

Anni Keskinen & Karoliina Venho

ALARAAJA-AMPUTOIDUN POTILAAN ELÄMÄNHALLINNAN TUKEMINEN

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma

2017



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Anni Keskinen & Karoliina Venho	Sairaanhoitaja	Kesäkuu 2017
Opinnäytetyön nimi		38 sivua
Alaraaja-amputoidun potilaan elämönhallinnan tukeminen		4 liitesivua
Toimeksiantaja		
Karhulan sairaala, Tuija Pitkänen		
Ohjaaja		
Katja Villikka, Lehtori		
Tiivistelmä		
<p>Alaraaja-amputaatio on toimenpide, joka muuttaa potilasta fyysisesti ja psyykkisesti. Poistetun raajan myötä potilaan tulee opetella uudelleen elämönhallintaa. Tässä opinnäytetyössä keskitytään alaraaja-amputoidun potilaan hoitotyöhön ja potilaan elämönhallinnan tukemiseen amputaation jälkeen. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla alaraaja-amputoidun potilaan elämönhallintaa amputaation jälkeen ja sitä, miten hoitaja voi omalla toiminnallaan tukea potilasta muuttuneessa elämäntilanteessa vuodeosastojakson aikana. Aihe on tärkeä, sillä fyysisen hoitotyön lisäksi hoitajan tulee osata tukea ja huomioida alaraaja-amputaatiopotilasta myös psyykkisesti. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, mitkä asiat vaikuttavat alaraaja-amputoidun potilaan elämönhallintaan ja mitkä asiat edistävät tai estävät sitä. Opinnäytetyötä ohjaavana kysymyksenä on mitkä asiat edistävät tai estävät alaraaja-amputoidun potilaan elämönhallintaa.</p> <p>Alaraaja-amputoidun potilaan elämönhallinta koostuu tässä opinnäytetyössä estävistä ja edistävistä tekijöistä. Edistäviä tekijöitä ovat hoitohenkilökunnan antama tuki, sosiaalinen verkosto, itsenäisen toimintakyvyn säilyttäminen sekä hyvät selviytymisstrategiat ja -keinot. Elämönhallintaa estäviä tekijöitä ovat puolestaan riittämätön hoitohenkilökunnalta saatu henkinen tuki, fyysiset oireet, heikot selviytymis- ja stressinhallintakeinot, pelko sekä psyykkiset ongelmat.</p> <p>Alaraaja-amputoidut potilaat pelkäävät itsenäisen toimintakyvyn menettämistä. Hoitohenkilökunnan olisikin tärkeää kannustaa potilaita fyysisiin harjoitteluihin sekä antaa potilaille tarpeeksi tietoa amputaatiosta ja proteesin käytöstä. Tiedon saanti vähentää myös pelon tunnetta. Tärkeänä asiana nousi myös sosiaalinen verkosto. Yksinäisille potilaille voi tarjota vertaistukiryhmiä. Sairaaloihin voisi perustaa amputaatiopoliklinikoita, joissa potilaiden olisi mahdollista keskustella ja saada tukea amputaatioon liittyen.</p>		
Asiasanat		
amputaatio, ala-raaja, proteesi, selviytyminen, kuntoutus		

Author (authors)	Degree	Time
Anni Keskinen & Karoliina Venho	Bachelor of Health Care	June 2017
Thesis Title		38 pages
Supporting the Life Management of Lower Limb Amputation Patients		4 pages of appendices
Commissioned by		
Hospital of Karhula, Tuija Pitkänen		
Supervisor		
Katja Villikka, Senior Lecturer		
Abstract		
<p>Lower limb amputation is a measure that changes the patient physically and psychologically. The patient needs to learn to cope without the removed limb. This thesis concentrates on the treatment of patients with lower limb amputation and supporting the patient after amputation. The purpose of this thesis is to explain how the nurse can support the patient in the changed situation in life during ward care. The cause is important because in addition to physical nursing, nurses need to support and observe patients with lower limb amputation also psychologically. The objective of the thesis is to find out which matters influence the life management of the patient and either promote or prevent it.</p> <p>In this thesis, the coping of amputation patient consists of preventing and promoting factors. Promoting factors are the support of the nursing staff, social connections, maintenance of independent life and also a good survival strategy and means. Preventing factors are insufficient support of the nursing staff, physical symptoms, poor survival strategy and means, fear and physical symptoms.</p> <p>Patients with lower limb amputation are afraid of losing independent functioning capability. It is important for nursing staff to encourage the patients to physical training and give them enough information about amputation and the use of the prosthesis. Giving information also reduces fear. Social support is also an important issue. Lonely patients can take part in peer support groups. The hospital can found policlinics for the amputation patients where they can discuss their situation and obtain more exact synonym support.</p>		
Keywords		
amputation, lower limb, prosthesis, coping, rehabilitation		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	ALARAAJA-AMPUTAATIO	7
2.1	Amputoinnin syyt	7
2.2	Amputaatiokirurgia	8
2.3	Amputaation hoito ja kuntoutus	9
2.3.1	Leikkaushaavan hoito ja paraneminen	9
2.3.2	Tyngän hoito.....	10
2.3.3	Proteesi	11
2.3.4	Kuntoutus	12
2.3.5	Apuvälineet.....	13
2.3.6	Asunnon muutostyöt.....	14
2.3.7	Amputaation jälkeinen kipu.....	14
3	AMPUTAATION PSYKKINEN VAIKUTUS	15
3.1	Elämänhallinta	15
3.2	Psyykinen vointi	16
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	17
5.1	Tutkimusmenetelmä ja aineiston haku.....	17
5.2	Sisällönanalyysi	20
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	21
6.1	Elämänhallintaa edistävät tekijät.....	21
6.2	Elämänhallintaa estävät tekijät	23
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	24
8	POHDINTA.....	27
8.1	Tutkimuksen luotettavuus	27
8.2	Tutkimuksen hyödyllisyys ja jatkotutkimusaiheet	28
	LÄHTEET.....	30

LIITTEET

Liite 1. Tietokantahakutaulukko

Liite 2. Valitut tutkimukset

Liite 3. Sisällönanalyysi elämänhallintaa edistävästä tekijöistä

Liite 4. Sisällönanalyysi elämänhallintaa estävistä tekijöistä

1 JOHDANTO

Vuosittain Suomessa tehdään noin 1500 amputaatiota. Amputoiduista potilaista iäkkäiden osuus on suuri. (Liukkonen & Saarikoski 2004, 697.) Alaraaja-amputaatioita tehdään 80–90 % kaikista amputaatioista (Kröger, Aro, Böstman, Lassus & Salo 2010, 599).

Amputaatiossa raaja tai osa raajasta poistetaan (Liukkonen & Saarikoski 2004, 697). Tavoitteena amputaatiossa on, että kaikki elinkykynsä menettäneet kudokset poistetaan raajasta ja kaikki mahdollinen käyttökelpoinen raaja pyritään säilyttämään. Tynkää voidaan myöhemmin lyhentää tai myös pidentää. (Kröger ym. 2010, 600.) Amputaation tarkoituksena on estää kasvaimien, infektioiden sekä kuolion leviäminen. Potilaan toimintakyky ja terveydentila palautetaan tällöin mahdollisimman kelpolliseksi. Tavoitteena on jatkaa normaalia elämää ja taata amputoidun alaraajan säilyminen ehyenä sekä huolehtia leikkaamattoman jalan kunnossapitamisestä. (Liukkonen & Saarikoski 2004, 697.)

Alaraaja-amputoidut potilaat tarvitsevat apuvälineitä vastikkeeksi menetetyille raajalle tai raajan osalle. Apuväline tehdään potilaan tarpeen mukaan varustäytteestä alaraajaproteesiin asti. Apuvälineiden ohella potilas tarvitsee ohjausta, opastusta sekä kuntoutusta. Amputoidun jalan tyngän tulee olla luja, jotta se kestää kuormitusta. Tyngän tulee olla myös toiminnallinen ja oikean mittainen, jotta siihen saadaan tehtyä proteesi. (Liukkonen & Saarikoski 2004, 697.)

Elämänhallinta on laaja ja suhteellinen käsite, sillä ihminen ei voi hallita kokonaan kaikkia elämässä tapahtuvia asioita. Elämänhallinta määrittyy sen mukaan, miten ihminen käsittelee ja hallitsee tapahtuvia asioita ja miten paljon hallinnassa olevien tapahtumien yhteydessä tapahtuu hallitsemattomia asioita. (Ylistö 2009.) Alaraajan amputoiminen toimenpiteenä ja sen myötä tulevat elämäntyylin muutokset ja rajoitukset on koettu stressiä aiheuttaviksi tekijöiksi. Masennus ja ahdistuneisuus ovat tutkimusten mukaan yleisiä potilailla, joille on tehty raajan amputaatio. (Sahu, Sagar, Sarkar & Sagar 2016.)

Alaraaja-amputaatio on toimenpide, joka muuttaa potilasta fyysisesti ja psyykkisesti. Poistetun raajan myötä potilaan tulee opetella uudelleen elämönhallintaa. Tässä opinnäytetyössä keskitytään alaraaja-amputoidun potilaan hoitotyöhön ja potilaan elämönhallinnan tukemiseen amputaation jälkeen. Toimeksiantajana toimii kaupunginsairaalan vuodeosasto. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla alaraaja-amputoidun potilaan elämönhallintaa amputaation jälkeen ja sitä, miten hoitaja voi omalla toiminnallaan tukea potilasta muuttuneessa elämäntilanteessa vuodeosastojakson aikana. Aihe on tärkeä, sillä fyysisen hoitotyön lisäksi hoitajan tulee osata tukea ja huomioida alaraaja-amputaatiopotilasta myös psyykkisesti.

2 ALARAAJA-AMPUTAATIO

2.1 Amputoinnin syyt

Suurin osa eli yli 80 % alaraaja-amputaatioista tehdään diabeteksen ja verenkiertohäiriöiden takia. Muita syitä ovat erilaiset tapaturmat, kasvaimet, infektiot ja paleltumat. (Liupakka 2014.)

Diabetesta sairastavilla potilailla on 15–86-kertainen riski alaraaja-amputaatiolle kuin potilailla, jotka eivät sairasta diabetesta. Diabetesta sairastavat ovat suurta riskiryhmää, koska diabetes voi aiheuttaa neuropatiaa, josta voi seurata jalan tuntohäiriöitä ja motorisia asentovirheitä. Nämä voivat aiheuttaa jalkoihin haavaumia, jotka pahentuessaan eivät parane. Haavojen paranemista vaikeuttavat myös mahdolliset verenkiertohäiriöt, joita diabetesta sairastavalle voi huonon glukoositasapainon myötä tulla. Merkittävin niistä on valtimonkoveuttumatauti, joka saattaa aiheuttaa iskemiaa, josta voi seurata raajan kuolio. Molemmissa tapauksissa viimeinen hoitomuoto on raajan amputoiminen. Riskitekijöitä raajan amputaatiolle diabetesta sairastavalla ovat sairauden pitkä kesto eli yli kymmenen vuotta, huono glukoositasapaino, jalkojen asentovirheet, näkövammaisuus, iskemia, miessukupuoli ja tupakointi. Myös jo aiemmin jalkaan kehittynyt haava lisää alaraaja-amputaation riskiä. Paikalliset tekijät eli jalkineet ja jalkojen hoito vaikuttavat myös suuresti diabetesta sairastavien raaja-amputaation riskiin. (Käypä hoito -suositus 2009.)

Verenkiertohäiriöistä merkittävin amputaatioon johtava on ateroskleroosi eli valtimotauti tai valtimonkovettumatauti, joka tarkoittaa valtimoiden ahtautumista. Kun valtimo ahtautuu, verta ja veren kuljettamaa happea ei pääse kulkeutumaan valtimoa pitkin, jolloin seuraa hapenpuutetta siinä elimessä tai raajassa, jossa ahtautunut valtimo sijaitsee. Kolme suurinta riskitekijää valtimotaudin kehittymiselle ovat tupakointi, kohonnut verenpaine ja suurentunut LDL-kolesterolin määrä veressä. (Mustajoki 2016.) Raaja, jossa ahtautunut valtimo sijaitsee, amputoidaan, jos valtimon verenkiertoa ei ole mahdollista palauttaa muilla keinoilla. Lisäksi amputaatio suoritetaan, jos potilaan vaikeiden perussairauksien takia eloonjäämisennuste olisi vain vuosi tai jos raajassa on paha infektio tai henkeä uhkaava kuolio, joita ei ole mahdollista hoitaa. Amputaatio suoritetaan myös silloin, jos potilas on liikuntakyvytön, eikä amputaatio vaikeuttaisi hänen elämäntilannettaan merkittävästi. (Käypä hoito -suositus 2010.)

Tapaturman tai onnettomuuden myötä irronnut alaraaja tai sen osa on mahdollista kiinnittää takaisin (Kuokkanen 2016). Takaisinkiinnittäminen on kuitenkin pitkäkestoinen ja paljon resursseja vaativa toimenpide. Lopputuloksena saattaa olla kivulias, turpoava ja tunnoton raaja, jolloin amputaatio ja hyvä proteesi olisi parempi vaihtoehto. (Käypä hoito -suositus 2011). Primaarit luu- ja nivelkasvaimet ovat yleisimpiä alaraajan amputaation johtavia kasvaimia. Ihossa tai lihaksissa sijaitsevat kasvaimet saattavat myös johtaa alaraajan amputaatioon. (Kauzlarić, Kauzlarić & Kolundžić 2007.) Syväälle ulottuva ja infektoitunut alaraajan haava voi vaatia raajan amputoimista. Erityisesti samanaikaisesti haavassa ilmenevä vaikea iskemia ja potilaan henkeä uhkaava infektio saattavat vaatia päivystyksenä suoritettavaa amputaatiota. (Kallio, Albäck & Tukiainen 2011.) Pahat paleltumat voivat johtaa raajan amputaation. Amputaatio tehdään kuitenkin vasta, jos paleltuma on hyvin syvä eli ulottuu niveliin, jänteisiin tai luuhun asti tai jos paleltuneessa raajassa on myös infektio. (Rantalainen 2010.)

2.2 Amputaatiokirurgia

Kirurgisen toimenpiteen tavoitteena on tehdä amputoidun raajan tyngästä toiminnallisesti hyvä, sopivan pituinen ja kivuton, jotta tuleva proteesi istuisi hy-

vin ja potilaan kuntoutuminen tapahtuisi aktiivisesti. Leikkauksessa luut katkaistaan jonkin verran ihokielekkeiden yläpuolelta ja luiden reunat pyöristetään ja hiotaan, jotta ne eivät jää teräviksi. Tämän jälkeen katkaistaan hermot ja viimeiseksi lihakset. (Juutilainen & Lepäntalo 2010.)

Kun raaja on amputoitu, leikatun tyngän ihon reunat suljetaan yhteen siten, että tyngän iho tai lihakset eivät kiristä. Tässä tulee huomioida tyngän turpoaminen operaation jälkeen, sillä jos iho kiristää silloin, saattaa se aiheuttaa ongelmia ja hidastaa paranemista. Leikkauksen jälkeen amputaatiotyngä tuetaan vaaka- tai kohoasentoon ja sidotaan elastisella sidoksella turvotuksen vähentämiseksi. (Juutilainen & Lepäntalo 2010.)

2.3 Amputaation hoito ja kuntoutus

2.3.1 Leikkaushaavan hoito ja paraneminen

Amputoidun raajan leikkaushaavaa hoidetaan samoin kuin muitakin kirurgisia haavoja. Vuorokauden ajan leikkauksesta haavaa käsitellään steriilisti, minkä jälkeen sitä käsitellään kertakäyttöhanskoin ja tehdaspuhtain taitoksin. Leikkaushaavan paranemista tarkkaillaan päivittäin, jolloin kiinnitetään huomiota haavan ulkonäköön, erityksen määrään ja hajuun. Sidoksia vaihdetaan ja lisätään haavan erittämän veren ja kudosten määrän mukaan. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2016.)

Terveellä ja fyysisesti hyväkuntoisella potilaalla leikkaushaavat paranevat yleensä ongelmitta, mutta korkea ikä, verenkiertohäiriöt ja diabetes hidastavat haavojen paranemista (Becker, Thrasivoulou & Phillips 2012). Myös muiden autoimmuunisairauksien, ylipainon ja kroonisten maksasairauksien on todettu hidastavan haavojen paranemista ja lisäävän infektioriskiä (Wang, Wang, Yang, Jiang, Zhang & Ding 2017). Tupakointi heikentää ja hidastaa leikkaushaavan paranemista. Tutkimusten mukaan tupakoivilla potilailla on suurempi riski saada haavainfektio, kuin potilailla, jotka eivät ole koskaan tupakoineet. (Jalonen 2014.)

Kirurgiseen toimenpiteeseen liittyy aina infektioriski, sillä bakteereilta suojataan ihoon kajotaan, mikä mahdollistaa bakteerien pääsyn elimistöön. Infektoituneen haavan oireita ovat haavan ympäristön kipu ja punoittaminen, haavan märkäinen vuoto ja kuume. (Saarelma 2016.) Infektiota epäiltäessä potilaasta otetaan tarvittavat verikokeet ja haavasta näytteet. Haavainfektiot vaativat haavan huolellista puhdistamista ja puhtaana pitämistä, mikrobilääkitystä ja oikeanlaisten haavasidosten valitsemista ja vaihtamista haavaerityksen ja haavan sijainnin mukaan. (Erämies 2015.)

2.3.2 Tyngän hoito

Seuraavana päivänä amputoinnista aloitetaan tyngän jälkihoito. Proteesikelpoisuuden reisitynkä saavuttaa reilun kahden kuukauden kuluttua, kun taas säärihyngällä proteesikelpoisuus saavutetaan nopeammin, yleensä muutamassa viikossa. (Kröger ym. 2010, 609, 743–744.)

Tyngän suojaksi laitetaan alkuvaiheessa haavasidos, jolla saadaan tynkä oikeaan muotoon proteesia varten. Sidos vähentää myös turvotusta ja kipua. Tyngän sitomiseen käytetään alussa elastista sidettä, jonka jälkeen siirrytään joustavaan putkisidokseen. Tynkäsidos on ideana on, että tyngän pää on sidottu tiukkaan ja se löystyy ylöspäin mentäessä. Sidos löystyy helposti, joten se pitää sitoa vuorokaudessa monia kertoja uudestaan. Joustavaa tynkäsukkaa käytetään alaraajassa ompeleiden poiston jälkeen. Tynkäsukkaa käytetään koko ajan proteesin käyttöön ottoon asti. (Kröger ym. 2010, 743–744.)

Silikonituppihoitoa, jonka tarkoituksena on tyngän muotoutuminen ja kuntoutuksen nopeuttaminen, voidaan alkaa käyttämään 5–10 vuorokauden kuluttua amputoinnista. (Kröger ym. 2010, 743–744.) Tuppihoito suojaa haavaa paremmin venytyksiltä ja ruhjeilta kuin sitominen. Se myös vähentää ylimääräisiä seurantakäyntejä sekä nopeuttaa kuntoutusprosessia, sillä tuppihoidon ansiosta tynkä muotoutuu nopeammin proteesikelpoiseksi. Vuotava tai infektoitunut haava ovat esteitä tuppihoidolle, mutta kudoserite ei ole. Tuppihoito maksaa noin 450 euroa, mutta sitä voidaan hyödyntää useampaan kertaan monele potilaalle ja yleensä hinta jakautuu useamman potilaan kesken. Hoitokeinona tuppihoito on tehokas ja edullinen. Se myös vähentää haavakomplikaatioita. (Piitulainen & Ylinen 2010, 499.)

Ilmalastaa voidaan käyttää alaraaja-amputaatioissa ennen varsinaista proteesia, ja sen tarkoituksena on totuttaa tynkää kuormitukseen. Se myös valmentaa tynkää liikkumiseen proteesin avulla. Ilmalasta vähentää turvotusta, ja lastaan voidaan sitoa metallikehikko, minkä ansiosta painonsiirto- ja seisomisharjoitteluiden suorittaminen on mahdollista. Lääkäri laatii ohjeet ilmalastan käytön harjoittelulle. Proteesin tekemiselle ei ole aihetta, mikäli potilas ei pysty tai ei opi käyttämään ilmalastaa. Yllämainittujen apuvälineiden käyttö vaatii asiaan perehtymistä sekä huolellisuutta. (Kröger ym. 2010, 743–744; Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka & Rasimus 2013, 461–462.)

2.3.3 Proteesi

Proteesi tarkoittaa leikatun kehonosan kosmeettista ja toiminnallista korviketta. Potilaan on tehtävä lihasvoima- ja tasapainoharjoituksia sekä ylläpidettävä hyvää peruskuntoa, jotta proteesin tekemiseen päästään noin kolmen neljän viikon kuluttua leikkauksesta. (Kröger ym. 2010, 743–744.)

Kun tynkä ei ole kosketusherkkä ja turvotus on laskenut, voidaan aloittaa proteesin valmistus. Valmistaminen aloitetaan tyngän tutkimuksella ja raajasta otetaan kipsimalli. Nivelten liikkuvuuteen ja tynkätupen sopivuuteen kiinnitetään tarkasti huomiota. Luovutuskäynnillä käydään läpi proteesin käyttöä ja huoltoa sekä korostetaan erityisesti henkilökohtaisen hygienian merkitystä. Näiden lisäksi käydään läpi proteesin toiminta, pituus toiseen jalkaan nähden ja istuvuus tynkään. (Kröger ym. 2010, 749.)

Proteesin huono hygienia voi johtaa ihottumiin sekä tulehduksiin. (Kröger ym. 2010, 749). Ihon kunto tulee tarkistaa säännöllisesti tyngän kohdalta. Ihottuman ja tulehdusten lisäksi tyngän ihoon voi ilmestyä allergista oireilua, mikä voi johtua proteesin materiaalista. Proteesi myös kuluu, joten se on uusittava tarpeen mukaan. (Liukkonen & Saarikoski 2004, 702.)

2.3.4 Kuntoutus

Kokonaislihasvoima on monilla amputoiduilla potilailla heikentynyt. Voimata-soa heikentää myös korkea ikä ja monien sairauksien yhtäaikainen ilmenemi-nen. Huono fyysinen kunto puolestaan hankaloittaa proteesikävelyn harjoitte-lua. Ikä ei kuitenkaan ole este harjoittelulle, ja ikäihmisten yleiskuntoa voidaan parantaa voimaharjoittelulla. Lihasvoimaa tarvitaan alaraajojen liikkuttamiseen sekä tasapainoon, mikä tehostaa kävelyn varmuutta. Voimaharjoittelu jää kui-tenkin usein toteuttamatta, koska amputaatiopotilaiden voimaharjoittelusta ei ole tehty yhtenäistä ohjetta. (Piitulainen & Ylinen 2010, 501–502.)

Noin viikon kuluttua leikkauksesta potilaat siirtyvät erikoissairaanhoidosta pe-rusterveydenhuollon vuodeosastolle jatkohoitoon sekä kuntoutumaan. (Piitu-lainen ym. 2010, 499). Proteesin käytön asianmukainen ja suunnitelmallinen harjoittelu ovat moniammatillisen tiimin vastuulla, johon kuuluu lääkärin lisäksi fysioterapeutti, hoitajat sekä apuvälineteknikko. Fysioterapeutti laatii jokaiselle amputoidulle potilaalle hänen tarpeitaan vastaavan harjoitusohjelman. Harjoit-telun tavoitteina ovat potilaan itsenäinen selviytyminen päivittäisissä toimin-noissa, puuttuvan jalan tai jalan osan korvaaminen proteesilla sekä potilaan palaaminen mahdollisimman sujuvaan arkeen tai vanhoihin työtehtäviin uudel-leen järjestettyinä. (Kröger ym. 2010, 745, 749.) Hoitajat arvioivat ympäri vuo-rokauden toimintakykyä sekä ohjaavat, opettavat ja auttavat potilasta. Ohjaus- ja opetustilanteet liittyvät päivittäisiin toimiin, kuten peseytymiseen, wc:ssä käynteihin, ruokailuihin ja liikkumisiin. Hoitajan tulisi ottaa huomioon potilaan omat voimavarat ja antaa potilaan osallistua mahdollisimman paljon itse omaan kuntoutumisprosessiinsa. Jokaiselle amputoidulle tulisi nimetä kuntou-tusvaiheessa omahoitaja, joka tutustuu potilaan tietoihin ja tarpeisiin ja edistää potilaan kuntoutumista tavoitteellisesti. (Malm, Matero, Repo & Talvela 2012, 68–73.) Lääkäri tutkii potilaan lääketieteellistä tilaa ja arvioi samalla proteti-sointimahdollisuutta. Lääkäri myös huolehtii siitä, että potilaalle järjestetään riittävä proteesin käytön harjoittelu (Malm ym. 2012, 68; Piitulainen ym. 2010, 499.) Proteesin suunnittelusta ja valmistuksesta puolestaan huolehtii apuväli-neteknikko. (Kröger ym. 2010, 749).

Jotta kuntoutukseen saataisiin monia eri näkökulmia, tarvitaan moniammatillista tiimiä potilaan kuntoutumiseen. (Liukkonen & Saarikoski 2004, 702). Potilaan kannalta on tärkeää, että hän saa asianmukaista ohjausta, jotta hän pystyy itsenäisesti edistämään yleiskuntoa, kävelykykyä ja lihasvoimaa. Alaraaja-amputoitujen potilaiden kuntoutusprosessia nopeuttaa varhain aloitettu kuntoutus. (Piitulainen ym. 2010, 503.)

Kuntoutustavoitteet asetetaan usein liian mataliksi, jos amputaatio tehdään ikäihmiselle. Kaikki amputoidut potilaat eivät kuitenkaan kuntoudu niin, että kykenisivät toimimaan kokonaan itsenäisesti. Kuntoutuksen lopettamisen syynä ei saisi olla ikä tai amputaatiota edeltäneet verenkiertosairaudet. (Liukkonen & Saarikoski 2004, 702.)

2.3.5 Apuvälineet

Apuvälineiden tarkoituksena on parantaa potilaan omatoimisuutta sekä keventää päivittäisiä askareita. Apuvälineet valmistetaan yksilöllisesti, tai ne voivat olla sarjavalmisteesia. Välineet kuitenkin valikoidaan ja sovitetaan potilaan tarpeen mukaan. (Kröger ym. 2010, 743.)

Apuvälineiden tarvetta mietitään usein kotikäynnillä. Arvioinnin tekee fysioterapeutti tai toimintaterapeutti yhdessä potilaan kanssa. Apuvälineitä tarvitaan usein peseytymisessä, wc:ssä käymisessä, siirtymisissä tai pukeutumisessa. Potilaalle voidaan muun muassa hankkia wc-istuimen korottaja, erilaisia tukikahvoja seiniin nousua helpottamaan tai suihkutuoli peseytymistä helpottamaan. (Kröger ym. 2010, 750–751.)

Liikkumisen apuvälineet valitaan yksilöllisesti. Yleisimmin käytettyjä apuvälineitä ovat kainalo- ja kyynärsauvat. Mikäli kainalo- ja kyynärsauvojen tuki ei riitä, voidaan käyttää kävelytelinettä eli rollaattoria. Joissakin tapauksissa saatetaan tarvita myös pyörätuolia apuvälineeksi. Pyörätuoli voi olla käytössä tilapäisesti, tai se voi jäädä vakituiseen käyttöön. Pyörätuolin valintaan vaikuttavat käyttäjän habitus, lihasvoima, istumatasapaino, nivelten liikkuvuus sekä se, minkälaiseen käyttöön pyörätuoli tulee. Kuntoutukseen kuuluu pyörätuolin käytön opastus. (Kröger ym. 2010, 750–751.)

2.3.6 Asunnon muutostyöt

Asunnon muutostöitä voidaan tarvita, jos amputoitu henkilö käyttää asunnossa liikkumiseen apuvälineitä. Muutostöillä mahdollistetaan itsenäinen toimintakyky. Yleisimpiä asuntoon tehtäviä muutoksia ovat kynnysten poistaminen, oviaukkojen leventäminen, luiskan lisääminen sisäänkäynnille ja ammeen vaihtaminen suihkuun. Myös työtasojen sekä kodinkoneiden korkeutta saatetaan joutua muuttamaan sopivalle korkeudelle. Mahdolliset muutokset kartoitetaan kotikäynnillä ja niistä keskustellaan omaisten sekä amputoidun henkilön kanssa. (Kröger ym. 2010, 751.)

Kunta huolehtii asunnon muutostöiden kustannuksista. Vammaispalvelulain 9. pykälässä määrätään seuraavasti:

Kunnan on korvattava vaikeavammaiselle henkilölle asunnon muutostöistä sekä asuntoon kuuluvien välineiden ja laitteiden hankkimisesta hänelle aiheutuvat kohtuulliset kustannukset, jos hän vammansa tai sairautensa johdosta välttämättä tarvitsee näitä toimenpiteitä suoriutukseen tavanomaisista elämän toiminnoista. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380).

2.3.7 Amputaation jälkeinen kipu

Raaja-amputaatiossa käsitellään tärkeitä hermohaaroja, minkä takia jopa puolella amputoiduista voi esiintyä hermokipua. Kroonisen kivun taustalla on keskushermoston herkistyminen, johon liittyy yliherkkyys kivulle ja leikkausalueen kosketuksen tunteminen kivuliaana. Leikkauskivun kroonistumista voidaan ehkäistä, kun tunnistetaan jo ennen leikkausta potilaat, joilla on suurentunut riski krooniseen kipuun. Riskien tunnistamisella pystytään suunnittelemaan tehokkaita kivunhoitomenetelmiä. Riskitekijöitä ovat muun muassa lihavuus, leikkauksen aikainen kudoksen hapenpuute, psykologiset tekijät, kirurgiset komplikaatiot ja uusintaleikkaus. (Tiippana 2015, 48–49.) Hyvä kivunhoito ennen leikkausta sekä leikkauksen jälkeen vähentävät aavesärlyn sekä kroonisen neuropaattisen kivun kehittymistä. (Piitulainen ym. 2010, 499).

Aavesäryllä tarkoitetaan hermovaurioista johtuvaa eli neuropaattista kipua. Aavetuntemuksia on lähes kaikilla potilailla, mutta aavesärkyä esiintyy noin 50–80 %:lla potilaista. Aavesärkyä voi esiintyä heti amputaation jälkeen tai vasta vuosien kuluttua. Aavesärky on todennäköisempää potilailla, jotka ovat

iäkkäitä ja joilla on ollut raajassa kipua jo ennen amputaatiota. Hoitokeinona käytetään kipukynnystä kohottavia masennuslääkkeitä sekä epilepsialääkkeitä. (Piitulainen, Ylinen, Hakkarainen, Häkkinen, Kettunen, Kumpulainen, Siekkinen, Solonen, Viinikainen & Virkkunen 2016.)

Tynkäkipua voi ilmetä amputaation jälkeen. Tynkäkipu voi johtua hermokasvaimesta eli katkenneen hermon päähän syntyneestä neuroomasta, huonosti sopivasta proteesista tai tyngän heikosta paranemisesta. Kivun lievittämisessä käytetään samoja lääkkeitä kuin aavesäryn hoidossa. Oireita voidaan lievittää myös transkutaanisella neurostimulaatiolla (TNS). TNS-hoito lievittää akuutteja ja kroonisia kipuja. Neurostimulaation lisäksi osa potilaista hyötyy myös akupunktiosta ja siihen liitetystä sähköhoidosta. (Piitulainen ym. 2016).

3 AMPUTAATION PSYKKINEN VAIKUTUS

3.1 Elämänhallinta

Elämänhallinta on käsitteenä laaja, ja sen alle sijoittuu monia psykologian ja sosiologian ilmiöitä. Yksinkertaisimmillaan se tarkoittaa ihmisen hyvinvointia, arkielämän taitoja ja arjen hallintaa. Ihmisen hyvinvointi on elämänhallinnan lähtökohta ja lopputulos, sillä ihminen asettaa itsellensä tavoitteita, jotka lisäävät hyvinvointia ja tavoitteiden saavuttaminen vahvistaa hyvinvoinnin kokemusta. Elämänhallinta on tavoitteellista ja tietoista toimintaa, sillä ihminen pyrkii elämässä hyvinvointiin, mikä saavutetaan asettamalla ja saavuttamalla tavoitteita. Elämänhallinta on myös tilannesidonnainen ilmiö, ja se jakautuu elämässä eri osa-alueille. (Ylistö 2009.)

Elämänhallinta voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen ulottuvuuteen (Ylistö 2009). Sisäisellä elämänhallinnalla tarkoitetaan ihmisen kykyä sopeutua ja selviytyä muuttuvista tilanteista ja vaikeuksista. Sisäiseen elämänhallintaan sisältyy muun muassa sopeutumis- ja mukautumiskyky, itsetunto ja tunteet. Ulkoisella elämänhallinnalla tarkoitetaan ulkoisten apukeinojen käyttämistä uuteen tilanteeseen sopeutumisessa. Ulkoisia apukeinoja ovat muun muassa elinympäristön tarjoama tuki ja ihmissuhdeverkostot. (Vartiainen 2008.) Tutkimusten mukaan valtaosa alaraaja-amputoiduista potilaista kokee amputaation

jälkeisen elämänhallinnan heikoksi (Vincent, Horodyski, Vincent, Brisbane & Sadasivan 2015).

3.2 Psyykkinen vointi

Alaraaja-amputoitu potilas saattaa kokea menetyksen tunteita, häpeää itseään kohtaan ja vaikeutta amputoidun raajan kanssa selviytymisestä. Nämä tekijät lisäävät riskiä ahdistuneisuuteen ja masennukseen. (Sahu ym. 2016.) Psykkistä kuormitusta lisäävät myös amputoidun raajan kipu, leikkauksen jälkeinen liikkumattomuus ja pitkä sairaalahoito (Solgajová, Sollár & Vörösová 2015).

Elämänmuutokset ovat stressiä aiheuttavia tilanteita, jolloin erilaisilla selviytymisstrategioilla ja -keinoilla on suuri merkitys siinä, kuinka uudesta ja muuttuneesta tilanteesta selviää henkisesti. Tilanteessa, jossa sairaus tai tapaturma muuttaa elämää, ovat aktiiviset ja tehtäväkeskeiset selviytymiskeinot tutkitusti hyödyllisimpiä keinoja asian käsittelyssä. Näitä keinoja on muun muassa ongelmanratkaisukeskeisyys. Vastaavasti passiivisten ja tunnekeskeisten keinojen kuten asian välttelyn tai suurentelun on todettu olevan heikkoja selviytymiskeinoja sairauden tai tapaturman henkisessä hyväksymisessä. (Desmond 2007.) Merkittäviä psyykkiseen vointiin vaikuttavia tekijöitä on todettu olevan myös potilaan yleinen tunne-elämän laatu, kivunhoitomenetelmien vaikuttavuus, potilaan yleinen suhtautuminen kipuun ja kipuun liittyvät uskomukset (Hirsh, Dillworth, Ehde & Jensen 2010).

Amputaation jälkeen potilasta tulee rohkaista osallistumaan tyngän hoitoon ja sidontaan ja kertomaan tuntemuksistaan amputaatiota ja tynkää kohtaan. Potilaalle tulee antaa tietoa, mitä apua ja tukea hänelle on tarjolla amputoidun alaraajan kanssa elämiseen. Kannustaminen tulevaisuuteen amputoidun raajan kanssa on tärkeää, sillä se luo uskoa selviytymiseen uudessa elämäntilanteessa. (Liupakka 2014.) Alaraaja-amputaatiopotilaan fyysisestä kuntoutuksesta vastaavien henkilöiden tulee myös olla tietoisia amputaation aiheuttamista psyykkisistä ongelmista, jotka saattavat vaikeuttaa tai hidastaa potilaan kuntoutumista (Vincent ym. 2015). Psykkiset oireet, kuten ahdistus ja masennus helpottuvat yleensä, kun amputaatiosta on kulunut riittävästi aikaa. Amputaation ja sen tuomien elämänmuutoksien hyväksymiseen potilas saattaa tarvita henkistä tukea monilta eri tahoilta. (Sahu ym. 2016.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Alaraaja-amputaatio on toimenpide, joka muuttaa potilasta fyysisesti ja psyykkisesti. Poistetun raajan myötä potilaan tulee opetella uudelleen elämönhallintaa. Tässä opinnäytetyössä keskitytään alaraaja-amputoidun potilaan hoitotyöhön ja potilaan elämönhallinnan tukemiseen amputaation jälkeen. Toimeksiantajana toimii kaupunginsairaalan vuodeosasto. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla alaraaja-amputoidun potilaan elämönhallintaa amputaation jälkeen ja sitä, miten hoitaja voi omalla toiminnallaan tukea potilasta muuttuneessa elämäntilanteessa vuodeosastojakson aikana. Aihe on tärkeä, sillä fyysisen hoitotyön lisäksi hoitajan tulee osata tukea ja huomioida alaraaja-amputaatiopotilasta myös psyykkisesti. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, mitkä asiat vaikuttavat alaraaja-amputoidun potilaan elämönhallintaan ja mitkä asiat edistävät tai estävät sitä.

Opinnäytetyötä ohjaavat seuraavat kysymykset:

1. Mitkä asiat edistävät alaraaja-amputoidun potilaan elämönhallintaa?
2. Mitkä asiat estävät alaraaja-amputoidun potilaan elämönhallintaa?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston haku

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa pyritään löytämään valitun aihepiirin olennaisin tieto jo olemassa olevista tutkimuksista. Tutkimuksia seulotaan tarkkaan asetettujen kriteerien mukaisesti, jotta löydettäisiin aiheen kannalta tärkein ja mielenkiintoisin tieto. (Salminen 2011.) Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, koska haluttiin löytää kansainvälistä, luotettavaa ja laadukasta tutkimustietoa alaraaja-amputoidun potilaan elämönhallinnan tukemisesta ja edistämisestä.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teko aloitetaan laatimalla tutkimuskysymykset etsittävän tiedon mukaisesti. Tämän jälkeen asetetaan hyväksymis- ja

poissulkukriteerit alkuperäistutkimuksille, jolloin aihepiiri saadaan rajattua tarkasti. Seuraavaksi tulee määrittää tutkimusten hakustrategia ja käsitteet. (Met-sämuuronen 2009, 47–50; Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 57.)

Tutkimusaineistojen haussa käytetyt hakusanat määritettiin opinnäytetyötä ohjaavien tutkimuskysymysten mukaan. Hakusanoiksi valittiin seuraavat sanat ja sanayhdistelmät: protee* AND jalk* AND kunto*, amputaa* AND protee* AND kunt*, amputation AND "lower limb", amputation AND coping, amputation AND coping AND "lower limb". Aineistojen hakuun asetettiin tarkat hyväksymis- ja poissulkukriteerit, jotta tutkimuksista valikoituisivat laadukkaimmat ja asetettuja tutkimuskysymyksiä vastaavat tutkimukset. Tutkimusten hyväksymiskriteereiksi asetettiin julkaisuvuodet vuosien 2007 ja 2017 välillä, alkuperäiskieli suomi tai englanti, tekstin tieteellinen laadukkuus ja luotettavuus, saatavuus kokonaisina teksteinä ilmaiseksi ja tutkimuskohteena alaraaja-amputaatiopotilaat ja heidän elämänhallintansa amputaation jälkeen. Poissulkukriteereiksi asetettiin julkaisuvuodet ennen vuotta 2007, alkuperäiskieli jokin muu kuin suomi tai englanti, tekstin epäluotettavuus puolueellisuuden tai suppean lähdeluettelon vuoksi, saatavilla vain osittain tai maksullisena, tutkimuskohteena jokin muu kuin alaraaja-amputaatiopotilaat ja heidän elämänhallintansa amputaation jälkeen.

Tutkimusten haku suoritetaan hakustrategian mukaisesti määriteltyihin tietokantoihin, joita on hyvä olla useampi, jotta mahdollisimman moni aiheen kannalta olennainen tutkimus tulee huomioiduksi. Onnistuneen ja laajan tutkimusten haun takaamiseksi on tärkeää, että haun suorittaa vähintään kaksi tutkijaa. Hakuprosessi ja -tulokset kirjataan selkeästi, jotta ne voidaan tarvittaessa toistaa. (Stolt ym. 2016, 61.) Tutkimusaineistojen haku suoritettiin sähköisiin tietokantoihin, joiden käyttö oli Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun kautta mahdollista. Tietokannoiksi valittiin Melinda, Medic, Science Direct, PubMed, Ovid ja EBSCO niiden monipuolisuuden ja helppokäyttöisyyden perusteella.

Tietokantahaun jälkeen suoritetaan tutkimusten valinta. Valintaprosessin ensimmäisessä osassa valitaan tutkimukset otsikoiden ja tiivistelmien perusteella. Tutkimukset, joiden otsikot tai tiivistelmät eivät vastaa aihepiiriin asetettuja kriteereitä, rajataan pois. Seuraavaksi suoritetaan valintaprosessin toinen osa, jossa käydään lävitse ensimmäisessä osassa valittujen tutkimusten koko

teksti. Tutkimuksista valitaan arvioinnin jälkeen ne, joiden todetaan vastaavan sisällöltään asetettuja kriteereitä. (Stolt ym. 2016, 62.) Tutkimukset tulee seuloa käytännön seulan kautta, eli niiden tulee vastata asetettuja kriteereitä liitteen esimerkiksi julkaisuvuoteen ja kieleen. Tutkimukset seulotaan myös metodologisessa mielessä, eli vain tieteellisesti laadukkaimmat tutkimukset valitaan. (Salminen 2011.)

Tietokantahaut suoritettiin maaliskuun ja huhtikuun 2017 välisenä aikana. Tietokannoista saadut osumat ovat tarkemmin nähtävillä liitteenä olevassa tietokantahakutaulukossa (liite 1). Yhteensä kaikki tietokannat tuottivat 94 osumaa. Selkeästi eniten osumia tuottivat kansainväliset tietokannat Science Direct ja PubMed. Science Direct tuotti yhteensä 40 osumaa ja PubMed 29 osumaa. Näistä osumista kuitenkin suurin osa jäi hyväksymiskriteerin ulkopuolelle, sillä monet niistä käsittelivät yläraaja-amputaatioita, amputaatioiden fysiologisia syitä tai amputoitujen tynkien hoitotyötä. Monissa tutkimuksissa, joissa alaraaja-amputaatiopotilaiden elämönhallintaa oli käsitelty, oli tutkimuskohteena ollut yhdysvaltalaisia sotaveteraaneja, joista monella oli sodan aiheuttama traumaperäinen stressihäiriö. Tämä luonnollisesti karsi lisää tutkimuksia pois, sillä opinnäytetyö toteutetaan sairaalan vuodeosastolle, jossa valtaosa potilaista on iäkkäitä ja diabeteksen tai verenkiertohäiriöiden takia alaraaja-amputoituja. Myös Ovid- ja EBSCO-tietokantojen osumat tuottivat paljon aiemmin mainittujen kaltaisia tutkimuksia. Kotimaiset tietokannat Melinda ja Medic tuottivat määrätyillä hakusanoilla vain vähän osumia, eikä niistä yksikään vastaan asetettuja hyväksymiskriteereitä.

Tietokantojen osumista valittiin ensin otsikoiden ja tiivistelmien perusteella sopivimmat tutkimukset, jolloin asetettuja kriteereitä vastaavia tutkimuksia valikoitui kaksitoista kappaletta. Tämän jälkeen valitut tutkimukset luettiin kokonaisuudessaan ja valittiin niistä jälleen hyväksymiskriteerien mukaiset tutkimukset. Ovid- ja Medic-tietokannat eivät tuottaneet yhtään asetettujen kriteerien mukaisia tutkimuksia, mutta PubMed-, Science Direct- ja EBSCO-tietokannoista valikoitui yhteensä kuusi asetettujen hyväksymiskriteerien mukaista tutkimusta. Valitut tutkimukset ovat nähtävillä liitteenä olevassa taulukossa (liite 2). Näissä kuudessa tutkimuksessa tutkimustuloksia oli yhteensä yksitoista sivua. Luimme valittujen tutkimusten tulokset ensin kerran lävitse, minkä

jälkeen luimme ne toisen kerran kääntäen ne samalla suomeksi. Käännöstyössä käytimme apuna Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun verkossa saatavilla olevaa MOT-sanakirjaa. Käännöstyön jälkeen luimme tutkimusten tulokset vielä kertaalleen lävitse, minkä jälkeen aloitimme sisällönanalyysin teon.

Sisällönanalyysin tekeminen aloitetaan, kun tutkimukset on valittu. Sisällönanalyysi suoritetaan standardoidun muodon mukaisesti, jotta tiedonkeruu on systemaattista ja luotettavaa. Lopuksi tutkimustulokset kuvataan valitun standardoidun muodon mukaan. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen viimeiseen osioon kuuluu myös tutkimuksen eettisyyden, luotettavuuden, johtopäätöksien ja jatkotutkimushaasteiden pohdinta. (Salminen 2011; Stolt ym. 2016, 91.)

5.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi tarkoittaa menetelmää, jonka avulla valittua aineistoa voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Analyysin avulla tutkittava tieto saadaan esitettyä laajasti, mutta tiiviissä muodossa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166).

Sisällönanalyysi voidaan suorittaa deduktiivisesti eli teorialähtöisesti tai induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Deduktiivisessa analyysissä lähtökohtana toimivat teoria tai teoreettiset käsitteet, joiden perusteella tutkittavaa ilmiötä määritellään. Induktiivisessa analyysissä sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen mukaan. Luokittelu tapahtuu aineistojen sisällön ja asetettujen tutkimusongelmien mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167 – 168.) Induktiivinen analyysiprosessi voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen alkaen aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä, jatkuen aineiston klusterointiin eli ryhmittelyyn ja lopuksi abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Toteutimme sisällönanalyysin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti, eli valitsimme tutkimuksista pelkistettyjä ilmauksia, joista muodostimme ala- ja yläluokkia.

Ennen analyysin aloittamista tulee valita analyysiyksikkö, jota ohjaa aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana, lause tai

ajatuskokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Analyysiyksikön valinnan jälkeen perehdytään valittuun aineistoon ja sen sisältöön. Tämän jälkeen analysoitava informaatio redusoidaan eli pelkistetään. Pelkistämässä aineistosta karsitaan epäolennainen tieto pois ja poimitaan siitä tutkimustehtävän kannalta olennaisimmat ilmaukset. Valitut ilmaukset merkataan ja kirjataan ylös. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Valitsimme analyysiyksiköiksemme lauseiden osat ja ajatuskokonaisuudet.

Pelkistämisen jälkeen suoritetaan aineiston klusterointi eli ryhmittely. Tällöin valitut ilmaukset käydään tarkasti läpi ja niistä etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia tarkoittavia käsitteitä. Samaa tarkoittavia käsitteitä yhdistellään ja ryhmitellään erilaisiksi luokiksi, minkä jälkeen muodostuneet luokat nimitetään niiden sisältöä kuvaavan käsitteen mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Poimimme ensin tutkimuksista samankaltaisia ilmauksia, jotka ryhmittelimme saman tarkoitusperän mukaan samoihin luokkiin. Niistä muodostimme alaluokkia, joista muodostimme vielä yläluokkia.

Ryhmittelyn jälkeen tehdään abstrahointi eli käsitteellistäminen. Aiemmin luoduista luokista tehdään teoreettisia käsitteitä alkuperäisten ilmausten sisällön mukaan. Syntyneitä luokkia yhdistellään niin kauan kunnes on saatu vastaus tutkimustehtävään ja käsitteellinen näkemys tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111–113.) Muodostimme yläluokista teoreettisia käsitteitä, jotka vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiimme. Ohessa olevista liitteistä (liite 3 & 4) on nähtävissä tarkemmat yksityiskohdat muodostamistamme luokista ja teoreettisista käsitteistä.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Elämänhallintaa edistävät tekijät

Potilasta hoitavan **hoitohenkilökunnan antama tuki** nousi tärkeäksi tekijäksi potilaan elämänhallinnan edistämässä. Leikkaavan lääkärin myötätuntoisuus ja empaattisuus koettiin lohduttavaksi tekijäksi uudessa ja vaikeassa elämäntilanteessa. Potilaat kokivat myös, että luottamus leikkaavaa lääkäriä kohtaan oli äärimmäisen tärkeää. Hoitajilta saatu ohjaus ja tuki koettiin elämänhallintaa

edistäväksi tekijäksi. Hoitajan kanssa käydyt keskustelut haamukivusta, amputaation tarpeellisuudesta ja proteesin saamisesta auttoivat potilasta tilanteen hyväksymisessä ja loivat toivoa tulevaisuudesta selviämiseen. Hoitajat, jotka ymmärsivät ja motivoivat potilasta, koettiin tärkeäksi tueksi uudessa elämäntilanteessa.

Sosiaalinen verkosto mainittiin tärkeäksi tekijäksi elämänhallinnan edistämisessä. Sosiaalisella verkostolla tarkoitetaan tässä sukulaisten ja muiden sosiaalisten suhteiden antamaa henkistä tukea. Sukulaisten yhteydenotot, vierailut ja heiltä pyytämättä saatu apu saivat potilaat tuntemaan itsensä merkittäviksi ja tärkeiksi amputaatiosta huolimatta. Potilaat, joilla oli hyvä sosiaalinen verkosto, käyttivät proteesia useammin Elämänhallintaa edes auttaa potilaiden jatkuva seuranta sairaalassa. Potilaiden lisäksi tukea ja opastusta tarvitsivat myös heidän omaisensa, jotta he pystyisivät sopeutumaan uuteen ”normaaliin” elämään.

Hyvät selviytymisstrategiat ja -keinot nousivat esille elämänhallinnan edistämisessä. Potilaat keksivät itse erilaisia selviytymisstrategioita –ja keinoja selviytyäkseen muuttuneesta elämäntilanteesta. Näin he pitivät yllä positiivista elämänasennetta ja hallitsivat amputaation tuomaa stressiä. Tilanteesta puhuminen ääneen ja tulevien tilanteiden ennalta suunnittelemisen ovat alaraaja-amputaatiopotilailla hyödyllisimpiä stressinhallintakeinoja ja potilaat olivat kehittäneet omia strategioita, joilla selviytyä heikentyneestä elämäntilanteesta. Potilaat kertovat, että he ovat pystyneet tällä tavalla elämään ”normaalialla elämään.” Positiivinen ajattelumalli nousi tutkimuksissa merkittäväksi elämänhallintaa edistäväksi tekijäksi. Potilaat olivat kertoneet, että uuden elämäntilanteen hyväksymistä oli edistänyt aiempi positiivinen suhtautuminen elämäntilanteeseen ja hyvän elämän luomiseen keskittyminen menetetyistä raajasta huolimatta. Potilaat myös kannustivat itseään selviytymään etsimällä amputoidusta raajasta hyviä puolia. Potilaat, joiden raaja oli amputoitu polven yläpuolelta, kokivat itsensä onnekkaksi, sillä riski amputaation uusimiselle oli pieni. Potilaat, joiden raaja oli amputoitu polven alapuolelta, kokivat itsensä onnekkaksi, koska heillä oli omaa raajaa enemmän jäljellä. Stressaavien tilanteiden vältteleminen on elämänhallintaa edistävä toimintamalli.

Itsenäisen toimintakyvyn säilyttäminen on tärkeä elämänhallintaa edistävä tekijä. Itsenäistä toimintakykyä voidaan edesauttaa toimintakykyä parantavalla kuntoutuksella. Kuntoutuslaitosten saatavuus ja kuntoutus edesauttoi amputoinnin jälkeisessä sopeutumisprosessissa. Alaraaja-amputoidut, jotka osallistuivat kuntoutukseen kokivat yleisesti elämänlaatunsa tyydyttäväksi.

6.2 Elämänhallintaa estävät tekijät

Hoitohenkilökunnalta saatu riittämätön tuki esti alaraaja-amputaatiopotilaan elämänhallintaa. Leikkaavan lääkärin tunnekylläisyys ja hoitajien kärsimättömyys potilaan hoidossa koettiin heikentäviksi tekijöiksi tilanteen hyväksymisessä. Estävänä tekijä oli myös psykososiaalisen tuen ja seurannan puute. Amputoituja oli hoidettu alkuun hyvinkin intensiivisesti, minkä jälkeen heidät heitettiin sairaalasta ulos ilman jatkoseurantaa.

Fyysiset oireet ilmenivät stressin ja amputaation myötä. Fyysiset oireet kuten haamutuntemukset ja -kivut koettiin elämänhallintaa estäviksi tekijöiksi. Leikkausta ennen esiintyvä kipu todettiin olevan yksi syy haamukivun syntymiseen. Passiivisin selviytymistyylin ottaneilla potilailla esiintyi myös enemmän haamukipua.

Heikkoihin selviytymiskeinoihin kuului potilaan passiivisuus. Passiivisen roolin ottaminen omassa hoidossa ja fyysisistä harjoitteista kieltäytymisen todettiin olevan huonoja selviytymiskeinoja elämänhallinnan kannalta. **Psyykkisiä ongelmia**, kuten masennusta ja ahdistusta kerrottiin ilmenevän kahden ensimmäisen vuoden aikana amputaatiosta. Tämän jälkeen psyykkiset ongelmat kuitenkin vähenivät valtaväestön kanssa samalle tasolle. **Heikkoihin stressinhallintakeinoihin** kuului toivon menettäminen ja negatiivisiin ajatuksiin keskittyminen. Jotkut potilaat olivat kertoneet jääneensä ajattelemaan, että amputaatio tehtiin turhaan, jolloin he eivät päässeet uuden elämäntilanteen käsittelemisessä eteenpäin.

Potilailla myös esiintyi **pelkoa** itsenäisyyden ja toimintakyvyn menettämisestä. Potilaan oma aiempi suhtautuminen vammautuneisiin ihmisiin vaikuttaa hänen minäkuvaansa amputaation jälkeen. Vammautuneiden ihmisten näkeminen

ennakkoluuloisesti arvottomina henkilöinä sai potilaan näkemään itsensä turhana ja arvottomana. Amputoidut ihmiset olivat menettäneet liikkumiskykynsä ja tämän myötä he olivat menettäneet itsenäisyyden, ja heistä oli tullut muista riippuvaisia. Perheenjäsenillä kerrottiin myös olevan suuri vastuu amputoidusta läheisestä. Siksi potilaan läheisiä on myös tuettava ja heidän jaksamistaan vahvistettava.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Amputaatio on suuri fyysinen ja psyykinen elämänmuutos potilaalle, joten **hoitohenkilökunnan antama tuki** on merkittävässä roolissa elämänmuutoksen hyväksymisessä. Tutkimuksista kävi ilmi, että potilaat tarvitsevat hoitajilta tietoa amputaatiosta ja sen jälkeiseen elämään liittyvistä asioista. Potilaat tarvitsevat myös psyykkistä tukea ja myötäelämistä hoitajilta, jotta he pystyvät hyväksymään amputaation ja selviämään elämänmuutoksesta. Jokaiselle amputoidulle kuntoutujalle tulisikin nimetä omahoitaja, joka perehtyy tarkasti potilaan asioihin ja tuntee myös potilaan taustat. Monet tutkimukseen osallistuneet potilaat jäivät amputaation jälkeen miettimään mahdollisuutta alaraajan säästämisestä, joten hoitajien tulisi antaa potilaille täsmällistä tietoa siitä, miksi amputaatio tehtiin ja miksi se oli välttämätöntä. Hoitajien ymmärtämättömyys ja kärsimättömyys potilaan hoidossa estävät potilaan elämönhallintaa. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että alaraaja-amputoituja potilaita hoitavat hoitajat tarvitsevat tietoa potilaan tukemisesta ja keinoja toteuttaa sitä, jotta potilaat selviävät niin fyysisesti kuin psyykkisestikin elämänmuutoksesta. Sairaalassa tulisi olla kansio, johon on koottu alaraaja-amputaatiopotilaan hoitosuunnitelma ja keinoja potilaan elämönhallinnan tukemiseen. Sairaalassa voisi olla asiaan perehtynyt amputaatiohoitaja, joka ohjeistaisi potilaita amputaatioon ja sen jälkeiseen elämään liittyvissä asioissa. Potilaat voisivat sairaalassa ollessaan ennen kotiutumistaan ja myös kotiutumisen jälkeen käydä amputaatiohoitajan vastaanotolla, jolta he saisivat tarkat ohjeistukset, tietoa ja tukea elämästä alaraaja-amputaation kanssa.

Tutkimuksissa tuotiin esille **sosiaalisen verkoston** tärkeys elämönhallinnan saavuttamisessa amputaation jälkeen. Potilaan omaiset tulisi ottaa mukaan hoitoon alusta alkaen, jotta he ymmärtäisivät millaisen fyysisen ja henkisen prosessin potilas käy lävitse. Potilaan omaisille tulisi myös antaa tietoa siitä,

kuinka potilasta voi tukea ja auttaa. Yksinäiselle potilaalle tulisi tarjota esimerkiksi vertaistukiryhmä, jossa hänen olisi mahdollisuus muodostaa sosiaalisia suhteita. Omaisten jaksamisen kannalta olisi myös tärkeää tarjota heillä tukea. Vertaistukitoimintaa tarjoaa muun muassa Invalidiliitto (Invalidiliitto ry).

Hyvät selviytymisstrategiat ja -keinot ovat alaraaja-amputaatiopotilaan elämänhallintaa edistäviä tekijöitä. Nämä ovat elämän varrella opittuja ja ajan myötä muokkautuneita keinoja selviytyä uusista elämää muuttavista tilanteista, mutta keinoja voi myös opetella uusien tilanteiden myötä. Tutkimuksissa korostui erityisen tehokkaana selviytymiskeinona positiivinen suhtautuminen uuteen elämänmuutokseen. Hyvien asioiden etsiminen toivottamalta tuntuvasta tilanteesta nopeuttaa tilanteeseen sopeutumista ja elämänhallinnan eheytymistä. Pienetkin asiat, kuten amputaatiotasoon liittyvien hyvien puolien etsiminen, edesauttavat tilanteen hyväksymistä. Hoitohenkilökunnan tulisi kannustaa alaraaja-amputaatiopotilasta näkemään tilanteen hyvät puolet, esimerkiksi poistetussa raajassa olleiden haavojen kovan kivun helpottuminen amputaation myötä. Hoitohenkilökunnan tulisi myös kannustaa potilasta suunnittelemaan tulevaisuutta puuttuvasta raajasta huolimatta. **Huonot stressinhallinta- ja selviytymiskeinot** estävät potilaan elämänhallintaa ja tilanteeseen sopeutumista, ja siksi potilaan olisi tärkeää opetella hyviä selviytymiskeinoja, kuten tilanteesta ääneen puhumista ja tulevien tilanteiden suunnittelemista. Hoitohenkilökunnalla tai amputaatiohoitajalla tulisi olla olemassa malli, jonka mukaan he voisivat systemaattisesti käydä lävitse potilaan kanssa eri selviytymiskeinoja ja niiden hyötyjä tilanteen hyväksymisessä.

Merkittävä alaraaja-amputaatiopotilaan elämänhallintaa edistävä tekijä on **itsenäisen toimintakyvyn säilyttäminen**. Hoitohenkilökunta voi tukea potilaan itsenäisen toimintakyvyn säilyttämistä kannustamalla fyysisiin harjoitteisiin ja antamalla tietoa proteesin käytöstä ja sen hyödyistä toimintakyvyn säilyttämisessä. Amputaatiohaavan hidask paraneminen ja erilaiset komplikaatiot saattavat hidastaa proteesin saantia, jolloin hoitohenkilökunnan antama tuki ja kannustus ovat tärkeässä roolissa, jotta potilas pystyy säilyttämään toivon toimintakykyisestä tulevaisuudesta. Sairaalassa vietetyn hoitajakson jälkeen potilaalle tulee mahdollisuuksien mukaan järjestää kuntoutuslaitospaikka, joka tarjoaa mahdollisuuden toimintakykyä edistävään kuntoutukseen. Alaraaja-amputaatiopotilaille tulisi olla olemassa malli, jonka mukaan fyysisiä harjoitteita

suoritetaan. Tämän mallin tulisi sopia kaikenikäisille, jotta myös vanhemmat potilaat saisivat mahdollisuuden fyysiseen kuntoutumiseen ja tämän myötä itsenäisen toimintakyvyn säilyttämiseen.

Pelko on alaraaja-amputaatiopotilaan elämänhallintaa estävä tekijä. Alaraajan poistaminen muuttaa ihmisen minäkuva ja sen myötä pelko tulevaisuudesta selviämisestä nousee esille. Tutkimuksissa kävi ilmi, että potilaan aiempi suhtautuminen vammautuneisiin ihmisiin heijastuu amputaation jälkeen hänen omaan minäkuvaansa. Ennakkoluuloinen ja väheksyvä suhtautuminen vammautuneita ihmisiä kohtaan saa potilaan näkemään itsensä arvottomana ja merkityksettömänä yksilönä. Syvään juurtuneita ennakkoluuloja on vaikea muuttaa, mutta hoitohenkilökunnan antama tuki ja positiivinen kannustus voi auttaa asioiden uudelleen näkemisessä ja potilaan minäkuvan eheytyemisessä. Pelko itsenäisyyden menettämisestä on luonnollinen reaktio potilaan menettäessä alaraajan. Tällöin potilas tarvitsee paljon kannustusta ja tukea jaksakseen suorittaa fyysisiä harjoitteita, joiden myötä mahdollisuus itsenäiseen elämään amputaation jälkeen lisääntyy. Proteesin saamisen jälkeen potilaalle tulisi järjestää hoitajakso, jossa opetetaan ja harjoitellaan proteesin käyttöä.

Alaraaja-amputaation jälkeen monilla potilailla esiintyy **psykkisiä ongelmia**, jotka estävät elämänhallintaa. Tutkimuksissa huomattiin, että keskimäärin kahden ensimmäisen vuoden aikana amputaation jälkeen potilailla esiintyy mielialan laskua ja ahdistusta. Potilas voi hyötyä vertaistuen tarjoamasta keskusteluseurasta psyykkisten oireiden käsittelyssä, mutta joskus ammattilaisen antama apu on tarpeen. Potilaan ollessa sairaalassa tulisi hänelle nimetä oma hoitaja, jonka kanssa potilaan olisi mahdollista käydä läpi ja käsitellä amputaatioon liittyviä asioita. Omahoitajuuden kautta varmistettaisiin, että jokaisen potilaan kanssa on käyty lävitse amputaatioon liittyviä fyysisiä ja psyykkisiä asioita. Potilaan olisi myös helpompi kertoa tuntemuksistaan hoitajalle, jonka kanssa on ollut enemmän tekemisissä ja jonka kanssa on muodostunut luottamuksellinen suhde. Olisi myös tärkeää, että potilaat pääsisivät keskustelemaan tarvittaessa psykiatrisen hoitajan kanssa ajatuksistaan. Potilaalle tulee kertoa mahdollisuudesta hakeutua psykiatristen hoitotahojen piiriin, jos hän kokee, ettei selviä masennuksen ja ahdistuksen oireista omin voimin.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää alaraaja-amputoidun potilaan elämänhallintaa ja toteuttaa systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Tutkimuksessa on otettu huomioon elämänhallintaa estävät ja edistävät tekijät. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset tulee valita ja käsitellä tarkkojen kriteerien mukaisesti, jotta aiheen kannalta parhaat tutkimukset tulevat valituiksi (Salminen 2011). Työn teko aloitettiin tutkimuskysymysten ja valintakriteerien määrittelemisellä, jotta olennaisimmat tutkimukset tulisivat valituiksi. Asetetuilla kriteereillä ei löytynyt lainkaan suomenkielisiä teoksia ja englanninkielisiäkin vain vähän. Tutkimuksista valittiin ne, joissa tutkimuskohteena olivat alaraaja-amputoidut potilaat ja heidän elämänhallintaansa liittyvät tekijät. Valitut tutkimukset käytiin läpi ja niiden tulososioista tehtiin sisällönanalyytit, jotka ovat nähtävillä taulukoissa (liite 3 & 4) ja joista saimme vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on tärkeää vastata selkeisiin kysymyksiin ja valita, arvioida ja referoida valittuja tutkimuksia objektiivisesti (Salminen 2011). Tälle opinnäytetyölle asetettiin ensin kolme tutkimuskysymystä, joista kuitenkin lopulliseen työhön valikoitui vain kaksi. Poistettu kysymys oli ”Kuinka alaraaja-amputaatiopotilaat selviytyvät amputaation jälkeen?”. Kysymys poistettiin, koska työn koettiin olevan selkeämpi, jos tutkimuksista haetaan vastaus kahteen tutkimuskysymykseen kolmen sijaan. Valittujen tutkimusten arviointi ja referointi on myös toteutettu objektiivisesti ja kahden tutkijan toimesta. Tähän työhön valitut tutkimukset on valittu objektiivisesti ja asetettujen valintakriteerien mukaisesti.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimusten hakuprosessi ja -tulokset tulee kirjata selkeästi, jotta ne ovat toistettavissa (Stolt ym. 2016, 61). Tässä työssä on tehty tietokantahakutaulukko (liite 1), josta on nähtävillä tietokantoihin tehdyt haut ja niistä saadut tulokset ja valitut tutkimukset. Valituista tutkimuksista on tehty taulukko (liite 2), josta on nähtävillä valittujen tutkimusten tiedot ja sisältö tiiviisti. Teoreettiseen viitekehukseen valittiin mahdollisimman tuoreita lähteitä, jotka koostuivat kotimaisista ja kansainvälisistä tieteellisistä

julkaisuista, oppikirjoista sekä lehti- ja internetartikkeleista. Lopulliseen sisällönanalyysiin valikoitui kuitenkin vain kuusi tutkimusta, mikä vähentää työn luotettavuutta. Tutkimusten sisällönanalyysi toteutettiin nopealla aikataululla, mikä heikentää tutkimustulosten luotettavuutta. Tämän lisäksi tutkijoilla ei ollut aiempaa kokemusta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hakuprosessista tai sisällönanalyysin tekemisestä. Mikäli sama tutkimus toteutettaisiin uudelleen, olisi tutkijoilla aikaisempaa kokemusta hakuprosessista sekä sisällönanalyysin tekemisestä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteutusvaiheet tuntuivat ajoittain vaikeilta hallita. Työn valmistuttua vaiheet oli helpompi ymmärtää ja hahmottaa työn prosessi kokonaisuutena.

8.2 Tutkimuksen hyödyllisyys ja jatkotutkimusaiheet

Diabetes ja verenkiertohäiriöt ovat suurin alaraaja-amputaatioon johtava tekijä (Liupakka 2014). Diabetes on vuosien saatossa nopeasti lisääntynyt Suomessa ja muualla maailmassa, ja sen määrän on ennustettu kaksinkertaistuvan seuraavien kymmenien vuosien aikana (Käypä hoito -suositus 2016). Diabeteksen lisääntymisen myötä verenkiertohäiriöt lisääntyvät, ja tämän myötä myös alaraaja-amputaatiot lisääntyvät. Amputaatioiden fyysisestä hoidosta löytyy kattavasti Suomessa sekä muualla maailmassa tehtyjä tutkimuksia, mutta amputaatiopotilaiden psyykkisen voinnin ja elämönhallinnan huomioimisesta löytyy kuitenkin vain hyvin vähän tutkittua tietoa.

Tästä työstä saadut tutkimustulokset ovat tärkeää tietoa alaraaja-amputaatiopotilaan elämönhallinnan tukemisessa, ja niitä voidaan hyödyntää hoitotyössä sairaalan vuodeosastolla, jossa hoidetaan alaraaja-amputaatiopotilaita. Tutkimustulosten pohjalta voi tehdä mallin, jonka mukaan potilaiden elämönhallintaa on mahdollista tukea. Mallin tulisi ohjeistaa hoitohenkilökuntaa tukemaan potilasta antamalla tietoa amputaatiosta, sen tuomista elämänmuutoksista ja eri selviytymiskeinoista, jotka tukevat elämönhallinnan saavuttamista amputaation jälkeen. Mallissa tulisi korostaa myös potilaan omaisten huomioimista potilaan hoidossa. Potilaan itsenäisen toimintakyvyn säilyttämisen kannalta fyysisiin harjoitteisiin kannustaminen on äärimmäisen tärkeää ja sen tulisi myös sisältyä laadittuun malliin.

Jatkotutkimuksia alaraaja-amputaatiopotilaan elämännhallinnasta pitää ehdottomasti tehdä. Erityisesti Suomessa toteutettuja tutkimuksia tarvittaisiin, sillä niitä ei ole lainkaan tehty aiemmin. Alaraaja-amputaatiopotilaiden hoitoon laaditun mallin käyttöönoton jälkeen tulisi toteuttaa tutkimus mallin vaikuttavuudesta potilaiden elämännhallinnassa. Myös kvalitatiivinen haastattelututkimus potilaiden elämästä antaisi paljon lisää tietoa siitä, miten hoitohenkilökunta voisi parhaiten edistää potilaiden elämännhallintaa. Tutkimus, jossa kartoitettaisiin potilaiden tilannetta ja elämännhallintaa vuoden jälkeen amputaatiosta toisi myös mielenkiintoista tutkimustietoa. Amputoituja potilaita voisi myös seurata useamman vuoden ajan, jolloin nähtäisiin paremmin potilaan psyykkistä tilaa sekä se, minkälaisia selviytymiskeinoja potilaille muodostuu näiden vuosien aikana. Olisi myös mielenkiintoista tietää, miten erilaiset kuntoutusmuodot, kuten vertaistuki vaikuttavat alaraaja-amputaatiopotilaan elämännhallintaan.

LÄHTEET

Becker, D., Thrasivoulou, C. & Phillips, A. 2012. Connexins in wound healing; perspectives in diabetic patients. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) – Biomembranes*. Volume 1818. Issue 8. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.xamk.fi:2048/science/article/pii/S0005273611004068> [viitattu 23.3.2017].

Bernhoff, K., Björck, M., Larsson, J. & Jangland, E. 2016. Patient experiences of life years after severe civilian lower extremity trauma with vascular injury. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.xamk.fi:2048/science/article/pii/S1078588416302660> [viitattu 15.5.2017].

Desmond, D. 2007. Coping, affective distress and psychosocial adjustment among people with traumatic upper limb amputations. *Journal of Psychosomatic Research*. Volume 62. Issue 1. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.xamk.fi:2048/science/article/pii/S0022399906003564> [viitattu 28.3.2017].

Erämies, T. 2015. Tulehtuneen leikkaushaavan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. *Terveysportti*. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk01726&p_haku=leikkaushaavan%20paraneminen [viitattu 23.3.2017].

Hirsh, A., Dillworth, T., Ehde, D. & Jensen, M. 2010. Sex differences in pain and psychological functioning in persons with limb loss. *The Journal of Pain*. Volume 11. Issue 1. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.xamk.fi:2048/science/article/pii/S1526590009005756> [viitattu 29.3.2017].

Invalidiliitto ry. Invalidiliito. Toiminta. Vertaistuki. Saatavissa: <https://www.invalidiliitto.fi/toiminta/vertaistuki> [viitattu 15.5.2017].

Jalonen, J. 2014. Tupakointi vs tupakoimattomuus ja postoperatiivinen haavan paraneminen. Näytönastekatsaukset. Lääkärin tietokannat. *Terveysportti*. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=nak05983&p_haku=leikkaushaava [viitattu 23.3.2017].

Juutilainen V. & Lepäntalo M. 2010. Amputaatioiden yleiset periaatteet. *Kirurgia*. Duodecim Oppiportti. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/op/kia06704/do> [viitattu 5.10.2016].

Kallio M., Albäck A. & Tukiainen E. 2011. Jalkainfektiot ja kriittinen iskemia. *Päivystyskirurgian opas*. *Terveysportti*. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/dtk/aho/avaa?p_artikkeli=kir00110&p_haku=amputaatio [viitattu 21.3.2017].

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

Kauzlarić N., Kauzlarić K.S. & Kolundžić R. 2007. Prosthetic rehabilitation of persons with lower limb amputation due to tumour. *European Journal of Cancer Care*. Volume 16. Saatavissa:

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.xamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b09615a3-aa7f-4936-9720-6d85d3a69ee6%40sessionmgr102&vid=10&hid=123> [viitattu 21.3.2017].

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2016. Alaraaja-amputoidun hoitoketju. Hoitoketjut. Lääkärin tietokannat. Terveysportti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikeli=shp00780&p_haku=amputaatio%20haava [viitattu 22.3.2017].

Kuokkanen, H. 2016. Plastiikkakirurgisesti hoidettavat vammat. Lääkärin käsikirja. Lääkärin tietokannat. Terveysportti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikeli=ykt00445&p_haku=alaraajan%20replantaatio [viitattu 21.3.2017].

Käypä hoito -suositus 2009. Diabeetikon jalkaongelmat. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Diabetesliiton lääkäri-neuvosto, Suomen Endokrinologiyhdistyksen ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Lääkärin tietokannat. Terveysportti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=2799D643B799E506451AAD750B660998?id=hoi50079> [viitattu 25.5.2016].

Käypä hoito -suositus 2010. Alaraajojen tukkiva valtimotauti. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verisuonikirurgisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Lääkärin tietokannat. Terveysportti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50083> [viitattu 25.5.2016].

Käypä hoito -suositus 2011. Säärimurtumat. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suositukset. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50018> [viitattu 23.3.2017].

Käypä hoito -suositus 2016. Diabetes (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkäri-neuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50056#K1> [viitattu 16.5.2017].

Kröger, H., Aro, H., Böstman, O., Lassus, J. & Salo, J. 2010. Traumatologia. 7. Painos. Keuruu: Kandidaattikustannus.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380.

Liupakka, P. 2014. Hoito alaraaja-amputaation jälkeen. Sairaanhoitajan käsikirja. Sairaanhoitajan tietokannat. Terveysportti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_artikeli=shk02050&p_haku=amputaatio%20mieliala [viitattu 1.3.2017].

Madsen, UR., Hommel A., Bååth, C. & Berthelsen CB. 2016. Pendulating – A grounded theory explaining patients' behavior shortly after having a leg amputated due to vascular disease. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/28169741> [viitattu 16.5.2017].

Malm, M., Matero, M., Repo, M. & Talvala, E. 2012. Esteistä mahdollisuuksiin. *Vammaistyön perusteet*. 1.-3. Painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. laitos, 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. 2013. *Sairaanhoitajan käsikirja*. 8. Uudistettu painos. Saarijärvi: Duedecim.

Mustajoki, P. 2016. Tietoa potilaalle: Valtimotauti (ateroskleroosi). *Lääkärikirja Duodecim*. Lääkärin tietokannat. Terveysportti. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98893&p_haku=valtimotauti%20\(ateroskleroosi\)](http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98893&p_haku=valtimotauti%20(ateroskleroosi)) [viitattu 25.5.2016].

Piitulainen, K. & Ylinen, J. 2010. Uudet protetisointikäytännöt tehostavat amputaatiopotilaiden kuntoutusta. *Suomen lääkirilehti*. 6/2010, Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL62010-499.pdf> [viitattu 27.3.2017].

Piitulainen, K., Ylinen, J., Hakkarainen, T., Häkkinen, E., Kettunen, K., Kumpulainen, R., Siekkinen, M., Solonen, U., Viinikainen, S. & Virkkunen, J. 2016. Alaraaja-amputoidun hoitoketju. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Lääkärin tietokannat. Terveysportti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98893 [viitattu 4.3.2017].

Rantalainen, T. 2010. Paleltuma- ja jäätymisvammat. Teho- ja valvontahoitotyön opas. *Akuuttihoiton tietokannat*. Terveysportti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00208&p_haku=paleltuma-%20ja%20j%C3%A4%C3%A4tymisvammat [viitattu 26.5.2016].

Razak, M., Tauhid, M., Yasin, N. & Hanapiah, A. 2016. Quality of life among lower limb amputees in Malaysia. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.xamk.fi:2048/science/article/pii/S1877042816302099> [viitattu 15.5.2017].

Richardson, C., Glenn, S., Horgan, M. & Nurmikko, T. 2007. A Prospective Study of Factors Associated With the Presence of Phantom Limb Pain Six Months After Major Lower Limb Amputation in Patients With Peripheral Vascular Disease. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.xamk.fi:2048/science/article/pii/S1526590007006931> [viitattu 14.5.2017].

Saarelma, O. 2016. Tietoa potilaalle: Leikkaushaavan tulehdus. *Lääkärikirja Duodecim*. Terveysportti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=dlk00293&p_haku=leikkaushaava [viitattu 23.3.2017].

Sahu, A., Sagar, R., Sarkar, S. & Sagar, S. 2016. Psychological effects of amputation: A review of studies from India. *Industrial Psychiatry Journal*. January – June. Vol. 25. Issue 1. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5248418/> [viitattu 1.3.2017].

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. *Opetusjulkaisuja* 62. Julkisjohtaminen 4. Vaasan yliopisto. Saatavissa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf [viitattu 7.3.2017].

Solgajová, A., Sollár, T. & Vörösová, G. 2015. Gender, age and proactive coping as predictors of coping in patients with limb amputation. *Kontakt*. Volume 17. Issue 2. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.xamk.fi:2048/science/article/pii/S1212411715000069> [viitattu 24.3.2017].

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja*. Turun yliopisto. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print.

Tiippana, E. 2015. Voidaanko akuutin leikkauskivun kroonistumista ehkäistä? *Suomen lääkärilehti*. 1-2/2015. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2015/SLL12015-48.pdf> [viitattu 20.3.2017].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. 1. Painos. Jyväskylä: Duodecim.

Vartiainen, S. 2008. Eväitä elämäntieteen hallintaan. Tapaustutkimus Ilmaisu-Startin nuorista Tampereella. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80443/gradu03434.pdf?sequence=1> [viitattu 20.4.2017].

Vincent, H., Horodyski, M., Vincent, K., Brisbane, S. & Sadasivan K. 2015. Psychological distress after orthopedic trauma: prevalence in patients and implications for rehabilitation. *PM&R*. Volume 7. Issue 9. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.xamk.fi:2048/science/article/pii/S1934148215001380> [viitattu 29.3.2017].

Wang, T., Wang, H., Yang, D., Jiang, L., Zhang, L. & Ding, W. 2017. Factors predicting surgical site infection after posterior lumbar surgery. *Medicine (Baltimore)*. Volume 96. Issue 5. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5293476/> [viitattu 23.3.2017].

Webster, J., Hakimi, K., Williams, R., Turner, A., Norvell, D. & Czerniecki, J. 2012. Prosthetic fitting, use and satisfaction following lower-limb amputation: A prospective study. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.xamk.fi:2048/ehost/detail/detail?vid=3&sid=afb46b5f-e1cd-46be-a65f-7ba010683f0f%40session->

mng4009&hid=4109&bdata=JnN-pdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104198265&db=cin20 [viitattu 16.5.2017].

Ylistö, S. 2009. Tavoiteteoreettinen elämänhallinta, selvyyttä sekavaan käsitteistöön. Sosiologia. Saatavissa: <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/se/s/0038-1640/46/4/tavoitet.pdf> [viitattu 20.4.2017].

LIITTEET

Liite 1. Tietokantahakutaulukko

Tietokannat	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Valitut otsikon ja tiivistelmän mukaan	Valitut koko tekstin mukaan
Melinda	Protee* AND jalk* AND kunto*	2007-2017 "kaikki kielet", "kaikki ai- neisto"	2	0	0
Medic	Amputaa* AND protee* AND kunt*	"kaikki kielet", "kaikki julkai- sutyypit"	8	1	0
	Amputation AND "lower limb"	2007-2017	1	0	0
Science Direct	Amputation AND coping	2007-2017, "abstract, title, keywords" "journals, open access articles"	19	5	3
	Amputation AND "lower limb"	2016-2017, "abstract, title, keywords", "journals, open access articles"	22	2	1
PubMed	Amputation AND coping AND "lower limb"	2007-2017, "free full text"	4	2	0
	Amputation AND coping	2007-2017, "free full text"	25	6	1
Ovid	Amputation AND coping AND "lower limb"	2007-2017, "basic search"	2	0	0
	Amputation AND coping	2007-2017, "basic search"	10	0	0
EBSCO	Amputation AND coping AND "lower limb"	2007-2017, "linked full text"	19	2	1

Liite 2. Valitut tutkimukset

Tutkimuksen nimi, tekijät ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Keskeiset tulokset ja johtopäätökset
<p>Gender, age and proactive coping as predictors of coping in patients with limb amputation</p> <p>Solgajová A., Sollár T. & Vörösová G. 2015</p>	<p>Selvittää, vaikuttavatko sukupuoli, ikä ja eri selviytymiskeinot alaraaja-amputaation kanssa selviytymiseen.</p>	<p>Sukupuoli ja ikä eivät vaikuta alaraaja-amputaation kanssa selviytymiseen. Parhaat selviytymiskeinot amputaatiosta selviytymiseen ovat tilanteesta ääneen puhuminen, sopeutuminen elämänmuutoksiin ja stressaavien tilanteiden vältteleminen.</p>
<p>Pendulating-A grounded theory explaining patients' behavior shortly after having a leg amputated due to vascular disease.</p> <p>Madsen UR., Hommel A., Bååth C. & Berthelsen CB. 2016</p>	<p>Selvittää, minkälaisen henkisen prosessin potilaat käyvät alaraaja-amputaation jälkeen.</p>	<p>Ensimmäinen osio prosessissa on "kontrollin menettäminen", jonka aikana potilas on hämmentynyt tilanteesta. Toisessa osiossa potilas "käsittelee shokkia", jolloin potilas alkaa hyväksymään uutta elämäntilannetta. Kolmas osio on "kontrollin takaisin saaminen", jolloin potilas vähitellen rakentaa takaisin toivoa ja motivaatiota selviytyä elämästä amputaation kanssa.</p>
<p>Prosthetic fitting, use, and satisfaction following lower-limb amputation: A prospective study.</p> <p>Webster J., Hakimi K., Williams R., Turner A., Norvell D. & Czerniecki J. 2012</p>	<p>Selvittää, alaraaja-amputoitujen potilaiden proteesin sopivuutta, käytön aktiivisuutta ja tyytyväisyyttä proteesiin. Potilaat iäkkäämpiä henkilöitä, joilta amputoitu raaja verenkiertohäiriöiden myötä.</p>	<p>Potilaat, joille oli tehty sääriamputaatio, käyttivät proteesia enemmän kuin muusta tasosta amputoidut. Nopea amputaatiohaavan paraneminen nopeuttaa proteesin saantia. Potilaat, joilla sosiaalinen verkosto oli kunnossa, käyttivät proteesia aktiivisemmin. Masennus ja dialyysihoidossa oleminen vähensi proteesin käytön aktiivisuutta.</p>
<p>A Prospective Study of Factors Associated With the Presence of Phantom Limb Pain Six Months After Major Lower Limb Amputation in Patients With Peripheral Vascular Disease</p> <p>Richardson C., Glenn S., Horgan M. & Nurmikko T. 2007</p>	<p>Selvittää, haamukivun esiintymiseen vaikuttavia tekijöitä ja kuinka eri selviytymiskeinot vaikuttavat haamukivun esiintymiseen.</p>	<p>Passiivisen selviytymistyylin todettiin aiheuttavan haamukipua. Myös ennen leikkausta olevalla kivulla ajateltiin olevan yhteys haamukivun syntymiseen. Haamukivun syntymisessä olisi tärkeää kiinnittää huomiota ennaltaehkäisyyn.</p>
<p>Patient Experiences of Life Years After Severe Civilian Lower Extremity Trauma With Vascular Injury</p> <p>Bernhoff K., Björck M., Larsson J. & Jangland E. 2016</p>	<p>Selvittää, millaisia psyykkisiä oireiluja onnettomuuden tai tapaturman myötä alaraaja-amputoiduilla potilailla on.</p>	<p>Ensimmäisten vuosien aikana alaraaja-amputoiduilla esiintyy ahdistusta ja masennusta, minkä jälkeen oireet vähenevät. Potilaiden kerrottiin hyötävän pitkäaikaisista seurannoista ja erilaisista tukimuodoista. Korostettiin potilaan omaisille järjestettävää tukea.</p>
<p>Quality of Life among Lower Limb Amputees in Malaysia</p> <p>Razak M., Tauhid M., Yasin N. & Hanapiah F. 2016</p>	<p>Selvittää, malesialaisten alaraaja-amputaatiopotilaiden elämänlaatua.</p>	<p>Potilaat ovat menettäneet kyvyn liikkuu ja ovat toisista riippuvaisia. Edistävänä tekijänä pidettiin psykososiaalista tukea ja kuntoutuslaitosten saatavuutta.</p>

Liite 3. Sisällönanalyysi elämäntilannetta edistäviä tekijöistä

Mitkä asiat edistävät alaraaja-amputaatio potilaan elämäntilannetta?		
PELKISTETYT ILMAISUT	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Leikkaavan kirurgin empaattisuus	Lääkärin antama henkinen tuki	Hoitohenkilökunnan antama tuki
Haamukivusta keskusteleminen hoitajan kanssa Hoitajat, jotka ymmärtävät ja motivoivat potilasta Hoitajilta saatu tieto amputaation tarpeellisuudesta Tieto proteesin saamisesta luo toivoa tulevaisuudesta selviytymisestä	Hoitajien antama tuki ja ohjaus	
Sukulaisten yhteydenotot, vierailut ja apu Sosiaaliset suhteet lisäävät proteesin käytön aktiivisuutta Sukulaisten ja läheisten saama pitkäajan tuki	Sukulaisten ja muiden sosiaalisten suhteiden antama henkinen tuki	Sosiaalinen verkosto
Tilanteesta puhuminen ääneen Tulevien tilanteiden suunnitteleminen	Stressinhallintakeinot	Hyvät selviytymisstrategiat ja -keinot
Aiempi positiivinen suhtautuminen elämänmuutokseen Stressaavien tilanteiden vältteleminen Keskittyminen hyvän elämän luomiseen menetetyistä raajasta huolimatta Polven alapuolelta amputoidussa raajassa enemmän omaa raajaa jäljellä Polven yläpuolelta amputoidussa raajassa uuden amputaation riski pienempi	Positiivinen elämänsen	
Kuntoutus Kuntoutuslaitosten saatavuus	Toimintakykyä parantava kuntoutus	Itsenäisen toimintakyvyn säilyttäminen

Liite 4. Sisällönanalyysi elämänhallintaa estävistä tekijöistä

Mitkä asiat estävät alaraaja-amputaatio potilaan elämänhallintaa?		
PELKISTETYT ILMAISUT	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Leikkaavan kirurgin tunnekylmyys	Potilaan riittämätön henkinen kohtaaminen lääkärin taholta	Riittämätön hoitohenkilökunnalta saatu henkinen tuki
Hoitajien kärsimättömyys ja passiivisuus potilaan hoidossa	Potilaan riittämätön henkinen kohtaaminen hoitajien taholta	
Leikkausta edeltävä kipu Haamutuntemuksien tai -kipujen kokeminen Stressin fyysiset oireet	Kipu ja stressin oireet	Fyysiset oireet
Passiivisen roolin ottaminen koskien omaa hoitoa Fyysisistä harjoitteista kieltäytyminen	Passiivisuus	Heikot selviytymiskeinot
Toivon menettäminen Negatiivisiin ajatuksiin keskittyminen Ajattelu, että amputaatio tehtiin turhaan	Epätoivoisuus	Heikot stressinhallintakeinot
Ennakkoluuloinen suhtautuminen vammautuneisiin ihmisiin Itsenäisyyden väheneminen ja sen menettäminen Perheenjäsenten suuri taakka Psykososiaalisen tuen puute	Pelko itsenäisyyden ja toimintakyvyn menettämisestä	Pelko
Masennusta ja ahdistusta ilmenee kahden ensimmäisen vuoden aikana amputaatiosta	Mielialan lasku ja ahdistuminen	Psyykkiset ongelmat