

# **POLVEN NIVELRIKKOPOTILAIEN TIEDON TARPEET POTILASOHJAUKSESSA**

Tiina Pellinen

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma  
Kevät 2014  
Terveystieteiden laitos  
Jyväskylän yliopisto

## TIIVISTELMÄ

Tiina Pellinen (2014). Polven nivelrikkopotilaiden tiedontarpeet potilasohjauksessa. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden pro gradu -tutkielma, 82 s., 4 liitettä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia tiedon tarpeita oli diagnoosin alkuvaiheessa polven nivelrikkopotilailla ja mitkä sosiodemografiset sekä sairauksiin liittyvät oireet ja tunteet olivat yhteydessä tiedon tarpeeseen.

Tutkimuksen aineisto muodostui 1.1.2012–19.2.2013 Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa polven nivelrikon diagnoosin saaneista potilaista (N=252). Tutkimusaineisto kerättiin postitse lähetetyllä Sairaalapotilaan tiedon tarve (SPTT) –mittarilla (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003). Lomakkeeseen lisättiin nivelrikon itsehoidon ohjausta koskevia kysymyksiä. Taustamuuttujien riippuvaisuuksia tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla ja yhteyksien tilastollisia merkityksiä  $\chi^2$ -testillä. Tiedon tarpeen arvioinnissa tarkasteltiin keskiarvoja ja jakaumia. Mann Whitney U - ja ei-parametrinen testiä (Kruskal-Wallis -testi) käyttämällä selvitettiin taustatekijöiden yhteyttä tiedon tarpeeseen. Summamuuttujien luotettavuuden arvioinnissa käytettiin Cronbach alfa -kerrointa ja muuttujien välisiä riippuvuuksia tarkasteltiin korrelaatioin.

Vastaajien keski-ikä oli 68 vuotta. Suurin osa oli eläkeläisiä (82 %), naisia (66 %) ja heillä oli muita pitkäaikaissairauksia polven nivelrikon lisäksi (74 %). Noin puolet (51 %) vastanneista ilmoitti, että ammattihenkilö oli ohjannut heitä nivelrikkoon liittyen. Tilastollisten testien päätuloksina havaittiin tiedon tarpeen olevan kokonaisuudessaan suurta. Itsehoitoa koskeva tiedon tarve painottui kivun hallinta- ja hoitokeinoihin. Tietoa haluttiin mieluiten kasvokkain tapahtuvassa ohjauksessa. Tiedon tarpeet painottuivat biofysiologiselle, eettiselle ja ekonomiselle voimaannuttavan tiedon osa-alueille. Yleisimmät vastaajien kokemat oireet olivat kipu ja väsymys tai uupumus. Yleisimmät sairauteen liittyvät tunteet olivat toivo ja huolet. Vastaajien sosiaalidemografiset tekijät sekä yleisimmät oireet ja tunteet olivat yhteydessä tiedon tarpeeseen.

Tutkimustulosten perusteella terveydenhuollon ammattihenkilöiden ohjausta tulisi tehostaa koskemaan kaikkia polven nivelrikkopotilaita heti diagnoosin jälkeen. Tietoa olisi ensisijaisesti tarjottava sairaudesta, sen oireista ja mahdollisista hoidon komplikaatioista. Erityisesti kivun hoitoa olisi tehostettava. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää polven nivelrikkopotilaiden ohjauksen kehittämisessä.

Asiasanat: polven nivelrikko, itsehoito, itsehoidon ohjaus, voimaannuttava tieto, potilaan tiedon tarve, kuvaileva tutkimus

## **ABSTRACT**

Tiina Pellinen (2014). Knee osteoarthritis patient's information needs in patient education. Department of Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 82 pp., 4 appendices.

The purpose of the study was to assess information needs of knee osteoarthritis patients at the beginning of the disease and which sociodemographic factors and disease related symptoms and feelings were related to information need.

The data was collected total of 252 patients, who had 1.1.2012–19.2.2013 received the diagnosis of knee osteoarthritis in their health centre in Jyväskylä's health care services. Data was collected by Potilaan tiedon tarve (SPTT) –mittari (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) that patients completed by post. There were added questions about osteoarthritis self-management education in the questionnaire. The associations between background variables were analyzed by cross-tabulations and statistical significances were tested by the Chi-square test. To analyze information needs, mean values and distributions were observed. Background factors connections to information need were analyzed by using Mann Whitney U and Kruskal- Wallis tests. In reliability analysis was used Cronbach alfa coefficient and correlations.

The mean age of the respondents was 68 years. Most of the respondents were pensioners (74 %), women (66 %) and had other chronic diseases in addition to knee osteoarthritis (74 %). Approximately half (51 %) of respondents told they have had education regarding osteoarthritis from health care professional. The main results of the statistical tests were observed that experienced information need was high. Self-management related information need centered on the issue of pain-management and pain care. Information was most wanted in face-to-face education. Information needs were focused on bio-physiological, ethical and economic dimensions of empowering knowledge. The most common disease related symptoms were pain and tiredness or exhaustion. Most common disease related feelings were hope and concerns. Respondent's sociodemographic factors and most common disease related symptoms and feelings were related to information needs.

According to this study patient education should be more effective by offering education to all knee osteoarthritis patients right after they have been diagnosed. Primarily information must be offered related to disease, its diagnostics and possible care complications. Especially pain care should be made more effective. Study results can be used in knee osteoarthritis patients counseling development.

**Keywords:** knee osteoarthritis, self-management, self-management education, empowering knowledge, patient information needs, descriptive study

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	1
2	POLVEN NIVELRIKON HOITO .....	3
2.1	Polven nivelrikko .....	3
2.2	Konservatiivinen hoito .....	6
3	POLVEN NIVELRIKON ITSEHOIDON OHJAUS .....	11
3.1	Itsehoito .....	11
3.2	Potilaslähtöinen itsehoidon ohjaus .....	12
3.3	Itsehoidon ohjauksen toteuttaminen ja sen vaikutukset .....	15
4	TIEDON MERKITYS POLVEN NIVELRIKON ITSEHOIDOSSA .....	18
4.1	Tieto osana hoitoa ja sen tuloksia .....	18
4.2	Voimaannuttava tieto .....	21
4.3	Tiedon tarve .....	22
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	26
6	TUTKIMUKSEN MENETELMÄT .....	27
6.1	Tutkimusaineisto ja aineistonkeruu .....	27
6.2	Tutkimuksessa käytetty kyselylomake .....	28
6.3	Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi .....	31
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	33
7.1	Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden kuvaus .....	33
7.2	Itsehoitoon liittyvä tiedon tarve ja tiedon lähteet .....	35
7.3	Potilaiden eri tiedon osa-alueilta kokema tiedon tarve ja siihen yhteydessä olevat tekijät ...	37
7.4	Yleisimpien sairauksiin liittyvien oireiden ja tunteiden yhteys koettuun tiedon tarpeeseen.	42
7.5	Kyselylomakkeen luotettavuus .....	50
8	POHDINTA .....	51
8.1	Tulosten tarkastelua .....	51
8.1.1	Vastaajien taustatekijät .....	51
8.1.2	Itsehoidon tiedon tarve, tiedon lähteet ja voimaannuttavan tiedon tarve .....	53

8.1.3	Yleisimmät sairauteen liittyvät oireet ja tunteet sekä niiden yhteys koettuun tiedon tarpeeseen.....	58
8.2	Tutkimuksen luotettavuus .....	59
8.3	Tutkimuksen eettiset kysymykset .....	61
8.4	Tutkimuksen hyödyntäminen.....	62
8.5	Jatkotutkimusaiheita.....	65

## LÄHTEET

## LIITTEET

## 1 JOHDANTO

Nivelrikko eli artroosi on yleisin nivelsairaus, jota esiintyy useimmiten polvissa, lonkassa ja pienissä käden nivelissä (Osteoarthritis 2008; Arokoski & Paimela 2009). Se on yleisin niveltulehduksen muoto ja aiheuttaja sekä yksi pääaiheuttajista koviin kipuihin ja toimintakyvyttömyyteen (Osteoarthritis 2008). Pitkäaikaissairauksista nivelrikko on lääkärikäyntien osalta neljännellä sijalla verenpainetaudin, selkäsairauksien ja psyykkisten sairauksien jälkeen (Heliövaara ym. 2009). Polvinivelrikkoa Suomessa sairastaa 5-6 % miehistä ja 7-15 % naisista (Riihimäki ym. 2002), se on yleisempää iäkkäämmillä (Riihimäki ym. 2002; Zhang & Jordan 2010). Käypä hoito –suosituksen mukaan nivelrikkoa voidaan hoitaa konservatiivisesti lääkehoidon tai lääkkeettömän hoidon avulla, myös leikkaushoito on mahdollinen (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012). Konservatiiviset lääkkeettömät hoidot, kuten laihduttaminen, terapeuttinen harjoittelu ja liikunta, liikumisen ja päivittäisten toimintojen apuvälineet, ovat nivelrikon hoidon perusta. Lääkehoito on toissijainen hoitomuoto (Oikari & Ylinen 2011; Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012).

Nivelrikon itsehoito, potilasohjaus ja itsehoidon ohjaus ovat ydinsuosituksia polven nivelrikon hoidon suosituksissa (Osteoarthritis 2008; March ym. 2010; Zang ym. 2010). Käypä hoito -suosituksessa korostuu nimenomaan itsehoidon ohjaus, jota tulisi tarjota kaikille polven nivelrikkopotilaille (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012). Nivelrikon hoitokäytäntöjen suositusten noudattaminen niin ammattilaisten kuin potilaidenkin kohdalta on kuitenkin tuntunut olevan vaihtelevaa (Rosemann ym. 2006; Brand 2007; Vuorma ym. 2007; Poitras ym. 2010) ja perusterveydenhuollossa konservatiivinen hoito jää usein toteuttamatta (Akbari ym. 2008). Vain harvaa nivelrikkopotilaista on ohjattu sairauteen liittyen (Victor ym. 2004; Fontaine ym. 2007; Broadbent ym. 2008; Cottrell ym. 2010).

Vaikka potilaiden oikeutta tiedonsaantiin painotetaan laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785), nivelrikkopotilaat eivät ole saaneet tarpeitaan kohtaavaa tietoa sairaudesta ja sen hallinnasta terveystieteiden keskuksessa (Victor ym. 2004). Tiedon saannin varmistaminen on yksi nivelrikkopotilaiden päähoitomuodoista (Osteoarthritis 2008). Potilas ei voimaannu, mikäli häneltä puuttuu tärkeää tietoa (Heikkinen ym. 2007). Voimaantuminen on potilaan hallinnan tunnetta liittyen hänen terveysongelmiinsa ja niiden seurauksiin (Leino-Kilpi ym. 1999; Tengland 2007).

Nivelrikkopotilaan pitäisi voimaantua hoitamaan sairauttaan ja sen oireita arjessa (Walker 2011). On tärkeää tarjota nivelrikkopotilaille heidän tarvitsemaansa tietoa, sillä tieto tukee itsehoidon toteuttamista (Victor ym. 2004; de Haes & Bensing 2009; March ym. 2010). Lisäksi tieto auttaa selviämään sairauden kanssa (Axford ym. 2008). Nivelrikkopotilaiden tiedon tarpeita on tutkittu haastattelemalla heitä (Rosemann ym. 2006; Mann & Gooberman-Hill 2011) ja käyttäen kyselylomaketta (Neville ym. 1999; Victor ym. 2004; Vuorma ym. 2007; McHugh ym. 2012). Diagnoosinnan hetkellä polven nivelrikkopotilaat kokevat tarvitsevansa enemmän tietoa ja ohjausta (Mann & Gooberman-Hill 2011).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa hiljattain diagnosoitujen polven nivelrikkopotilaiden tiedon tarvetta postitse lähetettävällä kyselylomakkeella. Tässä tutkimuksessa selvitetään, miten tiedon tarve painottuu eri nivelrikon itsehoidon keinoihin ja tiedonlähteisiin sekä eri voimaannuttavan tiedon osa-alueille (biofysiologinen, toiminnallinen, kokemuksellinen, eettinen, sosiaalisyhteisöllinen ja ekonominen) ja mitkä tekijät ovat yhteydessä tiedon tarpeeseen. Tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää polven nivelrikkopotilaiden ohjauksen kehittämisessä.

## 2 POLVEN NIVELRIKON HOITO

### 2.1 Polven nivelrikko

Nivelrikko eli artroosi (eng. arthrosis, (degenerative) osteoarthritis) on yleisin nivelsairaus (Arokoski & Paimela 2009), yleisin niveltulehduksen muoto ja aiheuttaja sekä yksi pääsyyistä voimakaihin kipuihin ja toimintakyvyttömyyteen (Osteoarthritis 2008). Eniten nivelrikkoa esiintyy polvilla, lonkissa, sorminivelissä (Osteoarthritis 2008; Pohjolainen 2010) ja selkänivelien välisissä nivelissä (Pohjolainen 2010). Suomalaisten terveyttä ja toimintakykyä tarkastelevassa Terveys 2000 – tutkimuksessa polvinivelrikko on todettu 5 %:lla miehistä ja 7 %:lla naisista. Erityisesti yli 75-vuotiailla nivelrikon yleisyys on lisääntynyt, miehillä polvinivelrikko on yleistynyt 85 vuotta täyttäneillä (Riihimäki ym. 2002). Polven nivelrikkoa ei ole juuri lainkaan alle 40-vuotiailla, mutta sitä esiintyy 20–40 %:lla yli 75-vuotiaista (Heliövaara 2008). Sairauden radiologinen vuosittainen ilmaantuvuus on yli 55-vuotiailla noin 1–3 % (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012).

Nivelrikko johtaa vuosittain noin 600 000 lääkäri- ja sairaaläkäyntiin. Pitkäaikaissairauksista se on lääkärikäyntien osalta neljännellä sijalla verenpainetaudin, selkäsairauksien ja psyykkisten sairauksien jälkeen. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla ja päiväkirurgiassa on kirjattu vuonna 2005 noin 450 000 toimenpiteellistä nivelrikon hoitojaksoa. Erikoissairaanhoidossa potilasmääriltään toiseksi yleisin syy ovat tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairaudet, joista eniten hoitopäiviä käytetään polven ja lonkan nivelrikon hoitoon. Suomessa tehdään vuosittain nivelrikon takia 108 polven primaarileikkausta 100 000 asukasta kohden (Heliövaara ym. 2009). Konservatiivisen hoidon aikana potilaalle kustannuksia aiheutuu hoitokäynneistä, toimenpiteistä, kuten tutkimuksista ja lääkkeellisestä hoidosta (Núñez ym. 2007). Oireiden paheneminen lisäävät kustannuksien todennäköisyyttä ja määrää (Gupta ym. 2005). Polvinivelrikko aiheuttaa kustannuksia myös yhteiskunnalle muun muassa sairauspäivärahakustannuksia. Usein nivelrikon vuoksi päädytään jopa työkyvyttömyyseläkkeelle (Nivelrikon käypä hoito 2012).



Polven nivelrikon kohdalla merkittävimmät riskitekijät ovat ikääntyminen ja lihavuus (Pohjalainen 2012). Sairauden aiheuttajat voidaan jakaa systeemisiin ja paikallisiin tai vastaavasti primaarisiin ja sekundaarisiin. Systeemisiin riskitekijöihin kuuluvat muun muassa ikä, sukupuoli, genetiikka ja ravitsemustekijät. Näiden tekijöiden vaikutuksesta nivelrusto on alttiimpi paikallisille riskitekijöille ja korjaavat prosessit voivat olla vähäisempiä. Paikalliset tekijät, kuten nivelvammat tai poikkeavaa kuormitusta aiheuttavat lihavuus, ammatti, liikunta tai lihaksen heikkous, määräävät nivelrikon paikan ja vaikeusasteen (Arokoski ym. 2001; Garstang & Stitik 2006).

Nivelrikossa on kyse biokemiallisesta tapahtumasarjasta, missä soluväliaineen tuhoutuminen saa ylivoimaisen rustoa korjaavista prosesseista. Se on koko nivelen sairaus, joka aiheuttaa muutoksia nivelrustossa, luussa ja pehmytossakin. Nivelrikon katsotaan käynnistyvän nivelruston pinnallisesta vyöhykkeestä. On myös mahdollista, että nivelalueen altistuminen liialliselle kuormitukselle aiheuttaisi ensin rustonalaisen luun paksuuntumisen ja jäykkenemisen, mikä puolestaan altistaisi nivelruston suuremmille kuormittaville voimille (Arokoski ym. 2001). Primaarinen nivelrikko kehittyy anatomialtaan normaaliin niveleen, kun taas sekundaarisen nivelrikon taustalla ovat nivelen sairaudet, vammat, operaatiot tai kehityshäiriöt (Väänänen 2006; Walker 2011). Polvessa sekundaaristen nivelrikkojen osuus on primaarisia suurempi (Väänänen 2006).

Aikainen sairauden diagnoosi ja asianmukainen hoito ovat tärkeitä keinoja taudin pahenemisen hidastumisen ja fyysisen toimintakyvyn säilyttämisen kannalta (Shin & Kolanowski 2010). Nivelrikkoon sairastuneita tulisi arvioida kokonaisvaltaisesti. Ammattihenkilö kartoittaa potilaiden sosiaalista elämää ja tukiverkostoa. Myös mahdolliset huolet, mieliala, odotukset ja tiedot tulee ottaa huomioon. Sopeutumisen kannalta olisi arvioitava ammattiin tai kotiympäristöön sopeutumista. Nivelrikon kannalta tärkeitä selvitettäviä asioita ovat unen laatu, kivun määrä, liikunta- ja harjoitteluun liittyvät asenteet ja monisairastavuus (Osteoarthritis 2008). Diagnoosi perustuu potilaan kuvaamiin oireisiin, kliinisen tutkimuksen nivellöydöksiin, radiologisiin löydöksiin ja lisäksi tarvittaessa tehtäviin erotusdiagnostisiin laboratoriotutkimuksiin. Oireita ovat rasituksessa ja levossa esiintyvät kohdenivelen kivut, niveljäykkyys ja suoritusrajoitteet (Birrell & Oliver 2010; Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012).

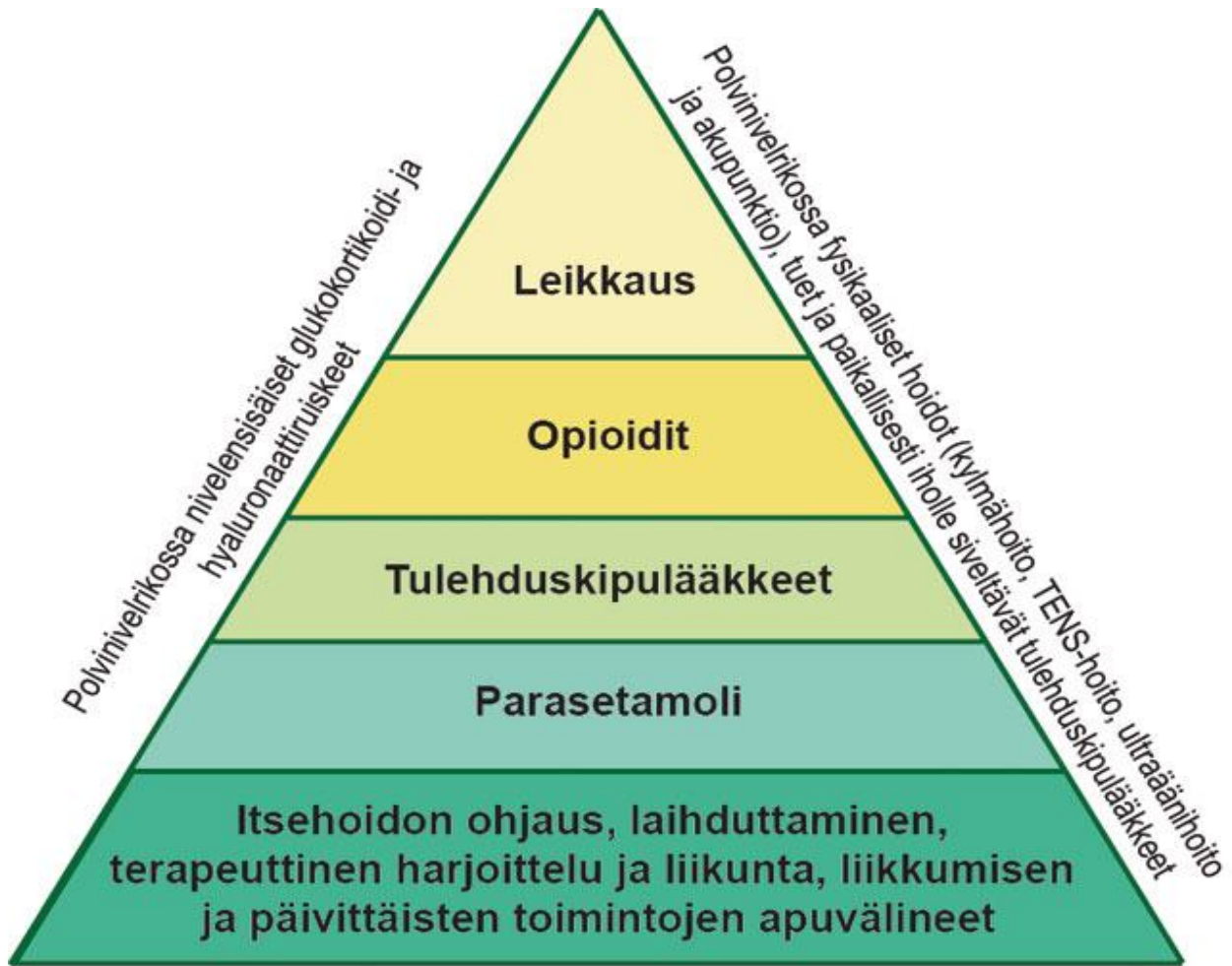
Terveystieteiden tutkimuksen mukaan suomalaisessa aikuisväestössä viimeisen kuukauden aikana polvikipuja on ollut 33 prosentilla naisista ja 29 prosentilla miehistä. Polvivaivan aiheuttamia kävelyvaikeuksia on ollut 21–22 prosentilla aikuisväestöstä ja ne yleistyivät voimakkaasti iän

myötä (Viikari-Juntura 2012). Joka kolmas polven nivelrikkoa sairastava on oireeton (Pohjalainen 2012). Nivelrikon pääasiallisia oireita ovat nivelen kipu, jäykkyys ja mahdollisesti vähentyneet liikkuvuus ja toiminta (Walker 2011). Yleisin oireista on kipu, joka aiheutuu luun ja niveltä ympäröivien rakenteiden muutoksista ja niveltulehduksesta. Kipu on alkuvaiheessa kuormituskipua, joka ilmaantuu kävellessä. Kipua ja nivelen jäykkyyttä on aamulla ylös noustessa ja liikkeelle lähtiessä. Kävely tasamaalla ja etenkin rappuja alas mennessä voi vaikeutua. Kipu pahenee kauemmin liikkussa ja lievittyy levossa. Nivelrikon edetessä kipu voi muuttua jatkuvaksi tai alkaa esiintyä myös yöllä. Nivelrikon tulehdusvaiheissa polvi turpoaa niveleen kehittyneestä nesteestä (Pohjalainen 2012).

Ennen pitkään nivelrikko voi haitata suuresti toimintakykyä (Arokoski 2012, Pohjalainen 2012). Polven nivelrikon oireet, kuten kipu, tasapainon heikentyminen, lihasheikkous, polven turvotus tai jäykkyys voivat aiheuttaa päivittäisiä elämän vaikeuksia (Tanimura ym. 2011). Fyysinen toimintakyvyttömyys taas voi lisätä stressiä (Tak ym. 2007). Toimintakyvyn rajoittuneisuutta ennustavat heikko nivelrikon kanssa selviytyminen, mielialaoireet (Axford ym. 2008), liikkumattomuus (Axford ym. 2008; Pisters ym. 2012), korkeampi ikä, sairauden pidempi kesto (Pisters ym. 2012), kipu (Axford ym. 2008; van Dijk ym. 2009; Pisters ym. 2012) ja monisairastavuus (van Dijk ym. 2009; Pisters ym. 2012). Nivelen toiminnan kannalta toimintakyvyn rajoittuneisuutta ennustavat vähentynyt lihasvoima ja nivelen liikkuvuus (van Dijk ym. 2009; Pisters ym. 2012). Kipua taas ennustavat heikko nivelrikon kanssa selviytyminen, liikkumattomuus (Axford ym. 2008), mielialaoireet (Axford ym. 2008; Rosemann ym. 2008), jalan toimintakyvyttömyys, matala koulutuksellinen taso (Rosemann ym. 2008) ja sosiaaliset tekijät (Rosemann ym. 2008; Somers ym. 2009). Myös väsymys (Somers ym. 2009) ja huono yöuni (Smith ym. 2009) lisäävät kivun todennäköisyyttä. Kipua koskevat kognitiot, kuten kivun katasrofointi ja minäpystyvyys vaikuttavat nivelrikkokivun kokemiseen (Somers ym. 2009). Ylipainoisilla polven nivelrikko vähentää liikkumisharjoittelua ja liikkumiskykyä sekä heikentää elämänlaatua (Sutbeyaz ym. 2007). Ylipaino on yhteydessä myös kivun kokemiseen (Somers ym. 2009).

## 2.2 Konservatiivinen hoito

Polven nivelrikon hoidon tavoitteita ovat kivun hallinta ja lieventyminen, toimintakyvyn ja nivelen toiminnan ylläpito ja parantaminen sekä sairauden pahenemisen estäminen (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012; Shin & Kolanowski 2010). Käypä hoito –suosituksen mukaan nivelrikkoa voidaan hoitaa konservatiivisesti lääkehoidon tai lääkkeettömän hoidon avulla, myös leikkaushoito on mahdollinen (Kuva 1). Hoidossa huomioidaan potilaan tarpeet ja mieltymykset (Osteoarthritis 2008). Polven nivelrikon hoito on ensisijassa konservatiivista ja lääkkeettömät hoidot ovat hoidon perusta. Lääkehoitoa ei tule käyttää ensisijaisesti tai yksinään hoitomuotona ja kirurgista toimenpidettä harkitaan vain, mikäli kipu ja nivelen vajaatoiminta eivät ole muuten hallittavissa (Oikari & Ylinen 2011; Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012). Konservatiivisen hoidon keston määrää vaste hoitoon (Lonkan ja polven nivelrikko 2010) ja siihen kuuluvat itsehoidon ohjaus, laihduttaminen, terapeuttinen harjoittelu ja liikunta, manuaalinen terapia, fysikaalinen terapia, polvi- ja kenkätuet, kantakiilaus, apuvälineet, asunnon muutostyöt ja lääkehoito (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012). Lisäksi hoitoketjukuvauksissa konservatiiviseen hoitoon luetaan kuuluvaksi potilasohjaus, työn keventäminen ja sairauslomaa harkitessa työn fyysisen kuormittavuuden arvioiminen (Lonkan ja polven nivelrikko 2010), ohjaus terveyskeskuksen nivelinfoihin, terveysneuvonta ja polven sisäiset injektiot harkinnan mukaan (Lonkan ja polven nivelrikon 2010).



KUVA 1. Polvi- ja lonkkanivelrikkon hoidon mahdollisuudet (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012).

Ylipainoisille polven nivelrikkopotilaille suositellaan *laihduuttamista* ruokavaliomuutosten ja liikuntaharjoittelun keinoin (Osteoarthritis 2008; Hochberg ym. 2012; Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012). Ravitsemusneuvontaan ohjataan kaikki ne ylipainoiset potilaat, joiden BMI on yli 30. Neuvontaan kuuluu painonpudotuksen seuranta säännöllisillä yksilö- tai ryhmäkäynneillä, sillä yksittäisistä käynneistä ei ole hyötyä (Oikari & Ylinen 2011).

Aktiivisuus on polven terveyden kannalta välttämätöntä (Poitras ym. 2012). Sopiva liikunta auttaa tulehduksesta toipuvaa niveltä, vahvistaa nivelen suojana olevia lihaksia, jänteitä ja nivelsiteitä, pitää kunnossa hermo-lihasjärjestelmää (Helminen ym. 2008) sekä vähentää tekonivelleikkauksen tarvetta (Manninen ym. 2001). Konservatiivisen hoidon *liike- ja liikunta- eli terapeutinen*

*harjoittelu* voidaan jakaa liikkuvuusharjoitteluun, joka sisältää nivelten liikkuvuusharjoitukset ja lihasvenytykset, lihasvoima- ja yleiskuntoharjoitteluun, jolla tarkoitetaan aerobista kestävyysharjoittelua (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012; Kettunen ym. 2013). Tasapaino- ja koordinaatioharjoittelu voi olla osana terapeutista harjoittelua (Kettunen ym. 2013). Eri harjoitusmuotojen parermmuudesta ei ole tutkimusnäyttöä (Liikunta 2012). Erityisesti polven nivelrikkopotilaille suositellaan aerobista -, vesi-, tai kestävyysliikuntaa (Hochberg ym. 2012). Harjoitteluohjelma voidaan toteuttaa yksilö- ja ryhmäharjoitteluna (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012; Kettunen ym. 2013).

Poikkeavan rasittava ja vääränlainen liikunta saa aikaan nivelrustossa tapahtumasarjan, joka altistaa ruston kollageenisäikeet vaurioille (Helminen ym. 2008). Kipua ja niveloireita lisäävää, toistuvaa, iskutyypistä, voimakkaita kierto liikkeitä sisältävää ja tapaturma-altista liikuntaa tulisikin välttää ja suosia mieluummin yleiskunnan harjoitusmuotoja kuten kävely, pyöräily, vesivoimistelu ja hiihto (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012; Kettunen ym. 2013). Harjoittelu kolme kertaa viikossa, puoli tuntia kerrallaan, vähintään kolmen kuukauden ajan voi olla tehokasta. Nivelrikkopotilaille liikunnan on oltava säännöllistä ja nousujohteista (Kettunen ym. 2013). Liikuntaohjeet suunnitellaan yksilöllisesti huomioiden potilaan ikä, nivelrikon oireet ja aste, muut sairaudet ja liikkumiskyky (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012; Kettunen ym. 2013).

*Fysikaalista terapiaa* voidaan käyttää joko itsenäisenä hoitona tai esihoitoina muille fysioterapian menetelmille, hoitomuotojen haitat ovat vähäisiä. Siinä käytettäviä menetelmiä ovat kylmähoito, pinta- ja syvälämpöhoidot, TENS - sähkövirta ja interferenssivirta sekä akupunktio (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012; Kettunen ym. 2013). Leposäryn ollessa hankalaa, toteutetaan manuaalista terapiaa, akupunktiota ja sähköakupunktiohoitoa (Oikari & Ylinen 2011). Kylmähoitoja voidaan antaa muun muassa paikallisesti hieromalla kipualuetta kylmä- ja jääpakkausten avulla, se lisää polven liikkuvuutta ja vähentää turvotusta. Terapeuttinen ultraääni ja TENS - sähkövirta ja akupunktio voivat lievittää kipua ja parantaa toimintakykyä, interferenssivirta taas vähentää kipua. *Manuaalisessa terapiassa* pyritään pehmytkudoksia ja niveltä mobilisoimalla parantamaan nivelliikkuvuutta, vähentämään oireita ja edistämään liikkumista (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012; Kettunen ym. 2013).

Polven nivelrikkopotilaiden tulisi käyttää kävelyn *apuvälineitä* ja tukipohjallisia tarpeen mukaan (Hochberg ym. 2012). Konservatiivisen hoidon vaiheeseen kuuluvat myös *polvi- ja kenkätuet sekä kantakiilaukset*. Kuormituskipua vähentämään saa terveyskeskuksen apuvälinelainaamosta

polvitukia, keppejä tai kyynärsauvoja. Kävelylenkillä voi vaihtoehtoisesti käyttää sauvoja (Oikari & Ylinen 2011). *Asunnon muutostöiden* tarkoituksena on helpottaa potilaan itsenäistä liikkumista (Polvi- ja lonkkanivelriikko 2012; Kettunen ym. 2013).

Nivelrikkoon ei ole parantavaa tai taudin etenemistä estävää *lääkehoitoa*. Nivelrikon lääkehoidolla helpotetaan oireita, ja sen tavoitteena on parantaa toimintakykyä ja lievittää kipua niin, että potilaat pystyisivät säilyttämään itselleen sopivan aktiivisuuden tason (Grindrod ym. 2010; Poitras ym. 2010). Ensisijainen lääke on parasetamoli, mikäli sen teho todetaan riittämättömäksi, siirrytään tulehduskipulääkkeisiin (Poitras ym. 2010; Hochberg ym. 2012; Polvi- ja lonkkanivelriikko 2012). Paikalliset lääkkeet ja parasetamoli ovat turvallisempia vaihtoehtoja (Reid ym. 2012), tulehduskipulääkkeiden käyttöön liittyy ruuansulatuskanavan ja kardiovaskulaaristen haittavaikutusten riski. Joskus parasetamolilla ja tulehduskipulääkkeillä ei saada riittävää helpotusta nivelrikkokipuun tai niitä ei haittavaikutusten vuoksi ole mahdollista käyttää. Tällöin nivelrikkokipua voidaan hoitaa opioideilla, joista käyttökelpoisimpia ovat tramadoli ja kodeiini. Paikallisesti käytettäviä ihon kautta imeytyviä tulehduskipulääkkeitä voidaan käyttää lievän nivelrikkokivun hoitoon yksinään ja tarvittaessa muun hoidon lisäksi. Hyaluronaatti-ruiskeita voidaan kokeilla polven nivelrikon hoidossa ja pahenemisvaiheita voidaan hoitaa nivelensisäisillä glukokortikoidi-ruiskeilla (Polvi- ja lonkkanivelriikko 2012).

Konservatiivisilla hoitokeinoilla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia potilaan kannalta. Polven nivelrikkopotilailla voimaharjoittelun ja aerobisen harjoittelun (Zhang ym. 2010; Kettunen ym. 2013), erilaisten tukien, kantakiilaukset (Polvi- ja lonkkanivelriikko 2012; Kettunen ym. 2013) ja laihduttamisen (Lihavuus (aikuiset) 2011) on todettu vähentävät kipua ja parantavat toimintakykyä. Apuvälineiden käyttö vähentää alaraajan kuormitusta ja varmentaa tasapainoa (Polvi- ja lonkkanivelriikko 2012). Lääkehoito auttaa nivelrikkokipuun heikosti tai kohtalaisesti (Zhang ym. 2010; Reid ym. 2012). Polven nivelrikkopotilailla liikuntaharjoittelulla saadut tulokset ovat jopa verrattavissa kipulääkkeiden arvioituihin tuloksiin (Fransen & McConnell 2008). Hiljattain on todettu, että kirurgisten toimenpiteiden hyöty ei eroa blasebo-hoidosta saaduista hyödyistä (Zhang ym. 2010). Polven nivelrikkoa sairastavien kohdalla on tutkittu, ettei niveltähystysleikkaus ja terapeuttinen harjoittelu ole sen parempi tutkittaville, kuin terapeuttinen harjoittelu yksinään (Herrlin ym. 2013; Katz ym. 2013; Yim ym. 2013). Suomessa on tutkittu tähtystysoperaatioissa nivelkierukan osapoiston vaikutuksia polven oireista kärsiville henkilöille, joiden

oireet viittaavat rappeumaan eli degeneraatioon liittyvään nivelkierukan repeämään. Sitä voidaan pitää alkavan nivelrikon varhaisena merkinä. Tutkimuksen mukaan rappeumaan liittyvän nivelkierukkarepeämän osapoistosta niveltähystyksellä ei näyttänyt olevan merkittävää hyötyä verrattuna lumeleikkaukseen (Sihvonen ym. 2013).

Kansainvälisten tutkimusten mukaan on näyttöä siitä, että konservatiivisen hoidon toteutus on usein riittämätöntä. Nivelrikon hoitokäytäntöjen suositusten noudattaminen niin ammattilaisten kuin potilaidenkin kohdalla on ollut vaihtelevaa (Brand 2007; Vuorma ym. 2007; Poitras ym. 2010). Perusterveydenhuollossa konservatiivinen hoito jää usein toteuttamatta ennen erikoislääkärille lähettämistä (Akbari ym. 2008). Nivelrikkopotilaiden hoidon laadun on todettu olevan terveyskeskuksessa jonkin verran parempaa iäkkäämmillä ja vaikea-asteisempaa nivelrikkoa sairastavilla potilailla (Broadbent ym. 2008). Rosemann ym. (2006) tutkimuksen mukaan kipuhoidtoa ei ole toteutettu suositusten mukaisesti (Rosemann ym. 2006).

### 3 POLVEN NIVELRIKON ITSEHOIDON OHJAUS

#### 3.1 Itsehoito

Nivelrikkopotilaan ohjaukseen ja tiedon tarpeeseen liittyviä tutkimuksia etsittiin tekemällä haut viidestä eri tietokannasta keväällä 2013. Hakusanoina käytettiin sanoja ”nivelrikko”, ”potilasohjaus”, ”omahoito”, ”itsehoito” ja ”tieto” suomen- ja englanninkielellä (Liite 1). Kaikista kirjallisuushaussa valituista nivelrikkopotilaiden ohjausta tai itsehoidon ohjausta koskevista interventiotutkimuksista ja katsauksista tehtiin taulukko (Liite 3). Tässä työssä ohjaus sisältää nivelrikon konservatiivisen lääkkeettömän - ja lääkehoidon ohjauksen. Kirurgista hoitoa koskevaa ohjausta käsittelevät tutkimukset jätettiin kirjallisuushaun ulkopuolelle. Laki potilaan asemista ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittelee potilaaksi terveyden- ja sairaanhoitopalveluita käyttävän tai muuten niiden kohteena olevan henkilön. Tässä työssä käytetään termiä potilas.

Kirjallisuudessa esitettyjen määritelmien mukaan itsehoito (eng. self-care (Backman 2001)) ja omahoito (eng. self-management (Routasalo ym. 2009)) ovat toisilleen rinnakkaisia käyttäytymiseen liittyviä käsitteitä sisältäen itsestä huolenpitoa, terveyden ylläpitoa sekä päivittäistä toimintakyvyttömyyden ja pitkäaikaissairauden hallintaa (Coulter & Ellins 2007; Routasalo ym. 2009; WHO 2009). Omahoito on potilaan toteuttamaa kulloiseenkin tilanteeseen parhaiten sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa, jota hän suunnittelee yhdessä ammattihenkilön kanssa (Routasalo & Pitkälä 2009). Omahoidosta eroten itsehoidon toiminnan taidot ja tiedot on voitu hankkia ammatilaisen tai maallikon tukemana (WHO 2009) tai potilaan itse tilanteeseensa suunnittelemana (Routasalo & Pitkälä 2009). Tässä työssä käytetään käsitettä itsehoito käsittäen myös omahoidon kokonaisuuden.

Pitkäaikasairaiden itsehoidossa on kolme ulottuvuutta: taito hoitaa itseä lääketieteellisesti hyvin, kyky luoda ja ylläpitää uusia merkityksellisiä rooleja sairaudesta huolimatta sekä sopeutuminen sairauteen ja siihen liittyviin tunteisiin (Bodenheimer ym. 2002). Itsehoito vaatii valmiutta ottaa vastuu omasta hoidostaan ja elintavoistaan sekä uskoa omiin voimavaroihin ja pystyvyyteen (Routasalo ym. 2009). Sairauden hyväksyminen on myös tärkeää itsehoidon kannalta (May



2010). Usko itsehoidon kykyihin vahvistuu toiminnan myötä (Kettunen & Gerlander 2013). Itsehoidon keinoin nivelrikkopotilaat hallitsevat oireitaan käyttämällä nivelrikon päähoitomuotoja (Birell & Oliver 2010), jotka tässä työssä tarkoittavat konservatiivista lääkkeetöntä ja lääkkeellistä hoitoa.

Tutkimusten mukaan yli puolet polven nivelrikkopotilaista kokee hoitoon liittyvät elämänmuutokset oireita helpottavana ja sairauden hallintaa auttavana (Grindrod ym. 2010) ja kokonaisuudessaan nivelrikon hoidosta on saanut apua 35 % potilaista (Vuorma ym. 2007). Miltei puolet suomalaisista nivelrikkopotilaista käyttää jotain apuvälinettä, joista yleisimmät ovat keppi, kyy-närsauva tai rollaattori. Myös niveltukia ja tukipohjallisia käytetään jonkun verran (Vuorma ym. 2007). Noin puolet polven nivelrikkopotilaista aloittaa jonkin lääkehoidon, yleisimmin käytetään tulehduskipulääkkeitä (Vuorma ym. 2007; Grindrod ym. 2010). Kivun hallinta- ja hoitokeinona nivelrikkopotilaat käyttävät myös paikallisia kylmä- ja lämpöhoitoja (Walker 2011). Polven nivelrikkopotilaiden todettiin heti diagnoosin jälkeen tekevän hyödyllisiä käyttäytymisen muutoksia ja itsehoitoa oma-aloitteisesti ilman ohjausta (Grindrod ym. 2010), mutta nivelrikon itsehoitoa voidaan myös tukea ohjauksen keinoin.

### **3.2 Potilaslähtöinen itsehoidon ohjaus**

Ammattihenkilön velvollisuutta ohjaukseen korostetaan ammattihenkilöitä koskevassa lainsäädännössä (28.6.1994/559). Polvi- ja lonkkanivelrikon Kansainvälinen nivelrikkotutkimusyhteisön (OARSI) katsauksen mukaan nivelrikon itsehoito ja potilasohjaus ovat ydinsuosituksia nivelrikon hoidon suosituksissa, muun muassa Englannin terveydenhuollon kansallisen laatujärjestön NICE:n (National Institute for Health and Clinical Excellency) ja OARS:in suosituksissa (Zang ym. 2010). Ohjauksen prioriteetit ovat samankaltaisia Amerikan, UK:n ja Euroopan kliinisen käytännön ohjeistuksessa (Brand 2007). Potilaan ohjauksen tarkoituksena on muun muassa parantaa potilaan kivunhoitoa, toimintakykyä, minäpystyvyyttä, harjoitteluun sitoutumista ja rentoutumista (Ottawa panel 2011). Nimenomaan polven nivelrikon hoidon hallintaan American College of Rheumatology suosittelee itsehoito-interventioita, jotka voivat sisältää psykososiaalisia menetelmiä (Hochberg ym. 2012). Interventiolla yleisesti tarkoitetaan erilaisia menetelmiä,

joiden tarkoituksena on muun muassa auttaa tulemaan toimeen sairauden ja sen aiheuttamien raskautusten kanssa (Miettinen ym. 2005).

Patient education and counseling – lehti määrittelee potilaan ohjauksen suunnitelluksi oppimiskokemukseksi, jossa käytetään erilaisia potilaan tietoihin sekä terveys- ja sairauskäyttäytymiseen vaikuttavia keinoja, kuten käyttäytymisen mukauttamistekniikoita tai opetusta (Guide for Authors s.a.). Ohjaus-käsite ilmenee ammatillisen toiminnan menetelmänä, joka ohjaa hoito- tai opetusprosessia ja kuntoutus- tai hoitosuunnitelmaa (Kääriäinen & Kyngäs 2005; Onnismaa 2007, 7). Sen ominaispiirteisiin kuuluu ohjattavan ja ohjaajan kontekstit, vuorovaikutus, ohjaussuhde sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta (Poskiparta ym. 2001; Kääriäinen & Kyngäs 2005). Suomalainen Käypä hoito –suositus suosittelee *itsehoidon ohjausta* yhtenä nivelrikon päähoitomuotona. Se on potilasohjausta, jonka tarkoituksena on parantaa potilaan ymmärrystä nivelrikkosairaudesta ja lisätä hänen itsehoidon keinojaan (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012). Itsehoidon ohjauksen tarkoituksena on nimenomaan edistää itsehoitoa (Brandy 2012).

Nivelrikkopotilaiden ohjauksen tulisi olla potilaslähtöistä (Osteoarthritis 2008; Birrell & Oliver 2010). Siinä tilanne rakentuu potilaan johdattaessa keskustelua ja vuorovaikutusta. Ohjaajan tehtävänä on kuunnella sekä auttaa potilasta tilanteensa hahmottamisessa ja ratkaisujen löytämisessä (Vänskä ym. 2011, 54–55). Potilaat arvioivat potilaslähtöisen ohjauksen paremmaksi, kun ei-potilaslähtöisen ohjauksen (Kääriäinen 2007). Hoidossa tulisi huomioida nivelrikkopotilaan mieltymykset ja tarpeet (Osteoarthritis 2008). Potilaiden psykologiset tekijät, kuten asenteet, uskomukset, käyttäytyminen ja tulosodotukset vaikuttavat potilasohjaukseen. Itsehoidon ohjauksessa tulee huomioida taudin vaikutukset elämänlaatuun ja toimintakykyyn (Birrell & Oliver 2010), potilaiden taidot, kokemukset, koti- ja perheympäristö ja se, että potilaat tarvitsevat mahdollisuuden taitojen ja tekniikoiden opetteluun (March ym. 2010). Itsehoidon keinot pitäisi suunnitella elämänlaadun, toimintakyvyn rajoitteiden ja kivun mukaisesti (Walker 2011). Tarvittaessa potilaan lisäksi myös perheelle ja holhoojalle annetaan mahdollisuus osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon (Osteoarthritis 2008).

Tärkeää on tehdä potilaan kanssa hoitosuunnitelma nivelrikon itsehoidon edistämiseksi (Birrell & Oliver 2010). Nivelrikon diagnosoinnin jälkeen ohjaus auttaa potilasta hallitsemaan nivelrikon oireita arkisia toimia muuttamalla (Antonelli & Starz 2012). Potilas tarvitsee riittävästi ohjausta ja tukea aloittaakseen konservatiivisen hoidon heti polven nivelrikon diagnoosin jälkeen. Tukea

ja kannustusta tarvitaan siihen, että potilas jaksaa hoitaa sairautta oikealla tavalla ja tarpeeksi pitkän aikaa saavuttaakseen haluttuja tuloksia (Nikkola 2013). Asiantuntija vahvistaa potilaan itsehoitoa tukemalla potilasta terveysongelmien ratkaisussa ja hoitopäätöksiä tehdessä (Routasalo ym. 2009). Itsehoidon tukemisen muotoina on nivelrikkopotilailla käytetty itsehoidon ohjauksen lisäksi taidonrakennus- ja käyttäytymisen muutos – interventioita, tukea tarjoavaa yhteistyötä, kuten motivoivaa haastattelua, tukevaa seurantaan esimerkiksi puhelimen välityksellä ja ympäristön muutoksia (Brandy 2012).

Liikuntaharjoittelun ohjauksen pitäisi olla ohjauksen ydin (March ym. 2010). Kivun hoidon ohjauksessa polven nivelrikkopotilaat tarvitsevat huolellista ohjausta ja hoidon seurantaan, kun kipulääkitys aloitetaan (Nikkola 2013). Potilasta ohjataan käyttämään lääkitystä yksilöllisesti tarpeen mukaan (Grindrod ym. 2010; Poitras ym. 2010). Nivelvammojen ehkäisyn kannalta potilasta kannustetaan jatkamaan ja ylläpitämään heidän ammatillisia toimiaan kivun sallimissa rajoissa, välttämättä altistumista vammoille (Poitras ym. 2010). Potilas ohjataan tarvittaessa hänelle sopivien palveluiden ääreen (March ym. 2010; Poitras ym. 2010; Oikarinen & Ylinen 2011).

Tutkimusten mukaan itsehoidon ohjauksen toteutuminen on ollut vaihtelevaa. Nivelrikkopotilaat kokevat saaneensa liian vähän ohjausta diagnosoinnin jälkeen. He halusivat hoitoon johdonmukaisuutta sekä ohjaukseen enemmän aikaa, parempaa jatkuvuutta ja ennakoivaa seurantaan (Mann & Goberman-Hill 2011). Vain 13–17 % nivelrikkopotilaista on edes kerran ohjattu liittyen tietoon nivelrikon kehittymisestä, hoidosta, lääkkeisiin liittyvistä riskeistä ja itsehoidosta (Broadbent ym. 2008). Itsehoidon ohjauksen osalta terveyskeskuslääkäri on ohjannut polven nivelrikkopotilaista 23 % liittyen kivun hallintaan ja 12 % liittyen päivittäisistä aktiviteeteista selviytymiseen (Victor ym. 2004). Lääkäri tai terveydenalan ammattilainen on ohjannut 46 % ylipainoisista ja lihavista nivel tulehdussairauspotilaista pudottamaan painoa helpottaakseen nivel tulehdusta tai nivelen oireita (Fontaine ym. 2007). Lääkärit lähettävät harvoin potilaan fysioterapeutille liike- ja liikuntaharjoittelun ohjaukseen (Cottrell ym. 2010), noin puolet nivelrikkopotilaista on käynyt fysioterapeutin ohjauksessa (Vuorma ym. 2007) ja noin puolet polvikipupotilaista on ohjattu lisäämään liikuntaa jonkin terveydenalan ammattilaisen toimesta (Cottrell ym. 2010). Rosemann ym. (2006) tutkimuksen mukaan entistä ennakoivampaa ja potilaslähtoisempää nivelrikkopotilaan hoitoa tarvittaisiin (Rosemann ym. 2006). Terveystuhoon pitäisi muokata paremmin kohtamaan potilaiden tarpeita (Marks & Allegrante 2007).

### 3.3 Itsehoidon ohjauksen toteuttaminen ja sen vaikutukset

Käypä hoito -suosituksen mukaan itsehoidon ohjauksen toteuttaja on lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen, jolla on riittävä tietämys sairaudesta ja potilasohjauksesta (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012). Tyypillisesti nivelrikkopotilaiden ohjauksen toteuttaja on ohjausta koskevissa tutkimuksissa ollut terveydenhuollon alan ammattilainen, yleisimmin fysioterapeutti, sairaanhoitaja tai lääkäri. Myös koulutettuja vertaistukijaohjaajia on käytetty jonkun verran. Yleensä ohjausta on toteuttanut vain yhden ammattiryhmän edustajat, mutta myös moniammatillista ohjausta on käytetty melko paljon (Liite 3). Terveystieteen alan ammattilasten tulisi yksilöllisesti arvioida potilaan tarvetta moniammatilliseen hoitoon (March ym. 2010).

Nivelrikkopotilaiden ohjauksessa on toteutettu erilaisia ohjausinterventioita perustuen ohjauksen osin teorialähtöisiin menetelmiin ja sisältöihin. Ohjausinterventioiden kesto tutkimuksissa on vaihdellut yhdestä päivästä (Brosseau ym. 2012<sup>a</sup>) aina kahden vuoden keston asti (McKkight 2010). Ottawa panel (2011) katsauksen mukaan nivelrikon ohjausinterventiot voivat olla muun muassa psykologisia, psykososiaalisia, aistillisia tai kognitiivis-käyttäytymisellisiä (Ottawa panel 2011). Nivelrikkopotilaille suunnatuista ohjausohjelmista suurin osa on perustunut sosiaalisen oppimisen - tai sosiaalis-kognitiiviseen teoriaan pyrkien vaikuttamaan muun muassa minäpystyvyyteen, tietoon, tulosodotuksiin, käyttäytymiseen ja tavoitteisiin. Jotkut ohjausinterventiot, lähinnä liikuntaharjoittelun osalta, ovat perustuneet hoidon suosituksiin tai tutkimusnäyttöön. Melko monesti polven nivelrikkopotilaan ohjaus on sisältänyt tavoitteen asettelua (Liite 3). Tavoitteet liittyvät useimmiten kivun hallintaan ja liikkumis- tai toimintakyvyn parantamiseen (Victor ym. 2004). Tavoitteenasettelua sisältävässä ohjauksessa jopa 68 % nivelrikkopotilaista on saavuttanut asettamansa pitkän ajan tavoitteen (Mendelson ym. 2011).

Käypä hoito -suosituksen mukaan itsehoidon ohjauksen apuna voidaan käyttää kirjallisia oppaita tai videoita ja ohjaus voidaan toteuttaa myös ryhmäohjauksen muodossa (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012). Itsehoidon ohjauksessa käytettävä menetelmä on yksi suurimmista haasteista nivelrikkopotilaiden kohdalla. Potilailla voi olla hankaluuksia kulkea ja istua vaadittava aika osallistukseen ryhmäohjaukseen. Vaihtoehtona kasvokkain tapahtuvalle ohjaukselle on Internetin välityksellä tapahtuva ohjaus. Kuitenkin monet nivelrikkopotilaat ovat iäkkäitä ja he eivät kykene tai pääse käyttämään tietokonepohjaisia ohjelmia. Itsehoidon tukeminen puhelinohjauksella voisi

olla potentiaalinen menetelmä (March ym 2010). Myös puolisoien mukaan ottaminen ohjaukseen vaikuttaa hyvältä vaihtoehdolta (Shin & Kolanowski 2010). Nivelrikkopotilaiden kohdalla yksi menetelmä ei välttämättä sovi kaikille (March ym 2010).

Ohjausta on toteutettu nivelrikkopotilailla tyypillisesti kasvokkain ryhmäohjauksen muodossa. Myös yksilöllistä ohjausta on käytetty joko ainoastaan tai ryhmäohjauksen lisänä (Liite 3). Nivelrikkopotilailla yksilö- ja ryhmäohjaus vaikuttavat yhtä tehokkaasti toimintakykyyn (Hurley ym. 2007). Muita ohjauksessa käytettyjä menetelmiä on ollut Internet tai puhelimen välityksellä tapahtuva ohjaus. Kirjallista -, auditiivista - tai video-ohjausta on käytetty muun ohjauksen lisänä tai pelkästään (Liite 3). Erilaiset menetelmät koetaan eri tavoin. Potilaat kokevat puhelinvälitteisen itsehoidon ohjauksen auttavan heitä muun muassa kirjallisten ohjeiden ymmärtämisessä ja tavoitteiden asettelussa. Kirjallisen ohjausmateriaalin taas koetaan helpottavan nivelrikkosairauden ymmärtämistä ja sitä, miten sairautta hallita paremmin (Sperber ym. 2012). Kirjallisella materiaalilla voidaan vaikuttaa liike- ja liikuntaharjoitteluun liittyviin uskomuksiin (Williams ym. 2010). Kasvokkain annettu ohjaus yhdessä kirjallisen esitteen, ääni- tai videonauhan kanssa voi auttaa potilaita suorittamaan annetut liikuntaohjeet oikealla tavalla (Schoo ym. 2005). Tavoitteen asettelun taas koetaan auttavan muun muassa hallitsemaan omia oireitaan aktiivisesti (Sperber ym. 2012). Puolison osallistavalla ohjauksella on havaittu olevan vaikutusta muun muassa potilaan kivun hallintaan, toimintakykyyn, minäpystyvyyteen sekä puolison mielenterveyteen, sairautteen liittyviin asenteisiin (Shin & Kolanowski 2010) ja puolison tarjoamaan tukeen (Martire ym. 2007; Shin & Kolanowski 2010).

Nivelrikkopotilaille on suunnattu itsehoidon ohjauksen lisäksi myös yleisempää ohjausta, kuitenkin monet ohjausinterventiot ovat sisältäneet itsehoitoon liittyviä aiheita. Sisällöllisesti tyypillinen nivelrikkopotilaiden ohjaus sisältää ohjausta liikuntaharjoittelusta, painonhallinnasta ja laihtumisesta, lääkityksestä, keskustelusta ammattilaisen kanssa sekä nivelten suojelusta. Oireiden hallinnan suhteen eniten ohjaus on sisältänyt kivun hallinta- ja hoitokeinojen ohjausta, myös stressin hallintaa ja rentoutumista on ohjattu jonkin verran. Sairauden kanssa selviytymisen kannalta mainitaan usean ohjausintervention sisältäneen ohjausta kognitiivisen selviytymisen taidoista ja ongelman ratkaisusta. Yleensä erilaisia aiheisältöjä on yhdistelty (Liite 3).

Kirjallisuuskatsausten ja erityyppisten ohjausinterventioiden mukaan ohjaus on erityisesti vähentänyt kipua ja parantanut toimintakykyä (Liite 3). Vaikkakin Mayn (2010) ja Zhangin ym. (2010)

katsausten mukaan ohjauksen vaikutuksen voimakkuus kipuun ja toimintakykyyn on yleensä ollut pieni ja Ottawa panelin (2011) katsauksen mukaan kivun väheneminen on ollut lyhytaikaista. Käypähoito - suosituksen (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012) mukaan ainakin keski-ikäisillä polvinivelrikkopotilailla liikuntaharjoittelu tai itsehoidon ohjaus tai niiden yhdistelmä voisi parantaa toimintakykyä ja vähentää kipua (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012). Lisäksi joidenkin ohjausinterventioiden on osoitettu parantavan nivelrikkopotilaiden minäpystyvyyttä, elämänlaatua ja psykologista hyvinvointia. Itsehoidon kannalta ohjausohjelmien on havaittu lisäävän muun muassa fyysistä aktiivisuutta, itsehoitokäyttäytymistä, itsehoitotaitoja ja hoitojen hyötykäyttöä sekä vaikuttaneen lääkkeiden käyttöön (Liite 3). Shin & Kolanowskin mukaan (2010) ohjaus parantaa hoitoon sitoutumista, liikuntaan sitoutumisen parantuminen on myös pitkäaikaista (Shin & Kolanowski 2010). Ylipainoisten kohdalla painon pudottamisen ohjaus on lisännyt painon pudottamisen yritystä noin neljä kertaa todennäköisemmäksi (Fontaine ym. 2007).

## 4 TIEDON MERKITYS POLVEN NIVELRIKON ITSEHOIDOSSA

### 4.1 Tieto osana hoitoa ja sen tuloksia

Potilaiden oikeutta tiedonsaantiin ja itsemääräämisoikeuteen painotetaan laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785). Tiedonsaantioikeudella tarkoitetaan, että asiakkaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, kaikista diagnostisista tiedoista, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Selvitys annetaan mahdollisimman ymmärrettävästi, asiakasta huomioiden ja hänen osallisuuttaan korostaen. Kaikki ne tiedot on annettava, joilla on merkitystä hoidosta päätettäessä. Terveydenhuollon ammattihenkilö selvittää asian siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön (17.8.1992/785).

Tiedon tarjoamisen päätavoitteeksi on esitetty sairauden oireiden vähenemistä (Macpherson ym. 2009, 5-6). De Haes & Bensing (2009) mallin mukaan tiedon saannin jälkeen, parantuneen hoidon seurauksena potilaan ymmärtäminen ja muistaminen voivat parantua ja toisten vaihtoehtojen etsiminen vähentyä. Pidemmällä aikavälillä potilas kykenee itsenäiseen itsehoitoon (de Haes & Bensing 2009). Tiedolla voidaan edistää myös potilaan turvallisuutta, sillä se auttaa potilasta suunnittelemaan toimintaansa, asettamaan tavoitteita ja toteuttamaan hoitoa. Tieto sairauden hoidosta poistaa hoitoon liittyviä epärealistisia odotuksia ja auttaa ymmärtämään hoitotulosten mahdollista hitautta (Leino-Kilpi 2009). Asianmukaista tietoa saaneet potilaat sitoutuvat todennäköisemmin hoitonsa suunnitteluun ja elämäntavan muutoksiin (Ravaud ym. 2009). Tiedon pakottaminen potilaalle, joka ei ole siihen avoin, voi kuitenkin pienentää mahdollisuutta onnistuneeseen käyttäytymisen muuttamiseen (van Weel-Baugarten 2008). Tiedon tarjoaminen on ohjauksen avainosa (Macpherson ym. 2009, 5-6).

Tiedon tarjoaminen on osa polven nivelrikon ydinsuosituksia (Osteoarthritis 2008; March ym. 2010; Zang ym. 2010). Myös potilaiden perheille tai holhoojille annetaan heidän tarvitsemaansa tietoa. Ammattilaisten suositellaan tarjoavan sopivaa suullista ja kirjallista tietoa kaikille nivelrikkopotilaille (Osteoarthritis 2008). Ohjauksessa potilaalle tarjotaan tietoa nivelrikosta ja sen hoitovaihtoehdoista sekä korjataan sairauteen liittyviä väärinkäsityksiä (Birrell & Oliver 2010; Osteoarthritis 2008). Potilaille tulee tarjota tietoa asiallisesta lääkkeiden käytöstä, liikunnasta ja

tarvittaessa laihduttamisesta (Antonelli & Starz 2012). Tiedon tarjoamisen olisi parempi olla jatkuvassa yhteydessä hoidon suunnitteluun, eikä vaan yksittäinen tiedon tarjoamisen kerta diagnoosin alussa (Osteoarthritis 2008). Potilaslähtöisen hoidon näkökulmasta nivelrikkopotilas tarvitsee tietoa tehdäkseen tietoisia hoitopäätöksiä yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa (Osteoarthritis 2008; McHugh ym. 2012).

Tietoa on vapaasti saatavilla muun muassa lääketietolehtisistä, mutta nivelrikkopotilaat tarvitsevat vielä suodatetumpaa ja standardoidumpaa tietoa lisäksi (Hill & Bird 2006). Pelkän kirjallisen ohjauksen ei ole todettu lisäävän polven nivelrikkopotilaiden sairauteen liittyvää tietoa (Axford ym. 2008). Polven nivelrikkopotilaille ammattihenkilö tarjoaa neuvoja tai ohjaa pääsyn asianmukaiseen itsehoitoon ja elämäntapamuutoksia koskevaan tietoon (Birrell & Oliver 2010; Osteoarthritis 2008). Potilailla on mahdollisuus hankkia tietoa sieltä, mistä ammattilaisetkin hankkivat, muun muassa Internetistä ammattilaisten tekemiltä sivustoilta, kuten Duodecimin Käypä hoito -suosituksista (Tuorila 2009). Ideaalitulanteessa terveydenhuollon ammattilainen tarjoaa näyttöön perustuvaa tietoa polven nivelrikon ennusteesta ja hoitokeinoista. Tällöin potilaalla on mahdollisuus testata ammattilaisen tarjoamia ja muita hoitokeinoja ja näin ottaa vastuuta sairauden päivittäisestä hoidosta (May 2010).

Käyttäytymisen muutoksen tekniikkaa koskevien teorioiden mukaan on olemassa kolme tiedon tarjoamisen tekniikkaa, joilla voidaan vaikuttaa potilaan esimerkiksi itsehoitokäyttäytymisen muuttamiseen. Ensinnäkin potilaalle tulisi tarjota tietoa käyttäytymisen ja terveyden välisestä yhteydestä tarjoamalla esimerkiksi tietoa tietyn tyyppisen käyttäytymisen riskeistä (Abraham & Michie 2008). Nivelrikkopotilaiden ohjauksen yhteydessä kerrotaan potilaalle tulehduskipulääkkeiden (March ym. 2010), nivelvammoilta altistavien liikuntamuotojen (Liikunta 2012) ja ammatin (Poitras ym. 2010) aiheuttamista mahdollisista riskeistä. Toiseksi potilaalle tarjotaan tietoa käyttäytymisen seurauksista, esimerkiksi toivotun ja ei-toivotun käyttäytymisen hyödyistä ja haitoista (Abraham & Michie 2008). Ohjauksessa annetaan tietoa siitä, että liikuntaharjoittelu voi aiheuttaa väliaikaista kipua, mutta sen ei pitäisi pahentaa nivelrikon tilaa ja se on polven terveyden kannalta välttämätöntä (Helminen ym. 2008; Poitras ym. 2010) hyödyllistä ja turvallista (Fraenkel & Fried 2009). Laihduttaminen taas auttaa oireisiin (Poitras ym. 2010). Potilaalle kerrotaan, että niveleen kohdistuvien vaarojen vähentämiseksi tulisi kiinnittää huomiota liikuntalajin valintaan, suorittaa liikkeet kivuttomalla alueella ja tarvittaessa käyttää jalkineita ja tukia (Liikun-



ta 2012). Myös lääkehoito edellyttää, että potilaalle kerrotaan kipulääkkeisiin liittyvistä haitoista ja hyödyistä (Milder ym. 2010). Kolmanneksi tietoa tarjotaan liittyen muiden hyväksyntään eli tarjotaan tietoa siitä, mitä muut mahdollisesti ajattelevat sairauden hoidosta ja miten he suhtautuisivat käyttäytymisen muutokseen (Abraham & Michie 2008). Puolisot, jotka arvioivat potilaan nivelrikkokipua tarkemmin, antavat enemmän apua ja tukea potilaalle (Martire ym. 2006).

Tiedon tarjoamisella nivelrikkopotilaalle on havaittu positiivisia vaikutuksia. Nivelrikosta ja sen hoidosta tietoa sisältävä ohjaus on lisännyt progressiivisesti polven nivelrikkopotilaiden nivelrikkoon liittyvää tietoa (Axford ym. 2008). Itsehoidon ryhmäohjauksessa nivelreuma- ja nivelrikkopotilaiden itsehoitoon liittyvää tietouden lisääntymistä on havaittu esiintyvän enemmän uudemmista hoidoista, kuten TENS - hoidosta, Tai Chista, kengänpohjallisista ja jalkineista, kuin tutummista aiheista, kuten painonhallinnasta ja liikuntaharjoittelusta (Brosseau ym. 2012<sup>a</sup>). Mikäli nivelrikkopotilaat eivät ole tarpeeksi tietoisia sairaudestaan ja sen hoidosta, he eivät välttämättä saa positiivista kuvaa itsehoidosta, heillä voi olla väärinkäsityksiä ja he voivat hoitaa sairautta väärin (Victor ym. 2004). Tiedon puute itsehoidosta voi olla este sen toteuttamiselle (March ym. 2010). Mikäli tietoa hoitohenkilökunnalta ei saada tarpeeksi, etsivät potilaat tietoa Internetistä (Mann & Gooberman-Hill 2011). Polven nivelrikkoa koskevalla tiedolla, sairauden kanssa selviytymisellä ja kivulla on havaittu olevan yhteys. Ne potilaat, joilla on vähän tietoa nivelrikosta, ovat todennäköisemmin masentuneita, kykenemättömämpiä selviämään sairautensa kanssa ja heillä on enemmän kipuja. Ne taas joilla on paljon tietoa, kokevat vähemmän kipua ja pärjäävät paremmin sairautensa kanssa (Axford ym. 2008).

Englannissa tehdyn tutkimuksen mukaan vain 16 % polven nivelrikkopotilaista on saanut lääkäriltään tietoa polven nivelrikosta (Victor ym. 2004). Toisen englannissa tehdyn tutkimuksen mukaan ortopedillä leikkausarvioinnissa käyneistä polven ja lonkan nivelrikkopotilaista yli puolet (58 %) kokee, ettei ole saanut tarpeeksi tietoa nivelrikosta, 57 % kokee, ettei ole saanut tietoa liikuntaharjoittelusta ja 65 % kivun hallinnasta. Lääkityksen ymmärtämistä helpottavaa tietoa ei ole saanut 71 % potilaista. Kokotekonivelleikkauksen läpikäyneet potilaat kokevat, että tiedon anto tekonivelleikkauksesta on parempaa, kuin nivelrikosta ja sen hoidosta (McHugh ym. 2012).

## 4.2 Voimaannuttava tieto

Voimaantuminen voidaan määritellä monella tavoin. Se voidaan nähdä muun muassa prosessina, autonomiana, kontrollin tunteena, tietona, tavoitteena tai tuloksena (Leino-Kilpi ym. 1998; Leino-Kilpi ym. 1999; Kettunen 2001; Tengland 2007). Voimaantumisella tässä yhteydessä tarkoitetaan toiminnallista kokonaisuutta, jonka kautta potilas kokee hallinnan ja kontrollin tunnetta liittyen terveysongelmiinsa ja niiden seurauksiin (Leino-Kilpi ym. 1999; Tengland 2007). Sairauden hallinta on välttämätöntä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta (Debono & Cachia 2007). Sairauden (Coulter & Ellins 2007; WHO 2009) ja sen oireiden (Birell & Oliver 2010) hallinta on osa itsehoitoa, ja siten tärkeässä roolissa polven nivelrikkosairauden hoidossa. Itsehoito on yksi ennakoitavimpia voimaantumiseen liittyviä tuloksia (Tengland 2007). Voimaantunut potilas pystyy tekemään tietoisia päätöksiä itsehoitoonsa liittyen (Leino-Kilpi ym. 1998; Anderson & Funnell 2010) ja hänellä on keinoja itsenäiseen ongelman ratkaisuun (Leino-Kilpi ym. 1998).

Nivelriikon oireiden hallinnan ja nivelen toiminnan säilyttämisen tai parantamisen kannalta on tärkeää tukea potilaan voimaantumista. Ohjauksessa pyritään varmistumaan siitä, että potilas on voimaantunut hallitsemaan oireita arkisessa elämässään (Walker 2011). Terveystieteiden ammattilainen voi vahvistaa potilaan itsehoitoa tukemalla potilaan hallinnan tunnetta (Turku 2007, 24; Routasalo ym. 2009). Voimaantumista tukeva ohjaus auttaa potilaita tekemään omien päätöksiensä pohjalta muutoksia muun muassa ravitsemukseensa, fyysiseen aktiivisuuteensa sekä painoonsa (Anderson & Funnell 2010).

Voimaantumista tarkastellaan tässä yhteydessä seitsemän osa-alueen kautta: biofysiologisen, toiminnallisen, kokemuksellisen, eettisen, sosiaalisyhteisöllisen, taloudellisen ja tiedollisen. Biofysiologinen voimaantumisen osa-alue perustuu siihen, että potilas omaa riittävät tiedot fyysisistä merkeistä ja oireista hallitakseen oireiden aiheuttajaa. Toiminnallinen osa-alue koostuu potilaan kyvyistä aktiiviseen toimintaan edistääkseen omaa hallinnan tunnettaan ja valmiudesta toimia tavalla, jolla voi hallita ongelmaa. Sosiaalisyhteisöllinen osa-alue sisältää tunteen siitä, että sairaudestaan huolimatta, potilas kokee olevansa sosiaalisen yhteisön jäsen. Tukea antava ympäristö ja sosiaaliset kontaktit koetaan helpottavan terveysongelman kontrolloinnissa. Eettinen osa-alue

sisältää kokemuksen itsestään ainutlaatuisena, kunnioitettuna ja tunteen, että hoidon toiminnan motiivina on potilaan oma hyvinvointi. Kokemuksellinen osa-alue tarkoittaa kyvykkyyttä käyttää aikaisempia kokemuksia apuna terveysongelmaa hallitessaan (Leino-Kilpi ym. 1998; Leino-Kilpi ym. 1999). Osa-alue pohjautuu itsetuntoon. Ekonominen osa-alue tarkoittaa, että potilas kykenee selviytymään terveysongelmansa kanssa taloudellisesti ja hoito suoritetaan niin, että se vähiten aiheuttaa taloudellista haittaa (Leino-Kilpi ym. 1998). Osa-alue perustuu siihen, että potilaalla on varaa hankkia teknisiä apuvälineitä ja muuta tarvittavaa tukea (Leino-Kilpi ym. 1999).

Tiedon omaaminen on hallinnan tunteen lähtökohta. Tietoa olisi oltava potilaalla riittävästi säilyttääkseen tai kohentaakseen terveydentilaansa (Leino-Kilpi ym. 1998). Voimaantumisen tiedollinen osa-alue liittyy tietoon sairaudesta. Se sisältää tunteen terveysongelmaa koskevan tiedon riittävydestä ja ymmärryksestä. Lisäksi tiedolliseen osa-alueeseen liittyy potilaan valmius hakea lisää tietoa ja arvioida sen hyödyllisyyttä itselleen (Leino-Kilpi ym. 1999). Voimaantumista tukevaa tietoa voidaan tarkastella edellä mainittujen kuuden voimaannuttavan osa-alueen kautta: biofysiologisen, toiminnallisen, sosiaalisyhteisöllisen, eettisen, kokemuksellisen ja ekonominen (Heikkinen ym. 2007; Rankinen ym. 2007; Rantanen ym. 2008). Kaikkiaan tiedon saannissa ja tarpeessa on korostunut biofysiologinen ja toiminnallinen voimaannuttava osa-alue (Eloranta & Nygren s.a.; Heikkinen ym. 2007; Rankinen ym. 2007; Rantanen ym. 2008; Lönnberg & Koivunen 20011). Sisällöltään monipuolinen potilaan voimavaroja tukeva tieto voi edistää potilaan turvallisuutta (Leino-Kilpi 2009). Laadukas tieto on yksi tärkeimpiä potilaiden voimaannuttajia (Tengland 2007; Tuorila 2009), eikä potilas voi voimaantua, mikäli häneltä puuttuu tärkeää tietoa (Heikkinen ym. 2007). Epäselvä tieto taas voi pitää yllä potilaita holhoavia toimintatapoja (Tuorila 2009). Tiedollisesti voimaantuneella potilaalla on tarve vaikuttaa itsehoitoonsa (Tuorila 2009).

### **4.3 Tiedon tarve**

Ormandyn (2010) mukaan potilaan tiedon tarve määritellään sen tunnustamiseksi, että potilaan tiedot ovat puutteelliset, jotta he voisivat saavuttaa tavoitteensa tietyssä kontekstissa tai tietyllä ajan hetkellä (Ormandy 2010). Se ilmenee haluna saada tietoa ammattilaiselta sopivalla tiedon välitystavalla (Timmins 2006). Tiedonjaossa ongelma yleensä se, ettei terveydenhuollon asian-

tuntija ole tietoinen, missä määrin ja, millaista tietoa potilas tarvitsee (Makoul & Clayman 2006). Tiedon tarpeen on todettu olevan ohjauksessa tarjottavaa tiedon määrää suurempi (Heikkinen ym. 2007; Rankinen ym. 2007). Tiedon tarvetta tulee arvioida voidakseen tuottaa selkeää ja tarkoituksenmukaista tiedontarpeet tyydyttävää tietoa (Suhonen ym. 2005). Tiedon rakentaminen potilaan olemassa olevan tiedon perusteella on tehokkaampaa, kuin tiedon antaminen yleisesti (van Weel-Baumgarten 2008). Määrittelemällä potilaan tiedon tarve henkilökohtaisesti, voidaan kasvattaa potilaan hoitomotivaatiota (Ormandy 2010). Tiedon puutteen ei ole todettu automaattisesti johtavan tiedon tarpeeseen, kuitenkin niillä on ollut heikko yhteys keskenään (Meesters ym. 2011).

Voimaannuttava potilaslähtöinen ohjaus perustuu potilaiden omiin tiedon tarpeisiin ja niiden osoittamiseen (Poskiparta ym. 2001). Ohjaus lisää potilaiden tiedon määrää (Kääriäinen & Kyn-gäs 2005; Coulter & Ellins 2007; Axford ym. 2008; Johansson ym. 2010). Ohjauksen suunnitte-lussa tulisi aina selvittää, mitä potilas jo tietää, mitä hänen täytyy sekä, mitä ja, miten paljon hän haluaa tietää (Kettunen 2001; Kääriäinen ym. 2005; Kääriäinen 2007). Nivelrikkopotilaista suu-rimman osan on havaittu omaavan tietoa nivelrikon oireista ja liikuntaharjoittelusta, mutta vain noin puolet tietää lääkehoidosta ja nivelen suojelusta (Hill & Bird 2007). Ohjauksessa olisi syytä huomioida potilaiden tietämys erityisesti nivelrikosta ja kipua helpottavista keinoista sekä tiedon tarpeeseen vaikuttavista sosiaalisista tekijöistä, kuten sosiaalisen tuen saatavuudesta. Potilasläh-töinen kokonaisvaltainen arviointi hoidon alussa on keino varmistaa, että nivelrikkopotilaat saa-vat oleellista, täsmällistä ja tarpeet kohtaavaa suullista tai kirjallista tietoa (Birrell & Oliver 2010). Kivun on todettu lisäävän nivelrikkopotilaiden sairauteen liittyvää tiedon tarvetta (Neville ym. 1999).

Koko hoitoprosessin pitäisi alkaa ja päättyä potilaan tiedon arviointiin (Leino-Kilpi 2009) ja tie-toa tulisi tarjota potilaalle yksilöllisesti (Kettunen ym. 2006; Kettunen & Gerlander 2013). Myös ohjauskeskustelun aikana pyritään tarkistamaan potilaan ymmärtämistä tai tiedon tarvetta (de Haes & Bensing 2009). Potilaalla pitäisi olla mahdollisuus tuoda esiin omaa tietouttaan sairau-desta (Poskiparta ym. 2001). Yksilöllinen neuvo ja potilaan elämään soveltuvan tiedon tarjoami-nen voivat aktivoida myös potilaan oman tiedon muodostumista (Kettunen ym. 2006). Sairauden hoito- ja hallintakeinojen tulee sopia nivelrikkopotilaalle yksilöllisesti (Walker 2011).

Tiedon tarjoamista ja tarvetta voidaan tarkastella voimaantumista tukevan tiedon osa-alueiden mukaan. Biofysiologinen osa-alue sisältää tietoa esimerkiksi sairaudesta, oireista, tutkimuksista

ja komplikaatioista (Leino-Kilpi ym. 2005; Heikkinen 2007). Biofysiologisesta näkökulmasta nivelrikkopotilaille suunnatuista ohjausinterventioista suurin osa on sisältänyt tietoa nivelrikosta ja sen eri hoitomuodoista. Myös hoidon mahdollisia komplikaatioita on käsitelty joissakin. Potilaille tehtävistä tutkimuksista ei ole mainittu tarjottavan tietoa missään ohjausinterventiossa (Liite 3). Heti diagnosoinnin jälkeen nivelrikon alkuvaiheessa potilaat kokevat tarvitsevansa eniten tietoa taudin etenemisestä (Mann & Goberman-Hill 2011). Taudin etenemisestä ja sen syistä halutaan tietoa myöhemmässäkin sairauden vaiheessa (McHugh ym. 2012). Myös oireiden helpottamisesta tai sairauden etenemisen hidastamisesta potilaat haluavat tietoa (Mann & Goberman-Hill 2011; Victor ym. 2004). Peräti noin 90 % nivelrikkopotilaista tarvitsee tautikohtaista tietoa sairaudesta ja sen hoidosta (Neville ym. 1999). Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan 37 % nivelrikkopotilaista kokee tarvitsevansa lisää tietoa ja ohjausta sairautensa hoidosta (Vuorma ym. 2007). Oireita koskien nivelrikkopotilaat kokevat tiedon tarvetta kivusta ja toimintakyvystä (Rosemann ym. 2006). Nivelrikon hallintaan liittyen eniten tarvitaan tietoa yleisestä taudin hallinnasta, sitten kivun hallinnasta ja uupumuksen hallinnasta. Yli puolet potilaista haluaa tietoa vaihtoehtoisista hoitokeinoista ja viidesosa haluaa tietoa uusista hoitomuodoista (Neville ym. 1999). Polven nivelrikkopotilaiden kohdalla tietoa erityisesti eri tavoin ilmenevistä kivuista ja niiden hoitomenetelmistä on tarpeen lisätä (Nikkola 2013).

Toiminnallinen osa-alue sisältää tietoa päivittäisistä toiminnoista, kuten hygieniasta, liikunnasta, levosta, ruokailusta ja apuvälineistä (Leino-Kilpi ym. 2005; Heikkinen 2007). Nivelrikkopotilaiden ohjausinterventioissa toiminnallista tietoa on tarjottu eniten koskien liikuntaharjoittelua, myös rentoutumista ja unta on käsitelty joissakin. Useissa ohjausinterventioissa on tarjottu tietoa myös ruokavalioon, painonhallintaan tai laihduttamiseen liittyen ja joissakin liittyen apuvälineisiin, pohjallisiin tai jalkineisiin (Liite 3). Toiminnallista tietoa nivelrikkopotilaat tarvitsevat dieetistä, liikuntaharjoittelusta, avuista ja apuvälineistä (Mann & Goberman-Hill 2011; Victor ym. 2004). Enemmän tiedon tarvetta koetaan liikuntaharjoittelusta, kuin dieetistä (McHugh ym. 2012).

Sosiaalisyhteisölliseen tietoon kuuluu tieto esimerkiksi läheisten hoitoon osallistumismahdollisuuksista tai potilasjärjestöjen toiminnasta (Leino-Kilpi ym. 2005; Heikkinen 2007). Sosiaalisyhteisöllisestä näkökulmasta nivelrikkopotilaiden ohjausinterventioista on tarjottu tietoa puolisoiden keskinäisistä kommunikaatiotaidoista sekä puolisoiden tarjoamasta hoidon tuesta sekä yhteiskun-

nan tai kunnan resursseista (Liite 3). Shin & Kolanowski (2010) katsauksen mukaan psykososiaaliset lääkkeettömät hoidot sisältävät sosiaalisen tuen tarjoamisen (Shin & Kolanowski 2010). Nivelrikkopotilaat haluavat tietoa ja ohjausta paikallisista palveluista (Mann & Goberman-Hill 2011; Victor ym. 2004). Noin puolet nivel tulehduspotilaista tarvitsee tietoa avun saatavuudesta, itsehoitokursseista ja osa itsehoitoryhmistä (Neville ym. 1999).

Eettiseen osa-alueeseen kuuluu tieto esimerkiksi potilaan oikeuksista, velvollisuuksista, päätöksenteosta ja luottamuksellisuudesta (Leino-Kilpi ym. 2005; Heikkinen 2007). Eettisestä näkökulmasta nivelrikkopotilaiden ohjausinterventioissa melko monessa on tarjottu tietoa lääkäripotilas – kommunikaatiosta (Liite 3). Nivel tulehduspotilaista suurin osa haluaa tietoa potilaslääkäri-viestinnän edistämisestä ja itsenäisyyden kehittämisestä (Neville 1999).

Kokemuksellinen osa-alue sisältää tietoa esimerkiksi tunteista ja aikaisemmista hoitokokemuksista (Leino-Kilpi ym. 2005; Heikkinen 2007). Kokemuksellisen tiedon näkökulmasta nivelrikkopotilaiden ohjausinterventioista useassa on tarjottu tietoa negatiivisten tunteiden kanssa selviytymisestä. Ohjausinterventioissa on käsitelty myös potilaiden kokemuksia liikuntaharjoittelun vaikutuksesta polviniveleen ja käyty läpi ajatuksia potilaiden vaikeiksi kokemia asioita (Liite 3). Vain muutama polven ja lonkan nivelrikkoa sairastava kokee tiedon halua nivelrikon psykologisista vaikutuksista (McHugh ym. 2012).

Ekonomiseen osa-alueeseen sisältyy tieto esimerkiksi taloudellisista eduista ja kustannuksista, lääkityksestä ja kuntoutuksesta (Leino-Kilpi ym. 2005; Heikkinen 2007). Ekonomisesta näkökulmasta polvikipuisille suunnattu ohjausinterventio on perustunut kuntoutukseen (Hurley ym. 2007). Melko monessa ohjausinterventiossa on käsitelty lääkehoitoa eri näkökulmista. Hoidon kustannuksista ei mainittu tarjottavan tietoa missään tutkimuksessa (Liite 3). Neville ym. (1999) tutkimuksen mukaan yli puolet nivelrikkopotilaista haluaa tietoa yhteiskunnan varoista ja viidesosa haluaa tietoa turvallisesta lääkityksestä (Neville ym. 1999). Vain vähän tietoa halutaan lääkityksen ymmärtämisestä ja vitamiinien käytöstä (McHugh ym. 2012).

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää polven nivelrikkopotilaiden tiedon tarpeet diagnoosin alkuvaiheessa. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, minkälaisia tiedon tarpeita potilailla oli ja, mitkä tekijät olivat yhteydessä koettuun tiedon tarpeeseen. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mistä itsehoidon osa-alueista polven nivelrikkopotilaat tarvitsevat tietoa ja mistä lähteistä he tiedon haluavat?
2. Miten polven nivelrikkopotilaiden tiedon tarve jakautuu voimaannuttavan tiedon eri osa-alueille?
3. Mitkä taustamuuttujat (sosiodemografiset tekijät sekä sairauteen liittyvät tunteet ja oireet) ovat yhteydessä polven nivelrikkopotilaiden tiedon tarpeeseen?

## 6 TUTKIMUKSEN MENETELMÄT

### 6.1 Tutkimusaineisto ja aineistonkeruu

Tutkimusaineisto muodostui Jyväskylän yhteistoiminta-alueen (JYTE) terveyskeskuksissa diagnosoiduista polven nivelrikkopotilaista. JYTE järjestää terveystalvot noin 150 000 asukkaalle Jyväskylän, Muuramen, Hankasalmen ja Uuraisten kuntien alueella. Tilastoinnin kautta saatiin niiden potilaiden nimi- ja osoitetiedot, joilla polven nivelrikon ensimmäinen diagnoosimerkintä diagnoosiluetteloon oli tehty vuoden 2012 alusta hakuhetkeen (1.1.2012–19.2.2013) välisenä aikana. Heitä JYTE:n alueella oli yhteensä 1055.

Diagnoosimerkintä diagnoosiluetteloon tuli käytännöksi vuonna 2012, joten pelkästään tilastoinnista saatujen tietojen avulla ei voitu päätellä, oliko diagnoosi todella tehty tilastoinnin kriteerien mukaisena aikana. Potilastietojärjestelmä Effican kautta tutkija varmisti 2012 helmikuussa tutkimuslupan kautta myönnettyillä tutkijatunnuksilla diagnoosimerkinnän. Potilasasiakirjan kirjauksesta selvitettiin se, oliko diagnoosi tehty terveyskeskuksessa, tutkija varmisti myös tiedon diagnosointikuukaudesta ja -vuodesta. Tutkimusaineistosta suljettiin pois ne, jotka olivat selvästi saaneet diagnoosin jossain muualla, kuin terveyskeskuksessa ja ne, jotka olivat saaneet diagnoosin jo ennen vuotta 2012. Lopullisen aineiston muodostivat ne potilaat, jotka olivat saaneet diagnoosin omassa JYTE:n alueen terveyskeskuksessa aikavälillä 1.1.2012–19.2.2013, heitä oli 415.

Aineistonkeruutavaksi valittiin postikysely. Lupaa osallistua tutkimukseen kysyttiin kyselylomakkeen mukana lähetetyssä saatekirjeessä (Liite 2). Kyselylomakkeet vastauskuorineen ja saatekirjeineen lähetettiin 415 potilaalle kotiosoitteeseen. Vastaukset saatiin yhteensä 173 potilaalta. Niille, jotka eivät vastanneet ensimmäiseen kyselyyn, lähetettiin uusintakysely. Potilaista 19 ilmoitti, jättävänsä vastaamatta kyselyyn erinäisistä syistä: ei ole nivelrikkoa, kysely ei koske minua, nivelrikko ei oireile, nivelrikko on muualla kuin polvessa, polvessa on muuta vaivaa ja polvi on operoitu. Muita ilmoitettuja syitä oli vielä se, ettei ehdi tai halua vastata tai lomake oli vaikeasti laadittu. Toisella kyselykierroksella vastasi kyselylomakkeeseen 79 potilasta, joten kyselyyn vastasi yhteensä 252 henkilöä (60.7 %).



## 6.2 Tutkimuksessa käytetty kyselylomake

Tutkimuksen aineiston keruussa käytettiin Turun yliopistossa, Hoitotieteen laitoksella kehitettyä Sairaalapotilaan tiedon tarve (SPTT) –mittaria (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003), jota on aikaisemmin käytetty eri potilasryhmien tiedon tarpeen arvioinnissa (Leino-Kilpi ym. 2005; Heikkinen ym. 2007; Rankinen ym. 2007; Rantanen ym. 2008; Lönnberg & Koivunen 2011; Elo-ranta & Nygren s.a.). Lupa SPTT -mittarin käyttöön saatiin Turun yliopistosta professori Helena Leino-Kilveltä sähköpostitse syksyllä 2012. Lupaa liittää mittari tämän työn liitteeksi ei saatu. Kyselylomakkeen sairaala-sana korvattiin aineiston mukaan terveyskeskuksella. Koska kyselylomakkeeseen ei tehty muita muutoksia, ei pilottitutkimusta katsottu aiheelliseksi. SPTT –mittarin reliabiliteettia ja validiteettia on tarkasteltu Rankinen ym. (2007), Heikkinen ym. (2007) ja Rantanen ym. (2008) tutkimuksissa.

Mittari perustui seuraaviin tiedon osa-alueisiin:

Biofysiologinen (9 väittämää):

- oireet
- yhteys hoitopaikkaan
- tehtävät tutkimukset
- tutkimukseen valmistautuminen
- tutkimuksen tulokset
- erilaiset hoitovaihtoehdot
- hoidon komplikaatiot
- komplikaatioiden estäminen
- henkilökohtaiset tarpeet

Toiminnallinen (7 väittämää)

- liikunta
- lepo
- ruokavalio
- peseytyminen
- hoidon vaikutus eritystoimintaan

- hoidon vaikutus järjestelyihin kotona
- apuvälineet

#### Kokemuksellinen (3 väittämää)

- sairauden ja oireiden aiheuttamat tunteet
- keskustelu tunteista
- aikaisempien kokemusten hyödyntäminen

#### Eettinen (9 väittämää)

- osallistuminen päätöksen tekoon
- toiveet
- oikeudet
- vastuu
- potilasasiamies
- ammattiryhmien vastualueet
- tietojen salassapito
- tietojen luovuttaminen
- potilasasiakirjoihin tutustuminen

#### Sosiaalisyhteisöllinen (6 väittämää)

- läheisten tiedon saanti
- läheisten osallistuminen hoitoon
- tukihenkilö
- jatkohoitopaikka
- papin/teologin tapaaminen
- potilasjärjestöt

#### Ekonominen (6 väittämää)

- kuntoutus ja sen kustannukset
- sairauspäivärahat
- vakuutusasiat
- sopeutumisvalmennuskurssit ja niiden kustannukset
- jatko- ja kotihoidon kustannukset

- lääkehoidon kustannukset (Heikkinen ym. 2007; Rankkinen ym. 2007).

SPTT- mittari sisälsi kaikkiaan 40 väittämää, joihin vastausvaihtoehdot esitettiin Likertin asteikolla (1=täysin samaa mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=jokseenkin eri mieltä, 4=täysin eri mieltä ja 0=ei koske minua). Nivelrikkoon liittyvään ohjaukseen liittyen kyselylomakkeen alkuun lisättiin kaksi kysymystä: ”Kuinka paljon koette tarvitsevanne tietoa nivelrikon itsehoitoon liittyen?” ja ” Mistä lähteistä haluaisitte saada tietoa nivelrikon hoitoon liittyen?”. Näihin kysymyksiin liittyviin väittämiin vastausvaihtoehdot esitettiin myös Likertin asteikolla (1=täysin samaa mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=jokseenkin eri mieltä, 4=täysin eri mieltä ja 0=ei koske minua). Likertin asteikko on välimatka-asteikollinen, jossa vastausvaihtoehtojen etäisyys toisistaan on tietyn suuruinen. Sen asteikolla vastaaja itse arvioi omaa käsitystään väittämän sisällöstä (Metsämuuronen 2005, 61). Tuloksien tulkinnan selkeyttämiseksi, ennen analyysia lisättyjen nivelrikospesifien väittämien ja SPTT -mittarin väittämien Likertin numeroasteikko luokiteltiin uudestaan erisuuntaisesti, kuin kyselylomakkeessa alun perin (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä ja 4=täysin samaa mieltä).

Analyysin selkeyttämiseksi mittarin väittämistä muodostettiin summamuuttujia. Kyselylomakkeeseen lisätyistä nivelrikon ohjaukseen liittyvistä väittämistä tehtiin summamuuttujat (itsehoiton tiedon tarve ja tiedon lähteet) laskemalla keskiarvo itsehoitoon liittyvän tiedon tarpeen ja tiedon lähteiden väittämille. Summamuuttujat SPTT -mittarin väittämien osalta muodostettiin kuudesta (biofysiologisesta, toiminnallisesta, kokemuksellisesta, eettisestä, sosiaalisyhteisöllisestä ja ekonomisesta) tiedon osa-alueesta, laskemalla keskiarvot niiden sisäisille väittämille. Lisäksi laskettiin kokonaiskeskiarvo tiedontarpeen kaikista kuudesta summamuuttujasta. Kolmen summamuuttujan kohdalta väittämistä muodostettiin vielä yksityiskohtaisempia sisällöllisiä summamuuttujia, jotka sisältyivät SPTT –mittariin alun perin. Näitä yksityiskohtaisempia sisältökohtaisia summamuuttujia olivat biofysiologiselta tiedon osa-alueelta oireita, tutkimuksia ja hoitoa koskevat summamuuttujat, eettiseltä tiedon osa-alueelta osallistumista ja oikeuksia, eri henkilöstöryhmien vastuuta ja salassapitoa koskevat summamuuttujat sekä sosiaalisyhteisölliseltä osa-alueelta läheisten tietoa ja muuta sosiaalista tukea koskevat summamuuttujat.

Tässä tutkimuksessa sosiaalidemografisina taustatietoina kysyttiin ikää, sukupuolta, perus- ja ammattikoulutusta, pääasiallista toimintaa ja muita pitkäaikaissairauksia. Nivelrikkospesifinä kysymyksenä kyselylomakkeen alkuun lisättiin: ”Onko Teitä ohjattu terveydenhuollon ammatti-

laisen toimesta nivelrikkoon liittyen?”, johon annettiin vastausvaihtoehdot ”kyllä” ja ”ei”. Mikäli kysymykseen vastasi ”kyllä”, kysyttiin tarkemmin, että ”kuka ammattihenkilö Teitä on ohjannut?”. Ennen analyysia vastaajien ikä jaettiin SPSS -ohjelmalla viiteen luokkaan. Pääasiallisesta toimesta vastausvaihtoehdot ”työssä” ja ”kotityössä” yhdistettiin yhdeksi muuttujaksi ”työssä tai kotityössä”. Pitkäaikaissairauksia koskevan avoimen kysymyksen vastaukset luokiteltiin kaksiluokkaisesti (0=ei ja 1=kyllä) ICD-10 tautiluokituksen mukaisesti eri sairausryhmiin (Tautiluokitus ICD-10 2011). Pitkäaikaissairauksien määrää tarkasteltiin luokitellen vastaajakohtaiset sairauksien määrät kolmeen luokkaan (1=yksi pitkäaikaissairaus, 2=kaksi pitkäaikaissairautta ja 3=kolme tai enemmän pitkäaikaissairautta). Ohjaus luokiteltiin uudestaan määrälliseen luokkaan, jossa tarkasteltiin, kuinka moni ammattihenkilö oli ohjannut potilasta.

SPTT -kyselylomakkeen lopussa oli väittämiä sairauksiin mahdollisesti liittyvistä oireista (9 väittämää) (Kuva 3) ja tunteista (10 väittämää) (Kuva 4), joissa vastaajia kehoitettiin valitsemaan niistä sillä hetkellä parhaiten kuvaavat vaihtoehdot. Mikäli listalla ei ollut mainittu soveltuvia oireita, kehoitettiin vastaajia lisäämään oma mahdollinen oire tai tunne luettelon loppuun. Jokaisen oiretta ja tunnetta koskevan väittämän kohdalla esitettiin vastausvaihtoehdot Likertin asteikolla (1=erittäin paljon, 2=paljon, 3=vähän ja 4=ei lainkaan). Sairauteen liittyviä oireita ja tunteita kartoittavista muuttujista muodostettiin SPSS -ohjelmalla uusi kaksiluokkainen muuttuja (1=vähän tai ei lainkaan ja 2=paljon). Sairauteen liittyvien oireiden ja tunteiden väittämistä muodostettiin summamuuttujat.

### **6.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi**

Tämä tutkimus oli kvantitatiivinen kuvaileva poikittaistutkimus. Aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 20 -ohjelmalla. Analyysi aloitettiin katsomalla frekvenssejä, prosentteja, keskiarvoja ja vaihteluvälejä. Jakaumien normaalius testattiin Kolmogorov-Smirnow -testillä. Keskiarvovertailua varten väittämät, joihin yli neljännes vastaajista oli vastannut ”ei koske minua”, jätettiin analyysin ulkopuolelle. SPTT -mittarista analyysin ulkopuolelle jätettiin väittämä, jossa kysyttiin, miten voi tavata papin tai teologin. Vastaajista 33,3 % oli vastannut siihen, ettei koske minua. Lisäksi vastausvaihtoehto ”ei koske minua” jätettiin kokonaan lopullisen analyysin ulkopuolelle.

Taustamuuttujien (sosiaalidemografiset sekä oireita ja tunteita koskevat muuttajat) osalta tarkasteltiin jakaumia prosentti- ja lukumääräkohtaisesti. Taustamuuttujien riippuvaisuuksia tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla ja yhteyksien tilastollisia merkityksiä  $\chi^2$ -testillä. Analyysissä tarkasteltiin muuttuja- ja summamuuttujakohtaisia keskiarvoja, keskihajontaa ja jakaumia (Kuva 2-4; Taulukko 1; Taulukko 3). Taustamuuttujien vaikutusta potilaiden tiedon tarpeeseen tarkasteltiin summamuuttuja- ja väittämäkohtaisesti (Taulukko 2; Taulukko 4-7). Muuttujien normaalijakautumattomuuden vuoksi keskiarvovertailussa käytettiin ei-parametrisia tilastollisia keskiarvotestejä. Kaksiluokkaisten taustamuuttujien kohdalla käytettiin Mann-Whitney U-testiä (U) ja muiden muuttujien kohdalla Kruskal-Wallis testiä ( $\chi^2$ ). Muuttujien ryhmittäisten keskiarvojen selvittämiseen käytettiin yksisuuntaista varianssianalyysiä (ANOVA), silloin kun ne tarvitsi taulukoissa tuoda esille (Taulukko 2; Taulukko 4-7). Cronbach alfa -kerrointa ja Spearmanin korrelaatiokerrointa käytettiin kyselylomakkeen luotettavuuden arvioinnissa. Kaikissa testeissä tilastollisen merkitsevyyden raja asetettiin  $p < 0.05$  = tulos on tilastollisesti melkein merkitsevä,  $p < 0.005$  = tulos on tilastollisesti merkitsevä ja  $p < 0.001$  = tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä (Metsämuuronen 2005, 397). Kaikki tilastollisesti merkitsevät ( $p < 0.005$ ) tulokset raportoitiin.

## 7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 7.1 Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden kuvaus

Tutkimukseen vastasi 252 henkilöä, vastausprosentti oli 60.7 %. Vastaajien keski-ikä oli 68 vuotta, 63 % (n=156) oli yli 66-vuotiaita. Sosiodemografisten tekijöiden jakaumat laskettiin ilman puuttuvia havaintoja. Vastaajista 164 oli naisia ja 83 miehiä. Hieman yli kolme neljäsosaa (n=195) vastaajista oli jyväsyläläisiä, toiseksi eniten oli hankasalmelaisia (n=34). Muuramesta ja Uraisilta vastaajia oli yhteensä 23. Yli puolet (n=134) oli suorittanut kansankoulun tai vähemmän, vähiten oli ylioppilastutkinnon suorittaneita (n=34). Vastaajista 40 % (n=84) ei ollut suorittanut mitään ammattitutkintoa. Ammattitutkinnon suorittaneista puolet (n=62) oli kouluasteen tutkinnon suorittaneita. Noin neljä viidesosaa vastaajista (n=186) oli eläkeläisiä, työssä käyviä tai kotityössä olevia oli 12 % (n=28). Muita pitkäaikaissairauksia mainitsi sairastavansa noin kolme neljäsosaa vastaajista (n=177) (Taulukko 1). Niistä, joilla oli polven nivelrikon lisäksi muita pitkäaikaissairauksia, 57 prosentilla (n=97) oli yksi, 28 prosentilla (n=47) kaksi ja 15 prosentilla (n=26) kolme tai enemmän muuta pitkäaikaissairautta. Eniten muista pitkäaikaissairauksista mainittiin olevan sydän- ja verisuonisairauksia (n=84), sitten tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairauksia (n=44), umpieritys-, ravitsemus ja aineenvaihduntasairauksia (n=44) ja vähiten hengityselinten sairauksia (n=29).

Noin puolet (n=122) vastaajista ilmoitti, että ammattihenkilö on ohjannut heitä polven nivelrikkoon liittyen (Taulukko 1). Pääasialliset ohjaajat olivat lääkäri (n=68) ja fysioterapeutti (n=41). Vastaajista viittä oli ohjannut ortopedi, kolmea sairaanhoitaja ja kahta fysiatri. Lisäksi ohjauksen tai tiedon lähteiksi mainittiin netti, terveydenhoitaja, työterveyshenkilöstö, muut polvipotilaat, fysiatrian poliklinikka, reumapoliklinikka, naprapaatti ja vain esitteistä saatu tieto. Muutamit vastaajista mainitsivat vain jonkun ammattihenkilön nimeltä, kertomatta ammattinimikettä. Vastaajien nivelrikkoon liittyvän ohjauksen toteutumisella ja ammatillisella koulutuksella oli tilastollisesti merkitsevä ( $\chi^2(3)=10.40$ ,  $p=0.015$ ) yhteys. Korkeakoulun suorittaneista 67 % (n=12) oli ohjattu, kun taas ei ammattikoulutusta suorittaneista 40 % (n=31) vastaajista oli ohjattu polven nivelrikkoon liittyen.

TAULUKKO 1. Tutkimushenkilöiden sosiodemografiset tekijät (N=252)

Taustamuuttuja	n	(%)
<b>Sukupuoli</b>		
Nainen	164	(66)
Mies	83	(34)
<b>Ikä</b>		
alle 60 vuotta	48	(19)
61–65 vuotta	43	(17)
66–70 vuotta	45	(18)
71–75 vuotta	55	(22)
yli 76 vuotta	56	(23)
<b>Asuinpaikka</b>		
Hankasalmi	34	(14)
Jyväskylä	195	(77)
Muurame	15	(6)
Urainen	8	(3)
<b>Peruskoulutus</b>		
kansankoulu (tai vähemmän)	134	(56)
keski- tai peruskoulu	73	(30)
ylioppilas	34	(14)
<b>Ammattikoulutus</b>		
ei ammattikoulutusta	84	(40)
kouluasteen ammattitutkinto	62	(30)
opintoasteen ammattitutkinto	44	(21)
korkeakoulututkinto	18	(9)
<b>Pääasiallinen toiminta</b>		
Työssä tai kotityössä	28	(12)
Eläkkeellä	186	(82)
Opiskelija	0	(0)
Työtön/työnhakija	14	(6)
<b>Pitkäaikaissairaudet</b>		
Kyllä	177	(74)
Ei	63	(26)
<b>Ohjattu nivelrikkoon liittyen</b>		
Kyllä	122	(51)
Ei	116	(49)

## 7.2 Itsehoitoon liittyvä tiedon tarve ja tiedon lähteet

Nivelrikon itsehoidon tiedon tarpeen keskiarvo oli korkea (ka=3.30, asteikko 1-4). Eniten tiedon tarvetta oli kivun hoito- ja hallintakeinoista (ka=3.41), sitten nivelvammojen ehkäisystä (ka=3.38) ja liikuntaharjoittelusta (ka=3.34), vähiten laihduttamisesta (ka=2.95). Kivun hallinta- ja hoitokeinoista 85 % (n=162) vastaajista oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä tarvitsevansa tietoa, kun taas laihduttamiseen liittyen 70 % (n=100) vastaajista oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä tarvitsevansa tietoa.

Nivelrikon itsehoidon tiedon tarpeessa miesten ja naisten välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä (U=3006.00, p=0.002). Naiset kokivat miehiä enemmän tiedon tarvetta liikuntaharjoittelusta, kivun hallinta- ja hoitokeinoista sekä laihduttamisesta (Taulukko 2). Suurin osa vastanneista naisista (79 %, n=73) oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä tarvitsevansa tietoa laihduttamisesta ja miehistä hieman yli puolet 55 % (n=36).

TAULUKKO 2. Miesten ja naisten tiedon tarpeen keskiarvojen tilastollisesti merkitsevät erot nivelrikon itsehoitoa koskevissa väittämässä

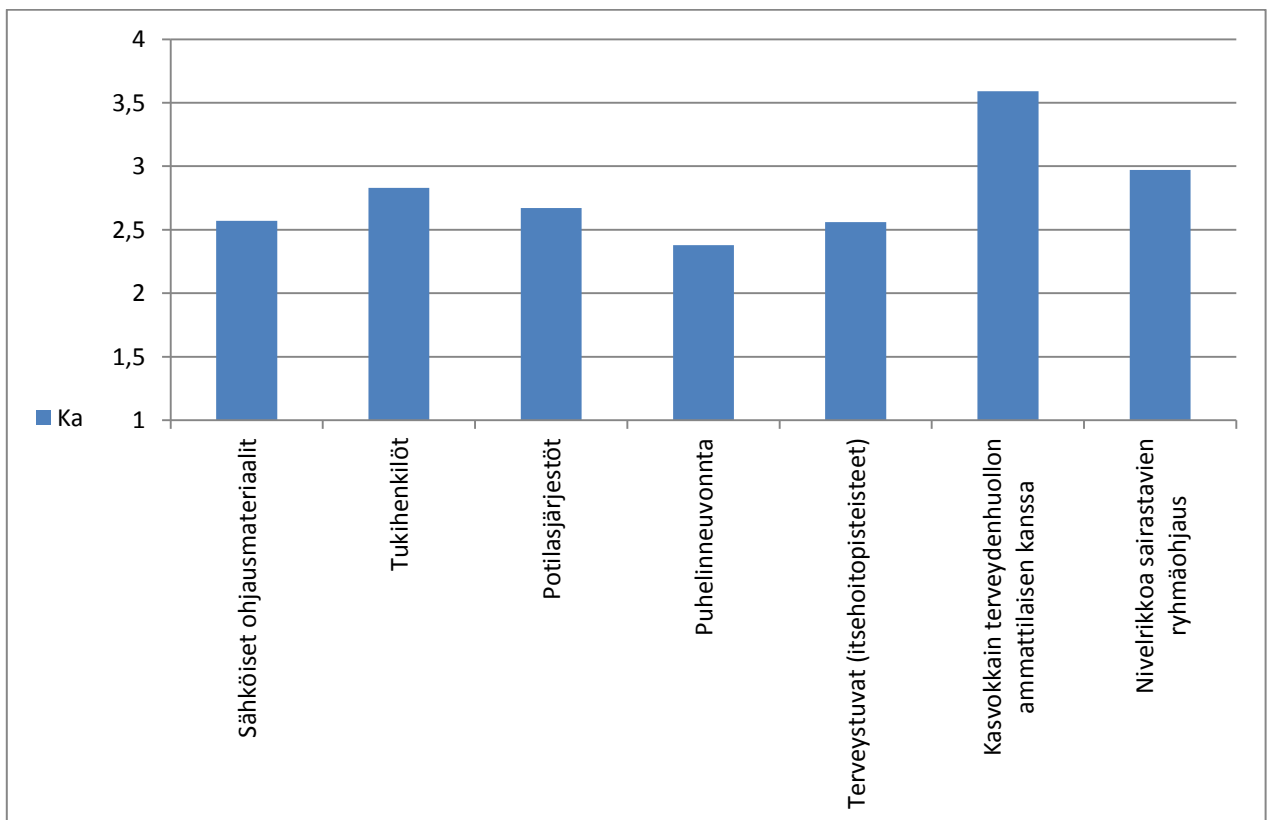
	Mies <sup>a</sup>		Nainen <sup>a</sup>		p <sup>b</sup>
	Ka	SD	Ka	SD	
Liikuntaharjoittelusta	3.05	0.94	3.47	0.71	0.004**
Kivun hallinta- ja hoitokeinoista	3,22	0.80	3.50	0.67	0.016*
Laihduuttamisesta	2.61	0.89	3.13	0.95	0.001**

<sup>a</sup> Sukupuolten väliset keskiarvojen erot testattu Mann Whitney U -testillä, <sup>b</sup> Liikuntaharjoittelu, kivun hallinta- ja hoitokeinot ja laihduttaminen \* p < 0.05; \*\* p < 0.005 tilastollisesti merkitsevä ero sukupuolten välillä.

Eniten nivelrikon itsehoitoon liittyvää tietoa haluttiin saada kasvokkain ammattilaisen kanssa (ka=3.59), toiseksi eniten tietoa haluttiin saada nivelrikkoa sairastavien ryhmäohjauksessa



(ka=2.97). Vähiten tietoa haluttiin saada terveystuvissa eli itsehoitopisteissä (ka=2.56), sähköisistä ohjausmateriaaleissa (k =2.57) ja puhelinneuvonnassa (ka=2.38) (Kuva 2). Tiedon halun keskiarvot eri lähteistä vaihtelivat tilastollisesti merkitsevästi pitkäaikaissairastavuuden, polven nivelrikon ohjauksen ja ammattikoulutuksen mukaan: Ne, joilla oli polven nivelrikon lisäksi muita pitkäaikaissairauksia (U=1240.50, p=0.014) halusivat enemmän tietoa potilasjärjestöissä, kuin ne joilla ei ollut muita pitkäaikaissairauksia. Polven nivelrikkoon liittyen ohjatut vastaajat halusivat enemmän tietoa kasvokkain terveydenhuollon ammattilaiselta (U=3273.50, p=0.017), kuin ne joita ei ollut ohjattu. Ryhmäohjauksen haluamisen keskiarvot vaihtelivat tilastollisesti merkitsevästi ammattikoulutuksen ( $\chi^2(3)=11.54$ , p=0.009) mukaan. Ammattikoulutuskohtaisesti eniten tietoa nivelrikkoa sairastavien ryhmäohjauksessa halusivat kouluasteen ammattitutkinnon (ka=3.24) suorittaneet ja vähiten korkeakoulututkinnon (ka=2.46) omaavat.



KUVA 2. Nivelrikkoa koskeva tiedon halu eri lähteistä (arvio asteikolla 1-4). Arvot ovat keskiarvoja.

### **7.3 Potilaiden eri tiedon osa-alueilta kokema tiedon tarve ja siihen yhteydessä olevat tekijät**

Kaikkien tiedon tarvetta koskevien väittämien osalta tiedon tarpeen keskiarvo oli korkea (3.35) keskiarvon vaihdellessa välillä 2.87–3.60. Summamuuttujien (biofysiologinen, eettinen, ekonominen, sosiaalisyhteisöllinen, kokemuksellinen ja toiminnallinen) tiedon tarpeen keskiarvo oli 3,32. Vastajat kokivat eniten tiedon tarvetta biofysiologiselta sekä toiseksi eniten eettiseltä ja ekonomiselta osa-alueelta. Vähiten tiedon tarvetta koettiin kokemukselliselta ja toiminnalliselta osa-alueelta. Väittämäkohtaisesti eniten tarvittiin tietoa hoitoon mahdollisesti liittyvistä komplikaatioista, miten voisi itse estää komplikaatioita ja, milloin on otettava yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa (Taulukko 3). Vähiten taas tarvittiin tietoa potilasjärjestöjen toiminnasta (ka=2.87) ja siitä, milloin voi peseytyä (ka=2.82).

TAULUKKO 3. Summamuuttujien tiedon tarpeen keskiarvot ja niiden muuttujien keskiarvot ja jakaumat, joista kullakin tiedon osa-alueella koettiin eniten tiedon tarvetta.

	Jakauma				Ka	SD
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		
<b>Biofysiologinen summamuuttuja</b>					<b>3.52</b>	<b>0.59</b>
Hoidon mahdolliset komplikaatiot	3	5	23	70	3.60	0.70
Komplikaatioiden estäminen	3	6	20	71	3.59	0.73
Milloin oireiden pahe- tessa yhteys hoitopaik- kaan	2	3	30	65	3.58	0.66
<b>Eettinen summamuuttuja</b>					<b>3.36</b>	<b>0.62</b>
Omien toiveiden kuul- luksi tuleminen	3	7	26	65	3.52	0.75
Oma vastuu hoidon onnistumisessa	4	4	29	64	3.52	0.74
Osallistuminen hoitoa koskevaan päätöksen tekoon	3	6	32	59	3.48	0.73
<b>Ekonominen summamuuttuja</b>					<b>3.36</b>	<b>0.76</b>
Kuntoutus ja sen kus- tannukset	5	4	21	70	3.56	0.79
Lääkehoidon kustan- nukset	6	4	26	63	3.46	0.86
<b>Sosiaalisyhteisöllinen summamuuttuja</b>					<b>3.25</b>	<b>0.72</b>
Läheisten tiedonlähde sairauteen ja sen hoi- toon liittyen	5	8	28	59	3.41	0.85
Mistä tarvittava jatko- hoitopaikka	6	8	31	55	3.36	0.84
<b>Kokemuksellinen summamuuttuja</b>					<b>3.24</b>	<b>0.75</b>
Kenen kanssa keskus- tella sairauteen ja sen hoitoon liittyvistä tun- teista	5	13	31	52	3.29	0.87
Aiempien terveyskes- kuskäyntien hyödyn- täminen nykyisessä hoidossa	4	12	40	45	3.26	0.81
<b>Toiminnallinen sum- mamuuttuja</b>					<b>3.18</b>	<b>0.68</b>
Millaista liikuntaa harjoittaa	3	9	32	57	3.43	0.77
Mistä saa tarvittavia hoidon apuvälineitä	6	14	31	49	3.22	0.91
Levon määrä	6	12	38	44	3.21	0.87

*Biofysiologinen tiedon osa-alue.* Biofysiologisen osa-alueen aiheisältöjä koskeva tiedon tarve oli suurta: Eniten tietoa haluttiin koskien nivelrikon hoitoa (ka=3.53) ja oireita (ka=3.52), vähiten koskien tutkimuksia (ka=3.50). Väittämäkohtaisesti eniten tiedon tarvetta oli hoidon mahdollisista komplikaatioista, miten niitä voidaan estää ja, milloin oireiden pahentuessa ottaa yhteys hoitopaikkaan (Taulukko 3). Vähiten tiedon tarvetta koettiin siitä, miten voi toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeiden hoitamiseksi terveyskeskuksessa (ka=3.45). Tilastollisesti merkitsevästi ( $\chi^2(2)=8.58$ , p=0.014) biofysiologisen osa-alueen tiedon tarpeen keskiarvo vaihteli pääasiallisen toimen mukaan: Biofysiologisen tiedon tarve oli suurin eläkeläisillä (ka=3.54), sitten työttömällä tai työnhakijoilla (ka=3.45) ja työssä tai kotityössä olevilla (ka=3.40). Tutkimuksia koskevan tiedon tarpeen keskiarvot vaihtelivat tilastollisesti merkitsevästi polven nivelrikkoon liittyvän ohjauksen mukaan: Polven nivelrikkoa koskien ohjatut (U=4479.00, p=0.018) vastaajat kokivat enemmän tiedon tarvetta heille tehtävistä tutkimuksista ja tarkemmin siitä, miten pitäisi valmistautua tutkimuksiin (U = 4147.50, p = 0.026) verrattuna niihin, joita ei ollut ohjattu. Tiedon tarpeen keskiarvot vaihtelivat myös pääasiallisen toimen mukaan tilastollisesti merkitsevästi itselleen tehtävistä tutkimuksista ( $\chi^2(2)=7.70$ , p=0.021) ja tutkimuksiin valmistautumisesta ( $\chi^2(2)=8.75$ , p=0.013). Työttömällä ja työnhakijoilla oli muista pääasiallisen toimen ryhmistä suurin tiedon tarve itselle tehtävistä tutkimuksista (ka=3.58) ja siitä, miten tutkimuksiin tulisi valmistautua (ka=3.50).

*Eettinen osa-alue.* Eettiseltä osa-alueelta eniten tiedon tarvetta koettiin osallistumista ja oikeuksia koskevista (ka=3.46), sitten salassapitoa koskevista (ka=3.32) ja vähiten henkilöstöryhmien vastuuta koskevista (ka=3.28) sisällöistä. Väittämäkohtaisesti eniten tiedon tarvetta koettiin siitä, miten saada omat toiveet kuuluville, mikä on oma vastuu hoidon onnistumisessa ja miten, osallistua hoitoa koskevaan päätöksen tekoon (Taulukko 3). Vähiten tiedon tarvetta koettiin siitä, miten eri hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden vastualueet on määritelty (ka=3.11). Eettisen osa-alueen tiedon tarpeen keskiarvot eivät vaihdelleet tilastollisesti merkitsevästi minkään taustamuuttujan mukaan. Väittämien keskiarvot vaihtelivat tilastollisesti merkitsevästi nivelrikkoon liittyvän ohjauksen, pitkäaikaissairastavuuden ja sukupuolen mukaan: Ne jotka olivat saaneet nivelrikkoon liittyvää ohjausta (U=3796.00, p=0.020) ja ne, joilla oli muita pitkäaikaissairauksia (U=2889.00, p=0.040) kokivat enemmän tiedon tarvetta siitä, miten eri hoitoon osallistuvien ammattiryhmien vastualueet on määritelty. Naiset taas tarvitsivat miehiä enemmän tietoa siitä, kenelle itseä koskevia tietoja annetaan (U=3792.00, p=0.021).

*Ekonominen osa-alue.* Ekonomisen tiedon osa-alueelta eniten tietoa väittämäkohtaisesti haluttiin kuntoutuksesta ja sen kustannuksista sekä lääkehoidon kustannuksista (Taulukko 3). Vähiten tiedon tarvetta koettiin vakuutusasioista ( $ka=3.20$ ). Ekonomisen osa-alueen tiedon tarpeen keskiarvot vaihtelivat tilastollisesti merkitsevästi polven nivelrikkoon liittyvän ohjauksen ja vastaajien sukupuolen mukaan: Naiset tarvitsivat miehiä enemmän ( $U=4109.50$ ,  $p=0.043$ ) ja polven nivelrikkoon liittyen ohjatut tarvitsivat ei-ohjattuja enemmän ( $U=4249.50$ ,  $p=0.040$ ) tietoa ekonomiselta osa-alueelta. Tilastollisesti merkitseviksi nousivat ekonomisen osa-alueen väittämien keskiarvojen vaihtelu sukupuolen mukaan: Naiset tarvitsivat miehiä enemmän tietoa kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista ( $U=3631.50$ ,  $p=0.004$ ), sairauspäivärahoista ( $U=2150.00$ ,  $p=0.027$ ) sekä sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista ( $U=2514.00$ ,  $p=0.031$ ).

*Sosiaalisyhteisöllinen osa-alue.* Sosiaalisyhteisöllisellä tiedon osa-alueelta tiedon tarvetta oli enemmän läheisten tietoa ja tukea ( $ka=3.32$ ) koskevista sisällöistä ja tarkemmin, mistä läheinen voi saada sairauteen ja sen hoitoon liittyvää tietoa (Taulukko 3). Vähemmän tiedon tarvetta oli muuta sosiaalista tukea ( $ka=3.19$ ) koskevista sisällöistä. Väittämäkohtaisesti muuhun sosiaaliseen tukeen liittyen eniten tiedon tarvetta oli siitä, mistä saa tarvittavan jatkohoitopaikan (Taulukko 3). Potilasjärjestöjen toiminnasta tarvittiin vähiten tietoa ( $ka=2.87$ ). Sosiaalisen osa-alueen tiedon tarpeen keskiarvot vaihtelivat tilastollisesti merkitsevästi vastaajien iän ( $\chi^2(4)=9.59$ ,  $p=0.048$ ) ja pitkäaikaissairauksien mukaan: Mikäli oli muita pitkäaikaissairauksia polven nivelrikon lisäksi ( $U=3468.00$ ,  $p=0.033$ ), sitä enemmän koettiin tiedon tarvetta sosiaalisyhteisölliseltä tiedon osa-alueelta. Ikäryhmittäin eniten sosiaalisyhteisölliseltä osa-alueelta tietoa tarvitsivat yli 75-vuotiaat ( $ka=3.36$ ) ja vähiten alle 60-vuotiaat ( $ka=3.04$ ).

Sosiaalisyhteisölliseltä osa-alueelta läheisten tietoa ja tukea koskevan tiedon tarpeen ja pitkäaikaissairastavuuden välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevät erot keskiarvoissa: Pitkäaikaissairauksia polven nivelrikon lisäksi sairastavat tarvitsivat enemmän tietoa läheisten tiedosta ja tuesta ( $U=3076.00$ ,  $p=0.014$ ) ja keneltä läheiset saavat tietoa sairauteen ja sen hoitoon liittyvissä asioissa ( $U=2937.50$ ,  $p=0.003$ ) verrattuna niihin, joilla ei ollut muita pitkäaikaissairauksia. Tiedon tarpeen keskiarvo siitä, miten läheiset voivat osallistua hoitoon vaihteli tilastollisesti merkitsevästi ( $\chi^2(4)=7.04$ ,  $p=0.034$ ) iän mukaan. Ikäryhmittäin tiedon tarvetta läheisten hoitoon osallistumismahdollisuuksista tarvitsivat eniten 71–75-vuotiaat ( $ka=3.43$ ) ja vähiten alle 60-vuotiaat ( $ka=2.87$ ). Muuta sosiaalista tukea koskevan tiedon tarpeen keskiarvot vaihtelivat tilastollisesti

merkitsevästi myös iän ( $\chi^2(4)=9.99$ ,  $p=0.041$ ) mukaan. Ikäryhmittäin tiedon tarvetta muusta sosiaalisesta tuesta toivat esiin eniten yli 76-vuotiaat ( $ka=3.33$ ) ja vähiten 61–65-vuotiaat ( $ka=2.97$ ). Väittämäkohtaisesti tiedon tarve siitä, mistä saa mahdollisesti tarvittavan jatkohoitoaipaikan, vaihteli peruskoulutuksen mukaan ( $X^2(2)=6.39$ ,  $p=0.041$ ). Eniten jatkohoitoaipaikasta tiedon tarvetta kokivat ylioppilaat ( $ka=3.63$ ) ja vähiten perus- tai kansankoulun käyneet ( $ka=3.18$ ). Tiedon tarve siitä, miten sairaus ja sen hoito mahdollisesti vaikuttaa kotona tapahtuviin järjestelyihin vaihteli muiden pitkäaikaissairauksien määrän mukaan ( $X^2=10.41$ ,  $p=0.005$ ): Eniten tiedon tarvetta siitä kokivat ne, joilla muita pitkäaikaissairauksia oli kolme tai enemmän ( $ka=3.72$ ) ja vähiten ne, joilla oli kaksi muuta pitkäaikaissairautta ( $ka=3.03$ ).

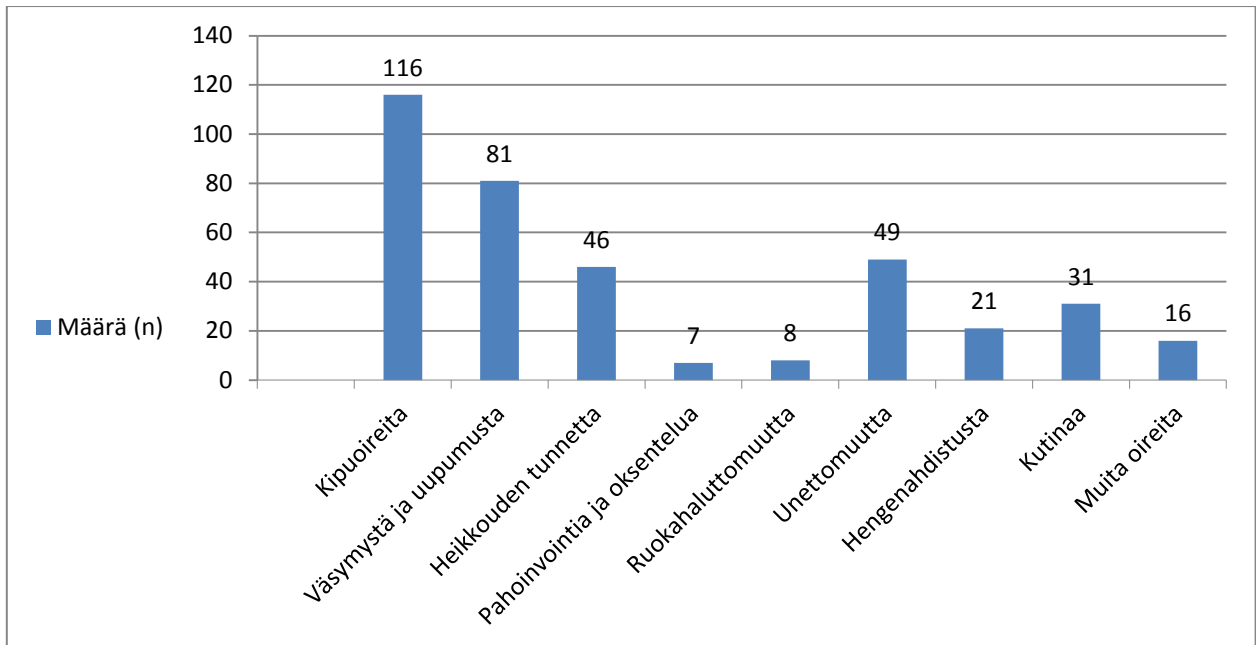
*Toiminnallinen osa-alue.* Toiminnallisen tiedon osa-alueelta väittämäkohtaisesti vastaajat tarvitsivat tietoa siitä, millaista liikuntaa voi harjoittaa, mistä saa tarvittavia hoidon apuvälineitä ja, mikä on tarvittava levon määrä (Taulukko 3). Vähiten tiedon tarvetta oli väittämistä, miten hoito mahdollisesti vaikuttaa eritystoimintaan ( $ka=3.05$ ) ja, milloin voi peseytyä ( $ka=2.82$ ). Toiminnallisen osa-alueen tiedon tarpeen keskiarvot eivät vaihdelleet tilastollisesti merkitsevästi minkään taustamuuttujan mukaan. Väittämäkohtaisesti tarkasteltuna pitkäaikaissairauksia sairastavat halusivat tilastollisesti merkitsevästi ( $U=1835.00$ ,  $p=0.025$ ) enemmän tietoa siitä, miten sairaus ja sen hoito vaikuttavat mahdollisesti kotona tapahtuviin järjestelyihin verrattuna niihin, joilla ei ollut muita pitkäaikaissairauksia.

*Kokemuksellinen osa-alue.* Kokemuksellisen tiedon osa-alueelta väittämäkohtaisesti eniten tietoa tarvittiin siitä, kenen kanssa voi keskustella sairauteen ja sen hoitoon liittyvistä tunteista ja miten voi hyödyntää aiempia terveyskeskuskäyntejä nykyisessä hoidossa (Taulukko 3). Vähiten tiedon tarvetta oli väittämästä, minkälaisia tunteita sairaus tai sen hoito mahdollisesti voi aiheuttaa ( $ka=3.18$ ). Kokemuksellisen osa-alueen tiedon tarpeen keskiarvot vaihtelivat tilastollisesti merkitsevästi ( $\chi^2(3)=9.61$ ,  $p=0.022$ ) ammatillisen koulutuksen mukaan. Ammattikoulutusryhmien mukaan eniten tiedon tarvetta kokemukselliselta osa-alueelta oli kouluasteen ammattitutkinnon suorittaneilla ( $ka=3.47$ ) ja vähiten korkeakoulututkinnon suorittaneilla ( $ka=2.90$ ).

#### 7.4 Yleisimpien sairauksiin liittyvien oireiden ja tunteiden yhteys koettuun tiedon tarpeeseen

Kaikkiaan sairauteen liittyviä oireita koettiin hieman enemmän ( $ka=1.22$ ), kun sairauteen liittyviä tunteita ( $ka=1.20$ ) (asteikko 1-2). Oireiden kokemisen ja tiedon tarpeen välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys. Niiden, jotka kokivat paljon oireita tiedon tarpeen keskiarvo erosi tilastollisesti merkitsevästi vähän tai lainkaan oireita kokevien keskiarvosta: Paljon oireita kokevat tarvitsivat enemmän tietoa kaikilta voimaannuttavan tiedon osa-alueilta ( $\chi^2(1)=7.02$ ,  $p=0.008$ ), toiminnalliselta osa-alueelta ( $\chi^2(1)=6.49$ ,  $p=0.011$ ), kokemukselliselta osa-alueelta ( $\chi^2(1)=4.08$ ,  $p=0.044$ ) ja sosiaalisyhteisölliseltä osa-alueelta ( $\chi^2(1)=6.92$ ,  $p=0.009$ ). Tiedon tarpeen keskiarvo vaihteli tilastollisesti merkitsevästi myös tunteiden kokemisen välillä: Ne, jotka kokivat paljon sairauteen liittyviä tunteita, kokivat enemmän tiedon tarvetta nivelrikon itsehoidon osa-alueilta ( $\chi^2(1)=6.56$ ,  $p=0.010$ ), toiminnalliselta tiedon osa-alueelta ( $\chi^2(1)=5.75$ ,  $p=0.016$ ) ja kokemukselliselta tiedon osa-alueelta ( $\chi^2(1)=3.91$ ,  $p=0.048$ ) vähän tai lainkaan tunteita kokeviin verrattuna.

*Sairauksien yleisimmät oireet ja niiden yhteys tiedon tarpeeseen.* Sairauden oireista yleisimmin koettiin kipua. Puolet vastanneista (50 %) koki, että heillä on paljon kipuoireita (Kuva 3). Kivun ja muiden pitkäaikaissairauksien välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $\chi^2(1)=15.14$ ,  $p=0.000$ ). Muita pitkäaikaissairauksia sairastavista 59 % ( $n=99$ ) koki paljon kipua, kun taas niistä, joilla ei ollut muita pitkäaikaissairauksia 29 % ( $n=17$ ) koki paljon kipua. Toiseksi yleisin koettu oire oli väsymys tai uupumus, jota paljon koki 35 % vastaajista (Kuva 3). Myös väsymyksen tai uupumuksen kokeminen vaihteli tilastollisesti merkitsevästi ( $\chi^2(1)=14.75$ ,  $p=0.000$ ) pitkäaikaissairastavuuden mukaan. Muita pitkäaikaissairauksia sairastavista 43 % ( $n=73$ ) ja niistä, joilla ei ollut muita pitkäaikaissairauksia 15 % ( $n=8$ ) koki paljon väsymystä tai uupumusta. Yleisimmin koettujen oireiden kivun sekä väsymyksen ja uupumuksen välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $\chi^2(1)=28.10$ ,  $p=0.000$ ). Noin puolet (52 %,  $n=59$ ) niistä, jotka kokivat paljon kipua, kokivat myös paljon väsymystä ja uupumusta. Vähiten oireista koettiin pahoinvointia ja oksentelua, jota koki paljon 3 % vastaajista (Kuva 3). Muiksi erityisesti polven nivelrikon oireiksi ilmoitettiin polven turvotus, leikatun polven säryt, polven jäykkyys aamuisin, liikerajoitus, polven kivun säteily muuhun jalkaan, polven pettäminen, polvilleen menon vaikeus ja kipu liikkeessa.



KUVA 3. Oireita paljon kokevien määrä.

Itsehoidosta koettu tiedon tarve vaihteli tilastollisesti merkitsevästi kivun kokemisen mukaan. Väittämäkohtaisesti ne, jotka kokivat kipua paljon, tarvitsivat enemmän tietoa kivun hallinta- ja hoitokeinoista ja nivelvammojen ehkäisystä verrattuna niihin, jotka kokivat kipua vähän tai ei lainkaan. Myös tiedon halu joistakin lähteistä vaihteli tilastollisesti merkitsevästi kivun kokemisen mukaan: Mitä enemmän kipua koettiin, sitä enemmän tietoa haluttiin saada tukihenkilöltä, potilasjärjestöiltä ja kasvokkain terveydenhuollon ammattilaiselta. Eri tiedon tarpeen osa-alueiden keskiarvot vaihtelivat tilastollisesti merkitsevästi kivun kokemisen mukaan: Ne, jotka kokivat kipua enemmän, tarvitsivat enemmän tietoa tiedon biofysiologiselta, toiminnalliselta ja sosiaalisyhteisölliseltä osa-alueelta. Osa-alueiden sisältökohtaisesti ne, jotka kokivat enemmän kipua, tarvitsivat enemmän tietoa biofysiologiselta osa-alueelta oireista ja tutkimuksista sekä sosiaalisyhteisölliseltä osa-alueelta läheisten tiedosta ja tuesta sekä muusta sosiaalisesta tuesta. Väittämäkohtaisesti paljon kipua kokevat tarvitsivat enemmän tietoa siitä, millaista liikuntaa voi harjoittaa, miten paljon tulee levätä, millainen on itselleen sopiva ruokavalio, miten sairaus tai sen hoito mahdollisesti vaikuttaa eritystoimintaan, miten läheiset voivat osallistua hoitoon ja mitä lääkehoito kustantaa. Enemmän kipua kokevat tarvitsivat enemmän tietoa myös kaikilta tiedon osa-alueilta (Taulukko 4).



TAULUKKO 4. Kipua paljon kokeneiden ja kipua vähän tai ei lainkaan kokeneiden tiedon tarpeen keskiarvojen tilastollisesti merkitsevät erot summamuuttujien ja niiden sisäisten muuttujien osalta

	Kipua paljon <sup>a</sup>		Kipua vähän tai ei lainkaan <sup>a</sup>		p <sup>b</sup>
	Ka	SD	Ka	SD	
<b>Itsehoidon tiedon tarve summamuuttuja</b>	3.38	0.66	3.23	0.59	0.028*
Kivun hallinta- ja hoitokeinot	3.36	0.85	3.34	0.74	0.023*
Nivelvammojen ehkäisy	3.48	0.78	3.30	0.70	0.020*
<b>Tiedon lähteet summamuuttuja</b>					
Tietoa tukihenkilöltä	2.99	0.99	2.64	0.91	0.017*
Tietoa potilasjärjestöiltä	2.82	0.98	2.48	0.87	0.033*
Tietoa kasvokkain terveyden alan ammattilaiselta	3.67	0.71	3.51	0.75	0.049*
<b>Biofysiologinen summamuuttuja</b>	3.60	0.55	3.42	0.64	0.017*
Oireita koskeva summamuuttuja	3.64	0.57	3.38	0.68	0.000**
Tutkimuksia koskeva summamuuttuja	3.60	0.64	3.40	0.76	0.032*
<b>Toiminnallinen summamuuttuja</b>	3.29	0.63	3.04	0.71	0.006**
Sopiva liikunta	3.53	0.72	3.32	0.81	0.034*
Levon määrä	3.35	0.82	3.05	0.88	0.008*
Sopiva yksilöllinen ruokavalio	3.33	0.76	3.01	0.84	0.005*
Sairauden ja hoidon vaikutus eritystoimintaan	3.18	0.93	2.89	0.99	0.009*
<b>Sosiaalisyhteisöllinen summamuuttuja</b>	3.34	0.67	3.14	0.76	0.035*
Läheisten tietoa ja tukea koskeva summamuuttuja	3.43	0.77	3.20	0.87	0.040*
Läheisten osallistuminen hoitoon	3.50	0.82	3.31	0.88	0.048*
Muuhun sosiaaliseen tukeen liittyvä summamuuttuja	3.29	0.70	3.07	0.80	0.044*
<b>Ekonominen Summamuuttuja</b>					
Lääkehoidon kustannukset	3.62	0.65	3.29	1.00	0.023*
<b>Kaikki tiedon osa-alueet summamuuttuja</b>	3.40	0.51	3.23	0.65	0.041*

<sup>a</sup> Kipua paljon ja vähän tai ei lainkaan kokevien väliset erot testattu Mann Whitney U -testillä, <sup>b</sup> Tiedon osa-alueiden summamuuttujien ja muuttujien keskiarvojen \* p < 0.05; \*\* p < 0.005 tilastollisesti merkitsevä ero kipua paljon ja vähän tai lainkaan kokevien välillä.

Eri voimaannuttavien osa-alueiden tiedon tarpeen keskiarvot eivät vaihdelleet tilastollisesti merkitsevästi väsymyksen ja uupumuksen kokemisen mukaan. Väittämäkohtaisesti ne, joilla oli paljon väsymystä ja uupumusta, tarvitsivat enemmän tietoa, miten hoito mahdollisesti vaikuttaa kokonaan tapahtuviin järjestelyihin ja, minkälaisia tunteita sairaus ja sen hoito mahdollisesti aiheuttaa verrattuna niihin, jotka kokivat väsymystä ja uupumusta vähän tai ei lainkaan (Taulukko 5).

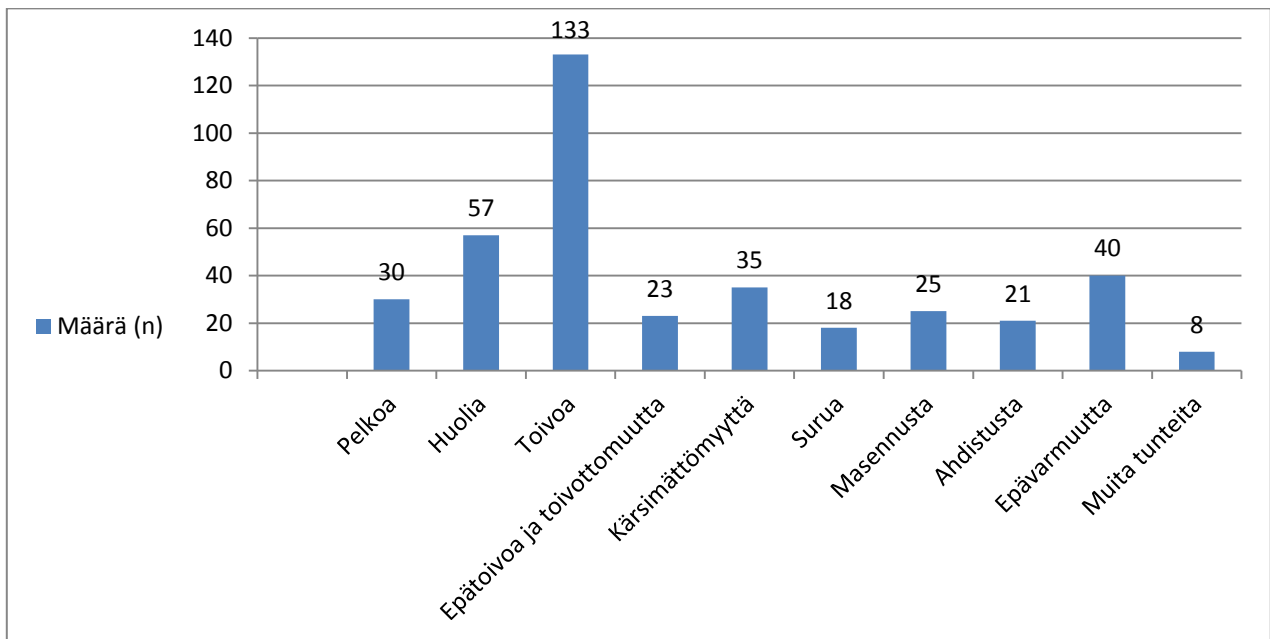
TAULUKKO 5. Väsymystä ja uupumusta paljon kokeneiden ja väsymystä ja uupumusta vähän tai ei lainkaan kokeneiden tiedon tarpeen keskiarvojen tilastollisesti merkitsevät erot summamuuttujien ja niiden sisäisten muuttujien osalta

	Väsymystä ja uupumusta paljon <sup>a</sup>		Väsymystä ja uupumusta vähän tai ei lainkaan <sup>a</sup>		p <sup>b</sup>
	Ka	SD	Ka	SD	
<b>Toiminnallinen summamuuttuja</b>					
Hoidon vaikutus kotijärjestelyihin	3.27	0.83	3.01	0.84	0.035*
<b>Kokemuksellinen summamuuttuja</b>					
Sairauden ja hoidon aiheuttamat tunteet	3.36	0.76	3.07	0.90	0.032*

<sup>a</sup> Väsymystä tai uupumusta paljon ja vähän tai ei lainkaan kokevien väliset erot testattu Mann Whitney U -testillä, <sup>b</sup> Tiedon osa-alueen muuttujien keskiarvojen \* p < 0.05; \*\* p < 0.0005 tilastollisesti merkitsevä ero kipua paljon ja vähän tai ei lainkaan kokevien välillä.

*Sairauteen liittyvät yleisimmät tunteet ja niiden yhteys tiedon tarpeeseen.* Sairauteen liittyvistä tunteista yleisimmin koettiin toivoa, jota ilmoitti tuntevansa paljon 59 % vastaajista (Kuva 4). Toivon ja polven nivelrikkoa koskevan ohjauksen välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $\chi^2(1)=11.68$ , p=0.001). Niistä, joita oli ohjattu nivelrikkoon liittyen 72 % (n=80) ja niistä, joita ei ollut ohjattu nivelrikkoon liittyen 49 % (n=49) tunsivat paljon toivoa. Toiseksi yleisin koettu sairauteen liittyvä tunne oli huolet, joita 25 % vastaajista ilmoitti tuntevansa paljon (Kuva 4). Huolien kokeminen oli tilastollisesti merkitsevästi riippuvainen peruskoulutuksesta ( $\chi^2(2)=7.30$ , p= 0.026) ja pitkäaikaissairauksista ( $\chi^2(1)=11.14$ , p=0.001). Ylioppilaista 39 % (n=13), keski- tai peruskoulun 31 % (n=21) ja kansankoulun käyneistä 19 % (n=22) tunsivat paljon sairauteen liittyviä huolia. Niistä, joilla oli muita pitkäaikaissairauksia 31 % (n=51) ja niistä, joilla ei ollut muita pitkäaikaissairauksia 9 % (n=5) koki paljon huolia. Surua ilmoitti tuntevansa 8 % vastaajista paljon ja se

oli vähiten koettu sairauksiin liittyvistä tunteista (Kuva 4). Muiksi koetuiksi tunteiksi ilmoitettiin muun muassa pelko vaivan pahenemisesta, tylsä olo liikkumaan kykenemättömyyden vuoksi, toive tekonivelleikkauksen onnistumisesta, ilo oireiden vähentymisestä, yksinäisyyttä ja pelkoa vammojen pahenemisesta.



KUVA 4. Tunteita paljon kokevien määrä.

Eri voimaannuttavien osa-alueiden tiedon tarpeen keskiarvot eivät vaihdelleet sairauteen liittyvän toivon kokemisen mukaan. Ne, jotka kokivat paljon toivoa, tarvitsivat enemmän tietoa sosiaalisyhteisöllisen tiedon osa-alueen läheisten tietoa ja tukea koskevista sisällöistä verrattuna niihin, jotka kokivat toivoa vähän tai ei lainkaan. Väittämäkohtaisesti enemmän toivoa kokevat tarvitsivat enemmän tietoa siitä, kenen kanssa voi keskustella sairauteen ja sen hoitoon liittyvistä tunteista, mikä on oma vastuu hoidon onnistumiseksi, miten itseä koskevat tiedot pysyvät salassa, keneltä läheiset saavat tietoa sairauteen ja sen hoitoon liittyen, miten läheiset voivat osallistua hoitoon, mistä saa halutessaan tukihenkilön terveystieteiden tutkimuksen jälkeen, kuntoutuksesta ja sen kustannuksista sekä lääkehoidon kustannuksista (Taulukko 6).

TAULUKKO 6. Toivoa paljon kokeneiden ja toivoa vähän tai ei lainkaan kokeneiden tiedon tarpeen keskiarvojen tilastollisesti merkitsevät erot summamuuttujien ja niiden sisäisten muuttujien osalta

	Toivoa paljon <sup>a</sup>		Toivoa vähän tai ei lainkaan <sup>a</sup>		p <sup>b</sup>
	Ka	SD	Ka	SD	
<b>Kokemuksellinen summamuuttuja</b>					
Keskustelumahdollisuus sairauteen ja hoitoon liittyvistä tunteista	3.40	0.79	3.07	0.95	0.014*
<b>Eettinen summamuuttuja</b>					
Oma vastuu hoidon onnistumiseksi	3.61	0.71	3.35	0.79	0.004**
Miten itseä koskevat tiedot pysyvät salassa	3.34	0.87	3.08	0.94	0.030*
<b>Sosiaalisyhteisöllinen summamuuttuja</b>					
Läheisten tietoa ja tukea koskeva summamuuttuja	3.46	0.72	3.12	0.89	0.006*
Keneltä läheiset saavat tietoa sairaudesta ja sen hoidosta	3.57	0.75	3.18	0.91	0.000**
Miten läheiset voivat osallistua hoitoon	3.35	0.86	3.04	0.94	0.015*
Tukihenkilön saatavuus terveystieteidenkäynnin jälkeen	3.40	0.76	3.10	0.94	0.027*
<b>Ekonominen summamuuttuja</b>					
Kuntoutus ja sen kustannukset	3.72	0.66	3.33	0.89	0.000**
Lääkehoidon kustannukset	3.59	0.71	3.24	0.99	0.009*

<sup>a</sup> Toivoa paljon ja vähän tai ei lainkaan kokevien väliset erot testattu Mann Whitney U -testillä, <sup>b</sup> Tiedon osa-alueiden muuttujien keskiarvojen \* p < 0.05; \*\* p < 0.0005 tilastollisesti merkitsevä ero kipua paljon ja vähän tai ei lainkaan kokevien välillä.

Nivelrikon itsehoidon tiedon tarpeen keskiarvot vaihtelivat tilastollisesti merkitsevästi sairauteen liittyvien huolien kokemisen mukaan. Ne jotka tunsivat paljon huolia, tarvitsivat enemmän tietoa liikuntaharjoittelusta, kivun hallinta- ja hoitokeinoista ja nivelvammojen ehkäisystä verrattuna niihin, jotka kokivat huolia vähän tai ei ollenkaan. Koetut huolet olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä myös korkeampaan tiedon haluun eri lähteistä. Ne, jotka tunsivat enemmän huolia, halusivat enemmän tietoa tukihenkilöltä, potilasjärjestöiltä ja puhelinneuvonnasta. Eri voimaannuttavien osa-alueiden tiedon tarpeen keskiarvot vaihtelivat sairauteen liittyvien huolien kokemisen mukaan: Ne, jotka tunsivat paljon huolia, kokivat tilastollisesti merkitsevästi enemmän

tiedon tarvetta sosiaalisyhteisölliseltä osa-alueelta, läheisten tietoa ja tukea koskevasta sisällöistä sekä eettiseltä osa-alueelta eri henkilöstöryhmien vastuuta koskevasta sisällöistä. Väittämäkohtaisesti enemmän huolta tuntevat tarvitsivat enemmän tietoa siitä, keneltä läheiset saavat tietoa sairauteen ja sen hoitoon liittyvissä asioissa, potilasjärjestöjen toiminnasta, miten eri hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden vastualueet on määritelty, kenelle itseä liittyviä tietoja annetaan, vakuutusasioista ja itselleen tehtävistä tutkimuksista (Taulukko 7).

TAULUKKO 7. Huolia paljon kokeneiden ja huolia vähän tai ei lainkaan kokeneiden tiedon tarpeen keskiarvojen tilastollisesti merkitsevät erot summamuuttujien ja niiden sisäisten muuttujien osalta

	Huolia paljon <sup>a</sup>		Huolia vähän tai ei lainkaan <sup>a</sup>		p <sup>b</sup>
	Ka	SD	Ka	SD	
<b>Itsehoidon tiedon tarve summamuuttuja</b>	3.54	0.62	3.19	0.63	0.000**
Liikuntaharjoittelu	3.51	0.77	3.25	0.83	0.044*
Kivun hallinta- ja hoitokeinot	3.70	0.51	3.28	0.77	0.001**
Nivelvammojen ehkäisy	3.52	0.76	3.31	0.75	0.045*
<b>Tiedon lähteet summamuuttuja</b>	3.21	0.71	2.94	0.73	0.041*
Tietoa tukihenkilöltä	3.12	0.91	2.74	0.96	0.037*
Tietoa potilasjärjestöiltä	2.97	0.91	2.56	0.93	0.038*
Tietoa puhelinneuvonnasta	2.70	1.12	2.26	0.98	0.044*
<b>Biofysiologinen summamuuttuja</b>					
Itselleen tehtävät tutkimukset	3.64	0.80	3.48	0.75	0.032*
<b>Sosiaalisyhteisöllinen summamuuttuja</b>	3.39	0.69	3.18	0.73	0.029*
Läheisten tietoa ja tukea koskeva summamuuttuja	3.50	0.72	3.23	0.85	0.033*
Keneltä läheiset saavat tietoa sairaudesta ja sen hoidosta	3.60	0.77	3.32	0.87	0.013*
Potilasjärjestöjen toiminta	3.29	0.92	3.14	0.79	0.018*
<b>Eettinen summamuuttuja</b>					
Henkilöstöryhmien vastuualueita koskeva summamuuttuja	3.41	0.67	3.21	0.73	0.044*
Miten henkilöstöryhmien vastuualueet määriteltä	3.33	0.88	3.03	0.95	0.038*
Kenelle itseä liittyviä tietoja annetaan	3.54	0.78	3.25	0.87	0.017*
<b>Ekonominen summamuuttuja</b>					
Vakuutusasiat	3.53	0.88	3.09	0.97	0.005*

<sup>a</sup> Huolia paljon ja vähän tai ei lainkaan kokevien väliset erot testattu Mann Whitney U -testillä, <sup>b</sup> Tiedon osa-alueiden summamuuttujien ja muuttujien keskiarvojen \* p < 0.05; \*\* p < 0.0005 tilastollisesti merkitsevä ero kipua paljon ja vähän tai ei lainkaan kokevien välillä.

## 7.5 Kyselylomakkeen luotettavuus

Nivelrikkopotilaiden ohjausta koskevia lisättyjen väittämien summamuuttujia ja SPTT - mittarin summamuuttujia arvioitiin käyttäen Cronbach alfa – kerrointa. Itsehoidon tiedon tarpeen summamuuttajan osalta se oli 0.84 ja tiedon lähteiden summamuuttujan osalta 0.78. SPTT - mittarin  $\alpha$  -kerroin oli 0.98 ja summamuuttujien osalta biofysiologisen 0.92, toiminnallisen 0.88, kokemuksellisen 0.84, eettisen 0.91, sosiaalisyhteisöllisen 0.86 ja ekonomisen 0.93

Nivelrikkospesifien lisättyjen väittämien summamuuttujat (itsehoidon tiedon tarve ja tiedon lähteet) ( $r=0.479$ ,  $p=0.000$ ) ja SPTT –mittarin summamuuttujat (biofysiologinen, toiminnallinen, kokemuksellinen, eettinen, sosiaalisyhteisöllinen ja ekonominen) ( $r=0.520-0.718$ ,  $p=0.000$ ) korreloivat tilastollisesti merkitsevästi keskenään. Myös kaikki kahdeksan summamuuttujaa korreloivat tilastollisesti merkitsevästi keskenään ( $r=0.369-0.718$ ,  $p=0.000$ ). Vahvin korrelaatio ( $r=0.718$ ) oli sosiaalisyhteisöllisen ja eettisen tiedon tarpeen summamuuttujan välillä. Kaikkien muiden muuttujien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ( $p=0.000$ ) korrelaatio, paitsi tiedon lähteitä koskevan summamuuttujan väittämien; haluaa tietoa terveystuvista ja haluaa tietoa sähköisistä ohjausmateriaalista ( $p=0.122$ ) välillä. Muiden muuttujien välillä korrelaatiot vaihtelivat pääosin kohtalaisesta ja voimakkaaseen ( $r=0.291-0.820$ ).

## **8 POHDINTA**

### **8.1 Tulosten tarkastelua**

Tämän pro gradu -tutkimuksen päätarkoituksena oli selvittää hiljattain JYTE:n terveyskeskuksissa diagnosoitujen polven nivelrikkopotilaiden tiedon tarpeita ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksen tulosten mukaan polven nivelrikkoa sairastavat vastaajat olivat pääasiassa eläkeläisiä, pitkäaikaissairaita ja naisia. Puolet vastaajista ilmoitti, että heitä oli ohjattu polven nivelrikkoon liittyen, ohjauksen pääasialliset toteuttajat olivat lääkärit ja fysioterapeutit. Eniten itsehoiton tiedon tarvetta koettiin kivun hallinnasta ja hoitokeinoista, vähiten laihduttamisesta. Tietoa haluttiin saada kasvokkain terveydenhuollon ammattilaisen kanssa ja osittain ryhmäohjauksessa, vähiten puhelinneuvonnassa.

Kaikkiaan koettu tiedon tarve oli suuri, eniten tiedon tarvetta oli biofysiologiselta voimaannuttavan tiedon osa-alueelta ja toiseksi eniten eettiseltä ja ekonomiselta osa-alueelta. Iäkkäämmät ja monisairaavat vastaajat kokivat eniten tiedon tarvetta sosiaalisyhteisölliseltä alueelta. Vähiten tiedon tarvetta koettiin toiminnalliselta osa-alueelta. Väittämäkohtaisesti eniten tiedon tarvetta koettiin hoitoon mahdollisesti liittyvistä komplikaatioista. Yleisimmät sairauteen liittyvät oireet olivat kipu ja väsymys tai uupumus, yleisimmät sairauteen liittyvät tunteet taas toivo ja huolet. Nivelrikkoon liittyen ohjatut vastaajat kokivat enemmän toivoa, kun ei-ohjatut vastaajat. Kaikista taustamuuttujista eniten yhteydessä erityyppisiin tiedon tarpeisiin olivat vastaajien kokemat oireet, kipu ja huolet. Ohjauksen osalta vastaajia ohjanneiden ammattihenkilöiden määrä ei ollut yhteydessä koettuun tiedon tarpeeseen.

#### **8.1.1 Vastaajien taustatekijät**

Se, että vastaajat olivat iäkkäitä, johtuu polven nivelrikon yleisyydestä nimenomaan iäkkäiden keskuudessa (Riihimäki ym. 2002; Zhang & Jordan 2010). Vastaajien korkea ikä voi osaltaan



selittää muiden pitkäaikaissairauksien korkeaa määrää. Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös todettu nivelrikon olevan yleisempää naisilla kuin miehillä (Riihimäki ym. 2002; Zhang & Jordan 2010). Polven nivelrikkopotilaiden ohjauksen menetelmiä ja hoitokeinoja kehittäessä onkin syytä ottaa huomioon erityisesti vastaajien ikä ja muut pitkäaikaissairaudet sekä niiden mahdolliset vaikutukset.

Noin puolta (51 %) vastaajista oli ohjattu polven nivelrikkoon liittyen, joten tulos on parempi, kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa 12–23 % (Victor ym; 2004) tai 13–17 % (Broadbent ym. 2008) nivelrikkopotilaista oli saanut ohjausta. Tulokset ovat kuitenkin huolestuttavia, sillä potilasohjausta tulisi tarjota kaikille nivelrikkopotilaille (Osteoarthritis 2008). Tässä tutkimuksessa ammattikoulutuksen suorittaneet saivat paremmin ohjausta, kuin ne, joilla ei ollut ammattikoulutusta. Aikaisempien tutkimusten mukaan paremmin nivelrikkoa koskevaa ohjausta ovat saaneet iältään vanhemmat ja naispotilaat, sekä hoidon laatu on ollut parempaa vaikea-asteisempaa nivelrikkoa sairastavilla (Broadbent ym. 2008). Ohjausta on tärkeä tarjota jatkossa nivelrikon diagnosoimisen alkuvaiheessa kaikille huolimatta heidän koulutuksestaan, iästään, sukupuolestaan tai nivelrikon asteesta.

Ohjauksen toteuttajina lääkärit ja fysioterapeutit ovat tulleet esille myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Schoo ym. 2005; Hurley ym. 2007; Rosemann ym. 2007; Vuorma ym. 2007; Coleman ym. 2008; de Jong ym. 2008; Bezalel ym. 2010; Hansson ym. 2010; Mendelson ym. 2011; Coleman ym. 2012; Feinglass ym. 2012; Marra ym. 2012; McHugh ym. 2012). Tämä tutkimustulos voisi mahdollisesti kertoa siitä, että ohjausta olisi vastuutettu kyseisille ammattiryhmille. Käypä hoito-suosituksen mukaan ohjausta voivat antaa ne terveydenalan ammattihenkilöt, joilla on riittävä tietämys sairaudesta ja potilasohjauksesta (Polvi- ja lonkka nivelrikko 2012). Suomalaisen tutkimuksen mukaan noin puolta polven tai lonkan nivelrikkoa sairastavista oli fysioterapeutti ohjannut sairauden vuoksi (Vuorma ym. 2007). Fysioterapeuteilla on erityisesti taitoa ohjata potilaille liikuntaharjoittelua, erilaisia kivun hallinta- ja hoitokeinoja (Dziedzic ym. 2009), terapeutista harjoittelua, apuvälineiden käyttöä, fysikaalista terapiaa ja tarvittaessa laihduttamista sekä painonhallintaa (Kettunen ym. 2013). Vuorma ym. (2007) tutkimuksen mukaan nivelrikon vuoksi tehtyjä lääkärin vastaanottokäyntejä vuoden aikana oli ollut miltei puolella polvi- ja lonkkanivelrikkopotilaista (Vuorma ym. 2007). Siitä voisi päätellä, että polven nivelrikkopotilaat tapaavat lääkäriä melko usein ja tapaamisen yhteydessä olisi mahdollista ohjata potilasta. Koska puolet

potilaista jää vaille ohjausta, pitäisi ohjausta tehostaa. Myös muita ammattihenkilöitä voisi osallistaa ohjaukseen, sillä esimerkiksi painonhallintaa koskeva elintapaohjaus kuuluu kaikille ammattiryhmille. Ohjaukseen voisi osallistaa lisäksi esimerkiksi sairaanhoitajia, toimintaterapeutteja, ravitsemusasiantuntijoita tai farmaseutteja, kuten nivelrikkopotilaiden ohjausta koskevissa aikaisemmissa tutkimuksissa (Buszewicz ym. 2006; Rosemann ym. 2007; Axford ym. 2008; Coleman ym. 2008; Yip ym. 2008; Hansson ym. 2010; Shin & Kolanowski 2010; Mendelson ym. 2011; Coleman ym. 2012; Marra ym. 2012).

### **8.1.2 Itsehoidon tiedon tarve, tiedon lähteet ja voimaannuttavan tiedon tarve**

Polven nivelrikon itsehoidon suurin tiedon tarve liittyi kivun hallintaan ja hoitokeinoihin ja nivelvammojen ehkäisyyn. Myös liikuntaharjoitteluun liittyvä tiedon tarve oli melko suuri. Laihduttamisesta haluttiin tietää vähiten. Vastaava tiedon tarpeen sisällöllinen järjestys on havaittu aikaisemminkin (Neville 1999; McHugh ym. 2012). Suuri tiedon tarve koskien kivun hallintaa ja hoitokeinoja voi johtua siitä, että kipu on polven nivelrikon yleisin oire (Pohjalainen 2012). Naiset kokivat miehiä enemmän tiedon tarvetta liikuntaharjoittelusta, kivun hallinta- ja hoitokeinoista sekä laihduttamisesta, mistä voisi päätellä aiheiden kiinnostavan naisia enemmän. Nivelvammojen ehkäisyä koskevia tiedon tarpeita ei ole aikaisemmin selvitetty, mutta aihealuetta koskeva tietous on todettu nivelrikkopotilailla vähäiseksi (Hill & Bird 2007). Tämän ja Hill & Bird (2007) tutkimusten perusteella nivelvammojen ehkäisyn keinoja koskeva tieto olisi potilaalle tärkeää. Itsehoidon ohjauksessa tulee lisäksi tarjota tietoa myös erityisesti kivun hallinta- ja hoitokeinoista, liikuntaharjoittelusta sekä tarvittaessa laihduttamisesta.

Tässä tutkimuksessa kasvokkain tapahtuva tiedon saanti korostui. Aikaisemmissa tutkimuksissa on sen sijaan korostunut kirjallinen tieto ja vasta sen jälkeen vastaanottokäynnillä saatava tieto (Neville ym. 1999; Meesters ym. 2011). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan eniten tietoa haluttiin terveydenhuollon ammattilaiselta ja toiseksi eniten nivelrikkoa sairastavien ryhmäohjauksesta. Tämä tutkimuksen tulos voisi kertoa siitä, että polven nivelrikkopotilaat ovat valmiita myös ryhmäohjausmuodolle. Näyttää siltä, että potilaalle on ohjauksessa tärkeää ammattilaisen kohtaaminen. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan kysytty, haluttiinko ohjausta saada kirjallisen mate-

riaalin välityksellä. Kirjallinen ohjaus on nivelrikkopotilaiden kohdalla osoittautunut kuitenkin hyödylliseksi aikaisemmissa tutkimuksissa (Schoo ym. 2005; Sperber ym. 2012). Suosituksissa mainitaan, että kirjallisia oppaita voidaan käyttää ohjauksen lisänä (Polvi- ja Lonkkanivelrikko 2012; Kettunen ym. 2013). Tämän ja aikaisemman tutkimuksen sekä suositusten perusteella voisi siis päätellä, että ammattilaisen tai vertaistuen välityksellä tarjottavan ohjauksen ohessa kannattaa tarjota polven nivelrikkopotilaille myös kirjallista materiaalia tai käyttää sitä ohjauksen apuna.

Vähiten tietoa haluttiin saada puhelinneuvonnasta. Vaikka aikaisemman tutkimuksien valossa puhelinneuvonnan on arveltu olevan lupaava ja mahdollisesti vaikuttava itsehoidon tukemisen keino (March ym. 2010). Tämän tutkimuksen perusteella vaikuttaisi, ettei puhelinohjaus ole polven nivelrikkopotilaiden näkökulmasta halutuimpia ohjauksen menetelmiä, mikä on tullut esille myös aikaisemmassa nivelreumapotilaiden tutkimuksessa (Meesters ym. 2011). Ohjauksen suhteen on todettu, että yksi menetelmä ei välttämättä sovi kaikille (March ym. 2010). Siten jatkossa kasvokkain tapahtuvan ohjauksen lisäksi, voisi olla hyvä tarjota tarvittavan tiedon lähteiksi erilaisia vaihtoehtoja, joista potilas voisi itse valita hänelle parhaiten sopivan vaihtoehdon.

Kaikkiaan voimaannuttavaa tiedon tarvetta koskevien väittämien osalta tiedon tarve oli suuri. Aikaisemmissa SPTT –mittaria käyttäneissä tutkimuksissa tiedon tarpeen keskiarvo on kertonut myös merkittävästä tiedon tarpeesta sairaalassa asioineilla kirurgisilla - (Heikkinen ym. 2007; Rankkinen ym. 2007), dialyysi- (Rantanen ym. 2008) ja tahdistinpotilailla (Lönnberg & Koivunen 2011). Myös nivelrikkopotilaiden tiedon tarvetta koskevat aikaisemmat tutkimukset ovat tuoneet esiin potilaiden suurta tiedon tarvetta (Victor ym. 2004; Rosemann ym. 2006; Vuorma ym. 2007; McHugh ym. 2010) erityisesti heti diagnoosin jälkeen (Mann & Goobermann-Hill 2011). Tämän tutkimuksen mukaan tiedon tarpeen osa-alueista korostuivat biofysiologinen, eettinen ja ekonominen. Aiempien sairaalapotilaille suunnattujen tutkimusten mukaan tiedon saannissa on korostunut biofysiologinen ja toiminnallinen osa-alue (Eloranta & Nygren s.a.; Heikkinen ym. 2007; Rankkinen ym. 2007; Rantanen ym. 2008, Lönnberg & Koivunen 2011). Polven nivelrikkopotilaiden kohdalla yhtenäistä sairaalapotilaiden tiedon tarpeen kanssa oli se, että eniten tiedon tarvetta koettiin biofysiologiselta tiedon osa-alueelta. Niistä poikkeavaa oli taas se, että tiedon tarvetta vähiten koettiin toiminnalliselta osa-alueelta. Polven nivelrikkopotilaiden ohjauksessa tulisi sairauden oireita, hoitoa ja tutkimuksia koskevan tiedon tarjoamisen lisäksi kiinnittää

huomiota myös esimerkiksi potilaan oikeuksia, vastuuta, kustannuksia ja etuuksia koskevan tiedon tarjoamiseen.

Biofysiologisen tiedon tarve oli suurta erityisesti eläkeläisillä. Kaikkiaan eniten tietoa haluttiin koskien nivelrikon hoitoa ja oireita, joista suositusten mukaan tietoa tulisi juuri tarjota (Birrell & Oliver 2010; Osteoarthritis 2008). Myös aiemmat tutkimukset reuma- ja sairaalapotilaiden kohdalla ovat osoittaneet enemmän tiedon tarvetta sairauteen ja sen hoitoon liittyen (Meesters ym. 2011; Suhonen 2005). Nivelrikkopotilaiden kohdalla jopa yli 90 % polven nivelrikkopotilaista on osoittanut mielenkiintoa oppia sairauden hoidosta (Neville ym. 1999). Tässä tutkimuksessa oireita koskien koettiin enemmän tiedon tarvetta siitä, milloin tulee oireiden pahetessa ottaa yhteyttä hoitopaikkaan, kuin sairauteen liittyvistä oireista. Rosemann ym. (2006) tutkimuksen mukaan nivelrikkopotilaat tarvitsevat oirekohtaista tietoa yksilöllisesti kivusta ja toimintakyvystä (Rosemann ym. 2006). Oireista kertomisen yhteydessä voisi jatkossa tarjota tietoa myös siitä, milloin ja mihin hoitopaikkaan tulisi ottaa yhteyttä oireiden pahentuessa. Lisäksi olisi myös syytä ohjata yksilöllisesti, mitä potilas itse voi tehdä oireiden pahentuessa.

Eettiseltä osa-alueelta eniten tiedon tarvetta koettiin osallistumista ja oikeuksia koskevissa asioissa. Väittämäkohtaisesti painottuivat omien toiveiden kuulluksi tuleminen, oma vastuu hoidon onnistumisessa ja osallistuminen hoitoa koskevaan päätöksen tekoon. Neville ym. (1999) tutkimuksen mukaan nivelrikkopotilaista melko moni on halunnut tietoa potilas-lääkäri-viestinnän edistämisestä ja tavoista kehittää omaa riippumattomuutta (Neville ym. 1999), mitkä voisivat olla keinoja kuulluksi tulemiseen ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon osallistumiseen. Poirtas ym. (2010) suosituksen mukaan polven nivelrikkopotilaita voisi ohjauksessa rohkaista aktiivisesti osallistumaan sairautensa hallintaan, kysyä heidän toiveitaan hoidon suhteen ja arvioida sitoutumista hoitosuunnitelmaan (Poirtas ym. 2010). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) mainitaan, että tietoa tulee antaa potilaan osallisuutta korostaen (17.8.1992/785). Aikaisemman tutkimuksen mukaan yli 80 % lonkan ja polven nivelrikkoa sairastavista oli kokenut osallistuneensa päätöksentekoon ja hoidon hallintaan (McHugh ym. 2012), mikä ei tässä tutkimuksessa vaikuttanut toteutuvan. Polven nivelrikkopotilaiden ohjauksessa olisikin tärkeää kuunnella potilasta ja osallistaa häntä sairauden itsehoitoon tarjoamalla tietoa siitä, mikä on hänen oma vastuunsa kotona toteutettavan itsehoidon suhteen.

Ekonomisen tiedon osa-alueelta väittämäkohtaisesti eniten koettiin tiedon tarvetta kuntoutuksesta ja sen kustannuksista sekä lääkehoidon kustannuksista. Naiset tarvitsivat miehiä enemmän tietoa sairauspäivärahoista, kuntoutuksesta ja sopeutumisvalmennuskursseista sekä niiden kustannuksista. Korkea tiedon tarve lääkehoidon kustannuksista voi hyvinkin johtua siitä, että puolet hiljattain diagnosoiduista polven nivelrikkopotilaista on aloittanut jonkun lääkehoidon (Grindrod ym. 2010). Nivelrikkopotilaiden potilasohjauksessa tulisikin aina huomioida myös hoidon mahdolliset kustannukset ja etuudet. Naiset vaikuttaisivat olevan kiinnostuneempia kuntoutuksesta, kursseista, eduista ja kustannuksista.

Sosiaalisyhteisölliseltä tiedon osa-alueelta tässä tutkimuksessa esiin nousutta läheisten tietoa ja tukea koskevaa tiedon tarvetta ei ole aikaisemmin tutkittu nivelrikkopotilaiden kohdalla. Muuta sosiaalista tukea koskevaa tiedon tarvetta on havaittu aikaisemmissa tutkimuksissa (Neville ym. 1999; Mann & Goberman-Hill 2011; Victor ym. 2004). Ohjauksessa tulisi aina huomioida tiedon tarpeeseen vaikuttavia sosiaalisia tekijöitä (Birell & Oliver 2010). Tässä tutkimuksessa tiedon tarve sosiaalisyhteisölliseltä osa-alueelta vaihteli iän ja muiden pitkäaikaissairauksien mukaan. Siitä voisi päätellä, että iäkkäämpien ja monisairaiden polven nivelrikkopotilaiden ohjauksessa voisi huomioida sosiaalisyhteisöllisen osa-alueen tarjoamalla heille tietoa läheisten hoitoon osallistumismahdollisuuksista, eri terveydenhuollon ammattilaisten tehtävistä ja muusta paikallisesta tarjottavasta sosiaalisesta tuesta ja hoitopaikoista. Erityisesti iäkkäille voisi tarjota ohjausta, johon myös läheisen tai omaisen on mahdollisuus osallistua. Nikkolan (2013) väitöskirjatutkimuksen mukaan terveydenhuoltohenkilökunnan olisi osattava ohjata erityisesti iäkästä polven nivelrikkoa sairastavaa potilasta ja hänen läheistään tai omaistaan kuljetuspalvelujen käyttöön sekä muihin sosiaalipalveluihin ja niiden saamiseen liittyvissä asioissa (Nikkola 2013).

Kokemukselliselta tiedon osa-alueelta tämän tutkimuksen mukaan polven nivelrikkopotilailla olisi tarvetta keskustella sairauden ja sen hoidon herättämistä tunteista jonkun ammattihenkilön kanssa. Erityisesti negatiivisten tunteiden kanssa selviytymistä koskevaa ohjausta on sisällynyt nivelrikkopotilaiden ohjaukseen (Martire ym. 2007; Coleman ym. 2008; Loring ym. 2008; Coleman ym. 2012). Mahdolliset negatiiviset tunteet olisi hyvä siis selvittää ja tarjota mahdollisuus niistä keskustelemiseen. Myös kokemukset mahdollisista aikaisemmista terveyskeskuskäynneistä on syytä huomioida ohjauksessa vaikka kysyen, miten potilas on aikaisemmat hoitokäynnit ja ohjauksen niissä kokenut.

Tämän tutkimuksen mukaan polven nivelrikkopotilaat halusivat vähiten tietoa toiminnalliselta tiedon osa-alueelta. Tässä tuloksessa tulee kuitenkin huomioida se, että toiminnalliselta osa-alueelta peseytymistä ja erityistoimintaa koskeva tiedon tarve oli vähäisempää. Osa-alueella tiedon tarve painottui liikunnan laatuun, levon määrään ja apuvälineisiin, jotka voivat olla polven nivelrikon konservatiivisen hoidon osa-alueita (Liikunta 2012; Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012). Levon määrää tai sopivaa liikuntalajia koskevaa tiedon tarvetta ei ollut aikaisemmissa tutkimuksissa tutkittu. Mann & Coopermannhill (2011) tutkimuksessa nivelrikkopotilaat ovat tuoneet esiin apuvälineisiin liittyvää tiedon tarvetta. Tässä tutkimuksessa suuri osa (80 %) vastaajista tarvitsi tietoa siitä, mistä saa tarvittavia hoidon apuvälineitä. Nikkola (2013) väitöskirjatutkimuksen mukaan polven nivelrikkopotilaat eivät tiedä apuvälineistä ja niiden käytöstä tai siitä, että heillä on oikeus saada niitä käyttöönsä maksutta. Apuvälineiden saantia tulisikin helpottaa ja tarjota siihen erilaisia vaihtoehtoja (Nikkola 2013). Polven nivelrikon itsehoidon keinot kuuluvat melko pitkälti toiminnallisen osa-alueeseen ja siksi erityisesti sopivasta oikean tyyppisestä liikunnasta, levon määrästä ja apuvälineiden saatavuudesta olisi hyvä tarjota tietoa.

Väittämäkohtaisesti tässä tutkimuksessa polven nivelrikkopotilaiden tiedon tarpeina korostuvat mahdolliset hoidon komplikaatiot ja niiden estäminen. Aikaisemmin on todettu, että nivelrikkopotilaat käyttävät yleisimmin tulehduskipulääkkeitä (Vuorma ym. 2007; Grindrod ym. 2010) ja nimenomaan tulehduskipulääkkeiden käyttöön liittyy riskejä (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012). Monet polven nivelrikkopotilaista ovat luulleet liikunnan mahdollisesti pahentavan nivelrikkoa (Poitras ym. 2010). Tietoa tulisi tarjota niin toivottuun, kuin ei-toivottuun käyttäytymiseen mahdollisesti liittyvistä haitoista (Abraham & Michie 2008). Komplikaatiota koskeva tiedon tarve voi kertoa siitä, että polven nivelrikkopotilaat tietävät mahdollisia komplikaatioita olevan, mutta ne ovat heille epäselviä asioita. Eri nivelrikon hoidon muotoihin liittyvistä mahdollisista komplikaatioista ja niiden estämisestä siis tulisi antaa tietoa polven nivelrikkopotilaiden ohjauksessa.

### **8.1.3 Yleisimmät sairauteen liittyvät oireet ja tunteet sekä niiden yhteys koettuun tiedon tarpeeseen**

Tässä tutkimuksesta sairauteen liittyvistä oireista koettiin eniten kipua, joka onkin polven nivelriikon yleisin oire (Pohjalainen 2012). Toiseksi yleisin koettu sairauteen liittyvä oire oli väsymys tai uupumus. Kipua, väsymystä ja uupumusta kokivat enemmän muita pitkäaikaissairauksia sairastavat potilaat, verrattuna vain polven nivelrikkoa sairastaviin. Voi siis olla mahdollista, että muutkin pitkäaikaissairaudet olivat osaltaan aiheuttaneet kipua ja väsymystä tai uupumusta, kuin polven nivelrikko. Kipu ja väsymys tai uupumus olivat riippuvaisia toistaan. Väsymyksen on havaittu olevan yhteydessä enempää kivun kokemiseen myös Somers ym. (2009) tutkimuksessa (Somers ym. 2009). Smith ym. (2009) taas ovat todenneet nivelriikon päivittäisten kipujen aiheuttavan unen häiriintymistä ja unen häiriintyminen voi mahdollisesti vaikuttaa erilaisten mekanismien kautta päivittäisen kivun kokemiseen (Smith ym. 2009). Oireiden aiheuttamiin mahdollisiin lisäoireisiin tulee siis kiinnittää huomiota ohjauksessa. Aikaisempien tutkimusten perusteella on havaittu monen nivelrikkopotilaan tuoneen esiin tiedon tarvetta kivun (Neville 1999; McHugh ym. 2012) ja uupumuksen (Neville 1999) hallinnasta. Kivun lisäksi myös uupumus ja väsymys hoitokeinoineen olisi niiden yleisyyden vuoksi hyvä huomioida itsehoidon ohjauksessa, sillä Smith ym. (2009) tutkimuksen mukaan kipu ja unen häiriintyminen voivat vaikuttaa mielialaan (Smith ym. 2009). Mikäli nivelriikon lisäksi on muita pitkäaikaissairauksia, tulee ne myös huomioida kivun ja väsymyksen tai uupumisen mahdollisina aiheuttajina.

Tämän tutkimuksen mukaan koetut oireet kokonaisuudessaan ja erityisesti kipu nousivat esiin laajimmin eri alueita koskevaan tiedon tarpeeseen vaikuttavina tekijöinä. Aiemmin myös Neville ym. (1999) tutkimuksen mukaan koettu kipu on ennustanut parhaiten oppimisen tarvetta tautikohtaisista asioista. Oppimisen tarpeita voidaan siis ennakoida kivun asteen ja toimintakyvyn arvioiden avulla (Neville ym. 1999). Rosemann ym. (2006) tutkimus on osoittanut, että nivelrikkopotilaiden kipu jää ammattilaisilta liian vähälle huomiolle (Rosemann ym. 2006). Kivun kanssa elävät polven nivelrikkopotilaat ovat tienneet vähemmän nivelrikosta, kuin kipuja vähemmän kokevat (Axford ym. 2008). Tämä herättää ajatuksen siitä, voisiko kivun kokemista vähentää antamalla tehostetummin tietoa kipuileville polven nivelrikkopotilaille. Kivun ja muiden oireiden esiin-

tymistä olisi siis hyvä aktiivisesti selvittää ja paneutua niiden aiheuttamaan tiedon tarpeen lisääntymiseen.

Sairauteen liittyvistä tunteista korostui toivo. Aikaisempia tutkimuksia, koskien huolien tai toivon yhteyttä tiedon tarpeeseen, ei löytynyt. Tämän tutkimuksen mukaan ne vastaajat, joita oli ohjattu nivelrikkoon liittyen, kokivat enemmän toivoa ei-ohjattuihin vastaajiin verrattuna. Tämä herättää kysymyksen siitä, onko ohjauksella ollut mahdollista vaikutusta potilaiden kokemaan toivoon. Toiseksi yleisin koettu tunne oli huolet. Neville ym. (1999) ovat tutkineet nivelsairaiden potilaiden kokemia huolia ja niistä suurin osa on liittynyt sairauden pahenemiseen, sairauden kroonisuu-teen, terveydenhuollon säästöihin, tulevaisuuteen ja sairauden hallintaan. Yli puolelle huolia on aiheuttanut myös kivun kanssa pärjääminen, väsymys, toimintakyvyttömyys ja sivuvaikutukset (Neville ym. 1999). Sairauteen liittyvät huolet olivat riippuvaisia muista pitkäaikaissairauksista. Muut pitkäaikaissairaudet ovat siis voineet lisätä vastaajien huolia. Sairauteen liittyviä huolia kokevilla painottuivat tiedon tarpeissa erityisesti sosiaalisyhteisöllisen osa-alueen tiedon tarpeet. He tarvitsevat tietoa niin läheisten, kun muidenkin tarjoamasta tuesta.

## 8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tässä tutkimuksessa käytettiin Sairaalapotilaan tiedon tarve -mittaria. Aiempien tutkimusten mukaan SPTT -mittarin alfa-arvo on ollut korkea, sen vaihdellessa välillä 0.90–0.93 (Liite 4). Tässä tutkimuksessa SPTT -mittarin  $\alpha$  -kerroin oli 0.98, se on aikaisempia tutkimuksia (Heikkinen ym. 2007; Rankinen ym. 2007; Rantanen ym. 2008) korkeampi. Koko kyselylomaketta voidaan, erityisesti SPTT -mittarin väittämien kohdalla, pitää reliabelina, sillä yli 0.60 alfan arvot kertovat hyvästä reliabiliteetista (Metsämuuronen 2005, 464). Mittarin pituus lisää luotettavuutta ja vastausvaihtoehtojen leveä skaala lisää varianssia eli reliabiliteettia (Metsämuuronen 2005, 70). Tämä kyselylomake oli pitkä, sillä se sisälsi yhteensä 79 kysymystä tai väittämää vastausvaihtoehtoineen. Muiden, kuin taustamuuttujien kohdalla, reliabiliteettia lisäävänä tekijänä voidaan pitää alun perin viisiluokkaista Likertin asteikkoa.



SPTT -mittarin sisäistä validiteettia on arvioitu sisällön validiteetilla teoreettisen kirjallisuuden ja asiantuntijapaneelin pohjalta (Heikkinen ym. 2007; Rankinen ym. 2007). Lisätyt polven nivelriikon itsehoitoa koskevat väittämät muotoiltiin Käypä hoito -suosituksen, paikallisten tiedonlähteiden ja kirjallisuuden pohjalta. Saatua ohjausta kartoittava kysymys ja itsehoidon sisältöjä koskevaa tiedon tarvetta kartoittavan kysymyksen väittämien sisällöt valikoitiin Käypä hoito -suosituksesta (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012). Haluttuja tiedon lähteitä kartoittavan kysymyksen väittämät valikoitiin ohjausta koskevan kirjallisuuden (mm. Vänskä ym. 2011) ja perusterveydenhuollossa käytettävien omahoidon tuen menetelmien (Koikkalainen ym. 2011) perusteella.

Lisättyjen nivelrikkopotilaiden hoitoa koskevista kysymyksistä heräsi jälkepäin ajatuksia, miten niitä olisi voinut käsitteellisesti muotoilla paremmin validiteetin lisäämiseksi tai lisätä vielä joitakin kysymyksiä. Itsehoitoon liittyvän tiedon tarpeen kohdalla olisi ollut oleellista kysyä myös vastaajien pituutta ja painoa, mikä olisi mahdollistanut laihduttamiseen liittyvää tiedon tarpeen yhteyden tarkastelemista painoindeksiin. Toisena vaihtoehtona olisi laihduttamista koskevaan väittämään voinut yhdistää ruokavalion tai käyttää laihduttamisen sijaan termiä painonhallintaa, joka on terminä laihduttamista laajempi. Yhdeksi taustakysymykseksi olisi voinut vielä lisätä kysymyksen koskien vastaajien liikunta-aktiivisuutta, mikä olisi mahdollistanut liikunta-aktiivisuuden yhteyden tarkastelemisen suhteessa koettuun tiedon tarpeeseen. Kyselylomakkeeseen olisi voinut siinä olleiden oireita ja tunteita kartoittavien väittämien lisäksi lisätä nimenomaan nivelrikkopotilaille tyypillisiä oireita kartoittavia väittämiä. Tämä olisi mahdollistanut nivelriikon aiheuttamien oireiden yhteyden tarkastelun tiedon tarpeeseen.

Postikysely valittiin aineistonkeruutavaksi sen nopeuden ja vaivattomuuden vuoksi. Vastaanotto-ikäntien yhteydessä täytettävien lomakkeiden keruussa olisi voinut kulua paljon aikaa ja se olisi vaatinut aktiivisuutta terveyskeskuksien henkilökunnalta. Aineiston keruu sähköisellä lomakkeella olisi voinut olla myös nopeaa, mutta sen toteutumista hankaloittivat käytännön vaikeudet. Tutkimuksen ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, miten yleistettävissä tutkimus on ja, missä ryhmässä (Metsämuuronen 2005, 65). Tutkimuksen ulkoista validiteettia voi heikentää se, että kyselyyn vastasi vain yli puolet niistä, joille kysely lähetettiin. Vastaajien ikärakenne ja muut pitkäaikaissairaudet ovat voineet osaltaan vaikuttaa vastausaktiivisuuteen. Hirsjärvi (2009, 196) mukaan postikyselyiden suurimpana ongelmana on kato. Valikoimattomalle joukolle lähetettyjen kirjeiden vastausprosentti voi jäädä 30–40 %:n, kohdistetulle joukolle lähetettyjen kyselyiden

vastausprosentti saattaa olla korkeampi. Uusintakysely toistetaan yleensä kaksi kertaa, jolloin vastausprosentti voi nousta 70–80 %:n (Hirsjärvi 2009, 196). Ensimmäisellä kyselykierroksella vastauksia polven nivelrikkopotilailta saatiin 173, jolloin vastausprosentti olisi jäänyt 42:een. Uusintakyselyn avulla vastausprosentti nousi 60.7:ään, minkä voi katsoa postikyselyssä hyväksi.

Huomioitavaa vastaajien joukossa oli se, että 8 vastaajaa (2 % kaikista, joille kysely lähetettiin) ilmoitti, ettei heillä ole polven nivelrikkoa tai polvessa on jotain muuta vaivaa, kuten reumaa. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa, jossa aineistoon valittiin polven ja lonkan nivelrikon diagnoosin saaneita lääkärillä käyntien mukaan, oli mukana potilaita, jotka eivät tienneet diagnoosistaan (Mann & Coopermannhill 2011; McHugh ym. 2012). McHugh ym. (2012) tutkimuksen mukaan 21 % vastaajista ilmoitti, etteivät he ole saaneet nivelrikko-diagnoosia (McHugh ym. 2012). Nämä seikat tutkimusaineistoissa herättivät kysymyksen siitä, olivatko potilaat saaneet lääkäriltä tietoa diagnoosista, vaikka se olisikin tehty tai, oliko diagnoosi kuitenkin ollut täysin varma. Polven nivelrikon diagnosointi voi olla vaikeaa oireiden ajallisen vaihtelevuuden, erilaisten diagnostisten tutkimusten ja määritelmien vuoksi. Näyttäisi tässä tutkimuksessa, että ei-diagnosoituja potilaita oli jostain syystä jäänyt tutkimusjoukkoon. Polvessa on voinut olla nivelrikon lisäksi muutakin sairautta, jolloin nivelrikko ei ole välttämättä ollut se, josta ensisijaisesti on tarjottu tietoa. On myös mahdollista, että joillakin nivelrikko on ollut vasta alkava tai asteeltaan hyvin vähäinen. Ajallinen oireiden vaihtelevuus on voinut vaikeuttaa myös diagnoosihetken tulkintaa, mikä mahdollistaa sen, että vastaajien joukossa on jo enne vuonna 2012 polven nivelrikon diagnoosin saaneita. On myös mahdollista, että toisessa polvessa nivelrikko on diagnosoitu jo ennen vuotta 2012, mikäli nivelrikkoa on ollut molemmissa povissa.

### **8.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset**

Tarvittavat tutkimusluvut hankittiin Jyväskylän Sosiaali- ja terveystalvvelukeskuksen vastuualuejohtajalta ja eettinen ennakoarvointi tehtiin haettaessa tutkimukselle lupaa Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin eettiseltä toimikunnalta osana suurempaa tutkimuskokonaisuutta. Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin eettinen toimikunta on antanut tutkimukselle puoltavan lausunnon kesäkuussa 2012. Tutkimuslupa saatiin Jyväskylän Sosiaali- ja terveystalvvelukeskuksen johtajal-

ta 7.11.2012. Lähetettyjen kyselylomakkeiden saatekirjeessä (liite 2) informoitiin, millä perustein kyselyt on lähetetty ja siitä, että kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista, siihen on mahdollisuus jättää vastaamatta ja että aineisto käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksessa noudatettiin rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Eri vaiheissa käytettiin tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa sitouduttiin noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2012).

Tuloksia julkaistaessa käytettiin avointa ja vastuullista tiedeviestintää. Kaikki muut merkittävät tulokset raportoitiin, paitsi poikkeuksena asuinpaikkakunta-kohtaiset eroavaisuudet tiedon tarpeen keskiarvoissa. Tuloksia ei raportoitu, sillä mukana oli pieniä paikkakuntia, mikä olisi voinut tehdä tulosten raportoinnista leimaavaa. Tutkimus suunniteltiin ja raportoitiin huolellisesti sekä siinä syntyneet tietoaineistot tallennettiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla Keski-Suomen keskussairaalan tutkimusmateriaalisivustolle Arkkiin. Kyselylomakkeet olivat lukollisessa huoneessa ja ne hävitetään tutkimuksen päätyttyä. Kyselylomakkein kerätty tutkimusaineisto oli ainoastaan tutkimuskäytössä, eikä siitä ole tunnistettavissa vastaajia. Kerätty tutkimusaineisto luokiteltiin koodeilla, jolloin yksittäisen potilaan tiedot eivät tulleet näkyviin missään vaiheessa, eikä potilaita voitu niistä tunnistaa.

#### **8.4 Tutkimuksen hyödyntäminen**

Nivelrikon epidemiologia huomioiden sairauden itsehoidon tarve on ilmeinen. Ohjauksen ja tiedon tarjoamisen keinoin on mahdollista vaikuttaa itsehoitoon. Onnistuneen itsehoidon keinoin taas potilaat voivat hallita oireita. Ohjauksen pitäisi lähteä potilaan tiedon tarpeesta välittömästi polven nivelrikon oireiden ilmaannuttua. Terveyskeskuksessa tarjottavalla tehokkaalla konservatiivisella hoidolla ja ohjauksella voidaan saada aikaan suuria kustannussäästöjä, mikäli parantuneen itsehoidon ansiosta polven nivelrikkopotilaat ovat vähemmän riippuvaisia terveydenhuollon palveluista. Kustannuksiltaan suuria erikoissairaanhoidon palveluiden tarvetta voitaisiin ainakin viivyttää. Myös Oikarin ym. (2012) Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä toteutetun tutkimuksen

mukaan polven nivelrikon konservatiivista hoitoa tulisi tehostaa ennen erikoissairaanhoidon lähettämistä (Oikari ym. 2012).

Tutkimuksen tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää diagnoosin alkuvaiheen ohjauksessa ja tiedon tarjoamisessa. Tuloksia voidaan kasvokkain tapahtuvan ohjauksen lisäksi hyödyntää myös elektronisen tai kirjallisen potilasoppaan kehittämisessä, sillä kirjallisten potilasohjeiden pitäisi vastata potilaan tiedon tarpeeseen (Osteoarthritis 2008). Kirjallisessa ohjausmateriaalissa tulisi olla myös kuvausta kaikista voimaannuttavan tiedon osa-alueista (biofysiologinen, toiminnallinen, sosiaalisuhteellinen, kokemuksellinen, eettinen ja ekonominen) (Kyngäs ym. 2007, 126).

Päävastuu nivelrikon diagnostiikasta ja hoidon toteutuksesta on perusterveydenhuollolla ja työterveyshuollolla (Polvi- ja lonkkanivelrikkö 2012). Tämän tutkimuksen aineistoon kuului vain perusterveydenhuollossa diagnoosin saaneita nivelrikkopotilaita. Voisi siis päätellä, että työikäisiä potilaita ei välttämättä tähän tutkimukseen ole tavoitettu, mikä korottaa diagnoosin saaneiden vastaajien keski-ikää. Kuitenkin iäkkäät ovat tärkeä ohjauksen kehittämisen ryhmä iäkkään väestön koko ajan lisääntyessä.

Potilaan osallisuus on yhä suuremmassa määrin tunnustettu tärkeäksi tekijäksi terveydenhuollon prosessien suunnittelussa (Longtin ym. 2010). Potilaan osallisuus määritellään muun muassa potilaan osallistumisena terveyttään koskevaan päätöksentekoon (The US National Library 1978) sekä toimintaan ja vaikuttamiseen (Kettunen & Gerlander 2013). Tässä tutkimuksessa polven nivelrikkopotilaat pääsivät osallistumaan potilasohjauksen kehittämiseen tuomalla esiin heidän tiedon tarpeitaan. Tutkimuksessa korostui se, millaista tietoa potilaat tarvitsivat ohjauksen yhteydessä. Tämä tutkimus toi ilmi sitä, miten erilaisten sosiodemografiset tekijät ja sairauden aiheuttamat oireet ja tunteet vaikuttavat tiedon tarpeeseen. Tutkimus on suuntaa antava, mutta jatkossa polven nivelrikkopotilaiden kohdalla tiedon tarvetta olisi hyvä arvioida myös yksilöllisesti potilaskohtainen tiedon tarve huomioiden (Ormandy 2010). Tämä tutkimus täydensi ja osin vielä tarkensi aikaisemmin tutkittua nivelrikkopotilaiden tiedon tarvetta koskevaa tutkimustietoa.

Tämän tutkimuksen perusteella voisi esittää seuraavia johtopäätöksiä:

- Ohjausta tulee tehostaa saattamalla se Käypä hoito -suosituksen mukaisesti koskemaan kaikkia diagnosoituja polven nivelrikkopotilaita. Eri ammattihenkilöiden vastuuta voisi suunnitella ja jakaa uudelleen ohjauskokonaisuudessa ohjauksen tehostamiseksi.

- Tietoa tulee jatkossa tarjota polven nivelrikkopotilaille tehokkaammin heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti.
- Kasvokkain tapahtuva ohjaus tulee säilyttää osana polven nivelrikon hoitoketjua.
- Eniten, erityisesti eläkeläiset, polven nivelrikkopotilaat tarvitsevat tietoa biofysiologiselta tiedon osa-alueelta: sairaudesta, sen oireista, tutkimuksista ja hoidon mahdollisista komplikaatioista.
- Polven nivelrikkopotilaat tarvitsevat sairauden hoitoon liittyvää tietoa kivun hoidosta, liikuntaharjoittelusta, nivelvammojen ehkäisystä, levosta sekä tarvittavien apuvälineiden hankinnasta.
- Polven nivelrikkopotilaat tarvitsevat tietoa sairauden mahdollisesti herättämistä tunteista ja siitä, kenen kanssa he voisivat niistä keskustella. Nivelrikko voi aiheuttaa huolia potilaalle.
- Erityisesti iäkkäiden, monisairaiden ja paljon huolia kokevien polven nivelrikkopotilaiden ohjauksessa on huomioitava tiedon tarpeen sosiaalisyhteisöllinen osa-alue: läheisten tieto ja tuki sekä tarvittaessa muutkin sosiaaliset tukimahdollisuudet.
- Ohjauksessa tulee huomioida polven nivelrikkopotilaan osallistuminen ja oikeudet: kuunnella heidän toiveitaan, kertoa omasta vastuusta hoidossa ja osallistaa heitä hoitoa koskevaan päätöksen tekoon.
- Ekonomiselta tiedon osa-alueelta tietoa tulee tarjota tietoa polven nivelrikkopotilaille erityisesti mahdollisesta kuntoutustarjonnasta ja siihen liittyvistä kustannuksista sekä lääkeshoidon kustannuksista.
- Polven nivelrikkopotilaiden kivun hoitoa on tehostettava. Kipua kokevat tarvitsevat tehostettua itsehoidon ohjausta sekä tiedottamista voimaannuttavan tiedon eri osa-alueilta.
- Polven nivelrikkopotilaiden mahdolliset muut oireet, kuten väsymys tai uupumus tulee huomioida ohjauksessa ja tarjota ohjausta uupumuksen hallinnasta.
- Polven nivelrikkoon liittyvä ohjaus näyttää antavan toivoa sairauden kanssa elämiseen.

## 8.5 Jatkotutkimusaiheita

Olisi jatkossa tärkeää määritellä, miten ohjauksen tulisi toteutua paikallisesti terveyskeskuksissa. Ohjauksen käytännöt ja sisällöt olisi määriteltävä ja ohjausta olisi hyvä jaotella eri ammattiryhmien välille hoidon suosituksia noudattaen. Ohjauksen kehittäminen koskemaan kaikkia diagnoitoituja polven nivelrikkopotilaita vaatisi tarkempaa selvitystä ja suunnittelua. Hoidon suositusten ja niiden totuttamisen välillä on havaittu kuilu, jonka ylittämiseksi on tehty ehdotuksia muun muassa Brandin (2007) artikkelissa (Brand 2007). Jatkossa ohjausta voisi lähteä kehittämään organisaatiossa vaikka laadullisella, muun muassa tietyssä tilanteessa havaittuun ongelman ratkaisuun ja uusien työskentelytapojen luomiseen tarkoitettulla, toimintatutkimusmenetelmällä (Metsämuuronen 2000, 29–30).

Tässä tutkimuksessa nousi esiin kivun kokemisen yleisyys, tiedon tarpeet kivun hoito- ja hallintakeinoista sekä kivun kokemisen yhteys suurentuneeseen tiedon tarpeeseen. Lisäksi nivelvammojen ehkäisyyn liittyvä tiedon tarve tässä tutkimuksessa oli suurta. Tutkituissa ohjausmalleissa on mainittu kivun hallinta- ja hoitokeinojen, nivelvammojen ehkäisyyn ja nivelten suojeluun liittyviä teemoja, mutta tarkempi aihekohtainen sisältö on jäänyt epäselväksi (Coleman ym. 2008; Rauvaud ym. 2009; Allen ym. 2010; Mendelson ym. 2011; Ottawa panel 2011; Coleman ym. 2012; Polvi- ja lonkkanivelrikkopotilaita 2012). Aikaisemman katsauksen perusteella on suositeltu, että kaikille iäkkäille polvikipuisille tai polven nivelrikkopotilaille pitäisi tarjota ensisijaisesti itsehoiton ohjausta liikuntaharjoittelusta, parasetamolista ja painonpudotuksesta sekä tarjota kirjallisia ohjeita (Porcheret ym. 2007). Olisi mielenkiintoista selvittää jatkossa tarkemmin, mitä kivun hallinta- ja hoitokeinoista sekä nivelvammojen ehkäisemistä tulisi ohjata potilaalle.

Tutkimuksessa saatiin käyttökokeesta SPTT -mittarin käytöstä terveyskeskuspotilailla. Tämä tutkimus herätti ajatuksia mittarin soveltuvuudesta käytettäväksi osana potilaiden tiedon tarpeen tarkastelua, jatkuvana osana palveluketjua. Mikäli haluttaisiin tarkastella tiedon tarvetta koko hoitoketjua tarkasteltaessa, olisi mahdollisesti mietittävä erilaisia vaihtoehtoja tai luotava erilaisia mittareita eri hoidon vaiheisiin tai erilaisille potilasryhmille. Tiedon tarpeen tutkimuksessa olisi hyvä ottaa huomioon vastaajien erityispiirteet ja tarvittaessa kysyä lisäksi spesifejä sairauskohtaisia tiedon tarpeeseen liittyviä tai oireita koskevia kysymyksiä. Tätä kautta voitaisiin ohjausta

kohdistaa paremmin nimenomaan kohdejoukolle sopivaksi. Jatkossa voisi olla tarpeellista selvittää tarkemmin, minkälainen mittari olisi hyvä ottaa käyttöön tiedon tarpeen arvioinnissa osana palveluketjua.

Potilaiden kokemuksia, mielipiteitä ja toiveita ohjauksesta voisi jatkossa tutkia ohjausta kehitettäessä. Olisi mielenkiintoista tutkia polven nivelrikkopotilaiden potilasohjauksen toteutumista ja sisältöä terveydenhuollon palveluprosessissa nivelrikkoon sairastumisen vaiheessa. Näin saataisiin vielä kattavampaa tietoa siitä, miten konservatiivinen hoito ja itsehoidon ohjaus on toteutunut ja miten sitä voitaisiin jatkossa erilaisin toimin ja keinoin edistää huomioiden koko hoitoketju.

## LÄHTEET

- Abraham C & Michie S. 2008. A Taxonomy of Behavior Change Techniques Used in Health Psychology, 27 (1), 379–387. doi: 10.1037/0278-6133.27.3.379
- Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R & Fraser C 2009. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 20 (3), CD005471. doi:10.1002/14651858.CD005471.pub2.
- Allen KD, Oddone EZ, Coffman, Datta SK, Juntilla KA, Med, Lindquist JH, Walker TA, Weinberger M & Bosworth HB. 2010. Telephone-Based Self-management of Osteoarthritis: A Randomized Trial. Annals of Internal Medicine, 153 (6), 570-579. doi:10.7326/0003-4819-153-9-201011020-00006
- Anderson R & Funnell M. 2010. Patient empowerment: Myths and misconceptions. Patient Education and Counseling, 79, 277–282. doi:10.1016/j.pec.2009.07.025
- Antonelli, MC & Starz, T. 2012. Assessing for Risk and Progression of Osteoarthritis: The Nurse's Role. American Journal of Nursing, 112 (3), 26–31. doi: 10.1097/01.NAJ.0000412648.25797.f0
- Arokoski J & Paimela L. 2009. Nivelrikon yleisyys. Terveyskirjasto. Viitattu 12.3.2012. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00133](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00133)
- Arokoski JPA, Lammi MJ, Hyttinen MM, Kiviranta I, Parkkinen JJ, Jurvelin JS, Tammi MI & Helminen HJ. 2001. Nivelrikon etiopatogeneesi. Duodecim, 117 (16), 1617–1626.
- Axford J, Heron C, Ross F & Victor CR. 2008. Management of knee osteoarthritis in primary care: Pain and depression are the major obstacles. Journal of Psychosomatic Research, 64 (5), 461-467. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.11.009
- Backman K. 2001. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos 624.



- Barlow J, Turner A, Swaby L, Gilchrist M, Wright C & Doherty M. 2009. An 8-yr follow-up of arthritis self-management programme participants. Abstract. *Rheumatology*, 48 (2), 128-133.
- Bezalel T, Carmeli E & Katz-Leurer M. 2010. The effect of a group education programme on pain and function through knowledge acquisition and home-based exercise among patients with knee osteoarthritis: A parallel randomised single-blind clinical trial. *Physiotherapy*, 96 (2), 137–143. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2009.09.009>
- Birrell FN & Oliver S. 2010. Osteoarthritis in primary care. *Practice Nurse*, 39 (2), 38-45.
- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H & Grumbach K. 2002. Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *The Journal of the American Medical Association*, 288 (19), 2469-2475. doi: 10.1001/jama.288.19.2469
- Brand C. 2007. Translating evidence into practice for people with osteoarthritis of the hip and knee. *Clinical Rheumatology*, 26 (9), 1411–1420. doi: 10.1007/s10067-007-0633-y
- Brandy T. 2012. Strategies to Support Self-Management in Osteoarthritis. *The American Journal of Nursing*, 112 (2), S54–S60. doi: 10.1097/01.NAJ.0000412653.56291.ab
- Broadbent J, Maisey S, Holland R & Steel N. 2008. Recorded quality of primary care for osteoarthritis: an observational study. *The British Journal of General Practice*, 58 (557), 839-843. doi: 10.3399/bjgp08X376177
- Brosseau L, Lineker S, Bell M, Wells G, Casimiro L, Egan M, Cranney A, Tugwell P, Wilson KG & De Angelis G. 2012. People getting a grip on arthritis: A knowledge transfer strategy to empower patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Health Education Journal*, 71 (3), 255-67. doi: 10.1177/0017896910387317
- Brosseau L, Wells GA, Kenny GP, Reid R, Maetzel A, Tugwell P, Huijbregts M, McCullough C De Angelis G & Chen L. 2012. The implementation of a community-based aerobic walking program for mild to moderate knee osteoarthritis: A knowledge translation randomized controlled trial: Part II: Clinical outcomes. *BMC Public Health*, 12, 1073. doi:10.1186/1471-2458-12-1073

- Buszewicz M, Rait G, Griffin M, Nazareth I, Patel A, Atkinson A, Barlow J & Haines A. 2006. Self-management of arthritis in primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 333 (7574), 879-882. doi: 10.1136/bmj.38965.375718.80
- Coleman S, Briffa NK, Carroll G, Inderjeeth C, Cook N & McQuade J. 2012. A randomised controlled trial of a self-management education program for osteoarthritis of the knee delivered by health care professionals. *Arthritis Research & Therapy*, 14, R21. doi: 10.1186/ar3703.
- Coleman S, Briffa K, Conroy H, Prince R, Carroll G & McQuade J. 2008. Short and medium-term effects of an education self-management program for individuals with osteoarthritis of the knee, designed and delivered by health professionals: a quality assurance study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9, 117. doi: 10.1186/1471-2474-9-117
- Cottrell E, Roddy E & Foster NE. 2010. The attitudes, beliefs and behaviours of GPs regarding exercise for chronic knee pain: a systematic review. *BMC Family Practice*, 11, 4. doi:10.1186/1471-2296-11-4
- Coulter A & Ellis J. 2007. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *British Medical Journal*, 335(7609), 24–27. doi:10.1136/bmj.39246.581169.80
- De Haes H & Bensing J. 2009 Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74 (3), 287–294. doi: 10.1016/j.pec.2008.12.006
- de Jong R, Tak E, Klazinga N & Hopman-Rock M. 2008. The impact on health services utilization in a replication study of two self-management programmes for osteoarthritis of the knee and hip. *Primary Health Care Research & Development*, 9, 64-74. doi: 10.1017/S1463423607000424
- Debono M & Cachia, E. 2007. The impact of diabetes on psychological well being and quality of life. The role of patient education. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (5), 545–555. doi: 10.1080/13548500701235740
- Dziedzic KS, Hill JC, Porcheret M & Croft PR. 2009. New models for primary care are needed for osteoarthritis. *Physical Therapy*, 89 (12), 1371-1378. doi: 10.2522/ptj.20090003.

- Eloranta S & Nygren P. Ei vuosilukua. Hankkeen nimi: Vetovoimainen ja Terveyttä Edistävä Terveysthuolto 2009–2011 (VeTe). Osahanke: Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen (VeTePO). Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin loppuraportti.
- Feinglass J, Song J, Semanik P, Lee J, Manheim L, Dunlop D & Chang RW. 2012. Association of Functional Status With Changes in Physical Activity: Insights From a Behavioral Intervention for Participants With Arthritis. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 93 (1): 172-175. doi: 10.1016/j.apmr.2011.06.037
- Fontaine KR, Haaz S & Bartlett SJ. 2007. Are Overweight and Obese Adults With Arthritis Being Advised to Lose Weight? *Journal of Clinical Rheumatology* 13 (1), 12-15. doi: 10.1097/01.rhu.0000256168.74277.15
- Fraenkel L & Fried T. 2008. If You Want Patients with Knee Osteoarthritis (OA) to Exercise: Tell them about NSAIDS. *Patient*, 1 (1), 21–26.
- Fransen M & McConnell S. 2008. Exercise for osteoarthritis of the knee (Review). *Cochrane Database for Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD004376. doi: 10.1002/14651858.CD004376.pub2.
- Garstang S & Stitik T. 2006. Osteoarthritis: Epidemiology, Risk Factors, and Pathophysiology. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85 (11), S2–S11. doi: 10.1097/01.phm.0000245568.69434.1a
- Grindrod KA, Marra CA, Colley L, Cibere J, Tsuyuki RT, Esdaile JM, Gastonguay L & Kopec J. 2010. After patients are diagnosed with knee osteoarthritis, what do they do? *Arthritis Care & Research*, 62 (4), 510-515. doi: 10.1002/acr.20170.
- Guide for Authors. *Patient Education and Counseling*. 2012. Viitattu 3.1.2012.  
<http://www.elsevier.com/journals/patient-education-and-counseling/0738-3991/guide-for-authors>
- Gupta S, Hawker GA, Laporte A, Croxford R & Coyte PC. 2005. The economic burden of disabling hip and knee osteoarthritis (OA) from the perspective of individuals living with this condition. *Rheumatology*, 44 (12), 1531-1537. doi: 10.1093/rheumatology/kei049

- Hansson EE, Jönsson-Lundgren M, Ronnheden AM, Sörensson E, Bjärnung Å & Dahlberg LE. 2010. Effect of an education programme for patients with osteoarthritis in primary care - a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11, 244. doi:10.1186/1471-2474-11-244
- Heikkinen K, Leino-Kilpi H, Hiltunen A, Johansson K, Kaljonen A, Rankinen S, Virtanen H & Salanterä S. 2007. Ambulatory orthopaedic surgery patients' knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 60 (3): 270-278. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04408.x
- Heliövaara M. 2008. Nivelrikon esiintyvyys ja kustannukset. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 124, (16), 1869-1874.
- Heliövaara M, Riihimäki H & Nissinen M. 2009. Nivelrikko. Sairauksien ehkäisy. Viitattu 6.5.2012.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00025&p\\_teos=seh&p\\_selaus=8899](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00025&p_teos=seh&p_selaus=8899)
- Helminen HJ, Hyttinen MM & Arokoski J. 2008. Tietoa on jo riittävästi. Nivelrikon ehkäisy on mahdollista! *Duodecim*, 124, 1863–1865.
- Herrlin SV, Wange PO, Lapidus G, Hållander M, Werner S & Weidenhielm L. 2013. Is arthroscopic surgery beneficial in treating non-traumatic, degenerative medial meniscal tears? A five year follow-up. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy: official journal of the ESSKA*, 21 (2), 358–364. doi: 10.1007/s00167-012-1960-3
- Hill J & Bird H. 2007. Patient knowledge and misconceptions of osteoarthritis assessed by a validated self-completed knowledge questionnaire (PKQ-OA). *Rheumatology*, 46 (5),796-800. doi: 10.1093/rheumatology/kel407
- Hochberg MC, Altman RD, April KD, Benkhalt M, Guyatt G, McGowan J, Towheed T, Welch V, Wells G & Tugwell P. 2012 American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care & Research*, 64 (4), 465–474. doi: 10.1002/acr.21596

- Hurley MV, Walsh NE, Mitchell HL, Pimm TJ, Patel A, Williamson E, Jones RH, Dieppe PA & Reeves BC. 2007. Clinical effectiveness of a rehabilitation program integrating exercise, self-management, and active coping strategies for chronic knee pain: a cluster randomized trial. *Arthritis and Rheumatism*, 57 (7), 1211-1219. doi: 10.1002/art.22995
- Johansson, K, Katajisto J & Salanterä S. 2010. Pre-admission education in surgical rheumatology nursing: towards greater patient empowerment. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2980–2988. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03347.x
- Katz JN, Brophy RH, Chaisson CE, de Chaves L, Cole BJ, Dahm DL, Donnell-Fink LA, Guermazi A, Haas AK, Jones MH, Levy BA, Mandl LA, Martin SD, Marx RG, Miniaci A, Matava MJ, Palmisano J, Reinke EK, Richardson BE, Rome BN, Safran-Norton CE, Skoniecki DJ, Solomon DH, Smith MV, Spindler KP, Stuart MJ, Wright J, Wright RW & Losina E. 2013. Surgery versus Physical Therapy for a Meniscal Tear and Osteoarthritis. *The New England Journal of Medicine*, 368 (18), 1675-1684. doi: 0.1056/NEJMoa1301408
- Kettunen J, Salo P, Ulska M, Kangas H & Ahola S. 2013. Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapia. Hyvä fysioterapiakäytäntö. Viitattu 8.7.2013.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p\\_artikkeli=sfs00001](http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00001)
- Kettunen T. 2001. Neuvontakeskustelu: tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Jyväskylän yliopisto. *Studies in sport, physical education and health* 75.
- Kettunen T & Gerlander M. 2013. Viestintä terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa. Teoksessa Aaltonen L-M & Rosenberg P. (toim.) *Potilasturvallisuuden perusteet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 293-314.
- Kettunen T, Liimatainen L, Villberg J & Perko U. 2006. Developing empowering health counseling measurement. Preliminary results. *Patient education and counseling* 64, 159-166. doi: 10.1016/j.pec.2005.12.012

- Koikkalainen P, Ahonen T, Ruoraniemi M, Hänninen J, Kuusinen A, Tiikkainen P, Kettunen T, Honkanen P & Kumpusalo E. 2011. Rautaista ammattitaitoa – Terveyskeskustyö kestävä kehityksen poluilla. RAMPE-hankkeen alkuselvittelyn tuloksia. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja 126/2012.
- Kyngäs H, Kääriäinen M, Poskiparta M, Johansson K, Hirvonen E & Renfos T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Kääriäinen M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta D 937.
- Kääriäinen M & Kyngäs H. 2005. Käsitemallin ohjaus-käsitteestä hoitotieteissä. *Hoitotiede* 17 (5), 250–258.
- Kääriäinen M, Lahdenperä T & Kyngäs H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö*, 3 (3), 27-31.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.
- Leino-Kilpi H. 2009. Tieto edistää potilaan turvallisuutta. Teoksessa Kinnunen M & Peltomaa K (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 173-180.
- Leino-Kilpi H, Johansson K, Heikkinen K, Kaljonen A, Virtanen H & Salanterä S. 2005 Patient Education and Health-related Quality of Life Surgical Hospital Patients as a Case in Point. *Journal of Nursing Care Quality*, 20 (4), 307–316.
- Leino-Kilpi H, Luoto E & Katajisto J. 1998. Elements of Empowerment and MS Patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 30 (2), 116-123.
- Leino-Kilpi H, Mäenpää I & Katajisto J. 1999. Nursing study of the significance of rheumatoid arthritis as perceived by patients using the concept of empowerment. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 3, 138-145. doi: 10.1016/S1361-3111(99)80051-X
- Lihavuus (aikuiset). 2012. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 8.8.2012. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

- Liikunta. 2011. Käypä-hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito – johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 8.8.2012. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L & Pittet D. 2010. Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clinic Proceeding*, 85 (1), 53–62. doi: 10.4065/mcp.2009.0248
- Lonkan ja polven nivelrikko. 2010. Terveysportti. Hoitoketju Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri. Viitattu 6.5.2012. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>
- Lonkan ja polven nivelrikon hoitoketju. 2010. Terveysportti. Hoitoketju Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky Carea. Viitattu 6.5.2012. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>
- Loring KR, Ritter PL, Laurent DD & Plant K. 2008. The Internet-Based Arthritis Self-Management Program: A One-Year Randomized Trial for Patients With Arthritis or Fibromyalgia. *Arthritis Care & Research*, 59 (7), 1009–1017. doi: 10.1002/art.23817
- Lönnberg P & Koivunen M. 2011. Tahdistinpotilaan tiedontarve Satakunnan keskussairaalan Sydänyksikön poliklinikalla. Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen (VeTePO)-hankkeen selvitysraportti. Satakunnan sairaanhoidopiiri.
- Macpherson K, Abbots J, Harbour J & Mandava L. 2009. Systematic review on the provision of information to patients with long-term conditions. HTA programme: Systematic Review ~ August 2009. NHS Quality Improvement Scotland.
- Makoul G & Clayman ML. 2006. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education Counseling*, 60 (3), 301-312. doi:10.1016/j.pec.2005.06.010
- Mann C & Gooberman-Hill R. 2011 Health Care Provision for Osteoarthritis: Concordance Between What Patients Would Like and What Health Professionals Think They Should Have. *Arthritis Care & Research*, 63 (7), 963–972. doi: 10.1002/acr.20459
- Manninen P, Riihimäki H, Heliövaara M & Suomalainen O. 2001. Physical exercise and risk of severe knee osteoarthritis requiring arthroplasty. *Rheumatology*, 41 (4), 432–437.

- March L, Amatya B, Osborne RH & Brand C. 2010. Developing a minimum standard of care for treating people with osteoarthritis of the hip and knee. *Best Practice and Research. Clinical Rheumatology*, 24 (1), 121-145. doi: 10.1016/j.berh.2009.10.002
- Marks R & Allegrante JP. 2007. Prevalence and impact of arthritis: Opportunities for prevention. *Health Education Journal*, 66 (1), 3-21. doi: 10.1177/0017896907069366
- Marra CA, Cibere J, Grubisic M, Grindrod KA, Gastonguay L, Thomas JM, Embley B, Colley L, Tsuyuki RT, Khan KM & Esdaile JM. 2012. Pharmacist-initiated intervention trial in osteoarthritis: A multidisciplinary intervention for knee osteoarthritis. *Arthritis Care & Research*, 64, 1837-1845. doi: 10.1002/acr.21763
- Martire LM, Keefe FJ, Schulz R, Ready R, Beach SR, Rudy TE & Starz TW. 2006. Older Spouses' Perceptions of Partners' Chronic Arthritis Pain: Implications for Spousal Responses, Support Provision, and Caregiving Experiences. *Psychology & Aging*, 21(2), 222-230. doi: 10.1037/0882-7974.21.2.222
- Martire LM, Schulz R, Keefe FJ, Rudy TE & Starz TW. 2007. Couple-oriented education and support intervention: Effects on individuals with osteoarthritis and their spouses. *Rehabilitation Psychology*, 52 (2), 121-132. doi: 10.1037/0090-5550.52.2.121
- May S. 2010. Self-management of chronic low back pain and osteoarthritis. *Nature Reviews. Rheumatology*, 6 (4), 199–209. doi:10.1038/nrrheum.2010.26
- McHugh GA, Campbell M & Luker KA. 2012. Quality of care for individuals with osteoarthritis: A longitudinal study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18 (3), 534-541. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01616.x
- McKnight PE, Kastle S, Going S, Villanueva I, Cornett M, Farr J, Wright J, Streeter C & Zautra A. 2010. A comparison of strength training, self-management, and the combination for early osteoarthritis of the knee. *Arthritis Care & Research*, 62 (1), 45–53. doi: 10.1002/acr.20013
- Meesters J, de Boera I, van den Bergc M, Fioccod M & Vlielanda TV. 2011. Unmet information needs about the delivery of rheumatology health care services: A survey among patients with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling*, 85 (2), 299–303. doi: 10.1016/j.pec.2010.10.004



- Mendelson AD, McCullough C & Chan A. 2011. Integrating self-management and exercise for people living with arthritis. *Health Education Research*, 26 (1), 167-177. doi: 10.1093/her/cyq077
- Metsämuuronen J. 2000 Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia –sarja 4. Helsinki: International Methelp ky.
- Metsämuuronen J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. painos. Helsinki: International Methelp ky.
- Miettinen M, Hopia H & Koponen L. 2005. Kirjallisuuskatsaus kansainvälisiin hoitotyön interventiotutkimuksiin. Teoksessa Miettinen M, Hopia H, Koponen L & Wilskman K (toim.). *Hoitotyön interventiot*. Sipoo: Silverprint Oy, 21-38.
- Milder TY, Williams KM, Ritchie JE, Lipworth WL & Day RO. 2010. Use of NSAIDs for osteoarthritis amongst older-aged primary care patients: engagement with information and perceptions of risk. *Oxford Journals Medicine*, 40 (2), 254-259. doi : 10.1093/ageing/afq160
- Neville C, Fortin PR, Fitzcharles M-A, Baron M, Abrahamowitz M, Du Berger R & Esdaile JM. 1999. The Needs of Patients with Arthritis: The Patient's Perspective. *Arthritis Care & Research*, 12 (2), 85-95. doi: 10.1002/1529-0131(199904)12:2<85::AID-ART3>3.0.CO;2-W
- Nikkola R. Polven nivelrikon sairastaminen iäkkään potilaan ja läheisen kokemana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. *Acta Universitatis Tamperensis* 1811.
- Nivelrikon Käypä hoito -suositus päivitetty: Hoidon tavoitteena kivun hallinta sekä toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen. Tiedote 24.10.2012. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 24.11.2013. [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)
- Núñez M, Núñez E, Segur JM, Maculé F, Sanchez A, Hernández V & Vilalta C. 2007. Health-related quality of life and costs in patients with osteoarthritis on waiting list for total knee replacement. *Osteoarthritis and Cartilage*, 15, 258–265. doi:10.1016/j.joca.2006.07.011
- Oikari M & Ylinen J. 2011. Polvikipupotilaan hoito perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. *Hoitoketjut*. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Duodecim. Viitattu 9.4.2013. [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=polvilähte](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=polvilähte)

- Oikari M, Häkkinen A, Kautiainen H, Pesola M, Ylinen J & Vanhala M. 2012. Polvinivelrikkopotilaiden läheteiden sisältö ja hoitolinjapäätökset. *Duodecim*, 128 (15), 1593-1599.
- Onnismaa J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö: aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki : Gaudeamus.
- Ormandy P. 2010. Defining information need in health – assimilating complex theories derived from information science. *Health Expectations*, 14 (1), 92-104. doi: 10.1111/j.1369-7625.2010.00598
- Osteoarthritis. 2008. The care and management of osteoarthritis in adults. NICE clinical guideline 59. London.
- Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines for patient education programmes in the management of osteoarthritis. 2011. *Health Education Journal*, 70 (3), 317–358. doi: 10.1177/0017896910394335
- Pisters MF, Veenhof C, van Dijk GM, Heymans MV, Twisk JWR & Dekker J. 2012. The course of limitations in activities over 5 years in patients with knee and hip osteoarthritis with moderate functional limitations: risk factors for future functional decline. *Osteoarthritis and Cartilage*, 20 (6), 503–510. doi: 10.1016/j.joca.2012.02.002
- Pohjalainen T. 2012. Polven nivelrikko. *Duodecim*. Viitattu 1.6.2013.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01081#s4](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01081#s4)
- Pohjolainen T. 2010. Nivelrikko (artroosi). *Terveyskirjasto*. Viitattu 12.3.2012.  
<http://www.terveyskirjasto.fi>
- Poitras S, Rossignol M, Avouac J, Avouac B, Cedraschi C, Nordin M, Rousseaux C, Rozenberg S, Savarieau B, Thoumie P, Valat JP, Vignon E & Hilliquin P. 2010. Management recommendations for knee osteoarthritis: how usable are they?. *Joint Bone Spine*, 77, 458-465. doi: 10.1016/j.jbspin.2010.08.001
- Polvi- ja lonkkanivelrikko. 2012. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 27.12.2012. [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)

- Porcheret M, Jordan K & Croft P. 2007. Treatment of knee pain in older adults in primary care: development of an evidence-based model of care. *Rheumatology*, 46 (4), 638–648. doi:10.1093/rheumatology/kel340
- Poskiparta M, Liimatainen L, Kettunen T & Karhila P. 2001. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. *Patient Education and Counseling*, 45 (1), 69–79. doi: 10.1016/S0738-3991(01)00140-9
- Rankinen S, Salanterä S, Heikkinen K, Johansson K, Kaljonen A, Virtanen H & Leino-Kilpi H. 2007. Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal of Quality in Health Care*, 19 (2), 113-119. doi: 10.1093/intqhc/mzl075
- Rantanen M, Kallio T, Johansson K, Salanterä S, Virtanen H & Leino-Kilpi H. 2008. Knowledge Expectations of Patients On Dialysis Treatment. *Nephrology Nursing Journal*. 35 (3), 249-255.
- Ravaud P, Flipo RM, Boutron I, Roy C, Mahmoudi A, Giraudeau B & Pham T. 2009. ARTIST (osteoarthritis intervention standardized) study of standardised consultation versus usual care for patients with osteoarthritis of the knee in primary care in France: pragmatic randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 338, b421. doi: 10.1136/bmj.b421
- Reid MC, Shengelia R & Parker SJ. 2012. Pharmacologic Management of Osteoarthritis-Related Pain in Older Adults. *The American Journal of Nursing*, 112 (3), 38–43. doi: 10.1097/01.NAJ.0000412650.02926.e3
- Riihimäki H, Heliövaara M, Heistaro S, Impivaara O, Jokiniemi T, Luoto S, Manninen P, Mäkelä M, Taimela S, Takala EP & Viikari-Juntura E. 2002. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Teoksessa Aromaa A & Koskinen S (toim.) *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset*. Helsinki: KTL, 47-50.
- Rosemann T, Joos S, Laux G, Gensichen J & Szecsenyi J. 2007. Case management of arthritis patients in primary care: a cluster-randomized controlled trial. *Arthritis and Rheumatism*, 57 (8), 1390-1397. doi: 10.1002/art.23080
- Rosemann T, Laux G, Szecsenyi J, Wensing M & Grol R. 2008. Pain and osteoarthritis in primary care: factors associated with pain perception in a sample of 1,021 patients. *Pain Medicine*, 9 (7), 903-910. doi:10.1111/j.1526-4637.2008.00498.x

- Rosemann T, Wensing M, Joest K, Backenstrass M, Mahler C & Szecsenyi J. 2006. Problems and needs for improving primary care of osteoarthritis patients: the views of patients, general practitioners and practice nurses. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 7, 48. doi: 10.1186/1471-2474-7-48
- Routasalo P & Pitkälä K. Omahoidon tukeminen. 2009. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen lääkärisseura Duodecim.
- Routasalo P, Airaksinen M, Mäntyranta T & Pitkälä K. 2009. Katsaus. Potilaan omahoidon tukeminen. *Duodecim*, 125 (21), 2351-2359.
- Schoo AMM, Morriss ME & Buib QM. 2005. The effects of mode of exercise instruction on compliance with a home exercise program in older adults with osteoarthritis. *Physiotherapy*, 91, 79–86. doi: 10.1016/j.physio.2004.09.019
- Shin SY & Kolanowski AM. 2010. Best Evidence of Psychosocially Focused Nonpharmacologic Therapies for Symptom Management in Older Adults with Osteoarthritis. *Pain Management Nursing*, 11 (4), 234-244. doi: 10.1016/j.pmn.2009.06.001
- Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A, Itälä A, Joukainen A, Nurmi H, Kalske J & Järvinen T. 2013. Arthroscopic Partial Meniscectomy versus Sham Surgery for a Degenerative Meniscal Tear. *The New England Journal of Medicine*, 369 (26), 2515–2524. doi: 10.1056/NEJMoa1305189
- Smith MT, PhD, Quartana PJ, Okonkwo RM, PhD & Nasir A. 2009. Mechanisms By Which Sleep Disturbance Contributes to Osteoarthritis Pain: A Conceptual Model. *Current Pain & Headache Reports*, 13 (6), 447–454.
- Somers TJ, Blumenthal JA, Guilak F, Kraus VB, Schmitt DO, Babyak MA, Craighead LW, Caldwell DS, Rice JR, McKee DC, Shelby RA, Campbell LC, Pells JJ, Sims EL, Queen R, Carson JW, Connelly M, Dixon KE, LaCaille LJ, Huebner JL, Rejeski WJ & Keefe FJ. 2012. Pain coping skills training and lifestyle behavioral weight management in patients with knee osteoarthritis: A randomized controlled study. *Pain*, 153 (6), 1199-1209. doi:10.1016/j.pain.2012.02.023

- Somers TJ, Keefe FJ, Godiwala N & Hoyler GH. 2009. Psychosocial factors and the pain experience of osteoarthritis patients: new findings and new directions. *Current Opinions in Rheumatology*, 21 (5), 501-506. doi: 10.1097/BOR.0b013e32832ed704
- Sperber NR, Bosworth HB, Coffman CJ, Juntilla KA, Lindquist JH, Oddone EZ, Walker TA, Weinberger M & Allen KD. 2012. Participant Evaluation of a Telephone-Based Osteoarthritis Self-Management Program, 2006-2009. *Preventing Chronic Diseases*, 9, 110119. doi: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.110119>
- Suhonen R, Nenonen H, Laukka A & Välimäki M. 5005 Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (10), 1167–1176. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01233.x
- Sutbeyaz ST, Sezer N, Koseoglu BF, Ibrahimoglu F & Tekin D. 2007. Influence of Knee Osteoarthritis on Exercise Capacity and Quality of Life in Obese Adults. *Obesity Research*, 15 (8), 2071-2076. doi: 10.1038/oby.2007.246
- Tak SH, Hong SH & Kennedy R. 2007. Daily stress in elders with arthritis. *Nursing & Health Science*, 9 (1), 29–33. doi: 10.1111/j.1442-2018.2007.00301.x
- Tanimura C, Morimoto M, Hiramatsu K & Hagino H. 2011. Difficulties in the daily life of patients with osteoarthritis of the knee: scale development and descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (5-6), 743–753. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03536.x
- Tautiluokitus ICD-10. 2011. Klassifikation av sjukdomar. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. 3. Painos. THL. Mikkeli: StMichel Print.
- Tengland PA. 2007. Empowerment: A goal or a means for health promotion? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10, 197-207. doi: 10.1007/s11019-006-9027-1
- Timmins F. 2006. Exploring the concept of 'information need'. *International Journal of Nursing Practice*, 12 (6), 375–381. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00597.x
- Tuorila H. 2009. Terveyspalvelut ja potilaiden voimaannuttaminen. Teoksessa Lammi M, Niva M & Varjonen J (toim.) *Kulutuksen liikkeitä. Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja 2009*. Tampere: Tampereen yliopistopaino oy, 102-118.
- Turku R. 2007. *Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus*. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen Suomessa 2012. Helsinki.
- U.S. National Library of Medicine. 1978. Viitattu 2.1.2013.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68010358>
- van Dijk GM, Veenhof C, Lankhorst GJ & Dekker J. 2009. Limitations in activities in patients with osteoarthritis of the hip or knee: The relationship with body functions, comorbidity and cognitive functioning. *Disability and Rehabilitation*, 31 (20), 1685–1691.  
doi:10.1080/09638280902736809
- van Weel-Baumgarten E. 2008. Patient-centred information and interventions: tools for lifestyle change? Consequences for medical education. *Family Practice*, 25, i67-i70. doi: 10.1093/fampra/cmn042
- Victor CR, Ross F & Axford J. 2004. Capturing lay perspectives in a randomized control trial of a health promotion intervention for people with osteoarthritis of the knee. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10 (1), 63–70. doi: 10.1111/j.1365-2753.2003.00395.x
- Viikari-Juntura E, Heliövaara M, Solovieva S & Shiri R. 2012. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Teoksessa Koskinen S, Lundqvist A & Ristiluoma N (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012*. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, 92–95.
- Vuorma S, Keskinen S, Koponen P, Lehtonen O-P, Koskinen S & Aromaa A. 2007. Kohtaavatko hoitokäytäntö ja suositus? Väestötutkimus pitkäaikaissairauksien hoidosta. *Suomen Lääkärilehti*, 62 (44), 4125–4130.
- Vänskä K, Laitinen-Väänänen S, Kettunen T & Mäkelä J. 2011. *Onnistuuko ohjaus?* Helsinki: Edita Prima.
- Väänänen H. 2006. Nivelrikkopotilaan hoito. Ajankohtaista lääkärin käsikirjasta. *Duddecim*, 122, 657–660.
- Walker J. 2011. Effective management Strategies for Osteoarthritis. *British Journal of Nursing*, 20 (2), 81-85.

- Williams NH, Amoakwa E, Burton K, Hendry M, Lewis R, Jones J, Bennett P, Neal RD, Andrew G & Wilkinson C. 2010. The Hip and Knee Book: developing an active management booklet for hip and knee osteoarthritis. *British Journal of General Practice*, 60 (571), 79-80. doi: 10.3399/bjgp10X483166
- World Health Organisation. 2009. Self-care in the Context of Primary Health Care. Viitattu 23.7.2012. <http://www.searo.who.int/catalogue/2005-2011/pdf/healthinformation/sea-hsd-320.pdf>
- Yim JH, Seon JK, Song EK, Choi JI, Kim MC, Lee KB & Seo HY. 2013. A Comparative Study of Meniscectomy and Nonoperative Treatment for Degenerative Horizontal Tears of the Medial Meniscus. *The American Journal of Sports Medicine*, 41 (7), 1565-1570. doi: 10.1177/0363546513488518
- Yip Y-B, Sit JW, Wong DYS, Chong SYC & Chung L-H. 2008. A 1-year follow-up of an experimental study of a self-management arthritis programme with an added exercise component of clients with osteoarthritis of the knee. *Psychology, Health & Medicine*, 13 (4), 402-414. doi:10.1080/13548500701584030
- Zang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden NK, Bierma-Zeinstra S, Brandt KD, Croft P, Doherty M, Dougados M, Hochberg M, Hunter DJ, Kwoh K, Lohmander LS & Tugwell P. 2010. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis Part III: changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis and Cartilage*, 18 (4), 476-499. doi: 10.1016/j.joca.2010.01.013
- Zhang Y & Jordan JM. 2010. Epidemiology of Osteoarthritis. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26 (3), 355-369. doi: 10.1016/j.cger.2010.03.0

LIITE 1 Tietokantahaku kirjallisuuskatsaukseen

Tietokanta	Hakusanat	Tulos	Valitut abstrak- tit	Mukaan otetut
Ovid Medline R (without revisions)	Counsel*, patient counsel*, patient education, patient advic*, self care, self- management, information, +osteoarthritis	798	41	21
Cinahl Ebsco	Counsel*, patient counsel*, patient education, patient advic*, self care, self- management, information, +osteoarthritis	319	17	8
Medic	Ohja* + nivelrik*	3	2	0
	Ohja* + tiedon tarve	34	4	2
PsyInfo (Pro- quest)	Counsel*, patient counsel*, patient education, patient advic*, self care, self- management, information, +osteoarthritis	248	25	14
Cochrane	Counsel*, patient counsel*, patient education, patient advic*, self care, self- management, information, +osteoarthritis	330	32	10

Artikkeleiden valintakriteerinä pidettiin terveyden- ja sosiaalihuollon toteuttamaa nivelrikkopotilaan ohjausta. Rajausta tarkennettiin kriteerillä years 2005–2013 ja adults. Artikkeleiden poissulkukriteereinä taas pidettiin tekonivelleikkausta varten annettua ohjausta. Myös sellaiset artikkelit, jotka käsittelivät jonkin muun alueen nivelrikkoa, muun tyyppistä nivelsairautta tai ohjausta oli modifioitu vain tiettyyn kansalliseen kulttuuriin, jätettiin pois, mikäli niiden sisällössä ei ollut jotain työn kannalta oleellista sisältöä. Systemaattisen tietokantahaun lisäksi tehtiin laajemminkin hakuja erilaisia hakusanoja kokeillen. Lisäksi tieteellisiä artikkeleita ja julkaisuja löytyi suosituksen, review - ja tutkimusartikkeleiden lähdeviittauksista.





## Hyvä vastaaja

Tämä kirje on lähetetty kaikille Jyväskylän terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen potilaille, joilla on lähivuosien aikana todettu polven nivelrikko. Tämä on uusinta-kirje niille, joilta emme ole vielä saaneet vastausta. Toivomme, että teillä olisi tällä kertaa mahdollisuus vastata. Kyselyn suorittamiseen on saatu lupa Jyväskylän kaupungin Sosiaali- ja terveystalvvelukeskukselta. Vastauksenne on potilasohjauksen kehittämisen kannalta tärkeä ja arvokas, siksi toivomme, että osallistutte tähän tutkimukseen. Vastaamalla tutkimuslomakkeisiin, voitte osaltanne olla vaikuttamassa ohjauksen laatuun. Mikäli ette itse kykene täyttämään lomaketta, voitte halutessanne pyytää apua lomakkeen täyttämiseen omaiselta/läheiseltä.

Sulkekaa vastauksenne ohessa olevaan kirjekuoreen ja lähettäkää se Teille annetun kirjekuoren mukana siinä olevaan osoitteeseen **5.4.2013 mennessä**.

Kirjeessä oleva Potilaan tiedon tarve – kyselylomake liittyy tutkimukseen ”Polven nivelrikkoa sairastavan ohjauksen vaikuttavuus terveydenhuollon palveluprosessissa”. Vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Teidän henkilöllisyytenne ei tule esiin missään tutkimuksen vaiheessa. Täytetyt lomakkeet ovat vain tutkimuksen tekijän käytössä ja ne hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä. Jos teillä on kysyttävää, vastaamme mielellämme.

Tiedon tarve – kyselylomakkeen vastauksia käytetään Pro gradu – tutkimukseeni, jota ohjaavat Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä ylihoitaja, TtM Maarit Raappana (puh. 014-2691242, maarit.raappana@ksshp.fi) ja Jyväskylän yliopistosta Professori, dosentti Tarja Kettunen (puh. 050-3198012, tarja.h.kettunen@jyu.fi).

Kiitos yhteistyöstänne,

Tiina Pellinen (tiina.m.pellinen@student.jyu.fi), terveyskasvatuksen opiskelija Jyväskylän yliopistosta

LIITE 3. Polven nivelrikkoa sairastavien potilaiden ohjausta koskevat interventiotutkimukset ja kirjallisuuskatsaukset ajalla 2005–2013.

Tekijä	Menetelmä/ohjausmuoto	Ohjauksen sisältö	Ohjauksen vaikutukset <sup>a</sup>	Ohjauksen vaikutukset tietoon <sup>a</sup>
Allen ym. 2010	<p>Randomized clinical trial - tutkimus polven ja lonkan nivelrikkopotilaille (N=461) terveyskeskuksen oloissa. Interventoryhmälle sosiaaliskognitiiviseen teoriaan perustuvaa ohjausta, joka keskittyi minäpystyvyyden avainterveyskäyttäytymisen tekijöihin, tietoon, tulosodotuksiin, terveystavoitteisiin sekä koettuihin helpottaviin ja rajoittaviin tekijöihin. Se sisälsi 12 itsehoidon ohjauskertaa kuukausittain puhelimitse terveysohjaajan toteuttama. Tarkoitus oli tukea yksilöllisiä tavoitteita ja toimintasuunnitelmia + tarjottiin kirjallinen -, audio- ja videoversio itsehoidonohjausmateriaalista. Kontrolliryhmälle tarjottiin yleistä terveysneuvontaa kirjallisena, 12 kertaa kuukausittain terveysohjaajan puhelinohjausta ja tavallista hoitoa + kirjallista – ja audiomateriaalia yleisistä terveysongelmista.</p>	<p>Ohjauksen aihesisältö koostui 1) liikuntaharjoittelusta, 2) terveellisestä syömisestä, 3) painonhallinnasta, lääkityksestä, 4) kommunikaatiosta terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, 5) nivelen huollosta ja suojelusta, 6) täydentävästä ja vaihtoehtoisesta lääkityksestä, 7) stressin hallinnasta, 8) rentoutumisesta ja 9) unesta.</p>	<p>Interventoryhmällä kivut vähenivät kontrolliryhmään verrattuna enemmän vuoden seurannassa.</p>	
Axford ym. 2008	<p>RCT - tutkimus terveyskeskuksen oloissa polven nivelrikkopotilaille (N=170). Interventoryhmälle sairaanhoitajan vetämänä neljän kerran 6-8 henkilön ryhmäohjausinterventio, joka sisälsi tavoitteen asettelua ja kokemusten jakamista + ohjauskirjanen. Kontrolliryhmälle tarjottiin pelkkä ohjauskirjanen.</p>	<p>Ohjaus sisälsi 1) tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, 2) aktiviteetteja (liikuntaharjoittelu ja rentoutuminen) ja 3) taitoja (kivun hoitokeinoja).</p>	<p>Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla mielenterveys parani progressiivisesti vuoden seurannassa.</p>	<p>Interventoryhmällä nivelrikkotietous lisääntyi progressiivisesti vuoden seurannassa. Kontrolliryhmässä ei tapahtunut muutoksia tiedon määrässä.</p>
Barlow ym. 2009	<p>RCT - tutkimuksiin osallistuneiden potilaiden (N=125) seuranta. Banduran sosiaalisen oppimisen teoriaan ja minäpystyvyyden malliin perustuva ASMP – interventio, jossa kuusi vertaistukivetoista ohjauskertaa.</p>	<p>ASMP – intervention sisältö (1) katsaus itsehoitotekniikoista, 2) tietoa sairaudesta, 3) liikuntaharjoittelusta, 4) kognitiivisesta oireiden hallinnasta, 5) masen-</p>	<p>Minäpystyvyyden, psykologisen hyvinvoinnin ja itsehoitotekniikoiden pitkän aikavälin säilyttäminen voi olla ASMP – intervention osallistumisen seurausta 8</p>	

		nuksesta, 6) kommunikaatiosta terveydenalan ammattilaisten kanssa ja 7) tavoitteen asettelua).	vuoden seurannassa.	
Bezalel ym. 2010	Single-blind randomized controlled trial - tutkimus polven nivelrikkopotilaille (N=50). Interventioryhmälle tarjottiin neljä kertaa fysioterapeutin vetämää näyttöön perustuvaa liikuntaharjoittelun ryhmäohjausta, jota seurasi kotona toteutettava liikuntaharjoitteluhjelma + liikuntapäiväkirja. Kontrolliryhmälle tarjottiin lyhytaaltoista lämpöhoitoa.	Jokaisella ohjaukseralla ohjattiin ja toistettiin liikuntaharjoittelua. Ensimmäisellä ohjaukseralla annettiin tietoa polven nivelrikosta, sen riskitekijöistä ja säännöllisen liikuntaharjoittelun tärkeydestä. Toisella ja kolmannella kerralla osallistujilta tutkittiin haitallisia ja lisääntyneitä polven merkkejä ja oireita. Viimeisellä kerralla liikuntaharjoitteet toistettiin.	Neljän viikon seurannassa kivut vähenivät ja toimintakyky parani molemmissa ryhmissä. Interventioryhmässä tulosten parannus jatkui ylösnousutestissä, kivussa ja toimintakyvyssä 8 viikon seurannassa.	
Brosseau ym. 2012a	Projektiin liittyvä tutkimus, jossa kaksi vertailtavaa workshop - ryhmää (N=49): Työpaja 1 ryhmässä koulutettiin nivelreuma- ja nivelrikkopotilaita Ottawa panelin kliinisen käytännön suositusten kouluttajiksi, jotka sitten ohjasivat oppimansa (tiedon siirto) ryhmälle 2. Kaksi yhden päivän työpajaa oli interaktiivisia ja lehdistö otettiin mukaan interventioon tiedottamaan siitä	Ohjauksen sisältö perustui Ottawa panelin suosituksiin ja kohderyhmän tarpeen arviointiin. Sisältöön valittiin kuusi itsehoiton keinoa; 1) painon hallintaa, 2) aerobista kävelyä ja 3) TENS - hoitoa nivelrikkopotilaille, 4) voimaharjoittelua, 5) pohjallisia ja jalkineita nivelreumapotilaille sekä 6) Tai Chi nivelrikko ja nivelreumapotilaille.	Sairauden hallintaan liittyvä minäpystyvyys oli korkea molemmissa ryhmässä heti intervention jälkeen, mutta säilyi korkeana vain 1 ryhmällä 3 kk seuranta-ajan. Itsehoitotaidot paranivat 1 ryhmässä 3 kk seurannassa.	Molemmissa ryhmissä itsehoitoon liittyvä tietouden lisääntymistä havaittiin esiintyvän enemmän uudemmissa hoidoista, kuten TENS-hoidosta, Tai Chista, kengänpohjallisista ja jalkineista, kuin tutummista aiheista, kuten painonhallinnasta, aerobisesta kävelystä, venytelystä ja liikuntaharjoittelusta intervention jälkeen.
Brosseau ym. 2012b	RCT – tutkimus polven nivelrikkopotilaille (N=222). Yhden vuoden kestoisen tiedonvälitykseen perustuva ryhmäohjausinterventio. Ryhmälle 1 järjestettiin kävely- ja käyttä-	Interventioiden sisältöä ei eritelty menetelmäosaa tarkemmin.	Elämänlaatu ja kliiniset tulokset (toiminnallinen tila, kävelykestävyys, askellusnopeus, Timed Up and Go – testi ja fyysisen aktiivi-	

	tymisinterventiot + lehtinen kävelyn hyödyistä, ryhmälle 2 kävely-interventio + lehtinen kävelyn hyödyistä ja ryhmälle 3 vain lehtinen kävelyn hyödyistä. Kävelyinterventio perustui Ottawa panelin suositukseen.		suuden taso) paranivat kaikissa ryhmissä puoleltoista vuoden seurannassa.
Buszewicz ym. 2006	RCT - tutkimus terveystakeskuksessa asioineille polven ja lonkan nivelrikkopotilaille (N=812). Interventoryhmälle järjestettiin sosiaalis-kognitiiviseen teoriaan pohjautuva itsehoidon ohjausinterventio, jossa kuusi ryhmäohjauskertaa koulutetun sairaanhoitajan vetämänä. Kontrolliryhmälle tarjottiin ohjauslehtinen.	Ei tarkemmin eritelty ohjauksen sisältöä.	Interventoryhmällä huolet vähentyivät sekä minäpystyvyys kivun ja muiden oireiden hallintaan lisääntyi vuoden seurannassa.
Coleman ym. 2008	Laadunvarmistustutkimus terveystakeskuksen oloissa polven nivelrikkopotilaille (N=79). Muskuloskeletaalista tietämystä omaavat sairaanhoitaja ja fysioterapeutti pitivät kuusi kertaa itsehoidon ryhmäohjausta + ohjauskirjasia eri käynneille.	Ohjaus sisälsi asiaa 1) kivun hallintastrategioista, 2) liikunta-harjoittelusta, 3) nivelen suoje-lusta, 4) lääkityksestä, 5) tasa-painosta ja kaatumisen ehkäisys-tä, 6) negatiivisten tunteiden kanssa selviämisestä, 7) väsy-myksestä ja 8) itsehoitotaidoista (tavoitteen asettelu, ongelman ratkaisu ja kognitiiviset tekniikat).	Kipu väheni, mielenterveys ja fyysinen toimintakyky paranivat interventoryhmässä vuoden seurannassa.
Coleman ym. 2012	RCT - tutkimus polven nivelrikkopotilaille (N=146). Interventoryhmälle järjestettiin sosiaalis-kognitiiviseen teoriaan perustuva tautispesifi OAK - itsehoidon ohjausinterventio 12 osallistujan ryhmissä + kirjallista ohjausmateriaalia jokaiselta kuudelta ohjauskerralta. Kontrolliryhmälle järjestettiin vastaava interventio, ensin odotettuaan, interventoryhmän tutkimuksen jälkeen. Intervention ohjauksen toteuttivat terveydenalan ammattilaisten (sairanhoitaja, toimintaterapeutti ja fysioterapeutti, joilla muskuloskeletaalista koulutusta).	Ohjelmassa käytettiin kokonaisvaltaista lähestymistapaa sisältäen: 1) nivelrikosta tiedottamisen (esittely ja seuraamukset), 2) itsehoitotaidot (tavoitteen asettelu, ongelman ratkaisu, mallintaminen, positiivinen ajattelu, minäpystyvyuden parantaminen), 3) lääkityksen (tyypit, yhteisvaikutukset, nykyiset trendit) ja sen oikean käytön (terapeuttinen annos, tyypit ja sivuvaikutukset), 4) kivun hal-	Interventoryhmässä kivut vähenivät, elämänlaatu ja toimintakyky paranivat puolen vuoden seurannassa.

		lintastrategiat (kognitiiviset ja lääkkeelliset), 5) kuntoilun ja liikuntaharjoittelun (voima, venyttely, aerobinen ja tasapaino), 6) nivelten suojelun, 7) ravitsemuksen ja painon hallinnan, 8) kaatumisten ehkäisy (tasapaino, asentoaisti), 9) ympäristön riskit, 10) monilääkityksen ja 11) negatiivisten tunteiden kanssa selviytymisen.	
de Jong ym. 2008	RCT - tutkimus terveystieteiden keskuksen oloissa polven ja lonkan nivelrikkopotilaille (N=373). Interventoryhmälle järjestettiin 15 henkilön ryhmissä itsehoitoharjoitusta fysioterapeutin ja vertaisihenkilön interaktiivisesti ohjaamana kuusi kertaa (polvi- ja lonkaohjelmat erikseen) + ohjekirjanen, jossa kotiharjoittelun ohjeet. Kontrolliryhmälle tarjottiin ohjekirjanen.	Polviohjelma sisälsi jokaisella ohjauksella vertaisihenkilön ohjaamaa terveystieteiden keskuksen fysioterapeutin ohjaamaa liikuntaharjoittelua. Aiheita olivat 1) elämäntavat, 2) liikuntaharjoittelu, 3) kivun hallinta, 4) painon hallinta ja laihduttaminen.	Fysioterapeuteilla käynnit ja lääkkeiden käyttö vähenivät interventoryhmällä kuuden viikon seurannassa, heti intervention jälkeen.
Feinglass ym. 2012	Controlled physical activity trial - tutkimus polven nivelrikko ja nivelreumapotilaille (N=226). Interventoryhmässä järjestettiin fyysisen aktiivisuuden valmentajien motivaatiohaastattelua, yksilöllistä tavoitteenasettelua, yksilöllisiä keinoja fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi, prosessin seuranta ja suunnittelua korostavaa ohjausta. Kontrolliryhmälle lääkäri tarjosi neuvon liikuntaharjoitteluun.	Interventio sisälsi lisääntyvän fyysisen aktiivisuuden rajojen ja mahdollistajien arviointia.	Molemmissa ryhmissä alimman fyysisen toimintakyvyn omaavien fyysinen aktiivisuus lisääntyi puolen vuoden seurannassa.
Hansson ym. 2010	RCT - tutkimus terveystieteiden keskuksen oloissa polven, lonkan tai käden nivelrikkopotilaille (N=120). Interventoryhmälle järjestettiin minipystyvyyden keskittyvä 8-10 henkilön ryhmäohjausinterventio. Se sisälsi viisi ohjauksella fysioterapeutin, toimintaterapeutin, ortopedin, erikoistuneen sairaanhoi-	Ensimmäinen kerta sisälsi tietoa anatomia, kivun fysiologiasta ja kivun hoidosta + ajatuksia osallistuneiden vaikeiksi kokeamista asioista. Toisella kerralla tarjottiin tietoa liikuntaharjoittelusta ja fyysisestä aktiivisuudesta.	Interventoryhmällä itse arvioitu terveys ja toimintakyky joltakin osin paranivat enemmän kontrolliryhmään verrattuna puolen vuoden seurannassa.

	tajan ja ravitsemusasiantuntijan vetämänä. Kontrolliryhmälle järjestettiin sama interventio tulostamien jälkeen.	ta. Kolmannella kerralla tarjottiin tietoa nivelrikosta ja uusista tutkimuksista sekä lääkityksestä ja sopivasta ruokavaliosta. Neljännellä kerralla käsiteltiin ergonomiaa ja tarjottiin ohjeita välineistä sekä teknisistä apuvälineistä. Viidennellä kerralla annettiin tietoa käden nivelrikokoleikkauksesta.	
Hurley ym. 2007	Cluster-RT - tutkimus polvikipuisille (N=418). Interventoryhmille tavallista terveyskeskushoitoa, jonka lisäksi järjestettiin fysioterapeutin pitämä 12 ohjauksen 8 osallistujan ryhmä- tai yksilökuntoutusohjelma. Kontrolliryhmälle tavallista terveyskeskushoitoa.	Kuntoutusohjelmassa yhdistettiin yksilöllistä 1) liikuntaharjoittelua sekä 2) keskustelua itsehoitosta ja aktiivisia selviytymis-strategioita.	Toimintakyky parani kuntoutukseen osallistuneilla interventoryhmillä puolen vuoden seurannassa. Toissijaisena tuloksena kuntoutuksella oli toivottua vaikutusta myös muihin oireisiin, liikumisharjoitteluun liittyviin uskomuksiin ja huoliin puolen vuoden seurannassa.
Loring ym. 2008	RT - tutkimus reuma-, nivelrikko- ja fibromyalgiapotilaille (N=855). Interventoryhmälle järjestettiin Banduran sosiaalisen oppimisen teoriaan ja minäpystyvyyden malliin perustuva ASMP - ohjelma Internetin välityksellä. Kontrolliryhmälle tavallista hoitoa.	Ohjaus sisälsi yksilöllisen 1) liikuntaharjoitteluohjelman, 2) kognitiivista oireiden hallintaa (mm. rentoutumista, mielikuva-harjoittelua, itseksensä puhumista), 3) negatiivisten tunteiden (kuten viha, pelot ja masennus) hallintaa, 4) katsauksen lääkityksestä, 5) näkökulmia potilaslääkäri kommunikointiin, 6) terveellistä syömistä, 7) väsymyksen hallintaa, 8) toiminnan suunnittelua, 9) palautetta ja 10) keinoja ratkaista sairauteen liittyviä ongelmia.	Terveyshuolet, toimintakyvyn rajoitteet ja kipu vähenivät, itse arvioitu terveys parani ja minäpystyvyys lisääntyi interventoryhmällä vuoden seurannassa.
Marra ym. 2012	Cluster RCT - tutkimus polven nivelrikkopotilaille (N=139). Interventoryhmälle järjestettiin moniammatillinen ohjausinter-	Ohjausta tarjottiin liittyen oireisiin ja muihin polven nivelrikon näkökulmiin ASMP – ryhmäoh-	Interventoryhmällä paranivat hoitojen hyötykäyttö, toimintakyky, elämänlaatu ja väheni kipu

ventio, jossa yksilöllistä ohjausta terveystieteiden keskuksella konsultoivalta farmaseutilta, lähete fysioterapeutin ohjaamaan liikuntaohjaukseen ja mahdollisuus osallistua Banduran sosiaalisen oppimisen teoriaan ja minäpystyvyyden malliin perustuvaan ASMP – ryhmäohjausinterventioon, joka sisältää kuusi ohjauksetta. Kontrolliryhmälle tavallinen hoito + ohjausvihkonen.

jauksessa. Lääkityksen osalta farmaseutti ohjasi osallistujien resepti- ja reseptivapaiden kipulääkkeiden käyttöä yhdessä nivelrikkosuositusten kanssa, lääkitymisen kriteereistä, vatsaa suojaavista aineista ja niiden vasta-aiheista. Osallistujia ohjattiin myös riskeistä, hyödyistä ja tarkoituksenmukaisesta lääkitymisen käytöstä saavuttaakseen maksimaalisen terapeuttisen vaikutuksen ja turvallisuuden. Fysioterapeutti ohjasi yhdellä käynnillä yksilöllisesti osallistujille suositusten mukaisesti koti liikuntaharjoitteita. Fysioterapeutille oli vielä kaksi arviointikäynti kertaa intervention aikana.

puolen vuoden seurannassa.

Martire ym.  
2007

RCT - tutkimus polven ja lonkan nivelrikkopotilaille ja heidän puolisoilleen (N = 242). Interventoryhmille järjestettiin Banduran sosiaalisen oppimisen teoriaan ja minäpystyvyyden malliin pohjautuvaa ASMP - ohjelmaa perustuen joko potilaslähtöistä tai pariskuntalähtöistä ohjausta. Potilaslähtöistä ohjausta järjestettiin kuusi kertaa 4-6 henkilön ryhmissä, pariskuntalähtöisessä ohjauksessa nivelrikkopotilaita oli 4-6 henkilöä ja heidän puolisonsa. Interventoryhmien vetäjänä toimi siihen koulutuksen saanut henkilö ja siihen sisältyi kuusi tapaamiskertaa. Molemmissa interventoryhmässä asetettiin terveyteen liittyviä tavoitteita ja niitä seurattiin vielä ryhmäohjauksen jälkeen puhelimitse viisi kertaa kuukausittain. Kontrolliryhmälle tavallista hoitoa.

Pääaiheet interventoryhmien tapaamisilla sisälsivät tietoa 1) sairauden etiologiasta ja hoidosta, 2) itsehoitostrategioista kivun hallintaan ja nivelten vahvistamiseen, 3) harjoittelun hyödyistä, 4) kommunikaatioaidoista ja 5) tehokkaista negatiivisten tunteiden kanssa selviytymisen taidoista. Pariskuntalähtöisessä ohjauksessa aiheet muotoiltiin mahdollisuuksien mukaan pariskunnat huomioiviksi. Ensimmäisellä kerralla korostettiin, että kipuun voidaan vaikuttaa niin omilla, kuin puolisonkin ajatuksilla, tunteilla ja käyttäytymisellä. Puolisoiden huolia ja kokemuksia tuen tarjoajina huomioi-

Intervention jälkeen pariskuntalähtöiseen ohjaukseen osallistuneet potilaat raportoivat suurempaa vähenemistä puolison rankaisevissa reaktioissa ja lisääntymistä puolison pyrkimyksissä viedä potilaan huomion kivusta, kun potilaslähtöiseen ohjaukseen osallistuneet. Pariskuntalähtöisessä potilasohjausinterventiossa potilaat raportoivat enemmän kasvua puolison antamassa tuessa, kun potilaslähtöiseen ohjaukseen osallistuneet puolen vuoden seurannassa.

		tiin. Toisella tapaamiskerralla tarjottiin tietoa keinoista pyytää ja tarjota puolison tukea. Neljännellä viimeisellä tapaamiskerralla tarjottiin tietoa puolisoiden rohkaisusta ja käytännöistä kognitiiviseen tai käytökselliseen kivun hallintaan, tukevasta ja ei-tukevasta kumppanien kommunikaatiosta, negatiivisten tunteiden tarttumiseen ja puolisoiden keinoista lääkityksen hallintaan.	
May 2010	Katsaus sisälsi yhteensä 15 systemaattista katsausta ja meta-analyysiä itsehoidon ohjausinterventioista kroonisia sairauksia sairastaville, joista neljän tutkimusaineistoon sisältyi nivelrikkopotilaita.	Tyypillinen itsehoito-ohjelmien sisältö: 1) ohjausta kivusta ja sen seurauksista, 2) rentoutumistaitoharjoituksia, 3) kognitiivisia selviytymistaitoharjoituksia, 4) ongelmanratkaisua, 5) kommunikatiotaitojen opettelua, 6) tavoitteen asettelua ja 7) rohkaisua sitoutumaan liikuntaharjoitteluun.	Melkein kaikki tutkimukset tuottivat pienen hoitovaikutuksen kivun vähenemisen tai toimintakyvyn paranemisen osalta. Jotkut tutkimukset osoittivat joitakin hyötyjä psykologiselle hyvinvoinnille, kokonaisvaikutukselle ja terveyskäyttäytymiselle. Vaikutuksen voimakkuus oli tutkimuksissa pieni tai todella pieni. Vain kaksi tutkimusta osoitti negatiivisen johtopäätöksen, toinen itsehoitoon ja toinen hyvinvointiin liittyen.
McKnight ym. 2010	Non-blinded randomized intervention trial - tutkimus varhaisessa polven nivelrikon diagnoosin vaiheessa oleville potilaille (N=273). Siinä vertailtiin voimaharjoittelun ryhmäohjausta ja aikaisempiin itsehoito-ohjelmiin, selviytymiseen sekä minäpystyvyyssaitoihin perustuvaa itsehoidon ryhmä- ja puhelinohjausinterventiota sekä niiden yhdistelmää. Itsehoidon ohjauksesta 60 % opetuksellista ja 40 % interaktiivista. Fyysiset valmentajat vetivät voimaharjoittelua, itsehoito-ohjelman vetivät paikalliset ter-	Voimaharjoitteluintervention ensimmäinen osa (9 kk) sisälsi 1) venyttelyn tasapainon, 2) liikeradan, 3) joustavuuden ja 4) isotonista lihasvoiman vahvistamisen ohjausta. Toisessa vaiheessa (15 kk) keskityttiin 5) kehittämään itseohjautuvia pitkän ajan liikuntaharjoittelutapoja. Itsehoidonohjausinterventiossa ensimmäisessä osassa (9 kk, 12 kertaa) ryhmäohjauksen	Fyysinen toimintakyky parani ja kipu sekä toimintakyvyttömyys vähenivät kaikissa ryhmissä kahden vuoden seuranta-ajalla.



veydenalan ammattilaiset.

sisältö perustui aikaisempiin itsehoito-ohjelmiin, sen jälkeisillä puhelinsoitoilla vahvistettiin luokkahuoneopetuksessa tarjottua tietoa ja siellä opittua käyttäytymistä. Yhdistetyssä interventiossa vain toinen osa edellisistä interventioista oli samaa, alku sisälsi molempien interventioiden ensimmäisen osan.

Mendelson ym.  
2011

Retrospective review – tutkimus, jossa tutkittiin PACE-Ex intervention vuosina 1998–2006 suorittaneita nivelrikko-, nivelreuma-, fibromyalgia- ja muita potilaita (N=347). Interventio perustui sosiaalis-kognitiiviseen teoriaan, terveysuskomusmalliin, muutosvaihemalliin sekä motivaation ja toiminnan määrääntymisen teoriaan. Intervention pääkomponenttina oli tavoitteen asettelu ja se keskittyi elämäntavan muutoksiin, fyysiseen aktiivisuuteen ja sairauden hallintaan. Intervention vetivät kaksi terveyden alana ammattilaista, Baycrest`in mallissa fysioterapeutti ja toimintaterapeutti. Interaktiivisia ryhmäohjaustapaamisia oli yhteensä 20, lisäksi yksi yksilötapaaminen.

Ohjauksen sisältö tapaamiskerroittain: 1) Intervention esittely ja arviointi, 2) tavoitteen asettelu, 3) sairauden kanssa selviytyminen, 4) liikuntaharjoittelu, 5) niveltulehduksen esittely, 6) kommunikaatio lääkärin kanssa, 7) kylmä- ja lämpöhoito, 8) ruoan valmistus, 9) itsehoito, siivoaminen ja pukeutuminen, 10) kodin hallinta, 11) käteviä vinkkejä, 12) rentoutuminen ja ongelman käsittely, 13) nukkumisasento, 14) yhteiskunnan/kunnan resurssit, 15) lääkitys, 16) ravitsemus, 17) vaihtoehdot terapioita, 18) kävelyn apuvälineet ja kaatumisen ehkäisy, 19) osteoporoosi, 20) yhteenveto, pitkän aikavälin tavoitteet ja arviointi + jokaisella kerralla toinen tunti liikuntaharjoittelun ohjausta lämpimässä vedessä.

Interventioon osallistuneiden mielenpystyvyys, itse arvioitu elämäntila ja terveydentila paranivat sekä kipu väheni. Myös itsehoitokäyttäytyminen (liikuntaharjoitteluun käytetty aika, kognitiivinen oireiden ja psyykinen stressin hallinta, rentoutuminen, ohjauspalveluiden/tukiryhmien ja ohjattujen liikuntaohjelmien käyttö sekä lääkärin kanssa kommunikointi) lisääntyi ja 68 % osallistuneista saavutti asettamansa tavoitteet interventioon osallistumisen jälkeen.

Ottawa panel  
(2011)

20 tutkimusta sisältänyt systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Tutkimukset koskivat nivelrikkopotilaiden ohjauksen vaikutuksia. Ryhmä- tai yksilöohjausinterventioita, jotka

Neljä erilaista ohjausinterventioita (preoperatiivinen ohjaus rajattu pois tästä tarkastelusta): 1) itsehoidon ohjaus, 2) nivelen

Itsehoidon ohjauksen osalta meta-analyysit osoittivat ohjauksen vaikuttavan kipua helpottavasti hoidon päättyessä, mutta ei pitkän

liittyivät nivelrikon hoitoon; 1) puolison avustamaa kivun hallinnan ohjausta ja 2) psykologiseen hyvinvointiin, 3) elämänlaatuun ja 4) minäpystyvyyteen liittyvää terapeutista harjoittelua. Interventiot olivat 1) leikkaukseen liittyviä, 2) psyko-ohjauksellisia, 3) psykologisia, 4) psykososiaalisia, 5) aistillisia, 6) kognitiiviskäyttäytymisellisiä, 7) itsehoitoa ohjaavia, 8) liikuntaharjoittelua yhdistettynä ohjausinterventioon, 9) kirjallista ohjausmateriaalia, 10) avustavia laitteita tai tukia sisältäviä sekä 11) yhteiskuntaan tai 12) tietokoneeseen perustuvia. Ohjausinterventiot oli suoritettu kotona, puhelimitse, hoitokäynnin yhteydessä, tiedotuslehdellä tai puhelinohjauksen ja hoitokäynnin yhteydessä tarjottavan ohjauksen yhdistelmällä. Ammattihenkilöt, vertaishenkilöt ja koulutetut vapaaehtoiset järjestivät ohjauksen. Jotkut osallistujat saivat tapaamisen lisäksi tai pelkästään audio- tai kirjallista materiaalia.

suojaus ja kotiliikuntaharjoittelun ohjaus, 3) puolison avustama kivun hallinta ja 4) yleinen tautiohjaus kuukausittaisella puhelinsuorannalla.

ajan seurannassa. Vaikutukset liikuntaan sitoutumiseen olivat välittömiä sekä pitkäaikaisia. Nivelen suojelelun ohjaus paransi koettua toimintakykyä hoidon lopussa yhdessä pienessä tutkimuksessa. Puolison avustaman kivun hallinnan ohjaus paransi psykologista hyvinvointia.

Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012

Suosituksessa tuotiin esiin itsehoidon ohjauksen osalta kolme ohjausinterventiotutkimusta nivelrikko- ja nivelulehduspotilaille. Yhdessä tutkittiin itsehoidon ohjausinterventio, yhdessä kävelyyn ja sen jatkuvuuteen kannustavan interventio ja yhdessä terveysinterventio vaikutuksia. Itsehoidon ohjausinterventio oli Banduran sosiaalisen oppimisen teoriaan ja minäpystyvyyden malliin pohjautuvaa ASMP – ohjelma. Kävelyyn ja sen jatkuvuuteen perustuva interventio oli sairaalaoioihin pohjautuva ohjausinterventio, joka oli suunniteltu parantamaan toimintakykyä polven nivelrikkopotilailla. Terveysinterventio järjestettiin terveydenhuollossa.

Useimmat itsehoidon ohjauksen malleista sisälsivät ohjeita 1) sopivasta liikuntaharjoittelusta, 2) kivun hallinta- ja hoitokeinoista, 3) laihduttamisesta tai 4) nivelvammojen ehkäisemisestä.

Itsehoidon ohjaus voi vähentää ahdistusta ja lisätä minäpystyvyyttä oireiden hallinnassa polvi- ja lonkkanivelrikkopotilailla. Itsehoidon ohjaus ei liene vaikuttanut perusterveydenhuollon lääkärikäynteihin. Itsehoidon ohjaus ei ilmeisesti vaikuttanut kipuun tai toimintakykyyn. Kuitenkin keskiikäisillä polvinivelrikkopotilailla liikuntaharjoittelu tai itsehoidon ohjaus tai niiden yhdistelmä ilmeisesti paransi toimintakykyä ja vähensi kipua. Puhelimitse annettava pitkäaikainen ja strukturoitu itsehoidon ohjaus saattoi vähentää kipua, mutta luotettava näyttö

Rauvaud ym. 2009	Pragmatic RCT - tutkimus terveyskeskuksen oloissa polven nivelrikkopotilaille (N=336). Interventioryhmälle järjestettiin hoitoon sitoutumista lisäävä standardoitu ARTIST – interventio, jossa kolme tavoitesuuntautunutta yksilöohjauskertaa reumatologin vetämänä + kirjallinen tieto nivelrikosta ja kirjanen, johon merkitä paino ja fyysiset aktiviteetit viikoittain. Kontrolliryhmälle tavallista hoitoa.	1) Ensimmäisellä ohjauskerralla tarjottiin tietoa nivelrikosta ja sen hoidosta, 2) toisella ohjauskerralla tietoa liikuntaharjoittelusta ja nivelten suojelusta sekä 3) kolmannella ohjauskerralla tietoa painon pudotuksesta.	asiasta puuttui. Iäkkäillä potilailla terveysneuvonta yhdistettynä liike- ja liikuntaharjoitteluun saattoi vähentää kipua ja parantaa elämänlaatua.
Rosemann ym. 2007	Cluster-RCT - tutkimus terveyskeskuksen oloissa lääkäreille, sairaanhoitajille ja heidän polven tai lonkan nivelrikkopotilaille (N=1021). Interventioryhmien 1 ja 2 ohjaaville lääkäreille tarjottiin interaktiivista vertaisryhmäohjausta liittyen kaksi kertaa. Siinä tarjottiin tietoa hoidon suosituksista + annettiin suositukset kirjallisena. Interventioryhmän 2 ohjaukseen osallistuneet hoitajat osallistuivat koulutukseen, jossa ohjattiin hoidon seuranta puhelimitse ja annettiin ohjeet siitä, milloin ohjata potilas lääkärin vastaanotolle. Kontrolliryhmälle ei järjestetty kumpaakaan interventiota.	Lääkäreiden tapaamisissa annettiin tietoa näyttöön perustuvasta nivelrikon hoidosta terveyskeskuksessa, potilaiden itsehoito-ohjelmista ja motivoivista taidoista potilaan kanssa työskentelyyn. Lääkäreille annettiin potilaille tarjottavaa kirjallista materiaalia 1) sairauden syistä, 2) hoidoista, 3) selviytymiskeinoista ja 4) kahdesta suurimmasta järjestettävästä itsehoitoryhmästä. Lääkäreille annettiin myös kirjallisena ja audio-versiona liikuntaharjoitteluohjelma. Kaikille osallistuneille potilaille annettiin materiaalit. Sairaanhoitajat 2 ryhmässä saivat case management - ohjausta. Heille opetettiin nivelrikosta ja siitä, kuinka soittaa potilaalle ja seurata hoitoa käyttäen strukturoitua nivelrikkospesifiä puhelin-	Paino, kipu ja yleinen taudin arvioitu aktiivisuus vähenivät ja fyysisen aktiivisuus lisääntyi interventioryhmässä enemmän neljän kuukauden seurannassa.
			Kontrolliryhmään verrattuna interventioryhmässä 1 röntgenkuvien ottaminen vähentyi ja parasetamolien määrääminen lisääntyi intervention jälkeen. Interventioryhmässä 2 elämänlaatu parantui merkitsevästi sosiaalisella, oireiden ja alemman vartalon osalta, röntgenkuvien ottaminen ja läheteet ortopedille vähenivät sekä kipulääkkeiden määrääminen lisääntyi merkitsevästi verrattuna kontrolliryhmään intervention jälkeen.

		<p>kyselyä. Lomakkeen avulla arvioitiin kolmea hoidon aluetta: 1) kipua, 2) määrättyjen lääkkeiden vaikutuksia ja sivuvaikutuksia sekä 3) sitoutumista lääkärin ohjaamaan liikuntaharjoitteluun.</p>	
Schoo ym. 2005	<p>Randomoitu tutkimus yli 60-vuotiaille polven ja lonkan nivelrikkopotilaille (N=115). Tutkittaville ohjattiin polven ja lonkan nivelrikkopotilaille suunniteltua liikuntaharjoittelua. Kaikkia tutkimukseen osallistuneita ohjasi fysioterapeutti kasvokkain. Tutkittavat osallistuivat kolmeen tapaamiseen 8 viikon liikuntaharjoitteluohjelman aikana. Lisäksi osallistujat saivat liikuntaharjoitteluohjeet joko 1) lehtisenä, 2) lehtisenä ja ääninauhana tai 3) lehtisenä ja videonauhana.</p>	<p>Fysioterapeutti ohjasi yksityiskohtaisesti yhdeksän kotiliikuntaharjoitteen (viisi liikkuvuus- ja neljä venyttelyharjoitetta) suorittamistavan ja -määrän sekä harjoitteiden intensiteetin. Lehtiset sisälsivät liikkeiden oikein suorittamiseen kirjalliset ohjeet. Videonauha sisälsi visuaalista ja verbaalista, ääninauha verbaalista ohjeistusta liikkeiden oikein suorittamisesta.</p>	<p>Oikein suoritettujen liikuntaharjoitteiden osuus ensimmäisellä ja kolmannella arviointikerralla oli pienempi pelkän lehtisen saaneella ryhmällä, kuin lisäksi videonauhan saaneella ryhmällä. Kolmannella mittauskerralla pelkän lehtisen saaneella ryhmällä oli pienempi oikein suoritettujen liikuntaharjoitteiden osuus lisäksi ääninauhan saaneeseen ryhmään verrattuna.</p>
Shin & Kolanowski 2010	<p>12 RCT:tä sisältänyt katsaus, jossa tutkittu erilaisten psykososiaalisten lääkkeettömien terapioiden vaikutuksia yli 50-vuotiaille polven ja lonkan nivelrikkopotilaille. Tutkimukseen sisältyi muun muassa sairaanhoidajan kotikäyntiä ja puolison osallistavaa ohjausta. Joissakin interventioissa oli tarjottu myös kirjallista ohjausmateriaalia.</p>	<p>Psykososiaaliset lääkkeettömät terapiat sisälsivät 1) potilasohjauksen, 2) itsehoidon ohjauksen, 3) selviytymistaidot, 4) liikuntaharjoittelun ja 5) sosiaalisen tuen.</p>	<p>Kaikki tutkimukset osoittivat kipua vähentäviä ja toimintakykyä parantavia vaikutuksia. Kahdessa tutkimuksessa erot eivät kivun ja toimintakyvyn osalta olleet kuitenkaan merkitseviä koe- ja kontrolliryhmien välillä. Verrattain interventoryhmän osallistujat osoittivat kuitenkin tilastollisesti merkitsevää parannusta minäpystyvyydessä, hoitoon sitoutumisessa ja elämänlaadussa verrattaessa kontrolliryhmään. Kuusi tutkimusta osoitti interventioiden vuoksi parantuneiden minäpystyvyyden, hoitoon sitoutumisen ja elämänlaadun pysyvän vuoden seurannassa.</p>

Somers ym. 2009	Viimeisimpiä RCT -tutkimuksia sisältänyt katsaus, jossa yhtenä kokonaisuutena tarkasteltiin psykososiaalisten hoitojen vaikutusta nivelrikon aiheuttamaan kipuun.	Tarkastellut psykososiaaliset interventiot sisälsivät itsehoidon ja liikuntaharjoittelun ohjausta.	Psykososiaaliset interventiot voivat vähentää kipua ja toimintakyvyttömyyttä.
Somers ym. 2012	Randomized clinical trial - tutkimus ylipainoisille polven nivelrikkopotilaille (N=232). Puolen vuoden porttikontrollimalliin perustuva 18 kerran ohjausinterventio kivun hallinnan koulutuksesta, 21 ohjauskerran LEARN – ohjelmaan perustuvaa elämäntapakäytöksellistä painon hallinnan interventio + ohjekirja tai 21 tapaamiskertaa sisältävä edellisiä yhdistelevä interventio. Interventioryhmissä ohjaajana psykologi, painonhallintaryhmässä liikuntaa ohjasi liikuntafysiologi. Interventioissa käytettiin roolileikkiä, ääninauhan kuuntelua ja havainnointia. Kognitiivista uudelleen rakentamista käytettiin mm. auttaakseen osallistujia huomaamaan ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen yhteyden. Painonhallintaryhmässä tavoitteena oli asteittaan pudottaa painoa ja tehtävänä seurata painoa sekä ruokailua päiväkirjan avulla. Kontrolliryhmälle tavallista hoitoa.	Kivun hallinnan koulutuksen interventio sisälsi huomion ohjaamiskeinoja: rentoutumista, mielikuvittelua ja häiriötä. Ohjauskertojen välille annettiin kotitehtäviä. Intervention jälkimmäisessä puolikkaassa hallintakeinojen pysyvyyttä korostettiin, selviytymistaitoja kerrattiin ja ilmaantuneita ongelmia tunnistettiin. Osallistujat ohjattiin jatkossa selviytymään ongelmissa. Käytöksellisessä painonhallintainterventiossa oli kolme ohjattua aerobista liikuntakertaa. Ryhmätapaamisissa annettiin tietoa painon pudotukseen liittyvistä elämäntavoista, liikuntaharjoittelusta, asenteista, suhteista ja ravitsemuksesta. Kahdella ohjauskerralla annettiin ruokahalutietoisuuskoulutusta, jossa ohjattiin seuraamaan sisäisiä nälän ja kylläisyyden merkkejä.	Molempien ohjausten yhdistelmäinterventioon osallistuneet saavuttivat parempia intervention jälkeisiä tuloksia kivun, fyysisen toimintakyvyttömyyden, jäykkyyden, aktiivisuuden, sairauteen ja painoon liittyvän minäpysyvyyden ja painon suhteen verrattuna kolmeen muuhun ryhmään. Kumpaaikin ohjausta saanut ryhmä saavutti parempia tuloksia intervention jälkeen myös psykologisen toimintakyvyttömyyden ja kivun katarofisaation suhteen, kuin vähintään yksi muista ryhmistä.
Sperber ym. 2012	Sekundaarinen analyysi vuoden kestäneestä polven ja lonkan nivelrikkopotilaiden itsehoidon tuki – kliinisestä interventiotutkimuksesta. Analyysi suoritettiin interventioon vuosina 2006–2009 osallistuneille ryhmille (sekundaarisessa n=140, alun perin n=172). Kaikki osallistujat saivat kirjoitettuna - ja audio-versiona nivelrikon itsehoidon ohjaus-	Ohjaukseen sisältyi kymmenen aihemoduulia: 1) nivelrikon ja sen itsehoidon perusteet, 2) liikuntaharjoittelu, 3) terveellinen ruokavalio ja painonhallinta, 4) lääkehoito, 5) nivelpistokset ja leikkaushoito, 6) keskustelu lääkärin kanssa, 7) nivelen hoi-	Osallistujista 68 % arvioi jokaisen kolmen intervention keinon auttaaneen heitä. Ohjaajan puhelut auttoivat 81 %, ohjausmateriaalit auttoivat 85 % sekä tavoitteen asettelu ja toiminnan suunnittelu auttoivat 86 % osallistujista hallitsemaan heidän nivelrikon oireita.

	<p>ta. Osallistujille soitettiin kerran kuukaudes- sa kerratakseen ohjauksen pääsisällöt, kehit- tääkseen viikoittaiset itsehoidon tavoitteet ja toimintasuunnitelmat ja sitouttaakseen osal- listujaa ongelman ratkaisuun. Osallistujat valitsivat ohjaussisältöjen järjestyksen, kun olivat saaneet perustiedot nivelrikosta ja sen itsehoidosta.</p>	<p>to, 8) täydentävä ja vaihtoehtoi- nen hoito, 9) stressin hallinta ja 10) uni.</p>	
Williams ym. 2010	<p>Katsauksia ja hoidon suosituksia koskevan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pohjal- ta kehitettiin näyttöön perustuvat viestit, jotka sitten liitettiin kirjallisen materiaalin kertomukseen. Kolme fokusryhmää tutki kirjaseen luonnoksen parantaakseen sana- muotoja ja keskustellakseen sen käyttökeli- poisuudesta. Viimeisen luonnoksen tutki neljäs fokusryhmä. Kaikki fokusryhmät koostuivat lonkka- tai polvinivelrikkopoti- laista (N=18). Ryhmiä johti sovittelija käyt- tären aiheopasta.</p>	<p>Kirjanen lonkka/ tai polvinivel- rikosta tarjosi tietoa ja neuvoja siitä, miten säilyttää aktiivisuus.</p>	<p>Kaikkien fokusryhmien mielestä kirjanen oli hyväksyttävä, rele- vantti ja kiinnostava. Osallistujat yllättyivät siitä, että oireet tai toimintakyky voi parantua ja ni- veltä on mahdollista kuntouttaa. Liikuntaan liittyvät uskomukset vahvistuivat kirjaseen myötä ja potilaat voimaantuivat nivelen- vaihtoleikkausta koskevasta vies- tistä.</p>
Yip ym. 2008	<p>RCT - tutkimus terveyskeskuksen oloissa polven nivelrikkopotilaille (N=95). Interven- tioryhmälle järjestettiin Banduran sosiaali- sen oppimisen teoriaan ja minäpystyvyyden malliin perustuva ASMP – interventio 10– 15 henkilön ryhmissä. Se sisälsi kuusi ohja- uskertaa sairaanhoitajan vetämänä ja siihen oli lisätty liikuntaharjoittelua. Kontrolliryh- mälle tavallista hoitoa.</p>	<p>ASMP – intervention mukainen ohjauksen sisältö (1) katsaus itsehoitotekniikoista, tietoa 2) sairaudesta, 3) liikuntaharjoitte- lusta, 4) kognitiivisesta oireiden hallinnasta, 5) masennuksesta, 6) kommunikaatiosta terveyden- alan ammattilaisten kanssa ja 7) tavoitteen asettelua) ja lisäksi tavoitteellista liikuntaharjoitte- lun ohjausta jokaisella ohjaus- kerralla.</p>	<p>Sen hetkinen -, yöllinen - ja käve- lykipu, ei-suunnitellut hoitokäyn- nit vähenivät, minäpystyvyys lisääntyi kivun ja muiden oireiden suhteen, sekä itsearvioitu terveys parani vuoden seurannassa.</p>
Zhang ym. 2010	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus 2006– 2009 julkaistuista systemaattisista katsauk- sista, meta-analyyseistä, RCT - tutkimuksista, havainnoivista tutkimuksista ja ekonomi- sista arvioinneista koskien lonkka- ja pol-</p>	<p>Toinen tarkasteltu interventio sisälsi itsehoidon ohjausta. Toi- nen sisälsi ohjausta nivelrikosta sekä neuvontaa liikunnasta ja laihduuttamisesta.</p>	<p>Aikaisempiin tutkimuksiin verrat- tuna itsehoidon ohjausinterventi- ossa vaikutuksen voimakkuus kipuun ja toimintakykyyn säilyivät pieninä, mutta tilastollisesti mer-</p>

vinivelrikkopotilaiden hoitoa. Yhtenä kokonaisuutena katsauksessa tarkasteltiin ohjauksen ja tiedon tarjoamisen vaikutuksen voimakkuutta.

kitseinä. Toisen intervention havaittiin neljän kuukauden seurannassa interventioryhmällä painon laskeneen tilastollisesti merkitsevästi enemmän kontrolliryhmään verrattuna. Kuitenkin ryhmien väliset erot painon laskussa olivat yhteydessä merkityksettömään kivun vähenemiseen.

---

<sup>a</sup> Interventiotutkimusten tuloksista mainittu vain tilastollisesti merkitsevät  $p < 0.05$  tilastollisesti merkitsevät intervention vaikutukset.

#### LIITE 4. SPTT: reliabiliteettia tarkastelevat tutkimukset

Tekijät	Tutkimusjoukko	STTP:n yhteispisteet, Ka (SD)	Reliabiliteetti, sisäinen konsistenssi
Rankinen ym. (2007 Suomi)	n=237, miehiä 64 %, kirurgisia potilaita	1.58 asteikko 4-1, (0.46)	$\alpha=0.91$ yhteensä $\alpha=0.87-0.90$ alaluokille
Heikkinen ym. (2007 Suomi)	n=120, naisia 54 %, ortopedisiä potilaita	3.35 asteikko 1-4, (0.60)	$\alpha=0.93$ yhteensä $\alpha=0.77 - 0.95$ alaluokille
Rantanen ym. (2008 Suomi)	n=47, naisia 57 %, dialyysipotilaita (mittariin lisätty kysymyksiä dialyysistä)	Ei arvioitu keskiarvoa, asteikko 1-3	$\alpha= 0.90$ yhteensä, $\alpha=0.81-0.94$ alaluokilla