

Tiina Latvala

## **Osteoporoosin ehkäisy ja hoito**

Opinnäytetyö

Kevät 2017

Sosiaali- ja terveystieteiden  
Sairaanhoidon ammattitutkinto



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidtaja

Tekijä: Tiina Latvala

Työn nimi: Osteoporoosin ehkäisy ja hoito

Ohjaaja: Mari Salminen-Tuomaala, TtT, lehtori ja Liisa Ahola, THM, lehtori

Vuosi: 2017 Sivumäärä: 52 Liitteiden lukumäärä: 2 (3)

---

Osteoporoosi on yleisin luustosairaus tänä päivänä ja se vaikuttaa ihmisiin maailmanlaajuisesti, sukupuolesta tai rodusta riippumatta. Osteoporoosi tautina etenee huomaamattomasti ja sen aiheuttamalla luunmurtumilla voi olla huomattava vaikutus elämänlaatuun ja terveydentilaan. Pienillä elämäntapamuutoksilla jokaisella olisi mahdollisuus välttyä osteoporoosiin sairastumiselta. Hoitajat ovat avainasemassa opastaessaan osteoporoosiin sairastunutta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoidtajan näkökulmasta, kuinka ohjata eri-ikäisiä asiakkaita omaksumaan itselleen sellaisia elämäntapoja, joilla voidaan vaikuttaa omiin jo totuttuihin elämäntapoihin osteoporoosia ehkäisevällä tavalla.

Tavoitteena on löytää uusinta tietoa osteoporoosin ehkäisemisestä ja hoidosta asiakkaille, sekä päivittää Seinäjoen keskussairaalan kuntoutuksen toimintayksikön käytössä oleva kirjallinen potilasohje (Osteoporoosin ehkäisy ja hoito), joka helpotaisi osteoporoosin ehkäisemisen ohjauksessa hoitajia ja asiakkaita.

Opinnäytetyö on toteutettu kuvailevan kirjallisuuskatsauksen periaatteella. Aineiston analyysissä on käytetty induktiivista sisällönanalyysimenetelmää.

Opinnäytetyön keskeisten tulosten mukaan osteoporoosiin sairastuneen ohjauksessa pääpiirteet ovat: Dialogisen ohjauksen mahdollistavat tekijät, päivittäisten asioiden hallinta, sosiaalisten suhteiden merkitys sekä taloudellinen ja henkinen hyvinvointi. Potilasohjeen materiaali koostuu fyysisistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintaa tukevista käsitteistä.

Avainsanat: osteoporoosi, osteoporoosin ehkäisy ja osteoporoosipotilaan ohjaus.

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Bachelor Degree Programme in Nursing

Author: Tiina Latvala

Title of thesis: Prevention and treatment of osteoporosis

Supervisor(s): Mari Salminen-Tuomaala, PhD, Senior Lecturer and Liisa Ahola, MNSc, Senior Lecturer

Year: 2017      Number of pages: 52      Number of appendices: 2 (3)

---

Osteoporosis is the most common bone disease on today and it affects people worldwide, regardless of gender or race. Osteoporosis as a disease progresses discreetly and the bone fractures caused by it can have a significant effect quality of life and health. With little lifestyle changes for everyone there would be an opportunity to avoid osteoporosis from getting sick. Nurses play a key role as sharing information to osteoporosis patients.

The purpose of this study is to describe from nurses point of view, how to educate the customers of different ages how to adopt such way of life which can influence positively their lifestyles.

The aim of this study was to find the latest information on the prevention of osteoporosis and treatment of clients and update written patient instruction (prevention and treatment of osteoporosis) of Seinäjoki Central Hospital rehabilitation unit.

The thesis has been carried out on the basis of a descriptive literature review. An inductive content analysis method has been used for the analysis of the material.

According to the key results of the thesis in mainstream osteoporosis, the main features are: Dialogic control factors, day-to-day management, the importance of social relationships, As well as economic and mental wellbeing. The patient instruction material consists of concepts that support physical, psychological and social activity.

Keywords: osteoporosis, prevention of osteoporosis and osteoporosis patient education

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	1
Thesis abstract.....	2
SISÄLTÖ.....	3
1 JOHDANTO.....	5
2 OSTEOPOROOSI.....	7
2.1 Mikä on osteoporoosi?.....	7
2.2 Osteoporoosin riskitekijät.....	8
2.3 Osteoporoosin oireet.....	10
2.4 Osteoporoosin diagnosointi.....	11
3 OSTEOPOROOSIN HOITO.....	12
3.1 Osteoporoosin hoitomuodot.....	12
3.2 Osteoporoosin perushoito.....	12
3.3 Osteoporoosin lääkehoito.....	15
3.4 Lääkehoidon valinta ja toteutus.....	16
4 OSTEOPOROOSIN EHKÄISY.....	19
4.1 Kalsium ja D-vitamiini.....	19
4.2 Kaatumisien ennaltaehkäisy ja ohjaus.....	20
4.3 Fyysisen toimintakyvyn tukeminen ja siihen vaikuttavat tekijät.....	20
5 POTILAAN OHJAUS.....	24
5.1 Yleistä potilaan ohjauksesta.....	24
5.2 Asiakaslähtöisyys ohjauksessa.....	24
5.3 Videokuvayhteys ohjauksessa.....	25
5.4 Erilaiset ohjaustyylit.....	26
6 LAADUKAS OPASLEHTINEN.....	28
7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	30
8 AINEISTON KERUU.....	31
9 AINEISTON ANALYSOINTI.....	32
10 TULOKSET JA TUOTOKSEN KUVAILU.....	35

10.1	Dialogisen ohjauksen mahdollistavat tekijät.....	35
10.2	Päivittäisten asioiden hallinta .....	36
10.3	Sosiaalisten suhteiden merkitys.....	37
10.4	Taloudellinen ja henkinen hyvinvointi.....	37
10.5	Fyysistä toimintaa tukevat osa-alueet .....	38
10.6	Psyykkistä toimintaa tukevat osa-alueet .....	39
10.7	Sosiaalisia toimintoja tukevat osa-alueet .....	40
11	POHDINTA .....	42
11.1	Tulosten tarkastelu.....	42
11.2	Oppimisprosessi .....	44
11.3	Eettisyys ja luotettavuus.....	45
11.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	47
	LÄHTEET .....	48
	LIITTEET.....	52

# 1 JOHDANTO

Osteoporoosi on yleisin luustosairaus ihmisillä ja sen toteaminen on mahdollista alhaisesta luun massasta ja luukudoksen heikkenemisestä. Luuston vahvuuden heikkeneminen lisää riskiä haurausmurtumiin. Osteoporoosi vaikuttaa suureen joukkoon ihmisiä, molempiin sukupuoliin ja kaikkiin rotuihin ja sen yleisyys kasvaa sitä mukaa, kun ikää tulee lisää. Osteoporoosi on murtumien riskitekijä, kuten kohonnut verenpaine on aivohalvauksen. Yleisimmät osteoporoottisiin murtumiin liittyvät murtumat ovat nikamien (selkärangan), reisiluunkaulan (lonkka), ja distaalisen kyynärvarren (ranne) murtumia. (Lupsa & Insogna 2015.)

Maailmanlaajuisten tutkimustuloksien mukaan joka kolmas nainen ja joka viides mies yli 50-vuotiaista saa elämänsä aikana osteoporoottisen murtuman. Osteoporoosia ehkäiseviin toimiin olisi ryhdyttävä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa elämää. Useilla sairauksilla on taipumusta vaikuttaa ihmisten luumassan pieneneeseen ja tämän seurauksena luiden haurastumiseen. Nämä lisäävät osteoporoottisen murtuman vaaraa ihmisillä. (Tiaki 2016.)

Kaatumiset ja murtumat ovat valitettavan yleisiä ikääntyneiden keskuudessa. National Institute for Health Care ja Excellence (NICE) (2013) toteaa, että 30% ihmisistä, jotka ovat Yli 65-vuotiaita ja 50% yli 80-vuotiaista kaatuvat vähintään kerran vuodessa. Hoitokodeissa asuvilla kaatumisriskin uhka on kolme kertaa suurempi, kuin kotona asuvien. Murtumilla ja niihin liittyvällä hyvällä luuston terveydellä on tärkeä rooli kaatumisten ja murtumien ehkäisyssä etenkin vanhemmilla ihmisillä. Vaikka luumassaa kehitetään varhain elämässä, koskaan ei ole liian myöhäistä vaikuttaa ja parantaa luuston terveyttä myöhemmässä elämässä. (Patience 2015.)

Arvion mukaan joka vuosi Britanniassa on 70-75 000 lonkkamurtumaa, joiden vuotuinen lääketieteellisen ja sosiaalisen hoidon kustannus on £ 2 miljardia. Lonkkamurtumiin liittyy myös merkittävä kuolleisuus. Noin 10% ihmisistä, jotka kärsivät lonkkamurtumasta, kuolevat n. kuukauden sisällä ja näistä yksi kolmasosa kuolee 12 kuukauden sisällä. Kuolinsyyhyyn liittyy yleensä samanaikaisia muita sairauksia. (Patience 2015.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajan näkökulmasta, kuinka ohjata eri-ikäisiä asiakkaita omaksumaan itselleen sellaisia elämäntapoja, joilla voidaan vaikuttaa omiin jo totuttuihin elämäntapoihin osteoporoosia ehkäisevällä tavalla.

Tavoitteena on löytää uusinta tietoa osteoporoosin ehkäisemisestä ja hoidosta asiakkaille, sekä päivittää Seinäjoen keskussairaalan kuntoutuksen toimintayksikön käytössä oleva kirjallinen potilasohje (Osteoporoosin ehkäisy ja hoito), joka helpottaisi osteoporoosin ehkäisemisen ohjauksessa hoitajia ja asiakkaita.

## 2 OSTEOPOROOSI

### 2.1 Mikä on osteoporoosi?

Osteoporoosilla tarkoitetaan luun kokonaismassan pientymistä sen tilavuuteen nähden. Samalla luun rakenteessa on tapahtunut muutoksia, havaittavissa voi olla esim. ohentumista, huokoistumista ja luun heikentymistä niin, että murtumariski lisääntyy. Toisin sanoen luukudos on kyllä ihan normaalia mutta sen määrä on vähentynyt. Osteoporoosi on yleisesti ajateltuna fysiologinen tapahtuma, joka liitetään helposti vain ikääntymiseen. Se voi myös johtua monista muista tekijöistä, kuten liikunnan puutteesta, yksipuolisesta ja heikosta ravinnosta, alkoholin liikkäytöstä, tupakoinnista, tapaturmista, joidenkin tiettyjen lääkkeiden pitkäaikaisesta käytöstä, sairauksista ja isommista leikkauksista. Osteoporoosia sairastavien määrää ei ole helppoa arvioida, koska em. luukadon määritelmällä ei ole osoittaa mitään numeerista lukua sille, milloin luunmassan vähenemistä pidettäisiin osteoporoosina. Maailman terveysjärjestö (WHO) on kuitenkin tehnyt asiasta sopimuksenvaraisia määritelmiä ja nimeää osteoporootikoiksi sellaiset ihmiset joiden luuntiheys on mitattu ns. DXA-laitteella ja luuntiheydeksi (g/cm<sup>2</sup>) on mitattu vähintään 2,5 keskihajontaa (30%). Tämän määritelmän mukaan osteoporoosia sairastaisi suomessa jopa n. 400 000 ihmistä. (Fogelholm, Vasankari & Vuori, 2011.)

Tavallisimpien osteoporoottisten murtumien listalta löytyvät selkänikama-, reisiluu-, ranne- ja lonkkamurtumat. Luustossa esiintyvän kalsiumin ja muiden tiettyjen mineraalien huippupitoisuus saavutetaan noin kolmenkymmenen ikävuoden tietämissä. Tämän jälkeen luuston lujuus alkaa pikkuhiljaa heikentyä. Suomessa tapahtuu arviolta n. 30 000 - 40 000 luunmurtumaa vuodessa, joihin luuston haurastumisella on merkittävä vaikutus. Luunmurtumien parantuminen vaikeutuu ja hidastuu luuston haurastumisen eli osteoporoosin myötä. (Jaatinen & Raudasoja 2016.)

Nykyisen arvion mukaan yli 200 miljoonaa ihmistä maailmanlaajuisesti altistuu osteoporoosille ja määrä vain jatkaa kasvuaan. Ennusteiden mukaan lonkkamurtumien määrä kasvaa 2,6 miljoonaan vuoteen 2025 mennessä ja 4,5 miljoonaan vuoteen 2050 mennessä. (Unnanuntana & Kleimeyer, 2012.)



Maailmanlaajuisesti Skandinaviassa on korkeimmat ikään liittyvät lantionmurtumaluvut. Syyt tähän ilmiöön eivät ole täysin selvät mutta on mahdollista, että vähäisellä fyysisellä aktiivisuudella, puutteellisella ruokavaliolla ja vähäisellä D-vitamiinin saannilla on merkittävää osuutta asiaan. Pohjoismaissa kärsitään vähäisestä auringonvalon määrästä, mikä vaikuttaa D-vitamiinin vähäiseen tuotantoon. Lonkkamurtumien määrä on lisääntynyt merkittävästi viimeisten vuosikymmenten aikana, sekä Skandinaviassa, että muissa länsimaissa. Määrä todennäköisesti jatkaa kasvuaan, johtuen ikääntyneiden yli 80 vuotiaiden lukumäärän kasvamisesta. (Thorngren.K-G, 1998.)

Osteoporoosiin sairastuminen ei tapahdu yhtäkkiä, vaan sen kehittyminen on pikkuhiljaa tapahtuva prosessi, joka on seurausta luun mineraalitiheyden vähittäin tapahtuneesta heikkenemisestä. Osteoporoosin kehittyminen alkaa jo lapsuudessa, tämän vuoksi olisi tärkeää jo pienestä pitäen omaksua terveelliset elämäntavat, koska silloin luustoa on mahdollista vahvistaa periaatteessa eniten. ”Osteoporoosi on lastentauti, jonka seurauksista kärsitään vanhuudessa”. Terveellinen ruokavalio ja sopiva määrä liikuntaa on ns. talletuksia luustopankkiin myöhempää aikaa varten. Paras luuntiheys on yleensä saavutettu alle 30-vuotiaana. Heikko luumassa nuorena aikuisiässä voi myös johtua perinnöllisistä tekijöistä, alipainosta tai vähäisestä luustoa kuormittavasta liikunnasta kasvuikäisenä. (Harju 2011.)

## **2.2 Osteoporoosin riskitekijät**

Osteoporoosi voi olla primaarista tai sekundaarista. Primaarinen osteoporoosi tarkoittaa luun tiheyden pienenemistä luonnollisesti ikääntymisen tai vaihdevuosien seurauksesta. Sekundaarinen osteoporoosi aiheutuu esim. jonkun toisen sairauden tai sen lääkityksen seurauksena. (Tarnanen & Niskanen 2015.)

Riski sairastua osteoporoosiin liittyy pitkälti perintötekijöihin ja tiettyjen lääkeaineiden käyttöön mutta jokaisen omilla elintavoilla on todella suuri merkitys osteoporoosia diagnosoitaessa. Yksi tärkeimpiä ennustetekijöitä osteoporoosin kehittymiseen onkin kasvuiän aikana saavutettu luumassan määrä. Mitä vahvemman luuston nuoruudessa hankkii, sitä pienempi on osteoporoosiin sairastumisriski vanhempana. (Fogelholm ym. 2011.)

Luukudos hajoaa ja rakentuu sopivassa suhteessa samanaikaisesti n. 30-ikävuoteen saakka ja pysyy lähes muuttumattomana noin 40 vuoden ikään asti. Erityisesti naisilla 40 ikävuoden jälkeen alkaa luukudoksen hajoaminen nopeutua verrattaessa luun rakentumiseen. Vaihdevuosi-ien jälkeen naisilla alkaa luussa oleva mineraalipitoisuus alentua ja luun lujuus heikkenee. (Mäkinieni 2011.)

Monet sairaudet ja lääkehoidot ovat suoraan yhteydessä alttiuteen sairastua osteoporoosiin. Luumassan tiheys määräytyy pitkälti perinnöllisyystekijöistä ja useista muista tekijöistä, mukaan lukien ikä, hormonaaliset muutokset, elämäntapoihin liittyvät tekijät, kuten ravitsemus, liikunta, tupakointi ja alkoholin kulutus ja kroonisiin tauteihin määrättyt lääkkeet. Luukadon riski lisääntyy naisilla oleellisesti vaihdevuosien aikana. (Kauppi 2015.)

Ikääntymisen ja sen tuomien hormonaalisten muutosten kanssa osteoporoosi kulkee lähes käsi kädessä. Osteoporoosin riskitekijöistä tavallisimpia ovat aiemmin saatu murtuma, omalla äidillä ollut lonkkamurtuma, liikunnan vähäinen määrä, runsas tupakointi ja alkoholin kulutus, vähäinen kalsiumin määrä elimistössä, siro ruumiinrakenne, vaihdevuodet ennen 45 ikävuotta, pitkään (yli 3kk, suun kautta) jatkunut kortisonihoito ja d-vitamiinin puutostilat. Sairauksia joilla on vaikutusta osteoporoosin syntyyn: krooninen munuaisten vajaatoiminta, keliakia, paksusuolen haavainen tulehdus, aivohalvaus, nivelreuma ja siihen liittyvät ns. sukulaissairaudet, Cushingin oireyhtymä, Crohnin tauti, mahalaukun poistosta aiheutunut jälkitila, eturauhassyöpä. Lääkeaineista osteoporoosille otollisesti vaikuttavia ovat ainakin kortisoni ja epilepsialääkkeet (Mäkinieni 2011.) Kilpirauhassyövän jälkihoidossa käytetty suurilla annoksilla otettava tyroksiini, pitkäaikainen hepariinilääkitys ja rintasyövän hoidossa käytetty aromataasin estäjä. (Luustoliitto 2015.)

Monet sairaudet esim. autoimmuunisairaudet, ruoansulatuskanavan-sairaudet, AIDS/HIV, neurologiset sairaudet, psyykkiset sairaudet, jotka altistavat luumassan pienenemiseen ja luiden haurastumiseen, lisäävät osteoporoottisen murtuman vaaraa ihmisillä. Myös useilla lääkkeillä, on todettu olevan ratkaiseva rooli suhteessa luuston terveyden haitalliseen vaikutukseen, kuten kortikosteroidit, gonadotropiinia vapauttavahormoni agonistit ja aromataasin estäjät. (Tiaki 2016.)

WHO on kehittänyt murtumariskin arviointiin FRAX-riskilaskurin (Fracture Risk Assessment Tool) (<http://www.shef.ac.uk/FRAX/?lang=fi>). FRAX perustuu yli 40-vuotiaiden potilaiden luuntiheysmittaukseen tai kliinisiin tietoihin heidän murtumariskiä arvioitaessa. Tässä huomioidaan erityisesti osteoporoosiin vaikuttavia itsenäisiä riskitekijöitä (aiempi murtumahistoria, ikä ja pieni luuntiheys), sekä kuolemanriskiä, joka on huomiotava etenkin vanhempien potilaiden murtumariskin arvioinnissa. Laskuria voidaan käyttää vain pohjaten kliinisiin tietoihin tai liittämällä näihin tietoihin reisiluun tiheyden. FRAX-mittarilla arvioidaan murtumien ilmaantumisen todennäköisyyttä kymmeneksi vuodeksi eteenpäin, se kertoo myös lonkkamurtumien ja muiden yleisimpien osteoporoottisten murtumien riskin erikseen. Raja-arvon ylittyessä voidaan todeta lonkkamurtuman tai muun osteoporoottisen murtuman riskin olemassaolo ja tällöin osteoporoosin hoito on todennäköisesti tarpeen. FRAX-riskimitäuksen perustuessa kliinisiin tietoihin ja mittarin ollessa raja-arvoinen, päätöksentekoa vahvistamaan on hyvä tehdä tiheysmittaus. (Matikainen 2016.)

### **2.3 Osteoporoosin oireet**

Osteoporoosin olemassaolosta ei voida tietää etukäteen ilman mittauksia. Kun osteoporoosin liittyvä luunmurtuma syntyy, taustalla on yleensä jo pitkään kestänyt luukato. Selkänikamaan voi tulla murtuma, jonkun pienen tärähdyksen yhteydessä, jolloin nikama luhistuu kasaan. Oireena tuntuu kova kipu, joka paikallistuu johonkin selkärangan osaan. Reisiluun kaulan murtuma on toiseksi yleisin murtuma, joka syntyy kaaduttaessa. Kolmanneksi tavallisin murtumatyyppi on ranneluun murtuma. Murtumia voi ilmaantua myös muihin luihin vähäisten vammojen yhteydessä. (MUSTAJOKI 2015.)

Ensimmäinen osteoporoosiin liittyvä oire on siis yleensä luunmurtuma ja siitä aiheutuva kipu. Nikamamurtumat eivät välttämättä ole kivuliaita, ne saatetaan löytää isattumalta röntgenkuvassa näkyvän pituuden lyhentymisenä tai torakkaalisena kyfoosina. Koska nikamamurtumien yhteydessä ei yleensä ole ollut mitään havaittavaa traumaa, nikamamurtumapotilaiden tunnistamiseen ja hoitoon ohjaamiseen on syytä kiinnittää erityistä huomiota. (Käypähoito-suositus 2014.)

## 2.4 Osteoporoosin diagnosointi

Osteoporoosi voidaan diagnosoida ennen murtumaa ainoastaan tekemällä luuntiheysmittaus. Luun lujuus riippuu luun tiheydestä sekä koosta, geometriasta, vaihduntanopeudesta ja sen mikroskooppisesta rakenteesta. (Välimäki, Sane & Dunkel 2009.)

Koetta tehtäessä luun tiheys korreloi lujasti luun omiin lujuusominaisuuksiin. Yksilön murtumavaaraa arvioitaessa on huomioitava myös muita vaaratekijöitä, kuten aiemmat murtumat, yleisesti huomioon otettava kaatumisalttius ja yksilön ikä. WHO on määritellyt tietyt kriteerit, jonka mukaan luun hajoamista voidaan pitää fysiologisena osteopeniana, joka on osteoporoosin esiaste. (Kröger ym. 2008.) Nykyään ei puhuta osteopeniasta, vaan madaltuneesta luuntiheydestä. Ihmisillä joilla on todettu luuntiheyden madaltumista, on todellisuudessa verrattain pieni riski murtumiin. (Stovall 2013.)

Luun mikrorakenteen poikkeavuutta voidaan tutkia ainoastaan luubiopsialla, tämä ei sovellu yleistutkimukseksi. WHO määrittelee osteoporoosin ja kaikki sen hoitotutkimukset luuntiheysmittauksen perusteella, jossa käytetään kaksienergiaista röntgenabsorptiometriaa (DXA), sillä voidaan mitata sentraalisen luun tiheyttä reisiluun yläosasta, sekä lannenikamista. Luun tiheyden ollessa 2,5 keskihajontaa (SD) pienempi, kuin nuorten naisten keskimääräinen luuntiheys (T-arvo enintään - 2,5 SD), kyseessä on osteoporoosi. Osteopenian tiheysarvot ovat - 1:n ja - 2,5 SD:n välillä ( $- 2,5 < T\text{-arvo} \leq - 1$ ). (Matikainen 2016.)

Osteoporoosi varhaisessa vaihdevuosi-iässä lisää murtumariskiä erityisesti nikamissa, hohkaisissa luun kohdissa ja distaaliradiuksessa. Vanhemmalla iällä alkanut osteoporoosi, joka kohdistuu kuoriluun rakenteisiin, näkyy tilastoissa sekä naisten että miesten kasvaneina lonkka- ja nikamamurtumina. Osteoporoosi koetaan enemmän naisten terveysongelmana, mihin vaikuttaa oleellisesti se, että heillä on huonompi lihaskunto, heikompi luusto ja naisia on lukumääräisesti enemmän. (Heikkinen ym. 2013.) Useissa tutkimuksissa on todettu, että naisten kohdalla erityisesti estrogeenihormonin tuotannossa ilmenevät poikkeavuudet ovat riskitekijä osteoporoosille altistumiselle. (Stovall 2013.)

## **3 OSTEOPOROOSIN HOITO**

### **3.1 Osteoporoosin hoitomuodot**

Hoidon pääasialliset tavoitteet liittyvät luun haurastumisen ehkäisyyn ja luunmurtumien ilmaantumisen vähenemiseen. Osteoporoosin lääkkeettömässä hoidossa ja ehkäisyssä kiinnitetään huomio riittävän kalsiumin ja D-vitamiinin saantiin, oikeanlaisiin liikuntatottumuksiin, tupakoinnin lopettamiseen ja kaatumisten ehkäisyyn. (Erämies 2017.)

Osteoporoosin hoito voi vähentää luunmurtumien riskiä. Hoito on vuosia kestävä ja sen vaikuttavuutta seurataan erilaisin verikokein tai luuntiheysmittauksin. Todettaessa osteoporoosiin liittyvä murtuma aloitetaan aina osteoporoosin lääkehoito. Lääkitystä voidaan harkita myös tilanteissa, joissa osteoporoosin kehittyminen on edennyt nopeasti, esimerkiksi suun kautta annosteltavan pitkäaikaisen kortisonihoidon aikana. Pelkkä luuntiheysmittauksessa todettu osteoporoosi ei automaattisesti ole lääkehoidon aihe. (Mustajoki 2015.)

### **3.2 Osteoporoosin perushoito**

Hoito osteoporoosiin aloitetaan, jos luuntiheyden on todettu heikentyneen luuntiheysmittauksessa. Kalsiumin ja D-vitamiinin riittävä saanti (Taulukko 1. sivulla 13 ja Taulukko 2. sivulla 14) kuuluu osteoporoosin perushoitoon. Asiakkaan kanssa keskustellaan ja sovitaan myös luustolle sopivista liikuntamuodoista. Kaatumisen ehkäiseminen ja kaatumissuojautumisesta huolehtiminen ovat myös avainasemassa perushoidon suunnittelussa. Mahdollisen tupakoinnin lopettamiseen kannustetaan parhaansa mukaan. Mikäli asiakkaalla on taustalla osteoporoottinen murtuma tai luuntiheysmittauksen perusteella voidaan sanoa, että asiakkaalla on osteoporoosi (T-arvo  $-2,5$  tai alempi) aloitetaan myös lääkehoito, perushoidon lisäksi. (Harju 2011.)

Taulukko 1. Kalsiumin saantisuositukset

kasvukausi	900mg/vrk
17 - 74 -vuotiaat	800mg/vrk
yli 74-vuotiaat	800mg/vrk
Raskaus / imetys	900mg/vrk

Tärkein lähde: maito ja maitovalmisteet (64% saannista). (Käypähoito-suositus 2014.)

Luustolle on äärettömän tärkeää, että ruokavalioon sisältyy runsaasti kasviksia. Vihannekset ja hedelmät sisältävät paljon kaliumia ja sellaisia aineita, jotka muodostavat emästä. Nämä tasapainottavat happamuutta, jota eläinkunnan tuotteet muodostavat elimistössä. Eläinkunnasta saatu proteiini lisää luustosta erittyvää kalsiumia, ilman kasvien tasapainottavaa vaikutusta. Runsasrasvainen ruoka on luustolle haitallista muun muassa siksi, että rasva saattaa heikentää kalsiumin imeytymistä. neitsytoliiviöljy, pähkinät ja omega-3-rasvat, joita on paljon esim. välimeren ruokavaliossa, hillitsevät tulehduksia. Välimeren ruokavalio vähentää interleuktiini-6:ta, joka on tulehdustekijä, joka yhdistettään osteoporoosiin ja sydänsairauksiin ja muutenkin ikääntymiseen. On tehty tutkimuksia, joissa on havaittu, että osteoporoosin kannalta haitallisen tulehdustekijän arvot ovat olleet alempia niillä ihmisillä, jotka saavat ruoastaan paljon beetakaroteenia, C-vitamiinia, E-vitamiinikoliinia ja luteoliinia. (Harju 2011.)

Luuston rakennetta heikentäviä tekijöitä on syytä välttää, näitä ovat mm. tupakointi, liiallinen alkoholin käyttö, makeisten ja sokereiden runsas syöminen, liiallinen suolan käyttö, kolajuomat ja liiallinen kahvin juonti ja B-vitamiinin puute, sekä lisäksi liiallinen A-vitamiininsaanti lisää murtumariskiä, ympäristömyrky kadmium kiihdyttää luuston hajoamista. (Harju 2011.)

Monipuolisella ravinnolla, johon sisältyy maitotuotteet, voidaan varmistaa riittävä kalsiumin saanti. Vanhukset potevat usein D-vitamiinin puutosta, mikä lisää murtumariskiä. D-vitamiinin tarve voidaan paikata olemalla tarpeeksi paljon auringossa, syömällä ruoka-aineita, jotka sisältävät D-vitamiinia ja tarvittaessa käyttämällä D-vitamiinilisää. Vitamiinien saantisuosituksista taulukko edempänä. Alkoholin kohtuukäyttö saattaa jopa vaikuttaa luumassaan suotuisasti mutta liiallinen käyttö on luumassalle haitaksi. Tupakointi on luustolle haitallista. Katsottaessa luuston näkökulmasta voidaan luokitella kahdenlaista liikuntaa; Liikuntaa joka vahvistaa luustoa eli ennaltaehkäisevää liikuntaa ja osteoporootikolle sopivaa liikuntaa. Luille tärkeää on ns. pystyasentoinen kuormitus. Painovoima vaikuttaa luustoon pystyasennon kautta. (Kröger, Niskanen & Airaksinen 2008.)

Taulukko 2. D-vitamiinin saantisuositukset (40 IU = 1µg)

2kk – 2- vuotiaat (ympäri vuoden)	10µg/vrk	400 IU/vrk
2 – 18-vuotiaat	7,5 ug/vrk	300 IU/vrk
18 – 74-vuotiaat	10 µg/vrk	400 IU/vrk
yli 74-vuotiaat	20µg/vrk	800 IU/vrk
Raskaus / imetys (ympäri vuoden)	10 µg/vrk	400 IU/vrk

(Käypähoito-suositus 2014.)

D-vitamiinin tärkeimpiä lähteitä ovat kalaruoat (45%), ravintorasvat(21%), nestemäiset maitovalmisteet vuodesta 2003 alkaen. Yli 60-vuotiaille on suositeltavaa käyttää, erityisesti vuoden pimeinä aikoina D-vitamiinilisää lokakuulta maaliskuulle. Laitoshoidossa ja kotisairaanhoidon piirissä oleville, jotka eivät liiku ulkona juurikaan, D-vitamiinin käyttöä suositellaan ympäri vuoden. (Kröger ym. 2008.)

### 3.3 Osteoporoosin lääkehoito

Osteoporoosin lääkehoidon aloittaminen ei ole itsestään selvää, se voi myös osaltaan lisätä kaatumisriskiä. Sairastaminen ja niihin tarkoitettujen lääkkeiden haittavaikutukset yleistyvät ihmisen vanhetessa. Kaatumisten välttäminen on käytännössä huonosti ehkäistävissä verrattaessa ylimääräisten lääkityksen käytön vähentämiseen. (Lönnroos 2009.)

Osteoporoosin hoitoon on tullut viime vuosina merkittävästi lisää vaihtoehtoja niin, että lääkkeen valinnassa on jo suorastaan vaikeuksia, runsauden pulasta johtuen. Murtumissa, jotka selvästi rajoittuvat lonkkaan käytetään lääkevalmisteita, jotka ovat estäneet lonkkamurtumia. Osteoporoosin perushoitoon kuuluu olennaisena osana bisfosfonaatit. Strontiumrelaatiasta tulee vaihtoehto bisfosfonaattihoidolle, kun se ensin pääsee Kelan peruskorvattavuuden piiriin. (Välimäki 2007.)

Elämäntapamuutokset eivät aina riitä parantamaan luuntiheyttä tarpeeksi. Silloin on harkittava ja mahdollisesti aloitettava osteoporoosilääkitys. Osteoporoosilääkitys aloitetaan perushoidon tueksi, jos potilaalla on osteoporoottinen murtuma. Lääkehoito voidaan aloittaa tekemättä tiheysmittausta nikama- ja lonkkamurtumapotilaille mutta ensin on suljettava pois syöpä ja sekundaarisen osteoporoosin syyt. (Välimäki ym. 2009.)

Osteoporoosilääkkeet toimivat luun hajoamista vähentävästi tai uuden luun muodostumista lisäävästi. Osteoporoosilääkkeiden käytön niin kuin koko osteoporoosin hoidon kulmakivenä on pyrkimys kaatumisten ja niistä koituvien murtumien ehkäisyssä. Hoidonlinjaukset määräytyvät sen mukaan, mikä on asiakkaan ikä, onko muita sairauksia, muut lääkehoidot ja kokonaistilanne yleensä. Lääkehoito ja sen kesto mietitään asiakaskohtaisesti. (Harju 2011.) Lääkehoitoa voidaan harkita, vain jos potilas kykenee liikkumaan omatoimisesti, tämä on lääkehoidon harkitsemiselle edellytys. (Välimäki ym. 2009.)

Lääkehoidon toteutukseen ja erilaisiin vaihtoehtoihin vaikuttaa luun haurastumisen ja/tai murtuman kohde, se missä kyseinen murtuma on. Selkärangan osteoporoosin



lääkehoitoon soveltuu lääkkeet, jotka ovat mahdollisesti estäneet kliinisiä nikamamurtumia tai radiologisia nikamamadaltumia, näitä ovat estrogeenit, alendronaatti, etidronaatti, raloksifeeni, kalsitoniini, tiboloni, ibandronaatti, risedronaatti, tsoledronihappo, strontiumranelaatti ja lisäkilpirauhasvalmisteet. Nikamamurtuman aiheuttamaan kivunhoitoon käytetään väliaikaisesti kalsitoniinia. Reisiluun yläosan osteoporoosiin käytetään lääkkeenä sellaisia lääkkeitä, jotka ovat aiemmin estäneet selkärangan ulkopuolisia murtumia, kuten reisiluun yläosan murtumia. Lääkkeet ovat estrogeeni, alendronaatti, tsoledronihappo, risedronaatti ja strontiumranelaatti. Miespotilailla, joilla on hypogonadismia, käytetään testosteronia. Yleensä osteoporoosin hoidossa käytetään vain yhtä lääketta, vaikka kahden lääkkeen samanaikainen käyttö voisi suurentaa luuntiheyttä enemmän mutta yhdistelmä hoidolla ei ole osoitettu murtumien estovaikutusten lisääntymistä. Jos potilas kuitenkin potee osteoporoottisen nikamamurtuman aiheuttamaa kipua, voidaan lääkkeiksi määrätä kalsitoniini (kipua lievittävä) ja joku toinen lääke. Kalsitoniinista pyritään kuitenkin pääsemään eroon muutaman kuukauden käytön jälkeen. (Välimäki ym. 2009.)

### **3.4 Lääkehoidon valinta ja toteutus**

Osteoporoosilääkityksen valintaan vaikuttavia tekijöitä ja hoidon kanssa on huomioitava monia asioita. Alendronaatti ja risedronaatti otetaan per os. kerran viikossa. Näiden annostelu sijoittuu aamuun ja otetaan pelkän veden kera (runsaasti vettä) vähintään puolituntia ennen varsinaista aamupalaa. Lääkkeenotto on tapahduttava istuma-asennossa ja makuulle ei saa käydä lääkkeen ottamisen jälkeen puoleen tuntiin. Ibandronaattilääkitys annostellaan kerran kuukaudessa p.o. ja sen kanssa varoaika on yksi tunti. (Kröger ym. 2008.)

Strontiumranelaatti on tarkoitettu vaikean osteoporoosin hoitoon. Se otetaan mielellään kaksi tuntia ruokailusta, mielellään ennen nukkumaanmenoa. Kalsitoniini 200 IU/vrk otetaan nasaalisesti ja teriparatidi 20 µg/vrk 18 kuukauden ajan. Estrogeenilääkitys on naisen luustolle hyväksi. Tämän hormonikorvaushoidon kannattavuudesta on keskusteltu paljon, koska se voi lisätä rintasyöpäriskiä. Estrogeenihoi-

toa voidaan käyttää luukadon ehkäisyyn, jos samaan aikaan tarvitaan hoitoa vaihdevuosisoireisiin. Potilaan mielipidettä hoidon aloitukseen kysytään. Lääkitys voidaan antaa tabletteina, laastareina tai geelinä. (Harju 2011.)

Raloksifeeni on estrogeenireseptorin muuntelija (SERM-lääke), on tablettilääkitys, joka otetaan päivittäin. Raloksifeeni vaikuttaa luustoon samoin, kuin estrogeeni, rintasyöpäriskin lisääntymistä lukuun ottamatta. Kalsitoniini on lääke, joka otetaan ne-näsuihkeina ja lääkkeellä on kipua lieventävä vaikutus, minkä takia se sopiikin tosi hyvin nikamamurtumapotilaille ainakin aluksi. Kalsitoniinia käytetään usein myös lisälääkkeenä. Testosteronilla voidaan lääkittää miehiä, joilla on todettu mahdollisesti sukihormonituotannon vajausta. Strontiumranelatti on päivittäin jauhemuodossa otettava lääke. Tämä hidastaa vanhan luun hajoamista ja toisaalta taas edistää uuden luun muodostusta. (Harju 2011.)

Tsoledronihappo on bisfosfonaatti, joka annostellaan (5mg x 1) suoneen kerran vuodessa. Tämä lääke on suurentanut mineraalitiheyttä ja pienentänyt luunvaihduksen merkkiaineita samassa määrin, kuin muiden lääkkeiden tiheämpi annostelu. Lääkkeellä on nikamamurtumia, lonkkamurtumia ja kaikkia selkärangan ulkopuolisia murtumia estävä vaikutus. Tsoledronihappo on osoittautunut ainoaksi lääkkeeksi, joka on pienentänyt kuolleisuutta kolmen kuukauden sisällä murtumisesta keskimäärin 73-vuotiailla lonkkamurtumapotilailla, sekä vähentänyt uusien murtumien syntymistä. Lääkeaine sopii tosi hyvin lonkkamurtumapotilaille ja potilaille, joille muut hoidot on eivät ole sopineet tai he sairastavat ruoansulatuskanavan sairauksia ja lääkkeen imeytyminen on sen vuoksi epävarmaa tai hoitomyöntyvyys on muuten huono oraaliin hoitoihin nähden. Bisfosfonaattihoito kannattaa aloittaa, jos potilaan uskotaan kuntoutuvan vielä liikkuvaksi lonkkamurtuman jälkeen. Hoito olisi syytä aloittaa hyvin pian lonkkamurtuman jälkeen, näin sillä voitaisiin estää immobilisaatioon liittyvä luuston kunnan heikkeneminen. (Välimäki ym. 2009.)

Jos osteoporoosin taustalla on hyperkalsiuria, käytetään lääkkeenä hydroklooritiatsidia tai indapamidia. Tiatsidien käytön on huomattu poikkileikkaus- ja kohorttitutkimusten mukaan pienentävän lonkkamurtumien vaaraa myös sellaisissa tapauksissa, joissa ei ole hyperkalsiuriaa todettu. (Välimäki ym. 2009.)

Lisäkilpirauhashormonivalmisteilla (teriparatidi) on luun rakentajasolujen määrää, aktiivisuutta ja luun rakentumista lisäävä vaikutus ja tästä johtuen ne lisäävät osittain myös luun hajoamista. Luun rakentuminen kuitenkin voittaa hajoamisen ja luun määrä kasvaa. Lisäkilpirauhashormonivalmiste injektoidaan ihon alle kerran päivässä 24 kuukauden ajan. Haittavaikutuksina voi esiintyä lievää päänsärkyä ja pahoinvointia. Hoidon pituus rajoittuu Euroopassa 18 kuukauteen eläinkokeissa havaitun osteosarkoomavaaran vuoksi. Yhdysvalloissa hoitoa voi saada 24 kuukauden ajan, eikä hoitoa toisteta. (Välimäki 2007.)

Lisäkilpirauhashormonihoidossa suurena ongelmana on sen kymmenkertainen hinta bisfosfonaatteihin verrattuna. Kela on rajoittanut korvattavuutta lisäkilpirauhashormonivalmisteiden käytölle ja myöntää näille valmisteille peruskorvaavuuden, vain erityisistä syistä. Korvattavuuteen voi olla oikeutettu, postmenopausaalinen nainen, jolla on ollut matalaenerginen murtuma, missä on todettu luuntiheyden olevan osteoporoosin tasoa (T-luku  $< -2,5$ ) ja tämän naisen sietokyky suun kautta annosteltaviin bisfosfonaatteihin on heikentynyt. Kun T-luku on  $< -3$ , postmenopausaalisella naisella voi olla mahdollisuus saada lääkkeen peruskorvattavuus, jos bisfosfonaattihoido ei ole ollut toivotulla tavalla tehokas. Esim. nikamamurtuma uusii, kun hoito on kestänyt yli vuoden tai hoidon jälkeen luuntiheyden pieneminen osoittautuu vuodessa yli 5 % tai kolmessa vuodessa yli 10 %. (Välimäki 2007.)

## 4 OSTEOPOROOSIN EHKÄISY

### 4.1 Kalsium ja D-vitamiini

Osteoporoosin ennaltaehkäisy voidaan aloittaa varhaislapsuudesta, jopa äidin vatsasta alkaen. Lapsuus ja nuoruus, erityisesti kasvuikä ovat olennaista laatuaikaa luun mineraalimäärän ja koon lisäämisessä (jopa 40-50%) ja liikunnalla on siinä suuri merkitys. (Harju 2011).

Osteoporoosin ehkäisyn toimintatavoissa keskeistä on se, miten asiat voidaan tuoda ymmärrettävästi tietoon ihan kaikille ihmisille ilman kalliita tutkimuksia. Ehkäisyn tärkeimpiä tavoitteita on välttää luun murtumat, jotka useimmiten aiheutuvat kaatumisista, jotka olisivat estettävissä pienin toimin. Keskeisiä kohteita väestötasolla ovat: D-vitamiinin ja kalsiumin saannin turvaaminen, oikeanlaiset ja riittävät liikuntatottumukset, tupakoinnin välttäminen ja alkoholin kohtuukäyttö. (Heikkinen ym. 2013.)

Riittävä kalsiumin saanti on luuston terveydelle erittäin tärkeä asia. Kalsium lisää luumassaa lapsilla ja murrosikäisillä naisilla se hidastaa luumassan vähenemistä ennen vaihdevuosisia ja tämän jälkeen sekä myöhemmällä iällä. Kalsiumin riittävä saanti voi mahdollisesti vähentää vaihdevuodet ohittaneilla naisilla luunmurtumia ja se voi parantaa myös estrogeenihoitoon luustovaikutuksia. (Välimäki 2009.)

D-vitamiinia syntyy auringon valon vaikutuksesta iholla, mutta meillä Suomessa ravinnosta saatu D-vitamiini on talvella tärkein D-vitamiinin lähde. D-vitamiinin tärkeimpiä ruokalähteitä ovat kala, kalanmaksaöljy, margariinit (jotka ovat vitamiinoituja) sekä maito ja piimä. D-vitamiinia on paljon myös sienissä, mutta siitä ei olla varmoja, kuinka se niistä imeytyy. Voissa, maksassa, kananmunissa ja juustossa on myös pieniä määriä D-vitamiinia. Päivittäiseen 800 yksikön D-vitamiinitarpeeseen päästäisiin syömällä 100–120 grammaa silakoita, kirjolohta tai lohta. Samaan päästään 200 grammalla vitamiinoitua margariinia tai juomalla 4 litraa maitoa. D-vitamiini varastoituu rasvaisessa muodossa, joten jos syö tänään runsaasti kalaa, huomenna voi syödä lihaa. (Välimäki 2009.)

## 4.2 Kaatumisien ennaltaehkäisy ja ohjaus

Suuressa kaatumisvaarassa olevien henkilöiden havaitseminen on erityisen tärkeää ja heidän ohjaaminen mahdollisten jatkotoimien pariin. Jatkotoimilla tarkoitetaan lähinnä lääkehoidon ajantasaisuuden tarkistuttamista, näkökyvyn ja moniteholasien sopivuutta. Lisäksi kotona olisi hyvä katsastaa mahdolliset kodin vaaratekijät ja toteuttaa tarvittavat muutostyöt. Tarvittaessa hankitaan liikkumiseen apuvälineitä ja ohjataan niiden käytössä. Jalkineisiin on saatavissa liukuesteitä ja lonkkaluita suojaamaan ns. lonkkahousut. Jalkojen kunto ja niiden hyvä hoito on myös yksi huomioitava asia (käypähoito-suositus 2014.) Puutteellinen valaistus, liukkaat tai epätaoiset lattiapinnat, kasaan menevät matot voivat lisätä kaatumisriskiä myös merkittävästi. Pelkästään alaraajojen heikentyneet lihakset lisäävät kaatumisenriskiä n. nelinkertaisesti ja aiemmat kaatumiset, kävelyn ja tasapainon kanssa olevat ongelmat n. kolminkertaiseksi. (Mäkinieniemi 2011.)

Kaatumisien ehkäisyssä keskeisessä asemassa on tavanomainen luita kuormittava liikunta, joka on kaatumisen ehkäisykeinoista paras. Liikunta parantaa oman kehon hallintaa ja lisää liikkumisvarmuutta, koska tasapaino, liikkeiden hallitseminen, reaktioaika ja lihasvoima parantuvat. Liikuntamuodoista parhaimpiin kaatumista ehkäiseviin lajeihin kuuluu voimaharjoittelu kuntosalilla ja tasapainoharjoitukset. (Harju 2011.)

## 4.3 Fyysisen toimintakyvyn tukeminen ja siihen vaikuttavat tekijät

Etenkin ikääntyneiden ihmisten toimintakykyä olisi hyvä kartoittaa laaja-alaisesti. Kotona asumisen olennaisena tekijänä liittyy päivittäinen fyysinen ja psyykinen suoriutuminen. Lisäksi on syytä kiinnittää huomiota kokonaisvaltaisesti lähiympäristön toimivuuteen ja sosiaalisiin suhteisiin. Elintavoilla on suuri merkitys keskeisten toiminnanvajauksien syntyminen kannalta. Erityisesti vähäinen liikunta ja tupakointi ovat toiminnanvajauksien syntyiselle keskeisiä riskitekijöitä. (Sulander 2009.)

Tupakoitsijoilla on todettu esiintyvän enemmän toiminnanvajauksia, kuin tupakoimattomilla ja tupakoinnin lopettaneilla. Tupakoinnin lopettaneilla on myös heikompi

toimintakyky tupakoimattomiin verrattuna. Tupakoimattomien ja tupakoinnin lopettaneiden väliseen eroon on liittynyt kroonisia sairauksia, etenkin miehillä. (Sulander 2009.)

Säännöllisesti liikuntaa harrastavien liikuntakyky on selvästi parempi kuin vähän liikkuvien. Tässä näkyvä yhteys on niin selkeä, että muilla elintavoilla ja kroonisilla sairauksilla ei voida sitä selittää. Ikääntyneillä liikunnan toistuvuus olisi tärkeintä, vaikka liikuntamuodoilla on todettu olevan suuri merkitys suhteessa fyysiseen toimintakykyyn. Ikääntyneiden ihmisten liikuntamuotojen ei tarvitse olla voimakkaasti hikoilua tuottavaa liikuntaa, pelkkä kävelyaktiivisuuden lisääminenkin vaikuttaa jo suotuisasti fyysiseen toimintakykyyn. Monimuotoisuus ja liikunnan turvallisuus ovat tärkeässä painopisteessä ikääntyneiden liikuntasuosituksissa. (Sulander 2009.)

Liikunnan säännöllisyydellä lapsuudessa ja työikäisenä on todettu olevan positiivisia yhteyksiä toimintakyvyn säilymiseen myöhemmällä iällä. Liikuntaharrastusten aloittaminen myös ikääntyneenä parantaa lihasvoimaa, ehkäisee toiminnanvajeiden syntymistä ja ennaltaehkäisee kaatumisia. (Sulander 2009.)

Liikunta on tärkein ehkäisymuoto iäkkäiden ihmisten kaatumisten välttämiseksi. Useilla satunnaisesti toteutetuilla ja kontrolloiduilla tutkimuksilla on voitu osoittaa, että säännöllinen 2-3 kertaa viikossa tapahtuva liikunta, johon liittyy voima- ja tasapainoharjoituksia, vähentää 20-60% kaatumisista. Liikunta lisää liikkumisvarmuutta kävelyn, tasapainon, koordinaation, asennon tunnon, reaktioajan ja lihasvoiman paranemisen kautta ja näiden asioiden vahvistuminen vaikuttaa kaatumisien ennaltaehkäisyyn. Ikääntyneille sopivia liikuntamuotoja, jotka parantavat ja ylläpitävät luuston kuntoa, lihasvoimaa ja hyvää tasapainoa on kävely kaikissa muodoissaan ja voimistelu, tanssit, hiihto. Näitä olisi hyvä harjoittaa päivittäin mutta ainakin useampia kertoja viikossa. (Fogelholm ym. 2011.)

Millikenin ym. vuoden kestänyt tutkimus osoittaa, että naisten kuntosaliharjoittelulla voidaan lisätä luun mineraalitiheyttä erityisesti lonkka- ja reisiluun alueella. (Lau & Guo, 2011.)

Vuonna 2016 tehty suomalainen tutkimus osoittaa, että jo 12 viikon monipuolinen ja säännöllinen alaraajoja kuormittava kuntosaliharjoittelu vähentää lantion nivelrikon kipuoireita jopa 30%. Harjoittelu lisää lantion seudun hallintaa ja vähentää täten

kaatumisen riskiä. Kuntosaliharjoittelulla tähdättiin kivun vähentämiseen ja lihastapainoon, liikelaajuuteen ja aerobisen kunnan kohenemiseen. (Uusi-Rasi ym. 2016.)

Liikunnalla on myös monia muita hyödyllisiä vaikutuksia luusto- ja lihasvaikutusten lisäksi terveyteemme, se parantaa unen laatua, vireys tilaa, fyysistä kuntoa, ehkäisee ylipainoa, vähentää sydäninfarktin, verenpainetaudin, diabeteksen, eräiden syöpätyyppien riskiä ja vähentää aivotointojen ja yleisen toimintakyvyn heikkene-  
misen uhkaa. (Fogelholm ym. 2011.)

Yleiskunto, tasapainokyky ja lihasvoima heikkenevät jo lyhyessäkin vuodelevossa tai liikuntamahdollisuuksien rajoituksessa. Tämän vuoksi olisi ensiarvoisen tärkeää saada olla päivittäin liikkeellä ja pystyasennossa. Vaikka sairastaakin, olisi pyrittävä nousemaan sängystä ylös päivittäin ja koittaa ottaa edes muutama askel. Tällä voidaan aktivoida tasapainon säätelyjärjestelmien ja hengityselimistö toimintaa. Sairausten hellittäessä voidaan lisätä liikunnan määrää pienin askelin jaksamisen mukaan. Ikääntyneille ihmisille on suotava mahdollisuus säännölliseen ulkoiluun, myös hoivakodissa tai pitkään sairaalahoitossa ollessaan. Liikuntakyvyn ollessa hyvin heikko voidaan ulkoilu mahdollistaa myös parvekkeella tai sisäpihalla. Ulkona, luonnossa liikkuminen tuo hyvää tasapainoharjoittelua ja virkistää samalla mieltä. Turvallisuutta ulkona liikkumiseen tuo, kun on ulkoiluseuraa. (THL 2012.)

Terveellisten ruokatottumusten nopea lisääntyminen väestötasolla on vaikuttanut etenkin sydän- ja verisuonitautien vähenemiseen. Ruokatottumuksilla on vaikutusta terveyteen yleisesti ja tätä kautta luultavasti myös fyysiseen toimintakykyyn. (Sulander 2009.)

Ikääntyneiden suomalaisten keskuudessa alkoholinkäyttö on yleistynyt huolestuttavasti vuosien mittaan. Etenkin kohtuukäyttäjien määrä on kyselytutkimusten perusteella lisääntynyt. Suurkuluttajien määrään on tullut myös lisäystä, mutta todellisten määrien arviointi on ongelmallista, koska useat kyseisistä henkilöistä eivät ota osaa näihin tutkimuksiin. Kohtuullisesti alkoholia käyttävillä näyttäisi olevan vähemmän toiminnanvajauksia (puristusvoima, alaraajojen lihasvoima ja liikkuvuus) verrattuna sellaisiin henkilöihin, jotka eivät käytä alkoholia lainkaan tai sellaisiin, jotka juovat

runsaasti alkoholia. Alkoholin kohtuukäyttäjien on myös todettu säilyttävän pidempään paremman liikkumiskyvyn, kuin ei lainkaan alkoholia käyttävät. Suurkulutuksen lisääntymisestä yksi selkeä merkki on alkoholiperäisten tautien ja tapaturmaisten alkoholimyrkytysten nouseminen työkäisten yleisimmäksi kuolinsyyksi. (Sulander 2009.)



## **5 POTILAAN OHJAUS**

### **5.1 Yleistä potilaan ohjauksesta**

Hoitajan yksi tärkeimmistä tehtävistä on potilaan ohjaus. Potilasohjauksen onnistuminen vaikuttaa hoitomyönteisyyteen positiivisesti ja samalla myös hoitoon sitoutumiseen. (Kyngäs ym. 2007.)

Potilaan ohjaus on hoitotyön keskeinen auttamiskeino, jonka kehittäminen on tärkeää. Ohjauksen tarve lisääntyy kokoajan, potilaat ovat nykyään hyvin tietoisia omista oikeuksistaan ja sairaudestaan sekä siihen liittyvästä hoidosta. Hoitoajat lyhenevät laitoksissa ja ohjauksen tarve tulee lisääntymään entisestään. Potilasohjaukseen käytettävä aika lyhenee ja ohjaus on toteutettava ajan sallimissa rajoissa. (Lipponen 2014.)

### **5.2 Asiakslähtöisyys ohjauksessa**

Ohjaus on potilaan ja hoitajan välistä aktiivista, tavoitteellista toimintaa, johon vaikuttaa oleellisesti potilaan ja hoitajan taustatekijät. Ne voidaan jakaa yksilöllisiin, fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristötekijöihin. Fyysisiin tekijöihin kuuluvat ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila. Potilasohjaus tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjauksessa on huomioitava potilaan erilaiset ohjaustarpeet ja varmistaa, minkälaisia asioita hän on valmis oppimaan ja missä vaiheessa? (Kyngäs ym. 2007.)

Potilasohjaus lähtee suunnittelusta, toteutuksesta ja päättyy arviointiin. Ohjauksen suunnittelussa varmistetaan, että asiakas on tietoinen omasta toiminnastaan ja tavoitteet määritellään asiakkaan kanssa yhdessä sekä lyhyelle että pitkälle aikavälille. Ohjauksen alkaessa olisi hyvä lähteä liikkeelle selvittämällä, siitä mitä asiakas jo tietää, mitä hänen olisi hyvä tietää, mitä hän mahdollisesti haluaisi tietää ja millä tavoin hän parhaiten pystyy omaksumaan asian. Tavoitteet määräävät sisällön asiakaslähtöisen ohjauksen suunnittelussa. Sisällön tulisi olla realistista, konkreettista, muuttuvaa ja mitattavissa olevaa. Ohjausta toteutettaessa on hyvin tärkeää, että

hoitajalla on riittävästi tietoa ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja erilaisista ohjausmenetelmistä ja ohjaustyyleistä. Ohjauksessa käsiteltävän tiedon tulee olla ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tutkimustietoa, jossa otetaan huomioon myös asiakkaan omat näkemykset ja elämäntilanne. (Kyngäs, Kääriäinen & Lahdenperä 2005.)

Ohjausmenetelmien valintaan vaikuttaa oleellisesti myös se, miten asiakas vastaanottaa ja omaksuu asioita. Toisten on helpompi hahmottaa asioita visuaalisesti, jolloin ohjauksessa olisi hyvä käyttää kuvamateriaalia. Jotkut saattavat reagoida otollisesti rytmiin ja ääniin, tällöin ohjausta voidaan rytmittää kokonaisuuksiksi ja pyytää asiakasta painamaan asiat mieleensä, vaikka kolmen asian sarjoissa. Lisäksi on monia muita tapoja miten, kukin asioita sisäistää. Keskeisten asioiden kertaaminen ohjaustilanteen lopulla on tärkeää, riippumatta siitä miten asiakas asioita omaksuu. (Kyngäs ym. 2005.)

### **5.3 Videokuvayhteys ohjauksessa**

Asiantuntijoiden videokuvayhteyskontaktit ovat yleistymässä, samoin sähköinen asioiden hoitaminen. Asiointi videoyhteyden välityksellä tuo uuden ja tehokkaan toimintaprosessin palveluhenkisiin organisaatioihin ja tarjoaa uuden yhteydenpitovälineen sekä palvelutavan asiakastyöhön. Asiakaspalvelulähtöiseen palvelujen tuottamiseen tulee kuvayhteyden myötä uusia mahdollisuuksia. Potilaan ohjaus voi pian onnistua ajasta ja paikasta riippumatta, ja säästää palveluita tarvitsevien käyttäjien ja niitä tarjoavien aikaa. Kun yhteys potilaaseen luodaan kuvavälitteisellä yhteydellä, olet näin toisen ihmisen kotona vieraana. Toimintaasi ohjaavat Kaikki samat eettiset periaatteet ohjaavat toimintaasi, kuin kotikäynnillä. Lyhyenkin yhteydenoton tavoite on saavuttaa potilaan kokonaisvaltainen kohtaaminen tässä ja nyt, se on vuorovaikutustilanne, jossa asiakaspalvelu ja asiakkaan ohjaaminen tapahtuu kuvan ja äänen välityksellä. Fyysinen kontakti vain puuttuu. Taitojen kehittyessä tämän työvälineen käyttämisessä, paranee olennaisten asioiden havaitsemistaito kunkin asiakkaan kohdalla. (Rantee 2016.)

Asiakkaalle tehty palvelusuunnitelma ja siinä asetetut tavoitteet ohjaavat tapaamisien kulkua. Huomiota kiinnitetään näiden tapaamisten aikana erityisesti siihen,

onko asiakkaan tilanteessa tapahtunut muutoksia, joihin tulisi reagoida? Hyvät vuorovaikutustaidot on kuvavälitteisen yhteyden onnistumisen perusta, jotka näkyvät ominaisuuksina, joita ovat selkeys, ymmärrettävyys, vastavuoroisuus ja yhdenvertaisuus. Hyvässä ohjaustilanteessa asiakkaan tarpeet määrää etenemisen tahdin. Ihmisen itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa myös kuvavälitteisen ohjaustilanteen aikana. Asiakkaalla on aina oikeus kieltäytyä ohjeiden noudattamisesta, jumpatuokiosta tai lääkkeiden otosta. Keskustelu ja tapahtumat, mitä tapaamisen aikana on käyty läpi, on tärkeä kirjata sovitusti ja raportoida muille yhteistyötahoille. (Rantee 2016.)

#### **5.4 Erilaiset ohjaustyyli**

Hoitaja voi käyttää erilaisia tyylejä asiakaslähtöisessä ohjauksessa. Tyylejä jotka tukevat asiakaslähtöisyyttä ovat hyväksyvä, konfroiva ja katalysoiva tyyli. Hyväksyvä tyyli on sopiva tilanteissa, joissa asiakkaalla on tunteet pinnalla tai hänen täytyy saada varmistusta asioille. Hoitaja on tärkeässä roolissa, jossa hän kuuntelee, hyväksyy, tukee ja nyökyttelee mutta ei osallistu, kuin pyytämällä tarkennuksia joihinkin seikkoihin. Asiakaslähtöisen ohjausprosessin onnistuminen edellyttää asiakkaalta itseltään aktiivisuutta, vastuullisuutta ja motivaatiota sekä tavoitteellisuutta ja ongelmanratkaisukykyä. Konfroiva tyyli sopii silloin, kun on tarkoitus osoittaa asiakkaan puheen ja tekojen välillä olevia ristiriitoja, vaikkapa silloin, kun asiakas ei itse ole huolissaan merkittävästä terveysongelmastaan. Katalysoiva tyyli on omiaan kartoittamaan ja selkiyttämään asiakkaan tilannetta avoimin kysymyksin. Ohjaustyylistä riippumatta hoitajan on käytettävä sellaista puhekieltä, että asiakas ymmärtää, ei ns. ammattislangia. (Kyngäs ym. 2005.)

Laadukas ohjaus pohjautuu hoitajan ottamaan ammatilliseen vastuuseen edistää ja opastaa potilaan tekemissä valinnoissa. Tämä edellyttää hoitajalta ohjauksen filosofisten ja eettisten lähtökohtien tiedostamista sekä hyviä ohjausvalmiuksia. Laadukas ohjaus on sidoksissa potilaan ja hoitajan fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin taustatekijöihin. Näiden taustatekijöiden huomioiminen edellyttää potilaan ja hoitajan väliseltä vuorovaikutukselta kaksisuuntaisuutta. (Kääriäinen 2008.)

Vuorovaikutuksen kaksisuuntaisuudella rakennetaan ohjaussuhdetta. Potilaan sekä hoitajan ollessa aktiivisia ohjaussuhteessa voivat he yhdessä suunnitella ja rakentaa ohjausprosessista tavoitteellisen. Onnistuneen ohjauksen turvaa asianmukaiset resurssit. Lisäksi laadukas ohjaus tulisi olla kattavaa. Potilaan taustatekijät huomiioon ottava ja kattava ohjaus mahdollistaa ohjauksen hyvät vaikutukset. (Kääriäinen 2008.)

Tutkimuksissa on käytetty ohjausmenetelmiä, jotka ovat olleet perinteisiä. Eniten on käytetty yksilöön kohdistuvaa henkilökohtaista ohjausta. Ryhmäohjauksesta potilaiden on todettu myös hyötyvän. Enemmän voisi myös käyttää Teknologiaa ja vertaistukea. Kaatumisien ja uudelleenmurtumisten ehkäisyssä on huomattu puuttuvan systemaattisuuden niin sairaalassa kuin kotihoitossakin. Kaatumisten ehkäisystä ja ympäristön kaatumisriskiä koskevia ohjeita ei ole annettu. Ohjaus ei ole saavuttanut tarvittavaa asiaan sitoutuneisuutta ja sairaalasta saadut hoito-ohjeet ovat usein jääneet toteutumatta. Sitoutumista voidaan tukea muun muassa pitämällä potilaisiin yhteyttä sairaalasta kotiuduttua. (Hyttinen & Kanerva 2011.)

## 6 LAADUKAS OPASLEHTINEN

Hyvän potilasohjeen laatiminen alkaa siitä, että mietitään ketä oppaan tulisi palvella? Kuka sitä mahdollisesti lukee? Oppaan alkuun laitetaan otsikko, jossa kerrotaan opaslehtisen aihe ja varsinainen ohjeistuksen kokoaminen aloitetaan kertomalla kyseiseen asiaan liittyvää perustietoa. Oppaan etenemistä seuraa väliotsikot, jotka jakavat ohjeen sopiviin annoksiin. Väliotsikot ohjaavat lukijaa lukemaan eteenpäin ja kertovat lyhyesti, mitä sitten tapahtuu? Ohjeen läpi lukemiseen houkuttelee hyvät kuvat. Oppaan hyvä kuvitus herättää mielenkiinnon ja auttaa asioiden sisäistämässä. Hyvä opaslehtinen on asiakasta puhutteleva. Ohjeet voivat olla myös käskettäviä, tämän esitystavan tarkoituksena on, että asiakas ymmärtäisi ohjeiden noudattamisen tärkeyden. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002.)

Asiakkaan mielenkiinnon herättäminen asiaa kohtaan ja motivaation lisääminen oman terveytensä hoitamiseen on ohjauksen onnistumisen kannalta tärkeää. Yksi hyvä tapa ohjeiden opettamisen kannalta on havainnollistaminen, mallioppiminen ja harjoittelu tukevat oppimista oleellisesti. Apuvälineinä voidaan käyttää myös videoita ja tietokonetta mutta perinteinen henkilökohtainen ohjaus ja paperilla annetut ohjeet ovat vielä arvossaan. Kaikilla ei ole mahdollisuuksia käyttää nykyistä tietotekniikkaa. (Torkkola ym. 2002.)

Hyvässä potilasohjeessa juonirakenteella on looginen järjestys. Opastus etenee selkeästi, ymmärrettävästi ja asiat säilyttävät yhteyden toisiinsa. Potilasohjeiden juoni pohjautuu yleensä tärkeysjärjestykseen, jota katsotaan potilaan näkökulmasta. Selkeä teksti pitää sisällään mukavan lyhyitä kappaleita, virkkeiden rakenne hahmottuu helposti ja sanat ovat helposti ymmärrettäviä, ei ammattislangia. Ohjeista ja neuvoista löytyy perustelut, mitä potilas hyötyy noudattaessaan niitä? Hyvässä tekstissä on kiinnitetty huomiota oikeinkirjoituksen viimeistelyyn. Ulkoasun ollessa vielä asianmukainen, se edistää ohjeen ymmärrettävyyttä. (Hyvärinen 2015.)

Potilasohjeen tekstin täytyy olla selkeää, helposti ymmärrettävää, sisältö kattava ja sen pitäisi kannustaa omatoimisuuteen. Asioiden esittämisjärjestys on tärkein yksittäinen seikka, mikä vaikuttaa asian ymmärrettävyyteen. Juoniratkaisuja on olemassa monia erilaisia; asiat voidaan kertoa tärkeys-, aikajärjestyksessä tai aihepiireittäin. Oppaan aiheesta riippuen, jokainen vaatii omanlaisen juonenkuljetuksen.

Järjestystä valittaessa on syytä miettiä, mitä tekstillä on tarkoitus saada aikaiseksi ja millaisessa tilanteessa sitä mahdollisesti tullaan lukemaan. Hakeeko lukija tietoja sairaalassa oloaikana vai onko se tarkoitettu hoidon tueksi kotiin? (Hyvärinen 2015.)

Tärkeysjärjestys on yleensä toimivin. Aloitetaan asioista, jotka ovat merkityksellisimpiä ja edetään koko ajan vähemmän merkityksellisiin asioihin. Tässä olisi hyvä asettaa potilaan asemaan ja mietittävä, mitä tämä pitää tärkeimpänä ja mitä tämä odottaa tekstistä löytyvän. (Hyvärinen 2015.)

Ohjeiden perustelu on tärkeä osa ohjeistamista. Asiakas odottaa saavansa perusteet sille, miksi täytyy toimia näin? Ohjeiden noudattaminen on yleensä helppoa silloin kun niiden noudattaminen ei häiritse liiaksi muuta elämää. Sitä tärkeämpiä perustelut ovat, mitä enemmän asiakkaan täytyy tehdä töitä. Oman hyödyn saaminen on yleensä paras peruste. (Hyvärinen 2015.)

Oppaaseen viimeisenä sijoitetaan yhteystiedot, tiedot oppaan tekijöistä ja mahdolliset viitteet osoitteisiin tai puhelinnumeroihin, mistä saa lisätietoa. Jos asiakkaalle jää jokin asia epäselväksi, eikä hän oppaasta hakemaansa tietoa löydä, pitää hänellä olla silloin mahdollisuus soittaa jollekin, joka asiassa osaa neuvoa. Se henkilö keneen asiakas voi yhteyttä ottaa, pitää olla oppaassa selvästi merkittynä. (Torkkola ym. 2002.)

## **7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajan näkökulmasta, kuinka ohjata eri-ikäisiä asiakkaita omaksumaan itselleen sellaisia elämäntapoja, joilla voidaan vaikuttaa omiin jo totuttuihin elämäntapoihin osteoporoosia ehkäisevällä tavalla.

Tavoitteena on löytää uusinta tietoa osteoporoosin ehkäisemisestä ja hoidosta asiakkaille, sekä päivittää Seinäjoen keskussairaalan kuntoutuksen toimintayksikön käytössä oleva kirjallinen potilasohje (Osteoporoosin ehkäisy ja hoito), joka helpotaisi osteoporoosin ehkäisemisen ohjauksessa hoitajia ja asiakkaita.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

Miten ohjataan osteoporoosiin sairastunutta?

Millaista sisältöä osteoporoosin potilasopaslehtiseen tarvitaan?

## 8 AINEISTON KERUU

Tutkimusaineistoa on haettu kuvailevan kirjallisuuskatsauksen perusteella aiemmasta tutkitusta tiedosta, kirjallisuudesta ja nettilinkeistä.

Aiheesta hakuja on tehty esim. Melindan kautta, hakusanalla osteoporoosi, rajaus suomen kieli 447 lähdettä, lisäksi rajauksiin vuosi 2011 alkaen, tuloksia tuli 94. Sisääntokriteereinä on ollut suora asiayhteys aiheeseen osteoporoosi. Aikarajaus on pyritty pitämään viidessä vuodessa, sillä perusteella, että Seinäjoen keskussairaalan osteoporoosi-opas on päivitetty viimeksi vuonna 2011.

Terveysportista hakusana osteoporoosi->yhteensä aineistoa 412, lääkärin käsikirjoista löytyy 32 ja Suomen lääkärilehti 61, Duodecim 137. Hauissa on lähdetty asioita katsastamaan lähinnä sairaanhoitajan näkökulmasta. Lääkärin tietokannasta, hakusanalla kaatumisten ennaltaehkäisy tuloksia saatiin 21.

Cinahl hakuja sanalla osteoporosis tuloksia 839. Hakusan prevention of osteoporosis tuloksia 788kpl ja niistä valittu yksi artikkeli. bone conduction v. 2011-2017 tuloksia 250, hakusanalla bone health 536 tulosta, rajaus englannin kieli ja vuosiluvut 2011-2017.

Medic osumia sanalla osteoporoosi ennalta ehkäisy 519kpl, rajaus hoitotiede-lehti 21kpl, vuodet 2011-2017, valittu 2 kpl. Medic osumia sanalla osteoporoosi ohjaus, rajaus Tutkiva hoitotyö 31kpl, valittu 8kpl.



## 9 AINEISTON ANALYSOINTI

Induktiivinen sisällönanalyysi on aineistolähtöistä, se perustuu induktiiviseen päätelyyn, jota ohjaa tutkimuksen ongelmanasettelu. Aineiston analyysin kulku etenee pelkistämisestä ryhmittelyyn ja abstrahointiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.) Kun aineistomateriaalit on saatu kerättyä ja ne on kirjoitettu tekstiksi, tekstiä analysoidaan eli tekstin sanoja ja näistä koostuvia ilmaisuja luokitellaan. Tärkeintä on tunnistaa sisällöstä väittämiä, jotka kertovat jotain tutkittavasta ilmiöstä. Analyysillä haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113.)

Analyysi alkaa analyysiyksikön määrittämisellä, valintaa ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksikkönä voidaan käyttää yhtä sanaa tai sanayhdistelmää mutta se voi rakentua myös kokonaisesta lauseesta tai ajatuskokonaisuudesta. Analyysiyksikkö voi olla jotain muutakin kuin em. asiat, tutkimustehtävästä riippuen. Kun analyysiyksikkö on valittu, aineisto käydään useita kertoja lukien läpi analyysipohjan luomista varten. Aineistoon perehtymisen jälkeen analyysin etenemiseen vaikuttaa se, mikä asia analyysia ohjaa. Sitä voi ohjata aineisto tai ennakkoon ajatellut kategoriat, käsitteet, käsitejärjestelmät tai teemat. Analyysiprosessia voidaan kuvata sanoilla pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Pelkistäminen tarkoittaa aineiston ilmaisujen keräilyä, mitkä liittyvät aineiston tutkimustehtävään. Ryhmittelyllä tarkoitetaan pelkistetyistä asioista kerättyjä asiakokonaisuuksia, jotka nitoutuvat yhteen. Abstrahoinnilla muodostetaan kuvaus yleiskäsitteiden avulla tutkimuskohteesta. Aineiston pelkistäminen lähtee tutkimuskysymyksestä, johon etsitään vastauksia aineiston pohjalta. Ryhmittelyllä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Ilmaisut jotka tarkoittavat samaa asetetaan saman kategorian alle ja annetaan kys kategorialle nimi, joka kuvaa hyvin sen sisältöä. Kategorioita muodostettaessa mietitään, mitkä asiat voidaan laittaa saman kategorian alle ja mitkä ei. Tässä vaiheessa onkin jo mukana aineiston abstrahointia eli käsitteellistämistä. Analyysi jatkuu saman sisältöisten kategorioiden yhdistämisellä toisiinsa ja sitten näistä muodostetaan yläkategorioita. Yläkate-

gorialle annetaan taas nimi, joka antaa oikean kuvan sen sisällöstä eli niistä alakategorioista, joilla tämä tulos on muodostettu. Abstrahointi jatkuu kategorioita yhdistämällä niin kauan, kuin se voi olla mielekästä kys. sisällön kannalta. Nimeäminen voi olla joskus hyvin ongelmallista. Nimeämisessä onkin usein käytetty deduktiivista päättelyä eli kategoria saa nimen, joka on tuttu käsite jo aiemmasta. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Tuloksen luotettavuuden kannalta tärkeää on, miten tutkija onnistuu osoittamaan tuloksen ja aineiston välillä olevan yhteyden. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Seuraavat esimerkkitaulukot havainnollistavat analyysiprosessin etenemistä.

Taulukko 1. Alkuperäisilmauksesta pelkistykseen ja sitä kautta alaluokkaan.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alaluokka
Ohjauksessa on kyse potilaan ja läheisten tiedollisesta tuesta.	Tiedollinen tuki	Läheisten rooli
...tulisi jatkossa panostaa läheisyhteistyön vahvistamiseen.	läheistyön vahvistaminen	
Läheisillä on tärkeä rooli potilaan elämäntilanteiden tuntijoina ja voimavarojen tukijoina.	elämäntilanteiden ja voimavarojen tuntijat ja tukijat	
perheen tukeminen on oleellista..... lisää potilaan elämänlaatua.	perheen tukeminen elämänlaadun lisääjänä	
Ohjausta omaiset saivat apuvälineiden käyttöön, lääkitykseen tai sairauteen yleisesti.	apuvälineiden käyttö, lääkitys, sairaus yleisesti	
... läheiset voimavarana ja pyrkiä nykyistä aktiivisemmin kutsumaan heidät mukaan ohjaustilanteisiin potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.	Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen läheiset mukaan ottamalla	

Taulukko 2. Esimerkki pelkistyksestä alaluokkaan ja siitä pääluokkaan

Pelkistys	Alaluokka	Pääluokka
ohjaajan kyky ymmärtää, kokemus ohjauksesta, kiinnostus ohjaamiseen, vuorovaikutustaidot	Sosiaalisen kanssakäymisen laatu	
Ohjaajan palvelukyky, ystävällisyys, empaattisuus, kyky kuunnella, antaa palautetta		
ohjauksen aktiivisuus, tavoitteellisuus, vuorovaikutteinen ohjaussuhde, onnistunut vuorovaikutus, hyvä yhteistyö		
asianmukaiset resurssit ohjaukseen	potilaskeskeinen ohjaus	Dialogisen ohjauksen mahdollistavat tekijät
riittävä ohjaus		
potilaan taustatekijöiden huomioiminen		
riittävä tieto, hoitoon osallistuminen ja hoitoa koskeva päätöksen teko		
potilaan voimavarojen huomioiminen ja edellytysten esille tuominen omaan terveyteensä vaikuttamiseen		
Taito kertoa asiakkaan tilanteesta		
Taito vastata kysymyksiin		

## 10 TULOKSET JA TUOTOKSEN KUVAILU

Tulososiossa on käsitelty asioita kahden kysymyksen pohjalta, jotka olivat seuraavat: Miten ohjataan osteoporoosiin sairastunutta ja Millaista materiaalia osteoporoosin potilaslehtiseen tarvitaan? Osteoporoosiin sairastuneen ohjaus jakautui sisällön analyysin perusteella neljään pääluokkaan, jotka olivat seuraavat: Dialogisen ohjauksen mahdollistavat tekijät, päivittäisten asioiden hallinta, sosiaalisten suhteiden merkitys sekä taloudellinen ja henkinen hyvinvointi. Opaslehtiseen tarvittava materiaali jakautui kolmeen eri pääluokkaan ja ne olivat fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia toimintoja tukevat osa-alueet.

### 10.1 Dialogisen ohjauksen mahdollistavat tekijät

Pääluokka dialogisen ohjauksen mahdollistavat tekijät jakautui kahteen alaluokkaan, jotka ovat yksilöllinen potilasohjaus ja sosiaalisen kanssakäymisen laatu. yksilöllisessä potilasohjauksessa painottuu selkeästi ohjaajan taidot ja omistautuminen ohjaukselle. Ohjaajan riittävä tieto/taito ja näiden asioiden ymmärrettävästi potilaalle esittäminen ovat myös arvostettuja vahvuuksia. Ohjauksessa onnistumisen kannalta on oleellista, että potilas ymmärtää ohjauksen tärkeyden ja sen miksi tämä on hänelle itselleen tärkeä asia omaksua. Ohjausta pitäisi olla riittävästi ja ohjaustilanteiden päättyessä ohjaajan tulisi varmistua siitä, että potilas on saanut kaiken tarvitsemansa tiedon ja asioiden kanssa eteenpäin selvitäkseen. Potilaan henkisen hyvinvoinnin tason nostaminen kannustamalla ja tukemalla tätä, potilaan kaipaamissa asioissa olisi tärkeä osata myös huomioida.

Sosiaalisen kanssakäymisen laatu pitää sisällään myös ohjaajaan liittyviä asioita kuten ohjaajan vuorovaikutustaidot ja hyvän yhteistyön taidot. Tähän liitettiin ohjaajan ystävällisyys, empaattisuus ja taidot olla sujuvassa vuorovaikutteisessa suhteessa ohjattavan kanssa. Esille tuli myös ohjaajan omat kuuntelutaidot silloin, kun ohjattavalla on jotain sanottavaa mutta myös ohjaajan odotettiin pystyvän antamaan palautetta tilanteen niin vaatiessa.

*”Ohjaajan vahvuuksia kuvaavat kategoriat olivat kyky ymmärtää potilaita, kokemus ohjauksesta, kiinnostus ohjata potilaita ja vuorovaikutustaidot. (Kynäs ym. 2005.)”*

## 10.2 Päivittäisten asioiden hallinta

Päivittäisten asioiden hallinta jakautui alaluokkiin ohjauksen sisältöaiheet ja kokonaisvaltainen potilaan tilanteen huomioiminen. Ohjauksen sisältöaiheet pitää sisällyttää välttämättömän yleistiedon sairaudesta ja sen lääkehoidosta sekä mahdollisista poikkeavista lääkkeenottotavoista. Ohjauksen sisältöä tarkasteltaessa odotukset olivat siinä, että ohjaaja huomioi potilaan iän, sukupuolen ja siviilisäädyn, ne myös vaikuttavat oleellisesti ohjauksen sisällön valintaan ja tapaan toteuttaa ohjaus-tilannetta. Potilaan taustatiedot ja elinolosuhteet voivat tuoda myös ohjaukselle oman haasteensa. Ohjauksen sisältöaiheisiin lukeutuu tietoa sairauden mukanaan tuomista kontrollikäynneistä, tutkimuksista ja lisäksi tietoa sairauden vaikutuksista sosiaalisiin suhteisiin ja seksuaalisuuteen. Apuvälineiden ja muiden mahdollisten sairauden laatuun tarvittavien tarvikkeiden käytön opastuksesta, opastuksen havainnollistamiseen ja harjoitteluun yhdessä potilaan ja mahdollisesti tämän omaisten kanssa.

*”Lääkehoidon suhteen potilas sai tietoa ...lääkkeiden käytöstä ja oikeasta tekniikasta lääkkeiden ottamiseen. (Kaakinen ym. 2014.)”*

Kokonaisvaltainen potilaan tilanteen huomioiminen. Tässä tarkastellaan asioita potilaan jokapäiväiseen hyvinvointiin ja elämänhallintaan liittyvistä näkökulmista. Toteutetaanko ohjausta suullisesti, kuntoutusohjein tai jollain muulla tavoin? Ohjaustavan valintaan vaikuttaa oleellisesti se minkä ikäistä potilasta ohjataan ja millä tavalla. Potilaan perhesuhteilla, sukupuolella, elinolosuhteilla ja koulutuksella yms. voi olla vaikutuksia siihen, miten ohjausta yleensä voidaan toteuttaa. Voidaanko ohjaus toteuttaa esim. omassa terveyskeskuksessa vai korkeamman tason kuntoutuskeskuksessa? Perheellisellä, yksinelävällä tai ikääntyneellä ihmisellä on erilaiset resurssit saada jotain tiettyä ohjattua kuntoutusta ja päästä erilaisiin kuntoutuskeskuksiin tai kylpylöihin kuntoutumaan.

*”Ohjauksen tarpeeseen vaikuttavat myös potilaan ikä, sukupuoli, siviilisääty, koulutus... (Kyngäs ym. 2005.)”*

### **10.3 Sosiaalisten suhteiden merkitys**

Pääluokka sosiaalisten suhteidenmerkitys jakautui kahteen alaluokkaan, jotka olivat: Perheenjäsenten keskinäiset suhteet ja potilaan suhteet muihin tärkeisiin henkilöihin. Perheenjäsenten roolia potilaan rinnalla korostettiin todella paljon, sairaiden lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi. Perheenjäsenet ja muut tärkeät ihmiset ovat potilaan asioiden parhaita tuntijoita. Siinä tapauksessa, jos potilas itse ei mahdollisesti saa esitettyä asioitaan ymmärrettävästi, nämä ihmiset hänen asioidensa tuntijoina voivat selkeyttää asioita hänen puolestaan. Potilaan ollessa heikossa kunnossa ja sairauden uuvuttamana pitäisi muistaa ottaa perheenjäsenet ja muut läheiset mukaan yhä paremmin ja huomioida myös heidän jaksamisensa. Sairaus on voinut tulla täydellisenä yllätyksenä ja tulevaisuus on hämärän peitossa niin potilaalle, kuin hänen perheenjäsenilleenkin. Läheiset voivat olla kantava voimavara siinä kohdassa, kun potilaan oma jaksaminen on ihan nollassa. Perheenjäsenten ja läheisten mukaan ottaminen ohjaustilanteisiin, auttaa sitten myöhemmässä vaiheessa, kun on ollut läsnä muitakin kuulevia korvia ja näkeviä silmiä.

*”... läheiset voimavarana ja pyrkiä nykyistä aktiivisemmin kutsumaan heidät mukaan ohjaustilanteisiin.... (Eloranta ym. 2015.)”*

### **10.4 Taloudellinen ja henkinen hyvinvointi**

Taloudellinen ja henkinen hyvinvointi jakautui kahteen alaluokkaan, jotka ovat henkinen jaksaminen ja taloudellinen pärjääminen. Henkisen jaksamisen suhteen nousi esille mahdollisten tukiryhmien olemassaolo. Potilaat kaipaavat ryhmiä, jossa saisi käydä muiden kohtalotoverien kanssa läpi sairauden aiheuttamia tuntejaan ja kuulisi samalla myös muiden kertomuksia kokemuksistaan. Toisten ihmisten kanssa keskustelu ja asioiden heille purkaminen helpottaa oloa ja puhdistaa ilmaa. Samassa tilanteessa olevien ihmisten ja heidän samankaltaisten ongelmien toteaminen, tuo lisää toivoa ja motivaatiota omaan kuntoutumiseen.

*”...tutkimustuloksista ohjausta saatiin liian vähän. Heikoiden ohjausta saatiin sosiaalieluksista ja tukiryhmistä. (Kääriäinen ym. 2005.) ”*

Taloudellinen pärjääminen huolestuttaa potilaita sekä heidän läheisiään. Yleisesti ihmisten sairastuessa, halutaan saada enemmän tietoa mahdollisista tukimuodoista, avustuksista ja sairaalakäyntien maksukatoista yms., mitä ihminen voi sairastaessaan saada. Etenkin perheelliset ja työelämässä olevat potilaat on uusien haasteiden edessä. Mistä saadaan elanto perheelle, jos sairaus tulee kestäväksi pitkään ja joutuu olemaan kauan sairaalalla työstä? Sairauden yllättäessä voi mielessä olla monia asioita mihin ei välttämättä oma tietous riitä ja näistä asioista pitäisi olla saatavilla riittävästi ohjausta. Esille nousivat lääkkeiden hinnat, kuntoutus ja siihen liittyvät kustannukset, sosiaalieluudet, vertaistukiryhmät, vakuutus ja sairauspäivärahat ja niiden hakemusten käsittelyyn liittyvät asiat.

*”... taloudelliseen ulottuvuuteen, kuten kuntoutukseen ja lääkehoitoon liittyvien kustannusten sekä vakuutus- ja sairauspäivärahojen käsittelyyn. (Eloranta ym. 2015.)”*

## **10.5 Fyysistä toimintaa tukevat osa-alueet**

Yläluokka Fyysistä toimintaa tukevat osa-alueet muodostuu alaluokista: Potilasohjauksen sisältö ja potilaan ohjauksessa käytettävät menetelmät. Alaluokassa potilaan ohjauksen sisältö nousi esiin yksilöllinen ruokavalio-ohjaus, opastus siitä miten välttää uusia kaatumisia ja murtumien syntymistä esim. näöntarkastus, liikuntaohjaus, lääkkeiden ajantasaisuuden tarkistaminen ja lääkehoidon ohjaus. Huolta ja murhetta herätti myös kotona pärjääminen ja kotiapujen, kuten siivouspalvelujen ja ruokapalvelujen saanti. Liikkumisen tueksi tarvittavien apuvälineiden käytön opastus läheiset mukaan lukien.

*”Omaisten ohjaus, apuvälineiden käytön harjoittelu yhdessä (hoitotyön henkilöiden kanssa), omahoito kotona, emotionaalinen ja lääkinällinen tuki sekä jatkohoito. (Kaakinen ym. 2014.)”*

Alaluokassa potilaan ohjauksessa käytetyt menetelmät, tuli esille murtumien ehkäisyyn liittyvästä menettelytavasta lääkehoidon opetus ja havainnollistaminen, jos lääkehoidossa ja sen toteuttamisessa oli jokin poikkeava tapa, kuten pistokset tai inhalointi. Eri liikuntamuotojen kokeilu, ohjaus ja opettaminen. Kirjallisten kotikuntoutusohjeiden saaminen oli tärkeää.

*”...potilaita ohjattiin pistämiseen ja pistospaikan seurantaan ... kuten suun huuhtelusta lääkkeenoton jälkeen ... ( Kaakinen ym. 2014.)”*

## 10.6 Psykkistä toimintaa tukevat osa-alueet

Yläluokka Psykkistä toimintaa tulevat osa-alueet muodostuu alaluokista, jotka ovat: Potilasohjauksessa käytettävät menetelmät ja potilasohjauksen sisältö. Alaluokassa potilasohjauksen sisältö, lääkehoitoon saatavien tukien lisäksi nousivat esille kotona tapahtuva omahoito sekä huoli jatkohoidosta. Ohjauksen sisällössä kaivattiin ohjauksen sisällön ja tavoitteiden selkeää esille tuomista ja silmää oikealle ohjauksen ajoitukselle. Ohjauksessa annettujen hoito-ohjeiden noudattamiseen toivottiin jotain konkreettista tarkistusmenetelmää, kuten soitto potilaalle ja tiedustelu, kuinka hoito-ohjeiden noudattaminen kotona on sujunut. Sosiaalietuuksista ja vertaistukiryhmien olemassa olosta kaivattiin enemmän tietoa. Kirjalliset potilashoito-ohjeet nousivat tässäkin ryhmässä esille, kirjalliset hoito-ohjeet ovat suuri apu ja tuki siinä kohdassa, kun itse ei jaksa muistaa jotain olennaista asiaa.

*”Tavoitteina mainittiin kaatumisen ehkäisy ja murtumien uusiutumisen ehkäisy tai sen varmistaminen, että hoito-ohjeita noudatetaan kotiutumisen jälkeen. (Hyttinen & Kanerva 2011.)”*

Alaluokassa potilasohjauksessa käytettävät menetelmät, kuten em. kappaleessa kaivattiin potilaalle soittoa kotiin ja tiedustelua, kuinka hoito-ohjeiden noudattaminen kotona on mahdollisesti sujunut. Nykyaikaisempaa toimintatapaa tuotiin useassa artikkelissa esille ja näistä mainittakoon tietotekniikan hyödyntäminen ohjauksessa, sosiaalista media voisi hyödyntää vertaistuen tavoin, opetusvideot antavat vinkkejä oman toiminnan tueksi, valokuvat ja vertaistukiryhmät / -järjestöt. Suullisen ja kirjallisen ohjauksen rinnalle tai sen lisäksi voisi ottaa mukaan myös verkkosivuilla toteutettavan ohjauksen, mikä onkin outoa, ettei sitä enemmän tänä päivänä hyödynnetä.



Teknologia-avusteinen ohjaus toisi kustannusystävällisen ratkaisun ohjausmenetelmiin ja sillä tavoitettaisiin tarvittaessa enemmän potilaita.

*”Ohjauksen tukena oli käytetty opetusvideota tai omaa suoristusta koskevaa videota tai valokuvaa ja vertaistukea. (Hyttinen & Kanerva 2011.)”*

## 10.7 Sosiaalisia toimintoja tukevat osa-alueet

Yläluokka Sosiaalisia toimintoja tukevat osa-alueet muodostuu alaluokista: Potilasohjauksen sisältö ja potilasohjauksessa käytetyt menetelmät. Alaluokassa potilasohjauksen sisältö, potilailla oli herännyt kysymyksiä sairauden vaikutuksesta omaan minäkuvaan, vaikuttaako sairaus siihen, miten itsensä näkee ja kokee. Työelämään vaikuttavuus, pitääkö olla pitkään sairaslomilla tai kykeneekö töihin enää ollenkaan. Ihmissuhteisiin ja tulevaisuuteen nähden yleensä, ihmiset ajattelevat sairastumisen tuovan säröjä heidän ihmissuhteisiinsa ja siihen, kuinka muut ottavat heidät vastaan, kun sairaus iskee. Ohjaukselta odotetaan enemmän vinkkejä sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen ja tietoa siitä voiko tästä olla haittaa työelämälle ja rajoittaako se tulevaisuudessa jotain itselle tärkeää, mitä on tottunut tekemään/menemään ennen tätä sairautta.

*”Pitkäaikaissairaat haluavat oppia ymmärtämään sairauttaan sekä sen vaikutuksia muun muassa minäkuvaan, työhön perheeseen ja ihmissuhteisiin. Lisäksi potilaat haluavat tietää miten sairaus vaikuttaa heidän tulevaisuuteensa. (Kyngäs ym. 2005.)”*

Alaluokassa potilasohjauksessa käytetyt menetelmät, ohjattu harjoittelu oli koettu paremmaksi, kuin itsekseen harjoittelu kotona. Ohjatun harjoittelun koettiin myös parantavan huomattavasti elämänlaatua, oman toiminnan virkistäytymistä sekä sosiaalista ja emotionaalista hyvinvointia. Kokeneen ohjaajan todettiin pitävän huolta siitä että ohjaus jatkuu asianomaisessa sairaalassa, kuin sieltä muualle poistuttaesakin. Moniammatillisen yhteistyön paraneminen erinäisten tahojen välillä olisi toi-

vottavaa. Toivottiin myös rehellistä ja valaisevampaa kertomista sairauteen liittyvistä asioista, tutkimuksista ja erilaisista vaihtoehdoista. Tiedon kulku myös läheisille olisi nostettiin suureen arvoon.

*”Potilaille ja heidän läheisilleen onkin tärkeää välittää konkreettista tietoa sairaudesta, tutkimuksista ja eri hoitovaihtoehdoista. (Eloranta ym. 2015.)”*

## 11 POHDINTA

### 11.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimustulokset jakautuivat seitsemään eri pääluokkaan, joita olivat Dialogisen ohjauksen mahdollistavat tekijät, Yksilöllinen potilasohjaus, sosiaalisten suhteiden merkitys, päivittäisten asioiden hallinta, fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia toimintoja tukeviin aihealueisiin. Aikaisempiin tutkimuksiin verrattaessa saadut tutkimustulokset tukevat käsityksiä siitä, että ohjauksessa on yleensä keskitytty lääkehoidon ja erilaisten liikuntaharjoitteiden ohjaukseen. Apuvälineiden ohjauksessa ja tutkimustulosten ym. tutkimusten suhteen tietoa oli saatavilla riittävästi. Enemmän kaivattiin panostamista ohjauksessa jokapäiväisessä elämässä selviytymiseen ja sairauden aiheuttamien kustannusten ja taloudellisten ongelmien tuomiin murheisiin. Kaivattiin opastusta siitä, miten ehkäistä kaatumisia. Potilaat kaipasivat ohjaajilta empaattisuutta ja lähestymistapaa, joka kannustaa ja luo positiivisen ja turvallisen tunteisen ilmapiirin.

Tuloksista ilmeni asioita, jotka tukevat tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä läpikäytyjä asioita. Potilaat kaipaavat tukea sairautensa kanssa niin fyysisissä, psyykkisissä kuin sosiaalisissa elämän asioissa. Fyysisten asioiden suhteen huolta esiintyi sairauden oireista ja vaikutuksista yleensä liikuntakykyyn ja työelämään. Psykkisellä puolella huolen aiheina olivat päivittäisistä toimista selviäminen, henkinen jaksaminen. Sosiaaliset suhteet huolestuttivat usein, oli pelkoa siitä, mitä muut sanovat ja kuinka he reagoivat. Tukiryhmistä ja vertaistuesta toivottiin myös lisää informaatiota. Ohjaukselta odotettiin hyviä vuorovaikutustaitoja ja potilaan oman aktiivisuuden motivointia ja kannustusta. Kirjallisten hoito-ohjeiden tärkeyttä tuotiin esille useissa tutkimuksissa.

Opinnäytetyön tuotoksena päivitin Seinäjoen keskussairaalan kuntouksen toimintayksikköön potilas-opas osteoporoosiin sairastuneille. Tämän oppaan päivittämistä aloittelin jo työn teoriaosuuden ollessa puolittain tehtynä mutta lopullisen viilauksen sille tein, tulosten selvittyä. Oppaan päivittäminen tuntui ensin hurjalta ajatukselta, mutta asiaan tarkemmin perehdyttyäni jouduin toteamaan, että perusasiat eivät

muutu miksiäkään. Oppaaseen päivitettiin hieman lääkehoidon osuutta, kalkki ja D-vitamiinisuosituksia, vertaistukipalveluita ja muutamia osoitetietoja.

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastaavat pääluokat: Dialogisen ohjauksen mahdollistavat tekijät osa-alueella painotetaan ohjaajan ja ohjattavan välisen vuorovaikutuksen ja hyvän yhteistyön mutkatonta sujumista. Ohjaajalta odotetaan asioiden esittämisen suhteen sellaisia puhelahjoja, että potilaan on helppo ymmärtää omat ohjaustarpeensa. Ohjaajan asiantuntemuksen on katsottu lisäävän ohjattavan motivaatiota kuntoutumiseensa.

Yksilöllisellä potilasohjauksella tarkoitetaan sitä, että potilas saisi mahdollisimman kokonaisvaltaisesti tietoa sairaudestaan, sen hoitamisesta ja kuntoutuksesta. Potilasta opastetaan ottamaan lääkkeensä oikealla tavalla ja tekniikalla, sekä huomioimaan muut lääkkeen ottamiseen oleellisesti liittyvät seikat. Ohjaajan toivotaan osaavan antaa tietoa sairauden oireista, hoidosta, tarvittavista apuvälineistä, röntgenlöydöksistä ja tutkimustuloksista rehellisesti asioita salailematta. Potilaan toivotaan saavan ymmärtävää, johdonmukaista, potilaslähtöistä opastusta ja ohjausta niin, että hänelle itselleen annetaan myös mahdollisuus aktiiviseen osallistumiseen.

Sosiaalisten suhteiden merkitys painottuu läheisten mukaan ottamiseen ohjaukseen ja huomioimiseen. Läheiset ovat potilaan oman elämän asiantuntijoita potilaan itsensä rinnalla ja heidän pitäisi saada olla mahdollisimman paljon ohjaustilanteissa vaikuttamassa, tämän on katsottu parantavan oleellisesti potilaan elämänlaatua. Sairastuminen järjestyttää useimmiten pahasti ihmismieltä ja tässä tilanteessa läheisten rooli on merkittävä. Hoidon jatkumisen kannalta potilaille olisi tärkeää, että läheiset ovat mukana hoidon ohjaustilanteissa.

Osa-alue taloudellinen ja henkinen hyvinvointi keskittyy sairauden vaikutuksiin taloudellisella ja kustannuksellisella osa-alueella. Ihmisen sairastuessa ympärillä käy helposti sellainen kuhina, että siinä ei osaa ajatella käytännön läheisesti ja jää tulevan ajan arkipäiväiset asiat huomioimatta. Sitä havahtuu myöhemmin ihmettelemään, kuinka jatkossa oikein tulee toimeen? Halutaan enemmän ohjausta sosiaali- ja terveyspalveluista, vakuutus- ja sosiaaliturvan käsittelystä ja erilaisista tukimuodoista. Kuntou-

tuksen ja lääkityksen kustannukset voivat yhtäkkiä kasvaa yllättävän suuriksi ja pienet sairauspäivärahat loppuvat heti kättelyssä, jos ei ole tietoa mistä mitään tukea voidaan lähteä pyytämään.

Toiseen tutkimuskysymykseen vastaavat: Fyysistä toimintaa tukevat osa-alueella painotetaan asioita, jotka tukevat ihmisen jokapäiväiseen toimintaan liittyviä aiheita, kuten lääkehoidon osaaminen, ruokavalion noudattaminen ja jokapäiväinen liikkuminen. Lääkehoidon suhteen potilaat tarvitsevat ohjausta lääkkeiden ottamisen ja siihen liittyvien tekniikoiden kanssa. Ruokavalio-ohjaus luuston vahvistumista tukevien ruoka-aineiden valinnassa ja kalsium/D-vitamiinipitoisten ruokien löytymisessä olisi toivottavaa. Useissa artikkeleissa tuli esiin, kuinka kaatumisriskien minimoimiseen tarvittavia vinkkejä olisi hyvä saada enemmän.

Psyykkistä toimintaa tukevat pitää sisällään asiat, jotka kannattelevat päivästä toiseen jaksamista sairauden kanssa, kuten riittävä tieto sairauden vaiheista, hoitovaihtoehdoista, vertaistukiryhmistä ja rahallisista tukimuodoista ja tutkimuksista yms. Tässä kohdassa tuli myös esiin omahoitoa tukevien selkeiden ja ymmärrettävien, kirjallisten hoito-ohjeiden tärkeys.

Osiassa sosiaalisia toimintoja tukevat käsitellään asioita siitä näkökulmasta, että sairastunut jaksaisi pitää yhteyttä ystäviin ja läheisiin, sekä hoitaa asioitaan sairastumisen suhteen tiettyihin yhteistyötahoihin, jotka voivat tukea hänen kuntoutumistaan ja sairauden hoitamistaan. Näistä mainittakoon tieto ohjatuista ohjaus-/kuntoutusryhmistä, vertaistukiryhmistä ja yhteystiedot tahoihin, jotka osaavat neuvoa ja auttaa sekä tärkeimpänä omien läheisten kanssa yhteydenpidon tukeminen.

## **11.2 Oppimisprosessi**

Opinnäytetyön päällimmäisenä tarkoituksena on tuottaa uutta, tutkittua ja laadukasta tietoa osteoporoosin ehkäisystä ja hoidosta Seinäjoen keskussairaalan kuntoutusyksikön potilas-oppaan päivitystä varten. Opinnäytetyön kulkua ohjasi kaksi tutkimuskysymystä: Kuinka ohjataan osteoporoosiin sairastunutta ja millaista materiaalia osteoporoosin ohjauslehtiseen tarvitaan? Aiheeseen olisi löytynyt tutkittua

tietoa todella paljon, mutta pääasiassa englannin kielellä. Valitettavasti kyseisen opinnäytetyön tekijällä tuli tässä ns. huono kielipää vastaan.

Aihe on ollut mielenkiintoinen ja näinä aikoina se on myös hyvin ajankohtainen. Haasteellisuutta työn tekemiseen matkan varrella on tuonut oman henkilökohtaisen elämän tuomat suuret vastoinkäymiset ja se, että olen puurtanut työn parissa yksin. Tämän prosessin aikana olen joutunut opettelemaan myös nöyryymistä, olen oppinut pyytämään apua, mikä on ollut jostain syystä minulle aina tosi suuri kynnyks. Tutkitun ja luotettavan tiedon hakuprosessi oli välillä haastavaa ja jouduin pyytämään siihen tukea muualta, että paremmin osaisin eri hakutavoilla tietoa työhöni katsella. Aineiston analyysiä tehdessä oma puurtaminen tuntui välillä siltä, että en edes tiennyt mitä olin tekemässä. Lähteiden merkitsemisen kanssa huumorintajua kysyttiin useita kertoja mutta asioilla on tapana järjestyä.

Itselleni tämä opinnäytetyö tässä mittakaavassa on ollut ensimmäinen ja yksin sitä tehdessäni se on kysynyt tekijältäään melkoista sitkeyttä, asioiden ja ajan suhteen hieman järjestelykykyä. Opinnäytetyön prosessi kokonaisuudessaan on ollut pitkä ja haastava mutta myös opettava ja hyödyllinen ajatellen tulevaa. Opinnäytetyön päätepisteeseen saattaminen vaati avaamaan silmät myös omien kehittymissa-alueiden suhteen. Niiden ymmärtäminen antoi tuulta lisää purjeisiin.

### **11.3 Eettisyys ja luotettavuus**

Eettisyys ja luotettavuus ovat tiiviisti sidoksissa toisiinsa kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa. Näitä voidaan prosessin eri vaiheissa parantaa läpinäkyvällä ja johdonmukaisella etenemisellä. Luotettavuuteen nähden keskeinen asia on, että tutkimuskysymykset on selkeästi esitetty ja sen teoreettinen perustelu on eritelty. Luotettavuutta voidaan arvioida menetelmäosan selkeällä kuvauksella ja läpinäkyvyydellä. Aineiston perusteiden kuvaus on keskeisessä asemassa. (Kangasniemi ym. 2013.)

Tieteellisellä tutkimuksella pyritään tuottamaan luotettavaa tietoa siitä aiheesta mitä käsitellään. Tutkimuksen luotettavuutta mitattaessa selvitetään, kuinka totuuden mukaista ja oikeaa tietoa tutkimuksella on pystytty tuottamaan. Tutkimuksessa on

välttämätöntä tehdä luotettavuuden suhteen arviointia tutkimuksessa toimimisen, tieteellisen tiedon ja sen vuoksi, jos sitä myöhemmin aiotaan hyödyntää. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Eettisyys tutkimuksessa on koko tieteellisen toiminnan ydin asia. Hoitotieteessä ja useissa muissakin tieteenaloissa on tutkimuksen etiikka ja sen kehittäminen muodostuneet keskeisiksi asioiksi jo pitkän ajan takaa. Tutkimuksen etiikka on noussut esiin etenkin lääketieteeseen kohdistuvissa kysymyksissä, mikä on helposti ymmärrettävissä, kun tämän alan tutkimukset kohdistuvat useimmiten ihmisiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Luotettavuutta tutkimuksessa kuvastaa se, että käytetyt lähteet on haettu laadukkaasta tutkitusta tiedosta, joiden tekijöinä on tunnettuja ja vaikutusvaltaisia hoitotyön kehittämisessä esiin tulleita henkilöitä. Tietoa on haettu käyttäen luotettavia hakukoneita, joihin pääsemiseen käyttäjältä vaaditaan käyttöoikeus. Lähteet on pyritty kirjaamaan oikeaoppisesti ja merkitty tekstiin sekä lähdeluetteloon, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Opinnäytetyössä käytetyt lähteet on pyritty kirjoittamaan tekstiin niin, että niiden sisältö pysyy muuttumattomana mutta ei kuitenkaan plagioimalla. Tietoa etsiessäni olen joutunut välillä turvautumaan tiedonhaun ammattilaisten apuun, mikä osaltaan lisää tutkimuksessa käytetyn materiaalin luotettavuutta.

Tutkimusaiheen sain koululta, koululle sen oli ulkopuolinen tilaaja ilmoittanut ja sille oli annettu selkeä tavoite ja tarkoitus. Opinnäytetyön eettisyydestä kertoo jo itse aiheen valinta. Opinnäytetyön eettisyyteen vaikuttaa oleellisesti sekin, kuinka paljon tutkittua tietoa aiheesta on aiemmin tuotettu. Tätä tutkimusta tehdessäni sain todeta, että aiheesta on paljon tutkimustietoa, mutta haasteen työlle asetti tuon tiedon esiintyminen suurelta osin englanninkielisenä.

Opinnäytetyön kasaaminen alkoi siitä, kun kävin tapaamassa työn tilaajaa ja seuraavaksi alkoi aineiston kerääminen tiedonhaulla. Työn toteutukseen olen alusta saakka perehtynyt ihan yksin ja työ on ollut välillä pitkään ns. hautumassa. Tuon hautumisjakson jälkeen tietoa on pitänyt hieman korjailta ja etsiä samoja vanhoja lähteitä uudelleen käsiin asioiden tarkistamista varten, todetakseni sen olevan edelleen yhtä luotettavaa. Työn edetessä totesin, että työstä on tulossa aika laaja ja sitä olisi syytä supistaa. Aihe oli kuitenkin sellainen, että siitä ei voinut juuri mitään pois

sulkea ja yhden ihmisen tehtäväksi työ on ollut ajoittain aika haastava. Koska olen työskennellyt työn kanssa yksin, olen välillä luetuttanut työtäni opinnäytetyön ohjaavan opettajan lisäksi läheisilläni, välttääkseni täydellisen sokeutumisen työlleni. Heiltä olen saanut hyvää palautetta, uutta näkökulmaa ja mahdollisia vinkkejä työn jatkamiselle.

#### **11.4 Jatkotutkimusehdotukset**

Tämän päivän maailma on suurten muutoksien keskellä, nuoriso istuu paljon tietokoneiden ja pelien äärellä ja ruokailutottumukset saattavat olla yksipuolisia, eikä aina syödä edes koulussa tarjottua ateriaa. Olisi mielenkiintoista saada tutkittua tietoa esim. Nuorten (yläasteikäiset) ruokailu- ja liikkumistottumuksista ja niiden yhteyksistä sairastua osteoporoosiin. Toinen mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe voisi olla vaihdevuosi-ikäisten naisten osteoporoosin alueellinen esiintyminen esim. Pohjanmaalla ja siihen liittyvien riskitekijöiden kartoittaminen.



## LÄHTEET

- Aro, H., Kettunen, J., Koski, A-M., Kröger, H., Lamberg-Allardt, C., Malmivaara, A., Mäktie, Niskanen, L., Paakkari, I. & Tuppurainen, M. 24.4.2014. Osteoporoosi. [verkkojulkaisu] Käypähoito-suositus. [viitattu 14.1.2017]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi24065>. Vaatii käyttöoikeuden.
- Erämies, T. 9.11.2016. Osteoporoosin ehkäisy ja hoito. [Verkkojulkaisu]. Sairaanhoidajan käsikirja. [Viitattu 10.1.2017]. Saatavana: [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=osteoporoosi](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=osteoporoosi). Vaatii käyttöoikeuden.
- Fogelholm, M., Vasankari, T., Vuori, I. (toim.) 2011. Terveysliikunta. 2. uud. p. Helsinki. Duodecim.
- Harju, J. 2011. Luusto lujaksi elämäntavoilla. Jyväskylä. Atena kustannus oy.
- Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) 2013. Gerontologia. 3.uud.painos. Helsinki. Duodecim.
- Hyttinen, H. & Kanerva, A-M. 2011. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan ohjaus: systematisoitu kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö 2/2011.
- Hyvärinen, R. 2015. Millainen on toimiva potilasohje? Katsaus-lehti. Helsinki: Duodecim.
- Jaatinen, T. & Raudasoja, J. 2016. Suomalaisten sairaudet. 1.-4. painos. Helsinki: Sanoma pro oy.
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4).
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.
- Kauppi, M. 2015. Determinants of bone Strength and predictors of hip fracture among finnish adults. [Verkkojulkaisu]. Turun Yliopisto. Turku: Painosalama Oy. [Viitattu 23.2.2017]. Saatavana: [https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/103631/AnnalesD1160Kauppi\\_Maarit.pdf?sequence=2](https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/103631/AnnalesD1160Kauppi_Maarit.pdf?sequence=2). Vaatii käyttöoikeuden.
- Koski, A-M. 22.6.2016. Osteoporoosi. [Verkkojulkaisu]. Lääkärin käsikirja. Helsinki. Duodecim. [Viitattu 14.1.2017]. Saatavana: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=). Vaatii käyttöoikeuden.

- Kröger,H., Niskanen,L. & Airaksinen,O. 2008. Murtumat. Osteoporoosi: Kuntoutus luentomateriaali. Kuopion Yliopistollinen sairaala. Kuopio: Recallmed.
- Kylmä,J. & Juvakka,T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima oy.
- Kyngäs,H., Kääriäinen,M. & Lahdenperä,T. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakasläh- töinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 3/2005.
- Kyngäs,H., Kääriäinen,M., Poskiparta,M., Johansson,K., Hirvonen,R. & Renfors,T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Sanoma Pro oy.
- Kyngäs,H. & Vanhanen,L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1/1999.
- Kääriäinen,M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 4/2008.
- Lau,R & Guo,X, 2011. A Review on Current Osteoporosis research: With special focus on disuse bone loss. Journal of osteoporosis. vol.2011.
- Lipponen,K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. [Verkkojulkaisu]. Oulun yliopisto. Oulu. [Viitattu 17.3.2017]. Saatavana: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>. Vaatii käyttöoikeuden.
- Lupsa,B. & Insogna,K. 2015. Bone Health and Osteoporosis. [Verkkojulkaisu]. Department of Internal Medicine, Yale Bone Center, Yale University School of Medicine, New Haven CT, USA. [Viitattu 12.2.2017]. Saatavana: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecl.2015.05.002>.
- Lönnsroos,E. 2009. Hip fractures and medication-related falls in older people. Kuopion yliopisto. Kuopio. [Viitattu 18.1.2017]. Saatavana: <http://www.oppi.uef.fi/uku/vaitokset/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1384-4.pdf>. Vaatii käyttöoikeuden.
- Matikainen,N. 2016. Osteoporoosi. [verkkojulkaisu]. Lääketieteellinen aikakaus- kirja [Viitattu 17.3.2017]. Helsinki: Duodecim. Saatavana: <http://libts.seamk.fi:2149/lehti/2016/11/duo13164>. Vaatii käyttöoikeuden.
- Mustajoki,P. 12.10.2015. Tietoa potilaalle: Osteoporoosi (luukato). [verkkoartik- keli]. Helsinki. Duodecim [viitattu 17.3.2017]. Saatavana: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=osteoporoosi](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=osteoporoosi). Vaatii käyttöoikeuden.
- Mäkinen,E. 2011. Uusintamurtumien ehkäisy kaatumisen aiheuttaman yläraaja- murtuman kokeneilla yli 50-vuotiailla henkilöillä. Turun Yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

Niskanen,L. & Tarnanen,K. 2015. Käypähoito-suositus.

Patience,S. 2015. Promoting good bone health: how can we help? [Verkkojulkaisu]. Clinical Review [Viitattu 12.2.2017] Saatavana: <http://libts.seamk.fi:2483/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&sid=48b16057-31fc-44ed-a9f1-73892c297f19%40sessionmgr4010&>. Vaatii käyttöoikeuden.

Rantee,T. 2016. Kuvavälitteisesti kotiin, opas ammattilaisille ikääntyneen ihmisen ohjaamiseen. Kotiturva-hanke 2015-2017. Vanhustyön keskusliitto.[Verkkojulkaisu]. Helsinki. Kopio Niini Oy. [Viitattu 17.3.2017]. Saatavana: [http://www.vtkl.fi/document/1/2192/4b9db7d/Kuvavälitteisesti\\_kotiin\\_opas.pdf](http://www.vtkl.fi/document/1/2192/4b9db7d/Kuvavälitteisesti_kotiin_opas.pdf).

Stovall.D.W, 2013. Osteoporosis: Diagnosis and management. Oxford. Wiley Blackwell.

Sulander,T. 2009. Lääkärilehti. Suomen lääkäriliitto. [[www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)]

Suomen luustoliitto ry. 8.12.2015. Osteoporoosin riskitekijät. [Verkkojulkaisu]. Helsinki. [Viitattu 12.2.2017]. Saatavana: <http://luustoliitto.fi/omahoito/osteoporoosin-riskitekij-t>.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) 2016. Iäkkäiden kaatumisen ehkäisy. 4.painos. [verkkosivu]. [viitattu 10.4 2017]. Saatavana: : [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/THL\\_Opas\\_16\\_verkko.pdf?se](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/THL_Opas_16_verkko.pdf?se)

Thorngren.K-G, 1998. State of the Art – Höftraktur. [verkkojulkaisu]. [viitattu 22.4.2017]. Saatavana: <http://rikshoft.se/epidemiology/>.

Tiaki,K. 2016. Building healthy bones. [verkkojulkaisu]. News Focus. New Zealand. [viitattu 16.1.2017]. Saatavana: <http://web.b.ebscohost.com>. Vaatii käyttöoikeuden.

Torkkola,S., Heikkinen,H. & Tiainen,S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi: Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere:Tammi.

Unnanuntana.A & Kleimeyer. J.P, 2012. Osteoprosis: Risk Factors, Symptoms and magement. New York. Nova Science Publishers, inc.

Uusi-Rasi.K, Patil.R, Karinkanta.S, Tokola.K, Kannus.P & Sievänen.H, 2017. Exercise training in treatment and rehabilitation of hip osteoarthritis: A 12-week pilot trial. Journal of osteoporosis. Hindawi Publishing Corporation.

Välimäki,M. 2007. Osteoporoosin lääkehoidon vaihtoehdot ovat lisääntyneet merkittävästi. [Verkkojulkaisu]. Helsinki. Suomen lääkäriliitto. [Viitattu 20.1.2017]. Saatavana: [http://libts.seamk.fi:2053/dtk/ltk/koti?p\\_haku=](http://libts.seamk.fi:2053/dtk/ltk/koti?p_haku=). Vaatii käyttöoikeuden.

Välimäki,M.J. 7.7.2009. Osteoporoosi. Sairauksien ehkäisy. [Verkkójulkaisu]. Duodecim. [Viitattu 16.1.2017]. Saatavana: [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=osteoporoosi](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=osteoporoosi). Vaatii käyttöoikeuden.

Välimäki,M., Sane,T. & Dunkel,L. (toim.) 2009. Endokrinologia. 2.painos. Helsinki: Duodecim.

### **Analyyssissä käytetyt lähteet:**

Eloranta.S, Katajisto.J, & Leino-Kilpi.H, 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyön tekijöiden näkökulmasta? Hoitotiede 1/2014.

Eloranta.S, Leino-Kilpi.H, Katajisto.K, & Valkeapää.K, 2015. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. Tutkiva hoitotyö 1/2015.

Hyttinen.H & Kanerva.A-M, 2011. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan ohjaus: Systematisoitu kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö 2/2011.

Kaakinen.P, Kääriäinen.M, Kyngäs.H, 2014. Pitkäaikaissairaana aikuispotilaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella. Tutkiva hoitotyö 1/2014.

Kyngäs.H, Kukkurainen.M-L, Mäkeläinen.P, 2005. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkiva hoitotyö 2/2005.

Kähkönen.O, Kankkunen.P & Saarinen.T, 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan ohjaus. Hoitotiede 3/2012.

Kääriäinen. M, Kyngäs.H, Ukkola.L, & Torppa.K, 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö 1/2005.

Kääriäinen.M, 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 4/2008.

Salminen-Tuomaala.M, Kaappola.A, Kurikka.S, Leikkola.P, Vanninen.J & Paavilainen.E, 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. Tutkiva hoitotyö 4/2010.

## LIITTEET

Liite 1. Analyysitaulukko, Miten ohjataan osteoporoosiin sairastunutta?

Liite 2. Analyysitaulukko, Millaista materiaalia osteoporoosin opaslehtiseen tarvitaan?

Liite 3. Potilasohje, Seinäjoen keskussairaalan kuntoutuksen toimintayksikkö. (Saatavissa Seinäjoen keskussairaalan kuntoutuksen toimintayksiköstä).

## Liite 1.

Tutkimuskysymys nro 1. Miten ohjataan osteoporoosiin sairastunutta?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Pääluokka
Vuorovaikutuksen onnistuminen ja hyvä yhteistyö lisää potilaan motivaatiota.	hyvä yhteistyö		
Ohjaajan vahvuuksia... olivat kyky ymmärtää potilaita, kokemus ohjauksesta, kiinnostus ohjata potilaita ja vuorovaikutustaidot.	ohjaajan kyky ymmärtää, kokemus ohjauksesta, kiinnostus ohjaamiseen, vuorovaikutustaidot		
Lisäksi ohjaus vaatii hoitohenkilökunnalta potilaan palvelukykyä sekä ystävällistä kohtelua. Ohjauksen antajaan liitettyjä ominaisuuksia ovat myös empatiisuus, potilaan kuunteleminen ja palautteen antaminen.	Ohjaajan palvelukyky, ystävällisyys, empatiisuus, kyky kuunnella, antaa palautetta	Sosiaalisen kanssakäymisen laatu	Dialogisen ohjauksen mahdollistavat tekijät
Potilasohjaus on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa joka on sidoksissa ohjaajan ja ohjattavan väliseen kontekstiin.... Onnistunut vuorovaikutus potilaan, omaisten ja ohjaajan välillä on ohjauksen pe-	ohjauksen aktiivisuus, tavoitteellisuus  vuorovaikutteinen ohjaussuhde  onnistunut vuorovaikutus  hyvä yhteistyö		

rusta. Hyvä yhteistyö lisää potilaan sitoutumista hoitoonsa.			
Ohjausmenetelmän valintaan vaikuttavat monet tekijät kuten kyky omaksua potilaan asioita.	potilaan asioiden omaksuminen		
yleisimmin käytetty ohjausmenetelmä oli henkilökohtainen ohjaus.	henk.koht. ohjaus		
... ohjaus vaatii kuitenkin asianmukaiset resurssit ...ohjauksen tulee olla riittävää. Potilaan taustatekijät huomioiva ja riittävä ohjaus mahdollistaa ohjauksen vaikutukset.	asianmukaiset resurssit ohjaukseen  riittävä ohjaus  potilaan taustatekijöiden huomioiminen		
Vasta riittävä tieto mahdollistaa potilaan osallistumisen hoitoon ja hoitoa koskevaan päätöksen tekoon.	riittävä tieto, hoitoon osallistuminen ja hoitoa koskeva päätöksen teko		
Hyvä ohjaaja auttaa potilasta käyttämään voimavarojaan ja luo edellytyksiä potilaan pyrkimyksille vaikuttaa omaan terveyteensä.	potilaan voimavarojen huomioiminen ja edellytysten esille tuominen omaan terveyteensä vaikuttamiseen		
Ohjauksen tulisi olla potilaslähtöistä, ymmärrettävää, johdonmukaista ja potilaalla tulee olla	potilaslähtöinen, ymmärrettävä, johdonmukainen ohjaus	Yksilöllinen potilasohjaus	Dialogisen ohjauksen mahdollistavat tekijät

mahdollisuus aktiiviseen osallistumiseen.	potilaan aktiivisen osallistumisen mahdollisuus		
ohjaukseen kuului myös potilaan tukeminen. Tukeminen oli rohkaisemista, kannustamista ja motivoimista.	potilaan tukeminen rohkaisemalla, kannustamalla ja motivoimalla		
On tärkeää vahvistaa potilaan luottamusta siihen, että...	luottamus sairauden kanssa pärjäämiseen		
Potilaan motivoinnin ja hoitoon sitoutumisen merkitystä...	motivointi, sitoutumisen edistäminen		
potilaan ohjaustarpeet ... hoitohölkunnalla oli myös kyky arvioida, miten potilas ymmärsi annetun ohjauksen ja kyky antaa palautetta...	kyky arvioida annettua ohjausta  palautteen antokyky		
Ohjaajalta edellytetään taitoja kertoa asiakkaan tilanteesta ja hoidosta rehellisesti, tasavertaisesti ja kannustavasti sekä valmiutta vastata potilaan kysymyksiin.	Taito kertoa asiakkaan tilanteesta  Taito vastata kysymyksiin		
Ohjattava asia perusteltiin, ohjaus eteni loogisesti ja annettu ohjaus kirjattiin hoitosuunnitelmaan...	ohjauksen tarpeen perustelu, looginen eteneminen ohjauksessa, ohjauksen kirjaaminen		



Lääkehoidon suhteen potilas sai tietoa ... ja oikeasta tekniikasta lääkkeiden ottamiseen.	lääkehoidon opastus ja tekniikka	Ohjauksen sisältöaiheet
... riittävästi ohjausta sairaudesta ja sen hoidosta, oireista, röntgenlöydöksistä ja muista tutkimustuloksista, hoidon seurannasta, jatko-oireista ja apuvälineiden käytöstä.	tietoa sairaudesta, hoidoista, oireista, röntgenlöydöksistä, tutkimustuloksista, hoidon seurannasta, apuvälineistä	
Ei neuvottu tarpeeksi no. henkisessä jaksamisessa, ihmissuhteissa, seksuaalisuudessa ja sosiaaliutuksissa.	henkinen jaksaminen, ihmissuhteet, seksuaalisuus, sosiaaliutuudet	
...oppia ymmärtämään sairauttaan sekä sen vaikutuksia muun muassa minäkuvaan, työhön, perheeseen ja ihmissuhteisiin. Lisäksi potilaat haluavat tietää miten sairaus vaikuttaa heidän tulevaisuuteensa.	sairauden ymmärtäminen, sen vaikutukset minäkuvaan, työhön, perheeseen, ja ihmissuhteisiin  vaikutus tulevaan	
Ohjauksen tarpeeseen vaikuttavat myös potilaan ikä, sukupuoli, siviilisääty, koulutus, elinolosuhteet sekä sairauden laatu ja sen vaikutus potilaan jokapäiväiseen elämään.	huomioidaan potilaan ikä, sukupuoli, siviilisääty, koulutus, elinolosuhteet, sairauden laatu ja sen vaikutukset	Päivittäisten asioiden hallinta

Ohjaustapoja on suullinen ohjaus ja havainnollistaminen eri keinoilla.	suullinen ohjaus ja asioiden havainnollistaminen	Kokonaisvaltainen potilaan tilanteen huomioiminen	
... pyynnöt liittyivät kotiapuun, mielipiteen kunnioittamiseen ja sairaudenhoidossa tarvittaviin apuvälineisiin. Keskusteluhalukkuus ilmeni hoitoon ja jatkohoittoon...	kotiapujen saaminen, mielipiteen kunnioitus ja apuvälineet  Jatkohoito		
Tutkimuksia, toimenpiteitä ja hoitoon valmistautumista koskeva ohjaus oli riittävää. Riittämätöntä ohjaus oli sairauden ennusteen, hoidon riskien ja toipumisaajan pituuden osalta.	valmistautuminen tutkimuksiin, toimenpiteisiin, hoitoon  lisää tietoa sairauden ennusteesta, hoidon riskit, toipumisaika.		
...perheen tukeminen on oleellista..... lisää potilaan elämänlaatua.	perheen tukeminen elämänlaadun lisääjänä		
Ohjausta omaiset saivat apuvälineiden käyttöön, lääkitykseen tai sairautteen yleisesti.	apuvälineiden käyttö, lääkitys, sairaus yleisesti	perheenjäsenten keskinäiset suhteet	Sosiaalisten suhteiden merkitys
tulisi jatkossa panostaa läheisyhteistyön vahvistamiseen.	Läheistyön vahvistaminen		
Ohjauksessa on kyse potilaan ja läheisten tiedollisesta tuesta.	Tiedollinen tuki		

Läheisillä on tärkeä rooli potilaan elämäntilanteiden tuntijoina ja voimavarojen tukijoina.	elämäntilanteiden ja voimavarojen tuntijat ja tukijat	Suhteet muihin tärkeisiin henkilöihin	
.... läheiset voimavarana ja pyrkiä nykyistä aktiivisemmin kutsumaan heidät mukaan ohjaustilanteisiin potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.	Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen läheiset mukaan ottamalla		
hoidonjälkeisistä ongelmista ja tutkimustuloksista ohjausta saatiin liian vähän. Heikoiten ohjausta saatiin sosiaalietuuksista ja tukiryhmistä.	hoidonjälkeiset ongelmat, kuten tutkimustulokset, sosiaalietuudet ja tukiryhmät	henkinen jaksaminen	Taloudellinen ja henkinen hyvinvointi
... taloudelliseen ulottuvuuteen, kuten kuntoutukseen ja lääkehoitoon liittyvien kustannusten sekä vakuutus- ja sairauspäivärahojen käsittelyyn	kuntoutuksen ja lääkehoidon kustannukset  vakuutus ja sairauspäivärahojen käsittely	taloudellinen pärjääminen	

## Liite 2.

Vastauksia 2. tutkimuskysymykseen. Millaista materiaalia osteoporoosin potilasopaslehtiseen tarvitaan?

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistys	Alaluokka	Pääluokka
..... oli liitetty kirjallisia kotikuntoutusohjeita tai puhelimitse annettua liikuntaohjausta.	kirjalliset kuntoutusohjeet kotiin  Liikuntaohjaus		
murtumien ehkäisyyn liittyvässä ohjauksessa... Murtumien ehkäisyssä useimmiten mainittuja menetelmiä olivat lääkehoito (kalsium ja D-vitamiini) ja liikunta.	Lääkehoito & liikunta ja merkitys.		
...potilaita ohjattiin pistämiseen ja pistospaikan seurantaan. Ohjaus sisälsi myös yleistä tietoa lääkkeiden käytöstä, kuten suun huuhtelusta lääkkeenoton jälkeen sekä tietoa sairaalassa tehdyistä lääkemuutoksista	Lääkehoito -> yl. tieto lääk. käyttö  pistos & ohjaus.  suun huuhtelu.  lääkemuutokset	Potilaan ohjauksessa käytettävät menetelmät	Fyysistä toimintaa tukevat
...kaatumisriskin selvittäminen, kaatumisriskiä lisäävien lääkkeiden saneeraus, liikunta- ja ravitsemusneuvonta, näöntarkastus, ympäristön riskitekijöiden saneeraus sekä siivous- ja ruokapalvelu.  ...Heillä oli edelleen lääkkeitä, joka lisäävät kaatumisvaaraa. Kaatumisen	kaatumisriskin  huomioiminen;  lääkesaneeraus  liikuntaohjaus,  ravitsemusneuvonta, näöntarkastus,  siivouspalvelut,		

<p>ehkäisyä ja ympäristön kaatumisvaaran vähentämistä koskevia ohjeita oli annettu satunnaisesti. Kotiapua tapaturmien ehkäisemiseksi sen sijaan oli tarjottu yleisesti.</p>	<p>ruokapalvelut,  Kotiavut</p>	<p>potilaan ohjauksen sisältö</p>	
<p>...mainittiin kaatumisten ehkäisy ja murtumien uusiutumisen ehkäisy tai sen varmistaminen, että...</p>	<p>murtumien uusiutumisen ehkäisy &amp; varmistaminen</p>		
<p>Ruokavalion ohjauksen yksilöinnissä kuvattiin, mihin osa-alueeseen (esim. nesterajoitus t. suolan käyttö) ohjaus kohdistui</p>	<p>Ruokavalio-ohjaus ja sen merkitys</p>		
<p>Omahoito -&gt; omaisten ohjaus, apuvälineiden käytön harjoittelu yhdessä (hoitotyön hlöiden kanssa),</p>	<p>Apuvälineiden käytön ohjaus</p>		
<p>omahoito kotona emotionaalinen ja lääkinnällinen tuki sekä jatkohoito.</p>	<p>Omahoidon tukeminen ja jatkohoito</p>		
<p>Ohjauksen sisältö, tavoite ja ajoitus. Tavoitteina mainittiin kaatumisten ehkäisy ja murtumien uusiutumisen ehkäisy tai sen varmistaminen, että hoito-ohjeita noudatetaan kotiutumisen jälkeen.</p>	<p>murtumien uusiutumisen ehk. &amp; varmistaminen.  hoito-ohjeiden noudattaminen.</p>		
<p>...tutkimustuloksista ohjausta saatiin liian vähän. Heikoiten ohjausta saatiin</p>	<p>sosiaalietuudet,  tukiryhmät  tutkimustulokset</p>		

sosiaalietuuksista ja tukiryhmistä.			
Ohjauksen sisältö muodostui sairaudesta ja ....tiedoista sekä arkielämän selviytymisen tukemisesta... tieto sairaudesta ja sen hoidosta sekä riskitekijöistä, lääkehoidosta, ruokavaliosta ja potilaalle tehtävistä tutkimuksista.	Ohj. sis.  Tieto sairaudesta, hoito, riskitekijät, lääkehoito, ruokavalio, tutkimukset.	Potilaan ohjauksen sisältö	Psyykkistä toimintaa tukevat
Kirjallisia perushoito-ohjeita voidaan pitää välttämättöminä kotona selviytymisen kannalta	jatko-/omahoidon tukeminen		
Oireiden pahentuessa oleellista oli myös tulevaisuuden näkymiin ja hoitotahtoon liittyvä ohjaus. Sairausten riskitekijöistä erityisesti	Tulevaisuus,  Hoitotahto  riskitekijät		
Kirjalliset hoito-ohjeet olivat selkeitä ja ymmärrettäviä	Jatkohoito-ohjeet	Potilaan ohjauksessa käytetyt menetelmät	
Tietotekniikan hyödyntämistä voitaisiin hoitotyössä nykyisestään vahvistaa.	tietotekniikka		
Sosiaalisen median mahdollisuudet tulisi entistä tehokkaammin hyödyntää kehitettäessä potilasohjausmenetelmiä.	sos. media		

<p>Tulevaisuudessa voisi olla hyvä kehittää ja arvioida suullisen ja kirjallisen ohjauksen rinnalle verkkopohjaisia ohjaussivustoja potilaiden mutta myös heidän läheistensä ohjaustarpeiden pohjalta. Ohjaussivustoja voisi hyödyntää ajasta ja paikasta riippumatta, omien yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti.</p>	<p>suullinen ohjaus, kirjallinen ohjaus, verkkopohjaisia ohjaussivustoja,</p>		
<p>Teknologia-avusteinen ohjaus on osoittautunut tehokkaaksi ja kustannusvaikeasti suuret potilasmäärät tavoitettavaksi ohjausmenetelmäksi.</p>	<p>Teknologia</p>		
<p>Videoiden käyttö edisti lonkkamurtumapotilaiden toimintakyvyn palautumista. Lisäksi fyysistä suoritus- ja selviytymiskykyä sekä tuki potilaiden luottamusta kykyihinsä.</p>	<p>Video-ohjaus</p>		
<p>...yhdistyvät kotiutusvaiheen tehostettu ohjaus ja potilaan kotona tapahtuva ohjaus.</p>	<p>kotiutusvaiheen tehostettu opastus, kotiin saatava ohjaus.</p>	<p>Potilaan ohjauksessa käytetyt menetelmät</p>	<p>Psyykkistä toimintaa tukevat</p>
<p>Ohjauksen tukena oli käytetty opetusvideota, omaa suoritusta koskevaa videota tai valokuvia ja vertaistukea.</p>	<p>Opetusvideot, valokuvat, vertaistuki.</p>		

<p>Pitkäaikaissairaat haluavat oppia ymmärtämään sairauttaan sekä sen vaikutuksia muun muassa minäkuvaan, työhön, perheeseen ja ihmissuhteisiin. Potilaat haluavat tietää miten sairaus vaikuttaa heidän tulevaisuuteensa.</p>	<p>sairauden vaik. minäkuva, työelämä, perhe, ihmissuhteet ja tulevaisuus</p>	<p>Potilaan ohjauksen sisältö</p>	
<p>...kokemus selviytymisestä päivittäisissä toimissa ja yhteydenpito perheeseen ja ystäviin...</p>	<p>Päivittäistoimet, yhteydenpito läheisiin</p>		
<p>Ohjattuun harjoitteluun osallistuminen edisti potilaiden toimintakykyä paremmin kuin kotona itsekseen suoritettu harjoittelu. Ohjattuun harjoitteluun osallistuneiden elämänlaatu ja toimeliaisuus sekä sosiaalinen ja emotionaalinen hyvinvointi paranivat merkittävästi.</p>	<p>ohjattu harjoittelu. Elämänlaatu, toimeliaisuus, sos. &amp; emotionaalinen hyvinvointi.</p>	<p>Potilaan ohjauksessa käytetyt menetelmät</p>	<p>Sosiaalisia toimintoja tukevat</p>
<p>Kokenut ohjaaja varmisti myös ohjauksen jatkuvuuden sekä sairaalan sisällä, että potilaan kotiutuessa ja siirtyessä toiseen sairaalaan.</p>	<p>ohjauksen jatkuminen</p>		
<p>Sairaalahoitoaikana annettujen osteoporoosihoito-ohjeiden noudattami-</p>	<p>Yhteistyö-&gt; sairaala, peruster.v.huolto &amp; potilas.</p>		



nen ei ollut riittävää. Päätettiin, että tarvitaan parempaa yhteistyötä sairaalan, perusterv.huollon ja potilaiden kesken.			
...tärkeää välittää konkreettista tietoa sairaudesta, tutkimuksista ja eri vaihtoehdoista.	Konkreettinen tieto sairaudesta, tutkimukset ym. vaihtoehdot.		