



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Terveen elämän reseptejä mielenterveyskuntoutujille - ravitsemusohjausta HyvinvointiTV®:ssä

---

Björkman, Ellen

Kakkonen, Jaana

2011 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Otaniemi

**Terveen elämän reseptejä mielenterveyskuntoutujille -  
ravitsemusohjausta HyvinvointiTV®:ssä**

Ellen Björkman  
Jaana Kakkonen  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Joulukuu, 2011

Ellen Björkman, Jaana Kakkonen

**Terveen elämän reseptejä mielenterveyskuntoutujille - ravitsemusohjausta HyvinvointiTV@:ssä**

Vuosi 2011 Sivumäärä 72

---

Opinnäytetyö toteutettiin osana Turvallinen Koti-hanketta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella, toteuttaa ja arvioida kolme HyvinvointiTV®-lähetystä mielenterveyskuntoutujille. Tarkoituksena oli myös kehittää ja tuottaa uutta ohjelmasisältöä hankkeen asiakasryhmälle. Interaktiivinen HyvinvointiTV toimi väylänä, jolla tavoitettiin mielenterveyskuntoutujat kahdella eri paikkakunnalla. Sen välityksellä toteutettiin vuorovaikutuksellisia tuokioita, joiden tavoitteena oli parantaa mielenterveyskuntoutujien tietoja ravitsemuksesta ja sitä kautta auttaa heitä valitsemaan terveellisempiä vaihtoehtoja ruokavalioonsa jokapäiväisessä elämässään. Tavoitteena oli myös motivoida mielenterveyskuntoutujia toimimaan omaa terveyttään edistävällä tavalla. Lähetykset toteutettiin Laurea Otaniemen HyvinvointiTV-lähetystudion kautta maaliskuussa 2011. Mielenterveyskuntoutujille lähetettiin HyvinvointiTV-lähetysten jälkeen vihkonen, johon oli koottu erilaisia kuvia ja tekstejä ravitsemukseen liittyen sekä muutamia terveellisiä reseptejä.

Suurin osa lähetysiin osallistuneista mielenterveyskuntoutujista oli sitä mieltä, että he olivat saaneet lähetysistä uutta tietoa ravitsemuksesta, jota hyödyntää tulevaisuudessa. Monet olivat motivoituneet lähetysten aikana niin, että olivat valmiita muuttamaan osto- ja ruokattottumuksiaan jo seuraavan kerran kaupassa käydessään. Päivittäisen suklaapatukan vaihto hedelmään tai einesarjojen syönnin sijasta kotiruoan valmistaminen olivat mielenterveyskuntoutujien pieniä mutta tärkeitä muutoksia matkalla terveellisempiin ravitsemustottumuksiin. Jos ihminen saa itse osallistua ja vaikuttaa asioihin, se motivoi ja aktivoi muutosta. Lähtökohdaksi lähetyksissä olikin nimenomaan se, että asiakkaat saivat itse osallistua lähetyskeskusteluun ja olemalla aktiivisesti läsnä. Mielenterveyskuntoutujat olivat hyvin kiinnostuneita keskustelemaan ravitsemuksesta ja myönsivät, etteivät olleet tienneet terveellisemmistä vaihtoehdoista. Usein tiedon puute voikin olla esteenä sille, etteivät mielenterveyskuntoutujat valitse terveellisempiä vaihtoehtoja ruokavalioonsa.

Koska mielenterveyskuntoutujat kokivat hyötynsä HyvinvointiTV-lähetysistä, jatkoehdotuksena olisikin tarjota heille useampia HyvinvointiTV-lähetysjä ravitsemuksesta. Lähetykset voisivat myös olla pidemmällä aikavälillä. Tällöin niissä olisi enemmän aikaa keskustelulle ja motivointi olisi pidempiaikaista. Tulokset voisivat myös olla pysyvämpiä jos lähetysjä olisi enemmän kuin kolme.

Asiasanat: Mielenterveyskuntoutuja, ravitsemus, terveyden edistäminen, motivointi, HyvinvointiTV

Ellen Björkman, Jaana Kakkonen

**Recipes of Healthy Life for Mental Health Rehabilitees - Nutritional Guidance in CaringTV®**

Year	2011	Pages	72
------	------	-------	----

---

This thesis was executed as a part of the Safe Home-research. The purpose of the thesis was to design, execute and evaluate three CaringTV broadcasts for mental health rehabilitees. The purpose was also to develop and produce new content to the programme of the project's target customers. Interactive CaringTV works as a way to reach the mental health rehabilitees in two different cities. Interactive sessions were executed via CaringTV which aimed to improve mental health rehabilitees' knowledge of nutrition and in that way to help them choose healthier foods in their diet as a part of their everyday life. The aim was also to motivate mental health rehabilitees to act in a way that promotes their own health. The broadcasts were held in Laurea Otaniemi's CaringTV-studio in May and April 2011. After the broadcasts mental health rehabilitees received a booklet including different kinds of pictures and texts related to nutrition and a few healthy recipes.

Most of the mental health rehabilitees who participated in the broadcasts felt they had received new and useful information on nutrition for the future. Many of them were so motivated already during the broadcasts, that they were ready to change their shopping and eating habits on their next grocery visit. There was a consensus among the mental health rehabilitees that switching a chocolate bar to a fruit and cooking instead of having convenience food were small but important changes on the way to healthier nutrition habits. When allowing persons to take part and make a difference on things themselves, it motivates and activates the change. The specific basis of the broadcasts was to give clients the opportunity to take part by discussing and being active in the presence. Mental health rehabilitees were extremely interested in discussing nutrition and most of them said they had not known about the healthier options. Lack of knowledge can often be a hindrance for mental health rehabilitees because they are not able to choose healthier options in their diet.

Because most of the mental health rehabilitees felt they had benefited from CaringTV broadcasts, a further suggestion would be to give them more CaringTV broadcasts on nutrition. The broadcasts could be held on a longer time frame. That would give more time for discussion and motivation would be more long-term. Also the results could be more permanent if there were more than three broadcasts.

Key words: Mental health rehabilitee, nutrition, health promotion, motivation, CaringTV

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Mielenterveyskuntoutuja .....	7
2.1	Mielenterveyspotilaan kuntoutus.....	8
2.2	Psykososiaalisten tekijöiden vaikutus terveyteen .....	9
3	Ravitsemus osana terveyttä .....	9
3.1	Ravitsemussuosituksset.....	11
3.1.1	Ateriarytmi.....	13
3.1.2	Lautasmalli.....	14
3.1.3	Einesruoat.....	14
3.2	Ravitsemus ja mielenterveys.....	15
3.2.1	B-vitamiinit .....	16
3.2.2	Omega-3-rasvahapot .....	17
3.3	Psykenlääkkeiden vaikutukset syömiseen ja terveyteen.....	17
3.4	Ruokavalintoihin vaikuttavia tekijöitä .....	19
4	Terveyden edistäminen .....	19
4.1	Promootio ja preventio .....	21
4.2	Terveyskeskustelu.....	22
4.3	Ohjaus.....	23
4.4	Ryhmäohjaus .....	25
4.5	Motivointi.....	26
5	Hyvinvointiteknologia .....	27
5.1	HyvinvointiTV hankkeena .....	28
5.2	Opinnäytetyö hankkeen osana .....	29
6	Tutkimus- ja arviointimenetelmän kuvaus .....	29
7	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet .....	30
7.1	Toteuttamisympäristö ja osallistujat.....	30
7.2	Toteuttamisaikataulu.....	30
8	Opinnäytetyön toteutus.....	31
8.1	Ensimmäinen lähetys .....	31
8.2	Toinen lähetys .....	34
8.3	Kolmas lähetys.....	38
9	Toteutuksen arviointi.....	42
10	Eettisyys ja luotettavuus .....	44
11	Pohdinta .....	46
	Lähteet .....	50
	Liite 1: Lähetyksissä käytetyt Powerpoint-diat.....	54
	Liite 2: Osallistujille lähetetty vihkonen .....	64

## 1 Johdanto

Suomalaisten terveys on ajan kuluessa kehittynyt positiiviseen suuntaan. Esimerkiksi sepelvaltimotautiin tai syöpätauteihin sairastuminen on vähentynyt. Tähän kehityksen suuntaan ovat johtaneet useat erilaiset väestön rakenteeseen, elinoloihin ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät, kuten elintapojen muuttuminen terveellisemmiksi, sosiaaliturvan paraneminen, terveyspalvelujen kehittyminen ja koulutustason kohoaminen. Sosiaali- ja terveyspolitiikka on ollut osana muutosten edistämisessä. Suomessa on kuitenkin edelleen terveysongelmia, jotka ovat pysyneet entisellään tai jopa pahentuneet. Mielenterveyden häiriöt ja niistä johtuva työkyvyttömyys ovat yksi näistä terveysongelmista. Vuonna 2002 40 % työkyvyttömyyseläkkeen saajista sai työkyvyttömyyseläkettä mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriön vuoksi. (Aromaa, Huttunen, Koskinen & Teperi 2005, 7, 179.)

Sekä mielenterveysongelmat että niiden hoito on muuttunut huomattavasti viime vuosikymmenten aikana. Mielenterveysongelmista tulee koko ajan uutta tietoa ja samalla myös kuntoutukselle asetetut haasteet muuttuvat. Yksilön oikeus mahdollisimman hyvään elämään on ollut kuntoutuksessa keskeinen näkökulma. Kuntoutuksen yksi peruskysymys on ollutkin, miten turvata kuntoutuspalvelut, jotka olisivat eettisesti korkeatasoisia, pyrkisivät yksilön hyvinvointiin ja toteuttaisivat yhteiskunnallisia hyötynäkökohtia. (Koskisu 2004, 10.)

Mielenterveyspotilailla esiintyy usein ylipainoa, johon syynä voivat olla huonot ravitsemustottumukset tai lääkehoito sekä myös liikunnan puute. Etenkin lääkkeillä voi olla painoa lisäävä vaikutus muun muassa lisääntyneen ruokahalun kautta. Painonnoususta on harmia paitsi potilaan itsetunnolle ja sosiaalisille suhteille, myös terveydelle. Painonnousulla ja lihavuudella voi olla merkittävä vaikutus sydän- ja verisuonitautien ilmenemiseen sekä metabolisen oireyhtymän puhkeamiseen. (Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009, 224-225.)

Viime vuosina yhteiskunnallisella tasolla on alettu pyrkiä siihen, että ihmiset asuisivat mahdollisimman pitkään kotonaan. Kotona asumista ja arjesta selviytymistä on alettukin tukea erilaisin keinoin, kuten kehittämällä itsenäisyyttä ja osallistumista lisääviä teknisiä välineitä. Myös hoitajien ja omaishoitajien työtä voidaan helpottaa erilaisten välineiden avulla. Suhosen ja Siikasen (2007, 5) mukaan hyvinvointiteknologialla viitataan johonkin positiiviseen, jonka avulla on tarkoitus edistää hyvinvointia. Teknologia ei kuitenkaan herätä sosiaali- ja terveysalalla välttämättä pelkästään positiivisia mielikuvia vaan se saattaa viitata teknisten laitteiden maailmaan, jossa hoitaminen ja inhimillinen vuorovaikutus vähenevät teknistymisen myötä. (Suhonen & Siikanen 2007, 5.)

Laurea-ammattikorkeakoulussa on kehitetty HyvinvointiTV, jonka tarkoituksena on tukea ihmisten kotona selviytymistä tuomalla terveystalvet helposti saataville. HyvinvointiTV on saanut myös laajaa kansainvälistä huomiota. (Laurea 2011.) HyvinvointiTV perustuu asiakaslähtöisiin ohjelmiin ja e-palveluihin. Ohjelmat lisäävät hyvinvointia interaktiivisen videolähteyksen välityksellä. Tarkoituksena on tukea HyvinvointiTV:n asiakkaiden itsenäistä pärjäämistä ja kotona asumista. (CaringTV 2011.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli suunnitella, toteuttaa ja arvioida kolme HyvinvointiTV-lähetystä. Tarkoituksena oli myös kehittää ja tuottaa uutta ohjelmasisältöä hankkeen asiakasryhmälle. Tavoitteena oli parantaa mielenterveyskuntoutujien tietoja ravitsemuksesta ja sitä kautta auttaa heitä valitsemaan terveellisempiä vaihtoehtoja ruokavalioonsa jokapäiväisessä elämässään. Tavoitteena oli myös motivoida mielenterveyskuntoutujia toimimaan omaa terveyttään edistävällä tavalla. Pidimme HyvinvointiTV-lähetykset Asumispalvelusäätiön asiakkaille. Opinnäytetyössämme Asumispalvelusäätiöstä käytetään lyhennettä ASPA. Lähetyksissä kävimme läpi keskustellen ja asiakkaita osallistaen, minkälainen on terveellinen perusruokavalio. Esimerkkeinä käytimme muun muassa lautasmallia ja ruokaympyrää. Keskustelimme myös, miksi kannattaa välttää esimerkiksi einesruokia tai tehdä ainakin vertailua einesruokien välillä. Annoimme konkreettisia esimerkkejä terveelliseen ruokavalioon muun muassa reseptien ja kuvien avulla. Lähetysten jälkeen lähetimme sekä Hakunilan että Kouvolan ASPA:an vihkoset, joihin olimme koonneet lähetyksissä käsiteltyjä asioita sekä kuvina että teksteinä. Mukana oli myös reseptejä, joita asiakkaat olivat toivoneet laitettavan vihkoon.

## 2 Mielenterveyskuntoutuja

Tässä opinnäytetyössä mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on psyykinen sairaus. Sairaus ei ole aktiivisessa tilassa kuntoutuksen aikana.

Mielenterveyspotilaan kuntoutuminen etenee yksilöllisten tavoitteiden ja omien suunnitelmien mukaan. Mielenterveyskuntoutuja on asiantuntija oman elämänsä suhteen, johon liittyy myös mielenterveyskuntoutuminen. Kuntoutuja on tavoitteellinen toimija, joka toteuttaa omia tarkoituksiaan ja jonka pyrkimyksenä on tulkita, ymmärtää ja suunnitella omaa elämäänsä. Kuntoutuminen vaatii tilaa, aikaa ja tukea, jotta kuntoutuja voi rauhassa käsitellä saatua tietoa ja etsiä keinoja oman elämäntilanteensa selkiyttämiseen. Erilaisissa vertaistukiryhmissä ja kuntoutuskursseilla mielenterveyskuntoutujan on mahdollista verrata kokemuksiaan muiden mielenterveyskuntoutujien kanssa sekä saada uutta tietoa kuntoutumisprosessista kuntoutustyöntekijöiltä. Kuntoutujien kokemushistorian arvostaminen, keskinäinen tuki sekä tasa-arvoinen vuorovaikutus ovat keskeisiä tavoitteita. (Mielenterveyden keskusliitto ry 2011; Koskisuus 2004, 12.)

## 2.1 Mielenterveyspotilaan kuntoutus

Koskisuun (2004, 11) mukaan kuntoutuksen tehtävänä voi olla jonkin tarkasti rajatun sairauden tai vamman aiheuttamien ongelmien ratkaisu. Tarkoituksena on myös parantaa toimintakykyä ja minimoida haittoja. Mielenterveystyössä kuntoutus on usein diagnosoilähtöistä, jolloin puhutaan tietyn sairauden, esimerkiksi masennuksen, kuntoutuksesta. Kuntoutuksella voidaan tarkoittaa myös laajempaa toimintaa, joka vaikuttaa sekä yksilöön että hänen ympäristöönsä. Kuntoutusta on myös kritisoitu siitä, että siinä tarkoituksena on sopeuttaa kuntoutuja siihen todellisuuteen, mitä kuntoutuksessa tarjotaan. (Koskisuus 2004, 11, 16.)

Kuntoutuksen alue on laaja ja siihen sisältyy somaattisen kuntoutuksen lisäksi myös psyykinen ja sosiaalinen kuntoutus. Kaikille kuntoutuksen kentille on yhteistä, että niissä korostetaan ihmisen kokonaisvaltaisuutta eli bio-psyko-sosiaalista ykseyttä. Yhteiskunnan ja sosiaalisen käsitteen kehittyessä kuntoutusta on alettu yhä enemmän toteuttaa ryhmien avulla. Ryhmätoiminta on erityisesti 1990-luvun jälkeen kehittynyt ja saavuttanut nykyisen muotonsa. Niin kuntoutujat kuin kuntoutustyöntekijätkin ovat saaneet sen myötä lisää kokemusta ryhmistä. (Niemistö 1999, 26-27.)

Kuntoutukseen liittyy keskeisiä käsitteitä, joita ovat muun muassa elämänhallinta, elämänprojektit, yhteisön jäsenyys, suunnitelmallisuus, monialaisuus sekä yhteistyösuhde ja kuntoutujan asiantuntijuus. Elämänhallinta ei ole käsitteenä yksinkertainen, mutta kuntoutukseen liittyen se tarkoittaa suoriutumista arjesta ja eri rooleihin liittyvistä asioista. Elämänhallinnan tunne liittyy myös siihen, miten mielenterveyskuntoutuja kokee selviytyvänsä itsenäisesti ja miten paljon hän voi omasta mielestään vaikuttaa omaan elämäänsä. Elämänprojektit ovat yksilön omaa elämää koskevia suunnitelmia, päämääriä ja toimintaa, joka tähtää niiden saavuttamiseen. Kuntoutuksen tulisi olla kuntoutusvalmiuksia kehittävää ja kuntoutujan auttaminen omaa elämäänsä koskevien tavoitteiden asettamisessa ja saavuttamisessa. Kuntoutuksessa ihminen on väistämättä yhteisön jäsen. Hänellä on myös muuhun elämään liittyen erilaisia sosiaalisia rooleja. Yksi kuntoutuksen tavoite on auttaa yksilöä toimimaan menestyksellisesti erilaisissa rooleissa ja ympäristöissä, jotka hän on itse valinnut. Kuntoutuksessa oleellista on myös laatia kirjallinen suunnitelma. Sen ei ole tarkoitus olla vain paperille kirjattu asiakirja, vaan sen tulisi ohjata koko kuntoutusprosessia. Monialaisuus liittyy kuntoutukseen siten, ettei yksi tieteenala edusta koko kuntoutuksen kenttää vaan kliinisen lääketieteen ja psykologian lisäksi siihen liittyy myös esimerkiksi sosiaalitieteitä ja liikuntatieteitä. Kuntoutuksen tulisi olla aina kuntoutujalähtöistä eli kuntoutujan omien tavoitteiden tulisi ohjata prosessia. Työntekijän tulisi auttaa kuntoutujaa löytämään omat tavoitteensa tasa-arvoisen yhteistyön avulla. (Koskisuus 2004, 13-23.)



## 2.2 Psykososiaalisten tekijöiden vaikutus terveyteen

Psykososiaaliset tekijät vaikuttavat olennaisesti terveyteen siinä missä perinteiset somaattiset riskitekijätkin. Ihmisen kokonaistilanne tulisikin arvioida, kun määritellään ohjauksen tavoitteita. Myönteiset ihmissuhteet ja muut mielialatekijät edistävät paitsi mielenterveyttä, myös somaattista terveyttä. Sosiaalisen pääoman käsite on tässä yhteydessä oleellinen. Vaikka tiedetään, että sosiaalinen verkosto ja harrastukset vähentävät sairastuvuutta ja lisäävät elinikää, niitä on silti vaikeaa mitata. Myös kielteisten psykososiaalisten tekijöiden on osoitettu olevan yhteydessä terveyteen; esimerkiksi stressi saattaa altistaa sydän- ja verisuonitaudeille. Stressi voi olla osasy syy lihomiselle ja siitä voi seurata metabolinen oireyhtymä ja tyypin 2 diabetes. Aineenvaihdunnassa tapahtuu stressin seurauksena muutoksia ja sen myötä myös sepelvaltimot tukkeutuvat helpommin. (Turku 2007, 28-29.)

Masennus altistaa elämäntapoihin liittyvien vaikutusten lisäksi myös itsessään sydäntaudeille. Vakava masennus kaksinkertaistaa riskin sydäninfarktiin ei-masentuneihin verrattuna. Siksi olisikin tärkeää antaa elämäntapaohjausta masennuksesta kärsiville. On myös esitetty, että tyypin 2 diabeteksella ja masennuksella olisi samanlainen biologinen yhteys. Tutkimusten mukaan masennus saattaisikin aiheuttaa insuliiniresistenssiä eikä päinvastoin. Vakava masennustila saattaa nostaa diabetekseen sairastumisriskin jopa kaksinkertaiseksi. Se, kumpi on ensin, masennus vai diabetes, on vielä epäselvää. Oleellista mielialahäiriötä sairastavan ohjauksessa olisi kartoittaa kokonaistilanne ja suunnitella yhdessä jatko-ohjaus tältä pohjalta. (Turku 2007, 29-30.)

## 3 Ravitsemus osana terveyttä

Jo yli puolet suomalaisista on ylipainoisia ja heistä jopa 20 % merkittävästi lihavia. Yhtenä syynä tähän on jatkuva teknistyminen. Ihmisten ei enää tarvitse tehdä yhtä fyysistä työtä kuin ennen ja liikkuminen paikasta toiseen tapahtuu pääasiassa erilaisilla kulkuvälineillä. Myös elintason noustua ruoan saanti ja nauttiminen suhteessa sen tarpeeseen ovat lisääntyneet. Erityisesti runsasrasvaisten ja sokeripitoisten ruokien käyttäminen päivittäisessä ruokavaliossa on lisääntynyt. Iän myötä paino usein myös nousee, sillä perusaineenvaihdunta pienenee ja elämäntavat muuttuvat vähemmän energiaa ja enemmän energiapitoisempaa ravintoa kuluttaviksi. Nämä tekijät ovat aiheuttaneet kaikissa länsimaissa paitsi yksilöllisen myös kansanterveydellisen ongelman. (Niemi 2006, 94-101.)

”Energian saannin tulisi olla kulutukseen nähden tasapainossa normaalipainon ja terveyden ylläpitämiseksi.” (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 10.) Yksinkertaisesti sanottuna energian saannin ei tulisi ylittää energian tarvetta. Elimistö säätelee nälän ja kylläisyyden

tunnetta, jotta energian saanti ja kulutus pysyisivät tasapainossa. On kuitenkin tekijöitä, kuten ruokailutottumukset, jotka häiritsevät säätelyä. (Peltosaari, Raukola & Partanen 2002, 100.) Liiallinen energian saanti suhteessa kulutukseen johtaa lihomiseen ja ylipainoon, sillä ylimääräinen energia varastoituu elimistöön, lähinnä rasvakudokseen. Vähäinen energiansaanti puolestaan johtaa alipainoon ja jopa kataboliaan, jolloin elimistön omat kudospoteiinit toimivat energianlähteinä. (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2007, 14, 162.)

Energiaa saadaan ravinnosta sekä energiasta, joka on varastoitunut elimistöömme. Elimistön omat energiavarastot ovat suuret, joten lyhytaikainen energiansaannin vähäisyys tarpeeseen nähden ei ole haitallista. (Haglund ym. 2007, 14.) Energiaa tarvitaan elimistön perusaineenvaihduntaan, ruoan aiheuttamaan lämmöntuottoon sekä fyysiseen toimintaan. Perusaineenvaihdunta tarkoittaa, kuinka paljon elimistön välttämättömät elintoiminnot, kuten hengittäminen, lämmönsäätely, aivotoiminta, sydän- ja verenkiertoelimistön toiminta, tarvitsevat energiaa lepotilassa. Ruoan aiheuttamalla lämmöntuotolla tarkoitetaan ruokailun jälkeistä aikaa, kun kehon energiankulutus voimistuu parin tunnin ajaksi. Tämä on seurausta ruoansulatuksen, ravintoaineiden imeytymisen, kuljetuksen, aineenvaihdunnan ja varastoitumisen aiheuttamasta energiankulutuksesta. Fyysinen toiminta käsittää perusaineenvaihdunnassa lähinnä välttämättömät liikkeet lepotilassa. Muuten fyysinen toiminta koostuu pääasiassa työ- ja arkihommista sekä pieni osa vapaa-ajan liikunnasta. Energian kulutuksesta keskimäärin 60-80 % kuluu perusaineenvaihduntaan, noin 10 % lämmöntuottamiseen ja 15-20 % liikkumiseen. (Niemi 2006, 8-13.)

Energiantarve on yksilöllinen. Siihen vaikuttavat lihasmassan määrä, ikä, sukupuoli, perintötekijät sekä fyysinen kunto ja aktiivisuus. (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 27.) Vuorokautisen energiantarpeen viiteluvut ovat miehillä keskimäärin 2900 kcal ja naisilla 2200 kcal (Hänninen, Rauma, Laaksonen & Mattila 2003, 14). Miesten suuremman energiantarpeen selittää yleensä se, että miehillä on naisiin verrattuna enemmän rasvatonta kudosta eli lihasmassaa. Mitä enemmän lihasmassaa elimistössä on, sitä suurempi on perusaineenvaihdunta. Perusaineenvaihduntaan vaikuttaa myös elimistön hormonitoiminta, esimerkiksi tyroksiini ja kasvuhormoni kiihdyttävät perusaineenvaihduntaa ja näin ollen niiden vähäinen erittyminen hidastaa aineenvaihduntaa. (Niemi 2006, 8-10.)

Laihdutuksen jälkeistä painonhallintaa pidetään lihavuuden hoidon suurimpana haasteena. Aina painonhallinta ei edellytä painonpudotusvaihetta. Myös lihomista ehkäisevä toiminta on painonhallintaa. Painon uudelleen nousu on todennäköistä, jos painonpudotuksen jälkeen siirrytään samaan ruokavalioon ja elintapoihin kuin ennen painonpudotusta. Laihduttamisessa ideana on se, että energiatasapaino on negatiivinen eli ravinnosta saatu energiamäärä on pienempi kuin kulutettu. Painonhallinnassa energian saanti ja kulutus tulisivat olla

tasapainossa. (Niemi 2006, 94-96.) Painonhallintaan tähtäävä ruokavalio tulisi koostaa ravitsemussuositusten mukaisesti, jotta painon uudelleenousun riski olisi pieni. Liikunnalla on painonnousua ehkäisevä vaikutus ja sen merkitys on vielä suurempi painonhallinnassa kuin painon pudotuksessa. Liikuntaan kannattaisi totuttautua jo painonpudotuksen aikana, koska jatkuessaan liikuntaharrastus ehkäisee uudelleen lihomista. (Ilander ym. 2006, 359.)

Tässä opinnäytetyössä käsitellään terveellisiä elämäntapoja vain ravitsemuksen osalta rajaten muut terveyden edistämisen osa-alueet pois. Rajaus on tehty mielenterveyskuntoutujien toiveiden mukaan sekä siksi, että ravitsemuksen alue on itsessään jo todella laaja. Mielenterveyskuntoutajat saavat terveyden edistämisen muilta osa-alueilta ohjausta HyvinvointiTV:n kautta esimerkiksi fysioterapeuteilta sekä fysioterapeuttiopiskelijoilta.

### 3.1 Ravitsemussuositukset

Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2005, 7) on koonnut suomalaisille kansalliset ravitsemussuositukset, joiden ”tavoitteena on parantaa suomalaisten ruokavaliota ja edistää hyvää terveyttä”. Ravitsemussuositukset on laadittu väestötasolle ja ne edustavat keskimääräisiä suositeltavia määriä, jonka vuoksi tekijät suosittelevat varauksellista suhtautumista yksilökohtaisen ruoankäytön ja tarpeen arviointiin. Ravitsemussuositukset sisältävät kuitenkin kattavasti ravitsemuksen eri osa-alueet ja viitteelliset suositukset, jotka sopivat niin terveille ihmisille kuin tyypin 2 diabeetikoille ja verenpaineesta tai korkeista veren rasva-arvoista kärsiville. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 7.)

Mielenterveyskuntoutujille ei ole tarpeen laatia omia ravitsemussuosituksia vaan heille suositellaan samaa ruokavaliota kuin muullekin väestölle (Arffman ym. 2009, 226). Tässä opinnäytetyössä on siis aiheellista käyttää lähteenä suomalaisia ravitsemussuosituksia mielenterveyskuntoutujien ruokavalioon liittyvissä kysymyksissä. Ravitsemussuositukset sisältävät huomioita myös liitännäissairauksien, kuten sydän- ja verisuonitautien, ehkäisyn kannalta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 7.)

Päivittäisen energiansaannin tulisi jakaantua seuraavanlaisesti eri ravintoaineiden kesken:

- 1) Hiilihydraatit 50-60 %
- 2) Rasvat 25-35 %
- 3) Proteiinit 10-20 %

(Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 14-20).

Päivittäisestä energiansaannista suurin osa tulee hiilihydraateista. Hiilihydraatteja on useita erilaisia, joten niiden valintaan ruokavaliossa tulee kiinnittää huomiota. Imeytyvät

hiilihydraatit hajoavat ruoansulatuksessa sokeriksi ja nostavat näin veren sokeriarvoja. Tällaisia ovat esimerkiksi vaalea leipä, peruna, pasta sekä puhdasta sokeria sisältävät leivonnaiset. Valitsemalla hitaasti hajoavia hiilihydraattien lähteitä verensokeri pysyy tasaisena pidempään ja niin sanottuja sokerinousuja pystytään välttämään. Muun muassa tumma leipä, tumma pasta, ja muut jyvätuotteet hajoavat hitaasti. Imeytymättömät hiilihydraatit ovat ravintokuituja. Niitä on kahdenlaisia, veteen liukenemattomia ja liukenevia. Veteen liukenemattomat kuidut eivät hajoa ruoansulatuksessa eivätkä tuota energiaa. Niillä on suoliston toimintaa parantavia vaikutuksia. Niitä saadaan eniten täysjyväviljavalmistuksista. Veteen liukenevat kuidut ovat hyviä painonhallinnassa, sillä ne hidastavat mahalaukun tyhjenemistä ja pitävät verensokerin tasaisena. Ne myös alentavat niin sanotun ”pahan kolesterolin” eli LDL-kolesterolin määrää veressä. Hyviä lähteitä ovat marjat, hedelmät, palkokasvit ja kaura. (Aapro ym. 2008, 38-41, 50-51.)

Rasvat sisältävät runsaasti energiaa, minkä vuoksi niiden runsas määrä ja huono laatu ravinnossa altistavat lihomiselle sekä erilaisille sairauksille. Rasvan laatua ruokavaliossa tulisi tarkkailla. Suositeltavaa olisi valita tyydyttymättömiä rasvahappoja, eli kasvikunnan sekä kalan rasvoja. Niillä on suotuisia vaikutuksia muun muassa verenpaineeseen ja veren kolesterolipitoisuuksiin. Tyydyttyneiden rasvojen määrän tulisi olla noin 10 % päivittäisestä energiansaannista. Vähentämällä muun muassa juustojen, liharuokien ja leivonnaisten käyttöä, pystytään kovien rasvojen saantia rajoittamaan. Rasvojen nauttiminen on kuitenkin tärkeää sopivissa määrin eikä niitä tulisi välttää, sillä ne sisältävät tärkeitä rasvahappoja, joita elimistö ei itse pysty tuottamaan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 14-16.)

Proteiinit ylläpitävät kehon typpitasapainoa ja toimivat aminohappojen lähteinä. Eläinkunnan proteiinit ovat suositeltavia, sillä ne sisältävät kaikki tarpeelliset aminohapot. Suosituksia runsaampi proteiinien nauttiminen voi olla avuksi painonhallinnassa, sillä proteiinit lisäävät kylläisyyden tunnetta. Proteiinien lähteitä ovat liha- ja kalatuotteet, maitotuotteet ja palkokasvit. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 20.)

Suolansaantiin tulee myös kiinnittää ruokavaliossa huomiota. Suolansaannin suositus vuorokaudessa on 5 grammaa. Suositus ei kuitenkaan vielä toteudu, sillä suomalaiset naiset kuluttavat keskimäärin 8-9 g suolaa ja miehet 10-11 g. (Aromaa ym. 2005, 74.) Ruokasuola koostuu natriumista ja kloridista. Natrium on se ainesosa, jolla on verenpainetta nostava vaikutus. Elintarvikkeiden pakkauselosteet ilmoittavat usein natriumin määrän. (Suomen Sydänliitto ry 2011.) Tästä syystä on tarpeellista muistaa, että kyseessä ei ole suolamäärä. Suolamäärän voi laskea kertomalla elintarvikkeen natriumin määrän luvulla 2,5. (Suomalainen lääkäri-seura Duodecim 2010.) Ylimääräinen natrium erittyy elimistöstä virtsan mukana. Liiallinen suolan saanti kuitenkin kerää nestettä elimistöön verisuoniin ja solujen väliseen tilaan, josta seuraa turvotusta. Liiallinen suolansaanti aiheuttaa myös verenpaineen nousua

verentilavuuden kasvaessa. Onkin tutkittu, että runsas suolan käyttö ja verenpainetauti ovat yhteydessä toisiinsa. (Peltosaari ym. 2002, 167-168.) Runsassuolaisia tuotteita, kuten juustot, tulisi välttää sekä korvata suola ruoanlaitossa jollakin muulla mausteella. Makuaisti tottuu vähäsuolaiseen ruokaan hiljalleen. Sydänmerkillä varustetut tuotteet helpottavat vähäsuolaisten ja vähärasvaisten tuotteiden valintaa kaupassa. (Aapro ym. 2008, 57.)

### 3.1.1 Ateriarytmi

Kullakin ihmisellä on yksilöllinen vuorokausirytm, johon vaikuttavat monet tekijät. Myös ruoka-aikoihin vaikuttaa moni asia, kuten koulu, työ ja tottumukset. Olisi kuitenkin hyvä opetella jakamaan päivän aikana nautittava ruoka osiin, usealle eri aterialle. Se on hyväksi elimistön toiminnalle sekä ravinnon hyväksikäytölle. Myönteisiä puolia tasaisella ateriarytmillä on useita. Ravinnolla on suora yhteys vireystilaan. Runsaan aterian jälkeen sekä fyysinen että psyykinen suorituskyky heikkenee mutta niin tapahtuu myös, jos edellisestä ateriasta on pitkä aika ja veren ravintoainepitoisuus on alhainen liian kauan. Jos vuorokauden ruokamäärä nautitaan yhdellä tai kahdella aterialla, joutuu ruoansulatus ja nesteiden kuljetus suurelle koetukselle. Tällöin myös mahalaukku venyy kohtuuttomasti. (Peltosaari ym. 2002, 225.) Ateriarytmillä on vaikutusta myös painonhallinnassa. Tasainen verensokerinpitoisuus päivän aikana ennaltaehkäisee napostelua, mikä monesti koostuu epäterveellisistä, rasva- ja sokeripitoisista ruoka-aineista, jotka sisältävät paljon energiaa aiheuttaen helposti painonnousua. Myös liian pitkät ateriavälit saattavat johtaa runsasenergisien aterian nauttimiseen ja jopa ahmimiseen.

Olisi suositeltavaa nauttia viisi ateriaa päivässä. Ateriarytmi koostuu aamiaisesta, lounaasta, välipalasta, päivällisestä ja iltapalasta. Erityisesti lounas ja päivällinen tulisi koota lautasmailla hyväksikäyttäen. Aamiainen on päivän ensimmäinen pääateria ja sen avulla sekä päivä että elimistön toiminnot lähtevät paremmin käyntiin ja vireystaso aamupäivällä on parempi. (Peltosaari ym. 2002, 226.) Aamupalan avulla jaksaa lounaaseen asti mutta sen ei tarvitse olla runsas, jos ruoka ei maistu heti aamulla. Viljatuotteet, esimerkiksi puuro, rasvattomat maitotuotteet sekä hedelmät ja kasvikset ovat hyviä valintoja aamiaiseksi. (Ruokatieto Yhdistys ry 2011.) Päivän toisella pääaterialla lounaalla, keskipäivän aikaan, kannattaisi nauttia paljon kasviksia ja pitää lounas suhteellisen kevyenä, jottei vireystila aterian jälkeen laske liikaa. Iltapäivällä lounaan ja päivällisen välissä voi syödä välipalan, jos aterioiden väli venyy pitkäksi. Hedelmät, marjat ja kasvikset, rasvattomat maitotuotteet sekä täysjyvävalmisteet ovat hyviä vaihtoehtoja. Kolmas pääateria on päivällinen, joka nautitaan yleensä alkuillasta. Päivällinen on monesti myös sosiaalinen tapahtuma, jos se voidaan nauttia perheen tai tuttavien kanssa yhdessä. Illalla ennen nukkumaanmenoa voi syödä vielä tarvittaessa kevyen iltapalan, joka saattaa rentouttaa ja edesauttaa unensaantia. (Peltosaari ym. 2002, 226.)

### 3.1.2 Lautasmalli

Ruokailua helpottaa, kun tietää kuinka koota aterian terveellisesti niin, että sekä ravintoaineita että energiaa tulee sopivassa suhteessa. Lautasmalli on konkreettinen ja hyvä apu päivän pääaterioille. Lautasen tulisi mallin mukaisesti sisältää 50 % kasviksia, 25 % perunaa, täysjyväpastaa tai -riisiä sekä 25 % lihaa, kalaa tai palkokasveja. Lisukkeina ruoan kanssa olisi hyvä nauttia ruokajuomana vettä tai rasvatonta maitoa tai piimää sekä pala täysjyväleipää ja kasvisrasvaveitettä. Aterian täydentää jälkiruokana hedelmä tai marjat, mutta ne voi nauttia myös välipalalla. (Ruokatieto Yhdistys ry 2011.)

### 3.1.3 Einesruoat

Ruokaa prosessoidaan nykyään paljon ja einesruoat sisältävät suuren määrän ainesosia, vaikka kyseessä olisikin yksinkertaisen kuuloinen ruoka. Taloussanomien (2011) artikkelissa käsitelläänkin sitä, kuinka monissa eineksissä itse ruoan raaka-aineita on vähän ja erilaisia makuja, ulkonäköä ja säilyvyyttä tuovia lisäaineita runsaasti. Myöskään tuotteen nimi ei kerro totuutta sisällöstä. (Pippuri 2011.) Useiden einesten ravintoainepitoisuudet, esimerkiksi suolan ja rasvan osalta, eivät myöskään vastaa ravitsemussuosituksia.

Lisäaineita lisätään eineksiin parantamaan säilyvyyttä sekä tuomaan muun muassa makua ja väriä. Niitä valmistetaan synteettisesti eli keinotekoisesti mutta myös eristetään luonnosta. Elintarvikelainsäädäntö on asettanut listan lisäaineista, jotka ovat sallittuja. Kyseinen lista kasvoi noin sadalla lisäaineella, kun Suomi liittyi Euroopan unioniin. Aiemmin myös ruokasuolaa pidettiin lisäaineena. Elintarvikevalvonta vahtii, ettei elintarvikkeista aiheudu haittaa kuluttajan terveydelle. Lisäaineet eivät siis saa olla haitaksi tai vaaraksi terveydelle. Lisäaineille on kuitenkin asetettu tietty määrä, eli suurin sallittu päiväannos, jonka pitäisi olla turvallinen kuluttajalle. Siksi runsas einestuotteiden ja lisäaineiden nauttiminen ei ole terveyden kannalta suositeltavaa. Myös vierasaineet tulee ottaa huomioon ruokavaliossa, sillä tuontihedelmiin ja -kasviksiin on monesti lisätty kasvatusvaiheessa torjunta-aineita. Ne tulee pestä ja kuoria sekä tarvittaessa kuumentaa huolellisesti jäämien poistamiseksi. (Haglund ym. 2007, 96-103.)

Pikaruokat ovat viimeaikoina mainostaneet pihviensä olevan sataprosenttista naudanlihaa, joka luo kuluttajalle positiivista kuvaa. Hampurilaisen muut ainesosat, kuten sämpylä ja kastike, sisältävät paljon ainesosia, keinotekoisia aromeja ja aineita. Juustot hampurilaisen välissä eivät usein ole juustoa vaan ne ovat valmistettu juustoaromin lisäksi useista lisä- ja väriaineista. Eineslihapullat- ja pihvit sisältävät pääasiassa broilerinlihaa ja nahkaa, soijaproteiinia ja kamaraa eivätkä nimensä mukaisesti juurikaan naudan- tai sianlihaa.

Kalapuikkojen ja leikkeiden kalamäärät vaihtelevat valmistajan mukaan 47-65 % välillä. Lenkkimakkara koostuu lihan lisäksi vedestä ja jauhoista sekä lukuisista lisäaineista. Myös leivän valinnassa tulee olla huolellinen ja lukea tuoteseloste tarkkaan, sillä mainokset voivat hämätä kuluttajaa. Markkinoilla on muun muassa täysjyväruisleiväksi mainostettua leipää, joka sisältää kuitenkin 30 % vehnää. (Nilsson & Toivanen 2010, 60-61, 82-83, 108, 110, 112-114.)

### 3.2 Ravitseminen ja mielenterveys

Hyvinvoinnin edellytyksenä on täysipainoinen ravinto niin terveellä kuin sairaallakin ihmisellä. Sairauden aikana ravitsemuksen merkitys kuitenkin muuttuu. Hyvä ravitsemustila edistää hoidon onnistumista ja kuntoutumista. Se myös vähentää ja ehkäisee lisäsairauksien syntyä ja parantaa elämänlaatua. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006b, 197.) Psykkisillä sairauksilla on monia vaikutuksia henkilön terveydentilaan ja ruokailuun. Psykkisiä sairauksia sairastavilla henkilöillä on heikentynyt kyky panostaa omaan hyvinvointiinsa. Tällöin henkilön olemassa olevat voimavarat eivät yleensä riitä ajattelemaan ruoanlaittoa tai ruokavalintoja. Jos sairaus on pitkäaikainen, mikä psyykkisten sairauksien kohdalla on yleistä, vaikutukset ravitsemustilaan ovat pitkäaikaisia. (Arffman ym. 2009, 224.)

Yleistä mielenterveysongelmaisilla ja etenkin masentuneilla on muuttunut ruokahalu. Heillä voi esiintyä ruokahaluttomuutta mutta myös lisääntynyttä ruokahalua (Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry 1999). Tyypillinen ongelma on myös ruokavalion yksipuolisuus ja ruoan heikko laatu. Yksipuolinen tai laadultaan heikompi ruoka on ravitsemustilan kannalta huonoa, sillä pitkäaikainen heikko ravitseminen voi aiheuttaa elimistössä erilaisia ravintoaineiden puutostiloja. Puutostilat heikentävät entisestään psyykkistä ja fyysistä jaksamista, mikä on kuntoutumisen kannalta erittäin huono asia. (Arffman ym. 2009, 224-225.)

Ruokahaluttomuus on yleistä vakavasti masentuneilla, jolloin heidän painonsa laskee merkittävästi. Heistä saattaa myös tuntua, että heidän on pakotettava itsensä syömään liiallisen laihtumisen estämiseksi. Mielialan noustessa osa sairastuneista kokee ruokahalun parantuvan, jolloin saattaa esiintyä runsasta painonnousua ja jopa ahmimisjaksoja. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla syöminen muuttuu yleensä masennus- ja maniajaksojen aikana joko erittäin vähäiseksi tai runsaaksi, mutta taudin ylläpitovaiheen aikana syöminen on usein melko normaalia. Lisääntyneeseen ruokahaluun voi kaikissa psykiatrisissa sairauksissa liittyä suurta himoa etenkin hiilihydraattipitoisiin ruoka-aineisiin, esimerkiksi makeisiin ja leivonnaisiin. (Arffman ym. 2009, 224-227.)

Psyykkisesti sairaan ravitsemustilaa tulisi hoitaa säännöllisellä ateriarytmillä. Tärkeää olisi pyrkiä syömään 3-4 tunnin välein ja vähintään yksi lämmin ateria päivässä. Suosituksena on, kuten muullakin väestöllä, monipuolinen ja terveellinen ruokavalio, josta saa riittävästi kaikkia ravintoaineita. Ravitsemushoidossa tulisi kiinnittää asiakkaan huomiota erityisesti siihen, miksi olisi tärkeää muistaa ja jaksaa syödä säännöllisesti ja terveellisesti, vaikka se viekin voimavaroja. Ravintolisillä on mahdollista täydentää ruokavaliota sen jäädessä vähäiseksi tai yksipuoliseksi, mutta niillä ei tule korvata monipuolista ruokavaliota. On olemassa näyttöä, että joidenkin ravintoaineiden riittävästä saannista olisi hyötyä psyykkisesti sairaille henkilöille. On myös hyvä huomioida, että ruokavalinnoilla voidaan ennaltaehkäistä ja lievittää tiettyjä lääkityksestä ja sairaudesta, sekä huonosta ruokavaliosta johtuvia ongelmia, kuten suun kuivuminen, ummetus ja turvotukset. (Arffman ym. 2009, 226-227.)

Kun on kyseessä mielenterveyskuntoutujat ja yleisestikin psyykkisesti sairaat, ei ruokavalion muutosten tule heti olla liian suuria. Niiden tulisi olla asteittaisia ja henkilön itse täytyisi olla halukas muutokseen sekä kokea ne mieluisiksi. Jo pienillä muutoksilla saadaan monesti ravitsemustilaa parempaan suuntaan vaikka ravitsemussuositusten mukainen ruokavalio olisikin vielä kaukainen tavoite. Pienten muutosten toteutuminen kerrallaan on todennäköisempää kuin suurten muutosten ja se myös luo kuntoutujalle onnistumisen tunteen, joka edistää muutosta. (Arffman ym. 2009, 226-227.)

Mielenterveyskuntoutujille suunnatun ravitsemusneuvonnan tulee olla käytännönläheistä. On tärkeää antaa konkreettisia vinkkejä, esimerkiksi kuinka koostaa ateria sekä miten ja mitä ruoka-aineita tulisi valita. Olisi hyvä myös antaa myönteistä palautetta. Ohjaajan on hyväksyttävä se, etteivät kaikki osallistujat koe neuvontaa innostavaksi, sillä he eivät voimavarojensa puitteissa koe osaavansa tai jaksavansa tehdä mitään paremman ruokavalion eteen. On myös oltava realistinen sen suhteen, etteivät ruokavalionmuutokset aina ole pysyviä. (Arffman ym. 2009, 227.)

### 3.2.1 B-vitamiinit

Tommi Tolmunen (2005) on väitöskirjassaan tutkinut erityisesti folaatin ja B12-vitamiinin yhteyttä masennukseen ja siitä toipumiseen. Tulokset osoittivat, että folaatin vähäinen saanti ravitsemuksessa oli yhteydessä kohonneeseen riskiin sairastua masennukseen sekä kolminkertaiseen riskiin joutua masennuksen vuoksi psykiatriseen sairaalahoitoon. B12-vitamiinilla oli yhteys masennuksesta toipumiseen. Vakavaa masennustilaa sairastavilla oli sitä suurempi toipumisen mahdollisuus kuudessa kuukaudessa, mitä suurempi oli seerumin B12-vitamiinipitoisuus. (Tolmunen 2005.) Riittävä B-vitamiinien ja folaatin saanti siis edistää ja nopeuttaa masennuspotilaan toipumista sekä tehostaa masennuslääkitystä (Tolonen 2007, 13).



B12-vitamiini valmistaa yhdessä foolihapon kanssa muun muassa DNA:n ja RNA:n rakenneosia, jotka osallistuvat solujen jakautumiseen sekä punasolujen ja hemoglobiinin muodostumiseen. B12-vitamiini suojaa myös hermoston kuntoa. B12-vitamiinia saa vain eläinkunnan tuotteista. Hyviä lähteitä ovat erilaiset liha- ja kalatuotteet sekä maitotuotteet. Yleensä vain kasvissyöjillä on puutetta B12-vitamiinista, mutta yksipuolinen ruokavalio voi myös altistaa sen puutteelle. (Lindholm 2010, 44-46.)

Foolihappoja saadaan kasviksista, kokojyvätuotteista sekä maksaruoista. On todettu, että suomalaiset saavat liian vähän foolihappoa ravinnosta. Ravinnon kautta runsas folaatin saanti ei ole vaarallista, joten hedelmien, marjojen ja kasvien runsas nauttiminen on suositeltavaa. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2005, 27-28.)

### 3.2.2 Omega-3-rasvahapot

Myös Omega-3 -rasvahappojen yhteyttä mielen terveyteen on tutkittu. On todettu, että etenkin EPA- ja DHA-rasvahapoilla on edulliset vaikutukset masennusta ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien potilaiden hoidossa. Tutkimusten mukaan vitamiineilla ja rasvahapoilla on erilaisia negatiivisia käytöshäiriöitä, kuten aggressiivisuutta ja väkivaltaisuutta, vähentäviä vaikutuksia. (Freeman, Hibbeln & Wisner 2006.) Omega-3-rasvahapot ovat tärkeitä solujen rakenneosia ja auttavat hallitsemaan korkeaa veren kolesterolitasoa. Ne ovat tyydyttymättömiä rasvahappoja, joita saadaan niin sanotuista pehmeistä, eli kasvipärisistä, rasvoista sekä kalatuotteista, kuten rypsiöljystä, pellavansiemenistä ja lohesta. EPA- ja DHA-rasvahapot ihminen saa vain rasvaisesta kalasta tai kalaöljyvalmisteista, joten runsas kalan tai kalaöljyn nauttiminen takaa riittävän saannin. (Niemi 2006, 35.)

### 3.3 Psykyklääkkeiden vaikutukset syömiseen ja terveyteen

Painonnousu on psykiatristen sairauksien hoidossa käytettävien lääkkeiden yhteydessä yleistä. Lääkkeillä saattaa olla huomattavia vaikutuksia henkilön ruokahuonon ja ruokavalintoihin. Masennuslääkkeillä voi olla ruokahuonon ja taten painoa lisääviä vaikutuksia. Monilla lääkkeillä on myös itsessään painonnousua lisäävä vaikutus. Joissain tapauksissa lisääntynyt paino voi olla seurausta lääkityksestä johtuvasta turvotuksesta. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa käytettävät lääkkeet lisäävät monilla painoa huomattavasti, jopa joka kolmannella potilaalla. (Arffman ym. 2009, 225-226.) Painonnousu voi tiettyjä lääkkeitä käyttävillä potilailla olla nopeaa. Se voi ilmetä jo hoidon aloituksen jälkeen muutaman kuukauden sisällä. Painonnousu lääkehoidon yhteydessä on yksilöllistä eikä tarkkaa syntymekanismia siihen vielä tiedetä. Sen epäillään johtuvan joko energian saannin lisääntymisestä tai

hidastuneesta energian kulutuksesta, joihin psyykenlääkkeillä olisi vaikutusta. (American Diabetes Association 2011.)

Painonnousu vaikuttaa mielenterveyspotilaiden elämään monella tavalla, fyysisesti mutta myös henkisesti. Painonnoususta on harmia potilaan itsetunnolle ja sosiaalisille suhteille. Painonnousulla ja lihavuudella voi olla merkittävä vaikutus sydän- ja verisuonitautien syntyyn. Lääkkeistä johtuvasta painonnoususta kärsivillä potilailla on suurentunut riski korkeisiin veren kolesteroli- ja sokeripitoisuuksiin. Heillä on näin ollen myös suurempi riski sairastua diabetekseen ja sydän- ja verisuonisairauksiin sekä muiden terveysongelmien, kuten metabolisen oireyhtymän kehittymiseen. (Canadian Mental Health Association 2004.) Metabolinen oireyhtymä on aineenvaihduntaan eli metaboliaan liittyvä tila, mihin lukeutuu useita terveydelle haitallisia häiriöitä samanaikaisesti. Metabolisen oireyhtymän määritelmän mukaan vyötärönympäryksen tulisi miehillä olla yli 94cm ja naisilla yli 80cm. Lisäksi tulee olla seuraavista muutoksista vähintään kaksi; kohonnut veren rasva-arvot, veren HDL-kolesterolin eli hyvän kolesterolin pienentynyt määrä, kohonnut verenpaine tai häiriö sokeriaineenvaihdunnassa. (Mustajoki 2010.)

Esimerkiksi antipsykootteja käyttävillä henkilöillä on lisääntynyt riski sairastua 2 tyypin diabetekseen. Skitsofreniapotilailla taas ilmenee metabolista oireyhtymää nejä kertaa enemmän kuin muulla väestöllä. (Arffman ym. 2009, 224-225.) Myös keskivartalolihavuus sekä korkeat veren rasva- ja triglyseridipitoisuudet ja kohonnut verenpaine altistavat metaboliselle oireyhtymälle. Metabolista oireyhtymää sairastavalla taas on alttius sairastua sepelvaltimotautiin ja 2 tyypin diabetekseen. (Fogelholm ym. 2006, 93-94.)

Osa psykoosien hoidossa käytettävistä antipsykootteista voivat aiheuttaa plasman triglyseridien pitoisuuksien suurenemisen. On tutkimuksia, jotka ovat osoittaneet metabolisen oireyhtymän esiintyvyyden ja sairastumisriskin olevan korkeampi tiettyjä antipsykootteja käyttävillä skitsofreenikoilla kuin vertaispotilailla. Lisäsairauksien ilmaantumisen epäillään johtuvan itse psyykkisestä sairaudesta sekä sen fysiologiasta, elämäntavoista ja lääkityksestä. Siksi olisi tärkeää ohjata mielenterveyspotilaita ravitsemuksessa sekä terveissä elämäntavoissa. (Lamberti, Olson & Crilly 2006; Arffman ym. 2009, 224-225.)

On tärkeää myös huomata, että joillakin lääkkeillä voi olla vaikutusta itse syömiseen. Esimerkiksi trisyklisillä masennuslääkkeillä ja antipsykootteilla on suuta kuivattava vaikutus, minkä vuoksi syöminen voi tuntua hankalalta ja aiheuttaa näin ruokahaluttomuutta. Suun kuivuminen on myös yhteydessä hammaskariksen ja suuinfektioiden syntyyn. Masennuslääkkeet voivat aiheuttaa myös ummetusta tai ripulia sekä turvotuksia. Kaikki nämä voivat vaikuttaa henkilön ruokahaluun. (Huttunen 2002, 79, 136.)

### 3.4 Ruokavalintoihin vaikuttavia tekijöitä

Ruoan osuus suomalaisten menoista on viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana vähentynyt huomattavasti vaikka ruokaan käytettävä rahamäärä on kasvanut. Ruokavalintojen terveellisyyteen sekä syömiseen vaikuttavat taloudelliset tekijät. Ylemmissä sosioekonomisissa luokissa ruokavalinnat ovat terveellisempiä kuin alemmissä. Korkeasti koulutetut noudattavat ravitsemussuosituksia tarkemmin. Rasvaisten ruokien sekä alkoholin kulutus on suurempaa alempiin sosiaaliluokkiin kuuluvilla ja heillä esiintyy myös enemmän ylipainoa. Erot ravitsemuksessa ja ruokavalinnoissa selittyvät osittain taloudellisilla tekijöillä, mutta myös tiedollisilla eroilla sekä asenteilla. Monet valitsevat ruokansa edullisuuden eivätkä terveellisyyden perusteella. Pienellä budjetilla ei ole mahdollonta syödä terveellisesti, ja itse valmistettu ruoka tulee yleensä valmisruokaa edullisemmaksi. Konkreettisenä esimerkkinä voidaan esittää, että liha-, juusto- ja leikkeletuotteita vaihdetaan osittain kasviksiin, jolloin ruokavalinnat muuttuvat vähärasvaisemmiksi ja jopa edullisemmiksi. (Arffman ym. 2009, 231-232.)

## 4 Terveyden edistäminen

Terveyden edistämisen perusta alkoi rakentua jo 1800-luvulla. Tuolloin alettiin monissa maissa ymmärtää, että väestön terveyteen voidaan vaikuttaa ja se on myös julkisen vallan, ei pelkästään yksilön tehtävä. Suomeen Kansanterveysliike tuli 1860-luvulla. Sen tavoitteena oli, että Suomessa asuisi mahdollisimman lukuisa ja terve väestö. Valtion ja kuntien yhteisen terveydenhuolto-organisaation päätehtäväksi tuli terveydenhoito. 1980- ja 1990-luvuilla terveyden edistämisen tutkimus- ja kehittämistyö keskittyi väestön terveyskehitykseen sekä erityisiin terveyden edistämisen ohjelmiin, joita selvitettiin kokeellisissa asetelmissä. (Ståhl & Rimpelä 2010, 12, 19, 23.)

Terveyden edistäminen on kaikkien kansalaisten etu ja se perustuukin kansanterveyslakiin. Uusittu kansanterveyslaki vuodelta 2006 painottaa vahvasti terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisemistä perusterveydenhuollossa. Terveyden edistämisestä on säännöksiä myös muissa laeissa, kuten tartuntatautilaissa, tupakkalaissa ja raittiustyölaissa. Terveyden edistäminen on WHO:n (1986) mukaan prosessi, joka antaa yksilöille ja yhteisöille entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttään ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 15). Terveyden edistämällä on monia positiivisia vaikutuksia, kuten erilaisten kansantautien väheneminen. Edistämällä terveyttä ja hyvinvointia voidaan vaikuttaa myös välillisesti hillitsemällä terveydenhuollon kustannuksia, jotka aiheutuvat terveydenhuollon palveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta eläköitymisestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a; Turku 2007, 14.)

Suomalaisilla on merkittäviä kansantauteja, joita Kansanterveyslaitos tutkii tavoitteena löytää elintavat ja riskitekijät, jotka kansantauteihin johtavat. Suomessa esiintyviä kansantauteja ovat esimerkiksi erilaiset sydän- ja verisuonitaudit sekä diabetes. Kansanterveyslaitos on kartoittanut myös suomalaisten ruokailu- ja liikuntatottumuksia, tupakointia ja alkoholin käyttöä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

Terveyden edistämiseksi on laadittu politiikkaohjelma, jonka tavoitteena on saada kunnat panostamaan elinolosuhteisiin, jotka edistävät terveyttä ja turvallisuutta. Tarkoituksena on edistää terveyttä kaikissa politiikoissa. Terveysnäkökohdat tulisi ottaa huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Kuntien tulisi muun muassa mahdollistaa esteetön ja turvallinen liikkuminen sekä tarjota monipuolisia liikunta- ja kulttuuripalveluja. Hyvät neuvola- ja mielenterveyspalvelut sekä kouluterveydenhuolto edistävät lasten ja perheiden terveyttä ja hyvinvointia. Panostaminen työikäisten terveyteen lisää myös työssä jaksamista ja vähentää sairauspoissaolojen määrää. Vastuu terveyden edistämisestä on myös kansalaisilla itsellään. Yksilöiden ja yhteisöjen terveyden sekä hyvinvoinnin tukeminen tapahtuu yhteistyön ja osallistumisen kautta. Osallistumalla saadaan uutta tietoa ja toimintamalleja sekä kokemuksia omaan ympäristöön ja terveyteen vaikuttamisesta. Voidakseen tehdä terveyden kannalta positiivisia valintoja, tarvitaan lisää tietoa ja taitoja. Mahdollisuus vaikuttaa oman terveyteen sekä kiinnostus siihen ovat edellytyksiä yksilön osallistumiseen ja terveyden edistämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 23; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010c.)

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteena on vähentää väestöryhmien välisiä eroja sekä lisätä terveiden ja elinkykyisten vuosien määrää. Maailman terveysjärjestö WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelma on ollut kansanterveysohjelman taustalla. Ohjelmassa on kahdeksan tavoitetta, joita ohjaavat linjaukset koskevat muun muassa koteja, kouluja ja työpaikkoja. Terveyden edistämisen laatusuosituksissa pyritään kaventamaan terveyseroja eri väestöryhmien välillä, huomioiden erityisesti riskiryhmät, johon mielenterveyskuntoutujat voidaan sijoittaa ainakin ravitsemuksen osalta. Myös voimavarojen tukeminen on yksi menetelmä terveyden edistämisen laatusuosituksissa. Tukemalla kuntoutujien omia voimavaroja voidaan edesauttaa heidän kykyään tehdä terveyttä edistäviä valintoja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 25-27; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010d.)

WHO: n (1948) mukaan:

”terveyden edistäminen on toimintaa, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin se parantamiseen. Jotta täydellinen fyysinen ja psyykinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi voitaisiin saavuttaa, on yksilöiden ja ryhmän kyettävä toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa ja muuttamaan ympäristöä tai opittava tulemaan toimeen sen kanssa.”

Vaikkakin edellä mainittu WHO:n määritelmä terveyden edistämisestä on ihanteellinen, on sitä kuitenkin kritisoitu, koska se ei ole kovin realistinen ja sitä on mahdotonta saavuttaa. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 10, 27.)

Terveyden edistäminen tulisi kansallisen hoitotyön strategian mukaan omaksua hoitotyön lähtökohdaksi. Hoitotyön koulutuksen tavoitteena on muun muassa sitouttaa henkilöstö väestön terveyttä edistävän toiminnan tukemiseen sekä tuottaa laaja-alaisia terveyden edistämismuutoksia hoitotyössä. Hoitotyön opetuksessa terveyden edistämisen opetus pohjautuu terveyspolitiikkaa ohjaaviin WHO:n asiakirjoihin. Terveyttä edistävä hoitotyö tarkoittaa keskittymistä terveyteen sairauden sijasta. Terveyden edistäjä on hoitotyössä yhä useammin ihmisten omien voimavarojen tunnistamisen ja käyttöönoton avustaja eikä vain terveyden opettaja ja asiantuntija. (Ilvanainen ym. 2006b, 45, 50.)

#### 4.1 Promootio ja preventio

Terveyden edistämistä voidaan katsoa kahdesta näkökulmasta yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasolla. Näkökulmat terveyden edistämiseen ovat promootio ja preventio, joka jakaantuu vielä kolmeen eri osaan. Preventiolla tarkoitetaan sairauksien ja niihin johtavien riskitekijöiden ehkäisemistä ja promootiolla mahdollisuuksien luomista elämänlaadun parantamiseksi. Tässä opinnäytetyössä keskitytään enemmän yksilön ja yhteisön tasolle suuntautuvaan terveyden edistämiseen. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 13.)

Promootio on voimavaralähtöistä terveyden edistämistä ja sen kautta pyritään luomaan mahdollisuuksia huolehtia omasta terveydestä jo ennen kuin ongelmia tai sairauksia ilmaantuu. Promootion näkökulmasta terveyden edistämällä ylläpidetään ja vahvistetaan terveyttä suojaavia tekijöitä, kuten terveellisiä elämäntapoja. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 13-14.)

Preventio on ongelmalähtöistä ja kuten aiemmin jo mainittiin, preventiolla pyritään sairauksien ehkäisyyn. Preventio jaetaan kolmeen osaan, primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventioon. Primaaripreventio toteuttaa sairauksia ehkäisevää toimintaa, kuten terveysneuvontaa, jo ennen esiasteiden kehittymistä. Sekundaariprevention tarkoituksena on pyrkiä pienentämään tai poistamaan riskitekijöitä tai niiden vaikutuksia, jotta olemassa olevan sairauden paheneminen saataisiin estettyä. Tertiaaripreventio liittyy kuntoutukseen, jonka tavoitteena on olemassa olevan sairauden ja siitä koituvien haittojen pahenemisen vähentäminen. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 15.)

Tämän opinnäytetyön kannalta kaikki prevention osa-alueet ovat tärkeitä, sillä kohderyhmissä on varmasti yksilöitä, joilla on erilaisia sairaustaustoja. Osalla on saattanut ilmetä jonkinlaisia sairauden esiasteita, kuten kohonnutta verenpainetta, ja osalle on jo voinut kehittyä jokin liitännäissairaus, jonka haittoja pyritään pienentämään ravitsemusohjauksella. Kaikilla ei ole vielä mielenterveysongelman ohella muita terveydellisiä ongelmia, jolloin primaariprevention avulla pyritään ehkäisemään niiden syntymistä.

Preventiivisen terveyden edistämisen toimintamuoto on terveyskasvatus. Terveyskasvatus pyrkii kasvatuksen keinoin tähtäämään käyttäytymisen muutokseen, joka mahdollistetaan antamalla asiakkaalle lisää tietoa, esimerkiksi terveistä elämäntavoista. Terveyskasvatus voidaan nähdä myös sosiaalisena prosessina. Primaaripreventiivinen terveyskasvatus ja terveyden edistäminen ovat potilaskeskeistä, jolloin asiantuntijan ja asiakkaan välillä tapahtuu kaksisuuntaista vuorovaikutusta. Sekundaarinen terveyskasvatus on asiantuntijajohtoista, joka käsitetään vuorovaikutukseltaan yksisuuntaiseksi ja tietoa antavaksi. Promotiivista terveyden edistämistä vastaa yhdessä oppimisen-malli. Yhdessä oppiminen toteutuu erilaisissa kasvatusprosesseissa sekä yksilötason vuorovaikutuksena että ryhmätoimintana. Yhdessä oppimisessa keskeistä on itsetunnon ja elämänhallinnan vahvistaminen. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 13-15.)

#### 4.2 Terveyskeskustelu

Asiakkaan kohtaaminen puhuttaa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ammatillisen toiminnan tulisi tukea asiakkaan vahvuuksia, kykyjä ja taitoja, jotta tämä osaisi toimia omaa terveyttään edistävällä tavalla. Terveyskeskustelussa tärkeää on hyvä vuorovaikutus, jonka tunnusmerkkejä ovat muun muassa yksilön tuntemus, aitous, avoimuus, empatia, kuuntelu ja vastavuoroisuus. Keskustelun ydin on kysymyksissä, mutta samalla annetaan tilaa vapaalle keskustelulle. Terveyskeskustelun johdattajana on hoitaja, mutta siinä edetään yksilön tai perheen ehdoilla. (Pietilä ym. 2002, 220-221.)

Terveyden edistämisen tavoitteita asetettaessa tulee huomioida toiminnan sisältö, eli mikä terveyden osa-alue on käsittelyssä. On myös tärkeää kohdistaa tavoitteet ja sisällöt tietyille kohderyhmälle. Terveyden edistämisessä on kyse terveystieteiden huomioon ottamisesta sekä yhteisten tavoitteiden asettamisesta. Terveyskeskustelussa voidaan hyödyntää myös interventiivisen haastattelun menetelmää. Keskustelun ei tulisi olla pelkästään tietojen keräämistä vaan ammattihenkilön tekemillä kysymyksillä ja kommentteilla on vaikutuksensa asiakkaaseen. Oikein muotoillut kysymykset voivat auttaa saamaan esille asiakkaiden vahvuuksia ja heikkouksia ja vahvistaa yksilön tai perheen käyttäytymistä, kun taas joskus kysymykset voivat kyseenalaistaa asiakkaiden käyttäytymistä tai tilannetta. Hoitajan tulee koko keskustelun ajan miettiä, mitä kunakin hetkenä tulisi tehdä ja sanoa. Joskus hoitajan

omat mielipiteet tai ennako-oletukset voivat toimia rajoittavina tekijöinä asiakassuhteessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 17; Pietilä ym. 2002, 221-222.)

Pietilän ym. (2002, 237) mukaan terveyskeskustelun lähtökohtana on se, että hoitaja tuntee keskusteluun osallistuvan yksilön tai perheen. Tämä voi kuitenkin olla vaikeaa, jos asiakas ei halua kertoa itsestään tai molemmat osapuolet pysyvät tiukasti omissa rooleissaan. Terveyskeskustelu vaatii hoitajalta myös erityisiä vuorovaikutustaitoja, jotta tilanne olisi asiakkaan terveyttä ja terveysosaamista edistävä. Terveyskeskustelussa arviointia tapahtuu koko ajan. Arvioinnin tulisi lähteä siitä kysymyksestä, pystyttiinkö keskustelussa luomaan jotakin uutta ja kehittämään uusia tavoitteita, jotka olisivat hyödyksi asiakkaan elämäntilanteessa. Sekä hoitajan että asiakkaan tulisi kyetä myös itsearviointiin. (Pietilä ym. 2002, 237-238.)

#### 4.3 Ohjaus

Ohjaus eroaa esimerkiksi tiedottamisesta tai neuvonnasta oleellisesti. Ohjauksella tarkoitetaan tilannetta, jossa ohjattava osallistuu itse aktiivisena osapuolena ja pyrkii ratkaisemaan esittämänsä ongelmat. Hänen omat tavoitteensa ja tulkintansa ovat tärkeitä lähtökohtia työskentelylle. Ohjaajan tehtävänä onkin vahvistaa ohjattavan omaa toimintakykyä ja välttää antamasta valmiita ratkaisumalleja. Ohjaaja esittää kysymyksiä, joiden avulla ohjattava voi pohtia omia päämääriään ja muokata niitä tarvittaessa. (Onnismaa 2007, 26, 33.)

Onnismaan (2007, 38) mukaan ohjaus määritellään ajan, huomion ja kunnioituksen antamiseksi. Jos ohjaaja näyttää, että hänellä on kiire, viestii se ohjattavalle, ettei hän eikä hänen asiansa ole ohjaajalle tärkeä. Tapaamisen kesto ei ole niinkään olennaista vaan se, miten käytettävissä oleva aika organisoidaan. Ohjaajan tulisi myös kohdistaa huomio ennen kaikkea ohjattavan kuuntelemiseen, niin, että ohjattavalla olisi tunne kuulluksi tulemisesta. Ohjaajan on hyvä kuunnella lisäksi ohjattavan hiljaisuutta, epäröimistä ja epäluottamusta, koska ne voivat antaa vihjeitä siitä, millaista tukea ohjattava tarvitsee. Kunnioitus ohjaussuhteessa ei tarkoita niinkään näennäistä ystävällisyyttä tai kohteliaisuutta, vaan tarkoitus on kunnioittaa toisen erilaisuutta ja neuvottelun avulla selventää näkemysten yhtäläisyyksiä ja eroja. Jotta ohjaaja osaisi antaa aikaa, huomiota ja kunnioitusta ohjattavalle, tulee hänen myös osata antaa aikaa ja huomiota itselleen sekä kunnioittaa itseään yksityishenkilönä sekä ammattilaisena. (Onnismaa 2007, 38-43.)

Eija Mattila (2009, 96) käsittelee mielenterveyskuntoutujan ohjausta kolmessa eri ulottuvuudessa; 1) kokemusperäinen, auttava ohjaus, 2) neuvova, opettava ohjaus ja 3) normatiivinen, kontrolloiva ohjaus. Kokemusperäisessä ohjauksessa on tärkeää huomioida,

että ohjaustilanne on ohjaajan ja ohjattavan kesken vastavuoroista ja dialogista. Ohjaajan tulee tukea ja kunnioittaa asiakkaan voimavaroja sekä itsemääräämisoikeutta ja vaikutusvaltaisuutta. Ohjaustapaa voidaankin pitää tavallaan keskusteluna. Ohjattavalle annetaan mahdollisuus osallistua oman muutosprosessinsa hallintaan, jolloin muutos on itsestä lähtevää. On vain annettava tarpeeksi aikaa ja kuunneltava asiakasta aktiivisesti. Neuvominen tulkitaan opettavaksi ohjaukseksi, joka korostaa asiantuntijan roolia. Tässä ohjaustavassa keskitytään enemmän asian sisältöön kuin siihen, että millä tavoin asia esitetään ja neuvoja annetaan. Ohjaustavassa on vaarana se, että ohjattava kokee itsensä alempiarvoiseksi ja ohjaaja nähdään arvostelevana henkilönä, joka tietää muita paremmin. Normatiivinen ohjaus nähdään kontrolloivana tapana ohjata asiakasta. Tällainen tapa painottaa kuntoutujan oireita ja sairautta, jonka vuoksi kuntoutujan toimia helposti päädytään kontrolloimaan ja valvomaan. (Hentinen, Iija & Mattila 2009, 96-97.)

Ohjaustilanteessa on pyrittävä näkemään kuntoutuja oman elämänsä asiantuntijana ja ymmärtää, että hänellä on kyky toimia muutoksen toteuttamiseksi sekä elämäntilanteensa parantamiseksi. On tärkeää, että ohjaaja ei yksin toimi asiantuntijan roolissa, vaan kuunnellaan myös kuntoutujan kokemusasiantuntijuutta. Ohjaajan kannattaa tuoda esille myös mahdollisia omia samankaltaisia kokemuksiaan ja niiden kautta vertaistua ja eläytyä asiakkaan elämäntilanteeseen. Tämä luo tilaa myös asiakkaan omille kokemuksille. Eri ohjauksen tapoja tarvitaan ja ohjaajan tulisi osata valita tapa tilanteen mukaan. Tärkeää kaikissa ohjaustavoissa on kuunnella asiakasta sekä auttaa kuntoutujaa kokemaan elämäntilanteessaan uutta positiivista kehitystä. (Hentinen ym. 2009, 96-97.)

Ohjaukseen liittyy olennaisesti myös koherenssin käsite. Vahva koherenssi tarkoittaa, että ihmisellä on tunne siitä, että hän pystyy hallitsemaan omaa elämäänsä. Vahva koherenssi edistää myös yksilön terveyttä, sillä tällöin ihminen yleensä näkee vastoinkäymiset haasteena. Turun (2007, 25) mukaan myös tutkimukset ovat osoittaneet, että koherenssilla on terveyttä edistävä vaikutus. Vahva koherenssi on yhteydessä hyväksi koettuun terveyteen sekä vähäisiin stressioireisiin. Suomalaisesta Lapsesta aikuiseksi -pitkittäistutkimuksesta käy ilmi, että he, jotka tuntevat hallitsevansa elämäänsä polttavat tupakkaa sekä juovat alkoholia vähemmän kuin he, joilla koherenssi on heikko. Koherenssin käsitteeseen elämäntapaohjauksen yhteydessä liittyy se, että pienikin muutos on merkityksellinen ja omaan terveydentilaan on mahdollista vaikuttaa omilla ratkaisuillaan. Jos ohjauksessa keskitytään pelkästään erilaisten riskitekijöiden arviointiin ja osoittamiseen, jää edellä mainittu asia helposti syrjään. Koherenssin tunteen vahvistaminen olisi elämäntapaohjauksessa tärkeää, koska sillä on yhtäläinen terveyttä edistävä vaikutus, kuten terveystieteidenkin välttämällä. (Turku 2007, 25-26.)



Hoitotyön ympäristössä tapahtuvassa ohjaustilanteessa asiakas on aktiivinen toimija ja oman elämänsä asiantuntija, Hoitaja taas on ohjauksen asiantuntija. Hoitaja tunnistaa ja arvioi asiakkaan ohjaustarpeita yhdessä hänen kanssaan. Ohjaustilanteeseen vaikuttavat aina sekä hoitajan että asiakkaan taustatekijät, jotka ovatkin ohjauksen lähtökohtana. Taustatekijät voidaan jakaa yksilöllisiin, fyysisiin ja psyykkisiin sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Hoitajan tulee huomioida asiakkaan erilaisuus ja siihen liittyvät tarpeet. Jos asiakkaan taustatekijät jätetään huomiotta, ohjataan samassa tilanteessa olevia potilaita aina samalla tavalla ja samoilla ohjausmenetelmillä. (Kyngäs ym. 2007, 26-28.)

#### 4.4 Ryhmänohjaus

Ryhmänohjaus on käytetyimpiä ohjausmenetelmiä terveydenhuollossa. Viime vuosina suuntauksena on ollut antaa elämäntapaohjausta ryhmämuotoisesti. Elämäntapaohjauksessa suurin haaste on ryhmän jäsenten motivoituminen. Ryhmämuotoisesta ohjaustilanteesta on todettu olevan apua motivoinnissa ryhmän keskinäisen vuorovaikutuksen vuoksi. Myös vertaistuki on elämäntapamuutoksessa tärkeää. Ryhmänohjausta voidaan antaa eri kokoisille tai eri tarkoitusta varten kootuille ryhmille. Ryhmän tavoitteet voivat vaihdella ryhmien ja ryhmäläisen omien tavoitteiden mukaan. Ryhmän yhteisenä tavoitteena voi olla esimerkiksi painonhallinta tai tupakoinnin lopettaminen. Ryhmänohjauksen avulla voi olla mahdollista saavuttaa parempia tuloksia kuin yksilöohjauksen avulla ja se on usein taloudellisempaa, koska siinä voidaan jakaa tietoa suuremmalle ryhmälle samalla kertaa. Ryhmässä voidaan myös oppia enemmän ja opitut asiat muistetaan yleensä paremmin kuin yksin opiskeltaessa. (Kyngäs ym. 2007, 104; Turku 2007, 87-88.)

Ryhmiä on monenlaisia mutta useimmiten ryhmä on melko kiinteä joukko ihmisiä, jotka tuntevat toisensa hyvin. Ryhmä myös kokoontuu säännöllisesti. Ryhmän koko voi vaikuttaa sekä ryhmän toimintaan että ryhmädynamiikkaan. Turun (2007, 89) mukaan suositeltava koko elämäntapamuutosryhmälle olisi 8-12 henkeä, jos tavoitteena on huomioida ja ohjata elämäntavoissa yksittäisiä henkilöitä. Kun ryhmällä on jokin yhteinen tavoite, lisää se ryhmän jäsenten halua kuulua ryhmään ja he sitoutuvat toimimaan siinä. Ryhmällä on omat rajansa, jotka voivat liittyä esimerkiksi aikaan tai paikkaan sekä siihen, minkälainen käytös on sallittua ryhmässä. Kun kaikki ryhmän jäsenet tuntevat toisensa, heillä on yleensä myös yhteinen päämäärä ja he tuntevat turvallisuutta ja luottamusta ryhmän vetäjään sekä toisiinsa. Tämä on hyvän ryhmän tunnusmerkkejä. Tällaisessa ryhmässä jäsenet myös kannustavat toisiaan. Toimiva ryhmä kokoontuu tarpeeksi usein ja kuuntelee jäsentensä ajatuksia ja mielipiteitä, vaikka ne eroaisivat muista mielipiteistä. (Kyngäs ym. 2007, 105-107; Turku 2007, 89.)

Ryhmä tarvitsee aina henkilön, joka ohjaa ryhmää. Terveydenhuollossa hoitajan rooli ohjaajana perustuu hänen asiantuntemukseensa. Hoitajalla tulee olla myös

ryhmänohjaustaitoja, jotta ryhmän työskentely onnistuisi ja hänen tulisikin osata tunnistaa omat ryhmänohjaustaitonsa. Ryhmänohjaajan tehtävänä on auttaa ryhmää työskentelemään yhteisten tavoitteiden mukaisesti. Hänen tulee helpottaa ryhmän jäsenten välistä vuorovaikutusta ja poistaa kommunikaatioesteitä. Ohjaajan tulisi kohdata ryhmäläiset yksilöinä kunkin muutosvalmiuden asteen mukaisesti. Ryhmässä tulisikin olla myönteinen ilmapiiri ja jokaisella ryhmän jäsenellä tulisi olla tunne, että häntä kuunnellaan. Ryhmänohjaaja jakaa tehtävät, ohjaa eteenpäin ja antaa palautetta. (Kyngäs ym. 2007, 107-110; Turku 2007, 92.)

#### 4.5 Motivointi

Motivaatio on voimavara, jonka avulla ihminen voi pystyä uskomattomiin saavutuksiin. Jos motivaatiota ei ole, voi yksinkertaisinkin asia tuntua ylivoimaiselta. Motivaatiotekijät ovat kaikilla ihmisillä henkilökohtaisia ja se onkin motiivoinnin haasteena. Motivaatiotekijät jaetaan usein sisäisiin ja ulkoisiin motivaatiotekijöihin. Ulkoisilla motivaatiotekijöillä tarkoitetaan nimensä mukaisesti tekijöitä, jotka vaikuttavat ulkoapäin ihmisen toimintaan. Lääkäri voi esimerkiksi yrittää motivoida potilasta laihduttamaan ja muuttamaan elämäntapojaan muutenkin terveellisemmiksi. Sisäinen motivaatio taas liittyy ihmisen sisäisiin tekijöihin, joiden mukaan ihminen toimii. Ihminen on esimerkiksi itse huomannut saaneensa lisäkiloja ja motivoituu itse painonpudotuksesta. Motivaatio ei kehity välttämättä jatkuvasti vaan motivaatio saattaa heikentyä hyvinkin nopeasti jo jonkin yksittäisen tapahtuman johdosta. Jos ihminen esimerkiksi painoa pudottaessaan huomaakin, että paino ei ole laskenut vaan jopa noussut, saattaa hän turhautua ja hylätä idean painon pudotuksesta. (Hokkanen, Mäkelä & Taatila 2008, 34-35.)

Motivaatiota on tutkittu laaja-alaisesti ja siinä on useita eri suuntauksia. Yksi suuntauksista on behaviorismi, jonka keskeisenä periaatteena on ärsyke-reaktio-kytkennän vahvistaminen palkkion kautta. Motivaation oletetaan liittyvän palkkioiden saamiseen. Jos reaktiota seuraa rangaistus, uskotaan motivaation taas laskevan. Sosiokognitiivisessa teoriassa nähdään taas, että keskeisinä motivaatiotekijöinä ovat oppijan omat kokemukset itsestään oppijana sekä hänen omat tulkintansa oppimistilanteista ja tehtävistä. Motivaatioon liittyvät käsitykset ja uskomukset on jaettu kahteen pääryhmään, joista ensimmäiseen ryhmään kuuluvat käsitykset siitä, minkälaisia tavoitteita ja kiinnostuksen kohteita oppijalla on ja mitkä asiat hän kokee tärkeiksi. Toiseen ryhmään kuuluvat taas uskomukset siitä, kuinka hän pystyy suoriutumaan tehtävästä ja miten hän selittää toimintansa onnistumisen tai epäonnistumisen. Systeminen motivaation näkökulma tarkastelee yksilöllistä oppimista osana laajempaa toimintasysteemiä, jossa yksilö ja sosiaalinen ympäristö toimivat keskenään vuorovaikutuksessa. (Tynjälä 2000, 98-105.)

Elämäntapamuutoksiin tähtäävien ryhmien ohjaajat joutuvat miettimään, millä tavalla motivoida ryhmän jäseniä sitoutumaan toimintaan ja muutoksiin. Ihminen on motivoitunut silloin, kun hänen toimintaansa ohjaa tavoite tai päämäärä. Jotta ohjattava motivoituisi, on ohjaajan tärkeää luoda luottamuksellinen ilmapiiri, jossa korostuu keskinäinen yhteistyö. Yleensä ihminen ei halua, että joku toinen kertoo kuinka hänen tulisi elää. Siksi suora kehoitus tai taivuttelu saattavat usein vain pahentaa tilannetta. Tällöin voi ilmetä muutosvastarintaa, jolloin asiakas ei haluakaan muuttaa mitään. Motivoiminen perustuu vuorovaikutukselle sekä motivoinnin mahdollistavaan tilanteeseen. Jos ohjattava huomaa ohjaajan manipulointirytyksen, saattaa se vaikuttaa ohjaustilannetta vaikeuttavalla tavalla. Ohjaaja ei voi synnyttää motivaatiota ohjattavan puolesta. Asiakkaan elämäntapojen muutoksia ei ratkaise se, mitä ohjaaja asiasta ajattelee, vaan mitä asiakas itse asiasta ajattelee. Motivoivan keskustelun keskeinen tavoite on saada asiakas ajattelemaan asiaa. Taitava ohjaaja rauhoittaa ohjaustilanteen, antaa positiivista palautetta ja ei liiaksi korosta omaa asiantuntijuuttaan, jolloin ohjattava saa keinoja voimaantumiseen. (Turku 2007, 33-36; Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Aiemmin ohjauksessa on ollut vallalla niin sanottu herätysvaihe, jossa ohjattavaa on peloteltu mahdollisilla riskitekijöillä, jos muutosta ei muuten saavuteta. Tämän tapaisella ohjaustyylillä on ehkä saatu tuloksia aikaan, mutta sekä ohjaaja että ohjattava ovat luultavasti olleet hyvin turhautuneita tilanteen kulkuun. Seuraavissa ohjaustilanteissa ohjattava saattaa suhtautua vältellen uhkaavana kokemaansa informaatioon, jolloin motivaatiota on vaikea saada enää aikaiseksi. Ohjaustyylillä on siis suuri merkitys motivaation luomisessa. Motivoimisen tulee tapahtua mahdollisuuden, ei pakon kautta. Parhaassa tapauksessa ohjattava näkee itse elämäntapamuutoksen mahdollisuutena vaikuttaa omaan terveyteensä. (Turku 2007, 37, 41.) Ohjaajan on tärkeää miettiä, kuinka esittää asiat ohjattavalle, jotta osallistuvuus olisi mahdollisimman suurta myös niiden osalta, jotka terveyden edistämisestä eniten hyötyvät (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 64).

## 5 Hyvinvointitekniologia

Hyvinvointitekniologia saatetaan ymmärtää monin eri tavoin ja se onkin suhteellisen uusi käsite sosiaali- ja terveysalalla. Suhosen ja Siikasen (2007, 11) mukaan Suomessa hyvinvointitekniologia määritellään sosiaali- ja terveysalalla tietoteknisiksi ratkaisuuksi, joilla on tarkoitus ylläpitää tai parantaa ihmisten elämänlaatua, hyvinvointia tai terveyttä. Hyvinvointitekniologiasta voidaan käyttää myös termejä terveystekniologia, gerontekniologia tai tekniset apuvälineet. Hyvinvointitekniologiaa on kehitetty erityisesti vastaamaan väestön vanhenemisen mukanaan tuomiin haasteisiin. Uudenlaisen tekniologian on toivottu myös säästävän sosiaali- ja terveydenhuollon resursseja. (Suhonen & Siikainen 2007, 9-11.)

Sosiaali- ja terveysalalla on vielä toistaiseksi annettu melko vähän koulutusta hyvinvointitekologiaan liittyen. Jotta ammattilaiset osaisivat opastaa erilaisten teknisten välineiden käytössä, tulisi heillä olla siihen valmiudet. Heidän tulisi myös seurata, miten teknologiat kehittyvät ja osallistuttava suunnitteluun ja käyttöönottoon inhimillisyyttä unohtamatta. Koteihin sijoitetaan yhä enemmän hoitoon, kuntoutukseen tai viestintään liittyvää teknologiaa, joka on tarkoitettu ammattilaisten käyttöön. Parhaimmillaan teknologiset välineet helpottavat ja nopeuttavat rutiiniluonteisia tai kovin raskaita työvaiheita ja työntekijälle jää aikaa myös inhimilliselle vuorovaikutukselle. Olisikin hyvä ymmärtää, että teknologia on vain väline, joka tukee työn tekemistä, ja sillä ei voida korvata ihmistä. (Suhonen & Siikanen 2007, 21, 29.)

### 5.1 HyvinvointiTV hankkeena

Tämä opinnäytetyö toteutetaan osana Turvallinen Koti -hanketta. Turvallinen Koti -hankkeessa on kaksi osahanketta. Ehyenä- osahanke toimii Uudellamaalla ja Kymenlaaksossa sekä Omana- osahanke Varsinais-Suomessa. Hankkeen asiakkaina on erilaisia ryhmiä; iäkkäät, perhe- ja sosiaalipalveluiden lastensuojeluasiakkaat, kehitysvammaiset ja mielenterveyskuntoutujat. Laurea-ammattikorkeakoulu on hankkeen päätoimija, joka vastaa sekä koko hankkeesta että osahankkeen toiminnasta Uudellamaalla ja Kymenlaaksossa. Turvallinen Koti -hanketta rahoittaa Euroopan Unionin Euroopan aluekehitysrahasto EAKR. (Lehto & Leskelä 2011, 5, 9, 16-18.)

Turvallinen Koti-hankkeen tarkoituksena on tuottaa ja kehittää erilaisia hyvinvointipalveluja tukemaan ja ennaltaehkäisemään asiakasryhmien hyvinvointia ja arjessa selviytymistä sekä tuomaan virikkeitä. Hyvinvointipalvelut tuotetaan yhteistyössä asiakkaiden, korkeakoulujen, kuntien, yritysten ja kolmannen sektorin tahojen kanssa. Palveluihin kuuluvat erilaiset ohjelmat ja e-palvelut, jotka toteutetaan HyvinvointiTV:n kautta. Ohjelmasisältöihin kuuluu monipuolisia asiantuntijaluentoja, hyvinvointia edistäviä ohjelmia, liikuntatuokioita sekä interaktiivisia keskusteluohjelmia. E-palveluita ovat muun muassa sairaanhoitajan sekä lääkärin vastaanottokäynnit. (Turvallinen Koti-hanke 2011b.)

HyvinvointiTV hyödyntää joko television tai tietokoneen välityksellä tapahtuvaa videoneuvottelutekniikkaa, joka mahdollistaa vuorovaikutteisen ja suljetun kuvayhteyden asiakkaiden ja palveluntuottajien välillä. Yhteys on asiakkaiden kannalta erinomainen tapa keskustella asiantuntijoiden kanssa sekä saada samalla vertaistukea. HyvinvointiTV:n avulla on mahdollista saada myös neuvoja eri tilanteissa, kun läheinen tai omaishoitaja ei ole paikalla. HyvinvointiTV:ta ja sen toimintaa kehitetään ja testataan jatkuvasti hankkeen kautta. Kuvapalveluun on myös saatavana integroituja etämittareita, joita useilla ikääntyneillä asiakkailla on käytössään. HyvinvointiTV on kehitetty yhdessä Laurea-

ammattikorkeakoulun, TDC Songin, Videran sekä Espoon kaupungin kanssa. Se käynnisti ensimmäisen pilottinsa vuonna 2006 espoolaisten omaishoitajien kanssa. (Turvallinen Koti -hanke 2011c; KOTIIN-hanke 2011.)

## 5.2 Opinnäytetyö hankkeen osana

Opinnäytetyömme yhtenä tarkoituksena on kehittää ja tuottaa uutta ohjelmasisältöä hankkeen asiakasryhmälle. HyvinvointiTV toimii väylänä, jolla tavoitetaan mielenterveyskuntoutujat kahdella eri paikkakunnalla. Sen kautta on mahdollista toteuttaa vuorovaikutuksellisia tuokioita, joiden tarkoituksena on edistää ja ennaltaehkäistä heidän terveyttään ja ravitsemustaan. Lähtökohtana ja tärkeimpänä seikkana on, että asiakkaiden on mahdollista osallistua lähetyksiin keskustelun ja aktiivisen läsnäolon kautta. Osallistuminen ja asioihin vaikuttaminen motivoi ja aktivoi muutosta, joka lähtee aina asiakkaasta itsestään. (Turvallinen Koti -hanke 2011b.)

## 6 Tutkimus- ja arviointimenetelmän kuvaus

Tämä työ on toiminnallinen opinnäytetyö. Vilkan ja Airaksisen (2004, 9) mukaan toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen. Se voi esimerkiksi olla ammatilliseen käyttöön suunnattu ohje tai opastus, tai se voi olla jonkun tapahtuman toteuttaminen. Kohderyhmän mukaan toteutustapana voi toimia kirja, opas, cd-rom, kotisivut, tai jossakin tilassa toimiva näyttely. (Vilka & Airaksinen 2004, 9.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei ole välttämätöntä käyttää tutkimuksellisia menetelmiä. Tutkimuskäytäntöjä käytetään myös väljemmässä merkityksessä kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä laadullista tutkimusmenetelmää käytettäessä aineistoa kerätään esimerkiksi lomakkeiden avulla. Aineiston keruu tapahtuu puhelimitse, postitse tai paikan päällä. (Vilka & Airaksinen 2004, 56-57.)

Vaikka tämä työ ei varsinaisesti ole laadullinen tutkimus vaan toiminnallinen opinnäytetyö, on laadullisen tutkimuksen keinoja kuitenkin hyödynnetty tätä tehtäessä. Laadullinen tutkimusasenne auttaa esimerkiksi tilanteissa, joissa tavoitteena on ymmärtää kehitettävää ilmiötä kokonaisvaltaisesti. Laadukas aineisto on monipuolinen ja vastaa toiminnallisen opinnäytetyön sisällöllisiin tavoitteisiin ja kohderyhmän tarpeisiin. Aineiston laatu on tärkeää, ei sen määrä. Toiminnallisissa opinnäytetöissä tueksi riittää usein niin sanottu suuntaa antava tieto. Havainnointi on laadullisessa tutkimuksessa yleinen tiedonkeruumenetelmä.

Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija toimii aktiivisesti tutkimustilanteissa.

Tiedonhankinnassa korostuvat sosiaaliset suhteet. (Vilka & Airaksinen 2004, 63-64; Tuomi &

Sarajärvi 2009, 82.) Tässä opinnäytetyössä juuri dialogisuus nousee keskeiseksi toimintamenetelmäksi. Tarkoituksena ei ole pelkästään havainnoida asiakkaita vaan myös olla vuorovaikutteisessa suhteessa tutkittaviin.

## 7 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella, toteuttaa ja arvioida kolme HyvinvointiTV-lähetystä mielenterveyskuntoutujille. Tarkoituksena on myös kehittää ja tuottaa uutta ohjelmasisältöä hankkeen asiakasryhmälle. Tavoitteena on parantaa mielenterveyskuntoutujien tietoja ravitsemuksesta ja sitä kautta auttaa heitä valitsemaan terveellisempiä vaihtoehtoja ruokavalionsa jokapäiväisessä elämässään. Tavoitteena on myös motivoida mielenterveyskuntoutujia toimimaan omaa terveyttään edistävällä tavalla.

### 7.1 Toteuttamisympäristö ja osallistujat

Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä ovat Asumispalvelusäätiön mielenterveyskuntoutajat kahdella eri paikkakunnalla. Opinnäytetyössä Asumispalvelusäätiöstä käytetään lyhennettä ASPA. Ensimmäinen lähetys pidettiin toiselle paikkakunnalle ja 2 seuraava lähetystä toiselle. Tässä opinnäytetyössä ei ole oleellista mainita paikkakuntia, joiden Asumispalvelukeskusten asiakkaat osallistuivat lähetyksiimme.

Kohderyhmässä oli sekä miehiä että naisia. Henkilöt olivat kaikki aikuisia, yli 18-vuotiaita. Diagnooseja ei tarkemmin eritellä, mutta kaikki ovat mielenterveyskuntoutujia.

Toteutumisympäristönä toimi HyvinvointiTV:n lähetysstudio Otaniemen Laurea-ammattikorkeakoulussa.

### 7.2 Toteuttamisaikataulu

Aihe-ehdotus tuli HyvinvointiTV:n puolelta lokakuussa 2010. Tällöin alkoi syntyä hahmotelma opinnäytetyön tarkoituksesta ja toimintatavoista. Joulukuussa 2010 esittelimme aiesopimuksemme Hankefoorumissa, jossa kerroimme alustavasti toteuttamisaikataulusta sekä tähän opinnäytetyöhön oleellisesti liittyvistä asioista.

Helmikuussa 2011 esittelimme keskeneräisen opinnäytetyönsuunnitelman HyvinvointiTV:n työntekijöille.

7.3.2011 esittelimme valmiin opinnäytetyön tutkimussuunnitelman. Tämän jälkeen alkoivat varsinaiset interaktiiviset HyvinvointiTV- lähetykset mielenterveyskuntoutujille.

Ensimmäisen lähetyksen suunnittelimme ja pidimme Asumispalvelusäätiön ensimmäiselle ryhmälle 30.3.2011. Lähetyksessä kävimme läpi asiakkaiden toivomuksesta lautasmallin ja muiden kuvien avulla terveellisen ruokavalion koostamista. Tällöin käsitelimme myös einesruokien laatua ja sitä, miten ne voisi korvata helposti ja halvasti terveellisellä kotiruoalla. Lähetyksen jälkeen asiakkaille lähetettiin vihkonen, jossa on reseptejä sekä havainnollistavia kuvia muun muassa eri ruoka-aineryhmien suositellusta määrästä terveellisessä ruokavaliossa.

1.4.2011 lähetyksen pidettiin toisen paikkakunnan ASPA:n asiakkaille, jolloin puhuttiin ravinnon merkityksestä hyvinvointiin. Lähetyksen aikana käytiin läpi ruokaympyrän ja muiden kuvien avulla, millainen on terveellinen ruokavalio. Käsiteltiin myös hiilihydraattien, proteiinien ja rasvojen määrää ja laatua terveellisessä ruokavaliossa. Keskusteltiin asiakkaiden ruokatottumuksista ja esimerkiksi kasvisten ja hedelmien osuudesta ruokavaliossa.

15.4.2011 lähetyksen osallistujina olivat edellisen lähetyksen ASPA:n asiakkaat. Lähetyksen aiheena oli miten tehdä helppoa ja edullista kotiruookaa. Käsiteltiin myös, miksi pikaruokia ei kannattaisi suosia ruokavaliossa. Annettiin vinkkejä, kuinka korvata einesruokia terveellisellä kotiruoalla helposti ja edullisesti. Myös tämän paikkakunnan ASPA:lle lähetettiin myös vihkonen, jossa on reseptejä ja aiheeseen liittyviä kuvia.

Tämän jälkeen alkoi arvioiva osuus opinnäytetyön teossa. Opinnäytetyö valmistui joulukuussa 2011 ja esiteltiin opinnäytetyöseminaarissa 14.12.2011. Lopullinen työ korjausten jälkeen palautettiin 16.12.2011.

## 8 Opinnäytetyön toteutus

Interaktiivisia HyvinvointiTV:n kautta tapahtuvia lähetyksiä pidettiin yhteensä kolme. Yksi lähetyksen pidettiin toisen paikkakunnan ASPA:n asiakkaille ja kaksi viimeistä ASPA:n asiakkaille toisella paikkakunnalla. Lähetyksiin oli varattu aikaa jokaiseen puoli tuntia.

### 8.1 Ensimmäinen lähetyksen

Pidimme ensimmäisen lähetyksemme 30.3.2011. Ensimmäiselle paikkakunnalle suunnattiin vain yksi lähetyksen. Lähetykseen osallistui seitsemän asiakasta, joista kolme oli miehiä ja neljä naisia. Iältään he olivat 18 vuodesta ylöspäin.

Olimme käyneet saman päivän aamuna läpi kaikki mielestämme oleelliset esitykseen liittyvät asiat ja lähetyksen kulun vielä kertaalleen. Lähetyksstudiolle tultuamme tapasimme

projektiassistentin, jonka kanssa kävimme läpi lähetykseen teknisesti liittyviä asioita. Testasimme laitteet ja otimme yhteyden Hakunilan ASPA:an.

Ensimmäisenä esittelimme itsemme ja kerroimme mistä lähetyksessä on kyse. Olimme käyneet aiemmin keväällä tutustumiskäynnillä kyseisessä ASPA:ssa HyvinvointiTV:n henkilökunnan kanssa, joten pystyimme melko nopeasti aloittamaan keskustelun asiakkaiden kanssa. Aloitimme kyselemällä, ovatko ASPA:n asiakkaat jo syöneet aamupalan ja mitä se sisälsi. Yksi miehistä kertoi syöneensä aamulla jogurttia, eräs naisista taas kertoi syöneensä leipää. Muut sanoivat, etteivät olleet syöneet ollenkaan aamiaista tai olivat vain hiljaa.

Jatkoimme keskustelua aamupalasta ja sen tärkeydestä. Kerroimme, että olisi aina hyvä syödä aamiainen, jotta jaksaisi hyvin lounaaseen asti ilman naposteluja tai verensokerin laskua. Aamupalan väliin jättäminen voi aiheuttaa sen, että lounaalla tulee syötyä liikaa ja illallakin voi sortua ylimääräiseen naposteluun. Tämä saattaa aiheuttaa painon nousua. Aamupalaa voi helposti muunnella, mikäli se on liian yksipuolinen.

Siirryimme aamupalakeskustelun jälkeen puhumaan lounaasta. Kyselimme, olivatko he ehtineet jo syödä lounasaterian ja mitä se oli sisältänyt. Eräs naisista kertoi syöneensä lounaaksi keittoa, muut eivät joko olleet syöneet tai halunneet vastata. Puhuimme yhdessä siitä, kuinka monta kertaa he yleensä syövät päivän aikana. Monet kertoivat syövänsä aamupalan ja seuraavaksi vasta runsaan päivällisen, eli vain kaksi kertaa vuorokaudessa. Keskustelimme myös siitä, söivätkö he välipaloja pitkin päivää. Muutamat kertoivat syövänsä kahden aterian lisäksi useita pieniä välipaloja päivän mittaan, joskus enemmän, joskus vähemmän. Puhuimme yhdessä siitä, että kaksi ateriaa päivässä on liian vähän, koska tällöin verensokeri ei pysy tasaisena päivän aikana. Väillä verensokeri saattaa olla huipussaan runsaan aterian jälkeen ja tippua sitten alas, jossa saattaa pysyä pitkäänkin ennen seuraavaa ateriaa. Tämä saattaa aiheuttaa väsymystä, jolloin ei jaksaa aktiivisesti tehdä töitä tai harrastaa vapaa-ajallaan. Alhainen verensokeri voi aiheuttaa hokutusta herkutteluun ja se taas vaikuttaa painonhallintaan. Myöskään jatkuva välipalojen syöminen ei ole suositeltavaa, koska se saa aikaan heittelyä. Olo on tämän takia väsynyt ja muutenkin huono. Jatkuva napostelu on myös haitallista hampaiden terveydelle. Suositeltavaa olisi syödä viisi ateriaa päivässä, jotta verensokeri pysyisi tasaisena ja happohyökkäyksiä ei kohdistuisi hampaisiin koko päivän ajan.

Seuraavaksi otimme keskustelun aiheeksi kasvisten käytön. Kyselimme, kuinka moni käyttää kasviksia jokapäiväisessä ruokavaliossa ja kuinka paljon. Suurin osa ASPA:n asiakkaista kertoi, etteivät he syö päivittäin yhtään kasviksia, osa kertoi syövänsä satunnaisesti. Kukaan ei kertonut syövänsä niitä säännöllisesti joka päivä. Kävimme PowerPoint-diojen avulla läpi sitä, kuinka paljon kasviksia pitäisi päivän aikana syödä ja kuinka helppo se on laskea, sillä



suositeltava 500g päivässä on kuusi aikuisen ihmisen kourallista. Esittelimme myös erilaisia tapoja koota tarvittava määrä helposti ja monipuolisesti. Eräs nainen innostui keskustelustamme niin paljon, että hän kertoi menevänsä heti lähetyksen jälkeen ostamaan pussillisen porkkanoita ja korvaavansa päivittäisen suklaansa niillä. Hän motivoitui keskustelumme aikana terveempien elämäntapojen puolesta ja sanoi moneen kertaan haluavansa muuttaa elämäntapojaan.

Kasvisten kautta otimme puheeksi lautasmallin. Monille lautasmalli oli jo ennestään tuttu mutta kaksi asiakkaista halusi, että käymme sen perusteellisesti läpi, koska he eivät enää muistaneet lautasmallia tai eivät olleet edes kuulleet siitä. Otimme tässä taas avuksemme PowerPointilla olevat diat ja esittelimme lautasmallin ja kuinka se toimii. Perusajatuksena on, että terveellinen ja monipuolinen ateria koostuu seuraavanlaisesti: 1/2 lautasesta tulisi sisältää kasviksia, 1/4 tummaa riisiä tai pastaa ja 1/4 kalaa, kanaa tai muuta vähärasvaista lihaa. Monet kertoivat, etteivät he syö juuri koskaan lautasmallin mukaisesti, vaikka tiesivätkin, että se olisi suositus. Keskustelimme lautasmallin tärkeydestä ja monet totesivatkin, että se on hyvä tavoite, johon tulisi pyrkiä.

Olimme kyselleet aiemmin, mistä ASPA:n asiakkaat haluaisivat erityisesti puhua lähetyksessämme. He olivat toivoneet, että keskustelisimme eineksistä ja keskityimmekin loppulähetyksemme ajan niiden käsittelemiseen. Kysymykseemme kuinka usein ja millaisia eineksiä he käyttivät, muutamat vastasivat käyttävänsä eineksiä jopa päivittäin. Keskustelimme siitä, että usein kotiruoka tulee halvemmaksi ja on terveellisempää kuin einokset. Kotiruokaa voi tehdä kerralla enemmän ja laittaa esimerkiksi pakastimeen valmiiksi annoksiksi, jotka on helppo ottaa myöhemmin käyttöön. Halusimme tuoda esiin keskustelussamme myös sen, etteivät kaikki einokset ole välttämättä epäterveellisiä vaan niidenkin välillä on eroa. Nykyaikana einestenkin terveellisyyteen on alettu kiinnittämään enemmän huomiota, mistä esimerkkinä sydänystävälliset Sydänmerkki-tuotteet, samoin saatavilla on myös vähärasvaisia ja -suolaisia tuotteita.

Lähetyksaika kului keskustellessa nopeasti, lopuksi tiedustelimme asiakkailta, onko heillä kysyttävää aiheesta. Eräs nainen halusi tietää, paljonko lanttupussi maksaa, mutta valitettavasti emme osanneet vastata tähän kysymykseen. Sama nainen antoi myös vinkin, että hyvän ja terveellisen välipalan saa esimerkiksi dippaamalla kasviksia jogurttiin, johon on sekoitettu dippikastiketta. Kehuimme ideaa ja kerroimme testaavamme myös itse sen kotona.

Lähetys meni hyvin ja asiakkaat olivat mukana keskustelussa kiitettävästi. Joukossa oli muutama hiljaisempi, he kuitenkin kuuntelivat kiinnostuneena oloisina ja luultavasti saivat myös joitakin ideoita lähetyksestä. Asiakkaat esittivät hyvin kysymyksiä ja vastailivat myös meidän kysymyksiimme. Kysyimme asiakkailta, olivatko he mielestään saaneet vinkkejä

terveemmistä elämäntavoista ja osa vastasikin saaneensa. Osa ei taas vastannut mitään, jota ei voi tulkita myöntymiseksi eikä kieltämiseksi. Eräs nainen oli hyvin innoissaan lähetyksestämme ja kertoi aikovansa muun muassa lisätä kasvien määrää ruokavaliossaan. Tavoitteemme lähetyksen suhteen tulivat täytettyä, koska asiakkaat kokivat saaneensa ohjeita terveempiin elämäntapoihin ja aikovansa myös jatkaa niitä. Lähetyksen kokonaiskesto oli noin 30 minuuttia.

## 8.2 Toinen lähetys

Toinen HyvinvointiTV:n kautta tapahtunut lähetys pidettiin 1.4.2011. Lähetyksen suunniteltu kesto oli 30 minuuttia. Asiakkaina lähetyksessä olivat toisen paikkakunnan ASPA:n mielenterveyskuntoutujat. Tämä ryhmä osallistui myös kolmanteen lähetykseen. Mukana oli kaksi naispuolista ja yksi miespuolinen asiakas sekä kaksi heidän ohjaajaansa seuraamassa lähetystä taustalla.

Lähetys alkoi ajallaan klo 10.00 mutta aiheeseen pääsy viivästyi teknisten ongelmien vuoksi. Asiakkaat ilmoittivat näkyvyyden heidän televisioruudullaan olevan huono ikkunasta tulevan kirkkaan valon vuoksi, eivätkä he ruudun siirtämisyrityksen jälkeenkään nähneet meitä. Meidän kanssamme lähetyksessä ollut HyvinvointiTV:n projektiassistentti ohjasi asiakkaita ruudun säädöissä, joista ei kuitenkaan ollut tällä kertaa apua. Päätimme siis aloittaa lähetyksen, koska ääni kuitenkin kuului hyvin ja meillä oli näköyhteys asiakkaisiin.

Aloitimme varsinaisen lähetyksen esittelemällä itsemme ja annoimme mahdollisuuden asiakkaillemme esitellä itsensä. Jokainen kertoi meille nimensä. Lähetys oli aamupäivällä, joten kysyimme olivatko he ehtineet nauttia aamiaista ja mitä he olivat syöneet. Jokainen ilmoitti syöneensä aamupalaa, muun muassa jogurttia, puuroa ja ruisleipää, jonka päällä tomaattia. Kerroimme, että oli mukavaa kuulla, että he olivat kaikki syöneet aamupalan ja että aamupala oli ollut terveellistä. Keskustelimme yhdessä aamupalan tärkeydestä ja miespuolinen asiakas kertoi syövänsä aamupalan joka päivä, jotta jaksaisi paremmin. Muutkin kertoivat, etteivät pysty olemaan syömättä aamupalaa. Olimme samaa mieltä ja jatkoimme, että verensokeritaso laskee liian alhaiseksi ennen lounasta, jos aamupala on jäänyt välistä. Tämä saattaa aiheuttaa painonhallinnan kannalta epäedullista napostelua sekä vaikeuttaa myös koulussa tai töissä jaksamista ja laskee vireystasoa. Vihjasimme, että vaihtelemalla aamupaloja tuntuu aamusyöminen mukavammalta ja monipuolisemmalta. Suosittelimme kuiturikkaita aamupalavaihtoehtoja, kuten puuroa ja ruisleipää sekä hedelmien ja kasvien ja rasvattomien maitotuotteiden käyttöä.

Koska aamupala-asiat tuntuivat olevan kunnossa, siirryimme käsittelemään päivän ateriaritmiä. Kaikki tiesivät, että vuorokaudessa tulisi nauttia kaksi lämmintä ateriaa lounaan

ja päivällisen muodossa. Kuitenkin kokemuksia kyseltäessä yksi kertoi syövänsä vain lounaan, muut kaksi kertoivat syövänsä vaihtelevasti 1-2 ateriaa päivässä. Kysyessämme syytä tähän he vastasivat, etteivät koe tarpeelliseksi syödä useammin. Siitä alkoi keskustelu aterioiden välisestä napostelusta. Kaksi asiakkaista alkoi miettiä, että kun tästä johtuen ateriavälit pitenevät, tulee napsittua kaikenlaista päivän aikana ja tekee helposti mieli herkkuja.

Mainitsimmekin, että säännöllinen ateriarytmi ja kaksi pääateriaa välipaloiheen vuorokaudessa pitävät verensokeritason tasaisempana eikä suuria laskuja synny. Verensokerin laskut aiheuttavat väsymystä, joka johtaa helposti epäterveellisiin välipaloihin, jotka puolestaan voivat johtaa painonnousuun. Myös hampaat kärsivät jatkuvista herkuista. Yksi katsojista koko, ettei ollut kokenut tällaista vaikutusta mutta ymmärsi hyvin ateriarytmin tärkeyden ja ajatteli kokeilevansa päivällisen lisäämistä ruokailutottumuksiinsa.

Jatkoimme aterioiden tärkeydestä ja siitä, mitä ruoaksi tulee laitettua ja syötyä. Kaikki ilmoittivat syövänsä jotain lihaa, yleensä kanaa tai jauhelihaa mutta myös makkaraa ja kalaa sekä hiilihydraatteja. Lihan osalta suosittelimme vähärasvaisia lihoja ja kalaa, emmekä tyrjänneet myöskään makkaraa ruoan lisukkeena silloin tällöin. Esitimme tarkentavan kysymyksen hiilihydraattien osalta ja asiakkaat kertoivat, että pääasiassa tarkoittivat hiilihydraateilla pastaa tai riisiä. Kerroimme, että helppo tapa saada vatsan ja suoliston kannalta hyviä kuituja olisi vaihtaa valkoinen pasta ja riisi täysjyvätuotteisiin. Eräs asiakkaistamme ilmoitti tässä yhteydessä, että ei itse juuri ole vaikuttanut ruokansa laatuun sillä isä on hoitanut hänen kauppaoستoksensa aiemmin. Nykyään hän kuitenkin käy kaupassa itse mikä on toisaalta johtanut siihen, että einestavalmisteita tulee käytettyä liikaa ruokavaliossa, koska ostosten teko ja ruoanvalmistus ovat hänen omalla vastuullaan. Keskustelimme asiakkaan kanssa siitä, että nyt kun hän käy itse kaupassa, voi hän myös paremmin vaikuttaa ostostensa laatuun.

Keskustelimme yhdessä myös siitä, kuinka itse tehty kotiruoka on yleensä halvempaa kuin einesten käyttö. Kerroimme myös omakohtaisen vinkin siitä, että ruokaa on helppo tehdä kerralla isompi annos, joten ruokaa riittää useammalle päivälle eikä ruokaa tarvitse tehdä joka päivä. Pakastimeen voi myös laittaa annoksia, jotka on helppo lämmittää kun ruoanlaitto ei kiinnosta. Eräs asiakas kertoi aina valmistavansa itse ruokansa, toinen yhtyi tähän mutta myönsi käyttävänsä välillä myös eineksiä.

Siirsimme keskustelun lautasmalliin. Kaikki muistivat, että se koostetaan proteiineista, hiilihydraateista ja kasviksista mutta mittasuhteista ei ollut minkäänlaista tietoa. Tarkoituksenamme oli siirtää PowerPoint-ohjelman avulla ruudulle kuva tyhjistä lautasesta, joka oli jaettu kolmeen osaan kuvaten mittasuhteita. Kuvan avulla asiakkaat olisivat yhdessä saaneet sijoitella lihatuotteet, hiilihydraattilisukkeet sekä kasvikset oikeille paikoilleen.

Teknisistä ongelmista johtuen emme voineet tätä suunnitelmaa toteuttaa, joten käsitelimme asian suullisesti.

Muistutimme, että  $\frac{1}{2}$  lautasesta tulisi koostaa kasviksista,  $\frac{1}{4}$  täyttää vähärasvaisella lihalla tai kalalla ja toinen  $\frac{1}{4}$  täysjyvätuotteilla kuten pastalla, riisillä tai perunalla. Lisukkeeksi ehdotimme ruisleipää ja rasvatonta maitoa tai vettä. Etenkin kasvisten määrä ateriasa yllätti heidät. Kysyimmekin tässä yhteydessä heidän tietämystään kasvisten määrästä päivittäisessä ruokavaliossa. Kukaan ei muistanut määrää eikä osannut sanoa edes arvioita, mutta eräs heistä sanoi määrän olevan melko paljon. Kerroimme määrän olevan 500g päivässä, mikä sai aikaan naureskelua heidän keskuudessaan. Totesimmekin puolen kilon kuulostavan paljolta mutta käytännössä olevan melko helppo toteuttaa, ottaen huomioon että mukaan lasketaan myös hedelmät. Meillä oli lähetystudion pöydällä runsaasti erilaisia kasviksia ja hedelmiä mukanamme aseteltuna eteemme, joista asiakkaiden oli tarkoitus koota päivittäinen annos eli 500g. Teknisistä syistä johtuen emme pystyneet tätäkään toteuttamaan.

Olisimme esimerkin jälkeen näyttäneet PowerPointin avulla lisää havainnollistavia kuvia kasvisten ja hedelmien määristä mutta tämäkään ei onnistunut. Jouduimme siis käsittelemään myös tämän aiheen pelkästään suullisesti. Kerroimme, että helppo tapa saavuttaa puolen kilon määrä on syödä noin 6 kourallista kasviksia ja hedelmiä vuorokaudessa, ja se tuntui myös heistä käyttökelpoiselta tavalta. Kaikki kolme asiakasta kertoivat kokemuksestaan, että kasviksia ja hedelmiä sekä marjoja tulee syötyä liian vähän ja he ovat tiedostaneet asian. Osasyys tähän he kertoivat olevan tuotteiden korkeat hinnat, minkä myönsimme olevan totta. Neuvoimme kuitenkin suosimaan yleensä läpi vuoden edullisia tuotteita, kuten omenoita ja porkkanoita sekä vuodenajan mukaisia kasviksia ja hedelmiä, sillä ne ovat yleensä edullisimpia. Tarjousten seuraaminen myös kannattaa. Koska kasvisten ja hedelmien käyttö oli asiakkailla vähäistä, suosittelemme lisäämään määriä pikkuhiljaa. Pienikin lisäys määrässä olisi parempi kuin ei mitään.

Eräs naispuolinen asiakas kysyi pakastevihannesten käytöstä ja siitä, säilyvätkö niiden vitamiinit ruoanlaitossa. Totesimme kysymyksen olevan hyvä huomio asiaan liittyen. Kuumennusprosessin aikana ainakin osa vitamiineista häviää, joten nopea kuumennus tai höyrytys olisi suositeltavia ruoanvalmistuksessa vitamiinien säilymisen kannalta. Samalla esitettiin kysymys paistamisen ja keittämisen eroista ruoanvalmistuksessa mikä oli myös tarkka huomio. Kerroimme, että periaatteessa valmistustavoilla ei ole väliä terveellisuuden kannalta mutta paistaessa pannulle tulee usein lisättyä rasvaa mikä siirtyy ruokaan, jolloin keittäminen olisi suositeltavampaa. Nykyään useimmat pannut eivät kuitenkaan vaadi rasvaa paistamiseen. Miespuolinen asiakas kertoi huomanneensa, että ruokaa keittäessä liikarasva jää keitinveden pinnalle ja poistuu täten nesteen mukana eikä jää ruokaan.

Kyseinen asiakas halusi myös tietää proteiinien ja hiilihydraattien kokonaisuutta ruokavaliossa. Hiilihydraattien osuus suositusten mukaan on noin 50-60 % ja proteiinien noin 20 %. Syynä kysymykseen oli hänen kestävyysurheiluharrastuksensa ja miete siitä, tulisiko hiilihydraattien määrää lisätä sen vuoksi. Kerroimme hiilihydraattien olevan tärkeitä energian lähteitä kestävyyslajeissa mutta emme kokeneet, että niiden määrää tulisi lisätä sillä hiilihydraattien määrä perusruokavaliossa on jo melko suuri. Sanoimme kuitenkin, että kilpaurheilussa ruokavaliot voivat olla erilaiset mutta niin sanotun tavallisen liikkujan ei tarvitse noudattaa mitään erityisruokavalioita ilman erillistä syytä ja neuvontaa.

Eräällä katsojalla oli kysymys liittyen ystävänsä vegaaniruokavalioon. Hän halusi tietää, voiko vegaanin ruokavalio olla terveellinen ja turvallinen. Kerroimme, ettemme ole tarkasti perehtyneet vegaaniruokavalioon. Lisäsimme kuitenkin, että yleensä vegaanit ovat tutustuneet tarkasti kyseiseen ruokavalioonsa ja tietävät mitä ruokavalion tulee sisältää, jotta kaikki tarpeelliset ravintoaineet tulisi saatua. On hyvä huomioida, että tiettyjä vitamiineja tai hivenaineita saa vain eläinperäisistä ruoka-aineista, jolloin tulee miettiä vitamiinilisien tarvetta ja käyttöä.

Lähetysten loppupuolella asiakkaat esittivät vielä kysymyksen soijatuotteista ja soijamaidosta ja niiden terveellisyydestä. Soijatuotteethan ovat kasvisperäisiä tuotteita ja terveellisiä, sillä ne sisältävät vain vähän rasvaa mutta paljon proteiineja ja tärkeitä ravintoaineita. Eräs asiakas kertoi myös itse, että on tutkinut soijamaidon sisältävän paljon kalsiumia ja D-vitamiinia, joita on lisätty tuotteisiin.

Kysyimme asiakkailta vielä lähetysten loppuksi, olivatko he mielestään saaneet vinkkejä terveellisempiin elämäntapoihin ja oliko lähetyksestä ylipäänsä ollut heille hyötyä. Kaikki kolme asiakasta kertoivat saaneensa hyviä ohjeita, joita hyödyntää esimerkiksi kauppareissuillaan ja kotona ruokaa tehdessä. Asiakkaat kertoivat odottavansa jo kovasti seuraavaa lähetyskertaa, joka olisi kahden viikon päästä.

Tässä vaiheessa lähetykseen varattu aika alkoi olla jo ylitetty, joten jouduimme lopettamaan keskustelun. Kerroimme lyhyesti vielä seuraavan lähetysten aiheet, joita olisivat einesruokien käyttö ja helpon kotiruoan valmistus. Ennen kuin lopetimme lähetysten, annoimme asiakkaille haasteen, sillä tapaisimme heidät vielä seuraavalla kerralla. Sovimme, että jokainen seuraavalla kauppakäynnillään suuntaisi kasvis- ja hedelmäosastolle ja valitsisi sieltä ainakin yhden lajikkeen, joko uuden tai entuudestaan tutun. Kävisimme läpi seuraavan lähetysten alussa haasteen tulokset, tuliko haaste toteutettua ja mitä tuli valittua. Lähetysten toteutunut kesto oli 36 minuuttia.

### 8.3 Kolmas lähetys

Kolmas lähetys pidettiin 15.4.2011 samalle ASPA:n ryhmälle, kuin edellinenkin lähetys. Lähetyksen suunniteltu kesto oli 30 minuuttia. Lähetykseen osallistui ASPA:n puolelta kaksi naispuolista ja yksi miespuolinen asiakas sekä kaksi heidän ohjaajaansa. Kaksi asiakkaista osallistui edelliseenkin lähetykseen, yksi asiakas oli vaihtunut, jonka toivotimme myös tervetulleeksi keskusteluun ja esittelimme itsemme hänellekin.

Lähetys aloitettiin klo 11.00 HyvinvointiTV:n lähetyksstudion. Avustamassa lähetyksen aikana oli projektiassistentti. Ennen lähetystä testasimme laitteita, sillä tarkoituksenamme oli lähetyksessä käyttää apuna Powerpoint-esitystä ja sen avulla näyttää kuvia aiheisiin liittyen. Ongelmia ei testatessa ollut mutta heti lähetyksen alettua ilmeni, että tietokoneelta lähettämämme kuva ei näkynyt asiakkaille. Jouduimme siis lähetyksen aikana muuttamaan suunnitelmiamme sen osalta.

Teknisten testailujen jälkeen siirryimme ensimmäiseen aiheeseemme. Aloitimme kyselemällä viime lähetyksessä osallistuneilta mielipiteitä lähetykseen liittyen ja muistelimme lähetyksen aiheita. Miespuolinen osallistuja kertoi päällimmäisenä mieleen jääneen erityisesti ateriarvotmin tärkeyden ja kasvisten suositellun vuorokausimäärän, mikä oli hänelle uutta tietoa. Viime lähetyksessä osallisena ollut naispuolinen katsoja oli myös miettinyt kasvisten ja hedelmien määrää. Lähetys oli asiakkaiden antaman palautteen mukaan antanut heille uutta ja käyttökelpoista tietoa ruokailuun liittyen. Muistutimme osallisia viime kerran haastetehtävästä, tarkoituksena oli kauppareissulla tutustua hedelmä- ja vihannesosaston tarjontaan ja valita vähintään yksi tuttu tai uusi tuote tätä lähetystä varten. Molemmat osallistujat edelliseltä kerralta olivat kauppareissullaan ostaneet vihanneksia sekä hedelmiä, mistä ilahduimme ja kerroimmekin sen asiakkaille. Naispuolinen asiakas kertoi yleensä muutenkin ostavansa hedelmiä ja kasviksia, joten haaste oli helppo toteuttaa. Mitään uusia tuotevalintoja hän ei tehnyt, mutta olimme sitä mieltä, ettei tarvetta välttämättä olekaan, kun tietää mieleisensä tuotteet.

Miespuolinen katsoja kertoi ostaneensa omenoita ja porkkanoita sekä kiinnittäneensä muutenkin enemmän huomiota kasvisten osuuteen ruokavaliossaan. Halusimme ottaa huomioon myös uuden osallistujan, joten kysyimme hänen ruokatottumuksiaan etenkin kasvisten ja hedelmien osalta. Hän myönsi, että niiden ostaminen vaihtelee kausittain, välillä tulee ostettua enemmän ja välillä vähemmän mutta pääasiallisesti kasviksia ja hedelmiä tulee syötyä viikoittain.

Haastetehtävän jälkeen siirryimme päivän uuteen aiheeseen eli einesruokiin. Alun perin aihe nousi juuri ASPA:sta ohjaajien kautta, sillä he kokivat tarpeelliseksi keskustella einesruokien

terveellisyydestä sekä niiden korvaamisesta asiakkaiden kanssa. Aloitimme aiheen käsittelyn kysymällä kuinka moni paikallaolijoista käyttää einesruokia ja kuinka usein. Miespuolisen katsojan kanssa aiheita käsiteltiin ohimennen jo viimeksi ja hän myönsi taas käyttävänsä einestuotteita. Hän myös kertoi tiedostavansa käytön olevan liiallista. Mietimme yhdessä syytä tähän ja hän sanoi, ettei ruoan valmistaminen itse olisi kovin vaikeaa mutta valmisruoan ostaminen on paljon helpompaa, varsinkin kun väsyttää tai on nälkä. Myös ajoittainen laiskuus asian suhteen kävi ilmi keskustelussa.

Toinen naisasiakkaista totesi, ettei koskaan osta valmisruokia mutta toinen heistä kertoi ostavansa ajoittain samasta syystä kuin miespuolinen katsojakin. Emme tyrmänneet einesruokien käyttöä osana monipuolista ruokavaliota mutta halusimme tiedustella, millaisia tuotteita he ostavat ja vertailevatko he tuotteita kaupassa muiden tuotteiden kesken ostotilanteessa. Kukaan heistä ei ollut suorittanut tuotevertailua mutta olettivat tuotteiden terveellisyydessä olevan eroja. Yleisesti käytettyjä einestuotteita heidän keskuudessaan olivat lihapullat, mikropitsat sekä valmisateriat. Kun tietoa tuotteiden eroavaisuuksista oli, kysyimme, että mitä seikkoja tuotteiden vertailussa kannattaa ottaa huomioon. Esiin nousi vain rasvan määrä. Rasvan määrä onkin oleellinen asia, jota kannustimme heidän tarkkailevan niin einesruoissa kuin muissakin ruoissa. Rasvan määrän ohella rasvan laatu on myös tärkeä seikka, sillä vähäinen rasvan määrä ei kerro terveellisemmästä vaihtoehdosta mikäli rasvamäärä koostuu tyydyttyneistä eläinkunnan rasvoista. Toisaalta rasvan määrän ja laadun lisäksi tulee kiinnittää huomiota suolan määrään. Saattaa olla, että vähärasvaisissa tuotteissa onkin suurempi määrä suolaa tilalla. Opastimme suolan määrän tarkistamisessa pakkauksista, sillä yleensä kuluttajaa hämmentää suola tai natrium-merkinnät. Jos tuotteeseen on suoraan merkitty suolan määrä, asia on helpompi ymmärtää. On kuitenkin yleistä, että pakkauksessa lukee natriumin määrä, joka taas ei ole sama asia kuin itse suolan määrä. Natriumin määrä tulee kertoa 2,5:llä jotta saadaan suolan määrä. Tämä aiheuttikin keskustelua, sillä asiakkaat eivät olleet tietoisia tästä asiasta. He kokivat kuitenkin erittäin hyödylliseksi saada tietää tästä. Suolamäärien lisäksi muistutimme katsomaan myös lisäaineluetteloita, sillä tuotteesta riippuen listat voivat olla hyvinkin pitkiä.

Esitimme osallistujille kysymyksen, tiedustellen lisäaineiden käyttötarkoituksista. Naispuoliset katsojat tiesivät niitä lisättävän säilyvyyden parantamiseksi, minkä totesimme pitävän paikkansa. Muita syitä he eivät tieneet, joten kerroimme että lisäaineilla pyrittiin parantamaan säilyvyyden lisäksi myös ruoan makua, ulkonäköä, rakennetta sekä muita ominaisuuksia. Keinotekoisia aineita siis lisätään muustakin syystä kuin säilyvyyden takaamiseksi mikä tuntui kaikista hieman erikoiselta ajatukselta. Koska lisäaineiden määriä tulisi myös tarkkailla, esitti miespuolinen katsoja kysymyksen, miksi näin tulee tehdä. Muutkin halusivat tietää, voivatko lisäaineet olla haitallisia. Kerroimme, että Suomessa lisäaineita tutkitaan tehokkaasti eikä terveydelle vaarallisia lisäaineita sallita ruokateollisuudessa. On

kuitenkin mahdollista, että lisäaineet aiheuttavat etenkin herkille ihmisille erilaisia oireita, esimerkiksi päänsärkyä, vatsakipuja ja erilaisia suolisto-ongelmia. On myös ”terveellä järjellä” ajateltunakin suotuisampaa syödä puhdasta ruokaa kuin keinotekoisilla aineilla täytettyjä tuotteita. Esimerkkinä annoimme natriumglutamaatin, jota käytettiin yleisesti suolan korvikkeena useissa ruoissa ja eineksissä mutta nykyään sen käyttöä on vähennetty ja useat einessvalmistajat mainostavat etteivät heidän tuotteensa sisällä natriumglutamaattia. Eräs katsoja kertoikin huomanneensa tällaisia tekstejä pakkauksissa.

Koska huomioitavia seikkoja ostaessa einessruokia on paljon, halusimme tiedustella tietävätkö he mitään keinoa, miten tietäisi tuotteen olevan terveellisempi vaihtoehto. Onko kuluttajien valintoja kaupassa helpotettu mitenkään? Kaikki miettivät asiaa hetken mutta kukaan ei tuntunut tietävän keinoa. Eräs katsoja esitti helpottavan terveellisempien ruokien valinnassa, jos jaksaa lukea niitä. Totesimme tämän hyväksi huomioksi, sillä tuoteselosteet todella helpottavat ja kertovat tuotteiden oikean sisällön. Vihjasimme kuitenkin myös Sydänmerkistä, joka on tarkoitettu kuluttajille avuksi terveellisempien einess- ja ruokatuotteiden valinnassa. Sydänmerkillä varustetut tuotteet ovat vähärasvaisempia ja rasvan laatu on myös parempaa. Myös suolan määrä on Sydänmerkki-tuotteissa vähäisempi. Tiedustelimme kuinka moni tiesi Sydänmerkin mutta kukaan asiakkaista ei muistanut miltä se näytti. Olisimme halunneet näyttää heille PowerPointin kautta kuvan merkistä mutta teknisistä syistä johtuen emme voineet sitä näyttää. Kerroimme kuitenkin suullisesti merkin ulkonäöstä sekä näytimme suunnitelmapaperistamme kuvaa ruudun kautta mutta kuva näkyi heille päin kovin pienenä. Eräs ohjaajista osallistui merkin kuvailemiseen asiakkaille, heille merkki oli tuttu. Neuvoimme tarkkailemaan merkkiä muun muassa maitotuotteissa, rasvoissa, lihatuotteissa, leipätuotteissa sekä einessruuissa. Ehdotimme, että he kaupassa ollessaan tutkisivat, löytyisikö heidän ostoksistaan Sydänmerkki, mihin he suostuivat.

Halusimme loppuun käsitellä myös viime lähetyksen asioita yhdessä tämänkertaisen lähetyksen aiheiden kanssa. Halusimme kuulla osallistujien mielipiteitä siitä, kuinka käytännössä voi koostaa monipuolisen aterian einessruokien ympärille. Emme halunneet moittia tai tyrmätä einessruokien käyttöä vaan varmistaa, että niiden kanssa nautitaan myös esimerkiksi kasviksia. Kaikki osasivat nyt kertoa, että kun einessruokien rasvan määrää ja laatua tarkkaillaan tuotteiden kesken, voidaan valita terveellinen vaihtoehto. Miespuolinen osallistuja muistutti suolan ja lisäaineiden määrästä. Kyselimme viime kerran aiheisiin liittyen aterian koostamisesta, josta esille nousi lautasmalli. Miespuolinen katsoja ehdottikin, että jos einessruoan oheen ostaisi kasviksia, niin lautasmalli täytyisi paremmin ja ruokavalio muuttuisi terveellisempään suuntaan. Kehuimme tätä ideaa ja mietimme yhdessä kuinka helppo tämä olisi myös käytännössä toteuttaa. Kertasimme viime kerrasta eri ravintoaineiden osuuksia päivittäisessä energiansaannissa, jolloin 50-60% energiasta saadaan hiilihydraateista, 10-20%



proteiineista ja 25-35% rasvoista. Kun tietää, minkä verran kunkin ravintoaineen osuus tulisi olla suunnilleen, helpottaa se myös terveellisen perusruokavalion koostamisessa.

Lähetyksen lopussa halusimme konkreettisesti käsitellä einestuotteiden sisältöjä ja eroja. Otimme esimerkeiksi valmislihapullat ja mikropitsat, jotka osallistujien keskuudesta alussa nousivatkin esiin valmisruokien käytöstä kysyessä. Esitimme vertailua kolmen eri valmistajan kesken lihapullista. Ensimmäiseksi nostimme esille seikan, että yhden valmistajan lihapullien lihapitoisuus oli 14 %, kun taas toisella 83 %. Kolmas valmistaja ei prosenttiosuutta edes maininnut, mutta sisällysluettelossa oli mainittu lihan lisäksi myös lihaan verrattavissa olevat raaka-aineet sekä broilerinliha, kuten ensimmäiselläkin valmistajalla. Tämä herätti katsojissa huvittuneisuutta siitä, kuinka tuotteissa saattoi olla niin suuria eroja ja kuinka lihapulliin käytetään myös broilerinlihaa. Miespuolinen katsoja mainitsikin heti, että aikoo kyllä tarkasti katsoa seuraavalla kerralla että ostaa lihapitoisimpia lihapullia. Ehdotimme tässä yhteydessä myös kokeilemaan lihapullien valmistusta itse ja lupasimme lähettää reseptin kannustuksena. Toisaalta lihapitoisimmassa tuotteessa oli myös eniten rasvaa ja tyydyttyneiden rasvojen määrä oli melkein kaksinkertainen kahteen muuhun tuotteeseen verrattuna. Suolapitoisuuksissa ei näiden valmistajien kesken ollut eroja ja pitoisuudet olivat 1.1%:n luokkaa. Tutkimme erään valmistajan mikrojauhelihapitsan tuoteselostusta, jossa mainittiin selkeästi tuotteen olevan voimakassuolainen. Tuotteen lihapitoisuus oli 19 %. Eniten huomiota herätti pitsan kalorimäärä, 480 kcal, joka koettiin hyvin suureksi pizzan kokoon nähden. Esitimme vertailukohtana pizzalle valmisateriaa, spagetti bolognese-ateriaa, jonka kalorimäärä on vain 225 kcal. Tarkastelimme myös rasvapitoisuuksia tuotteiden välillä. Pitsa sisälsi 19g rasvaa ja valmisateriassa oli taas rasvaa vain 3,6g. Toivoimme, että tällaisia seikkoja tulisi mietittyä kun valitsee kaupassa valmisateriaa.

Aikamme alkoi olla ylitettynä, joten joutuimme taas lopettamaan keskustelun vaikka sitä olisikin ollut mielenkiintoista vielä jatkaa. Tiedustelimme lopussa vielä asiakkaiden päällimmäisiä tunteita ja lähetyksen sisällön hyödyllisyyttä, saivatko he mielestään uutta tietoa. Päällimmäisenä mielessä asiakkailta oli einesruoat ja niiden sisällöt. He eivät olleet aiemmin ajatelleet, että erot voisivat olla niin suuria ja että terveellisempiäkin vaihtoehtoja on tarjolla. Etenkin einesruokia käyttävät osallistajat kokivat tiedot hyödylliseksi ja kertoivat miettivänsä enemmän ruoan valmistamista itse. Tähän me heitä myös kannustimme ja sitä varten lupauduimme lähettämään heille vihkosen, joka sisältäisi muutamia helppoja reseptejä edullisista ja yksinkertaisista kotiruoista. Kerroimme lisäävämmme vihkoon myös vinkkejä muun muassa lautasmalliin, kasvien määrään ja Sydänmerkkiin liittyen. Lopetimme lähetyksen kiittämällä osallistujia mielenkiinnosta, keskustelusta ja lähetykseen osallistumisesta ja hyvästelimme heidät toivottaen mukavaa kevään jatkoa. Lähetyksen kokonaiskesto oli noin 35 minuuttia.

## 9 Toteutuksen arviointi

Vilka ja Airaksinen (2004, 154) ovat nostaneet esille asioita, joita toiminnallisen opinnäytetyön arvioinnissa olisi hyvä käsitellä. Ensimmäinen arvioinnin kohde on työn idea, johon kuuluvat muun muassa idean kuvaus, asetetut tavoitteet ja teoreettinen viitekehys. Tavoitteiden saavuttaminen olisikin oleellinen osa toiminnallisen opinnäytetyön arviointia. On perusteltua kerätä jonkinlainen palaute kohderyhmältä oman arvioinnin tueksi. Opinnäytetyön tulisi olla jollakin tavalla merkittävä kohderyhmälle. Toinen arvioinnin kohde liittyy työn toteutustapaan, johon kuuluvat aineiston kerääminen ja erilaiset keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Myös käytännön järjestelyjen toteutuminen on mielekästä arvioida. Kolmas tärkeä asia on arvio siitä, kuinka hyvin prosessi on raportoitu ja onko opinnäytetyö hyvän kieliasun mukaista. Opinnäytetyön tarkoituksena on osoittaa, että sen tekijä osaa yhdistää käytännöllisen ammatillisen taidon ja teoreettisen tiedon sillä tavalla, että siitä olisi hyötyä alan ihmisille. Arvioinnissa olisi hyvä olla myös arvio siitä, miten opinnäytetyön tekijä on omasta mielestään kasvanut ammatillisesti. (Vilka & Airaksinen 2004, 154-155, 157-160.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli suunnitella, toteuttaa ja arvioida kolme HyvinvointiTV-lähetystä. Tavoitteena oli parantaa mielenterveyskuntoutujien tietoja ravitsemuksesta ja sitä kautta auttaa heitä valitsemaan terveellisempiä vaihtoehtoja ruokavalionsa jokapäiväisessä elämässään. Tavoitteena oli myös motivoida mielenterveyskuntoutujia toimimaan omaa terveyttään edistävällä tavalla. Aihe-ehdotus esitettiin meille HyvinvointiTV:n puolelta. ASPA:sta oltiin oltu yhteydessä HyvinvointiTV:hen ja toivottu lähetyksiä liittyen terveyteen ja erityisesti ravitsemukseen. Aihe oli heille erityisen tarpeellinen, koska mielenterveyskuntoutujien ravitsemuksessa on usein puutteita sekä tiedoissa että taidoissa toteuttaa terveellistä ravitsemusta. Opinnäytetyön tavoitteet ovat konkreettisia ja saavutettavissa olevia. Tavoite lisätä mielenterveyskuntoutujien tietoja ravitsemuksesta on edellytyksenä tavoitteelle auttaa heitä tekemään terveellisempiä valintoja ruokavalionsa suhteen. Tavoite motivoida mielenterveyskuntoutujia toimimaan terveyttä edistävällä tavalla ja myös ylläpitämään tietoja ja taitoja on haasteellinen mutta tärkeä.

Teoreettinen viitekehys on koostettu laajasti erilaisista ja monipuolisista sekä luotettavista lähteistä. Opinnäytetyössä on käytetty suomen- että englanninkielistä lähdekirjallisuutta sekä tutkimuksia. Käytetyt teokset on julkaistu 2000-luvun vaihteessa, joten käytetty tieto on ajankohtaista. Lähdetekstien kirjoittajat ovat alansa asiantuntijoita ja niiden aiheet liittyvät oleellisesti opinnäytetyön aiheeseen. Internet-lähteitä on käytetty mutta kaikki lähteet ovat luotettavilta ja ammattilaisille suunnatuilta sivustoilta. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan tehty huolella. Opinnäytetyön runko on looginen ja etenee johdonmukaisesti. Kieliasu on asiallista ja selkeää. Lähdeviitteet sekä lähdeluettelo on merkitty ohjeiden mukaisesti.

Tavoitteiden saavuttamiseksi mielenterveyskuntoutujille pidettiin kolme HyvinvointiTV-lähetystä. Pääpaino lähetyksissä oli keskustelun avulla lisätä mielenterveyskuntoutujien tietoja ravitsemuksesta ja motivoida heitä toimimaan terveyttä edistävällä tavalla. Lähetyksissä tavoitteiden saavuttamiseksi käytettiin keinona myös havainnollistavaa materiaalia. Lähetysten jälkeen mielenterveyskuntoutujille lähetettiin postitse vihkonen, joka sisälsi lähetysten pääasiat tiivistetysti tekstinä ja kuvina sekä muutamia reseptejä.

Opinnäytetyöhön liittyviä lähetystyöjä ei ollut mahdollista nauhoittaa, joten arviointi toteutettiin lähinnä lähetysten jälkeen kirjoittamalla ylös lähetysten kulku ja saatu palaute. Terveyskeskustelussa arviointia tapahtuu kuitenkin koko ajan. Arvioinnin tulisi lähteä siitä kysymyksestä, pystyttiinkö keskustelussa luomaan jotakin uutta ja kehittämään uusia tavoitteita, jotka olisivat hyödyksi asiakkaan elämäntilanteessa. Sekä hoitajan että asiakkaan tulisi kyetä myös itsearviointiin. (Pietilä ym. 2002, 237-238.) Lähetysten lopuksi mielenterveyskuntoutujilta kysyttiin heidän mielipiteitään käsiteltyjen aiheiden tarpeellisuudesta sekä siitä, saivatko he uutta tietoa ravitsemuksesta. Lähetysten aikana kirjattiin ylös muistiinpanoja mielenterveyskuntoutujien puheenvuoroista ja heti jokaisen lähetysten jälkeen lähetysten kulku kirjoitettiin auki tietokoneella. Jokainen puheenvuoro ja kommentti kirjattiin ylös. Tätä arviointidataa käsiteltiin luottamuksellisesti ja nimettömänä. Ensimmäisessä lähetyksessä asiakkaat käyttivät puheenvuoroja 21 kertaa, toisessa lähetyksessä 38 ja kolmannessa lähetyksessä 30. Asiakkaat olivat lukujen perusteella hyvin aktiivisia ja aika meinasikin loppua lähetyksissä kesken.

Lähetyksissä oli tarkoituksena käyttää Powerpoint-esityksiä sekä muuta havainnollistavaa materiaalia lähetystudiosta. Ensimmäinen lähetys sujui suunnitelmien mukaisesti. Toisessa lähetyksessä ongelmana oli ASPA:n puolen ruudun huono näkyvyys auringonpaisteen vuoksi, eikä näkyvyyttä saatu parannettua yrityksistä huolimatta. Mielenterveyskuntoutujat eivät siis nähneet lähetysten pitäjää eikä käytettyä materiaalia. Kolmannessa lähetyksessä havainnollistavaa materiaalia ei pystytty näyttämään teknisistä syistä johtuen. Asiat jouduttiin käymään pelkästään suullisesti läpi, jolloin mielenterveyskuntoutujia oli vaikeampi osallistaa lähetysten kulkuun.

Kolme lähetyskertaa, joista kaksi samalle ryhmälle ja yksi toiselle, on luultavasti tavoitteiden saavuttamisen ja niiden pysyvyyden kannalta liian vähän. Lähetyskertojen määrä saatiin tietää vasta sen jälkeen, kun teoriapohjaa oli alettu työstämään. Lähetyskertojen määrä ei ollut opinnäytetyöntekijöistä riippuvainen vaan HyvinvointiTV:n puolelta ei ollut tarjota enempää. Yhden lähetyskerran aikana on vaikeaa motivoida ihmistä näin suuren ja tärkeän asian suhteen. Vaikka onnistuisikin motivoimaan ihmistä hetkellisesti, voi henkilön olla vaikeaa säilyttää ja ylläpitää motivaatiota jatkossa. Osa lähetystyöihin osallistuneista tuntui motivoituneen edistämään terveyttään. Ei ole kuitenkaan varmaa ovatko he motivoituneita

vielä lähetysten jälkeenkin. Tätä on myös vaikea arvioida koska lähetysten jälkeen ei olla yhteydessä mielenterveyskuntoutujiin. Yksi tavoitteista oli lisätä mielenterveyskuntoutujien tietoja ravitsemuksesta ja auttaa heitä valitsemaan terveellisempiä vaihtoehtoja jokapäiväisessä elämässään. Mielenterveyskuntoutujien antaman palautteen perusteella tavoitteessa onnistuttiin. Lähetysten aiheet käsiteltiin yksinkertaisesti ja osallistaen, joka toivottavasti teki lähetyksistä mielenkiintoisemman mielenterveyskuntoutujille. Mikäli lähetyksissä ei olisi ollut teknisiä ongelmia, olisi tavoitteissa onnistuttu luultavasti vieläkin paremmin.

Opinnäytetyön tekijöillä on tapahtunut ammatillista kasvua opinnäytetyöprosessin edetessä. Teoreettinen tietopohja on kasvanut ja sitä voi hyödyntää tulevaisuudessa. Tiedon hakeminen erilaisista lähteistä sekä lähdekritiikki on kehittynyt. Asiakkaan kohtaaminen erilaisissa ympäristöissä sujuu luontevammin ja asiakkaan ohjaamisessa on tapahtunut kasvua. Ohjaaminen onkin iso osa terveydenhoitajan työtä.

## 10 Eettisyys ja luotettavuus

Tuomi & Sarajärven (2009,125) mukaan laadullisen tutkimuksen oppaissa painotetaan hyvin vähän tutkimuksen etiikkaa ja tutkijan moraalialia. Tutkijalla on institutionaalinen asema, jolloin toisen henkilön väärin kohteleva saa toisenlaisen merkityksen kuin arkielämän suhteissa. Myös mitä avoimempi tiedonkeruumenetelmä on, sitä vaikeampaa voi olla arvioida tutkimusasetelman mahdollisia eettisiä ongelmia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.)

Yleisenä ajatuksena on ollut pitkään, että tieteen nimissä voidaan ja myös pitää tutkia kaikkea mahdollista ja kaikin käytössä olevin menetelmin. Tieteen on usein ajateltu olevan pelkästään uuden tiedon saavuttamiseen tähtäävää metodista suorittamista eikä siihen ole juurikaan liitetty erityisiä moraalialia ongelmia. Yhdistettäessä tiede, taloudellinen kasvu ja kansallinen intressi tuli tieteestä väline, jonka avulla etsittiin käytännöllisiä tuloksia suurien totuuksien sijaan. Tämän myötä ymmärrettiin, että tiede voi olla yhteiskunnallisena hyödykkeenä jopa vaarallinen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 128.)

Terveydenhuollossa tapahtuu muutoksia ja ne vaikuttavat olennaisesti asiakkaan ja hoitajan välisiin ohjaustilanteisiin. Jokaisella hoitajalla on ammattietiikkansa, jonka mukaan hän toimii tietyissä tilanteissa. Kyngäksen ym. (2007, 153) mukaan kuitenkin nykyaikana Internetin ja muun tietotekniikan käyttö ohjauksessa tuo omat haasteensa eettisyyteen asiakkaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa (Kyngäs ym. 2007, 153).

Ohjaustilanteeseen liittyy monia eettisiä ongelmia. Usein ne liittyvät asiakkaan oikeuksiin, esimerkiksi autonomiaan, yksilöllisyyteen ja vapauteen. Ohjauksen asiasisällön tulisi

pohjautua ajantasalla olevaan ja tutkittuun tietoon ja asiakkaalla olisikin aina oikeus saada luotettavaa tietoa ohjaustilanteessa. (Kyngäs ym. 2007, 154.) Tätä opinnäytetyötä varten on kerätty laajasti teorian tietoa aiheeseen oleellisesti liittyvistä asioista ja varmistettu, että ne ovat luotettavista lähteistä koottu.

Suomessa toimii Tutkimuseettinen neuvottelukunta, jonka tarkoituksena on edistää tutkimusetiikkaa koskevaa keskustelua sekä tiedotustoimintaa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta toimii myös aloitteentekijänä tutkimusetiikan edistämiseksi. Neuvottelukunta on yhdessä suomalaisen tiedeyhteisön kanssa laatinut tutkimuseettiset ohjeet, joissa käsitellään hyvää tieteellistä käytäntöä sekä siihen kohdistuvien loukkausten käsittelemistä. Tavoitteena on edistää hyvää tieteellistä käytäntöä ja ennaltaehkäistä epärehellisyttä tutkimusta harjoittavissa organisaatioissa, kuten ammattikorkeakouluissa ja yliopistoissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011a.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeissa on määritelty tutkijan hyvän tutkimusetiikan mukaisia toimia. Tärkeää olisi noudattaa tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, arvioinnissa ja esittämisessä rehellisyyttä ja yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkijan tulisi myös käyttää sellaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, jotka ovat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Tutkijoiden tulisi kunnioittaa muiden tutkijoiden töitä ja antaa töille niille kuuluva arvo ja merkitys omassa tutkimuksessaan ja sen tulosten julkistamisessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011b.)

Samoilla linjoilla Tutkimuseettisen neuvottelukunnan kanssa ovat myös Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009, 172), jotka esittävät kirjassaan Pietarisen, tutkijoille suunnatun, kahdeksan eettisen vaatimuksen listan. Tutkijan tulisi Pietarisen mukaan olla aidosti kiinnostunut hankkimaan uutta informaatiota. Tutkijan tulisi myös olla tunnollinen alallaan, jotta saisi välitettyä mahdollisimman luotettavaa informaatiota. Tutkijan tulisi olla rehellinen toimissaan ja kieltäytyä tutkimuksesta, josta voi olla vaaraa jollekin. Tutkijan pitää kunnioittaa ihmisarvoa ja käyttää tieteellistä informaatiota etiikkaan mukaisesti. Hänen tulee toimia tavalla, joka edistää mahdollisuuksia tehdä tutkimusta. Tutkijoiden on myös arvostettava toisiaan ja edistettävä kollegiaalisuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.)

Kiinnostuimme heti opinnäytetyömme aiheesta, koska halusimme aidosti edistää mielenterveyskuntoutujien terveempiä elämäntapoja. Tutustuimme moniin kirjoihin ja tutkimuksiin ennen lähetysten alkua ja olimme muutenkin paneutuneet aiheeseemme hyvin. Olimme lähteitä etsiessämme hyvin lähdekriittisiä. Tässä opinnäytetyössä käytetyt lähteet on merkitty oikein ja mitään lähdettä ei ole lainattu väärin tai muutenkaan väärin käytetty. Olemme tässä opinnäytetyössä esittäneet asiat, niin kuin ne totuudenmukaisesti ovat, lisäämättä tai poistamatta mitään. Opinnäytetyömme on vaaraton eikä tuota vahinkoa

kenellekään. Opinnäytetyötämme tehdessä emme ole myöskään loukanneet kenenkään ihmisen tai ihmisryhmän arvoa, vaan olemme pyrkineet käsittelemään asioita korrektisti ja hyvän etiikan mukaisesti. Koska emme ole oikeita tutkijoita, ei viimeinen kohta niinkään koske meitä, mutta pyrimme edistämään mahdollisuuksien mukaan myös muita opinnäytetyön tekijöitä opinnäytetyön prosesseissaan.

## 11 Pohdinta

Vaikka suomalaisten terveys on kehittynyt koko ajan parempaan suuntaan, ovat mielenterveysongelmat jopa lisääntyneet. Tämän opinnäytetyön aihe on tärkeä, koska mielenterveyspotilailla esiintyy usein ylipainoa. Syynä tähän voivat olla huonot ravitsemustottumukset ja liikunnan puute sekä myös lääkehoito. Joillakin lääkkeillä on ruokahalua lisäävä vaikutus, joka voi johtaa painonnousuun. Painonnousu ja lihavuus lisäävät riskiä sairastua muun muassa sydän- ja verisuonisairauksiin sekä metaboliseen oireyhtymään. Painonnousulla ei ole pelkästään fyysisiä vaikutuksia vaan siitä voi olla haittaa myös potilaan itsetunnolle ja sosiaalisille suhteille. (Arffman ym. 2009, 224-225.)

Terveystenhoitajaopiskelijoina olemme aidosti kiinnostuneita edistämään terveyttä ohjaamalla ihmisiä terveempiin elämäntapoihin. Tämän vuoksi koimme opinnäytetyömme aiheen mielenkiintoiseksi mutta samalla myös haastavaksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella, toteuttaa sekä arvioida kolme HyvinvointiTV-lähetystä mielenterveyskuntoujille. Tarkoituksena oli myös kehittää ja tuottaa uutta ohjelmasisältöä hankkeen asiakasryhmälle. HyvinvointiTV toimi väylänä, jolla mielenterveyskuntoutujat tavoitettiin kahdella eri paikkakunnalla. Tavoitteena oli parantaa mielenterveyskuntoutujien tietoja ravitsemuksesta ja sitä kautta auttaa heitä valitsemaan terveellisempiä vaihtoehtoja ruokavalionsa jokapäiväisessä elämässään. Tavoitteena oli myös motivoida mielenterveyskuntoutujia toimimaan omaa terveyttään edistävällä tavalla.

Ensimmäinen lähetyksistä pidettiin toisen paikkakunnan ASPA:lle ja kaksi seuraavaa lähetystä toisen paikkakunnan ASPA:lle. Kunkin lähetysten suunniteltu kesto oli 30 minuuttia. Mukana lähetyksissä oli lisäksi projektiavustaja. ASPA:n puolelta lähetysiin osallistui täysi-ikäisiä miehiä ja naisia. Olimme saaneet kohderyhmältä sekä heidän ohjaajiltaan toiveita lähetyksissä käsiteltävistä aiheista. Lähetykset suunniteltiin heidän toiveensa huomioonottaen. Lähetyksissä käsiteltiin terveellisiä elämäntapoja vain ravitsemuksen osalta aiheen laajuuden ja mielenterveyskuntoutujien omien toiveiden mukaisesti. Koska lähetysjä tarjottiin HyvinvointiTV:n puolelta vain kolme, koimme ettei aika olisi riittänyt muiden terveellisen elämän osa-alueiden käsittelemiseen. Mielenterveyskuntoutujat saivat HyvinvointiTV:n kautta ohjausta muun muassa liikunnan osalta fysioterapeuttiopiskelijoilta.

Jotta ihminen kiinnostuisi omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan, tulisi hänen olla motivoitunut toimimaan näiden hyväksi. Asiakkaan elämäntapojen muutoksia ei ratkaise se, mitä ohjaaja asiasta ajattelee, vaan mitä asiakas itse asiasta ajattelee. Motivoivan keskustelun keskeinen tavoite on saada asiakas ajattelemaan asiaa. Motivaatiota ei voi synnyttää ulkoapäin vaan halun muutokseen tulee lähteä ihmisestä itsestään. Yleensä ihminen ei halua, että joku toinen kertoo kuinka hänen tulisi elää. Siksi suora kehoitus tai taivuttelu saattavat usein vain pahentaa tilannetta. Tällöin voi ilmetä muutosvastarintaa, jolloin asiakas ei halukaan muuttaa mitään. Motivoiminen perustuu vuorovaikutukselle sekä motivaation mahdollistavaan tilanteeseen. Jos ohjattava huomaa ohjaajan manipulointiyrityksen, saattaa se vaikuttaa ohjaustilannetta vaikeuttavalla tavalla. (Turku 2007, 33-36; Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Koska mielenterveyskuntoutajat olivat saaneet itse ehdottaa ravitsemukseen liittyviä aiheita lähetyksiin, oletimme, että he olivat myös motivoituneita muutokseen. Lähetykset oli myös suunniteltu vuorovaikutukselliseksi ja tarkoitus oli keskustelun ja toiminnallisten harjoitusten avulla lisätä tietoa ja auttaa ihmisiä pohtimaan omaa toimintaansa ja motivoitumaan omien tavoitteidensa saavuttamiseksi. Eräs nainen motivoitui lähetyksen aikana niin paljon, että kertoi vaihtavansa päivittäisen suklaapatukkansa hedelmään. Myös eräs miehistä motivoitui muutokseen toteamalla alkavansa tehdä omat ruokansa itse, välttämällä ainesruokia, joita oli aiemmin käyttänyt runsaasti. Koska lähetyksiä oli kuitenkin vain kolme, emmekä ole enää kontaktissa Hakunilan tai Kouvolan ASPA:an, emme voi olla varmoja, ovatko mielenterveyskuntoutajat myöhemmin vielä yhtä motivoituneita.

HyvinvointiTV-lähetykset kohdistettiin kahden eri paikkakunnan Asumispalvelukeskuksen asiakkaille, jotka osallistuivat lähetyksiin omina ryhminään. Ryhmähaastattelulla on hyviä ja huonoja puolia. Ryhmämuotoisesta ohjaustilanteesta on todettu olevan apua motivaatiossa ryhmän keskinäisen vuorovaikutuksen vuoksi. Myös vertaistuki on elämäntapamuutoksessa tärkeää. Voi kuitenkin olla vaikeaa saada ryhmä koottua ja haastatteluajan ja -paikan sopiminen voi olla haasteellista. Usein haastattelukertoja tarvitaan kuitenkin vähemmän kuin yksilöhaastatteluja tehdessä. Ryhmähaastattelun synonyymina voidaan käyttää myös sanaa ryhmäkeskustelu, joka toteutui myös tässä opinnäytetyössä interaktiivisten lähetysten välityksellä. Kyseisellä sanalla korostetaan sen dialogista luonnetta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95-96.) Dialogisuus oli myös vahvasti mukana lähetyksissämme, koska tarkoituksena oli nimenomaan keskustella terveellisistä elämäntavoista yhdessä mielenterveyskuntoutujien kanssa, eikä pitää yksipuolista luentoa. Myös toiminnalliset harjoitukset oli suunniteltu dialogisuutta korostaen.

Ryhmä tarvitsee aina henkilön, joka ohjaa ryhmää. Terveystieteiden hoitajan rooli ohjaajana perustuu hänen asiantuntemukseensa. Hoitajalla tulee olla myös

ryhmänohjaustaitoja, jotta ryhmän työskentely onnistuisi ja hänen tulisikin osata tunnistaa omat ryhmänohjaustaitonsa. Ryhmänohjaajan tehtävänä on auttaa ryhmää työskentelemään yhteisten tavoitteiden mukaisesti. Hänen tulee helpottaa ryhmän jäsenten välistä vuorovaikutusta ja poistaa kommunikaatioesteitä. Ohjaajan tulisi kohdata ryhmäläiset yksilöinä kunkin muutosvalmiuden asteen mukaisesti. Ryhmässä tulisikin olla myönteinen ilmapiiri ja jokaisella ryhmän jäsenellä tulisi olla tunne, että häntä kuunnellaan. (Kyngäs ym. 2007, 107-110; Turku 2007, 92.) Pyrimme lähetysten aikana olemaan kannustavia ja rohkaisimme mielenterveyskuntoutujia tuomaan omia ajatuksiaan esiin. Jokaisella lähetykseen osallistuvalla oli vapaa sana ja mitään mielipiteitä tai ajatuksia ei pidetty vääränä. Lähetysten loppupuolella kysimme aina mielenterveyskuntoutujilta, olivatko he saaneet uutta tietoa lähetyksistä ja aikovatko he tulevaisuudessa hyödyntää lähetyksistä saamiaan vinkkejä. Monet kuntoutujista olivat sitä mieltä, että olivat saaneet paljon uutta tietoa, jota voivat hyödyntää tulevaisuudessa.

Ohjaajan olisi tärkeää luoda luottamuksellinen ilmapiiri, jossa korostuu keskinäinen yhteistyö. Taitava ohjaaja rauhoittaa ohjaustilanteen, antaa positiivista palautetta ja ei liiaksi korosta omaa asiantuntijuuttaan, jolloin ohjattava saa keinoja voimaantumiseen. Ohjaustilanteessa on pyrittävä näkemään kuntoutuja oman elämänsä asiantuntijana ja ymmärtää, että hänellä on kyky toimia muutoksen toteuttamiseksi sekä elämäntilanteensa parantamiseksi. On tärkeää, että ohjaaja ei yksin toimi asiantuntijan roolissa, vaan kuunnellaan myös kuntoutujan kokemusasiantuntijuutta. (Turku 2007, 33-36; Mustajoki & Kunnamo 2009.) Annoimme mielenterveyskuntoutujille aina positiivista palautetta aktiivisuudesta ja omien näkökulmien esille tuomisesta. Emme korostaneet olevamme asiantuntijoita vaan pyrimme luomaan tasavertaisen ilmapiirin, jossa kaikkien mielipiteillä on sama arvo. Näimme kuntoutujat oman elämänsä asiantuntijoina ja pyrimme toiminnallamme vahvistamaan jokaisen omia valmiuksia toimia omaa terveyttään edistävällä tavalla.

Olimme suunnitelleet lähetyksiin suullisen ohjauksen tueksi havainnollistavaa materiaalia, esimerkiksi Powerpoint-diat. Eräälle lähetykserille olimme varanneet studioon mukaamme kasviksia ja hedelmiä, joita meidän oli tarkoitus käyttää toiminnallisessa osuudessa hyväksi. Teknisten ongelmien vuoksi emme kuitenkaan voineet käyttää havainnollistavaa materiaalia apunamme juurikaan. Koemme, että vuorovaikutustilanne kärsi teknisten ongelmien vuoksi, koska tarkoituksenamme oli nimenomaan osallistaa mielenterveyskuntoutujia toimimaan oman hyvinvointinsa puolesta erilaisten toiminnallisten harjoitusten avulla. Usein asiat jäivät paremmin mieleen kuvien ja toiminnan kautta. Eräässä lähetyksessä mielenterveyskuntoutujat eivät auringonpaisteen vuoksi nähneet meitä ollenkaan ruudulta, joka vaikeutti myös vuorovaikutustilannetta. Lähetysten suunnitelmasta poiketen lähetyksissä tapahtuva ohjaus oli vain suullista ja keskustelevaa, ilman varsinaista toiminnallista puolta.



Opinnäytetyömme aihe on mielenkiintoinen ja ajankohtainen. Käsiteltävä aihe on myös todella laaja, jota on mahdotonta käsitellä kattavasti kolmen lähetyksen aikana. Vaikkakin olimme rajanneet lähetyksemme aiheet koskemaan vain ravitsemusta, jäi monta asiaa silti käsittelemättä ajanpuutteen vuoksi. Jatkossa olisi varmasti tarvetta pitää useampia HyvinvointiTV-lähetyksiä ravitsemuksesta ja pitää lähetyksiä pidemmällä aikavälillä, jotta motivointi olisi pidempiaikaista ja muutokset luultavasti pysyvämpiä. Jatkoehdotuksena olisi pitää erilaisia ruoanvalmistuskerhoja tai tukiryhmiä ravitsemusohjauksen tukena. Tällöin mielenterveyskuntoutujien motivointi olisi pidempiaikaista ja tehokkaampaa. Myös tutkimusten tekeminen esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien ruoan ostopäätöksiin vaikuttavista tekijöistä voisi olla hyödyllistä ja tarpeellista.

Mielenterveyskuntoutajat olivat lähetyksemme aikana hyvin kiinnostuneita käsiteltävistä asioista ja kertoivat monien asioiden kohdalla, etteivät olleet tienneet ennen kuinka asia on. Usein tiedon puute voikin olla esteenä sille, etteivät mielenterveyskuntoutajat osaa tehdä oikeanlaisia valintoja terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Siksi olisi hyödyllistä pitää myöhemminkin HyvinvointiTV-lähetyksiä mielenterveyskuntoutujille ravitsemuksesta ja terveellisemmistä elämäntavoista.

## Lähteet

- Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoito käytännössä. Helsinki: WSOY.
- American Diabetes Association. 2011. Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes.  
<http://care.diabetesjournals.org/content/27/2/596.full#T2>. Luettu 15.11.2011.
- Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) 2009. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima oy.
- Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen S. & Teperi, J. 2005. Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Canadian Mental Health Association. 2004. Psychiatric Medication and Weight Gain.  
<http://www.ontario.cmha.ca/women.asp?cid=5540> Luettu 14.11.2011.
- CaringTV. 2011. CaringTV. Wellbeing, health care and good life!  
<http://www.caringtv.fi/professionals.html> Luettu 2.3.2011
- Fogelholm, M., Kannus, P., Kukkonen-Harjula, K., Luoto, R., Nupponen, R., Oja, P., Parkkari, J., Paronen, O., Suni, J. & Vuori, I. 2005. Terveystoiminta: fyysinen aktiivisuus terveyden edistämiseksi. Kustannus oy Duodecim.
- Freeman, M., Hibbeln, J., Wisner, K., Davis, J., Mischoulon, D., Peet, M., Keck, P., Marangell, L., Richardson, A., Lake, J., Stoll, A. Omega-3 Fatty Acids: Evidence Basis for Treatment and Future Research in Psychiatry. The Journal of Clinical Psychiatry.  
<http://www.psychiatrist.com/abstracts/abstracts.asp?abstract=200612/120615.htm> Luettu 3.2.2011.
- Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A - L. & Hakala-Lahtinen, P. 2007. Ihmisen ravitsemus. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Heikkinen, H .L.T., Rovio, E. & Syrjälä L. 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark oy.
- Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) 2009. Kuuntele minua - mielenterveyshäiriöiden käytännön menetelmiä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hokkanen, S., Mäkelä, T. & Taatila, V. 2008. Alan johtajaksi. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit oy.
- Huttunen, M. 2002. Psykkelilääkeopas. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, O., Rauma, A - L., Laaksonen, D. & Mattila, M. 2003. Käytännön kliininen ravitsemustieto. Klaukkala: Recallmed Oy.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006a. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistämiseksi. Keuruu: Otavan kirjapaino oy.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006b. Hoitamisen taito. Korotan, Slovenia: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Ilander, O., Borg, P., Laaksonen, M., Mursu, J., Ray, C., Pethman, K. & Marniemi, A. Liikuntaravitsemus. 2006. Jyväskylä.: Gummerus kirjapaino.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Prima oy.

KOTIIN-hanke. 2011. KOTIIN-hankkeessa kehitetään HyvinvointiTV:n ohjaus- ja neuvontapalvelukonseptia. <http://kotiin.laurea.fi/hyvinvointitv.php> Luettu 2.3.2011

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY oppimateriaalit oy.

Lamberti, S., Olson, D., Crilly, J., Olivares, T., Williams, G., Tu, X., Tang, W., Wiener, K., Dvorin, S., Dietz, M. 2006. Prevalence of the Metabolic Syndrome Among Patients Receiving Clozapine. The American Journal of Psychiatry. <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/163/7/1273> Luettu 3.2.2011

Laurea. 2011. T&K&I Laurea Otaniemessä. <http://www.laurea.fi/fi/otaniemi/tki/Sivut/default.aspx> Luettu 28.2.2011

Lehto, P. & Leskelä, J. 2011. INTERAKTIIVINEN HyvinvointiTV® JA KÄYTTÄJÄLÄHTÖISET ePALVELUT. Turvallinen Koti - hankkeen loppuraportti. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lindholm, R. 2010. Vitamiinikirja. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Moreeni.

Mielenterveyden keskusliitto ry. 2011. Olet oman elämäsi asiantuntija. [http://www.mtkl.fi/tietopankki/kuntoutuminen/olet\\_oman\\_elamasi\\_asiantuntija/](http://www.mtkl.fi/tietopankki/kuntoutuminen/olet_oman_elamasi_asiantuntija/) Luettu 27.1.2011

Mustajoki, P. 2010. Metabolinen oireyhtymä (MBO). Lääkärikirja Duodecim. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00045](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045) Luettu 3.12.2011

Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Kustannus oy Duodecim. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00147](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147) Luettu 15.11.2011

Niemi, A. 2006. Ravitseminen kuntoon. Jyväskylä: WSOY.

Niemistö, R. 1999. Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. Tampere: Tammer-Paino oy.

Nilsson, M - E. & Toivanen, R. 2010. Aitoa ruokaa. Helsinki: Atar kustannus.

Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry. 1999. Mielenterveys ja elämänhallinta-opassarja. Masennus: arviointi ja selviytymiskeinot. [http://www.omaiset-tampere.fi/opassarja/masennus\\_arviointi\\_ja\\_selviytymiskeinot.pdf](http://www.omaiset-tampere.fi/opassarja/masennus_arviointi_ja_selviytymiskeinot.pdf) Luettu 15.11.2011

Onnismaa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Tampere: Tammer-paino

Peltosaari, L., Raukola, H. & Partanen, R. 2002. Ravitsemustieto. Helsinki: Otava.

Pietilä, A - M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E - M. & Sirola, K. 2002. Terveiden edistäminen. Uusiutuvat työmenetelmät. Juva: WS Bookwell oy.

Pippuri, O. 2011. Miksi meille syötetään tällaista roskaa? <http://www.taloussanomat.fi/omatalous/2011/02/24/miksi-meille-syotetaan-tallaista-roskaa/20112692/139> Luettu 2.3.2011.

Ruokatieto Yhdistys ry. 2011. Lautasmalli. [http://opetus.ruokatieto.fi/Suomeksi/Nuoret/Ravitseminen/Miten\\_syoda/Lautasmalli](http://opetus.ruokatieto.fi/Suomeksi/Nuoret/Ravitseminen/Miten_syoda/Lautasmalli) Luettu 3.3.2011

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Edita Prima oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010a. Terveyden edistäminen.  
<http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen> Luettu 24.2.2011

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010b. Kunta terveyden edistäjänä.  
[http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/terveyden\\_edistamisen\\_politiikkaohjelma/kunta](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveyden_edistamisen_politiikkaohjelma/kunta) Luettu 24.2.2011

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010c. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma.  
[http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/terveyden\\_edistamisen\\_politiikkaohjelma](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveyden_edistamisen_politiikkaohjelma) Luettu 24.2.2011

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010d. Terveys 2015-kansanterveysohjelma.  
[http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/terveys2015](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveys2015) Luettu 24.2.2011

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveyden edistämisen laatusuosituksien. Helsinki: Yliopistopaino.

Ståhl, T. & Rimpelä, A. 2010. Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Yliopistopaino.

Suhonen, L. & Siikanen, T. (toim.) 2007. Hyvinvointitekniikka sosiaali- ja terveysalalla - hyöty vai haitta? Tampere: Tampereen yliopistopaino oy.

Suomalainen lääkäriseura Duodecim. 2010. Mistä tietää ruoan suolapitoisuuden?  
[http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.nayta?p\\_navi=96663&p\\_sivu=73057](http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.nayta?p_navi=96663&p_sivu=73057) Luettu 2.12.2011

Suomen Sydänliitto ry. 2011. Suolaa vähemmän. <http://www.sydanliitto.fi/suola> Luettu 2.12.2011

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Terveyden edistäminen.  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/terveyden\\_ammattilaisille/terveyden\\_edistaminen/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/terveyden_ammattilaisille/terveyden_edistaminen/) Luettu 24.2.2011

Tolmunen, T. 2005. Depression, B vitamins and Homocysteine (Masennus, B-vitamiinit ja homokysteini). Kuopion Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatrian laitos. Väitöskirja.  
<http://www.uku.fi/vaitokset/2005/ISBN951-781-492-5ttolmunen.htm> Luettu 3.2.2011

Tolonen, M. 2007. Ravitsemus ja mielenterveys. Huhmari: Karprint Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Prima oy.

Turvallinen Koti -hanke 2011b. Turvallinen Koti-hanke Uudellamaalla ja Kymenlaaksossa - uudenlaisia ennaltaehkäiseviä e-hyvinvointipalveluja kotona selviytymisen tueksi.  
[http://www.turvallinenkotihanke.fi/?page\\_id=49](http://www.turvallinenkotihanke.fi/?page_id=49) Luettu 13.2.2011

Turvallinen Koti -hanke 2011c. HyvinvointiTV: virtuaalinen hyvinvointipalvelu.  
[http://www.turvallinenkotihanke.fi/?page\\_id=172](http://www.turvallinenkotihanke.fi/?page_id=172) Luettu 13.2.2011

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2011a. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. [http://www.tenk.fi/hyva\\_tieteellinen\\_kaytanto/index.html](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/index.html) Luettu 23.9.2011

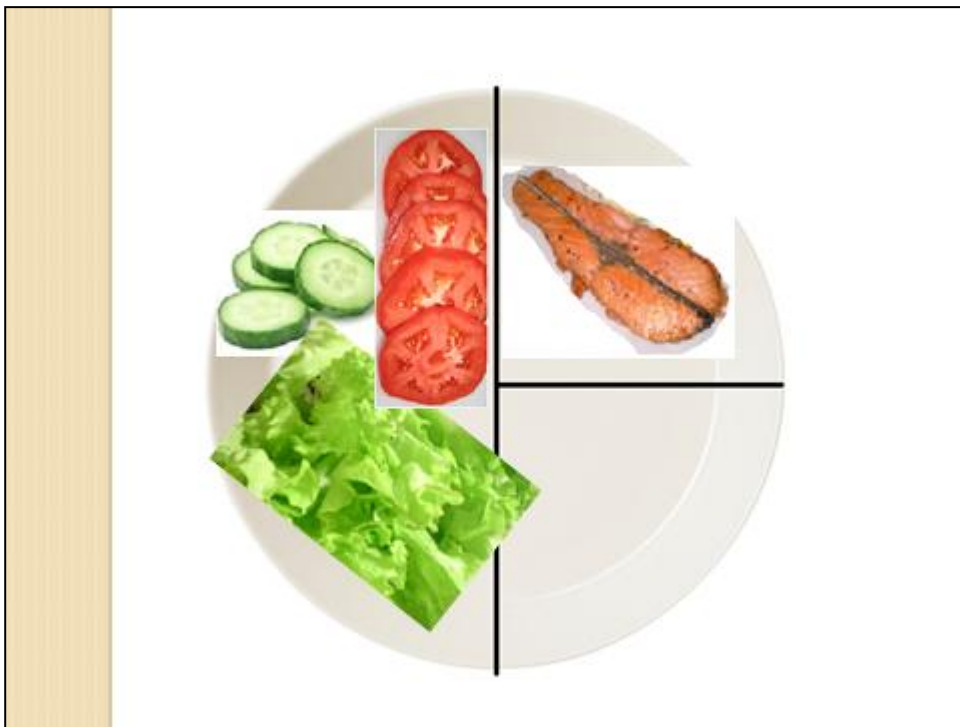
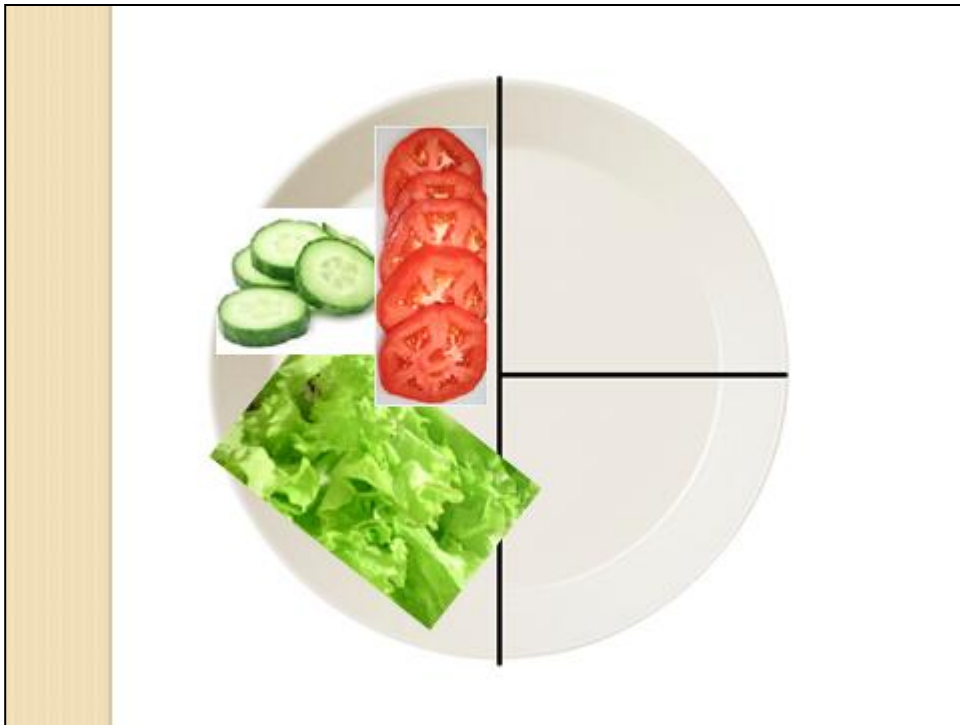
Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2011b. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Hyvä tieteellinen käytäntö.  
[http://www.tenk.fi/hyva\\_tieteellinen\\_kaytanto/kaytanto.htm](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.htm) Luettu 23.9.2011

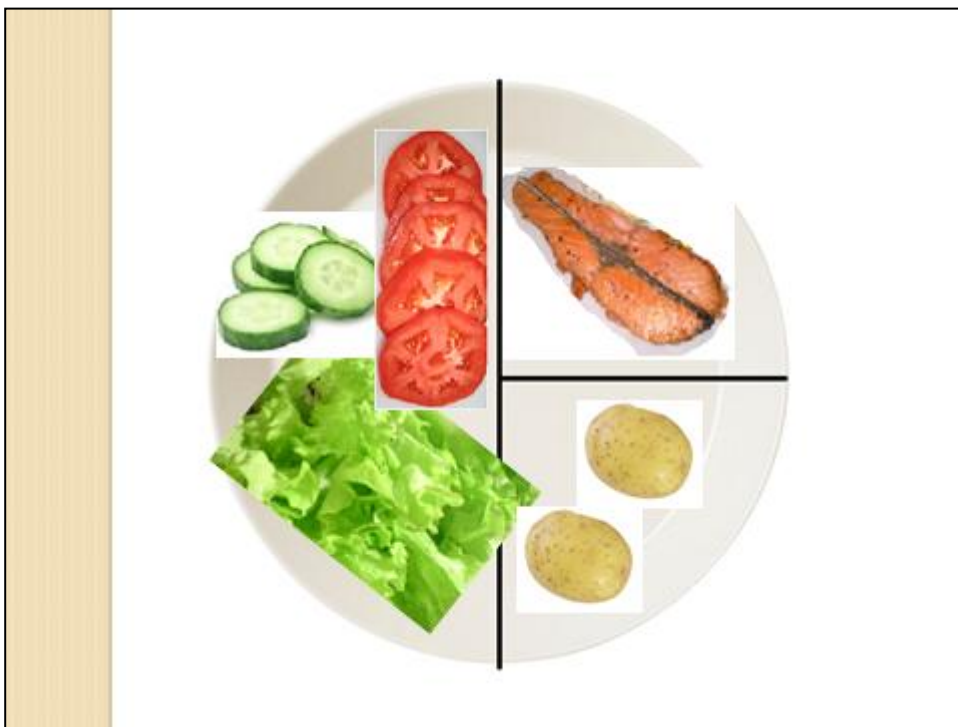
Tynjälä, P. 2000. Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset.  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta/elintavat/ravitsemus/suositukset\\_ja\\_toimenpideohjelmat/ravitsemus-\\_ja\\_juomasuositukset/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/ravitsemus/suositukset_ja_toimenpideohjelmat/ravitsemus-_ja_juomasuositukset/) Luettu 20.01.2011

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.

Liite 1: Lähetyksissä käytetyt Powerpoint-diat





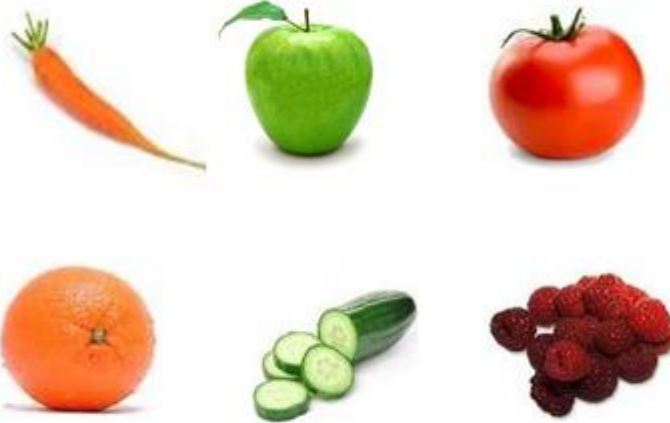
## Ruokaympyrä



500g  
kasviksia on  
noin 6  
kourallista



Yksi annos (n.80g) kasviksia=



## Kysymys

-Teettekö ikinä vertailuja erilaisten einestuotteiden välillä? Mitkä ovat asioita, jotka kannattaa huomioida tuotesisällöissä?

## Einekset



Suomalaista lihaa 47%.  
Voimakassuolainen. Energiaa  
annoksessa (16g) 33kcal.

## Erilaisia lihapullia

### Saarioinen

*Miedosti maustettu kypsä lihapyyrykkä.*

Laktoositon

**Ainesosat:** Koneellisesti erotettu broilerinliha, vesi, peruna, naudanliha, korppujauho (vehnä), sipuli, sianliha, kamara, silava, perunakuitu, mausteet (mm. mustapippuri, korianteri, inkivääri, valkosipuli), suola, glukoosi, perunatärkkelys, aromit (valkopippuri, liha), väri (E 150c).

Lihapitoisuus 14 %. Liha ja lihaan verrattavat valmistusaineet 54 %. Suolapitoisuus 1,1 %.  
Normaalisuolainen.

### Ravintosisältö

**Per 100g** Energia (kJ) 800 kJ Energia (kcal) 190 kcal  
Proteiini 11 g  
Hiilihydraatit 13 g -  
sokerit 0,4 g --  
laktoosi 0 g Rasva 12 g - tyydyttyneet  
rasvahapot 4,0 g -  
monotyydyttymättömät rasvahapot 5,2 g -  
polytydyttömättömät rasvahapot 1,2 g  
Kolesteroli 45 mg  
Ravintokuitu 1,4 g  
Natrium 0,5 g  
\* perustana 2000 kcal:n ruokavalio

<b>Atria</b>	<b>Ravintosisältö</b>
<b>Ainesosat</b>	
vesi, liha (sika, nauta), koneellisesti eroteltu siipikarjanliha, sian sydän, soijaproteiini- ja -valmiste, perunatärkkelys, mausteet (mm. sipuli, sinapinsiemen, korianteri, paprika), korppujauhe (vehnä), herneproteiini, suola (1,1 %), sokeri, silava, hapettumisenestoaine E 331, emulgointiaine auringonkukkalesitiini, vehnäkuitu, aromi, naudan jänne, hiivauute, naudan rasva	Ravintosisältö 100g Energiaa 810 kJ, 190 kcal Proteiinia 14,0 g Hiilihydraattia 11,0 g josta sokeria 2,6 g josta laktoosia 0,0 g Rasvaa 10,0 g josta tydyttyneitä rasvahappoja 3,5 g Natriumia 0,6 g Suolaa 1,1 g Ravintokuituja 1,5 g

<b>Pikku herkku lihapullat, Korpela</b>
<b>Ainesosat:</b> Naudanliha, sianliha, vesi, soijaproteiini, silava, mausteet ja aromit (mm. paprika, chili, valkosipuli, sipuli), perunatärkkelys, suola (1,2%), maltodekstriini, omenakuitu, sokeri, glukoosi, hiivauute, elintarvikeväri (E150c). Lihapitoisuus 83%. Gluteeniton, laktoositon.
<b>Ravintosisältö 100g:ssa:</b> Energia 250 kcal / 1044 kJ, proteiini /protein 15,1g, rasva 19,1g, josta tydyttyneitä rasvahappoja 8,6g, hiilihydraatti 4,5g, josta laktoosia 0,0g, natrium 0,5g, ravintokuitu 0,7g



Lihapitoisuus 19%.  
Voimakassuolainen. Energiaa 480  
kcal.



Energia 225 kcal 11%, Sokerit 2,4 g 3%  
Rasva 3,6 g 5%, Tyydyt.rasvah. 0,6 g 3%  
Suola 2,1 g 35%, Proteiini 13,5 g 27%  
Kuitu 9 g 36%

## Kysymys

- Millä tavalla kuluttajan valintoja on helpotettu, jotta tämä osaisi koostaa ruokavalionsa mahdollisimman monipuolisesti?

## Sydänmerkki



Sydänmerkki-järjestelmä on elintarvikkeiden merkintäjärjestelmä, joka helpottaa monipuolisen ruokavalion koostamisessa. Sydänmerkki auttaa valitsemaan rasvan määrän ja laadun sekä suolan määrän suhteen parempia vaihtoehtoja

## Kysymys

- Kuinka koostaa einessruoasta monipuolinen ateria?

## Kysymys

- Kuinka paljon ihmisen tulisi syödä enintään suolaa/päivä?

## Lähteet

- <http://yritysmyynti.fiskars.com/Teema-lautanen-21-cm-valkoinen>
- <http://www.flickr.com/photos/7764495@N03/2706884611/>
- [http://www.bioteknologia.info/etusivu/ruoka/Geeniruoka/fi\\_FI/jalostus/](http://www.bioteknologia.info/etusivu/ruoka/Geeniruoka/fi_FI/jalostus/)
- <http://reseptivihko.net/lohimedaljonki>
- <http://www.vihanneslaitila.fi/index.phtml?s=28>
- [http://terveysnetti.turkuamk.fi/nuorisonetti/ravitsemus\\_liikunta/ruokaymp.htm](http://terveysnetti.turkuamk.fi/nuorisonetti/ravitsemus_liikunta/ruokaymp.htm)
- <http://opetus.ruokatieto.fi/Link.aspx?id=1087235>
- [http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.nayta?p\\_navi=121677&p\\_sivu=99385](http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.nayta?p_navi=121677&p_sivu=99385)
- <http://www.shetland.fi/GE/Golden%20Eagle%20raaka-aineet.html>
- <http://poppari123.suntuubi.com/?cat=13&img=32>
- <http://www.eckes-granini.fi/kuluttajat/tietoahedelmista/tomaatti/>
- <http://www.mielenterveyshelmi.fi?ajankohtaista09>
- [http://www.biolan.fi/suomi/default3.asp?active\\_page\\_id=686](http://www.biolan.fi/suomi/default3.asp?active_page_id=686)
- [http://miinus50kg.blogspot.com/2009\\_12\\_01\\_archive.html](http://miinus50kg.blogspot.com/2009_12_01_archive.html)



Liite 2: Osallistujille lähetetty vihkonen



## Terveen elämän reseptejä



## Lautasmalli

Jalkiruoaksi hedelmä  
tai marjoja



Ruokajuomaksi vettä  
tai rasvatonta  
maitoa tai piimää

1/2  
kasviksia



1/4 perunaa,  
täysjyväpastaa  
tai -riisiä

1/4 kalaa,  
kanaa tai  
muuta  
vähärasvaista  
lihaa



Lisukkeena pala ruisleipää  
ja kasvisrasvavitettä



## Päivittäinen energiansaanti:

### - Hiilihydraatit 50-60%

Pasta, riisi, peruna, leivät, kasvikset



### - Proteiinit 10-20%

Kala, kana, liha, maitotuotteet, palkokasvit



### - Rasvat 25-35%

Ruokaöljyt, margariini, ruoan mukana tuleva rasva



## 500g kasviksia päivässä



500g on noin kuusi omaa kourallista



Yksi annos (n.80g) kasviksia=



## Tomaattinen kalakeitto

Noin 5 annosta

Vettä  
Noin 5 perunaa  
Purkki tomaattimurskaa  
Paketti pakasteseitä  
Pussi keittojuureksia  
Mausteita (mustapippuri, suola ym.)



Kuori perunat. Laita perunat kattilaan ja lisää keitinettä niin, että perunat peittyvät. Lisää keittojuurekset. Anna perunoiden ja kasvisten kiehua, kunnes perunat ovat kypsiä. Sulata sei ja pilko se. Lisää kalat ja mausteet. Lopuksi lisää tomaattimurska ja anna kiehua hiljalleen hetki.

## Lihapullat

Noin 30-40 kappaletta

400g jauhelihaa  
½dl korppujauho  
1pss ranskalainen sipulikeitto  
1½dl vettä  
½ prk kermaviili  
1 kananmuna



Sekoita korppujauho, ranskalainen sipulikeitto ja vesi ja anna seoksen hautua n.5min. Lisää sitten jauheliha, kermaviili ja kananmuna. Sekoita. Muotoile seoksesta pellille lihapullia. Paista 225°C noin 15-20 minuuttia. Nauti salaatin ja esimerkiksi perunamuusin kera.

## Nakkikeitto

Noin 5 annosta

Vettä

Noin 5 perunaa

Noin 300g nakkeja

Pussi keittojuureksia

Mausteita (mustapippuri, suola ym.)

Kuori perunat ja lisää vettä niin, että perunat peittyvät. Lisää keittojuurekset. Anna kiehua kunnes perunat ovat kypsiä. Lisää nakit ja mausteet. Anna kiehua hetki hiljalleen.



## Hedelmäinen kanakastike

1 rasia broilerisuikaleita

1 prk ananaspaloja

1 prk kevytruokakermaa

mausteita oman maun mukaan, esim. suola, pippuri, paprika, chili

Ruskista broilerisuikaleet pannulla ja lisää mausteet. Lisää sekaan ruokakerma ja ananaspalat sekä ananasmehua. Anna hautua hetki pienellä lämpötilalla ennen syömistä.

Nauti esimerkiksi kasvisten ja tumman riisin tai pastan kanssa.



## Chilinen kirjolohipasta

3 annosta

300g kirjolohisuikale (marinoitu)  
1 sipuli  
½ chilippuri tai chilimaustetta  
2 dl kevytruokakermaa  
1 tl tilliä  
2 tl sitruunamehua  
4 dl täysjyväpasta/-makaroni  
1 rkl oliiviöljy



Leikkaa sipuli ja chili suikaleiksi. Kuullota sipuli ja chili pannulla oliiviöljyssä ja lisää kevytruokakerma. Kiehua pari minuuttia. Lisää kirjolohisuikaleet sekä tilli ja sitruunamehu. Anna kiehua kunnes lohisuikaleet kypsiä. Keitä pasta pussin ohjeen mukaan ja sekoita kastikkeen sekaan. Lisää halutessasi päälle parmesaanijuustoraastetta.

## Kinkkumunakas

4 kirsikkatomaattia  
pala sipulia  
1 kananmuna  
1 rkl vettä  
ripaus suolaa ja mustapippuria  
4-5 siivua kinkkuleikkelettä  
päälle juustoa



Pilko tomaatit ja sipuli. Riko munat ja sekoita joukkoon vesi, sipuli, tomaatit, kinkku ja mausteet. Paista pannulla noin 5-10 minuuttia ja laita päälle juustoa. Anna hautua hetki ja nauti.

## Välipalaehdotuksia

### Rahkavälipala

½prk maitorahkaa  
Loraus maitoa  
1 pieni banaani  
n. ½dl mustikoita  
(kaurahiutaleita)

Pilko banaani. Sekoita  
ainekset ja nauti.

(Maitorahkan voit  
halutessasi korvata  
maustamattomalla  
jogurtilla.)



### Rieskarullat

Ohutta rieskaa  
Tonnikalaa  
Kurkkusalaattia  
Tuorejuustoa



Ota pala rieskaa ja levitä  
täytteet päälle. Rullaa rieska  
ja kääri tuorekelmuun. Laita  
jääkaappiin noin 5-10  
minuutiksi. Valmista  
nautittavaksi.

### Appelsiinisalaatti

½-1 appelsiini  
2 dl salaatinlehtiä  
1 viipale täysjyväpaahtoleipää  
1 tl oliiviöljyä

Kastike:  
½ rkl oliiviöljyä  
1 rkl appelsiinimehua

Lisäksi halutessasi parmesaaniraastetta tai -  
lastuja.

Kuori ja viipaloi appelsiini. Kuutioi  
leipäviipale ja ruskista oliiviöljyssä  
paistinpannalla. Yhdistä kastikeaineet  
keskenään ja kaada salaatin päälle. Ripottele  
pinnalle leipäkuutiot ja parmesaani.





## Aamiaisehdotuksia

### Kauramustikkapuuro

1 dl kaurahiutaleita  
1 dl mustikoita  
1 rkl sokeria  
2 dl vettä tai maitoa  
(riippaus suolaa)



Mittaa hiutaleet, marjat, sokeri ja neste isolle puurolautaselle. Lämmitä mikrossa täydellä teholla 2-2½ minuuttia välillä sekoittaen. Sekoita valmis puuro ja nauti.

### Ruispalat

1-2 ruispalaa  
kasvisrasvaveitettä  
vähärasvaista leikkelettä  
salaatinlehti  
kurkkua  
tomaattia

Kokoa ja nauti.



## Nautinnollisia hetkiä kokkailun parissa!



Vihkon koonneet:  
Ellen Björkman & Jaana Kakkonen  
Laurea- ammattikorkeakoulu Otaniemi

## Lähteet

- <http://sunstation.palvelut.pohjalainen.fi/files//mnt/z/www/ilkka/palvelut/pohjalainenpi/wp-inst/wp-content/blogs.dir/21/files/2009/03/hedelmi%C3%A4.jpg>
- <http://notthebigreddog.wordpress.com/2010/09/01/pasta/>
- <http://kaikkiaitinireseptit.blogspot.com/2010/10/viiltelyn-lyhyt-oppimaara-ja.html>
- <http://limonchili.blogspot.com/2011/04/chili-pepper-fruit-of-immortal.html>
- <http://vahtokarkkivaltakunta.blogspot.com/>
- [http://www.fishfood.fi/i/kuvat/kananmuna\\_rikot\\_big.jpg](http://www.fishfood.fi/i/kuvat/kananmuna_rikot_big.jpg)
- <http://www.basso.fi/keskustelu/36428/leipa-pistaa-viban-punttiin/v/1009333>
- [http://www.netkosmetikka.fi/blogi/wp-content/uploads/2011/09/148306\\_appelsiini.jpg](http://www.netkosmetikka.fi/blogi/wp-content/uploads/2011/09/148306_appelsiini.jpg)
- <http://ruori.blogspot.com/2010/05/mustikka.html>
- [http://dirtysofie.blogspot.com/2011\\_01\\_01\\_archive.html](http://dirtysofie.blogspot.com/2011_01_01_archive.html)
- <http://papunet.net/tietoa/materiaalit/kuvapankki/esineet/astiat.html?p=2>
- [http://www.inter-style.fi/product\\_details.php?p=84](http://www.inter-style.fi/product_details.php?p=84)