



LAUREA

# Potilaiden käsityksiä kotona selviytymisestä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen sairaalasta saatujen ohjeiden avulla



Lehmus, Mari-Elina

Rissanen, Tarja

2010 Otaniemi

**Laurea-ammattikorkeakoulu**  
Laurea Otaniemi

Potilaiden käsityksiä kotona selviytymisestä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen sairaalasta saatujen ohjeiden avulla

Mari-Elina Lehmus  
Tarja Rissanen  
Fysioterapian koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Marraskuu, 2010

Mari-Elina Lehmus  
Tarja Rissanen

**Potilaiden käsityksiä kotona selviytymisestä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen sairaalasta saatujen ohjeiden avulla**

Vuosi 2010 Sivumäärä 65

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jonka pohjalta fysioterapiaohjausta lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä voidaan kehittää siten, että se paremmin tukisi potilaan kotona selviytymistä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten lonkan tekonivelleikkaus potilaat selviytyvät kotona sairaalasta saatujen fysioterapiaohjeiden avulla. Potilasohjaus sekä ohjauksen asiakaslähtöisyys on tärkeä osa fysioterapiaa ja aiheesta on tehty tutkimuksia melko vähän.

Opinnäytetyön yhteistyökumppaneita ovat Laurea-ammattikorkeakoulu, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) sekä Jyväskylän yliopisto. Haastatteluihin osallistui 10 lonkan tekonivelleikkauspotilasta. Osallistujat ovat iältään 60–80 -vuotiaita ja tämä oli heidän ensimmäinen lonkan tekonivelleikkauksensa.

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin puoli-strukturoidun teemahaastattelun avulla. Potilaita haastateltiin heidän kotonaan kolme viikkoa leikkauksen jälkeen. Aineiston purkamiseen ja tiivistämiseen käytettiin aineistolähtöistä sisälön analyysiä.

Opinnäytetyön tulokset jaettiin kuuteen yläluokkaan 1)huoli kotona selviytymisestä, 2) kirjallisten ohjeiden tulkinnan vaikeus, 3) tunne selviytymisestä 4) läheisten tuki, 5) lisäohjauksen tarve ja 6) ohjauksen antama tuki. Huolimatta epävarmuuden tunteesta monissa kotiutumiseen liittyvissä asioissa potilaat yllättyivät siitä, kuinka hyvin he kotona lopulta selviytyivät ilmankin tukea ja olivat tyytyväisiä nykytilaansa.

Tulokset osoittavat, että on olemassa tarve kehittää fysioterapiaohjausta lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä, niin että se paremmin tukisi potilaiden kotona selviytymistä. Jatko-tutkimuksissa voitaisiin selvittää, miten fysioterapeutit voisivat paremmin ennakoida potilaiden erilaisia tarpeita ennen leikkausta ja sen pohjalta muuttaa henkilökohtaisen ohjauksen sisältöä kotiutumisen yhteydessä.

Avainsanat: Postoperatiivinen fysioterapia, lonkan tekonivelleikkaus ja fysioterapiaohjaus

Mari-Elina Lehmus  
Tarja Rissanen

Patients' conceptions of coping at home with the help of hospital physical therapy counselling after a total hip arthroplasty surgery

Year	2010	Pages	65
------	------	-------	----

---

The purpose of this study was to produce information to develop hospital physical therapy counselling to meet the needs of a hip arthroplasty patient in a more advanced and individual way. The aim of this study was to find out patients' conceptions of coping at home with the help of hospital physical therapy counselling after a total hip arthroplasty surgery. The relevance of this study is the fact that patient counselling and patient-oriented approach has a significant role in physical therapy. There is still scant research conducted on the subject and there seems to be a need to develop physical therapy counselling towards a more patient-oriented direction.

This study is a part of a research project which involves Laurea University of Applied Sciences, the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUCH) and University of Jyväskylä. The study included 10 patients at the ages of 60–80 years undergoing their first hip arthroplasty surgery.

Qualitative research method was used in this study. The data was collected by interviewing the participants individually at their home environment three weeks after hospital discharge. The interviews were recorded with a tape recorder and we used content analysis to process our study material.

The findings of the study were placed into six main categories: 1) the worry about coping at home, 2) the ambiguity in the therapeutic exercises and written instructions, 3) the emotional coping at home, 4) the support of the family, 5) the need for further counselling and 6) the support received through the counselling. Even though patients had anxiety about many factors involving coping at home after hospital discharge, they were surprised how well they coped at home with and without support and they were pleased with their present condition.

The findings show that there is a need to develop patient hospital counselling after total hip arthroplasty surgery so that the counselling supports patients better at home. In the future studies could be conducted on how a physical therapist could predict a patient's individual needs before surgery, and modify the contents of counselling according to the patient's needs after hospital discharge.

Keywords: Postoperative physical therapy, total hip arthroplasty and physical therapy counselling

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Teoreettinen viitekehys .....	8
3	Ohjaus .....	8
3.1	Asiakkaan ja ohjaajan taustatekijät.....	9
3.1.1	Fyysiset taustatekijät.....	10
3.1.2	Psyykkiset taustatekijät.....	11
3.1.3	Sosiaaliset taustatekijät .....	12
3.2	Fysioterapeuttinen ohjaus .....	12
3.3	Vuorovaikutus .....	14
3.3.1	Vuorovaikutteinen ohjaus.....	15
4	Asiakaslähtöisyys .....	16
4.1	Ajan, huomion ja kunnioituksen antaminen .....	17
4.2	Tiedon antaminen ja saaminen.....	18
5	Lonkan tekonivelleikkaus ja postoperatiivinen fysioterapia .....	19
5.1	Lonkan tekonivelleikkaus.....	19
5.2	Postoperatiivinen fysioterapia lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä .....	20
6	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävä.....	24
7	Tutkimusmenetelmä .....	24
7.1	Laadullinen tutkimus.....	24
7.2	Aineiston hankinta .....	25
7.3	Aineiston purkaminen ja analysointitekniikat .....	28
8	Tulokset .....	32
8.1	Huoli kotona selviytymisestä .....	32
8.1.1	Tunne lonkan sijoiltaan menemisestä .....	33
8.1.2	Pelko nopeasta kotiutumisesta .....	34
8.1.3	Epävarmuus kivusta.....	35
8.1.4	Epäröintiä yhteydenotossa sairaalaan .....	35
8.2	Kirjallisten ohjeiden tulkinnan vaikeus .....	36
8.2.1	Epäselvyys harjoituksissa .....	36
8.2.2	Kirjallisten ohjeiden epätarkkuus .....	37
8.2.3	Harjoitusohjeiden riittämättömyys .....	37

---

8.3	Tunne selviytymisestä.....	38
8.3.1	Kotona selviytymisen tunne ja tyytyväisyys nykytilaan .....	38
8.4	Läheisten tuki .....	39
8.4.1	Ystäviltä saatu tuki, perheeltä saatu tuki ja yksityiseltä fysioterapeutilta saatu tuki .....	39
8.5	Lisäohjauksen tarve .....	40
8.5.1	Fysioterapiaohjauksen riittämättömyys.....	41
8.5.2	Potilaan ohjeistaminen heti leikkauksen jälkeen.....	41
8.6	Ohjauksen antama tuki .....	41
8.6.1	Fysioterapeutin kannustus.....	42
8.6.2	Riittävä fysioterapiaohjaus .....	42
8.6.3	Fysioterapiaohjeiden selkeys.....	43
8.7	Tulosten yhteenveto .....	44
9	Pohdinta.....	45
9.1	Tulosten pohdinta .....	45
9.2	Eettisyys.....	52
9.3	Luotettavuus.....	54
9.4	Jatkotutkimusehdotukset .....	56
Lähteet	.....	58
Kuviot	.....	62
Liitteet	.....	63
Liite 1	Haastatteluteemat .....	63
Liite 2	Suostumus tutkimukseen osallistumisessa .....	64
Liite 3	Tiedote osallistumisesta tutkimukseen.....	65

## 1 Johdanto

Länsimaissa tehdään 93-315 lonkan tekonivelleikkausta sataatuhatta asukasta kohti vuosittain. Suomessa tekonivelleikkausten määrät ovat olleet jatkuvasti kasvussa. Vuonna 2002 Suomessa tehtiin 112 lonkan tekonivelleikkausta sataatuhatta asukasta kohden. Tärkeimmät syyt lonkan tekonivelleikkaukselle ovat nivelrikko ja nivelreuma. Leikkaukseen päädytään, kun kipu rajoittaa merkittävästi potilaan toimintakykyä ja sairautta ei pystytä hoitamaan konservatiivisesti. Valtaosa tekonivelleikkauksista tehdään yli 65-vuotiaille potilaille. Väestön ikään-tyminen sekä leikkausaiheiden lisääntyminen lisäävät merkittävästi tekonivelleikkausten kysyntää tulevaisuudessa ja asettaa huomattavia vaatimuksia leikkausten laadulle. ( Lehto, Jämsen & Rissanen 2005.)

Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen fysioterapian tavoitteena on edistää kuntoutumista ja kohentaa fyysistä toimintakykyä. Potilaalle ohjataan fysioterapiassa progressiivista leikkauksen jälkeistä liike- ja liikuntaharjoittelua. Harjoittelu koostuu alaraajojen nivelliikkuvuutta ja lihasvoimaa lisäävistä sekä tasapainoa varmentavista harjoituksista. Harjoittelun tavoitteena on kävelyn ja siirtymisten varmentuminen sekä fyysisen toimintakyvyn ja kunnon kohentuminen. (Kettunen 2009.)

Kaikkiin fysioterapiatilanteisiin sisältyy ohjausta ja neuvontaa. Fysioterapeuttisella ohjauksella ja neuvonnalla tarkoitetaan terveyttä ja toimintakykyä tuottavien tai toimintarajoitteita ehkäisevien muutosten edistämistä sekä terveydelle ja toimintakyvylle myönteisten asioiden tukemista. Ohjauksella ja neuvonnalla pyritään saavuttamaan asiakkaan kanssa yhdessä asetetut tavoitteet, tukemalla asiakkaan voimavarojen suuntaamista tavoitteita kohti. Asiakkaan ohjaus voi olla verbaalista, manuaalista sekä visuaalista. Ohjausta ja neuvontaa voidaan toteuttaa sekä yksilöllisesti että ryhmässä. Sitä voidaan antaa myös puhelimitse tai tietotekniikkaa hyödyntäen. Fysioterapeuttinen ohjaus sisältää terveyttä sekä toiminta- ja työkykyä edistävää ohjausta tai terveysneuvontaa. (Suomen Kuntaliitto, Suomen Fysioterapeutit & FYSIRy. 2007.)

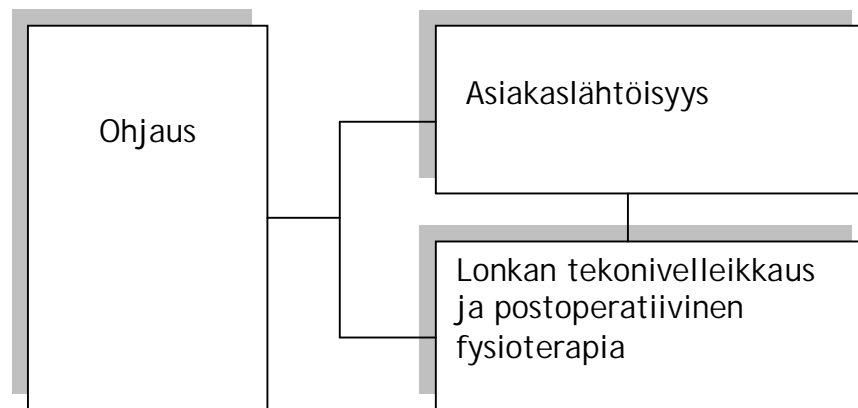
Tämä opinnäytetyö on osa suurempaa etnograafista seurantatutkimusta, jonka yhteistyökumppaneita ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS), Laurea-ammattikorkeakoulu sekä Jyväskylän yliopisto. Tutkimushankkeen tavoitteena on seurata potilaan ohjausta ja vaikutuksia potilaan elämään leikkauspäätöksen saamisesta aina leikkauksesta kotiutumiseen saakka. Tutkimus jakautuu kahteen osaan: lasten ja nuorten fysioterapian potilasohjaukseen sekä aikuisten ortopedisten fysioterapian potilasohjaukseen.

Aikuisten ortopedisen fysioterapian potilasohjaus on jaettu kolmeen osaan: preoperatiiviseen, sairaalavaiheeseen sekä postoperatiiviseen vaiheeseen. Kustakin osiosta vastaa yksi opiskelijajapari. Kukin opiskelijajapari tekee omasta osiostaan erillisen opinnäytetyön. Opinnäytetyöt ja aineistot tulevat myös koko tutkimusryhmän käyttöön pitkittäistä analyysia varten. Tämä opinnäytetyö koskee aikuisten ortopedisen fysioterapian potilasohjauksen tutkimusta, ja keskittyy potilaiden käsityksiin kotona selviytymisestä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen sairaalasta saatujen fysioterapiaohjeiden avulla.

## 2 Teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat ohjaus, asiakaslähtöisyys, lonkan tekonivelleikkaus ja postoperatiivinen fysioterapia kuvion 1 mukaisesti. Ohjaukseen liittyen käsitellään fysioterapeuttista ohjausta sekä asiakkaan ja ohjaajan taustatekijöitä, jotka on jaettu fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Lisäksi ohjauksen alla käsitellään vuorovaikutusta ja vuorovaikutteista ohjausta. Asiakaslähtöisyyteen liittyen käsitellään ajan, huomion ja kunnioituksen antamista sekä tiedon saamista ja antamista.

Lonkan tekonivelleikkauksen alla käsitellään lonkkaniveltä ja tekonivelleikkauksen indikaatioita ja leikkaustekniikoita. Lonkan tekonivelleikkaukseen liittyvää fysioterapiaa käsitellään leikkauksen jälkeisestä näkökulmasta.



Kuvio 1: Teoreettinen viitekehys

## 3 Ohjaus

Ohjaus määritellään tänä päivänä muun muassa ohjauksen antamiseksi tai ohjauksen alaisena toimimiseksi. Sanakirjan määritelmässä sanassa ohjaus korostuvat ohjauksen perinteet eli asiakkaan passiivinen rooli, ohjaajan asiantuntemus ja yksilöohjaus. Nykyaikaisemman käsityksen mukaan ohjaus pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta. Ohjauksen rakenne on muita keskusteluja suunnitelmallisempaa, mutta se sisältää myös tiedon antamista. Ohjaus voidaan määritellä asiakkaan ja ohjaajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on paljolti sidoksissa heidän taustatekijöihinsä. Tämän määritelmän mukaan olennaisimmat ohjaukseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa asiakkaan ja ohjaajan taustatekijöihin, vuorovaikutteiseen ohjaussuhteeseen sekä tavoitteelliseen ja aktiiviseen toimintaan. (Kynge ym. 2007, 25–26.)

Lähtökohtana potilasohjauksessa tulee olla potilaskeskeisyys sekä potilaan voimavaraistumista tukeva tiedon anto. Potilasohjausta kehitettäessä ovat potilaan kokemukset tärkeitä. Jotta potilas voisi osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa antamaan potilaalle riittävästi ja ymmärrettävästi tietoa. Potilaan tulee osallistua aktiivisesti ohjaukseen ja olla läheisessä yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaskeskeisessä ohjauksessa potilasta kunnioitetaan, arvostetaan ja huomioidaan yksilöllisesti. Tieto, joka tukee voimavaraistumista, auttaa saavuttamaan tunteen oman elämän ja siihen liittyvien asioiden hallinnasta. Tällöin ihminen kokee pystyvänsä tekemään omaa elämäänsä koskevia päätöksiä. Koska potilaalla ja hoitohenkilökunnalla voi olla erilaisia näkemyksiä siitä, mitä potilasohjeissa pitäisi olla, potilaiden kokemukset saamistaan ohjaukset ovat tärkeitä. (Montin 2008, 5.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista tuli voimaan vuonna 1993 ja sen säätämisen tavoitteena oli potilaan oikeusturvan parantaminen silloin, kun potilas asioi terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen käyttäjänä. Terveydenhuollossa asiakaslähtöisyys on keskeinen käsite sekä työryhmän johtamisessa että laadunhallinnan parantamisessa ja asiakaspalautteen järjestelmällistä kehittämistä tulisi tehostaa. (Sundman, 2000,11.)

Henkilöoikeuden avainkäsitteet itsemääräämisoikeus, yksityisyys ja yksilöllisyys ovat potilas-oikeuden alueella tärkeitä sekä teoriassa että käytännössä. Ihmistä kunnioitetaan sellaisena kuin hän on ja haluaa olla yhteiskunnassa ja tämä koskee myös terveydenhuoltoa. Yksilöllisyyden suojassa on usein kysymys siitä, miten paljon samanlaisuutta yksilön valmiuksilta ja tavoilta edellytetään ja miten suhtaudutaan erilaisiin poikkeavuuksiin. (Saarenpää 2000, 27)

### 3.1 Asiakkaan ja ohjaajan taustatekijät

Ohjaustilanteessa ohjaaja on ohjauksen asiantuntija ja asiakas on oman elämänsä asiantuntija. Ohjauksen runko rakentuu yleensä niille asioille, joita asiakas nostaa esiin. Ohjaajan tehtävänä on arvioida asiakkaan ohjaustarvetta yhdessä asiakkaan kanssa. Ohjauksen lähtötilanteessa lähdetään aina liikkeelle jostakin tilanteesta, tunteista tai tavoitteista ja ohjauksen lopussa pyritään päätyämään erilaiseen tilanteeseen kuin ohjauksen alussa. Asiakkaan omat taustatekijät ja käsitykset niistä muodostavat asiakkaan oman todellisuuden. Asiakkaiden erilaisuus asettaa ohjaajalle suuria haasteita. Asiakkaan motivaatiotaso asettaa haasteita ohjaajalle, esimerkiksi hyvin motivoituneen, itsestään huolehtivan ohjaus on hyvinkin erilaista kuin henkilön, joka ei ole motivoitunut kuntoutukseensa. (Kyngäs ym. 2007, 26–28.)

Ohjaajan on tärkeää selvittää asiakkaan tilanne ja mahdollisuudet sitoutua omaan terveyttä edistävään toimintaan, jotta asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin voidaan vastata. Asiakkaan taustatekijöiden huomioinnin lisäksi täytyy myös ohjaajan tunnistaa omat ohjaukseen mahdollisesti vaikuttavat taustatekijät. Ohjaajan on pystyttävä ymmärtämään oma tapansa ajatella,

tunteensa sekä omat arvot, jotta ohjaaja kykenee toimimaan asiakkaan edun mukaisesti. Yleisesti ottaen ohjauksen lähtötilanteen arviointiin ei kiinnitetä riittävästi huomioita, vaikka sen tärkeys ohjauksen toteutumisessa on merkittävä. Syynä tähän on usein se, että käytössä ei ole yhtä selkeää hyvää tapaa selvittää asiaa. Tutkimuksissa asiakkaiden ohjaustarpeita on selvitetty kyselylomakkeilla, joita voi myös käyttää päivittäisissä asiakastilanteissa. Nämä tutkimuksissa käytetyt lomakkeet ovat kuitenkin yleensä liian hankalia päivittäiseen käyttöön, joten niitä pitäisi yksinkertaistaa. Taustatietojen selvittäminen on tärkeässä roolissa, koska jos asiakkaan taustatekijöitä ei huomioida, niin samassa tilanteessa olevia asiakkaita ohjataan liukuhihnaisesti aina samalla tavalla. Tällöin asiakas ohjaus ei perustu yksilöllisyyteen. Ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin sekä sosiaalisiin taustatekijöihin. (Kynäs ym. 2007, 26–28.)

### 3.1.1 Fyysiset taustatekijät

Fyysisiin taustatekijöihin kuuluvat esimerkiksi sukupuoli, ikä, sairauden tyyppi ja terveydentila. Ikääntyneen asiakkaan ohjaustarve on erilainen kuin lapsen tai nuoren. Ikääntyneen asiakkaan ohjaamiseen haastetta tuo esimerkiksi alentunut muisti, fyysiset rajoitteet ja rajallinen näkökyky. Ikäännytynyt ihminen saattaa myös tarvita lyhytkestoista ja usein toistuvaa ohjausta. Lyhytkestoisissa ja kertaluontoisissa ohjaustilanteissa, esimerkiksi preoperatiivisen vaiheen ohjaustilanteessa, on omat erityispiirteensä vaikkakin perusteet leikkaukseen liittyvään ohjaukseen ovat hyvin samantyyppisiä. Fyysiset taustatekijät vaikuttavat suurelta osin siihen, miten asiakas pystyy ottamaan ohjausta vastaan; esimerkiksi vastadiagnosoitu vakava sairaus voi estää ohjauksen onnistumisen. Ohjaajan on siis tärkeä miettiä etukäteen, mitä asioita ohjauksessa tulee ottaa ensisijaisesta esille, ja mitkä asiat voi jättää toiseen tapaamiskertaan. Ohjaajan on osattava laittaa asiakkaan tarpeet tärkeysjärjestykseen. (Kynäs ym. 2007, 29–30.)

Ohjauksessa tulisi ottaa myös huomioon asiakkaan toimintaympäristö. Tomey & Sowers (2009, 705–706)) mukaan huolimatta siitä, että fyysistä toimintakykyä arvioidessa tiedostetaan ympäristötekijöiden ja heikentyntä toimintakykyä kompensoivien käyttäytymismallien rooli sekä ympäristön asettamat esteet, usein arvioinneissa ei näitä tekijöitä kuitenkaan oteta huomioon. Fyysiset toimintakyvyn rajoitteet toimintakyvyn määrittelyssä ovat tärkeitä tekijöitä, sillä niillä on selkeä yhteys 1)elämänlaadun heikkenemiseen, 2) invaliditeetin lisääntymiseen ja masennukseen ja 3) terveystalvelujen kustannusten nousuun. Kun pystytään tunnistamaan elinympäristö, missä fyysiset toimintakyvyn rajoitteet saavat alkunsa ja missä tilanteessa ne lisääntyvät tai etenevät, voidaan myös paremmin ymmärtää niiden merkitystä. Se, miten henkilö pystyy selviytymään heikentyneen toimintakyvyn ja ympäristön asettamista haasteista määrittää, kuinka hyvin hän toimii arjessa. Paitsi fyysistä toimintakykyä arvioidessa myös ohjauksessa on hyvä ottaa huomioon asiakkaan oman elinympäristön asettamat haasteet

ja muokata ohjauksen sisältöä vastaamaan arjessa esiintyviä tarpeita ja asiakkaan itselleen asettamia tavoitteita.

### 3.1.2 Psyykkiset taustatekijät

Ohjaukseen vaikuttavia psyykkisiä taustatekijöitä ovat erityisesti käsitys omasta terveydentilasta, terveysuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistavat ja -valmiudet ja motivaatio. Ohjauksen aikana asiakkaalla olisi hyvä olla mahdollisuus luoda oma versio asioidensa ratkaisuksi. Ohjaajan on hyvä esittää avoimia kysymyksiä keskustelun aikana, jotta hän saa paremman käsityksen asiakasta mahdollisesti motivoivista tekijöistä. Myös ohjaajan omalla motivaatiolla on merkitystä ohjauksen onnistumisen kannalta. Asiakkaat usein toivovat ohjaajalta aloitteellisuutta sekä herkkyyttä tiedon ja ohjeiden antamisessa. Asiakkaan terveysuskomukset ja kokemukset voivat vaikuttaa siihen, miten hän suhtautuu ohjaukseen. Esimerkiksi asiakkaalla voi olla vankka uskomus, että ultraääni parantaa hänen vaivansa, joten tällainen vankka uskomus saattaa estää asiakasta edes kuuntelemaan muita tarjolla olevia vaihtoehtoja. Ohjaajan ja asiakkaan odotukset ja tavoitteet ohjauksesta koskien voivat olla hyvinkin erilaiset, joten niistä tulisi keskustella yhdessä. Esimerkiksi ne asiakkaat, jotka ovat sairastaneet pitkään osaavat arvioida ohjaustarpeensa, mutta osa asiakkaista ei kuitenkaan tunnista omia tarpeitaan tai ei halua tuoda niitä esille ohjaustilanteessa. (Kyngäs ym. 2007, 32–34.)

Sopivien ohjausmenetelmien valinta vaatii ohjaajalta tietämystä asiakkaan oppimistyylistä. Tämän tunnistaminen vaatii ohjaajalta tarkkaa perehtymistä taustatekijöihin. Sairauteen liittyvät ongelmat voivat rajoittaa asiakkaan luontaista oppimistyyliä, joten ohjaajan tulisi tunnistaa asiakkaan oppimistapa ja kyetä virittämään siitä tavasta potilaalle sopiva oma oppimistapa. (Kyngäs ym. 2007, 32–34.)

Ohjaajalla tulee olla ohjausvalmiuksina olennaiset tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista, erilaisista ohjausmenetelmistä sekä hyvät vuorovaikutus- ja johtamistaidot. Ohjaajan tehtävänä on kannustaa asiakasta luottamaan omaan kykyihinsä ja tukea asiakasta oma-aloitteisuuteen, jotta asiakas pystyy itse arvioimaan omaa toimintaansa ja ottamaan palautetta vastaan. Ohjaajan on myös tärkeää antaa asiakkaalle riittävästi tilaa päätöksien teossa ja tarpeen tulleen autettava asiakasta. Ohjaustavoitteen saavuttamiseen vaikuttaa ohjaajan kyky ymmärtää ja nähdä asiakkaan tilanne. On tärkeää muistaa, että ohjaaja voi vaikuttaa näihin edellä mainittuihin asioihin, mutta vain asiakas voi itse muuttaa niitä. (Kyngäs ym. 2007, 32–34.)

### 3.1.3 Sosiaaliset taustatekijät

Ohjaustavoitteisiin pääsemiseksi ja asiakkaan käyttäytymisen ymmärtämiseksi asiakasta tulee tarkastella osana ympäristöään. Ohjauksen kannalta asiakkaan tärkeät sosiaaliset taustatekijät koostuvat sosiaalisista, kulttuuriperustaisista, etnisistä, uskonnollisista ja eettisistä tekijöistä. Ohjaajan ja asiakkaan arvot ovat osa heidän tapaansa katsoa maailmaa ja nämä arvot vaikuttavat siihen, miten he lähestyvät ohjauksessa käsiteltäviä asioita. Ohjaajan on erittäin tärkeää tunnistaa ja ymmärtää ohjauksen lähtökohdat, jotta hän pystyy tukemaan asiakkaan yksilöllisyyttä ja kunnioittamaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Ohjaajan täytyy muodostaa itselleen selvä käsitys siitä, mitä ohjaus on, miksi ja miten hän ohjaa, mikä ohjauksessa on tärkeätä, onko asiakas vastuussa valinnoistaan ja millainen vastuu ohjaajalla on asiakkaan valintojen edistämisessä. Sosiaalisissa taustatekijöissä perheellä ja suvulla voi olla merkittävä vaikutus asiakkaaseen, joten tämä ohjaajan on huomioitava ohjauksessa. Ohjaajan täytyy varmistaa asiakkaalta millainen tukiverkosto hänellä on, miten tärkeänä hän kokee omaisten ohjauksen ja kuinka omaisten tuki voisi auttaa häntä. Tärkeää myös huomioida, että asiakkaan ja hänen omaisten käsitykset ohjaustarpeista voivat olla ristiriitaisia. Tällaisissa tilanteissa ohjaajan tulee ensisijaisesti kunnioittaa asiakkaan tahtoa, kunhan asiakas pystyy itse vastaamaan omista asioistaan ja ymmärtää ohjauksen ja kantaa vastuun omasta hoidostaan. Asiakkaalla voi myös olla kulttuuriin tai uskontoon liittyviä asioita, jotka tulee huomioida ohjauksessa. (Kyngäs ym.2007, 35–36.)

### 3.2 Fysioterapeuttinen ohjaus

Fysioterapeutin työ sisältää nykyisin paljon ohjausta ja neuvontaa. Fysioterapeuttinen ohjaus on luonteeltaan terveyttä edistävää ohjausta tai terveysneuvontaa. Terveysneuvonnassa fysioterapeutti käsittelee asiakkaan kanssa yhdessä sairautta koskevaa tietoa, antaa harjoitusohjeita ja kertoo harjoitteiden merkityksestä. Fysioterapeutin antama ohjaus koskee useimmiten ergonomiaa ja liikunnallista harjoittelua. Ohjaamisella pyritään välittämään tietoa, vaikuttamaan asenteisiin sekä aktivoimaan asiakasta. Ohjaamisen avulla pyritään myös liikesuoristusten mallintamiseen. Mallintamisella tarkoitetaan toimintatapaa, jonka avulla oppija kykenee jäljittelemään toisen henkilön toimintaa ja pyrkii itse vastaavaan suoritukseen. Fysioterapeutit antavat myös paljon ohjausta kuntoutujan elämäntapoja koskien, tämän kaltainen ohjaus käsittää tietojen keräämisen asiakkaan terveyteen vaikuttavista osialueista. (Espoon keskuksen fysioterapia; Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 178–179.)

Fysioterapeutti ohjaa asiakasta käyttämällä visuaalista, manuaalista ja sanallista ohjausta tai näiden kaikkien yhdistelmiä. Sanallisten ohjeiden ymmärtäminen edellyttää selkeitä lauseita ja ymmärrettäviä käsitteitä. Fysioterapeutin antamat ohjeet eivät saa sisältää liikaa tietoa, koska tällöin asiakkaalla voi olla vaikeuksia muistaa suorituksen alussa saatuja ohjeita. Manuaalista ohjausta käytetään fysioterapiassa eri tarkoituksiin. Useimmiten manuaalista ohjausta

käytetään liikkeen tai suorituksen pakottamiseen tiettyyn suuntaan, jolloin fysioterapeutti pyrkii vähentämään suorituksen virheellistä suorittamista, vapausasteiden määrää tai fysioterapeutti pyrkii auttamaan kuntoutujaa keskittymään suoritukseen. Sanallista ja manuaalista ohjausta tulisi käyttää oppimisen varhaisessa vaiheessa, mutta niiden käyttöä tulisi vähentää, kun oppijan taito ja itsenäinen suoriutuminen lisääntyvät. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 179–191.)

Näköaistia käytetään paljon apuna terapian eri vaiheissa. Esimerkiksi suoritettavan liikkeen alussa fysioterapeutti käyttää visuaalista ohjaamista suorituksen mallintamiseen. Tutkimusten mukaan ihminen tottuu helposti käyttämään näköä palautteen antajana, tällöin suorituksen aikana annettu visuaalinen palaute parantaa suoritusta. Harjoittelun aikana käytetyt aistien kautta saadut stimulaatiot saattavat kuitenkin aiheuttaa ristiriitaisia tilanteita. Visuaaliset vihjeet ovat hallitsevampia kuin kuulemalla ja tuntemalla saadut vihjeet. On myös hyvä muistaa, että myös tuntemalla saadut vihjeet saattavat häiritä kuultuja vihjeitä. Tehokkaimmaksi ohjaustavaksi on todettu harjoittelun aikana eri aistikanavien kautta annettu ohjaus. Terapian alussa on kuitenkin tärkeitä huomioida asiakkaan voimavarat. Esimerkiksi terapian alkuvaiheessa asiakas voi olla masentunut ja väsynyt, jolloin terapeutin tulee pystyä rakentamaan harjoittelu juuri tälle kyseiselle henkilölle sopivaksi. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 179–191.)

Aaron B Rindfleisch (2009) on tutkinut aineistolähtöisesti potilaan ohjausta fysioterapeutin vastaanotolla. Tutkimuksessa käytettiin laadullista, asiakaslähtöistä menetelmää. Asiakaslähtöinen menetelmä koostuu systemaattisista induktiivisista ohjeista tietojen keruuseen ja analysointiin, joiden avulla rakennetaan keskiarvoinen teoreettinen viitekehys, joka selittää kerättyä tietoa. Tutkimukseen osallistui yhdeksän fysioterapeuttia, joita heidän vertaisensa pitivät erinomaisina potilaan ohjaajina. Tässä tutkimuksessa tutkittiin akuuttihoitoa, sairaalassa olevan potilaan hoitoa sekä avovastaanotolla tapahtuvaa hoitoa, jotta saatiin laajempi näkökulma fysioterapiaan ammattialana. Tutkimusaineisto kerättiin kahdella tapaa. Ensimmäinen tapa oli kohderyhmähaastattelu, joka tehtiin ennen observointia paikanpäällä. Toinen tapa oli observointi paikan päällä fysioterapeutin vastaanotolla ääninauhalle tallentaen. Tuloksissa näkyi kolme teemaa, jotka liittyvät potilaan ohjaukseen fysioterapiassa. Ensimmäiseksi tässä tutkimuksessa fysioterapeutit eivät pystyneet erottomaan helposti potilaan ohjausta perustoimenpiteistä. Toiseksi potilaan ohjauksen tarkoitus oli voimaannuttaa potilaat selviytymään itsenäisesti ja ennaltaehkäisevästi. Kolmanneksi fysioterapeutit käyttivät potilaskeskeistä lähestymistapaa sisältöjen päättämisessä. Lopuksi kaikki terapeutit käyttivät toimintaa tai demonstraatiota potilaan ohjauksen loppuarvioinnissa. Keskeisiksi tuloksiksi tässä tutkimuksessa nousivat seuraavat asiat. Ensimmäiseksi potilasohjaus on osa fysioterapiaa eikä vain sen osa. Toiseksi potilaanohjaus on voimaannuttamista kohti parempaa omatoimista sel-

viytymistä, terveyttä ja toimintakykyä. Kolmanneksi sisällöt, joita fysioterapiatapaamisessa opetetaan, ovat potilaskeskeisiä.

Gordon S. Butler, Cathy A. M. Hurley ym. (1995) tutkivat sairaalajaksoa edeltävän fysioterapia ohjauksen hyödyllisyyttä tekonivelleikkauspotilaille (Total hip replacement, THR) Victorian yleissairaalassa Halifaxissa. Tutkimuksessa puolet satunnaisesti valittua leikkausta odottavaa potilasta saivat kotiinsa postissa potilasoppaan 4-6 viikkoa ennen leikkausta. Opas sisälsi tietoa sairaalassa olosta, hengitys- ja alaraajoihin kohdistuvia harjoituksia sekä ehdotuksia ja ohjeita siitä, miten toimia sairaalajakson päättymistä edeltävällä kotijaksolla. Tutkimustulokset osoittivat, että ohjauslehtisen saaneet potilaat olivat vähemmän huolissaan leikkaukseen saapuessaan ja sairaalajakson päättyessä, olivat todennäköisemmin suorittaneet fysioterapia harjoitteita ennen sairaalajaksoa sekä tarvitsivat vähemmän ohjausta sairaalassa olon aikana. Sairaalajakson pituudessa ei ollut eroa tutkimus- ja kontrolliryhmän välillä. (Butler ym. 1995.)

### 3.3 Vuorovaikutus

Vuorovaikutusta voidaan tarkastella kahden eri lähestymistavan kautta. Ensimmäinen lähestymistapa painottaa ongelmalähtöisen lähestymisen fyysisiä tekijöitä. Toinen lähestymistapa sisältää enemmän sosiaalisia ja biologisia yhteyksiä. Terveysthuollossa käytetään perinteisesti fyysisiin seikkoihin keskittyvää lähestymistapaa ja siinä vuorovaikutus on osa tätä fyysisten ongelmien selvittämistä. Keskustelu koostuu lähinnä kysymyksistä ja lyhyistä vastauksista ja keskustelu rajoittuu koskemaan fyysistä sairautta. Tämä tapa voi olla joissain tapauksissa tehokas ja toimiva, mutta sitä on kritisoitu, koska ihmistä tarkastellaan vain oireiden kautta. (Veijola & Larivaara 2001, 14–16.)

Toisessa lähestymistavassa asiakasta tarkastellaan kokonaisuutena, johon vaikuttavat niin fyysinen, psyykinen kuin sosiaalinenkin puoli. Tässä lähestymistavassa sairautta ei käsitellä pelkästään oireiden kautta, vaan huomioon otetaan asiakkaan tuntemukset, asenteet ja elämäntilanne. Tämän jälkimmäisen lähestymistavan onkin katsottu olevan parempi, koska asiakkaat usein toivovat psykologisten ja sosiaalisten seikkojen huomioimista hoidossa. Fysioterapeuttisessa vuorovaikutussuhteessa sosiaaliset ja emotionaaliset tekijät ovat tärkeitä, sillä asiakkaan ja fysioterapeutin suhde on usein intiimi ja hoitoaika saattaa olla kestoaltaan pitkä. (Veijola & Larivaara 2001, 14–16.)

Fysioterapeuttinen vuorovaikutus koostuu suureksi osaksi ongelma- ja oirelähtöisestä kehon toimivuuden määrittämisestä ja kommentoimisesta. Viestintä liittyy paljon ohjaukseen ja tehtäviin harjoituksiin. Fysioterapeutin ja asiakkaan välisessä suhteessa ongelmia pyritään ehkäisemään ja kontrolloimaan, jolloin oireet ja diagnoosi ovat keskeisessä roolissa. Asiakkaat kokevat vuorovaikutustilanteissa ongelmaan perehtymisen tärkeänä, mutta tätäkin tärkeämpänä asiakkaat pitävät fysioterapeutin viestintätaitoja. Asiakkaalle on tärkeää tulla kuulluksi

ja ymmärretyksi, asiakkaille tärkeitä on myös fysioterapeutin asenne ja avoin keskustelu. Se, että fysioterapiatilanne on molemmille osapuolille miellyttävä, lisää huomattavasti kuntoutuksen edistymistä. (Poskiparta 2002, 24–25.)

Kuuntelemalla asiakasta fysioterapeutti osaa kysyä oikeita tarkoituksenmukaisia kysymyksiä, jotka auttavat rakentamaan kokonaiskuvaa asiakkaan tilanteesta. Fysioterapeuttien tulisi muistaa käyttää ”maallikko” termejä asiakkaiden kanssa keskustellessa, koska tekniset termit eivät jää mieleen. Termit olisikin hyvä sitoa asiakkaan omiin kokemuksiin, jotta ne saavat merkityksen. Kuntoutujien tarpeiden, toiveiden ja mahdollisuuksien huomioon ottamisella luodaan perusta kuntoutukseen sitoutumiselle ja motivaatiolle, jotka vaikuttavat kuntoutuksen tuloksellisuuteen. (Poskiparta 2002, 24–35.)

### 3.3.1 Vuorovaikutteinen ohjaus

Ohjauksen runko etenee sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla. Ohjauksen tavoitteena on, että asiakas ja ohjaaja ymmärtävät käymänsä keskustelun samalla tavalla, puhuvat samaa kieltä ja saavuttavat yhteisymmärryksen. Sanallisella viestinnällä on vain pieni osa ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa, joten viestinnän selkeyteen ja yksiselitteisyyteen tulee kiinnittää huomiota. Tämän päivän käsityksen mukaan yli puolet vuorovaikutuksen viesteistä on sanattomia. Sanaton viestintä pyrkii painottamaan, tukemaan, täydentämään ja kumoamaan sanallista viestintää. Sanattomaan viestintään kuuluu ilmeet, eleet, teot ja kehon kieli. Sanatonta viestintää lähetetään paljon myös tiedostamattomasti, joten niiden kontrollointi on vaikeata. (Kyngäs ym. 2007, 38–39.)

Asiakkaan taustatekijöiden huomioiminen vaatii kaksisuuntaista vuorovaikutusta. Kaksisuuntaiselle vuorovaikutukselle tyypillisiä piirteitä ovat 1) vastuu vuorovaikutuksesta on ohjaajalla, mutta tavoitteista neuvotellaan yhdessä asiakkaan kanssa, 2) vuorovaikutustilanteella on rakenne, mutta sen noudattaminen on joustavaa ja 3) vuorovaikutus ei ole kaavamaisista, vaan se on tavoitteellista. (Kyngäs ym. 2007, 38–39.)

Toimivan ohjaussuhteen edellytyksenä on, että asiakas ja ohjaaja kunnioittavat toistensa asiantuntemusta. Ohjaajan vastuuseen kuuluu, että asiakas tunnistaa oman asiantuntijuutensa. Näin ohjaaja saa asiakkaan tuntemaan itsensä tärkeäksi ja asiakas pystyy ottamaan vastuuta valinnoistaan ja toimistaan. Kaksisuuntaista vuorovaikutusta ei voi olla, jos asiakas ja ohjaaja eivät ole kumpikin aktiivisia ohjaustilanteessa. Se millaiseksi ohjaussuhde rakentuu ja miten hyvin siinä huomioidaan asiakkaan tarpeet ja tuetaan häntä aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen, vaikuttaa hyvin merkittävästi ohjauksen vaikutuksiin. (Kyngäs ym. 2007, 38–40.)

Arja Piiraisen (2006) artikkeli ”Pedagoginen fysioterapiasuhde edistää asiakkaan toimintakykyä” pohjautuu kirjoittajan väitöskirjaan, jossa tarkastellaan fysioterapeutin ja asiakkaan välistä fysioterapiasuhdetta ja sen merkitystä asiakkaan toimintakyvyn paranemiselle ja sitä kautta fysioterapian tuloksellisuudelle. Väitöskirjatutkimuksessa selvitettiin avointen, yksilöllisten haastattelujen avulla fysioterapiatilanteisiin osallistuneiden henkilöiden kokemuksia fysioterapiasta akuuttisairaalassa, terveyskeskuksessa sekä yksityisessä fysioterapialaitoksessa. Haastatteluaineistojen merkitysanalyysien tulokset osoittivat, että fysioterapiassa on olemassa neljä erilaista asiakasnäkökulmaa ja neljä erilaista fysioterapeutin näkökulmaa, joiden erilaisista yhdistelmistä muodostuu fysioterapiasuhde. Asiakkaan parantumisen ja elämän muutoksen aikaan saamisen mahdollistaa vain fysioterapiasuhteen aktiivinen tasavertainen yhteys. Asiakkaan ymmärtäminen ei vielä riitä hänen toimintakykynsä parantumiseen, vaan siihen tarvitaan taitoa luoda yhteisiä käsitteitä, jotta asiakas ja fysioterapeutti ymmärtävät toisiaan.

#### 4 Asiakaslähtöisyys

Wallinin & Franssilan (2009, 27) mukaan (ks. Cooper, Smith & Hancock 2008) fysioterapialta edellytetään asiakaslähtöisyyttä, mutta haasteena on asiakaslähtöisyyden käsitteen epämääräisyys. Asiakaslähtöisen toimintatavan määrittelemisessä tulisi etusijalle asettaa potilaiden näkökulmat. Sen vuoksi nykyisin pyritään potilaiden osallistumista terveyspalveluiden suunnitteluun lisäämään. Usein fysioterapiassa asiakaslähtöisyyttä on lähestytty ammattilaisen näkökulmasta ja potilaiden näkökulma sivuutetaan.

Tutkimukseen fysioterapian asiakaslähtöisyydestä selkäpotilaille (Cooper, Smith & Hancock 2008) osallistui 25 potilasta. Heidät valittiin seitsemältä fysioterapiaosastolta Skotlannista ja heistä jokainen oli saanut fysioterapiaa joko krooniseen tai uusiutuvaan epäspesifiin selkäkipuun. Viimeisestä hoitokerrasta oli kaikilla kulunut korkeintaan kaksi kuukautta. Osallistujat olivat 18 – 65 - vuotiaita ja heistä 20 oli naisia ja viisiä miehiä. Tutkimusmenetelmänä oli aineistolähtöinen laadullinen tutkimus. (Wallin & Franssila 2009, 27.)

Tulosten mukaan kommunikaatio koettiin tärkeäksi asiakaslähtöisessä fysioterapiassa. Potilaiden mielestä kiireetön asioiden selvittäminen, ymmärrettävä kielen käyttö ja kuunteleminen tarkoitti hyvää kommunikaatiota, samoin potilaaseen tutustuminen sekä rohkaiseminen kommunikaatiossa. Tutkijoiden mukaan asiakaslähtöisyyttä tulisi jäsentää dialogisuutena ja fysioterapeutin tulisi räätälöidä fysioterapiaprosessin eteneminen potilaan toiveiden ja tarpeiden mukaisesti. (Wallin & Franssila 2009, 28.)

Franssilan & Wallinin (2009) mukaan (ks. Leflege, Gzil, Cammelli, Lefeve, Pachoud & Ville 2007) asiakaslähtöisyys on omaksuttu erääksi keskeiseksi periaatteeksi tai päämääräksi terveydenhuollossa sekä kuntoutuksessa. Asiakaslähtöisyys on nostettu erittäin tärkeään rooliin

erilaisissa suosituksissa ja toimintaa ohjaavissa arvoissa. Sen merkitys ei kuitenkaan ole aina täysin selvä. Määriteltäessä asiakaslähtöistä kuntoutusta voidaan asiakas kuvata samaan aikaan sekä kuntoutustoimenpiteiden kohteeksi että itse toiminnan objektiksi. Leplege ym. (2007) selvittivät, mitä asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan ja miten käsitettä on määritelty aikojen saatossa. Tutkimuksessa arvioitiin asiakaslähtöisyyden soveltuvuutta kuntoutusta määrittelevänä kriteerinä. Tutkijat tekivät laajan kirjallisuushaun, josta esille nousi neljä ulottuvuutta. Asiakaslähtöisyyden synonyymejä ovat potilas-, ihmis- ja yksilökeskeisyys sekä potilas-, ihmis- ja yksilölähtöisyys. Tutkijat toteavat, että asiakaslähtöisyys on monimutkainen käsite ja sille on monia ristiriitaisia tulkinnan mahdollisuuksia. Sen käyttöä kuntoutuksessa tulisi miettiä tarkasti. Kuntoutuksessa tulisi kirjoittaa auki selkeästi, mitä asiakaslähtöisyydellä kulloinkin tarkoitetaan käytännön työssä. (Franssila & Wallin 2009, 31.)

Kokonaisvaltaisessa kuntoutuksessa tulee huomioida kuntoutujan perhe ja läheiset. Heille tulee antaa riittävästi tietoa ja tukea ja ottaa heidät mukaan kuntoutuksen tavoitteiden ja hoitovalintojen tekemiseen. Myös vertaistuesta ja muusta tarpeellisesta avusta tulee huolehtia. Asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa kuntoutujan rooli nähdään aktiivisena toimijana eikä vain passiivisena toimenpiteiden vastaanottajana. Tähän perustuen asiantuntijoiden ei tule määritellä kuntoutujan puolesta, mikä hänelle on parasta. Kuntoutujan tulee saada asianmukaista tietoa ja tukea selviytymiseensä. Kuntoutuksen tulee edistää ihmisen osallistumista hänelle tärkeillä elämän osa-alueilla. Kuntoutujan ja kuntouttajan dialogisessa suhteessa pyritään näkemään ja huomioimaan kuntoutujalle tärkeät ja arvokkaat asiat elämästä. (Franssila & Wallin 2009, 32.)

#### 4.1 Ajan, huomion ja kunnioituksen antaminen

Asiakaslähtöisyyteen kuuluu ajan, huomion ja kunnioituksen antaminen. Aika on ohjaajan ja ohjattavan väline ja resurssi. Ohjauksessa tulisi olla riittävästi aikaa ja tilaa kuunnella. Kiireen näyttäminen viestii ohjattavalle, että hän ja hänen asiansa eivät ole tärkeitä ohjaajalle. Kuntoutustyöntekijöiden mukaan kiire on suurin hyvän asiakaslähtöisen kuntoutuksen este. Liika kiirehtiminen kuntoutuksen alkuvaiheessa voi kostautua myöhemmässä vaiheessa kuntoutustulosten vähäisyytenä. Ohjauksen aikaa ja tapaamiskertojen määrää tärkeämpää on se, miten käytössä oleva aika käytetään ja organisoidaan. (Lahikainen 2000, 268; Onnismaa 2007, 39.)

Ohjauksessa huomio on ennen kaikkea ohjattavan kuuntelemista ja kuunnelluksi tulon varmistamista. Huomion antaminen on välittämistä. Kuunteleminen on taas huomion antamista. Ohjattavan kuunteleminen kuuluu tärkeänä osana ohjaus- ja neuvontatyöhön. Ohjauksen yhteydessä kuunteleminen poikkeaa arkisista tavoista kuunnella. Aktiivinen kuunteleminen tarkoittaa myös sellaisten asioiden kuulemistä, joita ei suoranaisesti tuoda esille. Oikeanlainen kuunteleminen edellyttää ohjaajalta kykyä ja rohkeutta ilmaista ohjattavalle, jos hän ei ole

ymmärtänyt mitä ohjattava tarkoittaa. Ohjaajan täytyy tällöin pyytää ohjattavaa kertaamaan aikaisemmin kerrottuja asioita. Asiakas havaitsee herkästi, jos ohjaaja kuuntelee häntä näennäisesti. Silloin asiakas voi katkaista koko terapiasuhteen tai tyytyä myös omalta osaltaan näennäiseen vuorovaikutukseen. (Lahikainen 2000, 272–273; Onnismaa 2007, 41.)

Kunnioitus ja empatia ovat ohjauksen lähtökohtia eivätkä erillisiä ohjaustaitoja. Kunnioitusta ja empatiaa voidaan osoittaa kuuntelemalla ja olemalla läsnä ohjattavaa varten. Asiakkaan kunnioittaminen tarkoittaa hänen itsemääräämisoikeuden sekä muiden ihmisoikeuksien tunnistamista, niiden voimassa pitämistä sekä voimaan saattamista. Kunnioituksen antaminen edellyttää ohjaajalta itsekunnioitusta ja reflektointia. Reflektiivisyys on tietoisuutta omista havainnoista, ajattelusta ja toiminnasta. (Lahikainen 2000, 276–277; Onnismaa 2007, 42.)

#### 4.2 Tiedon antaminen ja saaminen

Asiakaslähtöisessä ohjauksessa pyritään tulemaan toimeen mahdollisimman vähäisellä tiedolla, sillä tärkein osa tästä tiedosta on jo asiakkaalla itsellään. Lukuun ottamatta mahdollisimman selkeää, tiivistä ja olennaiseen keskittyvää alkuinformaatiota, asiakas päättää, mitä tietoja hän itsestään ja elämäntilanteestaan haluaa antaa. Yleisenä kokemuksena ohjaus- ja neuvontatyössä on, että asiakas tuo terapeutin tietoon olennaiset, tilanteeseen ja sen muutokseen vaikuttavat tekijät ensitapaamisessa. Niitä osataan kuitenkin harvoin tulkita oikein. Tietojen tarkkuus on tärkeämpää kuin tietojen määrä, silloin kun toimitaan pienimmän mahdollisen informaation periaatteen mukaisesti. Ohjaaja voi tarkentaa asiakkaan antamaa informaatioita selkeyttävien kysymysten avulla. Samalla ohjaaja pystyy muuttamaan tai muotoilemaan uudestaan näkökulmaa tai asennetta. (Lahikainen 2000, 274.)

Haastattelu on hyvä ja nopea tapa saada tietoa ohjauksen eri vaiheissa, kuten alku- ja lopputilanteissa. Ohjaus- ja neuvontatilanteen keskeinen sisältö ei koostu tiedon jakamisesta, sillä ohjaustilanne ei ole koulutustilaisuus. Informaatiota tulee antaa juuri sen verran kuin tarvetta on tavoitteiden saavuttamiseksi. Ohjaamisessa on enemmänkin kyse neuvojen ymmärtämisen varmentumisesta kuin vain hyvien neuvojen jakamisesta riippumatta siitä, miten asiakas niihin suhtautuu. Parhaita neuvoja ovat sellaiset, jotka asiakas on taipuvainen itse itselleen antamaan. Informaation niukkuuden periaatteen mukaan ohjaajan on harkittava, mitkä tiedot ovat toisaalta helpoimmin omaksuttavia ja toisaalta ensiarvoisen tärkeitä ja kiireellisiä. Tämä on vastakohta tietotulvalle, josta asiakas ei pysty todellisuudessa omaksumaan mitään, joka lisää hänen avuttomuuden tunnettaan. Kuntoutujan tiedontarve koostuu erityyppisistä tilanteista, jotka saatetaan helposti jättää tunnistamatta. Asiakas ei välttämättä rohkene esittää kysymyksiä, vaikka ne olisivatkin hänen mielessään. Asiakas saattaa myös olla täysin tietämätön tietämättömyydestään eikä tästä syystä osaa esittää kysymyksiä. (Lahikainen 2000, 275.)

Lainsäädäntö velvoittaa terveydenhuoltohenkilöstöä antamaan asiakkaalle riittävästi ymmärrettävää tietoa. Asiakkaan kuuluu saada tietoa terveydentilastaan, niin että hän ymmärtää sen sisällön ja merkityksen. Ohjauksessa tulee käyttää maallikkokieltä, ei ammattitermistöä. Ohjauksessa on otettava huomioon asiakkaan mahdollisesti rajoittunut vastaanottokyky ja se, miten tarkasti asiat tulee selittää esimerkiksi hämmentyneelle tai järkyttyneelle asiakkaalle. Tiedon antaminen ei yksistään riitä, vaan asiakkaan on ymmärrettävä asiat oikein, jotta hän voi tehdä päätöksiä hoitoon liittyvistä asioista. (Tuorila 2000, 43–23.)

Asiakaan on ilmaistava yksilölliset tiedon tarpeensa, jotta fysioterapeutti kykenee antamaan riittävästi tietoja asiakkaalle. Tiedon saanti saattaa jäädä vajavaiseksi, jos asiakas ei tuo esille, mitä hän tietää ja mitä ei, sillä fysioterapeutti ei aina tiedä minkälaista tietoa asiakas tarvitsee. Passiiviset henkilöt jäävät herkästi vaille riittäviä tietoja. Aktiiviset henkilöt saavat oma-aloitteisuutensa vuoksi tarpeeksi tietoa. Mielestään riittävästi tietoa saaneiden asiakkaiden tyytyväisyys saattaa olla petollista. Asiakkaat voivat luulla saaneensa riittävästi tietoa, mutta he eivät ole alan ammattilaisia, eivätkä tiedä minkälaista tietoa tarvitsevat. Muistamattomuus liittyy myös asiakkaiden kokemuksiin tiedon saannin riittämättömyydestä. Fysioterapeutin kertomista asioista vain osa jää asiakkaiden mieleen. Kun asiakas ei muista kaikkea hänelle annettua tietoa, hän voi kokea, että ei ole sitä saanutkaan. Suullisesti kerrottu tieto olisi hyvä antaa asiakkaalle myös kirjallisena, jotta asiakas voisi palauttaa mieleensä unohtuneet asiat. (Tuorila 2000, 46–48.)

## 5 Lonkan tekonivelleikkaus ja postoperatiivinen fysioterapia

Yleisimmät indikaatiot lonkkanivelen tekonivelleikkauksiin ovat kivulias nivelrikko, nivelreuma ja murtumien jälkitilat. Tavallisesti tekonivelleikkaukseen päädytään, kun konservatiivisesta hoidosta ei ole enää apua. Lonkan tekonivelleikkauksen tarkoituksena on vähentää kipua, helpottaa liikkumista sekä parantaa elämänlaatua. Suurin osa tekonivelleikkauksista tehdään 65 vuotta täyttäneille. Nykyisin voidaan sanoa, että 90 % tekonivelistä kestävät seuraavat 10 vuotta. (Korte, Rajamäki & Lukkari 1997, 93–94; Roberts ym. 2004, 794.)

### 5.1 Lonkan tekonivelleikkaus

Tekonivelleikkauksessa tuhoutunut nivel korvataan joko puoli- tai kokoproteesilla. Lonkan kokoproteesissa molemmat nivelpinnat uusitaan. Tekonivel koostuu usein muovisesta nivelduopasta ja reisiluun yläosan korvaavasta metallisesta endoproteesista. Yleensä proteesit kiinnitetään luusementillä, mutta kiinnitys voidaan tehdä myös ilman sementtiä. Nykyisin markkinoilla on paljon erilaisia proteesimalleja ja merkkejä, joista potilaalle valitaan sopivin vaihtoehto. (Korte, Rajamäki & Lukkari 1997, 93; Rokkanen ym. 2003, 382, 385.)

Tekonivelleikkaus suoritetaan kylkiasennossa ja spinaalipuudutuksessa, ellei sille ole vasta-aihetta (Korte, Rajamäki & Lukkari 1997, 94, 96). Leikkauksessa reisiluun pää sahataan poikki ja reisiluunpää poistetaan. Reisiluuhun ydinonteloa suurennetaan, minkä jälkeen ydinonteloon laitetaan luusementtiä ja reisiluun yläosa korvataan metallisella tai keraamisella endoproteesilla. Acetabulumista eli lonkkamaljasta poistetaan luuta, jotta proteesikuppi mahtuu nivelkuoppaan. Nivelkuoppaan on porattava reikiä ja nivelkuoppaan ulottuvat kystat on poistettava jotta sementillä kiinnittäminen onnistuu. Muovista tai metallista valmistettu kuppiosa kiinnitetään luusementillä sopivaan kulmaan, joka on yleensä 45 asteen abduktiossa ja 20 asteen anteversiossa. Luusementti kiinnittyy noin 8-10 minuutissa. Lopuksi nivel asetetaan paikoilleen. (Rokkanen ym. 2003, 374, 382; Roberts ym. 2004, 794.)

Sementittömässä kiinnitystavassa proteesin kiinnittyminen tapahtuu luunmurtuman paranemismekanismeilla. Sementittömän proteesimallin osat eroavat siinä, että luun kanssa kosketuksissa olevat metalliset pinnat ovat mattamaisia, jotta luu kasvaisi siihen kiinni. Lonkkamaljaan asetettavan metallisen kupin pysyvyyttä voidaan varmistaa ruuveilla, joita varten kupissa on reikiä. Metalliseen kuppiin laitetaan tämän jälkeen muovinen kuppi, mikä toimii liukupintana metalliselle reisiluun päälle. (Rokkanen ym. 2003, 374; Suomen nivelyhdistys ry.)

## 5.2 Postoperatiivinen fysioterapia lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä

Kuntoutus tulisi aloittaa mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Kuntoutuksessa huomioidaan kudosten paranemisprosessi ja leikkaustekniikka. Postoperatiivisen fysioterapian tavoitteena on, että potilas omaksuu tekonivelleikkauksen jälkeen tarpeelliset liike- ja kuormitusrajoitukset, hallitsee turvallisen liikkumisen, motivoituu aktiiviseen harjoitteluun saatujen ohjeiden mukaan ja kykenee liikkumaan apuvälineiden turvin, jolloin selviytyminen kotona on mahdollista. (Patteri 2005, 58–59.)

Heti leikkauksen jälkeen aloitetaan nilkkojen pumppausliikkeet. Niiden tarkoituksena on verenkierron vilkastuttaminen ja alaraajojen turvotuksen vähentäminen. Nilkkoja suositellaan liikuteltavaksi useita kertoja päivässä. (Liuhanen, Nieminen, Rajala & Rönkkö 2007, 12.) Potilaalle ohjataan progressiiviset leikkauksen jälkeiset liike- ja liikuntaharjoitusohjeet. Harjoitusohjelman tavoitteena on parantaa alaraajojen nivelten liikkuvuutta, vahvistaa lihaksistoa ja parantaa seisomasapasainoa. Lisäksi harjoitukset tähtäävät kävelyn ja siirtymisten varmentumiseen, päivittäisten toimien sujuvuuden helpottamiseen sekä fyysisen toimintakyvyn ja kunnan kohentamiseen. (Kettunen ym. 2009.)

Leikkauksen jälkeen leikatun nivelen liikkuvuutta ja lihasvoimaa harjoitetaan ensin isometrisillä voimaharjoituksilla ja aktiivisilla, avustetuilla liikkeillä. Muutaman päivän kuluttua leikkauksesta aloitetaan aktiiviset harjoitteet. Harjoittelun kuormittavuutta lisätään parantumisen edetessä. Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen harjoitusohjelmaan kuuluu muun muassa

lonkan loitontajien lihasvoiman harjoittaminen. Aluksi kuormana käytetään alaraajan omaa painoa. Kuormittavuutta lisätään vähitellen tekemällä liike painovoimaa vastaan. Kuormittavuus kasvaa entisestään, kun vaihdetaan liikkeen alkuasentoa. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 339.)

Kävelyharjoitukset aloitetaan toisena postoperatiivisena päivänä. Potilas ohjataan käyttämään aluksi liikkumisenapuvälinettä, siihen asti, kunnes hän saa luvan ja uskaltaa varata painon täysin leikatulle alaraajalle. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 339.) Potilaalle ohjataan kaksi- tai kolmipistekävely sekä porraskävely ylös ja alas. Kävelyharjoitusten tavoitteena on liikkua omatoimisesti ja turvallisesti kyynärsauvojen tai kävelytelineen avulla ennen kotiutumista. (Liuhanen, Nieminen, Rajala & Rönkkö 2007, 14). Leikkauksen jälkeen varhain tehostettu fysioterapia saattaa nopeuttaa toiminta- ja kävelykyvyn saavuttamista jonkin verran postoperatiivisessa sairaalavaiheessa. Sairaalavaiheen jälkeinen intensiivinen fysioterapiajakso saattaa edelleen kohentaa fyysistä toimintakykyä. (Kettunen ym. 2009.)

Hurkmans, Bussmann, Brenda ym. (2010) tutkivat ennusmerkkejä, jotka vaikuttavat potilaan lonkan tekonivelleikkauksen jälkeiseen osittaiseen painonvaraukseen ja siitä suoriutumiseen. He halusivat tutkimuksellaan selvittää, mitkä potilaan sekä potilaan kävelyn erityispiirteet ja leikkauksen postoperatiiviset ominaisuudet vaikuttavat painonvaraukseen leikkauksen jälkeen. Tutkimukseen osallistui 50 tekonivelleikkaus potilasta ja osittainen painonvaraus suoritettiin 33 osallistujalla 10 % ja 17 osallistujalla 50 % painonvarauksella. Mittausmenetelmissä otettiin huomioon potilaan ikä, sukupuoli, kehon paino ja olkavarren lihasvoima sekä postoperatiiviset tuntemukset kuten kipu, uupumus ja huoli. Kävelyn laadussa huomioitiin askelnopeus, kävelyn käytetty aika, askelmäärä ja apuvälineen käyttö. Mittaukset suoritettiin seitsemän päivää leikkauksen jälkeen fysioterapeutin kanssa sekä ilman. Tulokset osoittivat, että sukupuoli, kipu kävelyn aikana, kävelyn käytetty aika, postoperatiivinen huoli ja kokonaisaskelmäärä vaikuttavat lonkkaleikkauspotilaan suoriutumiseen osittaisessa painonvarauksessa.

Varausluvan määrittää leikkaava lääkäri ja varauksen määrät vaihtelevat 10 % ja 50 % potilaan kehon painosta. Fysioterapeutti ohjaa potilasta osittaisessa painonvarauksessa, niin että se tapahtuu oikealla tavalla ja painomäärällä. Tutkimuksesta saatujen tietojen avulla voidaan fysioterapia ohjausta kehittää siten, että pystytään paremmin arvioimaan potilaan kykyä selviytyä painonvarauksesta. Näin voitaisiin ennakoida tilanteita, joissa väärällä tavalla varaaminen on mahdollista. Vaikka rajoitettua painonvarausta harjoitellaan usein alaraajan leikkauksen jälkeen komplikaatioiden välttämiseksi, on olemassa vähän tietoa tekijöistä, jotka vaikuttavat potilaan suoriutumiseen osittaisessa painonvarauksessa. (Hurkmans ym. 2010, 42.)

Potilas saa maata selällään ja terveellä kyljellään leikkauksen jälkeen. Jalat pidetään erillään kiilatynyn avulla. Leikatulle kyljelle voi kääntyä 4-6 viikon kuluttua leikkauksesta. Kahden

kuukauden ajan leikkauksen jälkeen tulisi välttää lonkan koukistamista yli 90 asteeseen, lonkan kierto liikkeitä ja leikatun alaraajan viemistä ristiin toisen alaraajan yli. Asentohoidon ja apuvälineiden avulla potilas pystyy välttämään asennot ja liikkeet, jotka ovat kiellettyjä ensimmäisen kuukauden aikana. Tavallisessa tuolissa istuessa tulisi käyttää korotustyynyä lonkan 90 asteen fleksion sekä haava-alueen venytyksen välttämiseksi. Lisäksi tulisi käyttää wc-istuimen koroketta. Alavartalon pukeminen ja riisuminen tulisi tehdä korotustyynillä istuen, välttämällä vartalon eteen taivuttamista. Leikkauksen jälkeen autossa voi matkustaa käyttäen lonkkatyynyä noin kahden kuukauden ajan. (Liuhanen, Nieminen, Rajala & Rönkkö 2007, 16.)

Tavoite sairaalassaoloajalle leikkauksen jälkeen on noin 3 vuorokautta (HYKS 2008). Lonkka-leikkauspotilaan sairaalasta kotiutumisessa tulee ottaa monia asioita huomioon. Tärkeintä on motivoida potilas leikkauksesta kuntoutumiseen, joka kestää 3-6 kuukautta. Alavartalon saa pukea ilman apuvälineitä kolmen viikon kuluttua leikkauksesta, koska sitä ennen vartaloa ei saa taivuttaa. Autolla ajamista ei suositella neljän ensimmäisen viikon. Potilaalle tulee ohjata oikeat liikeradat ja rajoitukset, jotta vältetään vääriä liikeratoja. Näin estetään uuden lonkanivelen sijoiltaan meno leikkauksen jälkeen. (Liuhanen, Nieminen, Rajala & Rönkkö 2007, 14–15.)

Potilas jatkaa harjoittelua kotona saamiensa ohjeiden mukaisesti. Harjoitteiden kuormittavuutta ja monipuolisuutta lisätään vähitellen. Tärkeää toimintakyvyn palautumisen ja kuntoutumisen kannalta on se, että potilas pysyy mahdollisimman aktiivisena ja omatoimisena. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 340.) Liikunta leikkauksen jälkeen on erittäin suositeltavaa, mutta lonkkaa ei pidä altistaa tärähdyksille, kuten hyppiä tai juosta kovalla alustalla tai kyykistyä ääriasentoon. Jälkitarkastuksen jälkeen kuntoutumisvaiheessa sopivia liikuntamuotoja ovat muun muassa uinti, pyöräily, hiihto tasamaalla ja tanssi. (Liuhanen, Nieminen, Rajala & Rönkkö 2007, 16.)

Vivika Ots (2009) opinnäytetyössään Lonkanivelleikkauksesta toipuvan potilaan mielipiteitä fysioterapeuttisista kotiohjeista selvitti, miten fysioterapeutilta saadut kotiohjeet olivat auttaneet leikkauspotilaiden selviytymiseen kotona, miten tekonivelleikkauksen jälkeinen kotiharjoittelu oli vaikuttanut leikkauksesta toipumiseen ja mitkä tiedot olivat leikkauspotilaalle merkityksellisiä. Tutkimukseen osallistui kaksi potilasta, jotka oli valittu Kanta-Hämeen Keskussairaalan Riihimäen yksiköstä. Tutkimuksessa käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää ja aineisto oli kerätty puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Tässä tutkimuksessa saadut tulokset osoittivat, että tekonivelleikkauksesta toipuvat potilaat olivat fysioterapeutilta saamiensa kotiohjeiden mukaan selviytyneet kotona itsenäisesti, eivätkä tarvinneet selviytymiseksi lisätietoja, avustusta tai ohjausta. Tutkimuksesta selvisi, että potilaiden mielestä kotiohjeet muistuttivat sekä täydensivät ohjausta, vaikka niitä kotona käytettiin vähemmän. Johtopää-

töksenä tutkimukselle voitiin pitää sitä, että tarve kirjallisille kotiohjeille on edelleen olemassa. (Ots 2009, 18, 23–25.)

Bulthuis ja Srossaers- Barker ym. (2007) tutkivat nivelreuma- ja nivelrikkopotilaiden saamaa pitkäaikaista hyötyä intensiivisestä kolmen viikon harjoittelusta heti sairaalajakson päättymisen jälkeen. Potilaat oli valittu neljästä alankomaalaisesta sairaalasta. Tutkimukseen osallistuvat potilaat kävivät läpi IET ohjelman (intensive exercise training) ja kontrolliryhmä sai UC hoidon (usual care). Harjoitusohjelmat suoritettiin lomakeskuksessa 3, 13, 26 ja 52 viikkoa leikkauksesta. Tutkimuksessa käytetyt mittarit olivat: EPM-ROM, (liikkuvuus), HAQ ja MACTAR (toimintavaje), HRQoL (terveyteen liittyvä elämänlaatu) sekä Research and Development 36-item Health Surve. Tuloksissa IET ohjelman läpikäyneet potilaat toipuivat nopeammin kuin UC hoidon saaneet kaikissa mittauksissa paitsi HRQoL testissä. (Bulthuis ym. 2002.)

Coulter, Weber ja Scarvell (2009) vertasivat ryhmäfyysioterapian vaikuttavuutta ja tehokkuutta yksilöfyysioterapiassa toteutuneeseen ohjaukseen lonkan- ja polven tekonivelleikkauksen jälkeen. Tutkimusmenetelmänä käytettiin peräkkäistä kohorttitutkimusta ja 12 viikon seuranta. Tutkimukseen valittiin 51 peräkkäistä joko lonkan tai polven tekonivelleikkauksessa ollutta potilasta 8 kuukauden jakson aikana. Valintakriteerinä oli, että he pystyivät varaamaan leikatulla jalallaan postoperatiivisesti.

Potilaat jaettiin kahteen ryhmään siten, että ensimmäinen ryhmä osallistui harjoitusryhmään ja toinen interventio ryhmä 4 kuukautta myöhemmin kotona tapahtuvaan yksilölliseen fysioterapiaan. Kotona fysioterapiaohjaus tapahtui yksilöllisesti laaditun ohjelman mukaan. Ensimmäisina mittareina olivat Western Ontario McMaster's University Osteoarthritis Index (WOMAC), Medical Outcomes study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), Timed Up & Go (TUG) testi ja polven liikelaajuuden mittari (ROM). Lisäksi mittauksissa käytettiin 6 minuutin kävelytestiä ja potilaan arviointi lomaketta. Mittaukset suoritettiin ennen leikkausta tai sairaalasta kotiutumisen yhteydessä sekä postoperatiivisesti 5 ja 12 viikkoa leikkauksen jälkeen. Tutkimuksen aikana mitattiin myös molempien ryhmien fysioterapiasta aiheutuvia kustannuksia. (Coulter ym. 2009, 1727.)

Lopputuloksissa ei ollut eroja ryhmien välillä. Ryhmämuotoinen harjoittelu oli kustannusten suhteen tehokkaampi fysioterapia palvelumuoto kuin yksilöterapia. Kuitenkin tekonivelleikkauspotilailla on erilaiset tarpeet ja joillekin yksilöfyysioterapia on parempi vaihtoehto kuin harjoittelu ryhmässä. Potilaat, joilla on monisairausisuutta, huonot kotiolosuhteet ja sosiaalisen tuen puute tarvitsevat enemmän tukea ja huomiota. (Coulter ym. 2009, 1732.)

## 6 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävä

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa, jonka pohjalta fysioterapiaohjausta lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä voidaan kehittää. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää potilaiden selviytymistä kotona lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen sairaalasta saatujen fysioterapiaohjeiden avulla.

Tutkimustehtävä: Millaisia käsityksiä potilailla on sairaalasta saatujen fysioterapiaohjeiden antamasta tuesta kotona selviytymisessä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen?

## 7 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyötutkimuksemme edustaa laadullista tutkimuslinjaa, koska siinä on laadulliselle tutkimukselle tunnusomaisia piirteitä. Näitä piirteitä ovat muun muassa keskittyminen tutkittavien näkökulmaan, harkinnanvarainen tai teoreettinen otanta, aineistolähtöinen analyysi, hypoteesittomuus, tutkimuksen tyylilaji, tulosten esitystapa sekä tutkijan asema ja narratiivisuus. (Eskola & Suoranta 1999, 13–15.)

### 7.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen sisältäen ajatuksen todellisuuden moninaisuudesta, jossa tapahtumat samanaikaisesti muovaavat toisiaan. Todellisuutta ei voida mielivaltaisesti pilkkoa osiin. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kohteen kokonaisvaltaiseen tutkimiseen. Arvot muovaavat sitä, mitä ja miten pyrimme ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja siksi emme voi täysin luopua arvolähtökohdista. Objektiivisuutta ei voida myöskään saavuttaa helposti, sillä tutkija ja se, mitä tiedetään, kietoutuvat toisiinsa. (Hirsjärvi ym. 2006, 152.)

Laadulliselle aineistolle tyypillistä on, että se on ilmiösultaan tekstiä, joka muodostuu esimerkiksi haastatteluista, havainnoinneista, päiväkirjoista, artikkeleista tai muista sellaisista. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma voi elää tutkimushankkeen mukana. (Eskola & Suoranta 1999, 13–15.) Laadulliselle tutkimukselle on ominaista myös se, että tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja tutkimusaineisto kootaan todellisissa ja luonnollisissa tilanteissa. Lähtökohtana on aineiston yksityiskohtainen tarkastelu eikä teorian tai hypoteesin testaaminen. Tutkimuksen osallistujat valitaan tarkoituksenmukaisesti eikä satunnaisesti. (Hirsjärvi ym. 2006, 155.)

Laadullinen tutkimus keskittyy usein varsin pieneen määrään tapauksia. Aineiston tieteellisyden kriteeri ei siis ole määrä vaan laatu. Harkinnanvarainen otanta perustuu tutkijan kyyllle rakentaa tutkimukseensa vahvat teoreettiset perustukset, jotka osaltaan ohjaavat ai-

neiston hankintaa. Laadullisessa tutkimuksessa kysymyksessä on lähes aina näyte, ei otanta. (Eskola & Suoranta 1999, 13–19.)

Laadulliseen tutkimukseen kuuluu erilaisia traditioita, lähestymistapoja ja aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiä. Laadullinen tutkimus -nimitystä voidaan kritisoida, koska se saattaa olla harhaanjohtava. Nimitys voi antaa vaikutelman paremmasta tai pehmeämmästä tutkimuksesta. Määrällistä ja laadullista tutkimusotetta ei kuitenkaan pitäisi katsoa kilpailevina ja toisensa poissulkevinä. Tutkimuksen ei siis tarvitse olla joko määrällistä tai laadullista, koska myös laadullisessa tutkimuksessa on näkyvästi mukana määrällisen tutkimuksen elementtejä, kuten esimerkiksi kvantifiointi (= ilmaista määränä). Laadullinen ja määrällinen tutkimus eroavat siinä, että niiden tutkimusasetelmat ovat erilaisia. (Töttö 2004, 9–20.)

Hypoteesittomuus laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että tutkijalla ei ole lukkoon lyötyjä ennako-olettamuksia tutkimuksen tuloksista tai tutkimuskohteesta. Tutkijan tulisi laadullisesta analyysistä tehdessään ennemminkin yllättyä tai oppia tutkimuksensa kuluessa. Tutkijan asema on laadullisessa tutkimuksessa toisella tavalla keskeinen kuin tilastollisessa tutkimuksessa. Tutkijalla on vapautta, joka antaa mahdollisuuden joustavaan tutkimuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Tutkijalta vaaditaan myös tutkimuksellista mielikuvitusta, esimerkiksi uusien menetelmällisten ratkaisujen kokeilemistä. (Eskola & Suoranta 1998, 19–25.)

## 7.2 Aineiston hankinta

Tutkimukseen osallistuvat potilaat valittiin tutkimukseen tietyin kriteerein. Potilaan tuli olla iältään 60–80-vuotias ja ensimmäiseen lonkan tekonivelleikkaukseen tuleva potilas. Potilaat poimittiin leikkausjonosta siten, että leikkauispäivä oli joko maanantai, tiistai tai perjantai ja valintaa jatkettiin, kunnes 10 vapaaehtoista osallistujaa oli koossa. Potilailta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta ennen leikkausta ensimmäisen kotikäynnin yhteydessä.

Haastattelu tiedonkeruun muotona on tässä tutkimuksessa luonteva ja tarkoituksen mukainen, sillä se mahdollistaa tiedonkeruun suuntaamista vielä itse haastattelutilanteessa. Tutkimusaihe on sellainen, että siitä ei ole juurikaan aiempaa tutkimustietoa. Näin ollen kyseessä on vähän kartoitettu ja tuntematon alue, jolloin vastausten suuntia on etukäteen vaikea hahmottaa. Näin ollen esimerkiksi kyselylomake ei todennäköisesti antaisi riittävän syvää kuvaa aiheesta. Haastattelulla halutaan korostaa sitä, että ihminen nähdään tutkimustilanteessa subjektina, jolle halutaan antaa mahdollisuus tuoda esiin itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti. Haastattelun avulla voi myös olla mahdollista saada esiin vastausten taustalle olevia motiiveja. (Hirsijärvi & Hurme 2006, 34.)

Haastattelun etuna on joustavuus, sillä haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys. Haastattelija pystyy myös selvittämään väärinkäsitykset, selventämään sanamuotoa sekä keskustelemaan haastateltavan kanssa. Näitä etuja ei ole esimerkiksi postikyselyissä, joissa kaikille lähetetään samanlainen kyselylomake. Haastattelussa kysymykset voidaan myös esittää haastattelijan toivomassa järjestyksessä. Päämääränä on saada mahdollisimman paljon tietoa, jonka vuoksi on haastateltavien hyvä saada tutustua kysymyksiin tai aiheeseen jo ennen haastattelua. On myös eettisesti perusteltua kertoa haastateltaville, mitä aihetta haastattelu käsittelee. (Tuomi 2009, 73.)

Haastattelun suorittaminen vaatii haastattelijalta taitoa ja kokemusta. Hirsijärvi ja Hurme (2006) viittaavat, että haastattelijan tehtäviin pitäisi kouluttautua. Haastattelurunkoa on hyvä testata esihaastattelujen avulla, jotta saadaan selville aihepiirien järjestyksen ja kysymysmuotojen tarkoituksenmukaisuus sekä haastattelujen keskimääräinen pituus. Esihaastattelut ovat välttämätön ja tärkeä osa teemahaastattelua. (Hirsijärvi & Hurme 2006, 72–73.)

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu etenee tiettyjen etukäteen valittujen teemojen sekä niihin liittyvien tarkentavien kysymysten avulla. Teemahaastattelussa korostuu ihmisten tulkinnat asioista sekä ne merkitykset, joita he antavat asioille. Haastattelija voi päättää, esittääkö kaikki kysymykset jokaiselle haastateltavalle ja esittääkö ne samassa järjestyksessä samaa sanamuotoa käyttäen. Kuitenkaan teemahaastattelussa ei voida kysyä mitä tahansa, vaan pyritään etsimään vastauksia, jotka ovat merkityksellisiä tutkimustehtävän kannalta. Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehukseen. (Tuomi 2009, 75.)

Haastatteluteemat oli laadittu yhdessä hankkeessa olevien opiskelijoiden ja akuuttisairaalan työntekijöiden kanssa. Haastatteluteemat on esitetty liitteessä 1. Kysymykset pyrittiin laatimaan niin, että ne kannustaisivat vapaaseen keskusteluun. Tärkeätä oli kuulla potilaiden kertomuksia omista kokemuksistaan, mahdollisista huolistaan sekä heidän ajatuksiaan siitä, miten fysioterapiaohjausta voisi kehittää. Heiltä kysyttiin kotona pärjäämisestä, harjoitusten tekemisestä, millaista apua he ovat päivittäisissä toimissaan tarvitseet ja ovatko fysioterapiaohjeet tukeneet heitä tarpeeksi kotiutumisen yhteydessä.

Haastattelu on vuorovaikutustilanne, joka monilta osin muistuttaa tavallista keskustelua. Haastattelun, kuten tavallisen arkikeskustelunkin, sujuvuuden edellytyksenä on, että sen osapuolet noudattavat tiettyjä julkilausumattomia "sääntöjä". Näitä sääntöjä kutsutaan keskustelun rakenteiksi ja ne pitävät sisällään yleisiä vuorovaikutukseen liittyviä tapoja, kuten milloin on sopivaa ottaa puheenvuoro. Tavallisesta arkikeskustelusta haastattelun erottaa muun muassa se, että haastattelulla on erityinen tarkoitus ja osallistujilla erityiset roolit. Haastattelulle tyypillistä on, että haastattelija on tilanteessa tietämätön osapuoli, jonka tehtävänä on esittää kysymyksiä, kun taas tieto on haastateltavalla. Haastattelija toimii aloitteen teki-

jänä ja hän myös yleensä ohjaa tai ainakin suuntaa keskustelun kulkua tiettyihin puheenaiheisiin. Haastattelijan tulee olla perillä omasta roolistaan haastattelussa, kun taas haastateltava voi oppia oman roolinsa haastattelun aikana. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 22–23; Hirsijärvi & Hurme 2006, 94–95.)

Haastatteluaineistot kerättiin keväällä 2010. Ennen haastatteluja opinnäytetyön tekijät olivat yhteydessä potilaisiin puhelimitse, ja sopivat heidän kanssaan haastatteluajan. Haastattelut suoritettiin potilaiden kotona. Haastattelijoiden määrä vaihteli siten, että kahdeksassa kymmenestä haastattelusta oli mukana kaksi haastattelijaa ja loppuissa kolme haastattelijaa. Kolmas haastattelija keräsi aineistoa omaa tutkimustaan varten, joka on osa suurempaa seuranta tutkimusta.

Osassa haastatteluista oli mukana potilaan omainen. Jotkut heistä halusivat tuoda esiin omia ajatuksiaan haastattelun aikana, toiset omaisista olivat läsnä haastattelussa, mutta eivät osallistuneet keskusteluun. Haastattelijat otettiin lämpimästi vastaan, joka antoi tunteen siitä, että heitä oli odotettu. Potilaat selvästi halusivat päästä kertomaan kokemuksistaan leikkausprosessista ja sen hetkisistä tuntemuksistaan. Keskustelun käynnistymisessä ei ollut vaikeuksia, mutta jotkut potilaista lämpenivät keskustelulle jo ensimmäisen kysymyksen aikana ja toiset kertoivat kokemuksistaan niukkasanaisesti ja tarvitsivat enemmän lisäkysymyksiä. Haastattelun loppua kohden kaikki kuitenkin alkoivat kertoa vapaasti tuntemuksistaan. Haastattelut kestivät noin 30–50 minuuttia.

Haastattelut nauhoitettiin, jota varten potilailta pyydettiin suullinen lupa nauhurin käyttöön ennen haastattelun alkamista. Haastattelut toteutettiin niin, että toinen opinnäytetyön tekijöistä vastasi pääasiallisesti haastattelun kulusta ja keskustelun eteenpäin viemisestä ja toinen vastasi nauhurin käytöstä ja havainnoi keskustelun kulkua ja tarvittaessa osallistui myös keskusteluun. Haastattelun päätteeksi potilailta kysyttiin heidän ajatuksiaan potilasohjauksen kehittämiseen. Lopuksi haastattelijat kiittivät potilaita tutkimukseen osallistumisesta.

Haastattelun onnistumisen edellytyksenä on, että haastattelijan ja haastateltavan välille muodostuu luottamuksellinen suhde. Haastattelijan on kerrottava totuuden mukaisesti haastattelun tarkoituksesta, pidettävä saamiaan tietoja luottamuksellisina sekä varjeltava haastateltavien anonymiteettia. Hänen on myös osoitettava mielenkiintoa haastateltavaa ja tämän puhetta kohtaan. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 41.)

Haastattelutilanne aloitetaan ja lopetetaan erityisillä toimilla. Aluksi saatetaan keskustella hetki säästä tai muusta neutraalista aiheesta ennen varsinaiseen haastatteluun siirtymistä. Haastattelun alussa on haastattelijan hyvä tuoda esiin haastattelun tarkoitus ja käydä lyhyesti haastattelun rakenne, jotta haastateltavan on helpompaa hahmottaa tulevaa tilannetta. Myös

nauhoituslupa pyydetään haastattelun alussa ennen nauhurin käynnistämistä. Nauhoittamislupaa pyydetessä voi olla hyvä tuoda nauhurin käyttö esiin itsestänselvyytenä ja kuin ohimennen kysyä, 'eihän häiritse, että nauhoitan keskustelumme'. Voi myös olla hyvä vedota omaan hataraan muistiin perusteluna nauhurin käytölle. Harvat ihmiset häiriintyvät nauhurin käytöstä ja suurin osa unohtaa nauhurin olemassaolon muutaman minuutin kuluttua. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 92-93.)

Haastattelun kulku seuraa yleensä haastattelusekvenssin prototyyppiä, joka on kolmiosainen: Haastattelija esittää kysymyksen, johon haastateltava vastaa. Ennen seuraavaan kysymykseen siirtymistä haastattelija vielä kiittää vastauksen. Kiitauksella haastattelija ikään kuin vahvistaa, että hän on saanut vastauksen kysymykseensä. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 27.)

Haastattelun lopettaminen perustuu minimipalautteisiin, jotka ovat erilaisia pikku sanoja (joo, niin) ja ynähdyksiä (mm), joilla on monenlaisia vuorovaikutuksen ohjailun tehtäviä. Ne osoittavat esimerkiksi kuuntelemista, sanoman vastaanottamista, kehotusta jatkaa puheenvuoroa tai halukkuutta ottaa se. Minimipalautteiden avulla osallistujat voivat varmistaa, että keskustelu voidaan tältä osin päättää, eikä kenelläkään ole asiaan enää lisättävää. Lopuksi haastattelija vielä kiittää haastattelusta. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 26.)

### 7.3 Aineiston purkaminen ja analysointitekniikat

Tallennetun aineiston purkamiseen on periaatteessa valittavana kaksi tapaa. Niistä ensimmäinen on aineiston sanasta sanaan puhtaaksikirjoittaminen eli litterointi. Se voidaan tehdä koko haastatteludialogista tai valikoiden esimerkiksi vain teema-alueista tai vain haastateltavan puheesta. Toisessa tavassa aineistoa ei kirjoiteta tekstiksi, vaan päätelmiä tai teemojen koodaamista tehdään suoraan nauhoitteesta. Sanasanainen litterointi on aikaa vievää puuhaa. Eri analyysiohjelmat asettavat litteroinnille erilaisia vaatimuksia, joten litteroinnin tarkkuuteen on syytä kiinnittää huomiota heti alusta asti. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 138.)

Tekstistä voi nostaa tutkimusongelmaa valaisevia teemoja ja näin on mahdollista vertailla tiettyjen teemojen esiintymistä aineistossa. Tekstimassasta on pyrittävä etsimään ja erottelemaan tutkimusongelman kannalta keskeiset aiheet. Usein laadullisen tutkimuksen analyysi jätetään teemoittelun nimissä tapahtuneeksi sitaattikokoelmaksi, mutta onnistuakseen teemoittelu vaatii teorian ja empirian vuorovaikutusta. (Eskola & Suoranta 2005, 174–175.)

Aineiston keruun jälkeen on analyysiin ryhdyttävä heti, sillä tällöin vielä aineisto inspiroi tutkijaa ja haastattelutilanteet ovat tuoreessa muistissa. Aineistoa voidaan myös näin helpommin täydentää ja selventää tarvittaessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 209.) Litteroinnit aloitettiin mahdollisimman nopeasti haastattelujen jälkeen. Haastattelut jaettiin siten,

että kummallekin opinnäytetyön tekijälle jäi litteroitavaksi viisi haastatteluaineistoa. Haastattelut olivat 30–50 minuutin mittaisia ja pidempien haastattelujen litteroimiseen kului useita viikkoja. Aineistot purettiin litteroimalla sanasta sanaan. Aineisto jää myös tutkimushankkeelle myöhempää käyttöä varten. Litteroinnin jälkeen molemmat tutustuivat koko aineistoon sisällön analyysiä varten.

Laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi. Tutkimusaineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysi muodostaa siitä selkeän sanallisen kuvauksen. Sisällönanalyysillä järjestetään aineisto pelkistettyyn ja tiivistettyyn muotoon samalla kadottamatta aineiston sisältämää tietoa. Hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan selkeä, jotta siitä voidaan tehdä luotettavia johtopäätöksiä. Aineiston pelkistäminen voi olla joko informaation tiivistämistä tai sen pilkkomista osiin. Aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jolloin auki kirjoitetusta aineistosta alleviivataan tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.)

Haastattelujen analyysi alkaa niiden perusteellisesta tarkastelemisesta ja litteroimisesta. Sen jälkeen tutkimusaineisto on tiivistettävä helpommin käsiteltävään muotoon. Tämä tapahtuu pelkistämällä eli havaintoja yhdistämällä. Tutkimusaineisto karsitaan raakahavainnoiksi, joita vielä yhdistellään erilaisiksi havaintojen joukoiksi. Havaintojen yhdistäminen tapahtuu etsimällä havainnoista yhteisiä piirteitä, joiden avulla tutkija voi muotoilla havainnoista säännön tai yleisen teorian, joka pätee koko tutkimusaineistoon. (Vilkkä 2006, 81–83; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–111.)

Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi toteutui aineistolähtöisesti. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tarkoitetaan koko tutkimusaineistoa koskevan toiminnan logiikan tai tyypillisen kertomuksen etsimistä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä, joiden pohjalta saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päätteilyyn. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa karkeasti kolmeen osaan: 1) aineiston redusointiin eli pelkistämiseen, 2) aineiston klusterointiin eli ryhmittelyyn ja 3) abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen. Tutkimusaineiston analyysi aloitetaan haastattelujen kuuntelemisella ja aukikirjoittamisella sanasta sanaan. Seuraavaksi haastattelut luetaan läpi ja perehdytään sisältöön. Tämän jälkeen etsitään ja alleviivataan pelkistetyt ilmaukset, jonka jälkeen ne myös listataan. Seuraavassa vaiheessa etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia pelkistetyissä ilmauksissa. Tästä seuraa pelkistettyjen ilmausten yhdistäminen ja alaluokkien muodostaminen. Viimeisenä vaiheena on alaluokkien yhdistäminen ja niistä yläluokkien muodostaminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109, 112)

Aineiston pelkistämistä eli redusointia ohjaa tutkimustehtävä. Aukikirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimustehtävään vastaavia ilmaisuja, jotka voidaan esimerkiksi alleviivata erivärisillä väreillä. Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta nostetut alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi, ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään yhdeksi luokaksi, jonka jälkeen se nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Aineiston klusteroinnin jälkeen on vuorossa aineiston abstrahointi, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä edetään alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Abstrahoinnista jatketaan yhdistelemällä luokituksia, niin pitkälle kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. Lopuksi on vuorossa sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 26–30; Tuomi & Sarajärvi 2009, 111; Vilka 2006, 82–83.)

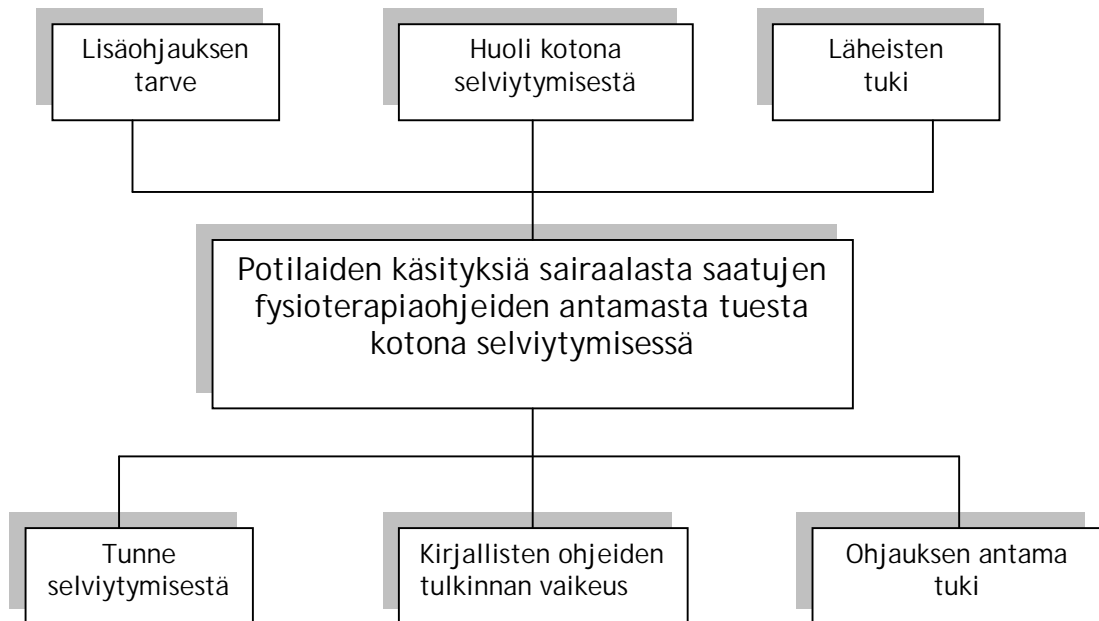
Aineiston litteroinnin jälkeen opinnäytetyön tekijät alleviivasivat yhdessä tekstistä potilaiden ilmauksia, jotka vastasivat tutkimustehtävää. Alkuperäisilmauksista tehtiin taulukko, johon lisättiin niille pelkistetyt ilmaukset. Tulostetut ilmaukset leikattiin omiksi lapuiksi ja liitettiin samankaltaiset ilmaukset omaan ryhmäänsä. Samankaltaisille pelkistetyille ilmauksille annettiin yhteinen nimi ja näin muodostettiin 17 alaluokkaa. Alaluokista muodostui kuusi yläluokkaa, jotka muodostavat tutkimustulokset. Taulukossa 1 on esimerkki sisällönanalyysistä. Tässä esimerkissä yläluokka on huoli kotona selviytymisestä, joka muodostuu alaluokista tunne lonkan sijoiltaan menosta ja pelko nopeasta kotiutumuksesta.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
45. " mä oonki huolisani, mä pelkään että, et se on menny paikaltaan se jalka tai jotakin muuta."	Pelko lonkan paikaltaan menosta		
52. " Liikkuessa siis sehän vempsahtelee tää jalka, ni onks se sit heti vahingollista, niin se on niinku se joka pelottaa, joka ei oo niinku tahallista, et väärin tehtyä vaan sillä lailla et se vaan menee niin.	Pelko väärin tehdyistä liikkeistä		
3. "...sitä ei myöskään oikein osaa arvioida, että minkä verran, kun siitä varotetaan siitä kumartumisesta niin paljon...että mikä on se, onko se, onko se sallittua vai ei? "	Vaikeus arvioida sallitun kumartumisen määrää	Tunne lonkan sijoiltaan menosta	
42. " Mut sit mää teen silleen, siis mää teen vaan niin sanotusti ku mä joksus kummarran jotakin, tää vasen jalka. Mä en tiedä onks se siis. Miltä se tota noin niin vaikuttaa, kun mää site, kun mä en aina kehtaa nii, mää teen näin(näyttää liikkeen) pysyys tää lonkka silloin niinku ikään kuin hyvässä asennossa? Sit ku mää en kehtaa aina hakee pihtejä. Niin mää teen tälläsen vaaka, vaaka-asennon.	Epäselvyyttä kumartumisliikkeen tekemisestä		Huoli kotona selviytymisestä
7. "Niin mä sanoin heti, että mä en voi silloin lähteä, että kun mulla ei ole ketään, ketään kotona..."	Huoli liian aikaisesta kotiutumisesta ja yksin jäämisestä	Pelko nopeasta kotiutumisesta	
33. " Et mä ajattelin, et miten ihmeessä mä pystyn ton jalkani kanssa, kun mä ajattelin, kun niin äkkiä joutuu kotiin."	Huoli selviytymisestä nopean kotiutumisen jälkeen		

Taulukko 1: Esimerkki sisällönanalyysistä

## 8 Tulokset

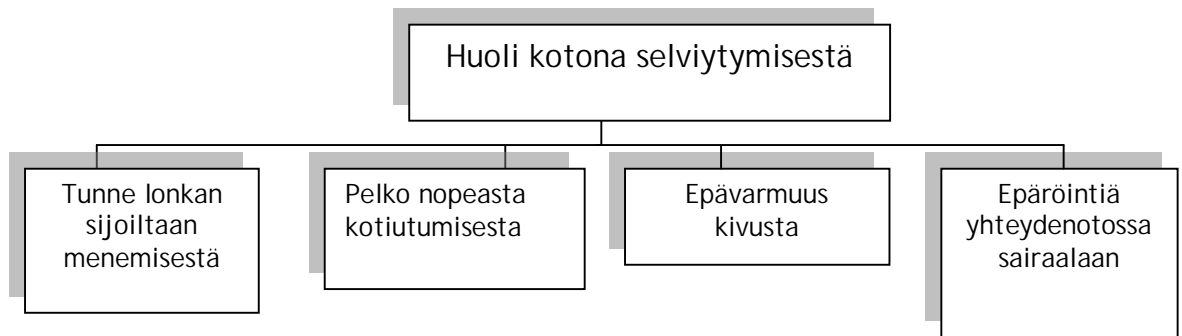
Opinnäytetyön tuloksiksi muodostui kuusi yläluokkaa kuvion 2 mukaisesti. Yläluokat ovat: huoli kotona selviytymisestä, kirjallisten ohjeiden tulkinnan vaikeus, tunne selviytymisestä, läheisten tuki, lisäohjauksen tarve ja ohjauksen antama tuki. Alaluokkia muodostui yhteensä 17.



Kuvio 2: Potilaiden käsityksiä sairaalasta saatujen fysioterapiaohjeiden antamasta tuesta kotona selviytymisessä

### 8.1 Huoli kotona selviytymisestä

Yläluokka huoli kotona selviytymisestä muodostui aineiston pohjalta seuraavista alaluokista: Tunne lonkan sijoiltaan menosta, pelko nopeasta kotiutumisesta, epävarmuus kivusta ja epärointiä yhteydenotossa sairaalaan kuvion 3 mukaisesti.



Kuvio 3: Huoli kotona selviytymisestä

### 8.1.1 Tunne lonkan sijoiltaan menemisestä

Useammilla potilaista oli huolta kotona selviytymisestä leikkauksen jälkeen. Huolen aiheet liittyivät pelkoon lonkan sijoiltaan menemiseen tietyissä asennoissa ja liikkeissä. Ajoittain osalle potilaista tuli tunne, että lonkka olisi poissa paikoiltaan. Tietyissä asennoissa ja liikkeissä, kuten esimerkiksi nukkuma-asentoa hakiessa, heille tuli tunne siitä, että lonkka "lip-suu" tai siihen saattaa tulla liiaksi sisäkiertoa, joka voisi aiheuttaa lonkan "irtoamisen" paikaltaan.

" Liikkuessa siis sehän vempsahtelee tää jalka, ni onks se sit heti vahingollista. Niin se on niinku se, joka pelottaa, joka ei oo niinku tahallista, et väärin tehtyä, vaan sillä lailla, et se vaan menee nii."

" Mä oonki huolissani, mä pelkään, et se on menny paikaltaan se jalka tai jotain muuta."

Potilaiden oli vaikea arvioida sallitun kumartumisen määrää ja heillä oli pelkoa siitä, että liian pitkälle kumartuminen voisi vahingoittaa lonkkaa. Sairaalasta saadut fysioterapiaohjeet sisälsivät tietoa kumartumisesta ja kiertoliikkeiden tekemisestä. Apuvälineinä olivat potilailla kotona kyynärsauvojen lisäksi tarttumapihdit, korotustyyny ja sukanvetolaite, joita käyttämällä kumartumisen määrää voitiin vähentää. Sukanvetolaitteen käyttö oli usealle potilaalle hankalaa, vaikka he olivat harjoitelleet sen käyttöä sairaalassa. Puoliso usein auttoikin kotona sukien ja kenkien pukemisessa. Apuvälineiden käytön määrä riippui potilaan kunnosta ja kolme viikkoa leikkauksen jälkeen jotkut selviytyivät jo ilman mitään apuvälineitä.

" Sitä ei myöskään oikein osaa arvioida, että minkä verran, kun sitä varotetaan siitä kumartumisesta niin paljon...että mikä on se, onko se, onko se sallittua vai ei?"

" Mut sit mä teen silleen, siis mä teen vaan niin sanotusti, ku mä joskus kumarran jotakin, tää vasen jalka. Mä en tiedä onks se siis, mitä se tota noin niin vaikuttaa, kun mää sitte, kun mä en aina kehtaa, nii mää teen näin... Pysyyks tää lonkka niinku ikään kuin hyvässä asennossa?"

### 8.1.2 Pelko nopeasta kotiutumisesta

Nopea kotiutuminen leikkauksen jälkeen aiheutti useammalle potilaista pelkoa siitä, että tulevatko he selviytymään kotona niin lyhyen sairaalajakson jälkeen, kun vointi oli vielä heikko. Muutamat potilaista tunsivat, että vastuu kotona selviytymisestä jäi heille itselleen. He olisivat toivoneet enemmän tukea kotiutumiseen liittyvissä asioissa, kuten mahdollisen avun tarpeen tiedostelua. Yksi potilas halusi tavata sosiaalityöntekijän ennen kotiutumistaan, mutta ei osannut ehdottaa tätä sairaalassa. Useammalle potilaalle tuli tunne siitä, että heidän piti itse järjestää kotiutumiseensa liittyvät asiat eikä sairaalassa tiedusteltu, mikäli he tarvitsivat apua kotiutumisen jälkeen. Kaksi potilasta halusi siirtää kotiutumistaan yhdellä päivällä.

" Niin mä sanoin heti, että mä en voi silloin lähteä, että kun mulla ei ole ketään, ketään kotona."

" Et mä ajattelin, että miten ihmeessä mä pystyn ton jalkani kanssa, kun mä ajattelin, kun niin äkkiä joutuu kotiin."

" Sehän on hirveen lyhyt aika kolme päivää. Ja oikeestaan siis, jos sä oot sen kolme päivää nii kaks päiväähän siel on fysioterapeutti koko ajan mukana, koska se ensimmäinenhän menee siihen, et sä toivut siitä leikkauksesta. Ni kyl siin varmasti vois tota tarvita vähän enemmän apua."

Yksinään jääminen ja selviytyminen yksin kotona leikkauksen jälkeen olisivat olleet kaikkien haastatelluiden mielestä mahdotonta. Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla potilailla oli kotona puoliso tai joku muu omainen, joka auttoi heitä kotiutumisen yhteydessä.

"...mun olis varmaan tarvinnut itse sitten, jos tää Minna...niin jos ei hän olls ollut, niin kai mun olis tarvinnut itse soittaa jonnekin ja pyytää kotihoidosta jotain tukea. Ettei kukaan ei ole kyllä kysynyt, että miten te pärjätte tai..."

" Joo, joo, et niin kun oletettiin, että ilman muuta pärjää."

Joidenkin potilaiden jälkitarkastuksen viivästyminen aiheutti huolestumista. Kaksi potilaista pohti lopputarkastuksen ajankohtaa, sillä heille annettu päivämäärä oli ohjeaika myöhäisempi. Jälkitarkastus suoritetaan viimeistään 2–3 kuukautta leikkauksen jälkeen, jolloin on mahdollista tiedustella jatkossa sopivia liikuntamuotoja ja esittää muita hoitoon liittyviä kysymyksiä (HYKS 2008).

" Ei oo tullu vielä ollenkaan sitä aikaa (jälkitarkastukseen). Kohta mä kyllä soitelen ja kysyn, et onko ne unohtaneet."

" Mut mullakin on vasta se lopputarkastus, mä ihmettelen, että miten se on niin myöhään, et se on vasta toukokuun lopulla."

### 8.1.3 Epävarmuus kivusta

Potilailla oli huolta ja epävarmuutta kivusta. He kokivat epävarmuutta siitä, että saako kipua olla ja milloin kipua saa olla ja kuinka pitkään sitä saa esiintyä. Potilailla oli myös huolta uudelleen alkaneesta kivusta ja erilaisista vihlomisista. Epävarmuutta aiheuttivat myös tietyissä liikkeissä ja asennoissa tuntuva kipu. Esimerkiksi selin makuulla olo ja harjoitusliikkeiden tekeminen aiheuttivat joillekin potilaille kipua, eivätkä he tienneet, kuuluuko se asiaan ja saako niin tuntea. Lähes kaikilla potilailla oli vaikeuksia nukkua öisin, koska ainoa mahdollinen asento oli nukkua selällään ja se oli heille hankalaa. Useimpien mieluinen nukkumiasento oli kylkimakuulla tai vatsallaan.

" sit tulee just nää, et miks vihloo ja teeks, ooks mä nyt väärässä asennossa, et ooks mä nyt pilannu tän, ooks mä nyt rikkonut tän jalan. "

" Että ku just tää, että miten kauan tässä saa olla kipua. Et se oli mulle sellainen harmaa-alue. Että tota onks tää kuulokos tää kuvioihin vai ei."

### 8.1.4 Epäröintiä yhteydenotossa sairaalaan

Potilaille oli annettu kotiutumisen yhteydessä yhteystiedot lääkärille ja fysioterapeutille, joille he tarvittaessa voivat soittaa. Huolimatta monista potilaita vaivanneista kysymyksistä, useat haastatelluista epäröivät soittaa sairaalaan. Syynä oli esimerkiksi pelko siitä, että heidän soittonsa saatettaisiin kokea häiritseväksi. Fysioterapeutilla ja lääkärillä olisi heidän mielestään liian kiire, jotta heitä kehtaisi häiritä. Heidän huolensa saattaisi olla myös turha. Potilaita oli kannustettu ottamaan yhteyttä fysioterapeuttiin epäselvissä ja huolta aiheuttavissa asioissa. Haastatteluissa tuli ilmi, että useimmat potilaat ajattelivat ottaa yhteyttä sairaalaan kysyäksään muun muassa kivusta, varausluvasta ja harjoitusten tekemisestä, mutta vain yksi potilas oli ollut yhteydessä sairaalaan.

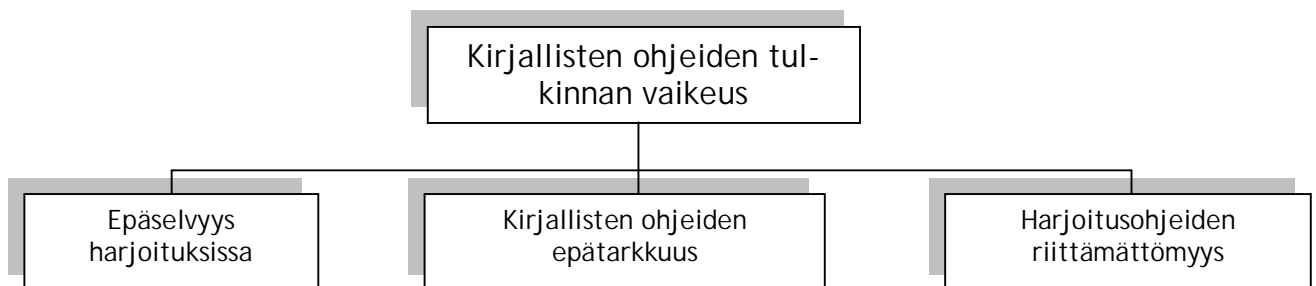
" Joo, ku mä oon miettiny, et soitanko mä sille Pekalle (lääkäri), mut sit ku tietää, et sil on hirveesti töitä siellä ni sille ei niinku viitti mennä soittelemaan ja kysymään, että saako tässä nyt vihloo vai eikö tässä nyt saa vihloo?"

" ...ei mulla oikeestaan, et mää, tämän voin, voin sitten tosiaan soittaa ja tarkentaa...mä voin vaikka maanantaina. Niil on perjantapäivä, niin siel voi olla aina pois lähtöjä ja kiirekin on sitten.. ei tää nyt niin..."

" Eli tota, sanottiin tota, et saa soittaa, se fysioterapeutti sano, et saa soittaa. No sit mä taas mietin, et ku mä tiedän kuin sil oli kiire siel, et miten sinne nyt soittais, ku ei siel vastata.

## 8.2 Kirjallisten ohjeiden tulkinnan vaikeus

Seuraavista alaluokista, joissa on kerättyä potilaiden ajatuksia sairaalasta saaduista kirjallisista ohjeista, muodostui yläluokka kirjallisten ohjeiden tulkinnan vaikeus: epäselvyys harjoituksissa, kirjallisten ohjeiden epätarkkuus ja harjoitusohjeiden riittämättömyys kuvion 4 mukaisesti.



Kuvio 4: Kirjallisten ohjeiden tulkinnan vaikeus

### 8.2.1 Epäselvyys harjoituksissa

Tulosten mukaan potilaat kaipasivat kirjallisiin fysioterapiaohjeisiin tarkempaa tietoa siitä, missä vaiheessa ja kuinka paljon harjoituksia tulee tehdä. Ohjeissa ei mainittu tarkemmin, milloin liikkeen tekeminen saa aloittaa, montako toistoa ja sarjaa kerrallaan sekä montako kertaa päivässä harjoituksia tulisi tehdä. Tämä aiheutti epävarmuutta ja vaikeutti päivittäistä harjoitusten tekemistä. Jotkut potilaat pohtivat harjoitusten suorittamista omien tuntemustensa mukaisesti kivun sallimissa rajoissa.

"...vai onko se sitten, että mä teen vähän niin kun tuntemusten mukaan..."

"...ja myöskin tää fysioterapiapuolella, et, et vähän, että, mis vaiheessa ja miten paljon ja tarkottaakse niin kun kerran päivässä tai viis kertaa päivässä tai kymmenen kertaa?"

"Et siin on suurin epävarmuus on just siinä, että milloin voi niin kun mitäkin ruveta tekemään. Sitä, sitä ei oo niin kun missään sanottu, että milloin voi niin kun mitäkin ruveta tekemään."

Kolmella haastatellulla potilaalla oli epäselvyyttä uinnin aloittamisen ajankohdasta sekä siitä, mitä altaassa saa tehdä. Kirjallisissa ohjeissa ei ollut niistä mainintaa. Myös kahden eri leikkaustavan, sementittömän ja sementillisen, välillä ei ollut erillistä mainintaa, milloin uimisen voi aloittaa.

”Ja sit mä oon vähän epävarma sillai, mitä tällä lonkalla saa altaassa tehdä?”

”Mut täs on ohjeessa selvästi, että voi mennä uimaan, mutta, mutta siin ei oo sitä just erotusta näitten tämän kahden systeemin välillä.”

### 8.2.2 Kirjallisten ohjeiden epätarkkuus

Haastatelluilla potilailla oli vaikeuksia tulkita kirjallisia ohjeita. Jotkut kirjallisten ohjeiden harjoitukset olivat ristiriidassa potilaan varauslupan kanssa. Tiedyt ohjeissa olevat liikkeet olivat yhdeltä potilaalta kielletty, koska hänelle suoritettu sementitön leikkaustapa vaati varovaisemmat harjoitukset alkuvaiheessa. Sementittömän leikkaustavan varauslupan mukaan harjoitusten aloittaminen sekä tiettyjen liikkeiden suorittaminen, joissa on esimerkiksi painon siirtoja, on myöhemmin kuin sementillisen leikkaustavan. Varauslupaa koskeva tieto aiheutti hämmennystä, sillä kirjallisten ohjeiden ja fysioterapeutin ohjauksen tieto oli ristiriitaista. Kotiutuessaan potilas ei tiennyt, mitä harjoituksia hänen oli lupa tehdä, sillä kirjallisten ohjeiden mukaan hänellä käytetty leikkaustapa ei sallinut täysvarausta. Yksi potilas olisi myös kaivannut kirjallisiin ohjeisiin enemmän tietoa kivun hoidosta. Ohjeet sisälsivät myös päällekkäisyyksiä. Yksi potilas oli saanut tiedon, että kirjalliset ohjeet eivät olleet ajan tasalla, vaan niitä tulitisiin päivittämään.

”Mun mielestä ne on vähän, ne vois olla enemmän precise, kyllä.”

”Ne on aika epämääräisiä. Siis koskien esimerkiksi tota kivun hoitoa ja sit ennen kaikkea niin kun esimerkiks näiden tota treenausten aloittamista. Niin ei oikein missään oo sanottu, että millon pitäs alottaa.”

”En mä oikeestaan sieltäkään (potilasohjeesta), siellä toinen kumos toista juttua. Et siel oli se yks paperi liian vanha ja tää toinen oli semmonen aika suppee vai mikä. Niinku ne sano, et ne uusii sen paperin.”

### 8.2.3 Harjoitusohjeiden riittämättömyys

Potilaat toipuivat leikkauksesta hyvin eri tavalla ja kaksi potilaista oli jo mielestään niin hyvässä kunnossa, että kaipasivat harjoituksille jatkoa. Heidän mielestään alkuvaiheen harjoitukset olivat yksinkertaisia ja he olisivat halunneet enemmän liikkeitä jatko harjoitteluun. Yksi potilaista mietti, ovatko harjoitusohjelman liikkeet riittävät kuntouttamiseen. Yhden potilaan mielestä ei ollut riittävää ainoastaan antaa sairaalassa potilaalle kirjalliset harjoit-

tusohjeet. Hänen mielestään olisi pitänyt antaa enemmän "painoa" jumpalle ja käydä liikkeitä enemmän läpi.

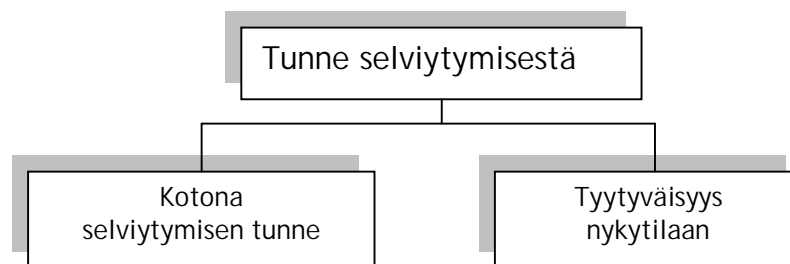
" Et mitä jatkossa tehdään, joo tää oli vaan tää, tää alku...jatkoliikkeitä mä kaipasin, niitä, niitä mä en varmaan saa mistään."

" Joo, mut et kyllähän noi nyt menee tollaset, et tuota noin. Mut sit se seuraa vaihe."

"...pitäis niin kun enemmän ajatella sitä jumppaa ja muuta. Ettei nyt vaan sitä plaria anneta käteen, että näin tehdään."

### 8.3 Tunne selviytymisestä

Yläluokka tunne selviytymisestä muodostui alaluokista kotona selviytymisen tunne ja tyytyväisyys nykytilaan kuvion 5 mukaisesti. Tunne pärjäämisestä ja suunnitelmat tulevasta olivat keskeisiä ajatuksia tässä luokassa. Myös oma halu toipua nopeasti auttoi jaksamaan kotona.



Kuvio 5: Tunne selviytymisestä

#### 8.3.1 Kotona selviytymisen tunne ja tyytyväisyys nykytilaan

Halu toipua nopeasti oli tärkeä tekijä kotona selviytymisessä. Potilaita yllätti se, kuinka hyvin he lopulta olivat selvinneet jopa yksinkin kotona. Kaikesta toipumiseen liittyvistä huolista ja epätietoisuudesta huolimatta he vaikuttivat tyytyväisiltä nykytilaansa. Myös kivun lievittyminen leikkauksen jälkeen toi helpotusta arkeen. Ennen leikkausta kivut lonkassa olivat potilaiden mielestä käyneet sietämättömiksi.

Tulevaisuus näytti potilaille mielestään valoisalta, samoin kuin toive päästä palaamaan harrastuksiin tai vain itsenäisesti hoitamaan päivittäisiä asioita. Tavoitteet vaihtelivat eri potilailla kunnosta riippuen. Jotkut halusivat päästä vain ulos kävelemään tai uimaan ja jotkut suunnittelivat jo paluuta golfin pelaamiseen ja lentopalloon. Muutama suunnitteli jo toiseen lonkan tekonivelleikkaukseen menemistä ja joku kertoi aikovansa kannustaa sukulaistaan, joka oli huolissaan samanlaiseen leikkaukseen menemisestä.

"Ja paremmin on niin kun pärjännyt, kun mä epäilin sitä, että miten mä sitten pärjään täällä kotona."

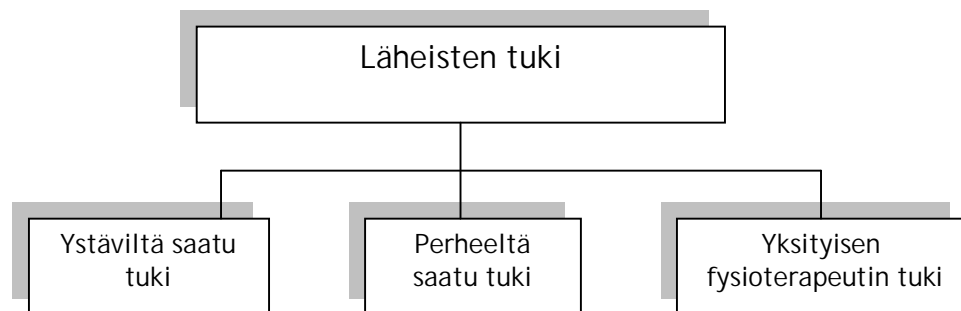
"Siis yllätyin kyllä, et niinkin hyvin on mennä että."

"En mä tiä, kyl mä oon ihan tyytyväinen nyt ollut tähän. Et on ihan kivasti mennyt."

"Mä luulen, et siin on justiin se, että mä itse haluan."

#### 8.4 Läheisten tuki

Yläluokka läheisten tuki muodostui alaluokista ystäviltä saatu tuki, perheeltä saati tuki ja yksityisen fysioterapeutin tuki kuvion 6 mukaisesti. Tämän luokan keskeisiä ajatuksia olivat ystävien ja perheenjäsenten antama apu kotitöissä ja päivittäisissä toimissa.



Kuvio 6: Läheisten tuki

##### 8.4.1 Ystäviltä saatu tuki, perheeltä saatu tuki ja yksityiseltä fysioterapeutilta saatu tuki

Potilaat saivat apua ja tukea perheenjäseniltä, ystäviltä ja tuttavilta. Varsinkin potilaat, joilla ei ollut omaisia lähellä, turvautuivat ystävien antamaan tukeen. Potilaat kokivat saamansa tuen erittäin tärkeäksi ja jopa välttämättömäksi. Eniten apua he kokivat tarvitsevansa kotitöiden tekemisessä, jotka sisälsivät kumartumisia ja kurotuksia. Lisäksi apua tarvittiin muun muassa imuroimisessa, pölyjen pyyhkimisessä ja tavaroiden ottamisessa korkealta. Jotkut potilaista saivat apua myös ruoanlaitossa ja pukemisessa. Monikaan potilas ei ollut uskaltanut lähteä vielä ulos liikkumaan, joten apua tarvittiin myös kaupassa käymisessä. Muutama potilas toi esille sen että, toisen henkilön apu oli välttämätöntä esimerkiksi kenkien pois ottamisessa jalasta, jos kengät olivat sidottavat tai vetoketjulliset.

”Kyllä mä oon ihan hyvin pärjänny sillai et, mun tytöt on käyneet kaupas, et ulos en oo uskaltanu mennä, siel on niin liukasta..”

”Että ainoostaan ku kerran viikkoon ku tytöt käy ni kyl ne noi alakaapit pyyhkii. Ja sitten kyl mä hänet oon pannut imuroimaan, ainakin keskilattian. Ja sitte mun tyttö kävi kerran kattoo...ni se sitte siivos täällä. Että en mä sen enempää.”

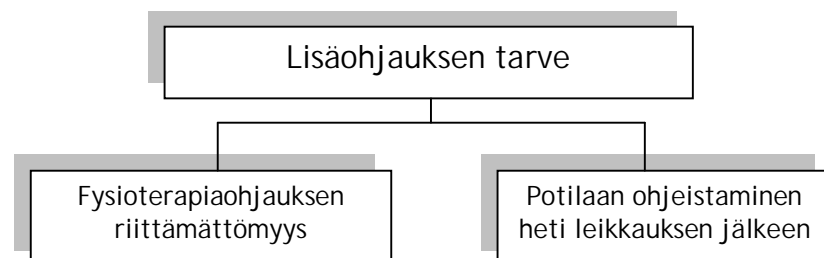
Potilaat käyttivät paljon henkilökohtaisia kontaktejaan hyödyksi kotona selviytymisessä. Yksi potilas kertoi, että oli soittanut lääkäri ystävälleen pyytänyt häntä kirjoittamaan uuden reseptin särkylääkkeitä, sillä vanhat alkoivat olla lopussa. Yksi potilas oli soittanut sairaanhoitaja ystävälleen ja tiedustellut, että saiko kipua olla vai pitääkö jo huolestua. Yksi potilas oli käynyt kotinsa läheisessä yksityisessä fysioterapiayrityksessä tiedustelemassa epäselviä asioita muun muassa harjoitusten tekemisestä. Yksi potilas oli käynyt jo sopimassa yhdessä yksityisessä fysioterapiayrityksessä jatkokuntoutuksesta, heti lopputarkastuksen jälkeen.

”Itse asiassa soitin eilen, eilen yhdelle ystävälleni, lääkärille, kun ne loppu ne panacodit. Se määräs mulle 20 tablettia lisää sitä”

”Että näitä kävin jo tos terapeutilta kysyinkin...tää, joka tässä ammatikseen tossa, siin on isot kyltit näky tossa. Mä kävin siinä jo kysäsemässä, kun mul oli vähän epäselvää.”

## 8.5 Lisäohjauksen tarve

Yläluokka lisäohjauksen tarve muodostui kahdesta alaluokasta: Fysioterapiaohjauksen riittämättömyys ja potilaan ohjeistaminen heti leikkauksen jälkeen kuvion 7 mukaisesti. Lisäohjauksen tarve ja ohjeistuksen liian aikainen ajankohta leikkauksen jälkeen muodostuivat näissä luokissa keskeisiksi ajatuksiksi.



Kuvio 7: Lisäohjauksen tarve

### 8.5.1 Fysioterapiaohjauksen riittämättömyys

Potilaat kokivat fysioterapiaohjauksen olevan osittain riittämätöntä. Potilaat olisivat jossain määrin kaivanneet lisää fysioterapeutin ohjausta. Varsinkin heti leikkauksen jälkeen osa potilaista olisi kaivannut enemmän fysioterapeutin läsnäoloa osastolla turvallisuuden tunteen vuoksi. Yksi potilas toi esille, että varsinkin ensimmäistä kertaa sängystä ylösnoustessa ja liikkeelle lähtiessä fysioterapeutin tuki olisi ollut tärkeää. Ensimmäisellä kerralla sängystä ylösnoustessa häntä avustamassa oli vain yksi hoitaja. Lisäksi osa potilaista koki ohjausaikataulun kiireiseksi, sillä kotiutuminen tapahtui niin nopeasti. Potilaat olisivat kaivanneet enemmän ohjausta muun muassa kotiharjoitusten tekemiseen.

" No oikeestaan sitä fysiotera-fysioterapeutista ohjausta(kaivannut lisää), mutta kyllähän tää meni, mut se meni sellasella vauhdilla et hups."

" fysioterapeutti sairaalassa nii, ni sitä jos sais vähän enemmän sinne, ni ois monel varmaan turvallisempaa."

### 8.5.2 Potilaan ohjeistaminen heti leikkauksen jälkeen

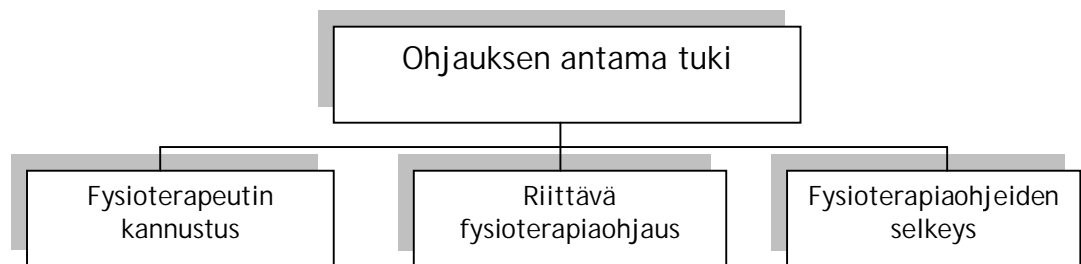
Potilaat kokivat, että ohjauksen ajankohta ei ollut kaikista paras mahdollinen. Potilaat kokivat olevansa leikkauksen jälkeen vielä tokkuraisia, joten ohjeiden ymmärtäminen tuntui hankalalta, eivätkä ohjeet jääneet mieleen. Tästä johtuen ohjeet eivät olleet kotonakaan täysin selkeitä. Sairaalassa ollessaan potilaat kokivat tarkentavien kysymysten esittämisen hankalaksi, sillä arkeen paluu tuntui vielä kaukaiselta. Jotkut asiat kuten autolla ajaminen ja uinnin aloittaminen tuntuivat potilaista niin kaukaisilta, ettei niitä osannut kysyä sairaalassa olo aikana. Lisäksi potilaat eivät sairaalassa ollessaan osanneet tai huomanneet vielä kysyä milloin voisivat palata harrastustensa pariin, lähteä ulkomaan matkoille tai lähteä liikkumaan julkisilla kulkuvälineillä.

" ...no munkin olis pitänyt huomata se, kysyä tarkemmin...siin on sen verran pökeryksissä kyllä sitten, että vaikee, vaikee se tilanne."

" ...aina sanottiin et mä saan kysyä, saa kysyä, mutta ku ei osannu kysyä. En mä silloin osannu kysyä, et millonkas mä rupeen ajaa autoo. Tuntu niin kaukaselta, et se on niinku oma vika, jos ei oo sitte huomannu kysyä jotaki."

## 8.6 Ohjauksen antama tuki

Yläluokka ohjauksen antama tuki muodostui seuraavista alaluokista: Fysioterapeutin kannustus, riittävä fysioterapiaohjaus ja fysioterapiaohjeiden selkeys kuvion 8 mukaisesti. Tässä luokassa keskeisiä ajatuksia olivat hyvä ja riittävä fysioterapiaohjaus sekä selkeät ohjeet.



Kuvio 8: Ohjauksen antama tuki

### 8.6.1 Fysioterapeutin kannustus

Fysioterapeutin kannustus koettiin tärkeäksi ja fysioterapeutin neuvoja ja ohjeita potilaat olivat hyödyntäneet kotona. Potilaat kokivat saavansa fysioterapeutilta tärkeitä ohjeita ja vinkkejä kotona selviytymiseen ja ongelmatilanteisiin. Potilaat kertoivat, että fysioterapeutti oli ohjannut heitä liikkumaan apuvälineiden kanssa ja vaatinut oikeaa suoritustekniikkaa, joka auttoi myös kotona liikkumisessa. Yksi potilas toi esille, että fysioterapeutti oli kannustanut häntä kuntoutumisessa ja rohkaissut häntä jatkamaan ohjeiden avulla, vaikka huonompia vaiheita toipumisessa tulisikin vastaan. Potilaat kokivat ohjauksen kannustavan heitä kuntoutumisessa eteenpäin.

*" Ainoastaan sen mitä se (fysioterapeutti) sano mulle sillai siinä. "Et jossain vaihees tulee semmonen tilanne, että ei tästä mitään tuu, et tää ei etene yhtään". Ni se tuli se tilanne. Et jos se ei ois sitä sanonu, ni mä oisin voinu ajatella ihan mitä vaan."*

### 8.6.2 Riittävä fysioterapiaohjaus

Pääosin potilaat kokivat fysioterapiaohjauksen olleen riittävää. He kokivat, että ohjauksessa käytiin tarpeelliset asiat läpi kotona selviytymisen kannalta. Potilaat kokivat, että ovat voineet hyödyntää sairaalassa saatuja oppeja hyödyksi kotona. Suurin osa potilaista toi haastatteluissa esiin, että ohjauksessa oli painotettu hyvin, mitkä liikkeet olivat sallittuja ja mitkä eivät sekä mitä harjoituksia pitäisi tehdä leikatun lonkan kanssa. Potilaat kokivat käytännön harjoitukset hyödyllisiksi kotona selviytymisen kannalta. Yksi potilas toi esille, että fysioterapeutti oli ohjannut sallitun kumartumistekniikan, jota pystyi hyödyntämään silloin, kun esine putoaa lattialle eikä tarttumapihtejä ole lähettyvillä. Potilaat kokivat saavansa fysioterapeutilta vastauksia heitä sillä hetkellä askarruttaviin kysymyksiin.

"...kaikki, mitä siellä nyt annettiin, ni oli kaikki siihen sit että, et mitä ei saa tehdä ja mitä pitää tehdä, et sitä niinku painotettiin että. Mut en mä osaa muuta sanoa et ois mitään jääny uupumaan."

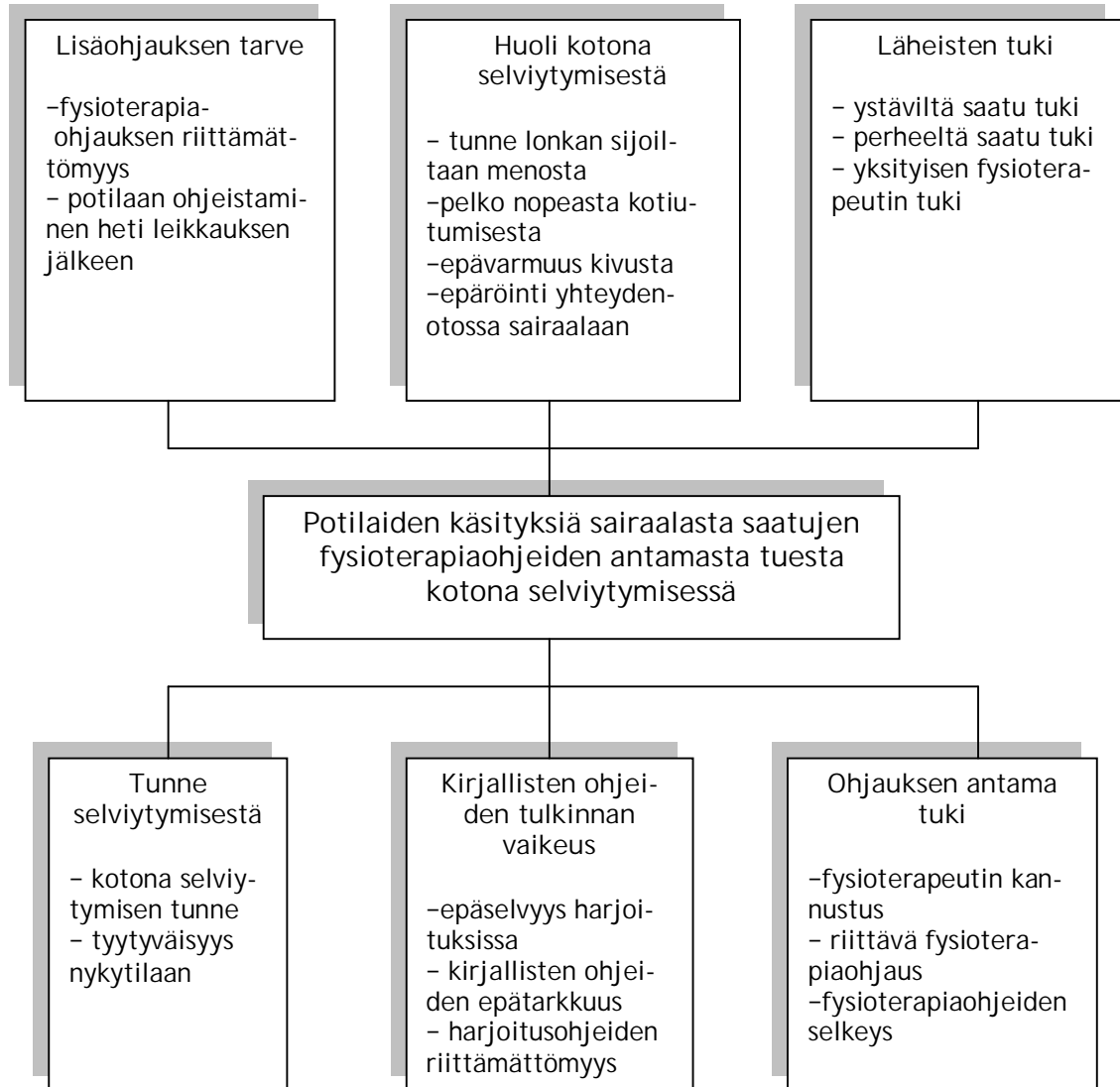
### 8.6.3 Fysioterapiaohjeiden selkeys

Osa potilaista koki fysioterapiaohjeiden olevan selkeitä ja ymmärrettäviä. Heidän mukaan ohjeisiin oli merkitty hyvin, mitä liikkeitä saa tehdä ja mitä liikkeitä tulee välttää. Heidän mielestään harjoituksia oli helppo tehdä kotona ohjeiden mukaisesti. Harjoittelun määrä vaihteli paljon eri potilailla. Osa potilaista teki harjoituksia useamman kerran päivässä ja toiset vähemmän ja epäsäännöllisesti.

"No hirveen hyvät ohjeethan mä sieltä sain, että tältä fysioterapeutilta siellä osastolla..."

" No on kyl hirveen selkeitä oli ne teittin ohjeet."

## 8.7 Tulosten yhteenveto



Kuvio 9: Tulosten yhteenveto

Potilaiden käsitysten mukaan fysioterapiaohjaus tuki heidän kotona selviytymistään. Saadut ohjeet ja neuvot helpottivat ongelmatilanteissa selviytymistä. Potilaat kokivat ohjauksen olevan kannustavaa ja he kokivat saavansa fysioterapeutilta vastauksia heitä sillä hetkellä askarruttaviin kysymyksiin. Toisaalta fysioterapiaohjaukselle koettiin lisätarvetta. Potilaat olisivat kaivanneet enemmän fysioterapeutin läsnäoloa osastolla leikkauksen jälkeen turvallisuuden tunteen lisäämiseksi. Nopean kotiutumisen vuoksi, kaikki ohjeet eivät tulleet täysin selviksi, jonka vuoksi ohjeiden hyödyntäminen kotona saattoi olla hankalaa.

Huolimatta siitä, että potilaita oli kannustettu ottamaan yhteyttä sairaalaan epäselvissä tilanteissa sekä heitä huolettavissa asioissa, potilaat epäröivät soittaa, koska he ajattelivat fysioterapeutin olevan liian kiireinen tai heidän asiansa saattaisi olla turha. Sen vuoksi muun muassa harjoitusohjeet jäivät monille epäselviksi. Tästä syystä osalla potilaista harjoittelun alkaminen vaikeutui ja osaltaan viivästytti kuntoutumista. Potilaat kaipasivat kirjallisiin fysioterapiaohjeisiin tarkempaa tietoa siitä, missä vaiheessa ja kuinka paljon harjoituksia tulee tehdä, milloin liikkeiden tekemisen saa aloittaa tai montako toistoa ja sarjaa kerrallaan sekä montako kertaa päivässä harjoituksia tulisi tehdä.

Potilaan kokivat läheisten tuen erittäin tärkeäksi. Päivittäisten toimintojen suorittaminen ilman läheisten apua, olisi ollut vaikeaa. Potilaat käyttivät myös paljon henkilökohtaisia kontaktejaan hyödyksi apua tarvittaessa.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että vaikka potilailta oli paljon huolta kotona selviytymisestä sekä epävarmuutta kivusta ja harjoitusten tekemisestä, he tunsivat kuitenkin pärjäävänsä kotona. Leikkauksen jälkeen potilaat olivat tyytyväisiä kivun lievittymiseen, sillä vaikka leikkauksesta oli kulunut vasta noin kolme viikkoa, oli kipua jo tässä vaiheessa vähemmän kuin ennen leikkausta.

## 9 Pohdinta

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää lonkan tekonivelleikkauspotilaiden käsityksiä kotona selviytymisestä sairaalassa saatujen ohjeiden avulla. Olemme mielestämme päässeet tähän tavoitteeseen. Kymmenen haastatellun potilaan käsitysten pohjalta saimme suhteellisen hyvän kuvan fysioterapiaohjauksen antamasta tuesta lonkantekonivelleikkauksen yhteydessä. Tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jonka pohjalta fysioterapiaohjausta lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä voidaan kehittää. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että fysioterapiaohjauksen kehittämiseksi lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä on tarvetta. Fysioterapiaohjauksessa tulisi huomioida paremmin potilaiden yksilölliset tarpeet ja tavoitteet. Tulosten antaman tiedon pohjalta postoperatiivista ohjausta tekevät fysioterapeutit voivat saada käsityksiä potilaiden tuen tarpeesta ja ohjaukseen liittyvistä toiveista leikkauksen jälkeen.

### 9.1 Tulosten pohdinta

Tulosten analyysin jälkeen ei tutkimus ole vielä valmis, vaan tuloksia pitää selittää ja tulkita eli tutkija vielä pohtii analyysin tuloksia ja tekee niistä omia johtopäätöksiä. Tulkinnalla tarkoitetaan myös aineiston analyysissä nousevien merkitysten selkiyttämistä ja pohdintaa. Tulkinnan kohteet ja tulkintaongelmat ovat monentasoisia ja tutkijan on esimerkiksi pohdittava, miten oma kielenkäyttö aineiston keruu vaiheissa on vaikuttanut saatuihin tuloksiin sekä miten tutkija itse on pystynyt ymmärtämään haastateltavia. (Hirsjärvi ym. 2002, 211.)

Sekä tutkija, tutkittava että tutkimuselosteen lukija tulkitsevat tutkimusta omalla tavallaan eivätkä nämä tulkinnat täydellisesti yhdy. Myös tosiasioista voi syntyä tulkintaerimielisyyksiä, sillä emme havaitse asioita tai tulkitse niitä samalla tavalla. (Hirsjärvi ym. 2002, 212.) Tässä opinnäytetyössä tekijät ovat esittäneet siis myös oman tulkintansa haastatteluista kerätystä aineistosta ja sen pohjalta tehdystä analyysistä. Joku toinen tutkija olisi voinut tulkita ne toisella tavalla.

Ongelmallisin vaihe laadullisessa tutkimuksessa on tulkintojen tekeminen eikä siihen ole ole-massa minkäänlaisia muodollisia ohjeita. Tulkintojen osuvuus on kiinni lopulta tutkijan tie-teellisestä mielikuvituksesta. Kun edetään tulkintojen tekemisessä yksityisestä yleiseen, on yhtenä apuvälineenä fenomenologinen menetelmä, jossa yksinkertaistettuna tutkittava ilmiö pyritään näkemään mahdollisimman pelkistettynä ilman etukäteisodotuksia ilmiöstä. Fenomenologisessa tutkimusmenetelmässä yksityistapauksen ajatellaan oleva esimerkki yleisestä. (Eskola & Suoranta 2005, 145–146.) Haastatteluissa käytettiin yhtenäistä kysymyksenasettelua ja kysymysten järjestys oli samanlainen. Joissakin haastatteluissa lisäkysymykset olivat tarpeen keskustelun jatkamiseksi, mutta aina niitä ei tarvittu. Jotkut haastateltavat kertoivat kokemuksistaan enemmän ilman johdattelua ja lisäkysymyksiä.

Haastattelujen alussa potilaat olivat sitä mieltä, että he ovat selviytyneet leikkauksen jälkeen kotona hyvin. Kuitenkin haastattelujen edetessä epäselvyydet ja huolet arjessa selviytymisessä ja toipumisessa alkoivat nousta esiin ja haastattelujen loppua kohti potilaat kertoivat tuntemuksistaan avoimesti.

Useammilla potilaista oli huolta kotona selviytymisestä leikkauksen jälkeen. Huolen aiheet liittyivät muun muassa pelkoon lonkan sijoiltaan menemiseen tietyissä asennoissa kuten kumartumisessa. Erityisesti lonkan liiallinen koukistus, kuten istuminen matalalla tuolilla ja kumartuminen sekä kiertoliikkeet ja jalkojen ristiin laitto venyttävät lonkkaa ja pahimmillaan voivat aiheuttaa lonkkanivelen sijoiltaan menon. Kahden kuukauden ajan leikkauksen jälkeen alavartalon pukemisessa ja riisumisessa liiallista vartalon eteen taivuttamista sekä lonkan koukistamista yli 90 asteen tulisi välttää esimerkiksi korotustyynyllä istuen. Potilaiden sairaalasta saaduissa ohjeissa sanotaan, että apuvälineiden käyttö on tarpeen 6–8 viikon ajan, jotta leikattua lonkkaa ei kuormitettaisi liikaa. (HYKS 2008.)

Haastatteluihin saapuessamme oli havaittavissa, että potilaat olivat hyvin eri vaiheessa toipumista. Jotkut potilaista liikkuvat jo sujuvasti ilman apuvälineitä ja toisilla oli vielä kyynärsauvat käytössä. Kävelyn laadussa oli paljon eroa eri potilaiden välillä. Jonkun mielestä ulos ei uskaltanut mennä liukkauden vuoksi, ja toinen potilas oli jo tehnyt ulkona pitkän kävelyenkin sekä käynyt yksin asioilla lähiympäristössä.

Potilaat kokivat sairaalajakson liian lyhyeksi ja kotiin lähteminen niin nopeasti huoletti heistä monia. Osalle ohjaus sairaalassa tapahtui niin nopeasti, että he olisivat kaivanneet vielä lisäharjoittelua. Kaksi potilasta halusi siirtää kotiutumistaan päivällä. Lisäpäivän ansiosta he kokivat saaneensa enemmän varmuutta liikkumiseen ja harjoitusten tekemiseen. Jotkut potilaisista epäilivät kykyään selviytyä kotona niin lyhyen sairaalajakson jälkeen ja monet tunsivat olonsa vielä heikoksi. Monille jäi mielikuva, että heidän piti itse järjestää kotiutumiseensa liittyvät asiat eikä sairaalassa tiedusteltu heidän avun tarvettaan. Kotona arki konkretisoitui ja vaatimukset arjessa selviytymisessä yllättivät sairaalajakson jälkeen. Sairaalassa apu oli aina saatavilla. Kotiuduttuaan potilaiden piti selviytyä saamiensa ohjeiden avulla ilman sairaalan henkilökunnan apua.

Joillekin potilaille oli jäänyt epäselvyyttä esimerkiksi harjoitusten tekemisestä ja kivunhoidosta. Kirjallisissa ohjeissa ei ollut mainittu harjoitusten tarkkaa määrää ja harjoittelun aloittamisen ajankohtaa. Sen vuoksi harjoittelu osalla potilaista viivästyi. Kuitenkin monet potilaista kertoivat tekevänsä harjoituksia useita kertoja päivässä ja kokivat niiden suorittamisen helpoksi. Se, että jotkut potilaista eivät harjoitelleet yhtä paljon, johtui mahdollisesti potilaan motivoituneisuudesta omaan kuntoutumiseensa. Mutta myös vaikeus tulkita kirjallisia harjoitusohjeita saattoi vaikuttaa harjoitteluun. Kaksi potilaista esitti kehittämisehdotuksena fysioterapeutin kotikäyntiä, jolloin harjoituksia voisi käydä yhdessä läpi asiakkaan omassa toimintaympäristössä. Yksi potilaista suunnitteli palkkaavansa yksityisen fysioterapeutin, joka voisi tehdä harjoitukset kotona hänen kanssaan.

Suulliset fysioterapiaohjeet olivat monelta unohtuneet tai jääneet epäselviksi leikkauksesta johtuvan sekavuuden vuoksi. Potilaat kertoivat saaneensa yhteystiedot sairaalaan ja heitä oli myös kannustettu soittamaan tarvittaessa. Kuitenkin potilaat epäröivät ottaa yhteyttä sairaalan fysioterapeuttiin tai lääkäriin. Sairaalassa ollessaan potilaat saattoivat saada vaikutelman kiireisestä henkilökunnasta ja ehkä sen vuoksi epäröivät soittaa. Tulevaisuudessa voisi rohkaista potilaita ottamaan yhteyttä fysioterapeuttiin antamalla potilaille henkilökohtaisen soittoaajan, jota varten he voisivat kirjata etukäteen asioita, joista haluaisivat keskustella.

Jotkut potilaista ihmettelivät jälkitarkastuksen ajankohtaa, sillä heille annettu päivämäärä oli ohjeikaa myöhäisempi. Sairaalassaolajakso leikkauksen jälkeen on keskimäärin 3 vuorokautta. Ennen kotiuttamista potilaalle ohjataan kävely kynänsauvoilla, porraskävely, liikeharjoitukset ja -rajoitukset sekä liikkumisohteet (HYKS 2008). Seurannan periaatteet tekonivelpotilailla vaihtelevat sairaaloittain seurantakäyntien ajankohdissa sekä siinä, miten ja mitä tietoja seurannassa kirjoitetaan. Osa seurannasta saatetaan toteuttaa perusterveydenhuollossa. Seurantakäyntien kutsut tehdään usein manuaalisesti eikä aikataulussa huomioida potilaan erityispiirteitä tai käytettyä proteesimallia. (Lehto ym. 2001.)

Potilaat olivat suhteellisen tyytyväisiä kivun vähenemiseen ja toimintakykynsä edistymiseen jo tässä vaiheessa, kun leikkauksesta oli kulunut kolme viikkoa. Osa heistä rohkeasti jo suunnitteli paluuta entisiin harrastuksiin ja työhön. Joku suunnitteli jo seuraavaa ulkomaan matkaa. Heidän suunnitelmansa tulevasta antoi kuvan positiivisuudesta ja myönteisestä suhtautumisesta kuntoutumiseensa leikkauksen jälkeen.

Tekonivelleikkausten tulosten arviointi on muuttunut potilaskohtaisemmaksi ja vaikuttavuutta tekonivelleikkauksissa on voitu vertailla muiden kirurgisten toimenpiteiden vaikuttavuuteen. Sekä polven että lonkan tekonivelleikkauksella saadaan aikaan merkittävä parannus potilaan tilaan verrattuna tilanteeseen ennen leikkausta. Muutokset elämänlaatumittareissa kohdistuvat erityisesti kipuun ja toimintakykyyn, mikä on nähtävissä pian leikkauksen jälkeen. Saavutetun elämänlaadun on myös havaittu säilyvän. Sitä enemmän potilas todennäköisesti hyötyy leikkauksesta, mitä huonompi on hänen terveyteen liittyvä elämänlaatunsa ennen leikkausta. (Lehto ym. 2001.)

Liisa Montin (2007, 5) teki kuuden kuukauden seurantatutkimuksen potilaiden käsityksistä terveyteen liittyvästä elämänlaadusta lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisenä toipumisaikana. Tutkimus oli kaksivaiheinen, jossa ensimmäisessä vaiheessa oli tarkoitus 1) kuvaila potilaan kokemuksia potilaana olosta, saamastaan hoidosta ja terveystalouden organisaatiosta ja 2) analysoida potilaan kannalta leikkauksen tuloksia aikaisempien tutkimusten perusteella. Tutkimuksen toisessa vaiheessa oli tarkoitus 1) arvioida potilaan kokemaa elämänlaatua leikkauksen jälkeen ja 2) vaikuttivatko primaaritulokset, kuten fyysinen toimintakyky, kipu ja ahdistus tai taloudelliset seuraukset, tarkoittaen potilaan itsensä maksamat kustannukset ja palvelujen käyttö, potilaan terveyteen liittyvään elämänlaatuun.

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa 17 primäärileikkaukseen tulevaa potilasta kuvaili teemahaastattelussa kahdesti kokemuksiaan leikkauksen jälkeen ja haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tämän lisäksi analysoitiin 17 tutkimusartikkelista deduktiivisella sisällönanalyysillä leikkauksen tuloksia potilaalle sekä tuloksiin vaikuttavia tekijöitä ja käytetyt tutkimusmenetelmät. Tutkimuksen toisessa vaiheessa 100 primääri- tai revisioleikkaukseen tulevat potilaat arvioivat leikkauksen tuloksia kuuden kuukauden ajan leikkauksen jälkeen: primäärituloksia, terveyteen liittyvää elämänlaatua ja taloudellisia seurauksia. (Montin 2007, 5)

Tulosten mukaan potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu parani, kipu lievittyi leikkauksen jälkeen sekä toipumisaikana fyysinen toimintakyky lisääntyi. Kuitenkin potilaat kokivat yhtä paljon ahdistusta kuin ennen leikkausta. Toipumisen aikana palvelujen käyttö vaihteli ja potilaiden kustannukset vaihtelivat paljon. Elämänlaatua paransivat fyysisen toimintakyvyn lisääntyminen sekä kivun lieventyminen, Kustannuksilla ei ollut yhteyttä elämänlaatuun, mutta suurempi palvelujen käyttö huononsi elämän laatua. Tutkimuksen johtopäätöksenä on, että

potilaat tarvitsevat yksilöllistä ohjausta, koska monet taustatekijät, kuten ikä, sukupuoli, preoperatiivinen kipu, siviilisääty ja leikkaustyyppi vaikuttavat toipumiseen. Potilaiden ominaispiirteet tulisi ottaa enemmän huomioon suunniteltaessa leikkauksen jälkeistä hoitoa ja tukea. (Montin 2007, 32–33.)

Galea, Levinger, Lythgo ym. (2008, 1442) vertasivat tutkimuksessaan koti- ja laitostuntoutusta lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää lonkan tekonivelleikkaus potilaiden fyysistä toimintakykyä, kävelyä ja elämän laatua leikkauksen jälkeen. 23 potilasta valittiin satunnaisesti ja sijoitettiin joko laitoksessa toimivaan valvottuun harjoitteluryhmään, jossa oli 11 potilasta ja kotona harjoittelevaan ryhmään, johon valittiin 12 potilasta. Laitoksessa toimiva ryhmä suoritti 8 viikon voimaharjoitteluohjelman fysioterapeutin valvonnassa ja kotiryhmä teki saman ohjelman, mutta yhden fysioterapeutin ohjaus kerran jälkeen, he harjoittelivat kotona ilman fysioterapian valvontaa. Mittareina käytettiin elämän laadun mittaria, toimintakykymittaria (Timed Up & Go, porraskävely, 6 minuutin kävelytesti) ja kävelyn analyysiä. Tulosten mukaan molemmat ryhmät hyötyivät voimaharjoitteluohjelmasta eikä ryhmien tuloksissa ollut juurikaan eroa. Tutkimus on hyödyllinen siksi, että se osoitti lonkan tekonivelleikkauspotilaiden hyötyvän harjoittelusta annetun ohjelman mukaan kotona myös ilman fysioterapeutin valvontaa.

Kaikki potilaat kokivat läheisiltä saaneen tuen olleen erityisen tärkeää ja lähes välttämätöntä kotiutumisvaiheessa. Apua tarvittiin ennen kaikkea kotitöiden tekemisessä ja muissa päivittäisissä toimissa. Potilaat olivat käyttäneet paljon henkilökohtaisia kontaktejaan hyödyksi kotona selviytymisensä tueksi. Potilaat eivät olleet soittaneet sairaalan saadakseen apua epäselvissä asioissa, vaan olivat ottaneet yhteyttä muun muassa sairaanhoitaja- ja lääkäriystäviinsä. Lisäksi muutama potilas oli ottanut yhteyttä yksityiseen fysioterapeuttiin jatkokuntoutusta ajatellen sekä kysynyt epäselvistä asioista.

Kaikilla potilailla oli omaisia lähellä tai muuten hyvä sosiaalinen verkosto, jolta he saivat apua päivittäisten asioiden hoitamisessa ja kotona selviytymisessä. Tilanne olisi ollut varmasti erilainen, jos potilailla ei olisi ollut apua lähellä. Tässä tilanteessa avun tarpeen kartoitus ja avun saaminen olisi muodostunut varmasti tärkeäksi asiaksi.

Potilaat kokivat fysioterapiaohjauksen tukevan heidän kotona selviytymistään. Potilaat kokivat etenkin käytännön harjoitukset hyödyllisiksi kotona selviytymisen kannalta. Yksi potilas toi esille, että fysioterapeutti oli ohjannut sallitun kumartumistekniikan, jota pystyi hyödyntämään, silloin kun esine putoaa lattialle eikä tarttumapihtejä ole lähettyvillä. Potilaat kokivat pääosin fysioterapiaohjauksen olleen riittävää. Suurin osa potilaista toi haastatteluissa esille, että ohjauksessa oli painotettu hyvin, että mitä saa ja ei saa tehdä ja mitä pitää tehdä leikatun lonkan kanssa. Sairaalassa ollessaan potilaat kokivat saavansa fysioterapeutilta vastauksia

sillä hetkellä heitä askarruttaviin kysymyksiin. Potilaat kokivat fysioterapiaohjauksen olleen myös selkeää. Osa potilaista koki, että harjoitusohjeet oli merkitty selkeästi ja niitä oli helppo lähteä toteuttamaan kotona. Mielestään riittävästi tietoa saaneiden asiakkaiden tyytyväisyys saattaa olla petollista. Asiakkaat voivat luulla saaneensa riittävästi tietoa, mutta he eivät ole alan ammattilaisia, eivätkä tiedä minkälaista tietoa tarvitsevat. (Tuorila 2000, 47–48.)

Edellä mainituista asioista voidaan päätellä, että ohjauksessa tulisi tuoda selkeästi esille, mitä asioita tulisi ottaa huomioon arjessa toimimisessa leikatun lonkan kanssa, ja mitkä ovat kiellettyjä liikkeitä. Jotkut potilaista olivat epävarmoja liikerajoitusten suhteen ja pelkäsivät harjoituksia tehdessään aiheuttavan haittaa lonkalle. Harjoitusten tulisi olla käytännön läheisiä. Niissä tulisi harjoitella arjessa selviytymisen kannalta tärkeitä asioita, kuten tavaroiden nostamista lattialta ja kenkien riisumista. Ohjeiden tulisi olla niin selkeitä, että potilaat pystyvät niitä vielä kotonakin tulkitsemaan.

Rosemary Hills ja Sheila Kitchen (2007) ovat tutkineet potilaiden tyytyväisyyttä fysioterapiaan. Tässä artikkelissa tyytyväisyys määritellään sen katsauksen perusteella, joka on tehty terveydenhuollon alalle tehtyjen tyytyväisyystutkimusten pohjalta. Sitten kehitetään teoria potilaan tyytyväisyydestä fysioterapiaan tutkimalla tarpeiden ja odotusten käsitteitä, joita pidetään tärkeinä määräävinä tekijöinä fysioterapeuttisessa lähestymistavassa.

Fysioterapian alalla tunnustetaan yhä useammin, että potilaiden näkemyksiä palveluista pitäisi tutkia sen lisäksi, että tutkitaan fysioterapian tehokkuutta ja hyötyjä. Fysioterapiaan niin kuin muihinkin ammatteihin kuuluu hoidon ulottuvuuksia, joihin potilaat ovat joko tyytyväisiä tai tyytymättömiä. Potilas tyytyväisyys on monimutkainen rakennelma ja on tärkeää kehittää fysioterapiaan potilaan tyytyväisyys-teoria, koska siitä saadaan tietoa tämänhetkiseen ammatinharjoittamiseen ja siitä on hyötyä tulevaisuuden kannalta. Tässä artikkelissa esitetään sellainen määritelmä potilaan tyytyväisyydestä fysioterapiaan, joka on yhdenmukainen sen tyytyväisyyden tunteen kanssa, jota potilaat kokevat, ei vain siltä osalta, että biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tarpeen täytetään, mutta myös potilaan odotukset fysioterapian suhteen täyttyvät. Nämä kaksi elementtiä, tarpeet ja odotukset, näyttävät olevan perustavanlaatuisia, kun tyytyväisyyttä luodaan, vaikkakin tunnustetaan, että on todennäköisesti myös muita, joiden suhteista voisi luoda hypoteeseja. (Hills & Kitchen 251–252.)

Vaikka potilaat kokivat fysioterapiaohjauksen pääosin tukeneen heidän kotona selviytymistään, haastattelun edetessä potilaat toivat esille kuitenkin tarpeen lisäohjaukselle. Muutama potilaista koki, että olisi kaivannut fysioterapeutin turvaa lisää osastolla ollessaan. Useampi potilas toi esille haastatteluissa, että ohjauksen ajankohta ei ollut kaikista otollisin. Potilaat kokivat olleensa leikkauksen jälkeen vielä tokkuraisia, joten ohjauksen vastaanottaminen ja kysymysten esittäminen tuntuivat hankalalta. Potilaat kertoivat, että kotona kaikki ohjeet

eivät muistuneet mieleen. Ohjauksessa fysioterapeutin on huomioitava asiakkaan mahdollisesti rajoittunut vastaanottokyky esimerkiksi leikkauksen jälkeen (Tuorila 2000, 43). Terapian alussa on tärkeää huomioida asiakkaan voimavarat. Terapian alkuvaiheessa asiakas voi olla väsynyt ja hämmentynyt, jolloin terapeutin tulee pystyä rakentamaan harjoittelu juuri kyseiselle henkilölle sopivaksi. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 179–191.)

Muutama potilas toi haastatteluissa esille, että jotkut asiat, kuten autolla ajaminen ja uinnin aloittaminen tuntuivat niin kaukaisilta, ettei niitä osannut kysyä sairaalassa oloaikana. Yksi potilas kertoi haastattelussa, että hän oli kotona miettinyt, milloin on luvallista käyttää julkisia kulkuvälineitä. Hän ei ollut uskaltanut vielä matkustaa raitiovaunulla eikä linja-autolla, sillä niissä istuimet ovat matalia. Kulkuneuvoissa saattaisi tulla tilanteita, joissa tasapaino voisi horjautua. Muutama potilas oli kotiuduttuaan alkanut miettiä, että milloin he saisivat lähteä ulkomaille pitkän lentomatkan vuoksi.

Asiakkaan on ilmaistava yksilölliset tiedon tarpeensa, jotta fysioterapeutti pystyy antamaan riittävästi tietoja asiakkaalle. Tiedon saanti saattaa jäädä vajavaiseksi, jos asiakas ei tuo esille mitä hän tietää ja mitä ei, sillä fysioterapeutti ei aina tiedä, minkälaista tietoa asiakas tarvitsee. Passiiviset henkilöt jäävät herkästi vaille riittäviä tietoja, kun taas aktiiviset henkilöt saavat oma-aloitteisuutensa takia tarpeeksi tietoa. (Tuorila 2000, 46–47.) Jotkut potilaita toivat esille haastattelussa, että heidän omia tavoitteitaan, kuten harrastuksiin ja työhön paluutaan ei huomioitu yksilöllisellä tavalla ohjauksessa.

Näistä edellä mainituista asioista voidaan päätellä, että ohjauksen ajankohta ei välttämättä ole kaikista otollisin. Potilaiden tulisikin saada ohjausta kotiutumisen jälkeen, kun he ovat päässeet elämään arkea omassa ympäristössään, jonka vaatimukset ovat toisenlaiset kuin sairaalassa. Sairaalassa ollessaan potilaat eivät pysty näkemään omaa tilannettaan viikkojen päähän, jolloin heidän toimintakykynsä on alkanut parantua ja he ovat pikku hiljaa palaamassa normaaleihin arjen rutiineihinsa. Se, miten henkilö pystyy selviytymään heikentyneen toimintakyvyn ja ympäristön asettamista haasteista määrittää, kuinka hyvin hän toimii arjessa. Fyysistä toimintakykyä arvioidessa sekä ohjauksessa tulisi ottaa huomioon asiakkaan oman elinympäristön asettamat haasteet ja muokata ohjauksen sisältöä vastaamaan arjessa esiintyviä tarpeita ja asiakkaan itselleen asettamia tavoitteita. (Tomey & Sowers 2009, 705–706.) Tästä johtuen tulisikin miettiä, missä ja miten lonkan tekonivelleikattujen jatkokuntoutus tulevaisuudessa voitaisiin järjestää potilaiden tarpeita vastaavaksi.

Barron, Klaber ja Potter (2007) ovat tutkineet potilaan odotuksia fysioterapiassa. Odotukset ovat olennainen osa jokaisen potilaan psykososiaalista rakennetta. Yhä enenevässä määrin fysioterapeutit ovat tunnistaneet, että psykososiaaliset tekijät voivat vaikuttaa fysioterapian lopputulokseen. Tämä artikkeli pyrkii selkeyttämään termiä potilaan odotukset tarjoamalla

määritelmiä ja kirjallisuuskatsauksen, jossa kuvataan käsitteitä ja teorioita liittyen potilaan odotuksiin. Nämä käsitteet liitetään sitten fysioterapiaan, jotta saadaan esiin se vaikutus, joka potilaan odotuksilla voi olla fysioterapian lopputulokseen. Lisäksi artikkelissa pohditaan näiden tekijöiden merkitystä fysioterapialle. Tulosten mukaan odotusten on osoitettu olevan suorasti yhteydessä terveysuskomuksiin, itsetehokkuuteen ja asenteisiin. Tieteellinen näyttö, joka tukee uskomusten ja käyttäytymiskäsitysten vaikutusta, on ilmeinen, vaikka näyttö fysioterapiassa on rajallinen. Kuitenkin on ilmentynyt enemmän teoreettista pohjaa fysioterapian psyykkiselle tehokkuudelle.

Muutama potilas mainitsi haastatteluissaan vertaistuen tarpeen. He olisivat halunneet päästä puhumaan vertaistensa kanssa kokemuksistaan ja toipumisestaan. Yksi potilas ehdotti, että vertaistukitoiminta voisi toimia puhelinkontaktein, sillä hänen kohdallaan sairaala oli liian kaukana kotoa. Potilaat olisivat myös kaivanneet tietoa mahdollisista oman alueen vertaistukiryhmistä. Kokonaisvaltaisessa kuntoutuksessa tulee huolehtia vertaistuesta ja muusta tarpeellisesta avusta (Franssila & Wallin 2009, 31). Lisäksi muutama potilas toi esille, että olisi halunnut päästä tapaamaan fysioterapeuttia vielä sairaalaan. He olisivat halunneet päästä kysymään epäselvistä asioista, kuten harjoitusten tekemisestä jatkossa ja omiin harrastuksiinsa palaamisesta. Kuntoutujan tulee saada asianmukaista tietoa ja tukea selviytymiseensä. Kuntoutuksen tulee edistää ihmisen osallistumista hänelle tärkeillä elämän osa-alueilla (Franssila & Wallin 2009, 32).

Yksi pari tutki omassa opinnäytetyössään potilaiden käsityksiä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisestä fysioterapiasta, haastatellen potilaita sairaalassa kolmantena leikkauksen jälkeisenä päivänä. On mielenkiintoista nähdä, ovatko potilaiden käsitykset fysioterapiaohjauksesta muuttuneet kotiutumisen jälkeen.

## 9.2 Eettisyys

Edellytyksenä tieteellisen tutkimuksen eettiselle hyväksyttävyydelle, luotettavuudelle ja tulosten uskottavuudelle on, että tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön (good scientific practice) edellyttämällä tavalla. Hyvän tieteellisen käytännön mukaista on että, tutkijat ja asiantuntijat noudattavat rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa sekä noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

Tutkijoiden tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tutkimusmenetelmiä ja noudattaa avoimuutta tuloksien julkaisussa. Muiden tutkijoiden saavutukset otetaan huomioon kunnioittavalla tavalla ja annetaan niille asianmukainen tunnustus tuloksia julkaistaessa. Muita hyvän tieteellisen käytännön kriteereitä ovat yksityiskohtainen suunnittelu, toteutus ja raportointi, tutkimusryhmän asema, oikeudet ja velvollisuudet. Nämä tulee olla määritel-

tynä ja kirjattuna jo ennen tutkimuksen aloittamista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

Ihmisoikeudet muodostavat eettisen perustan ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa. Lähtökohdat tutkittavien suojaan ovat seuraavat: 1) selvitetään osallistujille ymmärrettävästi tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja tutkimukseen sisältyvät mahdolliset fyysiset, psyykkiset tai yhteiskunnallisen aseman vaarantumiseen liittyvät riskit. 2) Suostumus tutkimukseen on vapaaehtoinen; tutkittavilla on halutessaan oikeus kieltäytyä tai keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen milloin tahansa tutkimuksen aikana sekä kieltää häntä koskevan aineiston käytön tutkimusaineistona ja hänellä on oikeus tietää oikeutensa. Tutkija on myös vastuussa siitä, että 3) tutkittava ymmärtää, mistä tutkimuksessa on kyse. Oleellista on, että 4) turvataan osallistujien oikeudet ja hyvinvointi; tutkittaville ei saa aiheuttaa vahinkoa ja mahdolliset ongelmat on huomioitava etukäteen. 5) Tutkimuksesta saatua aineistoa käsitellään luottamuksellisesti eikä tietoja luovuteta ulkopuolisille tai käytetä muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. 6) Osallistujien anonymiteetti taataan ja 7) tutkittavilla on oikeus odottaa vastuuntuntoa ja rehellisyyttä tutkijoilta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 128.)

Tärkeitä eettisiä periaatteita laadullisessa tutkimuksessa ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus sekä henkilöllisyyden suojaaminen ja luottamuksellisuus. On myös tärkeää, että tiedonantajaa ei vahingoiteta tutkimuksella. Tutkimukseen osallistujat eivät välttämättä hyödy tutkimuksesta, mutta se saattaa edistää osallistujien tietoisuutta tutkittavasta asiasta. Eettisiin kysymyksiin laadullisessa tutkimuksessa kuuluu myös pohtia, mikä on tutkijan rooli suhteessa osallistujiin. (Janhonen & Nikkonen 2001, 39.)

Tuloksia ei voi yleistää perusteettomasti eikä niitä voi sepitellä tai kaunistella. Raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista ja käytetyt menetelmät on selostettava huolellisesti. Puutteetkin on tuotava julki. Näihin eettisiin kysymyksiin liittyvät myös monet aineistohankinnan juridiikkaa, anonymisointia ja arkistointia koskevat asiat. Myös internetin käyttö asettaa uusia eettisiä vaatimuksia. (Hirsjärvi 2008, 26.) Tässä opinnäytetyössä haastateltavien nimet muutettiin litteroinnin yhteydessä tunnistamattomiksi.

Laurea-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeen (2008) mukaan hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset voidaan jakaa kahteen ryhmään. Piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä tutkimusta suoritettaessa ilmenee laiminlyönteinä. Vilppi viittaa tarkoitukselliseen harhauttamiseen, mikä voi ilmetä tekaistujen havaintojen tai tulosten esittämisenä, alkuperäisten havaintojen tarkoituksellisena muokkaamisena ja luvattomana plagiointina.

Opinnäytetyön tekijöiden tulee huolehtia siitä, että heillä on opinnäytetyön tekemiseen tarvittavat tutkimusluvut (Laurea-ammattikorkeakoulu 2008). Tutkimuksella on lupa Helsingin ja

Uudenmaan Sairaanhoidopiirin operatiivisen yksikön eettiseltä lautakunnalta. Potilaat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja heiltä kysyttiin lupa sekä suullisesti puhelimitse että kirjallisesti silloin, kun preoperatiivisen vaiheen opinnäytetyötä tekevä pari oli tekemässä ensimmäistä kotihaastattelua. Suostumus lomake on nähtävissä liitteessä 2.

Ennen haastattelun alkua potilaille kerrottiin, mistä tutkimuksesta on kyse sekä sen tavoitteista. Pyysimme myös lupaa haastattelun nauhoittamiseen. Potilaille oli oikeus keskeyttää haastattelu ja osallistuminen tutkimukseen milloin tahansa. Potilaille oli selvitetty, ettei heitä voida tunnistaa opinnäytetyöstä eikä aineisto päädy muille kuin tutkimuksen tekijöille. Opinnäytetyön tekijät ovat pyrkineet kaikissa tutkimuksen vaiheissa noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan käytäntöjä sekä ihmisoikeuksien periaatteita.

Tunteilla on suuri merkitys, kun haluamme saada tietoa maailmasta tai toisista ihmisistä. Myös tavалlemme ja kvyyлlemme muistaa kokemuksiamme elämästä on tunteilla suuri merkitys. Tunnetieto on tärkeää toisen ihmisen näkökulman huomioimisen ja ymmärtämisen kannalta. Empatia eli toisen ihmisen ymmärtäminen edellyttää sijaistunteiden kokemista ja tällöin itsetuntemuksella on suuri merkitys. Itsetuntemus antaa mahdollisuuden toisten ihmisten kokemusten ja tunteiden vastaanottamisen ilman, että antaa niiden ohjata itseään. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 18–19.) Haastatteluissa potilaat puhuivat avoimesti ja heidän tunteensa nousivat pinnalle ajoittain voimakkaina, kun he kertoivat kokemuksistaan. Haastattelijan oli vaikea olla menemättä tunteiden mukana, varsinkin tilanteissa, jossa potilas herkistyi kyyneliin, tai oli tuhtunut jostain negatiivisesta kokemuksesta. Tunteet ovat tiedon muoto vaikuttaen meihin psyykkisesti, vaikka emme sitä tiedostaisi ja tilanteiden tulkinnassa ne toimivat johtolankoina. Tunteille avautuminen tekee ihmisestä haavoittuvan. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 18–19.)

### 9.3 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä tulee jollakin tavalla arvioida. Laadullisen tutkimuksen pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden muita ydinasioita ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset ja niihin liittyvien selvitysten ja tulkintojen yhteensopivuuden selvittäminen. Laadullisen tutkimuksen tulkinta on aina tutkijan oma näkemys, jossa ovat mukana tutkijan omat tunteet. Laadullisen tutkimuksen arviointi kohdistuu tutkimusmateriaalin keräämisen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. (Eskola & Suoranta 1998, 211–215; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 97, 217; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 215–217.)

Tutkijan tulee olla tietoinen omista ennakkokäsityksistään ennen aineiston keräämistä. Tutkijan ennakkokäsitykset siitä, mitä hän tulee havaitsemaan saattavat ohjata havainnointia ja odottamattomat asiat saattavat jäädä huomioimatta. Yhteisön luottamus on tutkijalle tärkeä.

ää. Tutkimukseen osallistutuvien tulee olla varmoja, ettei tutkimustuloksia käytetä heitä vastaan eikä niistä aiheudu heille mitään harmia. Luottamuksen saavuttamiseksi tutkijan on hyvä tutustua havainnoitaviin kohteisiin ennen aineiston keruuta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 218.)

Aineiston hankinnassa saatu tieto riippuu siitä, miten luottamukselliset suhteet hän on pystynyt luomaan tutkimukseen osallistujien kanssa ja kuinka hän on pystynyt tavoittamaan tutkittavan ilmiön. Aineistoa analysoitaessa korostuvat tutkijan oivalluskyky, taidot ja arvostukset. Luotettavuutta arvioidessa tutkijan tulee vastata kysymyksiin, jotka koskevat sovellettavuutta, totuusarvoa, neutraaliutta ja pysyvyyttä. Laadullisen tutkimuksen uskottavuus kuvaa sitä, miten hyvin tutkija on saavuttanut tutkittavan todellisuuden. Uskottavuus liittyy siihen, mitä ihmiset kertovat omista kokemuksistaan. (Janhonen & Nikkonen 2001, 198.)

Luotettavuutta mielestämme meidän työssämme heikensi aikataulu, joka ei ollut kaikkien potilaiden kohdalla aivan sama. Tämän vuoksi potilaat olivat eri vaiheessa toipumisessaan leikkauksen jälkeen ja sen vuoksi heidän käsityksensä selviytymisestään saattoivat olla toiseltaisia. Suunnitelman mukaan haastattelut piti suorittaa kolme viikkoa kotiutumisesta, mutta joidenkin potilaiden haastattelut myöhästyivät viikolla tai kahdella. Tämä olisi voinut vaikuttaa tutkimustuloksiin. Syynä yhden haastattelun viivästymiseen oli se, että potilas sanoi olevansa vielä liian heikossa kunnossa leikkauksen jälkeen ja haastattelu siinä vaiheessa oli hänen mielestään liian aikaista. Haastattelut tuli sovittaa potilaan sekä kolmen haastattelijan aikataulun mukaan, mikä myös vaikutti haastatteluajkojen järjestelyyn.

Opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuus haastattelijoina on saattanut vaikuttaa saatuun aineiston määrään ja sisältöön. Jonkinlaista ohjausta ja kokemusta haastattelujen tekemisestä olimme saaneet dialogisen fysioterapian kurssilla suorittaessamme Hyvinvointi TV -projektin tutkimushaastatteluja. Ensimmäisten haastattelujen jälkeen varmuutemme lisääntyi ja lopuissa haastatteluissa oli jo helpompi viedä keskustelua eteenpäin. Tämä on saattanut vaikuttaa tutkimustuloksiin.

Tutkimusaineiston analysointi vaatii tutkijalta kykyä käsitteelliseen ajatteluun, luovuuteen ja valmiuteen tarkastella asioita useista eri näkökulmista. Tutkijan tulee perustella omat luokiteluperusteensa analyysin luotettavuuden arvioimiseksi. Aineiston analysointi etenee konkreettisista havainnoista alaluokitusten kautta abstraktimmalle tasolle. Tavoitteena on pyrkiä luomaan uusia käsitteitä, joita voidaan hyödyntää käytännössä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 219–220.)

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta. Jos kaksi eri tutkijaa päätyy samaan lopputulokseen tai jos samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja

tullaan samaan tulokseen, voidaan tutkimus todeta reliabeliksi. Reliabiliteetti tarkoittaa myös sitä, että tutkimus ei sisällä ristiriitaisuuksia. (Eskola & Suoranta 1998, 211–215.)

Opinnäytetyössä olemme pyrkineet reliabiliteettiin. Olemme pyrkineet välttämään virhetulokintojen tekemistä vertailemalla saamiamme tuloksia. Pyrimme analyysin tekemisessä olemaan mahdollisimman avoimia. Teimme sisällön analyysin yhdessä ja lopuksi tarkastimme, että tulokset vastaavat tutkimustehtävää. Analyysin luokittelua muokkasimme tarvittaessa yhdessä. Saimme myös analyysin tekemiseen ohjausta ohjaavilta opettajilta sekä tutkimushanketta johtavalta henkilöltä. Sisällönanalyysin tekemiseen kului paljon aikaa. Pidimme välillä taukoja ja palasimme pohtimaan analyysiä uudelleen.

Validiteetti (sisäinen ja ulkoinen) on toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite. Sillä tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen teoreettisten ja käsitteellisten määrittelyjen sopusointua. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa tehtyjen johtopäätösten ja tulkintojen sekä aineiston välisen suhteen pätevyyttä. Tutkimus on validi, jos se vastaa tutkimukselle asetettuja päämääriä ja tutkimuskohdetta. (Eskola & Suoranta 1998, 211–215; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 216; Varto 1992, 103.) Mielestämme olemme pystyneet selvittämään potilaiden käsityksiä fysioterapiaohjauksen antamasta tuesta lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Tämän vuoksi tutkimus on mielestämme validi. Työssä esitetyillä suorilla lainauksilla sekä auki kirjoitetulla analyysillä olemme mielestämme osoittaneet opinnäytetyön ulkoisen validiteetin.

Mielestämme tutkimustulosten yleistämisen mahdollisuutta muihin lonkkaleikkauspotilaisiin saattaisi vähentää se, että kaikilla tutkimukseen osallistuvilla potilailla oli kotona puoliso ja/tai toimiva sosiaalinen verkosto, joka oli heidän tukenaan kotiutumisen yhteydessä. Tilanne olisi ollut erilainen sellaisten potilaiden kohdalla, joilla ei olisi ketään kotona auttamassa.

#### 9.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tässä opinnäytetyössä haastateltiin potilaita kolme viikkoa leikkauksen jälkeen. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia potilaiden käsityksiä fysioterapiaohjauksen antamasta tuesta kotona selviytymisessä pidemmällä aikavälillä, esimerkiksi 3–6 kuukauden jälkeen leikkauksesta. Tässä vaiheessa arkeen palaamiseen on saattanut tulla jo uusia haasteita. Kuten jo tämän opinnäytetyön tulokset osoittavat, potilailla on toiveita päästä palamaan entisiin harrastuksiinsa ja rutiineihinsa. Pidemmän ajan kuluttua voitaisiin nähdä, miten näihin tavoitteisiin potilaat ovat päässeet.

Jatkossa voisi olla tarvetta selvittää, miten fysioterapeutit pystyisivät paremmin ennakoimaan potilaiden erilaisia tarpeita ennen leikkausta ja sen pohjalta muuttaa henkilökohtaisen ohja-

uksen sisältöä kotiutumisen yhteydessä. Näin ohjaus voitaisiin tulevaisuudessa saada vastamaan enemmän potilaan henkilökohtaisia tavoitteita ja tarpeita.

## Lähteet

- Ahonen, J., Lahtinen, T., Sandström, M., Pogliani, G. & Wirhed, R. 1993. Kehon rakenne, toiminta ja lihahuolto. Jyväskylä: Gummerus.
- Barron, C., Klaber, J., Potter, M. 2007. Patient expectations of physiotherapy: Definitions concepts, and theories. *Physiotherapy Theory and Practice* 23(1):37-46. Informa Healthcare.
- Bulthuis, Y., Drossaers-Bakker, K.W., Taal, E., Rasker, J., Oostveen, J., van't Pad Bosch, P., Oosterveld, F. & van de Laar, M. 2007. Arthritis patients show long-term benefits from 3 weeks intensive exercise training directly following hospital discharge. *Rheumatology*. 46: 1712-1717.
- Butler, G.S., Hurley, Cathy A.M., Buchanan, K. & Smith-VanHorne, J. 1995. Prehospital education: effectiveness with total hip replacement surgery patients. *Patient Education and Counselling*. 29: 189-197.
- Coulter, C. L., Weber, J. M., Scarvell, J. M. 2009. Group Physiotherapy Provides similar Outcomes for Participants After Joint Replacement Surgery as 1-to-1 Physiotherapy: A Sequential Cohort Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2009; 90: 1727-1733.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Jyväskylä: Vastapaino.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Jyväskylä: Vastapaino
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Jyväskylä: Vastapaino
- Espoon keskuksen fysioterapia. Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta. Luettu 12.8.2009. <http://www.espoonkeskuksenfysioterapia.fi/index.php?page=fysioterapeuttinen-ohjaus-ja-neuvonta>
- Franssila, P. & Wallin, M. 2009. Yksilö kuntoutuksen lähtökohtana. *Fysioterapia* 1/2009.
- Galea, M. P., Levinger, P., Lythgo, N., Cimoli, C., Weeler, R., Tully, E., Mcmeeken, J., Westh, R. 2008. A Targeted Home- and Center- Based Program for people After Total Hip Replacement: A Randomized Clinical Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2008; 89:1442.
- Hills, R., Kitchen, S. 2007. Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: Exploring the concept of satisfaction. *Physiotherapy Theory and Practice* 23(5):243-254. Informa Healthcare.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 6. painos. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hurkmans, H. L., Bussmann, J. B., Benda, E., Haisma, J., Verhaar, J. A., Stam, H. J. 2010. Predictors of partial weight-bearing performance after total hip arthroplasty. *J. Rehabil Med.* 2010; 42: 42–48

HYKS 2008. Lonkan/Polven tekonivelleikatun fysioterapiaprosessi. Operatiivinen tulosityksikkö, Fysioterapia/Peijas. Vantaa.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kettunen, J., Häkkinen, A., Kangas, H., Multanen, J., Ulaska, M. & Virtapohja, H. 2009. Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapia. Hyvä fysioterapia käytäntö. Suomen fysioterapeutit. Luettu 5.10.2010. [http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p\\_artikkeli=sfs00001](http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00001).

Korte, R. Rajamäki, A & Lukkari, L. 1997. Perioperatiiviset hoito selosteet. Porvoo: WSOY.

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

Lahikainen, S. 2000. Ohjaus- ja neuvontatyön lähtökohtia ja näköaloja kuntoutuksessa. Teoksessa J. Onnismaa, H. Pasanen & T. Spangar (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2 - ohjauksen toimintakentät. Jyväskylä: PS-kustannus. 258–278.

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2008. Opinnäytetyöohje. Luettu 20.10.2010. [https://intra.laurea.fi/intra/fi/02\\_opiskelu/02\\_opiskelu\\_osa2/01\\_opinnot/05\\_opinnaytetyo/01\\_ont\\_ohjeet/Opinnaytetyoohje\\_18120821227.pdf](https://intra.laurea.fi/intra/fi/02_opiskelu/02_opiskelu_osa2/01_opinnot/05_opinnaytetyo/01_ont_ohjeet/Opinnaytetyoohje_18120821227.pdf)

Lehto, M U.K., Jämsen, E. & Rissanen, P. 2005 Lonkan ja polven endoproteesikirurgia; varaosien avulla liikkujaksi. *Duodecim.* 8/2005. Luettu 20.10.2010. [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_\\_spage=%2Fportlet\\_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_tunnus=duo94920&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_fropage=uusinnumero](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo94920&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_fropage=uusinnumero)

Liuhanen, M. Nieminen, H. Rajala, H. & Rönkkö, V. 2007. Potilasopas lonkan tekonivelleikkauksista. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön opinnäytetyö. Luettu 2.12.2009 <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/28140/stadia-1193833542-5.pdf?sequence=1>

Montin, L. 2007. Potilaiden käsitys terveyteen liittyvästä elämänlaadusta lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisenä toipumisaikana -kuuden kuukauden seurantatutkimus. Hoitotieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta, Turun yliopisto, Turku. Luettu 1.11.2010. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/16854/D765.pdf?sequence=1>

Montin, L. 2008. (toim.) Potilasohjauksen lähtökohdat. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:55/2008. Turku: Turun yliopisto.

Onnismaa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki: Gaudeamus.

Ots, I. 2009. Toipuvan potilaan mielipiteitä fysioterapeuttisista kotiohjeista. Lahden ammattikorkeakoulu.

Patteri, K. 2005. Tekonivelpotilaan fysioterapian tavoitteet ja sisältö - Coxan malli.

Teoksessa: Lehto, M & Teraranta, S. (toim.) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu osa 3, Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 7, 55 - 59. Tampere

Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Piirainen, A. 2006. Pedagoginen fysioterapiasuhte edistää asiakkaan toimintakykyä. Fysioterapia 5/2006.

Poskiparta, M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveystyötymisen muutosta. Helsinki: Tammi.

Rindlesch, A. 2009. A grounded-theory investigation of patient education in physical therapy practice. *Pyhiotherapy Theory and Practice* 25(3) 193-202. Informa Healthcare.

Rokkanen, P. Avikainen, V. Tervo, T. Hirvensalo, E. Kallio, P. Kankare, J. Kiviranta, I & Pätälä, H. 2003. Ortopedia. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L.(Toim.). 2005. Haastattelu - tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Saarenpää, A. 2000. Potila-oikeus-potilasoikeus. Teoksessa E. Sundman. Potilaan asema ja oikeudet. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Saresvaara, M. & Ojala, B. 2000. Nivelten ja lihasten fysioterapia. Jyväskylä: Gummerus.

Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.

Sundman, E. 2000. Potilaan asema ja oikeudet. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Suomen Kuntaliitto, Suomen Fysioterapeutit & FYSI ry. 2007. Fysioterapianimikkeistö 2007. Luettu 20.11.2010.  
[http://www.kunnat.net/k\\_htmlimport.asp?path=1;161;83767;83768;83769&url=http://apps.kunnat.net/sc/google/GHAabc5B.html](http://www.kunnat.net/k_htmlimport.asp?path=1;161;83767;83768;83769&url=http://apps.kunnat.net/sc/google/GHAabc5B.html).

Talvitie, U. Karppi S-L & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tomey, K., Sowers, M. 2009. Assesment of Physical Functioning: A Conceptual Model Encompassing Environmental Factors and Individual Compensation Strategies. *Physical Therapy*. Volume 89. No:7.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuorila, H. 2000. Onnistunut lääkärisäkäynti. Potilaskuluttajan opas. Helsinki: Edita.

Tutkimuseettinen Neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö. Helsinki: Edita Prima Oy

Töttö, P. 2004. Syvällistä ja pinnallista. Teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaalitutkimuksessa. Tampere: Vastapaino.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere: Kirjayhtymä Oy.

Veijola, A. & Larivaara, P. 2001. Asiakaslähtöiseen fysioterapiaan lisää panostusta. Fysioterapia vol. 48, nro 3; 14-16.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Wallin, M. & Franssila, P. 2009. Asiakaslähtöinen fysioterapia on dialogista. Fysioterapia 4/2009.

## Kuviot

Kuvio: Teoreettinen viitekehys

Kuvio 2: Potilaiden käsityksiä sairaalasta saatujen fysioterapiaohjeiden ohjeiden antamasta tuesta kotona selviytymisessä

Kuvio 3: Huoli kotona selviytymisestä

Kuvio 4: Kirjallistenohjeiden tulkinnan vaikeus

Kuvio 5: Tunne selviytymisestä

Kuvio 6: Läheisten tuki

Kuvio 7: Lisäohjauksen tarve

Kuvio 8: Ohjauksen antama tuki

Kuvio 9: Tulosten yhteenveto

## Liitteet

### Liite 1 Haastatteluteemat

#### Haastatteluteemat

##### Potilaan haastattelu:

- Potilaan kokemus kotona selviämisestä fysioterapiaohjeiden avulla
- Tukevatko ohjeet potilasta tarpeeksi kotiutumisen yhteydessä
- Miten ohjeet vastaavat potilaan omia kuntoutumisen tavoitteita
- Millaiseksi potilas kokee kirjalliset ohjeet
- Potilaan kokemus nykyisestä toimintakyvystään
- Potilaan kokemus nykyisestä avuntarpeesta
- Potilaan käsitykset jatkoharjoittelusta (määrä, teho)
- Millaisia kuntoutuspalveluja potilas käyttää
- Potilaan arvio toteutuneesta fysioterapiasta

## Liite 2 Suostumus tutkimukseen osallistumisessa

## SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA:

Suostun työssäni vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimukseen xxxxxx sairaalassa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ja kehittää potilasohjausta fysioterapiassa lonkan tekonivelleikkauksessa. Tiedon hankinnassa käytetään videointia ja haastattelua.

Olen saanut tutkimuksesta riittävän kirjallisen ja suullisen selvityksen, minkä myös allekirjoituksellani vahvistan. Olen myös tietoinen siitä, että tietoni pysyvät luottamuksellisina ja tutkimustuloksista ei voi henkilöllisyyttäni päätellä.

Vantaalla      päivänä                              kuuta 2009.

Fysioterapeutin allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Fysioterapeutin nimi: \_\_\_\_\_

Fysioterapeutin syntymäaika: \_\_\_\_\_

Fysioterapeutin kotiosoite: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
xxxxxxxxxxxxxxx  
Tutkimuksen vastuhenkilö  
Suostumuksen vastaanottaja

### Liite 3 Tiedote osallistumisesta tutkimukseen

#### TIEDOTE:

Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseen, joka käsittelee fysioterapiaohjausta lonkan tekonivelleikkauksessa.

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää ja kehittää potilasohjauskäytänteitä xxxxxxxfysioterapiassa.

Tutkimuksessa tietoa kerätään videoimalla sekä haastatteleamalla. Teidän odotuksianne ja käsityksiänne fysioterapiaohjauksesta kartoitetaan teemahaastattelulla ennen leikkausta, leikkausta edeltävän ohjauskäynnin jälkeen sekä leikkauksen jälkeen. Haastatteluteemat liittyvät toimintakykyyn, odotuksiin fysioterapiasta ja kokemuksiin toteutuneesta fysioterapiaohjauksesta ja sisällöstä, omiin harjoituksiin ja niiden merkitykseen toipumisessa.

Toimintakykyä kartoitetaan videoimalla toimintaa kotona ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Seuraavat toiminnot videoidaan: kävely, vuoteeseen meno ja ylösnousu, sukki-en/kenkien pukeminen, omat harjoitukset ja mahdollisesti porraskävely, jos kotona/kotiin on portaita. Lisäksi fysioterapiatilannetta sairaalassa videoidaan ohjauskäynnillä sekä fysioterapiatilanteessa leikkauksen jälkeen.

Haastatteluun ja videointiin ennen ja jälkeen leikkauksen saa varata aikaa noin 2 tuntia. Nämä toteutetaan Teidän kotona.

Sairaalassa videointi suoritetaan normaalin fysioterapiatapaamisen yhteydessä.

Tutkimuksesta ei koidu Teille mitään vaaraa ja sen voi halutessaan keskeyttää. Keskeyttäminen ei aiheuta mitään hankaluutta Teille jatkohoidossa.

Tutkimuksessa esiin tulevat tiedot ovat täysin luottamuksellisia eikä kenenkään henkilöllisyyttä voida tutkimuksen tuloksia lukiessa saada selville. Tutkimusaineistoa käsittelee vain tutkimuksen toteutukseen osallistuvat henkilöt eikä tietoja luovuteta ulkopuolisille.

Tutkimus on Teille täysin vapaaehtoista ja tutkimuksesta ei koidu Teille ylimääräisiä kuluja.

Lisätietoja tutkimuksesta antavat tutkimuksen toteutuksen vastuhenkilö:  
fysioterapian osastonhoitaja xxxxxxxxxx

Tutkimuksen vastuulääkärinä toimii xxxxxxxxxx

KIITOKSET JO ETUKÄTEEN OSALLISTUMISESTANNE TUTKIMUKSEEN