

**”YKSIN EN SELVIÄISI”**

**Lonkan tekonivelleikattujen kokemuksia kotona selviytymisestä**

Liisa Mannisenmäki

Fysioterapian pro gradu -tutkielma

Kevät 2015

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

## TIIVISTELMÄ

Liisa Mannisenmäki (2015) ”Yksin en selviäisi”: Lonkan tekonivelleikkattujen kokemuksia kotona selviytymisestä. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, fysioterapian pro gradu -tutkielma, 62 sivua, 5 (8) liitettä.

Tämän fenomenologisen pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli kuvata ja ymmärtää lonkan tekonivelleikkauksen läpikäyneiden henkilöiden omakohtaisia kokemuksia ja niiden merkityksiä kotona selviytymisestä kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta. Suomessa tehdään vuosittain 7 500 lonkan tekonivelleikkausta ja väestön ikääntyessä leikkausten määrät tulevat lisääntymään. Fysioterapialla on keskeinen osuus lonkan tekonivelleikatun kuntoutusprosessissa. Tämän vuoksi fysioterapian vaikuttavuuden selvittäminen on perusteltua ja tutkimuksissa on tarpeellista ottaa huomioon myös lonkan tekonivelleikkauksen läpikäyneiden henkilöiden omat kokemukset. Tutkimustuloksista saadun tiedon avulla lisätään ymmärrystä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisestä kotona selviytymisestä potilaan itsensä kokemana ja tietoa voidaan hyödyntää lonkan tekonivelleikatun fysioterapian hoitokäytänteissä edistämään lonkan tekonivelleikatun kotona selviytymistä.

Tutkimukseen osallistui viisi elektiivisen lonkan tekonivelleikkauksen läpikäynyttä henkilöä. Tutkimustehtävinä oli selvittää miten kotona selviytyminen koettiin, minkälaisia merkityksiä kokemuksista nousi esiin ja mikä oli olennaista kotona selviytymisessä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla osallistujia ensin kolmen viikon ja uudestaan kolmen kuukauden kuluttua lonkan tekonivelleikkauksesta. Haastattelut litteroitiin ja tekstiaineistoa syntyi 144 A4 sivua. Aineiston analyysissa käytettiin fenomenologista tutkimusmenetelmää soveltaen Giorgin kehittämää aineiston merkitysanalyysia.

Tutkimuksen tulosten mukaan lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisestä kotona selviytymisestä nousi esiin neljä olennaista merkitystä. Erilaisten *tukiverkoston* tärkeä merkitys tuli esiin selkeimmin. Kivuttomuuden myötä *lisääntyvä toimintakyky* koettiin helpotuksena ja se antoi voimaa *toiveikkaaseen tulevaisuuden suunnitteluun*. Merkittävää kuitenkin oli, että *puutteelliseksi koettu tieto aktiivisuutta edistävästä toiminnasta* ei mahdollistanut turvallista ja tarkoituksenmukaista toimintakyvyn lisääntymistä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen parhaalla mahdollisella tavalla. Huomionarvoista oli, että lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisessä kotona selviytymisessä oli merkittäviä yksilöllisiä eroavaisuuksia. Tutkimuksen tuloksista saatua tietoa voidaan hyödyntää siten, että fysioterapian suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen kehitetään toimintakykyä tukevaa ohjausta sekä otetaan huomioon yksilöllisyys ja kokonaisvaltaisuus, sillä ne ovat avainasemassa edistämässä kotona selviytymistä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen.

**Avainsanat:** lonkan tekonivelleikkaus ja fysioterapia tai kuntoutus, fenomenologia

## ABSTRACT

Liisa Mannisenmäki (2015) *"I would not manage by myself"*: Experiences about coping at home experienced by those who underwent total hip replacement surgery. Department of Health Sciences, University of Jyväskylä, physiotherapy Master`s thesis. 62 pages, 5 (8) appendices.

The purpose of this phenomenological master`s thesis was to describe and understand personal experiences and their significance in coping at home, as experienced by those who had undergone total hip replacement surgery. The survey was carried out three months after the surgery. In Finland, 7 500 total hip replacement surgeries are performed every year. With the aging population, the operation rate will increase in the future. Physiotherapy has a central role in the post-surgical rehabilitation process. Therefore, it is important to determine the effectiveness of physiotherapy and it is also necessary to consider patients` individual experiences. The answers to the survey presented in this thesis will increase the understanding of coping at home experienced by those who had undergone total hip replacement. The information obtained can be further used to promote the clinical practices of physiotherapy to improve coping at home after hip replacement surgery.

The participants of this study included five patients that had undergone an elective total hip replacement surgery. The aims of the research were to clarify how coping at home was experienced, what kind of meanings of the experiences emerged and what was essential at coping at home after hip replacement surgery. The research material was collected by interviewing the participants first at three weeks and once again at three months after the surgery. The interviews were transcribed to text material consisting of 144 pages. The research material was analyzed by applying the phenomenological analysis method developed by Giorgi.

The results of this study revealed four significant aspects in associated with coping at home after total hip replacement surgery. Various *support networks* emerged as the most significant aspect. Analgesia and, consequently, *increasing functional capacity* was seen as a relief and it also empowered the patients for a *hopeful future planning*. A significant finding of the study was that *activity promoting information, which was considered incomplete, did not promote the best possible safe and appropriate increase in activity* after hip replacement surgery. This study also clearly revealed that there are great individual differences in coping at home after a total hip replacement surgery. The results of this study can be utilized when designing, executing and estimating physiotherapy by developing the guidance that promotes the activity level after hip replacement surgery. In addition, the results of this study suggest to better take into account the individual and overall situation. These are key factors that contribute to coping at home after hip replacement surgery.

**Keywords:** hip replacement, hip arthroplasty and physical therapy or rehabilitation, phenomenology

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO .....	1
2	LONKAN TEKONIVELLEIKKAUS .....	4
2.1	Nivelrikko ja sen hoito .....	4
2.2	Elektiivinen lonkan tekonivelleikkaus .....	5
2.2.1	Ajankohta ja vasta-aiheet .....	5
2.2.2	Leikkaustekniikka .....	6
3	TOIMINTAKYKY .....	8
3.1	Fyysinen toimintakyky .....	8
3.2	Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeinen toimintakyky .....	9
3.3	Fysioterapia lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen .....	10
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	13
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	14
5.1	Fenomenologisen tutkimuksen lähtökohtia .....	14
5.2	Esiymmärrys .....	15
5.3	Aineiston hankinta .....	16
5.3.1	Osallistujat .....	17
5.3.2	Avoin haastattelu .....	18
5.4	Aineiston merkitysanalyysi Giorgia mukailleen .....	20
5.4.1	Yksilölliset kuvaukset kotona selviytymisestä .....	20
5.4.2	Merkitysyksiköiden esille saaminen .....	21
5.4.3	Merkitysyksiköistä muodostetaan merkityskokonaisuuksia .....	21
5.4.4	Synteesi, jossa kuvataan olennaiset merkitykset kotona selviytymisestä .....	22
6	TULOKSET .....	23
6.1	Yksilölliset kotona selviytymisen merkityskokonaisuudet .....	23
6.1.1	Jussin kotona selviytymisen merkityskokonaisuudet .....	24
6.1.2	Sadun kotona selviytymisen merkityskokonaisuudet .....	27
6.1.3	Pentin kotona selviytymisen merkityskokonaisuudet .....	30
6.1.4	Pirjon kotona selviytymisen merkityskokonaisuudet .....	33
6.1.5	Aunen kotona selviytymisen merkityskokonaisuudet .....	37

6.2 Tulosten johtopäätökset: Kotona selviytymisen olennaiset merkitykset .....	39
7 POHDINTA .....	43
7.1 Tulosten tarkastelua.....	43
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	49
7.3 Jatkotutkimusehdotuksia .....	51
LÄHTEET .....	52
LIITTEET	

# 1 JOHDANTO

Nivelrikko on maailman yleisin niveltauti, jota konservatiivisesti hoidetaan muun muassa lääkkeillä, fysioterapialla ja erilaisilla apuvälineillä. Kun konservatiivinen hoito ei enää tuo riittävää apua jokapäiväistä elämää häiritsevään kipuun ja toimintarajoitukseen, on tekonivelleikkaus vakiintunut vaikean nivelrikon hoitomuodoksi (Remes ym. 2007). Maailmassa tehdään vuosittain yli 400 000 lonkan tekonivelleikkausta (Crawford 2002). Suomessa tehdään vuodessa noin 7 500 lonkan ja 8 000 polven tekonivelleikkausta (Rantanen ym. 2004), joista kolme neljäsosaa yli 60-vuotiaille potilaille (Remes ym. 2007). Nivelrikon ikävakioitu ilmaantuvuus ei ole lisääntynyt, mutta väestön ikääntyessä toimenpiteiden määrät tulevat todennäköisesti lisääntymään (Cooper ym. 2013). Suomessa vuoteen 2030 mennessä leikkausmäärien kasvun on ennustettu nousevan 50 prosenttia (Rantanen ym. 2004). Vaikka leikkauskustannukset ovat suuret, on leikkaus kansantaloudellisesti kannattavaa, sillä lonkan tekonivelleikkaukset ovat elämänlaatua ja toimintakykyä lisääviä toimenpiteitä (Heliövaara ym. 2008; Gonzalez Saenz de Tejada ym. 2014). Lonkan tekonivelleikkauksella saadut vaikutukset kestävät vuosia ja potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu lähenee samanikäisen normaaliväestön vastaavaa tasoa (Ethgen ym. 2004).

Lonkan tekonivelleikkauksen tavoitteena on helpottaa kipua, lisätä toimintakykyä ja parantaa elämänlaatua (Gonzalez Saenz de Tejada ym. 2014). Tutkimuksien (mm. Bertocci ym. 2004; Frost ym. 2006) mukaan osa potilaista ei kuitenkaan toivu leikkauksesta toivotulla tavalla ja toimintakykyyn jää puutteita. Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä päivittäisen elämänsä tehtävistä itseään tyydyttävällä tavalla omassa elinympäristössään. Terveydentila, yksilölliset ominaisuudet ja ympäristön vuorovaikutus määrittelevät eri henkilöiden toimintakykyä (ICF 2004). Toimintakyvyn ylläpitäminen on tärkeää, koska se mahdollistaa osallistumisen kunkin tärkeänä pitämiin aktiviteetteihin ja on siten laadukkaan elämän rakennusaines (Koskinen ym. 2012).

Lonkan tekonivelleikkaus on iso leikkaus, jonka jälkeinen vähäinen liikkuminen voi aiheuttaa huomattavaa heikentymistä lihasten toiminnassa (mm. Bloomfield 1997; Covinsky ym. 2003). Kuntoutukseen olisi syytä kiinnittää huomiota, jotta kirurginen hoito hyödyttäisi potilasta

mahdollisimman tehokkaasti. Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen fysioterapia on olennainen osa kuntoutusta ja se kuuluu rutiinisti hoitokäytäntöihin (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014). Fysioterapian tavoitteena on palauttaa potilaan toimintakyky mahdollisimman nopeasti sellaiseksi, että hän voi jatkaa elämäänsä entisessä elinympäristössään mielekkäällä tavalla (Tarnanen ym. 2011). Fysioterapiaa toteutetaan useilla eri tavoilla (Sharma ym. 2009) eikä optimaalista hoitokäytäntöä ole selvillä (Youm ym. 2005; Di Monaco ym. 2009; Di Monaco & Castiglioni 2013). Fysioterapialla on kuitenkin todettu olevan aina myönteistä vaikutusta potilaan toipumisessa, joten onkin tärkeä selvittää minkälainen fysioterapia on vaikuttavinta (Minns Lowe ym. 2009).

Terveydenhuollon toimenpiteillä on todettu olevan sekä terveydentilaan kohdistuvia että taloudellisia seurauksia, joten on edullista sijoittaa voimavarat kohteeseen, josta saadaan mahdollisimman hyvä vaikuttavuus. Hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuudella tarkoitetaan tieteellisen tutkimuksen osoittamaa, näyttöön perustuvaa intervention vaikuttavuutta (Malmivaara 2009). Luotettavimmaksi menetelmäksi selvittää lääketieteellisten interventioiden vaikuttavuutta on tutkimusten mukaan todettu olevan satunnaistettu koe, jonka heikkoutena on tutkimusasetelma, joka ei yleensä vastaa todellista hoitotilannetta (Godwin ym. 2003; Malmivaara 2012). Kun tutkimukset tehdään muussa kuin arkielämässä ei tutkimustulosten avulla pystytä arvioimaan hoidon todellista vaikuttavuutta vaan pelkästään sen tehokkuutta (Godwin ym. 2003; Remes ym. 2007).

Kaikissa pohjoismaiden terveydenhuolloissa korostetaan asiakaslähtöisyyttä ja oikeudenmukaisuutta, jotka ovat vaarassa jäädä varjoon, mikäli tehokkuutta pidetään ensisijaisena tavoitteena (Willberg & Valtonen 2007, 37-38). Jotta ihmiset pystyvät kokemaan itsensä hyväksytyksi, on tärkeää, että he saavat kuulluksi omat kokemuksensa myös sairauteensa liittyvistä asioista (Hänninen 1996; Frank 1997, 109–114). Cott (2004) korostaa, että kuntoutuksen alueella potilaita voidaan pitää oman elämänsä asiantuntijoina ja potilaiden omilla toiveilla pitäisi toimintakyvyn lisääntymisen suhteen olla enemmän painoa kuin mitä sille tänä päivänä annetaan (Gzil ym. 2007). Tämä tarkoittaa, että potilaiden pitäisi päästä kertomaan omat näkemyksensä kuntoutusta suunniteltaessa (Dekker ym. 2005). Eri interventioita suunniteltaessa ja palveluja kehitellessä potilaiden käsitykset huomioon ottamalla

pystytään vastaamaan potilaiden omiin toiveisiin elää heille mielekästä elämää (Järvikoski 2002; Cott ym. 2007). Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen kuntoutuksessa keskeinen osuus on fysioterapialla (Minns Lowe ym. 2009), joten siinä on tarpeellista ottaa huomioon myös tekonivelleikkattujen omat kokemukset ja mielipiteet heidän kuntoutusprosesseistaan.

Tämä pro gradu -tutkielma on osa Jyväskylän yliopiston ja sairaanhoitopiirin johtamaa Fysioterapeuttinen potilasohjaus tutkimushanketta (2013-2016). Tämän osatutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää lonkan tekonivelleikkauksen läpikäyneiden henkilöiden omakohtaisia kokemuksia ja niiden merkityksiä kotona selviytymisestä kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta. Tutkimuksen tulokset on kuvattu yksilöllisinä merkityskokonaisuuksina ja niiden synteeseinä, jossa ilmenevät lonkan tekonivelleikkattujen olennaiset merkitykset kotona selviytymisestä kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta.

Saadun tiedon avulla voidaan lisätä ymmärrystä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisestä kotona selviytymisestä potilaan itsensä kokemana ja tietoa voidaan hyödyntää lonkan tekonivelleikatun fysioterapian suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa edistämään lonkan tekonivelleikatun kotona selviytymistä.



## 2 LONKAN TEKONIVELLEIKKAUS

### 2.1 Nivelrikko ja sen hoito

Nivelrikko on maailman yleisin nivelsairaus, joka edetessään aiheuttaa kipua ja heikentää toimintakykyä (Sharma & Kapoor 2006; Cooper ym. 2013). Suomessa oireita aiheuttavasta polven tai lonkan nivelrikosta kärsii n. 400 000 henkilöä, joista puolelle nivelrikko aiheuttaa toimintakyvyn heikentymisen (Paavolainen & Soininen 2004). Perimmäinen syy nivelrikkoon on tuntematon eikä sen etenemistä hidastavaa tai tautia parantavaa hoitoa ole (Arokoski ym. 2012). Yleisiä nivelrikon riskitekijöitä ovat systeemiset tekijät kuten ikä, sukupuoli, perinnöllisyys, geenit, hormonit ja ylipaino sekä paikalliset tekijät kuten nivelen muoto, epävakaus tai ylikäyttö (Felson 2000; Cooper ym. 2013). Nivelrikossa nivelrusto hajoaa nopeammin kuin uutta muodostuu aiheuttaen nivelruston rappeutumisen ennen aikojaan (McAlindon ym. 2000). Muutokset nivelessä etenevät yleensä hitaasti vuosien kuluessa eikä vaurioitunut rustokudos uusiudu ennalleen (Arokoski ym. 2007). Oireina nivelrikossa ovat leposärky, liikkeelle lähtemisen vaikeus, kipu askeltaessa sekä nivelten liikerajoitukset, jotka erikseen tai yhdessä haittaavat selviytymistä päivittäisistä askareista johtaen elämänlaadun heikentymiseen (Remes ym. 2010; Cooper ym. 2013).

Suomen ikärakenne on muuttumassa niin, että iäkkäiden suhteellinen osuus lisääntyy tulevina vuosina. Vuonna 2009 65 vuotta täyttäneiden osuus Suomen väestöstä oli 17%, vuoteen 2040 osuus tulee nousemaan 27%:iin ja vuoteen 2060 mennessä 29%:iin (Tilastokeskus 2009). Väestön vanhenemisen takia nivelrikosta johtuva hoidon tarve on lisääntymässä ja siksi hoitokäytäntöjä tulee edelleen tehostaa (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014). Hoidon tavoite on kivun hallinta sekä toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. Oireita pyritään lievittämään laihtuttamalla, terapeuttisella harjoittelulla, liikunnalla ja kipulääkityksellä (Pohjolainen 2012; Cooper ym. 2013).

## **2.2 Elektiivinen lonkan tekonivelleikkaus**

Kun muilla hoidoilla ei saada riittävää helpotusta nivelrikon oireisiin ja kipu rajoittaa merkittävästi toimintakykyä, jää viimeiseksi vaihtoehdoksi tekonivelleikkaus (Asayama ym. 2005; Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014). Kun leikkaus tehdään nivelrikon tai muun etenevän sairauden takia suunnitellusti, kutsutaan sitä elektiiviseksi leikkaukseksi (Singh ym. 2011). Maailmassa tehdään yli 400 000 lonkan tekonivelleikkausta vuodessa (Crawford 2002). Suomessa tehdään vuosittain noin 7 500 lonkan tekonivelleikkausta, joista valtaosa tehdään nivelrikon vuoksi (Rantanen ym. 2004). Vuonna 2003 elektiivisiä lonkan tekonivelleikkauksia tehtiin Suomessa 4 900:lle henkilölle keski-ikänsä ollessa 68 vuotta (Remes ym. 2007). Leikkausmäärien on ennustettu kasvavan Suomessa 50 prosenttia vuoteen 2030 mennessä (Rantanen ym. 2004).

Tutkimuksen mukaan lonkan tekonivelleikkauksen keskimääräiset kustannukset vuonna 2003 olivat noin 7600 euroa potilasta kohden (Remes ym. 2007, 35). Kustannuksista huolimatta hoito on todettu kannattavaksi sekä yhteiskunnan että potilaan näkökulmasta (Heliövaara ym. 2008; Gonzalez Saenz de Tejada ym. 2014). Se palauttaa tehokkaasti liikerataa sekä fyysistä toimintakykyä, vähentää kipua ja parantaa elämänlaatua (Harris & Sledge 1990; Suetta ym. 2004; Galea ym. 2008; Husby ym. 2009; Tsukagoshi ym. 2012; Gonzalez Saenz de Tejada ym. 2014). Lonkan tekonivelleikkauksella saadut vaikutukset kestävät vuosia ja potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu lähenee samanikäisen normaaliväestön vastaavaa tasoa (Ethgen ym. 2004).

### **2.2.1 Ajankohta ja vasta-aiheet**

Leikkausajankohdalle ei ole selkeää raja-arvoa (Dreinhöfer ym. 2006). Yleensä rajana on kipu, joka häiritsee päivittäistä elämää eikä lieviy riittävästi konservatiivisella hoidolla ja häiritsee yöunta (Remes ym. 2010). Yksinkertainen toiminnallinen mittari on kävelymatka (Remes ym. 2004). Vaikean toimintakyvyn häiriönä pidetään, kun potilas tarvitsee sauvoja tai kävelykeppiä apuna kävelyssä ja yhtäjaksoinen kävelymatka on alle 200 metriä (Remes ym. 2010).

Leikkauksen vasta-aiheita ovat aktiivinen bakteerin aiheuttama tulehdus elimistössä, keuhkohtaumatauti, sepelvaltimotauti ja insuliinihoitoinen diabetes, joka ei ole hoitotasapainossa aiheuttaen riskin anestesialle (Remes ym. 2010).

Ylipainoisille potilaille lonkan tekonivelleikkaus on vaarallisempi infektioriskin vuoksi (Namba ym. 2005). Joissakin tutkimuksissa on lihavuuden todettu lisäävän riskiä huonompaan toiminnalliseen lopputulokseen, tekonivelen virheasentoon ja huonompaan postoperatiiviseen liikelaajuuteen (Foran ym. 2004). Remes ym. (2010) ovat todenneet, että potilasta on syytä motivoida pudottamaan painoaan, kun kyseessä on merkittävä ylipaino (BMI > 35). Vasta-aiheena voidaan myös pitää potilaan yhteistoimintakyvyn huonoutta, joka johtaa ongelmiin toimenpiteen jälkeisessä kuntoutuksessa. Leikkauksen hyötyä tulee pohtia kriittisesti, jos potilas on hyvin sairas, pehmytosakudokset ovat huonossa kunnossa, luuaines tai verenkierto (ASO) ovat erityisen huonoja, potilas on ollut pitkään vuodepotilas tai komplikaatioriski on merkittävästi suurentunut (NIH 2004).

### **2.2.2 Leikkaustekniikka**

Ensimmäiset lonkan tekonivelet kehitettiin 1920-luvulla. Vuosien kuluessa on kokeiltu erilaisia materiaaleja lasista tefloniin ja ruostumattomasta teräksestä keraamisiin aineisiin (Stogiannidis ym. 2007). Tekonivelleikkauksessa nivelrikon vaurioittama nivelpinta poistetaan ja tilalle asetetaan keinonivel. Nykyisin lonkan tekonivelissä käytetään eniten mallia, jossa on metalli-muovi pari. Tämä lonkan tekonivel koostuu metallisesta varsiosasta, joka on kestävä ja lujaa. Varsi niveltyy muoviseen kuppiin, joka kiinnitetään luuhun käyttäen luusementtiä (Stogiannidis ym. 2007). Siinä on pieni kitkakerroin ja se toimii hyvänä iskunvaimentimena raajaa kuormittaessa. Tekonivelen kiinnittämiseksi luuhun ilman sementtiä on kehitetty erilaisia pintakäsittelyjä (Santavirta ym. 2004).

Lonkan tekonivelleikkaus voidaan suorittaa useita erilaisia tekniikoita käyttäen. Vaikka leikkaustekniikalla voi olla vaikutusta toipumiseen leikkauksen jälkeen, ovat äskettäiset tutkimukset kuitenkin osoittaneet, että eri tekniikoilla tehdyt leikkaukset osoittavat samanlaista

toipumista (Remes ym. 2010). Leikkaustekniikat muuttuvat jatkuvasti ja leikkaustulosten kannalta on merkityksellistä kirurgin suoritelmäärät ja kokemus (Katz ym. 2001).

### **3 TOIMINTAKYKY**

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä päivittäisen elämänsä tehtävistä itseään tyydyttävällä tavalla omassa elinympäristössään. Terveystila, yksilölliset ominaisuudet ja ympäristön vuorovaikutus määrittelevät eri henkilöiden toimintakykyä (ICF 2004). Toimintakyky ja sen ylläpitäminen mahdollistavat osallistumisen kunkin tärkeänä pitämiin aktiviteetteihin ja ovat siten laadukkaan elämän rakennusaines (Koskinen ym. 2012).

Toimintakykyä voidaan tarkastella monella eri tasolla ja eri näkökulmista. Se voidaan käsittää eri elinjärjestelmien ja elinten toimintakykenä tai alimmalla tasolla solun toimintakykenä. Laajimmillaan toimintakyky ymmärretään ihmisen toimintoina, joita hän toteuttaa osallistuessaan elämän eri tilanteisiin. Ympäristön asettamat vaatimukset toimintakyvyille ovat erilaiset riippuen siitä, minkälaisessa ympäristössä tutkittava asuu (Pohjolainen 2007). Talvitien ym. (2006) mukaan toiminnot voidaan jakaa päivittäisiin perustoimintoihin ja toisaalta kykyyn hoitaa erilaisia asioita. Usein toimintakyky jaetaan kolmeen osa-alueeseen: fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen, jotka kuitenkin ovat jatkuvasti vuorovaikutuksessa keskenään ja todellisuudessa kiinteästi sidoksissa toisiinsa (Järvikoski & Härkäpää 2011, 92).

#### **3.1 Fyysinen toimintakyky**

Fyysisellä toimintakyvyllä ymmärretään elimistön toiminnallista kykyä selviytyä sille asetetuista fyysistä ponnistelua vaativista tehtävistä (Talvitie ym. 2006). Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen on yleisimmin käytetty fyysisen toimintakyvyn arviointimenetelmä. WHO:n esittämän ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) perusteella fyysiseen toimintakykyyn kuuluvat ruumiin toiminnot ja rakenteet sekä niissä ilmenevät joko tilapäiset tai pysyvät ongelmat (ICF 2004). Fyysisen toimintakyvyn kannalta olennaista on, millaisia muutoksia tapahtuu hengitys- ja verenkiertoelimistössä, tuki- ja liikuntaelimistössä (erityisesti lihas- ja luukudoksessa) sekä nivelten liikkuvuudessa. Lisäksi fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat havaintomotorisissa toiminnoissa ja tasapainossa ilmenevät muutokset (Pohjolainen 2007). Toimintakyvyn

heikentymisen taustalla voi olla jonkin ICF-luokituksen osa-alueen häiriintyminen (Pohjolainen & Alaranta 2009). Väestön ikääntyminen ja sairaudet lisäävät osaltaan toimintarajoitteista kärsivien määrää (Laine ym. 2009; Pohjolainen & Alaranta 2009).

Toimintakyvyn ylläpitäminen sekä mahdollisuus osallistua kunkin tärkeänä pitämiin aktiviteetteihin toimintarajoitteista riippumatta ovat laadukkaan elämän rakennusaineita (Koskinen ym. 2012 ). Ensiarvoisen tärkeää on rohkaista väestöä huolehtimaan fyysisestä kunnostaan läpi koko elämän. Erityisesti lihasvoiman ja tasapainon harjoittaminen ovat osoittautuneet tehokkaiksi keinoiksi ylläpitää liikkumiskykyä myöhäiseen ikään saakka (Latham ym. 2004). Toimintakyvyn harjoittamisessa nähdään tärkeänä kuntoutujan oma elinpiiri ja tavoitteen asettaminen hänelle tärkeisiin toimintoihin osallistumiseen (Tomey & Sowers 2009).

### **3.2 Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeinen toimintakyky**

Lonkan tekonivelleikkauksen tavoitteena on helpottaa kipua, lisätä toimintakykyä ja parantaa elämänlaatua. Tutkimuksien (mm. Bertocci ym. 2004; Frost ym. 2006) mukaan osa potilaista ei kuitenkaan toivu leikkauksesta toivotulla tavalla. Lonkan tekonivelleikkaus helpottaa useimmiten potilaan kipua ja oireita, mutta se ei aina täysin palauta fyysistä toimintakykyä, ja leikatuille voi jäädä puutteita ja rajoitteita toimintakykyyn (Okoro ym. 2012). Ison leikkauksen jälkeinen immobilisaatio sekä lonkan kipu ja turvotus voivat aiheuttaa huomattavaa pienenemistä lihasmassassa, lihasvoimassa ja lihaksen toiminnassa (Bloomfield 1997; Tsukagoshi ym. 2012). Lihasten toimintahäiriöiden seurauksena leikattujen potilaiden toimintakyky alenee (Covinsky ym. 2003).

Varaus leikatulle alaraajalle pian leikkauksen jälkeen on riittämätöntä lonkan kivun, varaamisen pelon ja lihasheikkouden takia (McCrary ym. 2001). Leikatuilla voi olla lihasatrofiaa ja heikkoutta leikatun puolen alaraajoissa kuukausia leikkauksen jälkeen (Reardon ym. 2001). Viimeisten tutkimusten myötä on havaittu, että gluteus mediuksen ja quadricepsin atrofia ovat erityisen huomattavia puoli vuotta leikkauksen jälkeen (Suetta ym. 2007). Erityisesti lonkan loitontajien heikkoutta pidetään yhtenä syynä kävelyvaikeuksiin useissa eri

tutkimuksissa (mm. Sicard-Rosenbaum ym. 2002; Trudelle-Jackson & Smith 2004). Polven ojentajavoima on yhteyksissä päivittäisiin toimintoihin kuten tuolilta ylösnousuun ja porraskävelyyn (Salem ym. 2000). Kävelyongelmat ja alaraajojen lihasheikkoudet lisäävät kaatumisen riskiä erityisesti epätasaisella liikkeellä sekä porraskävelyssä (Carter ym. 2000). Vajaatoiminta voi myös johtaa vähentyneeseen fyysiseen aktiivisuuteen sekä heikentyneeseen omatoimiseen selviytymiseen (Galea ym. 2008).

### **3.3 Fysioterapia lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen**

Kuntoutukseen on syytä kiinnittää huomiota, jotta kirurginen hoito hyödyttäisi lonkan tekonivelleikkattua mahdollisimman tehokkaasti. Varhaisella kuntoutuksella voidaan potilaan toipumista nopeuttaa (Larsen ym. 2008). Fysioterapia on tärkeä osa kuntoutusta, pre- ja postoperatiivinen fysioterapia sekä potilasohjaus ovatkin kirjattuina osaksi Duodecimin lonkkanivelriikon hoitoa koskevaa Käypä Hoito-suositusta (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014). Lonkan tekonivelleikkauksen tuleva potilas saa fysioterapeutilta ohjeet liikkumis- ja liikuntaharjoittelusta. Alaraajojen nivelten liikkuvuutta parantavien, lihaksistoa vahvistavien ja seisomatasapainoa parantavien harjoitusten tavoitteena on tehdä kävely varmemmaksi ja helpottaa päivittäisten toimintojen sujuvuutta. Fysioterapia alkaa heti leikkauksen jälkeisenä päivänä (Pohjolainen 2012). Lihassoiman on todettu heikenevän neljä prosenttia päivässä ensimmäisen viikon aikana immobilisaatiossa (Bloomfield 1997), joten on tärkeää aloittaa fyysinen harjoittelu mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen (Tsukagoshi ym. 2012). Seisomis- ja kävelyharjoituksiin valitaan sopiva liikkumisen apuväline. Liikkumisharjoitusten lisäksi potilaalle ohjataan nivelliikkuvuutta parantavia ja erityisesti pakara- ja reisilihaksia vahvistavia kotiharjoituksia. Kotiutuvilla potilailla tulee olla valmiina tarvittavat apuvälineet, esimerkiksi kyynärsauvat, WC-istuimen korotus ja tarttumapihdit (Pohjolainen 2012).

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin, minkälaisia tutkimuksia on fysioterapiassa käytetyistä menetelmistä ja niiden vaikutuksesta 5-12 viikkoa elektiivisen lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimukset haettiin PubMed (Medline), CINAHL ja PEDro tietokannoista 11/2012. Hakusanoina käytettiin hip arthroplasty and hip replacement and physiotherapy or rehabilitation.

Katsauksesta suljettiin pois artikkelit, jotka koskivat lonkan tekonivelleikkausta edeltävää fysioterapiaa, lonkkamurtumat, muista kuin lonkan nivelrikosta johtuvat leikkaukset, kipu, reviiiot, luksaatiot, polven tekonivel, mini-invasiivinen leikkaus, haavainfektiot ja muut komplikaatiot. Mukaan otettaviksi alkuperäistutkimuksiksi hyväksyttiin vain satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset, jotka olivat englanninkielisiä. Näistä artikkeleista haku kohdennettiin niihin, jotka koskivat fysioterapiaa, joka alkoi viimeistään viikon kuluttua leikkauksesta ja interventio kesti maksimissaan kolme kuukautta. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui neljä aihetta käsittelevää tutkimusartikkeliä. Liitteenä hakupolku (liite 1). Valittujen tutkimusten metodologinen laatu on arvioitu käyttämällä Furlanin ym. (2009) kehittämää 12 kohtaa sisältävää tutkimuksen laadunarviointia, joka liitteenä (liite 2).

Fysioterapian vaikuttavuudesta ennen leikkausta (mm. McDonald ym. 2008) ja puolesta vuodesta eteenpäin (mm. Trudelle-Jackson & Smith 2004) sekä sairaalavaiheesta (mm. Stockton & Mengersen 2009) löytyi useita tutkimuksia, mutta tutkimuksia fysioterapian vaikuttavuudesta ensimmäisten viikkojen aikana oli vain muutamia. Fysioterapiaa toteutettiin useilla eri tavoilla (Sharma ym. 2009) eikä maailmanlaajuisista optimaalista hoitokäytäntöä ollut selvillä ( Youm ym. 2005; Di Monaco ym. 2009). Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittivat, että kaikilla fysioterapiamenetelmillä oli myönteinen vaikutus potilaan toipumisessa lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen niin lihasvoiman palautumisessa, toiminnallisuudessa kuin elämänlaadussakin (Suetta ym. 2004; Galea ym. 2008; Husby ym. 2009; Tsukagoshi ym. 2012). Tieteellisesti todistetuista näyttöön perustuvista hoitokäytännöistä ei ollut riittävästi tutkimuksia (Sharma ym. 2009) ja todettiin, että olisi tärkeää selvittää minkälainen fysioterapia on vaikuttavinta (Minns Lowe ym. 2009).

Malmivaaran (2009) mukaan terveydenhuollon toimenpiteillä on sekä terveydentilaan kohdistuvia että taloudellisia seurauksia, joten on edullista sijoittaa voimavarat kohteeseen, josta saadaan mahdollisimman hyvä vaikuttavuus. Hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuudella tarkoitetaan tieteellisen tutkimuksen osoittamaa, näyttöön perustuvaa intervention vaikuttavuutta. Terveydenhuollossa edellytetään yhä enemmän verovaroin rahoitettujen sosiaali- ja terveydenhuollon toimien, kuten fysioterapian vaikuttavuuden osoittamista perustuen tieteelliseen näyttöön, joka onkin nostettu tärkeäksi korvattavuuden perusteeksi (Malmivaara 2009). Vaikuttavuutta voidaan selvittää ihanteellisesti ja luotettavasti



satunnaistetuissa kokeissa, joiden tekeminen on kallista, vaikeaa ja joskus jopa epäeettistä (Remes ym. 2007; Malmivaara 2012). Tällaisten ”laboratorio-olosuhteissa” tehtyjen tutkimusten avulla ei myöskään voida arvioida hoidon todellista vaikuttavuutta (effectiveness), vaan pelkästään hoidon tehokkuutta (efficacy) ja kannattavuutta (Godwin ym. 2003; Remes ym. 2007).

Kaikissa pohjoismaiden terveydenhuolloissa korostetaan asiakaslähtöisyyttä ja oikeudenmukaisuutta. Ne ovat kuitenkin vaarassa jäädä varjoon, mikäli tehokkuutta pidetään ensisijaisena (Willberg & Valtonen 2007, 37-38, 42). Jotta ihmiset pystyvät kokemaan itsensä hyväksytyksi, on tärkeää, että he saavat kuulluksi omat kokemuksensa sairautensa liittyvistä asioista (Hänninen 1996, 114–117; Frank 1997, 109–114). Cott (2004) korostaa, että kuntoutuksen alueella potilaita voidaan pitää oman elämänsä asiantuntijoina, mutta heidän toiveitaan raportoidaan vain harvoin (Heiberg ym. 2013). Kun palveluja kehitetään, pitäisi potilaiden omilla toiveilla toimintakyvyn lisääntymisen suhteen olla enemmän painoa kuin mitä sille tänä päivänä annetaan (Järvikoski 2002; Gzil ym. 2007). Tämä tarkoittaa, että potilaiden pitäisi päästä kertomaan omat näkemyksensä kuntoutusta suunniteltaessa (Dekker ym. 2005). Eri interventioita suunnitellessa potilaiden käsitykset huomioimalla pystytään vastaamaan potilaiden omiin toiveisiin elää heille mielekäästä elämää (Cott ym. 2007). Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisestä toipumisesta on tehty useita määrällisiä tutkimuksia, mutta laadullisia tutkimuksia on tehty toistaiseksi vain vähän. Fysioterapialla on keskeinen osuus kuntoutusprosessissa lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen (Minns Lowe ym. 2009), joten fysioterapian suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa on tarpeellista ottaa huomioon myös tekonivelleikkattujen omat kokemukset ja mielipiteet heidän kuntoutusprosesseistaan.

## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää lonkan tekonivelleikkauksen läpikäyneiden henkilöiden omakohtaisia kokemuksia ja niiden merkityksiä kotona selviytymisestä kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta. Tutkimustuloksista saadun tiedon avulla lisätään ymmärrystä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisestä kotona selviytymisestä potilaan itsensä kokemana ja tietoa voidaan hyödyntää lonkan tekonivelleikatun fysioterapian suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa edistämään lonkan tekonivelleikatun kotona selviytymistä.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Miten kotona selviytyminen lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen koetaan?
2. Minkälaisia merkityksiä kokemuksista nousee esiin?
3. Mikä on olennaista kotona selviytymisessä?

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 5.1 Fenomenologisen tutkimuksen lähtökohtia

Tämän laadullisen tutkimuksen metodiksi valikoitui fenomenologia, koska tutkija on kiinnostunut siitä, miten lonkan tekonivelleikatut itse kokevat selviytymisensä kotona leikkauksen jälkeen ja miten he sitä kuvailevat. Fenomenologisessa tutkimuksessa ihmisten kokemukset ovat tutkimuksen kohteena ja siinä yritetään kuvata kokemusta suoraan sellaisena kuin se on (Merleau-Ponty 2002; Smith ym. 2009). Fenomenologialla on suuri arvo terveydenhuollon tutkijoille, koska se on metodi, joka tarkoituksella ottaa tutkittavien subjektiiviset kokemukset mielenkiinnon pääkohteeksi. Terveydenhuollossa juuri näillä kokemuksilla on suuri arvo (Åstedt-Kurki 1992; Pringle ym. 2011). Ilmiön tarkastelu mahdollistuu potilaan yksilöllisten kokemusten ja niihin sisältyvien merkitysten kautta (Smith ym. 2009). Ilmiöitä ja niiden kokemista tutkitaan avoimella asenteella ilman ennakkokäsityksiä tarkastellen niitä kokonaisuuksina eri lähtökohdista ja näkökulmista (Moustakas 1994, 25-43).

Fenomenologia on filosofinen lähestymistapa, joka metodina sopii arkipäiväisten ja eletystä elämästä olevien kokemusten sekä ihmisenä elämiseen liittyvien ilmiöiden kokemisen tutkimiseen ja mahdollisuuden tuottaa niistä ymmärrettävä kuvaus (Moustakas 1994; Finlay 2011, 10). Kokemusten kuvaamisen lisäksi Moustakas (1994, 1-25) korostaa, että fenomenologian avulla on mahdollisuus määritellä, mitä eletty kokemus yksilölle merkitsee pyrkimättä selittämään tai analysoimaan tutkimuksen kohdetta (Moustakas 1994, 43-68). Näkökulman avulla saadaan syvempää ymmärrystä ihmisten kokemuksista ja luodaan yhteyttä ympäröivään maailman ja elämään sellaisena kuin ihmiset sen kokevat (Moustakas 1994, 43-68; Finlay 2011, 23). Tavoitteena on tuottaa jäsenelty ja syventävä kuvaus kokemuksesta ja ilmiön olemuksesta sellaisena kuin se ihmiselle ilmenee (Moustakas 1994, 68-103; Finlay 2011).

Fenomenologialla on juuret Husserlin (1859-1938) ja Heideggerin (1889-1976) kehittämässä filosofisessa traditiossa. Se on lähestymistapa, joka analysoi ihmisten elämäkokemuksia.

Fenomenologiassa on kaksi koulukuntaa: deskriptiivinen (kuvaileva) fenomenologia sekä tulkinnallinen fenomenologia. Kuvailevan fenomenologian kehitti ensimmäisenä Husserl (1965), joka oli kiinnostunut pääasiassa kysymyksestä: Mitä me tiedämme olemassaolostamme persoonina. Hänen filosofiansa painotti inhimillisen kokemuksen merkityksen kuvauksia. Merkitykset ovat tekojen tarkoituksellisia korrelaatteja tai tietoisien tekojen ihanteellisia sisältöjä. Husserl kehitti filosofisen metodin tietoisuuden olennaisen rakenteen systemaattiseen tutkimiseen (Giorgi 1985; 1994). Hän tuli siihen johtopäätökseen, että asiat, jotka tekevät ilmiöstä sen mikä se on, ilmenee tietoisessa kokemuksessa. Juuri tietoisuuden kautta henkilö on läsnä maailmalle (Giorgi 1985; 1994). Fenomenologiaan on monia eri lähestymistapoja, mutta kaikissa niissä on yhteisenä erityinen kiinnostus selvittää monesta eri näkökulmasta minkälainen on ihmisen kokemus ja kuinka se vaikuttaa meihin omassa maailmassamme (Smith ym. 2009).

Analyysit, jotka soveltavat Giorgin (1985) viitekehystä, seuraavat husserlilaista traditiota ja perustuvat tekstin purkamiseen ja uudelleen kirjoittamiseen. Se aloitetaan tarkastelemalla yksilöllisiä esimerkkejä laajemmasta ilmiöstä ja siinä edetään induktiivisen päättelyn kautta kohti yleistä ymmärtämistä (Giorgi 1985; 1994). Giorgin analysointimetodi sopi tutkimukseen ja osoittautui tutkijan mielestä kiinnostavaksi ja hyödylliseksi, koska se toi kvalitatiivisen analysointiprosessin selkeästi esille.

## **5.2 Esiymmärrys**

Tutkija on pyrkinyt koko tutkimusprosessin ajan tiedostamaan omat ennako-oletuksensa tutkittavasta aiheesta. On olennaista, että tutkija tiedostaa oman subjektiivisuutensa, koska omilla aikaisemmilla tiedoilla ja olettamuksilla on vaikutusta tutkimuksen tekoon (Syrjälä ym. 1994, 122). Fenomenologinen lähestymistapa vaatii tutkijalta ennakkoluulottomuutta ja avoimuutta nähdä ilmiöt riisuttuna teorioista ja ennakkokäsityksistä sekä pyrkimystä nähdä ilmiö uudella tavalla (Varto 2005, 135; Finlay 2011, 126). Tutkimusprosessi alkaa tutkijan oman esiymmärryksen kriittisellä reflektiolla, joka jatkuu koko tutkimuksen ajan (Aaltola & Valli 2010).

Tutkija on työskennellyt fysioterapeuttina 26 vuotta yksityissairaalassa. Koko tämän ajan hän on ollut tekemisissä tekonivelleikattujen kanssa. Oman kokemuksensa perusteella tutkija on muodostanut käsityksen, että tekonivelleikatut sekä julkisella että erityisesti yksityissektorilla jäävät usein oman onnensa ja aktiivisuutensa varaan toipuessaan lonkan tekonivelleikkauksesta. Tutkijan käsitys on, että aktiivisemmalla kuntoutuksella ensimmäisten parin kolmen kuukauden aikana lonkan tekonivelleikattujen toimintakyky olisi parempaa ja se myös ennaltaehkäisisi myöhemmän vaiheen ongelmia kuten lihasheikkouksia ja ontumisia.

Koko työuransa ajan tutkija on pitänyt erittäin tärkeänä kuunnella ja kuulla, mitä potilaat kertovat. Hän myös kokee, että eletty elämän vaikuttaa hänen kiinnostukseensa ihmisten kokemuksista. Potilaita haastatellessa tutkija on aina pyrkinyt asettumaan potilaan asemaan ja miettimään asioita siten, miten toinen henkilö on ne kokenut. Tutkija suorittaa parhaillaan draamakasvatuksen perusopintoja ja saa sieltä lisää taitoa kokemuksellisen oivaltamisen kautta. Hän on huomannut näiden opintojen lisänneen entisestään kiinnostusta toisten henkilöiden kokemuksiin ja taito kuunnella ja ymmärtää toisten kokemuksia on lisääntynyt. Nämä kaikki tekijät vaikuttivat tutkijan esiyymmärrykseen ennakoajatuksina, jotka tutkija tätä työtä tehdessään pyrki irrottamaan haastateltavien kokemuksista ja keskittymään pelkästään niihin kokemuksiin, jotka haastateltavat hänelle kertoivat.

### **5.3 Aineiston hankinta**

Tähän tutkimukseen käytetty tutkimusaineisto kerättiin osana Jyväskylän yliopiston ja keskussairaalan johtamaa Fysioterapeuttinen potilasohjaus tutkimushanketta. Tutkimuslupa tähän tutkimukseen on myönnetty 22.5.2013 sairaanhoitopiirin lupakäytäntöjen mukaisesti. Tutkija otti yhteyttä sairaanhoitopiiriin fysioterapiayksikön osastonhoitajaan, jolle tutkimussuunnitelma esiteltiin. Osastonhoitajan kanssa sovittiin toimintatavoista ja käytännön järjestelyistä osallistujien saamiseksi mukaan tutkimukseen. Tutkimusaineistona ovat osallistujien haastattelut, jotka tehtiin keväällä 2014. Tutkimukseen osallistuneita haastateltiin heidän kokemuksistaan kotona selviytymisestä ensin kolmen viikon ja uudestaan kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta.

Kriteerinä osallistujien valinnalle oli, että kyseessä oli ensimmäinen elektiivinen lonkan tekonivelleikkaus. Fysioterapian osastonhoitaja soitti jononhoitajalta saadun tiedon mukaisesti listan järjestyksessä 2014 kevään aikana leikattaville henkilöille ja kysyi halukkuutta osallistua tutkimukseen. Tutkimus ennen leikkausta olevista kokemuksista on osa tätä hanketta ja toinen tutkija soitti ja sopi ajankohdan ensimmäiseen tapaamiseen osallistujan kotona ennen leikkausta. Hän pyysi tällöin myös kirjallisen suostumuksen tutkimukseen ja informoi tutkimuksen tarkoituksesta, luottamuksellisuudesta sekä mahdollisuudesta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin tahansa (liite 3).

### 5.3.1 Osallistujat

Tutkimuksen osallistujilla tulee olla fenomenologisen tutkimuksen mukaisesti omakohtaisia kokemuksia elektiivisen lonkan tekonivelleikkauksen läpikäymisestä (Lukkarinen 2003 & Lehtomaa 2005). Osallistujille on keksitty nimet, joilla ei ole mitään tekemistä oikeiden nimien kanssa.

TAULUKKO 1. Osallistujat

<b>Osallistujat</b>	<b>ikä v (ka 68,2)</b>	<b>asumismuoto</b>	<b>töissä</b>
Jussi	68	omakotitalo / puoliso	
Satu	66	rivitalo / yksin	
Pentti	59	omakotitalo / yksin	x
Pirjo	73	rivitalo / yksin	
Aune	75	omakotitalo / yksin	

Tutkimukseen osallistui viisi 59-75 -vuotiasta (ka 68,2 v) elektiivisen lonkan tekonivelleikkauksen läpikäynyttä henkilöä. Tutkittavat valittiin aikajärjestyksessä keskussairaalan leikkausjonosta helmi-maaliskuussa 2014. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoisesta. Naisia tutkimuksessa mukana oli kolme, miehiä oli kaksi. Kolme osallistujista asui omakotitalossa ja kaksi rivitalossa. Yksinasuvia oli neljä ja yksi osallistuja asui puolisonsa kanssa. Neljä osallistujaa oli jo aikaisemmin jäänyt pois työelämästä, yksi teki osa-aikatyötä

(taulukko 1). Leikkaukset toteutuivat samassa keskussairaalassa. Kaikki osallistujiksi lupautuneet pysyivät tutkimuksessa mukana molempien haastattelujen ajan.

### 5.3.2 Avoin haastattelu

Pro gradu -tutkielmaan tutkija keräsi tutkimusaineiston haastattelemalla elektiivisen lonkkaleikkauksen läpikäyneitä henkilöitä, jotka haastattelutilanteissa kuvasivat yksilöllisiä kokemuksiaan. Jokaista osallistujaa tutkija haastatteli kaksi kertaa; ensin kolmen viikon ja uudestaan kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta. Aineistonkeruumenetelmäksi tutkija valitsi avoimen haastattelun, koska sen vuorovaikutuksellisuuden avulla saadaan selville mitä toinen ihminen ajattelee (Hirsjärvi ym. 2009). Tutkija pyrki saamaan esiin leikattujen puheen kautta heidän ajatuksiaan toipumiseen liittyvistä asioista ja arkielämän toiminnoista sellaisena kuin haastateltavat olivat ne kokeneet (Pringle ym. 2011).

Fenomenologisessa tutkimuksessa avoimen haastattelun kysymystyyppinä ovat ”miten koit”, ”mitä tapahtui”, ”millaisena koit”, ”miten ymmärsit kokemasi” ja niin edelleen. Avoimessa haastattelussa korostuu tutkijan ja haastateltavan luottamuksellinen suhde (Piirainen 2006, 31). Fenomenologisen kokemuksen tutkimuksen lähtökohtana on saada tutkimukseen osallistuvien ihmisten kokemus esiin äänenä, puheena ja hiljaisuutena. Keskustelunomaisissa haastatteluissa korostuu vuorovaikutus, jolloin on mahdollista lähestyä vaikeitakin tutkittavia ilmiöitä, kuten sitä, miten ihmiset ymmärtävät elämää (Hirsjärvi & Hurme, 2001; Lukkarinen 2003; Tuomi & Sarajärvi 2004; Hirsjärvi ym. 2009). Haastatellessaan tutkijalla oli myös mahdollisuus selvittää asioita sekä tehdä havaintoja. Tutkija pyrki tekemään haastattelutilanteista mahdollisimman avoimia.

Tutkija haastatteli kaksi osallistujaa ensimmäisen kerran kahden ja puolen viikon kuluttua leikkauksesta heidän kotiuduttuaan sairaalasta suoraan kotiin. Kolme osallistujaa kotiutui jatkohoitopaikan kautta ja heidän ensimmäiset haastattelut tapahtuivat neljän viikon kuluttua leikkauksesta. Ensimmäisen haastattelun yhteydessä tutkija sopi haastateltavien kanssa seuraavasta tapaamisesta, joka oli tarkoitus tehdä jälkikontrollin jälkeen. Toisen haastattelun

ajankohta määräytyi vaihtelevasta jälkikontrolliajasta riippuen kahden ja puolen ja kolmen kuukauden välille. Yksi osallistujista ei ollut käynyt jälkikontrollissa, mutta tutkija kuitenkin haastatteli hänet kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta, koska sairaalan ruuhkan takia hänen jälkikontrollinsa oli siirtymässä noin puoleen vuoteen leikkauksesta. Haastattelut ajoittuivat helmi- kesäkuulle 2014. Tutkija sai osallistujilta luvan haastatteluiden nauhoittamiseen.

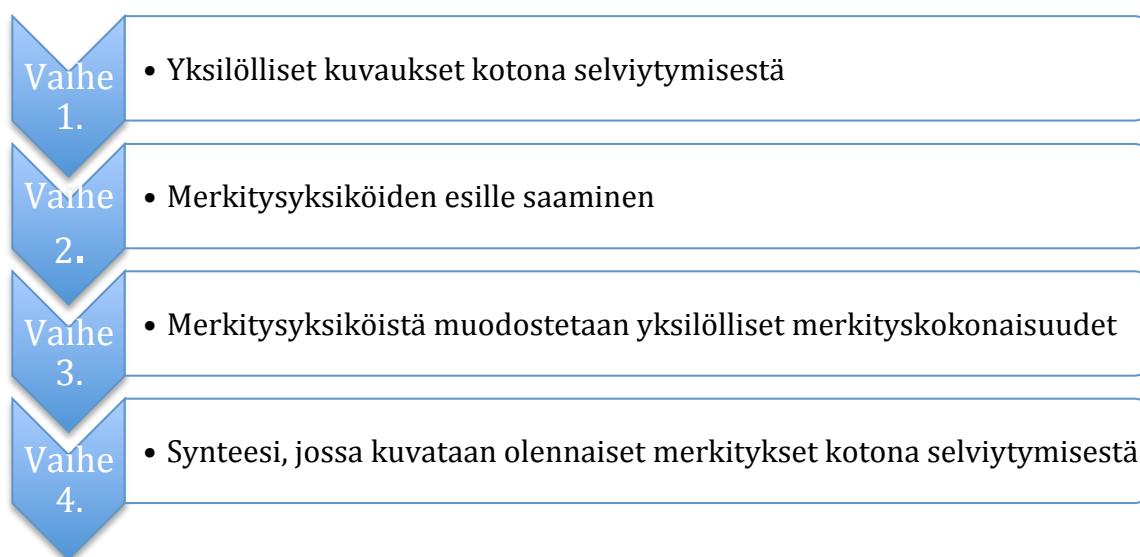
Haastattelut tapahtuivat osallistujien kodeissa heidän olohuoneissaan. Haastateltava valitsi itselleen mukavan istuinpaikan ja tutkija asettui istumaan häntä vastapäätä saadakseen katsekontaktin. Kahdeksan haastattelua tapahtui niin, että osallistuja oli yksin kotona. Yhdessä haastattelussa puoliso oli haastattelun ajan toisessa huoneessa ja yhteen haastattelutilanteeseen osallistujan poika otti hetkittäin osaa. Haastattelutilanteen tutkija yritti tehdä mahdollisimman luontevaksi ja pyrki ottamaan huomioon haastateltavan mukavuuden ja voimavarat koko haastattelun ajan. Hän piti yllä keskustelua niin, että haastateltava pystyi kertomaan kokemuksistaan omasta näkökulmastaan. Haastattelujen lopuksi osallistujille annettiin tilaisuus täydentää keskustelua. Haastattelun jälkeen keskusteltiin vielä vapaamuotoisesti erilaisista asioista. Haastattelujen jälkeen tutkija kirjoitti välittömästi päiväkirjaan omia haastattelun aikana havainnoimiaan tunteita, jotta hän pystyi kartoittamaan haastatteluissa ollutta tunnelmaa.

Kerrallaan 19 – 115 minuuttia (ka 54 minuuttia) kestäneet haastattelut nauhoitettiin analyysiä ja litterointia varten. Yhteensä haastatteluaineistoa kertyi yhdeksän tuntia. Nauhoittamansa haastatteluaineiston tutkija litteroi osaksi itse, osaksi sen litteroi ulkopuolinen henkilö. Kokonaisuudessaan tekstiä oli 144 A4 sivua rivivälillä 1,5 ja fonttikoolla 12 kirjoitettuna.



## 5.4 Aineiston merkitysanalyysi Giorgia mukailten

Giorgi (1994) jakaa deskriptiivisen fenomenologisen tutkimusprosessin neljään vaiheeseen. Tutkija analysoi osallistujien sananmukaiset kuvaukset soveltaen Giorgin (1985; 1994) analyysimetodia (kuva 1). Sen avulla pyritään saamaan selville ilmiön tarkoitus sellaisena kuin ihminen ilmiön kokee tunnistamalla olennaiset merkitykset.



KUVA 1. Giorgin analyysin vaiheet mukailtuna

### 5.4.1 Yksilölliset kuvaukset kotona selviytymisestä

Aineistoon perehdytään lukemalla aineistoa ensin läpi ja pyritään ymmärtämään luettua kieltä niin, että kokonaisuus hahmottuu. Aineistosta saadaan esille merkitykselliset ilmaisut. Giorgi (1985) korostaa, että fenomenologinen metodi vaatii tutkijaa olemaan reflektiivinen ja avoin yhdistämään ilmiötä kaikessa monimuotoisuudessaan. Giorgin (1985) mukaan fenomenologista tutkimusta tehdessä tulisi pohtia tutkittavan kokemuksia, jotta kokemuksen sisäinen olemus voidaan vangita. Ennakkoluulottomuuden kautta voidaan saavuttaa useita syvyyksiä ja kerroksia tutkittavan kokemuksissa (Giorgi 1985; 1994).

Tutkija luki ensin haastattelun läpi niin monta kertaa kuin oli tarpeellista saadakseen hahmotelman kokonaisuudesta ja pystyäkseen tekemään siitä yksilöllisen kuvauksen. Tässä vaiheessa tutkija yritti ymmärtää mitä haastateltava kuvauksellaan tarkalleen tarkoitti. Lopuksi tutkija kirjoitti kuvauksen jokaisen osallistujan kokemuksista kolme kuukautta lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen (Giorgi 1985; 1994). Liitteenä esimerkki yhdestä kuvauksesta (liite 4).

#### **5.4.2 Merkitysyksiköiden esille saaminen**

Analyysin toisessa vaiheessa, kun tutkijalla oli kokonaisnäkemys, aloitti hän prosessin taas alusta ja luki tekstin yhä uudestaan läpi saadakseen esille merkitysyksiköitä tutkittavasta ilmiöstä. Hän selvitti jokaisen osallistujan yksilölliset kokemukset lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisestä kotona selviytymisestä ja erotteli ne eri merkitysyksiköiksi, jotka olivat sanan tai muutaman sanan kokonaisuuksia (Giorgi 1985; 1994). Tutkija toi esiin ne merkittävät ilmaisut, jotka viittasivat selviytymiseen kotona lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Tätä vaihetta helpotti se, että tutkija oli itse tehnyt haastattelut. Liitteenä esimerkkejä merkitysyksiköistä (liite 5).

#### **5.4.3 Merkitysyksiköistä muodostetaan merkityskokonaisuuksia**

Analyysin kolmannessa vaiheessa tutkija keräsi yhteen jokaisen osallistujan merkitysyksiköt ja muodosti niistä merkityskokonaisuuden, jolle annettiin sen sisältöä kuvaava nimi. Arvo jokaisesta merkityskokonaisuudesta tuli sen mukaan, miten osallistuja sen kuvasi tai miten ne olivat suhteessa toisiinsa. Olennaisimman merkityskokonaisuuden tutkija sijoitti ensimmäiseksi avaten sillä merkitysperspektiivin. Merkityskokonaisuuksista tutkija muodosti yksilöllisen merkitysperspektiivin, joka edusti yksilöllistä kokonaiskokemusta osallistujan kotona selviytymisestä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Tässä vaiheessa hän muutti kielen vastaamaan kolmannen persoonan näkökulmaa (Giorgi 1985; 1994). Yksilöllisten merkityskokonaisuuksien ja niistä muodostuneiden merkitysperspektiivien pohjalta muodostui tutkimuksen tulososio joka esitetään kappaleessa 6.1.

#### 5.4.4 Synteesi, jossa kuvataan olennaiset merkitykset kotona selviytymisestä

Synteesissä määritellään yksilöllisistä merkityskokonaisuuksista muodostuva yleinen merkitysverkosto. Osa merkityskokonaisuuksista yhdistetään tai ne voidaan otsikoida uudelleen, jotta saavutettaisiin fenomenologiseen tutkimukseen kuuluva tarkkuus ja moniulotteisuus (Giorgi 1985; 1994). Samansisältöiset ilmaisut kootaan yhteen ja niistä tulkitaan siihen sisältyvä merkitys ja tehdään synteesi kaikista muunnetuista merkitysyksiköistä johdonmukaiseen rakenteeseen haastateltavien kertomuksista. Tässä synteesissä kaikki merkitysyksiköt pitää ottaa huomioon. Kriteeri on, että kaikki merkitykset muunnetuista merkitysyksiköistä ovat ainakin epäsuorasti sisällytettävä yleiseen kuvaukseen (Giorgi 1985).

Yleinen kuvaus tilanteesta johdetaan useista todellisista tapahtumista. Siksi se ei välttämättä kuulu vain yhden henkilön yksityiseen todellisuuteen. Myöhemmin rakenne on termi, joka kuvaa tietoa ja on sen takia erilainen kuin se, mikä on otettu alkuperäisestä kertomuksesta. Päätetään, mitkä piirteet tietystä tilanteesta ilmaisevat yleistä totuutta ja mitkä taas eivät. Sen takia kaikkia yksilöllisiä tilanteita täytyy vertailla muihin ja tunnistaa yhtymäkohdat ja erot. Samanlaisuudet ilmaisuista ovat yleisiä lausuntoja, jotka voivat tulla osaksi yleistä kuvausta ilmiön tilanteen rakenteesta. Ollakseen yleisesti pätevä, oivaltaminen pitää olla tehty näkyväksi jo edellisissä vaiheissa, jotta se voidaan löytää ja sitä voidaan pohtia tarkemmin (Giorgi 1985). Seuraavaksi määritellään olennaiset merkitykset jakaen jokainen niistä erityisiin osatekijöihin ja asettaen niihin jokainen merkitysyksikkö. Sitten aineistoa käsitellään niin, että arkikielinen ilmaisu muunnetaan reflektoinnin avulla yleiselle, käsitteelliselle tasolle. Lopuksi muunnetut käsitteet integroidaan ja niistä muodostetaan synteesin avulla johdonmukainen rakenne kuvaamaan ilmiötä. Synteesi esitetään tulososiossa kappaleessa 6.2.

## 6 TULOKSET

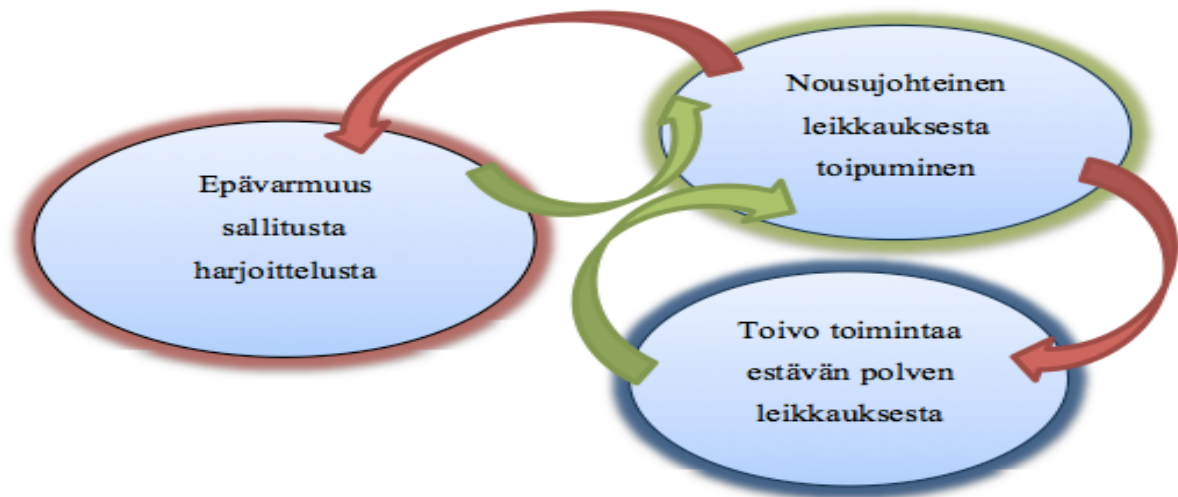
Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja lisätä ymmärrystä lonkan tekonivelleikatun henkilön omakohtaisista kokemuksista ja niiden merkityksistä kotona selviytymisessä kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta. Tutkimuksen tulokset vastaavat siihen, miten kotona selviytyminen koettiin ja mitä merkityksiä kokemuksista nousi esiin sekä siihen, mikä oli olennaista kotona selviytymisessä kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta. Tulokset perustuvat analyysiin, joka on tehty mukailleen Giorgin (1985; 1994) nelivaiheista analyysimetodia kuvan 1 mukaisesti. Tutkija on ensin tehnyt yksilöllisen kuvauksen jokaisesta osallistujasta ja hakenut sen jälkeen ne merkitysyksiköt, jotka kertovat kokemuksista kotona selviytymisestä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Seuraavaksi tutkija muodosti merkitysyksiköistä yksilölliset merkityskokonaisuudet sekä niistä muodostuvan yleisen merkitysverkoston ja lopuksi synteessin, josta tulee esiin lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen kotona selviytymisen olennaiset merkitykset.

### 6.1 Yksilölliset kotona selviytymisen merkityskokonaisuudet

Seuraavassa esitetään osallistujien yksilölliset merkityskokonaisuudet kotona selviytymisestä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Ensimmäinen vasemmalta on se merkityskokonaisuus, jolle osallistuja antoi kuvauksensa perusteella oleellisimman merkityksen. Sillä avataan merkitys suhteessa muihin merkityskokonaisuuksiin. Tekstissä on mukana evidenssinä autenttisia lainauksia, joihin viitattaessa sitaateista käy ilmi kyseisen litteraatin sivunumero. Merkityskokonaisuuksista on muodostettu *yksilöllinen merkitysperspektiivi*, joka edustaa yksilöllistä kokonaiskokemusta osallistujan kotona selviytymisestä kolme kuukautta lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen.

### 6.1.1 Jussin kotona selviytymisen merkityskokonaisuudet

Jussin kotona selviytyminen koostui kolmesta merkityskokonaisuudesta, joiden suhteet keskenään osoitetaan nuolilla (kuva 2).



KUVA 2. Jussin kotona selviytymisen merkityskokonaisuudet

#### Epävarmuus sallitusta harjoittelusta

Päällimmäisenä Jussin haastattelusta nousi esiin, että hän oli erittäin epävarma siitä, mitä hän sai tehdä aiheuttamatta vahinkoa leikatulle lonkalle. Hän oli erittäin aktiivinen liikkuja ja olisi halunnut päästä nopeasti kuntosalille harjoittelemaan. Alkuun hän ei tiennyt milloin hänellä oli lupa jättää kyynärsauvat pois ja milloin ja miten hän voi aloittaa kuntosaliharjoittelun. Aloitettuaan sitten kuntosalilla käymisen Jussille oli epäselvää millaisilla painoilla ja mitä liikkeitä oli hyvä tehdä ja hän arveli, että paljon asioita oli jäänyt oman arvailun varaan. Lisäksi hän pohti, onko harjoittelu lonkan kannalta hyödyllistä vai haitallista. Epävarmuudesta huolimatta Jussi oli lisännyt aktiivista toimintaansa.

*Mitä on ollu epäselviä just nämä ääriasennot tämmöset. Nehän ne on ollu tässä vähän niinku mietinnän alla että mitenkä sitä uskaltaa tehdä (13). Että missä vaiheessa uskaltaa alkaa käymään esimerkiks tuolla salilla jotaki. Enkä mä tiää auttaako siihen*

*sitte jos siihen ottaa tosissaan käy puntilla ja voimaa. Vai kuluttaako se sitä enemmän vai mitenkä (18)?*

Jussi olisi toivonut sairaalasta enemmän tietoa, mutta kertoi sairaalavaiheen menneen pienessä pilvessä lääkityksen takia eikä siten sieltä muistanut kaikkea. Jussin mielestä ensimmäiset neljä viikkoa pärjäsi hyvin sillä fysioterapiaohjeella, minkä oli saanut kirjallisena, mutta hän olisi toivonut nousujohteisempaa harjoitteluohjetta siitä eteenpäin. Jälkikontrollin hän kertoi olleen hyvin nopea lääkärin tapaaminen, jossa tietoa liikkumisesta ei myöskään tullut. Jussi kävi jälkikontrollissa omalla paikkakunnallaan eikä hän tavannut fysioterapeuttia.

*Että mitä uskaltaa mennä tekemään ja semmosia. Minun mielestä vähän enempi saa sanoa (6). Ei ois ollu pahitteeksi saada tarkempia ohjeita ettei olis tarvinu arvella aina että mitä kestää ja missä vaiheessa. Semmoset olis ihan hyviä (16). No tietysti sillon alkuun varsinki ne oli ihan riittäviä nuo pikkujumput. Mutta sitten siitä sanotaan 3-4 viikkoa niin siinä sais olla vähän rajumpia (23).*

### **Nousujohteinen leikkauksesta toipuminen**

Jussi tuli mielellään kotiin jo parin päivän kuluttua leikkauksesta ja kaikki oli mennyt hänen mielestään yllättävän hyvin. Jussin toipuminen oli koko ajan nousujohteista ilman notkahduksia. Alkuun Jussi tarvitsi vähän vaimon apua, mutta oli jo parin päivän kuluttua täysin omatoiminen kaikessa tekemisessään. Alkuvaiheen kivut olivat poistuneet ja kävely oli sujunut jo pitkään ilman apuvälinettä. Toipumisen edistyessä Jussi käveli parhaillaan jo puolitoista tuntia ongelmitta. Hän myös veneili ja kalasteli lähes päivittäin. Jussi oli käynyt myös laatoittamassa kaverin kylpyhuonetta.

*Ei siinä oo semmosia takapakkia ollu oikeestaan missään vaiheessa (21). No sanotaan että on kävelty sillain tunti ja puoltoistaki parhaillaan. Ei ne tälle tunnu missään (19).*

Toipumisen Jussi koki olleen yllättävän nopeaa. Hänellä ei ollut huolta lonkasta ja lonkkaleikkattujen kavereiden kokemukset toivat hänelle positiivisuutta.

*Mitä on kyselly noilta, jotka on leikattu. Ne on sanonu että ne on jääny leikkuupöydälle ne kivut (23). No kyllähän se on semmonen helpottunu olo. Ei tarvi miettiä sitä enää (25).*

### **Toivo toimintaa estävän polven leikkauksesta**

Jussin vanha vaiva polvessa esti häntä kuitenkin esimerkiksi ajamasta pyörällä. Hän myös ontui kävellessä polven takia ja lattiaa laatoittaessa ainoastaan polvi hankaloitti hänen tekemistään.

*No en mä tästä lonkasta, sitä ei oikeestaan muistakaan ku töitä tekee. Enemmän tää polvi pistää hanttiin jos jotaki lattiaaki alkaa laatottamaan (17). Ja polkupyörälläkin ajo on hankalaa vähän. Ku se ei oikeen silleen taivu (10).*

Jussi odotti nyt kovasti, että polvi vihdoinkin leikataan ja saadaan kuntoon. Leikkaus oli suunnitteilla ja Jussille oli lupailtu sen toteutuvan noin puolen vuoden kuluttua. Jussi pohdiskeli miten hän siitä mahtaa toipua ja hän toivoi, että kaikki menisi yhtä hyvin kuin leikatun lonkan kanssa.

*Tässä näin, jonossa ollaan. Se arveli että jos marraskuussa katottais sitte. Jos polvi menee yhtä hyvin nii hyvä homma ( 25).*

### **Jussin merkitysperspektiivi**

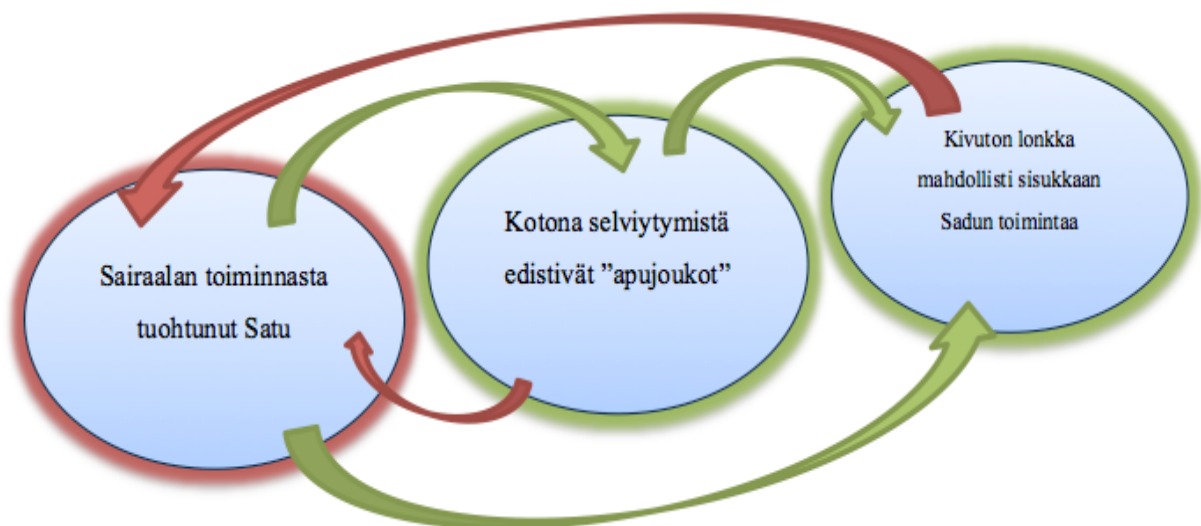
Jussin toipuminen oli lähtenyt nopeasti ja nousujohteisesti käyntiin. Hän oli ollut aina liikunnallisesti aktiivinen ja halusi nyt päästä pian takaisin kuntosaliharjoitteluun ja muihin liikunnallisiin harrastuksiinsa. Jussin haastattelussa tuli toistuvasti ilmi, että hän oli epätietoinen siitä, mitä sai tehdä. Hän pelkäsi, että vahingoittaisi itse lonkkaansa vääränlaisella harjoittelulla. Hän oli kuitenkin koko ajan lisännyt tekemisiään, mutta koki, että asiat olivat

edenneet pitkälti omien arveluiden varassa ja olisi toivonut niiden perustuvan enemmän annettuun tietoon.

Jussin polvessa oli vanha vaiva, joka haittasi hänen toimintojaan ja harrastuksiaan kuten pyöräilyä. Jussi oli helpottunut, että lonkka oli leikattu ja hän odotti nyt pääsyä polvileikkaukseen, jonka toivoi menevän yhtä hyvin kuin lonkkaleikkauskin meni.

### 6.1.2 Sadun kotona selviytymisen merkityskokonaisuudet

Sadun kotona selviytyminen koostui kolmesta merkityskokonaisuudesta, joiden suhteet keskenään osoitetaan nuolilla (kuva 3).



KUVA 3. Sadun kotona selviytymisen merkityskokonaisuudet

#### Sairaalan toiminnasta tuotunut Satu

Satu kertoi olevansa erittäin närkästynyt keskussairaalan toiminnasta ja hän kertoi olleensa välillä vihaa täynnä ja halusi kovasti kertoa kokemuksestaan sairaalassaolosta. Satu oli erittäin tuotunut erityisesti siitä, että hänen papereissaan toistuvasti luki diagnoosina polvi.



*Siis päin persettä suomeks sanottuna (1). Mut kyllä mä oon joutunu oleen vihanenki. Pyhää vihaa täynnä (36).*

Satu kertoi kuinka flegmaattinen fysioterapeutti ei kauaa hänen kanssaan viihtynyt. Hänen mielestään osa hoitajista oli epäkohteliaita. Sadun mielestä kotiinlähtö kahden päivän kuluttua leikkauksesta oli aivan liian hätäinen, koska aika meni enimmäkseen syödessä ja nukkuessa. Hän ei myöskään saanut sairaalasta toivomaansa turvallisuuden ja yksilöllisyyden tunnetta. Lisäksi Satu kertoi jälkitarkastuksen olleen mitäänsanomaton ja hän olisi toivonut tapaavansa fysioterapeutin lisäksi myös lääkärin.

*Joo kyl mä korostan sitä että tää on liian hätäinen poislähtö sieltä (17). No sanotaan nyt, että mun olis pitäny saada sitä turvallisuuden tunnetta enemmän sieltä keskussairaalasta (34).*

### **Kotona selviytymistä edistivät ”apujoukot”**

Alkuvaiheessa Sadun toipumista edisti pojan apu. Kotiutumisensa jälkeen hänen naapurit ja tuttavat auttoivat Satua päivän askareissa kuten kaupassa käynneissä ja siivoamisessa. Myös lonkkaleikatuilta ystäviltään saatu vertaistuki ja tieto olivat olleet Sadulle erittäin tärkeitä.

*No mulla on kaks ystävää, jolta on vaihdettu molemmat lonkkanivelet. Mähän oon aika hyvin saanu tietoo sillei (3). Niiltä varmaan, ja tietysti se on henkilökohtasempaa ja ku ne on kokenu sen (10). No kyl mä paljon enemmän sain kavereilta tietoo ku mitä mä sairaalassa sain tietoo (33).*

Satu oli erittäin tyytyväinen kuntansa terveydenhoitopalveluihin ja erityisesti omaan lääkäriinsä. Hän kertoi myös luottaneensa leikkauksen tehneeseen lääkäriin. Hyödylliseksi hän koki myös sairaalan leikkausta edeltäneen luennon sekä sairaalasta saadut kirjalliset ohjeet.

## **Kivuton lonkka mahdollisti sisukkaan Sadun toimintaa**

Satu oli alkanut sisukkaasti lisätä tekemisiään kivuttoman lonkkansa kanssa. Hän ajoi pyörällä kauppareissut ja teki kaiken kotona itse. Satu koki voivansa fyysisesti hyvin ja hän kertoikin psyykkisen puolen olleen enemmän koetuksella. Sadun pelon tunne oli muuttunut helpotukseksi. Hän odotti kesää ja pääsyä viljelemään palstaansa. Hänelle maanviljely oli todella tärkeä harrastus.

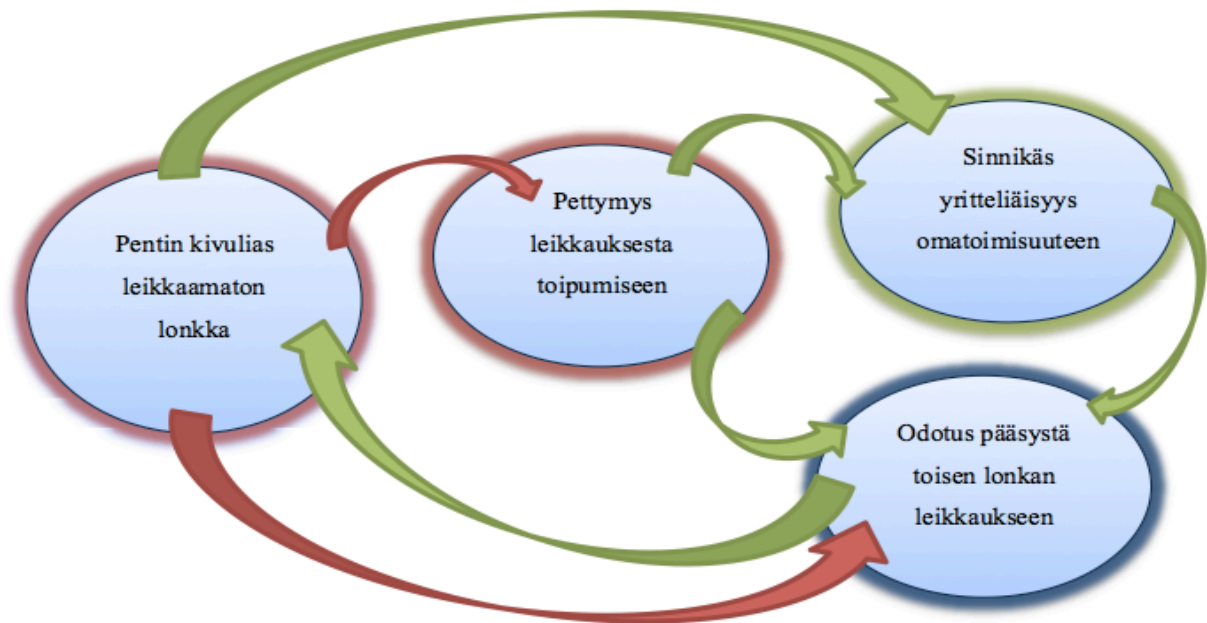
*Mä oon yllättyny siitä, että mä oon päässy näinkin vähällä kivulla tän lonkan suhteen (3). Ja siitä että mä oon näinkin paljon pystyny tekemään kaikkee, siitä mä oon. Itehan mä teen nyt kaiken (25). Oon mä tällein niinku fyysisesti ihan niinko ok voinu. Kai mä nyt olisin varmaan sit tullu pitkiin täihin ellen mä olis alkanu tekeen ite kaikkee. Kai mua varmaan on henkisesti koeteltu enemmän (29).*

## **Sadun merkitysperspektiivi**

Sadun kokemus keskussairaalan toiminnasta oli erittäin huono ja vaikutti hänen toipumiseensa henkisellä puolella. Hän ei kokenut tulleeensa huomioiduksi yksilönä ja koki piittaamattomuutta hoitohenkilökunnan puolelta. Sadun toipumista kuitenkin edisti lonkan kivuttomuus sekä hänen sisukas luonteensa alkaa toimia omatoimisesti. Hän koki, että suurimpana apuna hänen toipumisessaan olivat olleet sukulaiset, ystävät sekä omasta kunnasta tullut apu. Satu oli myös helpottunut, että leikkaus oli ohi ja että hänen toimintakykynsä oli nyt helpompaa kuin ennen leikkausta. Satu katsoi valoisasti tulevaisuuteen ja aikoi nauttia tulevasta kesästä ja kivuttomasta olostaan.

### 6.1.3 Pentin kotona selviytymisen merkityskokonaisuudet

Pentin kotona selviytyminen koostui neljästä merkityskokonaisuudesta, joiden suhteet keskenään osoitetaan nuolilla (kuva 4).



KUVA 4. Pentin kotona selviytymisen merkityskokonaisuudet

#### **Pentin kivulias leikkaamaton lonkka**

Pentin kivut leikatussa lonkassa eivät olleet niin kovat kuin ennen leikkausta. Ennen leikkausta hän kertoi kipujen olleen hirveitä. Leikattu lonkka aristi kuitenkin edelleen kävellessä eikä Pentti pystynyt kävelemään ilman keppiä. Pentillä oli enenevässä määrin kipuja erityisesti leikkaamattomassa lonkassa ja vanhat selkävaivatkin olivat alkaneet oireilla estäen Pentin toimintaa.

*Nyt tämä leikkaamaton jalka roistoilee yöaikaan (2). Nyt tää ruppee oireileen tää toinen samaan malliin kuin tämä toinen aikoinaan (13).*

## **Pettymys leikkauksesta toipumiseen**

Pentti luuli toipumisen olevan paljon nopeampaa. Lupaavan alun jälkeen Pentti oli toiveikas toipumisensa suhteen, mutta odotukset eivät olleet täyttyneet. Hänelle polkupyörä oli erittäin tärkeä kulkuväline ja hän luuli pääsevänsä kulkemaan pyörällä pian leikkauksen jälkeen ja hän oli harmissaan, kun ei päässytäkään. Kun pyörällä ajaminen ei onnistunut, niin Pentti ei voinut myöskään mennä töihin, jonne hän pystyi kulkemaan ainoastaan pyörällä. Pentti luuli aloittavansa pyörällä ajamisen noin kuukausi leikkauksen jälkeen. Kun leikkauksesta oli kulunut yli kolme kuukautta, ei Pentti ollut pystynyt ajamaan polkupyörällä ollenkaan. Kaverille oli tehty sama leikkaus kaksi viikkoa Pentin jälkeen, ja tämä kaveri kulki pyörällä jo sujuvasti, joka harmitti Penttiä vielä enemmän. Pyörällä ajamisen Pentti kertoi olevan hänen suuri haaveensa.

*En minä ole hirvinnyt pyörällä lähteä ollenkaan (8). Kaveri tuossa kylällä, tuttu kaveri kylällä, leikattiin kaksi viikkoa myöhemmin, niin nyt se ajaa täysin pyörällä, on se nuorempi kyllä (10). Mää luulin, että minä lähdän kuukauden päästä pyörälenkille. Mutta eihän se käynytäkään niin kuin Strömmössä. Tietysti se harmittaa, kun kaveri myöhemmin leikattiin ja mies on täysin kunnossa. Ja sehän se kanssa ottaa kaaliin (14).*

## **Sinnikäs yritteliäisyys omatoimisuuteen**

Kaverit ja naapurit auttoivat Penttiä aina tarvittaessa ja erityisesti alkuvaiheessa avun tarve oli päivittäistä. Pentti ei edelleenkään pystynyt omatoimisesti huolehtimaan kaikista kotona tapahtuvista toiminnoistaan, vaikka olikin ryhtynyt sinnikkäästi tekemään kotona enenevässä määrin toimintojaan omatoimisesti. Kotitöiden hän kertoi osittain jo sujuvan vaikka välillä hammasta purren.

*Noo, mikä siinä menneehän ne, menneehän ne. Siihenhän oppii, oppi jo tuota ennen sitä leikkausta. Hyvin ne on järjestynyt. Itte kokkaan. Viime viikolla mää siivosin. Tosin en tuota mattoa, imuroin vain, vein matot ulos keppi kourassa ja puistelin, ja keppi kourassa imuroin ja keppi kourassa luutusin lattian. Vähän hankalaa se oli, kolme tuntia meni, kun istuin aina välillä, mutta kyllä se onnistu (11).*

Omasta kunnasta apua olisi ollut saatavilla, mutta Pentillä ei ollut siihen varaa. Hän oli itse hommannut kuntopyörän, millä polki päivittäin sen minkä leikkaamaton lonkka salli. Jälkikontrollin Pentti kertoi olleen hyvin nopea eikä hän saanut sieltä ohjeita tekemisiinsä liittyen, mutta ei kokenut niitä tarpeelliseksikaan, koska ei uskonut niistä olevan hyötyä.

### **Odotus pääsystä toisen lonkan leikkaukseen**

Pentti odotti nyt kovasti luvattua yhteydenottoa sairaalasta, jotta pääsisi mahdollisimman pian toisen lonkan leikkaukseen. Pentti puhui asiasta koko ajan hymyillen ja hän tuumasi edelleenkin, että ei se murehtiminen auta. Hän toivoi tulevalta parasta, mutta kuitenkin samalla pelkäsi pahinta.

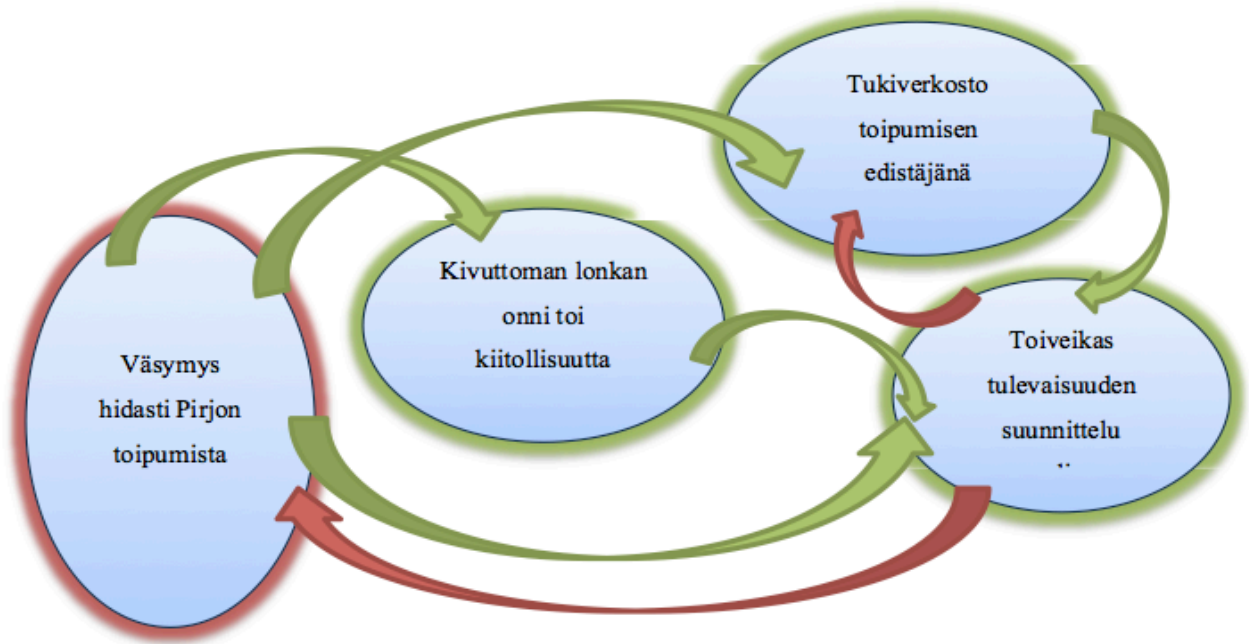
*Murehtikkoon hevoset, niillä on isompi pää (13). Joo, kun pääsen tänne lääkärin puheille niin minä sanon sille, että käsittelyyn sitten kanssa (14). Toivotaan parasta ja pelätään pahinta (15).*

### **Pentin merkitysperspektiivi**

Pentin toipumista oli hankaloittanut lisääntyvät kivut leikkaamattomassa lonkassa ja selässä. Myös leikattu lonkka oireili, joskin vähenevässä määrin. Kipujen takia hän ei ollut pystynyt ajamaan polkupyörällä, liikkumaan ilman apuvälinettä eikä hän pystynyt tekemään kotonaan hänelle tarpeellisia toimintoja kuten kantamaan vettä kaivolta. Pentti oli pettynyt, koska hänen odotuksensa toipumisen suhteen eivät olleet täyttyneet. Hänelle polkupyörä oli erittäin tärkeä kulkuväline ja häntä harmitti, kun ei ollut päässyt sillä ajamaan. Pettymystä lisäsi se, että myöhemmin leikatulta kaverilta pyöräily onnistui ongelmitta. Sinnikkäästi ja hymyssä suin Pentti kuitenkin kipujensa kanssa toimi kotona. Hän odotti kovasti, että pääsisi pian leikkauttamaan myös toisen lonkkansa ja odotti yhteydenottoa sairaalasta.

#### 6.1.4 Pirjon kotona selviytymisen merkityskokonaisuudet

Pirjon kotona selviytyminen koostui neljästä merkityskokonaisuudesta, joiden suhteet keskenään osoitetaan nuolilla (kuva 5).



KUVA 5. Pirjon merkityskokonaisuudet

#### Väsymys hidasti Pirjon toipumista

Pirjolla oli pitkälle edennyt reuma, joka hankaloitti esimerkiksi apuvälineiden käyttämistä toimintakyvyn ollessa alentunut. Pirjo oli myös jo ennen leikkausta erittäin väsynyt ja stressaantunut, koska hän oli huolehtinut sairaasta miehestään jo vuosia. Hänellä ei ollut aikaa huolehtia itsestään eikä häntä oikein jaksanut mikään kiinnostaakaan. Myös haastattelussa mukana ollut poika arveli, että Pirjolla ei ole ollut voimavaroja huolehti omasta terveydestään viimeiseen kolmeen vuoteen.

*Siinä mä oon sanonu et se on varmaan ollu sitten tää miehen tilanneki. Mulla on ollu ihan hirvee stressi siitä (4). Joo, poika oli aivan kauhuissaan, että miten mä yleensä*

*selviän, että selviätkö mä sinne sairaalaan ollenkaan kun kello kuus tulee taksi hakemaan. Että oonko mä järjissäni enää ollenkaan (6).*

Lisäksi Pirjon toipuminen pitkittyi alussa, sillä hänellä oli pitkään mahatauti. Hän oksensi ja ripuloi eikä jaksanut tehdä mitään, nukkui vaan lähes koko ajan.

*En mä tiää, se oli toisaalta se ääretön väsymys. Nytkin mä sanon että mulla ei taho silmät pysyä auki, mulla on aivan hirvittävä väsymys päällä (9). Pojathan sano mulle ettei oo ikinä nähny mua niin huonossa kunnossa (26).*

### **Kivuttoman lonkan onni toi kiitollisuutta**

Leikkausta seurannutta aamua Pirjo kuvaili ihmeellisenä, koska kipuja ei ollut. Pirjo koki taivaallisen tunteen siitä, että hänen lonkkansa oli täysin kivuton. Hän ei ollut ottanut yhtään särkylääkettä kotiin tultuaan.

*Tiistaiaamu valkeni nii aivan ku taivas ois auennu (6). Mulla ei ollu mitään, siis ei mitään. Se oli aivan ihmeellinen. Mulla on aivan taivaallinen olo tän lonkan kanssa. Siis mulla ei oo mitään särkyä. Mä en oo ainuttakaan särkypilleriä ottanu sen sairaalareissun jälkeen (1).*

Pirjo oli erittäin kiitollinen ja tyytyväinen, että leikkaus oli nyt tehty ja toipuminen oli lähtenyt hyvin käyntiin. Hänen liikkumisensa oli kivutonta ja oli alkanut sujua paremmin kotona jo ajoittain ilman apuvälinettäkin. Pirjosta tuntui, kuin hänelle ei olisi mitään tehtykään. Hän kävi saamillaan taksiseteleillä yksin kauppareissut ja hän pystyi jo haravoimaan pihaansakin sekä tekemään kevyitä kotitöitä.

*Se oli helpotus, se oli ääretön se helpotus kun pääsee nyt kuitenkin että jotain rupee tapahtumaan. Mä olen ihan äärettömän tyytyväinen että ollaan nyt tässä vaiheessa (21).*

## **Tukiverkosto toipumisen edistäjänä**

Pirjo oli kokenut muiden avun ensiarvoisen tärkeänä alkuvaiheessa. Poika tuli toisesta kaupungista äitinsä avuksi sekä lisäksi ystävät ja yksityinen kotiapu auttoivat. Pirjon pojan mielestä äiti olisi ollut heikoilla ilman muiden apua ja Pirjo itse jatkoi, että ilman ystävien apua hän ei olisi selvinnyt.

*Oli se taivaan lahja ku tuo poika seiso lauantaiaamuna kuuden aikaa soi ovikello... (4).  
Joo mulla on käyny nyt se avustajarouva. Sitte on pariskunta, joka kävi nyt tänäänkin (8).*

Pirjo kävi usein reumapoliklinikalla ja hän sai sieltä neuvoja tilanteeseensa liittyen. Hän koki myös sairaalan alkuluennon hyödylliseksi. Pirjo oli tyytyväinen sairaalan toimintaan ja erityistä luottamusta herätti leikkauksen tehnyt lääkäri.

*Mä olin ihan tyytyväinen keskussairaalaan. Se oli hyvää ja nopeeta ja tehokasta ja äärettömän ystävällistä. Olen äärettömän tyytyväinen. Se lääkäri oli aivan unelma (19).*

Pirjon jälkitarkastus oli siirtynyt noin puolen vuoden päähän ja sillä käynnillä hän toivoi vielä saavansa tarkempia ohjeita.

## **Toiveikas tulevaisuuden suunnittelu puolison kuolemasta huolimatta**

Pirjon mies kuoli samalla viikolla kun Pirjon lonkka leikattiin. Pirjo oli järjestellyt hautajaisia ja kaikkea muuta, mikä kuolemaan liittyy. Pirjo teki nyt surutyötä miehensä kuolemasta, mutta hän ymmärsi, että se kuului asiaan.

*Kyllä se oli niin, että tää miehen kuolema ohitti kaiken muun. Piti vaan miettiä sitä, miten pystyy ja miten jaksaa ja miten saa kaiken järjesteltyä (31).*



Pirjo oli toisaalta myös toiveikas tulevaisuuden suhteen. Hän pystyi nyt yksin suunnittelemaan asioita, mihin he eivät enää miehensä kanssa vuosiin olleet pystyneet yhdessä. Hänellä ei ollut huolta tulevaisuudesta, ja hän olikin jo alkanut suunnitella menevänsä joogaan, teatteriin, tekevänsä pieniä kotimaanmatkoja ja lukevansa paljon.

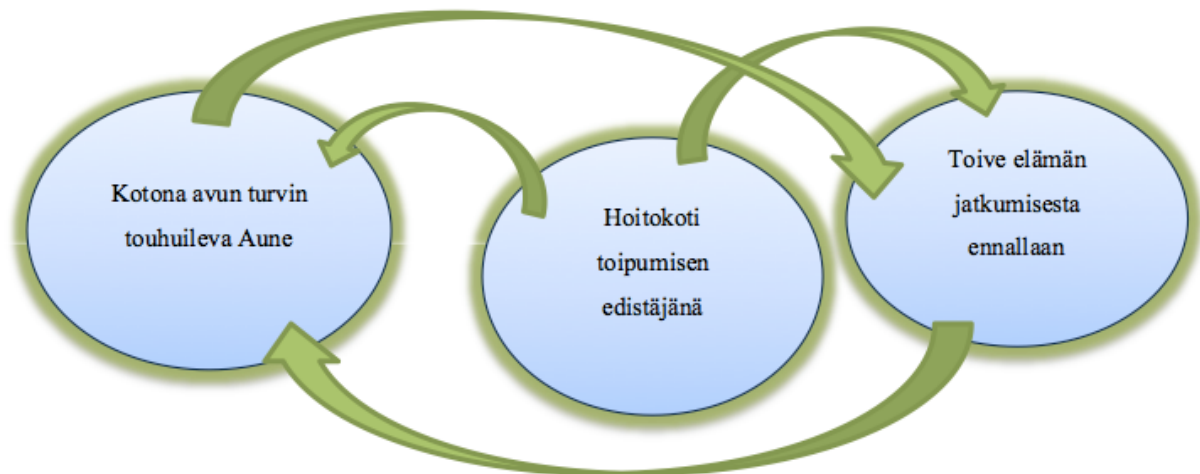
*Se on semmonen toiveikas. Ja pakkohan on ruveta suunnittelemaan ja ajattelemaan nyt kun ei sitä kaveria oo tässä enää. Mitä ite saa aikaseks niin sen ja mitä haluaa ennen kaikkea (41).*

### **Pirjon merkitysperspektiivi**

Pirjon toipumiseen vaikutti suuresti hänen miehensä tilanne. Hän oli hoitanut miestänsä jo vuosia ja miehen sairaus oli vienyt Pirjon voimat jo ennen leikkausta. Miehen kuolema ajoittui Pirjon lonkkaleikkauksen jälkeiselle viikolle. Lisäksi Pirjo kärsi leikkauksen jälkeen pitkään jatkuneesta mahataudista ja toipumista hidasti myös pitkälle edennyt reuma. Pirjon toipuminen kotona lähti käyntiin hitaasti ja ensiarvoisen tärkeänä hän koki siinä omaisten ja ystävien avun. Pirjo oli erittäin onnellinen siitä, että lonkka on nyt täysin kivuton ja liikkuminen oli alkanut sujua vaivattomammin. Avun tarve oli vähentynyt ja hän pystyi jo omatoimisesti huolehtimaan päivittäisistä toiminnoistaan. Tulevaisuuteen Pirjo katsoi toiveikkaasti ja hänellä oli paljon suunnitelmia eteenpäin.

### 6.1.5 Aunen kotona selviytymisen merkityskokonaisuudet

Aunen kotona selviytyminen koostui kolmesta merkityskokonaisuudesta, joiden suhteet keskenään osoitetaan nuolilla (kuva 6).



KUVA 6. Aunen kotona selviytymisen merkityskokonaisuudet

#### **Kotona avun turvin touhuileva Aune**

Aune tuli mielellään kotiin jatkohoitopaikastaan. Aunen lapset asuivat lähellä ja kävivät usein äitinsä luona. Lisäksi he olivat järjestäneet Aunelle ulkopuolista apua kotiin. Aune oli aina touhunnut kovasti kotona ja nautti nyt siitä, että pystyi tekemään kaikkea sitä mitä hän halusikin tehdä. Alkuun hän aloitti puun kantamisen varovaisesti tunnustellen ja lapsiltaan salaa. Hän kantoi puita saunalle, lämmitti sitä ja saunoi yksin. Hän siivosi kotiansa, leipoi ja teki pihatöitä. Kaupassa Aune kävi lastensa kanssa. Aunella kävi vielä kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta päivittäin ulkopuolista apua kotona. Hän halusi päästä siitä eroon, koska koki pystyvänsä tekemään kaiken ihan itse.

*Minä tuota veikkonen kannan jo kauan olen niitä tehnyt. Vähän aina arvelutti, mutta mää hissukseen, mutta en puhunut mitään, vein saunapuitakin (15). En minä tiijä, minusta tuntuu, että mää olen ollut hirveen virkee ja aatellu kaikkea ja siivoillu ja laitellu ja sillai että ei semmosta mitään masennusta tai semmosta ole ollut. Joo, kaikkia oon tehny kyllä. Ja nytkin kato alkuviikosta kaikki huoneet siivosin (18).*

### **Hoitokoti toipumisen edistäjänä**

Aune kertoi ajatelleensa, että hoitokodissa vietetty aika oli juuri se tekijä, miksi hänen vointinsa nyt oli niin hyvä. Aika siellä oli kuin lomaa Aunelle ja sieltä hänellä oli pelkästään hyviä kokemuksia. Hoitohenkilökunta oli miellyttävää ja Aunea kävelytettiin niin sisällä kuin ulkona päivittäin.

*Ja nyt muistinpas just, että sen takia se menikin niin hyvin sitten kotona. Niin siellähän se tuli hyvä. Mutta kyllä kauheen kiva paikka oli sekin, hyviä ihmisiä kaikki. Se oli vähän kuin loma (23).*

Aune muisteli, että oli kenties käynyt kotiutumisensa jälkeen polikliinisillä käynneillä paikkakuntansa fysioterapeutilla muutaman kerran. Tarkkaa kertamäärää hän ei muistanut, mutta kertoi siellä kävelleensä rappuja useaan kertaan. Toipuminen oli Aunen mielestä ollut yllättävän nopeaa ja kivutonta ja leikkausta edeltänyt jännitys oli muuttunut hyväksi mieleksi. Hänen lonkkansa oli kivuton ja mieli kevyt ja virkeä.

*No se oli vaan ihmeellistä, että aika pian toivuin siitä. Kyllä mää olen ollut niin kevyellä mielellä (24).*

### **Toive elämän jatkumisesta ennallaan**

Aune toivoi, että elämä jatkuisi niin kuin tähänkin asti. Hän toivoi, että voisi jatkaa kotona tekemisiään, vieraila lastensa luona, käydä kaupassa tyttärensä kanssa sekä teatterissa sukulaistensa kanssa ihan niin kuin ennenkin. Aune mietti, että rahat riittäisivät, kun elää säästäväisesti ja hän toivoi, että sydän pysyisi kunnossa.

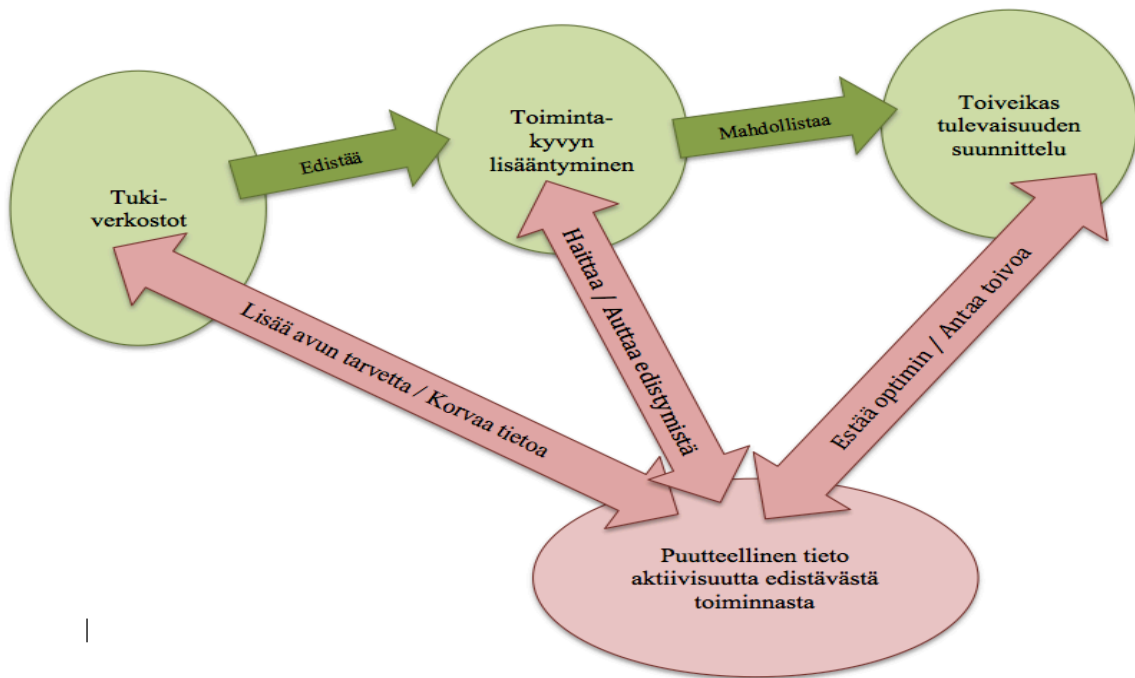
*No, joo, toivotaan nyt ei mittään hirveetä satu. Kyllä jos näin meniskin taas niin ihan hyvä.*

## **Aunen merkitysperspektiivi**

Aunen toipuminen oli ollut nousujohteista. Alkuun hän tarvitsi ja sai ulkopuolista apua, mutta avun tarve oli vähentynyt koko ajan. Hän pystyi touhuilemaan hänelle tärkeitä kotiaskareitaan toivomallaan tavalla ja hän nautti elämästään hyvillä mielin. Lapset perheineen asuivat lähellä ja kävivät kaupassa Aunen kanssa. Aunen mielestä hänen jatkohoitopaikassaan viettämä aika oli kuin lomaa ja siellä hän virkistyi leikkauksen jälkeen niin hyvin, että kotona selviytyminen oli ollut ongelmatonta. Aune oli helpottunut, että leikkaus oli tehty ja hän toivoi, että elämä jatkuisi entisenlaisena.

## **6.2 Tulosten johtopäätökset: Kotona selviytymisen olennaiset merkitykset**

Merkitysanalyysissa ilmeni neljä merkityskokonaisuutta, jotka olivat olennaisia lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisessä kotona selviytymisessä (kuva 7). Kotona selviytymistä edistivät erilaiset tukiverkostot, kivun väheneminen mahdollisti toimintakyvyn lisääntymisen, tulevaisuuteen katsottiin valoisasti, mutta puutteellinen tieto jätti usein epäselvyyksiä siitä, miten aktiivisuutta tulee lisätä. Analyysissa tuli kuitenkin esiin merkittäviä yksilöllisiä eroavaisuuksia. Avun tarve, määrä ja laatu vaihtelivat, kipujen kesto vaihteli, toimintakyvyn tasoissa oli eroja ja puutteellinen tieto koettiin joko vähäisenä tai suurena ongelmana.



KUVA 7. Kotona selviytymisen olennaiset merkitykset

Analyysistä nousi selkeästi esiin, että erilaiset **tukiverkostot** olivat perusedellytys edistämään kotona selviytymistä. Alkuvaiheessa apu oli konkreettista auttamista päivittäisissä toiminnoissa kuten peseytymisissä ja kaupassa käynneissä. Toisilla konkreettisen avun tarve ilmeni pienenä avustuksena alkupäivinä ja toisilla avun tarve alkuviikkoina oli lähes kokopäiväistä. Avun tarjoajina oli joko sukulaiset ja tuttavat tai julkinen terveydenhuolto. Erityisesti sukulaisten ja ystävien tuki osoittautui turvallisuuden tuojaksi ja tärkeäksi henkiseksi voimavaraksi. Tunne huonosta kohtelusta terveydenhuollon puolelta lisäsi voimakkaasti kielteisiä tunteita ja hyvä kohtelu lisäsi turvallisuuden tunnetta kotona selviytymisessä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen.

Analyysin mukaan tukiverkostojen lisäksi kivun väheneminen mahdollisti **toimintakyvyn lisääntymisen**. Leikatun lonkan kivut vähenivät ajan myötä kaikilla leikatuilla vähentäen tai lopettaen särkylääkkeiden käyttämisen. Kyky huolehtia päivittäisistä toiminnoista omatoimisesti lisääntyi koko ajan. Myös perusliikkuminen kuten kävely helpottui ja apuvälineiden tarve väheni tai niitä ei tarvittu enää ollenkaan. Toimintakyvyn lisääntymiseen vaikuttivat myös muut sairaudet ja terveydentila ennen leikkausta, joten toipumisen etenemisessä oli suuria yksilöllisiä eroja. Mikäli toimintakyky ei palautunutkaan etukäteen

toivotulla tavalla, lisäsi se pettymyksen tunnetta, mutta useimmiten toipuminen oli ennalta odotettua nopeampaa ja erityisesti kivuttomuus koettiin positiivisena yllätyksenä.

Toimintakyvyn lisääntyminen mahdollisti lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen **toiveikkaan tulevaisuuden suunnittelun**. Leikkausta edeltänyt jännityksen tunne oli nyt muuttunut helpotukseksi siitä, että leikkaus oli ohi. Tulevaisuuteen katsottiin toiveikkaasti. Toiveena oli palata entisiin harrastuksiinsa ja selkeä tavoite oli lisätä sosiaalista elämää. Yllättävät elämäntilanteet monimutkaistivat tulevaisuuden suunnittelua niin hyvässä kuin pahassa. Tuleviin mahdollisiin leikkauksiin tai muihin terveydentilaan liittyviin tekijöihin suhtauduttiin pienellä pelolla, mutta enimmäkseen odottaen ja toiveikkaasti.

Analyysi osoitti, että **tieto aktiivisuutta edistävästä toiminnasta koettiin puutteellisena**. Koettiin, että oli epäselvää kuinka paljon ja mitä voi tehdä turvallisesti. Sairaalavaiheen koettiin menneen niin nopeasti, että siitä ei jäänyt muistikuvaa. Analyysistä kävi ilmi, että informaatiota olisi toivottu enemmän leikkauksen jälkeen siitä, mikä edistäisi toipumista. Puutteellinen tieto toimintakykyä lisäävästä ohjauksesta lisäsi sukulaisten ja ystävien avun tarvetta ja toisaalta myös korvasi puutteellista tietoa. Myös jälkikontrollin ohjeistus koettiin puutteellisena, koska informaatio toipumista edistävästä aktiivisesta toiminnasta ei ollut riittävää. Analyysistä kävi selville, että liikkumisen lisäämisen koettiin olevan omien tuntemusten tai arvailujen sekä ystäviltä saatujen neuvojen varassa. Koettiin, että tietoa oli, mutta tarkempi ja yksilöllisempi informaatio olisi tuonut varmuutta aktiivisuuden lisäämiseen turvallisesti ja tehokkaasti. Tulevaisuutta suunniteltiin valoisasti, mutta puuttuva tieto esti optimaalisen toipumisen lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen.

Tämä pro gradu -tutkielma osoitti, että fenomenologinen näkemys syvensi ymmärrystä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeistä kotona selviytymistä yksilöllisenä kokemuksena, jossa keskeistä oli selvittää ne yksilölliset ja olennaiset merkitykset, joilla oli vaikutusta kotona selviytymiseen lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Analyysissa korostui, että tukiverkostot mahdollistivat lonkan tekonivelleikatun kotona selviytymisen. Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen toimintakyky lisääntyi ja mahdollisti toiveikkaan tulevaisuuden suunnittelun. Merkittävää kuitenkin oli, että puutteellinen tieto aktiivisuutta edistävästä toiminnasta ei mahdollistanut turvallista ja tarkoituksenmukaista toimintakyvyn optimaalista lisääntymistä lonkan

tekonivelleikkauksen jälkeen. Lisää informaatiota kaivattiin erityisesti fyysistä toimintakykyä lisäävästä toiminnasta.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää siten, että fysioterapian suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen kehitetään toimintakykyä tukevaa ohjausta sekä kiinnitetään huomiota yksilöllisyyteen ja kokonaisvaltaisuuteen, sillä ne ovat avainasemassa edistämään kotona selviytymistä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen.

## 7 POHDINTA

Pro gradu -tutkielman tavoitteena oli lisätä ymmärrystä lonkan tekonivelleikkattujen kotona selviytymisestä. Tutkimuksen tuloksista nousi esiin neljä kotona selviytymisen olennaista merkitystä. Tulokset osoittivat, että erimuotoiset tukiverkostot olivat kotona selviytymisen perusedellytys. Kivun väheneminen mahdollisti *lisääntyvän toimintakyvyn*, joka edisti kotona selviytymistä. Helpotuksen tunne tehdystä leikkauksesta toi *toivoa tulevaisuuden suunnitteluun*. Vaikka toipuminen edistyi, jäi monille kuitenkin *epäselvyyksiä aktiivisuutta edistävästä toiminnasta puutteellisen tiedon takia*. Huomionarvoista oli, että lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisessä kotona selviytymisessä oli merkittäviä *yksilöllisiä eroavaisuuksia*. Seuraavassa tuloksia tarkastellaan muiden tutkimusten valossa.

### 7.1 Tulosten tarkastelua

*Tukiverkosto*. Tutkimuksessa tuli vahvasti esille muilta saadun avun tärkeä merkitys. Avun tarpeen määrä ja laatu vaihteli yksilöllisten fyysisten ja psyykkisten tekijöiden erojen mukaisesti. Alkuvaiheessa apu oli konkreettista ja myöhemmässä vaiheessa korostui henkisen tuen merkitys. Useimmiten avun tarjoajina olivat sukulaiset ja tuttavat. Perryn ym. (2011) tutkimus ortopedisen alaraajaleikkauksen jälkeisistä kokemuksista kotona toi myös esiin sukulaisten tärkeän merkityksen potilaiden kotiuduttua leikkauksesta ja kotona selviytyminen koettiin mahdolliseksi ainoastaan sukulaisten avulla. Kommentti ”*Jos minulla ei olisi ollut ketään, niin mitä olisin voinut tehdä?*” kertoo paljon. Perheen tuki oli erittäin tärkeää ja se lisäsi turvallisuuden tunnetta kotiutumisasiheessa ja siellä ollessa (Perry ym. 2011).

Tukiverkostona tässä tutkimuksessa oli myös julkinen terveydenhuolto, joka ilmentyi jatkohoitona sairaalavaiheen jälkeen tai terveydenhuollon kotiin tarjoamana palveluna. Apu koettiin ensiarvoisen tärkeäksi ja se mahdollisti toipumisen alkamisen sairaalavaiheen jälkeen ja edisti kotona selviytymistä. Myös Stergiou-Kita & Grigorovichin (2014) fenomenologinen tutkimus lonkan tekonivelleikkauksen jälkeistä toipumisesta osoitti, että terveydenhuollon ammattilaisten apu koettiin tärkeäksi. Tämän perusteella voidaankin ajatella, että lonkan



tekonivelleikkauksen jälkeen avun saannin ei tulisi olla pelkästään sukulaisten ja tuttavien varassa. Kun sukulaisten ja ystävien tuki korvaa terveydenhuollon ammattilaisilta saatavaa tietoa, se ei välttämättä edistä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeistä toipumista turvallisella ja parhaalla mahdollisella tavalla. Voidaankin olettaa, että fysioterapian jatkuminen leikkauksen jälkeen edistää leikatun toipumista ja samalla sen voidaan ajatella osaltaan vähentävän sukulaisten mahdollista huolta ja vastuuta leikatun kotona selviytymisestä.

Tutkimuksesta kävi ilmi, että erittäin tärkeäksi koettiin mahdollisuus jakaa kokemuksia muiden kanssa, ja erityisen merkittävää oli jakaa niitä toisten lonkan tekonivelleikkauksen läpikäyneiden henkilöiden kanssa. Vertaistuen katsotaan tukevan yksilön toipumista. Ryhmässä osallistujilla on samanlainen elämäntilanne, joka helpottaa toisten kokemusten ja tunteiden ymmärtämistä (Laimio 2010, 19). Coulter ym. (2013) tutkimuksessa vertailtiin tehokkuutta ja ajankäytön hyötyä ryhmässä toteutuvan ja kotona tapahtuvaan fysioterapian välillä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Tutkimuksen mukaan ryhmässä tapahtuva fysioterapia oli lonkan tekonivelleikkauksen kannattavinta ja kustannustehokkainta. Tämän perusteella voidaan olettaa, että erilaisten fysioterapian ryhmätoimintojen järjestäminen edistää tekonivelleikkausten läpikäyneiden henkilöiden toipumista kustannustehokkaasti ja tarjoaa samalla leikatuille tärkeää vertaistukea.

Kokemukset sairaalan toiminnasta olivat hyvin vaihtelevia. Sairaalassa vietetty aika oli lyhyt, kipulääkitys oli vahva eikä sairaalasta olostä jäänyt paljon muistikuvia. Kohtelua arvioitiin erittäin tyydyttäväksi ja toisaalta myös erittäin ystävälliseksi. Lainsäädännön näkökulmasta Suomessa terveydenhuollon toimintaa ohjaavaksi periaatteeksi on säädetty yhdenvertaisuus ja tasa-arvo (Pajukoski 2006). Suomen laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) takaa oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun. Potilasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata, hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan ja yksilölliset tarpeet otetaan huomioon. Huono kokemus kohtelusta heikensi luottamuksen tunnetta sairaalaa kohtaan ja hyvä kokemus puolestaan lisäsi turvallisuuden tunnetta vaikuttaen myönteisesti selviytymiseen kotona lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Tämän perusteella voidaan katsoa, että koko hoitoketjuun kuuluvalla terveydenhuoltohenkilöstöllä on vaikutusta selviytymisessä kotona leikkauksen jälkeen, joten riittävään koulutukseen ja henkilöstön resursseihin on tärkeää panostaa laadukkaaseen hoidon takaamiseksi.

*Lisääntyvä toimintakyky.* Tässä tutkimuksessa leikkauksesta oli kulunut kolme kuukautta ja kivuttomuus oli edistänyt toimintakyvyn lisääntymistä. Toipuminen tässä vaiheessa oli edelleen käynnissä, joten myöhäisemmän vaiheen ongelmia ei ollut vielä tiedossa. Heiberg ym. (2013) tutkimuksen mukaan kolmen kuukauden kuluttua lonkan tekonivelleikkauksesta oli tyypillistä, että potilaat olivat enemmän huolestuneita välittömistä ongelmista kuten sukkien pukemisesta. Systemaattiset katsaukset osoittavat, että lonkan tekonivelleikkaus ei palauta aina täysin toimintakykyä (mm. Di Monaco ym. 2009; Okoro ym. 2012; Di Monaco & Castiglioni 2013). Queen ym. (2014) raportoi, että vuoden kuluttua lonkan tekonivelleikkauksesta kaikilla leikatuilla oli epäsymmetriaa kävelyssä. Suetta ym. (2007) tutkimuksessa havaittiin, että leikatun alaraajan lihasheikkoudet ovat erityisen huomattavia puoli vuotta leikkauksen jälkeen ja erityisesti lonkan loitontajien heikkoutta pidetään yhtenä syynä kävelyvaikeuksiin useissa eri tutkimuksissa (mm. Sicard-Rosenbaum ym. 2002; Trudelle-Jackson & Smith 2004). Kävelyongelmat ja alaraajojen lihasheikkoudet lisäävät kaatumisen riskiä (Carter ym. 2000) ja vajaa toiminta voi johtaa vähentyneeseen fyysiseen aktiivisuuteen sekä heikentyneeseen omatoimiseen selviytymiseen (Galea ym. 2008). Coulter ym. (2013) systemaattisesta katsauksesta nousi esiin, että fysioterapia parantaa merkittävästi lonkan loitontajien voimaa ja kävellessä sekä nopeutta että symmetriaa lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Fysioterapialla saatiin myönteistä vaikutusta myös muihin lihasryhmiin (Coulter ym. 2009). Tämän tutkimuksen tuloksissa lonkan tekonivelleikkattujen toive toimintakyvyn lisääntymisestä ja toisaalta tiedon puute siitä, miten edistää toimintaa merkityskokonaisuudet ovat saman suuntaisia yllä mainittujen tutkimusten tulosten kanssa. Jatkossa olisikin tärkeää tuoda esiin, että riittävän varhaisessa vaiheessa aloitetulla fysioterapialla on huomattava osuus ennaltaehkäisemään edellä mainittuja ongelmia.

*Toiveikas tulevaisuudensuunnittelu.* Tulosten mukaan leikkausta edeltänyt pelko muuttui helpotukseksi ja tulevaisuuden suunnitelmiin kuului paluu aktiivisempaan elämään. Stergiou-Kita & Grigorovichin (2014) fenomenologinen tutkimus toipumisesta lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen korostaa, että mielekkyyden ja yksilöllisyyden huomioonottamisella katsotaan olevan suurempi merkitys kuin vain toimintakyvyn parantamisella. Tätä tukee myös Tomey & Sowersin (2009) väite, että harjoittelemisessa nähdään tärkeänä potilaan oma elinpiiri ja tavoitteen asettelu hänelle tärkeisiin toimintoihin ja niihin osallistumiseen. Tässä tutkimuksessa toimintakyvyn lisääntyessä ja sen tuoman onnistumisen tunteen myötä tulevaisuuden suunnitelmat aktiivisuuden lisäämiseen kasvoivat.

Banduran (1997) mukaan itseohjautuvuus on uskoa omiin kykyihinsä järjestää ja toteuttaa onnistuneesti toimintatapoja selviytyäkseen erilaisista tilanteista. Brookfield (2013, 93) esittää, että itseohjautuvuus lähtee itsestä, mutta siinä on aina mukana myös toiset ihmiset. Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen fysioterapeutit voivat olla tukemassa leikattuja itseohjautuvuuteen, jotta leikatut selviävät kotiuduttuaan mahdollisimman monipuolisesti eri tilanteista.

Stavrev & Ilievan (2003) tutkimuksessa toipumisesta lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen otettiin huomioon kokonaisvaltainen lähestyminen, jossa sen lisäksi, että leikatuille ohjattiin liike ja lihasvoimaharjoituksia, huomioitiin myös yksilöllinen psykoemotionaalinen näkökulma kyselämällä tuntemuksia sekä kannustamalla osallistujia myönteisen palautteen avulla. Stavrev & Ilievan (2003) tutkimuksen tulokset osoittivat, että psykoemotionaalisen ja fyysisen harjoittelun yhdistäminen lisäsi leikattujen motivaatiota oman elämänlaadun parantamiseen. Tämän perusteella voidaan ajatella, että *kokonaisvaltaisen yksilöllisen* tilanteen huomioonottaminen fysioterapiassa on merkityksellistä, jotta lonkan tekonivelleikkauksen jälkeinen elämänlaatu paranee.

*Puutteellinen tieto aktiivisuutta edistävästä toiminnasta.* Vaikka leikatun lonkan kivuttomuus koettiin helpottavana, samoin kuin useissa systemaattisissa katsauksissa (mm. Di Monaco ym. 2009; Okoro ym. 2012; Di Monaco & Castiglioni 2013), toi tutkimus esiin leikattujen tietämättömyyden ja hämmennyksen omasta aktiivisuutta edistävästä toiminnasta. Tämä tuli esiin myös Perryn ym. (2011) tutkimuksesta ortopedisen alaraajaleikkauksen jälkeisistä kokemuksista. Perryn ym. (2011) tutkimuksen mukaan monille jäi epävarmaksi miten ja missä vaiheessa he voivat palata takaisin normaaliin liikkumiseen ja harrastuksiinsa. Tässä tutkimuksessa samoin kuin Perryn ym. (2011) tutkimuksessa leikattuja pelotti, että he tekisivät jotain vahinkoa leikatulle alueelle ja olivat siksi erittäin varovaisia. Sairaalavaiheen fysioterapia meni lääkityksestä johtuvasta tokkuraisuudesta johtuen useilta ohi ja kotiutuminenkin tapahtui väsyneenä ja tokkuraisena. Kirjalliset ohjeet koettiin hyväksi, koska niihin pysyi palamaan omatoimisesti myöhemmin, mutta enempää ohjeistusta kaivattiin siihen, miten fyysisestä aktiivisuutta voi lisätä toipumisen edistyessä.

Yksilöllistä vaihtelua oli siinä, mikä tiedon tarve oli; toiselle se oli toive harjoittelusta kuntosalilla ja toiselle se oli ohjausta perusliikkumiseen kuten kävelyyn kotioloissa. Fysioterapiassa tuleekin siis ottaa huomioon yksilöllinen tarve eli onko tarkoituksenmukaista tehdä kotikäynti vai kuntosaliohjaus ja kuinka usein fysioterapiaa on syytä toteuttaa. Di Monacon ym. (2009) ja Di Monaco & Castiglioni (2013) tutkimukset osoittavat, että lonkan tekonivelleikkauksen fysioterapia käytännössä ei ole löydetty yhtenäistä linjaa eikä yksityiskohtaisia harjoitusohjelmia, jotka sisältäisivät harjoittelutyypin, harjoituskerran keston, tauotuksen ajan ja erityiset harjoitteluvarusteet. Tutkimus osoitti, että haastateltujen tilanteissa oli paljon yksilöllisiä eroja, joten yhtenäisen ohjelman laatiminen vaikuttaa varsin haasteelliselta, joten yhteneviin ja yleisiin hoitosuosituksiin tuleekin suhtautua kriittisesti ja fysioterapiassa huomiota tulisi kiinnittää *yksilölliseen* harjoitteluun. Barkerin ym. (2013) tutkimuksessa yksilöllisesti tehdyillä fysioterapiaohjelmilla saatiin parempia tuloksia kuin perinteisellä fysioterapialla. Myös Kreuter ym. (1999) esittää, että yksilölliset ohjeet edistävät sitoutumista harjoitteluun. Stogiannidis ym. (2007) korostaa, että terveydenhuoltojärjestelmän Suomessa olisi kyettävä vastaamaan paremmin potilaiden yksilöllisiin tarpeisiin.

Tutkimukseen osallistujat olivat lähtötilanteiltaan niin fyysiseltä kuin psyykkiseltä kunnoltaan sekä elämäntilanteiltaan varsin erilaisissa olosuhteissa. Yllättävät ja erilaiset elämäntilanteet, vuodenaika sekä mahdolliset muut sairaudet ja tulevat leikkaukset vaikuttivat osallistujien toimintakykyyn niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Toimintakykyyn kuuluu fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen osa-alue, jotka ovat jatkuvasti vuorovaikutuksessa keskenään ja kiinteästi sidoksissa toisiinsa (Järkikoski & Härkäpää 2011, 92). Myös Montinin (2007) tutkimus, jossa tarkasteltiin terveyteen liittyvää elämänlaatua lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen osoitti, että leikattujen ominaispiirteet tulee ottaa huomioon suunniteltaessa leikkauksen jälkeistä hoitoa ja tukea, koska monet taustatekijät esimerkiksi ikä, sukupuoli, preoperatiivinen kipu ja siviilisääty vaikuttavat toipumiseen. Myös fysioterapian käytänteissä on tarpeellista ottaa huomioon *kokonaisvaltainen* lähestyminen sekä yksilölliset voimavarat.

Kotiuduttuaan useimmat tapasivat fysioterapeutin ainoastaan yhden kerran pikaisesti jälkikontrollissa kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta, toiset eivät tavanneet fysioterapeuttia ollenkaan. Tältä osin tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää muualle Suomeen. Suomen lain potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) mukaan kunnan ja valtion velvollisuus on

järjestää terveydenhuollon palveluja. Säädettyjä lakeja tulkitaan eri tavoin ja kunnallisen terveydenhuollon tarjoamat palvelut vaihtelevat paljonkin potilaan kotikunnan mukaan (Nurminen & Jatkola 2009, 71–73). Ylisen (2011) mukaan myös fysioterapian toiminnan edellytyksissä on suuria eroja eri sairaanhoitopiireissä. Tarpeeseen nähden fysioterapian resurssit on mitoitettu yleensä liian niukoiksi. Useissa kunnissa lähtökohta on, että fysioterapia hoituu Kelan tukemana yksityisesti, johon yhä harvemmin potilailla on varaa. Eriarvoisuus näkyy myös suomalaisessa terveydenhuollossa. Palola & Parpon (2011, 66) mukaan työssäkäyvillä suomalaisilla on parhaat mahdollisuudet saada hyvää terveyden- ja sairaudenhoitoa. Tässä tutkimuksessa tuli esiin, että halua fysioterapiaan jatkamiseen oli, mutta varallisuuden puute tai tietämättömyys fysioterapian järjestymisestä oli puutteellista. Ylisen (2014) mukaan lainsäädäntö edellyttää kuntien tuottavan fysikaalisia hoitoja lääkärin läheteiden mukaisesti, mutta monet kunnat eivät täytä tätä velvoitetta, joka taas aiheuttaa merkittäviä ongelmia koko terveydenhuollossa.

Okoron ym. (2012) mukaan fysioterapian osuus toipumisessa lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen on merkittävä ja sillä on yksiselitteisesti osoitettu olevan myönteistä vaikutusta leikkauksen jälkeiseen toipumiseen (Minns Lowe ym. 2009). Okoron ym. (2012) systemaattisen katsauksen mukaan säännöllisellä *nousujohteisella fysioterapialla* lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen saadaan parhaiten tuloksia turvalliseen ja tulokselliseen kotona selviytymiseen lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Voidaan siis uskoa vahvasti siihen, että fysioterapian jatkuminen sairaalavaiheen jälkeen on tarpeellista ja sen avulla kotona selviytymistä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen voidaan edistää. Fysioterapian avulla lonkan tekonivelleikatut saavat tietoa ja ohjeita, jotka edistävät toimintakykyä, ennaltaehkäisevät myöhemmän vaiheen ongelmia sekä lisäävät aktiiviteettia niin fyysisellä, psyykkisellä kuin sosiaalisella osa-alueella.

## 7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa koko tutkimusprosessi, joten on tarpeellista tarkastella ja arvioida tutkijan toimintaa tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa (Smith ym. 2009). Finlayn (2011) mukaan fenomenologisessa tutkimuksessa voidaan arvioida tutkimuksen täsmällisyyttä. Tutkimuksen täsmällisyyteen liittyvät esimerkiksi raportoinnin selkeys, ilmiön tarkka kuvaus ja johdonmukaisuus. Tutkija on pyrkinyt kuvaamaan koko prosessin vaiheet avoimesti ja selkeästi, jotta lukija pystyy seuraamaan prosessin vaiheita. Tutkija haluaa perehtyä vilpittömän ennakkoluulottomasti haastateltavien kokemuksiin kotona selviytymisestä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Tässä tutkimuksessa tutkija pyrki asettumaan haastateltavan asemaan, jonka avulla hän pyrki pääsemään sisälle haastateltavan kokemusmaailmaan ja ymmärtämään haastateltavan ilmaisemia merkityksiä. Luotettavuuteen liittyy tutkijan pyrkimys luonnollisen asenteen säilyttämiseen refleктоimalla ja ennakkokäsityksensä sulkeistamalla (Giorgi 1994; Smith ym. 2009). Perttulan mukaan (2000) tutkijan on osattava olla itselleen samaan aikaan sekä ankara että salliva. Ankara siinä mielessä, että ei hyväksy ennakko-oletuksiaan ja taas toisaalta salliva siinä mielessä, että uskaltaa luottaa siihen intuitioon, jonka fenomenologien metodi hänelle antaa. Lukkarinen (2003, 157) toteaa, että tutkimuksen lopputuloksen tutkija näkee vasta, kun analyysi on valmis. Tutkimukseen ja sen tuloksiin taas vaikuttaa tutkijan taito, jota voi kehittää opiskellen ja eläen. Osa ennakkoajatuksista paljastui tutkijalle analyysin kuluessa ja kaikki eivät ehkä koskaan.

Aineistoa kerätessä pyritään löytämään paras mahdollinen menetelmä ilmiön monipuoliseen kuvaamiseen (Finlay 2011). Aineiston tutkija hankki avoimella haastattelulla, joka mahdollisti vuorovaikutuksellisuutensa avulla saamaan selville haastateltavien puheen kautta heidän ajatuksiaan toipumiseen liittyvistä asioista sellaisena kuin haastateltavat olivat ne kokeneet (Pringle ym. 2011). Tutkimuksen rajoite on pieni haastateltavien määrä. Pricen (2003) mukaan fenomenologisen tutkimuksen osallistujamäärästä ei ole tarkkaa ohjetta, mutta tutkimusta voidaan arvioida sen mukaan, miten merkityksellisesti tutkija on pystynyt kuvaamaan ilmiön. Tutkimuksessa rajoitteet liittyvät tutkijan kokemattomuuteen. Tutkija koki hankalana sen, että haastattelijan roolissa hän ei ollut fysioterapeutti vaan tutkija. Tutkija koki hankalaksi olla vastaamatta haastateltavien kysymyksiin toipumiseensa liittyen. Haastatteluja tehdessään tutkija haki omaa rooliaan ja teki tietoisesti päätöksen, että haastattelujen loputtua hän vastasi

haastateltavien kysymyksiin fysioterapeuttina, koska moraalisesti hän ei katsonut voivansa jättää vastaamatta. Tällä on voinut olla vaikutusta haastateltaviin.

Giorgin metodin käyttäminen tässä tutkimuksessa osoittautui relevantiksi. Kyseinen metodi loi tutkijalle selkeän kehyksen aineiston yksityiskohtaiseen analysointiin. Tämänkaltaista analyysia ei voi toista täsmälleen samanlaisena, koska toinen tutkija saattaisi kuvailla ja tulkita aineistoa erilaisin sanoin ja vivahtein (Pringle ym. 2011). Tutkimusraporttiin tutkija liitti osallistujien autenttisia lainauksia, jotta lukijalla olisi mahdollisuus arvioida tulkintoja. Kirjallisuuden mukaan alkuperäislainauksien esittäminen aineistosta lisää tutkimuksen luotettavuutta (Pringle ym. 2011).

Eettisten näkökulmien pohtiminen on mukana kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Eettisesti huomioitavia asioita tutkimusta tehtäessä ovat tutkittavien vapaaehtoisuus osallistua tutkimukseen, luottamuksellisuus ja tutkittavien autenttisuus (Finlay 2011). Nämä edellä mainitut eettiset näkökulmat on huomioitu ja raportoitu tutkimuksessa. Tutkimuslupa ja eettinen toimilupa hankittiin sairaanhoitopiiristä. Osallistujat kirjoittivat haastattelun alussa tietoihin perustuvan suostumuslomakkeen. Tutkija myös kertoi osallistujille tutkimuksen tarkoituksesta, haastateltavien vapaaehtoisuudesta, autenttisuudesta ja mahdollisuudesta jättäytyä pois tutkimuksesta missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Tutkija myös huomioi eettiset näkökulmat vuorovaikutuksessa haastateltavien kanssa.

Aineistossa olevat nauhoitteet ja litteroinnit on säilytetty niin, että ne ovat ainoastaan tutkimuksen tekijöiden käytettävissä. Osallistujien yksityisyyden turvaamiseksi tutkimushankkeessa ei ole käytetty nimiä vaan koodeja ja raportissa käytetyillä nimillä ei ole mitään tekemistä henkilöiden oikeiden nimien kanssa. Tutkimusaineistossa esiin tulleet osallistujien tunnistettavat ominaisuudet ja paikannimet on jätetty pois. Tutkija teki kaikki haastattelut itse ja litteroi niistä osan. Osan litteroinnista teki ulkopuolinen henkilö, joka sitoutui pitämään saamansa tiedot salassa. Tutkija on noudattanut huolellisuutta koko prosessin ajan. Tulokset on kerrottu avoimesti ja rehellisesti. Tutkimuksella on pyritty saamaan esille uutta tietoa ja sitä kautta kehittämään tekonivelleikkauksiin liittyvää fysioterapiaa.

### 7.3 Jatkotutkimusehdotuksia

Tulevaisuudessa lonkan tekonivelleikkaukset lisääntyvät ja fysioterapian vaikuttavuutta on tärkeää selvittää lisää. Tutkimuksissa tulee ottaa huomioon myös kokemuksiin perustuvat yksilölliset merkitykset, jotta fysioterapiaa ja koko kuntoutumisprosessia pystyttäisiin kohdentamaan aikaisempaa tehokkaammin ja tarkoituksenmukaisemmin ottamalla huomioon yksilölliset tarpeet ja voimavarat.

Hedelmällistä olisi myös määrällisen ja laadullisen tutkimuksen yhdistäminen. Laadullinen tutkimus voisi avata syitä määrällisten tutkimusten tuloksiin lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Tutkimuksia yhdistämällä ja tuloksia hyödyntämällä fysioterapian suunnittelua, toteutusta ja arviointia lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen voitaisiin kehittää ja edistää monipuolisemmin.



## LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Arokoski, J., Manninen, P., Kröger, H., Heliövaara, M., Nykyri, E. & Impivaara, O. 2007. Hip and knee pain and osteoarthritis. Musculoskeletal disorders and diseases in Finland. Results of the Health 2000 Survey. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 25.
- Arokoski, J., Kiviranta, I. & Järvinen, M. 2012. Nivelrikko. Teoksessa I. Kiviranta & M. Järvinen (toim.) Ortopedia. Helsinki: Kandidaattikustannus.
- Asayama, I., Chamnongkich, S. & Simpson, K. 2005. Reconstructed hip joint position and abductor muscle strength after total hip arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty* 20, 414-420.
- Bandura, A. 1997. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*. 84 (2), 191-215.
- Barker, K., Newman, M., Hughes, T., Sackley, C., Pandit, H., Kiran, A. & Murray, D. 2013. Recovery of function following hip resurfacing arthroplasty: a randomized controlled trial comparing an accelerated versus standard physiotherapy rehabilitation programme. *Clinical Rehabilitation* 27 (9), 771-784.
- Bertocci, G., Munin, M. & Frost, K. 2004. Isokinetic performance after total hip replacement. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 83, 1-9.
- Bloomfield, S. 1997. Changes in musculoskeletal structure and function with prolonged bed rest. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 29, 197-206.
- Brookfield, S. 2013. *Powerful Techniques for Teaching Adults*. John Wiley & Sons. San Francisco: Jossey-Bass Publisher.
- Carter, S., Campbell, E., Sanson-Fisher, R. & Gillespie, W. 2000. Accidents in older people living at home: a community-based study assessing prevalence, type, location and injuries. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 24, 633-636.
- Cott, C. 2004. Client-centred rehabilitation: client perspectives. *Disability and Rehabilitation* 26, 1411-1422.

- Cott, C., Wiles R. & Devitt, R. 2007. Continuity, transition and participation: preparing clients for life in the community post-stroke. *Disability and Rehabilitation* 29, 1566–1574.
- Cooper, C., Snow, S., McAlindon, T., Kellingray, S., Stuart, B., Coggon, D. & Dieppe, P. 2000. Risk factors for the incidence and progression of radiographic knee osteoarthritis. *Arthritis and Rheumatism* 43, 995–1000.
- Cooper, C., Adachi, J., Bardin, T., Berenbaum, F., Flamion, B., Jonsson, H., Kanis, J., Pelousse, F., Lems, W., Pelletier, J-P., Martel-Pelletier, J., Reiter, S., Reginster, J-Y., Rizzoli, R. & Bruyère, O. 2013. How to define responders in osteoarthritis. *Current Medical Research and Opinion* 29 (6), 719–729.
- Coulter, C., Weber, J. & Scarvell, J. 2009. Group physiotherapy provides similar outcomes for participants after joint replacement surgery as 1-to-1 physiotherapy: a sequential cohort study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 90 (10), 1727-1733.
- Coulter, C., Scarvell, J., Neeman, T. & Smith, P. 2013. Physiotherapist-directed rehabilitation exercises in the outpatient or home setting improve strength, gait speed and cadence after elective total hip replacement: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* 59 (4), 219-226.
- Covinsky, K., Palmer, R. & Fortinsky, R. 2003. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability with age. *Journal of the American Geriatrics Society* 51, 451–458.
- Crawford, R. 2002. Indications for total hip replacement. Teoksessa C. Bulstrode, L. Buckwalter & A. Carr (toim.) *Oxford textbook of Orthopaedics and Trauma*. Oxford: Oxford University Press, 1010–13.
- Dekker, J., van Dijk, G.M & Veenhof C. 2009. Risk factors for functional decline in osteoarthritis of the hip or knee. *Current Opinion in Rheumatology* 21, 520–524.
- 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, 303-317.
- Di Monaco, M. & Castiglioni, C. 2013. Which type of exercise therapy is effective after hip arthroplasty? A systematic review of randomized controlled trials. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 49 (6), 893-923.

- Dreinhöfer, K., Dieppe, P., Stürmer, T., Gröber-Grätz, D., Flören, M., Günther, K., Puhl, W. & Brenner, H. 2006. Indications for total hip replacement: comparison of assessments of orthopaedic surgeons and referring physicians. *Annals of the Rheumatic Diseases* 65 (10), 1346-1350.
- Ethgen, O., Bruyère, O., Richey, 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. *Journal of Bone and Joint Surgery American* 86, 963-974.
- Felson, D. 2000. Osteoarthritis new insights. Part 1: the disease and its risk factors. *Annals of Internal Medicine* 133, 637–639.
- Finlay, L. 2011. Phenomenology for therapists. Researching the lived world. Researching the lived world. Malaysia: Ho Printing e-book.
- Foran, J., Mont, M., Etienne, G., Jones, L. & Hungerford, D. 2004. The outcome of total knee arthroplasty in obese patients. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American* volume 86- (8), 1609-1615.
- Frank, A. 1997. *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*. Chicago: The University of Chicago press.
- Frost, K., Bertocci, G. & Wassinger, C. 2006. Isometric performance following total hip arthroplasty and rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Research and Development* 43, 435-44.
- Furlan, A., Pennick, R., Bombardier, C. & van Tulder, M. 2009 Updated Method Guidelines for Systematic Reviews in the Cochrane Back Review Group. *Spine* (34) 18, 1929-1941.
- Galea, M., Levinger, P., Lythgo, N., Cimoli, C., Weller, R., Tully, E., McMeeken, J. & Westh, R. 2008. A targeted home- and center-based exercise program for people after total hip replacement: a randomized clinical trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 89, 1442-1447.
- Giorgi, A. 1985. *Phenomenology and psychological research*. Pittsburg: Dugesne university press.
- Giorgi, A. 1994. Sketch of a Psychological Phenomenological Method. Teoksessa A. Giorgi. *Phenomenology and Psychological Research (toim.)* 6. painos. Pittsburgh: Duqueane University Press, 8-22.

- Godwin, M., Ruhland, L., Casson, I., MacDonals, S., Delva, D., Birtwhistle, R., Lam, M. & Seguin, R. 2003. Pragmatic controlled clinical trials in primary care: the struggle between external and internal validity. *BMC Medical Research Methodology* 3, 28.
- Gonzalez Saenz de Tejada, M., Antonio Escobar, A., Bilbao, A., Herrera-Espiñeira, C., García-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.
- Gzil, F., Lefevre, C., Cammelli, M., Pachoud, B., Ravaud, JF. & Leplege, A. 2007. Why is rehabilitation not yet fully person-centred and should it be more person-centred? *Disability and Rehabilitation* 29, 1616–1624.
- Harris, W. & Sledge, C. 1990. Total hip and total knee replacement. *The New England Journal of Medicine* 323, 801-807.
- Heiberg, K., Ekelnad, A. & Mengshoel, A. 2013. Functional improvements desired by patients before and in the first year after total hip arthroplasty. *BMC Musculoskeletal Disorders* 14, 243.
- Heliövaara, M., Slätis, P. & Paavolainen, P. 2008. Nivelrikon esiintyvyys ja kustannukset. *Duodecim* 124, 1869-1874.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes P & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita.. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hurkmans, H., Bussmann, J. & Selles, R. 2006. Validity of the Pedar Mobile system for vertical force measurement during a seven-hour period. *Journal of Biomechanics* 9, 110-118.
- Husby, V., Helgerud, J., Bjørgen, S., Husby, O., Benum, P. & Hoff, J. 2009. Early maximal strength training is an efficient treatment for patients operated with total hip arthroplasty. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 90, 1658-1667.
- Hänninen, V. 1996. Tarinallisuus ja terveystutkimus. *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti* 33, 109-118.
- ICF. 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita

ja luokituksia WHO. Stakes.

- Järvikoski, A. 2002. Kuntoutujakeskeinen lähestymistapa kuntoutuksen asiakastyössä. Teoksessa J. Onnismaa, H. Pasanen & T. Spangar (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana. Porvoo: PK.kustannus, 246-257.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.
- Katz, J., Losina, E., Barrett, J., Phillips, C., Mahomed, N., Lew, R., Guadagnoli, E., Harris, W., Poss, R. & Baron, J. 2001. Association between hospital and surgeon procedure volume and outcomes of total hip replacement in the United States medicare population. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American volume* 83, 1622-1629.
- Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Raportti 68/2012.
- Kreuter, M.W., Strecher, V.J. & Glassman, B. 1999. One size does not fit all: the case for tailoring print materials. *Annals of Behavioral Medicine* 21 (4), 276–283.
- Laimio, A. 2010. Vertaistoiminta kokemuksellista vuorovaikutusta. Vertaistoiminta kannattaa. Sosiaaliportti. Viitattu 26.1.2015. <http://www.sosiaaliportti.fi>.
- Laine, V., Sinko, P. & Vihriälä, V. 2009. Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävyudesta. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1. Helsinki: Yliopistopaino.
- Larsen, K., Hansen, T. & Soballe, K. 2008. Hip arthroplasty patients benefit from accelerated perioperative care and rehabilitation: a quasi-experemental study of 98 patients. *Acta Orthopaedica* 79, 624-30.
- Latham, N., Bennett, D., Stretton, C. & Anderson, C. 2004. Systematic review of progressive resistance strength training in older adults. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 5, 48 - 61.
- Lehtomaa, M. 2005. Fenomenologinen kokemuksen tutkimus: haastattelu, analyysi ja ymmärtäminen. Teoksessa J. Perttula & T. Latomaa (toim.) Kokemuksen tutkimus. Merkitys - tulkinta - ymmärtäminen. Helsinki: Dialogia, 17–88.
- Lukkarinen, H. 2003. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmiönä: fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 116-164.

- Malmivaara, A. 2009. Vaikuttavuus ja laatu. Teoksessa: J. Arokoski, H. Alaranta, T. Pohjolainen, J. Salminen & E. Viikari-Juntumaa (toim.) *Fysiatría. Duodecim: Otava*, 108-114.
- Malmivaara A. 2012. Kohti lääketieteen arkivaikuttavuutta. *Duodecim* 128, 445–446.
- McAlindon, T., LaValley, M., Gulin, J. & Felson, D. 2000. Glucosamine and chondroitin for treatment of osteoarthritis. *JAMA Journal of the American Medical Association* 283, 1469–1475.
- McCrary, J., White, S. & Lifeso, R. 2001. Vertical ground reaction forces: Objective measures of gait following hip arthroplasty. *Gait& Posture* 14, 104-109.
- McDonald, S., Hetrick, S. & Green, S. 2008. Pre-operative education for hip or knee replacement The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library Issue 4.
- Merleau-Ponty M. 2002. *Phenomenology of perception* translated by Smith, C. London: Routledge.
- Minns Lowe, C., Barker, K., Dewey, M. & Sackley, C. 2009. Effectiveness of physiotherapy exercise following hip arthroplasty for osteoarthritis: a systematic review of clinical trials. *BMC Musculoskeletal Disorders* 10, 98.
- Montin, L. 2007. Patient-perceived health-related quality of life during recovery after total hip arthroplasty – a 6-month Follow-up Study. *Turun yliopiston julkaisuja* 765.
- Moustakas, C. 1994. *Phenomenological research methods*. Viitattu 28.1.2015. <http://srmo.sagepub.com.ezproxy.jyu.fi/view/phenomenological-research-methods/SAGE.xml>
- Namba, R., Paxton, L., Fithian, D. & Stone M. 2005. Obesity and perioperative morbidity in total hip and total arthroplasty patients. *The Journal of Arthroplasty* 20, 46.
- NIH Consensus Statement on total knee replacement. 2004. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American volume* 6, 1328-1335.
- Nurminen, J. & Jatkola, V. 2009. Lääkinnällinen kuntoutus. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 193/2009.
- Okoro, T., Lemmey, A., Maddison, P. & Andrew, J. 2012. An appraisal of rehabilitation regimes used for improving functional outcome after total hip replacement surgery. Review. *Sports Medicine, Arthroscopy, Rehabilitation, Therapy & Technology* 4 (5).

Viitattu 15.2.2015. <http://www.smartjournal.com/content/4/1/5>.

- Paavolainen, P. & Soininen, J. 2004. Lonkka- ja polvinivelten sairaudet. Teoksessa E. Matikainen, T. Aro, A. Huunan-Seppälä, J. Kivekäs, S. Kujala & S. Tola (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Duodecim. Jyväskylä: Gummerrus, 113-117.
- Pajukoski M. 2006. Oikeudenmukaisuus lainsäädännön näkökulmasta. Teoksessa Teperi J, Vuorenkoski L, Manderbacka K, Ollila E, Keskimäki I (toim.) Riittävät palvelut jokaiselle: näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa: Hyvinvointivaltion rajat –hanke. STAKES. Helsinki: Edita Prima Oy, 28–34.
- Palola, E. & Parpo, A. 2011. Kunnallista sopeutumisen sosiaalipolitiikkaa. Teoksessa E. Palola & V. Karjalainen. Sosiaalipolitiikka. Hukassa vai uuden jäljillä? (toim.) Helsinki: THL, 48-78.
- Perttula, J. 2000. Kokemuksesta tiedoksi: fenomenologisen metodin uudelleen muotoilua. Kasvatus, 488-442.
- Perry, M., Sheena Hudson, S. & Kathleen Ardis, K. 2011. “If I didn’t have anybody, what would I have done?”: Experiences of older adults and their discharge home after lower limb orthopaedic surgery. Journal of Rehabilitation Medicine 43, 916–922.
- Piirainen A. 2006. Asiakkaan ja asiantuntijan pedagoginen suhde. Fenomenologinen tutkimus fysioterapiatilanteista asiakkaiden ja fysioterapeuttien kokemana. Helsingin yliopisto Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 207.
- Pohjolainen P. 2007. Fyysinen toimintakyky ja sen mittaaminen vanhuudessa. 2007. Teoksessa Sarvimäki A, Syren I (toim.) Toimintakykyä ja sosiaalista tukea iäkkäiden, omaisten ja työntekijän arjessa. Helsinki: Ikäinstituutti.
- Pohjolainen, T. & Alaranta, H. 2009. Toimintakyky, Teoksessa Fysiatría J. Arokoski, H. Alaranta, T. Pohjolainen, J. Salminen & E. Viikari-Juntura (toim.) Duodecim. Helsinki, 20- 27.
- Pohjolainen T. 2012. Leikkaushoitoon liittyvä kuntoutus. Lonkan nivelrikko. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 28.1.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi>.
- Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014. (online). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki:

- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 15.2.2015. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
- Price, B. 2003. Phenomenological research and older people. *Nursing Older People* 15, 24–29.
- Pringle, J., Drummond J., McLafferty E & Hendry C. 2011 Interpretative phenomenological analysis: a discussion and critique. *Nurse Researcher* 18, 20–24.
- Queen, R., Appleton, J., Butler, R., Newman, E., Kelley, S., Attarian, D. & Bolognesi, M. 2014. Total hip arthroplasty surgical approach does not alter postoperative gait mechanics one year after surgery. *PM & R: the Journal of Injury, Function, and Rehabilitation* 6 (3), 221-226.
- Rantanen, P., Keinonen, A. & Mäkelä, A. 2004. The 2004 Implant Yearbook on Orthopaedic Endoprostheses. Finnish Arthroplasty Register. Helsinki:Lääkelaitos.
- Reardon, K., Galea, M., Dennett, X., Choong, P. & Byrne, E. 2001. Quadriceps muscle wasting persists 5 months after total hip arthroplasty for osteoarthritis of the hip: a pilot study. *Internal Medicine Journal* 31, 7-14.
- Remes, V., Paavolainen, P. & Vuorinen, J. 2004. Kenet pitäisi lähettää arvioon lonkan tekoniivelleikkausta varten? *Suomen Lääkärilehti* 59, 273-277.
- 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 tekoniivelkirurgian kustannukset ja vaikuttavuus. *Stakes, Työpapereita* 29.
- Remes, V., Eskelinen A, Huopio J, Kettunen J, Virolainen P. 2010. (toim.) Teoksessa Hyvä hoito lonkan ja polven tekoniivelkirurgiassa 2010. Suomen artroplastia yhdistys Joensuu: PunaMusta.
- Salem, G., Wang, M., Young, J., Marion, M. & Greendale, G. 2000. Knee strength and lower- and higher-intensity functional performance in older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 32, 1679-1684.
- Santavirta, S., Lappalainen, R. & Kontinen, Y. 2004. Tekoniivelmateriaalit. *Duodecim* 120, 2020-2026.
- Sharma, L. & Kapoor, D. 2006. Epidemiology of osteoarthritis. 2006. Teoksessa R. Altman, M. Hochberg, J. Buckwalter & V. Goldberg. *Osteoarthritis. Diagnosis and*



- medical/surgical management (toim.) 4.painos. Philadelphia: Moskowitz Lippincott Williams & Wilkins, 3-26.
- Sharma, V., Morgan P. & Cheng, E. 2009. Factors Influencing Early Rehabilitation After THA A Systematic Review. *Clinical orthopaedics and related research* 467, 1400–1411.
- Sicard-Rosenbaum, L., Light K. & Behrman, A. 2002. Gait, lower extremity strength, and self-assessed mobility after hip arthroplasty. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 57, 47-51.
- Singh, J., Kwok, K., C., Boudreau, R., Gwo-Chin Lee, G-C. & Ibrahim, S. 2011. Hospital volume and surgical outcomes after elective hip/knee arthroplasty: A risk adjusted analysis of a large regional database. *Arthritis and Rheumatism* 63 (8), 2531–2539.
- Smith, J., Flowers, P. & Larkin, M. 2009. *Interpretative phenomenological analysis. Theory, method and research.* London: Sage.
- Stavrev VP & Ilieva E. 2003. The holistic approach to rehabilitation of patients after total hip joint replacement. *Folia Medica* 45 (4), 16-21.
- Stergiou-Kita, M. & Grigorovich, A. 2014. Community Reintegration Following a Total Joint Replacement: A Pilot Study. *Musculoskeletal Care* 12 (2), 103-113.
- Stockton, K. & Mengersen, K. 2009. Effect of Multiple Physiotherapy Sessions on Functional Outcomes in the Initial Postoperative Period After Primary Total Hip Replacement: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 90, 1652-1657.
- Stogiannidis, I., Puolakka, T., Halonen, P., Pajamäki, J., Syrjä, H., Konttinen, Y., Virtanen, S. & Lehto, M. 2007. Lonkan pinnoitetekonivel - vaihtoehto perinteiselle tekonivelelle. *Lääkärilehti* 48, 4519-4525.
- Suetta, C., Magnusson, P., Rosted, A., Aagaard, P., Jakobsen, A., Larsen, L., Duus, B. & Kjaer, M. 2004. Resistance training in the early postoperative phase reduces hospitalization and leads to muscle hypertrophy in elderly hip surgery patients;a controlled, randomized study. *Journal of the American Geriatrics Society* 52, 2016-22.
- Suetta, C., Aagaard, P., Magnusson S., Andersen, S., Sipilä, A., Rosted, A., Jakobsen, B. & Duus, M. 2007. Muscle size, neuromuscular activation, and rapid force characteristics in elderly men and women: effects of unilateral long-term disuse due to hip-

- osteoarthritis. *Journal of Applied Physiology* 102, 942- 948.
- Suomen laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. Viitattu 3.2.2015. [finnlex.fi](http://finnlex.fi)
- Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. 1-2.painos. Rauma: West Point Oy.
- Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. *Fysioterapia. Toimintakyky ja kuntoutus.* Helsinki: Hoitotieto.
- Tarnanen, K., Huusko, T. & Sipilä, R. 2011. Lonkkamurtuma. Viitattu 15.2. 2015. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi).
- Tilastokeskus. 2009. Suomen virallinen tilasto. Väestöennuste 2009–2060. Viitattu 14.2.2013. [www.tilastokeskus.fi](http://www.tilastokeskus.fi).
- Tomey, K. & Sowers, M. 2009. Assessment of Physical Functioning: A Conceptual Model Encompassing Environmental Factors and Individual Compensation Strategies. *Physical Therapy* 89 (7), 705-714.
- Trudelle-Jackson, E. & Smith, S. 2004. Effects of a late-phase exercise program after total hip arthroplasty: a randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 85, 1056-1062.
- Tsukagoshi, R., Tateuchi, H., Fukumoto, Y., Okumura, H. & Ichihashi, N. 2012. Stepping exercises improve muscle strength in the early postoperative phase after total hip arthroplasty: a retrospective study. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 91, 43-52.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.
- Varto, J. 2005. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Viitattu 28.1.2015 [http://arted.uiah.fi/synnyt/kirjat/varto\\_laadullisen\\_tutkimuksen\\_metodologia.pdf](http://arted.uiah.fi/synnyt/kirjat/varto_laadullisen_tutkimuksen_metodologia.pdf).
- Willberg, M. & Valtonen H. 2007. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 36.
- Ylinen, J. 2011. Hoitotakuu jää usein toteutumatta TULE-sairauksien kuntoutuksessa. *Suomen Lääkärilehti* 66 (14), 1201–1206.
- Ylinen, J. 2014. Terveydenhuollon epätasa-arvo näkyy kuntoutuksessa. *Suomen Lääkärilehti* 39. Pääkirjoitus.
- Youm, T., Maurer, S. & Stuchin, S. 2005. Postoperative management after total hip and knee

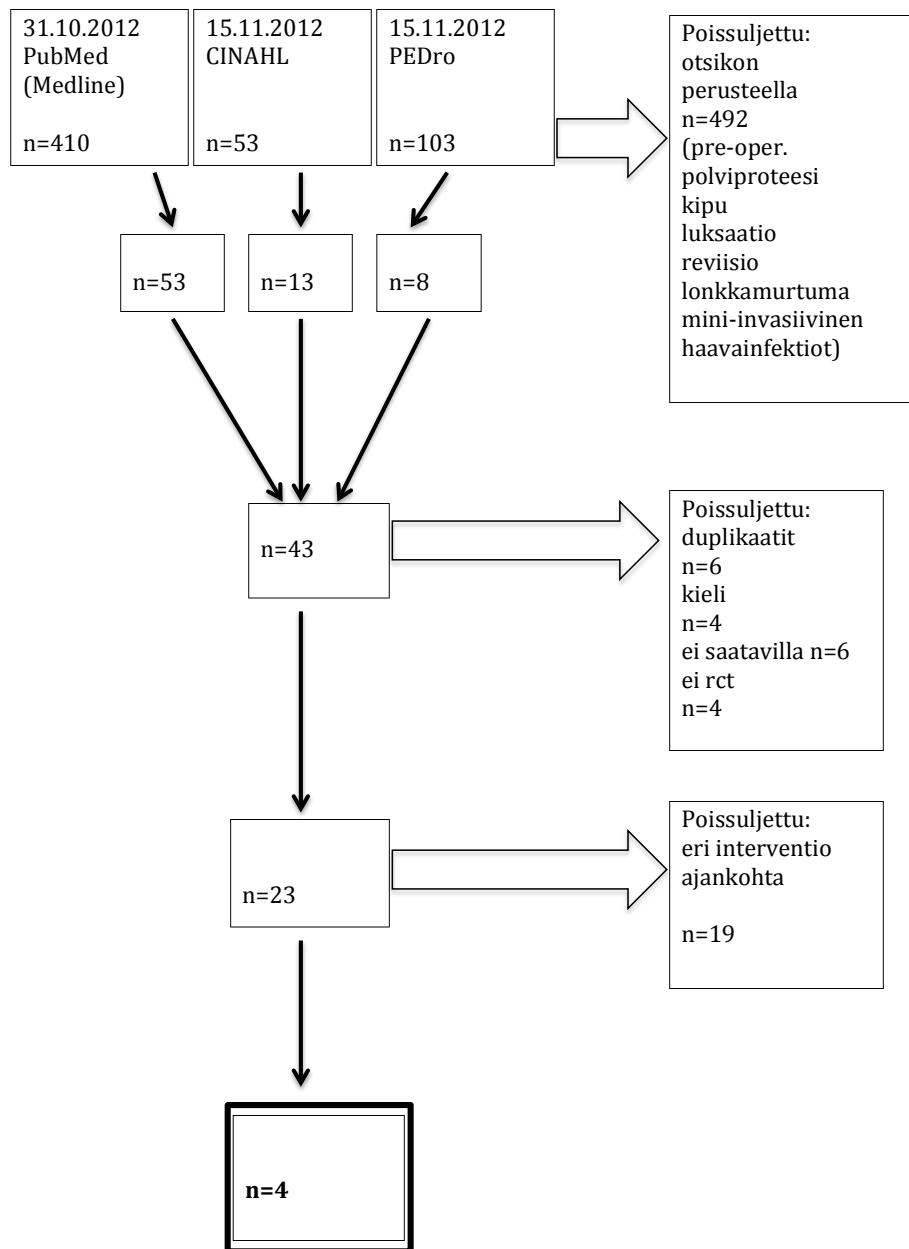
arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty* 20, 322-324.

Åstedt-Kurki, P. 1992. Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis A 349.

# LIITE 1 hakupolku

## Hakupolku

Hakusanat: arthroplasty hip, replacement hip and physiotherapy or rehabilitation




## LIITE 2 laadunarviointi

### Tutkimusten laadunarviointi, Furlan

Furlan	Galea ym. (2008) rct-tutkimus	Husby ym. (2009) rct- tutkimus	Suetta ym. (2004) rct- tutkimus	Tsukagoshi ym. (2012) retrospektiivinen tutkimus
1. Satunnaistaminen ryhmiin	-	x	x	-
2. Sokkouttaminen ryhmiin	x	x	x	-
3. Sokkoutetut koehenkilöt	-	-	-	-
4. Sokkoutettu tutkimusryhmä	-	-	x	-
5. Sokkoutetut tulosten arviointijat	-	-	-	-
6. Poisjääneiden kuvaus	x	x	x	x
7. Analysointi alkuperäisissä ryhmissä	x	x	x	x
8. Ei valikoituneita tulomuuttujia	x	x	x	x
9. Ryhmät perustaltaan samanlaisia	x	x	x	x
10. Ei muita hoitoja	x	x	x	x
11. Ryhmän myöntövyvyys	x	x	x	x
12. Sama arviointi ajankohta	x	x	x	x
Pisteet	8/12	9/12	10/12	7/12

## LIITE 3 suostumus

### SUOSTUMUS FYSIOTERAPEUTTINEN POTILAAN OHJAUS SAIRAALASSA TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA:

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimukseen  keskussairaalassa. 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.

Jyväskylässä                      päivänä                      kuuta 2013.

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

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

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Arja Piirainen  
Tutkimuksen vastuhenkilö  
Suostumuksen vastaanottaja  
[Arja.piiirainen@jyu.fi](mailto:Arja.piiirainen@jyu.fi)  
Puh 040-805 3585

## LIITE 4 kuvaus

### **AUNE kuvaus**

#### 1.haastattelu

Aune on kotiutunut edellisenä päivänä oltuaan sairaalan jälkeen toipumassa palvelutalossa.

Koti-ikävä oli jo hiukan, mutta nyt on kyllä väsyttänyt. Kotiintulo ei pelottanut yhtään, Aune jo odotti kovasti pääsevänsä kotiin. Omasta terveystieteidenkeskussairaalaan muistaa hirveen hyvät ihmiset. Keskusairaalaan ei muista mitään, kertoo, että sieltä siirrettiin omaan terveystieteidenkeskussairaalaan jo saman iltana. Alkuun lähtenyt varovasti liikkeelle, kun polvikin on ihan tohjana. Aune sanoo olevansa semmonen hutilo eikä aina muista kun nopeasti käännähtää jaloillansa. Sanoo, että pari viikkoa pitäisi vielä olla varovainen. Leikkauksen meno jännitti, kun Aunella ollut rytmihäiriöitä niin hän pelkäsi hyytymää niin että menisi loppukin järki. Tai että sammuu siihen tai jää sängyn pohjalle. Omasta tk:sta muistaa, että kaksi asiantuntevaa naista kävelytti Aunea ja myös porraskävelyä harjoiteltiin. Nyt Aune käyttää rollatoria, sauvakävely ei tuntunut hyvältä. Jumppaohjeita sanottiin, että tehdä niitä samoja. Tk:sta mennyt hoitokotiin ja sielläkin kävelty, myös ulkona. Ohjeet oli hyviä, mutta ei oikein muista mitä; jalkaa taakse ja mitä kaikkea. Ohjeet nyt jääneet jonkin, ei muista minne. Arvelee olleensa tk:ssa toista viikkoa ennen siirtymistään hoitokotiin, tarkkaan ei muista. Hoitokodissa aika tuntunut lomalta. Viime yön nukkunut hyvin, samoin muuallakin. Hoitokoti oli kauhean kiva paikka, mukavia ihmisiä, kukaan ei ollut nirppanokka. Nyt kotona on valmisruokia mutta Aune sanoo pystyvänsä itse kokkailemaan. Apua kotona nyt käynyt, mutta sanoo pystyvänsä itse tekemään ruuan ihan niin kuin aikaisemminkin. Lapset asuu lähellä ja huolehtivat kauppareissut ja käyvät usein. Sängystä pääsee yksin ylös ja aamupesut tehnyt yksin. Isompiin pesuihin saa huomenna apua. Tukia pojat laittaneet vessaan. Matot on pois. Sukat saa jo jalkaan itse. Aikaisemmin ei ole tarvinnut apua; itse siivonnut ja kantanut puut saunaan ja lämmittänyt sen. Nyt apua käy kahdesti päivässä. Kipuja ei ole hirveästi ollut. Aune kertoo, että särkylääkkeet on nyt käsketty ottaa, kun ne hoitavat myös tulehdusta. Kipuja ei oikeastaan ole enää. Leikkaava lääkäri oli ollut kivan tuntuinen ihminen, oli sanonut tekevänsä lonkasta sellaisen kuin tekisi itselleen. Sairaalassa ei pelottanut eikä jännittänyt, oli vaan mielissään kun pääsi. Kaikki kävi nopeasti, taju oli kankaalla eikä kerjennyt jännittämään. Herättyään oli hyvä mieli, että näin on menny eikä ole mitään vaivaa. Mielissään Aune oli. Päiväunia Aune on ottanut koko ajan. Aunen oli tarkoitus pinota puut

ennen leikkausta, mutta ei ollut kerjennyt. Paljon tehnyt ns. miesten hommia, kun jäänyt leskeksi neljä vuotta sitten. Toivoo, että pääsee haravoimaan ensin pihaa. Lunta luonut talvisin ja siinä sekä lonkaa että polvi vaivaantunut. Aune on ikänsä tehnyt fyysisesti raskasta työtä. Käsissä edelleen voimaa ja riippuu kuin apina. Fysioterapiaan arvelee vielä menevänsä ja muistaa niitä liikkeitä, mitä pitäisi tehdä, taaksepäin ja sillai. Aune ei tiedä tuleeko liikkeitä tehtyä mutta hän uskoo, että ei jumitu etteikö ne menisi. Aune arvelee, että jälkikontrolli on omaan tk:seen. Tulevasta kesästä Aunella on tyyni ja rauhallinen olo, kun on päässyt tänne ja kaikki on nyt vielä ainakin niin hyvin. Nauttii kun on saanut nyt itse keittää kotona kunnan puuroa voisilmän kera. Aune kertoo, että tämä on hiljainen paikkakunta ja odottikin että naapuriin olisi muuttanut joku nainen kenen kanssa saisi jutella. Kun mies kuoli, niin ei enää päässyt autolla kauppaa ja piti ruveta tekemään lapsille listaa. Lapset kyllä kovasti auttaneet ja myös lapsenlapsi. Aika ei ole tullut pitkäksi, puita tykkää tehdä kovasti. Haaveena olis ruveta puupinoja tekemään. Ulos eikä saunalle vielä mene yksin.

Aune kertoo, että tämä oli semmonen erilainen pätkä elämästä. Häntä kauheasti vaivasi, että on pakko tehdä tämmönen. Sitten oli hyvä kun tehtiin. Oli pojalleen vihainen ensin, kun oli mennyt järjestämään leikkauspäivän. Oli ihan loukkaantunut, että eikö itse voi päättää. Nyt kuitenkin kiittää poikaansa. Ohjeista ei osaa sen tarkemmin määritellä, mikä on ollut erityistä, kaikki mennyt hyvin. Etukäteen Aune ajatteli, että hyi kauheaa, mitenköhän se onnistuu ja menee. Kipuja ei niinkään mutta onnistumista ja että päähän tulee jotain.

Aune olisi halunnut keskustella etukäteen enemmän jonkun kanssa että ei olisi ollut pelkkä puhelinsoitto. Kaikki on kuitenkin mennyt joka paikassa hyvin ja Aune toivoo, että pysyy ja paranee tuo. Huonoja kokemuksia Aunella ei ole. Paitsi että suuttui silloin pojalleen, mutta sulii sitten ja ajatteli, että tähän on ihan hyvä juttu. Hyvin on mennyt, jos tää loppukin menee. Se on minusta kiinni, että oon nätisti tuon ajan, Aune jatkaa.

## 2.haastattelu

Aune on käynyt eilen ortopedin luona omassa tk:ssaan, joka ei sanonut juuta eikä jaata, sano vaan, että lonkka on ollu hyvä. Lääkäri oli vähäpuheinen ja kiireinen, kuvia ei kuulemma



otettu. Lääkäriaikaa oli siirretty lääkärin sairastumisen takia useita viikkoja ja Aune arveli, että tämä ei ollut se vakituinen. Käynti ei kestänyt pitkää ja Aune valitteli polveaan johon lääkäri oli sanonut että katsotaan viiden vuoden päästä. Aune sanoi, että ei ole hengissä enää silloin.... Aune kertoo käyneensä oma tk:n fysioterapiassa neljä kertaa voimistelemassa. Kaikki liikkeitä ja rappusia. Hirveen kiva nainen oli ja nuori tyttö oli opettelemassa. Nyt Aune kertoo jo kauan kantaneensa puitakin, aluksi salaa ja hissukseen. Mitään ei ole sattunut. Alkuviikosta siivonnut koko talon, tampannut matot yms. Apua käy vieläkin kaksi kertaa päivässä ja Aune on siihen todella kyllästynyt. Kyselevät , että onko Aune syönyt ja vaikka sanoo olevansa syönyt, niin tekevät voileivän, joka pakko syödä. Ne ei uskoneet. Ja että Aune haluaa itse lämmittää sauna ja käydä siellä. Kunnan puolesta käyvät eivätkä ole mukavia, valituksia on kuulemma tullut muiltakin. Aune meinaa lopettaa sen kokonaan, mitään eivät tee muuta kuin nimi paperiin ja lasku. Saunassa Aune käynyt jo pitkään yksin. Äkkiä toipuminen on lähtenyt sitten käyntiin. Eilen keskustassa kävellyt jo pitkän matkan ongelmitta. Pihalla Aune käyttää rolltoriakin pihalla, kun sellainen on sinne hankittu (ostettu). Postin hakee ja se menee niin helposti ja mukavasti. Ensi viikolla viedään kaikki apuvälineet pois. Lapsenlapsi pääsee nyt armeijasta ja alkaa taas mummolle kuskiksi. Heillä synkkaa hyvin. Omilla lapsilla aina kiireitä, niin Aune aina miettii, että kehtaako pyytää kauppaan... Taksilla myös käynyt hoitelemassa asioita ja sekin mennyt hyvin. Aune kokee olleensa hirveen virkeä, siivoillut ja laitellut eikä mitään masennusta tai semmoista ole ollut ollenkaan. Miettii, meneekö asiat nyt paremmin kuin ennen leikkausta, no, ehkä helpommin. Edelleen muistelee, kuinka kouraisi, kun poika oli hommannut lääkäriajan. Poika on niin tarkka, että asiat pitää hoitaa. Ja hyvähän se nyt oli, että tuli hoidettua. Kipuja ei ole ollut ja yöt Aune nukkuu hyvin. Särkylääkkeitä ei tarvi eikä lonkka kipeydy rasituksestaan. Päivittäin on yhteyksissä lastensa kanssa ainakin puhelimitse. On onnellinen, kun menee niin hyvin lasten kanssa ja ne huolehtii ja on tarkkoja. Ovat kuitenkin nähneet, että äiti pärjää ja Aune on saanut olla rauhassa. Välillä Aunella on sydän tuntemuksia, mutta niitä on ollut aina. Ne asettuu, kun rauhoittuu. Aune pystyy tekemään kaikkea mitä haluaakin, matot haluaa luistella, mutta tekee niitä sitten vähitellen. Päiväunia ei ota enää, mutta istahtaa ja lukee lehtiä välillä. Jumppaohjeita Aune ei sen enempää olisi tarvinnutkaan, tk:n fysioterapeutin kanssa jutelleet, että kaikki meni jo alunperinkin hyvin, ne toimi ne jalat. Kotona alkuun jumppailut fysioterapian välipäivinä. Eilinen kävely vähän aristi, kun piti kiriä vauhtia, kun alkoi sataa, meni ohi levolla. Aune on ollut kevyellä mielellä. Eilinen asioilla käynti piristi, Aune tuumaa, että pitäisi lähteä useamminkin. Yksinäiseksi ei itseään koe. Aune nauttii, kun saa siivota ja pitää paikat kunnossa. Yllätyksiä ei Aunella ole ollut ainoastaan se, että on niin pian toipunut.

Ohjeet alussa koee hyväksi; monenlaista neuvoa ja varovaisuutta kerrottiin omasta tk:sta. Hoitokodin koee hyväksi jutuksi alkuun. Sai mennä valmiiseen pöytään, se oli kuin lomaa. Aunen mielestä *siitä juuri siellähän lonkasta niin hyvä tulikin. Käytiin pihalla aina kun halusi hoitajan kanssa. Se oli hyvä viikko, se se mut virkistikin oikein.* Kotona olisi ollut hankalaa, mutta talo pärjäsi yksinään, kun taloa katto lapset.

Aune toivoo pääsevänsä kesällä teatteriin, kunhan ilmat lämpiää. Aune miettii pitkään, askarruttaako jokin tulevaisuudessa. Kertoo, että raha mietityttää. Eläke on pieni ja talosta menee maksuja. Lapsille haluaisi antaa enemmän. Terveysten suhteen toivoo, että mitään hirveätä ei satu, jos näin menisi, niin hyvä olisi. Tykytyksiä tulee välillä, kun Aune hermostuu, mutta välejä voi olla useita kuukausia. Ne ei tule fyysisestä rasituksesta vaan kun miettii jotain sydämessään. Aune tykkää, kun Juhannus on tulossa ja kaikki on ok.

## LIITE 5 merkitysyksiköitä

### Merkitysyksiköitä

merkitysyksiköitä
<ul style="list-style-type: none"><li>•kävely lisääntyvässä määrin</li><li>•kalastus onnistuu</li><li>•miten lonkkaa saa liikuttaa</li><li>•mitä saa tehdä punttisalilla</li><li>•jälkikontrolli nopea</li><li>•tarkemmat ohjeet kolmen viikon jälkeen</li><li>•pyörällä ei voi ajaa</li><li>•kävellessä ontuu polven takia</li><li>•kotihommat onnistuu omatoimisesti</li><li>•ei kipuja</li><li>•törttöjä hoitajia</li><li>•flegmaattinen fysioterapeutti</li><li>•ei yksilöllistä huomioimista</li><li>•liian hätäinen kotiuttaminen</li><li>•väärä diagnoosi</li><li>•luottamus leikkaavaan lääkäriin</li><li>•kirjalliset ohjeet hyvät</li><li>•omalle kunnalle kiitos</li><li>•pelko muuttunut helpotukseksi</li><li>•ystävien tuki</li><li>•toimiva kotisairaanhoido</li><li>•odotus oman harrastuksen pariin</li></ul>

merkitysyksiköitä
<ul style="list-style-type: none"><li>•pyörällä ajaminen ei onnistu</li><li>•toipuminen ei ole ollut toivomusten mukaista</li><li>•ottaa päähän, kun ei pääse liikkeelle</li><li>•muut leikatut pystyy, itse ei</li><li>•ei voi mennä töihin</li><li>•vain kepin kanssa kävely onnistuu</li><li>•kipua astuessa</li><li>•leikkaamaton lonkka vaivaa</li><li>•ohjeet tutut</li><li>•ohjeista ei hyötyä</li><li>•selkä vaivaa</li><li>•kaverit auttaa</li><li>•pakko hymyillä</li><li>•toivoo parasta, pelkää pahinta</li><li>•taivaallinen olo</li><li>•matkustelu junalla onnistuu</li><li>•haravoi pihaa</li><li>•tyytyväinen ja kiitollinen</li><li>•kävelee kivuita ja apuvälineittä</li><li>•ei särkylääkkeitä</li></ul>

merkitysyksiköitä
<ul style="list-style-type: none"><li>•poika auttoi</li><li>•alkuun mahatauti</li><li>•uusi reumalääkitys</li><li>•reumapolilla käyntejä</li><li>•ei huolta tulevaisuudesta</li><li>•miehen hoitaminen vienyt voimat</li><li>•toiveikas ja samalla surullinen</li><li>•hautajaisjärjestelyjä</li><li>•tulevaisuuden suunnittelu</li><li>•sairaalasta ei muista mitään</li><li>•hoitokoti alussa virkisti</li><li>•hyvä mieli</li><li>•toipuminen yllättävän nopeaa</li><li>•tekee kotona kaiken</li><li>•virkeä</li><li>•nukkuu hyvin</li><li>•kevyt mieli</li><li>•lapset auttaa</li><li>•helpotus</li><li>•toive elämän jatkumisesta ennallaan</li></ul>