

TEKONIVELPOTILAIKEN KOKEMUKSIA JATKOHOITOPAIKAN FYSIOTERAPEUTTISESTA OHJAUKSESTA

Saija Mäkinen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2010
Fysioterapian koulutusohjelma
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma

SAIJA MÄKINEN: Tekonivelpotilaiden kokemuksia jatkohoitopaikan fysioterapeuttisesta ohjauksesta

Opinnäytetyö, 41 sivua, 1 liitesivu
Marraskuu 2010

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää tekonivelpotilaiden jatkohoitoon liittyvää fysioterapeuttisen ohjauksen sisältöä ja sisällön painopisteitä potilaiden näkökulmasta tarpeellisiin ja omatoimista kotona selviytymistä tukeviin osa-alueisiin. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuinka tekonivelleikkauksen läpikäyneet potilaat kokivat hallitsevansa kotiutumisen jälkeen apuvälineen tuella liikkumisen, porraskävelyn, kotiharjoitusohjelman sekä tarvittavat liikerajoitukset. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää milloin tekonivelleikkaukseen liittyvä fysioterapeuttinen ohjaus oli jäänyt parhaiten mieleen ja oliko haastateltavilla tarvetta fysioterapeutin lisäohjaukseen kotiutumisen jälkeen.

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Tutkimuksessa haastateltiin seitsemää polven tai lonkan tekonivelleikkauksen läpikäynyttä henkilöä, jotka olivat osastolla sairaalavaiheen jälkeen jatkohoidossa. Haastatteluajankohta oli kolmesta viiteen viikkoon kotiutumishetkestä eli potilaille oli ehtinyt muodostua omakohtainen käsitys kotona selviytymisestä.

Haastateltavat kokivat hallitsevansa kotiutumisen jälkeen apuvälineen tuella liikkumisen ja kotiharjoitusohjelman sekä ymmärtävänsä liikerajoitukset. Porraskävelyn koki hallitsevansa kotiutumisen jälkeen neljä haastateltavaa. Jokainen haastateltava oli kuitenkin tyytyväinen porraskävelyn ohjaukseen. Tekonivelprosessin mieleenpainuvimman ja ymmärrettävimmän ohjauksen haastateltavat kokivat saaneensa jatkohoitovaiheessa osastolla. Yksikään haastateltavista ei kokenut tarvitsevansa fysioterapeutin lisäohjausta kotiutumisen jälkeen. Kuitenkin osa haastateltavista koki kotona epävarmuutta harjoitusmäärien ja suoritustason riittävydestä sekä kokivat porraskävelyn pelottavana.

Tekonivelpotilaan jatkohoitovaiheen fysioterapiaohjaus on osastolla hyvällä tasolla, mutta edelleen parantamista on yksilöllisessä potilasohjauksessa. Yhdessä potilaan kanssa pitäisi tehdä entistä tarkemmat ja yksilöllisemmät kuntoutumisen tavoitteet. Tämä vähentäisi potilaiden epävarmuutta harjoitusmäärien ja tavoiteltavan suoritustason osalta. Jatkossa kiinnostusta herättää suoraan leikkaavasta sairaalasta kotiutuvien potilaskokemuksien selvittäminen. Miten he kokevat hallitsevansa fysioterapeuttiset ohjeet sairaalasta kotiutumisen jälkeen?

Avainsanat: Elektiivinen tekonivelleikkaus, fysioterapeuttinen ohjaus, potilaskokemus

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy

MÄKINEN, SAIJA:

Experiences of an Arthroplasty Patient on Post-hospital Physiotherapy Guidance.

Bachelor's thesis 41 pages, appendices 1 page
November 2010

The objective of the thesis was to develop the contents of the further physiotherapy guidance of arthroplasty patients and to focus on the sectors necessary for patients so that they would manage at home independently. The main purpose of this thesis was to study how the patients, who had undergone elective hip or knee arthroplasty, experienced the use of assistive devices, stair climbing, home exercises, and mobility limitations after returning home from the post-hospital rehabilitation period

A quantitative study method was used in the thesis. The material was collected by thematic interviews. The interviewees were seven patients who had undergone either hip or knee arthroplasty. They received post-hospital care in our ward. The patients were interviewed three to five weeks after they had returned home.

All the interviewees felt that they could move with the aid of assistive devices, that they mastered the home exercise programme, and that they also understood their mobility limitations. Four interviewees found climbing stairs easy.

In our ward, we should pay more attention on the guidance of arthroplasty patients and decide on more accurate and individual rehabilitation goals together with them. In the future, it would be of interest to find out about the experiences of those patients who return home directly from hospital.

Keywords: Elective arthroplasty, physiotherapy guidance, patient experience

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 FYSIOTERAPEUTTISEN OHJAUKSEN SISÄLTÖ TEKONIVELLEIKKAUKSESSA	7
2.1 Fysioterapeuttisen ohjauksen lähtökohtia	7
2.2 Fysioterapeuttinen ohjaus elektiivisessä tekonivelleikkauksessa	7
2.2.1 Kävelyn ohjaus	9
2.2.2 Tekonivelleikkauksen jälkeinen kotiharjoitusohjelma	9
2.2.3 Liikerajoitukset lonkan tekonivelleikkauksessa -posterolateraalinen avaus	10
3 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA POTILAIEN KOKEMASTA OHJAUksesta	12
3.1 VERCOX -hankkeeseen liittyviä tutkimuksia	12
3.2 Tutkimuksia tekonivelleikkauksen jälkeisestä kotona selviytymisestä	13
3.3 Tutkimuksia ohjaukseen liittyvistä potilaskokemuksista	13
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	16
5 HAASTATTELUJEN TOTEUTUS	17
5.1 Tutkimusmenetelmä	17
5.2. Haastatteluun valmistautuminen ja välineistö	18
6 POTILASKOKEMUKSIA TEKONIVELLEIKKAUKSEEN LIITYVÄSTÄ FYSIOTERAPEUTTISESTA OHJAUksesta	22
6.1 Potilaskokemuksia ohjattavien asioiden hallinnasta kotiutumisen jälkeen	22
6.1.1 Kyynärsauvojen tuella liikkuminen:	22
6.1.2 Porraskävelyn hallitseminen:	22
6.1.3 Kotiharjoitusohjelman hallitseminen	23
6.1.4 Liikerajoitusten hallitseminen	24
6.2 Potilaskokemuksia ohjauksen mieleen painumisesta hoitoketjun erivaiheissa	24
6.2.1 Mieleenpainuvien ohjaus sairaalan ensikäynnistä jatkohoitopaikkaan:	24
6.2.2 Tarve kotikäyntinä toteutettavalle fysioterapeutin lisäohjaukselle:	26
6.2.3 Paras ajankohta kotikäynnille:	26
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	27
8 POHDINTA	31
LÄHTEET	39
LIITE	
Liite 1	42

1 JOHDANTO

Työskentelen fysioterapeuttina osastolla, jonka yhtenä tehtävänä on tekonivelpotilaiden leikkausvaiheen jälkeisen jatkohoidon toteuttaminen. Toimintatilaston mukaan elektiivisen eli suunnitellun tekonivelleikkauksen jälkeinen potilaiden jatkohoitoaika osastollamme oli vuonna 2009 keskimäärin 6,3 vuorokautta (Toimintatilasto, 2009). Tekonivelpotilaan hoitoketjuun liittyvä ohjaus alkaa preoperatiivisesta eli leikkausta edeltävästä ohjauksesta ja päättyy leikkaavassa sairaalassa jälkitarkastukseen. Koko hoitoketjun aikaisen ohjauksen tavoitteena on pyrkiä vaikuttamaan niihin tietoihin ja taitoihin, jotka potilaalla on oltava kotiutumisvaiheessa. Hoitoketjuun tiiviisti liittyvä jatkohoitovaihe on tärkeä osa kuntoutumisprosessia, jonka aikana potilaan roolin on viimeistään muututtava passiivisesta tiedon vastaanottajasta kohti aktiivista oman elämänsä hallitsijaa. (Pihlaja & Rantanen 2006, 127.) Fysioterapeutilla on tärkeä rooli moniammatillisen tiimin jäsenenä tekonivelleikattujen potilaiden jatkohoidossa. Jatkohoitajan ollessa lyhyt pitää fysioterapiaohjauksen olla täsmällistä, tehokasta mutta yksilölliset erot huomioon ottavaa.

Osastomme tekonivelpotilaan hoidon laatuohjelmaan liittyen tehtiin potilastyytyväisyyskysely vuonna 2007. Siinä selvitettiin potilaiden tyytyväisyyttä osastomme toimintatapoihin yleisellä tasolla. Positiivisesti osastomme toimintaan suhtautuneiden vastausten määrä oli 90 % kaikista vastauksista n= 60. (Potilastyytyväisyyskysely 2007.) Opinnäytetyön aihetta valitessani kiinnostuin potilaskokemuksien keräämisestä fysioterapeuttisen ohjauksen näkökulmasta. Tekonivelpotilaanhoidon laatuohjelman mukaan fysioterapeuttien ohjauksen tavoitteisiin sisältyvät seuraavat asiat: Potilas hallitsee kotiutumishetkellä turvallisen liikkumisen apuvälineiden tuella myös portaissa, motivoituu aktiiviseen kotiharjoitteluun saatujen ohjeiden mukaisesti kotona sekä hallitsee tarpeelliset liike- ja kuormitusrajoitukset sekä liikerajoitusten toteutumiseen vaadittavien apuvälineiden käytön. (Tekonivellaatu 2009; Patteri 2005, 58-59.)

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää tekonivelpotilaiden jatkohoitoon liittyvää fysioterapeuttisen ohjauksen sisältöä ja sisällön painopisteitä potilaiden näkökulmasta tarpeellisiin ja omatoimista kotona selviytymistä tukeviin osa-alueisiin.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kuinka tekonivelleikkauksen läpikäyneet potilaat kokevat hallitsevansa kotiutumisen jälkeen apuvälineen tuella liikumisen, porraskävelyn, kotiharjoitusohjelman sekä liikerajoitukset. Lisäksi tarkoituksena on selvittää milloin tekonivelleikkaukseen liittyvä fysioterapeuttinen ohjaus on jäänyt parhaiten mieleen ja kokevatko he tarvetta fysioterapeutin lisäohjaukseen kotiuduttuaan.

2 FYSIOTERAPEUTTISEN OHJAUKSEN SISÄLTÖ TEKONIVELLEIKKAUKSESSA

2.1 Fysioterapeuttisen ohjauksen lähtökohtia

Fysioterapeuttisessa ohjauksessa ohjaajan tulee toimia niin, että potilas ymmärtää ohjattavan asian ja on aktiivisesti mukana ohjaustilanteessa. Hyvälle ohjaukselle on ominaista potilaan kohtaaminen, läsnä oleminen, asiantuntijuus sekä potilaan tukeminen. Asiasisällön vahvan tuntemisen lisäksi tarvitaan ohjaus- ja opetustaitoja, läsnäoloa, turvallisuudesta huolehtimista sekä vuorovaikutustaitoja. Vastavuoroinen keskustelu ja sen ohjaaminen edellyttävät, että potilasta rohkaistaan ilmaisemaan tuntemuksiaan ja käsittelemään niitä tietoisesti. Lisäksi ohjaajalla on oltava taitoa kysyä ja varmistaa, että potilas on ymmärtänyt asiat oikein. (Kyngäs, Kukkurainen & Mäkeläinen 2005, 16.)

Fysioterapeutin antama ohjaus edellyttää fyysisen ohjauksen lisäksi toimivaa vuorovaikutusta niin, että fysioterapeutti auttaa kuntoutujaa puhumaan, hän osoittaa empatiaa, kuuntelee kuntoutujaa ja pyrkii luomaan rauhallisen ilmapiirin. Vuorovaikutuksen onnistumisen edellytyksenä on yhteinen kieli. Fysioterapeutilla tulee olla kykyä havaita, minkälaisia vaikeuksia kuntoutujalla on kohdatessaan sairauteensa eli tässä tapauksessa tekonivelleikkaukseen liittyviä asioita. Vuorovaikutukseen liittyvät kulttuurinen ja sosiaalinen ympäristö asenteineen ja arvoineen, kyvyt ja valmiudet osallistua kuntoutumisprosessiin sekä opittavat ja harjoiteltavat tehtävät sekä niihin liittyvät odotukset. (Talvitie ym. 2006, 63-64.) Kotona selviytymiseen vaaditaan myös psyykkisiä edellytyksiä. Potilaan turvallisuuden tunnetta lisää asiallinen ja ajoissa annettu tieto leikkauksesta ja toipumisesta. (Pihlaja & Rantanen 2006, 130).

2.2 Fysioterapeuttinen ohjaus elektiivisessä tekonivelleikkauksessa

Elektiivisen eli suunnitellun tekonivelleikkauksen läpikäyneellä potilaalla on mahdollisuus saada ohjausta useassa eri vaiheessa. Ohjausta tapahtuu sairaalassa ennen leikkausta tulotarkastuksen yhteydessä, omassa kunnassa leikkauksesta edeltävällä ohjaukserillä ja sairaalassa leikkauksen jälkeen. Lisäksi osa

potilaista saa ohjausta myös sairaalavaiheen jälkeen jatkohoitopaikassa. (Patteri 2005, 56.) Fysioterapeuttisen ohjauksen tavoitteena on se, että potilaalla on ennen kotiutumista tarpeelliset tiedot ja taidot toipumisen edistymiseksi ja kotona selviytymiseksi. (Pihlaja & Rantanen 2006, 128). Leikkausta edeltävän yksilöllisen ohjauksen lisäksi kunnassamme on mahdollisuus osallistua leikkausta edeltävään valmennusryhmään. Ryhmän tavoitteena on antaa tietoa ja ohjausta ensimmäiseen tekonivelleikkaukseen meneville potilaille sekä heidän omaisilleen. Kaiken ohjauksen tavoitteena on hyvä valmistautuminen leikkaukseen sekä mahdollisimman optimaalinen kuntoutuminen ja ongelmaton kotona selviytyminen. (Tekonivellaatu 2009.)

Kotiutusta valmisteleva ohjaus tulee antaa sekä suullisesti että kirjallisesti. Lisäksi ohjeet on käytävä läpi leikatun omaisen kanssa, tarvittaessa myös konkreettisesti harjoitellen. Tekonivelleikkattujen ohjauksen pohjana tulee olla se ympäristö, joihin he kotiutuvat. Toisaalta ohjaajan on kyettävä arvioimaan potilaan valmius ja voimavarat itsehoitoon sekä tiedon omaksumiseen. Yksilöllinen, hyvin perusteltu ja potilaan tarpeista lähtevä ohjaus auttaa myös omaisia arvioimaan kotiutussuunnitelmaa ja sitoutumaan siihen. (Pihlaja & Rantanen 2006, 128.) Ennalta sovittujen jatkokontrollien lisäksi tieto siitä, mihin voi ottaa yhteyttä mahdollisissa ongelmatilanteissa, ovat myös tärkeitä potilaan turvallisuuden tunteen ja hoidon jatkuvuuden kannalta. (Pihlaja & Rantanen, 2006, 130).

Osastolta kotiutumisen jälkeen tekonivelleikkattu tapaa fysioterapeutin seuraavan kerran kontrollikäynnin yhteydessä. Kontrollikäynti on tavallisimmin lonkan tekonivelleikatuilla kuusi viikkoa ja polven tekonivelleikatuilla sekä lonkan pinnoitetekonivelpotilailla neljä viikkoa leikkauksen jälkeen (Patteri 2005, 59). Kotiutumisen jälkeen, ennen fysioterapeutin kontrollia, kuntoutumisen tulee jatkua kotona omatoimisesti tekonivelsairaalasta saatujen ohjeiden mukaan. Fysioterapiakontrollissa tekonivelleikkattu saa uusia ohjeita, joiden mukaan hänen tulee jatkaa kuntoutumistaan.

2.2.1 Kävelyn ohjaus

Ennen kotiutumista potilaan tulee hallita turvallinen liikkuminen apuvälineen tuella. Porraskävely pitää olla myös hallinnassa varsinkin, jos kotona on portaita kuljettavana. Tavallisimmin liikkumisen apuvälineinä ovat kynnärsauvat tai neljäpyöräinen rollaattori. (Tekonivellaatu 2009.) Merikosken, Patterin ja Peltovaon (2006, 118-119) mukaan kävelyn ohjaamisessa fysioterapeuttisen ohjauksen lähtökohtana on normaalin kävelyn sykli. Normaalin kävelyn variaatio on kuitenkin laaja ja kävelyn sykliin vaikuttavat esimerkiksi kehon mittasuhteet, ikä sekä ympäristötekijät. Normaalin kävelyn määrittämisessä on käytetty seuraavia viitearvoja: Askelleveys kantapäästä kantapäähän 5-15 cm, askelpituus naisilla 50-80 cm ja miehillä 60-90 cm. Kävelyn aikana alaraajan tulee olla viiden asteen ulkokierrossa (+/- 10 astetta), kävelynopeus on 1-2 m/s. Huomioitavaa kuitenkin on, että ikääntyessä askelpituus lyhenee, tukipinta laajenee ja kävely hidastuu.

Avaustekniikat sekä lihasten ja muiden kudosten käsittely tekonivelleikkauksen yhteydessä vaikuttavat kuitenkin merkittävästi leikatun nivelen lihastoimintaan ja proprioseptiikkaan eli asento- ja liikeaistiin. (Merikoski ym. 2006, 123). Jotta normaaliin kävelysykliin päästään kuntoutumisen edetessä, tulee motoristen perusvalmiuksien olla kunnossa, koska apuvälineistä luovuttaessa kummankin alaraajan täytyy kyetä kannattamaan koko vartalon painoa ja tasapainon tulee ylläpysyä yhdellä jalalla seistessä. Kävely vaatii myös riittävää lihasvoimaa sekä kykyä siirtää alaraaja heilahdusvaiheesta tukivaiheeseen ja näin uuteen toimintarooliin. (Merikoski ym. 2006, 118-119.)

2.2.2 Tekonivelleikkauksen jälkeinen kotiharjoitusohjelma

Yksilöllisiä liikeharjoituksia ohjataan leikkaavan sairaalan kirjallisten potilasohjeiden mukaisesti. Kotiutuessaan potilaan tulee pystyä tekemään kotiharjoitusohjelman mukaiset liikeharjoitteet itsenäisesti. Liikeharjoitukset sisältyvät osana kokonaisuuteen, jonka tavoitteena on kineettisen ketjun optimaalinen lopputulos eli mahdollisimman toimiva ja tehokas liike. Kotiharjoitusohjeiden tavoitteena on lihastoiminnan palautuminen ja vahvistuminen, liikkuvuuden lisääntyminen ja

proprioseptiikan eli asento ja liikeaistin kehittyminen yksittäisistä liikkeistä toiminnalliseen kokonaisuuteen. (Kujala, Orava & Järvinen 1995, 318-319.) On tutkittu, että kolme tuntia harjoituksen jälkeen näkyy kapillaarien eli hiussuonten tuotantoa. Maitohapon on todettu olevan yksi kapillaarien tuotantoa lisäävä tekijä. (Heiskanen 2006.)

Polven tekonivelleikkauksen postoperatiivisena tavoitteena on saavuttaa 4 viikon kuluttua leikkauksesta 0-90 -asteen liikerata. Reisilihasvoiman vahvistaminen on keskeistä liikkumis- ja toimintakyvyn parantamiseksi sekä kaatumisten ehkäisemiseksi. Eriytyneen vastus medialis -lihaksen harjoittelun tavoitteena on patellan optimaalinen toiminta ja hyvä lihasvoima myös polven loppuojennuksessa. (Patteri, Henriksson & Pajamäki, 2006, 71.) Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen liikehoidon tavoitteena on aktiivinen harjoittelu liikerajoitukset huomioiden. Tärkeimpinä harjoitteita ovat etenkin reisi- ja pakaralihasten vahvistaminen sekä tasapainoharjoitukset. (Patteri ym. 2006, 56.) Huomattava asia on kuitenkin suoran jalan noston välttäminen toistoharjoituksena jälkitarkastukseen asti, koska se altistaa iliopsoas jänteen ärsytykselle ja aiheuttaa kiinnittymistä haittaavaa mikroliikettä sementittömiin komponentteihin. (Patteri ym. 2006, 41.)

2.2.3 Liikerajoitukset lonkan tekonivelleikkauksessa -posterolateraalinen avaus

Lonkan tekonivelleikkauksessa avaustekniikalla on vaikutusta jälkihoitoon esimerkiksi liikerajoitusten muodossa. Posterolateraalinen avaustekniikka on Pirkanmaalla yleisimmin lonkan tekonivelleikkauksissa käytetty avaustekniikka. Siinä avaus tapahtuu gluteus maximus -lihaksen säikeiden välistä, faskia eli lihasten välissä oleva kalvo avataan trokanterin takareunaa pitkin distaalisesti eli keskustasta poispäin pitkin vastus lateraloksen keskiosaa. Pikkurotaattorit irroitetaan femurista ja nivelkapseli avataan takaa. Tässä avaustekniikassa anatominen vaurio on vähäinen ja täysi varaus voidaan sallia avaustekniikan puolesta heti.

Avaustekniikasta johtuen luksaattoriski eli proteesin sijoiltaan meno -riski on taaksepäin. Tämän vuoksi jälkihoidossa varottavia liikesuuntia ovat lonkan fleksio, sisärotaatio ja lähennys, etenkin niiden yhdistelmä. Lonkan koukistus ei

saisi olla yli 90 astetta, joskus jatkohoidon alkuvaiheessa sallitaan vain lonkan 60 asteen koukistus. (Halonen 2002, 107-108.) Edellisistä rajoituksista johtuen posterolateraalisen avaustekniikan jälkeen potilaan tulee käyttää jälkitarkastukseen asti eli tavallisimmin kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen apuvälineitä. Nämä apuvälineet ovat kyynärsauvat tai muu kävelyn apuväline, tarttumapihdit, pitkävartinen kenkälusikka, sukanvetolaite, sängynjalan korottajat ja wc-istuimen korottaja. Lisäksi istua tulee niin korkealla tuolilla, ettei lonkan fleksiokulma ylitä 90 astetta tai muuten tulee käyttää istumakorkeuden korotukseen lonkkatyynyä. (Pihlaja & Rantanen 2006, 129.)

3 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA POTILAIEN KOKEMASTA OHJAUksesta

3.1 VERCOX -hankkeeseen liittyviä tutkimuksia

Tänä päivänä tekonivelpotilaan hoitoa toteutetaan Pirkanmaalla VERCOX -hankkeen aikaansaamalla verkostomallilla. Hanke toteutettiin vuosina 2005 - 2007 ja sen tavoitteena oli arvioida, kehittää ja mallintaa tekonivelpotilaan hoitoketjua sekä siihen liittyviä toimintaprosesseja asiakaslähtöisen ja saumattoman hoidon ja toiminnallisen kokonaisuuden turvaamiseksi. (Hankela 2007, 31.) VERCOX -hankkeeseen liittyvässä Pihlajan ja Rantasen (2006) artikkelissa todettiin, että potilaan saama leikkauksen jälkeinen ohjaus oli ollut riittämätöntä kotona selviytymiseksi. Ohjauksesta oli ollut seuraavia epäkohtia: Suullisessa ohjauksessa todettiin olevan puutteita, asioita oli jäänyt ohjaamatta, annettu ohjaus ei ollut ymmärrettävää ja ohjausta ei muistettu enää kotona. 2000-luvun alun tutkimusten mukaan lonkkaleikkauksen jälkeen potilaat halusivat itsehoitoaan ja kotiutumistaan koskevan tiedon vähitellen, jotta heillä olisi aikaa miettiä asioita ja esittää tarkentavia kysymyksiä. Sairaalassa opitut asiat vaikuttivat potilaiden mielestä kotioloissa oudoilta. Esimerkkinä edellisestä mainittiin apuvälineiden käytön hallitsemattomuus kotioloissa. (Pihlaja & Rantanen 2006, 127-133.)

VERCOX -hankkeeseen liittyvässä Hankelan (2007) tutkimuksessa Tekonivelpotilaiden kokemuksia hoitoketjun eri vaiheiden toteutumisesta kartoitettiin tekonivelleikkattujen potilaiden odotuksia, kokemuksia ja tarpeita hoitoketjun eri vaiheista. Tutkimuksesta selvisi, että potilaat olivat erittäin kiinnostuneita kuntoutuksestaan ja noin 28 %:lla oli odotuksia kuntoutuksen suhteen. Tutkimuksen mukaan potilaat odottivat ammattitaitoista kuntoutusta ja fysioterapiaa ja potilaat toivoivat mahdollisimman nopeaa kotiutumiseen liittyvää kuntoutusta, ohjausta omaharjoitteluun ja apuvälineiden käyttöön sekä tukea kotona selviytymiseensä. Samassa tutkimuksessa kysyttiin myös jatkohoitopaikan fysioterapian riittävydestä. Potilaista n = 416 lähes 85 % vastasi myönteisesti kysymykseen oliko fysioterapeutin antama kuntoutus riittävää. Kuitenkin noin 15 % potilaista oli sitä mieltä, että fysioterapeuteilla oli liian vähän aikaa potilasta kohden. (Hankela 2007, 49-50.)

3.2 Tutkimuksia tekonivelleikkauksen jälkeisestä kotona selviytymisestä

Ots (2009) haastatteli puhelimitse opinnäytetyössään kahta tekonivelleikkauksen läpi käynyttä henkilöä tarkoituksenaan selvittää heidän mielipiteitään fysioterapeutilta saamistaan ohjeista. Teemahaastatteluun valittiin henkilöt, joilla oli kulunut leikkauksesta minimissään kaksi kuukautta ja enintään vuosi. Tulokset osoittivat, että haastateltavat olivat fysioterapeutilta saatujen kotiohjeiden mukaan selviytyneet kotona itsenäisesti, eivätkä tarvinneet avustusta kotona selviytymiseen. Opinnäytetyön mukaan kotiohjeet olivat ymmärrettäviä ja ne auttoivat tekonivelpotilaan kotona selviytymistä. Potilaat pitivät keskeisenä hyvää ohjausta, jonka muistuttamiseksi annettiin kirjalliset kotiohjeet. (Ots 2009, 28.)

Viljanen-Peuraniemi (2009) haastatteli pro gradu tutkielmassaan yli 65-vuotiasta elektiivisessä lonkantekonivelleikkauksessa ollutta potilasta sairaalavaiheessa (n= 19) sekä kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen (n= 18). Potilaat arvioivat haastatteluissa toimintakykyään ja selviytymistään tekonivelleikkauksesta. Tutkimuksen mukaan lähes kaikki (94 %) potilaista arvioivat selviytyvänsä sisätiloissa liikkumisesta kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen kyynärsauvojen tuella ja suurin osa myös ulkona liikkumisesta. (Viljanen-Peuraniemi 2009, 3.) Portaissa liikkueessaan 78 % käytti apuvälineenä kyynärsauvoja. Portaissa ei ollut tutkimuksen mukaan liikkunut lainkaan 17 % potilaista. (Viljanen-Peuraniemi 2009, 25). Saman tutkielman mukaan 32 % potilaista arvioi selviytyvänsä kotona pienistä ongelmista huolimatta. Yksi potilas olisi kaivannut yhteydenottoa osastolta. (Viljanen-Peuraniemi 2009, 45.)

3.3 Tutkimuksia ohjaukseen liittyvistä potilaskokemuksista

Kärjen (2005) rintasyöpäleikkattujen toimintakykyä ja siihen vaikuttamista fysioterapiassa ja harjoittelussa koskevassa väitöskirjassa käsiteltiin myös potilaiden kokemuksia fysioterapeutin antamasta ohjauksesta ja sen oikea-aikaisuudesta. Potilaat kokivat fysioterapeutin ohjauksessa joitakin ristiriitaisuuksia. Esimerkiksi joitakin potilaita oli ohjeistettu käyttämään kättään normaaliin tapaan, kun taas joitakin oli varoitettu kuormittamasta yläraajaa esimerkiksi nostojen aikana. Tut-

kimuksen mukaan yksi syy ristiriitaiseen tutkimiseen on ohjaajien tietämättömyys muiden ammattilaisten antamasta ohjauksesta. Tutkimuksesta ilmeni, että vain alle puolet leikatuista sai fysioterapeutin ohjausta sairaalavaiheen jälkeen. Tutkimus osoitti, että diagnoosivaiheessa potilaat ovat kiinnostuneita pääasiassa selviämään diagnoosista, hoitovaihtoehtoista sekä niiden sivuvaikutuksista. Tarvetta kuntoutumiseen liittyvään tietoon on huomattavammin vasta jatkohoitovaiheessa. Tulevaisuuden haasteina terveydenalan ammattilaisille on, miten kaikki välttämätön tieto liittyen tuleviin toimenpiteisiin ja kuntoutusprosessiin pystytään sisällyttämään lyhyeen sairaalassaoloaikaan. Tämän vuoksi syöpäpotilaiden tiedon tarvetta käsittelevässä katselmuksessa sairaalajaksoon liittyviä menetelmiä tulisi harkita ja muokata uudelleen. (Kärki 2005, 48- 49.)

Andénin, Anderssonin ja Rudebeckin (2005) laadullisessa tutkimuksessa potilaiden kokemuksista yleislääkärin vastaanoton konsultaatio-ohjauksesta voitiin muodostaa kuusi luokkaa. Nämä ovat parantuminen tai oireiden helpottaminen, ymmärtäminen, vakuuttelu/rauhottelu, vahvistaminen, muutos omassa minä - käsityksessä ja tyytyväisyys. Tulokset antavat ymmärtää, että konsultaatiot ovat usein tärkeämpiä potilaille kuin yleensä luullaan. Mullistavin tulos oli muutos minä käsityksestä, mikä on suuri asia yksilön maailmassa. Olennaisin lopputulos oli se, että potilaat halusivat saada tietoa mikä heitä vaivaa ja mikä heillä on. Oman tilanteen ymmärtäminen on välttämätöntä, jotta pystyy elämään ongelman kanssa. Hoito tai parannuskeino, jota monet lääkärit pitävät itsestään selvimpänä lopputuloksena, on tutkimuksen mukaan vain rajoitetusti tärkeä. Tyytyväisyys vaikuttaa kaikkiin muihin luokkiin ja yhteydessä yllämainittuihin asioihin, ennen kaikkea se on oman tilanteen ymmärtämisen edellytys. Potilaan hädällä ja ahdingolla on tärkeä vaikutus tulokseen. Ilmeisesti pienikin tuki lääkäriltä, kuten pelkkä tilanteen ja asian vahvistaminen, voi olla potilaalle vaikutukseltaan suuri asia. (Andén, Andersson & Rudebeck 2005, 1-7.)

Escolar- Reina ym. (2010) tekemä laadullinen tutkimus, jossa 34 kroonista niskä- tai selkä oireista kärsivät potilaat jaettiin seitsemään ryhmään. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden tuli saada fysioterapiahoitoja, lisäksi heille oli määrätty kotiharjoitusohjelma. Tuloksista nousi esille kaksi teemaa: Kotiharjoitusohjelman tekemiseen liittyvät asiat ja fysioterapeutin toimintatapa. Fysioterapeutin toimintatapa vaikutti niin, että osallistujat sitoutuivat paremmin määrättyi-

hin harjoituksiin, jos heidän fysioterapeuttinsa esitti tietoa sairaudesta, antoi täsmällistä ja tarkkaa palautetta ja motivoi ohjauksen aikana. Sitoutumista lisäsi myös, jos fysioterapeutti muistutti harjoittelusta tai valvoi ja tarkkaili heidän tuloksiaan ja harjoitteiden noudattamista. Tutkimuksen pääasiallisena johtopäätöksenä oli, että fysioterapian tulos oli huono, jos harjoitukset olivat aikaa vieviä tai katkaisivat päivärutiinit. Tulosten mukaan ohjaajalta saatu kunnollinen palaute, muistuttelu, ohjattu suoritus ja harjoitusten positiivinen vaikutus kipuun lisäävät sitoutumista harjoitteluun. (Escolar-Reina ym 2010, 1)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytteen tavoitteena on kehittää osaston tekonivelpotilaiden jatkohoitoon liittyvää fysioterapeuttisen ohjauksen sisältöä ja sisällön painopisteitä potilaiden näkökulmasta tarpeellisiin ja omatoimista kotona selviytymistä tukeviin osaluokiin.

Opinnäytteen tarkoituksena on selvittää kuinka tekonivelleikkauksen läpikäyneet potilaat kokevat hallitsevansa kotiutumisen jälkeen apuvälineen tuella liikumisen, porraskävelyn, kotiharjoitusohjelman sekä mahdolliset liikerajoitukset. Lisäksi tarkoituksena on selvittää milloin tekonivelleikkaukseen liittyvä fysioterapeuttinen ohjaus on jäänyt parhaiten mieleen ja oliko haastateltavilla tarvetta fysioterapeutin lisäohjaukseen kotiutumisen jälkeen.

5 HAASTATTELUJEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista menetelmää koska sen tavoitteena oli todellisen elämän kuvaaminen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2009, 161.). Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston määrällä ei ole merkitystä, vaan kokoa säätelee laatu. Yleistettävyyttä ei myöskään tavoitella samassa mittakaavassa kuin määrällisellä tutkimuksella. Tavoitteena on, että tutkimusaineisto toimii apuvälineenä asian tai ilmiön ymmärtämisessä tai teoreettisesti mielekkään aineiston tulkinnan muodostamisessa (Vilkkä 2005, 126.) Laadullisen tutkimuksen tuloksena pitäisi syntyä tutkittavaa ilmiötä kuvaava teoreettinen rakennelma, jota voidaan hyödyntää sellaisenaan käytännön toiminnan ohjaamiseen (Kylmä & Vehviläinen-Julkunen, 2003, 609).

Laadullisen tutkimuksen tutkimusmenetelmäksi valittiin teemahaastattelun, jossa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Teemahaastattelun etuna on, että tutkittava saa itse kertoa omista kokemuksistaan mahdollisimman vapaasti ja tutkijalla on mahdollista nähdä haastateltavan eleet ja ilmeet. Haastatteluaiheiden järjestystä voi tarvittaessa muuttaa, mikä antaa mahdollisuuden myös tulkinnan tekemiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 199-200.) Teemahaastattelussa tutkimusongelmasta poimitaan keskeiset aiheet tai tema-alueet, joita tutkimushaastattelussa on välttämätöntä tutkimusongelmaan vastaamiseksi käsitellä. Teemojen järjestyksellä ei ole väliä vaan tavoitteena on se, että haastateltava voi antaa jokaisesta teemasta oman kuvauksensa. (Vilkkä 2005, 101-102.)

Aineistoa analysoitiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti sisällön analyysitekniikkaa käyttäen. Sisällön analyysi on menetelmätapa, jolla on mahdollista analysoida dokumentteja järjestelmällisesti ja objektiivisesti. Sen avulla voidaan käsitteellistää ja kuvata tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. Analyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita eli perusluokkia. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-4.)

Opinnäytetyön tekijä toimi itse haastattelijana. Haastattelemalla pyrittiin saamaan tietoa ja ymmärtämään tekonivelleikattujen kokemuksia heidän näkökulmistaan liikkumisen, kotiharjoitusohjelman ja liikerajoituksen hallitsemisesta kotiutumisen jälkeen. Tärkeä tieto toiminnan kehittämiseksi oli saada tietoa, miten tekonivelleikatut kokivat fysioterapeutin antaman ohjauksen ja mitä siinä olisi parannettavaa. Potilaslähtöisyyden vuoksi pyrittiin saamaan vastaus myös ohjauksen oikea-aikaisuudesta eli missä vaiheessa potilaat kokivat saaneensa sellaisen ohjauksen, mistä oli suurin apu kotona selviytymiselle. Teemahaastattelurunko muodostui opinnäytetyön tavoitteiden mukaisesti (liite 1).

5.2. Haastatteluun valmistautuminen ja välineistö

Työnantaja suhtautui myönteisesti opinnäytetyöhön ja antoi luvan potilashaastattelujen tekemiselle. Sen jälkeen varsinainen haastatteluihin valmistautuminen alkoi haastattelutilan etsimisellä. Haastattelujen ajaksi varattiin käyttöön yksi osaston hoituhuoneista. Haastattelujen tallentamiseen saatiin osastosihteeriltä lainaksi sanelukone ja siihen tarvittava määrä kasetteja. Jokainen haastattelu tallennettiin omalle kasetilleen helpottamaan jatkokäsittelyä. Nauhat tuhottiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Haastattelutilan ja -välineistön, haastatteluteemojen, ajankäytön riittävyyden sekä haastattelijana toimimisen testaamista varten tehtiin pilottihaastattelu. Haastattelutila osoittautui toimivaksi ja rauhalliseksi paikaksi. Sanelukoneen tallentaman äänen kuuluvuus oli riittävä. Äänenlaadun ja vastausten kuuluvuuden varmistamiseksi sanelukoneen paras paikka oli pöydällä noin 50 cm:n päässä haastateltavasta. Sanelukoneen oikean paikan etsimisellä varmistin vastausten tallentumisen nauhalle, jos haastateltavan ääni olisi tavanomaista hiljaisempi. Pilottihaastattelulle varattiin aikaa yksi tunti, mikä osoittautui riittäväksi ajaksi. Haastattelijana toimiminen osoittautui haasteelliseksi. Etenkin vastausajan antaminen ja kysymysten esittäminen rauhalliseen tahtiin vaati ponnisteluja.

Pilottihaastattelun jälkeen tehtiin suurin muutos vaihtamalla teemahaastattelurungon teemojen järjestystä. Pilottihaastattelu, kuten varsinaiset haastattelutkin

etenivät vapaamuotoisesti valmiiksi määriteltyjen teemojen mukaisesti. Teemakysymysrunko toimi muistilistana ja haastattelun teemojen muistilistana. Sen avulla pystyttiin varmistamaan, että jokaisen haastateltavan kohdalla saatiin vastaukset tarpeellisiin kysymyksiin.

5.3 Haastateltavien valitseminen

Tutkimuksessa haastateltiin seitsemää polven tai lonkan tekonivelleikkauksen läpikäynyttä henkilöä, jotka olivat olleet sairaalanvaiheen jälkeen jatkokuntoutuksessa osastolla. Tutkimukseen valittavien tekonivelleikkattujen tuli täyttää kolme kriteeriä: Tutkimukseen valittavan henkilön tekonivelleikkauksen tuli olla ensimmäinen lonkan tai polven tekonivelleikkaus eli haastateltavalla ei saanut olla aikaisempaa omakohtaista kokemusta tekonivelleikkauksesta ja siihen liittyvästä ohjauksesta. Luotettavuuden vuoksi haastateltavalla ei saanut olla muistisairautta. Kolmantena kriteerinä tuli osastolla oloaikaan sisältyä vähintään kaksi arkipäivää niin, että fysioterapeutilla oli aikaa suunnitelmalliseen ja huolelliseen ohjaukseen.

Luotettavuuden varmistamiseksi valittiin tietyt kriteerit, koska haastattelusta saatavien vastausten tuli olla mahdollisimman luottavia ja niiden tuli antaa hyödyllistä tietoa fysioterapiaohjauksen kehittämistä varten. Esimerkiksi muistisairaus vaikeuttaa asioiden mieleen painumista ja ohjauksen ymmärtämistä eikä syynä olisi välttämättä ohjaus tai ohjaajan toiminta. Haastateltaviksi valittiin ainoastaan tekonivelleikkauksen ensikertalaisia. Sen avulla varmistettiin se, että omakohtaiset kokemukset liittyivät juuri tämänkertaiseen ohjaukseen. Lisäksi kaikki haastateltavat olivat samalla kokemuksellisella tasolla eli ensikertalaisia leikkauksista toipumisen ja kuntoutumiseen liittyvien asioiden kanssa. Kolmas valintakriteeri oli se, että osastolla oloaikaan tuli sisältyä kaksi arkipäivää. Tämä takasi osaltaan sen, että potilaan mahdollinen negatiivinen kokemus fysioterapeuttisesta ohjauksesta ei todennäköisesti johtuisi tavanomaista vähemmästä fysioterapiaohjauksen määrästä, vaan enemmänkin ohjauksen laadusta. Mikäli potilas on osastolla vain yhtenä arkipäivänä, voi hän jostain syystä kotiutua jo ennen puolta päivää. Siinä tapauksessa fysioterapeutilla ei ole mahdollisuutta

tavata potilasta kuin yhden kerran, koska aamupäivän aikana tekonivelleikatun tulee saada ohjausta myös hoitajilta ja lääkäriltä.

Kriteerit täyttäneet haastateltavat valittiin haastateltaviksi osastolle saapumisjärjestyksessä viikosta seitsemän 2010 lähtien. Ennen valitsemista heille kerrottiin suullisesti haastattelun aikataulusta, sen tavoitteista ja tarkoituksista. Lisäksi kerrottiin, että haastattelu tallennetaan nauhalle ja nauhat tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua. Sen jälkeen heillä oli mahdollisuus tehdä kysymyksiä haastattelun aiheesta, sen kulusta. Vasta sen jälkeen he saivat aikaa päättää osallistumisestaan haastateltaviksi seuraavaan päivään asti. Ensimmäiset seitsemän tutkimukseen pyydettyä osallistuivat haastatteluun. Haastateltavat allekirjoittivat Tutkimuslupa-anomus lomakkeen (liite 2), josta he saivat itselleen kopion. Tutkimuslupa anomuksesta ilmeni haastattelun tarkoitus ja tavoitteet. Lisäksi he saivat erillisen paperin, missä oli mainittu haastatteluajankohta ja -paikka. Haastattelupäivämäärä ja aika olivat haastateltavien tiedossa ennen kotiutumista jatkokuntoutuspaikasta. Haastattelut tehtiin hajautetun fysioterapiakontrollin yhteydessä eli polven tekonivelleikattujen haastatteluajankohta oli noin neljä viikkoa leikkauksesta ja lonkan tekonivelleikatuilla ajankohta oli kuusi viikkoa leikkauksesta. Haastatteluun pyydettiin varaamaan aikaa noin tunnin ajan.

Otannan lukumäärän määritti kylläntymispiste eli saturaatio. Kylläntymispisteen määrittäminen on erityisen hankalaa tutkittaessa ihmisten omakohtaisia kokemuksia. Jokainen uusi tutkimushaastattelu myös saman ihmisen kohdalla tuo aina jotakin uutta tietoa. Kylläntymispistettä voi kuitenkin käyttää kattavuuden kriteerinä silloin, kun tutkitaan yhteisön käsityksiä ja ajattelutapoja yksittäisten ihmisten käsitysten avulla. Tällöin yksittäiset käsitykset kertautuvat ja siten myös kylläntyvät suhteessa tutkimusongelmaan. (Vilka 2005, 128.) Viidennen haastateltavan kohdalla alkoi saturaatio jo täytyä, mutta haastattelijan kokemattomuuden vuoksi varmistettiin mahdollisten uusien näkemysten ja kokemusten mahdollisuus haastattelemalla vielä kahta tekonivelleikattua. Kahden viimeisen haastateltavan kohdalla varmistuivat edellisten haastateltavien näkemykset, mutta uutta näkökantaa ei enää tullut esille.

Seitsemästä haastateltavasta polven tekonivelleikattuja oli viisi ja lonkan tekonivelleikattuja kaksi. Heistä naisia oli viisi ja miehiä kaksi. Haastateltavat olivat iältään 56- 83-vuotiata ja keski-ikänsä 73 vuotta. Haastattelut toteutettiin 12.3- 18.5.2010 välisenä aikana. Haastattelun jälkeen kirjoitettiin tekstinkäsittelyohjelman Word 2007 avulla haastateltujen kommentit sanasta sanaan. Jokaisen henkilön haastattelut tallennettiin erikseen. Jokaiselle haastattelulle annettiin myös kirjainsymbolin haastattelujärjestyksessä A:sta G:hen. Tämä helpotti kommenttien jatkokäsittelyä. Seuraavaksi kerättiin jokaisen haasteltavan kommentit teemoittain ja samat teemat väritettiin samalla värillä. Lopuksi värit koottiin allekkain ja vastauksia analysoitiin teemoittain. Aakkostamisen avulla pystyttiin seuraamaan yksittäisten henkilöiden vastauksia kussakin osa-alueessa.

6 POTILASKOKEMUKSIA TEKONIVELEIKKAUKSEEN LIITYVÄSTÄ FYSIOTERAPEUTTISESTA OHJAUKSESTA

6.1 Potilaskokemuksia ohjattavien asioiden hallinnasta kotiutumisen jälkeen

Aineiston analysointi potilaskokemuksista fyysisten taitojen hallitsemisesta kotiutumisen jälkeen, pohjautui pääosiltaan neljään ohjausteemaan. Nämä neljä ohjaukseen liittyvää sisällöllistä osa-aluetta olivat kyynärsauvoilla liikkuminen, porraskävely, kotiharjoitusohjelma, liikerajoitukset sekä lisäohjauksen tarve. Lähes jokaisesta vastausteemasta nousi esille positiivisia ja negatiivisia hallinnan kokemuksia.

6.1.1 Kyynärsauvojen tuella liikkuminen

Kyynärsauvojen tuella liikkumisen kokivat hallitsevansa kaikki seitsemän haastateltavaa. Liikkumisen ohjaukseen osastolla oloaikana oli tyytyväisiä kuusi haastateltavaa. Yksi haastateltava oli sitä mieltä, että liikkumisen ohjausta olisi saanut olla kaiken kaikkiaan enemmän.

Minusta se oli ihan asiallista ja sitä tukea sai silloin kun tarvi. (A)

Sujui mahdolloman hyvin. Sitten kun rupesin omatoimiseksi, niin sitten se vasta alkoi sujuakin. Kyllä koin että tajusin kaikki mitä selitettiin ja sitten itse selvensin lisää. En kyllä tiennyt mitä olisi pitänyt vaatia? (C)

Olisi kyllä voinut olla vähän enemmänkin. Harjoittelua itsessään, kävelyä ja jumppausta. (B)

6.1.2 Porraskävelyn hallitseminen

Porraskävelyn koki hallitsevansa kotiutumishetkellä hyvin neljä haastateltavaa. Portaissa liikkuminen pelotti kahta haastateltavaa. Yksi haastateltava ei kokenut hallitsevansa porraskävelyä. Edellisistä vastauksista huolimatta olivat kuitenkin kaikki haastateltavat tyytyväisiä porraskävelyn ohjaamiseen.

Kyllä mä periaatteessa osasin niitä rappusia mennä. Ja mä en voi sille mitään, että mä pelkäsin niitä sydämeni pohjasta jos mua olis niissä kovasti kävelytetty, mutta kyllä se olis ollu hoitajien ajan haaskausta, en mä olis kuitenkaan niitä kotona kävelly. (A)

En oikein hyvin hallinnut, olisi pitänyt vähän enemmän sitä täällä harjoitella. Mutta olen kyllä nyt mennyt sinne toiseen kerrokseen portaita, en aina mene hissillä. – – Kyllä oli hyvin neuvottu kun vain muistan kumpi jalka ensin. (B)

Kun katselin sairaalasta saatua vihkosta niin siinä oli niitä porraskävelykaavioita. Muistin, kun kuljetit tuolla portaissa, niin mielestäni ei ollut siihen mitään lisättävää. (C)

Ne oli selkeet ylös ja alas mentiin. (D)

Pelotti mua sillä lailla, että sisäportaita en ole liikkunu ja ulkoportaita mentiin sillä tavalla, että mies meni erellä ja minä tulin perässä ja siten tehtiin se päinvastoin Ja se naureskeli, että hän on niinkun tyynynä siinä. Mutta kyllä mä nyt ne menen ilman. (G)

6.1.3 Kotiharjoitusohjelman hallitseminen

Kotiharjoitusohjelman koki hallitsevansa kaikki seitsemän haastateltavaa. Viisi haastateltavaa koki kotiharjoitteluohjelman ohjaamisen olevan ymmärrettävää ja riittävää. Haastateltavista kaksi oli sitä mieltä, että kotiharjoitusohjelman ohjaamista olisi saanut olla enemmän.

Ainahan sitä liian vähän on. Ei sairaalass keritty yhtään oli kyllä fysioterapeutti, mutta liian kiire koko ajan. En saanut juuri yhtään selvää. (B)

Oli se sairaalan kirja edessä ja olen tehnyt jokaisen liikkeen. En aivan niin monta kertaa päivässä kun siinä sanotaan mutta mielestäni vähempikin piisaa. Kyllä mielestäni olen tehnyt eikä siellä niin kauhean monimutkaisia liikkeitä ole, odotin paljon mutkikkaimpiakin liikkeitä, paljon vaikeampia. Mutta ei sitten ollutkaan. . – – En tiedä jäinkö jostain vajaaksi. Mielestäni olen omaksunut mitä pitääkin vai olisiko pitänyt olla vielä jotakin en tiedä. (C)

Teen. Niitä on tehtävä juu ja kun menee sänkyyn nin aina rupee nostamaan jalkaa. Monta kertaa päivässä. (F)

6.1.4 Liikerajoitusten hallitseminen

Lonkkaleikatuista kaksi eli molemmat haastateltavat kokivat hallitsevansa liikerajoitukset kotiutumisen jälkeen. He olivat molemmat tyytyväisiä liikerajoitusten ohjaamiseen.

Oli ja mä olen vähän pelänny ettei liikaa vääntele kun ne oli ne rajoitukset oli kerran sanottu niin täytyy uskoa. (D)

Kyllä mä sain sen opin minkä tarvinkin. (E)

6.2 Potilaskokemuksia ohjauksen mieleen painumisesta hoitoketjun erivaiheissa

Haastattelujen toiseksi yhtenäiseksi kokonaisuudeksi muodostui potilaiden kokemus ohjauksen oikea-aikaisuus eli millaisia kokemuksia potilailla oli ohjauksesta tekonivelpotilaan hoitoketjun erivaiheissa. Haastateltavat kertoivat mielipiteensä ja kokemuksensa siitä, missä hoitoketjun vaiheessa saadusta ohjauksesta oli kotona selviytymisessä suurin hyöty. Fysioterapeuttisen ohjauksen vaikuttavuutta, ymmärrettävyyttä ja mieleen painumista selvensi ja varmisti kysymys mahdollisesta lisäohjauksen tarpeesta kotiutumisen jälkeen. Siitä kävi ilmi ohjauksen riittävyys takaamaan omatoiminen kotona selviytyminen. Haastateltavat saivat määrittää myös oikean ajankohdan mahdolliselle lisäohjaukskeralle. Lopuksi haastateltavilla oli mahdollista kommentoida vapaasti osastomme toimintaa ja yleensä koko tekonivelprosessia.

6.2.1 Mieleenpainuvin ohjaus sairaalan ensikäynnistä jatkohoitopaikkaan:

Terveyskeskuksessa järjestettävässä etukäteisohjauksessa kävi seitsemästä haastateltavasta neljä. Kaikki neljä kokivat tilaisuuden tarpeelliseksi.

Ilman muuta oli apua . – – yleensä ne neuvot mitä siinä yleensä tapahtuu ja mitä tehdään ihan sellasta, mitä tällänen maallikko pystyy omaksumaan. (F)

Tuli ihan tietoa, kun tarkaan kuunteli niin sitten jo mennessään tiesi mikä on edessä, eikä vällän vähääkään mikä odottaa. (G)

En osaa sanoa. Sillon mun polveni oli kamalan kipee. – – En oikein päässy mihinkään kun se kipu oli pahimmillaan. (A)

Tulotarkastuksen eli käynnin leikkaavassa sairaalassa ennen tekonivelleikkausta kokivat haastateltavat fysioterapeuttisen ohjauksen näkökulmasta seuraavasti: Kolme haastateltavaa ei osannut sanoa asiasta mitään. Yksi haastateltava muisti käynnistä siellä painotettavan sitä, että leikkauksesta toipumisen kannalta on oleellista oman motivaatio ja aktiivisuus. Kaksi haastateltavaa muisti saaneensa ohjevihon. Yksi haastateltava ei muista edes nähneensä käynnillä fysioterapeuttia.

Siinä jäi sellanen tunne, että en tiennyt mitä varten siellä piti käydä. Se jäi sillä lailla, että tulihan käytyä. (C)

Mä en ollu leikkaavassa sairaalassa varsinaisessa jumppa ohjauksessa, annettiin lappu käteen, missä oli ohjeet. Fysioterapeutti selitti, että leikkauksen onnistuminen on sitä kinni kuinka aktiivisesti jumppaa ite ja tekee mitä on käsketty. Että siihen pitää ninku paneutua. (A)

Ei siinä leikkausta ennen paljon mitää ollu. Sitten vasta kun oli leikattu. (B)

Ennen siirtymistä jatkohoitopaikkaan eli leikkauksen jälkeisen sairaalavaiheen päätyttyä ohjeet eivät olleet hallinnassa yhdelläkään seitsemästä haastateltavasta.

Kyllä mä olen onnellinen, että sain tulla tänne, että mietin sitä kotonakin, että jos mun olis tarvinu sairaalasta suoraan mennä kotiin niin sit mun olis kyllä tarvinnujostain pyytää apua tämmäsiin asioihin. Ja vaikka kuinka hyvät ohjeet olis ollu lapussa niin en olis tiennyt mistä alottaa. (G)

Sairaalassa ei muta kun kävelytettiin. Siellä vaan näytettiin, että näitä teet ja kävelytettiin, mutta täällähän sitten teetettiin. (F)

Kun olen miettiny sainko sairaalassa edes ruokaa, kaksi yötä siellä olin. Olihan siellä taatusti ruokaa. Ja hoito oli hyvää. (C)

Haastateltavista kuusi koki jatkohoito paikan ohjauksen jääneen parhaiten mieleen. Haastateltavista yksi ei osannut sanoa mielipidettään.

Kai se oli kun tossa käytävän vieressä peilin eressä, missä on ne tankot venyteltiin ja ne portaat. (D)

Kyllähän sieltäkin jäi mieleen, mutta kyllähän täällä niinkun paras on kun oli leikattu, niin sitten se säily muistissa parhaiten. (E)

6.2.2 Tarve kotikäyntinä toteutettavalle fysioterapeutin lisäohjaukselle:

Seitsemästä haastateltavasta kuusi ei tuntenut tarvetta fysioterapeutin lisäohjauksikäynnille. Yksi haastateltava koki tarvetta kotona toteutettavalle lisäohjaukselle lähinnä polviturvotuksen vuoksi.

Ainoo mitä mulla oli niin mä silloin joskus kai ehkä viis kuus päivää siitä leikkauksesta kun mun turpos niin kauheesti ja tuli kauheen pahat mustelmat niin silloin mä olisin aatellu, että olisko kotona voinu joku käydä kertoon jotain tästä. (A)

6.2.3 Paras ajankohta kotikäynnille:

Kotona toteutettavan lisäohjauksen paras ajankohta oli kuuden haastateltavan mielestä kahdesta seitsemään päivään kotiutuksen jälkeen eli niin että kotona on ehtinyt olla muutaman päivän ajan. Sinä aikana ehtii huomata, jos ongelmia ilmenee. Haastateltavista yksi ei osannut ottaa kantaa asiaan.

Korkeintaan viikon, että. Mä en kyllä sillä lailla ite tarvinnu mitään että. Viikossa rupee näkemään miten onnistuu. (F)

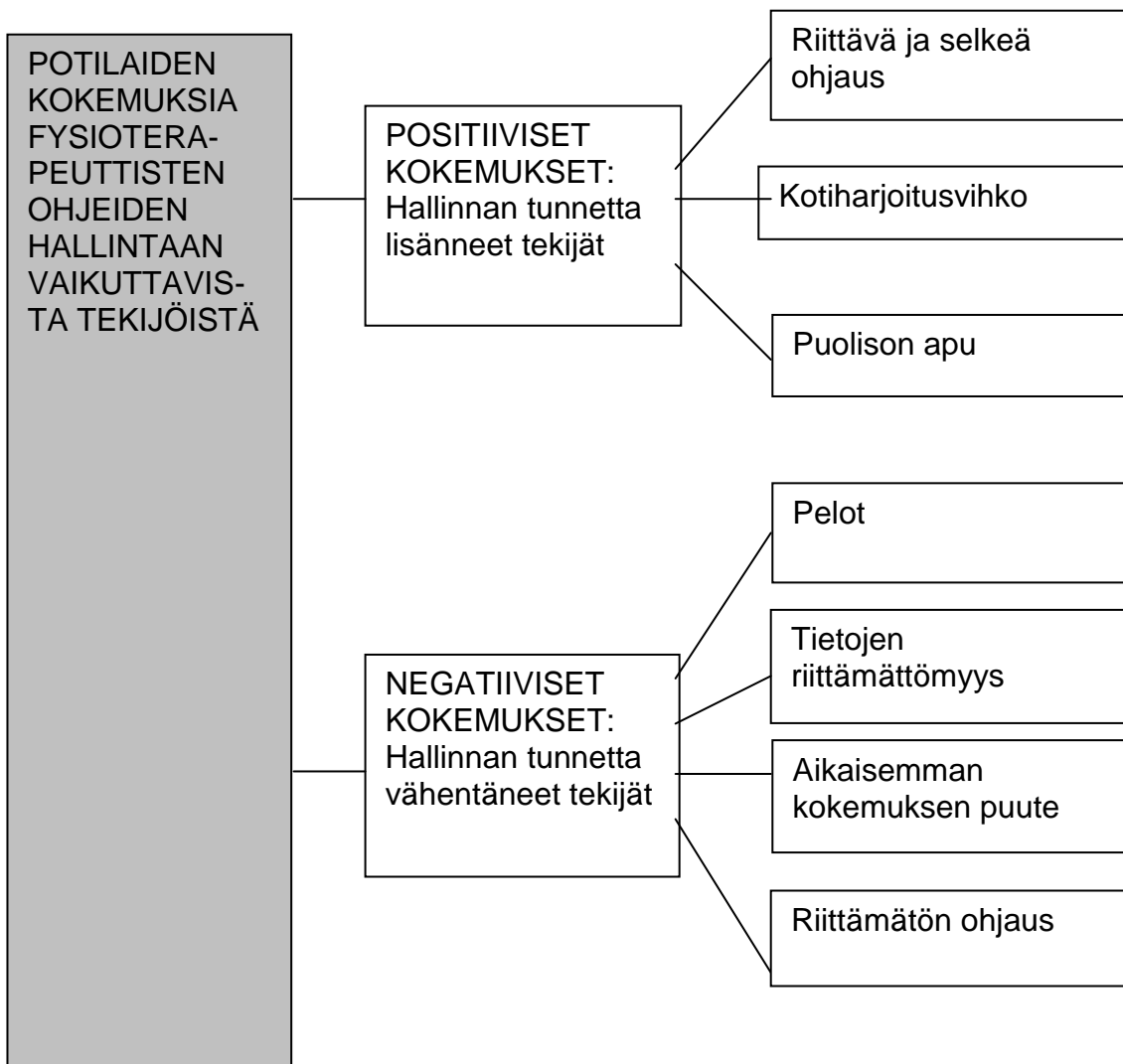
Kai se semmonen, että olis vähän aikaa ollu kotona. (D)

Ei ainakaan heti mutta kyllä sellainen pari kolme päivää saisi olla. Pääsee kotiutu ja kyllä tällainen väsyttää. (B)

Viikon sisään, kyllä kahden kolmen päivän päästä olis hyvä, jos tarve vaatisi. (E)

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Haastattelun tulokset ovat osittain samansuuntaisia verrattuna aikaisempiin fysioterapeuttista ohjausta ja leikkauksen jälkeistä ohjausta käsitteleviin tutkimuksiin. Haastattelutulosten vertailua vaikeutti huomattavasti vastaavanlaisten tutkimusten vähyys. Potilaiden kokemukset liikkumisen, porraskävelyn, kotiharjoitusohjelman ja liikerajoitusten hallitsemisesta kotiutumisen jälkeen olivat pääosin positiivisia. Tulos on siis samansuuntainen kuin Viljanen-Peuraniemen (2009, 3) pro gradu tutkimuksen tulos. Kuviossa 1 on esitetty yhteenveto haastattelun tuloksista.



KUVIO 1. Potilaiden kokemuksia fysioterapeuttisten ohjeiden hallintaan vaikuttavista tekijöistä.

Hankelan (2007) tekemässä tutkimuksessa 15 % haastatelluista potilaista koki jatkokuntoutusvaiheessa fysioterapeuteilla olevan liian vähän aikaa potilasta kohden, sillä he olisivat kaivanneet enemmän neuvoja. Potilaat pitivät puutteena resurssien niukkuutta ja sitä, että fysioterapeutit eivät olleet viikonloppuisin töissä. (Hankela, 2007, 50.) Opinnäytetyöni päätarkoituksena oli kerätä potilaiden kokemuksia itse ohjauksesta ja siitä, miten ymmärrettävää fysioterapeutin antama ohjaus on ollut. Ei niinkään tarkastella ohjausta resurssikysymyksenä. Tämän vuoksi haastateltavien yhtenä valintakriteerinä oli se, että osastolla oloaikaan tuli sisältyä kaksi arkipäivää. Tällä varmistin sen, että potilaalla on ollut mahdollisuus saada tarvittava määrä ohjausta, eivätkä fysioterapeutin viikonloppun ohjausresurssien puuttuminen eli aikaresurssin vähyys olleet pääsyyinä mahdollisiin negatiivisiin kokemuksiin.

Haastateltavat kokivat ohjauksen ja ohjaustilanteen pääosiltaan selkeiksi sekä ohjeet ymmärrettäviksi. Suurin osa haastateltavista koki ohjauksen määrällisesti riittäväksi. Jatkohoitovaiheessa lisäohjausta toivoneet haastateltavat kokivat epävarmuutta etenkin omasta suoritustasostaan ja siitä oliko heidän suoritustasonsa tavoitteen mukainen. Epävarmuutta lisäävänä tekijänä oli myös aikaisemman kokemuksen puute. Haastateltavilla oli vaikeuksia arvioida omaa suoritustasoaan, koska he eivät voineet verrata kuntoutumisen etenemistä aikaisempaan kokemukseen nähden.

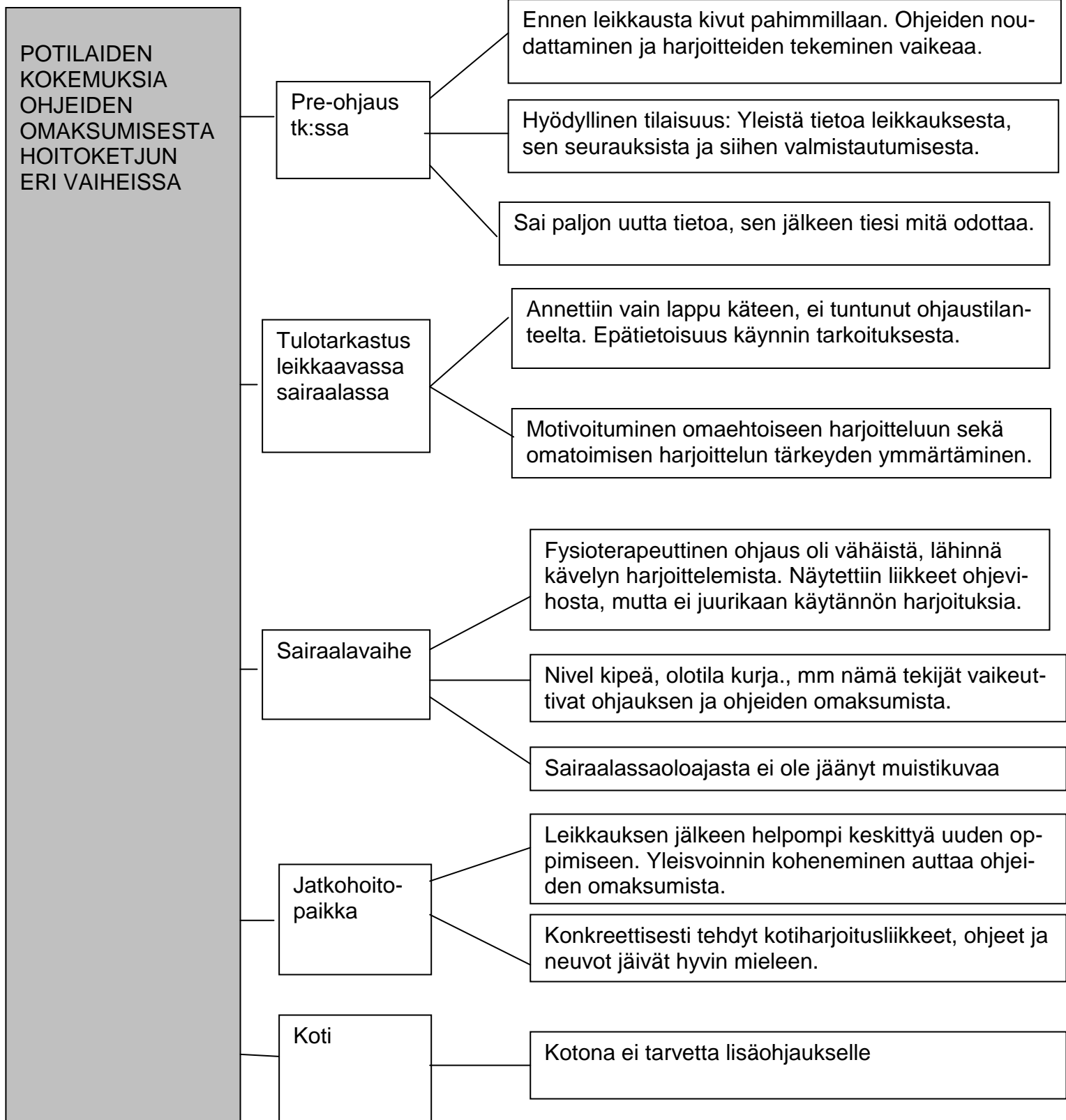
Potilaat kokivat positiivisina asioina leikkaavasta sairaalasta saadun kotiharjoitusvihon, mikä oli suurimmalla osalla käytössä vielä kotonakin. Potilaat kokivat vihon olevan erittäin hyvä muistin tuki, mistä heidän oli hyvä varmistaa asioiden paikkaansa pitävyyttä. Osa haastateltavista tekivät kotiharjoitusohjelman liikkeet vihkon mukaan aina fysioterapeutin kontrollin asti. Kotiharjoitusvihko lisäsi merkittävästi kotiharjoitteiden osaamiseen liittyvää hallinnan tunnetta. Myös Otsin (2005, 28) haastattelun mukaan potilaat kokivat ohjauksen tueksi saadun kirjallisen kotiharjoitusohjeen hyväksi tueksi kotona selviytymiselle. Toinen hallinnan tunnetta lisäävä tekijä oli puolison tuki ja apu. Puolison rooli oli toimia lähinnä varmistajana esimerkiksi portaissa kulkemisessa tai toimia avustajana vaativimmissa liikeharjoituksissa.

Negatiivisena eli kotona selviytymistä heikentävinä tekijänä potilaat kokivat aikaisempien tekonivelleikkaukseen liittyvien kokemusten puutteen lisäksi pelon tunteen. Yksi haastateltavista oli vahvasti sitä mieltä, ettei lisäohjauksen avulla olisi voinut poistaa tai edes vähentää pelon tunnetta. Suurin osa pelon kokemuksista liittyi porraskävelyyn. Yhdellä haastateltavista pelon tunne oli niin vahva, ettei hän kulkenut portaita kotiutumisen jälkeen. Pelkoa ei olisi lieventänyt edes suurempi harjoitusmäärä tai pelon kohtaaminen useammin tehdyissä porraskävelyharjoituksissa. Muutama henkilö koki tarvitsevansa lisäohjausta kaikilla osa-alueilla epävarmuuden vuoksi, vaikka kotona oli mennytkin kaikki toivotulla tavalla. He olivat sitä mieltä, ettei harjoittelua voi olla koskaan liikaa.

Fysioterapeuttisen ohjauksen avulla voidaan poistaa tai ainakin vähentää epävarmuuden kokemuksia. Epävarmuus vähenisi, jos tavoitteet asetettaisiin tavoitteellisemmin ja tarkemmin niin, että potilaat tietäisivät mihin suoritustasoon heidän tulisi pyrkiä. Tavoitteeseen päästyään he voisivat olla tyytyväisiä ja varmoja sitä, että leikkauksen jälkeinen kuntoutuminen on edennyt tavoitteiden mukaisesti. Tämän vuoksi ohjaajan tulee perehtyä potilaan leikkausta edeltäneeseen fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn sekä selvittää potilaskohtaisesti leikkauksen jälkeisen kuntoutumisen voimavarat. Tavoitetaso tulisi tehdä yhdessä potilaan kanssa, perustelemalla ja selittämällä tavoitetaso ymmärrettävästi. Tällä tavalla potilaan sitoutuminen omaan kuntoutumiseensa kasvaisi, ja fysioterapeutti pystyisi antamaan samalla tarkat, perustellut ja yksilöllisemmät ohjeet. Näin ohjeet ja tavoitetaso määrien suhteen olisivat optimaalisia ja tekonivelleikatun voimavarat huomioiden haasteellista, mutta eivät liian vaativia. Tätä ajatusta tukee Andènin ym. (2010, 4) tekemän ohjaajan roolia käsittelevä tutkimus. Sen tuloksena oli, että hyvän ohjauksen tulee perustua siihen, että potilas ymmärtää oman tilansa ja tilaansa johtavia asioita. Sen mukaan tärkeintä on saada potilas ymmärtämään leikkauksen jälkeiseen aikaan liittyvät asiat ja johdtaa niistä tavoitteet toiminnoille.

Toisena aihe-alueena potilaskokemusten keräämisessä oli sen ajankohdan määrittäminen, milloin haastateltavat olivat saaneet hoitoketjun ajan ymmärrettävimmän ja mieleenpainuvimman fysioterapeuttisesta ohjauksen. Hoitoketjulla tarkoitetaan tässä tapauksessa ajanjaksoa leikkaavan sairaalan tulotarkastuk-

sesta jatkohoitopaikkaan asti. Yhteenveto potilaskokemuksista näkyy Kuviossa 2:



KUVIO 2. Potilaiden kokemuksia fysioterapeuttisesta ohjauksesta hoitoketjun eri vaiheissa.

Terveyskeskuksessa järjestetyssä leikkausta edeltävässä ohjaustilaisuudessa käyneet haastateltavat kokivat tilaisuuden kokonaisuudessaan positiivisesti. He kokivat saaneensa hyödyllistä tietoa koko leikkausprosessiin liittyen. Tämä tieto auttoi leikkaukseen valmistautumisessa ja siitä selviytymisessä. Negatiivisena kokemuksena pre-ohjaustilaisuudesta oli yleisimmin se, että saatuja vinkkejä ja tietoa ei ollut heti mahdollista toteuttaa esimerkiksi kipujen vuoksi. Tämän vuoksi saatujen jumppaohjeiden noudattaminen ei ollut mahdollista. Ensikäynti leikkaavassa sairaalassa koettiin ohjeiden saamisen kannalta ristiriitaisesti. Fysioterapeuttisten ohjeiden saaminen ei jäänyt mieleen, mutta käynnillä saatu kotiharjoitusohjelmavihko koettiin myöhemmin hyväksi kuntoutumisen tueksi. Kaiken kaikkiaan ennen leikkausta annettu ohjaus ei ollut jäänyt hyvin mieleen, koska huomio oli silloin keskittynyt tulevaan leikkaukseen ja siitä selviytymiseen.

Leikkauksen jälkeinen aika leikkaavassa sairaalassa koettiin seuraavasti: Leikkauksen jälkeen voimavarat omatoimiseen kuntoutukseen ja uuden asian omaksumiseen olivat vielä hyvin vähäiset kivun ja huonovointisuuden vuoksi. Voimavarat riittivät yleensä vain kävelyharjoituksiin. Kuntoutumiseen ja uuden oppimiseen tarvittavien voimavarojen vähyyttä heti leikkauksen jälkeen kuvailee mielestäni hyvin se, että yksi haastateltavista ei muistanut edes saaneensa ruokaa koko sairaalassaolo aikana. Samansuuntaisia tuloksia on Kärjen (2005) väitöskirjan rintasyöpäleikkauksista tehdyssä katsauksessa. Mikä osoitti, että diagnoosivaiheessa potilaat ovat kiinnostuneita pääasiassa selviämään diagnoosista, hoitovaihtoehdoista sekä niiden sivuvaikutuksista. Tarvetta kuntoutumiseen liittyvään tietoon on huomattavammin vasta jatkohoitovaiheessa. Ohjausta annettaessa pitäisikin pohtia aikaisempaa enemmän kuntoutumiseen liittyvän fysioterapiaohjauksen oikea-aikaisuutta niin, että potilailla olisi voimavaroja omaksua uutta tietoa. (Kärki 2005, 48-49.)

Kaikki haastateltavat kokivat jatkokuntoutuspaikan olevan erittäin tarpeellinen ja tärkein vaihe kotona selviytymisen kannalta. Haastateltavat kokivat saaneensa ymmärrettävimmän ja mieleenpainuvimman ohjauksen jatkokuntoutuspaikassa. Siihen vaikutti suurimmalta osin yleiskunnon koheneminen. Leikkauksen jälkeiset kaksi päivää olivat olleet monelle huonoa aikaa kipujen ja huonovointisuuden vuoksi ja sinä aikana heillä ei ollut voimavaroja ohjauksen ja ohjeiden vas-

taanottamiseen. Vasta jatkokuntoutuspaikassa he pystyivät keskittymään konkreettisten harjoitteiden tekemiseen. Haastateltavien mielestä konkreettisesti tehdyt harjoitukset jäivät mieleen ja lisäsivät siten hallinnan tunnetta. Eli haastateltujen potilaiden osalta oikea-aikainen kotiutumista tukeva fysioterapeuttinen ohjaus oli jatkokuntoutuspaikassa. Jos heistä olisi yksikin kotiutunut suoraan leikkaavasta sairaalasta ja jatkokuntoutusvaihe olisi jäänyt pois, olisivat yhteydenotot leikkaavaan sairaalaan tai terveyskeskukseen varmasti lisääntyneet. Mikäli tulevaisuudessa on tarkoituksena kotiuttaa suoraan leikkaavasta sairaalasta lyhyempien hoitajaksojen jälkeen, tulee etenkin ensimmäiseen tekonivelleikkaukseensa menevien ohjaukseen panostaa huomattavasti enemmän.

Kotikäynteinä toteutettavaa fysioterapeutin lisäohjausta ei kokenut tarvitsevana kukaan haastateltavista. Tästä päätellen jatkokuntoutuspaikasta kotiutuvalla potilaalla oli tarpeelliset tiedot ja taidot selviytyäkseen kyynärsauvoilla liikkumisesta, tarvittavasta porraskävelystä, kotiharjoitusohjelman liikkeistä ja liikerajoitusten hallitsemisesta. Tekonivelleikkaukseen menevät potilaat saavat ohjausta pienissä erissä heti leikkauspäätöksen saatuaan. Vaikka haastattelujen tuloksena olikin se, että potilaat kokivat ennen jatkohoitoa saadut ohjeet vähäpätöisiksi, tukevat ne varmasti kotona selviytymistä. Pienissä erissä saatu ja usein kerrattu ohjaustieto eli koko ohjauspaketin ansiosta potilaat saavat riittävästi ohjausta selviytyäkseen kotona ja kokevat hallitsevansa tarvittavat asiat kotiutumisen jälkeen.

Ohjauksella ja fysioterapeutin toimintatavalla on suuri merkitys ohjeiden omaksumiselle. Potilasohjaaminen vaatii ohjaajalta ohjattavien asioiden perustelemista, potilaiden motivoimista, tiedon jakamista sekä avoimen oppimisilmapiirin luomista. Potilaalla tulee olla tunne siitä, että ohjaaja on kiinnostunut juuri hänen asioistaan. Ohjaajan tärkeimpiin tavoitteisiin kuuluu saada potilas jatkamaan harjoittelua myös kotioloissa. Siksi ohjaus tulisi perustua potilaslähtöisesti kotioloisuhteet huomioiden. Potilaan tulee pystyä järjestämään kotona harjoittelu-ympäristö ja harjoittelu-aikataulu niin, etteivät harjoittelu-ympäristön luominen eikä itse harjoittelu vie liikaa aikaa, eivätkä ne katkaise liikaa päivittäisiä rutiineja. Näihin tuloksiin tulivat myös Escolar- Reina ym. (2010), joiden mukaan potilaiden harjoitteluun sitoutumiseen vaikuttavat toimintaolosuhteet ja fysioterapeutin toimintatapa. Edellä mainitun tutkimuksen pääasiallisena johtopäätök-

senä oli, että fysioterapian tulos oli huono, jos harjoitukset olivat aikaa vieviä tai katkaisivat päivärutiinit. Tulosten mukaan, ohjaajalta saatu kunnollinen palaute, muistuttelu, ohjattu suoritus ja harjoitusten positiivinen vaikutus kipuun eli tässä opinnäytetyössä kuntoutumisen edistyminen tekonivelleikkauksesta lisäävät sitoutumista harjoitteluun. (Escolar- Reina ym. 2010, 1.)

8 POHDINTA

Kaikki valintakriteerit täyttävien seitsemän haastateltavan löytyminen vei aikaa yli kaksi kuukautta. Yleisin syy haastatteluun soveltumattomuuteen oli aikaisempi kokemus tekonivelleikkauksesta. Tekonivelleikkaukset ovat yleistyneet viime vuosikymmenen aikana niin, että yli puolelle jatkokuntoutukseen saapuneelle potilaalle oli tehty yksi tai useampi tekonivelleikkaus. Toinen yleinen syy haastatteluun soveltumattomuuteen oli diagnostisoitu muistisairaus. Osastolle saapuu entistä vähemmän jatkohoitopotilaita, koska leikkaava sairaala pyrkii kotiuttamaan tekonivelleikatut suoraan sairaalasta ilman jatkohoitovaihetta. Osastotilaston mukaan vuonna 2009 tehtiin suunnitelman mukaan 99 tekonivelleikkausta ja osastolle saapuneiden määrä oli 70 potilasta (Tekonivelleikkattujen sijoittuminen viikonpäiville 2009). Aikaisempina vuosina lähes kaikki tekonivelleikatut saapuivat osastolle jatkohoitoon, kun taas viime vuonna 2009 potilaista 71 % saapui jatkohoitoon. Tulevaisuudessa jatkohoitoon saapuvien määrä vähenee edelleen huomattavasti.

Teemahaastattelu tuntui oikealta valinnalta opinnäytetyön potilaskokemusten keräämiseen. Kokemattomana haastattelijana teemat ja apukysymykset ohjasivat hyvin haastattelun etenemistä. Lisäksi kysymykset auttoivat myös pysymään aiheessa. Lomakekyselyyn verrattuna, tietojen kerääminen haastattelemalla auttoi haastateltavia omakohtaisten mielipiteiden ja kokemusten ilmaisemisessa, koska heidän ei tarvinnut pidättäytyä valmiissa vaihtoehtoissa. Haastattelun aikana pystyin täsmentämään ja selittämään kysymyksiä, jos sain vaikutelman siitä, ettei haastateltava ymmärtänyt kysymystä oikein. Omaa murretta käyttämällä haastateltavat pystyivät kertomaan mielipiteensä monisanaisesti ja heille tyypillisellä, persoonallisella tavalla. Mielipiteiden ja kokemusten kirjoittaminen olisi ollut monelle haastateltavalle paljon työläämpi vaihtoehto ja osan kohdalla kirjoittamalla saaduista vastauksista olisi varmasti karsiutunut pois olennaisia asioita.

Opin jokaisesta haastattelukerrasta jotain uutta, mutta kaksi tärkeintä huomiota haastattelijana toimimisessa oli luotettavan ilmapiirin luominen sekä riittävän vastausajan antaminen. Huomasin jo ensimmäisellä haastattelu kerralla, miten

tärkeää on saada haastateltava rohkaistumaan ja kertomaan kokemuksistaan luottavaisin mielin. Kokemukseni mukaan tärkein rohkaistumista ja luottamusta lisäävä tekijä oli kertoa heille, että jokainen kokemus ja mielipide olivat tärkeitä, eikä ollut olemassa oikeita tai väriä vastauksia. Riittävän vastausajan antaminen oli perusteltujen vastausten saamisen kannalta hyvin tärkeää. Varsinkin ensimmäisten haastattelujen aikana kysyin kysymyksiä liian nopeaan tahtiin. Syynä kiireeseen oli varmasti se, että hiljaiset hetket tuntuivat kiusallisilta. Haastattelukokemusten kartuttua osasin antaa paremmin aikaa ja osasin varmistaa asioiden paikkaansa pitävyttä lisäkysymysten avulla. Vastausajan antaminen oli tärkeää, koska silloin haastateltavat saivat aikaa puhua asioista vapaasti omaan tahtiin ja he pystyivät ikään kuin ajattelemaan asioita ääneen. Ääneen ajattelemalla he pystyivät jäsentämään omia ajatuksiaan ja varmasti osaksi siitä johtuen vastauksen kannalta oleellinen asia tuli ilmi usein vasta vastauksen loppuosassa.

Mietin etukäteen kertoisivatko haastateltavat rehellisesti kokemuksistaan, koska teemahaastattelussa ei voida taata samaa anonyymiutta kuin lomakehaastattelulla. Ennen haastattelujen alkamista epäilin heidän kaunistelevan asioita, koska osa palautteesta koski omaa toimintaani fysioterapeuttina. Kokemukseni mukaan näin ei kuitenkaan tapahtunut, vaan koin tuttuudesta olevan enemmänkin hyötyä. Se auttoi esimerkiksi haastateltavien kokemusmaailman ymmärtämisessä. Lisäksi osasin kysyä asioita täsmällisemmin ja yksilökohtaisemmin, etenkin jatkokuntoutusvaiheen ja kotiolojen osalta. Olen myös sitä mieltä, että luottamuksellisen ilmapiirin luominen onnistui helpommin, kun haastattelijana oli tuttu ihminen. Tulosten luotettavuutta paransi osaltaan se, että toimin yksin haastattelijana. Ainakaan haastattelijan persoona ei voinut vaikuttaa haastateltavien vastauksiin. Haastattelun eteneminen teemarungon pohjalta takasi osaltaan sen, että kysyin kaikilta haastateltavilta varmasti samat kysymykset.

Valitsin haastatteluteemoiksi ammattini perusteella tärkeimmät fysioterapeuttisen ohjauksen osa-alueet, jotka ovat välttämättömiä leikkauksen jälkeisen toimintakyvyn kohenemisen kannalta. Lisäksi valitsin yhdeksi haastattelun teemaksi potilaiden kokeman ohjauksen oikea-aikaisuuden. Tätä kautta sain tietoa potilaan kokemuksista jatkohoito paikan merkityksestä heidän kotona selviytymisessään. Kaikki haastateltavasta kokivat jatkokuntoutuspaikan olevan tarpeelli-

nen, ja tärkeinkin vaihe auttamaan kotona selviytymisessä, koska se lisäsi parhaiten hallinnan kokemusta.

Tärkeämmäksi fysioterapeuttisen ohjauksen kehittämisen aiheeksi nousi potilaiden epävarmuuden väheneminen harjoitusmäärien ja suoritustason riittävyyden suhteen. Epävarmuutta lisäsi aikaisemman kokemusten puute. tämän vuoksi kaikki kuntoutumiseen liittyvä tieto oli omaksuttava uutena ja ulkoapäin ohjattuna. Tämän vuoksi ohjaajan tulee panostaa erityisesti yksilölliseen toipumiseen liittyviin haasteisiin ja mahdollisiin ongelmiin. Tekonivelpotilaan jatkohoitovaiheen fysioterapiaohjauksen kehittämiseksi tulee ohjauksen aikana panostaa entistä enemmän ohjeiden ja ohjaamisen yksilöllisyyteen. Tavoitteet tulee asettaa yhteistyössä niin, että potilas ymmärtää toimintakyvyn tavoitetason ja kuntoutumisen aikataulun sekä sitoutuu omatoimiseen harjoitteluun tavoitteiden saavuttamiseksi. Noudattamalla yksilöllisesti tehtyjä tavoitteellisia ja hyvin perusteltuja ohjeita, tekonivelleikattu hallitsee elämäänsä ja kokee selviytyvänsä hyvin fysioterapia kontrollin asti, jolloin hän tapaa fysioterapeutin ja saa uusia ohjeita.

Laadukkaalla potilaslähtöisellä ohjauksella voidaan välttää lisäohjauksen tarve kotiutumisen jälkeen. Opinnäytetyön tulosten perusteella potilaat kokivat jatkohoitovaiheen fysioterapeuttisen ohjauksen tärkeimmäksi kotona selviytymistä auttavaksi ohjaukseksi koko hoitoketjun ajalta. Ohjausta ja tietoa leikkauksesta ja siitä kuntoutumisesta annetaan useaan kertaan pienissä erissä koko leikkausprosessin aikana. Aikaisemmin saatu tieto helpottaa jatkohoitovaiheen aikaisista ohjausta ja ohjeiden omaksumista. Vasta jatkokuntoutusvaiheessa potilailla on resursseja ottaa teoriassa annetut ohjeet konkreettisesti käyttöön, koska ennen leikkausta potilaan voimavarat menevät suurelta osin leikkaukseen valmistautumisessa. Jos tekonivelleikattu saisi ensimmäiset fysioterapeuttiset ohjeet vasta leikkauksen jälkeen, pidentäisi se varmasti jatkohoitovaihetta.

Leikkaavasta sairaalasta pyritään kotiuttamaan potilaita yhä enenevässä määrin ja silloin sairaalavaiheen hoitoajan pituus lisääntyy noin kahdella päivällä. Jatkohoitopaikkaan valikoituvat siis ne tekonivelleikatut, joiden leikkauksesta toipuminen on jostain syystä hidastunut niin, että kotiutuminen ei ole mahdollista neljäntenä tai viidentenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Jatkohoitopaikkaan

tulleet tekonivelleikatut kokivat yleiskuntonsa ja vointinsa mahdollistaneen ohjeiden vastaanottamisen vasta jatkokuntoutuspaikassa, joten heille ei olisi riittänyt neljän tai viiden vuorokauden aika tarvittavien ohjeiden ja taitojen omaksumiseen. Tekonivelleikkattujen keskimääräinen osastolla olo aika oli vuonna 2009 6,3 vuorokautta eli sairaalassa oloaikaa on kertynyt yhteensä noin kahdeksan vuorokautta (Toimintatilasto 2009). Näin ollen vuonna 2009 jatkokuntoutukseen siirtyneistä potilaista vain pieni osa olisi pystynyt kotiutumaan suoraan sairaalasta neljäntenä leikkauksen jälkeisenä päivänä.

Tulevaisuudessa useamman tekonivelleikkauksen läpikäyneiden ihmisten määrä lisääntyy eli samalla niiden potilaiden määrä, joilla on jo aiempaa kokemusta leikkauksesta toipumisesta. Silloin he ovat jo kuntoutumisen konkareita, eivätkä välttämättä tarvitse niin runsasta leikkauksen jälkeistä ohjausta, vaan kykenevät toimimaan suunnitelmallisesti aiemman kokemuksen pohjalta. Tämä potilasryhmä pystyy mitä todennäköisimmin kotiutumaan suoraan sairaalasta ja hoitamaan kuntoutumiseen ja toipumiseen liittyvät asiat omatoimisesti. Jatkokuntoutuspaikan tarve onkin suurin ensimmäisestä tekonivelleikkauksesta toipuville sekä heille joiden toipuminen on jostain syystä hidastunut tai heidän voimavaroinsa omatoimiseen kuntoutumiseen ja elämänhallintaan ovat vielä puutteelliset.

Opinnäytetyön tekeminen oli haasteellista ja aikaa vievää. Suurimmaksi ongelmaksi koin sopivien aikaisempien tutkimusten löytämisen. Tekonivel asioista on tehty paljon tutkimuksia, mutta potilaskokemuksia koskevien tutkimusten löytäminen osoittautui vaikeaksi. Kävin läpi monta kymmentä englannin kielistä tutkimusartikkelia, jotka käsittelivät tekonivelpotilaan leikkauksen jälkeistä aikaa, mutta niistä ei ollut apua teoreettisen viitekehyksen tekemisessä. Toisaalta tutkimusartikkeleihin tutustuminen kehitti englanninkielen taitoa sekä tutustutti useisiin mielenkiintoisiin tutkimustuloksiin, joita voin hyödyntää muuten käytännön työelämässä.

Haastattelemisen itsessään oli mielenkiintoinen kokemus. Etenkin asiassa pysyminen tai toisaalta keskustelun aikaansaaminen osoittautuivat haasteellisimmiksi asioiksi. Huomasin kehittyväni jokaisella haastattelukerralla haastattelijana ja siksi viimeisimmät haastattelut onnistuivat mielestäni parhaiten. Haastattelujen auki kirjoittaminen ja tallentaminen tekstinkäsittelyohjelmaan olivat yksiker-

tainen mekaaninen, mutta työläsvaihe. Aineiston analysoimisen aloittaminen oli vaikeaa, mutta alkuun päästyäni työ eteni loogisesti vaihe vaiheelta. Asiat muodostivat hiljalleen omia kokonaisuuksia myös teemojen välillä. Lopputuloksena on opinnäytetyö, jonka tärkein anti oli havaita potilaiden kaipaavan tarkempia ja hyvin peruteltuja ohjeita kuntoutumisensa tueksi.

Jatkotutkimusaiheena olisi kiinnostavaa tutkia, miten suoraan leikkaavasta sairaalasta kotiutuvat kokevat hallitsevansa liikkumisen eli kyynärsauvoilla liikkumisen ja porraskävelyn, kotiharjoitusohjelman ja liikerajoitusten sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Kokevatko he tarvitsevansa kotiutumisen jälkeistä lisäohjaustarvetta? Näin saataisiin tietoa siitä, onko lyhyt sairaalavaihe riittävä takaamaan tarvittavien ohjeiden omaksumiselle ja kotona selviytymiselle. Mikäli lisäohjaukselle olisi tarvetta, tulisi siihen satsata resursseja. Riittävällä ohjauksella potilaiden elämänhallinta ja toimintakyky tulisivat optimaaliselle tasolle ja yhteiskunnan varoille saataisiin mahdollisimman suuri hyöty.

LÄHTEET

Andén, A., Andesson, S-O. & Rudebeck, C-E. 2005. Satisfaction is not all – patients` perceptions of general practice consultations, a qualitative study. *Bio Med Central. Family pactice* 2005, 6 (43), 1-8. Tulostettu 31.8.2010.
<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/6/43>.

Escolar-Reina, P., Medina-Mirapeix, F., Gascón-Cánovas, J., Montilla-Herrador, J., Jimeno-Serrano, F., de Oliveira Sousa, del Baño-Aledo, E. & Lomas-Vega, R. 2010. How do care-provider and home exercise program characteristic affect patient adherence in chronic neck and back pain: a qualitative study. *Bio Medical Services Research* 10:60. Tulostettu 31.8.2010.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/60>.

Halonen, T. 2006. Avaustekniikat lonkan tekonivelkirurgiassa – vaikutus jälkihoitoon. *Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 3, 107-108.*

Hankela, S. 2007. Tekonivelpotilaan hoidon kehittäminen on tuottanut tulosta. *Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 8, 31, 49-50.*

Heiskanen, J. LL. 25.9.2006. Luentomateriaali. Tekonivelpotilaan pre- intra- ja postoperatiivinen kudospatologia. *Tampere. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.*

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. *Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino.*

Isaac, D., Falode, T., Liu, P., l`Anson, H., Dillow, K. & Gill, P. 2005. Accelerated rehabilitation after total knee replacement. *The Knee* 12 (2005), 346-350.

Karjalainen, K., Lehtola, J. & Nevalainen, P. 2000. ”Kyl mä sen arvasin, ett` jotain tulee tapatumaan”, kuvauksia lonkan tekonivelleikkauspotilaan fysioterapiasta. *Lahden Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan laitos. Fysioterapia. Opinnäytetyö.*

Koivula, U-M. Suihko, K. & Tyrväinen, J. 2003. *Mission possible. 2 uudistetun painoksen lisäpainos. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C, Oppimateriaalit Nro1.*

Kujala, U., Orava, S. & Järvinen, M. 1995. Liikuntavamman tai kirurgisen toimenpiteen jälkeen. *Teoksessa Vuori, I. & Taimela, S. (toim.) Liikuntalääketiede. Kustannus oy Duodecim. Vammalan kirjapaino.*

Kylmä, J. Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveys-tutkimus - mitä, miten ja miksi? *Duodecim* 119: 609-615.

Kyngäs, H., Kukkurainen, M. & Mäkeläinen, P. 2005 Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö* 3, 16.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede Vol. 11, 1/1999, 3-4.*

Kärki, A. 2005. Physiotherapy for functioning of Breast Cancer Patients. Jyväskylän Yliopisto. Jyväskylä University Printing House. Väitöskirja.

Merikoski, M., Patteri, K. & Peltovako, J. 2006. Lonkan tekonivelpotilaan kävely - taustaa ja näkökulmia. Teoksessa: Telaranta, S. & Lehto M. (toim.) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 3. 2. painos.

Patteri, K., Henriksson, A-M., Irri, L. & Pajamäki, J. 2006. Tekonivelpotilaan fysioterapian perusteet – käsikirja. Fysionet. www.coxa.fi/fysionet.pdf

Ots, I., 2009. Lonkan tekonivelleikkauksesta toipuvan potilaan mielipiteitä fysioterapeuttisista kotiohjeista. Lahden Ammattikorkeakoulu. Sosiaali - ja terveysalan laitos. Fysioterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Pajamäki, J. 2005. Jälkitarkastusten systematiikka – Coxan malli. Teoksessa: Lehto, M. & Telaranta, S. 2005, Tekonivelpotilaan hoito uudistuu, osa 3. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 7. 55

Patteri, K. 2005. Tekonivelpotilaan fysioterapian tavoitteet ja sisältö – Coxan malli. Teoksessa: Lehto, M. & Telaranta, S. 2005, Tekonivelpotilaan hoito uudistuu, osa 3. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 7. 55.

Pihlaja, S. & Rantanen, A-M. 2006. Kotiutus- tärkeä osa endoproteesipotilaan hoitoketjua. Teoksessa: Telaranta, S. & Lehto M. (toim.) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 3. 2. painos, 127-133.

Potilastytyväisyyskysely. 2007. Luettu 11.10.2010.

G:\Terveyskeskussairaala\KUNTOUTUSOSASTO\Laatu\TEKONIVEL_LAATU\Mittautulokset ja lomakkeet

Talvitie, U., Karppi S-L. & Mansikkamäki T. 2006. Fysioterapia. 2. uudistettu painos. Edita Prima Oy. Helsinki.

Tekonivellaatu. 2009. Luettu 11.10.2010.

G:\Terveyskeskussairaala\KUNTOUTUSOSASTO\Laatu\TEKONIVEL_LAATU\Muumateriaali\sanallinen kuvaus prosessista.doc

Tekonivelleikattujen sijoittuminen viikonpäiville 2009. Luettu 11.10.2010.

G:\Terveyskeskussairaala\KUNTOUTUSOSASTO\Potilasrekisterit\2009Tekonivelleikattujen sijoittuminen viikonpäiville1exl

Toimintatilasto. 2009. Luettu 11.10.2010.

G:\Terveyskeskussairaala\KUNTOUTUSOSASTO\Potilasrekisterit\2009Kuntopotilaat

Vilka, H. 2005. Tutki- ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Viljanen-Peuraniemi, M. 2009. Iäkkään potilaan arviointi toimintakyvystään ja selviytymisestä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Öhman, A. 2005. Qualitative methodology for rehabilitation research. *Journal of Medicine* 37: 273-280.

LIITTEET

Liite 1

TEEMAHAASTATTELU: Esitiedot: Leikattu nivel, sukupuoli, ikä, asumismuoto, asuuko yksin kaksin, mahdollinen kotiapu?

Hallitsitteko osastolta kotiutumisen jälkeen apuvälineen tuella liikkumisen?
Mitä mieltä olette liikkumisen ohjauksesta osastolla oloaikana? Määrä?
Mitä fysioterapeutin pitäisi huomioida liikkumisen ohjauksessa?

Hallitsitteko kotiutumisen jälkeen porraskävelyn?
Mitä mieltä olette porraskävelyn ohjaamisesta osastolla? Määrä?
Oletteko käyttäneet portaita kotiutumisen jälkeen?
Mitä fysioterapeutin pitäisi huomioida porraskävelyä ohjatessa?

Kotiharjoitusohjelma:
Hallitsitteko kotiutumisen jälkeen kotiharjoitusohjelman mukaisten liikkeiden tekemisen?
Mitä mieltä olette kotiharjoitusten ohjaamisesta osastolla oloaikana? Määrä?
Teittekö kotiharjoitusohjelma mukaisia liikkeitä?
Mitä fysioterapeutin pitäisi huomioida kotiharjoitteita ohjatessa?

LONKKALEIKATUT:
Hallitsitteko kotiutumisen jälkeen liikerajoitukset?
Mitä mieltä olette liikerajoitusten ohjaamisesta osastolla oloaikana?
Mitä fysioterapeutin pitäisi huomioida liikerajoituksia ohjatessa?

Tunsitteko kotona ollessa tarvetta fysioterapeutin lisäohjaukselle?
Jos kotiin ft tulisi käymään kotona kotiutumisen jälkeen, mikä olisi hyvä ajankoh-
ta

Missä vaiheessa tekonivelleikkausprosessia Coxan tulotarkastuksesta- tähän hetkeen olette saaneet parhaimman, ymmärrettävimmän fysioterapiaohjauksen eli milloin ohjaus on jäänyt parhaiten mieleen?

Olitko preohjauksessa eli leikkaukseen valmentavassa etukäteisohjauksessa terveyskeskuksessa? Miten koit etukäteisohjaustilaisuuden? Tilaisuuden hyödyllisyys?

Vapaa sana: Kommentteja koko leikkausprosessin osalta, kommentteja osastosta, henkilökunnasta, parannusehdotuksia.