



Painonhallinnan opas painoa nostavia psykykenlääkkeitä käyttäville potilaille

Henna Koivusilta-Malinen, Annamari Koponen & Maija Mustonen

Opinnäytetyö

21.11.2011

Ammattikorkeakoulututkinto

Koulutusala Terveysala, Kuopio	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto	
Työn tekijä(t) Henna Koivusilta-Malinen, Annamari Koponen ja Maija Mustonen	
Työn nimi Painonhallinnan opaslehtinen painoa nostavia psyykenlääkkeitä käyttäville potilaille	
Päiväys 21.11.2011	Sivumäärä/Liitteet 46/1
Ohjaaja(t) lehtori Marjukka Nurro	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala, aikuispsykiatrian osasto	
Tiivistelmä <p>Monien psyykelääkkeiden haittavaikutuksena on muun muassa painon nousu. Tämä on yksi keskeinen syy masennuspotilaiden huonoon hoitomyöntyvyyteen. Psyykenlääkkeitä käyttävälle on tärkeää antaa tietoa painoa nostavista lääkkeistä, terveellisestä ruokavaliosta ja painonhallinnasta, koska on todettu, että hoitomyöntyvyyttä voidaan edistää monipuolisen ja yksilöllisen ohjauksen avulla. Masennuspotilaan on usein vaikea motivoitua itsensä hoitamiseen, koska sairauden oireet vievät energiaa ja passivoivat potilasta monin tavoin. Masennuspotilaan ohjauksessa kirjallisen materiaalin antaminen suullisen ohjauksen lisäksi on tärkeää, koska sairaus heikentää potilaiden muistia ja siten vaikeuttaa suullisen ohjauksen omaksumista.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli koota yhteen tutkittua tietoa painonhallinnasta ja yleisimmistä psyykenlääkkeistä, joiden mahdollisena haittavaikutuksena voi olla painon nousu. Opinnäytetyöhön valittiin käsiteltäviksi psyykenlääkkeistä mirtatsapiini, mianseriini, karbamatsepiini, ketiapiini, litium ja olantsapiini. Näitä psyykenlääkkeitä käytetään erilaisten psyykkisten sairauksien hoitoon. Työn toteuttajat valitsivat tarkemmin käsiteltäviksi masennuksen ja bipolaarisen mielialahäiriön. Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia painonhallinnan opaslehtinen psyykenlääkkeitä käyttäville potilaille tiedon lisäämiseksi, mukaan annettavaksi ja työntilaaajalle ohjauksen tueksi. Tavoitteena oli myös lisätä lääkehoidon hoitomyöntyvyyttä.</p> <p>Opaslehtistä arvioivat työntilaaaja sekä aikuispsykiatrian osaston muutamat potilaat ja hoitajat. Potilaat joilta palautetta kysyttiin, olivat hyvin tiedostavia ja itsehoitoon panostavia, joten he eivät kokeneet juuri tiedollisesti hyötyvänsä opaslehtisestä. Hoitajilta saadun palautteen mukaan opasta pidettiin tarpeellisena ja oleellisia asioita sisältävänä kokonaisuutena.</p>	
Avainsanat psyykenlääkkeet, psyykenlääkkeiden sivuvaikutukset, painonhallinta, ravitsemus, liikunta, hoitomyöntyvyys, opaslehtinen	
Julkinen x	

SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
THESIS

Abstract

Field of Study Health Professions Kuopio			
Degree Programme Nursing, Public health nursing			
Author(s) Henna Koivusilta-Malinen, Annamari Koponen and Maija Mustonen			
Title of Thesis Weight management leaflet for patients who use antipsychotic drugs which have weight gaining side effects			
Date	21.11.2011	Pages/Appendices	46/1
Supervisor(s) Senior lecturer Marjukka Nurro			
Client Organisation/Partners Kuopio University Hospital, Ward of Adult Psychiatry			
Abstract <p>Several antipsychotic drugs have side effects such as weight gain. This is one of the main reasons that causes low patient compliance among patients suffering from psychiatric disorders. It is found that treatment compliance can be enhanced by a diversified and individualized guidance. Therefore it is important to give information about a healthy diet, weight management and weight gain to users of antipsychotic drugs. Due to psychiatric disorders and their energy consuming and passivating symptoms it is often difficult to motivate depressive patients to self-caring. In addition it is important to support spoken information with written material due to the memory decreasing effects of the illness.</p> <p>The purpose of this thesis was to gather together researched information on weight management and the most common antipsychotic drugs which may cause weight gain as a side effect. Antipsychotic drugs as mirtazapine, mianserin, carbamazepine, quetiapine, lithium and olanzapine were selected for consideration in this thesis. These drugs are used in the treatment of different kinds of psychiatric diseases. Depression and bipolar affective disorder were selected to further consideration.</p> <p>The aim of the thesis was to create a weight management leaflet for the use of the patients in order to increase knowledge and to give medical staff an effective nursing management tool. The other aim was to increase drug treatment compliance.</p> <p>The leaflet was evaluated by the sponsor and a few patients and nurses from adult psychiatry department. Patients were very aware and self-care-orientated, so they did not feel they got any informative benefit from the leaflet. The nurses considered that the leaflet was necessary and contained essential knowledge.</p>			
Keywords antipsychotic drugs, side effects of antipsychotic drugs, weight gain, weight management, nutrition, physical activity, treatment compliance, leaflet			
Public x			

SISÄLTÖ

JOHDANTO	6
1 PSYKKINEN SAIRAUUS JA PAINOA NOSTAVAT LÄÄKKEET	8
1.1 Masennus ja sen lääkehoito	8
1.2 Bipolaarinen mielialahäiriö ja sen lääkehoito	11
1.3 Mielenterveysongelmien hoitoon käytettävät painoa nostavat psyykenlääkkeet	15
2 PAINON HALLINNAN KEINOT	17
2.1 Painonhallinta	17
2.2 Ruokavalio	18
2.3 Liikunta	23
3 OHJAUS.....	26
3.1 Potilasohjaus	26
3.2 Psykkisesti sairaan potilaan ohjauksen erityispiirteitä	27
4 TYÖN TOTEUTUS JA OPINNÄYTETYÖPROSESSI	29
4.1 Opinnäytetyö kehittämistyönä.....	29
4.2 Opinnäytetyön aiheen valinta	30
4.3 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus.....	31
4.4 Tiedon hankinta opinnäytetyötä varten ja lähteet	32
4.5 Opinnäytetyön prosessi	33
4.6 Opaslehtisen toteutus	33
4.7 Opaslehtisen arviointi	35
5 POHDINTA	38
LÄHTEET	41

Liite 1. Painonhallinnan opas painoa nostavia psyykenlääkkeitä käyttäville potilaille

JOHDANTO

Mielenterveyden ongelmat koskettavat monia ihmisiä. Vuosittain johonkin mielenterveyden häiriöön sairastuu 1,5 prosenttia väestöstä. Suomalaisista joka viides sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2008.) Aikuisväestön keskuudessa lieviä masennustiloja esiintyy noin 10–15 prosentilla, vakavia masennustiloja noin viidellä prosentilla ja psykoottista depressiota vajaalla yhdellä prosentilla (Huttunen 2009). Suomalaisista noin viisi prosenttia kärsii masennuksesta vuosittain (Käypä hoito -suositus: Depressio 2009). Bipolaarisen mielialahäiriön eli kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyyttä ei Suomessa tarkasti tiedetä. (Käypähoito-suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2008.) Yleisesti bipolaarisen mielialahäiriön esiintyvyydeksi on arvioitu 1.0–1.6 prosenttia (Isometsä 2009b).

Työn tilaajana toimii Kuopion yliopistollisen sairaalan aikuispsykiatrian osasto. Osastolla oli ilmennyt tarve opaslehtiseen, johon on koottu yhteen tietoa painonhallinnasta ja psyykenlääkkeistä, joiden haittavaikutuksena voi olla painonnousu. Opinnäytetyöhön valittiin käsiteltäviksi psyykenlääkkeistä mirtatsapiini, mianseriini, karbamatsepiini, ketiapiini, litium ja olantsapiini, joilla on todettu olevan painoa nostavia haittavaikutuksia. Lääkkeitä käytetään muun muassa masennuksen, psykoosien, bipolaarisen mielialahäiriön, pitkittyneiden väsymys- ja särkytilojen hoidossa, ahdistuneisuus- ja ahmimishäiriöiden sekä pakko-oireiden hoidossa (Huttunen, 2008). Työn toteuttajat halusivat valita näistä sairauksista tarkemmin käsiteltäviksi masennuksen ja bipolaarisen mielialahäiriön. Kehittämistyön tarkoituksena oli koota yhteen tutkittua tietoa painonhallinnasta ja yleisimmistä psyykenlääkkeistä, joiden mahdollisena haittavaikutuksena voi olla painon nousu. Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia painonhallinnan opaslehtinen psyykenlääkkeitä käyttäville potilaille mukaan annettavaksi ja työtilaajalle ohjauksen tueksi. Työn tavoitteena oli, että potilas saa yksin kansiin koottua, selkeää tietoa psyykenlääkkeistä, niiden painoa nostavista mekanismeista sekä liikunnan ja ravitsemuksen merkityksestä painonhallinnassa. Näiden lisäksi tavoitteena oli lisätä lääkehoidon hoitomyöntyvyyttä. Kampmanin (2005, 1285–1288) mukaan hoitomyöntyvyyttä ja lääkehoitoon sitoutumista voidaan lisätä antamalla potilaalle tietoa painonhallinnasta.

Mielenterveysongelmat koskettavat terveydenhoitajan työtä erityisesti ohjauksen näkökulmasta katsottuna. Aihe kiinnostaa työn toteuttajia myös siksi, että mielenterveysongelmat aiheuttavat paljon inhimillistä kärsimystä ja ne ovat laaja-alaisia ongel-

mia, jotka voivat kohdata kenet tahansa. Terveystenhoitaja kohtaa työssään monenlaisista mielenterveyden ongelmista kärsiviä asiakkaita. Lisäksi painonhallinnan ohjaus on keskeinen osa terveydenhoitajan työtä riippumatta siitä, missä hän työskentelee. Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntynyt opaslehtistä voimme itse hyödyntää tulevassa työssämme ohjauksen apuvälineenä.

1 PSYYKKINEN SAIRAUUS JA PAINOA NOSTAVAT LÄÄKKEET

1.1 Masennus ja sen lääkehoito

Depressiolla eli masennuksella tarkoitetaan mielialan muutosta ja se voidaan määrittellä monin eri tavoin (Lönnqvist 2009). Masennustila voidaan luokitella lieväksi, keskitasoiseksi, vakava-asteiseksi tai psykoottiseksi (Huttunen 2009). Tyypillisimpänä masennuksen oireena pidetään selvää mielialan laskua (Lönnqvist 2009). Masennusta hoidetaan vaikeusasteen mukaan masennuslääkityksellä, psykoterapialla (Käypä hoito -suositus: Depressio 2009) ja sähköhoidolla (Huuhka 2005) tai näiden yhdistelmällä. Lääkehoito kuuluu masennuksen tehokkaaseen hoitoon ja se yleensä yhdistetään psykoterapiaan. (Huttunen 2010). Psykoterapialla hoidetaan mielenterveysongelmia ja elämässä tapahtuneita kriisejä keskustelun avulla psykoterapeuttisessa hoitosuhteessa (Mielenterveyden keskusliitto 2011).

Masennustilojen diagnosointiin vaikuttaa muun muassa masennustilan kesto. Diagnosointi edellyttää oireiden jatkumista yhtäjaksoisesti vähintään kaksi viikkoa. Vakaville masennustiloille tyypillistä on oireiden toistuvuus ja pitkittyminen. (Huttunen 2010). ICD-10 -tautiluokituksen mukaan masennus jaetaan masennustiloihin sekä toistuvaan masennukseen, joka tarkoittaa, että potilas on kärsinyt vähintään kerran aikaisemmin masennuksesta (Isometsä 2009a). Tässä työssä käytetään nimitystä masennus tarkoittamaan eriasteisia masennustiloja.

Masennuksen tyypillisenä oireena pidetään alakuloisuutta eli mielialan laskua (Lönnqvist 2009). Masennuksen diagnostiikassa on keskeistä yksittäisten masennusoireiden tunnistamisen lisäksi itse oireyhtymän toteaminen. ICD-10 -tautiluokitus on masennuksen diagnosoinnin apuvälineenä käytettävä mittari, jossa on lueteltu masennuksen tyypillisimmät oireet. Diagnoosi voidaan tehdä, jos kymmenestä kriteerioireesta esiintyy vähintään neljä oiretta. Masennustilan vaikeusastetta arvioidaan taulukossa esiintyvien oireiden lukumäärän mukaan. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Masennuksen ICD-10:n mukainen tautiluokitus (Käypä hoito- suositus: Depressio. 2009).

Oirekriteerit	Oirekuva
A. Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan	
B. Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista	1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa
	2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää
	3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys
C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteenlaskettuina) vähintään neljä	4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen
	5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
	6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
	7. Subjektiiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jahkailuna
	8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu
	9. Unihäiriöt
	10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos
<p>Lievässä masennustilassa oireita on 4–5, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10 ja kaikki kohdasta B. Psykoottisessa esiintyy myös harhaluuloja tai -elämyksiä.</p>	

Masennuksen tunnistaminen voi olla hankalaa. Tunnistamisen esteenä voi olla häpeä, joka on liitetty vahvasti psyykkisiin sairauksiin ja tästä aiheutuvaan avuttomuuden tunteeseen. Kynnys avun hakemiselle voi olla korkea, vaikka henkilö tunnistaisi itsessään masennukseen viittaavia oireita. Masennuksen eteneminen voi olla hidasta ja ensioireina ovat yleensä nukahtamisvaikeudet, aamuöinen herääminen sekä jatkuva väsymys, ärtyneisyys tai ilottomuus. Masennustilat ovat olemukseltaan hyvinkin monisyisiä ja vakavan masennustilan taustalla voi olla monenlaisia tekijöitä. Vakava

masennus voi liittyä henkilön psyykkisiin ongelmiin ja ristiriitoihin sekä elämänvarrella tapahtuneisiin menetyksiin ja pettymyksiin. Taustalla voi olla myös jokin hermoverkoston toimintahäiriö. Osassa tapauksista vakavan masennuksen voivat myös laukaista lapsuuden aikaiset tai myöhemmät traumaattiset tapahtumat. Yhteisön ja yhteiskunnan olosuhteiden kuormittavuus voi olla yksi vakavan masennuksen taustatekijöistä. Perintötekijöillä on myös katsottu olevan vaikutusta sairastumisalttiuteen. (Huttunen 2010.)

Hoitoa suunniteltaessa on tärkeää arvioida masennuksen vaikeusaste sekä erotella ensimmäisen kerran esiintyvä masennustila toistuvasta depressiosta. Lievän ja keskivaikean masennuksen akuuttivaiheessa keskeisimpiä hoitomuotoja ovat masennuslääkkeet ja tehokkaiksi osoitetut psykoterapiat, joita voidaan käyttää sekä vaihtoehtoisina että samanaikaisesti. Vaikeat ja psykoottiset masennustilat vaativat lääkehoitoa. Psykoottisessa tilassa käytetään masennuslääkettä yhdessä psykoosilääkkeen tai -lääkkeiden kanssa. Masennuslääkehoidon käytön tarpeellisuus lisääntyy silloin, kun on kyse vaikeammasta masennustilasta. Psykoterapian yhdistäminen lääkehoitoon on tärkeää. (Käypä hoito -suositus: Depressio 2009.)

Ennen lääkehoidon aloittamista ja sen aikana laboratoriotutkimukset ovat aiheellisia, koska potilaan terveydentilaan voi liittyä somaattisia tai lääkehoitoon liittyviä tekijöitä. Lääkehoidon tavoitteena on saada potilaan oireet mahdollisimman vähäiseksi. Niille potilaille, joilla on jo aikaisemmin esiintynyt masennusjakso, harkitaan pitkäaikaista lääkitystä. Psykososiaalisen tuen tarjoaminen ja elämäntilanteen kartoittaminen kuuluvat myös keskeisesti masennustilojen hoitoon. Masennuksen hoidon jälkeinen seuranta ja uusiutumisvaaran ehkäiseminen on myös olennainen osa hoitoa. (Käypä hoito -suositus: Depressio 2009.)

Masennusta hoidetaan trisyklisillä masennuslääkkeillä, selektiivisillä serotoniin takaisinoton estäjillä (SSRI) sekä muilla masennuslääkkeillä (Käypä hoito -suositus: Depressio 2009).

Trisyklisiin masennuslääkkeisiin kuuluvat klomipramiini, trimipramiini, amitriptyliini, nortriptyliini ja doksepiini (Käypä hoito -suositus: Depressio 2009). Trisyklisten masennuslääkkeiden arvellaan vahvistavan noradrenergisten sekä serotonienergisten hermosolupäätteiden toimintaa. Triksykliset masennuslääkkeet ovat sedatiivisia eli rauhoittavia, joten niitä voidaan käyttää myös unettomuuden hoitoon pienillä annoksil-

la. (Huttunen 2008.) Näiden lääkkeiden tavallisimpia haittavaikutuksia ovat antikolinergiset ja alfa-1-salpauksen vaikutukset (Käypä hoito -suositus: Depressio 2009). Antikolinergisia haittavaikutuksia ovat muun muassa suun kuivuminen, ummetus, virtsaamisvaikeudet, pulssin hidastuminen sekä muistin ja ajatustoiminnan heikkeneminen (Ojala 2005). Alfa-1-reseptorien salpauksen vaikutus on muun muassa lisääntynyt virtsan virtaus (Lukkarinen 1996).

Serotoniinin takaisinoton estäjiä ovat essitalopraami, fluoksetiini, fluvoksamiini, paroksetiini, sertraliini ja sitalopraami. SSRI-lääkkeiden arvellaan vahvistavan serotoniinin vaikutuksia keskushermostossa. Lääkkeet eroavat toisistaan muilta vaikutuksiltaan, jolloin potilaat voivat reagoida monin tavoin SSRI-lääkkeiden eri reseptorivaikutuksiin. (Huttunen 2008.) SSRI-lääkkeiden tavallisimpia haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, suolisto-oireet ja seksuaalitoimintojen häiriöt. Muita masennuslääkkeitä ovat agomelatiini, duloksetiini, mirtatsapiini, moklobemidi, reboksetiini, venlafaksiini, tratsodoni ja mianseriini. Lääkkeillä voi olla erilaisia haittavaikutuksia kuten väsymystä, pahoinvointia ja huimausta. Haittavaikutukset kuten painonnousu, suolisto-oireet ja seksuaalihäiriöt voivat muodostua merkittäväksi tekijäksi lääkehoitoon sitoutumattomuuteen pitkäaikaishoidossa. (Käypä hoito -suositus: Depressio 2009.)

Tässä työssä keskitytään muihin masennuslääkkeisiin kuuluviin mirtatsapiiniin ja mianseriiniin, koska näiden lääkkeiden tavallisimpiin haittavaikutuksiin kuuluu painonnousu.

1.2 Bipolaarinen mielialahäiriö ja sen lääkehoito

Kaksisuuntainen mielialahäiriö eli bipolaarinen mielialahäiriö on mielenterveyden häiriö, jossa esiintyy sekä vakavan masennustilan jaksoja että maanisia ja hypomaanisia vaiheita (Isometsä 2009b). Bipolaariseen mielialahäiriöön sairastuminen tapahtuu yleensä nuorena aikuisena, mutta sairastuvuus vaihtelee lapsuudesta vanhuuteen saakka. Sairauden vuoksi potilaan itselleen aiheuttamat ongelmat voivat kasvaa harmitsemattomuuden ja piittaamattomuuden vuoksi vakaviksikin, liittyen esimerkiksi päihteiden liialliseen käyttöön ja epävakaisiin ihmissuhteisiin. (Käypä hoito -suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2008.) Sairauden vakavuudesta kertoo myös siihen liittyvä korkea itsemurhakuolleisuus (Isometsä 2009b). Hoidossa keskitytään ehkäisemään sairausjaksojen uusiutumista kunkin sairauden vaiheen mukaisesti. Yleisim-

min lääkehoidon perustana ovat mieltä tasaavat psykoosi- ja epilepsialääkkeet sekä litium. (Käypä hoito -suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2008.)

Bipolaarinen mielialahäiriö jaetaan tyyppiin 1 ja tyyppiin 2. Tyypin 1 mielialahäiriössä esiintyy tyypillisesti sekä masennusjaksoja että manioita tai sekamuotoisia jaksoja. Myös harvinaisten toistuvien manioiden tilat luokitellaan tähän tyyppiin. Tyypin 2 häiriössä esiintyy pelkästään masennustiloja ja hypomanioita, yksikin maniajakso muuttaa häiriön tyyppiä 1. (Käypä hoito -suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2008.)

Hypomanialle on tyypillistä selvästi tunnistettava mielialannousu, joka on erotettavissa potilaan normaalista psyykkisestä olotilasta. Tämän vaiheen kesto vaihtelee päivistä viikkoihin. Hypomanian oireita ovat toimeliaisuuden lisääntyminen ja fyysinen rauhattomuus, lisääntynyt puheliaisuus, keskittymisvaikeudet ja häiriöherkkyys, unen tarpeen väheneminen, seksuaalisuuden kiinnostuksen ja halukkuuden lisääntyminen, vastuuton käytös, esimerkiksi rahojen tuhailu sekä sosiaalisuuden lisääntyminen. Bipolaarinen mielialahäiriö voidaan diagnosoida, jos potilaalla esiintyy vähintään kolme edellä mainituista oireista. (Isometsä 2009b.)

Maniassa esiintyy samankaltaisia oireita kuin hypomaniassa. Oireet ovat hypomaniiaan verrattuna kuitenkin voimakkaampia ja tämän vuoksi seurauksena on selvä toimintakyvyn lasku. Maniasta kärsivä on erittäin yliaktiivinen ja hänen arvostelukykynsä huononee. Tämän seurauksena perhesuhteet ja työura usein kärsivät. Maniaa edeltää yleensä esioirevaihe, jossa oireet ovat vielä kohtuullisen lievät. Potilas voi tuntea kasvavaa energisyyttä ja kiihtymyksen nousua. Myös unen tarve vähenee. Maniasta kärsivä voi ajoittain käyttäytyä normaalisti, ja antaa järkeviä selityksiä käytökselleen. (Isometsä 2009b.)

Bipolaarisen mielialahäiriön masennusvaiheet eivät eroa oireiltaan vakavasta masennustilasta, jonka oireita on kuvailtu edellä (ks. vakava masennus). Vakavaan masennustilaan verrattuna bipolaarisen mielialahäiriön masennusvaiheen lääkehoito on kuitenkin erilaista. (Isometsä 2009b.)

Sekamuotoisessa sairausjaksossa maanisen ja depressiivisen vaiheen oireita esiintyy joko samanaikaisesti tai nopeasti vuorotellen. Sekamuotoisessa vaiheessa oleva potilas voi tuntea mielialansa masentuneeksi, mutta samaan aikaan hänen toimintansa on kiihtynyt. Tyypillistä on, että sekamuotoisessa vaiheessa esiintyy voimakasta voinnin vaihtelua sekä manian ja vakavan masennuksen oireiden ääritiloja. Oireet

voivat esiintyä myös samanaikaisesti. Itsemurhariski on merkittävästi kohonnut sekamuotoisen vaiheen aikana. (Isometsä 2009b.)

Bipolaarisessa mielialahäiriössä on myös jaksoja, jolloin potilas voi olla täysin terve tai kärsiä vain lievistä oireista, jotka ovat usein masennustilan oireita. Mielialan vaihtelut masentuneesta hypomaaniseen ovat suhteellisen lieviä, mutta toistuvia. Sairausjaksojen esioirevaiheen tunnistaminen ja hoidon pikainen aloittaminen estävät sairausvaiheen kehittymisen. (Isometsä 2009b.)

Bipolaariselle mielialahäiriölle on tyypillistä, että potilas saattaa aiheuttaa itselleen vakavia ongelmia. Ongelmat saattavat kasvaa ja paisua, potilaan hakeutuessa, esimerkiksi epävakaisiin ihmissuhteisiin. Piittaamattomuus liikenteessä, raju päihteiden käyttö sekä harkitsemattomuus talousasioissa voivat viitata bipolaariseen mielialahäiriöön. (Käypä hoito -suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2008.) Bipolaariseen mielialahäiriöön liittyy myös korkea itsemurhakuolleisuus. Arvioilta vähintään puolet potilaista päätyy tekemään ainakin yhden itsemurhayrityksen sairautensa aikana. (Isometsä 2009b.) Itsetuhoista käyttäytymistä esiintyy etenkin sairauden masennustai sekamuotoisten vaiheiden aikana. Oheissairastavuus on bipolaariselle mielialahäiriölle tyypillistä. (Käypä hoito -suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2008.)

Hoidossa on tärkeää keskittyä ehkäisemään sairausjaksojen uusiutumista. Tärkeää on selvittää, mikä vaihe sairaudesta on meneillään ja huomioida sairauden aiempi kulku. Hoidon vaikuttavuuden kannalta on tärkeää, että potilas ja hänen perheensä saavat tietoa sairaudesta sekä sen hoidosta ja varhaisoireiden tunnistamisesta. Hoidon perustana käytetään mielialaa tasaavia lääkkeitä sekä toisen polven psykoosilääkkeitä sairauden kulloisenkin vaiheen mukaisesti. Yleisimpiä sairauden hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat litium ja mielialaa tasaavat psykoosi- ja epilepsialääkkeet. Lääkehoitoon sitoutuminen on suhteellisen huonoa sairauden puhkeamisen jälkeen. Vain noin alle puolet bipolaarista mielialahäiriötä sairastavista sitoutuu säännölliseen pitkäaikaiseen lääkehoitoon. (Käypä hoito -suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2008.)

Bipolaarisen mielialahäiriön lääkehoito jaetaan masennus-, hypomania- ja maniavaiheen sekä ylläpitovaiheen hoitoon. Lääkkeinä käytetään aripipratsolia, haloperidolia, karbamatsepiinia, ketiapiinia, lamotrigiinia, litiumia, olantsapiinia + fluoksetiinia, olantsapiinia, risperidonia, tsiprasidonia ja valproaattia. Tyypin 1 ja tyypin 2 bipolaarihäiriön masennusvaiheen hoito eroaa toisistaan. Tyypin 1 masennusvaiheen hoitoon te-

hokas lääke on ketiapiini. Myös jossain määrin tehokkaita lääkkeitä ovat lamotrigiini ja litium sekä olantsapiinin ja fluoksetiinin yhdistelmä. Tyypin 2 masennusvaiheen hoitoon ketiapiini on jossain määrin tehokas, mutta näyttö ei ole yhtä selvä kuin tyypissä 1. Masennuslääkkeiden yhdistäminen mielentasaajiin voi olla hyvä tyypin 2 hoidossa. Hoidon tulee tapahtua tarkassa seurannassa. (Käypä hoito -suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2008.)

Maniavaiheen lääkehoidossa käytetään erilaisia lääkeyhdistelmiä. Tehokkain yhdistelmä on valproaatin tai litiumin yhdistäminen toisen polven psykoosilääkkeisiin tai valproaatin ja litiumin yhdistäminen niihin yhdessä. Jos kyse on psykoottisesta maniaasta, voidaan käyttää toisen polven psykoosilääkkeitä. Yleensä tarvitaan manialääkityksen tueksi bentsodiatsepiinia mieltä tasaavan vaikutuksen aikaansaamiseksi. Maniavaiheen lääkehoito soveltuu yleensä myös ylläpitovaiheen hoidoksi. Sekamuotoista maniavaihetta hoidetaan samoilla periaatteilla kuin maniavaihetakin. (Duodecim – Lääketietokanta. 2011; Käypä hoito -suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2008.)

Ylläpitovaiheen hoidon tavoitteena on estää mielialahäiriöjaksojen oireita ja niiden vaikutusta toimintakykyyn. Lääkehoitoa valittaessa huomioidaan aiempi sairaushistoria. Ylläpitohoito aloitetaan aina, kun bipolaarisen mielialahäiriön diagnoosi on tehty. Tyypin 1 ja 2 bipolaarisessa mielialahäiriössä suositellaan koko elämän jatkuvaa ylläpitohoitoa. Tätä suositellaan erityisesti, mikäli tyypissä 2 on esiintynyt itsetuhoisuutta, psykoottisia masennusjaksoja, merkittävää toimintakyvyttömyyttä tai sairausjaksoja on ollut aiemmin. Lieväoireisena tyypin 2 ylläpitohoito voidaan purkaa harkiten. Litium ja olantsapiini ovat tehokkaita lääkkeitä ylläpitovaiheen hoidossa. Myös valproaatin ja aripipratsolin oletetaan olevan tehokas ylläpitovaiheen hoidossa käytetty lääke. Karbamatsepiinilla on yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden käytössä ja tämän vuoksi sen käyttöä rajoitetaan. Karbamatsepiinin teho ei ole aivan yhtä hyvä kuin muilla edellä mainituilla lääkkeillä. Lamotrigiini ehkäisee masennusjaksoja ja muut ylläpito-hoidossa käytettävät lääkkeet ehkäisevät maanisen vaiheen syntymistä. Hoidettaessa bipolaarisen mielialahäiriön ylläpitovaihetta, ei masennuslääkkeiden yhdistämisestä mielentasaajiin näytä olevan hyötyä. (Käypä hoito -suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2008.)

Tässä työssä keskitytään bipolaarisen mielialahäiriön hoitoon käytettävien lääkkeiden, karbamatsepiiniin, ketiapiiniin, litiumiin ja olantsapiiniin, aiheuttamaan painon nousun haittavaikutukseen ja sen ennaltaehkäisyyn painonhallinnan keinoin. (Käypä hoito -suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2008.)

1.3 Mielenterveysongelmien hoitoon käytettävät painoa nostavat psyykenlääkkeet

Yleisimmät psyykenlääkkeet, joilla on todettu olevan painoa nostava vaikutus ovat klooripromatsiini, tiordatsiini, klotsapiini, risperidoni, amitriptyliini ja valproaatti sekä työssämme käsiteltävät mirtatsapiini, mianseriini, karbamatsepiini, olantsapiini, ketiapiini ja litium. Mirtatsapiinia ja mianseriina käytetään muun muassa masennustilojen hoitoon ja karbamatsepiinia, olantsapiinia, ketiapiinia ja litiumia käytetään muun muassa bipolaarisen mielialahäiriön hoitoon. (Laitinen 2007, 26–27.) Akuuttivaiheessa 10–15 prosentilla hoidetuista potilaista esiintyy haittavaikutuksia, jotka johtavat lääkityksen lopettamiseen. Mikäli haittavaikutukset ovat merkittäviä tai lääkityksen maksimiannostus on saavutettu ja toivottua vastetta ei ole saatu, lääke vaihdetaan toiseen. (Käypä hoito -suositus: Depressio. 2009.)

Mielialahäiriöihin käytettävien lääkkeiden painoa nostavat mekanismit ovat monimutkaisia. Tärkeimmät painoa nostavat mekanismit ovat lääkkeiden histamiini H₁ -reseptoreita salpaava vaikutus hypotalamuksessa sekä serotoniinin 5-HT₂-, dopamiini- ja alfareseptoreihin kohdistuvat lääkkeiden vaikutukset sekä hormoneihin kuten leptiiniin ja insuliiniin kohdistuvat lääkkeiden vaikutukset. (Laitinen 2007, 26–27.) Tässä työssä keskitytään näiden lääkkeiden mahdollisesti aiheuttamiin konkreettisiin muutoksiin henkilön painossa.

Yleensä paino nousee voimakkaimmin ensimmäisten hoitokuukausien aikana (Laitinen 2007, 26–27). Lääkkeet voivat lisätä ruokahalua (Basson, Kinon, Taylor, Szymanski, Gilmore & Tollefson 2001, 237; Laitinen 2007, 26–27; Sussman & Gingsberg, 1999, 587) janon tunnetta (Sussman & Gingsberg, 1999, 587), turvotusta (Leinonen & Syvälahti 1997, 1111; Sussman & Gingsberg, 1999, 587) sekä hiilihydraattien ja rasvojen varastointia elimistöön ja vähentää energian kulutusta (Laitinen 2007, 26–27). Lääkkeillä voi olla myös kolesterolia nostava vaikutus (Laitinen 2007, 26–27; Saari, Koponen, Laitinen, Jokelainen, Lauren, Isohanni & Lindeman 2004, 547-550, Sussman & Gingsberg, 1999, 587; Wirshing ym. 2002, 857) sekä suoria vaikutuksia glukoosiaineenvaihduntaan (Laitinen 2007, 27; Wirshing ym. 2002, 857). Paino voi nousta edellä mainittujen lääkkeiden haittavaikutusten seurauksena.

Painoa nostavia psyykenlääkkeitä käyttävillä potilailla painon lisääntymisen todellista syytä on haasteellista selvittää. Painon nousu voi olla yhteydessä masennuksesta toipumiseen, koska ruokahalu palautuu normaaliksi masennuksen oireiden helpottumisen myötä. Masennuksen oireisiin voi liittyä myös hiilihydraattien himo ja ruokahallun lisääntyminen sekä sitä kautta painon nousu. Huolimatta siitä, että mieliala on tasaantunut, voi painonnousun jatkuminen olla masennuslääkkeen haittavaikutus tai oire, joka on jäänyt jäljelle. Tutkimuksia tehtäessä kaikki painon nousut raportoidaan erittelemättä painon nousuun johtanutta todellista syytä. Tämän vuoksi on hankala todeta, onko painonnousu todella masennuslääkkeen haittavaikutus. (Fava 2006, 37.)

Ennen painoa nostavan psyykenlääkkeen aloittamista tulee selvittää painoindeksi (BMI), vyötärönympäryys sekä glukoosi- ja kolesteroliarvot. BMI ja vyötärönympäryys mitataan puolen vuoden ajan kuukausittain lääkityksen aloittamisesta, minkä jälkeen ne mitataan kolmen kuukauden välein. Kolesteroli- ja glukoosiarvot tulee mitata kolmen kuukauden kuluttua lääkityksen aloittamisesta. Diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät tulee selvittää ennen lääkityksen aloitusta. Painoa nostavaa psyykenlääkettä käyttävälle annetaan elämäntapaohjausta. (Laitinen 2007, 27.) Tämän opinnäytetyön tuotoksena laadittu opaslehtinen antaa tietoa lääkkeiden mahdollisista painoa nostavista vaikutuksista sekä tietoa terveellisestä ruokavaliosta ja liikunnasta.

2 PAINON HALLINNAN KEINOT

2.1 Painonhallinta

Painonhallinta on käsitteenä erotettava laihduttamisesta, jossa kyse on painonpudotamisesta. Painonhallinta tarkoittaa saavutetun painon ylläpitämistä, jolloin henkilön paino säilyy samana. Painonhallinta edellyttää pysyvää muutosta henkilön elämäntavoissa. Pysyvään tulokseen on mahdollista päästä vain muuttamalla ravinto- ja liikuntatottumuksia. Painonhallinnassa on kyseessä tilanne, jossa energiantasapainoa on muutettava siten, että energiansaanti vähenee ja energiankulutus lisääntyy pysyvästi. (Mustajoki & Lappalainen 2001, 14–15.)

Painonhallinnasta on ihmiselle monenlaista hyötyä. Se ehkäisee lihavuuden vuoksi syntyvien sairauksien puhkeamista ja sen avulla voidaan hidastaa jo ilmenneen sairauden etenemistä. Ylipainon ennaltaehkäisy on varmempaa silloin, kun siihen liitetään oikeanlainen ruokavalio ja liikunta. Säännöllisen liikunnan ja terveellisen ravitsemuksen avulla painoindeksi ei pääse nousemaan lihavuuteen asti. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

Painonhallintaan tarvitaan usein ulkopuolista ohjaajaa. Ohjauksessa on tärkeää saada ohjattavat ymmärtämään se, että vain pysyvä muutos saa aikaan kestäviä tuloksia. Ohjauksella pyritään siihen, että ohjattavat löytäisivät omatoimisesti muutokseen johtavia vaihtoehtoja ja ryhtyisivät kokeilemaan niitä käytännössä. Painonhallinnassa on tärkeää löytää itselle parhaiten sopivat vaihtoehdot. Vaihtoehdot löytyvät usein kokeilujen kautta ja keinojen löytämiseksi ohjauksen saaminen on välttämätöntä. Ohjaajan on pidettävä mielessä, että ohjattava itse ratkaisee, mitä muutoksia hän haluaa tehdä ja millä tavoin hän niitä toteuttaa elämässään. (Mustajoki & Lappalainen 2001, 21, 23–24.)

Masennuksesta kärsivälle on tärkeää antaa ohjausta painonhallinnasta sekä kertoa painonnousuun johtavista masennuksen oireista ja masennuslääkkeiden mahdollisista painoa nostavista haittavaikutuksista. Painonhallinnan ohjauksella pyritään motivoimaan potilasta riittävään liikuntaan ja terveelliseen ruokavalioon ja näin ehkäisemään painon nousua masennuslääkkeiden painoa nostavasta haittavaikutuksesta huolimatta. Potilaan saadessa konkreettisia keinoja ehkäistä masennuslääkkeistä

johtuvaa painonousua, edistetään samalla potilaan hoitomyöntyvyyttä ja lääkehoitoon sitoutumista. Edellä mainitut asiat vaikuttavat positiivisesti hoitotuloksiin.

Hallitakseen painoaan ihminen tarvitsee tiedon lisäksi keinoja, joiden avulla tieto muuttuu toiminnaksi. Pysyvä painonhallinta edellyttää halua tehdä muutoksia, jotka kantavat vuosien päähän. Pienet pysyvät muutokset kantavat suuria paremmin, koska ihminen jaksaa hyvin harvoin viedä suuria muutoksia eteenpäin pitkiä aikoja. Painonhallitsijan tulee suhtautua itseensä suopeasti. Elämää ei kannata muuttaa ankeaksi ja ilottomaksi, koska muutos ei tällöin voi olla pysyvä. Pyrkimys täydellisyyteen voi olla esteenä pysyvälle painonhallinnalle. (Mustajoki 1999.)

Painonhallinnassa ja terveellisen ruokavalion noudattamisessa hyvänä apuna toimii lautasmalli. Lautasmallia noudattamalla on helppo koota ruoka-annoksesta sopivan kokoinen, terveellinen ja monipuolinen. Lautasmallin avulla ateria koostetaan siten, että puolet lautasesta täytetään tuoreilla tai keitetyillä kasviksilla. Neljännes lautasesta täytetään perunalla, tummalla pastalla tai riisillä. Viimeinen neljännes puolestaan koostetaan palkokasveilla tai vähärasvaisella ja vähäsuolaisella lihalla, kalalla tai kannalla. Aterian lisänä voi nauttia täysjyväleipää kasvimargariinilla voideltuna sekä lasillisen rasvatonta maitoa tai piimää. Salaatinkastikkeeksi suositellaan öljypohjaista valmistetta. Silloin, kun kyseessä on laatikkoruoka, annoksen voi koostaa siten, että täyttää puolet lautasesta laatikkoruoalla ja puolet kasviksilla. Lasten kohdalla aterian eri osien suhteet pysyvät samoina, annoskoko vain on pienempi. (Suomen Sydänliitto ry 2011a.)

2.2 Ruokavalio

Painoa voi hallita terveellisen monipuolisen ruokavalion avulla. Painonhallinnassa on oleellista kiinnittää huomioita ruokavalion kokonaisuuteen, ei yksittäisiin ravintoaineisiin. Painonhallitsijan ruokapöytään kuuluvat erityisesti runsaskuituiset täysjyvätuotteet ja proteiinipitoiset ruoat sekä runsaasti kasviksia, hedelmiä ja marjoja. Turhaa rasvaa ja runsaasti suolaa sisältäviä ravintoaineita tulee välttää. Juomina ei suositella sokeripitoisia juomia. Painonhallinnassa on tärkeää noudattaa säännöllisiä ruokailuaikoja ja nauttia riittävän monta pientä ateriaa päivän aikana, jolloin annoskoot pysyvät kohtuullisina. (Mustajoki 2009b.) Ihminen tarvitsee noin kahdesta kolmeen ateriaa päivässä sekä näiden lisäksi muutaman välipalan (Suomen sydänliitto 2006). Annos-

kokojen pysymistä kohtuullisina voi säädellä esimerkiksi käyttämällä pienempiä astioita ja noudattamalla lautasmallia. (Mustajoki 2009b.)

Ihmisen elimistö tarvitsee toimiakseen monenlaisia välttämättömiä ravintoaineita (Suomen Sydänliitto ry). Elimistö tarvitsee proteiineja ja hiilihydraatteja, joista erityisesti kuitua. Rasvaa tarvitaan energian tuotantoon ja peruselintoimintojen ylläpitämiseen sekä liikkumiseen ja kasvuiässä kasvamiseen. Elimistö tarvitsee myös suojaravintoaineita, joita ovat vitamiinit, kivennäisaineet ja ravintokuitu. Niiden tehtävänä on säädellä elimistön toimintaa sekä osallistua aineenvaihduntaan. Ne myös osallistuvat luuston, hampaiden ja muiden kudosten muodostumiseen. (Kotimaiset Kasvikset ry 2011d.)

Proteiinien sisältämät aminohapot ovat ihmisen elimistölle välttämättömiä. Proteiinia tulisi saada 10–20 prosenttia kokonaisenergian saannista. Proteiineja tarvitaan elimistön kudosten kasvuun ja uusiutumiseen. Tämän lisäksi ne toimivat hormonien, vasta-aineiden ja entsyymien rakennusaineina. Proteiinia tulee saada riittävästi ravinnosta, sillä muuten elimistö alkaa polttaa kudosten omia proteiineja. Liika proteiini varastoituu elimistöön rasvana. Eläinproteiinia ja sen sisältämiä ihmisen tarvitsemia aminohappoja on runsaasti lihassa, kalassa, maidossa ja munissa. Kasvikunnan tuotteista merkittävimpiä proteiinin lähteitä ovat viljavalmistet, herneet, pavut ja pähkinät. (Kotimaiset Kasvikset ry 2011c.)

Hiilihydraatteja sisältävät ruoka-aineet kuuluvat terveelliseen ja monipuoliseen ruokavalioon. Hiilihydraatteja tulisi saada noin puolet eli 50–60 prosenttia kokonaisenergiasta. Hiilihydraatteja ovat sokerit, tärkkelys ja ravintokuitu. Hiilihydraatteja saadaan maidosta, viljoista, perunoista ja vihanneksista sekä juureksista, marjoista ja hedelmistä. Hiilihydraatteja tarvitaan energian tuottamiseen. Ylimääräiset hiilihydraatit varastoituvat elimistöön rasvana ja sen vuoksi saantisuositusta ei ole hyvä ylittää. Hiilihydraatit varastoituvat elimistöön glukoosina, joka on välttämätön energianlähde aivoille ja hermokudokselle. Hiilihydraatteja tarvitaan myös rasvojen aineenvaihduntaan. (Kotimaiset Kasvikset ry 2011a.) Hiilihydraattien saannissa kannattaa kiinnittää huomiota viljatuotteiden sisältämään vitamiinien, kivennäisaineiden ja kuidun riittävään määrään. Valkeat viljatuotteet ja puhdistettu sokeri sisältävät edellä mainittuja ravintoaineita vähän ja niitä on hyvä välttää. (Aro 2008.)

Kuitupitoinen ruoka auttaa hallitsemaan painoa tehokkaasti, koska se täyttää vatsaa ja lisää kylläisyyden tunnetta. Kuitu edesauttaa ravinnon imeytymistä pidempään ja

siten pitää verensokerin tasaisena kauan. Kuitu myös edistää vatsan toimimista lisäämällä ulostemassaa ja näin se ehkäisee tehokkaasti ummetusta. Kuitua saa runsaasti täysjyvätuotteista sekä kasviksista. Hyviä kuidunlähteitä ovat erityisesti ruispohjaiset täysjyväleivät ja -puurot, täysjyväriisi, -pasta ja mysli, marjat ja hedelmät, juurekset ja kasvikset sekä erilaiset leseet ja siemenet. Kuitu edistää sydämen ja verisuonten terveyttä alentamalla veren kolesterolipitoisuutta. Kuidusta saa myös runsaasti vitamiineja, kivennäisaineita ja antioksidantteja. Runsas kuidun saanti vähentää myös riskiä sairastua sepelvaltimotautiin ja tyyppin 2 diabetekseen. Ravinnon kuidun on todettu vähentävän myös syövän esiintyvyyttä. Naisten tulisi saada kuitua vähintään 25 grammaa ja miesten 35 grammaa. Nykyään Suomessa saadaan kuitua liian vähän, keskimäärin 21 grammaa päivässä. (Suomen Sydänliitto ry 2011b.)

Suomalaisten ravitsemussuositusten mukaan kasviksia, marjoja ja hedelmiä tulee syödä vähintään 400 grammaa päivässä (Valtion ravitsemusneuvottelulautakunta 2005). Ravitsemussuositusta voidaan havainnollistaa esimerkiksi ”kuusi kourallista päivässä” opetuskalvoilla, joilla voidaan konkreettisesti näyttää, paljonko noin puoli kiloa kasviksia päivässä on (Terveyttä kasviksilla 2011).

Kasvisten, marjojen ja hedelmien runsas käyttö vähentää monien kroonisten sairauksien esiintyvyyttä. Kasvisten runsaalla käytöllä voidaan ehkäistä muun muassa sydän- ja verisuonisairauksien ja aikuisiän diabeteksen puhkeamista. Kasvisten käyttö pienentää riskiä sairastua paksusuolen syöpään, mahasyöpään ja keuhkosityöpään. Runsas kasvisten käyttö alentaa lisäksi verenpainetta ja auttaa pitämään kolesterolitason normaalina. On suositeltavaa syödä kasviksia runsaasti päivittäin. Kasvisten syönnillä on monia terveydelle edullisia vaikutuksia. Kasvisten terveyttä edistävien aineiden vaikutuksia ihmisen fysiologiaan ei vielä riittävästi tunneta, minkä vuoksi on suositeltavaa syödä kasviksia runsaasti ja monipuolisesti. (Kotimaiset kasvikset ry 2011b.)

Elimistö tarvitsee rasvaa solujen rakennusaineeksi ja elimistön energiantuotantoon. Rasva sisältää myös elimistölle välttämättömiä rasvahappoja sekä rasvaliuoksia A-, D- ja E-vitamiineja. Rasvan saantisuositus on 25–35 prosenttia päivän kokonaisenergian tarpeesta. Rasvan koostumuksen tulee muodostua pehmeästä eli tyydyttymättömästä rasvasta (vähintään 2/3) ja kovasta eli tyydyttyneestä rasvasta (enintään 1/3). Rasvaa saadaan piilorasvoina ja näkyvinä rasvoina. Piilorasvoja saadaan esimerkiksi juustoista, lihasta, makkaroista, valmisruuista ja leivonnaisista. Näkyvää rasvaa saadaan öljyistä, margariineista, voista ja rasvaseoksista. Pehmeää rasvaa

saadaan öljyistä, kasvisrasvamargariineista, kalasta, pähkinöistä ja manteleista. Kovan rasvan lähteitä ovat liha- ja makkararuuat, lihaleikkeleet, juustot, maitovalmisteet, maitorasvaa sisältävät levitteet sekä leivonnaiset, jotka on leivottu voihin tai eläinperäiseen margariiniin. (Suomen sydänliitto 2011c.)

Tärkein veren kolesterolipitoisuuden vaikuttava tekijä on rasvan laatu. Pehmeä rasva vaikuttaa veren kokonais- ja LDL-kolesterolipitoisuuden alentavasti. (Suomen sydänliitto 2011c.) Pehmeässä rasvassa on HDL:a eli high density lipoproteinia, joka kuljettaa veren kolesterolia pois valtimoista ja elimistöstä. HDL-kolesterolia kutsutaan hyväksi kolesteroliksi. (Mustajoki & Kaukua 2008b). Pehmeällä rasvalla voi olla myös vaikutuksia sokeriaineenvaihduntaan siten, että sen arvellaan parantavan elimistön insuliiniherkkyyttä (Suomen sydänliitto 2011c). Ruoan kova rasva nostaa veren LDL-kolesterolipitoisuutta. LDL eli low density lipoprotein siirtää kolesterolia kudoksiin ja kiinnittää kolesterolia valtimoiden seinämiin. LDL-kolesterolia kutsutaan pahaksi kolesteroliksi. Kolesterolia kertyy valtimoiden seinämiin ja kudoksiin sitä enemmän, mitä enemmän LDL-kolesterolia on elimistössä. Tämä on yhteydessä valtimokovettumataudin syntymiseen. (Mustajoki & Kaukua 2008b.)

Ruokavalion rasvat saadaan terveellisemmiksi, kun kovat rasvat vaihdetaan pehmeisiin rasvoihin ja valitaan elintarvikkeita, jotka ovat vähärasvaisia. Paljon käytettyjen tuotteiden rasvapitoisuuteen ja laatuun tulee kiinnittää erityistä huomiota. Muutettaessa piilorasvat näkyviksi rasvoiksi, voidaan niiden saantimääriin ja laatuun vaikuttaa itse. (Suomen sydänliitto 2011c.)

Ihmisen elimistö tarvitsee myös natriumia, jota saadaan suolasta. Elimistön tarvitsema natriumin määrä on hyvin pieni. Aikuisella suolaksi laskettu natriumin tarve on 1,3 grammaa päivässä. Tämä määrä saadaan perusravinnon mukana maidon ja lihan sisältämästä natriumista. Natriumin saantisuositus päivää kohti on aikuisella enintään 5 grammaa ja lapsella enintään 3 grammaa. Alle 1-vuotiaiden ruokavalioon ei ole suositeltavaa lisätä ollenkaan suolaa. (Suomen Sydänliitto ry 2011d.)

Ruoan suolapitoisuuden kannattaa kiinnittää huomiota, koska runsas suolan käyttäminen lisää verenpainetta. Korkean verenpaineen on todettu lisäävän sydän- ja verisuonitauteja. Valitsemalla vähäsuolaisia tuotteita ruokavalioon voi vaikuttaa sydämen terveyteen. Suurin osa päivittäisestä suolasta saadaan elintarvikkeista piilosuolana. Suurimpia suolan lähteitä ovat esimerkiksi leipä ja erilaiset viljavalmisteet, lihavalmisteet, juustot, mausteseokset, valmisateriat ja runsassuolaiset välipalat. Suolan saan-

tisuositukseen on mahdollista päästä valitsemalla vähäsuolaisia tuotteita ja vähentämällä suolan käyttöä ruoan valmistuksessa. (Suomen Sydänliitto ry 2011d.) Ihmisen makuaisti tottuu vähäsuolaiseen ruokaan melko nopeasti. Siirtyminen vähäsuolaisempaan ruokaan on helpompaa, kun suolan määrää vähennetään asteittain ruoan valmistuksessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2011.)

Sydänmerkki on luotu helpottamaan kuluttajia, kun he tulkitsevat elintarvikkeiden ravintoarvoselosteita ja valitsevat suolan ja rasvan suhteen terveellisempiä tuotteita. Useissa elintarvikepakkauksissa merkinnät ovat varsin vaikeasti tulkittavia ja vaativat lukijaltaan tietoa. Sydänmerkki ilmaisee, että tuote on tuoteryhmässään rasva- ja suolapitoisuudeltaan suositeltavampi valinta. (Sydänmerkki a.) Sydänmerkin voi saada elintarvike, joka täyttää kaikki tuoteryhmäkohtaiset myöntämisperusteet. Näitä myöntämisperusteita ovat kokonaisrasva ja rasvan laatu eli kovan ja pehmeän rasvan suhde sekä natriumin määrä ja joissakin tuoteryhmissä kolesterolin, sokerin ja kuidun määrä. (Sydänmerkki b.)

Sydänmerkin puuttuminen joltakin tuotteelta ei välttämättä tee tuotteesta huonompaa. Tuotteesta saattaa puuttua sydänmerkki muun muassa sen vuoksi, ettei sydänmerkkijärjestelmä koske kaikkia tuotteita, tuote ei täytä merkin saamisen edellytyksiä tai tuotteen valmistaja ei ole hakenut tuotteelle sydänmerkkiä, vaikka tuote täyttäisikin merkin saannin edellytykset. (Sydänmerkki a.)

Terveellisen ruokavalion havainnollistamista auttaa myös Itämeren ruokakolmio-malli, joka on syntynyt Diabetesliiton, Sydänliiton ja Itä-Suomen yliopiston ravitsemusasiantuntijoiden yhteistyönä. Ruokakolmion tarkoituksena on havainnollistaa, kuinka terveellinen ruokavalio koostetaan suomalaisille tutuista raaka-aineista. Ruokakolmiossa suositaan lähellä tuotettuja ruoka-aineita kuten kotimaisia kasviksia, marjoja, ruista, rypsiöljyä ja kotimaista kalaa. Itämeren ruokakolmiossa on otettu huomioon myös ympäristötekijät, sillä ruoka on lähellä tuotettua. Kolmion ala- ja keskiosaan on sijoitettu ruokia, joita tulee syödä paljon ja usein. Yläosaan sijoitettuja ruokia tulee syödä kohtuullisesti ja huipulle sijoitettuja ruokia harvoin. Ruokakolmiota noudattamalla ravintoaineita saadaan oikeassa suhteessa. Ruokavalio sisältää silloin sopivasti hiilihydraattia, kuitua, proteiinia sekä hyvää, pehmeää rasvaa. Kolmio sisältää vähän kovaa rasvaa ja sokeripitoisia ruokia niukasti. (Diabetesliitto. 2010.) Ruokavalion terveellisyys riippuu kokonaisuudesta. Ruokavaliosta muodostuu sitä terveellisempi, mitä terveellisempiä yksittäiset pienet ruokavalinnat ovat. (Sydänmerkki a.)

2.3 Liikunta

Liikunta edistää ravitsemuksen tavoin sekä henkistä, että fyysistä hyvinvointia. Iän karttuessa liikunta ylläpitää ja kehittää fyysistä kuntoa ja samalla edistää toimintakykyä. Liikunta parantaa yleistä elämänlaatua henkisen hyvinvoinnin ja terveyden kohentuessa. Liikunta kuuluu oleellisena osana painonhallintaan, koska se kuluttaa energiaa. Energiaa kuluu sitä enemmän, mitä rasittavampaa liikunta on. Rasittava liikunta ei sovi kaikille, eikä se ole välttämätöntä painonhallinnalle. Kohtuullinenkin liikunta on tehokasta, kun pidennetään liikunta-aikaa. Tästä esimerkkinä on tunnin reipas kävely, joka kuluttaa energiaa yhtä paljon kuin puolen tunnin hölkkä. (Mustajoki 2010.)

Liikunnalla on paljon sairauksia ehkäiseviä vaikutuksia ja sen on todettu vähentävän ennen aikaista kuolleisuutta. Liikunta ehkäisee muun muassa riskiä sairastua masennukseen, metaboliseen oireyhtymään, osteoporoosiin ja kaatumisesta johtuviin luunmurtumiin. Liikunta ehkäisee tehokkaasti riskiä sairastua sydän- ja verisuoniperäisiin sairauksiin, kuten, tyypin 2 diabetekseen, korkeaan verenpaineeseen, veritulppaan, verenpaine-, sepelvaltimotautiin sekä aivohalvaukseen. Liikunta ehkäisee muun muassa paksusuolensyövän esiintymistä. Liikunta parantaa veren rasva- ja sokeriainevaihduntaa sekä vähentää metabolisen oireyhtymän riskiä vaikka laihtumista ei tapahtuisikaan (Mustajoki 2009a; Mustajoki 2010). Laihduttaessa lihasmassa saattaa pienentyä. Liikunnan avulla on mahdollista ylläpitää lihaksia laihduttamisen aikana (Mustajoki 2010.)

Liikunnan vaikutuksia masennuksen ehkäisyyn on tutkittu paljon. Liikunnan on jopa osoitettu olevan yhtä tehokas masennuksen hoitokeino kuin psykoterapia. Tutkimuksissa on kuitenkin saatu myös ristiriitaisia tuloksia. Toiset tutkimukset osoittavat fyysisen aktiivisuuden ehkäisevän masennusta, kun taas toisten tutkimusten mukaan liikunnalla ei ole todettu olevan mitään vaikutuksia masennuksen ilmenemiseen. On kuitenkin pystytty osoittamaan, että passiivinen elämäntapa liittyy merkittävästi masennuksen esiintymiseen. Vaikka liikunnan harrastaminen ei välttämättä estäisikään masennukseen sairastumista, on sen ainakin todettu ehkäisevän taudin pahenemista. (Mielenterveyden keskusliitto 2008.)

Liikunnan on todettu edistävän lievän ja keskivaikean masennuksen paranemista nimenomaan taudin oireita lievittämällä. Oireiden on todettu vähenevän riippumatta

liikunnan keston pituudesta. (Mielenterveyden keskusliitto 2008.) Liikunnan tehokkuus oireiden lievittämisessä on arveltu perustuvan sen masennusajatuksia keskeyttävään vaikutukseen. Liikunta kääntää huomion pois ikävistä ajatuksista ja voi antaa sosiaalista tukea esimerkiksi ryhmäliikunnan muodossa. (Käypähoito-suositus: Aikuisten liikuntasuositus 2011.) Parhaiten mielialan kohoamista edistää liikunnan lisäksi annettu psykologinen tuki.

Painonhallinnan kannalta liikunnan kuormittavuudella ei ole niin paljoa merkitystä kuin sen säännöllisyydellä. Liikuntaa tulisi harrastaa päivittäin vähintään puoli tuntia ja sen tulisi saada aikaan kevyttä hengästyistä ja hikoilua. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011.) UKK -instituutin liikuntasuosituksen mukaan aloittelijan sekä terveysliikkujan tulisi saada liikuntaa vähintään kaksi ja puoli tuntia viikossa esimerkiksi kävellen, pyöräillen tai hyötyliikkuen. Parempikuntoiselle riittää tunnin ja viidentoista minuutin rasittavampi liikunta-annos viikkoa kohden. (UKK-instituutti 2011.) Lääkäämmille ihmisille suositellaan lähes samanlaista liikkumista, mutta liikunta voi olla kuormittavuudeltaan kevyempää. Vanhemmille aikuisille suositellaan myös notkeutta ja tasapainoa ylläpitäviä harjoitteita. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011.)

Kevyttä liikuntaa voi harrastaa esimerkiksi hyötyliikunnan muodossa kävellen, puutarhatöitä tehden, lunta luoden, tanssien ja siivoten. Päivittäisen puolen tunnin liikunnan voi koostaa myös lyhyemmistä, kuitenkin vähintään 10 minuutin pätkistä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011.) On hyvä pitää mielessä, että vähäinenkin säännöllinen liikunta edistää terveyttä (UKK -instituutti 2011). Pelkkä kevyt liikunta ei kuitenkaan riitä tarpeeksi kehittämään lihaskuntoa ja hapenottokykyä. Kevyemmän liikunnan lisäksi tulisi harrastaa myös kuormittavampaa, lihaskuntoa kohentavaa liikuntaa vähintään kahtena päivänä viikossa. Lihaskuntoa kohentamalla kehitetään myös liikehallintaa ja tasapainoa. Hyviä liikuntamuotoja ovat esimerkiksi kuntosaliharjoittelu, pallopelit, luistelu, tanssi ym. Nämä suositukset perustuvat vähimmäisvaatimukseen terveille ihmisille. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011.) Tutkimusten mukaan on näyttöä siitä, että liikkumalla suosituksia pidemmän ajan ja tai harrastamalla rasittavampaa liikuntaa saadaan suurempi terveyshyöty (UKK -instituutti 2011).

Liikuntaa aloitettaessa on huomioitava jokaisen yksilöllinen lähtötaso (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011). Jokainen liikkuu oman peruskunnan ja tavoitteen mukaan (UKK -instituutti 2011). Toiselle riittää vähäisempi liikunta ylläpitämään kuntoa, toinen lähtötasoltaan hyväkuntoisempi sen sijaan tarvitsee kunnan kohottamiseen raskaam-

paa liikuntaa (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011). Hyviä, rasittavampia liikkumis-
muotoja ovat esimerkiksi ylämäki- ja porraskävely, juoksu, hiihto, nopea pyöräily,
kuntouinti, maila- ja juoksupallopelit sekä jumpat. UKK -instituutin kehittämään liikun-
tapiirakkaan on hyvin kiteytetty terveystuokuntasuositus 18–64 -vuotiaille. (UKK -
instituutti 2011.)

3 OHJAUS

3.1 Potilasohjaus

Potilasohjauksella tarkoitetaan Heikkisen ym. (2006) tekemän ”Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990-2003”-tutkimuksen mukaan potilaan ohjausta, neuvontaa, opetusta sekä tiedonvälittämiseen liittyvää toimintaa.

Potilasopetus on hoitotyön toiminto, jolla pyritään lisäämään, täsmentämään ja rakentamaan potilaan hoitamiseen ja terveyteen liittyvää tietoa. Tietoa lisäämällä autetaan potilasta hallitsemaan omaa terveysongelmaansa, tuetaan häntä osallistumaan omaan hoitoonsa sekä tekemään terveyttään koskevia päätöksiä. Potilaalle on tärkeää antaa tietoa hänen terveydentilastaan, sairaudestaan, sen hoidosta ja hoidon vaihtoehdoista. Tieto omasta hoidosta vähentää potilaan pelkoa. Sillä voidaan vähentää myös potilaan kokemaa epävarmuutta ja masentuneisuutta sekä lisätä potilaan hoitomyöntyvyyttä ja sitoutumista omaan hoitoon. Kirjallisen ohjeen avulla potilaalle voidaan välittää tietoa hoidon onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä, jolloin tieto edistää potilaan hoitoon sitoutumista. (Johansson 2001, 21- 22.)

Ohjaustilanteeseen vaikuttavat sekä asiakkaan että hoitajan omat taustatekijät. Taustatekijät jaotellaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristöllisiin tekijöihin. Fyysisistä tekijöistä ohjaukseen vaikuttavia asioita ovat asiakkaan terveystilanne, ikä, elämäntilanne ja mahdollisuus sitoutua oman terveytensä edistämiseen. Psyykkisiä tekijöitä on muun muassa aikaisempi tieto asiasta, omat kokemukset, tapa ajatella, tunteet, tarpeet, motivaatio sekä oppimistyyli ja -valmiudet. Sosiaalisia ohjauksen suunnittelussa huomioitavia tekijöitä ovat muun muassa kulttuurinen ja etninen tausta, sosiaalisuus, uskonnollisuus ja eettisyys. Ympäristössä olevia tekijöitä puolestaan ovat hoitoympäristössä hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö. Esimerkiksi hoitoyksikön ilmapiiri, siisteys, viihtyvyys ja myönteisyys vaikuttavat asiakasohjaustilanteisiin luomalla pohjan odotuksille. Ohjaustilanteesta voidaan luoda yksilöllisyyttä kunnioittava sekä asiakkaan tarpeita huomioiva ottamalla huomioon ohjaukseen vaikuttavat erilaiset taustatekijät. Tärkeää on pitää mielessä, että asiakas

on oman elämänsä ja hoitaja puolestaan ohjauksen asiantuntija. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 26–36.)

Ohjauksessa on huomioitava potilaan vastaanottokyky. Potilaan sairaus tai kriisinvaihe saattaa tehdä ohjauksesta vääränä ajankohtana hyödyttömän potilaan ollessa kykenemätön vastaanottamaan uutta tietoa. Tällöin voi olla hyvä antaa potilaalle aikaa palata ohjattavaan asiaan vielä myöhemmin. Potilaat kaipaavat käytännönläheisiä ja tilannekohtaisia ohjeita, jotka hyödyttävät heitä kotona itsehoidossa. Potilasohjeen suunnittelussa on huomioitava, että ohje on oikein suunnattu ja potilaan oppimiskyvyn huomioiva, jotta ohjeesta on mahdollisimman suurta hyötyä potilaalle. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 29- 32.) Ohjauksessa yleisesti käytettävän kielien ja termien on oltava sellaisia, jotka asiakas voi vaikeuksista ymmärtää (Kyngäs ym. 2007, 26-36).

3.2 Psykkisesti sairaan potilaan ohjauksen erityispiirteitä

Liikuntalääketieteellisen seuran toteuttaman projektin mukaan masentuneen ohjauksessa tulee huomioida psyykkisten häiriöiden kielteiset vaikutukset niin tunteisiin kuin toimintaan. Oireet vaikuttavat tarkkaavuuden ja keskittymisen vähenemiseen. Ongelmana on, että energiaa kuluu oireiden hallintaan ohjauksen vastaanottamisen sijasta. Masentunut on passivoitunut eikä jaksakaan kiinnostua minkäänlaisista toiminnoista. Hän ei jaksakaan lähteä mihinkään ja oma-aloitteisuus on vähentynyt. (Ojanen, Svennevig, Nyman & Halme 2001.)

Masennus on sairaus, jossa potilas kokee voimakkaita syyllisyydentunteita. Hän saattaa olla ärtynyt, malttamaton sekä vaativa. Masennuspotilaan hoidossa on tärkeää, että hänellä on käytettävissään oma hoitava lääkäri tai hoitaja. Masentunut ihminen ei välttämättä muista tai ymmärrä kuulemaansa, koska sairauden myötä hänen keskittymis-, vastaanotto- ja muistamiskykynsä on rajoittunut. Ohjauksessa on huomioitava, että toistaminen ja kertaaminen helpottavat asioiden omaksumista ja ohjauksen vaikuttavuutta. (Leinonen, Mielonen & Ruokolainen 2009.)

Psykyä lääkkeitä käyttävillä potilailla esiintyy yleisesti hoitomyöntyvyysongelmia. Hoitomyöntyvyyteen vaikuttavia tekijöitä on monia. Ne voidaan jakaa potilaaseen, lääkitykseen ja ympäristöön liittyviin tekijöihin. Lääkkeiden haittavaikutukset ovat suu-

rimpia yksittäisiä tekijöitä, joiden on osoitettu vaikuttavan hoitomyöntyvyyteen. Potilaalle ja hänen perheelleen annetun tiedon on todettu lisäävän hoitomyöntyvyyttä. (Kampman 2005, 1285–1288.) Mielenterveyspotilaan ohjauksessa on kiinnitettävä huomiota siihen, että potilasohjaus huomioi potilaan sairaudesta johtuvat erityistarpeet. Potilaan ohjauksessa on huomioitava, että hoidon suunnitteluun ja ohjaustilanteisiin on otettava mukaan myös potilaan läheiset (Hätönen 2006). Läheisten ohjauksen mukaan ottamisen tärkeyttä painottavat myös Leinonen ym. 2009 ohjeessaan masennuspotilaan lääkehoidon ohjauksesta.

4 TYÖN TOTEUTUS JA OPINNÄYTETYÖPROSESSI

4.1 Opinnäytetyö kehittämistyönä

Toiminnallinen opinnäytetyö, josta puhutaan myös kehittämistyönä, on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Kehittämistyössä yhdistyy käytännön toteutus ja kirjallinen raportointi. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.) Kehittämistyönä toteutettu opinnäytetyö on prosessi, jonka tuloksena syntyy tuotos. Tuotosta voidaan parhaimmassa tapauksessa hyödyntää alalla välittömästi. (Vilka & Airaksinen 2004, 14.) Tämän opinnäytetyön tuotoksena on laadittu opaslehtinen, jota hyödynnetään Kuopion yliopistollisen sairaalan aikuispsykiatrian osastoilla. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen sen vuoksi, että tarve työn laatimiseen lähti osastolla esiin tulleesta tarpeesta. Osastolla syntyi tarve saada yksien kansien väliin tietoa painoa nostavista psyykenlääkkeistä ja painonhallinnan keinoista. Opaslehtistä on tarkoitus käyttää ohjauksen tukena ja jakaa sitä potilaille kotiin muistin tueksi. Aiemmin tietoa on annettu lähinnä suullisesti.

Kehittämistyö on laaja toteuttaa, jonka vuoksi se vaatii yleensä pari- tai ryhmätyöskentelyä. Näin käytettävissä on useamman henkilön kokemusmaailma, jolloin saadaan esille useampi näkökulma ja työn laatiminen etenee vuorovaikutteisesti. (Vilka & Airaksinen 2004, 15.) Työ on toteutettu kolmen terveydenhoitajaopiskelijan yhteistyönä. Vastuu ja työtehtävät ovat jakautuneet tasaisesti. Jokainen on perehtynyt kerättävään materiaaliin ja osallistunut työprosessiin tasapuolisesti. Kehittämistyönä toteutettu opinnäytetyö on kehittänyt laatijoidensa ryhmätyötaitoja ja työssä on voitu hyödyntää jokaisen ryhmässä työskentelevän vahvuuksia.

Opinnäytetyön laatimisen haasteena voi olla sopivan laajuuden saavuttaminen. Se voi laajeta helposti mittavaksi. On hyvä miettiä jo valmiiksi henkilökohtaisia resursseja ja voimavaroja työn laajuuden suhteen, jotta sitoutuminen prosessiin onnistuu. (Vilka & Airaksinen 2003, 18.) Opinnäytetyön oli määrä valmistua keväällä 2011, mutta prosessimme venyi ennalta arvaamattomien tekijöiden vuoksi. Tämän seurauksena laadimme uuden aikataulusuunnitelman.

Työn laatua seurattiin siten, että sitä reflektoitii itse ja työ oli toisen ryhmän opponitavana. Ohjaava opettaja arvioi työn etenemistä sen eri vaiheissa. Opaslehtisen raa-

kaversio lähetettiin arvioitavaksi ja testattavaksi työntilajalle. Opaslehtiseen tehtiin tämän jälkeen tarvittavat muutokset.

4.2 Opinnäytetyön aiheen valinta

Hyvä opinnäytetyön aihe nousee koulutusohjelman opinnoista ja sen avulla voi verkostoitua työelämään. Hyvä aihe pyrkii myös syventämään tietoja ja taitoja itseä kiinnostavasta asiasta. Opinnäytetyön aiheen valinta on opiskelijalle tärkeä opiskeluprosessin vaihe. Hyvin valittu opinnäytetyön aihe ja huolellisesti valmisteltu opinnäytetyö saattavat kehittää opiskelijan ammatillista kasvua, ohjata urakehitystä ja edistää työllistymistä. (Vilka & Airaksinen 2003, 16.)

Toiminnallinen opinnäytetyö on yleensä jonkin toimialan tahon toimeksi antama, jolloin tarve työn laatimiseen nousee todellisesta työelämässä esiin tulleesta asiasta. Toiminnallisen opinnäytetyön avulla opiskelijan on mahdollista näyttää osaamistaan käytännössä. Näin laaditun opinnäytetyön avulla opiskelija voi laajentaa osaamistaan ja hänen työllistymismahdollisuutensa saattavat parantua. Vilkan ym. mukaan toimeksi annettu opinnäytetyö opettaa opiskelijalle projektin hallintaa ja lisää hänen vastuutaan opinnäytetyön aikataulutuksesta ja valmistumisesta. Työelämästä tuleva tarpeesta lähtevä opinnäytetyö tukee opiskelijan ammatillista kasvua siten, että se opettaa hänet soveltamaan tietojaan ja taitojaan työn sen hetkiseen tarpeeseen. (Vilka & Airaksinen 2003, 16–17.)

Opinnäytetyön aihe saattaa syntyä useilla eri tavoilla. Aihe voi löydetty, saatu tai keksitty (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 70.) Hirsjärven ym. mukaan opinnäytetyön onnistumisen kannalta on välttämätöntä, että aihe todella kiinnostaa tekijöitään. Tätä perustellaan sillä, että prosessi on pitkä ja mielenkiinto työtä kohtaan takaa paremmin työn valmistumisen ja sen parhaan mahdollisen toteutuksen. Hirsjärvi ym. toteavat myös, että opinnäytetyön aihetta kannattaa harkita tarkkaan ja tarvittaessa vaihtaa sitä, mikäli on epävarma aiheen kiinnostavuudesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2009, 77).

Vilkan & Airaksisen (2003, 16-17) mukaan opinnäytetyön tavoitteena on, että opiskelija saa sen avulla osoitettua omat vahvuutensa kullakin oman alansa osa-alueella. Opinnäytetyön aiheen valintakriteeri voi olla myös aiheen ajankohtaisuus alalla tai

opiskelijan pyrkimys ammatilliseen kasvuun opinnäytetyön laatimisen avulla. Valintakriteerinä voi olla myös tarve, että opinnäytetyöstä on hyötyä jollekin. Kun opiskelija on kiinnostunut hankkimaan tietoa valitsemaltaan alueelta ja kehittämään taitojaan siinä, on opinnäytetyön laatiminen motivoivampaa. (Vilka & Airaksinen 2003 23 - 29).

Opinnäytetyömme aihevalinta oli meille sangen helppo. Aiheena oli aluksi ”Liikunnan ja ravitsemuksen merkitys/vaikutus/osuus masennuksen hoidossa”. Tämä aihe valikoitui meille, koska se oli kiinnostava ja ajattelimme, kuten Hirsjärven ym. mukaan on hyödyllistä, että kiinnostava aihe on sellainen motivaation lähde, joka edesauttaa opinnäytetyön valmistumista. Kiinnostuksemme aiheeseen nousee siitä tiedosta, että masennuksen ja psyykkisten ongelmien on monissa yhteyksissä todettu olevan yhä kasvava terveysongelma nyky-yhteiskunnassa. Työn aihe on näin ollen erittäin ajankohtainen. Toisena varsin tärkeänä seikkana aiheen valinnassa oli se tosiasia, että emme halunneet työmme jäävän johonkin hyllyyn pölyyntymään siten, että työlle ei olisi todellista käyttöä. Opinnäytetyön aihe saatiin koulusta ja se on KYSin aikuispsykiatrian osaston tilaama. Opinnäytetyön aihe jalostui nykyiseen muotoonsa myöhemmin. Työn tilaajan kanssa yhteistyössä tulimme toukokuussa 2010 siihen johtopäätökseen, ettei alkuperäiselle aiheelle ollut todellista tilausta. Aihetta hiottiin uudelleen ja nimeksi muotoutui ”Painonhallinnan opaslehtinen painoa nostavia psyykenlääkkeitä käyttäville potilaille”. Opaslehtisen tarkoituksena on toimia tietopakettina painoa nostavista psyykenlääkkeistä, painonhallinnasta ja keinoista hallita painoa terveellisen ruokavalion ja liikunnan avulla. Opaslehtisen kohderyhmänä ovat potilaat, jotka käyttävä painoa nostavaa psyykenlääkitystä ja lisäksi sitä käytetään ohjauksen tukena osastolla. Opas on tarkoitus jakaa potilaille kotiin muistin tueksi.

4.3 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus

Opinnäytetyössä idean ja tavoitteiden on oltava perusteltuja ja tarkkaan mietittyjä. Työssä on harkittava tarkoin missä, miten ja mitä tehdään. Tekijöiden on selvitettävä itselleen, mitä he ovat tekemässä. Joskus opinnäytetyötä ei ole mahdollista toteuttaa suunnitelmien mukaan. Kuitenkin aihetasolla olisi kyettävä tekemään se, mitä on suunniteltu. Toimintasuunnitelmassa tulee harkita aiheen ja tavoitteiden saavutettavuus. (Vilka & Airaksinen 2003, 26–27.)

Kehittämistyön tarkoituksena oli koota yhteen tutkittua tietoa painonhallinnasta ja yleisimmistä psyykenlääkkeistä, joiden mahdollisena haittavaikutuksena voi olla painon nousu. Tässä työssä käsiteltävät lääkkeet ovat mirtatsapiini, mianseriini, karbamatsapiini, ketiapiini, litium ja olantsapiini. Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia painonhallinnan opaslehtinen psyykenlääkkeitä käyttäville potilaille tiedon lisäämiseksi, mukaan annettavaksi ja työntilajalle ohjauksen tueksi. Tavoitteena oli myös lisätä lääkehoidon hoitomyöntyvyyttä.

4.4 Tiedon hankinta opinnäytetyötä varten ja lähteet

Kehittämistyössä on tarpeen käyttää teoreettista viitekehystä. Saadakseen tietoperustan ja viitekehysten täytyy työhön etsiä ja käyttää tietoa eri lähteistä. (Vilkkä & Airaksinen 2003 31, 70.) Erilaisia aiheeseen liittyviä tutkimusartikkeleita etsittiin hakutietokantojen kautta kuten Medic, Cinahl, Sairaanhoidajan tietokannat, Terveysportti, MeSH ja kirjaston tietokantojen kautta. Työssä käytettiin seuraavia hakusanoja: painonhallinta, weight gain, painonnousu, lihavuus, psyykenlääkkeet ja sivuvaikutukset, ravitsemus ja paino, ravitsemussuositukset, masennuslääkkeet, psyykenlääkkeet, masennuslääkkeet, antidepressive agents, hoitomyöntyvyyys, masennus, bipolaarinen mielialahäiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö, lääkkeet ja masennus, masennus ja lääkehoito sekä kirjallinen ohjaus. Kirjaston henkilökunta opasti ja auttoi meitä etsimään tarvittavia kirjoja, tutkimuksia ja artikkeleita. Aineistoja saatiin Savonia-ammattikorkeakoulun kirjastosta, Itä-Suomen yliopiston kirjastosta ja Kuopion yliopistosairaalan tieteellisestä kirjastosta. Etälainoja lainattiin Turun yliopistosta ja Savonia-ammattikorkeakoulun lisälmen yksiköstä.

Opinnäytetyötä kirjoittaessa tarvitaan taitoa valita käytettyjä lähteitä, koska tutkimuksen kohteena olevaa aihetta on voitu tutkia aiemmin monista eri näkökulmista ja tarjolla voi olla paljon erilaisia lähteitä. Työssä on hyvä myös käyttää mahdollisimman uusia lähteitä, jolloin käytössä on ajankohtaisin tieto. Työn toteuttajien on täytynyt miettiä, mistä opinnäytetyön tuotoksen tieto ja materiaali saadaan. Työssä on käytetty mahdollisuuksien mukaan alkuperäisiä tutkimuksia ja julkaisuja kuten Vilkkä ja Airaksinen (2003, 72-73) kirjoittavat. Lähteitä löytyi runsaasti sairauksista, lääkehoidosta, potilasohjauksesta yleensä sekä ravitsemuksen ja liikunnan keinoista painonhallinnassa. Työssä on käytetty kansainvälistä lääkkeitä koskevaa materiaalia. Psykkises-

ti sairaan potilaan ohjauksesta oli haasteellista löytää materiaalia. Lähteitä tarkasteltiin kriittisesti.

4.5 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyöprosessin alussa valittiin työn toteuttajia kiinnostava aihe. Työn tilaaja tavattiin elokuussa 2010 Tarinan sairaalassa. Läsä olivat osaston 2722 osastonhoitaja, klinikkaopettaja ja opinnäytetyön ohjaaja. Tapaamisessa sovittiin työn tarkoitus ja sen toteutustapa. Tämän jälkeen kirjoitettiin uusi aihekuvaus työn tueksi. Ohjaussopimus tehtiin työntilaaajan ja ohjaavan opettajan kanssa ennen menetelmätyöpaja 1:een osallistumista.

Nykyiseen aiheeseen etsittiin teoriatietoa ja keskeisimpiä käsitteitä avattiin. Samalla rajattiin aihe. Menetelmätyöpaja 1:een osallistuttiin syys- ja lokakuussa 2010. Menetelmätyöpaja 2:een osallistuttiin, kun opaslehtisen suunnittelu aloitettiin tutkimussuunnitelman pohjalta. Tutkimussuunnitelma esiteltiin seminaarissa marraskuussa 2010. Tutkimuslupa anottiin tutkimussuunnitelman valmistuttua. Ohjaava opettaja hyväksyi tutkimuslupa-anomuksen ja ylihoitaja Julkulan sairaalasta hyväksyi tutkimusluvan. Työn toteuttajat oppoivat toisen ryhmän työtä ja toinen ryhmä oppoi tätä työtä. Kevään 2011 aikana osallistuttiin ABC-työpajaan ja äidinkielen ohjaukseen. Toisen ryhmän valmista opinnäytetyötä oppoitiin toukokuussa 2011. Tämän jälkeen työstä tehty englanninkielinen tiivistelmä tarkistettiin. Valmis opinnäytetyö esitettiin marraskuussa 2011. Opinnäytetyö julkaistiin ammattikorkeakoulujen verkkokirjaston Theseus-tietokannassa.

4.6 Opaslehtisen toteutus

Opinnäytetyönä laadittiin painonhallinnan opaslehtinen painoa nostavia psyykenlääkkeitä käyttäville potilaille. Opaslehtisessä on koottuna yksiin kansiin tietoa painoa nostavista psyykenlääkkeistä ja painonhallinnan keinoista. Opaslehtinen on tarkoitus antaa potilaille lääkkeen aloitusvaiheessa. Opaslehtisen käyttöoikeus luovutetaan työntilaaajalle Kuopion yliopistolliselle sairaalalle.

Opaslehtisen laatiminen alkoi opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittamisen jälkeen. Opaslehtisen kooksi valittiin A5, koska useimmat KYS:an potilasohjeet on laadittu sen kokoisina. Näin noudatetaan samaa käytäntöä aiemmin laadittujen opaslehtisten kanssa. Tekstisivuja opaslehtisessä on 12. Etusivulle asetettiin ohjaavan opettajan ottama valokuva vanhasta vaa`asta. Tämän ajateltiin kuvaavan tasapainoa lääkehoidon ja painonhallinnan välillä. Etusivun jälkeen laitettiin sisällysluettelo selkeyttämään opaslehtisen sisältöä. Sisällysluettelon jälkeen tuli osio lukijalle, jossa ilmenee lyhyesti opaslehtisen tavoite ja tarkoitus. Tämän jälkeen noudatimme järjestelmällisesti opinnäytetyön teoria osuuksia (psykykinen sairaus ja painoa nostavat lääkkeet sekä painon hallinnankeinot -osa-alueita). Tekstiosio pitää sisällään tietoa masennuksesta, bipolaarisesta mielialahäiriöstä, painoa nostavista psyykenlääkkeistä, painonhallinnasta liikunnan ja ravitsemuksen näkökulmista.

Ohjeen lopussa tulee olla yhteystiedot, tiedot ohjeen tekijöistä sekä viitteitä mahdollisiin lisätietoihin. Yhteistiedot on hyvä olla sellaisissa ohjeissa, joissa potilaalla voi herätä vielä lisäkysymyksiä tai jos jokin asia jää ymmärtämättä. Lyhyet opaslehtiset eivät millään voi antaa vastausta kaikkiin kysymyksiin, joita ohjattavasta aiheesta voi herätä. Tämän vuoksi ohjeessa on hyvä olla vinkkejä ajantasaisille tiedonlähteille, josta potilas voi saada lisää tietoa ohjattavasta aiheesta. (Torkkola ym. 2002, 45–46.) Ennen lähteiden mainitsemista liitimme opaslehtiseen hyödyllisiä linkkejä, joista potilaat löytävät tarpeellista lisätietoa opaslehtisessä olevista aihealueista. Viimeiselle sivulle laitettiin KYS:n ja Savonia-ammattikorkeakoulun logot sekä työn toteuttajien nimet.

Hyvä ulkoasu palvelee ohjeen sisältöä. On tärkeää kiinnittää huomioita ohjeen taittoon eli tekstin ja kuvien asetteluun paperille. Hyvin aseteltu teksti ja kuvat houkuttelevat perehtymään ohjeeseen ja lisäksi toimiessaan parantavat ohjeen ymmärrettävyyttä. Opaslehtisessä ohjeet kannattaa jakaa useaksi ohjeeksi. Ohjeen luettavuutta voidaan selkeyttää väliotsikoin. (Torkkola ym. 2002, 55.) Tekstin yhteyteen liitettiin kuvamateriaalina Itämeren ruokakolmio, lautasmalli, ”kuusi kourallista marjoja, kasviksia ja vihanneksia päivässä” ja liikuntapiirakka. Opaslehtisessä esiintyvien kuvien käyttöön on saatu luvat kuvien käyttöoikeuden omistajilta. Tekstiä selkeytettiin taulukolla, joka kuvaa painoa nostavia lääkkeitä ja niiden vaikutuksia aineenvaihduntaan. Näin tekstin ymmärrettävyys parani. Word 2007 Clip-Art -kuvia liitettiin tekstin yhteyteen opaslehtisen ilmeen ja kiinnostavuuden lisäämiseksi.

Erityyppisiä ohjeita varten voi rakentaa erityyppisiä asettelumalleja, yleensä vaaka- ja pystymalli riittävät. Pystymalli on toimiva vaihtoehto niin yksi- kuin kaksisivuisillekin ohjeille. (Torkkola ym. 2002, 55- 56.) Opaslehtinen toteutettiin pystymallisena.

Työn toteuttajat vastasivat työhön kuluvista kustannuksista itse. Kustannuksia syntyi esimerkiksi kaukolainoista, kopiointi- ja postituskuluista sekä kirjojen varaamisesta. Syntyneet kulut jaettiin työn toteuttajien kesken. Kustannusten kokonaismäärää oli vaikea arvioida työn alkuvaiheessa. Opaslehtisen painatuskustannuksista huolehti työn tilaaja itse.

4.7 Opaslehtisen arviointi

Kirjallinen potilasohje on potilaalle hyödyllinen tuki sairautensa hoidossa (Johansson 2001, 21). Kirjallisen ohjeen saatuaan potilas voi palauttaa mieleensä saamansa suullisen ohjauksen, joka on saattanut unohtua. Kirjallisten potilasohjeiden myötä myös potilaan omaiset voivat saada tietoa hoidosta. Neuvonta on keskeinen osa potilaan hoitoa. Se motivoi potilasta ottamaan itse vastuuta hoidostaan ja tukee selviytymistä sairauden kanssa. Joskus riittää pelkkä kirjallinen ohje, mutta usein sen tueksi tarvitaan suullista neuvontaa. Tärkeää on, että kirjallinen ohje ei ole ristiriidassa suullisen ohjauksen kanssa. (Torkkola ym. 2002, 24, 29.) Työn toteuttajat halusivat opaslehtisen olevan hyödynnettävissä ja todelliseen tarpeeseen perustuva.

Potilaat kaipaavat käytännönläheisiä ja tilannekohtaisia ohjeita, jotka hyödyttävät heitä kotona itsehoidossa. Potilasohjeen suunnittelussa on huomioitava, että ohje on oikein suunnattu ja potilaan oppimiskyvyn huomioiva, jolloin ohjeesta on mahdollisimman suuri hyöty potilaalle. Ohjaustilanteen on huomioitava potilaan vastaanotto-kyky. Potilaan sairaus tai kriisivaihe saattaa tehdä ohjauksesta vääränä ajankohtana hyödyttömän potilaan ollessa kykenemätön vastaanottamaan uutta tietoa. Tällöin voi olla hyvä antaa potilaalle aikaa ja palata ohjattavaan asiaan vielä myöhemmin. (Torkkola ym. 2002, 29- 32.) Opaslehtinen toimii kätevästi ohjauksen tukena ja se mahdollistaa asioiden mieleen palauttamisen ohjauksen jälkeen.

Kirjallisten potilasohjeiden täytyy olla enemmän kuin tiedonsiirtoa sairaalalta potilaalle. Ohjeessa täytyy kiinnittää huomioita paitsi siihen, mitä sanotaan myös siihen, miten sanotaan. Tekstit ovat täynnä merkityksiä ja jokainen ohjeen lukija antaa tekstille

ja ohjeelle oman merkityksensä. Yleensä potilasohjeelta odotetaan selkeästi kirjoitettuja, asiallisia ja hyödyllisiä neuvoja. Jokainen tulkitsee tekstiä omalla tavallaan. (Torkkola ym. 2002, 16–19.)

Kirjallisen potilasoppaan tulee olla ymmärrettävä ja selkeä kokonaisuus. Huomiota tulee kiinnittää oppaan opetuksellisuuteen, sisältöön, ulkoasuun, kieleen ja rakenteeseen niin sisällöltään kuin ulkoasultaan. Kirjallisesta oppaasta tulee käydä selkeästi ilmi kenelle se on tarkoitettu ja mikä on ohjeen tarkoitus. (Johansson 2001, 22.) Hyvä kirjallinen ohje puhuttelee lukijaansa. Siitä täytyy käydä välittömästi ilmi, että teksti on tarkoitettu juuri lukijaa, tässä tapauksessa potilasta varten. Jo oppaan ensimmäisestä virkkeestä on hyvä käydä ilmi ohjeen tarkoitus. (Torkkola ym. 2002, 36- 37.) Tekstistä tulee käydä ilmi jo yhdellä silmäyksellä, mitä se pitää sisällään (Johansson 2001, 23). Ohjeessa edetään tärkeämmästä vähemmän tärkeämpään asiaan (Torkkola ym. 2002, 39). Opaslehtisen alussa kerrotaan työn tarkoitus, tavoite ja kenelle opaslehtinen on suunnattu.

Kirjallisten potilasohjeiden ymmärrettävyyttä voidaan edistää erilaisin kuvin, kuvioin, kaavioin ja taulukoin. Näiden tulee olla ymmärrettäviä ja tarkkoja ilman lisätekstejä. (Johansson 2001, 23.) Tekstin tulisi olla havainnollista yleiskieltä. Ohjeessa tulee käydä ilmi potilaan kannalta olennaiset asiat. Tekstiä kirjoitettaessa voi miettiä, mitä potilas kysyisi varsinaisessa ohjaustilanteessa, mitä hän haluaisi ensisijaisesti tietää ohjattavasta asiasta. (Torkkola ym. 2002, 42-43.) Opaslehtisessä on käytetty yleiskieltä ja jokainen käsite on määritelty. Opaslehtistä selkiytettiin kuvin ja yhden taulukon avulla.

Opinnäytetyön tuotoksesta on usein kannattavaa pyytää jonkinlainen palaute siitä, ovatko työn tavoitteet toteutuneet. Palautetta kohderyhmältä on hyvä käyttää oman arvioinnin tukena, jotta arvioinnin näkökulma ei jää liian subjektiiviseksi. Palautteessa on hyvä pyytää arvioita esimerkiksi oppaan tai ohjeistuksen käyttökelpoisuudesta ja toimivuudesta sekä työn visuaalisesta ulkonäöstä, luettavuudesta sekä selkeydestä. Kohderyhmältä on hyvä pyrkiä saamaan palautetta myös työn merkittävyydestä juuri heille tarkoitettuna ”välineenä”. (Vilka & Airaksinen 2003, 157.)

Opaslehtinen lähetettiin arvioitavaksi työntilajalle sekä aikuispsykiatrian osaston potilaille ja hoitajille. Potilasaineistoa oli suhteellisen vähän käytettävissä. Potilaat, joilta palautetta pyydettiin, olivat hyvin tiedostavia ja itsehoitoon panostavia, joten he eivät kokeneet juuri tiedollisesti hyötyvänsä opaslehtisestä. Todennäköisesti opasleh-

tinen palvelee parhaiten potilaita, joilla asioista ei vielä ole niin paljoa tietoa, esimerkiksi ensimmäistä kertaa sairastuneet ja sairauden alkuvaiheessa olevat henkilöt. Palautetta pyrittiin saamaan myös potilasohjauksellisuuden ja tarpeellisuuden näkökulmista. Palaute oli pääsääntöisesti hyvää. Työntilaajan mukaan oppaan johdannon asiat olivat merkityksellisiä ja lukijaa puhuttelevia. Kiitosta saatiin myös painonnousun ennaltaehkäisyä käsittelevästä ytimekkästä ja selkeästä kappaleesta sekä taulukosta, joka selkiyttää hyvin psyykenlääkkeiden erilaisia painoa nostavia vaikutuksia elimistössä. Arvioinnoissa nousi myös esille painonhallinnan keinoista kertovat liikunnan ja ruokavalion osuudet, jotka olivat selkeästi kirjoitettuja ja oleellista asiaa sisältäviä. Masennuspotilaan näkökulmasta katsottuna asiat olivat ilmaistu kannustavasti ja kuvat konkretisoivat kerrottua asiaa, etenkin Itämeren ruokakolmio oli mukava pirstys oppaaseen. Hoitajilta saadun palautteen mukaan opasta on pidetty tarpeellisenä ja oleellisia asioita sisältävänä kokonaisuutena.

5 POHDINTA

Opinnäytetyön tuotoksena valmistui painonhallinnan opas painoa nostavia psyykenlääkkeitä käyttäville potilaille. KYS:n Tarinan sairaalan aikuispsykiatrian osasto tilasi opaslehtisen siellä ilmenneen tarpeen johdosta. Osastolla oli tarve saada opaslehtinen, jossa annetaan yhteen koottua tietoa painoa nostavista psyykenlääkkeistä, niiden vaikutuksista ja painonhallinnasta. Opaslehtinen on potilaalle hyvä tuki suullisen ohjauksen lisäksi. Opaslehtisen tarkoituksena on lisätä potilaan hoitomyöntyvyyttä ja lääkehoitoon sitoutumista antamalla tietoa lääkkeiden painon nousun haittavaikutuksesta ja painon nousun ehkäisemisestä ruokavalion ja liikunnan keinoin. Opaslehtinen on tarkoitettu potilaalle mukaan annettavaksi, jotta potilas voi tarvittaessa kerrata asioita myös kotona osastolta kotiuduttuaan.

Tämän opinnäytetyön lähdemateriaali on pääosin peräisin kirjallisuudesta. Tietoa saatiin osaksi sähköpostin välityksellä. Kirjallisuudesta löytyi runsaasti tietoa masennuksesta ja bipolaarisesta mielialahäiriöstä ja näiden sairauksien hoidosta. Tietoa löytyi kattavasti myös painonhallinnasta, ravitsemuksesta sekä liikunnasta. Haastavampaa oli löytää tietoa psyykkisesti sairaan potilaan ohjauksen erityispiirteistä. Tapasimme muutamia kertoja työn tilaajan ja keskustelimme useita kertoja ohjaavan opettajan kanssa. Heiltä saimme muun muassa hyödyllisiä vinkkejä tietolähteistä ja uusia näkökulmia työn toteuttamista varten. Työn tilaajan kautta saimme myös palautetta opaslehtisestä aikuispsykiatrian osaston hoitajilta ja potilailta, kun opaslehtinen oli siellä arvioitavana. Saadun palautteen perusteella muokkasimme opaslehtistä joiltakin osin enemmän osaston tarpeen mukaiseksi.

Opinnäytetyöprosessi oli kokonaisuudessaan pitkä, eikä työn toteuttajilla ollut alussa aivan selvää, millainen työn tuotoksena syntyneestä opaslehtisestä oli tarkoitus tulla. Työn tarkoitus ja tavoitteet olivat kuitenkin työn toteuttajille selvät prosessin alusta asti eivätkä ne muuttuneet prosessin edetessä. Haastavaa oli löytää työhön ”punainen lanka”, joka linkittää opinnäytetyön eri aihealueet sopivasti toisiinsa, jotta opinnäytetyöstä tai opaslehtisestä ei tulisi liian rönsyilevä ja työn aihealueista liian paljon toisistaan poikkeavia. Aluksi työ vaati paljon muokkausta ja aihealueiden rajaamista. Opinnäytetyöprosessin edetessä työntekijöille alkoi vähitellen muodostua kuva työn aihe-alueiden sopivasta laajuudesta sekä siitä, kuinka aihealueet saadaan sopivasti yhdistettyä toisiinsa. Työn edetessä alkoi myös selvemmin hahmottua, mitä aihealu-

eita työssä on tarpeen painottaa, jotta työ vastaa sille asetettuja tarpeita. Työn toteuttajat halusivat opinnäytetyönsä vastaavan sille asetettuja tarpeita ja siksi pohtiminen ja työn muokkaus veivät osaltansa paljon aikaa.

Opinnäytetyötä aloittaessaan työn toteuttajat olivat valmistautuneet pitkään ja aikaa vievään prosessiin. Ajallisesti opinnäytetyöprosessi kuitenkin ylitti odotukset. Kaiken kaikkiaan prosessi kesti kaksi vuotta. Prosessin venymiseen vaikutti muun muassa aiheen muutos heti prosessin alkumetreillä sekä opiskelijoiden omassa henkilökohtaisessa elämässä tapahtuneet asiat ja muu opiskelu opinnäytetyön työstämisen ohella. Työn toteuttajat pyrkivät säännöllisesti tekemään aikataulullista suunnitelmaa prosessin etenemiseksi, vaikka aikataulua jouduttiinkin muuttamaan alkuperäisestä suunnitelmasta.

Tämän opinnäytetyön aihe kiinnosti kaikkia työn toteuttajia kovasti ja siksi myös opinnäytetyöprosessi oli kaiken kaikkiaan antoisa. Työn toteuttajat perehtyivät aiheeseen syvällisesti ja hankkivat paljon taustatietoa aiheeseen liittyen. Prosessin edetessä työn toteuttajien asiantuntijuus kehittyi, mikä näkyi esimerkiksi käytännön harjoittelujaksoilla asiakkaiden kanssa käytävien ohjaustilanteiden yhteydessä. Työn aihealueisiin perehtyminen antoi työkaluja ohjata asiakkaita muun muassa liittyen painonhallintaan ja psyykenlääkkeiden painoa nostavaan haittavaikutukseen.

Opinnäytetyöprosessi kehitti työn toteuttajien yhteistyötaitoja ja valmiuksia toimia moniammatillisessa yhteistyössä. Prosessin aikana työn toteuttajat tekivät yhteistyötä muun muassa työn tilaajan, sairaanhoitajien ja ohjaavan opettajan kanssa. Näiltä eri tahoilta toteuttajat saivat erilaisia näkökulmia työhönsä, joiden kautta työn aihealueita tarkastellaan mahdollisimman monipuolisesti. Työn toteuttajat ovat ottaneet työhön terveydenhoidollisen näkökulman, mikä näkyy työn ohjauksellisen luonteen kautta. Työn toteuttajat ovat pyrkineet tarkastelemaan aihetta ohjauksen näkökulmasta siinä mielessä, että työn tuotoksena syntynyt opaslehtinen on tarkoitettu yhdeksi potilasohjauksen työkaluksi.

Opinnäytetyöprosessin aikana työn toteuttajat kehittivät myös organisoimaan työskentelyään ja ajankäyttöään paremmin, sillä vastuu työn valmistumisesta oli heillä itsellään. Jokainen työn toteuttaja kantoi vastuun omalta osaltaan työn tekemisestä ja työn eri aihealueiden työstäminen jakautui tasapuolisesti kaikkien kesken. Prosessin aikana työn toteuttajien reflektointi- ja referointi taidot kehittivät ja he oppivat tarkastelemaan lähteitä sekä omaa työtään kriittisesti. Työn toteuttajat oppivat myös otta-

maan paremmin toisensa huomioon. Prosessi kehitti työn toteuttajien taitoja kuunnella toistensa mielipiteitä ja etsiä kaikkia osapuolia tyydyttäviä ratkaisuja. Ristiriitatilanteita ei juuri prosessin aikana päässyt syntymään.

Opinnäytetyöprosessi vaati työn toteuttajilta paljon voimavaroja, joustavuutta ja pitkäjänteisyyttä, vaikka se kokonaisuutena olikin antoisa. Työ toteutettiin suurimmaksi osaksi muun opiskelun ohella vapaa-aikana ja viikonloppuisin. Työn toteuttajat joutuivat välillä joustamaan vapaa-ajan asioistaan, mutta he kokivat kuitenkin opinnäytteen valmistumisen tärkeimpänä päämääränään ja asennoituvat työn tekemiseen sen mukaisesti.

LÄHTEET

- Aro, A. 2008.** Hiilihydraatit. Terveyskirjasto. Päivitetty 4.2.2008. Viitattu 26.8.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00011
- Basson, B.R., Kinon, B.J., Taylor, C.C., Szymanski, K.A., Gilmore, J.A. & Tollefson, G.D. 2001.** Factors Influencing Acute Weight Change in Patients With Schizophrenia Treated With Olanzapine, Haloperidol or Risperidone. *Journal of Clinical Psychiatry* 62 (4), 231-238.
- Diabetesliitto. 2010.** Itämeren ruokakolmio: Terveellinen kokonaisuus syntyy kotoisista aineksista. Päivitetty 16.12.10. Viitattu 18.8.11.
http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/ajankohtaista/itameren_ruokakolmio_terveellinen_kokonaisuus_syntyy_kotoisista_aineksista.html
- Duodecim – Lääketietokanta. 2011.** Valmisteyhteenveto. Lorazepam Orifarm 1 mg tabl. Viitattu 19.1.2011. http://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake.koti
- Fava, M. 2006.** Weight Gain and Antidepressants. *Journal of Clinical Psychiatry* 61 (11), 37-41.
- Heikkinen, K., Johansson, K., Leinonen-Kilpi, H., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2006.** Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990-2003. *Hoitotiede* 18 (3), 120-130.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009.** Pohdinta. Tieteellisten kirjoitelmien rakenne. Tutki ja kirjoita. 15.uudistettu painos. Helsinki: Tammi. 263-264.
- Huttunen, M. 2010.** Tietoa potilaalle: Vakava masennustila. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 23.7.2010. Viitattu 10.9.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00538&p_haku=masennus
- Huttunen, M. 2009.** Tietoa potilaalle: Masennus. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 29.12.2009. Viitattu 10.9.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=Masennus&p_artikkeli=dlk00389#s1
- Huttunen, M. 2008.** Masennuslääkkeiden haittavaikutukset. Lääkkeet mielen hoidossa. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 23.8.2008. Viitattu 10.9.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00042
- Huuhka, M. 2005.** Electroconvulsive Therapy in Major Depression: A Clinical and Genetic Approach. Tampereen yliopiston Acta elektroninen julkaisusarja 465. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Psykiatrian laitos. Väitöskirja. Päivitetty 7.10.2005. Viitattu 9.9.2010. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6401-X.pdf>

- Hätönen, H.** 2006. Mielenterveyspotilaan erityistarpeet. Potilasopetuksen monimuotoiset menetelmät mielenterveystyössä. Moniulotteinen mielenterveystyökoulutuspäivät. Kuopio.
- Isometsä, E.** 2009a. Depression tunnistaminen ja diagnostiikka. Lääkäriin käsikirja. Päivitetty 5.3.2010. Viitattu 10.9.2010.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtiha-ku_view_article_WAR_dlehtihaku_spape=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo97892&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero
- Isometsä, E.** 2009b. Kaksisuuntainen mielialahäiriö (maanis-depressiivisyys). Lääkäriin käsikirja. Viitattu 20.9.2010. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=
- Johansson, K. (toim.)** 2001. Kirjalliset potilasohjeet -ymmärrettäviäkö? Teoksessa: Haukka, U-M., Hupli, M., Pihlajamaa, M. & Salanterä, S. 2001. Näkökulmia hoitotyöhön. Hoitotiede 1999- 2000. Pro Nursing ry:n vuosikirja. Julkaisusarja A: 13: 2001. 21–27. Turku: Pro Nursing ry.
- Kampman, O.** 2005. Hoitomyöntvyys psykykenlääkkeitä käyttävillä. Suomen Lääkäri-lehti 60 (11), 1285–1289.
- Kotimaiset Kasvikset ry.** 2011a. Hiilihydraatit. Viitattu 26.8.2011.
<http://www.kasvikset.fi/Suomeksi/Asiakkaille/Ravitsemus/Ravintoaineet/Hiilihydraatit>
- Kotimaiset Kasvikset ry.** 2011b. Kasvisten vaikutus terveyteen. Kasvikset ja terveys. Ravitsemus. Viitattu 25.8.11.
http://www.kasvikset.fi/Suomeksi/Asiakkaille/Ravitsemus/Kasvikset_ja_terveys/Kasvisten_vaiutus_terveyteen
- Kotimaiset Kasvikset ry.** 2011c. Proteiinit. Viitattu 26.8.2011.
<http://www.kasvikset.fi/Suomeksi/Asiakkaille/Ravitsemus/Ravintoaineet/Proteiinit>
- Kotimaiset Kasvikset ry.** 2011d. Ravintoaineet. Viitattu 26.8.2011.
<http://www.kasvikset.fi/Suomeksi/Asiakkaille/Ravitsemus/Ravintoaineet>
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T.** 2007. Asiakkaan ja hoitajan taustatekijät. Ohjaaminen hoitotyössä. Oppimateriaalit. Helsinki. Wsoy.

- Käypähoito -suositus: Aikuisten liikuntasuositus.** 2011. Liikunta on lääke. Tarnanen, K., Kesäniemi, A., Kettunen, J., Kujala, U., Kukkonen-Harjula, K. & Tikkanen, H. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Potilasversiot. Päivitetty 8.11.2010. Viitattu 24.9.2011. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../khp00077#s8>
- Käypähoito- suositus: Depressio.** 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatryhdistys ry:n asettaman työryhmä. Päivitetty 4.7.2009. Viitattu 10.9.2010. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50023>
- Käypä hoito -suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö.** 2008. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatryhdistys ry:n asettaman työryhmä. 21.10.2008. Viitattu 10.9.2010. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnut/hoi50076>
- Laitinen, K.** 2007. Miksi psykelääke lihottaa? Apteekkari 96 (10), 26–27.
- Leinonen, E. & Syvälahti, E.** 1997. Mielialaa tasoittavien lääkkeiden kliiniset ja farmakologiset ominaisuudet. Suomen lääkärilehti 52 (10), 1109–1112.
- Leinonen, M., Mielonen, J. & Ruokolainen, T.** 2009. Masennuspotilaan lääkehoidon erityispiirteitä. Ohje masennuspotilaan lääkehoidon ohjaukseen. Kuopion yliopistollinen sairaala. Aikuispsykiatrian tulosityksikkö
- Lukkarinen, O.** 1996. Eturauhasen liikakasvun lääkehoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Päivitetty 2011. Viitattu 24.9.2011. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo60392&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero
- Lönnqvist, J.** 2009. Stressi ja depressio. Terveyskirjasto. Päivitetty 19.1.2009. Viitattu 24.9.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00020
- Mielenterveyden keskusliitto.** 2011. Psykoterapia. Mistä apua? Tietopankki. Viitattu 24.8.11. http://www.mtkl.fi/tietopankki/mista_apua/psykoterapia/
- Mielenterveyden keskusliitto.** 2008. Liikunnan vaikutus masennukseen. Liikunta ja mielenterveys. Opas. Viitattu 24.9.2011. <http://www.mtkl.fi/@Bin/285221/Liikunta+ja+mielenterveys+netti.pdf>
- Mustajoki, P.** 2010. Tietoa potilaalle: Liikunta ja painonhallinta. Lääkärin käsikirja Duodecim. Päivitetty 23.3.2010. Viitattu 24.9.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01005&p_haku=Painonhallinta%20ja%20liikunta

- Mustajoki, P.** 2009a. Tietoa potilaalle: Metabolinen oireyhtymä. Lääkärin käsikirja Duodecim. Päivitetty 10.7.2009. Viitattu 24.9.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045
- Mustajoki, P.** 2009b. Tietoa potilaalle: Painonhallinta - ravinnon kaloreiden vähentäminen. Lääkärin käsikirja Duodecim. Päivitetty 30.12.2009. Viitattu 24.9.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00864
- Mustajoki, P.** 1999. Yksilöllinen painonhallinta. Juva: WSOY.
- Mustajoki, P. & Kaukua J.** 2008a. HDL-kolesteroli eli hyvä kolesteroli (fP-KOL-HDL) senkka ja 100 muuta tutkimusta. Terveyskirjasto Duodecim. Päivitetty 9.7.2008. Viitattu 26.8.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03082
- Mustajoki, P. & Kaukua J.** 2008b. LDL-kolesteroli eli paha kolesteroli (fP-Kol-LDL) senkka ja 100 muuta tutkimusta. Terveyskirjasto Duodecim. Päivitetty 9.7.2008. Viitattu 26.8.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03082
- Mustajoki, P. & Lappalainen, R.** 2001. Painonhallinta. Ohjaajan opas. Helsinki: Duodecim.
- Ojala, R.** 2005. Tunnistatko lääkkeiden antikolinergiset haitat? Apteekkari 94 (5), 22-23.
- Ojanen, M., Svennevig, H., Nyman, M. & Halme, J.** 2001. Liiku oikein – voi hyvin. Liikunnan merkitys hyvinvoinnille. Liikuntatieteellinen seura: Helsinki
- Saari, K., Koponen, H., Laitinen, J., Jokelainen, J., Lauren, L., Isohanni, M. & Lindeman, S.** 2004. Hyperlipidemia in Persons Using Antipsychotic Medication: A General Population-Based Birth Cohort Study. Journal of Clinical Psychiatry. 65 (4), 547-550.
- Suomen Sydänliitto ry.** 2011a. Lautasmalli. Viitattu 25.8.2011.
<http://www.sydanliitto.fi/lautasmalli2>.
- Suomen sydänliitto ry.** 2011b. Riittävästi kuitua. Viitattu 25.8.2011.
<http://www.sydanliitto.fi/kuidut>
- Suomen sydänliitto ry.** 2011c. Rasvat. Viitattu 25.8.2011
<http://www.sydanliitto.fi/rasvat>
- Suomen sydänliitto ry.** 2011d. Suolaa vähemmän. Viitattu 25.8.2011.
<http://www.sydanliitto.fi/suola>
- Suomen sydänliitto ry.** 2006. Säännöllinen ateriarytmi. Päivitetty 29.5.2006. Viitattu 26.8.2011. <http://www.sydanliitto.fi/saannollinen-ateriarytmi>
- Sussman, N & Gingsberg, D.** 1999. Effect of psychotropic drugs on weight. Annals of general psychiatry 29, 580–594.

Sydänmerkki. a. Tietoa sydänmerkistä. Viitattu 25.8.2011.

http://www.sydanmerkki.fi/sydanmerkki_tuotteet/tietoa/fi_FI/tietoa/ Laitetaanko vuodeksi2011, kun silloin otettu sivuilta ai ei vuotta ollenkaan??

Sydänmerkki. b. Tietoa sydänmerkistä. Sydänmerkin myöntämisperusteet.

http://www.sydanmerkki.fi/sydanmerkki_tuotteet/tietoa/perusteet/fi_FI/perusteita/

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Liikunta. Päivitetty 21.6.2011. Viitattu 25.8.2011. http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/liikunta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Painonhallinta. Päivitetty 22.6.2010. Viitattu 13.9.2010.

http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/painonhallinta

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2008. Mielenterveys. Päivitetty: 1.4.2008. Viitattu 24.9.2011.

http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/mielenterveys/

Terveyttä kasviksilla. 2011. Opetuskalvoja opetukseen ja neuvontaan. Viitattu 26.8.2011.

<http://www.terveyttakasviksilla.fi/WebRoot/1022135/Oletus.aspx?id=1022152>

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

UKK-instituutti. 2011. Liikuntapiirakka. Päivitetty 4.1.2011. Viitattu 25.8.2011.

<http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2011. Valitse vähäsuolaisia elintarvikkeita. viitattu 25.8.2011.

http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/vinkkeja_viisaisiin_valintoihin/suola_ja_sokeri/

Valtion ravitsemusneuvottelulautakunta. 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Viitattu 26.8.2011.

http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositus2005_fin.pdf

Vilka, H. & Airaksinen T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö ohjaajan käsikirja. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki

Vilka & Airaksinen. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Weeman, J. 2010. Mielialahäiriöiden tutkimus- ja hoito-osasto 2722. Sähköposti 8.11.2010.

Wirshing, D., Boyd, J., Meng, L., Ballon, J., Marder, S. & Wirshing, W. 2002. The Effects of Novel Antipsychotics on Glucose and Lipid Levels. *Journal of Clinical Psychiatry* 63 (10), 856-865.

**Painonhallinnan opaslehtinen
painoa nostavia psyykenlääkkeitä käyttäville potilaille**



Sisältö

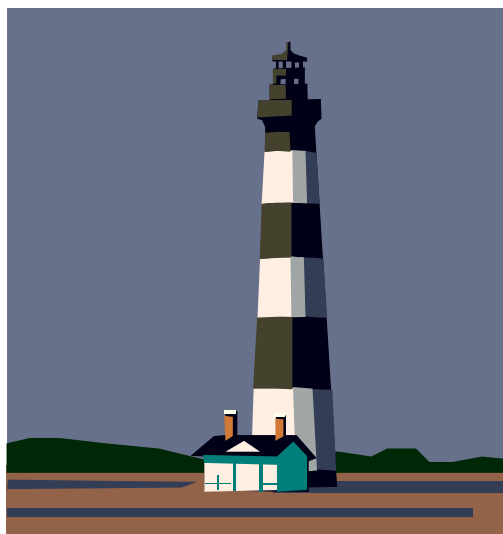
LUKIJALLE.....	4
MASENNUS	5
KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ ELI BIPOLAARINEN MIELIALAHÄIRIÖ.....	6
MIELENTERVEYSHÄIRIÖIHIN KÄYTETTÄVÄT LÄÄKKEET, JOIDEN HAITTAVAIKUTUKSENA ON PAINON NOUSU	7
PAINONHALLINTA.....	8
YLIPAINON HAITAT	8
PAINONHALLINNAN KEINOT	9
RUOKAVALIO	9
LIIKUNTA	13
HYÖDYLLISIÄ LINKKEJÄ	15
LÄHTEET	16

Lukijalle

Olet aloittanut psyykenlääkkeen, jonka mahdollisena haittavaikutuksena voi olla painonnousu. Opaslehtisen tarkoituksena on antaa sinulle tietoa terveellisestä ruokavaliosta ja liikunnan merkityksestä painon hallinnassa, jotta lääkkeen painoa nostava haittavaikutus ei estäisi hoidon jatkuvuutta. Toivomme, että opaslehtinen auttaa sinua sitoutumaan aloitettuun lääkehoitoon.

Opaslehtinen antaa lyhyesti tietoa masennuksesta ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä eli bipolaarisesta mielialahäiriöstä sekä muun muassa näiden sairauksien hoitoon käytettävistä yleisimmistä painoa nostavista psyykenlääkkeistä. Opaslehtisessä käsiteltäviä lääkkeitä käytetään myös muiden mielenterveysongelmien hoitoon.

Opaslehtinen on syntynyt Savonia-ammattikorkeakoulussa kolmen terveydenhoitaja-opiskelijan opinnäytetyönä.



Masennus

Moni kärsii jonkinasteista masennustilasta elämänsä aikana. Aikuisväestön keskuudessa lieviä masennustiloja esiintyy noin 10–15 prosentilla, vakavia masennustiloja noin viidellä prosentilla ja psykoottista depressiota vajaalla yhdellä prosentilla. Suomalaisista noin viisi prosenttia kärsii masennuksesta vuosittain.

Depressiolla eli masennuksella tarkoitetaan mielialan muutosta. Masennustila voidaan luokitella lieväksi, keskitasoiseksi, vakava-asteiseksi tai psykoottiseksi. Sillä voidaan myös tarkoittaa pitkäkestoisempaa masentunutta mielialaa, jolloin masennus on kestänyt viikkoja tai kuukausia.

Masennuksen eteneminen voi olla hidasta ja ensioireina ovat yleensä nukahtamisvaikeudet, aamuöinen herääminen sekä jatkuva väsymys, ärtyneisyys tai ilottomuus. Masennuksen oireita ovat myös itseluottamuksen tai omanarvontunnon vähentyminen, perusteettomat itesyytökset, itsetuhoinen käyttäytyminen, keskittymisvaikeudet, päättämättömyys, jatkuvuus, kiihtymys tai hidastuneisuus. Psykoottisessa masennuksessa esiintyy lisäksi harhaluuloja tai elämyksiä. Masennusta hoidetaan vaikeusasteesta riippuen lääkityksellä, psykoterapialla ja sähköhoidolla tai näiden yhdistelmällä.

Masennus voi aiheuttaa ruokahalun vähentymistä tai sen lisääntymistä. Psykykenlääkkeitä käyttävillä painon nousun todellista syytä on haasteellista selvittää. Paino voi nousta, koska ruokahalu palautuu normaaliksi masennusoireiden lievennyttyä tai paino voi jatkaa nousemistaan mielialan tasaannuttua, jolloin kyseessä on masennuslääkkeen haittavaikutus.



Kaksisuuntainen mielialahäiriö eli bipolaarinen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö eli bipolaarinen mielialahäiriö on mielenterveyden häiriö, joka sisältää maanisia ja depressiivisiä jaksoja. Bipolaarisen mielialahäiriön esiintyvyydeksi on arvioitu 1–1,6 prosentilla väestöstä. Bipolaarinen mielialahäiriö jaetaan tyyppiin 1 ja tyyppiin 2. Tyypissä 1 esiintyy sekä masennusjaksoja että manioita tai sekamuotoisia jaksoja. Tyypissä 2 esiintyy pelkästään masennustiloja ja hypomanioita. Hypomanian tyypillisenä oireena on potilaan normaalista psyykkisestä olotilasta selvästi eroava mielialannousu, jonka kesto vaihtelee päivistä viikkoihin. Lisäksi oireita ovat toimeliaisuuden lisääntyminen ja fyysinen rauhattomuus, lisääntynyt puheliaisuus, keskittymisvaikeudet ja häiriöherkkyys, unen tarpeen väheneminen, sosiaalisuuden, seksuaalisen kiinnostuksen ja halukkuuden lisääntyminen sekä vastuuttoman käytöksen, esimerkiksi rahan tuhailun esiintyminen.

Manian oireet ovat hypomanian kaltaisia mutta voimakkaampia. Tämän vuoksi seurauksena on selvä toimintakyvyn lasku. Maniasta kärsivä on erittäin yliaktiivinen ja hänen arvostelukykynsä on heikentynyt, minkä seurauksena perhesuhteet ja työura usein kärsivät.

Bipolaarisen mielialahäiriön masennusvaiheet eivät eroa oireiltaan vakavasta masennustilasta, jonka keskeisenä oireena on vähintään 2 viikkoa jatkunut päivittäinen masentunut, surullinen, ärtyinen tai tyhjä mieliala sekä heikentynyt kyky tuntea mielihyvää tai mielenkiintoa. Vakavaan masennukseen voi liittyä myös kuolemantoiveita ja itsemurha-ajatuksia. Sekamuotoisessa sairausjaksossa maanisen ja depressiivisen vaiheen oireita esiintyy joko samanaikaisesti tai nopeasti vuorotellen.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon perustana käytetään mielialaa tasaavia lääkkeitä sekä toisen polven psykoosilääkkeitä sairauden kulloisenkin vaiheen mukaisesti.



Mielenterveyshäiriöihin käytettävät lääkkeet, joiden haittavaikutuksena on painon nousu

Mielenterveyshäiriöihin käytettävien lääkkeiden painoa nostavat mekanismit ovat monimutkaisia. Yleensä paino nousee voimakkaimmin ensimmäisten hoitokuukausien aikana. Lääkkeet voivat lisätä ruokahalua, janon tunnetta, turvotusta sekä hiilihydraattien ja rasvojen varastointia elimistöön ja vähentää energian kulutusta. Lääkkeillä voi olla myös kolesterolia nostava vaikutus sekä suoria vaikutuksia sokeri- eli glukoosi-aineenvaihduntaan.

Painonnousua voi ennaltaehkäistä varautumalla mahdolliseen lääkkeiden painoa nostavaan haittavaikutukseen ja hankkimalla tietoa painon hallinnan keinoista.

Painoa nostavia mielenterveyshäiriöihin käytettäviä lääkkeitä ovat muun muassa mirtatsapiini, mianseriini, karbamatsepiini, olantsapiini, ketiapiini ja litium. Näillä lääkkeillä on todettu olevan merkittävä painoa nostava vaikutus.

Alla olevan taulukon avulla voit tutustua lääkkeiden painoa nostaviin vaikutuksiin.

Taulukko 1 Painoa nostavat lääkkeet ja niiden painoa nostavat vaikutukset sekä niiden vaikutukset aineenvaihduntaan.

	mirtatsapiini	mianseriini	karbamatsepiini	olantsapiini	ketiapiini	litium
Nostava vaikutus kolesterolitasoihin				x	x	
Vaikutuksia glukoositasoihin				x	x	
Vaikutuksia insuliinitasoihin				x		
Vaikutuksia energiatasapainoa sääteleviin hormoneihin				x		x
Vaikutuksia glukoositasapainoa sääteleviin hormoneihin				x	x	x
Vähentää energian kulutusta	x	x				
Ruokahalun lisääntyminen	x	x		x	x	
Turvotus			x			x

Painonhallinta



Tavoitteena on, että paino pysyisi samana tai lähes samana lääkkeitä huolimatta. Painonhallinnasta on monenlaista hyötyä. Se ehkäisee monien lihavuuden vuoksi syntyvien sairauksien puhkeamista ja sen avulla voidaan hidastaa jo ilmenneen sairauden etenemistä. Painonhallinta edellyttää pysyvää muutosta elämäntavoissa ja keskeisintä on säännöllisen liikunnan ja terveellisen ruokavalion noudattaminen. Painonhallinnassa on tärkeää löytää itselle parhaiten sopivat vaihtoehdot ja ne löytyvät usein kokeilujen kautta.

Ylipainon haitat

Ylipainolla on merkittäviä terveyshaittoja, koska se lisää monien sairauksien puhkeamisen riskiä. Tuki- ja liikuntaelimestöä kuormittavat sairaudet sekä sydämen, verisuonten, vatsan sekä hengityselinten sairaudet ovat usein syntyneet ylipainon seurauksena.

Ylipaino aiheuttaa monenlaisia sairauksia pääasiassa aineenvaihdunnan kautta. Metabolinen oireyhtymä on nimitys aineenvaihdunnan häiriöille, joissa useita yhtäaikaisia muutoksia esiintyy samalla henkilöllä. Erityisesti muutoksia esiintyy sokeriaineenvaihdunnassa, verenpaineessa ja veren rasvoissa. Metabolisella oireyhtymällä on yhteys 2-typin diabeteksen puhkeamiseen, koska sokeriaineenvaihdunnan muutokset näissä sairauksissa ovat samoja.

Ylipainosta johtuvat sairaudet liittyvät erityisesti vyötärölihavuuteen. Metabolisen oireyhtymän yhtenä kriteerinä pidetäänkin vyötärön ympärysmittaa (miehillä yli 94 cm ja naisilla yli 80 cm).

Metaboliseen oireyhtymään liittyvät muutokset lisäävät henkilön riskiä sairastua valtimonkovettumatautiin eli ateroskleroosiin. Ateroskleroosi saattaa vaikeimmillaan aiheuttaa sydäninfarktin ja aivoverenkiertohäiriöitä. Valtimotautiriskin suuruuteen vaikuttaa se, miten voimakas metabolisen oireyhtymän oireisto henkilöllä on.

Lihavuuteen liittyviä muita sairauksia on kymmeniä. Näistä sairauksista merkittävimpiä ovat uniapneaoireyhtymä, rasvamaksa, sappikivet, närästys, nivelrikko, kihti, kuukautishäiriöt, lapsettomuus ja syöpä. Tutkimusten mukaan on odotettavissa, että lihavuus lisää kuolemanvaaraa lisääntyneen sairastuvuuden kautta

Painonhallinnan keinot

Ihmisellä on tuhansien vuosien saatossa muotoutuneita toimintamalleja, jotka ovat auttaneet ihmistä selviytymään luonnossa. Nämä toimintamallit ovat ihmisessä syvällä, eivätkä ne ole muuttuneet elinympäristömme muutoksen mukana. Toimintamalleista kaikki eivät ole enää tarpeellisia nykyihmiselle, vaan ne ovat meitä vastaan ja vaikeuttavat mm. painonhallintaa. Haitallisten toimintamallien tunnistaminen ohjaa ihmistä ymmärtämään painonhallintaa ja löytämään ratkaisuja sen toteuttamiseksi.

Pysyvä painonhallinta edellyttää halua tehdä muutoksia, jotka kantavat vuosien päähän. *Pienet pysyvät muutokset kantavat suuria paremmin*, koska ihminen jaksaa hyvin harvoin viedä suuria muutoksia eteenpäin pitkiä aikoja. *Painonhallitsijan tulisi suhtautua itseensä suopeasti*. Elämää ei kannata muuttaa ankeaksi ja ilottomaksi, koska muutos ei tällöin voi olla pysyvä. Pyrkimys täydellisyyteen voi olla esteenä pysyvälle painonhallinnalle.

Ruokavalio

Painoa voi hallita terveellisen monipuolisen ruokavalion avulla. Painonhallinta helpottuu, kun ruokavaliossa *lisätään kasviksien, hedelmien ja marjojen käyttöä ja vähennetään ruoan rasvaa*. Painonhallitsijan ruokapöytään kuuluvat myös *runsaskuituiset täysjyvätuotteet ja proteiinipitoiset ruoat (kana, kala, liha, maitotuotteet ja viljatuotteet, palkokasvit ja pähkinät)*. *Valitse vähäsuolaisia elintarvikkeita*. Ihmisen makuaisti tottuu vähäsuolaiseen ruokavalioon melko nopeasti. Siirtyminen vähäsuolaisempaan ruokaan on helpompaa, kun suolan määrää vähennetään asteittain. *Vältä elintarvikkeita, jotka sisältävät runsaasti sokeria*. Muun muassa *sydänmerkkituotteet helpottavat valintaasi*. Painonhallintaan kuuluvat myös *säännölliset ruokailuajat ja riittävän monta pientä ateriaa päivän aikana (4-6 ateriaa päivässä)*, jolloin annoskoot pysyvät kohtuullisina. Painonhallitsijan on hyvä välttää suurikokoisia astioita.

Itämeren ruokakolmio

- Saat muodostettua ruokavaliosi terveelliseksi esimerkiksi noudattamalla Itämeren ruokakolmion mukaista ravitsemusta. Näin saat ruokavalioosi jokaista ravintoainetta sopivassa suhteessa.
- Ruokakolmio on syntynyt Diabetesliiton, Sydänliiton ja Itä-Suomen yliopiston ravitsemusasiantuntijoiden yhteistyönä.



- Syö kolmion ala- ja keskiosassa olevia ruoka-aineita runsaasti ja usein.
- Nauti ruokakolmion yläosan ruoka-aineita kohtuudella.
- Herkuttele huipun ruoka-aineilla harkiten ja harvoin.

Lautasmalli

- Lautasmallia noudattamalla ruokamäärät pysyvät kohtuullisina ja ruokavalio terveellisenä.



Suomen sydänliitto ry. Lautasmalli. Terveellinen ruokavalio. Ruoka ja syöminen. Viitattu 18.8.11.

<http://www.sydanliitto.fi/lautasmalli2>

Näin koostat lautasmallin mukaisen aterian:

- 1/2 lautasesta tuoreita tai keitettyjä kasviksia
- 1/4 perunaa, tummaa pastaa tai riisiä
- 1/4 vähärasvaista ja vähäsuolaista lihaa, kanaa, kalaa tai palkokasveja
- Lisäksi vähäsuolaista täysjyväleipää, päälle kasvimargariinia
- Lasillinen rasvatonta maitoa tai piimää
- Käytä salaattikastikkeena öljyvohiaista kastiketta

Kuusi kourallista päivässä

- Syö kasviksia, marjoja ja vihanneksia kuusi kourallista päivässä tuoreina tai keitettyinä.



**Yksi kasvisannos
= n. 80 g
= n. yksi kourallinen.**

Annoskoko määräytyy syöjän koon mukaan. Lapsella mitta on pieni kämmen ja aikuisella miehellä suuri koura.

 www.kotimaisetkasvikset.fi  www.terveytakasviksilla.fi

Syö kuusi annosta päivässä

Lounaalla

Aamiaisella

Välipalalla


Naposteluun

Iltapalalla

Päivällisellä

500 g

Lisäksi 2-5 perunaa

 www.kotimaisetkasvikset.fi  www.terveytakasviksilla.fi

Terveyttä kasviksilla. Syö kuusi annosta päivässä. Opetus- ja neuvonta-aineistot. Opetuskalvoja opetukseen ja neuvontaan. Viitattu 18.8.11. <http://www.terveytakasviksilla.fi/WebRoot/1022135/Oletus.aspx?id=1022152>

Terveyttä kasviksilla. Syö kasviksia puoli kiloa päivässä. Opetus- ja neuvonta-aineistot. Opetuskalvoja opetukseen ja neuvontaan. Viitattu 18.8.11.

<http://www.terveytakasviksilla.fi/WebRoot/1022135/Oletus.aspx?id=1022152>

Liikunta

- Liikunta on hyödyllinen osa painonhallintaa, koska se kuluttaa energiaa. Energiaa kuluu sitä enemmän, mitä rasittavampaa liikunta on. Rasittava liikunta ei sovi kaikille, eikä se ole välttämätöntä painonhallinnalle.
- Kohtuullinenkin liikunta on tehokasta, kun pidennetään liikunta-aikaa. Tästä esimerkkinä on tunnin reipas kävely, joka kuluttaa energiaa yhtä paljon kuin puolen tunnin hölkkä.
- Tutkimusten mukaan liikunnan on todettu olevan jopa yhtä tehokas keino masennuksen hoitoon kuin psykoterapian. Liikunta lievittää taudin oireita riippumatta liikunnan keston pituudesta ja ehkäisee näin taudin pahenemista.
- Liikunnalla hyötynä on tämän lisäksi se, että se parantaa rasva- ja sokeriaineenvaihduntaa vaikka laihtumista ei tapahtuisikaan. Laihduttaessa lihasmassa saattaa pienentyä. Liikunnan avulla on mahdollista ylläpitää lihaksia laihduttamisen aikana.
- Metabolisen oireyhtymän riski vähenee liikunnan lisäämisellä, vaikka paino ei muuttuisikaan



Liikuntapiirakka

- UKK:n instituutin kehittämässä liikuntapiirakassa on esitetty terveystieteiden suosituksia työkäisille

- Liiku ainakin kolmena päivänä viikossa vähintään 10 minuuttia kerrallaan. Yhteensä reipasta liikuntaa tulisi harrastaa 2,5 tuntia viikossa, rasittavampaa liikuntaa riittää 1,5 tuntia viikossa.
- Liikkumalla säännöllisesti terveytesi ja vointisi kohenee.
- Kestävyysliikuntaa harrastamalla myös veresi rasva- ja sokeritasapaino paranevat ja voit hallita painoasi helpommin.
- Myös lihasvoimaa ja liikehallintaa olisi hyvä kohentaa ainakin kaksi kertaa viikossa.



UKK-instituutti. 2009. Liikuntapiirakka. Viitattu 18.8.11. <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>

Lopuksi

Pidä huolta itsestäsi!

1. Muista syödä kasviksia, hedelmiä ja marjoja useita kertoja päivässä
2. Käytä täysjyväleipää ja -puuroa
3. Laita leivälle kasvirasvaveitettä ja suosi kasviöljyjä
4. Syö kalaruokia ainakin kahdesti viikossa
5. Juo rasvatonta maitoa tai piimää joka päivä
6. Nauti janoon vettä
7. Suosi vähäsuolaisia elintarvikkeita
8. Liiku vähintään puoli tuntia päivässä

- Liikkumalla säännöllisesti ja syömällä terveellisesti voit vaikuttaa omaan hyvinvointiisi ja terveyteesi.
- Seuraavista linkeistä voit hakea hyödyllistä tietoa opaslehtisessä kerrotuista sairauksista ja niiden hoidosta sekä terveellisestä ruokavaliosta ja liikunnasta.

Syö 4-6 kertaa päivässä, älä napostele väliajoilla!

Hyödyllisiä linkkejä

- Bipolaarinen mielialahäiriö käypä hoito -suositus, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu/naytaartikkeli/tunnus/khp00082>
- Lautasmalli, <http://www.sydanliitto.fi/lautasmalli2>
- Masennus potilaalle käypä hoito -suositus, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu/naytaartikkeli/tunnus/khp00044>
- Pieni päätös päivässä, <http://www.pienipaatospaivassa.fi/>
- Sydänliitto, <http://www.sydanliitto.fi/etusivu>
- Sydänmerkki, <http://www.sydanmerkki.fi/>
- UKK-instituutti liikuntapiirakka

Lähteet

- Basson, B.R., Kinon, B.J., Taylor, C.C., Szymanski, K.A., Gilmore, J.A. & Tollefson, G.D.** 2001. Factors Influencing Acute Weight Change in Patients With Schizophrenia Treated With Olanzapine, Haloperidol or Risperidone. *Journal of Clinical Psychiatry* 62 (4), 231-238.
- Diabetesliitto.** 2010. Itämeren ruokakolmio: Terveellinen kokonaisuus syntyy kotoisista aineksista. Päivitetty 16.12.10. Viitattu 18.8.11.
http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/ajankohtaista/itaameren_ruokakolmio_terveellinen_kokonaisuus_syntyy_kotoisista_aineksista.html
- Huttunen, M.** 2009. Tietoa potilaalle: Masennus. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 29.12.2009.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=Masennus&p_artikkeli=dlk00389#s1
- Huuhka, M.** 2005. Electroconvulsive Therapy in Major Depression: a clinical and genetic approach. Tampereen yliopiston Acta elektroninen julkaisusarja 465. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Psykiatrian laitos. Väitöskirja. Päivitetty 7.10.2005. Viitattu 9.9.2010. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6401-X.pdf>
- Isometsä, E.** 2009a. Depression tunnistaminen ja diagnostiikka. Lääkärin käsikirja. Päivitetty 5.3.2010. Viitattu 10.9.2010.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spag e=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo97892&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero
- Isometsä, E.** 2009b. Kaksisuuntainen mielialahäiriö (maanis-depressiivisyys). Lääkärin käsikirja. Viitattu 20.9.2010. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=
- Kampman, O.** 2005. Hoitomyöntyvyys psyykenlääkkeitä käyttävillä. *Suomen lääkäri* 60 (11), 1285–1289.
- Käypähoito- suositus: Depressio.** 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettaman työryhmä. Päivitetty 4.7.2009.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50023>
- Käypähoito-suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö.** 2008. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettaman työryhmä. 21.10.2008. Viitattu 10.9.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnut/hoi50076>
- Laitinen, K.** 2007. Miksi psyykelääke lihottaa? *Apteekkari* 96 (10), 26–27.
- Leinonen, E. & Syvälahti, E.** 1997. Mielialaa tasoittavien lääkkeiden kliiniset ja farmakologiset ominaisuudet. *Suomen lääkäri* 52 (10), 1109–1112.
- Lönnqvist, J.** 2009. Stressi ja depressio. *Terveyskirjasto*. Päivitetty 19.1.2009. Viitattu 24.9.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00020
- Mielenterveyden keskusliitto.** 2008. Liikunnan vaikutus masennukseen. Liikunta ja mielenterveys. Opas. Viitattu 24.9.2011.
<http://www.mtkl.fi/@Bin/285221/Liikunta+ja+mielenterveys+netti.pdf>
- Mustajoki, P.** 2010. Tietoa potilaalle: Liikunta ja painonhallinta. Lääkärin käsikirja Duodecim. Päivitetty 23.3.2010.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01005&p_haku=Painonhallinta%20ja%20Oliikunta

- Mustajoki, P.** 2009a. Tietoa potilaalle: Metabolinen oireyhtymä. Lääkärin käsikirja Duodecim. Päivitetty 10.7.2009. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045
- Mustajoki, P.** 2009b. Tietoa potilaalle: Painonhallinta - ravinnon kaloreiden vähentäminen. Lääkärin käsikirja Duodecim. Päivitetty 30.12.2009. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00864
- Mustajoki, P.** 2007. Ylipaino. Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Hämeenlinna: Karisto Oy (kirja) 92, 95-98
- Mustajoki, P.** 1999. Yksilöllinen painonhallinta. Juva: WSOY.
- Mustajoki, P. & Lappalainen, R.** 2001. Painonhallinta. Ohjaajan opas. Helsinki:Duodecim.
- Wirshing, D., Boyd, J., Meng, L., Ballon, J., Marder, S. & Wirshing, W.** 2002. The Effects of Novel Antipsychotics on Glucose and Lipid Levels. Journal of Clinical Psychiatry 63 (10), 856-865.
- Saari, K., Koponen, H., Laitinen, J., Jokelainen, J., Lauren, L., Isohanni, M. & Lindeman, S.** 2004. Hyperlipidemia in Persons Using Antipsychotic Medication: A General Population-Based Birth Cohort Study. Journal of Clinical Psychiatry. 65 (4), 547-550.
- Sussman, N & Gingsberg, D.** 1999. Effect of psychotropic drugs on weight. Annals of general psychiatry 29, 580–594.
- Suomen sydänliitto ry.** Lautasmalli. Terveellinen ruokavalio. Ruoka ja syöminen. Viitattu 18.8.11. <http://www.sydanliitto.fi/lautasmalli2>
- Sydänmerkki.** 2011. Tietoa sydänmerkistä. Viitattu 25.8.11. http://www.sydanmerkki.fi/sydanmerkki_tuotteet/tietoa/fi_FI/tietoa/
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.** 2010. Painonhallinta. Päivitetty 22.6.2010. Viitattu 13.9.2010. http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/painonhallinta
- UKK-instituutti.** 2009. Liikuntapiirakka. Viitattu 18.8.11. <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>
- Valtion ravitsemusneuvottelulautakunta.** Suola ja sokeri. Vinkkejä viisaisiin valintoihin. http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/vinkkejä_viisaisiin_valintoihin/suola_ja_sokeri/

Kuvat

Diabetesliitto. 2010. Itämeren ruokakolmio: Terveellinen kokonaisuus syntyy kotoisista aineksista. Päivitetty 16.12.10. Viitattu 18.8.11.

http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/ajankohtaista/itameren_ruokakolmio_terveellinen_kokonaisuus_synty_kotoisista_aineksista.html

Nurro, M. 2011. Kansikuva, vaaka.

Suomen sydänliitto ry. Lautasmalli. Terveellinen ruokavalio. Ruoka ja syöminen. Viitattu 18.8.11.

<http://www.sydanliitto.fi/lautasmalli2>

Terveyttä kasviksilla. Syö kuusi annosta päivässä. Opetus- ja neuvonta-aineistot. Opetuskalvoja opetukseen ja neuvontaan. Viitattu 18.8.11.

<http://www.terveyttakasviksilla.fi/WebRoot/1022135/Oletus.aspx?id=1022152>

Terveyttä kasviksilla. Syö kasviksia puoli kiloa päivässä. Opetus- ja neuvonta-aineistot. Opetuskalvoja opetukseen ja neuvontaan. Viitattu 18.8.11.

<http://www.terveyttakasviksilla.fi/WebRoot/1022135/Oletus.aspx?id=1022152>

UKK-instituutti. 2009. Liikuntapiirakka. Viitattu 18.8.11. <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>

Valtion ravitsemusneuvottelulautakunta. Jokapäiväiset valinnat ratkaisevat. Vinkkejä visaisiin valintoihin.

http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/vinkkejä_viisaisiin_valintoihin/

Luvat kuvien käyttöön on saatu niiden käyttöoikeuksien omistajilta.

Tämä opaslehtinen on tehty opinnäytetyönä.
Savonia-ammattikorkeakoulu, Hyvinvointi, Kuopio
2011



Tekijät:

Terveystieteiden opettajat

Henna Koivusilta-Malinen

Annamari Koponen

Maija Mustonen