

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
2012

Pekka Toikka, Ilkka Tuomaala & Kaisa Turpela

HYVINVOINTITEKNOLOGIAN AVULLA ANNETTU OHJAUS OSTEOPOROOSISTA JA NIVELRIKOSTA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidaja AMK

2012 | 56

Sari Asteljoki

Pekka Toikka, Ilkka Tuomaala & Kaisa Turpela

HYVINVOINTITEKNOLOGIAN AVULLA ANNETTU OHJAUS OSTEOPOROOSISTA JA NIVELRIKOSTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa tietoa lähetykseen osallistujille osteoporoosista ja nivelrikosta, miten niitä voi ehkäistä, tunnistaa ja hoitaa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa VIRTU-lähetyksiä kotona kuntoutuville, yksinasuville ja heidän omaishoitajilleen tavoitteen mukaisesta aihealueesta. Toteuttamistapana olivat lähetykset vuorovaikutuksellisessa VIRTU-kanavassa.

Lähetyksiä oli yhteensä neljä, kaksi osteoporoosista ja kaksi nivelrikosta. Lähetyksiin osallistui yksinasuvia kuntoutujia sekä heidän omaisiaan. Ensimmäisissä lähetyksissä aiheena oli osteoporoosi, joissa oli yhteensä kuusi osallistujaa ja seuraavissa, nivelrikon lähetyksissä, yhteensä 13 osallistujaa. Lähetyksiä varten etsimme tietoa lähetyksen aiheista, virtuaalisesta hyvinvointiteknologiasta ja potilasohjauksesta. Lähetykset suunniteltiin tämän tietoperustan pohjalta. Lähetyksissä pyrittiin keskustelemaan otteeseen luoden rennon ja tarkoituksenmukaisen ilmapiirin.

Lähetyksen aikataulusuunnitelmiin jätettiin väljyyttä, jonka vuoksi lähetyksiin suunnitellut aiheet ehdittiin käydä läpi. Lähetykset sujuivat sekä osallistujien että lähetyksen tekijöiden mielestä hyvin. Lähetyksissä päästiin tavoitteeseen eli osallistujille annettiin tietoa tavoitteen mukaisista aiheista. Osallistajat kokivat, että lähetyksistä oli hyötyä ja kaikki saivat uutta tietoa, vaikka aiheesta olisikin jo ollut valmiiksi tietoa.

ASIASANAT:

osteoporoosi, nivelrikko, hyvinvointiteknologia, toiminnallinen opinnäytetyö

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing | Nurse AMK

2012 | 56

Sari Asteljoki

Pekka Toikka, Ilkka Tuomaala & Kaisa Turpela

PATIENT EDUCATION CONSIDERING OSTEOPOROSIS AND OSTEOARTHRITIS GIVEN THROUGH HEALTH CARE TECHNOLOGY

The aim of the thesis was to give information to the participants of the broadcasts about osteoporosis and osteoarthritis on how to prevent, recognize and treat them. The purpose of the thesis was to produce VIRTU broadcasts consisting of subjects in line with the aim to people who are rehabilitating at home, people who are living alone and to their family caregivers. The manner of conduct was broadcasts in the interactive VIRTU channel.

There was four broadcasts in total, two about osteoporosis and two about osteoarthritis. Broadcasts were participated by people living alone, rehabilitating at home and their family member caregivers. In the first broadcasts the subject was osteoporosis and there were six participants in total. In the second broadcasts comprising osteoarthritis there were 13 participants in total. We searched information about the subjects of the broadcasts, virtual health care technology and patient education for the broadcasts. The broadcasts were aimed to be dialogic so that there would be a comfortable and appropriate ambience.

The broadcasts' schedule were designed to be loose so that there was enough time to cover the planned subjects. The participants and broadcasters considered the broadcasts to go along well. The broadcasts reached it's goal as the participants were given information about the subjects in line with the aim. The participants felt that the broadcasts were useful and all of them received new information even though they would already have some information about the subject.

KEYWORDS:

osteoporosis, osteoarthritis, healthcare technology, functional study.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TOTEUTTAMINEN	7
3 VIRTUAALINEN HYVINVOINTITEKNOLOGIA HOITOTYÖSSÄ	8
4 OSTEOPOROOSI	10
4.1 Ehkäisy ja hoito	11
4.2 Yleisyys	14
5 NIVELRIKKO	15
5.1 Riskitekijät ja ennaltaehkäisy	16
5.2 Kipu	17
5.3 Hoito	19
6 POTILASOHJAUS	20
6.1 Yksilöohjaus	20
6.2 Ryhmäohjaus	23
6.3 Puheviestintä	24
7 TOIMINNALLINEN OSUUS	26
7.1 Osteoporoosi-lähetykset	28
7.2 Nivelrikko-lähetykset	29
8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	30
9 POHDINTA	33
LÄHTEET	37

LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyön toimeksiantosopimus

Liite 2. Osteoporoosi-PowerPoint-esitys

Liite 3. Nivelrikko-PowerPoint-esitys

Liite 4. Osteoporoosi- ja nivelrikko-lähetysten aikataulu

Liite 5. Osteoporoosi-lähetysten kertaavat kysymykset

Liite 6. Nivelrikko-lähetysten kertaavat kysymykset

KUVIOT

Kuvio 1. Hyvän vuorovaikutuksen kriteerit

23

1 JOHDANTO

Virtuaalisten hyvinvointitekniikoiden käyttö hoitotyössä on alati kasvava trendi. Teknologian avulla voidaan säästää paljon kustannuksissa, joita syntyy esimerkiksi tekemällä kotikäyntejä vaikeakulkuisella alueella ja kaukana asuvien, sosiaali- ja terveyspalveluja tarvitsevien ihmisten luona. Teknologia mahdollistaa potilaan tapaamisen virtuaalisesti kasvokkain pitkänkin matkan päästä, säästäten aikaa ja resursseja.

Opinnäytetyö liittyy VIRTU-projektiin, joka on kolmivuotinen EU-projekti. Projekti toteutetaan vuosina 2010 - 2013. Projektin tarkoituksena on yksilötasolla tukea saaristossa asuvia ikäihmisiä heidän kotona asumisessaan ja sosiaalisessa vuorovaikuttamisessaan, parantaa heidän elämänlaatuaan sekä lisätä heidän turvallisuuttaan. Laajemmalla tasolla projektin tarkoituksena on tuottaa saaristoalueelle toimiva sosiaali- ja terveyspalvelujen malli, joka rakentuu virtuaalisten teknologioiden hyödyntämisen päälle, jo olemassa olevia palveluja tukien ja hyödyntäen. (Virtu-projekti, 2011.)

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa lähetykseen osallistujille osteoporoosista ja nivelrikosta, miten niitä voi ehkäistä, tunnistaa ja hoitaa. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa VIRTU-lähetyksiä kotona kuntoutuville, yksinasuville ja heidän omaishoitajilleen tavoitteen mukaisesta aihealueesta. Omaishoitaja on hoidettavan omainen tai läheinen, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen (Laki omaishoidon tuesta 2005). Yksinasuva on henkilö, joka asuu yhden hengen kotitaloudessa (THL 2012). Kuntoutuja on henkilö, jolla sairaudet tai vammat seurauksineen ovat heikentäneet mahdollisuuksia pärjätä nykyisessä elämäntilanteessa ja –ympäristössä (Leino 2009). Toteuttamistapana ovat ohjelmalähetykset vuorovaikutuksellisessa VIRTU-kanavassa. Saimme lähetyksen aihealueeksi tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Ehdotimme lähetyksiin osallistujille mistä tuki- ja liikuntaelinsairauksista he haluaisivat tietää enemmän. Osallistujat valitsivat osteoporoosin ja nivelrikon.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa osteoporoosista ja nivelrikosta, miten niitä voi ehkäistä, tunnistaa ja hoitaa. Tavoitteenamme on keskustelujen myötä antaa osallistujille valmiuksia vaalia omaa terveyttään ja toimintakykyä. Tällöin myös mahdollinen tarve sairaanhoidolle väistyisi tai vähentyisi pitkällä aikavälillä.

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö, joka sisältää sekä toiminnallisen osuuden että opinnäytetyön raportointiosuuden. Toiminnallisessa opinnäytetyössä korostuvat käytännönläheisyys sekä työelämälähtöisyys. Toteuttamistapoina voi käyttää muun muassa ohjeiden, oppaiden tai videoiden laatimista. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–10.) Toiminnallinen osuus koostui yhteensä neljästä tunnin mittaisesta ohjelmälähetyksestä, joita pidettiin kaksi kumpaakin sekä kuntoutujille itselleen että omaishoitajille ja yksinasuville. Yhteensä opiskelijaryhmä teki VIRTU-projektiin 24 lähetystä erilaisista sairauksista.

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos eli produkti ei yksin riitä toiminnalliseksi opinnäytetyöksi. Tuotoksen tekemisestä kirjoitetaan opinnäytetyöraportti, joka täyttää tutkimusviestinnän vaatimukset eli on argumentoiva, kriittistä, analysoivaa, sidoksissa valittuun tietoperustaan ja viitekehykseen sekä koulutusalan näkökulmasta perusteltua tekstiä. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 7.)

Kirjallisuuskatsausta ohjanneet kysymykset olivat:

1. Millainen on hoitotyössä käytettävä virtuaalinen hyvinvointiteknologia?
2. Millainen sairaus on iäkkäiden osteoporoosi sekä miten sitä ehkäistään ja hoidetaan?
3. Millainen sairaus on iäkkäiden nivelrikko sekä miten sitä ehkäistään ja hoidetaan?

4. Millaista on hyvä potilasohjaus?

Opinnäytetyön tekoa varten teimme toimeksiantosopimuksen (Liite 1), joka käytännössä antaa tekijöille luvan tehdä annetusta aiheesta opinnäytetyön.

3 VIRTUAALINEN HYVINVOINTITEKNOLOGIA HOITOTYÖSSÄ

Hyvinvointiteknologialla tarkoitetaan tässä esseessä VIRTU-projektin tarjoamaan interaktiivista sosiaalista mediaa eli käytännössä kuvan ja äänen siirtämistä kameran, mikrofonin, TV:n, tietokoneen ja tietoliikenneyhteyksien voimin. Hyvinvointiteknologiaa on tutkittu aikaisemmin, mutta tutkittua tietoa VIRTU-projektista ei vielä ole, koska projekti on alkanut vasta vuonna 2010, ja on siten vielä uusi, sekä on parhaillaan tutkimuksen kohteena. (Virtu-projekti 2011.) Yritimme tämän vuoksi etsiä virtuaalisen hyvinvointiteknologian käytöstä hoitotyössä yleisellä tasolla.

KOTIIN-hankkeessa käytettiin hyvinvointiteknologiaa Hyvinvointi-TV nimikkeellä. KOTIIN-hankkeen tutkimustulokset osoittivat Hyvinvointi-TV:llä olevan hyvinvointia edistävä vaikutus iäkkäisiin asiakkaisiin. Ahkerimpien Hyvinvointi-TV:n käyttäjien mieliala virkistyi eniten ja monella käyttäjällä yksinäisyyden tunne vähentyi ja turvallisuuden tunne lisääntyi. Ne, joiden mielestä tekniikan käyttö oli helppoa, osallistuivat eniten lähetyksiin. Hyvinvointi-TV auttoi myös ihmisiä verkostoitumaan, sekä varsinkin miehet onnistuivat löytämään uusia tuttavuuksia Hyvinvointi-TV:n avulla. (Puoskari 2008, 6.) KOTIIN-hankkeesta saatujen tulosten mukaan hyvinvointiteknologian käytöllä on ollut hyvinvointia edistävä vaikutus iäkkäisiin ja hanke on ollut toimiva.

Hyvinvointiteknologialla tarkoitetaan niitä laitteita ja järjestelmiä, mitkä on tarkoitettu sellaisten ihmisten avuksi, jotka elävät normaalia haasteellisemmassa tilanteessa toimintakykynsä laskun vuoksi. Tämän vuoksi joudutaan pohtimaan toisen ihmisen antaman avun suhdetta teknisiin järjestelmiin ja laitteisiin. Käytännössä apua tarjotaan tavalla, jossa tarvitaan sekä henkilökohtaista apua että

teknisiä laitteita ja järjestelmiä. Näiden laitteiden ja järjestelmien käyttäjät voivat puolestaan olla ikääntyneitä ihmisiä tai heidän auttajiaan. (Suhonen 2007, 32.) VIRTU-projektissa henkilökohtainen apu syntyy molemminpuolisen kanssakäymisen kautta, minkä laitteet ja järjestelmät mahdollistavat pitkänkin matkan päästä. Lähetysimme osallistujat olivat tottuneet käyttämään VIRTU-projektin teknistä laitteistoa. Heille oli tuttuja laitteiden ja yhteyksien mahdolliset tekniset hankaluudet.

Currellin, Urquhartin, Wainwrightin ja Lewisin kirjallisuuskatsauksessa (2010) etsittiin tietoa telekommunikaatiovälineiden käytöstä potilaan diagnosoimisessa ja hoidossa. Tutkijat saivat selville, että virtuaalisten teknologioiden käyttö potilaiden hoidossa on hyvinkin toteuttamiskelpoista, mutta kliinistä hyötyä verrattuna perinteiseen hoitoon ei löydetty. Huomioitavaa on myös, että virtuaalisen teknologian käyttö potilaiden hoidossa vaatii erilaista kliinistä osaamista, kuten hyviä kommunikointi- tai tiedonvälitystaitoja. Kaiken kaikkiaan tutkijat toteavat, että virtuaalisen hyvinvointiteknologian avulla kliinisen työn ilme voi muuttua paljonkin. Tarkastelussa olleet artikkelit eivät myöskään tarjonneet tietoa hyvinvointiteknologian käytön hyödystä, kuten psykologisista vaikutuksista tai kustannustehokkuudesta. Tutkimuksen mukaan virtuaalisen hyvinvointiteknologian käyttöä potilaiden hoidossa ja ohjauksessa ei ole vielä tarpeeksi tutkittu.

Hyvinvointiteknologiset sovellukset ovat käyttökelpoisia välineitä potilasohjauksessa. Hyvinvointiteknologian käyttö potilasohjauksessa vaatii henkilökunnalta uudenlaisia vaatimuksia, kuten teknologian käyttötaitoja, konkreettisia mahdollisuuksia sekä myönteistä asennoitumista sen käyttöön. Suurin osa henkilökunnasta ja hoitotyön opiskelijoista käyttää tietotekniikan sovelluksia päivittäin ja heidän tietotekniset käyttötaitonsa ovat vähintään tyydyttävät tai kohtalaiset. Vain tekstinkäsittelytaidot arvioidaan hyviksi tai erinomaisiksi – taidot, jotka hankitaan jo opiskeluaikana. Vasta työelämässä opitaan tietojärjestelmien käytännön käyttäminen. (Välimäki ym. 2007, 116.)

Työssä tietotekniikkaa käytetään eniten sähköpostiin tai organisaatiokohtaisiin tietojärjestelmiin, mutta potilastietojärjestelmät ja Internet ovat hoitohenkilökunnan keskuudessa käytetyimmät ja parhaiten hallitut. Mitä enemmän hoitohenki-

lökunnalla on käyttökokemusta ja koulutusta hyvinvointiteknologian käytöstä, sitä paremmat olivat tiedot ja taidot niihin liittyen. Samalla myös innostus ja kiinnostus näiden käyttöön oli suurempi. (Välimäki ym. 2007, 116.)

Lähetyksissämme huomioimme siis hyvinvointiteknologian käytön teknisen puolen, mikä muuttaa potilasohjauksen ja ohjaustilanteen hyvin paljon. Otimme huomioon, että lähetyksistä voi olla hyötyä osallistujille. Ennen lähetysten alkua perehdyimme myös tekniseen laitteistoon ja pääsimme tutustumaan tiloihin, koska laitteiden käyttämisen osaaminen tukee mahdollista innostumista niiden käyttöön.

4 OSTEOPOROOSI

Osteoporoosia pidettiin ennen ”pienten, vanhojen naisten” sairautena. Osteoporoosiin voi sairastua kuitenkin myös miehet, nuoret aikuiset ja lapset. Itse asiassa osteoporoosia kuvattiin jo antiikin aikojen kirjoituksissa ja sitä on tunnistettu tuhansia vuosia vanhoissa luujäänteissä. (Hammett-Stabler 2004, 21.)

Osteoporoosilla eli luukadolla tarkoitetaan luuston sairautta, jossa luusto heikentyy ajan myötä ja altistuu näin helpommin murtumille (Käypä hoito 2008; Rintala ym. 2012, 124). Luukudoksen surkastuminen on tavallinen ikääntymisen seuraus (Nienstedt & Kallio 2004, 50). Ihmisen luukudos uusiutuu koko elämän ajan, mutta osteoporoosissa luun lujuus heikentyy ja luunmurtumien vaara kasvaa (Käypä hoito 2008; Rintala ym. 2012, 124). Ajoittain alkaa sattua pieniä luuhistumamurtumia ja luuvaurioita kertyy vähitellen enemmän. Ihmisellä on kahta laatua erikoistuneita luusoluja. Uutta luuta muodostavat luunrakentajasolut eli osteoblastit sekä luunsyöjäsolut eli osteoklastit, jotka hajottavat vanhaa luua. Yleensä nämä kaksi solutyyppiä toimivat sopusoinnussa keskenään ja luut pysyvät näin terveenä. Osteoporoosissa kuitenkin tämä tasapaino järkkyy, jolloin luunsyöjäsolut toimivat aktiivisemmin kuin rakentajasolut jolloin luun hajoaminen alkaa edetä. Tilanne pahenee, jos ravinnosta ei saada tarpeeksi kalsiumia. Tällöin elimistö korvaa veren alentunutta kalsiumpitoisuutta ottamalla tarvitsemansa kalsiumin luista. (Williams 2003, 10.) Osteoporoosi voi olla itse-

näinen sairaus tai lääkeshoidon tai toisen sairauden aiheuttamaa (Iivanainen & Syväoja 2009, 638). Lääkkeistä etenkin kortisoni, epilepsialääkkeet fenytoiini ja karbamatsepiini ja suuret annokset tyroksiinia altistavat osteoporoosille (Lindberg 2004, 139).

lääkällä ihmisillä luunmurtuma ja sen aiheuttama kipu ovat yleensä osteoporoosin ensimmäinen oire. Selkänikamien kokoon painuminen ei aina aiheuta kipuja, vaan se voi ilmetä esim. pituuden lyhenemisenä. Tämä muutos heikentää ikääntyneen toimintakykyä ja hengitystoimintaa. (Tilvis ym. 2010, 302.) Iäkkäillä on paljon suuremmat voimavarat kuin mitä tarvittaisiin pelkkään liikkumiseen ja kaatumiset ovatkin usein merkki sairaudesta (Tideiksaar, 2005, 37).

4.1 Ehkäisy ja hoito

Perimmäisenä tarkoituksena osteoporoosin hoidossa on pyrkimyksenä estää ensimmäinen murtuma (Tilvis ym. 2010, 302). Osteoporoosia voidaan ehkäistä varmistamalla kalsiumin ja D-vitamiinin saanti, sekä tupakoinnin lopettamisella. Myös liikunnalla on todettu olevan ehkäisevä vaikutus osteoporoosin synnyssä. Kun osteoporoosi on todettu, aletaan sitä hoitaa lääkkein, liikunnalla sekä lisäämällä D-vitamiinin sekä kalsiumin saantia. Aineenvaihdunta sekä luuaineen määrä vaikuttavat luun lujuuteen. Kun luun tiheys on vähintään 2.5 SD pienempi kuin terveillä 20–40 -vuotiailla naisilla, on kyse osteoporoosista. Luun määrä kasvaa 20–30 ikävuoteen saakka ja säilyy melkein muuttumattomana 40 ikävuoteen saakka. Tämän jälkeen luun määrä alkaa pienentyä ja menopaussi iässä olevilla naisilla pienentyminen kiihtyy entisestään. Nainen menettääkin elämänsä aikana hohkaluuaineksestaan 50 prosenttia ja kuoriluuaineksestaan 30 prosenttia. Kyseessä on vaikea osteoporoosi kun on tapahtunut jo yksi tai useampi luunmurtuma. Luun häviäminen miehillä nopeutuu elämänkaaren loppupäässä ja mies menettää elämänsä aikana hohkaluuaineksestaan 30 prosenttia ja kuoriluuaineksestaan 20 prosenttia. (Käypä hoito 2008.)

Kasvukauden aikana yritetään toimenpiteillä suurentaa maksimaalista luun määrää 20–30 vuoden iässä. Tämän ajan jälkeen ehkäisyn tavoitteena on pie-

mentää ikääntymisen aiheuttamaa luun määrän vähentymistä pitämällä lihaskuntoa yllä, jolla voidaan vähentää murtumiin johtavia kaatumisia. Myös riittävä kalsiumin ja D-vitamiinin saanti on erityisen tärkeää kasvaville lapsille sekä nuorille aikuisille ja yli 65 vuotta täyttäneille. Säännöllinen liikunta on tärkeää osteoporoosin ehkäisyssä. Tupakoinnin lopettaminen pienentää sairastumisen riskiä ja etenemistä. On olemassa erilaisia lonkkasuojaimia jotka saattavat vähentää lonkkamurtumia laitoksissa asuvilla henkilöillä, joilla on suuri lonkkamurtuman riski. Myös kenkien liukuesteet ovat halpa ja helppo tapa ehkäistä kaatumisia. Osteoporoosin ehkäisemiseksi on myös erilaisia lääkkeitä kuten bisfosfonaatit ja raloksifeeni. (KTL 2008.) On epäilty, että myös fosforin, sinkin, fluorin ja laktoosin liian vähäinen saanti ravinnosta sekä runsas alkoholin käyttö edistäisivät osteoporoosin syntyä (Haglund ym. 2007, 74).

D-vitamiinin saanti on yksi tärkeimmistä ehkäistäessä osteoporoosia. D-vitamiinin puute vähentää luun mineraalustumista, joka ilmenee lapsuus- ja nuoruusiässä riisitautina, jossa ilmentyy luuston pehmenemistä ja alaraajojen käyristymistä, kasvuhäiriöitä ja joskus kouristuksia ja aikuisilla osteomalasia luun pehmenystautina. Jo lieväkin D-vitamiinin puutos suurentaa seerumin lisäkilpirauhashormonin pitoisuutta, joka lisää luun vaihduntaa ja saattaa aiheuttaa osteoporoosia. D-vitamiinia saadaan erityisesti auringonvalosta ja ravinnosta, joka onkin tärkein D-vitamiinin lähde talvella jolloin iho ei saa auringonvaloa. Jos ruokavaliosta ei saa riittävästi D-vitamiinia on suositeltavaa käyttää D-vitamiinivalmisteita. Iäkkäillä ihmisillä monet syyt johtavat D-vitamiinin puutokseen kuten riittämätön D-vitamiinin saanti ravinnosta, huono imeytyminen suolistosta ja vähäinen altistus auringonvalolle. Iäkkäillä ihmisillä D-vitamiinin muuttuminen biologisesti aktiiviseksi kalsitrioliksi munuaisissa vähenee ja suoliston herkkyys sen vaikutuksille vähenee. Tämän takia iäkkäiden ihmisten D-vitamiinin saannista tulee erityisesti huolehtia ja heille kannattaa suositella D-vitamiinivalmisteiden käyttöä. D-vitamiinin puutos aiheuttaa myös lihasheikkoutta, mikä aiheuttaa tasapainon heikkenemistä ja altistaa kaatumisille. D-vitamiinilisän käyttö vähentääkin iäkkäiden ihmisten kaatumisia ja syy tähän saattaa olla lihaskunnossa ja tasapainon paraneminen. Riittävän suuri D-vitamiiniannos on myös tärkeää murtumien ehkäisyssä. Riittävän suuri annos

iäkkäille ihmisille on 700–800 IU/pv eli 17,5–20 mikrogrammaa. D-vitamiini on turvallisissa annoksissa suurimmillaan 2 000 yksikköä eli 50 mikrogrammaa päivässä. (Terveyskirjasto 2011b.) D-vitamiinia saa eniten kalan lisäksi voista, maidosta, munuaisista, juustosta ja maksasta. Sienien on todettu sisältävän paljon D-vitamiinia, mutta sieniperäisen D-vitamiinin imeytymisestä ei ole varmuutta. (Lindberg 2004, 142.)

Liikunta on nuorten ihmisten tärkein luun huippumassaa määräävä elämäntapa-tekijä. Jos luita ei kuormiteta, niiden massa alkaa vähentyä. Vuodelevossa olevan mineraalikato voi olla hohkaluussa jopa 1-2 prosenttia viikossa. Säännöllisesti harjoittelevien ihmisten luun mineraalitiheys on kuormitetuissa kehonosissa jopa 10 - 40 prosenttia suurempi kuin muilla. Aikuisiässä aloitetun liikunnan vaikutukset ovat kuitenkin huomattavasti vähäisemmät luun mineraalitiheyteen kuin nuoruusiällä aloittaneilla. Aikuisiässä tärkeitä ovat kuitenkin liikunnan edulliset lihasvaikutukset. Liikunnalla ja muilla tekijöillä, kuten kalsiumilla ja estrogeeneilla, on myös edullisia yhteisvaikutuksia. Tavanomaista kestävyystyyppistä liikuntaa, kuten kävely, hiihto, pyöräily ja uinti tulisikin harrastaa 3-5 päivänä viikossa, 20–60 minuuttia kerrallaan. (Terveyskirjasto 2011b.)

Osteoporoosin lääkkeellinen hoito voi koostua vaihdevuosien estrogeenihoidoista, raloksifeenista, bisfosfonaateista ja kalsitoniinista. Estrogeeni auttaa sekä veren rasva-arvoihin että vaihdevuosien oireisiin. Estrogeenihoidoista lisää riskiä sairastua rintasyöpään, mutta riski ei ole merkittävän suuri. Raloksifeenin vaikutuksen kohde on solujen pinnalla olevat rakenteet eli estrogeenireseptorit. Raloksifeeni vähentää myös kolesterolia kehossa. Lääkkeeseen ei liity rintasyöpäriskiä eikä se vaikuta kohtuun tai kuukautisvuotoihin, mutta vaihdevuosioireisiin siitä ei ole apua. Kalsitoniini sopii hyvin kivuliaiden nikamamurtumien hoitoon sen kipua lievittävän vaikutuksen myötä. Bisfosfanaatit ovat turvallisia lääkkeitä ja ovatkin yleisin lääke osteoporoosin hoidossa. Haittavaikutuksena on, että ne aiheuttavat joillekin potilaille vatsavaivoja. (Lindberg 2004, 141, 144.)

4.2 Yleisyys

Suomessa on vuonna 2008 ollut noin 400 000 osteoporoosia sairastavaa ihmistä ja Suomessa tapahtuu vuosittain luuston haurastumisen takia noin 30 000 - 40 000 luunmurtumaa. Jo yhden osteoporoottisen luunmurtuman saaneella sairastuneella on 2–4 -kertainen riski saada uusi murtuma muihin verrattuna. (Käypä hoito 2008.) Osteoporoosi on Suomessa kasvava kansanterveysongelma, koska väestö elää pidempään ja kaatumisten aiheuttamat luunmurtumat ovat lisääntyneet. Yleisimpiä luunmurtumia ovat lonkan ja ranteen murtumat ja Suomessa kirjataankin noin 30 000 osteoporoottista murtumaa vuosittain. (KTL 2008.) Osteoporoosi rasittaa terveydenhuoltojärjestelmän voimavaroja erittäin paljon ja johtaa usein vakavaan vammautumiseen tai kuolemaan. Suomessa osteoporoosiin sairastuu lähes joka toinen nainen ja joka seitsemäs mies. Osteoporoottisen murtuman saaneen ihmisen elämä muuttuu kertaheitolla ja monet murtuman saaneet tulevat ainakin jossain määrin riippuvaisiksi ulkopuolisesta avusta. (Williams 2003, 12.)

Osteoporoosi oli ennen vanhaan paljon harvinaisempi. Vaikka osteoporoosin ilmaantuvuus kasvaakin iän myötä, ja väestön keskimääräinen ikä on nousussa, ikä ei olekaan ainut syy sen lisääntymiselle. Osteoporoosiin sairastuu nykyään yhä useampi ja yhä nuoremmalla iällä. (Williams 2003, 12). Geneettiset tekijät selittävät jopa 80 prosenttia luun määrän vaihtelusta. Jos vanhemmalla on osteoporoosi, on lapsenkin riski sairastua suurempi. Myös menopausi, pitkittynyt amenorrea eli kuukautisten puuttuminen, laihuus, anoreksia sekä liikkumattomuus lisäävät suuresti riskiä sairastua osteoporoosiin. Jotkut lääkkeet myös lisäävät sairastumisen vaaraa, kuten glukokortikoidit suurina annoksina käytettäessä. Myös suuriannoksinen tyroksiinihoito kilpirauhassyövän jälkihoidossa käytettynä voi lisätä luukadon riskiä. Myös keliakia on suuri riskitekijä osteoporoosin synnylle, sekä runsas tupakointi ja alkoholin käyttö. (Terveyskirjasto 2011b.)

Noin 80 % osteoporoosiin sairastuneista ovat naisia. On huomioitava, että noin 2 miljoonaa miestä on sairastunut osteoporoosiin, mutta yhteensä sairastuneita ihmisiä oli 34 miljoonaa vuonna 2004. Tästä luvun on ennustettu vielä nousevan

40 miljoonaa vuoteen 2014 mennessä. Naisten riski sairastua osteoporoosiin on yhtä suuri kuin yhteenlaskettu riski sairastua rinta-, kohtu- tai munasarjasyöpään. On ennustettu, että 50 % naisista ja 12 % miehistä saa osteoporoottisen murtuman yli 50 vuoden iässä. Tällaisille potilaille murtuma ei ole pelkättävää vaivaa vaan vakava, mahdollisesti henkeä uhkaava tapahtuma. Vaikka syytä ei tiedetä, miesten kuolleisuus on korkeampi osteoporoottisen murtuman jälkeen. Murtumasta selviäminen hengissä ei tarkoita, että iäkkään elämä palaisi tavalliseksi. Elämänlaatu saattaa muuttua merkittävästi. 25 % yksinelävistä iäkkäistä joutui pitkäaikaissairaanhoidon lonkkamurtuman jälkeen. (Hammett-Stabler 2004, 63–64.)

Kehon koko on itsenäinen edistäjä osteoporoosin kehittymisen riskille. Pieni- ja keuhkokuumeille, hoikille tai pitkille naisille kehittyä osteoporoosi todennäköisemmin kuin raskasrakenteisille tai lihaville naisille. Teorian mukaan lisääntynyt kehonmassa lisää luun lujuutta samaan tapaan kuin voimaharjoittelu. Toisten tutkimusten mukaan painavammilla ja isommilla naisilla on suurempi estrogeenimäärä verenkierrossa verrattuna laihoihin tai pieniin naisiin. Estrogeeni taas vähensi osteoporoosin riskiä. (Hammett-Stabler 2004, 66.)

5 NIVELRIKKO

Nivelrikkon eli nivelrappeuman tai nivelkuluman on katsottu olevan maailman yleisin nivelsairaus. Sillä tarkoitetaan heterogeenista ryhmää erilaisia tiloja, joille nivelvälin kaventuminen ja nivelruston rappeutuminen on tunnusomainen oire. Nivelrikkoon viittaavia muutoksia on todettu 65-vuotiaista jo puolella ja 75-vuotiailla lähes 90%:lla. (Koskenvuo 2003, 153.) Se on yleinen kivun ja toimintakyvyn heikkenemisen syy iäkkäillä ihmisillä (Talvitie ym. 2006, 334). Terveystutkimuksen mukaan 75 vuotta täyttäneistä, joka viidennellä on lonkan nivelrikkoa ja polvinivelrikkoa sairastaa 16 % miehistä ja 32 % naisista. Mikäli mukaan lasketaan kaikki nivelet, joissa nivelrikkoa voi esiintyä (tavallisimpien nilkka-, lonkka-, polvi-, olkapää- ja rannenivelien lisäksi) on arvioitu, että yli 50%:lla 65-vuotiaista ja neljällä viidestä 75 vuotta täyttäneistä on nivelrikkon tau-

dinkuvan täyttävät kriteerit tai sen esioireita. (Heliövaara 2008, 1869–1870 ; Käypä hoito 2007, 4.)

Nivelrikossa eli artroosissa nivelrusto rappeutuu ja nivelväli kaventuu ajan myötä. Jatkuvan rasituksen myötä nivelruston rakenne muuttuu siten, että aiemmin kimmoisan ja sileän pinnan omannut rusto, muuttuu hiljalleen ohueksi, pinnalta epätasaiseksi ja säikeiseksi. (Holmia ym. 2006, 715.) Lisäksi ruston alla oleva luu on kulumien myötä menettänyt normaalin rakenteensa, se on kovettunut ja siihen on syntynyt uudiskudoksen täyttämiä onteloita. Nivelpintojen reunoihin on lähtenyt muodostumaan luun uudismuodostusta sekä luupiikkejä. Nivelkapseli on kaventunut ja muuttunut joustamattomaksi. Lisäksi nivelkalvossa voi olla tulehdusta ja liikakasvua. (Käypä hoito 2007.)

5.1 Riskitekijät ja ennaltaehkäisy

Puhuttaessa nivelrikon riskitekijöistä on geneettisillä, biokemiallisilla ja biomekaanisilla tekijöillä oma merkityksensä nivelrikkoprosessin käynnistymiseen. (Lindgren 2005, 218). Riskitekijät voidaan karkeasti kategorisoida viiteen merkittävään tekijään; perintötekijät, liikapainoisuus, tapaturmat, toistuva mekaaninen rasitus sekä liikunta (Koskenvuo 2003, 155). Nivelrikon riskitekijöitä tarkemmin tarkastellessa voidaan ne katsoa olevan jatkumo erilaisia yleisiä sekä paikallisia biomekaanisia tekijöitä. Ns. yleisiä, suoria isoja tekijöitä ovat esim. ikä, sukupuoli, rotu ja perimä. Edellä mainituilla tekijöillä on haavoittava vaikutus nivelrustoon. Ikääntyminen on suurin riskitekijä, koska ikääntyessä nivelruston korjauskyky rajoittuu ja metabolinen aktiviteetti laskee. Paikallisiin riskitekijöihin lasketaan esim. ylipaino, nivelvammat ja nivelten virheasennot. (Arokoski J.P.A. 2004, 4–7.)

Nivelrikko on hitaasti etenevä yhden tai useamman nivelen sairaus, jonka perimmäistä syytä ei täysin tunneta. Kyseessä on krooninen rappeuttava nivelsairaus. (Talvitie ym. 2006, 334.) Perimmäistä syytä ei täysin tiedetä, mutta sen kehittyminen on biokemiallinen tapahtuma, jossa soluväliaine saa hajoamalla ylivallan rustoa korjaavasta prosessista. Kun nivelrusto on kerran vaurioitunut,

se ei enää voi palautua ennalleen. Nivelmuutokset usein kuitenkin etenevät hitaasti vuosien varrella ja niiden etenemiseen voi vaikuttaa monilla eri tavoin, kuten esim. terveellisellä ruokavaliolla sekä säännöllisellä ja sopivalla liikunnalla. (Iivanainen & Jauhiainen 2005, 636; Käypä hoito 2007.) Koska nivelrikon täsmällisiä syitä ei tunneta, on sen ehkäisy vaikeaa. Seuraavassa on luettelo erilaisista ehkäisevistä tekijöistä nivelrikosta puhuttaessa: (Holmia ym. 2006, 715.)

- normaali paino
- tupakoimattomuus
- hyvä työergonomia
- monipuolinen, terveellinen ravinto
- tuki- ja liikuntaelimestön hyvä kunto
- tapaturmien ehkäisy

Nivelrikko voidaan jakaa sekundaariseen ja primaariseen muotoon. Sekundarisessa nivelrikossa ihmisellä on taustalla jokin sairaus, kuten esim. verenkiertohäiriöt, kasvukauden sairaudet, aineenvaihduntasairaudet, reumataudit, traumat, perinnölliset tekijät ja ylipaino, niveltulehdus, osteoporoosi, rustovamma, tehdyt nivelleikkaukset tai iän mukanaan tuoma kuluma. Primaarinen nivelrikko on sairaus, joka on syntynyt ilman selvää, tunnettua syytä. (Iivanainen & Jauhiainen 2005, 636.)

5.2 Kipu

Nivelrikon merkittävin oire on kipu. Nivelrikko voi varsinkin alkuvaiheessa olla kivuton tai vain ajoittain kipua tuottava. Tyypillisimpiä nivelrikon oireita ovat nivelen kuormittamisen ja liikuttamisen aiheuttama arkuus sekä kankeus liikkeelle lähdeittäessä. Liikkeellä oltaessa nämä oireet kuitenkin yleensä vähenevät, kunhan nivel lämpenee. Nivelrikon oireita ovat myös erilaiset rustokadon aiheuttamat asentovirheet, liikerajoitukset, epäsymmetriset asentovirheet ja rutisevat

sekä paukkuvat nivelet. Nivel voi tulla niin kipeäksi, että sen liikuttaminen on täysin mahdotonta. (Iivanainen & Jauhiainen 2005, 636; Talvitie ym. 2006, 334.)

Aamujäykkyyttä saattaa esiintyä, muttei samoissa määrin tai yhtä pitkäkestoisena kuin nivelreumassa. Nivelessä voidaan huomata turvotusta ja arkuutta. Yksi nivelrikon oireista on myös toimintakyvyn rajoittuminen niin, että kävely tasamaalla ja rappusissa on vaikeutunutta ja rajoittunutta. Samoin arkipäiväisten rutiinien toteuttaminen, kuten pukeutuminen ja peseytyminen saattavat tuottaa suuria ongelmia. Usein nivelrikon edetessä kipua alkaa ilmetä myös levossa ja yösärky lisääntyy. Henkilö, jolla on nivelrikko saattaa välttää nivelen liikuttamista tai ei pysty liikuttamaan sitä lainkaan. Myös tavanomaiset harrastukset ja mielihyvää tuottavat tekijät, jotka kuormittavat niveltä, saattavat olla mahdottomia suorittaa. Tämän seurauksena niveltä liikuttavien lihasten voima hiljalleen heikkenee. (Talvitie ym. 2006, 334–335; Käypä hoito 2007.)

Kipu voidaan jakaa akuuttiin ja krooniseen kipuun. Alkaessaan kipu on aina akuuttia eli lyhytkestoista kipua, jonka tarkoituksena on varoittaa ihmistä vaarasta. Akuutin kivun suojaavan merkityksen johdosta ihminen esim. aristaa ja suojaa kipeää polveaan, sekä pyrkii selvittämään polven kipeytymisen syy. Akuutti kipu on ns. hyödyllinen kipu ja siihen tulee aina reagoida. Akuutin kivun hoito on tärkeä huomioida, jotta kroonista kipua ei päästetä valloille. Kovat säryt ja huomattavat kivut ovat yleisin syy siihen, että nivelrikko potilas lähtee hakemaan apua. Monet potilaista kuvailevat tilannettaan tällöin tuskaiseksi ja erittäin kivuliaaksi. (Holmia ym. 2006, 715; Vainio 2004, 17–18.)

Kroonisesta eli pitkäaikaisesta kivusta voidaan puhua, kun kipu on kestänyt yli kolme kk tai yli kudosisaurion normaalin paranemisajan. Krooninen kipu ilmenee monin eri tavoin ja on epämukava tunne. Sillä ei ole samaa suojaavaa tehtävää kuin akuutilla kivulla. Kroonisessa kivussa on tapahtunut muutos kipuradan normaalitoiminnassa. Kroonisessa kudosisauriokivussa elimistö reagoi jatkuvan kudosisaurioon. Elimistön reagointi muokkaa hermoston reaktiota kivulle. Kivun pitkittyessä alkaa se vaikuttamaan potilaaseen myös psykososiaalisesti. (Haanpää & Kalso 2009, 106–110)

Tärkeää on kuitenkin muistaa, että ihminen on ainutlaatuinen yksilö ja kokonaisuus. Jokaisella on oma kipukynnys ja käsitys kivusta, johon ei löydy yksiselitteistä vastausta. Koettu kipu on aina omakohtainen kokemus, joka pitää aina ottaa vakavasti. Mietittäessä kivun ilmenemistä on tärkeä ottaa huomioon myös erilaiset taustalla olevat sairaudet, jotka voivat muuttaa tyypillistä kivun ilmenemistä hyvinkin paljon.

5.3 Hoito

Nivelrikon ensisijainen hoito on lääketehtä, sekä painonhallintaa, omatoimista liikuntaa ja tarvittaessa ammattilaisten antamaa liikuntahoitoa. Säännöllinen ja sopiva liikunta parantaa välittäjäaineiden eli endorfiinien eritystä kehossa. On tärkeä tunnistaa, millaisia liikuntamuotoja voi harrastaa ja mitkä taas tuottavat kipua ja ovat täten epämukavia. Mikäli nivel selvästi kuormittuu rasituksen aikana, on syytä pitää pieni tauko ja jatkaa sitten uudestaan pienemmällä kuormituksella kunnes sopiva muoto löytyy. (Vainikainen 2010, 21.)

Nivelrikossa lääkehoito tapahtuu oireenmukaisesti. Tavoitteena on kivun vähentäminen ja toimintakyvyn parantaminen. Nivelrikko potilaan lääkehoito suunnitellaan aina potilaskohtaisesti, jossa huomioidaan eri tekijät. Nivelrikkoon ei ole parantavaa lääkehoitoa, joten tärkein tehtävä on kivun hoito. (Vainikainen 2010, 21). Paras teho saadaan yhdistämällä eri hoitoja kuten lääkehoito lääketehtömaan hoitoon, fysioterapia ja ravitsemusneuvonta. Nivelrikkoa sairastavalle on hyvä kertoa, että täysin kivuton tila on harvoin saavutettavissa. Realistinen tavoite on kivun vähentäminen niin, ettei kipu hallitse elämää ja nivelrikon kanssa pystyy toimimaan. Lääkkeiden teho on yksilöllinen ja asiakkaan on varauduttava valmisteiden useaan vaihtoon, ennen kuin riittävä teho ja yksilöllinen vaste löytyvät. Ravitsemusneuvonnassa on huomioitava mineraali- ja vitamiinitarpeen tyydytys. Erityisen tärkeää on myös huomioida potilaan D-vitamiinin ja kalsiumin jokapäiväinen saanti. (Haanpää ym. 2009, 380–382.)

Lääkehoidossa pyritään tehokkaaseen vaikutukseen, helppoon toteutukseen ja mahdollisimman pieneen annoskokoon. Nivelrikkoa sairastavan potilaan lääke-

hoito käsittää paikallisesti käytettäviä voiteita sekä suun- ja nivelensisäisesti annosteltavia lääkkeitä. Täten sivuvaikutusten mahdollisuus minimoidaan. Jatkuva tasainen kivunlievitys on optimaalinen tila. Mikäli sivuvaikutukset ovat häiritseviä, tulee valmistetta tarvittaessa vaihtaa. (Haanpää ym. 2009, 382.)

6 POTILASOHJAUS

Työssämme käytämme termejä potilasohjaus, sekä osallistujat vaikka lähetykseen osallistujat voitaisiin mieltää myös asiakkaiksi. Näimme kuitenkin, että lähetystilanteet olivat hyvin lähellä potilasohjausta ja että potilasohjauksesta löydettyä tutkittua tietoa voitiin soveltaa lähetyksiimme.

6.1 Yksilöohjaus

Potilasohjaus on aktiivinen, dynaaminen ja tavoitteellinen prosessi, joka jatkuu koko hoitotapahtuman yli ja pohjautuu ohjaajan tietoihin ja taitoihin. Potilasohjaus on vuorovaikutuksellinen ohjaussuhde, johon vaikuttavat ohjaajan ja ohjattavan ihmiskäsitykset, ohjaajan ymmärtämä paradigma oppimisesta, opetuksesta ja muutoksesta. Potilasohjauksen tavoitteena on potilaan voimavaraistuminen tai voimaantuminen eli empowerment. Empowerment-filosofiassa ihmisellä on mahdollisuus tehdä valintoja, joiden seurauksista hän itse kantaa vastuun. (Jaakonsaari 2009, 8–9.)

Potilasohjaus on hoitotyön auttamismenetelmä, jossa hoitaja vuorovaikutuksen avulla tukee potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. Potilasohjaus on sidottu aikaan ja paikkaan, se vaatii verkostoitumista ja moniammatillista yhteistyötä, se tapahtuu ohjattavan kanssa yhteistyössä ongelmien ratkaisemiseksi, ja siinä opetellaan käytännön taitoja niin, että potilas tuntee olonsa turvalliseksi ottaessaan vastuun omasta hoidostaan. Potilasohjaus perustuu kumppanuuteen ja osallistuvaan toimintaan sekä ohjaajan ammatilliseen vastuuseen. (Jaakonsaari 2009, 9.)

Potilasohjauksen luonteeseen kuuluu, että aluksi määritellään ohjauksen tarve, suunnitellaan ohjauksen kulku, toteutetaan ohjaus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen ja sen vaikuttavuus. Potilasohjauksessa korostuu tarpeiden määrittely, koska ohjauksen lähtökohtana pitää olla potilaan tarpeet. Ohjauksessa tulee ottaa huomioon se, kuinka kauan potilas on sairastanut sairauttaan ja mitä hän jo tietää siitä. Potilasohjauksen perustana on asiakaslähtöisyys ja potilaan tarpeiden mukaan etenevä ohjaus. Potilasohjauksessa on tärkeää se, että potilas saa oikeanlaista ja yksilöllistä ohjausta. Jos potilas kokee, että samaa ohjausta saa hoitopolun kaikissa vaiheissa, hänen mielenkiintonsa opittavaa asiaa kohtaan voi romahtaa sekä on mahdollista, että potilas tuntee hänen oppimiskykyään tai älykkyyttään vähäteltävän. (Lipponen ym. 2006, 10–11, 16.)

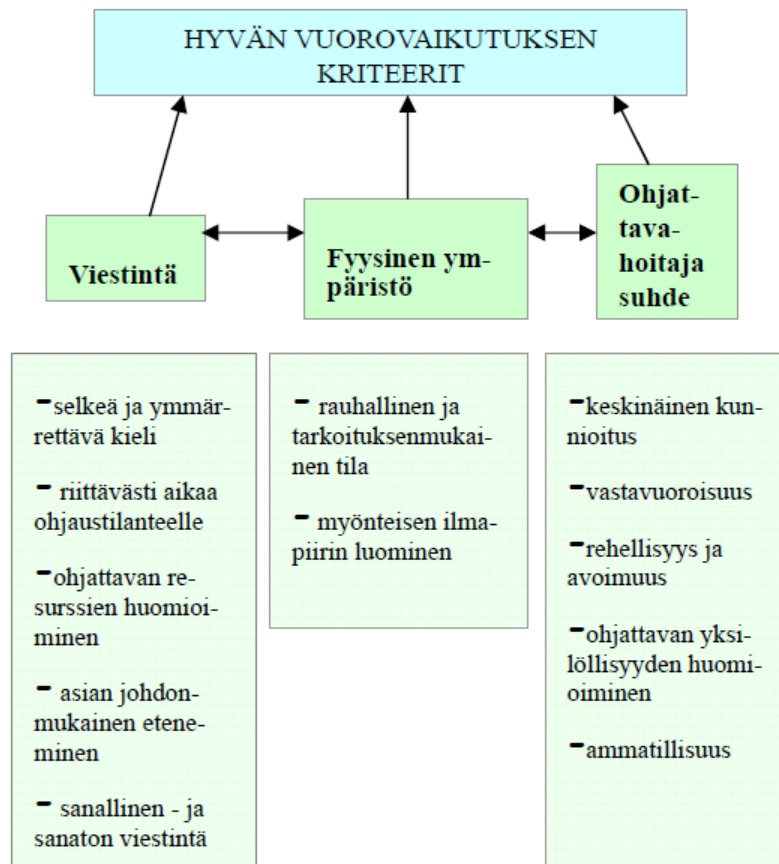
Potilaan oppimiseen vaikuttavat ohjattavan osallistuminen niin tarpeiden määrittelyyn ja tavoitteiden asettamiseen kuin itse ohjaustilanteen suunnitteluun ja arviointiin. Lisäksi ohjaustilanteen oppimisympäristö vaikuttaa oppimiseen. Kun potilas pääsee itse osallistumaan päätöksentekoon, edistyy hänen motivoitumisensa ohjaukseen, tarvittavien muutosten tekoon sekä omasta oppimisestaan kannettavaan vastuuseen. Tasavertaisella vuorovaikutuksella, positiivisella oppimisilmapiirillä, ohjattavan kunnioittamisella ja ohjattavan asian toistettavuudella on merkitystä ohjattavan oppimiseen sekä mahdollisuuteen muistaa ohjauksessa läpikäytyjä asioita. (Jaakonsaari 2009, 18.)

Potilas tulisi mieltää ihmisenä, joka on jatkuvassa kanssakäymisessä oman elämäntilanteensa ja historiansa, itsensä ja ympäristönsä kanssa. Hoitajan on arvioitava ohjausta saavan mahdollisuus omaksua asioita ja sen perusteella on valittava sopivin tapa, jolla viestii hänen kanssaan. Tällöin voitaisiin välttää se riski, että huonon vuorovaikutuksen vuoksi ohjattava tai hoitaja tulee väärinymmärretyksi. (Lipponen ym. 2006, 24.)

Ohjaustilanteen onnistuminen edellyttää rauhallista ja kiireetöntä ympäristöä: Huoneen tulisi olla valoisa, rauhallinen ja hyvin äänieristetty. Hoitajan on hyvä istua samalla tasolla ohjattavan kanssa. Sopiva keskusteluvälimatka riippuu keskustelijoista, yleensä sopiva välimatka on noin puoli metriä. (Lipponen ym. 2006, 25.)

Hoitajan antaman ohjauksen on oltava konkreettista ja selkeää niin, että ohjattava ymmärtää sen. Ohjauksessa tulisi käyttää maallikkokieltä ja välttää ammattitermejä. Tiedonantotapa on merkittävä tekijä ymmärrettävyyden kannalta. Useimpien omaisten mielestä tietoa pitää antaa ystävällisesti, selkeästi ja yksinkertaisesti. Monimutkainen selittäminen ei ole tarkoituksenmukaista. Väärinkäsitysten välttämiseksi on aina hyvä tarkistaa, että ohjattava ja hoitaja ovat tulkinneet toisensa oikein ja ymmärtäneet asian täysin samalla tavoin. (Lipponen ym. 2006, 49.)

Oheisessa kuviossa (Kuvio 3) tiivistyy lyhyesti hyvän vuorovaikutuksen, ja siten potilasohjauksen, kriteerit. Hyvään vuorovaikutukseen kuuluu viestintä, fyysinen ympäristö ja ohjattava-hoitaja –suhde. Ohjattavan pitää viestiä selkeällä ja ymmärrettävällä kielellä, varata riittävästi aikaa ohjaustilanteelle, ottaa huomioon ohjattavan resurssit ja edetä johdonmukaisesti käyttäen sanallista ja sanatonta viestintää. Fyysisen ympäristön tulee olla rauhallinen ja tarkoituksenmukainen tila, jossa on myös luotu myönteinen ilmapiiri. Ohjattavan ja hoitajan suhteeseen kuuluu keskinäinen kunnioitus, vastavuoroisuus, ammatillisuus sekä rehellisyys ja avoimuus ohjattavan yksilöllisyyden huomioiden. (Lipponen ym. 2006, 28.)



Kuvio 1. Hyvän vuorovaikutuksen kriteerit (Lipponen ym. 2006, 28.)

6.2 Ryhmäohjaus

Ryhmänohjausta käytetään, kun halutaan tavoittaa monta ihmistä yhtä aikaa tarkoituksenaan tiedon jakaminen. Ryhmänohjaus tarjoaa jäsenilleen vertaistukea, jota he eivät voi saada yksilöohjauksessa. Vastuu ryhmästä ja sen vetämisestä on ohjaajalla. Mikään ryhmä ei ole luonnostaan passiivinen tai aktiivinen, vaan ryhmä ja sen henki syntyvät ohjauksen aikana. (Vänskä ym. 2011, 87–88.)

Keskusteluryhmään kootaan yhteen ihmisiä, joilla on samanlaisia kokemuksia. Ryhmässä jaetaan ja työstetään kokemuksia yhdessä keskustellen. Keskusteluryhmän tarkoituksena on antaa vertaistukea ja oppia muiden kokemuksista. Keskusteluryhmän tavoitteena on luoda luottamuksellinen ja hyväksyvä ilmapiiri. Ohjaajan panos ilmapiirin syntymisen mahdollistajana on keskeinen, mutta

myös jokaisen osallistujan panoksella on tärkeä rooli, jotta keskustelusta saadaan luottamuksellinen ja hyväksyvä ilmapiiri (Vänskä ym. 2011, 88.)

Ohjauskeskustelussa asetetaan tavoitteet ja tarkoitus. Tavoitteena voi olla vuorovaikutussuhde tai esim. lääkäriajan tilaaminen. Tavoitteena voi olla saada toinen tekemään meille jotain mieluista kuten myöntyvyyden saavuttaminen. Ohjauksessa asetettujen tavoitteiden tulee olla sopuossuinnussa ihmisen senhetkisten elämäntilanteiden kanssa. Jos tavoitteet asetetaan liian korkealle tai niitä on liikaa, niitä ei ole mahdollista saavuttaa. (Vänskä ym. 2011, 109–111.)

Ohjauskeskustelussa on myös erilaisia ohjattavia. Vaikka ohjattava nähdään vastuullisena, itseohjautuvana ja uusia omia merkityssisältöjä luovana yksilönä, hän orientoituu ohjaustilanteeseen eri tavalla ja tilannesidonnaisesti. Ohjattavan ohjaustilanteeseen orientoitumiseen vaikuttavan hänestä itsestään nousevat asiat ja aikaisempien ohjaustilanteiden herättämät ajatukset. Ohjaukseen vaikuttavat myös ohjattavan ulkopuoliset tekijät, kuten perhe, työ ja sen hetkinen elämäntilanne sekä siitä nousevat asiat. (Vänskä ym. 2011, 109–111.)

Ohjaamisen onnistuminen vaatii rauhallista ja kiireetöntä ympäristöä ja huoneen tulisi olla valoisa ja hyvin äänieristetty. Ikääntyneen ohjaustarve on erilainen kuin nuoren aikuisen. Ikääntyneiden ohjaamisessa on omat haasteensa, koska heillä saattaa olla esim. rajallinen näkökyky, huono kuulo, fyysisiä rajoitteita tai muistihäiriöitä. Ikääntynyt ohjattava saattaa myös tarvita hoidon ydinasioihin painottuvaa, lyhytkestoista ja usein toistuvaa ohjausta. Ohjauksen onnistumisen kannalta on tärkeää selvittää taustatekijät ja huomioida niiden mahdolliset vaikutukset ohjaukseen. Fyysiset taustatekijät saattavat vaikuttaa ohjaukseen; esim. läkäs saattaa vältellä ohjausta, hän saattaa unohtaa asioita tai kieltää näitä. (Kyngäs ym. 2007, 29–30.)

6.3 Puheviestintä

Puheviestintään tulee valmistautua etukäteen kirjoittamalla suunnitelma käytettävästä sisällöstä sekä havainnollisuuden lisäämisestä käytettyyn puheeseen. Puheviestintätilannetta muokkaavat esityksen tavoite, sisältö, esittämiskeinot

sekä yleisö. Esityksellä ei ole merkitystä jos kuulijoita ei saada motivoitumaan asiaan. Tämän takia esityksen aikana tulisikin tarkkailla kuuntelijoita, seurata palautetta ja muuttaa tyyliä kuuntelijoiden reaktioiden mukaan. (Repo ja Nuutinen 2003, 142–143, 145.) Esityksessä selkeä sanojen ääntäminen ja riittävän kuuluva ääni parantavat viestintää ja ymmärrettävyyttä, mikäli taustalla on esim. häiriötekijöitä (Niemi ym. 2006,307).

Puheesityksen pohjaksi ei sovi kokonaan kirjoitettu teksti, koska silloin puhe ei ole luontaista, puhumisesta tulee suoraan lukemista ja tämä häiritsee keskittymistä yleisöön. Sisältö tulisi kertoa vapaasti puhuen ja tausta-aineistona tulisi käyttää vain avainsanoihin ja ydinkohtiin perustuvaa tukiaineistoa. (Repo ja Nuutinen 2003, 145.)

Kommunikoinnin ilmaisukeinoja on monia eri muotoja. Puhetta voidaan tukea ja korvata kommunikoimalla esim. puheen lisäksi sähköisellä tekstillä. Puhetta tukevaa kommunikointia tarvitaan, kun puhe on niin epäselvää tai puutteellista, ettei viesti tule ymmärretyksi. Tällöin voidaan käyttää myös kuvia, joka voi antaa ohjattavalle arvokkaan avun viestin ymmärtämiseksi. (Huuhtanen 2012, 15.)

Puheen lisäksi sanattoman viestinnän käyttö, merkitys ja tulkinta ovat suuressa osassa ryhmänohjausta. Katseella voidaan viestittää tilanteen hallintaa ja tarkkailla tilannetta. Hymy koetaan yleensä positiivisena eleenä, mutta jännitteisissä tilanteissa kannattaa kuitenkin pitää kasvot peruslukemilla. Myös asento ja ryhti antavat vaikutelman ohjaajasta. Jos ryhti on hyvä, antaa ohjaaja itsestään varman ja hallitun vaikutelman. (Niemi ym. 2006, 305–306.)

Ohjaajan tulee tiedostaa oma roolinsa. Hän ohjaa tilannetta ja hänellä on vastuu ohjattavistaan mutta myös valtaa vaikuttaa heidän etenemiseensä. Ohjaajalta vaaditaan kokonaisvaltaista läsnäoloa ja usein parhaat ohjeet ja vinkit syntyvätkin keskustelussa. Ohjaajan tulee pyrkiä tasavertaiseen keskusteluun. Tämä on kuitenkin vaikeaa, jos ohjaussuhde on tuore ja ohjattavia on paljon. Tällöin tasavertainen henkilökohtainen suhde jää usein ideaaliksi. Ohjaaja kuitenkin tarkastelee, tekee aloitteet, päättää puheenaiheet ja antaa palautetta. Ohjaaja voi myös säädellä puheenaiheen lisäksi puheenvuorojen rakentumista ja näin yllä-

pitää tasavertaista ja vuorovaikutuksellista suhdetta. (Heikkinen ym. 2006, 136–138.)

7 TOIMINNALLINEN OSUUS

Lähetykset pidettiin kahtena erillisenä päivänä 20.2. ja 23.2. Esitykset olivat n. tunnin mittaisia riippuen osallistujien määrästä sekä keskustelun etenemisestä. Esitietojen niukkuuden vuoksi tiesimme pääpiirteissään vain, että osallistujat olivat ikääntyneitä, jotka asuivat saaristossa tai vaikeakulkuisten yhteyksien päässä. Tästä syystä selvitimme lähetyksen lomassa osallistujien elämäntilannetta ja historiaa. Puhuttamisen yhteydessä ja kysymyksiä kysyessä arvoimme myös osallistujien mahdollisuutta omaksua sanottuja asioita ja tietoja. Selvää oli, että lähetyksessä piti artikuloida voimakkaalla äänellä ja selkeästi, koska ääni siirtyi studiosta osallistujille äänentoistolaitteiden välityksellä ja suurimmalla osalla iäkkäistä oli heikko kuulo. Koska ääni kuului vastaanottajille myös pienellä viiveellä, oli puheen hyvä ajoittaminen tärkeää selkeän vuorovaikutuksen takaamiseksi.

Valmistuimme esiintymiseen huolella etukäteen ja jaksotimme aihealueemme. Huomioimme etukäteen esityksessä mahdolliset häiriötekijät, kuten tekniset häiriöt, osallistujien vähäinen määrä ym. Teimme etukäteen selkeän ja yksinkertaisen rungon jokaiseen lähetykseen, jonka mukaan ohjelmamme etenisi. Esitysten alussa panostimme mielenkiintoiseen ja motivoivaan aloitukseen, joka herättäisi asiakkaan mielenkiinnon heti alusta asti. Esityksissä tarkkailimme asiakkaiden liikkeitä ja reaktioita ja tarvittaessa esitimme heille henkilökohtaisia kysymyksiä aiheen suhteen. Jatkuvan avoimen keskustelun ja huomioiden ansiosta lähetyksissä säilyi positiivinen vuorovaikutus, jossa kaikille annettiin puheenvuoro ja mahdollisuus ilmaista omia näkemyksiään. Saatujen palautteiden, arvioiden ja aiemmin koettujen lähetysten perusteella, kykenimme muokkaamaan ja räätälöimään lähetyksiä kohdeyleisölle sopivaksi.

Esityksiin valmistautuessa teimme selkeän ja helposti ymmärrettävän PowerPoint-esityksen (Liite 2 & 3) tukemaan lähetystämme. PowerPoint-esityksissä

käytimme selkeitä ja yksinkertaisia kuvia, jotka havainnollistivat kyseisen sairauden aiheuttamaa muutosta fyysisesti. Lisäksi käytimme diagrammia havainnoimaan sairauden yleisyyttä naisten ja miesten osalta (Liite 2(2) & Liite 3(3)), sekä iän vaikutusta sairauteen ja sen etenemiseen. PowerPoint-esityksen lisäksi käytimme pieniä faktapohjaisia muistilappuja, jotka toimivat tukena läpi esityksen. Avainsanoja ja ydinkohtia silmällä pitäen teimme esityksestämme mahdollisimman yksiselitteisen ja selkeän.

Esityksiämme suunniteltaessa oli huomioitava kohderyhmän korkea ikä ja mahdollisesti huonontunut kuulo. Tästä syystä äänenkäyttöön oli panostettava erityisesti. Lisäksi mikrofonin sijainti ja selkeä, tasainen ja kuuluva ääni kommunikoidessa nousi suureen merkitykseen. PowerPoint-esitystemme yksi tarkoitus olikin tuoda asiakkaille kuvien ja diagrammien lisäksi sairauteen liittyvää faktatietoa kirjallisessa muodossa, sillä jos äänen kanssa tulisi ongelmia, olisi teksti puheen tukena.

Ohjaustilanteissa panostimme puheen lisäksi sanattomaan viestintään ja hyvän ryhdin säilyttämiseen. Non-verbaalinen viestintämme oli tietoisesti huomioitu ja panostimme positiivisen ilmapiirin luomiseen. Tarkoituksenamme oli pitää avoin keskustelu, jossa ohjattavilla oli suuri rooli tunnin pituisen esityksen aikana. Ohjaajina avasimme keskustelun aiheita, sekä aktiivisuudesta tai passiivisuudesta riippuen kyselimme ihmisiltä heidän mielipiteitään ja mahdollisia tietojaan kyseisestä aiheesta. Ohjaajina myös pidimme huolen siitä, että keskustelu pysyi annetussa aiheessa, eikä lähtenyt kauas alkuperäistarkoituksestaan. Alkuun keskustelu tuntui kankealta, koska mikrofoniin piti puhua melko voimakkaalla äänellä ja äänessä oli usein viive.

Valmistautuessamme esitykseen emme tietoisesti valinneet yhtä ohjaajan rooliin, vaan sovimme, että lähetystilanteessa jokainen vie keskustelua ja aihetta eteenpäin omalta osaltaan. Kun keskustelu oli karkaamassa aiheesta, ohjattiin sitä tarvittaessa takaisin oikeille raiteille. Esitysten edetessä oli huomioitava kaikki asiakkaat tasapuolisesti ja suoda kaikille mahdollisuus puheenvuoroon.

VIRTU-lähetyksissä meidän ei juuri tarvinnut osata käyttää itse laitteistoa, koska paikalla oli niin kutsuttuna ”studioemäntänä” projektin työntekijä, joka käytti laitteistoa mahdollistaen meidän keskittymisemme lähetyksiin. Käytimme lähetyksissämme apuna kuvia ja PowerPoint-esityksiä (Liite 2 & 3), jotka olimme tehneet teoreettisen viitekehyksen ja tiedonhaun pohjalta. Kuvat ja esitykset liitettiin lähetykseen kannettavan tietokoneen kautta, jota käytimme itse lähetyksen ajan. Teknisen osaamisen tarve rajoittui meidän osaltamme siis eniten kannettavan tietokoneen käyttöön.

7.1 Osteoporoosi-lähetykset

Ensimmäisenä päivänä lähetyksen teemana oli osteoporoosi. Lähetyksen alussa esittelimme itsemme, sairauden yleisesti, sen oireet, yleisyys, vaikuttavat tekijät, ennaltaehkäisy ja ennuste. Pyrimme lähetyksessä avoimeen keskusteluun ja saamaan ohjattavat osallistumaan lähetykseen kertomalla omista kokemuksistaan ja ajatuksistaan aiheeseen liittyen.

Ensimmäiseen lähetykseen osallistui viisi ohjattavaa. Lähetyksen alussa keskustelu oli melko yksipuolista, kunnes ohjattavat alkoivat pikkuhiljaa osallistua keskusteluun omien kokemusten ja näkemysten kautta. Aihe olikin monelle tuttu ja tavoiteltu avoin keskustelu saavutettiin hiljaisen alun jälkeen nopeasti. Lähetyksen aikana keskustelu ajoittain harhaili muissa aiheissa, mutta pienellä huomautuksella pääsimme takaisin osteoporoosin pariin. Lähetyksen runko (Liite 4) saatiin käytyä läpi suunnitellussa aikataulussa. Lähetyksen loppupuolella asiakkaat kertoivat saaneensa uutta ja kertaavaa tietoa osteoporoosin suhteen.

Ensimmäisen päivän iltapäivälähetykseen osallistui ainoastaan yksi ohjattava, mikä toi oman haasteensa lähetyksen toteutukseen, koska se oli suunniteltu useammalle osallistujalle pidettäväksi ja painottui vapaaseen keskusteluun ohjattavien kanssa. Sovelsimme kyseiseen lähetykseen yksilöohjauksesta löydettyjä tietoja. Kyseisessä lähetyksessä keskustelu oli niukkaa ja yksipuoleista, koska ohjattavalla ei ollut omakohtaisia kokemuksia tai läheisiä kenen kokemuksista olisi voinut kertoa. Saimme kuitenkin kaikki lähetykseen suunnitellut

asiat käydyksi läpi ja osallistuja oli tyytyväinen lähetykseen, mutta toi ilmi turhautuneisuutensa siihen, että on usein ainoa osallistuja kyseisellä kanavalla. Iltapäivän lähetyksessä oli tarkoitus järjestää tietovisa osallistujien kesken, mutta aikataulullisista syistä ja osallistujien niukkuudesta johtuen päätimme toteuttaa tietovisan sijaan kertaavia kysymyksiä (Liite 5). Kertaavina kysymyksinä toimivat tietovisaan suunnitellut kysymykset.

7.2 Nivelrikko-lähetykset

Toisena lähetyspäivänä teemana oli nivelrikko. Lähetykset rakentuivat paljolti samalle kaavalle kuin ensimmäisen päivänkin eli alkuun esittelimme itsemme tutuille ja tuntemattomille osallistujille, jonka jälkeen esittelimme sairauden yleisesti, sen oireet, yleisyys, vaikuttavat tekijät, ennaltaehkäisy ja ennuste. Näissäkin lähetyksissä pyrimme mahdollisimman paljon keskustelemaan ja kantaa ottamaan ilmapiiriin aiheen käsittelyssä, jotta osallistujat aktivoituivat ja näin saivat itse vaikuttaa mahdollisimman paljon lähetyksen kulkuun.

Päivän ensimmäiseen lähetykseen osallistui viisi yksinasuvaa iäkästä. Esityksen alussa avointa keskustelua ei juuri ollut, koska ohjattavien keskuudessa oli aistittavissa pientä jännitystä. Lähetyksen edetessä ohjattavat alkoivat hiljattain osallistua keskusteluun. Ohjattavat halusivat jakaa omia ja lähipiirin saamia kokemuksia päivän aiheen suhteen. Aiheena nivelrikko oli tuttu monelle osallistujalle. Lähetyksen lähestyessä loppua keskustelu oli aktiivista ja kaikki osallistui siihen tasapuolisesti. Lisäksi monet osallistujista kehuivat saaneensa uutta tietoa nivelrikosta ja siihen liittyvistä eri tekijöistä lähetyksen palautevaiheessa. Ajoittain keskustelu karkasi alkuperäisestä aiheestaan, mikä vapautti tunnelmaa. Pienellä ohjauksella pääsimme kuitenkin takaisin kiinni käsiteltävään aiheeseen. Lähetyksen runko saatiin käytyä läpi suunnitellussa ajassa (Liite 3) sekä edellisestä lähetyksestä saadun kokemuksen perusteella näimme parhaaksi käydä läpi kertaavat kysymykset tietovisan sijaan.

Iltapäivän lähetyksessä osallistujia oli kahdeksan. Lisäksi lähetykseen osallistui suurempi joukko ihmisiä vanhainkodista yhden laitteen välityksellä, jolloin van-

hainkodin hoitohenkilökunta toimi vastaanottavan pään teknisinä käyttäjinä iäkkäiden osallistuen enemmän itse ohjelmaan. Keskustelu alkoi heti vauhdikkaasti, koska osallistujia oli melko paljon. Avoin ja keskusteleva ilmapiiri saavutettiin ja osallistuneet jakoivat omia mielipiteitään ja kokemuksiaan innokkaasti. Koko lähetyksen ajan oli osallistuminen asiakkaiden puolesta hyvää ja laadukasta. Asiakkaiden omat mielipiteet toivat lähetykseen tarvittavaa kokemusta ja näkemystä nivelrikkoa sairastavan näkökulmasta. Lähetyksen lopussa kävimme läpi kertaavat kysymykset. Asiakkaat kehuivat lähetystä ja mainitsivat sen olleen hyvä ja joustava. Lisäksi aihe todettiin olevan mielenkiintoinen ja ajankohtainen.

Ohjauksen onnistumista ja vaikuttavuutta arvioimme lähetyksien lopussa kertaavilla kysymyksillä (Liite 6), jotka osallistujat kokivat pääosin hyvinä ja vaihtelevia tuovina, herättäen joissakin jopa pientä kilpailuhenkeä. Toisessa lähetyksessä huomasimme, että kertaavat kysymykset olivat melko yksityiskohtaisia ja triviaaleja, joten seuraaviin lähetyksiin teimme hieman suurempia asioita käsitteleviä ja helpommin ymmärrettäviä kertaavia kysymyksiä. Asiakaslähtöisyyden ja osallistujien tarpeet huomioimme kysymällä ja selvittämällä lähetyksien alussa heidän nykyisen tietotasonsa. Näiden tietojen perusteella sovelsimme ja muokkasimme lähetystämme siinä hetkessä osallistujille sopivaksi. Näin myös vältimme osallistujien kyllästymisen tutun tiedon kertomiseen. Suurimmalle osalle ohjattavista päivän lähetyksistä nivelrikko oli tuttu sairaus. Ohjattavat kiittelivät paljon kiinnostavista aiheista ja hyvästä ohjauksesta. He toivoivat, että tulevaisuudessa olisi lisää vastaavanlaisia lähetyksiä, joissa opiskelijat voisivat opettaa heitä.

8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön luotettavuuden arviointi on tärkeää, kun pyritään estämään työssä tapahtuvia virheitä. Työn tekijällä on velvollisuus kuvata mahdollisimman tarkkaan, miten työ on tehty, jotta lukijat saavat mahdollisimman tarkan käsityksen työn etenemisestä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 131–138.)

Työn eettisyyttä tulee arvioida jo tutkimusaihetta valittaessa. Tutkimuksen tulisi olla mahdollisimman hyödyllinen koko yhteiskunnalle. Tutkittavien henkilöiden itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava työtä tehdessä ja jokaisen osallistujan osallistuminen työhön on oltava vapaaehtoista. Työhön osallistujien nimettömyys ja yksityisyys suoja tulee säilyttää koko prosessin ajan. Mitään osallistujien tietoja ei saa luovuttaa työprosessin ulkopuolisille henkilöille. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–179.)

Ohjaustilanteen laillisen raamin muodostavat hoitajaa ohjaavat sekä kansainväliset sopimukset että kansalliset lait ja asetukset. Lain ja asetusten alueella tilanteessa ovat läsnä muun muassa perus- ja ihmisoikeudet, terveystoimeen, koulutukseen ja ammatinharjoittamiseen liittyvät sekä siviilioikeudelliset kohdat. Lait ja asetukset luovat ohjaustilanteen toimimiselle sekä pohjan että velvoitteen siinä mielessä, että ne antavat ohjaukselle konkreettisen mahdollisuuden tapahtua. Velvoitteena ne voidaan mieltää siksi, luovat ohjaustilanteelle ja hoitajan toiminnalle laatuminimivaatimukset. (Lipponen, ym. 2006. 6.) Koska opinnäytetyömme on toiminnallinen ja teemme potilasohjausta lähetyksissämme, arvioimme työn eettisyyttä kokoajan tuotosta tehdessä.

Opinnäytetyön tulokset on oltava todenmukaisia ja niitä ei saa vääristellä, eikä raportoida virheellisesti. Tutkimuksella pyritään kehittämään uutta tietoa tai uudistamaan vanhaa tietoa. Tällä pyritään perustellusti löytämään totuus. Tutkijalla saattaa olla asenteita, odotuksia tai epäilyjä tutkimaansa asiaa kohtaan. On tärkeää tunnistaa tällaiset ennako asenteet ja pyrkiä vapautumaan niistä. Muutoin tutkijalle saattaa tulla ei-tietoinen virhelähde tai vääristymä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 369–370.) Tämän takia on hyvä, että opinnäytetyössämme on kolme tekijää, jolloin näkökulma on laajempi ja mahdolliset vääristymät pystytään minimoimaan tai mahdollisesti poistamaan kokonaan. Tällöin myös työn luotettavuus ja uskottavuus paranee.

Tutkimuksessa tulee välttää plagiointia. Plagioinnilla tarkoitetaan toisen tekijän tekstin varastamista, sekä tutkimustulosten tai sanamuodon esittämistä omaan. Plagiointi ilmenee yleensä puutteellisena tai epämääräisenä viittaamisena. Puutteellinen ja epämääräinen viittaaminen onkin varsin yleistä ja lähdeviit-

teiden tarkkuudesta huolehtiminen joskus ongelmallista. Tutkimuksen tarkastajien ja muiden lukiodien pitää voida erottaa, mikä tekstissä on tutkijan omaa tekstiä ja mikä tekstistä on muualta saatua. (Hirsjärvi ym. 2004, 110–111, 321.)

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, jonka vuoksi kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Kun esimerkiksi kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen, voidaan tulosta pitää reliaabelina (mittaustulosten toistettavuus, joka tarkoittaa sen kykyä antaa ei sattumanvaraisia tuloksia). Tutkijoiden tulee selostaa tarkkaan, mitä ovat tutkimuksessaan tehneet ja miten he ovat päätyneet saatuihin tuloksiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232.)

Tutkimusetiikan perusteisiin kuuluu, että tutkimukseen osallistuville tutkittaville tulee heidän sitä halutessaan taata mahdollisuus säilyä anonyymeinä valmiissa tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuvat tutkittavat eivät välttämättä ole tyytyväisiä tutkimuksen tuloksiin; he voivat kokea tullessa kohdelluiksi kaltoin tai esitetyiksi vähemmän imartelevassa valossa. Anonymiteetin säilyttämisellä on selkeitä etuja tutkimuksen kannalta esim. lisää tutkijan vapautta sillä tutkijan on helpompi käsitellä tutkimuksessaan arkojakin asioita, jos hänen tutkimiaan henkilöitä suojaa anonymiteetti eikä hänen näin tarvitse pelätä aiheuttavansa haittaa tutkittaville. Tämä myös edistää tutkimuksen objektiivisuutta tekemällä arkojen ja ristiriitoja herättävien asioiden käsittelyn helpommaksi. Lupaus anonymiteetin säilymisestä rohkaisee tutkittavia ihmisiä puhumaan rehellisesti ja suoraan ja helpottaa näin tutkimuksen kannalta olennaisten tietojen keräämistä. Lisäksi anonymiteetti suojaa tutkittavien kanssa käydyissä keskusteluissa esille tulleita henkilöitä, joiden henkilöllisyyden ilmitulo tutkimuksessa olisi väärin, sillä heillä ei ole varsinaista yhteyttä tutkimusprojektiin. Tutkittavien henkilöllisyyden salaaminen voidaan toteuttaa eri keinoin, kuten viittaamalla numeroilla tai kirjaimilla, tai mikäli vaaditaan tutkittavien henkilöimistä jotenkin, esim. sukupuolen tai etnisen ryhmän mukaan, voidaan käyttää fiktiivisiä nimiä. (Mäkinen 2006, 114–115.) Meidän tuleekin opinnäytetyössämme varmistua siitä, että jokaisen tutkittavan henkilöllisyys säilyy suojattuna.

Luottamuksellisuus on tutkijan antama lupaus tutkimilleen henkilöille, ja siitä käytävä keskustelu on liitettävä osaksi prosessia, jossa tutkittava antaa suostumuksensa tutkimuksen teolle. Tutkijan tulisikin selvittää tutkittavilleen yksityiskohtaisesti, kuinka luottamuksellisuus käytännössä tutkimuksen eri vaiheissa taataan. (Mäkinen 2006, 115.) Meidän opinnäytetyömme on osa VIRTU-projektia ja olemme vain pieni osa kokonaisuutta, joten ohjattavillemme oli jo aikaisemmin käyty läpi tutkimukseen osallistuminen ja siihen liittyvä anonymiteetin säilyminen. Emme siis itse päässeet keskustelemaan ohjattavien kanssa luottamuksellisuudesta, mutta olemme tietoisia tutkimukseen kuuluvasta etiikasta sekä ohjattavien anonymiteettina pysymisestä, joten luottamuksellisuus säilyy myös opinnäytetyössä.

Olemme kuvanneet työtä tehdessämme jokaisen opinnäytetyön vaiheen mahdollisimman tarkkaan, jotta jokainen lukija saisi käsityksen, mitä olemme opinnäytetyössämme tehneet ja miten olemme työssämme edenneet. Olemme arvioineet työn eettisyyttä ja luotettavuutta jokaisessa työn vaiheessa, sekä olemme kirjoittaneet raportin totuuden mukaisesti, vääristelemättä mitään. Olemme käyttäneet työhön lähteitä, jotka olemme kirjoitusohjeiden mukaisesti merkanneet ja estäneet mahdollisten plagiointien syntymisen. Olemme myös tarkistaneet opinnäytetyön moneen otteeseen, jotta työhön ei tulisi virheitä ja näin ollen työ olisi mahdollisimman luotettava.

9 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa VIRTU-lähetyskiä, jonka pohjalta annoimme tietoa osteoporoosista ja nivelrikosta yksin asuville, kotona kuntoutujille ja heidän omaishoitajilleen. Projektin tarkoituksena oli yksilötasolla tukea saaristossa asuvia ikäihmisiä heidän kotona asumisessaan ja sosiaalisessa vuorovaikuttamisessaan, parantaa heidän elämänlaatuaan sekä lisätä heidän turvallisuuttaan (Virtu-projekti, 2011). Annoimme opinnäytetyön tavoitteen mukaisesti lähetykseen osallistuville potilasohjauksen muodossa tietoa annetuista aiheista, miten niitä voi ehkäistä, tunnistaa ja hoitaa. Ohjaukseen osallistuneet

iäkkäät pitivät lähetyksiä tarpeellisina ja opettavaisina ja myös omasta mielestämme lähetykset sujuivat hyvin. Ohjauksemme oli ryhmänohjausta, johon sisältyi myös keskusteluryhmä lukuun ottamatta ensimmäisen päivän toista lähetystä, jossa mukana oli vain yksi osallistuja. Tällöin kyseessä oli yksilöohjaus, jolloin sovelsimme siitä löydettyä tietoa ja mukauduimme tilanteeseen tietojen pohjalta.

VIRTU-projektiin piiriin kuuluvalla hoitohenkilökunnalle tulisi turvata mahdollisuus käyttää laitteistoa, hankkia kokemusta siitä ja käydä projektiin liittyvissä koulutuksissa. Opiskelijaryhmämme perehtyi VIRTU-projektiin ja laitteistoon jo syksyllä 2011, kun teimme Ruiskadun hoitotyön opiskelijoiden työtoiminnassa muutamia lähetyksiä eri aiheisiin liittyen. Lisäksi ennen lähetyksiä hankimme projektista tietoa tämän työn aiheeseen johdatteluun, joten VIRTU-projekti oli meille tuttu.

Otimme hyvän potilasohjauksen kriteerit huomioon lähetyksissämme ja suunnitelimme lähetysten ohjauksen niiden mukaan. Itse lähetyksissä puhuimme selkeästi ja rauhallisesti varmistaen osallistujien aiheessa pysymisen ja ymmärtämisen jo lähetysten aikana, mutta myös kertaavina kysymyksinä lähetysten lopussa. Lähetyksissä huomasimme, että kommunikointi- ja tiedonvälitystaidoilla on yllättävän suuri osuus hyvinvointiteknologiaa apuna käyttävän hoitotyön toteutumisessa. Kliininen osaaminen näkyi lähetyksissämme tietoina nivelrikosta ja osteoporoosista, etenkin osallistujien esittäessä erilaisia käytännön kysymyksiä. Asiat tuli esittää yksinkertaisesti ja ohjattaville oli selvennettävä heitä askarruttavat asiat selkeästi artikuloiden, jotta jokaisella oli mahdollisuus ymmärtää kyseessä oleva aihe sekä oppia siitä. Ohjaus suunniteltiin mahdollisimman yksinkertaiseksi välttäen ammattitermejä. Tästä syystä nivelrikko ja osteoporoosi selitettiin osallistujille termeinä ja maallikkokielellä.

Pyrimme lähetyksissämme siihen, että osallistujat olisivat voimaantuneet mahdollisimman paljon oppimisen ja tiedonsaannin lisäksi. Voimaantumista tuimme luomalla hyvän ilmapiirin lähetyksiin huumorilla, luonnollisella ja aidolla kanssakäymisellä ja ihmisen kohtaamisella. Tavoitteenamme oli, että lähetyksien jälkeen lähetykseen osallistujat pystyisivät itse tekemään päätöksiä elämäntavois-

taan ja siten myös kantamaan vastuun niistä. Osallistujat kertoivat lähetyksen aiheiden olevan tuttuja, mutta lähetysten jälkeen myös saaneensa uutta ja hyödyllistä tietoa, joten voi päätellä, että pääsimme tavoitteeseemme.

Ohjauksessamme oli mukana eri kunnossa olevia iäkkäitä ja toiset omaksuivatkin tiedon nopeammin kuin toiset. Ohjattavillamme oli erilaisia sairauksia ja sen mukana tulleet tiedot, kun taas toinen osa ohjattavistamme oli perusterveitä eikä ystävillä tai suvussakaan esiintynyt mitään sairauksia. Toisille ohjattaville tietomme oli jonkin verran tuttua ja he saivat kertausta aiheesta, toisille taas aivan uutta ja mahdollisesti liian vaikeaa. Kertaaminen onkin hyvä tapa käydä asiat uudestaan läpi ja se mahdollisesti auttaa huonomuistisempia omaksumaan tiedon. Kysyttäessämme kertaavia kysymyksiä ohjattavista aiheista saivat tietyt henkilöt muistivat vastaukset ja osasivat vastata annettuihin kysymyksiin. Ne henkilöt, jotka eivät juuri vastailleet kertaaviin kysymyksiin, olivat heikommassa kunnossa, heillä oli pidempi vastauslatenssi tai he mahdollisesti tunsivat kysymyksiin vastaamisen vaikeana. Lähetyskseen osallistujien ohjauksen tarvetta arvioimme sen mukaan, mitä saimme tietää osallistujista ennen lähetyksiä. Yksityiskohtaista tietoa heistä ei ollut saatavilla, kuten ovatko osallistujat itse sairastuneet osteoporoosiin tai nivelrikkoon.

Tästä syystä suunnittelimme ohjauksen kulun vain pääpiirteittäin ja jätimme väljyyttä aikataulutukseen, jonka mukaan toteutimme ohjauksen. Hyvän potilasohjauksen kriteereissä on tuotu esiin riittävän ajan varaaminen ohjaustilanteelle. Koska lähetyksaika oli ennalta määrätty yhteen tuntiin, emme voineet ajan varaamiseen vaikuttaa muuten kuin aikataulua muokkaavilla menetelmillä. Kuten aiemmin todettiin, aikataulutus oli väljää tarjoten mahdollisuuden rauhalliseen kanssakäymiseen ja täten myös varauduimme keskustelemaan ohjausotteeseen ja mahdollisiin lisäkysymyksiin sekä ennalta arvaamattomiin viivytyksiin tai teknisiin ongelmiin. Reaaliaikaisissa lähetyksissä myös inhimilliset ja tekniset tekijät saattavat muuttaa olosuhteita ja siten vaikeuttaa tiukkaan suunnitellun ohjelman toteutumista. Pelivaran jättäminen oli retrospektiivisesti hyvä asia, koska näin lähetyksissä tunnelma pysyi leppoisana ja helpotti sekä osallistujien että lähetyksen pitäjien jännitystä ja kynnystä vapaaseen ja rentoon keskusteluun.

Tunnin aikaraja ei saanut ylittyä, joten olimme jaksottaneet käytävät aiheemme pienempiin osiin, jotta pystyimme ohjauksessa tiedostamaan jäljellä olevan ajan. Näin välttyimme kiireeltä ja saimme ohjattua koko aiheen minkä olimme suunnitelleet. Kaiken kaikkiaan lähetykset menivät paljolti suunnitelmien mukaan.

Vuorovaikutuksen kautta tuimme potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itseenäisyyttä antamalla uutta ja hyödyllistä tietoa annetuista aiheista. Ohjauksen sitominen aikaan näkyi siinä, että lähetysten ajat olivat ennalta sovittu ja että ohjauksessa olimme mahdollisimman läsnä persoonina ja ihmisinä tekniikan rajoissa. Paikkaan sidoimme ohjauksen näkemällä ihmisen asuinympäristön ja kyselemällä lisää siitä ja selvittämällä mahdolliset käytössä olevat apuvälineet, niiden käytön yleisyyden ja saatavuuden.

Kaikilla osallistujilla potilasohjaukseen kuuluvan sopivan keskusteluvälimatkan turvaaminen ei onnistunut, koska jotkut istuivat kauempana TV:stä kuin puolen metrin päässä, emmekä aina välttämättä istuneet samalla tasolla sekä yhdessä lähetyksessä mukana oli suurempi joukko osallistujia yhden TV:n välityksellä, jolloin emme nähneet kaikkia osallistujia. Toisaalta lähetyksiin osallistujat istuivat mielestään sopivan välimatkan päässä, jonka olivat löytäneet kokemuksen perusteella. Vaikka emme jakaneet välitöntä fyysistä ympäristöä ohjattavien kanssa, pyrimme silti luomaan rauhallisen, oppimista tukevan ja myönteisen ilmapiirin. Ammatillisuus pohjautui tiedonhausta löydettyyn tietoon osteoporoosista ja nivelrikosta, koska tällöin pystyimme vastaamaan osallistujien tiedontarpeisiin. Ammatillisuus korostui myös meidän asiallisessa käyttäytymisessämme, eleistämme, ilmeistämme ja asennostamme lähetysten aikana.

LÄHTEET

- Arokoski, J.P.A. Nivelrikko-sairauden syyt ja hoidon mahdollisuudet. *Fysioterapia* 2004 (1), 4-7.
- Currell R., Urquhart C., Wainwright P. & Lewis R. 2010. Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and health care outcomes (Review). The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd.
- Haanpää, M. & Kalso, E. 2009. *Kipu*. Helsinki. Duodecim.
- Haglund, B.; Huupponen, T.; Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2007. *Ihmisen ravitseminen*. Helsinki: WSOY.
- Hammett-Stabler, C. 2004. Osteoporosis – From Pathology to Treatment Special Topics in Diagnostic Testing. American Association for Clinical Chemistry, Inc. 2004. USA.
- Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. 2006. *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat 1. painos*. Vantaa: Dark Oy.
- Heliövaara, M. 2008. Nivelriikon esiintyvyys ja kustannukset. *Aikakauskirja Duodecim* 124(16), 1869-1874.
- Hirsjärvi, S., Remer, P. & Sajavaara, P. 2004. *Tutki ja kirjoita*. Jyväskylä: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H., 2006. Valtonen, K. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. Helsinki: WSOY.
- Huuhtanen, K. 2012. *Puhetta tukevat ja korvaavat kommunikointimenetelmät Suomessa*. Kouvolaa: Solver palvelut Oy
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2005. *Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö*. Tammi.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2009. *Hoida ja kirjaa*. Hämeenlinna: Tammi.
- Jaakonsaari, M. 2009. *Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa - Hoitotyön opettajien käsityksiä*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Jatinen, T.K.M., Raudasoja, J. 2007. *Kansamme taudit*. Helsinki: WSOY
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. 1-2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Koskenvuo, K. 2003. *Sairauksien ehkäisy*. Jyväskylä: Duodecim
- KTL 2008. <http://www.ktl.fi/> > tietoa terveydestä > ravitseminen > osteoporoosi
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.
- Käypä hoito. 2007. *Polvi- ja lonkanivelrikko*. Viitattu 12.2.2012. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=nivelrikko](http://www terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=nivelrikko)
- Käypä hoito 2008. <http://www.kaypahoito.fi/> > osteoporoosi

https://publications.theseus.fi/xmlui/bitstream/handle/10024/1896/D_Puoskari.pdf?sequence=1.

Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937

Leino, E. 2009. Kuntoutuksen määritelmä. Viitattu 4.5.2012. <http://www.kunnet.fi/default.asp?link=4056.5>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki. WSOY.

Lindberg, L. 2004. Kivut – Apua selkä- ja muihin liikuntaelinsairauksiin. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2004.

Lindgren, K-A. 2005. Tules – tuki ja liikuntaelinsairaudet. Jyväskylä: Duodecim

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu.

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

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.

Nienstedt, W. & Kallio, S. 2004. Luut ja ytimet. Porvoo: WSOY.

Puoskari, D. 2008. Asiakastyytyväisyys osallistumisesta hyvinvointi-TV:n lähetyksiin Kotiinhankeessa. Liiketalouden koulutusohjelma. Opinnäytetyö. LAUREA ammattikorkeakoulu.

Rintala, P.; Huovinen, T. & Satu Niemelä. 2012. Soveltava liikunta. Liikuntatieteellisen Seuran julkaisu nro 168. Tammerprint Oy. Tampere 2012.

Suhonen, L. & Siikanen, T. 2007. Hyvinvointitekniologia sosiaali- ja terveysalalla – hyöty vai haitta? Tampere. 2007. Tampereen yliopistopaino.

Talvitie, U., Karppi, S-L., Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita

Terveyskirjasto 2011a. <http://www.terveyskirjasto.fi/> > nivelrikko

Terveyskirjasto 2011b. <http://www.terveyskirjasto.fi/> > osteoporoosi

THL 2012. Yksinasuvilla on korkea köyhyysriski. Viitattu 4.5.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/stop_koyhyys/yksinasuvilla_on_korkea_koyhyysriski.

Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset. Opas hoidosta vastaaville. Helsinki: Edita.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullisen tutkimuksen ja sisällön analyysi. 1-2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Helsinki. Duodecim.

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

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi


Virtu-projekti 2011. Mikä Virtu?. Viitattu 19.9.2011. <http://www.virtuproject.fi/fi/> > Mikä Virtu?

Välimäki, M.; Suhonen, R.; Koivunen, M.; Alanen, S. & Nenonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hyödyntää informaatioteknologiaa potilasopetuksessa. *Hoitotiede* 5/2007. Vol. 19.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus?. Helsinki: Edita Prima.

Williams, X. 2003. *Torju osteoporoosi*. Suomenkielinen käännös Gilbert Pool Publishing Impresse Oy.

Opinnäytetyön toimeksiantosopimus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

**OPINNÄYTETYÖN
TOIMEKSIANTOSOPIMUS**

1

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Pekka Toikka, ILKKA TUOMAALA

Osoite [redacted]

Puhelin koti [redacted] Puhelin työ [redacted]

Sähköposti [redacted]

Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi Virtu kanavan dyelmatuotanto: Osteoporaasi ja nivelrikko

Aikataulu 29.8.2011 - 31.5.2012

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio TURUN AMK / Hyvinvointipalvelut / Virtuaali-ryhmä

Työn ohjaaja / yhteyshenkilö (Helinä Yli-Knuutila) Anu Kuikkaniemi

Osoite Ruusk. 8, 20720 TURKU

Puhelin 044-9074566 Sähköposti helina.yli-knuutila@turkuamk.fi

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Sari Asteljoki

Puhelin 044-9075455 Sähköposti sari.asteljoki@turkuamk.fi

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

2

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki- osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiottua julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETYLLE TAVALLA

19 / 12 20 11

10 / 1 20 12

Opiskelija

Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

Tulosta lomake

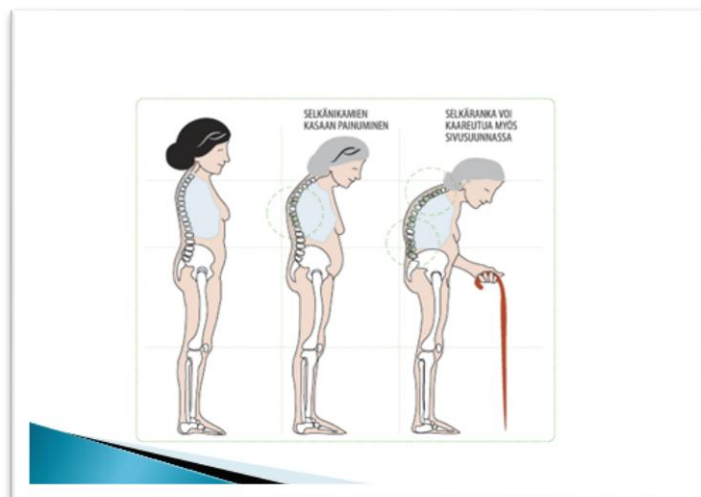
Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
posti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

Osteoporoosi-PowerPoint-esitys

Dia 1.



Dia 2.

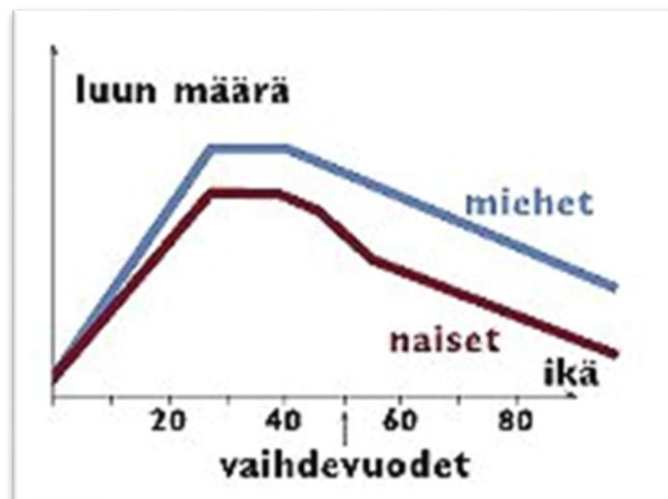


Dia 3.

Oireet ja yleistä

- ▶ Osteoporoosilla tarkoitetaan luuston sairautta
- ▶ Ihmisen luukudos uusiutuu koko elämän ajan
- ▶ luusto heikentyy ajan myötä ja altistuu näin helpommin murtumille
- ▶ osteoporoosissa luun lujuus heikentyy ja luunmurtumien vaara kasvaa

Dia 4.



Dia 5.

Yleisyys

- ▶ Vuonna 2008, Suomessa noin 400 000 osteoporoosia sairastavaa ihmistä
- ▶ vuosittain luuston haurastumisen takia noin 30 000– 40 000 luunmurtumaa

Dia 6.

Vaikuttavat tekijät

- ▶ Geneettiset tekijät: 80 prosenttia
- ▶ Jos vanhemmalla on osteoporoosi, on lapsenkin riski sairastua suurempi
- ▶ menopaussi, pitkittynyt amenorrea, laihuus, anoreksia, keliakia sekä liikkumattomuus
- ▶ Jotkut lääkkeet myös lisäävät sairastumisen vaaraa
- ▶ Tupakka ja alkoholi

Dia 7.

Ennuste

- ▶ sairastuneella on 2–4-kertainen riski saada uusi murtuma muihin verrattuna

Dia 8.

Ennaltaehkäisy ja hoito

- ▶ Osteoporoosia voi ehkäistä varmistamalla kalkan ja D-vitamiinin saanti
- ▶ Tupakoinnin lopettaminen
- ▶ Riittävä liikunta
- ▶ Tavanomaista kestävyystyypistä liikuntaa, kuten kävely, hiihto, pyöräily ja uinti tulisikin harrastaa 3–5 päivänä viikossa, 20–60 minuuttia kerrallaan.
- ▶ Kun osteoporoosi on todettu, aletaan sitä hoitaa lääkkein, liikunnalla sekä lisäämällä D-vitamiinin sekä kalsiumin saantia.

Dia 9.

D-vitamiini

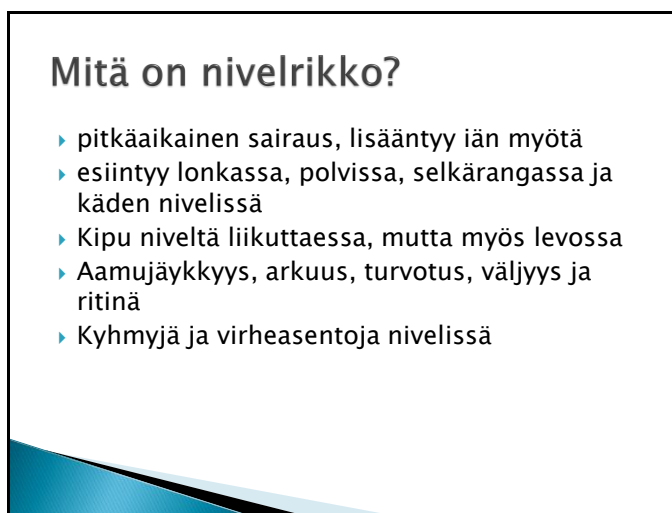
- ▶ D-vitamiinin saanti on yksi tärkeimmistä ehkäistäessä osteoporoosia
- ▶ D-vitamiinia saadaan erityisesti auringonvalosta ja ravinnosta
- ▶ Iäkkäillä ihmisillä monet syyt johtavat D-vitamiinin puutokseen kuten riittämätön D-vitamiinin saanti ravinnosta, huono imeytyminen suolistosta ja vähäinen altistus auringonvalolle
- ▶ Riittävä annos iäkkäille ihmisille on 700–800 IU/pv
- ▶ turvallisissa annoksissa suurimmillaan 2 000 yksikköä päivässä.

Nivelrikko-Powerpoint-esitys

dia 1.



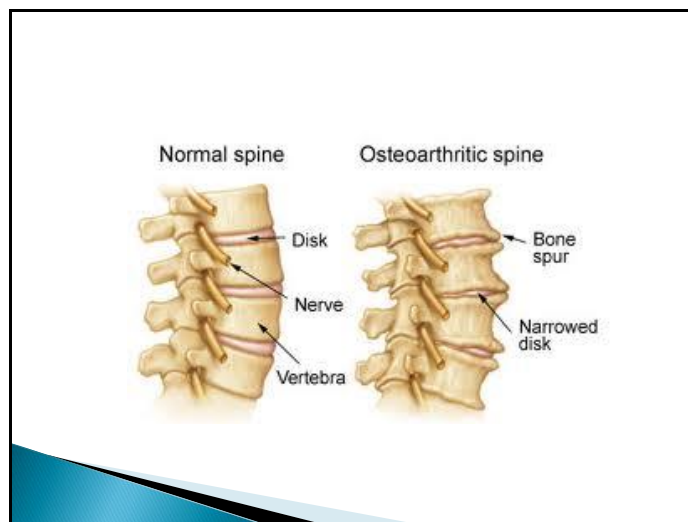
dia 2.



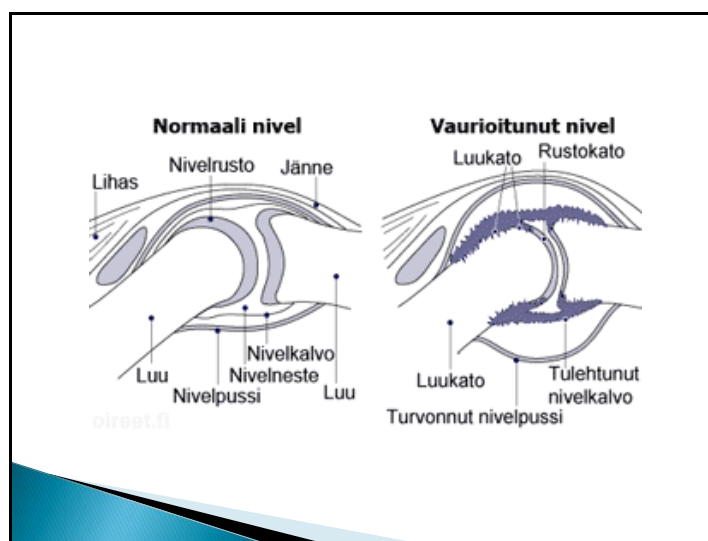
dia 3.



dia 4.



dia 5.

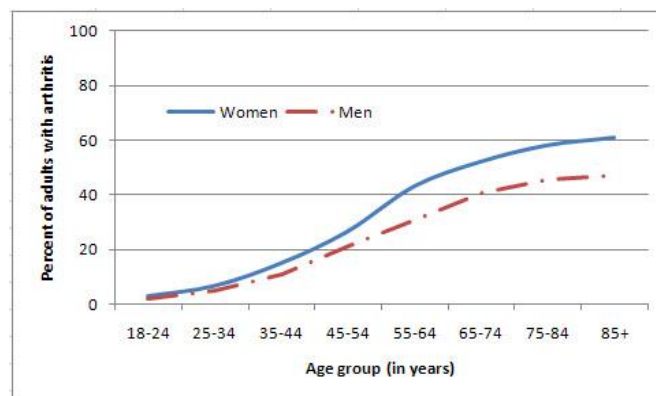


dia 6.

Nivelrikon yleisyys

- ▶ yleisin nivelsairaus Suomessa
- ▶ yleisimmin alaraajoissa
- ▶ Iän myötä naisilla yleisempi kuin miehillä, nuoremmilla toisin päin

dia 7.



dia 8.

Vaikuttavat tekijät

- ▶ Tarkkaa syytä ei tiedetä
- ▶ Osittain periytyvää, osittain elämäntavoista riippuvaa
- ▶ Korkea ikä, lihavuus, raskas työ, niveliä kuormittava urheilu, nivelten vammat ja tulehdukset

dia 9.

Ennuste

- ▶ Ei parantavaa lääkehoitoa
- ▶ painonhallinnalla sekä lihasvoimien ylläpidolla voidaan rajoittaa taudin etenemistä

dia 10.

Ennaltaehkäisy

- ▶ lapsuus- ja kasvuiässä harrastaa kohtuullista säännöllistä liikuntaa
- ▶ Nivelrikon ehkäisyyn kuuluu myös, että vältetään ylipainoa, niveltaturmia ja hoidetaan nivelvammat hyvin sekä vähennetään työn niveliin kohdistamaa raskasta kuormitusta

dia 11.

Lääkkeetön hoito

- ▶ Laihduttaminen, lihasten vahvistaminen harjoittelulla ja apuvälineiden käyttö
- ▶ Sopivia kuntoliikuntamuotoja ovat uinti, vesijumppa, pyöräily, hiihto ja kävely/sauvakävely

dia 12.

Lääkkeellinen hoito

- ▶ Peruskipulääke, parasetamoli
- ▶ Suun kautta nautittavien lääkkeiden sijasta voidaan käyttää voidemuotoisia valmisteita paikallisesti
- ▶ Lääkärin määräämänä myös vahvempia kipulääkkeitä voidaan tarvittaessa käyttää
- ▶ paikallishoidoksi voidaan antaa nivelensisäinen kortisoniruiske

dia 13.

Leikkaushoito

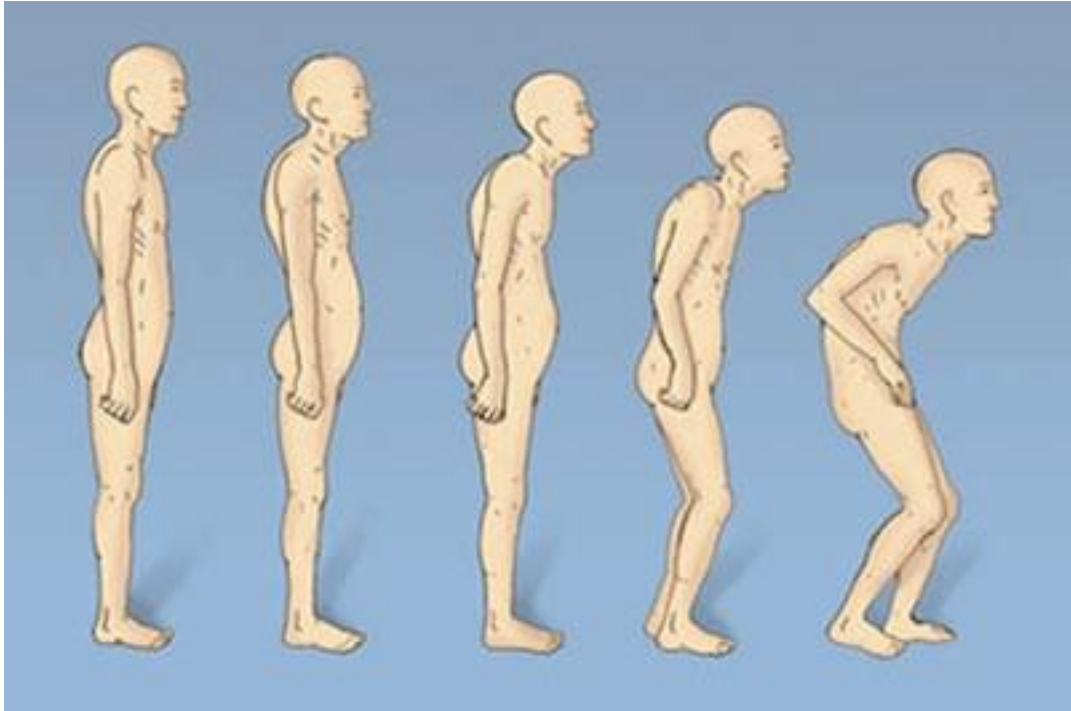
- ▶ Vaikeimmissa tapauksissa
- ▶ virheasennon korjausleikkaus, nivelen korvaaminen tekonivelellä ja sorminivelien kohdalla jäykistäminen

Osteoporoosi- ja nivelrikko-lähetysten aikataulu

alkuinfo ja esittäytyminen	1min
oireet ja yleistä	5min
yleisyys	5min
vaikuttavat tekijät	5min
ennuste	5min
ennaltaehkäisy	5min
hoito	5min
vapaat kysymykset	15min
tietovisa	10min

Osteoporoosi-lähetymksen kertaavat kysymykset

Kuvakysymys: Mitä sairautta tämä kuva edustaa?



- osteoporoosi

Miten voit ehkäistä parhaiten osteoporoosin syntyä?

- D-vitamiini
- tupakoinnin lopettaminen
- liikunta
- kalsium

Mainitse kolme osteoporoosin riskitekijää?

- geneettiset tekijät
- menopaussi
- pitkittynyt kuukautisten puuttuminen
- laihuus
- anoreksia
- liikkumattomuus
- jotkut lääkkeet (glukokortikoidit, tyroksiini)
- keliakia
- runsas tupakka ja alkoholi

D-vitamiinin hyödyt?

- edistää luun mineraalistumista
- ehkäisee murtumien syntyä

Mistä D-vitamiinia saa?

- auringosta
- ravinto
- D-vitamiinitableteista

Mitä D-vitamiinin puutos saattaa aiheuttaa?

- vähentää luun mineraalistumista
- lihasheikkoutta
- tasapainon heikkenemistä

Paljonko D-vitamiinia suositellaan syötävän päivittäin?

- 700–800 IU/pv tai 17,5-20 mikrogrammaa, max 50 mikrogrammaa (2000 IU)

1. Missä kehon osissa nivelrikkoa esiintyy yleisimmin?
 - lonkassa
 - polvessa
 - selkärangan ja
 - käden nivelissä
2. Mitkä ovat nivelrikon yleisimmät oireet?
 - Kipu niveltä liikuttaessa
 - Aamujäykkyys
 - arkuus
 - turvotus
 - väljyys
 - ritinä
 - Vaikeammassa nivelrikossa kipua voi esiintyä levossakin, esimerkiksi yösärkynä
3. Nivelrikko on maailmanlaajuisesti yleisin nivelsairaus, mutta kumpi on yleisempää alaraajojen vai yläraajojen nivelrikko?
 - Alaraajojen nivelrikko
4. Vanhemmissa ikäryhmissä nivelrikkoa esiintyy enemmän miehillä vai naisilla?
 - Naisilla
5. Mitkä tekijät altistavat nivelrikolle?
 - korkea ikä
 - lihavuus
 - raskas työ
 - niveliä kuormittava urheilu
 - nivelten vammat
 - tulehdukset

6. Onko nivelrikkoon löydetty parantavaa lääkehoitoa
 - Ei
7. Millä tekijöillä voidaan rajoittaa taudin etenemistä?
 - painonhallinnalla sekä lihasvoimien ylläpidolla voidaan rajoittaa taudin etenemistä
8. Mitä eri keinoja on nivelrikon lääkkeettömässä hoidossa?
 - laihduttaminen
 - lihasten vahvistaminen harjoittelulla
 - apuvälineiden käyttö
 - Tupakka
9. Mitkä ovat sopivia liikuntamuotoja nivelrikko potilaalle?
 - uinti
 - vesijumppa
 - pyöräily
 - hiihto
 - kävely/sauvakävely.
10. Mitä eri hoitomuotoja nivelrikkoon on? kolme päähoitomuotoa?
 - Lääkkeetön hoito
 - Lääkkeellinen hoito
 - Leikkaushoito