

Polviproteesipotilaiden kokemuksia fyysisestä toimintakyvystä

Tiina-Mari Peltomäki & Sebastian Raisio

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

KEMI 2013

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU, Sosiaali- ja terveysala

Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyön tekijä(t):	Tiina-Mari Peltomäki & Sebastian Raisio
Opinnäytetyön nimi:	Polviproteesipotilaiden kokemuksia fyysisestä toimintakyvystä
Sivuja (joista liitesivuja):	29 (1)
Päiväys:	12.4.2013
Opinnäytetyön ohjaaja(t):	Seppo Kilpiäinen & Marianne Sliden
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla potilaiden kokemuksia heidän fyysisen toimintakykynsä muuttumisesta polviproteesileikkauksesta kuntoutumisen jälkeen. Opinnäytetyö rajattiin potilaisiin, joille on tehty polven totaaliendoproteesileikkaus (TEP-leikkaus). Työ rajattiin myös koskemaan potilaita, joilla on kulunut leikkauksesta vähintään kuukausi. Opinnäytetyön tavoitteena on käyttää saatuja tutkimustuloksia hyödyksi polviproteesipotilaiden leikkausta edeltävässä ohjauksessa.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimuksen aineisto kerättiin haastatteleamalla tutkimukseen osallistujia yksilöhaastatteluna käyttäen haastattelun muotona teemahaastattelua. Tutkimukseen osallistui neljä haastateltavaa. Haastattelussa selvitettiin henkilön liikunnallista aktiivisuutta sekä kokemuksia toimintakyvystä ennen ja jälkeen primaarin polviproteesileikkauksen. Aineisto analysoitiin deduktiivisen sisällönanalyysin menetelmin.</p> <p>Tutkimuksessa haetaan vastausta seuraavaan kysymykseen: Miten polven tekonivelleikkaus on muuttanut potilaan kokemusta hänen fyysisestä toimintakyvystään? Tutkimuksessa kävi ilmi, että osan haastatelluista kunto oli huonontunut nivelrikon aiheuttamien kipujen ja liikerajoitusten vuoksi, mutta kunto alkoi parantua leikkauksesta kuntouduttua. Suurin osa haastateltujen kivuista hävisi. Tutkimuksen merkittävimpana tuloksena voidaan pitää sitä teorian tukemaa tulosta, että haastateltujen fyysinen toimintakyky koheni polven tekonivelleikkauksen jälkeen huomattavasti.</p>	
Asiasanat: nivelrikko, fyysinen toimintakyky, tekonivelet	

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES,
Social Studies and Health Care

Degree programme:	Degree programme in Nursing
Author(s):	Tiina-Mari Peltomäki & Sebastian Raisio
Thesis title:	Knee arthroplasty patients' experiences of physical performance
Pages (of which appendixes):	29 (1)
Date:	12.4.2013
Thesis instructor(s):	Seppo Kilpiäinen & Marianne Sliden
<p>The purpose of this thesis was to narrate the patients' experiences of the changes in their physical performance following the rehabilitation from their knee arthroplasty. The study was limited to involve patients who had had a total knee arthroplasty operation. It was also limited that the operations had to be done at least a month before the interviews. This research aims to use the results in pre operation counselling for future knee arthroplasty patients.</p> <p>The study uses a qualitative research method. The research material was gathered by interviewing the participants in individual interviews, using themed interview as a form. There were four participants. The participants were asked about the types of physical activities they participated in and their experiences of their physical performance both before and after the primary knee arthroplasty. The material was analysed using the methods of deductive analysis of the content.</p> <p>This study aims to answer the following question: How did the knee arthroplasty change the person's experience of physical performance? It became apparent in the study that some of the participants interviewed had experienced a drop in their level of fitness because of the pains and physical constraints, but that they began to get in better shape after recuperating from the surgery. Most of the pain experienced was relieved. The most important outcome of the study is the theory supported result that the physical performance of the participants was improved significantly following the operation.</p>	
Keywords: osteoarthritis, physical performance, prostheses	

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 POLVIPROTEESIPOTILAS	6
2.1 Polven nivelrikko	6
2.2 Nivelrikkopotilaan kipu	8
2.3 Toimintakyky	9
3 TEKONIVELLEIKKAUS, OHJAUS JA KUNTOUTUS	11
3.1 Tekonivelleikkaus	11
3.2 TEP-leikatun potilaan ohjaus ja kuntoutus	12
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	14
4.1 Laadullinen tutkimus	14
4.2 Tutkimusryhmä	14
4.3 Aineiston keruu, käsittely ja analyysi	14
4.4 Aineiston analyysi	15
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	18
5.1 Fyysinen toimintakyky	18
5.2 Kivun kokeminen	19
5.3 Kuntoutus	19
6 JOHTOPÄÄTÖKSET	21
7 POHDINTA	23
7.1 Yleinen pohdinta	23
7.2 Eettisyys ja luotettavuus	23
7.3 Opinnäytetyö oppimisprosessina	24
7.4 Tulosten hyödynnettävyys	25
7.5 Jatkotutkimusaiheet	25
LÄHTEET	26
LIITTEET	28

1 JOHDANTO

Lähes 400 000 suomalaisella on todettu nivelrikko. Lisäksi noin miljoonalla on nivelrikkomuutoksia. Nivelrikon hoidon kustannukset ovat Suomessa noin miljardin euron luokkaa vuosittain. Yleisimmät syyt joiden vuoksi tekonivelleikkauksia tehdään, ovat vaikea kipu ja nivelen jäykkyys jotka häiritsevät jokapäiväistä elämää. Potilas kuvailee usein polvikipuaan paikalliseksi polvinivelessä esiintyväksi kivuksi. Ongelmia on myös liikkumisessa sekä öisin lepokivun kanssa. Jotta polven tekonivelleikkaus tehdään, saavutettavan hyödyn on oltava suurempi, kuin leikkaukseen liittyvät riskit ovat. (Vainikainen 2010, 10-11, 32-33; Hammar 2011, 317, 322; Rokkanen & Avikainen & Tervo & Hirvensalo & Kallio & Kankare & Kiviranta & Pätäälä 2003, 39.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla potilaiden kokemuksia heidän fyysisen toimintakykynsä muuttumisesta polviproteesileikkauksesta kuntoutumisen jälkeen. Opinnäytetyön tavoitteena on käyttää saatuja tutkimustuloksia hyödyksi polviproteesipotilaiden leikkausta edeltävässä ohjauksessa. Tutkimuksessa haetaan vastausta seuraavaan kysymykseen: Miten polven tekonivelleikkaus on muuttanut potilaan kokemusta hänen fyysisestä toimintakyvystään?

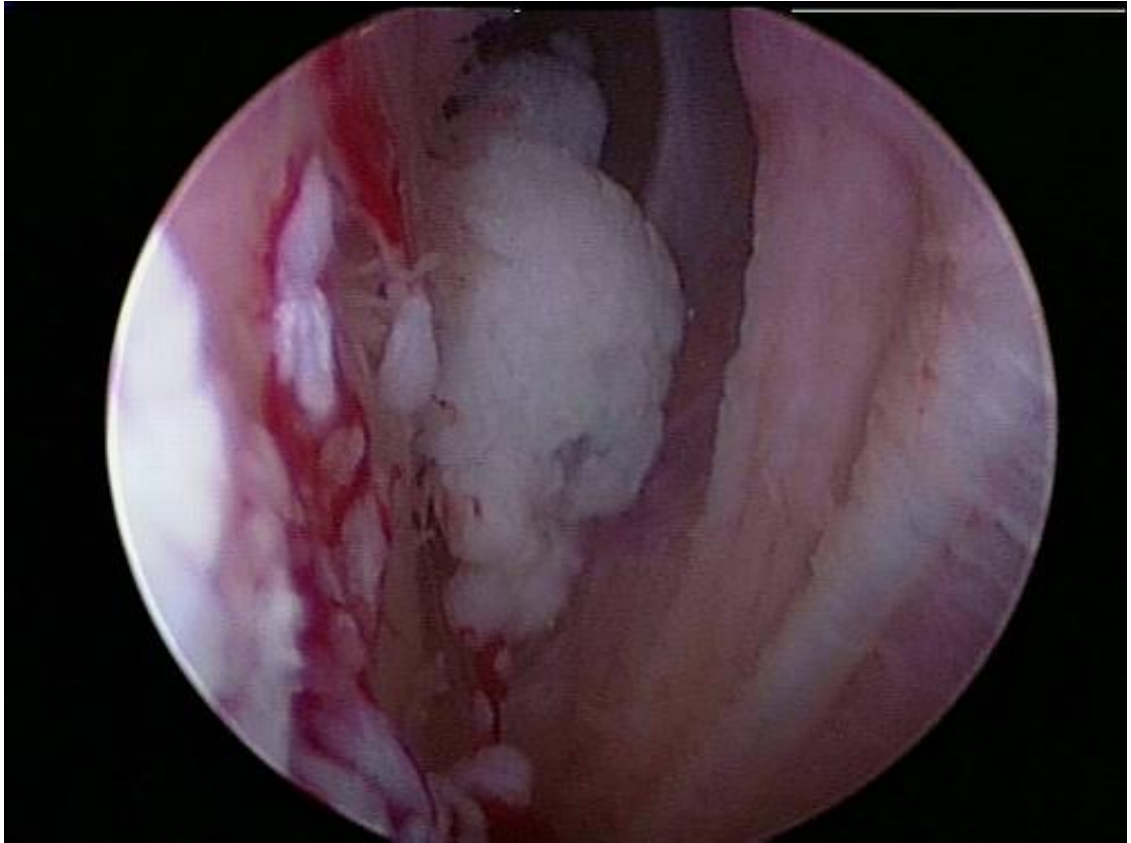
Polviproteesien primaarileikkauksia (ensimmäisiä leikkauksia) tehdään vuosi vuodelta enemmän kuin lonkkaproteesien leikkauksia (THL 2011, 1). Opinnäytetyö rajattiin potilaisiin, joille on tehty polven totaaliendoproteesileikkaus (TEP-leikkaus), eli leikkaus, jossa koko leikattava nivel protetisoidaan. Työ rajattiin myös koskemaan potilaita, joilla on kulunut leikkauksesta vähintään kuukausi. Tähän rajaukseen päädyttiin, koska tutkimuksen kannalta on tärkeää, että siihen osallistuvilla on ehtinyt kertyä kokemuksia aiheeseen liittyen.

2 POLVIPROTEESIPOTILAS

2.1 Polven nivelrikko

Nivel muodostuu kahden luun väliin, joista toisessa on ulkoneva nivelnasta ja toisessa nivelkuoppa. Niveltä ympäröi nivelnestettä sisältävä nivelpussi. Nivelneste toimii kitkanvähentäjänä ja liukasteena nivelpintojen välillä. Se myös parantaa nivelruston iskunvaimenninominaisuuksia. Nivelnesteiden määrä normaalissa polvinivelessä on noin 0,5 ml. Nivelneste sisältää nivelkalvon soluja sekä pieniä määriä veren valkosoluja. Nivelnesteessä on myös sokeria sekä plasman proteiineja, sillä se suodattuu plasmasta. Nivelpussin sisäpintaa peittää nivelkalvo ja sen sisäinen tila on nimeltään nivelontelo. Taipuisa nivelrusto sijaitsee niveltä muodostavien luiden pinnalla. Se on joustava ja se vähentää liikkuvien luiden päiden välistä kitkaa. Rustoiset nivelkierukat sijaitsevat polvinivelen nivelpintojen välissä. Ne tukevat sääriluun niveltymistä reisiluun nivelnastoihin. Polvilumpio eli patella on polvijänteen sisällä. Polvijänne kiinnittää nelipäisen reisilihaksen sääriluuhun. (Leppäluoto & Kettunen & Rintamäki & Vakkuri & Vierimaa & Lähti 2007, 76-77; Kiviranta & Järvinen 2012, 22.)

Nivelrikko on yleisin nivelsairaus maailmassa ja sen yleisimmät paikat ovat polvi- ja lonkkanivel. Nivelen rikkoutumiseen voivat vaikuttaa perimä, ylipaino, ruston ominaisuuksien muutokset ikääntyessä, aiemmat virheelliset tai liialliset nivelten kuormitukset sekä sattuneet vauriot, kuten urheiluvammat. Nivelruston uusiutuminen on heikkoa, sillä siinä ei ole verisuonitusta. Terveellä ihmisellä rusto muuttuu koko ajan, sillä uutta kudosta tuottavat ja vanhaa kudosta tuhoavat toiminnot ovat tasapainossa keskenään. Sairaassa nivelessä on valloillaan epätasapaino, jossa tuhoavat toiminnot ovat voimakkaampia kuin uutta kudosta tuottavat toiminnot. Vaurioitunut rustokudos ei pysty enää uusiutumaan ennalleen, vaan se kuluu enemmän kuin ennen ja pahimmillaan luuhun saakka (Kuva 1). (Vainikainen, 2010, 10-13; Kiviranta & Järvinen 2012, 125, 128; Rokkanen ym. 2003, 39; Hammar 2011, 315; Arokoski & Eskelinen & Helminen & Kettunen & Malmivaara & Mattila & Moilanen & Ojala & Paavolainen & Salo & Virolainen & Vuolteenaho 2012; Leppäluoto ym. 2007, 77.)



Kuva 1. Polven tähytysleikkauksen yhteydessä otettu kuva. (Dean_In_SF / Foter.com / CC BY-NC-SA)

Nivelrikon edetessä tavallisimpia oireita ovat kipu, turvotus, jäykkyys ja rajoittuneet liikeradat. Nivelrikossa kävelynopeus sekä askelpituus voivat pienentyä ja ihminen saattaa alkaa ontua kävellessään. Myös kyykistymisvaikeuksia voi ilmetä. Aluksi kipu tuntuu yleensä voimakkaimpina rasituksessa. Myöhemmin kipua alkaa esiintyä myös levossa ja erityisesti öisin. Joillakin säätilan vaihtelut aiheuttavat oireita. (Vainikainen 2010, 17-18; Kiviranta & Järvinen 2012, 125, 130.)

Nivelrikon (Kuva 2) diagnoosi perustuu kliiniseen tutkimukseen, joka koostuu inspektiosta eli nivelen asennon ja ulkomuodon arvioinnista sekä liikkumisen arvioinnista ja manuaalisesta tutkimisesta eli nivelen stabiliteetin eli vakauden, liikelaaajuuden, nivelarkuuden sekä turvotuksen tutkimisesta ja toteamisesta. Kliinisen tutkimuksen lisäksi tärkeä osa diagnoosia ovat myös potilaan kertomat oireet ja radiologiset löydökset. Röntgenkuvassa nivelruston häviäminen nivelpinnoilta ilmenee nivelraon kaventumisena. Nivelrikon hoito on pääosin oireita lieventävää joko liike- tai lääkehoidolla. Viimeisenä vaihtoehtona käytetään tekonivelleikkausta, jolla voidaan korvata yksi tai useampi nivel, tarpeesta riippuen. Tekonivelleikkaus tehdään, jos

nivelrikkokipu ei ole lääkkeillä hallittavissa tai potilaalla mahdollisesti oleva liikevajaus tai virheasento vaikuttaa olennaisesti fyysiseen toimintakykyyn. (Arokoski ym. 2012; Kiviranta & Järvinen 2012, 128, 130; Hammar 2011, 316-317; Vainikainen 2010, 10-11.) Tässä tutkimuksessa nivelrikolla tarkoitetaan niin vakavaa nivelrikkoa, että sen hoito vaatii leikkauksen. Tekonivelleikkauksella tai leikkauksella tarkoitetaan TEP-leikkausta.



Kuva 2. Nivelrikko (eng. osteoarthritis). (MMG, LLC)

2.2 Nivelrikkopotilaan kipu

Kipua on kestoajan mukaan luokiteltuna kahden tyyppistä, pitkäaikaista eli kroonista ja lyhytaikaista eli akuuttia. Krooninen ja akuutti kipu eroavat toisistaan kestoajan perusteella. Akuutti kipu on hetkellistä ja krooninen kipu on kestoltaan yli 3-6kk. Akuutti kipu kertoo kudonvauriosta, esimerkiksi haavasta, murtumasta tai tulehduksesta, ja se suojaa elimistöä lisävaurioilta. Tavallisesti kipu lievenee vaurion paranemisen myötä, mutta nivelrikon yhteydessä paranemista ei pääse tapahtumaan, joten kipu jatkuu. Epämiellyttävyys on kipukokemukselle tyypillistä. Kivun kokemukseen liittyy

myös keinot yrittää päästä kivusta eroon, tällaisia keinoja ovat mm. sen välttäminen ja vähentäminen. (Vainio & Kalso 2004, 86-87, 93; Vainio 2009a.)

Systemoidussa kirjallisuuskatsauksessa (McConnell & Kolopack & Davis 2001) käytiin läpi 46 ennen vuotta 2000 tai siihen mennessä ilmestynyttä englanninkielistä tutkimusta. WOMAC-indeksin kipua ja toimintakykyä mittaavat osiot ovat luotettavia osoittamaan nivelrikkokipua ja hoidon vaikuttavuutta. WOMAC-indeksistä suomennettu VAS-versio on testattu polven nivelrikkoa sairastavilla naisilla ja havaittu hyvin soveltuvaksi arvioimaan kipua, polvinivelen jäykkyyttä ja fyysistä toimintakykyä. VAS-kipujana on viivain, jossa on numeerinen asteikko 1-10. Numero 1 kuvastaa kivutonta tilaa ja numero 10 pahinta mahdollista kipua. Aina kivun voimakkuus ja röntgenkuvassa näkyvän nivelrikon vaikeusaste eivät ole yhteydessä keskenään. (Koli & Multanen & Häkkinen & Kiviranta & Kujala & Heinonen 2011; McConnell ym. 2001; Sailo & Varti 2000, 102; Vainio 2009b; Arokoski ym. 2012.) Polven nivelrikosta kärsivän kipu on hyvin henkilökohtainen kokemus, jota olisi vaikea arvioida ilman WOMAC:n kaltaista indeksiä.

Nivelrikon tavallisimman esiintymispaikat ovat polvi- ja lonkkanivelet sekä lannerangan- ja kaulan nivelet sekä käden nivelet. Nivelrikon aiheuttamat rappeutumismuutokset nivelessä aiheuttavat särkevää ja syvää kipua. Kipu tuntuu usein nivelissä ja voi säteillä lihaksiin, jotka sijaitsevat nivelen läheisyydessä. Alussa kipua ilmenee vain rasituksessa, mutta nivelrikon edetessä särkyä alkaa ilmaantua myös levon sekä nukkumisen aikana. ”Starttikipu” eli kipu, joka tuntuu liikkeen aloittamisen aikana, on nivelrikolle tyypillinen oire. Pitkäkestoinen kipu on yleistä. (Vainio & Kalso 2004, 277; Pohjolainen 2012; Arokoski & Alaranta & Pohjolainen & Salminen & Viikari-Juntura 2009, 54.)

2.3 Toimintakyky

Potilaan oma kokemus toimintakyvystään liittyy usein hänen terveydentilaansa, mahdollisiin sairauksiin sekä asenteisiin ja toiveisiin. Toimintakyky liittyy olennaisesti elämän laatuun ja potilaan omaan kykyyn toimia ja selviytyä askareista haluamallaan tavalla. Potilaat voivat muuttaa toimintatapojaan tai käyttää apuvälineitä

kompensoidakseen heikentyntä toimintakykyään. (Talvitie & Karppi & Mansikkamäki 2006, 38-40.)

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan potilaan suoriutumiskykyä sellaisista normaalielämän askareista, jotka edellyttävät fyysistä aktiivisuutta. Siihen voivat vaikuttaa potilaan avuntarve, sekä ympäristön aiheuttamat haasteet, kuten liukkaat tai kaltevat pinnat ja portaat. Ikääntyessä fyysinen toimintakyky heikkenee suhteellisen tasaisesti. Toimintakykyyn ja terveyteen vaikuttavat psyykkisten ja fyysisten ominaisuuksien lisäksi ympäristö sekä perinnölliset tekijät. Tämän vuoksi lähes samanikäisten potilaiden toimintakyky voi olla hyvin erilainen. Monet vammat ja sairaudet voivat vaikuttaa potilaan toimintakyvyn muuttumiseen, usein heikentäen sitä. (Talvitie ym. 2006, 38-41.) Kun tässä tutkimuksessa puhutaan toimintakyvystä, tarkoitetaan fyysistä toimintakykyä.

Kotimaisessa seurantatutkimuksessa tutkittiin polven primaarin TEP-leikkauksen vaikuttavuutta ja toimintakyvyn muutoksia kahden vuoden aikana. Eri elämänlaatutekijöitä tarkastellessa tutkijat huomasivat suurimmat vaikutukset kivun määrän vähentymisessä ja liikkumisen parantumisessa. Leikkauksen vaikutus havaittiin keskimäärin hyvin positiiviseksi. Päivittäisistä toimista selviytyminen oli huonoa ennen leikkausta 65%:lla polvipotilaista, mutta kaksi vuotta leikkauksen jälkeen vain 31%:lla. Toimintakyky parani huomattavasti. Leikkausten terveyshyödyt olivat havaittavissa jo 6kk leikkauksen jälkeen, ja ne pysyivät yhtä hyvällä tasolla vielä kahden vuoden seurannassa. Kaikki potilaat eivät hyötäneet leikkauksesta. Yksittäisten potilaiden välillä oli huomattavia eroja vaikuttavuudessa. 9,7%:lla potilaista elämänlaatu heikkeni. Huomionarvoista on se, että osalla näistä potilaista leikkausta seurasi jokin komplikaatio. Vähiten kustannusvaikuttavia olivat vanhimpien potilaiden leikkaukset. Tutkimuksessa kuitenkin huomattiin, että leikkauksella voidaan vähentää merkittävästi potilaiden kipuja. (Rissanen & Aro & Sintonen & Slätis & Paavolainen 1998, 541-546.)

3 TEKONIVELLEIKKAUS, OHJAUS JA KUNTOUTUS

3.1 Tekonivelleikkaus

Tekonivelleikkauksessa (artroplastiassa) korjataan koko nivel tai jokin nivelen pinnoista. Sen tarkoitus on liikkuvan nivelen aikaansaanti. Leikkauksessa polven huono rustokudos poistetaan, kuitenkin poistamalla itse polven luuta mahdollisimman vähän . Reisi- ja sääriluun puoleiset nivelpinnat korvataan metalliproteesilla. Liukupinnaksi näiden väliin laitetaan muovinen levy. Useimmiten tekonivel kiinnitetään sementin avulla reisi- ja sääriluuhun. Tekonivel korvaa rustopinnan ja sen alla olevan luun, antamatta kuitenkaan tukea lihaksille tai nivelsiteille. Leikkauksessa leikkaava ortopedi valitsee jokaiselle potilaalle sopivimman tekonivelen (Kuva 3). Proteeseja on erilaisia, joten potilaalle jolla on nivelsideongelmia, voidaan valita tukevampi proteesivaihtoehto. (Vainikainen 2010, 32-33, 48-49; Hammar 2011, 320, 324; Rokkanen ym. 2003, 39, 448-449.)



Kuva 3. Polven totaaliendoproteesi. (j.edward ferguson / Foter.com / CC BY-NC-SA)

Suunniteltua leikkausta varten sairaalaan tuleva potilas käy läpi esivalmistelut, joihin kuuluu esitietojen ja oireiden kyseleminen, kliininen tutkimus ja tarvittavat laboratoriokokeet. Leikkauksen aikana potilas on yleensä joko selkäydinpuudutettuna (spinaali- ja epiduraalipuudutus) tai nukutettuna. Esilääke, joka vähentää potilaan pelkoa ja ahdistusta, annetaan 1-2 tuntia ennen toimenpidettä. Esilääke myös vähentää autonomisen hermoston reaktioita, pahoinvointia, reaktioita anestesia-aineille, sekä auttaa leikkauksen jälkeiseen kipuun. Toimenpiteen jälkeen potilasta tarkkaillaan heräämössä, josta hänet siirretään tarpeen mukaiseen jatkohoitopaikkaan, kuten vuode- tai teho-osastolle. Potilaan kunnosta riippuen leikkauksen jälkeinen sairaalahoito kestää yleensä 3-5 päivää. Leikkauksesta toipumiseen vaikuttaa potilaan oma aktiivisuus kuntoutusvaiheessa. (Hammar 2011, 14-15; Vainikainen 2010, 32-33.)

Suurin osa potilaista kokee, että leikkaus on auttanut heidän kipuihinsa ja polven toimintaan. Leikkauksen vakavimpia komplikaatioita ovat tulehdukset sekä suuremmissa leikkauksissa laskimoveritulpan riski. Syviä laskimotukoksia pyritään ehkäisemään tromboosiprofylaksian eli laskimotukoksia ennaltaehkäisevän toiminnan avulla. Tromboosiprofylaksiaan kuuluvat varhainen mobilisaatio eli liikkuminen kivun sallimissa rajoissa, antiemboliasukat eli puristavat hoitosukat, sekä potilaalle joko suun kautta tai ihon alle annettava veren hyytymistä ehkäisevä lääkitys. Komplikaatiot ovat harvinaisia ja tulehduksia esiintyy vain 1%:lla leikatuista. (Vainikainen 2010, 32-33; Hammar 2011, 18-19; Kiviranta & Järvinen 2012, 419.)

Tekonivelen kestoikään vaikuttavat itse potilas, hänen liikunta-aktiivisuutensa, leikkaustekniikka ja tekonivelmalli. Vahingollisinta tekonivelelle ovat siihen kohdistuneet iskut ja tärinät, joita voi ehkäistä valitsemalla joustavan liikuntalajin, esimerkiksi uinnin, pyöräilyn tai vesijuoksun. (Vainikainen, 2010, 56-57.)

3.2 TEP-leikatun potilaan ohjaus ja kuntoutus

Ohjaus, neuvonta ja kannustaminen ovat hyviä ja tärkeitä keinoja potilaan hoidossa. Ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä potilas voi nousta seisomaan kahden hoitajan avustamana, siten että tulee sängystä ylös terveen jalan puolelta. Hoitaja opastaa potilasta arkisten asioiden tekemisessä proteesin ja vasta tehdyn leikkauksen asettamat rajoitteet huomioiden: kävely sauvojen tukemana, kävely portaissa ylös ja

alas, polven koukistusharjoitukset. Riippuen siitä, käytetäänkö proteesin kiinnitykseen sementtiä vai ei, leikatulle jalalle voi varata joko kivun sallimissa rajoissa tai kevyemmin kahden kuukauden ajan. Mikäli polvea ei harjoita leikkauksen jälkeen, liikelaajuudet voivat jäädä vajaiksi verrattuna normaaliin. Polvi voi myös jäädä koukkuun. (Iivanainen & Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 363-364; Talvitie ym. 2006, 293.)

Kuntoutuksen lähtökohtana toimivat potilaan omat resurssit, toiveet ja mahdollisuudet. Kuntoutuksessa mennään kohti ennaltamääritellyjä tavoitteita erilaisten toimenpiteiden avulla. Kuntoutuksen vaikuttavuuden perusedellytyksiä ovat moniammatillisuus ja toiminnan monialaisuus. Periaatteena on omatoimisuus ja kotiharjoittelun oppiminen ja aktiivinen tekeminen toipumisen edistäjänä. Potilaan oma panos on tärkeä, sillä aktiiviset potilaat toipuvat passiivisia paremmin. Kuntoutuksen alkuvaiheessa pyritään parantamaan toimintakykyä ja liikkumista sekä pidetään silmällä muutoksia proteesin toiminnassa, kuten kulumista ja infektoitumista. Tuekseen nivelet tarvitsevat hyvässä kunnossa olevat lihakset, jänteet ja nivelsiteet. (Hammar 2011, 324; Vainikainen, 2010, 13-15, 32-33, 58-60; Talvitie ym. 2006, 49; Rokkanen ym. 2003, 33.)

Jo ennen leikkausta alkanut fysioterapia jatkuu kuntoutusvaiheessa parantaen toimintakykyä ja vähentäen kipua. Ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä aloitetaan liikehoito. Liikehoito herättelee lihastoiminnan ja palauttaa lihasvoiman polvileikkauksen jälkeen. Akuutin vaiheen harjoittelu kannattaa tehdä fysioterapeutin ohjeistamana. Liikehoito auttaa rajoittuneisiin liikelaajuuksiin. Polven koukistusharjoitukset ovat tärkeitä ja niissä voi käyttää tarvittaessa apuna mobilisaattoria, eli polvea automaattisesti koukistavaa ja suoristavaa apuvälinettä. Kuntouttavan toiminnan lisäksi leikkauksen jälkeinen hoito osastolla koostuu leikkauskertomukseen kirjatusta hoito-ohjeista, kuten haavanhoito- ja lääkehoidosta. (Rokkanen ym. 2003, 33; Vainikainen 2010, 58-60; Hammar 2011, 324; Rissanen & Kallaranta & Suikkanen 2008, 452; Vuori ym. 2010, 516.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Laadullinen tutkimus

Tutkimuksessa käytettiin laadullista (kvalitatiivista) tutkimusmenetelmää. Laadullinen tutkimus keskittyy potilaiden kokemusten, käsitysten, tulkintojen tai motivaatioiden tutkimiseen, sekä heidän henkilökohtaisten näkemystensä kuvaukseen. Laadullinen tutkimus liittyy asenteisiin, uskomuksiin ja käyttäytymisen muutoksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49.) Tutkimuksessa käytetään laadullista tutkimusmenetelmää, koska tutkimuksen pääteemana ovat kokemukset.

4.2 Tutkimusryhmä

Tutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraista otantaa. Harkinnanvarainen otanta pitää sisällään sopivimmat, tutkimuksiin saatavilla olevat henkilöt. Harkinnanvaraista otantaa ei välttämättä muodosteta yksilöistä, jotka tutkijat jo tuntevat. Laadullinen tutkimusmenetelmä perustuu ihmisten kokemusten kuvaamiseen, joten tutkimusryhmän jäsenten ja tutkijoiden tulee pystyä kommunikoimaan helposti ja ymmärrettävästi keskenään. (Polit & Beck 2003; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49.) Tässä tutkimuksessa tutkimusryhmä koostui 4 henkilöstä, joille on tehty primaari polven TEP-leikkaus. Tutkimusryhmän jäsenillä tuli olla tarpeeksi kokemuseräistä tietoa asiasta. Tarpeeksi suuri kokemus määrittäytyi tutkimuksessa siten, että leikkauksesta oli kulunut vähintään kuukausi.

4.3 Aineiston keruu, käsittely ja analyysi

Suosittu tapa kerätä laadullista aineistoa on teemahaastattelu. Teemahaastattelussa tutkija on laatinut valmiit teemat tai keskustelun aihepiirit, mutta toteutusta ei ole strukturoitu, jolloin kysymysten muotoiluun voi tulla täsmennyksiä tai kysymysten järjestys voi vaihdella. Teemahaastattelu tähtää vastausten saamiseen tutkimuksen ongelmanasettelun ja tutkimustehtävän mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 96-97; Aaltola & Valli 2010, 26.) Haastattelumuodoista parhaiten tutkimuksen tarkoitukseen sopi puolistrukturoitu haastattelu eli teemahaastattelu. Teemahaastattelu

on riittävän joustava haastattelumuoto, joka antaa tilaa myös haastattelussa mahdollisesti esiin nouseville asioille ja mahdollistaa niihin syventymisen. Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla tutkimukseen osallistujia yksilöhaastatteluna. Haastattelussa selvitettiin henkilön liikunnallista aktiivisuutta sekä kokemuksia toimintakyvystä ennen ja jälkeen primaarin polviproteesileikkauksen.

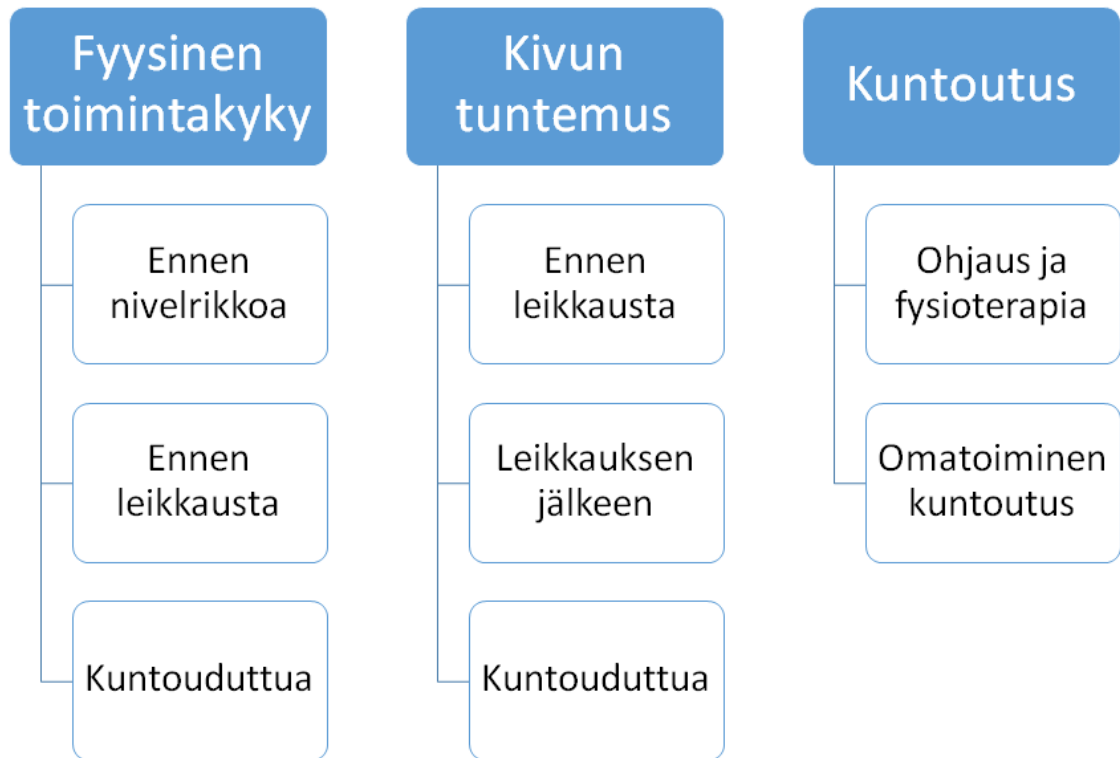
Haastatteluissa ensimmäiseksi kartoitettiin haastateltavien toimintakykyä ennen heidän sairastumistaan nivelrikkoon. Kysyimme heidän fyysisistä aktiviteeteistaan ja harrastuksistaan, nivelrikon vaikutuksista toimintakykyyn, sekä miksi leikkaukseen päädyttiin. Selvitimme, minkälaista kuntoutusta haastateltavat olivat saaneet ja miten leikkaus vaikutti heidän toimintakykyynsä. Kysyimme myös haastateltavien kivuista ennen ja jälkeen leikkauksen, koska kipu nousi jokaisessa haastattelussa esille tärkeänä asiana. Haastateltavat kertoivat kokemuksiaan, mietteitään ja muistojaan liittyen leikattuun polveensa.

Haastattelujen tekemisen jälkeen ensimmäinen vaihe on niiden puhtaaksikirjoitus eli litterointi. Litterointitapa riippuu siitä, miten aineiston aikoo analysoida. Aineiston voi purkaa joko sellaisenaan tai suppeammin, ottaen esille vain oleelliset asiat ja luottaen että aineisto löytyy nauhalta, mikäli sitä jatkossa tarvii. Myös hyvin tarkka litterointi, kuten erilaisten painotusten ja taukojen huomioiminen, on mahdollista. Keskimäärin yhden haastattelun litterointiin on laskettu kuluvaksi yksi työpäivä. (Aaltola & Valli 2010, 42-43.) Aineisto purettiin sellaisenaan, sanasta sanaan.

4.4 Aineiston analyysi

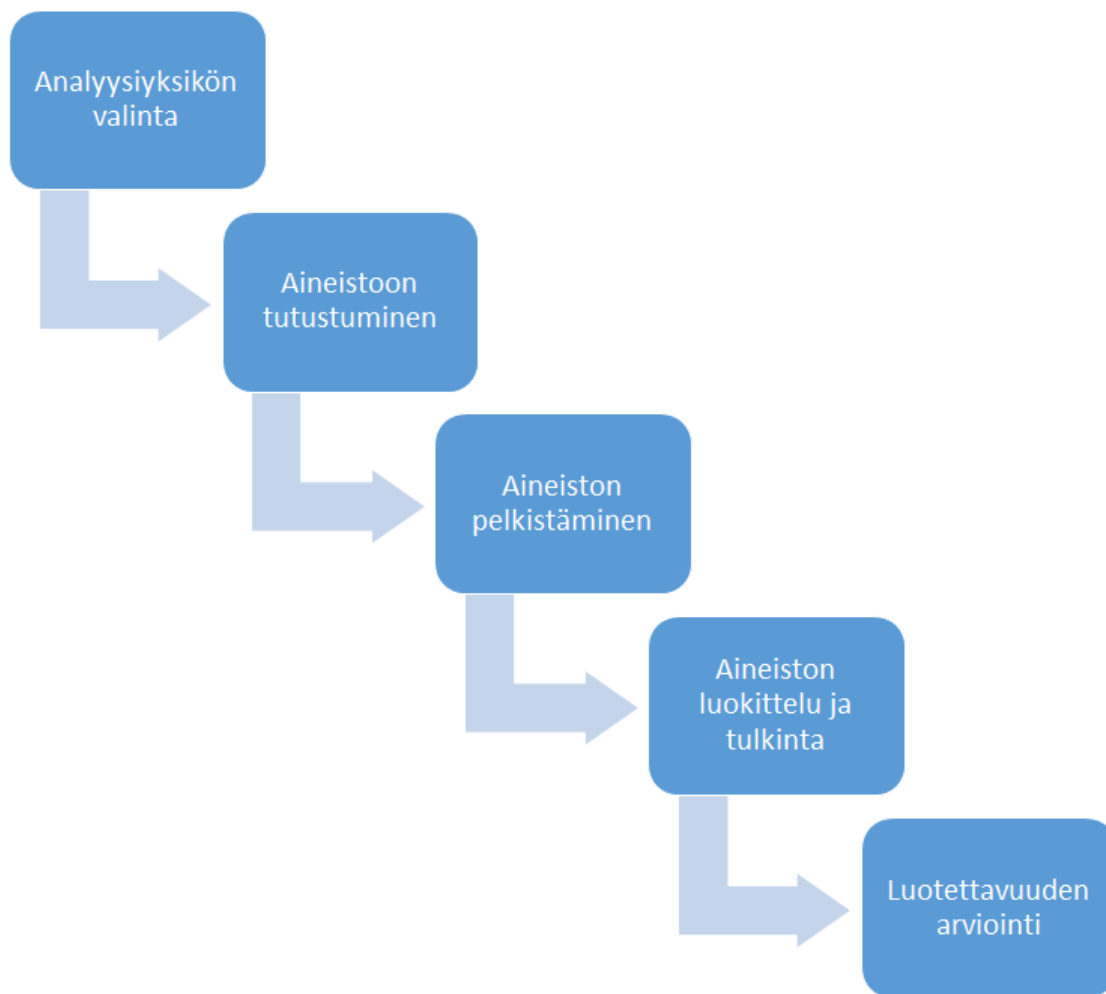
Aineistojen perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi, jolla voidaan kuvailla systemaattisesti tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. Sisällönanalyysiä voi tehdä teorialähtöisesti (deduktiivisesti), jolloin muodostetaan teorian pohjalta analyysirunko. Analyysirungon sisälle aineistosta muodostetaan erilaisia kategorioita. Näin voidaan rajata aineistosta analyysirunkoon kuuluvat asiat, ja sen ulkopuolelle jäävät asiat. Deduktiivista sisällönanalyysiä käytetään usein, kun halutaan esittää jo olemassa olevaa tietoa uudessa kontekstissa. (Sarajärvi 2002, 47; Tuomi & Sarajärvi 2009, 113-115; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133-134.) Aineiston analyysimenetelmänä

käytettiin tässä tutkimuksessa deduktiivista sisällönanalyysiä. Analyysirunko pohjautui käytettyyn teoriaan. Yläluokiksi valittiin fyysinen toimintakyky ja kuntoutus.



Kuva 4. Analyysirunko

Sisällönanalyysin prosessista voidaan erottaa vähintään seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta ja luotettavuuden arviointi (Kuva 5). Analyysiyksiköksi voidaan määritellä lause tai lausuma. Analyysirungon sisälle jäävistä asioista voidaan poimia ylä- tai alaluokkaa kuvaavia ilmiöitä, jotka voidaan sijoittaa muodostetun analyysirungon mukaisesti. Analyysirunkoon voi myös tarpeen vaatiessa lisätä uusia luokkia, mikäli aineistosta nousee sellaisia esille. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 113-115; Sarajarvi 2002, 47; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133-134.)



Kuva 5. Sisällönanalyysin prosessin vaiheet

Analyysiyksikkönä käytettiin lausetta. Aineistoon tutustuttiin lukemalla se läpi muutamaan kertaan ja siitä keskustelemalla. Seuraavaksi aineisto pelkistettiin. Siitä siivottiin pois haastateltujen käyttämiä täytesanoja ja selkeytettiin viittauksia kysymyksessä olleisiin sanoihin. Kivun kokeminen nousi haastatteluissa esille yhtenä tärkeimmistä leikkaukseen johtaneista tekijöistä ja sillä oli suuri vaikutus haastateltujen toimintakykyyn. Tästä syystä kivun kokemus sisällytettiin luokitteluvaiheessa tutkimuksen analyysirunkoon, vaikkei se siihen alunperin kuulunut (Kuva 4).

Aineistoa luokiteltiin ensiksi analyysirungon mukaisiin yläluokkiin ja aineiston pohjalta muodostettiin sitten alaluokat (Kuva 4). Sen jälkeen aineistoa ruvettiin tulkitsemaan. Vertasimme haastateltujen keskinäisiä eroja kokemuksissa, sekä kokemusten vastaavuutta käytettyyn teoriaan.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Fyysinen toimintakyky

Haastatellut olivat liikunnallisesti aktiivisia ennen nivelrikon oireiden pahenemista. Heidän harrastuksiaan olivat esimerkiksi lumikenkäily, vaellus ja marjastus. Kaksi haastateltua kävivät myös aktiivisesti kuntosalilla ja ohjatuissa liikuntaryhmissä. Haastelluista osa mainitsi hyvän kunnan ja liikunnallisen aktiivisuuden vaikuttaneen positiivisesti leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen ja leikkauksesta toipumiseen.

”aina liikkunu ja paljo maastossa kulkenu”

”harrastin kaikenlaista ja liikuin päivittäin.”

Haastatellut kertoivat toimintakyvyn heikentymisestä kipujen pahentuessa. Aikaisempaa liikunnallisen aktiivisuuden tasoa ei ollut enää mahdollista ylläpitää ja esimerkiksi lenkit kutistuivat kilometreistä muutamiin satoihin metreihin. Nivelkivuista johtuva liikunnan väheneminen ja liikkumattomuus laskivat kuntoa ja toimintakykyä entisestään. Rappusten kulkeminen molempiin suuntiin koettiin vaikeaksi. Haastateltavat kertoivat tilanteen ensin pahentuneen muutaman vuoden ennen kuin leikkaukseen päädyttiin.

“Mulla oli rapakunto ja liikkuminen huonontunu nivelkipujen takia”

”useamman vuoden kuljin lääkäriellä ja kipu aina vaan paheni ja paheni”

”Se oli muutaman sata metriä mihin alko typistyä lenkkeily”

Haastatellut kertoivat toimintakykynsä parantuneen leikkauksen jälkeen. Osa koki, että tekoniivelen kanssa liikkuminen oli normaaliin, terveeseen polveen verrattuna hieman rajoitetumpaa, mutta kuitenkin paljon parempaa kuin ennen leikkausta. Yksi haastateltu kertoi epäröivänsä täyttä varausta leikatulle jalalle. Toisen haastatellun mukaan polven käyttö oli joissakin tilanteissa epävarmaa, esimerkiksi portaita noustessa ja laskeutuessa. Yhtäjaksoista maastossa liikkumista tekoniivel kesti kuitenkin yhdellä haastatellulla useamman tunnin.

”Mä voin pari tuntia kävellä”

”neljä-viis tuntia yhteen kyytiin kävelin jänkällä. Puolukassa kulkeni paljonki.”

“on niin suuri se ero”

“Mää oon juossu vaan lyhyitä matkoja silloin ku lapsenlapsi on yrittäny karata veteen”

5.2 Kivun kokeminen

Kipu oli suuressa osassa kaikkien haastateltujen elämää ennen leikkausta. Kipua esiintyi fyysisten aktiviteettien (esim. kävely, portaissa kulkeminen) aikana ja osalla haastatelluista myös levossa. Myös yökivusta ja siitä aiheutuvista nukkumisvaikeuksista mainitsi kaksi haastateltua. Kivulla oli suuri vaikutus leikkauspäätöksen tekemisessä kaikkien haastateltujen osalta. Yksi haastatelluista oli pelännyt leikkauksesta seuraavia kipuja niin paljon, että oli lykännyt leikkauspäätöksen tekemistä vuodella. Hänen kuntonsa heikkeni huomattavasti vuoden aikana kivun asettamien rajoitusten johdosta. Kipu rajoitti kaikilla haastatelluilla harrastusmahdollisuuksia.

“Ei saanu öitäkään nukuttua ku oli sitä särkyä”

“Ehti vaivata 3-4 vuotta ennen ku olin kypsä leikkaukseen”

“Mää menin portaat tuota pahalla sisulla alas, vaikka se kävi kipiää”

“Kipulääkitys vaikuttaa hirveästi toipumiseen että jaksaa toipua”

Leikkauksen jälkeinen kivunhoito koettiin tärkeäksi. Haastatellut kokivat sairaalassa saamansa kipulääkityksen riittäväksi. Hyvällä kivunhoidolla oli positiivinen vaikutus heidän kuntoutumiseensa. Se mahdollisti liikeharjoitusten tekemisen jo varhain leikkauksen jälkeen, eikä sairaalassa tekonivelleikkauksesta johtuen jouduttu olemaan hoidossa yli viikkoa. Yhdelle haastatellulle lämpötilanvaihtelut aiheuttivat leikkauksen jälkeen edelleen kipua siten, että kylmä pahensi ja lämmin vähensi kipua. Kaikki haastatellut kertoivat kiputilanteen helpottaneen huomattavasti heidän kuntouduttuaan.

5.3 Kuntoutus

Yksi haastateltu kertoi saaneensa fysioterapiaa jo ennen leikkausta. Ideana oli jalkojen lihasvoimien vahvistaminen edeltäkäs, jotta leikkauksesta toipuminen olisi nopeampaa. Toinen haastateltu kertoi pitäneensä fyysisestä kunnostaan huolta muiden perussairauksiensa vuoksi ja koki että aikaisempi fyysinen aktiivisuus auttoi paljon leikkauksesta toipumisessa.

”Oli hyvä systeemi että sain fysioterapiaa ennen leikkausta, että sain lihasvoimaa kasvattaa. Fysioterapeutti kävi 4-5 kertaa kotona”

Osa haastatelluista oli tyytyväisiä sairaalassa saatuun ohjaukseen ja fysioterapiaan jumppaliikkeistä, taivutuksista sekä kepeillä kävelystä. Osa taas koki ohjauksen ja fysioterapian liian vähäiseksi ja olisi kaivannut enemmän esimerkiksi opastusta keppien kanssa portaissa kulkemisessa. Jokaiselle haastatellulle ohjeistettiin kotona tehtävät jumppaliikkeet, joita he tekivät aktiivisesti, ja yksi keksi myös omia liikkeitä annettujen lisäksi.

”Ohjaus oli hirveen vähäistä mitä mä sairaalassa sain.”

”Kuntoutus oli lähinnä sitä että oppi liikkumaan noin kepeillä”

”keksin ite uusia liikkeitä, etten vaan pitkästy.”

Kuntoutuksen myöhemmällä vaiheella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sitä, kun aletaan liikkumaan 6-7 viikon kuluttua aktiivisesti, esimerkiksi kuntopyörällä polkien. Osalle haastatelluista aloittaminen oli hankalaa polven jäykkyyden takia. Haastatellut kokivat, että kuntoutuksen myötä heidän polvensa notkistuivat. Yksi haastateltu ei ollut saanut kuntoutusohjeita jatkoon ollenkaan, koska hänellä oli niin hyvä lihaskunto. Hän oli itse kuntouttanut itseään esimerkiksi kuntopyörällä. Alun takaiskuvaiheiden jälkeen jokaisen haastatellun kuntoutuminen lähti hyvin käyntiin.

”oon saanu melkee läpi vuoden kuntoutusta siellä altaassa”

”Mie hyppäsin tuolla kuntosalilla crosseria polkemassa”

”Kyllä se siinä sitte ku rupesin kerran liikkumaan ni alko kuntoutumaan.”

”Ei mulle oo annettu minkäänlaisia kuntoutusjaksoja. Yksin oon vaan kuntouttanu kotona itteni.”

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Voimme todeta teorian vastaavan pitkälti haastateltujen kokemuksia. Haastateltavat kuvailivat fyysistä toimintakykyään ennen nivelrikkoon sairastumista hyväksi. Heistä jokainen harrasti aktiivisesti jonkinlaista liikuntaa ennen nivelrikkoa. Nivelrikon oireiden vaikeutumisen myötä mahdollisuudet harrastaa liikuntaa heikkenivät. Kiviranta ja Järvinen (2012, 130) toteavat että kävelynopeus voi hidastua ja askelpituus lyhentyä. Haastatellut kertovat kävelylenkkiensä lyhentyneen huomattavasti ja yleiskunnon laskeneen. Vainikainen (2010, 17-18) määrittelee nivelrikon tavallisimmat oireet, jotka Rokkasen ym. (2003, 39) mukaan ovat yleisimmät tekonivelleikkauksen syyt. Kaikki haastateltavat kärsivät useimmista näistä oireista ennen leikkausta ja kokivat arkisten toimien käyneen vaikeammiksi, polven rajoittaessa toimintakykyä.

Rissanen ym. (1998, 541-546) havaitsivat tutkimuksessaan huomattavia parannuksia toimintakyvyssä. Leikkauksen jälkeen haastateltujen kuntouduttua he kokivat toimintakykynsä parantuneen. Rissanen ym. (1998, 541-546) tutkimuksessa havaittiin myös suurimmat vaikutukset kivun määrän vähentymisessä ja liikkumisen parantumisessa. Liikuntakyvyn paraneminen vaikutti haastatelluilla arkielämän toiminnoista selviämiseen ja kiputilanteeseen positiivisesti. Polven tekonivel mahdollisti palaamisen vanhojen harrastusten kuten marjastuksen pariin. Osa haastatelluista aloitti uusia harrastuksia, joista esimerkkinä sauvakävely.

Haastateltavat alkoivat tuntea kipua rasituksessa, mikä on Vainikaisen (2010, 17-18) mukaan aluksi yleistä. He kuvailivat kipua ja särkyä paikalliseksi polvikivuksi, mikä Hammarin (2011, 317) mukaan on yleinen tapa kuvata nivelrikon polvikipua. Osa haastateltavista alkoi kokea kipua myös levossa ja öisin. Vainio ja Kalso (2004, 277) toteavat lepo- ja yökivun olevan yleistä nivelrikon edetessä. Kipu kokemuksena on Vainion ja Kalson (2004, 93) mukaan epämiellyttävää ja sitä pyritään mm. välttämään. Haastateltavat kertoivat vältäneensä tiettyjä aktiviteetteja kivulta säästyäkseen.

Kiviranta & Järvinen (2012, 419) toteavat suurimman osan potilaista kokevat saavansa leikkauksesta avun kipuihin ja polven toimintaan. Leikkauksen jälkeen haastatellut kokivat kivun helpottaneen. Kipu ei enää hallinnut elämää siten, että eri aktiviteetteja olisi tarvinnut kivun pelossa välttää tai rajoittaa. Arokosken ym. (2012) mukaan kivun voimakkuus ja röntgenkuvassa näkyvän nivelrikon vaikeusaste eivät aina vastaa

toisiaan, joten kivun kokemus on tärkeää ottaa huomioon. Yksi haastatelluista kertoi lääkärin ihmetelleen hänen kykyään liikkua nivelrikkolöydöksen ollessa erittäin paha. Tämä ilmiö voi esiintyä myös toisin päin; kipu voi olla kestämatöntä, vaikkei röntgenkuvassa näy mitään normaalista poikkeavia muutoksia.

Rokkasen ym. (2003, 33) ja Vainikaisen (2010, 58-60) mukaan kuntoutuksen periaatteina ovat omatoimisuus, kotiharjoittelun oppiminen ja aktiivisuus. Vainikaisen (2010, 13-15) mukaan nivelet tarvitsevat tuekseen hyvässä kunnossa olevat lihakset, jänteet ja nivelsiteet. Talvitien ym. (2006, 49) mukaan kuntoutuksen lähtökohtana toimivat potilaan omat resurssit, toiveet ja mahdollisuudet. Vainikaisen (2010, 32-33, 58-60) mukaan potilaan oma panos on tärkeä, sillä aktiiviset potilaat toipuvat passiivisia paremmin. Vainikaisen (2010, 56-57) mukaan polven tekonivelelle vahingollisia tapahtumia ovat iskut ja tärinät, joita voi ehkäistä valitsemalla joustavamman liikuntalajin, kuten esimerkiksi uinnin tai pyöräilyn.

Yksi haastatelluista kävi säännöllisesti altaassa tehtävässä fysioterapiassa. Kolme haastateltavistamme kertoi polkevansa kuntopyörällä tai pyörällä, jonka he kokivat hyödylliseksi liikuntamuodoksi tekonivelen kannalta. Haastateltavamme olivat saaneet ohjeistusta erilaisista polvea kuntouttavista liikeharjoituksista sekä ohjeita kuntoutuksen jatkamiseksi kotona. He olivat tehneet harjoitteita aktiivisesti niin sairaalassa kuin myös kotona. He kokivat, että aktiivinen itsensä kuntouttaminen auttoi leikkauksesta toipumisessa.

Rokkanen ym. (2003, 33), Rissanen ym. (2008, 452) ja Hammar (2011, 324) toteavat että fysioterapia kuntoutusvaiheessa parantaa toimintakykyä ja vähentää kipua. Yksi haastatelluista oli saanut fysioterapiaa ennen leikkausta. Sen tarkoituksena oli lihasten voimistaminen, jotta ne tukisivat tekoniveltä paremmin. Toinen haastateltu ei saanut fysioterapiaa muuten kuin sairaalan vuodeosastolla leikkauksen jälkeen. Käytännöissä on vaihtelua potilaan fyysisestä kunnosta riippuen.

7 POHDINTA

7.1 Yleinen pohdinta

Opinnäytetyön tekeminen edistyi välissä nopeaan tahtiin ja välissä madellen. Työ tehtiin lähes kokonaan etäyhteyden välityksellä. Käytimme samanaikaisesti Google Docsia ja Skypeä, joten pystyimme keskustelemaan ja molemmat muokkaamaan tekstitiedostoa reaaliaikaisesti. Tästä oli käytännön järjestelyissä etuja, mutta välissä olisi tehnyt hyvää saada järjestettyä pidempi istunto työn parissa. Jälkikäteen ajatellen ei olisi ollut huono idea myöskään tehdä työtä mahdollisimman valmiiksi ennen suuntaavia opintoja. Olemme kokeneet laajan skaalan tunteita opinnäytetyötä tehdessä ja miettiessä, nyt viimeisimpänä työn valmistuttua helpotusta. Emme tienneet mihin ryhdyimme aihetta päättäessämme, mutta koemme tehneemme merkityksellistä työtä.

Nykypäivän edistyneet leikkaustekniikat kuten tekonivelkirurgia ja jatkuvasti kehittyvät implantit mahdollistavat jatkuvasti suuremmalle osalle nivelvaivoista kärsiville ihmisille sen viimeisen vaihtoehdon, kun kivunhoito ja muut vaihtoehdot ovat riittämättömiä. Nivelvaivoista kärsii moni, eikä vaikuta siltä, että tämän hetken hoitomallit olisivat tarjoamassa kestäväää ratkaisua näihin ongelmiin. Ongelman ollessa suuri, ei ratkaisukaan yleensä voi olla kovin yksinkertainen, joten on vain pyrittävä tulemaan toimeen ongelman kanssa mahdollisimman hyvin. Tässä hyviä apuja tarjoavat tulehduskipulääkkeet, erilaiset lisäravinteet ja valmisteet, sekä erilaiset liikunnalliset hoitomuodot.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa ollaan usein kiinnostuneita hyvin henkilökohtaisista asioista, jolloin korostuu aidosti vapaaehtoinen osallistuminen. Mahdollisuus kieltäytyä on turvattava kaikissa tilanteissa. Osallistumisesta kieltäytyminen ei saa aiheuttaa uhkia, eikä vastaavasti osallistumisesta tule palkita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172-173.) Haastatelluille painotettiin alusta lähtien kyseessä olevan vapaaehtoinen osallistuminen, josta ei olisi tiedossa minkäänlaista palkintoa. Kaikki osallistuneet kokivat, että voisivat olla avuksi muille, kenties samalla tilanteessa oleville, jakamalla kokemuksensa.

Lähtökohtana aineiston käsittelylle opinnäytetyössä on luotettavuus. Aineisto on alusta asti tallennettu koodinimien alle, jottei sitä pystyisi yhdistämään kehenkään henkilöön. Aineistoa ei missään vaiheessa kopioitu esimerkiksi muistitikulle, eikä sitä työstetty julkisissa tiloissa tai muilla kuin omilla tietokoneillamme. Käytimme haastattelujen tallennukseen sanelukonetta ja tietokonetta, joista hävitämme aineiston heti kun sitä ei enää kyseisessä laitteessa tarvita.

Haastateltavat eivät saaneet kysymyksiä enakkoon tutustumista varten, mutta he olivat siitä huolimatta sanavalmiita. Uskomme tämän johtuvan ainakin osittain siitä, että aihe on heille niin merkittävä. Haastattelut toteutettiin puhelinhaastatteluina yhtä kasvotusten tehtyä haastattelua lukuunottamatta. Puhelinhaastatteluun päädyttiin käytännöllisistä ja taloudellisista syistä johtuen. Haastattelutilanteista pyrittiin minimoimaan häiriötekijät sopimalla reilusti aikaa haastatteluja varten etukäteen ja valitsemalla tilanteeseen sopivat sijainnit.

Koska opinnäytetyö perustuu haastateltavien kokemuksiin ja tuntemuksiin, voidaan sen luotettavuutta pitää hyvänä. Haastateltujen määrä on pieni, mutta koska tarkoitus on antaa reaali maailman esimerkkejä, eikä tehdä tilastollisia yleistettävyyksiä, lukumäärä ei ole niin tärkeä. Haluamme tuoda esille sellaista kokemuksen kautta saatua tietoa, joka voisi jäädä huomiotta muuten.

7.3 Opinnäytetyö oppimisprosessina

Opinnäytetyötä tehdessä jouduimme syventymään laadullisen tutkimuksen olemukseen ja työn tekeminen auttoi meitä paremmin ymmärtämään tieteellisen tekstin tuottamista. Kokemuksen henkilökohtaisuus nousi esille tärkeänä asiana ja siihen liittyviä asioita pitkään pohdittuamme opimme ymmärtämään paremmin, mitä esimerkiksi toimintakyky merkitsee ihmiselle. Vaikeuksia meille tuotti sisällönanalyysin työvaiheiden erottaminen toisistaan ja niiden merkityksen ymmärtäminen tutkimukselle. Yksi ongelma oli myös löytää halukkaita haastateltavia tarpeeksi. Olemme oppineet suunnitelmallisuuden, hyvän kommunikaation ja työnjaon merkityksen työtä tehdessä, sekä tieteellisen tekstin lukukykyämme on kehittynyt.

7.4 Tulosten hyödynnettävyys

Tutkijat kokivat tarpeelliseksi tehdä tutkimuksen tästä aiheesta, koska sitä ei ole heidän mielestään tutkittu riittävästi kokemuksiin pohjaten. Tutkijat uskovat, että tutkimuksesta on hyötyä sekä potilaille että hoitohenkilöstölle. Tutkimuksen antamia tietoja voi käyttää hyödyksi polviproteesipotilaiden leikkausta edeltävässä ohjauksessa.

7.5 Jatkotutkimusaiheet

Olemme pohtineet paljon kokemuksen merkitystä sairaudessa ja sairastumisessa, ja meitä kiinnostaisi tietää enemmän siitä, miten asioiden eri tavalla kokeminen vaikuttaa ihmisen terveyteen. Kokemusta voisi tutkia myös toiselta kantilta siten, että ottaisi selvää siitä, kuinka voimakas vaikutus kokemuksen erilaisuudella on kokemuksen kohteena olevan asian vaikutuksessa ihmisen terveyteen. Kokemuksen lisäksi myös muiden kuin TEP-leikkausten vaikutuksia ihmisen toimintakykyyn olisi mielenkiintoista tutkia, esimerkiksi lihavuusleikkaus.

LÄHTEET

- Arokoski, Jari & Alaranta, Hannu & Pohjolainen, Timo & Salminen, Jouko & Viikari-Juntura, Eira 2009. *Fysiatría*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Arokoski, Jari & Eskelinen, Antti & Helminen, Eeva-Eerika & Kettunen, Jyrki & Malmivaara, Antti & Mattila, Ville & Moilanen, Eeva & Ojala, Risto & Paavolainen, Pekka & Salo, Petri & Virolainen, Petri & Vuolteenaho, Katriina 2012. *Polvi- ja nivelrikko. Käypä hoito*. Duodecim, Helsinki.
- Hammar, Anne-Marja 2011. *Kirurgian perusteet*. WSOY, Helsinki.
- Iivanainen, Ansa & Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2006. *Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Kalso, Eija & Vainio, Anneli 2004. *Kipu*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. WSOY, Helsinki.
- Kiviranta, Ilkka & Järvinen, Markku 2012. *Ortopedia*. Kandidaattikustannus Oy, Helsinki.
- Koli, J & Multanen, J & Häkkinen, A & Kiviranta, I & Kujala, U & Heinonen, A 2011. Reliability of the Finnish versions of WOMAC and KOOS forms for knee osteoarthritis. *Physiotherapy* 2011;97(SuppS1):D203-4
- Leppäluoto, Juhani & Kettunen, Raimo & Rintamäki, Hannu & Vakkuri, Olli & Vierimaa, Heidi & Lätti, Sole 2007. *Anatomia fysiologia, Rakenteesta toimintaan*. Sanoma Pro Oy, Helsinki.
- McConnell, S & Kolopack, P & Davis, AM 2001. The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC): a review of its utility and measurement properties. *Arthritis Rheum* 2001;45:453-61
- Pohjolainen, Timo 2012. *Polven nivelrikko*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Polit, Denise & Beck, Cheryl 2003. *Nursing research principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins, USA.
- Rissanen, Paavo & Kallaranta, Tapani & Suikkanen, Asko 2008. *Kuntoutus*. Duodecim, Helsinki.
- Rissanen, Pekka & Aro, Seppo & Sintonen, Harri & Slätis, Pär & Paavolainen, Pekka 1998. Lonkan ja polven tekonivelleikkausten kustannusvaikuttavuus: kahden vuoden seurantatutkimus. *Duodecim* 1998;114:541-9

- Rokkanen, Pentti & Avikainen, Veikko & Tervo, Tapio & Hirvensalo, Eero & Kallio, Pentti & Kankare, Jyrki & Kiviranta, Ilkka & Pätäälä, Hannu 2003. Ortopedia. Kandidaattikustannus, Helsinki.
- Sailo, Eriikka & Vartti, Anne-Marie 2000. Kivunhoito. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Sarajärvi, Anneli 2002. Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutuminen sairaanhoitajakoulutuksen aikana. Oulun yliopisto, Oulu.
- Talvitie, Ulla & Karppi, Sirkka-Liisa & Mansikkamäki, Tarja 2006. Fysioterapia. EDITA, Helsinki.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Lonkka- ja polviproteesit Suomessa 2010. Tilastoraportti 23/2011.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.
- Vainikainen, Tuula, 2010. Nivelkirja. WSOY, Juva.
- Vainio, Anneli 2009a. Akuutti ja krooninen kipu. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Vainio, Anneli 2009b. Kivunhallinta. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Vuori, Ilkka & Taimela, Simo & Kujala, Urho 2010. Liikuntalääketiede. Duodecim, Helsinki.

LIITTEET

Liite 1. Haastattelukaavake

HAASTATTELUKAAVAKE

Pohjana tutkimustehtävä:

Miten polven tekonivelleikkaus on vaikuttanut potilaan fyysiseen toimintakykyyn?

Millainen oli toimintakyky ennen leikkausta?

Harrastiko aktiivisesti jotain ja kuinka paljon liikkui?

Milloin leikkaus tehty, miksi? (Diagnoosi, operatööri jne)

Kuinka pitkään ongelma oli vaivannut? (Akuutti/krooninen)

Miten leikkaus onnistui, millanen proteesi?

Kuntoutuksen merkitys esim: kuinka aktiivisesti teki harjoitteita tms.

Käykö kuntoutusjaksoilla?

Miten leikkaus on vaikuttanut fyysiseen toimintakykyyn? (Liikunnan määrä, matkat jne)

(Harrastaako vielä jotain, onko vaikuttanut siihen?)

Jos nousee esille haastateltavan nostamana:

Kiputilanne ennen ja jälkeen leikkauksen?