

# **LONKAN TEKONIVELLEIKKAUKSESTA KUNTOUTUMINEN OPPIMISENA**

Mia Vähäsantanen

Fysioterapian pro gradu –tutkielma

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2016

## TIIVISTELMÄ

Vähäsantanen, M. 2016. Lonkan tekonivelleikkauksesta kuntoutuminen oppimisena. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, fysioterapian pro gradu –tutkielma, 58 s., 3 liitesivua.

Suomessa tehdään vuosittain noin 7500 lonkan tekonivelleikkausta ja väestön ikääntyessä leikkausten määrä tulee todennäköisesti lisääntymään. Samaan aikaa hoitoajat ovat lyhentyneet, mikä lisää tarvetta fysioterapiaohjauksen kehittämiseen. Tekonivelleikkauksesta kuntoutuminen voidaan nähdä yksilöllisenä kasvu- ja oppimisprosessina, mutta aihetta on aiemmin tutkittu vähän fysioterapian alueella. Tämän pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää lonkan tekonivelleikkauksesta kuntoutumista oppimisen näkökulmasta. Tutkimus on osa Jyväskylän yliopiston hallinnoimaa Potilasohjaus fysioterapiassa –tutkimushanketta. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää lonkan tekonivelleikkauspotilaiden fysioterapiaohjauksen kehittämisessä.

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat aikuiset lonkan tekonivelleikkauksen läpikäyneet potilaat. Tutkimusaineisto on kerätty alkuvuodesta 2010. Tutkimusaineiston muodostavat 10 lonkan tekonivelleikkauspotilaan (ka 69,7 v) haastattelut. Potilaita on haastateltu kaksi kertaa; n. viikko ennen leikkausta ja 3-5 viikkoa leikkauksen jälkeen. Haastattelumenetelmänä on käytetty teemahaastattelua, jota on syvennetty vapaaseen kerrontaan kannustavilla lisäkysymyksillä. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisesti narratiivisella analyysimenetelmällä. Analyysin tuloksena syntyi neljä oppimisen tarinamallia: ongelman ratkaisijoiden, ennakkoon valmistautuvien, ohjausta tarvitsevien ja järjestelmään luottavien tarinamallit. Oppimisen tarinamalleista nousi esiin erilaisia oppimisen teorioita perustuen kuntoutujien toimintaan ja oppimiseen kuntoutumisprosessin aikana. Tarinamalleista on löydettävissä yhtymäkohtia kokemuksellisen oppimisen, ongelma-perustaisen oppimisen, kognitiivisen oppimisen, sosiaalisen oppimisen ja ei-oppimisen teorioihin. Tarinamallit ilmentävät myös kuntoutujien toimijuuden astetta kuntoutumisessaan. Tarinamallit osoittavat tarpeen pohtia, kuinka kuntoutuksessa ja fysioterapeuttisessa ohjauksessa voidaan huomioida kuntoutujien eri oppimistyyliä sekä tukea heidän aktiivista toimijuuttaan.

**Asiasanat:** lonkan tekonivelleikkaus, kuntoutuminen, oppiminen, narratiivinen analyysi

## **ABSTRACT**

Vähäsantanen, M. 2016. Recovering from total hip arthroplasty - standpoint of learning. Department of Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis in physiotherapy, 58 pages, 3 pages of appendices.

Approximately 7.500 hip arthroplasties are performed in Finland every year. With the ageing population the operation rate is likely to increase. At the same time the period during which the patient receives care has shortened which has increased the need for physiotherapy counselling. Recovering from total hip arthroplasty can be seen as an individual process of growth and learning which is a subject that has previously been studied very little in the field of physiotherapy. The aim of this master's thesis is to understand recovering from hip arthroplasty from the standpoint of learning. This master's thesis is a part of a research project called 'Patient counselling in Physiotherapy' conducted by University Of Jyväskylä. The results of the research project will benefit the development of physiotherapy counselling of total hip arthroplasty patients.

The target group of this master's thesis is made up of adult patients that have undergone total hip arthroplasty. The raw data for the research has been collected at the beginning of the year 2010. The research material comprises interviews of 10 total hip arthroplasty patients in the average age of 69,7 years. The patients have been interviewed approximately a week before operation and again 3 to 5 weeks after the operation. The interview method has been theme interviews that have been deepened with additional questions to encourage the interviewee to free narration. The research material was analyzed with a narrative method of analysis. The analysis produced 4 story models for learning: problem solvers' story model, the story model of those prepared in advance, the story model of those in need of counselling and the story model of those who trust the system.

The story models of learning produced different theories of learning based on the patients' activity and learning during the process of rehabilitation. In the story models can be found connections to theories of experiential learning, problem-based learning, cognitive learning, social learning and non-learning. The story models express the patients' degree of agency in rehabilitation. The story models also show a need to deliberate how to take patients' different styles of learning into account and how to support their active agency.

**Keywords:** total hip arthroplasty, hip replacement, rehabilitation, learning, narrative analysis

## SISÄLLYS

### TIIVISTELMÄ

### ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	1
2 LONKAN TEKONIVELLEIKKAUS.....	2
2.1 Lonkan nivelrikko ja sen hoito .....	2
2.2 Lonkan tekonivelleikkaustekniikat .....	3
2.3 Preoperatiivinen fysioterapia .....	4
2.4 Postoperatiivinen fysioterapia.....	6
3 KUNTOUTUMINEN OPPIMISENA.....	7
3.1 Oppiminen .....	8
3.2 Keskeisimmät oppimisteoriat .....	10
3.2.1 Behavioristinen oppimisenäkemys .....	11
3.2.2 Kognitiivinen oppimisenäkemys.....	12
3.2.3 Sosiaalisen oppimisen teorialat .....	12
3.2.4 Konstruktivistinen oppimisenäkemys.....	13
3.2.5 Kokemuksellinen oppiminen.....	14
3.3 Kuntoutuminen oppimisteorioiden valossa .....	16
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	17
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	18
5.1 Narratiivisuus lähestymistapana tutkimukseen.....	18
5.2 Aineiston hankinta .....	19
5.3 Tutkimushenkilöt .....	20
5.4 Aineiston analyysi.....	21
6 TULOKSET .....	23
6.1 Ongelman ratkaisijoiden tarinamalli.....	23
6.2 Ohjausta tarvitsevien tarinamalli .....	28
6.3 Ennakkoon valmistautuvien tarinamalli .....	30
6.4 Järjestelmään luottavien tarinamalli .....	34
7 POHDINTA.....	37
7.1 Tutkimustulosten tarkastelua .....	37
7.1.1 Oppimisen teorialat tarinamalleissa .....	38

7.1.2 Kuntoutujien toimijuus kuntoutumisessa .....	42
7.1.3 Oppimisen tarinamallit fysioterapeuttisen ohjauksen näkökulmasta .....	43
7.2 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi .....	47
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET .....	50
Lähteet .....	51
Liitteet	

## 1 JOHDANTO

Nivelrikko eli artroosi on yleisin nivelsairaus maailmassa (Remes ym. 2007; Heliövaara ym. 2008) ja lonkan nivelrikko onkin aikuisilla tavallisimpia syitä lonkan alueen kipuihin (Pohjolainen 2015). Lonkan tekonivelleikkaus on vakiintunut hoitomuodoksi nivelrikossa silloin, kun konservatiivinen hoito ei tuo enää helpotusta oireisiin (Lehto ym. 2005; Remes ym. 2007; Pohjolainen 2015). Lonkan tekonivelleikkauksia tehdään maailmalla vuosittain yli 400 000 ja Suomessa vuosittain noin 7500 (Remes ym. 2007). Suurin osa tekonivelleikkauksista tehdään yli 65-vuotiaille henkilöille (Lehto ym. 2005), joten väestön ikääntyessä tekonivelleikkausten tarve tulee todennäköisesti lisääntymään (Lehto ym. 2005; Remes ym. 2007; Heliövaara ym. 2008). Lonkan tekonivelleikkauksella pyritään kipujen vähentymiseen (Kettunen ym. 2013; Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014) sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun parantumiseen (Ethgen ym. 2004; Di Monaco ym. 2009; Kettunen ym. 2013; Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014). Tekonivelkirurgian on todettu olevan kustannustehokasta ja elämänlaatumittareilla arvioituna vaikuttavaa hoitoa suurista kustannuksista huolimatta (Lehto ym. 2005; Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014).

Hoitoajat ovat terveydenhuollossa yleisesti lyhentyneet, mikä asettaa haasteita fysioterapiaohjaukselle (Jäppinen ym. 2015). Fysioterapialla on tärkeä rooli lonkan tekonivelpotilaiden leikkauksen jälkeisessä kuntoutumisessa. Jotta fysioterapiaohjausta voitaisiin kehittää palvelemaan paremmin potilaiden hyvää kuntoutumista, on tärkeää saada tietoa lonkan tekonivelleikkattujen kuntoutumisprosessista kokonaisvaltaisesti kuntoutujien omat kokemukset huomioiden. Lonkan tekonivelleikkauksesta kuntoutuminen voidaan nähdä yksilöllisenä kasvu- ja oppimisprosessina (Järvikoski & Härkäpää 2004, 19-20, 165; Järvikoski & Härkäpää 2011, 171-172), jossa yhdistyvät sekä fyysinen, psyykinen että sosiaalinen osa-alue (Grant ym. 2009). Tarve oppimisnäkökulman huomioimiseen kuntoutuksen alueella on havaittu (Smits ym. 2010; Jäppinen ym. 2015), mutta aihetta on tutkittu vielä vähän fysioterapian alueella.

Tämä pro gradu -tutkimus on osa laajempaa Jyväskylän yliopiston hallinnoimaa Potilasohjaus fysioterapiassa -tutkimushanketta. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat aikuiset lonkan tekonivelleikkauksen läpikäyneet nivelrikkoa sairastavat potilaat. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää lonkan tekonivelleikkauksesta kuntoutumista oppimisen

näkökulmasta. Tutkimuksessa seurataan tutkimushenkilöiden kuntoutumista leikkausta edeltävästä preoperatiivisesta ohjauksikäynnistä n. 3 viikkoa leikkauksesta kotiutumiseen saakka.

## **2 LONKAN TEKONIVELLEIKKAUS**

Lonkan tekonivelleikkaus on vakiintunut hoitomuoto vaikeassa nivelrikossa silloin, kun konservatiivinen hoito ei tuo helpotusta oireisiin (Lehto ym. 2005; Remes ym. 2007; Pohjolainen 2015). Lonkan tekonivelleikkauksia tehdään maailmalla vuosittain yli 400 000 ja Suomessa leikkauksia tehdään vuosittain noin 7500 (Remes ym. 2007). Suurin osa tekonivelleikkauksista tehdään yli 65-vuotiaille henkilöille (Lehto ym. 2005), joten väestön ikääntyessä tekonivelleikkausten tarve tulee todennäköisesti lisääntymään (Lehto ym. 2005; Remes ym. 2007; Heliövaara ym. 2008). Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 19,9 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä (Tilastokeskus 2015). Leikkaustekniikan ja proteesitekniikan kehittymisen myötä myös leikkausaiheet ovat lisääntyneet (Lehto ym. 2005) ja leikkauksia tehdään yhä nuoremmille, vanhemmille ja huonokuntoisimmille henkilöille (Di Monaco ym. 2009). Lonkan tekonivelleikkauksen on todettu vähentävän kipua (Kettunen ym. 2013) sekä parantavan leikattujen henkilöiden toimintakykyä ja elämänlaatua (Ethgen ym. 2004; Di Monaco ym. 2009; Kettunen ym. 2013).

### **2.1 Lonkan nivelrikko ja sen hoito**

Nivelrikko eli artroosi on yleisin nivelsairaus maailmassa (Remes ym. 2007; Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014). Artroosilla tarkoitetaan heterogeenista ryhmää erilaisia tiloja, joille on ominaista nivelruston rappeutuminen, nivelvälin kaventuminen, nivelen kipeytyminen ja potilaan toimintakyvyn heikentyminen (Heliövaara ym. 2008). Perimmäistä syytä nivelrikon syntyyn ei tiedetä, mutta sen riskitekijöinä pidetään ikääntymistä, nivelvammoja, ylipainoa ja raskasta nivelkuormitusta. Nivelrikossa muutoksia ilmenee sekä nivelrustossa, luussa, nivelkalvossa että niveltä ympäröivissä lihaksissakin (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014; Pohjolainen 2015). Nivelrikossa nivelruston välinäinen ja sidekudoksen eli kollageenin hajoaminen kiihtyy. Nivelruston hävitessä luun pinnalta, rustonalainen luulevy paksunee, ja luun uudismuodostuksen seurauksena nivelen reunaan rusto-luurajaan, nivelkapselin,

nivelsiteiden ja jänteiden kiinnittymiskohtiin syntyy luisia nokkaumia eli osteofyyttejä ja myös nivelkapseli paksuuntuu (Pohjolainen 2015). Luun ja niveltä ympäröivien rakenteiden muutokset ja niihin liittyvä tulehdusreaktio aiheuttavat kipua. Nivelkivun lisäksi muita nivelrikon oireita ovat niveljäykkyys sekä muutokset toimintakyvyssä kuten kävelyn ja portaiden nousun rajoittuminen, istuutumisen/istumasta seisomaan nousun vaikeutuminen sekä pukeutumisen, peseytymisen ja varpaankynsien leikkaamisen vaikeutuminen (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014; Pohjolainen 2015). Lonkan nivelrikkoa esiintyy 10-25 %:lla yli 55-vuotiaista ja yli 75-vuotiailla esiintyvyys on 20-30 % (Heliövaara ym. 2008). Nivelrikon hoidon tavoitteena ovat kivun hallinta ja lieveneminen sekä toimintakyvyn ylläpito ja paraneminen. Nivelrikkoa hoidetaan ensisijaisesti konservatiivisesti, jolloin keskeisimmät hoitokeinot oireita lievittävän lääkehoidon lisäksi ovat itsehoidon ohjaus, laihduttaminen ylipainoisilla henkilöillä sekä sopiva terapeuttiivinen harjoittelu ja liikunta (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014; Pohjolainen 2015). Kun konservatiivinen hoito ei tuo enää helpotusta oireisiin, on tekonivelkirurgia eli sairaan nivelalueen poistaminen ja korvaaminen keinotekoisella istutteella vakiintunut hoitomuoto vaikeassa nivelrikossa (Lehto ym. 2005; Remes ym. 2007; Pohjolainen 2015). Suomessa kirjataan vuosittain 90 lonkan nivelrikon vuoksi tehtävää primaarileikkausta 100 000:ta asukasta kohti (Heliövaara ym. 2008).

## **2.2 Lonkan tekonivelleikkaustekniikat**

Tekonivelleikkaus tehdään potilaalle, jolla on nivelrikkoon sopiva radiologinen löydös, hänen toimintakykynsä on merkittävästi alentunut ja sairautta ei pystytä hoitamaan konservatiivisin keinoin (Lehto ym. 2005; Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014). Lonkan tekonivelleikkaus voidaan tehdä kokotekonivel- tai pinnoitetekonivelleikkauksena (Stogiannidis ym. 2007). Pääosa tekonivelleikkauksista tehdään yli 65-vuotiaille potilaille, jolloin kokotekonivel on sovelias valinta (Lehto ym. 2005). Pinnoitetekoniveltä suositellaan työikäisille, perusterveille ja fyysisesti aktiivisille potilaille (Stogiannidis ym. 2007 ). Pajamäki (2003) esittelee tekonivelleikkaustekniikoita, jolloin vioittunut lonkkanivel korvataan tekonivelellä 1. Endoproteesilla, joka on valmistettu koboltti-kromista, titaanista, keraamista ja/tai polyeteenimuovista. Tekonivel voidaan kiinnittää paikoilleen luusementillä tai ilman luusementtiä, jolloin tekonivelen pinnan muotoilu edesauttaa kiinnittymistä luuhun. Ortopedi valitsee käytettävän tekonivelmallin yksilöllisesti. Leikkaus suoritetaan yleensä



selkäydinpuudutuksessa ja kylkiasennossa. Leikkauksessa käytetään pääasiallisesti kahta avaustapaa: posterolateraalista tai anterolateraalista avausta. Posterolateraalisen eli taka-avauksen haittoihin luetaan suurempi sijoiltaanmenoriski leikkauksen jälkeen, kun taas anterolateraaliseen eli ns. Hardingenin viiltoon näyttäisi liittyvän lihaksen uudelleen kiinnittämisen pettämistäipumus ja siitä seuraava ontumistaipumus. Avaustavan perusteella määritetty leikkauksen jälkeiset liikerajoitukset sijoiltaanmeno riskin välttämiseksi. Tekonivelleikkaus pyritään tekemään siten, että potilas voi varata leikatulle raajalle heti kivun sallimissa rajoissa välttämällä kuitenkin 4-6 viikon ajan ponnistustilanteita lihaskiinnityksen varmistamiseksi (Pajamäki 2003). Stogiannidis ym. (2007) mukaan pinnoitetekonivel säästää reisiluuta enemmän kuin perinteinen tekonivel, koska reisiluun nivelpinta päällystetään metallikuorella eikä reisiluun kaulaa katkaista kuten tavanomaisessa tekonivelleikkauksessa. Anatomisten mittasuhteiden säilyminen tekonivelessä pienentää lonkkanivelen sijoiltaan menon riskiä (Stogiannidis ym. 2007).

### **2.3 Preoperatiivinen fysioterapia**

Preoperatiivisen fysioterapiavaiheen voidaan katsoa alkavan jo tekonivelleikkaustarpeen toteutamisesta. Tässä tekonivelleikkaukseen valmentautumisvaiheessa tavoitteena on, että potilas ylläpitää yleiskuntoaan, nivelliikkuvuuttaan ja liikkumiskykyään omatoimisin tai ohjatuin harjoittein. Fysioterapeutti voi arvioida liikkumisen ja päivittäisten toimintojen apuvälinetarvetta ja laatia yksilöllisen harjoitusohjelman lihastoiminnan ja yleiskunnan ylläpitämiseksi ja vahvistamiseksi (Patteri 2005; Pohjolainen 2015). Kettusen ym. (2013) mukaan lonkan tekonivelleikkausta edeltävällä fysioterapialla tai perusteellisella ohjeistuksella saattaa olla jonkin verran toimintakykyä kohentava ja kipua vähentävä vaikutus ennen leikkausta. Preoperatiivinen fyysinen harjoittelu saattaa myös edistää jonkin verran leikkauksen jälkeistä liikkumiskykyä (Kettunen ym. 2013; Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014).

Potilaat käyvät ennen tekonivelleikkausta preoperatiivisella ohjauskäynnillä sairaalassa. Preoperatiivinen fysioterapiaohjaus tapahtuu sairaalasta riippuen pari viikkoa – muutamaa päivää ennen tekonivelleikkausta. Tässä tutkimuksessa mukana olleessa sairaalassa preoperatiivinen fysioterapiaohjaus tapahtui 1-5 vuorokautta ennen leikkausta leikkausarviokäynnin yhteydessä, jolloin potilas tapasi ortopedin, anestesia-ääkärin, sairaanhoitajan ja fysioterapeutin (HYKS 2008). Patteri (2005) tuo esiin fysioterapian

tavoitteeksi tässä vaiheessa sen, että potilas hahmottaa fysioterapian oleelliseksi osaksi kokonaisuhoitoa ja, että hänen oma, aktiivinen liike- ja lihasharjoittelunsa on edellytys hyvän leikkaustuloksen saavuttamiselle. Tavoitteena on myös, että potilas hahmottaa tekonivelleikkauksesta aiheutuvat mahdolliset liike- ja kuormitusrajoitukset (Patteri 2005). Preoperatiivinen fysioterapiaohjaus tutkimukseen osallistuneessa sairaalassa sisälsi nivelliikkuvuuden sekä liikkumis- ja toimintakyvyn tutkimisen sekä ohjausta ja neuvontaa apuvälineistä ja leikkauksen jälkeisestä liikkumisesta ja rajoituksista. Potilaat saivat preoperatiivisella käynnillä kirjallisen ohjeen huomioitavista asioista (HYKS 2008).

Lonkan tekonivelleikkausta edeltävä ja sen jälkeinen ohjeistus saattavat lyhentää sairaalassaoloaika ja edistää jonkin verran myös pidempiaikaista toiminta- ja kävelykykyä (Kettunen ym. 2013; Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014). Preoperatiivinen informaatio voi vähentää potilaiden pelkoa ja huolta (Spalding 2003; Johansson ym. 2005; McDonald ym. 2014) ja preoperatiivisesta ohjauksesta saadun tiedon ansiosta potilaat pystyvät paremmin valmistautumaan tulevaan leikkaukseen ja sairaalassa oloaikaan (Spalding 2003; Kearney ym. 2011). Preoperatiivisella ohjauksella voidaan vaikuttaa myös potilaiden oletuksiin ja odotuksiin tulevaa leikkausta kohtaan, ja sen on todettu lisäävän myös potilaiden tyytyväisyyttä (McGregor ym. 2004). Preoperatiivisella ohjauksella on havaittu olevan vaikutusta sairaalassa oloaika lyhentävästi (Yoon ym. 2010) ja preoperatiiviseen ohjaukseen osallistuminen voi vähentää lonkan tekonivelen luksaatoriskiä 6 kuukautta leikkauksen jälkeen (Lubbeke ym. 2009). Vaikka yksittäisissä tutkimuksissa on todettu preoperatiivisen ohjauksen vaikuttavan positiivisesti lonkan tekonivelleikkauksesta toipumiseen, ei sen vaikuttavuudesta ole kuitenkaan vielä vahvaa näyttöä (Gocen ym. 2004; McDonald ym. 2014).

Potilaiden on todettu tarvitsevan tietoa leikkaukseen liittyen sekä ennen että jälkeen leikkauksen (Johansson ym. 2002), mutta tekonivelpotilaiden saama potilasohjaus ei aina täytä potilaiden tarpeita (Showalter ym. 2000). Potilaiden odotukset ja todellisuus eivät usein vastaa toisiaan, mikä aiheuttaa huolta ja ahdistusta potilaissa (Showalter ym. 2000). Johanssonin ym. (2002) tutkimuksen mukaan potilaat kokevat tarvitsevansa eniten informaatiota leikkauskomplikaatioista, lääkityksestä, hoidosta sekä päivittäisiin toimintoihin liittyvistä asioista. Potilaat kokevat tärkeäksi myös tiedon vältettävistä fyysisistä ponnistuksista sekä tiedon fyysisestä harjoittelusta (Johansson ym. 2002).

## 2.4 Postoperatiivinen fysioterapia

Postoperatiivinen fysioterapia voidaan jakaa sairaalavaiheen fysioterapiaan sekä kotiutumisen jälkeen tapahtuvaan fysioterapiaan. Postoperatiivisen fysioterapian tavoitteena on edistää potilaan kuntoutumista leikkauksen jälkeen (Kettunen ym. 2013). Patterin (2005) mukaan välitön postoperatiivinen fysioterapia luo pohjan potilaan kuntoutumiselle ja antaa potilaalle valmiuksia itsenäiseen perusliikkumiseen. Sairaalavaiheen fysioterapian tavoitteena on, että potilas omaksuu tekonivelleikkauksen jälkeen tarpeelliset liike- ja kuormitusrajoitukset, motivoituu aktiiviseen harjoitteluun saamiensa ohjeiden mukaisesti ja, että hän kykenee liikkumaan apuvälineiden turvin omatoimisesti tai avustettuna (Patteri 2005). Postoperatiivinen fysioterapia aloitetaan heti leikkauksen jälkeisenä päivänä (Pohjolainen 2015). Potilas voi yleensä kuormittaa leikattua alaraajaa välittömästi leikkauksen jälkeen. Seisonta- ja kävelyharjoitusten lisäksi potilaille ohjataan harjoitteluohjelma, joka sisältää nivelliikkuvuutta parantavia ja erityisesti pakara- ja reisilihaksia vahvistavia harjoituksia. Alaraajojen nivelliikkuvuutta, lihasvoimaa ja tasapainoa parantavien harjoitusten tavoitteena on siirtymisten ja kävelyn varmentuminen, fyysisen toimintakyvyn ja kunnon kohentuminen sekä päivittäisten toimintojen sujuvuuden helpottaminen (Kettunen ym. 2013; Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014; Pohjolainen 2015). Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeinen fysioterapia ja tehostettu terapeuttiivinen harjoittelu saattaa nopeuttaa jonkin verran toiminta- ja kävelykyvyn saavuttamista postoperatiivisessa sairaalavaiheessa, ja vaikutus voi yltää vuodenkin päähän (Kettunen ym. 2013; Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014). Stevens ym. (2007) ovat tutkineet potilaiden fyysistä aktiivisuutta ennustavia tekijöitä lonkan tekonivelpotilailla ja todenneet ikääntymisen, alemman koulutustason ja yksin asumisen olevan yhteydessä fyysisesti inaktiiviseen elämäntapaan lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Postoperatiivisen fysioterapian vaikuttavuudesta ei ole olemassa vielä tarpeeksi näyttöä ja lisätutkimuksia tarvitaan (Minns Lowe ym. 2009).

Lonkan tekonivelleikkauspotilaiden hoitoajat ja fysioterapia vaihtelevat sairaalakohtaisesti. Koska hoitoajat ovat viime vuosina lyhentyneet, asettaa se haasteita myös fysioterapiaohjaukselle (Jäppinen ym. 2015). Tässä tutkimuksessa mukana olleessa sairaalassa tavoite sairaalassa oloajalle leikkauksen jälkeen oli 3 vuorokautta. Koska hoitoaika on lyhyt, pyritään fysioterapialla tukemaan potilaiden varhaista mobilisaatiota ja omatoimisuutta, jotta

potilaat voisivat kotiutua tavoiteajan puitteissa ja selviytyä omatoimisesti kotona leikkauksen jälkeen (HYKS 2008).

### 3 KUNTOUTUMINEN OPPIMISENA

Kuntoutukselle on tyypillistä prosessimaisuus; se etenee eri vaiheiden, toimenpiteiden ja palvelujen kautta kohti tavoiteltua tilaa (Järvikoski & Härkäpää 2004, 19-20, 165). Yksilön näkökulmasta kuntoutuksessa on kyse kuntoutumisesta, yksilön aktiivisesta muutosprosessista. Tätä muutosprosessia voidaan luonnehtia yksilölliseksi kasvu- ja oppimisprosessiksi (Järvikoski & Härkäpää 2004, 19-20, 165; Järvikoski & Härkäpää 2011, 171-172). Tällöin prosessissa korostuvat mm. kuntoutujan oman elämäntilanteen uudelleen määrittely, uusien motivaation lähteiden ja voimavarojen löytäminen, identiteetin uudelleen rakentaminen sekä uusien selviytymiskeinojen ja hallintastrategioiden oppiminen (Järvikoski & Härkäpää 2004, 165). Myös lonkan nivelrikosta ja tekonivelleikkauksesta kuntoutumisessa on kyse toipumisprosessista, jonka aikana ihminen oppii tunnustelemaan omia rajojaan, luottamaan omiin mahdollisuuksiinsa sekä rakentamaan tulevaisuuttaan uusien perusteiden varaan. Kuntoutuminen voi merkitä myös aikaisemmin opittujen taitojen uudelleen opettelua (esim. kävelyn) tai oppimista suoriutumaan niistä apuvälineiden avulla. Kuntoutumiseen liittyvä valtaistuminen ja identiteettityö ovat myös oppimistapahtumia (Järvikoski & Härkäpää 2011, 171-172).

Lonkan tekonivelleikkauksesta kuntoutumisessa ei ole kyse pelkästään fyysisestä toipumisesta, vaan toipumisprosessissa yhdistyvät sekä fyysinen, psyykinen että sosiaalinen osa-alue (Grant ym. 2009). Grantin ym. (2009) tutkimuksen mukaan kuntoutujien käydessä läpi fyysistä toipumisprosessia heidän on todettu kokevan muutoksia ihmissuhteissaan ja rooleissaan sekä myös tavassa nähdä itsensä. Toipumisprosessi voi johtaa myös odottamattomiin muutoksiin yksilöllisessä ja sosiaalisessa toiminnassa. Toipumisprosessin aikana kuntoutujat luopuvat vähitellen riippuvuudestaan muihin ja palaavat asteittain toimintoihin, jotka ovat määrittäneet heidän rooliaan kotona ja yhteiskunnassa (Grant ym. 2009). Kuntoutuja nähdään henkilökohtaisessa kasvu- ja oppimisprosessissaan aktiiviseksi, omia pyrkimyksiään, tarkoitusperiään ja elämänprojektejaan toteuttavaksi toimijaksi, joka pyrkii ymmärtämään, suunnittelemaan ja hallitsemaan omaa elämäänsä (Järvikoski & Härkäpää 1995; Järvikoski & Härkäpää 2004, 19-36). Näkemyksessä korostuu luottamus ihmisen jatkuvaan oppimiseen ja

kehittymiseen (Järvikoski & Härkäpää 1995). Lonkan tekonivelleikkauspotilaiden fysioterapia ohjauksessa on kyse myös oppimisesta, jolloin ohjauksen tavoitteena on käynnistää asiakkaan oppimisprosessi ja tukea sitä. Oppiminen voi olla mm. toistamista, ulkoa opettelua, opitun soveltamista, mutta myös ymmärtämistä, merkitysten löytymistä, oivaltamista, ihmisenä muuttumista sekä ajattelun muuttumista. (Vänskä ym. 2011, 17-23)

### **3.1 Oppiminen**

Oppiminen on kaiken inhimillisen toiminnan osatekijä ja oppimista tapahtuukin käytännössä kaikessa arkipäivän toiminnassa ja tapahtumissa (Järvikoski & Härkäpää 2011, 171). Selvitäkseen hengissä ihminen tarvitsee tietoa ympäristöstään ja omasta suhteestaan siihen. Ihminen taltioi ja tulkitsee uutta informaatiota, rakentaa alati jäsentyvää ja rikastuvaa kuvaa siitä fyysisestä ja sosiaalisesta maailmasta, jossa elämme ja itsestä tämän maailman osana. Tätä prosessia voidaan kutsua oppimiseksi (Rauste von Wright ym. 2003, 50). Laajasti tulkittuna kaikkia kokemuksiamme ja ajattelumme muutoksia voidaan pitää oppimisena, sillä oppiminen on muuttumista (Lindblom-Yläne ym. 2003). Oppimisella voidaan tarkoittaa kokemuksen tuottamaa suhteellisen pysyvää muutosta käyttäytymisessä (Ruohotie 2000, 107). Ruohotien (2000, 11) mukaan kaikki kokemamme ei kuitenkaan ole oppimista, vaan oppimiseen kuuluu myös merkityksen antaminen kokemukselle. Kuntoutuksessa kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän välinen dialogi voi esimerkiksi toimia peilinä, jonka avulla kuntoutuja suhteuttaa kokemaansa ja antaa/luo merkityksiä kokemalleen (Järvikoski & Härkäpää 2011, 172). Oppimista voidaan kuvata myös jatkuvana, elinikäisenä prosessina (Järvikoski & Härkäpää 2011, 172; Peltonen 2004, 45), jossa ihminen luo ympäristöään ja muuttuu myös itse ympäristön mukana. Oppiminen onkin yksi elämän perusedellytyksiä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 172).

Peltonen (2004, 45-47) tuo esiin, että vaikka oppiminen on yksilöllinen tapahtuma ja kokemus, tapahtuu se jonkin kulttuurin ja ympäristön vaikutuspiirissä. Oppiessaan ihminen rakentaa kuvaa maailmasta ja muodostaa erilaisista maailman ilmiöistä selittäviä malleja. Informaatiota valitaan, tulkitaan ja suhteutetaan aikaisempien kokemusten ja rakenteiden kautta. Oppijan aktiivisuus ja olemassa oleva sisäinen malli suuntaa ja ohjaa hänen havaitsemistaan, valintojaan ja tulkintaansa. Oppiminen on kokemuksen vaikutuksesta tapahtuvaa muuttumista ihmisen

tietoisuudessa. Keskeistä ihmisen oppimisessa on halu, tarve ja motivaatio oppimiseen (Peltonen 2004, 45-47, 57).

Rauste von Wrightin ym. (2003, 50) mukaan oppimisen välityksellä sopeudumme maailmaan ja samalla saamme uusia keinoja maailman ja oman itsen muuttamiseksi, elämänhallintaa. Oppiminen ei ole vain tiedon passiivista vastaanottamista vaan tiedon aktiivista konstruointia (Rauste von Wright ym. 2003, 50). Kokkinen ym. (2008, 11-13) tuo esiin, että nykyisin oppimisenäkemyksissä korostetaan sekä yhteisöllisyyttä että yksilöllisyyttä. Oppija nähdään aktiivisena toimijana, joka valikoi, tulkitsee ja käsittelee tietoa aikaisempien tietojensa ja kokemustensa valossa. Oppimiseen vaikuttavat sosiaaliset vuorovaikutussuhteet, oppijan ja hänen läheistensä asenteet oppimista kohtaan sekä se, millaisena oppija näkee roolinsa oppimisessa; onko hän aktiivinen omasta oppimisestaan vastuullinen toimija vai tuntee hän olevansa vastaanottaja, opettamisen kohde, joka noudattaa ulkopuolelta annettua käsikirjoitusta. Oppimisessa on myös keskeistä ajatteleva, pohtiminen ja opittavan asian ymmärtäminen (Kokkinen ym. 2008, 11-13).

Kokkinen ym. (2008, 19-20) mukaan ihmisten oppimisvalmiuksissa on suuria yksilöllisiä eroja, jotka selittyvät osittain synnynnäisillä tekijöillä, mutta myös opiskelutaidoilla. Ihmiset oppivat usein eri tavoilla. Osa tekee havaintoja ja oppii mieluiten näköaistin kautta, osa taas kuulonvaraisesti, osa tekemällä tai koskettamalla. Näistä oppimismielityksistä käytetään yleisesti termejä visuaalinen, auditivinen, kinesteettinen ja taktiilinen. Oppimismielitykset ovat vain harvoin puhtaasti yhtä lajia, vaan ihminen käyttää oppiessaan yleensä kaikkia aisteja sekä myös tunteita (Kokkinen ym. 2008, 19-20). Esimerkiksi sydäninfarktipotilailla tehdyn tutkimuksen mukaan suurimman osan (64 %) potilaista on todettu oppivan eri oppimistyylien yhdistelmällä (Boyde ym. 2009). Vänskä ym. (2011, 63-64) tuovat esiin, että ihmiset myös orientoituvat oppimis- ja ohjaustilanteisiin eri tavoilla ja tilannesidonnaisesti. Ihmisen ohjaustilanteeseen orientoitumiseen vaikuttavat mm. hänestä itsestään nousevat asiat sekä aikaisempien ohjaustilanteiden herättämistä tunteista syntyneet muistijäljet. Ihmisillä onkin usein melko pysyviä aikaisempien kokemustensa perusteella syntyneitä käsityksiä siitä, miten he ovat ymmärtäneet tai oppineet ohjauksessa, sekä minkälainen rooli heillä on ollut ohjauskeskusteluissa. Ohjaajan tulisikin tiedostaa ja ottaa huomioon nämä elämän- ja ohjaushistorian kautta ihmisille syntyneet eräänlaiset systeemiset, kulttuurisidonnaiset viitekehykset, yrittäessään ohjata ja ymmärtää asiakkaan oppimisprosessia (Vänskä ym. 2011, 63-64).

Myös oppimisympäristöllä on tärkeä merkitys oppimisen kannalta. Yleisellä tasolla hyvää oppimisympäristöä voidaan luonnehtia monella tavalla kuten turvallinen, hyväntahtoinen ja jännittävä, jotta oppijan aktiivitaso olisi optimaalinen ja hänen edellytyksensä käyttää valikoivaa tarkkaavaisuuttaan olisi parhaimmillaan (Rauste von Wright ym. 2003, 62). Ihminen oppii parhaiten, jos oppimisen fyysiset puitteet ovat oppimista edistävät (Peltonen 2004, 58). Ajatellen fysioterapiassa ja laajemminkin kuntoutuksen alueella tapahtuvaa ohjausta ja kuntoutujien oppimista, olisi oppimisympäristön kannalta tärkeää huomioida fyysisen ympäristön häiriöttömyys, rauhallisuus ja kiireettömyys. Kynkään ym. (2007) mukaan paras fyysinen ympäristö on sellainen, jossa voidaan keskeytyksettä ja häiriöttömästi keskittyä asiaan. Ympäristö ei myöskään saa herättää kuntoutujalle ohjausta häiritseviä negatiivisia tunteita ja pelkoja. Avoin, luottamuksellinen ja kaksisuuntainen vuorovaikutus parantaa psyykkistä ympäristöä (Kyngäs ym. 2007, 36-38) ja fysioterapeutin ja kuntoutujan välisen dialogisen vuorovaikutuksen on todettu luovan pohjan hyvälle ohjaukselle (Talvitie & Reunanen 2002; Talvitie & Pyöriä 2006; Piirainen 2006). Vänskä ym. (2011, 64) toteavat, että silloin kun ohjaajan käyttämät interventiot ja oppimisympäristö sopivat asiakkaan oppimistyyliin, tuntee asiakas olonsa turvalliseksi, ja uuden asian oppiminen ja ohjaustilanteeseen orientoituminen helpottuu. (Vänskä ym. 2011, 63-64)

### **3.2 Keskeisimmät oppimisteoriat**

Käsitteitä oppimisenäkemys ja oppimiskäsitys käytetään usein kirjallisuudessa synonyymeina. Oppimisenäkemysellä tarkoitetaan Nevgin ja Lindblom-Ylänteen (2003) mukaan tieteellistä teoriaa, jolla selitetään oppimista ja joka pohjautuu tieteelliseen tutkimukseen. Oppimisenäkemysten taustalla on myös erilaisia ihmis- ja tietokäsityksiä. Oppimiskäsityksellä tarkoitetaan puolestaan yksilön henkilökohtaista käsitystä siitä, mitä oppiminen on. Erilaisia oppimisenäkemystyyliä on kehittynyt 1900-luvulla paljon ja niiden kirjo onkin valtava (Nevgi ja Lindblom-Ylänne 2003). Oppimisenäkemystyyliä myös luokitellaan eri tavoin eri oppikirjoissa (Järvilehto & Härkäpää 2011, 172; Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003). Niitä voidaan luokitella mm. niiden taustalla olevien erilaisten tietokäsityksien perusteella, tiedon prosessoinnin yksilöllisyyden tai yhteisöllisyyden perusteella tai opettajan ja opiskelijan välisen

vuorovaikutuksen perusteella (Nevgi ja Lindblom-Ylänne 2003). Oppimisenäkemyksiä voidaan lähestyä myös historiallisesta näkökulmasta (Rauste-von Wright ym. 2003, 140-141).

Tarkastelen seuraavaksi tarkemmin kirjallisuudessa yleisimmin esiintyviä oppimisteorioita: behavioristista, kognitiivista, sosiaalista, konstruktivistista ja kokemuksellista oppimisen teoriaa (Ruohotie 2000; Rauste-von Wright ym. 2003; Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003; Peltonen 2004; Järvikoski & Härkäpää 2011, 173).

### **3.2.1 Behavioristinen oppimisenäkemyksen**

Behavioristinen oppimisenäkemyksen pohjautuu empiristiseen tutkimussuuntaukseen, jossa sovellettiin luonnontieteiden tutkimusmenetelmiä ihmisen käyttäytymisen tutkimukseen (Tynjälä 1999, 29; Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003; Rauste-von Wright ym. 2003, 148). Behavioristisen koulukunnan varhaisia edustajia olivat Edvard L. Thorndike, Ivan Pavlov, John B. Watson ja B. F. Skinner (Tynjälä 1999, 29; Ruohotie 2000, 108-110; Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003). Oppiminen ymmärretään behavioristisessa suuntauksessa ulkoisen ja havaittavissa olevan käyttäytymisen muutokseksi, johon vaikuttaa ratkaisevasti ympäristön reaktiot (Ruohotie 2000, 108; Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003; Järvikoski & Härkäpää 2011, 173). Behavioristisen oppimisenäkemyksen mukaan oppimisprosessi käynnistyy yksilöön kohdistuvan ärsykkeen myötä. Yksilö oppii reagoidessaan johonkin ärsykkeeseen ja käyttäytyminen määräytyy vahvistamisperiaatteen mukaisesti niin, että myönteinen vahvistaminen johtaa käyttäytymisen vahvistumiseen ja kielteinen vahvistaminen johtaa käyttäytymisen heikkenemiseen. Oppiminen on behavioristisen oppimisenäkemyksen mukaan ulkoisesti säädeltävää käyttäytymisen muuttumista, uusien ärsyke-reaktiokykykentöjen muodostumista. Behaviorismin mukaan ihmisen mielen sisällöistä ja tietoisuudesta ei ole mahdollista saada objektiivista tietoa, joten tutkimuksissa keskityttiin vain objektiivisesti havaittavaan ulkoiseen käyttäytymiseen (Tynjälä 1999, 29-30; Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003).

Behavioristinen oppimiskäsitys on usein mekaaninen ja perustuu selviin ja ennakoitaviin asettuihin tavoitteisiin (Peltonen 2004, 65). Oppiminen on opettajakeskeistä ja oppijan rooli on olla passiivinen vastaanottaja (Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003; Peltonen 2004, 65).



Behaviorismia vastaan onkin esitetty kritiikkiä mm. opiskelijan passiivisesta roolista tiedon vastaanottajana (Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003).

### **3.2.2 Kognitiivinen oppimisnäkemys**

Kognitiivisen oppimispsykologisen tutkimuksen katsotaan alkaneen 1950-luvulla (Ruohotie 2000, 110; Rauste-von Wright ym. 2003, 160; Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003), jolloin painopiste siirtyi käyttäytymisen ulkoisten ilmenemismuotojen tarkkailusta ja havainnoinnista oppijan mielensisäisiin prosesseihin ja tiedon muodostuksen tutkimiseen (Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003; Järvikoski & Härkäpää 2011, 174). Kognitiivinen oppimiskäsitys perustuu kognitiivisen psykologian ja kognitiotieteen peruseriaatteisiin (Peltonen 2004, 65). Kognitiivisen näkemyksen mukaan oppiminen ei ole mekaaninen tapahtuma vaan tiedon prosessoimista; ihminen käsittelee aktiivisesti saamiaan tietoja ja muodostaa tietojen perusteella sisäisiä malleja l. skeemoja maailmasta ja sen ilmiöistä (Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003; Peltonen 2004, 65; Järvikoski & Härkäpää 2011, 174). Kaikki aikaisemmin koetut asiat ovat tallentuneet säilömuistiin ja näiden avulla ihminen orientoituu eli suuntautuu uusiin tilanteisiin, suorittaa valintoja, tulkitsee uutta tietoa vanhan varassa, suhteuttaa uutta tietoa vanhaan tietoon ja sulauttaa uutta tietoa vanhan kanssa sekä konstruoi tietorakennetta yhä uudelleen (Peltonen 2004, 65). Oppimisen kannalta on olennaista informaation kytkeminen jo olemassa olevan skeeman sisältämään tietoon. Yksilön sisäiset mallit luovat odotuksia, jotka ohjaavat tiedon etsintää ja vaikuttavat siihen, mihin tarkkaavaisuus suuntautuu (Ruohotie 2000, 111).

### **3.2.3 Sosiaalisen oppimisen teorit**

Sosiaalisen oppimisen teorian mukaan ihmiset oppivat tarkkailemalla toisiaan sosiaalisessa ympäristössä (Ruohotie 2000, 115). Bandura kehitti behavioristisen näkemyksen pohjalta sosiaalisen oppimisen teoriaa, jossa hän tarkasteli oppimista yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksena. Banduran (1995) näkemyksen mukaan ihmisen käyttäytyminen määräytyy yksilön ja ympäristön vastavuoroisena prosessina (Ruohotie 2000, 116; Nevgi & Lindblom-

Yläne 2003). Behaviorismista poiketen yksilö nähdään aktiivisena, omaa toimintaansa ohjaavana olentona (Nevgi & Lindblom-Yläne 2003). Yksi Banduran (1995) keskeisistä käsitteistä on pystyvyyskäsitteys, joka kehittyy sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Tällä tarkoitetaan sitä, miten ihminen ajattelee kykenevänsä selviytymään erilaisissa tilanteissa (Nevgi & Lindblom-Yläne 2003; Järvikoski & Härkäpää 2011, 174).

Wengerin (1998) esittämä sosiaalisen oppimisen teoria poikkeaa peruslähtökohdiltaan Banduran esittämästä teoriasta. Wenger edustaa kognitiivisen psykologian ja sosiokulttuurisen oppimistutkimuksen aluetta. Hänen mukaansa oppiminen on yksilön pääsemistä osalliseksi asiantuntijayhteisön tiedosta (Nevgi & Lindblom-Yläne 2003). Wenger (1998) näkee oppimisen laajemmin sosiaalisena osallistumisprosessina. Hakkarainen (2000) esittää, että oppiminen on prosessi, jossa ihminen sosiaalistuu ja kasvaa yhteisön jäseneksi. Sosiaalinen osallistumisprosessi on aktiivista osallistumista käytännön yhteisöihin ja identiteetin rakentamista suhteessa näihin yhteisöihin. Oppimista tapahtuu osallistumalla käytännön yhteisöjen merkityksellisiin toimintoihin, sosiaalistumalla yhteisöön ja kasvamalla sen jäseneksi ja vähitellen omaksumalla yhteisön toiminta- ja vuorovaikutuskäytäntöjä sekä yhteisiä normeja. Käytännön yhteisöjä on kaikkialla esim. kotona, työssä, koulussa ja ihminen kuuluu yleensä useampaan käytännön yhteisöön (Hakkarainen 2000). Wengerin (1998) mukaan oppimisessa on kyse tiedollisten prosessien lisäksi myös yksilön identiteetin kehitymisestä ja yhteisöön kuulumisesta.

### **3.2.4 Konstruktivistinen oppimisenäkemys**

Konstruktivistinen oppimisenäkemys ei ole yhtenäinen teoria, vaan se juontaa juurensa monesta eri lähteestä ja sillä on useita eri suuntauksia (Tynjälä 1999, 37-38; Nevgi & Lindblom-Yläne 2003). Tynjälän (1999, 37-38) mukaan konstruktivismi itsessään ei ole myöskään oppimisteoria, vaan se on tiedon olemusta käsittelevä paradigma. Konstruktivistinen oppimisenäkemys on tämän tietoteoreettisen paradigman ilmenemismuoto oppimisen tutkimuksen ja pedagogiikan alueella (Tynjälä 1999, 37-38). Konstruktivismiin eri suuntauksista käytetään kirjavaa terminologiaa, mutta tavallisimmin puhutaan seuraavista konstruktivismiin haaroista: kognitiivinen konstruktivismi (radikaali konstruktivismi), sosiokulttuuriset lähestymistavat, sosiaalinen konstruktivismi (Tynjälä 1999, 37-38; Nevgi &

Lindblom-Ylänne 2003) ja symbolinen interaktionismi (Tynjälä 1999, 37-38). Konstruktivismin eri suuntausten välillä on painotuseroja sen suhteen, onko niiden keskeisenä mielenkiinnonkohteena kohteena yksilöllinen vai sosiaalinen tiedon konstruointi (Tynjälä 1999, 37-38; Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003).

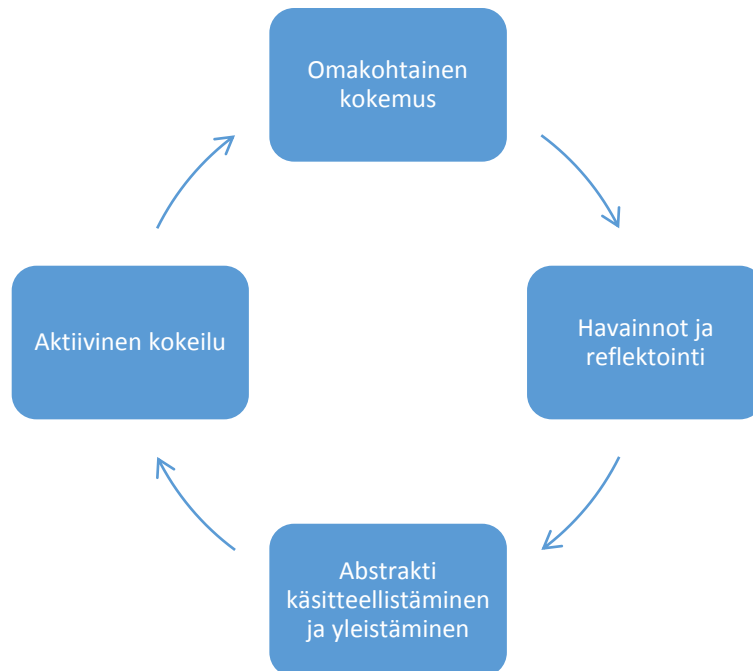
Konstruktivismin mukaan oppiminen nähdään aktiivisena tiedon rakentamisen prosessina. Oppiminen ei ole tiedon passiivista vastaanottamista, vaan ihminen rakentaa eli konstruoi sen itse kokemuksiinsa perustuen ja omien tavoitteidensa mukaisesti (Tynjälä 1999, 37-38; Ojanen 2000, 40-44; Ruohotie 2000, 125; Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003). Oppija on aktiivisesti merkityksiä etsivä ja niitä rakentava toimija, joka tulkitsee havaintojaan ja uutta tietoa aikaisemman tietonsa ja kokemustensa pohjalta (Tynjälä 1999, 38; Ojanen 2000, 40-44). Yksilö sulattaa reflektion avulla uudet oppimiskokemukset aikaisempiin merkitysperspektiiveihinsä. Konstruktivismi saa aikaan asioiden ja ilmiöiden ymmärtämistä (Ojanen 2000, 40-44).

### **3.2.5 Kokemuksellinen oppiminen**

Ruohotien (2000, 137-138) mukaan omakohtainen kokemus on oleellinen osa kokonaisvaltaista oppimista ja kasvamista, vaikka kokemus sinänsä ei vielä takaa oppimista eivätkä kaikki kokemukset kasvata. Oppimisen kannalta on tärkeää ilmiön havainnointi ja pohtiminen sekä ilmiön tietoinen ymmärtäminen ja käsitteellistäminen (Ruohotie 2000, 137-138; Järvikoski & Härkäpää 2011, 177). Kokemuksellisen oppimisen juuret ovat Deweyn kasvatustajatteluissa (Järvikoski & Härkäpää 2011, 177 ja sen tunnetuin kehittäjä on David A. Kolb (Ojanen 2000, 104-131; Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003; Järvikoski & Härkäpää 2011, 177). Kokemuksellisen oppimisen mallissa on yhteneväisyyttä humanistisen oppimisenäkemyksen kanssa ja siinä on keskeistä tukea persoonallista ja sosiaalista kasvua ja lisätä ihmisen omaa itsetuntemusta. Oppiminen on jatkuvaa, omiin kokemuksiin ja opittavan aineksen prosessointiin perustuvaa toimintaa (Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003). Ojanen (2000, 104-105) mukaan jatkuvuudella tarkoitetaan sitä, että yksittäiset kokemukset liittyvät toisiinsa merkityksen antamisen ja merkityksen kyseenalaistamisen kautta. Ihminen antaa kokemukselleen merkityksen aikaisemman kokemuksensa perusteella. Kokemuksellisen oppimisen mukaan oppiminen rakentuu aina yksilön aikaisempaan tietoon eli hänen kokemushistoriaansa, josta kokemuksille löytyvät merkitykset. Oppiminen on tehokkainta

silloin, kun liikkeelle lähdetään ongelmallisena koetun kokemuksen avoimesta kohtaamisesta ja sen tutkimisesta (Ojanen 2000, 105). Kokemuksellisen oppimisen paradigma korostaa oppimiskokemusten reflektointia ja itseohjautuvaksi kasvamista (Rauste-von Wright ym. 2003, 198). Kokemuksellista oppimista on sovellettu paljon aikuisten opetuksessa (Rauste-von Wright 2003, 200; Nevgi & Lindblom-Yläne 2003; Ojanen 2000, 95). Aikuinen pystyy kiinnittämään tietoisesti ja johdonmukaisesti huomiota omaan oppimiseensa ja hän on kykenevä kriittiseen ajatteluun (Ojanen 2000, 95).

Kolb (1984) kuvaa oppimista syklisen prosessin avulla, jossa tapahtuu tiedon jatkuvaa syvenemistä, käsitteellistämistä ja kokeilevaa tutkimista. Yksilö syventää ymmärrystään opittavasta asiasta omien kokemustensa reflektoinnin kautta. Kokemuksellisessa oppimisessä on neljä vaihetta (Kuvio 1): 1. välitön, omakohtainen kokemus, 2. reflektiivinen havainnointi, 3. abstrakti käsitteellistäminen ja 4. aktiivinen, kokeileva toiminta. (Kolb 1984; Ruohotie 2000, 138-150; Ojanen 2000, 104-109; Nevgi & Lindblom-Yläne 2003; Rauste von Wright ym. 2003, 199-200).



KUVIO 1. Kolbin kokemuksellisen oppimisen kehä (mukaiillen Kolb 1984; Ojanen 2000, 106; Nevgi & Lindblom-Yläne 2003)

Vaikka kokemus on keskeinen tekijä oppimisessa, oppimista ei voi tapahtua ilman reflektiota. Reflektiivinen eli pohdiskeleva vaihe nähdään oppimissyklin keskeisimpänä vaiheena, jolloin ihminen pohtii omaa toimintaansa ja kokemustaan suhteessa aikaisempaan historiaansa ja todellisuuteen uuden näkemyksen ja oppimisen saavuttamiseksi (Ojanen 2000, 109). Voidakseen reflektoida omaa ajatteluaan yksilön täytyy tulla tietoiseksi omista ajatteluprosesseistaan. Itsereflektio edellyttääkin oman sisäisen toiminnan tiedostamista ja tulkintaa (Rauste-von Wright ym. 2003, 68).

Tämä kokemuksellisen oppimisen neljän vaiheen malli vaikuttaa yksinkertaiselta ja loogiselta tapahtumaketjulta, mutta Nevgi ja Lindblom-Ylänne (2003) tuovat esiin, ettei välitön kokemus ole kuitenkaan koskaan reflektoitavissa sellaisenaan, vaan pystymme refleктоimaan kokemustamme ja muodostamaan siitä tulkinnan vain oman skeemamme eli sisäisen mallimme ja muistiedustuksemme kautta. Useimmiten ihmiset eivät myöskään pysähdy tietoisesti tutkimaan ja pohtimaan kokemuksiaan. Ihmisten käyttäytymiselle on tyypillistä toimintojen automatisoituminen ja turvautuminen rutiineihin, jolloin emme pysähdy miettimään niitä (Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003).

### **3.3 Kuntoutuminen oppimisteorioiden valossa**

Kuntoutumista on oppimisen näkökulmasta tutkittu aikaisemmin vähän fysioterapian alueella. Kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin 05/2016, mitä kuntoutumisesta tiedetään oppimisen ja eri oppimisteorioiden valossa kohderyhmänä aikuiset kuntoutujat. Tutkimuksia haettiin Cinahl, ebsco ja Eric -tietokannoista hakusanoilla *experiential learning AND rehabilitation, problem-based learning AND rehabilitation, cognitive learning AND rehabilitation, social learning AND rehabilitation, situated learning AND rehabilitation*. Haun rajauksena käytettiin saatavuutta englannin kielellä sekä kokotekstinä ja julkaisuvuotta 2000-2016. Ajatellen tämän tutkimuksen aihe-aluetta valittiin tarkempaan tarkasteluun vain tutkimuksia, jotka oli toteutettu terveydenhuollon kontekstissa tai tutkimuksissa oli kyse sairaudesta/leikkauksesta kuntoutumisesta. Erityisesti ongelmaperustaiseen oppimiseen (Problem-based learning, PBL) liittyviä tutkimuksia on tehty paljon koulutusohjelmiin, opetukseen ja opiskelijoiden oppimiseen liittyen. Haussa löydettiin kuitenkin ongelmaperustaiseen oppimiseen liittyviä tutkimuksia, joiden kohderyhmänä oli sepelvaltimotautia sairastavat potilaat (Tingström ym. 2002; Kamwendo ym. 2004). Tingström ym. (2002) tutkimuksen mukaan ongelmaperustaiseen

oppimiseen (PBL) perustuva ohjaus aktivoi sepelvaltimotautipotilaita ja on soveltuva vasta sairastuneiden sepelvaltimotautipotilaiden ohjaukseen. Sosiaalisen oppimisen teoriaan liittyvää pystyvyyden (self-efficacy) tunnetta (Bandura 1995) on tutkittu mm. aivohalvauksen (Korpershoek ym. 2011) sekä tekonivelleikkauksien yhteydessä (Hartley ym. 2008). Hyvällä pystyvyydentunteella näyttäisi olevan positiivinen yhteys aivohalvauspotilaiden päivittäisiin toimintoihin, elämänlaatuun sekä liikkuvuuteen (Korpershoek ym. 2011) Tekonivelpotilaiden kohdalla usko omasta pystyvyydestä on tärkeä tekijä ennakoitaessa emotionaalista sopeutumista tekonivelleikkauksen jälkeen (Hartley ym. 2008). Erialaisten kognitiivisten menetelmien käyttöä kuntoutuksessa on tutkittu mm. ms-potilailla (O'Brien ym. 2008), aivohalvauspotilailla (Pyöriä ym. 2007; McEwen ym. 2009) ja dementiaa sairastavilla (Hopper ym. 2013). Kirjallisuuskatsausta täydennettiin haulla *learning styles AND rehabilitation*, jolloin löydettiin vielä tutkimus, joka käsitteli oppimistyyliä aivovammapotilailla (Boosman ym. 2013) sekä kirjallisuuteen pohjautuvia artikkeleita, jotka käsittelivät oppimistyylien merkitystä kuntoutuksessa (Smits ym.2010 ) ja pystyvyyksistä kuntoutuksessa (O'Sullivan & Strauser 2009). Tutkimuksia, joissa olisi tutkittu kuntoutusta oppimisen näkökulmasta kuntoutujien kokemana ja/tai fysioterapiakontekstissa, ei juurikaan tässä kirjallisuuskatsauksessa löytynyt.

#### **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää lonkan tekonivelleikkauksesta kuntoutumista oppimisen näkökulmasta. Tutkimuksessa haetaan vastausta kysymyksiin:

- 1) Millaisia kuvauksia kuntoutujilla on oppimisestaan kuntoutumisen aikana?
- 2) Millaisia oppimisen juonenkäänteitä kuntoutujilla on kuntoutumisprosessin aikana?
- 3) Millaisia oppimisen tarinamalleja kuntoutujilla on kuntoutumisessaan?

## **5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN**

Tutkimuksen lähtökohtana on ajatus kuntoutujasta aktiivisena toimijana henkilökohtaisessa kuntoutumisprosessissaan, ja että kuntoutuja on kykenevä jatkuvaan oppimiseen ja kehittymiseen (Järvikoski & Härkäpää 1995; Järvikoski & Härkäpää 2004, 19-36). Tutkimus pohjautuu hermeneuttiseen tutkimusperinteeseen, koska tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää lonkan tekonivelleikattujen kuntoutumista oppimisen näkökulmasta. Tavoiteltaessa ilmiön ymmärtämistä, on tutkimushenkilöiden yksilöllisten kokemusten ja kertomusten kuuleminen heidän kuntoutumisprosessistaan tärkeää tiedon saannin kannalta. Tutkimus toteutetaan narratiivisella tutkimusotteella, koska kertomukset on todettu Vuokila-oikkosen ym. (2003) mukaan hyväksi lähestymistavaksi ymmärtää potilaiden ja terveydenhuollon asiakkaiden näkemyksiä ja kokemuksia hoitoon liittyen. Narratiivinen lähestymistapa soveltuu hyvin tähän tutkimukseen koska, sen mukaan ihminen nähdään aktiivisena ja merkityksiä antavana toimijana, ja että ihmisen elämään liittyvät ilmiöt ovat prosessimaisia, aikaan ja paikkaan sidottuja ja niitä voidaan tulkita kielen avulla. Narratiivista lähestymistapaa voidaan käyttää erityisesti silloin, kun tutkimusta tehdään siinä kontekstissa, missä tutkittava ilmiö tapahtuu tai konteksti on tavalla tai toisella mukana tutkimuksessa (Vuokila- Oikkonen ym. 2003).

### **5.1 Narratiivisuus lähestymistapana tutkimukseen**

Narratiivinen on käsitteenä monimuotoinen ja eri tieteenalojen ja koulukuntien välillä on Heikkisen (2010) mukaan huomattavia eroja siinä, kuinka narratiivisuus ymmärretään. Narratiivisuus on tutkimuksessa käytettävä käsite, mutta se on samalla myös käytännön työn väline. Heikkinen (2010) tuo esiin neljä erilaista tapaa käyttää narratiivisuutta; sillä voidaan viitata tiedonprosessiin sinänsä, sitä voidaan käyttää kuvattaessa tutkimusaineiston luonnetta, sillä voidaan viitata aineiston analyysitapoihin tai narratiivien käyttöön ammatillisena työvälineenä.

Narratiivinen aineisto perustuu kieleen, koska ihminen käyttää kieltä kokemuksensa tuottamiseen ja kielen avulla hän tekee kokemuksensa ymmärrettäväksi muille (Vuokila-Oikkonen ym. 2003). Narratiivisen tutkimuksen aineistona voi olla monenlaisia aineistotyyppisiä. Olennaista kuitenkin on, että niistä on jollakin tavalla nostettavissa näkyviin

tarinallinen merkitysrakenne (Hänninen 2010). Narratiivinen tutkimusaineisto voi koostua puheesta tai kirjoitetusta tekstistä (Vuokila- Oikkonen ym. 2003; Riessman 2008, 3-4; Heikkinen 2010; Hänninen 2010). Kerrontaan perustuvaa narratiivista aineistoa ovat esimerkiksi haastattelut tai vapaat kirjalliset vastaukset, joissa tutkittavat voivat kertoa käsityksensä asioista omin sanoin. Myös päiväkirjoja, elämäkertoja tai muita dokumentteja voidaan käyttää narratiivisena aineistona vaikka niitä ei olisi alun perin tuotettu tutkimustarkoituksiin (Riessman 2008, 4; Heikkinen 2010; Hänninen 2010). Hännisen (2010) mukaan kertomusmuotoista aineistoa saadaan varmemmin sellaisella haastattelutavalla, jossa haastateltava saa aluksi vapaasti kertoa tarinansa tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta, jonka jälkeen haastattelija voi täydentää kokonaisuutta kysymällä lisäkysymyksiä. Tarinallisia tulkintoja on kuitenkin mahdollista nostaa esiin myös teemahaastattelulla kerätystä aineistosta, mutta tällöin olisi tärkeää, että haastattelu etenee ajallista järjestystä noudattaen (Hänninen 2010). Tässä tutkimuksessa käytetään valmista haastatteluaineistoa, joka on toteutettu teemahaastatteluna ennen ja jälkeen lonkan tekonivelleikkauksen.

Tarinalla tarkoitetaan Hännisen (2010) mukaan joukkoa ihmisen elämään liittyviä perättäisiä tapahtumia ja niistä luotua tulkintaa. Tarinan perusominaisuus on, että se koskee ajassa eteneviä tapahtumankulkuja. Tarinalla on alku, keskikohta ja loppu, ja näitä kolmea yhdistävä lanka on tarinan juoni. Tarinan tapahtumiin liittyy arvo- ja tunnelatauksia ja ne liittyvät toisiinsa syinä ja seurauksina. Tulkitsemista ohjaavat kulttuurissamme tarjoutuvat tarinamallit. Kun tarinaa esitetään erilaisten symbolien kuten peräkkäisten sanojen, kuvien tai liikkeiden avulla, syntyy kertomus (Hänninen 2010). Ihmisen kokemus on tarina, joka muodostuu ja elää ihmisen kokemuksissa ja elämässä. Kun ihminen kertoo tarinansa, sitä nimitetään kertomukseksi. Kertomus puolestaan voi sisältää useita ihmisen tarinoita. Tutkijan analyysin tuloksena syntyy lopulta narratiivi ihmisen tarinasta ja kertomuksesta sekä tutkijan kuvaamasta ilmiöstä (Vuokila-Oikkonen ym. 2003).

## **5.2 Aineiston hankinta**

Tutkimus on osa Jyväskylän yliopiston ”Potilasohjaus fysioterapiassa” -tutkimushanketta. Tutkimusaineisto on kerätty etelä-suomalaisessa sairaalassa keväällä 2010. Valintakriteereinä tutkimushenkilöille oli 60-80 vuoden ikä, suomenkielisyys, ensimmäinen lonkan



tekonivelleikkaus sekä se, että leikkauspäivä oli maanantai, tiistai tai perjantai. Tutkimushenkilöt valikoituivat tutkimukseen siten, että sairaalan henkilökunta soitti jonohoitajalta saadun listan mukaisesti lonkan tekonivelleikkaukseen tuleville nivelrikkopotilaille ja informoi potilaita tutkimuksen tarkoituksesta, kulusta ja tekijöistä sekä pyysi heiltä suostumusta tutkimukseen osallistumiseksi. Mikäli potilaita ei tavoitettu kahden soittoyrityksen jälkeen, siirtyi soittaja tavoittamaan seuraavaa henkilöä listalta. Viidestätoista puhelimitse tavoitetusta potilaasta kymmenen lupautui tutkimukseen mukaan ja viisi kieltäytyi. Ennen tutkimuksen aloittamista tutkimushenkilöitä informoitiin myös kirjallisesti ja he allekirjoittivat suostumuksensa siihen osallistumisesta. Tutkimushenkilöiden tekonivelleikkaukset tapahtuivat tammi-, helmi- ja maaliskuun aikana 2010. Kaikki tutkimushenkilöiksi lupautuneet pysyivät tutkimuksessa mukana loppuun saakka.

Tutkimusaineiston tässä tutkimuksessa muodostavat 10 lonkan tekonivelleikkauspotilaan haastattelut, jotka toteutettiin vuoden 2010 tammi-, helmi- ja maaliskuun aikana. Jokaista kuntoutujaa haastateltiin kaksi kertaa; noin viikko ennen leikkausta ja 3-5 viikkoa leikkauksen jälkeen, jolloin haastatteluja kertyi yhteensä 20. Haastattelut toteutettiin tutkimushenkilöiden kotona yhtä poikkeusta lukuun ottamatta, joka toteutettiin sairaalan tiloissa heti preoperatiivisen ohjauksen jälkeen. Haastattelumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, jota syvennettiin vapaaseen kerrontaan kannustavilla tutkimushenkilöiden kokemuksia, tunteita ja elämäntilanteen muuttumista kartoittavilla lisäkysymyksillä. Haastattelut tallennettiin digitaalisesti äänitteelle. Haastattelut ja haastatteluaineiston litteroinnin suorittivat fysioterapeuttiopiskelijat sekä Jyväskylän yliopiston terveystieteiden maisteriopiskelija. Kokonaisuudessaan haastatteluaineiston laajuus oli noin 13 tuntia, litteroituna 428 (A4, rv 1,5, Times New Roman) sivua.

### **5.3 Tutkimushenkilöt**

Tutkimushenkilöinä ovat 10 lonkan tekonivelleikkaukseen osallistunutta potilasta, jotka ovat iältään 63-79 (ka 69,7 v) vuotiaita ja he ovat ensimmäistä kertaa lonkan tekonivelleikkauksessa. Tutkimushenkilöistä oli naisia kahdeksan (ka 70 v) ja miehiä kaksi (ka 68,5 v). Tutkimushenkilöistä kaksi asuu yksin ja kahdeksan asuu puolisonsa kanssa. Kahdeksan tutkimushenkilöä asuu kerrostalossa, kaksi rivi- tai pientalossa. Kaksi tutkimushenkilöä toimii puolisonsa omaishoitajana ja yksi on mukana työelämässä ja käy työssä kodin ulkopuolella.

(Taulukko 1). Tutkimushenkilöille annettiin raportointia varten keksitty nimi, joka valittiin heidän syntymävuosikymmenen (1930-39, 1940-49) suosituimpien etunimien joukosta (Väestörekisterikeskus 2016). Raportointivaiheessa tutkimushenkilöiden autenttiset lainaukset on merkitty tekstiin ”*kursivoidulla tekstillä*” lainausmerkkien sisään. Lainauksien perässä on sulkeiden sisällä tutkimushenkilön keksitty nimi, koodit E=ennen leikkausta ja J=jälkeen leikkauksen sekä litteraarin sivunumero.

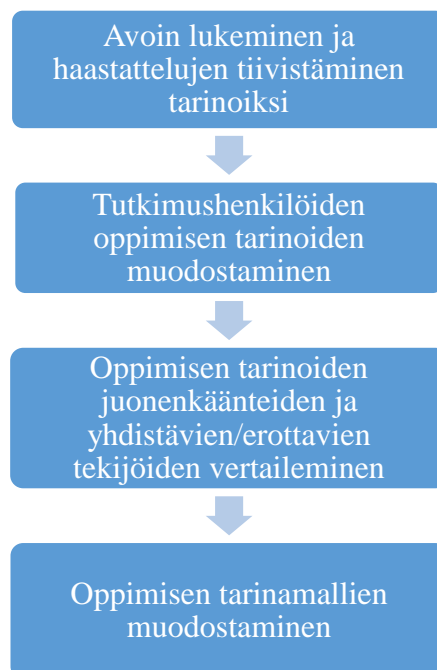
TAULUKKO 1. Taustatietoja tutkimushenkilöistä

Kuntoutuksen pseudonyymi	Syntymävuosi (ikä)	Asuu yksin	Asuu puolison kanssa	Toimii omaishoitajana	Työssä kodin ulkopuolella	Kerros-talo	Rivi- tai pientalo
Liisa	-45 (65 v)		X			X	
Marjatta	-47 (63 v)		X		X		X
Helena	-31 (79 v)		X	X		X	
Olavi	-43 (67 v)		X			X	
Ritva	-40 (70 v)	X					X
Eila	-38 (72 v)		X			X	
Annikki	-44 (66 v)		X	X		X	
Maria	-36 (74 v)		X			X	
Ilmari	-40 (70 v)		X			X	
Anja	-39 (71 v)	X				X	

#### 5.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi toteutettiin aineistolähtöisesti narratiivisella menetelmällä. Narratiivinen analyysi on laaja yläkäsite ja tekstiä voidaan analysoida erilaisilla menetelmillä (Hänninen 1999, 30-33). Käytettävä metodi valitaan tutkimuksen tarkoituksen mukaan ja päähuomio voidaan kohdistaa kertomuksen rakenteeseen, sen sisältöön tai sen tuottamiseen (Riessman 2008, 1-14; Hänninen 2010). Analyysin tavoitteena on välittää alkuperäinen kertomus mahdollisimman tarkasti niin, että lukija voi arvioida tehtyjen tulkintojen luotettavuutta (Vuokila-Oikkonen ym. 2003). Heikkinen (2010) jakaa aineiston käsittelyn Polkinghornen (1995) mukaisesti narratiivien analyysiin ja narratiiviseen analyysiin. Tässä tutkimuksessa käytetään narratiivista analyysia, jolloin aineiston pohjalta muodostetaan uusi kertomus, joka pyrkii tuomaan esiin aineiston kannalta keskeisiä teemoja (Heikkinen 2010).

Aineiston analyysi suoritettiin kolmivaiheisesti (kuvio 2). Ensimmäisessä vaiheessa analyysi aloitettiin Hännisen (2010) mukaisesti aineiston avoimella lukemisella, jolloin on tärkeää antautua tarinan vietäväksi ja avautua kertoja sanomalle. Toisella lukukerralla tarinasta löytyi tarkkoja vivahteita ja yleissävyn pieniä murtumia. Vasta tämän jälkeen alkoi varsinainen aineiston analyttinen läpikäynti (Hänninen 2010). Jokaisen tutkimushenkilön haastattelu luettiin yhtenä kokonaisuutena (ennen leikkausta ja jälkeen leikkauksen), jotta haastattelusta saatiin muodostettua kokonainen, juonellinen tarina. Seuraavaksi, kun aineistosta oltiin jo hyvin perillä, lähdettiin haastattelun litteraateista tiivistämään yhtenäinen tarina. Koska tutkimuksen tarkoituksena oli ymmärtää lonkan tekonivelleikkauksesta kuntoutumista oppimisen näkökulmasta, lähdettiin analyysin toisessa vaiheessa etsimään tarinoista oppimisen näkökulmasta merkityksellisiä asioita ja juonen käännteitä. Keskeisimmät asiat merkattiin kertomukseen alleviivaamalla ja lopulta tarinoista muodostettiin jokaisen tutkimushenkilön oma oppimisen tarina. Kolmannessa vaiheessa kaikkia oppimisen tarinoita lähdettiin tarkastelemaan yhdessä. Tarinoista piirrettiin juonikäyriä ja tarinoita vertailtiin etsien niistä yhdistäviä tekijöitä. Lopulta analyysin tuloksena muodostettiin 10:stä oppimisen tarinasta neljä oppimisen tarinamallia. Analyysiprosessi sisältääkin useita analyysivaiheita ja alkuperäiseen aineistoon palataan useita kertoja (Vuokila-Oikkonen ym. 2003).



KUVIO 2. Aineistonanalyysin eteneminen.

## 6 TULOKSET

Narratiivisen analyysin tuloksena syntyi lonkan tekonivelleikkauksen läpikäyneiden kuntoutujien (N=10) haastatteluiden pohjalta **neljä oppimisen tarinamallia: ongelman ratkaisijoiden tarinamalli, ohjausta tarvitsevien tarinamalli, ennakkoon valmistautuvien tarinamalli ja järjestelmään luottavien tarinamalli**. Ongelman ratkaisijoiden sekä ohjausta tarvitsevien oppimisen tarinamalleissa erottuu kaksi erilaista lähtökohtaa kuntoutumiselle: luottamus leikkausta ja kuntoutumista kohtaan sekä pettymykset ja/tai pelot terveydenhuoltoon ja kuntoutumista kohtaan. Kuntoutujien tarinoiden erilaisista lähtökohdista ja juonenkäänteistä huolimatta, kuntoutujien toimintatavoista ja ratkaisuista löytyy yhteneväisyyksiä oppimisen näkökulmasta tarkastellen, jolloin tarinat muodostavat yhtenäisen tarinamallin.

### 6.1 Ongelman ratkaisijoiden tarinamalli

Ongelman ratkaisijoiden tarinamallin päähenkilöt ovat itsenäisiä ja määrätietoisia kuntoutujia, jotka ovat tottuneet elämässään pitämään ohjaukset tiukasti omissa käsissään. Tarinamallissa on kaksi erilaista lähtökohtaa kuntoutumiselle: luottavaisesti leikkaukseen suhtautuvien kuntoutujien alku sekä pettymysten ja pelkojen siivittäminen alku kuntoutumiselle.

Luottavaisesti leikkaukseen suhtautuvilla kuntoutujilla ei ole pelkoja tai ennakkoluuloja leikkausta ja toipumista kohtaan vaan he suhtautuvat siihen joko positiivisesti ja odottavalla mielellä tai asenteella, ettei asiaa kannata etukäteen murehtia.

*...Ei oikeastaan liity mitään...ei oikeastaan, että, että kun tota, näille kun ei mitään voi, ni ei näillä kannata stressata itteensä...että tota, se on lähtökohta. (Olavi, E, 10,14)*

*...Eiii, et kyllähän toi [lääkärin nimi] totta kai virkansa puolesta niinku kertoi, että on riskejä, että veritulppariski on 0,3 % ja että niin pois päin, mut tota ymmärtäähän sen, että mitä tahansa voi sattua leikkauksessa...Ei, riskejä on, mut ei mul mitään pelkoja siihen oo, et...ja tota hyvä vaan, että, että pääsen niinku tähän hoitoon, munst se on niinku...Kyl mä sitä odotan niinku ihan positiivisella mielellä. (Ilmari, E, 4)*

Yksi ongelman ratkaisijoiden tarinamallin kuntoutujista puolestaan tunsi suurta pettymystä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan, sekä pelkoa omasta pärjäämisestään leikkauksen jälkeen.

Hän koki julkisen terveydenhuoltojärjestelmän pettäneen hänet, minkä vuoksi hän joutui hakemaan apua lonkkakipuihinsa yksityisen terveydenhuollon puolelta. Kuntoutuja koki, ettei hän saanut tarvitsemaansa apua terveystieteiden keskukselta, hän sai oleellisia tietoja hampaiden hoidosta liian myöhään ja että hän pääsi liian myöhään leikkaukseen. Pettymyksistään ja peloistaan huolimatta hän kuitenkin luotti siihen, että hän tulee olemaan leikkauksen jälkeen paremmassa kunnossa.

*...Et sitä mä en ymmärrä ollenkaan, että mikä siin oli sitten, että mä en saanut mitään apua. Mä en saanut mitään apua sieltä ennen, kun mä sitten loppujen lopuksi menin yksityislääkärille. (Eila, J, 6)*

*...No, ei se nyt oo mitenkään sen kummemmin vaikuttanut, mä nyt luotan vaan tähän, et ku tää leikkaus tehdään, ni sitten [nauraa samalla] mä voin olla taas, ei nyt ihan entises kunnos, mut kuitenkin. Se, että, etten mä oon niinku kotiin sidottu, niin ku mä nyt oon aika pitkälti ollu. (Eila; E, 44)*

Ongelman ratkaisijoiden tarinamallin kuntoutujat kokivat, että vaikka heillä on ollut vaikeaa lonkkaongelmien vuoksi, he eivät ole antaneet sen häiritä elämää. Kuntoutujat ovat jatkaneet aktiivista elämäntyyliään ja pyrkineet toimimaan mahdollisimman itsenäisesti, sekä pitäneet huolta liikkumiskyvystään ja lihaskunnostaan lonkan kivuista huolimatta. Ongelman ratkaisijoiden tarinamallin kuntoutujien liikkumis- ja toimintakyky on kuitenkin heikentynyt huomattavasti lonkkakivun myötä.

*...Mä ajattelin, et kuluma kun kuluma. Et mitä siinä. Et sit sen jälkeen oikeestaan mun ajatus on ollut...niin mä oon sitten niin kun kipeelläkin jalalla pelannut esimerkiksi tennistä...vaikka jalka on kipee, se joskus vähän, vähän vihlasee, et mä niin kun tietosesti yritän pitää sitä lihaskuntoa yllä. (Ilmari,, J, 11-12)*

*...Eli se hidastaa hirveesti kaiken näköstä, mut eihän mul oo kiire ku mä oon eläkkeellä, et siinä mielessä, mut kyl mä oon kaikki itse yrittänyt tehdä. (Anja,, E, 4)*

Ongelman ratkaisijoiden tarinamallin luottavaisesti leikkaukseen suhtautuvat kuntoutujat kohtaavat ongelman, kun toiminta sairaalassa ei vastaakaan heidän ennako-odotuksiaan. Kuntoutujat eivät koe saavansa sairaalasta riittävästi tukea, ohjausta ja neuvoja kuntoutumiseensa ja kotiutumiseensa, mikä on ristiriidassa heidän toiveidensa ja odotuksiensa kanssa. Ongelman ratkaisijoiden tarinamallin kuntoutujat kokevat, että sairaalasta saadut ohjeet ovat ristiriitaisia, epämääräisiä, tai he kokevat fysioterapeuttisen ohjauksen määrän liian vähäiseksi. Yksi kuntoutujista koki myös turvattomuuden ja pelon tunteita sairaalassa leikkauksen jälkeisen ensimmäisen yönsä yhteydessä.

*...Ne on aika epämääräisiä. Siis sekä koskien esimerkiksi tota kivun hoitoa ja sit, sit ennen kaikkea niin kun esimerkiksi näiden, näiden tota treenausten aloittamista...Et siin on suurin epävarmuus on just siinä, että millon mitäkin voi ruveta tekemään... (Ilmari,, J, 3-4)*

*...No kun se...on silleen, että, että mä nyt olin sen verran siellä pökerryksissäkin, että siinä kun kävi joku terapeutti, niin se sano minulle, että, että varaa vaan sillä reilusti, mutta kun mä katoin noita papereita, niin mä en saa varata...Mut just, just nämä, että niin kun varaushommat ja paljonko mä voin näitä tehdä ja missä vaiheessa, miten paljon? (Olavi,, J,2,6)*

*...Niin se ensimmäinen wc-meno oli kyllä hoitajan kanssa...silloin ois voinu olla fysioterapeutti...Mä pelkäsin niin paljon et mä putoon siitä...Kai se oli se et ku ensimmäisen kerran niin nopeesti. Ja, niin, niin no siin oli se hoitaja vieressä tietysti kyllä, mutta, kyllä ne tuntu aika avuttomalta. (Anja,, J, 5-6)*

Omasta pärjäämisestään huolissaan ennen leikkausta ollut ongelman ratkaisijoiden tarinamallin kuntoutuja huomaakin sairaalassa, että pelko omasta pärjäämisestä olikin turha, ja yllätyksekseen hän toipuikin leikkauksesta helposti. Käveleminen lähtee hyvin käyntiin jo sairaalassa, mikä luo uskoa omiin kykyihin. Kotona kuntoutuja kokee pärjänneensä hyvin ja on tehnyt jo kotiaskareitakin, koska ”eihän siitä tu mitään, jos mä vaan jään istuun tai makaan ja odotan, että toiset passaa mua, ei siit tu mitään” (Eila,, J, 3). Kuntoutuja on huomannut kehon kaipaavan liikkumista ja kokee lihasten kipeytymisen pidemmän lenkin jälkeen hyödyllisenä kuntoutumiselle.

*...Mä ihan turhaan pelkäsin...Et mä ajattelin, et miten ihmeessä mä pystyn ton jalkani kanssa, kun mä ajattelin, kun niin äkkiä joutuu kotiin. Mut ei mitään, mähän kävelin siellä sairaalassa jo keppiin kanssa ihan hyvin. Eikä mulla mitään ongelmia siinä suhteessa oo ollut...mul oli ihan toisin sanoen positiivinen tää tunne, et mä näinkin helposti niin kun aloin toipua tästä. (Eila; J, 4)*

Odottamattoman ongelman sairaalassa kohdanneet ongelman ratkaisijoiden tarinamallin kuntoutujat saavat negatiivisesta kokemuksestaan huolimatta ratkaistua epätietoisuuteen liittyvät ongelmansa ja tarinan juoni kääntyy positiiviseen suuntaan. Ratkaisua ongelmaan haetaan aktiivisesti itse toimimalla; joko hankkimalla apua ja tietoa epävarmuuteen tai tekemällä yritys-erehdys tyyppisiä ratkaisuja ja/tai suunnittelemalla omaa kuntoutumistaan.

*...No ei oikeestaan, siinä mielessä mulla on ystävätär, joka on sairaanhoitaja, mä soitin silleki jo kerran ja kysyin... (Anja, J, 2)*

*...mä sitten otan vaikka jonkun vaikka terapeutin mua, mua sen verran, että voimisteluttaa mua tossa. Ja sit mä rupeen niin kun katson, että mä uskallan sinne vesijuoksuun ja tonne lähteä turvallisesti, niin mä sitten lähden. (Olavi, J, 14)*

*...Mut sitten se tuntu niin hyvältä...niin mä ajattelin, että mä lopetan sen, koska se on sietämätön, mikä ummetus siitä tulee siitä panacodista...mul oli jo sit viime viikolla siinä parinakin päivänä mul oli tuolla kaupungilla niin kun pari kokousta ja illallinen...Mut sitten, kun mä jätin sen panacodin pois niin mulle rupes tuleen sillain, että niin kun päivät on ihan ok ja ei oo kipuu...et suurin hankaluus on nyt ollut sitten...nukkumisessa...sitten tota rupesin ottaan uudestaan sitä panacodia varsinkin yötä vasten...soitin eilen, eilen yhdelle ystävälleni, lääkärille, kun ne loppu ne panacodit. (Ilmari, J, 1)*

Ratkaiseva käänne tapahtuu yhden ongelman ratkaisijoiden tarinamallin kuntoutujan kohdalla jo sairaalassa, kun hän ymmärtää pystyvänsä varmaan leikatulle jalalle ja ottamaan askelia jopa ilman kyynärsauvoja. Kotiuduttuaan hän kokee toimintakykynsä loistavaksi ja kokee iloa siitä, että pystyy kivuttomasti liikkumaan ja hoitamaan omia asioitaan.

*...Joo, et se varmaan tekikin et, et oli just tää et saa varata koko painonsa ja sit et sai jo siel harjoitella pikkasen kävelee ilman keppiä, tiedätsä...No aivan loistavaksi....ennen kaikkee tää on ihana olotila, kato ku ei säre. Ja ettei sitte mä oon pystyny liikkuu tääl ihan joka paikassa...Et pystyny ihan hoitaa kaikkii asioita, tekee ruoat ja kaikki muutkin. (Anja, J, 3-4)*

Ongelman ratkaisijoiden tarinamallin muilla ongelman kohdanneilla kuntoutujilla käänne positiiviseen suuntaan tapahtuu vasta myöhemmin, kun sairaalavaiheeseen ja kuntoutumiseen liittyviä kokemuksia ja tuntemuksia on saanut käsitellä rauhassa. Kuntoutujat eivät koe toimintakykynsä selkeästi vielä muuttuneen paremmaksi, mutta uskovat vakaasti kuntoutuvansa tulevaisuudessa.

*...Tietysti sen ymmärtää, että, että kun, kun kuitenkin, kun on suhteellisen iso operaatio niin tota, siihen nähden on mennyt hyvin...Mutta kyllä, kyllä mä luulen, että ne kaikki selviää. Ei tässä niin ku mitään vaikeutta ole...(Olavi, J, 1, 9)*

*...No sanotaan, että se alkaa pikkuhiljaa olla, tai se on nyt oikeestaan ihan samanlainen, koska, koska kyllä mulla oli niin kun lepotila kivuton aikaseminkin...Ja mä odotan vaan, et se menee sitten parempaan päin, kun loppuu se kipu myöskin sitten yöllä että. (Olavi, J, 4)...Niin tota, kylä mä uskosin, että tän lonkan suhteen, niin tilanne on parempi selvästi kahden vuoden päästä. (Ilmari, J, 11)*

Lonkkakipuun apua terveyskeskuksesta hakenut ongelman ratkaisijoiden tarinamallin kuntoutuja oli kokenut aikaisemmin tulleen huonosti kohdatuksi ja autetuksi

terveyskeskuksen fysioterapeutin (joka ilmenee fysiatriksi) toimesta, mutta tällä kertaa hän oli tyytyväinen sairaalan fysioterapeuttiin ja fysioterapiaan. Hänellä on taustallaan myös aikaisempi nilkkamurtuma, jonka jälkeiseen onnistuneeseen fysioterapiaan ja kuntoutukseen hän peilaa nykyisiä kokemuksiaan. Aikaisempi kokemus ja tieto nilkan parantumisprosessista vahvistivat hänen tekonivelleikkauksesta kuntoutumista ja vähensivät tarvetta lisäohjaukselle. Kuntoutuja koki sairaalan fysioterapian tukeneen hänen kuntoutumistaan ja hän koki saaneensa fysioterapia ohjauksesta tarpeelliset tiedot. Ohjattuja harjoituksia hän tekee säännöllisesti kotona.

*...ku mul on niin huono kokemus siitä terveyskeskuksen fysioterapiasta, jonka luona kävin. En mä mitään apua saanut sieltä. Ei mitään muuta, kun kolme kertaa mä kävin siellä ja se aina anto kortisonipiikin tohon reiteen. Pitäs kuunnella potilasta enemmän...Mutta tää ainakin tää [sairaalan nimi] fysioterapeutti niin hän oli kyllä ihan upee. (Eila, J, 6)*

Ongelman ratkaisijoiden tarinamallin kuntoutujat ovat prosessin aikana peilanneet omia kokemuksiaan aikaisempiin kokemuksiinsa ja ajattelumalleihinsa. Osalle kuntoutujista tarinaan muodostunut särö sai heidät pohtimaan kokemuksiaan laajemmin myös muiden kuntoutujien ja terveydenhuollon näkökulmasta. Kuntoutumisprosessi kokonaisuudessaan ei välttämättä yllättänyt kaikkia kuntoutujia, vaan vahvasti heidän ennakko-oletuksiaan. Kuntoutumisprosessin aikana opittiin sekä itsestä että terveydenhuollon toimintamalleista.

*...Mä sanoin, ei kun se oikea paikka, et mä menin, niin mä tiedän nyt tarkkaan rosessin ja toiminnan. Että sikäli se oli mulle hirveen opettavainen, opettavainen. Et kun mä ajattelin silloin alun perin, että mä menisin johonkin yksityiselle potilaaks tai leikkaukseen. (Olavi,, J, 10)*

*...Ky kai sitä nyt on osannut kuvitella, että se prosessi on kuitenkin tota suhteellisen pitkä. Ja se paraneminen on asteittaista. Ja, ja on muutamia sitten aika montakin, kavereita, joilla on tehty tää sama niin ne on kyllä, ne on kyllä mua briiffannut aika hyvin että...(Ilmari, J, 9)*

Ongelman ratkaisijoiden oppimisen tarinamallin osittain erilaisista juonenkäänteistä huolimatta kuntoutujien tavassa toimia kuntoutumisprosessissaan on yhteneväisyyttä; he ratkaisevat eteen tulevia ongelmia itse aktiivisesti toimimalla sekä refleктоivat kokemuksiaan peilaten niitä aikaisempiin kokemuksiinsa ja ajattelumalleihinsa. Lonkan tekonivelleikkauksesta kuntoutuminen näyttäytyy heidän kokemuksiansa perusteella prosessina, josta toivutaan pikku hiljaa, ja jossa kuntoutujan on itse pidettävä huoli omista asioistaan. Tarinamallin kuntoutujat toimivatkin aktiivisesti ongelman ratkaisijoina; kun he eivät saa tarvitsemaansa apua ja



ohjeistusta valmiina terveydenhuollon kautta, he toimivat itse hankkimalla tietoa ja apua itse valitsemiltaan asiantuntijoilta.

*...Mut totta kai mä nyt sen arvasin, että tää vie aikansa, ennen kun tää on siinä kunnossa tää jalka, että kunnolla pystyy. Kun kesä tulee, niin kyllä mä uskon, että silloin mä jo painelen tuolla ihan kummasti. (Eila, J, 4)*

*...No, no mä tiedän lähinnä, lähinnä nämä kiemurat, että ne ei välttämättä ole ihan helppoja. Eikä, eikä suju välttämättä varsinkaan terveyskeskuksessa, jos et sä ole aktiivinen...Että, että tuota, mutta tää sillä tavalla mää ymmärrän, ymmärrän ne puutteet ja asiat, koska ei, jos ei ole resursseja, niin eihän niitä. Et mä myöskin ymmärrän heitä, mutta minulle se niin kun opetti. (Olavi, J, 11)*

## 6.2 Ohjausta tarvitsevien tarinamalli

Ohjausta tarvitsevien tarinamallissa on kaksi erilaista lähtökohtaa kuntoutumiselle. Toisen ohjausta tarvitsevien tarinamallin kuntoutujan tarina lähtee liikkeelle tilanteesta, jossa kuntoutujalla on takanaan negatiivisia kokemuksia kuntoutumiseensa liittyen. Tarinan alkua leimaakin pettymyksen tunne ja siitä heijastuva pelko tulevaa leikkausta ja leikkauksen jälkeistä kuntoutumista kohtaan. Pettymyksen aiheuttajana oli kokemus edellisen polvileikkauksen epäonnistuneesta lopputuloksesta. Kuntoutuja oli pettynyt siihen, ettei polvileikkaus vienytäkään kipuja ja tuonut tilalle hyvin toimivaa alaraajaa. Negatiivisten kokemusten varjostamana tuleva leikkaus näyttäytyy kuntoutujan mielessä huolestuttavana. Ohjausta tarvitsevien tarinamallin kuntoutuja ei pelkää itse leikkaustoimenpidettä, vaan siitä toipumista. Häntä huolestuttaa se, ettei leikkauksen lopputulos vastaakaan odotuksia vaan leikattu jalkaa mene vielä huonompaan kuntoon.

*...tää vasen polvi ei mun mielest se ei onnistunut, koska se on aivan erilainen kuin oikee puoli...että siitä ei jäis niin invalidiksi kun mitä kuitenkin näist polvistakin tuntuu, et on jäänyt...kun mä ajattelin, et ei voi, et mä ajattelin, et nyt mä saan niinku korjatun polven...ja sit tää onkin kipee...Se tuntuu jotenkin kurjalta. (Marjatta, E, 4, 14, 16)*

*...Ku mul on polvet leikattu ni mä oon niin hirveen huolissani täst jalasta että, ku tää (toinen jalka) taipuu hyvin, niin et miten tälle käy, että jäykistyykö se jotenki et se ei meekää 120 enää. Et se on semmonen huoli. (Marjatta, J, 2)*

Ohjausta tarvitsevien tarinamallin kuntoutujista toinen ei pelännyt leikkausta etukäteen, koska hän oli kuullut, että ne onnistuvat yleensä hyvin ja hän oli valmistautunut leikkaukseen hankkimalla tukiverkon leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen sekä hoitopaikan miehelleen

(toimii hänen omaishoitajana) leikkauksen ajaksi. Kuntoutuja luottaa siihen, että sairaalassa kerrotaan jälkikuntoutuksesta ja siitä, mitä hänen pitää itse tehdä, jotta lonkka tulee kuntoon. Hän kertoo toimintakykynsä menneen tasaiseen tahtiin huonompaan suuntaan, mutta hän yrittää mennä aina päivän kerrallaan. Hän ei ole tyytyväinen liikkumiskykynsä, koska haluaisi pystyä edelleen tanssimaan.

*...Ei. et toisin sanoen, et mitä mä oon kuullut, ni ne onnistuu hirveen hyvin, et täytyy olla hirveen huono säkä, et joku menis pieleen...Et en mä osaa ainakaan vielä pelätä sitä, on eri asia sitte leikkauspäivän aamuna, se on taas eri asia...(Annikki, E, 11)*

Ohjausta tarvitsevien tarinamallin kuntoutujilla on halu ja motivaatio kuntoutua lonkkaleikkauksesta. Toista kuntoutujaa motivoi tanssiharrastuksen pariin palaaminen (Annikki, J, 6) ja toisella on ”hirveä halu kun ei oo muuten sairas” (Marjatta, E, 20, 37). Hän on myös suunnitellut etukäteen sairasloman pituutensa ja töihin paluunsa kahden kuukauden kuluttua leikkauksesta. (Marjatta, E, 20, 37). Ohjausta tarvitsevien tarinamallin kuntoutujat ovat pärjänneet leikkauksen jälkeen ihan hyvin, mutta ovat samalla kokeneet myös epävarmuuden tunteita liittyen kipuun, sairaalassa ohjattujen harjoitusten riittävyteen ja kuntoutumisen etenemiseen. Toinen ohjausta tarvitsevien tarinamallin kuntoutujista hyödynsi kuntoutumisessaan aikaisempia tietojaan ja kokemuksiaan työskentelystään terveydenhuoltoalalta, mikä auttoi häntä paremmin ymmärtämään kuntoutumisprosessiaan. Toinen kuntoutuja puolestaan reflektoi omia kokemuksiaan ja tuntemuksiaan lonkka- ja polvileikkauksista, ja peilasi niitä laajemmin terveydenhuollon näkökulmaan.

*...Mä voin kuvitella et jos siellä lihakset on niinku arkoja, mutta tota en mä tiedä, se se kyllä mua hirveesti huolestuttaa että onko se kunnossa toi lonkka...Sitä niinku haluis tietää sitä että tuntuuko, saako tuntea, miltä saa tuntua, miten kauan saa tuntua, mitä siellä tuntuu...Mutta jos ois joku joka sanois et tää on ihan ok, et tämmöseltä voi tuntua, ni se niinku helpottais. (Marjatta,, J, 4-5)*

*...siis tää jälkihoito on se, mikä tota munst on se tärkeä...tää jälkihoito on, siin ois kyllä miettimisen varaa, et miten se taloudellisesti hoidettais, että ihmiset, et ne myös kuntoutuis sitte, ettei ne jäis sitten semmoseks puolikuntoseks. (Marjatta, E, 35)*

Vaikka ohjausta tarvitsevien tarinamallin kuntoutujat kokivat pärjäävänsä, he myös kokivat, että olisi hyvä, jos olisi joku, kenen puoleen kääntyä epävarmoissa asioissa. Molemmat tuovat tarinassa esiin vertaistuen merkityksen; olisi hyvä päästä puhumaan leikkauksen jälkeisistä tunteista, kivusta ja kuntoutumisesta. Kuntoutujat tuovat esille myös tarpeen fysioterapiaan sairaalavaiheen jälkeen, joko fysioterapeutin tapaamisen tai ryhmämuotoisen kuntoutuksen merkeissä.

*...Että ku just tää että miten kauan tässä saa olla kipua. Et se oli mulle sellanen harmaa alue. Että tota onks tää kuuluukos tää kuvioihin vai ei. Et toi mikä ois hirveen hyvä, ku siel [sairaalan nimi] oli sielä seinäl että siel ois se vertaisryhmä ollu. Ni mä oisin kaivaunnu sellast ihmistä, jolle mä ois voinu soittaa ja kysyy et hetkinen miten toi sun jalka kuntoutu et oliko siel viel kipua silloin ja silloin ja mitens se meni. Et tää ois semmonen ihan hyvä...ois sillai et ois joku puhelinnumero, joka vastais sitte kysymyksiin. (Annikki, J, 4, 6)*

### 6.3 Ennakkoon valmistautuvien tarinamalli

Ennakkoon valmistautuvien tarinamallin kuntoutujat ovat tehneet valmistautumista leikkaukseen jo pidemmän aikaa hankkimalla tietoa leikkauksesta ja sen jälkeisestä kuntoutumisesta tai valmistautumalla leikkaukseen henkisellä tasolla. Valmistautumisesta huolimatta he kokevat silti pelkoa leikkauksen epäonnistumisesta tai huolta omasta pärjäämisestä leikkauksen jälkeen.

*...No, mä vähän pelkään...Se on tuota iso juttu sinänsä, että...ja sit siin on nää kaikki riskit, mitä, mitä siinä on...veritulpat...hermovauriot ja, jne, niitähän on vaikka kuinka...kyllä mä oon lukenut kaikki ihan tarkkaan...et kyl ne on niinkun tiedostettu...Joo, mut, että tota noin...Ei se sitä poista sitä pelkoo...Et se ei oo kiva...mut minkä tolle, jokaises leikkaukses on riskinsä. (Maria, E, 24-26)*

*...Jos suoraan sanon, niin pelon tunteita...No jos se epäonnistuu...Tai sitte jos en herää nukutuksesta, ni sehän se on...Niin justiin, se, että, et se, et mää en pääsiskään liikkumaan niinku normaalisti tai sillä tavalla, mut että se edellyttää, et se jäis niinku vaivaamaan tai jotain, että...tai ei varsinaista niinku kipuakaan, mutta et se vaivais jollakin tavalla, et mä en pääsis kuitenkaan niinku kävelemään tai jotain, että...(Ritva, E, 19-20)*

Ennakkoon valmistautuvien tarinamallin kuntoutujat ovat käyneet lonkan tekonivelleikkauksesta kertovalla luennolla, mistä he ovat saaneet tietoa leikkauksesta sekä ohjeita liikeharjoitusten tekemiseen. Yksi kuntoutujista tiesi myös aiemman ammattinsa johdosta, mitä lonkan tekonivelleikkaukselta on odotettavissa. Toinen kuntoutuja on puolestaan

käynyt fysioterapiassa ennen leikkausta, josta saatuja ohjeita hän on noudattanut tunnollisesti lonkan kipua lievittääkseen.

*...Mä olin käynyt aikasemmin kaksikin kertaa sellasessa, kun nehän järjestää tuolla sairaalassa semmosia luentotilaisuuksia...ja mulla oli kummastakin tällöinen näin paksu [naurahtaa] luentomoniste, joita mä olin niin kun etukäteen tutkinut, että kyllä mä niin kun suunnilleen tiesin, mistä oli kysymys, että...(Helena, J, 7)*

Yksi ennakkoon valmistautuvien tarinamallin kuntoutujista ei ole käynyt fysioterapiassa eikä leikkaukseen valmistavalla luennolla etukäteen, mutta on valmistautunut henkisesti leikkaukseen ja sen jälkeiseen kuntoutumiseen. Hän on ajatellut, että leikkaus menee niin kuin menee, mutta kuntoutumiseen hän uskoo pystyvänsä vaikuttamaan noudattamalla saatuja ohjeita leikkauksen jälkeen.

*...Mä oon ajatellu, et se menee sit niinku menee ja sillä siisti, et mä en pysty siihen millään...tavalla vaikuttamaan muutaki sitte jälkikäteen tekemällä sitä, mitä pitää tehdä ja...mitä ei, että tota...(Ritva, E, 24)*

Ennakkoon valmistautuvien tarinamallin kuntoutujat ovat pyrkineet pitämään huolta liikkumis- ja toimintakyvystään ennen leikkausta lonkkakivuistaan huolimatta, mutta ovat samalla joutuneet sopeutumaan tilanteeseensa ja mukauttamaan toimintaansa kipeän lonkan vaatimalla tavalla. Yksi ennakkoon valmistautuvien tarinamallin kuntoutuja kokee, ettei ole joutunut luopumaan lonkkavaivansa vuoksi juuri muista asioista kuin, että liikkuminen ja ulkoilu on jäänyt vähemmälle. (Ritva, E, 9) Toinen kuntoutuja puolestaan kertoo, että elämänlaadussa on tapahtunut muutos ja elämisen piiri on tullut suppeammaksi (Helena, E, 31).

*...Kyl mää, kyl, kyl mää vielä tomerasti yritän ja niinku mä nyt sanoin ni kävelenkin...ja vesijumppaa, niin vesijumppaa olen harrastanut nyt siis...ei vesijumppaa, vaan vesijuoksua...vesijumppa jäi...Se on just se, ku mä oon pystynyt pystynyt vielä...kävelemään...jonkun verran...Ja mä oon katsonut, että se on tärkeitä. (Maria, E, 8, 19-20)*

*...Käyn kaupassa ja, ja...siivoon ite ja noin, et kyl mä liikun, et ei siinä mitään, että...kuntopyörällä ajan melkein joka päivä...Sen takii mä oon yrittänytkin tota kuntopyörää polkee, että, et lihakset ei pääsis sillä tavalla niin kovasti surkastumaan tai noin...(Ritva, E, 4, 9, 21)*

Ennakkoon valmistautuvien tarinamallissa pelkojen sävyttämän alun jälkeen juoni kääntyy positiiviseen suuntaa, kun kuntoutujat huomaavat ennakkopeloista ja -huolista huolimatta

pärjäävänsä hyvin leikkauksen jälkeen kotona. He kokevat oman pärjäämisen jopa positiivisena yllätyksenä.

*...Yllättävän hyvin. Siis tosiaan että en mä, en mä siis yllätyin et se menee niin hyvin sitte kuitenkin että. Et ihan kävelen ja toimitan kaikki, mitä tarvii ruoanlaiton ja siivoukset ja semmoset...Ja sitte ku kipu on poissa. (Ritva, J, 1)*

Yksi ennakkoon valmistautuvien tarinamallin kuntoutujista kuvaa, kuinka hänen etukäteen pelkäämäänsä ensimmäinen ylösnousu sujuikin hyvin ja kivuttomasti, mikä antoi tunteen omasta pystyvyydestä. Hän kokee olonsa kotona turvalliseksi, kivuttomaksi ja pystyy kävelemään sekä suoriutumaan arkiaskareistaan.

*...Joo että siis tosiaan et se on ihan kaikki ollu siis ihan yllätystä niin ku mitä mä ennen ajattelin ennen sitä leikkausta, että kauhulla ajattelin kaikkee et ku täytyy niin äkkiä nousta sängystä ja kaikkeä. Mut sit loppujen lopuks olin tyytyväinen et nostettiin niin nopeesti kuitenkin sitte että. se meni ja. Kaikki siel mitä harjoituksii tehtiin, käytiin rappusissa kävelemäs, ja kaikki meni ihan hyvin että. (Ritva, J, 2)*

Yksi ennakkoon valmistautuvien tarinamallin kuntoutujista koki kotiinlähdön koittaessa sairaalassa, ettei ole vielä saanut kaikkea tarpeellista tietoa ja ohjausta, joten hän sai omasta pyynnöstään olla yhden päivän pidempään sairaalassa oppiakseen myös porraskävelyn. Kotiuduttuaan kuntoutuja on liikkunut aktiivisesti ja on käynyt jo ulkonakin pidemmällä lenkillä. Kuntoutuja on kokeilemalla ja ennako-oletuksistaan poiketen havainnut, että maltti on valttia harjoituksia tehdessä. Hän on myös oivaltanut uudella tavalla kuntoutumisen kannalta tärkeimmät asiat.

*...Että hullu kylpee, niin että nahka lähtee, taas oli opetus. Että liika on liikaa...Nyt mä ajattelin, että minähän menen sen, kun oli niin ihana auringon paiste ja pakkasta...joo-o. Kyl mä olin niin kipee...kerronpa vielä toisenkin opetuksen. Tällanen liikunnallisesti tota noin motivoitunut ihminen tulee kotiin leikkauksesta ja ajattelen, että pentele kyllähän minä nyt tästä ja kävelen täällä sisällä, kun ei muualla leikkauksen jälkeen...Painelen tässä ees taas ja sitten teen kaikki ne liikkeet ja ja oon erittäin paljon ylhäällä. Ja illalla kuulkaa...niin tää lonkka on tällanen (näyttää lonkkaansa). Se on puolta isompi, kun normaalisti, muttei se siihen liittynyt...Ei saa lähteä liian aikaisin. (Maria, J, 1-2)*

Yhdellä ennakkoon valmistautuvien tarinamallin kuntoutujista oli kotona aluksi apuna lapsenlapsi ja hän huomasi pärjäävänsä kotona paremmin kuin oli kuvitellut ennen leikkausta. Kuntoutuja huomasi lisäksi aikaisempien kokemustensa miehensä omaishoitajana toimimisesta auttavan häntä omassa kuntoutumisessaan. Hän käytti hyödykseen miehelleen ohjaamiaan neuvoja ja tapoja omaan kuntoutumiseensa esim. liittyen ylös nousuun ja pukeutumiseen.

*...Niin, no musta tuntuu, että, että mä on kyllä osannut paremmin monia temppuja, kun mä oon niitä toiselle joutunut opettamaan. Juuri pukeutumista ja nousemista ja niin...niin nyt mä niin kun itse tiedän, että miten se helppoiten menee. (Helena, J, 3)*

Ennakkoon valmistautuvien tarinamallin kuntoutujat ovat motivoituneita tekemään sairaalassa ohjattuja liikeharjoituksia, koska ovat ymmärtäneet harjoittelun olevan hyväksi omalle kuntoutumiselleen. He uskovat, että voivat harjoittelulla parantaa lihasten kuntoa. Kuntoutujat toivoivatkin saavansa fysioterapeutilta selkeät ohjeet leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen sekä seurantaa kuntoutumisen edistymiseen.

*...No aina välillä oon yrittäny niitä sitte niinku tehdä, että oon aatellu et se kuitenkin on parempaa niin ku itelle ja just lihaksille ja noin. Et oon yrittäny sit aina tehdä et muutaman kerran päivässä aina niitä ni. Et kyllä ihan hyvät ohjeet ne on... (Ritva, J, 3)*

Ennakkoon valmistautuvien tarinamallin kuntoutujat kokevatkin saaneensa sairaalan fysioterapia ohjauksesta tarpeelliset tiedot ja kokevat sen tukeneen kuntoutumistaan. Ohjeet olivat hyviä, monipuolisia ja selkeitä . Kuntoutujat ovat tehneet ohjattuja harjoituksia säännöllisesti kotona. Liikkeet ovat yhden kuntoutujan mielestä ”aika semmosia vaatimattomia, mutta niiden varmaan täytyy ollakin noin alussa” (Helena, J, 2). Yksi kuntoutujista on yhdistänyt sairaalasta saamiaan harjoitteluohjeita luennoilta saamiinsa ohjeisiin ja tehnyt niitä molempia.

Yksi ennakkoon valmistautuvien tarinamallin kuntoutuja suunnittelee omaa leikkauksen jälkeistä kuntoutumistaan jo etukäteen ja päättää hankkivansa lähetteen fysioterapiaan leikkauksen jälkeistä seurantaa ja jatkokuntoutusta varten. Vaikka hän on tyytyväinen sairaalasta saamaansa leikkauksen jälkeiseen fysioterapia ohjaukseen, haluaa hän ennakkosuunnitelmiansa mukaisesti myös lähetteen terveyskeskuksen fysioterapiaan. Jos kuntoutuja ei saa sairaalasta suoraan lähetettä sinne, ryhtyy hän tarmokkaasti itse toimeen ja varaa itse ajan lääkäriltä lähetteen saamista varten, kuten Maria.

*...sitten tuota mä tinkasin sitä fysikaalista hoitoa...Ja tuota noin, eikä antanut sit mulle sitä passitusta...No sitten mä menin [asuinalue], kävelin tonne [asuinalue] terveyskeskukseen ja kysyin, että nuo [lääkärin nimi] aikaa...Meikäläinen teki sit sellasen tempun, et mä sanoin, et minä haluan sen lääkäriajan. Ja nyt mä sitten menen sinne vain sen takia, että lääkäri näkee sieltä tietokoneelta, et siel on epkriisi kyllä laitettu, mutta ei prääntäty. Ja se saa ny sit kirjoittaa mulle sen, sen terapia-ajan. (Maria, J, 2-3)*

Ennakkoon valmistautuvien tarinamallin kuntoutujat ovat kokeneet lonkan tekonivelleikkausprosessin positiivisena ja suhtautuvat myös tulevaisuuteen positiivisin mielin. Tulevaisuus ”näyttäs niin kun paremmalta” (Helena, J, 6). Eräs kuntoutujista tuntee kiitollisuutta siitä, että pääsi loppujen lopuksi leikkaukseen (Ritva, J, 5). Kuntoutujat ovat varautuneet siihen, että kuntoutuminen ottaa oman aikansa. Kuntoutuminen etenee kuitenkin tasaisesti parempaan suuntaan. Yksi kuntoutujista on oivaltanut, että vähitellen kaiken oppii tekemään ja eteneekin askel kerrallaan eteenpäin kuntoutumisessaan. Kuntoutumisprosessin aikana he ovat oppineet myös itsestään; prosessi on opettanut kärsivällisyyttä ja tajuamaan sen, ettei kaikki mene aina niin kuin on ajatellut.

*...Ainakin mulle itelle se on kärsivällisyyttä opettanu, että...ettei kaikki ei meekkään niinku ajattelee, että...ei, ei, en mä osaa sanoo siihen sen kummempaa, että...et se on vaan hidastanut tahtia, et...(Ritva, E, 28)*

Kokemukset kuntoutumisesta, sairaalasta ja terveydenhuollon toiminnasta saivat ennakkoon valmistautuvien tarinamallin kuntoutujan pohtimaan, kuinka heidän kuntoutumistaan voitaisiin tukea paremmin. Kuntoutuja koki, että itsellä täytyy olla aktiivinen ja osata pitää puolensa. Hän toi esiin, että yhteistyötä sairaalan ja terveyskeskuksen välillä pitäisi parantaa, jotta kuntoutujan ei tarvitsisi viedä tarpeellisia terveyskeskuksen lääkäriaikoja saadakseen fysioterapialähetteen. Jatkokuntoutuksessa olisi hänen mukaansa tärkeää, että ensimmäinen kohtaaminen olisi aina yksilöllinen, mutta sen jälkeen kuntoutus voisi toimia myös ryhmämuotoisena. (Maria, J, 3, 9)

#### **6.4 Järjestelmään luottavien tarinamalli**

Järjestelmään luottavien tarinamallin kuntoutuja jatkaa elämäänsä ilman suurempia muutoksia lonkan nivelrikosta ja tekonivelleikkauksesta huolimatta. Kuntoutuja ei koe lonkkakivun suuremmin rajoittaneen hänen elämäänsä ja arjen toimintoja ennen leikkausta. Järjestelmään luottava kuntoutuja sopeutui ja mukautui siihen, että liikkuminen ja toimiminen oli hitaampaa

ja vaivalloisempaa. Hän oli avoimesti jutellut lonkkavaivoistaan ihmisten kanssa ja huomannut, että muillakin oli samanlaisia oireita ja ongelmia.

*...Ei mikään rajoita, ei kyllä mä niinku teen kaikki, pystyn kaikki kävelemään ja meneen ja portaat ja muut...Et kyl mä kaikkee teen, mut se vaan on niinku vaivalloisemmin...Mut tennistä mulla on kyl kaks kertaa viikossa kaks tuntia kerrallaan...Kävely oon kyllä sit golfkentälläkin niinku tuol [ulkomailla]kin, ni kyl mä melkeen joka kerta kaikkien mukana linkutan sit loppuvaiheessa kyllä, et kyl se alkaa särkee sit...No kyllä nyt laskettelu ja semmone niinku kunnolla pelaaminen ja just jumppaa ja...kyllä se on vähän niinku kaventanu tätä niinku liikuntapuolta se on kaventanu, mut ei muuten kyllä.(Liisa, E, 3,5,8)*

Järjestelmään luottava kuntoutuja suhtautuu tulevaan lonkkaleikkaukseen toisaalta luottavaisesti, toisaalta pelonsekaisin tuntein. Kuntoutujalla on täysi luotto terveydenhuoltojärjestelmään ja lääkäreihin, minkä turvin hän uskoo selviytyvänsä leikkauksesta hyvin. Hän on valmistautunut leikkaukseen juttelemalla ihmisten kanssa, jotka ovat olleet lonkkaleikkauksessa, käymällä lonkkaleikkauksesta kertovalla luennolla sekä tekemällä reisi- ja pakaralihaksia vahvistavia harjoituksia toipuakseen nopeammin leikkauksesta.

*...Et tota, mut uskon, et 100 %:sti uskon, et onnistuu täysin...Mä luotan niin kaikkiin lääkäreihin, että en pelkää kyllä ollenkaan...Kaikki mä kuulen sit kyl. En mä oo niinku huolestunu ollenkaan, mä uskon että kaikki, kaikki tulee ihan ajallaan, koska nytki on must huolehdittu niinku kauheen hyvin...Joo, en usko, etä mitään vaikeutta voi tulla. (Liisa, E, 9-10, 14, 17)*

Järjestelmään luottavaa kuntoutujaa kuitenkin huolettää, että hänellä on liian suuret odotukset leikkausta kohtaan. Hän odottaa, että hän pystyisi tekemään leikkauksen jälkeen kaikkea kuten ennenkin, mutta pelkää ettei niin tapahdukaan. Tunteukset eivät muuttuneet leikkauksen jälkeenkään kuntoutumisprosessin edetessä, vaan kuntoutujaa pelotti edelleen, että hänen odotuksensa ovat liian suuria.

*...No, kyllä mä, mä on tavallaan vähän pelonsekasella odotuksella, et mul on ehkä liian suuret odotukset, et musta tulee ihan niinku nuori tyttö, et mä teen kaikkee näitä, mitä ennenkin...ja sitte mä vähän niinku pelkään, et mitä jos ei tapahdukaan niin suurta, suurta muutosta...(Liisa, E, 9).*



Järjestelmään luottava kuntoutuja on pärjännyt leikkauksen jälkeen hyvin, vaikka alkuun hän ajatteli kuntoutumisen tapahtuvan liian hitaasti. Hän on kokenut hieman avuttomuutta ja epävarmuutta, koska ei oikein ole tiennyt, mitä kaikkea voi tehdä. Toisaalta hän on kuitenkin vähentänyt apuvälineiden käyttöä ja liikkunut jo kodin ulkopuolellakin.

*... On alkanu tuntuu et tää onki sellanen ihan rutiinileikkaus et sit ku sen osaa ni tää on niinku helppo juttu. Vanha ulos, uus sisään. Ja sit vaan odotellaan et ne lihakset siinä kasvaa yhteen taas tai näin. (Liisa, J, 2)*

*...No, on kai on vähän avuttomampi olo nyt, koska ei oikeen tiedä mitä, mitä uskaltaa tehdä...mul ei ollu ehkä niin hirveen ankee se tilanne nyt etukäteenkään...se oli vaan se et yöllä heräs kipuun ja noin...mut mä pystyin niinku tekemään et nyt on ehkä tietämättömyydestä johtuvaa tällasta vähän epävarmuutta mitä ennen leikkausta ei ollut. (Liisa, J, 2)*

Järjestelmään luottava kuntoutuja näkee toipilasajassa myös hyvät puolet, koska silloin hän voi elää ilman aikatauluja ja tehdä asioita, joihin muuten ei olisi aikaa.

*...Tää on tätä poikkeavaa elämää...niin ei oo niinku aikatauluja ollenkaan. Se on ollu siin mieles poikkeavaa. On pitäny kirjoittaa oikeen ylös, et mitä pientä mä vois in tehdä tääl, mihin muuten ei oo aikaa...Et on täs ollu niinku hyvätki puolensa. (Liisa, J, 5-6)*

Koska järjestelmään luottava kuntoutuja ei erityisemmin pohdi, arvioi tai reflektoi kuntoutumisprosessinsa kokemuksia ja tunteita eikä prosessin aikana tapahdu suurempia ajattelun muutoksia, ei varsinaista oppimistakaan tapahdu.

*...No mä nyt en oo kauheen tunteellinen ihminen enkä mitenkään syvästi asioita ajatteleva, että niin kauan ku kaikki menee normaalisti ni en mä rupee ajattelemaan niit sen, sen syvemmin..Ja sit ku kaikki meni hyvin ni se oli must itestä selvää et tietenkä kaikki menee justinsa näin...Kaikki toimi just niinku ihan laskelmien mukaan ni sen takia mä en oo tätä käyny sen suuremmin läpi. Näin sen piti mennä ja näin se meni et thats it. (Liisa, J, 3)*

## 7 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli ymmärtää lonkan tekonivelleikkauksesta kuntoutumista oppimisen näkökulmasta. Narratiivisen analyysin tuloksena lonkan tekonivelleikkattujen kuntoutujien haastatteluista muotoutui neljä oppimisen tarinamallia: **ongelman ratkaisijoiden, ohjausta tarvitsevien, ennakkoon valmistautuvien ja järjestelmään luottavien kuntoutujien tarinamallit.**

### 7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen tuloksena syntyneistä tarinamalleista nousi esiin oppimisen teorioita perustuen kuntoutujien toimintaan ja oppimiseen kuntoutumisensa eri vaiheissa. Kuntoutujien yksilöllisten oppimistyylien huomioiminen fysioterapeuttisessa ohjauksessa olisi tärkeää, kuten myös Smits ym. (2010) pohtivat artikkelissaan, jossa he tuovat esiin oppimistyylien huomioimisen tärkeyttä osana kuntoutusta. Sovittamalla yhteen opetusstrategioita kuntoutujien oppimistyylien kanssa voitaisiin oppimisprosessia ja oppimistuloksia tehostaa (Smits ym. 2010). Myös Vänskä ym. (2011, 64) toteavat, että ihminen tuntee olonsa turvalliseksi, ja uuden asian oppiminen ja ohjaustilanteeseen orientoituminen helpottuu silloin, kun ohjaajan käyttämät interventiot ja oppimisympäristö sopivat asiakkaan oppimistyyliin.

Toinen keskeinen tuloksista esiin noussut näkökohta on, kuinka oppimisen teorit ilmentävät kuntoutujien aktiivista tai passiivista roolia kuntoutumisessa. **Ongelman ratkaisijoiden ja ennakkoon valmistautuvien** tarinamallin kuntoutujat toimivat aktiivisesti viedäkseen eteenpäin omaa kuntoutumistaan, kun taas **ohjausta tarvitsevien ja järjestelmään luottavien** tarinamallin kuntoutujien kohdalla aktiivisuus omassa kuntoutumisessa on vaihtelevampaa. Ohjausta tarvitsevat kuntoutujat ilmaisevat kuitenkin tarinamallissaan halun ja kyvyn aktiiviseen toimijuuteen tuomalla esiin aktiivisuuden ohjattujen harjoitusten tekemisessä sekä omien kokemusten reflektoinnissa. Järjestelmään luottavat kuntoutujat eivät puolestaan näe tarvetta aktiivisuuteen kuntoutumisessaan, mutta lähtökohtaisesti kuntoutuja voidaan ajatella Järvikosken ja Härkäpään (1995; 2004, 19-36) mukaisesti aktiiviseksi, omia pyrkimyksiään ja elämänprojektejaan toteuttavaksi toimijaksi, joka pyrkii ymmärtämään, suunnittelemaan ja hallitsemaan omaa elämäänsä. Kuntoutujien aktiivisen toimijuuden tukemiseen olisikin hyvä kiinnittää fysioterapeuttisessa ohjauksessa huomiota ja tarinamalleista esiinnousseiden

oppimisteorioiden valossa fysioterapeuttisessa ohjauksessa tulisi miettiä, millä tavoin eri oppimismenetelmien periaatteita voidaan hyödyntää lonkan tekonivelpotilaiden ohjauksessa. Seuraavaksi tarkastellaan tarkemmin keskeisimpiä tuloksista esiin nousseita ilmiöitä: oppimisen teorioita tarinamalleissa, kuntoutujien toimijuutta kuntoutumisessa sekä oppimisen tarinamalleja fysioterapeuttisen ohjauksen näkökulmasta.

### **7.1.1 Oppimisen teorit tarinamalleissa**

Lonkan tekonivelleikkaus ja siitä kuntoutuminen on kaikille kuntoutujille uusi kokemus. Se, kuinka merkittävänä kuntoutajat pitävät leikkauskokemustaan, vaikuttaa siihen, kuinka he oppivat kokemuksestaan. Aittolan (1998) mukaan merkittävät elämäkokemukset tarjoavat perustan oppimiselle, jos ihmiset vain osaavat hyödyntää niitä. Aittola (1998) tuo esiin Merriam ja Clarkin (1993) tutkimuksen, jossa on havaittu, miten samat kokemukset saattoivat olla toisille henkilökohtaisesti merkittäviä ja toisille täysin merkityksettömiä. Jotta jokin elämäkokemus olisi merkityksellinen, tulisi sen olla henkilölle henkilökohtaisesti vaikuttava kohdistuen joko henkilöiden taitojen ja toimintakykyisyyden laajenemiseen tai persoonalliseen muutokseen, tai kokemuksen tulisi olla henkilölle subjektiivisesti merkittävä (Merriam & Clark 1993; Aittola 1998). Lonkan tekonivelleikkauksella tavoitellaan yleisesti kipujen vähenemistä ja toimintakyvyn parantumista, mutta jokainen kuntoutuja luo myös itse omat henkilökohtaiset tavoitteensa kuntoutumiselle ja päättää, minkä merkityksen hän leikkaukselle antaa. Myös tämän tutkimuksen tarinamalleista käy ilmi, kuinka osa kuntoutujista on asettanut leikkaukselle suuria odotuksia peläten samalla leikkauksen epäonnistumista, kun taas toisten kuntoutujien odotukset ovat maltillisempia ja he asennoituvat ottamaan vastaan sen, minkä leikkaus tuo tullessaan. Aiemmassa tutkimuksesta käy myös ilmi, että potilaiden odotukset ja todellisuus tekonivelleikkauksesta ja siitä toipumisesta eivät aina vastaa toisiaan, mikä puolestaan voi aiheuttaa huolta ja ahdistusta potilaissa (Showalter ym. 2000).

Myös Jarvis (2009; 2012, 16-17) tuo esiin kokemuksen oppimisen lähtökohtana, mutta hän korostaa lisäksi kokemuksen sosiaalista puolta. Jarvisin (2012, 15, 61-62, 84-85) mukaan kokemus on aina sosiaalisesti rakentunut ja oppiminen tapahtuu sosiaalisissa tilanteissa. Kaikki

kokemukset eivät kuitenkaan aina johda oppimiseen (Jarvis 2012, 16-36; Ruohotie 2000, 137-138), vaan kokemuksista oppiminen edellyttää aina kokemusten tietoista huomiointia, pohtimista ja reflektointia (Aittola 1998; Ojanen 2000, 109; Ruohotie 2000, 137-138). Lonkan tekonivelleikkattujen **oppimisen tarinamalleista** nousee esiin kokemuksellisen oppimisen piirteitä. Erityisesti **ongelman ratkaisijoiden sekä ohjausta tarvitsevien oppimisen tarinamalleissa** näkyy kuntoutujien lonkan tekonivelleikkausprosessiin liittyvien kokemusten reflektointi ja kokemusten peilaaminen aikaisempiin kokemuksiin, mikä on tyypillistä kokemuksellisen oppimisen mukaiselle oppimisajattelulle. Myös **ennakkoon valmistautuvien oppimisen tarinamallissa** kuntoutajat käyvät läpi tietoisesti omia kokemuksiaan ja peilaavat kokemuksiaan aikaisempiin kokemuksiinsa sekä yleisemmin koko terveydenhuoltojärjestelmän toimintaan.

**Kuntoutujien tarinamallien** oppimisen juonenkäänteissä on nähtävissä Kolbin (1984) kokemuksellisen oppimisen kehän vaiheita. Kuntoutujien omakohtaiset kokemukset lonkan nivelrikosta, sen vaikutuksista toimintakykyyn, lonkan tekonivelleikkauksesta ja leikkauksen jälkeisestä kuntoutumisesta voidaan sijoittaa kehän ensimmäiseen vaiheeseen (=välitön, omakohtainen kokemus). Osa kuntoutujista etenee mallin toiseen vaiheeseen (=reflektiivinen havainnointi) refleктоimalla omia kokemuksiaan ja peilaamalla niitä aikaisempiin kokemuksiinsa. Reflektion kautta on tarkoitus syventää ymmärrystä opittavasta asiasta pohtimalla omaa toimintaa, käsityksiä ja uskomuksia tietoisesti (Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003; Kupias 2004, 16-18). Abstraktin käsitteellistämisen vaiheessa pyrkimyksenä on systemaattisen ajattelun kautta muokata vanhoja käsityksiä ja luoda uusia käsityksiä ja malleja (Kupias 2004, 16-18). Tämän tutkimuksen tuloksena syntyneiden tarinamallien perusteella kuntoutajat eivät kuitenkaan vielä etene tässä vaiheessa kuntoutumistaan abstraktin käsitteellistämisen ja kokeilevan toiminnan vaiheisiin.

**Ongelman ratkaisijoiden oppimisen tarinamallista** nousee esiin myös ongelmaoperustaisen oppimisen (problem-based learning, PBL) hyödyntämisen mahdollisuus lonkan tekonivelpotilaiden kuntoutumisessa. Ongelman ratkaisijoiden tarinamallin kuntoutajat ratkaisivat vastaan tulleita ongelmiaan itsenäisesti hankkimalla tietoa ja kokeilemalla menettelytapojen toimivuutta, mikä on yhteneväistä ongelmaoperustaisen oppimisen idean kanssa. Ongelmaoperustaisen oppimisen teoreettiset lähtökohdat ovat osittain kokemuksellisessa oppimisessa, mutta myös konstruktivistisessa, situationaalisessa ja kontekstuaalisessa oppimisessa (Poikela & Nummenmaa 2002). Ongelmaoperustaisen oppimisen ydin on ongelma

ja toiminta alkaa aina ongelmasta (Valtanen 2005). Erona ongelmaperustaiseen oppimiseen on kuitenkin kuntoutujilla se, että ongelmaperustaisessa ajattelussa oppiminen perustuu yhdessä työskentelyyn; ongelmia ratkaistaan sekä oman ajattelun taustalla olevia uskomuksia ja olettamuksia tutkitaan ja pohditaan yhdessä, kun taas ongelman ratkaisijoiden tarinamallin kuntoutajat ratkaisivat ongelmiaan yksin. Ongelmaperustaisen oppimisen (PBL) periaatteiden mukaista ohjausta on tutkittu esimerkiksi sepelvaltimotauti potilaille ja ongelmaperustaisen menetelmän käytön todettiin aktivoivan potilaita (Tingström ym. 2002). Ongelmaperustaiseen oppimiseen pohjautuva ohjaus todettiin Tingströmin ym. (2002) tutkimuksessa soveltuvaksi vasta sairastuneiden sepelvaltimotautipotilaiden ohjaukseen.

**Ohjausta tarvitsevien tarinamalli** tuo ilmi kuntoutujien tarpeen vertaistukeen ja ryhmämuotoiseen kuntoutukseen heidän kuntoutumisensa tukemiseksi. Kuten aikaisemmin Jarvisiin (2012) viitaten tuotiin ilmi, oppiminen on aina yhteydessä myös oppijan sosiaaliseen kontekstiin. Sosiaalisen oppimisen teorian mukaan ihmiset oppivat tarkkailemalla toisiaan sosiaalisessa ympäristössä (Ruohotie 2000, 115). Myös Bandura (1995) näkee oppimisen yksilön ja ympäristön välisenä vuorovaikutuksena (Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003). Bandura (1995) tuo esiin sosiaalisessa vuorovaikutuksessa kehittyvän pystyvyyskäsitteen, jolla tarkoitetaan ihmisen uskoa siihen, että hän pystyy suoriutumaan aikomistaan tehtävistä tai tilanteista. Yksi keino kuntoutujien pystyvyyden tunteen tukemiseen on Järvikosken ja Härkäpään (2011, 175) mukaan mallioppiminen eli vertaisryhmään kuuluvan henkilön onnistuneen suorituksen seuraaminen. Kuten tämän tutkimuksen ohjausta tarvitsevien tarinamallissa, vertaistoiminnalla voidaan tarkoittaa myös vastavuoroista kokemusten vaihtoa, jossa samankaltaisia kokemuksia ja prosesseja elämässään läpikäyneet ihmiset tukevat toisiaan (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hyvinvoinnin laitos 2015). Tämän tutkimuksen ohjausta tarvitsevien tarinamallissa kuntoutajat toivat esiin toiveen päästä käymään läpi tekonivelleikkausprosessiin liittyviä kokemuksiaan ja tunteitaan. Pystyvyyden tunteen kehittymiseen voidaan vaikuttaa lisäksi luomalla kuntoutujalle sellaisia harjoitteita, joista hän pystyy selviytymään ja saa välittömän palautteen avulla onnistumisen kokemuksia (Järvikoski & Härkäpää 2011, 175).

**Ennakkoon valmistautuvien tarinamallissa** kuntoutajat ovat valmistautuneet leikkaukseen hankkimalla tietoa tai valmistautumalla leikkaukseen henkisesti tasolla, mikä kuvastaa kognitiivisen oppimisteorialle tyypillistä orientaation luomista uuteen tilanteeseen. Tässä

tarinamallissa onkin samankaltaisuutta Engeströmin (1987, 76-77) orientaatioperustan käsitteen kanssa, jolla tarkoitetaan ajattelu- ja toimintamallia, jonka avulla ihminen muodostaa oman käsityksensä opittavasta aiheesta, arvioi ja käsittelee sitä sekä ratkaisee siihen liittyviä tehtäviä. Tällainen selkeä malli auttaa oppimistyöskentelyä, koska se antaa oppijalle ns. kehikon, jonka avulla hän tulkitsee, jäsentää ja käyttää oppimaansa uutta ainesta (Engeström 1987, 78). **Ennakkoon valmistautuvien kuntoutujien** voidaan ajatella koonneen omaa orientaatioperustaansa selvittääkseen leikkauksesta ja sen jälkeisestä kuntoutumisesta paremmin. Kognitiivisen oppimisteorian mukaan oppiminen nähdään tiedon prosessointina, jolloin ihminen käsittelee aktiivisesti saamiaan tietoja ja muodostaa tietojen perusteella sisäisiä malleja ja skeemoja maailmasta ja sen ilmiöistä (Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003; Peltonen 2004, 65; Järvikoski & Härkäpää 2011, 174). Oppimisen kannalta on olennaista informaation kytkeminen jo olemassa olevan skeeman sisältämään tietoon (Ruohotie 2000, 111). Pre- ja postoperatiivisessa ohjauksessa annettavalla tiedolla sekä tavalla, miten tieto annetaan, onkin suuri merkitys ennakkoon valmistautuvien tarinamallin kuntoutujien kuntoutumisen kannalta. Ennakkoon valmistautuvat kuntoutujat olivatkin käyneet sairaalan järjestämän preoperatiivisen ohjauksen lisäksi lonkan tekonivelleikkauksesta kertovalla luennolla. Aikaisemmasta tutkimustiedosta poiketen (Spalding 2003; Johansson ym. 2005; McDonald ym. 2014) ennakkoon valmistautuvien kuntoutujien pelko ei kuitenkaan lievittänyt tiedon myötä, mutta toisaalta preoperatiivinen tieto on kuitenkin heille, sekä myös kaikille kuntoutujille, tärkeää leikkaukseen ja sairaalassa oloaikaan orientoitumisen kannalta (Spalding 2003; Kearney ym. 2011).

**Järjestelmään luottavien tarinamallissa** kuntoutuja toimii hyvin pitkälle Jarvisin (2012) ei-oppijan tavoin. Kuten aiemmin jo mainittiin, kaikki kokemukset eivät johda aina oppimiseen vaan yksilö voi jatkaa elämäänsä sen ilman sen suurempia muutoksia kokemuksesta huolimatta. Jarvis (2012, 16-36) tuo esiin kolme oppimisen muotoa: ei-oppimisen, ei-reflektioivan oppimisen ja reflektioivan oppimisen, joita voidaan soveltaa myös lonkan tekonivelpotilaiden oppimisen tarinamalleihin. Jarvis (2012, 133) esittää kolmenlaisia tilanteita, joissa yksilö ei potentiaalisesta oppimiskokemuksestaan huolimatta opi. Ihmisillä voi olla sosiaalisiin tilanteisiin liittyviä oletuksia (presumption), joiden mukaan heillä on jo tarvitsemansa tiedot eikä tarvetta uusille kysymyksille. Joissakin tilanteissa ihmiset jättävät huomiotta (non-consideration) potentiaaliset oppimiskokemukset ja joissakin tilanteissa taas ihmiset torjuvat (rejection) oppimiskokemukset ja tekevät varman päätöksen olla oppimatta. Jarvisin (2012) jaottelun perusteella voidaan ajatella, että **järjestelmään luottavilla kuntoutujilla** ei ole

tarvetta olla aktiivinen ja oppia kuntoutumisprosessista, koska he luottavat siihen, että terveydenhuoltojärjestelmä huolehtii ja ohjaa heidän kuntoutumistaan. He luottavat siihen, että voivat jatkaa leikkauksen jälkeen elämää kuten ennenkin.

### 7.1.2 Kuntoutujien toimijuus kuntoutumisessa

Järvikoski ja Härkäpää (2011, 131-132) tuovat esiin Rotterin (1966) sosiaaliseen oppimisteoriaan viitaten, että ihmisen alttius toimintaan riippuu siitä, millaisia tuloksia hän odottaa toiminnallaan saavansa aikaan sekä kuinka arvokkaana hän pitää toiminnan tulosta. Teorian mukaan ihminen on alttiimpi toimimaan, jos hän uskoo, että hän voi omalla toiminnallaan saada aikaan itselle tärkeitä ja arvokkaina pitämiään tuloksia (Järvikoski & Härkäpää 2011, 131-132). Lonkan tekonivelleikkauksesta kuntoutuvien oppimisen tarinamalleista voidaan nähdä, kuinka erilaisilla aktiivisuuden asteilla kuntoutujat toimivat kuntoutumisprosessissaan. Onnistumisen kokemukset ovat tärkeitä, koska ne lisäävät luottamusta omiin mahdollisuuksiin ja motivoivat kuntoutujia jatkamaan toimintaa (Järvikoski & Härkäpää 2011, 131), mikä näkyy myös tämän tutkimuksen tarinamalleista. **Ongelman ratkaisijoiden ja ennakkoon valmistautuvien tarinamalleissa** kuntoutujat yllättyvät positiivisesti, kun ensimmäinen ylös nousu onnistuukin hyvin ja he pystyvät kävelemään hyvin jo sairaalassa. Nämä onnistumisen kokemukset kannustavat kuntoutujia jatkamaan aktiivisesti kuntoutumistaan. Kuntoutumisen kannalta onkin tärkeää, että kuntoutuja uskoo omiin mahdollisuuksiinsa ja luottaa omaan pystyvyyteensä, kuten myös Bandura (1995) tuo esiin pystyvyyden käsitteessään. Näin kuntoutuja on valmiimpi asettamaan itselleen tavoitteita ja toimimaan aktiivisesti tavoitteisiin pääsemiseksi (Järvikoski & Härkäpää 2011, 134).

**Ongelman ratkaisijoiden ja ennakkoon valmistautuvien tarinamallien** kuntoutujat toimivat aktiivisesti omassa kuntoutumisprosessissaan, mistä kertoo mm. kuntoutujien aktiivinen tiedon haku ja avun hankkiminen. **Ohjausta tarvitsevien tarinamallin** kuntoutujat toimivat myös aktiivisesti tehden mm. ohjattuja harjoituksia, mutta vaarana heidän tilanteessaan voi kuitenkin olla, että he passivoituvat tuntiessaan liikaa epävarmuutta ja jäävätkin odottamaan kaipaamaansa tukea ja ohjausta. **Järjestelmään luottavien tarinamallin** kuntoutujat ovat puolestaan passiivisempia, koska he eivät koe tarvetta aktiiviseen toimintaan. He luottavat siihen, että kuntoutuminen etenee terveydenhuoltojärjestelmän ohjaamalla tavalla. Kuntoutujan

toimijuuden tukemisen kannalta olisi kuitenkin tärkeää, että terveydenhuoltojärjestelmä tukisi kuntoutujien aktiivista osallistumista kuntoutukseensa.

Järvikosken ja Härkäpään (2000; 2011, 197-190)) esiin tuoman kuntoutujalähtöisen mallin kautta ohjauksella voidaankin tukea kuntoutujan aktiivista toimijuutta ja valtaistumista. Vänskän ym. (2011, 17-23) mukaan ohjauksessa tulisi korostaa kuntoutujan aktiivisuutta ja aloitteellisuutta, jolloin kuntoutuja toimii itse ongelman ratkaisijana, ja ohjaajan tehtävänä on tukea häntä löytämään voimavarojaan, kannustaa ottamaan vastuuta omasta terveydestään sekä tukea päätöksenteossa. Tärkeänä ohjaussuhteessa nähdään myös sen vuorovaikutuksellisuus (Vänskä ym. 2011, 17-23). Kuntoutujan aktiivisuutta voidaan tukea huomioimalla ohjaustilanteissa kuntoutujan mukaan ottaminen tasavertaisena kumppanina dialogiin, kuten Piirainen (2006) tuo tutkimuksessaan esiin. Kuntoutujan oppimisen ja aktivoimisen kannalta on olennaista myös se, annetaanko kuntoutujalle mahdollisuus olla itse asettamassa tavoitteitaan kuntoutumiselleen vai kokeeko hän olevansa vain vastaanottaja, joka noudattaa ulkopuolelta annettua käsikirjoitusta (Kokkinen ym. 2008, 11-13). Tutkimushenkilöiden haastatteluista kävi ilmi, että kuntoutujien omia tavoitteita ei aina huomioitu sairaalavaiheen fysioterapeuttisessa ohjauksessa.

### **7.1.3 Oppimisen tarinamallit fysioterapeuttisen ohjauksen näkökulmasta**

Lonkan tekonivelleikkattujen kuntoutujien oppimisen tarinamallien ja tarinamalleista esiin nousseiden oppimisen teorioiden valossa voidaan pohtia tulosten merkitystä fysioterapeuttiselle ohjaukselle. Fysioterapian tavoitteena on tukea lonkan tekonivelleikkauksesta kuntoutumista, jolloin kuntoutujien eri oppimistyylien huomioiminen fysioterapeuttisessa ohjauksessa on tärkeää. Tämä korostuu erityisesti hoitoaikojen lyhentyessä, jolloin yksittäiselle kuntoutujalle annettava aika jää varsin lyhyeksi, mikä kävi esiin esimerkiksi ongelman ratkaisijoiden tarinamallista. Lonkan tekonivelleikkauksesta kuntoutumisen mahdollisimman hyvän lopputuloksen kannalta on tärkeää miettiä, miten terveydenhuoltojärjestelmä voisi luoda mahdollisimman hyvät puitteet potilaiden kuntoutumiselle.

Yksi merkittävä tekijä on kuntoutujien yksilöllisten oppimistyylien huomioiminen ohjauksessa (Smits ym. 2010; Vänskä ym. 2011, 63-64) Tämä edellyttää fysioterapeuteilta kuntoutujien aitoa kohtaamista ja heidän yksilöllisten tarpeiden kuulemista, mitä painotetaan myös kuntoutujalähtöisessä asiakastyön toimintatavassa (Järvikoski 2000; Järvikoski & Härkäpää 2011, 197-190). Myös Vänskä ym. (2011, 49-51) ovat todenneet, että ohjaajan aktiivinen



kuunteleminen ja ohjattavan havainnointi ovat tärkeässä asemassa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaustilanteissa, mutta kuunteleminen on samalla todettu myös ohjauksen vaikeimmaksi taidoksi. Kuntoutujalähtöisessä mallissa kuntoutujan rooli on aktiivinen ja hänet nähdään tavoitteellisena, omia pyrkimyksiään ja elämänprojektejaan toteuttavana toimijana (Järvikoski & Härkäpää 2011, 189-190).

Kuntoutujalähtöisen toimintatavan toteuttaminen kuntoutuksessa on tärkeää myös kuntoutujien aktiivisen toimijuuden vahvistamisen kannalta. Kuten eri tarinamalleista voidaan huomata, että kuntoutujien aktiivisuus omassa kuntoutumisprosessissa vaihtelee. Haasteena fysioterapiaohjauksessa onkin havaita ja tunnistaa kuntoutujan oppimistyyli sekä sopiva ohjauksen ja tuen määrä, koska kaikki kuntoutujat eivät sitä itse ilmaise ja ohjauksentarve huomataankin usein vasta kotona. Haasteena on myös saada aktivoitua passiivisemmat järjestelmään tukeutuvat kuntoutujat kohti aktiivista toimijuutta. Vänskä ym. (2011, 52-62) tuovat esiin kolme erilaista vuorovaikutusorientaatiota ohjaukseen: asiantuntijakeskeisen, asiakaskeskeisen ja dialogisen vuorovaikutusorientaation. Fysioterapiassa on havaittu toteutuvan asiantuntijakeskeistä vuorovaikutusorientaatiota (Talvitie & Reunanen 2002), vaikka dialogista vuorovaikutusta voidaan pitää asiakkaan osallistumisen kannalta tavoiteltavimpana vaihtoehtona (Talvitie & Reunanen 2002; Talvitie & Pyöriä 2006; Piirainen 2006; Vänskä ym. 2011, 58). Dialogisessa ohjauksessa ohjaaja ja ohjattava pyrkivät vastavuoroiseen ja tasapainoiseen työskentelyyn sekä yhteisen ymmärryksen rakentamiseen (Piirainen 2006; Vänskä ym. 2011, 58). Se perustuu molemminpuoliseen kuunteluun, huomioon ottamiseen ja kunnioittamiseen, ja se edellyttää, että molemmilla, sekä ohjaajalla että ohjattavalla, on tasapainoinen mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa ohjaustapahtuman kulkuun (Vänskä ym. 2011, 58). Piirainen (2006) kuvaa fysioterapeutin ja kuntoutujan välistä suhdetta pedagogiseksi prosessiksi, joka muistuttaa tämänkin tutkimuksen tarinamalleista esiin nousutta kokemuksellisen oppimisen prosessia. Piiraisen (2006) mukaan pedagogisessa prosessissa olennaisena pidetään yhteyden dialogisuutta, hiljaista tietämistä, yhteisymmärtämistä ja kielellistämistä sekä kuntoutujan kehollisen vierauden kokemisen tutuksi tekemistä. Mikäli kuntoutujan aktiivisuutta omassa kuntoutumisessaan halutaan tukea, vaaditaan fysioterapeutin ja kuntoutujan väliseltä pedagogiselta suhteelta tasavertaista dialogisuutta (Piirainen 2006).

Haasteena dialogiselle ohjaukselle voidaan nähdä asiantuntija-asiakas asetelma, jossa asiantuntija-ohjaaja täyttää omaa institutionaalista tehtäväänsä, kuten fysioterapeutti lonkan tekonivelpotilaiden ohjaustilanteissa. Vänskän ym. (2011, 62) mukaan dialogisuuteen voidaan

kuitenkin pyrkiä, kun ohjaaja tiedostaa ja osaa soveltaa ohjauskeskustelun kielellisiä työvälineitä. On kuitenkin myös todettu, että kaikille vuorovaikutusorientaatioille on käyttöä erilaisissa ohjauskeskusteluissa ja –tilanteissa. Fysioterapeutin olisikin hyvä tuntea, tunnistaa ja hallita sekä asiantuntijakeskeinen, asiakaskeskeinen että dialoginen orientaatio, jotta hän voi ohjaustilanteissa käyttää ja vaihdella niitä tarpeen mukaisesti. (Vänskä ym. 2011, 62).

Yhtenä menetelmänä kuntoutujien aktiivisen osallistumisen tukemiseen voidaan nähdä Vänskän ym. (2011) esittämä konstruktivistinen ohjaus, jossa kuntoutuja nähdään aktiivisena tiedon prosessoijana, joka uutta oppiessaan valikoi, tulkitsee ja jäsentää informaatiota aikaisemman tiedon pohjalta. Konstruktivistisen ohjauksen edellytyksenä on osallisuus ja se perustuu asiantuntijan ja ohjattavan yhteistyölle. Ohjaajan tehtävänä on auttaa ohjattavaa näkemään itsensä itseohjautuvana ja omien ratkaisujen tekijänä. Konstruktivismissa painottuu ymmärtäminen, jolloin myöskään oppiminen ohjaustilanteessa ei ole tiedon siirtymistä asiakkaalle, vaan asiakas itse rakentaa kokemustensa, tulkintojensa ja ymmärryksensä kautta kuvaa opittavasta asiasta. Oppimiseen kuuluu olennaisena osana myös yksilön oman toiminnan ja ajattelun reflektointi (Vänskä ym. 2011, 21-22). Ohjaustilanteiden yhtenä ongelmana voidaan Vänskän ym. (2011, 22) mukaan nähdä opitun asian/toiminnan siirtovaikutus (transfer) eli kuinka opittu asia siirtyy yksilön omaan toimintaan ja uuteen toimintaympäristöön. Olennainen näkökulma myös lonkan tekonivelpotilaiden kohdalla on, kuinka hyvin he pystyvät lyhyestä sairaalassaolo ajasta huolimatta siirtämään sairaalasta saadut ohjeet ja harjoitteet kotiympäristöön. Ymmärtäminen oppimisen aikana kuitenkin edesauttaa sitä, että opittua asiaa voidaan käyttää mielekkäästi uudessa tilanteessa. (Vänskä ym. 2011, 21-22).

Kuntoutujien tarinamalleista huomataan, että pystyvyyden tunteen vahvistamisen kannalta ensimmäisillä kohtaamisilla leikkauksen jälkeen on suuri merkitys. Tarinamalleista kävi ilmi, että positiivinen kokemus ensimmäisestä ylösnoususta ja kävelyn onnistumisesta heti sairaalassa, vaikuttivat positiivisesti kuntoutumisen jatkoon. Kuten Järvikoski ja Härkäpää (2011, 133) toivat ilmi, keskeinen ihmisen toimintaan vaikuttava tekijä on se, että hän uskoo pystyvänsä suoriutumaan tehtävästä. Sen vuoksi lyhyen sairaalavaiheen fysioterapian osalta olisi tärkeää suunnitella harjoitukset niin, että kuntoutuja selviytyy niistä ja saa sitä kautta onnistumisen kokemuksia (Järvikoski & Härkäpää 2011, 175).

Tärkeää olisi huomioida myös kuntoutujien tarve käydä läpi omia tunteitaan ja kokemuksiin leikkausta ja kuntoutumista kohtaan, kuten ohjausta tarvitsevien tarinamallin kuntoutujat tuovat ilmi, tarjoten heille aikaa ja mahdollisuutta keskusteluun. Lonkan tekonivelleikkauksesta kuntoutumisessa yhdistyykin fyysisen toipumisen lisäksi myös psyykinen ja sosiaalinen osa-alue (Grant ym. 2009), jolloin kuntoutujat voivat esim. vertaiskeskustelun kautta käydä vastavuoroista kokemusten vaihtoa (Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos 2015) tai kuntoutujan ja fysioterapeutin välinen dialogi voi toimia peilinä, jonka avulla kuntoutuja suhteuttaa kokemaansa sekä antaa ja luo merkityksiä kokemalleen (Järvikoski & Härkäpää 2011, 172).

Tämän tutkimuksen tavoitteena ei ollut varsinaisesti tutkia, mitä potilaat oppivat kuntoutumisprosessin aikana. Tutkimushenkilöiden haastatteluista ja tuloksina syntyneistä tarinamalleista käy kuitenkin ilmi, että useampi kuntoutujista (ongelman ratkaisijat, ennakkoon valmistautujat) oppi prosessin aikana sekä itsestään että terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta. Grantin ym. (2009) tutkimuksessa onkin todettu, että kuntoutujien käydessä läpi fyysistä toipumisprosessia, he voivat kokea muutoksia myös ihmissuhteissaan ja rooleissaan sekä tavassa nähdä itsensä. Tarinamallien kuntoutujat eivät nähneet lonkan nivelrikon tai kuntoutumisensa oikeastaan vaikuttaneen sosiaalisiin suhteisiinsa tai rooleihinsa, mutta he kokivat oppineensa prosessin aikana itsestään, kuten ennakkoon valmistautujat ja ongelman ratkaisijat. Osa kuntoutujista (ennakkoon valmistautujat) kertoi esimerkiksi oppineensa kärsivällisyyttä prosessin aikana, koska he eivät voineet tehdä asioita enää samalla tavalla kuin aikaisemmin. Kuntoutujilla oli erilaisia rooleja arkiympäristössään; he toimivat esimerkiksi aktiivisesti harrastustoiminnassa, luottamustehtävissä, omaishoitajana puolisoilleen tai yksi kuntoutujista oli mukana vielä työelämässä. Tarinamalleista käy ilmi, kuten Grantin ym. (2009) tutkimuksesta, että kuntoutujat palaavatkin leikkauksen jälkeen asteittain toimintoihin, jotka ovat määrittäneet heidän roolejaan kotona ja yhteiskunnassa.

Tutkimuksen varsinaisen tutkimuskysymyksen ulkopuolelta tarinamalleista ilmeni, että kaikki kuntoutujat eivät olleet tyytyväisiä saamaansa fysioterapiaohjaukseen vaikka kokivatkin pärjäävänsä kotona leikkauksen jälkeen ihan hyvin. Myös Showalterin ym. (2000) tutkimuksessa on todettu, että tekonivelpotilaiden saama potilasohjaus ei aina täytä potilaiden tarpeita. Kuten tämänkin tutkimuksen järjestelmään luottavien tarinamallista oli nähtävissä, myöskään potilaiden odotukset ja todellisuus tekonivelleikkauksesta ja siitä toipumisesta eivät aina vastaa toisiaan, mikä aiheuttaa huolta ja ahdistusta potilaissa (Showalter ym. 2000). Toisaalta McGregorin ym. (2004) mukaan preoperatiivisella ohjauksella voidaan kuitenkin

vaikuttaa potilaiden oletuksiin ja odotuksiin tulevaa leikkausta kohtaan. On myös todettu, että potilailla, joilla oli suuremmat odotukset leikkausta kohtaan, parani myös elämänlaatu enemmän ja he olivat tyytyväisempiä leikkaukseen, kuin potilaat, joilla oli pienemmät odotukset (Gonzalez Saenz de Tejada ym. 2014). Vaikka osa kuntoutujista kaipasi ohjausta ja vastaustauksia postoperatiivisesti kotona heränneisiin kysymyksiin, harva heistä käytti mahdollisuutta soittaa sairaalaan kysyäkseen asioista. Useampi kuntoutujista toi esiin, että he ajattelivat sairaalan henkilökunnan olevan niin kiireisiä, etteivät he halunneet kuormittaa sairaalan henkilökuntaa kysymyksillään. Osa kuntoutujista tuokin esiin toiveensa terveydenhuollon resurssien lisäämisestä sekä jatkofysioterapian järjestämisestä. Myös Knaapi-Junnila ym. (2015) ovat saaneet tutkimuksessaan samankaltaisia tuloksia. Heidän tutkimuksestaan käy ilmi, että kuntoutujat välttivät epäselvyyksistä huolimatta yhteydenottoa sairaalaan keventääkseen työntekijöiden työtaakka turvautumalla epävirallisiin asiantuntijaverkostoihinsa ja yksityissektoriin (Knaapi-Junnila ym. 2015).

## **7.2 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi**

Tieteellisen tutkimuksen kautta pyritään tutkittavaa ilmiötä kuvaamaan mahdollisimman luotettavasti (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Laadulliseen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin on laadittu omia luotettavuuskriteereitä, joista Kylmä ja Juvakka (2007, 127) listaavat siteeramalla useita laadullisen tutkimuksen asiantuntijoita seuraavat: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Loh (2013) on koonnut artikkeliinsa myös narratiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä, jotka ovat osittain yhteneväisiä Kylmän ja Juvakan esiintuomien kriteereiden kanssa. Loh (2013) viittaa artikkelissaan Lincolnin ja Guban luottavuus kriteereihin, joita ovat seuraavat: uskottavuus (credibility), siirrettävyys (transferability), luotettavuus (dependability) ja objektiivisyys (confirmability). Uskottavuudella tarkoitetaan Kylmän ja Juvakan (2007, 128) mukaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta eli että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen uskottavuutta voidaan vahvistaa keskustelemalla tutkimukseen osallistuvien kanssa tutkimuksen tuloksista tai keskustelemalla tutkimusprosessista toisten samaa aihetta tutkivien kanssa. Lisäksi uskottavuutta voidaan vahvistaa pitämällä tutkimuspäiväkirjaa, triangulaatiolla ja sillä, että tutkimuksen tekijä on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Tässä tutkimuksessa tutkimuksen aineisto oli valmiina, joten tutkija ei itse ollut suunnittelemassa ja

toteuttamassa haastatteluja. Tutkija on kuitenkin pyrkinyt viettämään litteraattien parissa niin kauan aikaa, että tutkimushenkilöiden kertomukset ja kokemukset eri vivahteineen ovat avautuneet ehjänä kokonaisuutena. Tutkija on myös työskennellyt vuosia sitten ortopedisella osastolla fysioterapeuttina, joten hänellä oli mielessään kuva lonkan tekonivelleikkausprosessista ja sen läpikäyvästä kuntoutujasta. Tutkija on aineistoon tutustumisen ja lukemisen aikana kirjoittanut ylös ajatuksiaan aineistosta tutkimuspäiväkirjaan. Tutkimuksen tuloksista ei ole keskusteltu tutkimushenkilöiden kanssa, mutta niistä on keskusteltu tutkimusryhmässä ja siten tutkijatriangulaatio on toteutunut.

Vahvistettavuudessa/luotettavuudessa (dependability) on kyse koko tutkimusprosessin kirjaamisesta niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Loh 2013). Tutkija on pyrkinyt pitämään analyysia tehdessään tarkkoja muistiinpanoja analyysin vaiheista, jotka on myöhemmin kirjoitettu auki tutkimusraporttiin. Tutkimusraportissa tutkija on kirjoittanut auki analyysin vaihe vaiheelta, jotta lukijalle selviää, miten tuloksiin ja johtopäätöksiin on päädytty. Toinen tutkija ei kuitenkaan välttämättä päädy samoihin ilmaisiin aineistosta, mikä hyväksytään laadullisessa tutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Kylmän ja Juvakan (2007, 129) mukaan todellisuuksia on monia ja erilaiset tulkinnat voivat jopa lisätä ymmärrystä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä.

Refleksiivisyys edellyttää, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä ja arvioitava omaa vaikutusta aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tutkija on kirjoittanut ennen aineiston lukemista ja analyysin aloittamista esiyymmärryksensä tutkittavasta aiheesta, jossa kuvataan tutkijan aikaisemman työn kautta syntyneitä ennakkokäsityksiä ja kokemuksia tutkittavasta aiheesta. Tutkija on tiedostanut ennakkokäsityksensä koko prosessin ajan, yrittäen pitää käsityksensä taka-alalla välttämättä niiden vaikutusta tutkittavaan ilmiöön. Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin ja tutkimusraportissa esitettyä riittävän tiheää ja kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistujista ja tutkimusympäristöstä, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Loh 2013). Tutkimusaineisto on kerätty tietyssä kontekstissa ja suhteellisen pienelle tutkimusjoukolle, mikä on yleistä laadulliselle tutkimukselle, jossa tuotettu tieto on kontekstisidonnaista ja pyrkimyksenä on kerätä mahdollisimman rikas aineisto tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 27-28). Tutkittavien määrä tässä tutkimuksessa oli riittävän suuri, jotta aineiston kylläntymistä alkoi tapahtua eli uudet osallistujat eivät enää tuottaneet uusia näkökulmia

tutkittavaa ilmiöön (Kylmä & Juvakka 2007, 27). Laadullisissa tutkimuksissa onkin osoitettu, että saturaatio voidaan saavuttaa jo pienellä aineistolla (Mason 2010; Täks 2015).

Tutkimuksessa on pyritty ottamaan eettiset näkökohdat huomioon läpi koko tutkimusprosessin. Tutkimukselle on haettu tutkimuslupa sekä eettisen toimikunnan puoltava päätös sairaanhoitopiiristä, jossa tutkimus toteutettiin. Tutkimushenkilöt ovat osallistuneet tutkimukseen vapaaehtoisesti ja he ovat allekirjoittaneet osallistumisestaan tutkimukseen suostumuslomakkeen (Liite 3). Tutkimushenkilöitä on tiedotettu tutkimuksen tarkoituksesta sekä tutkimuksen kulusta (Liite 2) ennen suostumuslomakkeen allekirjoittamista. Tutkimushenkilöille on kerrottu myös mahdollisuudesta keskeyttää tutkimus missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Tutkimuksesta saatuja tietoja on käsitelty luottamuksellisesti ja tutkija on tehnyt vaitiolosopimuksen tutkimuksen kontekstina olleen sairaanhoitopiirin kanssa. Haastattelujen litteroinnin ovat suorittaneet tutkimushankkeessa mukana olleet opiskelijat, jotka ovat myös sitoutuneet pitämään haastatteluista saatuja tietoja salassa. Haastatteluista saatuja nauhoitteita ja litterointeja on säilytetty niin, että ne ovat vain tutkimuksen tekijöiden saatavilla. Tutkimushenkilöiden yksityisyyden suojaamiseksi tutkimushenkilöistä käytetään raportoinnissa keksittyjä nimiä ja haastatteluissa esiin tulleet tunnistettavat ominaisuudet ja paikannimet on jätetty pois tunnistettavuuden ehkäisemiseksi. Tutkija on pyrkinyt huolellisuuteen koko tutkimusprosessin ajan ja tutkimustulokset on raportoitu avoimesti ja rehellisesti. Tutkimushenkilöiden autenttiset lainaukset raportoinnissa lisäävät tutkimuksen luotettavuutta.

## **8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET**

Tämän tutkimuksen tulokset lisäävät ymmärrystä lonkan tekonivelleikkauspotilaiden oppimisesta kuntoutumisessa. Tutkimuksen tuloksena syntyneiden tarinamallien perusteella lonkan tekonivelleikkauspotilaiden kuntoutumisessa esiintyy erilaisia oppimisen teorioita perustuen kuntoutujien toimintaan ja oppimiseen kuntoutumisprosessin aikana. Tarinamalleista on löydettävissä yhtymäkohtia kokemuksellisen oppimisen, ongelmaperustaisen oppimisen, kognitiivisen oppimisen, sosiaalisen oppimisen ja ei-oppimisen teorioihin. Tarinamallit ilmentävät myös kuntoutujien toimijuuden astetta kuntoutumisessaan. Tarinamallit osoittavat tarpeen pohtia, kuinka kuntoutuksessa ja fysioterapeuttisessa ohjauksessa voidaan huomioida kuntoutujien eri oppimistyyliä sekä tukea heidän aktiivista toimijuuttaan. Fysioterapiaohjauksen kehittämiseksi tarvitaankin tarkempaa tutkimusta oppimismenetelmistä sekä niiden vaikutuksista kuntoutumiseen ja kuntoutujien aktiivisen toimijuuden tukemiseen. Lisää tutkimusta olisi tärkeää saada myös fysioterapeuttien näkökulmasta, koskien tietämystä oppimisenäkemyksistä ja -menetelmistä sekä niiden käyttökokemuksista ja sovellettavuudesta käytännön kontekstiin.

**Lähteet**

- Aittola T. 1998. Aikuisten oppiminen arkielämän ympäristöissä. Teoksessa Sallila P, Vaherva T (toim.). Arkipäivän oppiminen. Helsinki: BTJ Kirjastopalvelu Oy, 59-89.
- Bandura, A. 1995. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. Teoksessa Bandura, A. (toim.). Self-efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Press, 1-45.
- Boosman, H., van Heugten, C.M., Post, M.V.M., Lindeman, E., Visser-Meily, J.M.A. 2013. Disability And Rehabilitation 35(21): 1783-1789.
- Boyde, M., Tuckett, A., Peters, R., Tompson, D.R., Turner, C. & Stewart, S. 2009. Learning style and learning needs of heart failure patients. European Journal of Cardiovascular Nursing 8, 316-322.
- Di Monaco, M., Vallero, F., Tappero, R. & Cavanna, A. 2009. Rehabilitation after total hip arthroplasty: A systematic review of controlled trials on physical exercise programs. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 45 (3), 303-317.
- Engeström, Y. 1987. Perustietoa opetuksesta. Helsinki: Valtionvarainministeriö, Valtion painatuskeskus.
- Ethgen, O., Bruyère, O., Richy, F., Dardennes, C. & Reginster, J.Y. 2004. Health-related quality of life in total hip and total knee arthroplasty. A qualitative and systematic review of the literature. The Journal of Bone and Joint Surgery 86-A (5), 963-974.
- Gonzalez Saenz de Tejada, M., Escobar, A., Bilbao, A., Herrera-Espineira, C., Garcia-Perez, L., Aizpuru, F., Sarasqueta, C. 2014. A prospective study of the association of patient expectations with changes in health-related quality of life outcomes, following total joint replacement. BMC Musculoskeletal Disorders 15: 248.
- Grant, S., Winsome, St.J. & Patterson, E. 2009. Recovery from total hip replacement surgery: "It's not just physical. Qualitative Health Research 19 (11), 1612-1620.
- Gocen, Z., Sen, A., Unver, B., Karatosun, V. & Gunal, I. 2004. Clinical Rehabilitation 18, 353-



358.

Hakkarainen, K. 2000. Oppiminen osallistumisen prosessina. *Aikuiskasvatus* 2, 84-98.

Hartley, S.M., Vance, D.E., Elliot, T.R., Cuckler, J.M., Berry, J.W. 2008. Hope, self-efficacy, and functional recovery after knee and hip replacement surgery. *Rehabilitation Psychology* 53(4): 521-529.

Heikkinen, H.L.T. 2010. Narratiivinen tutkimus – Todellisuus kertomuksena. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-Kustannus, 143-159.

Heliövaara, M., Slätis, P. & Paavolainen, P. 2008. Nivelrikon esiintyvyys ja kustannukset. *Duodecim* 124, 1869-1874.

Hopper, T., Bourgeois, M., Pimentel, J., Qualls, C.D., Hickey, E., Frymark, T., Schooling, T. 2013. An evidence-based systematic review on cognitive interventions for individuals with dementia. *American Journal of Speech Language Pathology* 22: 126-145.

HYKS. 2008. Lonkan/polven tekonivelleikatun fysioterapiaprosessi. Operatiivinen tuloksikkö. *Fysioterapia/Peijas*.

Hänninen, V. 1999. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 696.

Hänninen, V. 2010. Narratiivisen tutkimuksen käytäntöjä. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-Kustannus, 160-178.

Jarvis, P. 2009. Learning to be a person in society: learning to be me. Teoksessa Illeris, K. (toim.). *Contemporary Theories of Learning. Learning theorists...in their own words*. Abingdon, UK: Routledge, 21-34.

Jarvis, P. 2012. *Adult Learning in the Social Context*. Abingdon, UK: Routledge.

- Johannsson, K., Hupli, M. & Salanterä, S. 2002. Patients' learning needs after hip arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing* 11, 634-639.
- Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajosto, J., Salanterä, S. 2005. Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 50(2): 212-223.
- Jäppinen, A-M., Hämäläinen, H., Kettunen, T., Piirainen, A. 2015. Patients' conceptions of preoperative physiotherapy education before hip arthroplasty. *European Journal of Physiotherapy* 17: 148-157.
- Järvikoski, A. & Härkäpää K. 1995. Mitä kuntoutus on? Teoksessa A. Suikkanen, K. Härkäpää, A. Järvikoski, T. Kallanranta, K. Piirainen, M. Repo & J. Wikström. *Kuntoutuksen ulottuvuudet*. Juva: Werner Söderström Osakeyhtiö, 12-28.
- Järvikoski, A. 2000. Kuntoutujakeskeinen lähestymistapa kuntoutuksen asiakastyössä. Teoksessa Onnismaa, J., Pasanen, H., Spangar, T. (toim.) *Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2. Ohjauksen toimintakentät*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 246-257.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. *Kuntoutuksen perusteet*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. *Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen*. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY pro.
- Kamwendo, K., Tingström, P., Bergdahl, B., Svensson, E. 2004. Effect of problem-based learning on stages of change for exercise behaviour in patients with coronary artery disease. *Physiotherapy Research International* 9(1): 24-32.
- Kearney, M., Jennrich, M.K., Lyons, S., Robinson, R., Berger, B. 2011. Effects of preoperative education on patient outcomes after joint replacement surgery. *Orthopaedic Nursing* 30: 391-396.
- Kettunen, J., Salo, P., Ulaska, M., Kangas, H. & Ahtola, S. 2013. *Polven ja lonkan nivelrikon*

fysioterapia. Hyvä fysioterapiakäytäntö. Viitattu 20.11.2015.  
<http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/fysioterapiasuositukset/polven-ja-lonkan-nivelrikko>

Knaapi-Junnila, S., Jäppinen, A-M., Välimaa, R., Piirainen, A. 2015. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 52: 20-32.

Kokkinen, A., Rantanen-Väntsi, L. & Tuomola, A. 2008. Aikuisen oppijan kirja. Helsinki: Kirjapaja.

Kolb, D.A. 1984. Experiential learning. Experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.

Korpershoek, C., van der Bijl, J., Hafsteinsdottir, T.B. 2011. Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. Journal of Advanced Nursing 67(9): 1876-1894.

Kupias, P. 2004. Oppia opetusmenetelmistä. Helsinki: Educa-Instituutti Oy.

Kylmä, J., Juvakka, 2007. T. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johanson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Lehto, M.U.K., Jämsen, E. & Rissanen, P. 2005. Lonkan ja polven endoproteesikirurgia – varaosien avulla liikkujaksi. Duodecim 121, 893-901.

Lindblom-Yläne, S., Nevgi, A. & Kaivola, T. 2003. Oppimis- ja tietokäsityksistä opetustapaan. Teoksessa S. Lindblom-Yläne, A. Nevgi (toim.) Yliopisto- ja korkeakouluopettajan käsikirja. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 67-81.

Loh, J. 2013. Inquiry into Issues of Trustworthiness and Quality in Narrative Studies: A Perspective. The Qualitative Report 18 (65), 1-15.

Lubbeke, A., Suvá, D., Perneger, T. & Hoffmeyer, P. 2009. Influence of preoperative patient education on the risk of dislocation after primary total hip arthroplasty. Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research) 61 (4), 552-558.

- Mason, M. 2010. Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Qualitative Social Research* 11 (3). <http://www.qualitative-research.net/>.
- McDonald, S., Page, M.J., Beringer, K., Wasiak, J., Sprowson, A. 2014. Preoperative education for hip or knee replacement (Review). *Cochrane Database of systematic Reviews* 13(5): CD003526.
- McEwen, S.E., Huijbregts, M.P.J., Ryan, J.D., Polatajko, H.J. 2009. Cognitive strategy use to enhance motor skill acquisition post-stroke: A critical review. *Brain Injury* 23(4): 263-277.
- McGregor, A.H., Rylands, H., Owen, A., Doré, C.J. & Hughes, S.P.F. 2004. Does preoperative hip rehabilitation advice improve recovery and patient satisfaction?. *The Journal of Arthroplasty* 19 (4), 464-468.
- Merriam, S.B, Clark, M.C. 1993. Learning from life experience: What makes it significant? (Abstract). *International Journal of Lifelong Education* 12 (2), 129-138.
- Minns Lowe, C.J., Barker, K.L., Dewey, M.E. & Sackley, C.M. 2009. Effectiveness of physiotherapy exercise following hip arthroplasty for osteoarthritis: a systematic review of clinical trials. *BMC Musculoskeletal Disorders* 10 (98).
- Nevgi, A. & Lindblom-Ylänne, S. 2003. Oppimisnäkömökset antavat perustan opetukselle. Teoksessa S. Lindblom-Ylänne, A. Nevgi (toim.) *Yliopisto- ja korkeakouluopettajan käsikirja*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 82-115.
- O'Brien, A.R., Chiaravalloti, N., Goverover, Y., DeLuca, J. 2008. Evidenced-based cognitive rehabilitation for persons with multiple sclerosis: A review of the literature. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 89(4): 761-769.
- Ojanen, S. 2000. Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian kehittäjä. Helsinki: Palmenia-kustannus.
- O'Sullivan, D., Strauser, D.R. 2009. Operationalizing self-efficacy, related social cognitive variables, and moderate effects. Implications for rehabilitation research and practice. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 52(4): 251-258.

- Pajamäki, J. 2003. Lonkan tekonivelleikkauksen perusteet ja tekonivelmallit. Teoksessa M. Lehto & S. Telaranta (toim) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Osa 2. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Julkaisusarja C. Oppimateriaalit, Nro 4.
- Patteri, K. 2005. Tekonivelpotilaan fysioterapian tavoitteet ja sisältö – Coxan malli. Teoksessa Lehto, M. & Telaranta, S. (Toim.) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Osa 3. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Julkaisusarja C. Oppimateriaalit, Nro 7.
- Peltonen, H. 2004. Kasvattajana sosiaali- ja terveystieteiden ammattiteissa. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Piirainen, A. 2006. Asiakkaan ja asiantuntijan pedagoginen suhde. Fenomenologinen tutkimus fysioterapiatilanteista asiakkaiden ja fysioterapeuttien kokemana. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 207. Helsingin yliopisto.
- Pohjolainen, T. 2015. Lonkan nivelrikko. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 15.10.2015.  
[www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi)
- Poikela, E., Nummenmaa, A-R. 2002. Ongelmaperustainen oppiminen tiedon ja osaamisen tuottamisen strategiana. Teoksessa Poikela, E. (toim.) Ongelmaperustainen pedagogiikka. Teoriaa ja käytäntöä. Tampere: University Press, 33-54.
- Polvi- ja lonkkanivelrikko. 2014. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 20.11.2015.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50054>
- Pyöriä, O., Talvitie, U., Nyrkkö, H., Kautiainen, H., Pohjolainen, T., Kasper, V. 2007. The effect of two physiotherapy approaches on physical and cognitive functions and independent coping at home in stroke rehabilitation. A preliminary follow-up study. Disability and Rehabilitation 29(6): 503-511.
- Rauste-von Wright, M.L., von Wright, J. & Soini, T. 2003. Oppiminen ja koulutus. 9.uudistettu painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Remes, V., Peltola, M., Häkkinen, U., Kröger, H., Leppilahti, J., Linna, M., Malmivaara, A.,

- Mäkelä, K., Nelimarkka, O., Parvinen, I., Seitsalo, S. & Vuorinen, J. 2007. PERFECT – tekonivelkirurgia. Lonkan ja polven tekonivelkirurgian kustannukset ja vaikuttavuus. Stakesin työpapereita 29. Helsinki: Stakes.
- Riessman, C.K. 2008. Narrative methods for the human sciences. Los Angeles, California: Sage Publications.
- Ruohotie, P. 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Showalter, A., Burger, S. & Salyer, J. 2000. Patients' and their spouses' needs after total joint arthroplasty: a pilot study. *Orthopaedic Nursing* 19 (1), 49-57.
- Smits, D-W., Verschuren, O., Ketelaar, M., van Heugten, C. 2010. Introducing the concept of learning styles in rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine* 42: 697-699.
- Spalding, N.J. 2003. Reducing anxiety by pre-operative education: Make the future familiar. *Occupational Therapy International* 10 (4), 278-293.
- Stevens, M., Wagenmakers, R., Groothoff, W.J., Bulstra, S.K., Akker-Scheek, I. & Wiebren, Z. 2007. Physical activity behavior after total hip arthroplasty (THA): A prediction based on patient characteristics. *Patient Education and Counseling* 69, 196-199.
- Stogiannidis, I., Puolakka, T., Halonen, P., Pajamäki, J., Syrjä, H., Konttinen, Y.T., Virtanen, S. & Lehto, M.U.K. 2007. Lonkan pinnoitetekonivel – vaihtoehto perinteiselle tekonivelelle. *Suomen Lääkärilehti* 48, 4519-4525.
- Talvitie, U., Pyöriä, O. 2006. Discourse analytic study of counseling sessions in stroke physiotherapy. *Health Communication* 20 (2): 187-196.
- Talvitie, U., Reunanen, M. 2002. Interaction between physiotherapists and patients in stroke treatment. *Physiotherapy* 88: 77-88.
- Terveyden- ja Hyvinvoinnin laitos. 2015. Vertaistuki. Viitattu 13.5.2016.  
<https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/vertaistuki>.
- Tilastokeskus. 2015. Nuorten osuus väestöstä uhkaa yhä pienentyä. Viitattu 22.5.2016.

[http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn\\_2015\\_2015-10-30\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html).

- Tingström, P., Kamwendo, K., Göransson, A., Bergdahl, B. 2002. Validation and feasibility of problem-based learning in rehabilitation of patients with coronary artery disease. *Patient Education and Counseling* 47: 337-345.
- Tynjälä, P. 1999. *Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita*. 1.-3. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Täks, M. 2015. *Engineering students' experiences of entrepreneurship education. A qualitative approach*. Institute of Education, Faculty of Social Sciences and Education, University of Tartu, Estonia.
- Valtanen, J. 2005. Ongelma ongelmaperustaisessa oppimisessä. Teoksessa Poikela, E., Poikela, S. (toim. ) *Ongelmista oppimisen iloa. Ongelmaperustaisen pedagogiikan kokeiluja ja kehittämistä*. Tampere: University Press, 211-240.
- Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Kertomukset hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa: Narratiivinen lähestymistapa. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 81-115.
- Väestörekisterikeskus. 2016. Nimipalvelu. Viitattu 8.5.2016.  
<http://verkkopalvelu.vrk.fi/Nimipalvelu/default.asp?L=1>
- Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T., Mäkelä, J. 2011. *Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveystieteiden ohjaustyössä kehittyminen*. Helsinki: Edita Prima.
- Wenger, E. 1998. *Communities of practice. Learning, meaning and identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Yoon, R.S., Nellans, K.W., Geller, J.A., Kim, A.D., Jacobs, M.R. & Macaulay, W. 2010. Patient education before hip or knee arthroplasty lowers length of stay. *The Journal of Arthroplasty* 25 (4), 547-551.

## Liite 1. Tutkijan esiyymmärrys

### Esiymmärrys

Tulkintoihini ja näkemyksiini tutkijana tässä pro gradu työssä vaikuttaa työkokemukseni fysioterapeuttina erilaisissa toimintaympäristöissä. Olen työskennellyt fysioterapeuttina yliopistollisessa sairaalassa sekä terveystieteiden sairaalassa vuodeosasto- ja poliklinikkatyössä sekä lisäksi yksityisessä fysioterapialaitoksessa. Kaikissa työpaikoissani olen kohdannut ja kuntouttanut myös lonkan tekonivelleikkauksen läpikäyneitä asiakkaita. Ortopedisillä osastoilla lonkan tekonivelpotilaiden pre- ja postoperatiivisen kuntoutuksen parissa olen työskennellyt kahden eri sairaanhoitopiirin sairaaloissa 10-15 vuotta sitten. Toinen sairaanhoitopiireistä oli sama kuin tutkimuksessa mukana olleiden potilaiden sairaanhoitopiiri. Työhistoriani vuoksi olen kuullut kuntoutujien kokemuksia lonkan tekonivelleikkauksesta ja siitä kuntoutumisesta.

Tulkintoihini ja näkemyksiini vaikuttaa osaltaan myös se, että olen opiskellut fysioterapian lisäksi kasvatustiedettä, kuntoutustiedettä sekä sosiaalia. Eri aihealueiden opiskelu yhdistettynä työ- ja elämäkokemukseeni vaikuttavat mm. siihen, millä tavalla hahmotan maailman ja ihmisen osana tätä kokonaisuutta. Näen ihmisen kokonaisuutena, jossa yhdistyvät fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen osa-alue. Ajattelen tämän työn keskiössä olevat lonkan tekonivelpotilaat aktiivisina kuntoutujina, jotka pyrkivät kohti omia kuntoutumisen tavoitteitaan. Ymmärrän kuntoutumisen kokonaisvaltaiseksi prosessiksi, jossa ei ole kyse pelkästään fyysisestä kuntoutumisesta, vaan jossa yhdistyvät myös psyykinen ja sosiaalinen puoli. Ajattelen, että kuntoutumisessa on kyse myös oppimisesta; uuteen elämäntilanteeseen ja sen mukanaan tuomiin muutoksiin ja haasteisiin sopeutumisesta sekä uusien elämäntilanteiden strategioiden oppimisesta ja sisäistämisestä.



## Liite 2. Tiedote tutkimushenkilöille.

20.11.2009

## TIEDOTE:

Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseen, joka käsittelee fysioterapiaohjausta lonkan tekonielleikkauksessa. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää ja kehittää potilasohjauskäytänteitä HYKS:n fysioterapiassa.

Tutkimuksessa tietoa kerätään videoimalla sekä haastattelemalla. Teidän odotuksianne ja käsityksiänne fysioterapiaohjauksesta kartoitetaan teemahaastattelulla ennen leikkausta, leikkausta edeltävän ohjauksikäynnin jälkeen sekä leikkauksen jälkeen. Haastatteluteemat liittyvät toimintakykyyn, odotuksiin fysioterapiasta ja kokemuksiin toteutuneesta fysioterapiaohjauksesta ja sisällöstä, omiin harjoituksiin ja niiden merkitykseen toipumisessa.

Toimintakykyä kartoitetaan videoimalla toimintaa kotona ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Seuraavat toiminnot videoidaan: kävely, vuoteeseen meno ja ylösnousu, sukkien/kenkien pukeminen, omat harjoitukset ja mahdollisesti porraskävely, jos kotona/kotiin on portaita. Lisäksi fysioterapiatilannetta sairaalassa videoidaan ohjauksikäynnillä sekä fysioterapiatilanteessa leikkauksen jälkeen.

Haastatteluun ja videointiin ennen ja jälkeen leikkauksen saa varata aikaa noin 2 tuntia. Nämä toteutetaan Teidän kotona.

Sairaalassa videointi suoritetaan normaalin fysioterapiatapaamisen yhteydessä.

Tutkimuksesta ei koidu Teille mitään vaaraa ja sen voi halutessaan keskeyttää. Keskeyttäminen ei aiheuta mitään hankaluutta Teille jatkohoidossa.

Tutkimuksessa esiin tulevat tiedot ovat täysin luottamuksellisia eikä kenenkään henkilöllisyyttä voida tutkimuksen tuloksia lukiessa saada selville. Tutkimusaineistoa käsittelee vain tutkimuksen toteutukseen osallistuvat henkilöt eikä tietoja luovuteta ulkopuolisille.

Tutkimus on Teille täysin vapaaehtoista ja tutkimuksesta ei koidu Teille ylimääräisiä kuluja.

Lisätietoja tutkimuksesta antavat tutkimuksen toteutuksen vastuuhenkilö:

fysioterapian osastonhoitaja, XXXX, XXXXXXXXXXXX (puh. XXXXXXXX).

Tutkimuksen vastuulääkärinä toimii fysiatri XXXXX XXXXXXXXXXXX.

**KIITOKSET JO ETUKÄTEEN OSALLISTUMISESTANNE TUTKIMUKSEEN!**

Liite 3. Tutkimushenkilöiden suostumus tutkimushankkeeseen osallistumisesta.

31.8.2009

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA:

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimukseen XXXXXX XXXXXXXXX sairaalassa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ja kehittää potilasohjausta fysioterapiassa lonkan tekonivelleikkauksessa. Tiedon hankinnassa käytetään videointia ja haastattelua.

Olen saanut tutkimuksesta riittävän kirjallisen ja suullisen selvityksen, minkä myös allekirjoituksellani vahvistan. Olen myös tietoinen siitä, että tietoni pysyvät luottamuksellisina ja tutkimustuloksista ei voi henkilöllisyyttäni päätellä. Lisäksi voin halutessani tutkimuksen keskeyttää ilman, että siitä aiheutuu minulle mitään haittaa jatkohoidossa.

XXXXXX päivänä \_\_\_\_\_ kuuta 2010.

Suostumuksen antajan allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Suostumuksen antajan nimi: \_\_\_\_\_

Suostumuksen antajan syntymäaika: \_\_\_\_\_

Suostumuksen antajan kotiosoite: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

XXXXXXX

Tutkimuksen vastuhenkilö XXXX:ssä

\_\_\_\_\_

Suostumuksen vastaanottanut