

Katja Rynnänen & Miia Röppänen

Tekonivelleikkauspotilaiden kokemuksia heidän saamastaan hoidosta Kainuun keskussairaalassa

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Syksy 2013



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Katja Ryyänen & Miia Röppänen	
Työn nimi Tekonivelleikkauspotilaiden kokemuksia heidän saamastaan hoidosta Kainuun keskussairaalassa	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Akuutti- kirurginen hoitotyö	Ohjaaja(t) Anna-Leena Eklund, Mari Niskanen
	Toimeksiantaja Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä
Aika Syksy 2013	Sivumäärä ja liitteet 35+3
<p>Kainuun keskussairaalassa otettiin keväällä 2012 käyttöön uusi hoitomalli tekonivelleikkauspotilaille. Hoitomallin tarkoituksena on saada potilas liikkeelle mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen riittävän kipulääkityksen turvin. Varhainen liikkeellelähtö nopeuttaa potilaan kotiutumista ja vähentää leikkausjonoja.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää tekonivelleikkauspotilaiden hoitoa Kainuun keskussairaalan osastolla 7 ja tekonivelleikkauspotilaiden prepoliklinikalla. Tavoitteena on kuvailla potilaiden kokemuksia uudistuneesta hoitomallista Kainuun keskussairaalassa.</p> <p>Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää ja aineiston hankinnassa käytimme teemahaastattelua. Opinnäytetyöhön valittiin kaksi primääriä polvitekonivelleikkauspotilasta ja kaksi primääriä lonkkatekonivelleikkauspotilasta, jotka haastateltiin kesän 2013 lopulla.</p> <p>Tutkimustulokset kertovat, että potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon koko sairaalassa oloaikana. Kipuja oli ollut, mutta kivut oli saatu hallintaan kipulääkkeillä. Polvileikatut potilaat toivat esille olleensa kipeitä, kuin taas lonkkaleikatut potilaat eivät kertoneet olleensa erityisen kipeitä. Polvileikatut potilaat kertoivat pyytäneensä osastolla lisäkipulääkkeitä, joita lonkkaleikatut potilaat eivät olleet pyytäneet. Lonkkaleikkauspotilaat olivat pärjänneet kotona hyvin kipujen kanssa ja kipulääkitys oli tuntunut riittävältä. Molemmat polvileikatut potilaat olivat kokeineet Celebra- tulehduskipulääkkeen loppuneen liian aikaisin kotona. Varhainen liikkeellelähtö oli tuntunut pelettavalta kaikista haastattelemistamme potilaista. Lonkkaleikkauspotilaista kumpikaan ei ollut käynyt ylhäällä leikkauspäivänä, vaan vasta ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä ja se oli tuntunut heistä hyvältä ja liikkeellelähtö oli onnistunut hyvin. Molemmat polvileikatut potilaat olivat yrittäneet nousta leikkauspäivänä sängystä, mutta vain toinen heistä oli siinä onnistunut.</p> <p>Tutkimuksemme tulokset antavat suuntaa uuden hoitomallin toimivuudesta. Uudistunut hoitomalli on ollut tutkittavien mielestä onnistunut. Tutkitut olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon sairaalassa. Potilaiden varhaiseen liikkeelle lähtöön kohdistuneet pelot tulisi osata ottaa huomioon hoitotyössä.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	tekonivelleikkaus, fast track, kipulääkitys, lonkkanivel, polvinivel, varhainen mobilisointi
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Katja Ryyänen & Miia Röppänen	
Title Arthroplasty Patients' Experiences of Treatment at Kainuu Central Hospital.	
Optional Professional Studies Acute-Surgical Nursing	Instructor(s) Eklund Anna-Leena and Niskanen Mari
	Commissioned by Kainuu Social and Health Care Joint Authority
Date Autumn 2013	Total Number of Pages and Appendices 35+3
<p>Kainuu Central Hospital introduced a new treatment model for arthroplasty patients in spring 2012. The purpose of the treatment model is to mobilise patients as soon as possible after surgery with good pain medication. Early mobilization speeds up discharge and reduces waiting lists.</p> <p>The purpose of this thesis was to develop the treatment of arthroplasty patients on Surgical Ward 7 and preoperative department for arthroplasty patients at Kainuu Central Hospital. The aim was to describe patients' experiences of the revised treatment model at Kainuu Central Hospital. This thesis is a qualitative research, and data was collected by interviewing two primary knee arthroplasty patients and two primary hip arthroplasty patients in summer 2013.</p> <p>The results indicated that patients were satisfied with treatment during their entire stay at hospital. They had had pains but the pains had been managed with pain medication. Hip arthroplasty patients had managed well with their pain at home, and the pain medication had felt sufficient. Both knee arthroplasty patients had experienced that the prescribed course of the Celebra anti-inflammatory pain medication had ended too soon. Early mobilization had felt frightening for all interviewed patients. Both hip arthroplasty patients had walked for the first time on the first post-operative day; it had felt good, and mobilization had been successful. Both knee arthroplasty patients had tried to stand up on the day of surgery, but only one of them had managed to stand up. They had had a lot of the pain.</p> <p>The results of this thesis provide suggestive evidence of the new treatment model which can be considered successful. Patients were satisfied with their treatment in the hospital. Patients' fears concerning early mobilization should be taken into account in nursing.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Arthroplasty, fast track, pain medication, hip joint, knee joint, early mobilization
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

KIITOKSET

Haluamme suuresti kiittää työelämän ohjaajaa Mari Niskasta mahtavasta tuesta, kannustuksesta ja ohjauksesta, jota saimme koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Lisäksi kiitämme toisiamme pitkäjänteisyydestä ja uskosta omaan tekemiseen. Onneksi meitä oli tässä prosessissa kaksi.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	2
2 TEKONIVELLEIKKAUS JA SIIHEN JOHTAVAT SYYT	4
2.1 Tekonivelleikkaukseen päätyminen	4
2.2 Lonkan tekonivelleikkaus	5
2.3 Polven tekonivelleikkaus	6
3 TEKONIVELLEIKKAUSPOTILAAN NOPEAN TOIPUMISEN HOITOMALLI KAINUUN KESKUSSAIRAALASSA	7
3.1 Tekonivelleikkauspotilaan hoitopolku	8
3.2 Leikkauspotilaan kivunhoito	11
3.3 Varhainen mobilisointi	13
3.4 Tekonivelleikkauspotilaan hoitomallin taustaa	14
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	16
5 TUTKIMUSMENETELMÄT	17
5.1 Aineiston hankinta	18
5.2 Aineiston analysointi	19
6 TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	21
7 POHDINTA	23
7.1 Luotettavuus	24
7.2 Eettisyys	26
7.3 Ammatillinen kasvu ja kehittyminen	28
7.4 Tulosten pohdinta	29
LÄHTEET	31
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ovat huomattava terveysongelma maailmanlaajuisesti aiheuttaen samalla erityisiä ongelmia yksittäisille ihmisille. Samalla tuki- ja liikuntaelinsairaudet kuormittavat terveydenhuoltoa ja aiheuttavat huomattavia kuluja yhteiskunnalle työkyvyttömyyden vuoksi. (Kaila-Kangas 2007, 7.) Nivelrikko ja reumasairaus ovat yleisimpiä tuki- ja liikuntaelinsairauksien muotoja ja aiheuttavat toimintakyvyn rajoittumista ja kipua. Tämän myötä ne ovat yleisimpiä syitä tekonivelleikkaukselle (Potilaan opas, valmistautuminen tekonivelleikkaukseen 2011, 5). Suomessa tehtiin vuonna 2010 Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen eli THL:n endoproteesirekisterin mukaan 16 436 lonkan- ja polven primääritekonivelleikkausta eli tekonivelleikkaus tehdään potilaalle ensimmäistä kertaa. Vuonna 2003 samoja leikkauksia tehtiin suomessa noin 14 000 (Jokipii, Kalliovalkama & Paavola 2006), kun taas vuonna 1991 lonkan- ja polven primääritekonivelleikkauksien määrä oli vain noin 5500. (Perälä 2010.) Nämä luvut kertovat meille, kuinka paljon tekonivelleikkausten määrä on kasvanut vuosi vuodelta ja kuinka ajankohtainen aihe on. Tekonivelleikkauksia tehdään useita leikkauksia päivässä ympäri Suomea. Lonkka- ja polvinivelet ovat yleisimmät nivelet, joihin nivelrikko kohdistuu. Lonkka- ja polvinivelrikko alkavat yleistyä keski-ikäen jälkeen ja jopa joka toisella yli 65-vuotiaalla on vähintään yhdessä nivelessä nivelrikon oireita. (Arokoski ym. 2007, 37; Rokkanen ym. 2003, 78.)

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja lähtee hoitotyön kehittämisen tarpeista. Ajankohtaisen aiheesta tekee se, että Kainuun keskussairaala on muuttanut tekonivelleikkauspotilaiden hoitomallin, eikä muuttuneen hoitomallin käyttöönoton jälkeen ole tutkittu potilaiden kokemuksia uudesta hoitomallista Kainuun keskussairaalassa. Ajankohtaisen aiheesta tekee myös aiemmin esiin tuomamme tekonivelleikkausten määrän kasvu Suomessa. Saimme suoraan työelämältä ehdotuksen opinnäytetyön aiheesta ja aihe kuulosti mielenkiintoiselta.

Kirurgiassa on pitäyditty pitkään turvalliseksi koetuissa hoitokäytännöissä. Viime vuosikymmenen aikana tehdyt tutkimukset ovat johtaneet monien tavanomaisten hoitotoimenpiteiden muutoksiin. Tutkimuksissa on ymmärretty paremmin leikkauksen jälkeiset fysiologiset muutokset. ”Nopeutetulla kirurgisella hoidolla pyritään tutkimusnäyttöön perustuen vähentämään kirurgisen stressireaktion haitallisia vaikutuksia ja siten nopeuttamaan potilaan toipumista.” (Kellokumpu 2012.) Nopean toipumisen, fast track-hoitomallin on kehittänyt tanskalainen kirurgi Henrik Kehlet. Hoitomallissa keskeistä on, että koko hoitotiimi pyrkii

yhteistyössä potilaan kanssa löytämään parhaan keinon hoidossa, anestesiassa, leikkauksessa, nestehoidossa, kivunhoidossa ja kuntoutuksessa, jotta vältettäisiin suolilamaa ja nopeutettaisiin toipumista. (Kairaluoma 2007.) Tämän hoitomallin edellytyksenä on motivoitunut ja koulutettu hoitotiimi sekä hoitomalliin soveltuva potilas (Kellokumpu 2012). Erityisesti tekonivelleikkauspotilaille on kehitetty, Euroopassa laajasti käytetty, Rapid Recovery- hoitomalli.

Opinnäytetyön tilaaja, Kainuun keskussairaala on uudistanut tekonivelleikkauspotilaan hoitomallin keväällä 2012. Uuden hoitomallin tavoitteena on potilaan varhainen liikkeelle lähtö ja nopea kotiutuminen leikkauksen jälkeen riittävän kipulääkityksen turvin fast track- ja Rapid Recovery- hoitomallien tavoin. Opinnäytetyön tarkoitus on kehittää tekonivelleikkauspotilaan hoitoa Kainuun keskussairaalassa osastolla 7 ja tekonivelleikkauspotilaiden prepoliklinikalla. Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastatteluilla, joiden avulla saamme tietoa potilaiden ennakko-odotuksista, kipulääkityksen riittävydestä ja tuntemuksia varhaisesta mobilisoinnista eli varhaisesta liikkeelle lähdöstä. Potilaan kokemukset antavat osastolle tietoa miten he mahdollisesti voivat kehittää tekonivelleikkauspotilaiden hoitoa ja miten prepoliklinikka voi kehittää omaa toimintaansa. Tavoitteenamme on kuvailla potilaiden kokemuksia uudesta hoitomallista ja välittää tämä tieto osastolle 7 ja tekonivelleikkauspotilaiden prepoliklinikalle.

Olemme valinneet syventäviksi opinnoiksi kirurgisen hoitotyön ja olemme kiinnostuneita ortopedisestä hoitotyöstä. Tekonivelleikkauspotilaat ovat kasvava potilasryhmä kirurgisilla vuodeosastoilla, joten opinnäytetyömme aiheeseen tutustuminen kasvattaa valmiuksiamme toimia kirurgisina sairaanhoitajina. Alun perin tarkoituksena oli tutkia hoitajien ja potilaiden kokemuksista muuttuneesta tekonivelleikkauspotilaiden hoitomallista, mutta jottei opinnäytetyö olisi kasvanut liian laajaksi, päätimme rajata aiheen vain potilaiden kokemuksiin. Mielestämme tärkeintä on saada tietoa siitä, kuinka potilaat kokevat uuden hoitomallin.

2 TEKONIVELLEIKKAUS JA SIIHEN JOHTAVAT SYYT

Nivelrikko, kulumat ja artroosi – kaikki nämä tarkoittavat samaa asiaa. Nivelrikko on erittäin yleinen sairaus ja sanotaan, että tähän vaivaan sairastuu itse kukin jossakin vaiheessa elämää. (Lindberg 2004, 96-97.) Liikkumisen seurauksena rustoon ja sen ympärillä olevaan luuhun kertyy vaurioita, jotka lisääntyvät lihasvoiman heikentyessä, liikkeiden hallinnan huonontuessa sekä myös raskaissa ammateissa ja urheilulajeissa. Terveessä nivelessä on paljon rustopintaa ja terveet rustopinnat liukuvat hyvin toisiinsa nähden. Kun liukumisominaisuudet alkavat heikentyä, alkaa rustopinnasta irrota pieniä palasia. Rustokudoksen uusiutumiskyky on rajallinen, sillä rustossa ei kierrä verta. Ravinteet siirtyvät rustokudokseen nivelnesteeseen välityksellä. Nivelrikossa ruston sidekudosverkko heikkenee ja ruston ominaisuudet vähenevät. (Lindberg 2004, 96-97.)

2.1 Tekonivelleikkaukseen päätyminen

Yksiselitteisiä ja yleisesti hyväksytyjä tekonivelleikkauksen aiheita tai oikeata leikkauksen ajankohtaa ei ole määritelty kirjallisuudessa, niinpä leikkaushoidon aiheellisuuden arviointi perustuu yksilölliseen arviointiin. Käypä hoito- suosituksen mukaan tekonivelleikkauksen indikaatiot täyttyvät kun radiologisesti todetaan nivelrikko, tai kun nivelessä on kipua joka ei ole hallittavissa konservatiivisin keinoin, tai kun nivelessä on kliinisesti havaittava toimintakykyyn olennaisesti vaikuttava liikevajaus tai virheasento. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopedi yhdistys Ry:n asettama työryhmä 2012.)

Tekonivelleikkaus on toimenpide, jossa vaurioitunut nivel korvataan joko puoliproteesilla tai kokoproteesilla. Tekonivel valmistetaan lähes aina metallista, ruostumattomasta teräksestä, kromi- kobolttiteräksestä, titaanista tai polyeteenimuovista, mutta totaaliproteesin liukupinnoista toinen osa on normaalisti muovia. Tekonivel yhdistetään luuhun kiinni akrylisementillä. Tekonivel parantaa huomattavasti potilaiden elämänlaatua liikkumisen helpotuttua ja kivuttomuuden myötä. Proteesit kestävät paremmin vanhemmilla ihmisillä, koska nuoremmilla tekonivelet joutuvat kovemmalle rasitukselle. Yleisin syy uusintaleikkaukselle on proteesin irtoaminen. (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 290.) Lonkan ja

polven tekonivelleikkaus korjaa virheasennon ja poistaa kivun. Molempien tekonivelten keski-ikä on n. 15 vuotta. (Lindberg 2004, 101-102.)

2.2 Lonkan tekonivelleikkaus

Lonkan tekonivelleikkauksessa ortopedi korvaa reisiluun kuluneen osan metallisella tai keeraamisella pallolla, joka on kiinnitetty varteen. Lonkkamaljakko pinnoitetaan muovilla tai metallikupilla. Proteesi voidaan kiinnittää täyteaineella tai luusementillä tai painaa lujasti paikoilleen ilman sementtiä. Lonkka voidaan myös pinnoittaa, jossa lonkkanivelen vaurioituneet osat korvataan metallipinnoilla. Operaatiota kutsutaan lonkan metallimetallipinnoittamiseksi. Lonkan metallipinnoittamisessa poistetaan vähemmän luuta, joten operaatio on helpompi toistaa tai on mahdollista suorittaa lonkan tekonivelleikkaus myöhemmin. (Biomet A 2013.)

Reisiluun yläosa muodostaa nivelkuoppaan sopivan pallomaisen reisiluun pään. Reisiluun pään ja lonkkamaljan välinen tila on lonkkanivel. (Leppäluoto, Kettunen, Rintamäki, Pakkuri, Vierimäe & Lätti 2008, 90.) Paras ja tehokkain pitkälle edenneen lonkan nivelrikon hoitoon on leikkaus, jossa lonkkaan asetetaan tekonivel. Tekonivel voi olla SEP eli semiendoproteesi eli puoliproteesi tai TEP eli totaaliendoproteesi eli täysproteesi. (Lehto & Pajamäki 2010, 946 - 947.) Pitkälle edenneessä nivelrikossa konservatiivisemmat hoidot on usein tehottomia, ja potilas joutuu usein käymään terveyskeskuksessa kivun ja heikon liikkumisen vuoksi. Tekonivelleikkaus maksaa itsensä takaisin nopeasti, kun se estää jatkuvan avun tarpeen tai laitoshoidon joutumisen varsinkin iäkkäillä ihmisillä. (Hannonen & Airaksinen 2005, 218-224.)

Hyvinkin onnistuneen lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen tavallisesti voi olla lievää kipua tai erilaisia tuntemuksia. Jos kipua ilmenee kivuttoman vaiheen jälkeen, on siihen tavallisimmin syynä tekonivelen irtoaminen tai muu hälyttävä syy. Jos lonkasta alkaa kuulua ääniä sitä liikuteltaessa, on tämä hälyttävä merkki yhdessä kivun kanssa ja viittaa esimerkiksi tekonivelen muoviosien kulumiseen tai hajoamiseen. Tällöin potilaan tulee hankkiutua hoitojärjestelmän mukaiseen uusintaleikkaukseen. (Roberts, Alhava & Höckerstedt 2006, 795.)

2.3 Polven tekonivelleikkaus

Polvi on ihmisen suurin nivel, koska sillä on suuri rustopinta-ala ja nivelkalvo (Roberts ym. 2006, 800). Polvinivel muodostuu reisiluun alapään kahdesta nivelnastasta ja sääriluun nivelduopista. Polvinivel on sarananivel, mutta polvinivelen ollessa koukistuneena myös kiertoliike on mahdollinen. (Leppäluoto ym. 90 - 91.) Polven ympärillä olevat voimakkaat lihakset ja pitkät luut altistavat polven erilaisille vammoille (Roberts ym. 2006, 800). Liikunta harrastusten ja kontaktilajien nousseen suosion vuoksi polven erilaiset vammat ovat yleistyneet. Polven oireiluun voi olla monia syitä riippuen potilaan iästä ja onko kyseessä vamman aiheuttama oireilu vai jokin nivelsairaudesta johtuva kiputila. Nivelrikko polvessa on haastava tauti lääkäreille hoitaa ja etenkin ortopedeille. On arvioitu yli 80 % yli 55-vuotiaista olevan jonkin asteinen nivelkuluma. (Harilainen & Sandelin 2010, 955.)

Leikkauksessa reisiluun alaosa ja sääriluun yläosa poistetaan, sen jälkeen polvinivel korvataan metallista ja muovista tehdyillä osilla. Luiden päät korvataan reisiluun alaosaan sijoitettavalla metalliosalla sekä sääriluun yläosaan asennettavalla muovi tai metalliosalla. Lisäksi polvilumpon takaosa voidaan pinnoittaa. Leikkaus tehdään tavallisesti polvinivelen kulumisesta johtuvan kivun lievittämiseksi. (Biomet B 2013.)

3 TEKONIVELLEIKKAUSPOTILAAN NOPEAN TOIPUMISEN HOITOMALLI KAINUUN KESKUSSAIRAALASSA

Suomessa ihmisten hoitoon pääsyn turvaa hoitotakuu. Hoitotakuu tarkoittaa hoitoon pääsyä ja siitä on säädetty terveydenhuoltolaissa. Hoitotakuun mukaan, ihmisen tulee saada aika vaurioituneen arviointiin terveyskeskukseen kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta, esimerkiksi nivelkivun arviointiin. Vaurion arvioinnin jälkeen, ihmisen tulee päästä hoitoon terveyskeskukseen viimeistään kolmessa kuukaudessa. Kiireellisessä ja henkeä uhkaavassa tilanteessa erikoissairaanhoidon pääsee heti ilman odotus aikaa, mutta kiireettömässä tapauksessa erikoissairaanhoidon pääseminen edellyttää lääkärin lähetettä, jonka terveyskeskuslääkäri tai yksityinen lääkäri laittaa oman kunnan erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon lääkärin tulee arvioida hoidontarve kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta. Tarvittavat tutkimukset tulee aloittaa kolmessa kuukaudessa lähetteen saapumisesta ja jos tutkimuksissa todetaan, että potilas tarvitsee sairaalahoitoa, on hoito aloitettava viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidontarpeen toteamisesta. Jos oman sairaanhoitopiirin resurssit eivät pysty tarjoamaan tarvittavaa hoitoa sitä tarvitsevalle hoitotakuun aikana, on potilaalle järjestettävä mahdollisuus päästä hoitoon muuhun sairaanhoitopiiriin tai yksityiselle sektorille. Potilaalle ei saa aiheutua tästä ylimääräisiä kuluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Kirurgian poliklinikka toimii Kainuun keskussairaalan erikoissairaanhoidon yksikkönä, jossa tarjotaan kokonaisvaltaista ortopedian-, verisuoni- ja thoraxkirurgian, gastroenterologian sekä urologian palveluja. Kirurgian poliklinikalla tehdään myös pieniä toimenpiteitä mm. luomenpoistot. Poliklinikan toimintaan kuuluu myös raajojen ja vartalon tuentaan liittyvien erilaisten tukien, lastojen ja kipsien tekeminen. Potilaat tulevat kirurgian poliklinikalle terveyskeskuksesta, yksityiseltä vastaanotolta tai konsultaatiopyyntönä toiselta erikoisalalta. Potilas tulee poliklinikalle kiireellisyysluokituksen mukaan. (Kainuun maakunta- yhtymän palvelut 2012.) Potilaan käytyä kirurgian poliklinikalla, erikoissairaanhoidon lääkäri tekee hänestä lähetteen leikkaukseen, jolloin potilas on leikkausjonossa. Leikkausjonossa olevalle potilaalle ilmoitetaan kirjeitse kotiin leikkausajasta. (M.Niskanen, henkilökohtainen tiedonanto 11.10.2013).

Kun potilas on saanut leikkausajan, tulee hän läheteellä kirurgian poliklinikan yhteydessä toimivalle prepoliklinikalle tulotarkastukseen 1-2 viikkoa ennen toimenpidettä. Siellä potilas tapaa ortopedin, tekonivelhoitajan ja fysioterapeutin. Anestesia- ja lääketieteellinen osasto katsoo sähköisesti po-

tilaan esitiedot, sekä määrää toimenpiteelle esilääkkeet ja lääkemääräykset. Esilääkityksessä pyritään välttämään pitkävaikutteisia rauhoittavia lääkkeitä, ettei toipuminen ja mobilisaatio viivästyisi tarpeettomasti (Kellokumpu 2012). Tilanteesta riippuen voi ortopedi ja/tai tekonivelhoitaja pyytää anestesia lääkäriä katsomaan potilasta henkilökohtaisesti prepoliklinikalle. Etukäteissuunnittelu takaa sujuvuuden toimenpiteille eli tarkastetaan onko potilas soveltuva tähän hoitomalliin. Näin vältetään turhilta leikkausvalmisteluilta ja on taloudellisempaa, kun kaikki toimenpiteelle olevat vasta-aiheet on otettu huomioon. (Rissanen ym. 2012.)

3.1 Tekonivelleikkauspotilaan hoitopolku

Uuteen hoito-ohjelmaan kuuluu, että potilas saa selkeän ja kattavan valmennuksen ja potilasinfon poliklinikalla ennen leikkaukseen tuloa. Tämän lisäksi Kainuun keskussairaalassa järjestetään kaksi kertaa vuodessa yleisöluentoja, joissa tekonivelleikkausta harkitsevat tai jonnossa olevat saavat kattavan tietopaketin tekonivelleikkauksista fysioterapeuteilta ja tekonivelhoitajalta. Näillä tapaamisilla pyritään lievittämään ja poistamaan potilaan pelkoa ja huolta, jota toimenpide voi mahdollisesti tuoda. (M. Niskanen, henkilökohtainen tiedonanto 11.10.2013.) Ennen leikkausta tapahtuvan ohjauksen tarkoituksena on antaa potilaalle tietoa leikkauksesta, hoidon osa-alueista ja sen tavoitteista. Kattava suullinen ja kirjallinen ohjeistus motivoivat potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa leikkauksen jälkeen. Lisäksi se poistaa pelkoja toimenpidettä kohtaan. (Kellokumpu 2012.)

On osoitettu, että potilaan psyykinen valmistelu ennen leikkausta lyhentää sairaalassa oloaika ja vähentää postoperatiivista lääkitystä. Kirurgien, anestesiologien ja hoitajien antaman tiedon toimenpiteestä, lääkehoidosta ja mobilisoitumisesta odotetaan vähentävän ahdistusta ja parantavan toipumista. (Kehlet & Dahl 2003.) Potilaan hoito suunnitellaan potilaskeskeisesti, sillä jokainen potilas on erilainen (Syrjänen, Rapid Recovey 2011; Rapid Recovery 2013).

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tulee tehdä saumatonta yhteistyötä koko potilaan hoitoprosessin ajan, koska tämä määrittelee potilasohjauksen toimivuuden, vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden. Hyvänkin hoitotuloksen voi tuhota huono ja laiminlyöty ohjaus, sen vuoksi ohjausvastuussa olevilla tulee olla aikaa ja valmiuksia suoriutua ohjaustehtävästä. (Suikkonen & Raappana 2013, 28.) Potilasohjauksella tarkoitetaan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutuksellisessa ohjaussuhteessa. Ohjaus on

sidoksissa sekä ohjaajan että ohjattavan taustaan: niihin lähtökohtiin ja periaatteisiin, joiden pohjalta toimitaan. Ohjauksen sisältö ja tavoitteet puolestaan määräytyvät tämän taustan mukaan ja rakentuvat edelleen ohjaussuhteessa. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 6.) Potilasohjauksen toimivuus tarkoittaa, että ohjaus on toimivaa potilaan ja ohjaajan välillä sekä, että potilas ymmärtää ohjauksen merkityksen. Vaikuttavuus on, että potilas ymmärtää ohjauksen vaikutuksen kokonaisvaltaiseen hoitoon. Potilasohjauksen tulee olla tuloksekasta, jotta ohjauksesta on hyötyä kuntoutumisen kannalta potilaalle, taloudellisesti hyötyä sairaalalle ja että sillä on merkitystä potilaan saamaan hoitoon.

Potilas saapuu kirurgian vuodeosastolle 7 joko leikkausta edeltävänä päivänä tai leikopotilaana eli saapuu osastolle toimenpideaamuna, jolloin hänelle on kerrottu prepoliklinikalla leikkausaamuna huomioitavat asiat kuten ravinnotta olo, omien säännöllisten lääkkeiden ottaminen ja peseytyminen. Osasto 7 on Kainuun keskussairaalassa toimiva 32- paikkainen kirurginen vuodeosasto, jossa hoidetaan ortopediset, traumatologiset, thorax- ja verisuonikirurgiset potilaat. Osastolle tulevat myös kipu-, tutkimus-, silmä- ja erikoishaavanhoitoa tarvitsevat potilaat. Potilaat tulevat hoidonvarauksen tai päivystyspoliklinikan kautta osastolle. (Kainuun maakunta- kuntayhtymän palvelut 2012.)

Potilas aloittaa leikkaukseen valmistelun joko itse kotona tai osastolla leikkausta edeltävänä iltana. Potilas ohjeistetaan olemaan ravinnotta eli juomatta ja syömättä leikkauspäivänä puolen yön jälkeen. Nykykäsityksen mukaan kirkkaita nesteitä voi antaa vielä pari tuntia ennen toimenpidettä komplikaatioiden lisääntymättä (Kellokumpu 2012). Leikkausalueen ihon kunto tarkistetaan, ettei leikkaukskohdassa ole mitään ihorikkoja joista voisi mahdollisesti tulla infektio. Potilaalta mitataan verenpaine anestesiakertomukseen ja tarkistetaan, että anestesiakertomus on täytetty oikein ja potilaan laboratoriotulokset sekä lääkelista on tulostettuna potilaan papereissa. Potilasta neuvotaan käymään suihkussa leikkusaamuna ja hänelle vietään valmiiksi leikkausvaatteet.

Leikkausvaatteena on lämpöhaalari ja sukat. Lämpöhaalari puetaan jokaiselle tekonivelleikkauspotilaalle sen vuoksi, ettei potilaan elimistö pääsee kylmenemään toimenpiteen aikana. Jos elimistö kylmenee, hidastuu verenkierto, haavan paraneminen ja samalla kokonaisvaltainen kuntoutuminen viivästyy. (M. Niskanen, henkilökohtainen tiedonanto 11.10.2013.) Esitämällä elimistön kylmeneminen voidaan vähentää myös sydänkomplikaatioita, verenvuotoa ja haavainfektioita (Kellokumpu 2012).

Leikkausaamuna yövuoron hoitajat varmistavat, että potilas on herännyt ajoissa suihkuun ja on saanut leikkausvaatteet puettua päälleen. Lisäksi varmistetaan, ettei potilaalla ole kynsilakkaa, koruja ja silmälasia. Aamun ensimmäisen tekonivelleikkauspotilas viedään arkiamuina leikkausosastolle ilman erillistä kutsua klo 7 ja hänelle annetaan esilääkkeet puolta tuntia ennen leikkausosastolle vientiä. Päivän muut tekonivelleikkauspotilaat esilääkitään ja viedään leikkausosastolle, kun leikkausosastolta tulee soitto, että potilaan saa esilääkitä ja viedä leikkaukseen. Heräämö ilmoittaa osastolle 7, kun potilas on haettavista heräämästä. Potilaan tultua heräämästä osastolle, mitataan verenpaine ja tarkistetaan, että leikkaushaavasidos on hyvin kiinni ja ettei haava ole vuotanut sidosten läpi. Potilaalle voidaan antaa pieniä määriä vettä suun kostukkeeksi, mutta ruokaa annetaan vasta, kun puudutus on täysin poistunut ja potilas pystyy liikuttamaan jalkojaan. Ravintoa ja suurempia nestemääriä ei anneta toimenpiteen jälkeen heti, koska potilaalle voi tulla pahoinvointia, jolloin aspiraatorisriski kasvaa. (M. Niskanen, henkilökohtainen tiedonanto 11.10.2013.) Potilasta voidaan ryhtyä mobilisoimaan, kun puudutus on lähtenyt ja potilas pystyy liikuttamaan jalkojaan. Ensimmäisten istumaan nousemisten ja liikkeelle lähtöjen aikana hoitaja on aina mukana heikon olon, pyörtymisen tai pahoinvoinnin vuoksi. Varhainen mobilisaatio aloitetaan jo leikkauspäivänä, sillä varhainen mobilisoiminen ehkäisee keuhko- ja tromboembolisia komplikaatioita ja parantaa suolen toimintaa (Kairaluoma 2007). Potilaan tulee osata kävellä kyynärsauvoilla oikein ennen kotiutumista. Fysioterapeutit käyvät heti ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä kuntouttamassa potilasta ja myös heidän lausuntonsa merkitsevät paljon kotiutumista mietittäessä. (T. Ruotsalainen, henkilökohtainen tiedonanto 3.10.2012.)

Kainuun keskussairaalassa potilas kotiutuu usein polven- ja lonkantekonivelleikkauksesta kolmantena tai neljäntenä postoperatiivisena päivänä, joka saattaa potilaasta itsestään tuntua pelottavalta. Nopean kotiutumisen vuoksi potilaalle voi tulla epäilyksiä kotona selviämisen ja kivunhoidon suhteen. Kuitenkin varhaisella mobilisaatiolla ja kotiutumisella pyritään nimenomaan vähentämään näitä huolenaiheita minimoimalla se, ettei potilaalle ennättäisi muodostua pelkoa kotiin lähdöstä ja mobilisoimisesta. Potilas pääsee kotiin kun hän täyttää Kainuun keskussairaalan kirurgian kotiutumiskriteerit. Kriteerit ovat seuraavat: pukeutuminen ja riisuuntuminen onnistuvat itsenäisesti, sängystä ja tuolista ylös nouseminen ja takaisin meneminen onnistuu itsenäisesti, hygieniasta huolehtiminen onnistuu ilman apua, potilas pystyy kävelemään n. 40 metriä ja porraskävely onnistuu, jos kotona on portaita ja potilaan lämpö on enintään 38 astetta. (Rissanen ym. 2012.)

3.2 Leikkauspotilaan kivunhoito

Kipua tarkastellaan eri tieteenaloilla erilaisista näkökulmista. Kansainvälinen kivuntutkimusyhdystys IASP on määritellyt kivun seuraavanlaisesti: ”Kipu on epämiellyttävä, sensorinen ja tunneperäinen kokemus, jolla on yhteys jo sattuneeseen tai uhkaavaan kudოსvaurioon tai jota kuvaillaan kudოსvauriota ilmaisevilla käsitteillä”. (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 1996, 316.) Kipu on aistimus, johon liittyy aina tunnekokemus. Kivun aistiminen on useimilla ihmisillä suunnilleen samantyyppinen kipuhavaintoon ja siihen liittyvään epämiellyttävään tuntemukseen asti, mutta kivun voimakkuuden kokemuksessa on suuria eroja ihmisten välillä. (Granström 2010, 12-14.) Kipu tulee yleensä yllättäen ja se voi masentaa, sekoittaa ihmisen ajatuksia ja aiheuttaa paljon huolia, pelkoja ja kärsimystä. Kipu on ihmiselle inhimillinen kokemus. (Granström 2010, 143.)

Tutkimus aikuisten nivelreumakivusta kuvaa kipuun liittyviä tuntemuksia rajoittuneena kipuna, lihas- ja nivelkipuna, henkisenä epämukavuutena, sekä voimakkaina kivun tuntemuksina. Kolmannes tutkimukseen vastanneista kuvasi kärsimyksen tunnetta henkisenä ja fyysisenä välinpitämättömyytenä, pelkona, ahdistuksena ja fyysisen sairauden tunteena. (Vaajoki, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2003.)

Kainuun keskussairaalassa tekonivelleikkauspotilaiden hoidossa on isoimman muutoksen kokenut kipulääkitys. Uudessa hoitomallissa käytetään seuraavia peruskipulääkkeinä: parasetamoli, selekoksibi, etorokoksibi ja gabapentiini (M. Niskanen, henkilökohtainen tiedonanto 4.12.2012). Parasetamoli (mm. Panadol®) on kipua lievittävä ja kuumetta laskeva kipulääke, mutta se ei vaikuta tulehdukseen. Parasetamoli vaikuttaa keskushermoston kautta, joten sen vaikutusmekanismi on erilainen kuin tulehduskipulääkkeissä. Annostuksessa täytyy huomioida, että lääke metaboloituu eli poistuu elimistöstä maksan kautta. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 115.)

Selekoksibi (Celebra®) on uuden polven NSAID-lääke, eli tulehduskipulääke, joka vaikuttaa pääosin ääreishermpäätteen tasolla. Selekoksibi on kuumetta alentava tulehduskipulääke. (Salanterä ym. 2006, 109-113.). Jossain tapauksissa selekoksibin tilalla käytetään etorokoksibi-lääkettä (Arcoxia®), joka on myös tulehduskipulääke. Anestesia- ja kipulääkäreille on määrätty etorokoksibin selekoksibin tilalle, esimerkiksi jos potilaalla on sellainen sairaus taustalla, ettei hän voi käyttää selekoksibia, esimerkiksi tulehduksellinen suolistosairaus tai sydämen vajaatoiminta.

Gabapentiini (Gabapentin®) kuuluu epilepsiakipulääkkeisiin, jota käytetään neuropaattisten kipujen hoitoon, kuten esimerkiksi hermosärkyyn (Salanterä ym. 2006, 128-129). Näihin kolmeen peruskipulääkkeeseen potilas saa kotiutuessaan reseptin mukaansa tilanteen ja potilaan kipujen mukaan ja hänen tulisi jatkaa 1-2 viikon ajan säännöllistä kipulääkitystä kotona. Kotilääkkeet määräytyvät potilaan voinnin ja kipujen voimakkuuden mukaan. Säännöllisellä kipulääkityksellä pyritään ehkäisemään, etteivät kivut tulisi liian voimakkaana kotona. Tällä pyritään helpottamaan potilaan liikkumista ja turvaamaan kuntoutumisen eteneminen suunnitellusti.

Peruskipulääkkeiden lisäksi potilas saa tarvittaessa sairaalassaoloaikana vahvoja opioideja, jos kivut voimistuvat, eikä peruskipulääkitys pelkästään auta. Usein puudutuksen hävittyä kivut tulevat niin voimakkaina, että potilas tarvitsee opioidi-kipulääkitystä osastolla. Opioidit luokitellaan heikkoihin, keskivahvoihin ja vahvoihin opioideihin. Heikkoja ja keskivahvoja opioideja kauppanimiltään ovat mm. Tramadoli ja Kodeiini ja vahvoja Fentanyyli ja Oksikodoni. Opioidit ovat tehokkaimpia kipulääkkeitä, joiden vaikutus perustuu kykyyn aktivoida elimistön omaa opioidijärjestelmää. Opioidit ovat nopeasti vaikuttavia lääkkeitä. Normaalisti opioidin käyttö tulisi aloittaa porrastetusti heikoista opioideista vahvoihin opioideihin, mutta tietyissä tilanteissa kuten esim. leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa heikkoja ja keskivahvoja opioideja ei välttämättä käytetä, vaan vahvoja opioideja annostellaan muiden kipulääkkeiden tueksi. Opioidit ovat erittäin addiktoivia lääkkeitä ja ihmiselle voi tulla lyhyenkin käytön jälkeen vieroitusoireita. (Salanterä ym. 2006, 116-124.)

”Leikkauksen jälkeinen kivunhoito vähentää kivun aiheuttamia stressivasteita ja elintoimintojen häiriöitä, sekä sallii potilaan varhaisen mobilisaation.” Potilaan kivunhoidossa tulee huomioida myös muut kipua lievittävät hoitotyön menetelmät, kuten ohjaus ja potilaan tukeminen, asentohoito ja oikea tekniikka sängystä ylösnousuissa. Potilaan kivunhoitoa toteutetaan yhdessä potilaan, hoitajan ja hoitavan lääkärin kanssa. (Kellokumpu 2012.)

Kipulääkityksen tukena käytetään ei-farmakologisia menetelmiä, joista yleisimpiä on keskustelu, lohduttaminen ja kuuntelu. Näitä menetelmiä käytetään vähemmän, vaikka niiden hyöty voi olla merkittävä yhdistettynä lääkehoitoon. (Sormunen 1999, 12-13.) Näiden menetelmien lisäksi jokapäiväisessä käytössä osastolla 7 on kylmähoito ja asentohoito. Kylmähoito perustuu siihen, että kylmä tyrehtyttää verenvuotoa, laukaisee lihasjännityksiä, ehkäisee tulehdusten syntyä sekä hidastaa turvotuksen muodostumista (Kalso & Vainio 2004, 204). Asennon muuttaminen lieventää kipusensoreihin kohdistuvaa ärsytystä ja potilaalle koitetaan löytää

asentohoidossa sellainen asento jossa hänellä olisi mukava ja rento olla (Sailo & Varti 2000, 124).

3.3 Varhainen mobilisointi

Kuntoutuminen tarkoittaa prosessia, jonka avulla vajaakuntoisia henkilöitä autetaan itse saavuttamaan ja ylläpitämään mahdollisimman hyvän fyysisen, aistimuksellisen, älyllisen, psyykkisen tai sosiaalisen toiminnan taso, jolloin heillä on mahdollisuus elää mahdollisimman itsenäistä elämää. Kuntoutuminen voi sisältää toimenpiteitä, joilla erilaiset toiminnot mahdollistetaan tai palautetaan, tai sen avulla voidaan korvata jonkin toiminnan menetys, puuttuminen tai rajoitus. (United Nations enable 2013.)

Varhaisen mobilisoinnin hyödyt ovat, että se parantaa lihastoimintaa, hengitystä ja kudoksen hapettumista. Varhainen mobilisointi ehkäisee keuhko- ja tromboembolisia komplikaatioita, kun veri pääsee kiertämään normaalisti henkilön liikkuesssa. Tavoitteena on, että potilaan tulisi olla leikkauksen päivänä poissa sängystä noin kaksi tuntia. Hoitajan vastuu on tukea potilaan varhaista mobilisointia. Leikkauksen jälkeen potilaan tulee liikkua riittävästi tarvittavan kipulääkityksen turvin. Päivittäiseen kuntoutumiseen kuuluu myös päivittäiset toiminnot, kuten ruokailut tuolilla istuen ja pesut wc:ssä tai tuolilla istuen. Suuri vastuu kuntoutumisesta on myös potilaalla itsellään, hänen tulee tehdä omatoimisesti ja säännöllisesti hänelle ohjattuja harjoituksia. (Kellokumpu 2012.)

Riittävä kivunhoito mahdollistaa varhaisen mobilisoinnin ja on välttämätön edellytys toimimiselle ja riittävä perioperatiivinen kivunhoito on avain onnistuneeseen fast track-hoitomalliin (Kehlet & Wilmore 2008).

Lonkan ja polven tekonivelleikkaus ei välttämättä merkittävästi rajoita potilaan leikkauksen jälkeistä työkykyä tai liikkumista. Tekonivelleikkauksen jälkeen potilaat voivat yleensä kuormittaa heti leikattua lonkkaa/ polvea ja potilaille annetaan osastolla liikkumiseen ohjeet, jotka fysioterapeutit käyvät läpi potilaan kanssa. Lihaksiston vahvistaminen, nivelen liikkuvuutta parantavien harjoitteiden ja tasapainoa parantavien harjoitteiden tavoite on tehdä kävelemisestä varmempaa ja helpottaa päivittäisiä perustoimintoja. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopedi yhdistys Ry:n asettama työryhmä 2012.)

3.4 Tekonivelleikkauspotilaan hoitomallin taustaa

Fast track- ohjelma on kirurgian ja nopean toipumisen malliin perustuva hoito-ohjelma. Hoito-ohjelman on kehittänyt tanskalainen kirurgi Henrik Kehlet. Hoitomallilla tarkoitetaan, että koko hoitotiimi pyrkii yhteistyössä potilaan kanssa löytämään parhaan keinon hoidossa, anestesiassa, leikkauksessa, nestehoidossa, kivunhoidossa ja kuntoutuksessa, jotta vältettäisiin suolilamaa ja nopeutettaisiin toipumista. Varhainen ravinnon saanti enteraalisesti ja aikainen mobilisaatio aloitetaan jo leikkauspäivänä, sillä aikainen mobilisoiminen ehkäisee keuhko- ja tromboembolisia komplikaatioita ja parantaa suolen toimintaa. Potilaan kotiutuminen tapahtuu toisena tai kolmantena postoperatiivisena päivänä. (Kairaluoma 2007.) Riittävä kivunhoito mahdollistaa varhaisen mobilisoitumisen ja on välttämätön edellytys toipumiselle ja riittävä perioperatiivinen kivunhoito on avain onnistuneeseen fast track-hoitomalliin (Kehlet & Wilmore 2008).

Fasttrack-hoitomallin kaltainen, tekonivelpotilaiden tarpeisiin suunniteltu hoito-ohjelma on Rapid Recovery. Yli 170 ortopedia, kirurgia, anestesia- ja fysioterapeuttiä ja hoitajia on ollut kehittämässä Rapid Recovery- ohjelmaa 12 Euroopan maasta. Rapid Recovery - ohjelma on tuonut muutoksia tekonivelleikkauspotilaan leikkaushoitopolun joka vaiheeseen. Osana tätä muutosta vanhat leikkauksen jälkeisen kivun hoidon mallit on siirretty syrjään. Tilalle on astunut tekonivelpotilaiden tarpeisiin suunnattu, potilaskeskeisempi ja kivun hoitoon tähtäävä malli. Rapid Recovery on niveliä korvaavia implantteja kehittävän ja tuottavan ortopediayrityksen, Biometin kehittämä ohjelma polvi- ja lonkkanivelkorjausleikkauksiin. Biometillä on 14 vuoden kokemus tekonivelpotilaan hoitoketjuista ja sen kehittamisestä. Biometin rooli tässä ohjelmassa on tarjota lääketieteellistä ja terveystaloudellista tietoa, sekä kehittää ja parantaa jatkuvasti ohjelmaa. (Syrjänen, Rapid Recovery 2011; Rapid Recovery 2013.)

Rapid Recovery -ohjelmaan kuuluu, että potilas saa selkeän ja kattavan valmennuksen ja potilas infon ennen leikkauksen tuloa poliklinikalla. Poliklinikalla potilas tapaa myös hoitajan, kirurgin, fysioterapeutin ja anestesia- ja kivunlääkärin, jotka hoitavat potilasta koko hoitopolun aikana. Tällä tapaamisella pyritään lievittämään ja poistamaan potilaan pelkoa ja huolta, jota toimintapainepaino voi mahdollisesti tuoda. Potilaan hoito suunnitellaan potilaskeskeisesti, sillä jokainen potilas on erilainen. Ohjelma keskittyy nimenomaan potilaan mobilisoimiseen mahdollisimman pian operaation jälkeen. Pyritään saamaan potilas mahdollisimman nopeasti ylös sängys-

tä ja liikkeelle hyvän kipulääkityksen turvin. Tämä nopeuttaa myös potilaan kuntoutumista takaisin normaaliin ja aktiiviseen elämään. Potilaan kotiutuminen suunnitellaan etukäteen ja kotiin pääsee kun kotiutumiskriteerit täyttyvät. Lisäksi olisi hyvä jos potilaalla olisi henkilö, joka tukisi ja auttaisi kuntoutumisessa. Rapid Recovery – ohjelmalla pyritään takaamaan tekonivelleikkauspotilaan hoidon hyvä laatu. (Syrjänen, Rapid Recovery, 2011; Rapid Recovery 2013.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kehittää tekonivelleikkauspotilaiden hoitoa Kainuun keskussairaalan osastolla 7 ja prepoliklinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvailla potilaiden kokemuksia uudesta hoitomallista.

Tutkimustehtävämme ovat:

- Millaisia ennakko-odotuksia potilailla oli ennen toimenpidettä?
- Miten kipulääkitys riitti?
- Miltä varhainen mobilisaatio potilaista tuntui?

5 TUTKIMUSMENETELMÄT

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Hirsjärvi ym. (2005, 153) mukaan laadullisen tutkimuksen lajeja on nimettävissä ainakin 43 erilaista ja laadullisella tutkimuksella on useita eri määritelmiä. Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään löytämään ja paljastamaan tosiasioita eikä todentamaan jo olemassa olevia totuuksia. Aineisto kootaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa, jossa suositaan ihmisiä tiedon keruun menetelmänä. Tutkija luottaa omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittavien kanssa ja luottaa niihin enemmän kuin mittausvälineillä hankittavaan tietoon. Tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä ja tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja tulkitaan aineistoa sen mukaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi ym. 2005, 152.)

Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kyselyt, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Haastattelussa käydään keskustelua tiedonantajan kanssa ja sen suurin etu että haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys ja korjata mahdolliset väärinkäsitykset ja selventää kysymyksiä tarvittaessa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 73-75.) Haastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, jossa suurin etu on aineiston keräämisen joustavuus, siinä pystytään korostamaan ihmistä objektina ja hänelle annetaan tilaisuus tuoda esiin häntä itseään koskevat asiat mahdollisimman vapaasti ja se tuo myös non-verbaalista tietoa haastattelijalle. Haastattelun aikana voidaan myös syventää annettuja tietoja ja pyytää vastauksille perusteita. Toisaalta haastattelu voi tuoda yllättävääkin tietoa ja aiheet saattavat olla arkoja tai vaikeita asioita. ”Haastattelu on kuin kolikko, jolla on kaksi puolta ja haastattelun hyvät puolet voivat tuoda mukanaan myös ongelmia” (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 199-201.)

Valitsimme tiedonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun, koska halusimme saada mahdollisuuden esittää tarkentavia kysymyksiä valmiin haastattelurungon lisäksi. Teemahaastattelumme oli puolistrukturoitu eli siinä edetään tiettyjen keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77). Teemahaastattelu on luonteeltaan lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto, jossa on tyypillistä, että haastattelun teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat (Hirsjärvi ym. 2007, 203). Haastattelun runko on opinnäytetyön liitteenä (LIITE 1).

5.1 Aineiston hankinta

Haastateltavat olivat 54-75 -vuotiaita ensikertaa tekonivelleikkauksessa olleita, joista kolme oli naisia ja yksi oli mies. Haastateltavat valittiin yhdessä tekonivelkoordinaattorin kanssa. Kävimme läpi seuraavan kuukauden aikana tekonivelkoordinaattorille tulevat polven- ja lonkan tekonivelleikatut potilaat. Valitsimme sellaiset potilaat, jotka olivat ensimmäistä kertaa käyneet tekonivelleikkauksessa ja olivat kotona asuvia ja alle 80-vuotiaita. Valitsimme ensikertaa tekonivelleikkauksessa olleita sen takia, ettei heillä ollut aikaisempaa kokemusta, jota olisi voinut käyttää vertailukohteena. Ajattelimme, että kotona asuvat ja alle 80-vuotiaat ovat kykeneväisiä vastaamaan kysymyksiin selkeästi ja luotettavasti. Potilaille soitettiin muutamaa viikkoa ennen tekonivelkoordinaattorille tuloa. Puhelussa kerrottiin tutkimusluvasta, opinnäytetyöstä ja sen tarkoituksesta, sekä potilailta kysyttiin halukkuutta osallistua haastatteluun. Painotimme, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta heidän saamaansa hoitoon.

Haastattelun onnistumisen kannalta on suositeltavaa, että haastateltavat saavat tutustua haastattelun aiheeseen etukäteen, käytännössä tämä toteutuu siinä kun haastattelun ajankohdasta sovitaan etukäteen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75). Puheluihin valittiin yhteensä kuusi ihmistä, mutta itse puheluita tarvitsi tehdä aluksi neljä, koska ensimmäiset neljä potilasta suostui haastatteluun. Puheluihin valittiin kuusi potilasta, sillä oletimme, että joku heistä voi kieltäytyä osallistumasta opinnäytetyöhömmme, jolloin meillä oli valmiina valittuna potilaita.

Yksi haastatteluista peruuntui, koska potilaan tullessa haastatteluun selvisi, että kyseisellä henkilöllä on vaikea afasia, eli puheen tuottamisen häiriö. Afasiaa ei huomattu puhelun aikana, koska potilas vastasi muutaman sanan lauseilla. Potilaan ja hänen avustajan kanssa sovittiin, ettei haastattelua toteuteta, koska haastattelun kysymykset olivat kokemuksiin ja oman kivun lievittymiseen liittyviä kysymyksiä ja näihin olisi potilaalla ollut vaikea vastata afasian vuoksi. Saimme haastattelulle korvaavan haastattelun, kun soitimme uudelle potilaalle ja sovimme haastattelun kahden päivän päähän. Tämä onnistui hyvin, sillä olimme valmiiksi jo valinneet kaksi ylimääräistä potilasta, joilta voisimme pyytää halukkuutta osallistua opinnäytetyöhömmme jos joku kieltäytyy tai ei pysty osallistumaan.

Haastattelut toteutettiin viikoilla 32 ja 33. Haastattelimme kahta polviproteesileikkauksessa käynyttä potilasta ja kaksi lonkkaproteesileikkauksessa käynyttä potilasta. Haastatteluille oli varattu rauhallinen tila, jossa ei ollut mitään häiriötekijöitä ja haastattelut saatiin tehtyä rau-

hassa. Nauhuri saattoi osaltaan jännittää haastateltavia, sillä tallennuksen loppuessa oli jokaisella haastateltavalla vielä jotain sanottavaa, mutta niillä ei ollut merkitystä tutkimuskysymyksiä ajatellen.

Ensimmäistä kertaa tekonivelleikkauksessa olleet potilaat tulevat 2-3 kuukauden kuluttua tekonivelleikkauksesta kirurgian poliklinikalle tekonivelkoordinaattorin kontrolliin, jossa koordinaattori tarkastaa potilaan ja tekonivelen kunnan (M. Niskanen, henkilökohtainen tiedonanto 4.12.2012). Ennen tätä kontrollia potilaan tulee käydä röntgenissä, jossa otetun kuvan tarkastaa ortopedi. Kontrolli kesti noin puoli tuntia, jonka jälkeen haastattelut toteutettiin. Haastattelutilanteissa ei ollut muita kun vain haastattelija ja potilas. Haastattelutilana toimi Kainuun keskussairaalassa tyhjiällä oleva toimistohuone. Haastatteluiden alussa potilaalle kerrottiin vielä opinnäytetyön aihe ja tarkoitus. Haastattelu lähdettiin toteuttamaan etukäteen suunnitellun kysymysrungon mukaan ja haastateltavien vastausten mukaan esitettiin lisäkysymyksiä. Haastattelut saatiin toteuttaa ilman häiriötekijöitä rauhallisessa tilassa. Haastattelut tallennettiin nauhurille, jotta pystyimme helpommin analysoimaan vastaukset ja tarvittaessa pystyttiin palaamaan haastatteluihin myöhemmin takaisin. Näin meidän ei tarvinnut muistaa haastatteluja ulkoa.

Haastatteluista ei selvitty ilman teknisiä ongelmia. Kahden haastateltavan yhteydessä nauhuri ei jostain syystä ollut lähtenyt nauhoittamaan, mutta onneksi toinen opinnäytetyön tekijöistä oli kirjoittanut kaikkien haastatteluiden aikana haastatteluiden vastauksia ylös paperille, joten haastatteluja ei tarvinnut tehdä uusiksi. Haastattelut olivat kertaluontoisia ja analysoinnin jälkeen tallenteet hävitettiin. Haastatteluilla saimme potilailta laajemmat vastaukset tutkimuskysymyksiimme kuin kyselylomakkeella, sillä pystyimme tarvittaessa lisäkysymyksillä täydentämään jotakin vastausta, joka jäi mielestämme epäselväksi. Esimerkiksi, kun potilas sanoi, että varhainen liikkeellelähtö on tuntunut pelottavalta, niin lisäkysymyksillä sai laajemman vastauksen siihen, miksi se on tuntunut pelottavalta.

5.2 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on erittäin käytetty tutkimusaineiston analyysimenetelmä. Analyysin tekemiseksi ei ole olemassa yksiselitteisiä sääntöjä, vaan tiettyjä ohjeita prosessin etenemisestä. (Kynä & Vanhanen 1999.) Induktiivinen aineiston analyysi jaetaan karkeasti kolmevaiheiseksi prosessiksi. Aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely

ja aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistämässä analysoitava data voi olla auki kirjoitettuna, joka pelkistetään niin, että aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Se voi olla joko tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Ryhmittelyssä aineistosta poimitut alkuperäisilmaukset käydään läpi tarkasti ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään yhdeksi luokaksi. Tätä vaihetta seuraa aineiston teoreettisten käsitteiden luominen, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-111.)

Teimme sisällön analyysin ja analysoimme aineiston induktiivisesti eli aineistolähtöisesti, jossa teemat johdattelivat meitä etsimään vastaukset aineistosta. Tutkimustehtävämme ohjaavat aineiston analysointia kysymällä aineistolta tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Induktiivisessa analyysissä pyritään tekemään yleistyksiä ja päätelmiä aineistosta nousevien seikkojen perusteella. Sisällönanalyysissä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta kuitenkaan sen sisältämää informaatiota. Analyysillä luodaan selkeyttä aineistoon, jotta siitä voidaan tehdä luotettavia ja selkeitä johtopäätöksiä. Aineistolähtöisessä analyysissä yhdistellään käsitteitä ja näin saadaan vastaus tutkimustehtäviin. Sisällönanalyysi perustuu tutkijan tulkintaan ja päättelyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 & 112.)

Analysoinnissa etsimme alkuperäisille ilmauksille pelkistetyt ilmaukset eli pelkistimme aineiston. Pelkistämällä tarkoitetaan informaation tiivistämistä tai aineiston purkamista pienempiin osiin. Pelkistämässä voidaan etsiä esimerkiksi auki kirjoitetusta haastattelusta tutkimustehtävän kysymyksiin vastaavat sanat. Tutkimustehtäviin vastaavat sanat voidaan sitten kirjoittaa peräkkäin eri paperille ja etsiä samankaltaiset sanat samaan lokeroon. Kun samankaltaiset sanat on saatu kerättyä, etsitään sanoja kuvaava otsikko ja näin muodostuu yläluokat ja aineistoa voidaan lähteä kirjoittamaan tutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111-113.) Näin saamme haastattelun purettua selkeästi ja todenmukaisesti lopulliseen työhön induktiivisesti. Tämä lisää myös haastattelun analysoinnin luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 134- 140.)

6 TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kaikkien tutkittavien vastauksissa oli sekä yhtäläisyyksiä että eroja. Potilaat hakivat tietoa etukäteen leikkauksesta internetistä, läheisiltä ja lääkäriltä. Kaikkein tärkeimpänä esille kuitenkin nousi tekonivelhoitajan vastaanotto noin kahta viikkoa ennen leikkausta. Tekonivelhoitajan vastaanotolla potilaat voivat kysyä leikkaukseen, liikkumiseen tai mihin vaan toimenpiteeseen liittyvistä asioista ja peloista ja näin ollen ehkä lievittää joidenkin kohdalla pelkoja ja jännityksiä mitä heillä on toimenpidettä kohtaan. Tutkittavien kesken kävi ilmi, että, polvileikatut potilaat olivat toivoneet tekonivelhoitajan vastaanotolta saavansa hieman enemmän tietoa leikkauksen jälkeisestä liikkumisesta.

Kaikkia tutkimushenkilöitä yhdisti yksi ennako-odotus, sillä kaikki tutkimushenkilöt toivoivat ja odottivat toimenpiteeltä kivuttomuutta. Kivuttomuuden avulla myös liikkuminen helpottuisi. Toimenpide toi myös jokaisen tutkittavan kohdalla erilaisia pelkoja ja jännitystä. Oli pelkoa toimenpiteen epäonnistumisesta ja siitä, että jokin menee pieleen. Tutkimukseen osallistuneilla oli hyvin samantyyppisiä ennako-odotuksia. Toimenpide aiheutti jännitystä ja erilaisia pelkoja.

Haastatteluista kävi ilmi, että polventekonivelleikkauksessa olleet olivat kokeneet enemmän kipuja kuin lonkkatekonivelleikkauksessa olleet potilaat. Polvileikatut toivat esille, että olivat pyytäneet lisäkipulääkettä osastolla ollessa, mutta olivat lisäkipulääkkeellä saaneet kivut hallintaan. Lonkkaleikatut potilaat eivät tuoneet esille, että olisivat pyytäneet lisäkipulääkkeitä. Polvileikatut olivat olleet kipeitä kotona toisin kuin lonkkaleikatut ja he olivat kokeneet kotona olevien kipulääkkeiden olleen liian mietoja. Lisäksi molempien polvileikattujen kohdalla tulehduskipulääke Celebra® oli loppunut liian aikaisiin kotona ja he olisivat toivoneet sitä olevan enemmän. Lonkkaleikattujen mielestä kipulääkitys oli riittävä, sairaalassa sai lisäkipulääkettä jos tarvitsi ja kotiin saadut kipulääkkeet olivat riittäneet ja niillä kivut pysyneet hallinnassa. Kipulääkitys oli tuntunut polviproteesileikatuilla potilailta liian miedolta kotona, mutta sairaalassa lisäkipulääkkeet tekivät kipulääkityksestä riittävän. Lonkkaleikatut olivat tyytyväisiä kipulääkityksen riittävyteen koko hoidon ajan.

Mobilisoimista eli varhaista liikkeelle lähtöä oli yritetty molempien polvileikattujen kohdalla. Toisen kanssa liikkeelle lähtö ei ollut vielä onnistunut huimaamisen takia, mutta toinen polvileikattu oli saanut muutaman askeleen otettua. Liikkeelle lähtenyt tutkittava kuitenkin koki

kovia kipuja liikkeellä olon jälkeen. Polvileikatut olivat kyllä sitä mieltä, että liikkeelle lähtöä olisi parempi kokeilla vasta seuraavana päivänä eli ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä liikkeelle lähtö oli sujunut jo paljon paremmin, eikä kipuja ollut enää niin paljoa. Molemmat lonkkaleikatut olivat nousseet seisomaan vasta seuraavana päivänä leikkauksesta hoitajien avustamana. Seisomaan nousu oli onnistunut hyvin ja tuntunut hyvälle. He kokivat, että vasta seuraavana päivänä leikkauksesta sängystä nouseminen tuntui ajatuksenakin paljon paremmalta. Varhainen mobilisoiminen oli kaikkien tutkittavien mielestä ollut pelottava ajatus ja liikkeelle lähtö leikkauspäivänä olisi parempi siirtää ensimmäiselle postoperatiiviselle päivälle. Koska varhainen mobilisoiminen on yksi tärkein hoitomallin tavoite, ei sen siirtämistä voida miettiäkään. Mobilisoimiseen tulee miettiä keinoja, joilla lievittää potilaiden pelkoja ja tukea häntä tähän nopeaan toipumisen hoitomalliin.

Kaiken kaikkiaan potilaat olivat erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. He kokivat hoitonsa hyvänä ja laadukkaana. Hoitohenkilökunta oli ollut ystävällistä koko sairaalassa ja heillä oli ollut turvallinen olo koko sairaalassaoloajan.

Tämän tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan pitää sitä, että uuden hoitomallin käyttöön ottaminen on ollut positiivista. Tutkittavat olivat kokeneet, että olivat saaneet hyvän ja riittävän valmistuksen ennen toimenpidettä tekonivelhoitajan vastaanotolla. Heitä jokaista oli jännittänyt ja pelottanut tuleva toimenpide, mutta tekonivelhoitajan vastaanotto oli kuitenkin lievittänyt pelkoja vähän. Tutkittavat olivat olleet tyytyväisiä ja eivät olleet kokeneet sietämättömää kipua, vaan olivat saaneet kivunlievitystä sitä tarvittaessa. Varhainen liikkeelle lähtö oli ollut jokaisen tutkimuksemme osallistuneen mielestä pelottava ajatus.

7 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessi lähti käyntiin syksyllä 2012. Saimme aiheen suoraan työntilaaaja- osastolta, josta ehdotus tuli työelämän kehittämisen tarpeista. Toinen opinnäytetyön tekijöistä oli aluksi ryhtymässä prosessiin yksin, mutta sai ryhmäkaverinsa kiinnostumaan aiheesta ja niin- pä aloimme suunnitella opinnäytetyötä yhdessä. Oli mukavampi lähteä opinnäytetyön tekoon kun tiesi että meitä on kaksi. Työelämälähtöinen opinnäytetyö pyrkii ratkomaan käytännössä kohdattuja haasteita, joita päätimme lähteä selvittämään. Opinnäytetyön ja töiden yhdistäminen on rankka prosessi ja vaatinut hyvin pitkälti kummankin vapaa-ajan työn tekemiseen. Osittain lisähaastavuutta opinnäytetyöhön teki se, että olimme lähes koko ajan eri paikkakunnilla, joten kirjoitimme itsenäisesti ja kommunikoimme puhelimitse ja sähköpostilla. Lisäksi olimme molemmat täysipäiväisesti töissä, joten yhteistä aikaa tekemiselle ei ollut, vaan opinnäytetyötä tehtiin kun aikaa oli.

Opinnäytetyön tarkoitus on kehittää tekonivelleikkauspotilaiden hoitoa Kainuun keskussairaalan osastolla 7 ja prepoliklinikalla. Suoritimme neljälle potilaalle haastattelun, jonka pohjalta pystymme antamaan hoitohenkilökunnalle suuntaa antavaa tietoa siitä, miten potilaat olivat hoidon kokeneet. Haastattelun avulla keräsimme ensikertalaisilta tekonivelleikkauspotilailta kokemuksia uudesta hoitomallista ja kipulääkityksen riittävydestä Kainuun keskussairaalassa, kun mobilisoiminen aloitetaan jo leikkauspäivänä, sekä heidän odotuksistaan leikkaukseen tullessa. Haastatteluiden teemat saimme suoraan työntilaaajalta, sillä heillä oli selvä ajatus mihin kysymyksiin he haluavat vastauksen.

Opinnäytetyön opintopisteisiin nähden emme voineet ottaa enempää tutkittavia, sillä muuten tutkimus olisi kasvanut liian suureksi. Jouduimme tiukasti rajaamaan tutkittavat neljään potilaaseen. Työelämän edustajamme, tekonivelhoitaja ymmärsi rajauksemme hyvin ja hyväksyi kohdejoukon määrän. Tuomi & Sarajärvi (2002, 87) mukaan opinnäytetyö on tekijöitensä harjoitustyö, jonka tarkoituksena on osoittaa oppineisuutta omalla alalla. Tässä mielessä opinnäytteiden aineistojen koot voidaan asettaa omaan arvoonsa eikä aineiston kokoa tule pitää opinnäytetyön merkittävimpinä kriteereinä. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, kuten tässä tapauksessa uutta hoitomallia (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87). Kerroimme osaston hoitohenkilökunnalle, että he saavat mahdollisuuden jatkaa tutkimustamme laajemmaksi jos tarvetta tai haluja on. Tulosten pohjalta hoitohenkilökunnalla on suuntaa antavaa tietoa siitä, mitä mieltä

potilaat uudesta hoitomallista ovat olleet. Tuloksia hyväksikäyttäen he voivat miettiä eroja polven- ja lonkantekonivelleikattujen kohdalla kipulääkitykseen ja mobilisoimiseen.

Lääkehoito on tärkein ja käytetyin postoperatiivisen kivunhoidon menetelmä. Ennakoiva kipulääkitys vähentää myös osaltaan voimakkaita kipukokemuksia ja vaikuttaa myönteisesti myöhempään parantumiseen. (Korte ym. 1996, 327.) Riittäväällä kipulääkityksellä myös helpotetaan varhaista mobilisointia, eikä potilaalle jää pelkoa lähteä liikkumaan. Niinpä usein potilaalle annetaan ennakkoon kipulääkettä, ennen kuin fysioterapeutti menee ensimmäistä kertaa potilasta mobilisoimaan ja kuntouttamaan. Sairaanhoidajan tehtävänä on olla fysioterapeutin apuna ja arvioida potilaan jaksamista kuntoutuksen aikana. Sairaanhoidajan tärkeimpiä tehtäviä on riittävästä kipulääkityksestä huolehtiminen. Kivuttomuus lisää potilaiden omaa aktiivisuutta kuntoutua.

Jatkotutkimus ideana tätä aihetta voisi laajentaa niin, että verrattaisiin kahden eri sairaalan potilastyytyväisyyttä ja kivunhoitoa, joissa tämä samankaltainen hoitomalli on käytössä. Myös aiemmin käytössä olleesta hoitomallista ja uudistuneesta hoitomallista voisi tehdä vertailevan tutkimuksen. Lisäksi tutkimukseen voitaisiin ottaa mukaan hoitohenkilökunnan kokemukset uudesta hoitomallista, kuinka he ovat sen kokeneet ja onko heidän työnkuvansa muuttunut jotenkin.

7.1 Luotettavuus

Laadulliseen tutkimukseen kuuluu varsin erilaisia tutkimusperinteitä. Näin ollen tutkimuksen piiristä löytyy erilaisia käsityksiä luotettavuuteen liittyvistä kysymyksistä. Laadullisen tutkimuksen oppaiden luotettavuustarkastelut ovat monesti hyvin erilaisia, joten on aiheellista pohtia onko laadullisen tutkimuksen piirissä olemassakaan yhtenäisiä käsityksiä tutkimuksen luotettavuudesta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 131.)

Aineisto kerättiin haastattelemalla ja tekniikkana oli nauhoitus. Aineistoon liittyneet erityispiirteet olivat, että toinen opinnäytetyön tekijöistä haastatteli kaikki tiedonantajat yksin. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereihin kuuluu myös se, että kuinka tutkittaviin on otettu yhteyttä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 137-138). Kuten aikaisemmin on mainittu, tutkittaviin otettiin yhteyttä puhelimitse ajoissa ennen haastatteluja. Haastattelut nauhoitettiin, kuunneltiin ja litteroitiin eli kirjoitimme haastattelut puhtaaksi sanasta sanaan ja analysoimme

ne yhdessä. Luotettavuutta lisäsi se, että saimme kuunnella haastattelut useaan otteeseen ja pystyimme näin molemmat kertomaan omat mielipiteemme, sillä voimme molemmat tulkita haastateltavien vastaukset hieman eri tavalla. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on tavoitteena ymmärtää tutkimuskohdetta (Hirsjärvi ym. 2005, 170). Työn luotettavuutta lisää se, että käyttämämme lähteet ovat alle kymmenen vuotta vanhoja ja olemme käyttäneet suurimmaksi osaksi ensisijaisia lähteitä, sekä kansainvälisiä lähteitä.

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, tämän vuoksi jokaisessa tutkimuksessa luotettavuutta on pohdittava (Hirsjärvi ym. 2005, 213). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta ja tutkimuksen aineistosta. Näin olemme työssämme tehneet. Tarkoituksena on, että joku pystyisi toistamaan tutkimuksemme tarkan kuvailumme mukaan. Tämä on yksi luotettavuuden kriteeri ja se kuvaa tutkimuksen toistettavuutta. Toinen tutkimuksen luotettavuuden kriteeri on tutkimuksen kyky mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2005, 213-214.) Tarkoituksenamme oli mitata potilaiden kokemuksia ja koemme, että olemme saaneet tutkittavilta kattavat vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Luotettavuuspohdinnoissa tulisi ottaa huomioon myös tutkijan puolueettomuusnäkökulma. Jossain vaiheessa oletettiin, että jos sairaanhoitaja tutkii potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta, on se luotettavuutta lisäävä kriteeri. Näin ei kuitenkaan voida enää yleistää, juuri puolueettomuusnäkökulmasta katsottuna. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.)

Tutkimuksen saturaatio eli kyllästeisyys tarkoittaa tilannetta, jossa aineisto alkaa toistaa itseään. Aineisto voi alkaa toistaa itseään hyvinkin nopeasti ja jo pienestä aineistosta pystytään tekemään suuntaa antavia johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 89-90.) Tutkimuksemme kyllästeisyys näkyy sekä polvitekonivelleikattujen, että lonkkatekonivelleikattujen potilaiden samankaltaisista vastauksista. Aineistomme saavutti kyllästeisyyden nopeasti samassa toimenpiteessä olleiden haastateltavien samankaltaisten vastausten vuoksi. Huomasimme samankaltaisuudet myös kaikkien tutkittavien kesken, joten oletettavasti isommalla tutkimusaineistolla olisimme saaneet vielä enemmän samankaltaisia vastauksia. Tutkittavilta saatuihin vastauksiin voidaan kuitenkin olla tyytyväisiä, joten niiden perusteella pystytään antamaan hoitotyöhön suuntaa antavaa viitettä siitä, miltä potilaista on tuntunut. Vaikka tutkimusotoksemme koko oli pieni eikä tutkimustuloksia voida siten yleistää, voidaan tämän tutkimuksen tuloksia pitää suuntaa antavina. Tutkimustulokset ja johtopäätökset ovat arvokasta tietoa työelämään. Näin he voivat valita kuinka kehittää hoitotyötä ja kuinka merkityksellisiä tutkimuksestamme saadut tulokset ovat.

On selvää, että minkäänlaista kylläntymistä ei voi saavuttaa, ellei ole selvillä, mitä aineistosta ollaan hakemassa. Saturaatioon vetoaminen ei sovi kaikkeen laadulliseen tutkimukseen, ehkä vain hyvin harvoihin tyyppeihin. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan siinä pyritään kuvaamaan mm. jotain ilmiötä tai tapahtumaa. Jos jo ennen analyysia on määritelty tietyt luokat eli teemat, joille aineistosta haetaan näyttöä, on perusteltua puhua saturaatista luokkien tullessa havaituiksi. Teemahaastattelussa harvoin haetaan näyttöä tietyistä teemasta, vaan halutaan nimenomaan kuvata teemaa. Saturaatian kannalta tällöin on pysyttävä teeman sisällä samuuden kuvauksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87-89.) Teemat ohjasivat haastatteluitamme ja teemat saivat hyvin samankaltaisia vastauksia tutkittavilta.

Tiedostamme, että tutkimuksen luotettavuutta laskee se, että puolet haastatteluista ei ole kuunneltavissa uudestaan, sillä vastaukset ovat vain paperiversiona. Lisäksi luotettavuutta voi laskea tutkimusten tekijöiden kokemattomuus tehdä tutkimuksia.

Koimme haastavaksi lähteiden etsimisen, sillä tämä hoitomalli eroaa paljolti aikaisemmin tutkituista hoitomalleista. Kainuun keskussairaalan hoitomallista ei löytynyt yhtään julkaistua lähdeä, vaan käyttämämme lähteet keskussairaalan osalta on henkilökohtaisia tiedonsaanteja ja yksi julkaisematon lähde. Tämä osaltaan laskee työn luotettavuutta, kun käytössä ei ollut sairaalan osalta julkaistuja lähteitä. Pidämme kuitenkin tärkeänä saada työhön keskussairaalan omaa toimintamallia koskevaa teoriaa, josta käy ilmi sairaalan omat käytännöt ja yksityiskohdat hoitoon liittyen. Mielestämme oli tärkeää saada hoitohenkilökunnan esille tuomat asiat työhön. Haastattelut sairaanhoitaja/tekonivelhoitajalle ja anestesialääkärille toivat esille Kainuun keskussairaalaan koskevia asioita, joita hyödynsimme työssämme.

7.2 Eettisyys

Eettisyydellä tarkoitetaan sitä, että osataan erottaa oikea ja väärä, hyvä ja paha. Sen tarkoitus on kuvata oikeita ja hyviä tapoja toimia suhteessa toisiin ihmisiin. Sairaanhoitajan eettisiä näkemyksien tulisi olla samassa linjassa hoitotyötä ohjaajien lakien ja asetusten, terveydenhuollon eettisten periaatteiden ja ammattietikan kautta. (Lipponen ym. 2006, 6.)

Maailman lääkäriliitto WMA on Helsingin julistuksessa laatinut eettiset periaatteet, joiden tarkoitus on ohjata lääketieteellisiä tutkimuksia, mutta joita voidaan käyttää myös hoitotieteellisessä työssä. Julistuksen tarkoitus on suojella tutkittavan elämää, terveyttä, ihmisarvoa,

koskemattomuutta, itsemääräämisoikeutta, luottamuksellisuutta ja yksityisyyttä. Julistuksen eettisiä periaatteita on tarkoitus käyttää kokonaisvaltaisesti, eikä soveltaa yhtä osaa tiettyyn tapaukseen. (Maailman lääkäriliiton Helsingin julistus 2009.) Eettisten periaatteiden noudattaminen tuo esille ihmisen kokonaisvaltaisuutta, jossa otetaan huomioon ihmisen sosiaalinen, fyysinen ja psyykinen osapuoli. Myös kivunhoidossa on tärkeää ottaa huomioon myös muut osa-alueet, kun vain fyysinen kipu.

Ohjaustilanteissa eettiset kysymykset liittyvät potilaan itsemääräämisoikeuteen, vapauteen, yksilöllisyyteen ja hyvän edistämiseen. Potilaan kanssa työskennellessä tulee huomioida ja säilyttää potilaan tarve hallita omaa elämäänsä, suojella potilaan yksityisyyttä ja vapautta ja antaa potilaan olla yksilöllinen. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 154.) Potilas saa itse määrittää sen mitä tietoja hän antaa itsestään tutkimuskäyttöön. Yleensä itseään koskevia tietoja annetaan jos tutkittava on hyväksynyt tutkimuksen ja sen tavoitteet. (Kuula 2011, 64.)

Ihmisen itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan sillä, että ihminen saa itse päättää haluaako osallistua tutkimukseen vai ei. Tämän edellytyksenä henkilön tulee saada riittävästi tietoa tutkimuksesta, tutkimuksen tekijöistä ja tutkimuksen tarkoituksesta. Tutkijan on huolehdittava luottamuksellisten tietojen tietosuojasta, ettei tutkittavilta saatuja tietoja luovuteta väärin käsiin. Vuorovaikutustilanteessa tutkijan tutkittavan välillä on tutkijan muistettava, ettei hän edusta vain itseään vaan myös omaa oppiainettaan. (Kuula 2011, 61-63.)

Opinnäytetyössämme eettisyys tulee eniten esille ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittamisessa eli siinä, että jokainen haastateltava saa itse päättää osallistuuko opinnäytetyöhömmme ja mitä haluaa kertoa haastattelussa itsestään. Haastattelut ja niiden analysointi on huolellisesti ja ennakkoon hyvin suunnitellusti toteutettu ja haastattelut ovat luottamuksellisia. Soitimme etukäteen potilaille ja kysyimme haastatteluun luvan. Kaikki neljä haastateltavaa olivat kiinnostuneita opinnäytetyöstämme ja pitivät hyvänä asiana, että teemme työmme potilaan näkökulmasta ja mielipiteistä. Tämä lisää eettisyyttä työlle, että jokainen haastattelu on tehty hyvässä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Käytimme rehellisesti potilailta tulleita vastauksia sellaisinaan kun ne tutkimuksen tekijöille on tulleet.

Opinnäytetyömme on alusta asti tarkasti rajattu ja luvan opinnäytetyölle olemme hakenneet Kainuun keskussairaalan operatiivisen tulosalueen ylihoitajalta. Luvanhaku prosessi eteni niin, että lähetimme keväällä 2013 ylihoitajalle tutkimussuunnitelman työversion luettavaksi.

Luettuaan suunnitelman, hän ilmoitti hyväksyvänsä lupa-anomuksemme. Kirjallinen tutkimuslupa saatiin syksyllä 2013 opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen.

7.3 Ammatillinen kasvu ja kehittyminen

Olemme oppineet opinnäytetyöprosessin aikana miten tämänkaltaiset prosessit etenevät ja mitä kaikkea niiden tekoon kuuluu. Oli mielenkiintoista, mutta myös haastavaa ja rankkaa työstää opinnäytetyötä. Monta kertaa on tullut epätoivoinen olo työn valmistumisesta. Opinnäytetyön kirjoittaminen on kasvattanut meitä paljon tulevana sairaanhoitajina ja tukee meidän kiinnostustamme ortopedisten potilaiden hoitotyöhön. Opinnäytetyön edetessä on ajatus siitä, että haluamme työskennellä ortopedisten potilaiden parissa on vain vankistunut ja kasvanut. Lisäksi olemme oppineet ja lisänneet tietoa erilaisista kipulääkkeistä ja kipulääkkeiden vaikutuksesta ihmisessä, joka on tärkeä osa alue sairaanhoitajan työssä. Sairaanhoitajan tulee osata ja ymmärtää kipulääkkeiden toimintaa ja hoitajan tulee uskaltaa käyttää erilaisia kipulääkkeitä.

Aiheeseen tutustuminen on antanut meille varmuutta työskennellä tekonivelleikkattujen potilaiden kanssa tulevaisuudessa. Olemme saaneet syventää tietoa tekonivelistä, tekonivelleikkauksista, kipulääkkeistä, sekä leikkauksen jälkeisestä mobilisoimisesta. Lisäksi meidän tiedonhakutaitomme ja yhteistyökyykymme toistemme kanssa on kehittynyt opinnäytetyöprosessin aikana.

Ammatillista kasvuamme ohjaavat myös hoitotyön koulutusohjelman kompetenssit eli osaamisalueet, jotka ovat hoitotyön asiakkuusosaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, kliininen osaaminen, päätöksenteko-osaaminen ja ohjaus- ja opetusosaaminen. Olemme saaneet kehittää ohjaus- ja opetusosaamista haastatteluiden yhteydessä, lisäksi olemme opastaneet ja ohjanneet toisiamme. Opinnäytetyön prosessin aikana olemme joutuneet tekemään päätöksiä työn rajaamisesta ja lähteiden käytöstä. Potilaan näkökulmasta katsottuna opinnäytetyö on myös kasvattanut meitä tulevana sairaanhoitajina niin, että otamme paremmin huomioon tulevassa työssämme potilaat ja heidän näkökulmansa. Haastatteluiden myötä eettisyyden ja potilaan itsemääräämisoikeuden ajattelu on kasvanut, kun on jutellut potilaiden kanssa henkilökohtaisesti heidän kokemuksistaan sairaalassa. Saimme arvokasta kokemusta ja oppia kohdata erilaisia ihmisiä ja keskustella heidän kanssaan heidän henkilökohtaisista asioista, jotka voivat osalle olla myös hyvin arkoja asioita. Potilaiden tyytyväisyys saamaansa

hoitoon ja henkilökuntaan kasvatti meitä tulevaan sairaanhoitajuuteen ja omaan ammattitil-
peyteen. Teemme hoitotyötä potilaiden hyväksi ja heidän ehdoillaan.

7.4 Tulosten pohdinta

Nopean toipumisen hoitomalli vaatii onnistunutta organisaatiota ja moni ammatillista työ-
ryhmää. Vaikka yksi henkilö tai osasto voi panna alulle tällaisen lähestymistavan, se ei onnis-
tu ilman aktiivista ja sitoutunutta osallistumista koko hoitoon osallistuvilta hoitotiimiltä. Pa-
rantunut perioperatiivinen toipuminen koostuu monista tekijöistä ja edellyttää anestesiolo-
gien, kirurgien, kirurgisten sairaanhoitajien ja fysioterapeuttien saumatonta yhteistyötä. (Kehlet & Wilmore 2008.)

Oletetaan, että jokainen potilas on ennakkoon ottanut selvää toimenpiteestä eri lähteiden
kautta, kuten internetistä tai läheisiltä. Nämä ennakkoon saadut tiedot vaikuttavat potilaan
käsitteisiin ja odotuksiin. Se tieto mitä potilas on ennakkoon saanut, voi vaikuttaa positiivi-
sesti tai negatiivisesti tulevaan toimenpiteeseen. Tämän takia kattavalla valmennuksella ennen
toimenpidettä pyritään antamaan potilaille mahdollisuus kysyä häntä askarruttavista asioista
ammattihenkilöiltä.

Oletettavasti varhainen mobilisointi nopeuttaa potilaan toipumista tekonivelleikkauksesta
ja lyhentää sairaalassa oloaika. Riittävän kipulääkityksen yhdistäminen varhaiseen mobi-
lisointiin on tärkeä hoitotyönkeino, koska riittävällä kipulääkityksellä tekonivelleikkauspoti-
laat saadaan kivuttomiksi ja liikkumisharjoitteet pystytään aloittamaan aikaisin. Sairaalassa
oloajan lyheneminen vähentää jonoja ja näin saadaan potilaat leikattua hoitotakuun aikana.

Uuden hoitomallin ansiosta potilaat pääsevät yleensä jo viimeistään kolmantena postopera-
tiivisena päivänä kotiin/jatkohoitoon. Tämä mahdollistaa useamman potilaan leikkaamisen
viikossa, kun vuodeosasto ei täyty. Useamman potilaan leikkaaminen viikossa taas lyhentää
leikkausjonoa ja potilaiden elämänlaatua, kun he pääsevät mahdollisimman lyhyen jonotus-
ajan päästä tekonivelleikkaukseen. Kun potilaan leikkausjonossa olo on lyhyt, ei potilaan ki-
vut nivelessä ehdi muuttua krooniseksi ja potilas pääsee mahdollisimman pian takaisin nor-
maaliin elämään ja mahdollisesti työelämään.

Liikkeelle lähdöstä täytyisi tehdä potilaalle mahdollisimman turvallinen kertomalla tarkasti, mitä silloin tulee tapahtumaan. Liikkeelle lähtiessä potilaan turvana täytyisi olla tarpeeksi hoitajia, ettei potilas pääsisi kaatumaan ja hänellä olisi turvallinen olo. Riittävä ja riittävän aikaisin saatu kipulääkitys ennen mobilisointia tekee liikkeelle lähdöstä myös kivuttomamman. Hyvä kannustus ja ohjaus liikkeelle lähtiessä edesauttavat potilaita nousemaan leikkauspäivänä sängystä.

LÄHTEET

KIRJALLISUUS

Hannonen P. & Airaksinen O. 2005. Nivelrikko. Jyväskylä. Gummerus.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2005. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Tammi.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Tammi.

Kalso E. & Vainio A. 2002. Kipu. Jyväskylä. Duodecim.

Kankkunen P. & Vehviläinen- Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo. WSOY-pro Oy.

Kehlet H. & Dahl J. 2003. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. Lancet vol 362.

Kehlet H. & Wilmore D. 2008. Evidence- Based Surgical Care and the Evolution of Fast-Track Surgery. Annals of Surgery vol 248, no. 2.

Kellokumpu I. 2012. Nopeutetun hoidon malli – kolorektaalikirurgian toinen vallankumous. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2012;128(14):1465-70.

Korte R., Rajamäki A., Lukkari L. & Kallio A. 1996. Perioperatiivinen hoito. Porvoo. WSOY oppimateriaalit Oy.

Kuula A. 2011. Tutkimusetiikka. Jyväskylä. Bookwell Oy.

Kyngäs H., Kääriäinen M., Poskiparta M., Johansson K., Hirvonen E. & Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. Wsoy oppimateriaalit Oy.

Kyngäs H. & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol 11, no 1/-99.

Lindberg L. Kivut. 2004. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Lipponen K, Kyngäs H. & Kääriäinen M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Oulun yliopistopaino.

Lehto M. & Pajamäki J. Kirurgia. 2010. Porvoo. WSbookwellOy.

Leppäluoto J., Kettunen R., Rintamäki H., Pakkuri O., Vierimä H.& Lätti S. Anatomia ja Fysiologia. 2008. Porvoo. WSOY oppimateriaalit Oy.

Roberts P., Alhava E. & Höckerstedt K. 2006. Kirurgia. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Rokkanen P., Avikainen V., Tervo T., Hirvensalo E., Kallio P., Kankare J., Kiviranta I. & Pätiälä H. 2003. Ortopedia, käytännön ortopediaa. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Sailo E. & Vartti A-M. 2000. Kivunhoito. Tampere. Tammi.

Salanterä S. 2008. Akuutin toimenpiteeseen liittyvän kivun arviointi – lyhyt oppimäärä. Kipu viesti No. 1 Maaliskuu 2008. Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti.

Salanterä S., Hagelberg N., Kauppila M. & Närhi M. 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Sormunen M., Hoitotyön menetelmien käyttö aikuispotilaan postoperatiivisen kivun hoidossa kirurgisella vuodeosastolla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro-gradututkielma.

Suikkonen M. & Raappana M. 2013. Nopea toipuminen lonkka- ja polviproteesileikkauksista – potilasohjauksen merkitys. Haava, Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 3/2013

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Ukkola V., Ahonen J., Alanko A., Lehtonen T., Suominen S. 2001. Kirurgia. Porvoo. WSOY.

Vaajoki A., Vehviläinen-Julkunen K. & Pietilä A-M., Akuisten nivelreumakipu – kärsimyksen vai hyvinvoinnin tunteita. 2003. Hoitotiede Vol 16, no. 2/-04.

INTERNET LÄHTEET

- Arokoski J., Manninen P., Kröger H., Heliövaara M., Nykyri E. & Impivaara O., Musculoskeletal disorder and diseases in Finland. 2007. Viitattu 27.2.2013.
<http://www.terveys200.fi/julkaisut/2007b25.pdf>
- Biomet, 2013. Potilaille ja läheisille. Lonkan tekonivelleikkaus. Viitattu 6.2.2013.
<http://www.biomet.fi/potilaat/lonkka> A
- Biomet, 2013. Potilaille ja läheisille. Polven tekonivelleikkaus. Viitattu 12.2.2013.
<http://www.biomet.fi/potilaat/polvi> B
- Jokipii P., Kalliovalkama K., & Paavola T., Tekonivelpotilaan hoitoprosessin uudistaminen. 2006. Suomen lääkärilehti. Viitattu 21.8.2013.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00497&p_haku=tekonivelleikkaus
- Kaila-Kangas L., Musculoskeletal disorders and diseases in Finland. 2007. Viitattu 27.2.2013.
<http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2007b25.pdf>
- Kainuun maakunta- kuntayhtymän palvelut. 2012. Kirurgian poliklinikka. Viitattu 11.2.2013.
http://maakunta.kainuu.fi/kirurgian_poliklinikka
- Kainuun maakunta- kuntayhtymän palvelut. 2012. Kirurgian vuodeosasto 7. Viitattu 11.2.2013. http://maakunta.kainuu.fi/osasto_7
- Kairaluoma P. Erikoislääkäri HYKS, Marian sairaala. 2007. Fasttrack–kirurgian ja anestesiologian periaatteet. Finnanest. Viitattu 5.2.2013. [Finnanest.fi/files/fasttrack_pka.pdf](http://finnanest.fi/files/fasttrack_pka.pdf)
- Maailman lääkäriliiton Helsingin julistus, 28.5.2009. Viitattu 13.2.2013.
<http://laakariliitto.fi/etiikka/helsinginjulistus.html>
- Pamilo K. ortopedi, 2011. Tekonivelpotilaan hoitoketju uudistuu; va.oyl. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 12.2.2013.
<http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?contentid=34393&nodeid=6459>
- Perälä A. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 19.10.2010. Lonkka- ja polviproteesit Suomessa 2010. Viitattu 22.1.2013. http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2011/Tr23_11.pdf
- Potilaan opas, valmistautuminen tekonivelleikkaukseen, Coxa tekonivelsairaala. 2011. Viitattu 27.2.2013.

www.coxa.fi/uploads/Potilasohjeet/opas1_Valmistautuminen%20tekonivelleikkaukseen_2011.pdf.

Rapid Recovey Europe. 2013. Viitattu 11.2.2013. <http://www.rapidrecovery.eu/rapid-recovery-home>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Hoitoon pääsy (hoitotakuu). 22.8.2013. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakkaanoikeudet/hoitoon_paasy Viitattu 8.10.2013.

Suomen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Ortopedi yhdistys Ry:n asettama työryhmä. 22.10.2012. Polvi- ja lonkkanivelrikko, Käypä hoito- suositus. Viitattu 7.10.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50054>

Syrjänen S. tekonivelkoordinaattori, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Tekonivelpotilaan hoitoketjun kehittämisohjelma; RapidRecovery. 22.11.2011. Viitattu 11.2.2013. <http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?contentid=34393&nodeid=6459>

United nations enable, 2013. Convention on the rights of persons with disabilities. Viitattu 7.10.2013. <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>

HENKILÖKOHTAISET TIEDONANNOT

M. Niskanen, sairaanhoitaja, Kainuun keskussairaala osasto 7, henkilökohtainen tiedonanto, 4.12.2012, 11.10.2013.

T. Riess, anestesia lääkäri, Kainuun keskussairaala, henkilökohtainen tiedonanto, 25.8.2013

T. Ruotsalainen, tekonivelkoordinaattori- fysioterapeutti, Kainuun keskussairaala kirurgian poliklinikka, henkilökohtainen tiedonanto, 3.10.2012.

JULKAISEMAT TOMAT LÄHTEET

Rissanen K., Hänninen A., Shah W., Erola T., Riess T., Huovinen-Tervo M., Leinonen M., Eskelinen T.; Karjalainen R., Niskanen M., Lukkari A., Myllymäki J., Sirviö S., Syvävirta H.,

Puumalainen K., Salohalme O., Ruotsalainen T. 15.2.2012. Tekonivelpotilaan hoitoa kehitetään. Kainuun keskussairaalan oma luento-materiaali.

HAASTATTELURUNKO

- Mistä saitte etukäteen tietoa leikkauksesta? Oliko tiedonsaanti riittävää?
- Mitä ennakko-odotuksia teillä oli leikkausta ajatellen? Kuinka etukäteen saatu tieto vaikutti ennakko- odotuksiin?
- Onko kipulääkitys ollut riittävää?
- Millaiselta varhainen liikkeellelähtö on tuntunut?

Aineiston analyysi

Millaiselta varhainen liikkeellelähtö tuntui?

Alkuperäisilmauksia polven tekonivelleikatuilta:	Pelkistetty ilmaus:
”Samana päivänä yritettiin nousta, mutta pää ei pitänyt. Seuraavana aamuna sitten pystyin nousemaan ylös ja kuntohoitajakin kävi ja askeleita otettiin.”	Yritettiin nousta sängystä, mutta pää ei pitänyt.
”Vähän se varhainen liikkeellelähtö tuntui siltä, että ehkä sitä voisi sitten seuraavaa päivää odottaa, kun ei ollut minkäänlaista tarvetta. Ei ollut vessatarvetta eikä muutakaan tarvetta tuntunut olevan sinä päivänä, vielä kun oli tietysti elimistö ihan nollilla. Olisi voinut ehkä vaan pötkötellä siinä.”	Varhaisen liikkeellelähdön voisi siirtää seuraavaan päivään.
”Päässä oli seuraavana päivänä parempi olo, ei tullut huono olo, mutta jalka oli hirveän vaikea saada pois sängyltä. Olin harjoitellut sauvoilla kävelyä jo kotona ennen sairaalaan tuloa, joten sauvoilla kävely harjoitus onnistui hyvin.”	Liikkeellelähtö onnistui paremmin seuraavan päivänä leikkauksesta.
”Vaikealta aluksi ja pelotti lähteä kävelemään leikkauspäivänä, mutta kun liikkeelle oli päästy niin se tuntuu sitten ihan hyvältä. Kipuja oli paljon kävelemisen jälkeen, johon auttoi kylmä ja kipulääke.”	Liikkeellelähtö tuntui vaikealta ja pelotti, mutta onnistui ihan hyvin.

Alkuperäisilmauksia lonkan tekonivelleikatuilta:	Pelkistetty ilmaus:
”Seuraavana päivänä vasta nousin ylös sängystä. Vessaan meno olisi ollut hankalaa ja alusastia, katetri oli siinä mielessä hyvä.”	Seuraavana päivänä leikkauksesta liikkeellelähtö onnistui hyvin.

<p>”Ei ollut pelkoja nousta ylös sängystä seuraavana päivänä ja se sujui hyvin hoitajien avustamana. Sitten lähdinkin jo vessaan itse. Olisin voinut jo sunnuntaina lähteä kotiin kun perjantaina leikattiin, mutta halusin jäädä maanantaille ja tavata kuntahoitajan.”</p>	<p>Seuraavana päivänä leikkauksesta liikkeellelähtö onnistui hyvin, eikä pelottanut.</p>
<p>”En noussut leikkauspäivänä seisomaan, istuin vain sängynlaidalla. Seuraavana aamuna nousin hoitajien avustamana seisomaan ja se tuntui hyvältä. Leikkauspäivänä seisomaan nouseminen pelotti ja minusta tuntui paremmalta, että vasta seuraavana päivänä leikkauksesta noustiin seisomaan.”</p>	<p>Seuraavana päivänä leikkauksesta liikkeellelähtö onnistui hyvin ja tuntui paremmalta. Leikkauspäivänä seisomaan nouseminen tuntui pelottavalta.</p>

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Varhaista liikkeellelähtöä yritettiin leikkauuspäivänä	Varhaiseen liikkeellelähtöön kannustaminen ja rohkaiseminen	Henkinen tukeminen
Varhaisen liikkeellelähdön voisi siirtää seuraavaan päivään leikkauksesta	Kattava valmennus ja rohkaiseminen liikkumiseen leikkauuspäivänä	

Lähde: Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

