

**Riina Ahola & Maritza Hakola**

**POLVEN TEKONIVELLEIKKAUKSESSA OLLEIDEN POTILAI-  
DEN KOKEMUKSIA NOPEAN TOIPUMISEN HOITOMALLIN MUKAI-  
SESTA HOITOPROSESSISTA**

**Opinnäytetyö  
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Lokakuu 2016**

**TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ**

<b>Centria- Ammattikorkeakoulu</b> Kokkola-Pietarsaaren yksikkö	<b>Aika</b> Lokakuu 2016	<b>Tekijä/tekijät</b> Riina Ahola Maritza Hakola
<b>Koulutusohjelma</b> Hoitotyön koulutusohjelma		
<b>Työn nimi</b> POLVEN TEKONIVELLEIKKAUKSESSA OLLEIDEN POTILAIEN KOKEMUKSIA NOPEAN TOIPUMISEN HOITOMALLIN MUKAISESTA HOITOPROSESSISTA		
<b>Työn ohjaaja</b> TtM Timo Kinnunen	<b>Sivumäärä</b> 35+5	
<b>Työelämäohjaaja</b> Osastonhoitaja Niina Parpala		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää polven tekonivelleikkauksessa olleiden potilaiden kokemuksia nopean toipumisen hoitomallin mukaisesta hoitoprosessista. Tavoitteena oli kehittää nopean toipumisen hoitomallin mukaista polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessia asiakaslähtöisemmäksi.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin teemahaastatteluiden avulla keuhäällä 2016. Haastateltavina oli yhteensä kuusi Keski-Pohjanmaan keskussairaalan operatiivisen osaston potilasta, jotka olivat 6–8 viikkoa ennen haastatteluja käyneet polven tekonivelleikkauksessa. Teemahaastatteluista saatu aineisto analysoitiin induktiivisen sisälönanalyysin avulla.</p> <p>Tutkimustulokset osoittivat, että potilaat olivat tyytyväisiä hoitoprosessin kokonaisuuteen. Potilaat kokivat hoidon onnistuneeksi ja tunsivat olonsa turvallisiksi hoitoprosessin aikana. Tuloksista nousi esille myös potilaiden luottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan. Potilaat kokivat kirjallisen ja suullisen ohjauksen monipuoliseksi, riittäväksi ja hyödylliseksi. Kivunhoidon koettiin olevan onnistunut ja riittävä osastolla ollessa, mutta osa toivoi kotiin tehokkaampaa kipulääkitystä, sillä kivut vaivasivat erityisesti öisin. Tuloksista ilmeni, että puolet potilaista koki kuntoutumisen haastavaksi ja puolet taas helpoksi. Kaikki potilaat kuitenkin aloittivat liikkumisen joko leikkauspäivän iltana tai seuraavana aamuna. Lähes kaikki potilaat myös tekivät säännöllisesti annettuja liikeharjoituksia.</p>		
<b>Asiasanat</b> Nopean toipumisen hoitomalli, polven tekonivelleikkaus, ohjaus, asiakaslähtöisyys, hoitoprosessi		

## ABSTRACT

<b>Centria University of Applied Sciences</b> Kokkola-Pietarsaari Unit	<b>Date</b> October 2016	<b>Author</b> Riina Ahola Maritza Hakola
<b>Degree programme</b> Degree Programme in Nursing		
<b>Name of thesis</b> PATIENT'S EXPERIENCES ON FAST TRACK KNEE REPLACEMENT TREATMENT PROCESS		
<b>Instructor</b> MNSc Timo Kinnunen	<b>Pages</b> 35+5	
<b>Supervisor</b> Head nurse Niina Parpala		
<p>The purpose of this thesis was to find out patient's experiences on knee replacement treatment process. Thesis aim was to advance the process of knee replacement treatment to be more customer-orientated.</p> <p>This thesis was conducted as a qualitative research and the data was collected by theme interviews in the spring 2016. We interviewed six patients from Central Ostrobothnia Central Hospital operative unit. The data we received from theme interviews was analyzed by inductive content analysis.</p> <p>According to the findings of the study patients were pleased with the whole treatment process. Patients experienced that their treatment was successful and they felt safe throughout the treatment process. In the results of this thesis also emerged that patients trusted the nursing staff. Patients experienced that both the written and the verbal guidance were diverse, sufficient and helpful. Pain care was experienced to be successful and sufficient while patients were in hospital but they wished for more effective painkillers at home because the pain bothered especially at nights. The results indicated that half of the patients experienced the rehabilitation to have been challenging and the other half of the patients experienced that it was easy. However, all the patients started to exercise either at the same night of surgery or in the next morning.</p>		
<b>Key words</b> fast track model, knee replacement, guidance, customer orientation, treatment process		

**TIIVISTELMÄ  
ABSTRACT  
SISÄLLYS**

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 NOPEAN TOIPUMISEN HOITOMALLI .....</b>	<b>3</b>
2.1 Hoitomallin periaatteet .....	3
2.2 Polven nivelrikko ja tekonivelleikkaus .....	7
2.3 Hoitoprosessi Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa .....	8
<b>3 POTILASOHJAUS .....</b>	<b>9</b>
3.1 Ohjaus hoitotyössä .....	10
3.2 Ohjaamiseen vaikuttavat taustatekijät .....	11
<b>4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....</b>	<b>12</b>
<b>5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....</b>	<b>14</b>
5.1 Opinnäytetyön lähestymistapa .....	14
5.2 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus .....	15
5.3 Aineistonkeruu .....	15
5.4 Aineiston analyysi .....	16
<b>6 TULOKSET .....</b>	<b>18</b>
6.1 Potilaiden kokemuksia nopean toipumisen hoitomallin mukaisesta polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessista .....	18
6.2 Polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessin kehittäminen potilaiden näkökulmasta .....	24
<b>7 OPINNÄYTETYÖN ETIIKKA JA LUOTETTAVUUS .....</b>	<b>25</b>
7.1 Tutkimusetiikka .....	25
7.2 Luotettavuus .....	26
<b>8 POHDINTA.....</b>	<b>28</b>
8.1 Tulosten tarkastelua.....	28
8.2 Opinnäytetyön merkitys hoitotyölle .....	29
8.3 Jatkotutkimusmahdollisuudet .....	30
8.4 Oppimisprosessin tarkastelua.....	30
<b>LÄHTEET.....</b>	<b>32</b>
<b>LIITTEET</b>	

## 1 JOHDANTO

Vuonna 2013 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen implanttirekisteriin ilmoitettiin yhteensä runsaat 22 000 lonkan ja polven tekoniveltä, joista polviproteeseja oli noin 11 000 (52 %). Ilmoitettujen tekoniveliä on lähes kaksinkertaistunut vuodesta 2000, etenkin polviproteesien määrä on kasvanut. Nivelrikko on yleisin syy (94 %) polven tekonivelleikkauksille. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Polven tekonivelleikkaukset toteutetaan nopean toipumisen hoitomallin mukaisesti. Nopean toipumisen hoitomallin kulmakivet ovat kirurgisten stressireaktioiden minimointi, optimaalinen kivunhoito ja anestesia, aikainen mobilisaatio ja ravitseminen, sekä yksilöllinen ja riittävä potilasohjaus. Niillä saavutetaan potilaan nopea toipuminen ja vähennetään kokonaihoitokustannuksia sekä uusien hoitajaksojen tarvetta. (Holm, Bandholm, Lunn, Husted, Aalund, Hansen & Kehlet 2014, 488-492.) Nopean toipumisen hoitomallin toteutuminen edellyttää hoitomalliin soveltuvaa potilasta sekä motivoitunutta ja koulutettua hoitotiimiä (Kellokumpu 2012). Koska nopean toipumisen hoitomalli on kokonaisvaltaista ja moniammatillista hoitotyötä, tulee hoitotiimin jäsenillä olla yhteinen päämäärä työssään ja heidän tulee sitoutua noudattamaan hoitomallin periaatteita. Hoitotiimin jäseniltä vaaditaan myös tietynlaista järjestelmällisyyttä kokonaisvaltaisen hoitotyön hallitsemiseksi. (Tiala 2013, 14, 20.)

Lyhentyneiden hoitajaksojen vuoksi yksilöllisen potilasohjauksen, asiakaslähtöisyyden ja kuntouttavan työotteen merkitykset korostuvat nopean toipumisen hoitomallissa (Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä 2015). Nopean toipumisen hoitomallissa potilasohjauksen tulee jatkua saumattomasti koko hoitoprosessin ajan. Potilaan tulee saada ohjausta suullisesti ja kirjallisesti useilta moniammatillisen hoitotiimin jäseniltä, kuten kirurgilta, anestesia- ja sairaanhoitajalta ja fysioterapeutilta. Nopean toipumisen hoitomallin myötä potilasohjauksen luonne on kuitenkin muuttunut entiseen verrattuna kannustavammaksi ja se painottuu enemmän preoperatiiviseen eli ennen leikkausta annettavaan ohjaukseen. Preoperatiivisesti annettu ohjaus valmistaa ja motivoi potilasta osallistumaan itse aktiivisesti hoitoonsa ja kuntoutumiseensa. Preoperatiivisen ohjauksen myötä potilaat myös tietävät, mitä hoidon tavoitteisiin kuuluu ja kuinka ne saavutetaan. (Tiala 2013, 15–16.)

Polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessi alkaa kirurgian poliklinikalta, jonne potilas saapuu terveyskeskuslääkärin läheteellä. Kirurgian poliklinikalla ortopedi tutkii potilaan ja tekee leikkauuspäätöksen yhdessä potilaan kanssa. Leikkauuspäätöksestä alkaa potilaan oma aktiivinen valmistautuminen leikkaukseen. (Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä 2014a.) Leikkaus tehdään noin kuuden kuukauden kuluttua leikkauuspäätöksestä. Noin 2–3 viikkoa ennen leikkausta potilas käy laboratoriotutkimuksissa ja röntgenissä sekä tulee preoperatiiviselle käynnille eli päiväkäynnille operatiiviselle osastolle, jossa hän tapaa anestesia- ja sairaanhoitajan. Päiväkäynnin tarkoituksena on varmistaa potilaan leikkauksekelpoisuus ja antaa potilaalle yksilöllistä ohjausta leikkaukseen valmistautumisesta ja siitä toipumisesta. Potilas käy myös fysiatrian ryhmäkäynnillä, jossa hän saa ohjausta leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen. (Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä 2014b.) Potilas saapuu operatiiviselle osastolle leikkauspäivän aamuna. Leikkauksen jälkeen potilas toipuu osastolla ja kotiutuminen tapahtuu yleensä neljän päivän kuluttua leikkauksesta. Noin kuuden viikon kuluttua leikkauksesta potilas menee kontrollikäynnille fysiatrian poliklinikalle sekä noin 2–3 kuukauden kuluttua röntgeniin ja kirurgian poliklinikalle. Kontrollikäynneillä kartoitetaan potilaan kuntoutumista. (Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä 2014c.)

Kohdeorganisaatiossamme Keski-Pohjanmaan Keskussairaalassa tehdään vuosittain vaihtelevasti tekonivelleikkauksia. Työelämän ohjaajamme mukaan esimerkiksi vuonna 2013 tehtiin 152 ja vuonna 2015 tehtiin 111 polven primaareja tekonivelleikkauksia eli leikkauksia, joissa asennettiin proteesi potilaan polveen ensimmäisen kerran. Polven tekonivelen uusinta-leikkauksia tehdään kohdeorganisaatiossamme noin 9-10 kappaletta vuosittain. (Parpala 2016.) Polven tekonivelleikkauksen kustannukset ovat 6123 euroa ja se laskutetaan potilaan kotikunnalta. Potilaalle itselleen maksettavaksi jää hoitopäivämaksut eli 49,50 euroa per vuorokausi. (Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä 2016a, 2016b, 59.)

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on selvittää polven tekonivelleikkauksessa olleiden potilaiden kokemuksia nopean toipumisen hoitomallin mukaisesta hoitoprosessista. Tavoitteena on kehittää nopean toipumisen hoitomallin mukaista polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessia asiakaslähtöisemmäksi. Tuloksia hyödynnetään Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa kirurgian poliklinikalla sekä operatiivisella osastolla.

## 2 NOPEAN TOIPUMISEN HOITOMALLI

Tässä luvussa paneudumme nopean toipumisen hoitomallin periaatteisiin sekä esitämme teorian tietoa nivelrikosta, tekonivelleikkauksesta ja sen hoitoprosessista. Nopean toipumisen hoitomallin on kehittänyt 90-luvulla tanskalainen kirurgi Henrik Kehlet yhdessä työryhmänsä kanssa (Melnyk, Casey, Black & Koupparis 2011, 342-348). Hoitomalli rantautui Suomeen 2000-luvun puolella. Hoitomallilla pyritään lyhentämään hoitoaikoja sairaalassa, pienentämään kokonaishoitokustannuksia, vähentämään kirurgisen stressireaktion vaikutuksia ja postoperatiivisia komplikaatioita sekä nopeuttamaan potilaan toipumista leikkauksesta. Hoitomallin toteuttaminen käytännössä edellyttää suunnitelmallista hoitoa, motivoitunutta ja ammattitaitoista hoitotiimiä sekä hoitomalliin soveltuvaa potilasta.

### 2.1 Hoitomallin periaatteet

Nopean toipumisen hoitomallin periaatteita ovat kirurgisen trauman minimointi, optimaalinen anestesia, nesteytys ja kivunhoito, opioidien tarpeen ja käytön minimointi, tulehdusvasteen lievittäminen, suolilaman ehkäisy, aikainen ravitsemus ja mobilisaatio sekä potilaan hyvä motivaatio nopeaan toipumiseen (Kairaluoma 2007; Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2013, 126–127). Näillä periaatteilla saavutetaan potilaan nopea toipuminen ja vähennetään kokonaishoitokustannuksia sekä uusien hoitajaksojen tarvetta (Holm ym. 2014, 488-492). Nopean toipumisen hoitomalliin soveltuvan potilaan täytyy olla psyykkisesti tasapainoinen ja fyysisesti hyväkuntoinen. Iällä ei ole niin merkitystä, mutta potilaalla ei saa olla sellaisia sairauksia tai riskitekijöitä, jotka vaativat invasiivista seuranta- tai tehostettua hoitoa. Kotiutuessaan potilaalla täytyy myös olla läheinen tai joku muu apuna ja tukena. (Kellokumpu 2012.) Tialan (2013, 25-26) mukaan sairaanhoitajat kokivat hoitomalliin soveltuvan potilaan kriteerit tiukoiksi, minkä vuoksi hoitomalli ei tule koskaan soveltumaan kaikille potilaille, kuten monisairaille tai potilaille, jotka käyvät läpi suuren leikkauksen.

Hustedin, Holmin ja Jacobsenin (2008, 168-173) tutkimuksessa todettiin, että nopean toipumisen hoitomallin mukaisesti toteutetuissa polven ja lonkan tekonivelleikkauksissa olleiden potilaiden sairaalassaoloaika lyheni 8 päivästä 3,8 päivään. Tutkimuksessa ilmeni, että mitä lyhyemmän hoitajakson potilas vietti sairaalassa, sitä tyytyväisempi hän oli hoitoonsa. Sa-

maisessa tutkimuksessa selvitettiin myös eri tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaan sairaalassaoloajan pituuteen. Todennäköisyys yli kolme päivää kestävään hoitojaksoon lisääntyi potilaille, jotka olivat iäkkäitä, naisia, yksin asuvia, käyttivät apuvälineitä ennen leikkausta tai tarvitsivat verituotteita leikkauksen jälkeen sekä joiden anestesariskiluokitus (ASA) oli 3 tai enemmän asteikolla 1–5. ASA-riskiluokitusasteikko on päivittynyt ja on nykyään 6-portainen (Aantaa, Alahuhta, Olkkola, Reinikainen & Yli-Hankala 2016).

Nopean toipumisen hoitomallin mukaisessa toimenpiteessä käytetään mahdollisimman atraumaattisia tekniikoita esimerkiksi pieniä leikkausviiltoja. Atraumaattisen tekniikan käyttäminen nopeuttaa suolen toiminnan palautumista, aiheuttaa vähemmän kipua potilaalle ja mahdollistaa potilaan nopeamman kuntoutumisen. Hoitomallin mukaisessa toimenpiteessä anestesiaa käytetään lyhytvaikutteisia aineita, jotka samalla myös ehkäisevät pahoinvointia ja nopeuttavat toimenpiteestä toipumista. (Ahonen ym. 2013, 126–127; Kairaluoma 2007.) Toimenpiteen aikana pyritään säilyttämään normotermia ja happauttamaan potilasta suurella happiprosentilla sekä sallitaan lievä hiilidioksidin ylimäärä. Näin voidaan vähentää jopa 50 % haavainfektioita ja verenvuotoa. (Kairaluoma 2007.) Katetreja ja dreenejä käytetään vain välttämättömissä tilanteissa ja ne poistetaan mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen, jotta välttyttäisiin leikkauksen jälkeisiltä komplikaatioilta, kuten infektioilta (Rotko 2012, 18-19; Kellokumpu 2012).

Suolen toimiessa normaalisti maha-suolikanavaan erittyy noin kahdeksan litraa nestettä vuorokaudessa ja siitä suurin osa imeytyy takaisin. Suolen toiminnan ja liikkeen heikentyessä neste ja ravintoaineet kerääntyvät suoleen, mikä aiheuttaa suolen venymisen ja turpoamisen. Suolilaman voi aiheuttaa moni asia, kuten leikkaus, pitkään kestänyt vuodelepo tai immobilisaatio, liiallinen nesteytys, lääkkeet, stressi, kipu, syöpä ja useat muut sairaudet. Nopean toipumisen hoitomallissa suolilamaa ehkäistään opioidien minimaalisella käytöllä, normaalin nestetasapainon ylläpitämisellä sekä varhaisella mobilisoinnilla ja ravitsemuksella leikkauksen jälkeen. Varhaisella mobilisoinnilla ehkäistään myös keuhkokomplikaatioita, kuten keuhkokuumetta ja keuhkoemboliaa sekä alaraajan laskimotukoksia. (Räty, Karvonen, Piironen & Lindgren 2008, 95; Rotko 2012, 18-19.) Potilaan nestehoito suunnitellaan yksilöllisesti, ikä, sairaudet ja leikkausta edeltävä nestetasapaino huomioon ottaen. Siihen vaikuttavat myös toimenpiteen laajuus sekä valittu anestesiatekniikka. Optimaalinen nestehoito ehkäisee suolilaman lisäksi myös munuaisten toiminnan häiriöitä sekä ylläpitää keuhkojen ja sydämen normaalia toimintaa. (Kairaluoma 2007; Kellokumpu 2012.)



Yksi nopean toipumisen hoitomallin tärkeimmistä periaatteista on tehokas kivunhoidon toteutus ja hyvin laaditut kivunhoito-ohjeet, sillä ne mahdollistavat potilaan varhaisen mobilisaation ja kuntoutumisen aloittamisen. Ne myös vähentävät stressivastetta sekä muita elintoimintojen häiriöitä. Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli sekä epiduraalitilaan annosteltava puudute ovat peruslääkkeitä nopean toipumisen hoitomallin mukaisen toimenpiteen jälkeen. Opiaatteja annetaan potilaalle vain tarvittaessa kovan kivun lievittämiseen. (Kairaluoma 2007; Kellokumpu 2012; Husted 2012, 83.)

Epiduraalitilaan annosteltavan puudutteen sijasta voidaan käyttää myös LIA-puudutetekniikkaa (Local Infiltration Analgesia). LIA-puudutustekniikkaa on tutkittu kansainvälisesti paljon viime vuosina (Pitkänen & Förster 2014, 37) ja se on otettu käyttöön muuan muassa Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa polven tekonivelleikkausten yhteydessä. LIA-puudutuksen kehittäjä alun perin työparina työskennelleet anestesioologi Kerr ja ortopedi Kohan Australiassa vuonna 2001. Sen jälkeen tutkimuksia on tehty ja tekniikkaa on kehitelty täsmällisemmäksi sekä tutkittu sen hyötyjä (Pitkänen & Förster 2014, 37; Förster & Pitkänen 2009, 145; Essving, Axelsson, Kjellberg, Wallgren, Gupta & Lundin 2010). LIA:ssa on kyse tekniikasta, jossa leikkauksen aikana leikkausalueelle infiltroidaan puudutusaineen, tulehduskipulääkkeen ja adrenaliinin sekoitetta, mikä ehkäisee leikkausalueen kipua paikallisesti. Leikkausalueelle laitetaan katetri, jonka kautta puuduteseosta voidaan annostella leikkauksen jälkeen kivunhoidoksi. Tutkimusten mukaan LIA-tekniikka sopii erinomaisesti polven tekonivelleikkauksiin, yhdistettynä nopean toipumisen hoitomalliin. LIA-tekniikan avulla pystytään vähentämään leikkauksen jälkeistä kipua leikkausalueella, ja sen haittavaikutukset ovat vähäisemmät verrattuna muihin kipulääkkeisiin. Lisäksi sen on tutkittu nopeuttavan polven tekonivelleikkauksissa mobilisaatiota. (Pitkänen & Förster 2014, 37; Förster & Pitkänen 2009, 145 ; Essving ym. 2010.)

Holmin, Kristensenin, Myhrmannin, Hustedin, Andersenin, Kristensenin ja Kehletin (2010, 490-491) tutkimuksessa ilmeni, että tehokas kivunhoito nopean toipumisen hoitomallin mukaisesti toteutetuissa polven tekonivelleikkauksissa on kuntoutumisen edellytys, sillä kipu viivästyttää potilaan mobilisoinnin aloittamista. Varhaisella mobilisaatiolla ja fysioterapialla taas todettiin olevan merkittävä vaikutus lihasvoiman palautumisen kannalta sekä nivelten jäykkyyden ja kroonisen kivun ennaltaehkäisyssä.

Bernard ja Foss (2014, 100-106) selvittivät tutkimuksessaan potilaiden kokemuksia nopean toipumisen hoitomallista. Tutkimuksessa ilmeni, että potilaat olivat pääosin tyytyväisiä nopean toipumisen hoitomalliin. Kuitenkin osa tutkimukseen osallistuneista potilaista koki hoitomallin haasteelliseksi. Esimerkiksi tulokset potilasohjaukseen liittyen olivat ristiriitaisia, sillä osa potilaista koki, että ohjausta oli riittävästi, ja osa taas koki ohjauksen olevan vähäistä tai liian monimutkaista. Ohjauksen tulisi siis olla yksilöllistä ja vastata potilaan tarpeisiin. Potilaille oli myös epäselvää, mihin ottaa yhteyttä, jos tulee kysyttävää tai ongelmia toipumisessa. Kaikki potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja lyhyeen sairaalassaoloaikaan, sillä omaa kotia pidettiin parhaimpana toipumispaikkana. Potilaat kuitenkin kokivat omiin arkirutiineihin palaamisen vaikeaksi ja kertoivat, että ilman läheisten apua ja tukea kotona toipuminen ei onnistuisi. Tutkimuksen tuloksissa korostui myös se, että potilaat joutuvat ottamaan itse vastuun kuntoutumisestaan lyhyen sairaalassa oloajan vuoksi. Tämä aiheutti potilaissa ahdistusta ja epävarmuutta. Bernard ja Foss (2014, 106) toteavat tutkimuksen pohdintaosiossa, että nopean toipumisen hoitomallia tulee kehittää holistisempaan suuntaan ja ottaa paremmin huomioon potilaan psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi.

Tialan (2013, 14-22) tutkimuksessa selvitettiin sairaanhoitajien kokemuksia nopean toipumisen hoitomallista. Tutkimuksessa ilmeni, että sairaanhoitajat kokivat hoitomallin hyväksi, vaikka aluksi sitä vastustettiin. Sairanhoitajat kertoivat hoitotyön muuttuneen hoitomallin myötä aktiivisemmaksi ja nopeammaksi. Hoitotyössä korostuvat heidän mukaansa nyt enemmän potilaan mobilisointi, preoperatiivinen ohjaus, kivunhoito, ravitseminen ja tiimityö. Sairanhoitajien mukaan hoitomallin toteutumisen edellytyksenä ovat yksilöllisyys ja riittävät resurssit, kuten koulutukset ja henkilökunnan määrä.

Kohdeorganisaatiossamme Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa on tutkittu aikaisemminkin nopean toipumisen hoitomallia. Karhu ja Sinko (2015, 19-24) tekivät opinnäytetyön elektiivisesti leikattavien gynekologisten potilaiden ohjauksesta hoitoprosessin aikana. Tuloksissa ilmeni, että potilaat kokivat ohjauksen toteutuvan pääasiassa hyvin ja saaneensa riittävästi tietoa haavanhoidosta ja leikkauksen jälkeisestä liikkumisesta. Niemonen ja Korpi (2015, 17-24) selvittivät opinnäytetyössään hoitajien kokemuksia nopean toipumisen hoitomallin periaatteiden toteutumisesta sektipotilaan hoidossa. Tuloksista selvisi, että hoitajat kokivat periaatteiden toteutuvan hyvin. Periaatteiden toteutumista edistäviksi tekijöiksi koettiin hoitajan oma ammattitaito, moniammatillisen yhteistyön onnistuminen, esimiesten kannustava asenne ja äidin varhainen mobilisoituminen sekä varhain ravitsemuksen aloittaminen. Hoitajat kokivat

haasteeksi vähäiset resurssit ja kiireen. Nopean toipumisen hoitomallin kehittämiseksi hoitajat kokivat motivaatiota ja tietotaitoa ylläpitävät koulutukset sekä uusien työntekijöiden perehdyttämisen tärkeäksi.

## 2.2 Polven nivelrikko ja tekonivelleikkaus

Vuonna 2013 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen implanttirekisteriin ilmoitettiin yhteensä runsaat 22 000 lonkan ja polven tekoniveltä, niistä polviproteeseja oli noin 11 000 eli 52 %. Ilmoitettujen tekoniveliä määrä on lähes kaksinkertaistunut vuodesta 2000, etenkin polviproteesien määrä on kasvanut. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Polven tekonivelleikkaukseen ryhdytään yleisimmin nivelrikon vuoksi. Polven nivelrikkoa sairastaa yli 30-vuotiaista naisista 7 % ja miehistä 5 %. Työkyvyttömyyseläkkeistä 6 % on myönnetty nivelrikon vuoksi. Nivelrikko on myös kallis kansanterveysongelma, sillä vuosittain se tarkoittaa lähes miljardin euron kustannuksia. Suurista kustannuksista huolimatta tekonivelleikkaukset ovat kustannustehokkaita ja hyvin vaikuttavia hoitoja elämänlaatumittareilla arvioituna. (Heliövaara 2008.)

Nivelrikko on koko nivelen sairaus, ja sitä esiintyy ensisijaisesti nivelen kantavilla pinnoilla. Nivelrikko aiheuttaa muutoksia nivelrustossa, nivelkapselissa, luussa ja ympäröivissä lihaksissa. Polven nivelrikkoa aiheuttavat ylipaino, perimä, raskas fyysinen kuormitus, polvivammat, nivelkierukan poisto ja polven virheasennot. Polven tekonivelleikkauksen aiheellisuus arvioidaan aina yksilöllisesti. Leikkaukseen päädytään, jos konservatiivisesta hoidosta huolimatta potilaan kivut eivät ole hallittavissa, liikuntakyky on merkittävästi huonontunut sekä elämänlaadun ja omatoimisuuden ylläpitäminen on vaikeutunut. Polven tekonivelleikkauksen hyödyt tulisi olla suuremmat kuin riskit pitkäaikaistulokset huomioon ottaen. (Erämies 2015; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä 2014.)

Polven tekonivelleikkauksella pystytään palauttamaan nivelen toimintakyky lähes normaaliksi ja vähentämään nivelrikon aiheuttamaa kipua. Polven tekonivelleikkauksia on kahdenlaisia. Tekonivelleikkauksessa korvataan kokonaan polven vahingoittunut osa metallista ja muovista valmistetuilla osilla. Uusi polvi muodostuu reisiluun päässä olevasta metalliosasta, sääriluun yläosassa olevasta metallisesta ja muovisesta välilevystä sekä tarvittaessa muovisesta pinnoitteesta polvilumpiossa. Uuden nivelen osat kiinnitetään luusementillä. Toinen vaihtoehto

on osatekonivelleikkaus, jossa pelkästään pinnoitetaan polven kuluneita osia. Osatekonivelleikkaus tehdään, jos vain osa polvesta on kulunut. Leikkauksessa kirurgi tekee 10–23 cm pitkän viillon polven etuosaan. Polven tekonivelleikkaus kestää yleensä noin 1–2 tuntia. (Suomen Artroplastia yhdistys 2015, 73–79, 85–89, 97–98; Zanasi 2011; Biomet 2016.)

### **2.3 Hoitoprosessi Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa**

Kohdeorganisaatiossamme Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa tehdään vuosittain vaihtelevasti tekonivelleikkauksia. Työelämän ohjaajamme mukaan esimerkiksi vuonna 2013 tehtiin 152 kappaletta ja vuonna 2015 tehtiin 111 kappaletta polven primaareja tekonivelleikkauksia eli leikkauksia, joissa asennettiin proteesi potilaan polveen ensimmäisen kerran. Polven tekonivelen uusintaleikkauksia tehdään kohdeorganisaatiossamme noin 9–10 kappaletta vuosittain. (Parpala 2016.) Polven tekonivelleikkaus maksaa 6123 euroa, ja se laskutetaan potilaan kotikunnalta. Potilaalle itselleen maksettavaksi jää hoitopäivämaksut eli 49,50 euroa per vuorokausi. (Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä 2016a, 2016b, 59.)

Polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessi Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa alkaa kirurgian poliklinikalta, jonne potilas saapuu yleensä terveystieteidenkeskuksesta saadulla läheteellä. Kirurgian poliklinikalla kirurgi tutkii potilaan ja tekee leikkauspäätöksen yhdessä potilaan kanssa. Leikkauspäätöksestä alkaa potilaan oma aktiivinen valmistautuminen leikkaukseen esimerkiksi painonpudotuksella, huolehtimalla perussairauksien hyvästä hoitotasapainosta, suun ja hampaiden hoidolla, ihon ja jalkojen hoidolla, tulehduksien hoidolla ja ennaltaehkäisyllä sekä lopettamalla päihteiden käyttö. Leikkaus tehdään noin kuuden kuukauden kuluttua leikkauspäätöksestä. (Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä 2014a, 2014b.)

Noin 2–3 viikkoa ennen leikkausta potilas käy tarvittavissa laboratorio- ja röntgentutkimuksissa sekä tulee operatiiviselle osastolle preoperatiiviselle käynnille, eli päiväkäynnille. Käynnin aikana potilas tapaa sairaanhoitajan ja anestesia- ja leikkauksen lääkäriä. Päiväkäynnin tarkoituksena on varmistaa potilaan leikkauksen kelpoisuus ja antaa potilaalle yksilöllistä ohjausta leikkaukseen valmistautumisesta ja siitä toipumisesta. Anestesia- ja leikkauksen lääkäri arvioi potilaan anestesia- ja leikkauksen kelpoisuuden sekä täyttää anestesiakaavakkeen. Leikkauksen kelpoisuuden arvioiminen on

tärkeää, jotta tunnistettaisiin mahdolliset riskit. Käynnillä selvitetään potilaan perustietojen ohella myös potilaan fyysinen kunto, ihon kunto, ravitsemus ja elämäntavat sekä mahdolliset lääkitykset. Tunnistamalla riskit ajoissa, kuten sairaudet ja huonot elämäntavat, voidaan potilas vielä ohjata hoitamaan ne kuntoon ennen leikkausta. Ennen leikkausta potilas käy myös fysiatrian ryhmäkäynnillä, jossa hän saa ohjausta leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen. (Hammar 2011, 10, 14; Koivusipilä, Tamanen, Jalonen & Mattila 2015; Keskipohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä 2014a, 2014b, 2014c.)

Operatiivisella osastolla noudatetaan leikkaukseen kotoa-toimintamallia eli LEIKO. LEIKO-sairaanhoidaja soittaa potilaalle 1–3 päivää ennen leikkausta ja haastattelee sekä ohjaa vielä potilasta leikkaukseen valmistautumisessa. Leikkauspäivän aamuna potilas saapuu operatiiviselle osastolle, jossa LEIKO-sairaanhoidaja ottaa hänet vastaan. Hän valmistelee potilaan leikkausta varten, esimerkiksi antaa potilasvaatteet ja esilääkkeet sekä varmistaa, että potilaalla ei ole ihorikkoja. Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy heräämöhön ja sieltä takaisin osastolle. Osastolla oloaika riippuu tehdystä toimenpiteestä sekä potilaan kuntoutumisen sujumisesta. Tavoitteena on, että polven tekonivelleikkauksessa ollut potilas kotiutuisi kolmantena tai neljäntenä päivänä leikkauksesta. Kotiutuessaan potilas saa sairaanhoidajalta kirjalliset sekä suulliset ohjeet kotona kuntoutumiseen. Potilas saa mukaansa myös reseptit, sairauslomatoistuksen neljäksi kuukaudeksi ja kontrolliajat fysiatrian poliklinikalle sekä kirurgian poliklinikalle. Noin kuuden viikon kuluttua leikkauksesta potilas ohjataan kontrollikäynnille fysiatrian poliklinikalle ja noin kahden tai kolmen kuukauden kuluttua röntgeniin sekä kirurgian poliklinikalle, jossa kartoitetaan potilaan kuntoutumista. (Hammar 2011, 13, 15; Keskipohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä 2015, 2014b, 2014c.)

### **3 POTILASOHJAUS**

Potilasohjauksen malli on muuttunut vuosien saatossa. Alun perin ohjaaminen on ollut sitä, että ohjaaja on antanut tietoa ohjattavalle ja hänen on oletettu ymmärtävän asia pelkästään kuuntelemalla. Kun potilas on ollut ohjaustilanteessa passiivinen kuuntelija, ei hänen tiedon tarvettaan ole juurikaan huomioitu, vaan ohjaaja on ammattitaitonsa ja harkintansa perusteella antanut tietoa ja ohjeita potilaalle. Tuolloinen ohjaustapa on johtanut siihen, että potilas ei ole välttämättä kokenut tarpeelliseksi kaikkea saamaansa tietoa, eikä sen vuoksi ole motivoitunut toimimaan ohjeiden mukaan. (Kääriäinen 2011, 41–42.)

Nykyään potilasohjauksessa pyritään siihen, että potilas on aktiivinen vuorovaikuttaja ohjaustilanteessa. Ohjauksesta pyritään tekemään asiakaslähtöistä, eli potilas voi kysellä häntä askarruttavia asioita, joista sitten puhutaan enemmän. Jos potilas ei oikein osaa sanoa, mistä haluaisi tietoa, käydään läpi perusasioita ja mietitään potilaan taustatekijöiden kautta, millaista tietoa hän tarvitsisi. (Kääriäinen 2011, 41–42.) Potilasohjauksella on keskeinen merkitys nopean toipumisen hoitomallissa, koska potilaan tietämys ja motivoituminen itsehoitoon ovat edellytyksiä nopeaan toipumiseen (Kellokumpu 2012; Holm ym. 2014).

### 3.1 Ohjaus hoitotyössä

Ohjaustilanteessa sekä potilas että hoitaja ovat aktiivisia ja toimivat tavoitteellisesti. Kääriäinen ja Kyngäs (2005, 257) määrittelevät ohjauksen käsiteanalyysin perusteella asiakkaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä ja tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ideaalissa ohjaustilanteessa asiakas on oman tilanteensa asiantuntija ja hoitaja auttaa häntä käsittelemään kokemuksiaan ja löytämään tapoja, joiden mukaan toimia tai ratkomaan ongelmiaan. Asiakas tekee kuitenkin itse omat valintansa ja päätöksensä sekä on itse vastuussa niistä. Tavoitteena on, että asiakas saa lisää luottamusta oman toimintansa hallintaan ja sitoutuu siihen entistä paremmin. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6–9.)

Sitoutumiseen vaikuttaa myös se, onko ohjausta riittävästi. Ohtosen (2006, 3) mukaan riittävä ohjaus parantaa hoitoon sitoutumista ja sairauteen sopeutumista. Hän lisää myös, että hyvässä vuorovaikutuksessa tapahtuva ohjaus vähentää sairauksien mukanaan tuomaa epävarmuuden tunnetta, ahdistusta ja pelkoa. Kun suhde on luottamuksellinen, asiakas uskaltaa

sanoa ääneen aremmatkin mieltään askarruttavat asiat. Sairaanhoidajan tärkeä tehtävä ohjauksessa on myös arvioida sitä, onko asiakas ymmärtänyt läpi käydyt asiat ja saanut itselleen tietoon tärkeät asiat.

Tiala (2013) selvitti tutkimuksessaan sairaanhoitajien kokemuksia nopean toipumisen hoitomallista. Sairaanhoitajat pitivät potilasohjausta edellytyksenä potilaan nopealle toipumiselle. Sairaanhoitajat kokivat, että nopean toipumisen hoitomallin myötä potilasohjauksen luonne on muuttunut entiseen verrattuna kannustavammaksi ja se painottuu nykyään enemmän preoperatiiviseen eli ennen leikkausta annettavaan ohjaukseen. Preoperatiivisesti annettu ohjaus valmistaa ja motivoi potilasta osallistumaan itse aktiivisesti hoitoonsa ja kuntoutumiseensa. Preoperatiivisen ohjauksen myötä potilaat myös tietävät, mitä hoidon tavoitteisiin kuuluu ja kuinka ne saavutetaan. Sairaanhoitajien mukaan potilaat sisäistävät ohjauksessa saadut tiedot hyvin. Sairaanhoitajat myös kokivat oman potilasohjauksen määrän vähentyneen hoitomallin käyttöönoton jälkeen, sillä potilaat saavat ohjausta monelta hoitotiimin jäseneltä hoitoprosessin aikana, kuten fysioterapeutilta, kirurgilta ja anestesia-ääkäriltä. (Tiala 2013, 15–16.)

### **3.2 Ohjaamiseen vaikuttavat taustatekijät**

Ohjaamiseen vaikuttavat lukuisat eri hoitajan ja potilaan taustatekijät, jotka hoitajan tulee huomioida ohjauksessa. Ne voidaan jaotella fyysisiin ja psyykkisiin ominaisuuksiin, sosiaalisiin tekijöihin ja muihin ympäristötekijöihin. Fyysisiä ominaisuuksia ovat esimerkiksi potilaan ikä, sukupuoli, sairauden laatu ja kesto sekä se, miten sairaus vaikuttaa potilaan elämään. Niiden kautta määräytyy se, minkälaista ohjausta potilas tarvitsee ja miten hän kykenee ottamaan ohjausta vastaan, esim. vältteleekö hän ohjausta tai unohtelee asioita. Ohjaajan fyysisiä ominaisuuksia ovat myös ikä, sukupuoli ja koulutus, ja ne vaikuttavat hoitajan toimintaan, asennoitumiseen ja siihen, miten hyvä tietoperusta ohjaajalla on. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6–9.)

Psyykkisistä ominaisuuksista tärkeimpiä ovat motivaatio, aikaisempien kokemusten ja terveysuskomusten vaikutus, potilaan odotukset ja toivomukset, sekä oppimistyyli. Jos potilaalla ei ole motivaatiota, hän ei ehkä koe ohjauksessa kuulemiaan asioita tärkeiksi eikä halua omaksua hoitoonsa liittyviä asioita. Hoitajan oma motivaatio ja taidot tukea potilaan motivoi-

tumista korostuvat ja vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. Sosiaaliset tekijät, esimerkiksi oma arvomaailma, vaikuttavat siihen, miltä kannoilta ja miten hoitaja ja potilas lähestyvät käsiteltävää aihetta. Hoitajan on hyvä huomioida ohjaustilanteessa myös potilaan kulttuuriin ja uskontoon liittyvät uskomukset ja traditiot. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6–9.)

Muita ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä ovat ympäristötekijät. Ohjaukselle on löydettävä oikeanlainen ja rauhallinen ympäristö, jossa potilas tuntee olonsa turvalliseksi ja pystyy keskittymään ainoastaan ohjaukseen. Hoitajalle hyvä apuväline ohjaustilanteeseen on esimerkiksi kyselylomake. Ennen ohjausta potilas voisi vastata paperille esimerkiksi 20 kysymykseen, jotka koskevat hänen taustatekijöitään ja aiempia tietojaan aiheesta. Kun hoitaja tietää potilaasta enemmän, on hänen helpompi lähestyä aihetta ja ohjata potilasta paremmin, potilaan tarpeiden vaatimilla tavoilla. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-9; Kääriäinen 2011, 41–42.)

Saarela (2013) selvitti tutkimuksessaan asiantuntijasairaanhoidajien kokemuksia kirurgisen potilaan ohjauksesta. Asiantuntijasairaanhoidajat pitivät tärkeimpänä ohjauksen tavoitteenaan potilaan kokonaisvoimavaraistamista ohjauksella, joka piti sisällään potilaan konkreettisten, henkisten, sosiaalisten ja tiedollisten voimavarojen tukemisen. Tutkimuksen mukaan asiantuntijasairaanhoidajat pitivät tärkeimpinä kirurgisen potilaan ohjaukseen vaikuttavina tekijöinä ohjauksen hallintaan vaikuttavia osa-alueita. Tällaisia ohjauksen hallintaan vaikuttavia osa-alueita olivat ohjaajakohtaiset ominaisuudet itsenäisesti toteutettavassa potilaan ohjauksessa, riittävän työkokemuksen antamat valmiudet, jatkuvaan koulutukseen perustuva tiedollinen valmius ammattitaidon ylläpitämiseksi, perhekeskeinen toimintavalmius, potilaslähtöinen toimintavalmius, organisaatiokohtaisesti määritellyt käytänteet potilaan ohjauksen turvaamisessa ja ohjaustyön motivaatiotekijät. Ohjaajan omista ominaisuuksista tärkeimpiä olivat taito ohjata vastuullisesti, motivaatio, tasavertaisuus vuorovaikutussuhteissa, havainnointikyky, yhteistyötaito moniammatillisesti, kyky verkostoitumiseen, konsultoinnin tarpeen tunnistaminen, kyky itsenäiseen työskentelyyn ja kyky vastata ohjaustoiminnan kokonaisuudesta. (Saarela 2013, 28–39.)

#### **4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**



Opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää polven tekonivelleikkauksessa olleiden potilaiden kokemuksia nopean toipumisen hoitomallin mukaisesta hoitoprosessista. Opinnäytetyömme tavoitteena on kehittää nopean toipumisen hoitomallin mukaista polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessia asiakaslähtöisemmäksi Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa kirurgian poliklinikalla ja operatiivisella osastolla.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia kokemuksia polven tekonivelleikkauksessa olleilla potilailla on nopean toipumisen hoitomallin mukaisesta hoitoprosessista?
2. Mitä kehitettävää nopean toipumisen hoitomallin mukaisessa polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessissa on potilaiden näkökulmasta?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyöprosessimme alkoi keväällä 2015 aiheen valinnalla ja yhteydenotolla työelämän yhdyshenkilöömme. Opinnäytetyömme aihe on työelämälähtöinen. Saimme kohdeorganisaatiolta ehdotuksen selvittää nopean toipumisen hoitomallin mukaisessa toimenpiteessä olleiden potilaiden kokemuksia koko hoitoprosessin ajalta. Työelämän yhdyshenkilöömme kanssa päätimme rajata aihetta vain polven tekonivelleikkauksessa olleiden potilaiden kokemuksiin, sillä Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa nopean toipumisen hoitomallin mukainen hoitoprosessi polven tekonivelleikkauksissa on kehittyneempi kuin esimerkiksi lonkan tekonivelleikkauksissa. Aihe on merkityksellinen, sillä nopean toipumisen hoitomalli on melko uusi Suomessa ja hoitomallin avulla pystytään lyhentämään potilaan hoitoaika sairaalassa ilman, että hoidon laatu heikkenisi. Nopean toipumisen hoitomallin mukaisesti toteutetuista polven tekonivelleikkauksista ei myöskään ole paljoa suomenkielistä tutkimustietoa potilaiden näkökulmasta, etenkin koko hoitoprosessin ajalta, joten koimme, että aiheen tutkiminen olisi tarpeellista.

### 5.1 Opinnäytetyön lähestymistapa

Opinnäytetyömme lähestymistapa on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskitytään ihmisten uskomuksiin, käyttäytymisen muutoksiin ja asenteisiin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostuu ihmisten kokemusten, käsitysten, tulkintojen tai motivaatioiden tutkiminen sekä näkemysten kuvaus. Kvalitatiivinen tutkimusote sopii uusien tutkimusalueiden kuvaamiseen ja myös jo olemassa olevaan tutkimusalueeseen, johon halutaan saada uusi näkökulma. Kvalitatiivinen tutkimusote valitaan myös, kun halutaan lisätä ymmärrystä tutkimusilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–66.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen tunnuspiirteitä ovat naturalistisuus, persoonakohtaisuus ja yksilöllisyys, dynaamisuus, kontekstispesifisyys, induktiivisuus ja tutkimusasetelmien joustavuus. Naturalistisuudella tarkoitetaan tilanteiden aitoutta ja asioiden tarkastelua luonnollisissa oloissa. Persoonakohtaisuudella ja yksilöllisyydellä tarkoitetaan yksilön toiveiden ja tunteiden kuuntelua sekä kuvataan kvalitatiivisen tutkimuksen induktiivista luonnetta. Dynaamisuudella tarkoitetaan tutkimuksen muotoutumisen kuvaamista prosessin aikana, kuten tutki-

mustehtävien täsmentymistä. Kontekstispesifisyydellä tarkoitetaan tutkimuksen liittymistä tiettyihin tilanteisiin, mikä edellyttää aineistojen keruun paikkojen, tilanteiden tai hoitoyhteisöjen kuvaamista tarkasti. Induktiivisuudella tarkoitetaan, että tutkimusmenetelmä on vapaa teoriaohjautuvuudesta. Tutkimusasetelmien joustavuudella tarkoitetaan sitä, että aineiston hakeminen ja keruu voivat muovautua prosessin aikana ja että tietoa haetaan useista eri paikoista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66–67.)

Valitsimme kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän opinnäytetyöhömmme näiden määritelmien pohjalta. Koimme myös, että kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä saamme kerättyä tarvitsemamme monipuolisen ja kokemuksellisen aineiston opinnäytetyötämme varten paremmin kuin kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä.

## **5.2 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus**

Tutkimus toteutettiin Keski-Pohjanmaan keskussairaalan operatiivisella osastolla, jossa tutkitaan, hoidetaan ja kuntoutetaan tuki- ja liikuntaelinten sairauksia ja vammoja sairastavia potilaita. Osastolla hoidetaan myös korva-, nenä-, kurkku- ja silmätauteja sairastavia potilaita. Osaston erityisalueita ovat lonkka- ja polviproteesikirurgia, selkäkirurgia, vaativa polvi- ja olkapääkirurgia, vaikeat tapaturmat ja murtumaleikkaukset sekä nivelten täyhystyskirurgia. (Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä 2016c.)

Kohderyhmänä olivat Keski-Pohjanmaan keskussairaalan operatiivisen osaston potilaat. Yhteistyökumppanimme kanssa päätimme rajata haastateltavat potilaisiin, jotka olivat käyneet läpi nopean toipumisen hoitomallin mukaisen polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessin ja haastateltaessa leikkauksesta oli kulunut 3-8 viikkoa. Kyseisen osaston sairaanhoitaja valitsi haastateltavat asettamiemme kriteerien mukaisesti preoperatiivisen käynnin eli päiväkäynnin yhteydessä.

## **5.3 Aineistonkeruu**

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää monia eri menetelmiä aineiston keräämiseen, kuten haastattelua, havainnointia ja kyselyä. Aineistonkeruussa voidaan hyödyntää

myös dokumentteihin perustuvaa tietoa. Haastattelumenetelmät voidaan luokitella haastatteluun osallistuvien lukumäärän mukaan tai strukturoinnin mukaan. Tämä tarkoittaa, että haastattelut toteutetaan joko yksilö-, pari- tai ryhmähaastatteluna ja haastattelut ovat joko strukturoituja, teemahaastatteluita tai avoimia haastatteluita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 121, 123.) Valitsimme opinnäytetyöhömmä aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelut, jotka toteutettiin yksilöhaastatteluina. Teemahaastattelut sopivat menetelmäksi silloin, kun halutaan tutkia ihmisten kokemuksia, ajatuksia ja tunteita. Teemahaastattelussa valitaan keskustelun aihepiirit tai teemat valmiiksi, mutta ei aseteta kysymyksille tarkkaa muotoa tai tiettyä järjestystä, jota tulisi noudattaa. Tämä mahdollistaa kysymysten täsmennykset ja muotoilut kesken haastattelun. Yksilöhaastattelut sopivat parhaiten menetelmäksi silloin, kun tutkimusaihe on sensitiivinen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123,125.)

Koimme teemahaastattelut yksilöhaastatteluina toteutettuna parhaimmaksi aineistonkeruumenetelmäksi, sillä halusimme selvittää potilaiden yksilöllisiä kokemuksia ja halusimme jättää mahdollisuuden kysymysten syventämiseen ja muokkaamiseen potilaan kiinnostuksen ja edellytysten mukaisesti. Laadimme teemahaastattelurungon (LIITE 4) tietoperustan sekä tutkimuskysymyksiemme pohjalta ja esitestasimme sen, jotta saamamme tulokset vastaisivat varmasti tutkimuskysymyksiimme. Esitestasimme teemahaastattelurungon henkilöllä, joka on käynyt läpi polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessin nopean toipumisen hoitomallin mukaisesti ja hänen mielestään teemahaastattelu oli hyvä ja selkeä. Varsinaisia haastatteluita oli kuusi ja koimme, että saimme niiden avulla riittävästi aineistoa ja saturaatio täyttyi. Saturaatio tarkoittaa sitä, että kerätty aineisto alkaa jo toistaa itseään, eikä uusia näkökulmia ja asioita enää nouse esille. Tutkijan täytyy pohtia ja käyttää harkintakykyään siinä, uskooko hän uuden haastateltavan enää nostavan esille uusia asioita ja voiko aineistonkeruun lopettaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110–111.) Haastattelut toteutettiin fysiatrian poliklinikalla potilaiden kontrollikäyntien jälkeen maaliskuussa 2016. Haastattelut kestivät 20–35 minuuttia ja litteroitua aineistoa kertyi 26 sivua.

## **5.4 Aineiston analyysi**

Sisällönanalyysi on kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston perusanalyysimenetelmä ja sitä voidaan hyödyntää useissa kvalitatiivisen tutkimuksen lähestymistavoissa. Sisällönanalyysin

tavoitteena on ilmiön kuvaaminen laajasti, mutta tiiviisti. Sisällönanalyysiä on deduktiivista ja induktiivista. Deduktiivisella sisällönanalyysillä tarkoitetaan teorialähtöistä analyysiä, jossa tarkastellaan teorian tai teoreettisten käsitteiden ilmenemistä käytännössä. Induktiivinen sisällönanalyysi taas tarkoittaa aineistolähtöistä analyysiä, jonka avulla pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus ilman, että aiemmat tiedot, havainnot tai teoriat ohjaisivat analyysiä. Analyysi perustuu induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimusongelmat tai tutkimuskysymykset ohjaavat. Induktiivista sisällönanalyysiä käytetään, kun tutkittavasta ilmiöstä on vain hajanais-ta tietoa tai ilmiöstä ei tiedetä lainkaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165–168.)

Litteroinnin jälkeen ja ennen sisällönanalyysin aloittamista tutkijan tulee päättää analyysiyksikkö tutkimuskysymysten mukaan. Analyysiyksikkö voi olla laaja, useita lauseita sisältävä tai yksittäinen sana. Induktiivisen sisällönanalyysin eteneminen jaetaan kolmeen eri vaiheeseen, pelkistämiseen, ryhmittelyyn ja abstrahointiin. Pelkistäminen tarkoittaa tutkimuskysymysten kannalta tarpeettoman tiedon karsimista tiivistämällä tai pilkkomalla tutkimusaineisto osiin. Ryhmittelyllä tarkoitetaan aineiston uuden kokonaisuuden ryhmittämistä. Aineistosta etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä, minkä jälkeen samaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään sekä yhdistetään luokaksi, joka nimetään ryhmän sisältöä parhaiten kuvaavalla käsitteellä. Abstrahoinnilla tarkoitetaan oleellisen tiedon erottamista teoreettisen käsitteistön muodostamiseksi. Abstrahointia jatketaan yhdistelemällä luokkia niin kauan kuin se on mahdollista aineiston kannalta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165–168; Vilka 2009, 140; Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.)

Analysointiprosessimme alkoi haastatteluiden litteroinnilla ja vastausten läpikäymisellä keskustellen niiden herättämistä ajatuksista. Lähdimme etenemään siten, että etsimme samankaltaisia vastauksia ja ryhmittelimme ne teemoittain käyttäen eri värejä. Tämän jälkeen kirjoitimme alkuperäisilmaisut teemoittain taulukoihin ja tiivistimme ne pelkistettyihin muotoihin, joista selviää niiden keskeinen sisältö. Pelkistetyt ilmaisut yhdistimme alaluokiksi ja niitä ryhmittelemällä muodostimme yläluokkia. Yläluokat yhdistimme vielä pääluokiksi. Liitteenä oleva taulukko (LIITE 5) on esimerkki analysointiprosessimme etenemisestä. Toteutimme samankaltaisen analysointiprosessin jokaisen vastauksista nousseen teeman kohdalla.

## 6 TULOKSET

Tässä luvussa esitämme kuudesta teemahaastattelusta saatuja tutkimustuloksia tarkastellen niitä tutkimuskysymystemme kautta. Luotettavuuden lisäämiseksi ja analyysin seuraamisen vahvistamiseksi tuomme myös esiin suoria lainauksia tutkimusaineistosta.

### 6.1 Potilaiden kokemuksia nopean toipumisen hoitomallin mukaisesta polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessista

Ensimmäinen tutkimuskysymyksemme käsitteli potilaiden kokemuksia nopean toipumisen hoitomallin mukaisesta polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessista. Tälle tutkimuskysymykselle muodostui neljä pääluokkaa: monipuolinen potilasohjaus hoitoprosessin aikana, kivunhoidon onnistuminen hoitoprosessin aikana, kuntoutumisen onnistuminen hoitoprosessin aikana ja hoitoprosessin toteutuminen onnistuneesti.

Pääluokalle monipuolinen potilasohjaus hoitoprosessin aikana muodostuivat yläluokat: pelkoa poistava ohjaus, tietoa lisäävä ohjaus, valmiuksia lisäävä ohjaus, riittävä ohjaus, toimintoja tukeva ohjaus, kotiutumista tukeva ohjaus ja kuntouttava ohjaus. Aineistosta nousi selkeästi esille, että ohjausta ja tiedonsaantia pidettiin tärkeänä leikkaukseen valmistavana tekijänä. Yläluokka pelkoa poistava ohjaus sisälsi vain yhden alaluokan: ohjaus poisti leikkauspelkoja kirurgian poliklinikalla. Yläluokka tietoa lisäävä ohjaus sisälsi alaluokat: ohjaus fysiatrian ryhmäkäynnillä hyödyllistä ja tietoa lisäävää, sekä fysiatrian ryhmäkäynti hyödytön, jotka käsittivät potilaiden kokemuksia fysiatrian ryhmäkäynniltä. Neljä potilaista koki fysiatrian ryhmäkäynnin hyödyllisenä ja tietoa lisäävänä ja yksi potilaista piti käyntiä hyödyttömänä.

Fysiatrian ryhmäkäynnillä näytettiin, neuvottiin ja kokeiltiin, että tarpeellistahan se oli.

Fysiatrian ryhmäkäynnillä sai uutta tietoa.

Fysiatrian ryhmäkäynnillä ei oikeastaan tapahtunut mitään.

Yläluokka valmiuksia lisäävä ohjaus käsitti potilaiden kokemuksia päiväkäynnistä ja sisälsi alaluokat: päiväkäynniltä sai paljon tietoa, päiväkäynti antoi rohkeutta ja valmisti leikkaukseen, luotto siihen mitä ammattilaiset sanoo ja päiväkäynti hyödytön. Yksi tiedonantajista ko-

ki, että päiväkäynniltä ei saanut mitään ihmeellistä, mutta muiden kokemukset käynnistä olivat positiivisia. Päiväkäyntiä kuvailtiin valmistavana ja hyödyllisenä, ja yksi tiedonantajista kertoi, että sieltä sai kaiken tarpeellisen tiedon, mitä leikkaukseen valmistautumiseen tarvitsi.

Päiväkäynti oli hyödyllinen, vaikka tavallaan se oli tuttua, kertaus on opintojen äiti.

Päiväkäynnillä käytiin kaikki läpi, siellä istuttiin kauan, siellä oli kaikki tiedot mitä kaipas siihen leikkaukseen.

Päiväkäynti oli semmonen valmistava.

Päiväkäynniltä ei osannut odottaa mitään, luotan vaan aina siihen mitä tulee.

Yläluokalle riittävä ohjaus muodostui alaluokka ohjaus riittävää ennen leikkausta, mikä käsitti potilaiden kokemuksia ennen leikkausta saamastaan ohjauksesta.

Sain riittävästi ohjausta ja oli turvallinen olo.

Yläluokka toimintoja tukeva ohjaus muodostui leikkauksen jälkeisistä ajatuksista ja sisälsi alaluokat: pelko polven kestämisestä, kysymällä sai rohkaisua polven kestämiseen, tietoa saa ja kysyä kannattaa ja toive kuulla lääkäriltä enemmän leikkauksesta. Alaluokat käsittivät potilaiden kokemuksia ohjauksesta osastolla leikkauksen jälkeen. Neljä potilaista kertoi, että aluksi polven kestäminen pelotti tai oli epätietoisuutta polven kestämisestä. Siihen he kuitenkin olivat saaneet varmistusta ja rohkaisua kysymällä hoitajilta/fysioterapeuteilta. Haastattelussa nousi esille myös, että lääkäreiltä olisi toivottu enemmän tietoa leikkauksesta leikkauksen jälkeen.

Uskaltaako sitä taivutella ja muuta tehdä enempi, että meneekö se rikki tai jotain muuta, tuntu että uskaltaako sitä venytellä.

Ensimmäisenä aamuna leikkauksen jälkeen ei tiennyt, että kuinka paljon saa liikuttaa tuota jalkaa, mutta kun fysioihminen tulee ja kysyin siltä nii se tokaisi, että se ei mee rikki!

Hoitohenkilökunnalta tietoa saa ja jos ymmärtää kysyä niin saa vielä enempi.

Lääkäri olis ehkä voinu kertoa siitä leikkauksesta, mutta ei niillä taida olla aikaa.

Yläluokka kotiutumista tukeva ohjaus muodosti alaluokat: kirjallinen ohjaus riittävää, ohjaus riittävää, mikä teki olon kotiutumisesta turvalliseksi ja koki tarvitsevansa enemmän tietoa ko-

tona kuntoutumisesta. Alaluokat koostuivat potilaiden kokemuksista siitä, oliko ohjaus riittävä kotona pärjäämiseen ja kuntoutumiseen. Neljä potilaista kertoi ohjauksen olleen riittävää kotiutumisvaiheessa, kolme kertoi, että olisi kaivannut kotona kuntoutumiseen lisää ohjeistusta ja yksi koki saaneensa ristiriitaista tietoa kuntopyörällä polkemisesta.

Ohjaus oli kotiutuessa riittävää, ne kun oli paperilla, että mitä pitää tehdä.

Jumppari kävi kotona vain 15 minuuttia, ettei siinä paljon ehtiny. Siinä vaiheessa olisin halunnut enemmän tietoa että miten toimia niinku kotona vielä enempi.

Se on ihmeellistä, kun kysyt fysioltä, niin heti kun pääset kotia niin saat polkea, mutta kysyppä kirurgilta, niin ei missään tapauksessa. Mikä se ristiriita on?

Missä vaiheessa saa mennä niinku tonne fysioterapeutille hoitoon.

Ohjausosion viimeisestä yläluokasta kuntouttava ohjaus muodostui yksi alaluokka: fysiatrian kontrollikäynniltä lisää neuvoja ja vahvistusta kotona kuntoutumiseen, mikä kertoo potilaiden suhtautumisesta fysiatrian kontrollikäyntiin. Kaksi potilasta nosti esiin kontrollikäynnin hyödyllisyyden jatkokuntoutumiseen.

Fysiatrian kontrollikäynti oli ihan hyvä, sai neuvoja vahvistamiseen.

Fysiatrian polikäynti sujui ihan hyvin, joitakin oli että nyt piti tehostaa noita että saa suoraksi enempi ja tuota niin että saa tuonne alas.

Päälukalle kivunhoidon onnistuminen hoitoprosessin aikana muodostui yläluokat: monipuolinen kivunhoito sairaalassa ja kivunhoidon haasteet kotona. Yläluokka monipuolinen kivunhoito sairaalassa koostui alaluokista: kivunhoito osastolla onnistunut, särkylääkkeet auttoivat suurimmaksi osaksi, pyytämällä sai riittävästi kipulääkettä ja LIA-puudute auttoi nukkumaan. Neljä potilaista kertoi kipulääkityksen olleen kohdallaan osastolla, kipuja ei ollut, eikä lisälääkitystä tarvinnut pyytää. Kaksi potilaista kertoi joutuneensa pyytämään lisää kipulääkettä, joka sitten auttoi kipuihin. Myös LIA-puudute koettiin hyväksi.

Ei ollut kipuja leikkauksen jälkeen, lääkitys oli kohdallaan.

Kivunhoito sujui tällä kertaa oikein hyvin.

Sain riittävästi kipulääkettä, ei tarvinnut sillä lailla kärsiä, enkä tarvinnut lisäannostusta, että oli ihan riittävä se hermokipulääke

Kipulääkettä sai tarpeeksi, aina kun pyysi.



LIA-puudutteen avulla sai nukuttua yöllä.

Yläluokka kivunhoidon haasteet kotona muodostui alaluokista: öisin kipuja joihin ei auta särkylääkkeet, vaikeuttaa nukkumista, öisin häiritsevää kihelmöintiä polvessa, vahvempien kipulääkkeiden tarve kotona ja kipulääkitys riittämätön. Kaikissa haastatteluissa tuli ilmi, että kotona oli kipuja, jotka vaivasivat erityisesti yöaikaan levossa ollessa ja vaikeuttivat nukkumista. Kolme potilasta mainitsi vielä erikseen, että kotiin olisi tarvinnut vahvempia kipulääkkeitä.

Kotona oli kipuja, öitä ei pystynyt nukkua. Tai olihan niitä lääkkeitä, mutta ei ne auttanut kuin muutaman tunnin aina.

Joka yö noin kolme neljä kertaa mä nousen ylös ja välillä käyn hakemassa kylmäpakkauksen ja sittenhän pitää tietysti kattoo kelloa, että enhän mä voi tunnin päästä taas ottaa 1000 mg pilleriä.

Kyllähän tuolla sisällä edelleen, niin kuin semmosia hermoratoja katkottu, että sanotaan näin että päivisin pärjää, mutta kyllä mä oon sanonu lääkäreille ja hoitajille, että kaikki muu on hyvää, mutta kun yöllä menee nukkumaan niin sinne on jätetty kusiaisia nahan alle. Siinä on semmonen tunne niin kuin siellä, se ei oo kipu se on tämmönen kihelmöinti ja jomotus ja se on niin korkea, että sä et jumalauta pääse uneen. Ja sitten, että mä pääsen uneen joko otan särkylääkkeet tai sekä että nuo kylmäpussit, nehän pelastaa kaiken.

Olisi hyvä, kun saisi vähän pitempään tämmöisiä kunnon särkylääkkeitä.

Pääluokalle kuntoutumisen onnistuminen hoitoprosessin aikana muodostui yläluokat: varhaisen ylösnousun onnistuminen, liikkumisen onnistuminen leikkauksen jälkeen, liikeharjoitteiden aktiivinen tekeminen ja liikeharjoitteiden vähäinen tekeminen. Yläluokka varhaisen ylösnousun onnistuminen sisälsi alaluokat: ylösnousun onnistuminen leikkauspäivän iltana ja ylösnousun onnistuminen leikkauspäivän jälkeisenä aamuna, jotka käsittivät potilaiden vastaukset ensimmäisestä ylösnoususta leikkauksen jälkeen. Aineiston mukaan varhainen ylös nousu leikkauspäivän iltana toteutui kahdella potilaalla ja neljä potilasta nousi ensimmäisen kerran ylös leikkauspäivän jälkeisenä aamuna. Analyysin mukaan potilaat kokivat ensimmäisen ylös nousun leikkauksen jälkeen sujuneen hyvin.

Ensimmäisen kerran nousin seisomaan hoitajan avustamana silloin illalla, kun piti vessaan. Se vähän tuntu sillai, että sitä sai varoa.

Tulin kolmen aikaan takas osastolle, mutta vasta seuraavana aamuna nousin ensimmäisen kerran istumaan, siinä ei ollu mitään ongelmaa.

Seuraavana aamuna nousin ensimmäisen kerran istumaan, ei siinä ollu mitään, ihan hyvin sujui.

Yläluokka liikkumisen onnistuminen leikkauksen jälkeen painottui alaluokkiin: aktiivinen liikkuminen osastolla ja liikkuminen aluksi hankalaa, jotka käsittivät potilaiden kokemukset liikkumisen aloittamisesta leikkauksen jälkeen. Puolet tiedonantajista koki liikkumisen aloittamisen hankalaksi, mutta kertoivat sen kuitenkin alkaneen sujua aika pian leikkauksen jälkeen. Liikkumisesta hankalaa teki polven voimattomuus, kipu ja tunne, että polvi hajoaa. Puolet potilaista taas kokivat liikkumisen aloittamisen helpoksi. Analyysin mukaan kaikki potilaat kuitenkin liikkuivat osastolla aktiivisesti joko fysioterapeuttien ja hoitajien tukemana tai itsenäisesti.

Ekana päivänä kävin vain kerran kävelemässä. Sitten seuraavana päivänä kävin melkein joka tunti pikkuisen lenkin.

Polvi on voimaton, eihän siinä oo voimaa yhtään, äkkiä menee nuo lihakset, sillai huomaa, sitä pitäis ruveta kuntouttamaan.

Aluksi tuntui, että se hajoaa.

Yläluokka liikeharjoitteiden säännöllinen tekeminen jakautui alaluokkiin liikeharjoitteiden aktiivinen noudattaminen ohjeiden mukaisesti ja liikeharjoitteiden vähäinen tekeminen. Alaluokat sisälsivät potilaiden kokemuksia liikeharjoitteiden noudattamisesta sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Haastatteluissa ilmeni, että lähes kaikki potilaista noudattivat liikeharjoituksista annettuja ohjeita ja tekivät niitä säännöllisesti, 2–3 kertaa päivässä. Poikkeuksena yksi potilas, joka kertoi laiskuuden vuoksi annettujen liikeharjoitusten jääneen vähemmälle ja polkeneensa kuntopyörällä sen sijaan.

Tein liikeharjoituksia päivittäin pari kolme kertaa ja kävelin niin paljon kuin pystyin sauvojen kanssa.

Tein liikkeitä kotona ohjeiden mukaan säännöllisesti, joskus vähän enemmänkin.

Mä en tehnyt niitä jumppaliikkeitä niin paljoa, mutta mulla on kuntopyörä makuuhuoneessa niin mä poljen sillä.

Päälukalle hoitoprosessin toteutuminen onnistuneesti muodostui yläluokat: hoidon onnistumista haittaavat tekijät ja hoidon onnistumista edistävät tekijät, nämä käsittivät potilaiden kokemuksia hoitoprosessin toteutumisesta. Yläluokka hoidon onnistumista haittaavat tekijät

sisälsi alaluokat: epävarmuus ja jännitys ennen leikkausta, pelot ennen leikkausta sekä leikkauuspäätös tuli yllätyksenä. Puolet potilaista koki epävarmuutta leikkaukseen menemisestä ja yksi potilas jännitti leikkausta. Syitä olivat huonojen kokemusten kuuleminen muilta polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessin läpikäyneiltä ja se, uskaltaako oman korkean iän vuoksi lähteä leikkaukseen. Kahdella potilaalla oli pelkoja ennen leikkausta, toinen pelkäsi leikkauksen siirtyvän ja toinen taas päänsärkyä ja pahoinvointia. Yhdelle potilaalle leikkauuspäätös tuli yllätyksenä. Haastatteluissa ilmeni kuitenkin, että potilaiden epävarmuus, jännitys ja pelot vähenivät tai poistuivat kokonaan hoitoprosessin edetessä.

Mä sitä mietin pitkään, että meenkö leikkaukseen vai enkö mee, sitä oli kuullu niin monenlaista puhetta.

Kyllä mä mietin, että uskallanko vielä tässä iässä lähteä leikkaukseen.

Kun kuuli sivusta näitä kaikenlaisia juttuja, niin tietysti se jännitti.

Koko ajan piti pelätä sitä, ettei mitään tuu, ettei siirry se leikkuu.

Leikkaus tuli yllätyksenä, alunperin piti tähystää, mutta lääkäri totesikin, että tarvii uuden nivelen.

Yläluokka hoidon onnistumista edistävät tekijät sisälsi alaluokat: ei pelkoja, ei pahoinvointia, ei jännitystä ja tuen saaminen tärkeää. Eräs potilas kertoi, ettei pelännyt leikkaukseen menemistä, sillä toiseen polveen oli aiemmin vaihdettu nivel, joten kaikki oli entuudestaan tuttua. Toinen potilas taas kertoi, ettei tarvinnut jännittää, kun pääsi aamulla heti ensimmäisenä leikkaukseen. Pahoinvointia leikkauksen jälkeen ei ollut, ja kaikki potilaat kokivat olonsa hyväksi leikkauksen jälkeen. Aineistosta nousi esille, että potilaat kokivat tuen saamisen tärkeäksi leikkauksen jälkeen. Erityisesti puolisoilta ja ystävältä saatu tuki koettiin edellytyksenä kotona kuntoutumiselle. Haastatteluissa tiedonantajat korostivat myös toisilta potilailta saadun vertaistuen olevan tärkeää, sillä keskustelut saman hoitoprosessin läpikäyneen kanssa olivat hyödyllisiä ja motivoivat kuntoutumaan.

Mulla ei ollu mitään pelkoa, kun on jo toinen polvi vaihdettu.

Pääsin heti ensimmäisenä leikkaukseen, niin ei tarvinnut jännittää.

Ei ollut pahoinvointia leikkauksen jälkeen, heti pystyin ja odotin, että mulla olisi ruokaa.

Ihan hyvä olo oli leikkauksen jälkeen.

Mulla on tuo sijaishoitaja (puoliso) niin kyllä mä pärjään hyvin, mutta jos yksin pitäis, nii en tiedä miten yksin oisin pärjänny.

## **6.2 Polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessin kehittäminen potilaiden näkökulmasta**

Toinen tutkimuskysymyksemme käsitteli polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessin kehittämistä potilaiden näkökulmasta. Tälle tutkimuskysymykselle muodostui pääluokka hoitoprosessin toteutuminen onnistuneesti ja yläluokka tyytyväisyys hoitoon. Yläluokka tyytyväisyys hoitoon jakautui edelleen alaluokkiin: yksilöllinen hoito, onnistunut hoito ja turvallinen hoito. Analyysin mukaan potilaat kokivat hoidon onnistuneen hyvin ja olivat tyytyväisiä hoitoprosessiin kokonaisuudessaan. Tiedonantajat toivat esiin myös luottavansa hoitohenkilökuntaan ja he kokivat olonsa turvalliseksi hoitoprosessin aikana. Aineistosta ilmeni, että hoitoprosessin kokonaisuudessa ei ole potilaiden mukaan mitään suurempaa kehitettävää.

Ei ole mitään kehitettävää, hyvin järjestetty.

Mä en ainakaan voi moittia mistään, tosi tyytyväinen oon kaikkeen.

Kyllä hoito on ollut hyvää, ei mitään negatiivista sanottavaa. Hoitajat on ollu hymyssä suin. Kaikki on ollut positiivista

## 7 OPINNÄYTETYÖN ETIIKKA JA LUOTETTAVUUS

Tässä luvussa paneudumme tutkimuseetiikkaan ja luotettavuuden teoriaan peilaten niitä omaan opinnäytetyöhömmö.

### 7.1 Tutkimuseetiikka

Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan perusta. Tutkimuseetiikkaa ohjaavat lainsäädäntö, kansainvälisesti hyväksytty Helsingin julistus ja eettiset toimikunnat. Tutkimus on luotettava, hyväksyttävä ja tuloksiltaan uskottava, kun se on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Hyvän tieteellisen tutkimuksen lähtökohtia ovat tutkijan rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä. Tutkija käyttää eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkija käyttää muiden tutkijoiden töitä ja saavutuksia asianmukaisesti sekä oman tutkimuksensa suunnitelma ja toteutus raportoidaan asianmukaisesti. Lisäksi tutkimukselle tulee hankkia tarvittavat tutkimusluvut ja hyviin käytäntöihin kuuluu mahdollisten rahoitusten ja tutkimukseen liittyvien sidonnaisuuksien julkituominen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212–215.) Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiä lähtökohtia ovat myös potilaiden itsemääräämisoikeus, osallistumisen vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus, oikeudenmukaisuus ja anonymiteetti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 223).

Olemme noudattaneet tutkimuseettisiä ohjeita koko opinnäytetyömme prosessin ajan ja työmme on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Haimme tutkimuslupaa ennen tutkimuksen aloittamista Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymän hallintoylihoitajalta. Tutkimuslupa (LIITE 1) myönnettiin kesäkuussa 2015. Saatekirjeessä olemme kertoneet potilaille, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja heidän henkilöllisyytensä ei tule esille tutkimuksessa, sekä kerroimme aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta. Saatekirjeessä kerrottiin myös, että tutkimukseen osallistumisen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa syytä ilmoittamatta. Potilaiden suostumuslomakkeet, haastatteluiden nauhoitukset ja litteroinnit on säilytetty tutkimuksen ajan siten, että ne ovat olleet ainoastaan tutkijoiden saatavilla. Poikkeuksena tästä ovat suostumuslomakkeet, jotka näkivät myös potilaat valinnut sairaanhoitaja ja työelämän yhdyshenkilömme, jolla suostu-

muslomakkeet olivat väliaikaisesti säilytettävänä. Haastattelut nauhoitettiin tutkijoiden henkilökohtaisilla matkapuhelimilla, jotka olivat lukittuna suojakoodeilla. Nauhoituksia ei myöskään siirretty matkapuhelimista muille laitteille. Suostumuslomakkeet hävitettiin heti haastatteluiden jälkeen polttamalla toisen tutkijan takassa ja haastatteluiden nauhoitukset poistettiin heti litteroinnin jälkeen. Olemme myös osoittaneet arvostusta muita tutkijoita kohtaan käyttämällä lähdemateriaalia tietoperustassamme plagioimatta ja viitanneet niihin ohjeiden mukaisesti niin tekstissä kuin lähdeluettelossa.

## 7.2 Luotettavuus

Tutkijan tulee hallita tietyt perusasiat kvalitatiivisessa tutkimuksessa ja sen raportoinnissa, jotta tutkimus olisi luotettava. Näitä perusasioita ovat metodologinen, käsitteellinen, kielellinen ja kontekstuaalinen perusymmärrys sekä kyky loogiseen ajatteluun. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin keskeisiä käsitteitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Aineiston ja tulosten suhteen tarkastelu on tärkeää luotettavuuden kannalta. Tutkimuksen luotettavuus edellyttää tulosten, tutkimuskontekstin, osallistujien valinnan, osallistujien taustojen selvittämisen, aineiston keruun ja analyysin kuvaamista alkuperäistekstistä alkaen selkeästi ja tarkasti. Tällöin lukija voi arvioida, miten analyysi on tehty ja kattavatko tutkijan laatimat luokitukset tai kategoriat aineiston. Tutkija voi myös lisätä luotettavuutta esittämällä suoria autenttisia lainauksia haastatteluteksteistä. On myös tärkeää luotettavuuden kannalta, että tutkija tunnistaa omat ennako-oletuksensa ja kuvaa niitä avoimesti tutkimuksessaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198,199, 202; Vilka 2009, 158–160.)

Tutkimuksen luotettavuus on viime kädessä tutkijasta itsestä ja hänen rehellisyydestään kiinni (Vilka 2009, 158–159). Tämän vuoksi olemme arvioineet tutkimuksen luotettavuutta jokaisen tekemämme valinnan kohdalla koko tutkimusprosessin ajan. Olemme aidosti kiinnostuneita opinnäytetyömme aiheesta ja toimineet rehellisesti ilman ennako-oletuksia. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi olemme myös kuvanneet tarkasti kaikkia opinnäytetyömme vaiheita, erityisesti aineiston analysointiprosessia. Olemme myös noudattaneet lähdekritiikkiä ja valinneet mahdollisimman uusia lähteitä opinnäytetyömme tietoperustaan. Varmistimme,

että haastattelutilanne ja -ympäristö oli kaikille potilaille samanlainen sekä huolehdimme, että vuorovaikutussuhteemme potilaiden kanssa oli luottamusta herättävä. Haastattelut toteutettiin fysiatrian poliklinikalla potilaiden kontrollikäynnin jälkeen, rauhallisessa tilassa ja ilman ympäristöstä aiheutuvia häiriötekijöitä. Opinnäytetyömme julkaistaan avoimesti, joten se on kaikkien luettavissa.

## 8 POHDINTA

Tässä luvussa pohdimme opinnäytetyömme tuloksia ja niistä nousseita päätelmiä sekä peilaamme niitä opinnäytetyössä käyttämäämme teorian tietoon. Lisäksi pohdimme kriittisesti tutkimuksemme onnistumista, käyttämäämme lähdemateriaalia ja mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

### 8.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyömme tuloksista ilmenee, että potilaat olivat pääasiassa tyytyväisiä polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessiin nopean toipumisen hoitomallin mukaisesti toteutettuna. Potilaat kokivat hoidon onnistuneeksi ja tunsivat olonsa turvalliseksi koko hoitoprosessin ajan. Haastatteluissa tuli esille, että potilaat luottivat hoitohenkilökuntaan ja olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon sairaalassa ja sen keston, mikä oli kaikilla 4–5 päivää. Bernard ja Foss (2014) selvittivät tutkimuksessaan myös potilaiden kokemuksia nopean toipumisen hoitomallista. Tutkimuksen tulokset poikkeavat omista tuloksistamme jonkin verran. Bernardin ja Fossin tuloksissa selvisi, että potilaat olivat myös pääosin tyytyväisiä nopean toipumisen hoitomalliin ja kokivat lyhyen sairaalassa oloajan olevan hyvä, sillä koti on paras toipumispaikka. Sekä meidän opinnäytetyömme tuloksissa, että Bernardin ja Fossin tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että potilaat kokivat läheisen ihmisen tuen ja avun kotona kuntoutumisen edellytyksenä. Bernardin ja Fossin tuloksissa tuli kuitenkin ilmi, että potilaat kokivat vastuun ottamisen omasta hoidostaan ahdistavaksi. Meidän tuloksissamme samaa ongelmaa ei tullut esille.

Opinnäytetyömme tuloksissa nousi esiin, että potilaat kokivat suullisen ja kirjallisen ohjauksen riittäväksi ja monipuoliseksi. Osa potilaista kuitenkin kertoi toivoneensa hieman enemmän ohjeita kotona liikkumiseen ja kuntoutumiseen fysioterapeutilta. Aineistosta nousi selkeästi esille se, kuinka tärkeänä ohjausta ja tiedonsaantia pidettiin leikkaukseen valmistavana tekijänä. Ohjaus koettiin myös pelkoa poistavaksi, tietoa lisääväksi sekä kotiutumista ja kuntoutumista tukevaksi. Karhun ja Singon (2015) opinnäytetyön tulokset samasta kohdeorganisaatiosta tukevat meidän saamiamme tuloksia ohjauksen suhteen, sillä heidän tuloksistaan tulee myös ilmi potilaiden olevan tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Karhu ja Sinko toteavat opinnäytetyössään, että jatkossa tulisi huomioida ohjaustilanteissa yksilöllisyys kerralla anne-



tun tiedon määrän suhteen. Bernardin ja Fossin (2014) tutkimuksen tulokset ohjaukseen liittyen poikkeavat omista tuloksistamme. Heidän tuloksissaan osa potilaista koki ohjauksen riittämättömäksi tai liian monimutkaiseksi.

Tutkimustulosten perusteella potilaat kokivat kuntoutumisen leikkauksen jälkeen sujuneen hyvin. Varhainen ylösnousu sängystä ja liikkeelle lähteminen leikkauksen jälkeen koettiin hieman hankalaksi aluksi, mutta hoitajien, fysioterapeuttien ja potilastovereiden tuella liikkuminen alkoi sujua. Haastatteluissa ilmeni, että kuudesta potilaasta vain kaksi nousi leikkauspäivän iltana istumaan tai seisomaan. Neljä potilasta nousi ylös vasta seuraavana aamuna leikkauksesta. Nopean toipumisen hoitomallin periaatteiden mukaisesti tulisi pyrkiä siihen, että potilas nousee istumaan tai seisomaan jo leikkauspäivän iltana, sillä varhainen mobilisaatio vähentää komplikaatioita. Holmin, Kristensenin, Myhrmannin, Hustedin, Andersenin, Kristensenin ja Kehletin (2010) tutkimus vahvistaa, että varhainen mobilisaatio myös edistää lihasvoiman palautumista sekä ehkäisee nivelten jäykkyyttä ja kroonista kipua.

Tutkimustulosten mukaan kivunhoitoon sairaalassa ollessa oltiin tyytyväisiä. Kivunhoito koettiin riittäväksi ja kivun yltyessä siihen sai pyydettäessä lisää lääkettä. LIA-puudutetta keuhuttiin myös hyväksi, vaikka jalan puutumisen vuoksi liikkuminen tuntui aluksi vaikealta. Pitkänen ja Förster (2014,2009) sekä Essving, Axelsson, Kjellberg, Wallgren, Gupta ja Lund (2010) toteavat tutkimuksissaan LIA-puudutteen vähentävän leikkauksen jälkeistä kipua ja nopeuttavan potilaan mobilisoinnin aloittamista. Lisäksi LIA-puudutteessa todettiin olevan vähemmän haittavaikutuksia kuin muissa kipulääkkeissä.

Tulosten perusteella osa potilaista koki kivunhoidon kotona olevan riittämätöntä, kipuja oli erityisesti öisin. Kotiin toivottiin vahvempia kipulääkkeitä. Holmin, ym. (2010) tutkimus vahvistaa, että riittävä kivunhoito nopean toipumisen hoitomallin mukaisesti toteutetussa polven tekonivelleikkauksessa on varhaisen mobilisoinnin ja kuntoutumisen edellytys.

## **8.2 Opinnäytetyön merkitys hoitotyölle**

Nivelrikon yleisyyden vuoksi myös polven tekonivelleikkaukset ovat kaksinkertaistuneet 2000-luvun jälkeen, ja koska nopean toipumisen hoitomalli on vielä aika uusi Suomessa, sen tutkiminen ja kehittäminen on tärkeää. Meidän opinnäytetyömme on merkittävä erityisesti

kohdeorganisaatiollemme, koska selvitimme potilaiden kokemuksia koko polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessin ajalta ja samanlaisia aiempia tutkimuksia ei ole meidän tietojemme mukaan tehty. Opinnäytetyömme on merkittävä, koska sen avulla saimme tärkeää tietoa hoidon laadusta suoraan potilailta, joiden mielipide on tärkeä arvioitaessa hoidon onnistumista. Tutkimuksen avulla saimme selville, että potilaat kokivat potilasohjauksen olevan laadukasta koko hoitoprosessin ajan, mikä valmisti heitä hyvin leikkaukseen ja leikkauksen jälkeiseen kotiutumiseen. Opinnäytetyömme on myös siksi merkittävä, koska se oli työelämäohjaajamme ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön yksi jatkotutkimushaasteista.

### **8.3 Jatkotutkimusmahdollisuudet**

Opinnäytetyömme oli laadullinen tutkimus, ja pohdimme, olisimmeko saaneet työhömmme erilaisia tuloksia, jos tutkimuksemme olisi ollut määrällinen tutkimus. Jatkossa voitaisiinkin tutkia samaa aihetta määrällisellä tutkimusotteella, jolloin saataisiin tietoa aiheesta laajemmin, suuremmalta määrältä potilaita. Tutkimuksen tuloksia olisi mielenkiintoista verrata toisiinsa. Aineistoa kerätessämme havaitsimme, että kaikki tiedonantajat olivat jo osittain unohtaneet kokemiaan asioita ja niitä oli vaikea palauttaa haastattelutilanteessa mieleen. Toinen ehdotuksemme olisikin jatkossa tehdä tutkimus keräämällä aineistoa aiheesta potilaiden kirjoittamien päiväkirjojen avulla, jolloin aineisto voisi olla vieläkin syvällisempää ja tarkempaa.

### **8.4 Oppimisprosessin tarkastelua**

Opinnäytetyömme parissa työskennellessämme olemme kasvaneet ammatillisesti ja kehittyneet monella osa-alueella. Olemme esimerkiksi oppineet käyttämään monipuolisesti niin kotimaisia kuin kansainvälisiä lähteitä sekä olemme oppineet tarkastelemaan niitä kriittisesti. Olemme myös oppineet paljon uutta laadullisen tutkimuksen tekemisestä ja itse opinnäytetyömme aiheesta, kuten tekonivelleikkauksen hoitoprosessin kulusta, potilasohjauksesta, kuntoutumisesta ja kivunhoidosta. Lisäksi tutkimuksen tekeminen on opettanut hallitsemaan ajankäyttöä ja parityöskentelyä. Opinnäytetyön tekeminen parin kanssa on ollut palkitsevaa, sillä yhteistyömme on sujunut hyvin ja on ollut helpottavaa keskustella toistemme kanssa tutkimuksen herättämistä ajatuksista. Olemme jakaneet työn tekemisen tasapuolisesti myös

silloin, kun kiireisten aikataulujen vuoksi emme ole pystyneet sitä yhdessä tehdä. Tulevaisuudessa voimme hyödyntää oppimiamme asioita hoitotyössä käytännössä.

Opinnäytetyöprosessimme alkuvaiheessa tuntui, että lähdemateriaalia nopean toipumisen hoitomallista oli vain niukasti tarjolla. Varsinkin tuoreita ja suomenkielisiä lähteitä juuri polven tekonivelleikkauksiin liittyen oli vaikea löytää. Opinnäytetyömme edetessä kehityimme tiedon haussa ja opimme löytämään tarvitsemiamme lähteitä monipuolisemmin. Tarkastelimme löytämiämme lähteitä kuitenkin kriittisesti ja jätimme käyttämättä sellaiset lähteet, joista olimme hiemankin epävarmoja.

## LÄHTEET

- Aantaa, R., Alahuhta, S., Olkkola, K., Reinikainen, M. & Yli-Hankala, A. 2016. ASA-riskiluokitus on suomennettu uudelleen. Pdf-tiedosto. Saatavissa: [http://finnanest.fi/files/nyt\\_asa.pdf](http://finnanest.fi/files/nyt_asa.pdf). Viitattu 7.9.2016.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Bernard, H. & Foss, M. 2014. Patients experiences of enhanced recovery after surgery (ERAS). *British Journal of Nursing*, 2014, Vol 23, No 2. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=23&sid=c62aa89a-305f-4c92-bd30-6ca079a97429%40sessionmgr4003&hid=4201>. Viitattu 30.4.2016
- Biomet. 2016. Polven tekonivelleikkaus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.biomet.fi/potilaat/polvi>. Viitattu 5.5.2016.
- Erämies, T. 2015. Polven nivelrikko. Duodecim: sairaanhoitajan tietokannat. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk02033&p\\_haku=polve n%20nivelrikko](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk02033&p_haku=polve n%20nivelrikko). Viitattu 8.3.2016.
- Essving, P., Axelsson, K., Kjellberg, J., Wallgren, Ö., Gupta, A. & Lundin, A. 2010. Reduced morphine consumption and pain intensity with local infiltration analgesia (LIA) following total knee arthroplasty. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2876839/>. Viitattu 18.4.2016.
- Förster, J. & Pitkänen, M. 2009. LIA eli Local Infiltration Analgesia. Finnanest. Pdf-tiedosto. Saatavissa: [http://www.finnanest.fi/files/forster\\_lia.pdf](http://www.finnanest.fi/files/forster_lia.pdf). Viitattu 18.4.2016.
- Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOYpro.
- Heliövaara, M. 2008. Nivelrikon esiintyvyys ja kustannukset. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/ltkb/koti?p\\_artikkeli=duo97449&p\\_haku=lonka n%20ja%20polven%20endoproteesikirurgia](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/ltkb/koti?p_artikkeli=duo97449&p_haku=lonka n%20ja%20polven%20endoproteesikirurgia). Viitattu 5.5.2016.
- Holm, B., Bandholm, T., Lunn, T., Husted, H., Aalund, P., Hansen, T. & Kehlet, H. 2014. Role of preoperative pain, muscle function, and activity level in discharge readiness after fast-track hip and knee arthroplasty. *Acta Orthopaedica* 2014; 85 (5): 488–492. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/17453674.2014.934186>. Viitattu 8.3.2016.
- Holm, B., Kristensen, M. T., Myhrmann, L., Husted, H., Andersen, L. Ø., Kristensen, B. & Kehlet, H. 2010. The role of pain for early rehabilitation in fast track total knee arthroplasty. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=4cb96b7c-9b4c-44ad-b52f-c9aef0d69e63%40sessionmgr4004&hid=4206>. Viitattu 28.4.2016.
- Husted, H. 2012. Fast-track hip and knee arthroplasty: clinical and organizational aspects. *Acta Orthopaedica (Suppl 346)* 2012; 83. Pdf-tiedosto. Saatavissa:

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=fc80fdd5-d327-49e2-bb5a-5bf81f205087%40sessionmgr120&hid=123>. Viitattu 8.3.2016.

Husted, H., Holm, G. & Jacobsen, S. 2008. Predictors of length of stay and patient satisfaction after hip and knee replacement surgery. *Acta Orthopaedica* 2008; 79 (2): 168–173. Pdf-tiedosto. Saatavissa:

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=3f0ca6b0-4829-4561-ab59-cb0c9d88ac8f%40sessionmgr105&hid=124>. Viitattu 27.4.2016.

Kairaluoma, P. 2007. Fast track -kirurgian anesthesiologiset periaatteet. Pdf-tiedosto. Saatavissa: [http://www.finnanest.fi/files/fasttrack\\_pka.pdf](http://www.finnanest.fi/files/fasttrack_pka.pdf). Viitattu 9.3.2015.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: WSOY.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Karhu, N. & Sinko, S. 2015. Fast track -mallilla hoidettujen elektiivisten gynekologisten leikkauksipotilaiden ohjaus. Pdf-tiedosto. Saatavissa:

[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99511/Karhu\\_Ninette\\_Sinko\\_Saija.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99511/Karhu_Ninette_Sinko_Saija.pdf?sequence=1). Viitattu 24.4.2016.

Kellokumpu, I. 2012. Nopeutetun hoidon malli – kolorektaalikirurgian toinen vallankumous. WWW-dokumentti. Saatavissa:

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10403](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10403). Viitattu 9.3.2015.

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä. 2016a. Asiakasmaksut ja asiakasmaksukatto. WWW-dokumentti. Saatavissa:

[https://www.kpshp.fi/sivu/asiakasmaksut\\_asiakasmaksukatto](https://www.kpshp.fi/sivu/asiakasmaksut_asiakasmaksukatto). Viitattu 31.8.2016.

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä. 2016b. Palveluhinnasto 2016. Pdf-tiedosto. Saatavissa:

[https://www.kpshp.fi/sivu/media/Hinnasto\\_2016\\_hallitushyv\\_korjattu.pdf/format-pdf](https://www.kpshp.fi/sivu/media/Hinnasto_2016_hallitushyv_korjattu.pdf/format-pdf). Viitattu 31.8.2016.

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä. 2016c. Kirurginen osasto 7: Ortopedia ja traumatologia. WWW-dokumentti. Saatavissa:

[https://www.kpshp.fi/sivu/kirurginen\\_osasto\\_7](https://www.kpshp.fi/sivu/kirurginen_osasto_7). Viitattu 20.3.2016.

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä 2015. Ortopedian ja traumatologian osasto 7. Pdf-tiedosto. Saatavissa:

[https://www.kpshp.fi/sivu/media/Opiskelijaohjauksen\\_laatukasikirja\\_2015-2016\\_UUSI.pdf/format-pdf](https://www.kpshp.fi/sivu/media/Opiskelijaohjauksen_laatukasikirja_2015-2016_UUSI.pdf/format-pdf). Viitattu 24.4.2016.

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä 2014a. Tekonivelleikkaukseen valmistautuminen. Pdf-tiedosto. Saatavissa:

<https://www.kpshp.fi/sivu/media/Tekonivelleikkaukseen+valmistautuminen.doc/format-pdf/path-L3Zhci93d3cvc2l2dS9yYXBpZGZpcmUvbWVkaWEvZG9jdW1lbnQvZG9jcw==>. Viitattu 24.4.2016.

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä 2014b. Tekonivelleikkausta edeltävä päiväkäynti osastolla 7. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <https://www.kpshp.fi/sivu/media/Tekonivelleikkausta+edelt%C3%A4v%C3%A4+p%C3%A4iv%C3%A4k%C3%A4ynti+osastolla+7.doc/format-pdf/path-L3Zhci93d3cvc2l2dS9yYXBpZGZpcmUvbWVkaWEvZG9jdW1lbnQvZG9jcw==>. Viitattu 24.4.2016.

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä 2014c. Hoito osastolla polven tekonivelleikkauksen jälkeen. Pdf-tiedosto. Saatavilla: <https://www.kpshp.fi/sivu/media/Hoito+osastolla+polven+tekonivelleikkauksen+j%C3%A4lkee n.doc/format-pdf/path-L3Zhci93d3cvc2l2dS9yYXBpZGZpcmUvbWVkaWEvZG9jdW1lbnQvZG9jcw==> Viitattu: 24.4.2016

Koivusipilä, A., Tamanen, K., Jalonen, J. & Mattila, V. 2015. Leikkaukseen valmistautuminen - lisätietoa potilaalle. Käyvän hoidon potilasversiot. WWW-dokumentti. Saatavilla: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00089](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00089). Viitattu 9.3.2015.

Kääriäinen, M. 2011. Asiakkaan oppiminen ja motivaatio ohjauksessa. Tutkiva Hoitotyö 9(4), 41–42.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus -tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja 79(10), 6–9.

Kääriäinen, M. Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17(5), 257.

Melnyk, M., Casey, R., Black, P. & Koupparis, A. 2011. Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: Time to change practice? Canadian Urological Association Journal. Oct; 5(5): 342–348. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3202008/> Viitattu: 4.10.2016

Niemonen, M. & Korpi, H. 2015. Nopean toipumisen periaatteiden toteutuminen elektiivisen sektiopotilaan hoidossa hoitajan näkökulmasta. Pdf-tiedosto. Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/106772/Korpi\\_Niemonen.pdf.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/106772/Korpi_Niemonen.pdf.pdf?sequence=1) . Viitattu 24.4.2016.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitaja 79(10), 3.

Parpala, N. 2016. Henkilökohtainen tiedonanto, sähköpostikeskustelu. 31.8.2016

Pitkänen, M. & Förster, J. 2014. Regionaalinen anestesia –tutkimustuloksia kliiniseen käyttöön. Finnanest 2014; 47 (1). Pdf-tiedosto. Saatavissa: [http://www.finnanest.fi/files/pitkanen\\_forster\\_regionaalinen\\_anestesia.pdf](http://www.finnanest.fi/files/pitkanen_forster_regionaalinen_anestesia.pdf). Viitattu 18.4.2016.

Rotko, N. 2012. Kolorektaalisen Fast Track –potilaan hoito. *Spirium* 47 (1), 18-19.

Räty, S., Karvonen, A-L., Piironen, A. & Lindgren, L. 2008. Suolilama vai tukos? *Suomen lääkirilehti*. 63(47), 95.

Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana. Pro gradu–tutkielma. Tampereen yliopisto. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84528/gradu06701.pdf?sequence=1> Viitattu 3.6.2016

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2014. Polvi- ja lonkkanivelrikko. Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50054>. Viitattu 8.3.2016.

Suomen Artroplastiayhdistys. 2015. Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa 2015. Pdf-tiedosto. Saatavissa: [http://www.suomenartroplastiayhdistys.fi/files/hyva\\_hoito\\_lonkan\\_ja\\_polven\\_tekonivelkirurgia\\_ssa\\_2015.pdf](http://www.suomenartroplastiayhdistys.fi/files/hyva_hoito_lonkan_ja_polven_tekonivelkirurgia_ssa_2015.pdf). Viitattu 5.5.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Lonkka- ja polviproteesit 2013. Pdf-tiedosto. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120409/Lonkka-%20ja%20polviproteesit\\_suomi\\_ruotsi.pdf?sequence=4](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120409/Lonkka-%20ja%20polviproteesit_suomi_ruotsi.pdf?sequence=4). Viitattu 8.3.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Lonkka- ja polviproteesit 2011. Tilastoraportti. Pdf-tiedosto. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104402/Tr22\\_13.pdf?sequence=4](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104402/Tr22_13.pdf?sequence=4). Viitattu 28.4.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. PERFECT- Menetelmäraportti. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://www.thl.fi/attachments/perfect/PERFECTMenetelm%C3%A4raporttiV10.pdf>. Viitattu 24.4.2016.

Tiala, T. 2013. Nopeutetun hoidon mallit sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201312062023.pdf>. Viitattu 13.5.2016.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Pdf-tiedosto. Saatavissa: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). Viitattu 15.3.2016.

Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. 1.–3. painos. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Zanasi, S. 2011. Innovations in total knee replacement: new trends in operative treatment and changes in peri-operative management. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150806/>. Viitattu 5.5.2016.

**KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO- JA VIRANHALTIJAPÄÄTÖS  
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ**

Tutkimuslupapäätös  
Hallintoylihoitaja 8.6.2015 10 §

**ASIA** Tutkimuslupa, Hakola Maritza ja Riina Ahola. Potilaiden kokemuksia  
fast track -kirurgisesta hoitoprosessista

**PÄÄTÖS** Hyväksyn tutkimuslupa-anomuksen.

**ESITYKSEN TEKIJÄ**

**PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ**   
Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä  
Hallintoylihoitaja



## HYVÄ VASTAANOTTAJA

Opiskelemme Centria-ammattikorkeakoulussa Kokkolassa sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Teemme opinnäytetyönämme tutkimusta potilaiden kokemuksista polviproteesileikkauksesta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää polviproteesileikkauksessa olleiden potilaiden kokemuksia koko hoitoprosessin ajalta, alkaen leikkauspäätöksestä ja päättyen kotona toipumiseen. Opinnäytetyömme tavoitteena on kehittää polviproteesileikkauksen hoitoprosessia asiakaslähtöisemmäksi.

Aineiston keruu toteutetaan haastatteluna, johon pyydämme ystävällisesti teitä osallistumaan. Haastatteluun osallistuminen tapahtuu, kun leikkauksesta on kulunut aikaa 3-8 viikkoa. Haastattelu voidaan käydä Teidän kontrollikäyntinne yhteydessä Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa tai vaihtoehtoisesti haluamassanne paikassa, esimerkiksi kotonanne. Halutessanne osallistua haastatteluun, pyydämme Teitä ottamaan meihin yhteyttä, yhteystiedot löytyvät kirjeen alareunasta.

Tutkimuksen tekemiseen olemme saaneet tarvittavan tutkimusluvan Keski-Pohjanmaan keskussairaalan hallintoylihoitajalta. Nauhoitamme haastattelun, jotta pystyisimme analysoimaan aineistoa tarkemmin. Haastattelussa saatu aineisto käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti sekä hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyömme valmistuttua. Haastatteluun osallistuvien tiedot eivät myöskään tule ilmi opinnäytetyössämme.

Ystävällisin terveisin

Maritza Hakola & Riina Ahola

maritza.hakola@cou.fi & riina.ahola@cou.fi

## SUOSTUMUSLOMAKE

Suostun Maritza Hakolan ja Riina Aholan haastatteluun, jossa selvitetään potilaiden kokemuksia polviproteesileikkauksen hoitoprosessista. Olen tietoinen opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista. Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa. Voin keskeyttää tutkimukseen osallistumiseni missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa.

Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Kokkolassa \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .2015

---

tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus

---

nimenselvennys

Maritza Hakola  
maritza.hakola@cou.fi

Riina Ahola  
riina.ahola@cou.fi

Ohjaava opettaja:  
Timo Kinnunen  
timo.kinnunen@centria.fi

## TEEMAHAASTATTELURUNKO

1. Kokemuksia nopean toipumisen hoitomallin mukaisen polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessin eri vaiheista

- poliklinikalla käynti
- preoperatiivinen käynti
- osastolle saapuminen leikkauspäivänä
- leikkaus
- osastolla toipuminen
- kotiutuminen
- kontrollikäynti

2. Ohjaus hoitoprosessin aikana

- Kokemuksia ohjauksesta
- Millaista saatu ohjaus oli
- Oliko ohjaus riittävää kaikissa hoitoprosessin vaiheissa

3. Kokemukset itsehoidosta hoitoprosessin aikana

- lääkehoito ja kivunhoito
- liikkuminen
- päivittäisistä toiminnoista selviäminen
- toipuminen kotona

4. Potilaiden ajatuksia hoitoprosessin kehittämiseksi

Potilaiden kokemukset kuntoutumisesta leikkauksen jälkeen.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Ensimmäisen kerran istumaan leikkauspäivän iltana ja seisomaan seuraavana päivänä	Ylösnousun onnistuminen leikkauspäivän iltana	Varhaisen ylös-nousun onnistumi-nen	Kuntoutumisen onnistuminen hoitopro- sessin aikana
Ensimmäinen ylös-nousu leikkauspäivän iltana ja tun-tui, että polvea täytyy varoa			
Istumaan nousu seuraavana aamuna sujui hyvin	Ylösnousun onnistu-minen leikkauspäivän jälkeisenä aamuna		
Ylös-nousu seuraavana aa-muna sujui ongelmitta			
Ensimmäinen liikkeellelähtö seuraavana aamuna sujui helposti			
Ensimmäisen kerran seiso-maan seuraavana päivänä			
Ensimmäisen kerran ylös-nousu seuraavana päivänä fysioterapeutin kanssa	Aktiivinen liikkuminen osastolla	Liikkumisen onnis-tuminen leikkauk-sen jälkeen	
Ensimmäisenä päivänä yh-den kerran kävelemässä ja seuraavana päivänä melkein joka tunti			
Osastolla liikuttiin 2-3 kertaa päivässä	Liikkuminen aluksi hankalaa		
Aluksi tuntui, että polvi hajo-aa			
Noustessa tuntui, että polvea täytyy varoa			
Polvi on voimaton ja lihakset heikkenevät nopeasti ja huomaa, että polvea pitäisi alkaa kuntouttamaan			

Kotona liikkuminen aluksi hankalaa, mutta alkoi kuitenkin sujumaan			
--	--	--	--