

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Sairaanhoitaja

2010

Viivi Salin, Johanna Vihanto, Maiju Virta

LONKKAMURTUMAPOTILAAN KIRJALLINEN RAVITSEMUSOHJE



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyö | Sairaanhoidaja

Marraskuu 2010 | 39 sivua + 2 liitesivua

Tekijät Viivi Salin, Johanna Vihanto, Maiju Virta

LONKKAMURTUMAPOTILAAN KIRJALLINEN RAVITSEMUSOHJE

Vuosittain Suomessa tilastoidaan yli 7000 lonkkamurtumaa. Yli 90 % lonkkamurtumista tapahtuu kaatumisen seurauksena ja valtaosalla potilaista on taustalla osteoporoosi. Kotonaan ennen murtumaa asuneista lonkkamurtumapotilaista 29 % ei kykene enää asumaan kotonaan vaan päätyy vuoden kuluessa pitkäaikaiseen laitoshoittoon.

Ravitsemus liittyy vahvasti lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumiseen. Ruokavaliomuutoksilla voidaan saavuttaa sekä kuntoutumista parantava että uusia kaatumisia ehkäisevä vaikutus. Ruokavaliolla voidaan vaikuttaa myös osteoporoosiin. Lonkkamurtumapotilaan tulisi saada tietoa ravitsemuksen merkityksestä kuntoutumiseensa, jotta potilas tuntisi voivansa vaikuttaa siihen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia kirjallinen ravitsemusohje lonkkamurtumapotilaille. Tavoitteena oli laatia sisällöllisesti, opetuksellisesti ja ulkomuodollisesti laadukas potilasohje, jota voi hyödyntää käytännön hoitotyössä. Kirjallisella potilasohjeella tuetaan suullista potilasohjausta. Työtä tehtiin yhteistyössä Turun sosiaali- ja terveystoimen kanssa ja se liittyi kehittävä vuoropuhelu- ravitsemusterveysprojektiin. Ohje laadittiin kirjallisuuskatsauksen tuottaman teoreettiseen viitekehyksen pohjalta.

Lonkkamurtumapotilaan ravitsemuksen pääkohdat ovat monipuolinen ruokavalio sekä riittävä kalsiumin ja D-vitamiinin saanti. Kirjallisessa potilasohjeessa tieto on pyritty esittämään ytimekkäästi, selkeästi ja perustellen, jotta ohje on ikääntyneen potilaan näkökulmasta mahdollisimman ymmärrettävä ja helposti toteutettavissa.

ASIASANAT:

(Lonkkamurtuma, ravitsemus, potilasohje, ikääntynyt.)

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing | Registered Nurse

November 2010 | 39 pages + 2 appendix pages

Authors Viivi Salin, Johanna Vihanto, Maiju Virta

A NUTRITION GUIDEBOOK FOR HIP FRACTURE PATIENTS

Statistics show there are over 7000 hip fracture incidents every year in Finland. Over 90 % of the fractures occur when a person falls down e.g. on the ground. A majority of the hip fracture patients have also been diagnosed with osteoporosis. 29 % of the patients who were able to live independently prior to the hip fracture end up in a long-term care in a hospital or some other therapeutical facility.

Nutrition is an essential part of the rehabilitation process among hip fracture patients. Dietary changes can help both rehabilitation of the fractured hip as well as preventing future fractures. Changes in the nutrition have also beneficial effects on the osteoporosis. In order for the patients to be able to have an impact on their own rehabilitation process, it's very important for them to receive information about the right kind of diet.

The purpose of this thesis was to compile a written nutritional guidebook for the hip fracture patients. A written guidebook supports the spoken guidance given e.g. in the hospital. This thesis was made in co-operation with the municipal social services and health care department of Turku. The thesis was also a part of a nutritional health project, improving dialogue.

The hip fracture patient's nutrition consists of diverse diet and adequate intake of calcium and vitamin D. The information in the guidebook was demonstrated as clearly as possible, so it would be understandable and easy to follow by the elderly patients.

KEYWORDS:

(hip fracture, nutrition, patient guidebook, elderly)

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	TYÖN TARKOITUS, TOTEUTUSMENETELMÄ JA TAVOITE	6
3	LONKKAMURTUMA	7
3.1	Osteoporoosin vaikutus lonkkamurtuman syntyyn	7
3.2	Kuntoutumiseen vaikuttavat tekijät	8
4	LONKKAMURTUMAPOTILAAN RAVITSEMUS	9
4.1	Luustoon vaikuttavat ravintoaineet	10
4.1.1	Kalsium	10
4.1.2	D-vitamiini	11
4.1.3	Muut luustoon vaikuttavat ravintoaineet	12
4.2	Ikääntyneen ravitsemus	14
4.3	Yhteenveto lonkkamurtumapotilaan ruokavaliosta	16
5	POTILASOHJAUS	18
5.1	Ohjaustilanteeseen vaikuttavat tekijät	19
5.2	Kirjallinen potilasohje	21
5.2.1	Kirjallisen potilasohjeen opetuksellisuus	22
5.2.2	Kirjallisen potilasohjeen ulkoasu	23
5.3	Ravitsemusohjaus	26
5.4	Ikääntynyt potilasohjauksessa	28
6	LONKKAMURTUMAPOTILAAN KIRJALLINEN RAVITSEMUSOHJE	30
7	POHDINTA	32
7.1	Työn luotettavuus- ja eettisyysnäkökulmat	32
7.2	Kirjallisen ravitsemusohjeen hyödynnettävyys ja käytettävyys	33
	LÄHTEET	36
	LIITTEET	
	Liite 1. Kirjallinen potilasohje	

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia lonkkamurtumapotilaan ravitsemukseen liittyvä kirjallinen ohje (LIITE 1). On tärkeää selvittää, millainen on laadukas lonkkamurtumapotilaiden ravitsemusohje, koska lonkkamurtumapotilaiden paranemiseen liittyy vahvasti ravitsemus (Jänntti ym. 2008).

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Turun sosiaali- ja terveystoimen kanssa. Meillä on kehittävä vuoropuhelu- ravitsemusterveysprojekti RAVTER, joka on Turun ammattikorkeakoulun ja Turun sosiaali- ja terveystoimen yhteistyössä toteutettu täsmäkoulutuspaketti. RAVTER -projektissa käsitellään ravitsemusohjauskysymyksiä erilaisissa asiakaslähtöisissä tilanteissa sekä kehitetään hoitohenkilökunnan ravitsemusosaamista ja ravitsemukseen liittyvää potilasohjausta. Ravitsemusterveysprojektin aineistoa on kerätty vuosina 2005–2008. (Ravitsemusterveysprojekti 2010.)

Tässä opinnäytetyössä laadittua kirjallista ohjetta lonkkamurtumapotilaan ravitsemuksesta voidaan hyödyntää kuntoutumisvaiheessa olevien lonkkamurtumapotilaiden ohjauksessa sairaalassaoloaikana sekä ohjeena kotiutumisen jälkeen. Projektissa mukana olevilla, Turun sosiaali- ja terveystoimen ortopedisilla kuntoutusosastoilla, ei ole ennestään käytössä kirjallista ohjetta lonkkamurtumapotilaan ravitsemuksesta, joten tavoitteena oli tehdä laadukas potilasohje, jonka osastot voivat ottaa käyttöön.

Aihetta on käsitelty siitä näkökulmasta, että lonkkamurtumapotilas on ikääntynyt ja mahdollisesti osteoporoosi on taustalla. Tähän rajaukseen on päädytty, koska nuorten osuus lonkkamurtumapotilaista on hyvin pieni ja vanhusten lonkkamurtumiin osteoporoosi on usein yhteydessä. Opinnäytetyön materiaali on kerätty eri kirjallisuutta ja hoitotieteellisiä artikkeleita hyväksi käyttäen.

2 Työn tarkoitus, toteutusmenetelmä ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia lonkkamurtumapotilaan ravitsemukseen liittyvä kirjallinen ohje. Tavoitteena on, että valmista kirjallista ohjetta voisi hyödyntää eri osastojen hoitohenkilökunta lonkkamurtumapotilaiden käytännön hoitotyössä sekä hoidossa että kuntoutuksessa. Lonkkamurtumapotilas voi hyödyntää kirjallista ohjetta kuntoutumisessaan sekä uusien murtumien ennaltaehkäisyssä.

Opinnäytetyö pohjautuu kirjallisuuskatsaukseen. Kirjallisuuskatsaus sisältää kyseisen ilmiön kannalta tärkeän aikaisemman tiedon selvittämisen. Sen avulla täsmennetään se, mitä aiheesta on aiemmin tutkittu, miten ja milloin on tutkittu ja kuka on tutkinut. Lisäksi täsmennetään, mitä asiasta jo tiedetään sekä millaisia ideoita tutkimuksista saadaan. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 23.) Kirjallisuuskatsauksen tuottaman teoreettisen viitekehyksen pohjalta laaditaan lonkkamurtumapotilaan kirjalliset ravitsemusohjeet.

Opinnäytetyön materiaali kerättiin eri kirjallisuutta ja hoitotieteellisiä artikkeleita hyväksi käyttäen. Hoitotieteellisiä tutkimuslähteitä haettiin eri tietokannoista kuten Medic, Terveysportti, CINAHL ja PubMed MEDLINE. Tietokannoista etsimiseen hakusanoina käytettiin muun muassa lonkkamurtuma, ravitsemus, potilasohje, ohjaus, kirjallinen ohje, ortopedinen, kuntoutus, ikääntynyt, nutrition, hipfracture, instruction, patient education ja geriatric. Kirjallisuutta etsittiin myös käsihauilla kirjastosta.

Lähdemateriaalin hakua ja opinnäytetyötä ohjasi pohdinta siitä, millainen on hyvä lonkkamurtumapotilaan kirjallinen ravitsemusohje sisällöllisesti, opetuksellisesti ja ulkomuodollisesti, huomioiden, että potilasohje suunnataan ikääntyneille potilaille.

3 Lonkkamurtuma

Suomen terveydenhuollon merkittävimpiä haasteita on ikääntyneen väestön reisiluun yläosan murtumat eli lonkkamurtumat, joita tilastoidaan vuosittain yli 7 000. Suurin osa lonkkamurtumapotilaista on naisia. (Stakes 2008.)

Kotonaan ennen murtumaa asuneista 29 % päätyy lonkkamurtuman jälkeen vuoden kuluessa pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Yli 90 % lonkkamurtumista tapahtuu kaatumisen seurauksena ja lonkkamurtumapotilaista valtaosalla yli 75-vuotiailla on osteoporoosi. Osteoporoosin yleisyys puoltaa läikehoidon aloitusta. Lonkkamurtuman ehkäisyn kulmakivet ovat riittävä kalsiumin ja D-vitamiinin saanti, säännöllinen liikunta ja tupakoinnin välttäminen. Kaikille murtumapotilaille kannattaa aloittaa lääkitys, johon kuuluu kalsiumia 1 g/vrk ja D-vitamiinia 800 IU/ vrk. Potilaan ennusteesta riippuu muu luustolääkityksen tarve. (Käypähoito 2006.)

3.1 Osteoporoosin vaikutus lonkkamurtuman syntyyn

Osteoporoosilla tarkoitetaan luukatoa, ja se on rinnastettavissa kansantauteihin, kuten sepelvaltimotautiin, korkeaan kolesteroliin, diabetekseen ja verenpaine-tautiin (Osteoporoosiliitto 2010). Luukato aiheuttaa murtumia ja lisää murtumariskiä. Osteoporoosi on yleistä erityisesti naisilla, joilla munasarjojen toiminta on loppunut sekä miehillä, joilla miessukupuolihormonin tuotanto on heikentynyt. Osteoporoosia sairastava ei yleensä tiedosta luukatoa ennen kuin esimerkiksi lonkan, ranteen tai selkänikaman murruttua sairaus tulee ilmi. Osteoporoosin heikentäessä luuta se lisää murtumariskiä, mutta muitakin riskitekijöitä on olemassa. Tupakoiva, alipainoinen, D-vitamiinin tai kalsiumin puutteesta kärsivä, kortisonia tai eräitä muita lääkkeitä käyttävä on riskiryhmässä sairastua osteoporoosiin. Kaikkien edellä mainittujen riskitekijöiden lisäksi heikentynyt liikuntakyky sekä huimausta aiheuttavat lääkkeet ovat murtuman synnyn suhteessa suurempia riskitekijöitä. (Lehenkari 2007, 4.)

Osteoporoosissa luun pienet rakenteet pienenevät ja ohenevat vähitellen ja niiden väleihin jäävät tilat suurenevat. Tästä johtuen luista tulee heikompia ja huo-

koisempia sekä niiden tiheys pienenee. Luista tulee yhä hauraampia ja riski murtumille lisääntyy. (Williams 2002, 10.) Luukatoa epäiltäessä, voidaan osteoporoosi varmistaa luuntiheysmittarilla (Lehenkari 2007, 4).

Noin 400 000 ihmistä sairastaa Suomessa osteoporoosia. Vuosittain osteoporoosi aiheuttaa yli 40 000 murtumaa, joista 8 000 on lonkkamurtumia, 10 000 nikamamurtumia ja 13 000 rannemurtumia. Potilaista 20 % kuolee vuoden sisällä lonkkamurtumien seurauksena, puolet ei selviä arkipäivän rutineista yksin ja pitkäaikaista laitoshoidoa tarvitsee 20 %. Osteoporoosin hoidon perustana on perushoito, johon kuuluvat kalsium, D-vitamiini, lääkehoito, terveelliset elämäntavat sekä riittävä liikunta. (Osteoporoosiliitto 2010.) Luuliikunta on tärkeä luukunnon kohentaja. Tärkeää on, että luut saavat impakti-tyyppistä rasitusta eli tärinöitä. (Lehenkari 2007, 6.)

3.2 Kuntoutumiseen vaikuttavat tekijät

Lonkkamurtumapotilaat lähetetään useimmiten jo toisena postoperatiivisena päivänä jatkohoitoon terveyskeskuksen vuodeosastoille, koska erikoissairaanhoidossa hoitoajat ovat lyhentyneet. Tämän takia jatkohoitopaikkojen osaamiselta vaaditaan paljon. Lonkkamurtumapotilaista kotiutuneet eivät enää saavuta ennen murtumaa ollutta toimintakykyään. Tilanne on hälyttävä sekä inhimillisesti että kansanterveydellisesti ja kansantaloudellisesti katsottuna. Kuntoutumisen ennustetta huonontaa myös se, että odotusajat leikkaukseen ovat pidentyneet kasvavien päivystysleikkausten määrien vuoksi ja leikkausviiveen kasvaessa akuutin sekavuustilan, deliriumin, riski lisääntyy. (Jäntti ym. 2008, 15.)

Hyvä yhteistyö on välttämätöntä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä hyvien hoitotulosten saavuttamiseksi. Sitä varten tarvitaan hoitoketjuja, jotka ovat selkeästi ohjeistettuja. Kotiutuksen suunnittelu jatkohoitopaikassa tulee aloittaa heti vuodeosastolle tultaessa. Lisäksi on tehtävä kotikäynti, jotta kodin muutostyöt saadaan suoritettua ennen potilaan kotiinpaluuta. (Jäntti ym. 2008, 16–17.)

Aiemmin on aliarvioitu ravitsemuksen merkitystä ikääntyneen hyvinvoinnille ja toimintakyvylle. D-vitamiinin puute ja vajaaravitsemus jäävät huomioimatta, vaikka näiden tekijöiden korjaamisella vaikuttaisi olevan sekä kuntoutumista parantava että uusien kaatumisten vaaraa vähentävä vaikutus. Tärkeää olisi, että jatkohoitopaikoissa kiinnitettäisiin huomiota aterioiden rytmittämiseen niin, että sama ateriarytmi säilyisi myös kotona. Ikääntyneitä tulisi kannustaa itsenäiseen ruoanlaittoon, koska se vaikuttaa mielenvireyteen ja parantaa myös muuta toimintakykyä. Ateriapalvelun käyttöä tulisi harkita potilaan kunnon pohjalta. Jos potilas pystyy itsenäisesti laittamaan ruokaa, ateriapalvelun käyttö ei ole välttämättä hyvä vaihtoehto. (Jäntti ym. 2008, 16–17.)

Ikäihmisillä suunterveys jää usein huomioimatta, vaikka silläkin on ravitsemukseen ja sitä kautta kuntoutumiseen suuri merkitys. Ikääntyneillä saattaa useinkin olla huonosti istuvat proteesit tai hampaat puuttuvat kokonaan. Tässäkin tapauksessa moniammatillinen yhteistyö yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa on erityisen tärkeää lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisessa. Ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitämisessä on tärkeää, että kuntoutus jatkuu vielä kotiutumisen jälkeenkin ja, että kaikki hoitoon osallistuvat tietävät ravinnon, liikunnan, lääkehoidon ja ihmissuhteiden merkityksen. (Jäntti ym. 2008, 17.)

4 Lonkkamurtumapotilaan ravitsemus

Lonkkamurtumapotilaan ravitsemuksen peruspilari on monipuolinen ravinto, tarvittaessa painon vähentäminen tai aliravitsemustilan korjaaminen. Yhdenkin luustoon vaikuttavan ravintoaineen liian vähäinen saanti voi vaikuttaa hormonitasapainoon tai aineenvaihduntaan lisäten osteoporoosin vaaraa, joka altistaa murtumien syntymiselle. (Brever 1998, 86.)

Tärkeimmät luustoon vaikuttavat ravintoaineet ovat kalsium ja D-vitamiini. Ensimmäinen ravintoaineiden lähde on ruokavalio. Luuston terveyden ja osteoporoosin ehkäisyn takia olisi syytä varmistaa, että ravinnossa on riittävästi luuston tarvitsemia ravinteita. Luustoa suosiva ruokavalio olisi syytä ylläpitää koko

elinajan. Päivittäinen ravitsemus saattaa tarvita vahvistukseksi säännöllisen vitamiini- ja kivennäisliävalmisteiden. (Brever 1998, 86.)

Luuston hyvinvoinnin kannalta paras valmiste sisältää mahdollisimman monta hivenainetta suurin piirtein päivittäisen saantisuosituksen verran. Joitakin hivenaineita, ennen kaikkea kalsiumia, kannattaa ottaa enemmänkin. (Brever 1998, 86.) Maito on ensisijainen kalsiumin ja D- vitamiinin lähde ja sen kuuluminen päivittäiseen ruokavalioon vähentää osteoporootista luukatoa ja murtumariskiä (Feskanich ym. 2003, 504–511).

4.1 Luustoon vaikuttavat ravintoaineet

4.1.1 Kalsium

Kalsium on luuston päärakennusaine ja sen imeytymiseen tarvitaan D-vitamiinia (Brever 1998, 64–67). Ohutsuolen limakalvon soluissa D-vitamiini osallistuu kalsiumin kuljettajaproteiinin muodostamiseen, jonka vuoksi D-vitamiini on välttämätöntä kalsiumin imeytymiseen (Haglund ym. 2007, 70). Ravinnon kalsiumvaje aiheuttaa hyökkäyksen luuston kalsiumvarastoihin, mikä lisää merkittävästi osteoporoosin riskiä myös pitkällä aikavälillä. (Brever 1998, 64–67.) Kehon monessa reaktiossa kalsium toimii aktiivisesti. Kalsium on tärkeä viestinviejä soluissa. Se säätelee lihasten supistumista, hermoimpulssien välittymistä ja monen entsyymin reaktiota sekä osallistuu veren hyytymiseen. Mikäli kalsiumia ei näihin toimintoihin saada riittävästi, elimistö ottaa sen luustosta. (Luusto on kalsiumin... 2006, 10–11.) On huomioitava, että pelkkä kalsiumlisä ei vähennä murtumariskiä, koska kalsium ei imeydy ilman D- vitamiinia (Feskanich ym. 2003, 504–511).

Elimistön käyttöön imeytyy ravinnon kalsiumista kolmasosa, loppu erittyy virtsan, ulosteiden ja hien mukana. Ruoasta saatu askorbiinihappo ja aminohapot edesauttavat laktoosin tavoin kalsiumin imeytymistä. Kalsiumin imeytymistä heikentäviä tekijöitä ovat runsas ravintokuitupitoisuus ja täysjyväviljan fytiinihappo sekä hedelmien ja kasvien oksaalihappo, koska nämä muodostavat imeytymättömiä yhdisteitä. (Haglund ym. 2007, 70.)

Suomalaisessa ruokavaliossa maitovalmisteet ovat paras kalsiumin lähde. Kalsium imeytyy maitovalmisteista tehokkaimmin ja niissä sitä on runsaasti. Maidon sisältämän laktoosin ja proteiinin vaikutuksesta kalsium imeytyy maitovalmisteista hyvin. (Haglund ym. 2007, 71.) Lisäksi kalsiumia on esimerkiksi soijapavuissa, kirjolohessa, pähkinöissä ja seesaminsiemeneissä. Maidon veroisesti kalsiumia on myös muissa maitovalmisteissa, joten maidon voi korvata oman maun mukaan esimerkiksi piimällä, jogurtilla tai viilillä. Juusto on myös hyvä kalsiumin lähde, mutta tällöin kannattaa ottaa huomioon juuston runsas rasvapiitoisuus. Ruokavaliossaan riittävästi maitovalmisteita käyttävän ei ole tarpeellista käyttää kalsiumvalmisteita. (Luusto on kalsiumin... 2006, 10–11.) Tang ym. (2007) ovat tutkimuksessa todenneet, että kalsiumin vuorokausiannos tulisi olla vähintään 1 200 mg, jotta se ehkäisee murtumia ja luun menetystä (Ks. Kalsium ehkäisee... 2007, 26).

4.1.2 D-vitamiini

D- vitamiini toimii myös hormonina. Sitä tarvitaan, jotta saatu kalsium ja fosfaatti imeytyisivät ohutsuolesta ja siirtyisivät luihin. Vitamiineja täytyy saada ravinnosta, koska ihmisen elimistö ei pysty valmistamaan niitä lainkaan tai valmistaa niitä riittämättömän määrän. Evoluution myötä ihmisen iho on alkanut tuottaa vähäisiä määriä D- vitamiinia auringon vaikutuksesta, koska se on niin välttämätöntä luiden terveydelle. (Brever 1998, 75–83.) Suomessa ainoastaan kesäkuukausina iho voi tuottaa D-vitamiinia auringosta (Suominen ym. 2010, 43–44). Vanhetessa elimistön kyky hyödyntää aurinkoa D- vitamiiniin lähteenä heikenee. 80-vuotias henkilö tarvitsee kaksi kertaa enemmän aikaa auringossa kuin 20-vuotias, saadakseen D- vitamiinia saman verran. (Lutz & Przytulski 1997, 242.)

Riittävä D- vitamiiniannos voi laskea jopa noin 40 % lonkkamurtumariskiä (Feskanich ym. 2003, 504–511). Sen lisäksi, että riittävä D-vitamiinin saanti ehkäisee luustosairauksia, on ajateltu, että sillä saattaa olla myös muita terveysvaikutuksia. Veren alhainen D-vitamiinipitoisuus voidaan yhdistää muun muassa sy-

dän- ja verisuonisairauksiin, tyypin II diabetekseen ja joihinkin syöpiin. (Korpela-Kosonen 2009, 10–11, Suominen ym. 2010, 43–44.)

Tärkeimmät ravinnon D-vitamiinilähteet ovat kala ja kalatuotteet, vitaminoidut maitovalmisteet, kanamuna sekä levitettävät ravintorasvat. D-vitamiinia pitäisi saada riittävästi, jos näitä elintarvikkeita käytetään suositusten mukaisia määriä. (Korpela-Kosonen 2009, 10–11; Suominen ym. 2010, 43–44.) Kuitenkin ikään-tyneiden ravitsemussuositusten mukaan D-vitamiinilisävalmisteita tulisi käyttää 20 mikrogrammaa (800 IU) vuorokaudessa ympärivuotisesti. Jos ravinnosta saatu D-vitamiinin määrä on kuitenkin erittäin runsasta, pienempi D-vitamiinilisäannos riittää. (Suominen ym. 2010, 43–44.) D-vitamiinilisä on varsinkin talvella tarpeen, jos D-vitamiinin saanti ruoasta ei ole riittävä (Lamberg-Allardt & Viljakainen 2007, 20–21). D-vitamiinin ja kalsiumin luustoa vahvistava vaikutus, sekä D-vitamiinin kaatumisia ehkäisevä vaikutus, saavutetaan jos D-vitamiinin vuorokausiannos on riittävä (Länsipuro ym. 2008, 3209). Lamberg-Allardin (2006) mukaan D-vitamiinilla on kaatumisia ehkäisevä vaikutus, koska luuston lisäksi D-vitamiini vaikuttaa lihaksiin. D-vitamiinin liian vähäiseen saantiin liittyy lihasheikkoutta, jolloin kaatumisten riski saattaa lisääntyä. (Ks. Ravinnosta riskejä... 2006, 12.)

4.1.3 Muut luustoon vaikuttavat ravintoaineet

Monissa kasveissa on luonnollisia kasviestrogeenejä, joilla on vähäinen hormonien kaltainen vaikutus ihmisen elimistössä. Ne voivat osaltaan auttaa säilyttämään hormonitasoja vaihdevuosien jälkeen ja näin suojata osteoporoosilta. (Brever 1998, 45–51.)

Rasvat koetaan usein haitallisiksi ravintoaineiksi. Elimistö kuitenkin tarvitsee joitain välttämättömiä rasvahappoja. Tiedetyt välttämättömät rasvahapot kiihdyttävät kalsiumin imeytymistä suolistossa, vähentävät kalsiumin erittymistä virtsaan ja lisäävät kalsiumin kiteytymistä luissa. Riittävä kalsiumin ja välttämättömien rasvahappojen saanti suojaa osteoporoosilta. Ravinnosta tulisi saada välttämättömiä rasvahappoja, koska ihmisen oma rasvahappojen tuotanto on melko vähäistä. Tärkeimmät välttämättömät rasvahapot ovat linolihappo ja linoleenihap-

po. Liiallinen tyydyttyneiden rasvojen saanti sen sijaan estää kahden tärkeän kivennäisaineen, kalsiumin ja magnesiumin imeytymistä suolistosta. Siitä johtuen runsasrasvaisella ruokavaliolla on yhteyttä kalsium vajeeseen ja osteoporoosin aiheuttamaan murtumavaaraan. (Brever 1998, 45–51.)

Kuitujen ravintoarvo niin energiansaannin kuin ravinteidenkin osalta on melko vähäinen, mutta kuidut ovat välttämättömiä muiden ruoka-aineiden sulautumiselle ja imeytymiselle. Liian runsas kuitujen saanti voi kuitenkin pahentaa vaihdevuosisoireita ja lisätä osteoporoosin vaaraa. (Brever 1998, 52–58.)

Noin kolmannes luiden painosta muodostuu proteiineista eli valkuaisesta. Proteiini mahdollistaa kalsiumin ja muiden suolojen saostumisen. Osteoporoosin vaaraa lisää sekä liian vähäinen että liian suuri proteiinin saanti. (Brever 1998, 52–58.) Ikääntyneen tulisi saada proteiinia 1-1,2 grammaa/ kehonpainokiloa kohden/ vuorokaudessa (Suominen ym. 2010, 14).

Osteoporoosin vaaraa lisää myös runsas pöytäsuolan eli natriumkloridin käyttö. Se lisää munuaisten kautta virtsaan erittyvän kalsiumin määrää. Kalium taas auttaa munuaisia suodattamaan natriumia pois kehosta. Liiallisella sokerin käytöllä on yhteys osteoporoosiin. Se aiheuttaa kehon kalsiumin, kromin, kuparin, magnesiumin ja sinkin kulutuksen kasvua. (Brever 1998, 52–58.)

Kofeiinilla on monia haitallisia vaikutuksia luustoon. Kofeiini lisää kalsiumin ja magnesiumin erittymistä virtsaan sekä kalsiumin poistumista luusta. On tutkittu, että runsaasti kahvia nauttivilla naisilla on selkeästi korkeampi riski saada lonkkamurtuma jossain elämänsä vaiheessa. (Brever 1998, 52–58.)

Tietyt vitamiinit ja kivennäisaineet ovat luuston terveyden ja osteoporoosin ehkäisyn kannalta välttämättömiä (Brever 1998, 60). Tärkeimmät ovat jo edellä mainitut kalsium ja D-vitamiini. Fosfori on elimistön toiseksi yleisin kivennäisaine. (Williams 2002, 37.) Fosforia ja kalsiumia tulisi saada suunnilleen samassa suhteessa, koska ne muodostavat yhdessä kalsiumfosfaatteja, jotka ovat luuston mineraaleista yleisimpiä (Brever 1998, 52–58). Niin kuin kalsium, myös fosfori tarvitsee D-vitamiinin imeytyäkseen. Kuitenkin fosforin liikasaanti nostaa lisäkilpirauhashormonipitoisuutta, joka aiheuttaa kalsiumin eritystä luustoon.

Fosforia tulisikin vähentää ruokavaliosta. (Brever 1998, 52–58; Williams 2002, 37.)

Magnesium on kivennäisaine, joka varastoituu pääosin luihin ja hampaisiin. Magnesium säätelee kalsitoniinin ja kilpirauhashormonin tuotantoa, jotka molemmat liittyvät luiden uudistumiseen. Magnesium myös tehostaa D-vitamiinin toimintaa. Vähäinenkin magnesiumpuutos voi johtaa osteoporoosiin. Mangaania on sekä luissa että pehmytkudoksissa. Mangaani on välttämätöntä sellaisten aineiden tuotannossa, joita tarvitaan luuston rakentumiseen, kiteytymiseen, korjaantumiseen ja uusiutumiseen. Boorin saannilla on merkitystä luustolle etenkin naisilla tasannevuosien aikaan. Boori nostaa estrogeenin tuotantoa ja edistää D-vitamiinin tuotantoa naisilla tasannevuosien jälkeen. Sinkki tehostaa D-vitamiinin vaikutuksia ja on välttämätöntä kalsiumin imeytymiselle, luun kollageenituotannolle ja luuston korjautumiselle (Brever 1998, 61–84).

C- vitamiini on välttämätön kaikkien kudosten kasvulle ja uusiutumiselle. Sen on todettu kiihdyttävän luun rakennesolujen toimintaa, tehostavan D- vitamiinin vaikutusta ja lisäävän kalsiumin imeytymistä suolesta. K- vitamiini on välttämätöntä veren hyytymiselle, ja sitä tarvitaan osteokalsiinisynteesissä. Osteokalsiini on kalsiumia sitova valkuainen luun sidekudoksissa osassa. Luiden terveyden kannalta K- vitamiini on yhtä tärkeä kuin kalsium. (Brever 1998, 61–84.)

4.2 Ikääntyneen ravitsemus

Perusaineenvaihdunnan taso laskee, liikkuminen vähenee ja ruokahalu heikkenee kun vanhenemiseen liittyvät fysiologiset muutokset saapuvat (Suominen 2006, 24). Vanhetessa ihmisen kehossa tapahtuu paljon muutoksia, jotka johtavat painon alenemiseen. Muutoksia ovat esimerkiksi ruoansulatusentsyymien sekä aktiivisen kudoksen määrän pieneneminen, mahalaukun hidas tyhjeneminen sekä nopea kylläisyyden tunne ruokaillessa. Muutoksia lisäävät myös perusaineenvaihdunta sekä heikentynyt maku- ja hajuaisti. Lääkkeillä on myös merkitystä painon alenemiseen. Lääkkeet saattavat aiheuttaa ruokahaluttomuutta, mikä johtaa ikääntyneen syömättömyyteen. Lääkkeet saattavat aiheuttaa sivuoireina myös oksentelua, pahoinvointia, ummetusta, masennusta, kog-

nitiviisiä muutoksia sekä maku- ja hajuaistin muutoksia. Nämä kaikki muutokset voivat johtaa ruokahaluttomuuteen. (Hiltunen 2009, 3551.)

Ikääntyneellä painon alentuminen heikentää lihaskuntoa sekä toimintakykyä. Tällöin on tärkeää, että ikääntynyt pysyisi sopivassa painossa. Ikääntyneen ruokavalion tuleekin olla monipuolinen. Ikääntyneen energiantarpeen tulee vastata ikääntyneen kulutusta. Kun ruokavalion laatu on hyvä ja päivittäinen energiansaanti on vähintään 1 500 kcal (6,5 MJ) on useimpien ravintoaineiden saanti todennäköisesti turvattu. Akuutisti sairastuneet ikääntyneet tarvitsevat proteiinia enemmän kuin ikääntyneet normaalisti. Normaali ja riittävä proteiinin saanti ikääntyneellä on 1-1,2 grammaa/ kehonpainokiloa kohden/ vuorokaudessa. (Suominen ym. 2010, 14.)

Sopiva ateria ikääntyneelle on yleensä kooltaan pieni, ja aterioita tulisi syödä lyhyin väliajoin. Välipalojen korostuessa ruoan määrä lounaalla ja päivällisellä saattaa vähentyä. Koska nautitut ateriat ovat pieniä, on tärkeää, että ruoan ravintoaine- ja energiatihedys on riittävän suuri. Oikein suunnattu ravitsemushoito tuottaa paljon hyötyä ikääntyneelle ihmiselle. (Suominen 2006, 25.)

Suurin ravitsemusriski yli 80-vuotiailla on liian vähäinen energian saanti, mikä johtaa laihtumiseen (Suominen 2006, 24–26). Pitkittyneet ja hoitamattomat ravitsemusongelmat ikääntyneellä saattavat johtaa laihtumiseen, toimintakyvyn heikkenemiseen sekä virheravitsemuksen noidankehään. Yleensä ikääntyneen ravitsemusongelmat johtavat siihen, että sairauksista toipuminen hidastuu huomattavasti, sairaalassaoloajat pidentyvät sekä myös siihen, että hoitojen vaikutus vähenee. Virhe- ja aliravitsemus heikentää osaltaan myös mielialaa. Heikko mieliala vähentää ruokahalua entistä enemmän, ja ruokahalun vähentyessä lihaskunto heikentyy. Lihasten heikon kunnon vuoksi hengitys ja sydämen toiminta myös heikkenevät. (Hiltunen 2009, 3552.)

Ikääntyneen ravitsemusongelmat voivat ilmentyä monella tavalla. Selkeimmin huomataan laihtunut tai aliravittu ikääntynyt. Laihtuminen ja aliravitsemus johtuvat proteiinin ja energian liian vähäisestä saannista. Ikääntynyt voi kärsiä myös virheravitsemuksesta. Virheravitsemuksella tarkoitetaan, että energiaa ikäänty-

nyt saa sopivasti tai liikaa, mutta elimistön suojaravintoaineita liian niukasti. Kun ikääntynyt saa energiaa sopivasti tai liikaa, mutta suojaravintoaineita liian vähän, voi ylipainoinenkin ikääntynyt kärsiä virheravitsemuksesta. (Suominen 2006, 24–26.) Tavallisia syitä virhe- ja aliravitsemukselle ovat köyhyys, sosiaalinen eristäytyminen ja yksinäisyys. Ikääntynyt voi kokea ylivoimaiseksi ruoan haun kaupasta tai sen valmistamisen. Ruokapöydän valikoima suppenee eikä ruoka tahdo maistua ilman ruokaseuraa. Yksin asuvat ja esimerkiksi leskimiehet ovat riskiryhmässä sairastua aliravitsemukseen. (Hiltunen 2009, 3552.)

Aliravitsemusta arvioidessa otetaan painon lisäksi huomioon veren kolesteroli- ja albumiinipitoisuudet. Samalla selvitetään myös se, onko ikääntyneellä mahdollisesti masennusta, miksi hän ei syö ja minkä takia ruoka ei maistu. (Hiltunen 2009, 3552.)

Toimintakykyä heikentää runsaan rasvakudoksen alla oleva vaikea lihaskato. Huono ravitsemustila heikentää myös ikääntyneen immuunipuolustusjärjestelmää. Heikentynyt immuunipuolustusjärjestelmä puolestaan altistaa infektioille sekä hidastaa sairauksista toipumista. (Suominen 2006, 24.)

4.3 Yhteenveto lonkkamurtumapotilaan ruokavaliosta

Lonkkamurtumapotilaiden tulee kuntoutusvaiheessa syödä monipuolisesti ja huolehtia ravitsemustilastaan. Aikaisemmin on jo mainittu, että aterioiden tulisi olla kooltaan pieniä ja niitä tulisi syödä lyhyin väliajoin, jotta ikääntynyt saisi riittävän energia- ja proteiinimäärän vuorokaudessa. Ikääntyneen energiantarve on vähintään 1 500 kcal vuorokaudessa. Vuorokauden kokonaiskalorimäärään vaikuttaa huomattavasti ikääntyneen fyysinen toimintakyky ja aktiivisuus. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 21.) Huono ravitsemustila heikentää myös ikääntyneen immuunipuolustusjärjestelmää. Tämä altistaa infektioille sekä hidastaa sairauksista toipumista.

Aterioiden koostamisessa helpottavana tekijänä on lautasmalli, jonka avulla monipuolinen ruokavalio toteutuu. Kasviksilla ja juureksilla, esimerkiksi raasteilla ja salaateilla, täytetään puolet lautasesta. Raakaraasteet tulee hienontaa riit-

tävästi ikääntyneelle. Kasvikset voivat olla myös kypsennettyjä. Makua lisäämään sekä kasviksia pehmentämään voi käyttää öljypohjaisia kastikkeita. Perunan, riisin tai pastan tulisi täyttää yksi neljännesosa lautasesta. Kalan, kanan, lihan tai munan osuudeksi jää loppu neljännes. Lautasmallia voidaan soveltaa myös liha-, keitto-, pata- sekä vilja- ja kasvisruoka-aterioilla. Liha korvataan pavuilla ja siemenillä kasvisruokavaliossa. Maito, piimä ja vesi ovat hyviä ruoka-juomia. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 21.) Syömällä monipuolisesti ikääntynyt saa kaikkia tarvitsemiaan luustoon vaikuttavia ravintoaineita.

Kuten edellä on jo todettu, lonkkamurtumapotilaan ravitsemuksessa korostuu riittävä D-vitamiinin ja kalsiumin saanti. Kalsium on luuston päärakennusaine. Murtumien ehkäisyssä ja kuntoutusvaiheessa kalsiumin saanti ravinnosta on erityisen tärkeää. Riittävän hyödyn saa, kun kalsiumin vuorokausiannos on 1 200 mg. Kalsiumvalmisteita tulee käyttää, jos saanti jää alhaisemmaksi. Ensimmäinen kalsiuminlähde suomalaisessa ruokavaliossa on maitovalmisteet. Ikääntyneen energiantarve huomioiden valitaan maitotuotteiden rasvapitoisuus. Maitotuotteita ovat maidon lisäksi myös esimerkiksi piimä, jogurtti, viili ja juusto. Kalsiumia saa myös muun muassa soijapavuista, kirjolohesta, pähkinöistä ja seesaminsiemeneistä.

D-vitamiini on tärkeä, koska ilman sitä kalsium ei imeydy. D-vitamiinilla on myös kaatumista ehkäisevä vaikutus, koska sen puute johtaa lihasheikkouteen. D-vitamiinia saa auringosta sekä ruokavaliosta. Tärkeimmät D-vitamiinin lähteet ravinnosta ovat kala ja kalatuotteet, vitamiinoidut maitovalmisteet, muna ja levitettävät ravintorasvat. Ikääntyneille suositellaan D-vitamiinilisää 10–20 mikrogrammaa.

Yksi tai kaksi leivänsiivua kuuluu myös ateriamalliin. Leivän päälle laitetaan margariinia tai voi- kasviöljyseosta. Marja- tai hedelmäjätkiruoka täydentää aterian. Välipalana voi myös syödä osan ateriasta, esimerkiksi maitovalmisteen tai jälkiruoan. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 21.) Kuten aikaisemmin on mainittu, välttämättömien rasvojen saanti on tärkeää, mutta liiallinen tyydyttyneiden rasvojen saanti estää kalsiumin imeytymistä ja lisää murtuman vaaraa.

5 Potilasohjaus

Hoitotyössä entistä tärkeämmäksi on tullut potilasohjaus ja sen kehittäminen, koska potilaat tietävät aiempaa enemmän terveyteen liittyvistä asioista ja heidän tarve saada ohjausta on lisääntynyt. Uusia vaatimuksia potilasopetukseen ovat tuoneet myös lyhentyneet sairaalassaoloajat. Lisäksi hoitotyön tuloksellisuus ja laatuvaatimukset ovat osaltaan syynä siihen, että potilasopetuksen vaikuttavuuteen on kiinnitetty enemmän huomiota. Potilasohjaus toteutuu moniammatillisesti ja se on luonnollinen osa hoitoa. Potilaan mahdollisuuksia vaikuttaa omaan elämäänsä ja hoitoonsa voidaan lisätä onnistuneella potilasopetuksella. (Johansson ym. 2001, 1.)

Potilaalla on oikeus saada tietoa hoitoonsa liittyvistä asioista ja näin ollen tulla niistä tietoisiksi. Potilaan tiedonsaantilain (785/1992) mukaan *”Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle.”*

Lepistö ym. (1995) ovat todenneet, että potilaat tarvitsevat tietoa oman terveytensä ylläpitämisestä. Iiren (1999) mukaan potilaat tarvitsevat myös tietoa omasta sairaudestaan ja sen hoidosta, peloista, sairauden etenemisestä, sairauteen liittyvästä epävarmuudesta ja uusiutumisen riskeistä. Johansson ym. (2000) ovat painottaneet, että potilaan on tärkeää tietää myös komplikaatioista, jotta he kykenisivät kotonaan tekemään turvallisia terveyttään koskevia ratkaisuja. (Ks. Johansson ym. 2001, 11–12.)

Hoitotyöntekijät ovat potilaiden mielestä tärkeimpiä tiedon välittäjiä ja samalla tärkeitä tuen antajia toteaa Fridfinnsdottir (1997). Leino-Kilpi ym. (1993) toteavat että, potilaan tieto lisää tyytyväisyyttä hoitoon. Tieto edistää hoitoon sitoutumista, paranemista ja vähentää hoidon kustannuksia. Parkesin ja Shepperdin (2000) mukaan potilaiden tyytyväisyys lisääntyy ja pelot vähenevät tiedon avulla. Potilaan tyytyväisyyttä lisäävää vaikutusta on todettu olevan myös kotiutuk-

seen liittyvällä tiedolla ja kotiutuksen suunnittelulla. Virran ym. (1994) tutkimuksessa potilaat, jotka ovat potilasopetukseen tyytymättömiä, kokevat puutetta tiedon riittävydessä tai, että tietoa on esitetty siten, ettei potilas sitä ymmärrä. Potilaat ilmaisivat tyytymättömyyttä hoitajien tapaan selittää asioita ja kokivat, että hoitajat eivät arvosta heitä eivätkä ota huomioon heidän omaa näkemystään sairaudestaan. (Ks. Johansson ym. 2001, 12–13.)

5.1 Ohjaustilanteeseen vaikuttavat tekijät

Lähtökohtana ohjaukselle on potilaan aikaisempi tieto, kokemus ja elämäntilanne. Ohjauksessa hoitajan rooli on auttaa, tukea ja opastaa potilasta. Potilas on ohjauksessa aktiivinen oman elämän rakentaja, ja potilas on tällöin vastuussa omasta toiminnastaan. Ohjaus on tavoitteellista ja aktiivista toimintaa. Toiminta on tällöin sidoksissa ohjattavan ja ohjaajan kontekstiin, ja siten ohjaustilanteessa he ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. (Kääriäinen 2005, 27–28.)

Potilasohjausprosessi voidaan jakaa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Ohjausprosessissa korostuvat potilaan kyky suunnitella, toteuttaa sekä arvioida omaa toimintaansa yhdessä hoitajan kanssa. Tiedon, jota ohjauksessa käsitellään, tulisi olla ajantasaista näyttöön perustuvaa tutkimustietoa. Tiedon antamisessa tulee huomioida potilaan elämäntilanne sekä näkemykset. Potilaan taito omaksua asioita vaikuttaa ohjausmenetelmien valintaan. Asioiden hahmottamista voidaan lisätä visualisoimalla käyttäen ohjauksen tukena esimerkiksi kuvamateriaalia. (Kääriäinen 2005, 27–28.) Wiion (1997) mukaan ymmärrettävyyttä voidaan lisätä myös käyttämällä kuvioita, kaavioita tai taulukoita. Erilaisten havainnollistamistapojen tulee olla tarkkoja, objektiivisia, mielenkiintoa herättäviä ja ymmärrettäviä ilman lisätekstejä. Käyttämällä alleviivauksia tai muita korostuskeinoja, voidaan tärkeitä asioita painottaa. Potilasohjeen värillä, koolla ja materiaalin laadulla on myös merkitystä ohjeen laatuun. (Ks. Johansson ym. 2001, 25.)

On olemassa arvio, että potilaat muistavat 10 % kuulemastaan ja 75 % näkemästään. Potilaat ovat muistaneet 90 % tiedosta kun he ovat saaneet tiedon näkö- ja kuuloaistin välityksellä. Tärkeää on ohjaustilanteen lopussa asioiden

kertaaminen riippumatta siitä, miten potilas ne omaksuu. (Kääriäinen 2005, 27–28.)

liren (1999) mukaan hoitotyöntekijän tehtävänä ohjaustilanteessa on välittää yksilöityä tietoa potilaalle, sopivaan aikaan, ymmärrettävällä kielellä ja potilaslähtöisesti. Tynjälä (1999) mukaan potilasohjauksen toteuttajan tietotaito ohjaamastaan sisältöalueesta tulee olla niin hyvää, että hän pystyy esittämään esimerkkejä ja vastaamaan kysymyksiin kyseisistä aiheista. Lisäksi hoitotyöntekijän tulee aina huomioida potilaan yksilöllinen oppimistapa. Hoitotyöntekijän pitäisi selvittää ja pystyä määrittelemään potilaan aikaisempi tiedon taso ja oppimisen tarve toteaa Valanis (2000). Vuorovaikutus- ja kommunikaatiotaidolla on merkittävä osuus potilasohjauksessa. Klosterin (1997) mukaan ohjauksen sisällön tosiasioiden lisäksi tulisi käsitellä tunteita ja aisteja huomioiva sisältö. Ohjaustilanteet tulisi myös suunnitella etukäteen yksilöllinen potilas huomioon ottaen. (Ks. Johansson ym. 2001, 15–17.) Johanssonin ym. (2001) tutkimuksessa todettiin, että hoitajista 80 % arvioi potilaan oppimistarpeen. Potilaan oppimistarve useimmiten määritettiin vapaamuotoisesti haastatteleamalla (81 %). Potilasopetukselle tavoitteita asettaa hoitajista 74 %. Suurin tavoite potilasohjauksessa on tiedonsaannin antaminen (94 %). Taidon oppiminen (86 %) ja esimerkiksi potilaan turvallisuuteen liittyvä emotionaalinen tavoite asetettiin hieman harvemmin (86 %). (Johansson ym. 2001, 43.)

Kloster (1997) on sitä mieltä, että potilasopetuksen toteutumisympäristöllä on vaikutusta siihen, millaisena potilaat ohjaustilanteen kokevat. Erilaiset häiriötekijät tulisi minimoida. Esimerkiksi jos ohjaustilanne toteutetaan käytävällä tai usean hengen potilashuoneessa, häiriötekijöitä on useita. (Ks. Johansson ym. 2001, 14.) Johanssonin ym. (2001) tutkimuksessa sekä hoitajat että potilaat kertoivat ohjauksen tapahtuvan harvoin yhden hengen huoneessa, vaikka potilaat sitä toivoivat (Johansson ym. 2001, 55). Hoitajista yli puolet ohjasi potilasta usean hengen huoneessa ja vain kolmasosa hoitajista ohjaa potilasta yhden hengen huoneessa. Hoitajista 39 % oli tyytyväisiä työyksikkönsä potilasopetukseen käytettävissä oleviin tiloihin. (Johansson ym. 2001, 47.) Kloster (1997) on

myös sitä mieltä, että hoitajien kiireisyys koetaan ohjausta huonontavaksi puoleksi. (Ks. Johansson ym. 2001, 14.)

Lipetzin ym. (1990) tutkimuksessa selviää, että hoitajan näkökulmasta potilasohjauksen toteuttamisen esteitä ovat kiire, tiedon ja ajan puute sekä ympäristön paineet. Myös taloudellinen panostus, hoitohenkilökunnan vähäinen kiinnostus ja muun toiminnan toteuttaminen koettiin esteinä potilasohjauksen toteutumiselle. Newman ym. (1998) mukaan hoitotyöntekijöiden tutkimustiedon käyttö on vähäistä, koska koetaan, ettei ole aikaa hakea tutkimuksia ja hyödyntää niiden tuloksia. (Ks. Johansson ym. 2001, 18.) Johanssonin ym. (2001) tutkimuksessa 71 % hoitajista käytti potilasopetukseen aikaa vähemmän kuin puolet työajastaan, ja yhtä moni hoitajista sanoi opetuskerran kestävän 10- 12 minuuttia tai alle 10 minuuttia. Hoitajista vain harvat toteuttivat potilasopetuksen kotimaisiin tai ulkomaisiin tieteellisiin tutkimuksiin perustuen. Opetustaidot perustuivat hoitotyöntekijöillä omaan työkokemukseen ja osaston potilasopetuskäytäntöihin. (Johansson ym. 2001, 47–54.)

5.2 Kirjallinen potilasohje

Redmanin (1997) mukaan yksi mahdollisuus toteuttaa potilasopetusta on kirjallisen potilasopetusmateriaalin käyttö. Tällä tarkoitetaan erilaisia kirjallisia potilasohjeita ja -oppaita. Kirjalliset potilasopetusmateriaalit voivat olla yhden sivun mittaisia lyhyitä ohjeita tai lehtisiä tai vaihtoehtoisesti useampi-sivuisia pieniä kirjasia tai oppaita. (Ks. Johansson ym. 2001, 20.) Selkeä ja merkittävä potilaan huomioonottava kirjallinen potilasohje on tullut yhä merkittävämmäksi osaksi hyvää hoitotyötä, koska myös kirjalliseen ohjaukseen on nykyisin tarvetta. Tieto sairauksista ja niiden hoidosta on tullut tärkeäksi potilaille. Kirjallistenohjeiden odotetaan myös lisäävän potilaiden itsehoitovalmiuksia. (Torkkola ym. 2002, 7.)

Potilas saa kirjallisista potilasohjeista tietoa omasta hoidostaan, joten on tärkeää, että potilasohje on laadukas ja sitä tulee kehittää (Laiho ym. 2008, 82–91). Nykyään on erityisen hyödyllistä käyttää kirjallista opetusmateriaalia, koska potilaiden sairaalassaoloajat ovat lyhentyneet ja sen myötä suullisen potilasopetuksen toteutusaika on vähentynyt, toteaa Mumford (1997). Kerridgen ym. (1999)

mukaan tiedonlähteenä kirjallinen potilasohje on hyvä. Potilaat pitävät kirjallisia potilasohjeita sopivina ja hyvinä materiaaleina. Boyle (1992) toteaa, että erilaisien hoitoon liittyvien ohjeiden on potilaiden mielestä hyvä olla myös kirjallisina suullisen opetuksen lisäksi. Kirjalliset potilasohjeet mahdollistavat sen, että potilas voi tukeutua niihin ja tarkastaa tietoja niistä myöhemmin. (Ks. Johansson ym. 2001, 20.)

Ajoittaisen henkilökunnan kiireen vuoksi henkilökohtainen ohjaus jää niukaksi. Tällöin ohjausta on hyvä täydentää kirjallisilla potilasohjeilla. Tietenkään ajan puute ei ole ainoa syy kirjallisten ohjeiden laadintaan, koska kirjalliset ohjeet tukevat suullista ohjausta. (Torkkola ym. 2002, 7.) Tärkeää on myös kiinnittää huomiota kirjallista potilasohjetta annettaessa sosiaaliseen kanssakäymiseen (Laiho ym. 2008. 82–91).

Potilasohjeet sisältävät informaation ja neuvojen lisäksi käsityksiä sairaudesta ja terveydestä sekä potilaan paikasta terveydenhuollon järjestelmässä. Näin ollen olennaista kirjallisissa ohjeissa ei ole vain se, mitä ohjeissa sanotaan, vaan myös se, miten asia kerrotaan. Kirjalliset ohjeet antavat yhtäaikaaisesti informaatiota, houkuttelevat ohjeen lukijaa osallistumaan sekä tuottavat merkityksiä. (Torkkola ym. 2002, 11- 12.)

Vaikka potilasohjeen tiedot ovat ymmärrettäviä ja paikkansapitäviä, niin se ei automaattisesti tarkoita, että potilasohje on toimiva. Merkitys ja yhtenäisyyden rakentumisen ulottuvuus kuuluvat ohjeisiin. On paneuduttava pintaa syvemmälle ja pohdittava, millaisia merkityksiä ohje sisältää sekä miten potilas ohjeessa asemoidaan, kun arvioidaan kirjallista potilasohjetta. (Torkkola ym. 2002, 14–15.)

5.2.1 Kirjallisen potilasohjeen opetuksellisuus

Hyvän potilasohjeen kirjoittaminen ei ole aina helppoa, sillä tekstin tulisi olla ymmärrettävää, sisällöltään kattava ja kannustaa omaan toimintaan (Hyvärinen 2005, 1769). Bernierin (1996) mukaan laadukkaassa kirjallisessa potilasohjeessa tulee selvittää kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä on ohjeen tarkoitus (Ks. Jo-

hansson ym. 2001, 24). On tärkeää, että potilasohje kirjoitetaan juuri potilaalle tai hänen omaisilleen (Hyvärinen 2005, 1769). Johanssonin ym. (2001) tutkimuksessa selvisi, että ohjeista lähes 40 %:ssa ei ollut mainittu, kenelle ohje oli tarkoitettu. Ohjeissa 84 %:ssa ei ollut myöskään kuvattu ohjeen tarkoitusta. (Johansson ym. 2001, 56.)

Tarjolla on monenlaisia potilasohjeita. Asioiden esittämisjärjestys on isoin yksittäinen ymmärrettävyyteen vaikuttava seikka. Jokainen teksti on tarina, jossa tulisi olla juoni. Kirjoittaja on tietoisesti rakentanut juonen, jota lukijan on tarkoitus pystyä seuraamaan. Juoniratkaisuja on olemassa monenlaisia, jolloin asiat on mahdollista kertoa esimerkiksi tärkeysjärjestyksessä, aikajärjestyksessä tai aihepiireittäin. Asioiden esittämisjärjestystä valittaessa on tärkeää miettiä, mitä tekstillä halutaan saada aikaan tai missä tilanteessa sitä luetaan. Tärkeysjärjestys on yleensä toimivin, kun aloitetaan merkityksellisimmistä asioista ja lopuksi kerrotaan vähäpätöisemmät asiat. (Hyvärinen 2005, 1769–1770.) Johanssonin ym. (2001) tutkimuksessa ohjeista 76 %:ssa sisältö oli esitetty pääkohdittain, ja ohjeista 80 %:ssa sisältö oli esitetty johdonmukaisesti (Johansson ym. 2001, 56).

Parhaiten ihmiset noudattavat neuvoja silloin, kun niiden mukaan toimiminen ei haittaa heidän elämäänsä. Tapoja ei innosta muuttamaan pelkkä neuvominen, joten on tärkeää perustella ohjeet. Houkuttelevin perustelu on se, että potilaalle kerrotaan, mitä hän hyötyy ohjeen noudattamisesta. Perusteluja kannattaa käyttää enemmän pitkissä ohjeissa, sillä alun kannustus unohtuu tai erilaiset kehoitukset vaativat oman perustelunsa. (Hyvärinen 2005, 1770.) Johanssonin ym. (2001) tutkimuksessa 70 % ohjeista ei sisältänyt lainkaan tai niissä oli vain vähän opettavaa asiaa selkeyttäviä esimerkkejä (Johansson ym. 2001, 56).

5.2.2 Kirjallisen potilasohjeen ulkoasu

Ohjetta keventävät ja selkeyttävät otsikot. Pääotsikko kertoo tärkeimmän asian eli sen, mitä kyseinen ohje käsittelee. Väliotsikot selkeyttävät, millaisista asioista teksti koostuu, ja niiden avulla on helppo etsiä haluamansa asiakokonaisuus. (Hyvärinen 2005, 1770.) Jo yhdellä silmäyksellä tulisi saada käsitys siitä, mitä

teksti sisältää toteaa Bernier (1996). (Ks. Johansson ym. 2001, 25.) Otsikot auttavat myös kirjoittajaa kokomaan tekstin ja huomaamaan, jos jokin tärkeä asia on jäämässä pois (Hyvärinen 2005, 1770). Johanssonin ym. (2001) tutkimuksessa ohjeista noin 50 %:ssa pääotsikot ja väliotsikot olivat tiedottavia ja selviä (Johansson ym. 2001, 34–35).

Potilasohjetta kirjoitettaessa kappalejako tulisi kiinnittää huomiota. Asiat, jotka kuuluvat yhteen, tulisi jakaa omiin kappaleisiinsa. (Hyvärinen 2005, 1770–1771.) Johanssonin ym. (2001) tutkimuksessa 70 %:ssa oli selkeä kappalejako (Johansson ym. 2001, 35). Bernier (1996) toteaa, että kappaleiden ensimmäiseen lauseeseen sijoitetaan aina pääasia (Ks. Johansson ym. 2001, 25). Ohjeessa voi käyttää myös luetteluita, joiden avulla pitkät lauseet ja virkkeet saa paloitetua pienemmiksi. Liian pitkät luettelut muuttuvat kuitenkin liian raskaiksi. Liian luettelomainen ohje ei houkuttele lukijaa, sillä ohjeesta on vaikea poimia tärkeimmät asiat. Se ei myöskään houkuttele ulkoasullaan lukijaa, koska teksti on raskaslukuista. (Hyvärinen 2005, 1770–1771.)

Wiion (1997) mukaan kirjallisessa potilasohjeessa ulkoasuun vaikuttavilla tekijöillä, kuten kirjasintyyppillä, riittävällä kirjasinkoolla, selkeällä tekstin jaotuksella ja asetelulla, on merkitystä. (Ks. Johansson ym. 2001, 25.) Johanssonin ym. (2001) tutkimuksessa potilasohjeissa oli selkeästi luettava kirjasintyyppi ja suurimmassa osassa ohjeista kirjasinkoko oli riittävän suuri. Ohjeista yli puolessa oli käytetty pääasiallisesti pieniä kirjaimia. Kursivoimalla, harventamalla, alleviivaamalla tai kirjasinta muuttamalla olivat painotettavat asiat korostettu neljäsosassa ohjeista. (Johansson ym. 2001, 34–35.)

Kirjasinkoon tulee olla vähintään 12, mutta suositeltava kirjainkoko on 14, jopa 16. Suositeltavin kirjainkoko on 16, jos lukijakunta muodostuu pääasiassa heikkonäköisistä. Kirjallista ohjetta tehdessä tulee kiinnittää huomiota myös kontrastiin. Tekstin ja taustan välinen kontrasti tekee tekstistä luettavamman. Parhaimman kontrastin luo musta teksti valkoisella pohjalla, mutta muutkin vaaleat sävyt pohjaväriinä ovat tehokkaita. Kirjasintyyppin koko ja sen lihavuus vaikuttaa myös kontrastiin. Kuviot ja kuvat tekstin taustana heikentävät huomatta-

vasti luettavuutta, joten tästä syystä suositellaan yksiväristä taustaa. (Näkövammaisten keskusliitto 2008.)

Kirjasintyyppin tulee olla selkeä ja yksinkertainen sekä pääteviivaton eli sans serif- tyyppinen. Koristeellisia ja käsialakirjoitusta muistuttavia kirjasintyyppejä tulee välttää. Arial, Georgia, Gill, Helvetica ja Verdana ovat muun muassa selkeitä kirjasintyyppejä. Valokuvia tai piirroksia voidaan käyttää kuvituksena, jos ne ovat selkeitä ja kontrastiltaan hyviä. Kuvien tulee olla asiaan sopivia, informaation kannalta oleellisia ja merkityksellisiä. Useat kuvat tulee sijoittaa aina samaan kohtaan, esimerkiksi aina sivun oikeaan tai vasempaan reunaan tekstikappaleen jälkeen. (Näkövammaisten keskusliitto 2008.)

Kirjallisessa potilasohjeessa virkkeiden ja lauseiden tulee olla selkeitä, kertalukemalla ymmärrettäviä. Päälauseessa kerrotaan pääasia ja sivulauseessa kerrotaan täydentävä asia. Liian pitkät virkkeet ovat ongelmallisia, koska lukija ei pysty ensilukemalla mieltämään, mihin virkkeen lopussa viitataan. Passiivimuodon käyttämistä kannattaa harkita tarkkaan, koska tällöin voi jäädä epäselväksi, kuka toimii tai kenen pitäisi toimia. Potilasohjeesta saa henkilökohtaisemman, jos käyttää puhuttelevaa muotoa. Potilasohjeessa tulee käyttää mahdollisuuksien mukaan yleiskielen sanoja. Jos ohjeessa on pakko käyttää vierasperäisiä termejä, pitäisi vaikeasti ymmärrettävät ilmaukset selittää. (Hyvärinen 2005, 1771–1772.) Johanssonin ym. (2001) tutkimuksessa valtaosa ohjeista ei sisältänyt vierasperäisiä sanoja. Ohjeissa, joissa käytettiin vierasperäisiä sanoja, ne olivat pääosin selitetyt. Ohjeista 28 % sisälsi kuitenkin vierasperäisiä sanoja, joita ei ollut määritelty. (Johansson ym. 2001, 56.)

Yleisiä oikeinkirjoitusnormeja on noudatettava potilasohjeessa. Ensinnäkin kirjoitusvirheet hankaloittavat ymmärtämistä ja huolimaton välimerkkienkäyttö voi aiheuttaa merkityseroja. Lisäksi kielioppivirheet herättävät herkästi lukijan epäilemään myös kirjoittajan ammattipätevyyttä. Ohje olisikin hyvä antaa oikoluettavaksi ennen julkaisemista, jotta karkeimmat virheet huomattaisiin. (Hyvärinen 2005, 1772.) Johanssonin ym. (2001) tutkimuksessa monessa ohjeessa oli tekstissä kirjoitusvirheitä. Kirjoitusvirheetömiä ohjeita oli 87 %. Kirjoitusvirhei-

den lisäksi ohjeissa oli käytetty oikean reunan tasausta ilman tavutusta, jolloin sanojen välit venyivät liian pitkiksi. (Johansson ym. 2001, 34–35.)

Potilasohjeelle on mahdotonta antaa suosituspituutta, sillä sen pituus riippuu ohjeen aiheesta. Usein kuitenkin tekstin lyhyys ilahduttaa useimpia. Hyvin yksityiskohtainen ohjeen sisältö voi ahdistaa lukijaa tai jopa sekoittaa hänet. (Hyvärinen 2005, 1772.)

Bernier (1996) toteaa että, ohjeissa on hyvä olla tietoa yhteydenotoista ja lisätietojen hankkimisesta (Ks. Johansson ym. 2001, 24). Lisätietoja aiheesta voi esimerkiksi tarjota osoittamalla linkkejä tai oheiskirjallisuutta. Ohjetta laadittaessa on otettava huomioon myös julkaisutapa. Ohjeen asettelu eroaa toisistaan näytöltä luettaessa tai paperilta luettaessa. Sen lisäksi, että ohjeen on oltava tekstiltään huoliteltua, miellyttävä ulkoasu, tekstin asianmukainen asettelu ja sivujen taitto lisäävät tekstin luettavuutta. (Hyvärinen 2005, 1772.)

Mumfordin (1997) mukaan kirjallisen potilasohjeen tulee olla laadukas, jotta sillä saavutetaan haluttu hyöty. Yleisin tapa arvioida kirjallisen ohjausmateriaalin laatua on luettavuuden ja ymmärrettävyyden arvioiminen. Luettavuuden ennustamiseen voidaan käyttää erilaisia luettavuuskaavoja, joilla lasketaan tekstin tilastollisia ominaisuuksia. Luettavuuskaavoilla saaduilla tuloksilla ei kuitenkaan saada riittävästi tietoa ymmärrettävyydestä. (Ks. Johansson ym. 2001, 21–22.) Johanssonin ym. (2001) tutkimuksessa ohjeen luettavuutta arvioitiin luettavuuskaavan avulla. Ohjeista yli puolet oli joko vaikeaa tai erittäin vaikeaa tekstiä. (Johansson ym. 2001, 56.)

5.3 Ravitsemusohjaus

Hyvän ravitsemustilan saavuttaminen ja ylläpitäminen on ikääntyneiden ravitsemusneuvonnan tavoite. Ikääntyneen ravitsemusneuvonnan tekee haasteelliseksi se, että ruokailutottumukset voivat olla syvälle juurtuneita ja terveyserot ovat ikääntyneiden keskuudessa suuria. Kaikki ikääntyneet eivät pysty noudattamaan annettuja suosituksia, koska heidän oppimishalunsa ja kykynsä vaihtelevat paljon. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 45–47.)

Ravitsemusneuvonnassa korostetaan myönteisiä asioita, virheellinen tieto korjataan, omatoimiseen ruokailuun kannustetaan, jo kunnossa olevia asioita tuetaan sekä rohkaistaan ruokaseuran hankkimiseen. Neuvontaa tulisi tehdä ikääntynyttä kuunnellen, vaihtoehtoja esittäen ja varoen. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 45–47.)

Ruokavalion muutostavoitteita on helppo seurata, kun ne jaetaan pieniksi käytännöllisiksi osiksi. Kun neuvonnalla saavutetaan pienikin edistysaskel, sillä saattaa olla korjaavia vaikutuksia moneen muuhunkin asiaan. Ohjelehtisiä, lautasmallia, elintarvikepakkauksia, ruokapäiväkirjaa ja muuta saatavilla olevaa havaintoaineistoa voidaan käyttää opetusvälineinä. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 45–47.)

Suomessa on vielä parannettavaa ravitsemuksen hyödynnettävyydessä. Ravitsemuksesta saa hyötyä terveyden edistämässä, sairauksien ehkäisyssä, hoidossa sekä kuntoutuksessa. (Mattinen 2003, 6.) Sairauden aikana ravitsemushoito on tärkeä osa potilaan hoitoa. Ravitsemushoidon tavoitteena on edistää paranemista, korjata mahdollinen heikentynyt ravitsemustila, parantaa vastustuskykyä, pienentää komplikaatiovaaraa sekä estää vajaaravitsemuksen syntyminen. Ravitsemushoitoa voidaan toteuttaa erilaisin tavoin. Hoito voidaan toteuttaa tavallisella, terveyttä ylläpitävällä ja edistävällä ruokavaliolla tai mahdollisesti myös erityisruokavaliolla. Ravitsemustilan arvioinnilla, ravitsemushoidon suunnittelulla sekä ravitsemushoidon toteutuksella ja seurannalla muodostuu hyvä ravitsemushoito. (Haglund ym. 2009, 176.)

Tämän hetkinen ravitsemushoito- ja ohjaus kunnioittaa ihmisen omia valintoja sekä elämäntapaa. Ravitsemushoito- ja ohjaus vaatii ravitsemusohjauksen antajalta laajaa asiantuntevuutta. (Haglund ym. 2009, 3.) Myös ravitsemushoidon tarpeen arviointi edellyttää hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa sekä riittävää perustietoa ravitsemuksesta (Mattinen 2003, 18).

5.4 Ikääntynyt potilasohjauksessa

Tynjälän (1999) mukaan konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaan keskeistä oppimisessa on tiedonkäsittelytaitojen oppiminen, ajattelun kehittyminen sekä niitä ohjaavien metakognitiivisten taitojen hallinta. Metakognitiolla tarkoitetaan tietoisuutta omasta tietämisestä, oppimisesta, toiminnoista tai ajattelusta. Metakognitiiviset tiedot voidaan jakaa tietoihin erilaisista oppimisstrategioista, tietoihin erilaisista tehtävistä ja niiden suorittamisesta sekä tietoihin ja käsityksiin itsestä tiedon käsittelijänä. Metakognitiiviset taidot ovat kykyä käyttää omassa oppimisessa näitä edellä mainittuja monipuolisia tietoja. Oppijan aktiivista toimintaa ja tiedon yksilöllistä konstruointia korostetaan oppimisessa. (Ks. Johansson ym. 2001, 5.)

Isola ym. (2007) ovat tutkineet iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilasohjauksen edellytyksiä, toimintaa ja hyötyä. Tutkimuksessa todettiin, että iäkkäät potilaat kokivat saadun ohjauksen kuntoutuksesta, tukiryhmistä ja sairauden syistä riittämättömimmiksi. Kuitenkin iäkkäät potilaat olivat kokeneet, että ohjaus sairaudesta, sairauden hoidosta sekä hoitotoimenpiteestä oli riittävä. Tutkimuksen mukaan iäkkäät kokivat, että hoitajan tieto ja taito olivat kiitettävät sekä hyvät ohjaustilanteessa. Ohjauksessa saatu kirjallinen materiaali oli iäkkäiden potilaiden mielestä kielellisesti ymmärrettävä, ulkomuodoltaan selkeä sekä sisällöltään ajan tasalla. Kuitenkin joidenkin tutkittujen mielestä kirjallinen materiaali oli epäselvä. (Isola ym. 2007, 51–59.)

Isolan ym. (2007) tutkimuksen mukaan hoitajien käyttämät vierasperäiset sanat ohjaustilanteessa lisäsivät myös iäkkäiden heikompa ymmärrystä. Ohjauksessa on tärkeää käyttää sellaisia sanoja, jotka ikääntynyt ymmärtää. Sanojen ymmärtämisen myötä ikääntynyt sitoutuu hoitoon paremmin. (Isola ym. 2007, 51–59.)

Isolan ym. (2007) tutkimuksessa nousi esille myös ohjauksen puutteita. Ohjaustilanteen yksilöllisyys oli näistä yksi. Osa iäkkäistä olisi halunnut keskustella omista ongelmakohdista ohjauksen aikana. Toivottavaa olisi ollut myös se, että

saatua ohjausmateriaalia olisi sovellettu iäkkään elämäntilanteeseen. Iäkkäät potilaat kokivat myös, että ohjausta tulisi kehittää siten, että ohjaus olisi yhdenmukainen, toistettava sekä oikein ajoitettu. (Isola ym. 2007, 51–59.)

Ikääntyneiden osuus erikoissairaanhoidon palveluiden käyttäjänä on kasvanut ja tulee edelleen voimakkaasti kasvamaan (Stakes 2004). Potilasohjauksessa tulee siis kiinnittää huomiota ikäjakaumaan. Backman (2001) toteaa, että onnistunut potilasohjaus voi torjua sairaalajakson jälkeen niin fyysisten, psyykkisten kuin sosiaalistenkin ongelmien kasaantumiselta. Mulatilon ym. (2000) mukaan potilasohjauksella on myös merkittävä osuus myös iäkkään potilaan omaisen mahdollisuuksille tukea ja hoitaa läheistään. (Ks. Isola ym. 2007, 52.)

Hoitotyöntekijän tulee ymmärtää iäkkäiden ohjaukseen liittyviä erityispiirteitä. Tämä auttaa ohjauksen laadun kehittämisessä käytännön hoitotyössä. (Isola ym. 2007, 53.) Banning (2004) toteaa, että potilasohjauksessa tulee ottaa huomioon iäkkään aikaisempi tietämys asiasta sekä Frankin (2003) mukaan ohjauksen esimerkit tulee liittää iäkkään elämään. Suutama (2003) korostaa, että iäkkään potilaan muisti ja aistitoimintojen muutokset ja niiden vaikutus tulee huomioida annettaessa potilasohjausta. Johansson ym. (2003) nostavat esiin iäkkäiden ohjauksen erityisenä haasteena sivuvaikutuksista, hoito-ongelmista ja jatkohoitosuunnitelmista opettamisen. Leibovitch ym. (2004) nostavat esille myös lääkityksen opettamisen ohjauksen erityisenä haasteena. (Ks. Isola ym. 2007, 53.)

Frankin (2003) mukaan hoitotyöntekijän vuorovaikutustaidot vaikuttavat erityisesti iäkkään potilaan ohjaustilanteeseen. Iäkkään potilaan ohjaustilanteessa korostuvat iäkkään kunnioittaminen, rehellisyys tiedonannossa, yksilöllisyys, huumorin käyttö ja potilaan aito kuunteleminen. Iäkkäiden kohdalla omaisten huomiointi ja osallistuminen ohjaustilanteeseen tulee ottaa käytännöksi. Banning (2004) toteaa, että iäkkään mahdollisuutta ymmärtää ohjaus lisää selkeän kielen käyttö ja vieraskielisten sekä lääketieteellisten sanojen välttäminen. Ohjauksen toistettavuudella sekä kirjallisella materiaalilla tuetaan iäkkään oppimista ohjaustilanteessa. (Ks. Isola ym. 2007, 53–54.)

6 Lonkkamurtumapotilaan kirjallinen ravitsemusohje

Opinnäytetyönä laadittu kirjallinen ravitsemusohje lonkkamurtumapotilaille pohjautuu tutkittuun tietoon, joka tulee esille opinnäytetyön teoriaosuudessa. Teoriaosuudesta on valittu vain olennaisimmat asiat valmiiseen ravitsemusohjeeseen. Valmiissa ravitsemusohjeessa tieto on pyritty esittämään ytimekkäästi, jotta ohje on ikääntyneen potilaan näkökulmasta mahdollisemman ymmärrettävä ja helposti toteutettavissa. Ymmärrettävyyden takaamiseksi ohjeessa ei käytetä vieraskielisiä sanoja, jotta lukija ymmärtää ohjeen sanoman. Ohjeessa pyritään perustelemaan asiat, jotta ohjeen lukija sitoutuu noudattamaan ohjeessa annettuja neuvoja. Tärkeää olisi, että ohjeen avulla lonkkamurtumapotilas tuntisi voivansa vaikuttaa kuntoutumiseensa ravitsemuksella.

Ravitsemusohjeessa käsitellään monipuolista ruokavaliota yleisesti sekä kalsiumin ja D-vitamiinin tarvetta. Kirjallisuudesta nousi esille, että monipuolisen ruokavalion osuus ikääntyneen terveydessä ja kuntoutumisessa on ehdoton. Luustoon vaikuttavia ravintoaineita on paljon, ja yhdenkin luustoon vaikuttavan ravintoaineen liian vähäinen saanti voi aiheuttaa luun heikkenemistä. Tämän johdosta monipuoliseen ruokavalioon ohjaaminen on erityisen tärkeää. Monipuolisen ruokavalion lisäksi lonkkamurtumapotilaan ravitsemuksen pääkohdiksi nousivat riittävä kalsiumin ja D-vitamiinin saanti. Kalsium on luuston pääraakain ja ilman D-vitamiinia se ei imeydy, joten luun hyvinvoinnin takaamiseksi niitä tulisi saada ravinnosta riittävästi. Kirjallisen ravitsemusohjeen viimeisellä sivulla kerrotaan lukijalle kuntoutumisen kulmakivistä. Esille on otettu yleisesti ravitsemuksen, liikunnan, tupakoinnin ja sosiaalisten suhteiden merkitys lonkkamurtumapotilaan kuntoutumiseen.

Kirjallinen ohje on A4 kokoinen paperi, joka on keskeltä taitettu eli ohjeessa on neljä sivua, ja jokainen sivu on A5 kokoinen. Ohje on haluttu säilyttää lyhyenä, jotta olennaiset asiat korostuvat. Kannessa on otsikko ja pieni johdanto. Otsikosta selviää ohjeen aihe ja se, kenelle ohje on suunnattu. Johdannosta selviää ohjeen tarkoitus. Ohjeen otsikko on ”*Oikealla ravitsemuksella edistät kuntoutumistasi – tietoa ravitsemuksen merkityksestä lonkkamurtumapotilaille*”.

Ohje on jaettu kolmeen tärkeään asiakokonaisuuteen väliotsikoiden avulla. Väliotsikoiden avulla asiasisältö selkeytyy ja tärkeimmät asiat tulevat esille. Väliotsikoiden sisältö koostuu pienistä lauseista, jotka ovat kirjoitettu allekkain. Ohjeessa on myös lueteltu joitain esimerkkejä, mutta luettelmat on pyritty pitämään lyhyinä raskaslukuisuuden välttämiseksi. Ymmärrettävyyden lisäämiseksi potilasohjeessa kiinnitettiin huomiota asiakokonaisuuksien esittämisjärjestykseen. Monipuolinen ruokavalio on tuotu esille ensimmäisenä, koska se on peruspilari kuntoutumisessa. Seuraavat kappaleet käsittelevät kalsiumia ja D-vitamiinia, koska ne yhdessä ovat tärkeimmät luustoon vaikuttavat ravintoaineet.

Ohjeessa on käytetty puhuttelevaa muotoa, jotta ohjeesta saatiin henkilökohtaisempi. Puhuttelumudolla lukija sisäistää ohjeen paremmin ja osaa soveltaa sitä omaan elämäänsä. Ohjeessa on pyritty perustelemaan annetut neuvot, koska silloin lukija motivoituu paremmin ravitsemuksen toteutukseen ja saa siitä parhaimman hyödyn.

Teksti on kirjoitettu Arial -fontilla käyttäen kokoa 14, etusivun johdanto käyttäen kokoa 16, pääotsikko käyttäen kokoa 26 sekä väliotsikot käyttäen kokoa 18. Fonttikoko on pyritty pitämään mahdollisimman suurena, jotta heikkonäköisetkin pystyvät lukemaan ohjetta. Ohjeeseen valittu Arial -fontti on selkeä, helppolukuinen ja yksinkertainen. Helppolukuisuutta lisää myös paperin valkoinen pohjaväri, josta musta teksti erottuu hyvin. Tekstin taustalla ei ole kuvia eikä kuvioita, jotta tekstin ja taustan välinen kontrasti säilyy hyvänä. Ohjeen elävöittämiseksi on valittu ravitsemukseen liittyviä värikuvia Microsoft Wordin ClipArt -arkistosta. Niiden käyttämiseen ei vaadita erillistä lupaa. Ohjeessa on myös käytetty kuvana lautasmallia, joka on otettu valtion ravitsemusneuvottelukunnan internetsivuilta. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan kuva-arkistosta saa käyttää kuvia, kunhan ilmoittaa lähteen. (Ravitsemusneuvottelukunta 2010.)

7 Pohdinta

7.1 Työn luotettavuus- ja eettisyysnäkökulmat

Opinnäytetyön kohteena olevaa aihetta ja ilmiötä voi ja tulee tarkastella useasta näkökulmasta. Lähdemateriaalia ja erilaisin menetelmin saatuja tuloksia on monenlaista, joten lähteitä pitää valita harkiten ja suhtautua niihin kriittisesti. Lähdemateriaalia tulee arvioida alusta alkaen sen mukaan, mikä tiedonlähteen auktoriteetti ja tunnettavuus on. Lisäksi lähteen ikä, laatu ja sen uskottavuus vaikuttavat lähteen luotettavuuteen. Tunnetun ja alan asiantuntijan tuore ajantasainen lähde on yleensä luotettava. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 72–76.) Työssä on pyritty valitsemaan lähteet kriittisesti. Vanhempia lähteitä on käytetty vain, jos uudemmat tutkimustulokset puoltavat asian paikkansapitävyyttä.

Lähdemateriaalina tulee suosia alkuperäisiä julkaisuja eli ensisijaisia lähteitä, koska toissijaiset lähteet ovat aina jonkun toisen tulkintaa ensisijaisen tiedon lähteestä. Lähteisiin perehtyessä ja niitä tulkitessa tulee huomioida, esitetäänkö asia faktana vai mielipiteenä. Opinnäytetyön luotettavuus ei ratkea lähteiden lukumäärän perusteella vaan lähteiden laatu ja soveltuvuus on merkittävämpää. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 72–76.) Työssä on käytetty pääasiassa ensisijaisia lähteitä. Toissijaisia lähteitä käytettäessä, on tekstissä viitattu myös alkuperäiseen lähteeseen.

Plagioinnin vaaraa tulee varoa opinnäytetyötä tehdessä. Plagiointi tarkoittaa ajatusten tai ideoiden varastamista eli toisin sanoen alkuperäisen tekijän ajatusten, ilmaisujen tai tulosten kirjoittamista omana tuotoksena. Epäselvät tai vaillinaiset viittaukset käytetyistä lähteistä ovat myös plagiointia. Tekaistut esimerkit ja väitteet sekä keksityt tulokset ovat eräänlaista plagiointia, jotka heikentävät työn uskottavuutta ja väärentävät totuutta. Opinnäytetyössä täytyy kiinnittää huomiota siihen, mikä on yleisesti tunnettua tietoa ja mikä tieto vaatii lähdeviitteen. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 78.) Teoreettinen viitekehys koostuu alkuperäislähteiden tiedoista, jotka ovat plagioinnin välttämiseksi muokattu omaksi

tekstiksi asiasisältöä muuttamatta. Lähdeviitteet ovat merkittyinä tekstiin ja käytetyt lähteet löytyvät lähdeluettelosta.

Opinnäytetyötä tehdessä on tärkeää säilyttää oikea asiasisältö ja välttää ristiriitaisuuksia lähdemateriaalia käsiteltäessä. Lähdemateriaalista hankittu tieto ja sen tulkinta ei saa muuttaa tai vääristää alkuperäisen lähteen tietoa. Tekijän aikaisempi tietopohja ei myöskään saa vaikuttaa alkuperäisen lähteen tulkintaan. Opinnäytetyön tekijöiden vastuulla on, että lonkkamurtumapotilaiden kirjallinen ravitsemusohje perustuu ajankohtaiseen ja luotettavaan tietoon perustuen eettisyys- ja luotettavuusnäkökohtiin. Opinnäytetyössä vastuu tiedon luotettavuudesta on laajalle ulottuva, koska opinnäytetyö ja sen pohjalta laadittu potilasohje voi ulottua kauas tulevaisuuteen ja koskettaa monia ihmisiä (Kylmä & Juvakka 2007, 143.) Koska opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa lonkkamurtumapotilaiden kirjallinen ravitsemusohje käytännön hoitotyöhön, eettisyys velvoittaa tarkastelemaan tuotosta kriittisesti varmistaen sen laadukkuuden. Kirjallinen potilasohje toimitettiin arvioitavaksi sekä Turun AMK:n lehtori, ravitsemusterapeutti Annukka Mattiselle että yhteistyöosastoille. Annukka Mattinen antoi palautetta sekä korjausehdotuksia lonkkamurtumapotilaan ravitsemus osioon. Oleellisimmat asiat huomioitiin työn viimeistelyvaiheessa.

7.2 Kirjallisen ravitsemusohjeen hyödynnettävyys ja käytettävyys

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia kirjallinen ravitsemusohje lonkkamurtumapotilaalle. Oikealla ravitsemuksella saa hyötyä terveyden edistämässä, sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa sekä kuntoutumisessa (Mattinen 2003, 6). Ravitsemusohjeesta on hyötyä lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisessa ja uusien murtumien ehkäisyssä. Ravitsemusohjeen avulla potilas pystyy edistämään myös kokonaisvaltaisesti terveyttään. Kirjallista ravitsemusohjetta voidaan hyödyntää jo sairaalassaoloaikana sekä kotiutumisen jälkeen. Sairaalassaoloaikojen lyhentyessä potilasohjauksen merkitys on korostunut (Johansson ym. 2001,1) ja kirjallinen ohjausmateriaali tukee suullista potilasohjausta (Torkkola ym. 2002, 7). Varsinkin ikääntyneellä potilaalla ohjauksen tarve on korostunut.

Ikääntynyt potilas tuo myös erityispiirteitä potilasohjaukselle, jolloin sairaanhoitajan taito antaa yksilöllistä potilasohjausta korostuu.

Ravitsemushoidon merkitystä ikääntyneen hoitotyössä on aliarvioitu. Ravitsemukseen on tärkeää kiinnittää huomiota, koska ali- ja virheravitsemus ovat yleisiä ikääntyneillä. Ravitsemustilan korjaamisella saavutetaan sekä ennaltaehkäiseviä että kuntouttavia vaikutuksia. Oikea ravitsemustila edistää sairauksista toipumista, lyhentää sairaalassaoloaikoja ja tehostaa hoitojen vaikutuksia. (Hiltunen 2009, 3551–3552.) Hoitotyössä on tärkeä tiedostaa ravitsemuksen merkitys ikääntyneen terveyteen ja kuntoutumiseen. Ali- ja virheravitsemuksen tunnistamisella ja niiden korjaamisella on suuri merkitys potilaan hoidossa. Moniammatillinen yhteistyö on välttämätöntä potilaan kokonaisvaltaisen hoidon takaamiseksi.

Opinnäytetyötä tehtiin yhdessä Turun sosiaali- ja terveystoimen kanssa. Tarkoituksena oli toimittaa kirjallinen ravitsemusohje ortopedisille kuntoutusosastoille käyttöön. Laadittua kirjallista ravitsemusohjetta voisivat jatkossa käyttää myös muut osastot, jotka hoitavat lonkkamurtumapotilaita. Osastot voivat hyödyntää kirjallista ravitsemusohjetta osana potilaan hoitotyötä ja ohjausta. Hoitajat saavat tukea kirjallisesta ravitsemusohjeesta myös silloin, kun henkilökohtainen ohjaus jää ajoittaisen ajanpuutteen vuoksi niukaksi (Torkkola ym. 2002, 7). Kirjallinen ravitsemusohje voidaan antaa muiden kotiutumis- ja kuntoutumisohjeiden lisäksi potilaalle.

Ravitsemusohjeen tarkoituksena on välittää tietoa ravitsemuksesta lonkkamurtumapotilaalle. Kirjallinen ravitsemusohje laadittiin ikääntyneiden kuntoutuksen ja potilasohjauksen erityispiirteet huomioon ottaen. Ravitsemusohjeen avulla potilas saa tietoa ravitsemuksen merkityksestä kuntoutumiseensa. Kirjallisen ohjeen avulla motivoidaan potilasta sekä lisätään potilaan itsehoitovalmiuksia (Torkkola ym. 2002, 7). Lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisen kannalta on erityisen tärkeää, että hän ottaa itse vastuuta omasta hoidostaan. Potilas voi tukeutua kirjalliseen ohjeeseen ja tarkastaa tietoa siitä. Laadittua ravitsemusohjetta noudattamalla ikääntynyt edistää terveyttään, ehkäisee mahdollisia tulevia sairauksiaan hoidossa sekä kuntoutumisessa.

Kirjallisesta ravitsemusohjeesta laadittiin teoreettisenviitekehyksen mukainen ohje. Tavoitteiden saavuttamista on vaikea arvioida, koska kirjallinen ravitsemusohje ei ole vielä ollut käytössä käytännön hoitotyössä. Kun osastot ottavat sen käyttöön, sen tarkoituksenmukaisuudesta ja hyödyllisyydestä saadaan enemmän tietoa.

LÄHTEET

- Backman, K. 2001. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. *Acta Universitatis Ouluensis, D Medica* 624. Oulun yliopisto, Oulu.
- Banning, M. 2004. Enhancing concordance with prescribed medication in older people. *Nursing Older People* 16, 14-17.
- Bernier, J.M. 1996. Establishing the psychometric properties of a scale for evaluating quality in printed education materials. *Patient Education and Counseling* 29, 283-299.
- Boyle, K.; Nance, J. & Passau-Buck, S. 1992. Post-hospitalization concerns of medicalsurgical patients. *Applied Nursing Research* 5, 122-126.
- Brever, S. 1998. Luusto lujemmaksi – osteoporoosin ehkäisy ja hoito. Klaukkala: Recallmed Oy.
- Feskanich, Diane; Willett, Walter C & Colditz, Craham A 2003, Calcium, vitamin D, milk consumption, and hip fractures: a prospective study among postmenopausal women. *The American Journal Of Clinical nutrition*. 77: 504-511.
- Frank, DI. 2003. Elderly clients' perceptions of communication with their health care provider and its relation to health deviation self care behaviours. *International Orem Society Newsletter* 11, 15-30.
- Fridfinnsdottir, E.B.; 1997. Icelandic women's identifications of stressors and social support during the diagnostic phase of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing* 25/1997, 526-531
- Haglund, B.; Huupponen, T.; Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2009. Ihmisen ravitsemus. 10.uudistettu painos. Helsinki: WSOY pro.
- Haglund, B.; Huupponen, T.; Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2007. Ihmisen ravitsemus. 9.uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Hiltunen, P. 2009. Vanhusten aliravitsemus ja syömishäiriöt. *Suomen lääkirlehti* 42/2009, 3551–3554.
- Hyvärinen, R. 2005, Millainen on toimiva potilasohje?: Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon, *Duodecim* 2005 vol. 121 no.16, 1769–1773.
- lire, L. 1999. Potilas ja sairaudesta aiheutuva epävarmuus. *Annales Universitatis Turkuensis. Sarja C, Osa* 147. Turun yliopisto. Turku.
- Isola, A.; Backman, K.; Saarnio, R.; Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 2/2007, 51–62.
- Johansson, K.; Hupli, M. & Salanterä, S. 2000. Potilaiden oppimistarpeet lonkkaproteesileikkauksen jälkeen. Teoksessa Pietilä, A-M.; Kylmä, J.; Turunen, H.; Vehviläinen-Julkunen, K.; Immonen, K. toim. *Hoitotieteellisen tutkimuksen ydinkysymyksiä terveyden edistämiseksi perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa*. VI Kansallinen hoitotieteellinen konferenssi, osa I, 118-122.
- Johansson, K.; Lehtikunnas, T.; Leino-Kilpi, H.; Salanterä, S.; Ahonen, P.; Elomaa, L.; lire, L.; Moisander, M-L.; Paltta, H.; Pietilä, S. & Pulkkinen, M-L. 2001. Potilasopetus pontevasti paremmaksi -potilasopetusta kehittävän hankkeen lähtökohdat ja perustietoa kartoitusvaiheen tuloksista. *VSSHP. Hoitotyön julkaisusarja A:34*. Turku.

Johansson, K.; Leino-Kilpi, H.; Salanterä, S.; Lehtikunnas, T. & Ahonen, P. 2003. Need for change in patient education: A Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling* 51, 239-245.

Jääntti, P.; Järvinen, L. & Laitinen, M. 2008. Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus- ravitsemusneuvontaa ja liikuntaa. *Vanhustyö* 2/2008, 15–17.

Kalsium ehkäisee murtumia ja luun menetystä. 2007. *Ravitsemuskatsaus* 2/2007, 26

Kerridge, I.H.; Pearson, S-A.; Rolfe, I.E.; Lowe, M. & McPhee, J.R. 1999. Impact of written information on knowledge and preferences for cardiopulmonary resuscitation. *The Medical Journal of Australia* 171, 239-242

Kloster, T. 1997. Hvordan iva retar sykepleierne sin pedagogiske funksjon og hvordan opplever pasientene dette? *Vård i Norden* 17, 14-20

Korpela-Kosonen, K. 2009. D-vitamiini saantisuositus voi nousta jo lähivuosina. *Ravitsemuskatsaus* 1/2009, 10–11.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy

Käypähoito 2006. Lonkkamurtumapotilaiden hoito. Viitattu 3.2.2010

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo96146.pdf>

Kääriäinen, M; Lahdenperä, T & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö* 3/2005, 27–31.

Laiho, R.; Ryhänen, AM.; Eloranta, P.; Johansson, K.; Kaljonen, A.; Salanterä, S.; Heli, HV. & Leino-Kilpi, H. 2008. Evaluation of written patients instructions on the field of diagnostic radiography. *Hoitotiede*, 2008; vol. 20 no. 2, 82-91.

Laki 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Lamberg-Allardt, C. 2006. Ravinnon riskitekijät, suojatekijät ja luusto. Huolehdi luustosi kunnosta –ravitsemusseminaari 19.5.2006, Helsinki.

Lamberg-Allardt, C. & Viljakainen, H. 2007. Suomalaisten D-vitamiini tilanne. *Ravitsemuskatsaus* 2/2007, 20-21.

Lehenkari, P. 2007, Luukunnonhoitoa kaikille- luulääkitys vain murtumariskipotilaille. *Vanhustyö* 1/2007, 4-6.

Leibovitch, ER.; Deamer, RL. & Sanderson, LA. 2004. Careful drug selection and patient counseling can reduce the risk in older patients. *Geriatrics* 59, 19-33.

Leino-Kilpi, H.; Iire, L.; Suominen, T.; Vuoreneho, J. & Välimäki, M. 1993. Tietääkö vai eikö tiedä? Katsaus potilasta ja tietoa koskevaan tutkimukseen. *Raportteja* 118 Stakes. Helsinki 118.

Lepistö, M.; Lauri, S. & Käppeli, S. 1995. Potilaan ja sairaanhoitajan yksimielisyys potilaan hoitolisten ongelmien määrittelyssä. *Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja* A: 8. Turku .

Lipetz, M.J.; Bussigel; M.N.; Bannerman, J. & Risley, B. 1990. What is wrong with patient education programs? *Nursing Outlook* 38, 184-189.

Lutz, C. & Przytulski, K. 1997. *Nutrition and diet therapy- edition 2*, 242. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Luusto on kalsiumin varasto. 2006. *Ravitsemuskatsaus* 2/2006, 10-11

Länsipuro, L.; Koski, A-M.; Mäntyranta, T. & Mäkinen, R. 2008. Kuinka arvioida vanhusten luunmurtumariskiä. Suomen Lääkärilehti 39/2008, 3208–3211.

Mattinen, A. 2003, Ravitsemusohjaus hoitotyössä – Ammattikorkeakoulun rooli terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien ravitsemushoidon osaamisessa. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Mulatilo, M.; Taupan, T.; Enoka, I. & Petrini, MA. 2000. Teaching families to be caregivers for the elderly. *Nursin & Health Sciences* 2, 51-58

Mumford, M.E. 1997. A Descriptive study of the readability of patient information leaflets designed by nurses. *Journal of Advanced Nursing* 26, 985-991

Nyman, M.; Papadopoulus, I. & Sigsworth, J. 1998. Barriers to evidence-based practise. *Intensive and Critical Care Nursing* 14, 231-238

Näkövammaisten keskusliitto ry 2008. Suositus painetun tekstin tekijöille. Viitattu 11.11.2010

http://www.nkl.fi/fi/etusivu/oikeus/lausunto/suosituks/painettu_teksti

Osteoporoosiliitto. Viitattu 23.1.2010

http://www.osteoporoosiliitto.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=254

Parkes, J. & Shepperd, S. 2000. Discharge planning from hospital to home. (Cokhrane Review). In *The Cokhrane Library*, Issue 4, 2000 Oxford, Update Software

Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY

Ravinnosta riskejä ja suojaa luustolle. 2006. Ravitsemuskatsaus 1/2006, 12

Ravitsemusneuvottelukunta 2010. Viitattu 15.10.2010

http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/julkaisut__opetusmateriaali/kuva-arkisto/

Ravitsemusterapeuttien yhdistys R.y. 2006. Ikääntyneen ravitsemus. Opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. 6.uudistettu painos. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Ravitsemusterveysprojekti, RAVTER 2010. Viitattu 16.4.2010

<http://www.terveysala.turkuamk.fi/ravter/index.html>

Redman, B.K. 1997. The practice of patient education. Eighth ed Mosby Year Book. St.Louis. Missouri.

Stakes 2004. Somaattinen erikoissairaanhoito 2002. *Tilastotiede* 4/2004

Stakes 2008. PERFECT- lonkkamurtuma. Viitattu 28.1.2010

<http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/T18-2008-VERKKO.pdf>

Suominen, M.; Finne-Soveri, H.; Hakala, P.; Hakala-Lahtinen, P.; Männistö, S.; Pitkälä, K.; Sarlio-Lähteenkorva, S. & Soini, H. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Prima Oy.

Suominen, M. 2006. Ravitsemushoidosta on hyötyä. *Vanhustyö* 4/2006, 24–26.

Suutama, T. 2003. Muisti ja oppiminen. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. *Gerontologia*. TammerPaino Oy. Tampere, 174-184

Tang, B.; Eslick, G.; Nowson, C.; Smith, C. & Bensoussan, A. 2007. Use of calcium or calcium in combination with vitamin D supplementation to prevent fractures and bone loss in people aged 50 years and older: a meta-analysis. *Lancet* 8/2007, 25; 370(9588):657-666

Torkkola, S.; Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammi.

Tynjälä, P. 1999. Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktiivisen oppimiskäsityksen perusteita. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

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

Virta, M.; Vuorenheimo, J. & Leino-Kilpi, H. 1994. Kirurgisten sairaalapotilaiden tyytyväisyys hoitoon. Turun Kaupungin terveydenhuollon julkaisuja. n:o 4:94. Painatusosasto. Turunkaupunki. Turku

Wio, O.A. 1997. Johdatus viestintään. WSOY. Porvoo

Williams, Xandria 2002, Torju osteoporoosi- oikean ravinnon ja oikeanlaisen liikunnan avulla. Kiina 2003.

KUNTOUTUMISESI KULMAKIVET

- Syö monipuolisesti lautasmallin avulla. Tutustu rohkeasti uusiin ruoka-aineisiin. Uudet maut piristävät ja tuovat vaihtelua ruokailuusi.
- Opettele sisällyttämään ruokavalioosi riittävästi Kalsiumia ja D-vitamiinia.
- Liiku säännöllisesti. Kokeilemalla löydät itsellesi sopivan ja mieleisen liikuntamuodon. Liikunta pitää kehon ja mielen virkeänä. Liikunta lisää ruokahalua, mutta myös tukee painonhallintaa.
- Vältä tupakointia. Tupakointi heikentää huomattavasti terveyttäsi ja kuntoutumistasi.
- Pidä huolta sosiaalisista suhteistasi. Liikunta ja ruoanlaitto ovat mukavampaa seurassa. Ruokaseura tekee ruokailuhetkestä nautinnollisemman.
- Kysy rohkeasti neuvoa terveydenhuoltoalan ammattilaiselta, jos sinua askarruttaa jokin kuntoutumiseesi liittyvä asia.



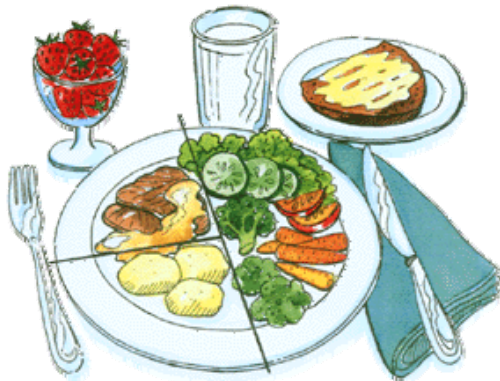
Oikealla ravitsemuksella edistät kuntoutumistasi - Tietoa ravitsemuksen merkityksestä lonkkamurtumapotilaille

Suomessa tilastoidaan yli 7000 lonkkamurtumaa vuosittain ja usein taustalla on osteoporoosi. Ruokavaliolla on suuri merkitys lonkkamurtumasta kuntoutumiseen. Tämä ravitsemusohje antaa sinulle tietoa siitä, millaisella ruokavaliolla edistät lonkkamurtumasta toipumistasi ja ehkäiset uusia murtumia.



MONIPUOLINEN RUOKAVALIO

- Syö pieniä aterioita lyhyin väliajoin
- Energiantarpeesi määräytyy kulutuksen mukaan
 - ✓ Energiaa tarvitset vähintään 1500kcal/vrk
- Lautasmallin avulla saat ateriasi tasapainoon
 - ✓ Puolet lautasesta kasviksia ja juureksia
 - ✓ Neljäsosa perunaa, riisiä tai makaronia
 - ✓ Toinen neljännes lihaa, kalaa, kanaa tai muna
 - ✓ Lisäksi aterian yhteyteen maitoa, piimää tai vettä ja 1-2 palaa leipää
- Vältä tyydyttyneitä (kovia) rasvoja, mm. voi, koska ne estävät kalsiumin imeytymistä
- Syömällä monipuolisesti saat myös riittävästi proteiinia ja tarvittavia suojaravinteita



© Valtion ravitsemusneuvottelukunta

Liite 1 (2/2)

KALSIUM



- Kalsiumia tarvitset, koska se on luuston pääraikennusaine
 - ✓ Jos et saa kalsiumia riittävästi ravinnosta, elimistö ottaa sen luuston kalsiumvarastosta
- Hyviä kalsiumlähteitä ovat
 - ✓ ensisijaisesti maitotuotteet, esim. maito, piimä, jogurtti sekä juusto
 - ✓ kirjolohi, soijapavut, pähkinä, seesaminsiemenet
- Vuorokausiannoksesi tulisi olla 1200mg, jotta se ehkäisee murtumia ja luun menetystä
 - ✓ Kalsiumlisävalmiste on tarpeen, jos et saa sitä riittävästi ravinnosta
- Huomioithan, että kalsium ei imeydy ilman D-vitamiinia

D-VITAMIINI

- D-vitamiinia tarvitset, jotta kalsium imeytyy
- D-vitamiinilla on myös kaatumista ehkäisevä vaikutus, koska se vaikuttaa myös lihaksiin
- D-vitamiinia saat
 - ✓ auringosta
 - ✓ ravinnosta. Hyviä lähteitä ovat esim. kala ja kalatuotteet, vitaminoidut maitovalmisteet, levitettävät ravintorasvat, kananmuna
- Suositeltava D-vitamiinilisävalmiste on 10–20 mikrogrammaa vuorokaudessa