



**TERVEYDEN EDISTÄMINEN TU-
LEHDUKSELLISTA REUMASAIRA-
UTTA SAIRASTAVAN OHJAUKSES-
SA**

Iina Hietala

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelman
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

IINA HIETALA:

Terveyden edistäminen tulehduksellista reumasairastavan ohjauksessa

Opinnäytetyö 66 sivua, joista liitteitä 13 sivua
Maaliskuu 2013

Tämä opinnäytetyö on tuotokseen painottuva. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoisuuskulttuurista liikunnasta, painonhallinnasta ja tupakoinnin lopettamisesta tulehduksellista reumasairautta sairastavien potilaiden ohjauksen tueksi. Opinnäytetyön tehtävä oli selvittää liikunnan, painonhallinnan ja tupakoinnin merkitys tulehduksellista reumasairautta sairastavan terveydelle sekä hoitajan keinot potilaan ohjaukseen ja motivointiin. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä erään reumapoliklinikan kanssa ja toive työn tuotoksesta oli työelämälähtöinen.

Tulehdukselliset reumasairaudet eivät esiintyvyydeltään ole kovinkaan suuri tautiryhmä Suomessa, mutta sairauden krooninen luonne ja sen hoidosta aiheutuvat suuret hoitokustannukset ja terveydenhuollon kuormittavuus tekevät niistä merkittävän sairausryhmän. Nivelreuma on tulehduksellisista reumasairauksista yleisin ja tutkimustiedon keskittyessä siihen tämäkin opinnäytetyö keskittyy pääasiassa nivelreumaan. Kroonisen sairauden hoidossa potilaan hoitoon sitoutuminen ja itsehoito korostuvat. Elämäntavat, kuten painonhallinta, liikunta ja tupakointi, vaikuttavat jokaisen yksilön terveyteen. Nivelreuman aiheuttajaa ei tiedetä ja tupakointi on ainoa yksimielisesti todistettu riskitekijä reumatekijäpositiiviselle nivelreumalle. Nivelreumapotilailla on suurentunut riski sairastua muun muassa sydän- ja verisuonitauteihin. Tupakoinnin lopettamisella, liikunnan ja painonhallinnan avulla näitä voidaan ennaltaehkäistä ja myös vähentää nivelreuman aktiivisuutta.

Elämäntapaohjaus on tärkeä osa nivelreuman hoitoa. Hoitajilla on merkittävä rooli potilaiden terveyden edistämässä ja motivoinnissa. Ohjauksen avulla voidaan vähentää potilaan pelkoa ja ahdistusta ja se rohkaisee potilaita aktiivisuuteen hoitonsa päätöksenteossa ja itsehoidossa. Omahoitajuus koetaan positiivisena ja ohjauksen yksilöllisyys on tärkeää.

Potilasohjausta on tutkittu paljon sekä hoitajien että potilaiden näkökulmasta, mutta ongelmana tuntuu olevan tulosten käytäntöön vieminen. Jatkossa olisi mielekästä tutkia hoitajien ohjaamisen motivaatiota lisääviä tekijöitä ja hoitajien valmiuksia oman toiminnan kehittämiseen, koska näiden avulla käytännön toteutusta voitaisiin todella kehittää. Myös tämän opinnäytetyön tuotoksen toimivuutta tulee selvittää ja hoitajien työn tueksi voisi tehdä opaslehtisiä, joissa syvennyttäisiin tarkemmin liikunnan, painonhallinnan ja tupakoinnin lopettamisen ohjaukseen.

Asiasanat: terveyden edistäminen, tulehduksellinen reumasairaus, nivelreuma, potilasohjaus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

IINA HIETALA:

Health Promotion and Patient Education for People with Inflammatory Rheumatic Disease

Bachelor's thesis 66 pages, appendices 13 pages
March 2013

This bachelor's thesis was carried out as a product-oriented project. The purpose of this study was to produce informational leaflets about physical exercise, weight control and smoking cessation for patients who are suffering from inflammatory rheumatic diseases. The leaflets are meant to support patient guidance. Furthermore, the aim was to define the meaning of physical exercise, weight control and smoking cessation from the point of view of the health of people with rheumatic diseases, and to explain what nurses can do in order to educate and motivate patients. This thesis was made in co-operation with a rheumatic polyclinic and the need for the leaflets originated from this polyclinic.

Inflammatory rheumatic diseases are not high in prevalence in Finland but the chronic nature of these diseases, high maintenance costs and burden on public health makes them a significant disease group. Rheumatoid arthritis (=RA) is the most prevalent of these diseases and the majority of research is concentrated on RA. For this reason this thesis also focuses on RA. In treatment of a chronic disease self-care and patient's commitment to treatment are emphasized. Lifestyle choices – such as weight control, physical exercise and smoking – affect one's health. There is no clear knowledge about the cause of RA and smoking is the only confirmed risk factor for seropositive RA. Patients with RA have an increased risk of developing cardiovascular diseases and other comorbidities. With smoking cessation, physical exercise and weight control these can be prevented and the activity of RA can be reduced.

Patient education is an important part of treating RA. Nurses have a significant role in health education and motivating patients. Patient education can reduce anxiety and fear and it activates patients in self-care and in decision making concerning their treatment. Designated nurses and individuality are positive and important factors in patient education.

Much research has been conducted about patient education from both the nurses' and patients' point of view. There just seems to be a problem with putting these results into practical use. It would be worthwhile to study which factors increase nurses' motivation in patient education and what kind of abilities nurses have develop their work expertise. The functionality of the leaflets produced by this thesis should be tested and they could be developed into guides that would have more profound information about physical exercise, weight control and smoking cessation.

Key words: health promotion, inflammatory rheumatic disease, rheumatoid arthritis, patient education

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TULEHDUKSELLISTA REUMASAIRAUTTA SAIRASTAVAN ELÄMÄNTAPOHJAUS	8
	3.1 Tulehduksellinen reumasairaus	8
	3.1.1 Nivelreuma.....	9
	3.1.2 Nivelreuman merkitys potilaan arjessa.....	10
	3.1.3 Hoidon tavoitteet.....	11
	3.2 Terveyden edistäminen.....	13
	3.3 Potilasohjaus.....	15
	3.3.1 Ohjausprosessi	16
	3.3.2 Vuorovaikutus.....	18
	3.4 Motivaatio	19
	3.5 Painonhallinta.....	21
	3.6 Liikunta	25
	3.6.1 Liikunnan erityispiirteet reumasairaalla	25
	3.6.2 Liikunnan merkitys reumasairaalle.....	27
	3.6.3 Reumaattinen kakeksia	29
	3.7 Reumasairaalle sopivat liikuntamuodot	29
	3.7.1 Dynaaminen harjoittelu.....	30
	3.7.2 Jooga	30
	3.7.3 Iyengarjooga	32
	3.7.4 Tai Chi	33
	3.8 Tupakointi	33
	3.8.2 Tupakoinnin lopettamisen tukeminen.....	34
	3.8.5 Nikotiiniriippuvuuden mittaaminen.....	36
	3.8.3 Tupakoinnin vaikutukset reumapotilaalle.....	37
4	TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ.....	40
	4.1 Tuotoksen ulkoasu.....	41
	4.2 Tuotoksen sisältö	42
	4.3 Tuotoksen toteuttamisen vaiheet	43
5	POHDINTA	45
	5.1 Tuotoksen pohdinta	45
	5.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	45
	5.3 Opinnäytetyö prosessin kuvaaminen ja jatkotutkimusehdotukset.....	47
	LÄHTEET.....	49

LIITTEET Liite 1. Keskeisimmät opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset	54
---	----

1 JOHDANTO

Tulehduksellisia reumasairauksia sairastaa vain noin 1 % suomalaisista. Pienestä esiintyvyydestään huolimatta tulehdukselliset reumasairaudet ovat erikoissairaanhoidon näkökulmasta merkittäviä, koska niistä aiheutuu suuria hoitokustannuksia ja terveydenhuollon kuormitusta. Tulehduksellisia reumasairauksia todetaan kaikissa ikäluokissa, joten kroonisen sairauden sairastamisaika voi olla jopa vuosikymmenien mittainen. (Martio, Karjalainen, Kauppi, Kukkurainen & Kyngäs 2007, 9-13.)

Yleisin tulehduksellinen reumasairaus on nivelreuma. Nivelreumalla on kansanterveydelle merkittäviä vaikutuksia, jotka aiheutuvat hoidon vaatimista kalliista lääkkeistä, leikkauksista, fysioterapiasta ja tiheistä lääkärikäynneistä. Myös toimintakyvyttömyys ja säännöllinen avuntarve sekä työkyvyttömyys kuvaavat taudin merkitystä yhteiskunnallisella ja yksilöllisellä tasolla. Viime vuosikymmeninä sairauden esiintyvyys on pienentynyt ja sairauden puhkeaminen siirtynyt vanhempiin ikäluokkiin. Reumaortopedian ja kuntoutuksen kehittymisen sekä tehokkaamman lääkehoidon ansiosta myös invalidisoituminen on harvinaistunut. (Martio ym. 2007, 14.) Riskitekijät reumasairauksien taustalla ovat melko huonosti tiedossa, mutta joidenkin tekijöiden voidaan päätellä olevan sairastumisen taustalla. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi tupakointi, ylipaino ja vähäinen liikunta. (Martio ym. 2007, 15.)

Tämän opinnäytetyön aiheena on tulehduksellista nivelsairautta sairastavan terveyden edistäminen edellä mainittujen kolmen tekijän (tupakointi, painonhallinta, liikunta) näkökulmasta. Työ on tuotokseen painottuva opinnäytetyö ja tuotoksellinen osa eli tietois-kulehtiset tehdään eräälle reumasairauksiin erikoistuneelle poliklinikalle.

Terveyden edistäminen on yksi hoitotyön tärkeimmistä osa-alueista ja uskon, että sen merkitys tulee tulevaisuudessa kasvamaan entisestään. Tulevassa ammatissani haluan työskennellä polikliinisena sairaanhoitajana ja potilaan ohjaus ja motivointi ovat työn osa-alueita, jotka erityisesti kiinnostavat minua. Opinnäytetyön aihe kiinnosti minua heti sen nähtyäni ja koen, että hyödyin itse työn tekemisestä paljon ja voin myös auttaa edistämään hoitotyön laatua osastolla, jonne työ tehdään.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä tulehduksellista reumasairautta sairastavien potilaiden ohjauksen tueksi tietoisuuskäsitteitä liikunnasta, painonhallinnasta ja tupakoinnin lopettamisesta eräälle poliklinikalle.

Opinnäytetyön tehtävät:

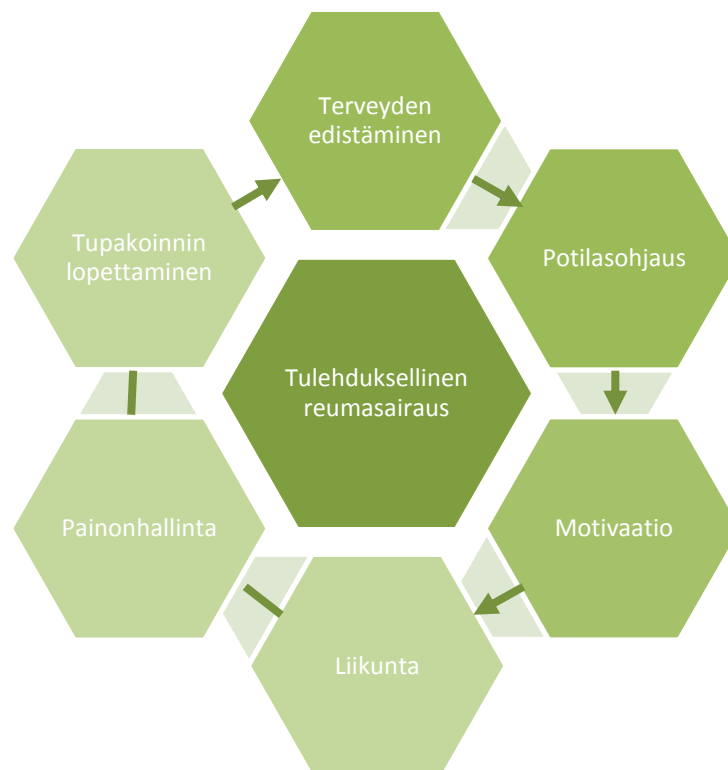
- 1) Mikä on liikunnan ja painonhallinnan merkitys tulehduksellista reumasairautta sairastavan terveydelle?
- 2) Mikä on tupakoinnin/tupakoimattomuuden merkitys tulehduksellista reumasairautta sairastavan terveydelle?
- 3) Mitkä ovat hoitajan keinot potilaan ohjauksessa ja motivoinnissa?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä potilaiden omaa motivaatiota terveyden edistämiseen ja tukea poliklinikan hoitajien potilasohjaustyötä sekä edistää poliklinikan potilaiden terveyttä.

3 TULEHDUKSELLISTA REUMASAIRAUTTA SAIRASTAVAN ELÄMÄNTAPAOHJAUS

Tämän opinnäytetyön teoreettinen lähtökohta on osittain määrittynyt työelämän toiveiden mukaisesti. Tässä työssä tulehduksellista reumasairautta sairastavan terveyden edistämistä tarkastellaan liikunnan, painonhallinnan ja tupakoinnin lopettamisen näkökulmasta. Potilasohjaus on hoitotyön väline, jonka avulla pyritään vaikuttamaan potilaan terveyttä edistäen. Motivaatio on käsite, jota ilman elämäntapamuutos ei ole mahdollinen.

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat tulehduksellinen reumasairaus, terveyden edistäminen, potilasohjaus, motivaatio, painonhallinta, liikunta ja tupakoinnin lopettaminen (kuvio 1).



KUVIO 1. Tulehduksellista reumasairautta sairastavan elämäntapaohjaus.

3.1 Tulehduksellinen reumasairaus

Reumasairaudet jaetaan usein tulehduksellisiin ja ei-tulehduksellisiin reumasairauksiin. Ei-tulehdukselliset reumasairaudet ovat yleisiä ja niitä ovat muun muassa nivelrikko ja

osteoporoosi. Tulehduksellisiin reumasairauksiin luetaan nivelreuma, lastenreuma, spondylartropatiat, kideartriitit, systeemiset sidekudossairaudet, vaskuliitit ja viruksen, bakteerin tai muun mikrobin aiheuttamat nivel tulehdukset (Martio 2007, 11). Kroonisessa nivel tulehduksessa nivelkalvo ärtyy ja aiheuttaa usein nivelensisäisen nestekertymän, minkä seurauksena nivel on jäykänoloinen ja kipeä. Jos tulehdus häviää, on tila palautuva. Tulehduksen jatkuessa aktiivisena on seurauksena etenevä nivelrakenteiden vaurioituminen ja kudostuho. Tästä aiheutuva palautumaton mekaaninen häiriö aiheuttaa vaivoja, vaikka tulehdusta ei enää olisi. (Martio 2007, 22.)

Kansainvälinen tules-vuosikymmen 2000–2010 hankkeen julkaisussa *Kantavat rakenteet – näkökulmia tule-terveyteen* tulehduksellisten nivelsairauksien tulevaisuuden keskeisiksi käsitteiksi nimetään varhainen diagnostiikka ja vaikuttavan hoidon aloitus. Reumahoitajien verkoston lisääminen terveyskeskuksissa olisi hyödyllistä reumapotilaiden kannalta ja perusterveydenhuollon lääkäreiden keskeistä asemaa potilaiden jatkotutkimuksiin ohjaamisessa korostetaan. (Kansainvälinen tules-vuosikymmen 2000–2010: Korpela, M., 22.)

Koska nivelreuma on tulehduksellisista reumasairauksista yleisin, keskittyy myös suurin osa tutkimuksista ja muista tietolähteistä käsittelemään nivelreumaa. Tämän vuoksi myös tämä opinnäytetyö painottuu nivelreumaan, mutta tarkoitus ei ole rajata pois muita tulehduksellisia reumasairauksia. Opinnäytetyössäni käytän käsitteitä tulehduksellinen reumasairaus ja nivelreuma, sen mukaan millaisia tutkimustuloksia ja lähteitä olen käyttänyt.

3.1.1 Nivelreuma

Nivelreuma on tulehduksellisista reumasairauksista yleisin (Reuma-aapinen: Nivelreuma). Nivelreuman diagnostisointi on toisinaan vaikeaa, koska siihen ei ole yhtä luotettavaa oiretta tai testiä. Amerikan Reumalääkäriyhdistyksen vuonna 1987 laatimat nivelreuman luokittelukriteerit sisältävät nivelreumalle tyypillisiä oireita: aamujäykkyys, nivelten turvotus vähintään kolmella nivelalueella, käden nivelen turvotus, molemminpuolinen nivelen turvotus samoilla alueilla, reumakyhmy, reumatekijä veressä ja röntgenkuvassa nähtävät vauriot käden nivelissä. Luokittelua ei kuitenkaan voida sellaisenaan soveltaa taudin diagnostisoimiseen ja etenkin varhaisen nivelreuman diagnosti-

kassa se on puutteellinen. (Martio ym., 325.) Muita nivelreumaan viittaavia merkkejä ovat muun muassa oireiden hidas kehittyminen, yleisoireet: väsymys, ruokahaluttomuus ja lämpöily, liikearkuus ja kipu tulehtuneissa nivelissä (Käypä hoito: Nivelreuma 2009).

Mahdollista nivelreumaa tutkittaessa diagnoosin jäljille päästään huolellisen kliinisen tutkimuksen ja anamneesin avulla (Luosujärvi 2006, 331). Nivelreuman varhainen diagnoosi on tärkeää, jotta työkyvyn menetys ja toimintakyvyn heikkeneminen on estettävissä sekä pystytään vähentämään oheissairauksia. Pelkän epäilyn nivelreumasta tulisi johtaa lähetteen tekemiseen nivelreumaan perehtyneeseen yksikköön, jolloin diagnoosi voidaan varmistaa ja mahdollisesti aloittaa varhainen antireumaattinen hoito. (Möttönen, Mäkinen & Puolakka 2010, 1457-1458.)

Aiemmin nivelreumasta yleisesti aiheutuneen invaliditeetin vuoksi sairaudella on kohtalokas maine. Nykyaikaisen lääkehoidon ja varhaisen diagnostisoinnin ansiosta invaliditeetti pystytään nykyisin lähes aina ehkäisemään. Ennustetta sairaudelle on vaikea antaa, sillä vaikka korkea reumatekijäpitoisuutta pidetäänkin huonon ennusteen merkinä, ei se kerro mitään yksittäisen potilaan tilanteesta. (Martio ym. 2007, 328.)

Viime vuosina sitrulliinivasta-ainepositiivisuuden merkitys nivelreuman diagnostiikassa on tunnistettu. Tutkimustulosten mukaan se on vaikea-asteisen taudin merkki ja ennustaa nivelvaurioiden kehittymistä reumatekijää paremmin. Myös turvonneiden ja arkojen nivelten suuri määrä, sairastuneen huono toimintakyky sekä varhaiset runsaat nivel-syöpymät ennustavat keskimääräistä huonompaa pitkäaikaisennustetta. (Kansainvälinen tules-vuosikymmen 2000-2010: Korpela, M., 19.) Sitrulliinivasta-aineesta ja nivelreuman diagnostiikasta on lisää tietoa kappaleessa 3.8 Tupakointi.

3.1.2 Nivelreuman merkitys potilaan arjessa

Aktiivista reumatulehdusta sairastavan liikkuminen ja käden toimintaa vaativista tehtävistä suoriutuminen on yleensä vaikeutunut. Tulehdukset, vaurioituneet sorminivelet tai sormien jännetuppitulehdukset estävät täyden nyrkin tekemisen ja puristusvoima on heikentynyt. Olkanivelen liikerajoitteet vaikeuttavat käden loitonnuksen tai nostoa vaakatason yläpuolelle, mikä tekee takin pukemista ja ylähylyille kurottelusta vaikeaa. Kyy-närnivelen rajoittunut koukistusliike vaikeuttaa hiusten harjausta ja ruokailua. Alaraa-

janivelten kohdalla lonkkien loitonnuksen rajoittuminen vaikeuttaa vessassa toimimista. (Martio ym. 2007, 334.)

Nivelreuman sairastaminen voi kestää vuosikymmenien ajan, joten potilaan hoitoon sitoutuminen ja oma aktiivisuus ovat hoidon kannalta tärkeitä (Reuma-aapinen: Nivelreuma). Kuntoutuksella on iso merkitys hoidossa. Se on kokonaisuus, johon liittyy fyysio- ja toimintaterapian menetelmät, potilaan tarvitsemien apuvälineiden, tukien ja lastojen kartoitus ja työssäkäyvien ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointi. (Käypä hoito: Nivelreuma.) Fysioterapian avulla hoidetaan potilaan kipuja, ylläpidetään nivelten toimintakykyä liikehoitojen avulla ja opastetaan omatoimista harjoittelua. Toimintaterapiassa ohjataan niveliä säästäviä työtapoja. (Reuma-aapinen: Nivelreuma.)

3.1.3 Hoidon tavoitteet

Sisätautien ja reumasairauksien erikoislääkäri Markku Kauppi esittelee Reuma -kirjassa viisi reumasairauksien hoidolle asetettua tavoitetta. Nämä ovat: potilaan oireiden lievittäminen, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen, kudostuhon estäminen, komplikaatioiden ehkäiseminen ja syntyneiden vaurioiden korjaaminen. Tavoitteiden painotukset vaihtelevat taudin aiheuttaman tarpeen mukaan ja hoitohenkilökunnan tulee sitoutua moniammatilliseen, pitkäkestoiseen hoitoon. Potilaan ohjaus ja potilaan hoitoon sitoutuminen ovat ratkaisevia tavoitteiden saavuttamiseksi. (Martio ym. 2007, 20-22.)

Nivelreuman hoidosta on hiljattain laadittu kansainvälisesti yhdenmukaiset Treat to Target (T2T) -suositukset (kuviokuva 1), joiden avulla pyritään entistä parempaan hoitovastukseen. Suositusten avulla hoitoa pystytään räätälöimään potilaan mukaan. Niissä ei ole ristiriitaa suhteessa nivelreuman Käypä hoito -suositukseen. Suositukset esitetty kuviossa 2. (Kansainvälinen tules-vuosikymmen 2000-2010: Nordström, D., 45-47.)

1. Nivelreuman hoitotavoite on remissio.
2. Remissio tarkoittaa oireettomuutta ja tulehduksen puuttumista.
3. Remission tulee olla selkeä hoidon tavoite, mutta vähäinen tautiaktiivisuus on hyväksyttävä vaihtoehto erityisesti pitkälle edenneessä sairaudessa.
4. Lääkehoidon tehoa tulee arvioida kolmen kuukauden välein, kunnes hoitotavoite on saavutettu.
5. Taudin aktiivisuutta tulee mitata säännöllisesti, jopa kuukauden välein aktiivisessa sairaudessa. Jos potilas on remissiossa tai sairauden aktiivisuus on vähäistä, arvio tehdään harvemmin esimerkiksi 3–6 kuukauden välein.
6. Hoitopäätösten teossa käytetään sellaista nivelreuman aktiivisuusmittaria, johon sisältyy nivelten tutkiminen.
7. Taudin aktiivisuuden lisäksi kudosauriot ja toimintakyky on otettava huomioon hoitopäätöksiä tehtäessä.
8. Asetetut hoitotavoitteet tulee säilyä koko sairauden keston ajan.
9. Hoitotavoitteeseen ja aktiivisuusmittareiden valintaan vaikuttavat myös liitännäissairaudet, potilaaseen liittyvät tekijät ja lääkitykseen liittyvät riskit.
10. Potilaalle tulee antaa asianmukaista tietoa hoitotavoitteesta ja sen saavuttamiseksi suunnitelluista toimenpiteistä.

KUVIO 2. Treat 2 Target -suositus

Nivelreuman hoidossa tavoitellaan remissiota. Se on vaihe, jossa kliinisiä merkkejä sairaudesta ei ole todettavissa. Potilaalla ei siis ole nivelkipua tai -kankeutta, arkoja tai turvonneita niveliä ja hänen toimintakykynsä on normaali. Edellä kuvatun tilanteen toteaminen ei kuitenkaan aina ole helppoa, sillä varsinkin iäkkäillä potilailla voi olla oheissairauksia, jotka aiheuttavat samankaltaisia oireita. (Möttönen ym. 2010, 1459.) Suomessa tehdyn, kansainvälisestikin huomioidun, tutkimuksen mukaan (Puolakka ym. 2005) ensimmäisen vuoden aikana diagnoosista saavutettu remissio ennustaa työkyvyn säilyvyyttä. Kyseistä tutkimusta vastaavia tuloksia on esitetty myös yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa. (Puolakka ym. 2005, 39.) Näiden tutkimustulosten perusteella varhaisen diagnosoinnin ja hoidon aloittamisen merkitys korostuu ja se on hyödyllistä sekä potilaalle että yhteiskunnalle.

Suomessa tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat yleisin kipua ja työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä. Nivelreuma ja nivelrikko aiheuttavat näistä eniten vaikeata toimintakyvyttömyyttä. (Heliövaara & Riihimäki 2005.) Nivelreuma aiheuttaa kuluja yhteiskun-

nalle paitsi terveydenhuoltoa kuormittamalla myös siitä mahdollisesti aiheutuvan työkyvyttömyyden vuoksi, joka on kansantaloudellisesti kallein taudista aiheutuva seuraus (Puolakka ym. 2005, 36).

Lääkehoito on olennaisin osa tulehduksellisen reumasairauden hoitoa ja sen perustana on reumaattista tulehdusta hillitsevä lääkehoito. Myös kipulääkkeet ovat usein tarpeellisia. (Martio ym. 2007, 22.) Onnistuneen lääkehoidon tarkoitus on korjata myös toimintakykyä (Martio ym. 2007, 334). Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä lääkehoitoa vaan keskitytään elämäntapojen vaikutukseen terveyttä edistävänä tekijänä.

3.2 Terveyden edistäminen

”Terveyden edistäminen on toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Terveyden edistäminen on myös terveyden edellytysten parantamista yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta.” Näin ytimekkäästi toteaa Harri Vertio kirjassaan *Terveyden edistäminen* (2003, 29). Terveyden edistäminen on käsite, jota voidaan tarkastella hyvin yleisesti ja painotuksetkin ovat silloin aika yleispätevällä tasolla. Kun puhutaan terveyden edistämisestä johonkin tiettyyn krooniseen sairauteen liittyen, tulee tiedosta yksityiskohtaisempaa ja sairauden oireet ja niistä mahdollisesti aiheutuvat rajoitukset vaikuttavat terveyden edistämisen keinoihin. Keskeisintä käsitteessä lienee se, että terveyden edistämisen tulee tukea sekä yksilön että yhteisön hyvinvointia. Terveyden edistäminen on aina vuorovaikutusta terveydenhuollon henkilökunnan, potilaan ja yhteiskunnan välillä.

Terveyden edistämistä ohjaa ja valvoo sosiaali- ja terveysministeriö. Se perustuu kansanterveyslakiin ja on osa kansanterveystyötä. Keskeinen tavoite terveyden edistämisesä on terveyserojen kaventaminen ja tässä onkin saatu tuloksia esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien kohdalla. Sosiaali- ja terveysministeriö saa valtiolta terveyden edistämiseen osoitetun määrärahan, jonka käytöstä ministeriö vastaa. (STM 2011.)

Ennaltaehkäisy eli preventio tarkoittaa keinoja, joiden avulla ylläpidetään terveyttä tautien ilmaantumisesta ehkäisemällä ja minimoimalla sairauksien aiheuttamat haitat. Puhutaan primaari-, sekundaari- ja tertiääripreventiosta. Rokottaminen on esimerkki ensimmäisen tason eli primaaripreventiosta. Sekundaaripreventiossa jo todettu tauti pyritään

hoitamaan niin, ettei se kehity edelleen tai sairauden tai vamman oireet eivät uusiudu. Tertiäripreveniolla tarkoitetaan olemassa olevan sairauden pahenemisen ehkäisemistä. (Kansainvälinen tules-vuosikymmen 2000-2010: Lamminpää, A., 57.)

Tämän opinnäytetyön kannalta ajateltuna terveyden edistäminen on tulehduksellista reumasairautta sairastavan elämänlaatua parantavaa, pitkäaikaissairauden oireita poistavaa ja lievittävää, työ- ja toimintakykyä säilyttävää ja oheissairauksia ehkäisevää toimintaa. Opinnäytetyön aihe on rajattu työelämäyhteyden toiveiden mukaan käsittelemään tätä aihetta tupakoinnin lopettamisen, painonhallinnan ja liikunnan viitekehyksessä. Nämä ovat asioita, joihin sairaanhoitaja voi potilaan ohjauksessa antaa tukea. Opinnäytetyössä keskitytään terveyden edistämiseen toimintana, joka tapahtuu poliklinikalla vuorovaikutuksena sairaanhoitajan, potilaan ja mahdollisesti potilaan omaisen välillä. Työssä ei siis käsitellä yhteiskunnallisella tasolla tapahtuvaa terveyttä edistävää toimintaa, kuten terveystmainontaa.

Terveyden edistämisen käsitteeseen olennaisesti liittyvällä itsehoidolla tarkoitetaan sairauden ennaltaehkäisyä tukevia elämäntapamuutoksia. Kuten Riikka Turku kirjassaan *Muutosta tukemassa – Valmentava elämäntapaohjaus* (2007) esittää, elää terveydenhuollon kenttä jatkuvassa muutoksessa ja sähköinen asiointi tulee yleistymään myös terveyden huollossa. Tämän mahdollistamat omaseuranta- ja itsehoitopalvelut lisäävät potilaan vastuuta ja asiantuntijuutta itsehoidossa ja hoidon vaikuttavuuden seurannassa. (Turku 2007, 13-20.) Väestön koulutustason ja asiakasosaamisen parantuminen toisaalta tekevät potilaista vaativampia terveystpalveluiden käyttäjiä (Tuorila 2009, 102). Itsehoidon lisääntyminen luo sairaanhoitajalle haasteita kehittyä ohjaajana ja valmentajana. Turku esittelee kirjassaan valmentavan elämäntapaohjauksen mallin, jossa painotetaan ohjattavan roolin olevan muutoksen Tekijä eikä sen kohde. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että ohjattava eli Tekijä tekee päätökset ja valinnat itse ja ohjaaja tukee häntä pohjustamalla päätöksentekoa ja tarjoamalla luovat puitteet Tekijän toiminnalle. (Turku 2007, 31) Tulehduksellista reumasairautta sairastavan ohjauksessa korostuu sairauden krooninen luonne ja vaihteleva aktiivisuus. Tämän vuoksi on erittäin tärkeää, että potilas kokee olevansa oman hoitonsa asiantuntija ja ohjaaja eli hoitaja on tilanteessa tukemassa häntä, potilaan ehdoilla.

3.3 Potilasohjaus

Potilasohjaus on yksi sairaanhoitajan työn tärkeimmistä osa-alueista. Ohjauksen ajatellaan olevan prosessi, joka koostuu ohjauksen tarpeen määrittelystä, ohjauksen kulun suunnittelusta, ohjauksen toteutuksesta ja lopuksi ohjauksen onnistumisen ja vaikuttavuuden arvioinnista. On tärkeää, että potilas ja hänen läheisensä saavat tietoa sairaudesta ja siihen liittyvistä asioista. Tutkimukset osoittavat, että tiedonsaanti rohkaisee potilasta olemaan aktiivinen hoitonsa päätöksenteossa ja edistää valmiuksia itsensä hoitamiseen. Ohjaus vähentää myös pelkoa ja ahdistusta. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 10.) Sari Vihijärvi (2006) tutki nivelreumapotilaiden ja heidän perheenjäsentensä kokemuksia ohjauksesta. Osa tutkituista oli kokenut saavansa liikaa tietoa kerralla ja osa taas ei ollut saanut hoitajan ohjausta lainkaan. Puutteita oli erityisesti perheenjäsenten huomioimisessa: osalle potilaista turvattomuuden tunnetta aiheutti se, että perheenjäsen ei osallistunut ohjaukseen. Sekä potilaat että perheenjäsenet toivoivatkin, että omaiset otettaisiin aktiivisemmin mukaan ohjaukseen. Positiivisia kokemuksia oli hoitoyksiköistä ja omahoitajuudesta. (Vihijärvi 2006, 57). Tulehduksellinen reumasairaus on pitkäaikaissairaus, jonka kanssa sairastunut elää päivittäin. Kun sairaudesta tulee osa arkea ja mahdolliset kivut sekä toimintakyvyn rajoitukset sanelevat jokapäiväistä tekemistä, tulee hoitohenkilökunnan tuesta tärkeää. Hoitaja on se henkilö, jolla on faktatietoa sairaudesta ja jonka kanssa potilas voi käydä läpi häntä askarruttavia asioita. Pelkkä tiedonjakaminen ei kuitenkaan riitä herättämään muutosta kenenkään elämäntavoissa, vaan hyvän ohjaajan on osattava soveltaa ja mukailla tilanteita ohjattavan yksilöllisten tarpeiden mukaan (Turku 2007, 17).

Kääriäisen potilasohjauksen laatua käsitelleen tutkimuksen mukaan ohjaus lisää etenkin potilaiden positiivista asennoitumista hoitoon, vastuunottoa sairauden hoidosta, itsehoitoa ja hoitoon sitoutumista. Tutkimuksessa potilaat, jotka olivat kokeneet ohjauksen potilaslähtöiseksi arvioivat ohjauksen vaikuttavuuden 4.65-kertaa vaikuttavammaksi kuin ne, jotka eivät kokeneet saaneensa potilaslähtöistä ohjausta. (Kääriäinen 2007, 88.) Hill, Bird & Johnsonin (2001) tutkimus potilasohjauksen vaikutuksesta lääkehoidon noudattamiseen nivelreumapotilailla puoltaa näitä tuloksia. Kyseisen tutkimuksen suurin löydös oli se, että suunnitelmallisen potilasohjauksen reumatologiaan erikoistuneelta hoitajalta saaneet nivelreumapotilaat sitoutuivat huomattavasti kontrolliryhmää paremmin lääkehoitoonsa. (Hill, Bird & Johnson 2001, 873)

Tulehduksellisten reumasairauksien päivittäisen ennalta-arvaamattomuuden vuoksi potilasohjaus on tärkeä lääkehoitoa täydentävä hoitomuoto (Riesma, Kirwan, Taal & Rasker 2009, 2). Tutkimuksessaan nivelreumaa sairastavien aikuisten ohjauksesta Riesma ym. eivät kuitenkaan löytäneet todisteita ohjauksen pitkäaikaisista hyödyistä potilaan terveydentilaan. Tutkimuksessa terveydentilaa määrittävinä tekijöinä käytettiin kipua, toimintakykyä ja psyykkistä hyvinvointia. Ensimmäisellä seurantakäynnillä ohjauksesta pystyttiin havaitsemaan pieniä, mutta positiivisia ja selviä trendejä ohjauksen edullisista vaikutuksista potilaan tilaan. (Riesma ym. 2009, 11). Edellä käsitellyn tutkimuksen tulokset puoltavat sikäli Kääriäisen ja Hill ym. tuloksia, että ohjauksesta on hyötyä ja se on tarpeellista, mutta tulokset antavat ymmärtää, että toimiakseen ohjausta tulisi tapahtua tasaisin väliajoin, toistuvasti.

Hoidon laadun parantamiseksi on ehdottoman tärkeää keskittyä kehittämään potilasohjauksen laatua ja sisältöä. Sairaanhoidajan on otettava huomioon ohjausta antaessaan, ettei hän anna liikaa tietoa kerralla. Useissa potilasohjausta käsittelevissä tutkimuksissa ohjauksen laatua heikentäväksi tekijäksi mainitaan ajanpuute (Kääriäinen 2007, 20; Kyngäs ym. 2005, 15; Vihijärvi 2006, 42), joten hoitajalta vaaditaan paljon, jotta hän saa kaikki ohjaukselle asetetut tavoitteet saavutettua. Yhteistyöosastolta tulleen tiedon mukaan erilaiset ohjauksen apua käytetyt oheismateriaalit auttavat sekä hoitajaa että potilasta, koska niiden avulla potilas voi myöhemmin kotona palata muistelemaan puhuttuja asioita. Tämän vuoksi opinnäytetyön tuotoksena syntyvät ohjauslehtiset ovat tarpeellisia ja hyödyllisiä sekä potilaan että hoitajan kannalta.

3.3.1 Ohjausprosessi

Ohjausprosessi on potilaan hoidon kaikissa vaiheissa toteutuva asia. Ensin on määriteltävä ohjauksen tarve, jonka lähtökohtana ovat potilaan tarpeet. On huomioitava, kuinka kauan potilas on sairastanut, mitä hän jo tietää ja onko potilas kriisissä saatuaan tiedon sairaudesta (tiedon vastaanottokyky). Tarpeen määrittelyn jälkeen suunnitellaan ohjauksen kulku eli mitä ja miten ohjataan. Tätä seuraa luonnollisesti ohjauksen toteutus, jonka jälkeen arvioidaan onnistuttiinko ohjauksessa. Nämä prosessin vaiheet toistuvat kaikissa hoidon vaiheissa ja kirjaaminen on erittäin olennaista hoidon jatkuvuuden takaamiseksi. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 10-11.) Tämän opinnäytetyön kannalta ajateltuna ohjauksen tarve muodostuu potilaan elämäntavoista eli painonhallinta, tupa-

kointi, liikuntatottumukset tai kaikki kolme edellä mainittua kaipaavat jonkinlaista muutosta.

Turku painottaa kirjassaan *Muutosta tukemassa – Valmentava elämäntapaohjaus muutoksen prosessiluontoisuutta ja esittelee muutosvaihemallin*, jonka Prochaska ja DiClemente esittelivät vuonna 1983 (Turku 2007, 55). Tutkimus tehtiin alun perin tupakoinnin lopettajia varten ja havaittiin viisi muutoksen vaihetta, jotka ovat: esiharkintavaihe, harkintavaihe, toimintavaihe, ylläpitovaihe ja repsahdusvaihe (Prochaska & DiClemente 1983, 390). Prochaska ja DiClemente ehdottivat, että asiakkaita jaoteltaisiin ryhmiin sen mukaan, missä muutosvaiheessa he ovat. Tämä voisi lisätä tupakoinnin lopettamisohjelmien tehokkuutta. (Prochaska & DiClemente, 394.) Nykyisin edellä esiteltyä tutkimusta ja sen pohjalta muodostunutta muutosvaihemallia on käytetty myös painonhallinnan ja liikuntatottumusten muuttamisen tukena (Turku, 55). Turku on jaotellut muutosvaihemallin osat kirjassaan seuraaviin vaiheisiin: harkinta- (johon sisältyy esiharkintavaihe), suunnittelu-, toiminta-, ylläpito- ja repsahdusvaihe.

Esiharkintavaiheessa muutostarvetta ei ole havaittu tai sitä ei haluta myöntää itselle, mutta *harkintavaiheessa* ohjattava myöntää terveysongelman ja muutoksen tarpeellisuuden. Tähän syynä voi olla mikä tahansa ohjattavalle itselleen tärkeä tekijä eikä sen tarvitse olla yhdenmukainen ohjaajan ajatusten kanssa. *Suunnitteluvaiheessa* aletaan lähentyä muutoksen toteutusta. Ohjattava pohtii eri vaihtoehtoja ja tekee valmisteluja. *Toimintavaiheessa* ollaan tekojen tasolla. Tässä vaiheessa muutoksesta saadaan sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia eli riski entiseen paluuseen kasvaa. Ohjattava on ehkä odottanut, että hyödyt näkyvät nopeammin kuin mitä käytännössä tapahtuu. *Ylläpitovaiheessa* muutoksen tekijä ei enää suhtaudu muutokseen väliaikaisena ilmiönä vaan muutokset alkavat olla osa pysyviä elämäntapoja. Aina ei kuitenkaan päästä pysyvään muutokseen ja tässä vaiheessa ohjattava pohtii eläkö hän niin kuin pitäisi vai niin kuin hän haluaa. Tässä vaiheessa mitataan motivaatiota. Jos motivaatio muuttuu ulkoisesta sisäsyntyiseksi (eli siitä *mitä pitäisi tehdä* tulee se *mitä haluaa tehdä*), on pysyvällä muutoksella hyvät edellytykset. (Turku 2007, 59.) Motivaatiota käsitellään myöhemmin kappaleessa 3.4 Motivaatio. *Repsahdusvaihe* on muutosvaihemallin olennainen osa ja se voi olla väliaikainen tai pysyvä. Ohjaajan (eli tässä tapauksessa hoitajan) on muistettava alusta alkaen painottaa ohjattavalle, että repsahduksia tulee olemaan ja ne ovat vain osa matkaa kohti pysyvää muutosta. Repsahdukset tulisi hyödyntää oppimiskokemuksina. (Turku, 60.)

Potilasohjausta käsittelevät tutkimukset korostavat usein yksilöllisesti suunnitellun ja toteutetun ohjauksen merkitystä (mm. Kyngäs, Kukkurainen & Mäkeläinen 2005; Kääriäinen 2007; Riesma ym. 2009). Muutosvaihemalli auttaa hoitajaa hahmottamaan potilaan tilannetta ja fokusoimaan ohjauksen muutosvaiheen mukaisesti. Kritiikkiä muutosvaihemalli on saanut siitä, että todellisuudessa vaiheet eivät ole näin selkeitä ja edestakaisuutta vaiheesta toiseen tapahtuu enemmän kuin malli antaa ymmärtää. Tärkeää mallin soveltamisessa on tarkka alkukartoitus elämäntapaohjauksessa, jotta selviää missä vaiheessa ohjattava on eri elämäntapojen suhteen. (Turku 2007, 62-63.) Esimerkiksi ylipaino ei aina tarkoita sitä ettei potilas olisi liikunnallinen.

3.3.2 Vuorovaikutus

Vuorovaikutus on lähtökohta onnistuneelle potilasohjaukselle. Karkeasti yleistettynä kaikki ihmisen elämässä perustuu vuorovaikutukselle. Yksilö on jatkuvasti vuorovaikutuksessa elämäntilanteensa, historiansa, oman itsensä ja ympäristönsä välillä. Hoitajan ja potilaan välisessä ohjaussuhteessa vuorovaikutus on keino, jolla pyritään auttamaan potilasta ja edesauttamaan potilaan hoitoon sitoutumista. Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttavat ohjattava-hoitaja suhde, fyysinen ympäristö, sanallinen ja sanaton viestintä sekä lailliset ja eettiset näkökulmat eli Laki potilaan asemasta ja oikeuksista ja hoitotyön periaatteet sekä eettiset periaatteet. (Lipponen, Kyngäs, & Kääriäinen 2006, 23-24.)

Vuorovaikutussuhteeseen vaikuttaa myös hoitajan oma persoona. Tärkeämpää on kuitenkin ohjattavan näkemys itsestään ja elämästään. Hoitaja voi aina oppia ammatillista vuorovaikutusta harjoittelemalla ja tarvittaessa muuttaa asenteitaan. On tärkeää, että hoitaja tiedostaa vuorovaikutuksen potilaslähtöisyyden – potilasta vartenhan ohjaus tapahtuu. Hoitaja voi jopa oppia ohjattavalta asioita esimerkiksi omasta itsestään. Vuorovaikutuksen keskeinen käsite on vastavuoroisuus, joka alleviivaa molempien osapuolien aktiivisuutta ja mahdollisuutta vaikuttaa. Hoitajalta vaadittavia edellytyksiä vuorovaikutustilanteen onnistumiseksi ovat havainnointikyky ja kuuntelutaito, ohjattavan kunnioitus, kiinnostus, asiallisuus, selkeys ja kyky tehdä kysymyksiä. (Lipponen, ym. 2006, 24-25.)

Turun esittelemässä valmentavan elämäntapaohjauksen mallissa (2007, 21-32) korostetaan hoitajan roolia vuorovaikutuksessa muutosta mahdollistavaksi, ei pakottavaksi tekijäksi (Turku 2007, 21). Hoitajan tehtävä ei ole saarnata terveellisistä elämäntavoista. Hoitajan tulee osoittaa asenteellaan, että hän arvostaa ohjattavaa ja tällöin hän voi saada ohjattavalta vastavuoroisuutta ja motivaatio voi herätä. (Turku 2007, 31-32.) Vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä on pohjimmiltaan motivoitumisen mahdollistavan vastaanottotilanteen rakentamista. Hoitaja pyrkii luomaan luottamuksellisen ilmapiirin. Ohjaustilanteen rauhoittaminen, positiivisen palautteen anto ja asiantuntijuuden korostamattomuus ovat hoitajan keinoja, jotka mahdollistavat tällaisen vuorovaikutuksen. (Turku 2007, 34-36.) Hoitajan tulee hallita asiasisältöjä ja osata käyttää niitä yksilöllisesti (Kyngäs, Kukkurainen & Mäkeläinen 2005, 12-13).

Pitkäaikaissairaana potilaan hoidossa ja ohjauksessa hoitajan on tärkeää vahvistaa potilaan luottamusta omaan pärjäämiseensä sairauden kanssa. Potilaan ja tämän perheen tunteminen helpottaa vuorovaikutusta ja ohjaamista, koska tällöin hoitaja ymmärtää, millaista potilaan elämä on arjen tasolla. (Kyngäs ym. 2005, 13.) Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjausta hoitohenkilökunnan arvioimana kartoittaneen tutkimuksen mukaan (Kyngäs ym. 2005) vuorovaikutustaidot on ohjaajan vaativin ja moni-ilmeisin piirre. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kuvailivat vuorovaikutustaitoisella ohjaajalla olevan ihmistuntemusta ja kykyä luoda kontakteja, ilmaista itseään sekä olla huumorintajuinen. Ominaisuuksia, jotka kuvasivat vuorovaikutustaitoista ohjaajaa, olivat ystävällinen, empaattinen, luottamusta herättävä, uskottava, sensitiivinen, joustava, rauhallinen ja kärsivällinen. (Kyngäs ym. 2005, 14.)

3.4 Motivaatio

Motivaatio on sisäinen tila, joka ihmisellä on silloin kun hänen toiminnallaan on jokin tavoite tai päämäärä. Sen syntyyn vaikuttavat kunkin tunteet ja ajatusmaailma eikä sitä voi pakottaa kenellekään. (Turku 2007, 33-35.) Motivaatio vaikuttaa siihen, miten potilas oppii ohjaustilanteessa. Se on tekemistä edistävä voima ja sen puute voi estää toimintaa. Potilaan usko omiin kykyihinsä, tunteet ja kiinnostus ovat motivaatioon vaikuttavia tekijöitä, joita ohjaaja voi vahvistaa. Ohjaustilanteessa saadut myönteiset kokemukset, kuten pystyvyyden tunteen lisääminen ja vertaiskokemukset, vahvistavat motivaatiota. (Kääriäinen 2011, 42.)

Potilasohjauksessa, joka tähtää potilaan elämäntapojen muutokseen, hoitajan tehtävä on motivoida potilasta ja tavoitteena luonnollisesti on, että potilas motivoituu. Perinteisesti motivaatio on jaettu sisäiseen ja ulkoiseen motivaatioon. Sisäinen motivaatio ohjaa henkilön toimintaa häntä itseään kiinnostaviin ja tyydytystä tuottaviin asioihin, vaikka hän ei saa näistä materiaalista palkintoa tai tekemättä jättäminen ei aiheuta uhkaavaa seuraamusta. Ulkoinen motivaatio on tämän vastakohta ja se syntyy palkkiota tai uhkaa korostamalla. Ulkoinen motivaatio lopahtaa usein lyhyeen, kun palkinto on saatu tai uhka osoittautuukin merkityksettömäksi. Tuskin on juurikaan sellaisia tilanteita, joissa elämäntapamuutos tapahtuisi ainoastaan sisäisen motivaation ilosta. Koska valittu tavoite ja sen mukainen toiminta kuitenkin koetaan oman terveyden kannalta tärkeäksi, voi alun perin ulkoisista syistä muodostunut motivaatio muuttua laadultaan sisäisesti säädelyksi. Tällöin puhutaan sisäsyntyisestä motivaatiosta. (Turku 2007, 38.)

Motivaatiota vaaditaan myös hoitajalta. Hoitajan tulee olla motivoitunut ohjaamiseen, jotta sillä voi olla tuloksia. Olennaisimmiksi hoitajan ohjausmotivaatiota lisääviksi tekijöiksi Turku (2007, 111-113, 115) nimeää työtehtävän selkeän rajauksen, voimaannuttavan työyhteisön ja elämäntapaohjauksen tuloksellisuuden osoittamisen. Ohjausmotivaatioon vaikuttavat myös ohjaustaidot, erityisosaaminen ja oma ohjausasenne. Oman toiminnan reflektointi ja arviointi ovat työkaluja, joiden avulla ohjaustoimintaa voi kehittää. (Turku 2007, 114.)

Kääriäinen käsittelee Tutkiva hoitotyö -lehden (2011) puheenvuorossaan 'Asiakkaan oppiminen ja motivaatio ohjauksessa' sitä, kuinka tärkeää on korostaa asiakaslähtöisyyttä, aktiivisuutta ja tavoitteellisuutta. Yksisuuntainen tiedon siirtäminen on perusteltua vain, jos potilas ei pysty osallistumaan ja tekemään ratkaisujaan itse. Koska oppiminen on tiedon aktiivista prosessointia ja ymmärtämistä yksin tai yhteisöllisesti tulee sen perustua oppijan aikaisempaan tietoon, motivaatioon, kokonaiskuvien muodostamiseen ja asioiden harjoitteluun todellisissa oppimistilanteissa. Oppimisprosessia on myös aina arvioitava. Etukäteen täytetyt kyselylomakkeet ovat käytännöllinen esimerkki siitä, miten sekä ohjattava että ohjaaja voivat saada tietoa tulevasta ohjaustilanteesta ja sen tarpeista etukäteen. (Kääriäinen 2011, 41.) Kääriäisen esittämät huomiot auttavat kehittämään yksilöllistä ohjausta ja säästävät aikaa, jolloin on mahdollista tarjota laadukkaampaa ohjausta.

Kääriäinen esittää, että ohjattavat asiat tulee jakaa tarpeeksi pieniksi eriksi (1-3 asiaa kerrallaan), jotta ohjattava pystyy prosessoimaan uutta tietoa. Asiat eivät kuitenkaan saa vaikuttaa hajanaisilta, jottei ohjattavan motivaatio heikkene. Esimerkiksi käsitekarttojen avulla voidaan havainnollistaa kokonaisuuksia ja yksittäisten asioiden yhteyksiä toisiinsa. Ohjattavien asioiden liittäminen arkielämän tilanteisiin ja ympäristöihin lisää asioiden ymmärtämistä, esimerkkinä ruokaostoksilla tapahtuva elintapaohjaus. (Kääriäinen 2011, 41-42.) Terveysthuollon resurssit eivät yleensä riitä tällaiseen paikan päällä tapahtuvaan ohjaukseen, mutta hoitaja voi miettiä keinoja, joilla havainnollistaa asiaa vastaanotollaan. Opinnäytetyön tuotoksena syntyvät tietoisuuskäsitteet voivat osaltaan auttaa asioiden havainnollistamisessa.

Voimaantuminen on motivaatioon läheisesti liittyvä käsite, joka tarkoittaa tilannetta, jossa sairauteen ja omaan elämään liittyvien asioiden päätösvalta on potilaalla itsellään (Tuorila 2009, 102). Potilaan hyvät tiedot oikeuksistaan, velvollisuuksistaan ja terveydellisestä ongelmastaan vaikuttavat voimaantumiseen positiivisesti. Tiedon on oltava laadukasta ja ymmärrettävää, sillä se auttaa potilasta osallistumaan hoitoonsa, tekemään perusteltuja päätöksiä ja suhtautumaan analyttisemmin terveystalouteen. Luonteeltaan tieto on sekä yleistä (elintavat, hoitovaihtoehdot, oikeudet) että yksilöllistä (tieto omasta terveydestä). (Tuorila 2009, 104-106.) Terveystalouden kannalta potilaan voimaantuminen on hyödyllistä, koska voimaantunut potilas sitoutuu hoitoonsa määrätietoisesti. Voimaantuneet potilaat ovat hoitoonsa tyytyväisempiä. (Tuorila 2009, 105.)

3.5 Painonhallinta

Painonhallinta on tärkeä asia terveyden edistämisen kannalta kaikille ihmisille. Tulehdusellista reumasairautta sairastavan näkökulmasta painonhallinnan merkittävyys korostuu, koska nivelet kuormittuvat ylipainosta. Sairauden aiheuttamat liikunnan rajoitukset ja kortisonilääkkeet herkistävät ylipainon kertymiselle (Reuma ja ravinto). Liikalihavuuden vaikutuksia ihmiseen on tutkittu paljon ja se on vahva sydän- ja verisuonitautien riskitekijä. Se aiheuttaa monia sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä, kuten kohonnutta verenpainetta, korkeaa kolesterolia ja insuliiniresistenssiä sekä edistää ateroskleroosin eli valtimotaudin syntyä. (Stavropoulos-Kalinoglou ym. 2011, 455.) Jo pienikin painonpudotus vähentää lihavuuden haittoja. Esimerkiksi 5-10 % pysyvät laihi-

tuminen vähentää kohonneen verenpaineen ilmaantuvuutta ja vähentää sydän- ja verisuonitautien ilmaantuvuutta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 13.)

Nivelreumapotilaiden yleisimmät kuolinsyyt ovat sydän- ja verisuonitaudit, nivelreuma ja tulehdukset. Viime vuosina nivelreuman aiheuttamat kuolemat ovat vähentyneet, kun taas sepelvaltimoperäiset kuolemat eivät. Reumapotilaiden kuolleisuuden vähentämiseksi sepelvaltimotaudin ”etsiminen” ja hoito on tärkeää. (Koivuniemi 2009, 7.) Reumatulehdusta pidetään sepelvaltimotaudinriskitekijänä. Tarkkaa vaikutusmekanismia ei tiedetä, mutta yhteyden arvellaan johtuvan siitä, että reumatulehdus vaikuttaa sepelvaltimoiden seinämiin ja näin lisää sydäninfarktin riskiä. Reumatulehduksesta aiheutuvista rajoituksista johtuvan liikkumattomuuden lisääntyminen kasvattaa sepelvaltimotaudin riskiä entisestään (Katko 2011.) Reumasairaus on myös muiden sydän- ja verisuonitautien itsenäinen riskitekijä, mikä johtuu tulehduksen haitallisesta vaikutuksesta verisuonen endoteelin toimintaan ja lipidiaineenvaihduntaan (Laiho & Hakala 2006, 2598). Edellä mainittujen tekijöiden vuoksi painonhallinta on oleellinen terveyttä edistävä tekijä erityisesti tulehduksellisesta reumasairautta sairastavalle.

Ravitsemukseen liittyviä asioita on vaikea tutkia eikä selkeitä tieteellisiä tuloksia jonkin tietyn ruokavalion noudattamisen eduista nivelreumapotilaalla ole saatu. Ravitsemus on kuitenkin oleellinen osa ihmisen hyvinvointia ja painonhallinnan kannalta ruokailuun liittyvät muutokset ovat välttämättömiä, jotta nautittu energiamäärä pienenee (Terveyskirjasto: Painonhallinta ja ruoka 2012). Tulehduksellista reumasairautta sairastavan ravinnossa korostuu muutama tekijä, kuten valkuaisaineiden sekä vitamiinien ja kivennäisaineiden lisääntynyt tarve. Potilaalle voidaan siis suositella virallisten ravitsemussuositusten mukaista, terveellistä ruokavaliota. Jonkin verran on tutkimustuloksia kasvis- ja kalapainotteisen ruokavalion hyödyistä, joten hedelmien, marjojen ja kasvien syöminen painottaminen potilaalle on hyödyllistä. Kalaa suositellaan syötäväksi kahdesta kolmeen kertaan viikossa ja muina päivinä on hyvä käyttää kalaöljykapseleita. (Reuma ja ravinto.) Taudin aktiivisessa eli tulehdusvaiheessa keho kuluttaa enemmän energiaa ja etenkin valkuaisaineiden riittävästä saannista on huolehdittava. Tästä syystä painonpudotus on aktiivivaiheen aikana jätettävä taka-alalle. Toisaalta ruokahalu voi heikentää tulehduksen myötä. Säännöllinen ateriarytmitys ja vähärasvainen ruokavalio auttavat painonhallinnassa. (Martio ym. 2007, 210-212)

BMI (Body Mass Index) eli painoindeksi on yleisimmin käytössä oleva mittausväline painon arviointiin. WHO:n painoindeksin käytölle asettamien ohjeiden mukaan BMI 25-30kg/m² viittaa ylipainoon ja >30kg/m² liikalihavuuteen. Ylipainoisilla henkilöillä kuolleisuus on 20–40 % muita korkeampi ja liikalihavilla vastaava luku kohonnut kaksin- tai kolminkertaiseksi. BMI ei kuitenkaan ole ihanteellinen tapa seurata kehonkoostumusta, varsinkaan ryhmillä joiden kehonkoostumus poikkeaa valtaväestöstä (kuten urheilijat). Painoindeksi ei ota huomioon erilaisten kudosten osuuksia kehossa, kuten lihaskudos ja rasvakudos. Erityisesti nivelreumapotilaiden, ja muiden tavallisesti poikkeavan kehonkoostumuksen omaavista ryhmistä, seurantaan BMI on puutteellinen. Vyötärönympäryys ja vyötärön ja lantion suhdelukua on ehdotettu painoindeksin vaihtoehtoiksi. Ne kertovat erityisesti kehon keskiosiin kertyneestä rasvasta, jonka arvellaan olevan metabolisten häiriöiden aiheuttaja. (Stavropoulos-Kalinoglou ym. 2011, 451.) Vyötärönympäryys mitataan alimman kylkiluun ja suoliluun harjanteen puolivälistä. Miehillä yli 100 cm ja naisilla yli 90 cm vyötärönympäryys lisää huomattavasti sairastumisen vaaraa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 13.) Kahta edellä mainittua mittausmenetelmää ei kuitenkaan ole todistettu painoindeksiä luotettavammaksi (Stavropoulos-Kalinoglou ym. 2011, 456).

Nivelreumapotilaiden kohonnut riski obeesiteettiin, sydän- ja verisuonisairauksiin ja jatkuva tai toistuva tulehdus tekee lihavuustutkimuksesta heidän kohdallaan erityisen tärkeää. Aikoinaan suuri osa nivelreumapotilaista oli raihnaisia ja riutuneita. Vaikka sairauden hoitojen kehittymisen myötä tästä on onneksi päästy eroon, on huolestuttavaa, että on siirrytty toiseen ääripäähän – obeesiteettiin. (Stavropoulos-Kalinoglou ym. 2011, 453-454.) Erityisesti keskivartalolihavuus on nivelreumapotilailla yleistä. Siihen liittyy insuliiniresistenssi ja endoteelin toimintahäiriö. Myös kohonneet CRP-arvot voivat johtua keskivartalolihavuudesta. (Stavropoulos-Kalinoglou ym. 2011, 254.) Lihavuuden itsessään ei ole voitu osoittaa olevan nivelreuman puhkeamiseen vaikuttava tekijä, mutta osa tutkijoista on sitä mieltä että se vaikuttaa sairauden puhkeamiseen. (Stavropoulos-Kalinoglou ym. 2011, 454.)

Obeesiteetti eli liikalihavuus on tila, joka kehittyy jatkuvan energiansaannin ja energiankulutuksen epätasapainon seurauksena. Tämän seurauksena kehon ylimääräinen/liiallinen rasva lisääntyy. Se on tunnistettu itsenäiseksi sairaudeksi ja monisairauksisuuden riskitekijäksi jo Hippokrateen aikana. Lihavuus on suuri sydän- ja verisuonitautien riskitekijä. Nivelreuma vaikuttaa kehonkoostumukseen, koska kehon jatkuva

tulehdus laukaisee metabolisia eli aineenvaihdunnallisia muutoksia, jotka johtavat lihaskudoksen heikentymiseen. Tämä ja vähäinen liikunta usein aiheuttavat sen, että kehon rasvakudos vastaavasti lisääntyy ja paino voi hiukan nousta. Puhutaan reumaattisesta kakeksiasta. Kakeksialla on selvästi haitallinen vaikutus nivelreumaa sairastavien sairaalloisuuteen ja kuolleisuuteen ja se onkin saanut viime vuosina paljon tieteellistä huomiota. (Stavropoulos-Kalinoglou ym. 2011, 450.) Lisää tietoa reumaattisesta kakeksiasta on kappaleessa 3.6.3 Reumaattinen kakeksia.

Obeesien nivelreumapotilaiden tauti on usein aktiivisempi ja vaikeampi kuin normaali-painoisilla. Satunnaistetuissa tutkimuksissa on myös todettu, että obeesiteetti ennustaa huonompaa elämänlaatua. Toisaalta on myös tutkimustuloksia, jotka osoittavat obeesiteetin vaikuttavan ehkäisevästi niveltuhoon. Tämä vaikutus kuitenkin heikkenee ajan myötä. Alhaisen painoindeksin on todettu liittyvän lisääntyneeseen taudin aktiivisuuteen ja vaikeuteen sekä huonompaan elämänlaatuun. Tässä tapauksessa huomattavasti laske- nut painoindeksi on luultavasti sairauden seurauksena tapahtunut asia, ei sen aiheuttaja. Lihavuuden ja nivelreuman yhteyttä tulee tutkia vielä paljon perusteellisemmin. (Stavropoulos-Kalinoglou ym. 2011, 454-455.) Näiden tutkimustulosten perusteella voinee päätellä, että terveyden kannalta ihanteellisin tila olisi painoindeksin perusteella normaali paino tai lievä ylipaino.

Suomalaiset ravitsemussuositukset korostavat jokapäiväisiä valintoja terveellisen ruokavalion lähtökohtana. Terveellinen ruokavalio koostuu täysjyväviljavalmisteista, kasviksista, hedelmistä, marjoista, maitovalmisteista, kalasta, vähärasvaisesta lihasta ja kananmunista. Runsaasti kovaa rasvaa, suolaa ja sokeria sisältävien elintarvikkeiden käyttöä pitäisi vähentää. Maukas, monipuolinen ja ravinnerikas ruoka on terveellistä. Lautasmallin avulla hyvän aterian kokoaminen on helppoa ja yksinkertaista. Puolet lautasesta täytetään kasviksilla, neljännes perunalla, riisillä tai pastalla ja neljännes kala-, liha- tai munaruoalla. Ateriaan kuuluu lisäksi ruokajuoma (maito, piimä tai vesi), leipä (päälle sipaisu kasvirasvavevitettä) ja jälkiruoka (marja tai hedelmät). (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 35.)

Ateria-ajat ja niiden lukumäärä vaihtelee kulttuurin ja yksilön mukaan, mutta säännöllinen ateriarytmi on avaintekijä painonhallinnassa ja terveyden edistämisessä. Tämä tarkoittaa, että tulisi syödä suunnilleen yhtä monta kertaa ja samoina aikoina. Säännöllisyyden hyötyjä ovat napostelun ja hampaiden reikiintymisen ehkäisy, painonhallinnan

edistäminen ja veren rasva-arvojen kohentuminen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 39.) Riittävä juominen on olennainen osa terveellistä ruokavaliota. Päivittäin suositellaan juotavaksi 1-1,5 litraa nesteitä, mieluiten vettä. Ulkoiset tekijät kuten kuuma ilma, kuume, liikunta ja imettäminen vaikuttavat nesteen tarpeeseen sitä lisäävästi. (Valsta, Borg, Heiskanen, Keskinen ym. 2008, 19.)

Suomalaiset ravitsemussuositusten mukaan aikuisille suositellaan päivittäistä vähintään 30 minuuttia kestävästä kohtuullisen kuormittavaa tai raskasta fyysistä aktiivisuutta. Painon nousun ehkäisemiseksi määrä nousee noin 60 minuuttiin kohtuullisesti kuormittavaa fyysistä aktiivisuutta (esimerkiksi reipas kävely). Liikunta ja ruokailutottumukset täydentävät toisiaan terveyttä edistävinä elintapojen osatekijöinä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 42.) Seuraavassa kappaleessa käsitellään tarkemmin liikunnan merkitystä tulehduksellista reumasairautta sairastavan terveydelle.

3.6 Liikunta

Aikoinaan liikunnan ajateltiin pahentavan nivelreumapotilaan tilannetta, mutta tutkimustiedon perusteella liikunnan merkitys sairauden oireita lieventävänä on todettu. Olennaisimpana tavoitteena liikunnan harrastamisessa on toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen. (Suomen reumaliitto Ry.) Fyysisen toimintakyvyn ylläpito etenkin nuorilla nivelreumapotilailla on tärkeää, koska sairaus saattaa rajoittaa heidän fyysistä ja sosiaalista toimintakykyään ja riski työkyvyttömyyteen tai työttömyyteen tulevaisuudessa on kasvanut. Kuntoutuksessa tulisi pyrkiä ehkäisemään osteoporoosia ja apuvälineriippuvaisuutta, kasvattaa liikelaajuuksia, voimaa ja liikkuvuutta. (Evans ym. 2011, 2.)

3.6.1 Liikunnan erityispiirteet reumasairaalla

Tulehduksellista reumasairautta sairastavan on liikkueessaan otettava huomioon nivelten säästäminen ja kuitenkin muistettava, että liikunnan tarkoitus on lisätä nivelten liikkuvuutta. Liika varovaisuus ja liikunnan pelkääminen on siis aiheetonta. Päivittäinen nivelten liikkuttelu niiden täydellä liikeradalla tähtää nivelten jäykistämisen ehkäisyyn. Liikunnassa on vältettävä virheasentoja ja ylikuormitusta sekä tapaturma-alttiita lajeja,

jotta säästyttäisiin nivelvaurioilta. Myös taudin vaihe on huomioitava liikuntaa suunniteltaessa. Taudin aktiivivaiheessa yksilöllisen liikuntaohjelman mukainen ja varovainen liikerataharjoittelu ovat tärkeitä. Oireiden lievittäessä monipuolisempi ja tehokkaampi liikunta on mahdollista ja tuolloin voidaan keskittyä enemmän lihasvoimia ja kestävyyskuntoa kehittävään liikuntaan. (Suomen Reumaliitto Ry.)

Nivelreuman vaihtelevan aktiivisuuden vuoksi potilaat joutuvat jatkuvasti tekemään hoitoon liittyviä päätöksiä, joten on tärkeää, että he ymmärtävät kuinka muokata fyysisiä harjoitteita oireiden mukaisesti. Liikuntatottumusten puheeksi ottaminen tulisi aina tapahtua terveysalan ammattilaisen toimesta. Ohjaajan omat uskomukset ja vankka tietopohja suosittelemistaan liikuntamuodoista vaikuttavat potilaan sitoutumiseen. Tällä hetkellä nivelreumapotilaat saavat liikunnan suhteen epäselvää ja riittämätöntä tietoa. Jotta hoidon laatua voidaan parantaa, tulee liikunnan vaikutuksista ja hyödyistä antaa parempia neuvoja, selkeyttää yksilöllisiä liikuntasuosituksia ja pohtia, miten potilas voi voittaa yksilölliset fyysistä aktiivisuutta estävät tekijät. On vähän tutkimustietoa siitä, voiko tai pitäisikö fyysistä harjoittelua, ja etenkin voimaharjoittelua, jatkaa tulehduksen ollessa aktiivinen. Myöskään harjoittelun vaikutuksesta jo vakavasti vahingoittuneille nivelille ei tiedetä juuri mitään. Lisää tutkimustietoa tarvitaan myös siitä, millainen on optimaalinen liikuntamäärä ja -tyyppi ja miten yhdistää fyysiset harjoitteet osaksi elämää, jossa nivelreuman vaihteleva aktiivisuus vaikuttaa jokapäiväisellä tasolla. (Cooney ym. 2011, 7, 9.)

Neljäkymmentäkaksi prosenttia nivelreumapotilaista kärsii usein vaikeasta uupumuksesta. Usein potilaat raportoivatkin sen taudin rasittavammaksi oireeksi. Nivelreumaan liittyvälle uupumukselle ei kuitenkaan ole kansainvälistä yhteistä määritelmää ja sen etiologia on edelleen epäselvä. Uupumus koetaan yksilöllisesti ja se on äärimmäistä, jatkuvaa väsyneisyyttä tai heikkoutta ja se voi olla sekä psyykkistä että fyysistä. Fyysisen harjoittelun on voitu osoittaa vaikuttavan myös nivelreumaperäistä uupumusta vähentäen ja se vaikuttaa myönteisesti henkiseen hyvinvointiin. Sen avulla myös kivut ja aamujäykkyys saattavat vähentyä. (Cooney ym. 2011, 6.)

Vaikka ei ole näyttöä siitä, että fyysinen harjoittelu pahentaisi nivelreuman aktiivisuutta, monet potilaat ovat muuta väestöä fyysisesti passiivisempia. Nivelreumapotilaiden kanssa työskentelevien terveydenalan ammattilaisten onkin tärkeää olla tietoisia tekijöistä, jotka vaikuttavat positiivisesti tai negatiivisesti siihen, kuinka hyvin potilas nou-

dattaa liikuntaohjeita. Jotta tämä toteutuu, tulee hoitajan tai muun ohjaajan ymmärtää potilaan käsityksiä fyysisestä harjoittelusta. Tutkimuksissa, joissa on tutkittu nivelreumapotilaiden suhtautumista fyysiseen harjoitteluun, on suurimmiksi liikuntaa estäviksi tekijöiksi osoitettu aktiivinen tulehdus, uupumus ja epämukavuus. Fyysisistä esteistä myös kipu, liikuntarajoitteet ja monisairastavuudesta aiheutuneet esteet on nostettu esille. Psykologiselta näkökannalta ajateltuna nautinnon, motivaation ja itsevarmuuden puute on todettu negatiivisesti liikkumiseen vaikuttaviksi. Ohjaajien apu ja mahdollisuus sosiaaliseen kanssakäymiseen ovat kuitenkin kannustaneet potilaita liikkumaan. Ympäristötekijöistä taloudelliset tekijät ja kulkuneuvon puute vaikuttavat liikuntatottumuksiin sekä nivelreumapotilaiden että muun väestön kohdalla. (Cooney ym. 2011, 6-7)

3.6.2 Liikunnan merkitys reumasairaalle

Liikunnan ohjaamisessa fysioterapeutin palveluiden käyttö on reumapotilaan hoidossa tärkeää, jotta potilas saa konkreettista ja yksilöllistä tietoa oikeanlaisista liikkeistä ja kuormituksen sietotasosta. Fysioterapeutilta potilas saa yksilöllistä ohjausta ja valvontaa ja liikuntaohjelma voidaan rakentaa pitkäaikaissairaana omien tavoitteiden ja sairauden vaiheen sekä oireiden mukaisesti. (Saariniemi 2011, 14.) Tämän perusteella voidaan todeta, että moniammatillinen yhteistyö tulehduksellista reumasairautta sairastavan hoidossa ja ohjauksessa on välttämätöntä, jotta saadaan käyttöön eri ammattiryhmien omaama erikoisosaaminen.

Nivelreumaan liittyy nivelkipuja, väsymystä, sydän- ja verisuonitautien kasvanut esiintyvyys ja eteneminen sekä lihaskatoa. Nämä tekijät aiheuttavat toimintakyvyn rajoituksia, työkyvyttömyyttä, monisairauksisuutta ja elämänlaadun heikentymistä. Niiden yhteisvaikutusta kutsutaan reumaattiseksi kakeksiaksi. (Cooney ym. 2011, 1.) Kakeksia on tila, joka liittyy vaikeisiin yleissairauksiin ja sen oireita ovat huono yleisvointi, laihtuminen ja väsymys (Ukkola 2005, 985). Kaksi kolmannelta nivelreumapotilaista kärsii reumaattisesta kakeksiasta (Cooney ym. 2011, 2). On osoitettu, että fyysinen harjoittelu on tehokas tapa kakeksian rauhoittamiseen ja parantaa huomattavasti toimintakykyä ärsyttämättä sairauden aktiivisuutta. Lisäksi harjoittelu vähentää sydän- ja verisuonitautien riskiä, joka on reumapotilailla kasvanut. (Cooney ym. 2011, 1.)

Nivelreuma potilaat harrastavat liikuntaa vähemmän kuin muu väestö (Law ym. 2010, 2444). Potilaat uskovat fyysisen harjoittelun olevan tärkeä tekijä sairauden hoidossa, mutta epävarmuus sopivan, lisähaittaa aiheuttamattoman liikuntamuodon valinnasta aiheuttaa monien potilaiden kohdalla sen, että he eivät liiku ollenkaan. (Law ym., 2444-2445). Myös terveystieteen ammattilaisilla on havaittu olevan puutteita tiedoissa fyysisestä harjoittelusta (Law ym. 2010, 2446). Äärimmäinen liikunnallinen passiivisuus aiheuttaa ikävän noidankehän, joka aiheuttaa terveyden huononemista ja sairauden etenemistä. Tämän vuoksi on selvää, että fyysisen aktiivisuuden tärkeyden korostaminen nivelreumapotilaille on oleellinen osa sairauden hoitoa. (Cooney ym. 2011, 2.) Kun on vertailtu korkean ja matalan intensiteetin harjoittelua, on havaittu, että korkean intensiteetin harjoittelulla on tehokkaammat vaikutukset vakaassa tilassa olevaan nivelreumaan. Liikunnan on voitu osoittaa kasvattavan aerobista kapasiteettia, lihasvoimaa, nivelten liikkuvuutta ja fyysistä toimintakykyä. (Cooney ym. 2011, 2.)

Elämänlaadun parantamiseksi ja eliniän pidentämiseksi nivelreuman hoidossa tulisi aina ottaa huomioon sydän- ja verisuonitautien riskin ja esiintyvyyden vähentäminen. Sydän- ja verisuoniperäiset sairaudet ovat pääsyy nivelreumapotilaiden lyhentyneeseen eliniänodotteeseen. Nivelreumapotilaiden verenkierto- ja hengityselimistönsä terveys on 20-30 % huonompi kuin samanikäisillä terveillä. Tutkimuksissa on myös löydetty tuloksia, joiden mukaan fyysisesti passiivisilla nivelreumapotilailla esiintyy enemmän korkeaa verenpainetta ja kohonnutta kolesterolia kuin fyysisesti aktiivisilla nivelreumapotilailla. (Cooney ym. 2011, 2-3.)

Liikunnan vähäisyys, kehon tulehdustila ja korkea-annoksinen steroidilääkitys vaikuttavat nivelreumapotilaan luuntiheyteen negatiivisesti. Matalampaa luuntiheyttä on havaittu glukokortikoidilääkitystä käyttävillä ja potilailla, joilla on heikompi lihasvoima käsissä ja reisilihaksissa sekä matala fyysinen kapasiteetti. Lihaksia vahvistava fyysinen aktiviteetti voi vähentää luun haurastumista ja voi jopa parantaa luuntiheyttä. Liikkuvuus ja joustavuus paranevat fyysisen harjoittelun myötä ja näin liikerajoitukset vähentyvät. Voimaharjoittelu kasvattaa jänteiden jäykkyyttä ja vahvistaa sidekudosta. Säännöllinen rasitus, kuten kävely, pyöräily ja voimaharjoittelu, parantaa ruston kuntoa ja nivelten voitelua. Liikkuvuusharjoitteet lisäävät liikelaajuutta. (Cooney ym. 2011, 5-6.)

3.6.3 Reumaattinen kakeksia

Aiemmin mainittu reumaattinen kakeksia eroaa muista kakeksioista siinä mielessä, että paino ei siinä yleensä putoa, vaan samaan aikaan kun lihassmassa vähenee, rasvakudos lisääntyy. Nämä terveydelle haitalliset muutokset aiheuttavat lihasten heikkoutta, toimintakyvyn heikkenemistä, uupumusta ja kasvanutta sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen riskiä. (Cooney ym. 2011, 3.) Reumaattisen kakeksian tarkkaa syntymekanismia ei tiedetä, mutta proteiinien vähentyneellä synteessillä arvellaan olevan vaikutusta (Ukkola 2005, 989). Muita lihasten surkastumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat insuliinin vähentynyt vaikutus, testosteroni, nivelreuman hoitoon käytetyt lääkkeet ja vähäinen fyysinen aktiivisuus. Reumaattisen kakeksian hoitoon ei ole vakinaista hoitomuotoa. Korkean intensiteetin harjoittelulla voidaan turvallisesti palauttaa lihassmassaa, parantaa fyysistä toimintakykyä ja vähentää liikerajoitteita. Korkean intensiteetin progressiivinen voimaharjoittelu on tehokas tapa kasvattaa lihassmassaa, voimaa ja fyysistä toimintakykyä sekä pitkään nivelreumaa sairastaneilla että varhaisessa vaiheessa olevilla. Se voi parantaa myös koordinaatiota ja tasapainoa, jotka voivat nivelreuman myötä heikentyä. Sen on todettu myös olevan turvallinen tapa liikkua nivelreumasta huolimatta. (Cooney ym. 2011, 3-4) Progressiivisella voimaharjoittelulla tarkoitetaan sitä, että lihaksen voimistuessa myös vastusta tulee kasvattaa (Sundell 2012).

3.7 Reumasairaalle sopivat liikuntamuodot

Kuten edellisissä kappaleissa jo esitettiin, on liikunta ja kehonhuolto tulehduksellista reumasairautta sairastavalle tärkeää. Jotta reumasairaudesta kärsivien keskuudessa yleisesti esiintyvää passiivisuutta voitaisiin ehkäistä, tulisi jokaisen löytää itselleen sopiva ja innostava laji. Tässä opinnäytetyössä nostetaan esille jooga ja Tai Chi sen vuoksi, että halutaan tuoda esille uusia lajeja, jotka sopivat erityisesti tulehduksellista reumasairautta sairastaville. Työelämäyhteydestä saadun kommentin mukaan hoitajista tuntuu toisinaan hölmöltä suositella potilaille samoja lajeja (esimerkiksi uiminen) kerrasta toiseen ja uudenlainen näkökulma liikunnan harrastamiseen on tervetullut. Dynaaminen harjoittelu esitellään erikseen, jotta voidaan korostaa yksilöllisyyden tärkeyttä reumapotilaan fyysisessä harjoittelussa ja sitä, että niin sanottu rankempikin harjoittelu voi sopia nivelreumapotilaalle. Dynaamisessa harjoittelussa myös yhdistyy voimaharjoittelu ja kestävyyskunnan kehittäminen, joten sillä saa iskettyä 'kaksi kärpästä yhdellä iskulla'.

3.7.1 Dynaaminen harjoittelu

Dynaamisella harjoittelulla tarkoitetaan riittävällä intensiteetillä, kestolla ja harjoittelukertojen lukumäärällä tapahtuvaa harjoittelua, jolla voidaan parantaa kestävyyttä ja lihasvoimaa. Se voi olla mitä tahansa aktiivista toimintaa, joka parantaa toimintakykyä ja fyysistä kuntoa. (Hurkmans ym. 2009, 2.) Dynaamisen harjoittelun vaikutuksia nivelreumaan on tutkittu paljon (esim. Hurkmans ym. 2009; Häkkinen ym. 2001) ja säännöllisesti harjoitettuna sillä on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia varhaisen nivelreuman kliiniseen aktiivisuuteen ja fyysiseen toimintakykyyn, muttei luuntiheyteen (Häkkinen ym. 2001, 515). Hurkmans ym. vuonna 2009 tehdyssä yleiskatsauksessa, joka kokosi yhteen useiden dynaamista harjoittelua käsitelleiden tutkimusten tuloksia, todettiin, ettei kokeissa oltu havaittu kivun tai sairauden aktiivisuuden lisääntymistä. Tutkimuksen mukaan ei myöskään voida osoittaa, että vedessä tapahtuva harjoittelu olisi maalla tapahtuvaa liikuntaa turvallisempaa ja siksi liikuntamuodon valinnassa tulisikin kuunnella potilaan omia mieltymyksiä ja ottaa huomioon se, mitä liikunnalla tavoitellaan. (Hurkmans 2009, 19.) Häkkinen ym. tutkimus korostaa, että jotta hoitotuloksia voitaisiin vahvistaa, tulisi panostaa yksilöityihin hoitomuotoihin, joissa fyysinen harjoittelu olisi kiinteä elementti (2001, 521).

3.7.2 Jooga

Jooga perustuu ikivanhaan Intialaiseen filosofiaan ja nykyisin on lukuisia erilaisia joogan moderneja koulukuntia, kuten Iyengarjooga ja Sivanandajooga. Kaikkia joogamuotoja yhdistävät fyysiset asennot ja harjoitukset, hengitysharjoitukset, rentoutuminen ja meditaatio, mutta näiden painotus vaihtelee. Joogaa alettiin soveltaa terapeuttiseen interventioon 1900-luvulla ja siinä käytetään hyödyksi lajin psykofyysisiä hyötyjä. Jooga-harjoituksen fyysiset suoritteet eli asanat voivat kasvattaa potilaan notkeutta, koordinaatiokykyä ja voimaa. Hengitysharjoitusten ja meditaation hyödyllisenä seurauksena potilaan ahdistuneisuus voi vähentyä ja mieli rauhoittua. (Büssing ym. 2012, 1.)

Balasubramaniam, Telles & Doraiswamyn 2013 julkaistussa tutkimuksessa jooga määritellään harjoitukseksi, joka koostuu fyysisistä asennoista, hengitysharjoituksista, syvärentoutuksesta ja meditaatiosta ja sillä on monia eri alatyyppejä. Esimerkkeinä näistä

alatyypeistä mainittakoon *astangajooga* (suhteellisen nopeatahtinen ja fyysinen joogalaji), *hathajooga* (painotus asennoissa, kontrolloidussa hengityksessä ja meditaatiossa) ja *hotjooga* (harjoitus tehdään yli 30 °C lämmitetyssä huoneessa). (Balasubramaniam, Telles & Doraiswamy 2013, 2-3.) Joogan käsite voi siis tarkoittaa monenlaisia eri asioita, riippuen siitä mistä joogan alatyypistä puhutaan. Joogaharjoitus voi olla kovin fyysinen tai keskittyä lähes täysin mietiskelyyn. Tässä opinnäytetyössä joogan käsitetään olevan fyysisistä liikkeistä, hengitysharjoituksista, rentoutumisesta ja meditaatiosta koostuva kokonaisuus.

Telles, Naveen, Gaur & Balkrishnan vuonna 2011 julkaistussa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa selvitettiin viikon mittaisen joogaharjoittelun vaikutusta nivelreuman ankaruuteen ja toimintakykyyn. Joogaharjoitus tehtiin viikon ajan kaksi kertaa päivässä: aamuin illoin kahden tunnin mittainen harjoitus ja harjoitusten välillä oli kaksitoista tuntia. Harjoitus koostui hengitysharjoituksista (pranayama) 50 %, rentouttavista liikkeistä (sukshma vyayama) 25 % eli venytys-, ojennus- ja kiertoliikkeistä hartioille, ranteille, kyynärnivelille ja sormille yhdistettynä rauhalliseen ja syvään hengitykseen sekä jooga-asennoista (asana) 25 %. Kuudenkymmenen neljän osallistujan ryhmässä Disability Index eli toimintakykyä mittaava indeksi oli laskenut kokeen viimeistä päivää ensimmäiseen verrattaessa. Suurin osa (47) tutkimukseen osallistuneista oli naisia ja heillä parannusta havaittiin pukeutumisessa, aamulla ylösousemisessa ja kävelemisessä. Miehillä kehitystä tapahtui näiden lisäksi myös käsien puristusvoimassa. Kiputasossa ei havaittu huomattavaa muutosta. Verestä mitattu reumatekijä oli ryhmää kokonaisuutena katsottaessa merkittävästi matalampi tutkimuksen viimeisenä päivänä verrattuna ensimmäiseen. Arvot eivät kuitenkaan laskeneet normaalille tasolle saakka. Reumatekijäarvojen laskua pidetään hyvänä tulemana, koska korkeat reumatekijäarvot yhdistetään huonoon toimintakykyyn ja korkeampaan kuolleisuusriskiin. (Telles, Naveen, Gaur & Balkrishna 2011, 1-2.)

Tammikuussa 2013 julkaistiin Duken yliopistossa tehty tutkimuskatsaus joogan vaikutuksista psyykkisiin häiriöihin. Tutkimuskatsaus noteerattiin Suomenkin mediassa (Repo/HS, 2013). Katsauksen tulosten mukaan joogan hyödyllisestä roolista masennuksen, univaikeuksien, skitsofrenian ja ADHD:n hoidossa on kasvavaa tieteellistä näyttöä (Balasubramaniam, Telles & Doraiswamy 2013, 14). Tulokset ovat tulehduksellista reumasairastavien kannalta sikäli merkittäviä, että heillä on havaittu olevan enemmän masennusta ja ahdistusta kuin terveellä väestöllä. Masentuneisuuden on havaittu olevan yh-

teydessä kipuun ja heikkoihin selviytymiskeinoihin kivun kanssa. Pahimmillaan kipujen seurauksena muodostuu kielteinen kehä, jossa kivun vaikutusten murehtiminen aiheuttaa turhautumista, mielialan laskua ja ahdistuneisuutta, jotka näkyvät vähentyneenä liikunnan harrastamisena ja lihasjännityksinä. (Martio ym. 2007, 108-109.)

3.7.3 Iyengarjooga

Iyengarjooga on joogamuoto, joka voidaan sovittaa nivelreumapotilaiden kuntoutuksen ja fyysisen harjoittelun tarpeisiin. Iyengarjoogassa asennot on suunniteltu kasvattamaan lihasvoimaa sekä nivelten ja lihasten liikkuvuutta. Asennot voidaan valita yksilöllisesti potilaan kykyjen ja tarpeiden mukaan. Joogalla on myös mahdollisesti edullisia vaikutuksia potilaan psykologiseen hyvinvointiin, mikä voi osaltaan vähentää toimintakyvyn heikkenemisen riskiä. Iyengarjooga sopii hyvin käytettäväksi lääketieteellisellä kentällä, koska siinä korostetaan liikkeiden oikeaoppista anatomista linjausta, tukea-antavien apuvälineiden käyttöä, niveliä säästävää liikkeiden kohdistusta ja tiukasti säänneltyä opettajakoulutusta. (Evans ym. 2011, 2,4.)

Evans ym. tutkimuksessa (2011) Iyengarjooga intervention hyödyistä nuorille nivelreumapotilaille. Interventio kesti kuusi viikkoa. Harjoitukset sisälsivät passiivisia selälteän makuuasentoja, passiivisia seläntaivutuksia, seisoma-asentoja ja apuvälineillä tuettuja ”ylösalaisin” -asentoja. Asennot tehtiin yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaan. Iyengarjooga opettajilla tulee olla vähintään seitsemän vuotta kokemusta, jotta he voivat työskennellä potilaiden kanssa. Harjoituksessa keskitytään hengitykseen ja tuomitsemattomaan tietoisuuteen jännittyneisyydestä ja oireista kehossa. Tämän ajatellaan tarjoavan meditatiivisia hyötyjä. (Evans ym. 2011, 3-4.)

Moni Evansin ym. tutkimukseen osallistuneista oli aluksi kokenut joogan asiana, joka ei sopisi nivelreumaa sairastavalle, koska siinä piti heidän käsityksensä mukaan olla notkea. He pelkäsivät, että heitä pyydetäisiin tekemään jotain, joka saattaisi satuttaa tai heikentää heidän niveliään. Tutkimuksen jälkeisissä haastatteluissa ilmeni, että osallistujat kokivat hyväksi asiaksi sen, että joogasta oli tehty heille helposti lähestyttävä. Heidän pelkonsa olivat väistyneet heti ensimmäisellä harjoituskerralla, koska apuvälineet ja yksilöllinen huomio koettiin hyödylliseksi. Iyengarjooga -traditio mahdollisti myös sen,

että potilaat pystyivät tekemään asentoja, joita eivät olleet uskoneet pystyvänsä koskaan tekemään. (Evans ym. 2011, 4.)

Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden kokemukset ja havaitut hyödyt Iyengarjooga interventioon osallistumisesta liittyivät fysiologisiin hyötyihin, kuten voimankasvuun, parantuneeseen ryhtiin ja kehonrakenteen tiedostamisen kasvuun. Potilaat mainitsivat myös psykologis-spirituaaliset hyödyt, kuten itseluottamuksen ja minäpystyvyyden tunteen kasvun. Muita hyötyjä olivat parantunut unenlaatu ja energiatasot, tunne rentoutumisesta sekä kipujen ja särkyjen väheneminen. Yksikään potilas ei raportoinut haitallisia vaikutuksia. Jooga koettiin voimaannuttavana asiana, koska sen avulla potilaat alkoivat keskittyä mahdollisuuksiinsa rajoitustensa sijaan. Joogatunnilla käymisen sosiaaliset edut tunnistettiin myös. Samanlaisessa tilanteessa olevien ihmisten näkeminen helpotti. (Evans ym. 2011, 5,7.)

3.7.4 Tai Chi

Tai Chi on perinteinen kiinalainen itsepuolustuslaji, jossa yhdistetään syvähengitystä ja rentoutumista hitaisiin ja lempeisiin liikkeisiin. Kiinassa lajia on harjoitettu jo 1200-luvulta alkaen, mutta vasta 1980-luvulla tiedemiehet alkoivat tutkia sen mahdollisia terveyshyötyjä. Sitä on pidetty Kiinassa pitkään tehokkaana hoitona nivelreumapotilaille. Vanhemmilla ihmisillä Tai Chin on havaittu vähentävän stressiä, vahvistavan lihasvoimaa alaraajoissa, parantavan tasapainoa ja ryhtiä sekä liikkumiskykyä. Tai Chi harjoituksessa jalkojen lihakset työskentelevät huomattavan paljon, koska liikkeet tehdään kevyessä kyykkyasennossa, polvet joustaen. Tai Chi vastaa energiankulutukseltaan kävelyä kuuden kilometrin tuntinopeudella ja nostaa sykettä noin viisikymmentä prosenttia. Han ym. tutkimuskatsauksessa todettiin, että Tai Chilla ei ole haitallisia vaikutuksia nivelreuman aktiivisuuteen. Tai Chilla havaittiin olevan tilastollisesti merkittävä hyödyllinen vaikutus nilkankoukistuksen liikelaajuuteen. (Han ym. 2010, 2-8.)

3.8 Tupakointi

Maailmanlaajuisesti tupakointi aiheuttaa vuosittain noin 5 miljoonaa ennen aikaista kuolemaa. Tupakkariippuvuus määritellään krooniseksi sairaudeksi ja se muodostuu fyysi-

sestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta riippuvuudesta. Valtaosa eli kuusi kymmenestä tupakkoijasta haluaisi lopettaa tupakoinnin. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus kehittyy perintö- ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksesta ja jo sikiön altistuminen tupakansavulle voi vaikuttaa riippuvuuden kehittymiseen. (Käypä hoito: Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus.) Myös sosiaaliset tekijät vaikuttavat tupakkariippuvuuteen, mutta suurin osa pitkäaikaisesta tupakoinnista johtuu nikotiiniriippuvuudesta (Kinnunen, Korhonen & Kaprio 2012, 3559).

Tutkimustulokset (Stolt ym. 2003; Andersson ym. 2012) antavat ymmärtää, että terveyden edistämisen kannalta tärkeintä - niin valtaväestön, nivelreumaan sairastuneiden ja kohonneen riskin nivelreumaan sairastumiseen omaavien potilaiden kesken - olisi ennaltaehkäistä tupakoinnin aloittamista. Suomessa onkin meneillään Savuton Suomi 2040 -hanke, jonka mukaan Suomi on mahdollista saada savuttomaksi vuoteen 2040 mennessä, jos tupakointi vähentyy noin kymmenen prosenttia vuosittain. Hanke peräänkuuluttaa savuttomuuden edistämisen konkreettisia keinoja eli perheiden auttamista savuttoman sukupolven kasvattamisessa, tupakoinnin lopettamisen tukemista ja vieroitustyön vahvistamista. (Savuton Suomi 2040 -kotisivut.)

Suomen terveystavoitteisen tupakkapolitiikan keinot tupakkahaittojen ehkäisyyn terveyden huollon ja terveyden edistämisen osa-alueella pitävät sisällään: vieroituspalvelut, Käypä hoito -suositukset, ammattilaisten koulutus, järjestötoiminta, tiedotusvälineet ja koulut (Heloma ym. 2012, 26). Sosiaali- ja terveysministeriö määrittää tärkeimmiksi tupakoinnin vähentämiseen vaikuttaviksi toimiksi tupakkatuotteiden mahdollisimman korkean hinnan, savuttomat elinympäristöt, tupakkatuotteiden ja tupakoinnin mainonnan ja myynnin edistämisen kieltämisen, tupakkatuotteiden saatavuuden rajoittamisen, tupakkatuotteita koskevan säätelyn, tupakoimattomuutta tukevan viestinnän ja tupakoinnin lopettamisen tuen. Suomen tupakkalain tavoitteena on tupakkatuotteiden käytön loppuminen. (STM 2012.)

3.8.2 Tupakoinnin lopettamisen tukeminen

Tupakointiin liittyy sekä tapariippuvuus että nikotiiniriippuvuus eli kemiallinen riippuvuus, johon vaikuttaa keskushermostossa kehittyvä toleranssi, nikotiinin metabolia maksassa ja geneettiset tekijät, jotka säätelevät kahta edellä mainittua. (Käypä hoito:

Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus.) Yli 80 %:lla tupakointia lopettavista esiintyy vieroitusoireita. Yleensä oireet alkavat 2-12 tunnin kuluessa viimeistä tupakointikerrasta ja pahimmillaan ne ovat 1-3 vuorokauden kuluttua. Oireet häviävät keskimäärin 3-4 viikossa. Oireiden lievittämiseen voidaan käyttää nikotiinikorvaushoitoa ja bupropionia. (Patja & Rouhos 2004, 2347.) Vieroitusoireet voivat olla fysiologisia, psykologisia, käyttäytymiseen liittyviä ja sosiaalisia. Yleisimpiä oireita ovat ärtyisyys, kärsimättömyys, tupakanhimo, levottomuus, keskittymisvaikeudet, univaikeudet, päänsärky ja makean himo sekä ruokahalun lisääntyminen. Suurin osa vieroitusoireista on selitettävissä elimistön nikotiinipitoisuuden pienenemisellä. (Käypä hoito: Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus.) Lääkehoidon aloitus kuuluu lääkärille, joten tässä opinnäytetyössä ei keskitytä kuvailemaan erilaisia tupakoinnin lopettamisen tukena käytettyjä lääkkeitä.

Nikotiiniriippuvuutta hoidetaan lääkkein ja käyttäytymistieteellisin menetelmin. Paras tulos saavutetaan yhdistämällä näitä kahta. Fioren ym. tutkimus osoitti, että intensiivinen neuvonta yhdistettynä lääkehoitoon nosti todennäköisyyttä tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen. (Fiore ym. 2008, 101.) Tupakoinnin lopettamisen halukkuutta voidaan kasvattaa motivaatioksi lopettaa motivoivan haastattelun avulla. Hoitajan välittävä, empaattinen ja ymmärtävä asenne tupakoinnin lopettajaa kohtaan on tärkeää. Käytännön ohjeet repsahdustilanteiden tunnistamiseen ja repsahdusten välttämiseen lisää vieroituksen onnistumista. Sekä potilaan että hoitajan tulee myös tiedostaa, että tupakoinnin lopettaminen on pitkä prosessi ja vaatii pitkäjänteistä työtä ja yleensä useita yrityksiä. (Heloma, ym. 2012, 117.) Fioren ym. laajan tutkimuksen mukaan moniammatillinen yhteistyö, yksilö-, ryhmä- ja puhelinohjaus, käytännönohjaus eli ongelmanratkaisukykyjen opettaminen ja sosiaalinen tuki tukevat vahvasti tupakoinnin lopettamista. (Fiore ym. 2008, 65.)

Nikotiiniriippuvuuden tason selvittäminen ennen tupakoinnin lopettamisen yritystä on erittäin tärkeää, jotta lopettamista seuraavia vieroitusoireita voidaan hoitaa mahdollisimman tehokkaasti. Repsahdus kuuluu valitettavan monen tupakoinnin lopettajan prosessiin. Repsahduksille altistaa paitsi nikotiinin vieroitusoireet, myös ulkoiset ärsykkeet. Esimerkiksi muut tupakoitsijat samassa taloudessa, alkoholin käyttö ja sosiaaliset tilanteet, joissa lopettaja on aiemmin tupakoinut. Sisäisistä ärsykkeistä esimerkiksi stressi ja lihomisen pelko (etenkin naisilla) voi aiheuttaa repsahduksen. (Heloma ym. 2012, 115.)

Pelko painonnoususta ei ole aiheeton. Tupakointia lopettavilla paino nousee keskimäärin 3-5,5 kilogrammaa 6-12 kuukauden kuluessa tupakoinnin lopettamisesta (Käypä hoito: Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus). Tämä on otettava huomioon potilaan ohjauksessa siten, ettei elämäntapoja muuteta liikaa kerralla. Jos potilas on ylipainoinen ja polttaa ja hän haluaa eroon näistä molemmista, tulee ohjauksessa miettiä voidaanko molempiin keskittyä yhtä aikaa, vai valitaanko toinen kestävimpien tulosten saavuttamiseksi. Tupakoinnin lopettamisen tukemisessa tulee huomioida laaja-alainen elämäntapaohjaus, jossa otetaan huomioon painonhallinta, terveellinen ruokavalio ja fyysinen aktiivisuus (Stavropoulos-Kalinoglou ym. 2008, 6).

Tupakanhimon kestäminen ja siitä ylipääseminen on tärkeää, jotta tupakoinnin lopettaminen olisi mahdollista. Tupakanhimon vastustaminen on vaikeaa, koska se johtuu psykofarmakologisista syistä ja opituista reaktioista. Yksilöt, jotka onnistuvat mielitekojen vastustamisessa, pystyvät arvioimaan tunteitaan täsmällisesti ja kontrolloimaan vastareaktioitaan. Tupakointi voi liittyä palkitsemiseen, kuten juhlimisen yhteydessä tupakointiin, tai negatiivisten tunteiden tai mielialan helpottamiseen. Myös muiden tupakoitsijoiden näkeminen voi toisilla laukaista himon tupakointiin. Mielitekojen ylitsepääsemiseksi tulee oppia pärjäämään niiden kanssa. Lääkkeet voivat auttaa, mutta eivät ole ratkaisu. Tutkimuksissa on havaittu, että erilaisia selviytymisstrategioita käyttävät pystyvät vastustamaan tupakointia paremmin. Välittömän houkutuksen vastustuksen avuksi käytetään joko behavioristista tai kognitiivista selviytymisstrategiaa. Behavioristisessa selviytymisstrategiassa käytetään jotain konkreettista toimintaa hillitsemään tupakanhimoa. Esimerkiksi videopelien pelaaminen, lukeminen ja kävely ovat tällaisia. Kognitiivisessa selviytymisstrategiassa tupakanhimoa pyritään ehkäisemään psyykkisellä toiminnalla. Tästä esimerkkeinä mainittakoon tupakoinnin seurausten ajattelu (”Se on pahaksi minulle.”, ”Isoisä tupakoi ja hänellä on keuhkosityöpä.”) ja mielessä laskeminen. Erilaisten selviytymisstrategioiden opettaminen on tärkeää, jotta tupakointia lopettavat oppivat vastustamaan tupakanhimoa. (Merchant, Pulvers, Brooks & Edwards 2012, 3-4, 9, 13.)

3.8.5 Nikotiiniriippuvuuden mittaaminen

Nikotiiniriippuvuuden mittaaminen lisää terveydenhuoltohenkilöstön motivaatiota tupakoinnin lopettajan kannustamiseen ja helpottaa tulosten seuraamista. Mittaaminen tekee

ilmiöstä todellisemman ja tupakoinnin lopettajan voi olla helpompi ymmärtää, miksi lopettaminen ei ole helppoa. Syyllistäminen vähenee ja ymmärrys siitä, että kyseessä on aivojen toimintaan liittyvä riippuvuusilmiö, kasvaa. Tämä voi madaltaa kynnystä käyttää vieroitukseen tarkoitettuja lääkevalmisteita. Eniten käytetyt nikotiiniriippuvuusmittarit ovat FTND-kysely (Fagerström Test for Nicotine Dependence) ja DSM-IV diagnostisen luokituksen mukainen haastattelu, jonka tekee lääkäri tai koulutettu haastattelija. Tässä opinnäytetyössä käsitellään FTND-kysely, koska hoitaja voi tehdä sen. FTND-kysely on helppokäyttöinen, mutta se kertoo vain fyysisestä riippuvuudesta. (Heloma ym. 2012, 108-109.)

Tupakkariippuvuus nähdään nykyisin moniulotteisena ilmiönä ja sen mittaamiseen on kehitetty uusia, moniulotteisia mittareita. NDSS- eli Nicotine Dependence Syndrome Scale -mittarin käyttö on testattu ja se on todettu toimivaksi. NDSS-mittarin avulla saadaan tietoa tupakoinnin pakonomaisuudesta ja ensisijaisuudesta muihin asioihin verrattuna, tupakoinnin säännöllisyydestä ja samanlaisuudesta ympäristöstä ja ajankohdasta riippumatta sekä jatkuvan käytön aiheuttamasta aivojen totumisesta nikotiinille. (Heloma ym. 2012, 110.) Tällaisen mittarin tulkitseminen on monimutkaisempaa, joten yksinkertainen FTND-kysely varmistanee edelleen paikkansa hoitohenkilöstön yleisesti käyttämänä kyselynä.

3.8.3 Tupakoinnin vaikutukset reumapotilaalle

Tupakointi on ainoa yksimielisesti todistettu, itsenäinen reumatekijäpositiivisen (=RF) nivelreuman riskitekijä. Reumatekijä negatiivisten potilaiden tupakoinnin ja nivelreuman sairastumisen välillä ei ole todettu yhteyttä. Reumatekijällä tarkoitetaan veressä olevaa vasta-ainetta, jonka arvo on taudin puhkeamisen aikaan koholla kahdella kolmasosalla reumapotilaista. Reumatekijä määritetään laboratoriotestillä P-RF. Reumatekijä yksinään ei aiheuta reumaa ja syytä reumatekijän syntymiseen ei tiedetä. Tupakointi suurentaa nivelreumaan sairastumisen riskiä miehillä 2-4 ja naisilla 1,5-3 -kertaiseksi ja vielä 15 vuotta tupakoinnin lopettamisen jälkeenkin riski on suurentunut. (Aho K., 2004)

Mitä kohonneempi P-RF arvo on, sitä korkeammaksi kasvaa tupakoinnin vaikutus taudin puhkeamiseen. Tupakoinnin vaikutuksesta lisätä riskiä sairastua tulehdukselliseen

reumasairauteen on tehty tutkimuksia jo 1980-luvulla, mutta vuonna 2003 julkaistu Ruotsissa tehty tutkimus osoitti ensimmäisenä yhteyden reumasairauden ja tupakoinnin välillä olevan riippuvainen reumatekijästä. (Stolt, P. ym. 2003.) Viime vuosina on pohdittu reumatekijän käyttämisen luotettavuutta ja mielekkyyttä nivelreuman diagnostiikassa, koska noin 30 %:lla nivelreumaatikoista reumatekijää ei löydy verestä ja sen löytyminen ei ole ehdoton merkki nivelreumasta. Reumatekijää voi löytyä monilta vanhukilta, syöpäpotilailta ja infektioiden tai rokotuksen jälkeen. (Luosujärvi 2006, 329.)

Sitrulliinivasta-aineet ovat elimistössä syntyneitä vasta-aineita omia kudoksia kohtaan ja niiden arvo on useimmilla nivelreumapotilailla selvästi koholla (Mustajoki & Kaukua 2008). Sitrulliinivasta-aineiden herkkyys nivelreuman diagnostiikassa on ollut 50-90 % ja spesifisyys yli 90 %. Sitrulliinivasta-aineita voidaan todeta myös reumatekijänegatiivisessa nivelreumassa. (Kaipiainen-Seppänen 2006, 692.) Koska sitrulliinivasta-aineita ei yleensä synny muissa sidekudostaudeissa, voidaan koetta pitää reumatekijää tarkempänä (Mustajoki & Kaukua). Tupakoinnin on todettu lisäävän sitrulliinivasta-aineiden esiintymistä ainakin HLA DRB1:n kantajilla (Linn-Rasker ym. 2006, 366).

Tupakoinnin lopettaminen nivelreuman puhkeamisen jälkeen ei näytä vaikuttavan tupakoitsijoiden kehoon ennusteeseen. Anderssonin ym. 2012 julkaistu Ruotsissa tehty tutkimus oli toinen tutkimus, jossa tutkittiin tupakoinnin lopettamisen vaikutuksia nivelreuman puhkeamisen jälkeen. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös Yhdysvalloissa ja Saksassa. Saksalaisen tutkimuksen mukaan tupakoinnin nivelreuman puhkeamisen jälkeen lopettaneilla DAS28 eli sairauden aktiivisuutta mittaava pisteitys ja CRP olivat korkeimmat. Tutkimuksen tuloksia ei voida käyttää nivelreumapotilaiden tupakoinnin lopettamisen perusteena tai kannusteena, mutta tutkimusryhmä painottaa, että heidän tuloksistaan huolimatta kaikkien nivelreumapotilaiden tulisi lopettaa tupakointi, koska heillä on erityisen korkea riski sairastua tai kuolla sydän- ja verisuonitauteihin. Tupakointi lisää näiden sairauksien riskiä. (Andersson ym. 2012, 303, 308.)

Tupakoivilla nivelreumaatikoilla on havaittu olevan alhaisempi painoindeksi ja vähemmän rasvaa kehossa, mutta runsaalla tupakoinnilla on yhteys pienentyneeseen lihaskudoksen määrään (Stavropoulos-Kalinoglou ym. 2008, 1). Tässä opinnäytetyössä käsitellään myös painonhallintaa ja liikuntaa ja niiden kautta terveyden edistämistä. Edellä mainittu tupakoinnin vaikutus lihaskudoksen määrän pienentymiseen osoittaa, kuinka kokonaisvaltainen asia terveys on ja kuinka asiat ovat toisiinsa yhteydessä ja niihin pys-

tyy ohjauksella ja itsehoidolla vaikuttamaan (tupakkainterventio, terveelliset elämäntavat).

Tupakoivilla nivelreumapotilailla on selvästi suurempi riski saada vaskuliitti (=verisuonitulehdus), keuhkosairauksia ja reumakyhmyjä (Westhoff, Rau & Zink 2008, 849). Tupakoivat nivelreumaatikot kärsivät myös kovemmista kivuista. Syytä tähän ei tiedetä, mutta asia on todettu useissa tutkimuksissa. Sairauden tila on tupakoivilla huonompi ja tupakoivat nivelreumaatikot joutuvat käyttämään muita enemmän DMARD eli Disease Modifying AntiRheumatic Drug -lääkkeitä. Tämä näyttäisi johtuvan siitä, että tupakointi heikentää antireumaattisten lääkkeiden vaikutusta. Nivelvaurioon tupakoinnilla ei kuitenkaan ole vaikutusta ja joissain tutkimuksissa tupakoinnin on todettu jopa suojaavan nivelvauriolta. Tupakoimattomat potilaat saavuttavat tupakoivia todennäköisemmin parannusta terveydentilassaan. (Westhoff, Rau & Zink 2008, 853)

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

Tämä on tuotokseen painottuva opinnäytetyö. Tuotokseen painottuva opinnäytetyö on rinnakkaiskäsite toiminnalliselle opinnäytetyölle, jonka tavoitteena ammatillisessa kentässä on ohjeistaa käytännön toimintaa, opastaa, järjestää tai järjeistää toimintaa (Vilka & Airaksinen 2003, 9). Edellä mainitut tavoitteet täyttyvät tämän opinnäytetyön tuotoksessa eli tietoiskulehtisissä. Käytännön toteutuksen ja tutkimusviestinnän keinoin tapahtuvan raportoinnin yhdistyminen on ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä tärkeää (Vilka & Airaksinen 2003, 9), mutta tuotoksellisessa opinnäytetyössä ei ole välttämättä käyttää tutkimuksellista menetelmää ja lopullinen toteutustapa määräytyy omien resurssien, työelämän toiveiden, kohderyhmän tarpeiden ja oppilaitoksen vaatimusten mukaan. Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön toteutustapa kertoo, mitä keinoja tuotoksen sisällön materiaalin hankkimiseen käytetään ja millä keinoilla oppaan valmistus toteutetaan. (Vilka & Airaksinen 2003, 56.) Tämän työn tuotoksellinen osuus rakennettiin jo olemassa olevan teoreettisen tiedon pohjalta.

Ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneen tulisi osoittaa kykenevänsä yhdistämään ammatillinen teoreettinen tieto ammatilliseen käytäntöön, pohtimaan alan teorioiden ja niistä nousevien käsitteiden avulla kriittisesti käytännön ratkaisuja sekä kehittämään niiden avulla oman alan ammattikulttuuria (Vilka & Airaksinen 2003, 42). Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön kautta tämä tavoite tai ainakin pyrkimys siihen tulee täyteen. Annetuista opinnäytetyön aiheista tämä valitsemani kiinnosti, koska haluan painottaa urani sairaanhoitajana terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisevään hoitotyöhön.

Tässä opinnäytetyössä käytetään sanaa ”tietoiskulehtinen” kuvaamaan opinnäytetyön pohjalta tehtyä tuotosta. En löytänyt sanalle valmista määritelmää ja muutenkin lehtisten sisällön ja ulkoasun määrittäminen sekä luominen olivat minun tehtäväni, joten määrittelen käsitteen tässä nyt itse. Tässä opinnäytetyössä tietoiskulehtinen -sanalla tarkoitetaan informatiivisia paperilehtisiä. Lehtiset on tehty edistämään nivelreumapotilaiden motivaatiota itsehoitoon ja terveyden edistämiseen.

4.1 Tuotoksen ulkoasu

Työelämäyhteyden toive oli, että opinnäytetyön tuotoksena syntyy tietoisuuskulttuurista, joissa on tietoa painonhallinnasta, liikunnasta ja tupakoinnin lopettamisesta tulehduksellista reumasairautta sairastavan näkökulmasta. Helmikuussa 2012 pidetyssä työelämäpalaverissa keskusteltiin alustavasti siitä, miltä tulevat tuotokset mahdollisesti näyttäisivät. Tietoisuuskulttuuriset on suunnattu hyödyksi potilaille, mutta myös hoitajat voivat hyötyä niistä työvälineenä. Opinnäytetyön teoriaosuuden tietoa hoitajat voivat myös käyttää hyödykseen.

Työelämäyhteys esitti toiveen tuotoksen ytimekkyydestä ja lyhyydestä, koska erilaisia oppaita heillä on jo käytössään ja sellaiselle ei ole tarvetta. Idea siitä, että lehtisiä voisi mahdollisesti käyttää julisteena, ohjasi niiden ulkoasun suunnittelua. Loin jokaiselle osa-alueelle (liikunta, painonhallinta, tupakoinnin lopettaminen) erillisen lehtisen, koska kaikille potilaille jokainen osa-alue ei ole ajankohtainen ja näin potilas voi valita itseään puhuttelevan lehtisen.

Tietoisuuskulttuuristen koko määräytyi pitkälti käytännön syiden perusteella. Opinnäytetyönä tehtävän tuotteen kustannukset maksaa opiskelija tai toimeksiantaja (Vilkkä & Aikarainen 2003, 53). Kustannusten välttämiseksi toimitin tietoisuuskulttuuriset yhteistyöosastolle sähköisenä ja he voivat halutessaan tulostaa niitä käyttöön. Päätin tehdä lehtiset A4-arkin kokoiseksi, jotta lehtisen voi tulostaa helposti ja se on heti käyttövalmis. Potilaan on helppo ottaa lehtinen poliklinikalta mukaan taskuun tai laukkuun ja sen voi kotonan kiinnittää vaikka jääkaapin oveen motivaatiota tuomaan. Seuraavaksi tuli miettiä, millainen lehtinen herättäisi potilaan mielenkiinnon.

Tuotoksen ulkoasu luokittelee ja tukee sillä välitettävää viestiä. Tekstin tyyli ja typografia kertoo, onko kyseessä virallisuonteinen vai viihteellinen julkaisu. Sijoittelulla ja erilaisia kirjasinkokoja käyttämällä arvioidaan asioiden tärkeyttä. Kuvat välittyvät suoraan vastaanottajan tajuntaan eikä niiden ymmärtämiseen tarvita prosessointia, kun taas tekstin ymmärtäminen on aktiivisen toiminnan ja keskittymisen tulos. (Huovila 2006, 11, 26.) Pyrin luomaan lehtisten kansisivuista mielenkiintoiset käyttämällä huomiota kiinnostavia värejä, kuvia ja kirjasintyyppisiä. Tuotokset on tehty Microsoft Word -tekstinkäsittelyohjelmalla ja käytetyt kuvat ovat Wordin ClipArt -kuva-arkistosta.

Värien merkitykset ovat kulttuurisidonnaisia ja osalla väreistä on eri kulttuureissa samoja tai erilaisia merkityksiä, esimerkiksi liikenteen symbolivärit ja eri tunteisiin viittaavat värit. Punainen on psykologisesti aktiivinen väri ja se saa ihmisen toimimaan. Valkoinen symboloi puhtautta ja vihreä rauhoittaa, minkä vuoksi sitä käytetäänkin usein sairaaloissa. Eri viitekehyksissä väreillä voi olla erilaisia merkityksiä. (Huovila 2006, 45.) Liikunta-aiheisen lehtisen pääväriksi valitsin sinisen, koska sininen yhdistetään rauhallisuuteen ja tyytyväisyyteen (Huovila 2006, 45). Nivelreumapotilaan tulee tehdä liikuntaa koskevat valinnat harkiten ja taudin aktiivisuus mielessä pitäen, joten halusin että osaluetta lähestytään tätä kautta. Painonhallintaa käsittelevän lehtisen pääväriksi valitsin vihreän, koska se symboloi tasapainoa ja terveyttä (Huovila 2006, 46). Valitsin kirkkaan, mutta vaalean vihreän, jotta se herättää huomion, muttei näytä tunkkaiselta. Tupakkaa käsittelevä lehtinen on värimaailmaltaan synkeämpi ja tämä viestii osaltaan tupakkaan yhdistettäviä synkeitä puolia kuten savu ja keuhkojen kunto. Lehtisen kääntöpuolella käytin hieman värejä: vihreää symboloimaan terveellisiä asioita ja punaista varoittamaan riskeistä.

4.2 Tuotoksen sisältö

Vilka & Airaksisen Toiminnallinen opinnäytetyö -kirjan mukaan toiminnallisessa opinnäytetyössä pyritään viestinnällisin ja visuaalisin keinoin luomaan kokonaisilme, josta voi tunnistaa tavoitellut päämäärät. Tuotoksen sisältämien tekstiosuuksien ilmaisu mukautetaan tekstin sisältöä, tavoitetta, vastaanottajaa, viestintätilannetta ja tekstilajia palveleviksi. Tuotoksen ensisijaisia kriteereitä ovat käytettävyys kohderyhmässä ja käyttöympäristössä, asiasisällön sopivuus kohderyhmälle, tuotteen houkuttelevuus, informatiivisuus, selkeys ja johdonmukaisuus. Tuotoksen teksti puhuttelee kohderyhmää ja siihen vaikuttaa kohderyhmän ikä, asema ja tietämys aiheesta sekä tuotoksen käyttötarkoitus ja erityisluonne. (Vilka & Airaksinen 2003, 51, 53, 129.) Tämän opinnäytetyön käyttötarkoitusta ja erityisluonnetta kuvaavat motivoiminen ja tiedon jakaminen.

Tietoiskulehtisten sisällön suunnittelu lähti liikkeelle kohderyhmän määrittelyllä: nivelreumaa sairastavat poliklinikalla asioivat potilaat. Kohderyhmä ei rajattua koskemaan mitään tiettyä ikäryhmää, kuitenkin aikuisia. Alkuperäinen tarkoitus oli suunnata tuotokset kaikille tulehduksellisesta reumasairaudesta kärsiville, mutta tutkimustietoa löy-

tyi oikeastaan vain nivelreumapotilaista, joten aihe rajautui sen mukaan. Tuotoksissani teksti on muotoiltu ymmärrettäväksi eikä siinä käytetä lääketieteellisiä ilmaisuja. Koska tuotokset ovat vain kahden sivun mittaisia (yksi A4-arkki täyttyy molemmin puolin), niissä käytetty kieli on lyhyttä ja ytimekästä. Tämän vuoksi tieto jää toisaalta valitettavan pinnalliseksi. Lehtisten tarkoitus on lisätä motivaatiota terveyttä edistävien asioiden suhteen ja siinä ne ovat mielestäni sisällöllisesti onnistuneet. Lehtiset sopivat hoitajavastaanotolle yhdessä läpikäytäväiksi tai potilas voi tutustua niihin itseksensä ja tarvittaessa kysyä hoitajalta lisätietoja.

Tekstin sisällön määrittämisen kannalta haastavaa oli päättää, millainen tieto motivoi ja samalla tuo ehkä uutta tietoa potilaalle. Esimerkiksi UKK-instituutilla on jo laajasti käytössä olevia liikuntapiirakoita ynnä muita vastaavia ja liikunta-aiheisen lehtisen kohdalla koin haasteelliseksi sen, etten ”keksi pyörää uudestaan” eli luo sisällöltään jo olemassa olevaa lehtistä. Lopulta keksin idean ”Mutkun” selättämisestä. Teoriatietoa etsiessäni opin, että nivelreumaa sairastavat liikkuvat muita vähemmän ja siihen löytyy monia erilaisia syitä. Toisaalta liikunnan hyötyjä osana sairauden hoitoa ja kuntoutusta on tutkittu paljon. Kokosin nämä ”Liikkuisin, mutku...” -tyyliseksi lauseiksi ja opinnäytetyön teoriaosaa varten löytämilläni tiedoilla kumosin ”mutkut” yksi kerrallaan. Painonhallintaa käsittelevässä lehtisessä pyrin tuomaan esille sitä, ettei painonhallinnan tarvitse olla monimutkaista, vaan se on arjen valintoja. Tupakka-lehtisessä lähestymistapa ei ollut yhtä positiivissävytteinen kuin kahdessa muussa, mutta pyrin välttämään syyllistävää lähestymistapaa. Testasin lehtistä tupakoivilla tutuillani ja he kokivat sen onnistuneeksi.

4.3 Tuotoksen toteuttamisen vaiheet

Työstin tuotokset vasta opinnäytetyöprosessin loppuvaiheessa. Eniten aikaa opinnäytetyöprosessista vei tutkimustiedon etsiminen ja teoriaosuuden kirjoittaminen. Tuotokset syntyivät täysin teoriaosuuden perusteella enkä siis etsinyt niiden tekemistä varten enää uutta tietoa. Työelämäyhteydellä ei ollut tuotoksen ulkonäköä rajoittavia vaatimuksia, kuten fontti tai värit, joten suunnittelu tapahtui täysin itsenäisesti.

Haasteellisimmaksi asiaksi tuotoksen teossa koin sen, ettei sille ollut esitetty etukäteen selkeitä raameja tai vaatimuksia siitä, mitä se sisältää ja miltä se näyttää. Kesti pitkään ennen kuin sain minkäänlaista ideaa siitä, miltä tuotokset lopulta näyttäisivät. Toisaalta

oli myös positiivista, että sain vapain käsin suunnitella lehtiset ja se antoi paljon tilaa luovuudelle. Audio-visuaalisen koulutuksen omaava mieheni kommentoi erilaisia versioitani lehtisistä ja häneltä sain hyviä ideoita niiden tekemiseen. Vilkka & Airaksisen mukaan tuotoksen tekstistä olisi hyvä keskustella toimeksiantajan, ohjaajan ja opponijien kanssa, koska heiltä voi saada arvokkaita kommentteja ja parannusehdotuksia (Vilkka & Airaksinen 2003, 129). Tämä vaihe minulta jäi pois, koska aloin työstää tuotoksia niin myöhäisessä vaiheessa. Tuotosten lopputulokseen olen suhteellisen tyytyväinen, mutta luulen että niistä olisi tullut parempia, jos olisin aloittanut aiemmin. On vaikeaa arvioida tuotosten onnistumista, koska en ole kuullut niistä vielä palautetta.

5 POHDINTA

5.1 Tuotoksen pohdinta

Asetin opinnäytetyön tavoitteeksi potilaiden motivaation lisäämisen terveyden edistämiseen, poliklinikan hoitajien potilasohjaustyön tukemisen ja poliklinikan potilaiden terveyden edistämisen. Jälkeenpäin katsottuna tavoite näyttää kunnianhimoiselta, mutta toivon että parhaimmillaan tietoisuuskulttuuriset motivoivat potilaita huolehtimaan terveellisistä elämäntavoista.

Opinnäytetyötä varten kerätty tieto painonhallinnasta, liikunnasta ja tupakoinnin lopettamista jäi pinnallisemmaksi kuin alun perin suunnittelin tai olin toivonut. Tämä johtui osittain ajankäytön ongelmista ja osittain siitä, että aihe osoittautui liian laajaksi. Toisaalta asiaan vaikutti myös se, että keskityin paljon potilasohjaukseen ja tämän koin tarpeelliseksi, koska siitä löytyneen tutkimustiedon määrä kertoi siitä, että asiaa on tarve kehittää ja pitää yllä keskustelua aiheesta. Jos työssä käsitellyistä terveyden edistämisen osa-alueista olisi valittu vain yksi ja keskitytty siihen, olisi tiedossa voinut mennä syvemmälle.

Opinnäytetyön vahvuudeksi koen sen, että läpi työn siinä kulkee punainen lanka ja lukijan on helppo seurata tekstiä. Opinnäytetyö vastaa sille asetettuihin tehtäväkysymyksiin ja tuo esille uudenlaista näkökulmaa (jooga nivelreumapotilaalle sopivana liikuntamuotona). Opinnäytetyön tuotokset eli tietoisuuskulttuuriset ovat ulkoasultaan sellaiset kuin alun perin toivoin. Niiden työstämisestä on kerrottu enemmän kappaleessa 4 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö.

5.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Suomessa Tutkimuseettinen neuvottelukunta uudisti tutkimuseettisen ohjeen hyvästä tieteellisestä käytännöstä vuonna 2012. Neuvottelukunta on Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama. Ohjeessa on määritelty tutkimuseettisen käsitteen näin: ” – – eettisesti vastuullisten ja oikeiden toimintatapojen noudattamista ja edistämistä tutkimustoiminnassa sekä tieteeseen kohdistuvien loukkausten ja epärehellisyiden tunnistamista ja toimista

kaikilla tieteenaloilla”. Ohjeen mukaan tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden kannalta on välttämätöntä, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtien mukaisesti. Esimerkkejä hyvän tieteellisen käytännön loukkaamisesta ovat esimerkiksi tutkimusvilppi, kuten sepittäminen eli tekaistujen havaintojen esittäminen. Piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä voi ilmetä törkeinä laiminlyönteinä ja holtittomuutena tutkimuksen eri vaiheissa, kuten tulosten ja tutkimusaineistojen puutteellinen kirjaaminen ja säilyttäminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 4-7).

Opinnäytetyön tekemiseen ei liittynyt laadullista tai määrällistä tutkimusta, joten tutkittavien tietosuoja, vapaaehtoisuuteen, turvallisuuteen ja harmin aiheuttamiseen liittyviä asioita ei ollut tarpeellista pohtia. Yhteistyöosaston anonymiteetti säilytettiin osaston toiveesta. Nivelreumaa on tutkittu eri näkökulmista todella paljon ja tutkimustietoa oli saatavilla erittäin paljon. Pyrin käyttämään hyödykseni tutkimuksia, jotka olivat katsauksia aiemmista tutkimuksista ja näin kokosivat paljon tietoa yksiin kansiin. Tämä helpotti työtaakkaani.

Tässä opinnäytetyössä pyrin käyttämään eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja raportointimenetelmiä. Lähdekriittisyys näkyy tutkimusten tuoreudessa, kirjoittajan asiantuntijuuden huomioinnissa ja siinä, että olen löytänyt samansuuntaisia havaintoja eri tutkimuksista. Käytin paljon englanninkielisiä lähteitä ja tämä kansainvälisyys lisää työn teoriapohjan uskottavuutta. Opinnäytetyössä käytetyistä keskeisimmistä tutkimuksista tein tutkimustaulukon, josta ilmenee, että olen todella paneutunut lähteenä käyttämiini tutkimuksiin. Tutkimustaulukon ansiosta opinnäytetyötä lukevan on myös helppo löytää tiedon alkuperäinen lähde.

Käytin opinnäytetyössä jonkin verran oppikirjatietoa, mutta perustelen sitä sillä että kyseessä on ollut vakiintunut tieto, jota en löytänyt suoraan tieteellisistä tutkimuksista. Lähteiden etsimisessä toisinaan tuli vastaan se ongelma, että tutkimus oli saatavilla vain maksua vastaan. En kokenut, että minun olisi pitänyt sijoittaa rahaa opinnäytetyön tekemiseen, joten kaikki työssä käytetyt lähteet ovat olleet saatavissa ilmaiseksi. Suurin osa opinnäytetyön tutkimuksista on löydetty PubMed- ja Google Scholar -sivustojen kautta. Suurin osa tutkimustiedosta koskee nivelreumaa, ei tulehduksellisia reumasairauksia yleisesti ja tämä on selkeästi ilmaistu läpi opinnäytetyön.

5.3 Opinnäytetyö prosessin kuvaaminen ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön aihe oli prosessin alusta asti mieleinen ja kiinnostava. Reumasairauksia on sairaanhoitajakoulutuksen aikana käsitelty jonkun verran, mutten ole itse juurikaan hoitanut reumapotilaita. Aihealue on laaja ja tuntuu, että tämä työ on vain pintaraapaisu kaikkeen siihen, mitä tulehduksellisten reumasairauksien hoitoon liittyy. En tutustunut lainkaan esimerkiksi lääkehoitoon, koska se näkökulma ei ollut opinnäytetyön kannalta oleellinen. Jos tulevaisuudessa haluan syventää tietojani reumapotilaista, niin opittavaa riittää edelleen. Opinnäytetyön tekeminen on harjaannuttanut taitojani etsiä tieteellisiä lähteitä ja kasvattanut intoani tutkitun tiedon hyödyntämiseen. Olen oppinut paljon potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta ja ohjaamisesta. Koen tämän tulevan ammattini kannalta erittäin hyödylliseksi, koska haluan keskittää työurani terveyden edistämiseen ja työskennellä paikoissa, joissa voin antaa potilasohjausta.

Suurin koetinkivi minulle tämän työn tekemisessä oli tekemisen ja tiedonhaun aloittaminen. Olen tyytyväinen siihen, että valitsin tehdä työn yksin, koska sain työskennellä omaan tyyliini ja tahtiini. Olen käytännönläheinen ja aluksi tuntui, että tämä aihe on niin laaja, ettei sitä saa tartuttua oikein mistään kiinni. Tieteellisten julkaisujen lukeminen tuntui myös raskaalta. Vasta käsikirjoitusseminaarin jälkeen pistin todella niin sanotusti vaihteen silmään ja tekstiä alkoi syntyä. Löysin työn kannalta oleellisia lähteitä ja työskentely alkoi sujua. Työskentelen paineenalaisena hyvin, joten vaikka työn tekeminen alkoi jähmeästi, sain lopulta lyhyessä ajassa paljon aikaiseksi.

Koska tein kirjoitustyötä isoina paloina vasta prosessin loppuvaiheessa, ei minulle tullut pitkiä taukoja kirjoittamiseen ja aihe pysyi kirkkaana mielessä. Negatiivisena puolena oli se, että työn valmistumisen kanssa meinasi tulla kiire. Vilkan & Airaksisen (2003) suosittelema hahmotelma aikataulusta (s. 36) olisi jäsennellyt tekemistä ja varmasti vähentänyt kiirettä työn valmiiksi saamisessa. Opinnäytetyön vaiheita on esitelty tarkemmin kuviossa 3 (s. 48).

Potilasohjausta on tutkittu paljon sekä hoitajien että potilaiden näkökulmasta, mutta ongelmana tuntuu olevan tulosten käytäntöön vieminen. Jatkossa olisi mielekäästä tutkia hoitajien ohjaamisen motivaatiota lisääviä tekijöitä ja hoitajien valmiuksia oman toiminnan kehittämiseen, koska näiden avulla käytännön toteutusta voitaisiin todella kehittää. Myös tämän opinnäytetyön tuotoksen toimivuutta tulee selvittää ja hoitajien työn

tueksi voisi tehdä opaslehtisiä, joissa syvennyttäisiin tarkemmin liikunnan, painonhallinnan ja tupakoinnin lopettamisen ohjaukseen.

Opinnäytetyön aiheenvalinta	Tammikuu 2012
Työelämäpalaveri	Helmikuu 2012
Suunnitelmaseminaari	Toukokuu 2012
Opinnäytetyölupa	Marraskuu 2012
Teoriaosuuden kirjoittaminen	Elokuu 2012 – helmikuu 2013
Käsikirjoitusseminaari	Joulukuu 2012
Opinnäytetyön tuotoksen työstäminen	Tammikuu – maaliskuu 2013
Opinnäytetyö valmis	Maaliskuu 2013
Opinnäytetyön tulosten esittely koulussa ja työelämässä	Toukokuu 2013

KUVIO 3. Opinnäytetyön vaiheet.

Opinnäytetyöprosessi on ollut pahimmillaan hermoja raastava ja raskas. Parhaimmillaan se on kuitenkin opettanut minulle paljon paitsi nivelreumaa sairastavien hoitotyöstä myös itsestäni ja työskentelytavoistani. Työn tekeminen on vaatinut itsekuria ja minulle ominaista asioiden lykkäämistä vastaan taistelua. Erityiskiitoksen haluan esittää ohjaukselle opettajalleni, joka jaksoi uskoa minuun ja kannusti työni tekemistä jokaisessa vaiheessa, muttei kuitenkaan painostanut liikaa. Kiitän myös työni opponentteja, jotka ovat hekin osaltaan kannustaneet ja kyselleet työn edistymisestä.

LÄHTEET

- Aho, K. & Heliövaara, M. 2004. Tuoko riskitekijöiden tutkimus selvitystä nivelreuman etiologiaan? Duodecim-lehti. Tulostettu 8.11.2012.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94062.pdf>
- Balasubramaniam, M., Telles, S. & Doraiswamy, P. 2013. Yoga on our minds: a systematic review of yoga for neuropsychiatric disorders. *Frontiers in Psychiatry*. Luettu 20.2.2013.
<http://www.readcube.com/articles/10.3389/fpsy.2012.00117>
- Büssing, A., Michalsen, A., Khalsa, S. Telles, S. & Sherman, K. 2012. Effects of Yoga on Mental and Physical Health: A Short Summary of views. Luettu 20.12.2012.
<http://www.hindawi.com/journals/ecam/2012/165410/>
- Cooney, J., Law, R., Matschke, V., Lemmey, A., Moore, J., Ahmad, Y., Jones, J., Madison, P. & Thom, J. 2011. Benefits of Exercise in Rheumatoid Arthritis. Luettu 6.1.2013.
<http://www.hindawi.com/journals/jar/2011/681640/>
- Evans, S., Moieni, M., Subramanian, S., Tsao, J., Sternlieb, B. & Zaltzer, L. 2011. "Now I see a brighter day": expectations and perceived benefits of an Iyengar yoga intervention for young patients with rheumatoid arthritis. Luettu 7.1.2013.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.elib.tamk.fi/pmc/articles/PMC3493157/pdf/nihms417040.pdf>
- Fiore, M., Jaén, C., Baker, T. ym. 2008. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Luettu 20.2.2013.
http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf
- Han, A., Judd, M., Welch, V., Wu, T., Tugwell, P. & Wells, G. 2010. Tai chi for treating rheumatoid arthritis (Review). Luettu 3.1.2013.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004849/pdf>
- Heloma, A., Ollila, H. Danielsson, P., Sandström, P. & Vakkuri, J. 2012. Kohti savuton-ta Suomea – Tupakoinnin ja tupakkapolitiikan muutokset. Luettu 21.2.2013.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-640-3>
- Heliövaara, M. & Riihimäki, H. 2005. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. *Terveyskirjasto*. Luettu 17.12.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00026#s1
- Hill, J., Bird, H. & Johnson, S. 2001. Effect of patient education on adherence to drug treatment for rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. Luettu 18.12.2012.
<http://ard.bmj.com/content/60/9/869.full.pdf+html>
- Huovila, T. 2006. "Look" - visualisoi viestisi. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Hurkmans, E., van der Giesen, F., Vliet Vlieland, T., Schoones, J. & Van den Ende, E. 2009. Dynamic exercise programs (aerobic capacity and/or muscle

strength training) in patients with rheumatoid arthritis. Luettu 5.1.2013.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006853.pub2/pdf>

Häkkinen, A., Sokka, T., Kotaniemi, A. & Hannonen, P. 2001. A Randomized Two-Year Study of the Effects of Dynamic Strength Training on Muscle Strength, Disease Activity, Functional Capacity, and Bone Mineral Density in Early Rheumatoid Arthritis. Luettu 6.1.2013.
[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1529-0131\(200103\)44:3%3C515::AID-ANR98%3E3.0.CO;2-5/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1529-0131(200103)44:3%3C515::AID-ANR98%3E3.0.CO;2-5/pdf)

Kansainvälinen tules-vuosikymmen 2000-2010. Kantavat rakenteet – näkökulmia tuleterveyteen. Luettu 8.1.2013.
<http://www.tule-tietopankki.fi/>

Katko, R. 2011. Reumatulehdus lisää sepelvaltimotaudin riskiä: Riittävä huomio reumasairaiden sydämiin tuo lisää elinvuosia. Reuma-lehti 1/2011.

Kinnunen, T., Korhonen, T. & Kaprio, J. 2012. Mitä uutta tupakkariippuvuudesta ja sen hoidosta? Suomen Lääkärilehti 48/2012, 3559-3563. Luettu 11.1.2013.
http://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/5781/1_sll482012-3559.pdf

Koivuniemi, R. 2009. Causes of death in patients with rheumatoid arthritis over a 40-year period. Helsinki. Luettu 5.1.2013.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22895/causesof.pdf?sequence=1>

Kyngäs, H., Kukkurainen, M-L. & Mäkeläinen, P. 2005. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkiva hoitotyö 2/2005, 12-17.

Kääriäinen, M. 2011. Asiakkaan oppiminen ja motivaatio ohjauksessa. Tutkiva hoitotyö 4/2011, 41-42.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus. Oulun yliopisto. Luettu 13.11.2012.
<http://herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984>

Laiho, K. & Hakala, M. 2006. Reumasairaudet ja ateroskleroosi. Duodecim 21/2006, 2597-2607. Luettu 5.1.2013.
<http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/xmedia/duo/duo96085.pdf>

Law, R-J., Breslin, A., Oliver, E., Mawn, L., Markland, D., Maddison, P. & Thom, J. 2010. Perceptions of the effect of exercise on joint health in rheumatoid arthritis patients. Rheumatology 49/2010, 2444-2451. Luettu 6.1.2013.
<http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/49/12/2444.full.pdf+html>

Linn-Rasker, S., van der Helm-van Mil, A., van Gaalen, M., Kloppenburg, M., de Vries, R., le Cessie, S., Breedveld, F., Toes, R. & Huizinga, T. 2006. Smoking is a risk factor for anti-CCP antibodies only in rheumatoid arthritis patients who carry HLA-DRB1 shared epitope alleles. Luettu 31.1.2013.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1798061/>

- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Luettu 3.6.2012.
http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf
- Luosujärvi, R. 2006. Tulehtunut nivel. *Duodecim* 3/2006, 325-331. Luettu 17.12.2012.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95528.pdf>
- Martio, J., Karjalainen, An., Kauppi, M. & Kukkurainen, M-L. (toim.) 2007. Reuma. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Merchant, G., Pulvers, K., Brooks, R. & Edwards, J. 2012. Coping With the Urge to Smoke: A Real-Time Analysis. Luettu 3.1.2013.
<http://onlinelibrary.wiley.com.elib.tamk.fi/doi/10.1002/nur.21520/pdf>
- Mustajoki, P. 2012. Painonhallinta ja ruoka. *Terveyskirjasto*. Luettu 30.11.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00864
- Mustajoki, P & Kaukua, J. 2008. Reumakokeita (reumatekijä P-RF ja sitrulliinivastaaineet S-CCPAb). *Terveyskirjasto*. Luettu 24.8.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03260
- Möttönen T., Mäkinen, H. & Puolakka, K. 2010. Nivelreuman varhainen diagnoosi ja hoito – tavoitteena remissio. *Duodecim* 12/2010. Tulostettu 14.11.2012.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98902.pdf>
- Patja, K. & Rouhos, A. 2004. Tupakasta vieroitus. *Duodecim* 2004. Luettu 8.1.2013.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94549.pdf>
- Prochaska, J & DiClemente, C. 1983. Stages and processes of self - change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 51, No. 3, 390-395. Luettu 19.12.2012.
<http://www.uri.edu/research/cprc/Publications/PDFs/ByTitle/Stages%20and%20Processes%20of%20self%20change.pdf>
- Puolakka, K., Kautiainen, K., Möttönen, T., Hannonen, P., Korpela, M., Hakala, M., Järvinen, P., Ahonen, J., Forsberg, S. & Leirisalo-Repo, M. 2005. Early suppression of disease activity is essential for maintenance of work capacity in patients with recent-onset rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism* 1/2005, 36-41. Luettu 18.12.2012.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.20716/pdf>
- Repo, P. 2013. Tutkimus: Jooga lieventää masennusta. *Helsingin sanomat*. Julkaistu 29.1.2013.
<http://www.hs.fi/kotimaa/Tutkimus+Jooga+lievent%C3%A4%20masennusta/a1359393953594>
- Riesma RP., Kirwan JR., Taal E. & Rasker HJJ. 2009. Patient education for adults with rheumatoid arthritis (Review). Luettu 18.12.2012.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003688/pdf>

Saariniemi, J. 2011. Aikuisten nivelreumaa sairastavien liikunta ja sen vaikutus toimintakykyyn. Itä-Suomen yliopisto. Liikuntalääketiede. Kandidaatintutkielma.
https://www.uef.fi/c/document_library/get_file?uuid=181f0f83-024b-4a45-84bd-c50109bed249&groupId=289982&p_1_id=1401741

Savuton Suomi 2040 -hanke. Sivustoon tutustuttu 30.1.2013.
<http://www.savutonsuomi.fi/>

STM. 2012. Tupakkapolitiikka. Luettu 31.1.2013.
<http://www.stm.fi/hyvinvointi/paihdehaitat/tupakointi>

STM. 2011. Terveysten edistäminen. Luettu 28.11.2012.
<http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>

Stavropoulos-Kalinoglou, A., Metsios, G., Koutedakis, Y. & Kitas, G. 2011. Obesity in rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 50/2011, 450-462. Luettu 21.12.2012.
<http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/50/3/450.full.pdf+html>

Stavropoulos-Kalinoglou, A., Metsios, G., Panoulas, V., Douglas, K., Nevill, A., Athanasios, Z., Kita, M., Koutedakis, Y. & Kitas, G. 2008. Cigarette smoking associates with body weight and muscle mass of patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional, observational study. Luettu 21.12.2012.
<http://arthritis-research.com/content/pdf/ar2429.pdf>

Stolt, P., Bengtsson, C., Nordmark, B., Lindblad, S., Lundberg, I., Klareskog, L., Alfredsson, L. & the other members of the EIRA study group. 2003. Quantification of the influence of cigarette smoking on rheumatoid arthritis: results from a population based case-control study, using incident cases. Luettu 24.8.2012.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1754669/pdf/v062p00835.pdf>

Sundell, J. 2012. Lääkärikirja Duodecim. Voimaharjoittelu – ohje keski-ikäisille ja vanhemmille. Luettu 7.2.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01079

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Reumatologisen yhdistyksen asettama työryhmä. Käypä hoito: Nivelreuma. 2009. Luettu 17.12.2012.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi21010>

Suomen Reumaliitto Ry. Reumataudit ja liikunta. Tulostettu 21.11.2012.
http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/hyva_tietaa/reumataudit_ja_liikunta/

Suomen reumaliitto Ry. Reumataudit ja ravinto. Tulostettu 21.11.2012.
http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumataudit_ja_ravinto/

Telles, S., Naveen, K., Gaur, V. & Balkrishna, A. 2011. Effect of one week yoga on function and severity in rheumatoid arthritis. 11.2.2013.
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1756-0500-4-118.pdf>

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa – Valmentava elämäntapaohjaus. 2. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

- Tuorila, H. 2009. Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen. Kuluttajatutkimuksen vuosikirja 2009, 102-118. Luettu 28.12.2012.
http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5403/04_tuorila_terveyspalvelut.pdf
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 24.2.2013.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio180113.pdf
- Ukkola, O. 2005. Kakeksia. Duodecim 9/2005, 985-992. Luettu 6.1.2013.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94965.pdf>
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset - ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki: Edita Publishing Oy. Luettu 27.2.2013.
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositus2005.fin.pdf>
- Valsta, L., Borg, P., Heiskanen, S., Keskinen, H., Männistö, S., Rautio, T., Sarlio-Lähteenkorva, S. & Kara, R. 2008. Juomat ravitsemuksessa. Helsinki: Yliopistopaino. Luettu 27.2.2013.
http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/juomat_ravitsemuksessa.pdf
- Vertio, H. 2003. Terveiden edistäminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vihijärvi, S. 2006. Nivelreumapotilaan ohjaus potilaan ja hänen perheensä näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro Gradu -tutkielma. Luettu 20.10.2012.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01282.pdf>
- Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Westhoff, G., Rau, R. & Zink, A. 2008. Rheumatoid arthritis patients who smoke have a higher need for DMARDs and feel worse, but they do not have more joint damage than non-smokers of the same serological group. Luettu 18.12.2012.
<http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/47/6/849.full.pdf+html>

LIITTEET Liite 1. Keskeisimmät opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

Tutkimus ja työn nimi	Tarkoitus, tehtävät ja ongelma/tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>A Randomized Two-Year Study of the Effects of Dynamic Strength Training on Muscle Strength, Disease Activity, Functional Capacity, and Bone Mineral Density in Early Rheumatoid Arthritis</p> <p>Häkkinen, Sokka, Kotaniemi & Hannonen (2001)</p>	<p>Tarkoitus: Arvioida kahdeksan kuukautisen voimaharjoittelun vaikutusta lihasvoimaan, luuntiheyteen, fyysiseen toimintakykyyn, nivelvaurioihin ja taudin aktiivisuuteen potilailla, joilla on alle kaksi vuotta sitten todettu nivelreuma.</p>	<p>Seurantatutkimus</p> <p>n= 70 nivelreumapotilasta, joita ohjattiin tekemään erilaisia fyysisiä harjoitteita. Potilaat pitivät harjoittelusta päiväkirjaa, joita arvioitiin joka toinen kuukausi. Potilaat tutkittiin kuuden kuukauden välein.</p> <p>Potilaiden polven ojentajien, ylävartalon koukistajien ja ojentajien ja tarttumisen vahvuutta mitattiin dynamometrillä. Luuntiheys mitattiin reisiluunkaulasta ja lannerangasta.</p> <p>Taudin aktiivisuutta määritettiin Disease Activity Score –mittarilla, nivelvaurion laajuutta Larsenin asteikolla ja toimintakykyä HAQ –kyselyllä. Myös kävelynopeutta mitattiin.</p>	<p>Voimaharjoitteluryhmässä kaikkien lihasten maksimi-voima kasvoi merkittävästi (19-59%). Tässä ryhmässä myös HAQ-arvot ja kävelynopeus paranivat.</p> <p>Kontrolliryhmässä tulokset olivat myös positiivisia, mutteivät yhtä huomattavia kuin voimaharjoitteluryhmässä.</p> <p>Säännöllinen dynaaminen harjoittelu yhdistettynä kestävyttä parantaviin fyysisiin harjoitteisiin parantaa nivelreumapotilaiden lihasvoimaa ja fyysistä toimintakykyä, muttei luuntiheyttä.</p>

Tutkimus ja työn nimi	Tarkoitus, tehtävät ja ongelma/tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Aikuisten nivelreumaa sairastavien liikunta ja sen vaikutus toimintakykyyn</p> <p>Kandidaatintutkielma Saariniemi (2011)</p>	<p>Tarkoitus: Selvittää, millaista liikuntaa aikuisten nivelreumaa sairastavien tulisi harrastaa, jotta sairauden oireita voitaisiin helpottaa ja kuinka nämä eri liikuntamuodot vaikuttavat toimintakykyyn.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Nivelreumaa sairastavien fyysinen aktiivisuus on muuta väestöä vähäisempää. Heidän fyysinen toimintakykynsä on usein heikentynyt mm. väsymyksen, lihasvoiman heikkene- misen, kipuja ja liikerajoitusten vuoksi.</p> <p>Liikunta vaikuttaa positiivisesti fyysisen toimintakyvyn eri osa-alueisiin. Liikunnan tulee olla sellaista, ettei se aiheuta kipua. Liikunta vaikuttaa positiivisesti myös psyykkiseen toimintakykyyn.</p> <p>Nivelreuman hoidossa ja kuntoutuksessa tulisi panostaa liikunnan opetukseen ja ohjaukseen enemmän. Fysioterapeutin rooli on tärkeä. Optimaalinen liikuntaohjelma sisältää sekä kestävyys- että lihasvoimaharjoitteita.</p>

Tutkimus ja työn nimi	Tarkoitus, tehtävät ja ongelma/tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Early Suppression of Disease Activity Is Essential for Maintenance of Work Capacity in Patients With Recent-Onset Rheumatoid Arthritis</p> <p>Puolakka, Kautiainen, Möttönen, Hannonen, Korpela, Hakala, Järvinen, Ahonen, Forsberg & Leirisalo-Repo (2005)</p>	<p>Tarkoitus: Tutkia varhaisen hoidon vaikutusta varhaisessa vaiheessa olevaa nivelreumaa sairastavien potilaiden työkyvyn säilymiseen.</p>	<p>Satunnaistettu tutkimus</p> <p>n= 195 nivelreumapotilasta</p> <p>Potilaille annettiin satunnaistetusti joko yhdistelmä lääke, jossa DMARD- eli tautiprosessia hidastava reumalääke ja prednisoni tai yksittäinen DMARD- lääke yhdessä tai erikseen prednisonin kanssa. Hoidon vaikuttavuutta arvioitiin ACR:n (American College of Rheumatology) kriteerien mukaisesti.</p>	<p>Remission nopea saavuttaminen ennustaa työkyvyn säilyvyyttä.</p> <p>Yksikään kuuden kuukauden seurantavaiheessa remission olleista potilaista ei ollut menettänyt pysyvästi työkykyään viiden vuoden seurannan kohdalla. Jos taas potilas ei ollut remission kuuden kuukauden seurantavaiheessa, riski pysyvään työkyvyttömyyteen oli yhtä korkea ACR50- ja ACR20-ryhmissä.</p>
<p>Effect of patient education on adherence to drug treatment for rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial</p>	<p>Tarkoitus: Määrittää parantaisiko potilasohjausohjelma hitaasti vaikuttavan antireumaattisen lääkkeenoton noudattamista ja arvioida myöhempiä tuloksia potilaissa.</p>	<p>Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus</p> <p>n= 100 nivelreumapotilasta, joista 49 kontrolliryhmässä ja 51 koeryhmässä</p> <p>Sama ammatinharjoittaja näki potilaita seitsemänä eri kertana, aina samanmittaisen ajan. Koeryhmäläisten ohjaus kesti 30 minuuttia ja kontrolliryhmäläisten standardisoidun ajan.</p>	<p>Potilasohjaus kohottaa DPA-lääkitykseen sitoutumista merkittävästi ja vaikutukset pysyivät kuuteen kuukauteen saakka.</p>

Tutkimus ja työn nimi	Tarkoitus, tehtävät ja ongelma/tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Effects of Yoga on Mental and Physical Health: A Short Summary of Reviews</p> <p>Büssing, Michalsen, Khalsa, Telles & Sherman (2012)</p>	<p>Tarkoitus: Tiivistää tämänhetkinen näyttö joogainterventioiden kliinisistä vaikutuksista psyykkisen ja fyysisen terveyden osatekijöihin.</p>	<p>Tiivistelmä</p>	<p>Tutkimusten mukaan jooga on terveyden kannalta hyödyllinen monella eri osa-alueella, mutta lisää tutkimustyötä tarvitaan, jotta selkeitä hyötyjä pystytään vahvistamaan.</p>
<p>Dynamic exercise programs (aerobic capacity and/or muscle strength training) in patients with rheumatoid arthritis</p>	<p>Tarkoitus: Arvioida lyhytaikaisen ja pitkäaikaisen dynaamisen harjoittelun kuntoutusohjelmien vaikuttavuutta ja turvallisuutta nivelreumapotilaille (sekä vedessä että maalla tapahtuvan harjoittelun).</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p> <p>Haku tehtiin eri tietokannoista ja mukaan valittiin satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia, joissa täyttyi seuraavat kriteerit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) harjoittelu tapahtuu vähintään kahdesti viikossa > 20 minuuttia 2) kesto > kuusi viikkoa 3) aerobisen harjoittelun intensiivisyys > 55% maksimisykkeestä ja/tai lihaksia vahvistavan harjoittelun voimakkuus 30-50% toistojen maksimista 4) harjoittelu tapahtunut ohjauksen alaisena <p>Laadullinen analyysi, jonkin verran myös määrällistä analyysia</p>	<p>Aerobista kapasiteettia kasvattava fyysinen harjoittelu yhdistettynä lihasvoiman harjoitteluun on suositeltavaa nivelreumapotilaille rutiininomaisesti.</p>

		Kaiken kaikkiaan tutkimuksia valikoitui mukaan kahdeksan.	
Tutkimus ja työn nimi	Tarkoitus, tehtävät ja ongelma/tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Hoitoketjujen kustannuksien ja vaikuttavuuden arviointi nivelreumapotilailla Pro Gradu -tutkielma Siekkinen (2010)	<p>Tarkoitus: Selvittää vuoden ajalta nivelreumapotilaiden hoitoketjuihin sisältyviä terveyden- ja sosiaalihuollon palveluja, niiden kustannuksia ja vaikuttavuutta sekä näihin yhteydessä olevia yksilötason tekijöitä. Tietoa haluttiin myös siitä, millaiset toimenpiteet olisivat tärkeitä reumasairauksien hoitoketjujen kehittämiseksi potilaiden itsensä arvioimana.</p> <p>Tutkimuskysymykset: 1) ”Millaisista palveluista nivelreumapotilaiden hoitoketjut ovat muodostuneet, mitkä ovat eri hoitoketjujen suorat kustannukset ja niillä aikaansaatu vaikuttavuus?” 2) ”Mitkä yksilötason tekijät ovat yhteydessä nivelreuman hoidosta aiheutuneisiin kustannuksiin,</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>n = 108 nivelreumaa sairastavaa aikuista potilasta Vastausprosentti 70,4%. Otos poimitiin Lapuan terveyskeskuksen reumatilastosta.</p> <p>Aineisto kerätty kyselylomakkeella.</p> <p>Aineisto analysoitu lineaarisen ja logistisen regressioanalyysin avulla.</p>	<p>- 76%:lla ainakin yksi pitkäaikaisraus nivelreuman lisäksi - kaikki biologisia lääkkeitä käyttävät kokivat hyötyvänsä lääkkeistä paljon tai melko paljon - määrällisesti eniten nivelreumapotilaat käyttivät perusterveydenhuollon palveluja. Erikoissairaanhoidon palveluja käytetään vähemmän, mutta ne ovat kalliimpia. - kotipalvelut ja kotisairaanhoidon palvelut lisäsivät kustannuksia merkittävästi - kuntoutusta ja fysioterapiaa niukasti - suurimmat suorat kustannukset lääkkehoidosta (43% kokonaiskustannuksista) - erikoissairaanhoidon hoitoketjua käyttäneet saaneet vaikuttavinta hoitoa - potilaat kokivat reumahoitajien työn tärkeänä - erikoissairaanhoidon hoitoketjun käyttäjät pääasiassa korkeamman koulutusasteen omaa-</p>

	<p>elämänlaatuun ja vaikuttavuuteen?”</p> <p>3) ”Millaisilla hoidoilla, toimenpiteillä tai asioilla nivelreumapotilaiden hoitoa voitaisiin hoitoketjussa kehittää?”</p> <p>Tavoite</p> <p>1) ”vertailla nivelreumapotilaiden käytännössä toteutuneiden hoitoketjujen kustannuksia ja vaikuttavuutta vuodelta ajalta”</p> <p>2) ”selvittää, mitkä yksilötason tekijät ovat yhteydessä nivelreuman hoidosta aiheutuneisiin kustannuksiin, elämänlaatuun ja vaikuttavuuteen”</p> <p>3) ”tuoda esille potilaiden itsensä arvioimana tietoa siitä, millaiset hoidot, toimenpiteet tai asiat olisivat tärkeitä nivel-sairauksien hoidossa ja voisivat aikaansaada parempaa vaikuttavuutta hoitoketjussa”</p>		<p>via, työssäkäyviä potilaita</p> <ul style="list-style-type: none"> - iäkkäät ja peruskoulutuksen saaneet potilaat käyttivät pääasiassa peruspalvelujen hoitoketjuja - fyysisesti huonokuntoisimmat käyttivät kaikkia hoitoketjujen osia
--	--	--	--

Tutkimus ja työn nimi	Tarkoitus, tehtävät ja ongelma/tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana Kyngäs, Kukkurainen, Mäkeläinen (2005)</p>	<p>Tarkoituksena kuvaila millaiseksi hoitohenkilökunta arvioi nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjauksen.</p> <p>Tutkimuskysymykset: 1)Mitkä ovat hoitohenkilökunnan vahvuudet ohjata potilaita? 2)Miten potilaita käytännössä ohjataan? 3)Mitkä ovat sairaalan heikkoudet ja vahvuudet potilasohjauksen näkökulmasta? 4)Mitä haasteita potilasohjauksen kehittämisessä on?</p> <p>Tavoitteena tuottaa tietoa, jolla kehitetään nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjausta.</p>	<p>Aineiston keruu lomakkeella, jossa vastaajia pyydettiin kirjoittamaan annetuista teemoista. Lomake lähetettiin 39:lle, mutta vain 12 palautti lomakkeen.</p> <p>Induktiivinen sisällön analyysi</p>	<p>Ohjaajan vahvuksia olivat kyky ymmärtää potilaita, kokemus ohjauksesta, kiinnostus ohjata potilaita ja vuorovaikutustaidot.</p> <p>Pelkästään suullisesti annettu tieto ei riitä vaan tarvitaan demonstraatiota tai kirjallista materiaalia.</p> <p>Ohjauksen heikkoudet liittyivät työjärjestelyihin, ajan ja henkilökunnan puutteeseen, kirjallisiin ohjeisiin sekä potilaiden kysymyksiin.</p> <p>Koska vastausprosentti oli alhainen, ei tuloksia voida yleistää vaan ne kertovat näiden vastaajien näkemyksistä. Vastaukset antavat kuitenkin realistisen ja luotettavan kuvan potilasohjauksesta kyseisessä sairaalassa.</p>

Tutkimus ja työn nimi	Tarkoitus, tehtävät ja ongelma/tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Nivelreumapotilaan ohjaus potilaan ja hänen perheensä näkökulmasta</p> <p>Pro Gradu Vihijärvi (2006)</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, miten potilas ja hänen perheenjäsenensä kokevat hoitajan antaman ohjauksen ja millaisia toiveita heillä on ohjausta kohtaan.</p>	<p>Laadullinen tutkimus, induktiivinen sisällön analyysi</p> <p>Teemahaastattelu: Perhehaastatteluita 10 (20 henkilöä)</p>	<p>Nivelreumapotilaat ja heidän perheenjäsenensä kokivat vaihtelevaa tarvetta sairaanhoitajan tai lähihoitajan antamaa ohjausta ja tukea kohtaan.</p> <p>Omahoitajaa pidettiin tärkeänä hyvän ohjauksen ja tuen toteuttajana.</p> <p>Potilaat ja heidän perheenjäsenensä toivoivat yksilöllisyyttä ja perheenjäsenten ottamista mukaan ohjaukseen. Vertaistukea toivottiin myös lisää.</p> <p>Ohjauksen suunnittelussa toivottiin, että huomiota kiinnitettäisiin ohjauksen ajankohtaan, erilaisiin ohjausmenetelmiin ja tiedon määrään.</p> <p>Sairaalan henkilökunnalta toivottiin enemmän aktiivisuutta ohjaukseen sitouttamisessa.</p>

Tutkimus ja työn nimi	Tarkoitus, tehtävät ja ongelma/tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>”Now I see a brighter day”: expectations and perceived benefits of an Iyengar yoga intervention for young patients with rheumatoid arthritis Evans, Moieni, Subramanian, Tsao, Sternlieb & Zeltzer (2011)</p>	<p>Tavoite: Käyttää haastatte- luista saatua tie- toa Iyengarjooga interventioiden kehittämiseen.</p>	<p>Laadullinen tutkimus n=5 Fenomenologinen analyysi</p>	<p>Tutkimukseen osal- listuneiden potilai- den kokemukset ja havaitut hyödyt Iyengarjooga inter- ventioon osallistu- misesta liittyivät fysiologisiin hyö- tyihin, kuten voi- mankasvuun, pa- rantuneeseen ryh- tiin ja kehonraken- teen tiedostamisen kasvuun. Potilaat mainitsivat myös psykologis- spirituaaliset hyö- dyt, kuten itseluot- tamuksen ja minä- pystyvyyden tun- teen kasvun. Muita hyötyjä olivat pa- rantunut unenlaatu ja energiatasot, tunne rentoutumi- sesta sekä kipujen ja särkyjen vähe- neminen. Yksikään potilas ei raportoi- nut haitallisia vai- kutuksia.</p>
<p>Tutkimus ja työn nimi</p>	<p>Tarkoitus, tehtävät ja ongelma/tavoite</p>	<p>Menetelmä</p>	<p>Keskeiset tulokset</p>
<p>Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen Kääriäinen (2007)</p>	<p>Tutkimus oli kak- sivaiheinen. Vaihe I: Tutki- muksen ensim- mäisen vaiheen tarkoituksena on kuvailla ja selittää ohjauksen laatua potilaiden ja hoitohenkilös- tön arvioimana. Tutkimuskysy- mykset:</p>	<p>Vaihe I: Aineisto kerättiin kyseistä tutkimusta varten kehitetyillä mittareilla posti- kyselynä Oulun yli- opistollisen sairaalan potilailta (n=844) ja hoitohenkilöstöltä (n=916). Aineiston analyysis- sa käytettiin perus- ja monimuuttujame- netelmiä sekä sisäl-</p>	<p>Ohjauksen resurssit olivat kohtalaiset, mutta ohjausaika oli riittämätöntä. Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot ohjata olivat kohtalaisen hyvät. Potilaiden mielestä hoitohen- kilöstön asenteet olivat osittain kielteisiä, vaikka hoitohenkilöstö piti niitä myönteisinä.</p>

<p>Millainen on ohjauksen laatu potilaiden arvioimana?</p> <p>Miten potilaiden taustatekijät ovat yhteydessä ohjauksen laadun osa-alueisiin ja ohjauksen kokonaislaatuun?</p> <p>Miten potilaiden taustatekijät, ohjauksen laadun osa-alueet ja kokonaislaatu selittävät yksittäisiä ohjauksen laadun osa-alueita?</p> <p>Miten potilaiden taustatekijät ja ohjauksen laadun osa-alueet selittävät ohjauksen kokonaislaatua? Millainen on ohjauksen laatu hoitohenkilöstön arvioimana?</p> <p>Miten hoitohenkilöstön taustatekijät ovat yhteydessä ohjauksen laadun osa-alueisiin?</p> <p>Miten hoitohenkilöstön taustatekijät ja ohjauksen laadun osa-alueet selittävät yksittäisiä ohjauksen laadun osa-alueita?</p> <p>Vaihe II: Tutkimuksen toisen vaiheen tarkoituksena on määritellä</p>	<p>lönanalyysiä.</p> <p>Vaihe II: Ohjaus-käsite määriteltiin käsiteanalyysillä, jonka aineisto kerättiin eri tietokannoista (n=32) ja käsihakuina yleisteoksista (n=6).</p> <p>Aineisto analysoitiin induktiivisella sisälönanalyysillä ja analyysin tuloksena määriteltiin ohjauskäsitte. Ohjauskäsitteen rakenne testattiin konfirmatorisella faktorianalyysillä.</p> <p>Tutkimuksen ensimmäisen ja toisen vaiheen tulokset yhdistettiin ohjauksen laadun hypoteettiseksi malliksi.</p>	<p>Ohjausmenetelmistä hoitohenkilöstö hallitsi hyvin vain suullisen yksilöohjauksen.</p> <p>Vuorovaikutus toteutui hyvin. Ohjaus oli kuitenkin osittain riittämätöntä varsinkin ennen sairaalaan tuloa sairauteen ja sen hoitoon liittyvien asioiden osalta sekä sairaala-aikana sosiaalisen tuen osalta. Potilaslähtöinen ohjaustoiminta, ohjauksen riittävyys ja kokonaislaatu selittivät ohjauksen vaikutuksia.</p> <p>Kokonaisuudessaan potilaat pitivät ohjauksen laatua hyvänä.</p> <p>Ohjaus määriteltiin potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin eli taustatekijöihin sidoksissa olevaksi, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaksi, aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi.</p> <p>Ohjauksen lähtökohtana on potilaan ja hoitohenkilöstön konteksti, jonka kohtaaminen edellyttää vuorovaikutukselta kaksisuuntaisuutta.</p>
--	---	--

	<p>ohjaus-käsite ja testata käsitteen rakenne.</p> <p>Tutkimuskysymykset: Mitä ohjauskäsitteellä tarkoitetaan teoreettisen analyysin perusteella?</p> <p>Millainen on ohjauskäsitteen rakenne empiirisen analyysin perusteella? Tavoite: Tutkimuksessa kehitettyä hypoteettista ohjauksen laatumallia voidaan hyödyntää ohjaukseen ja sen laatuun liittyvässä päätöksenteossa ja toiminnassa. Tutkija toivoo, että kehitetty malli herättää kiinnostusta ja uusia ideoita ohjauksen laadun kehittämiseen sekä tehostaa ohjaustoimintaa.</p>		<p>Vuorovaikutus on keino, jolla ohjaussuhdetta rakennetaan.</p> <p>Kehitetyn hypoteettisen mallin mukaan ohjauksen laadulla tarkoitettiin sitä, että ohjaus on hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin eli taustatekijöihin sidoksissa olevaa, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on asianmukaisin resurssien toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa.</p>
--	---	--	--

Tutkimus ja työn nimi	Tarkoitus, tehtävät ja ongelma/tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Quantification of the influence of cigarette smoking on rheumatoid arthritis: results from a population based case-control study, using incident cases</p> <p>Stolt, P., Bengtsson, C., Nordmark, B., Lindblad, S., Lundberg, I., Klareskog, L, Alfredsson, L & the other members of the EIRA study group (2003)</p>	<p>Tarkoitus: Määrittää tupakoinnin vaikutus riskiin sairastua nivelreumaan.</p>	<p>Tapaus-verrokkitutkimus ”tapauksia”=679 verrokkit=847 18-70-vuotiaita ruotsalaisia</p> <p>Tapaus määriteltiin henkilöksi, jolla todettiin ensimmäistä kertaa AMR:n kriteerien mukainen nivelreuma. Verrokkit valittiin satunnaistettuihin.</p> <p>Nivelreuman ilmaantuvuutta vertailtiin tällä hetkellä tupakojien, entisten tupakojien, aina tupakoinneiden ja koskaan tupakoimattomien kesken.</p>	<p>Riski sairastua nivelreumaan kasvoi tupakoinnin määrän kasvamisen myötä.</p> <p>Tupakoivilla on kasvanut riski sairastua seropositiviseen, muttei seronegatiiviseen, nivelreumaan. Kasvanut riski esiintyy pitkäaikaisen, mutta kohtuullisen tupakoinnin seurauksena ja voi olla olemassa monia vuosia tupakoinnin lopettamisen jälkeen.</p>

Tutkimus ja työn nimi	Tarkoitus, tehtävät ja ongelma/tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>The Effect of Stopping Smoking on Disease Activity in Rheumatoid Arthritis (RA).</p> <p>Andersson, M., Bergman, S. & Söderlin, M. (2012)</p>	<p>Tarkoitus: Tutkia tupakoinnin lopettamisen vaikutuksia sairauden aktiivisuuteen nivelreumapotilailla.</p> <p>Tavoite: Määrittää, onko tupakoinnin lopettamisella nivelreuman puhkeamisen jälkeen vaikutusta sairauden aktiivisuuteen.</p>	<p>n=2800</p>	<p>Tupakoinnin lopettaminen nivelreuman puhkeamisen jälkeen ei muuttanut tupakoivien kehnoa ennustetta. Kaikkien nivelreumapotilaiden tulisi kuitenkin lopettaa tupakointi korkean sydän- ja verisuonisairauksiin sairastumisen ja kuoleamisen riskin vuoksi. Tupakoinnilla on myös yhteys verisuonitulehdukseen nivelreumapotilailla.</p>
<p>Tai chi for treating rheumatoid arthritis (Review)</p> <p>Han, Judd, welch, Wu, Tugwell & Wells (2010)</p>	<p>Tarkoitus: Arvioida Tai Chin vaikutuksia ja sivuvaikutuksia sekä turvallisuutta nivelreumapotilaiden hoidossa.</p>	<p>Tutkimuskatsaus</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia 2. Kontrolloituja ja kliinisiä tutkimuksia <p>Tutkimuksia haettiin elektronisesti ja manuaalisesti.</p> <p>Tutkimuksista haettiin tietoa vaikuttavuudesta, sivuvaikutuksista ja kliinisestä merkityksestä.</p>	<p>Tai Chilla ei havaittu olevan haitallisia vaikutuksia nivelreuman aktiivisuuteen.</p> <p>Tai Chilla havaittiin olevan tilastollisesti merkittävä hyödyllinen vaikutus nilkankoukistuksen liikelaajuuteen.</p>
Tutkimus ja työn nimi	Tarkoitus, tehtävät ja ongelma/tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Yoga on our minds: a systematic review of yoga for neuropsychiatric disorders</p> <p>Balasubramaniam, Telles & Doraiswamy (2013)</p>	<p>Tarkoitus: Tutkia systemaattisesti näyttöä joogan hyödyistä valikoitujen psyykkisten häiriöiden hoidossa.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Joogasta on kohtuullista hyötyä lievän masennuksen hoidossa, vaikkei käytettäisiäkään lääkehoitoa.</p>