

LONKAN TEKONIVELLEIKKAUKSESTA  
TOIPUVAN POTILAAN MIELIPITEITÄ  
FYSIOTERAPEUTTISISTA KOTIOHJEISTA

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysalan laitos  
Fysioterapian koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Kevät 2009  
Ivika Ots

Lahden ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveystieteiden laitos  
Fysioterapian koulutusohjelma

OTS, IVIKA: Lonkkatekonivelleikkauksesta toipuvan potilaan mielipiteitä  
fysioterapeuttisista kotiohjeista

Fysioterapia opinnäytetyö, 33 sivua, 12 liitesivua

Kevät 2009

## TIIVISTELMÄ

---

Tämä opinnäytetyö käsittelee lonkan tekonivelleikatun potilaan mielipiteitä fysioterapeutilta saaduista kotiohjeista. Kotiohjeilla on merkittävä osuus potilaan toipumiselle lonkan tekonivelleikkauksesta, koska leikkauksen jälkeinen sairaalassaoloaika on huomattavasti lyhentynyt ja väestön ikääntymisen myötä tarve lonkan tekonivelleikkauksiin on jatkuvasti kasvanut.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lonkan tekonivelleikkauksesta toipuvan potilaan mielipiteitä fysioterapeuttisista kotiohjeista. Miten fysioterapeutilta saadut kotiohjeet olivat auttaneet selviytymiseen kotona, miten tekonivelleikkauksen jälkeinen kotiharjoittelu oli vaikuttanut leikkauksesta toipumiseen ja mitkä tiedot olivat leikkauspotilaalle merkityksellisiä? Tutkimuksen tietoperustassa käydään läpi lonkan toiminnallinen anatomia, taustaa lonkan tekonivelleikkaukseen ja lonkan tekonivelleikkaus sekä selvitetään lonkan tekonivelleikkaukseen liittyvän fysioterapian keskeisemmät menetelmät, joihin kuuluvat myös kirjalliset kotiohjeet. Tutkimusosuudessa keskitytään lonkkaleikatun potilaan haastatteluun.

Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Kohderyhmänä olivat kaksi kotona asuvaa potilasta, joille oli tehty lonkan tekonivelleikkaus. Aineisto analysoitiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti sisällönanalyysimenetelmää käyttäen. Tulosten mukaan tekonivelleikkauksesta toipuvat potilaat olivat fysioterapeutilta saatujen kotiohjeiden mukaan selviytyneet kotona itsenäisesti, eivätkä tarvinneet kotona selviytymiseksi lisätietoja, avustusta eikä ohjausta. Tutkimuksesta selvisi, että potilaiden mielestä kotiohjeet täydentävät ja muistuttavat ohjausta, vaikka niitä käytetään kotiutumisen jälkeen vähän. Toisaalta tarve kirjallisille kotiohjeille kotona on edelleen olemassa. Jatkotutkimukselle ajankohtainen aihe olisi se, millaisia kuntoutumisen mahdollisuuksia potilaalla on lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen.

Avainsanat: lonkan tekonivelleikkaus, fysioterapia, kotiohjeet

## SISÄLLYS

1	<i>JOHDANTO</i>	1
2	<i>LONKKANIVELEN TOIMINNALLINEN ANATOMIA</i>	3
2.1	Lonkkanivelen rakenne	3
2.2	Lonkkaniveltä tukevat ligamentit ja nivelkapseli	4
2.3	Lonkkanivelen liikkuvuus	4
2.4	Lonkkaniveltä säätelevä lihastoiminta	5
2.4.1	Lonkan koukistajien ja ojentajien toiminta	6
2.4.2	Lonkan loitontajalihasten ja lähentäjälihasten toiminta	7
2.4.3	Lonkkanivelen ulko- ja sisäkiertäjät (rotaatorit)	7
3	<i>LONKAN TEKONIVELLEIKKAUS</i>	8
3.1	Lonkan tekonivelleikkaukseen johtavat syyt	8
3.2	Lonkan tekonivelleikkauksen indikaatiot ja kontraindikaatiot	9
3.3	Lonkan tekonivelleikkaustekniikka ja tekonivel	10
3.3.1	Lateraaliavaus lonkan tekonivelkirurgiassa	11
3.3.2	Posterolateraalinen avaus lonkan tekonivelkirurgiassa	12
3.4	Kudoksen paranemisprosessi	13
4	<i>LONKAN TEKONIVELLEIKKAUKSEN FYSIOTERAPIA</i>	13
4.1	Fysioterapeuttinen tekonivelpotilaan ohjaus	13
4.2	Preoperatiivinen fysioterapia	14
4.3	Post-operatiivinen fysioterapia	15
5	<i>AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET</i>	16
6	<i>OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS</i>	17
7	<i>OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS</i>	18
7.1	Aineiston kuvaus	18
7.2	Tutkimusmenetelmä	18
7.3	Aineiston analyysi	20
8	<i>TUTKIMUSTULOKSET</i>	21

8.1	Positiiviset kokemukset	23
8.2	Tiedon saanti ja ohjaus	24
8.3	Positiiviset vaikutukset aktiivisesti toimiessa	26
9	<i>POHDINTA</i>	28
9.1	Tulosten pohdinta	28
9.2	Menetelmien pohdinta – luotettavuus ja eettisyys	30
9.3	Oman oppimisen pohdinta	32
	<i>LÄHTEET</i>	34
	<i>LIITTEET</i>	39

## 1 JOHDANTO

Lonkan tekonivelleikkausten määrä kasvaa Suomessa ja muissakin länsimaissa. Suomessa asennettiin vuonna 2003 lonkan tekonivel 6 800 potilaalle ja vuonna 2005 noin 9 400 potilaalle. Kolme neljäsosaa leikkauksista tehdään yli 60-vuotiaille. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 338; Nurmela & Tuomaala 2007, 10.) Väestön ikääntyessä tarve tekonivelleikkauksiin kasvaa pysyvästi ja on ennustettu, että tarve lisääntyy tulevan 10–15 vuoden aikana jopa kaksinkertaiseksi (Telaranta & Lehto 2002, 1). Nurmela ja Tuomaala (2007, 10) ovat kuvanneet artikkelissaan, että tekonivelleikkauspotilaat ovat tulevaisuudessa kasvava potilasryhmä, mikä merkitsee myös terveydenhuollolle ja hoitotyölle suuria haasteita.

Lonkan tekonivelleikkaus on välttämätön, jos toimintakyky alkaa nivelsairauden tai muun syyn takia merkittävästi rajoittua ja siihen liittyy haittaavaa kipua, eikä sairautta pystytä hoitamaan lääkehoidoin tai pienemmillä toimenpiteillä (Lehto 2005, 14). Myös sairaalassaoloaika on huomattavasti lyhentynyt viime aikoina, ja potilailta odotetaan itsenäistä selviytymistä kotioloissa leikkauksen jälkeen (Pihlaja & Rantanen 2002, 127). Tämä edellyttää hoitopaikan huolellista ja tarkkaa ohjeistusta sekä huomion kiinnittämistä hoidon sisältöön (Nuutila 2002, 42–43). Nurmela & Tuomala (2007, 17) mukaan tekonivelleikkausta tarvitsevat potilaat ovat tyypillisesti iäkkäitä, heillä ei aina ole omaisia tai muita läheisiä ihmisiä tukena, sen takia potilaiden tulee saada riittävästi tietoja ja ohjausta sekä kotiohjeita, jotta he selviytyisivät leikkauksen jälkeen kotona.

Kiinnostusta aiheeseen herätti kokemusteni puuttuminen tekonivelpotilaiden fysioterapiassa. Tekonivelpotilas saa fysioterapeutista ohjausta jo ennen leikkausta, sairaalassa potilasta ohjataan moniammatillisesti ja hän on asiantuntijoiden keskellä, mutta kotona potilaat ovat yleensä yksin. Tämän myötä nousi kysymykseksi, miten leikkauksen jälkeinen kuntoutuminen toteutuu potilaan kotiutumisen jälkeen ja kuinka kotiohjeet vaikuttavat toimintakyvyn palautumiseen.

Opinnäytetyö on laadullinen, ja siinä hyödynnän kirjallisuutta ja potilaiden haastatteluja. Tekonivelleikkauksen ymmärtämiseksi tietoperustassa käydään läpi lonkanivelen anatomiaa niin, että se auttaa ymmärtämään lonkanivelen toiminnallista merkitystä. Tuon esille tekonivelleikkaukseen johtavat syyt, tekonivelleikkauksen tekniikat ja tekonivelleikkaukseen liittyvän fysioterapian sekä tekonivelpotilaan ohjaamisen. Keskityn opinnäytetyön tutkimusosuudessa lonkan tekonivelleikkauksesta toipuvien potilaiden mielipiteisiin. Miten fysioterapeutilta saadut kotiohjeet olivat auttaneet potilaan selviytymään kotona? Miten kotiharjoittelu oli heidän mielestään vaikuttanut leikkauksesta toipumiseen ja millaiset ohjeet on potilaalle merkityksellisiä? Tarkoituksena on selvittää lonkan tekonivelleikkauksesta toipuvan potilaan mielipiteitä fysioterapeuttisista kotiohjeista.

Kotiohjeilla on merkittävä osuus potilaan toipumiseen lonkan tekonivelleikkauksesta kotona. Tekonivelpotilas on oman kuntoutumisensa ja selviytymisensä ensisijainen asiantuntija. Käsittelemme kotiohjeiden vaikuttavuutta vähintään kaksi kuukautta tekonivelleikkauksesta lonkkatekonivelleikatuiden potilaiden näkökulmasta, koska se on aika, milloin potilaat jo voivat arvioida kotiohjeita ja niiden avulla toipumista ja selviytymistä mahdollisimman realistisesti. Tutkimustulosten perusteella sekä saadulla tiedolla haluan täydentää, täsmentää ja syventää osaamistani leikatun potilaan fysioterapiassa.

## 2 LONKKANIVELEN TOIMINNALLINEN ANATOMIA

Tässä luvussa käsittelen lonkkanivelen toiminnallista anatomiaa niin, että se auttaa ymmärtämään lonkkanivelen merkitystä ja sen ongelmista johtuvan tekonivelleikkauksen tarvetta. Kuvaan yleisesti lonkkanivelen rakennetta, sitä tukevia nivelsiteitä ja lihaksia.

### 2.1 Lonkkanivelen rakenne

Lonkkanivel on rakenteeltaan pallonivel, jonka toiminnallisesti tärkeimmät liikkeet ovat kierrot sekä ojennus ja taivutus (Björkenheim, Grönblad, Hedenborg & ym. 2008). Toiminnallisesti alaraaja liittyy lonkkanivelen kautta lantioon ja alaselkään. Lonkkanivelessä reisiluun pää niveltyy lantioluiden (suoliluun eli os ilium, istuinluun eli os ischii, häpyluun eli os pubis) muodostamaan lonkkamaljaan eli acetabulumiin. (Arokoski & Kivimäki 2003, 175.)

Acetabulum, joka on syvennys suoliluun lateraaliosassa muodostaa lonkkanivelen ylemmän nivelpinnan. Acetabulumin reunaan kiertyy sidekudosrustoinen rengas, labrum acetabulare, joka on poikittaisen acetabularisen ligamentin (lig.transversalis acetabuli) välityksellä kiinnittynyt tiiviisti luuhun ja sen tehtävä on stabiloida caput femur (reisiluun pää) nivelkuoppaan. (Ahonen 2002, 314.)

Lonkkanivelen alempi nivelpinta on reisiluun proksimaalisen pään pallomainen pinta (caput femoris), joka uppoaa acetabulumin muodostamaan ”kuppiin”.

Reisiluupää (caput femoris) on paksun nivelruston peittämä paitsi fovean alueelta, johon kiinnittyy nivelside (lig.teres eli lig. capitis femoris). Se sitoo lantion ja reiden yhteen nivelen sisältä. (Ahonen 2002, 314.)

## 2.2 Lonkkaniveltä tukevat ligamentit ja nivelkapseli

Niveltuvien luiden yhdessä pysymisestä huolehtii voimakas ligamenttijärjestelmä. Paksu ja voimakas nivelkapseli ympäröi koko nivelen, kiinnittyy acetabulumin ympärille ja alaosa on kiinni reiden kaulan alaosassa. Nivelkapselia vahvistavat vahvat nivelsiteet edestä ja takaa ja samalla ne rajoittavat nivelen liikerataa. (Ahonen 2002, 314.) Nivelsiteillä lig. iliofemorale, lig. pubofemorale, lig. ischiofemorale on tärkeä osuus lonkan liikkeiden rajoittamisessa ja kontrolloinnissa. Nämä nivelsiteet ovat jännityksessä ihmisen seisoessa suorana, ne löystyvät lonkkanivelen koukistuessa ja kiristyvät lonkan ojentuessa. (Ulaska 2007, 17.) Lonkkanivelen etuosassa olevat nivelsiteet, lig. iliofemorale ja lig. pubofemoralis ovat kävelyn kannalta erityisesti huomioitavia, koska nivelkapselin kanssa ne rajoittavat ekstensiota, abduktiota ja ulkokiertoa. Mikäli lonkan etuosan ligamentit ovat kireät, kävelyn päätöstukivaiheessa reisi ei pääse tarpeeksi suureen ekstensioon. Nivelen takaosassa olevat rakenteet, kapseli ja lig. ischiofemoralis eivät rajoita kävelyn kannalta lonkkanivelen liikettä. (Ahonen 2002, 314–315.)

## 2.3 Lonkkanivelen liikkuvuus

Lonkkanivelessä tapahtuu liikettä kaikilla kolmella liiketasolla ja kaikkien kolmen liikeakselin ympäri. Liikkeet ovat:

- fleksio - ekstensio (koukistus - ojennus) sagittaali- eli pitkittäistasossa (transversaaliakseli). Kävelyssä ihminen käyttää vain pienen osan tätä liikerataa ja liikkeiden toteuttaminen ei vaadi paljoa lihastyötä.
- abduktio - adduktio (loitonnuks - lähennys) frontaali- eli etutasossa (sagittaaliakseli). Kävelyssä abd-add liike on aika pieni ja tapahtuvat liikkeet kävelyn aikana vaativat hyvää lihashallintaa ja lihasvoimaa.
- mediaali- ja lateraalirotaatio (sisä- ja ulkokierto) horisontaali eli pystytasossa (vertikaaliakseli). Kävelyssä rotaatioliikkeet ovat vaan pieniä joustoliikkeitä. (Ahonen 2002, 313.)



Hervonen (2004, 207) luettelee lonkkanivelessä tapahtuvat liikkeet:

- fleksio eli koukistus 120-130°
- ekstensio eli ojennus 30°
- abduktio eli loitonnuks 50-60°
- adduktio eli lähennys 20-30°
- mediaalirotaatio eli sisäkierto 35-45°
- lateraalirotaatio eli ulkokierto 30-50°

Lihakset, nivelsiteet ja nivelkapselin kireys asettavat lonkkanivelen liikkuvuudelle yksilölliset rajoitukset. Jos lonkan liikkeet ovat heikentyneet, lumbosacraali- ja sacroiliacanelissä tapahtuu kompensatorista lantion liikkeen suurentumista. (Ahonen 2002, 312.) Nivelperäinen liikerajoitus esim. nivelrikossa on havaittavissa aktiivisissa ja passiivisissa lonkkanivelen liikkeissä ja se on tunnettavissa nivelen loppujoustossa, joka nivelperäisissä liikerajoituksessa on kovempi ja vähemmän elastinen (Ulaska 2007,19).

#### 2.4 Lonkkaniveltä säätelevä lihastoiminta

Reisiluun pää pysyy vahvojen ligamenttien ansiosta hyvin acetabulumissa, mutta nämä eivät kuitenkaan riitä pitämään vartaloa tasapainossa pystyasennossa kahden pallonivelen varassa. Lonkkaniveltä ympäröivät lihakset ovat välttämättömiä lonkkanivelen stabiliteetin ylläpitämisessä. (Hervonen 1992, 212.)

Normaalille kävelyllä on lonkan alueen lihasten hyvä toiminta välttämätön. Lihasten heikkeneminen tai lihastasapainon muutokset tuovat esiin liikehäiriöitä, jotka heijastuvat laajemmallekin kehoon ja saattaa aiheuttaa myös alaselän vaivoja. Reisiluun kaulan suuntaisesti kulkevat lihakset (lanne-sarvennoislihakset): m. piriformis, m. obturator externus (ulompi peittäjälihas), m. gluteus maximus ja minimus (iso- ja pieni pakaralihas) pitävät reisiluun pään kontaktissa lonkkamaljan kanssa. Pitkittäiset lihakset, kuten lähentäjät, pyrkivät taas vetämään reisiluun päätä pois lonkkamaljasta. (Arokoski & Kivimäki 2003, 172.) Kävelyssä lonkan liikkeistä ovat huomattavimmat sagittaalitason liikkeet. Normaalisissa kävelyssä tämän tason liik-

keisiin vaikuttavien lihasten toiminta on kuitenkin aika vähäistä. (Ahonen 2002, 312.)

#### 2.4.1 Lonkan koukistajien ja ojentajien toiminta

Lonkkanivelen fleksio- eli koukistusliike koostuu useamman lihaksen yhteistoiminnasta. Lonkkanivelen fleksioon osallistuu m. iliopsoas (lanne-suoliluulihäs), joka on voimakkain lonkan koukistaja ja se koostuu kolmesta lihaksesta: m. psoas majorista (isosta lannelihaksesta), m. psoas minorista (pienestä lannelihaksesta) ja m. iliacuksesta (suoliluulihaksesta). M. iliopsoaksen pääasiallinen toiminta kuuluu kävelemiseen ja juoksemiseen, jolloin se auttaa reiden nostamisessa. (Hervonen 1992, 213.) Jos mikä tahansa näistä lihaksista tulee liian kireäksi, rajoittaa se ekstensiota (Ahonen 2002, 317–318).

Lonkan ekstension eli ojennuksen tekee ryhmä lihaksia, yksi niistä on primaarinen lonkan ojentaja, toiset taas vaikuttavat polven fleksioon ja yksi on lähentäjä (Ahonen 2002, 318). M. gluteus maximus eli iso pakaralihas on pinnallisim ja voimakas lonkan ojentaja. Lihas tekee lonkan ekstension seisoma-asennossa taaksepäin vain 10 astetta. Tämä liikkeen suorittaminen ei ole lihaksen päätoiminta, vaan tärkeimmillään se on istuma-asennosta ja portaita ylösnoustaessa. (Hervonen 1992, 216.)

Ahosen (2002, 318.) mukaan kävelyssä lonkan fleksio on niin pieni, että ekstensorlihakset eivät estä tavallaan kävelyn normaalia suorittamista. Kävelyn aikana m. gluteus maximus eli iso pakaralihas on melkein koko ajan lepotilassa. Normaalisessa kävelyssä iso pakaralihas aktivoituu vain heilahdusvaiheen lopussa ja kuormituksen vastaanottovaiheessa. Voimakkaammin ja pitempään iso pakaralihas toimii vaan voimakkaissa ponnistuksissa ja nostoissa. Osa sekundaarisista ojentajista m. biceps femoris longus ja m. semitendinosus yhdessä m. semimembranosuksen kanssa toimivat varsinaisina lonkan ojentajina kävelyssä, koska kävelyssä eteneminen vaatii pientä lihastyötä. Lisäksi voimakkain lähentäjä eli m. adductor magnus avustaa lonkan ojennuksessa. Kävelyssä näiden lihasten kireys ei rajoita vaadittavaa

lonkan koukistumista, mutta ne saattavat estää polven ojentumisen ennen kannan osumista maahan.

#### 2.4.2 Lonkan loitontajalihasten ja lähentäjälihasten toiminta

Tärkeimmät loitontajalihaksista eli abduktorlihakset ovat m. gluteus medius sekä sitä avustava m. gluteus minimus. Loitonnusliikkeeseen osallistuvia lihaksia ovat mm. m. tensor fasciae latae, m. gluteus maximuksen ylemmät säikeet sekä m. piriformis. Lonkan loitontajalihakset toimivat lähinnä stabilaattoreina. Kävelyssä ne pitävät lantion asennon tasapainoisena yhden jalan kontaktinvaiheen aikana silloin, kun vastakkainen raaja on heilahdusvaiheessa. Lonkan abduktoreiden heikkous on huomattava kävelyssä ylävartalon kompensatorisina sivuliikkeinä, lantion suurina joustoliikkeinä ja alaraajan linjauksen häiriönä. (Ahonen 2002, 321.)

Lonkan lähennykseen osallistuvat lonkan adduktorilihakset, jotka muodostavat voimakkaan viiden lihaksen ryhmän reisiluun mediaalisivulla (sisäsivulla) kolmessa päällekkäisessä kerroksessa. Päälimmäisenä ovat m. pectineus, m. adduktor longus ja m. gracilis. Keskimmäisenä sijaitsee m. adduktor brevis ja syvimpänä m. adduktor magnus. (Hervonen 1992, 220.) Kävelyssä m. adduktor magnus eli iso lähentäjälihakset aktivoituu loppuheilahduksen aikana. Lihas toimii voimakkaimillaan alkukontaktin aikaan ja päättyy ennen kuormituksen vastaanottovaiheen loppu. (Ahonen 2002, 324.)

#### 2.4.3 Lonkanivelen ulko- ja sisäkiertäjät (rotaatorit)

Lonkanivelen rotaatiota eli kiertoa ohjaa joukko lihaksia, joista osa on puhtaita kiertäjiä ja osa tekee jotakin muuta liikettä. Ulkokiertäjien voiman tarve on huomattavasti suurempi kävelyssä ja juoksussa kuin sisäkiertoon vaikuttavien lihasten. Ulkokiertäjinä toimivat m. piriformis, m. obturatorius internus ja externus, m. quadratus femoris, m. pectineus, reiden ison lähentäjän m. adductor magnus ta-

kasäikeet, m. gluteus maximus ja minimus takaosa sekä m. gluteus medius. (Ahonen 2002, 325–327.)

Ahosen (2002, 325–327) mukaan kävelyssä ulkokiertäjät toimivat eksentrisesti vastustaen liian suurta sisäkiertoa, joka tapahtuu painonvoiman avustuksella kuoritusvasteen aikana ja keskitekivaiheessa. Puhtaita sisäkiertäjäliahaksia lonkassa ei ole. Sisäkierto tapahtuu muihin tehtäviin erikoistuneiden lihasten sivutoimena. Tärkeimmät näistä ovat m. tensor fasciae latae, m. gluteus minimus sekä m. gluteus mediuksen -etuosa. Sisäkiertäjiä tarvitaan kävelyssä päätöstekivaiheessa, kun kanta irtoaa alustalta ja estävät myös liian suuren ulkokierron syntymistä.

### 3 LONKAN TEKONIVELLEIKKAUS

Lonkan tekonivelleikkauksella on erityiseen keskeinen merkitys alaraajan painoa kantavien nivelten korjauksessa. Leikkaukseen turvaudutaan viimeisenä, mikäli muut hoitokeinot ovat osoittautuneet tehottomiksi ja potilaan toimintakyky on voimakkaasti rajoittunut tai potilas kärsii jatkuvasti elämänlaatua alentavista kivuisista. (Hannunen & Airaksinen 2005, 224.)

Lonkan tekonivelleikkauksen tavoitteena on potilaan hyvinvoinnin edistäminen ja koko perheelle paremman elämänlaadun takaaminen. Leikkauksen avulla pyritään poistamaan kipua, palauttamaan sekä lonkan nivelliikkuvuutta että liikkumis- ja toimintakykyä, jolloin potilaan itsenäinen selviytyminen paranee.

(Ahonen 2002, 15.)

#### 3.1 Lonkan tekonivelleikkaukseen johtavat syyt

Lonkan tekonivelleikkaukseen yleisin johtava syy on useimmiten sietämätön kipu ja/tai toimintakyvyn rajoittuminen, joita ei pystytä hoitamaan muilla menetelmillä. Kivun ja toimintakyvyn rajoittumisen aiheuttaa useimmiten nivelrikko, tulehduksellinen nivelsairaus, nivelreuma tai vamma. (Karppi 2006, 15.) 85 %:lla tekonivel-

leikkauksen tarpeen aiheuttajana on nivelrikko. Jolloin sekä sairauden että ikään-  
tymisen tuomat toimintakyvyn vajeet vaikuttavat potilaiden mahdollisuuksiin hu-  
lehtia itsestään. (Nurmela & Tuomala 2007, 11.) Nivelrikko on koko nivelen sairaus,  
jossa muutoksia nähdään ensisijaisesti nivelrustossa, mutta muutoksia tapahtuu ko-  
ko nivelen alueella (Saarelma 2009). Systemiset nivelrikon riskitekijät kuten ikä,  
sukupuoli, rotu ja perimä tekevät nivelruston haavoittuvammaksi paikallisille riski-  
tekijöille kuten nivelen deformeetit, nivelvammat ja liikapaino (Arokoski & Kivi-  
mäki 2003, 179).

Arokosken (2007, 5) mukaan lonkan nivelrikko saattaa taas aiheuttaa luurakentei-  
den deformeettia, arkuutta, niveleen vaikuttavien lihasten voiman heikkenemistä,  
asentovirheitä, liikkeiden rajoittumista, toimintojen vaikeutumista sekä subjektiivis-  
ta aistittavaa kipua.

### 3.2 Lonkan tekonivelleikkauksen indikaatiot ja kontraindikaatiot

Lonkan tekonivelleikkauksen indikaatioita ovat vaikea kipu (liikkeelle lähtemiski-  
pu, rasitus- ja liikuttelukipu), yösärky, lievän rasituksen jälkeinen särky, nivelen in-  
stabiilius ja haittaavat deformeetit. Indikaatioista kipu johtaa tavallisesti leikkauk-  
seen, koska se on usein invaliditeetin aiheuttaja. (Rokkanen, Tervo & Avikainen  
1990, 88.)

Mitä suuremmasta leikkauksesta on kyse, sitä huolellisemmin mietitään vasta-  
aineet eli kontraindikaatiot. Erityisiä vasta-aineita ovat paikallinen tai yleisinfektio,  
josta voi tulla bakteerikylvöä vereen ja tämän seurauksena proteesin alueen paikalli-  
nen tulehdus hematogeenista tietä. Huono paikallinen verenkierto tai yleinen arte-  
rioskleroosi ovat juuri isojen leikkausten kontraindikaatioita. Emotionaalinen insta-  
bilibiteetti, dementia, alkoholismi saattavat ehkäistä välttämättömän postoperatiivisen  
kuntouttamisen. (Rokkanen ym. 1990, 89.)

### 3.3 Lonkan tekonivelleikkaustekniikka ja tekonivel

Lonkan tekonivelleikkaus tehdään yleensä selkäydinpuudutuksessa ja kylkiasennossa (Pajamäki 2003, 17). Tekonivelleikkauksessa tuhoutunut nivel korvataan tekonivelellä eli endoproteesilla, johon kuuluu muovinen nivelkuoppa eli kuppi ja metallinen reisiluun pää eli nuppi, joka juurrutetaan metallisella varrella reisiluun ytimeen (Rokkanen ym. 1990, 360; Simonen 2003, 3-4). Endoproteesi eli tekonivel voi olla valmistettu koboltti-kromista, titaanista, keraamista ja/tai polyeteenimuovista. Tavanomaisesti tekonivelen kuppi on valmistettu polyeteenimuovista ja nuppi koboltti-kromista, joiden vastavuoroinen kitka pitää olla täydellinen. Tekonivel kiinnitetään paikoilleen luusementillä tai ilman luusementtiä, jolloin entoproteesin pinnan muotoilu auttaa luuhun kiinnittymistä. Myös on mahdollista käyttää luusiirteitä ja ruuveja. (Pajamäki 2003, 16.)

Lonkan tekonivelen asennus aloitetaan tavallisesti lonkkamaljakon puolelta, josta vioittunut pinta poistetaan rustonlaiseen verevään luuhun asti puolipyöreän muotoisilla pyörivillä jyrsimillä. Kuppikomponentti kiinnitetään joko luusementillä tai työstettyyn pohjaan asetetaan noin 2mm kokoinen tukevuuden antava kuppiosa. Mikäli kuppi kiinnitetään ilman luusementtiä, voidaan käyttää lisätukena ruuveja. Luusementti salli noin 8 minuutin työskentelyn ennen kovettumista. Leikkauksessa nuppi kiinnitetään varsikomponenttiin, joka ankkuroidaan reisiluun sisään joko sementillistä tai sementitöntä vaihtoehtoa käyttäen. (Pajamäki 2003, 18.) Leikkauksessa pyritään korjaamaan raajojen pituuseroja mahdollisuuksien mukaan (Simonen 2003, 4).

Tekonivelen kiinnitystapa määrä sen, missä vaiheessa ja miten suurella painolla nivelen kuormittaminen luvataan ja minkälaisia liikerajoituksia tiettyihin liikesuuntiin aluksi liittyy. Proteesin malli ja käytetty leikkaustekniikka määrittelevät, millaista potilaan harjoittelu on ja mihin asioihin fysioterapeutin tulee kiinnittää huomiota. (Talvitie & Karppi 2006, 338.) Lonkan tekonivelleikkaustekniikasta ja tekonivelen kiinnitystavasta (sementillinen tai sementitön) riippuu kuinka paljon alaraaja voi

kuormittaa leikkauksen jälkeen (Rantala 2002, 29). Avaustekniikka, lihasten ja muiden kudosten käsittely leikkauksen yhteydessä vaikuttavat huomattavasti lonkan alueen lihastoimintaan ja proprioseptiikkaan (Merikoski, Patteri & Peltovako 2002, 123).

### 3.3.1 Lateraalinen avaus lonkan tekonivelkirurgiassa

Lateraalinen avaus eli Hardingen avaus antaa hyvän näkyvyyden leikkausalueelle ja moni kirurgi arvostaa näin tehdyn leikkauksen helppoutta. Lateraaliossa avauksessa luksaattoriski on pienempi kuin posterolateraalista avausta käytettäessä. Kudokset avataan siinä avauksessa trokanteralueen ja reiden kaulan etupuolelta, gluteus medius lihas halkaistaan osittain ja sen etuosa irrotetaan reisiluusta. Lonkka luksoidaan avauksen jälkeen eteen joten reisiluu kiertyy ulkokiertoon. (Halonen 2002, 107.) Lateraaliossa eli Hardingen avauksessa m.gluteus mediusta joudutaan pitkittäissuunnassa halkaisemaan; posterioriset kudokset sen sijaan säästävät. Lihavulsioriski on lisääntynyt, joten painovarausta, liiallista abduktiota, ekstensiota ja ulkorotaatiota on tarvetta välttää. M.gluteus mediusta ja minimusta sekä m.tensor faciae lataeta hermottava n.gluteus superior on anterolateraalisen avauksen yhteydessä altis hermovaurioille. Ontuminen leikkauksen jälkeen on yleistä. (Merikoski & ym. 2002, 123.) Lateraalisen eli ns. Hardingen avauksen viilto on suurempi kuin posterolateraaliossa avauksessa ja reisiluun pituusakseli myötäilevä. (Pajamäki 2003, 17).

Lateraaliseen avaukseen liittyviä haittoja esim. lonkan toiminnan kannalta abduktorilihakset eli loitontajalihakset ovat tärkein lihasryhmä. Postoperatiivisesti abduktorien kiinnityksen repeämistä joudutaan varomaan, mikä hitaasta täyteen varaukseen pääsemistä ja gluteus mediuksen anteriorinen osa saattaa jäädä kiinnittämättä paikoilleen. N.gluteus superior, joka hermottaa loitontajalihaksia, vaurioitumisen riski on jopa 20 prosenttia. Lihasten kiinnittymättä jääminen tai hermovaurio saattaa aiheuttaa pysyvän ontumisen. (Halonen 2002, 107.)

Jälkihoidossa aluksi käytetään abduktiotyynyä jalkojen välissä ja vältetään kyljellä makuuta. Varaus aloitetaan aina osapainolla, jota jatketaan ainakin kuukauden ajan, samassa määrin ei tarvitse varoa lonkan fleksiota ja sisäkiertoa. Luksaatiovarallisin asento on yhdistettynä ojennus ja ulkokierto. Luksaatio tapahtuu silloin eteen. (Halonen 2002, 107.)

### 3.3.2 Posterolateraalinen avaus lonkan tekoniivelkirurgiassa

Tässä avauksessa m.gluteus maksimuksen säikeiden välistä avataan faskia trokanteerin takareunaan pitkin ja distaalisesti pitkin vastus lateralksen keskiosaa. Femurista eli reisiluusta irrotetaan pikkurotaatorit ja nivelkapseli avataan takaa. Lonkka luksoidaan taakse avauksen jälkeen, joten reisiluu eli femur kiertyy sisärotaatioon. (Halonen 2002, 108.) Posterolateraalisisessa avauksessa m.piriformis, m.gemmeli, mm.obturator m.quadratus femoris leikataan poikittaisella viillolla (Merikoski ym. 2002, 123).

Posterolateraalisisella avauksella on huomattavia etuja. Anatominen ja abduktoreiden vaurio on vähäinen, eikä niitä vahingoiteta ja sen takia avauksen puolesta voidaan heti sallia täysin varaus. Abduktoreiden eli loitontajalihasten hermotuksen vaurioitumisen riski on olematon. (Halonen 2002, 108.)

Posterolateraaliseen avaukseen liittyy kuitenkin haittoja. Merkittävin niistä on luksaatiovaara taakse. Sitä voidaan vähentää huolellisella komponenttien asettelulla, kampeavien luu-ulokkeiden poistolla ja pikkurottaatorien kiinnittämisellä sulkuvaiheessa. Näin on luksaatoriski vähäisempi. Luksaatio taakse saattaa tapahtua useimmiten 1-2 kuukauden kuluessa leikkauksesta. (Halonen 2002, 108.)

Halosen (2002, 108) mukaan jälkihoidossa varottavia liikesuuntia ovat fleksio, sisärotaatio ja adduktio yhdessä. Istuminen on sallittua korotetulla istuimella siten, että lonkan fleksio on vain 90 asteen saakka (joskus alkuvaiheessa sallitaan vain 60 asteen fleksio). Posterolateraalinen avaus on suositeltavampi avaustekniikkaa.



### 3.4 Kudoksen paranemisprosessi

Leikkaushaavan kohtaan kudoksen paranemisen aikana alkaa muodostua kantasoluja (lihaksessa kutsutaan niitä satelliittisoluksi). Paranemisprosessiin liittyy tulehdusvaihe, joka kestää noin 3-5 vuorokautta, proliferaatiovaihe kestää kolmeen viikkoon saakka, kudoksen uudismuodostumisen vaihe kestää vuoteen asti. (Häkkinen ym. 2007, 25.)

Tulehdusvaiheen aikana lihaksen vetolujuus heikkenee noin 50 prosenttia, mutta noin viiden vuorokauden kuluttua leikkauksesta se alkaa taas vahvistua ja normalisoituu kahdessa viikossa kollageenimuodostuksen (tyypin 1 ja 2) käynnistymisen myötä. Lihaksen myöfibriinit alkavat kehittyä satelliittisolujen myötä ja lihaksen supistumiskyky palautuu noin 2-6 kuukautta leikkauksesta. Paranemisprosessin perusteella katkaistujen ja takaisin liitettyjen lihasten asteittainen kuormitus voi alkaa noin kahden viikon kuluttua leikkauksesta. (Häkkinen, Borg, Anttila, Ylinen ym. 2007, 26.)

## 4 LONKAN TEKONIVELLEIKKAUKSEN FYSIOTERAPIA

Leikkaushoitojen yhteydessä fysioterapia annetaan preoperatiivisesti eli ennen leikkausta ja postoperatiivisesti eli leikkauksen jälkeen. Postoperatiivinen fysioterapia voidaan jakaa sairaalassa tapahtuvaan ja kotiutumisen jälkeiseen fysioterapiaan. (Talvitie & Karppi 2006, 344.) Mikäli lonkan tekonivelpotilaan hoidossa päädytään fysioterapiaan, ovat keskeisemmät menetelmät ohjaus ja terapeuttinen harjoittelu. Potilaita rohkaistaan harjoitteluun fysioterapianjakson aikana ja sen jälkeen, myös arvioidaan toimintakyky, lihastoiminta ja nivelliikkuvuudet ja selvitetään apuvälineiden tarve. (Ulaska 2007, 19.) Harjoittelun osa-alueet lonkan tekonivelpotilaan hoidossa ovat liikkuvuus- ja liikerataharjoittelu, lihasharjoittelu (kestävyys, voima) ja kestävyystyyppinen sydän- ja verenkiertoelimistön harjoittelu (Ulaska 2007, 20).

### 4.1 Fysioterapeuttinen tekonivelpotilaan ohjaus

Asiallinen ja ajoissa annettu tieto leikkauksesta ja siitä toipumisesta lisää lonkan tekonivelpotilaan turvallisuuden tunnetta (Pihlaja & Rantanen 2002, 130). Ohjausta käytetään yksilöllisesti sen mukaan, millä leikkausmenetelmällä tekonivelleikkaus tehdään. Ohjausta suunniteltaessa tulee ottaa huomioon, että ihminen on fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kokonaisuus, jonka jokainen osa on toisesta riippuvainen. (Pihlaja & Rantanen 2002, 128.) Ohjauksen on hyvä tapahtua rauhallisessa paikassa ja kiireettömästi, jolloin potilas ehtii ymmärtää ja kysyä ohjauksen aikana esille tulleista hoitoon liittyvistä asioista. Fysioterapeutin ja potilaan välinen hyvä vuorovaikutussuhde luo luotettavan hoitosuhteen, minkä takia potilas rohkaistuu tuomaan esille elämäntilanteeseensa tai terveydentilaansa liittyvät vaikeatkin asiat. (Sahlman-Konttinen & Virolainen 2002, 76.)

Potilaan turvallisuudentunteen ja hoidon jatkuvuuden kannalta on myös tärkeä tieto siitä, mihin potilas voi ottaa yhteyttä mahdollisissa ongelmatilanteissa (Pihlaja & Rantanen 2002, 130).

#### 4.2 Preoperatiivinen fysioterapia

Leikkausta edeltävän fysioterapian tavoitteena on, että potilas pysyy mahdollisimman toimintakykyisenä leikkaukseen asti ja käsittää fysioterapian tärkeäksi osaksi kokonaihoitoa. Hänen oma, aktiivinen liike- ja lihasharjoittelunsa on edellytys hyvän leikkaustuloksen saavuttamiseksi. Lähtökohtana on, että potilas ylläpitää yleiskuntoaan, nivelliikkuvuuttaan ja liikkumiskykyään omatoimisin tai ohjatuin harjoittein ja suoriutuen perusliikkumisestaan ja päivittäisistä toiminnoista omatoimisesti tai apuvälineiden avulla. (Patteri 2005, 57–58.) Tekonivelpotilas saa yksilöllisen ohjauksen hyvissä ajoin ennen leikkausta, jolloin potilaalle jää riittävästi aikaa oppia ja harjoitella ohjauksen sisältämiä asioita (Kuntofysio 2009).

Preoperatiiviseen fysioterapeuttisen ohjaukseen kuuluu hengitys- ja verenkiertoharjoitukset, vuoteesta ylös nousun (leikkaamattoman jalan puolelta) harjoittelu, potilaan tiedottaminen leikkauksesta ja jatkokuntoutuksesta, apuvälineiden ohjaaminen (Valkama 2008).

### 4.3 Post-operatiivinen fysioterapia

Fysioterapia aloitetaan ensimmäisenä leikkausjälkeisenä eli postoperatiivisena päivänä. Hoitoaika osastolla on yleensä 5-7 vuorokautta. Sairaalassa potilaan saamaan fysioterapiaan kuuluu perusliikkumisen harjoittamisen lisäksi päivittäisten toimintojen apuvälineiden käytön harjoittelu, potilaan ohjaaminen riittävän tehokkaaseen liikeharjoitteluun, myös hengitystoimintaa tukeva fysioterapia, lastahoito, sidokset ja passiivinen liikehoito. Postoperatiivinen fysioterapia luo pohjan potilaan kuntoutumiselle sekä antaa hänelle valmiuksia itsenäiseen kävelyyn. Fysioterapian tavoitteena siinä vaiheessa on, että potilas omaksuu tekonivelleikkauksen jälkeen tarpeelliset liike- ja kuormitusrajoitukset, hallitsee turvallisen liikkumisen, motivoituu aktiiviseen harjoitteluun saatujen ohjeiden mukaan ja kykenee liikkumaan apuvälineiden turvin omatoimisesti tai avustettuna, jolloin potilas selviytyy itsenäisesti kotona. (Patteri 2005, 58–59.)

Postoperatiivisessa fysioterapiassa otetaan huomioon, että kuntoutus aloitetaan mahdollisimman pian. Harjoittelussa huomioitaan kudosten paranemisprosessi ja leikkaustekniikka. (Ali-Raatikainen & Salanterä 2008, 63). Tukisidoksia, lastoja tai liikkumisen apuvälineitä käytetään leikattujen kudosten suojaamiseksi. Kuntoutuksen pitää olla kokonaisvaltaista, mikä kohdistuu koko kehoon niin, että liikkuvuuden, lihasvoiman ja toimintakyvyn säilymisestä huolehditaan kaikissa kehon osissa ja erityisesti leikatun alueen viereisissä nivelissä. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 346.)

Liitteessä 1 on esitetty Kanta-Hämeen Keskussairaalan Riihimäen yksikössä käytössä olevat kirjalliset kotiohjeet, joihin kuuluu harjoitusohjelma ja tieto leikkauksen aiheuttamista rajoituksista sekä liikkumisen apuvälineiden käyttöajasta. Kotiohjeiden avulla potilaan tulee selviytyä kotona itsenäisesti. Tärkeintä on, että potilas pystyy mahdollisimman aktiivisena ja omatoimisena. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 340.)

## 5 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Lonkan tekonivelleikkauksesta on tehty opinnäytetöitä. Eri tutkimuksissa on tullut esiin ongelmia, jotka koskevat mm. potilaiden selviytymistä päivittäisistä toiminnoista, tekonivelleikatun potilaan ohjausta sekä tekonivelleikatun potilaan toimintakyvyn palautumista. Tässä opinnäytetyössä kuvataan muutamia niistä.

Nurmelan ja Tuomaalan (2007) katsauksessa kuvataan tutkimuksiin perustuen potilaiden haasteellista elämäntilannetta ennen leikkausta ja toisaalta terveyteen liittyviä arkielämän ongelmia kotona leikkauksen jälkeen. Ortopedisten potilaiden suurena ongelmana leikkauksen jälkeen todettiin olevan kivuliaisuus. Katsauksessa todettiin mm., että potilailla oli tarve saada apua ja ohjausta toimintojen suorittamiseen leikkauksen jälkeen. Kotona selviytymisen edellytyksenä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen todettiin olevan paitsi onnistunut leikkaus, potilaan motivaatio palata elämänympäristöönsä sekä taidot ja tiedot siitä, miten tulisi toimia. (Nurmela & Tuomaala 2007, 10–13.)

Liuska (2001) on tutkinut yhden lonkan tekonivelleikkauspotilaan mielipiteitä hänen saamastaan ohjauksesta. Tutkimustuloksista todettiin, että potilaan mielestä ohjaus oli vaikeaselkoista, eikä ohjaustapahtuma ollut vuorovaikutustilanne.

Laakso (2004–2006) on tutkinut VANKKA-projektissa lahtelaisten vanhusten toimintakyvyn palauttamista lonkkaleikkauksen jälkeen. Projektiin osallistujat olivat kotona asuvat, yli 65-vuotiaat henkilöt, joiden liikkumis- ja toimintakyky oli heikentynyt lonkkaleikkauksen jälkeen. Projektin aikana todettiin, että vanhuksilla oli ongelmia kotona selviytymisessä ja liikkumisessa lonkkaleikkauksen jälkeen. (Laakso 2004–2006, 2.)

Karjalainen, Lehtola ja Nevalainen (2000) ovat tutkineet lonkan tekonivelleikkauspotilaiden näkemyksiä kuntoutumisprosessista sekä valmista potilasopasta, jonka

avulla oli tarkoitus helpottaa potilaiden selviytymistä leikkauksesta. Tutkimuksesta todettiin, että potilaiden käsitys fysioterapiasta oli epäselvä ja annetut ohjeet olivat jääneet osittain epäselväksi.

Säkinen (2003, 73) on tutkinut fysioterapeuttien kokemuksia lonkkatekonivelpotilaan ohjaamisesta ja kuntouttamisesta. Tuloksista todettiin, että fysioterapeutin antamien ohjeiden ja lääkärin määräämien rajoitusten noudattaminen ovat edellytyksenä lonkkatekonivelpotilaan kuntoutumisessa sekä toimintakyvyn edistymisessä.

Pihlajan ja Rantasen (2002) katsauksessa todettiin, että potilaan saama leikkauksen jälkeinen ohjaus oli ollut riittämätöntä kotona selviytymiseksi. Suullisessa ohjauksessa todettiin olevan puutteita, ohjaamatta jääneitä asioita, annettu ohjaus ei ollut ymmärrettävää ja ohjausta ei muistettu enää kotona. (Pihlaja & Rantanen 2002, 127–133.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää leikkauksesta toipuvan potilaan mielipiteitä fysioterapeutilta saaduista kotiohjeista.

Tutkimusongelmat:

1. Miten fysioterapeutilta saadut kotiohjeet olivat auttaneet kotona selviytymistä?
2. Miten leikkauksen jälkeinen kotiharjoittelu on vaikuttanut leikkauksesta toipumiseen?
3. Mitkä tiedot olivat tekonivelpotilaalle merkityksellisiä?

## 7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 7.1 Aineiston kuvaus

Tutkimuksessa haastattelin kahta kotona asuvaa potilasta, joille oli tehty lonkan tekonivelleikkaus. Tutkimukseen osallistumisen kriteerinä oli, että lonkan tekonivelleikkaus on suoritettu asiakkaalle vähintään kaksi kuukautta ja enintään vuosi sitten, jotta potilaat voivat arvioida fysioterapeutilta saatuja kotiohjeita ja niiden vaikuttavuutta selviytymiseen mahdollisimman realistisesti. Tutkimukseen sopivat henkilöt haettiin Kanta-Hämeen Keskussairaalan Riihimäen yksikön fysiatriaoaston fysioterapeutin avustuksella. Tutkittavat kutsuttiin haastatteluun puhelimitse. Niiden kanssa, jotka suostuivat osallistumaan haastatteluun, sovittiin samalla haastatteluajankohta.

Haastateltavia oli yhteensä kaksi, yksi mies ja yksi nainen. He olivat iältään 55- 64-vuotiaita. Yksi haastateltavasta oli työelämässä ja toinen sairauseläkkeellä. Molemmat haastateltavat asuivat Kanta-Hämeessä.

### 7.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimustapaa. Laadullisessa tutkimuksessa on lähtökohtana todellisen elämän kuvaaminen ja siinä pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157).

Tiedonhankintamenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, jossa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Sen etuna on, että tutkittavat itse saavat kertoa itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti, ja tutkijalla on mahdollisuus nähdä vastaajan ilmeet ja eleet. Haastatteluaiheiden järjestystä saa tarvittaessa muuttaa, ja se antaa mahdollisuuden myös tulkinnan tekemiseen. (Hir-

sijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 199–200.) Teemahaastattelussa haastattelun aihepiiri eli teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 203). Hirsjärven ja Hurmeen (1995, 36, 8) mukaan puolistrukturoidulle haastattelulle on ominaista, että se sujuu tiettyjen keskeisten teemojen mukaan. Se ottaa huomioon ihmiset sekä ajattelevana että toimivana olentona.

Teemahaastattelun huonona puolena on pidetty sitä, että haastatteluissa ei voida taata samaa anonyymiutta kuin lomakkeilla. Haastattelussa saadaan myös paljon tutkimusaiheen kannalta epärelevanttia materiaalia. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 16.) Lisäksi haastateltava saattaa kokea haastattelun itseään uhkaavaksi ja pelottavaksi tilanteeksi (Hirsjärvi & ym. 2007, 201).

Tässä tutkimuksessa tutkija osallistui tutkimukseen haastattelijana. Tutkimuksessa pyrin ymmärtämään tekonivelleikatun potilaan näkökulmia ja kokemuksia itsenäisestä selviytymisestä kotona fysioterapeutilta saatujen kotiohjeiden mukaan. Ennen haastattelua tutustuin lonkkatekonivelleikkaukseen, sen fysioterapiaan ja sen pohjalta tehtiin haastattelurunko (Liite 2). Laadin haastattelurungon pääosin lonkkaleikkaukseen liittyvän fysioterapeuttisen potilasohjauksen sekä kirjallisten ohjeiden mukaisesti. Selvitin, millaista ohjausta potilas saa fysioterapeutilta pre- ja postoperatiivisen ohjauksen aikana, jotta saadaan mahdollisimman laaja käsitys siitä, millaista tietoa ja ohjeita potilaat tarvittavat itsenäiseen selviytymiseen kotona leikkauksen jälkeen.

Tutkimusluvan haastatella asiakkaita pyysin Kanta-Hämeen Sairaanhoidopiirin Kuntayhtymän-eettiseltä toimikunnalta. Tutkimuslupa-anomus (Liite 3), lausuntopyyntö (liite 4), tutkimussuunnitelma ja potilaslupa-anomus (Liite 5) lähetettiin Kanta-Hämeen SHP:n eettiselle toimikunnalle, josta päätettiin antaa puoltava lausunto (Liite 6).

Haastattelu-teemat olivat seuraavat: taustatiedot, kotiohjeiden ja –harjoittelun vaikutus toipumiseen ja kotona selviytymiseen sekä ohjeiden tarve.

Jokaiseen teemaan laadin myös apukysymyksiä. Niiden tarkoituksena oli auttaa vastaajaa ymmärtämään kysymystä sekä tarkentaa heidän antamiaan vastauksia. Tavoitteena oli saada mahdollisimman monipuolista, luottamuksellista ja informaatiota tietoja tutkimusongelmiin. Luin haastattelunrunkoa monia kertoja läpi, ja muokkasin sitä kunnes teemat ja apukysymykset yhdistyivät tutkimusongelmiin.

Haastateltavien tulee saada tuoda esille kaikki haluamansa näkökulmat, jotka antaisivat haastattelulle laajuutta ja haastateltavien reaktioiden tulisi olla mahdollisimman spesifisiä. Haastattelun tulisi avustaa haastateltavia kuvamaan ilmiön tunnepiirteitä ja tiedollisia merkityksiä, mitkä antaisivat haastattelulle syvyyttä. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 36.)

Haastattelut toteutettiin asiakkaiden kanssa ennalta puhelimesta sovittuna aikana ja sovitussa paikassa. Ennen haastattelua pyysin haastateltavia allekirjoittamaan kirjallisen suostumuksen (Liite 5).

Haastattelu toteutui yksilöhaastatteluna kahden. Haastattelupäiviä oli kaksi. Haastattelut tapahtuivat kello 12–13 välisenä aikana, ja sen vuoksi oli varattu rauhallinen huone. Haastattelun alussa informoitiin haastateltavia tutkimuksen tarkoituksesta, siihen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, sen luottamuksellisuudesta ja haastattelun keskeyttämisen mahdollisuudesta. Tallensin kaikki haastattelut sanalukoneelle, jonka käyttötaito oli ennalta testattu, nauhoittamisen rinnalla tein muistiinpanoja.

### 7.3 Aineiston analyysi

Tässä opinnäytetyössä käytin aineiston analyysimenetelmänä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysia on käytetty usein kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston analyysimenetelmänä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3). Aineiston analyysin aloitin mahdollisimman pian keruuvaiheen jälkeen. Silloin aineisto on vielä tuore ja innoittaa tutkijaa. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 108.)



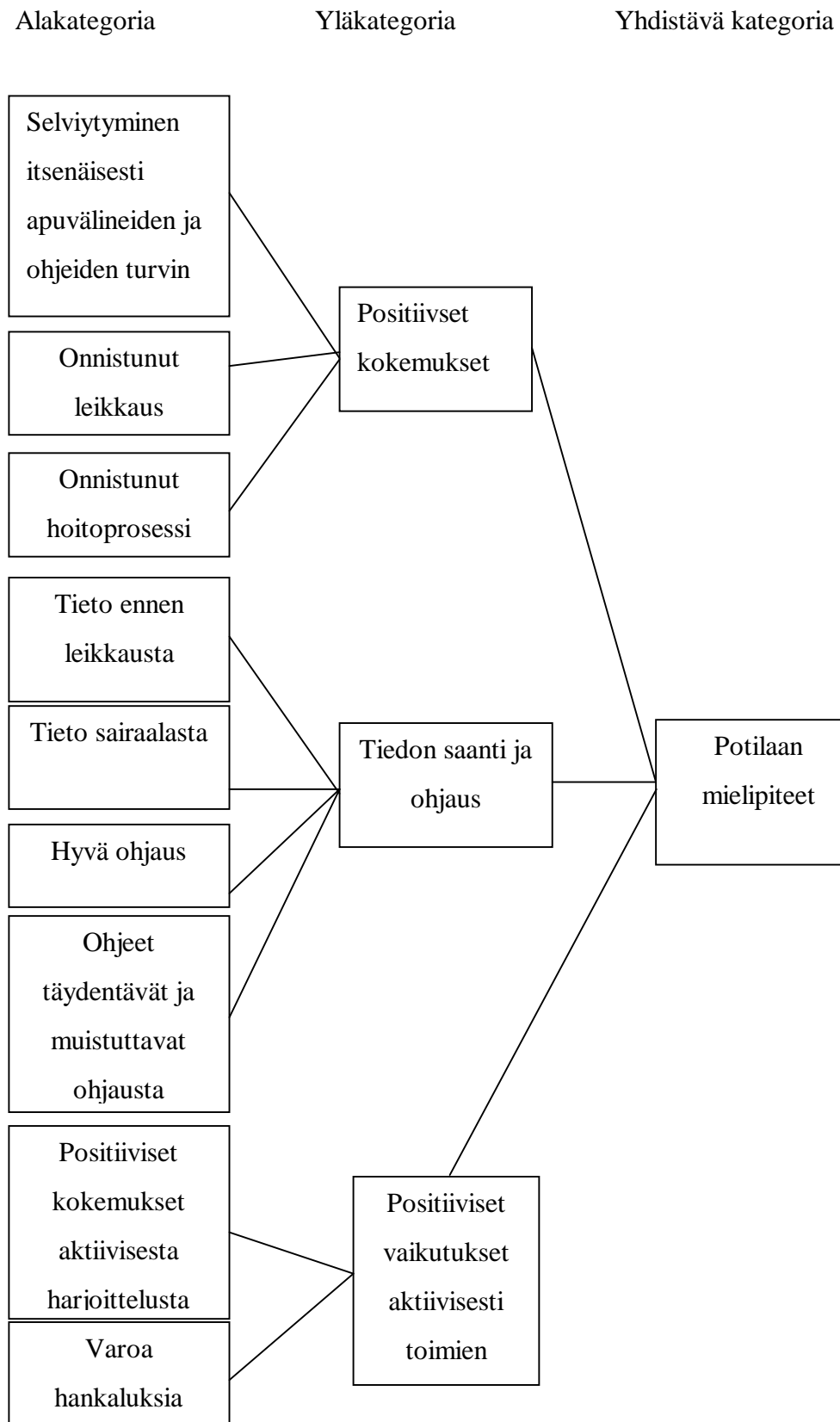
Sisällön analyysi on menetelmätapa, jolla on mahdollista analysoida dokumentteja systemaattisesti eli järjestelmällisesti sekä objektiivisesti. Sisällön analyysin avulla voidaan käsitteellistää ja kuvata tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa.. Sisällön analyysillä yritetään saada kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-4.)

Nauhoitetun haastattelun teksti kirjoitettiin puhtaaksi eli litteroitiin sanatarkasti. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 109). Litteroitu teksti luettiin useita kertoja läpi ja alleviivattiin merkittävimmät ilmaisut jotka kuvasivat tekonivelleikatun potilaan mielenpitoita fysioterapeuttisista kotiohjeista. Tekstistä alleviivatut merkittävimmät ilmaisut, jotka liittyvät tämän opinnäytetyön tutkimustehtävään, pelkistettiin (Liite 7). Sen jälkeen yhdistettiin pelkistetyt ilmaisut, jotka tuntuivat kuuluvan yhteen eli ryhmiteltiin ja muodostettiin niistä alakategorioita, joille annettiin sisältöä kuvaava nimi. Samanlaiset alakategoriat yhdistettiin ja muodostettiin niistä yläkategorioita, joille annettiin sen sisältöä kuvaava nimi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6-7.)

Tuloksissa kuvataan kategorioiden sisällöt. Raportin luotettavuutta lisättiin käyttämällä suoria lainauksia haastattelusta, jotka osoittavat lukijalle mistä kategoriat on muodostettu. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

## 8 TUTKIMUSTULOKSET

Aineistoa analysoitaessa potilaiden pelkistetyistä ilmauksista muodostui kahdeksan alakategoriaa. Samanlaisia alakategorioita yhdistäen muodostui kolme yläkategoriaa, jotka kuvaavat potilaiden mielipiteitä fysioterapeutilta saaduista kotiohjeista. Ne olivat: tiedon saanti ja ohjaus, positiiviset kokemukset sekä positiiviset vaikutukset aktiivisesti toimiessa. (Kuva 1).



Kuva 1. Potilaiden mielipiteitä fysioterapeuttisista kotiohjeista.

## 8.1 Positiiviset kokemukset

Ensimmäiseen tutkimusongelmaan yhdistyvä yläkategoria sisältää haastateltavien mielipiteitä siitä, miten he olivat kotiohjeiden mukaan selviytyneet kotona. Potilaat, jotka osallistuivat tutkimukseen, olivat selviytyneet kotona saatujen kotiohjeiden mukaan itsenäisesti. Tutkimuksen haastattelussa ilmeni, että kirjallisten ohjeiden mukaan kotona selviytymisen ehtona on mm. onnistunut leikkaus ja hoitoprosessi.

Kotiohjeet olivat haastateltaville ymmärrettävät ja ne käytiin läpi fysioterapeutin kanssa. Potilaiden mielipiteet kotiohjeista olivat aika samanlaisia. Haastateltavat kertoivat, että he eivät tarvinneet leikkauksen jälkeen kotona selviytymiseksi lisätietoa eivätkä -apua. Potilaat kuvasivat selviytymistä kotona seuraavasti:

*Ihan selviydyin itsenäisesti. Ei tarvinnut soittaa. Paitsi kotisairaanhoitaja kävi ottamassa ne hakaset pois. Se oli ainoa...Kun niitä ei saanut ihan ite pois (nauraa).*

Toinen haastateltavista kuvasi kirjallisten kotiohjeiden mukaan selviytymistä seuraavasti:

*..., jos minulla niitä ei olisi ollut, ma olisin tehnyt asiat todennäköisesti väärin. Mä tein justi sen mukaan, kuin ne olit, eikä tehnyt niin kuin ite tykkään... Mä olisin yksinkertaisesti soittanut tänne, voinko mä näin tehdä.*

Lonkan tekonivelleikkaus on iso leikkaus ja leikkauksella pyritään kipujen vähentämisen lisäksi liikkumisen helpottumiseen, työ- ja toimintakyvyn palauttamiseen sekä elämänlaadun parantamiseen (Pajamäki 2003, 16). Kipu saattaa usein rajoittaa liikkumista leikkauksen jälkeenkin. Haastateltavien kuvaukset ovat seuraavat:

*... olisiko tä siitä, että leikkaus onnistui niin hyvin, ja toipuminen oli nopea, eli ...kaikki on täydellisesti onnistunut.*

*Ainakin mun kohdalta se on onnistunut. Kivut loppuivat kuin lonkka leikattiin. Kaikki on mennyt hyvin ainakin leikkauksesta asti.*

## 8.2 Tiedon saanti ja ohjaus

Kolmanteen tutkimusongelmaan yhdistyvä toinen yläkategoria sisältää haastateltavien mielipiteitä siitä, mitkä tiedot ovat potilaille merkityksellisiä eli millaista tietoa potilaat olisivat tarvinneet kotona, jotta kotona selviytyminen onnistuisi. Haastateltavien mielestä he saivat riittävästi tietoja omaan sairauteen ja leikkaukseen sekä lääkäriltä että sairaalassa ohjauksen yhteydessä, eikä lisätietoja ja apua tarvittu kotiympäristössä. He olivat saaneet myös vastauksia kaikkiin kysymyksiinsä ennen kotiutumista. Kotiutumisen yhteydessä molemmat potilaat saivat fysioterapeutilta yhteenottotiedot tarvittavien lisätietojen ja -kysymysten vuoksi. Haastateltavilla ei ollut kotiympäristössä tarvetta ottaa yhteyttä fysioterapeuttiin kuten seuraava haastattelulainaus osoittaa:

*Minä sain niin hyvät tiedot osastolta, että mä osasin niiden ohjeiden mukaan. Et en tartenut enää lisä tietoa. Me käytiin ensin terapeutilla juttelemassa ja ne esittelivät kaikki sen ja näytti minulle miten se laitetaan, että todella hyvä tieto sain ennen leikkausta, et en tarvinnutkaan etsiä lisätietoa...*

Toinen potilaista oli hakenut ja lukenut omatoimisesti omaan sairauteensa ja tekonivelleikkaukseensa liittyvistä asioista lehdistä.

*...kyllä mä hain. Ma luin sämmysiä kirjoja...lehtiä, missä lukee tekonivel ja selvitin kun sain käteen. Oli myös kiinnostuvuutta, miten se tehdään...*

Yksi haastateltava olisi tarvinnut enemmän tietoa liikkumisapuvälineiden käyttöajasta eli kuinka kauan pitää kyynärsauvoilla liikkua, vaikka ohjeissa se oli merkitty. Tämä saattaa viitata siihen, että potilas on toiminut saamiensa sanallisten ohjeiden mukaan.

*...Epäselväksi oikeistaan...ne kepit, että tota ...se oli vähän ympäri pyöräiseen, että kauan mä kävelen niillä. Että siis ennen kuin mä voin niku heittää ne pois.*

Erittäin merkityksellisiä tietoja haastateltaville olivat olleet istuminen tuolilla ja sängystä ylösnousu kuten seuraavat haastateltavien kuvaukset osoittavat:

*Esimerkiksi se istuminen, ei saanut istua niku matalalla ...piti olla istuin korotus. Se oli hyvä idea, hyvä systeemi.*

*...Sängystä nouseminen – se ohje. Mul jää sillä ohjeet mieleen, mut tota siit täytyi varoa, että se niku onnistuu oikein. Kun haava oli vielä auki ja oteti ne hakaset pois. Se ohje oli kaiken tärkeä ja sitä noudatettiin ihan viimeisiin saakka.*

Kaikki potilaat saivat sekä suullista ohjausta että kirjallisia kotiohjeita omatoimiseen selviytymiseen kotona. Haastattelussa tuli esiin, että potilaiden mielestä tärkeämpi on ohjaus kuin kirjalliset kotiohjeet. Haastateltavat sanoivat saaneensa niin hyvän ohjauksen, että se auttoi myös selviytymään kotona. Kirjallisia kotiohjeita pitivät kaikki haastateltavat hyvänä, suullisen ohjauksen muistuttamiseksi ja täydentämiseksi, se oli ollut kuin yhteistyötä. Kotiohjeiden piti olla näkyvällä paikalla. Enemmän katsottiin kotiohjeista kuvia, jotka muistuttivat heti ohjauksesta ja harjoituksen suorituksesta. Kirjallisten ohjeiden merkityksellisyyttä ja ohjausta haastateltavat kuvasivat seuraavasti:

*Sairaalassa ohjaus oli aivan hyvä, siis tosi hyvä, että siinä ei ollut mitään epäselvyyttä ...paperilla ohjeet muistuttavat ohjausta, että tuli tehdä ainakin oikein, ne mitä tekee. Et ei tehnyt niku oma päänsä mukaan, että tekee todella ohjeiden mukaan...Ne täydentävät toisiaan ehdottomasti...Mä melkein katoin kuvia, sitten tuli heti mieleen, sit se selvisi ihan...ei tarkistanut muuta.*

*...Kyllä ne pöydällä olivat, mut niitä ei tarvinnut...ne jäi mieleen heti...että ohjaus oli niin hyvää, että ei tarvinnut niin paljon kattoa siitä. Kattelin kirjallisista ohjeista hyvin harvoin, mut kyl niiden niku pöydällä piti olla, mä sain tarvittaessa katsoa, sen takia ne olivat tärkeitä - muistuttivat. Terapeutin ohjaus ja kirjalliset ohjeet ne menivät ihan tasapainossa...niku yhteistyö. Kun terapeutti kävi osastolla...tä oli kaikkien tärkein juttu.*

Kirjallisissa ohjeissa oli toisen haastateltavan mielestä kaikki tieto tärkeää. Kirjallisissa ohjeissa olevaa tietoa haastateltava arvioi seuraavasti:

*Ma pidin ne kaikki tärkeänä, ei siinä ollut mitään sämmystä, mitä ei olisi tarvinnut. Kyllä mä pidin ainakin henkilökohtaisesti...no ihan hyvät ohjeet.*

### 8.3 Positiiviset vaikutukset aktiivisesti toimiessa

Toiseen tutkimusongelmaan liittyvä kolmas yläkategoria sisältää potilaiden mielipiteitä kotiharjoittelun vaikuttavuudesta. Kotona selviytyminen riippuu monesta asiasta, potilaat tarvitsevat tietoa ja ohjausta sekä apuvälineitä liikkumiseen ja toimimiseen. Keskeistä toipilasvaiheessa leikkauksen jälkeen on myös monipuolinen harjoittelu lihasvoiman, verenkierron, nivelliikelaajuuksien parantamiseksi ja ylläpitämiseksi. Haastateltavat olivat aktiivisesti harjoitelleet kotona fysioterapeutilta saatujen kotiohjeiden voimisteluohjelman mukaan. Haastateltavat eivät antaneet harjoittelun vaikuttavuudelle yksityiskohtaista perustelua. Heidän vastauksensa viittasivat kuitenkin siihen, että aktiivisella harjoittelulla saatiin positiivisia kokemuksia. Harjoittelusta kotona haastateltavat kertoivat seuraavasti:

*...Tosi hyvät, tein joka päivä ja vieläkin joskus.*

*...Minulle annettiin viesti, että toimi näiden ohjeiden mukaan. Minä koitin olla ihan aktiivinen siitä.*

Kotiohjeissa kerrotaan ne asiat, joita potilaan tulee varoa tai välttää. Vältettävät ja varottavat asiat koettiin hankaliksi mm. kotona selviytymisessä. Hankaluuksia kotona oli ollut enemmän alkuvaiheessa. Kotona selviytymisessä hankalimmiksi asioiksi koettiin mm. sukkien jalkaan laittaminen, siivoaminen ja kumartuminen. Toisen haastateltavan suurin ongelma oli ollut edellä mainittujen lisäksi sängystä ylösnousu ja jaksamattomuus seistä, joten hän tarvitsi tukeutumista.

*Ihan ensimmäiset viikot olivat,... silloin tarvitsin olla niku... kyynär-sauvoilla olla, justi kotitöissä – ruoanlaittoon ja tämmyseen, koska en jaksanut itse seistä. Tarvitsin tukea...tä kumartuminen – sukan jalkaan laitto, se oli kaiken hankalimmin. Ei uskalla kumartaa, sit halua laitta itse kädellä sukka jalkaa, se oli vaikeinta. Mul oli apuvälineenä – sukanvetolaite, mut mä en ole koskaan oppinut laittamaan...*

*Oikeastaan ollut mitään, ehkä se sukkien jalkaan laittaminen oli kaikista hankalimmin - kumartuminen eteen....mä pidin sitä niin luonnollisena, että se kuuluu sinne sairauteen. Mä en osannut sitä ottaa sillä tavalla, että se on hankala.*

Haastatteluun osallistuneet potilaat asennoituivat haastatteluun myönteisesti. Haastattelun lopussa potilailla oli mahdollisuus kertoa vapaasti hoitoprosessiin liittyvistä asioista ja lisätä muita kommentteja. Toinen haastateltava lisäsi haastattelun loppukomentiksi seuraavasti:

*...se on ihanteellista, että tämmysää pystytään tänäpäivänä tekemään, että ihmiset saavat tekonivelen.*

## 9 POHDINTA

### 9.1 Tulosten pohdinta

Haastatteluun osallistuneet potilaat asennoituivat haastatteluun myönteisesti. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää lonkan tekonivelleikatun potilaan mielipiteitä fysioterapeutilta saaduista kotiohjeista eli siitä, miten potilas oli kotiohjeiden mukaan selviytynyt kotona leikkauksen jälkeen, miten kotiharjoittelu oli vaikuttanut leikkauksesta toipumiseen ja millainen tieto oli potilaille merkityksellistä.

Tulokset osoittivat, että tutkimukseen osallistuneet tekonivelleikkauksesta toipuvat potilaat olivat fysioterapeutilta saatujen kotiohjeiden avulla selviytyneet kotona itsenäisesti, eivätkä tarvinneet kotona selviytymiseksi avustusta, lisätietoja eikä -ohjausta. Tämän tutkimuksen mukaan kotiohjeet olivat potilaille ymmärrettävät ja ne auttoivat tekonivelpotilaiden kotona selviytymistä. Potilaat pitivät keskeisimpänä hyvää ohjausta, jonka muistuttamiseksi annettiin kotiin kirjalliset ohjeet. Hyödyllisen tiedon saantia, joten potilaat eivät tarvinneet kotona lisätietoa eivätkä -ohjausta. Kotona selviytymisen lähtökohtana he pitivät mm. onnistunutta leikkausta ja omaa aktiivisuuttaan. Tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat suhtautuneet positiivisesti koko hoitoprosessiin. Sen huomasi haastattelussa heidän myönteisestä asenteestaan ja antamastaan palautteesta. Siitä voi päätellä, että kotona toipumista edistää mm. henkilön positiivinen asenne.

Kotona selviytyminen kotiohjeiden mukaan riippuu siis monesta asiasta, potilaat tarvitsevat tietoa ja ohjausta sekä apuvälineitä liikkumiseen ja toimimiseen. Tärkeää on myös monipuolinen harjoittelu lihasvoiman, verenkierron, nivelliikelaajuuksien parantamiseksi ja ylläpitämiseksi. Haastateltavat olivat aktiivisesti harjoitelleet kotona fysioterapeutilta saatujen kotiohjeiden mukaan. Tuloksista selvisi, että aktiivisella harjoittelulla saatiin positiivisia kokemuksia.



Haastateltavien mielipiteiden mukaan potilaat olivat saaneet tarpeellista tietoa. Kaikki saadut tiedot olivat potilaille merkityksellisiä. Erittäin merkityksellisiä tietoja haastateltaville oli ollut istuminen tuolilla ja sängystä ylös nousu eli se tieto, missä pitää olla varovainen. Myös se tuli ilmi, että potilaille annetuissa kotiohjeissa ei ollut yleensä epäselviä asioita, paitsi toisen potilaan epätietoisuus liikkumisapuvälineiden käyttöajasta. Liikkumisapuvälineiden käyttöaika oli kirjallisissa ohjeissa selvästi merkitty. Se saattaa viitata siihen, että potilas oli toiminut kuitenkin enemmän ohjauksesta säilyneiden tietojen mukaan. Potilaat neuvottiin mm. ottamaan yhteyttä fysioterapeuttiin, kun tuli ongelmia tai kysymyksiä kuntoutuksesta. Tulosten pohjalta ilmeni, että potilas ei aina ota yhteyttä kysymyksien ilmaannuttua kotona. Tähän siis olisi hyvää kiinnittää huomiota potilaan ohjauksessa ja kotiutumisen.

Myös iällä tuntuu olevan merkittävä osuus tekonivelleikkauksesta toipumiseen. Kuten sanottu tekonivelpotilaat ovat yleensä iäkkäitä. Haastatteluun osallistuneet potilaat olivat alle 65-vuotiaita ja heidän toipumisensa leikkauksen jälkeen kotona oli onnistunut aika hyvin.

Lähes samanlaisia tuloksia kuvattiin Nurmelan ja Tuomaalan (2007) tutkimuskatsauksessa, jossa itsenäisen selviytymisen edellytyksenä leikkauksen jälkeen todettiin olevan onnistunut toimenpide, potilaan motivaatio palata elämänympäristöönsä, sekä taidot ja tiedot siitä, miten tulisi toimia. Toisaalta todettiin kivuliaisuuden olevan suuri ongelma leikkauksen jälkeen. Se rajoittaa liikkumista kotona. Potilailla todettiin myös olevan suuri tarve saada apua ja ohjausta toimintojen suorittamiseen kuukauden kuluttua leikkauksen jälkeen. (Nurmela & Tuomaala 2007, 10–13.)

Lähes samanlaisia tuloksia saatiin Säkkinen (2003) tutkimuksessa. Säkkinen mukaan fysioterapeutin antamien ohjeiden noudattaminen ja lääkärin määräämien rajoitusten noudattaminen ovat edellytyksenä lonkan tekonivelpotilaan kuntoutumiseen ja toimintakyvyn edistymiseen kotona (Säkinen 2003, 73).

Tässä saaduista tuloksista poikkeavia tuloksia tulee esille Liuskan (2001) tutkimuksessa, jossa todettiin, että haastateltavan mielestä ohjaus oli ollut vaikeaselkoista, eikä ohjaustapahtuma ollut vuorovaikutustilanne, vaan ohjaus "annettiin".

Lisäksi todettiin, että paljon tietoa sisältävä ohjaus ei ole kaikille potilaille sopiva ohjauskeino. (Liuska 2001, 22.)

Karjalaisen, Lehtolan ja Nevalaisen (2000) analysoinnin perusteella todettiin, että potilaiden käsitys fysioterapiasta oli epäselvä ja annetut ohjeet olivat jääneet osittain epäselväksi. Potilaat nostivat esiin sosiaalisen tuen ja vertaistuen merkityksen kuntoutumisprosessin onnistumiselle. (Karjalainen ym. 2000, 48).

Pihlajan ja Rantasen (2002) tutkimuksessa todettiin, että potilaan saaman lonkka-leikkauksen jälkeinen ohjaus oli ollut puutteellista potilaiden kotona selviytymiseksi. Tiedetyt asiat kotona selviytymiseksi olivat jääneet aivan saamatta ja osa potilaista ei ollut ymmärtänyt annettua ohjausta tai he olivat unohtaneet ohjauksen. (Pihlaja & Rantanen 2002, 127.)

## 9.2 Menetelmien pohdinta – luotettavuus ja eettisyys

Tässä tutkimuksessa keräsin aineistoa puolistrukturoidulla teemahaastattelulla, joka antoi selvemmän käsityksen potilaan kokemuksista kuin esimerkiksi kyselylomake. Tutkimukseen osallistui kaksi haastateltavaa, joka oli riittävä haastateltavien määrä tässä tutkimuksessa. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaaran (2007) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistona voi olla vaikkapa vain yhden henkilön haastattelu (Hirsjärvi ym. 2007, 176). Haastateltavat kykenivät luotettavasti vastamaan kysymyksiini (Hirsjärvi & Hurme 1985, 130).

Teemahaastattelussa todellisuuden moni-ilmeisyys tulee ilmi, myös haastateltavien todelliset ajatukset ja kokemukset kuvattiin. Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa perehdyttiin huolellisesti aikaisempiin tutkimuksiin ja alueen käsitteistöön. Sisältövalidius varmistettiin riittävällä kysymysten ja lisäkysymysten määrällä. Kysymykset tavoittivat haluttuja merkityksiä. Haastattelihoita oli vain yksi, jolloin haastattelihoita johtuvia virheitä oli vähemmän. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 1985, 128–129.)

Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisäävät haastattelun rauhallinen ilmapiiri ja haastatteluihin käytetty ajan riittävyys, myös haastateltavien mielihyvin suostuminen tutkimukseen. Haastattelun luotettavuuteen voisi vaikuttaa eri kieli ja eri kulttuuritausta.

Tutkimuksentekoon yhdistyy useita eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on otettava huomioon. Jokaisen yksittäisen tutkijan vastuulla on mm. periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen. Tutkimusaiheetta valittaessa pitää ole selvillä, miksi tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimus tehdään (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 24.)

Tämän tutkimuksen aihe herätti kiinnostuksen tekonivelleikkauksen jälkeiseen fysioterapiaan. Kiinnostusta aiheeseen herätti myös kokemusteni puuttuminen tekonivelpotilaiden fysioterapiassa. Tutkimusluvan tutkimukseen olen hakenut Kanta-Hämeen Sairaanhoidopiirin Kuntayhtymän eettiseltä toimikunnalta (Liite 4).

Tutkimuksessa lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen, antamalla ihmiselle mahdollisuus itse päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Tutkimushenkilöille pitää ilmaista, mitä saattaa tapahtua tutkimuksen kuluessa ja että osallistumista koskevat suostumukset ovat vapaaehtoista. (Hirsjärvi ym.2007, 25.)

Tutkimuksessa velvollisuuseettinen sääntö on esimerkiksi tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Sääntönä se on ehdoton ja voimakas: tutkittava voi halutesaan perua osallistumisensa tutkimukseen myös jälkikäteen. ( Kuula 2006, 22–23.) Eskolan ja Suorannan (1996, 57) mukaan jokaiselle tutkittavalle pitää antaa riittävästi tietoa tutkimuksen luonteesta ja tavoitteesta sekä painotettavaa vastaamisen vapaaehtoisuutta. Tietoja julkistettaessa täytyy huolehtia luottamuksellisuuden säilyttämisestä ja anonymiteettisuojusta.

Tässä tutkimuksessa kerrottiin ennen haastattelua potilaille tutkimuksen tarkoituksesta. Tutkimukseen osallistuminen oli potilaille täysin vapaaehtoista, ja heillä oli mahdollisuus keskeyttää haastattelun. Tässä yhteydessä painotettiin haastateltavien anonymiteetin säilyttämistä koko tutkimusprosessin ajan. Haastattelut nauhoitettiin

ja sen lisäksi tehtiin muistinpanoja. Litteroitaessa eli puhtaaksi kirjoitettaessa haastatteluita ei käytetty henkilöiden nimiä, vaan haastattelujen tekstit olivat numeroitu.

Haastattelun tallenteet ja muistiinpanot olivat ainoastaan tutkijan käytössään aineistoa analysoitaessa. Haastattelunauhoja ja muistiinpanoja säilytettiin lukitussa kaapissa, paikassa jonne ulkopuoliset eivät päässeet. Nauhat ja muistiinpanot hävitettiin opinnäytetyön valmistuttua. Saatua aineistoa käsiteltiin ehdottoman luottamuksellisesti ja ainoastaan tätä tutkimusta varten.

### 9.3 Oman oppimisen pohdinta

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, koska tekonivelleikkaushoidon tarve kasvaa jatkuvasti. Kirjallisuutta tekonivelleikkauksesta ja sen hoidosta on aika paljon. Kirjallisuutta olen kerännyt Lahden Ammattikorkeakoulun tietokeskuksesta ja Riihimäen kaupungin kirjastosta. Etsin tietoa tekonivelleikkauksesta ja siihen liittyvästä fysioterapiasta. Tutustuessani teoriaan sekä tutkimusta tehden sain paljon uutta tietoa tekonivelleikkauksesta ja sen hoidosta. Sopivan teorian löytämiseen meni aikaa, koska erilaista materiaalia oli aika paljon ja toisaalta eri lähteissä aika paljon samantyyppistä tietoa. Keräsin teoriasta niitä asioita, jotka liittyivät tähän opinnäytetyöhön kuten lonkan toiminnallinen anatomia, taustaa tekonivelleikkaukseen, tekonivelleikkaustekniikat sekä fysioterapia. Kirjallisuuteen tutustuminen oli aikaa vievää, mutta samalla koko työn helpoin vaihe.

Opinnäytetyö oli aikaa vievä prosessi, mutta pysyin hyvin suunnitellussa aikataulussa. Opinnäytetyön tein yksin, joten voin itse päättää ajankäytöstä ja työn tekemisestä. Opinnäytetyötä tehdessä teoria osuuden jälkeen oli pitkä tauko eli opinnäytetyöprosessi pysähtyi harjoittelun ja tutkimusluvan saamisen vuoksi, jolloin taas aloittaminen oli vaikeaa. Aineiston analysoinnin vaihe tuntui alussa ylen hankalalta, mutta perehtymällä sisällönanalyysiin aloin ymmärtää sen menetelmää.

Haastattelun suorittaminen oli minulle tärkeintä koko tutkimusprosessissa, koska se loi pohjan tutkimukseeni. Odotin kuitenkin enemmän haastateltavilta kriittisem-

pää arviointia kotiohjeiden turvin selviytymisestä, jotta olisi mahdollista löytää enemmän kehityskohteita tekonivelpotilaan kotona selviytymiseen. Olen myös tyytyväinen heidän positiiviseen suhtautumiseensa, mikä antoi minullekin optimismia. Koko opinnäytetyöprosessi oli mielenkiintoinen ja samalla haastava alusta loppuun. Olen kiitollinen Riihimäen sairaalan fysiatriaoaston fysioterapeuteille, sillä he auttoivat minua löytämään sopivia potilaita tutkimustani varten ja mahdollistivat haastattelun tekemisen fysiatriaoaston tilassa.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää lonkan tekonivelpotilaalle fysioterapeuttisia kotiohjeita laadittaessa. Kotiohjeiden tavoitteena on tukea potilaan oma-toimista selviytymistä kotona tekonivelleikkauksen jälkeen sekä täydentää suullista ohjausta. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää myös vastaavanlaisissa tutkimuksissa, esim. lonkan tekonivelleikatunpotilaan kotona toipumiseen ja selviytymiseen liittyvissä tutkimuksissa.

Kehittämisehdotuksena olisi toivottavaa, että potilaalla olisi mahdollisuus jatkossakin antaa palautetta fysioterapeuttisista kotiohjeista, esim. jälkitarkastuksen yhteydessä. Silloin olisi mahdollista saada syvällisempi kuva lonkkaleikatun potilaan saamasta fysioterapeuttisten kotiohjeiden mukaan selviytymisestä, ohjeiden tarpeesta ja esiin tulevista ongelmatilanteista kotiympäristössä.

Lonkan tekonivelleikkaus on iso leikkaus ja siitä toipuminen kestää vuoden. Jatko-tutkimukselle ajankohtainen aihe olisi se, millaisia kuntoutumisen mahdollisuuksia potilaalla on lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen.

## LÄHTEET

### Painetut lähteet

Ahonen, J. 2002. Lonkan rakenne ja toiminta kävelyssä. Teoksessa: Ahonen, J., Sandström, M., Laukkanen, R. & ym. (toim.) Alaraajojen rakenne, toiminta ja kävelykoulu, 311 – 327. Jyväskylä.

Ahonen, I. 2002. Tekonivelpotilaan hoidon asiantuntijakoulutuksen käynnistäminen Pirkanmaan ammattikorkeakoulussa. Teoksessa Lehto, M & Teraranta, S. (toim.) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 3. 2.painos, 14–16. Tampere.

Arokoski, J.P.A. 2007. Alaraajan nivelrikon konservatiivinen hoito. Fysioterapia 7/2007, 4-7.

Arokoski, J.P.A. & Kivimäki, J. 2003. Lonkan ja polven sairaudet. Fysiatría. 3. uudistettu painos, 171 – 184. Jyväskylä.

Eskola, J., Suoranta, J. 1996. Johdatusta laadulliseen tutkimukseen. Lapin yliopiston paino kasvatustieteellisiä julkaisuja C13. Rovaniemi.

Halonen, P. 2002. Avaustekniikat lonkan tekonivelkirurgiassa – vaikutus jälkihoitoon. Teoksessa: Lehto, M & Teraranta, S. (toim.) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 3. 2.painos, 107 - 109. Tampere.

Hannunen, P. & Airaksinen, O. 2005. Nivelrikko. Teoksessa: Lindgren, K-A. (toim.) TULES Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. 1. painos, 217 - 224. Jyväskylä.

Hervonen, A. 1992. Tuki- ja liikuntaelimestön anatomia. 4. painos. Tampere.

Hervonen, A 2004. Tuki- ja liikuntaelimestön anatomia. 7. painos. Tampere.

Hirsijärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 1995. Teemahaastattelu. 7. painos. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 1985. Teemahaastattelu. Kolmas painos. Helsinki: Gaudamus.

Häkkinen, A. Borg, H. Anttila, E. Ylinen, J. & ym. 2007. Lonkan lihasten toiminta pinnoiteproteesileikkauksen jälkeen. Fysioterapia 7/2007, 23 - 26.

Karjalainen, K. Lehtola, J. & Nevalainen, P. 2000. ”Kyl mä sen arvasin, ett` jotain tulee tapahtumaan”, kuvauksia lonkan tekonivelleikkauspotilaan fysioterapiasta. Lahden Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden laitos. Fysioterapian. opinnäytetyö.

Karppi, S.L. 2006 Vaikuttavaa tai ei. Fysioterapia 1/2006, 15 - 16.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Tampere: Vastapaino.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11, 1/1999, 3-12.

Laakso, M. 2006. Vanhusten toimintakyvyn palauttaminen lonkkaleikkauksen jälkeen, Vankka-projekti 2004–2006, Loppuraportti. Harjulan Setlementti ry. Lahti.

Lehto, M. 2005. Väestön ikääntyminen, teknologian kehittyminen, palvelujärjestelmien muuttuminen – tulevaisuuden haasteet tekonivelkirurgialle. Teoksessa: Lehto, M. & Telaranta, S. (toim.) Tekonivelen potilaan hoito uudistuu osa 3. Pir-

kanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 7, 14–19. Tampere.

Merikoski, M. , Patteri, K. , Peltovako, J. 2002. Lonkan tekonivelpotilaan kävely – taustaa ja näkökulmia. Teoksessa: Lehto, M & Teraranta, S. (toim.) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 3. 2.painos, 118 - 125. Tampere.

Nurmela, T. & Tuomaala, U. 2007. Tekonivelleikkausta odottavien potilaiden elämäntilanne ennen leikkausta ja sen jälkeen. Teoksessa Nurmela, T. (toim.) Saumaton malli ortopedisten potilaiden hoitoon – selviytymisapua tekonivelleikkauspotilaille koko hoitoketjun ajan. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 65, 10–19. Tampereen.

Nuutila, R. 2002. Tekonivelpotilaan hoidon systematisointi Case Management -mallin avulla. Teoksessa Lehto, M & Teraranta, S. (toim.). Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 3. 2.painos, 38–45. Tampere.

Pajamäki, J. 2003. Lonkan tekonivelleikkauksen perusteet ja tekonivelmallit. Teoksessa: Lehto, M. & Teraranta, S. (toim.) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu osa 2. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C, Oppimateriaalit. Nro 4, 16–18. Tampere.

Patteri, K. 2005. Tekonivelpotilaan fysioterapian tavoitteet ja sisältö – Coxan malli. Teoksessa: Lehto, M & Teraranta, S. (toim.) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu osa 3, Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 7, 55 – 59. Tampere.

Pihlaja, S & Rantanen, A-M. 2002. Kotiutus – tärkeä osa endoproteesipotilaan hoitoketjua. Teoksessa: Teraranta, S. & Lehto, M (toim.) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 3. 2.painos, 127–133. Tampere.



Rantala, T. 2002. Arvot ja periaatteet potilaan hoidon ja toiminnan ohjaajina Tekonivelsairaala Coxassa. Teoksessa: Teraranta, S. & Lehto, M (toim.) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 3. 2.painos, 29 - 32. Tampere.

Rokkanen, P. Tervo, T. & Avikainen, V. 1990. Ortopedia. Ensimmäinen painos. Helsinki.

Sahlman-Konttinen, N. & Virolainen, T. 2002. Tulotarkastus osana onnistunutta tekonivelpotilaan hoitoprosessia. Teoksessa: Lehto, M & Teraranta, S. (toim.) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 3. 2.painos, 76 - 81. Tampere.

Talvitie, U & Karppi, S-L & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Telaranta, S. & Lehto, M. 2002. Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 3. 2. painos. Tampere.

Ulaska, M. 2007. Lonkan nivelrikko ja fysioterapia. Fysioterapia 7/2007, 16 - 20.

#### Internet lähteet

Björkenheim, J-M., Grönblad, M., Hedenborg, M., Kainonen, T. & ym. 2008.

Lonkkanivel. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Työeläkevakuuttajat TELLA [viitattu 26.3.2009]. Saatavissa:

[http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p\\_artikkeli=fac00005](http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=fac00005)

Kuntofysio Oy, 2009. Tekonivelpotilaan fysioterapia. Kuntofysio Oy [viitattu: 4.4.09]. Saatavissa: <http://www.kuntofysio.net/tekon.html>.

Liuska, M. 2001. "...sekavalta tuntui, eikä minulta kysytty mitään." Lonkan tekonivelleikkauspotilaan mielipiteitä saamastaan ohjauksesta. Kajaanin Ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala [viitattu: 23.2.2009]. AMK-opinnäytetyö. Saatavissa: <https://kaktus.kajak.fi/soteli/ste8kmervil.pdf>

Saarelma, O. 2009. Nivelrikko. Kustannus Oy Duodecim: Terveyskirjasto [viitattu: 26.03.09] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00673](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00673)

Simonen, J. 2003. Lonkka kuntoon. Opas lonkan tekonivelleikkauspotilaalle. Jorvin Sairaala. Tehty yhteistyössä Laurean Ammattikorkeakoulu Espoo-instituutin kanssa [viitattu: 14.9.2008]. Saatavissa: <http://www.niveltieto.net/aineistot/lonkkajorvi.pdf>

Säkkinen, S. 2003. Endoproteesilonkkapotilaan hoitaminen, ohjaaminen ja kuntouttaminen hoidonantajien kuvaamana. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu [viitattu:10.4.2009]. AMK-opinnäytetyö. Saatavissa: [http://kirjastot.diak.fi/files/diak\\_lib/Helsinki2003/Skkinen2996.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2003/Skkinen2996.pdf)

## Luennot

Valkama, K. 2008. Lonkka- ja polviproteesipotilaan fysioterapia. Kurssi: Tuki- ja liikuntaelinsairauksien fysioterapia. Lahden Ammattikorkeakoulu. Syksy 2007 – kevät 2008.

## LIITTEET

## LIITE 1/1



Riihimäen yksikkö  
Fysioterapia  
019-7445255

Asiakas :

Laatija : Fysioterapeutti Riihimäen yksikkö

Pvm : 13.2.2008



© PhysioTools Ltd

1. Ennen leikkausta on hyvä harrastaa monipuolista liikuntaa mahdollisuuksien mukaan yleiskunnon sekä alaraajojen lihasvoiman ylläpitämiseksi.

Alaraajojen nivelkulumissa harrastettavan liikunnan tulisi olla lihasvoimaa ja liikelaajutta säilyttävää, mutta se ei saa sisältää voimakasta kuormitusta eikä tärähdyksiä etenkin nivelten ääriasennoissa eikä suurta nopeutta ja voimaliikkeitä. Sopivia liikuntalajeja ovat mm. uinti, vesivoimistelu, sauvakävely, polku- tai kuntopyöräily.

Polven ja lonkan täyden liikkuvuuden ja ojentajalihasten voiman harjoittaminen on tärkeää liikuntakyvyn säilyttämiseksi.

2. Ennen sairaalaan tuloa hae terveyskeskuksesta seuraavat apuvälineet:

Kyynärsauvat tai kävelyteline (ota mukaan sairaalaan tullessasi)

Tarttumapihdit

Sukanvetolaite

Lonkkatyyny

Sängynjalan korottajat

WC-korottaja

Korkea suihkujakkara (tarvittaessa)



© PhysioTools Ltd

3. Leikkauksen jälkeen kävelyn apuvälineitä (kyynärsauvoja tai kävelytelinettä) käytetään \_\_\_\_\_.

Leikatulle alaraajalle saa varata apuvälineen turvin \_\_\_\_\_.

**KÄVELY TASAISELLA:** Siirrä leikattu jalka ja sauvat eteen. Astu terveellä jalalla askel leikatun jalan ohi.

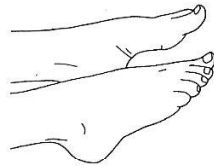
**KÄVELY PORTAISSA YLÖSPÄIN:** Nosta ensin terve jalka portaalle ja sitten leikattu jalka ja sauvat.

**KÄVELY PORTAISSA ALASPÄIN:** Laske ensin sauvat ja leikattu jalka alemmalle portaalle ja sitten terve jalka.

Käytä kaidetta apuna, mikäli se on mahdollista.

4. Istuminen normaalikorkuisella tuolilla ja wc-istuimella on leikkauksen jälkeen kielletty \_\_\_\_\_ leikkausalueen paranemisen edistymiseksi. Istumisen avuksi tarvitset esim. tuoliin lonkkatyynyn ja wc-istuimeen korottajan.

Lonkan ääriasentojen välttäminen on nivelen sijoiltaanmenoriskin vuoksi tärkeää. Myös ylävartalon kumartelua tulee välttää. Polvien alapuolelle ylettyäksesi tarvitset tarttumapihtejä ja sukkiin pukemiseen sukanvetolaitteen.



5. Alaraajojen verenkierron vilkastuttamiseksi koukista ja ojenna nilkkoja parin minuutin ajan useita kertoja päivässä.

© PhysioTools Ltd

6a) Reisolihasten voiman palautumiseksi jännitä reisilihakset painamalla polvitaiteita alustaa vasten. Pidä jännitys 5 sekuntia - rentoudu. Toista jännitys 10 kertaa 2-3 kertaa päivässä.



6b) Pakaralihasten voiman palautumiseksi jännitä pakarot yhteen. Pidä jännitys 5 sekuntia - rentoudu. Toista jännitys 10 kertaa 2-3 kertaa päivässä.

© PhysioTools Ltd

7. Lonkan liikkuvuuden palautumiseksi koukista leikattua lonkkaa niin, että jalkapohja pysyy alustalla. Liikkeen aikana polvi ei saa kääntyä sivuille. Ojenna jalka takaisin suoraksi. Toista liike 5-10 kertaa 2-3 kertaa päivässä.



© PhysioTools Ltd

8. Tee liikkeet seisten tukeutuen käsillä tukevaan huonekaluun. Älä anna vartalon kallistua liikkeiden aikana.



Lonkan liikkuvuuden ja lihasvoiman palautumiseksi

- Nosta leikattua leikattua jalkaa polvi koukussa eteen ja laske takaisin alas toisen jalan viereen. Älä nosta polvea vaakatasoon asti.
  - Vie leikattua jalkaa taaksepäin ja tuo takaisin toisen jalan viereen.
- Toista liikkeitä 5-10 kertaa 2-3 kertaa päivässä.

© PhysioTools Ltd

Built on Tools® RG

13.2.2008 Kanta-Hämeen keskussairaala

2/3



9. Tee liike seisten tukeutuen käsillä tukevaan huonekaluun. Älä anna vartalon kallistua liikkeen aikana.

Lonkan liikkuvuuden ja lihasvoiman palautumiseksi vie leikattua jalkaa sivulle ja tuo takaisin toisen jalan viereen. Liikkeen aikana jalkaterä on eteenpäin.

Toista liikettä 5-10 kertaa 2-3 kertaa päivässä.

© PhysioTools Ltd

10. Tekonivelleikkauksen jälkeiselle kotona selviytymiselle on edellytyksenä liikuntakyvyn palautuminen.

Tekonivelleikatun henkilön tulee motivoitua liikkumaan sydän- ja verenkiertoelimistön ja myös luuston ja lihaksiston kunnon vuoksi.

Vahvalla luustolla on merkitystä tekonivelen kiinnittymiseen ja paikoillaan pysymiseen ja vahvalla lihaksistolla tekonivelen toimivuuteen.

## **HAASTATTELUTEEMAT**

### **1 Taustatiedot**

Ikä

Sukupuoli

Ammatti, työnkuva

Harrastukset

Aikaisemmat, muut sairaudet

Haastattelupäivämäärä

### **2 Kotiharjoittelun ja – ohjeiden vaikutus leikkauksesta toipumiseen**

Millaisia apuvälineitä käytitte kotona?

Mitkä asioita koitte hankalimmiksi kotona selviytymisessä (kivut, pukeutuminen, liikkuminen, siivoaminen, kotityöt, tai muu)?

Miten kotiohjeet tukivat kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen?

### **3 Potilaan ohjeiden tarve**

Selviydytkö kotona saaduilla kotiohjeilla täysin omatoimisesti tai tarvitsitko kotona selviytymiseen läheisten apua, lisätietoja tai ohjausta?

Mitkä tiedot olivat sinulle merkityksellisiä (kirjallisissa kotiohjeissa) leikkauksen jälkeen kotona?

## LIITE2/2

Mitä lisätietoa olisit tarvinnut kotona leikkauksen jälkeen?

Onko Sinun pitänyt itse hankkia lisää tietoa, mistä?

Mitä mielestäsi ei ollut tärkeää tietää?

Mikä sinun mielestäsi jäi epäselväksi ohjeissa?

Mistä sait tarvittaessa tukea tai asiantuntevaa apua epäselvissä tilanteissa?

Haitko omatoimisesti vastauksia omaa terveyttäsi koskeviin kysymyksiin?

Mikä oli kirjallisten kotiohjeiden merkitys sinulle lonkkaleikkauksen jälkeen?

Olisiko sinulla vielä jotain haastatteluteemoihin liittyvää lisättävää, mitä ei tässä tullut esille.

KIITOS!

#### 4 Haastattelun kommentteja

Haastattelun kulku

Haastattelun tunnelma

Häiriötekijät

## LIITE 3

Ivika Ots  
Lahden Ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala, fysioterapia  
p....  
e-mail: ...

28.10.2008

### TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Olen Lahden Ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelija. Opiskelen fysioterapiaa ja valmistun keväällä 2009. Pyydään Teiltä tutkimuslupaa opinnäytetyötäni varten. Opinnäytetyön aihe on „Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisten potilaiden mielipiteitä fysioterapeuttisesta kotiohjauksesta“. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää leikkauksesta toipuvan potilaan itsenäistä selviytymistä kotona fysioterapeutilta saatujen kotiohjeiden mukaan. Tutkimuksen kohderyhmäksi olen valinnut potilaat, joilla on tehty lonkan tekonivelleikkaus kaksi kuukautta sitten.

Tutkimuksen menetelmäksi olen valinnut teemahaastattelun, jonka toteutan yksilön haastatteluna. Tutkimuksessa käytettävät teemat ovat: miten leikkauksen jälkeinen kotiharjoittelu ja kotiohjeet ovat vaikuttaneet leikkauksesta toipumiseen ja millaista on potilaan ohjeiden tarve.

Nauhoitan haastattelut nauhurille ja tallenteet ovat ainoastaan minun käytössäni aineistoa analysoitaessa. Nauhat tuhoetaan heti analysoinnin jälkeen. Haastattelu tehdään kaksi kuukautta lonkan tekonivelleikkauksesta, potilaiden kanssa aiemmin sovitussa paikassa esim. sairaalassa. Käsittelen saatua aineistoa ehdottoman luottamuksellisesti ja ainoastaan tutkimusta varten. Nimet ja muut henkilötiedot eivät tule julki tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille missään vaiheessa.

Työtäni ohjaa fysioterapian lehtori Liisa Suhonen (TtL), puh. ....

Ystävällisin terveisin.  
Ivika Ots



## LIITE 4

## KANTA-HÄMEEN SAIRAANHOITOPIIRI

## LAUSUNTOPYYNTÖ KANTA-HÄMEEN SHP:N EETTISELLE TOIMIKUNNALLE

## TUTKIMUSSUUNNITELMASTA

SAAPUNUT \_\_\_/\_\_\_ 200\_ ASIANRO \_\_\_\_\_

Tulosyksikkö

Pvm. 7.12.2008

<b>Tutkimuksen nimi</b> <b>Aikaisempi käsittely</b>	Lonkan tekonivelleikkauksesta toipuvan potilaan mielipiteitä fysioterapeuttisista kotiohjeista.		
<b>Tutkijat</b> <b>Tutkimuksesta vastaava henkilö</b>	Nimi, oppiarvo, tutkimuskeskus Ivika Ots, Lahden Ammattikorkeakoulu, fysioterapia (opinnäytetyö) Työtäni ohjaa fysioterapian lehtori Liisa Suhonen (TtL), puh....	Osoite Ruotsinkatu 38, 11120 Riihimäki Puh. ....	
<b>Tutkimuksen luonne</b>	<input type="checkbox"/> Lääketieteellinen lääketutkimus <input type="checkbox"/> muu kliininen tutkimus <input type="checkbox"/> osa-/jatkotutkimus <input type="checkbox"/> muu tutkimus	<input type="checkbox"/> Ei lääketieteellinen  Fysioterapian tutkimus	<input type="checkbox"/> Hoitotieteellinen Ohjaaja /Valvojat  X <u>haastattelu-/kyselytutkimus</u> <input type="checkbox"/> rekisteritietoja hyödyntävä tutkimus <input type="checkbox"/> psykologinen/ liikuntatieteellinen koe <input type="checkbox"/> muu
<b>Tutkimuksen ajoitus</b>	(koska alkaa, koska päättyy, montako potilasta jne.) Tutkimus alkaa helmikuun alussa ja päättyy helmikuun lopussa v. 2009. Opinnäytetyö esitys toukokuussa 2009.		
<b>Tutkimuksen laajuus</b>	(potilaiden lukumäärä tmv.) Potilaita on 1 -3. Potilaita toivon saada haastatteluun Kanta-Hämeen Keskussairaala Riihimäen yksiköstä.		

<p><b>Tutkimus-suunnitelman lyhenne</b></p>	<p>Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää leikkauksesta toipuvan potilaan itsenäistä selviytymistä kotona fysioterapeutilta saatujen kotiohjeiden mukaan. Tutkimuksen kohderyhmäksi olen valinnut potilaat, joilla on tehty lonkan tekonivelleikkaus kaksi kuukautta sitten. Aineiston keruumenetelmäksi olen valinnut teemahaastattelun, jonka toteutan yksilö- haastatteluna. Tutkimuksessa käytettävät teemat ovat: miten leikkauksen jälkeinen kotiharjoittelu ja kotiohjeet ovat vaikuttaneet leikkauksesta toipumiseen ja millaista on potilaan ohjauksen tarvetta.</p> <p>Kaikki haastattelut nauhoitetaan ja tallenteet ovat ainoastaan minun käytössäni aineistoa analysoitaessa. Nauhat tuhotaan heti analysoinnin jälkeen. Käsittelen saatua aineistoa ehdottoman luottamuksellisesti ja ainoastaan tutkimusta varten. Nimet ja muut henkilötiedot eivät tule julki tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille missään vaiheessa.</p>
<p><b>Ylimääräiset kustannukset sairaalalle</b></p>	<p>Kustannuksia sairaalalle ei tule.</p>
<p><b>Tutkimuksen rahoitus</b></p>	<p>Tutkimuksen rahoittaja olen itse.</p>
<p><b>Eettiset näkökohdat, tutkimuksesta vastaavan henkilön arvio</b></p>	<p>Potilaat osallistuvat tutkimukseen vapaaehtoisesti. Haastattelut nauhoitan nauhurille ja tallenteet ovat ainoastaan minun käytössäni aineistoa analysoitaessa. Käsittelen saatua aineistoa ehdottoman luottamuksellisesti ja sitä käytetään ainoastaan tätä tutkimusta varten. Nimet ja muut henkilötiedot eivät tule julki tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille missään</p>

	vaiheessa.		
<b>Tutkimuksen vas- tuuhenkilö</b>	Allekirjoitus ja nimen selvennys	Päivämäärä	Virka-asema ja puh. numero
<b>Yhteyshenkilö (ellei sama kuin em.)</b>	Nimi Työtäni ohjaa fysioterapian lehtori Liisa Suhonen (TtL),		Virka-asema ja puh. numero Lahden Ammatti korkeakoulu, puh.
<b>Lausuntopyyntön liitteet</b>	Asiakirjan nimi X <u>tutkimussuunnitelma</u> <input type="checkbox"/> tutkimuksen suomenkielinen tiivistelmä <input type="checkbox"/> tutkittavan tiedote <input type="checkbox"/> tutkittavan suostumusasiakirja <input type="checkbox"/> potilaspäiväkirja <input type="checkbox"/> tietojenkeruulomakkeet <input type="checkbox"/> kopio muun eettisen toimikunnan lausunnosta <input type="checkbox"/> muita, mitä		
<b>Lausunto- päivämäärä</b>			

## LIITE 5

Ivika Ots  
 Lahden Ammattikorkeakoulu  
 Sosiaali- ja terveystieteiden laitos, fysioterapia

## TUTKIMUSLUPA-ANOMUS POTILAALLE

Olen Lahden Ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelija. Opiskelen fysioterapiaa ja valmistun keväällä 2009. Pyydän lupaa saada haastatella Teitä tutkimustani varten. Opinnäytetyön aihe on „Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisten potilaiden mielipiteitä fysioterapeuttisesta kotiohjauksesta“. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää leikkauksesta toipuvan potilaan itsenäistä selviytymistä kotona fysioterapeutilta saatujen kotiohjeiden mukaan.

Nauhoitan haastattelut nauhurille ja tallenteet ovat ainoastaan minun käytössäni aineistoa analysoitaessa. Nauhat tuhoetaan heti analysoinnin jälkeen. Haastattelu tehdään kaksi kuukautta lonkan tekonivelleikkauksesta, Teidän kanssa aiemmin sovittussa paikassa esim. sairaalassa. Käsitelen saatua aineistoa ehdottoman luottamuksellisesti ja ainoastaan tutkimusta varten. Nimet ja muut henkilötiedot eivät tule julki tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille missään vaiheessa.

Työtäni ohjaa fysioterapian lehtori Liisa Suhonen (TtL), puh. 050 384 3904.

Kyllä ..... suostun haastatteluun ja olen tietoinen työn tarkoituksesta

Ei ..... suostu haastatteluun

Haastateltavan allekirjoitus. Paikka ja päivämäärä.

.....

Ystävällisin terveisin  
 Tarvittaessa annan mielelläni lisätietoja  
 Ivika Ots  
 Puh: ...  
 e-mail: ...



KANTA-HÄMEEN SAIRAANHOITOPAIIRIN  
KUNTAYHTYMÄ

Eettinen toimikunta

Esityslista-Pöytäkirja

Kokouspäivä  
4.2.2009

Sivu  
7

4. §

**Tutkimussuunnitelma Dnro 508/08: Opinnäytetyö/ Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisten potilaiden mielipiteitä fysioterapeuttisesta kotiohjauksesta lisäselvitykset**

Aikaisempi käsittely 17.12.2008 § 78

- Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan fysioterapian opiskelija Ivika Otsin lausuntopyyntö 7.12.2008
- Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan fysioterapian opiskelija Ivika Otsin tutkimuslupa-anomus 28.10.2008
- potilaan info ja suostumus

Kysymyksessä on teemahaastattelututkimus.

**Päätös:** Päätettiin siirtää asia seuraavaan kokoukseen pyytää lisäselvityksiä seuraavasti:

- Korjaus potilaalle annettavan tiedotteen otsikkoon: tutkimuslupatiedotus/ suostumus potilaalle
- Tieto siitä, kerätäänkö muuta materiaalia nauhojen lisäksi ja kuinka arkistoidaan, säilytetään ja hävitetään.

Liite 1


- tutkimuslupatiedotus/suostumus potilaalle
- tutkimuslupa-anomus

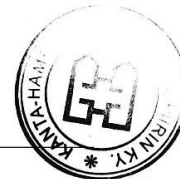
**Päätös:** Eettinen toimikunta katsoi asiakirjojen täyttävän tutkimuslain 488/99 ja 295/04 edellytykset ja päätti antaa puoltavan lausunnon edellyttäen, että tiedotukseen/ suostumukseen lisätään lause: *Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää milloin tahansa, eikä keskeyttäminen vaikuta hoitoon.*

Tutkimusluvan antaa konservatiivisen tulosalueen ylihoitaja.

Otteen pöytäkirjasta oikeaksi todistaa

Hämeenlinna 13.2.2009

  
toimistos sihteeri Mirja Lepistö



## LIITE 7

## Aineistosta pelkistettyjä ilmaisuja

Pelkistettyä ilmaisuja	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ihan minä itse</li> <li>-apuvälineiden turvin</li> <li>-ohjeiden mukaan tekeminen</li> <li>-tuli tehdä oikein</li> <li>-tarkastamalla ohjeista</li> </ul>	Selviytyminen itsenäisesti apuvälineiden ja ohjeiden turvin	Positiiviset kokemukset	Potilaan mielipiteet
<ul style="list-style-type: none"> <li>-onnistunut leikkaus</li> <li>-kivut loppuivat leikkauksen jälkeen</li> <li>-kaikki on onnistunut leikkauksesta asti</li> <li>- kaikki on mennyt hyvin</li> <li>- ainakin mun kohdalta on kaikki onnistunut</li> </ul>	Onnistunut leikkaus Onnistunut hoitoprosessi		
<ul style="list-style-type: none"> <li>-hyvä tieto ennen leikkausta</li> <li>-hyvät tiedot lääkäriltä</li> <li>-hyvät tiedot osastolta</li> <li>-merkityksellinen tieto istumisesta, sängystä ylös nousu</li> </ul>	Tieto ennen leikkausta Tieto sairaalassa		
<ul style="list-style-type: none"> <li>-hyvä ohjaus sairaalasta</li> <li>-hyvät kirjalliset kotiohjeet</li> <li>-ohjaus ja ohjeet täydentävät toisiaan</li> <li>-kirjalliset ohjeet muistuttavat ohjausta</li> <li>-kuvat ohjeissa muistuttavat</li> <li>-ohjeet muistuttavat oikein tekemisestä</li> </ul>	Hyvä ohjaus Ohjeet täydentävät ja muistuttavat ohjausta	Tiedon saanti ja ohjaus	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-hyvä kokemus harjoituksista</li> <li>-hyötyä harjoituksista</li> <li>-hyötyä ohjauksesta</li> <li>-hyötyä ohjeista</li> <li>-aktiivisena oleminen</li> </ul>	Positiiviset kokemukset aktiivisesta harjoittelusta.	Positiiviset vaikutukset aktiivisesti toimien	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-hankala kumartuminen</li> <li>-hankala sukan jalkaan laitto</li> <li>- hankala sängystä nousu</li> <li>- hankaluksien luonnollisena pitäminen</li> <li>-alussa jaksamattomuus seistä</li> <li>-tukeutumisen tarve</li> <li>-Varoa haavaa</li> <li>-täytyi varoa</li> </ul>	Varoa hankaluuksia		

