

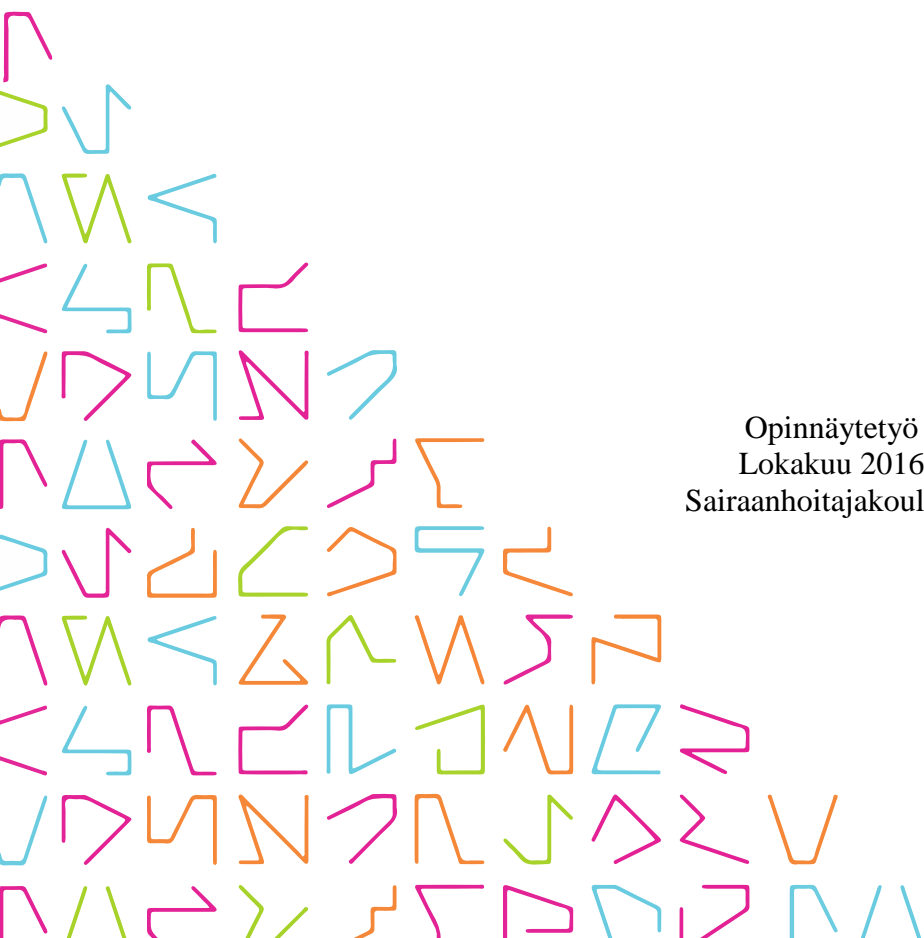


TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# TEKONIVELLEIKKAUKSEN JÄLKEEN TARVITTAVIEN APUVÄLINEIDEN KÄYTÖN VIDEOAVUSTEINEN POTILASOPETUS

Kristina Zaitseva

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2016  
Sairaanhoidajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus

KRISTINA ZAITSEVA

Tekonivelleikkauksen jälkeen tarvittavien apuvälineiden käytön  
videoavusteinen potilasohjaus

Opinnäytetyö 49 sivua, joista liitteitä 6 sivua

Lokakuu 2016

---

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tekonivelleikkaukseen valmistautuville potilaille suunnattu opetusvideo tekonivelleikkauksen jälkeen tarvittavien apuvälineiden käytöstä. Opinnäytetyön teoreettisen pohjan muodostavat potilasohjaus, videotekniikan käyttö ohjauksessa ja apuvälineet. Ohjaus tapahtui videolla demonstraation ja suullisen ohjauksen kautta. Kyynärsauvojen käytön ohjauksessa on tärkeää, että potilas tietää kyynärsauvojen sopivan pituuden, osaa askelvaiheet, eri kävelytekniikat ja pystyy liikkumaan tasaisella ja portaissa varausrajoitukset huomioiden. Opinnäytetyössä on esitelty kolmi-, kaksi- ja nelipistekävely. Pukeutumisen apuvälineistä on esitelty sukanvetolaite, jonka käyttö edellyttää leikatulta potilaalta hyvää oppimiskykyä ja muistia.

Ikä ja kokemus vaikuttivat ohjattavan ohjaamiseen, oppimiseen ja onnistumiseen. Vanhemman potilaan ohjaamiseen tulisi varata runsaasti aikaa ja kärsivällisyyttä. Ohjeistuksen on oltava selkeää, yksiselitteistä ja opetuskertoja tulisi olla useampia. Nuoret oppijat olivat vastaanottavaisempia uudelle tiedolle ja taitojen oppiminen oli helpompaa ja nopeampaa. Myös koordinaatiokyky ja keskittyminen olivat nuoremmilla parempia.

Laadukkaan opetusvideon suunnittelussa ja toteuttamisessa tulee erityisesti huomioida videon tarve, tarkoitus, sisältö ja sisällön laatu. Demonstraatio sopii erityisen hyvin opetusvideon ohjaustavaksi, sillä kuntouttavassa hoidossa valmis toimintamalli toimii potilaslähtöistä toimintamallia paremmin motoristen taitojen oppimisessa. Opinnäytetyön aiheen kehittämisen kannalta olisi tärkeää käsitellä teemaa terveysalan opinnoissa, esitellä apuvälineitä hoitohenkilökunnalle perehdytyksen aikana, päivittää tietoja uusista apuvälineistä ja tehdä enemmän tutkimuksia videoavusteisesta ohjauksesta.

Asiasanat: potilasohjaus, potilasopetus, apuvälineet, videotekniikka

## **ABSTRACT**

Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care

KRISTINA ZAITSEVA  
Assistive Devices Used after Arthroplasty in Video-assisted Patient Education

Bachelor's thesis 49 pages, appendices 6 pages

October 2016

---

The aim of this study was to produce educational video material of assistive devices for patients preparing for hip or knee replacement surgery. This thesis is based on theory of patient education, video-assistive patient counselling and assistive devices. On the produced video material patient counselling was shown through demonstration and verbal means. In usage of forearm crutches, it is important for the patient to be aware of the fitting lengths of the crutches, step phases and walking on flat surfaces and stairs. This thesis introduces 3-point, 2-point and 4-point alternative gaits. One of the assistive devices used after hip replacement surgery is sock aid which requires good memory and ability to learn and good memory.

The patient's age and experiences have an impact on counselling, learning progress and results. When counselling elderly patients more time and patience are needed. Instructions have to be clear and unambiguous and there should be more than one meeting with a patient. Young learners are more likely to be able to receive new instructions and knowledge well so they learn new skills faster and easier. Also younger people's coordination and concentration is better than that of the elderly.

Demonstration is a suitable way of patient counselling in an educational video as it is ready operations model well suited for rehabilitation of motor skills. In the process of producing a good quality educational video it is of major importance to perceive the need, object, content and the quality of the video. A suggestion for further study could be to continue examining the impact of video-assisted patient counselling. Also, the introduction of assistive devices to nursing staff in orientation and updating their knowledge about new assistive aids could be a major improvement.

---

Key words: patient counselling, patient education, assistive devices, video

## SISÄLLYS

|   |   |    |
|---|---|----|
| 1 | JOHDANTO.....   | 5  |
| 2 | TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....                      | 6  |
| 3 | TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....                            | 7  |
| 4 | POTILASOHJAUS JA POTILASOPETUS .....                      | 8  |
| 5 | VIDEOTEKNIikka POTILASOPETUKSESSA .....                   | 12 |
|   | 5.1 Videoavusteinen potilasopetus .....                   | 12 |
|   | 5.2 Opetusvideon kuvaaminen.....                          | 14 |
| 6 | APUVÄLINEET TEKONIVELLEIKKAUKSEN JÄLKEEN.....             | 18 |
|   | 6.1 Kyynärsauvat .....                                    | 18 |
|   | 6.2 Sukanvetolaite.....                                   | 21 |
| 7 | OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....           | 24 |
|   | 7.1 Opinnäytetyön tuotoksen eli opetusvideon sisältö..... | 24 |
|   | 7.2 Opetusvideon ulkoasu .....                            | 26 |
|   | 7.3 Opinnäytetyön prosessi .....                          | 27 |
| 8 | PÄÄTÄNTÄ .....  | 30 |
|   | 8.1 Luotettavuus ja eettisyys.....                        | 30 |
|   | 8.2 Opinnäytetyön johtopäätökset .....                    | 32 |
|   | 8.3 Omat kokemukset ja kehittämis ehdotukset .....        | 38 |
|   | LÄHTEET.....  | 40 |
|   | LIITE 1: OPETUSVIDEON KÄSIKIRJOITUS.....                  | 44 |
|   | LIITE 2: SUOSTUMUS .....                                  | 49 |

## 1 JOHDANTO

Digitalisaatio on kasvava ilmiö kaikkialla maailmassa ja myös terveystalalla tekniikan käytön osaamisvaatimukset kasvavat jatkuvasti. Asiakasmäärän lisääntyessä ja potilasryhmien koon kasvaessa hoitoalalla kaivataan yhä uusia menetelmiä ohjauksen tueksi. (Hietämäki 2013.) Yhtenä ratkaisuna tähän on videotekniikan hyödyntäminen potilasopetuksessa ja -ohjauksessa. Videon avulla tietoa ja ohjausta on mahdollista jakaa suuremmille potilasmäärille ja videon jakamisella verkossa tavoitetaan myös ne potilaat, joilla on fyysisiä tai taloudellisia esteitä saapua paikan päälle ohjaukseen. (Murphy 2013.)

Suomessa tehdään vuosittain yli 22 000 polven ja lonkan tekonivelleikkausta ja näin ollen tekonivelleikkauspotilaat ovatkin merkittävä potilasryhmä (THL 2014). Tekonivelleikkauksen kuntoutumisen kannalta nopea mobilisaatio ja oikean kävelytekniikan omaksuminen on nivelen paranemisen kannalta erittäin tärkeää (Suomen Artoplastiayhdistys). Apuvälineillä on merkittävä tehtävä kuntoutuksessa. Tässä opinnäytetyössä esitellään kyynärsauvojen ja sukanvetolaitteen käyttö sekä edellä mainittujen apuvälineiden käytön videoavusteinen potilasopetus. Kyynärsauvojen käytössä ohjataan kolme- ja nelipistekävely sekä kävely tasolla ja portaissa. Työssä perehdytään potilasohjaukseen, potilasopetukseen ja videotekniikan käyttöön ohjauksessa.

Tällä opinnäytetyöllä haluan tuoda esille uusia näkökulmia potilasohjauksesta eri hoitotyön ammattiryhmille, erityisesti sairaanhoitajille ja fysioterapeuteille. Uskon, että opinnäytetyöni teoriaosa tulee olemaan monikäyttöinen oppimispohja sairaanhoitaja- ja fysioterapeuttiopiskelijoiden lisäksi myös terveysaiheisten projektien parissa työskentelevien mediaosaajien keskuudessa. Apuvälineiden esittely auttaa myös uusia työntekijöitä perehtymään niiden käyttöön ja käytön ohjaamiseen. Tieto videotekniikan hyödyntämisestä käytännön hoitotyössä on hyödyllistä, sillä teknologia kehittyy nopeasti ja jokaisen, niin vanhan tekijän kuin nuoren terveystalan ammattilaisen, oletetaan pysyvän kehityksen perässä.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

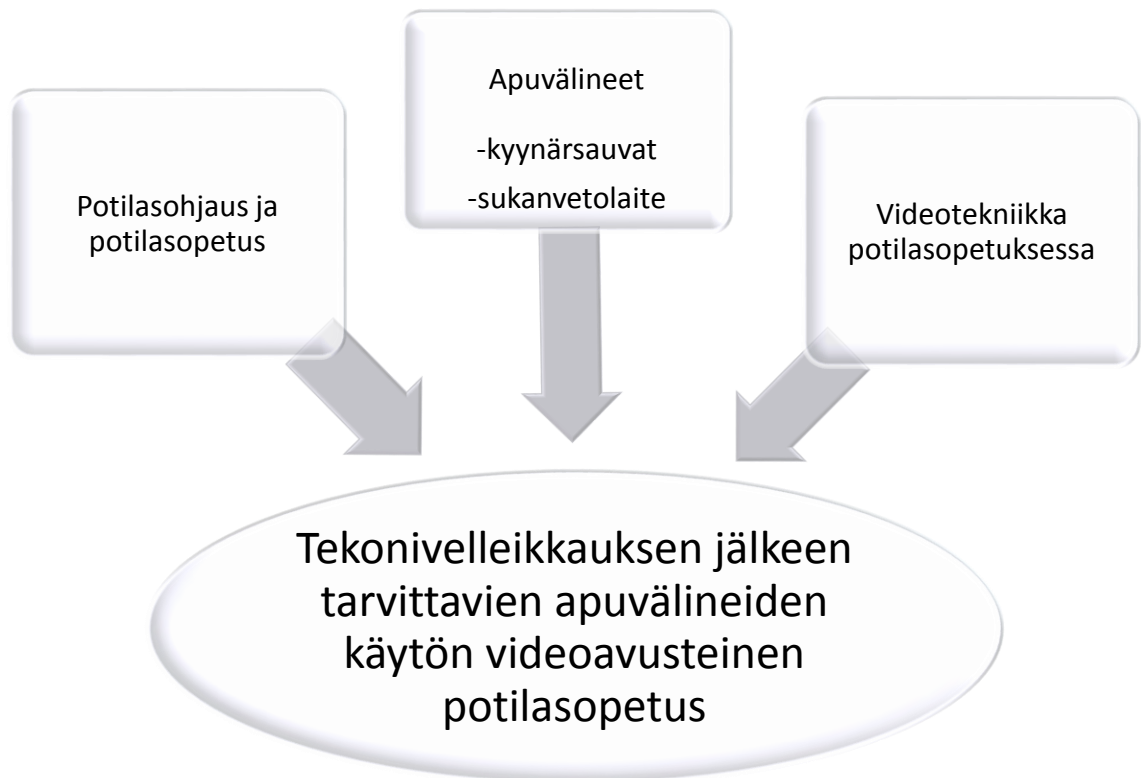
Tämän tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opetusvideo tekonivelleikkaukseen valmistautuville potilaille leikkauksen jälkeen tarvittavien apuvälineiden käytöstä. Opinnäytetyön tehtävät ovat:

- 1) Millaista potilasohjausta käytetään ohjatessa potilasta tekonivelleikkauksen jälkeen tarvittavien apuvälineiden käytössä?
- 2) Miten potilas käyttää kyynärsauvoja ja sukanvetolaitetta tekonivelleikkauksen jälkeen?
- 3) Miten videotekniikkaa voidaan hyödyntää potilasopetuksessa?

Opinnäytetyön tavoitteena on helpottaa hoitohenkilökunnan ohjausta heidän kohdatessa tekonivelleikkaukseen valmistautuvia potilaita. Valmista opinnäytetyötä ja sen tuotosta voidaan myös hyödyntää uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Tavoitteena on yhdistää teknologian käytön mahdollisuudet hoitotyöhön ja rohkaista alan ammattilaisia hyödyntämään videotekniikkaa potilasohjauksessa. Omalta osaltani tavoitteena on varmistaa hyvää hoitotyön laatua ja turvallisuutta. Haluan myös on laajentaa tietämystäni potilasohjauksesta, videoavusteisesta ohjauksesta ja erityisesti apuvälineiden käytön ohjauksesta.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettinen lähtökohta on esitetty alla olevassa kuviossa (KUVIO 1). Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat potilasohjaus, potilasopetus, apuvälineet ja videotekniikka.



KUVIO 1. Tekonivelleikkauksen jälkeen tarvittavien apuvälineiden videoavusteisen ohjauksen teoreettiset lähtökohdat.

## 4 POTILASOHJAUS JA POTILASOPETUS

Ohjaus määritellään hoitotieteessä ammatilliseksi toiminnaksi tai prosessiksi, jossa kaksi ihmistä toimivat tasavertaisessa yhteistyössä. Ohjauk käsitettä kuvaavat vuorovaikutus, ohjaussuhde sekä toiminnan tavoitteellisuus ja aktiivisuus. (Jaakonsaari 2009.) Ohjaus-käsite liittyy aina johonkin havaittavaan tai hoitohenkilöstön tai potilaan mielessä olevaan tapahtumaan, jota kutsutaan käsitteen tarkoitteeksi. Ohjaus on kommunikaation ja ajattelun väline, jolla ihmiset voivat välittää tietoa toisilleen. (Kääriäinen 2007.)

Potilasohjaus on suunnitelmallisempaa kuin tavallinen ohjaaminen. Ohjauksessa potilas on aktiivinen päätöksentekijä ja hoitohenkilöstön edustajat tukevat häntä päätöksissään, tekemättä ratkaisuja hänen puolestaan. Potilasohjauksella pyritään lisäämään potilaan tietoa, ymmärrystä ja itsenäistä päätöksentekoa. Sillä myös edistetään kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämänlaatuaan. (Lipponen 2014.) Potilasohjauksen tavoitteena on elvyttää potilaan voimavaroja, aktivoita ja motivoita häntä. Tällöin hänen kokemansa hallinnan tunne kehittyy ja hän pääsee vaikuttamaan hoitoonsa entistä enemmän. (Kyn-gäs 2007, 41.) Ohjauksessa on tärkeää henkilökohtaisten merkitysten löytäminen, jaettu asiantuntijuus ja potilaan vastuu toiminnastaan (Kääriäinen 2007). Ohjauksen on tarkoitus antaa potilaalle riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta (Lipponen 2014).

Potilasohjauksen onnistumiseksi on tärkeää tunnistaa, mitä asiakas jo tietää ja mitä hänen täytyy vielä omaksua. Hyvä ohjaus perustuu potilaan tarpeista ja rakentuu potilaalle tärkeisiin asioihin hänen taustatekijät huomioiden. (Kyn-gäs 2007, 47). Potilaslähtöinen ohjaus lisää potilaan tietoa, osallistumista hoitoonsa, hoito-ohjeiden noudattamista ja tyytyväisyyttä hoitoon. Se myös vähentää oireiden määrää ja terveystalveluiden käytön tarvetta. (Lipponen 2014.) Potilaslähtöisen, vuorovaikutteisen ohjaussuhteen keskeisiä tekijöitä ovat mm. halu työskennellä yhdessä, odotusten yhtäpitävyys ja usko auttamisen mahdollisuuteen. Potilaan tulee myös luottaa hoitohenkilökuntaan ja tuntee olonsa turvalliseksi ohjaustilanteessa. (Kyn-gäs 2007, 48.)

Käsitepari potilasohjaus ja – opetus on usein käytössä hoitoalalla. Potilaan ohjaus voidaan määritellä kattamaan potilaan ohjauksen, neuvonnan, opetuksen ja tiedon välittämiseen potilaalle. (Kilcku 2008.) Ohjauksen synonyyminä käytetäänkin usein opetusta, tiedon antamista ja neuvontaa.



Potilasopetus voidaan määritellä aktiivisena opetusprosessina, jolla pyritään lisäämään potilaan tietoja ja taitoja. Siihen sisältyy niin tietojen antamista kuin niiden soveltamistakin. (Jaakonsaari 2009.) Potilasopetusta käytetään usein potilasohjauksen rinnalla, mutta opetuksen ja ohjauksen suhde nähdään niin, että ohjaus edeltää potilasopetusta (Jaakonsaari 2009; Kilcku 2008).

Sairaanhoidajan ja tutkijan, Virginia Hendersonin, esittämässä hoitotyön ydinosaamisen perustassa sanotaan, että hoitotyön tehtävänä on opettaa ja ohjata asiakkaita ja potilaita niin, että he kokevat saavansa riittävästi tietoa tilastaan ja sen hoidosta, sekä terveyden ylläpitämisestään ja sairauden hoidosta. (Lauri 2007, 99–100). Potilaan opettamisella pyritään auttamaan potilasta hallitsemaan todellisia ja mahdollisia terveysongelmiaan, jotta hän pystyisi elämään mahdollisimman itsenäisesti (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 170).

Kuntouttavassa hoidossa opettamisella pyritään auttamaan potilasta palaamaan mahdollisimman normaaliin arkielämään. Potilasopetuksella tuetaan toimintakyvyn palauttamista, autetaan potilasta hyväksymään mahdolliset rajoitukset ja pyritään löytämään uusia ratkaisuja muuttuneeseen elämäntilanteeseen. Potilaan opettaminen kuntoutusvaiheessa on esimerkiksi apuvälineiden käytön opettaminen lonkkaleikkauksesta toipuvalla potilaalle. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 172–173.) Endoproteesipotilaan opetuksella pyritään vaikuttamaan niihin tietoihin ja taitoihin, jotka potilaalla on oltava hänen kotiutumisvaiheessa. Opetus on edellytyksenä sille, että potilas voi osallistua ja sitoutua hoitoonsa. Opetus tulisi aloittaa jo preoperatiivisella poliklinikkakäynnillä mm. apuvälineiden hankinnan ja käytön ohjauksella. (Lehto & Telaranta 2002, 127.)

Demonstraatio eli taitojen opettaminen on yksi potilasopetuksen osa-alue (Kyngäs ym. 2006). Demonstrointi tarkoittaa näyttämällä opettamista ja se voidaan jakaa havainnolliseen esittämiseen ja harjoitteluun. Edellä mainitut opetuskeinot ovat erityisen hyvät menetelmät motoristen taitojen opetteluun. Hyvälle havainnollistamiselle on ominaista, että se on valmisteltu perusteellisesti ja esityspaikka on valittu niin, että kaikki tilanteeseen osallistuvat näkevät ja kuulevat esityksen hyvin. (Kyngäs ym. 2007, 128-129).

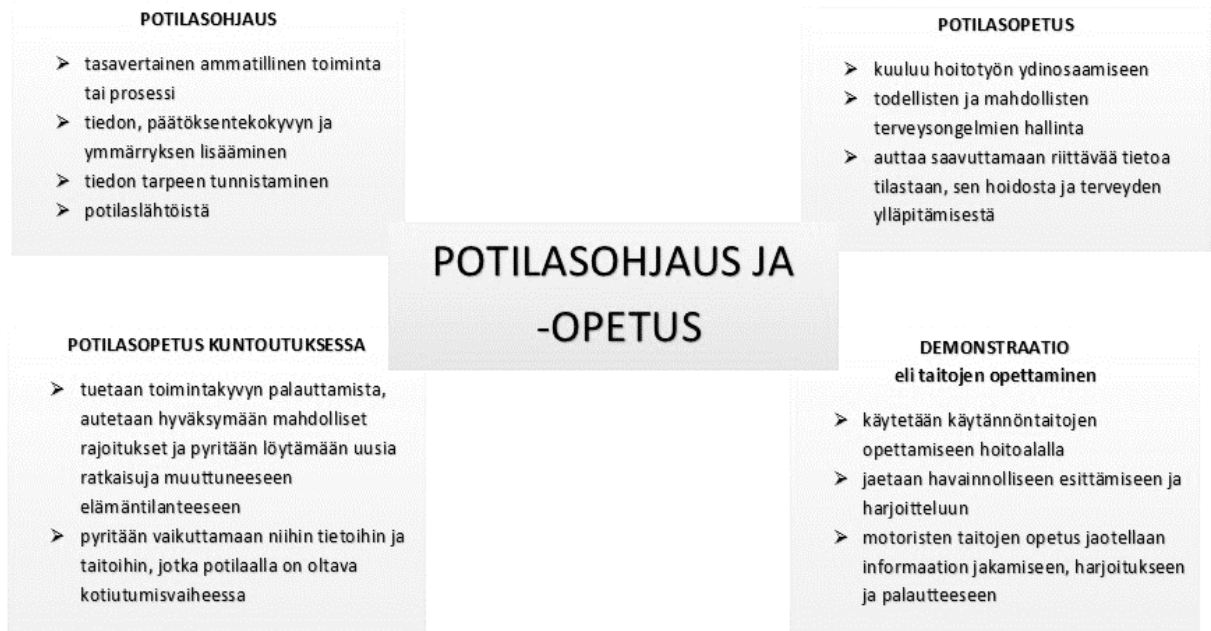
Hoitoalalla monia käytännöntaitoja opitaan demonstraatioiden avulla (Salakari 2007, 85). Demonstraatio auttaa oppijaa muodostamaan selkeän mallin opiskeltavasta ja sen tulisi mielellään tapahtua ympäristössä, joka muistuttaa olosuhteita joissa opittua taitoa tullaan käyttämään (Kyngäs ym. 2006; Salakari 2007, 85). Myös endoproteesileikkauspotilaan ohjauksen pohjana on se ympäristö, johon potilas kotiutuu. Toimintakyky kotiutuessa pitää siis suhteuttaa potilaan asuin- ja elinympäristöön. (Lehto & Telaranta 2002, 128.)

Käytännön taitojen oppiminen tapahtuu aluksi jäljittelemällä nähtyä demonstraatiota ja näin ollen perustuu havainnointiin (Salakari 2007, 16). Opeteltavaa asiaa koskevien ohjeiden tulisi olla selkeitä. Itse opettamisen aikana potilaan tulisi saada harjoitella taitoa rauhassa ja hoitajan ei tulisi antaa kuin välttämättömiä ohjeita ja vastata asiakkaan kysymyksiin. Myönteisten oppimiskokemuksen saavuttamiseksi on suositeltavaa pitää harjoittelujaksot ja opettaminen lyhyenä. Uuden asian oppiminen vie aikaa, joten demonstraatio on aikaa vievää ja vaatii useita harjoittelukertoja. Se on kuitenkin paras menetelmä motoristen taitojen ohjaamisessa. (Kyngäs 2007, 130-131.)

Motorisen alueen taitojen opetus jaotellaan informaation jakamiseen, harjoitukseen ja palautteeseen. Informaation jakaminen sisältää selityksen, demonstraation ja opetuksen. Jos opetettava asia on yksinkertainen, voi demonstraatio ja selitys tapahtua samanaikaisesti. Uudessa ja vaikeassa tehtävässä demonstraatio voidaan näyttää myös ilman selostusta. Tehtävät, joiden suorituksessa on useampi vaihe, tulisi opetella yksi vaihe kerralla. Lopuksi suoritettava tehtävä opitaan kokonaisuudessaan. Suorituksen aikana annettava palaute ei tutkimusten mukaan edistä oppimista, vaikkakin saattaa parantaa suoritusta. Tämän vuoksi palaute tulisi antaa harjoituksen jälkeen, ei sen aikana. (Salakari 2007, 16–17.)

Motorisessa oppimisessa ja toimintamallien sisäistämisessä aisteilla on tärkeä merkitys. Havainnoimalla muiden liikkumista oppija muodostaa itselle mielikuvan liikkeestä. Liikkeen voimakkuutta ja rytmiä voi katsoa, kuunnella ja tunnustella. Hoitohenkilökunta voikin hyödyntää aistien antamaa palautetta ohjatessaan kuntoutujaa oikeaan toiminta- tai liikemalliin kuten liikkumiseen tai apuvälineiden oikeaan käyttötapaan. (Ihalainen 2009, 33.)

Tällä sivulla on kuviona esitetty tiivistelmä potilasohjauksesta ja -opetuksesta (KUVIO 2). Potilasohjaukseen ja -opetukseen liittyy keskeisesti demonstraatio eli taitojen opettaminen erityisesti, kun kyseessä on kuntoutukseen liittyvä ohjaus.



KUVIO 2. Tiivistelmä potilasohjauksesta ja – opetuksesta.

## 5 VIDEOTEKNIikka POTILASOPETUKSESSA

### 5.1 Videoavusteinen potilasopetus

Videoiden käyttöä potilasopetuksessa on kokeiltu jo 70 – luvun alusta lähtien ja se on osoittautunut useiden tutkimusten mukaan perinteistä potilasohjausta tehokkaammaksi oppimistavaksi etenkin lyhyessä ajassa omaksuttavan tiedon kannalta (Krouse 2001). Suomessa videotekniikkaa potilasohjauksessa on tutkittu melko vähän eikä sen käytön vaikuttavuudesta ole toistaiseksi laajasti tietoa. Tästä huolimatta olemassa olevat tutkimukset kannustavat menetelmät käyttöön. Erityisen hyvin video-ohjaus soveltuu hoitotyöhön, sillä se on vuorovaikutteista ja tukee ohjaajaa ohjausprosessissa. Videon kautta on mahdollista tunnistaa myös ohjattavan voimavarat. (Häggman-Laitila 2007, 12.)

Tietoa voidaan potilasta ohjattaessa tarjota erilaisten teknisten laitteiden kuten videoiden, äänitteiden ja tietokoneohjelmien välityksellä. Videoiden käytöstä hyötyvät erityisesti ne asiakkaat, joiden on vaikea lukea kirjallista materiaalia. Niiden avulla voidaan ohjata perusasioita ja yleisten ongelmien käsittelyä. Videon kautta tapahtuva ohjaus ei rajoita potilasta yhteen paikkaan ja aikaan, vaan hän voi saada ohjausta silloin, kun se on hänelle sopivaa. Videotekniikan käyttö ohjausmenetelmänä mahdollistaa ohjauksen reaaliaikaisuuden ja se on menetelmänä taloudellinen ja hyödylliseksi todettu. Ohjauksessa käytettävillä videoilla voi esitellä kokemuksia, tilanteita ja ohjeita. Videot voivat herättää asiakkaassa vahvoja tunteita tavalliseen ohjaukseen verrattuna ja tällöin hänellä pitäisi olla mahdollisuus keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Näin vältetään mahdollisilta videon aiheuttamilta väärinkäsityksiltä. (Kyngäs 2007, 116-117, 122.)

Audiovisuaalisen ohjauksen avulla vältetään sanallisen ohjauksen aiheuttamilta mahdollisilta väärinkäsityksiltä ja se virkistää muistia keskustelemisen yhteydessä. Lisäksi se helpottaa tiedon välittämistä omaisille. (Häggman-Laitila 2007, 14.) Kyngäksen (2007, 117) mukaan audiovisuaalista ohjausta pidetään vähemmän vaikuttavana ohjausmenetelmänä kuin muita menetelmiä. Kuitenkin Huan (2011) tutkimuksen ja Krousen (2001) kirjallisuuskatsauksen mukaan video-ohjauksella on enemmän vaikutusta oppimiseen kuin muilla ohjaustavoilla.

Myös vuonna 2010 American Academy of Dermatology:n pyynnöstä tehdyssä tutkimuksessa todetaan, että video-ohjaus on sopiva ja tehokas menetelmä ohjata aikuisia potilaita. Tutkimukseen osallistui 80 satunnaista potilasta, joista osalle annettiin video-ohjausta ja osalle kirjallista ohjausta. Video-ohjausta saaneet potilaat olivat keskimäärin tyytyväisempiä saatuun tietoon ja sen laatuun sekä kokivat ohjaus-menetelmän mielenkiintoisemmaksi. (Armstrong 2010.)

Videoavusteisen potilasohjauksen hyöty on se, että siinä vaikeasti selitettävät asiat voidaan kuvan, liikkeen ja äänen kautta selittää yksinkertaisemmin. Tämä tukee useita eri oppimistyyliä ja auttaa siten eri oppimistyylien edustajia oppimaan tehokkaammin. (Murphy 2013.) Kuten myös Kyngäs (2007) toteaa, on video-ohjauksesta huomattu olevan erityisen paljon apua niille, joilla on vaikeuksia lukea ja ymmärtää kirjallisia ohjeita. Tämä koskee erityisesti ihmisiä, joilla on huono näkö ja keskittymisvaikeuksia ja iäkkäitä potilaita (Kyngäs 2007). Video-ohjauksen hyöty korostuu myös vieraskielisiä potilaita ohjattaessa. Jos yhteistä kieltä ei löydy, voidaan ohjeet antaa verrattain selkeästi liikkuvaa kuvaa käyttäen. Videoavusteisen ohjauksen avulla voidaan esittää toiminnan seurauksia ja mallintaa potilaan käytöstä. Näin potilas näkee ja oppii, mitä hänen tulee tehdä ja mitä ei. (Murphy 2013.)

Demonstraatioiden apuna voidaan käyttää erilaisia opetusvideoita, jotka antavat opetettavalle valmiin ja yksinkertaistetun toimintatavan, jota hän voi suorituksessaan jäljitellä. (Salakari 2007, 85.) Videoita käytetään demonstraationa ohjaajan esimerkkisuorituksen sijaan tai sen tukena. Videon etu oppimisen kannalta on se, että jokaisessa vaiheessa voidaan pysäyttää video ja keskustella siitä, mitä videolla tapahtuu ja on nähty. Ajatusmalli oikeasta suorituksesta muodostuu parhaiten, kun oppija havainnoi suoritusta ensin vaiheittain. Videon avulla voidaan opetettavan asian vaiheita kerrata uudelleen ja samoja videoita voi siten käyttää opetuksessa monia kertoja. (Salakari 2007, 85; Murphy 2013.) Videon kautta potilas oppii vähitellen uutta tietoa taidosta, joka hänen on opittava ja myöhemmin hän voi harjoitella sitä itsenäisesti tai ohjaajan kanssa. Videoavusteinen ohjaus ja opetus tarjoavat potilaalle myös mahdollisuuden hyödyntää videota oppimisolustana juuri silloin, kun se hänelle sopii. Tämä on tärkeää erityisesti niissä tilanteissa, kun potilas ei ole valmis ottamaan vastaan ohjausta siinä tilanteessa kun hoitohenkilökunta sitä antaa. (Murphy 2013.)

## 5.2 Opetusvideon kuvaaminen

Liikkuvaa kuvaa suositellaan käytettävän erityisesti silloin, kun opetettava asiakin sisältää liikettä ja videolla esitetään jotakin taitoa. Videomateriaalin tulisi olla visuaalisesti kiinnostavaa, sillä useimmat ihmiset ovat nykyaikana visuaalisia oppijia. Video on hyvä opetustapa sellaiselle tiedolle, joka pysyy relevanttina pitkiä aikoja. Nopeasti vanhentuvan tiedon jakamiselle tulisi harkita muita opetustapoja. (Telg 2015.)

Opetusvideon suunnittelu, kuvaaminen ja muokkaaminen vievät runsaasti aikaa, joten videon tekemiselle tulisi varata runsaasti aikaa. Jos opetettava asia pitää saada esitettyä lyhyen ajan kuluttua, tulisi tiedon välitykselle harkita toista tapaa. Videon suunnitteluvaiheessa tulisi tietää mikä on video tarve, tarkoitus, kohderyhmä ja sisältö. Videon tekijän täytyy myös tietää etukäteen, miten kohderyhmä tavoitetaan kyseisellä videolla. Suunnitteluvaiheessa on myös tärkeää arvioida, minkä tasoisen ja laatuisen videon hän voi ajan ja budjetin puolesta kuvata. (Telg 2015.)

Videokuvaaminen ei perustu tieteeseen vaan havainnointiin ja kokeiluun, joten esimerkkivideoita katsomalla voi oppia paljon opetusvideoiden kuvaamisesta. Videon tekijän tulisi silti pyrkiä omannäköiseen videoon kopiomatta ja plagioimatta toisten työtä. Ihmisten mielenkiinnon saa heräämään uusilla näkökulmilla ja erilaisella, ennennäkemättömällä lähestymistavalla. Valmiista opetusvideoista voi kuitenkin havainnoida mikä videoilla toimii ja mikä ei ja hakea niistä inspiraatiota. (BBC Active 2010.)

Käsikirjoitus on Aaltosen (2002, 13) mukaan oleellinen osa idean muuttumista opinnäytetyön tuotokseksi eli videoksi. Käsikirjoitus on visuaalisen tuotoksen perusta, joka toimii pohjana kaikelle myöhemmälle tuotannolle. Käsikirjoituksen tarkoituksena on hahmottaa kokonaisuus työryhmän ja tilaajan, tässä tapauksessa työelämäyhteyden kanssa, sekä hahmottaa videon vaatimat resurssit. Tämän prosessin aikana epäoleelliset asiat karsiutuvat pois ja kohtaukset hahmotellaan visuaalisesti. Myös tulevan tuotoksen eli videon toimivuus on helpompi hahmottaa käsikirjoituksen kautta. (Aaltonen 2002, 14.)

Ennen käsikirjoitusta opetettavan asian teoriapohjan tulee olla valmis, sillä käsikirjoitus pohjautuu siihen. Teoriapohjan rakentamiseen tulisi käyttää tarpeeksi aikaa ja lähteiden valitsemisessa tulisi olla kriittinen. Teorian tulee vastata videon aihetta ja videon aiheen haettuja teoretietoja. (BBC Active 2010.)

Avain hyvään käsikirjoitukseen on kirjoittaa samalla tavalla kuin opetettavaa asiaa esittävä ihminen puhuisi. Käsikirjoituksen kielen täytyy sopia näyttelijöille ja kertojalle. Lisäksi käsikirjoitusvaiheessa tulisi selvittää, miten opetettava asia selitetään videolla mahdollisimman yksin kertaistesti. Usein opetusvideoilla arkinen puhekieli toimii paremmin kuin ammattikieli. Käsikirjoittajan tulisi myös miettiä, tuleeko käsikirjoituksen kautta selkeästi ilmi opetettava asia ja kaikki videon pohjana toimineen teorian pääkohdat. Käsikirjoituksesta tulisi selvittää näyttelijöiden roolit, kohtausten alku ja loppu ja kertojan osuus videolla. Käsikirjoituksessa voi näkyä myös valmiiksi kohtauksissa käytettävä musiikki ja visuaaliset efektit. (Telg 2015.)

Videolla tulisi käyttää musiikkia, visuaalisia efektejä, tekstejä, otsikointia ja tarvittaessa taulukoita tai tiivistelmiä. Opetusvideot kannattaa pitää mahdollisimman yksinkertaisina, sillä se helpottaa keskittymään opetettavaan asiaan. Yhden ihmisen kuvaaminen opetusvideolla helpottaa opetettavan asian seuraamista ja edistää sen oppimista ja muistamista jatkossa. Opetusvideoissa tärkeää on rauhallinen tunnelma ja sävy, heiluva kamera ja huono valaistus tuovat videoon kaaosmaisen tunnelman, joka vaikeuttaa opetettavaan asiaan keskittymistä ja vie huomion muualle. (Telg 2015.) Videon kuvaus- ja muokkaamisprosessissa on huomioitavaa myös se, että kirkkaat värit ja korostetut sävyt houkuttelevat katsomaan valmista tuotosta. Kuvakulmista parhaimmaksi on tutkimuksessa todettu silmien tasolta tai hieman silmien tason yläpuolelta kuvaaminen. (Fenesi 2011.)

Keskimääräisesti ihmisen aktiivinen keskittyminen yhteen asiaan riittää 7-15 minuutiksi kerralla, joten opetusvideo olisi hyvä pitää lyhyenä ja mielenkiintoisena. Tämän vuoksi useat lyhyet videopätkät ovat yhtäjaksoisesti näytettävää toimintaa parempia. Mielenkiinnon lisäämiseksi ja keskittymisen tueksi on videolla hyvä olla muutakin kuin liikkuvaa kuvaa, kuten kuvia, tekstejä ja taulukoita. Videolla tulee myös olla selkeä aloitus tai esittely sekä toimintaosio ja lopetus. Tämä helpottaa opetettavan asian seuraamista ja keskittymistä. (BBC Active 2010.)

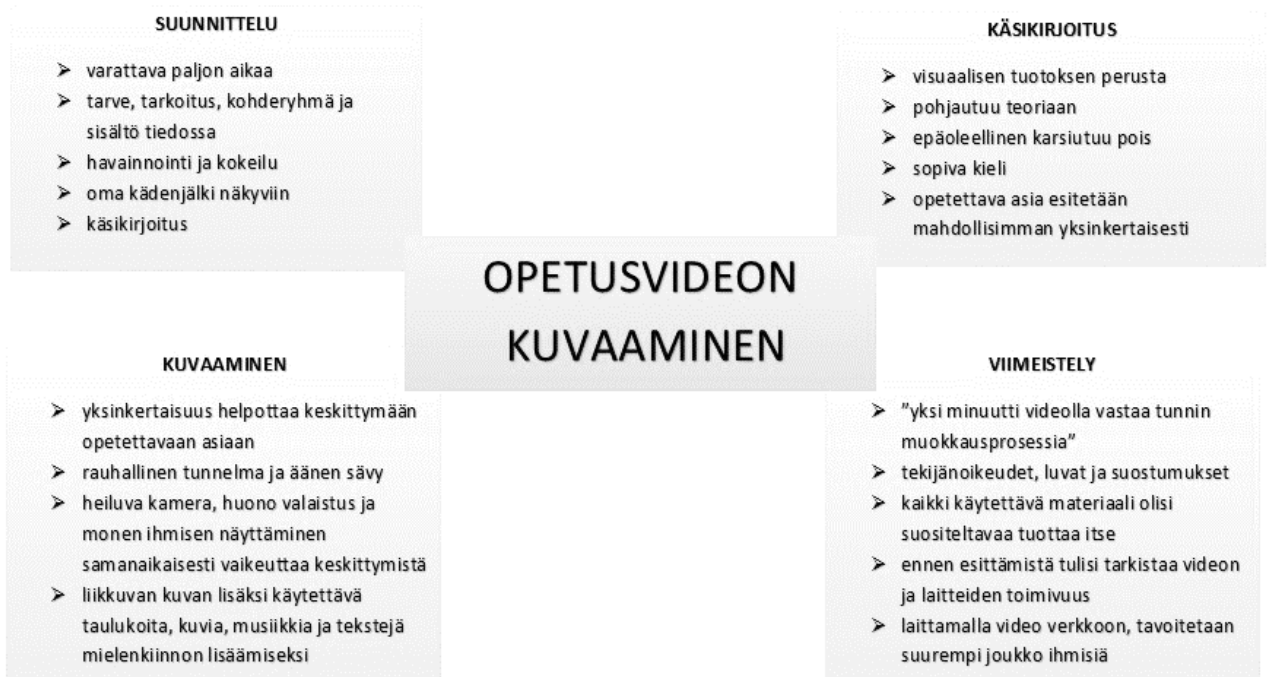
Toisinaan videon avulla tapahtuvaa oppimista seurataan antamalla opetettaville jokin tehtävä videon aikana tai sen jälkeen suoritettavaksi. Tämä motivoi henkilöä keskittymään videoon, sillä hänen tulee löytää videolta vastaus annettuun kysymykseen. Hyvä kuvan laatu ja selkeä kuuluva ääni ovat myös tärkeitä, sillä huonosti kuvattua, heiluvaa kuvaa, hankalia kuvakulmia ja heikkoa ääntä on vaikea seurata. (BBC Active 2010.)

Muokkaamiselle tulisi varata runsaasti aikaa, sillä ammattilaisten sääntö muokkaamiselle on se, että yksi minuutti valmiilla videolla vastaa vähintään yhtä tuntia muokkaamista (Telg 2015). Ennen videon julkaisemista tulisi videon tekijän varmistaa, että hänellä on kaikki tarvittavat luvat videolla käytettävään materiaaliin. Videolla esiintyvillä ihmisiltä tulisi etukäteen pyytää suostumus videon julkaisemiseen. Jos videolla käytetään musiikkia, tulisi videon tekijän olla varma, että hänellä on tarvittavat oikeudet musiikin käyttöön. Hyviä musiikinlähteitä ovat tekijänoikeusvapaat, riippumattomat musiikkivustot. Videolla käytettävät kuvat ja taulukot olisi suositeltavaa kuvata tai tuottaa itse. (BBC Active 2010.)

Vältyäkseen stressiltä esitystilanteessa tulisi laitteiden toimivuus ja videon formaatin yhteensopivuus käytettävän tekniikan kanssa testata etukäteen. Video tulisi myös esittää paikassa, jossa on tarpeeksi hyvät edellytykset videon esittämistä varten. Tekniikan tulisi olla tarpeeksi hyvä ja valojen kirkkaus säädettävissä. Videon esittämisen jälkeen voi esittää kysymyksiä videolla nähdystä aiheesta tai antaa katsojan itse kysyä tarvittaessa. Näin katsoja pääsee refleктоimaan näkemäänsä ja opittua. Laittamalla video verkkoon, sitä voidaan katsoa varsinaisen esityskerran jälkeen ja sitä voidaan käyttää asian opetteluun useita kertoja, vaikka kukaan ei olisi luennoimassa, ohjaamassa tai opettamassa. Tärkeää olisi, että video olisi ilmainen, sillä siten isommalla joukolla on mahdollisuus oppia videosta. (BBC Active 2010.)



Alla on esitetty tiivistelmä opetusvideon kuvaamisesta. Kuten kuvioista (KUVIO 3) näkyy, ovat suunnittelu, käsikirjoitus, kuvaaminen ja viimeistely opetusvideon tuottamisen kannalta erityisen tärkeitä osa-alueita.



KUVIO 3. Tiivistelmä opetusvideon kuvaamisen vaiheista.

## 6 APUVÄLINEET TEKONIVELLEIKKAUKSEN JÄLKEEN

### 6.1 Kyynärsauvat

Kävelyharjoitukset aloitetaan toisena päivänä tekonivelleikkauksesta (Suomen Reumaliitto 2015). Tekonivelleikkauksen jälkeen täysi varaaminen sallitaan heti, mikäli tekonivel on sementillinen ja 4-8 viikon kuluttua leikkauksesta, jos tekonivel on sementitön. Poikkeuksena on revisioleikkauksessa ja pahoin tulehtuneen nivelen korjaamiseen käytettävän luusiirteen vaatima osavaraus 2-6 kuukauden ajan. (Kallanranta 2008, 452; Suomen Reumaliitto 2015.) Varaus ja lonkan liikuttaminen komplisoitumattoman primärisen lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen voidaan sallia rajoituksitta. Leikkauksen aikaisten murtumien sekä vaikeiden luupuutosten yhteydessä voidaan suositella osavarausta sementittömien tekonivelten leikkauksen jälkeen. (Suomen Artroplastiaiyhdistys 2015.)

Nivelen kuormitusta voidaan keventää kävelyn apuvälineillä (Ihalainen 2009, 169). Päivittäisistä toiminnoista selviytynyt ja itsenäisesti liikkuva henkilö selviää kotiin lähtiesään kyynärsauvoilla. Niiden käyttö edellyttää hyvää liikkeen koordinaatiota, tasapainoa, ohjeiden ymmärtämistä ja yläraajojen toimintaa. (Piirtola 2011.) Kyynärsauva koostuu tukikepistä, kyynärtuesta ja käsituessa. Kyynärsauvojen avulla kävely on toiminnallisempaa ja vartalon asento säilyy parempana kuin muilla kävelyn apuvälineillä käveltäessä. Kyynärsauvojen avulla kävelemisen tulee olla luonnollista, vartalon asennon tulee säilyä suorana, kyynärnivel on jonkin verran koukistuneena ja hartiat ovat normaalikorkeudella. Sauvojen mitta on oikea, kun seisottaessa kyynärnivel on noin 30 asteen kulmassa ja sauvojen kärjet ovat noin 10 cm pikkumarpaasta eteen- ja ylöspäin. (Salminen 2010, 112.)

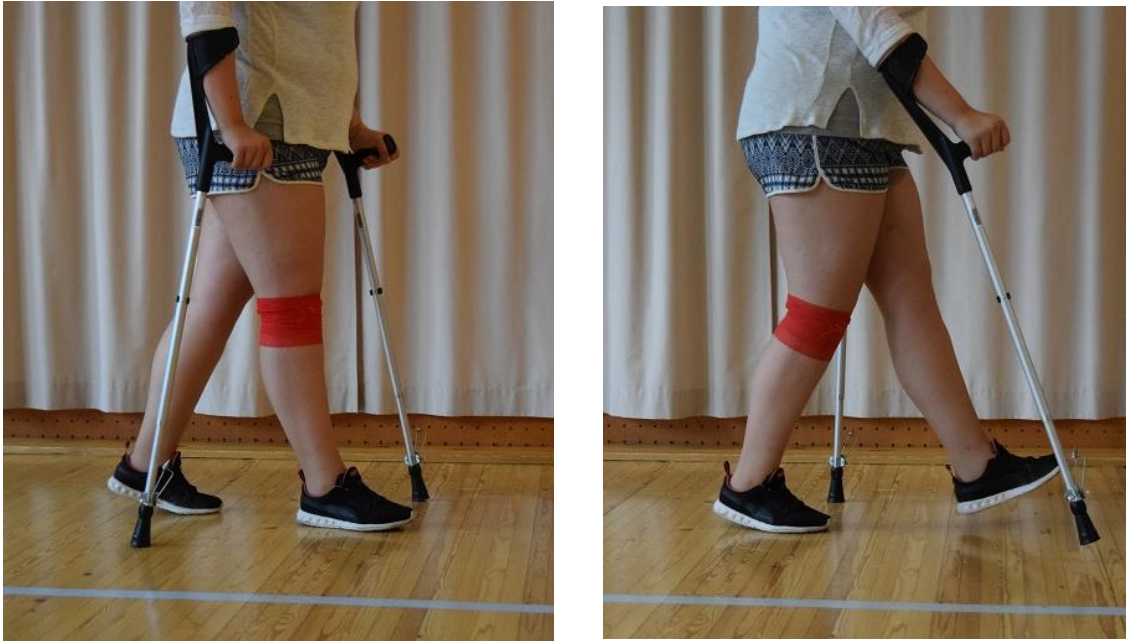
Sauvoja valmistetaan myös kokoon taittuvina ja niihin on saatavilla myös erilaisia lisävarusteita. Talvikäyttöön kepit ja sauvat tulee varustaa jääpiikein. (Kallanranta 2008, 588.) Jääpiikit ja ranneremmit estävät sauvojen kaatumisen käyttäjän irrottaessa otteensa niistä. Sauvapidikkeiden avulla kepin voi asettaa myös pöytään tai tuoliin. Sauvojen päässä olevien kumitulppien tulee olla ehjiä ja niiden puhtaudesta on huolehdittava. (Salminen 2010, 113.)

Ohjauksessa tulee varmistaa, että potilas hallitsee kävelyn askelvaiheet ja pystyy liikumaan sekä tasaisella että portaissa varausrajoitukset eli täyspaino, puolipaino ja raajanpainovaraus huomioiden (Lehto & Telaranta 2002, 129). Kävely yhden tukisauvan avulla sopii, kun vähennetään vain toisen jalan kuormitusta. Silloin seisotaan terveen jalan varassa ja pidetään sauvaa saman puolen kädessä. Heikompaa jalkaa siirretään eteen samanaikaisesti sauvan kanssa, vartalon paino kohdistuu tällöin tasaisesti vahvempaan jalkaan ja sauvaan. Tämän jälkeen siirretään vahva eturaaja eteen. (Iivanainen 2008, 417.) Kolmipistekävelyssä (KUVIO 4) käytössä on kumpikin sauva ja se sopii potilaille, jotka voivat kuormittaa toista jalkaa kokonaan, mutta toisen jalan kuormitusta on rajoitettava tai jalkaa ei saa kuormittaa lainkaan. Tällöin viedään molemmat sauvat ja leikattu jalka eteen samanaikaisesti ja paino siirretään käsien tai käsien ja heikomman jalan varaan. Vahvempi jalka astuu sauvojen ohi. (Iivanainen 2008, 417; Arslanoski 2013, 204.)



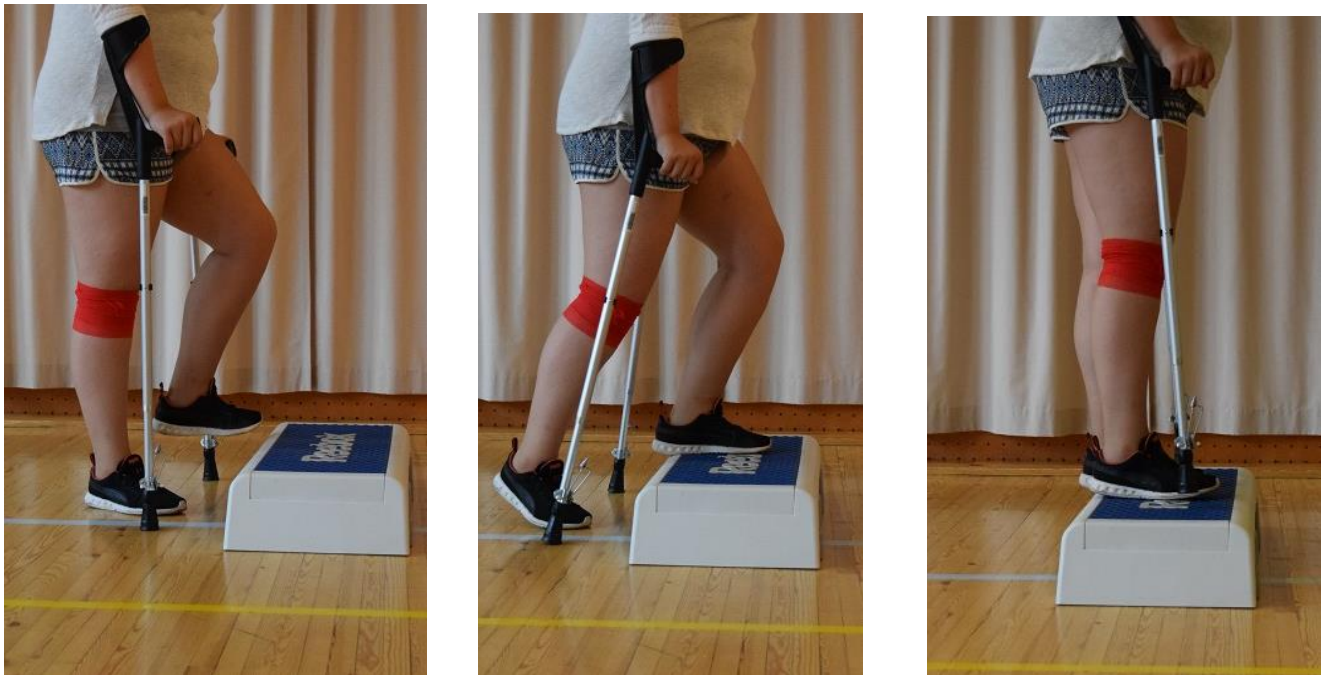
KUVIO 4. Kolmipistekävelyn vaiheet (Zaitseva 2016).

Neli- ja kaksipistekävely sopii potilaille, joiden kumpikin alaraaja tarvitsee osittaista kevennystä ja tukea (Iivanainen 2008, 417). Vuorotahti- eli 2-pistekävelyssä (KUVIO 5) vasen sauva ja oikea alaraaja viedään eteen, minkä jälkeen astutaan eteenpäin oikealla sauvalla ja vasemmalla alaraajalla (Arslanoski 2013, 204).



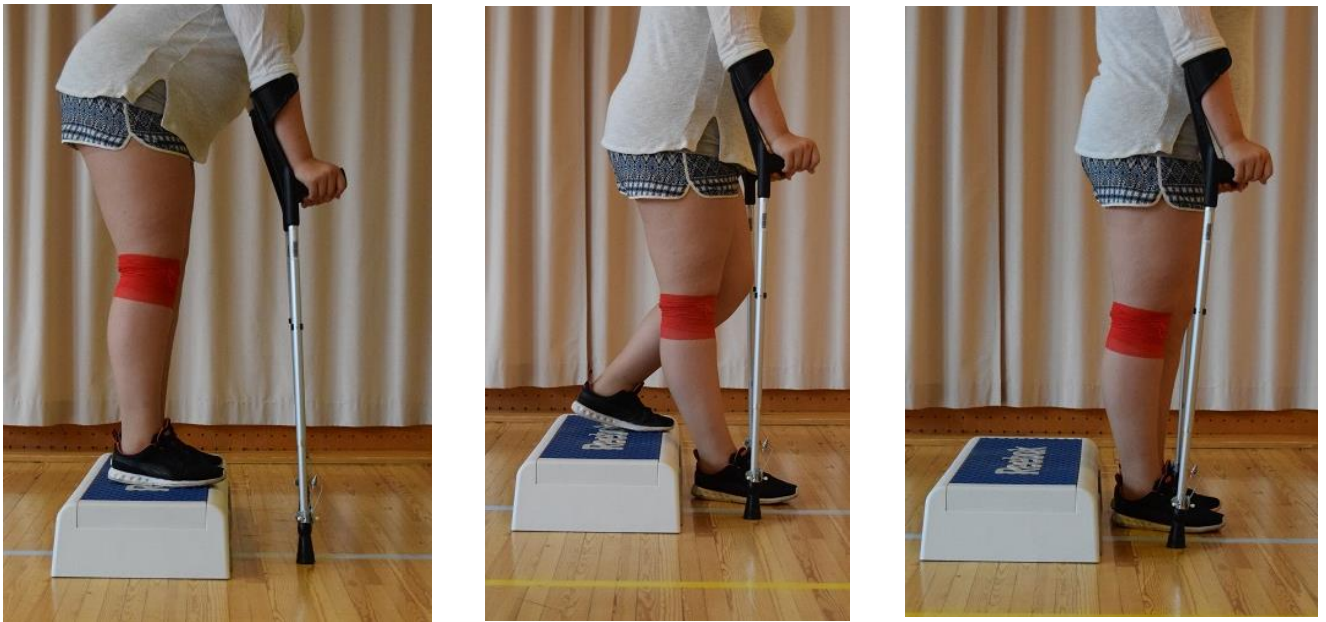
KUVIO 5. Kaksipistekävelyn vaiheet (Zaitseva 2016).

Nelipistekävelyssä erona kaksipistekävelyyn on se, että ensin eteen viedään sauva ja sitten alaraaja. Näin saavutetaan parempi tuki ja vähennetään hieman kuormitusta alaraajoista. (Iivanainen 2008, 417.)



KUVIO 6. Portaiden nousun vaiheet (Zaitseva 2016).

Portaita ylös noustessa (KUVIO 6) heikompi jalka jää sauvojen viereen ja vahvemmallalla alaraajalla astutaan ylemmälle portaalle. Sen jälkeen nostetaan sauvat ja heikompi alaraaja samalle portaalle. Portaiden laskeutumisessa (KUVIO 7) lasketaan ensin sauvat ja heikompi alaraaja alaportaalle ja kevennetään heikomman jalan painoa sauvoilla. Tämän jälkeen lasketaan vahvempi jalka toisen jalan viereen. (Arslanoski 2013, 205.) Portaita tulisi edetä yksi porraskerros ja yksi askel kerrallaan. Yhtä sauvaa käytettäessä on portaita kävellessä myös mahdollista käyttää apuna kaidetta. Tällöin potilas tukeutuu toisella kädellä kaiteeseen ja toisella kädellä kyynärsauvaan. (Kuusio 2014.)



KUVIO 7. Portaiden laskeutumisen vaiheet (Zaitseva 2016).

## 6.2 Sukanvetolaite

Tekonivelleikkauksen jälkeen potilaan itsenäistä suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa tuetaan leikkauksen jälkeen opettamalla hänelle pukeutumisen apuvälineiden käyttöä. Esimerkkinä pukeutumisen apuvälineestä on yleisesti käytetty sukanvetolaite. Pukeutumisapuvälineiden käyttö edellyttää leikatulta potilaalta hyvää oppimiskykyä ja muistia. (Piirtola 2011.)

Sukanvetolaitteesta on olemassa erilaisia malleja. Yleisimpiä ovat polyamidista ja polypropyleenista valmistettu kevyt kangasmalli, josta on olemassa pitkä- ja lyhytvartinen versio. Lyhyttä sukanvetolaitetta voi käyttää pitkien tai lyhyiden sukkien pukemiseen. Sitä on helppo pitää mukana ja liukuva kangas helpottaa sukkien liukumista jalkaan.

Pitkää sukanvetolaitetta käytetään pitkien ja lyhyiden sukkien pukemisen lisäksi sukka-housujen pukemiseen yksi lahje kerrallaan. Kaksi sukanvetolaitetta yhdistämällä on sukkahousut mahdollista pukea jalkaan kaksi lahjetta kerrallaan. (Medic Suomi 2011.) Pidempi sukka asettuu yleensä lyhyttä sukkaa paremmin laitteen päälle ja pysyy laitteessa vetämisen aikana paremmin. (Respecta 2013, Korpela 2014.)

Sukanvetolaitetta käytetään siten, että laite taitetaan kasaan, jolloin sen sisään muodostuu ikään kuin kouru. Sen jälkeen pujotetaan sukka laitteen päälle siten, että sukan kärki on aivan laitteen kärjessä ja sukan kantapää jää laitteen alle. Kuvalliset ohjeet sukanvetolaitteen edellä mainittuun toimintaan näkyvät alla olevassa kuvassa (KUVIO 8).



KUVIO 8. Sukan pujottaminen sukanvetolaitteeseen (Zaitseva 2016).

Seuraavaksi laite pudotetaan lattialle ja samalla pidetään kiinni laitteen naruista. Jalkaterä pujotetaan sukanvetolaitteen muodostamaan kouruun ja työnnetään jalkaan sisälle päin. Tämän jälkeen vedetään ylöspäin naruista, jolloin laite nousee ylöspäin ja vetää sukan jalkaan. Kuvalliset ohjeet sukanvetolaitteen edellä mainittuun toimintaan näkyvät alla olevassa kuvassa (KUVIO 9).



KUVIO 9. Sukan vetäminen jalkaan sukanvetolaitteen avulla (Zaitseva 2016).

## 7 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö painottuu tuotokseen. Tämän menetelmän käytön on määritellyt työelämän esittämä toive videon tuottamisesta tekonivelleikkaukseen valmistautuville potilaille suunnattuun infotilaisuuteen. Vilkan ja Airaksisen (2010, 7) mukaan toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista ammatillisessa kentässä sekä toiminnan opastamista, järjeistämistä tai järjestämistä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ovat yhdistyneinä käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoilla. Työn tuotoksena voivat olla video, kirja, kansio, vihko, opas tai järjestetty näyttely tai tapahtuma. (Vilka & Airaksinen 2010, 7) Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuotos on työn tärkein ja olennaisin osuus. Erityisesti on huomioitavaa, että tuotos ja teoria ovat keksinään yhteensopivia ja tasapainoisia. (Mattiila ym. 2006, 92.)

Raporttina toiminnallisessa opinnäytetyössä toimii teksti, josta selviää miksi opinnäytetyö on tehty ja miten se on toteutettu. Samalla raportoidaan millainen työprosessi on ollut sekä minkälaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin on päädytty. Raportista ilmenee myös se, kuinka oppija arvioi omaa oppimistaan ja tuotostaan. (Vilka & Airaksinen 2010, 65.) Raporttiin tulee kirjata miten tuotoksen tekoprosessi on edistynyt. Usein raportti sisältää arvioivaa tekstiä, josta on myöhemmin mahdollista päätellä, miten opinnäytetyöstä ja sen tuotoksesta on suoriuduttu. (Mattiila ym. 2006, 177.) Toiminnallisiin opinnäytetöihin kuuluu raportin lisäksi itse tuotos, joka voi olla mikä tahansa tutkimusviestinnän keinoin raportoitu produkti. Produktilta vaaditaan useimmiten toisenlaisia ominaisuuksia kuin opinnäytetyöraportilta, sillä sen on puhuteltava suoraan kohde- ja käyttäjäryhmää. (Vilka & Airaksinen 2010, 65.)

### 7.1 Opinnäytetyön tuotoksen eli opetusvideon sisältö

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tuotos opettaa potilaille oikean kävelytekniikan, portaiden nousun ja laskeutumisen kyynärsauvojen avulla sekä kyynärsauvojen säädön. Opetusvideolla ohjataan myös oikea sukanvetolaitteen käyttö. Videolla esiintyvät henkilöt ovat sairaanhoitajaopiskelijoita, joilta pyydettiin suostumus videolla esiintymiseen. Suostumuslomake löytyy liitteistä (LIITE 2).



Opetusvideo kuvattiin Tampereen ammattikorkeakoulun tilojen lisäksi osallistujien kotiympäristössä potilaiden näkökulmasta tutun ja turvallisen ympäristön aikaansaamiseksi. Alun perin ajatuksena oli käyttää oikeaa, kohderyhmään kuuluvaa, keski-ään ylittänyttä potilasta. Kanssaopiskelijoiden ja tuttujien käyttö potilaan rooleissa mahdollistaa kuitenkin kuvausympäristön vaihtelua ja tarpeen tullen useita kohtausten uusintaotoksia.

Ohjaus videolla tapahtuu demonstraation eli taitojen opettamisen kautta sekä perinteisen potilaslähtöisen potilasohjauksen kautta. Demonstraatiota käytetään sukanvetolaitteen käytön esittelyssä ja suullista ohjausta ja demonstraatiota käytetään kyynärsauvakävelyteknikoiden opettamisessa. Videolla hoitaja ohjaa oikean toimintatavan potilaalle ja potilas havainnoi näkemäänsä ja kuulemaansa ja toistaa tämän perässä. Video koostuu kyynärsauvojen oikean pituuden säätämisestä, kävelyteknikoiden esittelystä, portaiden nousu- ja laskeutumistekniikoista, sukanvetolaitteen käytön opettamisesta sekä osiota, johon on koottu muita yksittäisiä huomioita kyynärsauvoista. Kävelyteknikoista on esitelty kolme-, kaksi- ja nelipistekävelyt ja muut -osiesta löytyvät ohjeet yhden kävelyn tuella kävelemisestä ja jääpiikkien käytöstä.

Opetusvideon ensimmäisessä kohtauksessa opetetaan kyynärsauvojen sopivan pituuden mittaamista ja säätöä. Kohtauksen alussa potilas ja hoitohenkilökunnan jäsen näkyvät kokovartalokuvassa suoraan edestä. Hoitohenkilökunnan jäsen kertoo ääneen kyynärsauvojen korkeuden säätämisestä ja potilas demonstroi hoitajan sanallista ohjausta toiminnallaan. Tämän jälkeen kuva vaihtuu puolivartalokuvaan, jossa hoitohenkilökunnan jäsen ja potilas seisovat edelleen vierekkäin ja tällä kertaa sairaanhoitaja esittelee toimintaa potilaalle demonstroimalla ja kertomalla ohjeita ääneen ja potilas havainnoi toimintaa vierestä seuraamalla.

Toisessa kohtauksessa alkaa kävelyteknikoiden esittely kolmipistekävelystä. Potilas ja hoitohenkilökunnan jäsen näkyvät useasta eri kuvakulmasta. Hoitohenkilökunnan jäsen ohjeistaa potilasta kertomalla ääneen yksinkertaistettuja ohjeita, jotka kuvaavat kävelyteknikan askelvaiheita. Potilas demonstroi kävelyä ja hoitohenkilökunnan jäsen kävelee potilaan rinnalla samalla kun jatkaa ohjeistusta. Kohtauksissa kolme ja neljä jatketaan kaksi- ja nelipistekävelyn kuvaamista ja ohjaamista samalla kaavalla kuin kohtauksessa kaksi.

Viidennessä kohtauksessa käydään läpi portaiden nousua ja laskeutumista. Kohtaus on kuvattu Tampereen ammattikorkeakoulun liikuntasalin steppilautoja apuna käyttäen. Portaiden nousussa hoitohenkilökunnan jäsen demonstroi potilaalle steppilaudalle nousua. Sen jälkeen potilas toistaa toiminnan perässä. Portaita laskeutuessa hoitohenkilökunnan jäsen ohjeistaa sanallisesti potilasta portaiden laskeutumisessa ja potilas demonstroi toimintaa. Kuudennessa kohtauksessa esitellään yhden sauvan käyttöä ja jääpiikkejä.

Viimeisessä eli seitsemännessä kohtauksessa hoitohenkilökunnan jäsen ja potilas harjoittelevat sukanvetolaitteen käyttöä. Kohtaus on kuvattu kahdesta eri kuvakulmasta liikkuvalla ja paikoillaan olevalla kameralla. Hoitohenkilökunnan jäsen ohjeistaa potilasta ääneen samalla kun demonstroi sukanvetolaitteen käyttöä vaihe vaiheelta. Kummallakin osallistujalla on kädessään oma sukanvetolaite. Potilas toistaa jokaisen hoitohenkilökunnan jäsenen suorittaman sukanvetolaitteen käytön vaiheen.

1-6. kohtauksessa on pyritty esittämään suullinen ohjaus ja potilaan itsenäinen harjoittelu. Seitsemännessä kohtauksessa hoitohenkilökunnan jäsen demonstroi ja potilas ja ohjaaja harjoittelevat yhdessä. Ennen jokaista erillistä videopätkää on lyhyt kirjallinen intro opetettavaan asiaan. Jokaisen videon jälkeen seuraa sarja stillkuvia kirjallisten ohjeiden saattelemana. Esimerkiksi ennen kolmipistekävelyyn ohjaavaa videota tulee kirjallinen intro kolmipistekävelytekniikan hyödyistä ja videon jälkeen seuraa kolmen stillkuvan sarja ja kirjalliset ohjeet kävelytekniikan toteuttamiseen. Videossa on käytetty tekijänoikeuksista vapautettua ns. Royalty free musiikkia. Opetusvideon käsikirjoitus löytyy kokonaisuudessaan opinnäytetyön liitteistä (LIITE 1).

## **7.2 Opetusvideon ulkoasu**

Videon ulkoasusta tuli yksinkertainen ja minimalistinen. Tämä tyyli valikoitui videolle, jotta opetettava asia näyttäisi mahdollisimman selkeältä. Videokuvan värimaailma on pidetty lämpimänä ja miellyttävänä silmälle. Informoiva teksti videoiden välissä sekä kirjalliset ohjeistukset kuvien alapuolella taas on pidetty selkeyden vuoksi ja lukemisen ja seuraamisen helpottamiseksi mustavalkoisina. Näin ajatus ja keskittyminen eivät pääse karkaamaan olennaisesta asiasta, kun videoon lisätty media on pidetty yksinkertaisena.

Opetusvideo on pidetty lyhyenä ja näin ollen siitä muokattiin yhtenäinen eikä siinä näin ollen ole kohtausvalikkoa. Videon muokkaamiseen on käytetty harrastuskäyttöön suunniteltua muokkausohjelmaa iMovieta, sillä ammattikäyttöön tarkoitetuille videonmuokkausohjelmille ei työyhteiskumppanin asettamien kriteereiden täyttämiseksi ollut tarvetta.

### **7.3 Opinnäytetyön prosessi**

Opinnäytetyön prosessi alkoi aiheiden esittelyllä aiheenvalintaseminaarissa syyskuussa 2015 aiheen valinnalla ja ideaseminaariin osallistumisella lokakuussa 2015. Yhteistyökumppanina ja työelämän tarpeen esittäjänä toimi Hatanpään kantasairaalan fysiatrian osasto. Syksyn aikana osallistuin heidän järjestämään infotilaisuuteen tekonivelleikkaukseen valmistautuvia potilaita varten. Samassa tilaisuudessa oli myös tarkoituksena esittää opinnäytetyön tuotos sen valmistuttua.

Opinnäytetyön kirjoittaminen käynnistyi suunnitelman tekemisellä joulukuussa 2015 ja suunnitelman kirjoittaminen jatkui vuoden 2016 helmikuuhun saakka. Helmikuun akussa teoria valmistui ja hain tutkimuslupaa. Tutkimuslupa Tampereen kaupungilta tuli välittömästi hakemisen jälkeen. Suunnitteluvaiheessa tarkoituksena oli käyttää oikeaa, kohderyhmään kuuluvaa, keski-ikä ylittänyttä potilasta. Kanssaopiskelijoiden ja tuttujen käyttö potilaan rooleissa mahdollisti kuitenkin kuvausympäristön vaihtelua ja useita kohtausten uusintaotoksia.

Vaihtoehtoina kameroille, joilla ohjaustilanteita kuvataan, olivat perinteinen videokamera ja silmälasikamera, jolla ohjaustilanne nähdään ohjattavan tai ohjaajan silmin. Teoriaosuudessa esille tulleiden tietojen perusteella tulin siihen tulokseen, että paras vaihtoehto on käyttää perinteistä videokameraa ja siihen sopivaa kolmijalkajalustaa rauhattoman, epäselvän ja epävakaa tunnelman ehkäisemiseksi. Muita tarvittavia välineitä olivat esiteltävät apuvälineet. Opinnäytetyön suunnitteluun kuului olennaisesti videon käsikirjoituksen suunnittelu ja kirjoittaminen. Opinnäytetyön tekemisestä ei suunnitelmavaiheessa katsottu aiheutuvan kustannuksia tekijälle eikä työelämän yhteistyökumppanille.

Opinnäytetyön tuotoksen aktiivinen teko alkoi vuoden 2016 pääsiäisenä. Ensimmäinen versio videosta kuvattiin Pohjois-Savossa, missä eläkeikäinen, tekonivelleikkauksen muutamia vuosia sitten läpikäynyt perhetuttu toimi potilaan roolissa.

Tässä vaiheessa suunnitelmani toteutuksesta sisälsi ajatuksen siitä, että videolla näkyisi erillisissä kohtauksissa ohjaaja ja ohjattava. Savossa kuvattiinkin suunnitelman mukaan kohtaukset niin, että näyttelijöinä toimivat olivat kuvassa yksin ja ohjaus tuli taustalta. Nämä kohtaukset kuvattuani tuotoksen toteuttaminen pysähtyi hetkeksi ja jäin odottamaan käsikirjoitusseminaarista saatavaa palautetta.

Käsikirjoitusseminaarin palautteesta kävi ilmi, että toivottavaa oli ohjausprosessin näkyminen opetusvideolla. Näin video toimii opetus pohjana potilaille asiasisältönsä vuoksi ja hoitohenkilökunnalle sekä hoitoalan opiskelijoille ohjausprosessin näkymisen vuoksi. Näin päädyin kuvaamaan kaikki videot uudestaan. Valitettavasti toisella kuvauskerralla, minulla ei enää ollut mahdollisuutta käyttää iäkstä perhetuttuani näyttelijänä ja jouduin käyttämään potilaan roolissa Tampereen ammattikorkeakoulun opiskelijoita.

Ensimmäisellä kuvauskerralla käytössäni oli yksinkertainen kuvausvälineistö, jonka tuottama kuvanlaatu oli keskivertoista. Toisella kuvauskerralla sain tuttujen kautta lainaa ammattimaisen järjestelmäkameran ja kameran jalustan, joiden avulla videoiden laatu parani ensimmäiseen kuvauskertaan verrattuna huomattavasti. Ensimmäisellä kuvauskerralla apuvälineet lainasin Varkauden terveyskeskuksen apuvälineyksiköstä, toisella kerralla kuvatessa apuvälineet lainattiin Hatanpään kantasairaalan apuvälineyksiköstä. Eri paikoista apuvälineitä lainatessani huomasin, että eri yksiköiden apuvälineissä oli eroa. Esimerkiksi Hatanpään kantasairaalan lainaamat uudet Respectan sukanvetolaitteet olivat käytössä haastavampia kuin Varkauden apuvälineyksikön vanhat sukanvetolaitemallit.

Toinen kuvauskerta järjestettiin Tampereen ammattikorkeakoulun ryhmäliikuntasalissa ja osallistujien kotona. Koulun liikuntasali sopi erinomaisesti kyynärsauvojen ja kävelytekniikoiden esittelyyn, sillä siellä oli runsaasti kävely ja kuvaustilaa. Lisäksi pääsimme hyödyntämään koulun liikuntasalissa olevia step-lautoja porraskävelytekniikan kuvauksissa.

Käsikirjoitusta muokattiin, sillä toisella kertaa oli tarkoituksena kuvata ohjaustilanteet niin, että ohjaaja ja ohjattava olivat samassa kohtauksessa ja ohjausprosessi näkyi katsojalle. Videolla näkyvässä ohjauksessa on käytetty potilaslähtöistä potilasohjausta ja demonstraatiota. Parhaiten demonstraatio tulee ilmi sukanvetolaitteen käytön ohjaamises-

sa, missä potilas toistaa hoitajan näyttämää esimerkkiä ja tekeminen tapahtuu yhdessä. Ensimmäisellä kuvauskerralla pelkkien potilaskohtausten kuvaamiseen meni noin kaksi tuntia. Toisella kuvauskerralla kaikkiin kohtauksiin meni aikaa yhteensä hieman yli kolme tuntia. Syynä toisen kuvauskerran tehokkuuteen oli hyvin suunniteltu käsikirjoitus, hyvin ohjeita vastaanottavat nuoret näyttelijät ja tekniikan ennalta testaaminen.

Muokkaus tapahtui elokuussa 2016 iMovie ohjelmalla, sillä koin sen soveltuvan videon ulkoasun yksinkertaisiin vaatimuksiin. Muokkaukseen meni kaiken kaikkiaan noin kuusi tuntia. Tämä vastaakin hyvin muokkauksen kultaista sääntöä, joka kuuluu ”minuutti valmista materiaalia videolla, vastaa tunnin muokkausprosessia”. Valmis video on MPG4 muodossa, jota tukevat kaikki mediaohjelmat ja laitteet. Suunnitelman mukaisesti opinnäytetyön tekemisestä ei koitunut kustannuksia kenellekään.

Video esiteltiin työelämän ohjaajalle syyskuussa 2016, videota olivat katsomassa ja arvioimassa Hatanpään fysiatrian osaston fysioterapeutit ja se sai hyvän vastaanoton. Opetusvideosta saatu työelämän palaute oli positiivista. Osaston fysioterapeutit olivat tyytyväisiä selkeään kokonaisuuteen, jonka sisältö ja pituus vastasivat asetettuja vaatimuksia. Kaksipistekävely oli uusi kävelytekniikka kaikille fysioterapeuteille, mitä pidettiin isona plussana, sillä tieto oli uutta ja siksi mielenkiintoista.

Negatiivisena opetusvideolla koettiin Tampereen ammattikorkeakoulun liikuntasalin kaiku, jääpiikkien löysyys kävelykohtauksissa sekä porraskävelykohtauksen jatkuvuuden puute. Porraskohtauksen steppilaudan käytöstä tultiin kuitenkin yhteisymmärrykseen, sillä kuvaamisen ja toiminnan näkymisen kannalta portaat olivat huonompi vaihtoehto huonon valaistuksen ja kaiteen aiheuttaman näkyvyyden peittämisen vuoksi. Palautteenannon yhteydessä keskustelimme työelämänohjaajan kanssa siitä, että kuvaamisprosessin aikana olisimme voineet tehdä tiiviimpää yhteistyötä.

Sukanvetolaitekohtaus oli kaikkien opetusvideon katsoneiden fysioterapeuttien mielestä selkeä ja erityisesti still-kuvista pidettiin, sillä ne olivat kaikkien mielestä hyvää toiminnan kertausta. Kaiken kaikkiaan videoon oltiin tyytyväisiä ja videolla tapahtuvaa ohjausta pidettiin selkeänä ja ammattimaisena.

## 8 PÄÄTÄNTÄ

### 8.1 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön aiheen valitsemiseen liittyy useita eettisiä näkökulmia ja kysymyksiä. Ennen prosessin aloittamista tekijän täytyy perusteellisesti selvittää mikä on tieto ja hyöty, joka saadaan opinnäytetyöstä. Selvitettäviä asioita ovat myös se onko työ merkityksellinen hoitotyön kannalta ja onko se toteuttamisen arvoisen. Tekijän on myös tiedettävä miksi asiaa tutkitaan tai selvitetään ja kenen tarpeesta aihe on valittu. (KAMK 2015.) Tämän opinnäytetyön aihe tuli aihelistallemme Hatanpään sairaalan pyynnöstä ja valikoitui aiheekseni oman mielenkiintoni kautta. Koin opinnäytetyön tuoman hyödyn olevan konkreettinen niille potilaille, jotka valmistautuvat tekonivelleikkaukseen. Lisäksi videotekniikasta potilasopetuksessa on saatavilla vain vähäisesti tietoa. Nämä seikat tekevät aiheesta merkityksellisen ja työstä toteuttamisen arvoisen.

Sääntöetiikan ajatellaan koostuvan normeista, jotka ohjaavat tutkimustoimintaa. Tämä normisto on ilmaistu lainsäädännössä, asiakirjoissa ja ohjeissa. Hoitoalan eettisiä kysymyksiä koskevia lakeja ovat mm. laki potilaan asemasta ja oikeuksista. (KAMK 2015.) En käyttänyt opinnäytetyöni tuotoksessa oikeita potilaita, joten en joutunut tekemisiin potilaan oikeuksiin koskevien sääntöjen ja lakien kanssa. Kuitenkin opinnäytetyön tekijällä on eettisiä velvoitteita opinnäytetyöhön osallistuvia henkilöitä ja yhteiskuntaa kohtaan. Osallistuvien eduista huolehtiminen on tärkeää asettaa muiden asioiden edelle ja osallistujia tulee suojella fyysisiltä, henkisiltä, sosiaalisilta ja taloudellisilta haittavaikutuksilta opinnäytetyön tekemisen aikana. Tämä merkitsee muun muassa sitä, että opinnäytetyön tekijä on vastuussa suostumuksen hankkimiselta kaikilta osallistuvilta tekijöiltä. Tämä tarkoittaa vapaaehtoista, tietoisesti annettua ja kirjallista suostumista. Näin varmistutaan, että osallistujat ymmärtävät missä ovat mukana ja tällä turvataan heiltä saatujen tietojen ja muun avun suojattu, luvallinen ja luottamuksellinen käyttö. (KAMK 2015.)

Olen kerännyt kirjallisen suostumuksen kaikilta kuudelta opinnäytetyöni tuotoksen toteuttamiseen osallistuneilta henkilöiltä. Suostumus löytyy tämän opinnäytetyön liitteistä (LIITE 2). Osallistujilla oli oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa syytä ilmoittamatta.

Raportointi on olennaisin osa opinnäytetyön tekemistä. Sen tarkoitus on osoittaa, että työn tekijä hallitsee aiheensa, sen taustan ja tutkimuksen menettelytavan. Opinnäytetyön uskottavuutta ja luotettavuutta arvioidaan raportoinnin perusteella, jolloin lukijan on luonnollisesti pystyttävä arvioimaan kirjoittajan tekemiä valintoja ja niiden perusteluja. (KAMK, 2016.) Olen noudattanut opinnäytetyössäni kirjoittamista ja raportointia koskevia eettisiä periaatteita ja tuonut tuotoksen tulokset selkeästi esille työssäni. Työni eettistä puolta on helpottanut jonkin verran se, että en kohdannut tuotoksellista opinnäytetyötä tehdessäni kvantitatiiviselle ja kvalitatiiviselle tutkimukselle ominaisia eettisiä ongelmia.

Tekijänoikeudet pitää selvittää erikseen, mikäli opinnäytetyö toimii osana laajempaa projektia. Oikeudet tulevat kysymykseen myös silloin, kun opinnäytetyössä on käytetty erillistä mediaa. (KAMK, 2016.) Tässä opinnäytetyöprosessissa kaikki media on tuotettu itse tai sen tekijänoikeudet on selvitetty etukäteen. Olen tuottanut kaikki opinnäytetyön kuvat, kuviot ja videot itse. Videolla käytetty musiikki on tekijänoikeusvapailta sivuilta.

Opinnäytetyön eettisyyteen kuuluvat myös käytetyn ja tuotetun tiedon luotettavuus, soveltuvuus ja lähdekritiikki (KAMK 2015). Tässä opinnäytetyössä on käytetty lähteinä monipuolisesti kirjallisuutta, verkkomateriaalia, opetusvideoita, tieteellisiä artikkeleja ja tutkimuksia. Lähteet ovat peräisin Suomesta, Yhdysvalloista ja Iso-Britanniasta ja myös lähdekielet ovat vastaavanlaisesti suomi ja englanti. Monipuoliset ja kansainväliset lähteet lisäävät työn luotettavuutta. Opinnäytetyössä on pyritty käyttämään mahdollisimman uutta tietoa. Joistakin aiheista tiedon haku oli erittäin haastavaa ja siksi joukosta löytyy myös vanhempaa materiaalia. Tämä vanhempi 2000-luvun alusta materiaali on luotettavaa ja sellaista tietoa, jonka voisi ajatella olevan melko vanhentumatonta – ainakin kunnes toisin tutkimuksilla todistetaan. Opinnäytetyön arkieettisyys ilmenee suunnitelman noudattamisessa sovittujen aikataulujen, sisältöjen ja tavoitteiden osalta. Olenkin tämän prosessin aikana osoittanut arkieettisyyttä noudattamalla sääntöjä, aikatauluja ja tavoitteiden toteuttamista.

## 8.2 Opinnäytetyön johtopäätökset

Tässä opinnäytetyössä on käsitelty kyynärsauvojen ja sukanvetolaitteen käyttöä lonkan ja polven tekonivelleikkauksen jälkeen. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää millaista potilasohjausta käytetään ohjatessa potilasta tekonivelleikkauksen jälkeen tarvittavien apuvälineiden käytössä. Tehtävinä oli myös antaa selvitys siitä, miten potilas käyttää kyynärsauvoja ja sukanvetolaitetta tekonivelleikkauksen jälkeen ja miten videotekniikka voidaan hyödyntää potilasopetuksessa.

Ensimmäistä tehtävää käsiteltiin tässä opinnäytetyössä kattamaan laajasti osa-alueita, joita hoitotyön ohjauksessa voidaan tarvita. Potilasohjaus on yksi suurimpia osia hoitoalalla työskentelevien ammatillista osaamista, jonka vuoksi se on saanut oman lukunsa tämänkin opinnäytetyön teoriaosuuteen. Tässä opinnäytetyössä on käsitelty potilasohjaus ja potilasopetus käsitteitä erikseen ja toisiinsa liitettyinä, pohdittu niiden eroja ja yhtäläisyyttä. Teoriaosuudessa on käsitelty potilasohjauksen- ja opetuksen lähtökohtia ja haasteita ja pohdittu monipuolisten lähteiden kautta ohjauksen merkitystä. Tässä opinnäytetyössä on selvitetty millaista on hyvä potilasohjaus ja millaista ohjausta tarvitaan ohjatessa tekonivelleikkauksen läpikäynyttä potilasta. Potilasopetukseen, potilasohjaukseen ja videoavusteiseen ohjaukseen liittyvää teoretietoa on käytetty suunnittelussa ja kuvatussa.

Videolla käytetään potilaslähtöistä ohjausta, demonstraatiota ja toimitaan yhdessä potilaan kanssa. Demonstraatiota oli helppoa kuvata ja esittää videolla niin, että opetettava asia pysyi selkeänä. Itse opetusvideo toimii ohjeena liikkuvan kuvan, stillkuvien ja kirjallisen ohjeen muodossa. Opetusvideolle saatiin selkeästi näkyville potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen kontakti ohjaus- ja opetusprosessin aikana. Käytännön ohjausprosessi näkyy videolla selkeästi ja välittyy hyvin katsojalle. Joissakin kohtauksissa, kuten kyynärsauvojen säädössä potilas olisi voinut osallistua itse toimintaan, eikä jäädä havainnoitsijan rooliin. Kävelytekniikoita harjoitellessa opetusvideon hoitohenkilökunnan jäsenellä olisi voinut olla kyynärsauvat, jotta potilas ja ohjaaja olisivat voineet suorittaa toimintaa yhdessä eivätkä demonstraatio ja varsinainen toiminta olisivat jääneet potilaan tehtäväksi.



Teorian haun, kahden kuvauskerran ja useimpien ohjauskertojen jälkeen koen olevani harjaantunut ohjaamisessa. Pääsin opinnäytetyöprosessin aikana ohjaamaan vanhempia ja nuorempia ihmisiä, joista toisilla oli kokemusta apuvälineiden käytössä ja toisilla ei. Ensimmäisissä kuvauksissa osallistujan ikä oli selkeä haaste, sillä ohjeet piti antaa moneen kertaan ja todella yksinkertaisesti, siitä huolimatta, että osallistuja oli ollut kaksi kertaa tekonivelleikkauksessa ja kyynärsauvoilla kävely ei hänelle ollut uutta. Tästä päätellen apuvälineiden käytön suhteen kokemattoman vanhuksen ohjaamiseen on varattava vielä enemmän aikaa ja kärsivällisyyttä. Ohjeistuksen on oltava erittäin selkeää ja yksinkertaista. Vanhempi ihminen ei mitä todennäköisemmin jaksaa harjoitella yhtä pitkään kuin nuori, joten ohjaukseen on varattava muutama lyhempi kerta yhden pitkän ohjaussession sijaan.

Toisella kuvauskerralla ohjaaminen oli paljon helpompaa. Nuoret ovat vastaanottavampia uudelle tiedolle ja taitojen oppiminen on helpompaa ja nopeampaa. Myös koordinaatiokyky ja keskittyminen ovat nuorilla parempia. Kävelytekniikoiden esittelyyn osallistuva nuori nainen oli aiemminkin joutunut käyttämään kyynärsauvoja, joten oppimista edistivät myös aiemmat kokemukset. Uskon toisen kuvauskerran olleen sujuvampi siksi, että olin jo kerran päässyt ohjaamaan samoja asioita ensimmäistä videota kuvatessa. Mielestäni erilaiset ohjaustavat ja potilaan ja hoitohenkilökunnan jäsenen vastuu toiminnan demonstroinnista vaihtelu videolla sopivat hyvin lopputuloksen kokonaisuuteen.

Ohjaamiseen on varattava runsaasti aikaa, ohjaajan on oltava varma antamistaan ohjeista ja muistaa ne ulkoa. Tämä nopeuttaa ohjausprosessia, edistää ohjaustilanteen kulkua ja lisää varmuutta potilaassa, joka opettelee uuden apuvälineen käyttöä. Hoitohenkilökunnan jäsenen epävarmuus lisää potilaan epävarmuutta toiminnastaan. Huomasin tämän ensimmäisellä ohjauskerralla, kun en ollut vielä yhtä harjaantunut ohjeiden antamisessa.

Potilasohjauksessa on tärkeää henkilökohtaisten merkitysten löytäminen, jaettu asiantuntijuus ja potilaan vastuu toiminnastaan. Opetusvideota kuvattaessa oli kuitenkin vaikea yhdistää edellä mainittuja asioita ohjaukseen, sillä osallistujat eivät olleet oikeita potilaita, eikä opetuksella ollut heille henkilökohtaista tarkoitusta. Myös asiantuntijuus ja vastuu toiminnasta jäivät tässä tapauksessa ohjaajalle.

Tuotoksen laatua ja uskottavuutta olisi parantanut oikean potilaan käyttö, jolloin haastetta olisi tuonut potilaan motivointi, hoitoon sitominen ja potilaan oma vastuu toiminnastaan. Opetusvideolla oli hankala tuoda esille tuki, joka annettaisiin oikeille potilaille, jotta he pystyisivät hyväksymään rajansa, mikä on tärkeää kuntouttavassa ohjauksessa. Osallistujilla ei ollut todellisuudessa liikuntarajoituksia, joita olisi tarvinnut erikseen huomioida ja hyväksyä. Huomioin ohjauksessa osallistujien yksilöllisyyden eli iän, kokemuksen ja oppimiskyvyn. Siitä huolimatta, että mukana ei ollut oikeita tekonivelleikkaukseen valmistautuvia potilaita, videolla näkyy selkeästi potilaan riittävä tiedon saanti, halu työskennellä yhdessä ja luottamus hoitohenkilökuntaan.

Yksi kehittämisen kohta omassa ohjaamisessa on palautteen antaminen. Tutkimusten mukaan suorituksen aikana annettava palaute parantaa suoritusta. Oppimista taas edistää palautteen antaminen harjoituksen jälkeen. Opetusvideolla palautteen antaminen ei näy kävelykohtauksissa lainkaan ja sukanvetolaitteen käytön opettamisessa näkyy vähäisesti suorituksen aikana. Toisaalta usean tutkimuksen mukaan opettamisen aikana potilaan tulisi saada harjoitella taitoa rauhassa ja hoitajan ei tulisi antaa kuin välttämättöimpiä ohjeita (Kyngäs 2007, 131).

Demonstraatiossa potilas saa valmiin mallin toiminnalle. Suullinen ohjaus puolestaan antaa potilaalle valmiuksia toimintaan, mutta potilas saa itse vaikuttaa suoritukseensa muuttamalla toimintaa sen mukaan, miten hän itse ymmärtää ohjeistuksen. Potilaslähteisen ohjauksen malli kannustaa antamaan potilaalle mahdollisemman paljon päätösvaltaa ja vastuuta omasta hoidostaan. Apuvälineiden käytössä ja oikean kävelytekniikan opettelussa pyritään kuitenkin toimintaan, joka on suoritettava tarkasti ja virheettömästi, sillä huono kävelytekniikka ja alaraajojen väärät liikeradat johtavat paranemis- ja kuntoutumisprosessin pysähtymiseen. Tämän vuoksi voidaan olettaa, että demonstraation tarjoama valmis toimintamalli sopii kuntouttavaan hoitoon muita ohjaustapoja paremmin.

Toisena opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää miten potilas käyttää kyynärsauvoja ja sukanvetolaitetta tekonivelleikkauksen jälkeen. Kyynärsauvojen käyttöä käsiteltiin erilaisina kävelytekniikkoina, joista jokainen sopii eri potilaille riippuen kyynärsauvojen tarjoaman tuen tarpeesta. Opinnäytetyössä on käsitelty kävelytekniikoista kolmi-, kaksi- ja nelipistekävelyt sekä kävely yhden sauvan turvin.

Opinnäytetyössä on käsitelty myös portaiden nousu- ja laskeutumistekniikka sekä käyty läpi kyynärsauvojen sopivaa säätöä ja lisävarusteita. Myös sukanvetolaitteen käyttöä käsitellään perusteellisesti. Teoriaosuudesta löytyvät näyttöön ja tutkimukseen perustuva kyynärsauvojen ja sukanvetolaitteen käyttö tekonivelleikkauksen jälkeen.

Eri kävelytekniikat vaativat eri määrän koordinaatiota ja harjoittelua. Helpoimmaksi kaikki osallistujat kokivat kolmipistekävelyn, sillä se oli jokaiselle ennestään omakoh- taisen kokemuksen kautta tuttu. Haastavin kävelytekniikka oli nelipistekävely, jossa joutui suorituksen aikana siirtämään kaikkia neljää raajaa eri aikaan, minkä vuoksi se koettiin vaikeaksi ja eniten harjoittelua vaativaksi. Myös minä koin ohjaajan roolissa haastavimmaksi nelipistekävelyn ohjaamisen. Sen sujuva ohjaus olisi vaatinut minulta lisää harjoittelua. Opinnäyteteoriaosassa olisi voinut käydä läpi kattavammin esimerkik- si eri valmistajien sukanvetolaitteita sekä verrata käytännössä pitkä- ja lyhytvartisen su- kanvetolaitteen käyttöä. Muutoin esiteltyjen apuvälineiden käyttöä käydään läpi katta- vasti teoriassa ja niiden käytön esittely on selkeää ja laadukasta myös opetusvideolla ja siksi myös opinnäytetyön toinen tehtävä toteutuu mielestäni hyvin.

Selvitin kolmantena tehtävänä, miten videotekniikkaa voidaan hyödyntää potilasopetuk- sessa. Opinnäytetyössä esitetään asioita, joita tulee huomioida videoiden käytössä poti- lasopetuksessa. Teoriaosuudessa käsiteltiin video-ohjaamisen hyviä ja huonoja puolia, video-ohjaamisen suunnittelua sekä opetusvideoiden kuvaamisen suunnittelua ja toteut- tamista. Videotekniikasta ja videoiden käytöstä potilasopetuksesta oli haastavaa löytää ajankohtaista tutkittua tietoa, mutta lopulta siitä kertyi tarpeeksi materiaalia antamaan vastauksia opinnäytetyön kolmanteen tehtävään. Opinnäytetyön tuotos on suunniteltu hyödyntäen teorian tietoa, jota oli saatavilla terveysaiheisten opetusvideoiden kuvaami- sesta.

Video-ohjauksen hyvä puoli on se, että opetettava asia on mahdollista esittää yksinker- taisesti ja toimintatapa annetaan ohjattavalle valmiina. Opetusvideon kuvaamisessa yksi tärkeimmistä vaiheista on käsikirjoituksen kirjoittaminen. Ennen käsikirjoituksen suun- nittelua ja kirjoittamista kirjoitin valmiiksi teorian, sillä hyvä käsikirjoitus vaatii pohjak- seen aina faktoja, joihin esitetyt asiat perustuvat.

Käsikirjoitukseen olisi voinut käyttää enemmän aikaa ja suunnittelua, sillä jouduin muuttamaan käsikirjoitusta useaan otteeseen kuvatessa videota. Esimerkiksi alkuperäi-

sen käsikirjoituksen kieli ei sopinut lainkaan kyseisen toiminnan ohjeistamiseen eikä ollut luonteva ääneen puhuttuna. Ennen videon kuvaamista suunnitteluvaiheessa mietin, kenelle video suunnataan ja miten sen avulla voisi lisätä potilaiden tietoisuutta aiheesta mahdollisimman tehokkaasti.

Opetusvideon sisältö on esitetty yksinkertaisesti ja tuotoksessa on päädytty selkeään ulkomuotoon, yksinkertaiseen ohjeistukseen ja demonstraatioon. Video on lyhyt ja sitä on helppo seurata, mikä on tärkeää etenkin vanhempien ihmisten keskittymisen kannalta. Opetusvideon pituus on kuusi minuuttia, mikä vastaa hyvin vanhemmankin ihmisen yhtäjaksoisen keskittymisen pituutta. Siinä on käytetty liikkuvan kuvan lisäksi still-kuvia, musiikkia ja tekstiä seuraamisen helpottamiseksi ja mielenkiinnon ylläpitämiseksi. Opetusvideon kuvaamisessa ja muokkaamisessa on pyritty selkeyteen, hyvään laatuun sekä rauhalliseen tunnelmaan ja sävyyn.

Teknologiaan ja videon kuvaamiseen liittyen opinnäytetyöprosessin aikana haasteina olivat budjetti, videon muokkaaminen ja nelipistekävelyn still-kuvaaminen. Budjetti oli haasteena sen vuoksi, että isommalla budjetilla kuvausvälineistö olisi ollut parempi, mikä olisi voinut parantaa tuotoksen laatua.

Päädyin siihen, että muokkaan videon itse, sillä minulla oli valmis näkemys lopputuloksesta ja ennestään jonkin verran kokemusta muokkaamisesta. Videon muokkaaminen oli haastavaa sen vuoksi, etten löytänyt yhteensopivaa muokkausohjelmaa tietokoneeni kanssa ja lopulta päädyin muokkaamaan videon lainakoneella ohjelmalla, jota en ollut ennen käyttänyt. Jos videon muokkaamisesta ei ole kokemusta, suosittelisin kääntymään esimerkiksi media-alalla opiskelevien puoleen. Yksittäinen haaste oli myös nelipistekävelyn still-kuvaaminen, sillä kävelytekniikan liikerata oli sen verran haastava, että siitä oli vaikea ottaa yksittäisiä kuvia, joista olisi saanut muodostettua yhtenäisen kuvasarjan.

Tuotoksen kaksi kohtausta ovat laadultaan muita teräväpiirteisiä kohtauksia heikompia. Tämä johtui kuvaajan huolimattomuudesta ja kameran huonosta tarkennuksesta kuvausvaiheessa. Myös kävelykohtausten ääni olisi voinut olla parempi, sillä suuressa salissa kuvatessa kaiku heikensi äänen laatua. Tämän olisi voinut välttää paremmalla kuvauspaikan suunnittelulla ja mikrofonin käytöllä, näin ohjeet kuuluisivat selkeämmin. Opinnäytetyön tuotos oli kuitenkin selkeä, hyvä ja laadukas kokonaisuus niin omasta

kuin työelämäohjaajan mielestä. Se täytti kaikki työelämäyhteyden asettamat vaatimukset, täyttää niin oman tarkoituksen ja tämän opinnäytetyön asettaman tarkoituksen.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli helpottaa hoitohenkilökunnan ohjausta heidän kohdatessa tekonivelleikkaukseen valmistautuvia potilaita. Opinnäytetyön avulla hoitotyön opiskelijoilla sekä hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus lisätä ja syventää tietoaan hyvästä potilasohjauksesta ja tekonivelleikkauksen jälkeen tarvittavien apuvälineiden käytöstä. Apuvälineiden käyttöä leikkausten jälkeen arjen tukena ei käsitellä hoitotyön koulutuksessa laajasti ja monelta voikin jäädä käytännön työssä huomaamatta apuvälineiden potilaille tarjoamat mahdollisuudet. Erityisesti sukanvetolaite ja sen käyttö on kaikista yksinkertaisuudestaan huolimatta useimmille täysin tuntematon. Opinnäytetyö vastasi tähän tavoitteeseen hyvin mm. esittelemällä kaksipistekävelyä, sillä se oli Hatanpään fysiatrian osaston fysioterapeuteille täysin tuntematon kävelytekniikka. Näin sain tuotua jotain uutta kokeneimmillekin tekijöille.

Tavoitteena oli myös yhdistää teknologian käytön mahdollisuudet hoitotyöhön ja rohkaista alan ammattilaisia hyödyntämään videotekniikkaa potilasohjauksessa. Rakensin laajaa teoriapohjaa videotekniikan käytölle ja uskon tähän opinnäytetyöhön perehtyviä rohkaistuvan kokeilemaan videoiden käyttöä potilaiden ohjaamisessa ja videoiden kuvaamista opetustarkoitukseen.

Hoitotyön laatua tämä opinnäytetyö edistää antamalla esimerkkiä laadukkaasta potilaan ohjauksesta, joka perustuu näyttöön ja päivitettyyn teoriatietoon. Potilasturvallisuutta opinnäyte tukee perustelemalla oikean kävelytekniikan suorittamista. Oikea kävelytekniikka auttaa potilasta liikkumaan tukevasti ja varmasti, mikä vähentää kaatumisvaaraa ja uusintaleikkauksien riskiä. Tämä puolestaan edistää potilaan leikkauksen jälkeistä paranemista ja kuntoutumista.

Onnistuin laajentamaan omaa tietoani tekonivelleikkaukseen valmistautuvien potilaiden ohjaamisesta, osaan ohjata sujuvasti potilasta apuvälineiden ja sopivan kävelytekniikan valinnassa ja olen harjaantunut sen demonstroinnissa. Lisäksi sain kerättyä runsaasti käytännön kokemusta kuvaamisesta ja pystyn tämän kokemuksen jälkeen jakamaan kokemuksesta kertynyttä oppia ja neuvoja opetusvideoiden kuvaamisesta ja videoiden käytöstä potilasopetuksessa.

### 8.3 Omat kokemukset ja kehittämissuositukset

Kehittämissuosituksia, joita nousi esille opinnäytetyöprosessin aikana ovat apuvälineiden käsittely koulussa, erilaisten ohjaustapojen läpikäyminen terveysalan koulutuksen aikana, apuvälineiden esittely hoitohenkilökunnalle ja video-ohjaamisen tutkiminen. Leikkausten jälkeen käytettäviä apuvälineitä voisi käsitellä hoitoalan koulutuksessa omana opintojaksonaan. Tämä olisi merkittävää, sillä apuvälineet voivat toimia isona pelastuksena ihmisten arjessa ja olisi tärkeää, että hoitohenkilökunnalla olisi tarpeeksi tietoa niistä, jotta he voisivat tarjota apuvälineitä niitä tarvitsevien potilaiden arjen tueksi. Uusia markkinoille tulevia apuvälineitä voitaisiin esitellä sairaaloissa ja terveyskeskuksissa.

Omaehtoainen kokemus apuvälineiden merkityksestä potilaiden arjessa opinnäytetyöprosessin aikana tuli tietoisuuteeni läheiseni työn kautta. Läheiseni on lääkäri, eikä hän ollut koskaan kuullut sukanvetolaitteesta, ennen kuin aloin tehdä opinnäytetyötäni. Muutamia viikkoja ennen tämän työn valmistumista, hän kertoi minulle, että hänen vastaanotollaan oli ollut potilas, jolla oli kroonisia selkävaivoja, joiden vuoksi hän ei saanut aamuisin omatoimisesti edes sukkia jalkaan.

Läheiseni kertoi kyseiselle potilaalle sukanvetolaitteesta ja sen käytöstä ja neuvoi tätä hakemaan sellaisen kokeilukäyttöön apuvälinekeskuksesta. Seuraavan kerran vastaanotolla ollessa potilas kertoi, että niin pieni ja yksinkertainen apuväline kuin sukanvetolaitte oli muuttanut hänen arkeaan täysin. Hän sai nyt päivänsä sujuvasti alkuun, kun pukeutuminen sujui itsenäisesti, eikä joka aamu tarvinnut odottaa, että vaimo tulee laittamaan sukat jalkaan. Potilas oli ollut todella kiitollinen ja ihmetellyt, ettei yksikään terveyshuollon ammattilainen ollut koskaan ehdottanut hänelle tällaista pientä arkea helpottavaa asiaa.

Ehdottaisin myös, että terveysalan opinnoissa käytäisiin läpi enemmän erilaisia ohjaustapoja. Esimerkiksi kirjallisten ohjeiden laatimista, puhelinohjausta ja videoavusteista ohjausta ei tällä hetkellä käsitellä yhdenkään opintojakson yhteydessä, vaikka etäohjauksen osuus kaikista ohjaustavoista kasvaa jatkuvasti. Erityisesti näkisin potentiaalia video-ohjauksessa, sillä se on helppo toteuttaa suurille potilasmäärille ja sen avulla voidaan ohjata yhtä aikaa monia eri paikoissa olevia potilaita.

Oikeanlainen tieto vähentäisi monen potilaan ja hänen läheistensä turhia ennakkoluuloja ja pelkoja, joita leikkauksiin, niiden valmisteluihin ja niiden jälkeiseen kuntoutukseen liittyy. Tämän vuoksi olisi tärkeää tehdä lisää preoperatiivisessa vaiheessa näytettäviä opetusvideoita potilaiden käyttöön. Näin potilaat voisivat omilla ehdoilla saada tarvitsemansa määrän tietoa leikkaukseen valmistautumisesta, itse leikkauksesta ja siitä mikä heitä leikkauksen jälkeen odottaa. Potilas saisi videoista tukea, motivaatiota ja tietoa, joka olisi hänen saatavilla pitkiä aikoja ja hän voisi halutessaan palata tarkastelemaan sitä itselle sopivana aikana. Opetusvideot sopisivat nuorille potilaille, sillä nuoret ovat tottuneita saamaan tietonsa videomuodossa. Toisaalta videomuotoinen opetus sopisi myös vanhemmille, joille uudenlainen tapa saada tietoa voisi olla mielenkiintoinen ja huomiota herättävä.

Opetusvideoita voisi suunnitella niin ryhmäkäyttöön kuin yksilön tarkoitukseen hänen yksilölliset tarpeensa huomioiden. Yksi konkreettisista ehdotuksista, joista opinnäytetyön yhteistyökumppanin Hatanpään kantasairaalan fysiatrian osaston henkilökunnan kanssa on jo valmiiksi keskusteltu, on opetusvideon kuvaaminen Klexanen ® pistotekniikasta kotona tekonivelleikkauksen jälkeisen.

Teknologian kehittyessä videoavusteisesta ohjauksesta voitaisiin tehdä luontevampaa ja se voitaisiin erilaisilla teknologiamuodoilla (mm.3-,4 -ja 5D tekniikat) tuoda lähemmäksi potilasta. Tämän vuoksi toivoisin, että Suomessakin tehtäisiin enemmän tutkimuksia aiheesta, jotta teoriaan perustuen voitaisiin toteuttaa enemmän ja enemmän monia ihmisiä hyödyttävää ja helpottavaa video-ohjausta.

## LÄHTEET

Aaltonen, J. 2002. Käsikirjoittajan työkalut. Audiovisuaalisen käsikirjoituksen tekijän opas. Helsinki. Suomen kirjallisuusseura.

Arlanoski, V.2013. Kuntoutumisen tukeminen. Helsinki: Sanoma Pro.

Armstrong ym. 2010. Online video improves clinical outcomes in adult with atopic dermatitis. Viitattu 23.1.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21236514>

BBC Active. 2010. Education videos: Ten ways to use them well. Viitattu 24.1.2016. <http://www.bbcactive.com/BBCActiveIdeasandResources/EducationvideosTenwaystousesthemwell.aspx>

Fenesi, B. 2011. Effective use of text and images in multimedia instruction based on cognitive learning theory. McMaster University. Viitattu 5.1.2016. <https://macsphere.mcmaster.ca/bitstream/11375/11073/1/fulltext.pdf>

Hietamäki, T. 2013. Onko Suomen tulevaisuuden terveydenhuolto älykästä? Suomen lääkäriiliitto. Luettu 19.9.2016. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/onko-tulevaisuuden-terveydenhuolto-alykasta/>

Hua, T .2011. Practice nursed-based, individual and video-assisted patient education-in-oral-anticoagulation.Viitattu23.1.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21477372>

Häggman-Laitila. 2007. Video-ohjauksen edellytyksiä ja hyötyjä ehkäisevässä perhehoitotyössä. Tutkiva hoitotyö Vol.5 2/2007.

Ihalainen J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Iivanainen A & Syväoja P. 2008. Hoida ja kirjaa. Keuruu: Tammi.



Jaakonsaari, M. 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa – hoitotyöno-  
pettajien-käsityksiä. Viitattu 22.1.2016.

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/45236/gradu2009jaakonsaari.pdf?sequence=1>

KAMK. 2016. Opinnäytetyön eettiset suositukset. Luettu 1.9.2016.

<http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/SoTeLi/Opinnaytetyoprosessi/Eettiset-suositukset>

Kallanranta T, Rissanen P & Suikkanen A. 2008. Kuntoutus. Duodecim. Keuruu: Ota-  
van kirjapaino Oy.

Kilkku N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria  
luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu  
14.1.2016. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7492-7>

Korpela, E. 2014. Polven nivelrikko – potilasohje. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöpiiri.  
Viitattu 22.1.2016.

<http://www.eksote.fi/Fi/Terveyspalvelut/Potilaillejaomaisille/Potilasohjeet/Documents/Polven%20nivelrikko%20potilasohje.pdf>

Krouse H. 2001. Utility of Video Modeling as an Adjunct to Preoperative Education.  
Viitattu 23.1.2016.

[http://www.resourcenter.net/images/SNRS/Files/SOJNR\\_articles/iss08vol02.htm](http://www.resourcenter.net/images/SNRS/Files/SOJNR_articles/iss08vol02.htm)

Kuusio A. 2014. Alaraajaleikatun potilaan kyynär- ja kainalosauvakävelyohje. Viitattu  
22.1.2016. <https://www.kpshp.fi/sivu/media/Alaraajaleikatun+potilaan+kyyn%C3%A4r-+ja+kainalosauvak%C3%A4velyohje.doc/format-pdf/path-L3Zhci93d3cvc2l2dS9yYXBpZGZpcmUvbWVkaWEvZG9jdW1lbnQvZG9jcw>

Kyngäs H, Kääriäinen M, Poskiparta M, Johansson K, Hirvonen E & Renfors T. 2007.  
Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY. Porvoo.

- Kyngäs H, Kääriäinen M ja Lipponen K. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön-soveltuvat-ohjausmallit. Viitattu 22.1.2016.  
[https://www.pppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](https://www.pppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf)
- Kääriäinen M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Viitattu 22.1.2016. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>
- Lauri S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. WSOY. Porvoo.
- Lehto & Telaranta. 2002. Kotiutus – tärkeä osa endoproteesipotilaan hoitoketjua. Tekonivelipotilaan hoito uudistuu. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Tampere.
- Lipponen K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Viitattu 22.1.2016.  
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>
- Mattila, H., Ruusunen, T. & Uola, K. 2006. Viestinnän työkaluja AMK -opiskelijalle. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Medic Suomi. 2011. Päivittäisten toimintojen pienapuvälineet. Viitattu 22.1.2016.  
<https://www.mediq.fi/public/dokumenter/MediqSuomi/Apuvalineet/Pienapuvälineet/Eta%20Pienapuvälinekatalogi%20suomi.pdf>
- Murphy D. 2013. See, hear, do: How videos improve patient education. Artikkel. Viitattu 23.1.2016. <http://surroundhealth.net/Topics/Education-and-Learning-approaches/Health-Communication/Articles/See,-hear,-do-How-videos-improve-patient-education.aspx>
- Piirtola, M. 2011. Lonkkamurtumapotilaan apuvälineet ja apuvälinetarpeen arviointi. Käypähoito. Viitattu 22.1.2016.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=E6C8B5709F4DF18450368AD5E6A72A90?id=nix00426>
- Respecta. 2013. Sukanvetolaite. Opetusvideo. Viitattu 22.1.2016.  
<https://www.youtube.com/watch?v=J8fNJ6H1xVI>

Salakari H. 2007. Taitojen opetus. Saarijärvi: Copyright Eduskills Consulting.

Salminen A-L. 2010. Apuvälinekirja. Kouvola: Solver Palvelut Oy.

Sarvimäki A & Stenbock B. 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. WSOY. Juva.

Suomen Artroplastiayhdistys. 2015. Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa 2015. Toim. Hupio J. Viitattu 22.1.2015.

[http://www.suomenartroplastiayhdistys.fi/files/hyva\\_hoito\\_lonkan\\_ja\\_polven\\_tekonivelkirurgiassa\\_2015.pdf](http://www.suomenartroplastiayhdistys.fi/files/hyva_hoito_lonkan_ja_polven_tekonivelkirurgiassa_2015.pdf)

Suomen Reumaliitto Oy. 2015. Lonkan tekonivelleikkaus. Viitattu 28.1.2016.

[http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/leikkaukset/lonkan\\_tekonivelleikkaus/](http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/leikkaukset/lonkan_tekonivelleikkaus/)

Telg, R. 2015. Producing an educational video. Department of Agricultural Education and-Communication. University-of-Florida. Viitattu 5.1.2016.

<https://edis.ifas.ufl.edu/wc024>

THL. 2014. Lonkka- ja polviproteesit. Tilastoraportti. Luettu 19.9.2016.

<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/lonkka-ja-polviproteesit>

Vilkka, H & Airaksinen, T. 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Zaitseva, K. 2016. KUVIO 4. Kuvattu 13.7.2016. Tampere.

Zaitseva, K. 2016. KUVIO 5. Kuvattu 13.7.2016. Tampere.

Zaitseva, K. 2016. KUVIO 6. Kuvattu 13.7.2016. Tampere.

Zaitseva, K. 2016. KUVIO 7. Kuvattu 13.7.2016. Tampere.

Zaitseva, K. 2016. KUVIO 8. Kuvattu 20.7.2016. Tampere.

Zaitseva, K. 2016. KUVIO 9. Kuvattu 20.7.2016. Tampere.

**LIITE 1: OPETUSVIDEON KÄSIKIRJOITUS**

# APUVÄLINEET

---

# TEKONIVELLEIKKAUS

**INTRO (0)****KOHTAUS 1****Sauvojen sopiva pituus**

*Hoitohenkilökunnan jäsen:* Kyynärsauvojen korkeus on sopiva, kun kyynärsauvat ovat alustalla jalkojen vieressä ja kyynärpäät ovat lähes suorina sekä hartiat rentoina.

**Sauvojen säätö**

Sauvan lukitusosan poistamalla sauvan osat liikkuvat erilleen ja sauva pitenee. Sauva lyhenee osia yhteen painamalla. Säätöväli on 2,5 senttimetriä.



## KOHTAUS 2

### Kolmipistekävely

*Kirjallinen intro tekstidialla.*

Hoitohenkilökunnan jäsen: Yleisin kävelytekniikka, joka sopii kaikille yhden alaraajan leikkauksesta kuntoutuville potilaille, on kolmipistekävely. Tällöin ensin viedään eteen molemmat sauvat ja leikattu jalka. Sitten siirretään paino käsien tai käsien ja leikatun jalan varaan. Lopuksi vahvempi jalka astuu sauvojen ohi.



*KUVASARJA (kts.kuvat 5 ja 6 teoriaosuudessa).*

## KOHTAUS 3

### Kaksipistekävely

*Kirjallinen intro tekstidialla.*

Hoitohenkilökunnan jäsen: Kaksipistekävelyssä vasen sauva ja oikea alaraaja viedään eteen. Sitten astutaan eteenpäin oikealla sauvalla ja vasemmalla alaraajalla.



*KUVASARJA (kts. Kuvat 7 ja 8 teoriaosuudesta).*

## KOHTAUS 4

### Nelipistekävely

*Kirjallinen intro tekstidialla.*

*Hoitohenkilökunnan jäsen:* Nelipistekävelyssä viedään ensin eteen sauva ja sitten alaraaja. Siis vasen sauva, oikea jalka, oikea sauva, vasen jalka.



## KOHTAUS 5

### Portaiden nousu

*Hoitohenkilökunnan jäsen:* Portaita ylös noustessa heikompi jalka jää sauvojen viereen. Vahvemmalla jalalla astutaan ylemmälle portaalle. Seuraavaksi nostetaan sauvat ja heikompi alaraaja samalle portaalle.



*KUVASARJA (kts.kuvat 9-11 teoriaosuudesta).*

## Portaiden laskeutuminen

*Hoitohenkilökunnan jäsen:* Monet leikkauksesta kuntoutuvat kokevat portaiden laskeutumisen nousua haastavammaksi, siksi sitä olisi hyvä harjoitella sauvojen kanssa jo ennen leikkausta. Portaiden laskeutumisessa lasketaan ensin sauvat ja heikompi alaraaja alaportaalle. Heikomman jalan painoa kevennetään sauvoilla. Tämän jälkeen lasketaan vahvempi jalka toisen jalan viereen.



*KUVASARJA (kts.kuvat 12-13 teoriaosuudesta).*

## KOHTAUS 6

### Muuta huomioitavaa

*Hoitohenkilökunnan jäsen esittelee yhden sauvan käyttöä kävelyssä. Potilas esittelee jääpiikkien käyttöä.*



## KOHTAUS 7

### Sukanvetolaite

*Kirjallinen intro tekstidialla.*

*Hoitohenkilökunnan jäsen:* Sukanvetolaite taitetaan kouruksi. Sukka pujotetaan laitteen päälle niin, että sukan kärki on laitteen kärjessä ja kantapää jää laitteen alle. Pidetään kiinni laitteen naruista ja pudotetaan laite lattialle. Seuraavaksi pujotetaan jalkaterä sukanvetolaitteen muodostamaan kouruun. Lopuksi vedetään ylöspäin naruista, jolloin laite nousee ja vetää sukan jalkaan.



*KUVASARJA (kts. kuvat 14-17 teoriaosuudesta).*

**LÄHDEDIA (8)**

**LOPPUKIITOS (9)**



**LIITE 2: SUOSTUMUS**

Suostumus

1.8.2016

Suostun vapaaehtoisesti toimimaan näyttelijänä Tampereen ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyön tuotoksena valmistuvalla opetusvideolla. Videolla esitellään kyynärsauvojen ja sukanvetolaitteen käyttöä. Annan lupani esittää videota Hatanpään fysiatrian osaston infotilaisuuksissa. Videon voi laittaa myös nähtäväksi verkkoon. Videon oikeudet kuuluvat opinnäytetyön ja videon tekijälle.

Suostujan allekirjoitus

---

Päiväys

---