

YLÄRAAJAN LASTAHOIDOT OSANA REUMAHOI- TOA KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ

Potilaiden kokemuksia lastahoitoon liittyvästä prosessista, lastahoidon vaikutuksista sekä käytön ohjauksesta.

Elina Kanninen

Jonna Paltamaa

Opinnäytetyö

Helmikuu 2012

Toimintaterapia

Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) 3333 KANNINEN, Elina PALTAMAA, Jonna	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 13.02.2012
	Sivumäärä 54	Julkaisun kieli SUOMI
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Yläraajan lastahoidot osana reumahoitoa Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Potilaiden kokemuksia lastahoitoon liittyvästä prosessista, lastahoidon vaikutuksista ja käytön ohjauksesta.		
Koulutusohjelma TOIMINTATERAPIA		
Työn ohjaaja(t) KANTANEN, Mari		
Toimeksiantaja(t) LAGER, Nina		
Tiivistelmä Keski-Suomen Keskussairaalan reumahoito on korkeatasoista. Se perustuu kaksivuotiseen hoitopolkuun ja moniammatilliseen hoitotiimiin. Toimintaterapia on yksi osa moniammatillista hoitotiimiä ja lastahoidot ovat osa reumatoimintaterapiaa. Opinnäytetyön tarkoituksena on auttaa kehittämään reumatoimintaterapiaa osana reumapotilaan hoitopolkua. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata noin kolme kuukautta nivelreumaa sairastaneiden aikuispotilaiden kokemuksia lastahoidojen vaikutuksista osana reumahoitoa Keski-Suomen Keskussairaalas- sa. Opinnäytetyön kohderyhmäksi on valittu aikuispotilaat, koska aikuisten ja lasten lastahoidot reumassa poikkeavat toisistaan. Opinnäytetyössä keskityttiin nimenomaan potilaiden subjektiivisiin kokemuksiin lastahoidojen vaikutuksista. Potilaiden kokemukset kerättiin lomakekyselyllä marras- joulukuussa 2011. Kyselytutkimus toteutettiin yhdessä Keski-Suomen Keskussairaalan reumatoimintaterapiayksikön kanssa. Kyselylomake oli muokattu Quest 2.0 -kyselylomakkeen pohjalta. Kyselyyn vastaavat potilaat valittiin esitietojen perusteella. Potilaat vastasivat kyselyyn toimintaterapeutin vastaanoton jälkeen tai päiväsairaaläkäynnin aikana. Kyselytutkimukseen vastasi yhteensä 12 reumapotilasta, joista 9 oli tuoreen nivelreumadiagnoosin saaneita. Tutkimustulosten perusteella tuorereumapotilaat ovat hyötäneet lastahoidoista sekä olleet tyytyväisiä saamiinsa lepolastoihin. Potilaat ovat myös olleet tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen lastahoidojen osalta. Tutkimus osoitti sen, että potilaat kokivat toimintaterapian tärkeänä osana reumahoitoa. Tutkimukseen vastanneet potilaat kokivat lastahoidon lievittävän tulehduskipuoireita. Uutena hyötynä vastauksissa tuli esille lastojen positiivinen vaikutus nukkumiseen ja unen laatuun. Työn tulokset puoltavat lastahoidojen suosittelemista potilaille joilla on tulehdusoireita. Lisäksi nivelreumapotilaiden kohdalla tulisi kiinnittää huomiota potilaan nukkumiseen ja unen laatuun.		
Avainsanat (asiasanat) Toimintaterapia, lastahoito, nivelreuma, tyytyväisyys		
Muut tiedot		



Author(s) KANNINEN, Elina PALTAMAA, Jonna	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 13.02.2012
	Pages 54	Language FINNISH
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title Upper extremity splint treatment as a part of treatment of Rheumatoid arthritis in Central Finland Central hospital. Patients experience on splint treatment process, splints affects and user guidance.		
Degree Programme OCCUPATIONAL THERAPY		
Tutor(s) KANTANEN, Mari		
Assigned by LAGER, Nina		
Abstract <p>The quality of the treatment of Rheumatoid arthritis (RA) in Central Finland Central Hospital is high. The quality of the treatment is based on a two-year treatment path and multi-professional team. Occupational therapy is one part of the multi-professional team, and splint treatments are a part the occupational therapy of patients with rheumatoid arthritis. The purpose of the thesis was to help the development of the occupational therapy treatment of RA.</p> <p>The purpose of this thesis was to describe adult patients' experiences on splints as a part of their rheumatoid arthritis treatment in Central Finland Central Hospital. Adult patients were selected as a target group of this thesis because splint treatment in RA differs between adults and children. This thesis was focused on the patients' subjective experiences about splint treatment.</p> <p>The patients' experiences were collected by using a questionnaire during November and December 2011. The survey was implemented in concert with the occupational therapy unit in Central Finland Central Hospital. The questionnaire was modified based on the Quest 2.0 questionnaire. The patients were selected to respond to the questionnaire based on their anamneses. They answered the questionnaire after an occupational therapy appointment or during their day-hospital visit. A total of twelve RA patients answered the questionnaire. Nine of them had a recent RA diagnosis.</p> <p>According to the results, the RA patients had benefitted from splint treatment and they were satisfied with the splints they had received. The patients were also satisfied with the counseling they had received. The study indicated that the patients saw occupational therapy as an important part of RA treatment. They felt that the splints had reduced the inflammation symptoms of RA. A new aspect that came up was that splints had a positive effect on sleep and the quality of sleep.</p> <p>Based on result of this thesis, splint treatment can be recommended to RA patients who have inflammation symptoms. In addition, more attention should be paid to RA patients' sleep and to the quality of their sleep.</p>		
Keywords Occupational therapy, splint treatment, rheumatoid arthritis, satisfaction		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMIVA IHMINEN	7
2.1	Inhimillisen toiminnan malli.....	7
2.2	Biomekaaninen malli.....	9
3	REUMASAIRAUKSIEN LAAJA KIRJO	10
3.1	Nivelreuma	12
3.2	Reuma ja toimintaterapia	14
3.3	Reumahoito Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä.....	16
4	LASTAT.....	17
5	TARKOITUS JA TAVOITE	20
6	TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	21
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	21
7.1	Kyselytutkimus	22
7.2	Kyselylomake.....	23
7.3	Tutkimuksen eteneminen	25
8	AINEISTON KUVAUS	25
9	TUTKIMUSTULOSTEN ANALYSOINTI.....	26
10	TUTKIMUSTULOKSET	28
10.1	Lastojen toimivuus ja käytettävyys	28
10.2	Lastahoidon perustelu ja käytön ohjaus	32
10.3	Toimintaterapia osana reumahoitoa	35
11	POHDINTA	39
12	JOHTOPÄÄTÖS.....	46
13	LÄHTEET.....	47
14	LIITTEET	49

Liite 1. KSSHP reumahoitopolku.....	49
Liite 2. Kyselylomake	50
Liite 3. Saatekirje	54

KUVIOT

KUVIO 1. Mukailtu reumahoitopolku	17
KUVIO 2. Reumahoidossa käytettävä lepolasta © Kanninen 2012	19
KUVIO 3. Kyselytutkimuksen sisäänottokriteerit	22
KUVIO 4. Vastauksia kysymykseen 11	36
KUVIO 5. Vastauksia kysymykseen 12	37
KUVIO 6. Vastauksia kysymykseen 13	38
KUVIO 7. Vastauksia kysymykseen 15	39

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Avointen kysymysten analysointi	28
TAULUKKO 2. Lepolastaosion osatekijöiden keskiarvot.....	29
TAULUKKO 3. Kysymys 1: Mittasuhteisiin (koko, pituus, istuvuus)	30
TAULUKKO 4. Kysymys 2: Käteen asettamisen ja kiinnittämisen helppous.....	30
TAULUKKO 5. Kysymys 3: Kestävyys käytössä.....	31
TAULUKKO 6. Kysymys 4: Käytön helppous	31
TAULUKKO 7. Kysymys 5: Mukavuus ja miellyttävyys.....	32
TAULUKKO 8. Kysymys 6: Tarkoituksenmukaisuus	32
TAULUKKO 9. Palveluosion osatekijöiden keskiarvo.....	33
TAULUKKO 10. Kysymys 7: Lepolastan tekeminen toimintaterapian vastaanotolla ...	33
TAULUKKO 11. Kysymys 8: Lepolastan huolto- ja korjauspalvelut	34
TAULUKKO 12. Kysymys 9: Toimintaterapeutilta saamanne lepolastan käytönohjaus	34
TAULUKKO 13. Kysymys 10: Lepolastan käyttöönoton jälkeen saatavilla olevaan tukeen.....	35

1 Johdanto

Lähes jokaisella meistä on reumaoireita jossain vaiheessa elämäämme. Tämä ei tarkoita sitä, että kaikille meistä voitaisiin diagnosoida nivelreumaa, joksi reuma usein yleisesti ajatellaan. Reumasairauksien alle luetaan mm. tuki- ja liikuntaelämistön ongelmat kuten selkäsairaudet. (Karjalainen 2007, 10.) Koska reumasairaudet pitävät sisällään useita alatyyppejä, niiden yleisyys on suuri ja kansanterveydelliset vaikutukset laajat. Reumasairauksista nivelreuma on suhteellisen harvinainen, yli 30-vuotiaista suomalaisista vain 1 % naisista ja 0,5 % miehistä sairastaa nivelreumaa. Nivelreumalla on kuitenkin merkittävin tulehduksellinen reumasairaus hoitokustannusten sekä pitkäaikaisvaikutusten vuoksi. (Heliövaara 2007, 12-14.) Tämän vuoksi rajasimme aiheemme sekä kyselyyn vastanneet potilaat nivelreuman ympärille.

Reumasairauksien hoito on viime vuosikymmenten aikana kehittynyt erittäin paljon ja moniammatillisuus on otettu mukaan reumahoitoon. Esimerkiksi toimintaterapeuttien valmistamat lepolastat ovat tärkeä osa tulehduksellisten reumasairauksien hoitoa (Oravainen 2007, 179). Reumahoito Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on valtakunnallisesti mitattuna korkeatasoista (Roikonen 2012, 9). Toteutimme opinnäytetyömme kyselytutkimuksen muodossa yhteistyössä Keski-Suomen keskussairaalan reumatoimintaterapiayksikön kanssa. Tässä työelämälähtöisessä opinnäytetyössä tarkastelemme Keski-Suomen keskussairaalan reumahoitopolun potilaiden kokemuksia lastahoidoista. Toimeksiantajana opinnäytetyöllämme on yksikön lähiesimies, toimintaterapeutti Nina Lager.

Kiinnostus aiheeseen syntyi ollessamme harjoittelussa reumatoimintaterapiayksikössä ja kun toimeksiantaja esitti selkeän tarpeen, lähdimme toteuttamaan tutkimusta. Tutkimustietoa löytyy lastojen käytöstä reumahoidossa mutta tutkimustietoa lastojen käyttökokemuksista potilaiden näkökulmasta ei ole. Myöskään Keski-Suomen keskussairaalassa käytettävyytutkimusta ei ole aiemmin tehty. Koska tutkimusta potilaiden näkökulmasta ei ole saatavilla, opinnäytetyömme tuo arvokasta tietoa toimintaterapiasta osana reumahoitoa. Tavoitteena on, että reumatoimintater-

piayksikkö voi hyödyntää opinnäytetyön tuloksia esimerkiksi kertoessa potilaille lastahoidoista.

2 Toimiva ihminen

2.1 Inhimillisen toiminnan malli

Inhimillisen toiminnan malli (Model Of Human Occupation, MOHO) julkaistiin ensimmäisen kerran vuonna 1980. Inhimillisen mallin kehittämisessä oli mukana kolme toimintaterapeuttia, jotka halusivat luoda viitekehysten omalle työlleen. On tutkittu, että MOHO on kansainvälisesti toimintaterapian käytetyin viitekehys. (Kielhofner 2008, 1.)

MOHO keskittyy ihmisen toimintakyvyn osa-alueista tahtoon, tottumuksiin ja toiminnalliseen suoriutumiseen. Nämä kolme toimintakyvyn osa-aluetta muodostavat yhdessä toimivan ihmisen. Toimintakyvyn osa-alueiden lisäksi henkilön toimintaan vaikuttaa tiiviisti ympäristö, jossa hän toimii. (Kielhofner 2008, 12.)

Tahto koostuu henkilön arvoista, kiinnostuksen kohteista sekä henkilökohtaisesta vaikuttamisesta toimintaan. Nämä asiat motivoivat ihmistä toimimaan. Henkilökohtaisella vaikuttamisella toimintaan tarkoitetaan pätevyyden tunnetta sekä henkilön uskoa omaan kykyihinsä. Arvoilla puolestaan tarkoitetaan toimintojen merkityksellisyttä ja tärkeyttä. MOHO määrittelee ihmisen kiinnostuksen kohteet toiminnoiksi, jotka ovat houkuttelevia ja henkilö saa niistä mielihyvää. Jokapäiväisessä elämässä henkilön arvot, kiinnostuksen kohteet sekä henkilökohtainen vaikuttaminen kietoutuvat yhteen. (Kielhofner 2008, 12-16.)

Tottumukset voidaan jakaa tapoihin ja rooleihin. Tavat ovat rutiineja, millä tavoin teemme asioita ja ne ohjaavat paljolti mitä teemme jokapäiväisessä elämässämme. Tavoista saadaan rutiininomaisia, kun samaa toimintoa tehdään useasti samassa ym-

päristössä. Rutiininomaisuus vähentää ponnisteluja, jota vaaditaan toiminnasta suoriutumiseen. (Kielhofner 2008, 16.)

Toimintamallimme usein ilmentävät sisäistämiämme rooleja. Ihminen käyttäytyy tavalla, joka yhdistetään tiettyyn sosiaaliseen statukseen tai identiteettiin. Yhdellä ihmisellä voi olla elämässään useampia rooleja, joita käytetään eri aikoina ja eri ympäristöissä; esimerkiksi työpaikalla työntekijä ja kotona äiti. (Kielhofner 2008, 16-18.)

Toiminnallisella suoriutumisella tarkoitetaan objektiivisesti havaittavia fyysisiä ja psyykkisiä kykyjä, jotka vaikuttavat toimintaan. On tärkeää huomioida myös henkilön subjektiivinen kokemus tämän fyysisistä ja kognitiivisista kyvyistä. MOHO:n rinnalle on kuitenkin hyvä ottaa toinen viitekehys, jossa keskitytään tarkasti yhteen fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn osa-alueeseen, joka vaikeuttaa toiminnallista suoriutumista. (Kielhofner 2008, 18-20.)

MOHO sopii opinnäytetyömme viitekehyykseksi, koska se on asiakaslähtöinen malli. MOHO:ssa nostetaan esille asiakkaan näkökulmien ja toiveiden merkitys terapiaa suunnitellessa. Inhimillisen toiminnan mallin mukaista terapiaa tehtäessä terapeutin tulee mm. ymmärtää, kunnioittaa sekä tukea asiakkaan arvoja, rooleja, tapoja ja toiminnallisia kokemuksia. Asiakaslähtöisen terapian keskiössä tulee MOHO:n mukaan olla asiakkaan omat valinnat, toiminta ja kokemukset. (Kielhofner 2008, 3-4.)

Vamma tai sairaus voi vaikuttaa tyytyväisyyden kokemiseen sekä elämästä nauttimiseen ja sitä kautta vaikeuttaa toimintaan osallistumista. Fyysinen vamma, jatkuva väsymys tai kipu voi vähentää toiminnasta saatavaa mielihyvän tunnetta. Jotta toiminta olisi mahdollista, voidaan toimintaa joutua mukauttamaan. Mukauttaminen voi vaikuttaa negatiivisesti toimintaan liittyvään tunteeseen, jolloin voi olla vaikeaa saada aiemmankaltainen kokemus. Haaste onkin löytää uusia kiinnostuksen kohteita tai tapoja toteuttaa vanhoja. (Kielhofner 2008, 44-45.)

Muutokset toimintakyvyssä vaikuttavat siihen, että aiemmin vakiintuneet rutiinit eivät enää onnistu. Tällöin joudutaan kehittämään uusia tapoja yhdelle tai useam-

malle elämän osa-alueelle. Uusia rutiineja tarvitaan, jos henkilö tarvitsee toiminnassaan apuvälineitä tai toisen ihmisen apua. Joskus uusia tapoja tarvitaan sairauden hallitsemiseen. Tällaisia tapoja ovat esimerkiksi nivelten säästö, energian säästäminen tai lääkehoidon toteuttaminen. Vuorotteleva remissio ja sairauden paheneminen tai etenevä fyysisen toimintakyvyn lasku voivat vaikeuttaa uusien tapojen omaksumista. Henkilöiden, joiden toimintakyky vaihtelee, tulee kehittää joustavia tapoja toimia. (Kielhofner 2008, 58.)

2.2 Biomekaaninen malli

Biomekaaninen viitekehys pohjautuu fysiikan periaatteisiin, kinematiikkaan, sekä ihmisen liikkeeseen ja asentoihin suhteessa painovoimaan. Biomekaanista mallia käytetään monien eri ammattiryhmien toimintaa ohjaavana viitekehyyksenä. Toimintaterapiassa biomekaniikkaa sovelletaan asiakkaan arkeen ja askareisiin sekä niistä selviytymiseen. (Cole & Tufano 2008, 165.)

Toimintaterapiassa biomekaanista mallia lähestytään seuraavista näkökulmista:

1. Heikentyneen liikuntakyvyn vahvistaminen ja palauttaminen
2. Ympäristön tai toiminnan muokkaaminen adaptaation tai kompensaation keinoin
3. Toiminnallisen suoriutumisen mahdollistaminen

Toimintaterapia keskittyy kuntoutuksellisiin näkökulmiin siten, että potilas hankaluuksistaan huolimatta selviytyisi arjestaan itsenäisesti. Tämä mahdollistetaan esimerkiksi muokkaamalla ympäristöä sekä kompensaation, eli korvaavien toimintatapojen avulla. Toimintaterapiassa tulisi ottaa huomioon myös psyykkisten tekijöiden vaikutukset toiminnalliseen suoriutumiseen. (Cole & Tufano 2008, 166-168.)

Voima ja kestävyys sekä liikelaajuudet ovat olennainen osa toiminnallista suoriutumista ja tärkeimmät lähtökohdat riippumatta heikentyneen toimintakyvyn syistä. Voimaa, kestävyyttä ja liikelaajuuksia pyritään mittaamaan ja näin saamaan kokonaiskuva potilaan tilanteesta. Esimerkiksi nivelten liikelaajuuksia voidaan mitata go-

niometrillä, jolloin tulokseksi saadaan asteita. Voimaa mitataan puristusvoima- ja nipistysmittareilla. Kestävyyttä mitataan liikkeen maksimipituudella tai maksimitoistoin. Myös kipu on mitattavissa oleva, mutta kuitenkin subjektiivinen asia, joka määrittää potilaan tilannetta ja intervention toteutusta. Kipua voidaan mitata esimerkiksi asteikolla 0-10, jolloin 0 tarkoittaa ei kipua lainkaan ja 10 on kovin mahdollinen kipu. On myös olennaista määritellä missä potilas tuntee kipua. Potilas voi lisäksi eri tavoin näyttää missä kipua tuntee. (Cole & Tufano 2008, 169-170.)

Keski-Suomen keskussairaalassa reumatoimintaterapiassa mitataan liikelaajuuksia sekä puristusvoimaa manuaalisesti. Käsiä palpoidessa, eli tunnustellessa, potilasta pyydetään kertomaan mikäli nivelessä tuntuu kipua. Tulosten perusteella toteutetaan potilaan kannalta sopivimmat interventiot, kuten lastahoito sekä apuvälineiden käyttöönotto. (Lager, 2011.)

3 Reumasairauksien laaja kirja

Reuma käsitteenä on hyvin laaja, vaikka usein ajatellaankin reuma synonyymina nivelreumalle. Käsitteen alle kuuluvat tuki- ja liikuntaelimestön toiminnan häiriöt ja sairaustilat. Reumaoireita on lähes kaikilla jossain vaiheessa elämää, mutta tämä ei tarkoita että reumadiagnoosi voitaisiin antaa kaikkien oireiden perusteella. Reumasairaudet saattavat olla lieviä ja nopeasti ohimeneviä, mutta toinen ääripää on vaikea ja invalidisoiva reuma. Kansanterveydellisesti merkittävimpiä reumasairauksia ovat nivelrikko, nivelreuma, osteoporoosi sekä selkäsairaudet, sillä nämä aiheuttavat jopa viidesosan eri sairauksien kaikkiaan aiheuttamasta työpanoksen menetyksistä. (Martio, Karjalainen, Kauppi, Kukkurainen & Kyngäs 2007, 7-8.)

Reumasairauksien monimuotoisuuden vuoksi niiden diagnostiikka on ongelmallista. Aina tuki- ja liikuntaelimestön sairauden tarkka diagnosointi ei ole tärkeää, jollei sillä ole merkitystä hoidon tai ennusteen kannalta. Varhaisvaiheessa on vaikeaa tunnistaa sairautta, jonka vuoksi on pyrittävä sulkemaan pois muut vaihtoehdot sekä ajateltava tilannetta kokonaisvaltaisesti. Suomalaisessa väestössä lihas-, nivel- ja selkäkiput ovat

hyvin yleisiä ja merkittävämpänä niiden aiheuttajana ovat vammat tai yksipuolinen kuormittaminen. Hoito on perusteltua aloittaa, jos on vahva epäily tietystä sairaudesta. (Karjalainen 2007, 9-10.)

Useimpien reumasairauksien etiologiaa ei ole voitu selvittää, mutta joskus tietty virus tai bakteeri voi aiheuttaa niveltulehduksen. Tarkkaa aiheuttajaa on usein vaikea löytää, mutta autoimmuunisairauden puhkeamiselle tarvitaan geneettinen alttius sekä ulkopuolinen laukaiseva tekijä. Perintötekijät eivät suoraan aiheuta sairastumista reumaan, mutta alttius reumasairauksille on reumasairaudesta riippuen periytyvä. Ympäristö- tai ravintotekijät eivät ole merkittävässä osassa reumatauteihin sairastumisen kannalta, mutta tupakoinnilla on nähty olevan selvä yhteys alttiudelle sairastua nivelreumaan. Reumasairaudet ovat yleisimpiä naisilla, lukuun ottamatta selkärankareumaa. Raskaus tai vaihdevuodet voivat vaikuttaa sairastumiseen tai taudinkulkuun, joten hormonaaliset tekijät voivat olla merkityksellinen osa reumasairauden puhkeamista. Myös liikunnan puute ja raskas ruumiillinen työ, johon liittyy paljon nostamista, vartalon tärinää tai hankalia työasentoja, ovat osaltaan kiistatta yhteydessä selkäsairauksien esiintyvyyteen. Myös monipuolinen sekä säännöllinen liikunta ehkäisee tuki- ja liikuntaelimestön sairauksia, joten olisi pyrittävä tasapainoon liikakuormituksen sekä liikunnan välillä. Ylipäänsä terveelliset elämäntavat ehkäisevät reumasairauksia ja tämän vuoksi olisikin tärkeää pyrkiä lisäämään tietoisuutta sekä väestön halukkuutta noudattamaan liikunnallista sekä terveellistä elämäntapaa. (Karjalainen, Heliövaara & Puolakka 2007 10-17.)

Reumasairaudet jaetaan kolmeen pääryhmään, jotka ovat tulehdukselliset, degeneratiiviset sekä pehmytkudosten reumasairaudet. Tulehduksellisiin reumasairauksiin kuuluvat esimerkiksi nivelreuma sekä systeemiset sidekudossairaudet. Tämän ryhmän sairauksissa ei kuitenkaan kaikissa ole niveloireita, joten taudinkuva on ryhmän sisällä hyvin vaihteleva. Myös akuutit sairaudet, kuten reaktiivinen artriitti ja kihti kuuluvat tulehduksellisiin reumasairauksiin. Tulehduksellisia reumasairauksia voi olla kaikenikäisillä, jolloin kansanterveydellinen merkitys korostuu, kun sairaus voi kestää vuosikymmeniä. Usein ikääntymisen liittyy mm. selkäongelmia, nivelrikkoa tai osteoporoosia. Ikääntymiseen liittymisen vuoksi näitä sairauksia kutsutaan degenera-

tiivisiksi reumasairauksiksi. Fibromyalgia on pehmytkudosten reumasairauksista ainoa tarkoin määritelty, muutoin ryhmä on osittain epämääräisesti rajattu. (Martio & Karjalainen 2007, 9-10.)

3.1 Nivelreuma

Nivelreuma, Rheumatoid Arthritis, on 2-3 kertaa yleisempi naisilla kuin miehillä. Se voi puhjeta missä iässä tahansa, mutta sen esiintyvyys kohoaa ikääntymisen myötä. Yleisin puhkeamisaika on noin 40-60 vuoden iässä. Nivelreuma on systeemisairaus, joka nimensä mukaisesti aiheuttaa tulehduksia niveliin. Reuman tulehduttamista nivelistä 90 % tulehtuu ensimmäisen vuoden aikana sairastumisesta. Jos nivelreuman etenemistä ei saada pysäytettyä, suurimmalla osalla potilaista se johtaa huomattavaan toimintakyvyn alenemiseen 10-20 vuodessa. Noin 20 % nivelreumaan sairastuneista kärsii yhden tulehdusjakson jonka jälkeen sairaus on pitkään remissiossa (oireeton vaihe). Suurimmalla osalla taudinkuvaan kuuluu useita tulehdusjaksoja joiden välissä on remissiovaiheita. (Deshaies 2006, 954-955.)

Nivelreumaa sairastavien toimintakyvyn taso riippuu taudinkuvasta, oireiden vakavuudesta sekä nivelten vaurioiden määrästä. Koska nivelreuma on systeemisairaus, suurimmalla osalla potilaista sen taudinkuvaan kuuluu tiettyjä piirteitä. Näistä esimerkiksi niveltulehdus eli vaskuliitti, väsymys ja reumakyhmyt. Jos nivelreuma on pitkälle edennyt se voi alentaa potilaan eliniänodotetta 10-15 vuodella, sillä nivelreuman seuraukset voivat näkyä myös joskus mm. sydän-, keuhko- tai sisäelinten sairauksina. (Deshaies 2006, 954-955.)

Nivelreuman yleisimmät oireet ovat kipu ja turvotus symmetrisesti useissa nivelissä yhtäaikaaisesti, pitkittynyt aamujäykkyys, huonovointisuus, väsymys sekä alhainen kuume. Useimmiten niveltulehdusta esiintyy käden PIP- ja MCP-, sekä peukalon nivelissä, ranteissa, sekä lähes kaikissa kehon muissa nivelissä. Vaikka useimmiten tulehdus esiintyy kehon molemmin puolin, ei välttämättä taudin eteneminen kulje tasaisesti, vaan oireet voivat olla esimerkiksi dominanttikädessä vakavammat. Taudin kuva on myös yksilöllinen ja siihen saattaa liittyä kroonista tai akuuttia kipua. Akuutti

kipu johtuu nivelten vaurioitumisesta taudin edetessä. Reuman aktiivivaiheessa tulehtuneissa nivelissä oireita ovat punoitus, turvotus ja kuumotus. Aamujäykkyys on hyvin yleinen oire nivelreuman aktiivivaiheessa ja se saattaa kestää kaksikin tuntia. (Deshaies 2006, 955-956.)

Yli 33 %:lle potilaista nivelreuman edetessä niveliin kehittyy muutoksia. Yli 10 %:lle potilaista muodostuu nivelmuutoksia käden pieniin niveliin ensimmäisen kahden vuoden aikana sairastumisesta. Näitä nivelmuutoksia ovat esimerkiksi joutsenkaula-deformiteetti, boutonniere, ranteen radiaalideviaatio ja rystysten ulnaarideviaatio. Nivelmuutokset voivat olla seurausta käden käyttämättömyydestä kivun vuoksi, kudonvaurioiden sekä lihaksissa ja jänteissä tapahtuvien muutoksien vuoksi (Deshaies 2006, 955-956.)

Käypä hoito -suositusten (2009) mukaan nivelreuman jatkuessa aktiivisena yli vuoden, eikä tänä aikana hyvää hoitovastetta saavuteta, on potilaalla uhkana toimintakyvyn heikentyminen, työkyvyn menetys sekä nivelten vaurioituminen. Suositusten mukaan nivelreumapotilaan kuntoutus on moniammatillinen kokonaisuus. Toimintaterapia on keskeinen osa potilaan kuntoutusta, sillä toimintaterapeutti arvioi mm. tukien ja lastojen sekä apuvälinetarpeen. Kielhofner (2008, 58) mainitsee Inhimillisen toiminnan mallissaan niveltensäätön merkityksen joka on myös Käypä hoito -suositusten mukaan osa toimintaterapian vastuualueita. Niveltensäätämisen ohjaaminen potilaalle on tärkeää, jottei potilas aiheuttaisi niveliin kohdistuvalla virheellisellä kuormituksella toimintakyvylleen haittaa. (Nivelreuma 2009, 19.)

Reumasairauksien lääkehoidon tavoitteena on pysäyttää taudin kulku eli saavuttaa remissio, sekä ylläpitää työ- ja toimintakykyä. Peruslääkehoito lievittää tulehdusoireita ja estää nivelvaurioiden syntymisen. Nivelreuman hoidossa käytetään peruslääkkeiden yhdistelmähoitojen lisäksi biologisia reumalääkkeitä. Tutkimusten mukaan aktiivinen sekä aikaisessa vaiheessa aloitettu lääkitys hidastaa nivelvaurioiden syntymistä ja auttaa ylläpitämään potilaan elämänlaatua. Solusalpaajiin kuuluva metotreksaatti on nivelreuman hoidossa käytetty kantälääke. Pitkäaikaisten tutkimusten

mukaan metotreksaatti on muita lääkkeitä tehokkaampi sekä paremmin siedetty. (Korpela 2007, 55.)

3.2 Reuma ja toimintaterapia

Reumasairauksien kroonisuus sekä etevä luonne tuovat mukanaan usein toiminta- ja työkyvyn heikkenemistä. Sairastaminen voi alkaa jo hyvin varhaisessa vaiheessa elämää ja vaatia pitkäaikaista hoitoa. (Puolakka 2007, 17-18.) Tulehdus aiheuttaa nivelissä sekä sitä ympäröivissä kudoksissa vaurioita, kun tulehdusprosessin seurauksena nivelnesteeseen ominaisuus muuttuu. Nivelen ympärillä oleva rusto vaurioituu tulehduksen jatkuessa ja koska rusto on huonosti uusiutuvaa, muutokset voivat vaikeuttaa toiminnallista suoriutumista pysyvästi. (Hakala 2007, 232-234.) Tämän vuoksi toimintaterapia on tärkeässä osassa reumasairauksien hoidossa. Toimintaterapialla pyritään parantamaan toimintakykyä apuvälineillä ja konservatiivisen hoidon keinoin sekä parantamaan tulehdusoireita muun muassa kylmä- ja lastahoidoilla. Myös tietoisuus taudinkulusta, sen mahdollisista vaikutuksista sekä niveltensäätöohjeet ennaltaehkäisyyn kannalta ovat tärkeässä osassa toimintaterapiassa. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2011.)

Nivelreumaa sairastavalla potilaalla oireet ovat yksilöllisiä. Tämän vuoksi on tärkeää, että toimintaterapiassa painotetaan potilaslähtöistä lähestymistapaa. Toimintaterapiaa toteutettaessa on myös hyvä ottaa huomioon se, että potilaan oireet voivat vaihdella päivästä riippuen. (Deshaies 2006, 957-958.)

Apuvälineet ovat tärkeä osa reumatointaterapiaa, sillä pitkäaikainen sairastaminen ja tuki- ja liikuntaelimestön hankaluudet heikentävät toimintakykyä. Yhdessä toimintaterapeutin kanssa voidaan löytää yksilöllisesti oikeat apuvälineet esim. keittiötoimintoja helpottavat apuvälineet kuten pystykahvaiset veitset ja paksuvartistet juureskuorimet. (Oravainen 2007, 181-182.) Esimerkiksi nivelreumaa sairastavilla on usein tulehduksia sormien pienissä nivelissä, jolloin mm. kipua, turvotus ja voimien heikentyminen vaikuttavat lähes kaikkeen toimintaan arjessa. (Hakala 2007, 325.)

Lastahoidot ovat tärkeä osa toimintaterapiaa tulehduksellisten reumasairauksien hoidossa. Lastahoidolla pyritään vähentämään tulehdusoireita valmistamalla potilaalle lepolasta oireiden mukaan. Lepolastalla pyritään vähentämään myös turvotusta, aamujäykkyyttä sekä ehkäisemään virheasentojen syntymistä. Lepolasta valmistetaan matalalämpömuovista potilaalle yksilöllisesti muotoillen. Työlastat ovat taas päiväkäyttöön tarkoitettuja rannetukia, joilla pyritään saamaan käsiin lisää voimaa sekä pitämään rannetta oikeassa asennossa. (Oravainen 2007, 179.) Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia erityisesti potilaiden kokemuksia lastahoidoista osana nivelreuman hoitoa.

Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen Occupational therapy for rheumatoid arthritis (Steultjens, Dekker, Bouter, Schaardenburg, Kuyk, Van den Ende 2008) tavoitteena oli selvittää parantaako toimintaterapian interventiot reumaa sairastavan henkilön toimintakykyä, sosiaalista osallistumista ja/tai terveyteen liittyvää elämän laatua. Tärkeimmät toimintaterapian interventiot olivat taitojen harjoittaminen, neuvonta ja niveltensäätön ohjaus, apuvälineiden antaminen sekä lastojen tekeminen. Kolme tutkimuksessa yleisimmin valittua interventiota reumaa sairastaville olivat apuvälineiden käytön, itsehoitomenetelmien ja toimintojen ohjaus. (Steultjens ym. 2008.)

Tämän järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen tulokset antoivat vähäistä näyttöä kokonaisvaltaisen toimintaterapian hyödyistä toimintakyvyn edistämiseksi. Vahvinta näyttöä toimintaterapian vaikuttavuudesta toimintakykyyn saatiin, kun interventioksi oli valittu niveltensäätön ohjaus. Tulokset näyttävät myös merkittävää hyötyä lastojen käytöstä osana kivun vähenemistä. (Steultjens ym. 2008.)

Kirjallisuuskatsauksen mukaan tulevaisuudessa tarvitaan lisää tutkimustietoa kaikista toimintaterapian interventioista reumahoidossa. Erityistä huomiota näissä tutkimuksissa tulisi kiinnittää tutkimuksen suunnitteluun, herkkien, luotettavien ja pätevien tulostittajien valintaan, tutkimusjoukkoon sekä tulosten esittämiseen. Kirjallisuuskatsauksen loppupäätelmä on, että reumaa sairastavat henkilöt saavat apua toimintaterapiasta päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. (Steultjens ym. 2008.)

3.3 Reumahoito Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä

Keski-Suomen keskussairaala on tuoreen nivelreuman hoidossa Suomen ja maailman parhaimpia. Kaksivuotinen reumahoitopolku on kehitetty Keski-Suomessa ja sen ansiosta keskussairaalassa hoidettavista tuorereumapotilaista yhdeksän kymmenestä saadaan hoidettua oireettomaksi ensimmäisen vuoden aikana. Keskussairaalasta käsin johdetaan myös maailmanlaajuista tutkimusta, jossa pyritään selvittämään miten reumapotilaat voivat ja kuinka heitä hoidetaan 35 eri maassa. Lisäksi Keski-Suomen keskussairaala on mukana selvittämässä Kalifornian yliopiston kanssa geenien vaikutusta reumaan sairastumisessa. (Roikonen 2012, 9.)

Reumadiagnoosin saaneet potilaat ohjataan Keski-Suomen keskussairaalan reumahoitopolulle. Reumahoitopolku tarkoittaa sitä, että potilaan tilannetta seurataan säännöllisesti moniammatillisen tiimin voimin. Potilaan hoitoon osallistuu tavallisesti lääkärin lisäksi fysioterapeutti/kuntohoitaja, toimintaterapeutti, reumahoitaja sekä sosiaalityöntekijä. Jokainen keskittyy hoidon kannalta omaan alueeseensa. Potilas tapaa pian diagnoosin saatuaan kaikki ammattiryhmät yhtenä päivänä, eli hoito tapahtuu päiväsairalakäynteinä. Päivän aikana potilaalle annetaan tietoa reumasta sekä ohjataan erilaisia itsehoitomenetelmiä. Nivelreumapotilailla on mahdollisuus osallistua keskussairaalan järjestämään ryhmänohjaukseen, joka järjestetään noin 3-4 kk sairastumisesta. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2011.)

Lääkehoidon vaikutukset ovat parhaimmillaan kolmen kuukauden kuluttua lääkehoidon aloittamisesta (Korpela 2007, 55- 56). Ensikäynnin jälkeen seuraava käynti varataan noin kolmen kuukauden päähän. Tällä käynnillä käydään läpi samat toiminta- ja fysioterapeutin arvioinnit kuin ensimmäisellä kerralla sekä analysoidaan onko potilaan tilanteessa muutoksia. Myös lasta- ja apuvälineiden tarve arvioidaan uudestaan. Seuraava käynti potilaalle on noin puolen vuoden päästä diagnoosista, jolloin tehdään jälleen arvioinnit sekä kartoitetaan potilaan tilannetta. Jos potilaan tilanne on kolmen kuukauden käynnillä rauhallinen ja oireet vähäiset, voidaan käyntiä venyttää myös vuoden päähän diagnoosista. (Lager 2011.) Kahden vuoden päästä diagnoosista on reumahoitopolun viimeinen käynti, jolloin potilaan hoito siirtyy terveyskeskuk-

seen, ellei potilaan tilanne vaadi vielä jatkoa erikoissairaanhoidon piirissä (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2011). Kuviossa 1. on lukemisen helpottamiseksi mukailtu alkuperäistä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin reumahoitopolkua. Alkuperäinen reumahoitopolku löytyy liitteestä 1.

Reumahoitopolku



KUVIO 1. Mukailtu reumahoitopolku

4 Lastat

Lastoilla tarkoitetaan lääkinnällisiä välineitä, joilla hoidetaan erilaisia yläraajan ongelmia. Ongelmat voivat johtua loukkaantumisesta, sairaudesta, synnynnäisestä vammasta tai ikääntymisestä. Lastat ovat oikein käytettynä tärkeä ja olennainen osa yläraajan kuntoutusta. (Ewing Fess & Hunt Kiel 1998, 406-421.)

Lastat voidaan jakaa karkeasti neljään eri luokkaan niiden käyttötarkoituksen mukaan. (1) Lastat voivat antaa tukea, immobilisoida tai rajoittaa jonkin kehonosan liikettä. Tällöin lastan tarkoitus on antaa loukkaantuneelle tai tulehtuneelle nivelelle, hermolle, jänteelle tai pehmytkudokselle mahdollisuus parantua rauhassa. (2) Lastojen käytöllä voidaan myös ehkäistä tai hoitaa virheasentoja. (3) Jos käden normaali

toiminta on heikentynyt lihasheikkouden tai halvauksen takia, voidaan lastoja käyttää parantamaan tai avustamaan käden liikettä. Lastan avulla käden nivelet saadaan parempaan asentoon, jolloin käteen voidaan aikaansaada toiminnallista liikettä tehokkaammin. (4) Viimeinen käyttötarkoitus lastoille on toimia kiinnityspintana pienapuvälineille. (Ewing Fess & Hunt Kiel 1998, 406.)

Toinen tapa luokitella lastoja on niiden rakenteen mukaan staattisiin ja dynaamisiin. Staattinen lasta asetetaan käteen optimaaliseen asentoon mahdollistamaan kudosten paranemista. Staattisen lastan tulisi olla sellainen, että potilas saa itse asetettua lastan käteen ja otettua sen pois terapeutin ohjeiden mukaan. Dynaamista lastaa voidaan sanoa myös toiminnalliseksi lastaksi. Dynaaminen lasta sallii ja mahdollistaa liikettä niveliin vastusta vastaan sekä estää liikettä ei-toivottuun suuntaan. (Spencer 1998, 691.)

Koska lastojen suunnitteluun ja valintaan kuuluu paljon asioita, ei voida suoraan suositella tietynlaista lastaa tiettyyn diagnoosiin. Lastojen teossa tulisi muistaa, että lastan tulee olla yksilöllisesti asiakkaan tarpeisiin tehty, käytettävä ja käytännöllinen. Jotta lastasta saadaan tehtyä mukava, kestävä ja käytettävä sekä lisäksi estettyä, ettei lastoituksella aiheuteta lisävammoja, tulee lastaa valmistettaessa ottaa huomioon mihin kohtaa lastoitettavaa aluetta kohdistuu painetta. Lastoitettavaan kohtaan kohdistuvaa painetta voidaan jo valmistusvaiheessa vähentää tekemällä lastasta isompi ja raajan myötäinen sekä pyöristämällä reunoja. (Ewing Fess & Hunt Kiel 1998, 406-411.)

Lastat ovat hyvin näkyvä hoitomuoto ja siksi lastahoidot voivat tuoda mukanaan psykologisia ja sosioekonomisia haasteita. Nämä haasteet voivat vaikuttaa potilaan haluun käyttää lastoja. Potilaan haluttomuus tai kykenemättömyys noudattaa terapeutin antamia ohjeita lastahoidosta voi aiheuttaa lisävaurioita asiakkaalle. Potilaan sitoutumista lastahoitoon voidaan edistää varmistamalla, että potilas on tietoinen omasta vammastaan, kertomalla lastahoidon hyödyistä sekä ottamalla hänet mukaan osaksi kuntoutustiimiä. (Ewing Fess & Hunt Kiel 1998, 420.)

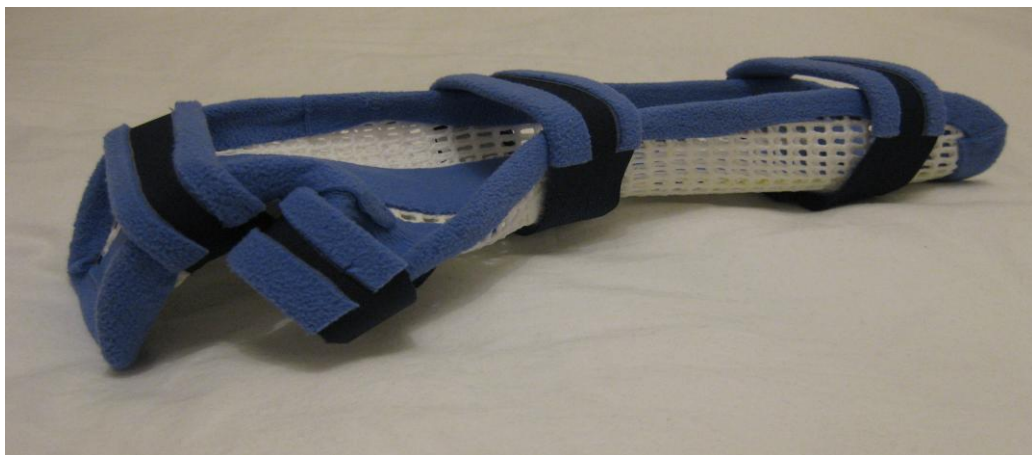
Lastojen luovutuksen jälkeen potilas tulee opastaa huolehtimaan lastoitettun raajan kunnosta ja ilmoittamaan terapeutille, jos ongelmia lastan kanssa syntyy. Lastahoito

tulee lopettaa, jos lastoitettuun raajaan ilmaantuu kipua, punoitusta, turvotusta tai ihorikkoa. Kaikki ohjeet lastojen käytöstä ja itsehoidosta tulee antaa potilaalle myös kirjallisena. (Ewing Fess & Hunt Kiel 1998, 420.)

Lastat reumahoidossa

Reuman hoidossa lepolastoja käytetään tulehdusvaiheiden aikana. Lastoituksen tarkoituksena on vähentää kipua tulehtuneessa nivelessä, kun nivel pääsee rauhoittumaan yön aikana. (Coppard 2001, 191-192.) On tärkeää arvioida potilaan tilanne, jotta osataan valita tilanteeseen sopiva lastatyyppi. On todettu, että jos potilaalle annetaan vaihtoehtoja, joiden välillä hän saa itse valita, potilas todennäköisesti käyttää lastoja mieluummin. Myös asiakastyytyväisyys paranee, jos potilas saa itse olla mukana lastan valinnassa. Toimintaterapeutti toimii suosittelijana, mutta potilas itse päättää onko lastan käyttö hänestä mielekästä. (Deshaies 2006, 968.)

Reumasairauksien hoidossa käytetyt lastat ovat potilaan tarpeen mukaan valittuja jäykkiä tai joustavia rannelastoja, staattisia tai dynaamisia sormilastoja. Lisäksi reumahoidossa hyödynnetään erityiskenkiä ja -pohjallisia. (Egan, Brosseau, Framer, Ouimet, Rees, Tugwell, Wells 2010.) Kuviossa 2 on reumahoidossa käytettävä staattinen rannelasta. Lasta on valmistettu matalalämpömuovista ja se on muotoiltu yksilöllisesti potilaan käteen sopivaksi. (Oravainen 2007, 179.)



KUVIO 2. Reumahoidossa käytettävä lepolasta © Kanninen 2012

Vuonna 2010 tehdyn järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen (Egan ym. 2010) tarkoituksena oli arvioida lastojen vaikutus kivun lievitykseen, turvotuksen vähentymiseen sekä virheasentojen syntymiseen reumaa sairastavilla henkilöillä. Lisäksi haluttiin määrittää lastojen vaikutus voimaan, liikkuvuuteen ja toimintaan. (Egan ym. 2010.)

Kirjallisuuskatsauksen pohdinnassa tuodaan esille, että käsilastojen vaikuttavuuden tutkiminen reumaa sairastavilla henkilöillä on monimutkainen asia. Lastojen vaikuttavuuden arviointia vaikeuttaa se, että tutkimuksiin osallistuvilla henkilöillä lastojen kädessä pitoaika vaihtelee ja niveliin kohdistuva rasitus voi vaihdella henkilön tekemien toimintojen mukaan. Tutkimuksia vaikeuttaa myös se, että lastojen käytön seuranta-aikaa on vaikea määrittellä reumasairauden vaihtelevan luonteen takia. Lastojen hyöty, erityisesti kivun lievityksen osalta, on parhaiten huomattavissa nivelten tulehdusvaiheen aikana. (Egan ym. 2010.)

Koska tehdyt tutkimukset lastojen hyödyllisyyden alueella on vielä vähäistä, on kirjallisuuskatsauksen mukaan liian aikaista antaa suosituksia lastojen käytön suhteen. Kirjallisuuskatsaus kuitenkin tukee nykyistä käytäntöä, jossa reumapotilaille annetaan lastoja. Koska lastojen avulla on mahdollisuus vähentää kipuja ja lastat ovat hinnaltaan edullisia, tulisi potilaan itse saada kokeilla hyötyykö hän lastoista. (Egan ym. 2010.)

5 Tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla noin kolme kuukautta nivelreumaa sairastaneiden aikuispotilaiden kokemuksia lastahoitojen vaikutuksista osana reumahoitoa Keski-Suomen keskussairaalassa. Koska lastahoitojen objektiivista vaikutusta on vaikea todentaa mittaamalla (Egan ym. 2010), halusimme keskittyä nimenomaan potilaiden subjektiivisiin kokemuksiin lepolastoista sekä lepolastojen saantiin liittyvästä prosessista. Halusimme selvittää myös kuinka potilaat kokevat lastahoidot osana reumahoitoa ja millaisia vaikutuksia lastahoidoilla on ollut reumaoireisiin. Potilaiden kokemukset kerättiin lomakekyselyllä.

Opinnäytetyön tavoitteena on hankkia tietoa toimintaterapian kehittämiseksi Keski-Suomen Keskussairaalassa. Opinnäytetyömme tuo tietoa potilaiden kokemuksista lastahoidoista, jolloin hoidon perustelu käytännön työssä on mahdollisesti helpompaa. Opinnäytteemme kertoo myös arvokasta tietoa juuri kyseisen yksikön työstä lastahoitojen osalta. Tavoitteenamme on, että opinnäytetyön tulosten pohjalta Keski-Suomen keskussairaalan reumatoimintaterapia voi halutessaan kehittää toimintaansa.

6 Tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme päätutkimuskysymys oli kuinka tyytyväinen potilas on saamaansa lastahoitoon sekä lastahoitoon liittyvään prosessiin.

Opinnäytetyömme, sekä samalla kyselylomakkeen pääkysymykset olivat:

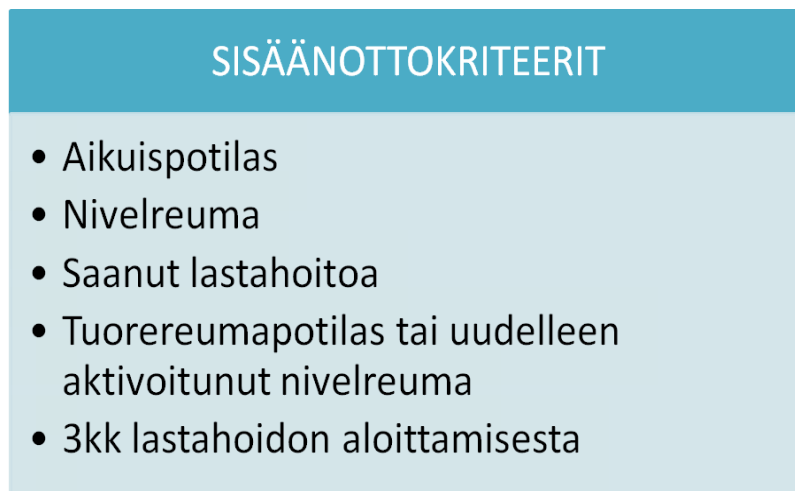
- kuinka potilas on kokenut lastojen toimivuuden ja käytettävyyden
- kuinka potilas on kokenut lastahoitoon saamansa perustelut ja ohjauksen lastojen käytöstä sekä
- kuinka potilas kokee toimintaterapian osana reumahoitoa?

7 Tutkimuksen toteutus

Rajasimme opinnäytetyömme kohderyhmäksi aikuispotilaat, sillä aikuisten ja lasten lastat reumahoidossa poikkeavat toisistaan. Kolme kuukautta sairastumisesta oli rajauksena kyselyyn osallistumiselle, koska lastahoitojen tarve on tavallisesti suurin heti reuman diagnoosivaiheessa. Lastahoitojen vaikutukset yhdessä lääkehoidon kanssa ovat havaittavissa noin kolmen kuukauden kuluttua diagnoosista (Korpela 2007, 55-56). Esitietojen perusteella vastaajiksi valittiin potilaita, jotka olivat saaneet lastahoitoa osana reumatoimintaterapiaa. Kyselytutkimuksella pyrittiin saamaan max. 30 kelvollista vastausta. Toiveenamme oli saada kyselytutkimuksen avulla todel-

lista tietoa nimenomaan potilaiden omakohtaisista kokemuksista lastahoitojen vaikutuksiin liittyen. Kuviossa 3 on esitetty kyselytutkimuksen sisäänottokriteerit.

Nivelreuman yleisyyden pohjalta kaikki opinnäytetyömme kyselytutkimukseen valituista potilaista olivat nivelreumaa sairastavia, lukuun ottamatta yhtä vastaajaa jonka diagnoosina oli lastenreuma. Otimme vastaajan kuitenkin huomioon, koska oireet olivat tyypillisiä nivelreuman oireita.



KUVIO 3. Kyselytutkimuksen sisäänottokriteerit

7.1 Kyselytutkimus

Kyselytutkimuksen avulla halutaan selvittää tietyn kohdejoukon ajatuksia ja mielipiteitä tutkijan määrittelemästä aiheesta. Kyselytutkimuksen etuna voidaan pitää sitä, että tutkimuksella tavoitetaan suuri joukko ihmisiä ja kysymyksiä voi olla useita. Tutkijan näkökulmasta kyselytutkimus on tehokas, koska se ei kuluta paljoa tutkijan aikaa. Kyselytutkimuksen aikataulu ja kustannukset on mahdollista arvioida melko tarkasti. Kyselytutkimukseen liittyviä heikkouksia on epävarmuus siitä, kuinka vastaajat ovat ymmärtäneet kysymykset ja annetut vastausvaihtoehdot, sekä miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet kyselyyn vastaamiseen. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2004, 184.)

Kyselytutkimus voidaan toteuttaa postikyselynä tai kontrolloituna kyselynä. Postikyselyssä tutkija lähettää lomakkeen tutkittaville, jotka täyttävät kyselyn itse ja lähettävät kyselyn takaisin tutkijalle. Postikyselyn etuna on nopeus sekä aineiston vaivaton saanti, mutta suurimpana ongelmana on kato, eli kuinka moni henkilö jättää vastaamatta kyselyyn. Kontrolloidussa kyselyssä tutkija jakaa henkilökohtaisesti kyselylomakkeet tutkittaville. Kyselytutkimuksia jakaessa tutkija kertoo tutkittaville tutkimuksen tarkoituksesta sekä vastaa esille nouseviin kysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 2004, 186.)

Tutkimukseen sopivan kyselylomakkeen tutkija voi tehdä itse tai soveltaa jo olemassa olevia mittareita (Vehkalahti 2008, 12). Jos tutkija laatii itse kyselylomakkeen, tulee tutkijan kiinnittää huomiota lomakkeen ulkoasuun sekä kysymysten muotoiluun. Kysymykset tulisi laatia niin, että kaikki ymmärtävät kysyttävät asiat samalla tavalla ja että kysymys sisältää vain yhden asian johon halutaan vastaus. Kysymysten tulisi olla myös lyhyitä ja tarkoin rajattuja, jolloin kysymys on helpompi ymmärtää. Kysymyksiä muotoiltaessa tulisi pohtia sanavalintoja sekä välttää ammattikieltä ja johdattelevia kysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 2004, 187-192.)

Kyselylomakkeessa voi olla muodoltaan kolmenlaisia kysymyksiä: avoimia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä tai skaaloihin perustuvia kysymyksiä. Avoimissa kysymyksissä on kysymyksen jälkeen jätetty tyhjää tilaa vastaukselle. Monivalintakysymyksiin tutkija on valmiiksi laatinut vastausvaihtoehdot, joista vastaaja valitsee yhden tai useamman. Skaaloihin perustuvissa kysymyksissä vastaaja vastaa väittämiin valitsemalla asteikolta kuinka vahvasti hän on samaa tai eri mieltä kuin väittämä. (Hirsjärvi ym. 2004, 187-189.)

7.2 Kyselylomake

Opinnäytetyössämme käyttämä kyselylomake (liite 2) pohjautuu Quest 2.0 Apuvälinetyytyväisyyttä mittaavaan kyselylomakkeeseen.

Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (Quest 2.0) on apuvälinetyytyväisyyttä arvioiva mittari, jonka Stakes on suomentanut vuonna 2005.

Quest -mittarilla ei arvioida sitä kuinka henkilö pärjää apuvälineen kanssa, vaan mittarilla halutaan selvittää henkilön tyytyväisyyttä apuvälineeseen sekä siihen liittyviin palveluihin. Apuväline voi olla mm. liikkumisen apuväline, ympäristönhallintalaite tai päivittäisten toimintojen apuväline. Quest -mittaria voidaan käyttää niiden henkilöiden kanssa, joilla apuväline on käytössä toimintakyvyn vajavuuden takia. (Demers, Weiss-Lambour, Ska 2005.) Quest sopii kyselylomakkeemme pohjaksi, koska lastat voidaan nähdä päivittäisiä toimintoja helpottavaksi apuvälineiksi. Lepolastojen avulla pyritään lievittämään muun muassa kipua ja tulehdusoireita (Oravainen 2007, 179).

Quest 2.0 on uusittu versio mittarista. Quest on ainoa standardoitu mittari, jolla voidaan arvioida henkilöiden tyytyväisyyttä apuvälineisiin. Quest -mittarin avulla kuntoutusalan ammattilaiset sekä muut apuvälineiden kanssa työskentelevät saavat tietoa käyttäjien kokemuksista. Tietoa käyttäjien tyytyväisyydestä voidaan hyödyntää perusteltaessa apuvälineiden hyödyllisyyttä. (Demers ym. 2005.)

Quest -kyselylomake koostuu yhteensä 12 osatekijästä, jotka on jaettu kahteen osioon. Ensimmäinen osio kattaa kahdeksan osatekijää ja kysymykset käsittelevät tyytyväisyyttä apuvälineeseen. Toinen osio koostuu neljästä apuvälinepalveluihin liittyvästä osatekijästä. Kaikki Quest -kyselylomakkeen kysymykset ovat monivalintakysymyksiä. Osatekijöiden arviointi tapahtuu 5-portaisella asteikolla, jossa 1 viittaa arvioon ”ei lainakaan tyytyväinen” ja 5 arvioon ”erittäin tyytyväinen”. (Demers ym. 2005.)

Kyselylomakkeessamme osion 1 monivalintakysymykset käsittelevät potilaiden kokemuksia lepolastojen toimivuudesta ja käytävyydestä. Quest- kyselylomakkeessa osio 1 koostuu kahdeksan kysymystä, joista päätimme karsia pois painoon ja turvallisuuteen liittyvät kysymykset. Meidän kyselylomakkeessa osio 1 koostuu kuudesta monivalintakysymyksestä. Valittuihin kysymyksiin muokkasimme sanoja, jotta kysymykset koskisivat paremmin lepolastoja.

Osio 2 käsittelee lepolastan saamiseen liittyviä palveluja. Tyytyväisyyttä saatuun palveluun kartoitettiin kyselylomakkeessa neljällä kysymyksellä. Kaikki kysymykset olivat samoja kuin Quest- lomakkeessa. Joitain sanoja vaihdoimme, jotta kysymykset koh-

distuivat suoraan toimintaterapiassa saatuun palveluun eikä esim. koko reumahoi-
toon. Arviointiasteikko monivalintakysymyksissä oli muokkaamassamme kyselylo-
makkeessa sama kuin Quest -kyselylomakkeessa.

Lisäksi lisäsimme kyselylomakkeeseen avoimia kysymyksiä, joita Quest- lomakkeessa
ei ollut. Avoimet kysymykset muodostivat osion 3, johon kuului yhteensä viisi kysy-
mystä.

7.3 Tutkimuksen eteneminen

Kyselytutkimuksen toteuttamisesta keskustelimme keskussairaalan toimintatera-
piayksikön lähiesimiehen kanssa keväällä 2011. Lomakekysely toteutettiin marras-
joulukuussa 2011. Tavoitteenamme oli saada vastaukset maksimissaan 30 tuoreu-
mapotilaalta. Potilaiden valinnan kyselytutkimukseemme teki toimintaterapeutti
Nina Lager antamiemme rajausehtojen pohjalta (kuvio 3). Toimitimme kyselylomak-
keet sekä saatekirjeet (liite 3) keskussairaalan reumatoimintaterapiayksikköön, jossa
toimintaterapeutti vastasi kyselyn ohjaamisesta potilaille. Potilaat vastasivat vapaa-
ehtoisesti kyselyyn. Potilaita pyydettiin vastaamaan kyselyyn heti toimintatera-
piakäynnin jälkeen tai päiväsairalakäynnin aikana. Potilaat saivat kirjekuoren, johon
vastaukset pyydettiin sulkemaan. Potilaita ohjattiin palauttamaan kyselylomake ta-
kaisin toimintaterapiayksikköön. Suljetut vastauskuoret toimitettiin suoraan meille
opinnäytetyö tekijöille. Informoimme kirjallisesti opinnäytetyön kyselytutkimuksesta
myös päiväsairaalan sairaanhoitajia, mikäli joku potilaista kysyy heiltä ohjeita kyselyn
palauttamiseen.

8 Aineiston kuvaus

Kyselytutkimukseen vastasi yhteensä 12 reumapotilasta 24.10.–16.12., joista 9 oli
tuoreen nivelreumadiagnoosin saaneita, yhden vastaajan reuma oli uudestaan akti-
voitunut, yhden potilaan diagnoosina oli lastenreuma. Yhden vastanneen osalta kyse-
lylomakkeen taustatiedot olivat puutteellisia sukupuolen, iän ja diagnoosin osalta.

Taustatietonsa ilmoittaneista henkilöistä kahdeksan oli naisia ja kolme miestä. Vastaajien keski-ikä oli 49,18 vuotta sekä ikäjakauma 19-73 vuotta.

Toimeksiantajan mukaan kysely annettiin kaikille potilaille, jotka täyttivät sisäänotto-kriteerit, marraskuun 2011 aikana. Joulukuun 2011 aikana saatiin vielä muutamia vastauksia. Kaikki potilaat, joita pyydettiin vastaamaan kyselyyn, suostuivat siihen vastaamaan, joten tutkimuksen vastausprosentiksi saatiin 100%.

Kyselylomakkeisiin taustatiedot oli pääosin kirjattu hyvin. Puutteellisesti taustatietonsa ilmoittaneen vastaajan muut vastaukset olivat hyväksyttäviä, joten ne voitiin ottaa huomioon analysointivaiheessa. Lastenreumaa sairastavan vastaajan vastaukset voitiin ottaa huomioon iän (19 v.) sekä niveloireiden perusteella.

Kyselylomakkeen ensimmäiseen osioon, joka koski tyytyväisyyttä apuvälineeseen, kaikki vastaajat olivat vastanneet hyväksyttävästi kaikkiin kohtiin. Palvelujen tyytyväisyyttä koskevassa toisessa osiossa oli yhteensä 4/48 puutteellista vastausta. Puuttuvia vastauksia oli kysymyksessä 8 ”Lepolastan huolto- ja korjauspalvelut” (2) ja kysymyksessä 10 ”Lepolastan käyttöönoton jälkeen saatavilla oleva tuki” (2). Kyselylomakkeen kolmannessa osiossa oli avoimia kysymyksiä, joihin oli vastattu pääosin hyvin. Pääsääntöisesti vastaukset olivat informatiivisia ja selkeitä, yhden vastaajan osalta avoimet kysymykset olivat jääneet täyttämättä. Kysymykseen 14 ”Antakaa kouluarvosana 4-10 toimintaterapiasta osana reumahoitoanne” 11 vastaajaa olivat vastanneet kysymykseen selkeästi. Yksi vastaajista ei antanut arvosanaa lainkaan.

9 Tutkimustulosten analysointi

Kyselytutkimuksella saadut vastaukset analysoitiin ja raportoitiin nimettöminä niin, että vastaajaa ei voitu tunnistaa. Kyselylomakkeen monivalintakysymyksien analysoinnissa käytimme tilastollisia menetelmiä, koska kyselytutkimus on suurimmaksi osaksi määrällistä tutkimusta. (Vehkalahti 2008, 13.)

Tulosten analysoinnissa monivalintakysymysten osalta sovelsimme Quest -mittarin käyttöoppaassa annettuja ohjeita tulosten tulkitsemisesta. Quest -mittarin käyttö-

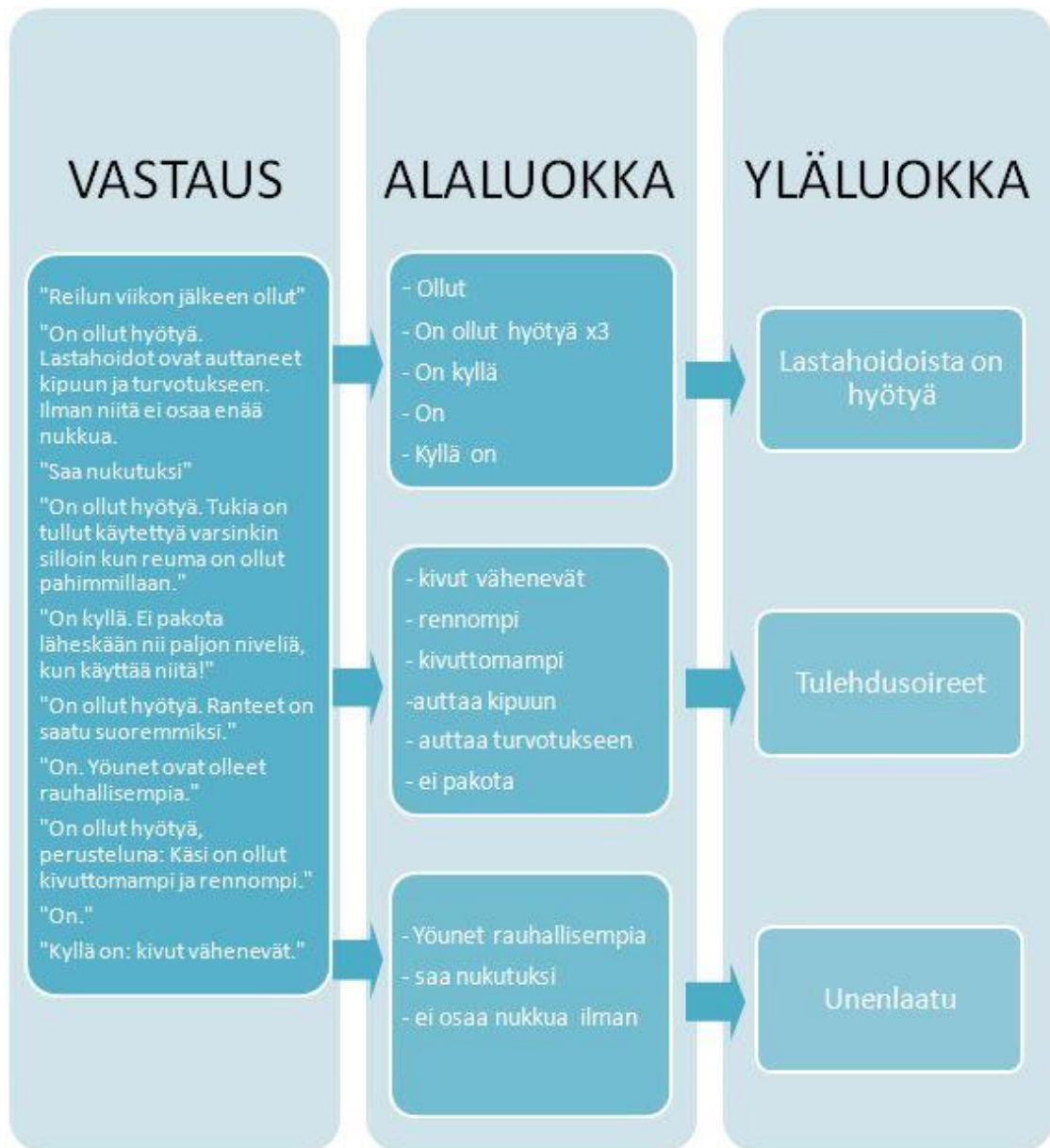
opas ohjeistaa ensin tarkistamaan kuinka moneen kysymykseen on vastattu. Jos vastaaja on jättänyt vastaamatta vähintään kuuteen tyytyväisyyden osatekijään, vastaajan vastaukset tulee hylätä. Kyselyn kokonaispisteet saadaan laskemalla kaikkien kysymysten keskiarvo. Lisäksi voidaan laskea erikseen kokonaispisteet tyytyväisyydestä sekä apuvälineosiosta että palvelusta. Kokonaispisteiden vaihteluväli voi olla 1,00-5,00 kahden desimaalin tarkkuudella. (Demers ym. 2005.)

Saamamme aineiston pohjalta laskimme jokaisesta monivalintakysymyksestä keskiarvon, vaihteluvälin sekä vastausten jakautumisen eri vastausvaihtoehtojen välillä. Lisäksi laskimme kokonaistyytyväisyyden lepolastaan, kokonaistyytyväisyyden saatuaan palveluun sekä kyselyn kokonaispisteet. Laskimme myös keskiarvon osiossa 3 olleeseen kysymykseen toimintaterapian yleisarvosanasta.

Avoimet kysymykset analysoitiin laadullisilla menetelmillä eli sisällönanalyysilla (Vehkalahti 2008, 13). Avoimien kysymysten analysointi aloitettiin tutkimalla löytyykö kysymyksistä yhtäläisyyksiä, jotka jaottelimme omiin luokkiinsa. Pilkoimme vastaukset sana sanalta ja poimimme vastauksessa esiintyneet merkittävät sanat omiin ryhmiinsä, jonka jälkeen pohdimme, yhdistääkö jokin laajempi määre näitä yksittäisiä sanoja. Esimerkiksi kysymyksessä 13 esiintyneet ”kipu, turvotus” määrittelimme yläluokkaan ”tulehdusoireet”.

Näin saimme kysymyksistä usein esille nousevia asioita kategorisoitua. Näistä esi-merkkinä ovat unenlaatu ja tulehdusoireet. Seuraavalla sivulla on havainnollistettu menetelmäämme taulukon muodossa (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Avointen kysymysten analysointi



10 Tutkimustulokset

10.1 Lastojen toimivuus ja käytettävyys

Halusimme selvittää kuinka tyytyväisiä potilaat ovat lepolastoihin. Lepolastaa koskevia kysymyksiä kyselylomakkeessa oli kuusi. Kaikki kysymykset olivat monivalintakysymyksiä joihin vastattiin 5-portaisella asteikolla. Arvio 1 tarkoitti "en lainkaan tyyty-

väinen” ja arvio 5 ”erittäin tyytyväinen”. Kokonaistyytyväisyyden keskiarvo lepolastojen toimivuudesta ja käytettävyydestä oli 4,36 (max. 5,00) eli vastaajat olivat hyvin tyytyväisiä lepolastoihin. Taulukossa 2 on esitetty lastojen toimivuuteen ja käytettävyyteen liittyvien kuuden osatekijän keskiarvot. Kaikkien osatekijöiden keskiarvot osoittavat sen, että vastaajat ovat hyvin tyytyväisiä lepolastansa toimivuuteen ja käytettävyyteen (max. 5,00). Kaikkein heikoimman keskiarvon osatekijöistä sai lastan mukavuus ja miellyttävyys. Keskiarvoja tarkasteltaessa kaikkein tyytyväisimpiä vastaajat olivat lastan kestävyteen. Vastauksia tarkastellaan seuraavaksi osatekijäkohdaisesti.

TAULUKKO 2. Lepolastaosion osatekijöiden keskiarvot

KYSYMYS	KESKIARVO
MITTASUHTEET	4,17
KÄTEEN ASETTAMISEN JA KIINNITTÄMISEN HELPPOUS	4,08
KESTÄVYYS	4,83
KÄYTÖN HELPPOUS	4,66
MUKAVUUS JA MIELLYTTÄVYYS	3,91
TARCOITUS	4,5

Lastan mittasuhteisiin suurin osa vastanneista (9/12) oli tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä (taulukko 3). Yksi vastaajista ei ollut kovin tyytyväinen lepolastansa mittasuhteisiin. Hän kertoo lastan olleen liian pitkä. Vastausten vaihteluväli oli 2-5.

TAULUKKO 3. Kysymys 1: Mittasuhteisiin (koko, pituus, istuvuus)

VASTAUSVAIHTOEHTO	VASTAUSTEN LUKUMÄÄRÄ
1 - EN LAINKAAN TYYTYVÄINEN	0
2 - EN KOVIN TYYTYVÄINEN	1
3 - JOKSEENKIN TYYTYVÄINEN	2
4 - TYYTYVÄINEN	3
5 - ERITTÄIN TYYTYVÄINEN	6

Lastan käteen asettamisen ja kiinnittämisen helppous jakoi jonkin verran vastaajien mielipiteitä. Suurin osa (9/12) oli edelleen tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä, mutta muutama vastaaja ei ollut kovin tyytyväinen tai oli jokseenkin tyytyväinen lastan käteen asettamisen ja kiinnittämisen helppoudesta (taulukko 4). Vaihteluväli vastausten välillä oli 2-5.

TAULUKKO 4. Kysymys 2: Käteen asettamisen ja kiinnittämisen helppous

VASTAUSVAIHTOEHTO	VASTAUSTEN LUKUMÄÄRÄ
1 - EN LAINKAAN TYYTYVÄINEN	0
2 - EN KOVIN TYYTYVÄINEN	1
3 - JOKSEENKIN TYYTYVÄINEN	2
4 - TYYTYVÄINEN	4
5 - ERITTÄIN TYYTYVÄINEN	5

Kaikkein tyytyväisimpiä vastaajat olivat **lastan kestävyyteen**. Lähes kaikki vastanneet (10/12) olivat erittäin tyytyväisiä lastan kestävyyteen (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Kysymys 3: Kestävyys käytössä

VASTAUSVAIHTOEHTO	VASTAUSTEN LUKUMÄÄRÄ
1 - EN LAINKAAN TYYTYVÄINEN	0
2 - EN KOVIN TYYTYVÄINEN	0
3 - JOKSEENKIN TYYTYVÄINEN	0
4 - TYYTYVÄINEN	2
5 - ERITTÄIN TYYTYVÄINEN	10

Lastan käytön helppoutteen suurin osa vastaajista (8/12) oli erittäin tyytyväisiä (taulukko 6). Vastausten vaihteluväli sekä lastan kestävyden että lastan käytön helppouden osalta oli molemmissa 4-5.

TAULUKKO 6. Kysymys 4: Käytön helppous

VASTAUSVAIHTOEHTO	VASTAUSTEN LUKUMÄÄRÄ
1 - EN LAINKAAN TYYTYVÄINEN	0
2 - EN KOVIN TYYTYVÄINEN	0
3 - JOKSEENKIN TYYTYVÄINEN	0
4 - TYYTYVÄINEN	4
5 - ERITTÄIN TYYTYVÄINEN	8

Lepolastan mukavuus ja miellyttävyys jakoi eniten vastaajien kokemuksia. Vaikka puolet vastanneista (8/12) ilmoitti olevansa tyytyväinen tai erittäin tyytyväinen lastan mukavuuteen, oli vastaajien joukossa kolme, jotka olivat vain jokseenkin tyytyväisiä lastan mukavuuteen (taulukko 7). Yhden vastaajan mukaan lepolastat kädessä on esimerkiksi hankalaa oikoa peittoa. Yksi vastanneista ilmoitti, ettei ole lainkaan tyytyväinen lastan mukavuuteen ja miellyttävyYTEEN. Vastausten vaihteluväli oli lastausuuden suurin, ollen 1-5.

TAULUKKO 7. Kysymys 5: Mukavuus ja miellyttävyys

VASTAUSVAIHTOEHTO	VASTAUSTEN LUKUMÄÄRÄ
1 - EN LAINKAAN TYYTYVÄINEN	1
2 - EN KOVIN TYYTYVÄINEN	0
3 - JOKSEENKIN TYYTYVÄINEN	3
4 - TYYTYVÄINEN	3
5 - ERITTÄIN TYYTYVÄINEN	5

Lepolastan tarkoitus oli selvillä suurimmalle osalle vastaajista (11/12). Vain yksi vastaaja ilmoitti, että on vain jokseenkin tyytyväinen tietoon, joka hänellä on lepolastan tarkoituksesta (taulukko 8). Vaihteluväliksi muodostui 3-5.

TAULUKKO 8. Kysymys 6: Tarkoituksenmukaisuus

VASTAUSVAIHTOEHTO	VASTAUSTEN LUKUMÄÄRÄ
1 - EN LAINKAAN TYYTYVÄINEN	0
2 - EN KOVIN TYYTYVÄINEN	0
3 - JOKSEENKIN TYYTYVÄINEN	1
4 - TYYTYVÄINEN	4
5 - ERITTÄIN TYYTYVÄINEN	7

10.2 Lastahoidon perustelu ja käytön ohjaus

Tyytyväisyyttä saatuun palveluun lepolastoihin liittyen, kartoitettiin kyselylomakkeessa neljällä kysymyksellä. Kaikki neljä kysymystä olivat monivalintakysymyksiä ja niihin vastattiin 5-portaisella asteikolla, jossa arvio 1 tarkoitti ”en lainkaan tyytyväinen” ja arvio 5 ”erittäin tyytyväinen”. Kokonaistyytyväisyyden keskiarvoksi lastahoittoon saatujen perustelujen ja käytön ohjauksen osalta muodostui 4,58 (max. 5,00) eli

vastaajat olivat hyvin tyytyväisiä saamiinsa perusteluihin ja ohjaukseen toimintaterapeutin vastaanotolla. Palveluosioon liittyvien neljän osatekijän keskiarvojen välillä ei ole huomattavia eroja (taulukko 9), osatekijöiden keskiarvojen jakautuessa välillä 4,10-4,83 (max 5,00). Osatekijöiden keskiarvoja analysoitaessa on otettava huomioon, että kaikki vastaajat eivät olleet vastanneet kaikkiin palveluosion kysymyksiin. Puuttuvia vastauksia oli ”huolto- ja korjauspalveluiden” sekä ”saatavilla olevan tuen” osatekijöissä. Juuri näiden kahden osa- alueen saamat keskiarvot olivat heikoimmat. Palveluosion osatekijöitä tarkastellaan seuraavaksi osatekijä kohtaisesti.

TAULUKKO 9. Palveluosion osatekijöiden keskiarvo

KYSYMYS	KESKIARVO
LEPOLASTAN TEKEMINEN	4,67
HUOLTO- JA KORJAUSPALVELUT	4,50
KÄYTTÖNOHJAUS	4,83
SAATAVILLA OLEVA TUKI	4,10

Lähes kaikki vastanneet (10/12) olivat erittäin tyytyväisiä **prosessiin, jonka kautta potilaat saivat lepolastan käyttöönsä**. Kaksi vastaajaa ilmoitti, että olivat jokseenkin tyytyväisiä prosessiin (taulukko 10). Vastausten vaihteluväli oli 3-5.

TAULUKKO 10. Kysymys 7: Lepolastan tekeminen toimintaterapian vastaanotolla

VASTAUSVAIHTOEHTO	VASTAUSTEN LUKUMÄÄRÄ
1 - EN LAINKAAN TYYTYVÄINEN	0
2 - EN KOVIN TYYTYVÄINEN	0
3 - JOKSEENKIN TYYTYVÄINEN	2
4 - TYYTYVÄINEN	0
5 - ERITTÄIN TYYTYVÄINEN	10

Puolet vastanneista (6/12) oli erittäin tyytyväisiä **lepolastan huolto- ja korjauspalveluihin** (taulukko 11). Kaksi vastaajaa oli jättänyt vastaamatta kysymykseen huolto- ja korjauspalveluiden osalta. Molemmat perustelivat vastaamatta jättämisen sillä, että heillä ei ole ollut tarvetta lepolastan huoltoon. Vaihteluväliksi muodostui 4-5.

TAULUKKO 11. Kysymys 8: Lepolastan huolto- ja korjauspalvelut

VASTAUSVAIHTOEHTO	VASTAUSTEN LUKUMÄÄRÄ
1 - EN LAINKAAN TYYTYVÄINEN	0
2 - EN KOVIN TYYTYVÄINEN	0
3 - JOKSEENKIN TYYTYVÄINEN	1
4 - TYYTYVÄINEN	3
5 - ERITTÄIN TYYTYVÄINEN	6

Kaikkein tyytyväisimpiä palveluiden osalta vastaajat olivat **toimintaterapeutilta saamaansa lepolastan käytön ohjaukseen**. Kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä saamaansa lepolastan käytön ohjaukseen (taulukko 12). Vastausten vaihteluväli oli 4-5.

TAULUKKO 12. Kysymys 9: Toimintaterapeutilta saamanne lepolastan käytön ohjaus

VASTAUSVAIHTOEHTO	VASTAUSTEN LUKUMÄÄRÄ
1 - EN LAINKAAN TYYTYVÄINEN	0
2 - EN KOVIN TYYTYVÄINEN	0
3 - JOKSEENKIN TYYTYVÄINEN	0
4 - TYYTYVÄINEN	2
5 - ERITTÄIN TYYTYVÄINEN	10

Lepolastan käyttöönoton jälkeen saatavilla olevaan tukeen vastaajien mielipiteet jakautuivat tasaisesti jokseenkin tyytyväisen (3/12), tyytyväisen (3/12) ja erittäin tyytyväisen (4/12) välille (taulukko 13). Kaksi vastaajaa ei ollut vastannut tähän kysymykseen sillä he eivät ole tarvinneet tukea lepolastojen käyttöön. Kysymyksen vastausten vaihteluväli oli 3-5.

TAULUKKO 13. Kysymys 10: Lepolastan käyttöönoton jälkeen saatavilla olevaan tukeen

VASTAUSVAIHTOEHTO	VASTAUSTEN LUKUMÄÄRÄ
1 - EN LAINKAAN TYYTYVÄINEN	0
2 - EN KOVIN TYYTYVÄINEN	0
3 - JOKSEENKIN TYYTYVÄINEN	3
4 - TYYTYVÄINEN	3
5 - ERITTÄIN TYYTYVÄINEN	4

10.3 Toimintaterapia osana reumahoitoa

Avoimien kysymysten kohdalla vastaajien oli mahdollista tuoda esille mielipiteensä toimintaterapiasta sekä lastahoidoista osana toimintaterapiaa omin sanoin. Vastaajia pyydettiin myös arvioimaan onko lastahoidosta ollut hyötyä. Avoimiin kysymyksiin vastattiin hyvin, vain yksi vastaaja oli jättänyt osioon kokonaan vastaamatta. Yleisesti katsottuna niiden tuoma palaute oli positiivista.

Kuinka koette toimintaterapian osana reumahoitoanne? Selkeä enemmistö vastaajista (10/12) oli sitä mieltä, että toimintaterapia on tärkeää ja hyödyllinen osa reumahoitoa. Kymmenen vastaajaa koki toimintaterapian hyvänä sekä tarpeellisena. Yksi vastaaja kertoi, ettei tällä ole varsinaista reumadiagnoosia, kaksi vastaajaa jätti vastaamatta kysymykseen.

Kysymyksen 11. vastausten sisällön analyysin tuloksena vastauksista löytyi selkeästi toisiaan vastaavia ilmaisuja, joista pelkistettyjen ilmausten kautta määriteltiin kolme yläluokkaa: "toimintaterapia koetaan hyvänä", "konkreettinen käytännön apu" sekä "toimintaterapia on tärkeä osa reumahoitoa". Vastauksista pelkistettyjä ilmauksia alaluokkaan kategorisoituna oli mm. "hyvä lisä", "apuvälineet, kylmähoito, asennot" sekä "todella tärkeää". Näiden kolmen luokan lisäksi yhdessä vastauksessa ilmaistiin toimintaterapian edistävän hyvinvointia. Yksi vastaaja kaipasi myös tarkistuskäyntejä toimintaterapiassa säännöllisemmin. Kuviossa 4 on nostettu esille muutamia kysymykseen annettuja vastauksia.

KUINKA KOETTE TOIMINTATERAPIAN OSANA REUMAHOITOANNE?

- "Pidän erittäin hyvänä ja olen tyytyväinen. Reuma on runnonut kädet."
- "Toimintaterapia on ollut tärkeä osa reumahoitoa -> oikeat apuvälineet, kylmähoito ja asennot."
- "Tärkeänä, se edistää koko ajan hyvinvointiani ja kiitos siitä teille!"
- "On ollut hyötyä. Ranteet on saatu lastojen avulla suuremmiksi."
- "Oikein hyvä lisä. Saa käytännön apua."

KUVIO 4. Vastauksia kysymykseen 11

Mitä mieltä olette lastahoidosta osana reumahoitoa? Enemmistö pitää lastahoitoa tarpeellisena ja hyvänä osana reumahoitoa. Myös kriittisyyttä esitettiin; eräs vastaaja piti lastahoitoa erinomaisena, kunhan lasta on oikeanlainen. Lastahoitoa ei koettu niin selvästi tärkeänä osana reumahoitoa, kuin itse toimintaterapia, mutta vain yksi vastaajista luonnehti lastahoitoa kohtalaiseksi.

Sisällön analyysin tuloksena vastauksista löytyi yhteneviä ilmaisuja joista muodostui myös tämän kysymyksen kohdalla kolme yläluokkaa. Nämä olivat: "Lastahoito on tärkeää", "lepoasento" sekä "tulehdusoireet ja kipu". Pelkistettyjä ilmauksia ensim-

mäisen yläluokan alle löytyi suurimmasta osasta vastauksia (8/12). Neljä vastaajaa oli myös määritellyt lepoasennon olevan merkittävä osa lastahoitoa. Neljä vastaajaa oli nostanut esille tulehdusoireiden ja kivun lievittymisen lastahoidon tuloksena. Yksi vastaaja oli myös kuvaillut, että liikkuminen ja arjen toiminnot ovat helpottuneet lastahoitojen aloittamisen myötä. Kuviossa 5 on nostettu esille muutamia kysymykseen annettuja vastauksia.

MITÄ MIELTÄ OLETTE LASTAHOIDOISTA OSANA REUMAHOITOANNE?

- "Erittäin tärkeä."
- "Rentouttaa kipeää kohtaa."
- "Lastahoito on erinomainen hoitomuoto, kunhan lasta on oikeanlainen."
- "Hyvä. Tuntuu olevan lastahoidoista hyötyä -> tulehdukset rauhoittuu."
- "Se on tärkeää, jos sitä tarvitsee."
- "Tarpeellinen kun kivut on kovempia. Tuo lepoa ranteille."

KUVIO 5. Vastauksia kysymykseen 12

Onko lastahoidosta ollut teille hyötyä? Perustelkaa vastauksenne. Kaikkien kysymykseen vastanneiden (10/12) mielestä lastahoidoista on ollut hyötyä. Neljä vastaajaa mainitsi erikseen lastahoitojen helpottaneen kipuja. Kahden vastaajan mukaan yöunet ovat parantuneet lastahoitojen myötä.

Sisällön analyysin tuloksena myös tämän kysymyksen kohdalla oli selkeästi muodostettavissa kolme yläluokkaa: "lastahoidoista on hyötyä", "tulehdusoireet" sekä "unenlaatu". Vastaajat olivat kokeneet lastahoidoista olevan hyötyä, yksi vastaajista oli erityisesti kuvaillut hyötyä olevan silloin kun reuma on pahimmillaan. Tulehdusoireiden ja kivun lievittymiseen liittyviä ilmauksia löytyi kuudesta vastauksesta. Tulehdusoireiden lievittäminen on lastahoitojen aloittamisen perusteena reumaa hoidettaessa ja kuudessa vastauksessa suoraan kerrotaan, että tavoite on saavutettu.

Vastauksista oli poimittavissa myös useita ilmaisuja unenlaatuun liittyen, esimerkiksi yöunien kuvailtiin olevan rauhallisempia. Yksi vastaaja kertoi, että ranteet on saatu suuremmaksi lastahoidon tuloksena. Kuviossa 6 on nostettu esille kysymykseen annettuja vastauksia.

ONKO LASTAHOIDOISTA OLLUT TEILLE HYÖTYÄ?

- "Lastahoidot ovat auttaneet kipuun ja turvotukseen. Ilman niitä ei osaa enää nukkua."
- Tukia on tullut käytettyä varsinkin silloin kun reuma on ollut pahimmillaan."
- "On ollut hyötyä, perusteluna: Käsi on ollut kivuttomampi ja rennompi."
- "Kyllä on: kivut vähenevät."
- "On ollut hyötyä. Ranteet on saatu suuremmiksi."
- "Yöunet ovat olleet rauhallisempia."

KUVIO 6. Vastauksia kysymykseen 13

Vastaajia pyydettiin **arvioimaan toimintaterapiaa osana reumahoitoa kouluarvosanoin 4-10**. Suurin osa vastanneista (7/12) antoi kouluarvosanaksi vähintään yhdeksän. Yksi vastaaja jätti kohdan tyhjäksi sekä yhden vastaajan vastaus 4 oli epälooginen suhteessa hänen erimaiseen palautteeseensa (Osa 1: ka 4,83, Osa 2: ka 5 asteikolla 1-5).

Näin ollen myös kouluarvosanan perusteella voidaan tulkita, että toimintaterapia on vastaajien mukaan tärkeä osa reumahoitoa. Vastaajien antama keskiarvo reumatointaterapialle oli 8,64.

Kyselyn lopuksi vastaajilla oli mahdollista antaa palautetta **vapaa sana** -osiossa. Tähän kohtaan vain puolet vastanneista (6/12) oli kirjoittanut palautetta. Vastauksista ei ollut löydettävissä pelkistettyjen ilmausten kautta toisiaan yhdistäviä yläluokkia. Kaksi vastaajaa halusi kiittää ja yksi vastaaja kertoi palvelun olevan hyvää. Yksi vas-

taaja pohti tässä osiossa, löytävätkö apuvälineet kaikkien niitä tarvitsevien luokse. Yksi vastaaja kertoi, että heti vastaanoton jälkeen oli vaikea vastata joihinkin kysymyksiin. Kuviossa 7 on esimerkkejä vapaa sana -osioon tulleista vastauksista.

VAPAA SANA:

- "Reumaatikoille haluaisin sanoa, että opetelkaa pitämään lastoja, koska siitä on suuri apu."
- "On ollut hyvä palvelu."
- "Joskus mietin, että "löytääkö" apuvälineet kaikkien tarvitsevien luokse."

KUVIO 7. Vastauksia kysymykseen 15

11 Pohdinta

Nivelreuman yleisyyden vuoksi keskityimme tarkastelemaan lastahoitoja erityisesti osana nivelreuman hoitoa, vaikka myös muiden reumasairauksien hoidossa lastahoidoista voi olla hyötyä, mikäli käden nivelistössä on tulehdusoireita ja kipua.

Kyselyihin saadut vastaukset analysoitiin ja raportoitiin tässä opinnäytetyössä. Tutkimustulostemme perusteella tuorereumapotilaat ovat hyötäneet lastahoidoista sekä olleet tyytyväisiä saamiinsa lepolastoihin. Vastaajat, jotka olivat antaneet kriittisiä vastauksia koskien tyytyväisyyttä lepolastaan tai saatuun palveluun, olivat myös perustelleet vastauksensa sanallisesti. Tutkimuksen tulosten perusteella potilaat ovat tietoisia mihin tarkoitukseen lepolasta on tehty. Tämä antaisi viitteitä siitä, että keskussairaalan reumatoimintaterapiayksikössä osataan perustella lastahoidojen merkitys potilaalle hyvin. Lastahoidon perusteleminen ja käytön ohjaus on tärkeää, jotta

potilas sitoutuu käyttämään lastoja (Ewing ym. 1998, 420). Kyselytutkimus osoitti myös, että reumapotilaat kokevat toimintaterapian tärkeänä osana reumahoitoa. Vastaajien antamien arvosanojen perusteella (4-10), toimintaterapian saama keskiarvo oli 8,64.

Kyselylomake rakennettiin strukturoitua Quest -kyselylomaketta soveltaen. Alkuperäisessä Quest- lomakkeessa ei ollut avoimia kysymyksiä, jotka lisäsimme omaan kyselylomakkeeseen. Avoimien kysymysten lisääminen oli onnistunut ratkaisu sillä avointen kysymysten avulla saimme syvällisempää tietoa potilaiden kokemuksista lastahoidoista kuin monivalintakysymyksillä.

Avoimia kysymyksiä analysoidessamme huomasimme, että vastauksissa toistui unenlaatuun liittyviä asioita. Unen laadun selvittämistä ei varsinaisesti ole liitetty reumahoitoon osana toimintaterapiaa. Unenlaatu on kuitenkin alue, josta löytyy tutkimusta unen vaikutuksista elämänlaatuun. Emme kuitenkaan löytäneet tutkimusta jossa unen ja elämänlaadun yhteyttä olisi tutkittu reumapotilailla. Esimerkiksi Mystakidou, Parpa, Tsilika, Gennatas, Galanos, Vlahos (2009) tekemässä tutkimuksessa tutkittiin unen laadun, kivun, psyykkisen stressin, kognitiivisen tilan ja post-traumaattisen kokemuksen yhteyksiä syöpää sairastavilla henkilöillä. Artikkelissa kerrotaan, että unen laatu vaikuttaa elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Unenlaatu muodostuu mm. nukah-tamisviiveestä, nukkumisajasta ja unen syvyydestä. Syöpää sairastavilla kivun ja unen laadun on todistettu liittyvän toisiinsa. Kipu voi vaikuttaa nukahtamiseen sekä unen ylläpysymiseen. Hallitsematon kipu johtaa unihäiriöihin, jolloin kivut pahenevat ja henkilön elämänlaatu heikkenee. Kipu, masennus ja unihäiriöt ovat merkittävässä osassa, kun lähdetään kartoittamaan henkilön elämänlaatua. On todettu, että unet-tomuus itsessään aiheuttaa elämänlaadun heikkenemistä. (Mystakidou ym. 2009.)

Vastauksissa tuli esimerkiksi esille, että ilman lepolastoja on vaikea nukkua, ja että tulehdusvaiheen aikana lepolastojen kanssa saa nukutuksi. Tämä on mielestämme erittäin tärkeä havainto, sillä 3/12 vastaajista sanoi suoraan lastahoidon vaikuttavan positiivisesti yöuniin. Tämän lisäksi lastojen kuvailtiin tuovan rentoutta sekä vaikutta-van positiivisesti tulehdusoireisiin, jotka voivat vaikuttaa heikentävästi unenlaatuun.

Vastauksista voidaan myös päätellä, että juuri kipu heikentää unenlaatua, joten kun kipeä käsi saadaan yön ajaksi rauhoitettua lepolastalla, myös unen laatu todennäköisesti paranee.

Väsymys tai uupumus (engl. fatigue) on yleinen nivelreuman oire. Erityisesti tulehdusvaiheen aikana on tärkeää antaa keholle tarpeeksi lepoa, joka mahdollistaa toimimisen. Nivelreumapotilaille suositellaan noin 10 tunnin yöunia sekä lisäksi pari lepoa hetkeä päivän aikana. (Deshaies 2006, 966-967.) Tämä kuulostaa suurelta määrältä unta, varsinkin ajatellen potilaita, jotka eivät saa nukkua kipujen vuoksi. Näin ollen tutkimustuloksemme puoltaa lepolastojen käytön merkittävyyttä nivelreuman hoidossa.

Tutkimus- ja teorian tiedon sekä kyselytutkimuksemme uneen liittyvien vastausten perusteella mielestämme tulevaisuudessa reumahoidossa toimintaterapeutin tulisi aktiivisesti selvittää reumapotilaan unenlaatua, jotta tämä alue ei jäisi reumahoidossa huomioimatta.

Reuma on hyvin tunnettu sairaus ja muun muassa sen lääkehoito on kehittynyt viime vuosikymmenen aikana merkittävästi. Reumasairauksista löytyy hyvin paljon tietoa kirjallisuudesta. Lastahoidoista on enemmän teorian tietoa lastojen valmistukseen liittyen, mutta vaikutuksista on löydettävissä lähinnä kokemuspohjaista tietoa. Pelkän lastahoidon vaikutuksista reumasairauksien hoidossa on vaikea tutkia, sillä reuma hoito on hyvin moniulotteista. On vaikeaa mitata mikä on lastahoidon osuus positiivisiin tuloksiin, kuten kivun ja tulehdusoireiden vähenemiseen, ja mikä puolestaan on lääkehoidon ansiota. Tämän vuoksi lastahoidon vaikutuksia oli perusteltua tutkia potilaan näkökulmasta.

Tutkimuksellemme valitut viitekehykset olivat hyvin luonnolliset, koska reuma voi vaikuttaa toimintakykyyn sitä heikentävästi. Inhimillisen toiminnan malli tarkastelee muun muassa ihmisen toiminnallista suoriutumista ja tottumuksia, mutta kuitenkin kaipaa rinnalleen toisen mallin, sillä Kielhofnerin mukaan toimintaterapian alueelta löytyy muita viitekehyksiä, jotka keskittyvät fyysisten ja psyykkisten kykyjen vaikutuk-

seen toimintaan (Kielhofner 2008, 18-20). Luonnollinen valinta toiseksi taustajajatuksiksi oli siis biomekaaninen malli, eli viitekehys, joka keskittyy erityisesti ihmisen fyysiseen puoleen. Käypä hoito -suositukset ovat myös mukana työmme taustalla, sillä niiden mukaan toimintaterapia on olennainen osa reumahoitoa.

Nivelreuman vaikutus potilaan toimintakykyyn riippuu taudinkuvasta, oireiden vakavuudesta sekä nivelten vaurioiden määrästä (Deshaies 2008 954-955). Inhimillisen toiminnan malli nostaa esiin toimintakyvyn muutosten vaikutuksen toimintaan ja toimintaan osallistumiseen. Toimintaa voidaan joutua mukauttamaan tai potilas voi tarvita apuvälineitä. (Kielhofner 2008, 44-58.) Reumapotilaan kohdalla nämä asiat voivat tarkoittaa esim. niveliä säästävän toimintatavan opettelua tai pienapuvälineiden käyttöä keittiötoiminnoissa. Myös reumasairauksille hyvin tyypillinen remission ja tulehdusvaiheiden vaihtelu, vaikuttavat potilaan rutiineihin ja toimintaan osallistumiseen. Toimintoihin osallistuminen nousi esille kyselylomakkeita analysoidessa, kun yksi vastaajista ilmoitti arjen toimintojen helpottuneen lastahoitojen aloittamisen myötä.

Biomekaaninen malli täydentää Inhimillisen toiminnan mallia siitä näkökulmasta, kuinka reumaa sairastavan potilaan fyysiset rajoitukset vaikuttavat potilaan arkeen ja toiminnalliseen suoriutumiseen sekä millä keinoin toiminnallista suoriutumista voidaan edistää. Tutkijoina meidän oli tärkeää ymmärtää potilaan tilanne kokonaisvaltaisesti ja siksi otimme nämä kaksi viitekehystä opinnäytetyömme taustalle.

Biomekaaninen malli ja Inhimillisen toiminnan malli ovat tämän opinnäytetyön taustalla, mutta erityisesti nämä mallit näkyvät käytännön työssä reumatoimintaterapiassa. On tärkeää toteuttaa toimintaterapiaa asiakaslähtöisesti sekä niin, että kaiken tavoitteena on pyrkiä edistämään potilaan toimintakykyä sekä mahdollistaa toimintaan osallistuminen eri keinoin. Jotta toimintaterapeutti voi toteuttaa laadukasta työtä asiakaslähtöisesti, on hänen tunnettava myös nivelreuman vaikutukset potilaan kehoon ja nivelistöön. Kun toimintaterapeutti ymmärtää biomekaniikan periaatteet sekä nivelreuman vaikutusmekanismit, hän osaa toteuttaa työtään oikein perustein sekä monipuolisesti.

Aiheen valinta oli helppoa, koska olemme molemmat olleet harjoittelujaksolla reumatointaterapiayksikössä Keski-Suomen keskussairaalassa. Keväällä 2011 keskustelimme yksikön lähiesimiehen kanssa mahdollisista opinnäytetyön aiheista, jolloin esille nousi kiinnostus siitä, kuinka potilaat todella kokevat lastahoidon. Tästä muotoutui lopulta idea kyselytutkimuksesta aikuispotilaille, jotka ovat saaneet reumadiagnoosin noin kolme kuukautta aiemmin. Prosessi laitettiin käyntiin jo loppukeväästä 2011, jolloin esitimme opinnäytetyön aiheen. Tutkimusluvan saanti viivästyi hieman kyselyn aloittamista, mutta heti kun kysely voitiin aloittaa, prosessi on edennyt nopeasti. Keskinäinen yhteistyömme on toiminut erinomaisesti ja yhteistyö työelämän ohjaajan, Nina Lagerin, kanssa on sujunut mutkattomasti.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirille ei tullut kustannuksia opinnäytetyön toteuttamiseen liittyen. Toimitimme kopioidut kyselylomakkeet sekä vastauskuoret toimintaterapiayksikköön. Toimintaterapeutti ohjasi kyselyn potilaille, jotka olivat siihen soveltuvia sekä halukkaita vastaamaan. Potilaat vastasivat kyselyyn vapaaehtoisesti ja itsenäisesti, jolloin vastaaminen tapahtui joko ennen tai jälkeen potilaskäynnin. Toimintaterapeutin työaikaa ei tarvinnut varata kyselylomakkeen täyttämisen ajaksi. Potilaalla oli myös mahdollisuus vastata kyselyyn kotona.

Potilas sai kyselyn yhteydessä saatekirjeen, jossa kerrottiin opinnäytetyöstä, sen tavoitteista sekä tekijöiden yhteystiedot, mikäli kysymyksiä heräsi kyselyn tiimoilta. Näin pyrittiin välttymään myös ylimääräisiltä, opinnäytetyöhön liittyviltä yhteydenotoilta suoraan reumatointaterapiayksikköön.

Tämän opinnäytetyön tekeminen oli kokonaisuutena nautinnollista, kun teoriatieto, oma käytännön kautta opittu tieto, sekä tutkimustulokset muodostivat meille tutkijoina erittäin kokonaisvaltaisen käsityksen nivelreumasta, sen hoidosta, lastahoidosta sekä potilaiden itsensä kokemuksista toimintaterapiaprosessiin ja lastahoitoihin liittyen.

Luotettavuuden arviointi

Kun halutaan tutkia mielipiteitä, asenteita ja arvoja, liittyy tutkimukseen aina haasteita. Kyselytutkimuksessa esiin nousevat haasteet voivat liittyä tiedonkeruuseen, mitaamiseen ja tutkimuksen sisällöllisiin tavoitteisiin. Kyselytutkimusta tehtäessä epävarmuutta aiheuttavia kysymyksiä voivat olla: oliko saatujen vastausten määrä riittävä, oliko kysymyksiin vastattu riittävän kattavasti, oliko kysymykset laadittu oikein eli saatiinko vastaus tutkittavaan asiaan ja oliko mittari luotettava, sekä oliko kyselytutkimuksen ajankohta oikea. (Vehkalahti 2008, 12.)

Mielestämme kyselyn tulokset ovat hyvin suuntaa antavia siitä, kuinka todellisuudessa lastahoidot koetaan reumapotilaiden keskuudessa. Suurin osa vastaajista näyttäisi paneutuneen kyselyyn huolellisesti, jolloin tulosten voidaan olettaa vastaavan todellista mielipidettä. Vain yksi vastaaja ei ollut nähnyt kyselyn eteen erityisen paljon vaivaa, jolloin tämän vastaajan kohdalla luotettavuutta ei voida pitää korkeana. Keskusteltuamme toimeksiantajan kanssa, tuli ilmi, että osan vastaajista oireet olivat niin hankalia, että kirjoittaminen ei onnistunut. Tämän vuoksi on mahdollista, että vastaaja ei ole pystynyt kipujen vuoksi kirjoittamaan vastauksia itsenäisesti.

Kyselylomakkeemme pohjalla käytetty Quest 2.0 -lomake on strukturoitu sekä Stake-sin suomentama. Alkuperäiseen lomakkeeseen teimme muutamia muutoksia, jotta kysely saatiin sopimaan erityisesti reumapotilaille, muuttamatta kuitenkaan Quest 2.0 -lomakkeen rakennetta tai menetelmää, joten tässä tutkimuksessa käytettyä mittaria voidaan pitää luotettavana. Muokattua lomaketta ei virallisesti testattu etukäteen, mutta sen arvioi useampi ulkopuolinen henkilö ymmärrettävyyttä, ulkoasua sekä kieliasua arvioiden. Vastausten pohjalta näyttäisi siltä, että kysely oli ymmärrettävä sekä sopivan pituinen. Vain yksi vastaaja oli jättänyt viimeisen sivun avoimet kysymykset tyhjiksi, näin ollen voidaan olettaa että kysely ei ollut liian pitkä.

Kyselylomakkeessa kysyttiin millainen lasta on tehty ja kumpaan käteen, mutta kyselylomakkeessa olisi voinut kartoittaa myös sen, onko lasta tehty dominoivaan käteen. Kyselytutkimuksessamme olisi voinut myös olla potilaan sen hetkisiä kipuoireita kartoittava kysymys. On mahdollista, että potilaan dominoivassa kädessä olevat tuleh-

dusoireet vaikuttavat kykyyn kirjoittaa, jolloin asialla voi olla vaikutusta erityisesti avoimiin kysymyksiin vastaamisessa.

Tutkimuksella saatuja tuloksia voidaan pitää luetettavina sillä kaikki kyselyyn sopivat potilaat, joille kysely annettiin, suostuivat täyttämään kyselyn.

Suunnitellessamme opinnäytetyötämme, arvioimme suurimman riskin olevan, että emme saa yhtään kelvollista vastausta kyselyymme. Minimimääräksi vastauksia asetimme 3 kpl, maksimiksi 30 kpl. Saimme vastauksia 12, joten tutkimuksen kannalta pääsimme tavoitteeseen ja vastausten määrän perusteella oli mahdollista tehdä johdopäätöksiä.

Eettisyyden arviointi

Koska kyseessä oli kyselytutkimus, johon pyydettiin vastaukset paperilla, oli tärkeää varmistaa, että potilaiden anonymiteetti säilyy. Anonymiteetin säilymisen varmistimme niin, että potilaat saivat kyselylomakkeen yhteydessä kirjekuoren, jonne kyselylomake pyydettiin laittamaan vastaamisen jälkeen. Potilaita pyydettiin sulkemaan kirjekuori ennen palauttamista, jolloin me tutkimuksen tekijöinä varmistuimme, että saimme vastaukset ilman niiden joutumista väärin käsiin. Kuori pyydettiin palauttamaan toimeksiantajallemme, joka toimitti ne meille henkilökohtaisesti. Kyselylomakkeessa kysyttiin taustatietoina ikä, sukupuoli ja diagnoosi, muita henkilökohtaisia tunnistetietoja ei kysytty. Kysytyjen taustatietojen perusteella potilasta ei voi jäljitellä. Opinnäytetyön palauttamisen jälkeen kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti.

Ennen kyselyn toteuttamista saimme tutkimusluvan työllemme Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä (ksshp). Selvitimme myös, ettemme tarvitse ksshp:n eettisen toimikunnan lausuntoa tutkimuksen toteuttamista varten.

12 Johtopäätös

Kokonaisuutena kyselyn pohjalta voidaan todeta, että kyselyyn vastanneet reumapotilaat, jotka ovat saaneet lastahoitoa, ovat olleet tyytyväisiä saamaansa hoitoon sekä pitävät lastahoitoa tarpeellisena osana reumahoitoa. Toimintaterapiaa pidetään tutkimustulosten perusteella tärkeänä osana reumahoitoa.

Tutkimuksemme tärkeimmiksi havainnoiksi nousivat seuraavat seikat:

1. Potilaat ovat tyytyväisiä lastahoitoihin
2. Potilaat ovat tyytyväisiä toimintaterapiaprosessiin
3. Keskeisimmät hyödyt lastahoidosta liittyvät tulehdusoireiden lieventymiseen sekä unenlaadun parantumiseen lastahoitojen myötä

Jatkoehdotus

Tulehtuneille nivelille on tärkeää antaa paikallistettua lepoa esimerkiksi lepolastojen avulla, niveltä säästävillä työskentelyotteilla sekä tarjoamalla nivelille lepoa aina toistuvan kuormittamisen jälkeen. Kun potilas on saanut tarpeeksi lepoa sekä unenmäärässä, että paikallisen levon kautta, vaikutukset voidaan nähdä energiatason nousuna sekä tulehdusoireiden vähenemisenä. (Deshaies 2006, 967.)

Suosittellemme jatkotoimenpiteinä Keski-Suomen keskussairaalan reumatoimintaterapiayksikössä kiinnittämään huomiota potilaan unenmäärään ja sen laatuun haastellessa potilasta toimintaterapeutin vastaanotolla. Jos potilas tuo esille nukkuvansa huonosti esimerkiksi tulehdusoireiden vuoksi, tutkimustuloksiimme sekä löytäämämme tutkimus- ja teorian tietoon viittaaminen perustellessa lastahoitoa on aiheellista.

13 Lähteet

Cole M.B. & Tufano R. 2008. Applied Theories in Occupational Therapy. A practical Approach. Department of Occupational Therapy, Quinnipiac University, Hamden, Connecticut. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

Coppard, B.M. 2001. Hand immobilization splints. Teoksessa Introduction to splinting. Toim. Coppard & Lohman. 2. painos. Mosby. USA.

Demers, L., Weiss-Lambour, R., Ska, B. 2005. Quest 2.0 Apuvälinetyytyväisyyttä arvioiva mittari. Stakes. Työpapereita 9/2005. Viitattu 2.1.2011. www.stakes.fi, julkaisut, verkkojulkaisut, Työpapereita- sarja 2005, Quest 2.0.

Deshaies, L. 2006. Arthritis. Teoksessa Pedretti's Occupational Therapy. Toim. McHugh Pendleton, H. & Shultz Krohn, W. 6. painos. Mosby, Inc. an affiliate of Elsevier Inc.

Egan M., Brosseau L., Framer M., Ouimet MA., Rees S., Tugwell P., Wells GA. 2010. Splints and orthosis for treating rheumatoid arthritis (Review). The Cochrane Library, Issue 7. www.thecochranelibrary.com

Ewing Fess, E. & Hunt Kiel, J. 1998. Neuromuscular treatment: upper extremity splinting. Teoksessa Occupational therapy. Toim. Neistadt & Crepeau. 9. painos. Lippincott Williams & Wilkins. USA.

Hakala, M. 2007. Nivelreuma. Teoksessa Reuma. Toim. Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M-L., Kyngäs, H. Duodecim. Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto oy.

Heliövaara, M. K. 2007. Mitä reuma merkitsee? Teoksessa Reuma. Toim. Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M-L., Kyngäs, H. Duodecim. Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

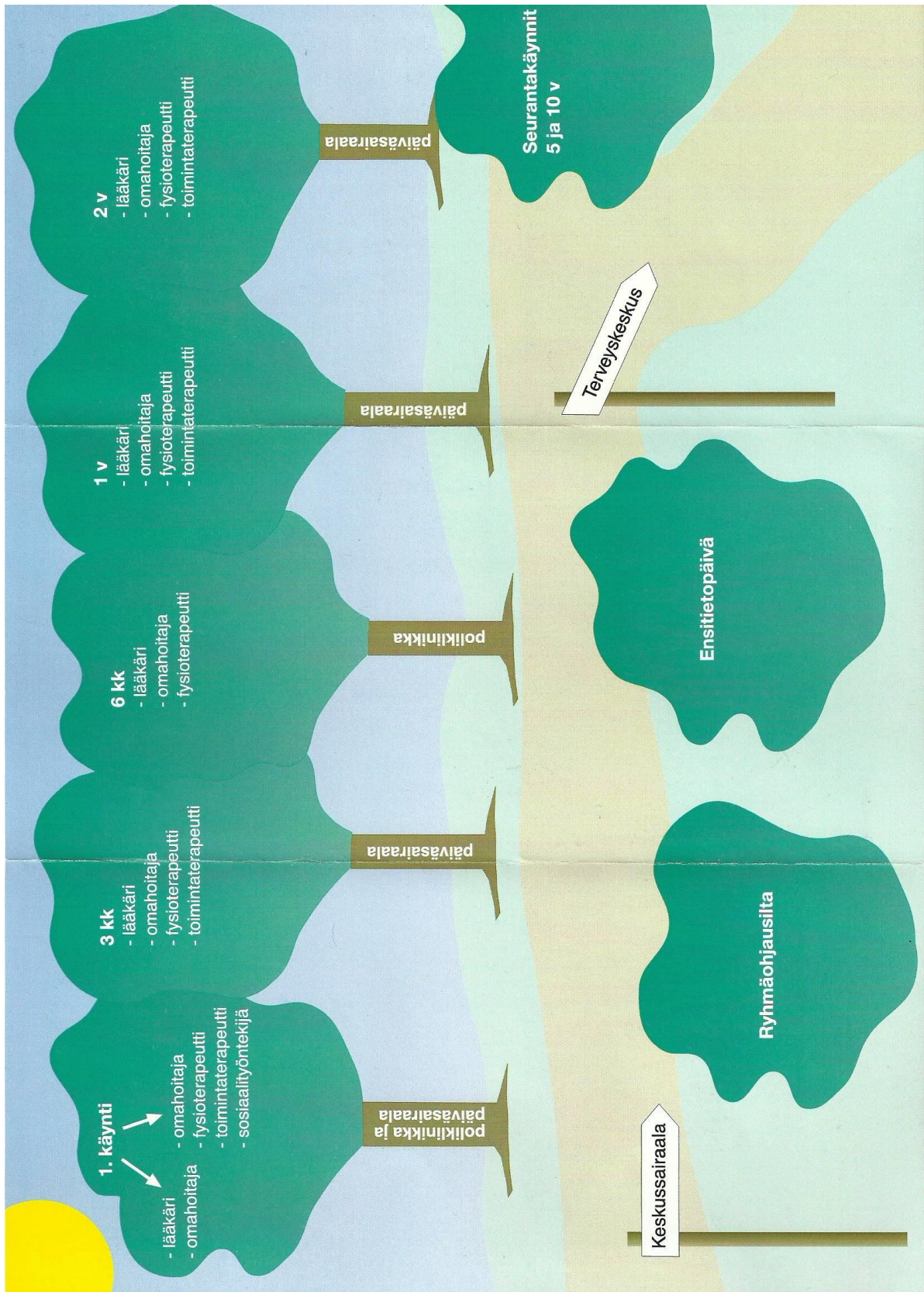
Karjalainen, A. 2007. Mitä reuma merkitsee? Teoksessa Reuma. Toim. Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M-L., Kyngäs, H. Duodecim. Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto oy.

Karjalainen, A., Heliövaara, M. & Puolakka, K. 2007. Mitä reuma merkitsee? Teoksessa Reuma. Toim. Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M-L., Kyngäs, H. Duodecim. Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto oy.

- Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Internet- sivut, reumatautien poliklinikka. www.ksshp.fi, sairaalat ja yksiköt, Sädesairaala, sisätaudit, reumatautien poliklinikka. Päivitetty 27.5.2011. Viitattu 25.9.2011.
- Kielhofner, G. 2008. Model of Human Occupation. Fourth Edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Korpela, M. 2007. Reumaattista tulehdusta hillitsevä lääkehoito. Teoksessa Reuma. Toim. Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M-L., Kyngäs, H. Duodecim. Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto oy.
- Lager, N. 2011. Toimintaterapeutti. Keski-Suomen keskussairaala, reumatoimintaterapiayksikkö. Henkilökohtainen tiedonanto. 24.10.2011.
- Martio, J. & Karjalainen, A. 2007. Mitä reuma merkitsee? Teoksessa Reuma. Toim. Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M-L., Kyngäs, H. Duodecim. Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto oy.
- Martio, J., Karjalainen A., Kauppi M., Kukkurainen, M. L. & Kyngäs, H. 2007. Lukijalle. Teoksessa Reuma. Toim. Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M-L., Kyngäs, H. Duodecim. Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto oy.
- Mystakidou, K. Parpa, E. Tsilika, E. Gennatas, C. Galanos, A. Vlahos L. 2009. How is sleep quality affected by the psychological and symptom distress of advanced cancer patients? Palliative Medicine 23: 46–53.
- Nivelreuma. 2009. Käypä hoito-suositus. Päivitetty 18.9.2009.
- Oravainen, T. 2007. Toimintaterapia toimintakyvyn tukijana. Teoksessa Reuma. Toim. Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M-L., Kyngäs, H. Duodecim. Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto oy.
- Puolakka 2007. Mitä reuma merkitsee? Teoksessa Reuma. Toim. Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M-L., Kyngäs, H. Duodecim. Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto oy.
- Roikonen, H. 2012. Huikeat hoitotulokset. Keski-suomalainen 7.1.2012, 9.
- Spencer, E.A. 1998. Musculoskeletal dysfunction in adults. Teoksessa Occupational therapy. Toim. Neistadt & Crepeau. 9. painos. Lippincott Williams & Wilkins. USA.
- Steultjens, EEMJ., Dekker, JJ., Bouter, LM., Schaardenburg, DD., Kuyk, MAMAH., Van den Ende, ECHM., 2008. Occupational therapy for rheumatoid arthritis (Review). The Cochrane Library, Issue 4. www.thecochranelibrary.com
- Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala. Tammi.

14 Liitteet

Liite 1. KSSHP reumahoitopolku



Liite 2. Kyselylomake

Käyttäjän tyytyväisyys lastahoitoon (lepolastat) Keski-Suomen Keskussairaalan reumatoimintaterapiassa

Päivämäärä _____

Sukupuoli _____

Ikä _____

Diagnoosi _____

Lepolastanne malli (ympyröi oikeat vaihtoehdot):

Pitkä Lyhyt Peukalotuki Vasen Oikea Ohjurit

Muu, mikä: _____

Kyselylomakkeen tarkoituksena on arvioida, kuinka tyytyväinen olette lepolastoihinne ja siihen liittyvään saamaanne ohjaukseen. Lomake sisältää 15 kysymystä.

Vastausohjeet:

Osa 1. ja Osa 2. Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin käyttäen alla olevaa 5-portaista asteikkoa. Ympyröikää mielestänne parhaiten tilannetta kuvaava numero. Jokaisessa kysymyksessä on myös tilaa vastata halutessanne omin sanoin. Valitkaa kuitenkin aina numero, vaikka kertoisitte omin sanoin.

1	2	3	4	5
En lainkaan tyytyväinen	En kovin tyytyväinen	Jokseenkin tyytyväinen	Tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen

OSA 1. Kuinka tyytyväinen olette lepolastasi/lepolastojesi:

<p>1. Mittasuhteisiin (koko, pituus, istuvuus):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1 2 3 4 5</p>
<p>2. Käteen asettamisen ja kiinnittämisen helppous:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1 2 3 4 5</p>
<p>3. Kestävyys käytössä:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1 2 3 4 5</p>
<p>4. Käytön helppous:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1 2 3 4 5</p>
<p>5. Mukavuus ja miellyttävyys:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1 2 3 4 5</p>
<p>6. Tarkoituksenmukaisuus (tiedättekö miksi lastaa on suositeltu käyttöön):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1 2 3 4 5</p>

OSA 2. Kuinka tyytyväinen olette:

<p>7. Prosessiin, jonka kautta saitte lepolastan käyttöönnne (lepolastan valmistus ja sen kesto):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1 2 3 4 5</p>
<p>8. Lepolastan huolto- ja korjauspalvelut:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1 2 3 4 5</p>
<p>9. Toimintaterapeutilta saamanne lepolastan käytön ohjaus (opastus, käyttöohjeet, ystävällisyys):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1 2 3 4 5</p>
<p>10. Lepolastan käyttöönoton jälkeen saatavilla olevaan tukeen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1 2 3 4 5</p>

Osa 3. Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin omin sanoin.

11. Kuinka koette toimintaterapian osana reumahoitoanne?

12. Mitä mieltä olette lastahoidosta osana reumahoitoanne?

13. Onko lastahoidosta ollut Teille hyötyä? Perustelkaa vastauksenne.

14. Antakaa kouluarvosana 4-10 toimintaterapiasta osana reumahoitoanne. _____

15. Vapaa sana:

KIITOS!

Liite 3. Saatekirje

Käyttäjän tyytyväisyys lastahoitoon (lepolastat) Keski-Suomen Keskussairaalan reumatoimintaterapiassa Kyselytutkimus 2011

Olemme kaksi Jyväskylän Ammattikorkeakoulun toimintaterapeuttiopiskelijaa ja teemme opinnäytetyötä liittyen käyttäjien kokemuksiin yläraajojen lastahoidoista osana reumatoimintaterapiaa. Teidän vastauksenne on meille hyvin arvokas ja toivomme, että vastaatte kyselyyn rehellisesti. Vastaukset käsitellään nimettömästi, eikä Teitä voi tunnistaa lopullisesta työstä. Vastatkaa kyselyyn toimintaterapeutin vastaanotolla tai heti sen jälkeen. Vastattuasi kyselyyn aseta täytetty lomake kirjekuoreen ja sulkekaa se anonymiteettisuojaan varmistamiseksi sekä antakaa se toimintaterapeuttilenne.

Opinnäytteen ja kyselyyn tulleiden vastausten perusteella pyritään kehittämään reumatoimintaterapian ohjausta.

Kiitos vastauksistanne,

Elina Kanninen & Jonna Paltamaa
etunimi.sukunimi.sot@jamk.fi