

Shima Ahmadi
Eeva-Leena Kämäräinen

Päiväkirurgisen potilaan ravitseminen

Ravitsemusohje potilaalle

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Huhtikuu 2015



Tekijä(t) Otsikko	Ahmadi Shima Eeva-Leena Kämäräinen Päiväkirurgisen potilaan ravitseminen
Sivumäärä Aika	28 sivua + 3 liitettä 16.4.2015
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	FT, THM, SH, Lehtori Marjatta Kelo
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää ravitseminenohje päiväkirurgiselle potilaalle. Tavoitteena on edistää potilaan tietämystä hyvästä ravitsemuksesta sekä ravitsemuksellisista tekijöistä, jotka vaikuttavat leikkauksesta toipumiseen ravitsemuksen näkökulmasta. Työn tavoitteena on myös kehittää hoitotyötä ravitsemuksen osalta. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Herttoniemen sairaalan kanssa.</p> <p>Kirjallinen työn on laadittu tutkimustiedon pohjalta. Potilasohje koostuu kirjallisen työn sisällöstä. Ohje sisältää ravitsemustietoa potilaalle. Ohjeessa on otettu huomioon yleiset ravitsemussuositukset sekä tutkimuksissa esille nousseet asiat. Ohjeet ovat yleisohjeet kaikille leikkaukseen tuleville potilaille. Keskeisiksi asioiksi ohjeessa nostettiin painonhallinta, liikalihavuus, vajaaravitseminen sekä Suomen ravitsemussuositukset. Ohjeessa on nostettu esille myös monipuolisen ravinnon sekä vitamiinien merkitys leikkauksen ja toipumisen kannalta. Ohje sisältää myös Herttoniemen sairaalan osasto kuuden yhteystiedot. Ohjetta käytiin tekovaiheessa läpi ohjeen käyttäjien, eli työelämän yhteyshenkilöiden kanssa. Käyttäjien antamaa palautetta hyödynnettiin ohjeen laatimisessa. Potilasohje ravitsemuksesta on annettu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) käyttöön. Ohje lähetetään potilaalle kutsukirjeen mukana tai annetaan henkilökohtaisesti mahdollisella preoperatiivisella käynnillä. Ohje kerrataan vielä leikkauksen jälkeen, jolloin kotiuttava hoitaja ohjeistaa potilasta.</p>	
Avainsanat	Päiväkirurgia, Päiväkirurginen potilas, ravitseminen, vajaaravitseminen, liikalihavuus, potilaan ohjaus, hoitotyö

Author(s) Title	Shima Ahmadi Eeva-Leena Kämäräinen Day surgery patient nutrition
Number of Pages	28 pages + 3 appendices
Date	16 April 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Healthcare
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Ph.D., Lecturer Marjatta Kelo
<p>The purpose of this thesis was to create a nutritional guide for day surgery patients. The aim is to improve the patients' knowledge of good nutrition and to inform the patients of the nutritional facts that help them to heal after surgery from a nutritional perspective. The other aim is to develop nursing with respect to nutrition. The Study was carried out in cooperation with Helsinki Metropolia University of Applied Sciences and Herttoniemi hospital.</p> <p>The theoretical section is based on the previous studies. The patient guide has been created on the basis of the theoretical part, in view of the general nutritional recommendations. The instructions are general guidelines for all day surgery patients. Particular priority has been given to weight control, obesity, malnutrition and the Finnish nutritional recommendations. The guide includes information on importance of a varied diet for recovering from surgery. Contact information about Herttoniemi hospital unit 6 is added to the guide as well. The guide has been gone through by the people who work at the day surgery unit. User feedback was used to create the guide.</p> <p>The guide of nutrition has been given to HUS (Hospital District of Helsinki and Uusimaa) to use. The patient will get the guide attached to invitation for surgery. The nutritional recommendations will be repeated after surgery, when the nurse gives general instructions.</p>	
Keywords	Day Surgery, Day Surgery patient, nutrition, malnutrition, obesity, patient education, nursing

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Työn tarkoitus ja tavoitteet	2
3	Päiväkirurgisen potilaan ravitseminen	2
3.1	Päiväkirurgia	2
3.2	Päiväkirurginen potilas	3
3.3	Yleiset ravitsemusohjeet	6
3.3.1	Ruokapyramidi ja lautasmalli	7
3.3.2	Ravintoaineet	9
3.3.3	Ruoka-aineet	11
3.4	Leikkauspotilaan ravitseminen	12
3.6	Riskiryhmät	14
4	Potilaan ohjaus	16
4.1	Preoperatiivinen ohjaus	16
4.2	Hoitaja ohjauksen antajana	17
4.3	Ohjausmenetelmät	19
4.4	Kirjallisen ohjeen kriteerit	21
5	Työmenetelmät	21
6	Eettisyys ja luotettavuus	23
7	Pohdinta	24
7.1	Tulokset	25
7.2	Jatkotutkimusaiheet	26
7.3	Prosessin tarkastelua	27
	Lähteet	28
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhakukaavake	
	Liite 2. Taulukko käytetyistä tutkimuksista	
	Liite 3. Ravitsemustietoa potilaalle	

1 Johdanto

Ravitsemuksella on tärkeä merkitys potilaan leikkauskuntoon sekä leikkauksesta toipumiseen. Liikalihavuus lisää muiden sairauksien riskiä. Sekä vajaaravitseminen, että liikalihavuus, hidastavat leikkauksesta toipumista. Vajaaravitsemuspotilaat voivat myös saada herkemmin leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. Ravitsemustilan kartoitus ja arviointi olisi hyvä ottaa käyttöön jokaisen potilaan kohdalla. Potilaan päivärytmin ja ateria-aikojen syvällisempi luotaaminen auttaisi hoitohenkilöä ymmärtämään vajaaravitsemuksen ja ylipainon perimmäiset syyt. Ravitsemusohjauksen tarkoituksena on saada potilas ymmärtämään hyvän ravinnon suuri vaikutus leikkauksesta toipumisessa. Ihanteellista olisi, että ravitsemusohjeiden noudattaminen voisi myötävaikuttaa perusteelliseen elämäntapamuutokseen riskiryhmiin kuuluvien potilaiden kohdalla.

Potilasohjauksella on suuri merkitys potilaan hoidossa. Onnistunut ohjaus parantaa potilaan toipumista. Ohjaus voi olla suullista, kirjallista, ryhmämuotoista tai muulla tavoin havainnollistettua. Yleensä kirjallisen ohjeen tueksi tarvitaan suullinen ohjaus. Etukäteen annetut potilasohjeet olisi hyvä kerrata potilaan kanssa vielä toimenpiteen jälkeen. Potilasohjauksen tulisi aina olla suunnitelmallista sekä tavoitteellista työtä.

Tämä opinnäytetyö keskittyy päiväkirurgisen potilaan ravitsemukseen, tämän hetken ravitsemussuosituksiin sekä, miten potilaita ohjeistetaan ravitsemuksen suhteen. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) strategiaan tavoitteisiin ja painopisteisiin vuonna 2014 kuului ravitsemuksen turvaaminen osana laadukasta ja turvallista hoitoa (HUS. Talousarvio 2014). Työ toteutettiin yhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Herttoniemen sairaalan kanssa. Herttoniemen sairaala on jatkossa suuntautunut käsikirurgiaan ja toimenpiteet toteutuvat päiväkirurgisesti.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää ravitsemusohje päiväkirurgiselle potilaalle. Tavoitteena on edistää potilaiden tietämystä terveellisestä ravitsemuksesta sekä lisätä tietoutta, mitkä tekijät nopeuttavat leikkauksen jälkeistä paranemista ravitsemuksen näkökulmasta. Suositusten ja tutkitun tiedon pohjalta laadittiin osaston potilaille ravitsemusohje, jonka tavoitteena on potilaan tiedon lisääminen. Työ on kehittämistyö ja kehittämistyön tavoitteena on kehittää hoitotyötä.

2 Työn tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää ravitsemusohje päiväkirurgiselle potilaalle. Ravitsemusohje pohjautuu tutkittuun tietoon sekä ravitsemussuosituksiin. Ohje annettiin osaston käyttöön verkkomateriaalina. Hoitajat voivat hyödyntää ohjetta myös potilaan ohjauksessa. Tavoitteena on edistää potilaiden tietämystä terveellisestä ravitsemuksesta sekä lisätä tietoutta, mitkä tekijät nopeuttavat leikkauksen jälkeistä paranemista ravitsemuksen näkökulmasta. Suositusten ja tutkitun tiedon pohjalta laadittiin osaston potilaille ravitsemusohje, jonka tavoitteena on potilaan tiedon lisäämisen lisäksi kehittää hoitotyötä ravitsemuksen osalta. Opinnäytetyön kehittämistehtävinä on selvittää leikkauspotilaan ravitsemusohjausta ja siinä huomioitavia tekijöitä, laatia ravitsemusohje päiväkirurgisen potilaan ohjaukseen sekä kehittää opinnäytetyön kautta hoitotyötä.

3 Päiväkirurgisen potilaan ravitsemus

Ravitsemus on aina tärkeä osa potilaan hoitoa. Ravitsemuksella on vaikutusta terveyteen ja terveydentilan ylläpitoon. Leikkauspotilaan kohdalla nostettiin erityisesti esille liikalihavuus ja vajaaravitsemus, joilla on merkitystä potilaan terveydelle sekä leikkauksesta toipumiseen. Ravitsemustilan arviointi jokaisen potilaan kohdalla on tärkeää. Ravitsemushoitoon kuuluu ravitsemustilan arviointi, hoidon suunnittelu ja toteutus, kotihoito-ohjaus sekä tarvittavat käynnit ravitsemusterapeutilla. Ravitsemusohjeiden tulisi olla selkeitä ja yhtenäisiä toimintamalleja. (Saarnio 2010.)

3.1 Päiväkirurgia

Päiväkirurgian tavoitteena on nopea toipuminen, joten päiväkirurgiassa käytetään yleensä paikallispuudutusta. Päiväkirurginen toimenpide tehdään leikkaussalissa. Tarvittaessa voidaan joutua käyttämään laskimosedaatiota (lääkkeellinen rauhoittaminen) tai yleisanestesiaa (nukutus). (Tuominen 2007: 266.)

Päiväkirurginen potilas ei yövy hoitolaitoksessa. Hänet kotiutetaan aikuisen seurassa tai siirretään hoivayksikköön leikkauspäivänä. (Rajala 2004, 11.) Ennen potilaan oli oltava sairaalassa useita päiviä, mutta nykyään pitkälle edistynyt leikkaustekniikka mahdollistaa päiväkirurgian. Vuonna 1990 5% kaikista leikkauksista Suomessa tehtiin päiväkirurgisesti. 1997 raportoitiin 33% kaikista toimenpiteistä päiväkirurgisesti tehdyiksi. 2000-luvulla 75% leikkauspotilaista hoidettiin päiväkirurgisesti. (Heino 2005: 19.) Päiväkirurgisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi tyrä-, suonikohju- ja rintarauhasleikkaukset sekä sappirakon poistot täyhystyksessä. Sappikivet murskataan laserin avulla ja rakko tyhjennetään. Myös polvinivelen ja nilkan täyhystykset, yläraajojen ja käsikirurgian leikkaukset sekä huomattava osa urologisista ja gynekologisista täyhystystoimenpiteistä tehdään päiväkirurgisesti. Päiväkirurgisesti tehdään myös lapsia koskevia toimenpiteitä. (Tuominen 2007: 266.)

Arvion mukaan päiväkirurgialla pienennetään kustannuksia kolmanneksen verran vuodeosastohoitoon verrattuna (Ahonen – Alanko – Lehtonen – Suominen – Ukkola 2001: 390). Näin lyhentyneillä sairaalassaoloajoilla saadaan huomattavia säästöjä terveydenhuollossa (Rajala 2004: 12). Rahan säästö on säästöä myös potilaalle, joten hoitoon hakeudutaan helpommin kuin odotettavissa ei ole isoa sairaalamaksua. Toipuminen ja kuntoutuminen päiväkirurgisesta toimenpiteestä on nopeampaa, ja potilas kotiutuu leikkauspäivänä, mikä on potilaan arjen kannalta hyvä. Terveydenhuollon kustannussäästöt, potilaan työiän piteneminen ja elämän laadun kohentuminen ovat positiivinen seuraus lyhentyneestä hoitoajasta. (Alanko ym. 1998: 29, 31.)

3.2 Päiväkirurginen potilas

Päiväkirurginen toimenpide edellyttää potilaalta fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista soveltuvuutta. Päiväkirurgisella osastolla työskentelevä sairaanhoitaja on avainasemassa havaitsemaan potilaan soveltuvuuden päiväkirurgiseen toimenpiteeseen. Sairaanhoitaja arvioi myös, kuinka potilas voi hoitaa itseään sekä yksilölliset hoidontarpeet. (Ahonen ym. 2001: 392.)

Nykyään päiväkirurgiaa pystytään käyttämään laajemmalle potilasryhmälle sekä vaativampiinkin leikkauksiin. ASA- luokitus kuvaa potilaan sairastavuutta. Sen perusteella voidaan laatia ennuste anestesiaan liittyvistä komplikaatiosta tai toimenpidettä seuraavista kuoleman tapauksista. ASA- luokitusasteikko jaetaan yhdestä viiteen. Luokka yksi

tarkoittaa tervettä alle 65 -vuotiasta. Luokka kaksi tarkoittaa tervettä yli 65-vuotiasta, jolla on lievä yleissairaus. Luokka kolme tarkoittaa potilasta, jolla on vakava, mutta ei hengenvaarallinen, toimintaa rajoittava sairaus. Luokka neljä tarkoittaa sitä, että potilaalla on vakava sairaus. ASA- riskiluokitus 3 tai 4 ei estä päiväkirurgista toimenpidettä, jos potilaan sairaus on hoidettu hyvin ja se on tasapainossa. (Hynynen - Kontinen 2003: 36- 37.)

Tehokas toiminta ja tuloksekas laatu päiväkirurgisessa yksikössä riippuvat hyvästä potilasvalinnasta. Laadukas hoito on ennen kaikkea turvallista. Potilasta on informoitava riittävästi ja hänen on annettava suostumuksensa päiväkirurgiseen toimenpiteeseen. (Heino 2005: 20.) Potilas valinnassa on huomioitava, että leikkaukseen tulijalla ei saisi olla sosiaalisia ongelmia. Sosiaalisiksi ongelmiksi katsotaan esimerkiksi alkoholi- tai huumeongelmat. Jos potilaalla on sosiaalisia ongelmia tai hän ei itse suostu päiväkirurgiaan, ei hän sovellu päiväkirurgiseksi potilaaksi. (Ahonen ym. 2001: 393.) Sosiaalisen verkoston puuttuminen poistaa sosiaalisesti rajoittuneet ja yksinäiset ihmiset päiväkirurgiasta. Hoivakoti voi olla hyvä toipumispaikka yksinäiselle potilaalle. Vaikeasti sairas potilas tuskin jaksaa olla omatoiminen leikkauksen jälkeen. (Heikkinen – Tiainen - Torkkola 2002: 17.) Kotiutuvalla potilaalla täytyy olla asunto sekä vastuullinen täysi-ikäinen henkilö saattajana sairaalasta kotiin (Rajala 2004: 11). Saattajan tulisi olla potilaan seurana seuraavan yön valmiina antamaan tarvittavaa apua, jota potilas saattaa tarvita myös päiväsaikaan (Heino 2005: 16). Potilas voidaan kotiuttaa myös hoivakodin kuntoutusosastolle, jos potilaalla ei ole lähiomaisia. Sairaanhoidajalla on merkittävä tehtävä potilaan ja hänen perheensä valmennuksessa päiväkirurgiseen toimenpiteeseen. Sairaanhoidaja motivoi, kannustaa ja tukee potilasta, mutta vastuu hoidon onnistumisesta on pääsääntöisesti potilaalla ja hänen perheellään. Hyvä ohjaus auttaa potilasta kanavoimaan oikein voimavaransa, kun hän valmistautuu leikkaukseen päiväkirurgiassa. Hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi riippuvat näin ollen sairaanhoidajan ja potilaan hyvästä yhteistyöstä. (Leino-Kilpi – Suominen 1997: 9.)

Potilaalta edellytetään koko hoitoprosessin ajan aktiivisuutta ja omatoimisuutta. Liian varhainen kotiuttaminen voi aiheuttaa ongelmia jo kotimatalla tai kotona. Edellytyksenä potilaan kotiuttamiselle on vitaalielintoimintojen (hengityksen ja verenkierron) vakaus. Vitaalielintoimintojen tulisi olla vakaat leikkauksen jälkeisen tunnin ajan. Potilaan ollessa orientoitunut aikaan sekä paikkaan ja kykenee istumaan, häntä tulisi rohkaista kävelemään ja pukeutumaan. Potilaan on ehdottomasti virtsattava ennen kotiutumista, mikäli toimenpide on tehty spinaali- tai epiduraalipuudutuksessa. Virtsaminen ennen

kotiutumista on tärkeää myös, mikäli toimenpide on kohdistunut virtsateiden tai peräsuolen alueelle. Kun potilasta kotiutetaan, niin hänellä ei saa olla yleistöimintää haittaavaa pahoinvointia. Kipujen tulee olla hallittavissa kotona suun kautta otettavien lääkkeiden avulla. Leikkausalue ei saa vuotaa eikä tihuttaa merkittävästi. Leikkausalueella ei myös saa olla hematoomaa. Potilaalle annetaan sekä suulliset, että kirjalliset jatkohoito-ohjeet sekä tiedot, mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteen varalta. Kotiuttamiskriteereillä varmistetaan, että leikkauksen aikana käytetyt lääkkeet ovat poistuneet elimistöstä. Kriteereillä varmistetaan myös mahdolliset komplikaatioista tai leikkausvirheistä johtuvat oireet tai haitat. (Ahonen ym. 2001: 398 – 399.)

Hoitajan vastuulla on varmistaa, että potilaan saattajana on luotettava tukihenkilö, joka pysyy hänen kanssaan seuraavaan aamuun asti. Hoitaja tarkistaa kotiutumiskriteerit ennen kotiutumista sekä kirjaa ne potilastietojärjestelmään. On myös tilanteita jolloin heräämässä potilas ei toivu odotetusti. Mikäli potilaalle tulee leikkauksen jälkeinen sivuvaikutus, niin hänet siirretään vuodeosastolle jatkohoitoon. Jatkohoidon tarve on ilmeinen, jos potilas on kovin kivulias, pahoinvoiva, oksentelee tai leikkausalue vuotaa verta. (Ahonen ym. 2001: 393.) Kotiutuakseen hoidettavan tulee täyttää ennalta sovitut kotiutumiskriteerit, jotka ovat alla olevassa taulukossa (taulukko1).

Taulukko 1. Päiväkirurgisen potilaan kotiutuskriteerit. (Hakala 2012: 55).

Kriteerit	Kriteerin täytyminen
Vitaalielintoiminnot eli verenkierto ja hengitys	Potilaan vitaalielintoimintojen täytyy olla vakaat (leikkausta edeltävällä tasolla) tunnin ajan ennen kotiutusta. Verenkierto (pulssi, verenpaine). Hengitys (SaO ₂ , vaivatonta).
Tajunnantaso	Potilaan täytyy tietää aika ja paikka Kotiutettavan on kyettävä vastaanottamaan kotihoidonohjeet
Kipu	Kipu hallittavissa kotona otettavilla kipulääkkeillä (ei tarvetta injektoitaviin kipulääkkeisiin) VAS <3
Leikkaushaava	Leikkausalue ei vuoda tai tihku verta.
Syöminen, juominen ja pahoinvointi	Kotiutettava voi juoda nestettä ja mahdollisesti syödä Ei sellaista pahoinvointia, johon lääkitys ei auta
Liikkuminen	Potilas kävelee tuetta tai keppejä käyttäen
Virtsaaminen	Potilaan täytyy virtsata ennen kotiinlähtöä varsinkin jos on käytetty spinaalipuudutusta tai virtsateihin kohdistuvan leikkauksen jälkeen (urologinen, gynekologinen)
Seuralainen ja hakija	Potilas tarvitsee tukihenkilön, joka tulee noutamaan hänet sairaalasta tai henkilö, joka on vastaanottamassa häntä, jos hän käyttää taksia. Kotiutettava tarvitsee tukihenkilön toimenpidepäivänä.

3.3 Yleiset ravitsemusohjeet

Ravitsemussuosituksia on hyvin monenlaisia. Toiset suositukset laaditaan kansalliseen käyttöön ja toiset maailmanlaajuiseen käyttöön. Kaikki ravitsemussuosituksukset perustuvat tutkittuun tietoon. Suosituksessa on huomioitu myös ravintoaineiden vaikutus terveyden edistämiseen sekä sairauksien ehkäisyyn. Ravitsemussuosituksukset muuttuvat uusien tutkimusten sekä kansanterveystilanteen ja elintapojen muuttuessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta1 2014.)

Vuonna 1941 Yhdysvalloissa julkaistiin ensimmäiset terveen väestön ravitsemussuosituksukset ja vuonna 1987 Suomessa julkaistiin ensimmäiset ravitsemussuosituksukset. Suomessa ravitsemussuosituksista vastaa Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Viimeisimmät suositukset ovat vuodelta 2014. Ravintoainesuosituksukset pohjautuvat pääosin pohjoismaisiin ravitsemussuosituksiin. Pohjoismaisten ravitsemussuositusten tieto perustuu tieteelliseen näyttöön, josta vastaa työryhmä, joka koostuu pohjoismaisista asiantuntijoista. Suomen suosituksissa ravintoainearvon viitearvona pidetään suositeltavaa saantia, joka on laskettu ihmisten keskimääräisen tarpeen mukaan. Suositeltava saantimäärä ylläpitää hyvän ravitsemustilan melkein kaikilla terveillä henkilöillä sekä tyydyttää ravinnontarpeen. Suositukset ovat tarkoitettu terveille aikuisille ihmisille, mutta niitä voi soveltaa joidenkin sairauksien kuten verenpainetaudin, sepelvaltimotaudin tai tyypin kaksi diabeteksen hoidossa. Pohjoismaissa käytetään kolmea viitearvoa, joissa huomioidaan pienin tarve, keskimääräinen tarve sekä saantisuositus. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta1 2014.) Opinnäytetyö pohjautuu Suomen ravitsemussuosituksiin.

Ravitsemusneuvonnassa on huomioitava, että yksilöiden ravitsemustarpeissa on paljon eroja, joten suosituksiin on suhtauduttava tällöin varauksellisesti (Valtion ravitsemusneuvottelukunta1 2014). Ravintoaineiden saantisuosituksusten olisi hyvä täytyä viikkojen tai kuukausien aikana ravitsemussuosituksusten (2014) mukaan. Tämä perustellaan sillä, että elimistö varastoi liiallisia ravintoaineita käyttääkseen niitä, jos elimistö niitä tarvitsee. Ruokasuosituksilla tarkoitetaan eri ruoka-aine ryhmien suosituksia, kun taas ravintoainesuosituksissa keskitytään saantisuosituksiin energian, energiaravintoaineiden, vitamiinien ja kivennäisaineiden osalta. (Fogelholm ym. 2014: 8-9.)

Vähin mahdollinen ravinnon tarve on se määrä, joka riittää pitämään ihmisen elossa mutta ei takaa, että hänellä olisi hyvä terveys ja että hän voisi nauttia hyvästä elämälaadusta. Vähin mahdollinen ravinnonsaanti aiheuttaa yksilökohtaista vajaaravitsemus-

ta puutosoireineen. Toinen viitearvo on keskimääräinen ravinnon tarve. Sillä tarkoitetaan sitä määrää, jonka ihmiset keskimääräisesti tarvitsevat. Kolmas viitearvo on suositus, joka koskee määrää, jolla täytetään terveiden ihmisten ravinnon tarve ja pidetään yllä hyvää ravitsemustilaa. Edellä kuvaillut viitearvot esitetään muissa Pohjoismaissa yhdessä kun taas Suomi käyttää vain kolmatta suositeltavaa viitearvoa. Ravitsemuksellisiin viitearvoihin liitetään myös suosituksia valittavista ruoka-aineista. Näissä suosituksissa osoitetaan, millaista ruokaa syömällä viitearvot saadaan toteutettua. Suositukset huomioivat myös kunkin maan kulinaariset mieltymykset ja sen, millaisia ruokatarvikkeita on helposti saatavilla tai tuotetaan paikallisesti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta.)

Suosituksien tarkoituksena on korostaa terveyttä edistävän ruokavalion kokonaisuutta ja säännöllisten valintojen merkitystä. Yksittäinen ravintotekijä eivät vaikuta selvästi positiivisesti tai negatiivisesti ravitsemuksen laatuun ja siksi on tarpeetonta tarkkailla yksittäisiä ravintoarvoja. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.) Tutkimuksissa on todettu, että ruokavaliolla on merkitystä monien sairauksien riskin pienentymiseen ja terveyden edistämiseen. Tällaisia sairauksia ovat esimerkiksi tyypin kaksi diabetes, aivoverenkiertohäiriöt ja liikalihavuus. (Fogelholm ym. 2014: 11- 24.)

3.3.1 Ruokapyramidi ja lautasmalli

Ruokapyramidi (Kuva 1) ja lautasmalli (Kuva 2) ovat ravitsemussuosituksiin pohjautuvia malleja, joita hyödyntämällä pystyy toteuttamaan ravitsemussuosituksien mukaista ruokavaliota. Tällä hetkellä suomalaiset käyttävät liikaa huonoja rasvoja ja hiilihydraatteja. Energian saannin kannalta hyviä ruoka-aineita ovat kasvikunnan tuotteet, täysjyvätuotteet sekä kasvipohjaiset öljyt, pähkinät, siemenet ja kala, koska nämä pienentävät energiatihyettä. Punaisen lihan, sokerin ja suolan käyttöä kehoitetaan vähentämään vääränlaisten rasvojen saannin vuoksi. Säännöllinen ateriarytmi on tärkeä. Ateriat voisi jakaa esimerkiksi viiteen osaan, jotka sisältäisivät niin pääruuat kuin välipalakin. Säännöllistä ateriarytmiä perustellaan muun muassa sillä, että se hillitsee näläntunnetta, pitää veren glukoosipitoisuuden tasaisena sekä suojaa hampaita reikiintymiseltä. Ateriarytmi tukee myös hyvin painon hallintaa. Vanhuksilla ja vuorotyöläisillä ateriarytmiä on haastava toteuttaa. Esimerkiksi vanhuksilla ei jaksata syödä paljoa kerrallaan ja tästä syystä heille on tarjottava useammin pienempiä aterioita. Huomioitavaa on myös,

että paastoväli ruokailujen välillä ei saa ylittää yhtätoista tuntia. (Fogelholm ym. 2014: 11- 24.)

Kaikille tuttu ruokapyramidi opastaa valitsemaan ruoka-annokset ravitsemuksellisesti optimaalisella tavalla. Ruokapyramidissa alimmaisina ovat perunat ja viljatuotteet sekä hedelmät, marjat, kasvikset ja juurekset, joita olisi suosittava ja kulutettava runsaasti. Ruokapyramidissa seuraavalla tasolla ovat maitotuotteet, kuten erilaiset juustot, rahkat, jogurtit. Myös liha, kala ja kananmunat kuuluvat tälle kohtuudella käytettävien ravintoaineiden tasolle. Pyramidin huipulla ovat rasvat ja öljyt, joita olisi syytä käyttää sääste­liäästi. On terveellisempää suosia kylmäpuristettuja kasviöljyjä kovien rasvojen ja hydro­genoitujen kasvisrasvojen sijasta. Sokeri kuuluu vähän käytettävien listalle. Valkoi­nen, teollisesti käsitelty sokeri kannattaisi jopa poistaa kokonaan omasta ruokapyrami­dista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta.)



Kuva 1. Ruokapyramidi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta.)

Ravitseva, terveellinen ateria koostuu edellä kuvaillun ruokapyramidin aineksista. Lau­tasesta puolet täytetään pyramidin alimmalta tasolta. Lautasella täytyy siis olla eniten kasviksia tuoreina tai kypsennettyinä, raasteita sekä salaatteja. Perunoille varataan lautasesta tilaa neljäsosan verran. Saman tilan voi täyttää vaihtoehtoisesti riisillä, muilla viljatuotteilla tai pastalla. Eläinkunnan proteiinit ovat korvattavissa proteiini­rikkaalla

kasvisruoalla. Kasvikunnan proteiinilähteitä ovat erilaiset pähkinät, siemenet, pavut, linssit, herneet ja muut palkokasvit. Raikas vesi, maito tai piimä ruokajuomina ovat hyvä valinta. Täysjyväleipä valkoisen leivän sijaan on suositeltavaa. Jälkiruoaksi on suositeltavaa nauttia tuoreita marjoja ja/tai hedelmiä. Tämän ruoka-annosmallin mukainen ateria voi olla pieni tai suuri mutta oikeat suhteet tekevät siitä täysipainoisen ja terveellisen. Ruoka-aineiden moninaisuudesta johtuen ruokaan saa runsaasti vaihtelua ja monipuolisuutta vaikka säilytetään oikea tasapaino eri ravintoaineiden kesken. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta.)



Kuva 2.Lautasmalli (Valtion ravitsemusneuvottelukunta.)

3.3.2 Ravintoaineet

Ravintoaineet ovat elimistöllemme tärkeitä aineosia. Hiilihydraatit, proteiinit ja rasvat ovat tavallisia ravintoaineita, joita saamme jokapäiväisestä ravinnostamme. Hiilihydraatit ovat sokereita, joita ihminen tarvitsee toimiakseen eli nopeaan käyttöenergiaan. Proteiineja ihminen tarvitsee rakentamaan kudoksia ja entsyymejä. Rasvat kertyvät varainenergiaksi elimistöön sekä tuovat mukanaan elimistölle tarpeellisia vitamiineja. (Aro 2013.)

Energiasaannista on luotu vain viitearvot, jotka pitävät yllä normaalipainoa. Energiantarpeeseen vaikuttavat sukupuoli, ikä ja paino, nämä myös määrittävät energiatarpeen. Energialähteitä ovat hiilihydraatit, rasvat ja proteiinit. Välttämättömiä elintoimintojen ylläpitäjiä ovat vitamiinit ja kivennäisaineet. Tärkeitä vitamiineja ovat muun muassa D-vitamiini, folaatti, seleeni. (Fogelholm ym.2014: 15- 30.)

D-vitamiinin saantisuositus suomessa on 10-20 mikrogrammaa vuorokaudessa. Pitoisuus vaihtelee iän mukaan. Yli kaksi-vuotiailla saantisuositus talviaikaan on 10 mikrogrammaa, kun taas vanhuksilla saantisuositus talviaikaan on 20 mikrogrammaa. Aikuisille D-vitamiini lisää ei suositella, jos he käyttävät maitovalmisteita, kalaa ja rasvavalmisteita suositusten mukaisen määrän. (Fogelholm ym. 2014: 15- 30.) D-vitamiinia saadaan kesäisin auringosta. Noin 15 minuutin altistus auringon UV-säteilylle tuottaa noin 250 mikrogrammaa D-vitamiinia. Lisäksi D-vitamiinia saadaan ravinnosta, joskin hyvin vähän. Kala ja jotkin sienet sisältävät D-vitamiinia. Suomessa nestemäisiin maitovalmisteisiin lisätään D-vitamiinia. (Paakkari 2013.)

Hiiliatominkuljettaja, folaatti, kuuluu B-vitamiineihin. Raskauden aikana folaatin puutos voi johtaa sikiövaurioihin, siksi odotusaikana äidin on huolehdittava riittävästä folaatin saannista. Myös hemoglobiinin alhainen pitoisuus veressä voi johtua folaatin puutteesta. Folaatin saantisuositus on aikuisilla 300 mikrogrammaa vuorokaudessa. Naisilla, jotka ovat hedelmällisessä iässä, saantisuositus on korkeampi, 400 mikrogrammaa vuorokaudessa. Imettäville sekä raskaana oleville saantisuositus on 500 mikrogrammaa vuorokaudessa. (Fogelholm ym. 2014: 15- 30.) Ravinnosta folaattia saa vihreistä kasviksista, kokojyväviljatuotteista, lihasta, kananmunista sekä marjoista ja hedelmistä. Prosessoidun ruuan vuoksi saantimäärät jäävät ravinnosta liian pieniksi. (Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri.)

Seleeni on merkittävä aine elimistölle. Seleenin puutos voi aiheuttaa esimerkiksi sydänlihaksen rappeumaa. Seleenin saantisuositus on 50 mikrogrammaa vuorokaudessa naisilla ja miehillä 60 mikrogrammaa vuorokaudessa. (Fogelholm ym. 2014: 15- 30.) Täysjyväviljatuotteet, liha ja kala sisältävät seleeniä (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014).

Raudan merkitys elimistön verenkierrossa on suuri, se sitoo happea ja kuljettaa sitä verenkierrossa. Raudan saantisuositus naisilla murrosiästä vaihdevuosiin saakka on 15 milligrammaa vuorokaudessa ja muulla aikuisväestöllä 9 milligrammaa vuorokaudessa. Natriumin saantisuositus aikuisilla on 1,5-5 grammaa suolana. Ruokasuola pitää sisällään 40 % natriumia. (Fogelholm ym. 2014: 15- 30.) Ravinnosta rautaa saa lihasta. C-vitamiini lisää raudan imeytymistä, kun taas kahvi, tee, soijavalkuainen ja kalsium vähentävät imeytymistä. (Salonen 2014.) Natriumia saadaan riittävästi päivittäisestä ruuasta (Sydänliitto 2012).

3.3.3 Ruoka-aineet

Ruoka-aineista puhuttaessa, puhutaan ravitsemuksellisista aineksista, kuten kasviksista, viljoista, marjoista sekä maitovalmisteista. Kasviksien, marjojen ja hedelmien saantisuositus on 500 grammaa päivässä. 500 grammaa saa sisällytettyä 5-6 annokseen, joista noin puolet olisi hyvä olla vihanneksia ja marjoja ja loput vihanneksia ja juureksia. Huomioitavaa on, että palkokasvit ovat runsaasti proteiinia sisältäviä ja näin poikkeavat muista kasviksista. Palkokasveja voi käyttää esimerkiksi proteiinin lähteenä ateriasa. (Fogelholm ym. 2014: 21- 23.)

Viljavalmisteita suositellaan naisille noin kuusi annosta ja miehille noin yhdeksän annosta vuorokaudessa. Täysjyväisiä tuotteita tulisi olla ainakin puolet. Huomioitavaa on, että esimerkiksi lautasellinen puuroa sisältää kaksi annosta viljaa. (Fogelholm ym. 2014: 21- 23.)

Maitovalmisteet sisältävät runsaasti hyviä ravintoaineita. Suositeltavaa olisi käyttää vähärasvaisia maitovalmisteita. Riittävä vuorokausiannos on 5-6 desilitraa nesteinä sekä lisäksi esimerkiksi 2-3 viipaletta juustoa. (Fogelholm ym. 2014: 21- 23.)

Kalaa suositellaan nautittavan kaksi tai kolme kertaa viikossa. Kalan käytössä on kuitenkin huomioitava erilaiset rajoitteet koskien lapsia, nuoria, raskaana olevia sekä imettäviä. Punaista lihaa ja muita lihavalmisteita ei suositella käytettäväksi kuin 500 grammaa viikossa. Kaksi tai kolme kananmunaa kattaa viikon annoksen. Kalasta, lihasta ja kananmunasta saa runsaasti proteiinia. (Fogelholm ym. 2014: 21- 23.)

Ravintorasvoissa suositellaan kasvisöljypohjaisia tuotteita. Siemenet ja pähkinät sisältävät hyviä tyydyttymättömiä rasvoja. Leipärasvaksi suositellaan kasvisöljypohjaisia rasvalevitteitä, jotka sisältävät vähintään 60 % rasvaa. Öljyistä rypsiöljy sisältää riittävästi n-3-rasvahappoja, mutta on myös muita öljyjä kuten pellavansiemenöljy, joka sisältää n-3-rasvahappoja. Oliiviöljy ei n-3-rasvahappoa sisällä, mutta sisältää muita hyviä rasvoja. Kookos- ja muita palmuöljyjä ei suositella käytettäväksi. (Fogelholm ym. 2014: 21- 23.)

Nestetarpeet ihmisillä vaihtelevat yksilöllisesti. Päivässä tulisi juoda nesteitä yhdestä litrasta, yhteen ja puoleen litraan. Sokeroitujen juomien käyttöä tulisi välttää, mutta täysmehun saantisuosituksena on yksi lasillinen päivässä. Alkoholin saantisuositus on naisilla korkeintaan yksi annos ja miehillä kaksi annosta päivässä.(Fogelholm ym.2014: 21- 23.)

3.4 Leikkauspotilaan ravitseminen

Ennen leikkausta potilaan ohjauksessa on otettava huomioon leikkaukseen valmistautumiseen liittyvä ravitseminen. Edeltävänä päivänä potilas voi normaalisti syödä ja juoda kello 24.00 saakka. Leikkausta edeltävänä päivänä, leikkauspäivänä ja - iltana alkoholin käyttö on ehdottomasti kielletty. Alkoholin käyttö on kielletty, koska nukutuksessa käytettyjen lääkkeiden kanssa yhteisvaikutus voi olla vaarallinen. Kello 24.00 lähtien potilas ei saa syödä, koska mahalaukun täytyy olla tyhjää leikkauksessa. Syy on aspiraatoriski, joka tarkoittaa sulamassa olevan ravinnon joutumista henkitorveen. Kirkkaita nesteitä potilas saa juoda sekä kello 04.00 saakka saa potilas myös juoda kahvia ilman maitoa. (Kääriäinen 2007.) Ravinnotta olo- ohjeet ovat usein sairaalakohtaisia ja siten vaihtelevat eri sairaaloiden välillä.

Potilaan yleinen terveydentila on ratkaisevan tärkeä kirurgisten toimenpiteiden onnistumisessa. Avainasemassa on hyvä ravitseminen. (Arffman – Partanen – Peltonen - Sinisalo 2009: 209.) Sairaalassa on tärkeä jo potilaan tulohaastattelussa kartoittaa potilaan ravitsemustottumukset. Sairaanhoidajana on tärkeä tunnistaa vajaaravitsemuspotilaat sekä arvioida jokaisen potilaan ravitsemustila. Käytössä on eri mittareita, joilla saadaan viitteellisiä tietoja ravitsemustilasta. BMI (kg/m²) eli painoindeksi on yksi oleellinen mittari. BMI <18,5 kertoo alipainosta ja >25 ylipainosta. Käytössä on myös muita mittareita, kuten NRS-2002, MUST ja MNA. (Hyytinen - Mustajoki - Partanen – Sinisalo-Ojala 2009:26- 28.) NRS 2002-, MUST- ja MNA –mittarit ovat vajaaravitsemuksen riskin seulontalomakkeita (Valtion ravitsemusneuvottelukunta).

Aliravitut potilaat tarvitsevat ravitsemushoitoa, jonka on aloitettava ennen toimenpidettä. Näin vältetään leikkauksen jälkeiset komplikaatiot, kuten infektio ongelmat sekä haavan hidas paraneminen. Lisäksi ravitsemushoidolla potilaan toipuminen nopeutuu ja hänet voidaan kotiuttaa hyväkuntoisena. Ravitsemushoidon tarpeessa olevien potilaiden tunnistaminen on siksi erittäin tärkeää. (Aro – Mutanen – Uusitupa 2005:652.)

Kirurgisen potilaan ravitseminen suun kautta aloitetaan mahdollisimman pian, leikkauksen jälkeen. Tarvittaessa kuitenkin käytetään parenteraalista (ruuansulatuskanavan ulkopuolista) tai enteraalista (ruuansulatuskanavan sisäistä) ravitsemusta potilaan ravinnon saannin turvaamiseksi. (Saarnio 2010.)

Paraneminen on luonnollisesti yksilöllinen prosessi. Siihen vaikuttavat potilaan ikä, perussairaudet, yleiskunto ja hänen elämäntapansa (Hietanen – Iivanainen - Juutilainen – Seppänen 2003:27). Rasva, hiilihydraatit, proteiinit, vitamiinit ja hivenaineet sopivassa suhteessa muodostavat tasapainoisen ravinnon. Haavan paranemisen kannalta vitamiineista tärkeimpiä ovat A-, B- ja C-vitamiinit. A-vitamiini on hyödyksi epitelisaatiossa (uudisihon kasvu) ja kollageenisynteesissä (ihon joustinaineiden kehittyminen). B-vitamiini edistää valkosolujen ja vasta-aineiden muodostumista ja on myös mukana kollageenisynteesissä. C-vitamiini tarvitaan kollageenisynteesissä, fibroplastien muodostumisessa ja epitelisaatiossa. C-vitamiinin puute lisää haavan aukeamisriskiä ja granulaatiokudoksen (haavan sidekudoksen) haurautta. (Holmia – Murtonen - Myllymäki – Valtonen 2004: 184).

Elimistö kuluttaa energiaa kudosten korjaamiseen. Energia tulee proteiineista, mikä aiheuttaa lyhytaikaisen katabolisen tilan eli kudosten hajottamisen elimistöön. Seurauksena on vajaaravitseminen. Katabolinen tila kuluttaa elimistön proteiiniavarastoja, jotka eivät enää riitä paranemisprosessiin. Vastustuskyky huononee eikä uutta kudosta muodostu. (Hietanen ym. 2003: 44.) Korkea ikä, laaja kudonvaurio, sytostaatti- ja sädehoito vaikeuttavat haavan paranemista (Holmia ym. 2004: 184).

Potilaat pyritään kotiuttamaan mahdollisimman pian. Tosin monet potilaat tuntevat turvallisuutta kotiin palatessaan. Tärkeää on arvioida potilaan kyky selviytyä itsenäisesti syömisestä ja ruoan valmistamisesta sekä ruoan hankkimisesta. Käytännön tasolla voidaan hankkia syömistä helpottavia apuvälineitä. Tavallinen, terveellinen, täysipainoinen kotiruoka tyydyttää potilaan ravinnontarpeen. Lempiruokat lisäävät ruokahalua. Valmisruokiakin voidaan käyttää ja mikäli paino ei nouse toivotusti, voidaan potilaalle antaa runsasenergiisiä välipaloja. (Haglun 2010: 200.)

3.6 Riskiryhmät

Liikalihavuus ja aliravitsemus ovat leikkauksen kannalta suurimmat riskiryhmät. Liikalihavuus eli ylipaino tarkoittaa sitä, että painoindeksi (BMI) on yli 25. Vaikeasta lihavuudesta puhutaan, kun painoindeksi on yli 35. Vuonna 2007 Suomessa liikalihavuutta oli 70 % miehistä ja 57 % naisista. Tutkimukseen osallistuneet olivat 25 - 74-vuotiaita. Vuonna 2007 Suomessa oli yli kaksi miljoona liikalihavaa henkilöä. Liikalihavuus lisää muiden sairauksien riskiä. Sekä vajaaravitsemus, että liikalihavuus, hidastavat leikkauksesta toipumista. Vajaaravitsemuspotilaat voivat myös saada herkemmin leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. Ravitsemustilan kartoitus ja arviointi olisi hyvä ottaa käyttöön jokaisen potilaan kohdalla. Potilaan päivärytmin ja ateria-aikojen syvällisempi luotaaminen auttaisi hoitohenkilöä ymmärtämään vajaaravitsemuksen ja ylipainon perimmäiset syyt. (Käypä Hoito 2013.)

Positiivinen energiatasapaino aiheuttaa lihavuutta. Lääketieteessä ylipaino ja lihavuus on määritelty liialliseksi tai epänormaaliksi rasvakudokseksi, jonka kertyminen heikentää terveyttä (Nuffield Council on Bioethics 2007). Vatsan seudun rasvakudos eli viskeeraalirasva on terveydelle haitallisin. Naisten vyötärönympäryys ei saa ylittää 80 cm ja miesten vastaava suositusarvo on alle 90 cm. Terveysriskit kasvavat kun naisen vyötärönympäryys on yli 90 cm ja miehen yli 100 cm. (Käypä hoito 2013.)

Painoindeksin ylittäessä 25 kg/m², mutta sen jäädessä alle 30 kg/m², voidaan puhua ylipainosta ja lievästä lihavuudesta. Painoindeksi 30- 34.9 kg/m² varoittaa jo merkittävästä lihavuudesta. Vaikean lihavuuden painoindeksi on 35- 39.9 kg/m². Sairaalloisen lihavuuden raja on yli 40 kg/m². Lihavuus- ja ylipainomittarit Suomessa ovat kansainvälisen asiantuntijaverkoston, IOTF:n (International Obesity Task Force), standardien mukaisia kriteerejä. (Käypä hoito 2013.)

Painonhallinnan kannalta on tärkeää lisätä hedelmiä, kasviksia ja marjoja ruokavalioon, sekä välttää ruoan rasvoja. Täysjyvätuotteiden käyttö on suositeltavaa, koska ne sisältävät hitaita hiilihydraatteja. Sokeria sisältäviä juomisia olisi hyvä välttää sekä ruuan proteiinipitoisuutta olisi hyvä korostaa tai pitää ennallaan. Tärkeä on pitää annoskoot hyvän kokoisina ja syödä säännöllisesti riittävän useasti. Painonhallinnalla tarkoitetaan, että paino ei nousisi enempää tai pidetään hankittu laihduttamistulos. Dieetit eivät yleensä ole hyviä pysyvässä painonhallinnassa, vaan olisi tärkeä päätyä pysyviin ratkaisuihin ruokavalion suhteen. (Mustajoki 2012.)

Vajaaravitsemuksesta puhutaan silloin, kun nautittu ruoka ei kata tarvittavia energia-, proteiini- ja suojaravintoaineita. Vajaaravitsemuksen tunnistamisessa voi hyödyntää painoindeksiä, joka aikuisella tulisi olla 18,5-25 kg/m². Mutta on tärkeä huomioida, että paino ei kerro ravitsemustilasta kaikkea. (Suominen 2011.) Vajaaravitsemus on vuodeosastoilla yleistä. Vajaaravitsemustila altistaa infektioille sekä lisää potilaskuolleisuutta ja hoitokustannuksia. Yhteiskunnassa kamppaillaan ylipainoa vastaan, mutta samaan aikaan pitkäaikaishoidossa aliravitsemusriski on suuri. Tämän hetkisten suositusten mukaan, lääkärin pitäisi arvioida potilaan ravitsemustila potilailta, jotka ovat vähintään kolme vuorokautta sairaalassa. Suomessa ravitsemussuositukset ohjaavat pitkälti ravitsemussuuntauksia. (Ahonen - Hoppu- Kuitunen 2013.)

Kun ihminen ei saa ravinnostaan riittävästi energiaa, proteiineja tai muita ravintoaineita, niin hänen terveytensä on vakavasti uhattuna. Erilaiset puutostilat vaikuttavat haitallisesti lihasmassaan, painoon, rasvakudokseen ja kehon eri toimintoihin. Yskiminen ja liikkuminen vaikeutuvat sekä puristusvoima heikkenee. Vajaaravitsemus vaikuttaa kliinisiin hoitotuloksiin. Potilas kestää heikommin erilaisia hoitoja ja komplikaatioiden vaara kasvaa. Riskiryhminä mainittakoon vanhukset, lapset ja sairaat ihmiset, jotka altistuvat helposti vajaaravitsemukselle. Puutostilojen seurauksena voivat olla väsymys, voimattomuus, ruokahaluttomuus. Puutostilat vaikeuttavat lääkkeiden imeytymistä ja niiden tehoa sekä altistavat eri infektioille ja painehaavoille. Elämän laatu heikkenee ja kuolleisuus lisääntyy. Vajaaravitsemus on ongelma sekä kliinisesti, että taloudellisesti. Sairaalahenkilökunnan työmäärä lisääntyy, jos potilas on aliravittu. Potilaan sairaalassa olo aika kasvaa 40- 70 %, joten hoitokustannukset kasvavat. Laskelmien mukaan yli 65 –vuotiaiden vajaaravitsemus kasvattaa sairaalahoidon euromäärää 1400 euroa vuodessa. Kirurgisten potilaiden vajaaravitsemus riski arvioidaan 27- 48 %. (Orell-Kotikangas 2012; Mikkonen ym.2010: 24.)

Potilaan hoitoa aloittaessa on kartoitettava vaaratekijät, jotka johtuvat mahdollisesti vajaaravitsemuksesta. Päiväkirurgisilla potilailla paino ja pituus selvitetään esitietokavakkeessa, jonka potilas täyttää ennen leikkaukseen tuloa. Potilaille, joilla on vajaaravitsemusta, on suunniteltava hänelle sopiva ravitsemus ennen leikkausta preoperatiivisella käynnillä. Leikkauksen jälkeen ravitsemuksen kertaus ennen kotiin lähtöä olisi hyväksi. Vajaaravitsemuksen toteaminen voidaan tehdä nopeasti Nutritional Risk Screening- menetelmällä (NRS), jolla aikuisten vajaaravitsemus on seulottavissa 3-10 minuutissa myös ammattilaisen toimesta. Potilas myös punnitaan tuossa ajassa. NRS-menetelmässä on eri osiot, joilla voidaan arvioida potilaan vajaaravitsemusriski. Poti-

laan päivittäin kuluttama ravinto on tiedettävä NRS- menetelmää käytettäessä. Menetelmän osa- alueet on pisteytetty. Potilaan saamat pisteet eri alueilta lasketaan yhteen ja se osoittaa millainen vaaratekijä vajaaravitsemus on kyseiselle potilaalle. Potilaalle annetaan hänen tilanteeseensa räätälöityä hoitoa. (Orell-Kotikangas 2012; Mikkonen ym.2010: 28.)

4 Potilaan ohjaus

Potilaan neuvonta ja ohjaus ovat oleellinen osa hoitotyötä sekä potilaan hoitoa. Ohjauksella tuetaan potilasta, jotta hän voi hallita omaan terveydenhoitoonsa liittyvät valinnat ja ongelmat. (Heikkinen ym. 2007.) Suomessa laki velvoittaa välittämään potilaalle kaiken hänen hoitoaan koskevan tiedon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/92 1992/785).

Ohjaustarve ja tiedon antaminen potilaalle alkaa päätöksestä tehdä leikkaus ja ne jatkuvat kotiutumiseen asti (Leino-Kilpi – Suhonen 2006:11; Kruzik 2009: 381,386). Viikosta neljään viikkoon ennen leikkausta tai toimenpidettä annettu preoperatiivinen ohjaus auttaa potilasta enemmän. Aiemmin annettu tai sairaalassa annettu ohjaus ei yleensä saavuta potilaan tietämystä yhtä hyvin. (Heino 2005: 58, 99.)

4.1 Preoperatiivinen ohjaus

Preoperatiivinen ohjaus edesauttaa kotona tapahtuvaa paranemista sen lisäksi, että potilas valmistautuu toimenpiteeseen (Heino 2005:104, 107), potilas kokee olonsa turvalliseksi eikä pelkää toimenpidettä (Kääriäinen 2007: 27 – 28, 114 – 118). Potilaiden mielestä ennen leikkausta tapahtuva ohjaus on tärkeää (Kaila – Kuivalainen 2008: 9). Potilaat, jotka ovat saaneet ohjausta ennen leikkausta, antavat positiivista palautetta kivunhoidosta toisin kuin vaille toimenpidettä edeltävää ohjausta jääneet potilaat. Lisäksi ohjaus on vähentänyt potilaan ahdistusta. (Walker 2007.) Potilaan ja hänen omaistensa on saatava selkeä kuva toimenpiteeseensä liittyvistä yksityiskohdista. Näin potilas saa realistisen käsityksen leikkauksesta saatavasta hyödyistä sekä mahdollisista haitoista ennen toimenpidettä. Leikkauksen jälkeinen tyytymättömyys johtuu epärealis-

tisista odotuksista, joita on huonossa lähtötilanteessa olevilla potilailla. Kun potilasta informoidaan ennen leikkausta, hän voi olla aktiivinen päätöksentekijä hoitonsa suhteen. (Haapoja – Kuusiniemi – Pihlajamäki – Virolainen 2009: 231.): 29 – 31.)

Preoperatiivinen käyntijärjestelmä lisää potilaan tietämystä. Sen myötä ovat leikkauksen jälkeiset komplikaatiot vähentyneet, leikkaustoiminta tehostunut ja hoidon laatu parantunut. (Haapoja ym. 2009: 231.) Potilasohjauksessa tulee määritellä ohjauksen tarve, suunnitella ohjauksen kulku, toteuttaa ohjausta sekä viimeisenä arvioida onnistuminen ohjauksessa ja ohjauksen vaikuttavuus. Ihmisyksilön ja yhteisön voimavarat vaikuttavat aina potilasohjaukseen ja sen onnistumiseen sekä toteuttamiseen. (Iso-Kivijärvi ym. 2006.) Potilas voi saada preoperatiivista ohjausta kirjallisena materiaalina postitse muutamia viikkoja ennen toimenpidettä, suullista ohjausta joko puhelimitse tai vastaanotolla pari viikkoa ennen interventiota. Puhelinsoitolla tai käynnillä pystytään varmistamaan potilaan tiedon saanti. (Johansson – Katajisto – Salanterä 2008.)

4.2 Hoitaja ohjauksen antajana

Sairaanhoitaja on vastuussa siitä, että potilas on ymmärtänyt saamansa ohjauksen. Oletuksena ei voi olla, että kaikki potilaat omaksuvat asioita samassa tahdissa. Ohjauksen ymmärtäminen voi olla hankalaa sairastuneelle, jonka elimistö on epätasapainossa. Potilaan on helpompaa sitoutua hoitoon ja sopeutua sairauteensa, kun hän saa riittävästi ohjausta. (Ohtonen 2006.) Lyhentyneet sairaalassaoloajat ovat lisänneet potilasohjauksen tarvetta viime vuosina. Valitettavaa on, että hoitohenkilökunnalla on vähemmän aikaa käytettävissään potilasohjaukseen kuin ennen. (Heikkinen ym. 2007.)

Hoitajien asenne ohjaukseen on lähes kaikilla myönteinen. Työntekijät ovat kokeneet hyötyvänsä, kun he antavat hyvää ohjausta potilaille. Yleisimmin käytetyt ja parhaiten hallitut ohjausmenetelmät ovat suullinen ohjaus sekä kirjallinen ohjaus. Pidempään työssä olleet hoitajat toteuttavat ohjausta potilaslähtöisemmin sekä ottavat potilaan tunneulottuvuuden paremmin huomioon. Potilasohjaukseen kaivataan tiloja, joissa voisi rauhallisesti keskittyä ohjaukseen sekä enemmän henkilökuntaa, jotta ohjaukselle olisi enemmän aikaa. Sairaanhoitajat kaipaavat koulutusta ohjaukseen. On myös hoitajia, jotka eivät miellä potilaan ohjausta osaksi hoitoa. Ohjauksen tulisi aina pohjautua tutkituun tietoon. Yhtenäiset ohjauskäytännöt koetaan tärkeiksi ja näihin tulisi osastoilla

kiinnittää huomiota. Ohjauksen lopussa tulee aina varmistaa, onko potilas ymmärtänyt saamansa tiedon. (Lipponen 2014.)

Tärkeimmät tiedon alueet leikkauspotilaiden ja heidän hoitajiensa mielestä ovat sairau-teen ja hoitoon liittyvä tieto; komplikaatioiden tunnistaminen ja välttäminen, jälkihoitoa koskeva tieto; mikä on luvallista ja mikä välttävää tekemistä leikkauksen jälkeen (Johansson 2006:43; Elomaa – Eloranta – Johansson – Rasmus – Vähätalo 2010: 9; Leino-Kilpi 2010). Neurokirurgisten potilaiden kartoituksessa, joka on koskenut heidän tärkeäksi kokemaansa tietoa, on saatu vastaavat tulokset (Aho – Lepola – Louet 2001: 4; Leikola 2006: 53,55). Edellä mainittu informaatio on ratkaisevan tärkeä potilaalle, jonka täytyy ymmärtää, millaista hoitoa hän tulee saamaan ja millainen vaikutus hoidolla on jokapäiväiseen elämään ja toimintaan (Johansson 2006: 43; Elomaa ym. 2010: 9; Leino- Kilpi 2010).

Ohjausta koskevissa selvityksissä on todettu, että hoidettavat kokevat saaneensa paljon lääketieteellistä informaatiota yksityiskohtineen, mutta se ei ole riittänyt karkottamaan potilaiden pelkoja eikä huolia tunnetasolla (Johansson – Katajisto – Kettunen – Leino-Kilpi – Montin 2010: 248; Eloranta 2011). Potilaat ovat kokeneet kotiutumista ja selviytymistä koskevan tiedon vajavaiseksi (Leikola 2006: 62; Leino-Kilpi – Salanterä – Virtanen 2007: 34). Samoin potilaiden kohtelu sekä oikeudet ovat ohjauksessa jääneet vähälle huomiolle (Eloranta ym. 2010: 8-9; Leino-Kilpi 2010). Potilaiden mielestä heillä ei ole ollut mahdollisuuksia vaikuttaa ohjaamista koskevaan päätöksen tekoon. Heillä on myös ollut epäselvä kuva ohjauksen käytännön hyödystä ja sovelluksesta heidän omaan tilanteeseensa. (Eloranta 2011.) Potilaan ja hänen omaistensa epävarmuus ja turhautuminen ovat seurausta epäselvistä ja puutteellisista ohjeista. Tämä vaikuttaa haitallisesti siihen, miten potilas kokee toipilasaikansa. (Leikola 2006: 60-62.)

Potilaalla ja hoitajalla voi olla hyvinkin toisistaan poikkeavat näkemykset ja odotukset ohjauksesta. Tarve ohjaukseen painottuu potilaan näkökannalta eri asioihin kuin häntä hoitavan lääkintähenkilöstön kannalta. (Hirvonen ym. 2007: 32- 34.) Hoitohenkilökunnan mielestä painotettavia sekä tärkeitä seikkoja ovat toimenpidettä koskeva tieto ja sen tarkoitus sekä toimenpiteeseen käytettävät välineet ja menettelytavat. Potilas odottaa tietoa eri asioista. Potilaat kokevat tärkeäksi tietää, mitä hän tulee tuntemaan, kokemaan, kuulemaan, ja näkemään toimenpidettä tehtäessä ja mitä häneltä odotetaan potilaana. Potilaan osallistuminen aktiivisesti omaan hoitoonsa edistää merkittävästi parantumista ja toipumista. (Kristoffers Jahren – Nortverdt – Skaug 2006: 467- 470.)

Vastuunsa tunteva hoitaja kannustaa ohjauksen avulla potilasta olemaan aktiivinen. Hoitaja varmistaa, että potilaalla on riittävästi tietoa terveydentilastaan ja hoidostaan. On varmistettava, että tieto, jonka potilas saa, on riittävää hänen tehdäkseen hoitoaan koskevat ratkaisut itsenäisesti. (Johansson – Katajisto – Nuutila – Salanterä – Virtanen 2005:213; Elomaa ym.2010: 4-5.)

4.3 Ohjausmenetelmät

Ohjauksen vaikutusta vahvistaa ohjausmenetelmien vaihteleva käyttö. Näin ylläpidetään potilaan kiinnostus ohjausta kohtaan. (Kääriäinen 2011: 42.) Yleensä ihmiset muistavat 70- 75 % näkemästään ja vain 10 - 40 % kuulemastaan (Hirvonen ym. 2007: 69; Walker 2007: 29). Kun ohjauksessa hyödynnetään sekä näköaistia, että kuuloaistia, muistamisprosentti voi olla jopa 90 % (Hirvonen ym. 2007: 69). Potilaille parhaiten vaikuttavin ohjaus on tapahtunut useammalla kuin yhdellä metodilla (Johansson – Katajisto – Salanterä 2007: 86; Walker 2007: 29; Johansson – Katajisto – Salanterä 2008: 36). Kun käytetään eri aistien oppimiskanavia, on opetus havainnollista. Havainnollistaminen korostaa aistien avulla tehtäviä havaintoja. Videot, kuvat tai muut havainnollistamismateriaalit, kuten hoitovälineet elävöittävät ohjauksen. Niillä voidaan esitellä paikkoja, kokemuksia, ohjeita ja tilanteita. Videoista hyötyvät erityisesti potilaat, joille kirjallisen materiaalin lukeminen on vaikeaa. Kun hoitohenkilökunta haluaa välittää tiedon helposti omaksuttavalla tavalla ja helposti, niin video-ohjeet ovat oivallinen vaihtoehto. (Hirvonen ym. 2007: 122.) Havainnollistettu ohjaus antaa potilaalle selvän kuvan siitä, miten jotakin tehdään ja tämä auttaa potilasta sitoutumaan hoitoon (Kyngäs – Kääriäinen – Lipponen 2006: 57-58, 60; Eloranta ym. 2010: 8-10).

Suullinen ohjausmenetelmä on toteutettavissa henkilökohtaisesti tai ohjattaessa ryhmää. Henkilökohtaisesti annettava ohjaus on vuorovaikutusta potilaan kanssa. Potilas voi kysyä, antaa palauteta ja kerrata kuultuja asioita, jotka painuvat näin paremmin mieleen. Potilaat arvostavat henkilökohtaista ohjausta, koska se koetaan motivoivana, tukemisena ja heidän taitojensa kehittämisenä. Ohjaus potilaan tilanteeseen liittyvistä asioista keskustelemalla tulisi olla myös tavoitteellista. Henkilökohtainen ohjaus on oppimisen kannalta tehokas menetelmä, mutta se työllistää vastuuhoidattajaa ylimääräisesti. (Hirvonen ym. 2007: 70; Walker 2007: 29; Leino-Kilpi – Salanterä – Virtanen. 2009: 8.) Ryhmäohjauksessa kootaan yhteen potilaat, joita valmistetaan samankaltaiseen toimenpiteeseen. Ryhmä voi olla esimerkiksi kertaluontoisesti kokoontuva pre-

operatiivinen ohjausryhmä tai määrääjain kokoontuva ryhmä. Ryhmäohjauksessa ryhmään kuuluvat voivat saada lisää voimavaroja tilanteeseensa. Tiedonsaannin lisäksi ryhmäläiset antavat ja saavat vertaistukea toinen toisiltaan. Toisinaan ryhmäohjaus antaa parempia tuloksia kuin yksilöohjaus. Ryhmän ohjaaminen tulee taloudelliseksi, koska suurempi joukko saa ohjausta samanaikaisesti. (Hirvonen ym. 2007: 100- 104.)

Aina tulee muistaa, että paperiversio on vain suullisen ohjauksen tuki. Kirjallinen ohjaus antaa tietoa hoidosta potilaalle itsenäistä tutustumista varten. Informaatio koskee mm. preoperatiivista valmistautumista, toimenpidettä sekä kotiutumista. Potilas omaksuu asiat helpommin voidessaan kerrata ohjeet ja tarkistaa tiedot jälkikäteen. Kirjallisen materiaalin käyttöä on täytynyt lisätä suulliseen ohjauksen käytetyn ajan lyhentymisen myötä. (Hirvonen ym. 2007: 124, 134, Walker 2007; 29- 31.)

Potilaiden mielestä kirjallinen ohjausmateriaali ei sisällä riittävästi tietoja eikä anna voimavaroja, vaikka heillä olisi jo tietoa hoitoon liittyvistä asioista. Ohjeet on hyvä käydä myös suullisesti läpi sillä potilaan tiedot voivat olla puutteellisia, vääristyneitä tai virheellisiä. Voimavaraistumista edistävä kokemus lisääntyy, kun yhdistetään suullinen ja kirjallinen ohjaus, vaikka ohjaus olisi tehty puhelimitse. (Johansson – Katajisto - Salanterä 2007: 88- 89; Johansson – Katajisto – Salanterä 2010: 2985- 2986.) Kirjallisten ohjeiden on oltava ymmärrettäviä, informatiivisia sekä potilaan tiedon tarpeita vastaavia. Tutkimuksissa on kuitenkin havaittu kirjalliset ohjeet puutteellisiksi sisällöiltään ja ne ovat vaikeasti tai erittäin vaikeasti luettavissa. (Walker 2007: 29.)

Potilasohjauksen kannalta on tärkeää, että potilas saa tietoa riittävästi omasta hoidostaan. Potilaan ohjaus on yksi osa hyvää hoitoa. Potilasohjauksen kehittäminen on tärkeää, koska nykyaikana potilaat ovat tietoisempia omista sairauksistaan sekä oikeuksistaan. Ohjauksessa on tärkeää huomioida potilaan tunteet ja tila, onko potilas valmis ottamaan tietoa vastaan. Ohjauksessa tulee aina huomioida potilaslähtöisyys. Potilasohjausta on tärkeä toteuttaa monella tavalla esimerkiksi kirjallisesti ja suullisesti, joillekin potilaille voi taas paremmin soveltua ryhmäohjaus. Perheen ottaminen mukaan ohjaukseen voi joillekin potilaille merkitä paljon. Perheen mukaan ottamisessa tulee aina huomioida potilas, saako tietoja luovuttaa muille ja onko potilas suostuvainen perheen mukaan ottamiseen. Myös hoitajien ammattitaidolla, asianmukaisilla tiloilla sekä materiaaleilla on merkitystä ohjauksen onnistumiseen. Esimerkiksi kaikkien potilaiden kohdalla ei sovellu potilasohjaus yhteisissä potilashuoneissa vaan aina tulee huomioida potilaan yksityisyys. Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ympäristökijät vaikuttavat oh-

jaustilanteeseen. Ohjaustilanteessa potilaan vahvistaminen omaan pärjäävyyteen sairastuessa lisää potilaan vahvistumista. Ohjauksessa on myös tärkeä osa potilaan ja hoitajan välisellä vuorovaikutuksella sekä keskustelun dialogisuudella. Jos ohjaus perustuu potilaan tarpeisiin ja ohjaus on hyvää potilasohjausta, niin yleensä myös potilaan sitoutuminen hoitoon on parempaa. Ohjauksen tulee aina olla suunnitelmallista sekä tavoitteellista. (Lipponen 2014.)

4.4 Kirjallisen ohjeen kriteerit

Hyvää kirjallista ohjetta laatiessa tulee aina huomioida, että se toimii suullisen ohjauksen tukena. Ohjeessa tulee näkyä kenelle ohje on tarkoitettu. Otsikosta tulee näkyä, mikä ohje on kysymyksessä. Hyvä otsikointi herättää mielenkiinnon tekstiä kohtaan. Otsikko ei saa olla liian pitkä, mutta sen pitää olla informaatiota antava. Myös väliotsikoista tulee selvitä olennainen asia alla olevasta tekstistä. Väliotsikointi on tärkeää, sillä se jakaa tekstin selkeäksi ja helpottaa tekstin lukemista kokonaan. Potilasohjeessa tekstin sijoittelussa kannattaa kiinnittää huomiota, että tärkeimmät asiat tulevat tekstin alussa. Tekstin kuvitus auttaa lukijaa ymmärtämään tekstiä sekä lisää sen mielenkiintoa. Kuviin tulisi aina laittaa kuvateksti ja niiden tulee liittyä tekstiin. Kuvia käytettäessä tulee aina huomioida tekijänoikeudet. (Heikkinen – Tiainen – Torkkala 2002). Tekstin tulee olla yleiskielellä ja edetä loogisesti ja selkeästi. Ohjeen lopussa tulee olla lisätietoa, kuten yhteystiedot, tekijät ja lisätietojen viitteet. Ohjeessa tulee näkyä milloin ohje on tehty ja milloin päivitetty viimeksi. (Prauda 2009.)

5 Työmenetelmät

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena kehittämistyönä. Tarkoituksena oli etsiä kirjallista tietoa, jonka pohjalta laadittiin Herttoniemen sairaalaan (HUS) potilasohjauksen tueksi ravitsemusta koskeva potilasohje, josta toivotaan pysyvää käytäntöä potilaiden hyödyksi. Kehittämistyön tavoitteena on käytännön toiminnan kehittäminen. Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää opinnäytetyöprosessin dokumentoinnin eli kirjallisen tuotoksen, joka sisältää teoreettista, tutkittua tietoa sekä prosessin kulun. Lisäksi opinnäytetyö sisältää toiminnallisen osuuden. (Opinnäytetyön ohjausprosessi.) Kirjallisen työn

valmistuttua laadittiin tutkittuun tietoon pohjautuva potilasohje ravitsemuksesta. Yhteistyö Herttoniemen sairaalaan muodostui toisen tekijän harjoittelun kautta.

Herttoniemen sairaalassa käytiin tapaamisissa kolme kertaa. Tapaamisten tarkoituksena oli saada työelämän edustajilta käytännön tietoa nykyisistä toimintamalleista. Tarkoituksena oli myös kuulla, millaisia mahdollisuuksia potilaiden ravitsemustiedon lisäämiseksi heillä on sekä, mitä he odottavat opinnäytetyöltä. Tavoitteena tapaamisissa oli saada työstä käytännönläheinen sekä käytäntöön hyvin soveltuva. Tapaamisissa saatiin paljon hyviä ideoita ja kehittämissuhteita opinnäytetyöhön. Tapaamisiin osallistui osaston sekä päiväkirurgisen yksikön työntekijöitä.

Potilasohje (Liite 3) on kirjalliseen tuotokseen eli tähän työhön pohjautuva tuotos. Ohjeen työstäminen aloitettiin miettimällä kirjallisesta työstä keskeiset asiat, joita potilaan olisi hyvä tietää ravitsemuksesta. Ohje on yleisohje kaikille leikkaukseen tuleville potilaille. Ohjeesta tehtiin aluksi laaja, jossa ravitsemustiedon lisäksi oli ravinnosta, lääkitykset tauottamisesta sekä tupakoinnista ohjeita. Alkuperäinen versio esiteltiin osastotunnilla. Osastotunnin jälkeen ohjeen tulevat käyttäjät antoivat ohjeesta kirjallista palautetta. Palautteessa ilmeni muun muassa, että ravinnosta-ohjeet ja ohjeet lääkityksen tauottamisesta menevät potilaalle kutsukirjeen mukana. Ravinnosta-ohjeista sekä lääkityksen tauottamisesta jätettiin kuitenkin muistutus ohjeen loppuun. Lisäksi tekstiä jäseneltiin eri tavalla. Ohjeen alkuperäinen nimi oli Ravitsemusohje potilaalle, mutta sisällön muuttuessa ohjeen nimeksi laitettiin Ravitsemustietoa potilaalle. Ohjeessa otettiin huomioon yleiset ravitsemussuositukset sekä tutkimuksissa esille nousseet keskeiset asiat.

Potilasohjeen laatimisessa hyödynnettiin Heikkisen ym. (2002) suosituksia potilasohjeen laatimisesta. Ohjeen yläreunaan saatiin HUS:n logon. Logo kertoo potilaalle heti, mistä asiasta voisi olla kyse. Ohje sisältää ravitsemusohjeita ja suosituksia potilaalle. Ohjeen alussa on vielä selkeytetty, mitä toimenpidettä kyseinen ohje koskee. Yleiset ravinnosta olo-ohjeet jätettiin ohjeesta pois, koska ne menevät potilaalle kutsukirjeen mukana. Ohjeen tietopohja haluttiin pitää lyhyenä ja luettavana. Teksti painottuu painonhallintaan, painoindeksiin, liikalihavuuteen sekä vajaaravitsemukseen. Varsinaisen tekstin jälkeen on vielä teksti, jossa potilasta pyydetään huomioimaan saamansa ravinnosta olo-ohjeet sekä potilasta pyydetään keskustelemaan lääkäriinsä kanssa käyttämästään lääkityksestä. Ohjeen lopussa on otsikko lisätietoja, jonka alla on internetosoi-

te Suomen ravitsemussuositukseen 2014. Viimeiseksi ohjeistukseen on laitettu Herttoniemen sairaalan osoite sekä osaston kuusi yhteystiedot ja aukioloajat.

Ohjeen fonttina on käytetty Lucida Grande, fonttikokona 12. Pääotsikossa on käytetty lihavoitua. Lisätiedot, yhteystiedot sekä yhteydenotto –otsikot ovat lihavoituina sekä niissä fonttina on käytetty Lucida Grande, fonttikokona 10. Riviväli tekstissä on 1.0. Lucida Grande –fontti valittiin, koska fontti on selkeä ja kirjaimet ovat hyvin erotettavissa toisistaan. Otsikot on lihavoitu, jotta ne erottuvat lukijalle muusta tekstistä. Eri fonttikoot myös luokittelevat lukijalle tekstiä ja jakaa tekstiä osiin. Ohjeen alareunaan laitettiin ohjeen tekijöiden nimet sekä tekoaika. Ohjeeseen teksti jäsenneltiin tärkeysjärjestykseen. Eli tärkeämmiksi koetut asiat tulee ohjeistuksen alussa.

Työ julkaistiin Herttoniemen Sairaalan osasto kuuden henkilökunnalle heidän osastotunnin yhteydessä 16.4.2015. Osastotunnin pääaiheena oli ravitsemusohje, mutta lisäksi osastotunti sisälsi tietoa potilasohjauksesta. Ravitsemusohje tulee HUS:n hoitajien käyttöön. Ohje lähetetään potilaalle kutsukirjeen mukana tai annetaan henkilökohtaisesti mahdollisella preoperatiivisella käynnillä. Ohje kerrataan vielä leikkauksen jälkeen, jolloin kotiuttava hoitaja ohjeistaa potilasta ja käy ohjeen läpi potilaan kanssa.

Tietoa haettiin Medicistä, Nelliportaalista, Terveysportista sekä Käypähoito suosituksista. Hakusanoina käytettiin potilas, ravitsemus, potilasohjaus, ohjaus, kirurginen potilas sekä leikkauspotilas ja ravitsemusohjaus. Tiedonhauista on koottu erillinen taulukko (Liite 1). Myös opinnäytetyössä käytetyistä tutkimuslähteistä on koottu erillinen taulukko (Liite 2).

6 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä noudatamme hyviä tieteellisiä käytänteitä. Suomen tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on opetusministeriön asettama neuvottelukunta. TENK on määrittänyt hyvät tieteelliset käytännöt. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu tutkimuksen rehellisyys, kestävä tiedonhankinta menetelmät, avoimuus, vastuullisuus, muiden tutkijoiden kunnioitus ja oikeanlainen viittaus käytettyihin lähteisiin, suunnittelu sekä toteutus ja raportointi asetettujen vaatimusten tavalla, tutkimuslupien hankinta, eettinen pohdinta sekä tutkimusryhmää koskevat oikeudet, vastuut ja velvollisuudet

sekä rahoituslähteet. Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksiin kuuluu epäeettisyys ja epärehellisyys, joka vaikuttaa tutkimukseen tai sen tuloksiin. Jos työssä epäillään vilppiä tai piittaamattomuutta tehdään asiasta laaja-alainen selvitys. (TENK 2012.)

ETENE on valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta, jonka tarkoituksena on pohtia eettisiä kysymyksiä potilaan ja asiakkaan asemasta. ETENE antaa myös pohdintojensa perusteella suosituksia asioistaan (ETENE 2010). Myös Suomen laki määrittää tutkimukseen liittyviä asioita. Laissa 488/1999, Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 3§:ssa määritellään lääkinnällisen tutkimuksen tutkimukseksi, joka kohdistuu potilaaseen, sairaalan toimintaan, sairauteen, oireisiin tai hoitoon. Laki myös määrittää tutkimuslupien hakemisen. Jos tutkimukseen tulee muutoksia niin lain mukaan luvat on haettava uudelleen. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999 1999.)

Luvat opinnäytetyölle saatiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä. Työn teksti on rehellistä. Kirjallisen tuotoksen tieto on haettu luotettavista tietokannoista (Liite 2) ja kirjoitettuun tekstiin on laitettu lähdeviitteet tiedon alkuperän tunnistamiseksi. Tiedon luotettavuus varmistettiin ennen tiedon käyttöä. Tiedot varmistettiin muun muassa käyttämällä oikeita hakukoneita sekä kriittisellä suhtautumisella ja hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti. Tuotoksessa teksti on itse tuotettua tai lainausten alkuperä on oikein nähtävillä. Lopullinen tuotos tarkistetaan vielä Turnit- ohjelmalla. Turnit- ohjelma tarkistaa plagioinnit, plagiointia ei työssä hyväksytä. Opinnäytetyössä on käytetty 25 eri tutkimusta (Liite 2). Osa tutkimuksista on suomalaisia ja osa kansainvälisiä. Laaja tutkimustieto ja yhtenäiset tutkimustulokset lisäävät työn luotettavuutta. Tietokannoista saatuun materiaaliin suhtauduttiin kriittisesti ja verrattiin aiemmin saatuun tietoon. Työssä on myös haluttu kehittää itseä ammatillisesti, ja siksi löydettyä tietoa arvioitiin ja pohdittiin kriittisesti.

7 Pohdinta

Ravitsemus on aina oleellinen osa potilaan hoitoa. Ravitsemus vaikuttaa monella tapaa elimistöömme eikä sen osallisuutta toipumiseen tule aliarvioida. Potilaan ohjaus osoitautui mielenkiintoiseksi, joskin laajaksi osa-alueeksi. Potilaanohjaus on oleellinen osa tiedon antoa ja potilaan hoitoa. Se miten ohjaat ja, milloin ohjaat voi olla suuressa roo-

lissa potilaan leikkausvalmiuden ja toipumisen kannalta. Hyvin yksilöity ja annettu ohjaus lisää potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa ja näin parantaa myös toipumista. Työ on tarpeellinen ja vastaa osaltaan HUS:n tavoitetta potilaiden ravitsemuksen kehittämisestä. Työ keskittyy ravitsemussuositusten kautta terveiden potilaiden ravitsemukseen, mutta työssä on myös nostettu esille liikalihavuus- ja vajaaravitsemuspotilaat.

Opinnäytetyön kehittämistehtävinä oli selvittää leikkauspotilaan ravitsemusohjausta ja siinä huomioitavia tekijöitä, laatia ravitsemusohje päiväkirurgisen potilaan ohjaukseen sekä kehittää opinnäytetyön kautta hoitotyötä. Eri ohjausmenetelmiä ja niiden vaikuttavuuteen liittyviä tutkimuksia tuotiin työssä esille kattavasti. Tärkeäksi koettiin havainto, että kirjallinen ohje tarvitsee tuekseen aina suullisen ohjauksen, jotta ohjaus olisi laadukasta. Ravitsemuksen ohjauksessa hoitajan kyky huomioida eri ohjausmenetelmiä potilaan yksilöllisiin tarpeisiin on tärkeässä roolissa. Kehittämistyönä tehtiin, Ravitsemustietoa potilaalle –ohje, HUS:n sairaalalle. Ohjeesta tuli yleisluontoinen, mutta se on hyvin hyödynnettävissä hoitotyössä. Kirjallisessa työssä on hoitotyöntekijöille runsaasti materiaalia potilaan ohjauksesta sekä ravitsemuksesta, jonka avulla he pystyvät kehittämään omaa ammattitaitoaan ravitsemuksen osalta. Ravitsemustietoa potilaalle – ohjetta sairaanhoitajat voivat hyödyntää myös potilaan ohjauksessa.

7.1 Tulokset

Ravitsemusohjeen tavoitteena on lisätä potilaan tietämystä ravitsemuksesta ja sen merkityksestä leikkaukseen ja siitä toipumiseen. Ohjeessa kiinnitettiin myös huomiota riskiryhmiin kuuluviin potilaisiin. Riskiryhmiksi tässä työssä jaoteltiin vajaaravitsemus ja liikalihavuus. Tarkoituksena oli, että ohje lähetetään potilaalle ennen leikkausta. Potilaan ravitsemustiedon lisäämisen lisäksi tarkoituksena oli, että ohjeen avulla voidaan edistää hoitotyötä. Ohjetta voi myös soveltaa potilaan ohjaukseen.

Lopullinen tuotos tiivistettiin yhdelle A4-paperille. Teksti on yleisluontoista ravitsemustietoa. Tekstissä on käsitelty painonhallinnan ja ravitsemuksen sekä riskiryhmien merkitystä leikkaukseen. Ohjeen alareunaan on laitettu Suomen ravitsemussuositusten verkko-osoite, jotta potilas voi halutessaan perehtyä asiaan enemmän. Alareunassa on lisäksi Herttoniemen sairaalan käyntiosoite, yhteystiedot ja aukioloajat.

Ohjetta pystyy käyttämään kaikkien potilaiden ohjaukseen. Ohjeesta tehtiin tarkoituksella kaikille soveltuva, jotta se olisi helposti käytettävissä. Ohje ei myöskään leimaa ketään ohjeen saajaa. Ohje on selkeä ulkoisesti ja luettava teksti on selkeästi kirjoitettu. Ohjeen teksti on yleisluonteista, mikä tarkoittaa myös sitä, että ohjeen lukeminen ilman sairaanhoitajan läsnäoloa ei vaaranna potilaan terveyttä. Ohjeen voi lähettää potilaalle siis ennakoon ennen leikkausta.

7.2 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheena nähtiin muun muassa potilaiden ohjauksen tietokoneen välityksellä. Jatkossa potilasohjaus materiaalin sekä itsehoito-ohjeet voisi viedä Kanta-palveluun, josta potilas voisi ohjeita tarvittaessa katsoa. Potilasohjauksesta tietokoneen välityksellä puhutaan, kun tieto jaetaan sähköisesti potilaalle. Vastuuhenkilö voi hyödyntää ohjauksessa hoitolaitoksen omaa tiedonsiirtolaitteistoa internet yhteydessä potilaan kanssa. Sähköisen ohjauksen etuna on, että potilaskohtaiset muutokset ovat helppompi toteuttaa sähköiseen materiaaliin tarvittaessa. Ohjaus voidaan antaa suorina linkkeinä internetin sivustoille tai potilaan oman sähköpostin kautta. Internetin välityksellä potilaiden on mahdollista valmistautua leikkaukseen yksilöllisesti ja itsenäisesti itsellensä sopivana ajankohtana ja heille sopivassa paikassa. Tämä ohjausmuoto antaa myös omaisille mahdollisuuden osallistua aktiivisesti leikkaukseen valmistautumiseen ja siitä toipumiseen. Internetin kautta annettu ohjaus lisäsi potilaiden tiedon tasoa sekä kokemusta tiedon riittävydestä enemmän kuin perinteisellä suullisella tavalla annettu ohjaus. (Heikkinen ym. 2010: 287; Heikkinen – Kajonen – Leino-Kilpi – Nummela – Salanterä 2008: 276- 277). Internetin kautta annettava ohjaus ei ole vielä yleistynyt. Tutkimuksissa sen hyötyinä on koettu hoitajien ajan säästyminen, ohjeiden yhdenmukaisuus sekä helppo saatavuus (Hirvonen ym. 2007: 122; Heikkinen ym. 2010: 287- 288).

Tulevaisuudessa voisi myös tutkia, missä vaiheessa potilaan ohjaaminen on tuloksellisinta ja potilas on vastaanottavaisin uudelle tiedolle. Lisäksi voisi selvittää eri ohjausmenetelmien tehokkuutta potilaiden ohjauksessa. Voisi olla myös hyödyllistä ottaa selville, kuinka paljon potilas on pystynyt hyödyntämään ohjausmateriaalia, jonka hän on saanut ennen leikkausta postitse. Jatkossa voisi kiinnittää huomiota osastojen sekä sairaaloiden yhtenäisiin ravitsemusohjeistuksiin sekä yhtenäisiin ravitsemustilanarvioihin.

7.3 Prosessin tarkastelua

Opinnäytetyö aloitettiin syyskuussa 2014. Alustava aihe muuttui välissä organisaatio muutosten takia, joten työn aloitus oli sekavaa. Tammikuussa 2015 työsuunnitelman saatiin valmiiksi ja hyväksytyksi, sekä lupa-asiakirjat HUS:lle. Työluvut myönnettiin 26.2.2015. Työn eri vaiheissa tehtiin työn jakoa sekä kumpikin painotti teorian tiedon hankinnat omiin kiinnostuksen kohteisiin. Työn edetessä ja tiedon lisääntyessä aiheen rajaaminen hankaloitui ja saadun tiedon hyödyntäminen muuttui kriittisemmäksi.

Herttoniemen sairaalassa käytiin tapaamassa työpaikan edustajia kolme kertaa prosessin aikana. Sairaalassa tapaamiset olivat hyödyllisiä, kun alan toimijat antoivat konkreettista ja käytännöllistä tietoa potilaiden ravitsemuksen ohjauksesta. Potilasohjeen raakaversioon annettiin työelämän ohjaajille luettavaksi ja arvioitavaksi sen valmistuttua. Työelämän edustajien luettua ohjeen he antoivat konkreettista palautetta ohjeen sisällöstä ja rakenteesta. Ohjeesta jätettiin muun muassa pois yleiset ravinnosta ohjeet ennen leikkausta, koska ne menevät kutsukirjeen mukana potilaalle. Myös tekstin jäsentelyyn ja hienosäätöön saimme heiltä ehdotuksia ja apua. Työn valmistuttua ohje esiteltiin sen käyttäjille ja työ viettiin arvioinnin jälkeen sairaalalle.

Opinnäytetyö kokonaisuutena on ollut pitkä ja työläs prosessi. Samalla kuitenkin on saanut uutta tietoa ja lisää ammattitaitoa. Voi todeta, että päivittäisestä asiasta, voi saada suuren ja tärkeän asian, kun sitä alkaa tutkimaan ja pohtimaan. Ravitsemus ja päiväkirurgisen potilaan ravitsemus ovat laajoja käsitteitä ja sisältävät paljon hyödyllistä tietoa. Aiheen rajaaminen oli haastavaa. Tuotoksen otsikointia mietittiin myös paljon. Tuotos sisältää tietoa ja suosituksia, mutta ei suoranaisia ohjeita tai toimintatapoja joita potilaan tulisi noudattaa. Vaikka lopullinen tuotos ei ohjeena tietoa tarjoa, niin suositukset ovat tärkeitä ja niiden noudattaminen parantaa leikkauksesta toipumista ja vähentää leikkaus komplikaatioita sekä muita komplikaatioita. Ohje sai lopulta nimeksi; Ravitsemustietoa potilaalle. Työn tekemisen kautta on oppinut laajantiedonhaun lisäksi uutta ravitsemuksesta. Ravitsemuksesta ja oikeanlaisesta ravitsemuksesta puhutaan nykyään paljon julkisuudessa ja mediassa. Monesti julkisissa keskusteluissa ja ”ravintotrendeissä” unohtuu ravinnon monipuolisuuden merkitys sekä erilaisten sairauksien merkitys ravitsemukseen. Suomalaisiin ravitsemussuosituksiin pohjautuvat ruokapyramidi ja lautasmalli ovat kattavat ja monipuoliset terveellisen ravinnon saannin turvaamiseksi. Trendien ja erilaisuuksien sijaan ravitsemuksen sisällön kohdentaminen monipuolisuuteen ja terveellisyteen takaavat potilaalle riittävän ravitsemuksen.

Lähteet

Aho, Ritva – Lepola, Irja – Louet, Tuulikki 2001. Aivokasvainpotilaiden kuvaukset potilaana olemisesta ja hoidosta yliopistollisen keskussairaalan neurokirurgian klinikassa. *Hoitotiede*. 13 (1).

Ahonen, Juhani – Alanko, Arto – Lehtonen, Timo – Suominen, Sinikka – Ukkola, Veijo (2001) *Kirurgia*. WSOY. WS Bookwell Oy. Porvoo.

Ahonen, Tommi - Hoppu, Sanna - Kuitunen, Anne 2013. Parenteraalinen ravitseminen vuodeosastolla. *Lääkärilehti* 15/2013. Verkkodokumentti. <<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000039233>>. Luettu 8.10.2014.

Alanko, Arto – Korttila, Kari – Kotilainen, Helinä – Laatikainen, Leila – Lahtinen, Juhani – Nenonen, Mikko – Permi, Jaakko – Punnonen, Heikki – Rihkanen, Heikki – Tenhunen, Anssi – Toivonen, Juhani. 1998. *Päiväkirurgia*. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Kuntaliiton painatuskeskus.

Arffman, Senja - Partanen, Raija - Peltonen, Heidi - Sinisalo, Laura (toim.) 2009. *Ravitsemushoitotyössä 1.panos*. Helsinki: EDITA

Aro, Antti 2013. Ravintoaineet. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00001> Luettu 15.12.2014.

Aro, Antti - Mutanen, Marja - Uusitupa, Matti 2005. *Ravitsemustiede*. Helsinki. Duodecim.

Elomaa, Mari – Eloranta, Sini – Johansson, Kirsi – Rasmus, Mari–Vähätalo, Mervi 2010. Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus. *Tutkiva Hoitotyö*. 8. (1).

Eloranta, Sini 2011. Potilaiden arviot voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutumisesta. Yhdessä uudella tavalla. Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen – VeTePo – osahanke.

ETENE. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalouden eettinen neuvottelukunta 2010. Verkkodokumentti. <<http://www.etene.fi/fi>>. Luettu. 3.11.2014.

Fogelholm, Mika – Hakala, Paula – Kara, Raija – Kiuru, Sanna – Kurppa, Sirkka - Kuusipalo, Heli – Laitinen, Jaana – Merniemi, Annika – Misikangas, Marjo – Roos, Eva – Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa – Schwab, Ursula – Virtanen, Suvi 2014. *Terveyttä ruoasta. Suomalaiset ravitsemussuosituks 2014*. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2014. Helsinki. Juvenes oy. Verkkodokumentti. <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuosituks_2014_fi_web.pdf>. Luettu 1.11.2014.

Haapoja, Elina – Kuusniemi, Kristiina - Pihlajamäki, Kalevi – Virolainen, Petri 2009. Nivelproteesileikkaukseen preoperatiivisen käynnin kautta. *Finnanest* 42 (3).

Haglun, Berit – Hakala-Lahtinen, Pirjo – Huuponen, Terttu – Ventola, Anna- Liisa 2010. *Ihmisen ravitseminen*. 10.uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Hakala, Niina 2012. Päiväkirurgisen postoperatiivisen hoitotyön käsikirja. Verkkodokumentti. <<http://paivakirurginenyhdistys.net/tiedostot/paivakirurgisen-heraamon-kasikirja.pdf>> Luettu 26.11.2014

Heikkinen, Katja – Hiltunen, Ari – Johansson, Kirsi – Kaljonen, Anne – Leino-Kilpi, Helena – Rankinen, Sirkku – Salanterä, Sanna – Virtanen, Heli 2007. Ambulatory orthopaedic surgery patients' knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *Journal of Advanced Nursing (JAN)* 60 (3).

Heikkinen, Katja– Jääskeläinen, Miika – Kaljonen, Anne – Leino-Kilpi, Helena – Salanterä, Sanna – Suomi, Reima 2010. The Creation and Evaluation of an Ambulatory Orthopedic Surgical Patient Education Web Site to Support Empowerment. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* 28 (5).

Heikkinen, Katja – Kajonen, Anne – Leino-Kilpi, Helena – Nummela, Taina – Salanterä, Sanna 2008. A comparison of two educational interventions for the cognitive empowerment of ambulatory orthopaedic surgery patients. *Patient Education and Counselling* 73.

Heikkinen, Helena –Tiainen, Sirkka – Torkkola, Sinikka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi, opas potilasohjeiden tekijöille. *Hygienia*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Heino, Tarja 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Foolihappo. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/teratologinen-tietopalvelu/Vitamiinit%20ja%20hivenaineet/Foolihappo/Sivut/default.aspx>>Luettu 9.2.2015.

Hietanen, Helvi – Iivanainen, Ansa – Juutilainen, Vesa – Seppänen, Salla - 2003. *Haa-va*. Porvoo: WS Bookwell oy.

Hirvonen, Eila – Johansson, Kirsi – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1.painos. WSOY Oppimateriaalit.

Holmia, Silja - Murtonen, Irja - Myllymäki, Hannele - Valtonen, Katariina 2004. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. 4.uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

HUS. Talousarvio 2014. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2014. Ydintehtävät ja arvot. HUS. Talousarvio 2014 ja taloussuunnitelma 2014-2016. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/talous/Documents/Taloussuunnitelma%202014.pdf>>. Luettu 29.10.2014.

Hynynen, Markku – Kontinen, Vesa 2003. Mitä ASA-luokka kertoo leikkausriskistä? *Finnanest*. <http://www.finnanest.fi/files/1a_kontinen.pdf>. Luettu. 20.11.2014.

Hyytinen, Mila – Mustajoki, Pertti – Partanen, Raija – Sinisalo-Ojala, Laura 2009. *Ravitsemushoitoopas*. 1. Painos. Jyväskylä: Duodecim.

Iso-Kivijärvi, Marketta – Keskitalo, Outi – Kukkola, Katja – Ojala, Piia – Olsbo. Annikki – Pohjola, Mervi – Väänänen, Helena 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Julkaisusta Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Toimittanut Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Lipponen, Kaija. Oulun yliopistollinen sairaala: Oulun yliopistopaino. S.10-11.

Johansson, Kirsi 2006. Empowering orthopaedic patients through education. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Annales Universitatis Turkuensis D 728. Turku: Turun yliopisto.

Johansson, Kirsi – Katajisto, Jouko – Nuutila, Liisamajja – Salanterä, Sanna – Virtanen, Heli 2005. Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. Journal of Advanced Nursing 50 (2).

Johansson, Kirsi – Katajisto, Jouko – Salanterä, Sanna 2007. Empowering orthopaedic patients through preadmission education: Results from a clinical study. Patient Education and Counseling 66.

Johansson, Kirsi – Katajisto, Jouko – Salanterä, Sanna 2008. Tekonivelleikkaukseen menevän reumapotilaan preoperatiivinen puhelinohjaus. Teoksessa Montin, Liisa (toim.) Potilasohjauksen lähtökohdat. Hoitotieteen laitos. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A55 /2008. 27-36. Turku: Turun yliopisto.

Johansson, Kirsi – Katajisto, Jouko – Salanterä, Sanna 2010. Pre-admission education in surgical rheumatology nursing: towards greater patient empowerment. Journal of Clinical Nursing 19.

Johansson, Kirsi – Katajisto, Jouko – Kettunen, Jyrki – Leino-Kilpi, Helena – Montin, Liisa 2010. Total Joint Arthroplasty Patients' Perception of Received Knowledge of Care. Orthopaedic Nursing 29 (4).

Kaila, Arja - Kuivalainen, Leena 2008. Potilasohjaus vaikuttavammaksi. Impakti 6.

Kristoffersen Jahren, Nina - Nortvedt, Finn – Skaug, Eli- Anne (toim) 2006. Hoitotyön perusteet. Edita. Tanska: Narayana press .

Kruzik, Nancy 2009. Benefits of Preoperative Education for Adult Elective Surgery Patients. AORN Journal 90 (3).

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Lipponen, Kaija 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Hoitotieteen ja terveydenhallinnon laitos. Oulu: Oulun yliopisto.

Käypä hoito 2013. Lihavuus (aikuiset). Verkkodokumentti.
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi24010>>. Luettu 8.10.2014.

Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Acta Universitas Oulensis Medica D 937. Oulu: Oulun yliopisto.

Kääriäinen, Maria 2011. Asiakkaan oppiminen ja motivaatio ohjauksessa. Tutkiva hoitotyö. 9 (4).

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999. Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta. Julkaistu. 9.4.1999. Viimeisin muutos 1.10.2010. Verkkodokumentti.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>>. Luettu 3.11.2014.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/92 1992/785. Verkkodokumentti.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>. Luettu 29.11.2014

Leikola, Päivi 2006. Neurokirurgisen potilaan ja läheisen selviytyminen leikkauksen jälkeen. Pro gradu. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto

Leino-Kilpi, Helena 2010. Ohjauksella voimavaroja potilaalle. Verkkodokumentti.
<<http://www.utuonline.fi/sisalto/ajankohtaista/ohjauksella-voimavaroja-potilaalle.html>>
Luettu 23.11.2014.

Leino-Kilpi, Helena – Suominen, Tarja 1997. Mitä on olla LYHKI – potilaana? Kirjassa Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaan. Toim. Tarja Suominen ja Helena leino-Kilpi. Stakes. Raportteja 210. Jyväskylä: Gummerus

Leino-Kilpi, Helena – Suhonen, Riitta 2006. Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. Patient Education and Counselling 61.

Leino-Kilpi, Helena – Salanterä, Sanna – Virtanen, Heli 2007. Empowering discourse in patient education. Patient Education and Counselling 66..

Leino-Kilpi, Helena – Salanterä, Sanna – Virtanen, Heli 2009. Potilaan ohjauksen lain-säädännöllinen ja strateginen perusta - säätelee, ohjaa ja luo mahdollisuuksia. Pro Terveys 37 (5).

Lipponen, Kaija 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Oulu. Väitöskirja. Verkkodokumentti.
<<http://herkules.oulu.fi/isbn9789526203720/isbn9789526203720.pdf>>. Luettu 3.11.2014.

Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Käärinen, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulun yliopisto.

Mikkonen, Ritva – Nuutinen, Outi – Ojansuu, Ulla – Peltola, Terttu – Sailo-Lehteenkorva, Sirpa – Sialaste, Marja-leena – Siljamäki-Ojansuu, Ulla – Uotila, Heini 2010. Valton ravitsemusneuvottelukunta. Ravitsemushoitosuositus. Ruokailun seuranta- lomake. Verkkodokumentti.
<<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuositukset/erillisryhmat/ravitsemushoitosuositus/>>. 31.10.2014.

Mustajoki, Pertti 2012. Painonhallinta ja ruoka. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00864&p_haku=ravitsemus>. Luettu 3.11.2014.

Nuffield Council on Bioethics 2007. Public health: ethical issues. Verkkodokumentti.
<<http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Public-health-ethical-issues.pdf>>. Luettu 20.1.2015.

Ohtonen, Riitta 2006. Potilasohjaus- hoitotyön punainen lanka. Verkkodokumentti.
<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyön_punainen/>. Luettu 2.12.2012

Opinnäytetyön ohjausprosessi. Monimuotoinen / toiminnallinen opinnäytetyö. Virtuaali ammattikorkeakoulu. Verkkodokumentti.
<<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>>. Luettu 3.11.2014.

Orell-Kotikangas, Helena 2012. Tunnista riskipotilaat. Sairauteen liittyvä vajaaravitse-
mus. Ravitsemusseminaari. Meilahden sairaala.

Paakkari, Ilari 2013. D-vitamiini. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01044>. Luettu 9.2.2015.

Prauda, Heidi 2009. Kirjallisten potilasohjeiden laatiminen vastaanottoimintaaan. Dia-
konian ammattikorkeakoulu. Diak Etelä, Lahti. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Lahti2009/2d6fe7_Lahti_Prauda_2009.pdf Luettu 15.12.2014

Rajala, Tiina. 2004. Suonikohjuleikkaukseen tulevan potilaan ja hänen perheensä oh-
jaus päiväkirurgisessa yksikössä. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Seinäjoki.

Saarnio, Juha 2010. Peijas. Ravitsemushoito kirurgisen potilaan hoidossa Verkkodo-
kumentti.
<http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CckQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.tedy.fi%2Ftedy%2Findex.php%3Foption%3Dcom_phocadownload%26view%3Dcategory%26download%3D31%3Aravitsemus_ho..&ei=5Co1VNrSFsvLygOAu4DgCw&usq=AFQjCNHeRXCzwb3KEGtfBRVjzPFdKnBYPw>. Luettu 8.10.2014.

Salonen, Jonna 2014. Raudanpuuteanemia. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00867>. Luettu 9.2.2015.

Suominen, Merja 2011. NutriAction 2011: Kotihoidon asiakkaiden ravitsemustila. Verk-
kodokumentti.
<http://www.vajaaravitsemus.fi/assets/files/nutriaction_lehdistomateriaali_1702.pdf>. Luettu. 19.11.2014.

Sydänliitto 2012. Suolaa vähemmän. Suomen sydänliitto ry. Verkkodokumentti.
<<http://www.sydanliitto.fi/suola#.VNiQoiiPw7A>>. Luettu 9.2.2015.

TENK. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen louk-
kausepäilyjen käsitteleminen suomessa. Julkaistu 2012. Verkkodokumentti.
<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut>. Luettu 3.11.2013.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2014. Seleeni. Verkkodokumentti.
<<http://www.fineli.fi/component.php?compid=2244&lang=fi>>. Luettu 9.2.2015.

Tuominen, Marja. 2007. Päiväkirurgisen potilaan hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Ravitsemushoitosuositus. Verkkodokumentti. <<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuosituks/erillisryhmat/ravitsemushoitosuositus/>>. Luettu 9.2.2015.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta1 2014. Ravitsemussuosituks kuvaavat väestöjen ja ihmisryhmien energian ja ravintoaineiden tarvetta tai suositeltavaa saantia. Verkkodokumentti. <<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuosituks/>>. Luettu 31.10.2014.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta2 2014. Suomalaisen ravitsemussuosituksen lähtökohtana on suomalaisen terveys ja kansallinen ruokakulttuuri. Verkkodokumentti. <<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuosituks/suomalaiset+ravitsemussuosituks/>>. Luettu 31.10.2014

Walker, Jennie April 2007. What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? British Journal of Nursing.16 (1).

Liite 1 Tiedonhakukaavake

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Medic	Ravitsemus	552	134	5	496
	Ravitsemus And Kirurginen potilas	40	1	0	33
Käypähoito	Ravitsemus	335			
	Kirurgisen potilaan ravitseemus	46			
Nelli (etsi aineistoa)	Ravitsemus	1 (terveys- kirjasto)			
Terveyskir- jasto	Ravitsemus	142	116		26
	Potilas ra- vitsemus	6			6
Medic	Patient And Nutrition	15	0	5	7

Liite2 Taulukko käytetyistä tutkimuksista

	Tutkija, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
1	Gröndahl, Weronica - Eloranta, Sini - Engblom, Janne-Leino-Kilpi, Helena 2011 Uusimaa, Suomi	Tarkoituksena on arvioida voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä	Dialyysiyksikössä hoidettavilta potilailta (n = 138)	1 Vaihe Kyselylomake 2 vaihe Haastattelu	- Ohjaustilanteissa bio-fysiologinen ja toiminnallinen tieto korostuivat potilaiden arvioinneissa.
2	Eloranta, Sini – Mervi, Vähätalo-Kirsi, Johansson 2010 Turku	Tarkoituksena on systematisoida avanneleikatun potilaan ohjausta	Turun keskus sairaala	Henkilökunnan koulutus	- Hankkeen tuloksena avanneleikkauspotilaan hoidon laatu paranee ja polikliininen ohjaus systematisoituu sekä monipuolistuu.
3	Falbe, Jennifer – Fiel, Alison E – Gortmaker, Steve L - Rosner, Bernald – Sonnevile, Kendrin R – Willet, Walter C. 2014	Lihavuuden riskitekijöitä. Elintarvikkeiden ja juomien mainonnan vaikutukset lihavuuden syntyyn.	6002 nuorta naista ja 4917 nuorta miestä.	kyselylomake	- Lisääntyneellä käytöllä kohonnut riski lihavuuteen. - tutkimuksen jälkeen vihannesten ja hedelmien käyttö on lisääntynyt.

4	Heikki- nen, Katja – Leino- Kilpi, He- lena – Hiltunen, Ari – Jo- hansson, Kirsi – Kaljonen, Anne – Rankinen, Sirkku – Virtanen, Heli – Salanterä, Sanna 2007.	Tarkoituksena tutkia, miten avohoidon potilaat saavat preoperatiivis- ta ohjausta, miten valmis- tautua leik- kauksen ja leikkauksen jälkeisen tie- don saanti	päiväkirurgi- silla potilailla (n = 105) Potilaiden perheenjä- senet avo- hoidossa on myös tutkittu. Kyselyssä tutkimukses- sa yli puolet potilaista (n = 60)	Kyselylomake	<ul style="list-style-type: none"> - Potilaan ja läheisen selviytymistä leikkauksen jälkeen tukevat heidän kokemuksensa - Potilaat tarvitsevat oppia enemmän lyhyemmässä ajassa kuin ennen - Asiantuntevat potilaat näyttävät selviävän paremmin leikkauksen kuin vähemmän tietoa omaavat potilaat
5	Heikki- nen, Katja – Leino- Kilpi, He- lena – Nummela, Taina – Kajonen, Anne - Salan- terä, Sanna 2008.	Tämän tutki- muksen tarkoi- tuksena oli kuvata kogni- tiivista voi- maantumista avohoidossa ortopedisen kirurgian poti- laille joille pi- detty Internet- pohjainen koulutus	ortopedisen leikkauksen potilaat (n = 72)	Haastattelu	<ul style="list-style-type: none"> - Tieto omahoidosta ja menetelmistä lisääntyi.
6	Heikki- nen, Katja – Suomi, Reima – Jääske- läinen, Miika – Kaljonen, Anne – Leino- Kilpi, He- lena – Salanterä, Sanna 2010.	Tarkoituksena oli kuvata avo- hoidossa ole- vien ortopedi- sen leikkauk- sen potilasoh- jaukseen tar- koitetun verk- kosivuston- luomista ja arvioida hyö- dyllisyyttä ja käytettävyyttä.	Arvioijat oli- vat 72 avo- hoidossa olevaa orto- pedisen ki- rurgian poti- lasta.	Potilailla Web- sivuston kautta koulutusta.	<ul style="list-style-type: none"> - Käyttämällä tämän ohjelman opetusmateriaalia ortopediset leikkauspotilaat saivat tukea verkkosivustosta.
7	Heino, Tarja 2005 Tampere	Tarkoituksena on kehittää alustava päi- väkirurgisen hoitotyön malli, jonka avulla jäsenetään ja selkiytetään päiväkirurgi- sen hoitotyön käsitteet ja niiden väliset	173 potilasta 161 perheen- jäsentä	Kyselylomake, viikko pol- vinivel- täyhystyksen jälkeen	<ul style="list-style-type: none"> - Kirjalliset ohjeet leikkaukseen valmistumisesta saatiin aikaisintaan viikkoa ennen leikkausta - Ohjaustilanteet olivat tavoitteellisia potilas sai ohjauksissa tarvitsemaansa tietoa - Ohjaus painottui leikkauksen jälkeiseen kotihoitoon Yli

		suhteet			65 –vuotiaat, vähemmän koulutetut ja ensimmäistä kertaa leikkauksessa olleet saivat vähemmän ohjausta, kuin muut. Taustatietojen ja ohjauksen välinen yhteys vaikutti toimimiseen
8	Johansson, Kirsi – Nuutila, Liisamaija – Virtanen, Heli – Katajisto, Jouko – Salanterä, Sanna 2005.	Tarkoituksena on kuvata potilaan saaman kirjallisen koulutuksen vaikutuksia potilaan tietoon, ahdistukseen ja pelkoon ennen leikkausta.	11 artikkelia, joissa 1044 osallistujaa.	Kyselylomake Ryhmäkoulutus	- Tulosten perusteella meta-analyysi. Ennen leikkausta saatu koulutus ja tieto lievittää potilaan pelkoa ja leikkausta kohtaan.
9	Johansson, Kirsi – Salanterä, Sanna – Katajisto, Jouko 2007	Tarkoituksena on lisätä potilaiden tietoa ja varmuutta hoitoon liittyvistä asioista	kaksi A-ryhmä ryhmä n.62 henkilö B-ryhmä B n. 61 henkilö	Ryhmäkoulutus Kyselylomake	- Merkittävästi parempi tuntemus ja varmuus hoidon liittyvistä asioista
10	Johansson, Kirsi 2006 Turku	Tarkoituksena on kehittää ortopedisen potilaan ohjausta potilaan voimavaraisumista tukeväksi.	212 ortopedisen potilaan tärkeimpinä pitämiä tiedonalueita 17 sairaalasta ja 22 osastolta eri puolilta Suomea.	kyselylomake	- Ohjauksen osoittavat, että hoitotyön keinoin on mahdollista tukea potilaan tiedollista voimavaraisumista
11	Johansson, Kirsi – Katajisto, Jouko – Salanterä, Sanna 2010	Tavoitteena oli vertailla potilaiden tietoa hoitoon liittyvistä asioista ja tiedon tuoma varmuuden tunnetta.	kaksi ryhmää kirurgisen potilaat A ryhmä n. 29 B ryhmä n. 30	Kyselylomake Haastattelu	- Kirjallinen opetusmateriaali näyttää olevan hyvä valinta potilasohjauksessa verrattuna puhelimitse annettavaan neuvontaan - Parempi tuntemus ja varmuus hoitoon liittyvistä asioista
12	Kaija Lipponen, Helvi Kyngäs, Maria Kääriäinen 2006 Oulu	Tarkoituksena on ollut kartoittaa ja kehittää potilasohjauksen Sairaanhoidopiirissä.	potilaiden (n=920), omaisten (n= 341) ja terveydenhuoltohenkilöstön (n= 1024)	Kyselylomake	- Tutkimuksen tulosten perusteella kehittämishaasteiksi nousivat ohjaustapahduma prosessina, ohjauksen organisointi, vuorovaikutus ohjaussuhteessa, sosiaalinen tuki, omaisten ohjaus, demon-

					strointi, kirjallinen ohjaus, puhelinohjaus ja ryhmäohjaus.
13	Kaila, Arja - Kuivalainen, Leena 2008 Pohjois-Karjala	Tehtävänä oli kehittää hoitohenkilökunnan antamaa potilasohjausta	Vapaaehtoiset hoitajat ja fysioterapeutit 16:sta eri yksiköstä	Ohjauskysely	<ul style="list-style-type: none"> - Hoitajien ohjausosaamista voidaan parantaa valmennustyypillisellä täydennyskoulutuksella - Osaamisen johtamisessa tarvitaan ohjausosaamisen varmistamista ja potilaiden yhteydenotto-tarpeen seuranta-työkaluja.
14	Kruzik, Nancy 2009	Päiväkirurginen leikkaustiimi kokee huolta potilasohjauksen toteutumisesta	Potilaat, Lääkärit, sairaanhoitajat	Koulutus	<ul style="list-style-type: none"> - Ennen leikkausta annettava potilaan koulutus voi parantaa hoitotuloksia ja tyytyväisyyttä kirurgiseen kokemukseen
15	Kuusniemi, Kristiina - Haapoja, Elina - Pihlajamäki, Kalevi - Virolainen, Petri 2009.	Potilaiden postoperatiivisten ongelmien ennakointi alkaa oikeista leikkauksista ja hyvästä potilasinformaatiosta			<ul style="list-style-type: none"> - Preoperatiivinen käynti-järjestelmä vähentää komplikaatioita, tehostaa leikkaustoimintaa sekä vähentää kustannuksia ja parantaa samalla hoidon laatua. Iäkäs, monisairas potilas hyötyy eniten preoperatiivisesta käynnistä.
16	Kääriäinen, Maria 2007 Oulu	<p>1 vaihe Kuvailu ja selittäminen ohjauksen laatua potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana</p> <p>2 vaihe Määritellä ohjaus -käsite ja testata käsitteen rakenne</p>	Oulun yliopistollisen sairaalan potilailta (844) ja hoitohenkilöstöltä (916)	<p>1 vaihe Postikysely</p> <p>2 vaihe Käsiteanalyysi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ohjauksen resurssit olivat kohtalaiset - Ohjausaika riittämätöntä - Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot olivat kohtalaisen hyvät - Potilaat kokivat hoitohenkilöstön asenteet kielteisinä osittain, vaikka hoitohenkilöstön mielestä ne olivat myönteiset - Ohjausmenetelmistä hyvin hallittiin vain suullinen yksilöohjaus - Kolmannes potilaista ei saanut kirjallista ohjausmateriaalia lainkaan - Osan mielestä ohjaus ei ollut potilaslähtöistä

					<ul style="list-style-type: none"> - Suunnittelussa ja arvioinnissa ei aina huomioitu potilaan taustatekijöitä - Preoperatiivinen ohjaus koettiin heikoksi - Kokonaisuudessa ohjausta pidettiin hyvänä
17	Kääriäinen, Maria – Kynäs, Helvi – Lippinen Kaija 2006 Oulu	Kartoittaa ja kehittää potilasohjauksen laatua Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä	1. Vaihe Potilaat (920) Omaiset (341) Terveydenhuollon henkilöstö (1024) 2. Vaihe Sairaanhoitopiirin henkilöstö (56) Sairaanhoitajaopiskelijat (DIAK) (19)	1. Vaihe Kyselylomake 2. Vaihe Kehittämistyöryhmät	<ul style="list-style-type: none"> - Kehittämishaasteita: - Ohjauksen organisointi - Ohjausprosessi - Vuorovaikutteinen ohjaussuhde - Kehittämishaasteiden pohjalta kehitettiin uusia ohjausmalleja
18	Leikola, Päivi 2006 Tampere	Kuvata neurokirurgisen potilaan ja läheisen selviytymistä leikkauksen jälkeen. Taavoitteena tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää neurokirurgisen potilaan perhekeskeisen hoidon kehittämiseen.	7 potilasta: Aikuinen neurokirurginen potilas ja hänen määrittelemä läheinen	Ryhmähaastattelu leikkauksen jälkeen	<ul style="list-style-type: none"> - Potilaan ja läheisen selviytymistä leikkauksen jälkeen tukevat heidän kokemuksensa sisäisestä voimavaroistaan ja potilaan oma kokemus ulkoisen tuen saamisesta - Potilaat usein ovat selvittäneet sopivia hoitovaihtoehtoja ja uskovat omaan jaksamiseen - Potilaat kokivat hoitohenkilökunnan motivoinnin ratkaisevasti rohkaisseensa heitä omatoimisuuteen - Voimavaroja ehdyttivät heidän epävarmuutensa potilaan psyykkisestä tasapainosta ja jaksamisesta - Epävarmuutta koettiin tulevaisuudesta ja sosiaalinen eristäytyminen vaikeutti arjessa selviytymistä - Pelkoa tunnettiin toisen menettämisestä - Tyytymättömyyttä koettiin riittämättö-

					mistä ja epäselvistä ohjeista
19	Lipponen, Kaija 2014 Oulu	Kuvata potilasohjauksen toimintaedellytksiä kirurgisessa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa sekä hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämisestä.	Hoitohenkilöstö Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoito Kirurgiselta osastolta 203 hoitajaa Perusterveydenhuollossa 377 hoitajaa Haastattelu 24 hoitajaa	1-2 vaihe Strukturoitu kyselylomake 3 vaihe Haastattelu	<ul style="list-style-type: none"> - Tieto ja taito pääosin hyvää - Asenteet ohjausta kohtaan myönteiset - Eri ohjausmenetelmien käyttö vähäistä - Ohjaukseen käytettävään aikaan, välineisiin ja ohjaustilanteisiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota - Kehittämistyö lisää ammattilaisten ja organisaatioiden välistä yhteistyötä ja parantaa tiedonkulkua potilaan hoidossa. Kehittämistyö vahvistaa ohjausosaamista
20	Montin, Liisa – Johansson, Kirsi - Kettunen, J - Katajisto, Jouko - Leino-Kilpi, Helena 2010	Kuvata sitä, että, miten nivelartroplastiassa annettava tieto potilaille vapauttaa hoitajan vastuusta.	Potilaat (n = 123, keski-ikä 68 vuotta),	Ryhmäkoulutus Kyselylomake	<ul style="list-style-type: none"> - Potilaat saivat eniten tietoa biofysiologiseen ulottuvuuteen ja ainakin taloudelliseen ulottuvuuteen. - Sairaanhoidajat ovat vastuussa siitä, että potilaille on riittävästi tietoa, vaikka he eivät pyytäisi tätä tietoa.
21	Suhonen, Riitta – Leino-Kilpi, Helena 2006 Turku	Kuvataan, mitä tietoja potilaille annetaan leikkauksen jälkeen, kuntoutumisen tueksi.		Käsiteanalyysi	<ul style="list-style-type: none"> - Potilaille tarjotaan laadukasta tietoa leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen. He ottavat itse vastuun toipumisestaan.
22	Suominen, Merja 2011. 2011	Tarkoituksena on ikääntyneen ravitsemushoito	630 iästä kotihoidon asiakasta kuudesta eri kunnasta.	Kyselylomake kehitettiin MUST-testin pohjalta	<ul style="list-style-type: none"> - Vajaaravitsemusriskiä lisäsivät muistisairaudet, heikentynyt yleiskunto, vähäinen syöminen, nielemisvaikeudet ja sosemainen ruoka.
23	Virtanen, Heli – Leino-Kilpi, Helena – Salanterä, Sanna 2007	Kuvataan potilaan ja hoitajan välistä diskurssia.		Internet haku	<ul style="list-style-type: none"> - Voimaantumisen aikana diskurssi potilaan ja hoitajan välillä on monimutkainen ja monitahoista mutta analysoitavissa olevaa. - Hoitajien ymmärrystä valtuuttamisesta menetelmien poti-

					lasohjauksessa tunnistaa tapoja helpottaa potilaan voimaantumista.
24	Walker, Jennie April 2007.	Tarkoituksena on tarkastella potilaiden saamaa tietoa ennen ja jälkeen elektiivisen leikkauksen.		- Haastattelu Kyselylomake	- Ennen kirurgista operaatiota ja ennen suullista informaatiota saatu kirjallinen tieto on auttanut toipumisessa. Postoperatiivisessa hoitovaiheessa vielä annetaan samat tiedot suullisesti.
25	Asikainen, Paula – Koi-vunen, Marita – Lönnberg, Päivi 2009- 2011 Suomi	Potilasohjauksen tuloksellisuuden parantaminen siten, että potilas kykenee hallitsemaan omaa terveysongelmaansa, osallistumaan omaan hoitoonsa sekä tekemään terveyttään ja hoitoaan koskevia päätöksiä.	Satakunnan keskussairaalan sydänyksikön tahdistinpoliklinikalle ensikäynnille tulevat tahdistimen saaneet potilaat. (79 potilasta)	Sähköinen Webropol-kysely (hoitajille) Kysely potilaille tiedontarpeesta ennen poliklinikka käyntiä ja tiedonsaannista käynnin jälkeen	- Tahdistinpoliklinikan aika-, tila- ja henkilöstöresurssit eivät vastaa potilaiden tarvitsemaa palvelua - Uuden toimintamallin ja uusien tilojen myötä yllä olevaan asioita on pystytty kehittämään - Suurin tiedontarve potilaille on biofysiologisella osa-alueella - Eniten tietoa tarvitaan siitä, mikä on oma vastuu hoidon onnistumisesta Lisäksi tärkeiksi koettiin, mihin ja milloin ottaa yhteyttä oireiden pahentuessa sekä miten estää tahdistinhoitoon liittyviä sivuvaikutuksia



HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

Ravitsemustietoa potilaalle

Suomessa painon mittarina käytetään painoindeksiä, jonka suositusarvo aikuisilla on 18,5–25 kg/m². Painoindeksi lasketaan painon ja pituuden suhteesta. On tärkeä huomioida, että paino ei kerro ravitsemustilasta kaikkea.

Painonhallinnan kannalta on tärkeää, että ravinto on terveellistä ja monipuolista. Hedelmien, kasvien ja marjojen lisääminen ruokavalioon sekä rasvojen välttäminen tukevat painonhallintaa. Täysjyvätuotteiden käyttö on suositeltavaa ja ruuan riittävään proteiinimäärään tulisi kiinnittää huomiota. Sokeria sisältäviä juomia olisi hyvä välttää. Tärkeä on pitää annoskoot hyvän kokoisina ja syödä säännöllisesti sekä riittävän useasti.

Liikalihavuus tai matala painoindeksi on riskitekijä ja hidastaa leikkauksista toipumista. Vajaaravitsemuksesta puhutaan silloin, kun nautittu ruoka on vähäenergistä, eikä siinä ole riittävästi tarvittavia proteiineja ja suojaravintoaineita. Vajaaravitsemustila altistaa infektioille, hidastaa toipumista, altistaa kirurgisille komplikaatioille sekä lisää kustannuksia. Leikkauksen ja toipumisen kannalta riittävä ravitsemus on tärkeää. Terveellisellä ja monipuolisella ravinnolla on merkitystä sairauksien ehkäisyyn ja terveyden ylläpitämiseen. Haavanparanemisen kannalta vitamiineista tärkeimpiä ovat A-, B- ja C-vitamiinit.

Suomessa ravitsemussuositukset ohjaavat pitkälti ravitsemussuuntauksia. Valtakunnalliset ravitsemussuositukset sopivat myös kakkostyyppin diabeetikoilla sekä sydän- ja verisuonisairauksia sairastaville potilaille.

Ravinnottaolo-ohjeet olette saaneet kutsukirjeen mukana. Käytössänne olevasta lääkityksestä teidän tulee keskustella lääkärinne kanssa.

Lisätiedot

Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi>

Yhteystiedot

Käyntiosoite: Herttoniemen sairaala Osasto 6, Kettutie 8, Helsinki

Postiosoite: PL 630, 000290 HUS

Yhteydenotto:

Hoitajat: 09 471 78236

Faksi: 09 471 78237

Osastonsihteri: 09 471 78235

Aukioloaika: Maanantaista klo 7.00 perjantaihin klo 20.00. Osasto on viikko-osasto.