

Henna Käyhkö
Jaakko Syrjämäki

JALKATERAPEUTTIEN JA
RAVITSEMUSTERAPEUTTIEN
YHTEISTYÖ JA SEN
MAHDOLLISUUDET

Opinnäytetyö
Jalkaterapia


Marraskuu 2015




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

	Opinnäytetyön päivämäärä 23.11.2015
Tekijä(t) Henna Käyhkö Jaakko Syrjämäki	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Jalkaterapian koulutusohjelma Jalkaterapian koulutusohjelma
Nimeke Jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien yhteistyö ja sen mahdollisuudet	
Tiivistelmä Opinnäytetyön aiheena on jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien yhteistyö. Työssä kerättiin moniammatillista asiantuntijuutta kannustavaa teoriapohjaa ja kartoitettiin haastattelemalla julkisen terveydenhuollon ravitsemusterapeuttien ja jalkaterapeuttien yhteistyötä sekä sen mahdollisuuksia. Aiheesta ei ole tehty aiempaa tutkimusta. Opinnäytetyön teoriaosuudessa kerrotaan yleisimmistä jalkaterapeutin työssä kohdattavista sairauksista, joiden hoidossa ravitsemus on yhtenä tärkeänä osana. Tavoitteenamme on kannustaa jalkaterapeutteja käyttämään ravitsemusohjausta enemmän potilaskohtaamisissa sekä tuoda näkyvyyttä kyseisille ammattikunnille. Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimi Mikkelin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyömme oli kvalitatiivinen tutkimus, jonka aineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulla. Haastattelimme kahden keskussairaalan jalkaterapeutteja ja ravitsemusterapeutteja. Saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että kyseisten ammattiryhmien välisessä yhteistyön toteutumisessa on alueellisia eroja. Yhteistyö koettiin pääsääntöisesti tärkeäksi asiaksi potilaiden hoidossa. Yhteistyön toteutumiseen ei nähty ylitsepääsemättömiä ulkoisia rajoitteita, vaan haastateltavat kokivat suurimmiksi haasteiksi henkilökohtaiset asiat. Jokainen vastaajista kuitenkin näki yhteistyöllä tulevaisuuden näkymiä. Jatkotutkimusaiheina voisi olla laajempi selvitys yhteistyön alueellisista eroista, jalkaterapeuteille suunnattu ravitsemusopas ja jalkaterapeuttiopiskelijoiden ravitsemustietämyksen kartoittaminen. Lisäksi ehdotamme jalkaterapeutin ammatinkuvan esille tuomista ravitsemusterapeuteille.	
Asiasanat (avainsanat) jalkaterapeutti, ravitsemusterapeutti, ravinto, ohjaus, ylipaino, moniammatillisuus, kansansairaudet	
Sivumäärä 55+11	Kieli Suomi
Huomautus (huomautukset liitteistä)	
Ohjaavan opettajan nimi Arja Kiviaho-Tiippana Laura Saar	Opinnäytetyön toimeksiantaja Mikkelin ammattikorkeakoulu

DESCRIPTION

	Date of the bachelor's thesis 23 November 2015
Author(s) Henna Käyhkö Jaakko Syrjämäki	Degree programme and option Degree program of podiatry Degree program of podiatry
Name of the bachelor's thesis Collaborational possibilities of podiatrists and dieticians	
Abstract <p>The subject of this thesis is podiatrists and dieticians collaboration. Theoretical material about encouraging multi-professional expertise was collected and collaborational possibilities of dieticians and podiatrists working at public health care was examined by conducting interviews to explore the need for cooperation and challenges in practice to execute it. There is not previous research on the subject. The theoretical part of the thesis describes the most common podiatric practice encountered when diseases whose treatment involves nutrition as one important part.</p> <p>Our aim is to encourage podiatrists to use more nutritional guidance in patient encounters and bring more visibility for those professions. The client of our bachelor's thesis was Mikkeli University of Applied Sciences.</p> <p>Our thesis method was quantitative research and the data was collected with semi-structured interviews. We interviewed dieticians and podiatrists from two different central hospitals. The material obtained was analysed by content analysis.</p> <p>The results of the study showed that there are regional differences in the realization of cooperation between these professional groups. Cooperation was considered mainly important in the treatment of patients. The realization of co-operation was not seen to suffer from insurmountable external constraints, but the interviewees felt that the biggest challenges were related to personal matters. However, each of the respondents saw good prospects when it comes to cooperation.</p> <p>Further research topics could be a more comprehensive research on regional differences in cooperation, a nutrition guide aimed for podiatrists and looking into the podiatry students' knowledge of nutrition. In addition, we propose that the podiatrist's professional image should be made known to dietitians.</p>	
Subject headings, (keywords) podiatrist, dietician, nutrition, counselling, overweight, multiprofessional, national diseases	
Pages 55+11	Language Finnish
Remarks, notes on appendices	
Tutor Arja Kiviaho-Tiippana Laura Saar	Bachelor's thesis assigned by Mikkeli University of Applied Sciences.

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	JALKATERVEYS OSANA IHMISEN TERVEYTTÄ	2
3	JALKATERAPEUTIN AMMATINKUVA	2
4	RAVITSEMUKSEN MERKITYS IHMISEN TERVEYTEEN	3
4.1	Jalkaterveyteen vaikuttavat perussairaudet.....	4
4.2	Ylipainon aiheuttamat ongelmat	9
4.3	Iho ja kynnet sekä niiden tehtävät	11
4.3.1	Iho, kynnet ja ravitseminen	11
4.3.2	Tavallisimmat ihosairaudet.....	14
4.4	Erikoisruokavaliota vaativat sairaudet.....	16
4.5	Ongelmahaavat terveydenhuollossa	18
4.5.1	Hyvä ravitseminen haavapotilaalle	19
4.5.2	Sairauksien vaikutus haavan paranemiseen	24
5	RAVITSEMUSTERAPEUTIN AMMATINKUVA	25
6	RAVITSEMUSOHJAUS	26
7	MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ.....	27
8	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA MENETELMÄ	28
8.1	Tutkimuskysymykset.....	29
8.2	Haastattelu tutkimusmenetelmänä	29
9	AINEISTONKERUUN TOTEUTTAMINEN.....	31
10	AINEISTOANALYYSI.....	31
11	TUTKIMUSTULOKSET	32
12	POHDINTA	41
12.1	Keskeisten tulosten tarkastelu.....	41
12.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	43
12.3	Oma oppimisprosessi opinnäytetyössä	47
12.4	Jatkotutkimusaiheet	49
	LÄHTEET	50

LIITTEET

- 1 Lupahakemukset
- 2 Tiedote
- 3 Suostumusasiakirja
- 4 Teemahaastattelun runko
- 5 Kirjallisuuskatsaus
- 6 Opinnäytetyöprosessin aikataulu

1 JOHDANTO

Ravitsemuksella on todettu olevan merkitystä useiden sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Esimerkiksi ylipainoa, aikuisiän diabetesta, sepelvaltimotautia ja kohonnutta verenpainetta voidaan hoitaa ja ennaltaehkäistä oikeanlaisella ravitsemuksella. Lisäksi on sairauksia, kuten keliakia, joiden ainoa hoitomuoto on juuri oikeanlainen ruokavalio. Näistä sairauksista monet ovat yhteydessä myös jalkavaivoihin. Merkittävin jalkojen ongelmia aiheuttava sairaus on diabetes. Lisäksi mainittakoon nivelrikko, nivelreuma sekä ihotaudeista muun muassa psoriasis, mitkä vaikuttavat alaraajoihin ja joihin voidaan vaikuttaa oikeanlaisella ravitsemuksella. (Saarikoski ym. 2012b; Terveysportti 2001.)

Moniammatillinen yhteistyö on parhaimmillaan eri asiantuntijoiden välistä yhteistyötä asiakkaan kokonaistilanne huomioiden. Siinä yhteistyöhön osallistuvien asiantuntijoiden tiedot ja taidot yhdistyvät asiakaslähtöisesti. Keskeistä vuorovaikutusprosessissa ovat tapauskohtainen tavoite ja yhteinen käsitys siitä, mitä toimenpiteitä tarvitaan ja miten ongelmat ratkaistaan. (Isoherranen 2005, 14.)

Opinnäytetyömme tavoitteena on kartoittaa julkisen terveydenhuollon jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien yhteistyötä. Aiheen valintaan vaikuttivat kiinnostus asiaa kohtaan, aiheen hyödyllisyys ja ajankohtaisuus. Käytämme työssämme teemahaastattelua, jonka avulla pyrimme selvittämään näkemyksiä yhteistyön eduista ja kehittymismahdollisuuksista sekä sen mahdollisista haasteista käytännössä. Opinnäytetyö rajautuu yleisimpiin jalkaterapiassa esiintyviin sairauksiin ja potilasryhmiin.

Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimii Mikkelin ammattikorkeakoulu (Mamk), joka toimii kahdella kampuksella: Savonniemen kampus Savonlinnassa ja Kasarmin kampus Mikkeliissä. Koko oppilaitoksessa opiskelijoita on 4500 ja työntekijöitä 350. Mamk:ssa voi opiskella seitsemällä eri koulutusosalalla, jotka pitävät sisällään yhteensä 17 eri koulutusohjelmaa, joista kolme on englanninkielisiä. Mikkelin ammattikorkeakoulu on suurin jalkaterapeuttien kouluttaja Suomessa. Lisäksi sen tehtäviin kuuluu tutkimus- ja kehittämistyö ja palveluiden tuottaminen alueen yrityksille ja ihmisille. Mamk yhdessä Kymenlaakson ammattikorkeakoulun kanssa ovat osa Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulu Oy:tä. Näiden välinen fuusioituminen tapahtuu 1.1.2017. (Mamk 2015.)

2 JALKATERVEYS OSANA IHMISEN TERVEYTTÄ

Ihmisen kokemaan yleiseen terveydentilaan yhdistyy vahvana osana hänen jalkojensa terveys. Liikuntakyvyn heikentyessä ihmiselle alkaa tulla erilaisia rajoituksia yleisessä toimintakyvyssä. Päivittäisissä toimissa otamme keskimäärin 8 000-15 000 askelta, joten jalkamme joutuvat alttiiksi isolle kuormitukselle. Jotta voisimme liikkua turvallisesti ja vaivattomasti, tulisi jalkojen olla hyvässä kunnossa. Tähän asiaan voimme itse vaikuttaa. (Saarikoski ym. 2010, 7-11.)

Maailman lapsista noin 90-98 % syntyy ilman jalkaongelmia, mutta elämän edetessä alaraajavaivat lisääntyvät. Jopa noin 60 %:lla ihmisistä esiintyy erilaisia alaraajavaivoja ja -sairauksia sekä lähes jokainen kokee joskus alaraajoissa esiintyviä kipuja. Näitä erilaisia alaraajan kiputiloihin ja vaivoihin liittyviä diagnooseja löytyy yli 200. Suurin osa näistä syntyvät elämäntavoista johtuen ja tulevat esiin elämän edetessä. Osassa tapauksiin vaikuttavat myös perintötekijät ja erilaiset sairaudet. Alaraajoihin ja jalkateriiniin muutoksia aiheuttavia sairauksia ovat muun muassa diabetes, nivelreuma, psoriasis ja laskimoiden vajaatoiminta. (Saarikoski ym. 2010, 7-11.)

Elämäntavoista merkityksellisiä jalkaterveyden suhteen ovat ympäristö, jossa elämme, kenkäkulttuuri, alaraajoja kuormittava työ, liikunnan määrä, ravitsemus, tupakointi sekä lääkkeiden ja alkoholin liikakäyttö. Näillä voidaan joko heikentää tai parantaa jalkojen terveyttä. Elintapojen merkitys korostuu iän myötä. Ravitsemus vaikuttaa kokonaisvaltaisesti alaraajoihin. Sillä on vaikutusta ihon ja kynsien kuntoon, jotka ovat olennaisia osia jalkaterveydessä. (Liukkonen & Saarikoski 2012, 323-324; Saarikoski ym. 2012a.)

3 JALKATERAPEUTIN AMMATINKUVA

Jalkaterapeutti on Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto Valviran rekisteröimä nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö. Jalkaterapeutin koulutus kestää 3,5 vuotta ja sen laajuus on 210 opintopistettä. Jalkaterapeutiksi voi opiskella Helsingissä Metropolian ammattikorkeakoulussa ja Savonlinnassa Mikkelin ammattikorkeakoulussa. Jalkaterapeutin koulutus sisältää viestinnän ja tietotekniikan opintoja, anatomiaa ja fysiologiaa, lääketieteellisiä opintoja, biomekaniikkaa, yrittäjyys- ja johtajuusopintoja, manuaaliterapiaa, tuki- ja liikuntaelimestön jalkaterapiaa sekä kliinistä

jalkaterapiaa. Jalkaterapeutin koulutuksen kompetenssit eli osaamisalueet ovat jalkaterveyden asiantuntijuus, toimintakyvyn arviointi jalkaterapiassa, kliininen jalkaterapia, tuki- ja liikuntaelimestön toimintoja tukeva jalkaterapia, erityisryhmien jalkaterapia ja jalkaterapian yrittäjäyys, johtaminen sekä tutkimus-, kehittämis- ja innovaatio-toiminta (TKI). (MAMK University of Applied Sciences 2015; Metropolia 2015.)

Jalkaterapeutin työtehtäviin kuuluvat jalkaterveyden edistäminen ja ylläpito, jalkasairauksien ehkäiseminen ja hoitaminen, liikuntakyvyn edistäminen sekä jalkakipuja aiheuttavien syiden selvittäminen ja hoitaminen. Jalkaterapeutti voi olla vaikuttamassa oikeaoppisen kenkäkulttuurin syntymiseen. Jalkaterapeutti toimii potilas-/asiakaslähtöisesti, luoden luottamuksellisen terapiasuhteen ja ottaen aina huomioon potilaan tarpeet. Jalkaterapeutin työn keskeisenä osana on jalkaterapiaprosessi, jossa asiakas yksilönä huomioidaan hoitosuunnitelmaa tehdessä. (Solenovo Oy 2015.)

Jalkaterapeutti voi työskennellä esimerkiksi perusterveydenhuollossa, erikoissairanhoidossa, apuväline- ja kuntoutusyksiköissä, asiantuntija-, myynti- ja projektitehtävissä sekä itsenäisenä toimijana (MAMK University of Applied Sciences 2015; Metropolia 2015). Jalkaterapeuttien määrä vaihtelee eri lähteiden mukaan. Heikkilän ja Saar:n (2014) tutkimuksen mukaan jalkaterapeutteja oli valmistunut kevääseen 2014 mennessä 229 kappaletta. Minna Stoltin tekemän väitöskirjan mukaan vuonna 2013 jalkaterapian virkoja oli perus- ja erikoissairanhoidossa noin 70 kappaletta (Turun yliopisto 2013).

4 RAVITSEMUKSEN MERKITYS IHMISEN TERVEYTEEN

Elimistö saa ruoasta tarvitsemansa välttämättömät ravintoaineet. Näitä ravintoaineita tarvitaan kudosten rakentamiseen, elintoimintojen säätelyyn ja ylläpitämiseen sekä energiaksi fyysiseen aktiivisuuteen. Ravinnolla on suuri merkitys ihmisen terveydessä sekä sairauksien hoidossa ja niiden ennaltaehkäisemisessä. Perusterveydenhuollossa ravitsemustieteen osaamisen lisääntyminen on lisännyt ravitsemushoidon käyttöä lääkärin käytännön työssä. (Voutilainen ym. 2015, 79-163; Aro ym. 2012, 5.)

4.1 Jalkaterveyteen vaikuttavat perussairaudet

Opinnäytetyön perussairaudet -osio käsittelee yleisimpiä kansantauteja, joita jalkaterapeutitkin päivittäisessä työssään kohtaavat. Näistä sairauksista muun muassa diabetes, nivelrikko ja perifeeriset verenkiertosairaudet heikentävät jalkojen terveyttä. Alaraajoissa ilmenevät oireet voivat tulla esille sairauden ensi- tai myöhäisvaiheessa. Kansantaudit asettavat jalkaterapeuteille haasteita muun muassa hankalahoitosten kroonisten haavojen muodossa. (Saarikoski ym. 2010, 328.)

Diabetes on sairaus, jossa veren plasman glukoosipitoisuus on suurentunut. Diabetes-ta sairastaa noin 300 000 henkilöä, mutta tämän lisäksi on arvioitu olevan noin 200 000 diagnosoimatonta diabetes-tapausta. Sairauden on ennustettu jopa kaksinkertais-tuvan tulevien 10-15 vuosien aikana. Kohonnut verensokeri eli hyperglykemia voi johtua insuliinin puutteesta, sen heikentyneestä tehosta tai molemmista. (Voutilainen ym. 2015, 178-181; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkä-reiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013; Hyy-tinen ym. 2009, 50-63.)

Diabetes jaetaan eri alaluokkiin, joista yleisimmät ovat tyyppin 1 ja 2 diabetes. Suo-messa diabeetikoista tyyppiä 1 sairastaa noin 10–15 %, ja tyyppiä 2 sairastavia on noin 75 % väestöstä. Diabeteksen hoidon tavoitteina on estää happomyrkytys eli keto-asidoosi ja kuolema insuliininpuutosdiabeetikoilla sekä ehkäistä pienten verisuonien komplikaatioita, joita ovat retinopatia (silmänpohjamuutokset), nefropatia (munuais-vauriot) ja neuropatia (hermovauriot). Näille diabeteksen lisäsairauksille altistavat korkeiden veren sokeriarvojen lisäksi korkeat rasva-arvot, korkea verenpaine sekä tupakointi. (Voutilainen ym. 2015, 178-181; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkä-reiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013; Saarikoski ym. 2010, 347; Hyytinen ym. 2009, 50-63.)

Diabetekseen liittyy näiden aiemmin mainittujen komplikaatioiden lisäksi alaraajoissa esiintyviä lisäsairauksia. Näistä tavallisimpia ovat erilaiset hermovauriot (neuropatit) eli sensorisen (tuntohermo), motorisen (liikehermo) ja autonomisen hermoston häiriöt. Sensorisen neuropatian seurauksena alaraajoihin voi aluksi ilmaantua pistelyä ja puu-tumista ja lopulta tapahtuu vaurioilta suojaavan kipu- ja kosketustunnon katoaminen. Motorisen neuropatian seurauksena jalkaterän lihakset heikkenevät aiheuttaen asen-

tomuutoksia jalkateriin. Autonominen neuropatia aiheuttaa ihon kuivumista ja tämän seurauksena kovettumat ja halkeamat lisääntyvät jalkaterissä aiheuttaen infektoriskin. (Saarikoski ym. 2012d; Saarikoski ym. 2010, 347.)

Lisäksi diabetes aiheuttaa makroangiopatiaa (valtimotauti) ja mikroangiopatiaa (pien-ten valtimoiden vaurioituminen). Diabeetikolla infektioherkkyys on lisääntynyt, min-kä seurauksina esiintyy usein paikallisia bakteerien ja sienten aiheuttamia jalkainfek-tioita. Infektiot voivat edetä syviin kudoksiin saakka, mistä voi seurata märkäpesäk-keitä tai luutulehdus. Näiden infektioiden taustalla on usein jalkapohjan alueella oleva neuropaattinen haava, jonka on voinut aiheuttaa viaton hiertymä. (Saarikoski ym. 2010, 347.)

On esitetty, että tyypin 2 diabeetikoista joka neljäs saa elämänsä aikana jalkavaurion ja 5-10 % saa jalkahaavan. Jalkahaavan esiintyvyys tyypin 1 diabeetikoilla on vastaa-vasti 1-3 %. Diabeetikoille tehtävistä amputaatioista 85 %:lla on ollut taustalla jalka-haava. (Saarikoski ym. 2010, 347.)

Tyypin 1 diabeteksen hoito perustuu insuliini- ja ruokavaliohoitoon. Tyypin 2 diabe-tekseen hoidossa voi riittää elintapojen muutos. Noin 80 % heistä on ylipainoisia, joka heikentää insuliinin toimintaa. Tämän vuoksi painonhallinta on tärkeä osa tyypin 2 diabeteksen hoitoa. Diabeetikon ruokavalion avulla pyritään pitämään verensokeri tasaisena, verenpaine ja veren rasva-arvot hyvinä sekä pääsemään normaalipai-noon/pitämään paino hallinnassa. Diabeetikon hyvä ruokavalio sisältää mahdollisim-man vähän sokeria ja valkoista viljaa, niukasti kovaa rasvaa, kohtuullisesti pehmeää rasvaa, vähän suolaa ja runsaasti kuitua eli ruokavalio on periaatteiltaan samanlainen kuin sydän- ja verisuonisairauksia sairastavilla. (Voutilainen ym. 2015, 178-181; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013; Hyytinen ym. 2009, 50-63.)

Nivelreuma on krooninen nivelten sairaus, johon sairastuu Suomessa 2 000 ihmistä vuodessa. Nivelreumaan voi sairastua missä iässä tahansa, tavallisimman puh-keamisiän ollessa kuitenkin 60 vuotta. Sairaus on naisilla 2-3 kertaa yleisempi kuin miehillä. Lähisuvussa oleva nivelreuma kasvattaa sairastumisriskiä 2-4-kertaisesti. (Mustajoki 2015a.)

Nivelreuman syntymekanismeja ei tunneta. Siinä tulehdussolut ja niiden erittämät aineet tuhoavat nivelkalvoa. Nivelreuman oireet kehittyvät yleensä hiljalleen. Ensioireina esiintyy päkiöiden kävelyarkuutta ja sorminivelten aamujäykkyyttä, arkuutta ja turvotusta. Lisäksi oireita voi esiintyä polvissa ja kyynärpäissä. Tulehduksesta ja nivelpintojen eroosiosta johtuen päkiänivelet voivat mennä osittain tai täydellisesti sijoiltaan. Vaurioituneiden päkiänivelten vuoksi niihin voi kohdistua liiallista kuormitusta, mistä seuraa painepiikkejä. Alaraajoissa esiintyvä kipu, tulehdus ja turvotus muuntavat kuormitusta jalkapohjissa ja tästä seuraa epästabili pystyasento ja kävely. Nivelreuman tyypillisiin oireisiin kuuluvat erilaiset varpaiden virheasennot, kuten vasaravarpaat ja vaivaisenluu. Päkiän "pehmuste" rasvapatja liukuu varpaiden alle, minkä seurauksena päkiäniveleihin kohdistuva kuormitus lisääntyy. Tämän vuoksi nivelten alle tulee kipua aiheuttavia kovettumia ja känsiä ja jopa haavoja. Ajan myötä tuhoutuneet nivelet kangistuvat virheasentoihinsa. Kaikki tämä vaikuttaa kehon koko liikeketjuun. Nivelmuutoksista voi seurata myös lihasepätasapainoa ja -heikkoutta. (Mustajoki 2015a; Saarikoski ym. 2012c.)

Nivelreuman ja siihen käytettävän lääkehoidon takia reumaatikon ihon elastisuus on heikentynyt. Iho voi olla ohut, pitsimäisen kirjava ja kuiva. Verisuonten seinämien heikkoudesta johtuen verenpurkaumat alaraajoissa ovat tavallisia. Reumaatikon kynnet ovat ohuet, terävät ja herkästi lohkeavat. (Saarikoski ym. 2012c.)

Nivelreuman ja ravinnon yhteyttä on tutkittu jo vuosikymmeniä siinä kuitenkaan onnistumatta. Tämä tarkoittaa sitä, että nivelreumapotilaille ei ole erityisruokavaliosuosituksia. Kuitenkin terveelliset elämäntavat liikunnan ja ruokavalion suhteen tukevat reumapotilaan yleistä terveydentilaa ja vähentävät tehottoman insuliinin riskiä. Reumaatikolle suositellaan perusterveellistä ruokavaliota. Runsas kasvien, marjojen ja hedelmien käyttö on hyväksi. Lisäksi olisi hyvä käyttää säännöllisesti ruokavaliossa kalaa, täysjyväviljaa ja pehmeitä rasvoja. (Suomen reumaliitto ry 2013; Aro ym. 2012, 479-480.)

Vaikka reumatautiin ja ravitsemukseen yhteyttä ei ole voitu tieteellisillä tutkimuksilla todistaa, niin niillä voi olla vaikutusta toisiinsa. Ravitsemus vaikuttaa kivun syntymiseen ja kokemiseen. Reumataudeissa esiintyvän tulehduksen myötä aineenvaihdunta lisääntyy ja energian tarve kasvaa. Proteiinien, vitamiinien ja kivennäisaineiden tarve reumaatikoilla kasvaa. Kuitenkaan runsaallakaan kivennäisaineiden nauttimisella ei

voida parantaa sairautta, vaan siitä voi olla jopa haittaa liikasaannin muodossa. Ruokavalio, joka sisältää niukasta antioksidantteja voi pahentaa nivelreuman oireita. Niveloireita voidaan lievittää säännöllisellä kalaöljyvalmisteiden käytöllä. (Suomen reumaliitto ry 2013.)

Reumatauteihin liittyy kiinteästi myös muita terveydellisiä ongelmia, joiden hoidossa käytetään omia ravitsemussuosituksia. Näitä ovat muun muassa osteoporoosi, joka on reumaatikoilla tavallista johtuen aineenvaihdunnan muutoksista, anemia kroonista reumatautia sairastavilla sekä muutamalla prosentilla reumaa sairastavista voi olla taustalla ruoka-aineallergioita. Nivelreumapotilailla painonhallinta on erittäin tärkeää yleisen hyvinvoinnin vuoksi. Reumaatikon oirekuvan vuoksi henkilön ruokahalu voi olla heikentynyt ja myös syöminen vaikeutunut. Tämä voi johtaa helposti vajaaravitsemustilaan. (Suomen reumaliitto ry 2013.)

Sydän ja verisuonitaudit ovat yleisiä suomalaisilla aiheuttaen useimmat kuolintapaukset. Sydän- ja verisuonisairauden aiheuttaa tyypillisesti lipidien kertyminen valtimon sisimpään kerrokseen muodostaen pieniä pesäkkeitä, jotka toisiinsa liittyttyään muodostuvat ensin pehmeäksi ja vähitellen kovaksi ateroomaksi (valtimonrasvoittuma). Kovettunut ateroomapinta tai sen plakki repeää herkästi aiheuttaen valtimoa ahtauttavan tai sen kokonaan tukkivan veritulpan. Sydän- ja verisuonitauteihin, etenkin sepelvaltimotaudin, enneaikaiseen sairastumiseen on terveellisellä ravitsemustasolla riskiä vähentävä vaikutus. (Aro ym. 2012, 477; Haglund ym. 2007, 294-296.)

Valtimonkovettumistaudissa suoni vaurioituu ahtaautuen verihyytymästä, kolesterolistasta ja kalkista. Ahtauma aiheuttaa iskemiaa luoden haasteita hoidon onnistumiselle. Rasituksen ilmenevä katkokävely on merkki lihaskudosten vaatimasta hapentarpeesta suhteessa veren kapasiteettiin kuljettaa sitä. Liikkuessa lihaksissa ilmenee puristavaa kipua pakottaen ihmisen keventämään rasiitusta joksikin aikaa. Maastosta ja yksilöstä riippuen kivuton matkamäärä vaihtelee runsaasta metristä kilometriin. (Liukkonen & Saarikoski 2012, 633-635.)

Usein murtuman yhteydessä ilmaantuva **osteoporoosi** eli luukato on luuston yleissairaus, joka luokitellaan primaariseen ja sekundaariseen muotoon riippuen siitä, onko taustalla joitakin sairauksia, lääkityksiä tai toimenpiteitä, jotka vaikuttavat sairauden syntyyn. Osteoporoosille tunnusomaista on lisääntyneen murtumariskin lisäksi luun

pieni määrä, luukudoksen mikrorakenteen häiriöt ja luun hauraus. Osteoporoosi on perinnöllinen sairaus, mutta sen ehkäisyyn voi vaikuttaa omalla toiminnalla, jossa keskeisintä on luun suuren huippumassan saavuttaminen. Terveelliset elämäntavat läpi elämän ovat tärkeää osteoporoosin ennaltaehkäisyssä. Ravinnosta etenkin kalsiumin ja D-vitamiinin riittävä saanti ovat keskeisessä asemassa luuston ihanteellisen kehityksen tukemisessa. (Aro ym. 2012, 317-320.)

Osteoporoosi kuuluu yleisimpiin luuston ikääntymismuutoksiin. Osteoporoosin myötä luumassa vähenee ja luun mekaaniset ominaisuudet heikkenevät. Lihasvoiman samalla vähentyessä ja asentotunnon heikentyessä myös tasapainon hallinta ja asennon korjaamiskyky heikkenevät. Tästä seuraa kaatumistapaturmien ja niihin liittyvien luunmurtumien lisääntyminen. Osteoporoosin myötä alaraajojen linjausvirheet ja kivut sekä nivelrikko voivat lisääntyä. (Saarikoski ym. 2010, 22, 51.)

Nivelrikkoa (artroosi, osteoartriitti) pidetään ihmisen yleisimpänä nivelsairautena ja se aiheuttaa suuria kustannuksia. Sitä ilmenee eniten polvissa, lonkissa, I-varpaiden tyvinivelissä, sormien kärkinivelissä ja selkärangan nivelissä. Lonkan nivelrikkoa sairastaa yli 30-vuotiaista miehistä 5,5 % ja naisista 4,6 %. Vastaavat luvut polven nivelrikon osalta ovat miehillä 6,1 % ja naisilla 8 %. Iän myötä nivelrikosta tulee yleisempi. Polven nivelrikkoa esiintyy yli 75-vuotiaista miehistä jo 16 %:lla ja naisista 32 %:lla ja joka viides kärsii lonkan nivelrikosta. (Pohjolainen 2015; Arokoski 2012; Suomen reumaliitto ry 2011b.)

Perimmäistä syytä nivelrikolle ei tiedetä. Altistavina tekijöinä isojen nivelten nivelrikolle ovat ikääntyminen, perimä, liian raskas työ, liian raskas niveliä kuormittava liikunta, nivelten erilaiset vammat/virheasennot ja tulehdukset sekä ylipaino. Väestön lihomista pidetään merkittävänä ongelmana, jonka seurauksena suurin osa polven nivelrikoista syntyy tai ainakin pahenee. Sormien ja varpaiden nivelrikon aiheuttajana pidetään pääsääntöisesti perinnöllisyyttä. (Pohjolainen 2015; Arokoski 2012; Suomen reumaliitto ry 2011b.)

Nivelrikko on koko nivelen sairaus, jonka aiheuttamat muutokset voivat olla niin nivelrustossa, luustossa kuin nivelkapselissakin. Siihen kuuluu tyypillisesti rustopinnan vaurioitumista ja nivelruston osittaista häviämistä nivelpinnoilta. Nivelkapseliin voi liittyä sen liikakasvua ja tulehdusmuutoksia. Jo vaurioitunut nivelrustokudos ei palaa

ennalleen, ja tavallisesti muutokset ovat hitaasti eteneviä. (Pohjolainen 2015; Arokoski 2012; Suomen reumaliitto ry 2011b.)

Nivelrikon hoidossa painonhallinta on erittäin tärkeässä osassa. Ylipainoisen potilaan kohdalla ensisijaisena hoitona pidetään painonpudotusta. Pelkästään painoa pudottamalla yleensä lievitetään alaraajanivelten kuormituksesta aiheutuvia kipuja, ja se voi lisäksi vähentää jäljellä olevan nivelruston tuhoutumista. Jo noin viiden kilon laihtuminen voi vähentää 50 % oireisen polven nivelrikon esiintyvyyttä naisilla. Nivelrikopotilaan kohdalla ruokavalioneuvonta voi olla tarpeen. Nivelrikon ehkäisemiseksi tulisi kaikissa elämänvaiheissa ja erityisesti lapsuus- ja kasvuiässä harrastaa säännöllistä liikuntaa ja kiinnittää huomiota painonhallintaan. (Pohjolainen 2015; Arokoski 2012; Suomen reumaliitto ry 2011b.)

Nivelrikon oireisiin alkuvaiheessa kuuluu kipu, joka ilmenee levon jälkeen liikkeelle lähtiessä. Sairauden edetessä nivelten liikeradat pienenevät. Nivelrikossa epätasaisesti muuttuneilla rustopinnoilla voi tuntua liikkussa rahinaa ja tämän voi jopa kuulla. Nivelrikosta aiheutuvat ongelmat riippuvat paljolti siitä, mistä nivelistä on kyse. Lonkkien ja polvien nivelrikko hankaloittavat liikkumista. Polvissa voi esiintyä kipua ensin portaita alas, sittemmin myös ylös kävellessä. Polvet voivat kääntyä sivuille, jolloin syntyy länkisääret. I-varpaan tyvinivelen nivelrikon seurauksena voi syntyä vaivaisenluu eli hallux valgus ja tämä voi aiheuttaa kipua ja hankaloittaa sopivien kenkien löytämistä. Sormien nivelrikossa kehittyy kovia luukyhmyjä nivelten kohdalle ja kädestä voi tulla kömpelö ja sen puristusvoima heikentyä. Selkärangan nivelrikossa voivat nivelmuutokset johtaa selkäytimen ahtaumaan, josta seuraa säteilevää kipua jalkoihin. Tätä kutsutaan iskiakseksi. (Arokoski 2012; Suomen reumaliitto ry 2011b.)

4.2 Ylipainon aiheuttamat ongelmat

Ylipaino ja sen lisääntyneisyys ovat maailmanlaajuisia ongelmia aiheuttaen ja pahentaa monia sairauksia. Ylipaino määritellään jakamalla paino pituuden neliöllä, josta saadaan painoindeksi BMI. Keskeistä ylipainon arvioinnissa on painoindeksin lisäksi vyötärönympäryksen mittaaminen seisten. Vyötärölihavuudesta on kyse silloin, kun miehillä raja-arvo 100 senttimetriä ja naisilla 90 senttimetriä ylittyy. (Mustajoki 2013.) Männistön ym. (2012) tekemässä FINRISKI 2012 -terveystutkimuksessa tode-

taan, että Suomessa ihannepainoindeksin ylittää 2/3 miehistä ja yli puolet naisista. Joka viides suomalainen luokiteltiin lihavaksi. Terveydelle erittäin haitallista vyötärölihavuutta esiintyi 30 %:lla tutkittavista.

Vuonna 2000 tehdyssä laskelmassa ylipaino oli kahdessakymmenessä vuodessa lisääntynyt miehillä 70 %, naisilla 30 % sekä nuorilla huolestuttavasti 2-3-kertaistunut. Syinä ylipainon lisääntymiseen pidetään yhteiskunnan lukuisia muutoksia viimeisten vuosikymmenten aikana, mitkä vaikuttavat yleisiin elämäntapoihin. Ylipaino on kuitenkin yleistettynä aina merkki pitkäaikaisesta kaloreiden saannin liiallisesta suuruudesta suhteessa kulutukseen. (Mustajoki 2013.)

Ylipaino aiheuttaa useita sairauksia, joista useimmat ovat aineenvaihdunnallisia. Suomessa yhteiskunnallisia rasitteita aiheuttava 2 tyypin diabetes on tärkein. Keski-ikäisellä, 10–15 kg ylipainoisella ihmisellä sairastumisvaara aikuisiän diabetekseen on yli kymmenkertainen. Vastaavasti samalla määrällä ylipainoa on riski verensokeritautiin ja polven nivelrikkoon kolminkertainen. Muita ylipainoon liitettäviä sairauksia ovat muun muassa uniapnea, sepelvaltimotauti, kihti ja naisilla lapsettomuus. Liiallinen ylipaino vaikuttaa vakavuutensa mukaan myös toimintakykyyn. Heikentyneellä toimintakyvyllä taas on suora yhteys mielenterveysongelmiin. (Mustajoki 2013; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2013.)

Ruokailu- ja liikuntatottumusten pysyvä muuttaminen ei ole helppoa. Kannusteena täytyy muistaa, että normaalin painon saanti viiterajoihin ei ole edellytys, vaan jo 5-10 % kehonpainon pienentyminen johtaa huomattavaan parannukseen monien sairauksien hoidossa ja niiden ennaltaehkäisyssä. Säännöllinen punnitseminen auttaa estämään ylipainon muodostumista. Ylipainon tietoinen estäminen terveellisillä elämäntavoilla on helpompaa kuin laihduttaminen ja laihdutustulosten ylläpitäminen. (Mustajoki 2013; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2013.)

Ylipaino aiheuttaa monenlaisia ongelmia alaraajoihin. Jalkaterän koon suurentuminen, jalkankaarien laskeutuminen, polven nivelrikon kehittyminen ja alaraajojen linjausmuutosten lisääntyminen yhdistetään usein ylipainoon. Jalkaterän rakenteelliset muutokset voivat olla pysyviä ja alkavat vaivata vanhemmiten. (Saarikoski ym. 2012a.)

4.3 Iho ja kynnet sekä niiden tehtävät

Iho eli cutis kuuluu ihmisen suurimpiin elimiin. Ihon rakenne voidaan jakaa kolmeen eri kerrokseen: orvaskesi eli epidermis, verinahka eli dermis ja ihonalainen kerros eli subcutis. Iho pitää kudokset koossa. Sen tehtäviin kuuluu suojata elimistöä kemiallisilta ja fysikaalisilta tekijöiltä, joita ovat esimerkiksi kylmyys, kuumuus, erilaiset mikrobit ja kemialliset aineet. Iho suojaa elimistön kudoksia uv-säteilyltä ja ulkoisilta vammoilta, kuten mekaaniselta ärsytykseltä. Lisäksi sen yksi tärkeimmistä tehtävistä on toimia immunologisena elimenä. Kuona-aineet poistuvat elimistöstä ihossa olevien hiki- ja talirauhasten kautta. (Juutilainen & Hietanen 2012, 16-17; Hannuksela ym. 2011, 19-21.)

Iho toimii lämmönsäätelijänä ja elimistön kuivumisen estäjänä. Erilaiset aineet kuten jotkut lääkeaineet (kipu- ja hormonilääkkeet) sekä kaasuista pieninä määrinä happi, typpi ja hiilidioksidi imeytyvät elimistöön ihon kautta. Iho tuottaa D-vitamiinia auringonvalon kautta. Iholla on osansa myös kommunikaatiossa. Tuntoaistimukset viestittyvät ihon kautta aivoihin. Iho aistii kosketuksen, paineen, värinän, kivun ja lämpötilan. Ihossa on kipureseptoreita, joissa kivun aistiminen koetaan. Diabeetikoilla usein esiintyvät neuropaattiset muutokset johtavat siihen, ettei diabeetikko tunne kipua, mikä edesauttaa haavan syntymistä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 16-17; Hannuksela ym. 2011, 19-21.)

Kynnen tehtävänä on muun muassa suojata varpaiden sekä sormien päitä sekä tasapainottaa varpaiden toimintaa. Kynnet kasvavat varpaissa noin yhden millimetrin ja sormissa kolme millimetriä kuukaudessa. Kasvuun vaikuttavat useat yksilölliset seikat. (Liukkonen & Saarikoski 2012, 323-324.)

4.3.1 Iho, kynnet ja ravitsemus

Ihon ja kynsien kuntoon voidaan vaikuttaa syömällä laadukasta ja monipuolista, kiivennäis- ja vitamiinipitoista ravintoa sekä yhdistämällä siihen riittävä lepo ja liikunta. Iho-oireisessa allergiassa ja ihokeliakiassa ravinnon sisällöllä on iso merkitys. Suomessa esiintyvän aliravitsemuksen taustalla on yleensä anoreksia, vakava yleissairaus, päihteiden/huumeiden käyttö tai vanhuksilla puutteellinen hoito, jossa iho-oireina on ihon kuivuminen. (Hannuksela ym. 2011, 263-264; Kokkonen ym. 2001, 117.)

Terve iho tarvitsee erilaisia **kivennäis-** ja **hivenaineita** sekä välttämättömiä **rasvahappoja** pysyäkseen hyvässä kunnossa. Näiden liian vähäinen saanti voi aiheuttaa erilaisia iho-oireita (taulukko 1). Näistä kivennäis- ja hivenaineista tärkeimpiä ovat sinkki, pii, kalsium, seleeni ja mangaani. **Seleenin, sinkin** ja **mangaanin** tehtävänä on toimia entsyymijärjestelmissä antioksidanteina eli ehkäistä hapettumisen haittapuolia. Sinkin puutoksen oireena voi olla punoittava, rohtunut ihottuma ja valkoiset pilkut kynsissä. (Kokkonen ym. 2001, 119.) Välttämättömien rasvahappojen tehtävänä on edistää rasvojen imeytymistä, vaikuttaa solukalvon rakenteeseen, olla osana hapetuspelkistysreaktioissa ja prostaglandiinien muodostuksessa. Näitä ovat omega-3- ja omega-6-rasvahapot. Iholla näiden puutostila näkyy ihon kuivuutena ja ärsyyntyneenä sekä kynsissä haurautena. (Nuotio 2004, 23.)

Erilaisissa vitamiinin puutoksissa voi esiintyä iho-oireita. Vitamiineista ihon suhteen tärkeimmässä osassa ovat **A-** ja **B-ryhmän vitamiinit** sekä **C-vitamiini**. **A-vitamiinin** tehtävänä on säädellä solujen kasvua ja erilaistumista sekä huolehtia ihon ja limakalvojen terveyden ylläpidosta. Sen puutos aiheuttaa ihon ja limakalvojen kuivumista sekä karvatuppien liikasarveistumista. Iho saattaa paksuuntua ja hilseillä. (Voutilainen ym. 2015, 128; Hannuksela ym. 2011, 263-264; Kokkonen ym. 2001, 117-118.)

B2-vitamiinia eli riboflaviinia ja **B3-vitamiinia** eli niasiinia tarvitaan solujen hapetusilmiölle. **B2-vitamiinin** puutos voi aiheuttaa seborrooisen ekseeman kaltaista ihottumaa, mutta Suomessa tämä on harvinaista. **B3-vitamiini** on mukana solujen aineenvaihdunnassa. B3-vitamiinin puutos aiheuttaa sairautta nimeltä pellagra, jota tavataan pääasiassa alkoholisteilla. Sen iho-oireisiin kuuluu punoittava, karhea ja hilseilevä ihottuma valoalueilla. Toisinaan voi esiintyä jopa rakkulointia ja jälkipigmentaatiota. Alkoholisteilla esiintyvistä iho-oireista osa voi selittyä **B1-vitamiinin** eli tiamiinin puutoksella. **B6-vitamiinin** eli pyridoksiinin puutoksesta voi aiheutua seborrooista ekseemaa muistuttavaa ihottumaa. **B7-vitamiinin** eli biotiinin puutos voi aiheuttaa lisääntynyttä ihon kuivumista ja hilseilyä. **B9-vitamiinin** (folasiini) eli foolihapon puutos voi johtaa valoalueiden harmaanruskeaan pigmentaatioon. **B12-vitamiinin** eli syanokobalamiinin puutoksesta voi seurata taiteiden hyperpigmentaatiota. (Hannuksela ym. 2011, 263-264; Kokkonen ym. 2001, 117-118.)

C-vitamiinin tarkoituksena on edistää solujen välisen aineen eli kollageenin muodostumista sidekudoksessa, lihaksissa, verisuonissa ja luissa. Keripukki aiheutuu C-

vitamiinin puutoksesta ja sen iho-oireisiin kuuluvat karhea iho, follikulaarinen hyperkeratoosi ja perifollikulaarinen purppura. **E-vitamiinin** eli tokoferolin tehtävänä on ylläpitää solukalvojen rakennetta ja suojella elimistöä vahingollisilta hapettumisilmiöiltä. Liian vähäisen E-vitamiinin saannin seurauksena voi haavojen ja arpien paranemisprosessi olla hidastunut. (Hannuksela ym. 2011, 263-264; Nuotio 2004, 33-34; Kokkonen ym. 2001, 117-118.)

TAULUKKO 1. Ravintoaineiden vaikutus ihoon ja kynsiin.

Ravintoaine	Tehtävä	Puutos
Välttämättömät rasvahapot	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rasvojen imeytymisen edistäjä ❖ Solukalvon rakennetekijä ❖ Hapetus-pelkistysreaktiot ❖ Prostaglandiinien muodostus. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kuivunut ja ärsyyntynyt iho ❖ Kynsien hauraus
A-vitamiini	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Solujen kasvu ❖ Solujen erilaistumisen säätely ❖ Iho ja limakalvot 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kuivunut iho ja limakalvot ❖ Liikasarveistuneet karvatupit ❖ Paksuuntunut ja hilseilevä iho
B2-vitamiini	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Solujen hapetusilmiö 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Seborrooisen ekseeman kaltainen ihottuma
B3-vitamiini	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Solujen hapetusilmiö ❖ Solujen aineenvaihdunnantekijä 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pellagra ❖ Ihottuma
B6-vitamiini	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Proteiiniaineenvaihdunta 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ihottuma
B7-vitamiini	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mukana ihon solutoiminnassa 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kuiva, hilseilevä iho ❖ Kynsien haurastuminen
B9-vitamiini	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Verisolujen muodostus 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Harmaanruskea pigmentaatio
B12-vitamiini	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Verisolujen muodostus 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Taipeiden hyperpigmentaatio
C-vitamiini	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kollageenin muodostus 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Keripukki: karhea iho ❖ Follikulaarinen hyperkeratoosi ❖ Perifollikulaarinen purppura
E-vitamiini	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Solukalvojen rakenteen ylläpito ❖ Elimistön suojaus hapetusilmiöltä 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hidastuneet ihon paranemisprosessit
Mangaani	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Antioksidantti 	
Seleeni	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Antioksidantti 	
Sinkki	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Antioksidantti 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kynsioireet ❖ Ihottumat ❖ Ihon lisääntynyt pigmentointi

Kynnen kasvuun voi vaikuttaa useat eri ravitsemustekijät sekä erilaiset sairaudet. Kasvua nopeuttavia tekijöitä ovat muuan muassa **d-vitamiini**, psoriasis sekä kilpi-

rauhasen liikatoiminta. Hidastaviin tekijöihin kuuluvat muun muassa **kalkin** puutos ja **aliravitsemus**. (Liukkonen & Saarikoski 2012, 323-324.)

4.3.2 Tavallisimmat ihosairaudet

Edellä todettiin ravinnolla olevan vaikutusta ihon terveyteen. Ihon kuuluessa ihmisen suurimpiin elimiin, siihen liittyy myös lukuisia sairauksia. Jalkaterapeutin vastaanotolla käy erilaisia ihotautipotilaita. Tässä opinnäytetyössä käsittelemme jalkaterapian kannalta keskeisimpiä ihosairauksia, joita ovat **psoriasis** ja **atopia** sekä **ruoka-aineallergiat**, jotka voivat oireilla iholla. Lisäksi ihoon liittyy tulehduksellisia sairauksia, jotka syntyvät infektion myötä. Näitä ovat esimerkiksi jalkasilsa (tinea pedis) ja ruusu (erysipelas). Ihmisen heikentynyt vastustuskyky ja huono jalkahygienia voivat toimia näiden sairauksien laukaisevina tekijöinä. Näistä erityisesti jalkasilsaa esiintyy useilla jalkaterapeutin vastaanotolla käyvillä potilailla, mutta tässä opinnäytetyössä keskitymme ihosairauksiin, joihin ravitsemuksella voidaan suoraan vaikuttaa. (Saarikoski ym. 2010, 249.)

Psoriasis on tulehduksellinen ihosairaus, jonka vaikutusmekanismi perustuu siihen, että T-valkosolujen toiminta häiriintyy. Se on perinnöllinen sairaus ja sitä esiintyy noin 3 %:lla väestöstä. On todettu, että erityisesti ympäristötekijät vaikuttavat sairauden puhkeamiseen ja etenemiseen. Näistä tekijöistä on esimerkkinä ravinto. Psoriasisissa esiintyvien oireiden on todettu vähenevän paastolla ja kasvisruokavaliolla. Psoriasisipotilailla on arakidonihapon, joka on eläinrasvoissa yleisesti esiintyvä rasvahappo (Terveyskirjasto 2015), määrä kohonnut elimistössä. Tämän seurauksena tulehdukselliset tekijät aktivoituvat ja tauti pahenee. Useilla potilailla tutkimusten perusteella on todettu veren sisältävän erittäin alhaisia määriä karotenoideja, tokoferoleja, seleeniä ja erityisesti D-vitamiinia, jonka tehtävänä on säädellä immuniteettia ja T-valkosolujen aktiivisuutta. Useat tutkimukset puoltavat sitä, että potilaille voidaan suositella myös kalaöljyjä, jotka sisältävät EPA- ja DHA-rasvahappoja. Osa potilaista on hyötynyt myös gluteenittomasta ruokavaliosta, erityisesti siinä tilanteessa, että keiliakiavasta-aineet ovat koholla. (Saarikoski ym. 2010, 370; Araujo ym. 2009.)

Tehdyn tutkimuksen mukaan psoriaatikon iho-oireita selkeimmin pahentavina tekijöinä ravinnossa ovat punainen liha, valkoinen vehnä jauho ja sitä runsaasti sisältävät tuotteet, kasviksista tomaatti ja paprika, sokeroidut juomat, alkoholi ja suklaa. Tehdyn

tutkimuksen tulos on yhtäläinen aiemmin tehtyjen tutkimusten kanssa. Näissä aiemmissa tutkimuksissa tutkittiin rasvahappojen ja gluteenin yhteyttä iho-oireisiin. Psoriaatikon iho-oireita vähentäviä ruoka-aineita ei tutkimuksessa tullut yhtä selkeästi esille, mutta tumman-/ruisleivän, kasviöljyn, kalan sekä useimpien kasvien, hedelmien ja marjojen oli todettu vähentävän iho-oireita. Eri ruoka-aineet vaikuttavat yksilöllisesti, ja jokaisen psoriaatikon tulisi kiinnittää huomiota ruokavalioonsa ja näin mahdollisesti karsia iho-oireita lisääviä tekijöitä. (Viiru 2010.)

Psoriasiksen oireisiin kuuluvat tarkkarajaiset ja erikokoiset hilseen peittämät läiskät. Niitä voi olla koko kehon iholla, ja ne ovat tavallisia jalkaterien alueella eri muodoissa. Jalkaterien hilseläiskät voivat murtua kuormittuessaan, minkä seurauksena syntyy jopa kivuliaita halkeamia ja haavaumia, jotka voivat myös infektoitua. Ihopsoriasiksen rinnalla voi esiintyä myös nivelpsoriasisista, jota on 5-10 %:lla kaikista psoriaatikoista. Sen oireisiin kuuluvat sormien ja varpaiden kärkinivelten tulehdus, turvotus, kosketusarkuus, nivelten jäykkyys ja I-varpaan tyvinivel voi olla kipeä. Lisäksi esiintyy makkaramaista turvotusta sormissa ja varpaissa. Psoriasikseen liittyy myös kynsimuutoksia. Kynsissä voi esiintyä painaumuksia ja kuoppia, värimuutoksia, paksuuntumista tai kynsilevyn murentumista. Kynsimuutokset alkavat sormenkynsistä, jonka jälkeen niitä esiintyy myös varpaidenkynsissä. (Saarikoski ym. 2010, 370-372.)

Allergialla tarkoitetaan immunologisten mekanismien käynnistämää yliherkkyysoireita, jolloin syntyy esimerkiksi IgE-vasta-aineita. Reaktion aiheuttajana on tavallisesti elimistön ulkopuolelta tullut aine, jota nimitetään allergeeniksi. Aine voi muuttua myös fyysikaalisen tekijän, esimerkiksi auringon uv-säteilyn kautta allergeeniksi. (Haahtela ym. 2007, 8.)

Allergiset sairaudet, joita ovat esimerkiksi ruoka-aineallergia, atooppinen ihottuma sekä allerginen nuha ja astma, ovat yleistymään päin. Allergioiden kehittymiseen vaikuttavat perintötekijät, ympäristötekijät ja ravinto. Allergiassa esiintyvät oireet ovat jokaisella yksilöllisiä. Allergikolla voi esiintyä iho-, limakalvo-, vatsa- tai hengitystieoireita, ja oireiden voimakkuus on vaihteleva. Oireina voi olla atooppisen ihottuman voimistumista, nokkosrokkoa tai leimahtelevaa ja laajalle alueelle levinnyttä ihottumaa. Allerginen reaktio voi olla välitön ja nopea tai oireet voivat kehittyä hitaasti jopa viikon kuluttua. (Paganus & Voutilainen 2009, 9-12.)

Ihminen voi olla allerginen mille tahansa valkuaisaine- eli proteiini-pitoiselle ruoalle. Ruoka-aineallergiassa ihmisen elimistö tuottaa vasta-aineita näitä valkuaisaineita vastaan. Pohjois-Euroopassa yleisimpiä ruoka-aineallergian aiheuttajia ovat maito, vehnä, hedelmät ja juurekset. Näiden lisäksi kala, muna, soija, maapähkinä ja mantelit aiheuttavat allergioita. Ruoka-aineallergiat ovat hyvin yksilöllisiä ja useissa tapauksissa ne voivat hävitä iän myötä. (Keliakialiitto ry 2015b; Paganus & Voutilainen 2009, 11.)

Atooppien ihottuma kuuluu tavallisimpiin ihotauteihin. Sitä esiintyy Suomessa noin 20 %:lla ihmisistä ainakin jossakin elämän vaiheessa, useimmiten kuitenkin jo varhaislapsuudessa. Taudin tunnusmerkkejä ovat ihon kutina ja kuivuus, minkä seurauksena iho voi ärtyä ja jopa tulehtua. Atooppisessa ihottumassa on usein mukana elimistön taipumus kehittää IgE-vasta-aineita. Atopiaan voi liittyä ihottuman lisäksi, allergiaoireita esimerkiksi allergista nuhaa. Varhaislapsuudessa todettuun atooppiseen ihottumaan voi liittyä ruoka-aineallergiaa tai ruokayliherkkyyttä eli intoleranssia. Näitä voi esiintyä myös aikuisiällä, mutta harvemmin ja lastenkin kohdalla ruoka-aineallergian merkitys ihottuman aiheuttajana tai pahentajana hiipuu iän myötä. (Haahtela ym. 2007, 129-138; Kokkonen ym. 2001, 38-42.)

4.4 Erikoisruokavaliota vaativat sairaudet

Jalkaterapian näkökulmasta keskeisimmät erikoisruokavaliota vaativista sairauksista ovat **kihti** ja **ihokeliakia**. Suomessa arvioidaan olevan noin 30 000 kihtiä (Suomen reumaliitto ry 2011a) ja 5 000 ihokeliakiaa sairastavaa henkilöä (Hannuksela 2009). Molemmissa sairauksissa ruokavaliohoito on välttämätön. Kihti aiheuttaa I-varpaan tyvinivelessä kiputilan (Saarelma 2014). Ihokeliakia voi aiheuttaa jalkaterapian kannalta olennaisia iho-oireita (Hannuksela 2009).

Kihti on sairaus, jossa vereen kertyy runsaasti virtsahappoa ja sen suoloja eli uraatteja. Virtsahapon kertyessä se kiteytyy kudoksiin, useimmiten niveliin. Tämän seurauksena syntyy kivulias nivel tulehdus. Puriiniaineita kehittyä elimistössä, mutta niitä saadaan myös ruoka-aineista. Uraatin muodostumiseen ja erittymiseen elimistössä voidaan vaikuttaa paljon oikeanlaisella ruokavaliolla, joka riittääkin lähes joka toiselle ainoaksi hoidoksi. Viime vuosikymmeninä monissa maissa kihti on lisääntynyt niin naisten kuin miesten keskuudessa. (Aro ym. 2012, 477; Arffman ym. 2009, 153; Hyytinen ym. 2009, 93; Haglund ym. 2007, 312.)

Kihtiin ruokavaliosta pyritään poistamaan runsaasti puriineja sisältävät ruoka-aineet. Kohtalaisesti puriineja sisältävien ruoka-aineiden määriä pienennetään. Jokaisen kihtiin puriiniaineiden sietokyky on erilainen ja tämä tulee huomioida ruokavaliota suunniteltaessa. Runsaasti puriineja sisältäviä ruoka-aineita ovat kalan ja siipikarjan nahka, sisäelimet, pikkukalat, jotka syödään kokonaisina esimerkiksi muikku, vehnäalkiot sekä hiiva ja sen valmisteet lukuun ottamatta hiivalla kohotettuja leivonnaisia, jotka ovat sallittuja. Kohtalaisesti puriineja sisältäviä ruoka-aineita ovat liha ja sen valmisteet, kala, siipikarja, äyriäiset, sienet, soijatuotteet sekä palkokasveista herneet, pavut ja linssit. Vähän puriineja sisältäviä ruoka-aineita ovat maitotuotteet, viljatuotteet lukuun ottamatta vehnäalkioita, hedelmät, marjat sekä useimmat kasvikset, kananmuna, rasvat, kahvi ja tee. Kihtiinilla esiintyy yleisesti rasva- ja sokeriainenvaihdunnan häiriöitä (metabolinen oireyhtymä), joten heidän tulisi lisäksi kiinnittää huomiota rasvan laatuun ja painonhallintaan. Lisäksi kihdille voivat altistaa tietyt sairaudet, kuten diabetes tai psoriasis. (Saarikoski ym. 2010, 364; Arffman ym. 2009, 153-154; Hyytinen ym. 2009, 93-94.)

Kihdin aiheuttama niveltulehdus voi ilmentyä missä tahansa paljon käytetyssä nivelissä, mutta yleisin on isovarpaan tyvinivel. Nilkka- ja päkiänivelet voivat myös tulehtua kihdin seurauksena. Toisinaan tulehtuneita niveliä voi olla useita yhtä aikaa. Tulehtunut nivel on erittäin kivulias, punoittava, lämmin ja liikearka. Nivel voi myös turvota ja kihtiinilla voi esiintyä kuumetta. Kroonistuessaan kihti aiheuttaa pysyviä nivelmuutoksia. (Liukkonen & Saarikoski 2012, 560; Suomen reumaliitto ry 2011a; Saarikoski ym. 2010, 364.)

Ihokeliakia (dermatitis herpetiformis) on iholla oireileva keliakian muoto ja sitä sairastaa joka kuudes keliakikko (Hannuksela-Svahn 2015). Se ilmenee useimmiten kyynärpäissä, polvissa, hiuspohjissa ja pakaroissa kutiavana, pienirakkulaisena ihottumana. Kirkkaat rakkulat ovat halkaisijaltaan 2-6 millimetrin mittaisia. Ihottuma kutisee, ja raapiessa rakkulat rikkoutuvat herkästi ja muodostuu rupia. Tämän seurauksena taudille tyypilliset rakkulat jäävät usein huomaamatta. Osalla ihokeliakikoista esiintyy myös suolisto-oireita. Ihokeliakiaa esiintyy hieman enemmän miehillä ja se todetaan tavallisimmin 30–40 vuoden iässä. (Hannuksela 2009.)

Ihokeliakiassa oireina esiintyvät jalkapohjien ja kämmenien rakkulat voivat erehdyttävästi muistuttaa pustulosispalmoplantariksen (kämmenten ja jalkapohjien rakkulaihott-

tuma) sekä jalkasilsan oireita. Näiden lisäksi oireet voidaan sekoittaa infektiоекseemaan sekä märkärakkulaiseen psoriasikseen. Kaikkien näiden tautien oireet ovat hyvin samankaltaisia, ja kaikkia edellä mainittuja tapauksia tulee jalkaterapeutin vastaanotolla vastaan. Kaikki märkärakkulaiset kämmen- ja jalkapohjaihottumat kuuluvat lääkäreiden diagnosoitaviksi. (Hannuksela-Svahn 2014.)

Keliakian aiheuttajana on gluteeni, joka on vehnän, ohran ja rukiin sitkoaine. Sairauden mekanismi perustuu siihen, että elimistö muodostaa vasta-aineita näitä vastaan. Viljoista kaura on sellainen, joka sopii osalle keliakikoista. Oireet voidaan saada kuriin tarkalla gluteenittomalla ruokavaliolla. Useamman ihokeliakikon rakkulaihottuma paranee, kun ruokavaliohoitoa on noudatettu puolesta vuodesta vuoteen. Keliakia ei kuitenkaan koskaan parane, vaan se on elinikäinen autoimmuunisairaus. Keliakiassa esiintyy usein eri ravintoaineiden imeytymishäiriöitä. Yleisimpiä ovat raudan ja D-vitamiinin puutos. Näiden seurauksena esiintyy anemiaa, kalsiumin aineenvaihduntahäiriöitä sekä osteoporoosia. (Keliakialiitto ry 2015a; Keliakialiitto ry 2015b; Mustajoki 2015b.)

4.5 Ongelmahaavat terveydenhuollossa

Opinnäytetyömme haava-osio rajautuu kroonisiin jalkahaavoihin sekä diabeetikon haavoihin, koska ne ovat keskeisiä haasteita jalkaterapeutin työssä ja tutkimuksessamme. Haavasta puhuttaessa tarkoitetaan ehjän ihon tai sen alaisten kudoksien rikkoutumista. Haavat syntyvät joko ulkoisen mekanismin tai sisäisen sairauden aiheuttamana. Krooniset haavat ovat hankalia niiden pitkäkestoisuuden, vaikeasti hoidettavuuden ja lisäkomplikaatioiden vuoksi. Arviolta runsaat 10 % Suomen väestöstä sairastaa diabetesta, josta 25 % saa jossain vaiheessa jalkahaavan. Neljänneksellä tämä johtaa lopulta amputaatioon. Diabeteksen lisäksi väestön ikääntyminen ja lisääntyvä ylipainoisuus luovat terveydenhuoltojärjestelmäämme jatkuvia lisähaasteita kallishoitosten kroonisten haavojen muodossa. Tulevaisuudessa on tärkeää kehittää terveydenhuoltojärjestelmää ongelmahaavojen tehokkaaseen hoitoon. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013; Juutilainen & Hietanen 2012, 12, 14; Hannuksela ym. 2011, 132-134.)

Diabeetikon jalkahaavalla tarkoitetaan haavaa, jonka taustalta löytyy diabetekseen liittyvää neuropatiaa tai heikentynyttä verenkiertoa ja jonkinasteista yleistä infektiota. Nilkan, jalkaterän ja varpaiden kudosisaurion lisäksi diabeetikolla voi esiintyä säärihaavoja, jotka ovat peruja laskimoiden vajaatoiminnasta, valtimosairaudesta, valtimotulehduksesta tai angiopatiasta (pienien valtimoiden vauriosta). Diabeettisen jalkahaavan syntyyn vaikuttavat sekä sisäiset että ulkoiset tekijät. Keskeistä haavan syntymisen ennaltaehkäisemisessä ovat sairauden hyvä hoitotasapaino, jalkojen omahoito sekä sopivien kenkien käyttö mekaanisen ärsytyksen vähentämiseksi. (Juutilainen & Hietanen 2012, 338-339; Liukkonen & Saarikoski 2012, 687-688.)

Kroonisesta haavasta puhuttaessa tarkoitetaan vähintään kuukauden auki ollutta haavaa, jonka paranemiseen vaikuttaa heikentävästi mahdollisen ulkoisen tekijän lisäksi jokin sisäinen sairaus. Termistöstä latinankielinen *ulcus* sekä englannin kielessä *ulcer* viittaavat erityisesti krooniseen haavaan. Kroonisen haavan tunnusmerkkejä ovat myös paranemisajan vaikea arviointi ja haavan herkkä uusiutuminen samaan kohtaan. (Juutilainen & Hietanen 2012, 26-28.)

4.5.1 Hyvä ravitsemus haavapotilaalle

Haavan paranemisessa keskeistä on potilaan ravitsemustila. Sholberg & Ratinen (2009, 42) toteavat tutkimuksessaan ”ravitsemus on olennainen osa haavanhoitoa ja haavan paranemisprosessia. Jos ravitsemuksessa on puutteita, vaikuttaa se haavan paranemiseen ja näin ollen haavanhoito vaikeutuu.” Heikko ravitsemustila hidastaa haavan paranemista ja lisää infektioriskiä. (Taulukko 2.) Optimaalisin paranemistila haavalle saadaan, kun ravitsemushoito otetaan kiinteäksi osaksi muuta hoitoa yksikökohtaisesti sovitulla menetelmällä. Ravitsemustilan määrittäminen on periaatteessa helppoa, mutta jää käytännössä usein suorittamatta sen vastualueen puuttumisen vuoksi. Ravitsemustilan tai sen vajavuuden arvioinnissa keskeiset asiat ovat potilaan paino ja sen muuttuminen historiassa. Täytyy kuitenkin muistaa, että ulkoisesti lihavakin potilas voi olla vajaaravittu ravinnon ollessa yksipuolista. (Voutilainen ym. 2015, 162-165; Juutilainen, & Hietanen 2012, 83-85.)

Ravitsemushoidon yleinen periaate on taata potilaan riittävä energian saanti. Energian lisäksi tulee huolehtia riittävästä vitamiinien, hivenaineiden ja proteiinien saannista. Sairaana potilaan energiansaantia tulee kasvattaa 5-10 kcal/kg terveeseen ihmiseen ver-

rattuna. Ravitsemushoidon tavoite on turvata elimistölle mahdollisimman paljon anabolista aineenvaihduntatilaa, jossa energian saanti on kulutusta suurempi. Anabolian vastakohta, katabolia, on kudosta pilkkova vajaaravitsemustila. Elimistön keskeisimmät ravintoaineet ovat proteiinit, hiilihydraatit, rasvat, vitamiinit sekä hivenaineet. (Voutilainen ym. 2015, 163-164; Juutilainen & Hietanen 2012, 86; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 180.)

Riittävä **proteiinien** saanti mahdollistaa uusien verisuonten muodostumista, fibroblastien haarautumista ja kollageenien valmistusta. Haavan paranemisen kannalta proteiinit edistävät verenhiyytymistä. Proteiinin suositeltu määrä haavapotilaalle on 1-1,5 g/kg. Valkuaisaineiden puute johtaa tavallista pidempään tulehdusvaiheeseen ja kohonneeseen infektioriskiin. Turvotus voi olla merkki proteiinivajavuudesta. Turvotus heikentää hapen ja ravinteiden kuljetusta haavalle. Aminohapoista keskeisimmät haavan paranemiselle ovat arginiini ja glutamiini. (Voutilainen ym. 2015, 123; Juutilainen & Hietanen 2012, 42-43.)

Hiilihydraatit ovat kehon polttoaine. Se antaa yhteistyössä rasvojen kanssa ensisijaisen energian haavan paranemiseen ja uusien valkosolujen muodostumiseen. Hiilihydraattimuodoista glukoosi on keskeisin, koska se ehkäisee proteiinien ja aminohappojen ehtymistä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 42-43; Flanagan 1997, 139.)

Rasvahapot ovat keskeisessä roolissa vamman jälkeen. Välttämättömät, ravinnosta saatavat rasvahapot ovat keskeisiä muun muassa verisuoniin voimakkaasti vaikuttavan prostaglandiinin valmistuksessa. Tulehdusriskiin voi vaikuttaa ruokavaliolla muun muassa huolehtimalla riittävästä Omega-3 rasvahappojen saannista, mutta liiallisella niiden saannilla voi olla haavojen paranemiseen hidastava vaikutus. (Voutilainen ym. 2015, 113; Juutilainen & Hietanen 2012, 42-43; Flanagan 1997, 139-140.)

Haavan paranemiseen ei suurin osa **vitamiineista** ja **hivenaineista** suoranaisesti vaikuta, mutta niillä on auttava rooli kehon tärkeissä kemiallisissa reaktioissa ja elimistön sisäisen tasapainon ylläpidossa. Niiden tehtävänä on edistää kudosten uusiutumista. Mikroravinteista tutkituimmat A-, C- ja E-vitamiinit sekä hivenaineet sinkki, kupari, seleeni ja neidonhiuspuu vähentävät kudostraumaa vähähappisissa oloissa. (Voutilainen ym. 2015, 124; Juutilainen & Hietanen 2012, 43-44.)

Vesiliukoiset **B-vitamiinit** ylläpitävät elimistön immuunipuolustusta ja ovat mukana ravinnon prosessoinnissa energiaksi. B-vitamiinit ovat nopeasti kuluvia ja niitä täytyy herkeämättä tankata. Puute B-vitamiineista voi johtaa häiriintyneeseen haavan paranemisprosessiin, koska sitä tarvitaan sekä proteiinien että DNA:n muodostumiseen. Erityisesti B6- ja B12-vitamiinit ovat tärkeitä. (Voutilainen ym. 2015, 143; Juutilainen & Hietanen 2012, 43-44; Flanagan 1997, 142.)

C-vitamiini on vesiliukoinen, mikä ehkäisee ja lievittää tulehduksia. Se estää yhdisteiden hapettumista ja torjuu soluvaurioiden syntyä. C-vitamiini aktivoi valkosoluja ja korostaa solusyöntiä näin turvaten immuunipuolustusta. C-vitamiini suojaa E-vitamiinia hapettumiselta ja pystyy elvyttämään sen toimintamuotoon. Haavapotilaan ravitsemuksessa C-vitamiinilla on keskeinen rooli kollageenin muodostumisessa antaen näin kudokselle vahvan lujuuden ja tuen. Verisuonten seinämäkestävyyteen C-vitamiinilla on positiivisia vaikutuksia ja yksilöstä riippuen C-vitamiiniin on yhdistetty myös mustelmataipumuksen väheneminen. Puute C-vitamiinista voi näkyä verenvuoto-oireina ikenissä, iholla ja nivelissä sekä yleisenä masennuksena, väsymyksenä ja heikkoutena. (Voutilainen ym. 2015, 137-139; Juutilainen & Hietanen 2012, 43-44; Flanagan 1997, 141-142.)

Rasvaliukoinen **A-vitamiini** tehostaa haavan paranemisprosessin alkamista avustaen syöjäsolujen saapumista haavalle ja kiihdyttämällä kollageenisynteesiä ja epitelisäätöä. A-vitamiinilla on immuniteettia parantava vaikutus. Ylimääräisen stressin tai vakavan vamman aikana on suositeltavaa lisätä A-vitamiinin saantia. (Juutilainen & Hietanen 2012, 43-44; Jäntti 2011; Flanagan 1997, 142.)

E-vitamiinin hyöty haavalle näkyy vahvana hapettumista estävänä rasvaliukoisena vitamiinina. Iskeemisestä, nekroottisesta ja infektoituneesta kudoksesta vapautuu vapaita radikaaleja, jotka voivat johtaa E-vitamiinin loppumiseen. Keskeisintä E-vitamiinin nauttimisessa on sen normaalitarpeen turvaaminen. Ylimääräisestä E-vitamiinista ei ole nähty hyötyä haavan paranemisprosessissa. Liiallisella E-vitamiinin saannilla voidaan heikentää veren hyytymistä edistävän K-vitamiinin imeytymistä. (Voutilainen ym. 2015, 135; Juutilainen & Hietanen 2012, 43-44; Flanagan 1997, 142.)

K-vitamiinin hyöty näkyy haavanhoidossa veren hyytymisen tukemisena verisuonen seinämän vaurioituessa sekä luustoproteiinin muodostumisessa. Haavapotilailla yleinen Marevan-verenohennuslääke estää K-vitamiinin aktivoitumista johtaen heikentyneeseen hyytymis- ja luustoproteiinien muodostumiseen. Tällöin tulee kiinnittää huomiota K-vitamiinin päivittäiseen saantiin. (Voutilainen ym. 2015, 135-136.)

Proteiini- ja kollageenisynteeseille sekä solujen jakautumiselle elintärkeä **sinkki** on myös entsyymitoiminnan aputekijä. Sen saanti on ihmiselle välttämätöntä eli sen korvaaminen ei ole mahdollista. Sinkin rooli proteiinien, hiilihydraattien, rasvojen ja DNA:n aineenvaihdunnassa on olla osana entsyymejä. Eitelisaatio, haavan vetolujuus sekä elimistön immuunipuolustus heikentyvät sinkin puutostilan vallitessa. Vakava stressi tai pitkä steroidihoito voivat lisätä sinkkivarastojen tyhjentymistä. Tällöin tulisi turvata sinkin riittävä saanti, mutta muuten haavahoidossa ylimääräisellä sinkin nauttimisella ei saada suoranaista etua. (Juutilainen & Hietanen 2012, 44; Flanagan 1997, 141.)

Hivenaineista **rautaa** on kehossa eniten. Kansantajuisesti rauta yhdistetään hemoglobiiniin, jossa se on yhteydessä hemin osana punasolussa kuljettamassa happea. Rypälesokerin palamisessa energiaksi sekä kollageenisynteesin muodostumisessa on raudalla edistävä apu. Riittämätön raudan saanti tai sen heikko imeytyminen suhteessa poistumiseen heikentää hapen kulkeutumista kudokseen. Tämä hidastaa haavan paranemista ja solunsisäisten bakteerien tappamista. Terveillä ihmisillä säätelymekanismi estää liiallisen raudan kertymisen kehoon, jotta ylimääräisen raudan aiheuttamaa vastustuskyvyn heikentymistä ja tuumorimuodostusta ei pääse tapahtumaan. (Voutilainen ym. 2015, 153; Juutilainen & Hietanen 2012, 44; Flanagan 1997, 141.)

Kupari on välttämätön kollageenin ristosidosten ja punasolujen muodostumisessa sekä kudostalteen valmistuksessa. Kupari optimoi raudan imeytymistä sekä estää yhdisteiden hapettumista elimistössä. Haavan paranemiseen välttämätön **magnesium** mahdollistaa monien proteiini- ja kollageenisynteesien reaktioprosessin ja niiden aktiivisuuden. Magnesium tukee ATP:tä eli adensiinitrifosfaattia, joka on vastuussa monissa kollageenisynteesiprosesseissa toimien energian lähteenä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 44; Flanagan 1997, 141.)

TAULUKKO 2. Haavan paranemiseen vaikuttavia ravintoaineita.

Ravintoaine	Tehtävä	Puutos
Proteiini	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Verisuonien muodostuminen ❖ Fibroblastien haarautuminen ❖ Kollageenien muodostuminen ❖ Verenhytytymisen edistäminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pidempi tulehdusvaihe ❖ Kohonnut infektoriski ❖ Kohonnut tulehdustila
Hiilihydraatti	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ensisijainen energianlähde ❖ Valkosolujen muodostuminen ❖ Proteiinien vähenemisen ehkäisy 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Haavalla ei ole energiaa parantua ❖ Valkosolujen muodostuminen ❖ Proteiinien väheneminen
Rasva	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Prostaglandiinin valmistus ❖ Tulehdusriskin minimointi 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kohonnut tulehdusriski ❖ Prostaglandiinin valmistushäiriö
A-vitamiini	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kollageenisynteesi ❖ Epitelisaatio ❖ Immunitetti 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Haavan paranemisprosessin hidastuminen ❖ Vastustuskyvyn heikentyminen
B-vitamiinit	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Immuunipuolustus ❖ Ravinnon prosessointi ❖ DNA:n ja proteiinien muodostuminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Häiriintynyt haavan paranemisprosessi
C-vitamiini	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tulehduksien ehkäiseminen ja lievittäminen ❖ Hapettumisen estäminen ❖ Soluvaurioiden torjuminen ❖ E-vitamiinin suojaaminen ❖ Kollageenin muodostus ❖ Verisuonten kestävyys ❖ Mustelmien väheneminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Verenvuototaipumus ❖ Masennus ❖ Väsymys ❖ Heikkous
E-vitamiini	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hapettumisen estäminen ❖ Haavojen ja arprien paranemisprosessin edistäjä 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hidastunut haavojen ja arprien paranemisprosessi
K-vitamiini	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Veren hyytymisen tukeminen ❖ Luustoproteiinin muodostuminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lisääntynyt verenvuotoherkkyys
Rauta	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hapen kuljettaminen ❖ Energian palamisen edistäminen ❖ Kollageenisynteesi 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Heikentynyt hapen kuljetus ❖ Hidastunut haavan paraneminen
Magnesium	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kollageenisynteesi ❖ Proteiinisynteesi ❖ ATP:n tukeminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Harvinaista
Kupari	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kollageenisynteesi ❖ Raudan imeytyminen ❖ Hapettumisen estäminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Harvinaista

Sinkki	❖ Kollageenisynteesi	❖ Heikentynyt epitelisaatio
	❖ Proteiinisynteesi	❖ Heikentynyt haavan vetolujuus
	❖ Solujen jakautuminen	❖ Heikentynyt immuunipuolustus
	❖ Entsyymitoiminta	
	❖ Aineenvaihdunta	

Tärkeässä osassa haavan paranemisprosessia on lisäksi elimistön riittävä **nestetasapaino**, josta tulisi huolehtia. Elimistön kuivumisesta tai päinvastoin liikanesteytyksestä voi seurata elektrolyyttien epätasapaino. Elimistön kuivuessa solun ulkoinen neste vähenee. Solun ulkoisen nesteen tehtävänä on toimia kuljetusväliaineena ravintoaineille ja hapelle. Tämän vuoksi elimistön kuivuessa verimäärä pienenee ja sen seurauksena haava-alueen verenkierto huononee ja kudokset eivät saa riittävästi ravintoaineita ja happea. Solun sisäisen ja ulkoisen nestemäärän epätasapainon myötä kudospainuu kasaan. Tästä seuraa alueellinen ravintoaineiden puutos, jolloin ravintoaineiden pääsy kudokseen ja taas kuona-aineiden poistuminen estyy. Kudokset hajoavat kuona-aineiden kerääntymisen seurauksena. (Seppänen & Iivanainen 1999, 31.)

4.5.2 Sairauksien vaikutus haavan paranemiseen

Suomessa yleisen diabeteksen vaikutus haavan paranemiseen on suuri. Hoitoepätasapainossa oleva diabetes heikentää haavan paranemista monella tavalla. Korkea verensokeri ja insuliinin puute vaikuttavat haavan paranemiseen. Hyperglykemia vähentää valkosolujen määrää haavan alueella eivätkä täten riittämättömät valkosolut pysty pitämään haavan pohjaa puhtaana. Riski haavan infektiin kasvaa merkittävästi verensokeripitoisuuden ollessa yli 10 mmol/l. Infektio pitkittää haavan tulehdusreaktiovaihetta ja hidastaa merkittävästi paranemista. Diabetekselle ominaiset ääreisverenkierron toimintahäiriöt sekä hermostovauriot altistavat uusille haavoille sekä vaikeuttavat nykyisten paranemista. (Juutilainen & Hietanen 2012, 44-45; Hannuksela ym. 2011; 133-135.)

Lisäksi haavan paranemista hidastavia sairauksia ovat sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet, joista esimerkkeinä ovat anemia ja ateroskleroosi. Diabeteksen lisäksi metabolisista sairauksista haavan paranemiseen hidastavasti vaikuttavat munuaisten ja maksan vajaatoiminta. Immuunijärjestelmän sairauksista reumalla on hidastava vaikutus haavan paranemiseen, ja kihti voi vaikuttaa merkittävästi heikentäen haavan paranemisprosessia. Näiden lisäksi myös erilaiset hengityselinsairaudet sekä imeytymis-

sairaudet vaikuttavat epäsuotuisasti haavan paranemiseen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 41-45; Hannuksela ym. 2011; 133-135.)

5 RAVITSEMUSTERAPEUTIN AMMATINKUVA

Itä-Suomen yliopisto ainoana Suomessa antaa valmiudet työskennellä ravitsemusterapeutina. Koulutuksesta valmistuu ravitsemushoidon ja -terapian sekä elintarvikekehityksen osaajia. Ravitsemustieteen opintoihin kuuluu ravitsemus- ja elintarviketieteen lisäksi myös lääketiedettä, luonnontieteitä ja käyttäytymistieteitä. Koulutuksen maisterivaiheessa suuntautumisvaihtoehdot ovat joko ravitsemusterapian tai elintarvikebiotekniikan linjat. Terveystieteiden kandidaattivaihe on laajuudeltaan 180 opintopistettä, 3 vuotta ja maisteritutkinto 120 opintopistettä, 2 vuotta. (Itä-Suomen yliopisto 2015.)

Ravitsemusterapian opinnot syventävät ravitsemuksen merkitystä sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Teoriapainotteisia opintoja täydentävät käytännön potilastapaamiset ja harjoittelu terveydenhuollossa. Ravitsemusterapialinjalta maisteriksi valmistuneet voivat saada laillistetun ravitsemusterapeutin pätevyyden. Elintarvikebiotekniikkalinjan maisteritutkinnossa keskeistä on elintarvikemikrobiologian, elintarvikeanalytiikan ja elintarvikeprosessien hallinta. Suuntautumislinjassa korostuu biotekniikan käyttö elintarvikkeiden tuotannossa ja jalostuksessa. (Itä-Suomen yliopisto 2015.)

Ravitsemustiede antaa pätevyyden toimia terveydenhuollossa, elintarvike- ja lääketieteellisyydessä, tutkimisen ja opettamisen parissa, ruokapalvelualalla, erilaisissa yhdistyksissä, itsenäisenä toimijana ja myös urheilun parissa. Suuntautumisesta riippuen työnkuva painottuu ravitsemusterapian työtehtäviin tai elintarvikkeiden pariin. Suomen julkisessa terveydenhuollossa työskenteli vuonna 2014 yhteensä 144 ravitsemusterapeuttia, joista 94 erikoissairaanhoidossa (Rty 2014). Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston rekisterissä on runsaat 500 ravitsemustieteilijää ravitsemusterapeutin pätevyydellä. (Itä-Suomen yliopisto 2015.)

Laillistetun ravitsemusterapeutin tai ravitsemussuunnittelijan toimenkuvaan kuuluu toimia asiantuntijana ravitsemushoidossa, tehdä yhteistyötä eri osastojen sekä ravintokeskuksen kanssa ja kehittää potilaiden ravitsemushoitoa. Hänen vastuualueisiin kuuluvat myös erityisruokavalioiden suunnittelu ja täydennysravintovalmisteiden valinta.

Lisäksi ravitsemusterapeutin tehtäviin kuuluu potilaiden ohjaus henkilö- ja ryhmäkohtaisesti. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 41-42.)

Hietala & Rantala (2010) toteavat tutkimuksessaan, että ravitsemusasiantuntija on tärkeässä osassa, kun halutaan edistää asiakkaan terveyttä ja toimintakykyä. Hän voi elintapaohjauksellaan vaikuttaa kansansairauksien ennaltaehkäisemiseen. Ravitsemusterapeutti on ainutlaatuinen asiantuntija niiden potilaiden kohdalla, joiden ongelma on ravitsemuksellinen. (Mustapha 2013.)

6 RAVITSEMUSOHJAUS

Ravitsemusohjausta voi ravitsemusterapeutin lisäksi antaa ravitsemukseen perehtynyt lääkäri, hoitaja tai joku muu hoitohenkilöstöön kuuluva. Olisi kuitenkin hyvä, että ravitsemusterapeutti olisi käytettävissä hoitotiimissä konsultointia varten sekä kouluttamassa hoitohenkilöstöä uusien ravitsemustietojen suhteen. Ravitsemusohjauksessa korostuu moniammatillisen työryhmän tärkeys. Koko hoitohenkilöstön tulisi motivoitua potilasta noudattamaan ravitsemusohjeita sekä pystyä arvioimaan lisäohjauksen tarvetta. (Hyytinen ym. 2009, 8.)

Ravitsemusohjaus pohjautuu ravitsemussuositukseen (Aro ym. 2012, 341). Ohjauksella pyritään ohjaamaan potilasta muuttamaan ruokailutapojaan sairauden hoidon tai muun terveydellisen syyn vaatimalla tavalla. Ohjaus perustuu ravintoanamneesiin ja se suunnataan hoidon kannalta tärkeimpiin seikkoihin. Anamneesin tarkoituksena on luoda pohjaa ruokavaliomuutoksille sekä saada potilas itse tunnistamaan ruokavaliionsa ongelmia ja sisäistämään hoidon kannalta tehtyjä ratkaisuja. (Louheranta 2004, 20.)

Potilaan tulee saada tietoa elintarvikkeista, niiden koostumuksesta ja miten näitä tulisi valita ruokavalioon sekä miten nämä valinnat vaikuttavat hänen terveydentilaansa. Ravitsemusneuvonnan tulisi herättää ja ylläpitää motivaatiota ja hoitomyöntyvyyttä. Ohjauksessa tulee ottaa huomioon potilaan yksilöllisyys. Potilailla on eri sairauksia, erilaisia elämäntilanteita, tapoja, mieltymyksiä ja nämä tulisi ottaa huomioon ja soveltaa mahdollisuuksien mukaan ohjaukseen. Ohjauksen tulisi olla tavoitteeseen tähtäävää, käytännönläheistä ja selkeästi havainnoitavissa olevaa. Ravitsemusohjauksen tulisi sisältää seurantaa ja myönteistä palautetta potilaalle. (Aro ym. 2012, 345.)

7 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

Moniammatillinen yhteistyö (multiprofessional, interprofessional, trans-/crossprofessional) käsitteenä alkoi tulla tietoisuuteemme eri asiantuntijoiden ja ammattiryhmien yhteistyön kuvausten yhteydessä jo 1980-luvun lopulla ja vakiintui Suomessa 1990-luvulla. Käsitteen käyttö on hyvin monimerkityksellistä ja epämääristä. Sen perimmäinen merkitys on yhteistyö, jota voidaan hyödyntää hyvinkin erilaisissa tilanteissa. (Isoherranen ym. 2008, 33; Isoherranen 2005, 13-14.)

Sosiaali- ja terveysalan asiakastyössä moniammatillinen yhteistyö käsitetään eri asiantuntijoiden välisenä työskentelynä, jossa otetaan huomioon asiakas kokonaisuutena. Eri asiantuntijoiden tietämys ja osaaminen yhdistetään asiakaslähtöisesti. Jokaisen asiakkaan kohdalla pyritään luomaan tapauskohtainen yhteinen näkemys siitä, että millaisia toimenpiteitä tarvitaan tai miten ongelmat ratkaistaan. Tarpeen mukaan asiakas tai esimerkiksi joku läheinen voi olla mukana keskustelussa ja päätöksenteossa. (Isoherranen 2005, 14.)

Moniammatillisessa yhteistyössä korostuvia käsitteitä ovat asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset ja verkostojen huomioiminen. Tavoitteena moniammatillisessa yhteistyössä on, että kaikki yhteistyöhön osallistuvat voivat olla osallisena keskusteluun ja vaikuttaa päätöksentekoon sekä tuoda siihen oman näkökulmansa ja osaamisensa. Asiakaslähtöistä kattavaa tietoa koostaessa on tunnistettava kaikkien asiantuntijoiden erityistieto, erityisosaaminen ja asiantuntijuus. Lisäksi moniammatillisen yhteistyön onnistumiseksi tarvitaan yhteistä kieltä ja käsitteitä ryhmän kesken. (Isoherranen ym. 2008, 34, 42; Isoherranen 2005, 14.)

Moniammatillisen yhteistyön rinnalla käytetään käsitettä jaettu asiantuntijuus, vaikkakaan ne eivät täysin tarkoita samoja asioita. Moniammatillinen yhteistyö voi tuottaa jaettua eli kollektiivista asiantuntijuutta. Jaettu asiantuntijuus selitetään yhdessä osaamisena, mihin sisältyy tiedon muodostamista, jakamista, käsittelemistä ja yhdistämistä toisen tai useamman ihmisen kanssa. Tämä koetaan hyvänä voimavarana tilanteissa, joissa asiakas tarvitsee ongelmiensa vuoksi monia eri palveluita. Jaetun asiantuntijuuden etuihin kuuluu se, että yksittäisen työntekijän ei tarvitse osata ja hallita kaikkea, vaan tietotaitoja yhdistetään keskenään. Tämä edellyttää, että jokainen on valmis ja-

kamaan omaa tietoaan sekä kuuntelemaan toisten ajatuksia. Lisäksi on tärkeää osata suhteuttaa omaa tietoa muiden tietoon. Kollektiivinen asiantuntijuus ei ole vain työntekijöiden välistä, vaan siinä voidaan ottaa myös asiakas mukaan. Tällöin saadaan teoreettisen osaamisen lisäksi mukaan asiakkaan henkilökohtainen tieto ja kokemus hänen kokemastaan ongelmasta. Kollektiivisen asiantuntijuuden perusteina ovat avoimuus, vastavuoroisuus ja luottamus, minkä tavoitteena on yhteisen edun saavuttaminen. Kollektiivinen asiantuntijuus ei ole poissulkevana eikä korvaavana seikkana yksilön osaamiselle, vaan asiantuntijuus rakentuu juuri sille. (Kairala 2011.)

8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA MENETELMÄ

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kerätä moniammatilliseen yhteistyöhön kannustavaa teoriapohjaa ja kartoittaa nykyistä ravitsemusterapeuttien ja jalkaterapeuttien yhteistyötä kentällä. Keräämämme teoria pohjautuu kirjallisuuteen ja tekemäämme kirjallisuuskatsaukseen (liite 5). Opinnäytetyössämme selvitämme haastatteluilla näkemyksiä yhteistyön eduista ja sen mahdollisista käytännön toteuttamisen ja kehittämisen haasteista. Opinnäytetyöllämme pyrimme tuomaan näkyvyyttä kyseisille ammattikunnille.

Jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien yhteistyöstä ei ole tehty aiempaa tutkimusta, joten koimme tärkeäksi aiheen tutkimisen. Ravitsemuksen vaikutusta muun muassa haavan paranemiseen on tutkittu paljon ja sen merkityksestä on saatu vahvoja näyttöjä. Lisäksi tiedetään ravitsemuksen vaikuttavan olennaisesti moniin yleisiin kansansairauksiin, kuten diabetekseen ja ylipainoon. Nämä tekijät ovat yhteydessä jalkojen terveyteen ja yleisimpiin jalkaongelmiin. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014; Liukkonen & Saarikoski 2012, 21.)

Tutkimuksen avulla on tarkoitus saada uutta tietoa jalkaterapiaan, minkä avulla jalkaterapeutti osaisi ohjata tarvittaessa potilasta ravitsemusasioihin liittyen sekä konsultoida tarpeen mukaan ravitsemusterapeuttia. Tavoitteenamme on kannustaa jalkaterapeutteja käyttämään ravitsemusohjausta enemmän potilaskohtaamisissa.

8.1 Tutkimuskysymykset

Opinnäytetyössämme haemme vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Millaista ravitsemusohjausta jalkaterapiassa tarvitaan?
- Millaista yhteistyötä jalkaterapeutit ja ravitsemusterapeutit tekevät tällä hetkellä?
- Millaisia yhteistyötä rajoittavia tai edistäviä tekijöitä on olemassa?
- Millaista yhteistyötä jalkaterapeutit ja ravitsemusterapeutit voivat tehdä ravitsemusohjauksessa? (tämä sisältää myös tulevaisuuden näkökulman)

8.2 Haastattelu tutkimusmenetelmänä

Haastattelu kuuluu tiedonhankinnan perusmuotoihin. Se on menetelmänä hyvin joustava ja sitä voidaan käyttää erilaisissa tutkimustarkoituksissa. Haastattelussa luodaan kielellinen vuorovaikutussuhde tutkijan ja tutkittavan välille. Haastattelun tarkoituksena on pyrkiä saamaan mahdollisimman luotettavia ja päteviä tietoja. (Hirsjärvi ym. 2010, 207-208; Hirsjärvi & Hurme 2010, 34.)

Haastattelutilanteessa haastateltava ihminen nähdään subjektina, joka saa tuoda esille ajatuksiaan ja näkemyksiään mahdollisimman vapaasti tutkittavan asian suhteen. Haastattelu on tutkimusmenetelmänä käytännöllinen tilanteessa, jossa tutkittavasta asiasta on vähäisesti aiempaa tutkimustietoa. Tällöin tutkija ei juurikaan pysty tietämään etukäteen mihin suuntaan vastaukset etenevät ja tiedetään, että tutkittavasta aiheesta saadaan monipuolisia vastauksia. Haastattelun etuihin kuuluu myös se, että saatuihin tietoihin voidaan pyytää lisäkommentointia. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 35.)

Haastatteluun liittyy etujen lisäksi myös haittoja. Haastattelu on aikaa vievä tutkimusmenetelmä. Jotta haastattelu etenisi toivotulla tavalla tutkittavan asian suhteen, vaaditaan haastattelijalta taitoa ja kokemusta. Haastattelun luotettavuus voi kärsiä haastattelijasta tai haastateltavasta johtuen. Jos esimerkiksi haastateltava antaa sosiaalisesti toivottavia vastauksia, niin tästä seuraa ettei tutkimuksesta saada totuudenmukaisia tuloksia. Haastattelu ei ole menetelmänä halvimmosta päästä. Siihen liittyy usein erilaisia kustannuksia, kuten materiaali- ja matkakuluja. Haastattelun ollessa vapaamuotoinen, sen analysointi, tulkinta ja raportointi voidaan kokea ongelmallisena niin sanotun "valmiin" mallin puuttumisen vuoksi. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 35.)

Tutkimushaastattelu voidaan jakaa eri ryhmiin. Eri kirjallisuuslähteet jaottelevat nämä eri tavoin. Hirsjärvi ym. (2010, 208-209) jaottelevat haastattelulajit sen mukaan, miten strukturoitu ja miten kaavamainen haastattelutilanne on. Tutkimushaastattelut on jaettu kolmeen eri ryhmään, joita ovat strukturoitu haastattelu eli lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu. (Hirsjärvi ym. 2010, 208-209.)

Opinnäytetyöhömmme valitsimme näistä puolistrukturoidun haastattelun, josta käytetään myös nimitystä teemahaastattelu. Teemahaastattelu soveltuu hyvin käytettäväksi tilanteessa, jossa tutkittava aihe on joko arka tai sitä ei ole aiemmin juurikaan tutkittu. Teemahaastattelu nimensä mukaan kohdistuu tiettyihin aihepiireihin, joista keskustellaan. Se ei sido haastattelua sen kertojen määrään tai aiheen syvällisyyteen, mutta ei ole täysin vapaakaan luonteeltaan. Kieleen perustuva teemahaastattelu ottaa huomioon ihmisten tulkinnat ja tutkittavien antamat merkitykset asioille vuorovaikutuksessa. Puolistrukturoiduksi teemahaastattelun tekee ennalta suunnitellut aihepiirit, jotka säilyvät prosessin aikana kaikille samana, mutta kysymykset voivat vaihdella haastateltavien välillä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47-49; Metsämuuronen 2009, 247; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään kokonaisvaltaiseen tiedonhankintaan ja aineiston kokoamiseen käytännönläheisissä tilanteissa. Siinä tutkija käyttää itseään tiedonkerääjänä luottaen omiin havaintoihin ja keskusteluihin haastateltavien kanssa enemmän kuin ulkoisiin mittausvälineisiin. Tyypillisiin piirteisiin kuuluu myös paljastaa yllättäviä, odottamattomia tutkimustuloksia. Kohdejoukko on tarkasti rajattu ja valittu saaden myös ainutlaatuisen käsittelyn. (Hirsjärvi ym. 2010, 164.)

Teemahaastattelumme rakentuu neljästä pääteemasta. Nämä pääteemat ovat ravitsemuksen tärkeys, jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien yhteistyö ja sen tarpeellisuus, ravitsemusohjaus sekä yhteistyön mahdollisuus tulevaisuudessa. Aloitamme haastattelun selvittämällä ajatuksia ravitsemuksen roolista jalkaterapeutin työssä. Olemme nostaneet alaotsikoiksi jalkojen terveyden, diabeteksen, reuman, ylipainon sekä ihosairaudet. Toisessa teemassa selvitetään yhteistyön tasoa, sen tarpeellisuutta ja miten tämä mahdollinen jaettu asiantuntijuus näkyy käytännön työnkuvassa. Kolmannessa teemassa tarkastellaan annettua ravitsemusohjausta syvällisemmin. Jalkaterapeuteilta kysytään annetun ohjauksen luonnetta sekä millaisia ohjauksia he haluaisivat tulevaisuudessa antaa. Ravitsemusterapeuteilta tiedustellaan ajatuksia siihen, millaisia

ravitsemusohjauksia heidän mielestään jalkaterapeutit voisivat antaa. Viimeisessä teemassa selvitetään näkökantaa yhteistyön tulevaisuuden näkymistä, sitä rajoittavista ja edistävästä tekijöistä sekä siitä, miten yhteistyötä olisi mahdollista kehittää.

9 AINEISTONKERUUN TOTEUTTAMINEN

Alun perin oli tarkoitus haastatella henkilöitä useammasta keskussairaalaista, mutta jouduimme karsimaan tätä joukkoa, ettei haastattelujen analysointimäärä kasvaisi kohtuuttomaksi. Päädyimme valitsemaan haastattelujen kohdejoukoksi Savonlinnan ja Keski-Suomen keskussairaaloiden jalkaterapeutit ja ravitsemusterapeutit, joista saimme tutkimukseen mukaan yhteensä seitsemän henkilöä. Haastattelujen lupa-anomukset oli tarkoitus saada lähetettyä jo kesän alussa, jolloin haastattelutkin olisi mahdollisesti saatu suoritettua kesän aikana. Tämä vaihe kuitenkin viivästyi ja saimme lupa-anomukset postitettua syyskuussa 2015. Myönteiset luvat (liite 1) haastatteluihin tulivat syys-lokakuussa 2015. Olimme haastateltaviin yhteydessä sähköpostitse, jonka kautta lähetimme etukäteen haastattelutiedotteen (liite 2) suostumuslomakkeen (liite 3) kanssa. Samalla sovimme haastatteluajankohdat haastateltavien kanssa. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina loka-marraskuussa 2015. Haastatteluiden analysointi tapahtui loka-marraskuussa 2015. Opinnäytetyö viimeisteltiin esityskuntoon, minkä jälkeen opinnäytetyö oli valmis esitettäväksi esitysseminaarissa marraskuussa 2015.

10 AINEISTOANALYYSI

Tutkimusaineiston keräämisen jälkeen tulee aineisto purkaa tekstimuotoon eli litteroida. Tämän jälkeen aineisto analysoidaan, jotta tutkimuksesta saataisiin esille tuloksia. Analysointimenetelmänä sisällön analyysi on yleisesti käytössä kvalitatiivisissa tutkimuksissa ja sitä suositaan lisäksi hoitotieteellisten tutkimuksen analysoimisessa. Tällä menetelmällä voidaan aineistoja analysoida systemaattisesti (järjestäen ja kuvaten tutkimusaineistoa) ja objektiivisesti. Sen tavoitteena on luoda sellaisia malleja, jotka havainnollistavat tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan abstrahoida eli käsitteellistää. Sisällön analyysi menetelmiä ovat **induktiivinen** eli aineistolähtöinen ja **deduktiivinen** eli teorialähtöinen menetelmä. (Tuomi & Sarajarvi 2011, 95; Kylmä & Juvakka 2007, 112-113; Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-4.)

Valitsimme opinnäytetyöhömmä analysointimenetelmäksi induktiivisen sisällönanalyysin. Kyseisessä menetelmässä tekstin sanoja ja ilmaisuja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen mukaan. Aineistosta erotetaan sisällöllisiä väittämiä, jotka kertovat jotain tutkittavasta asiasta. Analyysi tapahtuu pääosin induktiivisella päättelyllä, jota tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu ohjaavat. Analyysin tarkoituksena ei ole analysoida kaikkea ilmennytta tietoa, vaan sillä etsitään vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Kvalitatiivisen tutkimuksen luonteeseen kuuluu, että tutkimustehtävät voivat täsmentyä myös aineiston keruun tai analyysin aikana. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113.)

Induktiivinen eli konventionaalinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi, joka alkaa redusoinnilla eli pelkistämällä. Redusoinnissa tekstimuotoon kirjoitetusta haastatteluaineistosta kerätään tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmaisuja ja karsitaan epäolennainen pois. Aineistoanalyysi jatkuu klusteroinnilla eli ryhmittelyllä, jossa etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Yhtenäiset ilmaisut kootaan joukkoon ja niille annetaan oma alakategoria sen sisältöä kuvaavalla termillä. Klusterointia seuraa abstrahointi, jossa muodostetaan teoreettisia käsitteitä valikoidun tiedon perusteella. Abstrahoinnissa pelkistettyjä ilmauksia yhdistetään toisiinsa niin kauan kuin se on mahdollista. Tämän tiivistetyn kokonaisuuden avulla saadaan vastaus tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 108-112; Kylmä & Juvakka 2007, 113; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-7.)

11 TUTKIMUSTULOKSET

Valtaosa haastateltavista koki ravitsemuksella olevan merkitystä jalkoihin vaikuttavien sairauksien hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Merkittävimminä nousivat esille diabetes ja ylipaino. Lisäksi ravitsemuksella koettiin olevan merkitystä haavojen paranemiseen, ihon kuntoon ja lisäsairauksien ennaltaehkäisyyn. Kysyimme haastatteluissamme ravitsemusterapeuteilta, kuinka helposti potilaita lähetetään heidän vastaanotolleen. Tähän saimme vastaukseksi, että hyvin vaihdellen ja riippuen paljolti siitä, miten tärkeiksi lääkärit/hoitajat näkevät ravitsemuksen.

”Vaihtelee... siis ehkä se, että se lähettävä, että jos lääkäri näkee ravitsemuksen tärkeänä ni hän laittaa lähetteen.” (Vastaja 3)

"Ajatellaan vaik jotain säärihaavaa... kyllähän se on tosi merkittävää et se riittävä proteiinin ja sinkin saanti on kunnossa ja ravitsemustila hyvä." (Vastaaja 6)

Haastatteluissa tuli esille alueellisia eroja yhteistyön toteutumisessa. Toisessa tutkimuksen kohteena olleessa keskussairaalassa yhteistyö ei ole yhtä aktiivista kuin toisessa. Haastateltavista kolme kertoi tekevänsä yhteistyötä toisen ammattiryhmän edustajan kanssa. Kaksi haastateltavista kertoi, että eivät tee yhteistyötä ollenkaan. Kolme haastateltavista vastasi tekevänsä yhteistyötä harvoin tai epäsuorasti. Valtaosa haastateltavista kuitenkin näkee yhteistyön tarpeellisena etenkin tiettyjä potilasryhmiä hoidettaessa, joista nousivat esille etenkin diabeetikot ja ylipainoiset. Haastateltavat olivat myönteisiä yhteistyölle ja kokivat henkilökohtaisen kiinnostuksen asiaa kohtaan tärkeänä yhteistyötä luotaessa.

Yhteistyötä tekemättömiltä kysyttäessä mahdollista syytä yhteistyön puuttumiseen/vähäisyyteen, saatiin vastauksiksi:

"En oo sitä ite kaivannut." (Vastaaja 1)

"Ei oo tullu tilaisuutta." (Vastaaja 2)

"En kyllä osaa sanoa miksi ei." (Vastaaja 3)

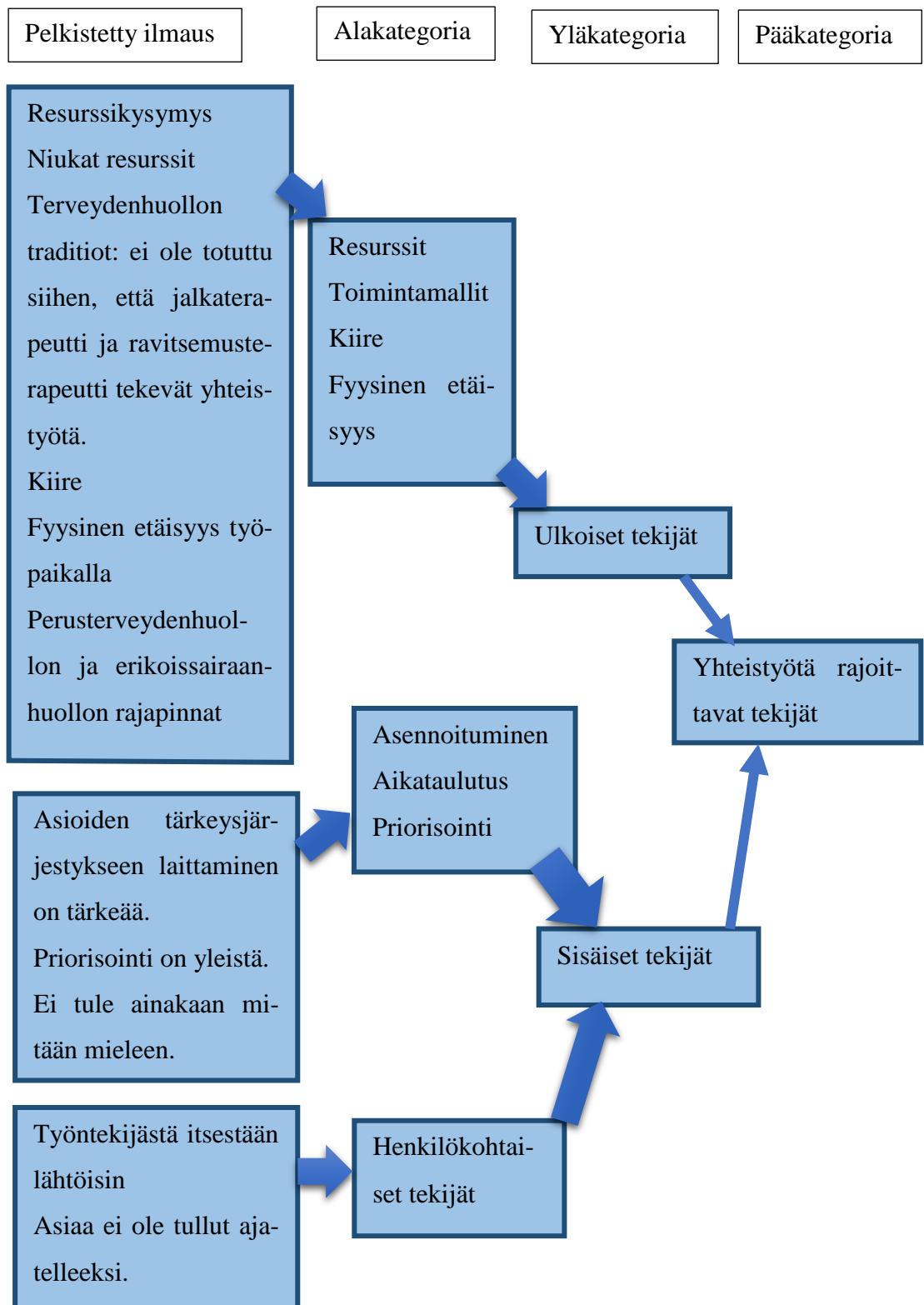
"En ole edes nähnyt jalkaterapeuttia. Ei oo varmaan niiku nähty sitä että miksi sitä pitäisi tehdä. Ei oo totuttu siihen että jalkaterapeutti ja ravitsemusterapeutti tekee yhteistyötä, niin sit sitä ei osata edes ajatella." (Vastaaja 4)

Haastateltavat kokivat yhteistyötä rajoittaviksi tekijöiksi niin henkilökohtaiset kuin itsestä riippumattomat seikat. Suurimmiksi haasteiksi haastateltavat nostivat kiireellisuuden, henkilökohtaisen haluttomuuden yhteistyölle sekä fyysisen etäisyyden. Muita haasteita ovat koulutuksen puute, opitut traditiot, tietyt rajapinnat sekä ammattikuntien välinen tuntemattomuus. Yhdeksi isoksi haasteeksi moni koki myös resurssipulan. (Kuva 1.)

"Asioiden tärkeysjärjestykseen laittaminen on aika tärkeätä." (Vastaaja 2)

"No varmaan ajanpuute on semmonen ihan niinku yks realiteetti, että juuri tämäkin asia niin ei oo varmaan tullu mieleen ku on miljoona muutakin asiaa mitä on niinku työn alla ja niin se sitten tietenkkin aina priorisoidaan ja yritetään, että saadaan ne pahimmat tulipalot sammutettua ensin." (Vastaaja 4)

"Kyllä se on henkilöstä paljon itsestään kiinni... jos halutaan joku asia viedä eteen päin - niin kyllä se on täysin mahdollista." (Vastaaja 7)



KUVA 1. Jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien yhteistyötä rajoittavia tekijöitä.

Haastateltavat kokivat yhteistyötä edistäviksi tekijöiksi enimmäkseen henkilökohtaiset asiat. On keskeistä olla kiinnostunut ravitsemuksesta ja moniammatillisesta yhteis-

työstä. Oma aktiivisuus nähtiin erittäin tärkeänä asiana. Yhteistyötä edistää myös fyysinen läheisyys työpaikalla ja samassa työyhteisössä päivittäin toimiminen, jolla saavutetaan helpompi tavoitettavuus ja vaivattomuus ajatusten vaihtoon. Yksi haastateltavista nosti esille, että työntekijöiden tulisi pystyä konsultoimaan keskenään ilman välikäsiä. (Kuva 2.)

"Niin kyllähän se sitä edistäis jos siihen olis niinku itte innostunu." (Vastaja 1)

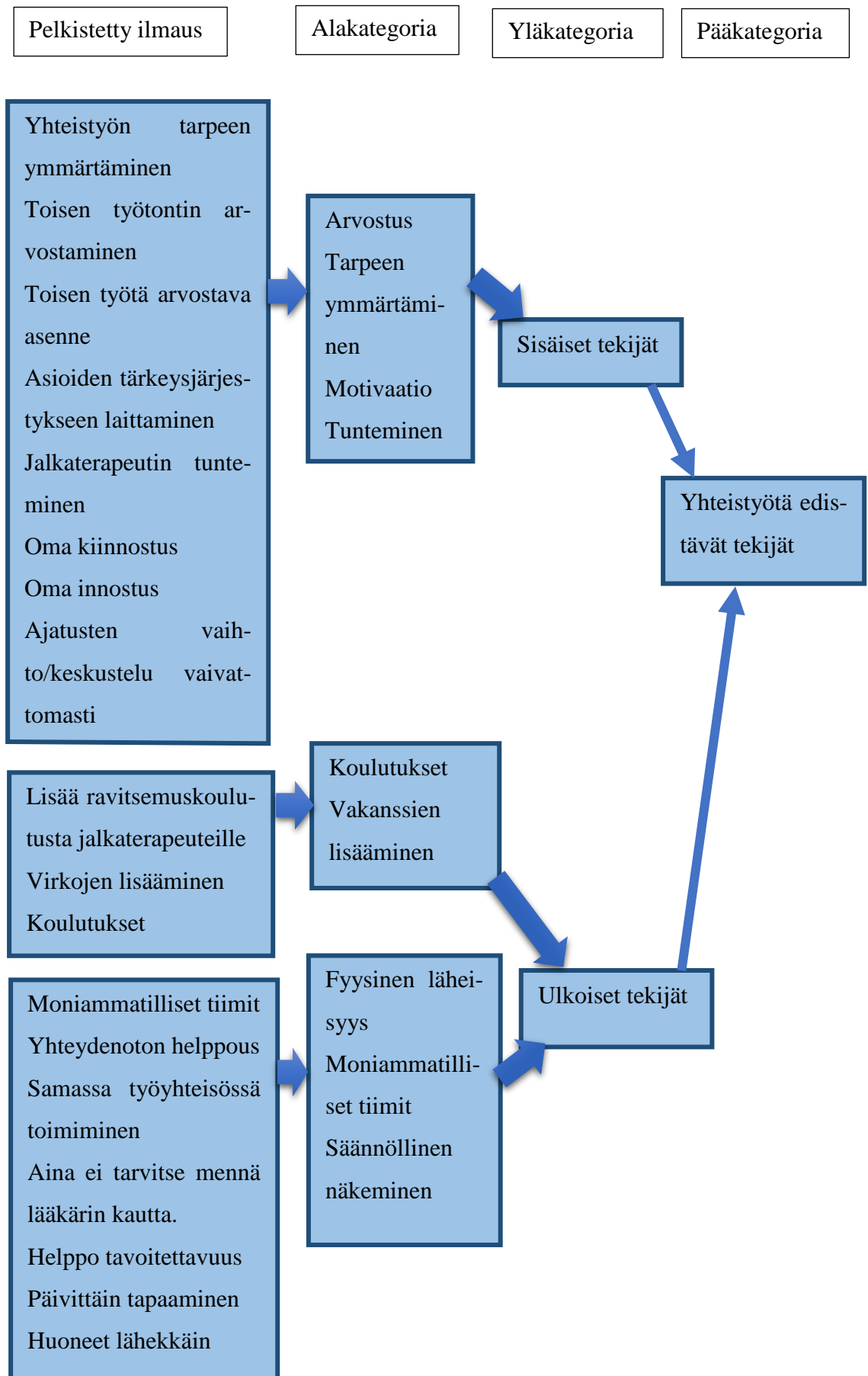
"No varmaan se, että teillä jalkaterapeuteille pitäis olla koulutuksessa ravitsemuksesta." (Vastaja 3)

"Sitten ehkä puolin ja toisin semmonen niinku toisen työtä arvostava asenne... että molemmat arvostaa sitä toisen työtönttia." (Vastaja 4)

"No varmasti se, että toimitaan tässä samassa työyhteisössä... et huoneet on hyvin lähekkäin ja tapaamme päivittäin." (Vastaja 5)

"Hirveen hyvä, kun ollaan näin lähekkäin... nään sen hirmu tärkeenä." (Vastaja 6)

"Välttämätöntä on tämmöset säännölliset palaverit." (Vastaja 7)



KUVA 2. Jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien yhteistyötä edistäviä tekijöitä.

Ravitsemuskoulutukset jalkaterapeuteille sekä yleinen yhteistyön tarpeen ymmärtäminen ja toisten ammattiryhmien tunteminen edesauttavat yhteistyön muodostumista. Yksi haastatelluista ravitsemusterapeuteista kertoi, ettei hän oikeastaan tiedä ollenkaan jalkaterapeutin työnkuvasta. Yhteistyö vaatii asioiden tärkeysjärjestykseen laittamista ja molemminpuolista arvostusta ammattiryhmien välillä. Virkojen lisääminen antaisi työntekijöille lisää aikaa moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen.

Tällä hetkellä jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien yhteistyö näkyy molemminpuolisena konsultointina ja vaativista potilaista keskusteluna. Ammattiryhmillä on yhteisiä potilaita ja parhaimmillaan konsultointi mahdollistuu akuuteissakin tilanteissa. Potilaan käynti voidaan suunnitella etukäteen ja samalle päivälle voidaan varata vastaanottoaika molemmille ammattiryhmille. Tähän yhteistyöhön liittyy keskeisesti myös potilaan eteenpäin ohjaaminen ja potilaan asioista informointi molempiin suuntiin. Epäsuorasti yhteistyö näkyy muun muassa haavatyöryhmien toiminnassa ja diabetespotilaiden tapaamisissa.

Valtaosa haastateltavista koki, että yhteistyöllä on tulevaisuuden näkymiä. Moniammatillinen yhteistyö on tulevaisuutta. Yhteistyötä on pakko lisätä, jos halutaan tehostaa terveydenhuollon toimintaa. Haastateltavien mielestä yhteistyötä voisi kehittää tulevaisuudessa yhteistyöpalavereilla, ensitieto- ja teemapäivillä sekä lisäämällä tapaamisia jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien välillä sekä miettimällä molempien vahvuuksia. Jalkaterapeuttien ravitsemuskoulutuksen lisääminen koettiin myös tärkeäksi.

Muiden sairaaloiden ja toimipisteiden toimintamalleja selvittämällä ja varaamalla yhteistyön kehittämiselle aikaa voitaisiin kehittää yhteistyötä. Haastateltavat kokivat lisäksi potilaskontaktit ja menneen ajan tarkastelun avaimiksi kohti parempaa ja syvällisempää yhteistyötä. Tärkeänä yhteistyötä parantavana tekijänä nähtiin molempien ammattiryhmien virkojen lisääminen. Paikoissa, joissa yhteistyötä ei ole, ratkaisuna on sen aloittaminen istumalla saman pöydän ääreen.

"Kyllähän siinä varmaan ensin pitäis istuu saman pöydän ääressä, että mehän ei oo.. ei oo kyllä heidän kanssa palaveerattu koskaan, että.. että.. siitähän se varmaan lähtis liikkeelle." (Vastaja 1)

"Moniammatillinen yhteistyö on tosiaankin tarpeellista." (Vastaja 2)

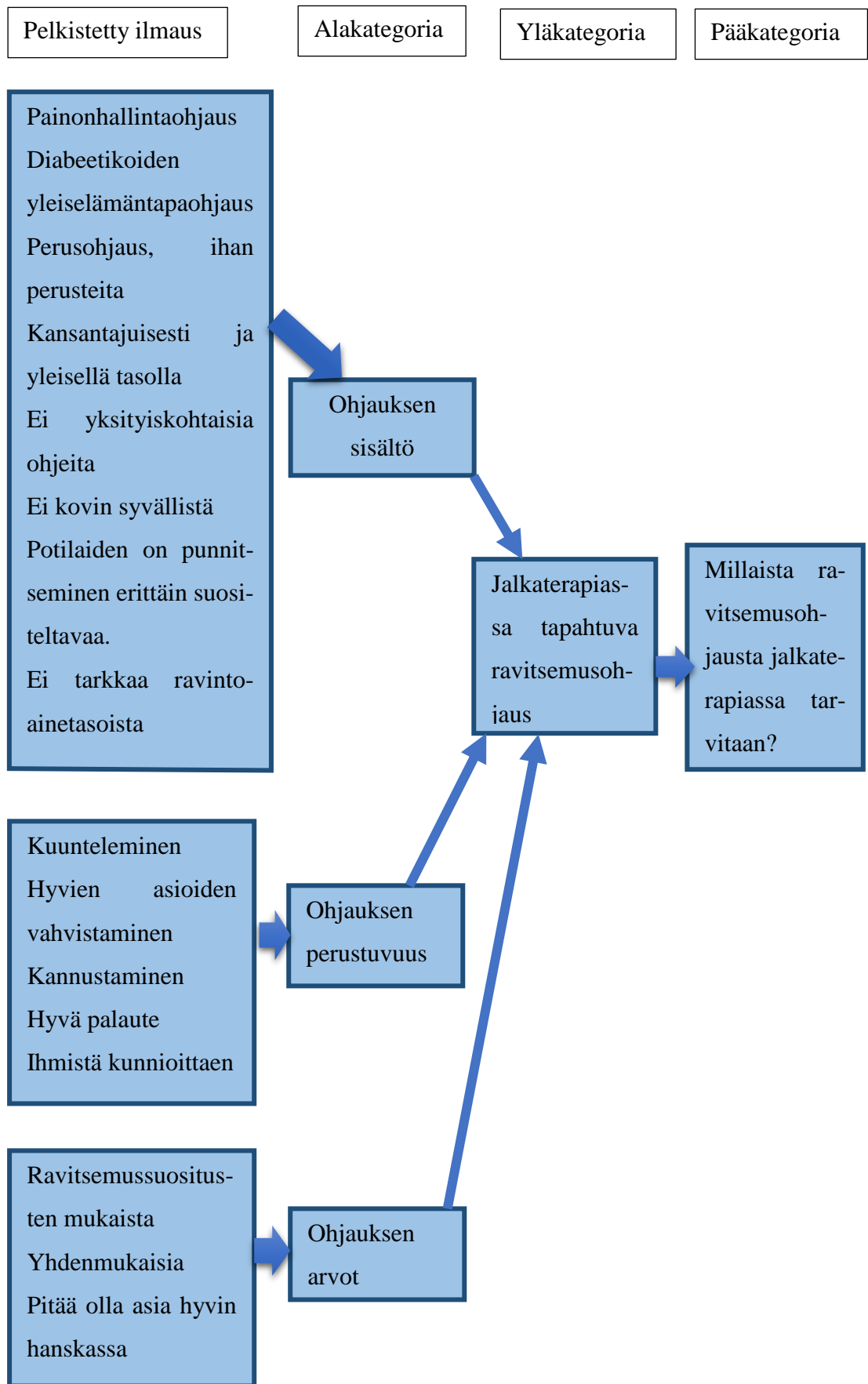
"Teemapäivien ympärillä vois sitä yhteistyötä ainakin kehittää." (Vastaja 4)

"Tämmöstä moniammatillisuutta, jossa jalkaterapeutti on meidän ammattikunnan yhtenä yhteistyökumppanina on tosi tärkeä." (Vastaja 7)

Valtaosa haastatelluista ravitsemusterapeuteista koki, että keskeistä jalkaterapeutin työssä tapahtuvassa ravitsemusohjauksessa on se, että ne perustuvat yleisiin ravitsemussuosituksiin ja eivät ole kovin yksityiskohtaisia. Sen tulisi perustua vankkaan tietotaitoon, olla kansantajuista kohdistuen yleisellä tasolla elämäntapaohjaukseen sekä yleiskunnan tukemiseen. Ihmistä kunnioittaen jalkaterapeutilla on merkittävä rooli kuuntelussa ja hyvien asioiden vahvistamisessa. Tässä jalkaterapeutti voi käyttää motivoivan haastattelun menetelmää potilaskohtauksessa. Yksi haastatelluista jalkaterapeuteista koki, että suullisen ravitsemusohjauksen tueksi olisi terapeutilla hyvä olla tukena kirjallista ohjemateriaalia, jota voisi antaa potilaalle mukaan. Tämä ohjemateriaali voisi sisältää tietoa muun muassa ravitsemuksen vaikutuksesta ihon kuntoon ja yleisimpiin sairauksiin. (Kuva 3.)

"Siinä mielessä tämä, että hyvien asioiden vahvistaminen ja kannustaminen, koska sekin on semmonen, että me saadaan aivan liian vähän hyvää palautetta." (Vastaja 2)

"Te ootte niinku Valviran laillistamia terveydenhuollon ammattilaisia, niin teidänhän pitää noudattaa ravitsemussuosituksia huolimatta siitä mitä itse olette mieltä." (Vastaja 3)



KUVA 3. Jalkaterapiassa tarvittava ravitsemusohjaus.

12 POHDINTA

12.1 Keskeisten tulosten tarkastelu

Jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien yhteistyön toteutumista ja sen mahdollisuuksia ei ollut aiemmin tutkittu, joten koimme tutkimuksen aiheelliseksi. Ravitsemuksella on merkittävä rooli jalkaterapiassa ilmenevien ongelmien hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Teoria ja haastatteluista saadut tulokset tukivat toisiaan tämän osalta. Opinnäytetyössämme selvitetään kyseisten ammattikuntien välisen yhteistyön toteutumista ja sen tulevaisuuden näkymiä. Toteuttamamme tutkimus osoittaa, että yhteistyössä on vielä merkittävästi kehitettävää. Kyseisten asiantuntijoiden yhteistyö on vielä kentällä käyttämätön tehokas voimavara.

Haavanlammi-Malm & Sarkkamaa (2011) toteavat tekemässään tutkimuksessa, että ravitsemusterapia koetaan tärkeäksi, mutta sen saatavuus on riittämätöntä. Useat eri asiakasryhmät hyötyisivät ravitsemusterapeutin palveluista. Tekemässämme tutkimuksessa kahden keskussairaalan osalta oltiin samoilla linjoilla. Ravitsemusterapeuttien määrä kuten jalkaterapeuttien määrä on usein keskussairaalassa riittämätön. Julkisen terveydenhuollon resurssipulat asettavat haasteita työntekijöille toimia entistä tehokkaammin. Joudutaan priorisoimaan asioita ja tällöin voi jäädä joku olennainenkin asia toteuttamatta.

Tutkimuksessamme selvitimme jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien yhteistyön toteutumista tällä hetkellä. Yhteistyön suhteen alue-erot eri puolilla Suomea ovat huomattavia. Tutkimuksessamme tuli tämä selkeästi esille. Toisessa keskussairaalassa yhteistyö toimii hyvin saumattomasti ja toisessa sitä ei taas juuri ole. Yhteistyön luonne myös vaihtelee aina haavatyöryhmässä näkemisestä päivittäiseen tapaamiseen. Parhaimmillaan se on nopeaa ja vaivatonta konsultointia akuuteissakin tapauksissa. Jalkaterapeutin ja ravitsemusterapeutin yhteistyöllä varustetussa keskussairaalassa jalkaterapeutti konsultoi tarvittaessa ravitsemusterapeuttia tai ohjasi potilaan sinne.

Jalkaterapeuteilla ja ravitsemusterapeuteilla on lukuisia yhteisiä potilasryhmiä, joista diabeetikot ja ylipainoiset ovat keskeisimpiä. Kyseiset potilasryhmät ovat huolestuttavasti Suomessa lisääntymässä luoden jatkuvaa kuormitusta terveydenhuoltojärjestelmälle. Heidän hoidossa moniammatillinen yhteistyö olisi ensiarvoisen tärkeää. Tutki-

muksessa nostettiin esille, että moniammatillinen yhteistyö on tulevaisuutta ja tätä tulisi hyödyntää potilaan etua ajatellen. Potilaan asioista informointi kollegalle tai eteenpäin ohjaaminen on onnistuneen hoitoprosessin yksi kulmakivistä. Molemmissa paikoissa yhteistyölle nähtiin tulevaisuuden mahdollisuuksia, vaatiensa aina lähtökohtaisesti saman pöydän ääreen istumista ja asiaan tarttumista. Tuloksista nähdään, että yhteistyön kehittämiseen on useita eri keinoja. Erilaisia palavereita ja tapahtumia järjestämällä, ottamalla esimerkkiä muiden sairaaloiden/toimipisteiden toimintamalleista ja tuomalla oman ammattikunnan vahvuuksia enemmän esille voidaan saada aikaan tiivis ja toimiva yhteistyö.

Tutkimustuloksissa keskeisimpänä jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien yhteistyötä sekä edistävinä että rajoittavina tekijöinä nousivat henkilökohtainen kiinnostus ravitsemukseen, asenne yhteistyöhön sekä konkreettisesti työhuoneiden sijainti toisiinsa nähden. Yhteistyötä ei voi syntyä, jos ei olla kiinnostuneita asiasta tai sille ei anneta mahdollisuutta tai sitä ei ollenkaan ajatella. Monissa haastatteluissa todettiin, että yhteistyön toteutuminen on ihan itsestä kiinni. Yhteistyön syntyyn myötävaikuttaa se, että nähdään ravitsemus osana jalkaterveyttä ja sairauksien hoitoa. Yhteistyö edellyttäisi kaikkien osapuolten ammatinkuvan tuntemista ja tutkimuksessamme selvisi, että jalkaterapeutin ammatinkuva ei ole täysin kaikkien tiedossa. Yhteenvetona tästä voisi olla se, että ylitsepääsemättömiä esteitä ei yhteistyölle ole ja yhteistyön muodostuminen on kiinni jokaisesta itsestään. Lisäksi molempien ammattikuntien tulisi tehdä itseään näkyvämmäksi ja tunnetummaksi, jotta yhteistyölle voitaisiin luoda mahdollisuus.

Tutkimuksessamme ilmeni, että ravitsemuksen vaikutuksesta jalkaterveyteen kyllä tiedetään aika hyvin, mutta sitä ei ehkä hyödynnetä riittävästi potilasohjauksissa. Haastattelujen perusteella jalkaterapeutti osaa pääsääntöisesti keskustella ravitsemuksesta ja antaa elämäntapaohjausta asiakaslähtöisesti. Vastapuolena tässä on se, että jalkaterapeutit saattavat tuntea asian esille nostamisen hoitotilanteessa epäolennaiseksi tai epämiellyttäväksi, vaikka ravitsemushoidolla olisi selkeä rooli potilaan kohdalla. Julkisen terveydenhuollon vahvat traditiot koettiin vaikuttavaksi asianhaaraksi johtaen ”oma tontti”-ajatteluun. Opinnäytetyömme avulla haluamme kannustaa jalkaterapeutteja sisällyttämään rohkeasti ravitsemusasioita osaksi potilasohjauksia. Teoriapohjamme ja tutkimustulokset todistavat ravitsemushoidon tärkeyden myös jalkaterapiassa.

Tutkimuksessamme haastateltavat painottivat, että ravitsemusohjauksen tulee perustua yleisiin ravitsemussuosituksiin. Se ei voi olla luonteeltaan yksityiskohtaista eikä syvällistä ravintoainetasoista ohjausta. Tutkimustuloksissa nostettiin esille jalkaterapeutin mahdollisuus kuulla potilasta ja vahvistaa hänen hyviä ravitsemustottumuksia. Haastateltu jalkaterapeutti nosti esiin kirjallisen ravitsemusoppaan tarpeen potilaskohtaamisissa. Tällainen ravitsemusopas voisi toimia jalkaterapeutille hyvänä tukena ravitsemusohjauksessa varsinkin jos oma ravitsemustietämys ei ole niin vankkaa. Lisäksi tämän oppaan voisi antaa potilaalle mukaan vietäväksi, jolloin kaikkea vastaanotolla läpi käytyä ei tarvitse muistaa ulkoa ja asioihin voisi palata itsenäisesti.

Teemahaastatteluista saatiin selkeitä vastauksia tutkimuskysymyksiimme ja koimme, että kaiken kaikkiaan opinnäytetyöprosessi onnistui suunnitellusti. Toivomme, että opinnäytetyömme avulla saisimme aikaan laajempaa pohdintaa kyseisten ammattikuntien keskuudessa yhteistyön suhteen, jonka myötä yhteistyö lisääntyisi ja jatkuisi sairaaloissa ympäri Suomen. Kannustimme jo prosessin aikana kyseisiä ammattikuntia keskinäiseen yhteistyöhön inspiroivilla teemakysymyksillämme. Toivottavasti herättimme jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien kiinnostuksen yhteistyön aloittamiseen tai sen syventämiseen.

12.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusta tehdessä eettiset seikat ovat merkittävässä asemassa. Koko tutkimuksen pohja voi tipahtaa eettisten kysymysten epäonnistuessa. Terveystutkimusta tehdessä noudatetaan eettistä ohjetta, jonka taustalla vaikuttaa Nürnbergin säännöstö. Siinä korostetaan seuraavanlaisia periaatteita:

- kokeeseen osallistuminen on vapaaehtoista
- yhteiskunnan tulisi hyötyä tutkimuksesta
- tutkimukselle tulisi löytyä peruste teoriapohjasta
- tutkimuksen kohteelle ei saa aiheutua minkäänlaista haittaa
- tutkimuksen voi lopettaa missä vaiheessa tahansa
- tutkimuksen tekijöiden tulee olla soveliaita tutkimuksen tekoon (Kylmä & Juvakka 2007, 137-138.)

Tutkimuksissa, jotka koskevat ihmisiä, tärkeimmiksi eettisiksi periaatteiksi luetellaan informointiin perustuva suostumus, luottamus, seuraukset ja yksityisyys. Tutkimuksen

kulkuun sisältyy eri vaiheita ja näissä jokaisessa nousee esille eettisiä kysymyksiä. Tutkimusta aloitettaessa tekemään tulisi pohtia tutkimuksen tarkoitusta ja sitä miten sillä saataisiin tarvittava hyöty. Suunnitelmavaiheessa eettiseen sisältöön kuuluu tutkimuksen kohdehenkilöiden suostumuksen saaminen ja luottamuksen takaaminen. Haastattelutilanne-vaiheessa eettisiksi kysymyksiksi nousevat haastateltavien henkilöiden antamien tietojen luottamuksellisuus. Tässä vaiheessa tulee ottaa huomioon itse haastattelutilanteen mahdollisesti aiheuttamat vaikutukset haastateltaville. Aineiston purkamis- eli litterointivaiheessa tulee esille luottamuksellisuus. Tällöin on myös huomioitava, että miten tarkkaan litterointi seuraa haastateltavien kommentointeja. Analyysivaiheessa eettiset kysymykset liittyvät siihen, kuinka syvällisesti ja kriittisesti haastattelut voidaan eritellä ja pystyvätkö kohdehenkilöt sanomaan, miten heidän lausumiaan on tulkittu. Tutkijan eettisiin velvollisuuksiin kuuluu ilmaista mahdollisimman varmaa ja luotettavaa tietoa. Raportoitaessa haastatteluja tulee jälleen ottaa huomioon luottamuksellisuus sekä täytyy huomioida mahdolliset seuraukset haastateltaville tutkimuksen suhteen. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 20.)

Tutkimusaineistoa tulee käyttää vain siihen käyttötarkoitukseen, johon se on alun perin suunniteltu ja sovittu ja tutkimuksen valmistuttua aineisto tulee hävittää. Tutkijan tulee noudattaa tietosuojasäädöksiä ja salassapitovelvollisuuksia. Tutkimusaineisto on säilytettävä niin, etteivät ulkopuoliset pääse näihin käsiksi ja se on vain tutkimuksen suorittajien käytettävissä. Julkaistava tutkimusversio ei saa sisältää tutkimuksen kohteena olevien tunnistetietoja, vaan tulokset tulee ilmoittaa anonymisti. Haastateltavalta tulee saada suostumus haastattelun nauhoitukseen ja kertoa perustelut tälle sekä haastateltavan tulee tietää miten tutkimusaineisto arkistoidaan, kuinka haastateltavan anonymiteetti suojataan ja kuinka tietojen hävitys tapahtuu puhtaaksikirjoittamisen jälkeen. (Kuula 2011, 214-215, 222; Mäkinen 2006, 94.)

Tutkimuksen tarkoituksena on pyrkiä tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta asiasta (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Tutkimusmenetelmien luotettavuuteen liittyy keskeisesti käsitteet validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetin määritelmä kuuluu: "tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu" ja reliabiliteetti taas tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta. Näitä käsitteitä on kuitenkin kritisoitu kvalitatiivisten tutkimusten keskuudessa, koska alun perin ne ovat muodostuneet kvantitatiivista tutkimusta varten, eivätkä ehkä vastaa kvalitatiivisen tutkimuksen tarpeita. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 136-137.) Kylmän ja Juvakan (2007, 127) teoksessa on

koottu kvalitatiivisen tutkimuksen arviointikriteereiksi uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys.

Uskottavuudella (credibility) tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja tämän osoittamista tutkimuksessa. Tutkimuksen uskottavuuden vahvistavana tekijänä on tutkittavan kohteen pidempiaikainen kokemus tutkimuskohteen osalta. Tutkimukseen osallistuvan näkökulman ymmärtämiseen tarvitaan aikaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkastellaan asiaa tutkimuksen osallistujan perspektiivistä. Uskottavuutta voidaan lisäksi lisätä pitämällä tutkimuspäiväkirjaa, jossa eritellään omia kokemuksia ja pohditaan valintoja. Tutkimuksen uskottavuuteen voidaan vaikuttaa lisäksi triangulaatiolla. Tällä tarkoitetaan erilaisten menetelmien, tutkijoiden, tietolähteiden tai teorioiden kokoamista yhteen. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Vahvistettavuutta (dependability, auditability) pidetään hieman ongelmallisena kriteerinä kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Tämä johtuu siitä, että toinen tutkija voi päätyä jopa samankin aineiston pohjalta erilaisiin tulkintoihin. Erilaiset tulkinnat koetaan hyväksyttävänä kvalitatiivisessa tutkimuksessa, eikä sitä pidetä luotettavuusongelmana. Vahvistettavuus sisältyy koko tutkimusprosessiin, joka tulisi kirjata niin hyvin kuin mahdollista. Tutkimuspäiväkirjan pitäminen liittyy keskeisesti tähän. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Refleksiivisyyteen liittyy keskeisesti edellytys siitä, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimusta tehdessään. Tutkimuksen tekijän tulee punnita omaa vaikutustaan aineistoon ja tutkimusprosessiin sekä kertoa lähtökohdat tutkimusraportissa. **Siirrettävyydellä** (transferability) tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset tulisi olla siirrettävissä muihin vastaaviin tilanteisiin. Lukijan tulisi pystyä arvioimaan tulosten siirrettävyyttä sen perusteella, miten tarkasti tutkimuksen kohderyhmää ja ympäristöä on kuvailtu. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Haastattelun luotettavuutta varmistetaan tekemällä etukäteen mahdollisimman hyvä haastattelurunko apukysymyksineen. Nämä eivät saa sisältää liikaa johdattelua. Haastattelurungon sekä yhteisten pelisääntöjen läpikäyminen haastattelijoiden kesken ennen haastattelua parantaa haastattelun onnistumisen mahdollisuuksia. Tähän sisältyvät myös haastattelutapa ja siihen käytetyn ajan määrittäminen enakkoon. Haastattelut

tulisi suorittaa rauhallisessa ympäristössä ilman ylimääräisiä häiritseviä tekijöitä, jotka voisivat häiritä haastattelun kulkua. Haastattelutilannetta varten tulee ennakkoon varmistaa, että tekninen välineistö on kunnossa ja haastattelijat osaavat käyttää laitteita. Itse haastattelutilanteeseen olisi hyvä ottaa mukaan laitteen varavirtalähteitä varmuuden vuoksi. Haastattelujen jälkeen mahdollisimman nopea haastattelun litterointi parantaa luotettavuutta, sillä tällöin asiat ovat haastattelijoiden tuoreessa muistissa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 127, 184-185.)

Tutkimuksessa pyrimme noudattamaan eettisiä periaatteita ja ottamaan huomioon luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä. Tutkittavalle aiheelle löytyi peruste teoriapohjasta ja ajattelimme, että siitä voisivat kyseiset ammattikunnat hyötyä. Tämä on yksi osa eettisiä periaatteita. Haastateltaviin oltiin yhteydessä etukäteen, jolloin kerroimme opinäytetyöstämme ja siihen liittyvästä haastattelusta. Tällöin kyselimme heidän halukkuuttaan osallistua haastatteluun, joka olisi vapaaehtoista ja jokaiselta saimme myönteisen vastauksen. Luotettavuutta vahvisti haastateltavien myönteisyys haastattelun ja sen nauhoittamisen suhteen. Nauhureiden käytön harjoittelimme ennakkoon ja varmistimme näin, että haastattelut sujuvat teknisten laitteiden osalta harmittomasti haastattelutilanteissa. Käytimme haastattelujen pohjana ennakkoon luotua haastattelurunkoa (liite 4). Haastattelut suoritettiin rauhallisissa tiloissa pääosin henkilöiden omissa työhuoneissa. Varsinkin ravitsemusterapeutit olivat haastattelutilanteessa luonnollisesti ilman luotettavuuteen vaikuttavaa jännittyneisyystilaa. Kaikilta haastatelluilta pyydettiin kirjallinen suostumusasiakirja (liite 3) allekirjoitettuna, jossa oli tietoa haastattelujen luottamuksellisuudesta ja sen anonyymiydestä materiaalin käsittelyssä ja julkaisussa. Kaikkien haastateltavien kanssa käytiin haastattelun luonne läpi ja kerrottiin mahdollisuus haastateltavalle lopettaa tilanne missä vaiheessa tahansa. Haastateltavia ohjeistettiin vastaamaan kysymyksiin omin sanoin omien ajatusten perusteella. Vältimme haastatteluissa liiallista johdattelua, jotta saimme haastateltavien näkökulmasta olevia vastauksia. Haastatteluissa tuotetut nauhoitteet säilytimme asianmukaisesti ulkopuolisilta suojaan ja niitä käytettiin vain tämän opinäytetyön teossa. Nauhoitteet hävitettiin litteroinnin jälkeen. Tulosten analysoinnissa noudatettiin anonyymiteettiä ja vastaukset esitettiin niin, ettei niistä tule esille haastateltavan henkilöllisyyttä

12.3 Oma oppimisprosessi opinnäytetyössä

Prosessin alkuvaiheessa otimme säännölliseksi rutiiniksi tulla koulun kirjastolle luomaan teoriamateriaalia. Kokoontumiskertoja kertyi viikkoa kohden noin kahdesta neljään, jonka koimme sopivaksi tahdiksi. Teimme opinnäytetyötämme kahdella tietokoneella yhtäaikaisesti Word Online -ohjelmalla, joka mahdollisti huomattavan hyödyn. Lähes poikkeuksetta olemme tehneet tehokkaasti työtämme noin kolme tuntia kerrallaan mahdollistaen optimaalisen keskittymisen tason. Kunnioitimme koko vuoden aikana molempien henkilökohtaista elämää ja siihen liittyviä tottumuksia muun muassa harrastuksien, ruoka- ja unirytmien sekä ihmissuhteiden tiimoilta. Tällaisen järjestyksen myötä jaksosimme pakertaa opinnäytetyötämme parissa ilman, että siitä olisi tullut kummallekaan liian suuri taakka ja kuitenkin niin, että työstämme tuli mielestämme onnistunut.

Ilmapiiri on säilynyt positiivisena muutamasta takaiskusta huolimatta. Keväällä ajatuksenamme oli saada lupahakemukset ja haastattelut tehtyä kesän aikana, mutta aikaistunut muutto ja henkilökohtaiset seikat lykkäsivät haastatteluprosessia lupahakemuksineen syyslukukaudelle asti. Kouluun palatessa nopeutimme tahtia ja saimme lopulta työn ajallaan valmiiksi, vaikka toiseen lupahakemukseen tuli täydennyspyyntö. Hyväksytyjen lupahakemuksien jälkeen lisäviivästyksen toi haastateltavien aikataulut - haastattelulle löytyi aikaa keskimääräisesti muutaman viikon päästä. Molempia kiinnostava aihe ylläpiti motivaatiota koko prosessin ajan haasteista huolimatta.

Opinnäytetyöprosessin aikana perehdyimme haastatteluun tutkimusmenetelmänä aluksi teorian tasolla ja sen jälkeen toteutimme haastattelut käytännössä. Haastatteluissa tuli ottaa monenlaisia asioita huomioon ja tästä saimme hyvää harjoitusta jatkoa ajatellen. Käytimme haastattelujen tukena kattavaa teoriapakettia ravitsemuksesta, jonka keskeisimmät asiat tulivatkin vastaan haastattelutilanteissa. Ilauduimme miten suuri osa haastateltavien vastauksista olivat yhdenmukaisia kerätyn teorian kanssa. Eniten haastattelijoina meitä yllättivät alueelliset erot sekä jotkin yksittäiset vastaukset, esimerkiksi ravitsemusterapeutin puutteellinen tietämys jalkaterapeutin ammatinkuvasta. Emme ennen haastatteluja osanneet ajatella miten merkittävästi jo pelkkä fyysinen läheisyys työyhteisössä tai sen puuttuminen voisi vaikuttaa yhteistyön määrään ammattiryhmien välillä. Näin haastattelujen jälkeen ajatteleimme, että tähän on

täysin loogista ja tämä olisikin seikka, johon tulisi kiinnittää huomiota jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien yhteistyötä mietittäessä.

Koimme laadullisen tutkimusmenetelmän sopivaksi aiheessamme, jossa on keskeistä raapaista pintaa syvemmillä yhteistyön tasoihin ja yksityiskohtiin. Seitsemän haastatettavaa toi kylliksi työtä litterointiin ja analysointiin, vaikkakin kokonaisvaltaisempi otanta olisi antanut laajemman käsityksen Suomessa tapahtuvasta jalkaterapeutin ja ravitsemusterapeutin yhteistyöstä. Teemahaastattelu menetelmänä oli molemmille opinnäytetyön tekijöille uusi. Prosessin edetessä kehityimme merkittävästi haastattelijoina ja haastattelut menivät suunnitellusti ja ripeästi. Yllätyimme siitä, miten paljon alueellista eroa oli yhteistyön tasossa ja yksilöiden kiinnostuksessa asiaa kohtaan. Aineistoanalyysin raskaus ja aikaa vievyys osaltaan yllätti viivyttäen hieman opinnäytetyöprosessin loppuvaihetta. Löysimme sisällönanalyysiin heti kuitenkin tehokkaan tavan, jota hyödyntäen analysointi oli järjestelmällistä, nopeaa ja mielenkiintoista.

Miettiessämme vaihtoehtoisia tutkimusmenetelmiä tuli mieleen, että tutkimuksessa olisi voitu käyttää myös osaksi kvantitatiivista menetelmää kyselylomakkeen muodossa. Tämä olisi kuitenkin edellyttänyt laajempaa tutkimusjoukkoa ja vastaukset eivät välttämättä olisi olleet niin syvällisiä kuin teemahaastattelua käytettäessä. Menetelmällä kuitenkin olisi voitu saada selville enemmän tietoa alueellisista eroista. Tämän menetelmän lisäksi tuotekehityksellä olisi voitu luoda opas jalkaterapeuteille ravitsemuksen merkityksestä ongelmiin, joita jalkaterapeutti päivittäisessä työssään kohtaa.

Kasvoimme ammatillisesti jalkaterapeutteina huomattavasti viimeisen vuoden aikana. Saimme lisää tietotaitoa ravitsemuksen vaikutuksesta elimistöön sekä yleisesti ravitsemustiedosta. Havahduimme lisää ravitsemuksen vaikutuksesta jalkoihin ja toivomme, että tulevaisuudessa nykyiset ja tulevat jalkaterapeutit ottavat enemmän huomioon ravitsemuksen tärkeyden jalkaterapian osana. Näimme prosessin aikana moniammatillista yhteistyötä ja pääsimme vaikuttamaan konkreettisesti siihen. Kehityimme aikatauluttamaan itseämme sekä ottamaan myös muut huomioon siinä. Opinnäytetyössämme toteutunut aikataulu löytyy opinnäytetyön lopusta (liite 6).

12.4 Jatkotutkimusaiheet

Saimme tutkimukseemme kaksi erilaista toimipaikkaa, mutta laajempi näkemys jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien yhteistyön toteutumisesta olisi mielenkiintoista tietää. Tämä voisi olla yksi jatkotutkimuksen aihe. Ehdottaisimme lisäksi yhdeksi jatkotutkimusaiheeksi tuotekehittelyä ravitsemusoppaan jalkaterapeutille, jota hän voisi hyödyntää ravitsemusohjauksessaan. Huomasimme opinnäytetyötä tehdessämme jälleen, että jalkaterapeutin ammatti on vielä osalle jopa sairaalan henkilökunnasta vieras. Jatkotutkimusaiheena voisikin olla jalkaterapeutin ammatin esille tuominen ravitsemusterapeuteille. Yhtenä tutkimusaiheena voisi olla lisäksi jalkaterapeuttiopiskelijoiden ravitsemustietämyksen kartoittaminen ja kokemukset koulutuksessa olevasta ravitsemusopetuksen määrästä.

LÄHTEET

- Araujo, M.L.D. & Burgos, M.G.P. & Moura, I.S.C. ym., 2009. Nutritional influences in psoriasis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*; 84 (1): 90–92 (2009).
- Arffman, Senja, Partanen, Raija, Peltonen, Heidi & Sinisalo, Laura (toim.) 2009. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Aro, Antti, Mutanen, Marja & Uusitupa, Matti (toim.) 2012. Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim.
- Arokoski, Jari 2012. Polvi- ja lonkkanivelriikko (artroosi). WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=CC8BF4CE25950912C05114399638D286?id=khp00064>. Päivitetty 8.10.2012. Luettu 28.5.2015.
- Flanagan, Madeleine 1997. *Wound Management*. London: Churchill Livingstone.
- Haahtela, Tari, Hannuksela, Matti, Mäkelä, Mika & Terho, Erkki O. (toim.) 2007. *Allergia*. Helsinki: Duodecim Oy.
- Haavanlammi-Malm, Anneli & Sarkkamaa, Marja 2011. Ravitsemusasiantuntemuksen tarve Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Palvelujen tuottamisen ja johtamisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. <http://www.theseus.fi/handle/10024/26453>. Ei päivitystietoja. Luettu 19.11.2015.
- Haglund, Berit, Huupponen, Terttu, Ventola, Anna-Liisa & Hakala-Lahtinen, Pirjo 2007. *Ihmisen ravitsemus*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Hannuksela, Matti 2009. Ihokeliakiassa kutinaa ja rakkuloita. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kop00164. Päivitetty 22.1.2009. Luettu 22.4.2015.
- Hannuksela, Matti, Peltonen, Sirkku, Reunala, Timo & Suhonen, Raimo (toim.) 2011. *Ihotaudit*. Helsinki: Duodecim Oy.
- Hannuksela-Svahn, Anna 2014. Kämmenten ja jalkapohjien märkärakkulat (palmoplantaari pustuloosi). WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00463. Päivitetty 24.2.2014. Luettu 26.5.2015.
- Hannuksela-Svahn, Anna 2015. Ihokeliakia (dermatitis herpetiformis). WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00266. Päivitetty 8.4.2015. Luettu 22.4.2015.
- Heikkilä, Marjo & Saar, Laura 2014. Jalkaterapeuttien osaamisen kehittäminen. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen (ylempi AMK). Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. <https://www.theseus.fi/handle/10024/88801>. Päivitetty 10.12.2014. Luettu 24.4.2015.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2010. *Tutkimushaastattelu*. Helsinki: Gaudeamus.

- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2010. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hyytinen, Mila, Mustajoki, Pertti, Partanen, Raija & Sinisalo-Ojala, Laura (toim.) 2009. Ravitsemushoito-opas. Helsinki: Duodecim.
- Isoherranen, Kaarina 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- Isoherranen, Kaarina, Rekola, Leena & Nurminen, Raija 2008. Enemmän yhdessä: moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- Itä-Suomen yliopisto 2015. Ravitsemustiede. WWW-dokumentti. www2.uef.fi/fi/ttdk/ravitsemustiede. Ei päivitystietoja. Luettu 7.4.2015.
- Juutilainen, Vesa & Hietanen, Helvi (toim.) 2012. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Jäntti, Merja 2011. Haavojen paranemista edistävä ravitsemus. WWW-dokumentti. https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/23385_Merja_Jantti.ppt. Päivitetty 5.4.2011. Luettu 1.9.2015.
- Kairala, Maarit 2011. Muuttuva asiantuntijuus - Modernin ajan suljetusta asiantuntijuudesta, kohti postmodernia, jaettua asiantuntijuutta sosiaalityössä. Lapin yliopisto. Sosiaalityö. Kandidaatin tutkielma. PDF-dokumentti. http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/kaste/lappi/perusterveydenhuollon_kehittaminen/perusterveydenhuollon-kuntakansiot/varhain-vanhemmaksi-toiminamalliaitiysneuvolan-ja-sosiaalitoimen-yhteistyohon/Kanditutkielma.pdf. Päivitetty 2011. Luettu 26.5.2015.
- Keliakialiitto ry 2015a. Keliakian oireet. WWW-dokumentti. https://www.keliakialiitto.fi/liitto/keliakia/keliakia_sairautena/keliakia_ei_ole_allergia/. Ei päivitystietoja. Luettu 22.4.2015.
- Keliakialiitto ry 2015b. Keliakia ei ole allergia. WWW-dokumentti. https://www.keliakialiitto.fi/liitto/keliakia/keliakia_sairautena/oireet/. Ei päivitystietoja. Luettu 22.4.2015.
- Kokkonen, Tuula, Nylén, Marja & Reinikainen, Tuija 2001. Ihopotilaan hoito ja tutkiminen. Helsinki: Tammi.
- Kuula, Arja 2011. Tutkimusetiikka – aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1, 3-7.
- Liukkonen, Irmeli & Saarikoski, Riitta (toim.) 2012. Jalat ja terveys. Helsinki: Duodecim Oy.
- Louheranta, Anne 2004. Ravitsemus ja ruokavaliot. Helsinki: Dieettimedia Oy

MAMK University of Applied Sciences 2015. Jalkaterapeutti (AMK). WWW-dokumentti. http://www.mamk.fi/koulutus/amk-tutkinnot_paiivatoteutus/jalkaterapeutti_amk_. Ei päivytystietoja. Luettu 8.4.2015.

MAMK 2015. Mamk – Kasva vahvaksi. WWW-dokumentti. http://www.mamk.fi/mamk_. Ei päivytystietoja. Luettu 3.9.2015.

Metropolia 2015. Jalkaterapia, päivätoteutus. WWW-dokumentti. <http://www.metropolia.fi/haku/koulutustarjonta-nuoret-sosiaali-ja-terveysala/jalkaterapia/>. Ei päivytystietoja. Luettu 8.4.2015.

Metsämuuronen, Jari 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp Oy.

Mustajoki, Pertti 2013. Lihavuus WWW-dokumentti http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042. Päivitetty 28.1.2013. Luettu 13.4.2015.

Mustajoki, Pertti 2015a. Nivelreuma. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00051. Päivitetty 16.3.2015. Luettu 19.5.2015.

Mustajoki, Pertti 2015b. Keliakia. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00026. Päivitetty 7.4.2015. Luettu 26.5.2015.

Mustapha, Moriam, Callan, Julia & Radbone, Lynne 2013. Making the best use of a hospital Dietitian. Tiivistelmä artikkelista. WWW-dokumentti. <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/science/article/pii/S1751722213000826>. Ei päivytystietoja. Luettu 20.11.2015.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan abc. Helsinki: Tammi.

Männistö, Satu, Laatikainen, Tiina ja Vartiainen, Erkki 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen FINRISKI 2012 - tutkimuksen tiivistelmä. PDF-dokumentti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf. Ei päivytystietoja. Luettu 19.11.2015.

Paganus, Aila & Voutilainen, Helena 2009. Allergia ja keliakia. Helsinki: Tammi.

Pohjolainen, Timo 2015. Nivelrikko (artroosi). WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00673. Päivitetty 12.4.2015. Luettu 28.5.2015.

Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry, 2009. Erityisruokavaliot - opas ammattilaisille. Helsinki: Dieettimedia Oy.

Rty 2014. Potilastyössä toimivat ravitsemusterapeutit. WWW-dokumentti. <http://rty.fi/wp-content/uploads/2014/05/Rav-ter-resurssit-huhtikuu-2014-tk-esh-ostopalv.pdf>. Ei päivytystietoja. Luettu 23.4.2015.

- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. Strukturoitu ja puolistrukturoitu haastattelu. WWW-dokumentti.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_3.html. Ei päivitystietoja. Luettu 25.5.2015.
- Saarelma, Osmo 2014. Jalkaterän sairaudet, jalkakipu. WWW-dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00268. Päivitetty 9.6.2014. Luettu 12.5.2015.
- Saarikoski, Riitta, Stolt, Minna & Liukkonen, Irmeli 2010. Terveet jalat. Helsinki: Duodecim Oy.
- Saarikoski, Riitta, Stolt, Minna & Liukkonen, Irmeli 2012a. Jalkaterveys ja elämäntavat. WWW-dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00003. Päivitetty 10.12.2012. Luettu 14.4.2015.
- Saarikoski, Riitta, Stolt, Minna & Liukkonen, Irmeli 2012b. Yleisterveiden ja jalkaterveyden yhteydet. WWW-dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00002&p_teos=jal&p_osio=&p_selaus=15697. Päivitetty 10.12.2012. Luettu 14.4.2015.
- Saarikoski, Riitta, Stolt, Minna & Liukkonen, Irmeli 2012c. Nivelreuman aiheuttamat jalkamuutokset. WWW-dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00139. Päivitetty 10.12.2012. Luettu 10.9.2015.
- Saarikoski, Riitta, Minna, Stolt & Liukkonen, Irmeli 2012d. Diabeettiset jalkavauriot. WWW-dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00135. Päivitetty 10.12.2012. Luettu 20.11.2015.
- Seppänen, Salla & Iivanainen, Ansa 1999. Haavan paraneminen – yksilöllinen prosessi vai biologinen tapahtuma?. Sairaanhoidaja 7, 31.
- Sholberg, Marja-Helena & Ratinen, Taru 2009. Haavahoitajan näkemyksiä ravitsemuksesta osana haavahoitoa. Lahden ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. <http://www.theseus.fi/handle/10024/2647>. Päivitetty 2009. Luettu 15.11.2015.
- Solenovo Oy 2015. Opetussuunnitelmat: Mikkelin ammattikorkeakoulu 2015-2016. WWW-dokumentti.
https://soleops.mamk.fi/opsnet/disp/fi/ops_KoulOhjSel/tab/tab/sea?lukuvuosi=4586248&ryhmyttyp=1&koulohj_id=5928898&stack=push. Ei päivitystietoja. Luettu 8.4.2015.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2013. Lihavuus (aikuiset). WWW-dokumentti.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=774091EF008208BDD795D2BFD140BEE1?id=hoi24010>. Päivitetty 13.9.2013. Luettu 16.4.2015.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013. Diabetes. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50056>. Päivitetty 12.9.2013. Luettu 12.5.2015.

Suomen reumaliitto ry 2013. Reumataudit ja ravinto. WWW-dokumentti. http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumataudit_ja_ravinto/. Päivitetty 11/2013. Luettu 10.9.2015.

Suomen reumaliitto ry 2011a. Kihti. WWW-dokumentti. <http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumataudit/kihti/>. Päivitetty 2011. Luettu 12.5.2015.

Suomen reumaliitto ry 2011b. Nivelrikko. WWW-dokumentti. <http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumataudit/nivelrikko/>. Päivitetty 2011. Luettu 28.5.2015.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014. Painonhallinta. WWW-dokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/ravitsemus-ja-terveys/painonhallinta>. Päivitetty 11.11.2014. Luettu 25.9.2015.

Terveyskirjasto 2015. Arakidonihappo. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00269. Ei päivitystietoja. Luettu 16.4.2015.

Terveysportti 2001. Ravitsemusneuvontaan saatava pikaisesti lisää resursseja. WWW-dokumentti. http://terveyskirjasto.fi/terveysportti/uutissorvi_uusi.lue_abstrakti2?iid=875. Päivitetty 7.3.2001. Luettu 23.4.2015.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Turun yliopisto 2013. Vain puolella prosentilla ikäihmisistä on jalat kunnossa (Väitös TtM Minna Stolt 3.5.2013). WWW-dokumentti. <http://www.utu.fi/fi/Ajankohtaista/mediatiedotteet/vaitostiedotteet/Sivut/vain-puolella-prosentilla-ikaihmisista-jalat-ovat-kunnossa.aspx>. Päivitetty 25.4.2013. Luettu 24.4.2015.

Nuotio, Una 2004. Ravinto ja kauneus. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava

Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010. Ravitsemushoito-suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Viiru, Mari 2010. Ravitsemuksen vaikutus ihon kuntoon - psoriaatikoiden kokemuksia ravinnon ja iho-oireiden yhteydestä. Itä- Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Tiivistelmä pro-gradu-tutkielmasta. <https://www2.uef.fi/documents/1299922/1299977/Viiru+Mari.Ravitsemuksen+vaikutus+ihon+kuntoon+-+psoriaatikoiden.pdf/>. Ei päivitystietoja. Luettu 16.4.2015.

Voutilainen, Eeva, Fogelholm, Mikael & Mutanen, Marja, 2015. Ravitsemustaito.
Helsinki: Sanoma Pro Oy.



PYYNTÖ

Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi

Opinnäytetyön toteuttamiseksi

Laitos, yritys, yhteisö,
jolle pyyntö osoitetaan:

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa julkisen terveydenhuollon jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien yhteistyön toteutumista tällä hetkellä. Pyrimme selvittämään näkemyksiä yhteistyön eduista ja sen mahdollisista haasteista käytännössä sekä kehitysmahdollisuuksista.
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Savonlinnan keskussairaalan ravitsemus- ja jalkaterapeutit
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Opinnäytetyö toteutetaan kvalitatiivisena tutkimuksena käyttäen aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	Teemahaastatteluiden toteutus syys-lokakuussa 2015.
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	Marraskuu 2015
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty terveysalan laitoksella	28. päivänä toukokuuta 2015 <i>Arja Kiviaho-Tiippa</i> opettaja
Opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa	Arja Kiviaho-Tiippana, yliopettaja, TET, jalkaterapeutti-koulutus arja.kiviaho-tiippa@mamk.fi Laura Saar jalkaterapeutti YAMK, [redacted] hankiopettaja laure.saar@mamk.fi
Opinnäytetyön tekijät	[redacted]
Henna Käyhkö	[redacted]
Jaakko Syrjämäki	[redacted]

Anomus käsitelty 12 9 2015 lupa myönnetty lupa eväyty, peruste:

Arja Kiviaho-Tiippa
hankiopettaja
Allekirjoitus



KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPAIIRI

OPINNÄYTETUTKIMUKSEN (YO, AMK, MUU)
TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

1

TUTKIMUSNUMERO (tutkimuspäällikkö täyttää)	
Lomake on tarkoitettu opinnäytetutkimuksen tekijöille, jotka suorittavat opinnäytetutkimukseen liittyvän aineiston keruun K-S:n shp:ssä eikä opinnäytetutkimus ole osa laajempaa tutkimusprojektia. Lomake allekirjoitetaan ja toimitetaan liitteineen tutkimuspäällikölle eteenpäin toimitettavaksi.	
1 Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Tutkijan/opiskelijan suku- ja etunimi Henna Käyhkö, Jaakko Syrjämäki
	Nykyinen työnantaja/opiskelupaikka Mikkelin ammattikorkeakoulu, Savonniemen kampus
	K-S:n shp:n palveluksessa <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
	Kotiosoite [REDACTED]
	Postinro ja - paikka [REDACTED]
	Puhelin toimeen [REDACTED]
	Puhelin kotiin [REDACTED]
Sähköpostiosoite [REDACTED]	
Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Mikkelin ammattikorkeakoulu, Savonniemen kampus	
Yliopiston/laitoksen/Ammattikorkeakoulun/oppilaitoksen osoite/yhteystiedot Savonniemenkatu 6, 57100 Savonlinna	
2 Opinnäytetyön nimi	Opinnäytetutkimuksen nimi julkisessa muodossa/lyhyt nimi
	Ravitsemusterapeuttien ja jalkaterapeuttien yhteistyö ja sen mahdollisuudet
3 Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetutkimuksen ohjaaja/t, ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin)
	Kiviaho-Tiippana Arja, yliopettaja, TtT, jalkaterapeuttikoulutus, arja.kiviaho-tiippana@mamk.fi [REDACTED] Saar Laura, jalkaterapeutti YAMK, tuntiopettaja, laura.saar@mamk.fi [REDACTED]
	Opinnäytetutkimuksen ohjaaja on hyväksynyt tutkimussuunnitelman
Päivämäärä 28.5.2015	Opinnäytetutkimuksen ohjaajan allekirjoitus ja nimen selvennys <i>Arja Kiviaho-Tiippana</i> ARJA KIVIAHO-TIIPPANNA
4 K-S shp:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka tai toimi [REDACTED]
	K-S:n shp:n vastuualue, vastuuyksikkö tai liikelaitos, jossa yhteysthenkilö työskentelee [REDACTED]
	Sähköpostiosoite/puhelin/gsm [REDACTED]

5 Opinnäyte-työtä koskevat tiedot	Tiivistetty kuvaus opinnäytetutkimuksen suorittamisesta K-S:n shp:ssä	
	Opinnäytetyömme tavoitteena on kartoittaa julkisen terveydenhuollon jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien yhteistyötä. Käytämme työssämme teemahaastattelua, jonka avulla pyrimme selvittämään näkemyksiä yhteistyön eduista ja sen mahdollisista haasteista käytännössä sekä kehittämismahdollisuuksista. Tarkoituksena haastatella jalkaterapeutteja ja ravitsemusterapeutteja.	
	Asiasanat (max 5 kpl) ravitsemusterapeutti, jalkaterapeutti, ravinto, moniammatillisuus, ohjaus	
	Opinnäytetutkimuksen taso <input type="checkbox"/> Tohtorin tutkinto <input type="checkbox"/> Licensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteritutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaattitutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK - tutkinto <input checked="" type="checkbox"/> AMK - tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetutkimuksen tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hoitotiede <input checked="" type="checkbox"/> Muu terveystiede, mikä? <i>Nonifideinen tietoperusta, pediatria</i> <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
	Opinnäytetutkimus on osa laajempaa K-S:n shp:n hanketta <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	
	Opinnäytetutkimus kuuluu muuhun laajempaan tutkimusprojektiin <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mihin?	
	Arvioitu aloituspvm <i>(syyskuu 2014)</i> <i>lokakuu syyskuu 2015</i>	Arvioitu päättymispvm <i>9.11.2015</i>
	Opinnäytetutkimuksen suorituspaikat K-S:n shp:ssä Keski-Suomen keskussairaalan sisätautienpoliikklinikka	
	Osallistuuko opinnäytetutkimuksen tekijä potilastyöhön <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
	Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Aineiston arvioitu koko <i>3 4 isshp</i> <i>K-shp</i>
Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Mittaukset, mitkä? <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
Tutkija tarvitsee luvan potilastietojen käyttöön potilastietojärjestelmästä/arkistosta (mm. rekisteritutkimus, muu tutkimus) <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä		
K-S:n shp:n ulkopuoliset yhteistyötahot 		

	Aiheuttaako opinnäytetutkimus kustannuksia K-S:n shp:lle? <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti) <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä)	
	Opinnäytetutkimuksen hyödyt/vaikutukset K-S:n shp:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta, <i>mutta on mahdollista</i> <input type="checkbox"/> Välitön sovelttavuusarvo toimintaan, mihin/miten?	
Alle- kirjoitukset	Opinnäytetutkimuksen tekijänä sitoudun noudattamaan K-S:n shp:n antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetutkimukseni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle	
	Päivämäärä 4.9.2015	Opinnäytetutkimuksen tekijän allekirjoitus ja nimen selvennys <i>Henna Käyhkö</i> <i>Jaakko Syrjämäki</i>
	Päivämäärä 11.9.2015	K-S:n shp:n yhteyshenkilön allekirjoitus ja nimen selvennys 
PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisena <input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että <hr/> <hr/> <hr/>	
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perustein <hr/> <hr/> <hr/>	
	Päivämäärä 12.10.2015	Tutkimusluvan myöntäjän nimi, arvo ja nimen selvennys <i>Kaia Kukka</i> <i>Katja Heikkinen</i> <i>Hallintoylihoitaja</i>

Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma
- Selostus opinnäytetyön suorittamisesta K-S:n shp:ssä
- Tiedote tutkimuksesta
- Tutkittavan suostumus
- Aineiston keruulomake
- Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje
- Kysely/haastattelulomake
- Mittarit

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
- Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
- Potilastietojen luovutus- ja käyttö lupahakemus
- Eettisen toimikunnan lausuntokopio tai kopio muun eettisen toimikunnan lausunnosta

- Tieteellisen tutkimuksen henkilörekisteriseloste
- STM:n/THL:n lupa, nro
- Muut tarv. lupakopiot
- Kopio KESLAB -sopimuksesta
- Muut mahd. sopimuskopiot (sisäiset/ulkoiset)



Tiedote haastatteluun osallistumisesta

Olemme neljännen vuoden jalkaterapeuttiopiskelijoita Mikkelin ammattikorkeakoulusta Savonniemen kampukselta. Teemme opinnäytetyötä ravitsemusterapeutin ja jalkaterapeutin yhteistyöstä julkisella kentällä. Kartoitamme yhteistyön toteutumista tällä hetkellä ja sen tulevaisuuden mahdollisuuksia. Opinnäytetyön tarkoituksena on haastatella kyseisiä ammattikuntia temahaastattelulla. Ohjaajina opinnäytetyöprosessissamme toimivat Arja Kiviaho-Tiippana ja Laura Saar Mikkelin ammattikorkeakoulusta terveysalan laitokselta.

Arvioimme yksittäishaastattelun kestoksi noin 30 minuuttia henkilöä kohden. Pyrimme löytämään ajankohdan haastattelulle teidän työaikataulujen ja toiveiden mukaisesti. Haastateltavasta ei tule opinnäytetyöhön tunnistetietoja. Haastateltavan kommentteja ei voi yhdistää yksittäiseen henkilöön. Saatu haastattelumateriaali säilytetään, puretaan ja hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyöprosessin edetessä ulkopuolisilta turvassa.

Osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Ohessa suostumusasiakirja haastatteluun osallistumisesta, joka palautetaan haastattelun yhteydessä haastatteliijoille allekirjoitettuna.

Kiittäen,

Henna Käyhkö, jalkaterapeuttikoulutuksen opiskelija, Terveysala Savonlinna

Jaakko Syrjämäki, jalkaterapeuttikoulutuksen opiskelija, Terveysala Savonlinna

Yhteystietomme, jos on kysyttävää haastattelujen tiimoilta:

xxx / Henna Käyhkö

xxx / Jaakko Syrjämäki



Suostumusasiakirja

Annan luvan käyttää haastattelutietoja jalkaterapiaopiskelijoiden opinnäytetyön aineistoina. Haastattelut ovat luottamuksellisia. Suostun siihen, että haastattelu nauhoitetaan. Haastateltavasta ei tule opinnäytetyöhön tunnistetietoja. Haastateltavan kommentteja ei voi yhdistää yksittäiseen henkilöön. Opinnäytetyöprosessin päädyttyä haastatteluaineisto hävitetään asianmukaisesti.

Päivämäärä _____ Allekirjoitus _____



TEEMAHAASTATTELURUNKO

JALKATERAPEUTTIEN JA RAVITSEMUSTERAPEUTTIEN YHTEISTYÖ JA SEN MAHDOLLISUUDET

Taustatiedot: ammatti, työkokemus kyseisessä työpaikassa

Teema 1: Ravitsemuksen tärkeys

Miten näet ravitsemuksen roolin jalkaterapeutin työssä?

- jalkojen terveys, diabetes, reuma, ylipaino, ihosairaudet

Miten helposti potilaat lähetetään diagnoosin jälkeen ravitsemusterapeutille (muut kuin dm/keliakia)?

Teema 2: Jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien yhteistyö ja sen tarpeellisuus

Teetkö tällä hetkellä yhteistyötä jalkaterapeutin/ravitsemusterapeutin kanssa?

Jos tekee, miten tämä näkyy käytännössä?

Onko yhteistyö tarpeellista?

Mitkä asiat puhuvat tarpeellisuuden puolesta?

Teema 3: Ravitsemusohjaus

Jalkaterapeutit: Ohjaatko potilasta ravitsemusasioissa?

Minkä tyyppisiä ohjauksia annat? Millaisia ohjauksia haluaisit antaa?

Ravitsemusterapeutit: Millaisia ravitsemusohjauksia sinun mielestäsi jalkaterapeutit voisivat antaa?

Teema 4: Yhteistyön mahdollisuus tulevaisuudessa

Onko yhteistyöllä tulevaisuuden näkymiä? Mitkä asiat rajoittavat/edistävät sitä?

Miten yhteistyötä voisi kehittää?

Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi opinnäytetyön osalta
<p>Hietanen, Kati & Rantala, Anneli 2010. Asiantuntijoiden toiminta työterveyshuollossa. Diakonia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Kehittämistehtävä. PDF-dokumentti. http://www.theseus.fi/handle/10024/25413.</p>	<p>Työterveyshuollon asiantuntijat.</p>	<p>Haastattelu.</p>	<p>Käyttö usein kertaluontoista. Perustuu usein toisen työterveyshuollon ammattihenkilön konsultointiin. Lähettämiskriteeriksi tarvitaan jokin ravitsemuksellinen ongelma. Suuri merkitys kansansairauksien ehkäisyssä. Tärkeä asiantuntijalinkki moniammatillisessa yhteistyössä.</p>	<p>Ravitsemusterapeutin osuus työterveyshuollossa.</p>
<p>Haavanlammi-Malm, Anneli & Sarkkamaa, Marja 2011. Ravitsemusasiantuntemuksen tarve Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Palvelujen tuottamisen ja johtamisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. http://www.theseus.fi/handle/10024/26453.</p>	<p>Seinäjoen päivähoidon, palvelukeskuksien, kotihoito, terveystakeskussairaalan osastojen ja poliklinikoiden, suun terveydenhuollon sekä neuvoloiden työntekijät.</p>	<p>Kvantitatiivinen kysely. 77 kpl osallistujia.</p>	<p>Ravitsemusterapiapalveluiden saatavuus riittämätöntä. Ravitsemusasiantuntemuksen tarve kohdistui erityisruokavalioiden toteutukseen, tietojen päivitykseen, moniammatillisuuteen sekä ravitsemushoidon ja ohjauksen kehittämiseen.</p>	<p>Ravitsemusohjaus, ravitsemusterapiapalveluiden saatavuus.</p>
<p>Sholberg, Marja-Helena & Ratinen, Taru 2009. Haavahoitajan näkemystä ravitsemuksesta osana haavahoitoa.</p>	<p>Haavahoitoyksikkö ja sen haavahoitajat.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus. Kolme haavahoitajaa.</p>	<p>Ravitsemuksella on olennainen osa haavahoitoa ja haavan pa-</p>	<p>Ravitsemuksen vaikutus haavan paranemiseen. Ravinto ja</p>

Kirjallisuuskatsaus

<p>Lahden ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opin näytetyö. PDF-dokumentti. http://www.theseus.fi/handle/10024/2647.</p>		<p>tajaa.</p>	<p>ranemisprosessia.</p>	<p>aliravitseminen.</p>
<p>Viiru, Mari 2010. Ravitsemuksen vaikutus ihon kuntoon - psoriaatikoiden kokemuksia ravinnon ja iho-oireiden yhteydestä. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielman tiivistelmä. PDF-dokumentti. https://www2.uef.fi/documents/1299922/1299977/Viiru+Mari.Ravitsemuksen+vaikutus+ihon+kuntoon+%20psoriaatikoiden.pdf/.</p>	<p>Itä- ja Keski-Suomessa asuvat psoriaatikot.</p>	<p>Strukturoitu kysely, 64 kpl.</p>	<p>Tämän tutkimuksen mukaan selvimmän iho-oireita pahentavia ruoka-aineita olivat muun muassa punainen liha, valkoinen vehnäjauho ja sitä runsaasti sisältävät tuotteet, osa kasviksista, sokeroidut juomat, alkoholi ja suklaa. Ruoka-aineet vaikuttavat kuitenkin jokaiseen yksilöllisesti.</p>	<p>Psoriaatikon iho-oireisiin vaikuttavat ruoka-aineet</p>
<p>Männistö, Satu, Laatikainen, Tiina ja Vartiainen, Erkki 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen FINRISKI 2012 -tutkimuksen tiivistelmä. PDF-dokumentti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiivist4_lihavuus.pdf.</p>	<p>Pohjois-Karjalalan, Pohjois-Savon, Pohjois-Pohjanmaan ja Kainuun maakunnissa, Turun ja Loimaan kaupungeissa sekä ympäryskunnissa, Helsingin ja Vantaan kaupungeissa asuvat 25-74-vuotiaat miehet ja naiset satunaisotannalla.</p>	<p>Kyselylomake ja terveystarkastus. Otoskoko 9905 henkilöä ja heistä tutkimukseen osallistui 6424 (65%).</p>	<p>Lihavuus on merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen ongelma. Tutkimuksen mukaan kaksi miestä kolmesta ja puolet naisista on ylipainoisia. Joka viides suomalainen oli lihava. Vyötärölihavuutta esiintyy 30% suomalaisista.</p>	<p>Ylipainon ja lihavuuden lisääntyminen.</p>

Kirjallisuuskatsaus

<p>Mustapha, Moriam, Callan, Julia & Radbone, Lynne 2013. Making the best use of a hospital Dietitian. Tiivistelmä artikkelista. WWW-dokumentti. http://www.sciencedirect.com.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/science/article/pii/S1751722213000826.</p>	<p>Ravitsemusterapeutin roolit ja vastuut sekä niiden muutokset pediatriassa osastolla akuuteissa tapauksissa.</p>	<p>Artikkeli "Paediatrics and Child Health" – lehdessä.</p>	<p>Ravitsemusterapeutin ammattitaitoa voidaan käyttää hyväksi edistämään potilaiden hyvää ravitsemustasoa sekä erityisesti sellaisissa potilastapauksissa, joiden hoito on ensisijaisesti ravitsemuskäsitteinen. Ravitsemusterapeutit ovat täydellinen lisäapukeino henkilöiden kouluttamiseen ravitsemuksellisissa asioissa niin sairaalan sisä- kuin ulkopuolellakin.</p>	<p>Miten ravitsemusterapeutin ammattitaitoa käytetään. Moniammatillinen yhteistyö ja kouluttaminen.</p>
---	--	---	---	---

Opinnäytetyöprosessin aikataulu

