

KUNTOUTUKSEEN SITOUTUMISEN KEHITTÄMINEN TE- KONIVELLEIKKAUKSEN JÄLKEEN

Pauliina Buchert
Elina Visuri

Opinnäytetyö

Terveyspalveluiden johtaminen ja kehittäminen
Sairaanhoitaja YAMK, Fysioterapeutti YAMK

2024

Terveyspalveluiden johtaminen ja kehittäminen

Sairaanhoitaja YAMK / Fysioterapeutti YAMK

Tekijät	Pauliina Buchert ja Elina Visuri	Vuosi	2024
Ohjaaja	Tuulikki Keskitalo		
Toimeksiantaja	Yksityinen terveydenhuoltoalan yritys		
Työn nimi	Kuntoutukseen sitoutumisen kehittäminen tekonivelleikkauksen jälkeen		
Sivumäärä	56 + 3		

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka sitoutuneita asiakkaat olivat tekonivelleikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen yksityisen terveydenhuoltoalan yrityksessä. Tavoitteena oli selvittää asiakaskyselyn avulla, mitkä tekijät lisäsivät kuntoutukseen sitoutumista ja mitkä heikensivät sitä. Lisäksi selvitettiin, miten kuntoutusprosessia voitaisiin kehittää, jotta kuntoutus olisi tehokkaampaa. Opinnäytetyössä haimme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin: Kuinka hyvin asiakas on sitoutunut kuntoutukseen? Mitkä asiat lisäävät kuntoutukseen sitoutumista? Mitkä asiat heikentävät kuntoutukseen sitoutumista? Miten kuntoutusprosessia voidaan kehittää, jotta se tukee kuntoutukseen sitoutumista?

Työn tietoperustassa paneuduttiin tekonivelleikkauksen kuntoutuksen sisältöön sekä hoitoon ja kuntoutumisen sitoutumiseen. Tutkimus toteutettiin hyödyntäen sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä, painottaen laadullista tutkimuksen osaa. Aineisto kerättiin anonyymilla sähköisellä asiakaskyselyllä. Kysely lähetettiin työkäisille 30–69-vuotiaille asiakkaille, joille oli vuonna 2023 tehty pääkaupunkiseudun toimipisteessä polven- tai lonkan tekonivelleikkaus. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Kehittämistyön tulosten perusteella kuntoutujat olivat suurimmaksi osaksi hyvin sitoutuneita tekonivelleikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen. Sitoutumista lisäsi motivaatio fyysisen toimintakyvyn paranemisesta sekä normaaliin arkeen paluu. Sitoutumista heikentävät tekijät liittyivät kuntoutusprosessiin, fyysisen toimintakyvyn ongelmiin sekä ympäristötekijöihin. Tutkimustulosten mukaan kuntoutusprosessissa on kehitettävää. Kuntoutusprosessiin toivottiin enemmän fysioterapeutin seurantavastaanottoja, monipuolisempia kuntoutusohjeita sekä kannustavaa ja motivoivaa tukea. Työn tilaaja voi hyödyntää tutkimustuloksia kehittäessään tekonivelleikkauksen kuntoutusprosessia.

Avainsanat hoitoon sitoutuminen, tekonivelleikkaus, artroosi, kuntoutus, asiakaslähtöisyys, kehittäminen

Master's Programme in Leadership and Development of Health Care Services
Master of Health Care

Authors	Pauliina Buchert, Elina Visuri	Year	2024
Supervisor	Tuulikki Keskitalo		
Commissioned by	A private healthcare company		
Title	Enhancing commitment to rehabilitation treatment in clients after joint replacement surgery		
Number of pages	56 + 3		

The purpose of the thesis was to find out how committed the clients were to rehabilitation after joint replacement surgery in a private healthcare company. The goal was to find out with the help of a customer survey which factors increased commitment to rehabilitation, and which weakened it. In addition, the rehabilitation process was examined, along with ways to improve it to make rehabilitation more effective. In this thesis, answers were sought to the following research questions: How well is a client committed to rehabilitation? What factors increase commitment to rehabilitation? How can the rehabilitation process be developed so that it would support commitment to rehabilitation?

The database for this study focused on the contents of rehabilitation after a joint re-placement surgery, as well as the treatment process, and the commitment to rehabilitation. The research was carried out using both qualitative and quantitative research methods, emphasizing the qualitative part of the research. The data was collected using an anonymous electronic customer survey. The survey was sent to working age clients aged 30-69 who had had a knee or hip replacement surgery in 2023 in Helsinki region, in Finland. The data was analyzed using content analysis.

Based on the results of the thesis, the rehabilitees were for the most part very committed to rehabilitation after their joint replacement surgery. Commitment to rehabilitation appeared to increase with the motivation to improve physical functional capacity and return to normal everyday life. Factors that weakened the commitment were related to the rehabilitation process, problems with physical functional capacity, and factors related to the environment. According to the research results, there is still room for improvement in the rehabilitation process after a joint replacement surgery. In the rehabilitation process, there was a desire for more follow-up sessions with a physiotherapist, more diverse rehabilitation instructions, and encouraging, motivational support. The research results of this study can be potentially beneficial for the commissioner when developing the rehabilitation process of joint replacement surgery clients.

Keywords commitment to treatment, joint replacement, arthrosis, rehabilitation, customer service, development

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	HOITON JA KUNTOUTUKSEEN SITOUTUMINEN	8
2.1	Hoitoon sitoutuminen	8
2.2	Hoitoon sitoutumista lisäävät tekijät	9
2.3	Hoitoon sitoutumista heikentävät tekijät	11
2.4	Kuntoutusprosessiin sitoutuminen	11
3	TEKONIVELKIRURGIA JA SEN KUNTOUTUS	15
3.1	Artroosin hoito	15
3.2	Tekonivelkirurgia	16
3.3	Tekonivelleikkauksen preoperatiivinen kuntoutus	17
3.4	Tekonivelleikkauksen postoperatiivinen kuntoutus	18
3.5	Kuntoutusprosessi yksityisen terveydenhuollon organisaatiossa	21
4	TARKOITUS, TAVOITTEET JA KYSYMYKSEN ASETTELU	23
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
5.1	Menetelmällinen toteutus	24
5.2	Tutkimuksen kohderyhmä	25
5.3	Aineiston keruu	25
5.4	Aineiston analysointi	26
6	TUTKIMUSTULOKSET	30
6.1	Asiakkaan sitoutuminen kuntoutukseen	31
6.2	Kuntoutukseen sitoutumista lisäävät tekijät	33
6.2.1	Fyysisen toimintakyvyn paraneminen	33
6.2.2	Arkeen palaaminen	34
6.3	Kuntoutukseen sitoutumista heikentävät tekijät	35
6.3.1	Kuntoutusprosessi	35
6.3.2	Fyysisen toimintakyvyn ongelmat	36
6.3.3	Ympäristötekijät	36
6.4	Kuntoutusprosessin kehittäminen	37
7	POHDINTA	40

7.1	Tulosten tarkastelu	40
7.2	Tutkimuksen eettisyys	46
7.3	Tutkimuksen luotettavuus	47
7.4	Jatkotutkimusaiheita	49
LÄHTEET		50
LIITTEET:		57

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvun hillitseminen on tärkeää (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023) ja keinoja tähän on hyvä pohtia laaja-alaisesti. Yhtenä vaikuttavana tekijänä on asiakkaan hoitoon sitoutuminen. Hoitoon sitoutumisella tarkoitetaan tilannetta, jossa potilaan ja ammattilaisen välille muodostuu kumppanuus. Hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä, ja asiakas toimii aktiivisena osallistujana hoitoa suunniteltaessa. (World Health Organisation 2003, 4–5.) Hoitoon sitoutuminen vaikuttaa terveydenhuollossa hoidon vaikuttavuuteen, vähentää sairastumisia sekä liitännäissairauksien syntymistä. Hoitoon sitoutumisella pystytään vaikuttamaan yksilötasolla parempaan terveyteen, toimintakykyyn sekä elämänlaatuun. Yhteiskunnan näkökulmasta katsottuna väestön terveys paranee, minkä seurauksena työssäolovuodet lisääntyvät sekä lisäksi hoidon tarve ja sairauspäivät vähenevät. (Kynäs & Hentinen 2009, 22–24.)

Kuntoutuminen on etenevä prosessi, joka on suunniteltu yhdessä asiantuntijoiden ja kuntoutujan kanssa. Kuntoutus on siirtymässä korjaavasta, toisen tekemästä kuntoutuksesta, aktiiviseen kuntoutujan itse toteuttamaan kuntoutukseen. (Autti-Rämö, Salminen, Rajavaara & Melkas 2022, 13–16.) Suomessa yleistyy kuntoutuspalveluiden sähköistyminen. Tämän avulla pyritään tuomaan palvelut lähemmäksi asiakasta sekä lisäämään sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottavuutta. (Salminen & Hiekkala 2019, 9–10.) Kuntoutukseen liittyviä muutoksia tukemalla sekä viemällä niitä eteenpäin voidaan vaikuttaa yksilön toimintakykyyn sekä terveydenhuollon kustannuksiin ja palveluiden oikea-aikaiseen käyttöön. (Autti-Rämö ym. 2022, 13–16.)

Tekonivelkirurgia on pitkälle edenneen nivelrikon hoitomuoto. Se on kallis erikoisala, mutta tästä huolimatta kustannustehokas ja elämänlaadullisesti arvioituna erittäin vaikuttava hoitokeino. Tekonivelkirurgian keskeisiksi tavoitteiksi on nousut elämänlaadun parantaminen, työ- ja toimintakyvyn säilyttäminen sekä ikäännyvän väestön omatoimisuuden ylläpitäminen. (Heliövaara 2008.) Vuonna 2022 Suomessa tehtiin yli 22 000 tekonivelleikkausta, joista yli 1800 tehtiin yksityisissä sairaaloissa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2024).

Opinnäytetyömme aihe on polven- tai lonkan tekonivelleikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen sitoutumisen kehittäminen. Opinnäytetyömme tilaaja on yksityinen terveystalveita tuottava yritys, jonka toimipisteissä eri puolella Suomea tehdään tekonivelleikkauksia. Tekonivelleikkausprosessiin kuuluu preoperatiivinen ohjaus ja postoperatiivinen kuntoutus sekä siihen ohjaus. Polven tekonivelleikkauksen jälkeen asiakkaalla on etä- tai lähivastaanotolla fysioterapiakäynti kaksi viikkoa leikkauksen jälkeen. Seuraava vastaanottokäynti on kuuden viikon kohdalla. Lonkan tekonivelleikkauksessa ensimmäinen fysioterapeutin vastaanottokäynti on kuuden viikon päästä leikkauksesta. Asiakas tekee itsenäisesti saamia kuntoutusohjeita ja tämän kuntoutusvaiheen aikana ei ole fysioterapeutista seuranta.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, kuinka sitoutuneita asiakkaat olivat tekonivelleikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen. Tavoitteena on selvittää, mitkä tekijät lisäävät tai vähentävät asiakkaan kuntoutukseen sitoutumista sekä miten kuntoutusprosessia voitaisiin kehittää. Opinnäytetyömme toteutettiin käyttämällä sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä, painottaen laadullisen tutkimuksen osaa. Aineisto on kerätty sähköisellä asiakaskyselyllä ja se on lähetetty yksityisen terveydenhuollon yrityksen sairaalassa vuonna 2023 polven- tai lonkantekonivelleikatulle asiakkaille. Tekonivelleikkauksen kustannukset ovat suuret (Heliövaara 2008), joten mitä parempaa on kuntoutukseen sitoutuminen, sitä suurempi hyöty operaatiosta on. Elämänlaadullisesti arvioituna tekonivelleikkaus on varsin hyvä hoitokeino. (Heliövaara 2008.)

2 HOITOON JA KUNTOUTUKSEEN SITOUTUMINEN

2.1 Hoitoon sitoutuminen

Sitoutuminen on käsitteenä laajempi kuin motivaatio ja sen avulla voidaan tarkastella erilaisia asioita, esimerkiksi henkilön suhdetta työntekoon tai tämän opin- näytetyön tapauksessa henkilön sitoutumista suhteessa tekonivelleikkauksen jäl- keiseen kuntoutukseen (Lämsä & Hautala 2004, 92). Sanakirja kuvaa sitoutu- mista vakaumuksellisena paneutumisena johonkin asiaan (Suomisanakirja 2024).

Hoitoon sitoutuminen on terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan välisen kommunikoinnin tuloksena saatu yhteisymmärrys hoidosta sekä sen tavoitteista (Pitkälä & Savikko 2007). Hoitoon sitoutumisella, samoin kuin kuntoutukseen si- toutumisella, tarkoitetaan siis tilannetta, jossa asiakkaan ja hoitohenkilön välille muodostuu kumppanuus. Tasavertaisessa hoitosuhteessa asiakkaalle tehdään hoitosuunnitelma yhteistyössä. Hoitosuunnitelmaa tehtäessä pohditaan eri hoito- muotoja, keskustellaan asiakkaan motivaatiosta hoitoon sitoutumisessa sekä so- vitaan hoidon seurannasta. (World Health Organisation 2003, 4–5.) Asiakas toi- mii aktiivisena osallistujana hoitoa suunniteltaessa yhdessä hoitoalan ammattilai- sen kanssa. Näin ammattilainen ja asiakas ottavat yhdessä vastuun hoitopäätök- sistä ja hoidon onnistumisesta. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 2352–2353.)

Hoitoon sitoutumisella on varsin suuri vaikutus niin asiakkaan hyvinvoinnin, kuin terveydenhuollon resurssien käytön kannalta. Sitoutumisen tukemista vahvista- vat toimet, kuten moniammatillinen, ympäristön ja perheen tuki, voivat vaikuttaa kansanterveyteen huomattavasti. On kuitenkin hyväksyttävä, että viime kädessä asiakas itse tekee päätöksen kuntoutuksen toteuttamisesta ja siihen sitoutumi- sesta. Luottamuksella terveydenhuoltoa kohtaan, sen rakentamisella ja kuulluksi tulemisen kokemuksella voi olla positiivinen merkitys hoitoon sitoutumisen kan- nalta ja vahvistaa tätä. (Pitkälä & Savikko 2007; Huupponen & Strandberg 2020.)

Asiakkaan saamat hyödyt hoitoon sitoutumisessa ovat parempi terveys, toimintakyky ja tätä kautta parantunut elämänlaatu. Terveystason parantamisessa hoitoon sitoutuminen vaikuttaa suuresti hoidon vaikuttavuuteen, vähentää sairastumisia sekä liitännäissairauksien syntymistä. Asiakkaan hoitoon sitoutumisen hyödyt yhteiskunnan näkökulmasta tarkasteltuina ovat terveystason paraneminen, työssä-olovuosien lisääntyminen sekä säästöt hoidon tarpeen ja sairauspäivien vähe-
tessä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 22–24.)

2.2 Hoitoon sitoutumista lisäävät tekijät

Hoitoon sitoutumiseen motivoivasti vaikuttavat tekijät ovat monisyisiä. Hirsikangas (2021) on tutkinut hoitoon sitoutumista, tarkoituksenaan kuvata terveystasoa ja palveluita paljon käyttävien asiakkaiden hoitoon sitoutumista ja tätä edistäviä tekijöitä. Hirsikangas (2021) totesi tutkimuksessaan, että esimerkiksi vastuullisuus omasta hoidosta ja sen toteuttaminen, toimiva palveluohjaus ja hyvä elämänlaatu sekä toimintakyky edistävät hoitoon sitoutumista. Kuulluksi tuleminen ja kokemus ammattilaisen tuesta voivat myös auttaa parempaan hoitoon sitoutumiseen (Pitkälä & Savikko 2007).

Kuntoutujan oma motivaatio kuntoutusprosessissa on tärkeä tekijä sille, että kuntoutuksen tavoitteet toteutuvat. Näin voidaan ajatella, että motivaation rakentaminen on tärkeä osa kokonaisvaltaista kuntoutusta ja sen sisältöä. Motivaatioon vaikuttavat muun muassa asiakkaiden erilaiset elämäntilanteet, ikä ja psyykkiset voimavarat. Lisäksi on tutkittu, että vanhemmat kuntoutujat ovat nuorempia motivoituneempia kuntoutumaan. (Autti-Rämö 2021 & Heinijoki ym. 2022.)

Sovittuihin tavoitteisiin pääsy ja näin oman kyvykkyyden kokemuksellisuus ovat motivoivia tekijöitä niin hoitoon kuin kuntoutukseenkin sitoutumisessa. Tavoitteiden saavuttaminen lisää motivaatiota ja asiakas saa positiivisia kokemuksia siitä, että on pystyvä sekä kykenevä ja voi itse vaikuttaa hyvän lopputuloksen syntyyn. Tutkimuksessa on tullut esiin vertaistuen positiivinen vaikutus kuntoutuksessa. Omaisten tuen lisäksi ryhmämuotoinen toiminta, josta saa vertaistukea, on koettu tärkeäksi tekijäksi kuntoutusprosessissa. (Heinijoki ym. 2022.) Nivelrikkoa sairastaessa korkea minäpystyvyys on yhteydessä kokemukseen paremmasta terveydentilasta (Cross, March, Lapsley, Byrne & Brooks 2006). Tekonivelleikkauksen

jälkeen korkea minäpystyvyys ennakoi hyvää tilannetta asiakkaan toimintakyvyn ja kipujen osalta (Hawker 2006). Lisäksi kuntoutumisen onnistumista edistää asiakkaan luottamus itsensä lisäksi muiden terveydenhuoltoalan ammattilaisten hallintakykyyn (Cross ym. 2006).

Fysioterapeuttien ja asiakkaiden välisestä terapiasuhteen vaikutuksesta kuntoutukseen on hieman tutkittua tietoa. Hall, Ferreira, Ferreira, Maher ja Latimer (2010) tutkivat systemaattisessa katsauksessaan tuki- ja liikuntaelinoireisten asiakkaiden fysioterapiasuhteen vaikutusta paranemisprosessiin. Tutkimuksessa todettiin positiivisia assosiaatioita hyvän yhteistyön asiakkaiden ja fysioterapeuttien kanssa. Tämä näyttäisi yhdistyvän positiivisesti muun muassa kipuun, fyysisen toimintakykyyn, asiakastyytyväisyytenä hoitoon sekä mielenterveyteen. Tutkimuksessa todettiin, että vielä tarvitaan uusia mittareita ja tutkimuksia, jotta vuorovaikutusta asiakkaan ja ammattilaisen välillä voidaan tutkia lisää. (Hall ym. 2010.) Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että fysioterapeutin ja asiakkaan vuorovaikutuksella voi olla myönteistä vaikutusta hoitotuloksiin (Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold 2012).

Kvalitatiivisessa systemaattisessa katsauksessa O’Keeffe ym. (2016) tutkivat asiakkaiden ja fysioterapeuttien välisiä tekijöitä, jotka vaikuttivat heidän väliseen vuorovaikutukseensa. Tutkimuksessa löydettiin neljä teemaa, joiden katsottiin vaikuttavan asiakkaan ja fysioterapeutin vuorovaikutukseen. Ensimmäisenä on fysioterapeutin ihmissuhde- ja viestintätaidot, mikä pitää sisällään ystävällisyyden, empaattisuuden, kuuntelun, asiakkaan rohkaisun, itseluottamuksen sekä sanattoman kommunikaation. Toisena on fysioterapeutin käytännön taidot, mikä pitää sisällään fysioterapeutin ammattitaidon sekä koulutustason. Kolmantena on yksilöllinen asiakaslähtöinen hoito, mikä pitää sisällään myös asiakkaan mielipiteiden huomioimisen kuntoutuksessa. Viimeisenä on organisaatio- ja ympäristötekijät, joka pitää vastaanottojen joustavuuden. Tutkimuksessa todettiin, että tarvitaan lisää tutkimuksia vuorovaikutukseen vaikuttavista tekijöistä. Edellä mainittujen asioiden huomioiminen voi kuitenkin parantaa asiakkaan hoitotuloksia. (O’Keeffe ym. 2016.)

2.3 Hoitoon sitoutumista heikentävät tekijät

Hoitoon ja kuntoutumiseen sitoutumiseen voidaan vaikuttaa tukevasti tai heikentävästi. Asiakkaan kuntoutusta voidaan edistää digitaalisella kuntoutuksella tuki- ja liikuntaelämistön sairauksissa keskipitkän seurannan aikana (Zhang ym. 2022). Hoitoon sitoutumiseen heikentävästi vaikuttavat tekijät voidaan jakaa sisäisten ja ulkoisten tekijöiden osa-alueisiin. Sisäisiä tekijöitä ovat muun muassa kognitiiviset tekijät, elämänasenteet, persoonallisuustekijät, uskomukset ja pelot. Ulkoisia tekijöitä on niin terveydenhuoltojärjestelmään kuin sairauteen ja oireisiin liittyvät tekijät, sekä hoidosta saatava koettu hyöty vastaan haitta. Sosiaalisen verkoston tuki sekä ammattihenkilöihin liittyvät tekijät ovat myös ulkoisia tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen heikentävästi. Esimerkiksi asiakkaan syyllistäminen heikentää potilaan hoitoon sitoutumista ja vaikuttaa kielteisesti hoidon hyötyihin sekä terveydenhuollon kustannuksiin. (World Health Organisation 2003, 30; Routsalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 2353.)

Hoitoon sitoutumista on tutkittu terveydenhuollossa eri näkökulmista. Adams ym. (2019) ovat tutkineet kroonisesti sairaiden hoitoon sitoutumisesta ja hoito-ohjeiden noudattamisesta ja todennut, että vaikka hoitoon sitoutuminen on erityisen tärkeää kroonisten sairauksien hoidossa, oli vain 55,5 prosenttia sitoutuneita hoitoon. Syitä sitoutumattomuuteen oli muun muassa huonosti vastaanotettu hoitoinformaatio, unohtaminen ja peruselämän laatu. Hirsikangas (2021) taas totesi tutkimuksessaan, että sairauden pelko voi heikentää hoitoon sitoutumista. (Adams ym. 2019 & Hirsikangas 2021.)

2.4 Kuntoutusprosessiin sitoutuminen

Kuntoutuminen on etenevä prosessi, joka on suunniteltu yhdessä asiantuntijoiden ja asiakkaan kanssa. Kuntoutuksessa on siirrytty korjaavasta, toisen tekevästä kuntoutuksesta, aktiiviseen asiantuntijan tukemaan kuntoutukseen. (Autti-Rämö ym. 2022, 13–16.) Kuntoutuksessa tavoitteena on edistää kokonaisvaltaisesti yksilön toimintakykyä, mikä sisältää arjessa selviytymistä niin työssä, opiskeluissa kuin vapaa-ajalla. Kuntoutusprosessi on suunniteltua toimintaa, jossa kuntoutuja ylläpitää tai edistää omaa toimintakykyään ammattilaisen tukemana.

Kuntoutusprosessissa on keskeistä tukea kuntoutujan aktiivisuutta ja osallistumista sekä muokata toimintaympäristöä kuntoutumista tukevaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2024.) Kuntoutusprosessin onnistumiseen vaikuttaa monet eri tekijät, jotka on huomioitava, jotta kuntoutus onnistuu ja on tehokasta.

Kuntoutusprosessin kehittäminen on tärkeää, sillä uusia tutkimuksia kuntoutuksen hyödyistä sekä sisällöstä tulee jatkuvasti. Näiden pohjalta kuntoutusprosessi tulee muuttua, jotta kuntoutus perustuu tutkittuun tietoon ja on näin ollen tehokasta kuntoutujan sekä yhteiskunnan näkökulmasta. Kehittämisellä tarkoitetaan jonkin asian muuttamista johonkin suuntaan. Yleensä kehittämisessä pyritään muuttamaan jotakin asiaa paremmaksi. Tutkimus- ja kehittämistoiminnalla tarkoitetaan järjestelmällistä toimintaa, jolla lisätään tietoa sekä käytetään sitä toiminnan muuttamiseen tai uusien toimintojen löytämiseksi (Tilastokeskus 2024).

Suomessa yleistyy kuntoutuspalveluiden sähköistyminen, joiden avulla pyritään tuomaan palvelut lähemmäksi asiakasta sekä kasvattamaan sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottavuutta (Salminen & Hiekkala 2019, 9–10). Kuntoutukseen liittyviä muutoksia tukemalla voidaan vaikuttaa yksilön toimintakykyyn, terveydenhuollon kustannuksiin ja palveluiden oikea-aikaiseen käyttöön (Autti-Rämö ym. 2022, 13–16).

Fysioterapeuttiseen kuntoutukseen sitoutumista ja siihen liittyviä ongelmia on tutkittu jonkin verran. Bassetin (2003) tutkimuksen mukaan huono sitoutuminen fysioterapiaan on ongelma, sillä jopa 65 prosenttia asiakkaista ei noudata kotikuntoutusohjeita lainkaan tai vain osittain, ja noin 10 prosenttia asiakkaista ei käy suositeltua fysioterapiajaksoa loppuun. Kotona suoritettavien kuntoutusohjeiden toimivuus riippuu siitä, toteutetaanko saatuja ohjeita vai ei. (Bassett 2003). Tekijöiden, joiden on havaittu edistävän kotona suoritettavien kuntoutusohjeiden noudattamista, ovat fysioterapeutilta saatu intensiivinen sosiaalinen tuki ja ohjaus (Bachmann, Oesch & Bachmann 2018).

Kuntoutuksen onnistumiseen vaikuttaa monet eri tekijät. Potilaan kuntoutuksen sitoutumista tulee edistää, jotta päästään mahdollisimman hyvään lopputulok-

seen. Leikkauksen jälkeen on myös tärkeää pitää asiakkaan motivaatiota liikuntaan yllä. Kuntoutuksessa haasteena on saada asiakkaat sitoutumaan kuntoutukseen, jotta nähdään, onko se vaikuttavaa. Kotona tehtäviin kuntoutusohjeiden tekemiseen sitoutumista edisti sosiaalinen tuki, fysioterapeutin ohjaus, alhainen harjoitusten määrä (alle 4), korkea motivaatio sekä psyykinen terveys. (Bachmann, Oesch & Bachmann 2018.)

Kuntoutuksen onnistumista voidaan lisätä tunnistamalla potilaiden tapoja toimia. Yksilön toimintatapojen tunnistaminen auttaa siihen, että voimme kohdentaa oikeantyyppistä ohjantaa potilaalle. Tutkimuksessaan Knaapi-Junnila, Jäppinen, Välimaa ja Piirainen (2015) käsittelivät lonkan tekonivelleikkauksen käyneitä potilaita ja heidän toimintaansa ja identiteettiinsä liittyviä tunteita. Tutkimuksen analyysin tuotoksena tunnistettiin neljä narratiivista, tarinamallia, jotka ovat: kuntoutumisen oikeus, autonominen kuntoutuminen, kuntoutumisen turvattomuus ja luottavainen kuntoutuminen. (Knaapi-Junnila ym. 2015.)

Kuntoutumisen oikeus- tarinamalli, kertoo pitkästä taistelusta omien oikeuksien puolesta. Ennen leikkausta nousevat teemat ovat luottamuspula terveydenhuoltoon, pyrkimys pärjätä itsekseen sekä asiakkaan kokemat epävarmuuden ja pelon tuntemukset. Leikkauksen jälkeen tuntemukset vaihtuvat helpotuksen, tyytyväisyyden sekä kiitollisuuden tunteiksi. Tässä tarinamallissa keskeistä on sairaalavaiheessa tapahtuva käänne parempaan. (Knaapi-Junnila ym. 2015.)

Autonominen kuntoutumisen- tarinamallissa kuntoutujat ovat osaavia, määrätietoisia sekä luottavat omaan kykyihinsä. Vastoinkäymiset ovat voitettavia haasteita. Sairaalassa olemisen aikana autonominen toiminta vähenee ja kuntoutujat siirtyvät toteuttajien rooliin. Kotiutuksen myötä omatoimisuus lisääntyy ja kuntoutuksen jälkeen asiakkaat ovat valmiita uusiin haasteisiin. Keskeistä on siis kaksi käännettä: sairaalavaiheessa tapahtuva käänne huonompaan ja kotiutuessa käänne parempaan. (Knaapi-Junnila ym. 2015.)

Kuntoutumisen turvattomuus- tarinamallissa keskeisiä teemoja ovat kuntoutujan pyrkimys taistella nivelrikkoa vastaan, sekä asiakkaan kokemat pelon ja epävarmuuden tuntemukset kuntoutumisesta. Leikkauksen jälkeen keskeisiä teemoja ovat kiitollisuus läheisten tuesta sekä vaatavuus itseä kohtaan. Tässä mallissa

keskeistä on se, että se jatkuu samansuuntaisena koko prosessin ajan. (Knaapi-Junnila ym. 2015.)

Viimeisen tarinamallin, luottavaisen kuntoutumisen, keskeinen teema on ennen leikkausta luottamuksen säilyttäminen elämän muutoksissa. Asiakas ymmärtää kehon muuttumisen, luottaa toisten apuun sekä ei syyllistä itseään nivelrikkoon sairastumisesta. Leikkauksen jälkeen keskeiset teemat ovat terveydenhuollon ihaileminen, kuntoutukseen panostaminen (riittävän haastavien kuntoutusliikkeiden toteuttaminen) sekä luottamus tulevaisuuteen. Luottavaisen kuntoutumisen mallissa on keskeistä se, että se jatkuu samansuuntaisena koko prosessin ajan. (Knaapi-Junnila ym. 2015.)

Kaikissa tarinamalleissa keskeisinä seikkoina nousi esille vuorovaikutus terveydenhuollon ammattilaisen kanssa, asiakkaan halukkuus toimia aktiivisena toimijana kuntoutuksessa sekä vaikeus saada tukea ja tietoa kuntoutukseen. Luottamus, tai sen puute, nousi esille tutkimustuloksissa. Luottamuksen puutetta esimerkiksi omaa kehoa kohtaan nivelrikon edetessä sekä terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuteen. Luottamusta kuntoutusprosessiin lisäsi terveydenhuoltojärjestelmä, joka suoriutui hyvin tehtävistään, kuten hoitoon pääsystä aikataulun mukaan sekä vähäisillä kustannuksilla hyvän hoidon saaminen. Lisäksi luottamusta lisäsi terveydenhuoltoalan ammattilaisen asiantuntijuus sekä vuorovaikutus. (Knaapi-Junnila ym. 2015.) Terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutustaidoilla on merkittävä vaikutus asiakkaan hoitoon sitoutumiseen sekä hoitotuloksiin (World Health Organisation 2003). Terveydenhuollon organisaatioiden sekä ammattilaisien tärkeä taito on sopeuttaa viestintää sen sisällön sekä ajoituksen osalta huomioiden kuntoutujien erilaiset vuorovaikutustapeetit, kuten tarinamalleissa korostuu. (Knaapi-Junnila ym. 2015.)

3 TEKONIVELKIRURGIA JA SEN KUNTOUTUS

Tekonivelleikkauksia toteutetaan Suomessa useammassa yksityisen terveydenhuollon organisaation sairaalassa. Esimerkiksi Pihlajalinna, Orton, Terveystalo ja Mehiläinen toteuttavat sairaaloissaan lonkan- ja polven tekonivelleikkauksia (Pihlajalinna 2024; Orton 2024; Terveystalo 2024 & Mehiläinen 2024). Useimmissa yksityisissä sairaaloissa operoidaan myös julkisen terveydenhuollon palveluseteli-asiakkaita itse maksavien asiakkaiden lisäksi. Muun muassa Orton toteuttaa tekonivelleikkauksia HUS:n palveluseteli-asiakkaille, samoin kuin Tampereen Tekonivelsairaala Coxa sekä Terveystalo. (Orton 2024, Tekonivelsairaala Coxa 2024 & Terveystalo 2024.)

3.1 Artroosin hoito

Nivelsairauksista artroosi, eli nivelrikko, on maailman yleisin. Tyypillisimmin sitä esiintyy lonkissa, polvissa, sorminivelissä sekä selkänikamien välisissä nivelissä (Pohjolainen 2021). On tutkittu, että nivelrikko johtaa vuosittain yli 600 000 lääkäri- ja sairaalokäyntiä ja kroonisista sairauksista vain verenpainetauti, selkäsairaudet sekä psyykkiset sairaudet ovat lääkäriresursseja enemmän kuormittavia (Heliövaara 2008, 1869–1874).

Nivelrikossa tyypillisesti vaurioituu nivelen rustopinta ja nivelrusto häviää osittain nivelpinnoilta. Nivelrikko etenee yksilöllisesti, mutta yleensä hitaasti vuosien mitaan. Sairauden perimmäinen syy ei ole tiedossa. (Pohjolainen 2021.) Iän myötä nivelrikko yleistyy niin, että jopa 20–40 prosentilla yli 75 vuotiaista esiintyy polven nivelrikkoa. Lonkassa taas nivelrikkoa esiintyy 10–15 prosentilla yli 55-vuotiaista. (Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2011.) Altistavia tekijöitä ovat muun muassa perimä, ikääntyminen ja ylipaino. Oireena on liikkuessa paheneva ja levätessä lievittyvä jomottava kipu. Edetessään nivelrikon kivut voimistuvat, kipu voi olla jatkuvaa ja jatkuessaan kroonistua. Hoito aloitetaan ensisijaisesti itsehoitona, mikä tarkoittaa esimerkiksi laihtumista, paikallista kylmähoitoa, kipulääkitystä ja fysioterapiaa. Fysioterapeutin ohjaamalla harjoittelulla pyritään lisäämään lihaskuntoa ja näin lieventää nivelrikon oireita. Konservatiivinen hoito tarkoittaa siis laihtuttamista, lääkehoitoa ja liikunnan lisäämistä. (Pohjolainen 2021.)

3.2 Tekonivelkirurgia

Tekonivelkirurgia tarkoittaa lonkan, polven ja pienempien nivelien tekonivelleikkauksia (HUS 2024). Tekonivelleikkauksessa vaurioituneet rustot poistetaan nivelestä ja korvataan keinotekoisesta materiaalista valmistetulla keidonivelellä. Tekonivel kiinnitetään, riippuen asiakkaan luun laadusta, joko luusementillä tai ilman sitä. Ihmisen oma luu kasvaa tekonivelen ympärille ja tukevoittaa tämän. Leikkauksen kesto on arviolta 1–2 tuntia. Tekonivelten laatu on varsin kestävä, ja on arvioitu, että esimerkiksi noin 95 prosenttia polvien tekonivelistä toimii normaalisti vielä kymmenen vuoden kuluttua leikkauksesta. (Terveyskylä 2024.) Tekonivelkirurgian keskeiset tavoitteet ovat kivun lievittämisen ja elämänlaadun parantamisen lisäksi toimintakyvyn, omatoimisuuden sekä työkyvyn säilyttäminen ja ylläpitäminen (Heliövaara 2008).

Naal ym. (2015) ovat tutkineet lonkan- ja polventekonivelleikkattujen potilaiden toimintakykyä sekä tyytyväisyyttä operaatioon. Tutkimuksessa todettiin, että lonkan tekonivelpotilaat paranivat nopeammin kuin polvipotilaat. Molemmissa ryhmissä tyytyväisyyttä ja toimintakykyä alensivat liitännäissairaudet. Potilaiden tyytyväisyys lisääntyi ajan myötä molemmissa ryhmissä. Vuoden jälkeen operaatiosta yli 90 prosenttia asiakkaista on tyytyväisiä leikkaustulokseen. (Naal, Impellizzeri, Lenze, Wellauer, Eisenhart-Rothe & Leunig 2015.)

Tekonivelkirurgian kustannukset ovat suuret, mutta tästä huolimatta se on kustannustehokas ja elämänlaatumittarilla arvioituna varsin hyvä hoitokeino. Työkyvyttömyyseläkkeistä kuusi prosenttia on myönnetty nivelrikon perusteella ja sairautena nivelrikko on kansanterveysongelma, jolla on arviolta jopa lähes miljardin euron vuosittaiset menetykset. (Heliövaara 2008.)

Vuonna 2022 Suomessa tehtiin yli 22 000 tekonivelleikkausta, joista yli 1800 tehtiin yksityisissä sairaaloissa. Vuodessa yksityisellä sektorilla kasvoi tekonivelleikkattujen asiakkaiden määrä 4,1 prosenttiyksikköä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2024.) Yksityisen terveydenhuoltoalan yrityksen, tämän opinnäytetyön tilaajan, osuus yksityisten sairaaloiden toteuttamista tekonivelleikkauksista vuonna 2022 oli 451 kappaletta. Vuonna 2023 45 prosenttia tekonivelleikkaukseen tulevista asiakkaista oli vakuutuspuolelta tai itse maksava, kun taas

55 prosenttia tuli hoitoon julkiselta puolelta saadulla palvelusetelillä. (Yksityisen terveydenhuoltoalan yritys 2024.)

3.3 Tekonivelleikkauksen preoperatiivinen kuntoutus

Tekonivelleikkauksessa potilaat saavat yleensä kuntoutusta ennen operaatiota sekä operaation jälkeen. Ennen leikkausta tehtävällä preoperatiivisella kuntoutuksella on tutkimuksissa löydetty jonkinlaisia myönteisiä vaikutuksia leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen. Wang, Lee, Zhang, Moodie, Cheng ja Martin (2016) tutkimuksessa todettiin, että preoperatiivisella kuntoutuksella oli kipua alentavaa vaikutusta neljän viikon kohdalla leikkauksesta. Lisäksi kahdentoista viikon kohdalla preoperatiivisesti kuntoutuneet kävelivät nopeammin portaissa sekä pystyivät paremmin istumaan tuolilla. Tulokset olivat samanlaisia polven- ja lonkan tekonivelleikatuilla. (Wang ym. 2016.)

Fernandes ym. (2017) selvittivät tutkimuksessaan, että saadaanko preoperatiivisella kahdeksan viikon neuromuskulaarisella harjoittelulla hyötyä polven tai lonkan tekonivelleikkauksen kuntoutukseen sekä kustannuksiin. Sekä Fernandes ym. (2017) että Wang ym. (2016) tutkimuksissaan totesivat, että preoperatiivisen harjoittelun hyöty on se, että postoperatiivinen kuntoutus voidaan aloittaa aikaisemmin. Preoperatiivisella kuntoutuksella vaikutukset jäävät kuitenkin vähäisiksi ja lyhytaikaisiksi. (Fernandes ym. 2017; Wang ym. 2016.)

Meta-analyysissä tutkittiin polven preoperatiivisen kuntoutuksen vaikutuksesta leikkauksen jälkeiseen toimintakykyyn sekä koettuun kipuun. Leikkausta edeltävä kuntoutus voisi lyhentää merkittävästi sairaalassaoloaikaa, kun taas leikkauksen jälkeisten toimintojen paranemisesta ei ole olemassa vakuuttavaa näyttöä. (Wanying Zhou, Qiu, & Wu 2022.) Preoperatiivinen kuntoutus kuuluu tekonivelleikkauksen prosessiin, mutta tutkimuksissa ei ole saatu selvyttä, mitä sen tulisi sisältää. Tulokset eivät näytä, että preoperatiivisella kuntoutuksella saataisiin merkittäviä tuloksia kuntoutukseen. (Wang ym. 2016; Wanying ym. 2022.)

3.4 Tekonivelleikkauksen postoperatiivinen kuntoutus

Tekonivelleikkauksen jälkeisestä kuntoutusta on tutkittu, mutta haasteena on ollut löytää selkeitä tuloksia mitä kuntoutuksen tulisi sisältää. Bandholm, Wainwright & Khlet (2018) totesivat tutkimuksessaan liikuntapohjaisen kuntoutuksen olevan parempi kuin ei kuntoutusta ollenkaan tai minimaalinen kuntoutus. Lisätutkimusta tarvitaan siihen, mitkä tekijät ovat riskitekijöitä hitaaseen tai heikentyneeseen kuntoutukseen. (Bandholm, Wainwright & Khlet 2018.)

Polven ja lonkan tekonivelleikkauksissa ja kuntoutuksissa on paljon samanlaisia piirteitä. Monissa tutkimuksissa tutkimusaineisto koostuu molemmista asiakasryhmistä. Naal ym. (2015) tutkivat polven ja lonkan tekonivelleikkauksen kuntoutuksen edistymistä ja vertasi näitä toisiinsa. Tutkimuksessa todettiin, että asiakkaat, joille oli tehty lonkan tekonivelleikkaus, paranivat nopeammin sekä saivat paremmat toimintakykypisteet kuin polven tekonivelleikatut. Liitännäissairaudet vaikuttivat alentavasti molemmissa ryhmissä. Leikkaustyytyväisyys oli korkeampaa lonkan tekonivelleikatulla asiakkailla. (Naal, ym. 2015.)

Mieronkosken ym. (2021) tutkimuksessa asiakkaat itsearvioivat oman fyysisen toimintakykynsä neljä viikkoa polven tekonivelleikkauksen jälkeen. Asiakkaat olivat saaneet ohjausta ennen leikkausta, sekä kuntoutusohjeet leikkauksen jälkeen. Asiakkaat kokivat oman toimintakykynsä kohtalaiseksi. Arkitoiminnat sekä polveen liittyvät kivut olivat vähäisiä, mutta haasteita oli vielä urheiluun ja vapaa-aikaan liittyvässä toimintakyvyssä. Tutkimuksessa nostettiin esille, että on tärkeää saada selville asiakkaiden haasteet ajoissa, jotta heitä voidaan tukea haasteita ja pyrkiä löytämään niihin ratkaisuja. (Mieronkoski, Stolt, Suhonen & Tevasaari 2021.)

Kahdessa tutkimuksessa selvitettiin, saadaanko kuntoutukseen hyötyä varhaisesta mobilisoinnista. Näissä tutkimuksissa todettiin, että varhainen, alle 24 tuntia leikkauksesta, mobilisaatio lonkan tai polven tekonivelleikkauksen jälkeen voi lyhentää sairaalassa olemista n. 1,8 päivällä (Guerra, Singh & Taylor, 2015). Nivelleikkauksessa kuntoutuksen aloittaminen leikkauspäivänä voi nopeuttaa leikkauksen jälkeistä toipumista (Haas, ym. 2016). Varhaisen mobilisoinnin hyötyjä

ovat muun muassa paremmat liikeradat sekä lihasvoimat ja parantunut elämänlaatu. Tutkimuksessa ei raportoitu haittavaikutuksia. (Guerra ym. 2015.) Lisäksi hyötyjä saatiin yhteiskuntatasolla muun muassa kustannusten pienenemisestä sekä asiakasvirran lisäämisestä, sillä asiakkaat kotiutuvat aikaisempaa nopeammin. Varhaisen kuntoutuksen sisältö tai intensiteetti on kuitenkin vielä jokseenkin epäselvä, ajatellen kuntoutuksesta saatua hyötyä. (Haas, ym. 2016.)

Arant, Zimmerman, Bensen, Losina ja Katz (2021) totesivat tutkimuksessaan, että useat asiakkaat ilmoittivat tekonivelleikkauksen jälkeen toimintakykynsä parantuneen ja kipujen vähentyneen. Tästä huolimatta usealla asiakkaalla fyysinen aktiivisuus on vähäisempää tekonivelleikkauksen jälkeen. Tutkimuksessa nousi esille teemoja, jotka vaikuttavat asiakkaiden aktiivisuuteen. Aikaisempi liikunnallinen aktiivisuus vaikuttaa tekonivelleikkauksen jälkeisiin tavoitteisiin. Aktiivisuutta tukevia teemoja olivat: liikunnan välttämättömyys fyysiselle ja psyykkiselle terveydelle, tekonivelleikkauksen mahdollisuus toimintakyvyn palautumiselle, ystävien ja perheen tuki, liikunnan seuraaminen (muun muassa askelmäärien seuraaminen), ulkopuoliset kannustimet kuten taloudelliset palkkiot, muistutukset aktiivisuudesta ja kehu ammattilaisilta sekä lisäksi erilaisten aktiivisuusmittareiden hyödyntäminen aktiivisuuden seuraamisessa. Fyysistä aktiivisuutta vähentäviä teemoja olivat kipu ja elämää häiritsevät fyysiset rajoitukset, sekä muiden tekijöiden vaikutus liikunnan harrastamiseen. Muita liikunnan harrastamiseen vaikuttavia tekijöitä olivat muun muassa pandemia, sääolosuhteet ja liikuntapaikkojen aukiolo. (Arant ym. 2021.)

Tekonivelleikkauksen jälkeisen kuntoutuksen neljä tärkeää kategoriaa ovat Pozzin, Snyder-Mackler ja Zeni (2013) mukaan alaraajojen vahvistavat lihasvoimaharjoitukset, vesiterapia, tasapainoharjoittelu sekä ympäristö. Lihasvoimaharjoitukset pitivät sisällään progressiiviset voimaharjoitukset joko NMES (neuromusculat electrical stimulation), tärinäalustalla tehtävät harjoitteet tai ilman. Intensiivisellä toiminnallisella harjoittelulla saatiin parempia tuloksia neljän ja kuuden kuukauden kuluttua, mutta eroa ei ollut enää kahdentoista kuukauden seurannassa verrokkiryhmiin verrattuna. Lihasvoimaharjoitusten hyöty mitattiin tutkimuksissa nelipäisen reisilihaksen voimassa, TUG-testissä (kävelytesti), SCT-testissä (porraskävelytesti) sekä 6 minuutin kävelytestissä. (Pozzi ym. 2013.)

Asiakkailla, jotka osallistuivat vesiterapiaan kuudentena leikkauksen jälkeisenä päivänä, oli keskimääräistä paremmat WOMAC-pisteet kolmen, kuuden, kahdenkymmenen ja kahdenkymmenen kuukauden seurannassa, kuin niillä, jotka aloittivat ohjelman toteuttamisen vasta kaksi viikkoa tekonivelleikkauksen jälkeen. (Pozzi ym. 2013.) WOMAC-indeksiä (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis) käytetään lonkan ja polven nivelrikon tutkimuksissa. Kyselyssä on kolme osiota, joiden avulla arvioidaan fyysistä toimintakykyä, nivelen jäykkyyttä sekä kipua. (Arokoski 2012.) Erot näkyivät polven liikkuvuudessa, alaraajan lihaskireyksissä, kävelynopeudessa sekä porraskävelyssä. Vesiterapian ja kuivanmaan kuntoutuksen välillä ei ollut eroja edellä mainituissa testeissä kuuden viikon harjoittelun jälkeen. Vesiterapia on hyvä vaihtoehto tekonivelleikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen. (Pozzi ym. 2013.)

Tasapainoharjoittelulla pystyttiin vaikuttamaan parantavasti asiakkaan yhden jalan tasapainoon sekä kävelynopeuteen verrattuna verrokkiryhmiin, jotka eivät sisältäneet tasapainoharjoitteita. Ympäristössä havainnointiin miten erilaiset kuntoutuspaikat vaikuttavat kuntoutuksen tehokkuuteen. Kuntoutuksen toteuttamisella etänä fysioterapeutin toimesta saatiin samanlaisia parannuksia fyysiseen toimintakykyyn kuin lähikuntoutukseen osallistumisella. Osassa tutkimuksissa ei huomattu eroa avofysioterapiaan osallistujien sekä itsenäisen kuntoutuksen välillä. Jokaisessa kategoriassa painotettiin harjoitteiden etenemistä progressiivisesti asiakkaan kuntoutumisen mukaan. (Pozzi ym. 2013.) Yan ym. (2023) toteivat tutkimuksessaan, että hoitotapa, joka sisälsi ohjausta lihasvoiman parantamisesta, psykologisesta tuesta sekä kivunhallinnasta edistivät operatiivista toipumista paremmin verrattuna verrokkiryhmään.

Tanskassa tehtiin tutkimus, jossa tutkittiin ryhmässä toteutettavan intensiivisen kuntoutuksen vaikutusta tekonivelleikkauksen jälkeiseen paranemiseen. Ryhmäharjoittelu tapahtui 6 viikkoa leikkauksen jälkeen, kaksi kertaa viikossa kahdeksan viikon ajan. Tehostettu kuntoutus ei vähentänyt pitkäaikaista polvikipua tai aktiivisuusrajoituksia tavallista hoitoa enemmän. (Fernandes, ym. 2017.) Samanlaiseen tulokseen päätyivät myös Artz ym. (2015) tutkimuksessaan, jossa selvitettiin fysioterapiaharjoitusten tehokkuutta postoperatiivisessa kuntoutuksessa

polven tekonivelleikkauksen jälkeen. Tutkimuksessa seurattiin asiakkaiden ilmoittamaa toimintakykyä sekä polven kipua ja liikkuvuutta. Fysioterapiaharjoittelua saaneiden asiakkaiden tilanne oli parempi 3–4 kuukautta leikkauksesta. Tämän jälkeen eroa verrokkiryhmään ei enää ollut. (Artz, ym. 2015.)

3.5 Kuntoutusprosessi yksityisen terveydenhuollon organisaatiossa

Tekonivelleikkauksen jälkeinen kuntoutus toteutuu fysioterapeutin ohjein itsenäisellä kotikuntoutuksella, sekä fysioterapiajaksolla. Asiakas saa fysioterapeutilta pre- ja postoperatiivisen ohjauksen itsenäiseen kuntoutukseen, jota tulisi tehdä päivittäin. Leikkauksen jälkeen kuntoutuminen alkaa hyvin pian, joko heti leikkauksen jälkeen tai viimeistään ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Fysioterapeutin antamia harjoitteita suositellaan tehtävän säännöllisesti, sillä ne auttavat toipumisen prosessissa. Kevyitä kotiaskareita voi alkaa tekemään nopeastikin, ottaen huomioon rajoitukset, jotka lääkäri asettaa. (Yksityisen terveydenhuoltoalan yritys 2024.)

Kaksi viikkoa ennen tekonivelleikkausta asiakas tapaa fysioterapeutin preoperatiivisen ohjauksen käynnin merkeissä. Tällöin käydään läpi leikkauksen jälkeinen kuntoutus, siihen liittyvät rajoitukset sekä ohjataan apuvälineiden käyttöä. Asiakkaan toimintakykyä arvioidaan haastattelemalla: etsitään keskeiset ongelmat päivittäisissä toiminnoissa, analysoidaan kävely, operoitavan nivelen liikkuvuus ja ympäröivien lihasten voima. Ohjauksen käynnillä fysioterapeutti antaa ohjeistuksen kotiharjoitteisiin, jotka asiakas saa lisäksi puhelimensa sovellukseen. Operaatiopäivänä asiakas saa fysioterapeutilta ohjeet, joiden tavoitteena on, että asiakas ymmärtää rajoitukset eli varausluvan ja liikerajoitukset, jotka ortopedi määrää. (Yksityisen terveydenhuoltoalan yritys 2024.)

Kotiutuessa asiakas aloittaa itsenäiset harjoitteet ennen varsinaista fysioterapiajaksoa, joka toteutetaan fysioterapeutin vastaanottoina. Ohjeet asiakas saa ennen leikkausta sekä puhelimen sovelluksen kautta. Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen ensimmäinen fysioterapiakäynti toteutuu kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen ja fysioterapiajakso kestää enintään yhdeksän käyntikertaa. Polven tekonivelleikkauksen jälkeen ensimmäinen kontakti fysioterapeuttiin tapahtuu lonkan

kuntoutuksesta poiketen kaksi viikkoa leikkauksen jälkeen, joko etä- tai lähivastaanottona. Tällöin tavoitteena on varmistaa, että asiakas toteuttaa kotihoito- ja kotiharjoitteluohjeita oikein sekä riittävästi. Seuraava fysioterapeutin käynti on kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen, ja fysioterapiajakso kestää suosituksen mukaan viisi käyntikertaa. Mikäli asiakkaalla todetaan esimerkiksi huonosti liikkuva polvi, voi fysioterapia alkaa jo 2–4 viikkoa leikkauksen jälkeen. (Yksityisen terveydenhuoltoalan yritys 2024.)

4 TARKOITUS, TAVOITTEET JA KYSYMYKSEN ASETTELU

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, kuinka sitoutuneita tekonivelleikkausasiakkaat ovat kuntoutukseen. Tavoitteena on selvittää asiakaskyselyn avulla, mitkä tekijät lisäävät kuntoutukseen sitoutumista ja mitkä heikentävät sitä. Lisäksi selvitettiin, miten kuntoutusprosessia voitaisiin kehittää, jotta kuntoutus olisi tehokkaampaa. Työntilaaaja voi tutkimustulosten perusteella kehittää omaa kuntoutusprosessiaan polven tai lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen.

Tutkimuksessa etsittiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- Kuinka hyvin asiakas on sitoutunut kuntoutukseen?
- Mitkä tekijät lisäävät kuntoutukseen sitoutumista?
- Mitkä tekijät heikentävät kuntoutukseen sitoutumista?
- Miten kuntoutusprosessia voidaan kehittää, jotta se tukee kuntoutukseen sitoutumista?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Menetelmällinen toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin sekä laadullisena että määrällisenä tutkimuksena. Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen avulla on tarkoitus ymmärtää, tulkita ja selvittää tutkimuksessa ylös nousseiden löydösten syitä (Pitkäranta 2014, 27), kun taas määrällisessä tutkimuksessa tietoa tarkastellaan numeerisesti (Vilka 2007, 14). Monet laadulliset tutkimusmenetelmät nojautuvat fenomenologiaan, jossa pyritään selvittämään, miten yksilö kokee elämäänsä ilmiötä (Juuti & Puusa 2020). Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkimuskysymyksiä syvällisemmin ja siinä pyritään enemmän kuvaamaan aihetta sen mittaamisen sijaan (Pitkäranta 2014, 27). Tutkimuksemme laadullisessa osuudessa selvitettiin mitkä tekijät lisäsivät ja heikensivät asiakkaiden kuntoutukseen sitoutumista sekä miten kuntoutusprosessia voidaan kehittää. Nämä kysymykset valittiin sen vuoksi, koska halusimme tietää asiakkaiden kokemukset tekonivelleikkauksen jälkeisestä kuntoutusprosessista. Näiden kysymysten vastausten avulla kuntoutusprosessia pystytään kehittämään.

Määrällisellä eli kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä vastataan tutkittaviin asioihin ja ominaisuuksiin numeroiden avulla. Tutkimustieto saadaan tai ryhmitellään numeeriseen muotoon ja tulokset esitellään esimerkiksi tunnuslukujen tai kaavioiden avulla. (Vilka 2007, 14–26.) Tutkimuksemme määrällisessä osuudessa selvitettiin, kuinka hyvin asiakkaat olivat sitoutuneita kuntoutukseen. Tässä asiakkaat vastasivat numeraalisesti, kuinka hyvin he olivat sitoutuneita kuntoutussuunnitelmaan sekä kuinka hyvin toteuttivat sitä. Nämä kysymykset valittiin, jotta saatiin tietää asiakkaiden sitoutumisen taso. Tämä vaikutti laadullisten kysymysten analysointiin.

Opinnäytetyössämme käytännön tiedon hankinta toteutettiin asiakaskyselyn avulla. Valmiin opinnäytetyön tuotos on tekonivelasiakkailta saadut vastaukset, joita toimeksiantaja voi halutessaan hyödyntää kuntoutusprosessin kehittämisessä.

5.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Opinnäytetyömme tutkimuksen kohderyhmä on vuonna 2023 pääkaupunkiseudun toimipisteessä polven- ja lonkantekonivelleikatut työkäiset, 30–69-vuotiaat, asiakkaat (n = 50). Työkäiseksi luetaan kaikki 15–74-vuotiaat (Tilastokeskus 2022). Kohderyhmän rajaus tehtiin yhdessä työntilaajan kanssa ja halusimme tutkia työkäisten asiakkaiden sitoutumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimusryhmän ikärajaukseen vaikutti se, että työkäisillä ei ole niin paljoa iän tuomia terveydellisiä haasteita rajoittamassa kuntoutusta. Järjestelmä, mistä asiakkaat haettiin, jakaa ikäluokat 10 vuoden välein. Alle 30-vuotiaita tekonivelleikattuja asiakkaita ei ollut, joten teimme alarajauksen 30-vuotiaisiin. Ylärajaksi valitsimme 60–69-vuotiaat, sillä seuraava ikäkatteoria olisi ollut työkäiseksi liian korkea.

Toimipisterajauksen teimme sen mukaan, missä toimipisteessä tehtiin vuonna 2023 eniten tekonivelleikkauksia. Tällä tavalla mahdollistimme sen, että saimme kyselyyn mahdollisimman monta vastausta. Kyselyn vastauksia oli myös helppompaa analysoida, kun tiesimme, minkälainen prosessi kyseisessä toimipisteessä on. Vastaukset olivat verrannollisia, koska asiakkaiden leikkausprosessi oli ollut samanlainen. Tutkimukseen osallistuneista asiakkaista 55 prosenttia päätyi tekonivelleikkaukseen palvelusetelillä ja 45 prosenttia maksoi leikkauskulut itse tai heidän vakuutusensa korvasi ne.

5.3 Aineiston keruu

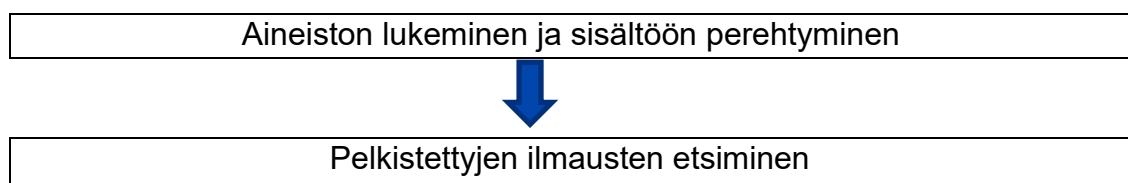
Opinnäytetyömme aineistonkeruu toteutettiin sähköisenä kyselynä. Anonyymi kyselylomake lähetettiin kohderyhmälle sähköpostitse ja se on luotiin Microsoft Formsin avulla. Forms on ohjelma, jolla voidaan luoda kyselyitä ja lähettää ne sähköisesti asiakkaille. Sähköiseen kyselyyn laitoimme pakollisiksi kysymyksiksi kaikki monivalintakysymykset, jotta voitiin varmistaa, että vastaajat vastasivat haluttuihin kysymyksiin. Arnos ja Valli (2018) korostavat, että tällä tavoin vastauksiin ei tule tyhjiä kohtia. Kyselylomake sopi opinnäytetyöhömme myös siksi, että sillä oli mahdollista tavoittaa laajempi vastaajaryhmä ja vastaajat pystyivät vastamaan

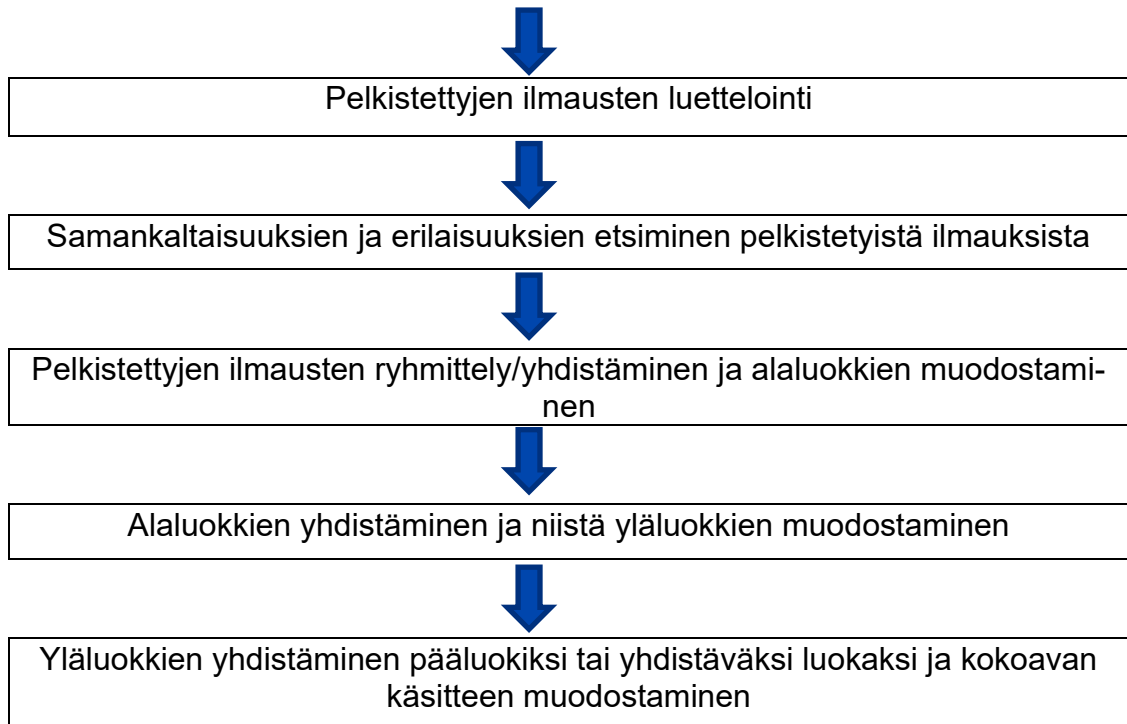
kyselyyn oman aikataulun mukaisesti. Kysely lähetettiin kohderyhmälle työelämän yhteyshenkilön kautta alkukesästä 2024 ja sen vastausaika oli kolme viikkoa.

Kyselylomake (liite 1) oli puolistrukturoitu sisältäen sekä avoimia että monivalintakysymyksiä. Näin saatiin kokonaisvaltaisempi kuva kuntoutukseen sitoutumisen nykytilanteesta sekä ideoita, ajatuksia ja ehdotuksia asiakkaiden näkökulmasta siitä, miten sitä voitaisiin parantaa. Kyselyn kysymyksiä tehdessä otettiin huomioon myös vastaavan tekonivelkirurgin sekä organisaation toiveet. Kyselylomake sisälsi yhdeksän kysymystä: viisi strukturoitua kysymystä ja neljä avointa. Viimeinen kohta kyselylomakkeessa oli vapaaehtoinen, johon asiakas pystyi halutessaan kirjoittamaan avointa palautetta tai terveisiä leikkaustiimille. Kysely lähetettiin 150 henkilölle, vastauksia saimme 50 kappaletta ja näin vastausprosentiksi tuli 33,33 prosenttia.

5.4 Aineiston analysointi

Avoimet kysymykset analysoimme induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Induktiivisessa analyysissä edetään aineiston ehdoilla ja sisältöluokat muodostetaan saadun aineiston pohjalta. (Elo, Kajula, Tohmola & Käärinen 2022.) Päädyimme tähän menetelmään, koska materiaali oli siten mahdollista analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa empiirisen aineiston käsittelyn avulla edetään kohti konkreettisempaa näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Menetelmällä pyritään saamaan tiivistetty ja yleinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä sekä saadaan aineisto järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. Tutkimuksessa aineisto on se, mikä kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja sisällönanalyysin avulla se järjestetään selkeään ja tiiviiseen muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota (kuvio 1). (Sarajarvi & Tuomi 2018.)





Kuvio 1: Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen

Aineistolähtöistä sisällönanalyysiä voidaan kuvata kolmivaiheiseksi. Ensimmäisessä vaiheessa eli redusoinnissa tutkimusaineisto pelkistetään ja siitä poistetaan kaikki tutkimukselle epäoleellinen asia, jolloin saatu tieto tiivistyy ja pelkistyy. Tämän jälkeen aloitetaan ryhmittely, jossa aineistosta saadut alkuperäisilmaisut käydään tarkasti läpi. Alkuperäisilmauksista etsitään eroavaisuuksia tai samankaltaisuuksia ja näin saadaan samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Ryhmittelyn eli klusteroinnin tarkoituksena on luoda pohja tutkimuksen perusrakenteelle sekä saada alustava kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Kolmannessa vaiheessa aineisto käsitteellistetään. Tällöin aineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto, joiden avulla muodostetaan teoreettiset käsitteet. Teoreettisten käsitteiden luomisessa eli abstrahoinnissa jatketaan aineiston luokitusten yhdistämistä niin pitkään, kuin se on mahdollista. (Sarajärvi & Tuomi 2018.)

Aineiston analysoinnissa on tärkeää suhteuttaa havainnot koko aineistoon. Tulokinnassa otetaan huomioon kyselyn toimintaympäristö sekä yksityisen terveydenhuollon alan yrityksen tavoitteet. (Kallinen & Kinnunen 2021 a.) Teemoittelun avulla saadaan kyselystä nousseet teemat esille, mikä helpottaa vastausten analysointia. Teemoittelussa painottuu tutkimusaineiston jakaminen ja ryhmittely eri

aihepiirien mukaan. Alustavan ryhmittelyn jälkeen teemat etsitään, eli tutkimusaineistosta etsitään tiettyä aihetta kuvaavia näkemyksiä. (Sarajärvi & Tuomi 2018.)

Opinnäytetyön aineiston analysointi aloitettiin käymällä kyselylomakkeesta saatu aineistoa läpi huolellisesti ja vastaukset luettiin ensin useampaan kertaan läpi yhdessä. Tutkijat analysoivat ensin monivalintakysymykset yhdessä.

Tutkimuksemme määrällisen osan kysymyksillä selvitettiin asiakkailta tietoja, jotka voivat vaikuttaa kuntoutukseen kuten ikä, sukupuoli sekä operoitu nivel. Lisäksi asiakkaiden sitoutumista kuntoutusprosessiin arvioitiin määrällisenä kysymyksenä. Kallisen ja Kinnusen (2021b) mukaan monivalintakysymyksissä on hyvä hyödyntää aineiston koodaamista, jonka avulla aineisto pystytään esittämään numeraalisesti (Kallinen & Kinnunen 2021 b.) Monivalintakysymyksistä teimme kuviot, jotka selkeyttivät aineistoa.

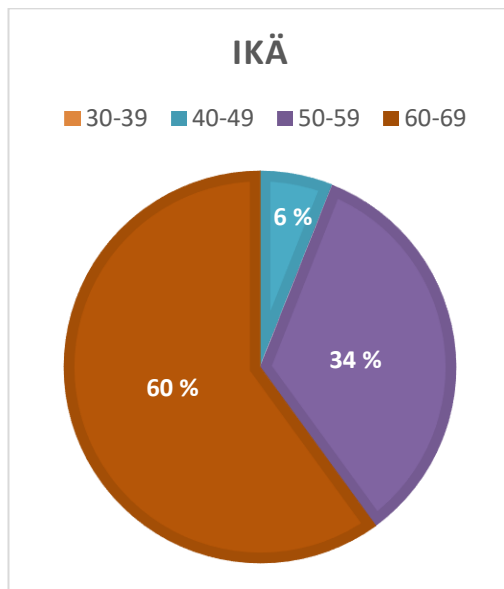
Avoimet kysymykset analysoitiin kysymyskohtaisesti. Avoimet kysymykset jaettiin tutkijoiden kesken ja vastaukset analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Kun analysointi oli tehty, vaihdettiin osiot päinvastaiseksi, jotta molemmat tutkijat olivat aineiston analyysistä samaa mieltä. Jokaisen avoimen kysymyksen vastaus nostettiin erilliselle Word-tiedostolle, jotta alkuperäisiin vastauksiin pystyttiin helposti palaamaan ja jokainen vastaus käsiteltiin erikseen. Ensin vastauksista tehtiin pelkistykset, jotka yhdistettiin alaluokiksi ja tämän jälkeen alaluokat yhdistettiin yläluokiksi (taulukko 1). Avoimissa kysymyksissä haettiin vastauksia kolmeen tutkimuskysymykseen. Toisessa tutkimuskysymyksessä selvitettiin mitkä tekijät lisäävät kuntoutukseen sitoutumista. Aineistosta muodostui kaksi yläluokkaa sekä useita alaluokkia. Kolmannessa tutkimuskysymyksessä selvitettiin mitkä tekijät heikentävät kuntoutukseen sitoutumista. Aineistoista muodostui kolme yläluokkaa sekä useita alaluokkia. Viimeisessä tutkimuskysymyksessä selvitettiin, miten kuntoutusprosessia voidaan kehittää. Tämä kysymys oli monivalintakysymys, johon oli mahdollisuus avoimeen vastaukseen. Aineistosta muodostui kaksi pääluokkaa.

Taulukko 1: Esimerkki sisällönanalyysiprosessista

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistys	Alaluokka	Teema
Että saisin toimivan polven itselteni, sekä tulos ja kuntoutuksen jälkeen hyvä olotila sekä huomiot siitä, että polvi oli parempi.	Toimivan polven saaminen	Toiminta- ja liikuntakyvyn parantaminen	Fyysisen toimintakyvyn paraneminen

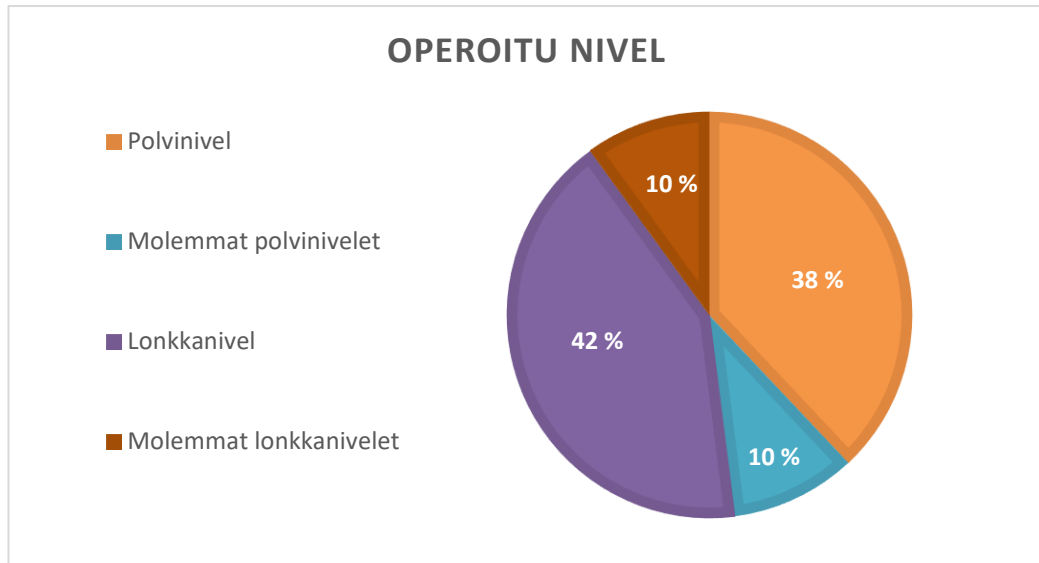
6 TUTKIMUSTULOKSET

Kysely lähetettiin 150 vastaajalle ja vastauksia saatiin 50 kappaletta (n=50). Vastaajista 48 prosenttia oli naisia ja 52 prosenttia miehiä. Kyselyssä selvitettiin vastaajien taustatietojen osalta sukupuoli, ikä ja operoitu nivel. Vastaajista suurin osa, 60 prosenttia, oli 60–69-vuotiaita, 34 prosenttia 50–59-vuotiaita ja 6 prosenttia 40–49-vuotiaita. Alle 40-vuotiaita vastaajia ei ollut. (Kuvio 2).



Kuvio 2: Vastaajien ikäjakauma

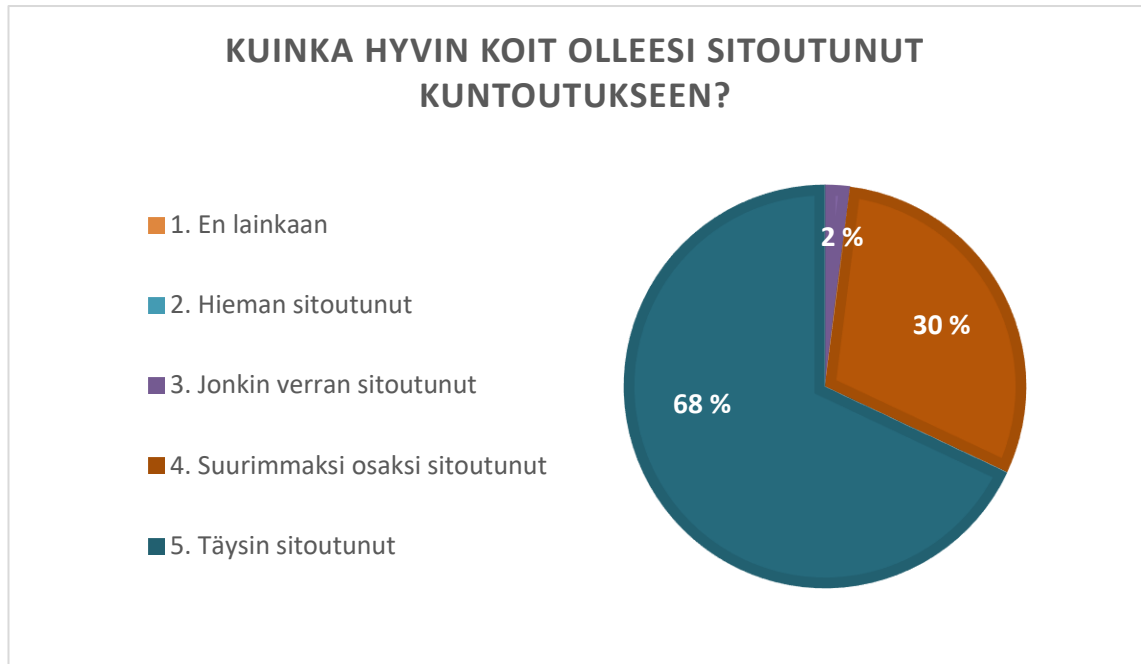
Kyselyyn vastanneista 42 prosentilla oli operoitu lonkkanivel, 10 prosentilla molemmat lonkkanivelet, 38 prosentilla polvinivel ja 10 prosentilla molemmat polvinivelet (Kuvio 3).



Kuvio 3: Operoitu nivel

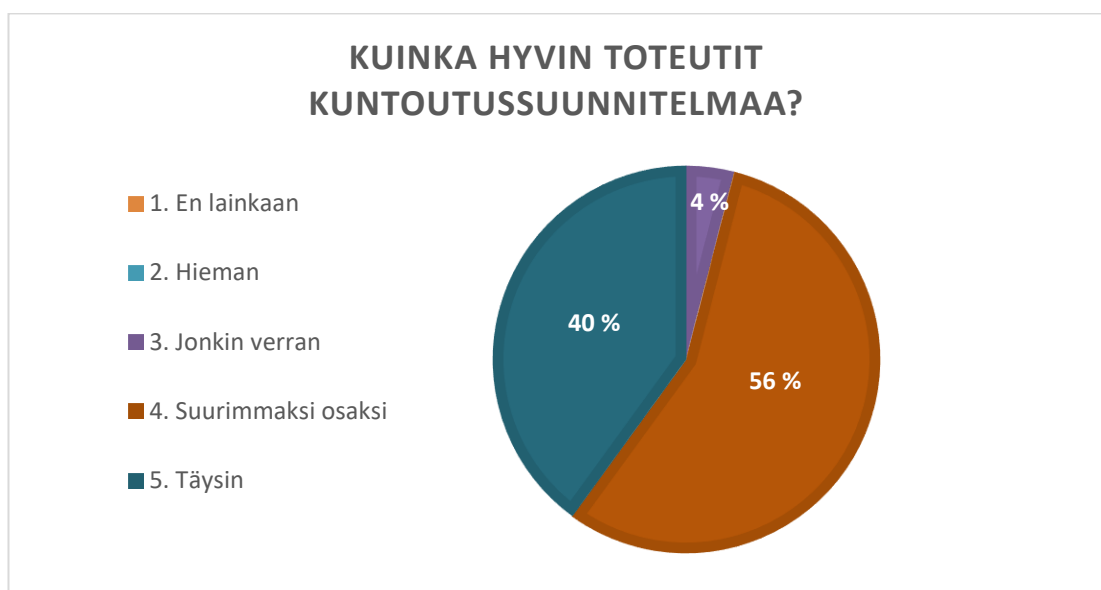
6.1 Asiakkaan sitoutuminen kuntoutukseen

Ensimmäisellä tutkimuskysymyksellä pyrimme löytämään vastausta siihen, kuinka hyvin asiakas koki olleensa sitoutunut kuntoutukseen. 50 vastaajasta 68 prosenttia koki olleensa täysin sitoutuneita kuntoutukseen. Suurimmaksi osaksi sitoutuneita oli 30 prosenttia ja vain kaksi prosenttia vastaajista kertoi olleensa jonkin verran sitoutuneita kuntoutukseen (Kuvio 4).



Kuvio 4: Asiakkaiden oma kokemus kuntoutukseen sitoutumisesta

Asiakaskyselyssä selvitettiin, kuinka hyvin asiakas oli toteuttanut fysioterapeutilta saatua kuntoutussuunnitelmaa. Vastaajista 40 prosenttia vastasi, että he toteuttivat kuntoutussuunnitelmaa täysin, 56 prosenttia toteutti kuntoutussuunnitelmaa suurimmaksi osaksi ja 4 prosenttia koki toteuttaneensa kuntoutussuunnitelmaa jonkin verran (Kuvio 5).



Kuvio 5: Kuntoutussuunnitelman toteuttaminen asiakkaiden kokemana

6.2 Kuntoutukseen sitoutumista lisäävät tekijät

Toisen tutkimuskysymyksen avulla selvitimme, mitkä asiat tai seikat motivoivat ja siten lisäävät kuntoutukseen sitoutumista. Kyselystä saadun aineiston perusteella muodostui kaksi yläluokkaa. Selkeästi esiin nousevat teemat olivat fyysisen toimintakyvyn paraneminen ja normaaliin arkeen paluu, sisältäen työhön paluun sekä työssä jaksamisen. Fysioterapia nousi myös muutamissa vastauksissa esille.

6.2.1 Fyysisen toimintakyvyn paraneminen

Kyselyyn vastanneiden asiakkaiden kuntoutukseen sitoutumista motivoi fyysisen toimintakyvyn paraneminen. Vastauksissa tämä tarkoitti kaikkea liikuntakyvyn palautumisen, liikunnallisten harrastuksien pariin palaamisen ja päivittäisen normaalin toimintakyvyn paranemisen väliltä. Nivelrikko polvessa tai lonkassa voi vaikeuttaa liikkumista ja rajoittaa fyysistä toimintakykyä, ja tämä nousi aineistossa selkeästi esille.

“Halu saada polvi taas toimimaan ja koko keho sitä kautta toimivaksi, koska polvi rajoitti jo todella paljon liikkumista.”

“Saada oma liikuntakyky takaisin.”

“Jalan “normalisointi”, eli pystyn jatkossa harrastamaan ja toimimaan tekonivelellä samoin kuin terveellä polvella.”

“Saada lihaskunto palautumaan ja päästä normaaliin liikuntarytmiin.”

Aineistosta nousi esille erilaisten liikunnallisten harrastuksien pariin palaaminen motivaatiotekijänä. Liikunnalliset harrastukset ovat monen arjessa tärkeitä, ja usein nivelrikko voi rajoittaa tai jopa estää harrastamasta. Fyysisen toimintakyvyn parantuessa haluttiin siis palata liikuntaharrastusten pariin mahdollisimman nopeasti. Vastaajista kolmasosa koki oman liikuntaharrastuksen pariin palaamisen motivoivana tekijänä. Nivelrikosta johtuvat liikerajoitteet, kipu ja lihaskunnon heikkeneminen rajoittavat harrastamasta ja tähän saatava muutos motivoi sitoutumaan kuntoutukseen.

“Oma liikkuvuus. Harrastan kuntoliikuntaa. Haluan päästä sellaiseen kuntoon, että pystyn jatkamaan kuntoharrastustani ilman suurempia ongelmia.”

“Olen tanssia harrastava nainen. Halusin kuntoutua harrastuksiini.”

“Motivaatio päästä tuttuihin liikuntaharrastuksiin mukaan.”

6.2.2 Arkeen palaaminen

Nivelrikon vuoksi arki voi muuttua paljon, ja tämä näkyi vastauksissa. Työssä käynti, harrastukset ja arjen askareet voivat vaikeutua toimintakyvyn ollessa heikentynyt. Vastaajat toivoivat, että leikkauksen ja kuntoutuksen avulla olisi mahdollisuus palata normaaliin arkeen. Normaali arki koettiin esimerkiksi koiran ulkoiluttamisena sekä arjen askareiden toimittamisena ja mahdollisimman nopea paluu tähän omaan normaaliin arkeen koettiin motivoivana tekijänä kuntoutukseen sitoutumisessa. Vastauksista nousi myös esiin halu palata työelämään ja jaksaa työssä sekä tehdä niitä asioita, joita nivelrikko on estänyt tekemästä.

“Halusin kuntoutua niin, että voisin jatkaa työssäni sekä niin, että voisin liikkua ja tehdä kaikkea sitä mitä kulunut lonkkanivel oli estänyt minua tekemästä.”

“Halu päästä takaisin työelämään ja pois neljän seinän sisältä.”

“Mahdollisimman nopea paluu normaaliin arkeen, mukaan lukien työssäkäynti, vaikean ja pitkittyneen nivelrikkojakson jälkeen.

Tieto kuntoutuksen tärkeydestä ja nivelrikon osalta kivuton arki koettiin motivoivina tekijöinä kuntoutusprosessissa. Kuntoutumisen eteneminen sekä tulosten näkeminen motivoivat ja vastauksissa nousi esiin myös hyvien fysioterapiaohjeiden tärkeys. Fysioterapia koettiin tärkeänä ja kannustavana asiana kuntoutuksen aikana. Useissa vastauksissa yhdistyivät melkein kaikki motivoivat teemat.

“Kuntoutuksen vaikutus toipumiseen, tieto kuntoutuksen tärkeydestä toipumiselle ja seurantakäynnit fysioterapeuteilla.”

“Oma terveys, liikuntakyvyn palauttaminen, eri liikuntaharrastukset ja niiden jatkamisen mahdollistaminen. Lisäksi myös hyvät ohjeet kuntoutukseen, oma into nähdä ja kokea tulokset.”

6.3 Kuntoutukseen sitoutumista heikentävät tekijät

Kyselyn avulla pyrimme selvittämään, mitkä asiat heikentävät kuntoutukseen sitoutumista. Vastauksissa nousivat seuraavat yläluokat: kuntoutusprosessi, fyysisen toimintakyvyn ongelmat ja ympäristötekijät. Kyselyyn vastanneista 30 prosenttia vastasi, että heillä ei ollut kuntoutuksen sitoutumiseen heikentäviä tekijöitä kuntoutuksen aikana.

6.3.1 Kuntoutusprosessi

Kyselyn vastauksista nousi esiin heikentäviä tekijöitä kuntoutusprosessin eri vaiheista. Kuntoutussuunnitelma ei ollut tarpeeksi vaativa ja lisäharjoitteiden etsiminen jäi asiakkaan omalle vastuulle. Kuntoutusprosessin aikana koettiin, että fysioterapeutin seurantakäyntejä sekä lähivastaanottoja ei ollut tarpeeksi. Postoperatiiviseen kuntoutukseen koettiin tarvitsevan lisää tukea.

”Sairaalasta annettiin vinkki nettisivulle, jossa oli ohjeita, joten jäi ainoastaan potilaan vastuulle kaivaa sopivia ohjeita.”

”Emme tavanneet kasvokkain, vain etänä.”

Lisäksi koettiin, ettei fysioterapeutti ollut tarpeeksi tiukka kuntoutusohjelman toteuttamisen seurannassa. Kuntoutuksen heikentävänä tekijänä koettiin pitkä kuntoutusprosessi, paranemisen hitaus sekä kuntoutusprosessin noudattaminen kuntoutusohjelman loppuun saakka. Näiden vuoksi motivaatio kuntoutukseen väheni prosessin aikana.

”Luulen, että monet ei näin omatoimiset ihmiset jättävät harjoitteita tekemättä, kun ei ole tukea tai ”valvontaa” / välitsekkejä tiiviimmin onko tehty tai miten on edennyt jne.”

”Kun parantunut jo melko hyvin, niin auttaako kuntouttaminen vielä, kun tapahtuu hitaasti.”

6.3.2 Fyysisen toimintakyvyn ongelmat

Kuntoutukseen sitoutumista heikensivät leikatun nivelen kipu, jäykkyys, turvotus sekä puuttuminen. Nämä olivat yleisimmät fyysiseen toimintakykyyn liittyvät ongelmat, mitkä nousivat aineistossa esille. Osa vastaajista kertoi, että erityisesti kipu kuntoutuksen alussa haittasi kuntoutussuunnitelman toteuttamista.

”Jatkuvat kivut olivat henkisesti raskaita.”

”Alussa kipu”

Esille nousi myös kuntoutuksen alkupuolella oleva väsymys, minkä vuoksi kuntoutussuunnitelmaa ei noudatettu kokonaan. Lisäksi leikkaamattoman nivelen kipu on vaikuttanut kuntoutussuunnitelman toteuttamiseen.

”Toinen lonkkanivel, joka siihen asti ei ollut särkenyt, alkoi särkeä ja tämä on estänyt minua kuntouttaa leikattu nivel toivomallani tavalla”

6.3.3 Ympäristötekijät

Sitoutumista kuntoutukseen heikensivät aineiston perusteella muun muassa kuntoutusta tukevan henkilön puuttuminen, esimerkiksi ystävän tai toisen kuntoutujan, kenen kanssa olisi voinut yhdessä tehdä harjoitteita tai joka olisi kannustanut kuntoutusprosessin aikana. Lisäksi läheisen sairastuminen tai menettäminen vähensivät kuntoutukseen sitoutumista. Sitoutumista kuntoutusprosessin täydelliseen noudattamiseen vähensivät laiskuus sekä työkiireet. Vastaajat kertoivat, etteivät näiden syiden vuoksi täysin noudattaneet kuntoutusprosessia.

”Kaveri puuttui, jonka kanssa olisi voinut tsempata”

”Isäni sairastui vakavasti kesken kuntoutukseni, jouduin lähtemään hoitamaan hänen asioitaan, joka hieman heikensi omatoimista kuntouttamistani”

”pitkä sairausloma keskellä talvea oli välillä puuduttavaa”

”Oma laiskuus.”

Haastavat sääolosuhteet koettiin kuntoutukseen sitoutumista heikentävinä tekijöinä. Erityisesti liukas keli sekä pakkaset nousivat vastauksissa esiin. Esimerkiksi liukkaalla kaatuminen oli syy, minkä vuoksi kuntoutussuunnitelmaa ei pystytty täysin noudattamaan.

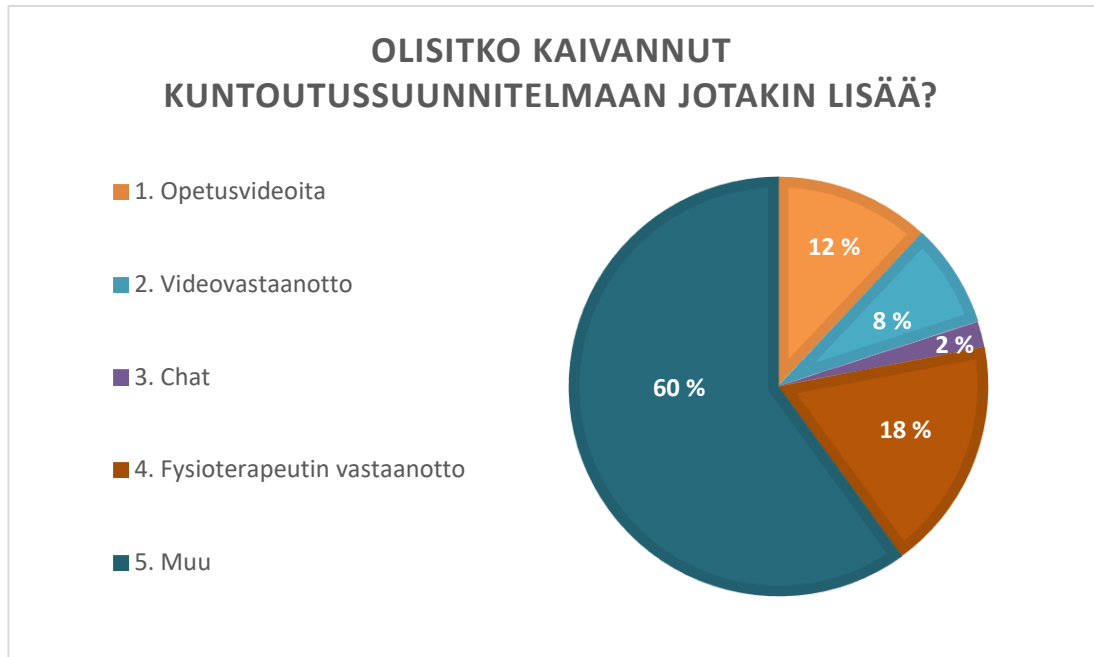
“Haastavat ulkoilmat (liukkaus ja pakkaset)”

Kyselyn vastauksista heikentävinä tekijöinä nousi esille myös liikuntapaikkojen haastavat aukioloajat loma-aikana sekä muiden liikuntalajien harrastaminen ja niiden avulla fysioterapeutin suunnitteleman kuntoutussuunnitelman korvaaminen.

“Kesäloma-aika, jolloin liikuntapaikat, joita käytin olivat kiinni.”

6.4 Kuntoutusprosessin kehittäminen

Tutkimuksessa selvitimme, miten kuntoutusprosessia voitaisiin kehittää, jotta se tukisi kuntoutukseen sitoutumista. Kysyimme vastaajilta, olisivatko he kaivanneet kuntoutussuunnitelmiaan jotakin lisää? Asiakkailta oli mahdollisuus valita valmiin vastausvaihtoehdon tai oman vastausvaihtoehdon väliltä. Tähän kysymykseen vastaajista 60 prosenttia valitsi oman vastausvaihtoehdon, 18 prosenttia valitsi fysioterapeutin vastaanoton, 12 prosenttia opetusvideoita, 8 prosenttia videovastaanoton sekä 2 prosenttia chat- vaihtoehdon (kuviokuva 6). Vastauksista nousi ylös kaksi pääluokkaa, jotka olivat postoperatiivisen kuntoutuksen sisällön kehittäminen sekä kuntoutusprosessin pitäminen ennallaan.



Kuvio 6: Asiakkaiden ehdotuksia kuntoutussuunnitelman kehittämiseen

Kysymykseen oman vastausvaihtoehdon valinneista 70 prosenttia koki, ettei kaivannut kuntoutussuunnitelmaan mitään lisää. Kuntoutussuunnitelmaan jotakin lisää kaivanneiden vastaukset koskivat postoperatiivisen kuntoutuksen sisältöä. Koettiin, että fysioterapeutin fyysisiä vastaanottoja voisi olla useammin, jotta kuntoutuksen seuranta mahdollistuisi paremmin. Näin asiakasta rohkaistaisiin kuntoutuksessa ja asiakkaalle ohjattaisiin uusia harjoitteita.

“Fysioterapeutin vastaanotto ehkä 3 viikon kohdalle, jossa olisi saanut uudet ohjeet seuraaville viikoille. Tarmokkaampaa rohkaisua potilaalle tehdä liikkeitä ja raportoida niistä.”

“Kenties niitä jälkiseurantakäyntejä kuitenkin muutama lisää.”

Lisäksi toivottiin vaihtelevampia ja vaativampia liikkeitä, useampia seurantakäyntejä sekä pitkän ajan kuntoutussuunnitelmaa myös fyysisenä paperisena ohjeena. Lisäksi vastauksissa nousivat esiin ryhmäkuntoutuksen mahdollisuus esimerkiksi kaupunkien liikuntapaikoilla, kuten kuntosalilla tai uimahallissa. Vastauksissa toivottiin lisätietoa siitä, miten koko operoidun raajan toimintaan tulee muutoksia leikkausprosessin jälkeen ja miten tämä voitaisiin huomioida kuntoutuksessa.

“Ryhmä kuntoutusta esimerkiksi uimahalleilla tai kuntosaleilla.”

“Lisäinfo siitä, kuinka jalan kaikki muu (lihakset, kalvot jne.) "kivistyvät" ja miten nämä ongelmat hoidetaan, jotta polvitreenit sujuisivat paremmin.”

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksessamme halusimme selvittää, kuinka hyvin asiakkaat ovat sitoutuneita tekonivelleikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen. Halusimme selvittää mitkä tekijät lisäsivät ja heikensivät asiakkaiden sitoutumista kuntoutukseen ja miten kuntoutusprosessia voitaisiin kehittää, jotta kuntoutuminen tapahtuisi parhaalla mahdollisella tavalla.

Tekonivelleikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen sitoutumista ei ole juurikaan tutkittu. Aikaisempaa tutkimustietoa löytyy hoitoon sitoutumisesta, mutta ei spesifisti kuntoutukseen sitoutumisesta tekonivelleikkauksen jälkeen. Halusimme kuitenkin saada selville asiakkaiden oman kokemuksen siitä, kuinka hyvin he kokivat olleensa sitoutuneita kuntoutukseen. Tämän tutkimuksen perusteella asiakkaat olivat hyvin sitoutuneita kuntoutukseen. Tutkimukseen vastanneista jopa 68 prosenttia koki olleensa täysin sitoutuneita kuntoutukseen, 30 prosenttia suurimaksi osaksi sitoutuneita kuntoutukseen ja ainoastaan kaksi prosenttia vastajista kertoi olleensa jonkin verran sitoutuneita kuntoutukseen.

Tutkimukseen osallistuneet asiakkaat olivat työikäisiä, joten on oletettavaa, että heillä ei ollut niin paljoa iän tuomia terveydellisiä haasteita, jotka rajoittaisivat kuntoutuksen etenemistä. Asiakkaan yleistilan tulee olla sellainen, että tekonivelleikkaus voidaan toteuttaa yksityisen sairaanhoidon puitteissa ja asiakkaan tulee pystyä kotiutumaan leikkauspäivänä tai viimeistään seuraavana päivänä (Yksityisen terveydenhuoltoalanyritys 2024). Asiakkaat olivat työikäisiä, ja monilla heistä oli motivaatio palata liikunnallisten harrastuksien pariin. Työelämään paluu ja työssäjaksaminen vaikutti sitoutumiseen positiivisesti.

Hoitoon ja kuntoutukseen sitoutumisessa tärkeää on tasavertainen, keskusteleva ja motivoiva suhde ammattilaisen ja asiakkaan välillä (World Health Organisation 2003, 4–5). Tutkitun tiedon mukaan sekä terveydenhuollon ammattilainen että asiakas ovat yhdessä vastuussa hoidon onnistumisesta, mutta lopulta päätös kuntoutuksen toteuttamisesta ja siihen sitoutumisesta on asiakkaalla (Huupponen & Strandberg 2020; Pitkälä & Savikko 2007; Routasalo ym. 2009, 2352–

2353). Tämän tutkimuksen valossa voidaankin todeta, että tässä yksityisen terveydenhuollon sairaalassa leikatut asiakkaat olivat olleet varsin hyvin sitoutuneita kuntoutukseen.

Tutkimuksessamme halusimme selvittää, mitkä tekijät lisäävät ja vähentävät asiakkaan sitoutumista kuntoutukseen tekonivelleikkauksen jälkeen. Aikaisemman tutkimustiedon mukaan kuntoutujan oma motivaatio on todella tärkeä tekijä, mikäli halutaan kuntoutuksen tavoitteiden toteutuvan. Motivaatioon vaikuttaa hyvin moni asia, kuten elämäntilanteet ja psyykkiset voimavarat, joten voidaankin ajatella, että motivaation rakentaminen on osa kokonaisvaltaista kuntoutusta. (Autti-Rämö 2021 & Heinijoki ym. 2022.) Tämän tutkimuksen kyselystä saadusta aineistosta nousi esiin useita motivoivia teemoja, jotka olivat fyysisen toimintakyvyn paraneminen, liikuntaharrastuksien pariin palaaminen, normaaliin arkeen paluu, työhön paluu ja työssä jaksaminen. Tutkimuksessamme kuntoutusprosessiin sitoutumista heikentävät teemat liittyivät kuntoutusprosessiin, fyysisiin oireisiin, sosiaaliseen ympäristöön sekä ympäristötekijöihin.

Heinijoki (2022) totesi tutkimuksessaan, että tavoitteisiin pääsy motivoi hoitoon sitoutumisessa. Tämä lisää oman kyvykkyyden tunnetta ja asiakas saa näin positiivisia kokemuksia siitä, että on kykenevä ja voi itse vaikuttaa lopputuloksen laatuun. Tämä nousi esiin myös tutkimuksessamme, ja henkilökohtaisiin tavoitteisiin pääsy koettiin motivoivana tekijänä, oli kyse sitten arkisten askareiden tai liikuntaharrastuksien pariin palaamisesta. Tavoitteisiin pääsyn koettiin liittyvän myös fysioterapiaan, mikä koettiin tärkeänä ja kannustavana kuntoutuksen aikana. Hall ym. (2010) mukaan hyvin toimiva vuorovaikutus ja yhteistyö fysioterapeutin sekä asiakkaan välillä voi johtaa parempaan fyysiseen toimintakykyyn, asiakastyytyväisyyteen sekä mielenterveyteen ja näin ollen vaikuttaa kokonaisvaltaiseen hoitotulokseen (Hall, Ferreira, Maher, Latimer, & Ferreira 2010.) O’Keeffe ym. (2016) totesivat tutkimuksessaan, että fysioterapeutin ammattitaito on ihmissuhde- ja viestintätaitojen lisäksi tekijä, millä voidaan vaikuttaa hoitotulokseen. (Del Re ym. 2012; Hall ym. 2010; O’Keeffe ym. 2016.) Tämä näkyi tutkimuksessamme, sillä vastauksissa nousi esiin hyvien, kattavien ja selkeiden fysioterapiaohjeiden motivoiva vaikutus kuntoutukseen. Toisaalta tutkimukses-

samme nousi esille fysioterapia myös kuntoutusta heikentävänä tekijänä. Asiakkaat kokivat, että kuntoutukseen osallistuneen fysioterapeutin pitäisi olla tiukempi kuntoutussuunnitelman toteuttamisen seurannassa. Eli tarvetta lisämotivoinnille fysioterapeutin toimesta olisi ollut. Ristiriitaista tutkimustuloksissamme on se, että asiakkaat toivat esille haluavansa kuntoutuksen tueksi lisää fysioterapiakäyntejä, mutta vain muutamat vastaajat mainitsivat fysioterapian vaikutuksen motivoivana tekijänä.

Normaaliin arkeen ja elämään paluu toistui asiakaskyselymme vastauksissa usein. Siihen koettiin liittyvän kokonaisvaltaisen elämänlaadun parantaminen, sisältäen niin fyysisen toimintakyvyn paranemisen, liikuntaharrastuksen pariin palaamisen, koirien ulkoiluttamisen, arjen askareiden suorittamisen, kipujen vähenemisen kuin työssä pärjäämisenkin. Koska tutkimme työikäisten kuntoutukseen sitoutumista, vastauksista nousi esiin halu palata työelämään ja jaksaa työssä. Kyngäs ja Hentinen (2009) ovat tehneet samansuuntaisia havaintoja siitä mitä hoitoon sitoutumisella pystytään yksilötasolla saavuttamaan (Kyngäs & Hentinen 2009, 22–24). Lisäksi myös Hawker (2006) mukaan korkea minäpystyvyys tekonivelleikkauksen jälkeen ennakoi hyvää tilannetta asiakkaan toimintakykyyn sekä kipujen osalta (Hawker 2006). Minäpystyvyyteen voidaan vaikuttaa asiakkaan onnistumisilta kuten arjessa ja työssä pärjäämisellä.

Opinnäytetyön tilaajamme kuntoutusprosessiin kuuluu preoperatiivinen ohjauskäynti. Tällä käynnillä haastatellaan, tutkitaan alaraaja, käydään läpi postoperatiivisen kuntoutuksen aloittaminen, siihen liittyvät rajoitteet sekä ohjataan apuvälineiden käyttö. (Yksityisen terveydenhuoltoalan yritys 2024.) Asiakkaiden preoperatiivinen kuntoutus riippuu siitä, mistä asiakkaat ohjautuvat yksityisen terveydenhuoltoalan yritykseen operoitavaksi. Tekonivelleikkausten kuntoutusprosesseista löytyy tutkimustietoa, joissa todetaan, että preoperatiivisella kuntoutuksella on saatu joitakin myönteisiä vaikutuksia leikkauksen jälkeiseen tilanteeseen, mutta hyöty on ollut lyhyt aikaista. (Wang ym. 2016; Wanying ym. 2022.) Tutkimuksessamme emme kysyneet olivatko asiakkaat saaneet preoperatiivista ohjausta, mitä se on pitänyt sisällään ja olivatko he sitä noudattaneet. Preopera-

tiivisella kuntoutuksella on voinut olla kuntoutusprosessin alussa jotakin merkitystä. Tutkimuksessamme esille nousi kuntoutuksen sitoutumiseen heikentävänä tekijänä kuntoutusprosessin alussa olevat leikatun nivelen kivut.

Tutkimuksemme mukaan kuntoutusprosessin aktiiviseen toteuttamiseen vaikutti heikentävästi se, ettei sitä koettu tarpeeksi vaativaksi ja lisäharjoitteiden etsiminen jäi kuntoutujan omalle vastuulle. Knaapi-Junnilan ym. (2015) tutkimuksessa nousi esille asiakkaiden vaikeus saada tietoa kuntoutuksesta. Tutkimuksen mukaan asiakkaan tulisi itse osata arvioida ja tietää miten kuntoutuksen tulisi edetä ja mitä harjoitteita hän voisi tehdä vaarantamatta kuntoutusprosessia. Tekonivel-leikkauksen jälkeisen kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa tulisi huomioida asiakkaan toimintatavat sekä identiteettiin liittyvät tunteet, sillä näiden tunnistaminen auttaisi terveydenhuollon ammattilaista muokkaamaan omaa toimintatapaansa, viestintää sekä sen sisältöä ja ajoitusta kuntoutujan mukaan, jolloin asiakas saisi parhaimman hyödyn kuntoutusprosessista. (Knaapi-Junnila ym. 2015.)

Aikaisemman tutkimustiedon perusteella kuntoutuksen toteutukseen vaikuttavat monet eri tekijät ja niiden erottelu on haastavaa. Kuntoutustuloksissa ei ollut eroja lähikuntoutuksen ja etäkuntoutuksen välillä. Pozzi ym. (2013) tutkimuksessa ei huomattu eroa avofysioterapiaan osallistujien sekä itsenäisen kuntoutuksen välillä. Fernandez ym. (2017) tutkimuksessa totesi, ettei intensiivisellä kahdeksan viikon ryhmäkuntoutuksella ei saatu vähennettyä enempää pitkäaikaista polvikipua tai aktiivisuusrajoituksia tavalliseen kuntoutukseen verrattuna. Samanlaisen tulokseen päädyttiin myös Artzin ym. (2015) tutkimuksessa, jossa seurattiin potilaan ilmoittamaa toimintakykyä sekä polven kipua ja liikkuvuutta. Fysioterapiaharjoittelua saaneiden potilaiden tilanne oli hieman parempi 3–4 kuukauden kohdalla leikkauksesta, mutta tämän jälkeen eroa verrokkiryhmään ei enää ollut. Tämän tutkimuksen mukaan voimme päätellä, että harjoittelulla on positiivista vaikutusta kuntoutusprosessiin. Tutkimuksissa kuntoutuksen tehokkuuden arviointi on haastavaa sillä kuntoutukseen vaikuttaa monet asiat, eikä kaikkia vaikuttavia asioita voida sulkea pois.

Kuntoutuksen tehokkuuteen vaikuttaa monet eri asiat, joita ei voida tutkimuksessa standardoida. Näitä on muun muassa miten tarkasti asiakas noudattaa

kuntoutusohjeita, asiakkaan aiemmat liikuntatottumukset, asiakkaan voimavarat, aiemmat kokemukset sekä ympäristötekijät. Lisäksi jokainen kuntoutujalla on yksilölliset tarpeet kuntoutukseen. Arant ym. (2021) totesivat tutkimuksessaan, että muun muassa kipu ja henkilön fyysiset rajoitteet ovat fyysistä aktiivisuutta vähentäviä tekijöitä. Tutkimuksessamme nousi esille myös leikkaamattoman alaraajan oireet, mitkä vaikuttivat kuntoutuksen toteuttamiseen. Näiden asioiden vaikutusten arvioiminen on haastavaa, koska asiakkailta saatu tietoa on rajattu. Leikkaamattoman alaraajan oireet voivat johtua esimerkiksi ylikuormituksesta, mikä on voinut tulla pidemmällä aikavälillä ennen tekonivelleikkausta.

Tutkimuksessamme kuntoutukseen sitoutumista estävinä tekijöinä ympäristötekijöistä nousi sääolosuhteet, erityisesti liukas keli ja pakkaset sekä lisäksi liikuntapaikkojen aukioloajat. Arant ym. (2021) totesi tutkimuksessaan samankaltaisten tekijöiden vähentävän asiakkaiden fyysistä aktiivisuutta. Sääolosuhteet korostuvat erityisesti Suomessa syksystä keväeseen, jolloin esimerkiksi kävelyharjoittelut vaikeutuvat.

Tutkimuksemme vastauksista kuntoutusprosessiin sitoutumisen heikentävinä tekijänä koettiin myös pitkä kuntoutusprosessi, paranemisen hitaus, sekä motivaation väheneminen pitkän kuntoutusprosessin aikana. Tähän vaikuttivat muun muassa fysioterapeutin seurantakäyntien ja lähivastaanottojen vähäisyys. Aikaisemmissa tutkimuksissa on esitetty eriäviä näkemyksiä siitä, miten postoperatiivista kuntoutusta toteutetaan tehokkaasti. Bachmann, Bachmann & Oesch (2018) ovat tutkimuksessaan todenneet, että kotona suoritettavien kuntoutusohjeiden noudattamisessa tukevia tekijöitä ovat fysioterapeutilta saatu intensiivinen sosiaalinen tuki ja ohjaus. Bassettin (2023) mukaan kotona suoritettavien kuntoutusohjeiden toimivuus riippuu siitä, toteutetaanko saatuja ohjeita vai ei. Tutkimuksessamme asiakkaat itse arvioivat miten hyvin ja oikein he suorittivat kuntouttavia harjoitteita, ja tämä voi osaltansa vaikuttaa kuntoutusprosessin pituuteen.

Aineistostamme sitoutumista heikentävänä tekijänä nousi esille arjessa sosiaalisen tuen puuttuminen, esimerkiksi ystävä tai läheinen, jonka kanssa tehdä harjoitteita yhdessä, tai joka kannustaa harjoitteiden tekemisessä. Bachmann ym. (2018) tutkimuksessaan nostivat kotiharjoitteiden sitoutumista lisäävinä tekijöinä

sosiaalinen tuen, fysioterapeutin ohjauksen sekä alhaisen harjoitusten määrän (alle 4) (Bachmann, Bachmann & Oesch 2018).

Kuntoutujan oma motivaatio kuntoutusprosessissa on varsin tärkeä tekijä sille, että kuntoutukselle asetetut tavoitteet toteutuvat. Näin ollen motivaation rakentaminen on tärkeä osa kokonaisvaltaista kuntoutusta ja sen sisältöä. Motivaation ylläpitoon vaikuttaa monet eri tekijät ja niiden tunnistaminen yksilöllisesti on tärkeää, jotta niitä pystytään tukemaan. Näitä tekijöitä ovat muun muassa asiakkaiden erilaiset elämäntilanteet, ikä ja psyykkiset voimavarat. (Autti-Rämö 2021 & Heinijoki ym. 2022.) Autti-Rämö (2021) on tutkinut, että vanhemmat kuntoutujat ovat motivoituneempia kuntoutumaan kuin nuoret. Tästä poiketen tutkimuksemme ei noussut esille se, että vanhemmat kuntoutujat olisivat olleet sitoutuneempia kuntoutukseen kuin nuoremmat. Kuntoutusprosessissa on tärkeä kiinnittää huomiota fyysisen ongelman ratkaisemiseksi myös sosiaaliin sekä psyykkisiin voimavaroihin ja niiden tukemiseen, sillä ne vaikuttavat kuntoutuksen tavoitteisiin pääsemiseen. Kuntoutuksen sitoutumiseen on lopulta asiakkaan omasta päätöksestä kiinni, eikä kuntoutusta voi muut toteuttaa asiakkaan puolesta. On hyväksyttävä, että viime kädessä asiakas itse tekee päätöksen kuntoutuksen toteuttamisesta ja siihen sitoutumisesta. (Huupponen & Strandberg 2020; Pitkälä & Savikko 2007).

Kuntoutusprosessin kehittäminen on tärkeää, koska uutta tutkimustietoa tulee lisää jatkuvasti. Tämän tiedon pohjalta voimme muuttaa toimintaamme perustuen uusimpaan tutkittuun tietoon (Tilastokeskus 2024). Tutkimuksemme perusteella voidaan todeta, että organisaation kuntoutusprosessi tekonivelleikkauksen jälkeen on varsin toimiva. Tutkimustulosten mukaan suurin osa vastaajista on sitoutuneita tekonivelleikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen. Tutkimuksemme saimme ehdotuksia kuntoutuksen parantamiseksi, jotta kuntoutus olisi vieläkin tehokkaampaa. Tekonivelleikkauksesta toipuvat kuntoutujat olisivat kaivanneet kuntoutuksen tueksi useampia fyysisiä fysioterapiakäyntejä, kun tällä hetkellä fysioterapeutin tapaa polven tekonivelleikkauksen jälkeen viikoilla kaksi ja kuusi, lonkan operaation jälkeen viikolla kuusi. Fysioterapeutilta saatavaan harjoitusohjelmaan olisi myös kaivattu vaihtoehtoisiksi harjoitteiksi haastavampia liikkeitä.

Kuntoutujien toiveena olisi siis useampien fysioterapiakäyntien lisäksi monipuolisemmat ja kattavammat kuntoutusohjeet sekä fysioterapeutilta saatava kannustava ja motivoiva tuki.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusta tehdessä noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Tutkimustyö perustuu luotettavuuteen, rehellisyyteen, vastuunkantoon sekä arvostukseen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023). Tieteessä hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan, että tutkimuksessa käytetään eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä sekä tutkimusmenetelmiä (Vilkka 2021, 71–86).

Aineiston keruu ja raportointi on tärkeä tehdä huolellisesti. Aineisto käsitellään totuudenmukaisesti sekä aineistonkeruumenetelmät valitaan tukemaan tutkimuksen tavoitteita, jotta tutkimuksen tulokset ovat luotettavia. (Vilkka 2021, 71–86.) Aineistonkeruun menetelmäksi valittiin sähköinen kysely, jotta saimme mahdollisimman monta vastaajaa parantaaksemme tulosten luotettavuutta.

Teoreettisen tietopohjan lähteiden on oltava ajantasaisia, sekä lähdeviitteiden merkattu oikein (Vilkka 2021, 71–86). Tietoperustassa käytettiin mahdollisimman tuoreita lähteitä sekä tutkimustietoa. Tutkimustiedossa huomiottiin tutkimusten laadun, jotta tieto on luotettavaa. Vanhempia lähteitä käytettäessä tarkastettiin, että niissä oleva tieto on vielä validia. Lähteiden merkinnässä noudatettiin oppilaitoksen ohjeistusta.

Tutkimusaineiston keräämiseen haettiin tarvittavat luvat työn tilaajalta. Asiakkaista pyydettiin vain välttämättömät tiedot tutkimuksemme kannalta. Tutkimus toteutettiin anonyyminä kyselynä. Tutkimusaineiston keräsimme sähköisen kyselyn avulla (liite 2). Kyselyssä oli mukana saatekirje (liite 1), missä kerrottiin tutkimuksesta ja siitä mihin vastauksia käytetään. Lisäksi kirjeessä oli myös tutkijoiden yhteystiedot, mikäli asiakas halusi ottaa yhteyttä ennen kyselyyn vastaamista. Kyselyn aikana saatiin muutamia yhteydenottoja asiakkailta, jossa asiakas

halusi tietää enemmän tutkimuksesta. Tutkimusaineisto säilytettiin asianmukaisesti tietosuojattuna sekä lisäksi tutkijat sitoutuivat vaitiolovelvollisuuteen. Tutkimusaineisto tullaan hävittämään, kun opinnäytetyö on valmis.

Tutkimuksen tulokset tulee avata totuudenmukaisesti ja ne tulee kirjoittaa selkeästi, jotta lukijan on ne helppo ymmärtää (Ojasalo ym. 2015, 48–49). Tutkijoina, meidän on tärkeä analysoida aineisto huolellisesti, jotta emme käsittele sitä vain omasta näkökulmasta. Käyttämiemme tutkimusmenetelmien avulla uskomme, että tutkimus on eettisesti kestävä.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen luotettavuutta varmistettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet pidettiin mielessä sekä tiedon haussa että tietoperustaa kirjoitettaessa. Tutkimuksen validiteetti eli luotettavuus tulee varmistaa tutkimalla sitä, mitä oli tarkoituskin tutkia (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2006). Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee pohtia, että onko tällä tutkimuksella pystytty tuottamaan hyvin todenmukaista tietoa (Lähdevirta, Kylmä & Vehviläinen-Julkunen 2003, 612).

Vaikka tutkimuksemme on tehty yhdistellen määrällisen ja laadullisen tutkimuksen menetelmiä, on tässä tutkimuksessa luotettavuutta arvioidessa painopiste laadullisen tutkimuksen osa-alueissa. Elo ym. (2014) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tavoitteena on saada tukea sille, että tutkimustulokset olisivat valideja sekä tärkeitä.

Laadullisten tutkimusten luotettavuutta voidaan arvioida erilaisten kriteerien avulla, kuten uskottavuuden, yhdenmukaisuuden, luotettavuuden, aitouden ja siirrettävyyden avulla. Uskottavuudella viitataan siihen, että tutkimukseen osallistuvat tunnistetaan ja kuvaillaan tarkasti. Yhdenmukaisuudella tarkoitetaan henkilön tai henkilöiden väliseen mahdollisuuteen tietojen tarkkuuden, merkityksen ja merkityksellisyyden kannalta, kun taas luotettavuudella viitataan vakaaseen informaatioon. Aitoudella viitataan siihen, kuinka oikeudenmukaisesti ja uskollisesti tutkijat viittaavat tekstissä erilaisiin todellisuuksiin. Viimeinen kriteeri, siirrettävyyden kriteeri, perustuu päättelyyn, jonka mukaan saadut havainnot pystytään

yleistämään tai siirtämään muihin ryhmiin. (Elo ym. 2014.) Juutin ja Puusan (2020) mukaan laadullisen tutkimuksen käsitteistä luotettavuus, uskottavuus ja eettisyys ovat yhteydessä toisiinsa koko tutkimuksen ajan.

Tutkimuksen luotettavuutta ajatellen, on varsin tärkeää kuvailla tutkimuksen kulku mahdollisimman avoimesti ja tarpeeksi yksityiskohtaisesti sekä sisällönanalyysin vaiheiden että tutkimustulosten osin. Tämän lisäksi aineiston analyysiprosessin selkeä kuvaaminen on tärkeää, jotta tutkimuksen lukijan ymmärtää mahdollisimman helposti, miten koko prosessi eteni. Erilaiset tutkimustaulukot, kuviot ja kaaviot lisäävät tutkimuksen luotettavuutta, sillä niiden avulla on helpompi havainnollistaa tekstin sisältöä. (Elo ym. 2024.) Tämän lisäksi tutkimuksen luotettavuutta voidaan myös arvioida siirrettävyyden idean mukaan, jossa pohditaan, että olisiko saadut tutkimustulokset mahdollisia toisenlaisessa tutkimusympäristössä ja olisiko aihetta siellä mahdollista tutkia uudelleen (Juuti & Puusa 2020).

Sisällönanalyysistä saatujen tulosten luotettavuuden parantaminen alkaa heti tutkimuksen alussa hyvällä valmistelulla ennen varsinaisen tutkimuksen tekoa. Tähän valmisteluun kuuluu tiedonkeruun taitojen omaksuminen, analyysivaiheen ja tulosten tarkastelun sekä raportoinnin opettelu. Lisäksi luotettavuutta lisää tutkijoiden välillä tapahtuva vuoropuhelu ja onnistuessaan tämä vuoropuhelu osoittaa yhdenmukaisuutta sekä uskottavuutta. (Elo ym. 2014.)

Tämän tutkimuksen tutkijat ovat molemmat työn tilaajan organisaation työntekijöitä, mutta siitä huolimatta tutkimustuloksia ja opinnäytetyöprosessia tarkasteltiin objektiivisesti ja niin, etteivät tutkijoiden henkilökohtaiset mielipiteet tai näkemykset vaikuttaneet tutkimuksen kulkuun. Kumpikaan tutkijoista ei työskentele toimipisteessä, missä tekonivelleikkauksia tehdään, eikä ole tekemisissä näiden tekonivelleikkattujen asiakkaiden kanssa. Saatua tutkimusaineisto oli täysin anonyymi ja aineiston analyysiprosessista saatua aineistoa oli tämän vuoksi hyvin helppo tarkastella puolueettomasti.

Tutkimustuloksien luotettavuuteen vaikuttaa monta tekijää. Vastaajat olivat käyneet tekonivelleikkausprosessin vuonna 2023, joten ensimmäisen ja viimeisen

leikatun asiakkaan välillä on voinut olla lähes vuoden ajallinen ero. Tämä tarkoittaa sitä, että toisilla vastaajista kuntoutumisesta on jo kulunut enemmän aikaa kuin toisilla. Tämä on voinut vaikuttaa vastauksiin. Toisaalta tekonivelleikkauksesta kuntoutuminen on pitkä prosessi, joten uskomme, että kaikki tutkimusmateriaali on yhtä validia.

7.4 Jatkotutkimusaiheita

Tutkimustuloksia analysoidessa huomasimme, että tästä samasta aiheesta olisi mielenkiintoista tehdä jatkotutkimuksia ja verrata saatuja tuloksia. Tekonivelleikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen sitoutumista olisi myös mielenkiintoista tutkia esimerkiksi julkisen terveydenhuollon puolella, jossa asiakaskunta on erilainen kuin yksityisellä sektorilla. Olisi kiinnostavaa nähdä vaikuttaako tuloksiin esimerkiksi erilainen hoitopolku. Tähän voisi myös miettiä eri näkökulmia, kuten maantieteellisesti eri puolella Suomea sekä tutkimuksen kohderyhmä voisi olla eri ikäryhmää.

Tämän työn tilaaja voisi myös toteuttaa samanlaisen tutkimuksen muissa toimipisteissään, joissa tehdään tekonivelleikkauksia. Tutkimuksella saataisiin selville, onko kuntoutusprosessi samanlainen jokaisella toimipisteellä. Tulosten perusteella voitaisiin myös vertailla toimipisteitä ja pohtia, mitkä tekijät mahdollisesti vaikuttavat tuloksiin. Tutkimuksella saataisiin myös selville, onko maantieteellisesti eroavaisuuksia tekonivelleikkauksen postoperatiivisen kuntoutuksen sitoutumiseen yksityisellä palveluntuottajalla.

Polven- ja lonkan tekonivelleikkauksen kuntoutusprosessista löytyi aiempaa tutkimustietoa. Monissa tutkimuksissa todettiin kuitenkin lisätutkimustarvetta, esimerkiksi tarkemman kuntoutussisällön suhteen. Lisäksi erityisesti preoperatiivisen kuntoutuksen vaikutusta postoperatiiviseen kuntoutukseen tulisi tutkia lisää. Jatkotutkimuksena olisikin tärkeää selvittää minkälaisella preoperatiivisella kuntoutuksella saataisiin parempia tuloksia vai tulisiko preoperatiiviseen kuntoutukseen käytetyt resurssit käyttää johonkin tutkitusti tehokkaampaan kuntoutustapaan (Wang ym. 2016; Wanying ym. 2022).

LÄHTEET

Adams, D., Caballero-Garcia, A., Córdova, A., Fernandez-Lazaro, C., Fernandez-Lazaro, D., García-González, J., Mielgo-Ayuso, J., Miron-Canelo, J. & Racionero, F. 2019. Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study. *BMC Family Practice*, Volume 20, September 2019, 2–10. Viitattu 6.2.2024
<https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-1019-3>.

Arant, K. R, Zimmerman Z. E., Bensen G. P., Losina E. & Katz, J. N. 2021. Perceptions of Physical Activity and the Use of Activity Monitors to Increase Activity Levels in Patients Undergoing Total Knee Replacement. *ACR Open Rheumatology*, Volume 3, No. 11, November 2021, 771–778. Viitattu 27.4.2024
<https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/acr2.11324>.

Arokoski, J. 2012. WOMAC-indeksin kliininen käytettävyys. Viitattu 11.10.2024
<https://www.kaypahoito.fi/nak05668>.

Artz, N., Elvers, K. T., Lowe, C. M., Sackley, C., Jepson, P. & Beswick A. D. 2015. Effectiveness of physiotherapy exercise following total knee replacement: systematic review and meta-analysis, *BMC Musculoskeletal Disorders* Volume 16, February 2015. Viitattu 1.4.2024
<https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-015-0469-6>.

Autti-Rämö, I. 2021. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi. *Lääketeollinen aikakauslehti Duodecim*, Volume 13, 2021, 1369–1374. Viitattu 28.9.2024
<https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo16318.pdf>.

Autti-Rämö, I., Salminen A.-L., Rajavaara, M. & Melkas, S. 2022. Kuntoutuminen. 2., uudistettu painos 2022. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Bachmann, C., Bachmann, S. & Oesch, P., 2018. Recommendations for Improving Adherence to Home-Based Exercise: A Systematic Review. *Physikalische Medizin*, Volume 28, 2018, 20–31. Viitattu 22.1.2024
<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0043-120527>.

Bandholm, T., Wainwright T. W. & Khlet H. 2018. Rehabilitation strategies for optimisation of functional recovery after major joint replacement. *Journal of Experimental Orhopaedics*, Volume 11, October 2018. Viitattu 3.2.2024
<https://jeo-esska.springeropen.com/counter/pdf/10.1186/s40634-018-0156-2.pdf>.

Basset, S. 2003. The Assessment of Patient Adherence to Physiotherapy Rehabilitation. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, Volume 31, January 2003, 60–66. Viitattu 19.1.2024
https://www.researchgate.net/publication/284411604_The_assessment_of_patient_adherence_to_physiotherapy_rehabilitation_e.net.

- Cross, M. J., March, L. M., Lapsley, H. M., Byrne, E. & Brooks, P. M., 2006. Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure. *Rheumatology*, Volume 1, January 2006, 92–96. Viitattu 15.6.2024
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16287930/>.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D. & Wampold, B. E. 2012. Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, Volume 32, November 2012, 642–649. Viitattu 14.10.2024
<https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ez.lapinamk.fi/22922705/>.
- Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A. & Kääriäinen, M. 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede*, Volume 34, 215–225. Viitattu 12.10.2024
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/789349/Laadullisen_sisallonalaysin_vaiheet_ja_eteneminen.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2014. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Journal*, Volume 4, January 2014. Viitattu 16.10.2024
<https://doi.org/10.1177/2158244014522633>.
- Fernandes, L., Roos E. M., Overgaard, S., Villadsen, A. & Søgaard, R. 2017. Supervised neuromuscular exercise prior to hip and knee replacement: 12-month clinical effect and costutility analysis alongside a randomised controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, Volume 6, January 2017. Viitattu 1.4.2024
<https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-016-1369-0>.
- Guerra, M., L., Singh, P. J. & Taylor N. F. 2015. Early mobilization of patients who have had a hip or knee joint replacement reduces length of stay in hospital: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, Volume 29, September 2015, 844–854. Viitattu 1.5.2024
<https://journalsagepubcomom.ez.lapinamk.fi/doi/epub/10.1177/0269215514558641>.
- Haas, R., Sarkies, M., Bowles, K.-A., O'Brien, L. & Haines, T. 2016. Early commencement of physical therapy in the acute phase following elective lower limb arthroplasty produces favorable outcomes: a systematic review and meta-analysis examining allied health service models. *Osteoarthritis and Cartilage*, Volume 24, May 2016, 1667–1681. Viitattu 1.5.2024
<https://www.oarsijournal.com/action/showPdf?pii=S10634584%2816%2930069-3>.
- Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J. & Ferreira M. L. 2010. The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. *Physical Therapy*, Volume 90, August 2010, 1099–1110. Viitattu 14.10.2024
<https://academic.oup.com/ptj/article/90/8/1099/2737932>.

Hawker, G. A., 2006. Who, when, and why total joint replacement surgery? The patient's perspective. *Curr Opin Rheumatol*, Volume 18, September 2006, 526–30. Viitattu 15.6.2024
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16896295/>.

Heinijoki, H., Karhula, M., Saukkonen, S., Seppänen-Järvelä, R. & Ukkola, I. 2022. Motivaatio tai sen puute vaikuttaa kuntoutuksen onnistumiseen. *Kela-tutkimusblogi*, 14.6.2022. Viitattu 28.9.2024
<https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/720818/motivaatio-tai-sen-puute-vaikuttaa-kuntoutuksen-onnistumiseen>.

Heliövaara, M. 2008. Nivelrikon esiintyvyys ja kustannukset. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, Volume 124, 2008, 1869–1874. Viitattu 5.11.2023
<https://www.duodecimlehti.fi/duo97449>.

Hirsikangas, S. 2021. Hoitoon sitoutuminen, siihen yhteydessä olevat tekijät ja palveluohjausintervention vaikutukset terveystalvuuja paljon käyttävillä asiakkailta. *Väitöskirja*, Oulun Yliopisto. Viitattu 4.2.2024
<https://oulurepo.oulu.fi/bitstream/handle/10024/36538/isbn978-952-62-3052-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

HUS 2024. Tekonivelpotilaan hoitopolku. Viitattu 22.1.2024
<https://www.hus.fi/potilaalle/hoidot-ja-tutkimukset/tekonivelpotilaan-hoitopolku>.

Huupponen, R. & Strandberg, T. 2020. Miten auttaa potilasta sitoutumaan lääkehoitoonsa? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, Volume 136, 2020, 223–227. Viitattu 17.9.2024
<https://www.duodecimlehti.fi/duo15345>.

Juuti, P. & Puusa, A. 2020. *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat*. Helsinki: Gaudeamus Oy.

Kallinen, T. & Kinnunen, T. 2021 a. *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Koodaaminen*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 24.1.2024
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/koodaaminen/>.

Kallinen, T. & Kinnunen, T. 2021 b. *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Teemoittelu*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 1.1.2024
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/teemoittelu/>.

Knaapi-Junnila, S., Jäppinen, A.-M., Välimaa, R. & Piirainen A. 2015. *Kuntoutujat toimijoina – Neljä tarinamallia kuntoutumisesta*. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2015, Volume 52, 52 20–32. Viitattu 1.5.2024
<https://journal.fi/sla/article/view/50757/15436?acceptCookies=1>.

Kyngäs, H. & Hentinen M. 2009. *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lähdevirta, J., Kylmä, J. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2023. Laadullinen terveystutkimus - Mitä miten ja miksi? Lääketieteellinen aikakausilehti Duodecim, Volume 119, 2023, 609–615. Viitattu 11.10.2024 <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>.

Lämsä, A. & Hautala, T. 2004. Organisaatiokäyttötymisen perusteet. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 2011. Nivelrikko. Lääketieteellinen aikakausilehti Duodecim, Volume 127, 2011, 1487–1490. Viitattu 22.4.2024 <https://www.duodecimlehti.fi/duo99652>.

Mieronkoski, R., Stolt, M., Suhonen, R. & Tevasaari, A. 2021. Itsearvioitu fyysinen toimintakyky neljä viikkoa polven tekonivelleikkauksen jälkeen – kyselytutkimus. Hoitotiede, Volume 33, 2021, 43–53. Viitattu 27.4.2024 <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128953/77993?acceptCookies=1>.

Mehiläinen 2024. Tekonivelleikkaus. Viitattu 8.5.2024 <https://www.mehilainen.fi/polvikuluma-ja-polven-tekonivelleikkaus>.

Naal, F. D., Impellizzeri, F. M., Lenze, U., Wellauer, V., Eisenhart-Rothe, R. & Leunig, M. 2015. Clinical improvement and satisfaction after total joint replacement: a prospective 12-month evaluation on the patients' perspective. Cross-Mark, Qual Lide Res, Volume 12, December 2015, 2918–2925. Viitattu 7.2.2024 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26068733/>.

Ojasalo K., Moilanen T. & Ritalahti J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudella osaamista liiketoimintaan. Helsinki: SanomaPro.

O’Keeffe, M., Cullinane, P., Hurley, J., Leahy, I., Bunzli, S., O’Sullivan, P., B. & O’Sullivan, K. 2016. What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. Physiotherapy, Volume 96, May 2016, 609–622. Viitattu 14.10.2024 <https://academic.oup.com/ptj/article/96/5/609/2686357>.

Orton 2024. Tekonivelleikkaus. Viitattu 8.5.2024 <https://www.orton.fi/palvelut/hoitopalvelut/tekonivelleikkaus/>.

Pihlajalinnat 2024. Tekonivelleikkaus. Viitattu 8.5.2024 <https://www.mehilainen.fi/tekonivel-ja-tekonivelleikkaus>.

Pitkälä, K. & Savikko, N. 2007. Potilaan sitoutuminen hoitoon – Luottamuksen rakentamisella paremmin yhteisiin tavoitteisiin. Lääketieteellinen aikakausilehti Duodecim, Volume 123, 2007, 501–502. Viitattu 6.2.2024 <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo96322.pdf>.

Pitkäranta, A. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä työkirja ammattikorkeakouluun. E-Oppi Oy.

Pohjolainen, T. 2021. Nivelrikko (artroosi). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 5.11.2023 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00673>.

Pozzi, F., Snyder-Mackler, L. & Zeni J. 2013. Physical exercise after knee arthroplasty: a systematic review of controlled trials. *Eur J Phys Rehabil Med*, Volume 49, December 2013, 877–892. Viitattu 3.2.2024
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4131551/>.

Puusniekka, A. & Saaranen-Kauppinen, A. 2006. Validiteetti – KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto, verkkojulkaisu. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 16.10.2024
https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_1.html.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T., & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, Volume 125, 2009, 2351–2359. Viitattu 4.11.2023 <https://www.duodecimlehti.fi/duo98401>.

Salminen, A.-L. & Hiekkala, S. 2019. Kokemuksia etäkuntoutuksesta: Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia. Helsinki: Kela. Viitattu 10.12.2023
<https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/822abcf7-8855-4e83-a484-4e6be9493367/content>.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi – uudistettu painos. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2024. Kuntoutus. Viitattu 25.9.2024
<https://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>.

Suomisanakirja 2024. Sitoutuminen. Viitattu 26.8.2024
<https://www.suomisanakirja.fi/sitoutuminen>.

Tekonivelsairaala Coxa 2024. Tekonivelleikkaus. Viitattu 8.5.2024
<https://www.coxa.fi/hoitoon-hakeutuminen/tekonivelleikkaus/>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Päivitetty 5.12.2023. Viitattu 20.10.2024
<https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/kehittyva-palvelujarjestelma/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistaminen>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2024. Tekonivelleikkaukset 2023. Päivitetty 25.9.2024. Viitattu 5.10.2024
<https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/tekonivelleikkaukset>

Terveyskylä. 2024. Miten tekonivelleikkaus tehdään? Päivitetty 24.8.2017. Viitattu 22.1.2024 <https://www.terveyskyla.fi/niveltalo/tekonivelleikkaus/tietoa-tekonivelleikkauksesta/miten-tekonivelleikkaus-tehd%C3%A4%C3%A4n>.

Terveyskylä. 2024. Mitä odottaa tekonivelleikkaukselta? Päivitetty 24.8.2017. Viitattu 22.1.2024 <https://www.terveyskyla.fi/niveltalo/tekonivelleikkaus/tietoa-tekonivelleikkauksesta/mit%C3%A4-odottaa-tekonivelleikkaukselta>.

Terveystalo 2023. Polven tekonivelleikkaus. Viitattu 1.1.2024
<https://www.terveystalo.com/fi/palvelut/polven-tekonivelleikkaus>.

Terveystalo 2024. Tekonivelleikkaus. Viitattu 8.5.2024
<https://www.terveystalo.com/fi/palvelut/tekonivelkirurgia>.

Tilastokeskus 2022. Käsitteet ja määritelmät. Viitattu 6.8. 2024
<https://stat.fi/til/tyokay/kas.html#:~:text=Ty%C3%B6ik%C3%A4iseen%20v%C3%A4est%C3%B6%C3%B6n%20kuuluvat%20kaikki%2015%2D74%20%2Dvuotiaat%20henkil%C3%B6t.&text=Ty%C3%B6lliseen%20ty%C3%B6voimaan%20uetaan%20kaikki%2018,tai%20suorittamassa%20varusmies%2D%20t..>

Tilastokeskus 2024. Tutkimus- ja kehittämistoiminta. Viitattu 25.9.2024
https://stat.fi/meta/kas/t_ktoiminta.html.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Viitattu 17.10.2024
https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa – Määrällisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 6.8.2024 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0099-9>.

Wang, L., Lee, M., Zhang, Z., Moodie, J., Cheng, D. & Martin, J. 2016. Does preoperative rehabilitation for patients planning to undergo joint replacement surgery improve outcomes? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*, Volume 6, 2016. Viitattu 7.2.2024
<https://www.ncbi-nlm-nih.gov.ez.lapinamk.fi/pmc/articles/PMC4746481/pdf/bmjopen-2015-009857.pdf>.

Wanying Su, W., Zhou, Y., Qiu, H. & Wu, H., 2022. The effects of preoperative rehabilitation on pain and functional outcome after total knee arthroplasty: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, Volume 17, March 2022. Viitattu 30.4.2024
<https://josr-online.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13018-022-03066-9>.

World Health Organisation 2003. Adherence to long-term therapies – Evidence for action. Viitattu 4.11.2023
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9519734384-fin.pdf?sequence=1>.

Yan, J., Gong, N., Xiao, W. & Min, L. 2023. The Outcomes of Continuous Nursing Combined With Rehabilitation Guidance in Patients Receiving Hip Joint Replacement. *Alternative therapies*, Volume 29. July/August 2023. Viitattu 7.2.2024 <http://alternative-therapies.com/oa/index.html?fid=7875>.

Yksityisen terveydenhuoltoalan yritys 2024. Sisäiset ohjeet. Viitattu 27.1.2024: Ei julkinen.

Zhang, Z., Tian, L., He, K., Xu, L., Wang, X., Huang, L., Yi, J. & Liu, Z., 2022. Digital Rehabilitation Programs Improve Therapeutic Exercise Adherence for Patients With Musculoskeletal Conditions: A Systematic Review With Meta-Analysis. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, Volume 52, November 2022, 726–739. Viitattu 4.11.2023
<https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2022.11384>.

LIITTEET:

- Liite 1. Sähköisen asiakaskyselyn saatekirje
- Liite 2. Asiakkaille lähetetty kyselylomake

Liite 1. Sähköisenkyselyn saatekirje

Kysely tekonivelleikkauksen jälkeisestä kuntoutuksesta

Arvoisa vastaanottaja,

Teidät on kutsuttu vastaamaan tutkimukseen, jossa käsitellään tekonivelleikkauksen jälkeistä kuntoutusta. Tutkimus on laadullinen, jonka tarkoituksena on selvittää mikä lisää asiakkaan sitoutumista tekonivelleikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen. Tarkoituksena on tuottaa kuntoutusta tukevaa materiaalia tulevien asiakkaiden käyttöön. Tutkimus on YAMK opinnäytetyö. Opiskelemme Lapin Ammattikorkeakoulussa Terveyspalveluiden johtamista ja kehittämistä.

Päivätyömme on Yksityisessä terveydenhuoltoa tuottavassa yrityksessä, jossa työskentelemme muun muassa tekonivelasiakkaiden kanssa. Opinnäytetyömme tutkimuksen kohderyhmä on vuonna 2023 pääkaupunkiseudun toimipisteessä polven- ja lonkantekonivelleikatut työikäiset asiakkaat. Tutkimuksen tekoon on saatu asianmukaiset luvat. Tutkimuksen on tarkoitus valmistua alkutalvesta 2024.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja siihen vastataan anonyymisti. Kyselystä saadut vastaukset tulevat ainoastaan tutkijoiden käyttöön, eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Kyselyn vastausaika on kolme viikkoa (6.–26.5.-24). Kyselyyn vastaamiseen teiltä menee noin 5–10 minuuttia.

Jos sinulle herää kysyttävää tutkimuksesta voit olla yhteydessä sähköpostilla
pauliina.buchert@---.com
elina.visuri@---.com

Kiitos jo etukäteen vastauksistasi, jotka ovat ensiarvoisen tärkeitä!

Keväisin terveisin,

Pauliina Buchert (sairaanhoitaja, kipsimestari) ja Elina Visuri (työfysioterapeutti)

Liite 2. 1(2). Asiakkaille lähetetty kyselylomake

*Pakollinen

1. Ikä *

- 30–39
- 40–49
- 50–59
- 60–69

2. Sukupuoli *

- Nainen
- Mies
- Muu

3. Operoitava nivel *

- Polvinivel
- Molemmat polvinivelet
- Lonkkanivel
- Molemmat lonkkanivelet

4. Kuinka hyvin koit olleesi sitoutunut kuntoutukseen? *

- 1. en lainkaan sitoutunut
- 2. hieman sitoutunut
- 3. jonkin verran sitoutunut
- 4. suurimmaksi osaksi sitoutunut
- 5. täysin sitoutunut

Liite 2. 2(2)

5. Kuinka hyvin toteutit kuntoutussuunnitelmaa? *

- 1. en lainkaan
- 2. hieman
- 3. jonkin verran
- 4. suurimmaksi osaksi
- 5. täysin

6. Mikä tekijät motivoivat sitoutumista kuntoutumissuunnitelmaan?

- Avoin vastaus

7. Mikä tekijät heikensivät sitoutumista kuntoutussuunnitelmaan?

- Avoin vastaus

8. Olisitko kaivannut kuntoutussuunnitelmaan jotakin lisää? *

- Opetusvideoita
- Videovastaanotto
- Chat -yhteys
- Fysioterapeutin vastaanotto
- Muu, mikä

9. Ruusuja ja risuja

- Avoin vastaus