

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / Sairaanhoitaja

Välkky Marina

KOTIHOITO-OHJE LONKAN TEKONIVELLEIKKAUKSEN JÄLKEISEN KUN-  
TOUTUMISEN TUEKSI – PROJEKTIN LOPPURAPORTTI

Opinnäytetyö 2011

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kuusankoski

Välkky, Marina                      Kotihoito-ohje lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen kuntoutumisen tueksi – projektin loppuraportti

Opinnäytetyö                              38 sivua +26 liitesivua

Työn ohjaaja                              THM, Lehtori Kristiina Mettälä

THM, Lehtori Anja Roikonen

Lokakuu 2011

Avainsanat                              lonkkamurtuma, kuntoutus, lääkehoito, lääkkeetön kivunhoito, projekti, potilaan ohjaus, ohjaus venäjänkielinen maahanmuuttajan, kotihoito-ohje.

Tämän projektin tarkoituksena oli laatia venäjänkielisille lonkan tekonivelleikkauksesta kuntoutuville inkerinsuomalaisille ja venäjänkielisille maahanmuuttajille käytännönläheinen kotihoito-ohje. Kotihoito-ohje on laadittu Kouvolan terveyskeskuksen osasto kahden potilaille. Kotihoito-ohje sisältää tietoa liikunnasta, liikkumisen rajoituksista ja apuvälineistä siitä, mistä sairastunut potilas voi saada tukea ja apua.

Lonkan nivelrikko ja kaatumisesta johtuva lonkanmurtuma ovat syitä lonkan tekonivelleikkaukseen. Koska lonkkamurtuman parantuminen vaatii pitkää ja monivaiheista hoitoa, suunniteltiin kotihoito-ohje lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen kuntoutumisen tueksi.

Opinnäytetyön tuotoksena ovat teoriaosuuden lisäksi kotihoito-ohje. Terveyskeskus osasto kahden osastonhoitaja ja ohjaavat opettajat arvioivat kotihoito – ohje. Kotihoito-ohjeiden tavoitteena on antaa tietoa potilaille ja tukea heitä selviytymään toimenpiteen jälkeen kotona. Lisäksi on tavoitteen motivoida lonkan tekonivelleikkauksesta toipuvaa hyvään yleissairauden hoitoon. Kotihoito-ohje suunniteltiin terveyskeskuksen vaatimusten mukaan. Ohje laaditaan suomeksi ja venäjäksi.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care, Kuusankoski

Välkky, Marina                      Home Care–Guide to Promote Rehab after Hip Replacement –  
Final report

Bachelor's Thesis                      38 pages + 26 pages of appendices

Supervisors                              Kristiina Mettälä , MNSc  
Anja Roikonen, MNSc

October 2011

Keywords                                  hip fracture, rehab, medical care, pain relief without  
medication, project, patient's guidance, Russian  
speaking immigrants' guidance, home care-guide

The aim of this study was to make a home care-guide for Russian-speaking immigrants who had been in hip replacement operation, and who needed practical help in rehabilitation. The guide has been compiled for the patients on ward two in Kouvola health care center. It includes information on physical exercise, limitations on exercise and aids, and where a patient can get support and help.

Hip arthritis and hip fracture consequent on fall are the reasons for hip replacement. Since the healing of hip fracture needs long and multi-phased treatment, this home care-guide was planned in order to support the patients' rehab.

As a result of this study, there is a home care-guide available for the Russian speaking patients. The aim of the guide is to provide information to the patients as well as support them in copying at home after the procedure. In addition, the aim is to motivate the patient to take care of him/herself. The guide was planned according to the requirements of the health center.

## SISÄLLYS

### TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO	6
2 LONKKAMURTUMA	7
2.1 Yleistä	7
2.2 Lonkkamurtuma ehkäisy, altistavat tekijät, merkit ja oireet	8
2.3 Lonkkamurtumapotilaan hoito	10
3 LONKAN TEKONIVELLEIKKAUSPOTILAAN POSTOPERATIIVINEN HOITO JA KUNTOUTUS	11
3.1 Leikkauksen jälkeinen hoito	11
3.2 Leikkaushaavan hoito	12
3.3 Postoperatiivinen kivunhoito	12
3.3.1 Lääkehoito	13
3.3.2 Lääkkeetön kivunhoito	14
3.4 Kuntoutus ja liikunta	17
4 LONKKAMURTUMAPOTILAAN OHJAUS	20
4.1 Kirjallisen potilasohjauksen merkitys	23
4.2 Maahanmuuttaja-potilaan ohjauksessa huomioitavia asioita	25
5 LONKAN TEKONIVELLEIKKAUKSESTA KOTIHOITO-OHJEIDEN LAATIMINEN	26
6 AIKASEMMAT TUTKIMUKSET	28
7 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET	31
8 KOHDERYHMÄ JA PROJEKTIN ETENEMINEN	32
7 POHDINTA JA ARVIOINTI	33

### LÄHTEET

### LIITTEET

Liite 1. Sopimus opinnäytetyöstä

Liite 2. Projektisuunnitelma

Liite 3. Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen kuntoutumisen tueksi kotihoito-ohjeiden arviointi

Liite 4. Kotihoito-ohje lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen kuntoutumisen tueksi (suomen kielellä)

Liite 5. Kotihoito-ohje lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen kuntoutumisen tueksi (venäjän kielellä)

## 1 JOHDANTO

Tämän projektin tarkoituksena on suunnitella lonkkaleikkauksen jälkeinen kotihoito-ohje ikääntyville inkerinsuomalaisille ja venäjäksiä äidinkielenään puhuville maahanmuuttajille. Esimerkiksi inkerinsuomalaiset ovat tulleet takaisin kotimaahansa, ja heidän osuus väestöstä lisääntyy jatkuvasti. Heillä on ongelmia suomen kielen kanssa, heidän on helpompi lukea ja ymmärtää venäjänkielisiä ohjeita. Maahanmuuttajilla on koettu olevan liian vähäisiä tietoja suomalaisesta yhteiskunnasta, tällöin palveluohjauksen tarve korostuu. (Arviolommi 2005, 20.)

Opinnäytetyöni aihe oli mielestäni mielenkiintoinen ja haastava. Mielenkiintoa ja haastavuutta lisäsi se, että itse olen työskennellyt viimeisinä kesänä osasto kahdella Kouvolan terveyskeskuksessa. Olen pystynyt seuraamaan jonkin verran hoitajien suhtautumista ja keskustelua potilaan lonkkaleikkauksen jälkeen sekä nähnyt kesäaikana hoitotyötä heidän kanssaan. Minä keskustelin osastonhoitajan kanssa ja kerroin aiheeni opinnäytetyöstä. Osastonhoitaja Tiina Lahti hyväksyi aiheeni ja suostui yhteistyökumppaniksi. Kouvolan terveysaseman osasto kaksi on 26-paikkainen perusterveydenhuollon lyhytaikais-hoidon osasto, jossa potilaat saavat ympärivuorokautista hoitoa. Osastolla työskentelee osastonlääkäri, osastonhoitaja, osastonsihtööri, 10 sairaanhoitajaa, 1/2 yösairanhoitajaa, 7 perus/lähihoitajaa, kuntahoitaja ja 5 laitoshuoltajaa. (Kouvolan terveysasema osasto 2:n kuvaus; Lahti 2009).

Väestön ikääntyessä reisiluun yläosan murtumat eli lonkkamurtumat ovat merkittävimpiä terveydenhuollon haasteita Suomessa. Lonkkamurtumien kokonaismäärän on viime vuosina arvioitu olevan noin 7000 vuodessa; ensimmäisen kerran lonkkansa murtaa Suomessa vuosittain noin 6000 henkilöä. (Sund 2006, 9.) Lähes kaikki lonkkamurtumat sattuvat ikääntyneille. Lonkkamurtumapotilaista yli kaksi kolmasosaa on naisia. Viidesosa lonkkamurtumista tapahtuu pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevalle väestölle. Lonkkamurtumapotilailla on tyypillisesti runsaasti liitännäissairauksia. (Rissanen ym.2002, 9.)

Lonkkamurtumasta kertyvien potilaskohtaisen kokonaiskustannusten on laskettu ensimmäisen vuoden aikana olevan reilut 17 000 euroa vuoden 2007 kustannustasolla, joista erikoissairaanhoidon osuus on noin 23 % (Nurmi ym.

2003, 9.) Lonkkamurtumapotilaat tarvitsevat usein pitkää sosiaali- ja terveydenhuollon rajat ylittävää hoitoa. Lonkkamurtumapotilaiden sairaalahoitoon on raportoitu kuluvan keskimäärin noin 50 vuorokautta, josta erikoissairaanhoidon osuus on keskimäärin noin 10 vuorokautta. Ennen murtumaa kotona asuneista potilaista lähes 30 % päätyy lonkkamurtuman jälkeen vuoden kuluessa pitkäaikaiseen laitoshoittoon tai sosiaalihuollon laitokseen. (Rissanen ym. 2002, 9.)

Aiheena lonkkamurtumapotilaan hoito on erittäin ajankohtainen, koska väestö ikääntyy ja huonokuntoiset vanhuksat elävät yhä pidempään. Kaatumiset ja niiden aiheuttamat luunmurtumat lisääntyvät. Yksi tärkeimmistä murtumien syytekijöistä on osteoporoosin eli luukadon aiheuttama luiden haurastuminen. Lonkkamurtuma on vakavin murtumista, ja se aiheuttaa runsaasti kipua, kärsimystä, vajaakuntoisuutta sekä hoidon tarvetta. (Lehtonen 2001, 251.)

Toivon, että leikkauksen jälkeen potilas voi saada venäjänkielisestä kotihoito-ohjeesta tarvitsemiaan tietoja, jotka osaltaan auttavat paranemaan sairaudesta. Opinnäytetyön teoriaosassa kerran lonkkamurtumasta, leikkauksen jälkeisestä hoidosta ja kuntoutuksesta, kivun hoidosta, maahanmuuttajapotilaan ohjauksesta huomioitavia asioita, lonkkamurtumapotilaan ohjauksesta, kotihoito-ohjeiden laatimisesta ja aikaisemmista tutkimuksista. Tässä projektissa laaditaan ohje lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen kuntoutumisen tueksi.

## 2 LONKKAMURTUMA

### 2.1 Yleistä

Valtakunnallisen hoitoilmoitusrekisterin mukaan Suomessa ilmenee vuosittain yli 7000 lonkkamurtumaa. Niistä noin 70 % sattuu naisille. Murtuman saaneet naiset ovat keskimäärin 80-vuotiaita ja miehet 75-vuotiaita. Kolmannes lonkkamurtumista tapahtuu laitoksissa ja 19 % pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Lonkkamurtumapotilaiden sairaalahoitoon kuluu keskimäärin noin 50 vuorokautta, josta erikoissairaanhoidon osuus on keskimäärin noin kymmenen vuorokautta. Ennen murtumaa muualla kuin laitoksessa (kotonaan) asuneista 29 % päätyy lonkkamurtuman jälkeen vuoden kuluessa pitkäaikaiseen laitoshoittoon. Lonkkamurtumien vaaratekijät voidaan jakaa kahteen ryhmään: kaa-

tumisvaaraa lisääviin ja luun lujuutta heikentäviin. Osa vaaratekijöistä, kuten korkea ikä ja vähäinen liikkuminen, vaikuttavat molempiin. Laitoksessa asuvin todennäköisyys saada lonkkamurtuma on nelinkertainen verrattuna samankäisiin kotona asuviin. Kaatumisvaara ja kaatumiset tulee ottaa puheeksi aina, kun vanhus käyttää terveydenhuollon palveluita. Yksilölliset toimenpiteet, joissa puututaan kaikkiin todettuihin vaaratekijöihin, vähentävät kaatumisen ja lonkkamurtuman vaaraa. (Suomalaisen Lääkäriseuran käypähoito-suositukset 2006.)

## 2.2 Lonkkamurtuma ehkäisy, altistavat tekijät, merkit ja oireet

lääkäiden luunmurtumien ehkäisykeinoista liikunta, monipuolinen ravinto (kalkki, D-vitamiini) ja terveet elintavat ovat tehokkaita, laajasti hyväksytyjä, turvallisia ja halpoja koko väestöön sovellettavissa olevia ehkäisymenetelmiä. Näistä ilmeisesti liikunta on ainoa keino, joka voi merkittävästi vaikuttaa sekä luuston kuntoon että ikäihmisen lihasvoimaan ja liikkumisvarmuuteen ja siten kaatumis- ja murtumariskiin. (Vuori.ym.2005, 299–301.)

Liikuttaessa luihin kohdistuu painovoiman ja lihassupistusten johdosta dynaamista puristusta, venytys, vääntö ja kiertokuormitusta, mikä puolestaan aiheuttaa luukudoksen uudismuodostusta stimuloivan luun hetkellisen muodonmuutoksen. Luun uudistumiskierto on kuitenkin hidas prosessi (useita kuukausia), ja siksi luuta kuormittavan liikunnan tulee olla säännöllistä ja pitkäaikaista. (Vuori. ym. 2005, 299–301.)

Ihmisen kehon tukirakenne on luusto, jolla on lisäksi keskeinen asema elimistön kalsiumaineenvaihdunnassa. Ihmisellä on yli 200 luuta. Luukudos rakentuu luusoluista, mineraaleista sekä kollageenisyistä. Luuta muodostavia soluja ovat osteoblastit ja luuta hajottavia soluja osteoklastit. Uusiutuminen ja hajoaminen ovat tasapainossa näiden solujen toiminnan välillä. Luut keräävät kiennäisaineita, joita ovat kalsium sekä fosfori. Lisäksi luusto tarvitsee rautaa, fluoria ja magnesiumia. Luukudos on elävää kudosta, jonka vuoksi se tarvitsee myös happea. Luumassa pienenee vähitellen 30–40 vuoden iästä alkaen. (Iivanainen 2001,599.)



Luun tiheys vähenee ikääntymisen myötä, jolloin on riski sairastua osteoporoosiin. Luun huokoistumisen aiheuttaa huono kalsiumtasapaino sekä vähäinen D-vitamiinin saanti tai D-vitamiinin imeytymishäiriö. (Iivanainen 2001, 600–602.)

Luumassaan vaikuttavat periytyvyys ja elämäntapatekijät, kuten liikunta, ravinto ja nautintoaineet. Runsas alkoholin käyttö vaikuttaa ruoansulatuskanavaan, jossa se vähentää kalsiumin imeytymistä ja pienentää näin D-vitamiinipitoisuutta. Tupakointi vähentää estrogeenin luuta suojaavaa vaikutusta ja lääkkeistä erityisesti kortikosteroidit lisäävät luun hajoamista. (Vauhkonen 1998, 318, 319.)

Reiden proksimaaliset eli lähinnä lonkkaa sijaitsevat murtumat jaetaan seuraavasti: reisiluun kaulan murtuma *Fractura colli femoris*, reisiluun sarvennaisen murtuma *Fractura trochanteria femoris* ja sen alapuoliset murtumat *Fractura subtrochanterica femoris*, jossa murtuma sijaitsee nivelkapselin ulkopuolella tai nivelkapselin alapuolella. Nämä murtumat ovat vanhusten osteoporoottisia tyyppimurtumia. (Ukkola, ym. 2001, 261, 262, 264.)

Dislokoituneeseen eli virheasennossa olevaan murtumaan liittyy usein selvä raajan lyhentymä sekä ulkorotaatiovirheasento eli lonkan kiertyminen ulospäin, joka syntyy, kun luut siirtyvät paikaltaan murtumasta ja lihasten vetovoimasta johtuen. Murtuman dislokoituminen voi aiheuttaa ympäröivien hermojen, verisuonten, jänteiden tai sisäelinten vaurioitumista. Dislokoitumaton reisi- luunkaulan murtuma on halkeamatyyppinen tai kiilautunut ja siihen liittyy vähäistä lonkan aristusta. Raajan liikuttelu voi onnistua ja raajaan varaaminen on mahdollista. (Holmia ym.2004, 525, 539, 540.)

Vammamekanismi vaihtelee tapaturman luonteen, potilaan reaktiotavan sekä ulkoisten tekijöiden mukaan. Kudosvauriot jaetaan vamman aiheuttaman väkivallan suuruuden perusteella suuri ja pienienergiisiin. (Rokkanen. 1995, 227–228.)

Luunmurtuma syntyy, kun paikallinen luun kuormitus ylittää luun rakenteellisen kestävyuden. Lonkkamurtumat syntyvät melkein sataprosenttisesti kaatumistapaturmissa. Kaatumisessa syntyvä energia on jopa kymmenen kertaa

suurempi kuin reisiluunkaulan murtumisen tarvittava energia. Murtumavaara riippuu siis vammaenergiasta ja sen suunnasta sekä henkilön ruumiinrakenteesta ja luun tiheydestä. (Rokkanen ym. 1995, 227.)

Murtumat aiheuttavat usein pehmytkudosvaurioita, jotka kohdistuvat lihaksiin, hermoihin, verisuoniin ja ihoon. Kipu tai arkuus aiheutuu murtuneen luun liikkeestä, lihasspasmista, suorasta kudostraumasta ja hermopuristuksesta. Turvotus johtuu murtuma-alueelle vuotaneesta verestä ja kudospainesta. Tunnottomuus voi olla seurausta hermovauriosta tai hermopinteestä. Krepitaatio eli ritinä tai rahina syntyy luiden päiden hangatessa toisiaan vasten. Lihasspasmit johtuvat lihasten supistumisesta murtuma-alueella. Verenhukka aiheuttaa hypovolemisen sokin ja hematoomat eli mustelmat syntyvät, kun ihonalaiseen kudokseen vuotaa verta. (Holmia ym. 2004, 524, 525.)

Murtumien komplikaatiot jaetaan välittömiin, paikallisiin ja yleisiin komplikaatioihin sekä murtuman parantumiseen liittyviin ongelmiin. Komplikaatioita ovat traumaattinen sokki, rasvaembolia, keuhkoveritulppa, laskimotromboosi ja infektio, joka on yleisin komplikaatio avomurtumassa sekä lihasaitiosyndrooma, jossa kudospaine kasvaa johtuen luunmurtuman aiheuttamasta verenvuodosta ja turvotuksesta. Lihasten kapillaariveren kierto heikkenee tiukkojen kalvojen ympäröimissä lihasaitioissa ja seuraa soluhypoksia eli solujen vähähappisuus. (Holmia ym.2004, 527.)

### 2.3 Lonkkamurtumapotilaan hoito

Lonkkamurtuman hoitona on lähes aina leikkaus, joka pyritään tekemään niin pian kuin mahdollista. Leikkaus on tehtävä viivytyksettä niin, että potilas pääsee liikkumaan mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Ensimmäisen vuorokauden kuluessa murtumasta leikattu vanhus näyttää saavan vähemmän komplikaatioita ja toipuvan paremmin kuin leikkaustaan odottamaan joutunut. Leikkausmenetelmän valintaan vaikuttavat potilaan ikä, yleiskunto, henkinen tila, muut mahdolliset sairaudet sekä reisiluun ja lonkkanivelen laatu sekä se, millainen murtuma on kyseessä. Lonkkamurtumaleikkaukseen liittyy iäkkäillä ihmisillä monia riskejä, joita pyritään torjumaan. Monet lonkkamurtumapotilaat ovat aliravittuja. Tämä heikentää heidän kykyään vastustaa infektioita ja huonontaa myös haavan paranemista. Vanhuksella on yleensä myös monia sai-

rauksia, jotka huonontavat hänen toipumistaan leikkauksen elimistölle aiheuttamasta rasituksesta. Siksi hoito on vaativaa ja räätälöidään kunkin potilaan tarpeiden mukaan. Kivunhoitokin on yksilöllistä ja riippuu mm. potilaan perussairauksista. (Huusko 2006.)

### 3 LONKAN TEKONIVELLEIKKAUSPOTILAAN POSTOPERATIIVINEN HOITO JA KUNTOUTUS

#### 3.1 Leikkauksen jälkeinen hoito

Preoperatiivisen ohjauksen tulisi auttaa potilasta saamaan leikkauksen jälkeisen toipumisen kannalta tärkeitä tietoja. Hoitajalla tulee olla riittävästi kommunikaatiotaitoja, jotta hän pystyy arvioimaan potilaan hoidon tarvetta yksilöllisesti, suunnittelemaan hoitoa, toteuttamaan ja arvioimaan sitä. Leikkauksen jälkeen potilas kuntoutetaan ja hän kävelee sauvoilla noin kuuden viikon ajan. Potilasta opetetaan välttämään lonkkanivelen voimakasta koukistusta, sisäkiertoa ja adduktiota (raajan osan tuominen lähemmäksi kehonosan keskiviivaa), pukemaan sukat ja housut jalkaan luksoimatta lonkkaa ja välttämään istumista matalalla istuimella kuuden viikon ajan. (Alaranta ym. 2003,183.)

Fysioterapia alkaa leikkauksen jälkeisenä päivänä. Fysioterapeutti ohjaa potilasta siirtymään sängyssä, sängystä istumaan ja seisomaan, kontrolloi sauvakävelyn tai liikkumisen sopivalla apuvälineellä tasaisella ja portaissa, ohjaa potilaan liikeharjoituksia, joita suoritetaan sairaalassa ja antaa liikeharjoitusohjelman kotona suoritettavista liikeharjoituksista. Hän käy siinä olevat asiat läpi potilaan kanssa. (Alaranta ym. 2003,183.)

Vanhuksilla saattaa esiintyä muistamattomuutta, minkä vuoksi hyvien kirjallisten ja suullisten kotihoito-ohjeiden merkitys korostuu. Sairaalasta annettujen hoito-ohjeiden tulee sisältää tietoa, milloin ja missä ompeleet tai hakaset poistetaan ja missä vaiheessa potilas saa kastella haavan tai mennä saunaan. Tietoa tarvitaan myös siitä, minkälaisia oireita haavan suhteen tulee seuranta ja milloin ja mihin potilas voi ottaa yhteyttä, jos ongelmia ilmaantuu. (Heinzel 2002,110 – 111, 114 – 115.)

Lonkanleikkauksen jälkeen autolla ajamista ei suositella neljään viikkoon. Autossa suositellaan kahden kuukauden ajan käytettäväksi istuinkoroketta. Kahden kuukauden ajan tulee välttää lonkan voimakasta loitontamista. (Iivanainen, Jauhiainen, & Pikkarainen, 2006, 633.)

Jälkitarkastus tehdään poliklinikalla kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta. Otetaan röntgenkuva, CRP ja La sekä tarkistetaan lonkan liikeradat ja raajan lihasvoima. (Iivanainen ym. 2006, 633.)

### 3.2 Leikkaushaavan hoito

Leikkauksen jälkeisen haavan havainnoinnissa seurataan vuotoa, potilaan tuntemuksia, turvotusta, haava-alueen tuntoa sekä väriä. Liikkuessa ja siirtyessä estetään haavan rasittuminen, venyttäminen sekä hankaantuminen. Haavaan kohdistuvaa rasitusta voidaan ehkäistä muun muassa oikealla sidostekniikalla ja materiaaleilla. (Laine & Stolt-Niemi 2006, 25). Haavan puhtauteen kiinnitetään huomiota varhain. Kahden vuorokauden kuluttua leikkauksesta aloitetaan haavan säännöllinen suihkuttelu. Jos haavaerite on poikkeavaa tai haava on punoittava, otetaan bakteeriviljely. Tällöin antibiootihoidot aloitetaan herkästi. Potilasasiakirjoihin kirjataan tarkasti haavan paraneminen. (Pietikäinen ym. 2003, 191 - 196). Dreenit poistetaan yleensä ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä, jos erityis on vähentynyt tarpeeksi. Ompeleet poistetaan yleensä 10 päivän kuluttua leikkauksesta. (Holmia ym. 2004, 713).

### 3.3 Postoperatiivinen kivunhoito.

Leikkauksen jälkeen kipuja on raportoitu ilmenevän jopa 80 %:lla potilasta kipulääkityksestä huolimatta. Kipuja esiintyy yleisesti myös kotiutuksen jälkeen. (Salanterä ym. 2006, 20.) Kivun hoidolla pyritään potilaan kivuttomuuteen tai olotilaan, jossa potilas tulee toimeen kipunsa kanssa ja on tyytyväinen saamaansa hoitoon (Holmia ym. 2004, 71). Silloin kun potilas kertoo kivusta, häntä tulee uskoa, kunnioittaa ja suhtautua asiaan vakavasti. Potilas on oman kipunsa paras asiantuntija. (Ruuskanen 2005, 12.)

Sairaanhoitaja luo hoidon kannalta tärkeän suhteen potilaaseen ja usein muodostaa perustan moniammatillisessa yhteistyössä potilaan kivunhoidossa.

(Sailo & Vartti 2000,15–22). Sairaanhoidajan toiminnan perustana kivun hoitotyössä ovat tiedot ja taidot, arviointitaidot ja asenteet vaikuttavat, millaista kivunhoitoa potilas saa. Näitä ovat käden taidot, havainnointi ja kommunikointitaito, kyky ohjata ja neuvoa potilasta sekä antaa psykososiaalista tukea potilaan tarpeiden mukaan. Sairaanhoidaja kartoittaa potilaan käytöksessä ja toimintakyvyssä ilmeneviä kivusta kertovia merkkejä. (Lukkari ym. 2007, 370.)

Kipu on subjektiivinen kokemus, jota on vaikea kuvata toiselle ihmiselle. Kivun mittaamiseen ei ole suoraa menetelmää, vaan se perustuu aina ihmisen omaan ilmoitukseen kivustaan.(Vainio 2003, 11 - 30). Toisaalta sanallisen ilmauksen lisäksi potilaan käytös, asento, ihon väri, liikkuminen, pulssi ja hengitys kertovat kivun voimakkuudesta ja esiintymisestä (Järvinen & Rasku 2000, 111–117).

Kipua voidaan mitata eli potilaan ilmoittama kokemus voidaan kuvata numeroin tai sanoin (Vainio 2003). Potilaan käyttämän sanallisen kuvailun avulla pystytään valottamaan potilaan kipukokemuksen sensorisia ominaisuuksia, affektiivisia piirteitä sekä myös arvioimaan kivun voimakkuutta pahenemisvaiheessa. Ronald Melzack loi ensimmäisen sanallisen kipumittarin McGillin yliopistossa vuonna 1975. Sen pohjalta Heikki Ketovuori kehitti vastaavan suomenkielisen vakioidun sanallisen kipumittarin vuonna 1980. (Kalso ym. 2009, 56). Arvioinnin apuvälineinä käytetään erilaisia kipumittareita sekä toistuvia kysymyksiä. (Lukkari ym. 2007, 370). Yleisimmin käytetty kipumittari on visuaalinen analogiasteikko eli VAS (Visual Analogue Scale), jonka arvioi kuvaavan kipunsa voimakkuutta. Kipusanastot valottavat myös kivun affektiivista ja emotionaalista puolta. Ne antavat myös viitteitä kiputilan patofysiologiasta. (Kalso ym. 2009, 54 – 55.)

### 3.3.1 Lääkehoito

Ensimmäisenä päivänä lonkan tekonivelleikkauksesta kipua hoidetaan kipupumpulla joko suonensisäisesti tai epiduraalikatettrin kautta. Alkuvaiheissa nivelrikon kivunhoidossa käytetään opioideja. Opioideja voidaan jakaa kolmeen ryhmään niiden analgeettisen vaikutuksen perusteella. Heikkoja opioideja ovat tramadoli, kodeiini ja dekstropropoksifeeni. Keskivahva opioidi on buprenorfiiini. Vahvoja opioideja ovat morfiini, oksikoni, metadoni, hydromorfoloni, fenta-

nyyli, sufentaliini, alfentaliini ja remifentaliini, joita yleisesti käytetään leikkauksen jälkeiseen kivun hoitoon. (Nurminen 2001, 243.)

Ikääntyneen ihmisen kivunhoidossa tulee ottaa huomioon iän mukanaan tuomat fysiologiset muutokset, kuten farmakokineettiset tekijät ja opioidiherkkyys. Iäkkäät vanhukset tarvitsevat vähemmän kipulääkkeitä kuin työikäiset. Vanhusten keskushermosto ja aineenvaihdunta altistuvat helpommin kivunhoidossa käytettyjen lääkkeiden aiheuttamille sivu- ja yhteisvaikutuksille. (Korte, Rajamäki, Lukkarila & Kallio 2000, 319.)

Kotona potilas hoitaa kipua tulehduskipulääkkeillä eli anti-inflammatorisilla analgeetilla. Niitä käytetään lievien ja kohtalaisten kiputilojen hoitoon. Tulehduskipulääkkeinä tekonivelleikkauspotilaille käytetään parasetamolia, ibuprofeenia, steroideihin kuulumattomat tulehduskipulääkkeitä ja selektiivisiä COX 2- salpaajia. Ne puolittavat opioidien tarpeen. (Nurminen 2001, 235.)

Tulehduskipulääkkeiden yleisempiä haittavaikutuksia on ruoansulatuskanavaan ärsytys, joka ilmenee närästyksenä, vatsakipuina, pahoinvointina ja oksenteluna. Suoliston alueen verenvuodot, haavaumat ja perforaatiot ovat liittyneet tulehduskipulääkkeiden käyttöön ja varsinkin niiden jatkuvaan liikaannosteluun. (Nurminen 2001, 238–241.)

### 3.3.2 Lääkkeetön kivunhoito

Yksi hoitotyön kivunlievitys menetelmistä on asentohoito. Asennon muutos lieventää kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsytystä. Apukeinoina mukavan ja rennon asennon saamiseksi käytetään tyynyjä ja muita pehmusteita. Asentohoidossa on huomioitava, etteivät seurantalaitteiden letkut, drenit, laskuputket tai siteet jää painamaan potilaan ihoa. Jopa aluslakanan rypyt saattavat aiheuttaa kipua potilaalle, joka on kauan samassa asennossa. Potilaan asentoa muutetaan usein, 1 - 2 tunnin väliajoin, mikäli hänen tilansa sen sallii. Potilasta kehoitetaan vointinsa mukaan liikuttamaan raajojaan sekä oikaisemaan itsensä, jolloin hänen hengityksensä helpottuu. Tyynyjen asettelulla tuetaan selkää, polvitaiteita, nilkkoja ja kyynärvarsia sekä asetetaan potilas kylkiasentoon. Näin saadaan mahdollisimman rento asento leikkausalueelle. Mitä rennompia olo potilaalla on, sitä kauemmin kipu pysyy poissa, ja parantuminen

edistyy. Näin estetään ihopainaumat ja uhkaavat painehaavaumat, ja verenkierto pysyy normaalina. (Sailo & Vartti 2000, 124, 135.)

Asentohoidon yhteydessä hierotaan potilaan selkää, jalkoja ja käsivarsia rasvataan. Kivunlievityksessä apua on myös tukiliivistä, joka sidotaan tukemaan potilaan selkää ja vatsaa. Tukisiteestä on erityisesti apua nostettaessa potilasta istumaan ja seisomaan. Asentohoidossa yhteistyö fysioterapeutin kanssa on ensiarvoisen tärkeää. Fysioterapeutti voi neuvoa ja ohjata hoitajia, jotta vältetään asettamasta potilas virheellisiin asentoihin. (Sailo & Vartti 2000, 136.)

Rentoutuminen ja mielikuvaharjoitukset. Rentoutuminen auttaa potilasta suunnitamaan ajatukset pois kivusta. Rentoutus ei korvaa kipulääkkeiden käyttöä vaan täydentää sitä. (Sailo & Vartti 2000, 136). Rentoutuessaan potilas jännittää yhden lihasryhmän kerrallaan ja sitten rentouttaa sen. Rentoutus vähentää sekä ahdistuneisuutta että lihasjännitystä ja vähentää näin aivoihin tulevien nosiseptiivisten impulssien määrää. Rentoutumiseen voidaan liittää hengitysharjoituksia ja mielikuvaharjoituksia, joissa potilas opettelee käyttämään luovasti mielikuvistaan kipuongelman voittamiseen. Mielikuvat voivat sisältää esimerkiksi rentoutumisen miellyttävässä ympäristössä (esim. rannalla), liittyä johonkin terveyteen miellettyyn toimintaan (esim. hiihtoon) tai kipu voidaan kuvitella ulkopuoliseksi esineeksi (esim. tiukka side jota voidaan höllentää). Harjoittelun tavoitteena on kyky huomata lihasjännitys automaattisesti ja pysyä vähentämään sitä missä tilanteessa tahansa. (Kalso & Vainio 2004, 202.)

Rentoutumisen apuna voidaan käyttää rentoutuskasetteja, kuunnelmia ja musiikkia. Musiikin avulla, rauhallisella ja miellyttävällä ympäristöllä, voidaan vähentää pelkoa ja kipua. (Korhonen & Luomala 2005, 15). Järvimäki kirjoittaa, että Mitchellin työryhmä on tutkinut huumorin, päässä laskutehtävien ja mieluisan musiikin kuuntelun vaikutusta kivun kokemiseen. Musiikin kuuntelu pidentasi merkittävästi enemmän kivuliaan ärsyksen sietokykyä kuin päässä laskutehtävät. Musiikin kuuntelu lisäksi kivuliaan kokemuksen hallintaa paremmin kuin huumori. Tutkimuksen mukaan musiikin kuuntelu voi helpottaa kivun hallintaa. (Vainio 2004, 112 – 113).

Lämpö aiheuttaa kudoksissa verenkierron vilkastumista, kudosten venyvyyden lisääntymistä ja lihasjännityksen laukeamista. Varsin vähäisilläkin lämpötilan

muutoksilla voidaan merkittävästi lisätä kudoksen aineenvaihduntaa. Lämpöhoitoa ei tule käyttää, jos hoitoalueella on ihottumaa, tulehdus tai tuore kudovamma, myös metalliset vierasesineet voivat kuumentua. Lämpöpakkausten lämpötilan tulisi ihokontaktissa olla n. 40–45 astetta. Potilaan ihon ja lämpöpakkauksen väliin laitetaan pyyheliina ja asiakas peitellään lämmön säilymiseksi. Hoitoa annetaan yleensä 20–30 minuttia, samalla seurataan ihon kuntoa ja potilaan tuntemuksia. Hoito on keskeytettävä, mikäli iholla näkyy merkkejä ärsyntyemisestä. (Alaranta ym. 2003,374 – 375; Arponen & Airaksinen 2001,181 – 184.)

Kylmähoitoa käytetään akuuttien pehmytkudovammojen ja leikkausten jälkitiloissa sekä sairauksien hoidossa. Kylmä vaikuttaa analgeettisesti hidastamalla hermojen johtumisnopeutta. Kylmäkäsittely vähentää myös spastisen lihaksen tunnusta ja helpottaa liikesuorituksia. Kylmähoitoa on perinteisesti käytetty pehmytkudovammojen ensihoitona. Kylmän lisäksi vamma-alueelle laitetaan kompressiosidos. Kylmähoidon ja kompressiosidoksen tarkoituksenaan rajoittaa verenvuotoa kudoksessa ja estää turvotusta. Kohoasento edistää em. tavoitteiden saavuttamista. Vammojen ensihoidossa kylmäpakkaus laitetaan kompressiosidoksen väliin. Kotihoitomenetelmänä äkillisissä kaatumisissa voi hyvin käyttää pakasteherne, geelipussit tai pakastemarjapussia tai 1 - 4 asteeseen jääveteen kastettua pyyheliinaa. (Arponen & Airaksinen 2001,188.)

Kylmähoitoa annetaan kylmäpakkauksien ja kylmäpyyhkeiden avulla. Pakkausten ja hoitoalueen väliin laitetaan esimerkiksi ohut pyyhe estämään ihon liiallista kylmenemistä. Näillä menetelmillä käsittely kestää noin 20 – 30 minuuttia. Jos alueella on vähän pehmytkudosta, hoitoaika on lyhyempi. Samalla seurataan potilaan vointia. Kylmähoidon on osoitettu alentavan tehokkaasti kipua nivelten rekonstruktivisten leikkausten jälkeen. Kylmä on edullinen, tehokas ja turvallinen vaihtoehto. Kylmäallergia ja uratikaria ovat kuitenkin mahdollisia haittavaikutuksia. (Alaranta ym. 2003, 374 – 375; Arponen – Airaksinen 2001, 187 – 188.)

Jos kylmä tai lämpöpusseja ei voida asettaa jostain syystä kipualueelle, ne voidaan asettaa kipua aistivan keho-osan vastakkaiselle puolelle (esim. vasempaan jalkaan, jos oikea jalka on kipeä) tai kipukohdan yllä tai alapuolelle.



Kylmä ja lämpöpussihoitoa voidaan antaa intermittoiden, eli lyhyellä aikavälillä vaihdetaan kylmästä kuumaan ja päinvastoin. Saatu hyöty on todennäköisesti parempi kuin jompikumpi hoito yksinään. Potilaalle annetaan sitä hoitoa, mistä hän tuntee saavansa parhaan hyödyn.(Sailo & Vartti 2000, 138.)

Hieronta voidaan määritellä seuraavasti: "Hieronta on psykofyysinen hoitopahtuma, jossa käsin suoritetuilla, pehmeisiin kudoksiin kohdistuvilla, liikkuvilla, sujuvan rytmisillä ja voimakkuudeltaan oikein säädetyillä otteilla kudoksia painaen ja / tai venyttäen pyritään edistämään tai rauhoittamaan erilaisten kudosten toimintoja tietyn tavoitteen suuntaisesti".(Arponen & Airaksinen 2001, 25.)

Hieronta on yksi menetelmä, jota käyttämällä potilas yleensä rauhoittuu ja rentoutuu. Potilaan lihasten rentoutuessa myös kipu lieventyy. Hieronnan tarkoitus on vaikuttaa hermo-lihasjärjestelmiin ja saada aikaan paikallinen tai yleinen vaikutus veren- ja immunestekiertoon. Kivun säätely on monimutkainen ilmiö sekä keskushermostossa että perifeerisessä hermostossa. Mielialatekijöillä voi olla hyvinkin merkittävä osuus kipuaistimukseen, ja miellyttävien tunteusten aikaansaaminen hieronnalla voi olla subjektiivista hieronnan kipua lievittävää vaikutusta. Hieronnalla on myös positiivisia vaikutuksia ihoon, ihon ja lihasten verenkiertoon sekä hermokudokseen. Hieronnalla käsitellään potilaan pehmytkudoksia järjestelmällisesti. Hieronnan katsotaan olevan turvallinen ja tehokas kivunlievityskeino. Jos potilaalla on ihotulehduksia, ihottumaa, laskimotulehduksia, kasvaimia, verenvuototauti tai tuore vamma, hieronnasta on syytä pidättäytyä. Tutkimukset leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta osoittavat, että potilas, joka on saanut hierontaa, antaa huomattavasti alhaisemmat kipupisteet. Hieronnalla on myös psykologinen merkitys, se vähentää ahdistusta ja tukee hoitosuhteen muodostumista. Tavallisinta on hieroa potilaan olkapäitä, selkää, jalkoja ja käsiä. (Sailo & Vartti 2000, 137 - 138.)

### 3.4 Kuntoutus ja liikunta

Lonkan tekonivelleikkauksesta toipuva on leikkauspäivän aikana vuoteessa mieluiten sellinmakuulla. Verenkierron vilkastuttamiseksi ja turvotuksen laskemiseksi on tärkeää tehdä nilkkojen ojennus- ja koukistusliikkeitä useita kertoja päivässä. Leikkauksen jälkeisenä päivänä saatte nousta ylös avustettuna,

ensin istumaan vuoteen laidalle terveeseen kyljehen kautta, ja sen jälkeen seiso-  
maan ja liikkeelle hoitohenkilökunnan ja apuvälineen avulla. (Lonkka kuntoon!  
2007, 7 - 10).

Haava aluetta ei saa ensimmäisinä viikkoina venyttää, koska tekoniveltä ym-  
pärvien kudosten ja haavan paraneminen vievät oman aikansa. Kun kudok-  
set ja haava ovat parantuneet, voi sukupuolielämä jatkua, mutta yhdyntä-  
asunnoissa on huomioitava leikatun nivelen toiminnalliset rajoitukset. (Iivanai-  
nen ym. 2006, 500–505.)

Lonkkaleikkaukspotilaan kuntoutumisen tavoitteena on potilaan toipuminen  
leikkauksesta ja toimintakyvyn edistäminen leikkauksen jälkeen. Rissasen  
mukaan hoitajaksojen lyhentyminen on aiheuttanut sen, että potilas on saata-  
va koti tai jatkohoitokuntoiseksi entistä lyhyemmässä ajassa. Tehokas ja oi-  
kein ajoitettu fysioterapia ennen tekonivelleikkausta ja leikkauksen jälkeen on  
yksi tärkeä osa potilaan liikkumia ja toimintakyvyn palautumisessa. (Säkkinen  
2003, 32.)

Tekonivelleikkauksen jälkeen sopiva kuntoiluoto on kävely sekä sisällä että  
ulkona ja voimistelua. Fysioterapeutin tekemä toimintakyvyn arviointi on noin  
kahden kuukauden kuluttua leikkauksesta, jonka jälkeen liikuntaa voi lisätä  
vähitellen. Hyviä kuntoiluotoja ovat kävely, vesivoimistelu, uinti, sauvakäve-  
ly, maastohiihto, golf ja hidas tanssi ovat suositeltavia liikuntamuotoja lonkka-  
proteesileikkauksen jälkeen. Liukkaalla talvikelillä on hyvä käyttää kenkiin  
kiinnitettäviä liukuesteitä ja kynärsauvoissa sekä kepeissä jääpiikkejä. Pitää  
varoa liukkaita alueita kuten uimahallien ja saunojen laattalattioita ja vastaa-  
via. (Koli 2007.)

Kävely on hyvää luuliikuntaa. Kävellessä alaraajoihin kohdistuva kuormitus on  
noin kehon painon suuruinen, kun se esimerkiksi hölkätessä on jo miltei kol-  
minkertainen. Kävely sopivan tehoista liikuntaa ennaltaehkäisemään osteopo-  
roosia. Hapenkuljetuselimistön kunnon eli kestävyuden kohentuminen tuntuu  
vireämpänä ja energisempänä olona, rasituksessa hengästyy vähemmän ja  
palautuminen liikuntasuorituksista on nopeampaa. (Aalto 2009, 47, 152–166.)

Hyötyliikuntamuoto on sauvakävely. Sauvat tasapainottavat ja tuovat turvaa liukkailla keleillä kävellessä. Kahden tukipisteen sijaan sauvat lisäävät tukipisteiden määrän neljään ja lisäävät samalla ylävartalon sekä keskivartalon lihasten aktiivisuutta sekä energiankulutusta sauvottaessa. Sauvat tuovat tullessaan myös tekemisen meininkiä: niiden ansiosta askel pitenee ja lantion seudun lihakset työskentelevät tehokkaammin. Tämän ansiosta myös keskivartalon lihasten aktiivisuus lisääntyy ja kuormitus kasvaa. Tutkimuksissa on todettu, että sauvakävely tuntuu kevyeltä, vaikka onkin tehokasta. (Aalto 2009, 47, 152–166.)

Hiihto on nivelistävällinen liikuntamuoto, sillä liukuva eteneminen ei kuormita liiallisesti tukirankaa. Hiihto on huomattavasti kävelyä tai sauvakävelyä pehmeämpi liikuntamuoto. Perinteinen hiihto mahdollistaa paremmin etenemisen omalla, rauhallisella tahdilla kun taas luisteluhiihto edellyttää harrastajaltaan kovempaa peruskuntoa sekä parempaa tasapainoa. (Aalto 2009, 47, 152–166.)

Uinti ja uimahalliympäristö ovat monelle ihmiselle mieluisia. Nivelistävällinen ja rentouttava vesielementti tarjoaa samalla sopivan vastuksen etenemiselle. Vesikävely, vesivoimistelu ja uinti ovatkin suosituimpien lajien listalla ikäihmisillä. Vedessä vallitsee maan vetovoimalle vastakkainen noste, joka vähentää tukirankaan kohdistuvaa kuormitusta. Siksi vesi on oivallinen elementti liikkua, vaikka henkilö olisikin vajaakuntoinen, hänellä olisi paljon ylipainoa, reuma tai jokin muu nivelsairaus. Myös alaraajojen tai selän kuntoutukseen vesi tarjoaa hellän, mutta sopivasti haastavan kuntoutusympäristön. (Aalto 2009, 47, 152–166.)

Pyöräily on parhainta terveys ja kuntoliikuntaa. Pyöräilyn rullaava eteneminen on ystävällistä nivelille, joten ylipainoinen tai tuki ja liikuntavaivoista kärsiväkin voi päästä helposti ja suhteellisen vaivattomasti tehokkaan, mutta miellyttävän liikunnan makuun. Kuntopyörällä voi polkea 6 viikon kuluttua leikkauksesta. Aluksi kannattaa polkea ilman vastusta ja lisätä sitä hiljalleen. Kuntopyöräily on kuitenkin erinomainen vaihtoehto ikääntyneille turvallisuutensa vuoksi. (Aalto 2009, 47, 152–166.)

Avohoidossa asuneiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutus vanhusten sairauksiin perehtyneisiin moniammatillisiin kuntoutusyksiköihin voidaan nopeuttaa toimintakyvyn palautumista, lyhentää sairaalahoidon kestoa ja vähentää pitkäaikaiseen laitoshoidon joutumista. Keskitetty moniammatillinen geriatrinen kuntoutus lonkkamurtuman jälkeen voi vähentää ensimmäisen vuoden kokonaiskustannuksia. Moniammatillisen kuntoutusyksikön toiminnassa korostuvat varhainen kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi, varhainen mobilisaatio, potilaan omatoimisuus ja yhteistyö avohoidon sekä potilaan ja hänen omaisensa kanssa. (Lonkkamurtumapotilaiden hoito 2006, 357–379.)

Kuntoutustyöryhmään kuuluvat lääkäri, sairaanhoitaja, perushoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja potilas. Työryhmän kokouksissa sovitaan kuntoutuksen tavoitteet huomioiden potilaan toimintakyky ja terveydentila ennen lonkkamurtumaa ja sen jälkeen. Kuntoutumista seurataan sovituin toimintakykymittarein, ja potilaalle annetaan palautetta edistymisestä. Omaisilta saatava tieto on tärkeää, ja omaisia tulisi haastatella jo alkuvaiheessa. (Lonkkamurtumapotilaiden hoito 2006, 357–379.)

Potilaan asentohoidosta, varausluvista ja apuvälineistä sovitaan koko työryhmän kanssa, ja niistä tiedotetaan myös kirjallisesti niin, että omaiset ja vierailijatkin voivat saada kyseiset tiedot. Potilasta kannustetaan osallistumaan mahdollisimman paljon kaikkiin päivittäisiin toimintoihin. Potilaan kokemaa kipua eri vuorokaudenaikoina sekä hoito- ja harjoitustilanteissa havainnoidaan ja siitä raportoidaan. (Lonkkamurtumapotilaiden hoito 2006, 357–379.)

#### 4 LONKKAMURTUMAPOTILAAN OHJAUS

Potilas tarvitsee monenlaista tietoa voidakseen hoitaa itseään. Hän tarvitsee tietoa sairaudestaan ja sen vaikutuksista elimistönsä toimintaan, sairauden vaikutuksesta mielialaan, sosiaaliseen toimintakykyyn ja talouteensa. Hän tarvitsee tietoa omista oikeuksistaan ja mahdollisuuksistaan toimia oman terveytensä hyväksi. Kun potilailta on kysytty, minkälaista tietoa he haluavat toimenpiteeseen liittyvään kivun hoitoon, niin he toivoivat tietoa siitä, tulevatko he toimenpiteen aikana tai sen jälkeen kokemaan kipua, miten kauan kipu kestää, miltä sen kokeminen tuntuu, milloin heidän kuuluu kertoa kivustaan hoitajalle, mitä hoitovaihtoehtoja on tarjolla kipuun, mitä ongelmia kivusta ja sen

hoidosta seuraa. Erilaisista vaihtoehdoista kukin potilas valitsee itselleen sopivimmat keinot kivun lievitykseen ja toteuttaa niitä itselleen sopivalla tavalla ja hetkellä. (Raappana 2001,49 - 50; Salanterä ym. 2006, 16, 21, 92.)

Kivuliaan ihmiseen kyky vastaanottaa tietoa on rajallinen, ja hoitajan tulee olla valmis toistamaan ohjausta riittävän usein ja varmistumaan, että potilas on saanut riittävästi tietoa. Ennen leikkausta toteutetulla potilasohjauksella pystytään vähentämään toimenpiteeseen liittyvää pelkoa ja ahdistusta sekä siten kipulääkkeen tarvetta. Potilaan ohjauksessa tulee edetä potilaan lähtökohdista sekä korostaa potilaan kykyä ja vapautta tehdä itsenäisiä valintoja. Keskustelu, potilaan toiminnan havainnointi ja saatu palaute johtavat ohjauksen eri vaiheita. Potilaan ohjaaminen on olennaista tarkasteltaessa hoidon onnistumista ja potilaan tyytyväisyyttä. Tiedon jakamisessa etukäteisohjauksella ja potilaalle annettavalla kirjallisella materiaalilla on keskeinen merkitys. Ohjaus edellyttää hoitajalta hyvää asiasisällön tuntemista, tietoa ja asiantuntemista monelta eri alalta, asiakaspalvelukykyä ja potilaan ystävällistä kohtelua. (Raappana 2001, 49 - 50; Salanterä ym. 2006: 16, 21, 92.)

Ohjaus tulee olla oikein ajoitettu ja annettu. Ikääntyneiden ohjaus on haastavaa, sillä ikääntyneellä saattaa olla esimerkiksi heikko näkökyky, muistihäiriöitä tai laskua fyysisessä toimintakyvyssä. Ikääntyneelle asiakkaalle soveltuu parhaiten lyhytkestoinen, ydinasioihin keskittyvä ja usein toistuva ohjaus. Hoitajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja osoittaa luottamuksellisuutta ja arvostusta tämän asioita kohtaan. Laadukas ohjaus edistää potilaan terveyttä, toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista ja kotona selviytymistä. (Kyngäs ym. 2007, 17, 29, 48, 145.)

Suomessa on laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/ 785). Laissa todetaan, että jokaisella henkilöllä on oikeus ilman syrjintää terveydentilansa edellyttämään laadukkaaseen terveyden ja sairaanhoitoon, niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/ 1994) velvoittaa hoitotyöntekijöitä potilasasiakirjojen laatimiseen, säilyttämiseen ja salassapitoon. Kirjaaminen on lähtökohtana hoidon suunnitelmalle, jatkuvuudelle, tiedon kululle ja sen avulla voidaan luotettavasti arvioida kivunhoidon tasoa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (STM 99/ 2001) mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamisen kannalta tärkeät tiedot.

Ohjeet lonkkamurtumapotilaan hoidosta laadittiin erikseen niin sairaanhoitajille, lääkäreille kuin fysioterapeuteille siten, että ne tukevat moniammatillista yhteistyötä. Jokainen projektiryhmän jäsen alkoi kehittää ohjeita omalta osaltaan: lääkäri ohjeisti lääkäreit, sairaanhoitaja sairaanhoitajat ja perushoitajat ja fysioterapeutti fysioterapeutit. (Järvinen, & Rautiainen, 2008, 111–117.)

Projektikoordinaattori laati yhdessä geriatrin ja terveyskeskuksen henkilökunnan kanssa ohjeet ”Lonkkamurtuman hoito leikkauksen jälkeen terveyskeskussairaalassa” ja ”Lonkkamurtumapotilaan fysioterapia terveyskeskussairaalassa”. Projektiterveyskeskusten fysioterapeutit suunnittelivat yhdessä projektikoordinaattorin kanssa yhden mukaisen testausjärjestelmän liikuntakyvyn arvioimiseksi, ja yhdenmukaisesta tarkastusajasta leikkauksen jälkeen sovittiin.

Hoito-ohjeita on kehitetty edelleen käytännön työssä. Hoito-ohje on koettu myös hyväksi apuvälineeksi uuden hoitohenkilökunnan perehdyttämisessä. Kehitysprojekti hoito-ohjeineen on ollut oivallinen apu pyrkimyksissä juurruttaa hoitosuosituksia käytännön toiminnaksi. Ohjeita on sovellettu myös muiden vanhuspotilaiden hoitoon. Lonkkamurtumapotilas on nyt rauhallisempi ja kivuttomampi sekä yleisvoimiltaan parempi riittävän kipulääkityksen ja nesteytyksen ansiosta. Myös lonkkamurtumapotilaiden sekavuustilat ovat vähentyneet. Runsas energia ja proteiinilisiä ruoka valiossa ovat nopeuttaneet potilaan toimimista ja kuntoutumista. Projektin myötä osastolla käytetään geelipatjoja säännöllisesti lonkkamurtumapotilailla ja korostetaan asentohoidon tärkeyttä. Tästä on seurannut, että painehaavat ovat merkittävästi vähentyneet. Keskeistä koko hoitoprosessin parantamisessa on ollut kokonaisvaltainen moniammatillinen, korkeatasoinen ja ikäihmisen huomioiva hoito, joka alkaa en-

nen leikkausta ja jatkuu leikkaushoidon jälkeen. (Järvinen ym. 2008. 111–117.)

Potilaan ohjaus-käsitettä, jonka synonyyminä voidaan pitää neuvontaa, ovat tutkimuksissaan käyttäneet mm. Meriläinen (1981), Papp (1987) sekä Sopanen (1988). He määrittelevät potilaan ohjauksen toiminnaksi, joka perustuu sairaanhoitajan ja potilaan väälliseen vuorovaikutukseen ja itsehoitovalmiuksien kehittämiseen. Ohjauksen tavoitteena on auttaa ja tukea potilasta itse tunnistamaan ja ratkaisemaan ongelmiaan. Potilaan ohjaus on tavoitteellista, suunniteltua toimintaa, johon sisältyy myös arviointia. Wilson-Barnett (1988, 217) puolestaan pitää parhaana Alschul'sin määritelmää, jonka mukaan neuvonnassa ei anneta suoria ohjeita, eikä pyritä ohjailemaan päätöksentekoa eikä tutkita tunteita, vaan ohjataan potilas itse löytämään omat sopeutumismekanisminsa. Ohjaajalle tärkeitä taitoja ovat aktiivinen kuuntelu, reflektointi ja tulkinta. (Hirvonen 1992.)

#### 4.1 Kirjallisen potilasohjauksen merkitys

Kirjalliset potilasohjeet ovat hoitohenkilökunnan ohjaus- ja opetustilanteissa potilaille antamia kirjallisia ohjeita. Ohjeissa on tietoa terveysongelmista tai sairauksista, niiden hoidosta ja tutkimuksista valmistautumisesta, jälkihoidosta ja sairaudesta toipumisesta. Kirjalliset ohjeet auttavat potilasta valmistautumaan erilaisiin hoitoihin ja liittyviin toimenpiteisiin sekä terveysongelmien tai sairauksien vaatimiin itsehoitotoimiin. Kirjallista potilasohjetta käytetään yleensä tukemaan suullista hoitohenkilökunnan antamaa potilasohjausta. Ohjeet laaditaan potilasryhmälle. Ohjeesta kerrataan opittava asia, että potilas ymmärtää ohjeen sisällön ja osaa toimia ohjeen mukaan. Suullisen ja kirjallisen ohjauksen avulla voidaan lisätä potilaan voimavaroja selviytyä terveysongelmansa tai sairautensa itsehoidosta, ohjata potilasta toimimaan ja auttaa potilasta ymmärtämään hoito-ohjeensa. (Mäenpää & Taka-Anttila 2009.)

Suomessa hoitokäytänteet ovat muuttuneet niin, että potilaiden hoitoajat ovat entistä lyhyempiä. Lyhimmillään potilaat ovat toimenpiteessä vain muutaman tunnin. Sen vuoksi aikaa suulliseen ja henkilökohtaiseen potilasohjaukseen on entistä vähemmän ja kirjallisen ohjauksen merkitys on kasvanut. Potilaiden tiedonhalu on lisääntynyt ja he haluavat tietää enemmän sairauksistaan ja nii-

den hoidosta. Kirjalliset ohjeet tukevat potilaan itsehoitovalmiuksia ja ne ovat lisäksi tukena hoitohenkilökunnan antamassa suullisessa ohjauksessa. Kirjalliset ohjeet eivät voi korvata henkilökohtaista ohjausta, mutta usein ne ovat henkilökohtaisen ohjauksen tärkeä täydennys. (Torkkola ym. 2002, 7 - 8.)

Kirjallinen ohje ei ole vain pelkästään tiedon siirtoa potilaalle, vaan sen tarkoituksena on myös välittää tietoa potilaan asemasta terveydenhuoltojärjestelmässä. Potilaille tulee antaa mahdollisuus olla aktiivisesti mukana oman terveydentilansa päätöksenteossa. Potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu vain, jos potilaalla on käytettävänä kaikki olennaiset tiedot. Potilaalle on annettava tiedot hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitomahdollisuuksista ja niiden vaikutuksista. Tiedot tulee antaa potilaalle ymmärrettävästi ja rehellisesti. (Alaperä ym.2006, 66.)

Kirjallisia ohjeita laadittaessa tulee pyrkiä vastaamaan potilaan tiedon tarpeisiin. Annettaessa potilaille kirjallisia ohjeita pyritään välttämään ja oikaisemaan väärinkäsityksiä, vähentämään potilaiden ahdistuneisuutta ja lisäämään potilaiden tietoa erilaisista palveluista. (Alaperä ym. 2006, 66.) Ohjeiden tarkoituksena on myös antaa potilaille ohjeita mahdolliseen sairauteen liittyvistä asioista, valmistaa tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin sekä auttaa potilasta sopeutumaan sairauteensa ja mahdolliseen lääkkitykseen ja myös suunnittelemaan elämäänsä sairauden kanssa tai hoidon aikana. Ohjausmateriaali on tarkoitettu esimerkiksi potilaalle tulevaa toimenpidettä varten, se tulisi lähettää potilaalle jo kotiin, tai antaa hänelle poliklinikkakäynnin yhteydessä. Kotihoito – ohjeita annettaessa sopiva ajankohta riippuu siitä, mitä hoitoa potilaan tulisi toteuttaa itsenäisesti kotona. Jos hoidon toteuttaminen vaatii harjoittelua sairaalassa, kirjallinen ohje tulisi antaa potilaalle jo ennen sairaalaan tuloa. (Kynäs ym. 2007, 124 – 125.)

Hyvä kirjallinen ohje on helppolukuinen, selkeä, ja se puhuttelee potilasta. Suurin yksittäinen ymmärrettävyyden vaikuttava asia on asioiden esittämisjärjestys. Ohjeen alussa lukijan pitää ymmärtää, että teksti on tarkoitettu hänelle. Potilasohjeen kirjoittamisessa täytyy muistaa, että tärkein asia tulee esiin tekstistä ensimmäisenä, jotta myös vain alun lukeneet saavat olennaisen tiedon itselleen. (Torkkola ym. 2002, 36 – 39.) Tilanteesta selviytymisessä on tärkeää



se, että potilas ja hänen läheisensä saavat riittävästi tietoa sairaudesta, odotettavissa olevista tutkimuksista ja hoidosta. Hyvin valmistelulla kirjallisella ohjausmateriaalilla pystytään tehokkaasti välittämään tietoa ja vaikuttamaan potilaan kokemuksiin sekä motivaatioon. (Torkkola ym. 2002, 23 – 24.)

#### 4.2 Maahanmuuttaja-potilaan ohjauksessa huomioitavia asioita

Muuttaminen pois omasta maasta on stressaava tapahtuma ihmisen elämässä. Maahanmuuttaja on voinut joutua eroamaan kaikesta tutusta ja rakkaasta. Ihminen menettää oman fyysisen, älyllisen ja emotionaalisen maailmansa. Tällainen menetys tai kaipaus voi aiheuttaa voimakkaan surureaktion, jonka seurauksena maahanmuuttajilla on usein enemmän sairauksia tai psyykkisiä vaivoja kuin syntyperäisillä kansalaisilla. Maahanmuutto koskettaa varsinkin iäkkäitä ihmisiä. Mitä vanhempi maahanmuuttaja on, sitä suurempi on pitkäaikaisen sairauden riski ja hitaampi kuntoutumisprosessi. (Kristoffersen ym. 2006, 82–83.)

Taavelan (1999) väitöskirjan tarkoituksena oli hankkia terveydenhuollon käytäntöön ja koulutukseen soveltamiskelpoisia tietoja terveydenhuollon työntekijöiden suhtautumisesta maahanmuuttajiin ja maahanmuuttajien kohtelusta sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuksen aineistot koottiin pääasiassa kyselyin ja haastatteluin. Tutkimukseen osallistui 33 maahanmuuttajaa ja 172 perusterveydenhuollon työntekijää. Tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista maahanmuuttajien hyviksi terveystalvelujen laatuksiteereiksi muodostuivat maahanmuuttajien itsemääräämisen kunnioittaminen, maahanmuuttajien tasa-arvoinen ja hyvä kohtelu. Hankaluutta ja ongelmia maahanmuuttajien hoitamisessa aiheuttivat yhteisen kielen puuttuminen, kulttuurisen tiedon ja kulttuuritietoisuuden puutteet, työntekijöiden mielestä ongelmia olivat lisäksi maahanmuuttajien vaativuus, sopeutumattomuus suomalaiseseen kulttuuriin sekä vastaanottoaikojen ja ohjeiden noudattamattomuus. Perusterveydenhuollon työntekijöiden tietoja ja tietoisuutta monikulttuuristen asiakkaiden erilaisista lähtökohdista ja tarpeista tulisi lisätä koulutuksella. Terveydenhuollon toimintoihin tulisi lisätä joustavuutta esimerkiksi ajanvarauksiin, hoitoaikoihin, hoitomenetelmiin sekä parantaa asiakkaiden itsemääräämisen mahdollisuuksia. Maa-

hanmuuttajat olivat tyytyväisiä terveyspalvelujen laatuun, mutta eivät aina suomalaisten suhtautumiseen heihin. (Arvilommi 2005, 14–15.)

Monen maahanmuuttajan mielestä suomen kielen käyttäminen on vaikeaa, esimerkiksi silloin, kun heidän pitää ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon. Vaikka maahanmuuttaja näyttäisi hallitsevan kielen hyvin, kielitaito ei riitä sairastumisen yhteydessä. Sairauden aiheuttama stressi heikentää potilaan kykyä hyödyntää sitä suomen kielen taitoa, joka hänellä muulloin on. (Kristoffersen ym. 2006, 95–96.)

Jos potilas ei lisäksi osaa kieltä, on hänen vaikea hyödyntää informaatioita oppiakseen, miten systeemi toimii, ja puhuakseen haluamistaan asioista. Kieltä osaamaton potilas, jolla ei ole tarvittavia tietoja ja joka ei ymmärrä, mistä puhutaan, ei pysty esittämään vaatimuksia. Tällaisessa tapauksessa ihmisen on pakko hyväksyä se, mitä tapahtuu, voimatta vaikuttaa tilanteeseen. (Skaug 2006, 99). Tästä tilanteista on tärkeää, että maahanmuuttaja-potilas, minun tapauksessa venäjäksi-kielinen potilas, voi saada kotihoito-ohjeen omalla kielellä. Lain mukaan potilaan tulee saada tietoa sekä riittävästi että ymmärrettävästi niin, että hän kykenee osallistumaan hoitoon koskevaan päätöksentekoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

## 5 LONKAN TEKONIVELLEIKKAUKSESTA KOTIHOITO-OHJEIDEN LAATIMINEN

Kotihoito-ohjeiden laatimisessa käytin pohjana Kouvolan terveyskeskuksen lomakkeita. Kotihoito-ohjeiden laatimisessa on käytetty myös Torkkolan, Heikkisen & Tiaisen (2002) ”Potilasohjeet ymmärrettäväksi” kirjassa suosittelemia ohjeita. Kotiin lähetettävien ohjeiden etuna on se, että potilaalla on mahdollisuus tutustua ohjeisiin rauhassa etukäteen ja miettiä kysymyksiä hänelle itselleen tärkeitä asioista. Potilaalla pitää olla selkeät kirjalliset ohjeet kotiin lähtiessään siitä, miten hänen tulee seurata mahdollisia kipuja, lääkistä ja miten hän voi turvallisesti itse hoitaa omaa kipuaan kotiolosuhteissa. Hän tarvitsee myös ohjeet siitä, mihin hän voi ottaa yhteyttä, mikäli hänen kipunsa pitkittyy tai on hallitsematonta. (Salanterä ym. 2006, 13.)

Erityisen tärkeää on varmistua siitä, että potilas on ymmärtänyt annetun ohjauksen. Tiedon antamisella ja neuvonnalla tuetaan potilaan omaa sitoutumista

lääkehoidon noudattamiseen. Potilaalle tulee kertoa aina myös lääkehoidossa tapahtuneista merkittävistä poikkeamista ja mahdollisesti aiheutuneista tai aiheutuvista haittavaikutuksista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 59.)

Hyvä ohje puhuttelee potilasta. Erityisen tärkeää puhuttelu on, jos ohjeessa on käytännön toimintaohjeita, toimenpiteeseen lonkanleikkauksen jälkeen. Otsikon pitää kuvata ohjeen sisältöä, ja heti ensimmäisestä virkkeestä tulee ilmeä, mistä oikein on kysymys. (Torkkola 2002,36.)

Olen laittanut kotihoito-ohjeeseen kuvia, jotka tukevat kirjallisia ohjeita ja tekevät ohjeet helpommin ymmärrettäviksi. Ohjeessa teitellään lukijaa, sillä se on kunnioittavaa lukijaa kohtaan. Otsikot on tehty niin, että lukija tietää heti, mistä on kysymys, ja osaa otsikon perustella etsiä tarvitsemansa tiedon. Ohjeessa olen perustellaan tärkeimpiä tietoja lyhyesti. Lisäksi opinnäytetyön laajassa kirjallisessa osuudessa on kirjoitettu laajempaa tietoa ja pohjautuvat perustelut. (Torkkola 2002, 14 – 40.)

Ohjeen tärkeämmät alueet luettavuuden kannalta ovat otsikot ja väliotsikot. Ne jakavat tekstin sopiviin asioihin. Väliotsikkona toimii hyvin yksittäinen sana tai sanapari. Ohjeessa on kuvia, niihin on liitettävä kuvatekstit. Kotihoito-ohjeiden ymmärrettävyys punnitaan todella vasta käytännössä, mutta ohjetta voi testata esim. jollain sukulaisella (Torkkola 2002, 14 – 40). Ohjeiden ymmärrettävyyteen on vaikutettu kirjoittamalla mahdollisimman hyvää suomen kieltä, jotta kääntäminen venäjän kielelle.

Kotihoito-ohjeessa on kerrottu liikunnasta, liikkumisen rajoituksista ja apuvälineistä, jälkitarkastuksesta sekä tukipalveluista. Ne on tarkemmin selitetty teoriakuvauksessa. Potilaan tulee sitoutua ohjaukseen ja itsehoitoon, jotta hän selviytyy kotona. Hoitomotiivatiota parantaa perheen ja läheisten tuki. Sairaanhoidaja toimii ohjaustilanteessa keskustelun, havainnoinnin ja palautteen avulla. (Lukkari ym.2007.)

Maahanmuuttajalla koettiin myös olevan liian vähäiset tiedot suomalaisesta yhteiskunnasta, ja palveluohjauksen tarve korostui.(Arvilommi 2005). Kotihoito-ohjeessa selitetään tarkasti, mistä Suomessa voi saada psyykkistä, sosiaalista sekä taloudellista tukea. Lisäksi on tietoa sosiaalituesta ja Kelasta.

Kotihoito-ohje on laadittu Kouvolan terveystieteiden osasto kahdelle ja tulevaisuudessa sen saa mahdollisesti nettisivuilta. Sen vuoksi tehtiin kotihoito-ohje aikaisempien potilasohjeiden ulkoasua vastaaviksi.

Kipupotilaan sosiaalityössä käytetään kaikkia psykososiaalisen työn elementtejä: henkistä tukemista, sosiaalisen verkoston vahvistamista ja auttamista taloudellisissa asioissa, esimerkiksi sosiaalietuuksien hakemisessa. Yhteistyö työryhmän muiden jäsenten kanssa on erittäin tärkeää. Usein potilaan varsinaisen ongelman selviää vasta, kun lääkäri, sairaanhoitaja, psykologi ja sosiaalityöntekijä ovat haastatelleet hänet, koska potilas kertoo erilaisia asioita eri henkilöille. Sosiaalityöntekijä osallistuu potilaan jatkohoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun, voi olla mukana kivunhallintaryhmien toiminnassa ja toimia yhteyshenkilönä viranomaisiin tai muihin palvelujärjestelmiin. Etuuksia maksavat mm. Kansaneläkelaitos (Kela), työeläkelaitokset, kunnat ja vakuutusyhtiöt. (Kalso ym. 2009, 514–515.)

## 6 AIKASEMMAT TUTKIMUKSET

Alla on taulukko lonkkamurtuma potilaan kivunhoitoon liittyvistä tutkimuksista. Potilaat, omaiset sekä sairaanhoitajan näkökulmasta kotihoidon ohjausta on tutkittu paljon Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Lonkkaleikkauspotilaan kotihoito ohjeista ei löytynyt tutkimuksia.

Taulukko 1. Lonkkamurtumapotilaan kivunhoito liittyviä tutkimuksia

pro gradu - tutkielma	Tekijä ja aihe	Kauppila. M. Hoitotiede marraskuu 2005, Turun Yliopisto ” läkkään lonkkamurtumapotilaan kivunhoitotyön prosessi”. pro gradu- tutkielma”.
		Kyselylomake
	Keskeisimmät tulokset	Tämän tutkimuksen tulosten mukaan potilaan ohjauksessa ja opetuksessa valmennettiin potilasta pyytämään lääkitystä kipuun. Pelkkä kehoitus pyytää lääkettä kipuun ei anna potilaalle valmiuksia toimia.

		<p>Potilas ei aina tiedä, millaisesta kivusta kuulu kertoa, eivätkä he halua vaivata kii-reistä henkilökuntaa valittamalla kivustaan. Potilaat haluavat tietää, millaisesta ja miten voimakkaasta kivusta pitää kertoa, kuinka kauan kipu kestää, miltä kivun kokeminen tuntuu, mitä ongelmia sen kokemisesta seuraa, miten kipua hoidetaan ja mikä mer-kitys kivunhoidolla on toipumiselle ja kun-toutumiselle.</p>
Opinnäytetyö	Tekijä ja aihe	<p>Jokilehto.K., Virkkunen. A., 2005, Oulun seudun ammattikorkeakoulu” Lonkkamur-tumapotilaan kivunhoito sairaalan päivys-tyspoliklinikalla”. Haastattelututkimus Oulun seudun yhteispäivystyksen sairaanhoitajille.</p>
		Kyselylomake

	Keskeisimmät tulokset	<p>Tutkimuksen tulosten perusteella nousivat tärkeimmiksi kokonaisuuksiksi päivystyspo-liklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien toiminta lonkkamurtumapotilaan kivunhoi-dossa ja lonkkamurtumapotilaan kivunhoi-don kokonaislaadun parantaminen. Lonk-kamurtumapotilaan kivunhoidon arvioinnis-sa korostui potilaan voinnin havainnointi ja vitaalielintoimintojen, kuten verenpaineen tarkkailu. Tutkimuksemme tuloksista ilmeni, että potilaalta kivun voimakkuuden kysymi-nen on yksitärkeimmistä osa – alueista ki-vun arvioinnissa.</p>
--	-----------------------	---

pro gradu - tutkielma	Tekijä ja aihe	Rissanen. E. Hoitotiede huhtikuu 2002, Turun Yliopisto ” Iäkkään tekonivelleikkauspotilaan kipu”.
		Kyselylomake
	Keskeisimmät tulokset	Tutkimustulosten perustella iäkkään potilaan lonkka tai polvikipu rajoittaa heidän elämänsä, voidaan hyödyntää iäkkään lonkan tai polven tekonivelleikkauspotilaan kivun hoidon kehittämisessä.
pro gradu - tutkielma	Tekijä ja aihe	Koukkula. R. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos Oulun yliopisto marraskuu 2001. ”Hoitajien ja potilaiden käsityksiä postoperatiivisen kivun hoidosta”.
		Kyselylomake
	Keskeisimmät tulokset	Tässä tutkimuksessa kuvaillaan käsityksiä postoperatiivisen kivun hoidosta. Koska käsityksiä hoitomenetelmistä ei ole tarkoituksenmukaista tarkastella irrallaan postoperatiivisen kivun hoitoprosessista tutkimuksen tuloksena tuotettiin kuvauskategoriat ja käsitystyyppit postoperatiivisen kivun hoidon tarpeen arvioinnista, postoperatiivisen kivunhoidontavoitteista sekä hoitomenetelmistä. Käsitykset kivusta suuntaavat postoperatiivisen kivun koko hoitoprosessia. Potilaiden ja hoitajien käsitysten mukaan postoperatiivinen kipu on moniulotteinen. Käsityksissä painottuu kivun fyysinen ulottuvuus. Tuotetut kuvauskategoriat osoittavat, että postoperatiivinen kivun hoito voi

		olla lisäksi psyykkisen ja sosiaalisen näkökulman sisältävä ja edellyttävä. Käsitelyssä tuli esille myös sekä kivun subjektiivinen että yhteisöllinen luonne.
pro gradu - tutkielma	Tekijä ja aihe	Vennelä. S. Hoitotiede marraskuu 2004, Turun yliopisto ” Sairaalapotilaiden kokemukset kivusta sekä heidän tyytyväisyytensä kivun hoitoon.
		Kyselylomake
	Keskeisimmät tulokset	Tulosten perustella voidaan todeta, että informointi kivusta ja sen hoidosta on tärkeää. Sillä voidaan vaikuttaa niin ennakkoluuloihin kuin hoidon lopputulokseen. Kipumittarin käyttöä tulisi tehostaa ja ottaa huomioon potilaan oma arvio kivusta.

## 7 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Projektin tarkoituksena on laatia lonkan tekonivelleikkauksesta kotihoito-ohje ikääntyville inkerinsuomalaisille ja venäjänkielisille maahanmuuttajille, jotka ovat Kouvolan terveyskeskuksen osastolla kahdella hoidettavana. Ohje laaditaan suomeksi ja venäjäksi. Kotihoito-ohjeiden tavoitteena on antaa tietoa potilaalle ja tukea heitä selviytymään toimenpiteen jälkeen kotona, lisäksi on tavoitteena motivoida lonkanleikkauksesta toipuvia hyvään yleissairausten hoitoon. Kirjalliset kotihoidon-ohjeet voivat hyödyntää lonkanleikkauksesta sairastuneita ohjauksessa, ja ne voivat olla tueksi ja avuksi sairaanhoitajille suullisen hoito-ohjeiden antamisessa.

## 8 KOHDERYHMÄ JA PROJEKTIN ETENEMINEN

Projektin kohderyhmänä ovat inkerinsuomalaiset ja venäjänkieliset maahanmuuttajat lonkkaleikkauksen jälkeen sekä Kouvolan terveyskeskus osasto kaksi henkilökunta, jotka voivat hyödyntää ohje hoitotyössä. Projektin toteutti sairaanhoitaja opiskelija Marina Välkky.

Opinnäytetyön ohjaajina toimivat lehtori Kristiina Mettälä ja lehtori Anja Roikonen. Yhteistyökumppanina opinnäytetyössä toimi Kouvolan terveyskeskuksen osasto kaksi. Kohderyhmänä ovat venäjänkieliset potilaat, jolla ei ole mahdollisuutta saada tietoa omalla äidinkielellään ja joille suomen kielellä annetun suullisen ohjauksen ymmärtäminen saattaa tuottaa vaikeuksia.

Projektin työryhmän välinen yhteistyö sujui ongelmitta. Kouvolan Terveyskeskuksen osaston kahden osastonhoitaja Tiina Lahti oli kiinnostunut asiasta koko projektin ajan. Ilman hänen apuaan en olisi voinut toteuttaa projektia. Hän neuvoi selkeästi, miten kotihoito-ohje tulee käyttökelpoiseksi osastolle. Ohjeen sisältöön ovat vaikuttaneet myös opettajamme, ryhmäkaverit ja osaston lonkkamurtumapotilaat.

Opinnäytetyön suunnittelu alkoi vuonna 2009. Ideointiseminaari oli 31.8.2009 ja suunnitteluseminaari 26.11.2009. Ensikäynti on 7.9.2010 Kouvolan terveyskeskuksen osastolla kahdella, jolloin keskustelin osastonhoitajan Tiina Lahden kanssa. Valitsin aiheeksi kotihoito-ohje lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen kuntoutumisen tueksi. Aloitin opinnäytetyö tekemisen keräämällä teoreettista aineistoa. Teoriataustan aiheet olivat: lonkkamurtuma ehkäisy, altistavat tekijät, merkit ja oireet, lonkkamurtuman hoito, leikkauksenjälkeinen hoito, leikkaushaavan hoito, postoperatiivinen kivunhoito, lääkehoito, lääkkeetön kivunhoito, kuntoutus ja liikunta, potilaan ohjaus, lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen kuntoutumisen tueksi kotihoito-ohjeiden laatiminen ja aikaisemmat tutkimukset. Ohje on A4-kokoinen, teksti on kirjoitettu Arial 12 - fontilla.

Kun kotihoito-ohjeiden ensimmäinen suunnitelma oli valmis, annoin sen opettajille Kristiina Mettälälle ja Anja Roikoselle sekä osasto kahden osastonhoita-



jalle tarkastusta varten. Sain ohjausta kotihoito-ohjeen tekemisessä lokakuussa 2010 kaksi kertaa. Tein muutoksia Tiinan Lahden ehdotuksen mukaisesti. Kivunhoito poistettiin kokonaan ja enemmän tuli tekstiä kuntoutuksesta, koti-voimisteluohjelmalta, autoilusta, sukupuolielämästä lisättiin. Marraskuussa 2010 kotihoito-ohje lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen kuntoutumisen tueksi oli valmis. Venäjänkielisen ohjeen käännös annettiin Nadja Käärmenien tarkistettavaksi.

Kotihoito-ohjeiden tekeminen vaati minulta useita tapaamisia opettajien sekä osastonhoitajan kanssa. Minun mielestäni kotihoito-ohjeiden laatiminen oli pitkä ja vaativa prosessi, mutta kuitenkin sain hyvän tuloksen.

Liitteenä on myös sopimus opinnäytetyöstä (liite 1), projektisuunnitelmasta (liite 2), lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen kuntoutumisen tueksi kotihoito-ohjeiden arvioinnista (liite 3), suomenkielinen kotihoito-ohje (liite 4) ja venäjänkieliset kotihoito-ohje (liite 5). Kustannuksia aiheuttivat: matkat, puhelut, kopiointi ja työn valmistamiseen käytetty sähkö. Kaikki kustannukset olivat omalla vastuulla.

## 7 POHDINTA JA ARVIOINTI

Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut laatia kirjallinen kotihoito-ohje lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen kuntoutumisen tueksi ikääntyville inkerinsuomalaisille ja venäjänkielisille maahanmuuttajille. Kotihoito-ohjeiden tavoitteena on antaa tietoa potilaalle ja tukea heitä selviytymään toimenpiteen jälkeen kotona, lisäksi on tavoitteen motivoitua lonkanleikkauksesta toipuvia hyvään yleissairausten hoitoon. Kotihoito-ohje olisi käyttökelpoinen hoitohenkilökunnan apuvälineenä. Jatkotutkimuksena olisi hyvä tutkia kuinka käyttökelpoinen on tämä kotihoito-ohje käytännössä ja minkälaisia tietoja vielä tarvitsevat lonkan tekonivelleikkauksen tueksi. Kotihoito-ohjeiden kehittäminen on ajankohtaista ja tärkeää, koska tällaisia ohjeita ei ole aikaisemmin tehty Kouvolan terveyskeskukseen osaston kahdella. Minä en haastatellut venäläisiä potilaita, joilta olisi voinut kysyä, minkälaisia ohjeita he haluaisivat.

Ohjeiden ensimmäinen versio oli valmis syyskuussa 2010. Annoin sen Kouvolan terveyskeskukseen osastonhoitajan Tiina Lahtiselle ja opettajalle Kristina

Mettälälle ja Anja Roikoselle tarkistusta varten. Ohjeessa tarkistettiin sisältötietojen oikeinkirjoitus. Alkuperäinen suunnitelma oli kirjoittaa kotihoito-ohjeessa kivunhoidosta. Pikkuhiljaa hoito-ohjeiden prosessi on muuttunut. Ohjeista kivunhoidon osa oli poistettu sen takia, että osastolla kaksi hoidetaan enemmän kuntoutuspotilaita ja heille tarkoitettu kotihoito-ohjeisiin ei kuulu kivunhoitoa. Vähennetään kipuhoidon liittyvää teoriaosuutta ja lisätään kirjallisuutta kuntoutuksesta kotivoimisteluohjelmasta, autoilusta, sukupuolielämästä. Ohjeiden takia tavattiin Tiinan Lahden kanssa neljää kertaa. Ohjeita arvioi yhteensä neljä henkilöä: kaksi opettajaamme, osastonhoitaja ja fysioterapeutti. Heidän mielestään ohje loppuvaiheessa sisällöltään on selkeä ja hyvä.

Seuraava vaihe oli hoito-ohjeiden tekeminen. Minun mielestäni aihe on hyvin tärkeä, koska minulla oli omia kokemuksia siitä, että Suomessa saa harvoin hyvää kotihoidon ohjausta venäjän kielellä. Sen takia on ollut kannustavaa tietää, että kotihoito-ohje tulevat tarpeeseen ja niitä tullaan käyttämään hoitotyössä.

Projektin teoreettisena taustana käytin myös aikaisempia tutkimuksia, joissa selvitettiin potilaiden ja hoitajien käsityksiä sairaudesta ja hoitamisesta. Teoreettisessa osassa kuvataan myös sairauden kulkua ja menetelmä sairauden parantamiseksi.

Projektin toteuttaminen oli haastava, ja se vaati paljon aikaa, mutta opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista ja antoisaa. Työtä tehtäessä sain paljon uutta ja hyödyllistä tietoa. Olen oppinut paljon erilaisia asioita, olen tehnyt yhteistyötä eri asiantuntijoiden kanssa. Olen oppinut prosessikirjoittamista ja tiedonhakua. Kehityin tiedonhaussa prosessin aikana. Monipuolinen yhteistyö on kehittänyt ammatillisia valmiuksia, olen saanut arvokasta kokemusta eri ihmisten kanssa toimimisesta. Projektitekemisen taiton on lisääntynyt.

Koko opinnäytetyöprosessi oli minulle opettava ja kiinnostava. Kirjallisuudesta opin, minkälaista laadukkaan potilasohjausmateriaalin pitää olla. Tulevaisuudessa sairaanhoitajana voin hyödyntää opinnäytetyötä työssäni ohjatessani suomalaisia, inkerinsuomalaisia ja venäläisiä maahanmuuttajia. Projektin toteutuksessa ongelmana oli potilaskokemusten puute ja kotihoito-ohjeiden sisällön laatiminen.

Opinnäytetyön tekemisessä käytin luotettavaa lähdemateriaalia. Opinnäytetyön materiaalit keräsin kirjastoista, artikkeleista, lehdestä ja Internet-sivustoilta. Olen saanut positiivisen kokemuksen työnteosta.

Kiitokset onnistuneesta opinnäytetyöstä kuuluvat itse projektin toimeksiantajalle Kouvolan Terveyskeskukselle ja erityisesti osastonhoitajalle Tiina Lahdelle, sekä minun projektin ohjaaville opettajille Kristina Mettälle ja Anja Roikoselle. He ovat ohjanneet syventämään tietoja hoitotyön näkökulmasta. Kiitän heitä kaikkia!

## LÄHTEET

Alaperä., P., Antila., E., Suominen kirjallinen potilasohjaus 2006., Teoksessa Lipponen., K., Kyngäs., H. & Kääriäinen. M. (toim). Potilasohjauksen haasteet: Käytännön hoitotyön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Alaranta, Hannu - Pohjolainen, Timo - Salminen, Jouko - Viikari - Juntura, Eira (toim.) 2003; Fysiatría. Helsinki: Duodecim.

Aalto., R., 2009., Liikkeelle – Hyvänolon opas senioreille. Jyväskylä.

Arponen, Ritva - Airaksinen, Olavi 2001: Hoitava hieronta. Helsinki: WSOY, sivut: 188.

Arvilommi, N. 2005, Monikulttuurisuus sosiaali- ja terveysalan ammatillisen haasteena Diakonia - AMK julkaisuja D Työpapereita 30, Helsinki. sivut: 14 – 15, 20.

Heinzel, B.2002. Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Teoksessa Telaranta, S.& Lehto, M. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro3. Tampere: Pirkanmaan Ammattikorkeakoulu. sivut: 110 -111, 114–115.

Hirvonen., E., 1992. Terveysthuollon koulutusohjelma. Hoitotieteen ProGradu – tutkielma. Tampereen yliopisto.

Holmia, s., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien – kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö; Porvoo; Juva: WS. BookWell Oy, sivut: 525,527, 539, 540,132.

Potilaan opettaminen ja ohjaus. Tampereen kaupungin internetsivut. Saatavissa:  
[http://koulut.tampere.fi/materiaalit/munuais/aineisto/potilaan\\_opettaminen\\_ja\\_ohjaus.pdf](http://koulut.tampere.fi/materiaalit/munuais/aineisto/potilaan_opettaminen_ja_ohjaus.pdf) [Viitattu 22.4.2010].

Iivanainen., A., Jauhiainen., M. & Pikkarainen., P. 2001., Sisätauti- kirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen. M. & Pikkarainen. P. 2006., Sairauksien Hoitaminen. Helsinki.

Järvinen, L., Rautiainen, S. 2008. Lonkkamurtumapotilaanhoito sujuvoittu: Tampereella. Sairaanhoidaja-lehti 6 – 7 / 2008, x – y.

Järvinen, A. & Rasku, T.2000. Ensihoitopotilas ja kivunhoito. Teoksessa: Sainio, E. & Varti, A -M. ( toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi.

Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Kipu. Helsinki: Duodecim.sivut:76, 137–143.

Kalso, Eija - Vainio, Anneli (toim.) 2004: Kipu. Helsinki: Duodecim.sivut:202.

Kalso, E., Haanpää, M., Vainio, A., Kipu. 2009. Helsinki: Oy Duodecim. sivut:54–56, 514 - 515.

Koli, E. 2007. Lonkan tekonivelleikkaus (arthroplastia totalis coxae). Saatavissa: <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/3994/10562>. [Viitattu 14.11.2010].

Korhonen, Kirsi - Luomala, Maija 2005: Leikkauksen jälkeinen kipu ja kivunhoito. Ohje potilaalle. Opinnäytetyö. Verkkodokumentti < <http://personal.inet.fi/koti/mhl/Potilasohje.pdf>> Luettu 10.4.2010.sivut:15.

Korte, & Rajamäki, & Lukkari, & Kallio. 2000. Perioperatiivinen hoito. Porvoo:WSOY.

Kristoffersen.N.J., Nortvedt. f ja Skaug E-A (toim) Hoitotyön perusteet. suomennos: Paula Nieminen. Helsinki. Edita.2006.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T., 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY.s.71.

Laine, S. & Stolt - Niemi, T. 2006. Suoraan suljettu leikkaushaava. Haava 2 / 2006. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992 / 785.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1994 / 559. Verkkodokumentti: < <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/> Luettu 25.2.2010.

Lehtonen, A. 2001. Osteoporoosi ja osteomalasia. Teoksessa: Tilvis., R., Hervonen, A., Jäntti, P. & Sulkava. R. (toim). 2001. Geriatria. 1. painos. Helsinki: Duodecim. s 251- 256.

Lonkka kuntoon! Opas lonkan tekonivelleikkauspotilaalle. 2007. Saatavissa: <http://www.tekonivel.net/aineistot/lonkkajorvi.pdf> [Viitattu 14.11.2010].

Lonkkamurtumapotilaiden hoito. 2006. Duodecim. 122(2006): 3, 357–379.

Lukkari, L., Kinnunen, T., Korte, R., Perioperatiivinen hoitotyö, Helsinki; WSOY Oppimateriaalit Oy 1. painos, 2007.sivut:370.

Mäenpää, H. & Taka-Anttila, N. 2009. Potilasohje suonikohjujen ultraääniohjatun vaahtohoidon saaneelle potilaalle. Opinnäyte. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Saatavissa:

[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3098/Maenpaa%20Heid\\_H\\_Taka-Anttila%20Noora.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3098/Maenpaa%20Heid_H_Taka-Anttila%20Noora.pdf?sequence=1) [viitattu 14.1.2011].

Nurminen. M - L. 2001. Lääkehoito. Helsinki: WSOY.sivut:233.

Pharmaca Fennica. 2010. Helsinki: Lääketietokeskus. Oy.

Pietikäinen, S., Heinonen, M., Karppi, P., & Huusko, T.M. 2003. Hoitotiede vol.15, no 4 / -03.sivut:191–196.

Raappana. 2001. Kipu ja kivun hoidon ohjaus päiväkirurgisen potilaan arvioimana. Tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Rissanen, E. 2002. Iäkkään tekonivelleikkauspotilaan kipu. Pro Gradu - tutkielma. Turun yliopisto.

Rokkanen, P., Slätis., P., Alho, A., Ryöppy, S. & Huittinen, M. 1995. Traumatologia, Helsinki: Kandidaattikustannus Oy. s.227

Ruuskanen, Eija. 2005: Kivunhoidon yhtenäinen käytäntö. Näyttöön perustuva kivunhoidon ohjelma 2003 - 2004. Jyväskylä: Keski - Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 114 / 2005.sivut:12.

Sailo, & Vartti; (toim.) 2000: Kivunhoito. Tampere: Tammer - Paino Oy.sivut:15–22,116, 124, 135–138.

Salanterä, Sanna - Hagelberg, Nora - Kauppila, Marjo - Närhi, Matti.2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.sivut:20.

Sosiaali - ja terveysministeriö 2000. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE - julkaisuja 1. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Helsinki.

Sund, R. & Juntunen, M. 2008. Perfect - Lonkkamurtuma: Hoitoketjujen toimivuus, vaikutus ja kustannukset lonkkamurtumapotilailla. Helsinki: Stakes Sosiaali - ja terveysalan tutkimus - ja kehittämiskeskus. sivut: 9.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Ortopediyhdistyksen työryhmä Huusko, T., Arnala, I., Hirvensalo, E., Impivaara, O., Jäntti, P., Kovanen, J., 2006. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/tunnus/kht00053> [ Viitattu 5.4.2010].

Säkkinen, S.2003. Endoproteesilonkkapotilaan hoitaminen, ohjaaminen & kuntouttaminen hoidonantajien kuvaamana. Opinnäytetyö. Diakonia - ammattikorkeakoulu. Helsingin yksikkö.s.32.

Torkkola, S., Heikkinen, H., Tiainen, S., 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammer–Paino Oy.

Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A. & Lehtonen, T. Suominen, S. 2001. Kirurgia. Porvoo: WS Bookwell Oy 261, 262, 264.

Vauhkonen., I., Holmström., P. 1998. Sisätaudit. Helsinki: WSOY. s 318, 319.

Vainio, A. 2003. Kipu. 1. painos. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, s 11 - 30.

Vainio, A.2004: Kivunhallinta. Helsinki: Duodecim, sivut: 112–113.

Valtakunnallinen yhdistystoiminta. SuomenTekonivelyhdistys ry. Jäsentiedote.

Vuori., I., Taimela., S., Kujala., U.2005. Liikuntalääketiede. Helsinki: Duodecim. s 299 - 301.

## OPISKELIJA

Opiskelijanumero <i>0701310</i>	Viralliset etunimet <i>Marina</i>
Sukunimi <i>Välkky</i>	
Lähiosoite <i>Itämeren Linjasto 15 B 34</i>	Postinumero ja -toimipaikka <i>45700 Kuusankoski</i>
Sähköposti <i>marina.valkky@kyamk.fi</i>	Puhelin <i>0451348063</i>
Toimipiste ja koulutusohjelmä <i>Hoitotyön</i>	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus <i>HTO 7B</i>	

## TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yritys/yhteisö <i>KOUVOLAN FERIEKSEKOS OS 2</i>	Yrityksen/yhteisön yhteyshenkilö <i>OH TINA LAHTI</i>
Lähiosoite <i>MARJONIEKSEKOS 10</i>	Postinumero ja -toimipaikka <i>45100 KOUVOLA</i>
Sähköposti <i>tina.lahti@kouvolafi</i>	Puhelin <i>0206158051</i>

## OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

<input type="checkbox"/>	Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/>	Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/>	Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

## OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) <i>Kristiina Mettätie Anja Reikonen</i>
Sähköposti <i>kristiina.mettatie@kyamk.fi anja.reikonen@kyamk.fi</i>
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t) <i>TINA LAHTI</i>
Sähköposti <i>tina.lahti@kouvolafi</i>



## OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä)	
<i>Kotihoido -ohjeet Lonkan talonvirkkämöksen neuvottelupöytäkirja</i>	
Kehittämisen- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä)	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä)	
Opinnäytetyön aloitus	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *)	
	<input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei

\*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä,  
<http://www.tilastokeskus.fi/til/tkke/kas.html>

## OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p><b>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu</b> Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön lavanomaiseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p><b>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin.</b> Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p><b>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus</b> Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuustalossa salassa pidettäviä määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p><b>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen</b> Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
--	--

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

## ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIAANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS	<i>Kouvola</i>	<i>15, 11 2018</i>	<i>Taru Pell</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS	<i>Kouvola</i>	<i>23, 11 2010</i>	<i>Katja Marina</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS	<i>Kouvola</i>	<i>23, 11 2010</i>	<i>Kuusiina Mattila</i>

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / Sairaanhoidaja

Välkky Marina

PROJEKTISUUNNITELMA

2009

## 1. PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän projektin tarkoituksena on suunnitella lonkkaleikkauksen jälkeiset kotihoitot - ohje, joka osuus inkerinsuomalaiset ja venäjänkieltä puhuville maahanmuuttajille. Inkerinsuomalaiset ovat tulleet takaisin kotimaahansa, ja heidän osuus väestöstä lisääntyy jatkuvasti. Tarkoitus on, että venäjänkielinen potilas kokisi yhtä laadukasta hoitoa kuin suomea puhuva. Maahanmuuttajilla on koettu olevan liian vähäisiä tietoja suomalaisesta yhteiskunnasta, tällöin palveluohjauksen tarve korostuu.( Arponen 2001). Minun mielestäni aihe on tärkeä, koska minulla on omia kokemuksia siitä, että Suomessa voi harvoin saada venäjän kielisiä kotihoito - ohje. Tavoitteena kotihoito - ohje venäjänkieltä puhuville lonkkaleikatuille potilaille. Kotihoito - ohje pitäisi käyttökelpoinen hoitohenkilökunnan apuvälineenä, hoidon ja ohjauksen suunnittelussa sekä toteutuksessa.

## 2. PROJEKTIN KOHDERYHMÄT

Projektin aikana valmistuvat kotihoito - ohje ovat tarkoitettut alueella pysyvästi Suomessa asuville inkerinsuomalaisille ja venäjänkielisille maahanmuuttajille lonkkaleikkauksen jälkeen sekä Kouvolan terveystieteiden osaston 2 henkilökunnalle: osastonhoitaja ja sairaanhoitaja, jotka voivat hyödyntää ohjetta hoitotyössä.

## 3. TUOTOKSET

Opinnäytetyön tuotoksena ovat teoriaosuuden lisäksi kotihoito-ohje lonkkamurtumapotilaan hoidon toteutus Kouvolan terveystieteiden osaston 2 henkilökunnalle: osastonhoitaja ja sairaanhoitaja, jotka voivat hyödyntää ohjetta hoitotyössä. Teorian pohjalta laaditaan lonkkamurtuma potilaan kotihoito – ohje lonkan tekoniivel leikkauksesta kuntoutuvalle potilaalle, joka sitten käännetään myös venäjän kielellä. Venäjänkielinen kotihoito - ohje annetaan venäjään äidinkielenään puhuville potilaille.

#### 4. TYÖSUUNNITELMA

Perehdytään seuraaviin aiheisiin:

- 1 Lonkkamurtuma altistavat tekijät, merkit ja oireet
- 2 Lonkkaleikkauspotilaan postoperatiivinen hoito
- 3 Potilaan kivun arviointi ja hoitoperiaatteet
- 4 Lonkkamurtumapotilaan hoidossa käytettävät kipulääkkeet
- 5 Potilan ohjaus ja potilasohjeen laatiminen
- 6 Kotihoito-ohje lonkan tekonivel leikkauksesta kuntoutuvalle potilaalle

Minun työsuunnitelmani on ottaa yhteyttä terveystieteiden osaston 2 osaston hoitajaan ja sairaanhoitajaan. Pyrin heidän avullaan selvittämään, miten kotihoito-ohje tulee sisältää.

Ohje laaditaan Kouvolan terveystieteiden lomakepohjalle, koska ohje tulee Internet-sivuille.

Kun olen perehdynyt teoriaan ja keskustellut asiantuntijoiden kanssa, aloitan kotihoito - ohje suunnitteluun. Kun kotihoito - ohje on valmis, sovin asiantuntijoiden kanssa sen tarkastuksesta.

#### 5. AIKATAULU

Elokuu 2009 - ideointiseminaari

Marraskuu 2009 - suunnitelmaseminaari

Helmikuu 2010 - teorian kirjallisuus

Elokuu 2010 - kotihoito ohje suunnitelma

Suuskuu 2010 – tekeminen kotihoito ohje.

## 6. KUSTANNUKSET

Menot:

- 1 matkat
- 2 puhelut
- 3 kopiointi
- 4 työn tekemiseen kulunut sähkö
- 5 Minä maksaa menot kustannus

## 7. OPPINÄYTETYÖHÖN MAHDOLLISESTI LIITTYVÄT ONGELMAT

- 1 Voi olla vaikea löytää venäjänkielisiä potilaita, joilta on leikattu Suomessa lonkkamurtuma.
- 2 Oma sairastuminen
- 3 Henkilökohtaisen elämäntilanteen muutos

## 8. ORGANISAATIO:

Minä teen tämän työn alusta loppuun ja olen vastuussa työsuuhdestani. Opinnäytetyön ohjaajat Anja Roikonen ja Kristina Mettälä sekä Kouvolan terveyskeskuksen osasto 2 edustaja.

**Tekijä**

Marina Väkky

**Aihe**

Kotihoito-ohje kuntoutumisen tueksi lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen

Kouvolan terveystieteiden osasto 2:lle

**Arviointi**

Kotihoito-ohje soveltuu hyvin terveystieteiden osasto kahdelta lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisestä jatkohoidosta kotiutuvien potilaiden ohjeistukseksi ja muistin tueksi. Ohje sisältää kaikki oleelliset päivittäisissä toiminnoissa ja kuntoutumisessa huomioon otavat ohjeet ja rajoitukset. Kotihoito – ohjeen kuvat sekä niihin liittyvä teksti on selkeä, hyvin luettavissa ja ymmärrettävissä. Värikuvat tekevät ohjeesta kiinnostavan. Kotihoito-ohje on kotona selviytymistä ja kuntoutumista tukeva, myös omaisten rooli tulee esille. Ohjeessa on selkeästi merkitty osaston, sosiaalityöntekijän sekä apuvälineyksikön yhteystiedot.

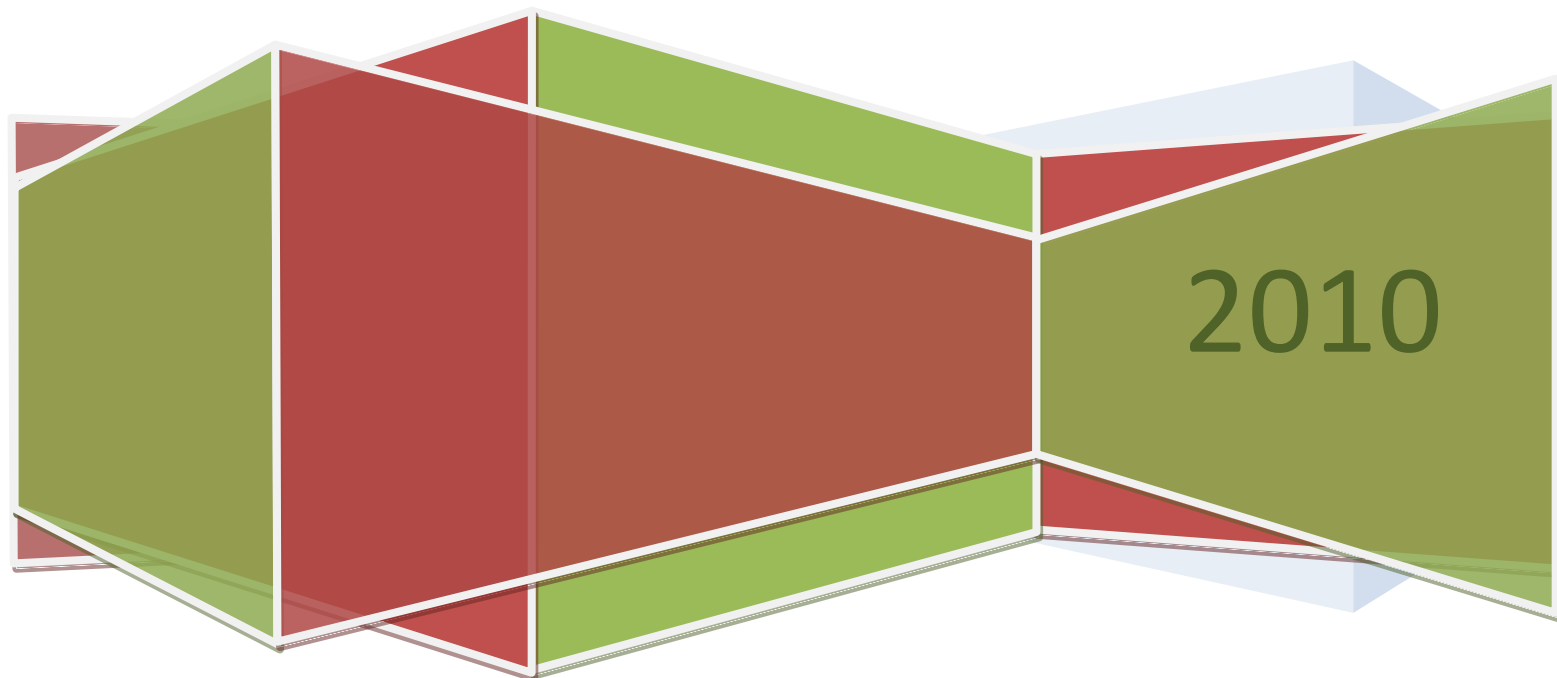
Kouvolassa 24.11.2010

*Oh. Tiina Lahti*

# Kotihoito-ohje

Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen  
kuntoutumisen tueksi

Kouvolan terveyskeskus osasto 2



## Tämän kotihoito-ohjeen tarkoituksena on tukea lonkan tekonivelleikkauksen jälkeistä kuntoutumista kotona.

Kotiutumisen edellytyksenä on omatoiminen liikkuminen ja selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Tavoitteena on, että pystytte ennen kotiutumistanne liikkumaan omatoimisesti ja turvallisesti kyynärsauvoilla tai rollaattorilla sekä tekemään tämän ohjeen loppuosassa olevan kotivoimisteluohjelman. Kotona on tärkeää noudattaa annettuja kotihoito-ohjeita ja informoida myös omaisia annetuista ohjeista. Omaisten kanssa on hyvä miettiä myös päivittäistä kotona selviytymistä, esimerkiksi ruoanlaittoa, kaupassa asiointia ja siivoamista sekä niissä tarvittavaa apua.

### Apuvälineiden käyttö

Apuvälineet helpottavat selviytymään itsenäisesti päivittäisistä toimista kotona. Niiden avulla välttätte asennot ja liikkeet, joita tulee varoa noin kaksi kuukautta leikkauksen jälkeen. Kotona tarvittavat apuvälineet ovat: kyynärsauvat, lonkkatyyny, istuinkoroke, Wc-istuimen koroke, tarttumapihdit, sukanvetolaite pitkä kenkälusikka ja sängynjalan korotukset.

### Apuvälineet lainataan: Kouvolan kaupungin apuvälineyksiköstä

osoite: Tapiontie 4 45100 Kouvola

puh: 020 6151 011

### TÄRKEÄÄ MUISTAA!

Vältä kahden kuukauden ajan jälkitarkastukseen saakka:

- lonkan koukistamista yli suoran kulman (90°)
- lonkan kierto liikkeitä
- leikatun alaraajan viemistä ristiin toisen alaraajan yli

Muista! Lonkka koukistuu liikaa vartalon taipuessa eteen - ja alaspäin esimerkiksi sukkia pukiessa tai esineitä lattialta poimiessa ilman apuvälineitä



## Sauvakävely

Kävellessä saatte kuormitta leikattua alaraajaa \_\_\_\_\_

Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen kävellään kyynärsauvoilla joko kolmipiste- tai vuorotahtikävelyä.



### Kolmipistekävely

Vie sauvat eteen,  
astu leikattu jalka kantapäätä  
edellä sauvojen väliin.  
Vie paino sauvuille ja  
leikatulle jalalle.  
Ota terveellä jalalla askel  
eteen sauvojen ja leikatun  
jalan ohi.



### Vuorotahtikävely

Vie oikea sauva ja vasen  
jalka eteen – ja vuorostaan  
vasen sauva ja oikea jalka.  
Jatka näin vuorotahtiin.  
Pidä selkä suorana ja ota  
normaalimittaiset askelet



### Yhdellä sauvalla

Yhden sauvan avulla  
käveltäessä kyynärsauva on  
vahvemman jalan  
puolella.



## Porraskävely ylöspäin

Astu terve jalka ensin yläportaalle ja siirrä sauvat ja leikattu jalka terveenjalan viereen samalle portaalle.



## Porraskävely alaspäin

Laske sauvat ja leikattu jalka alaportaalle ja astu terve jalka leikatun jalan viereen samalle portaalle.

**Muista!**  
Portaissa liikkussa voit tarvittaessa käyttää kaidetta tukena



*Kun kyynärsauvat on jätetty pois, portaissa voi kulkea vuoroaskelin voinnin mukaan*

## Lepo

Vuoteessa voitte levätä ja nukkua sellinmakuulla. Leikatulle puolelle voitte kääntyä kun haavan seudun arkuus on vähentynyt. Tällöin alaraajojen välissä on oltava tyyny estämässä leikatun jalan painumista ristiin toisen jalan yli. Myös vuoteesta ylös noustessa tyynyn on hyvä olla polvien välissä.



## Liikkuminen

Leikkauksen jälkeisinä viikkoina suositellaan kävelyä ja voimistelua annettujen ohjeiden mukaisesti. Kun olette jättänyt kyynärsauvat pois, suositeltavia liikuntamuotoja ovat sauvakävely, allasharjoittelu, (kunto)pyöräily, hiihto ja voimistelu. Tavoitteena on nivelten liikkuvuuden lisääntyminen/ylläpitäminen ja lihasvoiman vahvistuminen. Yleis- ja lihaskunnosta huolehtiminen sekä painonhallinta ovat tärkeä osa itsehoitoa. Iskumainen kuormitus, kuten juoksu, hypyt, kamppailulajit ja pallopelit saattavat altistaa tekonivelen ennenaikaiselle irtoamiselle, eivätkä ole suositeltavia. Niiden harrastamista tulee harkita yhdessä lääkärin kanssa. Liikkumisen helpottamiseksi kotona olisi suositeltavaa poistaa muun muassa pienet matot. Liukkaalla talvikelillä on hyvä käyttää kenkiin kiinnitettäviä liukuestenastoja ja kyynärsauvoissa jääpiikkejä.

## Istuminen ja seisominen

Matalilla istuimilla istuessanne teidän tulisi käyttää lonkkatyynyä tai istuinkoroketta noin kahden kuukauden ajan leikkauksen jälkeen. Näin välttää Lonkan liialliselta koukistukselta sekä haava-alueen venytykseltä. Voitte lisätä istuma-aikaa vähitellen vointinne mukaan.

## **Pukeutuminen ja riisuutuminen**

Alavartalon pukeminen ja riisuminen on turvallisinta tehdä istuen korotetulla tuolilla, välttämällä vartalon eteen taivuttamista. Apuna voitte käyttää tarttumapihtejä, sukanvetolaitetta sekä pitkävartista kenkälusikkaa.



## **Wc-käynti ja peseytyminen**

WC-koroketta tulee käyttää jälkitarkastukseen asti. Peseytyessänne voitte istua korotetulla WC-istuimella tai korkealla suihkujakkaralla, jolloin liukastumisriski on pienempi. Ammeeseen nousemista ei suositella.

## **Nostaminen ja kantaminen**

Raskaiden esineiden nostamista ja kantamista on syytä välttää jälkitarkastukseen asti.

## **Autoilu**

Leikkauksen jälkeen voitte matkustaa henkilöautolla. Autoon meneminen onnistuu turvallisesti lonkan ääriasentoja välttämällä. Auton istuimen tulee olla valmiiksi taakse vedettynä, istuinkorokkeen istuimella ja selkänojan taakse kallistettuna. Autolla ajaminen ei ole suositeltavaa ennen kahden kuukauden jälkitarkastusta.

## **Sukupuolielämä**

Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen on yhdynnässä vältettävä leikatun lonkan ääriasentoja. Erityistä varovaisuutta asentojen suhteen suositellaan kahden ensimmäisen kuukauden aikana leikkauksesta.

## Leikkausalueen tarkkailu ja infektioiden ennaltaehkäisy

Kotona on tärkeää tarkkailla leikkaushaavan seutua. Leikkausalueen kipeytyessä, punoittaessa tai leikkaushaavan erittäessä on syytä ottaa yhteys lääkäriin tai yksikköön missä leikkaus on suoritettu. Infektioiden ennaltaehkäisy ja hoito on tärkeää. Kaikki bakteeri-infektiot tulee hoitaa huolellisesti, koska infektio voi levitä veriteitse tekoniveleen. Jos teille suunnitellaan hammastoimenpiteitä tai polikliinisiä tähytys- tai muita toimenpiteitä, teidän on aina kerrottava hoitavalle lääkärille tekonivelestänne.

## Kotivoimisteluoohjelma

### Liikkuvuus- ja lihasvoimaharjoittelu

Oma aktiivisuus lonkan liikkuvuus- ja lihasvoimaharjoittelussa on tärkeää hyvän kuntoutumisen ja leikkaustuloksen saavuttamiseksi. Harjoituksia tehdään voinnin mukaan, vähintään kaksi kertaa päivässä. Harjoitusten toistomäärät vaihtelevat yksilöllisesti. Aloita 10 toistolla ja lisää harjoittelun määrää vähitellen. Jos molemmat lonkat on leikattu, harjoitukset tehdään molemmilla jaloilla.



1. Koukista ja ojenna nilkkoja tehokkaasti verenkierron vilkastuttamiseksi.



2. Aseta esimerkiksi pyyherulla leikatun polvitaipteen alle. Pidä polvitaive pyyherullalla ja ojenna polvi niin, että kantapää nousee alustalta ja laske rauhallisesti alas.



3. Jännitä pakaralihaksia puristamalla pakarot yhteen, pidä jännitys hetken aikaa ja rentouta.



4. Jännitä vatsalihakset vetämällä napa kohti selkärankaa, pidä jännitys ja hengitä normaalisti. Koukista leikattua alaraajaa liu'uttaen jalkaa alustaa pitkin. Älä koukista lonkkaa yli suorankulman (90 astetta).



5. Jännitä vatsalihakset vetämällä napa kohti selkärankaa, pidä jännitys ja hengitä normaalisti. Nosta lantio irti alustasta.



6. Jännitä reisilihas painamalla polvitaive alustaan, vedä samalla nilkka koukkuun. Liu'uta leikattua alaraajaa sivulle.

Huomioi että varpaat osoittavat ylöspäin liikkeenajan.



7. Ojenna ja koukista leikatun alaraajan polvea rauhalliseen tahtiin.

## JATKOHOITO JA JÄLKITARKASTUS

Jatkofysioterapian tarve arvioidaan yksilöllisesti ennen kotiutumistanne. Jälkitarkastukseen saatte ajan erikoissairaanhoidon kirurgian poliklinikalle noin kahden kuukauden kuluttua leikkauksesta. Jälkitarkastuksessa lonkasta otetaan röntgenkuva ja arvioidaan kuntoutumisissa. Alaraajojen mahdolliset pituuserot huomioidaan jälkitarkastuksessa.

Sosiaaliturvaan ja jatkohoitoon liittyvissä asioissa, kuten KELA:n matkakorvausasiat, lääkekorvausasiat, sairausloma- ja päiväraha – asioissa voitte ottaa yhteyttä Kouvolan terveyskeskuksen sosiaalityöntekijään.

Kouvolan terveyskeskuksen sosiaalityöntekijä puh. 02 0 615 8083

## HYVÄÄ JA TURVALLISTA KUNTOUTUMISTA!

Kouvolan terveyskeskus osasto 2  
Marjoniementie 10  
45100 Kouvola.  
puh : 020 6152630

## LISÄTIETOJA

### Suomeksi:

[www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)  
[www.tohtori.fi](http://www.tohtori.fi)  
[www.apteekit.fi](http://www.apteekit.fi)  
[www.google.fi](http://www.google.fi)

### Venäjäksi:

[www.yandex.ru](http://www.yandex.ru)  
[www.wikipedia.ru](http://www.wikipedia.ru)  
[www.poisk.ru](http://www.poisk.ru)  
[www.doktor.2.look.ru](http://www.doktor.2.look.ru)  
[www.wikipedia](http://www.wikipedia)

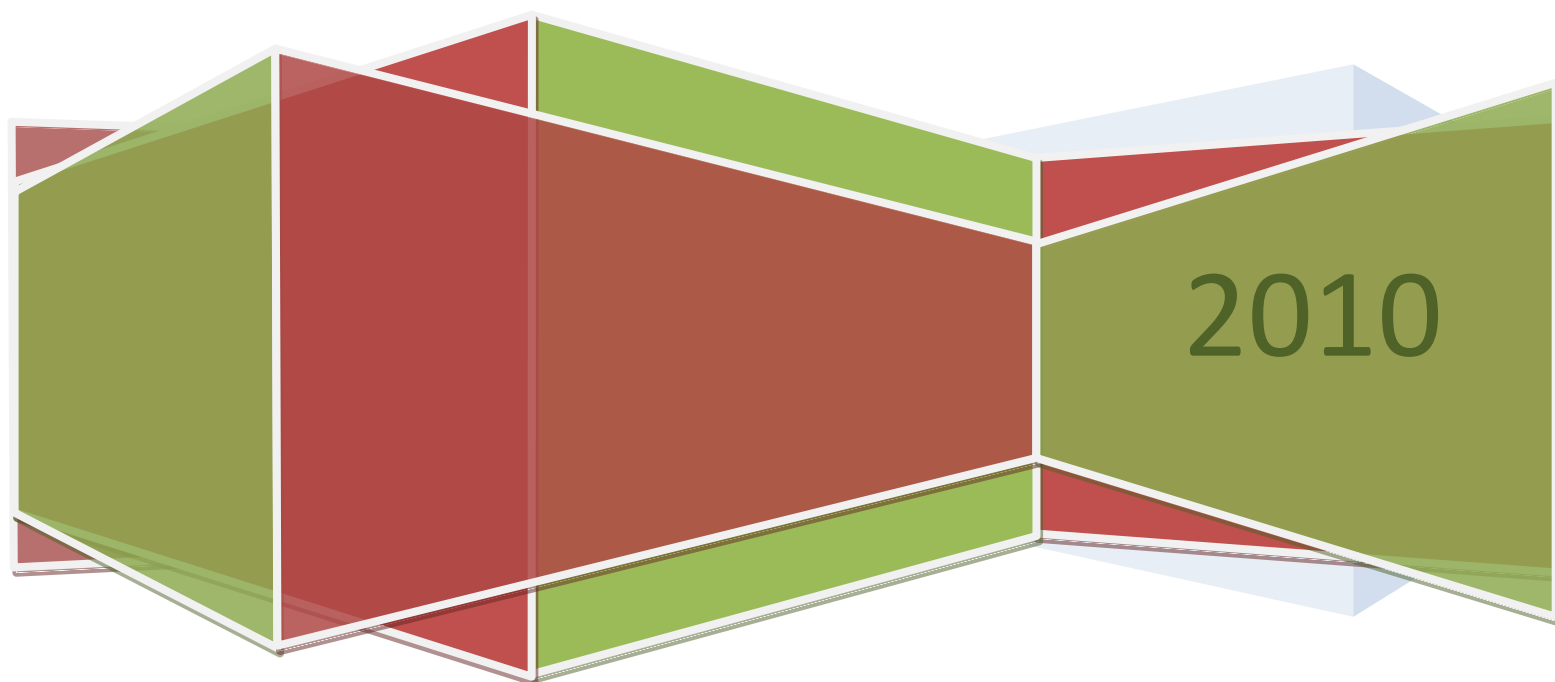
Laatija:  
Marina Välkky  
Sairaanhoitajaopiskelija  
Kymenlaakson Ammattikorkeakoulun

Asiantuntijat:  
Mettälä, K. THM, Roikonen, A. THM.  
Lahti T. osastonhoitaja.,  
Kansikas, L., kuntohoitaja

# Программа по лечению на дому

Реабилитационная постоперационная  
поддержка после эндопротезирования  
тазобедренного сустава

Центр здоровья города Коуволла, второе отделение





## **Значение этой программы – поддержка реабилитантов на дому, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава.**

Возвращение домой предполагает самостоятельное передвижение и способность справляться с повседневными обязанностями. Целью поддержки является, то, что Вы сможете прежде чем вернетесь домой двигаться самостоятельно и безопасно с помощью костылей с опорой под локоть или передвижной коляски, а так же делать лечебные упражнения в условиях дома, описанные в конце этой программы. Дома очень важно соблюдать программу по лечению на дому, а так же проинформировать родственников о выданной программе. Вместе с родственниками было бы хорошо также подумать о выполнении повседневных обязанностей, таких, например, как приготовление пищи, покупки, уборка, а так же о том, насколько Вам необходима помощь в данных вопросах.

### **Использование дополнительных приспособлений:**

Дополнительные приспособления помогут вам справляться самостоятельно с повседневными делами в домашних условиях. С их помощью вы сможете избежать тех поз и движений, в отношении которых необходимо проявлять осторожность в течении первых двух месяцев после операции. В условиях дома дополнительными приспособлениями являются: костыли с опорой под локоть, специализированная подушка, сидение для возвышения, специальное приспособление для туалета, захватывающие щипцы, ложечка для обуви с длинной ручной, приспособление для удлинения кровати.

Дополнительные приспособления можно взять на временное пользование в Центре средств для реабилитации города Коуволы по адресу: **Tapiontie 4 45100 Kouvola**

**тел: 020 6151 011**

### **Важно помнить!**

**Соблюдайте следующие предписания в течении двух месяцев до контрольного обследования:**

- не сгибайте бедро до 90 градусов
- не совершайте круговые движения прооперированной ногой в тазобедренном суставе
- не перекидывайте прооперированную ногу через здоровую «крест-накрест»

**Помните! Нельзя сгибать бедро чрезмерным наклоном вперед-вниз, например при одевании носков или поднимании предметов с пола, для этого необходимо использовать специальные приспособления.**

### **Ходьба с костылями**

При ходьбе можете нагружать прооперированную конечность \_\_\_\_\_

После операции по эндопротезированию тазобедренного сустава, ходьба осуществляется с помощью костылей с опорой под локоть способами «трех точек опоры» или «поочередным шагом».



### **Ходьба «три точки опоры»**

Отведите костыли с опорой под локоть вперед, наступите на пятку прооперированной ноги, перенесите ее на уровень между костылей. Перенесите вес тела на костыли и прооперированную ногу. Шагните здоровой ногой вперед, так, чтобы здоровая нога оказалась впереди костылей и прооперированной ноги.



### **Ходьба «поочередным шагом»**

Отведите правый костыль и левую ногу вперед и по очереди левый костыль и правую ногу. Продолжайте таким образом поочередно. Держите спину прямо и шагайте привычными по длине шагами.



### **Ходьба «с помощью одного костыля»**

При ходьбе "с помощью одного костыля", костыль с опорой под локоть находится со стороны здоровой ноги



## Подъем по ступенькам

Наступите сначала здоровой ногой на верхнюю ступеньку, затем перенесите костыли и прооперированную ногу на одну линию со здоровой ногой



## Спуск по ступенькам

Перенесите костыли и прооперированную ногу на ступеньку вниз и подтените здоровую ногу на тот же уровень.

## Помните!

При передвижении по ступенькам могут потребоваться две опоры.



*После того, как в использовании костылей больше не будет необходимости, Вы можете передвигаться по лестнице поочередными шагами, с учетом Вашего состояния.*

## Отдых

В течении года можете лежать и спать на спине. На прооперированную сторону Вы можете перевернуться, когда снизится чувствительность постоперационной раны. Так же между нижними конечностями необходимо положить подушку для предупреждения того, чтобы прооперированная нога, в положении лежа, не западала крест-накрест со здоровой ногой. Так же в течении года, при подъеме вверх, хорошо, если подушка будет находиться между коленями.



## Как передвигаться

Недели после операции, ходьба и лечебная гимнастика должны осуществляться с учетом выданных рекомендаций. После того, как в костылях нет больше необходимости, рекомендуемыми формами физических упражнений являются ходьба с палками, плавание, тренажер-велосипед, катание на лыжах и лечебная гимнастика. Целью является увеличение подвижности суставов/поддержание и укрепление мышечной силы. Поддержание общего и мышечного тонуса, а так же слежение за весом, являются важными составляющими самолечения. Силовые нагрузки, например, такие как бег, прыжки, боевые искусства и активные игры с мячом, могут подвергать преждевременному повреждению (изнашиванию) искусственного состава и поэтому не рекомендуются. В отношении этих форм физической нагрузки необходимо посоветоваться с лечащим врачом. Для облегчения

передвижения в условиях дома, рекомендуется убрать коврики небольших размеров. В условиях скользкой зимы хорошо использовать на обувь шипованные насадки, а на костыли с опорой под локоть, наконечники.

## Как сидеть и стоять

При сидении на низких по уровню стульях Вам необходимо использовать специальную подушку, либо сидение для возвышения в течении двух месяцев после операции. Это позволит избежать чрезмерного сгибания и растяжения бедра в области раны. Вы можете постепенно увеличивать время сидения с учетом Вашего состояния.

## Как одеваться и раздеваться

Одевание и раздевание нижней части тела, безопаснее осуществлять сидя на подкорректированном стуле и остерегаясь наклона туловища вперед. Помощью в этом могут служить хватательные щипцы, приспособление для одевания носков, а так же обувная ложка с длинной ручкой.



## Как ходить в туалет и мыться

Специальное приспособление для туалета необходимо использовать вплоть до контрольного обследования. В процессе мытья можете сидеть на подкорректированном кресле-туалете или на высоком табурете для мытья, на котором риск скольжения ниже. Мыться в ванной не рекомендуется.

## **Подъем и ношение предметов**

Поднимание и ношение тяжелых предметов, в период до контрольного обследования, стоит избегать.

## **Автомобилизм**

После операции Вы можете ездить на легковой машине. Подсаживание в машину необходимо осуществлять осторожно, с избеганием крайних позиций. Необходимо подготовить заранее сидение машины, так, чтобы сидение было отодвинуто назад, под сидение положена подушка и спинка сидения наклонена назад. Не рекомендуется водить машину первые два месяца после операции, до контрольного обследования.

## **Половая жизнь**

После операции по эндопротезированию тазобедренного сустава, во время близости, необходимо остерегаться крайних позиций. Особенную осторожность в отношении позиций необходимо соблюдать в течении первых двух месяцев после операции.

## **Наблюдение за прооперированной областью и профилактика инфекций**

В условиях дома очень важно следить за постоперационным состоянием раны. В случае болезненности, покраснения или появлении выделений из послеоперационной раны, необходимо проконсультироваться с врачом или связаться с медицинским учреждением, где была сделана операция. Профилактика возникновения инфекций и уход очень важны. Необходимо быть осторожным в отношении всех инфекций, так как инфекция может распространиться через кровь к протезу. Если Вам запланированы посещение стоматолога или другие амбулаторные процедуры, Вам всегда необходимо сообщить вашему лечащему врачу.

## Лечебная физкультура на дому

### Подвижность и укрепление мышц

Собственная активность в подвижности бедра и укрепления мышц, является важным в процессе реабилитации и достижения положительных результатов хирургического вмешательства. Упражнения необходимо делать с учетом состояния и не меньше двух раз в день. Количество повторов упражнений варьируется в индивидуальном порядке. Начните с 10 повторений и постепенно увеличивайте количество. Если оба сустава прооперированны, упражнения необходимо делать обеими ногами.



1. Сгибайте и разгибайте лодыжки эффективно, для стимуляции кровоснабжения.



2. Положите, например, полотенце скрученное в рулон под колено прооперированной ноги. Держа ногу на скрученном полотенце, разгибайте колено таким образом, чтобы пятка поднимала вверх и медленно опускайте в начальное положение (вниз).



3. Напрягите ягодичные мышцы, сжимая ягодицы вместе, держите напряжение некоторое время, а затем расслабьтесь.





4. Напрягите мышцы живота путем втягивания пупка к позвоночнику, сохраните на некоторое время напряжение и дышите обычно. Согните прооперированную конечность путем скольжения по поверхности вдоль здоровой ноги. Не сгибайте бедро более чем на прямой угол (90 градусов).



5. Напрягите мышцы живота путем втягивания пупка к позвоночнику, сохраните напряжение и дышите обычно. Поднимите таз, отрывая его от поверхности.



6. Напрягите мышцы бедра прижатием коленного сгиба к поверхности, в то же время, согните голеностопный сустав на себя, сдвиньте прооперированную ногу в сторону. Обратите внимание на то, что пальцы ноги во время движения были направлены вверх.



7. Разогните и согните колено конечности в спокойном ритме.

### **Последующее лечение и контрольное обследование.**

Необходимость продолжение физиотерапии оценивается индивидуально, прежде чем Вы вернетесь домой. Время к специализированной хирургической медицинской сестре в поликлинику вы получите примерно через два месяца после проведения операции. На контрольном обследовании будет сделан рентген бедра и оценен процесс реабилитации. На контрольном обследовании обсудят возможность удлинения конечности.

По вопросам, относящимся к социальной защите и продолжению лечения, таким как компенсация по расходам за проезд, лекарственных препаратов, а так же получение больничного и пособий от KELA, вы можете обратиться к социальному работнику Центра здоровья в городе Коувола.

Номер телефона социального работника Центра здоровья в городе Коувола: 02 0 615 8083

### **ХОРОШЕЙ И БЕЗОПАСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ!**

**Центр здоровья города Коувола, второе отделение**  
**Marjoniementie 10**  
**45100 Kouvola.**  
**тел : 020 6152630**

## Дополнительная информация:

На финском языке:

[www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)

[www.tohtori.fi](http://www.tohtori.fi)

[www.apteekit.fi](http://www.apteekit.fi)

[www.google.fi](http://www.google.fi)

На русском языке :

[www.yandex.ru](http://www.yandex.ru)

[www.wikipedia.ru](http://www.wikipedia.ru)

[www.poisk.ru](http://www.poisk.ru)

[www.doktor.2.look.ru](http://www.doktor.2.look.ru)[www.wikipedia](http://www.wikipedia)

Составитель:

Марина Вялккю

Студентка медицинского отделения

Высшей профессиональной школы округа Куменлаксо

Специалисты:

Меттяля, К. преподаватель, степень магистра,

Ройконен, А. преподаватель, степень магистра

Лахти Т. старшая мед.сестра,

Кансикас, Л., физиотерапевт.

Перевод с финского: Надежда Кярмениеми