

Opinnäytetyö (AMK)
Fysioterapian koulutusohjelma
Fysioterapia
2015

Paula Vuori

LONKAN JA POLVEN TEKONIVELPOTILAIDEN KOKEMUKSIA RYHMÄKUNTOUTUKSESTA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Paula Vuori

LONKAN JA POLVEN TEKONIVELPOTILAIDEN KOKEMUKSIA RYHMÄKUNTOUTUKSESTA

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää lonkan ja polven tekonivelpotilaiden kokemuksia Turun kaupunginsairaalan järjestämästä ryhmäkuntoutuksesta. Tavoitteena on kehittää ryhmäkuntoutustoimintaa tuomalla kuntoutujien kokemuksia ryhmäkuntoutuksen järjestäjien ja ohjaajien tietoisuuteen.

Opinnäytetyö toteutettiin Turun kevään 2015- syksyn 2015 välisenä aikana. Tutkimukseen osallistui 71 henkilöä, joille jokaiselle oli tehty polven tai lonkan tekonivelleikkaus ja he olivat tämän jälkeen osallistuneet Turun kaupunginsairaalan tarjoamaan ryhmäkuntoutukseen. Ryhmäkuntoutus koostui mattojumbasta ja kuntosaliryhmästä. Mattojumbassa oli mahdollisuus käydä kerran viikossa neljän viikon ajan, ja kuntosaliryhmässä kaksi kertaa viikossa kolmen viikon ajan. Kukin osallistuja kävi kuntonsa ja mahdollisuuksiensa mukaan haluamansa määrän, jonka jälkeen he vastasivat kyselylomakkeeseen ja palauttivat sen suljetussa kirjekuoressa heille ohjattuun palautuslaatikkoon. Kyselylomake sisälsi sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan sanoa, että Turun kaupunginsairaalassa järjestettyyn ryhmäkuntoutukseen oltiin tyytyväisiä ja ryhmäkuntoutusta pidettiin tärkeänä ja hyödyllisenä. Vastauksista nousi vahvasti esiin ryhmäkuntoutuksen innostava vaikutus omaan harjoitteluun ja pyrkimykseen kuntoutua leikkauksesta. Kehittämisehdotuksena moni toi esiin pienemmät ryhmäkoot sekä toivoi ryhmäkuntoutuksen määrän olevan suurempi.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia enemmän vertaistuen vaikuttavuutta fysioterapiassa. Ryhmäkuntoutuksessa manuaalinen ohjaus ja yksityiskohtaisempi paneutuminen asiakkaaseen jää usein vähäisemmäksi. Ryhmäkuntoutus luo kuitenkin sosiaalisen tapahtuman josta on mahdollisuus saada vertaistukea. Parhaimmillaan vertaistuki auttaa jaksamaan poikkeavan elämäntilanteen keskellä ja ennen kaikkea lisää motivaatiota harjoitella omalla ajalla.

ASIASANAT:

Lonkan- ja polven tekonivelleikkaus, kuntoutus, fysioterapia, ryhmäkuntoutus, vertaistuki

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Physiotherapy

October 2015 | 39

Instructor. Kati Kulju

Paula Vuori

HIP AND KNEE REPLACEMENT JOINT PATIENTS' EXPERIENCES OF GROUP REHABILITATION

The purpose of the thesis is to find out the hip and knee replacement joint patients' experiences of group rehabilitation organized by Turku City Hospital. The aim is to develop group rehabilitation activities by bringing the experiences of the patients' to the knowledge of the organizers and instructors.

The thesis was implemented during the period of spring 2015 – autumn 2015. A total of 71 patients participated in the research. All the participants had recently been operated for hip or knee replacement joint, and had taken part of the group rehabilitation, organized by Turku City Hospital. The group rehabilitation consists of a mat gymnastics group and a gym workout group. The mat gymnastics was offered once a week for a period of four weeks and the gym workout group twice a week for a period of three weeks. Each patient joined the rehabilitation voluntarily and as frequently as desired. After the group rehabilitation period the patients filled out a questionnaire which they returned in a sealed envelope. The questionnaire included both open and closed questions.

According to the results of the thesis one could say that the participants were satisfied with group rehabilitation at Turku City Hospital. Group rehabilitation was considered important and valuable. According to the answers to the questionnaire, group rehabilitation had a strongly inspiring effect to exercising and aiming to get well after the operation. As a development proposal, suggested by several participants, was to reduce the group sizes and to extend the rehabilitation period.

An interesting further research would be to study the influence of peer support on physiotherapy. In group rehabilitation the manual instruction and also the focus on one patient remains less. However, the group rehabilitation creates a social event with a possibility for peer support. Peer support, at it's best, helps the patient to carry on during this abnormal period of life and adds motivation to exercise by oneself.

KEYWORDS:

hip and knee replacement joint operation, rehabilitation, physiotherapy, group rehabilitation, peer support

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 LONKAN JA POLVEN TEKONIVELLEIKKAUS	8
2.1 Tekonivel elämänlaadun parantajana	8
2.2 Tekonivelleikkauksesta kuntoutuminen	9
2.3 Fysioterapia osana kuntoutusta	10
2.3.1 Intensiivisen kuntoutuksen vaikuttavuus lonkan tekonivelleikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen	11
2.3.2 Intensiivisen kuntoutuksen vaikuttavuus polven tekonivelleikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen	11
3 RYHMÄKUNTOUTUS	14
3.1 Vertaistuki	14
3.1.1 Vertaistuen voima koetaan tärkeäksi	14
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	17
4.1 Opinnäytetyön tutkimusongelmat	17
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	18
5.1 Tutkimusjoukko	18
5.2 Opinnäytetyön menetelmä	19
5.3 Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmä	20
5.4 Opinnäytetyön aineiston analyysi	21
6 TULOKSET	23
6.1 Ohjaus	23
6.2 Harjoitteet	24
6.3 Ryhmäkuntoutuksen edut ja haitat verrattuna yksilökuntoutukseen	26
6.4 Kehittämisehdotukset	27
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	29
8 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	31
8.1 Kehitysehdotukset ja merkitys fysioterapialle	31
8.2 Jatkotutkimusehdotukset	32

8.3 Validiteetti ja reliabiliteetti	33
-------------------------------------	----

9 OPINNÄYTETYÖPROSESSI **35**

9.1 Eettisyys opinnäytetyössä	35
-------------------------------	----

LÄHTEET **36**

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Kyselylomake

KUVIOT

Kuvio 1. Ohjauksen yksilöllisyys.	24
-----------------------------------	----

Kuvio 2. Mattojumppaharjoitteet.	25
----------------------------------	----

Kuvio 3. Kuntosaliharjoitteet.	26
--------------------------------	----

1 JOHDANTO

Suomessa tehdään vuosittain noin 20 000 ensitekonivelleikkausta noin 60 eri sairaalassa. Tekonivel on vakiintunut hoitomuoto vaikean nivelrikon hoitoon, jonka haittavaikutuksia ei enää pystytä hoitamaan konservatiivisin hoitomenetelmin. (Vainikainen 2010, 32; Suomen Artroplastiayhdistys 2015.) Tekonivelleikkauksen jälkeinen leikatun raajan kuntouttaminen on ensisijaisen tärkeää, koska niveltä tukevat lihakset vaimentavat niveleen kohdistuvaa rasitusta (Vainikainen 2010, 15). Hyvä lihaskunto auttaa tasapainon hallinnassa ja on siksi turvallisen liikkumisen perusta (Huber & Wells 2006, 104; THL 2014).

Turussa tekonivelpotilaille tarjotaan mahdollisuus osallistua ryhmäkuntoutukseen, jonka tavoitteena on tukea ja edesauttaa tekonivelleikkauksen jälkeistä kuntoutusta. Ryhmäkuntoutuksessa käydään säännöllisesti tietyn ajan, ja siellä potilaat saavat fysioterapeutin ohjauksen lisäksi muilta tekonivelleikkauksessa olleilta vertaistukea. Vertaistuki on tärkeä osa kuntoutusta koska ihminen on psykofyysinen kokonaisuus ja peilaa luonnostaan itseään ympäristöön. Vertaistuella tarkoitetaan tukea, jota saadaan toisilta saman kokemuksen läpikäyneiltä yksittäisiltä henkilöiltä tai ryhmiltä. (Vuorinen 1996, 11-12.)

Ryhmäkuntoutuksessa useampi henkilö saa samanaikaisesti tarvitsemaansa kuntoutusta. Tästä johtuen voidaan olettaa, että ryhmäkuntoutus on kunnille taloudellisesti kannattavampaa kuin yksilökuntoutus. Työn aihe on tärkeä, koska väestömme ikääntyy ja tämän hetkinen taloudellinen tilanne pakottaa valtion menojen leikkauksiin. Ryhmämuotoisen kuntoutuksen vaikutuksia on hyvä tutkia ja kehittää entisestään, jotta tarpeen tullessa niitä oltaisiin halukkaita lisäämään.

Opinnäytetyö käsittelee lonkan- ja polven tekonivelpotilaiden kokemuksia ryhmäkuntoutuksesta. Työssä pyritään tutkimaan ryhmäkuntoutuksen eri ulottuvuuksia. Opinnäytetyö toteutetaan Turun kaupunginsairaalan

toimeksiannosta. Tarkoituksena on tuoda ryhmäkuntoutujien kokemuksia ohjaajien tietoisuuteen, jolloin toimintaa voidaan kehittää entisestään.

2 LONKAN JA POLVEN TEKONIVELLEIKKAUS

Nivelrikot, jotka häiritsevät potilaan päivittäistä elämää, eivät ole lievittyneet riittäväällä konservatiivisella hoidolla tai häiritsevät yöunta, johtavat usein tekonivelleikkaukseen. Nivelrikosta aiheutuva kipu pahenee usein fyysisen rasituksen myötä, joka voi johtaa fyysisen kunnon heikkenemiseen. (Vainikainen 2010, 32; Suomen Artroplastiayhdistys 2015.) ”Tekonivelleikkaus tehdään, jos nivelrikkokipu ei ole muutoin hallittavissa tai potilaalla on olennaisesti toimintakykyyn vaikuttava liikevajaus tai virheasento” (Käypähoito 2014). Tekonivelleikkauspotilaiden keski-ikä on nykyisin hieman alle 70 vuotta (Vainikainen 2010, 32).

Toinen tekonivelleikkaukseen johtava syy ovat tapaturmat, joista suurin osa on vanhusten kaatumisista seuraavat lonkkamurtumat. Suomessa tilastoituja lonkkamurtumia on vuosittain noin 7 600 ja lähes kaikki lonkkamurtumat johtavat tekonivelleikkaukseen. Lonkkamurtumariski kasvaa iän myötä ja väestön ikääntyessä ennustetaan myös lonkkamurtumien määrän kasvavan. (Salpakoski 2015, 24-25). Mikäli murtumaesiintyvyys vakiintuisi vuoden 2010 tasolle, ennustettaisiin lonkkamurtumien määrän kaksinkertaistuvan vuoteen 2030 mennessä (Korhonen ym. 2013).

2.1 Tekonivel elämänlaadun parantajana

Suuri osa tekonivelpotilaista kokee tekonivelleikkauksen parantaneen heidän elämänlaatuaan (March ym. 1999, 235-238; Ethgen ym. 2004, 963-974; Vainikainen 2010, 33).

Medline- ja Embase- tietokannoista tehdyn kvalitatiivisen ja systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan proteesileikkaukset vaikuttivat olevan tehokkaita elämänlaadun parantajia lähes kaikilla elämän osa-alueilla sosiaalisia ulottuvuuksia lukuun ottamatta. Kirjallisuuskatsauksen mukaan myöskään ikä ei ole este hyvälle tulokselle. (Ethgen ym. 2004, 963-974.)

Myös Australiassa tehdyssä kohorttitutkimuksessa 59 lonkka- ja 92 polviproteesipotilaalla, todettiin merkittävä elämänlaadun paraneminen sekä polvi- että lonkkaproteesipotilailla 12 kuukautta leikkauksen jälkeen (March ym. 1999, 235-238).

2.2 Tekonivelleikkauksesta kuntoutuminen

Tekonivelleikkauksen jälkeen kuntoutus jatkuu sairaalavaiheen jälkeen useimmiten potilaan kotona. Potilaan oma aktiivisuus kuntoutuksessa on todella tärkeää, koska hyvä lihaskunto on edellytys toimivalle nivelelle. Potilaalle on ohjattu sairaalassa kuntouttavia liikeharjoitteita, joiden tekemistä potilaan tulisi jatkaa omatoimisesti kotonaan useita kertoja päivässä. Näiden liikkeiden tehtävänä on vahvistaa leikattua niveltä ympäröiviä lihaksia. Myös terveen alaraajan vahvistaminen on tärkeää lihastasapainon säilyttämiseksi. Fysioterapeutti ohjaa ja opastaa potilaalle tehtävät liikkeet, mutta itse kuntoutus on täysin potilaasta itsestään kiinni. (Vainikainen 2010, 33, 58.)

Fysioterapiamenetelmillä voidaan lievittää nivelrikkopotilaan kipua, ylläpitää ja lisätä liikkumis- ja toimintakykyä sekä elämänlaatua. Tärkein konservatiivinen hoito lonkan ja polven nivelrikolle ovat terapeuttinen harjoittelu sekä aktiivinen ja säännöllinen liikunta (Suomen Fysioterapeutit 2015.) Potilasta tulee kannustaa fyysiseen aktiivisuuteen ja hyviä liikuntamuotoja ovat etenkin matalan kantauskun lajit kuten kävely, polkupyöräily, hiihto ja vesiliikunta. (Vainikainen 2010, 63; Suomen Artroplastiayhdistys 2015, 3.) Polven- ja lonkan nivelrikon Käypä hoito -suosituksen mukaan tekonivelpotilaiden harrastamalla liikuntaharrastuksilla tai työllä ja sen raskaudella ei ole vaikutusta tekonivelen pysyvyyteen (Käypähoito 2014).

2.3 Fysioterapia osana kuntoutusta

Tekonivelleikkauksen jälkeinen leikatun raajan kuntouttaminen on ensisijaisen tärkeää, koska niveltä tukevat lihakset vaimentavat niveleen kohdistuvaa rasitusta (Vainikainen 2010, 15). Turvallisen liikkumisen avain on hyvä lihaskunto. Hyvä lihaskunto auttaa tasapainon hallinnassa ja hyvän ryhdin ylläpidossa (Huber & Wells 2006, 104; THL 2014). Lihaskuntoharjoittaminen on tärkeää, koska jokapäiväiset toiminnot, kuten sängystä nouseminen, suihkussa käyminen ja käveleminen paikasta toiseen vaativat eri lihasryhmien koordinoitua toimintaa. (Huber & Wells 2006, 104.) Erityisesti alaraajojen heikko lihasvoima lisää kaatumisriskiä iäkkäillä ja tämän vuoksi lihaskunnan ylläpitäminen ja parantaminen ovat keskeinen osa kaatumisten ehkäisyä. Iän lisääntyessä lihasmassa ja -voima heikkenevät 1,5% vuodessa 50 ikävuoden jälkeen ja 3% vuodessa 60 ikävuoden jälkeen. Reiden ojentajien ja koukistajien, pakaralihasten sekä nilkan ojentajien ja koukistajien lihaskunnan parantaminen ovat tärkeitä kaatumisen ehkäisyn kannalta. Harjoitteet ja oikeat suoritustavat tulee aina ensin käydä läpi fysioterapeutin kanssa. (THL 2014.)

Onnistuneen kuntoutuksen avain on potilaasta itsestä lähtöisin oleva motivaatio. Tämän vuoksi harjoittelussa tulee pitää mielessä asiakkaan oma päämäärä, kuten esimerkiksi onnistuminen arjen toiminnoissa. (Huber & Wells 2006, 111; Carr & Shepherd 2010, 8-9.) Erityisen tärkeää fysioterapeuttisessa harjoittelussa on, että se on täsmällistä, koska harjoittelun tulokset näkyvät juuri niissä tehtävissä, joita on harjoiteltu ja niissä lihaksissa jotka ovat osallistuneet kyseiseen toimintoon. Siirtovaikutus on yleensä heikkoa, jonka vuoksi harjoittelun spesifisyys on tärkeää. (Carr & Shepherd 2010, 17-18.) Näistä syistä on tärkeää, että potilas pääsee kohtuullisessa ajassa osastolta takaisin kotiin, jossa kuntoutuminen jatkuu ohjattuja harjoitteita tehden, mutta ennen kaikkea omassa arjessa eläen. Harjoitteita tulisi tehdä päivittäin, koska lihas ei kehity, mikäli harjoittelun välit kasvavat liian suuriksi (Huber & Wells 2006, 112.)

2.3.1 Intensiivisen kuntoutuksen vaikuttavuus lonkan tekonivelleikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen

Munin ym. 1998 mukaan varhemmin kuntoutujilla palautuu toimintakyky nopeammin kuin myöhemmin kuntoutetuilla (Munin ym. 1998, 847-852). Lonkan tekonivelpotilaan tehostetulla kuntoutuksella on myönteisiä vaikutuksia lonkan ojennusvajauteen, kävelynopeuteen ja kyynärsauvojen lyhempiaikaiseen käyttötarpeeseen. Myös itsenäisen liikkumiskyvyn katsottiin palautuvan nopeammin. (Hesse ym. 2013, 1770-1772.) Di Monaco ym. 2009 puolestaan toteavat tutkimustulosten perusteella varhaisen leikkauksen jälkeisen harjoitteluohjelman vaikuttavuuden ristiriitaisena. Kuitenkin polkupyöräergometriharjoittelulla, polven ojentajalihasharjoituksilla ja käsiergometriharjoituksilla katsotaan mahdollisesti olevan vaikuttavuutta. Myös harjoitusohjelmat, jotka kestävät yli kahdeksan viikkoa, saattavat tutkimuksen perusteella parantaa toimintakykyä. (Di Monaco ym. 2009.)

Salpakosken väitöskirjan *Mobility recovery after hip fracture and effects of a multi-component homebased rehabilitation program* mukaan tulokset osoittavat, että kohdennetulla ja tehokkaalla kuntoutuksella voidaan parantaa kotona asuvien lonkkamurtumapotilaiden liikkumiskykyä (Salpakoski 2015, 28.)

Yhteenvedonä yllä olevista tutkimuksista voidaan olettaa, että tehostetulla terapeuttisella harjoittelulla on jonkin verran myönteisiä vaikutuksia lonkan tekonivelleikkauksesta kuntoutumiseen.

2.3.2 Intensiivisen kuntoutuksen vaikuttavuus polven tekonivelleikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen

Moffetin ym. tekemän tutkimuksen mukaan polven tekonivelleikkauksen jälkeisen intensiivisen kuntoutuksen katsottiin vähentävän kipua, jäykkyyttä ja vaikeutta päivittäisissä toiminoissa WOMAC:n perusteella. Intensiivisen kuntoutuksen katsottiin myös parantavan elämäläatua polven tekonivelleikkauksilla. (Moffet ym. 2004, 546-556.) Malmivaaran (2012)

esittämässä näytönkatsauksessa (Kauppila ym. 2010) taas todetaan, että tehostettu moniammatillinen kuntoutus ei tehostanut leikkauksen jälkeistä toipumista, kun sitä verrattiin perinteiseen ortopediseen kuntoutusmenetelmään (Malmivaara 2012, Kauppilan 2010, mukaan). Kummatkin tutkimuksista olivat satunnaistettuja vertailututkimuksia ja molemmissa oli suunnilleen saman verran tutkittavia. Moffetin ym. tutkimuksessa potilaiden keski-ikä oli 71 vuotta ja Kauppilan ym. 68 vuotta, eli myös kuntoutujien keski-ikä oli lähellä toisiaan. (Moffet ym. 2004, 546-556; Malmivaara 2012, Kauppilan 2010, 398-411 mukaan.)

Anu Valtosen 2013 tekemässä väitöstutkimuksessa, ”Asymmetrical Muscle Strength Deficit, Mobility Limitation and Aquatic Resistance Training in Persons with Knee Osteoarthritis” taas todetaan vesivastusharjoittelun olevan tehokas kuntoutusmuoto polven tekonivelleikatuille parantaen polven tekonivelpotilaiden liikkumiskykyä. Väitöstutkimuksessa kerättiin kaksi tutkimusaineistoa, jossa toiseen rekrytoitiin 50 tekonivelleikkattua miestä ja naista keski-ikältään 55-75-vuotiaita. Vesiharjoitteluryhmä (n=26) harjoitteli kolmen kuukauden ajan. Tavoitteena oli alaraajojen lihasten tehon ja vääntömomentin lisääntyminen sekä näiden seurauksena parantunut liikkumiskyky. Kontrolliryhmä (n=24) ei harjoitellut ja heitä kehoitettiin jatkamaan kuten aiemmin. Vesivastusharjoittelua saaneiden (n=26) kävelynopeus parani 9%:lla ja portaiden nousuun kuluva aika 15%:lla verrattaessa kontrolliryhmään (n=24). Myös leikatun polven ojennus- ja koukistusteho sekä vääntömomentti ja reisien lihasmassa lisääntyivät merkittävästi vesiharjoitteluryhmäläisillä verrattaessa ei harjoitelleeseen kontrolliryhmään. Maksimaaliseen kävelynopeuteen vesivastusharjoittelulla ei ollut vaikutusta. (Valtonen 2013, 10, 13-15.) Valtonen 2013 toteaa, että polven tekonivelleikatut sietävät hyvin intensiivistä ja progressiivista vastusharjoittelua, jonka avulla saadaan monipuolisia harjoitusvaikutuksia. Hän toteaa myös, että lisätutkimuksia tarvitaan siitä, milloin on sopiva aika aloittaa progressiivinen vesikuntoutus tekonivelleikkauksen jälkeen. (Valtonen 2013, 15.)

Polven tekonivelleikkauksen jälkeisellä tehostetulla kuntoutuksella saattaa olla lyhytaikaisia myönteisiä vaikutuksia, mutta tulosten ristiriitaisuuden vuoksi

asiasta ei voida tehdä vahvoja johtopäätöksiä. Kuitenkin Valtosen väitöstutkimuksen tulosten perusteella voidaan taas olettaa vesivastusharjoittelun olevan erittäin hyvä kuntoutusmuoto polven tekonivelleikkauksen jälkeen.

3 RYHMÄKUNTOUTUS

Ryhmäkuntoutus antaa mahdollisuuden positiiviseen ja sosiaaliseen kokemukseen. Ryhmäkuntoutuksessa vahvistetaan taitojen yleistymistä jokapäiväisessä elämässä. (Proneuron 2011.) Voidaan ajatella, että ryhmäkuntoutuksen tärkein asia on saada jakaa muiden ihmisten kanssa samankaltaiset kokemukset. Ryhmäkuntoutuja saa terapiahetken lisäksi vertaistukea.

Yrjö Engströmin 1982 mukaan suunnitelmallisesti toimiva, sisäisesti organisoitu ja tavoitetietoinen ryhmä moninkertaistaa yksilöjen yhteenlasketun energian, tahdon ja kyvyn. (Grönlund 2010, 186 ja 129.)

3.1 Vertaistuki

Vertaistuki parhaimmillaan antaa kuntoutujalle kallisarvoista tukea ja voimia jaksaa kuntoutumisvaiheen yli. Ryhmissä joissa vertaistuki on läsnä, on mahdollisuus tavata ihmisiä, joilla on samanlainen elämäntilanne tai samanlaisia kokemuksia. (Mielenterveyden keskusliitto.)

3.1.1 Vertaistuen voima koetaan tärkeäksi

Fysioterapeutti Päivi Linnanmiehen ideoimana on Oulussa perustettu kotiutusta tukeva vertaistukiryhmä. Idean taustalla on Katja Somersaaren opinnäytetyö ”*Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallinen kotiutuminen*” vuodelta 2013. Ryhmää voidaan tarjota lonkkamurtumapotilaalle, jolla on havaittu kotiinpaluuseen liittyvää pelkoa tai jännitystä. Ryhmässä vallitsee voimaannuttava tunnelma ja ryhmäläisillä on toisilleen jaettavaksi vastaavanlaisia omakohtaisia kokemuksia. Potilaat kokevat vertaistuen voiman todella tärkeäksi. (Linnanmies & Somersaari, 2015, 34.)

Henkilökunnan tietoisuuteen pyritään tuomaan ryhmässä esiin nousevia asioita, jolloin potilaita on mahdollisuus tukea yhä paremmin. (Linnanmies & Somersaari, 2015, 34.) ”Se, että ikääntyneen potilaan turvallisuudentunnetta saadaan lisättyä, potilaat tulevat kuulluksi, saavat vertaistukea ja voimaantuvat, on hienointa mitä hoidon ja kuntoutuksen yhteydessä voimme tämän päivän ikäihmisille antaa” (Linnanmies & Somersaari, 2015, 34).

Kela toteutti vuosina 2010–2014 avomuotoisen AMI-kuntoutushankkeen, jonka tavoitteena oli tukea työsuhteessa olevien masennuskuntoutujien työ- ja toimintakykyä sekä ehkäistä tai lieventää masennuksen haittoja ja uusiutumista. AMI-kurssi painottui ryhmäkäynteihin, mutta myös yksilökäyntejä järjestettiin. Tuulio-Henriksson 2015 ym. tutkivat ryhmäpainotteista kuntoutusmallia työelämässä oleville masennuskuntoutujille. AMI-Kurssi painottui ryhmäkäynteihin, mutta myös yksilökäyntejä järjestettiin.

Tutkimustulosten perusteella kuntoutus saavutti hyvin sille asetetut tavoitteet. Kuntoutujat kokivat AMI-kurssin pääosin hyödyllisenä ja psyykkistä voimaa, työ- ja toimintakykyä sekä voimavaroja kohentavana. Ryhmästä saatu vertaistuki koettiin erityisen tärkeäksi. (Tuulio-Henriksson ym. 2015, 3.)

A-L Salminen 2014 ym. tutkivat MS-kuntoutujien ryhmämuotoista moniammatillista avokuntoutusta tarkoituksena Kuntoutusmallin kehittäminen ja arviointi. Tutkimuksen tuloksissa todettiin sama kuin edellä mainitussa tutkimuksessa, ryhmämuotoisuus edisti kuntoutumista ja vertaistuki koettiin tärkeäksi. (Salminen ym. 2014, 3, 120.)

Kelan tutkimusosaston vastaava tutkija Rainer Grönlund tutki ryhmämuotoista vanhuskuntoutusta. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten ikäihmisten ryhmämuotoinen kuntoutus toteutuu kuntoutuslaitoksessa ja miten he kokevat sen. (Grönlund 2010, 3.)

Tutkimuksessa todettiin, että geriatrisella ryhmä- ja yhteistyömallisella kuntoutustyöllä on mahdollista parantaa vanhusten toimintakykyä ja edistää kotona selviytymistä. Tutkimuksessa todettiin edistäviksi tekijöiksi ryhmätyöskentelyn moniammatillisen tiimin toimintakykypohjainen, syvälle

kuntoutujan elämäntilanteeseen pohjaava diskurssi sekä ryhmätyöskentelyn ideologinen ydin ja diskurssin tavoite vaikuttavien seikkojen synnyttämiseen. Kolmantena edistävänä tekijänä oli vanhusryhmässä tapahtuva koko vuorokautinen vaativa ”kuntoutusseikkailu” ja tahattomasti syntynyt ohjelman vaatima jatkuva fyysinen ponnistelu. (Grönlund 2010, 186-187.)

Vanhuskuntoutuksen työntekijät kokivat ryhmän tuen ja vertaistuen olevan vaikuttavia tekijöitä kuntoutuksessa ja niiden olevan myös hyvä kokemusten jako- ja oppimisväline. Vanhukset arvostivat tutkimusta ja kokivat että olivat saaneet muun muassa apua ja vertaistukea. (Grönlund 2010, 3, 131.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia lonkan ja polven ryhmäkuntoutuksessa käyneiden kokemuksia ryhmäkuntoutuksesta. Tavoitteena on tuoda ryhmäkuntoutujien mielipiteitä ryhmän ohjaajien tietoisuuteen. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää ryhmätoiminnan kehittämisessä. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa siitä, miten haastateltavat kokevat ryhmäkuntoutuksen ohjauksen, harjoitteet ja mitkä olivat heidän mielestään ryhmäkuntoutuksen edut ja haitat verrattuna yksilökuntoutukseen, jota he saivat tekonivelleikkauksen jälkeen osastolla. Tavoitteena on myös selvittää, onko kuntoutujilla ryhmäkuntoutukseen liittyen kehittämissuhteita. Opinnäytetyön toimeksiantaja on Turun kaupunginsairaala.

4.1 Opinnäytetyön tutkimusongelmat

Minkälaisia kokemuksia kuntoutujilla on ryhmäkuntoutuksen harjoitteista ja ohjaajilta, eli fysioterapeuteilta saadusta ohjauksesta?

Mitkä olivat ryhmäkuntoutujien mielestä ryhmäkuntoutuksen edut ja haitat verrattaessa yksilökuntoutukseen?

Miten ryhmäkuntoutustoimintaa voitaisiin kehittää ryhmäkuntoutujien mielestä?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutetaan laadullisena ja määrällisenä tutkielmana, jossa aineistokeruumenetelmänä käytetään kyselylomaketta ja aineisto analysoidaan sisältöanalyysin ja määrällisen analyysin keinoin.

Opinnäytetyön toteutus aloitetaan keväällä 2015, jolloin selvitetään kyselylomakkeen avulla lonkan- ja polven tekonivelpotilaiden kokemuksia heille ohjatusta ryhmäkuntoutuksesta. Opinnäytetyön raportointi tapahtuu kesän ja syksyn 2015 aikana.

5.1 Tutkimusjoukko

Tutkimusjoukon muodostavat 71 lonkan tai polven tekonivelpotilasta, jotka ovat osallistuneet ryhmäkuntoutukseen.

Ryhmään osallistuneet ovat olleet joko lonkan tai polven tekonivelleikkauksessa Tyksissä tai Turunmaansairaalassa. Noin 6 viikon kuluttua leikkauksesta lonkan tai polven tekonivelleikatut menevät fysioterapeutin jatkokontrolliin, jossa tutkitaan pääasiassa toimintakyky, liikkuminen, lihasvoima ja operoidun nivelen liikkuvuus. Heille ehdotetaan kyseisellä käynnillä ryhmäkuntoutukseen osallistumista, mikäli fysioterapeutti kokee kuntoutujan hyötyvän tästä. Ryhmäkuntoutus on vapaaehtoinen. Se pyritään aloittamaan välittömästi fysioterapiakontrollin jälkeen eli noin 6-7 viikon kuluttua leikkauksesta. (Tiina Ajalin, 15.9.2015.)

Polvileikatuille tarjotaan mahdollisuutta osallistua tuoli/matto –ryhmään, joka on suunnattu vain polven tekonivelleikatuille. Tuoli/matto –ryhmässä on mahdollisuus käydä kerran viikossa neljän viikon ajan. Tämän jälkeen ryhmäkuntoutusta voi jatkaa kuntosaliryhmässä, jota on mahdollisuus käydä kuusi kertaa joko kerran viikossa kuuden viikon ajan tai kaksi kertaa viikossa kolmen viikon ajan. Lonkkaleikatuilla on oma mattoryhmänsä, jossa on myös

mahdollisuus käydä kerran viikossa neljän viikon ajan, jonka jälkeen he liittyvät samaan kuntosaliryhmään kuin polvileikatut. (Tiina Ajalin, 15.9.2015.)

Viimeisen ryhmäkuntoutuskerran yhteydessä tai tämän jälkeisenä sovittuna ajankohtana suoritetaan toinen fysioterapiakontrolli, jossa käydään läpi samat tutkimukset kuin ensimmäisessä fysioterapiakontrollissa. (Tiina Ajalin, 15.9.2015.)

5.2 Opinnäytetyön menetelmä

Opinnäytetyö on tutkimuksellinen, jossa tutkimusote on sekä laadullinen eli kvalitatiivinen ja määrällinen eli kvantitatiivinen. Tutkimusmuoto on kuvaileva eli deskriptiivinen koska kyseessä on kokemusperäinen tiedustelu. Tulosten luotettavuus, tarkkuus ja yleistettävyyden ovat tärkeitä ominaisuuksia kuvailevalle tutkimukselle, jonka vuoksi pyritään mahdollisimman laajan aineiston keräämiseen. (Heikkilä, 2014, 12-15, 26.)

Kvantitatiivista tutkimusmenetelmää voidaan myös nimittää tilastolliseksi tutkimusmenetelmäksi koska sen tulokset tulkitaan ja kuvataan tilastojen ja numeroiden avulla. Tuloksien havainnollistamiseksi voidaan käyttää apuna taulukoita ja kuviota. Kvantitatiivisen tutkimuksen aineiston keruussa käytetään yleensä standardoituja kysymyksiä joissa vastausvaihtoehdot ovat valmiiksi annettuja. (Koppa 2006; Heikkilä 2014, 15.)

Kvalitatiivissa tutkimusmenetelmissä korostuvat näkökulmat ja se auttaa ymmärtämään tutkimuskohdetta tuoden esille tutkimusjoukon mielipiteitä kysytystä asiasta. Halutessa kehittää jotakin, on olennaista saada selville kohderyhmän arvot, asenteet, tarpeet ja odotukset. Kvalitatiivinen tutkimus tuo myös usein esille erilaisia jatkotutkimusehdotuksia. (Heikkilä, 2014, 15; Koppa 2006.)

Sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista suuntausta voidaan käyttää samassa tutkimuksessa (Koppa 2006). Tutkimusmenetelmien rinnakkain käytöllä voidaan vahvistaa tuloksia ja tiedon luotettavuutta (Jamk 2015).

Määrällinen tutkimusmenetelmä valittiin koska haluttiin saada kasaan mahdollisimman laaja tutkimusaineisto luotettavuuden takaamiseksi. Määrällisen tutkimusmenetelmän rinnalle valittiin laadullinen tutkimusmenetelmä, jotta saataisiin määrällisen aineiston lisäksi avoimia mielipiteitä ja näiden avuin kokemusperäistä tietoa ryhmäkuntoutuksen edistämiseksi.

5.3 Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmä

Opinnäytetyön aineisto on primaarista eli tutkimusta varten kerättyä ja sen tiedonkeruumenetelmänä käytetään kyselylomaketta. On oleellista, että kyselylomakkeen suunnittelussa otetaan huomioon tutkimuksen kohderyhmä, kyselylomakkeen pituus sekä kysymysten helppous ja selkeys, koska nämä vaikuttavat oleellisesti vastausprosenttiin. Huolellisesti suunniteltuna kyselyyn vastaaminen on vaivatonta ja tulosten analysoiminen helppoa. (Hirsjärvi 2004, 184, 191-192; Heikkilä 2014, 13, 45-47.)

Kyselylomakkeen hyviä puolia ovat, että sillä on mahdollisuus koota kattava tutkimusaineisto, kysymykset kysytään samalla tavoin kaikilta tutkittavilta sekä se ettei kysyjä vaikuta olemuksellaan vastauksiin. Kyselylomakkeen huonoja puolia ovat, että tutkija ei kykene vaikuttamaan vastausprosenttiin eikä ole varmuutta siitä, kuinka huolellisesti ja rehellisesti vastaajat ovat vastanneet kysymyksiin. Vastausvaihtoehtojen onnistunut valinta on oleellista väärinymmärryksien välttämiseksi. (Hirsjärvi 2004, 184; Heikkilä 2014, 45-47.)

Kyselylomake sisältää avoimia kysymyksiä, strukturoituja monivalintakysymyksiä sekä asteikkoihin eli skaaloihin perustuvia kysymyksiä (Liite 2). Avoimet kysymykset antavat tutkittavalle mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin, kun taas monivalintatyypilliset kysymykset antavat valmiit vastausvaihtoehdot. (Hirsjärvi ym. 2004, 187-190).

Avoimien kysymyksien jälkeen jätetään tyhjää tilaa vastaukselle ja strukturoidussa kysymyksessä vastaukselle annetaan vaihtoehdot. Näiden kysymysmenetelmien lisäksi kyselylomake sisältää avoimen ja strukturoidun

kysymyksen välimuodon jossa valmiin vastausvaihtoehdon jälkeen on avoin kysymys. Näin kyselyyn vastanneilla on mahdollisuus perustella vastausvaihtoehdonsa. Asteikkoihin eli skaaloihin perustuvassa kysymystyypissä annetaan valmiiksi väittämiä ja vastaaja merkitsee vastaukseksi sen vastausvaihtoehdon, joka vastaa hänen tuntemuksiaan parhaiten. (Hirsjärvi ym. 2004, 187-190; Heikkilä 2014, 47-49.)

Kyselylomakkeet toimitettiin toimeksiantajalle, joka toimitti lomakkeet edelleen fysioterapiakontrolleja pitävälle fysioterapeuteille, jotka jakoivat ne edelleen ryhmäkuntoutuksessa käyneille. Kuntoutujat saivat kyselylomakkeen mukana saatekirjeen, jossa kerrottiin, että kyseessä oli opinnäytetyöhön liittyvä tutkimus ja vastaus kyselylomakkeeseen katsottiin suostumuksena osallistua tutkimukseen. Kyselyyn vastattiin nimettömänä niin, että vastaajan henkilöllisyyttä ei voitu tunnistaa. Kyselylomakkeen mukana jaettiin kirjekuoret, joissa kyselylomakkeet palautettiin. Näin varmistettiin, että vastaajan anonymiteetti säilyi. Kynnys vastata kyselyyn oli matalampi ja vastaukset mahdollisimman rehellisiä. Kuntoutuja palautti kirjekuoressa olleen kyselylomakkeen hänelle ohjeistettuun paikkaan, palautuslaatikkoon tai hoitavalle fysioterapeutille. Täytetyt kyselylomakkeet palautettiin kirjekuoressa opinnäytetyön tekijälle.

Valitsin opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmäksi kyselylomakkeen, koska tavoitteena oli tehdä mahdollisimman kattava tutkimus, jonka tuloksien reliabiliteetti on korkea ja tulokset ovat näin ollen luotettavia.

5.4 Opinnäytetyön aineiston analyysi

Määrällinen aineisto analysoitiin laskemalla tulosten toistuvuus eli frekvenssit. Nämä esitettiin hahmottamisen helpottamiseksi prosenttilukuina, sekä tilastokuvioina jotka tehtiin Microsoft Excel taulukko-ohjelmalla. Hyvä tilastokuva välittää tiedon visuaalisesti ja antaa mahdollisimman paljon tietoa pienessä tilassa saaden katsojan kiinnostumaan asiasta (Heikkilä 2014, 148).

Laadullinen aineisto analysoitiin sisältöanalyysin keinoin, jossa aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistellen. Sisältöanalyysissä tutkittavat tekstit voivat olla esimerkiksi kirjoja, päiväkirjoja, haastatteluita, keskusteluita tai puheluita. Saman aineiston analysoimisessa voidaan käyttää laadullista sisältöanalyysia ja määrällistä erittelyä. Laadullisessa sisältöanalyysissä erotellaan aineisto ensin pieniin osiin, jonka jälkeen se käsitteellistetään ja kootaan uudelleenlaiseksi kokoelmaksi. Menetelmällä kytketään tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

6 TULOKSET

Kyselyyn vastasi yhteensä 69 henkilöä, joista 43 oli naisia ja 26 miehiä. Kyselyyn vastanneiden keski-ikä oli 68,5 vuotta.

Lonkkaleikattuja naisia oli 24 ja heidän keski-ikänsä oli 67,3 vuotta. Polvileikattuja naisia oli 19 ja heidän keski-ikänsä oli 68,7 vuotta. Lonkkaleikattuja miehiä oli yhteensä 14 ja heidän keskimääräinen ikänsä oli 67,5 vuotta sekä polvileikattuja miehiä 12 ja heidän keski-ikä oli 72,1 vuotta.

6.1 Ohjaus

Kuntoutujien kokemuksia ohjauksesta mitattiin monivalintakysymyksillä (Liite 2), jossa annettiin valmiit väittämät ja vastaajan tuli merkitä vastaukseksi se väittämä, joka vastasi vastaajan tuntemuksiaan parhaiten.

Suurin osa vastaajista eli 71% koki ohjauksen ryhmässä erittäin selkeäksi ja 29% koki ohjauksen melko selkeäksi. Tämän lisäksi lähes kaikki vastanneet kokivat saavansa riittävästi ohjausta. Vain yksi vastaajista koki ohjauksen riittämättömänä.

Yli puolet, eli 64% koki ohjauksen melko yksilöllisenä ja 33% erittäin yksilöllisenä. 3% ei kokenut ohjausta kovin yksilöllisenä.



Kuvio 1. Ohjauksen yksilöllisyys.

6.2 Harjoitteet

Harjoitteista haluttiin selvittää, miten ryhmäkuntoutujat kokivat harjoitteiden vaikeustason. Tätä kysyttiin monivalintakysymyksellä, jonka päätteenä oli avoin kysymys, joka antoi mahdollisuuden vastauksen perusteluun.

95% vastanneista koki mattojumppaharjoitteet sopiviksi. Kolme vastannutta kommentoi perusteluihin, että harjoitteet olivat omaan kuntoon nähden sopivia ja toipumisaste oli otettu huomioon. Yksi heistä perusteli, että mattojumppa oli erittäin tehokasta ja siinä otettiin oman kehon käyttö hyödyksi.

3% vastanneista koki mattojumppassa tehtävät harjoitteet liian helpoiksi. Kaksi vastannutta perusteli vastauksensa seuraavasti, *"olen kuntoillut paljon", "liian helppoa, potilaat pinnaavat"*.

1% eli yksi vastanneista koki harjoitteet liian vaikeiksi perustellen, *"matto liian kova tuntui pahalta lonkassa"*.



Kuvio 2. Mattojumppaharjoitteet.

Valtaosa (95%) koki kuntosaliharjoitteet sopivina. Perusteluita tuli vastaukseen kaksi, joissa yhdessä vastauksista todettiin, että kuntosali oli entuudestaan tuttu ja toisessa vastauksen/toistojen määrässä otettiin huomioon kunto.

3% vastanneista koki kuntosaliharjoitteet liian helpoiksi. Yksi vastanneista kommentoi, että helppouden vuoksi potilaille jäi ylimääräistä aikaa.

Yksi vastanneista koki harjoitteet liian vaikeiksi. Hänen kommenttinsa mukaan pienillä painoilla tulisi aloittaa vähitellen. Hänen mielestään aika oli liian lyhyt ja kertoja tulisi olla enemmän. Yksi vastanneista kommentoi myös, että telineet olivat vaikeakäyttöisiä ja vanhoja, mutta piti harjoitteita helppoina.



Kuvio 3. Kuntosaliharjoitteet.

6.3 Ryhmäkuntoutuksen edut ja haitat verrattuna yksilökuntoutukseen

Lonkan tai polven tekonivelpotilailta kysyttiin kyselylomakkeen avuin, mitkä he kokivat ryhmäkuntoutuksen eduiksi ja haitoiksi verrattaessa yksilökuntoutukseen.

Kysymykseen vastanneista suuri osa mainitsi eduiksi vertaistuen, harjoittelun säännöllisyyden ja fysioterapeuteilta saadun ohjauksen.

"Leikkauksen jälkeen säännöllinen kuntoutus erittäin hyvä. Asiantuntevat ohjaajat!!"

"Vertaistuki on tärkeää, voi oppia itsekin, kun kuuntelee muiden kysymyksiä ja ohjaajan vastauksia ja ohjeistusta, ryhmästä muodostui tärkeä kohokohta viikon rytmiin ja mukava nähdä muidenkin edistymistä."

"Joka viikko säännöllinen liikunta, josta ei voinut laistaa. Väärintehtyille liikkeille sai korjauksen tai tehostuksen tai vaihtoehtoisen liikkeen. Hienoa, että ei kerran näytetä liikkeitä osastolla ja paperi käteen saatteena "päjäile kotona."

Eduiksi koettiin myös itse kuntoutusryhmä ja sen ohjaajat sekä fysioterapeutilta saatu neuvonta.

”Porukan innostavuus, huumorintajuiset vetäjät, vertaistuki.”

”Hyvä ohjeistus. Opeteltiin liikkeitä ja venytyksiä. Tehdään ne oikein ja niitä kuuluu tehdä jatkuvasti kotonakin. Suurin asia oli se että liikkeet tehdään oikein ja kuinka paljon itse pystyt omaan hyvään oloon vaikuttamaan!”

Verrattaessa yksilökuntoutukseen, kokivat useat ryhmäkuntoutuksen haitaksi liian suuren ryhmäkoon ja osa määrätyt ajankohdat.

”Joskus ryhmäkoot olivat liian suuria.”

”Ryhmäkoko oli liian suuri parilla ekalla kerralla, varsinkin kuin uusia aloittajia oli useampi.”

”Ajankohdat eivät aina sopineet muuhun ohjelmaani.”

Yksittäisiä mainintoja haitoista olivat muun muassa naisten ja miesten sekaryhmät, mattojumpassa käytettävän maton kovuus ja odottelu ryhmäkuntoutuksen aikana.

6.4 Kehittämisehdotukset

Kehittämisehdotuksiksi nousi usein esille ryhmäkokojen pienentäminen ja ryhmäkuntoutuskertojen lisäys.

”Saisi olla 2 kertaa viikossa ja enemmän kuin 10 kertaa. Mattojumpassa voisi olla isommatkin ryhmät. Jatko kuntosalissa voisi olla pienellä maksullakin, jos salissa on tilaa.”

”Jos mahdollista, vähän pienemmät ryhmät, mutta tällaisenakin erinomainen apu kuntoutumisessa.”

Esille nousivat myös muu muassa ehdotukset kuten yksilöllisen fysioterapiaohjauksen lisääminen, luentojen pitäminen, kuntosalilaitteiden uudistaminen, ryhmäkuntoutuksen aloitusajan aikaistaminen, venytysten lisääminen kuntosaliryhmän päätteeksi ja allasterapian järjestäminen.

"Ainakin sitä, ettei ryhmäkoot menisi kovin suuriksi, jotta jokainen voisi tarvittaessa saada yksilöllistä ohjausta välillä. Ensin mattojumppa sitten kuntosalikuntoutus oli hyvä yhdistelmä!"

"Mahdollinen vesijumppa vaikka pienellä maksullakin."

Kyselylomakkeen "kehitysehdotuksia?" kohdassa monet tekonivelpotilaat ilmaisivat tyytyväisyytensä nykyiseen järjestelmään.

"Ehkä toinen kierros olisi hyvä."

"Pitäkää tämä taso."

"Tuttu ryhmä innostaa ja virkistää henkisesti!"

"Tällainen kuntoutus on hieno juttu, kun neuvotaan, että mitä uskaltaa tehdä. Pelkäsin alkaa itsenäisesti liikkeitä tekemään."

"Tämä on aika hyvä. Tulee yhteiskunnalle halvemmaksi, kun vanhemmat ihmiset saadaan omatoimiseiksi."

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Kyselylomakkeista saatujen tulosten perusteella voidaan sanoa, että Turun kaupunginsairaalassa järjestettyyn ryhmäkuntoukseen oltiin tyytyväisiä. Ryhmäkuntoutusta pidettiin tärkeänä ja hyödyllisenä. Vastauksista nousi vahvasti esiin ryhmäkuntouksen innostava vaikutus omaan harjoitteluun ja pyrkimykseen kuntoutua leikkauksesta.

Edeltävien tutkimusten (kts. 8-9.) ja tämän opinnäytetyön tuloksien perusteella voidaan yhteenvetona sanoa, että tekonivelleikkaus on tärkeä toimenpide, jolla on elämänlaatua parantava vaikutus. Toimenpiteen jälkeisellä kuntoutuksella voidaan edistävästi vaikuttaa omaan toimintakykyyn (kts. 10-12.) Tekonivelleikkauksen jälkeinen kuntoutus on tärkeä osa koko tekonivelprosessia.

Useasta vastauksesta kävi ilmi, että kuntoutujille oli tärkeää saada ohjeita harjoitteiden tekoon. Yksilöllistä ohjausta pidettiin tärkeänä. Tästä johtuen moni toivoikin ryhmien olevan korkeintaan nykyisen kokoisia, mieluummin pienempiä. Harjoitteiden koettiin olevan sopivan haasteellisia ja ohjaajat saivat kiitosta asiantuntemuksestaan.

Lisäksi tulosten perusteella voidaan mainita, että monen osallistujan mielestä kuntoutuskertojen määrän tulisi olla suurempi. Toivottiin myös mahdollisuutta uuteen kuntoutusjaksoon tietyn ajan kuluttua. Harjoittelun jatkuminen koettiin siis tärkeäksi ja moni ilmaisi halunsa jatkaa juuri samassa ryhmässä.

Aineistosta nousi vahvasti esiin vertaistuen merkitys kuntoutumisessa. Ryhmäytyminen ja ryhmässä tekeminen koettiin kannustavana. Omien kokemusten jakaminen toisten samassa tilanteessa olevien kanssa oli monelle tärkeää.

Myös Päivi Linnanmiehen ideoimassa lonkkamurtumapotilaan kotiutusta tukevassa vertaistukiryhmässä koettiin vertaistuen voiman todella tärkeäksi (kts. 13-14). Samoin koki suuri osa tutkittavista sosiaali- ja terveysturvan kolmessa

eri tutkimuksessa (14-15). Näin ollen voidaan päätellä, että vertaistuki on tärkeä osa kuntoutusta ja olettaa, että sen tuoma positiivinen vaikutus on edistävää tekijä kuntoutuksessa.

8 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Turku tarjoaa kuntalaisilleen mahdollisuuden käydä lonkan tai polven tekonivelleikkauksen jälkeen säännöllisesti fysioterapeutin ohjaamassa ryhmäkuntoutuksessa. Tämä on hieno asia, koska tekonivelleikkauksen jälkeinen kuntoutus on osa onnistunutta tekonivelprosessia.

Opinnäytetyön tekeminen sai pohtimaan erityisesti vertaistuen merkitystä kuntoutumisessa. Vertaistuki nousi tutkimustuloksissa merkittäväksi ryhmäkuntoutuksen eduksi ja moni vastanneista kuvaili yksityiskohtaisesti millä tavalla oli kokenut vertaistuen merkittävänä. Oli vaikeaa löytää tutkimustietoa vertaistuen vaikuttavuudesta fysioterapeuttisessa kuntoutuksessa. Tuntui, että vertaistukea ei pahemmin ole yhdistetty fysioterapiaan. Saattaa kuitenkin olla, että tämä aihe on nousemassa, koska opinnäytetyötä tehdessäni törmäsin Suomen Fysioterapeutit ry:n lehdessä useaan artikkeliin, jossa käsitellään vertaistukea kuntoutuksessa. Vertaistuen linkittyminen itse fysioterapiaan oli silti todella vähäistä, jos sitä oli lainkaan.

Ryhmämuotoisen kuntoutuksen voimaa ei tule aliarvioida. On totta, että fysioterapeuttinen ohjaaminen ei ryhmäkuntoutusmuodossa pääse täysin oikeuksiinsa. Saatetaan ajatella, että ryhmämuotoinen kuntoutus ja fysioterapia eivät ole toimiva yhdistelmä, koska yksi fysioterapian tärkeimmistä elementeistä, manuaalinen ohjaaminen jää liian vähäiseksi. Kuitenkin fysioterapeutin ohjaus sekä ryhmän tuoma vertaistuki, josta kuntoutuja saa parhaimmillaan lisämotivaatiota harjoitteluun, ovat mielestäni toimiva yhdistelmä. Parhaimmillaan vertaistuki auttaa jaksamaan poikkeavan elämäntilanteen keskellä, ja ennen kaikkea lisää motivaatiota fysioterapeutin ohjaamien liikeharjoitteiden tekemiseen omalla ajalla.

8.1 Kehitysehdotukset ja merkitys fysioterapialle

Kuntien olisi hyvä tarjota kuntalaisilleen enemmän ennaltaehkäisevää sekä kuntouttavaa ryhmäkuntoutusta. Ryhmäkuntoutus on edullinen ja oiva tapa

tarjota monelle leikkauksessa olleelle samanaikaisesti fysioterapeutin ohjaamaa kuntoutusta. Ryhmäkuntoutusta voidaan myös pyrkiä ennaltaehkäisemään ikääntyvien sukupolvien rappeutumista. Vastausten perusteella ehdotti osa potilaista jopa olevansa valmiita maksamaan kohtuullisen maksun ryhmäkuntoutuksesta.

Ryhmäkuntoutuksen haitat olivat tuloksien perusteella liian suuri ryhmä koko ja määrätyt ajankohdat. Ominaista ryhmäkuntoutukselle on, että siinä on määrätty ajankohdat, osa kokee tämän etuna ja osa haittana. Kokojen tulee kuitenkin pysyä maltillisina, jotta yksilöllinen ohjaus on osittain mahdollista.

Käsitys ryhmäkuntoutuksen tarpeellisuudesta on vahvistunut opinnäytetyötä tehdessä. Opinnäytetyön tulokset antavat ryhmäkuntoutuksen mahdollistajille tiedon toiminnan tärkeydestä ja ryhmäkuntoutusta ohjaaville fysioterapeuteille palautetta heidän tekemästään työstä.

Työn tuloksista saatiin selville, mitkä tekonivelpotilaat kokivat ryhmäkuntoutuksen eduiksi ja mitkä haitoiksi. Selville saatiin myös kehittämissuhteita. Näitä tuloksia voidaan hyödyntää Turun kaupunginsairaalan lonkan ja polven tekonivelkuntoutusryhmän kehittämiseksi.

8.2 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia laajemmin ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuutta fysioterapiassa. Tutkimuksen pääongelmaksi asettaisin:

Miten ryhmäkuntoutus edesauttaa fysioterapian tavoitteiden saavuttamista?

Alaongelmia voisivat olla:

Lisääkö ryhmästä saatu vertaistuki motivaatiota harjoitteluun terapiahetkellä ja omalla ajalla?

Herääkö ryhmässä kilpailua ja onko se hyvästä vai pahasta?

8.3 Validiteetti ja reliabiliteetti

Validiteetti kuvaa pätevyyttä, eli sitä miten tarkasti mitataan juuri sitä mitä on tarkoitus mitata. Reliabiliteetti taas kuvaa mittauksen toistettavuutta, eli esimerkiksi sitä kuinka monta kertaa jokin tulos toistuu tutkimuksessa. (Hirsjärvi 2004 ym. 216; Heikkilä 2014, 177-179).

Reliabiliteettiin eli toistettavuuteen vaikutti positiivisesti tutkimuksen otannan kattavuus, jolloin vastauksissa oli paljon toistuvuutta. Myös kyselytapahtuma oli kaikille samanlainen ja ryhmäkuntoutuksessa olleet saivat itse vastata ja muotoilla vastauksensa paperille ilman viivettä.

Validiteetin takaamiseksi kyselylomakkeesta pyrittiin tekemään mahdollisimman lyhyt ja selkeä. Validiteettiin pystytään vaikuttamaan työn huolellisella suunnittelulla. (Heikkilä 2014, 177-178.) Osa pois jätetyistä kysymyksistä laski tutkimuksen validiteettia, koska niiden tuloksia ei epäselvyyden tai merkitsemättömyyden takia analysoitu.

Yhdessä kyselylomakkeen kysymyksessä (Liite 2. Kysymys 7) oli käynyt niin, että moni vastaaja oli todennäköisesti ymmärtänyt kysymyksen eri tavoin kuin kysyjä oli tarkoittanut. Vastauksia ei voitu epäselvien vastausten vuoksi analysoida. Kysymys 7 oli näin jälkepäin mietittynä liian vaikeasti esitetty geriatriselle kohderyhmälle. Sen olisi voinut esittää selkeämmin.

Kyselylomake sisälsi myös yhden kaksiosaisen johdattelevan kysymyksen (Liite 2. Kysymys 13). Johdattelu saattoi vaikuttaa heikentävästi tämän kysymyksen vastaustulosten reliabiliteettiin. Johdattelevuus kysymyksissä laskee vastausten validiteettia koska vastaajalle annetaan esimerkkejä vastauksesta. Johdattelevuus päätettiin kuitenkin laittaa kysymykseen, jotta vastaaja ymmärtäisi kysymyksen helpommin ja vastausprosentti olisi mahdollisimman korkea. Kysymyksen 13 validiteettia nosti kuitenkin se, että moni oli vastannut kattavasti ja oma kohtaisesti kysymykseen. Tämän ansiosta vastauksesta 13 (Liite 2) saatiin tulosten tulkinnassa paljon irti.

Kysymykset 4, 5 ja 6 (Liite 2.) olisin voinut jättää kyselylomakkeesta pois. Kysymyksillä 4, 5 ja 6 (Liite 2.) ei ollut merkitystä tutkimuksen kannalta, eikä vastauksia täten hyödynnetty tutkimuksessa.

Kyselylomaketta luotettavampi aineistokeruumenetelmä olisi voinut olla haastattelu, mutta tässä validiteettiin voi negatiivisesti vaikuttaa haastattelijan läsnäolo ja ettei kysymyksiä kysytä jokaiselta tutkittavalta esimerkiksi samalla äänenpainolla.

9 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi on ollut todella mielenkiintoinen ja antoisa. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja merkittävä. Sain prosessin kuluessa paljon uusia ajatuksia liittyen fysioterapiaan ja ryhmäkuntoutukseen.

Opinnäytetyöprosessin aikana olen oppinut paljon uutta lonkan ja polven tekonivelleikkauksista ja niiden jälkeisestä kuntoutuksesta. Tämä oli myös ensimmäinen laadullinen- ja määrällinen tutkimukseni. Olen oppinut tutkimuksen teosta kokonaisuudessaan todella paljon. Kaksikielisenä koin opinnäytetyön kirjoittamisen suurena haasteena. Suoraan aiheeseen linkittyvää tutkimustietoa oli hankala löytää. Aihetta sivuavista tutkimuksista saatiin kuitenkin hyvin tietoa.

Koin, että minun on ollut hyvä tehdä yksin, koska olen asunut eri paikkakunnilla opinnäytetyö prosessin aikana. Yksin tekemisessä on ollut omat haasteensa, mutta minulle tärkeintä on ollut, että olen saanut itse aikatauluttaa työn teon itse. Olen vienyt työtä eteenpäin oma-aloitteisesti ja pitänyt huolen aikataulusta. Opinnäytetyöprosessi eteni suunnitelmanmukaisesti ja onnistuneesti loppuun asti.

9.1 Eettisyys opinnäytetyössä

Opinnäytetyössä huomioitiin eettisyys siten, että kyselylomakkeeseen vastaaminen oli vapaaehtoista ja vastaajien anonymiteetti säilyi läpi koko opinnäytetyöprosessin. Opinnäytetyön luotettavuuden takaamiseksi työhön pyrittiin valitsemaan mahdollisimman uutta tutkittua tietoa.

Kaikki opinnäytetyöhön liittyvät aineistot käsiteltiin ja säilytettiin luottamuksellisesti. Aineistot hävitettiin opinnäytetyöprosessin jälkeen asianmukaisesti.

LÄHTEET

Carr, J. & Shepherd, R. 2010. Neurological Rehabilitation. Churchill: Elsevier.

Di Monaco, M.; Vallero, F.; Tappero, R. & Cavanna, A. 2009. European journal of physical and rehabilitation medicine. Rehabilitation after total hip arthroplasty: a systematic review of controlled trials on physical exercise programs. Vol. 45, No 3, 315. Viitattu 10.9.2015. <http://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/60d%252FsMRPPZQzT5hngEyKhUu0YEu6r0yp5JFGew32dAgjNA6NhFEzZt8R5bK7HxmY4HUM2TwSgSVGwKmmKiZ%252Fyg%253D%253D/R33Y2009N03A0303.pdf>

Ethgen, O.; Bruyère, O.; Richy, F.; Dardennes, C. & Reginster, J-Y. 2004. Health-Related Quality of life in total hip and total knee arthroplasty: a qualitative and systematic review of the literature. The Journal of bone and joint surgery, 86 (5). Viitattu 11.9.2015. <http://jbs.org/content/86/5/963.long>

Grönlund, R. 2010. Pitkään kotona- kunnoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhuskuntoutuksesta. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Edita Publishing Oy. Porvoo: Bookwell Oy.

Hesse, S.; Werner, C.; Seibel, H.; Von Frankenberg, S.; Kappel, E-M.; Kirker, S. & Käding, M. 2013. American Congress of Rehabilitation Medicine and the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation: Treadmill training with partial body-weight support after total hip arthroplasty: A Randomized Controlled Trial. Vol. 84. Viitattu 10.9.2015. [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(03\)00434-9/pdf](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(03)00434-9/pdf)

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Huber, F. & Wells, C. 2006. Therapeutic exercise. United States of America: Elsevier.

Jamk 2015. Opinnäytetyön raportointiohje. Viitattu 15.9.2015. <http://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/tag/kehittamistyo/>

Kauppila, AM.; Kyllönen, E.; Ohtonen, P. ym. 2010. Multidisciplinary rehabilitation after primary total knee arthroplasty: a randomized controlled study of its effects on functional capacity and quality of life. Clin Rehabil 2010; 24.

Koppa 2006. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 15.9.2015. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>

Korhonen, N.; Niemi, S. & Parkkari, J. 2013. Continuous decline in incidence of hip fracture: nationwide statistics from Finland between 1970 and 2010. Osteoporosis Int 2013; 24.

Kuntoutusportti 2015. Kuntoutus järjestelmä. Viitattu 14.9.2015. <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/kuntoutusjarjestelma/>

Käypähoito 2014. Polvi- ja lonkkanivelrikko. Viitattu 11.9.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50054>

Linnanmies, P. & Somersaari, K. 2015. Fysioterapia. Vol 2015, No 1.

Malmivaara, A. 2012. Intensiivisen postoperatiivisen kuntoutuksen vaikuttavuus polven tekoniivelleikkauksen jälkeen. Näytönkatsaus: näytön aste B. Käypähoito 2012. Viitattu

12.9.2015.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak05657&suositusid=hoi50054>

March, LM.; Cross, MJ.; Lapsey, H.; Tribe, KL.; Coutenay, BT. & Brooks, PM. 1999. Outcomes after hip or knee replacement surgery for osteoarthritis: a prospective cohort study comparing patients' quality of life before and after surgery with age- relate population norms. Med J Aust 1999;171. Viitattu 11.9.2015. <https://www.mja.com.au/journal/1999/171/5/outcomes-after-hip-or-knee-replacement-surgery-osteoarthritis>

Mielenterveystukiliitto. Viitattu 22.10.2015. <http://mtkl.fi/palvelut/vertaistoiminta/>

Moffet, H.; Collet, J-P.; Shapiro, SH.; Paradis, G.; Marquis, F. & Roy, L. 2004. Effectiveness of intensive rehabilitation on functional ability and quality of life after first total knee arthroplasty: a single-blind randomized controlled trial. Archives of physical medicine and rehabilitation. Vol. 85. Viitattu 10.9.2015. [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(03\)01023-2/fulltext](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(03)01023-2/fulltext)

Munin, MC.; Rudy, TE.; Glynn, NW.; Crosset, LS. & Rubash, He. 1998. The Journal Of The American Medical Association: Early inpatient rehabilitation after elective hip and knee arthroplasty. Vol. 279, No. 11. Viitattu 10.9.2015. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=187345>

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisen ehkäisy. Helsinki: THL.

Proneuron 2011. Kuntotusjärjestelmät. Viitattu 14.9.2015. <http://www.proneuron.fi/ryhmakuntoutukset/>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV: Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 16.9.2015. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html

Salminen, A-L.; Hämäläinen, P.; Karhula, M.; Kanelisto, K. & Ruutiainen, J. 2014. MS-kuntoutujien ryhmämuotoinen moniammatillinen avokuntoutus. Kuntoutusmallin kehittäminen ja arviointi. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 129. Viitattu 24.10.2015. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42945/Tutkimuksia129.pdf?sequence=75>

Salpakoski, A. 2015. Tehostettua kotikuntoutusta lonkkamurtuman jälkeen. Fysioterapia Vol. 2015, No 1.

Suomen artroplastiayhdistys 2015. Lonkan ja polven tekonivelleikkausten hoitosuositus. Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa 2015. Viitattu 11.9.2015. http://www.suomenartroplastiayhdistys.fi/files/hyva_hoito_lonkan_ja_polven_tekonivelkirurgiassa_2015.pdf

Suomen fysioterapeutit. 2015. Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapia. Viitattu 9.1.2015. http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00001

THL 2014. Hyvä lihaskunto mahdollistaa turvallisen liikkumisen. Viitattu 13.9.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy/liikkuminen-ja-toimintakyky/lihaskunto>

Tuulio-Henriksson, A.; Appelqvist-Schmidlechner, K. & Salmelainen, U. 2015. AMI-kuntoutus. Ryhmäpainotteinen kuntoutusmalli työelämässä oleville masennuskuntoutujille. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 138. Viitattu 24.10.2015. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/156631/Tutkimuksia138.pdf?sequence=1>

Vainikainen, T. 2010. Nivelkirja- Nivelrikon ehkäisy, tekonivelleikkaus ja kunotutuminen. Juva: WS Bookwell Oy.

Valtonen, A. 2013. Assymetrial Muscle Strenght Defict, Mobility Limitation and Aquatic Resistance Training in Persons With Knee Osteoarthritis: väitöstutkimus. Jyväskylän yliopisto.

Vesivastusharjoittelu- tehokas kuntoutusmuoto polven tekonivelleikatuille. Fysioterapia Vol. 2013, No. 5.

Vuorinen, M. 1996. Vertaistuki poistaa rajan autettavan ja auttajan väliltä. Sosiaaliturva 22/96.

Liite 1. Saatekirje

Saatekirje
Turussa 22.4.2015

Hyvä ryhmäkuntoutukseen osallistuja

Olen fysioterapeuttiopiskelija Turun Ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyöni aiheesta *Lonkan ja Polven tekonivelpotilaiden kokemuksia ryhmäkuntoutuksesta*.

Vastaamalla oheiseen kyselylomakkeeseen olette mukana vaikuttamassa lonkan ja polven tekonivelleikkauksen jälkeisen kuntoutuksen kehittämiseen. Jokainen vastaus on meille arvokas!

Kyselyyn vastataan nimettömänä ja lomake palautetaan suljetussa kirjekuoressa teitä hoitavalle fysioterapeutille. Oheiseen kyselyyn vastaaminen katsotaan suostumukseksi osallistua tutkimukseen.

Kiitos avustanne!

Paula Vuori
Fysioterapeuttiopiskelija
Turun Ammattikorkeakoulu
p. 040 73509489

Kati Kulju
Opinnäytetyöohjaaja
Fysioterapeuttikoulutus
Turun Ammattikorkeakoulu
p. 040 0732571



Liite 2. Kyselylomake

KYSELYLOMAKE

Vastatkaa merkitsemällä rasti annettuun tilaan () tai kirjoittamalla vastauksenne viivalle.

1. Sukupuoli nainen () mies ()

2. Ikä _____

3. Leikattu nivel polvi () lonkka ()

4. Leikkauspäivämäärä _____

5. Ryhmäkuntoutuksen alkamispäivämäärä _____

6. Ryhmäkuntoutuksen päättymispäivämäärä _____

7. *Mihin ryhmäkuntoutusmuotoon osallistuite ja kuinka usein?*

Kuntosaliryhmään _____ kertaa viikossa _____ viikon ajan

Mattojumppaan _____ kertaa viikossa _____ viikon ajan

8. *Oliko ohjaus mielestänne selkeää?*

Erittäin selkeää () Melko selkeää () Ei kovin selkeää () Ei lainkaan selkeää ()

9. *Oliko ohjaus yksilöllistä?*

Erittäin yksilöllistä () Melko yksilöllistä () Ei kovin yksilöllistä () Ei lainkaan yksilöllistä ()

10. *Saitteko mielestänne riittävästi ohjausta?*

Kyllä () Ei ()

11. Minkälaisina koitte mattojumpassa tehtävät harjoitteet?

Liian helppoina () Sopivina () Liian vaikeina ()

Mikäli koitte harjoitteet liian helpoiksi/vaikeiksi, perustelkaa miksi? _____

12. Minkälaisina koitte kuntosaliharjoitteet?

Liian helppoina () Sopivina () Liian vaikeina ()

Mikäli koitte harjoitteet liian helpoiksi/vaikeiksi, perustelkaa miksi? _____

13. Verrattuna saamaanne yksilökuntoutukseen (esim. tekonivelleikkauksen jälkeen osastolla), mitkä olivat mielestänne ryhmäkuntoutuksen

Edut (esim. vertaistuki, säännöllisyys): _____

Haitat (esim. ryhmäkoko, määrätyt ajankohdat): _____

14. Miten mielestänne tekonivelleikkauksen jälkeistä ryhmäkuntoutusta voitaisiin kehittää? _____

Palauttakaa täytetty kyselylomake oheisessa kirjekuoressa teitä hoitavalle fysioterapeutille tai palautelaatikkoon.

Kiitos vastauksestanne, se on meille tärkeä!

