



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Pysyvää painonhallintaa nivelten parhaaksi

Rosenberg, Sonja
Tiempo, Anne

2016 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Pysyvää painonhallintaa nivelten parhaaksi

Rosenberg, Sonja
Tiempo, Anne
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2016

Sonja Rosenberg ja Anne Tiempo

Pysyvää painonhallintaa nivelten parhaaksi

Vuosi 2016 Sivumäärä 65

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa nivelrikkaisen painonhallinnan tueksi, tavoitteena oli terveyden edistäminen kannustamalla nivelrikkaisia pysyvään painonhallintaan. Tehtävänä oli tehdä opas nivelrikkaisen painonhallinnan ja ohjauksen tueksi. Opinnäytetyö tuotettiin hankeyhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun ja Suomen Nivelyhdistys ry:n kanssa. Nivelrikko on maailman yleisin nivelsairaus, yksi sen riskitekijöistä on ylipaino. Hoidoksi ylipainoiselle nivelrikkaiselle suositellaan laihduttamista yhdistettynä liikuntaan. Painonpudotus vähentää polvi- ja lonkkanivelrikon oireita. Pysyvä laihdutustulos voidaan saavuttaa pelkästään vähentämällä energiaa ruokavaliosta, mutta liikunta voi auttaa painonpudotuksessa. Pysyvässä painonhallinnassa keskeistä on motivaatio pysyviin elämäntapamuutoksiin.

Tämä on toiminnallinen opinnäytetyö. Tuotoksena on painonhallinnan opas julkaistavaksi Nivelyhdistyksen internetsivustolle. Oppaan sisältö perustuu teoreettiseen viitekehykseen, joka käsittelee nivelrikkoa, terveydenedistämistä painonhallinnan keinoin ja ohjausta hoitotyön auttamismenetelmänä. Oppaan toteuttamisessa hyödynnettiin kirjallisen potilasohjeen periaatteita. Arviointi perustui Nivelyhdistyksestä, opinnäytetyönohjaajilta sekä valitulta vastajajoukolta pyydettyyn palautteeseen. Palautteet analysointiin SWOT-analyysillä, joka tehtiin myös itsearviointina. Palautteiden mukaan opas muistutti painonhallinnasta ja motivoi liikkumaan. Säännöllinen henkilökohtainen kontakti terveydenhuollon ammattilaisen kanssa nähtiin tarpeelliseksi painonhallinnan tukena. Kehittämisehdotukseksi muodostui henkilökohtaiseen ohjaukseen perustuvan painonhallintajakson järjestäminen, mikä voisi toimia myös sähköisenä. Jatkotutkimuksena voisi tutkia kirjallisen materiaalin kannustavuutta nivelrikkaisen painonhallinnassa.

Asiasanat: nivelrikko, lihavuus, painonhallinta, laihdutus, ohjaus, ravitsemus, liikunta

Sonja Rosenberg and Anne Tiempo

Weight loss maintenance for joints' benefit

Year	2016	Pages	65
------	------	-------	----

The purpose of the thesis was to produce information about how to control weight for people with osteoarthritis. The aim was health promotion by encouraging patients with osteoarthritis to permanent weight maintenance. As a result of this thesis an electronic guide for patients with osteoarthritis was produced to help with weight control. This thesis was carried out in co-operation with Laurea University of Applied Sciences and the osteoarthritis association in Finland called Nivelyhdistys. Osteoarthritis is the most common joint disease in the world and obesity is one of the risk factors for osteoarthritis. Obese people with osteoarthritis are recommended to reduce weight and exercise. Weight loss leads to diminished symptoms of knee and hip osteoarthritis. The maintenance of weight loss can only be achieved by a low-energy diet, but exercise can support weight loss. Motivation is a key factor in permanent lifestyle changes.

This thesis is functional. The functional part of the thesis is a guide for patients with osteoarthritis to help weight control. The produced guide is meant to be published on the internet site of Nivelyhdistys. The guide is built on the theoretical framework which consists of osteoarthritis, health promotion through weight control and patient counselling. The guide has been produced by using the principles of a written patient guide. Nivelyhdistys, physiotherapist and nursing teachers and a chosen group of respondents were asked to give feedback. The feedback was analyzed by using SWOT-analysis, which was also made as self-evaluation. Based on the feedback the guide was helpful in reminding the importance of weight control and motivating in exercise. A regular personal contact with a healthcare professional was considered important. As development proposal it was suggested to organize a weight control course with personal guidance organized for example online. Further studies could be carried out on the effectiveness of the guide.

Keywords: osteoarthritis, obesity, weight control, (patient) counselling, nutrition, exercise

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön teoreettinen tausta.....	7
3	Nivelrikko.....	7
3.1	Nivelrikon riskitekijät	8
3.2	Nivelrikon hoito.....	9
4	Painonhallinta nivelrikkaisen terveyden edistämisen keinona	10
4.1	Laihdutuksen ja painonhallinnan vaikutus nivelrikkaisen terveyteen	11
4.2	Lihavuuden hoito	12
4.2.1	Ruokavaliohoito laihdutuksessa	15
4.2.2	Liikunta nivelrikkaisen painonhallinnan tukena.....	17
4.2.3	Lihavuuden lääke- ja leikkaushoito	19
4.3	Elintapamuutoksilla pysyvää painonhallintaa	20
5	Ohjaus hoitotyön auttamismenetelmänä	22
5.1	Kirjallinen ohje ohjauksen välineenä.....	23
5.2	Sähköinen ohjaus.....	24
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä.....	26
7	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	26
7.1	Opinnäytetyöprosessin eteneminen.....	28
7.2	Oppaan arviointi.....	32
8	Pohdinta	34
8.1	Tulosten pohdinta.....	35
8.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	36
8.3	Kehittämissuhteet ja jatkotutkimusaiheet	38
	Lähteet	39
	Kuviot..	45
	Liitteet.....	46

1 Johdanto

Tuki- ja liikuntaelimestön oireet, sairaudet ja niiden seuraukset muodostavat vakavan kansanterveyden ja -talouden ongelman. Tuki- ja liikuntaelimestön eli tule -sairaudet aiheuttavat yli 2,5 miljardin euron kokonaiskustannukset ja lähes 600 miljoonan euron suorat kustannukset, esim. sairaanhoidon kustannukset, vuodessa. (Bäckmand & Vuori 2010, 9.)

Nivelrikko on maailman yleisin nivelsairaus, sen yleisimmät esiintymispaikat ovat lonkka- ja polvinivel, joihin tämä opinnäytetyö rajoittuu. Yksi nivelrikon riskitekijä on ylipaino. Ehkäisykeinoja ovat kohtuullinen ja säännöllinen liikunta sekä ylipainon, niveltapaturmien ja nivelten raskaan kuormituksen välttäminen. Nivelrikon ensisijaisena hoitona on potilasohjauksesta ja terveystseurannasta koostuva konservatiivinen lääkkeetön hoito. Ylipainoisille nivelrikkoisille annetaan myös ruokavalioneuvontaa. (Ahonen ym. 2013, 687 - 693.)

Tämän opinnäytetyön lähtökohtana on painonhallinnan edistäminen hoitotyön ohjauksen avulla. Opinnäytetyö on osa Nivelrikkoisen asiakkaan toimintakykyä edistävä ohjaus -projektia (NATE), joka kuuluu Toimintakykyä edistävä ohjaus -hankkeeseen (TEO). Projektin tarkoituksena on tuottaa nivelrikkoisten käyttöön erityisesti verkkosivuilla toimivaa ohjausmateriaalia (Leskelä & Stepanoff 2014). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa nivelrikkoisen painonhallinnan tueksi. Opinnäytetyön tavoitteena on terveyden edistäminen kannustamalla nivelrikkoisia pysyvään painonhallintaan. Tehtävänä on tehdä opas nivelrikkoisen painonhallinnan ja ohjauksen tueksi.

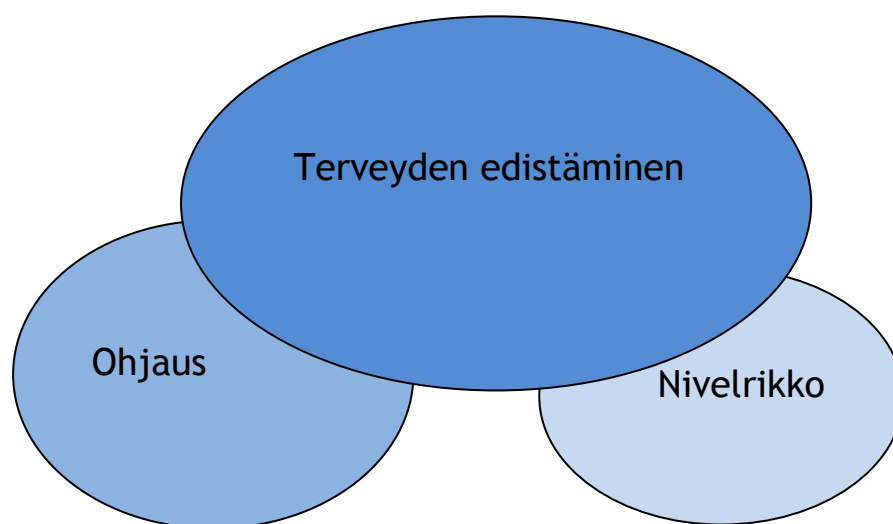
Opinnäytetyön toimeksiantaja on Suomen Nivelyhdistys. Valtakunnallinen Suomen Nivelyhdistys edistää nivelsairaiden, erityisesti nivelrikkoisten, mahdollisuuksia tulla toimeen sairautensa kanssa. Tavoitteena on myös aktiivisella ja tehokkaasti kohdennetulla tiedon jakamisella ennaltaehkäistä nivelsairauksia. Yhdistyksen toiminta koostuu tiedotuksesta, vertaistuesta ja edunvalvonnasta. Yhdistys pyrkii tavoitteisiinsa yhteistyöllä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten, organisaatioiden ja päättäjien kanssa. (Suomen Nivelyhdistys 2014.)

Suomen Nivelyhdistyksen verkkosivuilla niveltieto.net toimii myös Nivelklubi-keskustelupalsta. Ajatus opinnäytetyön aiheesta tuottaa opas nivelrikkoisen pysyvään painonhallinnan tueksi heräsi keskustelupalstan laihdutusta käsittelevistä keskusteluista. Sairaanhoitajan työn kannalta painonhallinnan ohjaamisen ja suositusten tuntemus on hyödyllistä. Ylipaino liittyy nivelrikon lisäksi muihin laajimpiin kansanterveysongelmiimme, kuten tyypin 2 diabetekseen, verenpaineautiin, rasva-aineenvaihdunnan häiriöihin, sepelvaltimotautiin, uniapnea-oireyhtymään ja joihinkin syöpätauteihin, kuten menopaussin jälkeiseen rintasyöpään sekä kohdunrunгон syöpään ja paksusuolen syöpään (Karpakka 2011).

2 Opinnäytetyön teoreettinen tausta

Opinnäytetyön teoreettisena lähtökohtana ovat terveyden edistäminen, ohjaus ja nivelrikko (kuvio 1). Terveyden edistämisen keinona nivelrikkoisille on tässä opinnäytetyössä painonhallinta. Teoreettisessa viitekehyksessä määritellään terveyden edistäminen käsitteenä, esitellään laihdutuksen ja painonhallinnan vaikutuksia nivelrikkoisen terveyteen, lihavuuden hoitoa ja pysyvää painonhallintaa. Lihavuuden hoitokeinoista teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään ruokavaliohoitoa, liikuntaa sekä lääke- ja leikkaushoitoa.

Ohjaus on yksi hoitotyön auttamismenetelmistä, teoreettinen viitekehys koostuu ohjauksen käsitteen määrittelystä sekä kirjallisen ohjeen ja sähköisen ohjauksen teoriasta. Nivelrikon osalta teoreettisessa viitekehyksessä kuvataan riskitekijöitä ja hoitoa.



Kuvio 1: Teoreettisen viitekehysten keskeisimmät käsitteet

3 Nivelrikko

Nivelrikossa eli artroosissa mekaanisen kuormituksen aiheuttama biokemiallinen prosessi vaurioittaa nivelrustoa kolmessa vaiheessa. Ensimmäiseksi pinnallinen rustoväliaine vaurioituu ja rustoväliaineen kollageenisäikeistö rikkoutuu. Toisessa vaiheessa nivelrustossa alkaa uusrustonmuodostuminen, jonka luutuminen saa aikaan rustoreunaan ulokkeita eli osteofyyttejä. Kolmannessa vaiheessa rustosolujen korjaava vaste ei riitä, vaan väliaineen määrä vähenee. Ruston pinnallinen osa hapsuuntuu, rustosta irtoaa paloja ja rustoon syntyy luuhun asti ulottuvia halkeamia. Vähitellen tuloksena on rustonalaisen eli subkondraalisen luun tihentyminen eli skleroosi ja nesteonteloiden eli kystien muodostuminen. Nivelrikko on kaikkien nivelten rakenteiden sairaus, se voi esiintyä yhtä aikaa yhdessä tai useammassa nivelessä. Yleisimmin artroosi esiintyy lonkka- ja polvinivelissä. Rustovaurioiden lisäksi nivelrikossa nivelrusto pak-

suuntuu, nivelen liikkeeseen osallistuvien lihasten maksimaalinen voima pienenee ja nivelen asentotunto heikkenee. (Ahonen ym. 2013, 687 - 689.)

Merkittävin nivelrikon oire alkuvaiheessa on kipu. Polvinivelen kipu tuntuu usein paikallisesti rasituksessa, lonkkanivelen kipu voi paikantua nivusten seutuun, reiden ulkosyrjälle tai pakaran alueelle. Tyypillisiä oireita nivelrikolle ovat myös jäykkyys, nivelen liikettä häiritsevä turvotus, nivelen muodon ja asennon muuttuminen sekä etenkin lonkkanivelessä liikerajoitus. Nivelrikko rajoittaa toimintakykyä, esim. käveleminen, istuutuminen ja seisomaan nousu vaikeutuvat sekä vähitellen liikerajoitukset hankaloittavat pukeutumista ja peseytymistä. (Ahonen ym. 2013, 687 - 689.) Myös jopa yöunta häiritsevä lepokipu yleistyy taudin edetessä (Erämies & Kuurne 2012a; Erämies & Kuurne 2012b).

3.1 Nivelrikon riskitekijät

Polvi- ja lonkkanivelrikon taustalla voi olla yksi tai useita riskitekijöitä, jotka voidaan luokitella systeemisiin ja paikallisiin. Systeemisiä riskitekijöitä ovat ikääntyminen, perimä ja ylipaino. Näiden vuoksi nivelrusto voi olla alttiimpi paikallisille riskitekijöille, joita ovat nivelvammat, raskas liikunta ja työ sekä nivelten kehityshäiriöt ja virheasennot. Ehkäisevää hoitoa nivelrikolle ei ole, mutta sairastumisen riskiä voidaan pienentää vaikuttamalla tunnettuihin riskitekijöihin. Useissa tutkimuksissa on pystytty selvittämään polvi- ja lonkkanivelrikon riskitekijöitä, mutta riskitekijöihin kohdistuvien interventioiden tehosta nivelrikon ehkäisyssä ei ole julkaistu luotettavaa tietoa. Polvi- ja lonkkanivelrikon ehkäisyn kannalta tunnetut riskitekijät, joihin voidaan vaikuttaa, ovat ylipainon välttäminen, polviniveltapaturmien ehkäiseminen ja työssä toistuvan kyykistelyn ja raskaiden taakkojen nostamisen välttäminen mahdollisuuksien mukaan. Noin 5 kilon laihdutus (kaksi BMI -yksikköä) on seurantatutkimuksissa vähentänyt oikeisen polvinivelrikon ilmaantumisen. Ylipaino kaksinkertaistaa nivelrikon riskin. Polviniveltapaturmien ehkäiseminen on arvioitu vähentävän polvinivelrikkoja 22 %. Ehkäisy tulisi kohdistaa henkilöihin, joilla on useita riskitekijöitä. (Duodecim. Käypä hoito -suositus. Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014; Pietiläinen 2015, 64, 67, 87.) Tutkimusnäyttöä ylipainon vaikutuksesta etenkin polvinivelrikkoon löytyy runsaasti, esim. tapaus-verrokkitutkimus (Vrezas ym. 2010) osoittaa iän ja ylipainon olevan vahvasti sidoksissa polvinivelrikon syntyyn.

Lihavuus on tutkitusti merkittävä riskitekijä polven nivelrikossa. Painoindeksin (BMI) ja polven nivelrikon yhteys on kuitenkin ollut epäselvä. Meta-analyysin, joka kohdistui 12 tutkimukseen, mukaan ylipaino ja yli 25 painoindeksi lisää merkittävästi riskiä sairastua polven nivelrikkoon ja riski kasvaa painoindeksin nousun myötä. (Zhou, Liu, Chen & Liu 2014.) Kahden yksikön nousu painoindeksissä (BMI) lisää riskiä polvinivelrikolle 36 % (Lementowski & Zelicof 2008). Ylipainon välttäminen voi vähentää merkittävästi polven nivelrikon riskiä (Muthuri, Hui, Doherty & Zhang 2011). Lonkkanivelrikon ja ylipainon välisestä yhteydestä on saatu näyttöä

vuonna 2011 tehdyssä tutkimuksessa, jossa osoitettiin lonkkanivelrikon riskin kasvavan painoindeksin nousun myötä. Lonkkanivelrikon riski kasvaa painoindeksin (BMI) ollessa 30 tai yli (Juhakoski & Arokoski 2014) ja riski on 2,8-kertainen painoindeksin (BMI) ollessa yli 35. Lonkan ja polven tekonivelen tarpeeseen vaikuttavat painoindeksi (BMI), rasvakudoksen määrä ja keskivartalolihavuus. (Juhakoski 2013, 7.) Ylipaino lisää myös leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden riskiä ja voi hidastaa toimintakyvyn palautumista leikkauksen jälkeen (Lui, Jones & Westby 2015).

3.2 Nivelrikon hoito

Nivelrikon hoidon tavoitteet ovat kivun hallinta ja lievittäminen, toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen sekä sairauden etenemisen estäminen. Hoitojen valinta on yksilöllistä huomioiden hoidon tarve ja vasta-aiheet. (Arokoski 2010, 119 - 121.) Hoidon perustana on konservatiivinen lääkkeetön hoito, jonka potilasohjaukseen kuuluvat tiedon antaminen sairaudesta ja hoitovaihtoehtoista sekä terveysneuvonta yhdistettynä liike- ja liikuntaharjoitteluun. Ylipainoisten nivelrikkoisten neuvontaan kuuluu ravintoneuvonta harjoitteluun yhdistettynä. (Pietiläinen 2015, 67). Muita lääkkeettömiä hoitoja ovat fysikaaliset kylmä- ja lämpöhoidot, akupunktuurihoito, TENS-sähköstimulaatiohoito, polviartroosissa erilaiset tuet sekä apuvälineiden käyttö. (Ahonen ym. 2013, 690 - 691.)

Polvi- ja lonkkanivelrikon Käypä hoito -suosituksen mukaan ylipainoisille nivelrikkoisille suositellaan laihduttamista ruokavaliohoidolla yhdistettynä liikuntaan ja terapeuttiseen harjoitteluun. Vähäenerginen ruokavalio sekä mahdollisesti ruokahalua hillitsevä lääkitys voivat olla hyödyksi nivelrikkoiselle. Aikuisten liikuntasuositusta voidaan soveltaa liikuntaohjauksessa. Jos potilaalla on nivelrikon ohella muita sairauksia, esim. sydän- ja verisuonitaudit, hoitava lääkäri arvioi potilaan yleiseen terveydentilaan perustuvan liikuntakelpoisuuden. Harjoittelu koostuu yleisharjoittelusta, esimerkiksi kävelystä, pyöräilystä ja uinnista, sekä spesifisistä harjoitteista, jotka kohdistuvat polvi- ja lonkkanivelrikon kannalta olennaisiin tuki- ja liikuntaelimestön rakenteisiin kohdistamatta niveliin liikaa kierto- ja iskuja. (Duodecim. Käypä hoito -suositus. Polvi- ja lonkkanivelrikko. 2014.)

Polvinivelrikon kivun vähenemisestä maalla tapahtuvan liikunnan vaikutuksesta on saatu vahvaa näyttöä 54 tutkimukseen perustuvasta katsauksesta. Katsauksen mukaan myös polvinivelrikkoisen toimintakyvyn paranemisesta liikunnan avulla saatiin kohtuullinen näyttö. (Fransen ym. 2015.) Lonkkanivelrikosta vastaavia tuloksia on julkaistu 2014, myös lonkkanivelrikossa kipu väheni ja toimintakyky parani maalla tapahtuvan liikunnan ansiosta (Fransen ym. 2014).

Lääkehoidossa ensisijainen lääke on parasetamoli, tarvittaessa siirrytään tulehduskipulääkkeisiin tai opioideihin. Oireita saattavat helpottaa myös niveleen annettu glukokortikoidi- tai

hyaluronaattihoito sekä glukosamiini. Leikkaushoidoista mahdollisia ovat polven ja lonkan tekonivelleikkaukset ja muiden nivelten tähyystoimenpiteet, tekonivelleikkaukset ja jäädytysleikkaukset eli luudutukset. Ylipainoisilla on noin 3 - 4-kertainen riski joutua polven ja lonkan tekonivelleikkaukseen (Pietiläinen 2015, 64). Ylipaino lisää myös leikkauriskiä, hidastaa toipumista ja lisää tekonivelen irtoamisriskiä, joten ohjausta laihduttamiseen ja painonhallintaan voidaan tarvita myös leikkaushoidon yhteydessä. (Ahonen ym. 2013, 690 - 693.)

Vauhkonen (2014, 583 - 584) jakaa nivelrikon hoitolinjat ennalta ehkäisevään ja varsinaiseen hoitoon tavoitteiden ollessa samat. Myös Vauhkosen mukaan ylipainon välttäminen sekä tuki- ja liikuntaelimestön kunnon ylläpitäminen fysioterapian keinoin on tärkeää ennaltaehkäisevässä hoidossa. Varsinaisessa hoidossa painon pudottaminen nivelkuormituksen vähentämiseksi on ensisijaista muiden hoitojen lisäksi.

Yu ja Hunter (2015) kirjoittavat artikkelissaan, että nivelrikon hoidossa tulisi keskittyä sairauden ehkäisyyn sekä riskitekijöiden ja sairauden etenemisen muokkaamiseen lääkkeettömin ja lääkehoidon keinoin. Ylipainon ollessa suurin riskitekijä, on laihdutus yhdistettynä liikuntaan maalla ja vedessä sekä voimaharjoitteluun tärkeää. Suositeltavin lääkehoito on parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet. Glukosamiinista ei ole todettu hyötyä kivun kannalta, myös vaikutus sairauden rakenteelliseen etenemiseen on epävarmaa. Myöskään kalaöljystä ei ole todettu olevan hyötyä taudin etenemisen estämisessä. Niveltähyystyksiä tulisi välttää, mutta tarvittaessa tulee harkita tekonivelleikkausta vaikeissa nivelrikoissa.

4 Painonhallinta nivelrikkaisen terveyden edistämisen keinona

Nivelrikon hoidossa ja ehkäisyssä laaja-alainen terveyden edistäminen on hyvä periaate. Ensijainen hoito nivelrikossa on omatoiminen liikunta, ammattilaisten ohjaama terapeuttinen harjoittelu sekä painonpudotus ja -hallinta. (Juhakoski & Arokoski 2014.) Terveyden edistäminen on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen määritelmän mukaan yksilön tai yhteisöjen vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä oman terveytensä määrittäjiin ja siten terveytensä kohentamiseen. Se on tavoitteellista ja välineellistä toimintaa hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Se käsittää sosiaalisia, taloudellisia, ympäristöllisiä ja yksilöllisiä tekijöitä, jotka edistävät terveyttä. (THL 2014.)

Terveyden edistäminen on tärkeä osa jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen työtä, vaikkakin suurin osa terveyden edistämistyöstä tehdään muilla hallinnon aloilla, yrityksissä ja yhteisöissä. Promotiivista terveyden edistämistä on terveyttä ja hyvinvointia säilyttävien mahdollisuuksien luominen. Riskitekijöiden ja haittojen ennaltaehkäisy on primaaripreventiivistä, hyvä hoito on sekundaaripreventiivistä ja kuntoutus on tertiääripreventiivistä terveyden edistämistä. (Ahonen ym. 2013, 94.) Terveydenhuoltohenkilökunnan keskeisimpiin tehtäviin kuuluu ter-

veyttä edistävä neuvonta. Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä terveyden edistäjinä toimivat hoitotyön ammattilaiset, kuten sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat, lääkärin, toimintaterapeutit, fysioterapeutit ja laillistetut ravitsemusterapeutit. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2013, 62, 66.)

Tule -sairauksissa terveydenhuollon ammattilaisen konkreettinen näkökulma terveyden edistämiseen on sairauksien ehkäisy eli preventio. Primaaripreventiossa kohderyhmänä on koko väestö, siinä valistuksen, kampanjoinnin ja terveysneuvonnan keinoin pyritään estämään tule -sairauksien kehittymistä sekä tapaturmia. Terveysneuvonta on tule-sairauksissa tyypillisesti liikunta- ja ravitsemusneuvontaa sekä tupakoinnin lopettamista ja painon vähentämistä tukevaa neuvontaa. Sekundaaripreventiossa pyritään estämään alkamassa olevan sairauden puhkeaminen, tällöin tärkeimmät keinot ovat riskiarviointi, yksilöneuvonta ja -ohjaus. Tertiääri-preventio käsittää tule-sairauksien hoidon yhteydessä suoritettavat toimet, joilla pyritään torjumaan sairauden etenemisen, komplikaatioiden ilmenemisen tai sairaudesta aiheutuvien haittojen pahenemisen. (Bäckmand & Vuori 2010, 20 - 21.) Käytännön keinoja ja välineitä nivelrikkoisten omatoimisen tule-terveyden tukemiseen ja ohjaukseen ovat ylipainon todentaminen, esim. mittaamalla vyötärönympäryys ja laskemalla BMI, sekä antamalla lyhytinterventio ottamalla ylipaino puheeksi. Käydään myös motivoiva keskustelu ylipainosta ja sen merkityksestä sekä laihdutuksen ja painonhallinnan erilaisista mahdollisuuksista. Lisäksi annetaan omahoitoon ohjausta, esim. KKI-kunto-opas painonhallintaan, liikkumisresepti, liikuntapäiväkirja, tehostettu ravitsemusneuvonta ja ruokapäiväkirja. (Bäckmand & Vuori 2010, 36; Karppinen 2014.)

Terveydenhuollolla on mahdollisuuksia elämäntapamuutoksen aikaansaamiselle, sairastumisvaarassa olevien tai jo sairastuneiden keskuudessa merkittäviä vaikutuksia voidaan saada aikaan suhteellisen vähäisillä toimilla. Motivoiva haastattelu on vaikuttava menetelmä vaatimaansa pieneen panostukseen nähden. Se sopii useimmille potilaille ja kaikkiin elämäntapoihin. Muita tehokkaita keinoja ovat ohjaaminen oman käyttäytymisen seurantaan täydennettynä muilla tavoitteellisen toiminnan elementeillä. Niin ikään erilaisia potilaan testituloksia kannattaa käyttää. Seuranta ja palautteenanto osana rutiinikäyntejä lisäävät vaikuttavuutta. (Absetz & Hankonen 2011.)

4.1 Laihdutuksen ja painonhallinnan vaikutus nivelrikkoisen terveyteen

Nivelrikon paras hoitotapa on laihdutus ja liikunta, joita tukee ruokavalio. Pysyvä laihdutustulos voidaan saavuttaa vähentämällä energiaa ruokavaliosta, mutta liikunnan avulla voidaan merkittävästi parantaa liikkuvuutta ja toimintakykyä sekä vähentää kipua. (Biddal, Leeds & Chistensen 2014.) Jo 5-10 kg:n painonpudotus vähentää nivelrikon oireita (Juhakoski & Arokoski 2014). Oireiden helpottamiseen vaikuttaa merkittävästi polvinivelen kuormituksen vä-

heneminen (Bliddal, Leeds & Chistensen 2014). Painon pudotessa kivut vähenevät, toimintakyky paranee (Christensen, Bartels, Astrup A & Bliddal 2007) ja elämänlaatu kohenee (Bliddal, Leeds & Chistensen 2014). Liikunnan ja painonpudotuksen hyödyistä polven nivelrikosta sairastaville on olemassa tutkittua tietoa, mutta vaikutusta lonkan nivelrikkoon on tutkittu vähemmän. Hollantilaisessa tutkimuksessa 35 ylipainoista lonkanivelrikosta henkilöä noudattivat kahdeksan kuukauden ajan laihdutus- ja liikuntaohjelmaa. Ohjelman jälkeen heistä yli 32 % kertoi kokevansa fyysisen kuntosaa paremmaksi. Myös kipuaistimukset olivat vähentyneet ja kävelytestien tulokset parantuneet. (Paans ym. 2012.)

Ylipaino liittyy nivelrikon lisäksi muihin laajimpiin kansanterveysongelmiimme, kuten tyypin 2 diabetekseen, verenpainetautiin, rasva-aineenvaihdunnan häiriöihin, sepelvaltimotautiin, uniapnea-oireyhtymään ja joihinkin syöpätauteihin, kuten menopaussin jälkeiseen rintasyöpään sekä kohdunrungon syöpään ja paksusuolen syöpään (Karpakka 2011; Duodecim. Käypä hoito -suositus. Lihavuus (aikuiset) 2013). Tarkoituksellinen painonpudotus vähentää useimpien näiden tautien riskiä (Delahanty ym. 2014). Pysyvään painonhallintaan kannattaa tähdätä, se kohentaa terveyttä ja vaikuttaa suotuisasti elämänlaatuun (Pietiläinen 2015, 67).

4.2 Lihavuuden hoito

Lihavuus on tila, jossa kehon rasvakudoksen määrä on suurentunut. Lihavuutta arvioidaan erilaisin mittaamenetelmin kuten painon, painoindeksin ja vyötärön ympärysmittan avulla. Painoindeksi eli BMI on yleisin käytössä oleva mittari, joka lasketaan jakamalla paino pituuden neliöllä. (Uusitupa 2012a.) Normaali painoindeksi on aikuisella 18,5-24,9 kg/m². Liikapainon (ylipainon) on kansainvälisesti sovittu alkavan BMI:n arvosta 25 kg/m², koska sen ylittyminen lisää monien sairauksien vaaraa. Kansainvälisesti hyväksytty lihavuuden raja-arvo on BMI 30 kg/m², jonka yläpuolella sairastuvuusriski on selvästi suurentunut. BMI:n ollessa 35-39,9 kg/m² on kyseessä vaikea lihavuus ja painoindeksin ylittäessä 40 kg/m² sairaaloinen lihavuus. (Duodecim. Käypä hoito -suositus. Lihavuus (aikuiset) 2013.)

Kliinisessä hoitotyössä toinen käytössä oleva mittari on vyötäröympärysmitta. Sen kansainvälisesti sovitut raja-arvot ovat; tavoitearvo miehillä alle 94 cm ja naisilla alle 80 cm, lievä terveyshaitta miehillä 94 - 101 cm ja naisilla 80 - 87 cm ja huomattava terveyshaitta miehillä yli 102 cm ja naisilla yli 88 cm. (Karpakka 2011). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämän FINRISK 2012-väestötutkimuksen mukaan yli puolet suomalaisista naisista ja kaksikolmasosaa miehistä ovat ylipainoisia. (Männistö, Laatikainen & Vartiainen 2012.) Pelkkä paino ei kuitenkaan kerro terveydentilasta tai laihduttamistarpeesta, vaan terveydentilasta on hyvä tehdä kokonaisarvio (Pietiläinen 2015, 14). Tässä opinnäytetyössä tuotettavassa oppaassa käytetään termiä ylipaino myös lihavuuden eriasteista.

Lihavuuden hoito tulee olla kiinteä osa terveydenhuollon toimintaa. Ensisijainen lihavuuden hoitomuoto on suunnitelmallinen, usealla tapaamiskerralla annettava elintapaohjaus (elintapahoito), joka sisältää ajatuksiin, asenteisiin, ruokavalioon ja liikuntaan painottuvaa ohjausta. Käytännössä painonpudotus elintapahoitona toteutetaan ensisijaisesti ryhmähoitoina perusterveydenhuollossa eli terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa, jolloin hoidosta vastaa moniammatillinen, lihavuuden hoitoon perehtynyt hoitotiimi. Hoidon käytännön toteutuksen koordinoi terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja, lisäksi hoitotiimiin kuuluvat lääkäri, ravitsemusterapeutti tai -suunnittelija ja mahdollisuuksien mukaan myös psykologi ja fysioterapeutti tai liikunnan asiantuntija. Osa potilaista voidaan ohjata terveydenhuollon ulkopuolella toimiviin ryhmiin. Elintapahoittoa tukevia menetelmiä ovat erittäin niukkaenerginen (ENE) ruokavalio, lääkitys ja leikkaushoito. Erikoissairaanhoidossa voidaan hoitaa sairaalloisen tai vaikeasti lihavia silloin, kun lihavuuteen liittyy sairauksia, joissa laihtumisesta on hyötyä. (Duodecim. Käypä hoito -suositus. Lihavuus (aikuiset) 2013.)

Lihavuuden hoitoa ei voi määrätä ihmiselle, vaan muutoksen on lähdettävä omasta muutoshalukkuudesta. Laihdutus ja pysyvä painonhallinta uusien elämäntapojen omaksumisen myötä on omalla vastuulla. Hoidon tavoitteet ovat näin ollen auttaminen laihdutustuloksen saavuttamisessa ja ylläpitämisessä. (Karpakka 2014.) Jokaisella on omat lähtökohtansa laihtumiseen ja jokainen joutuu opettelemaan oman tiensä muutoksiin. Pakonomainen ohjelman toteuttaminen ei kannata pitkälle. Tärkeintä on muutos, itselle sopivat uudet tottumukset opitaan rauhasa. Voi kokeilla uusia asioita, tehdä hyvältä tuntuvia muutoksia ja nauttia painonhallintaa tukevista tottumuksista. Terveellinen ruokavalio ja liikunta tukevat hyvinvointia, vaikka paino ei laskisikaan. (Pietiläinen 2015, 8 - 14.)

Lyhyt interventio on hoitomuoto, jossa motivoidaan ylipainoista laihduttamaan lyhyen ohjauksen avulla. Tähän kuuluu ylipainon toteaminen, puheeksi ottaminen ja keskustelu sekä hoitomuotojen esittely. (Karpakka 2014.) Lyhytintervention jatkokäynnillä keskustellaan painonhallinnan edistymisestä. Potilaille tulee olla tarjolla kirjallista oheismateriaalia ruokavaliosta ja fyysisestä aktiivisuudesta elintapamuutosten tueksi. Kustannusmielessä lyhytinterventioita on mahdollista lisätä huomattavasti, koska se ei lisää kustannuksia. (Pietiläinen & Mustajoki 2015, 17, 22, Duodecim. Käypä hoito -suositus. 2013. Lihavuus (aikuiset).)

Brosseau ym. (2011) ovat tehneet tutkimustiedon katsauksen päivittääkseen näyttöön perustuvia ylipainoisten aikuisten nivelrikon hoito-ohjeita. Katsaus osoitti, että parhaat tulokset saavutettiin fyysiseen aktiivisuuteen ja ruokavalioon perustuvalla interventiolla. Liikunta ja ruokavalio ovat hyödyllisiä etenkin kivun vähentämisessä ja toimintakyvyn lisäämisessä. Käyttätymisstrategioiden, kuten potilasohjaus, terveysneuvonta, realistiset painotavoitteet, puhelinkontaktit, viikon liikunta- ja ravintopäiväkirjat, sosiaalinen / vertaistuki, itsensä johtaminen, minä-pystyvyys ja positiivinen palaute, tehokkuutta yksin tai erilaisina yhdistelminä

on tutkittu nivelrikkoa sairastamattoman väestön tutkimuksissa, mutta tulokset olivat laajennettavissa myös nivelrikkoisille. Laihdutuksen jälkeen painon nousu oli huomattavaa interventiosta huolimatta.

Journal of Rehabilitation Research & Development - lehden (Wolf ym. 2010) artikkelissa kerrotaan kliinisestä tutkimuksesta, jonka tavoitteena oli selvittää yli 50-vuotiaiden polven nivelrikkoa sairastavien laihtumista ennustavia tekijöitä. Tutkimuksessa ravitsemusterapeutin säännöllistä ohjausta saaneet laihtuivat 16 viikon aikana enemmän kuin ilman ravintoneuvontaa jääneet. Liikuntaneuvonnalla ei tutkimuksessa näyttänyt olevan merkitystä laihtumiseen.

Myös omatoimisesti laihduttaminen ja tuloksissa pysyminen on mahdollista, moni laihduttaa-kin ilman ammattilaisten tukea. Päätökset muutoksista on tehtävä itse, tukea ja ohjeita voi tarvittaessa hakea ammattilaisilta. Pysyvää painonhallintaa tukevat jo laihdutuksen alussa tehdyt päätökset, jotka tehdään pysyviksi. Dieeteillä voi laihtua nopeasti, mutta tuloksissa pysyminen on vaikeampaa. Ruokavalioon tehdään muutoksia niissä osissa missä tarpeellista, periaatteena välttää turhia kaloreita. Ei ole välttämätöntä syödä aikaisempaa vähempää, mutta vähäkalorisempaa. Liikkumista lisätään ja löydetään mielekäs ja sopiva tapa liikkua. Muutoksia on hyvä tehdä asteittain ja niitä lisätään oman tarpeen mukaan. (Mustajoki 2015, 194 - 195.)

Painonhallintaan on olemassa lukuisia eri tapoja, joista voi lukea mm. kirjoista, oppaista, lehdistä ja internetistä. Tärkeintä on löytää itselle sopiva tapa. Kirjallisuudesta yksi esimerkki on ravitsemuksen ja liikunnan vuorovaikutukseen erikoistuneen ravitsemusalan ammattilaisen Patrik Borgin kirjoittama Rentoa painonhallintaa. Kirjassa hän opastaa ihmisiä kokeilemaan laihduttamista ilman kituuttamista ja nälkää. Borg kertoo miten onnistuu laihduttamisessa rennosti. Tärkeinä Borg pitää ajattelumaailman muuttamista ja luontaisten syömisviettien vahvistamista sekä liikkumisesta nauttiminen ilman pakkomielteitä. Rennon laihduttamisen Borg perustelee tärkeäksi painonhallinnan pysyvyyden kannalta. (Borg 2007, 8 - 10.)

Antti Heikkilä, traumatologian ja ortopedian erikoislääkäri, on puolestaan kirjoittanut kirjan Ravinto ja terveys, jossa hän esittelee monia potilaita hyödyttäneen elämäntavan ja dieetin. Dieetti perustuu hiilihydraattien vähentämiseen, kolmeen ateriaan päivässä, luontaisten rasvojen ja ruokien käyttöön, lisäaineiden ja kevyttuotteiden välttämiseen sekä antioksidanttien ja vitamiinien riittävään saantiin. Tärkeänä Heikkilä pitää ruuan oikeaa valmistustapaa, stressin välttämistä, lihasten aktivoitua ja kohtuullista liikuntaa sekä riittävää unta. Heikkilän mukaan tärkein mittari ruokavalion toimivuudessa on oma vointi. (Heikkilä 2010, 9, 91 - 95.)

Pitkään tutkimustyötä lihavuudenhoidosta Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa tehnyt sisätautien erikoislääkäri Pertti Mustajoki on kirjoittanut useita kirjoja lihavuudesta. Yksi kir-

joista on Painonhallinta - painavaa tietoa kohti kevyempää oloa. Kirjassa Mustajoki esittää tapoja pysyvään painonhallintaan. Mustajoki kertoo miten ruuasta voidaan vähentää kaloreita olematta nälkäkuurilla ja miten kaloreita voidaan kuluttaa enemmän ilman hikiliikuntaa. (Mustajoki 2010, 2, 4.)

Ilkka Vuori kirjoittaa artikkelissaan elintapojen terveysvaikutuksista. Vuori tuo esille, että jokainen terve elintapa edistää terveyttä yksilötasolla ja pienentää riskejä sairastua. Väestötasolla hyödyt terveellisistä elintavoista ovat moninkertaiset. Vuori esittää, että terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä tulisi tehostaa kehittämällä terveydenhuollon ohjaus- ja neuvontatapoja. Tärkeää on kannustaa yksittäisiä ihmisiä muuttamaan elintapojaan. (Vuori 2015.)

4.2.1 Ruokavaliohoito laihdutuksessa

Lihavuuden hoidossa on ruokavalio-ohjauksella keskeinen merkitys. Keskimääräinen laihtuminen ruokavalioon perustuvalla ohjauksella on 5-6 % 9-12 kuukauden aikana. Laihtumistulokseen ja sen pysyvyyteen vaikuttavat mm. ohjauksen sisältö, kesto ja intensiteetti ja ajoitus, ohjattavien oma motivaatio ja terveydentila sekä ohjaajan ammattitaito. Ruokavaliohoito koostuu laihdutus- ja painonhallintavaiheista. Laihdutusvaiheessa ruokavaliohoidon tavoitteena on motivoida ja opastaa ylipainoista tekemään ruokavaliossaan sellaisia valintoja ja muutoksia, joiden seurauksena energiansaanti vähenee ja paino laskee. Painonhallintavaiheessa saavutetun laihtumistuloksen säilyttämiseksi on tärkeää syödä energiankulutusta vastaava määrä ruokaa, mikä on vähemmän kuin ennen laihdutusvaihetta nautittu energiamäärä. (Duodecim. Käypä hoito -suositus. Lihavuus (aikuiset). 2013.)

Suosittelavaa on pudottaa painoa hitaasti. Ylipainoiselle (BMI 27-35) suositellaan päivittäisen energiansaannin olevan 300 - 500 kcal (1300 - 2100 kJ) vähemmän kuin energiankulutus, jotta paino putoaa 250 - 500 g viikossa. Painoindeksin (BMI) ollessa yli 35 suositellaan päivittäiseksi energiansaanniksi 500 - 1000 kcal (2100 - 4200 kJ) energiankulutusta pienemmäksi, näin saavutetaan 500 - 1000 g viikoittainen painonpudotus. Fyysinen aktiivisuus voi vaikuttaa painonpudotuksen määrään. (Biddal, Leeds & Chistensen 2014.) Yleisesti ottaen menetetään 0,5 - 1 kg rasvakudosta viikossa, jos vuorokauden energiasaanti on 500 - 1000 kcal pienempi kuin energiakulutus. Suurin osa naisista laihtuu 1000 kcal ja miehet 1500 kcal vuorokautisella energiansaannilla. Vaste energiansaannin vähentämisestä kuitenkin on yksilöllinen. (Uusitupa 2012b.)

Laihduuttavan henkilön ruokavalion tulee olla vähäenerginen ja sitä tulee voida noudattaa käytännössä. Laihdutusruokavalion laatiminen alkaa potilaan aikaisempien ruokailutottumusten selvittämisellä. Tottumusten pohjalta tehdään uusi, laihduttava ruokavalio. Tavoitteena on

muodostaa pysyvä muutos ruokailutottumuksiin. Suositetaan monipuolista kasvispainotteista ruokavaliota. Yksipuoliset laihdutusdieetit voivat myös toimia, mutta niiden ongelma on pysyvien ruokailutottumusten muuttumisen puute. (Uusitupa 2012b.) Nopea siirtyminen takaisin dieetistä tavalliseen syömiseen voi tuoda kilot takaisin korkojen kanssa. Dieetin aikainen ruoalla kikkailu voi myös olla huono malli lapsille, rasittaa sosiaalisia suhteita tai jopa terveyttä. (Voutilainen, Fagerholm & Mutanen 2015, 169 - 178.)

Käypä hoito suositusten mukaan aikuisen, laihduttavan ylipainoisen ihmisen ruokavalio tulisi sisältää rasvaa 25 - 35 E% hiilihydraatteja 40 - 60 E% ja proteiinia 15 - 25 E% kokonaisenergiamäärästä vuorokaudessa. Tämän voi käytännössä toteuttaa vähentämällä ruokavaliosta tyydyttynyttä rasvaa, sokeria, valkoisia viljoja ja alkoholia, jotka ovat niin sanottuja tyhjiä kaloreita sisältäviä ruokia. Voi myös pienentää perunan, riisin ja pastan annoskokoa ja lisätä vesi- ja kuitupitoisia ruokia kuten kasviksia, marjoja ja hedelmiä. (Duodecim. Käypä hoito -suositus. Lihavuus (aikuiset). 2013.)

Lihavuuden hoitoon sopii perusruokavalio. Suosituksen mukainen perusruokavalio sisältää täysjyväviljavalmisteita, kasviksia, hedelmiä ja marjoja sekä perunaa. Siihen kuuluu myös vähärasvaisia maitovalmisteita, kalaa, kanaa, vähärasvaista lihaa, kanamunaa, kasviöljyjä ja niitä sisältäviä levitteitä sekä sokeria. Perusruokavaliolle on ominaista suuri ravintoainetiheys. Ruokahalun säätelyssä auttaa säännöllinen ateriarhythmi. Kylläisyyden tunnetta voi lisätä ruokavaliolla. Ruokavaliossa on tällöin tavanomaista suurempi proteiinisältö; käytetään lihaa, kalaa, kanaa ja maitoa, tavanomaista suurempi viljan, erityisesti rukiin ja geeliiytyvän kuidun määrä; käytetään kauraa, ohraa, marjoja ja hedelmiä, kasviksia ja kuituvalmisteita (kaurakuitu), pieni rasvasisältö, alhainen energiatiheys; ruoan energiapitoisuutta pienentävät esim. ruoan sisältämä vesi tai kuitu tai käytetään olomuodoltaan kiinteää ruokaa; sama energiamäärä kiinteässä muodossa lisää kylläisyyttä enemmän kuin nestemäisessä muodossa. Keitoissa on hyvä olla pureskeltavia ruokapaloja. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.)

Erittäin niukkaenerginen ruokavalio (ENE-dieetti) on ravintovalmiste, joka sisältää vähän kaloreita, mutta tarpeelliset ravintoaineet tiiviissä muodossa. ENE-dieettiä voidaan käyttää potilaille joiden painoindeksi on vähintään 30 mutta yleensä yli 35. Hyötyjä dieetissä on, että paino laskee nopeasti. Näin ollen sitä voidaan käyttää esim. ennen lihavuusleikkausta tai tilanteissa jossa terveyden kannalta nopea painonpudotus on välttämätön. Dieetin jälkeen palataan asteittaan takaisin normaaliin ruokaan jonka energiamäärä vastaa uutta vähentynyttä energiantarvetta. ENE-dieettivalmisteita voi käyttää turvallisesti itsenäisesti 2 viikkoa. Ammattilaisen seurannassa dieetti kestää yleensä 6 - 12 viikkoa joka aikana laihtuminen on keskimäärin 15 - 20 kiloa. (Mustajoki 2015, 240 - 243.)

Laihdutuksen jälkeen painonhallintaan sopii suomalaiset ravitsemussuositukset. Terveyttä edistävän ruokavalion kokonaisuus on havainnollistettu ruokakolmiossa. Kolmion alaosassa on päivittäisen ruokavalion muodostavat ruoka-aineet, kolmion huipulla olevat ruoka-aineet eivät kuulu päivittäin käytettyinä terveyttä edistävään ruokavalioon. Lautasmalli puolestaan havainnollistaa hyvän aterian koostamista. Puolet lautasesta on kasviksia, kuten raasteita, kasvisöljypohjaisella kastikkeella tai kasvisöljyllä kostutettua salaattia ja / tai lämpimiä kasvislisäkkeitä. Noin neljännes annoksesta koostuu perunasta, täysjyväpastasta tai muusta täysjyväviljalisäkkeestä. Loppuneljännes lautasesta jää kala-, liha tai munaruoalle tai palkokasveja, pähkinöitä tai siemeniä sisältävälle kasvisruoalle. Ruokajuomaksi on hyvä käyttää rasvattonta maitoa tai piimää ja janojuomaksi vettä. Ateriaan kuuluu myös kasviöljypohjaisella rasvaveitteellä voideltu täysjyväleipä. Jälkiruoksi sopivat marjat tai hedelmä. Suomalainen ruokakulttuuri ja ruokatottumukset on huomioitu suosituksissa, mutta ravitsemuksellisesti riittävän ruokavalion voi koostaa monista muistakin ruoka-aineista ja elintarvikkeista. Suosituksen mukaan ruokavalio on vaihteleva ja monipuolinen. Päivittäiseen ruokavalioon kuuluvat kasvikset, marjat ja hedelmät, joita tulee syödä ainakin 500 g päivässä. Myös peruna ja vähäsuolainen täysjyväleipä ja muut täysjyväviljavalmisteen kuuluvat päivittäiseen ruokavalioon. Päivittäin on hyvä juoda rasvattomia ja vähärasvaisia nestemäisiä maitovalmisteita noin puoli litraa ja lisäksi voi syödä vähärasvaista ja vähäsuolaista juustoa. Viikoittain kalaa tulisi syödä 2-3 kertaa ja punaista lihaa (nauta, sika, lammas) ja lihavalmisteita tulisi syödä korkeintaan 500 g (kypsäpaino) suosien vähärasvaisia ja -suolaisia vaihtoehtoja. Suositeltavassa ruokavaliossa on vain vähän sokeria ja suolaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.) Ravitsemussuositukset yhdistettynä runsaasti kasviksia sisältävän ruokavalion esimerkkipäivään ja ravitsemusneuvottelukunnan peruseruokavalioon ovat liitteenä 2. Ruoan lisäksi tarvitaan talviaikana D-vitamiinilisä. (Voutilainen, Fogerholm & Mutanen 2015, 119; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.)

Paras ruokavalio painonpudotukseen vaihtelee henkilöittäin. Tutkimukset tukevat vähäenergistä ruokavaliota, mutta sopivan ruokavalion koostumuksesta ei ole sitovaa näyttöä. On kuitenkin tärkeää saada ruokavaliosta kaikki tärkeät ravintoaineet, ravintoaineiden merkitys kasvaa iän myötä. Esim. etenkin naisille on tärkeää saada riittävästi kalsiumia osteoporoosiriskin pienentämiseksi. Joillekin elämäntapamuutokset ei onnistu, vaan tulee harkita muita laihdutusvaihtoehtoja kuten laihdutusleikkausta tai lääkehoitoa. (Biddal, Leeds & Chistensen 2014.)

4.2.2 Liikunta nivelrikkosen painonhallinnan tukena

Biddal, Leeds ja Chistensen (2014) ovat koonneet tutkimuskatsaukseen nykytietämyksen ylipainosta ja nivelrikosta. Artikkelin mukaan pysyvä laihdutustulos voidaan saavuttaa pelkästään vähentämällä energiaa ruokavaliosta, mutta liikunta voi auttaa painon pudotuksessa. Pysyvässä painonhallinnassa laihdutuksen jälkeen aktiivinen elämäntapa auttaa selvästi. Pai-

non uudelleen nousua ehkäisee 80 minuutin kohtuullinen tai 35 minuutin reipas liikunta päivässä. Liikunnan avulla voidaan lisäksi merkittävästi parantaa liikkuvuutta ja toimintakykyä sekä vähentää kipua. Etenkin polven nivelrikossa on tärkeää laihduttaessa säilyttää alaraajojen lihasmassa ja -voima liikunnan avulla. Sekä kävely että polven ojentajalihasten vahvistaminen vähentävät kipua ja edistävät toimintakykyä. Harjoitusohjelman on oltava yksilöllinen huomioiden kunkin nivelrikkoisen liikkuvuus, liitännäissairaudet ja mieltymykset. Tutkimuksessa mainittiin myös esitetty oletus, että ylipainoisen nivelrikkoisen harjoittelu voi pahentaa nivelrikkoa suuremman kuormituksen vuoksi ja tämän vuoksi harjoittelu tulisi aloittaa vasta laihdutuksen jälkeen. Aihe vaatii kuitenkin lisää tutkimusta. (Biddal, Leeds & Chistensen 2014.) Liikunnan ja laihdutusruokavalion yhdistäminen on tehokkain tapa saavuttaa pysyvä laihdutustulos myös Health & Medicine Week (2013) julkaiseman artikkelin mukaan.

Nivelrikkoisille sopivat liikuntamuodot eivät aiheuta nivelille liikaa iskukuormitusta, esimerkiksi hyviä lajeja ovat esimerkiksi uinti, vesijumppa, pyöräily, kävely ja hiihto. Lihaskuntoa voi parantaa esimerkiksi kuntosaliharjoittelulla. Yhdistelemällä arkiliikuntaa, kestävyysliikuntaa ja lihaskuntoharjoittelua saavutetaan todennäköisesti paras tulos terveyden kannalta. Nivelrikkoisen ja varsinkin tekonivelen omaavan kannattaa kääntyä liikuntalääketieteeseen erikoistuneen lääkärin puoleen aloittaessa liikunnan harrastamisen. Lääkäri voi laatia liikunta-reseptin henkilökohtaisilla suosituksilla. (Fogelholm, Vuori & Vasankari 2011, 121 - 122, 164 - 167.) Myös Iso-Britannian kansallisessa hoitosuosituksessa nivelrikkoisille suositellaan liikuntalajeiksi pyöräilyä, uintia ja kuntosaliharjoittelua (National Clinical Guideline Centre (UK) 2014.) Nivelyhdistyksen (2014) internetsivustolta löytyy yleisluontoista tietoa tekonivelpotilaalle soveltuvista liikuntalajeista sekä Kuntosali kotonasi -harjoitusohjelma nivelrikkoisille.

Nivelrikkoiselle sopivat hyvin yleiset kestävyysliikuntasuositukset, joiden mukaan kohtuullisesti kuormittavaa aerobista liikuntaa tulisi harrastaa vähintään 2,5 tuntia viikossa. Esimerkiksi voi liikkua viitenä päivänä viikossa 30 minuuttia kerralla reippaasti kävellen. Terveysliikkujalle sopivia liikkumismuotoja ovat kävely ja pyöräily, esimerkiksi työ- ja asiointimatkoilla, sauvakävely tai raskaat koti- ja pihatyöt (UKK-instituutti). Liikuntaohjeet suunnitellaan yksilöllisesti niin, että huomioidaan muun muassa nivelrikkoisen ikä, nivelrikon oireet ja aste, muut sairaudet ja liikkumiskyky. Aerobisten harjoitusten päivittäistä suoritusaikaa ja intensiteettiä lisätään vähitellen oireiden salliessa. (Duodecim. Käypä hoito -suositus. Polvi- ja lonkkanivelrikko. 2014.) Suomalaisessa liikunnan käypä hoito -suosituksessa käytetään yhdysvaltalaista liikuntasuosituksista vuodelta 2008. Suosituksia on sovellettu UKK-instituutin liikuntapiirakassa (Duodecim. Käypä hoito -suositus (Liikunta) 2012.) Suomalaiset yleiset terveystieteiden suositukset 18-64-vuotiaille ovat UKK-instituutin kehittämässä Liikuntapiirakassa. Lisäksi on julkaistu useita liikuntaan liittyviä erityissuosituksia. (UKK-insituutti.)

Aktiivinen elämäntapa vaikuttaa merkittävästi painonhallintaan ja vyötärön ympärysmittaan. Aktiiviseen elämäntapaan kuuluu varsinaisen liikunnan lisäksi myös arkiaktiivisuus, esim. kävely ja portaiden käyttäminen. (Choi, Guterrez, Gilliss & Lee 2012.) Kaikki mukavalta ja sopivalta tuntuva liikkuminen sopii painonhallintaan. Lyhyistäkin jaksoista koostuva liikkuminen parantaa kuntoa ja auttaa painonhallintaa. Liikunta on osa tavallista arkea, esim. kaupassa käymistä, siivoamista, lasten hoitamista ja pihatöitä. Arkiliikunta ei vaadi erityistä ponnistusta ja se sopii kaikille. Painonhallintaan vaikuttaa liikunnan kokonaismäärä, liikkumiseen voi olla helpompi lisätä arkiliikuntaa kuin kuntoliikuntaa. Aineenvaihduntaan vaikuttavat sekä arki- että kuntoliikunta, mutta kunnon kohottamiseen arkiliikunta ei välttämättä riitä. Tosin esim. säännöllinen reipas työmatkapyöräily tai -kävely voi kohottaa kuntoaakin. Arkiliikuntaa voi lisätä esim. marjastamalla, sienestämällä, pyöräily- tai hiihtoretkillä perheen tai ystävien kanssa tai koiran kanssa lenkkeilemällä. (Borg, Heinonen & Haikarainen 2015, 174 - 175.)

Toimintakyky ei ala parantua heti liikunnan suorituksen jälkeen, vaan käytännössä tuloksia voi odottaa 2 - 3 kuukauden säännöllisen harjoittelun jälkeen. Harjoittelun jälkeinen yli kaksi tuntia jatkunut nivelkipu, paheneva lihasteikkous ja pienentynyt nivelliikkuvuus voivat kertoa liian suuresta harjoittelumäärästä. Tällöin kannattaa vähentää suorituksen tehoa tai määrää ja pitää taukoa kipua aiheuttaneesta harjoituksesta, mutta liikkua muilla tavoilla. Akuutissa kipuvaiheessa ja vaikeimpien kipujaksojen aikana voi harjoittaa isometrisiä lihasvoimaharjoituksia ilman vartalon painoa tai vesiliikuntaa. (Juhakoski & Arokoski 2014.) Isometrinen harjoittelu tarkoittaa harjoittelua, jossa lihasta supistetaan ilman, että nivelessä tapahtuu näkyvää liikettä (Duodecim. Käypä hoito -suositus. Polvi- ja lonkkanivelriikko. 2014).

Tule -oireisen liikunnanohjauksessa henkilökohtaisuus on keskeistä. UKK-instituutti tuottaa TULI -hankkeessa materiaalia, jonka avulla voidaan kouluttaa tule -oireisten liikuntaneuvoja ja liikunnanohjaajia. TULI -hankkeen tavoitteena on edistää liikuntaneuvojien ja liikunnanohjaajien taitoja ohjata tule -oireita kokevien aikuisten harraste-, kunto-, terveys- ja työpaikkaliikuntaa. Hankkeen päämääränä on tule -oireisten henkilöiden omaehtoisen liikunnan lisääminen. Ohjauksen keskeinen sisältö muodostuu fyysisesti aktiiviseen elämäntapaan kannustamisesta, turvallisten perusliikemallien oppimisesta, liikunnan turvallisuuden varmistamisesta ja yksilöllisestä annostelusta sekä liikuntavammojen ehkäisystä. (UKK-instituutti 2014.)

4.2.3 Lihavuuden lääke- ja leikkaushoito

Lääkehoitoa voidaan käyttää painonpudotuksessa elintapaohjauksen ohella ylipainoisille joiden painoindeksi on vähintään 30 tai 28 liitännäissairauksien kanssa. Pitää myös olla motivoitunut elintapamuutokseen eikä lääkehoito voi olla ainoa hoitomuoto. Orlistaatti on Suomessa tällä hetkellä ainoa myynnissä oleva lihavuuteen tarkoitettu lääke. Orlistaatti estää haiman

lipaasientsyymin toimintaa, joka johtaa siihen että osa syödystä rasvasta jää imeytymättä. (Duodecim. Käypä hoito. Lihavuus (aikuiset). 2013.)

Leikkaushoitoa voidaan harkita, jos on jo kokeiltu konservatiivista lääkkeetöntä hoitoa vähintään 6 kuukautta. Kantavien nivelten nivelrikko liitettynä yli 35 painoindeksiin voi kuitenkin olla riittävä aihe leikkaushoitoon. (Duodecim. Käypä hoito -suositus. Lihavuus (aikuiset). 2013.) Lihavuusleikkaukset ovat kehittyneet ja nykyään ne suoritetaan tähystystoimenpiteinä joko mahalaukun ohitukseksi tai mahalaukun kavennukseksi. Suomessa yleisempi on mahalaukun ohitus, missä mahalaukusta muotoillaan 20 - 50 ml:n ohutsuoleen yhdistettävä pussi ja ohutsuolessa ohitetaan. Uusi pussi täyttyy nopeammin ja luo kylläisydentunteet, lyhyempi ohutsuolet ottaa talteen vähemmän ravintoaineita. Mahalaukun kavennuksessa mahalaukusta poistetaan osa jättäen jäljelle mahalaukun alaosa. Pienennettyyn mahalaukkuun mahtuu vähemmän ruokaa. Ennen oli käytössä myös mahapantaleikkaus, josta nykyään on luovuttu lähes kokonaan Suomessa. (Salminen 2015, 254.)

4.3 Elintapamuutoksilla pysyvää painonhallintaa

Laihduttamiseen ja laihtumistuloksen säilyttämiseen eli painonhallintaan liittyy aina keskeisenä osana ohjaus käyttäytymisen muutoksiin. Joistakin vanhoista tottumuksista luopuminen tai niiden muokkaaminen ja uusien tottumusten oppiminen ovat edellytyksiä onnistuneelle lihavuuden hoidolle. Muutokset voi toteuttaa vain niihin motivoitunut henkilö itse. Tietoinen elintapamuutosten toteuttaminen perustuu harkintaan ja on tavoitteellista ja suunnitelmallista. Keskeisiä ohjausmenetelmiä käyttäytymismuutoksissa ovat mm. tietoisten ja selkeiden tavoitteiden asettaminen, muutoksen toteutumisen seuraaminen (esimerkiksi säännöllinen punnitus, ruoka- ja liikuntapäiväkirjat, askelmittari). (Duodecim. Käypä hoito -suositus. Lihavuus (aikuiset). 2013.) Muutos alkaa elämäntapojen muutostarpeiden tarkastelulla. (Pietiläinen 2015, 8 - 14.)

Hyödyistä huolimatta pysyvä painonhallinta laihdutuksen jälkeen on vaikeaa. Keskeistä painonhallinnassa on motivaatio elämäntapamuutosten säilyttämiseen. Pysyvässä painonhallinnassa on tärkeää saavuttaa ensin itse määrittelemänsä tavoitepaino, olla fyysisesti aktiivinen, säilyttää säännöllinen ateriarytmi, omata terveelliset ruokailutavat, johon sisältyy aamiainen, kontrolloida liiallista syömistä ja tarkkailla käyttäytymistään. Oman motivaation lisäksi tärkeitä tekijöitä ovat sosiaalinen tuki, hyvät selviytymiskeinot ja kyky hallita stressiä, vastuunkanto elämästään ja psyykinen vahvuus ja vakaumus. Riski painon uudelleen nousemiselle on suurempi, mikäli taustalla on painon vaihtelua, ruoan ahmimista, tunnesyömistä, syömistä stressiin tai passiivista reagoimista ongelmiin. (Biddal, Leeds & Chistensen 2014.)

Motivaatiota ja voimaa elämäntapamuutoksiin voi kerätä vähitellen omasta itsestään. Laihtuminen on yksinkertaista, paino putoaa kun energiaa saa kulutustaan vähemmän. Tämä vaatii onnistuakseen kuitenkin lukuisia arjen ratkaisuja. Tulee nukkua tarpeeksi, olla tarpeeksi aikaa itselle, syödä säännöllisesti, hallita ruokahalua, syödä tarpeeksi täyttäviä ja täysipainoisia aterioita, välttää napostelua ja piilokaloreita sekä liikkua riittävästi ja tehokkaasti. Näkemällä mahdollisuuden uuteen elintapaan, liikunnasta ja ruoasta nauttimiseen, hyvään oloon ja tyytyväiseen mieleen painonhallinnasta ja laihduttamisesta tulee helpompaa ja miellyttävämpää. Laihduttamisen myötä keho kuluttaa vähemmän energiaa. Kehon biologisiin ominaisuuksiin kuuluu tavoittelemisen takaisin vanhaan painoon. Tämä tarkoittaa, että ruokahalu voi lisääntyä ja energiakulutus laskee. Kyse ei siis ole heikosta luonteesta vaan biologiasta. Tämä on tiedostettava, jotta voidaan saavuttaa pysyvä painonlasku. Jos palaa entisiin elintapoihin laihtumisen jälkeen, paino nousee varmasti. (Pietiläinen 2015, 8 - 14.)

Pysyvän elintapamuutoksen onnistumiseen vaikuttaa moni asia. Sisäinen motivaatio ja omat psyykkiset voimavarat ovat asioita joita ei voida tarjota ihmisille valmiina. Ammattitaitoisella ohjaamisella voidaan auttaa laihduttajaa kehittämään ja kasvattamaan voimavarojaan ja motivaatiotaan. Laihduttaminen ja elintapojen muuttaminen pysyvästi olisi suositeltavaa aloittaa kun elämäntilanne on siihen sopiva. Jos elämäntilanteessa on stressitekijöitä ja arki kuormittavaa, voi elämäntapamuutoksen tekeminen olla liikaa. Epäonnistunut laihdutusyritys lannistaa, on tärkeää uskoa painonpudotuksen olevan mahdollinen. Muutokset ja tavoitteet on näin ollen oltava mahdollisia noudattaa. Suunnitelma painonhallintaan kannattaa laatia konkreettiseksi, omaan elämään sopivaksi ja aloittaa muutoksista, jotka tuntuvat helpoimmilta. (Turku 2015, 112 - 115.)

Jokainen voi oppia terveellisiä elämäntapoja. Elintapamuutosten lähtökohtana on omien elintapojen arviointi ja muutosmahdollisuuksien etsiminen, esim. ruokailutottumusten ja ruokavalintojen muuttaminen, parempi nukkuminen tai liikkumisen lisääminen. Elämäntapamuutoksessa kannattaa keskittyä ruokailu- ja liikuntatapojen muutokseen, ei painonmuutokseen. Paino voi lähteä laskuun elintapojen muutosten myötä, erityistä laihduttamista ei aina vaadita. Elintapamuutoksien tulee tuntua hyviltä, muuten niistä ei tule pysyviä. Jokin muutos voi vaikuttaa painoon toisia enemmän, tämä on yksilöllistä. Uusien elämäntapojen omaksuminen kestää usein pitkään. Satunnaiset poikkeamat suunnitelmasta kuuluvat elämään matkalla kohti pysyvää tulosta, ne eivät tarkoita epäonnistumista. Osa terveellisiä elämäntapoja on omasta jaksamisesta huolehtiminen. Jaksamista ja samalla laihtumista tukee hyvä nukkuminen, rentoutuminen, oman kehon hyväksyminen, tietoinen mielipahan välttäminen ja elämästä nauttiminen. (Pietiläinen, Mustajoki & Borg 2015, 23.) Ennen elämäntapamuutosta on hyvä miettiä riittävätkö voimat muutokseen juuri nyt. Voimat eivät ehkä riitä, jos elämä on liian kiireistä tai yöuni on riittämätöntä. Tällöin voi olla aiheellista ensin keskittyä elämän rauhoittamiseen ja nukkumisen parantamiseen. Muutokset kannattaa tehdä asteittain, aluksi voi

muuttaa yhden tai kaksi tottumusta. Uutta toimintatapaa kokeillaan useita viikkoja ennen kuin tietää sopiiko se itselle. (Mustajoki 2015, 194 - 195.)

Uni vaikuttaa elimistöön monella tapaa, myös painoon. Univaje häiritsee elintoimintoja kuten muun muassa immuunipuolustusta, hormonituotantoa ja keskushermostoa ja voi näin ollen altistaa sairauksille. Riittävän unen saannin varmistaminen ja uniongelmien hoito edistää laihdumista ja tukee painonhallintaa yhtälailla kuin ruokavalio ja liikunta. Univaje voi altistaa lihomiselle ja lihavuus voi heikentää unenlaatua. Unettomuutta hoidetaan ensisijaisesti lääkkeettömästi. Selvitetään ensin syyt unettomuudelle, jonka jälkeen sopiva hoitomuoto valitaan. (Partonen 2015, 162 - 163.)

Laihduttamistuloksen pysyvyyttä tutkittaessa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla, on todettu laihtumistuloksissa pysymisen olevan vaikeampaa kuin itse laihtuminen. Laihdutustulokset voivat olla hyvät, mutta paino tulee usein takaisin. 56 tarkastellusta tutkimuksesta vain 14 löytyi tuloksia laihdutustuloksen pysyvyydestä. Epäselväksi jää kuitenkin johtuuko tämä raportoinnin puutteesta vai itse laihdutustuloksen pysymättömyydestä. (Collins ym. 2013.)

Reed, Schifferdecker, Rezaee, O'Connor ja Larson (2012) kirjoittavat systemaattisessa katsauksessaan tutkimusten osoittaneen, että noin 20 % ylipainoisista on pystynyt pysyvään painonhallintaan. Onnistumista edistäviä tekijöitä ovat pitkäaikainen muutos käyttäytymisessä (esim. vähäkalorisen ruokavalion noudattaminen ja runsas liikunta) ja itsenäinen painon tarkkailu. Tietokoneiden avulla voidaan vahvistaa näitä tekijöitä, koska niissä yhdistyy pysyvyys, nimettömyys, skaalautuvuus, läsnäolo ja mahdollisuus hallita paljon tietoa. Tutkimuksessa tietokoneet eivät juuri tuoneet lisäarvoa painonhallinnan interventioille. Uudet kannettavat elektroniset laitteet (kuten älypuhelimet) ja uudet sovellukset (esim. sosiaalinen media) voivat lisätä interventioiden kykyä ja vaikutuksia.

5 Ohjaus hoitotyön auttamismenetelmänä

Käsitteenä ohjaus tarkoittaa tiedon, taidon ja selviytymisen rakentamista yhdessä ohjaajan ja ohjattavan tasavertaisessa vuoropuhelussa. Ohjaus on yksi hoitotyön auttamismenetelmistä, jossa hoitaja vuorovaikutuksen avulla tukee potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. Ohjaukseen piiriin kuuluvat kaikki, niin terveet ja sairaat, yksilöt ja ryhmät sekä kaikkien kulttuurien edustajat. Ohjauksen mahdollisuudet ovatkin rajoittamattomat, kohde-ryhmiä ja soveltamisalueita on lukuisia ja viestinnän uusimmat mahdollisuudet, kuten sosiaalinen media, laajentavat mahdollisuuksia edelleen. Ohjauksen tavoite on, että ohjattava ymmärtää hoidon, palvelun, muutoksen tms. ja kokee voivansa vaikuttaa siihen, tämä vaikuttaa ohjattavan motivoitumiseen ja sitoutumiseen. Ohjauksen avulla voidaan mahdollistaa ja rohkaista ohjattavaa osallistumaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon, mikä edellyttää riittä-

vää tiedon saantia. Hoitoon liittyvään päätöksentekoon osallistuminen puolestaan mahdollistaa ohjattavan ottavan itse vastuun hoidosta ja sitoutumaan siihen. Tiedon määrä ei ole ratkaisevaa, vaan ohjattavan tulee ymmärtää saavansa tieto ja kyettävä sitä hyödyntämään elämässään. Ohjattavan elämäntilanne ja kokemus siis ratkaisevat tiedon riittävyden. (Eloranta & Virkki 2011, 7 - 8, 15, 19 - 22.)

Eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitajan tulee pyrkiä tukemaan ja lisäämään ihmisten voimavaroja. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja ottaa hoitotyössä huomioon yksilön arvot, vakaumuksen ja tavat. Sairaanhoitaja kunnioittaa itsemääräämisoikeutta ja tukee potilaan mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2013, 18 - 19.)

Tiedon antaminen on ohjausta täydentävä muoto, esim. hoito-ohje leikkauksen jälkeen tai se voi olla valistusta joukkoviestinnän kautta. Tietoa ja valistusta voidaan antaa myös itseopiskeluna esim. oppaiden, tehtävien tai pelien avulla. Kääntöpuoli erityisesti joukkoviestinnän kautta annetussa valistuksessa on yksilöllisyyden puute. (Eloranta & Virkki 2011, 15, 19 - 22.) Tiedon antamisessa ohjattava saa tiedon ohjaajalähtöisesti, eikä asioiden tulkintoja ja erilaisia toimintavaihtoehtoja voida käsitellä vuorovaikutuksessa kuten ohjauskeskustelussa. Tietoa antaessaan ohjaaja antaa itse tarpeelliseksi näkemänsä tiedon. Ohjattava ei osallistu aktiivisesti asian ratkaisun etsimiseen vaan hän hakee itseltä puuttuvaa tietoa. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 19 - 20.) Yhä useammin tietoa etsitään itse internetistä (Ahonen ym. 2013, 35 - 36).

5.1 Kirjallinen ohje ohjauksen välineenä

Kirjallisen ohjeen käyttö on tarpeellista etenkin, kun suullisen ohjauksen toteutus aika on vähentynyt. Kirjalliset ohjeet voivat olla erilaisia ohjeita tai oppaita. Ohjeen pituus voi vaihdella yhdestä sivusta aina monisivuiseen kirjaan. (Kygäs ym. 2007, 124.) Myös kirjallinen ohje tulee olla perustelu, pelkkä neuvominen ei innosta toimimaan tai muuttamaan tapojaan. Kirjalliset ohjeet harvoin riittävät sellaisenaan varsinkaan omakohtaista pohdintaa vaativissa muutostilanteissa, yleensä niitä käytetäänkin tukemaan suullista ohjausta. Toisaalta kirjallinen ohje mahdollistaa asiaan palaamisen myöhemminkin, kun itsellä on siihen aikaa ja voimavaroja. (Eloranta & Virkki 2011, 73 - 77.) Kirjallisen ohjeen riskinä on väärinymmärrys sanattoman viestinnän puuttuessa ohjaajan ja ohjattavan välillä (Balzer-Riley 2012, 77).

Hollannissa on julkaistu opaslehtinen polvi- ja lonkkanivelrikon ei-kirurgisesta hoidosta. Vuonna 2013 (Cuperus ym.) julkaistussa laadullisessa tutkimuksessa selvitettiin potilaiden esteitä

ja motiiveja hyödyntää opaslehtistä. Suurimmaksi esteeksi opaslehtisen käytölle nähtiin tuen puute hoitohenkilökunnalta ja lisäksi tutkittavilla oli uskomuksia omahoidon merkityksettömyydestä. Toisaalta opaslehtisen käyttö mahdollistui, jos potilas ymmärsi oman aktiivisuuden merkityksen hoidossa ja koki tarvitsevansa tietoa omahoidosta.

5.2 Sähköinen ohjaus

Sähköistä ohjausta voidaan antaa erilaisten teknisten laitteiden, kuten videoiden, äänikasettien, tietokoneiden ja puhelimen välityksellä. Tietokoneavusteinen ohjaus tarkoittaa erilaisien ohjelmistojen käyttöä, internetin ja matkapuhelinten käyttö nähdään joukkoviestintänä tv:n ja radion ohella. Joukkoviestintä mahdollistaa viestin kohdistamisen yksilölle tai ryhmälle tarpeen mukaan. (Kyngäs ym. 2007. 116 - 124.) Tuomo Huurre (2014) määrittelee pro gradu -työssään sähköisen potilasohjauksen tarkoittavan tietokoneen ja tietoverkkojen avulla toteutettavaa potilasohjausta.

Teknologian yhdistäminen ohjaukseen on nykypäivää, palvelut voivat olla joko asiakkaan itse näistä käyttöä tai sisältää vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan kanssa. Internetistä löytyy hyvin tietoa eri sairauksista ja niiden hoidosta, niissä on mahdollisuus luoda vertaistukiverkostoja ja saada tukea terveydenhuoltohenkilöstöltä. Myös laihtumisen tueksi on saatavilla paljon erilaista tietoa. Tietoverkkojen kautta tieto on saatavilla ajasta ja paikasta riippumatta, mutta on tärkeää erottaa luotettavat ja asiantuntevat lähteet. Internetissä on myös monia ohjelmia, joiden avulla asiakas voi aloittaa esim. painon pudottamisen. Ohjelmissa voi olla mahdollista saada palautetta, ohjeita ja neuvoja sekä suunnitella elämäntapamuutosta. Internet-sivustoilla on myös testejä, joilla voi esim. arvioida elintapoja, sairastumisriskiä, ruoan laatua tai määrää sekä liikunnan riittävyttä. Internetin palveluista luotettavia ovat esim. kalorilaskentaan ja ruoanlaadun arvioimiseen Kalorilaskuri, Kiloklubi ja Keventäjät. (Kyngäs & Hentinen 2008, 113 - 114, 223 - 224; Borg 2015, 203 - 206.)

Vuonna 2014 suomalaisista 16 - 74-vuotiaista 67 % ja 16 - 89 vuotiaista 62 % etsi internetistä tietoa liittyen sairauksiin, ravitsemukseen tai terveyteen, sukupuolittain jakaumat olivat naisista 67 % ja miehistä 57 % (Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön tieto- ja viestintäteknikan käyttö). Suomalaiset haluavat käyttää terveystiedon terveystiedonlähteenä luotettavia tahoja, esimerkiksi Duodecimin ylläpitämässä vapaasti kansalaisten saatavilla olevassa Terveyskirjastossa tehdään yli viisi miljoonaa artikkelivausta kuukaudessa. Terveyskirjaston käyttö on koko sen olemassaolon ajan vuodesta 2005 alkaen lisääntynyt yli 20 % vuosittain. Terveyskirjasto noudattaa puolueettoman Health on Net järjestön laatimia terveystietosivustojen laatuvaatimuksia tiedon luotettavuuden takeena. Suomalaiset haluavat myös arvioida itse omaa terveydentilaansa ja terveyspalvelujen tarvettaan sekä huolehtia hoidosta omatoimisesti sähköisten palveluiden avulla, jos se vain on mahdollista. (Saarelma 2015.)

Sulosalmi (2015) on selvittänyt pro gradu-työssään miten suomalaiset nuoret miehet etsivät ja saavat tietoa ravitsemuksesta ja mitä tiedonlähteitä he pitävät tärkeinä ravitsemustiedonhankinnan suhteen. Tutkimuksen tarkoituksena oli pyrkiä lisäämään tietoa nuorten miesten ravitsemustietokäyttäytymisestä. Aineistona Sulosalmi käytti MOPO-hankkeen vuonna 2011 keräämää kutsuntakyselyaineistoa sekä Puolustusvoimien keräämää terveys- ja taustatietoa. Tutkimuksen mukaan internet oli nuorten miesten mielestä tärkein ravitsemustiedonlähde. Painettuja lähteitä ja medialähteitä nuoret miehet taas eivät pitäneet kovin tärkeinä ravitsemustiedonhankinnassa. Sulosalmi arvioi internetin olevan paras kanava nuorten miesten tavoittamiseksi ravitsemustietoa levittävien terveyskampanjoiden osalta. Tutkimuksessa ei selvitetty vastaajien perusteita arvioida eri tietolähteiden tärkeyttä ravitsemustiedonhankinnassa, mutta Sulosalmi päättelee aiempien terveystiedonhankinnasta tehtyjen tutkimusten perusteella, että heille on voinut olla tärkeää muun muassa tiedonlähteen ja sen sisältämän informaation saavutettavuus, luotettavuus ja ajantasaisuus. Internetin hän kuvaa olevan tiedonlähteenä kattava sekä nopea ja helppo saavuttaa, joskaan tiedon luotettavuus ei aina ole täysin varmaa. Internetistä löytyy myös luotettavana pidettävää terveystietoa, mutta jopa neljännekselle miehistä internetin terveystiedon luotettavuuden arviointi oli haastavaa.

Hyppösen, Winbladin, Reinikaisen, Angerian ja Hirvasniemen (2010) tutkimuksessa keskityttiin sähköisen palvelun vaikutukseen hoitohenkilöstökontaktien määrään, ei hoidon vaikuttavuuden arviointiin. Kontaktien määrä voi lisääntyä sähköisen palvelun tuodessa näkymätöntä palvelutarvetta näkyväksi. Moniin väestön terveyttä uhkaaviin riskitekijöihin voidaan vaikuttaa terveystietoisuuden lisäämisellä ja potilaan voimaantumista tukevan, neuvottelevaa vuorovaikutusta korostavan hoitosuhteen avulla. Potilaan tiedonsaanti, oman terveydentilan seuranta ja kotikirjanpito ovat nykyisin mahdollisia verkossa internetin ja sähköpostin avulla. Sähköinen asiointi tarkoittaa hallintoasioiden sähköistä vireillepanoa, käsittelyn ja päätöksen tiedoksi antamista. Lisäksi verkkosivuilla on palveluntyyppistä toimintaa, kuten esimerkiksi informaatio organisaatiosta, sähköiset lomakkeet ja muu passiivinen informaatio. Terveystiedonhuollon ammattilaisen rooli muuttuu sähköisen asioinnin myötä potilaan ohjaajaksi ja terveysvalmentajaksi, joka auttaa hoitotavoitteiden asettamisessa ja niiden saavuttamisen todentamisessa. Uutena tehtävänä ammattilaisten työssä on myös sähköisen palvelujärjestelmän käytön ohjaus. Tekesin Terveystiedonhuollon teknologia-ohjelman (2004 - 2009) tavoitteena oli uudistaa kroonisten sairauksien hoitojärjestelmä uutta viestintäteknologiaa hyödyntämällä sekä lisäämällä kansalaisten omaa vastuuta ja osuutta hoidon toteutuksessa ja seurannassa. Kokonaisuuteen kuuluvassa Oulun omahoitohankkeessa on pyritty kehittämään tietoteknologian avulla kansalaisten sähköistä asiointia, asiakkaiden omatoimisuutta ja osallistumista. Oulussa on kokeiltu omahoidon sähköisen palvelujärjestelmän käyttöä, erityisen käyttökelpoisena palvelua pidettiin painonhallinta-, astma-, diabetes- ja verenpaineasiakkaiden hoidossa ja ohja-

uksessa sekä laboratorioaikojen varaamisessa. Oulussa ajatuksena oli, että nekin, jotka vastustivat ylhäältä annettua ohjausta, voisivat löytää sähköisestä palvelusta jotain.

Wieland, Falzon, Sciamanna, Trudeau, Brodney Folse, Schwartz ja Davidson (2012) kirjoittavat katsauksessaan, että interaktiivisella tietokoneavusteisella interventiolla saadaan paremmat tulokset laihdutuksessa ja pysyvässä painonhallinnassa kuin ohjauksella tai esitteellä. Parhaat tulokset saadaan kuitenkin henkilökohtaisella ohjauksella.

6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa nivelrikkoisen painonhallinnan tueksi. Opinnäytetyön tavoitteena on terveyden edistäminen kannustamalla nivelrikkoisia pysyvään painonhallintaan. Tehtävänä on tehdä opas nivelrikkoisen painonhallinnan ja ohjauksen tueksi.

7 Toiminnallinen opinnäytetyö

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämälähtöinen, käytännönläheinen ja tutkimuksellisella asenteella toteutettu. Sen tavoite on ohjeistaa, opastaa, järjestää tai järjestelee käytännön toimintaa. Toiminnallinen opinnäytetyö tehdään tutkivalla asenteella, mikä tarkoittaa valintojen joukkoa, valintojen tarkastelua ja valinnan perustelua aihetta koskevaan tietoperustaan nojaten. Toiminnallisen opinnäytetyön lopputuotoksena on aina jokin konkreettinen tuote, esim. kirja, ohjeistus, tietopaketti tai tapahtuma. On tärkeää, että työssä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9 - 10, 31, 53, 154.) Tämän opinnäytetyön konkreettisena tuotoksena ovat käytännön toteutuksena sähköinen painonhallinnan opas ja opinnäytetyöraportti.

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on oman alan toiminnallisen taidon, tiedon ja sivistyksen kehittyminen. (Vilkkä 2006, 76.) Toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuksellinen selvitys kuuluu idean tai tuotteen toteutustapaan. Toteutustapa tarkoittaa sekä keinoja, joilla materiaali esim. oppaan sisällöksi hankitaan, että keinoja, joilla valmis opas toteutetaan. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei ole välttämätöntä käyttää tutkimuksellisia menetelmiä ja tutkimuskäytäntöjä käytetään hieman tutkimuksellista opinnäytetyötä väljemmässä merkityksessä. Saadun tiedon laatu pyritään turvaamaan käyttämällä valmiiden tutkimuskäytäntöjen perustasoa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 56 - 57.) Tässä opinnäytetyössä ammattitaito syvenyi perehtyessä painonhallintaan, ohjaamiseen ja nivelrikkoon. Tiedon laatu pyrittiin varmistamaan käyttämällä teorian tiedon kokoamiseen suunniteltua tiedonhakua.

Tässä opinnäytetyössä ajantasaisen tiedon hankkimiseen käytetty tietojenhaku edellytti aiheenmukaisen tiedontarpeen määrittelyä. Systemaattista, aiheenmukaista tiedonhakuja varten laaditaan hakusuunnitelma. Tiedonlähteiden valinnassa ja tiedonhaun toteutuksessa on kiinnitettävä huomiota laatusuhteisiin. Aluksi perehdytään alan yleistietoon eli perusteoksiin, lehtiin ja käsikirjoihin. Tämän jälkeen voi suunnitella tiedonhaussa käytettävät hakusanat ja niiden väliset suhteet. Myös tiedonhaun kohteet, kokoelmätietokannat, viitetietokannat, Internet, suunnitellaan etukäteen. (Avoinyliopisto 2002 - 2007.) Ajantasainen ja luotettava, näyttöön tai hyviin käytäntöihin perustuva, tieto on eettisesti kestävän toiminnan perusta. Tavoitteena laadukkaassa hoitotyössä on parhaan ja ajan tasalla olevan tiedon tarkka, arvioitu ja punnittu käyttäminen. (Eloranta & Virkki 2011, 14, 22.) Opinnäytetyönä tuotettavien ohjeistusten, oppaiden, käsikirjojen ja tietopakettien osalta lähdekritiikki on erityisen tärkeää, käytettyjen tietojen oikeellisuus on kuvattava ja sen on oltava ajankohtaista (Vilkka & Airaksinen 2003, 53).

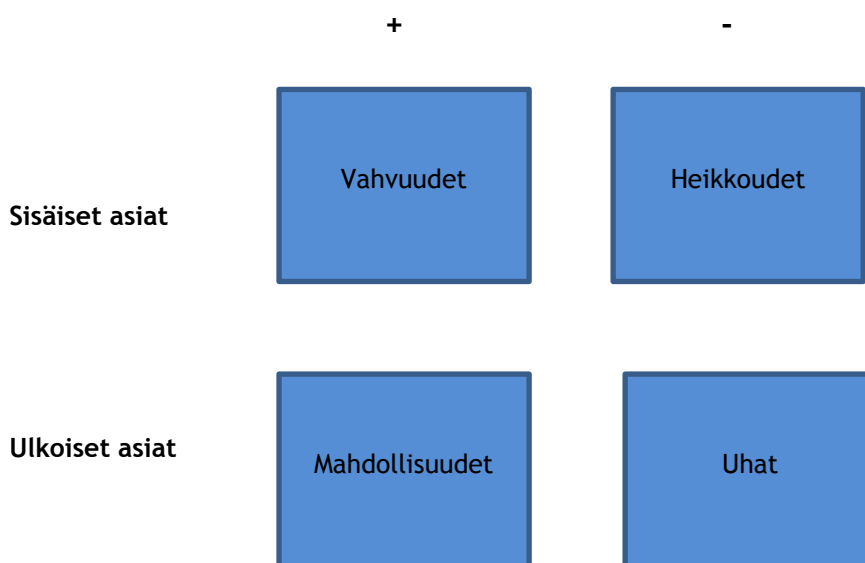
Oppaan toteuttamisessa hyödynnettiin kirjallisen potilasohjeen periaatteita. Kirjallisen ohjeen tulee olla kirjoitettu asiakkaalle tai potilaalle, ei hoitohenkilökunnalle. Ohjeen asenne on asiallinen, arvostava ja potilaan itsemääräämisoikeutta tukeva. Siinä on hyvä käyttää suora puhuttelua passiivin sijaan. Ohjeen tulee pohjautua ajantasaiseen tietoon ja olla virheettön, ajantasaisuuden takaa parhaiten ohjeen päivittämiseen nimetty vastuuhenkilö. Ohjeen ymmärtämisen mahdollistaa selkeä esitystapa, asioiden tulee liittyä loogisesti toisiinsa. Lukijan kannalta loogisuus on usein sama kuin asioiden tärkeysjärjestys, tärkeimmät asiat kannattaa esittää ensin. Ohjeen helppolukuisuuteen vaikuttavat tekstin viimeistely, fontti (esim. Calibri on helppolukuinen), yleiskielen käyttö, ohjeen pituus ja lauserakenne. Näytöltä luettavassa ohjeessa tulee tekstin selkeyteen kiinnittää erityistä huomiota, koska näytöltä lukeminen on hankalampaa kuin paperilta. Erityisesti tekstin selkeys on huomioitava, virkkeet ja kappaleet pidetään lyhyinä. Myös ohjeen tulostaminen paperille on huomioitava. Värien ja kuvien käyttö sähköisessä materiaalissa on helppoa ja värillisellä esitteellä on todettu olevan mustavalkoista parempi huomioarvo. (Eloranta & Virkki 2011, 73 - 77.)

Oppaan typografian osalta suunniteltiin ehdotus Nivelyhdistykselle. Typografiassa huomioidaan tekstin asettelu painopinnalle esim. palstoihin, kuvien sijoittelu tekstin yhteyteen ja fonttien valinta. Typografian tarkoitus on esittää teksti kiinnostavalla, helppolukuisella ja lukijan silmää miellyttävällä tavalla. (Korpela 2010, 7 - 11.) Lopullinen ulkoasu muodostuu, kun julkaisumuoto on ratkaistu ja käytettävät resurssit selvillä.

Oppaan arviointi tapahtui vaiheittain analysoimalla SWOT -analyysillä kerättyjä palautteita. Ensimmäisessä vaiheessa arvioitiin oppaan sisältöä Nivelyhdistyksestä pyydetyn palautteen perusteella. Oppaan toisessa versiossa arvioitiin muokattua sisältöä ja kehitettyä ulkoasua valikoidun vastaajajoukon palautteen ja itsearviointin perusteella. Vastaajajoukkoon kuului

kaksi nivelrikkoista ja yksi sairaanhoitaja. Molemmissa oppaan versiossa huomioitiin myös opinnäytetyönohjauksesta saatu palaute. Oppaan kolmas versio hyväksyttiin Nivelyhdistyksessä ja opinnäytetyönohjauksessa.

SWOT -analyysi nimi tulee englanninkielisistä sanoista strengths (vahvuudet), weaknesses (heikkoudet), opportunities (mahdollisuudet) ja threats (uhat), analyysissä arvioidaan voimavaroja ja toimintaympäristön piirteitä (kuvio 2). (Viitala & Jylhä 2014, 49 - 50.) Analyysissä löytyneiden uhkien ja heikkouksien pohjalta suunnitellaan ja toteutetaan muutokset oppaaseen.



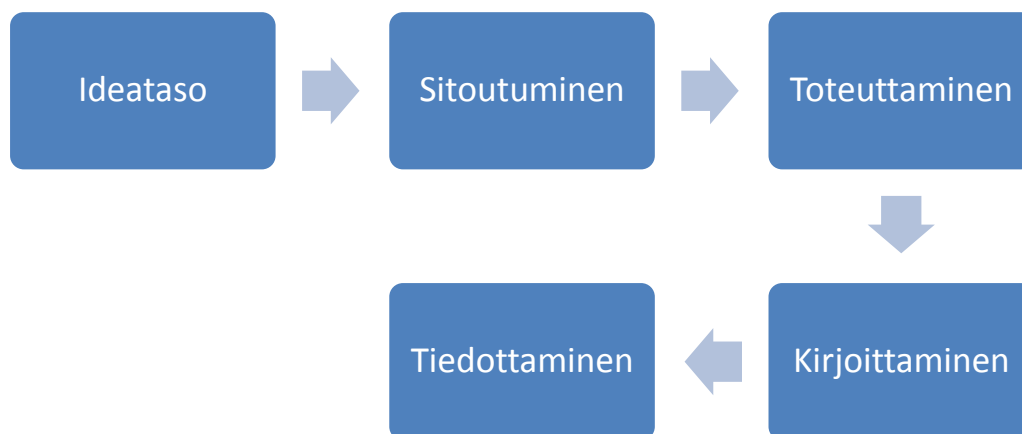
Kuvio 2: SWOT-analyysi

Osana arviointia oli teemahaastattelussa valikoidulta vastaajajoukolta saatu palaute. Teemahaastattelussa keskeistä on, että haastattelu etenee keskeisten teemojen varassa eikä yksityiskohtaisten kysymysten kautta. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, teema-alueet eli haastattelun aihepiirit ovat kaikille samat. Teemahaastattelu huomioi sen, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamat merkitykset ovat keskeisiä sekä sen, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 48.) Yksilöhaastatteluna toteutettava teemahaastattelu on eräs laadullinen tutkimusmenetelmä aineiston keräämiseen. Kerätyn aineiston analyysin ei ole välttämätöntä olla tarkka, vaan sitä voi käyttää lähenteenä konsultaation tavoin. Esim. litterointia ei ole välttämätöntä tehdä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 56 - 64).

7.1 Opinnäytetyöprosessin eteneminen

Opinnäytetyöprosessi voidaan jakaa tutkimusprosessin kulun mukaisesti viiteen vaiheeseen (kuvio 3). Ideatasolla tutustutaan toimeksiantajaan ja määritetään tutkimusongelma, tavoite

ja toteuttamistapa. Sitoutumisvaiheessa tehdään tutkimussuunnitelma ja tarvittaessa tehdään rahoitussuunnitelma ja hankitaan tutkimusluvut. Toteuttamisvaiheessa hankitaan ja analysoidaan tutkimusaineisto sekä tulosten perusteella tehdään johtopäätökset ja kehittämisehdotukset. Kirjoittamisvaiheessa tuotetaan tutkimusteksti. Tiedottamisvaiheessa julkaistaan tutkimustuotos. Koko prosessin ajan kirjoitetaan työpapereita, muistiinpanoja ja lopullista tutkimustekstiä. (Vilka 2015, 56 - 91.)



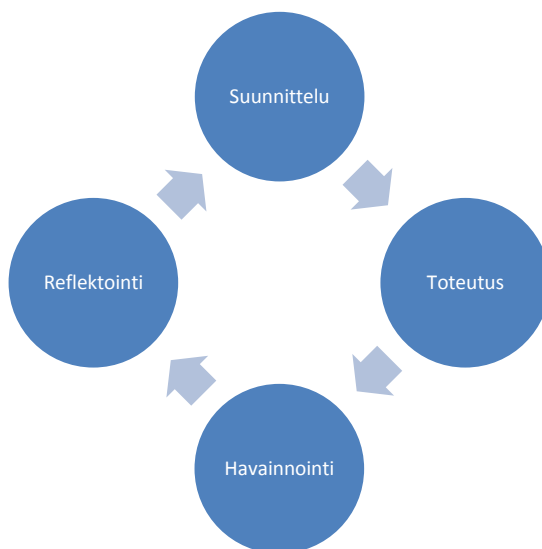
Kuvio 3: Tutkimusprosessin kulku mukaillen Vilka 2015, 57.

Tämän opinnäytetyön ideointi käynnistyi helmikuussa 2015 opinnäytetyötorilla, jossa esiteltiin Nivelrikkosen asiakkaan toimintakykyä edistävä ohjaus - projektia. Nivelterveys oli kiinnostava ja melko vieras aihe, joten syntyi päätös perehtyä tarkemmin aiheeseen. Opinnäytetyöprosessi alkoi tutustumisella Nivel.fi -sivuston sen hetkiseen materiaaliin ja uuden sähköisen materiaalin ideoinnin aloittamisella. Painonhallinta ja laihdutus nousivat Niveltiedon keskustelupalstan kautta esille, mutta materiaalia painonhallinnan tueksi ei sivustolla ollut. Sairaanhoidtajana aihe innosti myös kansanterveyden näkökulmasta, joten opinnäytetyön aiheeksi valikoitui painonhallinta.

Sitoutumisvaihe käynnistyi kesäkuussa 2015, jolloin alkoi opinnäytetyön suunnittelu ja tutkimussuunnitelman tekeminen tutustumalla kirjallisuuteen ja tutkimustietoon. Tietoa etsittiin kesällä 2015 mm. alan ammattikirjallisuudesta ja oppikirjoista. Oppikirjoja etsittiin Laurean Otaniemen kirjastosta ja Helmet -hauilla. Lisäksi lähteenä käytettiin Käypä hoito -suosituksia ja muuta Duodecimin materiaalia. Suomalaiset asiantuntijat ovat laatineet Duodecimin tuottamat, laajasti terveydenhuollossa käytettävät Käypä hoito -suositukset, joissa lähdeaineistona on myös kansainvälisiä Cochrane -katsauksia (Ahonen ym. 2013, 21 - 22). Aineiston perusteella aloitettiin teoreettisen viitekehyksen kirjoittaminen, teoreettisiksi lähtökohdiksi valikoituivat terveyden edistäminen painonhallinnan keinoin, ohjaus hoitotyön auttamismenetelmänä ja nivelrikko. Tutkimussuunnitelmassa päätettiin, että tuotos olisi sähköiseen muotoon

tehtävä opas, joka olisi saatavilla Nivelyhdistyksen internetsivustolla. Oppaan sisältö muodostuisi tietojenhakuun perustuvasta teoriatiedosta. Tiedonhakuja varten laadittiin hakusuunnitelma kerätyn teoriatiedon pohjalta. Opinnäytetyön arviointi suunniteltiin koostuvan SWOT-analyysillä käsitellystä palautteesta, jota pyydettiin Nivelyhdistyksestä, kahdelta vapaaehtoiselta nivelrikkoiselta, sairaanhoitajalta ja viestinnän ammattilaiselta. Lisäksi päätettiin tehdä itsearviointi SWOT-menetelmällä. Rahoitussuunnitelmaa ja tutkimuslupaa tähän opinnäytetyöhön ei tarvittu. Opinnäytetyösuunnitelmaa tarkennettiin useaan kertaan syksyn 2015 aikana ja suunnitelma hyväksyttiin joulukuussa 2015. Hyväksytystä suunnitelmasta pyydettiin vielä hoitotyön opettajan kommentit, jotka huomioitiin toteuttamisvaiheessa.

Tässä opinnäytetyössä oppaan toteuttamisvaihe eteni hyödyntäen toimintatutkimuksen vaiheittaista sykliä. Tutkimuksen tekeminen nähdään usein vaiheittaisena, johdonmukaisesti etenevänä prosessina. Toimintatutkimus puolestaan usein kuvataan syklinä, jossa on sekä konstruoivia että rekonstruoivia vaiheita (kuvio 4). Konstruoiva toiminta on uutta rakentavaa, kun taas rekonstruoivissa vaiheissa havainnoidaan ja arvioidaan toteutunutta toimintaa. Syklin vaiheet vuorottelevat kehämäisesti. Ensin suunnitellaan tuotos, sitten sitä kokeillaan käytännössä ja kokeilun aikana havainnoidaan ja kerätään havaintoaineistoa. Seuraavaksi toimintaa arvioidaan tai reflektoidaan, ja arvioinnissa syntyneet ajatukset ovat uuden kokeilun pohjana. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2008, 78 - 79.)



Kuvio 4: Toimintatutkimuksen sykli mukailen Heikkinen, Rovio ja Kiilakoski 2008, 35.

Verkossa julkaistava PDF- tai vastaava materiaali on tarkastettava sisällön ja esitysmuodon osalta. Jotta välttyttäisiin useilta tarkistus- ja muutuskierroksilta, on suositeltavaa aloittaa julkaisun tarkastus tarkoituksesta ja kohderyhmästä. Seuraavaksi tarkastellaan sisällön raken-

netta, laajuutta ja käsittelytapaa, asiasisältöä sekä kieliasua ja oikeinkirjoitusta. Viimeisemmäksi tarkastetaan julkaisun typografia eli esitysmuoto ja muu ulkoasu. (Korpela 2010, 7, 31 - 35.) Tässä opinnäytetyössä oppaan tarkastukset etenivät sisällöstä ulkoasuun eri versioissa. Jokaisessa versiossa tehtiin muutoksia sekä sisältöön että ulkoasuun.

Toteuttamisvaihe käynnistyi intensiivisesti joulukuussa 2015 tutkimustiedon haulla ja teoria-tiedon täydentämisellä. Tiedonhaku tehtiin PubMed-, Medic-, CINAHL with fulltext (EBSCO)-, ProQuest Central-, Julkari-, Terveysportti- ja Cochrane Library-tietokantoihin. Hakutulokset rajattiin lonkka- ja polvinivelrikkoon, aikuisiin ihmisiin, vuoden 2004 (pääosin vuoden 2009), jälkeen julkaistuihin artikkeleihin ja julkaisuihin, joista oli koko teksti saatavilla. Hakutuloksia saatiin runsaasti ja niistä valittiin mahdollisimman uudet tutkimukset sekä kotimaisesti että ulkomaisesta hakutuloksista. Laihdutuksen vaikutuksista polvinivelrikon oireisiin löytyi hyvin tutkimustietoa, mutta materiaali oli pääosin vuotta 2010 vanhempaa. Hakutulosten joukossa oli useita kokoavia katsauksia tutkimuksiin, joiden perusteella oli kuvattu nykytietämystä esim. nivelrikon riskitekijöistä. Katsausten pohjalla olevat tutkimukset oli pitkältä aikaväliltä, aina 90 - luvun lopusta viime vuosiin. Teoriatiedon pohjalta suunniteltiin ja toteutettiin oppaan ensimmäinen versio. Havainnointi ja reflektointi yhdistyivät oppaan arvioinnissa; oppaasta hankittua palautetta analysoitiin ja analyysin pohjalta suunniteltiin ja toteutettiin muutokset oppaaseen.

Ensimmäisessä oppaan versiossa keskityttiin sisältöön ja esitysmuodon ideointiin. Oppaan sisältö kirjoitettiin sekä power point- että word - muotoon. Esitysmuotoa eli typografiaa suunniteltiin työpajassa saadun idean ja Nivelyhdistyksen internetsivustolla käytettävien värien pohjalta. Ideana oli päästä oppaan etusivulta siirtymään aihekokonaisuuksiin, joista voi palata takaisin etusivulle. Oppaan ensimmäisen version sisällöstä ja esitysmuodosta kysyttiin palautetta ja ehdotuksia Nivelyhdistyksestä. Nivelyhdistyksestä saatiin palautetta sisällöstä sekä ohjeita esitysmuodon ja valokuvien osalta. Kuvat suositeltiin otettavan itse, niitä olisi sitten mahdollista muokata Nivelyhdistyksessä ennen julkaisua. Kuvat eivät saa olla tähtäneitä tai ylivalottuneita, paras on luonnonvalo ulkona tai hyvässä yleisvalossa sisällä ilman salamaa. Kuvat voidaan toimittaa Nivelyhdistykseen esim. Dropbox -linkin kautta. Lähdeviitteitä ei tarvitse välttämättä tuoda internetsivuilla esille, vaan Nivelyhdistys voi laittaa tekstin oheen tiedon: Halutessasi voit pyytää lähdeviitteitä osoitteesta toimisto@nivel.fi (tms.). Vaihtoehtoisesti lähdeviitteet voidaan laittaa aihealueittain erillisten ”Lähteet” -tekstilinkkien taakse. Lähdeviittaukset päätettiin jättää toteutusvaiheessa entiselleen, jotta lähteet ja niiden sopivuus on helpompi tarkastaa. Oppaan lopulliseen versioon lähdeviitteet merkataan sovitun mukaisesti.

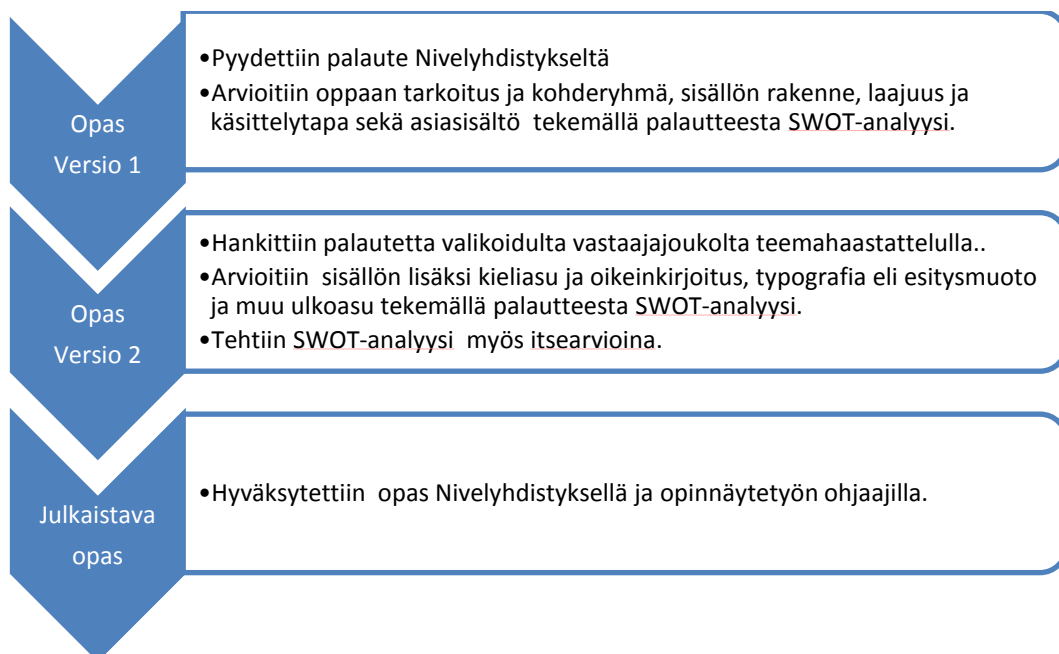
Oppaan toista versiota kehitettiin etenkin esitysmuodon osalta. Oppaan idea oli, että esim. internetsivu toimisi etusivuna, jolta olisi siirtymät eri aihealueisiin. Etusivun aihealueiksi vali-

koituivat pysyvä painonhallinta, liikunta, ruokavalio ja lisätiedot. Aihealueet muotoiltiin omis-
sa tiedostoissaan word -muodossa ja liitettiin valokuvia tekstiin. Lisäksi oppaan etusivusta
tehtiin word -versio. Valokuvia otettiin itse ja perheenjäsenten voimin kesästä 2015 alkaen,
niistä sopivimpia valikoitiin oppaaseen. Sisältöä muokattiin Nivelyhdistyksestä saadun palaut-
teen perusteella, motivoivia elementtejä ja konkreettisia esimerkkejä pyrittiin lisäämään.
Tutkimuksista näitä elementtejä ei löytynyt, joten lähteinä käytettiin muita artikkeleita sekä
kirjallisuutta.

Oppaan kolmas versio muodostui valitulta vastaajajoukolta saadun palautteen perusteella,
muutoksia tehtiin sekä sisältöön että esitysmuotoon. Sisältöä muokattiin etenkin ravinto-
osuudessa, johon toivottiin konkreettisia esimerkkejä. Kieliasusta saatiin myös kommentteja,
jotka hyödynnettiin oppaan kolmannessa versiossa.

7.2 Oppaan arviointi

Oppaan arviointi koottiin saaduista palautteista ja käsiteltiin SWOT-menetelmää käyttäen
(kuvio 5). Nivelyhdistyksen palautteet saatiin sähköpostilla ja puhelimitse. Valittu vastaaja-
joukko sai etukäteen tutustuttavaksi oppaan materiaalin ja palaute kerättiin helmikuussa
2016 yksilöhaastatteluissa, joissa hyödynnettiin teemahaastattelurunkoa (liite 1).



Kuvio 5 Oppaan arviointi- ja muutosprosessin kulku

Ensimmäinen versio oppaasta oli tiedonhalulla saatuun sisältöön perustuva tekstiversio, josta saatiin palautetta Nivelyhdistyksestä. Nivelyhdistyksen toiveena oli lisätä tekstiin esimerkkejä

tai muuta sellaista aineistoa, joka muuttaa hyvän teorian lukijalle konkreettiseksi. Lisäksi toivottiin motivoivia elementtejä.

Oppaan toisesta versiosta tehtiin itsearviointina SWOT-analyysi. Analyysissä korostuivat uhat. Tutkimuksista nousi esiin esimerkiksi, että painonhallinta on tehokkaampaa, jos asiakas saa henkilökohtaista ohjausta. Sähköisessä materiaalissa ilman henkilökohtaista kontaktia on myös väärinymmärryksen vaara. Myös ammatillisen osaamisen rajat ravitsemuksen ja liikunnan osalta nousivat esille, toisaalta moniammatillisen yhteistyön ymmärtäminen kehitti ammattitaitoa. Tästä versiosta pyydettiin lisäksi palautetta valikoidulta vastaajajoukolta teema-haastattelun avulla. Vastaajajoukkoon kuului kaksi nivelrikkoista ja yksi sairaanhoitaja. Myös viestinnän ammatillaisen haastattelua suunniteltiin, mutta päädyttiin hyödyntämään Nivelyhdistyksestä saatua apua. Haastateltavien henkilöllisyys on vain opinnäytetyön tekijöiden tiedossa ja opinnäytetyön valmistuttua haastattelujen muistiinpanot tuhoataan.

Nivelrikkoisten palautteen mukaan opas oli monipuolinen ja tiivis kokonaisuus, lisätiedot muita aihealueita suppeampi sisällöltään. Unen merkitys mainittiin uutena tietona, muuten ei uutta tietoa. Tyyliä luonnehdittiin neutraaliksi, asialliseksi ja arvostavaksi. Lähteitä pidettiin luotettavana ja nähtiin tärkeäksi, että lähteet ovat näkyvillä. Etusivun esitysmuodoksi toivottiin kuvallista versiota. Materiaalin koettiin herättävän ajatuksia ja muistuttavan painonhallinnasta, varsinaiseksi tueksi painonhallintaan siitä ei nähty olevan hyötyä. Enemmän nähtiin säännöllisen henkilökohtaisen kontaktin toimivan painonhallinnan tukena. Motivoivana pidettiin tietoa arkiliikunnasta, mutta liikuntasuosituksen aikamääriä lannistavina. Ruokavaliosta toivottiin esimerkkipäivää, ruokakolmiota ei pidetty kiinnostavana. Palautteiden perusteella päätettiin poistaa ruokakolmio oppaasta ja koota ruokailun esimerkkipäivä. Ravintovinkkien antamisesta pohdittiin pitkään, koska ravintoneuvonta ei kuulu sairaanhoitajan osaamisalueelle, vaan ravitsemusterapeuttia käytetään asiantuntijana ohjauksessa. Päädyimme lisäämään yleisluontoista ravintotietoa oppaaseen.

Sairaanhoitajan palautteen mukaan opas oli selkeä ja helppolukuinen, tarkoituksenmukaisuus näkyi ja oppaan hyödynnettävyys potilasohjauksessa nähtiin. Esimerkkitapaukset esim. BMI laskeminen, koettiin selkeinä. Lähteitä oli runsaasti, mikä lisäsi luotettavuutta. Pidettiin tärkeänä, että lähteet ovat näkyvillä. Otsikointia toivottiin selkeämmäksi, ehdotuksena oli että väliotsikot voisi värittää esimerkiksi vihreiksi. Linkit koettiin hukkuvan tekstiin. Yleisesti oltiin sitä mieltä, että opasta voitaisiin käyttää tukena potilasohjauksessa lisämateriaalina henkilökohtaisen ohjauksen tukena tai yksittäisenä potilaalle tutustuttavaksi.

Palautteiden analysoinnin (kuvio 6) jälkeen oppaasta muokattiin kolmas versio joka lähetettiin hyväksyttäväksi Nivelyhdistykseen maaliskuun 2016 alussa. Opas (liite 3) on ehdotus internetsivujen sisällöstä ja ulkoasusta, lopullinen julkaisu ja ulkoasun muotoilu tapahtuu Nivelyh-

distyksessä. Nivelyhdistykselle luovutettu materiaali on Nivelyhdistyksen vapaasti hyödynnettävissä.

<p>Vahvuudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vahva teoriaosuus. • Valokuvien ottaminen itse turvallisina vaihtoehtoina. • Moniammatillisten osaamisalueiden pohdinta. • Monipuolinen kokonaisuus, sopivan tiivis ja selkeä. • Luotettavat lähteet ja perustelut, koettiin tärkeänä että lähdeviittaukset näkyvät. • Asiallinen ja arvostava kirjoitustyyli. • Motivoi arkiliikuntaan. • Lohdullinen; muutos voi olla hyödyksi ilman painonmuutostakin. 	<p>Heikkoudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ei tarpeeksi konkreettinen lukijalle. • Ei tarpeeksi motivoiva. • Teksti pitkäkö. • Kuvaamistaito ei ammattimaista, kuvien käyttökelpoisuus. • Painonhallintaan liittyvät ravitsemus ja liikunta eivät syvällisesti liity sairaanhoidajan osaamiseen. • Tiedot yleisellä tasolla lähteistä koottuna, ei persoonallinen eikä omaa tuotosta.
<p>Mahdollisuudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Useita toteutusvaihtoehtoja lopullisessa julkaisumuodossa. • Materiaalia voi kehittää muiden ammattiryhmien osaamisen avulla. • Lisää motivointia korostamalla lyhyidenkin liikuntatuokioiden hyötyjä. • Ruokavaliota selkeämmäksi esimerkkipäivän avulla. • Tietoa voi käyttää sekä painonpudotukseen että painonhallintaan ennaltaehkäisevästi ja laihdutuksen jälkeen. • Sairaanhoitajalle lisätietoa ohjaukseen. 	<p>Uhat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suunniteltu esitysmuoto ei välttämättä sovellu julkaistavaksi Nivelyhdistyksessä. • Resurssien käytettävyys Nivelyhdistyksessä ja opinnäytetyön aikataulun yhdistäminen. • Sähköisessä materiaalissa ilman henkilökohtaista kontaktia on väärinymmärryksen vaara. • Painonhallinta ja laihdutus onnistuvat paremmin, jos saa henkilökohtaista ohjausta.

Kuvio 6: Painonhallinta oppaan SWOT -analyysi

8 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa nivelrikkoisen painonhallinnan tueksi. Opinnäytetyön tuottaminen oli pitkä ja monivaiheinen prosessi. Opinnäytetyön suunnitelmaa kirjoitettiin kesäkuukausina, jolloin ei saatu ohjausta ja työ ei edennyt toivotulla tavalla. Teoriaosuutta kirjoitettiin ammattikirjallisuuteen pohjautuen. Prosessi jatkui syksyllä korjaamalla suunnitelmaa ja täsmentämällä tiedonhaun kriteereitä. Tiedonhaualla löytyi runsaasti tutkimustietoa, mutta hakutulosten rajaaminen vaati aikaa ja keskustelua. Haastavinta olikin valita paras mahdollinen tieto teoriaosuuteen. Oppaan sisältö muotoutui tiedonhaun tuloksista ja oppaan tuottaminen eteni nopeasti suunnitelman mukaan teoriaosuuden perusteella. Tiedonhaun menetelmistä ja lähdekritiikin merkityksestä saatiin paljon oppia opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäytetyössä ei tuotettu uutta tietoa nivelrikkoisen painonhallinnasta, mutta jo olemassa olevaa tietoa yhdisteltiin uudella tavalla tuottaen painonhallinnan ohje.

Opiskelijan näkökulmasta on tietämys nivelrikosta ja painonhallinnassa kehittynyt opinnäytetyöprosessin myötä. Painonhallintaan vaikuttavat monet seikat saivat ajattelemaan asiakkaan tai potilaan elämäntilannetta uudella tavalla. Tämä kehitti ohjaamisen taitoa, kaikessa ohjaamisessa voi huomioida paremmin ihmisen kokonaisuudessaan. Nivelrikkoisten haastattelut sensitiivisestä aiheesta auttoivat näkemään miten kirjoitetut tai sanonut sanat vaikuttavat ihmisen tunteisiin ja asenteisiin. Koska ohjaaminen on sairaanhoitajan keskeinen auttamismenetelmä, on ohjaamisessa kehittyminen tärkeää.

8.1 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyön tavoitteena oli terveyden edistäminen kannustamalla nivelrikkoisia pysyvään painonhallintaan. Tehtävänä oli tehdä opas nivelrikkoisen painonhallinnan ja ohjauksen tueksi. Tuotetussa oppaassa on pyritty tuomaan nivelrikkoisen painonhallinnan tueksi tutkittua tietoa ja konkreettisia esimerkkejä kirjallisuudesta. Nivelrikkoisten palautteiden perusteella materiaalin koettiin herättävän ajatuksia ja muistuttavan painonhallinnasta. Motivoivana pidettiin tietoa arkiliikunnasta ja toivottiin konkreettista esimerkkiä ruokavaliosta, joka palautteiden perusteella lisättiin materiaaliin. Henkilökohtainen kontakti painonhallinnan tueksi nähtiin kuitenkin tärkeäksi. Opasta pidettiin tyyliältään toisaalta neutraalina, toisaalta arvostavana ja tukevana. Pienen vastaajajoukon perusteella on mahdotonta arvioida miten hyvin opas toimii kannustimena pysyvässä painonhallinnassa. On mahdollista, että oppaan lukija ajattelee painonhallintaa uudesta näkökulmasta tai saa motivaatiota hakeutua tarvittaessa terveydenhuollon piiriin saadakseen tukea elämäntapamuutoksiin. Vaikka opinnäytetyö on rajattu polvi- ja lonkkanivelrikoon, voi ohjeistusta hyödyntää kaikki nivelrikkoiset.

Opinnäytetyöprosessin aikana selkeytyi, että yleisiä ohjeita pysyvään painonhallintaan ei voi kirjoittaa. Jokaisen ihmisen elämäntilanne, terveydentila ja tarvittavat elämäntapamuutokset ovat erilaisia. Oppaassa pyritään tuomaan tämä esille ja herätellä lukijaa pohtimaan oman elämänsä muutostarpeita ja mahdollisia muutoksia käytännössä. Mahdollisena riskinä itsearvioinnissa pidettiin tekstistä syntyviä väärinymmärryksiä, tätä on pyritty välttämään ohjaamalla terveydenhuollon piiriin ja korostamalla laihdutuksen ja painonhallinnan yksilöllisyyttä.

Alkuperäisenä ideana opinnäytetyössä oli tuottaa sähköinen huoneentaulu painonhallinnan tueksi. Tarkoitus oli tuottaa etusivulta valiten mahdollisuus siirtyä lukemaan tarkempaa tietoa eri aihealueista, esimerkiksi ruokavaliosta. Materiaali tarkoitettiin julkaistavaksi Nivelyhdistyksen internetsivustolla, josta se olisi luettavissa. Espoossa on rakenteilla uusi sairaala, asiakkailla on käytössään ulkomaailmaan yhteydessä olevat tietojärjestelmät. Sairaalassa olleessaan asiakkaat voivat hankkia tietoa myös terveydentilaansa liittyen, näin Nivelyhdistyk-

sen painonhallinta materiaali olisi käytettävissä hoidon aikana ja tarvittaessa henkilökunta voisi opastaa nivelrikkoista asiakasta löytämään tietoa.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Ammattikorkeakoulut ovat sitoutuneet noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita. Näihin ohjeisiin kuuluu: rehelliset, huolelliset ja tarkat toimintatavat kun tallennetaan ja esitetään tutkimuksia ja tuloksia. Ollaan avoimia tutkimus-, arviointi- ja tiedonhankintamenetelmiä toteuttaessaan. Kunnioitetaan muita tutkijoita ja heidän tutkimuksiaan. (Mäkinen 2006, 172-173.)

Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaa vuodelta 1964 oleva Helsingin julistus, joka on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan julistus. Julistuksessa käsitellään tutkittavan asemaa ja tutkimussuunnitelman arviointia eettisessä toimikunnassa. Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaavat myös suomalainen lainsäädäntö ja erilaiset ohjeet, esim. laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Myös American Nurses Association (ANA) on julkaissut 1995 hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet, joissa kuvataan etenkin tutkimusten kohteisiin ja asemaan kohdistuvia haasteita. Näitä ovat potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeus, osallistumisen vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus, oikeudenmukaisuus, anonymiteetti, haavoittuvat ryhmät, lapset tutkimukseen osallistujina ja tutkimuslupa. Lisäksi tutkimusraportin eettiset haasteet koskevat myös hoitotieteellistä tutkimusta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211 - 228.) Tässä opinnäytetyössä ei tarvittu tutkimuslupaa, koska työ kohdistuu tutkittuun tietoon, ei ihmisiin.

Tieteellisen tutkimustyön raportoinnissa on otettava huomioon eettisiä vaatimuksia. Toisen tekstiä ei plagioida eli toisen tuottamaa materiaalia ei saa esittää omanaan. Tekstiä lainattaessa on lainaus osoitettava lähdemerkinnöin. Tutkimuksen tuloksia ei saa yleistää kriittikittömästi, tuloksia ei myöskään sepitetä eikä kaunistella. Raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Käytetyt menetelmät on selostettava huolellisesti. Alkuperäisiä havaintoja ei saa muokata siten, että tulos vääristyy. Toisten tutkijoiden osuutta ei saa vähätellä, vaan julkaisussa on mainittava kaikki tutkimusryhmän jäsenet. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 23 - 27.) Tutkijan on noudatettava eettisesti kestäviä tiedonhaku- ja tutkimusmenetelmiä. Tutkimuksen on tuotettava uutta tietoa tai esitettävä, miten vanhaa tietoa voidaan hyödyntää tai yhdistellä uudella tavalla. Hyvä tutkimuskäytäntö edellyttää, että tutkija noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä ja tutkimustulosten esittämisessä. Tutkijan on toimittava rehellisesti ja vilpittömästi, otettava toiset tutkijat huomioon käyttäen tekstissä tarkkoja lähdeviittauksia sekä esitettävä tulokset oikeassa valossa. (Vilka 2005, 29 - 31.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty tiedonhakua, joka on kuvattu opinnäytetyöraportissa. Oppaassa on yhdistetty olemassa olevaa tutkimustietoa ja kirjallisuutta painon-

hallinnasta polvi- ja lonkkanivelrikkösen näkökulmasta. Tieto on koottu ensisijaisesti nivelrikkösten hyödynnettäväksi painonhallinnan tueksi, mutta myös sairaanhoitajalle hyödynnettäväksi painonhallinnan ohjauksessa. Alkuperäiset tutkimustulokset on huomioitu ja näitä on hyödynnetty oppaassa. Lähdeviittaukset on merkattu tarkasti tekstiin ja opinnäytetyöraportille tehdään plagioinnin tarkastus.

Vilkan (2006, 113 - 115) mukaan tutkimustekstin eettiset ongelmat on jaettavissa kolmeen ryhmään; mistä kirjoitetaan, miten kirjoitetaan ja missä muodossa tulokset julkaistaan. Tutkimustekstissä voi kirjoittaa vain asioita, joista tutkimuskohteen kanssa on sovittu. Tutkimuskohteen luottamus on pidettävä. Kirjoitustyyliä on vältettävä epäkunnioittavaa, yksipuolista, tirkistelevää, halventavaa sekä mustamaalaavaa kirjoitustapaa. Hyvän tieteellisen tavan mukaan tutkittavat, kuten yksilöt, ryhmät ja paikkakunnat, säilyvät tuntemattomina. Kirjoituksen muodon osalta hyvä tieteellinen kirjoittamistapa perustasolla tarkoittaa hyvän yleiskielen ja asiatyylin hallintaa. Hyvä yleiskieli on eri ikä- ja ammattiryhmille yhteinen käyttökieli, joka on kirjakielten normien mukaista. Hyvä asiatyyli on selvää, havainnollista, tiivistä sekä kieliopillisesti ja kieliteknisesti asianmukaista ilmaisua. Tässä opinnäytetyössä tuotetussa oppaassa on pyritty käyttämään yleiskieltä ja teksti on pyritty kirjoittamaan lukijaa kunnioittavasti. Valikoidun palautteenantajajoukon henkilöllisyyttä ei paljasteta.

Opinnäytetyön, kuten muidenkin tutkimusten, tulosten tulisi olla oikeita, luotettavia ja uskottavia. Työn laatua voidaan mitata luotettavuudella, luotettavasti toteutettu työ on laadultaan parempi kuin vähemmän luotettavasti toteutettu työ. Luotettavuuden mittauksessa käytetään tieteessä käsitteitä kuten reliabiliteetti ja validiteetti, näillä tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä sekä oikeiden asioiden tutkimista. Validiteetilla tarkoitetaan myös tutkimuskohteen ja menetelmän yhteensopivuutta. Reliabiliteetti sisältää tulosten pysyvyyden lisäksi satunnaisvaihtelun mahdollisuuden. (Heikkinen, Roivio & Syrjälä 2008, 147; Kananen 2012, 161-165.) Tieteen menetelmien tulee olla objektiivisia; tutkijan omat mielipiteet jätetään pois ja keskitytään tieteellisesti todistettuihin asioihin. Menetelmien tulee olla toistettavia ja testattavia; samat tulokset on pysyttävä saamaan myös toisen tutkijan tekemänä. Tulosten tulee olla julkisia, kuka tahansa voi nähdä tulokset. Tieteen menetelmiin kuuluu myös kriittisyys; ollaan avoimia tehdessään tutkimusta. Tutkimusten tulee olla autonomisia, niillä ei ole sidonnaisuuksia. Jotta opinnäytetyö olisi luotettava, tarvitaan riittävä dokumentaatio. Tämä tarkoittaa, että kirjataan ylös kaikki vaiheet. (Kananen 2012, 161-165.) Tässä opinnäytetyössä lähteitä on haettu kansainvälisistä julkaisutietokannoista, mikä varmistaa tiedon luotettavuutta. Luotettavia lähteitä ovat myös suomalaisten asiantuntijoiden tuottamat, näyttöön perustuvat hoitotyön suosikset. Työ perustuu käytettyihin lähteisiin sekä tutkimuksiin, omia mielipiteitä ei ole nähtävillä. Valmis työ tallennetaan avoimeen Theseus-tietokantaan.

8.3 Kehittämissuhteet ja jatkokutkimusaiheet

Tutkimusnäytön perusteella parhaat tulokset laihtuksessa ja pysyvässä painonhallinnassa saadaan henkilökohtaisella ohjauksella. Painonhallinnassa on avuksi muutoksen toteutumisen seuraaminen, esimerkiksi punnitaan säännöllisesti, pidetään ruoka- ja liikuntapäiväkirjaa ja käytetään askelmittaria. Nivelrikkoisille voisi järjestää painonhallinnan jakson, jossa saisi henkilökohtaista ohjausta esimerkiksi muutosten seuraamisessa ja keskustelumahdollisuuden elämäntapamuutosten etenemisestä. Olisi hyvä saada kokoon moniammatillinen tiimi, johon kuuluisivat sairaanhoitaja, liikuntaneuvonnasta vastaava fysioterapeutti ja ravitsemusterapeutti. Painonhallintajakson voisi järjestää myös sähköisenä, esimerkiksi suljetun keskustelupalstan kautta.

Oppaan tavoitteena on terveyden edistäminen kannustamalla nivelrikkoisia pysyvään painonhallintaan. Jatkokutkimuksena voisi selvittää laajemman koeryhmän avulla nivelrikkoisten kokemuksia oppaasta, kannustaako kirjallinen tieto painonhallinnassa.

Lähteet

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

Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 10.10.2015.
http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99873&p_haku=ohjau s%20vaikuttavuus

Arokoski, J. 2010. Tuki- ja liikuntaelimestön oireyhtymät ja sairaudet. Teoksessa: H. Bäckmand & I. Vuori (toim.) Terve tuki- ja liikuntaelimestö: opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Avoinyliopisto. 2002 - 2007. Kirjastot ja tiedonhaku. Viitattu 29.9.2015.
http://www.avoinyliopisto.fi/File/961dae53-486b-4105-ba26-a07e9b36d5d4/Kirjastot_ ja_tiedonhaku_Tiedonhaku.pdf

Balzer-Riley, J. 2012. Communication in Nursing. Seventh Edition. St. Louis, Missouri.: Elsevier Mosby.

Bliddal, H., Leeds, A R. & Christensen R. 2014. Osteoarthritis, obesity and weight loss: evidence, hypotheses and horizons - a scoping review. *Obes Rev.* 2014 Jul; 15(7): 578-586. *Pub-Med.* Viitattu 20.12.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238740/>

Borg P. 2007. Rentoa painonhallintaa. Helsinki: Otava.

Borg, P. 2015. Omatoimisten elintapamuutosten onnistuminen. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim.

Borg, P., Heinonen, O. & Haikarainen, T. 2015. Arkiliikunta (arkiaktiivisuus). Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim.

Brosseau, L., Wells, G., Tugwell, Peter, Egan, M., Dubouloz, C-J et al. 2011. Management of Osteoarthritis in Adults Who Are Obese or Overweigh. *Physical Therapy.* Vol 91, No 6. *Pro-Quest Central.* Viitattu 10.10.2015.
<http://search.proquest.com/nelli.laurea.fi/pqcentral/docview/871130578/fulltext/3149FDC382D541B0PQ/1?accountid=12003>

Bäckmand, H. & Vuori, I. 2010. Tuki- ja liikuntaelimestön oireyhtymät ja sairaudet. Teoksessa: H. Bäckmand & I. Vuori (toim.) Terve tuki- ja liikuntaelimestö: opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Choi, J., Guterrez, Y., Gilliss, C. & Lee, K. 2012. Physical Activity, Weight, and Waist Circumference in Midlife Women. *Health Care for Women International* Volume 33, Issue 12, 2012. DOI: 10.1080/07399332.2012.673658. *CINAHL.* Viitattu 31.12.2015.
<http://web.b.ebscohost.com/nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=87342921-fc74-4a2b-b24d-884c2dbfcd30%40sessionmgr102&hid=125>

Christensen, R., Bartels, EM., Astrup, A. & Bliddal, H. 2007. Effect of weight reduction in obese patients diagnosed with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *PubMed.* Viitattu 20.12.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nelli.laurea.fi/pmc/articles/PMC1856062/>

Collins C, Neve M, Morgan P, Fletcher K, Williams R, Myles Y & Callister, R. 2013. JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports. Effectiveness of interventions with a

dietary component on weight loss maintenance: a systematic review. Cochrane Library. Viitattu 12.10.2015.

<http://www.joannabriggslibrary.org/jbilibrary/index.php/jbisrir/article/view/620/9834>

Cuperus, N., Smink, A., Bierma-Zeinstra, S., Dekker, J., Schers, H., de Boer, F., van den Ende, C. & Vliet Vlieland, T. 2013. Patient reported barriers and facilitators to using a self-management booklet for hip and knee osteoarthritis in primary care: results of a qualitative interview study. *BMC Fam Pract.* 2013; 14: 181. Published online 2013 December 1. ProQuest Central. Viitattu 7.7.2015.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4219393/>

Delahanty, L., Pan, Q., Jablonksi, K., Aroda, V., Watson, K., Bray, G., Kahn, S., Florez, J., Perreault, L. & Franks, P. 2014. Effects of Weight Loss, Weight Cycling, and Weight Loss Maintenance on Diabetes Incidence and Change in Cardiometabolic Traits in the Diabetes Prevention Program. Published online 2014 Sep 10. doi: 10.2337/dc14-0018. PubMed. Viitattu 30.12.2015.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4170126/>

Duodecim. Käypä hoito -suositus. 2013. Lihavuus (aikuiset). Viitattu 10.7.2015.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi24010>

Duodecim. Käypä hoito -suositus. 2012. Liikunta. Viitattu 31.12.2015.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50075#NaN>

Duodecim. Käypä hoito -suositus. 2014. Polvi- ja lonkkanivelrikko. Viitattu 26.6.2015.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50054>

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Erämies, T. & Kuurne, S. 2012a. Lonkan nivelrikko. Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim. Viitattu 28.8.2015.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk02033&p_haku=nivelrikko

Erämies, T. & Kuurne, S. 2012b. Polven nivelrikko. Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim. Viitattu 28.8.2015.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk02033&p_haku=nivelrikko

Fogelholm, M. 2011. Lihaus ja kehon koostumus. Teoksessa: Fogelholm, M., Vuori, I & Vasankari T (toim.) *Terveysliikunta*. Helsinki: Duodecim, 121-122.

Fransen, M., McConnell, S., Harmer, A., Van der Esch, M., Simic, M. & Bennell, K. 2015. Exercise for osteoarthritis of the knee. Published Online: 9 JAN 2015. Cochrane Library. Viitattu 29.12.2015.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004376.pub3/abstract;jsessionid=A034DCFCA26552DDD194FA9DB0C364B5.f01t03>

Fransen, M., McConnell S., Hernandez-Molina, G. & Reichenbach, S. 2014. Exercise for osteoarthritis of the hip. Published Online: 22 APR 2014. Cochrane Library. Viitattu 29.12.2015.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007912.pub2/full>

Health & Medicine Week. 2013. Weight Loss; Diet and exercise for knee osteoarthritis produces greater improvement in knee pain, function. 2013. ProQuest. Viitattu 5.1.2016.

<http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/pqcentral/docview/1438878394/fulltext/4781EDC D628D4B4FPQ/1?accountid=12003>

Heikkinen, H., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2008. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.). Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Heikkilä, A. Ravinto & Terveys. 2010. Helsinki: Rastalas-Kustannus.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huurre, T. 2014. Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjaustaidoistaan ja ohjausmenetelmien hallinnasta –kehittämishanke KYSin ja Kysterin potilasohjausosaamisen vahvistamiseksi. Terveystieteiden opettajakoulutuksen pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 12.7.2015.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20141228/urn_nbn_fi_uef-20141228.pdf

Hyppönen, H., Winblad, I., Reinikainen, K., Angeria, M. & Hirvasniemi, R. 2010. Kansalaisen sähköisen asioinnin vaikutukset terveysaseman toimintaan. Raportti / Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) : 25/2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Julkari. Viitattu 11.10.2015.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80005/4c2081d1-79b0-4c05-ab86-6241613b96c3.pdf?sequence=1>

Juhakoski, R. 2013. Hip Osteoarthritis; Risk Factors and Effects of Exercise Therapy. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences N:o 166. 2013. 74 p. Melinda. Viitattu 20.12.2015.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1104-9/urn_isbn_978-952-61-1104-9.pdf

Juhakoski, R. & Arokoski, J. 2014. Lonkkanivelriikon konservatiivinen hoito. Katsaus. Suomen lääkärilehti. 2/2014 vsk 69. Medic. Viitattu 28.12.2015.

<http://www.fimnet.fi.nelli.laurea.fi/cl/laakarilehti/pdf/2014/SLL422014-2700.pdf>

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karpakka, P. 2011. Lihavuuden hoidon tarpeen ja hyödyn arviointi. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Viitattu 24.6.2015.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=laihdutus

Karpakka, P. 2014. Lihavuuden hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Viitattu 7.7.2015.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=nivelrikko%20ohjaus

Korpela, J. 2010. Verkkojulkaisun typografia. Helsinki: RPS-yhtiöt.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo; Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

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

Leskelä, J & Stepanoff, J. 2014. Nivelrikkoisen ohjausprojekti. Nivel tieto 3, 14-15.

Lementowski, PW. & Zelicof, SB. 2008. Obesity and osteoarthritis. Pubmed. Viitattu 27.12.2015.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18438470>

Lui, M., Jones, CA & Westby, MD. 2015. Effect of non-surgical, non-pharmacological weight loss interventions in patients who are obese prior to hip and knee arthroplasty surgery: a rapid review. *Syst Rev.* 2015 Sep 27;4:121. doi: 10.1186/s13643-015-0107-2. PubMed. Viitattu 20.12.2015.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26410227>

Mustajoki, P. 2010. *Painonhallinta- painavaa tietoa kohti kevyempää oloa.* Helsinki: Duodecim.

Mustajoki, P. 2015. Omatoiminen elintapojen muuttaminen. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus.* Helsinki: Duodecim.

Muthuri, SG., Hui, M., Doherty, M. & Zhang W. 2011. What if we prevent obesity? Risk reduction in knee osteoarthritis estimated through a meta-analysis of observational studies. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011;63:982-90. PubMed. Viitattu 20.12.2015.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21425246>

Mäkinen, O. 2006. *Tutkimusetiikan ABC.* Helsinki: Tammi.

Männistö S, Laatikainen T, Vartiainen E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Tutkimuksesta tiiviisti. *Terveuden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.* Julkari. Viitattu 25.6.2015.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf?sequence=1

National Clinical Guideline Centre (UK). 2014. *Osteoarthritis: Care and Management in Adults.* NICE Clinical Guidelines, No. 177. PubMed. Viitattu 28.12.2015.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK333054/>

Paans, N., van den Akker-Scheek, I, Roelien, G, Dilling, Martine Bos, van der Meer, K Sjoerd K. Bulstra & Stevens, M. 2012. *Physical Therapy, Feb2013; 93(2): 137-146.* 10p. (Journal Article - research, tables/charts) Effect of Exercise and Weight Loss in People Who Have Hip Osteoarthritis and Are Overweight or Obese: A Prospective Cohort Study. *CINAHL.* Viitattu 11.10.2015.

<http://ptjournal.apta.org/content/93/2/137.full>

Partonen, T. 2015. Uni ja vuorokausirytmii. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus.* Helsinki: Duodecim, 162-163.

Pietiläinen, K. 2015. Lihavuus - elämä pienoiskoossa. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus.* Helsinki: Duodecim.

Pietiläinen, K. & Mustajoki, P. 2015. Lihavuuden hoitomenetelmät ja niiden käyttö. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus.* Helsinki: Duodecim.

Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. 2015. Lihavuuden hyvän hoidon periaatteet. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus.* Helsinki: Duodecim.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2013. *Hoitotyön taidot ja toiminnot.* Helsinki: SanomaPro.

Reed, V., Schifferdecker, K., Rezaee, M., O'connor, S. & Larson, R. 2012. The Effect of Computers for Weight Loss: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. *J Gen Intern Med* 27(1):99-108. ProQuest. Viitattu 11.10.2015.

<http://search.proquest.com/nelli.laurea.fi/pqcentral/docview/913457948/fulltextPDF/6F3301D3584C4655PQ/16?accountid=12003>

Saarelma, O. 2015. Sähköiset välineet oman tilan arvioon ja hoitoon. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 12.7.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo12327&p_haku=s%C3%A4hk%C3%B6inen%20ohjaus

Salminen, P. 2015. Lihavuusleikkaukset. Teoksessa Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. (toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 254 - 255.

Sulosalmi, L. 2015. Nuorten miesten ravitsemuskäyttäytyminen. Informaatiotutkimuksen pro gradu -tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 12.7.2015.
<http://herkules oulu.fi/thesis/nbnfioulu-201502121078.pdf>

Suomen nivelyhdistys ry. 2014. Viitattu 23.6.2015.
<http://www.nivel.fi/suomen-nivelyhdistys.html>.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö [verkojulkaisu]. ISSN=2341-8699. 2014, Liitetaulukko 18. Internetin käyttö tavaroita ja palveluita, matkailupalveluita ja sairauksiin, ravitsemukseen jne. koskevan tiedon etsintään, 3 kk aikana iän, toiminnan, koulutusasteen, asuinpaikan kaupunkimaisuuden ja sukupuolen mukaan 2014, %-osuus väestöstä (Korjattu 25,11,2014) . Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 9.7.2015].
Saantitapa: http://www.stat.fi/til/sutivi/2014/sutivi_2014_2014-11-06_tau_018_fi.html

THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Hyvinvointi ja terveyserot. Keskeisiä käsitteitä. Viitattu 30.8.2015.
<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>

Turku, R. 2015. Motivaatio ja painonhallinta. Teoksessa Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 112-116.

UKK-instituutti. 2014. Täsmäliikuntaa TULE -ongelmiin kehittämishanke. Viitattu 28.7.2015.
http://www.ukkinstituutti.fi/tutkimus/tutkimushakemisto/83/tasmaliikuntaa_tule-ongelmiin_-kehittamishanke

Uusitupa, M. 2012a. Määritelmä ja luokittelu. Ravitsemustiede. Artikkelin tunnus: rvt02601 (026.001)
© 2015 Kustannus Oy Duodecim Viitattu 25.6.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04594&p_selaus=87068

Uusitupa, M. 2012b. Lihavuuden hoito. Ravitsemustiede. Artikkelin tunnus: rvt02608 (026.008)
© 2015 Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.6.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04594&p_selaus=87068

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Viitattu 26.7.2015.
http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito_netti_2_painos.pdf

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2014. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Viitattu 26.7.2015.
http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.3.pdf

Vauhkonen, I. 2014. Reumataudit. Teoksessa Vauhkonen, I. & Holmström, P. Sisätaudit. Helsinki: SanomaPro.

Wieland, L., Falzon, L., Sciamanna, C., Trudeau, K., Brodney Folse, S., Schwartz, J. & Davidson, K. 2012. Interactive computer-based interventions for weight loss or weight maintenance.

nance in overweight or obese people. Published Online: 15 AUG 2012. The Cochrane Library. Viitattu 11.10.2015 Laurea Libguides -portaalin kautta.
<http://onlinelibrary.wiley.com.nelli.laurea.fi/doi/10.1002/14651858.CD007675.pub2/full>

Viitala, R. & Jylhä, E. 2004. Liiketoimintaosaaminen. Menestyvän yritystoiminnan perusta. Helsinki: Edita.

Vilkka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

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

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Wolf S; Foley S; Budiman-Mak E; Moritz T; O'Connell S; Jelinek C & Collins EG. 2010. Predictors of weight loss in overweight veterans with knee osteoarthritis who participated in a clinical trial. Journal of Rehabilitation Research & Development. Vol. 47, No 3. Viitattu 7.10.2015 Laurea Libguides -portaalin kautta.
<http://www.rehab.research.va.gov/jour/10/473/pdf/wolf.pdf>

Voutilainen, E., Fogerholm, M. & Mutanen, M. 2015. Ravitsemustaito. Helsinki: SanomaPro.

Vrezas, I., Elsner, G., Bolm-Audorff, U., Abolmaali, N. & Seidler, A. 2010. Case-control study of knee osteoarthritis and lifestyle factors considering their interaction with physical workload. ProQuest. Viitattu 29.12.2015.
<http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/pqcentral/docview/202614228/FF98D50CCF73412BPQ/9?accountid=12003>

Vuori, I. 2015. Elintapojen terveystaikutukset.

Artikkelin tunnus: duo12209 (012.209)

© 2015 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 22.7.2015.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo12209&p_haku=elintapojen%20terveysvaikutus

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? : sosi-aali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.

Yu, S. & Hunter, D. 2015. Managing osteoarthritis. Aust Prescr. 2015 Aug; 38(4): 115-119. Published online 2015 Aug 3. PubMed. Viitattu 28.12.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4653978/>

Zhou, Z., Liu, Y-K., Chen, H-L. & Liu, F. Obesity (19307381) (OBESITY (19307381)), Oct2014; 22(10): 2180-2185. Body mass index and knee osteoarthritis risk: a dose-response meta-analysis. PubMed. Viitattu 12.10.2015.
<http://onlinelibrary.wiley.com.nelli.laurea.fi/doi/10.1002/oby.20835/epdf>

Kuviot

Kuvio 1: Teoreettisen viitekehyksen keskeisimmät käsitteet	7
Kuvio 2: SWOT-analyysi	28
Kuvio 3: Tutkimusprosessin kulku mukailleen Vilka 2015, 57.	29
Kuvio 4: Toimintatutkimuksen sykli mukailleen Heikkinen, Rovio ja Kiilakoski 2008, 35. ...	30
Kuvio 5 Oppaan arviointi- ja muutosprosessin kulku	32
Kuvio 6: Painonhallinta oppaan SWOT -analyysi.....	34

Liitteet

Liite 1 Teemahaastattelun runko	47
Liite 2 Perusruokavalion ja runsaasti kasviksia sisältävän ruokavalion esimerkkipäivä ja ravitsemussuositukset	48
Liite 3 Painonhallinnan opas	50

Liite 1 Teemahaastattelun runko

A. TAUSTATIEDOT

Onko haastateltava nivelrikkoinen, sairaanhoitaja vai viestinnän ammattilainen.
Kuvaile miten etsit tietoa painonhallintaan / painonhallinnan ohjaamiseen.

B. OPPAAN SISÄLTÖ

Miten oppaan sisältö vastaa tietojasi painonhallinnasta ja nivelrikosta?
Millaista muuta tietoa sinulla on aiheesta?
Mistä olet saanut tietosi?

C. OPPAAN ESITYSMUOTO

Kuvaile oppaan luettavuutta ja selkeyttä.
Miten nimeäisit oppaan?

D. OPPAAN HYÖDYNNETTÄVYYS

Miten pystyisit hyödyntämään oppaan ohjeita painonhallinnassa / painonhallinnan ohjaamisessa?
Miten koet oppaan hyödynnettävyyden?
Miten oppaassa on onnistuttu kannustamaan pysyvään painonhallintaan?

E. SANA ON VAPAA

Millaisia muita kommentteja tai kehitysehdotuksia sinulla on?

Liite 2 Perusruokavalion ja runsaasti kasviksia sisältävän ruokavalion esimerkkipäivä ja ravitsemussuositukset

Ateria	Kasvisvoittoinen ruokavalio	Perusruokavalio
Aamiainen	Veteen keitetty kaurapuuro Marjoja 1,5 dl Maitoa 1,5 dl (Teetä tai kahvia)	Puuro, mysli tai aamiaishiutaleet Leipä tai sämpylä ja margariini Lihaleikkele, juusto tai kananmuna Maito, viili tai jogurtti Marjoja, hedelmä tai kasviksia Kahvi tai tee
Lounas	Kalakeitto Lisäkesalaatti öljykastikkeella 2 ruisleipäviipaletta Piimää 1,5 dl Omena	Lihaa, kalaa tai kasviksia sisältävä pääruoka Peruna, ohra, riisi tai pasta Kypsennetyt kasvikset Kasviksia tuoresalaattina tai raas- teena ja öljypohjaista Salaatinkastiketta Leipä ja margariini Maito, piimä, kotikalja tai vesi Lounaalla tai päivällisellä marja-, hedelmä- tai maitopohjainen jälkiruoka
Välipala	Teetä Täysjyväleipä + kasvisrasvaveite Vihanneksia Vähärasvaista juustoa Marjapiirakkaa	Pullapohjainen pienikokoinen lei- vonnainen, keksi, kääretorttu, jäätelö tai hedelmä Kahvi tai tee
Päivällinen	Pasta-juustosalaatti Öljykastike Täysjyväleipää Marjarahkaa 1,5 dl	Kuten lounas
Iltapala	Teetä Karjalanpiirakka + kasvisrasvaveite Tomaatti	Leipä tai sämpylä ja margariini Lihaleikkele, juusto tai kananmuna Viili tai jogurtti Marjoja, hedelmä tai kasviksia Kahvi tai tee

Ravitsemussuositukset

Rasvattomia ja vähärasvaisia nestemäisiä maitovalmisteita tulisi nauttia noin puoli litraa ja lisäksi voi syödä vähärasvaista ja vähäsuolaista juustoa. Ruokajuomaksi on hyvä käyttää rasvattonta maitoa tai piimää ja janojuomaksi vettä.

Päivittäin tulee syödä ainakin 500 g kasviksia, marjoja ja hedelmiä. Marjat ja hedelmät ovat sopivia jälkiruokia. Myös peruna ja vähäsuolainen täysjyväleipä ja muut täysjyväviljavalmisteet kuuluvat päivittäiseen ruokavalioon.

Viikoittain kalaa tulisi syödä 2-3 kertaa ja punaista lihaa (nauta, sika, lammas) ja lihavalmisteita tulisi korkeintaan 500 g (kypsäpaino) suosien vähärasvaisia ja -suolaisia vaihtoehtoja.

Suosittelavassa ruokavaliossa on vain vähän sokeria ja suolaa.



Pysyvää painonhallintaa nivelten parhaaksi

Kuvan lähde: Suomen Nivelyhdistys



Pysyvää painonhallintaa nivelten parhaaksi

Jokainen ihminen on hyvä ja arvokas sellaisenaan, mutta monella on tavoitteena painonpudotus ja elintapojen muutos. Pysyvän laihtumistuloksen saavuttaminen vaatii motivaatiota pysyviin elintapamuutoksiin⁴.



Ylipainon välttäminen ja hoitaminen kannattaa

Ylipainon voi todeta painoindeksin (BMI) avulla, joka lasketaan jakamalla paino pituuden neliöllä⁹. Aikuisen normaali painoindeksi on 18,5-24,9; ylipaino alkaa BMI:n arvosta 25¹.

Esim. Rouva Martta Meikäläinen on 160 cm pitkä ja painaa 80 kiloa. $BMI = 80 / (1,60 * 1,60) = 31,25$. Martta-rouva on ylipainoinen.

Toinen käytössä oleva ylipainon mittari on vyötärön ympärysmitta. Vyötärön ympärysmittan tavoitearvo on miehillä alle 94 cm ja naisilla alle 80 cm³.

Pelkkä paino ei kuitenkaan kerro terveydentilasta tai laihtuttamistarpeesta, vaan terveydentilasta on hyvä tehdä kokonaisarvio lääkärin kanssa.⁸

Ylipainon välttäminen auttaa ehkäisemään lonkan ja polven nivelrikkoa

Ylipaino on merkittävä polven nivelrikon riskitekijä ja riski kasvaa painoindeksin nousun myötä². Välttämällä ylipainoa voi vähentää merkittävästi polven nivelrikon riskiä¹¹, normaali paino vähentää polvinivelen kuormitusta⁴. Kahden yksikön nousu painoindeksissä (BMI) lisää polvinivelrikon riskiä 36 %¹⁰. Lonkkanivelrikon riski puolestaan kasvaa painoindeksin (BMI) ollessa 30¹² ja riski kasvaa 2,8-kertaiseksi painoindeksin (BMI) ollessa yli 35.¹³

Ylipaino, rasvakudoksen määrä ja keskivartalolihavuus lisäävät riskiä päätyä polven tai lonkan tekonivelleikkaukseen¹³. Ylipaino lisää myös leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden riskiä ja voi hidastaa toimintakyvyn palautumista leikkauksen jälkeen¹⁶.

Laihdutuksesta on hyötyä myös nivelrikkoon jo sairastuneelle. Painon pudottaminen 5-10 kilon verran vähentää nivelrikon oireita¹²; kivut vähenevät, toimintakyky paranee¹⁴ ja elämänlaatu kohenee⁴.

Ylipaino ja muut sairaudet

Ylipaino liittyy nivelrikon lisäksi myös muihin laajempiin kansanterveysongelmiimme, kuten tyyppin 2 diabetekseen, verenpainetautiin, rasva-aineenvaihdunnan häiriöihin, sepelvaltimotautiin, uniapnea-oireyhtymään ja joihinkin syöpätauteihin, kuten menopaussin jälkeiseen rintasyöpään sekä kohdunrunгон syöpään ja paksusuolen syöpään. Myös näitä sairauksia voidaan tehokkaasti ehkäistä ja hoitaa laihtuttamalla.^{3, 1, 15}

Laihduttaminen

Ylipainoiselle nivelrikon paras hoitotapa on laihdutus, liikunta ja ruokavalio. Toimivin tapa painonpudotukseen vaihtelee henkilöittäin. Tutkimukset tukevat laihdutuksessa vähäenergistä ruokavaliota, mutta sopivan ruokavalion koostumuksesta ei ole sitovaa näyttöä. Suositeltavaa on pudottaa painoa hitaasti.⁴

Laihtuminen on yksinkertaista: paino putoaa kun energian saa vähemmän kuin sitä kuluttaa. Käytännön elämässä laihduttaminen on kuitenkin hankalampaa, sillä onnistuminen vaatii lukuisia arjen ratkaisuja. Tulee olla tarpeeksi aikaa itselle, täytyy nukkua riittävästi ja syödä säännöllisesti. Ruokahalu on oltava hallinnassa, aterioiden on oltava tarpeeksi täyttäviä ja täysipainoisia, on vältettävä napostelua ja piilokaloreita sekä liikkuttava riittävästi ja tehokkaasti. Jos laihduttamisen ja painonhallinnan ajattelee mahdollisuutena uuteen elintapaan, liikunnasta ja ruoasta nauttimiseen, hyvään oloon ja tyytyväiseen mieleen, elintapamuutos on miellyttävämpää.⁸ Jokainen voi oppia terveellisiä elintapoja¹⁸. Mutta jos elintapamuutokset eivät onnistu ja terveys vaatii laihduttamista, tulee harkita muita laihdutusvaihtoehtoja kuten laihdutusleikkausta tai lääkehoitoa.⁴



Laihtumisesta ei kannata ottaa paineita, painonomaista ohjelman toteuttamista ei kauan jaksa. Jokaisen tilanne on erilainen ja jokainen jou-

tuu opettelemaan oman tapansa toteuttaa muutokset. Tärkeintä on muutos, itselle sopivat uudet tottumukset on opeteltava rauhassa. Voi kokeilla uusia asioita, tehdä hyvältä tuntuvia muutoksia ja nauttia painonhallintaa tukevista tottumuksista.⁸

Pysyvä painonhallinta vaatii elintapamuutosta

Hyödyistä huolimatta pysyvä painonhallinta laihdutuksen jälkeen on vaikeaa. Onnistuminen edellyttää pysyviä elintapamuutoksia; vähäkalorisen ruokavalion noudattamista ja runsasta liikuntaa sekä itsenäistä painon tarkkailua.⁵

Sopiva elämäntilanne muutokseen

Laihduttaminen ja elintapojen muuttaminen pysyvästi on suositeltavaa aloittaa elämäntilanteen ollessa sopiva. Jos elämässä on stressitekijöitä ja arki kuormittavaa, voi muutosten tekeminen olla liikaa ja epäonnistuminen lannistaa.¹⁷

Ennen elintapamuutoksen aloittamista on hyvä miettiä riittävätkö voimat muutokseen juuri nyt. Jos elämä on liian kiireistä tai yöuni on riittämätöntä, kannattaa ehkä ensin keskittyä elämän rauhoittamiseen ja nukkumisen parantamiseen.

¹⁹



Uni vaikuttaa elimistöön monella tapaa, myös painoon. Riittävän unen saannin varmistaminen ja uniongelmiin hoito edistää laihtumista ja tukee painonhallintaa. Univaje puolestaan voi altis-

taa lihomiselle ja ylipaino voi heikentää unenlaadua.⁷

Onnistumisen eväät

Muutosten ja tavoitteiden on oltava mahdollisia toteuttaa. Suunnitelma painonhallintaan kannattaa laatia konkreettiseksi, omaan elämään sopivaksi ja aloittaa helpommilta tuntuvista muutoksista.¹⁷ Lähtökohtana onnistumiselle on realistinen painotavoite⁶. Elintapamuutos edellyttää myös motivaatiota. Jos motivaatiota ei ole nyt, se voi sytyä myöhemmin.¹⁸ Oma sisäinen motivaatio ja psyykkiset voimavarat tulee löytyä itsestä, niitä ei voi ulkopuolelta tarjota.¹⁷

Elintapamuutos aloitetaan omien elintapojen arvioimisella ja muutosmahdollisuuksien etsimisellä, esimerkiksi ruokailutottumusten ja ruokavalintojen muuttamisella, nukkumalla paremmin tai lisäämällä liikuntaa. Elintapamuutoksessa keskeistä ei ole muutos painossa, vaan kannattaa keskittyä muuttamaan ruokailu- tai liikuntatapoja. Paino voi lähteä laskuun elintapojen muutosten myötä, ja erityistä laihtuttamista ei aina vaadita.¹⁸ Vaikka lukema vaa'assa ei muuttuisi, tukevat terveellinen ruokavalio ja liikunta hyvinvointia.⁸

Terveelliset ruokailutavat ja säännöllinen ateriaritmi aamiaista unohtamatta tukevat painonhallintaa. Liiallista syömistä tulee kontrolloida. Painon vaihtelu, ruoan ahmiminen, tunnesyöminen tai syöminen stressiin kasvattavat riskiä painon uudelleen nousemiselle. Aktiivinen elämäntapa auttaa selvästi pysyvässä painonhallinnassa laihtuksen jälkeen.⁴

Uusien elintapojen omaksuminen kestää usein pitkään. Muutokset kannattaa tehdä asteittain, aluksi voi muuttaa yhden tai kaksi tottumusta. Uutta toimintatapaa kannattaa kokeilla useita

viikkoja ennen kuin tietää sopiiko se itselle.¹⁹ Pysyviksi jäävät elintapamuutokset tuntuvat hyviltä. Satunnaiset poikkeamat suunnitelmasta kuuluvat elämään matkalla kohti pysyvää tulosta, ne eivät tarkoita epäonnistumista. Osa terveellisiä elintapoja on omasta jaksamisesta huolehtiminen. Jaksamista ja samalla laihtumista tukevat hyvä nukkuminen, rentoutuminen, oman kehon hyväksyminen, tietoinen mielipahan välttäminen ja elämästä nauttiminen.¹⁸

Pysyvän painonlaskun saavuttamisen kannalta on tärkeä ymmärtää, että kehon biologisiin ominaisuuksiin kuuluu pyrkiminen takaisin lähtöpainoon. Laihtuessa voi siis ruokahalu lisääntyä ja energiakulutus laskea. Paino nousee, jos palaa entisiin elintapoihin laihtumisen jälkeen. Kyse ei siis ole heikosta luonteesta vaan biologiasta.⁸

Apukeinoja elintapojen muutoksen tueksi

Käytännön apuvälineenä muutosten tukena ja seurannassa voi käyttää esimerkiksi vertaisryhmien tukea sekä liikunta- ja ravintopäiväkirjoja⁶, säännöllistä punnitsemista, askelmittaria¹ tai internetin palveluita kalorilaskentaan ja ruoan laadun arvioimiseen²⁰.



Lähteet:

- 1 Duodecim. Käypä hoito -suositus. 2013. Lihavuus (aikuiset). Viitattu 10.7.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suosituks?id=hoi24010>
- 2 Zhou, Z., Liu, Y-K., Chen, H-L. & Liu, F. Obesity (19307381) (OBESITY (19307381)), Oct2014; 22(10): 2180-2185. Body mass index and knee osteoarthritis risk: a dose-response meta-analysis. PubMed. Viitattu 12.10.2015.
<http://onlinelibrary.wiley.com.nelli.laurea.fi/doi/10.1002/oby.20835/epdf>
- 3 Karpakka, P. 2011. Lihavuuden hoidon tarpeen ja hyödyn arviointi. Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim. Viitattu 24.6.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=laihdutus
- 4 Bliddal, H., Leeds, A R. & Christensen R. 2014. Osteoarthritis, obesity and weight loss: evidence, hypotheses and horizons – a scoping review. *Obes Rev.* 2014 Jul; 15(7): 578–586. PubMed. Viitattu 20.12.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.nelli.laurea.fi/pmc/articles/PMC4238740/>
- 5 Reed, V., Schifferdecker, K., Rezaee, M., O'connor, S. & Larson, R. 2012. The Effect of Computers for Weight Loss: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. *J Gen Intern Med* 27(1):99–108. ProQuest. Viitattu 11.10.2015.
<http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/pqcentral/oc-view/913457948/fulltextPDF/6F3301D3584C4655PQ/16?accountid=12003>
- 6 Brosseau, L., Wells, G., Tugwell, Peter, Egan, M., Dubouloz, C-J et al. 2011. Management of Osteoarthritis in Adults Who Are Obese or Overweigh. *Physical Therapy*. Vol 91, No 6. ProQuest Central. Viitattu 10.10.2015.
<http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/pqcentral/oc-view/871130578/fulltextPDF/35AC40A658374F0CPQ/18?accountid=12003>
- 7 Partonen, T. 2015. Uni ja vuorokausirytm. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 162-163.
- 8 Pietiläinen, K. 2015. Lihavuus – elämä pienoiskoossa. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim.
- 9 Uusitupa, M. 2012. Määritelmä ja luokittelu. Ravitsemustiede. Artikkelin tunnus: rvt02601 (026.001)
- © 2015 Kustannus Oy Duodecim Viitattu 25.6.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04594&p_selaus=87068
- 10 Lementowski, PW & Zelicof, SB. 2008. Obesity and osteoarthritis. Pubmed. Viitattu 27.12.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.nelli.laurea.fi/pubmed/18438470>
- 11 Muthuri, SG., Hui, M., Doherty, M. & Zhang W. 2011. What if we prevent obesity? Risk reduction in knee osteoarthritis estimated through a meta-analysis of observational studies. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011;63:982-90. PubMed. Viitattu 20.12.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.nelli.laurea.fi/pubmed/21425246>
- 12 Juhakoski, R. & Arokoski, J. 2014. Lonkkanivelrikon konservatiivinen hoito. Katsaus. *Suomen lääkärilehti*. 2/2014 vsk 69. Medic. Viitattu 28.12.2015.
<http://www.fimnet.fi.nelli.laurea.fi/cl/laakarilehti/pdf/2014/SL422014-2700.pdf>
- 13 Juhakoski, R. 2013. Hip Osteoarthritis; Risk Factors and Effects of Exercise Therapy. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences N:o 166. 2013. 74 p. Melinda. Viitattu 20.12.2015.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1104-9/urn_isbn_978-952-61-1104-9.pdf
- 14 Christensen, R., Bartels, EM., Astrup, A. & Bliddal, H. 2007. Effect of weight reduction in obese patients diagnosed with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Cochrane Library*. Viitattu 20.12.2015.
<http://onlinelibrary.wiley.com.nelli.laurea.fi/o/cochrane/cldare/articles/DARE-12007001351/frame.html>
- 15 Delahanty, L., Pan, Q., Jablonksi, K., Aroda, V., Watson, K., Bray, G., Kahn, S., Florez, J., Perreault, L. & Franks, P. 2014. Effects of Weight Loss, Weight Cycling, and Weight Loss Maintenance on Diabetes Incidence and Change in Cardiometabolic Traits in the Diabetes Prevention Program. Published online 2014 Sep 10. doi: 10.2337/dc14-0018. PubMed. Viitattu 30.12.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4170126/>
- 16 Lui, M., Jones, CA & Westby, MD. 2015. Effect of non-surgical, non-pharmacological weight loss interventions in patients who are obese prior to hip and knee arthroplasty surgery: a rapid review. *Syst Rev*.

2015 Sep 27;4:121. doi: 10.1186/s13643-015-0107-2.
PubMed. Viitattu 20.12.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26410227>

17 Turku, R. 2015. Motivaatio ja painonhallinta. Teoksessa Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 112–116.

18 Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. 2015. Lihavuuden hyvän hoidon periaatteet. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim.

19 Mustajoki, P. 2015. Omatoiminen elintapojen muuttaminen. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim.

20 Borg, P. 2015. Omatoimisten elintapamuutosten onnistuminen. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim.

Laihduttajan ruokavalio

Ylipainoiselle nivelrikkoiselle tehokas tapa saavuttaa pysyvä laihdutustulos on yhdistää liikunta ja laihdutusruokavalio¹. Suositeltavin on monipuolinen kasvispainotteinen ruokavalio⁸. Dieeteillä voi laihtua nopeasti, mutta tuloksissa pysyminen on vaikeampaa. Nopea siirtyminen takasin tavalliseen syömiseen voi lisätä painoa entisestään.⁹

Laihdutusruokavaliota on pystyttävä noudattamaan käytännössä. Aikaisempaan ruokavalioon tehdään muutoksia tarpeen mukaan periaatteena välttää turhia kaloreita.^{2, 3, 10} Laihduttavan ruokavalion voi toteuttaa vähentämällä ruokavalios- ta tyydyttynyttä rasvaa, sokeria, valkoisia viljoja ja alkoholia, jotka ovat niin sanottuja tyhjiä kaloreita sisältäviä ruokia. Voi myös pienentää perunan, riisin ja pastan annoskokoja sekä lisätä vesi- ja kuitupitoisia ruokia kuten kasviksia, marjoja ja hedelmiä.⁷



Ylipainoiselle suositellaan päivittäisen energiansaannin olevan 300 - 500 kcal (1300 - 2100 kJ) vähemmän kuin energiankulutus, jotta paino puutoaa 250 - 500 g viikossa.

Painoindeksin (BMI) ollessa yli 35, suositellaan päivittäiseksi energiansaanniksi 500 - 1000 kcal (2100 - 4200 kJ) energiankulutusta pienemmäksi. Näin saavutetaan 500 - 1000 g:n viikoittainen

painonpudotus. Fyysinen aktiivisuus voi vaikuttaa painonpudotuksen määrään.⁵



Laihdutuksessa ruoan vähäinen energiamäärä on ratkaiseva tekijä. Jotta laihtuisi, ei ruoan määrää tarvitse merkittävästi vähentää, mikäli syö vähemmän energiaa sisältävää ruokaa. Esimerkiksi lisätään kasviksien ja marjojen syömistä mutta vähennetään rasvaa. Kylläisyyden tunne liittyy ruuan tilavuuteen, ei energiamäärään.²

Ruokavaliosta on kuitenkin tärkeää saada kaikki tärkeät ravintoaineet. Esimerkiksi etenkin naisille on tärkeää saada riittävästi kalsiumia osteoporoosiriskin pienentämiseksi.⁵

Ruokailuvinkkejä laihduttaessa

Ruokahalun säätelyssä auttaa säännöllinen ateriarhythmi. Ruokailu 3 -4 tunnin välein pitää nälän kurissa. Pitkäkestoinen nälkä voi johtaa hallitsemattomaan ahmimiseen.¹⁰

Kylläisyyden tunnetta voi lisätä ruokavaliolla, josta on vähennetty tyydyttynyttä rasvaa, sokeria, valkoisia viljoja ja alkoholia. Alkoholi sisältää runsaasti energiaa ja myös lisää ruokahalua. Voi myös pienentää perunan, riisin ja pastan annoskokoja ja lisätä vesi- ja kuitupitoisia ruokia kuten kasviksia, marjoja ja hedelmiä. Laihdutusruokavaliossa on hyvä suosia keittoja, joiden pu-reskeltavat palat lisäävät kylläisyyden tunnetta.

Annoskoot on kuitenkin pidettävä kohtuullisina. Isojen lautasten välttäminen edesauttaa laihtumista, koska isoista lautasista syödään huomattavasti enemmän. Painonhallintaa auttaa sokeripitoisten juomien ja rasvaisen ruoan välttäminen. ^{2,4, 6, 7, 10}

Ruokaohjeita laihduttajalle ja pysyvään painonhallintaan löytyy esimerkiksi Kiloklubin internet-sivustolta. <http://kiloklubi.fi/reseptit/>

Ravitsemusterapeutti Pirjo Saarnian suunnittelema kahden viikon painonhallintaohjelma laihduttajalle löytyy http://www.hyvaterveys.fi/artikkeli/laihdutus/painonhallintaohjelma_laihtujalle

Lautasmalli pysyvään painonhallintaan



© Valtion ravitsemusneuvottelukunta

Laihdutuksen jälkeen painonhallintaan sopii suomalaiset ravitsemussuositukset. Lautasmalli havainnollistaa hyvän aterian koostamista. Puolet lautasesta on kasviksia, kuten raasteita, kasvisöljypohjaisella kastikkeella tai kasvisöljyllä kostutettua salaattia ja / tai lämpimiä kasvislisäkkeitä. Noin neljännes annoksesta koostuu perunasta, täysjyväpastasta tai muusta täysjyväviljalisäkkeestä. Loppuneljännes lautasesta jää kala-, liha tai munaruoalle tai palkokasveja, päh-

kinöitä tai siemeniä sisältävälle kasvisruoalle. Ruokajuomaksi on hyvä käyttää rasvatonta maitoa tai piimää ja janojuomaksi vettä. Ateriaan kuuluu myös kasviöljypohjaisella rasvalevitteellä voideltu täysjyväleipä. Jälkiruoksi sopivat marjat tai hedelmä. ³

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuositukset: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/porta/ortal/fi/ravitsemussuositukset/>

Vinkkejä jokapäiväisiin valintoihin: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/porta/fi/vinkkejä+viisaisiin+valintoihin/>

Ruokavalion esimerkkipäivä

Ateria	Kasvisvoittoinen ruokavalio ⁹	Perusruokavalio ⁴
Aamiainen	Veteen keitetty kaurapuuro Marjoja 1,5 dl Maitoa 1,5 dl (Teetä tai kahvia)	Puuro, mysli tai aamiaishiutaaleet Leipä tai sämpylä ja margariini Lihaleikkele, juusto tai kananmuna Maito, viili tai jogurtti Marjoja, hedelmä tai kasviksia Kahvi tai tee
Lounas	Kalakeitto Lisäkesalaatti öljykastikkeella 2 ruisleipäviipaletta Piimää 1,5 dl Omena	Lihaa, kalaa tai kasviksia sisältävä pää- ruoka Peruna, ohra, riisi tai pasta Kypsennetyt kasvikset Kasviksia tuoresalaattina tai raasteena ja öljypohjaista Salaatinkastiketta Leipä ja margariini Maito, piimä, kotikalja tai vesi Lounaalla tai päivällisellä marja-, hedel- mä- tai maitopohjainen jälkiruoka
Välipala	Teetä Täysjyväleipä + kasvisrasvavete Vihanneksia Vähärasvaista juustoa Marjapiirakkaa	Pullapohjainen pienikokoinen leivonnai- nen, keksi, kääretorttu, jäätelö tai hedelmä Kahvi tai tee
Päivällinen	Pasta-juustosalaatti Öljykastike Täysjyväleipää Marjarahkaa 1,5 dl	Kuten lounas
Iltapala	Teetä Karjalanpiirakka + kasvisrasvavete Tomaatti	Leipä tai sämpylä ja margariini Lihaleikkele, juusto tai kananmuna Viili tai jogurtti Marjoja, hedelmä tai kasviksia Kahvi tai tee

Ravitsemussuositukset

Rasvattomia ja vähärasvaisia nestemäisiä maitovalmisteita tulisi nauttia noin puoli litraa ja lisäksi voi syödä vähärasvaista ja vähäsuolaista juustoa. Ruokajuomaksi on hyvä käyttää rasvatonta maitoa tai piimää ja janojuomaksi vettä.

Päivittäin tulee syödä ainakin 500 g kasviksia, marjoja ja hedelmiä. Marjat ja hedelmät ovat sopivia jälkiruokia. Myös peruna ja vähäsuolainen täysjyväleipä ja muut täysjyväviljavalmisteet kuuluvat päivittäiseen ruokavalioon.

Viikoittain kalaa tulisi syödä 2-3 kertaa ja punaista lihaa (nauta, sika, lammas) ja lihavalmisteita tulisi korkeintaan 500 g (kypsäpaino) suosien vähärasvaisia ja -suolaisia vaihtoehtoja.

Suosittelavassa ruokavaliossa on vain vähän sokeria ja suolaa.³

Lähteet:

1 Health & Medicine Week. 2013. Weight Loss; Diet and exercise for knee osteoarthritis produces greater improvement in knee pain, function. 2013. ProQuest. Viitattu 5.1.2016.
<http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/pqcentral/doc-view/1438878394/fulltext/4781EDCD628D4B4FPQ/1?accountid=12003>

2 Mustajoki, P. Lääkärikirja Duodecim. Tietoa potilaalle: Vähennä kaloreita ilman dieettiä. 2015.

3 Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2014. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Viitattu 26.7.2015.
http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.3.pdf

4 Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Viitattu 26.7.2015.
http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito_net_2.painos.pdf

5 Bliddal, H., Leeds, A R. & Christensen R. 2014. Osteoarthritis, obesity and weight loss: evidence, hypotheses and horizons – a scoping review. *Obes Rev.* 2014 Jul; 15(7): 578–586. PubMed. Viitattu 20.12.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.nelli.laurea.fi/pmc/articles/PMC4238740/>

6 Mustajoki, P. Suomen Lääkärilehti. Katsausartikkeli: Ruoan energiatiheys ja annoskoko – avaimia painonhallintaan. 2007.

7 Duodecim. Käypä hoito -suositus. 2013. Lihavuus (aikuiset). Viitattu 10.7.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suosituks?id=hoi24010>

8 Uusitupa, M. 2012. Lihavuuden hoito. Ravitsemustiede. Artikkelin tunnus: rvt02608 (026.008) © 2015 Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.6.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04594&p_selaus=87068

9 Voutilainen, E., Fogerholm, M. & Mutanen, M. 2015. Ravitsemustaito. Helsinki: SanomaPro.

10 Uusitupa, M. 2012b. Lihavuuden hoito. Ravitsemustiede. Artikkelin tunnus: rvt02608 (026.008) © 2015 Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.6.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04594&p_selaus=87068

11 Kiloklubi.fi Viitattu 21.2.2016.
<http://kiloklubi.fi/reseptit/>

12 Saarnia, P. 2008. Painonhallintaohjelma laihtujalle. Hyvä Terveys. Viitattu 21.2.2016.
http://www.hyvaterveys.fi/artikkeli/laihdutus/painonhallintaohjelma_laihtujalle

Kuvalähde: Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Kuvaarkisto. Viitattu 10.2.2015.
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/julkaisut/kuva-arkisto/>

Liikunta nivelrikkoisen painonhallinnassa

Pysyvä laihdutustulos voidaan saavuttaa pelkäämään vähentämällä energiaa ruokavaliosta, mutta liikunta voi olla avuksi. Pysyvässä painonhallinnassa laihdutuksen jälkeen aktiivinen elämäntapa auttaa selvästi. Liikunnan avulla voidaan lisäksi parantaa kehon liikkuvuutta ja toimintakykyä sekä vähentää kipua polvi- ja lonkkanivelrikossa.

1



Nivelrikkoiselle sopivat hyvin yleiset kestävyysliikuntasuositukset, joiden mukaan kohtuullisesti kuormittavaa aerobista liikuntaa tulisi harrastaa vähintään 2,5 tuntia viikossa.

Esimerkiksi voi liikkua viitenä päivänä viikossa 30 minuuttia kerralla reippaasti kävellen³. Lyhyistäkin jaksoista koostuva liikkuminen parantaa kuntoa ja auttaa painonhallintaa.⁶ Muita sopivia liikkumismuotoja ovat pyöräily, esimerkiksi työ- ja asiointimatkoilla, sauvakävely tai raskaat koti- ja pihatyöt.⁸ Kaikki mukavalta ja sopivalta tuntuva liikkuminen sopii painonhallintaan.⁶

Arkiliikunta

Aktiiviseen elämäntapaan kuuluu varsinaisen kuntoliikunnan lisäksi myös arkiliikunta, esimerkiksi kävely ja portaiden käyttäminen.²

Liikunta on osa tavallista arkea, esimerkiksi kaupassa käymistä, siivoamista, lasten hoitamista ja

pihatöitä. Arkiliikunta ei vaadi erityistä ponnistusta ja se sopii kaikille. Painonhallintaan vaikuttaa oleellisesti liikunnan kokonaismäärä, liikkumiseen voi olla helpompaa lisätä arkiliikuntaa kuin kuntoliikuntaa. Aineenvaihduntaan vaikuttavat sekä arki- että kuntoliikunta, mutta kunnon kohottamiseen arkiliikunta ei välttämättä riitä. Toisin esimerkiksi säännöllinen reipas työmatkapyöräily tai -kävely voi kohottaa kuntoa. Arkiliikuntaa voi lisätä esimerkiksi marjastamalla, sienestämällä, pyöräily- tai hiihtoretkillä perheen tai ystävien kanssa tai koiran kanssa lenkkeilemällä.⁶



Painonhallintaa tukevat liikuntalajit nivelrikkoiselle

Sopivia liikuntalajeja nivelrikkoiselle ovat uinti⁴, kävely, sauvakävely, pyöräily ja hiihto. Ympäri vuoden voi hyödyntää kuntopyörää. Liikuntaohjeet suunnitellaan yksilöllisesti niin, että huomioidaan muun muassa nivelrikkoisen ikä, nivelrikon oireet ja aste, muut sairaudet ja liikkumiskyky. Yleiseen terveydentilaan perustuvan liikuntakelpoisuuden arvioi lääkäri⁵. Lonkkanivelrikon hoidossa erityisesti kipuvaiheeseen soveltuu vesiliikunta. Aerobisten harjoitusten päivittäistä suoritusaikaa ja intensiteettiä lisätään vähitellen oireiden salliessa.³

Nivelyhdistyksen internetsivustolta löytyy yleisluontoista tietoa tekonivelpotilaalle soveltuvista liikuntalajeista. <http://nivel.fi/tietoa-nivelista/tekonivelet/liikunta.html>



Nivelrikkaisen hoitoon suositellaan sisältyvän myös terapeuttista harjoittelua yksilöllisesti tai ryhmissä fysioterapeutin vastaanotolla, allasharjoitteluna, kuntosalilla tai potilaan lähiympäristössä⁵. Aerobisen liikunnan lisäksi nivelrikkaisen on hyvä myös vahvistaa ja venyttää lihaksia. Etenkin polven nivelrikossa on laihdutuksen aikana tärkeää säilyttää alaraajojen lihasmassa ja -voima liikunnan avulla. Sekä kävely että polvea tukevien lihasten vahvistaminen vähentävät kipua ja edistävät toimintakykyä. Lääkäriltä tai fysioterapeutilta voi saada yksilöllisiä ohjeita terapeuttiseen harjoitteluun.¹ Nivelyhdistyksen internetsivustolta löytyy Kuntosali kotonasi -harjoitusohjelma nivelrikkaisille. http://nivel.fi/uploads/pdf/tietoa_nivelista/materialipankki/jumppaohjeita/kuntosalikotonasi.pdf

Harjoittelun jälkeinen yli kaksi tuntia jatkunut nivelkipu, paheneva lihasheikkous ja pienentynyt nivelliikkuvuus voivat kertoa liian suuresta harjoittelumäärästä. Tällöin kannattaa vähentää suorituksen tehoa tai määrää ja pitää taukoa kipua aiheuttaneesta harjoituksesta, mutta liikkua

muilla tavoin. Akuutissa kipuvaiheessa ja vaikeimpien kipujaksojen aikana voi harjoittaa isometrisiä lihasvoimaharjoituksia ilman vartalon painoa tai vesiliikuntaa.³

On myös esitetty oletus, että ylipainoisen nivelrikkaisen harjoittelu voi pahentaa nivelrikkoa suuremman kuormituksen vuoksi ja tämän vuoksi harjoittelu tulisi aloittaa vasta laihdutuksen jälkeen. Aihe vaatii kuitenkin lisää tutkimusta. Harjoitusohjelman on kuitenkin oltava yksilöllinen ja siinä on otettava huomioon kunkin nivelrikkaisen kehon liikkuvuus, liitännäissairaudet ja mieltymykset.¹



UKK-instituutti on julkaissut tietoa liikunnasta ja painonhallinnasta http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunta_ja_painonhallinta sekä terveysliikuntasuosituksista <http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikunnan-suositukset>

Lähteet:

1 Bliddal, H., Leeds, A R. & Christensen R. 2014. Osteoarthritis, obesity and weight loss: evidence, hypotheses and horizons – a scoping review. *Obes Rev.* 2014 Jul; 15(7): 578–586. PubMed. Viitattu 20.12.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238740/>

2 Choi, J., Guterrez, Y., Gilliss, C. & Lee, K. 2012. Physical Activity, Weight, and Waist Circumference in Midlife Women. *Health Care for Women International* Volume 33, Issue 12, 2012.

DOI: 10.1080/07399332.2012.673658. CINAHL. Viitattu 31.12.2015.
<http://www.tandfonline.com.nelli.laurea.fi/doi/full/10.1080/07399332.2012.673658>

3 Juhakoski, R. & Arokoski, J. 2014. Lonkkanivelrikon konservatiivinen hoito. Katsaus. *Suomen lääkärilehti.* 2/2014 vsk 69. Medic. Viitattu 28.12.2015.
<http://www.fimnet.fi.nelli.laurea.fi/cl/laakarilehti/pdf/2014/SLL422014-2700.pdf>

4 National Clinical Guideline Centre (UK). 2014. Osteoarthritis: Care and Management in Adults. NICE Clinical Guidelines, No. 177. PubMed. Viitattu 28.12.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK333054/>

5 Duodecim. Käypä hoito -suositus. 2014. Polvi- ja lonkkanivelrikko. Viitattu 26.6.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50054>

6 Borg, P., Heinonen, O. & Haikarainen, T. 2015. Arki liikunta (arkiaktiivisuus). Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Duodecim.

7 Suomen nivelyhdistys ry. 2014. Viitattu 23.6.2015.
<http://www.nivel.fi/suomen-nivelyhdistys.html>.

8 UKK-instituutti. 2014. Viitattu 31.12.2015.
<http://www.ukkinstituutti.fi/>

Apua perusterveydenhuollosta

Omatoimisesti laihduttaminen ja tuloksissa pysyminen on mahdollista, iso osa laihduttaakin ilman ammattilaisten tukea¹. Parhaat tulokset on kuitenkin saavutettu, jos fyysiseen aktiivisuuteen ja ruokavalioon on saatu ohjausta, neuvontaa tai vertaistukea².

Käytännössä painonpudotus elintapahoitona hoidetaan usein ryhmähoitoina perusterveydenhuollossa eli terveystieteiden keskuksissa ja työterveyshuollossa, jolloin hoidosta vastaa yleensä moniammatillinen hoitotiimi. Käytännön toteutuksen koordinoi terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja. Lisäksi hoitotiimiin kuuluvat lääkäri, ravitsemusterapeutti tai -suunnittelija ja mahdollisuuksien mukaan myös psykologi ja fysioterapeutti tai liikunnan asiantuntija. Osa asiakkaista voidaan ohjata terveydenhuollon ulkopuolella toimiviin ryhmiin.

3



Luotettavia tiedonlähteitä

Painonhallintaan on olemassa lukuisia eri tapoja, joista voi lukea mm. kirjoista, oppaista, lehdistä ja internetistä. Tärkeää onkin löytää itselle se sopiva ja toimiva tapa.⁴

Tietoverkkojen kautta tieto on saatavilla ajasta ja paikasta riippumatta, mutta on tärkeää erottaa luotettavat ja asiantuntevat lähteet. Internetissä on myös monia ohjelmia, joiden avulla asia-

kas voi aloittaa esimerkiksi painon pudottamisen. Ohjelmissa voi olla mahdollista saada palautetta, ohjeita ja neuvoja sekä suunnitella elämäntapamuutosta. Internetsivustoilla on myös testejä, joilla voi esimerkiksi arvioida elintapoja, sairastumisriskiä, ruoan laatua tai määrää sekä liikunnan riittävyttä. Internetin Internetin palveluista luotettavia ovat esimerkiksi kalorilaskentaan ja ruoanlaadun arvioimiseen Kalorilaskuri, Kiloklubi ja Keventäjät.^{5, 6}

Luottavaa tietoa löytyy terveydenhuollossa käytettävistä Käypä hoito -suosituksista⁷.

Käypä hoito -suosituksen potilasversio polvi- ja lonkkanivelrikosta:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00064&suositusid=hoi50054>

Käypä hoito -suosituksen potilasversio laihdutuksesta ja painonpudotuksesta:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00017&suositusid=hoi24010>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen sivustolla on koottuna tietoa elintavoista ja ravitsemuksesta:

<https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus>

Lähteet:

- 1 Mustajoki, P. 2015. Omatoiminen elintapojen muuttaminen. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 194.
 - 2 Brosseau, L., Wells, G., Tugwell, Peter, Egan, M., Dubouloz, C-J et al. 2011. Management of Osteoarthritis in Adults Who Are Obese or Overweigh. Physical Therapy. Vol 91, No 6. ProQuest Central. Viitattu 10.10.2015.
<http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/pqcentral/docview/871130578/fulltextPDF/35AC40A658374FOCPQ/18?accountid=12003>
 - 3 Duodecim. Käypä hoito. 2013. Lihavuus (aikuiset). Viitattu 10.7.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi24010>
 - 4 Borg P. 2007. Rentoa painonhallintaa. Helsinki: Otava.
 - 5 Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo; Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
 - 6 Borg, P. 2015. Omatoimisten elintapamuutosten onnistuminen. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 203 – 206.
 - 7 Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. Helsinki: SanomaPro.
- Duodecim. Käypä hoito –suositukset. Potilasversiot. Viitattu 31.12.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle>