

Maarit Helenius

Alaraaja-amputoidun kuntoutujan näkemys kuntoutumisestaan

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapia AMK

Fysioterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

7.5.2015



Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Maarit Helenius Alaraaja-amputoidun kuntoutujan näkemys kuntoutumisestaan 25 sivua + 3liitettä Kevät 20105
Tutkinto	Fysioterapeutti (AMK)
Koulutusohjelma	Fysioterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Fysioterapia
Ohjaaja(t)	Fysioterapian lehtori Tarja-Riitta Mäkilä Fysioterapian lehtori Ulla Härkönen
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää diabetesta sairastavan alaraaja-amputoidun kuntoutujan näkemyksiä amputaation jälkeisestä kuntoutus- ja apuvälineprosessista. Alaraaja-amputaatioryhmä on pieni ja erityisosaamista vaativa potilasryhmä, hyvin ajoitetun ja toteutetun kuntoutusintervention avulla voidaan vahvistaa itsenäistä toimintakykyä ja mahdollistaa arjessa selviytymistä. Opinnäytetyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun Vaikuttavat tavat (VATA)- hanketta, jossa luodaan työelämän ja koulutuksen verkostoja, jotka hyödyntävät asiakaslähtöisiä ja näyttöön perustuvia toimintatapoja alaraaja-amputoitujen kuntoutujien apuväline- ja kuntoutuspalveluissa.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimusote on laadullinen ja aineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Haastatteluihin osallistui kuusi alaraaja-amputoitua kuntoutujaa (50- 75-vuotiaita miehiä). Haastatteluaineisto litteroitiin ja analysoitiin sisällönanalyysin kautta.</p> <p>Haastattelun tuloksena todetaan, että alaraaja-amputoitujen näkemys arjesta on erittäin myönteinen. Arjesta selviytyminen ja harrasteet on säilynyt lähes ennallaan Proteesin istuvuudella ja toimivuudella on suuri vaikutus amputoitujen toimintakykyyn. Luonnossa liikkuminen ja kävelymatkojen lyhentymisen on tekijöitä joihin amputaatio on vaikuttanut eniten. Tyngän iho ja ihorikot jäljellä olevassa raajassa vaikuttavat proteesin käyttöön sekä kävelykapasiteettiin. Alaraaja-amputoidut olivat tyytyväisiä apuväline – ja proteesipalveluihin Proteesipajojen palvelupolku on toimiva, yhteydenotot sujuvia ja mahdolliset muutostyöt hoituvat jouheasti, tarvittavia apuvälineitä kuntoutujien on helppo saada apuvälinelainaamon tai vammaispalvelun kautta.</p> <p>Haastatteluun osallistuvien amputoitujen näkemys kuntoutumiseensa on heitä tyydyttävällä tasolla, he ovat tyytyväisiä toimintakykyynsä eikä muutostarvetta ilmaantunut.</p>	
Avainsanat	alaraaja-amputaatio, diabetes, apuväline, kuntoutus, teemahaastattelu

Author(s) Title Number of Pages Date	Maarit Helenius Lower Limb Amputee's Views of their Rehabilitation 25 pages + 3appendices Spring 2015 First name Last name Title of the Thesis
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Physiotherapy
Specialisation option	Physiotherapy
Instructor(s)	Tarja-Riitta Mäkilä, Senior Lecturer Ulla Härkönen, Senior Lecturer
<p>The purpose of this study was to examine the lower limb amputated his own vision of the post-amputation rehabilitation and assistive process. The study participants were a criterion for diabetes and lower limb amputation.</p> <p>The theoretical framework is carried out in a systematic literature reports on the basis of the classification, as well as ICF- examined from the perspective of the interview material by means of a lower limb amputated coping in everyday life, as well as using aid equipment and rehabilitation processes. Data collection took place in a theme interview and analyzed using qualitative content analysis method.</p> <p>Lower limb amputated person's views carried the theme interview basis. The interview data was analyzed by qualitative content analysis.</p> <p>Analyzes of the data shows that the lower limb amputees view of everyday life were very positive. Hobbies and social network were remained unchanged. Factors limiting the nature of the movement and walking distances shortened, which the seasons had a great impact. After discharge from hospital for further rehabilitation did not materialize at all or rehabilitation periods were of different lengths. Lower limb amputees were satisfied with the aid - and prosthetic services. Prosthesis services processes had gone off in a rehabilitation hospital. Prosthesis service path is functional, contacts smooth and possible modification is handled smoothly.</p> <p>Participating in the project were amputated aids the transfer criteria satisfied, quality of life and functional capacity are the ones at a satisfactory level, for change did not occur. Thus, it can be said that the amputee had received sufficient service for everyday life for them to survive.</p>	
Keywords	lower limb amputation, diabetes, aid, rehabilitation, the theme interview

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Diabetes ja amputaatio	2
3	Alaraaja-amputoidun kuntoutujan arjen toimintoihin vaikuttavat tekijät	3
4	Alaraaja-amputoidun kuntoutusprosessi	6
5	Opinnäytetyön tavoitteet ja toteutus	8
6	Opinnäytetyön toteuttaminen	9
6.1	Haastatteluaineiston hankintamenetelmä	9
6.2	Haastatteluaineiston analyysimenetelmä	10
6.3	Haastatteluun osallistuvat ja eettisyys	11
6.4	Haastattelun toteutus	12
7	Haastatteluaineiston tulokset	12
7.1	Alaraaja- amputoidun näkemys kuntoutuksesta leikkauksen jälkeen	12
7.2	Alaraaja-amputoitujen näkemys apuväline prosessista	14
7.3	Arjen näkemyksiä alaraaja-amputoiduilla	16
7.4	Kuntoutujien näkemyksiä miten kuntoutusta tulisi kehittää	19
8	Johtopäätökset	20
9	Pohdinta	21
	Lähteet	25
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedote haastatteluun osallistuville	
	Liite 2. Suostumuslomake	
	Liite 3. Teemahaastattelun teemat	



1 Johdanto

Alaraaja-amputoitujen määrä on 2000-luvulla vähentynyt, mutta 2 tyypin (aikuisiän) diabeteksen määrä on taasen kasvanut. Suomessa amputaatioiden esiintyvyys on noin 28 amputoitua 100 000 asukasta kohden (Kruus- Niemelä - Pohjolainen - Alaranta 2008; Pohjolainen 2008:5.) Väestön ikääntyessä ja kehittyneiden hoitojen ansiosta elinmahdollisuuksien lisääntyessä apuvälinepalveluiden tarve taasen lisääntyy. Vanhusten kotona asumisen tukeminen myös apuvälineiden avulla tulee lisääntymään. (Pohjolainen 2008:5-16.) Täten on tärkeää selvittää alaraaja-amputoitujen omakohtaisia näkemyksiä apuvälineen käytöstä sekä kuntoutuksesta mukaan lukien apuvälineprosessi.

Alaraajan menettäminen on elämää muuttava kokemus ja vaatii suuria elämän muutoksia. Lukuun ottamatta raajan menetys niin muillakin elämän osa-alueilla amputaatio vaikuttaa, paitsi liikkumiseen myös kuntoutujan itsetuntoon ja toimintakykyyn sekä sosiaaliseen ja vapaa-ajan toimintaa, työllisyysmahdollisuuteen ja itsenäisyyteen Täten ei ole yllättävää, että alaraaja-amputoidulle saattaa tulla masennus ja ahdistus oireita. (Singh - Hunter - Philip 2007; Coutere – Desrosiers - Caron 2010.)

Runsaan kymmenen vuoden aikana alaraaja-amputaatio kuntoutujan hoito- ja kuntouuskäytännöt ovat muuttunut, johon ovat vaikuttaneet ammattihenkilöstön koulutus, leikkaustekniikoiden ja –välineiden sekä proteesi- ja apuvälineteknologian kehittyminen (Kruus- Niemelä 2008). Tuloksellinen kuntoutus edellyttääkin kiinteää yhteistyötä ja verkostoitumista leikkaavan yksikön, sekä proteesin valmistavien palveluntuottajien ja perusterveydenhuollon kanssa. Kyseessä on pieni ja erityisosaamista vaativa kuntoutusryhmä, hyvin ajoitetun ja toteutetun kuntoutusintervention avulla voidaan vahvistaa itsenäistä toimintakykyä ja mahdollistaa nopea kotiutuminen (Määttänen – Lepäntalo - Hurri – Soininen – Pohjolainen 2006:281-285). Kuntoutujan omatoimisuuteen ja kykyyn palata kotiin vaikuttavat monet tekijät ja kuntoutuksen on oltava monipuolista tuottaakseen amputoiduille hyvän tuloksen (Kruus-Niemelä ym. 2008).

Proteesin hankinta on erittäin vaativa ja pitkä hoitopolku, jossa alaraaja- amputoidun oma motivaatio ja sitoutuminen ovat erittäin tärkeässä roolissa. (Kruus- Niemelä ym. 2008: 538; Philips n.d.)

2 Diabetes ja amputaatio

Diabetes on yksi merkittävimmistä kansantaudeistamme, koko ajan kasvava terveysongelma. Vuonna 2008 yli puoli miljoonaa suomalaista sairasti diabetesta (Riikola - Ebeling 2009.) Diabetes vaikuttaa sairastuneiden elämänlaatuun, aiheuttaa lisäsairauksia ja lisää kuolleisuutta, alentaa työ- ja toimintakykyä. Diabetespotilaiden määrä kasvaa ja valtaosa potilaista erityisesti tyypin 2 diabetesta sairastavien määrä on lisääntynyt merkittävästi kaikissa ikäryhmissä, oireyhtymän piirteitä on havaittavissa jo lapsilla ja nuorilla. Väestön ikääntymisestä, ylipainoisuuden lisääntymisestä ja liikunnan vähenemisestä on vaikutusta diabeteksen esiintyväisyyteen. Diabeteksen hyvällä hoidolla, varhaiskuntoutuksella ja sopeutumisvalmennuksella voidaan lisätä työ- ja toimintakykyä, parantaa elämänlaatua ja estää lisäsairauksia. (Ilanne-Parikka – Kallioniemi 2008:144, Turku 2007:14; Niemi - Winell 2005:9).

Diabetes ja sen seuraukset aiheuttavat jalkaongelmia, jotka altistavat alaraaja-amputaatiolle. Kaikista alaraajojen amputaatioista eri tutkimusten mukaan 40-60 prosenttia tehdään diabeetikoille. Diabeetikoilla riski joutua sääri- ja reisiamputaatioon on viisinkertainen muuhun väestöön verrattuna (Niemi - Winell 2005:11,31.) Diabeetikoista 15%:lle tulee jalkahaava, ja näistä jopa joka neljäs johtaa amputaatioon (Riikola - Ebeling 2009). Alaraaja-amputaatioiden pääasiallisin syy on raajan verenkiertohäiriö, joka aiheuttaa raajaan kuolion tai ylöspäin nousevan tulehduksen. (Niemi – Winell 2005:31.) Jalkaongelmat ovat yksi hankalimmista ja kalleimmista diabeteksen lisäsairauksista (Nykänen 2012:232.)

Korkeaan verensokeritasoon liittyy verisuonimuutoksia, hermostojen toiminnan muutoksia, tulehdusriskiä ja hidastunutta haavojen parantumista (Nykänen 2012:232.) Verensokerinkohoaminen rasittaa elimistöä ja johtaa lisäsairauksien kehittymiseen. Hyvällä kokonaisvaltaisella hoidolla, jossa hallitaan verensokeri vaikutetaan lisäksi muihin riskitekijöihin. Diabetes vaikuttaa kaikkialle elimistössä. Diabeetikoiden kuntoutuksen keskeisiä haasteita ovat sydänsairaudet, aivohalvaus, näkövammaisuus, amputaatioiden jälkitilat, munuaisten vajaatoiminta ja tuki- ja liikuntaelinten ongelmat (Ilanne- Parikka – Kallioniemi 2008:144). Diabeetikolle voi neuropatian eli hermovaurion seurauksena kehittyä suojatunnon puutos ja asentovirheitä, jotka edesauttavat aluksi vähäpätöisiltä näyttävien ihovaurioiden syntyä. (Jalkahoitotiedote n.d.)

Amputaatio tarkoittaa raajan tai raajan osan tai ruumiin muun ulkoneman poistamista. Latinan kielen kantasana on amputare: leikata, lyhentää, typistää, katkaista (Solonen - Huittinen 1991:21.) Amputaation tavoitteena on poistaa elinkykynsä menettänyt raajan osa, mutta säilyttää raajaa mahdollisimman paljon. Erityisen tärkeää on polvinivelen säilyminen, lyhytkin sääriynkä on arvokas. Mitä alempi amputaatiotaso on, sitä parempi toiminnallinen tulos. Polvinivelen säästäminen on proteesikävelyn, asentotunnon, koordinaation ja energian kulutuksen kannalta ensiarvoisen tärkeää (Pohjolainen 1993:329; Kruus- Niemelä ym. 2008: 583).

Amputaatio ei ole diabetesta sairastaville riskitön toimenpide. Leikkauskuolleisuus on jopa 12 prosenttia. (Jalkahoitotiedote n.d.; Niemi – Winell 2005:11). Amputoiduilla on olemassa useita tekijöitä, jotka vaikuttavat komplikaatorisktiin, kuten ikä, amputaatio tyyppi ja yleinen terveydentila. Vakavien komplikaatioita riski on pienempi suunniteltuihin amputaatioihin kuin hätätilanteessa amputoiduilla. (Amputation – Complications 2014.)

3 Alaraaja-amputoidun kuntoutujan arjen toimintoihin vaikuttavat tekijät

Amputaatiotaso liittyy suoraan toiminta- ja liikuntakyvyn palautumiseen ja siihen vaikuttaa lisäksi amputoidun yleiskunto, ikä, raajan tila ja amputaation syy. (Pohjolainen 1993:329.; Kruus- Niemelä ym. 2008.) Alaraaja-amputoitujen lihasvoima ovat usein heikentyneet jo perussairauksista johtuen vaikuttaen heikentyneeseen tasapainoon sekä muuttuneeseen toimintakykyyn. Erityisesti lonkan loitontajalihasten voimatasolla on todettu olevan tärkeä merkitys proteesikävelyn sujumiselle. Lihasvoima on tärkeä paitsi alaraajojen liikuttamiseen, mutta myös tasapainon kannalta, joka on keskeinen tekijä kävelyn varmuuden parantamisessa (Piitulainen – Ylinen 2010:502; Raya – Gai-ley – Fiebert – Roach 2011).

Proteesikävely kuluttaa huomattavasti enemmän energiaa kuin kävely kahdella terveellä raajalla ja se myös vaatii enemmän voimaa ja kestävyyttä. Reisi- ja polvi- proteesilla kävely on fyysisesti erittäin rasittavaa ja proteesin polvinivelen hallinta vaikeaa, ja nämä tekijät voivat aiheuttaa sen, ettei reisi- ja polvi- amputoidusta vanhuksesta tule koskaan proteesilla kävelijää (Pohjolainen 1993:329.)

Proteesikävelyn energiakulutus on sitä suurempi, mitä ylempänä raajassa amputaatio sijaitsee (Piitulainen – Ylinen 2010:499-503; Solonen –Huittinen 1991:111). Erityisesti porraskävelyssä menetetyt alaraajojen lihasryhmät vaikuttavat liikkeen strategioihin amputointipotilailla Alaraajan amputoidut joutuvat selviytymään monista arjen toiminnoista, jotka ovat oleellisesti vaikeampaa kuin kävely tasamaalla (Schmalz - Siegmar, - Björn 2006.) Yhden jalan tasapaino raajassa, liittämissairaudet ja kognitiivinen heikentyminen on havaittu ennustavan toiminnallisia ongelmia.(Twillert – Stuive – Geertzen – Postema – Lettinga 2014.) Ääreisverisuonisairaudesta johtuva katkokävely aiheuttaa liikunnan aikana kouristuksia, kipua tai väsymystä jaloissa (Remes 2010; Couture - Chantal - Desrosiers 2009).

Arkipäivän selviytymisen kannalta keskeisiä ovat kuntoutujan sukupuoli, ikä, elämäntilanne, perherakenne, asumismuoto, asuinpaikka, suhde työelämään ja muihin aktiviteetteihin sekä lähiympäristö ja palvelujen saatavuus ja saavutettavuus. Nämä tekijät vaikuttavat myös kuntoutuksen ja kuntoutumisen yksilöllisiin lähtökohtiin. Toimintamahdollisuuksia tukevat ratkaisut ja kuntoutukseen suunnatut odotukset vaihtelevat elämäntilanteiden mukaan (Järvikoski – Hokkanen – Härkää 2009:288).

Ympäristötekijät, yleisempänä ilmaston vaikutus ja fyysinen ympäristö sekä proteesi määrittävät miten alaraaja-amputaatio kuntoutuja pystyy osallistumaan jokapäiväisen elämän osa-alueisiin ja suoriutumaan edelleen niistä asioista, jotka olivat tärkeitä asioita ennen amputaatiota. Useimmiten amputaatio vaikuttaa mieluisten harrasteiden luomiseen. Amputoidulle proteesi voi olla mahdollisesti monimutkaista, joihin voi vaikuttaa proteesin käytön motivaatio, proteesin mukavuus ja toimivuus, ulkonäkö, luotettavuus ja helppokäyttöisyys (Cumming – Barr - Tracey 2015; Twillert ym. 2014:915-923.) Tärkein osallistumista rajoittavista tekijöistä olivat esteettömyyden puute, proteesinmateriaali tekijät, toiminnalliset kyvyt, affektiivinen (tunteisiin vaikuttava) ja sosiaalisten rajoitteet(Couture - Chantal D - Desrosiers 2009). Epätasaisessa maastossa, nousuissa tai rappukävelyssä, toiminnalliset vaatimukset asettavat proteesin teknologialle omat vaatimukset ja amputoitu joutuu kompensoimaan alaraajan menetystä tärkeillä lihasryhmillä Jäljellä olevien lihasten merkitys kasvaa proteesikävelyssä (Schmalz - Siegmar, - Björn 2006). Ongelmat proteesikeskuksessa, pitkittynyt toipuminen leikkauksesta, tiedon puute siitä, miten osallistua ja raajan kipu ovat syitä osallistumisen puutteeseen (Couture - Chantal D - Desrosiers 2009).

Ennen amputaatiota, monet amputoidut olivat jo kokeneet muutoksia vapaa-ajan osallistumiseen verisuonisairauksien takia. Alaraaja-amputoiduilla ajanvietto perheen ja ystävien kanssa vähenee. Amputoidut käyvät vähemmän elokuvissa urheilutapahtumissa, teatterissa tai kirjastossa. Harrastuksiin osallistumisen väheneminen ja läsnäolon rajoitukset eivät automaattisesti vähennä vapaa-ajan tyytyväisyyttä (Couture - Chantal D - Desrosiers 2009).

Proteesin liikkuvuus, proteesin käyttöongelmat, apuvälineiden käyttö, aavesärky, jäljellä olevan raajan kipu, masennus, sosiaalinen tuki, sosiaalinen toiminta, osallistuminen, työsuhde ja liitännäissairaudet ovat tunnistettavia ennustajia elämänlaadussa (Twillert – Stuive – Geertzen – Postema – Lettinga 2014).

Tyngän ihoärsytys on tavallisin kuormitusta rajoittava ongelma, osalla amputoiduista esiintyy kuormitukseen liittyviä kipuoireita (Piitulainen – Ylinen 2010:501-502.) Monet amputoidut kokevat jonkin verran tynkäkipua tai aavekipua (Philips n.d.) Polvinivelen alueen amputoiduilla ilmoitettiin olevan vähemmän aavekipua, aavekipuun liittyvät muut häiriöt vaikuttavat fyysiseen toimintakykyyn (Behr - Friedly – Molton – Morgenroth – Jensen – Smith 2009.)

Raaja-amputaatio ja proteesin käyttö eivät ole täyspainoisen elämän esteitä. Kuntoutuja voi oppia uusia harrastuksia, eikä hänen tarvitse välttämättä luopua entisistä harrastuksistaan. Alaraaja-proteesia käyttävä voi harrastaa soveltavia kestävyysliikuntalajeja, joita voi olla sauvakävely, kuntosaliharjoittelu, pyöräily, voimistelu, hiihto, tennis, golf, keilailu, ratsastus, kalastus ja tanssi ja jopa juokseminen. Uinti , soutu, melonta, kalastus ja autoilu ovat sopivia harjoitusmuotoja silloin kun halutaan vähentää alaraajoihin kohdistuva kuormitusta (Piitulainen – Ylinen 2010:501-502; Malm ym. 2004:278). Amputoidut saattavat välttää uintia julkisissa altaissa, tanssimista ja auringonottoa, koska muut ihmiset näkisivät puuttuvan jalan. Passiivinen vapaa-ajan toiminta kuten television katselun ja radion kuuntelun ovat yleisimpiä toimintoja amputoidulla. Useimmilla on vähemmän kuin kaksi vapaa-ajan toimintaa.(Couture - Chantal D - Desrosiers 2009).

Sosiaalinen eristäytyminen liittyy avuttomuuden tunteeseen ja epätoivoon. Sosiaaliseen toimintaan näyttää vaikuttavan erityisesti alaraajan menetys, amputoidun itsetietoisuuteen ja ulkonäköön liittyviin uskomuksiin. Ulkonäköön liittyvät käsitykset liittyvät sekä ahdistukseen että psykososiaaliseen vaikeuteen.(Couture – Chantal - Desrosiers 2009; Atherton, - Robertson 2005). Nämä vaikuttavat amputoidun päivittäisiin askareihin

askareisiin (Zidarov - Swaine - Gauthier- Gagnon 2009.) Amputaatio aiheuttaa useita rajoituksia sosiaalisessa ja siviilisäädyn toiminnoissa, mukaan lukien seksuaalinen aktiivisuus, myös seksuaalisen tunteiden ilmaiseminen kumppanin kanssa saattaa olla rajoittunut.(Verschuren 2013).

4 Alaraja-amputoidun kuntoutusprosessi

Kuntoutus tarkoittaa kuntoutujan toimintakyvyn palautumista mahdollisimman lähelle aikaisempaa tasoaan vamman tai sairauden jälkeen, syntyneiden haittojen kompensoimista sekä mikäli mahdollista kuntoutujan auttamista palaamaan takaisin työhön (Järvikoski - Karjalainen 2008:80.) Keskeisiä tekijöitä ovat kuntoutujan valmius ja motivaatio. Tavoitteen tulee olla kuntoutujalle merkityksellinen, kuntoutujan omia valintoja ja suunnitelmia kunnioittava. Kuntoutuksen tavoitteet ja tulokset tulee olla merkityksellisiä kuntoutujan omassa elämässään ja hänen arjessaan (Hyvän kuntoutuskäytännön peruste 2010; Malm – Matero – Repo - Talvela 2004:47).

Vaikka amputaatio on pysyvää, vajaakuntoisuutta ja toimintakykyyn aiheuttava toimenpide, lääkinnällinen ja sosiaalisen kuntoutuksen kokonaisuudella on mahdollista saada maksimaalinen hyöty proteesista ja muista apuvälineistä ja saada amputoitu palamaan takaisin normaaliin elämäänsä. Apuvälineprosessi on osa amputoidun muuta kuntoutus- ja hoitoprosessia tai palvelukokonaisuutta. (Apuvälinepalveluprosessi terveydenhuollossa n.d.).

Kuntoutujan on usein kuntoutumisen aikana eri palvelujärjestelmien ja ammattialojen edustajien asiakas. Joustava yhteistyö on tärkeää, jotta kuntoutus voi toteutua johdonmukaisena kokonaisuutena ja kuntoutujan on mahdollista saavuttaa asettamansa tavoitteet. (Hyvän kuntoutuskäytännön peruste 2010.) Määttäsen tutkimusryhmän tutkimuksessa todetaan, että alaraja-amputoiduilla ei ole selkeää hoito- ja kuntoutuspolkua, niinpä kuntoutujat ohjautuvat epäyhtenäisten perustein jatkohoito- ja kuntoutuspaikkoihin tai jopa suoraan kotiin (Määttänen – Lepäntalo - Hurri - Soininen – Pohjolainen 2006:281- 286) Oikeaan aikaan luovutettu ja käyttöön sopiva apuväline lisää ihmisten itsenäistä suoriutumista, vähentää ulkopuolisen tuen tarvetta ja terveyden- ja sosiaali- huollon kustannuksia sekä parantaa ihmisten elämänlaatua (Töytäri 2001:43.)

Sairaalan ja terveyskeskuksen tai muun jatkohoitopaikan tulee järjestää jatkohoito saumattomassa yhteistyössä. Kuntoutusryhmään kannattaa ottaa apuvälineteknikko, jonka kanssa voi tehdä joustavaa yhteistyötä (Pohjolainen 1993:329). Vertaistuki on tärkeää erityisesti amputaation jälkeen ja jos mahdollista myös ennen amputaatioita. Erityisesti yksinäisyydestä kärsivät hyötyisivät toiminnoista. Kuntoutuksessa tulisi fyysisen kunnon kohentamisen lisäksi ottaa huomioon amputoidun itsensä kokema elämänlaatu sekä pyrkiä sen parantamiseen.(Remes 2010; Philips n.d.).

Amputoivan henkilön kuntoutus voidaan jakaa neljään vaiheeseen: leikkausta edeltävään, leikkausvaiheeseen, leikkauksen jälkeiseen sekä proteesin valmistukseen ja sen käytön omaksumiseen. Näistä kukin vaihe vaikuttaa toipumiseen sekä toiminta- ja liikuntakykyyn.(Kruus- Niemelä ym. 2008; Pohjolainen 1993:329). Proteesin käytön harjoittelun tavoitteena on että amputoitu oppii korvaamaan puuttuvaa raja proteesilla mahdollisimman paljon, lisäämään omatoimista selviytymistä päivittäisissä toiminnoissa; ruokailussa, pukeutumisessa, liikkumisessa, nopeutetaan työhön paluuta, tarvittaessa myös uudelleen koulutuksessa tai työtehtävien uudelleenjärjestelyissä, amputoitu oppii uusia taitoja ja palaamaan harrastuksiin. Muut apuvälineet valitaan amputoidun tarpeen mukaan ja tarvittaessa kotikäynnin perusteella, jolloin harkitaan myös kodin muutostöitä (Pohjolainen - Lempinen 2003:312-313). Amputaatiopotilaiden kuntoutus mielletään usein proteesikävelyharjoittelun ohjaukseksi, mutta se on osa kokonaisuohjelmaa, joka sisältää myös yksilöllistä kestävyys ja voimaharjoittelua(Piitulainen – Ylinen 2010:499—503; Raya – Gailey – Fiebert – Roaach 2011).

Kuntoutujan kuntoutusodotukset ja -toiveet ovat yksilöllisiä ja keskenään erilaisia silloinkin, kun heidän vammansa tai sairautensa on laadultaan ja vaikeusasteeltaan samanlaisia. Tiedon puute heikentää vammaisten ihmisten mahdollisuutta valita ja hyödyntää kuntoutuspalveluja tarkoituksenmukaisesti (Järvikoski ym. 2009: 288-291). Valitettavan usein varsinkin ikääntyneiden ihmisten aktiviteettitaso aliarvioidaan eikä heille kustanneta riittävän korkeatasoisia komponentteja ja tätä kautta toiminatakykyä tukevia ja lisääviä proteeseja jää hankkimatta (Kruus-Niemelä ym. 2008: 584.)

Proteesit valmistetaan aina yksilöllisesti käyttäjänsä tarpeiden mukaisesti. Proteesia valittaessa otetaan huomioon käyttäjän elämäntilanne, aktiivisuus, työ ja harrastukset. Proteesin komponentit ja materiaalit voidaan valita useista vaihtoehdoista, toiset on tarkoitettu vain vähäiseen toimintaan, esimerkiksi helpottamaan alaraaja-amputoidun siirtymistä pyörätuolista, kun taas toisentyypisen alaraajaproteesin vaatimuksena on

liikuntasuoritus kuten maratonin juokseminen. Proteesi voi olla myös passiivinen, jolloin sen esisijainen tarkoitus on olla kosmeettinen. Tällaisenaan proteesin merkitystä käyttäjälleen ei sovi aliarvioida. (Kruus-Niemelä ym. 2008: 584; Proteesi 2014) Alaraajaproteesit voidaan jakaa jalkaterän ja nilkan proteeseihin, sääri – ja reisiproteeseihin, lonkkaeksarticulaatio- (lonkan nivelamputaatio) ja pidennysproteeseihin.

5 Opinnäytetyön tavoitteet ja toteutus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää asiakkaan oma näkemys amputaatiosta leikkauksen jälkeisestä kuntoutus – ja apuvälineprosessista sekä arjesta selviytymisestä. Opinnäytetyön aineistokeruu toteutettiin teemahaastattelulla ja haastattelutulosten selvittämiseen käytettiin laadullista sisällönanalyysi menetelmää.

Kirjallisuushakujen avulla hankittiin tietoa alaraaja-amputoidun kuntoutuksesta ja amputaation vaikutusta fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen alueisiin sekä miten amputaatio vaikutti arjesta selviytymiseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli rajata teoreettinen viitekehys sekä teemahaastattelun teemat leikkauksen jälkeisestä vaiheista alaraaja-amputoidun kotiutumiseen sekä arjessa selviytymiseen kotiutumisen jälkeen.

Haastattelut toteutettiin Metropolia Ammattikorkeakoulun tiloissa helmikuun 2015 aikana. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Tutkimuskysymyksen avulla selvittiin alaraaja-amputoidun omakohtaisia näkemyksiä amputaation jälkeisestä kuntoutumisestaan. Haastatteluun osallistui 6 alaraaja-amputoitua, joilla viidellä oli polven alapuolelle suoritettu amputaatio ja yhdellä polven yläpuolinen amputaatio sekä yhteisenä kriteerinä diabetes.

Opinnäytetyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun Vaikuttavat tavat (VATA) – hanketta. VATA- hankkeessa kehitetään näyttöön perustuvia ja asiakaslähtöisiä hyviä käytäntöjä sosiaali- ja terveysalalla ja luodaan pysyviä paikallisia verkostoja ammattikorkeakoulujen, tutkimuslaitosten ja työelämän yhteistyönä. Metropolia ammattikorkeakoulussa kehittämisen kontekstina on apuvälineiden luovutusperusteiden tarkastelu erityisesti alaraaja-amputaation jälkeisessä kuntoutuksessa, sekä yksilölliset tukipohjalaiset diabetekseen liittyvässä hoidossa. Tarkoituksena on kehittää näyttöön perustuvia

apuvälineiden luovutusperusteita koulutuksen ja työelämänverkoston yhteisenä toimintana hyödyntäen ICF viitekehystä. Yhteistyö kumppanina oli Vantaan kaupunki.

TUTKIMUSKYSYMYS:

Millaisia näkemyksiä kuntoutujalla on omasta kuntoutumisestaan alaraaja-amputaation jälkeen?

6 Opinnäytetyön toteuttaminen

6.1 Haastatteluaineiston hankintamenetelmä

Opinnäytetyöni oli laadullinen tutkimus, jossa yleisimmät aineistokeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto, jopa piirustukset ja valokuvat. Aineistonkeruu toteutettiin teemahaastattelun avulla, jossa otetaan huomioon ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä. Teemahaastattelu on astetta strukturoidumpi kuin avoin haastattelu. (Hirsjärvi - Hurme 2000:48; Tuomi - Sarajärvi, 2009:71, Kylmä – Juvakka 2007:27).

Teemahaastattelussa edetään tiettyjen keskeisten etukäteen valittujen teemojen, tuki-listaa apuna käyttäen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa (Eskola - Suoranta 1998:87; Tuomi – Sarajärvi 2009:75). Teemahaastattelu on muodoltaan niin avoin, että siinä vastaaja pääsee halutessaan puhumaan varsin vapaamuotoisesti (Eskola - Suoranta 1998:87-88; Menetelmäopetuksen tietovaranto n.d.).

Haastattelun etu on ennen kaikkea joustavuus. Haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, selventää ilmausten sanamuotoa. Joustavassa haastattelussa on myös se, että kysymykset voidaan esittää siinä järjestyksessä kuin tutkija katsoo aiheelliseksi. Haastattelun eduksi laskettava myös, että kun haastattelu-luvasta sovitaan henkilökohtaisesti. Haastatteluun osallistuvat harvoin luvan annettu-aan kieltäytyvät haastattelusta tai kieltävät haastattelunsa käytön tutkimusaineistona. Haastattelun heikkoutena kyselyyn verrattuna ovat aika(Tuomi - Sarajärvi 2009:73- 74)

6.2 Haastatteluaineiston analyysimenetelmä

Laadullista tutkimusta analysoitaessa voidaan käyttää sisällönanalyysia. Sisällönanalyysilla tarkoitetaan kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analyysia väljänä teoreettisena kehyksenä (Tuomi – Sarajärvi 2009:91-92). Sisällönanalyysilla pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa yhdistellään käsitteitä ja näin saadaan vastaus tutkimustehtävään Tuomi - Sarajärvi 2009:108-112.) Teemahaastattelun teemat muodostavat jo sinänsä eräänlaisen aineiston jäsenyyksen, josta voi lähteä liikkeelle. Käsiteltävät teemat valitaan aiheeseen perehtymisen pohjalta (Menetelmäopetuksen tietovaranto n.d).

Haastattelun jälkeen aineisto piti analysoida. Analysointi tapahtui haastatteluiden kuuntelemisella ja litteroinnilla. Litterointi tarkoittaa, että haastattelu kirjoitetaan sanasta sanaan. Aineiston analyysia varten aineisto on muokattava tekstimuotoon, ja aineiston käsittely alkaa aineiston tekstiksi kirjoittamisella. Kahdessa tutkimuksessa oli todettu, että kokeneeltakin kirjoittajalta yhden tunnin mittaiseen haastattelun purkamiseen tekstiksi vie hyvillä välineillä aikaa kuudesta kahdeksaan tuntia (Tuomi – Sarajärvi 2009:110-112; Kylmä – Juvakka 2007:65). Haastatteluaineiston litterointiin opinnäytetyössäni kului yhden haastattelun osalta aikaa 7-9 tunti. Litteroinnin jälkeen kirjoitin haastattelut puhtaaksi, ja tähän työhön kului 8-10 tuntia per haastattelu. Kylmä ja Juvakka(2007:65-67) ovatkin tuoneet esille, että yhden haastattelun kirjoittamiseen menee helposti yksi työpäivä. Opinnäytetyöhön liittyvää haastattelu aineistoa litteroituna kertyi yhteensä 70 sivua.

Kun haastatteluaineisto oli tekstimuodossa analyysivaihe eteni kolmivaiheisena prosessina: ensimmäinen vaihe on aineiston redusointi eli pelkistäminen. Redusointivaiheessa analysoitava haastatteluaineisto oli auki kirjoitettu. Tällöin aineistosta karsittiin tutkimukselle epäolennainen pois, pelkistäminen ohjaa tutkimustehtävään, joka vastaa tutkimuskysymykseen ja tutkimustehtävän olennaisiin ilmauksiin (Tuomi – Sarajärvi 2009:110-112). Pelkistämävaiheessa luin haastattelut uudestaan läpi ja merkitsin sivujen reunaan teemoihin liittyviä avainsanoja ja yliviivasin tekstejä jotka eivät liittyneet tai vastanneet tutkimuskysymykseen.

Toisessa vaiheessa aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään. Aineistosta alkuperäisilmaukset käytiin läpi tarkasti, ja aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja/ tai eroavaisuuksia.

sia kuvaavia käsitteitä. Klusteroinnissa luodaan pohja kohteena olevan tutkimuksen perusrakenteelle sekä alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi – Sarajärvi 2009:110-112). Ryhmittelyvaiheessa kirjasin ylös kunkin haastattelun sivuun merkittäväni avainsanat yhtenäisiin kappaleisiin ja pyrin huomioimaan että kaikkien henkilöiden näkemykset tulisi kirjattua ylös ja mahdolliset eroavaisuudet myös huomioitua. Ryhmittelyosiot jaottelin leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen, apuvälineprosessiin sekä arjen toiminnoista selviytymiseen että kuntoutujien näkemyksiä miten kuntoutusta tulisi kehittää. Kirjasin muutamia kuntoutujien omakohtaisia näkemyksiään asiaan liittyen sanasta sanaan kappaleiden jälkeen.

Kolmannessa vaiheessa aineisto abstrahoidaan, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä edettiin alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisiä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin (Tuomi – Sarajärvi 2009:110-112). Abstrahoinnissa kävin läpi haastattelussa ilmennet asiat ja kirjasin johtopäätökset

6.3 Haastatteluun osallistuvat ja eettisyys

Osallistumiskriteerit haastatteluun osallistuvilla olivat että henkilö on 40-80-vuotias mies tai nainen, jolle oli tehty nilkan yläpuolinen alaraaja-amputaatio sekä diabetes. Poissulkukriteerinä oli synnyttäminen, trauman, kasvaimen tai sotavamman jälkeinen amputaatio sekä molempien alaraajojen amputaatio.

Kriteerit täyttäviä amputoituja saatiin koottua 6 henkilöä, jotka kaikki olivat miehiä, iältään he olivat 50- 75-vuotiaita. Viidellä henkilöllä on polven alapuolen amputaatio ja yhdellä polven yläpuolen amputaatio.

Tutkimuslupa haettiin Vantaan kaupungilta sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin koordinoivalta eettiseltä lautakunnalta hyväksyntä. Haastatteluaineistot jäävät VATA- hankkeen käyttöön ja haastatteluista hyödynnetään VATA- hankkeen loppuraportissa. Aineisto tuhoetaan VATA- hankkeen loppuraportin valmistutumisen jälkeen.

Haastatteluun osallistuviin henkilöihin oltiin yhteydessä kirjeitse sekä puhelimitse, he saivat tiedotteen kirjeitse sekä ennen haastattelua tiedote (liite 1.) luetutettiin sekä suostumuslomake (liite 2.) allekirjoitettiin. Tiedotteessa informoitiin tutkimushankkeesta sekä hankkeen sisällöstä. Haastateltavat osallistuivat haastatteluun vapaaehtoisesti.

6.4 Haastattelun toteutus

Haastattelu toteutettiin Metropolia Ammattikorkeakoulun tiloissa helmikuussa 2015. Haastateltavat informoitiin haastattelun kulusta, yhden henkilön haastatteluun varattiin 1 tuntia aikaa.

Haastattelun aineistokeruussa teemoiksi valittiin aiheeksi alaraaja-amputoitujen oma-kohtaisia näkemyksiä apuvälineen käytöstä sekä kuntoutusprosessista. Miten ja millaisia palveluita tulisi kehittää kuntoutumisen edistämiseksi sekä oliko alaraaja-amputoitu kokenut kuntoutumisen suhteen kehitettävää. (Liite 3.)

Aineiston analyysia varten käytössä oli nauhuri, jotta kaikki olennainen pystyttiin hyödyntämään aineiston keruussa sekä litteroinnissa. Kaikki aineisto kerättiin ja tallennettiin ilman tunnistetietoja nimettömänä. Jos haastattelun yhteydessä ilmeni haastateltavan nimi tai syntymäaika, litterointi vaiheessa ne jätettiin kirjaamatta. Haastattelut numeroitiin toteutus järjestyksen mukaisesti: haastattelu 1, haastattelu 2 jne.

7 Haastatteluaineiston tulokset

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata alaraaja-amputoitujen kuntoutujien näkemyksiä amputaation jälkeisestä kuntoutuksesta. Kuntoutujien haastatteluista nousi esiin, että he olivat tyytyväisiä elämäänsä ja arkeensa amputaatiosta huolimatta. Amputoiduille suunnatut apuvälineet ja erityisesti proteesiin liittyvät asiat he kokivat onnistuneeksi palveluiksi. Proteesin istuvuudella ja toimivuudella oli henkilöiden kertomana suuri vaikutus joko edistäen tai rajoittavan arjen toimintoja.

7.1 Alaraaja- amputoidun näkemys kuntoutuksesta leikkauksen jälkeen

Viisi henkilöä oli leikkauksen jälkeen kuntoutusjaksolla kuntoutussairaalassa. Yksi henkilö kotiutui leikkauksen jälkeen suoraan kotiin. Kuntoutussairaalassa kuntoutuminen alkoi fysioterapeutin ohjauksella. Harjoittelut tapahtuivat osastolla omassa huoneessa, kuntosalilla tai jumppasalissa. Harjoittelu oli neljällä henkilöllä säännöllistä ja intensiivistä. Neljällä henkilöllä koki toiminnan kuntoutussairaalassa olevan hyvää.

Tärkeä asia oli fysioterapeuttien läsnäolo harjoittelujen aikana, tällöin fysioterapeutti pystyi neuvomaan ja seuraamaan vierestä. Yhdellä henkilöllä kuntosaliharjoittelu tapahtui muiden kuntoutujien kanssa samanaikaisesti. Hänelle laitteisiin jonottaminen ei ollut mieluinen kokemus. Yhdellä henkilöllä kuntoutussairaalassa fysioterapiaa oli ajoittain vain kerran viikossa, jonka hän koki vähäiseksi määräksi. Yksi henkilö koki kotiutumiskriteerit liian helpoiksi, yhden jalan seisominen ja tuolilta ylösnousu ajallisella mitauksella. Haavan parantuminen oli tärkeä vaihe aktiivisen kuntoutuksen alkamiselle, tällöin alkoi aktiivinen proteesilla liikkumisen harjoitteluvaihe. Kuntoutussairaalasta kotiutuminen vaihteli kolmesta (3) kuukaudesta seitsemään (7) kuukauteen, johon vaikutti haavan parantuminen.

” Fysioterapeutti opetti mua kävelemään rappusia ylös, rappusia alas, niin se vaan taito kehittyi”

” Mä opettelin sauvoilla kävelemään ilman jalkoja. Se oli tärkein vaihe oikeastaan, sit, tota jalkaa trenattiin”

” Ruvettiin sovittamaan proteesia, siitä sitten sen kanssa nojapuilla kävelemistä”

” Palvelu oli niin hienoa”. ”Mä annan täyden kympin kuntoutussysteemille”

Kolmella henkilöllä oli ollut kuntoutussairaalan jälkeen jatkoterapiaa terveysaseman fysioterapiassa. Yksi henkilö oli tyytyväinen kuntosaliharjoittelujaksoon terveysasemalla, myöhemmin hän olisi kaivannut uutta kuntosalijaksoa terveysasemalle. Hän ei halua mennä yleisiin kuntosaleille, koska hän koki että muut henkilöt katsovat. Yksi henkilö kävi terveysaseman kuntosalilla kahden kuukauden ajan, mutta koki että omaehtoisella päivittäisellä kävelyllä hän kuntoutui paremmin, joten hän lopetti kuntosalilla käynnit. Kuntoutussairaalan jälkeen yksi henkilö oli saanut lähetteen terveysasemalle, mutta jatkokuntoutus ei ollut toteutunut yhteydenotosta huolimatta. Yksi henkilö kävi terveysaseman kuntosalilla, ohjauskerran jälkeen harjoittelu oli ollut omaehtoista, hän olisi kaivannut terapeutin läsnäoloa. Yhdellä henkilöllä terveysaseman fysioterapiapalveluita oli saatavilla tarvittaessa hoitavan lääkärin läheteellä, terapiat eivät välttämättä olleet kohdentuneet alaraajojen kuntouttamiseen. Kahdella henkilöllä ei ollut lainkaan kuntoutusta kotiutumisen jälkeen sekä seurantaa oli jäänyt puuttumaan kuntoutustoiminnassa. Kotiutumisen jälkeen yhdellä henkilöllä ainoa yhteistyötaho oli proteesimestari.

Kotiutumisen jälkeen kolmen henkilön näkemys oli että omalla kävelyllä kuntoutuu ehkä paremmin kuin kuntosaliharjoittelulla. Yhden henkilön kohdalla hän ei kokenut kuntosaliharjoittelua mielekkääksi, kaksi henkilöä puolestaan kokivat kuntosaliharjoittelun

hyödyttömäksi joko ohjaajan puutteen vuoksi tai oli saavuttaneet riittävän toimintakyvyn kuntoutussairaalassa selviytyäkseen arjessa. Kolme henkilöä eivät kokeneet jatkokuntoutuksen puuttumisen tai vähyyden vaikuttavan arjessa selviytymiseen. Viidellä henkilöllä ei ollut tarvetta tai tietoa vaatia jatkokuntoutusta kotiutumisen jälkeen. yksi henkilö kävi kerran viikossa säännöllisesti jumpassa kotiutumisen jälkeen.

” Mä kävelin aamulenkin mielummin kuin lähin sinne”.

” Niin jää melkein yksin”. ” Ei enää valvottua”. ”Se on ollut omaehtoista”.

” Ettei oikeastaan osannut kaivata kuntoutusta”.

” En mä osaa sanoa, että mie olisin jäänyt jostain paitsi

Tasaisessa maastossa kävely oli viidellä henkilöllä helppoa. Amputaatio ja protetisointi olivat rajoittaneet kävelyä siten, että kävelymatkat olivat jääneet lyhyemmiksi kaikilla henkilöllä. Kahdella henkilöillä ei ollut käytössä liikkumisen apuvälineitä edes ulkona liikkuessaan. Maaston epätasaisuus, iljanteisuus, liukkaus, pakkaslumi ja metsässä liikkuminen oli niin vaikeita tai pelottavia, että jopa kepin kanssa liikkuminen koettiin rajoittavaksi tekijäksi. Yksi henkilö oli oppinut itsenäisesti nousemaan lattialta ylös. Kaatumisen pelko oli neljällä henkilöillä ja suurin pelon aihe oli ettei lattialta tai maasta pääse ylös.

” Enkä mä voi kaatuu tohon maahan, enhän mä pääse ylös sieltä”,

” Mä kaadun niin, enhän mä pääse ylös!”. ” Jos sitä kaatuu, kolhii kunnolla itensä!”

” Kyl tääkin väsy tää tynkä, kun sä oot aikas ollut sen päällä. Etten mä pysty kyykistymään, mä en pääse ylös sieltä enää, jos mä meen polvilleni, ei onnistu sekään”,

7.2 Alaraaja-amputoitujen näkemys apuväline prosessista

Neljä henkilöä oli saanut muutostöitä kotiinsa. Muutostöiden kohteina olivat vessan laajennustyö, vessan oven levennys, vessaan ja suihkuseinään tukikahvoja, kynnyksiin pieniä listoja sekä parvekkeelle tai pihalle luiska tai korotusralli, ulko-oveen sähköinen ovenavausmekanismi. Kolmella henkilöillä käytössä säännöllisesti suihkutuoli. Yhdelle henkilölle oli hankittu suihkutuoli, mutta suihkutuoli oli käyttämätön tilan ahtauden takia. Yhdellä henkilöillä käytössä sängynjalkojen korotukset, yhdellä hankittu nousutuki sängystä nousemisen helpottamiseksi. Yksi henkilö oli palauttanut kaikki apuvälineet ta-

kaisin. Kaikki henkilöt olivat kokeneet apuvälineiden saatavuuden helpoksi ja toimivaksi. Vammaispalvelun kautta yhdellä henkilöllä oli mahdollisuus saada edelleen tarvittaessa kodin muutostöitä. Kahdella henkilöllä oli autossa automaattivaihteistosta. Yksi henkilö oli saanut autoonsa muutostyönä käsikäyttöisen jarru ja kaasuhallintalaitteen, tämä mahdollisti ajamisen jos tulevaisuudessa molemmissa alaraajoissa amputaatio.

”Kyllä mä oon aina helposti saanut ne, sehän on terveysasemalla, se apuvälinevarasto”

” Et sieltä aika hyvin saa”. ” Mä oon saanut kaikki, mitä mä oon halunnut”

” Kaikkea muutakin ehdottaneet mulle, jotka on koituneet siunaukseksi tähän”

” Tää elää koko ajan”

” Samalla kun toimintakyky heikkenee, niin voidaan lisätä näitä palveluita.!”

” Eli vammaispalvelu on minusta ihan kiitettävästi hoitanut nää asiansa, asiat mun suhteen”

Neljällä henkilöllä oli käytössä päivittäin sääriproteesi, yhdellä henkilöllä oli reisiproteesi. Viidellä henkilöllä kuntoutussairaalassa käynnistyi proteesin hankintaprosessi, yhdellä henkilöllä kotiutumisen jälkeen. Kaikilla henkilöillä proteesiprosessi sujui erittäin hyvin kolmen henkilön tarpeisiin ja toiveisiin proteesimestari oli perusteluiden avulla saanut tehtyä henkilön toiveiden mukaisen proteesin tai muutostyöt. Kaikilla henkilöillä proteesipajalla tarkastettiin kävelyn sujuminen, alaraajojen pituusero muutostöiden yhteydessä. Proteesipajalle sai helposti yhteyttä sekä tarvittavat muutostyöt hoituivat jopa saman päivän aikana. Jokaisella oli henkilökohtainen proteesimestari, jonka kanssa asiat hoituivat helposti. Yhdellä henkilöllä proteesimestarin vaihtui, hänen kokemansa palvelu ei ollut niin hyvää kuin aikaisemman proteesimestarin kanssa. Yksi henkilö olisi kaivannut proteesimestarin ja lääkärin välistä yhteistyötä. Yhdellä henkilöllä toimivan proteesin ja erityisesti niveltynyt nilkkaosa helpotti arkea, siten että kykeni kävelemään ilman apuvälineitä. Yhdellä henkilöllä toimiva, pehmeä proteesi ja polvinivelen liikkuvuus palautti kävelykyvyn.

”Toimivan nilkan, sain saman tien laittaa sauvat nurkkaan, ei tarvinnut käyttää”

” Mä haluan sellasen jalan, että mä pystyn ajaa autoa ja liikkumaan!”

” Täähän tynkähän se elää, et sitä joutuu entraamaan, sitä välillä supistetaan ja välillä suurennetaan tota proteesia”.

” Ne sovitteli, katteli sitä sopivaa mulle, teki sen henkilökohtaisten mittojen mukaan”.

” Proteesipaja toimii tosi tehokkaasti”- ”Mä oon ollut tyytyväinen proteesipalveluihin”.

Neljällä henkilöllä oli käyttöproteesi ja sauna/ kylpyproteesi erikseen. Yhdellä henkilöllä ei ollut käytössä kylpyproteesia, hänen kanssaan ei oltu keskusteltu kylpyproteesista. Kaikki henkilöt olivat saaneet tarvittavat muutostyöt proteesiin tarpeiden mukaisesti. Hyvät kengät nousivat tärkeään rooliin amputoidun arjessa, tällä pyritään estämään jäljellä olevan jalan ihorikot ja kuormitukset. Yhdelle henkilölle kengän ja tukipohjallisen tärkeyttä korostui, hänelle lääkäri oli jo sanonut mahdollisen uuden amputaation mahdollisuudesta.

7.3 Arjen näkemyksiä alaraaja-amputoiduilla

Neljä henkilöä asui hissillisessä talossa, jossa liikkuminen ei tuottanut ongelmaa. Yksi henkilö asui kaksikerroksisessa rivitalossa, ja yksi henkilö asuu kaksikerroksisessa omakotitalossa. Portaissa kulkeminen ei onnistu yhdellä henkilöllä pyörätuolin käytön takia. Yhden henkilön näkemyksenä rajoittava tekijöitä tulevaisuudessa voimavarojen vähentyessä saattaa olla portaissa liikkuminen. Yksi henkilö liikkui kyynärsauvoilla ulkona ollessaan.

Viidellä henkilöillä arki sujui hyvin, olivat sopeutuneet ja tottuneet amputaatioon ja proteesin käyttöön. Viidellä henkilöllä proteesin käyttö ei estänyt arkiaskareita. Neljä henkilöä kykeni toimimaan kuten ennen amputaatiota. Kolme henkilöä suoritti aamutoimet pyörätuolista käsin, aamutoimien jälkeen he laittoivat proteesin tynkään kauppa-, kerhotoiminta tai asiointeja varten tai kun ei ylettynyt tekemään kotiaskareita istumakorkeudelta. Yhdellä henkilöllä proteesilla päivittäisistä toiminnoista selviytyminen oli vaikeaa, proteesin istuvuuden takia.

” Se on kuin tanssia vaan”, ”mun arki sujuu oikein hyvin” ” Sata prosenttisesti”, mä olen tyytyväinen elämäni ja kaikin puolin”. ” Arki sujuu tällä hetkellä hyvin”

” Että ei se oo hirveästi muuttanut mun arkea sittenkään”

” Ei mulla oo valittamista, autolla mä pystyn ajaa, nauttii elämästäni”

” Mut kyllä mä muuten ihan hyvin pärjään”. ” Sehän sujuu minkä se sujuu”

Kaikki henkilöt suoritti aamutoimet itsenäisesti. Neljä henkilö selviytyi päivittäistä toiminnoista itsenäisesti. Peseytymistilanteissa oli käytössä suihkutuoli, joka helpotti tynkän pesemistä. Yksi henkilö asui palvelutalossa, jossa hänen peseytyminen toteutui kerran viikossa avustajien avustamana. Yhdellä henkilöllä oli vaikeutta sängystä ylösnousussa ja muissakin päivittäisissä toiminnoissa, hän kykeni suoriutumaan pienistä

siivouksista, ruuanlaitosta ja astioiden tiskaamisesta. Yksi henkilö koki amputaation haittaavan arkitoimintoja verraten kaksijalkaisuutta verraten. Yhdellä henkilöllä amputaation jälkeen arjen toiminta oli hankalaa ja hidastanut elämää ja liikkumista.

” Mä oon kehittänyt oman systeemin, millä mä pärjään!”.

”Et on kehittyneet sellanen taito! ”.

” En mä pidä mitään suurena ongelman tätä”

Aamutoimien jälkeen viisi henkilöä luki lehtiä ja katsoi televisiota ennen asiointimatkoja. Televisio katselua kuului myös iltaohjelmaan. Kolme henkilöä teki päivittäiset toiminnot kaksijalkaisena. Yksi henkilö teki siivous ja ruuanlaitto askareet pyörätuolissa istuessa. Kaksi henkilöä käytti ulkopuolista apua muun muassa siivouksessa tai auton huoltotehtävissä. Yhden henkilön vaimo teki kaikki kotityöt mukaan lukien kauppakassien kantamisen, amputoitu tarvitsi kyynärsauvat tasapainon turvaamiseksi liikkua ulkona. Neljä henkilöä hoiti itsenäisesti asiointi- ja kauppakäynnit. Yksi henkilö teki raskaita puutarha- ja kotitöitä vaimon avuksi. Yksi henkilö kävi kerran viikossa perheen kanssa kaupassa.

Amputaation jälkeen yksi henkilö oli joutunut luopumaan lintuharrastuksesta, samoin partiolaisten retkistä maaston takia. Yhdellä henkilöllä koiran ulkoilutus oli vaikeata, puoliso hoiti tämän tehtävän. Amputaation takia oli jäänyt neljällä henkilöllä metsässä liikkuminen, pyöräily ja uinti. Kahden henkilön päivittäisiin toimintoihin liittyi säännöllinen käveleminen, yksi henkilö kykeni kävelemään yhtäjaksoisesti kilometrin. Yksi käveli noin 6 kertaa kuukaudessa noin 200- 300 metrin matkan. Kahdelle henkilölle käveleminen liittyi asiointimatkoihin.

” Vuoden ajat ratkaisee tosi paljon kävelymatkoihin, talvella kovat kivut”,

” Kesällä yhteen menoon kolme kilometriä pystyy kävelemään, talvella noin puoli kilometriä”

” En mä yhdellä koivella, en mä osannut lähteä”

Neljällä henkilöllä oli päivittäin oma auto käytössä. Kahdella ajamista helpottava toiminta oli automaattivaihteinen auto. Yksi henkilö ei aja omalla autolla Helsinkiin, koska pysäköintipaikkoja ei välttämättä löydä tai joutui kävelemään pitkän matkan teatteriin tai näyttelyyn. Yhdellä henkilöllä amputaation jälkeen yksin autolla ajo ei onnistu, koska pyörätuolin siirrot autoon ei onnistu itsenäisesti. Tämä esti yksin osallistumisen tapah-

tumiin. Ulkomaanmatkailuun yksi henkilö koki amputaation jälkeen rajoittavaksi tekijäksi, koska ei voi olla varma saako sellaisen hotellihuoneen jossa on suihkumahdollisuus, suihkutuoli.

Tyngän iho ja ihorikot jäljellä olevassa jalassa aiheutti viidelle henkilölle rajoittavan tekijän. Kolmella henkilöllä oli ollut ihorikko, jonka parantumiset olivat kestäneet useita kuukausia. Yhdellä henkilöllä esiintyi kipua pitkään seisomisen seurauksena, tynkään turvotusta ja puutumista. Yhdellä henkilöllä isot mäet aiheuttivat kipua, kun vasemmassa jalassa lisäksi katkokävely- ongelmaa. Yhdellä henkilöllä jalat olivat erimittaiset seurauksena vasempaan lonkkaan kipua.

” Täytyy varoa jos tekee jotain ”

” Kävely on välillä niin tuskallista ”

Raajan menetyksen viisi henkilöt olivat hyväksyneet, eivät kokeneet raajan menetystä raskaaksi toimenpiteeksi ja toiveina oli että toimenpide olisi ainutkertainen tapahtuma, vaikka kaikilla oli tiedossa diabeteksen aiheuttamat lisäongelmat ja erityisesti iho-ongelmat. Yksi henkilö koki että uusi leikkaus rajoittaisi hänen elämää entisestään. Yhdellä henkilöllä sopeutuminen raajan puuttumiseen harmitti, johon vaikutti proteesin toimivuus ja proteesin paikallaan pysyminen.

” Se on katkaistu, mikä on katkaistu ”

” Tää nyt vietiin, niin viettiin ”

” Sille ei voi mitään, turha sitä on rupee murehtimaan ja itkemään, ei se kumminkaan tuu takaisin ”

” Et nyt menee nilkka tai jalka, niin ei se mua säikäyttänyt ”

” Mä elän näillä palikoilla ja pitää vaan toivoo että ei tuu mitään uudestaan mitään tällamoisia ”

Viisi henkilö käytti proteesia koko päivän iltaan saakka. Proteesi ei vaikuttanut normaalin päivän kulkuun. Yksi henkilö käytti kylpyproteesia kotiooloissa. Kesällä liikkuminen oli viidellä henkilöllä aktiivisempaa ja muutoinkin kesällä osallistuminen erilaisiin tapahtumiin aktiivisempaa. Yhdellä henkilöllä kulttuuritapahtumat olivat säännöllinen vapaa-ajan aktiviteetti, yhdellä taasen karavaanari –harrastus. Viidellä henkilöllä oli edelleen vapaa-ajan harrasteita, joita oli harrastanut ennen amputaatiota. Harrastuksena oli lukeminen, kirjoittaminen, järjestötoiminta, vaalityöskentely, lehtien luku, tanssi ja käve-

leminen, kielten opiskelua ja autoilu. Yhdellä henkilöllä vapaa-ajan vietto kului kesällä ulkona istuen puistossa, katsellen luontoa ja ihailien hiljaisuutta.

” Tää elämä tyydyttää ja ne asiat mitä me teemme tai ikinä teen, niin ei mulla ole mitään muutostarvetta ”

Viidelle henkilölle tulevaisuus ei pelota ja mahdollinen uusinta leikkaus ei vaikuta heidän arjen valintoihin. Kahdella henkilöllä käytössä erityiskengät ja pohjallinen, millä pyrittiin estämään terveen jalan kuormitusta ja ihorikon syntymistä. Yksi henkilö mietti tulevaisuuden liikkumiskyvyn mahdollisuutta, mutta tämänhetkiseen tilanteeseen oli tyytyväinen. Yhdellä henkilöllä toiveena oli liikkumisen suhteen että saisi toimivan proteesin jotta liikkuminen mahdollistuisi yhden kävelykepin turvin.

” Mut miks tulevaisuutta miettii, ellettään tätä päivää! ”

” Mä oonkin sanonut etten rupee miettii semmosii, et mikä tulee, se tulee, sille ei vaan voi mitään. Se täytyy sit taas kattoo suunta uudestaan asiana. Tilanteen mukaan!”.

”Tulevaisuus näyttää siltä mitä se tuo tullessaan. Kai sitä jossain vaiheessa joutuu sänkytilaaks. Täytyy nyt mennä näillä eväillä, niin pitkään kun pääsee!”

”Tulevaisuudessa miten jaksaa liikkua sitten siellä kotona, mut ei pidä murehtia liian aikaisin!”

7.4 Kuntoutujien näkemyksiä miten kuntoutusta tulisi kehittää

Neljä henkilöä ei osannut sanoa mitään kehitettävää toimintaa alaraaja-amputaation jälkeiseen vaiheeseen. Yksi henkilö antoi ehdotuksen kehitettävään toimintaan, ehdotuksena oli että kerran viikossa olisi hyvä järjestää sekä kuntoutustoimintaa että tukihenkilötoimintaa. Yksilö- että ryhmäterapia oli mieluinen vaihtoehto yhdelle henkilölle. Yksi henkilö koki että yksilöterapia olisi parempi vaihtoehto kuin ryhmäterapia. Kahdelle henkilölle liikkumiseen ja proteesin toimivuuden kannalta olisi tärkeä kehittää toimintaa siten, että kävelykykyä voidaan kontrolloida. Yhdelle henkilölle kodin ulkopuoliset palvelut oli kompastuskivi, invataksien takia. Yksi henkilö koki palveluiden kehittämisen esteenä olevan kustannuskysymykset, joko materiaalikustannukset tai taloudellinen tilanne yhteiskunnallisesti.

” Se olis yksilö parempi, koska ei siinä ryhmässä kumminkaan, ei siinä yksilöä keritä paneutumaan ”

Viisi henkilöä eivät kaivanneet henkilökohtaisesta muutosta arkeensa. Viidellä henkilöllä oli riittävästi omia vapaa-ajan toimintaa eivätkä kokeneet tarvitsevan muutosta nykyiseen arkeensa. Yksi haastateltava oli mukana tukihenkilötoiminnasta ja hän oli ainoa joka koki vertaistuen merkityksen tärkeäksi. Hän ei kuitenkaan henkilökohtaisesti amputaation jälkeen vertaistukea kaivannut. Neljälle henkilölle ei ollut tarvetta amputaation jälkeen eikä tällä hetkellä vertaistukitoimintaan. Neljällä henkilöllä oli tiedossa henkilöitä joille vertaistuki ja kuntoutustoimintaa olisi ihan hyvä asia. Neljä henkilöä ei ollut kotiutumisen jälkeen kohdannut muita alaraaja-amputoituja.

En mä tiedä, tähän on nyt tottunut tämmöseen, et ei sitä osaa kaipaakaan mitään semmoista”

” Ei mulle tuunut mieleen mitään, mitä vois olla semmoista. Varmasti jotkut haluaisikin sitä tolla lailla, mut mä kyllä luotan viranomaistahoon.

” Se vertaistuki mä en aina oikein. Et en mä siihen kyllä mitään tarvii”

” Kyl mä tähän ikään oppinut tekemään ilman ohjausta ”

8 Johtopäätökset

Alaraaja-amputoiduilla amputaation jälkeinen arki ja heidän näkemys elämänlaatuun olivat pääsääntöisesti erinomaisia, viisi henkilöä oli pystynyt jatkamaan elämää kuten ennen amputaatiota. Yhdellä henkilöllä jolle oli polven yläpuolelinen amputaatio, hänen arki oli muuttunut kaikista eniten amputaation jälkeen. Hän joutui tekemään kotiaskareita pyörätuolista käsin, liikuntakyky rajoittunut proteesin istuvuuden takia. Yhden henkilön kohdalla tukipalvelut vaativat muuton palvelutaloon. Useimmilla harrasteet olivat säilyneet amputaatiosta huolimatta, osalla avun tarve oli hieman lisääntynyt muttei kovin radikaalisesti.

Henkilöt kertoivat jäljellä olevan raajan ja tyngän lihasten väsyvän, puutuvan ja kipeytyvän pitkäkestoisesta seisomisen ja kävelyn aikana. Vuoden ajoilla ja proteesin toimivuudella on suuri merkitys arjen toimintoihin sekä osallistumiseen kodin ulkopuolisiin toimintoihin. Tyngän ja jäljellä olevan alaraajan ihorikot vaikuttivat myös arjen toimintoihin.

Viidellä henkilöllä oli kokemuksia kuntoutussairaalan toiminnasta, josta neljä kertoi toiminnan ja palvelun olevan hyviä, tai jopa erinomaista. Yksi henkilö koki muiden kuntoutussairaalan potilaiden olevan liian heikkokuntoisia tai diagnoosit samalla osastolla oloon olivat hänelle raskas kokemus. Kotiutumisen jälkeen jatkokuntoutusta terveysasemalla oli kolmella henkilöllä, joista yksi henkilö lopetti käynnit kahden kuukauden jälkeen, yksi henkilö olisi toivonut kuntosaliharjoittelun jatkoa ja yksi henkilö olisi toivonut ohjaajan aktiivisempaa osallistumista kuntosaliharjoittelun yhteydessä. Yksi henkilö kotiutui suoraan sairaalasta kotiin, hänellä ei ollut amputaatioon jälkeistä kuntoutusta, kyynärsauvakävelyn aiheuttamien hartiaongelmiin hän sai fysioterapiaa terveysasemalla. Yhden henkilön kohdalla hänen toiveena olisi ollut saada kuntoutusta myös kotiutumisen jälkeen.

Henkilöt olivat erittäin tyytyväisiä kaikkeen saamaansa apuvälinepalveluun, johon sisältyi kodinmuutostyöt ja liikkumisen apuvälineet. Henkilöiden kertomana he eivät kokeneet tarvitsevansa arkeensa tukea tai tämänhetkinen tilanne huomioiden tukipalveluavustusta.

Kaikilla henkilöillä oli henkilökohtainen proteesimestari, mikä helpotti mahdollisia proteesimuutostöitä. Proteesiin liittyvät asiat hoituivat vaivattomasti puhelinkontaktin avulla. Tapaamiset hoituivat amputoidun kotona tai proteesipajalla nopealla aikataululla yhteydenottopäivänä tai parin päivän sisällä. Toimiva proteesi on sekä tutkitun tiedon sekä haastattelun tuoman tiedon mukaan tärkeä tekijä, joka vaikuttaa henkilön fyysiseen, psyykkiseen sekä sosiaaliseen elämään.

Jatkokuntoutusta henkilöt eivät katsoneet kaipaavansa kotiutumisen jälkeen tai heillä ei ollut tietoa mitä palveluita olisi tarjolla. Parasta kuntotuttavaa toimintaa viiden henkilön näkemyksestä oli omaehtoinen käveleminen. Yhden henkilön kertomana yhdistetty kuntoutus ja tukipalvelu olisi toimiva kehittämissuositus alaraaja-amputoiduille.

9 Pohdinta

Haastatteluun osallistuvien alaraaja-amputoitujen positiivinen asenne elämää ja elämän myönteisyys amputaatioon jälkeisessä arjessa oli yllättävä kokemus. Tutkittuun tietoon pohjautuen odotin henkilöiden näkemyksiä amputaation vaikutuksia psyykki-

seen ja sosiaaliseen tilanteisiin, mutta kukaan amputoiduista ei ilmaissut missään vaiheessa, että heillä olisi ilmennyt psyykkisiä oireita tai sosiaalisiin kanssakäymisiin vaikutuksia amputaation jälkeen. Haastatteluun osallistuvien kriteerinä oli myös kyky kävellä 10 metrin matka, joka saattoi olla syy että henkilöiden toimintakyky oli parempi mitä tutkitun tiedon pohjalta oli odotettavissa. Yksi henkilö osallistui vain haastatteluun ja hänen kohdallaan liikuntakyky oli rajoittunut, niin ettei hän halunnut osallistua liikelaboratorio mittauksiin. Hän oli ainoa henkilö jolla oli polven yläpuoleinen amputaatio.

Eryteisesti proteesien suhteen löytyy epäoikeudenmukaisuutta esimerkiksi kaikille alaraaja-amputoiduille ei myönnetä kylpyproteesia, joka kuitenkin saattaisi olla omatoimisuutta lisäävä apuväline. Viisi henkilöä kertoi tuntevansa tai tietävänsä henkilöitä, joilla apuvälinepalvelut eivät olleet toimineet yhtä hyvin kuin heillä itsellään. Apuvälinekäytäntö tulee olla kuntoutujan näkökulmasta toimintakykyä vahvistava kokemus (Töytäri 2001:12.) Apuväline mahdollistaa ihmisen toimintaa, ei korvaamaan puutteita. Apuvälineet voivat vähentää muiden palvelujen ja tukitoimien tarvetta, aikaansaada taloudellisia säästöjä, helpottaa avustavien henkilöiden työtä ja aikaansaada taloudellisia säästöjä (Pohjolainen 2008:5-6).

Haastattelu tilanteeseen osallistui myös toimintaterapeuttiopiskelija. Hän suoritti omaan opinnäytetyöhönsä MOHOST- seulonta-arviointia varten tarvittavaan haastattelu osuuden samanaikaisesti. Kysymyksen asetelut kulkivat melko lähekkäin oman opinnäytetyön tutkimuskysymystä. Toimintaterapeuttiopiskelijan tutkimuskysymykset painottuivat vahvasti arjessa pärjäämiseen, kun taas minun asettamat tutkimuskysymyksillä pyrittiin selvittämään kokonaiskuvaa kuntoutumisesta sekä apuvälinepalveluista. Kahden haastattelijan samanaikainen haastattelu tuotti haastetta käydä läpi oman aineiston keruuta. Päällekkäin puhuminen ja mahdollisuus antaa toisen opiskelijan haastatella henkilöitä omaa tutkimusta ajatellen asetti haastattelulle oman haasteen. Toisen opiskelijan esittämät tarketavat kysymykset taas osaltaan antoivat kokonaiskäsitystä amputoidun henkilön arjen toiminnoista. Haastatteluajasta tuli pitää kiinni, koska henkilöt osallistuivat liikelaboratorioon kävelymittauksiin saman päivän aikana.

Eettisen lautakunnan rooli vaikutti aineistonkeruun toteuttamiseen, joka aiheutti aineistokeruupäivien siirtymisiä. Tämä puolestaan vaikutti haastatteluaineiston läpikäyntiin kiireisellä aikataululla, litterointi oli ensikertalaiselle aikamoinen urakka, koska työn tekeminen on hidasta ja aikaa vievää. Haastatteluaineistoa joutui kuuntelemaan useita, jotta tutkimuskysymyksen löytyi vastauksia. Tutkimustulosten selvittäminen vaati

myös useita kertoja aineistoon tutustumista ja ajoittain oli hankaluutta rajata oma tutkimuskysymys. Toimintaterapeutin esittämät kysymykset ja amputoitujen vastaukset olivat oman opinnäytetyön tulosten rajaamiseen haasteellista ja vaikeaa.

Teoriaan ja tutkittuun aineistoon tutustuessaan löysin tutkimuksia jossa alaraaja-amputoitujen kävelykykyyn ja matkoihin proteesin toimivuudella oli suuri vaikutus, joka todentui myös haastattelujen kautta. Tutkimuksissa myös tasamaakävely alaraaja-amputoiduilla sujui paremmin kuin epätasaisessa tai mäkisessä maastossa, mikä ilmeni myös haastattelun osallistuvien kertomana. Proteesikävelyn energiakulutus haastattelujen ja aikaisemmin tutkittujen tietojen pohjalta olivat yhtenäiset. Aikaisemmissa tutkimuksissa tuli esille myös ettei henkilöillä ollut välttämättä tietoa hakeakaan kotiutumisen jälkeen kuntoutusta.

Täten jatkotutkimuksena aiheena voisi olla selvittää useamman polven yläpuoleisen amputoidun toimintakykyä sekä kartoittaa keinoa miten tavoittaa henkilöitä, joilla leikkauksen jälkeinen toimintakyky ja kuntoutusprosessi eivät ole välttämättä onnistunut ja mitkä tekijät siihen ovat olleet vaikuttamassa.

Hankkeeseen osallistuminen oli itselleni uusi, mielenkiintoinen ja haastava kokemus. Tutkimuksen heikkoutena oli kokemattomuus teoreettisen viitekehyksen hankintatapaan. Pohjatiedon hankinta tuottikin jo osaltaan haastetta. Aluksi hankin tietoa suomenkielisestä aineistosta, sitten projektipäällikön kannustamana aloitin englanninkielisten aineistoihin tutustumisen. Teoreettinen viitekehys eli koko projektin aikana, koska hankin tietoutta diabeteksestä, alaraaja-amputaatiosta sekä kuntoutuksesta. Aineistomäärä oli aluksi melkoinen ja jouduinkin tiivistämään tekstiä reilusti.

Haastatteluaineiston hankinta olivat mielenkiintoinen kokemus, johon vaikutti amputoitujen rentous ja aktiivinen rooli haastattelun aikana. Haastattelutilanteen alku jännityksen jälkeen koin vahvuutena, johon osaltaan vaikutti lähes 30 vuoden työkokemus.

Opinnäytetyön työstämisen ja aineistoihin tutustuessa tuntemukset ovat olleet erittäin vaihtelevia kykenemättömyydestä innostavaan tiedon hankintaan. Loppujen lopuksi tyytyväisyys opinnäytetyön tuotokseen on lisääntynyt loppua kohden. Käytännön työelämässä olleena uusien ja perusteiden hakeminen on ollut mielenkiintoista uusien oppimistapojen ja tiedon hankinnan saralla. Opinnäytetyötä yksin tekemänä aikataulusa pysyminen on haastavaa. Opinnäytteen tekemiseen on oman haasteen tuonut li-

säksi oman yrityksen sekä perhe-elämän pyörittäminen. Teoreettisen viitekehysten runko, sisällysluettelo on saanut uusia muotoja koko prosessin aikana, tiedonhankinnassa olen mielestäni kehittynyt prosessin aikana. Tämä on antanut lisää vahvuutta sukeltaa mukavuusalueen ulkopuolelle ja uusien opiskelualueiden hallintaa jatko-opintoja ajatellen.

Lähteet

Aavesäryt n.d. Heal. Verkkodokumentti < <http://ec.estiga.com/aavesäryt>> Luettu 21.1.2015

Amputation – Complications –NHS Choices, [http:// www.nhs.uk/ Condi- tions/Amputation/ Pages/Complications.aspx](http://www.nhs.uk/Conditions/Amputation/Pages/Complications.aspx). Page last reviewed: 21/07/2014. Luettu 21.1.2015

Apuvälineet,toimintakyky,THL,verkkodokumentti <<http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvalineet>.> Päivitetty 24.10.2014, luettu 2.3.2015

Apuvälineprosessi terveydenhuollossa, toimintakyky, THL, verkkodokumentti, [http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvalineet/ohjeita-apuvalinepalveluiden- toteuttamiseksi/apuvalinepalveluprosessi-terveydenhuollossa](http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvalineet/ohjeita-apuvalinepalveluiden-toteuttamiseksi/apuvalinepalveluprosessi-terveydenhuollossa), päivitetty 9.10.2014,

Atherton Rachel – Robertson Noelle. 2005. Psychological adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users. Disability and Rehabilitation, October 2006; 28(19): 1201-1209

Behr James,- Fridly Janna – Molton Ivan – Morgenroth David – Jensen Mark P. Smith Douglas G.. 2009. Pain ja pain-related interference in adults with lower-limb amputation: Comparison of knee-disarticulation, transtibial and transfemoral surgical sites. J Rehabil Res Dev.

Cumming Jane – Barr Steve - Tracey E. 2015. Prosthetic rehabilitation for older dysvascular people following a unilatera transfemoral amputation. < [http:http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005260.pub3/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005260.pub3/full). Luettu 5.3.2015

Coutere Melane – Desrosiers Johanne – Caron Chantal D. 2010. Cognitive appraisal and perceived benefits of dysvascular lower limb amputation: a longitudinal study. Canada.

Couture Melanie – Caron Chantel D. – Desrosiers Johanne. 2009. Leisure activities following a lower limb amputation. Canada.

Eskola Jari – Suoranta Juha. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena, 2000, Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö, Helsinki: Yliopistopaino

Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. 2010. Helsinki . verkkodokumentti < <http://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24581/Hyvan%20kuntoutuskaytannoa%20perusta.pdf?sequence=148>>. Luettu 21.1.2015

ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2004. Stakes

Ikonen Tuija S. 2011:127(15)1519-20. Alaraaja-amputaatioiden määrä vähenee- mutta ei riittävästi. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99704. Luettu 10.12.2014

Ilanne-Parikka Pirjo – Kallioniemi Vuokko. 2008. Diabetes ja metabolinen oireyhtymä. Teoksessa Kuntoutus. . Rissanen Paavo – Kallanranta Tapani – Suikkanen Asko. Duodecim

Jeglinsky I., Kettunen J., Wikström-Grotell C. Hyvät fysioterapiakäytännöt ja vaikuttavat tavat- ammattikorkeakoulujen VATA-hanke Fysioterapia 3:14 61.vsk

Järvikoski Aila – Hokkanan Liisa – Härkäpää Kristiina, 2009. Asiakkaan äänellä, Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiö, Helsinki, Yliopistopaino

Järvikoski Aila – Karjalainen Vappu. 2008, Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa Kuntoutus. Rissanen Paavo – Kallanranta Tapani – Suikkanen Asko. Duodecim

Kruus-Niemelä Maria – Pohjolainen Timo – Alaranta Hannu, 2008, Ortoosit, proteesit sekä liikkumisen ja päivittäisten toimintojen apuvälineet. Teoksessa Kuntoutus. Rissanen Paavo – Kallanranta Tapani – Suikkanen Asko. Duodecim

Kruus-Niemelä Maria – Pohjolainen Timo – Alaranta Hannu. 2008 Kuntoutus, Alaraaja-amputaatio ja kuntoutus . Työterveys ja Duodecim. Verkkodokumentti < http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dk/tyt/koti?p_artikkeli=kun00608&p_haku=alाराaja %20amputaatio> luettu 5.3.2015

Kylmä Jari – Juvalla Taru. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita. Helsinki
Suomen proteesipalvelu Oy, Reisi-proteesit. Verkkodokumentti < <http://proteesipalvelu.fi/v2/?tuoteet/reisi-proteesit>> n.d. luettu 5.3.2015

Malm Marita – Matero Marja – Repo Marjo – Talvela Eeva-Liisa, 2004, Esteistä mahdollisuuksiin, Vammaistyön perusteet, Porvoo, WSOY.

Mitä toimintakyky on? Toimintakyky, THL, verkkodokumentti < <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on> >. Päivitetty 23.10.2014. Luettu 2.3.2015

Määttänen Mika – Lepäntalo Mauri – Hurri Heikki – Soininen , Pohjolainen Timo. 2006. Alaraaja-amputaatiopotilaiden kuntoutuksen kehittämishanke Helsingissä. Suomen Ortopedia ja Traumatologia Vol 29: verkkodokumentti < <http://www.soy.fi/sot-lehti/3-2006/19.pdf>> Luettu 4.3.2015

Nykänen Pia. 2012. Diabeetikon jalat kaipaavat erityishuomioita. Fysioterapialehti 2012:2. 59 vsk

Philips Heidi. Suomen Proteesipalvelu Oy. Aavesärky ja sen hallinta .Verkkodokumentti <http://proteesipalvelu.fi/v2/?/fysiot/uutiset/aavesarky_ja_sen_hallinta> Luettu 21.1.2015

Piitulainen Kirsi – Ylinen Jari. 2010. Uudet protetisointikäytännöt tehostavat amputaatiopotilaiden kuntoutusta. Suomen Lääkärilehti 6/2010 vsk 65: 499-503

Pohjolainen Timo – Määttänen Mika, 2013. Alaraaja-amputaatiopotilaan hoito ja kuntoutus. Lääkäriin käsikirja. Duodecim. Verkkodokumentti < http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/iltk/koti?p_artikkeli=ykt00505&p_haku=alaraaja%20amputaatio>. Päivitetty 20.5.2013. luettu 5.3.2015

Pohjolainen Timo. 2008. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin apuvälinepalveluiden nykytila, ongelmat ja ehdotukset ongelmien ratkaisemiseksi, selvitysraportti. Helsinki

Pohjolainen Timo – Määttänen Mika. 2007. Alaraaja-amputaatiopotilaan hoito ja kuntoutus: Lääkäriin käsikirja. Duodecim 2007;123:2075. Verkkodokumentti > <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo967722.pdf>>.Päivitetty 12.5.20017. Luettu 4.3.2015

Pohjolainen Timo – Lempinen Veli-Matti, Raaja-amputaatio,proteesu ja kuntotus . 2003. Teoksessa Fysiatría. Alaranta Hannu, Pohjolainen timo, Salminen Jouko, Viikari-Juntura Eira.Duodecim. . Jyväskylä

Pohjolainen Timo: 1993;109(4):329. Alaraaja-amputaatiot ja protetisointi. Duodecim. Verkkodokumentti <http://duodecim.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Ar...le&tunnus=duo30045&_dlehtihaku_wiew_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=>.Luettu 21.1.2015

Proteesit, Toimintakyky. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 9.10.2014.Verkkodokumentti. < <http://www.thl.fi/web/toimintakyky/apuvalineet/oppimateriaali/laajennettu-tietopaketti-kuntotusalan-opiskelijoille/proteesit>> Luettu 21.1.2015

Raya MA, Gailey RS, Fiebert IM, Roach KE. 2011. Impairment variables predicting activity limitation in lower limb amputees. Miami.

Remes Leena. 2010. Survival and quality of life among patients with severe lower extremity peripheral arterial disease. Turun Yliopisto.

Riikola Teija – Ebeling Tapani. 25.9.2009. Diabeetikon jalkaongelmat, Käyvän hoidon potilasversiot. Duodecim, terveyskirasto. Verkkodokumentti
 <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00087> Luettu 21.1.2015

Saaranen-Kauppinen - Puusniekka. Teemahaastattelu. Menetelmäopetuksen tietovaranto–KvaliMOTV. Verkkodokumentti
 <www.fsd.uta.fi/menetelmäopetus/kvali/L6_3_2.html> Luettu 14.10.2014)

Sacha van Twillert, Ilse Stuive, Jan H.B: Geertzen, Klaas Postema, Ant T. Lettinga, 2014. Functional performance, participation and autonomy after discharge from prosthetic rehabilitation; barriers, facilitators and outcomes. J. Rehabil Med. 2014;46:915-923

Schmalz Thomas, Blumentritt Siegm, Marx Björn. 2006. Biomechanical analysis of stair ambulation in lower limb amputees. Germany.

Singh Rajiv – Hunter John – Philip Alistar. 2007. The rapid resolution of depression and anxiety symptoms after lower limb amputation. Edinburgh, UK.

Singh Rajiv – Ripley David – Pentland Brian – Todd Iain – Hunter John – Philip Alistar . 2008. Depression and anxiety symptoms after lower limb amputation: the rise and fall. Edinburgh, Scotland

Suomen Diabetesliitto. Jalkahoitotiedote. Verkkodokumentti < <http://www.diabetes.fi/jalkahoitotiedote>> n.d. Luettu 5.3.2015

Suomen proteesipalvelu Oy, Sääriproteesit. Verkkodokumentti < <http://proteesipalvelu.fi/v2/?tuoteet/saariproteesit>> . N.d. luettu 5.3.2015

Suomen Proteesipalvelu Oy. Ajankohtaista. Verkkodokumentti < http://proteesipalvelu.fi/v2/?ajankohtaista/uutiset/erilaisia_tynkia> .n.d. Luettu 5.3.2015

Tuomi Jouni – Sarajärvi Anneli, 2009, Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä, Tammi.

Toimintakyky ICF-luokituksessa, Toimintakyky, THL, verkkodokumentti <<http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyky-icf-luokituksessa>>, Päivitetty 30.11.2014, luettu 2.3.2015

Toimintakyvyn arviointi, toimintakyky, THL, verkkodokumentti < <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi> >. Luettu 2.3.2015

Toimintakyvyn ulottuvuudet, toimintakyky, THL, verkkodokumentti < <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>>, Päivitetty 30.11.2014, luettu 2.3.2015

Töytäri Outi, 2001. Apuvälineiden saatavuus 2000, Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä, resursseista ja yhteistyöstä terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa. STAKES. Stakesin monistamo, Helsinki

Valkeinen, Heli- Anttila, Heidi ICF-luokitus ja toimintakykymittarit: mitä, miten ja miksi?. Fysioterapia 4/14.61.vsk

Verschuren Jesse Elisabeth Anna.2013. Sexuality and limb amputation: perspectives of patients, partners and professionals. Belgie

Vänskä Nea – Sipari Salla – Valtonen Avu – Nurminen Tomi – Anttila Pekka – Keponen Riitta – Leminen Teija-Marita. 2014. Kehittämishankkeen tutkimussuunnitelma, Metropolia Ammattikorkeakoulua. Apuvälineiden luovutusperusteiden paikallinen hyvä käytäntö.

Zidarov, Diana – Swaine, Bonnie – Gauthier_Gagnon, Christiane. 2009. Life habits and prosthetic profile of persons with lower-limb amputation during rehabilitation and at 3-month follow-up. Arch Phys Med Rehabil Vol 90.

Tiedote haastatteluun osallistuville

VATA (vaikuttavat tavat)- hanke

Tiedote haastattelusta, joka koskee alaraaja- amputoitujen kuntoutujien näkemyksiä apuväline- ja kuntoutuspalveluista

Hyvä kuntoutuspalvelujen käyttäjä,

Kutsumme Teidät mukaan kehittämään kanssamme apuvälinepalveluja siten, että ne vastaisivat paremmin tarpeitanne ja toimintakykyne edistymistä. Tarkoituksena on kehittää apuvälineiden luovutusperusteita ja hyvää paikallista apuvälinekäytäntöä.

Kehittämisessä tarvitsemme Teidän näkökulmaa apuväline- ja kuntoutuspalveluihin, toimintakykyyn ja sitä edistäviin ja estäviin tekijöihin. Pyydämme Teitä osallistumaan haastatteluun, jossa kartoitamme näkemyksiänne apuväline- ja kuntoutuspalveluista, apuvälineen käyttöön liittyvistä asioista sekä toimintakyvystä ja sitä edistävästä sekä estävistä tekijöistä. Haastattelu toteutetaan valintanne mukaan Metropolia Ammattikorkeakoulussa tai kotonanne. Haastattelu kestää tunnin ja Teidän ei tarvitse valmistautua siihen etukäteen. Haastatteluaineisto litteroidaan.

Halutessanne voitte ottaa tukihenkilön mukaan. Kehittämistyöhön osallistuminen ei tule vaikuttamaan tämän hetkisiin kuntoutus- tai apuvälinepalveluihinne.

Kehittäminen liittyy valtakunnalliseen ”Vaikuttavat tavat, näyttöön perustuva toiminta sosiaali- ja terveysalalla” – hankkeeseen. Haastatteluaineistoa hyödynnetään fysioterapian opinnäytetyössä ja hankkeen loppuraportissa, jossa kuvataan alaraaja- amputoitujen kuntoutujien näkemyksiä kuntoutumisesta sekä apuvälinepalveluista.

Osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää sen syytä ilmoittamatta milloin tahansa ilman, että siitä koituu Teille mitään haittaa. Voitte myös peruttaa suostumuksen osallistumiseen, jolloin Teistä kerättyjä tietoja ei käytetä enää kehittämistarkoituksessa.

Kaikki aineisto ja tulokset kerätään, tallennetaan ja käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Yksittäiselle tutkimukseen osallistuvalla kuntoutujalla annetaan numerokoodi ja kaikki tieto säilytetään koodattuina tutkimustiedostoissa. Tulokset analysoidaan koodattuina, eikä yksittäinen osallistuja ole tunnistettavissa. Tutkimusten tulokset esitetään myös siten, ettei yksittäinen osallistuja ole tunnistettavissa. Tutkimuksia koskevia tietoja ei luovuteta ulkopuoliselle taholle, eikä niitä käytetä muuhun kuin tämän hankkeen kehittämistyöhön. Tallennetut tiedot säilytetään Metropolia Ammattikorkeakoulun tiloissa hyvää tutkimustapaa noudattaen lukitussa kaapissa. Kerätty aineisto hävitetään loppuraportin kirjoittamisen jälkeen joulukuussa 2015.

Osallistumisenne on arvokasta, jotta voimme kehittää kuntoutus- ja apuvälinepalveluja asiakaslähtöisemmiksi ja toimintakykyä parhaiten edistäviksi!

Metropoliassa hankkeesta vastaa projektipäällikkö Nea Vänskä, joka antaa mielellään lisätietoja hankkeesta.

Ystävällisin terveisin:

Nea Vänskä, projektipäällikkö, p. 0406738664, nea.vanska@metropolia.fi
fysioterapian opiskelija: Maarit Helenius

Suostumuslomake

VATA (vaikuttavat tavat)- hanke

Suostumus haastatteluun, joka koskee alaraaja- amputoitujen kuntoutujien näkemyksiä apuväline- ja kuntoutuspalveluista

Olen saanut sekä suullista että kirjallista tietoa VATA- hankkeesta, jossa kehitetään apuvälinepalveluja siten, että ne vastaisivat paremmin kuntoutujien tarpeita ja toimintakyvyn edistymistä. Tiedän, että hankkeen tarkoituksena on kehittää apuvälineiden luovutusperusteita ja hyvää paikallista apuvälinekäytäntöä. Olen saanut riittävästi tietoa aineistonkeruussa toteutettavasta haastattelusta, jossa kartoitetaan kuntoutujien näkemyksiä apuväline- ja kuntoutuspalveluista, apuvälineen käyttöön liittyvistä asioista sekä toimintakyvystä ja sitä edistävästä sekä estävistä tekijöistä. Tiedän, että haastatteluaineistoa hyödynnetään fysioterapian opinnäytetyössä ja hankkeen loppuraportissa, jossa kuvataan alaraaja- amputoitujen kuntoutujien näkemyksiä kuntoutumisesta sekä apuvälinepalveluista.

Minulla on ollut mahdollisuus esittää kehittämistoimintaan liittyen tarkentavia kysymyksiä. Ymmärrän, että minulla on mahdollisuus keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Voin myös peruttaa tämän suostumukseni, jolloin minusta kerättyjä tietoja ei käytetä enää kehittämistarkoituksessa. Tietojani käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolakia ja hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tietoja ei luovuteta ulkopuolisille, eikä niitä käytetä muuhun kuin tämän hankkeen kehittämistyöhön. Tiedot hävitetään hankkeen päätyttyä. Tiedot esitetään hankkeen tuloksissa siten, että niistä ei voi tunnistaa henkilöä.

Vahvistan allekirjoituksellani suostumukseni ja vapaaehtoisen osallistumiseni tähän kehittämishankkeeseen.

Osallistujan nimi: _____

Sotu: _____

Osoite: _____

Puhelinnumero: _____

Paikka: _____

Päiväys: ____/____

Osallistujan

allekirjoi-

tus: _____

Osallistujan

nimenselven-

nös: _____

Suostumuksen vastaanottajan nimi: _____

Paikka: _____

Päiväys: ____/____

Suostumuksen

vastaanottajan

allekirjoi-

tus: _____

Teemahaastattelun teema

Alaraaja-amputoidun kuntoutujan näkemys kuntoutumisesta

TEEMAHAASTATTELUN AIHEET

Miten kuntoutujan arki on sujunut amputaation jälkeen ?

Miten perhe, muu sosiaalinen verkosto (ystävät, omaiset) tukee arjessa ?

Miten operaation jälkeen kuntoutuminen on edennyt?

Miten apuväline/ apuvälineiden (proteesi, pyörätuoli/rollaatori/ kyynäsauvat) prosessi edennyt amputaation jälkeen?

Millainen kuntoutujan toimintakyky (esim. liikkuminen, sisällä, ulkona, osallistuminen pt- toiminnoissa, sosiaalinen kanssakäyminen, asioiden hoitaminen) on amputaation jälkeen ollut ?

Millaisia tavoitteita kuntoutujalla liikkumisen/ kuntoutumisen / sosiaalisen verkoston suhteen?

Minkälaiset tekijät edistää / rajoittaa arjessa?

Minkälaisia palveluita tulisi kehittää (esim. Liikuntapalvelu; yksilö/ ryhmä) / toimintoja (esim. päivätoimintaa/ kerhotoimintaa) kuntoutumisen edistämiseksi?

Onko kuntoutumisen suhteen kehitettävää, (yksilö/ ryhmäterapiaa; fysioterapeutin/ muun terapeutin toteuttamana)?

Maarit Helenius