



# Alaraaja-amputaatiopotilaan kuntouttava hoito- työ- kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Jade Trogen & Jana Saukkonen

2026 Laurea



**Laurea-ammattikorkeakoulu**

**Alaraaja-amputaatiopotilaan kuntouttava hoitotyö-  
kuvaileva kirjallisuuskatsaus**

Jade Trogen & Jana Saukkonen  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Opinnäytetyö  
Huhtikuu, 2026

**Alaraaja-amputaatiopotilaan kuntouttava hoitotyö- kuvaileva kirjallisuuskatsaus**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, minkälaisista sisällöistä alaraaja-amputaatiopotilaan kuntouttava hoitotyö koostuu. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että tiedosta hyötyvät terveydenhuollon ammattilaiset, jotka työskentelevät alaraaja-amputaatiopotilaiden kanssa. Terveydenhuollon ammattilaiset saivat uusinta näyttöön perustuvaa tietoa alaraaja-amputaatiopotilaan kuntouttavasta hoitotyöstä. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimi Vantaan ja Keravan hyvinvointialue.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksen aineisto kerättiin EBSCO host, Pubmed ja ScienceDirect tietokannoista. Tietokannoista valikoitui seitsemän tutkimusartikkelia vuosilta 2017–2024. Aineisto analysoitiin teemoittelun avulla.

Kolme pääteemaa tunnistettiin analyysistä: kivunhoito, kuntoutus ja sairaanhoitajan ammatillisuus.

Tulosten mukaan alaraaja-amputaatiopotilaat kokevat aave- ja tynkäkipua. Kivunhoito on tärkeimmässä roolissa kuntouttavassa hoitotyössä. Kivunhoito on monimuotoista. Alaraaja-amputaatiopotilaan kuntoutus koostuu myös aseptisestä haavanhoidosta, riittävästä ravitsemuksesta ja liikkumisen ohjaamisesta. Kuntouttavassa hoitotyössä sairaanhoitajan rooli ja ammatillisuus osoittautui tärkeäksi tekijäksi, joka tukee alaraaja-amputaatiopotilaan toimintakykyä ja elämänlaatua.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kuntouttava hoitotyö koostuu monista eri osioista. Jokaisella osiolla on oma tärkeä roolinsa, jotka edistävät potilaan kuntoutumista. Jatko-tutkimusaiheena on hyödyllistä tarkastella myös alaraaja-amputaatiopotilaan omakohtaisia kokemuksia kuntouttavasta hoitotyöstä. Niiden pohjalta voisi kehittää asiakaslähtöisiä toimintatapoja, jotka perustuvat potilaiden tarpeisiin.

Jade Trogen, Jana Saukkonen

**Rehabilitative nursing care of patients with lower limb amputation- a descriptive literature review**

Year	2026	Pages	30
------	------	-------	----

---

The purpose of this bachelor's thesis was to describe the components of rehabilitative nursing care for patients with lower limb amputation. The objective of this bachelor's thesis was to provide useful information for healthcare professionals working with lower limb amputee patients. The intention was that healthcare professionals would gain access to the latest evidence-based knowledge on rehabilitative nursing care for these patients. This bachelor's thesis was made in collaboration with the Wellbeing services county of Vantaa and Kerava.

The bachelor's thesis was conducted as a descriptive literature review. The data for the review was gathered from EBSCOhost, PubMed and ScienceDirect. A total of seven research articles published between 2017-2024 were selected from these databases. The data were analyzed using thematic analysis.

Three main themes were identified in the analysis: pain management, rehabilitation, and nursing care. According to the results, patients with lower limb amputation experience phantom limb pain and stump pain. Pain management plays the most important role in rehabilitative nursing care. Pain management is multifaceted. Rehabilitation for patients with lower limb amputation also includes aseptic wound care, adequate nutrition, and guidance in mobility. In rehabilitation nursing care, the role and professionalism of the nurse proved to be an important factor supporting the patient's functional ability and quality of life.

In conclusion, rehabilitative nursing care consists of many different components. Each component plays its own important role in promoting patient recovery. As a topic for further research, it would be useful to examine the personal experiences of lower limb amputee patients regarding rehabilitative nursing care. Based on these experiences, patient-centered practices that are tailored to patients' needs.

Keywords: lower limb amputation, rehabilitative nursing care, ward care

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite .....	7
3	Amputaatio .....	7
3.1	Perifeerinen valtimotauti .....	8
3.2	Diabetes .....	8
3.3	Sääri- ja reisiamputaatio .....	9
3.4	Kuntouttava hoitotyö .....	10
3.5	Haavanhoito .....	11
3.6	Kivunhoito .....	12
3.7	Sääri- ja reisiytyngän hoito .....	12
3.8	Sairaanhoitajan rooli kuntouttavassa hoitotyössä.....	13
4	Tutkimusmenetelmä .....	14
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus .....	15
4.2	Aineisto ja aineistokeruu .....	15
4.3	Aineiston analyysi .....	17
5	Tulokset .....	18
5.1	Kivunhoito .....	19
5.2	Kuntoutus .....	20
5.3	Sairaanhoitajan ammatillisuus .....	21
6	Pohdinta.....	21
6.1	Tulosten tarkastelu .....	21
6.2	Luotettavuus ja eettisyys .....	22
6.3	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset .....	23
	Lähteet.....	25
	Kuvat.....	30
	Taulukot.....	30

## 1 Johdanto

Suomessa alaraaja-amputaatioita tehdään vuosittain noin 1200 (Terveyskylä 2025). Amputaatioiden määrä on odotettu tuplaantuvan tulevien 20–30 vuoden sisällä. Kaikista amputaatiosta noin 90 % ovat perifeerisen valtimotaudin aiheuttamia. (Salminen, Koljonen, Pakarinen & Sallinen 2024, 597.) Amputaatioon päädytään, jos kehon osan parantaminen ei ole mahdollista tai pyritään estämään sairauden etenemistä muihin kehon osiin. Amputaatioon yleisimpiä johtavia syitä ovat diabetes ja verenkiertohäiriöt ja ne kattavat kaikista alaraaja-amputaatioista 85 %. Alaraaja-amputaatioita tehdään myös vammojen, kasvaimien sekä paleltumien vuoksi. Vammojen vuoksi alaraaja-amputaatioita tehdään vuosittain 30–40 kappaletta. Kasvaimien ja paleltumien alaraaja-amputaatioita tehdään vuosittain molempia noin 10 kappaletta. (Kauranen 2017, 282.) Amputaatio on merkittävä ja raskas päätös. Jos tähän päädytään, se vaati potilaan ja omaisten riittävää valmistelua ja tiedonantoa toimenpiteen jälkeisestä kuntouttavasta hoidosta. (Terveyskylä 2021.)

Alaraaja-amputaatiopotilaan kuntouttava hoitotyö on kokonaisvaltainen ja sisältää useita eri osa-alueita. Kuntouttava hoitotyö alkaa sairaalan vuodeosastolla. Kuntouttavaan hoitotyöhön sisältyy haavahoito, kivunhoito, asentohoidot ja tyngän sidonta. (Keski-Suomen hyvinvointialue 2024.)

Alaraaja-amputaatio vaikuttaa potilaan elämänlaatuun ja toimintakykyyn sekä selviytymisen arjessa. Kuntouttavan hoitotyön tarkoituksena on potilaan tukeminen psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen toipumiseen. Moniammatillisen yhteistyön ja yksilöllisen suunnitelman avulla toteutetaan onnistunutta kuntouttavaa hoitotyötä. Väestön ikääntymisen vuoksi diabetes ja verenkiertohäiriöt ovat yleistyneet, joten aihe on ajankohtainen. (Suomen amputoidut ry 2026.)

Opinnäytetyö tehtiin kirjallisuuskatsauksena ja yhteistyökumppanina toimi Vantaan ja Keravan hyvinvointialue. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, minkälaisista sisällöistä alaraaja-amputaatiopotilaan kuntouttava hoitotyö muodostuu. Opinnäytetyön tavoitteena on, että tiedosta hyötyvät terveydenhuollon ammattilaiset, jotka työskentelevät alaraaja-amputaatiopotilaiden kanssa. Terveydenhuollon ammattilaiset saisivat uusinta ja näyttöön perustuvaa tietoa alaraaja-amputaatiopotilaan kuntouttavasta hoitotyöstä.

## 2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, minkälaisista sisällöistä alaraaja-amputaatiopotilaan kuntouttava hoitotyö koostuu. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on, että tiedosta hyötyisivät terveydenhuollon ammattilaiset, jotka työskentelevät alaraaja-amputaatiopotilaiden kanssa. Terveydenhuollon ammattilaiset saisivat uusinta näyttöön perustuvaa tietoa alaraaja-amputaatiopotilaan kuntouttavasta hoitotyöstä.

Tutkimuskysymys on:

Minkälaisista sisällöistä alaraaja-amputaatiopotilaan kuntouttava hoitotyö koostuu?

## 3 Amputaatio

Amputaatioita tehdään yli 90 % verenkiertohäiriöiden takia. Alaraaja-amputaatiolla tarkoitetaan jalan tai sen osan poistamista kirurgisesti. Kirurginen poistaminen voidaan tehdä jalan eri osiin, kuten varpasiin, jalkaterään, sääreen, reiteen tai lonkan tasolle asti. Alaraaja-amputaatio tulee kyseeseen tilanteessa, jossa raajaa ei voida enää pelastaa. (Kauhanen & Ilo 2024.)

Alaraaja-amputaation yleisin syy on perifeerinen valtimotauti ja diabetes. Ne aiheuttavat jalkaan verenkiertohäiriöitä, neuropatiaa ja kroonisia haavaumia. Nämä aiheuttavat raajaan vaikeahoitoisia infektoita ja kudokseen kuolioita. (Käypähoito 2021.) Toiseksi yleisin syy ovat infektiot, joiden konservatiivinen hoitaminen lääkkeillä tai paikallisin toimenpitein ei enää onnistu. Myös erilaiset vakavat vammat, joissa raajaa ei voida pelastaa, voivat johtaa amputaatioon. Harvinaisempia syitä amputaatioille ovat kasvaimet ja synnynnäiset epämuodostumat. (Kauhanen & Ilo 2024.)

Amputaatio on kuitenkin viimeinen hoidollinen keino, jonka avulla infektion leviäminen pyritään estämään ja tällä tavoin turvaamaan potilaan henki. Amputaatio on aina toimenpide, joka muuttaa merkittävästi potilaan toimintakykyä ja vaatii moniammatillista kuntoutusta. Amputaation seuraukset ovat merkittäviä potilaan liikkumiskyvyn, elämänlaadun, hoidon tarpeen sekä elinajanodotteen kannalta. Kirurgisen toimenpiteen tavoitteena

on poistaa toimintakyvyn ja patologinen osa raajasta niin, että kuntoutukselle luodaan parhaat mahdolliset edellytykset. (Kauhanen & Ilo 2024.)

### 3.1 Perifeerinen valtimotauti

Euroopassa 40 miljoona ihmistä sairastaa perifeeristä valtimotautia. Sairastumisen riski kasvaa 50 ikävuoden jälkeen ja suurenee 65 iästä lähtien. Yli 65-vuotiasta joka viidennellä on alaraajoja tukkiva valtimotauti. Miehillä tukkivan valtimotaudin esiintyvyys on 2–3 kertaa suurempi kuin naisilla. Tukkivan valtimotaudin aiheuttajana on suonien seinämään hitaasti kehittynyt ahtauma tai tukos, joka on kolesterolin aiheuttama plakkikertymä. (Leppäniemi, Kuokkanen & Salminen 2018, 534.) Ahtauman takia valtimoiden verenkierto heikenee, joka johtaa hapenpuutteeseen eli iskemiaan (Tarnanen, Venermo, Saarinen & Malmivaara 2021.) Valtimotauti on yleensä oireeton. Rasituksen aiheuttama katkokävely on yksi oireista, joka johtuu raajan hapenpuutteesta. Hapenpuutteesta johtuva kipu häviää yleensä minuuteissa, mutta palaa uudestaan rasituksessa. Uhkaavassa iskemiassa oireena ovat raajojen lepokivut tai huonosti paranevat haavat ja kuoliot. (Tarnanen ym. 2021.) Tukkivan valtimotaudin riskitekijänä ovat diabetes, tupakointi, suurentunut kokonaiskolesterolipitoisuus ja hypertensio eli korkea verenpaine. Diabetes aiheuttaa valtimoiden ahtautumista, joka lisää riskiä sairastua tukkivaan valtimotautiin. Tupakoitsijoiden riski sairastua tukkivaan valtimotautiin on jopa 44 %. Hypertensio lisää riskiä sairastua tukkivaan valtimotautiin jopa 63 %. Suurentuneen kokonaiskolesterolipitoisuuden takia riski sairastua tukkivaan valtimotautiin kohoaa. (Leppäniemi ym. 2018,535.)

### 3.2 Diabetes

Diabetes jaetaan 1- ja 2 tyyppiin. 1 tyypin diabeteksessa haiman omat solut tuhoavat insuliinia tuottavia beetasoluja ja sitä kutsutaan autoimmunisairaudeksi. Sairaus johtaa lopulta totaaliseen insuliinipuutokseen. Sairastumisen syytä ei täysin tiedetä, mutta taustalla ovat ympäristötekijät ja perinnöllinen alttius. Suomessa 1 tyypin diabetesta sairastaa noin 50 000 henkilöä. Sairaus voi puhjeta minkä ikäisenä tahansa, mutta valtaosa, noin 70 %, sairastuu alle 20-vuotiaana. (Diabetesliitto 2026.)

Tavallisin diabeteksen muoto on 2 tyyppin diabetes, joka alkaa yleisesti aikuisena. 2 tyyppin diabeteksessa haiman insuliinituotanto on häiriintynyt. Häiriintymisen syynä ovat sokeri- ja energia-aineenvaihdunnan poikkeava toiminta. Suomessa 2 tyyppin diabetesta sairastaa noin 450 000 henkilöä. Sairastumisen syynä ovat huonot elintavat sekä perinnöllinen alttius. (Diabetesliitto 2026.)

Diabetesta sairastavilla on yli 10- kertainen riski päätyä amputaatioon. On laskettu, että ¼ 1 tyyppin diabeetikolla on riski päätyä sääri – tai reisiamputaatioon infektion tai kudოსvaurion takia. (Leppäniemi ym. 2018, 556.) Diabeetikon jalkaongelmat johtuvat pienten ja isojen valtimosuonten sairauksista. Yleisimmät syyt jalkaongelmiin ovat iskemia, neuropatia sekä jalkojen ulkoiset vauriot. Iskemia johtuu pienten ja isojen verisuonten hapenpuutteesta. Hapenpuutteen takia kudosten kunto heikkenee ja vammojen parantuminen hidastuu. Neuropatia johtuu ääreishermoston pienten verisuonten toimintahäiriöistä, jonka syynä on pitkään koholla ollut verensokeri. Ulkoisten vaurioiden syynä on neuropatiasta johtuvat tuntoaistimuksen puutteet, jotka voivat aiheuttaa kovettumia, hiertymiä ja haavoja. (Tarnanen, Ebeling & Komulainen 2021.)

### 3.3 Sääri- ja reisiamputaatio

Sääriamputaatiolla tarkoitetaan nilkan yläpuolista amputaatiota ja se on yleensä ensimmäinen vaihtoehto huonosta verenkierrosta tai levinneestä kuoliosta kärsivästä jalasta. Sääriamputaatio on parempi vaihtoehto potilaalle, jonka itsenäistä liikkumista pyritään säilyttämään. Sääriamputaatio suoritetaan pitkän takakielekkeen tekniikalla. Iskemisessä amputaatiossa pidempää tynkää käytetään hyväksi paremman verenkierron vuoksi ja se sopii paremmin protetisointiin. Tynkää täytyy muovata ja ohentaa riittävästi, jotta voidaan estää sipulimainen muoto. (Juutilainen, 2019.) Sääriamputaation paras mahdollinen pituus on 15–20 cm polvennivelestä alaspäin. Pidempi tynkä on kuitenkin parempi, jos verenkierto sen mahdollistaa. Pyritään kuitenkin välttämään alle 12 cm pituista tynkää, koska se ei ole protetisoinnin näkökulmasta hyödyllinen potilaalle. (Leppäniemi ym. 2018, 565.)

Reisiamputaatiolla tarkoitetaan polven yläpuolista amputaatiota. Se suoritetaan henkilölle, joilla on laajalle levinnyt iskemia ja eivät hyödy kuntonsa takia proteesin käytöstä. Reisiamputaatio voidaan tehdä myös henkilöille infektion tai trauman vuoksi. Tavoitteena

on amputaatiohaavan taattu paraneminen. Jos proteesi tulee kyseeseen, täytyy kiinnittää huomiota riittävään tilaan proteesille. Paras mahdollinen pituus on 10–15 cm polvinivelen yläpuolelta. (Leppäniemi ym. 2018, 566.)

### 3.4 Kuntouttava hoitotyö

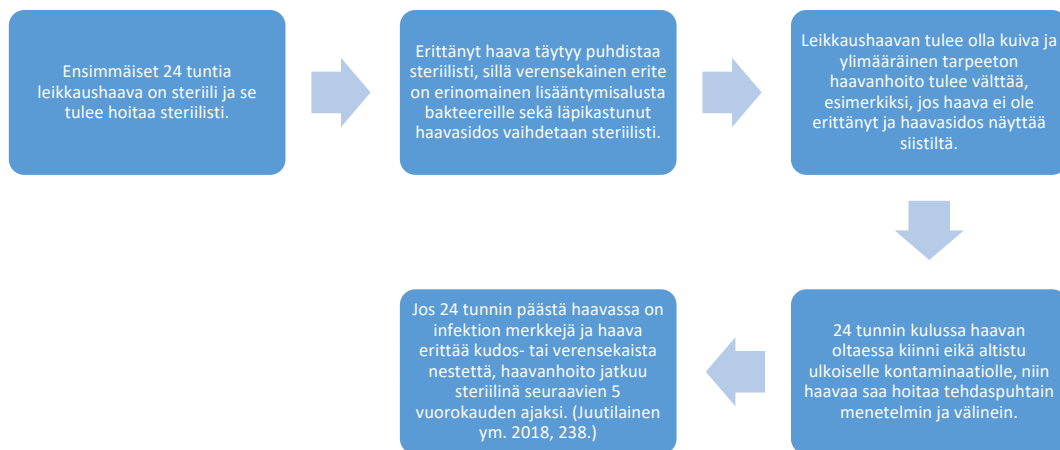
Kuntouttavassa hoitotyössä pyritään myötävaikuttaa potilaan fyysistä, sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä. Kuntouttavan hoitotyön tavoitteena on tukea ja parantaa potilaan elämänlaatua sekä lisätä potilaan omatoimisuutta. (Terveyskylä 2022.)

Osastokuntoutuksella arvioidaan potilaan kuntoutustarvetta ja toimintakykyä, jotta saataisiin toteutettua kuntoutuminen tavoitteiden mukaisesti (Troberg 2022). Kuntoutuksen näkökulmasta tulosten saavuttamiseksi potilas on itse tärkeä toimija. Potilaan sitoutuminen kuntoutuksen tavoitteisiin ja toteutukseen ovat pääroolissa. (Suomen amputoidut ry 2026.) Ammatilaisen ja kuntoutujan onnistuneen yhteistyön kannalta keskeisiä asioita ovat molemmin puolinen arvostus ja luottamus kohtaamisissa. Ammatilainen voi hyödyntää osaamistaan parhaalla mahdollisella tavalla, kun yhdessä tehty kuntoutussuunnitelma perustuu kuntoutujan omiin tavoitteisiin ja huomioiden realistisesti hänen voimavarojaan. (Topo & Autti-Rämö 2022.) Osastolla kuntouttava hoitotyö koostuu haavanhoidosta, tyngän muovaamisesta- ja sidonnasta, kivunhoidosta, fysioterapiasta, potilaan hygieniassa ja peseytymisessä avustamisesta sekä tarvittaessa ravinnon opastuksesta. (Lapin hyvinvointialue 2026.) Osastokuntoutuksen päätyttyä, kuntoutus voi edetä laitosta/tai avokuntoutuksessa. Kuntoutumissuunnitelma vaaditaan jatkokuntoutusta varten. (Suomen amputoidut ry 2026.)

Alaraaja-amputaatiopotilaan kuntouttava hoitotyö aloitetaan niin pian kuin mahdollista heti leikkauksen jälkeen (Leppäniemi 2018, 566). Amputaatiopotilaille suunnitellaan ja luodaan yksilöllinen kuntoutussuunnitelma. Yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa huomioidaan potilaan omat tavoitteet ja niitä arvioidaan toistuvasti huomioiden potilaan edistyminen ja voimavarat. Potilaan kuntoutumisessa on tukena moniammatillinen tiimi, johon kuuluvat hoitajien sekä lääkärin lisäksi fysioterapeutit ja toimintaterapeutit. (Troberg, 2022.) Amputaation jälkeen keskitytään heti tyngän muovaamiseen, turvotusten seurantaan sekä niiden vähentämiseen ja haavan parantumisprosessiin (Leppäniemi ym. 2018, 566).

### 3.5 Haavanhoito

Amputaatiopotilaan haavan parantumisprosessi on ensisijainen ja tärkein vaihe, sillä parantumisprosessin uhkana voi olla infektio, reunanekroosi tai hematooma, joka voivat johtaa komplikaatioihin. Haavanhoidon tarkoituksena on saada tynkäosasta mahdollisimman kestävä tulevaa proteesia ja sen aiheuttamaa kuormitusta varten. Haava pyritään saamaan parantumaan mahdollisimman nopeasti, kivuttomaksi ja infektiovapaaksi. (Lapin hyvinvointialue 2026). Nikotiinista tulee pidättäytyä, sillä se on amputaatiohaavan kannalta merkittävin parantumiseen liittyvä tekijä sen verenkiertoa heikentävän vaikutuksen vuoksi (Halinen 2025). Yleensä amputaatiopotilaan haava suljetaan ompeleilla ja se tulee hoitaa tietyn hoitoperiaatteen mukaan (Juutilainen & Hietanen 2018, 194). Ompeleilla suljettua haavan hoitoperiaatetta kutsutaan suljetuksi kirurgiseksi haavahoidoksi. Amputaatiokohdan haavan mekaanista räsitusta tulee välttää. (Juutilainen ym. 2018, 236.) Suljetun leikkaushaavan hoitoperiaatteen sisältävät seuraavat osiot ja selkeyttämiseksi laadittu kuva (1):



Kuva 1. Leikkaushaavan hoitoperiaate

Optimaalisessa tilanteessa haava parantuu ilman komplikaatioita, jolloin haavan parantuminen tapahtuu järjestyksessä ja viiveettä. Haava, joka on suljettu oikein epitelisoituu 24–48 tunnin aikana ja ihon liitoskohdat muuttuvat vesitiiviiksi. Ompeleet pitävät haavan reunat yhdessä ja tukevat haavaa siihen asti, että kudos on saavuttanut riittävän vetolujuuden. (Koljonen 2024.)

### 3.6 Kivunhoito

Postoperatiivista kipua kokevat potilaat leikkauksesta johtuvasta kudosisvaurioista. Leikkaus aiheuttaa leikkauskohdan turvotusta ja tulehdusta. (Terveyskylä 2018.) Postoperatiivinenkipu on kovimmillaan potilailla heti operaation jälkeen, sillä anestesia-aineiden vaikutus kivun lieventämiseen on loppunut (Salomäki & Kalliomäki 2020). Potilaan oma sitoutuminen hoitoon ja sen vastaanottaminen tuottaa hyvän lopputuloksen kivunhoidossa (Miettinen & Sipilä 2025). Postoperatiivisen potilaan kivunhoito toteutuu yhdistämällä eri lääkkeitä. Lääkkeinä ovat tulehduskipulääkkeet ja vahvat opioidit. Sen lisäksi vaativassa kivunhoidossa voidaan tarvittaessa käyttää paikallispuudutetta jatkuvalla hermo- tai haavapuudutteella. Yhdistelemällä eri kivunhoito vaihtoehtoja, saadaan aikaiseksi hyvin toimiva kivunlievitys. (Salomäki & Kalliomäki 2020.)

Amputaatiopotilaalla voi esiintyä myös aavekipua. Aavekipu on kivun tunnetta poistetusta raajasta, vaikka raajaa ei enää ole. (Juutilainen 2019.) Kivunhoitoon on olemassa myös passiivisia hoitomenetelmiä kuten hieronta sekä lämpö- ja kylmähoitot että sähkökipuhoidot (Iivanainen ym. 2012, 679). Sähkökipuhoidot voidaan toteuttaa TENS- JA EMS laitteiden avulla. EMS-laitteen tarkoituksena on parantaa lihasten toimintaa ja TENS-laitteen tarkoituksena on kivun lieventäminen. (Tenslaitte 2026.) Peiliterapian tarkoituksena on vähentää alaraaja-amputaatiopotilaan aavekipua. Peiliterapialla aktivoidaan aivojen liike- ja tuntoalueita. (Hiekkala 2016.)

### 3.7 Sääri- ja reisisityngän hoito

Ensimmäinen vaihe on tyngän päivittäishoito, johon kuuluvat pesut aamuin ja illoin ja huolellinen ihon rasvaus perusvoiteella, jotta iho ei pääse kuivumaan (Iivanainen ym. 2012, 656). Alaraaja-amputaatiopotilaan vuodelevossa hyödynnetään kylki- ja vatsamakuuasentoja, mikäli potilaan tila sen mahdollistaa, sillä se ylläpitää ja parantaa nivelten ojentumista (Pohjolainen & Määttänen 2022). Asentohoidolla pyritään välttämään tyngän virheasentojen syntymistä (Leppäniemi ym. 2018, 567). Sääri- ja reisisityngät tuetaan ja sidotaan elastisella sidoksella. On tärkeää muistaa, että siteen tiukkuus täytyy vähentyä tyngän päästä kohti raajan tyveä. (Leppäniemi ym. 2018, 567.) Tyngän sidonnan tarkoituksena on vähentää raajan turvotusta (Pohjolainen ym. 2022). Jos potilaalle suunnitellaan proteesia, sidonta auttaa tyngää tottumaan proteesin aiheuttamaan paineeseen

(Satakunnan hyvinvointialue, 2026). Muokkaava sidonta potilaalle aloitetaan kuitenkin, kun ompeleet on poistettu (Iivanainen ym. 2012, 656). Myöhemmin elastisen sidoksen tilalle voidaan käyttää tynkäsukkaa, joka on myös tehty elastisesta materiaalista. Tynkäsukkaa on kahdenlaisia ja niissä on eri puristusvoimat. Jos amputaatiopotilaalla on hyvä verenkierto, voidaan käyttää tiukempaa sukkaa. Amputaatiopotilaalla, jolla verenkierto on huono, voidaan käyttää löysempää sukkaa. (Iivanainen ym. 2012, 656.)

Säärietyngän sidonta aloitetaan tarvittaessa teipillä kiinnitettävällä haavasidoksella. Sidoksen päälle asennetaan runsaselastista sidosta, jonka leveys tulee olla 8cm. Sidos pyöräytetään ensin ankkurikierröksellä polven yläpuolelta ja jatketaan säären taakse tyngän luo niin, että polvi jää ilman sidosta. Tämän jälkeen sidosrullalla noustaan ulkoreunasta ylöspäin kiristäen. Sama toistetaan kerran, jonka jälkeen sidosrulla lasketaan tyngän ulkoreunasta ylös ja kiristetään. Tämän jälkeen sidos viedään taas alas tyngän sisäreunasta ja kiristetään. Sidos kiristetään tyngän ympärille, jotta saadaan luotua sopiva paine sisä- ja ulkoreunaan. Paineen tarkoituksena on auttaa tyngän kipuun ja turvotukseen sekä auttaa sitä muotoutumaan oikeanlaiseksi. Saman voi toistaa vielä, jos sidosta on riittävästi jäljellä. Sidos päätellään sääreen teippikiinnityksellä. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2026.)

Säärietyngän muodostettua ja turvotuksen alentuessa voidaan siirtyä seuraavaan vaiheeseen eli silikonituppiin. Jotta protetisointi olisi mahdollista potilaalle valitaan oikeanlainen silikonituppi. Silikonituppihoito aloitetaan yleensä, kun amputaatiosta on kulunut kuukausi. (Kauranen 2017.)

### 3.8 Sairaanhoitajan rooli kuntouttavassa hoitotyössä

Sairaanhoitaja on keskeisessä asiantuntijan roolissa kuntouttavassa hoitotyössä ja sairaanhoitajan tavoitteena on hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti (Sairaanhoitajat 2026). Postoperatiivisessa hoidossa sairaanhoitajan vastualueet koostuvat laajasta kirjosta. Leikkauksen jälkeinen hoito koostuu voinnin ja elintoimintojen seurannasta, kivun hoidon arvioinnista ja sen toteutuksesta, leikkaushaavan seuraamisesta ja hoitamisesta, leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden ennaltaehkäisystä sekä niiden tunnistamisesta

varhaisessa vaiheessa. Sairaanhoidajan rooliin kuuluu hoidon toteutuksen lisäksi myös hoidon kirjaaminen ja potilasturvallisuuden toteutuminen. Hoitaja on lisäksi vastuussa potilaan ohjauksesta ja psykososiaalisen tuen antamisesta. Amputaation jälkeinen psykososiaalinen tuki on tärkeä osa kokonaisvaltaista kuntoutusta, sillä raajan menetys on merkittävä psyykinen kriisi fyysisen muutoksen lisäksi. Psyykkisen avun tarkoituksena on tukea potilasta sopeutumaan muuttuneeseen kehonkuvaansa, käsitellä menetykseen liittyviä tunteita ja tukea itsenäistä elämää. Sairaanhoidaja on osa moniammatillista tiimiä, jonka avulla luodaan potilaille turvallinen toipuminen. (Iivanainen ym. 2012, 656.) Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat lääkäri, hoitajat, fysioterapeutit, sosiaalityöntekijä, kuntoutusohjaaja sekä proteesipotilaille proteesimestari. Potilaille suodaan tasavertainen ja laadukas kuntoutuksellinen hoito toimimalla vastuualueiden ohjeiden mukaisesti. (Keski-Suomen hyvinvointialue 2024.)

Hyvän hoidon takaamiseksi on sairaanhoidajalla oltava hyvät ja empaattiset vuorovaikutustaidot. Näillä taidoilla kyetään luomaan hyvä hoitosuhde potilaan kanssa, jolla saadaan lisättyä potilaan omaa sitoutumista hoitoon. (Miettinen & Sipilä 2025.)

#### 4 Tutkimusmenetelmä

Kirjallisuuskatsaus on systemaattinen menetelmä, joka kerää yhteen aiemman tutkimuskirjallisuuden. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on hahmottaa kokonaiskuvaa siitä, mitä aiheesta on jo saatavilla. Kirjallisuuskatsauksen voi tehdä erilaisin menetelmin, mutta kaikkia menetelmiä koskee katsauksen peruseriaatteet. Kirjallisuuskatsaukset jaotellaan narratiiviseen, integratiiviseen tai integroivaan katsaukseen. Niiden keinoin saadaan vastauksia aiheeseen asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Katsauksen tulee olla mahdollisimman läpinäkyvä ja prosessin osat kirjataan tarkasti. (Rantala, Ruotsalainen & Kajula 2025, 38–40.)

#### 4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksen menetelmin. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jossa kootaan ja analysoidaan olemassa oleva tieto. Tavoitteena oli kuvata, mitä aiheesta jo tiedetään, sekä taustatekijöiden ja ilmiön ymmärtämiseen. Kuvailevan katsauksen menetelmä ei ole systemaattinen ja aineisto saa olla subjektiivinen. Aineisto koostui tutkimusartikkeleista, joiden hakua ohjasi tutkimuskysymys. Aineisto raportoitiin eksplisiittisesti. Eksplisiittisessä raportoinnissa aineisto valitaan sisäänotto- ja poissulkukriteerein läpinäkyvästi. (Rantala ym. 2025, 39.)

#### 4.2 Aineisto ja aineistokeruu

Aineiston keruu tehtiin systemaattisella tiedonhaualla. Ensimmäisenä mietittiin hakutermejä suomen ja englannin kielellä sekä synonyymejä ja sen jälkeen tehtiin harjoitustiedonhakuja. Kun hakutermit oli tarkennettu ja rajattu, edettiin varsinaiseen tiedonhakuun. Tiedonhaussa käytettiin seuraavia hakutermejä: Alaraaja-amputaatio AND kuntouttava hoitotyö, Post-operative OR Post-surgery AND amputee OR amputation OR limb loss AND nursing care. Aineistoa haettiin seuraavista tietokannoista Medic, ScienceDirect, EBSCOhost ja PubMed Central. Laadittu taulukko (2). Aineiston sisäänotto kriteerit olivat suomen- tai englanninkieliset julkaisut, alle 10 vuotta vanhat julkaisut, tieteelliset vertaisarvioidut julkaisut, julkaisut tai artikkelit sisältävät määritetyt asiasanat ja tarkastelun kohteena yli 18-vuotiaat sekä koko tekstin julkaisut. Aineiston poissulkukriteerit olivat muut vieraskieliset julkaisut, yli 10 vuotta vanhat julkaisut, ei vertaisarvioidut julkaisut, ei sisällä määritettyjä asiasanoja ja tarkastelun kohteena alle 18-vuotiaat sekä tiivistelmät. Laadittu taulukko (1). Ensimmäisen tiedonhaun jälkeen osa tutkimuksista suljettiin pois otsikoiden perusteella. Sen jälkeen osa tutkimuksista suljettiin pois tiivistelmien perusteella. Tämän jälkeen luettiin koko tutkimukset läpi ja suljettiin pois sillä perusteella, koska ne eivät vastanneet tutkimuskysymykseen.

Taulukko 1. Tiedonhaun sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
---------------------	--------------------

Suomen- ja englanninkieliset julkaisut	Muut vieraskieliset julkaisut
Alle 10 vuotta vanhat julkaisut	Yli 10 vuotta vanhat julkaisut
Vertaisarvioidut julkaisut	Ei vertaisarvioituja julkaisuja
Julkaisut tai artikkelit sisältävät määritetyt asiasanat	Ei sisällä määritettyjä asiasanoja
Tarkastelun kohteena yli 18-vuotiaat	Tarkastelun kohteena alle 18-vuotiaat
Kokotekstijulkaisut	Tiivistelmät
Tutkimus vastaa tutkimuskysymykseen	Tutkimus ei vastaa tutkimuskysymykseen

Taulukko 2. Hakutulokset

<b>Tietokanta</b>	<b>Hakulauseet</b>	<b>Tulokset</b>	<b>Hyväksytyt otsikon ja tiivistelmän perusteella</b>	<b>Kokotekstin perusteella hyväksytyt</b>
<b>Medic</b>	Alaraaja-amputaatio AND kuntouttava hoitotyö	1	0	0
<b>EBSCO Host</b>	Post-operative OR post-surgery AND amputee OR amputation OR limb loss AND nursing care	27	11	3

<b>PubMed</b>	Amputee OR amputation OR limb loss AND nursing care	113	22	3
<b>ScienceDirect</b>	Lower limb amputation AND rehabilitation	20	3	1
<b>Yhteensä:</b>				<b>7</b>

#### 4.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi tehtiin teemoittelulla. Teemoittelun tarkoituksena oli tunnistaa aineistosta tunnistettavat ja toistuvat aiheet, joista voitiin luoda pää- ja alateemoja. Analyysin havainnot yhdistettiin ja teemat nimettiin tutkimuskysymyksien avulla. Teemoja luotiin koodausta apuna käyttäen. Koodauksen avulla kyettiin luomaan parempi kuva siitä, mitkä asiat ja aiheet aineistosta nousevat esille teemoittelua varten. Valikoidut aineistot luettiin ja perehdyttiin tarkasti ja sen jälkeen aineistosta poimittiin tärkeimmät ja keskeisimmät sisällöt. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 86–87.) Ryhmittelyn selkeyttämiseksi laadittiin taulukko (3).

## 5 Tulokset

Valikoiduista aineistoista osoittautui kolme pääteemaa ja aineistot tarkastettiin tutkimuskysymyksen näkökulmasta. Kyseiset kolme pääteemaa ovat kivunhoito, kuntoutus ja sairaanhoitajan ammatillisuus.

Taulukko 3. Pää- ja alateemat

<b>Pääteemat</b>	<b>Alateemat</b>
<b>Kivunhoito</b> (Eldady, Avila, Torres-Guzman, Maita, Garcia, Serrano, Emam & Forte, 2022, Schreiber, 2017, Alfaifi & Winokur, 2024)	<b>Tynkäkipu</b> (Eldady, Avila, Torres-Guzman, Maita, Garcia, Serrano, Emam & Forte, 2022, Alfaifi & Winokur, 2024)  <b>Aavekipu</b> (Eldady, Avila, Torres-Guzman, Maita, Garcia, Serrano, Emam & Forte, 2022)  <b>Kivun lääkehoito alaraaja-amputaatioissa</b> (Schreiber, 2017)
<b>Kuntoutus</b> (Schreiber, 2017, Kolen, Dijkstra, Dekker, Vries, Geertzen & Jager-Wittenaar, 2023, Miller, Jones, Anderson & Christiansen, 2019.)	<b>Haavahoidot</b> (Schreiber, 2017)  <b>Ravitsemus</b> (Kolen, Dijkstra, Dekker, Vries, Geertzen & Jager-Wittenaar, 2023)  <b>Liikunta</b> (Miller, Jones, Anderson & Christiansen, 2019.)
<b>Sairaanhoitajan ammatillisuus</b> (Xu, Cheng, Wang & Gui, 2024, Colquhoun, Shepherd & Neil 2019)	<b>Psykososiaalinen tuki</b> (Xu, Cheng, Wang & Gui, 2024, Colquhoun, Shepherd & Neil 2019)

	<p><b>Sairaanhoitajan osaaminen ja ohjaaminen</b> (Xu, Cheng, Wang &amp; Gui, 2024, Colquhoun, Shepherd &amp; Neil 2019)</p> <p><b>Lääkehoidon toteuttaminen</b> (Xu, Cheng, Wang &amp; Gui, 2024, Colquhoun, Shepherd &amp; Neil 2019)</p>
--	---

## 5.1 Kivunhoito

Useamman artikkelin mukaan alaraaja-amputaatiopotilaan aave- ja tynkäkivun hoito on tärkeimmässä roolissa. Amputaatiopotilaan kivunlievitys on monimuotoista, koska lääkehoito yksistään ei ole riittävä kivunhoitoon. Amputaatiopotilaan kivunhoito koostuu useista eri osioista. Näihin osioihin sisältyy lääkehoito, invasiivinen- ja ei-invasiivinen hoito. (Eldady ym. 2022.)

Amputaatiopotilaan lääkehoitoon sisältyy monia lääkkeitä kuten vahvat opioidit, masennuslääkkeet, paikallispuudutteet, epilepsialääkkeet sekä reseptoriantagonistit. Näillä lääkkeillä on suuri vaikutus kivunlievityksessä, mutta eivät yksistään tuo riittävää vastetta kivun hoidossa. (Eldady ym. 2022.)

Amputaatiopotilaan invasiiviseen hoitoon sisältyvät neuromodulaatio ja TMR. Neuromodulaation avulla potilaan hermostoa aktivoidaan invasiivisesti. Neuromodulaatiota on kolme eri tyyppiä: PNS, DRGS ja SCS. Tutkimuksessa nousee esiin uusi invasiivinen hoitomenetelmä TMR (Targeted Muscle Reinnervation), jonka tarkoituksena on vähentää tynkässä muodostuvaa hermokipua. Amputaatiopotilaan ei-invasiiviseen hoitoon sisältyvät peilitterapia, TENS, virtuaalisen todellisuuden käyttäminen mm. VR-lasein, RTMS ja

mielikuvaharjoitukset, jotka tutkimuksen mukaan täydentävät amputaatiopotilaan kivunhoitoa. Riittävä kivunhoito edesauttaa potilaan kuntoutusta, sillä se lisää potilaan omaa kontrollin ja osallisuuden tunnetta, parantaa kehon kuvan hyväksymistä ja lisää mahdollisten komplikaatioiden ennaltaehkäisyä. (Alfaifi & Winokur, 2024.) Amputaatiopotilaan kivunhoidossa tulee huomiota potilas yksilönä, jotta voidaan turvata potilaan optimaalinen kivunhoito (Schreiber, 2017).

## 5.2 Kuntoutus

Alaraaja-amputaatiopotilaan haavahoito on keskeinen ja merkittävä tekijä kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta. Potilaan haavanhoito alkaa heti kirurgisen toimenpiteen jälkeen. Vastuullinen haavahoito perustuu aseptiikan noudattamiseen, jotta vältetään infektio-riskiä. Tämä on tärkeä teema, sillä se vaikuttaa kokonaisvaltaisesti potilaan kuntoutumiseen. (Schreiber, 2017.)

Kirurgisen toimenpiteen jälkeen alaraaja-amputaatiopotilaalla voi liittyä vaikeuksia ravitsemuksen kanssa. Syynä tähän on amputaation jälkeinen henkinen ja fyysinen muutos, joka voi johtaa aliravitsemukseen. Tämä on tärkeä teema, sillä potilaan riittävä ravitsemus edistää potilaan kuntoutumista. Artikkelista nousee esiin tarve systemaattisemmalle arvioinnille ravitsemuksen suhteen alaraaja-amputaatiopotilaiden kohdalla. (Kolen ym. 2023.)

Liikunta on tärkeä osa kuntoutusta etenkin verisuoniperäisten alaraaja-amputaatioiden kohdalla. Liikkuminen voi olla pulmallista kroonisten sairauksien, amputaation aiheuttamien rajoitteiden ja psykososiaalisten haasteiden vuoksi. Kuntoutuksessa nämä ovat kohtia, jotka kuntouttajan on tärkeä ottaa huomioon ja nostaa esiin kuntoutuksen osana yksilö huomioiden. Liikkuminen lisää potilaan hyvinvointia fyysisesti ja psyykkisesti. Huomioiva ja rohkaiseva ohjaus edesauttaa potilaan sitoutumista liikkumisen ja harjoitteiden ylläpidossa kuntoutuksessa kuin sen jälkeenkin. (Miller ym. 2019.)

### 5.3 Sairaanhoidajan ammatillisuus

Artikkeleissa korostuu sairaanhoidajan roolin tärkeys, ammattimainen sekä empaattinen ote potilaiden kohtaamisessa ja tuen antamisessa sekä työn osaaminen. Sairaanhoidajan keskeisimpiä tehtäviä on kyky pystyä toteuttamaan laadukasta ja yksilöllistä hoitoa sekä vastata potilaan tarpeisiin ja haasteisiin. Hoitajan kannustava ja ymmärtäväinen ohjaus auttaa potilaan kuntoutumista. Hyvä ohjaus kykenee ottamaan huomioon kattavasti potilaan kokemukset, elämäntilanteet ja voimavarat. Tällainen potilaslähtöinen toimintamalli edistää kuntoutumisen luontevaa etenemistä tukien toimintakyvyn ja elämänlaadun paranemista. (Xu ym. 2024.)

Sairaanhoidajan on tärkeää luoda luottamuksellinen ja toimiva hoitosuhde potilaan kanssa. Se luo potilaalle tunteen turvallisesta ympäristöstä, joka edesauttaa potilaan ja hoitajan välistä avointa hoitosuhdetta, jolloin potilaan on luontevampi kertoa kokemuksistaan ja tuntemuksistaan haavoittuvassa tilassa. Alaraaja-amputaatioissa etenkin kivunhoito on suuressa osassa kuntoutusta ja empaattinen suhde potilaan kanssa edesauttaa myös sairaanhoidajia omassa työssään. Kivun systemaattinen arviointi jokaisessa työvuorossa sekä potilaan osallistuttaminen omien tuntemuksiensa kuvailuun myötävaikuttavat kivunhoidon oikea-aikaiseen arviointiin ja tarvittaviin muutoksiin hoidossa. (Colquhoun ym. 2019.)

## 6 Pohdinta

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uusinta näyttöön perustuvaa tietoa alaraaja-amputaatiopotilaan kuntouttavasta hoitotyöstä terveydenhuollon ammattilaisille. Tutkimuskysymyksen avulla pyrittiin löytämään vastauksia, että minkälaisista osioista alaraaja-amputaatiopotilaan kuntouttava hoitotyö koostuu.

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Tulosten pohjalta alaraaja-amputaatiopotilaan kuntouttava hoitotyö koostuu sairaanhoidajan ammatillisuudesta, kivunhoidosta ja kuntoutuksesta. Nämä pääpiirteet ovat yhdenmukaisia Käypä hoito- suosituksen kanssa koskien potilaan kuntoutusta. Kuntoutuksen

tarkoituksena on laatia potilaslähtöinen ja kokonaisvaltainen hoitosuunnitelma. Kuntoutus koostuu moniammatillisesta tiimistä, jonka tehtävänä on potilaan kivunhoidon arviointi, toimintakyvyn tukeminen ja potilaan elämänlaadun ylläpitäminen, hoitomuodon suunnittelu, potilaan ohjaaminen ja tavoitteiden toteutumisen arviointi. (Käypähoito, 2026.)

Tämän opinnäytetyön tuloksia terveydenhuollon ammattilaiset voivat soveltaa ja hyödyntää sairaala- ja kuntoutuspalveluissa.

## 6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyötä tehdessä on tärkeää noudattaa hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Peruseriaatteita tutkimustieteessä ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. Hyvä tieteellinen käytäntö merkitsee menettelytapoja, joiden avulla kyetään varmistamaan toiminnan toteutuminen prosessin läpi. Tieteellinen työ edellyttää tarkkaa suunnittelua, toteutusta ja raportointia. (TENK 2023, 11–12; Arene 2019, 6–9.)

Tutkimuseettisesti hyvän tieteellisen käytännön näkökulmasta on huolehdittava mahdollisista sopimuksista tai luvista. Tutkimus tehdään ohjeistuksia ja sääntöjä noudattaen siten, ettei kenenkään osapuolen turvallisuutta vaaranneta. (TENK 2023, 13.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimusprosessin luotettavuus ja eettisyys pohjautuvat johdonmukaisuuteen, rehellisyyteen ja läpinäkyvyyteen tiedon hankinnassa, analysoimisessa sekä raportoinnissa. Työssä hyödynnetyt lähteet kirjattiin Laurean ohjeistuksen mukaisesti. Tutkimusaineisto valittiin puolueettomasti ja ennalta määritetyin kriteerein. Lähteinä käytettiin kirjoja, vertaisarvioituja tieteellisiä artikkeleita, Käypä hoitoa sekä Duodecimia. Lähteissä huomioitiin niiden alkuperä, ajantasaisuus ja tieteellisyys, joka lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuutta voivat rajoittaa aineiston julkaisujen englannin kieli, joka ei ole kummankaan tekijän äidinkieli. Kokonaisuudessaan opinnäytetyön luotettavuus rakentuu kuitenkin johdonmukaiseen työskentelyyn, kriittiseen arviointiin ja raportoinnin avoimuuteen.

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta parantaa opinnäytetyössä myös kahden tekijän panos, sillä kirjallisuuskatsauksen valikoidut tutkimukset on luettu kahteen kertaan, jonka jälkeen analysoitu läpinäkyvästi.

Tämä opinnäytetyö ei ole varsinainen kehittämistyö vaan kirjallisuuskatsaus, mutta tätä opinnäytetyötä koskee kaikki edellä mainitut kriteerit.

### 6.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Alaraaja-amputaatiopotilaan kuntouttavan hoitotyön edellytyksenä on hyvä kivunhoito. Kivunhoito on kokonaisvaltaista ja monimuotoista, joka on välttämätöntä potilaan kuntoutumiselle. Alaraaja-amputaatiopotilaat kokevat pitkäaikaista aave- tai tynkäkipua. Kivunhoito on yksi tärkeimmistä asioista kuntouttavassa hoitotyössä, mutta kivunlievityksessä pelkkä lääkehoito on todettu olevan riittämätön. Lääkehoidon lisäksi kivunlievitystä täydentävät sekä invasiiviset että ei-invasiiviset menetelmät. Hyvällä lääkehoidolla sekä invasiivisten- ja ei-invasiivisten menetelmien avulla kyetään myötävaikuttamaan potilaan osallistumista kuntoutusprosessiin. Näiden menetelmien hyödyntämisellä on todettu olevan positiivisia vaikutuksia potilaan oman muuttuneen kehon kuvan hyväksymiseen ja kontrollin tunteeseen. Tämä motivoi potilaan omaa sitoutumista kuntoutukseen. Alaraaja-amputaatiopotilas tulee kohdata yksilönä, jotta voidaan tarjota hänelle optimaalinen kivunhoito.

Kuntouttavassa hoitotyössä nousee merkittäviksi asioiksi alaraaja-amputaatiopotilaan haavanhoito, ravitseminen ja liikkuminen. Tässä potilasryhmässä on kiinnitettävä erityishuomio haavanhoitoihin hoidon alusta asti, sillä taustalla olevat pitkäaikaissairaudet voivat aiheuttaa hitaasti ja huonosti paranevia haavoja. Vastuullisella ja aseptisellä haavanhoidolla vähennetään infektioriskejä ja mahdollisia komplikaatioita.

Ravitsemukseen on kiinnitettävä enemmän huomiota, koska sillä on edistävä vaikutus kuntoutukselle. Tuloksista ilmaantuu esiin tarve huomioida ravitseminen järjestelmällisemmin heti hoidon alusta asti, koska amputaatio aiheuttaa henkisiä ja fyysisiä muutoksia, jotka voivat altistaa aliravitsemukselle. Kuntoutumisen edellytyksenä ravitsemuksen tulee olla riittävä.

Amputaation ja pitkäaikaissairauksien takia liikkuminen on jo entisestään haastavaa. Kuntoutumisen kannalta liikkuminen nousee tärkeäksi osioksi. Liikkumisen esteenä voivat olla potilaan psykososiaaliset tekijät, jotka voivat rajoittaa kuntoutuksen etenemistä. Tulosten mukaan motivoiva ja yksilöllinen ohjaus edistää liikkumista sekä kuntoutuksen aikana että sen jälkeenkin.

Sairaanhoitajan rooli ja ammatillisuus osoittautui tärkeäksi tekijäksi kuntouttavassa hoitotyössä. Sairaanhoitajan empaattinen, luottamuksellinen ja ammatillinen ote luovat kuntouttavalle hoitotyölle hyvän pohjan. Potilaan huomioiva toimintamalli tukee kuntoutuksen sujuvaa etenemistä edistäen potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. Nämä tekijät yhdessä luovat hoitajan ja potilaan välille hyvän vuorovaikutuksen kautta toimivan hoitosuhteen, jonka avulla voidaan luoda potilaslähtöinen kuntoutus. Potilaslähtöisyys on erityisen tärkeä osio yksilöllisen hoidon takaamiseksi. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus on helpottava tekijä myös hoitajan omassa työssä, sillä se antaa enemmän työkaluja. Luomalla turvallinen hoitosuhde potilaaseen, saadaan luotettavampaa tietoa potilaan voinnista ja näin kyetään osallistuttamaan potilas omaan kuntoutukseen. Tulosten perusteella voidaan todeta, että sairaanhoitajan tärkeimpiä taitoja ovat hyvät sosiaaliset vuorovaikutustaidot sekä laadukas kliininen osaaminen, joiden avulla on mahdollista vastata riittävästi potilaan haasteisiin ja tarpeisiin.

Alaraaja-amputaatio on lopullinen toimenpide ja voi vaikuttaa potilaaseen hyvin eritavoin niin psyykkisesti kuin somaattisesti. Potilas voi kokea raajan poiston yhteydessä hyväksymättömyyden tunteita ja kuormitusta, kun taas toiselle potilaalle se voi tuottaa helpotusta elämään. Potilaat ovat yksilöitä ja tunnereaktiot voivat olla monialaisia. Potilas on kuntouttavan hoitotyön keskiössä, mutta tulosten perusteella kuntouttavaa hoitotyötä on tähän mennessä tutkittu enemmän hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Jatkotutkimusaiheena olisi arvokasta tutkia alaraaja-amputaatiopotilaiden omakohtaisia kokemuksia kuntouttavasta hoitotyöstä ja niiden pohjalta kehittää asiakaslähtöisempiä toimintatapoja, jotka perustuvat potilaiden tarpeisiin.

## Lähteet

### Painetut lähteet

Iivanainen, A., Jauhainen, M. & Syväoja, P. 2012. Sairauksien hoitaminen. 3.–5.painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kauranen, K. 2017. Fysioterapeutin käsikirja. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Leppäniemi, A., Kuokkanen, H. & Salminen, P. 2018. Kirurgia. 3. Painos. Helsinki: Duodecim.

Rantala, A., Ruotsalainen, H. & Kajula, O. 2025. Opinnäytetyön menestystarina. 1.painos. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu.

Salminen, P., Koljonen, V., Pakarinen, M. & Sallinen, V. 2024. Kirurgia. 4.painos. Helsinki: Duodecim.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. painos. Turku: Turun yliopisto.

### Sähköiset lähteet

Alfaifi, N. & Winokur, E. 2024. Integrating complementary therapies in managing phantom limb pain: a case review. Volume 25, Issue 6, Dec, 659-665. Viitattu 25.2.2026.

<https://doi-org.nelli.laurea.fi/10.1016/j.pmn.2024.07.007>

Arene Ry. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 19.2.2026. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>

Colquhoun, L., Shepherd, V. & Neil, M. 2019. Pain management in new amputees: a nursing perspective. May 23. 28(10), 638–646. Viitattu 26.2.2026. <https://doi-org.nelli.laurea.fi/10.12968/bjon.2019.28.10.638>

Diabetesliitto. 2026. Tyypin 1 diabetespolku. Viitattu 22.1.2026. <https://diabetes.fi/diabetestietoa/tyypin-1-diabetes/tietoa-tyypin-1-diabeteksesta/>

Diabetesliitto. 2026. Tyypin 2 diabetespolku. Viitattu 22.1.2026. <https://diabetes.fi/diabetestietoa/tyypin-2-diabetes/tietoa-tyypin-2-diabeteksesta/>

Eldaly, A., Avila, F., Torres-Guzman, R., Maita, K., Garcia, J., Serrano, L., Emam, O. & Forte, A. 2022. Virtual and augmented reality in management of phantom limb pain; A systematic review. Nov. 5; 19(4):545–554. Viitattu 25.2.2026. doi: [10.1177/15589447221130093](https://doi.org/10.1177/15589447221130093)

Halinen, M. 2025. Raajan tai kehonosan irtoaminen (amputaatiovammat). Duodecim. Viitattu 29.01.2026. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00200>

Hiekkala, S. 2016. Peiliterapia aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen ylä- ja alaraajan motoriikan kuntoutuksessa. Käypä hoito. Viitattu 10.2.2026. <https://www.kaypa-hoito.fi/nak08773>

Juutilainen, V. 2019. Alaraaja-amputaation jälkihoito. Duodecim. Viitattu 4.2.2026. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/dbs02229>

Juutilainen, V. 2019. Nilkan yläpuoliset amputaatiot. Duodecim. Viitattu 13.3.2026. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/dbs02228>

Kauhanen, P. & Ilo, A. 2024. Amputaatiot alaraajan tukkivassa valtimotaudissa. Duodecim. Viitattu 16.1.2026. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/kia00398>

Keski-Suomen hyvinvointialue 2024. Amputaatiopotilaan hoito ja kuntoutus. Viitattu 14.1.2026. <https://www.hyvaks.fi/asiakkaana/hoito-ja-palveluketjut/alaraaja-amputoidun-hoitoketju>

Keski-Suomen sairaanhoitoalue 2024. Alaraaja-amputoidun hoitoketju. Viitattu 6.2.2026. <https://www.hyvaks.fi/asiakkaana/hoito-ja-palveluketjut/alaraaja-amputoidun-hoitoketju>

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2015. Alaraaja-amputoidun hoitoketju. Viitattu 5.2.2026. <https://www.ksshp.fi/tules-kartta/Alaraaja-amputoidun%20hoitoketju%20ksshp.pdf>

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2026. Säätöngän sidonta. Viitattu 5.2.2026

[https://www.ksshp.fi/tules-kartta/Saarityngan%20sidonta\\_ohje.pdf](https://www.ksshp.fi/tules-kartta/Saarityngan%20sidonta_ohje.pdf)

Kolen, A., Dijkstra, P., Dekker, R., Vries, J., Geertzen, J. & Jager-Wittenaar, H. 2023. A scoping review on nutritional intake and nutritional status in people with a major dysvascular lower limb amputation. Volume 46, Issue 2, Jan, 257–269. Viitattu 25.2.2026.

<https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2164363>

Koljonen, V. 2024. Haavan paranemisen tyypit. Duodecim. Viitattu 5.2.2026.

<https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/kia00475>

Käypä hoito. 2021. Diabetekseen liittyvät jalkaongelmat. Viitattu 16.1.2026.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50079>

Käypä hoito. 2026. Kipu. Viitattu 17.3.2026. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#s15>

Lapin hyvinvointialue 2026. Alaraajan amputaatio. Viitattu 29.1.2026. <https://lapha.fi/alaraajan-amputaatio>

Miettinen, T. & Sipilä, R. 2025. Kipupotilaan hoitosuhde ja hoitosuhteen haasteita. Duodecim. Viitattu 4.2.2026. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/kip20034>

Miller MJ., Jones J., Anderson CB. & Christiansen CL. 2019. Factors influencing participation in physical activity after dysvascular amputation: a qualitative meta-synthesis. Dec;41(26). Viitattu 11.3.2026. [10.1080/09638288.2018.1492031](https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1492031)

Pohjolainen, T. & Määttä, M. 2022. Alaraaja-amputaatiopotilaan hoito ja kuntoutus. Käypä Hoito. Viitattu 6.2.2026. <https://www.kaypahoito.fi/ykt00505>

Salomäki, T. & Kalliomäki, M. 2020. Leikkauksen jälkeinen kipu hoidollisena haasteena. Duodecim. Viitattu 4.2.2026. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/ajt00518>

Satakunnan hyvinvointialue. Alaraaja-amputoidulle potilaalle. 2026. Viitattu 5.2.2026. <https://hoito-ohjeet.fi/fi/Ohjepankki/SATSHP/Alaraaja-amputoidulle%20potilaalle>

Schreiber, M. 2017. Evidence-based practice. Lower limb amputation: postoperative nursing care and considerations. Volume 26, Issue 4, Jul/Aug, 274-277. Viitattu 25.2.2026.

<https://www.proquest.com/scholarly-journals/lower-limb-amputation-postoperative-nursing-care/docview/1929673639/se-2>

Suomen amputoidut ry. 2026. Amputoidun opas VOL.2. Viitattu 29.1.2026. [https://amputoidut.fi/wp-content/uploads/2016/10/11490\\_SUOMEN\\_AMPUTOIDUT\\_RY\\_web.pdf](https://amputoidut.fi/wp-content/uploads/2016/10/11490_SUOMEN_AMPUTOIDUT_RY_web.pdf)

Tarnanen, K., Venermo, M., Saarinen, E. & Malmivaara, A. 2021. Alaraajojen tukkiva valtimotauti huonontaa verenkiertoa. Duodecim. Viitattu 16.1.2026. <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00093>

Tarnanen, K., Ebeling, T. & Komulainen, J. 2021. Diabetekseen liittyvät jalkaongelmat. Käypähoito. Viitattu 22.1.2026. <https://www.kaypahoito.fi/khp00087>

TENK. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 2/2023. Viitattu 19.2.2026. [https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf)

Tenslaite. 2026. Mitä eroa on TENS- ja EMS-hoidolla. Viitattu 4.2.2026. <https://tens-laite.fi/mita-eroa-on-tens-ja-ems-hoidolla/>

Terveyskylä. 2025. Alaraajojen valtimotauti diabeteksessa. Viitattu 9.3.2026. <https://www.terveyskyla.fi/diabetestalo/diabeteksen-lisasairaudet/diabetes-ja-sydan-ja-verisuonisairaudet/alaraajojen-valtimotauti-diabeteksessa>

Terveyskylä. 2021. Diabetes ja amputaatiot. Viitattu 14.1.2026. <https://www.terveyskyla.fi/haavatalo/tietoa-haavoista/diabeettiset-haavat/jalkahaavan-kirurginen-hoito/diabetes-ja-amputaatiot>

Terveyskylä. 2022. Kuntoutus ja kuntoutuminen. Viitattu 9.3.2026. <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/tietoa/kuntoutumisen-abc/mita-on-kuntoutuminen/kuntoutus-ja-kuntoutuminen>

Terveyskylä. 2018. Yleisesti leikkauksen jälkeisen kivun hoidosta. Viitattu 4.2.2026. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/kipu-leikkauksen-jalkeen/yleisesti-leikkauksen-jalkeisen-kivun-hoidosta>

Topo, P. & Autti-Rämö, I. 2022. Ammatillisen osaaminen ja työn laatu. Oppiportti. Viitattu 29.1.2026. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/ktm00352>

Troberg, A. 2022. Osastokuntoutuksen yhdenmukaiset ja monialaiset toimintamallit. Länsi-suudenmaan hyvinvointialue. Viitattu 29.01.2026. <https://www.innokyla.fi/sites/default/files/2024-02/Osastokuntoutuksen%20toimintamallien%20kuvaus.pdf>

Xu, Z., Cheng, K., Wang, K. & Gui, L. 2024. Experiences of middle-aged individuals with lower extremity amputation caused by diabetic foot ulcer after disability in China: A qualitative study. Jun; Vol. 11 (6), pp. E2213. Viitattu 26.2.2026. <https://doi-org.nelli.laurea.fi/10.1002/nop2.2213>

**Kuvat**

Kuva 1. Leikkaushaavan hoitoperiaate .....	11
--	----

**Taulukot**

Taulukko 1. Tiedonhaun sisäänotto- ja poissulkukriteerit .....	15
Taulukko 2. Hakutulokset .....	16
Taulukko 3. Pää- ja alateemat .....	18