

STADIA

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

POTILASOPAS LONKAN TEKONIVELLEIKKAUKSESTA

Hoitotyön koulutusohjelma,
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
31.10.2007

Milja Liuhanen
Heli Nieminen
Henna Rajala
Venla Rönkkö



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö		Sairaanhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Milja Liuhanen, Heli Nieminen, Henna Rajala ja Venla Rönkkö			
Työn nimi			
Potilasopas lonkan tekonivelleikkauksesta			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Syky 2007	30 + 1 liite	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa potilasopas lonkan tekonivelleikkaukseen menevälle potilaalle. Työmme on osa Helsingin ammattikorkeakoulun ja Länsi-Talinnan Keskussairaala Oy:n StaLT-yhteistyöhanketta. Tuottamamme opas on tarkoitettu Pelgulinnan sairaalan ortopedisen vuodeosaston tekonivelleikkauspotilaille ja sen tavoitteena on antaa potilaille konkreettista tietoa, parantaa hoitotyön laatua ja lievittää potilaiden pelkoja.</p> <p>Työmme koostuu tutkittuun tietoon perustuvasta kirjallisesta osuudesta ja sen pohjalta tehdystä potilasoppaasta. Aineiston kerääminen aloitettiin syksyllä 2006 ja työ valmistui syksyllä 2007. Lähdeaineistona käytettiin hoitotieteellistä kirjallisuutta ja lääketieteellisiä julkaisuja.</p> <p>Pelgulinnan sairaalassa tehdään vuosittain noin 120 lonkan tekonivelleikkausta. Tyypillisesti lonkan tekonivelleikkaukseen saapuva potilas on iäkäs nainen, joka sairastaa nivelrikkoa. Onnistunut lonkan tekonivelleikkaus vaatii potilaalta hyvää valmistautumista leikkaukseen sekä motivaatiota kuntoutumiseen. Onnistuessaan leikkaus parantaa potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä.</p> <p>Teoriaosuudessa käsiteltiin lonkan rakennetta, nivelrikkoa, tekonivelen materiaaleja ja kiinnitysmenetelmiä, potilaan hoitoa ja ohjausta ennen ja jälkeen leikkauksen sekä potilasoppaan laadintaa.</p>			
Avainsanat			
tekonivel, potilasohjaus, potilasopas, lonkka, kuntoutus			



Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Milja Liuhanen, Heli Nieminen, Henna Rajala and Venla Rönkkö			
Title			
A Patient Guide to The Hip Replacement Surgery			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Autumn 2007	30 + 1 appendix	
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of our final project was to produce a guide for patients undergoing hip replacement surgery. Our project is part of the co-operation project StaLT between Helsinki Polytechnic Stadia, Finland and The West Tallinn Central Hospital, Estonia. The guide is designed for the patients of The Pelgulinna Hospital, Estonia, undergoing the hip replacement surgery. The objective of the guide is to give concrete information for patients, improve the quality of nursing and relieve patients fears.</p> <p>Our project consists of two parts, a written theoretical part and the guide for patients. The collation of the material began in the autumn 2006 and the project was completed in the autumn 2007. The source material was nursing research articles and medical journals.</p> <p>Approximately 120 hip replacement surgeries are done in The Pelgulinna Hospital each year. A typical patient coming to the surgery is an elderly woman suffering from arthrosis. The successful hip replacement surgery requires good preparation and motivation for rehabilitation of the patient. When successful the surgery will improve the patient's quality of life and functional ability.</p> <p>The written part dealt with hip anatomy, arthrosis, materials and attachment methods used in endoprosthesis. Moreover, nursing and patient guidance before and after the surgery as well as preparing the guide were included in the theoretical part.</p>			
Keywords			
endoprosthesis, patient guidance, guide, hip, rehabilitation			

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 LONKAN RAKENNE JA TOIMINTA	2
3 LONKAN NIVELRIKKO JA LONKAN NIVELRIKON HOITO	2
4 LONKAN TEKONIVELLEIKKAUS	4
4.1 Lonkan tekonivelen materiaalit	5
4.2 Lonkan tekonivelen kiinnitys	6
5 LONKAN TEKONIVELLEIKKAUSPOTILAAN HOITO JA OHJAUS	7
5.1 Tekonivelleikkauspotilaan hoito ja ohjaus ennen leikkausta	8
5.1.1 Potilaan valmistautuminen leikkaukseen kotona	8
5.1.2 Potilaan valmistaminen leikkaukseen osastolla	9
5.2 Tekonivelleikkauspotilaan hoito ja ohjaus leikkauksen jälkeen	13
5.2.1 Osastolla tapahtuva leikkauksenjälkeinen hoito ja ohjaus	13
5.2.2 Potilaan ohjaus kotiinlähtötilanteessa	15
5.2.3 Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisiä komplikaatioita	17
6 POTILASOPPAAN LAATIMINEN	19
6.1 Hyvä opas	19
6.2 Oppaan laadintaan vaikuttaneita tutkimustuloksia potilasohjauksesta	21
7 POHDINTA	24
LÄHTEET	27

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme on osa Helsingin ammattikorkeakoulun ja Länsi-Tallinnan Keskussairaala Oy:n StaLT-yhteistyöhanketta, jonka tarkoituksena on kehittää Länsi-Tallinnan Keskussairaala Oy:n hoitotyön laatua EU-maiden vaatimalle tasolle. StaLT-hanke on toiminnassa vuodesta 2004 vuoteen 2008. Hankkeessa valmistuu yhteensä yli 30 opinnäytetyötä. Länsi-Tallinnan Keskussairaala Oy muodostuu useammista sairaalarakennuksista ja erikoisaloista. Opinnäytetyömme tehdään Pelgulinnan sairaalan ortopediselle vuodeosastolle. Pelgulinnan sairaala on yksi Länsi-Tallinnan Keskussairaala Oy:n sairaaloista.

Vuonna 2004 Virossa tehtiin 1 074 lonkan tekonivelleikkausta (Sotiaalministerium 2007). Tarkoituksenamme oli tuottaa potilasopas lonkan tekonivelleikkaukseen menevälle potilaalle. Opas on suunnattu potilaille, ja se sisältää tietoa lonkan tekonivelleikkauksen preoperatiivisesta valmistelusta, itse operaatiosta sekä postoperatiiviseen kuntoutukseen liittyvistä asioista. Opas on suunniteltu annettavaksi potilaalle ennen leikkauksta osastolla tai jo aikaisemmin poliklinikalla, jotta hän voi rauhassa tutustua sen sisältämään tietoon ja tarvittaessa kysellä hoitohenkilökunnalta lisää tietoa leikkaukseen ja omaan hoitoonsa liittyen. Potilaan on hyvä tutustua myös postoperatiiviseen kuntoutukseen liittyviin asioihin etukäteen, jotta hänellä olisi realistiset odotukset omasta kuntoutumisestaan. Opas palvelee potilasta myös hänen kotiuduttuaan, sillä se sisältää ohjeita kotona selviytymiseen ja erilaisia kuntoutumista edistäviä voimisteluliikkeitä.

Työmme koostuu tutkittuun tietoon perustuvasta kirjallisesta osuudesta ja sen pohjalta tehdystä potilasoppaasta. Työn tavoitteena on antaa potilaille konkreettista tietoa, lievittää potilaiden pelkoja ja parantaa hoitotyön laatua.

2 LONKAN RAKENNE JA TOIMINTA

Lonkkanivel on yksi vakaimmista nivelistä, minkä ansiosta kehon paino on helppo tasapainottaa alaraajojen päälle (Davis 1994: 284; Bjälje – Haug – Sand – Sjaastad – Toverud 2002: 185). Lonkkanivel on kuitenkin erityisen haavoittuva, koska siihen kohdistuu lähes koko kehon paino (Footner 1987: 64). Lonkkanivelen nivelpussi on melko tiukka, ja sen tukena on vahvoja nivelsiteitä. Tämän vuoksi lonkan liikelaajuudet ovat pienemmät kuin olkanivelen, jossa nivelpussi ja nivelsiteet ovat suhteellisen löysiä. Lonkkanivelen pääasiallisia liikepareja on kolme, koukistus ja ojennus, loitonuus ja lähennys sekä sisäänkierto ja uloskierto. Liikkeet voivat esiintyä myös yhdistelminä. Esimerkiksi, kun alaraaja liikkuu eteenpäin ja vinosti sivulle, kysymyksessä on lonkan koukistuksen ja loitonnuksen yhteisvaikutus. (Bjälje ym. 2002: 177–185.)

Reisiluun pään pintaa peittää rustokerros, ja se asettuu lonkkaluussa lonkkamaljaan muodostaen pallonivelen. Reisiluun pään ja luun varren välillä on 4–5 senttimetrin mitainen reisiluun kaula (Bjälje ym. 2002: 184). Jotta seisominen on mahdollista, lonkan tulee olla suoristettuna ja istuessa lonkan tulee olla koukistettuna. Normaalissa kävelyssä on yhdistettynä lonkan suoristamista ja koukistamista. Kävelyssä lonkkaniveleen vaikuttavat tekijät ovat ihmisen kehon paino sekä reiden ja pakaralan lihakset. Tästä syystä reisiluun pään täytyy olla lähes pallon muotoinen ja sen täytyy sopia lähes täydellisesti vastaavaan lonkkamaljaan, jotta lonkkaniveleen kohdistuva paino jakautuisi tasaisesti. Kuitenkin, koska painoa kannatteleva pinta on äärimmäisen pieni ja siihen kohdistuu todella paljon rasitusta, on ymmärrettävää, että lonkkanivelessä esiintyy paljon ongelmia. (Davis 1994: 284–285.)

3 LONKAN NIVELRIKKO JA LONKAN NIVELRIKON HOITO

Nivelrikko eli artroosi on ei-tulehduksellinen rappeuttava tauti, joka vaikuttaa nivelen pintoihin (Footner 1987: 64). Nivelrusto menettää kimmoisuutensa, nivelrikon edetessä rusto kovettuu, hilseilee tai pehmenee ja kuoriutuu luun päältä. Rustonalainen luu kovee ja paineen kasvaessa luun pinnalle muodostuu ulokkeita eli osteofyyttejä. Nivel kääntyy virheasentoon muuttuneiden kuormitusolosuhteiden johdosta, ja vähitellen nivelen liikealue pienenee. Täysin kehittyneessä taudintilassa nivel jäykistyy liikkumat-

tomaksi eli ankyloituu. (Pajamäki – Nevalainen – Peltonen – Lindholm 1994: 135.) Muita nivelrikkoon johtavia tiloja ovat muun muassa traumat, verisuoniston rappeutuminen, synnynnäiset tai lapsuudenaikaiset häiriöt, kuten skolioosi ja lonkan sijoiltaanmeno, sekä erilaiset sairaudet, kuten kihti ja akromegalia eli jättikärkisyys (Footner 1987: 65).

Nivelrikkoa esiintyy useammin naisilla kuin miehillä, ja sen esiintyvyys kasvaa iän myötä. Lonkan nivelrikon alkuvaiheen kipuja voidaan lievittää vähentämällä lonkan kuormitusta esimerkiksi vastakkaisella puolella käytetyn kyynärsauvan avulla. Särky-lääkkeillä helpotetaan kipua. Mikäli nivelessä on paikallinen tulehdus, voidaan sitä lievittää tulehduskipulääkkeillä. Fysioterapialla, kuten erilaisilla lämpöhoidoilla ja lihaksia vahvistavilla harjoituksilla, voidaan lievittää oireita. Laihduttaminen, työn rasittavuuden vähentäminen sekä kävelytuet vähentävät vaurioituneeseen niveleen kohdistuvaa rasitusta ja helpottavat useimpien potilaiden kohdalla alkuvaiheen oireita. Nivelrikon luonteeseen kuuluu oireiden vaihtelu ja alkuvaiheessa oireet vielä häviävätkin välillä, mutta ajan myötä kivut pyrkivät vähitellen lisääntymään. Valitettavasti osa potilaista ei reagoi riittävästi tai laisinkaan konservatiiviseen hoitoon. (Lonkan tekonivelleikkaus 2005; Footner 1987: 65; Pajamäki ym. 1994: 135.)

Kirurginen hoito tulee ajankohtaiseksi, kun lonkassa on leposärkyä ja kävely on selvästi rajoittunut eikä oireisto enää korjaannu muilla hoidoilla (Lonkan tekonivelleikkaus 2005). Nivelvaurioita voidaan korjata kirurgisesti monella eri tavalla. Lonkan nivelrikon kirurgisessa hoidossa käytetään artrodeesia eli nivelenjäykistämistä, osteotomiaa eli luuleikkausta sekä artroplastiaa eli nivelenmuovausleikkausta. Nykyään lonkan nivelrikon kirurginen hoito on lähes yksinomaan tekonivelkirurgiaa. (Pajamäki ym. 1994: 136.) Tekonivelkirurgia on nivelrikon ainoa kuratiivinen eli parantava hoito (Pajamäki 2005: 21).

Nivelenjäykistämällä nivel kiinnitetään tai jäykistetään toimivaan asentoon. Nivelen liikkeet rajoitetaan ja potilaalle jää jäykkä, mutta kivuton nivel. Nivelenjäykistämistä käytetään potilailla, jotka kärsivät pitkälle edistyneestä sairaudesta johtuvasta vakavasta ja lamauttavasta kivusta. On tärkeää, että potilaalla on polvessa operoidun jalan puolella, vastakkaisen puolen lonkassa ja selkärangassa hyvä liikkuvuus, koska nämä mahdollistavat potilaan vapaan liikkumisen. (Footner 1987: 66; Davis 1994: 213.)

Osteotomia eli luuleikkaus tehdään reisiluuhun yleensä reisiluun päässä sijaitsevien luulokkeiden väliin. Leikkauksessa luu katkaistaan ja virheasennot korjataan. Asennon korjauksella saadaan vaurioituneen nivelen rasiutusta vähennettyä ja tällä tavoin saadaan myös kipu paremmin hallintaan. Potilaita hoidetaan usein vedossa postoperatiivisesti noin kolme viikkoa. Tämän jälkeen varhainen mobilisointi kainalosauvojen avulla ja osittainen jalalle varaaminen on suositeltua. (Footner 1987: 66.) Osteotomia tarjoaa kivun lievitystä kuitenkin usein vain muutamaksi vuodeksi ja vaikeuttaa myöhempää tekonivelleikkausta. Osteotomia tulee kyseeseen lähinnä vain erityistapauksissa nuorilla potilailla. (Pajamäki ym. 1994: 136.)

Artroplastia eli nivelenmuovausleikkaus on vaurioituneen nivelen uudelleen muokkaamista luomalla uusi nivel. Leikkauksen tarkoituksena on tarjota potilaalle vakaa nivel, jossa on hyvä liikkuvuus ilman kipua. Yksi tapa suorittaa nivelenmuovausleikkaus on luoda valenivel. Valenivel saadaan aikaan tekemällä reisiluun pään ja kaulan avaus. Tehty aukko paranee ja se muodostaa säikeistä kudosta ja siitä muodostuu säikeinen nivel, joka on kivuton. Nivelenmuovausleikkaus voidaan suorittaa myös korvaamalla vaurioitunut nivel kokonaan uudella keinotekoisella nivelellä, jolloin kyseessä on tekonivelleikkaus. (Footner 1987: 66.)

4 LONKAN TEKONIVELLEIKKAUS

Lonkan tekonivelleikkauksen yleisin syy on lonkan nivelrikko eli lonkan kuluma (Lonkan tekonivelleikkaus 2005). Yleisimpiä syitä tekonivelleikkaukselle nivelrikon lisäksi ovat reumaattisiin sairauksiin liittyvät niveltulehdukset (Davis 1994: 285). Tekonivelkirurgia voi muuttaa täysin lonkan nivelrikosta kärsivien elämän. Tekonivelleikkaus parantaa potilaan elämänlaatua useilla elämän alueilla. Se vähentää kipuja, parantaa unen laatua ja lisää lonkkanivelen liikkuvuutta, jolloin myös potilaan mahdollisuus liikkua paranee. Tekonivelleikkaus vähentää potilaan riippuvuutta ystävistä ja sukulaisista ja lisää potilaan omatoimisuutta. (Davis 1994: 203; Remes – Paavolainen – Vuorinen 2004: 275.)

Jokiniityn (1994: 48–74) ja Rissasen (2002: 44–60) tekemissä tutkimuksissa kävi ilmi, että potilaat olivat kaiken kaikkiaan tyytyväisiä leikkauksella saatuihin tuloksiin. Lon-

kan tekonivelleikkaus vähensi huomattavasti potilaiden lonkkakipuun käyttämien särky-lääkkeiden määrää ja vähensi lonkkavaivoja. 1–3 kuukautta leikkauksen jälkeen iäkkäiden potilaiden kipu ei ollut enää jatkuvaa. Osalla potilaista kipu oli hävinnyt kokonaan. Potilaiden päivittäinen arkielämä helpottui leikkauksen ansiosta. Potilaan liikkuminen parani ja harrastukset lisääntyivät uudestaan, kun lonkan liikkuvuus lisääntyi. Myös heidän sosiaalinen elämänsä vilkastui ja heidän unensa oli yhtenäisempää. Mielialan koettiin kohentuneen.

Tekonivelleikkauksessa nivel paljastetaan, lonkka luksoidaan eli otetaan pois sijoiltaan, reisiluun kaula sahataan, valmistetaan kuppiosalle pesä tuhoutuneen nivelmaljan tilalle ja kiinnitetään kuppiosa paikalleen. Reisiluun ydinontelo työstetään niin, että varsiosa sopii reisiluun sisälle. (Pajamäki ym. 1994: 137.) Lonkan tekonivelproteesin osat ovat lonkkakuppi, varren pää eli nivelpallo, kaulaosa ja varsiosa. Kaikissa lonkan tekonivelproteeseissa ei kaulaosaa kuitenkaan ole. Nivelpallo voidaan koneistaa suoraan varsiosaan tai hitsata tai liittää kartioliitoksella kaulaosaan. Kartioliitos mahdollistaa proteesien pituuden säätämisen. (Kleimola 1988: 46–50.) Lonkan tekonivelleikkaus kestää noin 1,5-2 tuntia ja se tehdään joko nukutuksessa, epiduraali- tai spinaalipuudutuksessa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2007).

4.1 Lonkan tekonivelen materiaalit

Tekonivelleikkauksessa voidaan käyttää monia erilaisia materiaaleja. Itse tekonivelen materiaaleina voidaan käyttää metallia, keraamisia aineita, muovioita tai yhdistelmä-materiaaleja eli komposiitteja. Tekonivelen valinta on tehtävä yksilöllisesti potilaan anatomian ja odotettavissa olevan aktiviteetin mukaisesti. (Pajamäki 2005: 22–23; Santavirta – Lappalainen – Konttinen 2004: 2024.) Yleensä tekonivelen varsiosat ovat metallia ja kuppiosat polymeeriä eli muovioita. Kierreliitoksella kiinnitettävän lonkkakupin kierreosot ovat yleensä metallia ja sisäosat muovioita. (Santavirta ym. 2004: 2020.)

Lonkan tekonivelissä käytettävät metallit ovat kestäviä ja lujia. Ne ovat kuitenkin painavia, jäykkiä ja alttiita sähkökemialliselle syöpymiselle varsinkin kehon elektrolyyttejä sisältävissä nesteissä. Tekonivelissä käytettävä metalli on yleensä koboltti- tai titaani-pohjainen seos. Kobolttipohjaiset materiaalit ovat lujia ja korroosionkestäviä eivätkä ole magneettisia. Titaani on kohtalaisen kevyttä, mistä on etua erityisesti vanhemmille potilaille, joilla on useita proteeseja asennettuna. Titaani ei magnetisoidu, minkä

vuoksi se aiheuttaa magneettikuvissa suhteellisen vähän kuvan vääristymiä. (Santavirta ym. 2004: 2020–2021.)

Keraamit ovat kiinteitä metallien ja epämetallien, etenkin hapen, yhdisteitä. Keraameissa molekyylit sitoutuvat toisiinsa erilaisilla sidoksilla, jonka vuoksi ne kestävät hyvin kemiallista ja mekaanista kuormaa ja ovat kovia ja vahvoja. (Santavirta ym. 2004: 2023.)

Polymeerit eli muovit ovat muokattavia, ja niistä voidaan valmistaa edulliseen tuotantohintaan hyvin erimuotoisia implantteja. Niitä on saatavilla hyvin paljon erilaisia, niin että käyttötarkoituksen mukaan voidaan valita fysikaalisilta ja mekaanisilta ominaisuuksilta paras mahdollinen vaihtoehto. Polymeerien tärkeitä ominaisuuksia ovat lujuus ja pitkäikäisyys. (Santavirta ym. 2004: 2022.)

Yhdistelmäateriaalit eli komposiitit muodostuvat kahdesta tai useammasta materiaalista. Niitä käyttäen voidaan saavuttaa paremmat biomekaaniset tai biologiset ominaisuudet. Yhdistelmäateriaaleilla on monipuolisia ja edullisia ominaisuuksia riippuen käytetyistä materiaaleista. (Santavirta ym. 2004: 2024.)

4.2 Lonkan tekonivelen kiinnitys

Lonkan tekonivelen kiinnitykseen on olemassa erilaisia tapoja. Käytetyt menetelmät ovat ruuvikiinnitys, naulakiinnitys, sementtikiinnitys ja sementitön kiinnitys. Useimmin käytetyt menetelmät ovat sementillinen kiinnitys ja sementitön kiinnitys. Lonkkakupin kiinnitykseen käytetään ruuveja, nauvoja, sementtiä ja kierreliitosta. (Kleimola 1988: 49.) Tekonivelen kiinnitystapa vaihtelee käyttötarkoituksen mukaan (Pajamäki ym. 1994: 137).

Lonkan tekonivelen varren ruuvikiinnitysmenetelmässä reisiluun läpi porataan ruuvi, joka kantaa kuormituksen. Ruuvikiinnityksen etuja ovat kiinnityksen varmuus ja tukevuus. Käytössä kuormitus kuitenkin löystyttää liitosta. Huonoja puolia ovat asennuksen vaikeus ja jäykkyys. Naulakiinnityksessä proteesin varren läpi isketään nauvoja, jotka pitävät proteesin paikoillaan. (Kleimola 1988: 49.)

Sementittömässä kiinnityksessä lonkan tekonivelproteesissa on karhennettu pinta. Luu kasvaa proteesin pintaan ja kiinnittää proteesin luuhun 1–2 kuukauden aikana leikkauksesta. Sementitöntä kiinnitysmenetelmää käytetään yleensä alle 60-vuotiailla, koska sen vaihto on tarvittaessa helpompaa kuin sementillisen proteesin. (Kleimola 1988: 49–50.) Mikäli tekonivel kiinnitetään ilman sementtiä, täydellä painolla varaaminen sallitaan yleensä vasta 1–3 kuukauden kuluttua leikkauksesta (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2007).

Sementillisessä kiinnityksessä lonkan tekonivelen varsi kiinnitetään paikalleen käyttäen luusementtiä tekonivelen varren ja luun välissä. Luusementin käyttö tasaa joustavuutta proteesin ja luun välillä. Sementtikiinnitys antaa nopeasti lopullisen lujuuden liitokselle. Sementti toimii ainoastaan täyteaineena eikä luu koskaan varsinaisesti kiinnity sementtiin. (Kleimola 1988: 49–50.) Iäkkäillä ihmisillä käytetään yleensä sementillistä kiinnitystä, koska heillä luun kasvu on hidasta, eikä sementittömän proteesin kiinnittyminen onnistu (Ukkola – Ahonen – Alanko – Lehtonen – Suominen 2001: 290). Alle 50-vuotiailla potilailla sementtikiinnitys ei kestä aktiivisesta käytöstä johtuen (Pajamäki 2005: 21). Mikäli tekonivel kiinnitetään sementillä, saa potilas todennäköisesti luvan varata leikatulle jalalle heti täydellä painolla (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2007).

5 LONKAN TEKONIVELLEIKKAUSPOTILAAN HOITO JA OHJAUS

Tekonivelleikkaukseen saapuvalla potilaalle on tyypillistä naissukupuoli, korkea ikä sekä toimintakykyä merkittävästi rajoittava nivelsairaus ja siihen liittyvä kipu (Lehto – Jämsen – Rissanen 2005: 893; Footner 1987: 65). Tekonivelleikkausjonoon asetettaessa lonkkapotilaiden elämänlaatu poikkeaa huomattavasti normaalista väestöstä. Tämä tulee esiin nivelrikkopotilaille tyypillisillä alueilla: kipu, liikuntakyky, selviytyminen päivittäisistä toiminnoista, energisyys, ahdistuneisuus ja sukupuolielämä. (Tuominen 2004: 56–57.) Tekonivelkirurgialla parannetaan merkittävästi nivelrikko- ja nivelreumapotilaiden elämänlaatua ja toimintakykyä (Lehto ym. 2005: 893).

Rissanen (2002: 39–58) tutkimuksen mukaan tekonivelleikkauspotilailla on ennen leikkausta kipua, joka vähentää potilaiden liikkumista, sosiaalista vuorovaikutusta ja unta.

Potilaat joutuvat luopumaan kivun takia useista harrastuksista, etenkin liikuntaharrastuksista, ja joutuvat viettämään enemmän aikaa yksin kotona. Iäkkäät potilaat ajattelevat kipua koko ajan, ja siitä on tullut osa heidän elämäänsä. Potilaat myös olettavat kivun kuuluvan vanhuuteen. Kipu vaikuttaa myös mielialaan, aiheuttaen ärsytystä, masentuneisuutta, yksinäisyyttä ja syrjäytymistä.

Potilaiden oppimistarpeet ovat hieman suurempia ennen kotiuttamista kuin kotiuttamisen jälkeen. Kummassakin tapauksessa potilaiden oppimistarpeet ovat kuitenkin kohtalaisia. Tärkeysjärjestys oppimistarpeissa ennen ja jälkeen kotiuttamisen on sama niin, että komplikaatioista tietäminen nousee tärkeimmäksi, kun taas vähiten tärkeimpänä pidetään yhteisön tuesta ja huolenpidosta tietämistä. (Johansson 1999: 31.)

5.1 Tekonivelleikkauspotilaan hoito ja ohjaus ennen leikkausta

Potilaan ohjaaminen ja opettaminen on osa preoperatiivista hoitotyötä. Tavoitteena on saada potilas tietoiseksi omasta sairaudestaan ja sen hoitomahdollisuuksista sekä saada potilas ottamaan vastuuta omasta kuntoutumisestaan leikkauksen jälkeen. (Anttila – Hirvelä – Jaatinen – Polviander – Puska 2001: 63–64.) Potilaan ohjaus aloitetaan jo leikkauspäätöksen yhteydessä (Iivanainen – Jauhiainen – Pikkarainen 2006: 631).

5.1.1 Potilaan valmistautuminen leikkaukseen kotona

Lääkärin arvioidessa potilaan leikkauksekelpoisuutta tulee ottaa huomioon leikkauksen aiheuttamien riskien ja siitä saatavien hyötyjen suhde. Leikkaukskomplikaatioiden riskit ovat suuremmat, jos potilaalla on muita sairauksia, kuten verenpaine- tai sydänsairaus, liikalihavuus tai diabetes. Sen vuoksi on tärkeää ohjata potilasta hoitamaan fyysisen kuntonsa ja perussairautensa niin, että alttius leikkaukskomplikaatioille vähenee. Lonkkaproteesileikkaukseen tulevan potilaan on erityisen tärkeää huomioida ylipainon hoito, sillä proteesin oletettu kesto aika pitenee, kun kehon kuorma on pienempi. Lonkkanivel-tä liikuttavien lihasten hyvä toiminta on leikkauksen onnistumisen kannalta tärkeää. Vahvat ja hyvin treenatut lihakset lisäävät keinonivelen vahvuutta ja takaavat sille pitkäaikaisen toimivuuden. Voimisteluliikkeitä harjoitellaan jo ennen leikkaukseen tuloa. (Holmia ym. 2004: 61; Ukkola ym. 2001: 24; Tanninen – Koivula 2007a: 303; Koivula – Tanninen 2007: 356; Sairaala Orton 1996: 3; Pelgulinna haigla 2006.) Mikäli potilaal-

la on perussairaudesta johtuen veren hyytymistaipumukseen vaikuttavia lääkkeitä, tulee niiden käyttö lopettaa lääkärin ohjeen mukaan ennen leikkausta (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2007).

Liikalihavuus vaikeuttaa potilaan anestesiaa eli nukutusta sekä leikkauksen teknistä suorittamista. Lihavuus myös pitkittää toipumisaikaa ja lisää tekonivelen irtoamisriskiä. Toipumista voi hidastaa ylipainoisella potilaalla muun muassa se, että hän ei voi varata leikatulle jalalle ennen kuin proteesi kestää kunnolla. Liikkumisvaikeuksia voi ilmetä myös siinä, että potilas ei jaksaa liikkua apuvälineiden avulla painonsa takia. Ylipaino lisää myös veritulpariskiä, sillä harjoitukset verenkierron vilkastuttamiseksi voivat olla hankalia. Ylipainoiselle potilaalle tulisi kertoa ennen leikkausta lihavuuden aiheuttamat leikkausriskit sekä potilasta tulisi kannustaa laihduttamaan sekä liikunta- että ruokavalio-ohjeiden avulla. (Holmia ym. 2004: 217–178.)

Lonkkaproteesi on vierasesine keholle ja siksi hyvä elatusalusta erilaisille bakteereille. Erilaiset tulehdukset ovat este tekonivelleikkaukselle, sillä tulehdus voi levitä veriteitse lonkkaan aiheuttaen siellä infektion, jolloin tekonivel joudutaan mahdollisesti poistamaan. Ennen leikkausta potilaan tulisi hoitaa kaikki mahdolliset infektiot, kuten poskiontelo-, kynsivalli-, virtsatie-, ja hengitystietulehdukset. Suun hoitoon on myös syytä kiinnittää huomiota. Hoitamattomat tulehtuneet hampaat ovat este tekonivelleikkaukselle. Ennen leikkausta potilaalta tulisi ottaa virtsanäyte mahdollisen virtsatieinfektion toteamiseksi. Myöskään iho ei saa olla naarmuuntunut tai rikkoutunut. (Holmia ym. 2004: 717.)

Keuhkokomplikaatioiden riski pienenee, jos potilas lopettaa tupakoinnin ennen leikkausta. Tupakointi lisää limaneritystä nukutuksen aikana. Tupakoinnin lopettaminen tulisi kuitenkin tapahtua ainakin 6–8 viikkoa ennen suunniteltua toimenpidettä, jos halutaan vähentää myös tupakasta johtuvia haavakomplikaatioiden riskejä, kuten haavainfektioita. (Iivanainen – Jauhiainen – Pikkarainen 2001: 91; Tanninen – Koivula 2007a: 303; Hietanen – Suominen 2002: 231.)

5.1.2 Potilaan valmistaminen leikkaukseen osastolla

Potilaalle selvitetään leikkausta edeltävät valmistelut, muun muassa peseytyminen, ravinnotta olo ja mahdollinen suolen tyhjennys. Potilasta ohjataan käymään suihkussa

ennen leikkausta, sillä hyvin hoidettu hygienia ehkäisee haavainfektioita. Suihkussa käydään yleensä edellisenä iltana, tarpeen mukaan myös leikkausaamuna. Suu, kynnet ja genitaalialue tulee puhdistaa hyvin. Meikki ja kynsilakat poistetaan, jotta ihon väriä voidaan tarkkailla leikkauksen aikana. Napa puhdistetaan desinfioidulla. Kaikki korut on otettava pois. Puudutuksessa tehtävässä leikkauksessa potilas saa yleensä pitää kuulolaitteensa, samoin kuin hammasproteesinsa. Myös silmälasit otetaan mukaan leikkauksaliin, mikäli potilas ei tule toimeen ilman niitä. Ennen leikkausta potilaalle annetaan puhdas avopaita ja alushousut. Tarvittaessa hiukset kiinnitetään ilman pinnejä, ja päähän laitetaan leikkausmyssy. Potilaan iho tarkistetaan ennen leikkausta, sillä leikkausalueen ihon on oltava ehjä. Jos iho on rikki tai siinä on haavaumia, potilaan leikkaukseen kelpoisuus arvioidaan uudelleen. Hyvä hygienia ja ihonpuhdistus auttavat minimoimaan mikrobikannan iholla. Potilaalle kerrotaan, miten kipua tullaan hoitamaan leikkauksen jälkeen. (Anttila ym. 2001: 66; Koivula – Tanninen 2007: 356; Tanninen – Koivula 2007a: 303–304; Royle – Walsh: 1992: 201.)

Mahalaukun sisällön aspirointi keuhkoihin eli henkeen vetäminen on hengenvaarallinen anestesiakomplikaatio. Sitä esiintyy 1,4–4,7 tapausta 10 000:ta anestesiaa kohti. Mahansisällön aspiraation riskiä lisää muun muassa lisääntynyt mahanesteen tilavuus tai happamuus, kohonnut mahansisäinen paine ja ruokatorven alemman sulkijalihaksen heikentynyt toiminta. Ylipainoiset, raskaana olevat sekä potilaat, joilla on jokin mahasuolikanavan sairaus, kuuluvat edellä mainittuihin riskiryhmiin. Aspiraatiolle altistaa myös pitkittynyt leikkauksen nukutusvaihe intubaatiovaikeuksien takia. Ennen leikkausta potilaan tulisi olla ravinnotta ainakin 6–8 tuntia. Tämä sääntö ei kuitenkaan aina takaa tyhjää mahalaukua. Kirkkaat nesteet tyhjenevät mahalaukusta nopeammin kuin kiinteä ruoka. Potilas, jolla ei ole tunnettuja aspiraation riskitekijöitä, voi nauttia kirkkaita nesteitä 1–2 tuntia ennen leikkausta. Lääkkeet on mahdollista ottaa suun kautta ennen anestesiaa pienen vesimäärän kanssa. (Ali-Melkkilä 1999: 256–257.)

Jos potilaan suoli on toiminut normaalisti leikkausta edeltävänä päivänä, suolen tyhjennystä ei välttämättä tarvita. Suurissa leikkauksissa suolen tyhjennys on usein tarpeen edellisenä iltana, koska se estää leikkauksen jälkeistä ummetusta, kun ruokailu ja liikuminen ovat vähentyneet. Suoli voidaan tyhjentää peräruiskeella. Potilaan virtsarakon tulisi olla tyhjä leikkaukseen mennessä, sillä se estää virtsankarkailua nukutuksen ja leikkauksen aikana. Potilaalle voidaan myös laittaa virtsakatetri leikkauksen ajaksi. (Tanninen – Koivula 2007a: 304; Royle – Walsh 1992: 201.)

Edellisenä iltana potilaalle voidaan antaa tarvittaessa unilääke hyvän unen saamiseksi (Tanninen – Koivula 2007a: 304; Royle – Walsh 1992: 202). Leikkauspäivänä potilas saa esilääkkeet noin 45–90 minuuttia ennen leikkausta. Esilääkkeen pääasiallinen tarkoitus on saada potilaalle aikaan hyvä olo lievittämällä pelkoja ja vähentämällä tuskaisuutta. Bentsodiatsepiinit ovat nykyään eniten käytettyjä esilääkkeitä. Esilääkkeen valintaan vaikuttavat muun muassa potilaan ikä, paino, fyysinen ja henkinen tila sekä aiemmat anestesiati. Useimmiten esilääke annetaan tablettina suun kautta, se on kuitenkin mahdollista antaa myös lihakseen tai laskimonsisäisesti. (Ali-Melkkilä 1999: 257–258.) Ennen esilääkkeen antoa potilaan tulisi tyhjentää rakko, koska esilääkkeen annon jälkeen potilas ei saa liikkua yksin (Anttila ym. 2001: 70).

Ennen leikkausta potilaalle opetetaan, miten kääntyä sivulta toiselle vuoteessa, ja kuinka maata kyljellä ilman kipua tai verenkiertoa haittaavaa asentoa. On tärkeää pitää mobiilisaatiota yllä niin paljon kuin mahdollista, rajoitukset huomioon ottaen. Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen jalkojen välissä on kiilatyyny potilaan ollessa vuoteessa. Kyljellä ollessaan potilas makaa terveellä puolella, leikkausalue ylöspäin. Leikattua lonkkaa ei saa koukistaa yli 60 astetta noin 10 päivään, eikä leikatulle jalalle saa tulla liiallista kiertoliikettä tai loitonnutta kehon keskiviivan yli kahteen kuukauteen. Nämä kannattaa opettaa potilaalle jo ennen leikkausta, sillä leikkauksen jälkeen potilas voi olla liian väsynyt omaksuakseen uutta tietoa. Potilaan kanssa harjoitellaan myös erilaisten apuvälineiden käyttöä ennen leikkausta, jotta hän osaa turvautua niihin leikkauksen jälkeen. (Holmia ym. 2004: 61; Koivula – Tanninen 2007: 356; Smeltzer – Bare 2004: 409.)

Yleisimmät leikkauksen jälkeiset hengityskomplikaatiot ovat hypoventilaatio, atelektiaasi eli keuhkon osan ilmattomuus, keuhkokuume ja keuhkoveritulppa. Useimmiten syynä on hapenpuute ja hiilidioksidin liiallinen kertyminen elimistöön. Hapenpuute vaikuttaa koko kehoon. Hapenpuute voi ilmetä päänsärkynä, levottomuutena tai ärsyyntyneisyytenä, myöhemmin apaattisuutena, kalpeutena ja tajunnan tason laskuna. (Royle – Walsh 1992: 218.) Oikean hengittämisen- ja yskimistavan oppimisen tarkoituksena on keuhko- ja hengitystieinfektioiden sekä keuhkon osan ilmattomuuden ehkäisy ja anestesiakaasujen nopea poistuminen ventilaation tehostumisen myötä (Holmia ym. 2004: 60).

Potilaalle opetetaan syvään hengittäminen ja kuinka ilma päästetään ulos hitaasti. Harjoituksia toistetaan useamman kerran. Hengitysharjoitukset auttavat potilasta myös rentoutumaan. Yskimistä harjoitellaan yhdessä syvään hengityksen kanssa. Yskimisen tavoitteena on saada lima liikkeelle ja pois keuhkoista. Syvään hengitys ennen yskimistä stimuloi yskimisrefleksiä. Potilaalle kerrotaan myös kipulääkkeen auttavan hengitysharjoitusten tekemistä tarvittaessa. Harjoituksen aikana potilas voi istua tai maata vuoteella selällään, polvet hieman koukussa. Kädet pannaan vatsalle ja hengitetään nenän kautta sisään ja suun kautta ulos. Potilas voi myös sisäänhengittäessä viedä kädet ylös vuoteen pääpuoleen päin ja tuoda ne alas uloshengityksen aikana. Syvään hengityksen jälkeen potilas hengittää kerran lyhyesti ja yskäisee syvältä keuhkoista. (Holmia ym. 2004: 60; Smeltzer – Bare 2004: 409.)

Syvä laskimotukos tarkoittaa veren hyytymää verisuonistossa, joka estää kunnollisen verenkierron laskimossa. Se kehittyy useimmiten alaraajan laskimoihin. Laskimotukos syntyy hidastuneen laskimoverenkierron seurauksena. Muita syitä laskimotukoksen syntyyn on muun muassa laskimon seinämän vaurio tai veren hyytymishäiriö. Laskimoveritulpan oireena voi olla poikkeava turvotus nilkan ja säären alueella sekä puristava kipu syvällä pohkeessa etenkin liikuteltaessa nilkkaniveltä ylöspäin. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2007.) Laskimotukosriskiä lisäävät muun muassa vuodelepo, laskimosairaudet, aikaisempi laskimotukos, alaraajaleikkaus, lantion alueen leikkaus, lihavuus, pitkä leikkaus ja leikkauksen jälkeiset liikuntarajoitukset. Laskimotukos on vaarallinen, sillä hyytymä voi irrota ja lähteä liikkeelle verenkierron mukana kulkeutuen keuhkoihin ja näin tukkia suuren verisuonen keuhkoista. Tätä kutsutaan keuhkoveritulpaksi. Keuhkoveritulppa voi olla potilaalle hengenvaarallinen. Raajojen verenkiertoa voi leikkauspotilaalla parantaa pitämällä sukkia, jotka edistävät laskimoiden verenkiertoa, kunnes potilaan mobilisaatio palautuu ennalleen leikkauksen jälkeen. Vuodepotilaalle annetaan lääkkeellinen verenohennushoito ennaltaehkäisevästi, leikkauksen aikana ja sitä jatketaan kunnes tukosvaaraa ei enää ole. Lääkkeellinen verenohennushoito ei vaikuta leikkauksenaikaiseen verenvuotoon. Raajojen lihaksia työllistävä, säännöllinen liikunta ehkäisee laskimotukoksia. Pohjevoimistelu nilkkoja liikuttelemalla, heiluttamalla, koukistamalla ja ojentamalla auttaa ehkäisemään tukoksia. Reisilihasta vahvistetaan harjoittamalla sitä jännittämällä reisilihaksia ja ojentamalla polvi suoraksi. Reisilihasta jännitetään noin 5 sekuntia, jonka jälkeen lihas hitaasti rentoutetaan. Pakaroiden lihaksia harjoitetaan jännittämällä pakaralihaksia kuin pidättäisi ulostetta, noin 5–10 sekunnin ajan. Jännityksen aikana hengitetään rauhallisesti. Harjoituksia tulisi toistaa

useamman kerran. Potilasta rohkaistaan tekemään harjoituksia itsenäisesti. (Holmia ym. 2004: 62; Laaksonen 2005: 90–91; Phipps – Long 1993: 420; Sairaala Orton 1996; Rolye – Walsh 1992: 219; Smeltzer – Bare 2004: 409–411.)

5.2 Tekonivelleikkauspotilaan hoito ja ohjaus leikkauksen jälkeen

Potilaan postoperatiiviseen hoitajaksoon kuuluu potilaan fysiologisen tasapainon palautuminen, kivun lievitys, komplikaatioiden ehkäisy, potilaan ohjaus ja itsehoito. Potilaat tarvitsevat tietoa ja ohjausta leikkauksen jälkeen muun muassa seuraavista asioista: muutoksista omassa kehossaan (esimerkiksi tekonivel), mahdollisista komplikaatioiden oireista, merkeistä ja ennaltaehkäisystä, potilaan saamasta lääkehoidosta, leikkauksen jälkeisistä liikuntarajoituksista (muun muassa varauslupa), voimisteluohjeista ja haavanhoidosta. Erityisen huolellisesti potilasta ohjataan hoitamaan kaikki mahdolliset tulehdukset, sillä nivelproteesiin voi tulla myöhemmin tulehdus muualta kehosta. Paino-ongelmaisia potilaita tulisi myös ohjata ruokavalion muutoksista ja liikunnan lisäämisestä, sillä parhaiten potilas voi vaikuttaa kehonivielensä toimivuuteen ja kestävyyspitämällä painonsa kurissa. Postoperatiivisen ohjauksen tulisi aina sisältää suullisen ohjauksen lisäksi kirjalliset ohjeet. Potilasta tulee myös ohjata mahdollisesta jatkohoidosta. (Holmia ym. 2004: 719; Tanninen – Koivula 2007b: 304–306; Smeltzer – Bare 2004: 437–441.)

5.2.1 Osastolla tapahtuva leikkauksenjälkeinen hoito ja ohjaus

Rissasen (2002: 44–60) mukaan leikkauksen jälkeen potilaiden kipua lisää liikkuminen, ja he tuntevat haavakipua. Liikkumisella tarkoitetaan muun muassa WC:ssä käymistä, kävelemistä ja liikkeelle lähtemistä. Samoin joillain potilailla istuminen ja tuolista tai vuoteesta nouseminen, jalka pahassa asennossa nukkuminen ja turvotus jalassa lisäävät kipua. Tutkimuksen mukaan tärkein kivunlievitysmenetelmä kipulääkkeen lisäksi on hyvä asento. Iäkkäät potilaat käyttävät myös muita ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä, kuten hierontaa, mielikuvia, lepoa, musiikkia, rukoilua ja uskoa paremmasta huomimisesta. Kipua lievittävät myös lepo, jalan pitäminen koholla tai suorana sekä voimistelu. Parhain kivunlievitys saadaan aikaan yhdistämällä lääkkeellisiä ja ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä.

Lonkkaleikkauksen jälkeen leikkausalueella on odotettavissa kipua, koska leikkauksessa syntyy kudostrauma. Lonkkaproteesin asentamisen jälkeen leikkauksen jälkeinen kipu on usein kovaa. Tärkein postoperatiivisen kivun voimakkuuteen vaikuttava tekijä on leikkausviillon paikka. Voimakkaimmillaan kipu on juuri leikkauksen jälkeen, kun anestesia-aineiden vaikutus lakkaa. Normaalisti kipu heikkenee seuraavien vuorokausien aikana. Riittämätön postoperatiivinen kivunhoito voi aiheuttaa levottomuutta ja johtaa shokkiin ja vaurioihin operoidulla alueella. Kun kipua hoidetaan riittävässä määrin, potilas pystyy rentouttamaan lihaksiaan osallistumaan paremmin hengitys- ja yskimisharjoituksiin. Kipua voi aiheuttaa myös leikkauksen aikainen leikkausasento. (Royle – Walsh 1992: 212–213; Salomäki – Laitinen – Rosenberg 1999: 758.) Leikkauksen jälkeen kipu rajoittaa potilaan liikkumista, mutta suojaa samalla liialliselta rasitukselta, jonka takia leikattu kohta voisi vaurioitua lisää (Koski 1997: 244).

Potilas otetaan mukaan kivunarviointiin. Kivun arvioimisen apuvälineinä voidaan käyttää erilaisia kipumittareita. Tekonivelleikkauksen jälkeisenä kivun hoitona käytetään asentohoitoa ja potilaalle epiduraalitalaan jätettyä katetria, jonka kautta kipulääkettä menee jatkuvana hitaana infuusiona. Kaikilla potilailla pitää olla määrättyinä peruskivulääke, sekä tarvittaessa otettava lisäkipulääke. Kivulääke annetaan suun kautta aina kun se on mahdollista. Kivulääkkeen teho tulee tarkistaa lääkkeen annon jälkeen potilaalta. (Tanninen – Koivula 2007b: 305; Koivula – Tanninen 2007: 356.)

Leikkauksen jälkeen potilas autetaan istumaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä terveen jalan puolelta hoitajan läsnä ollessa. Lonkan kuormitus ja liikerajoitukset vaihtelevat riippuen siitä, minkälaista proteesimallia on käytetty, sekä leikkaustekniikasta, luuston tilasta ja leikkausviillosta. Potilaan kanssa tulee käydä läpi oikeat liikeradat ja rajoitukset, jotta vältetään vääriä liikeratoja. Näillä estetään uuden lonkkaniveleen sijoiltaanmeno leikkauksen jälkeen. (Koivula – Tanninen 2007: 356.) Terveelle kyljelle saa kääntyä tyyny jalkojen välissä noin viikon kuluttua leikkauksesta. Ensimmäisen kuukauden ajan lepoasentona vuoteessa on selin makuu tyyny jalkojen välissä. (Pelgulinna haigla 2006; Sairaala Orton 1996: 7; Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri 2002.)

Leikkauksen jälkeen liikkumisen apuvälineinä käytetään kävelytelinettä tai/ja kyynärsauvoja. Korotetun istuimen avulla istuminen on sallittua jo ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Mikäli koroketta ei ole saatavilla, voi tähän tarkoitukseen käyttää lonk-

katyynä. WC:ssä tulisi myös olla istuimen koroke. Tarttumapihtejä ja sukanvetolaitetta voi käyttää apuna leikkauksen jälkeen. (Iivanainen – Jauhiainen – Pikkarainen 2006: 633.)

Kävelyharjoituksia aletaan käydä leikkauksen jälkeen heti, kun potilaan vointi sen sallii. Jos potilaalla on osaraajavaraus, leikattu raaja ja kyynärsauvat siirretään eteen yhtä aikaa ja terveellä raajalla otetaan askel leikatun raajan ja kyynärsauvojen ohi. Portaita ylös mentäessä terve raaja astuu ensin portaalle, minkä jälkeen leikattu raaja ja sauvat siirretään terveen raajan viereen. Alas kuljettaessa leikattu raaja ja sauvat siirretään yhtä aikaa alarapulle ja terve raaja lasketaan viereen samalle rapulle. Tätä voidaan soveltaa myös mahdollisia esteitä ylitettäessä, kuten kynnykset. (Sairaala Orton 1996: 8.)

5.2.2 Potilaan ohjaus kotiinlähtötilanteessa

Johanssonin (1999: 23–24) tekemässä tutkimuksessa ”Potilaiden oppimistarpeet lonkkaproteesileikkauksen jälkeen” ilmenee, että potilaat pitävät ennen kotiuttamista tärkeimpänä saada tietoa komplikaatioista ja niiden oireista. Potilaat haluavat tietää, miten komplikaatio tunnistetaan ja ehkäistään, jotta he selviytyisivät omasta hoidostaan kotona. Potilaat haluavat myös tietää mitä fyysistä rasitetta heidän tulisi välttää. Seuraavaksi tärkeimpänä potilaat pitävät tietoa saamastaan lääkityksestä. Lääkehoidosta esiin nousi, että potilaat pitävät tärkeänä tietää mitä tehdä, jos tulee allergiseksi jollekin lääkkeelle. Tärkeänä pidetään myös hoitoon ja päivittäiseen toimintoihin liittyvää tietoa. Vähiten tärkeimpinä tietoina potilaat pitivät tietoa ruoan valmistuksesta ja sitä miten saada yhteyttä samaa sairautta sairastaviin ihmisiin omalla paikkakunnalla sekä miten kertoa perheelle/ystäville omasta sairaudestaan ja tietoa siitä kenen kanssa he voisivat puhua suhtautumisesta kuolemaan ja siihen liittyvistä asioista.

Kotiuttamisen jälkeen potilaiden tärkeimmiksi oppimistarpeiksi nousivat edelleen komplikaatioista ja oireista tietäminen sekä tieto fyysisestä rasituksesta. Toiseksi tärkein oppimistarve oli, mitä komplikaatioita heidän sairautensa voi aiheuttaa ja miten niitä voi välttää. Potilaat pitivät myös erittäin tärkeänä, miten tunnistaa mahdollinen komplikaatio. Tutkimuksessa ilmenee, että potilaat pitävät kotiuttamisen jälkeen tärkeänä tietoa lääkityksestä, miten hoitaa jalkojaan ja miten paljon fyysistä liikuntaa heidän tulisi harastaa. Seuraaviksi tärkeimmät oppimistarpeet liittyivät hoitoon ja oireisiin sekä sairau-

teen. Vähiten tärkeimpänä pidettiin tutkimuksen mukaan tietoa yhteisön tuesta ja huolenpidosta. (Johansson 1999: 27–28.)

Lonkkaleikkauspotilaan tulee ottaa huomioon monia asioita kotiuduttuaan sairaalasta. Tärkeintä on motivoida potilas leikkauksesta kuntoutumiseen, joka kestää 3–6 kuukautta. Kotona liikkumisen apuna käytetään joko kyynärsauvoja tai kävelytelinettä. Alavartalon saa pukea ilman apuvälineitä kolmen viikon kuluttua leikkauksesta, koska sitä ennen vartaloa ei saa taivuttaa. Autolla ajamista ei suositella neljän ensimmäisen viikon aikana. Potilas saa maata selällään tai terveellä kyljellä, jalkojen välissä käytetään tyynyä ja leikattua raajaa ei saa viedä ristiin toisen jalan päälle. Leikatun lonkan puoleiselle kyljelle saa kääntyä 4–6 viikon kuluttua leikkauksesta. Nukuttaessa terveellä kyljellä jalkojen välissä olevan tyynyn saa jättää pois 1–2 kuukauden kuluttua leikkauksesta. Lonkkaa ei tulisi taivuttaa yli 90 asteen, jonka takia kuuden viikon ajan tulee käyttää wc-istuimen koroketta ja korotettua istuinta. Autossa matkustettaessa istuinkoroketta suositellaan käytettävän kahden kuukauden ajan, jotta proteesi ei irtoa paikoiltaan. Lonkan voimakasta loitontamista tulee välttää kahden kuukauden ajan. Kohtuullinen liikunta leikkauksen jälkeen on sallittua ja suotavaakin. Sen sijaan ei ole suositeltavaa kantaa raskaita taakkoja, kyykistyä ääriasentoon eikä etenäkään altistaa lonkkaa tärähdyksille, kuten hyppiä kovalla alustalla. Kuntoutumisvaiheessa sopivia liikuntamuotoja ovat muun muassa uinti, pyöräily, hiihto tasamaalla ja tanssi. Saunassa käyminen sekä kylpeminen ovat sallittuja viikko ompeleiden poiston jälkeen. Potilas saa todistuksen tekonivelestä metallinpaljastimia varten. Jälkitarkastus tapahtuu poliklinikalla kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta. (Iivanainen – Jauhiainen – Pikkarainen 2006: 632–633; Pelgulinna haigla 2006; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2007.) Hammaslääkärille, gynekologiseen toimenpiteeseen ja suolikanavan tutkimukseen menoa vaativat mikrobisuojan, jolla ehkäistään tulehdus tekonivelseudussa (Koivula – Tanninen 2007: 357).

Kotona olisi hyvä huomioida yleiseen turvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä. Talvella lumen ja jään liukastamat kulkutiet tulisi hiekoittaa hyvin ja kävellessä tulisi käyttää apuvälineitä. Jalkineiden materiaalin on oltava luistoa estävää, lisäpitoa saa liukusteilla ja talvikengät voi myös nastoittaa. Sisätiloissa tulisi olla esteettömät kulkureitit, turhat tavarat siirretään pois kulkureiteiltä ja irtojohdot tulisi kiinnittää seinään. Turhat matot kannattaa poistaa kokonaan lattioilta ja jäljelle jäävien mattojen alle olisi hyvä hankkia liukusteet pitämään matot paikoillaan. Lattiapinnat olisi hyvä pitää kuivina ja vahatto-

mina. Kylpyammeeseen ja kylpyhuoneen lattialle olisi hyvä hankkia liukastumista estävä matto. Edellä mainitut keinot ehkäisevät kotona tapahtuvia kaatumisia ja turvaavat häiriöttömän kuntoutumisen lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. (Kotitapaturmien ehkäisykampanja: 6–8.)

5.2.3 Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisiä komplikaatioita

Yleisin komplikaatio lonkan tekonivelkirurgiassa on komponenttien irtoaminen. Proteesin lonkkamalja, varsiosa tai molemmat voivat irrota ajan myötä rasituksen seurauksena. Komponenttien irtoamisen lisäksi kohtalaisen yleinen komplikaatio on lonkan tekonivelen sijoiltaanmeno. Sijoiltaanmeno tapahtuu pian leikkauksen jälkeen ja voi joutua leikatun puolen jalkaterän ja polven voimakkaasta kierrosta sisäänpäin. Lonkan tekonivelen varsi voi murtua uuden trauman seurauksena. Myös reisiluu voi murtua leikkauksen aikana tai murtuma voi tulla tekonivelen heikentämään luuhun leikkauksen jälkeen. Yksi lonkan tekonivelkirurgian komplikaatioista on tekonivelen muoviosien, lähinnä muovikupin kuluminen. (Iivanainen – Jauhiainen – Pikkarainen 1998: 669–670; Nevalainen – Lehto 2004: 795; Ukkola ym. 2001: 290.)

Onnistuneenkin lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen lonkassa voi esiintyä erilaisia tunteuksia ja lievää kipua. Mikäli lonkassa alkaa ilmetä kipua jo kivuttoman vaiheen jälkeen, on siihen tavallisimmin syynä tekonivelen irtoaminen tai muu hälyttävä syy. Jos lonkasta alkaa kuulua ääntä sitä liikuttaessa, on se hälyttävä merkki ja voi viitata esimerkiksi lonkan tekonivelen muoviosien kulumiseen tai hajoamiseen. Tällaisissa tapauksissa tekonivelen uusintaleikkaus voi tulla kyseeseen. Ajoissa havaittu muoviosan kuluminen voidaan korjata vaihtamalla maljan muoviosa uuteen. Samalla myös vaihdetaan nuppi vahingoittumattomaan. Kun lonkka hoidetaan ajoissa, voidaan välttyä vaikeilta ja usein tulokseltaan heikoilta laajaa luunsiirtoa vaativilta toimenpiteiltä. Tavallinen syy lonkkatekonivelen irtoamiseen on sen aseptinen irtoaminen eli tekonivelen irtoaminen muun kuin bakteeritulehduksen johdosta. (Nevalainen – Lehto 2004: 795.)

Haavan paraneminen jaetaan kolmeen eri vaiheeseen, joita ovat tulehdus-, fibroplasia-, ja kypsymisvaihe. Tulehdusvaihe alkaa heti kudosvaurion jälkeen hyytymistapahtumalla, jolloin haava-alueelle vuotanut veri alkaa hyytyä. Haavan paranemisen edistyessä tulehdusvaihe heikkenee ja fibroplasiavaihe alkaa. Tässä vaiheessa epiteelikerros alkaa korjaantua. Kypsymisvaihe jatkaa fibroplasiavaihetta kestäen useista viikoista yli vuo-

teen. Kypsymisvaiheen aikana granulaatiokudos korvataan hiljalleen arpikudoksella ja haava saavuttaa vetolujuutensa. Alkuperäistä ihon ja ihonalaiskudoksen vetolujuutta ei kuitenkaan täysin saavuteta. (Laato 2004: 44–45.) Perinteisessä lonkan tekonivelkirurgiassa tehdään potilaalle pitkä viilto (Iivanainen – Jauhiainen – Pikkarainen 2006: 631). Leikkaushaava suljetaan ompeleilla tai hakasilla, jotka poistetaan yleensä noin 7–10 päivän kuluttua leikkauksesta (Virkki 2007: 307).

Puhdas kirurginen haava paranee yleensä ilman ongelmia. Kun havaitaan ajoissa mahdolliset ongelmat haavan paranemisessa, estetään niiden kehittyminen. Haava-alueelta tarkkaillaan verenvuotoa ja muuta erityistä. Haavasta tarkkaillaan myös mahdollisen tulehduksen merkkejä punoitusta, kuumotusta ja turvotusta. Lisäksi seurataan haava-alueen pingotusta, pullotusta, kipua, ympäröivän ihon kuntoa ja mahdollisia sidosten aiheuttamia ärsytyksiä. (Tanninen – Koivula 2007c: 306.)

Haavan paranemisen kannalta tärkein komplikaatio on haavainfektio. Haavainfektioiden estämisessä on sekä kirurgisella tekniikalla että steriliteetillä huomattava osuus. Potilaille, joille tehdään proteesileikkaus, tulee antaa antibioottilääkitys ennalta ehkäisevästi. Leikkauksen puhtausluokka vaikuttaa merkittävästi infektioriskiä niin, että mitä puhtaampi leikkaus sitä vähemmän syntyy bakteerikontaminaatiota. Infektioriskiä vaikuttaa leikkausalueen bakteerien määrän lisäksi potilaan omat tekijät kuten perustauti, muut taudit, lääkitys ja paino. (Laato 2004: 47; Valtonen 2004: 51.) Haavataitoksia tulee käsitellä puhtaasti infektioriskin vähentämiseksi ja siitä tulee kertoa myös potilaalle (Footner 1987: 66).

Joka kymmenennen lonkan tekonivelen uusintaleikkauksen syynä on infektio. Infektiot leviävät veri- ja imuteitä pitkin. (Iivanainen ym. 1998: 670; Ukkola ym. 2001: 290.) Infektioista akuutti infektio ilmenee kolmeen kuukauteen asti leikkauksesta ja viivästynyt infektio ilmenee kolmesta kuukaudesta kahteen vuoteen. Akuutissa ja viivästyneessä infektiossa kontaminaatio on tapahtunut joko leikkauksen aikana tai avoimen haavan kautta. Näiden lisäksi vereen päässeet bakteerit voivat aiheuttaa infektion koska tahansa leikkauksen jälkeen. Tämä myöhästynyt infektio voi johtua esimerkiksi katetroinnista tai muusta toimenpiteestä, jossa bakteerit pääsevät kosketuksiin kudosten kanssa. (Davis 1994: 170; Jämsen – Pajamäki – Halonen – Moilanen – Puolakka – Lehto 2005: 4245.)

6 POTILASOPPAAN LAATIMINEN

Työssämme olemme ottaneet selvää tutustumalla erilaisiin tutkimuksiin, millaista opetusta ja ohjausta potilas tarvitsee ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen kuntoutuakseen mahdollisimman hyvin. Olemme tutustuneet tutkimuksiin, jotka käsittelevät potilaan tiedonsaantia ja tiedontarpeita ennen ja jälkeen leikkauksen, jotta osaisimme tehdä mahdollisimman hyvän ja kattavan oppaan potilaiden käyttöön. Olemme myös tutustuneet terveystieteiden laatuvaatimuksiin.

Kävimme joulukuun alussa 2006 vierailulla Pelgulinnan sairaalassa, jossa tapasimme sekä koulutusjohtaja Kristel Linsmannin että ortopedisen vuodeosaston osastonhoitajan Helen Alaveren. Saimme osastonhoitajalta tietoa sairaalan ja ortopedisen osaston toiminnasta. Sairaalassa tehdään vuosittain noin 120 tekonivelleikkausta. Suurin osa tekonivelleikkauspotilaista on ikääntyviä. Potilaiden keski-ikä on noin 65–70 vuotta. Potilaat saapuvat osastolle leikkausta edeltävänä päivänä ja ennen leikkausta he tapaavat kirurgin, anestesia- ja fysioterapeutin. Tavoitteena on potilaiden mahdollisimman nopea kuntoutus, joka alkaa heti ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä, jolloin potilas autetaan ylös Eva-telineen turvin. Toisena postoperatiivisena päivänä tavoitteena on, että potilas kävelisi jo kyynänsauvojen turvin huoneessaan. Pidempiä matkoja käytävällä kävellään 5–6 päivänä. Keskimääräinen sairaalassaoloaika on 10 vuorokautta. Mikäli kirurgi haluaa, potilaan jälkitarkastus on sairaalan poliklinikalla, muuten Virossa on tapana käydä omalla perhelääkärillä. Komplikaatioiden kannalta kriittisin aika on kaksi kuukautta leikkauksen jälkeen. (Alavere – Linsmann 2006.)

6.1 Hyvä opas

Terveystieteiden edistämisen keskuksella on hyvän terveystieteiden laatuvaatimukset. Nämä kriteerit ovat: konkreettinen terveystavoite, sisällön selkeä esitystapa, helppolukuisuus, helppo hahmoteltavuus, oikea ja virheetön tieto, sopiva tietomäärä, kohderyhmän selkeä määrittely, kohderyhmän kulttuurin kunnioittaminen, tekstiä tukeva kuvitus, huomion herättävyys ja hyvä tunnelma. Kaikkien kriteerien täytyminen mahdollistaa hyvän aineiston. (Parkkunen – Vertio – Koskinen – Ollonqvist 2001: 9.) Hyvä ohje puhuttelee potilasta. Erityisen tärkeää puhuttelu on, jos ohjeessa on käytännön toimintaohjeita, esimerkiksi toimenpiteeseen valmistautumista varten. Otsikon pitää kuvata ohjeen sisäl-

töä, ja heti ensimmäisestä virkkeestä tulee ilmetä, mistä oikein on kysymys. (Torkkola ym. 2002: 36.) Olemme piirtäneet oppaaseen kuvia, jotka tukevat kirjallisia ohjeita ja tekevät ohjeet helpommin ymmärrettäviksi. Oppaassamme teitittelemme lukijaa, sillä se on kunnioittavaa lukijaa kohtaan. Otsikot olemme pyrkineet tekemään niin, että lukija tietää heti, mistä on kysymys ja osaa otsikon perusteella etsiä tarvitsemansa tiedon.

Parkkusen ym. (2001: 8) mukaan ennen aineiston tuottamista on myös määriteltävä aineiston kohderyhmä. Kohderyhmän tarpeiden ja näkemysten selvittämiseksi materiaali kannattaa esitellä kohderyhmällä ennen tuotantoprosessin loppua. Usein terveysaineistossa vanhusten tarpeita ei ole otettu kylliksi huomioon. Suurten kirjasimien käyttö helpottaa vanhusten lukemista. Näkövammaisten keskusliiton mukaan suositeltavin kirjaskoko on 14, lukijakunnan koostuessa pääasiassa heikkonäköisistä 16. Tämän oppaan kohderyhmän ollessa iästä olemme ottaneet soveltaen käyttöön selkokieliisyyden ohjeita. Oppaassa pitää välttää erityissanastoa, tai sanat on selitettävä. Iäkkäille potilaille tarkoitetuissa ohjeissa kirjoitetaan tekstit riittävän suurin, selkein kirjaimin valkoiselle paperille. Tärkeät asiat vahvennetaan. Nämä seikat olemme ottaneet huomioon käyttämällä oppaassa tarpeeksi suurta kirjaskokoa, selkeitä kuvia ja lyhyitä lauseita.

Käskymuotoinen ohje on tyly. Suorien määräysten sijaan ohjeiden perillemeno voidaan edistää perustelemalla ja selittämällä, miksi tietyt menettelytavat ovat suotavia ja mitä haittaa toisella tavalla toimimisesta voi olla. Tällöin myös mahdollisen ongelman ilmaantuessa potilas ei voi vedota tietämättömyyteensä. (Torkkola ym. 2002: 38.) Oppaassa olemme perustelleet tärkeimpiä ohjeita lyhyesti. Lisäksi opinnäytetyömme laajassa kirjallisessa osuudessa olemme esittäneet laajemmat näyttöön pohjautuvat perustelut kullekin toimintatavalle.

Tärkeimmästä kohti vähemmän tärkeää -kirjoitustapa on suositeltava. Jos olennaisin asia on lopussa, se ei välttämättä houkuttele lukemaan koko opasta. Ohjeen tärkeimmät alueet luettavuuden kannalta ovat otsikot ja väliotsikot, ne jakavat tekstin sopiviin osiin. Väliotsikkona toimii hyvin yksittäinen sana tai sanapari, esimerkiksi ”jälkioireet” tai ”lääkehoito”. Jos oppaassa on kuvia, niihin on liitettävä kuvatekstit. Ohjeiden ymmärrettävyys punnitaan todella vasta käytännössä, mutta sitä voi testata esimerkiksi jollain sukulaisella (Torkkola ym. 2002: 14–40.) Ohjeiden ymmärrettävyyteen olemme vaikuttaneet kirjoittamalla mahdollisimman hyvää suomen kieltä, jotta työmme kääntä-

minen viron kielelle on mahdollisimman helppoa. Olemme luetuttaneet oppaan koehenkilöillä ennen sen luovuttamista.

Olemme liittäneet oppaaseen myös sairaalaan yhteystiedot, joihin potilas voi ottaa yhteyttä tarvittaessa. Olemme sopineet ortopedian osaston osastonhoitajan kanssa, että jätämme tyhjät viivat puhelinnumeroiden kohdalle, ja he täydentävät ne antaessaan ohjeen potilaalle. Näin opas ei vanhene heti numeroiden vaihtuessa. Lisäksi olemme liittäneet oppaaseen vuosiluvun, jolloin se on tehty. Sairaala voi päivittää opasta tarpeittensa mukaan.

6.2 Oppaan laadintaan vaikuttaneita tutkimustuloksia potilasohjauksesta

Valtaosa kirurgisista potilaista pitää hoitohenkilökuntaa ystävällisenä ja luotettavana. Potilaat kokevat tulevansa kuulluksi, kun heillä on asiaa. Heistä myös tuntuu, että he voivat vapaasti kysyä mieltä askarruttavista asioista. (Koponen 1999: 30.) Tiedon ja opetuksen antaminen potilaalle ennen leikkausta on hyvin toimiva potilaan selviytymistä tukeva strategia, joka vaikuttaa positiivisesti potilaiden psyykkiseen selviytymiseen. Preoperatiivinen ohjaus ja riittävä tiedonanto auttavat vähentämään levottomuutta ja masentuneisuutta potilaassa sekä auttavat häntä tuntemaan olonsa turvalliseksi. (Gammon – Mulholland 2005: 305–306.) Oppaassa selvitetään, mitä tapahtuu ennen ja jälkeen leikkausta osastolla, jotta potilas tietää mitä tulee tapahtumaan. Tieto tulevasta helpottaa osaltaan potilaan jännitystä ja mahdollisia pelkoja.

Potilaat huomioonottava potilasohjaus on tullut entistä tärkeämmäksi osaksi hyvää hoitoa. Aikaa suulliseen henkilökohtaiseen ohjaukseen on entistä vähemmän. Potilastyytyväisyyskyselyissä vähäinen tiedon saanti on ollut yksi tyytymättömyyden kestoystistä. Potilasohjeiden ensisijainen tarkoitus on vastata potilaan kysymyksiin ja vasta toissijaisesti välittää osaston valmistautumisohjeita ja muita neuvoja potilaalle. Potilasohjeelta odotetaan pääasiassa selkeästi kirjoitettuja, asiallisia ja tarpeellisia neuvoja. (Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002: 7–18.) Potilasoppaassa esitämme ohjeet lyhyesti ja ymmärrettävästi ja olemme yrittäneet karsia turhan tiedon pois.

Kirurginen hoitohenkilökunta käyttää potilaiden ohjaamiseen keskimäärin alle kolme tuntia päivässä. Hoitajat pitävät potilaan ohjaustaitojaan hyvinä sekä kokevat osaavansa käyttää hyvin kirjallista materiaalia ohjauksissa. Lähes kaikki myös perustelevat anta-

miaan ohjeitaan. Kirjallisista ohjeista toivotaan kuitenkin enemmän. Niitä pitäisi myös päivittää ja niiden pitäisi olla sekä potilaiden että hoitajien saatavilla. Myös ohjauksia haluttaisiin enemmän potilastyöhön. (Lipponen 2004: 25–48.) Olemme suunnitelleet oppaan niin, että se palvelisi myös hoitajia suullisen ohjauksen apuvälineenä.

Ohjauksen antajana toimii useimmiten lääkäri ja sairaanhoitaja. Potilaslähtöistä ohjausta saa suurin osa potilaista. Parhaiten potilaslähtöinen ohjaus onnistuu kysymysten esittämisen, kuuntelemisen ja ymmärrettävän ilmaisun avulla. Puutteita ilmenee siinä, että ohjausta ei sovelleta potilaan elämäntilanteeseen, ongelmista ei voida keskustella, ohjeita ei perustella ja omaisia ei oteta ohjauksessa huomioon. Potilaat uskovat ohjauksella olevan paljon vaikutusta potilaan terveyden ylläpitoon ja sen edistämiseen. Ohjaus lisää potilaiden positiivista asennoitumista hoitoon, sekä tietoa ja vastuun ottoa sairauden hoidosta. Vähiten ohjaus vaikuttaa omaisten tiedonsaantiin, lääkkeiden käyttöön ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Kääriäinen – Kyngäs – Ukkola – Torppa 2005: 12–13). Kirurgisen potilaan hoidon keskeinen tavoite on potilaan selviytyminen kotona leikkauksen jälkeen. (Tolvanen – Yrjölä 1999: 28–49.) Tekemämme opas sisältää koti-hoidon ohjeita, jotka auttavat potilasta selviytymään kotona leikkauksen jälkeen.

Potilaat käsittävät ohjauksen tiedon ja ohjeiden saamisena, sosiaalisten taitojen ja oman hoidon oppimisena, keskusteluna ja osallistumisena. Ohjaus käsitetään myös neuvojen ja ohjeiden saamisena kehon toimintojen seuraamiseen ja liikkumiseen. Potilaat toivovat ohjaajan olevan tuttu, luotettava, asiantunteva ja kiireetön. Hoitoympäristön turvallisuutta pidetään tärkeänä. Sairauteen liittyvästä epävarmuudesta, sairauden uusiutumisen riskeistä ja tunteista, kotitutumisesta, jatkohoidosta ja hoito-ohjeista potilaat tuntevat tärkeäksi keskustella enemmän hoitajien kanssa. (Mattila 1998: 147–149.) Olemme jättäneet oppaan viimeisille sivuille tyhjää tilaa, johon potilaat voivat itse kirjoittaa mieleen tulevia kysymyksiä sekä mahdollisia lisämerkintöjä.

Mattilan (1998: 149–150) tutkimuksessa selvitettiin, miten potilaat kokevat ohjauksen edistävän itsehoitotaitoja. Tutkimuksessa selvisi, että itsehoitoa edistää ohjauksen inhimillisyys ja yksilöllisyyden kunnioittaminen, osaston ja potilashuoneen turvallinen ilmapiiri ja hoitajien kiireettömyys. Ne sekä virkistävät potilaan mielialaa että antavat voimaa. Potilaat haluavat keskustella hoitajien kanssa ymmärtääkseen saamansa tiedon merkityksen omalla kohdallaan. Rutiinimaisen tiedon antamisen koetaan haittaavan itsehoitotaitojen kehittämistä.

Suurin osa potilaista saa ohjausta riittävästi. Potilaat pitävät sekä ennen sairaalaan tuloa että sairaalassa saamaansa ohjausta tärkeänä. Toimenpiteitä, tutkimuksia, hoitoon valmistautumista, sairauden hoitoa ja oireita koskeva ohjaus on riittävää. (Kääriäinen ym. 2005: 12.) Lehen ja Huplin (1993: 25–29) tekemässä tutkimuksessa suurin osa leikkautuspotilaista sai tietoa sairaalaan tulosta sekä tulevista tutkimuksista. Erilaisista leikkautavoistakin saatiin hyvin tietoa. Suurin osa potilaista sai myös tietoa sairaalahoidon pituudesta ja sairauslomasta sekä yleiskunnon merkityksestä ennen leikkausta. Potilaat saivat suurimmaksi osaksi tietoa hoidostaan lääkäriltä ja hoitajalta. Muita tietolähteitä olivat muun muassa työpaikka, kotitiedote, sairaala ja laboratoriohoitaja. Eniten tietoa ennen sairaalaan tuloa potilaat saivat itse leikkauksesta, sairaalaan tulosta ja sairaalassaoloajasta sekä hoidon etenemisestä.

Eniten tietoa osastolla potilaat olivat saaneet itse toimenpiteestä ja anestesia muodosta sekä lääkityksestä. Ravitsemuksesta potilaat olivat saaneet melko hyvin tietoa. Hoitaja oli ollut suurella osalla ravitsemuksen ja lääkityksen tiedon annossa. Tietoa oli saatu esimerkiksi lääkkeiden vaikutuksista ja terveellisestä ruokavaliosta. Leikkauksen jälkeisestä hoidosta potilaat olivat saaneet tietoa muun muassa liikkumisesta, lääkityksestä ja peseytymisestä. Jatkohoidon osalta oli keskusteltu liikunnan ja ulkoilun merkityksestä, lääkkeiden käytöstä, kotiavusta ja jälkitarkastuksesta. (Lehti – Hupli 1993: 31–34.)

Sairauden ennusteen, hoidon riskien ja toipumisajan pituuden osalta halutaan lisää ohjausta. Ohjaus on riittämätöntä sairauden syiden ja vaaratekijöiden sekä hoitovaihtoehtojen osalta. Hoidon jälkeisistä ongelmista ohjausta saadaan liian vähän. Potilaat haluavat enemmän tietoa leikkaurisista, leikkauksen vaikutuksesta elämäänsä, tehtävistä tutkimuksista ja niiden tuloksista, jatkohoidosta, lääkityksestä, liikkumisesta sekä kotona selviytymisestä. Potilaat pitävät riittämättömänä myös saamaansa tietoa sosiaalietuuksista ja potilaan oikeuksista. Potilaat toivovat suullisen ohjauksen lisäksi lisää kirjallisia ohjeita. Potilaat kaipaavat ohjeisiin myös perusteluita. Potilaat toivovat lisää kertausta kävelyyn ja liikerajoituksiin liittyvissä asioissa. Myös psyykkistä tukea leikkauksen jälkeen ja tietoa leikkauksen vaikutuksesta elämään toivotaan. Ohjauksen toivotaan olevan yksilöllisempää. (Alanen 2002: 36–37; Jokiniitty 1994: 53; Kääriäinen ym. 2005: 12; Lehti – Hupli 1993: 34–35; Tolvanen – Yrjölä 1999: 28–49.) Kerromme oppaassa mahdollisista hoidon jälkeisistä ongelmista, kuten komplikaatioista ja niiden tunnistamisesta. Opas sisältää lisäksi muun muassa ohjeet kävelysauvojen käytöstä sekä tietoa tekonivelleikkauksen jälkeisistä liikerajoituksista.

Raid (1999: 54–59) on tehnyt tutkimuksen virolaisten leikkauspotilaiden kokemuksista ja heidän kivun hoidostaan. Virossa yhteiskunnallisista muutoksista johtuen lääkäristä ja kirurgista on kehittynyt tiedonantajia, mutta potilaat kokevat myös sairaanhoitajan tuen tärkeäksi. Potilaat pitävät tarpeellisena tiedon saantia ennen leikkausta leikkauksen jälkeisestä vaiheesta. Ainoastaan joka kolmas saa riittävästi tietoa ennen leikkausta. Tärkeimmät aiheet, joista potilaat halusivat tietoa, olivat parantumismahdollisuudet ja leikkauksen jälkeinen ennuste. Muita aiheita, joista haluttiin tietää, olivat kivun lievittämisen menetelmät, liikkuminen, syöminen ja juominen. Tutkimuksen mukaan tiedolla on kivun intensiteettiä vähentävä vaikutus leikkauksen jälkeisessä vaiheessa. Olemme ottaneet leikkauksen jälkeisen kivun huomioon kertomalla oppaassa kivun hoidosta.

Santavirran ym. (1994) tutkimuksessa selvisi, että 2–3 kuukautta leikkauksen jälkeen jopa 37 % tekonivelleikkauspotilaista ei osannut nimetä yhtäkään tekonivelleikkauksen komplikaatiota. Potilaiden taustatekijöillä ei ollut merkitystä heidän oppimiseensa. 67 % osasi vastata siihen, miksi heidän tulee kertoa jatkossa tekonivelestään asioidessaan terveydenhuollossa. 15 % ei osannut nimetä yhtään komplikaation oiretta, joka vaatisi yhteydenottoa lääkäriin. Koska potilaiden on tärkeää tietää komplikaatioiden oireista, olemme kertoneet oppaassa, milloin tulee ottaa yhteyttä lääkäriin.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen alkoi syksyllä 2006 aiheen valinnalla. Aiheen rajasimme yhteistyössä Länsi-Talinnan Keskussairaala Oy:n toiveiden mukaan koskemaan juuri lonkan tekonivelleikkausta. Potilasopas tuotettiin Pelgulinnan sairaalan ortopedisen vuodeosaston lonkan tekonivelleikkauspotilaiden käyttöön, sillä heillä ei ole ollut aikaisemmin käytössään yhtenäistä opasta lonkan tekonivelleikkauksesta.

Aloitimme opinnäytetyön työstämisen kirjallisuuden kartoituksella. Käytimme hyväksämme muun muassa paljon pro gradu – tutkielmia kirurgisen potilaan hoidosta ja ohjauksesta, alan käsikirjastoa ja hoitotyön kirjallisuutta. Hyödynsimme aikaisempia aiheesta tehtyjä potilasoppaita ja saimme luvan käyttää Pelgulinnan sairaalan aikaisempia potilasohjeita työssämme. Lähteitä löytyi runsaasti, ja pyrimme mahdollisuuksien mukaan käyttämään aina uusinta tietoa. Työn tekeminen pääsi vauhtiin kunnolla joulun 2006

jälkeen käytyämme tutustumassa Pelgulinnan sairaalaan. Vierailulla saimme vastauksia moniin työtä koskeviin kysymyksiin ja aihe rajautui tarkemmin. Vierailu oli hyödyllinen oppaan tekemisen kannalta, sillä pääsimme näkemään konkreettisesti, millaisessa hoitotyön ympäristössä sitä käytettäisiin.

Tekonivelleikkaukset tehdään yleensä potilaille, jotka ovat jo pidempään kärsineet nivelrikon aiheuttamista kivuista. Leikkaus saattaa aiheuttaa potilaissa pelkoa ja ahdistusta, jota voidaan helpottaa antamalla potilaalle tietoa leikkauksesta, kuntoutumisesta ja niiden vaikutuksesta elämään jatkossa. Hyvä potilasohjaus auttaa myös potilasta motivoitumaan paremmin omaan hoitoonsa. Onnistunut leikkaus helpottaa potilaan elämää jatkossa, kun kivut vähenevät ja liikkuminen helpottuu.

Opas palvelee sekä Pelgulinnan sairaalan lonkan tekonivelleikkauspotilaita että hoitohenkilökuntaa. Oppaan tarkoitus on ensisijaisesti antaa tietoa leikkauksesta ja kuntoutumisesta potilaalle. Opas etenee loogisessa järjestyksessä leikkaukseen valmistautumisesta kotona tapahtuvaan kuntoutumiseen asti. Etukäteen annettava opas auttaa potilasta valmistautumaan tulevaan leikkaukseen ja sen jälkeiseen kuntoutukseen. Oppaan käyttö ohjauksen apuna lisää ohjaustilanteiden sujuvuutta. Oppaan kuvat selventävät ja havainnollistavat suullista ohjausta.

Opaslehtisen tekeminen oli mielenkiintoista ja haastavaa. Oli vaikeaa päättää, mitä tietoa oppaaseen laitetaan, jotta oppaasta ei tulisi liian pitkä. Tutustuessamme eri tutkimuksiin potilasohjauksesta saimme paljon ideoita oppaan laadintaan. Valitettavasti kaikkia tutkimustuloksia ei ollut mahdollista hyödyntää oppaan laadinnassa, sillä halusimme pitää oppaan lyhyenä ja selkeänä kokonaisuutena. Esimerkiksi potilaiden erilaisten elämäntilanteiden huomioon ottaminen oppaassa oli hankalaa laajan potilasmateriaalin takia. Lopullisesta oppaasta tuli 16-sivuinen, joka mielestämme on ehdoton yläraja potilasoppaan sivumäärälle. Oppaan sisältämää tietoa voidaan pitää luotettavana, sillä oppaan sisältö perustuu tutkittuun tietoon. Mielestämme olisi hyvä, jos myös laajempi kirjallinen työ lähetettäisiin Tallinnaan, jolloin hoitajat voisivat käyttää teoriaosuutta pohjana suullisessa ohjauksessa tai käydessään kirjallisia ohjeita läpi potilaan kanssa.

Valitsimme oppaan kooksi A5, koska sitä on helpompi käsitellä ja kuljettaa mukana. Värit pidimme neutraaleina, mustavalkopohjalta on helpointa lukea. Elävöitimme opas-

ta värillisellä reunuksella sekä itse piirtämillämme ja valmiilla kuvilla. Kuvia olisi voinut olla enemmänkin, mutta silloin sivumäärä olisi kasvanut liikaa. Fonttikooksi oppaaseen valitsimme 16, sillä se tekee tekstin luettavammaksi.

Opas on laadittu osastolle, jossa hoidetaan sekä polven että lonkan tekonivelleikkauksessa olleita potilaita. Koska tekemämme opas on suunnattu vain lonkan tekonivelleikkauspotilaan ohjaukseen, jättää se palvelematta suuren osan osastolla hoidettavista potilaista. Asettaako tämä osaston potilaat eriarvoiseen asemaan ohjauksen suhteen? Kehittämishaasteena olisikin työstää potilasopas myös polven tekonivelleikkauksesta tai kokonaan erillinen opas kuntoutumiseen liittyvästä fysioterapiasta. Tekemämme opas voisi toimia myös runkona muille mahdollisesti tuotettaville vastaaville oppaille.

Opinnäytetyön tekeminen on sujunut asetettujen aikataulujen puitteissa. Meillä on ollut hyvin yhteistä aikaa tehdä työtä, ja kaikki ovat osallistuneet työn tekoon yhtä paljon. Aihe ei ollut ryhmälle kovinkaan tuttu, vain yksi ryhmän jäsen oli ollut ortopedisella vuodeosastolla harjoittelussa. Työn myötä tietomme ortopedisen kirurgisen potilaan hoidosta on lisääntynyt ja olemme ymmärtäneet syvemmin onnistuneen potilasohjauksen tärkeyden. Oli mukava tehdä sellainen työ, jonka tiedämme konkreettisesti palvelevan suoraan potilasta ja joka mahdollisesti myös omalta osaltaan helpottaa hoitajien työtä. Jatkossa olisi mukava tietää, miten potilaat ovat ottaneet oppaan vastaan ja ovatko he kokeneet sen hyödylliseksi.

LÄHTEET

- Alanen, Seija 2002: Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Alavere, Helen – Linsmann, Kristel 2006. StaLT- hankkeen infotilaisuus 6.12.2006. Suullinen tiedonanto. Pelgulinnan sairaala. Tallinna.
- Ali-Melkkilä, Timo 1999: Potilaan valmistelu anestesiaan ja esilääkitys. Teoksessa Rosenberg, Per – Alahuhta, Seppo – Kanto, Jussi – Takala, Jukka (toim.): Anestesiologia ja tehohoito. Jyväskylä: Gummerus. 252–264.
- Anttila, Kyllikki – Hirvelä, Mervi – Jaatinen, Tiina – Polviander, Marjut – Puska, Eeva-Liisa 2001: Sairaanhoido ja huolenpito. Porvoo: WSOY.
- Bjälje, Jan G. – Haug, Egil – Sand, Olav – Sjaastad, Øystein V. – Toverud, Kari C. 2002: Ihminen, fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.
- Davis, Peter S. 1994: Nursing the orthopaedic patient. Singapore: Churchill Livingstone.
- Footner, Anne 1987: Orthopaedic nursing. Oxford: Baillière Tindall.
- Gammon, John – Mullholland, Clive W. 1996: Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on psychological coping outcomes. Journal of advanced nursing 24. 303–308.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2007: Lonkan tekonivelleikkaus. Potilasohje. Ortopedia.
- Hietanen, Helvi – Suominen, Sinikka 2002: Infektoitunut haava. Teoksessa Hietanen, Helvi – Iivanainen, Ansa – Seppänen, Salla – Juutilainen, Vesa (toim.) 2002: Haava. Ensimmäinen painos. Porvoo: WSOY. 228–241.
- Holmia, Silja – Murtonen, Irja – Myllymäki, Hannele – Valtonen, Katariina 2004: Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Neljäs painos. Porvoo: WSOY.
- Iivanainen, Ansa – Jauhiainen, Mari – Pikkarainen, Pirjo 2006: Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Ensimmäinen painos. Keuruu: Tammi.
- Iivanainen, Ansa – Jauhiainen, Mari – Pikkarainen, Pirjo 2001: Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino. Hygieia.
- Iivanainen, Ansa – Jauhiainen, Mari – Pikkarainen, Pirjo 1998: Sisätauti-kirurginen hoito- ja hoitotyö. 1. – 3. painos. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Johansson, Kirsi 1999: Potilaiden oppimistarpeet lonkkaproteesileikkauksen jälkeen. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

- Jokiniitty, Tuija 1994: Helsingin kaupungin sairaaloissa lonkan tekonivelleikkauksessa olleiden potilaiden fyysinen toimintakyky. Pro gradu – tutkielma. Tutkielmat 15/94. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto.
- Jämsen, Esa – Pajamäki, Jorma – Halonen, Pekka – Moilanen, Teemu – Puolakka, Timo – Lehto, Matti U.K. 2005: Mitä tehdä, kun epäilee polven tekonivelen infektiota? Suomen Lääkärilehti 60 (42). 4245–4249.
- Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri 2002: Potilasohje lonkan tekonivelleikkaukseen tulevalle. Terveysportti. Potilasohjeet. Verkkodokumentti. Päivitetty 24.1.2007. <http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=pot>. Luettu 22.5.2007.
- Kleimola, Matti 1988: Tekonivelten rakenne, suunnittelu ja valmistus. Teoksessa Slätis, Pär – Kleimola, Matti: Tekonivelkirurgia. Helsinki: SITRA. 25–57.
- Koivula, Anne – Tanninen Salla 2007. Lonkan nivelrikko. Teoksessa Mustajoki, Marianne – Alila, Anja – Matilainen, Elina – Rasimus, Mirja (toim.) 2007: Sairaanhoitajan käsikirja. Kolmas painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim. 356–357
- Koponen, Maarit 1999: Kirurgisten potilaiden kokemuksia yhteistyöstä hoitohenkilöstön kanssa vuodeosastohoidon aikana. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Koski, Erkki MJ 1997: Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Teoksessa Käytännön lääkärin kipukäsikirja 1997. Helsinki: Recallmed Oy. 244–253.
- Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi – Ukkola, Liisa – Torppa, Kaarina 2005: Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö 3 (1). 10–14.
- Laaksonen, Anneli 2005: Syvän laskimotukoksen hoito. Teoksessa Mustajoki, Marianne – Maanselkä, Seija – Alila, Anja – Rasimus, Mirja (toim.): Sairaanhoitajan käsikirja. Kolmas painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim. 90–91.
- Laato, Matti 2004: Haavan paraneminen. Teoksessa Roberts, Peter J. – Alhava, Esko – Höckerstedt, Krister – Kivilaakso, Eero (toim.): Kirurgia. Ensimmäinen painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 44–50.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Lehti, Tuija – Hupli, Maija 1993: Leikkauspotilaan tiedonsaanti ja osallistuminen omaan hoitoonsa naistentautien leikkausvuodeosastolla. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turun yliopistollinen keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja A:3.
- Lehto, Matti U.K. – Jämsen, Esa – Rissanen, Pekka 2005: Lonkan ja polven endoproteesikirurgia – varaosien avulla liikkujaksi. Duodecim 121 (8). 893–901.
- Mattila, Eija Anneli 1998: Potilaan ohjaus sairaalahoidon aikana – potilaiden käsityksiä ja kokemuksia. Hoitotiede 10 (3). 144–152.

- Mustajoki, Marianne – Maanselkä, Seija – Alila, Anja – Rasimus, Mirja (toim.) 2005: Sairaanhoidajan käsikirja. Kolmas painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.
- Nevalainen, Juha – Lehto, Matti 2004: Kipeä lonkka. Teoksessa Roberts, Peter J. – Alhava, Esko – Höckerstedt, Krister – Kivilaakso, Eero (toim.): Kirurgia. Ensimmäinen painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 793–799.
- Pajamäki, Jorma 2005: Mitä tehdä, kun kipulääke ei riitä työikäisen lonkka-arthroosissa? *Kunnallislääkäri* 20 (5). 21–23.
- Pajamäki, Jorma – Nevalainen, Juha – Peltonen, Jari – Lindholm, T. Sam 1994: Lantio ja alaraaja. Teoksessa Lindholm, T. Sam (toim.): Kirurginen potilas. Tampere: Eräsalon kirjapaino Oy. 127–160.
- Pelgulinna haigla 2006: Meelespea kellel on tehispuusaliiges. Potilasohje.
- Phipps, Carole G. – Long, Barbara C. 1993: Preoperative intervention. Teoksessa Long, Barbara C. – Phipps, Wilma J. – Cassmeyer, Virginia L.: *Medical Surgical Nursing, A nursing process approach*. Kolmas painos. St. Louis Missouri: Mosby-Year Book Inc. 409–424.
- Raid, Ulla 1999: Virolaisten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeisestä kivusta ja sen hoidosta. Tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Remes, Ville – Paavolainen, Pekka – Vuorinen, Jarmo 2004: Kenet pitäisi lähettää arviointiin lonkan tekonivelleikkausta varten? *Suomen lääkärilehti* 59 (4). 273–277.
- Rissanen, Eija 2002. Iäkkään tekonivelleikkauspotilaan kipu. Pro gradu – tutkielma. Hoitotiede. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Royle, A. Joan – Walsh, Mike 1992: *Watson's medical-surgical nursing and related physiology*. Neljäs painos. London: Bailliere Tindall.
- Sairaala Orton, invalidisäätiö 1996. Lonkan tekonivelleikkaus – potilasopas.
- Salomäki, Timo – Laitinen, Jorma – Rosenberg, Per 1999: Leikkauksen jälkeinen kivun hoito. Teoksessa Rosenberg, Per – Alahuhta, Seppo – Kanto, Jussi – Takala, Jukka (toim.) 1999: *Anestesiologia ja tehohoito*. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. 758–770.
- Santavirta, Nina – Lillqvist, Gun – Sarvimäki, Anneli – Honkanen, Visa – Konttinen, Yrjö T. – Santavirta, Seppo 1994: Teaching of patients undergoing total hip replacement surgery. *International journal of nursing studies* 31 (2). 135–142.
- Santavirta, Seppo – Lappalainen, Reijo – Konttinen, Yrjö T. 2004: Tekonivelmateriaalit. *Duodecim* 120 (16). 2020–2026.

- Smeltzer, Suzanne C. – Bare, Brenda G. 2004: Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Kymmenes painos. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sotsiaalministeriö 2007. Procedures used in hospital in-patient care or hospital day surgery. <[http://www.sm.ee/eng/HtmlPages/BedsandProcedures2006EE_25-01/\\$file/Beds%20and%20Procedures%202006%20EE_25-01.xls](http://www.sm.ee/eng/HtmlPages/BedsandProcedures2006EE_25-01/$file/Beds%20and%20Procedures%202006%20EE_25-01.xls)> Päivitetty 10.4.2007. Luettu 11.4.2007.
- STM, Sisäasianministeriö, STAKES, Suomen pelastusalan keskusjärjestö, Suomen vakuutusyhtiöiden keskusliitto, Terveyden edistämisen keskus. Kotitapaturmien ehkäisykampanja: Turvallisia vuosia, tietoa kotitapaturmista ikäihmisille ja heidän läheisilleen. Opaslehti.
- Tanninen, Salla – Koivula, Anne 2007a. Preoperatiivinen hoito. Teoksessa Mustajoki, Marianne – Alila, Anja – Matilainen, Elina – Rasimus, Mirja (toim.) 2007: Sairaanhoidajan käsikirja. Neljäs uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim. 303–304.
- Tanninen, Salla – Koivula, Anne 2007b. Postoperatiivinen hoito. Teoksessa Mustajoki, Marianne – Alila, Anja – Matilainen, Elina – Rasimus, Mirja (toim.) 2007: Sairaanhoidajan käsikirja. Neljäs uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim. 304–306.
- Tanninen, Salla – Koivula, Anne 2007c. Leikkaushaavan hoito. Teoksessa Mustajoki, Marianne – Alila, Anja – Matilainen, Elina – Rasimus, Mirja (toim.) 2007: Sairaanhoidajan käsikirja. Neljäs uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim. 306.
- Tolvanen, Eeva-Kaarina – Yrjölä, Elisa 1999: Ikääntyvien potilaiden osallistuminen hoitoonsa leikkausvuodeosastolla. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Torkkola, Sinikka – Heikkinen, Helena – Tiainen, Sirkka 2002: Potilasohjeet ymmärrettäväksi: opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi.
- Tuominen, Ulla 2004: Polven ja lonkan tekonivelleikkauksiin jonottavien potilaiden elämänlaatu Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos.
- Ukkola, Veijo – Ahonen, Juhani – Alanko, Arto – Lehtonen, Timo – Suominen, Sinikka 2001: Kirurgia. Ensimmäinen painos. Porvoo: WSOY.
- Virkki, Päivi 2007: Ompeleiden ja haavahakasten poisto. Teoksessa Mustajoki, Marianne – Alila, Anja – Matilainen, Elina – Rasimus, Mirja (toim.) 2007: Sairaanhoidajan käsikirja. Neljäs uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim. 307–308
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2005: Lonkan tekonivelleikkaus. Potilasohje. Verkkodokumentti. Päivitetty 10.8.2005. <<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/3994/5130>>. Luettu 7.2.2007.

YHTEYSTIEDOT

Länsi-Talinnan Keskussairaala

Pelgulinnan sairaala

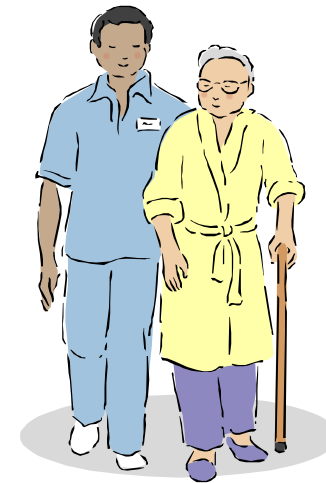
Söle 16, 10611 Tallinna

Osasto _____

Puh.nro _____

LONKAN TEKONIVELLEIKKAUS

Potilaan opas



STADIA

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

Milja Liuhanen, Heli Nieminen, Henna Rajala ja Venla Rönkkö
2007

SISÄLLYS

Lonkan tekonivelleikkaus.....	1
Leikkaukseen valmistautuminen kotona.....	3
Ennen leikkausta osastolla.....	5
Leikkauksen jälkeen osastolla.....	6
Kuntoutuminen leikkauksesta.....	8
Lihasharjoituksia.....	9
Ohjeita kotiin.....	10
Keppikävely.....	12
Omia muistiinpanoja.....	13

OMIA MUISTIINPANOJA

KEPPIKÄVELY

Heti kun vointinne sallii, aloitetaan kävelyharjoitukset kyynärsauvojen avulla.

Tasaisella alustalla kävellessänne siirtäkää leikattu jalka ja kyynärsauvat eteen yhtä aikaa ja ottakaa terveellä jalalla askel ohi.

Portaita ylös kulkiessanne astukaa ensin terveellä jalalla portaalle, minkä jälkeen leikattu jalka ja sauvat siirretään terveen jalan viereen. Laskeutuessanne portaita alas siirtäkää ensin leikattu jalka ja sauvat yhtä aikaa alarapulle ja laskekaa terve jalka viereen. Käyttäkää kaidetta tukena, mikäli se on portaissa mahdollista.

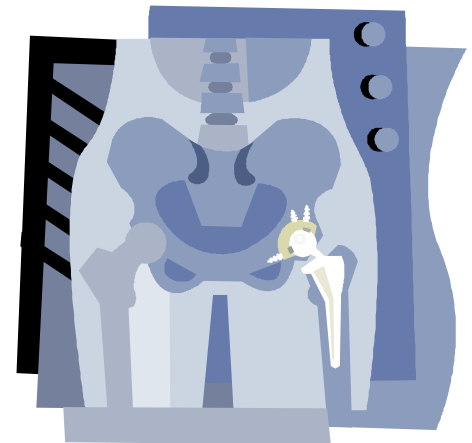
Jos teillä on vain yksi kyynärsauva käytössänne, sauvaa käytetään terveen jalan puolella.

LONKAN TEKONIVELLEIKKAUS

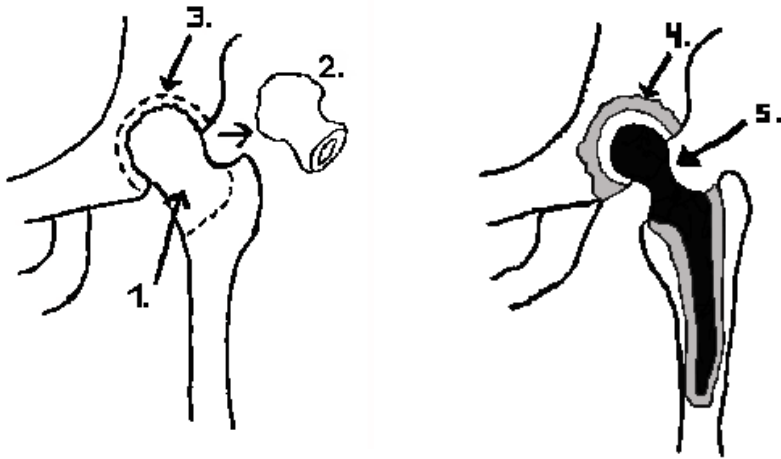
Yleisin syy lonkan tekonivelleikkaukseen on lonkan nivelrikko. Nivelrikkoa esiintyy useammin naisilla kuin miehillä. Lonkan kirurginen hoito tulee ajankohtaiseksi, kun lonkkaa särkee levossa ja kävely on hankalaa. Tekonivelleikkaus vähentää kipuja ja lisää lonkkanivelen liikkuvuutta.

Tekonivelmateriaaleina käytetään useimmiten metallia ja muovia. Lonkan tekonivel kiinnitetään lonkkamaljaan sekä reisiluuhun ruuveilla, nauhoilla, sementillä tai ilman sementtiä. Käytettävä materiaali ja kiinnitysmenetelmä valitaan yksilöllisesti juuri Teille.

Tekonivelen kiinnitysmenetelmästä riippuen saatte varata täydellä painolla leikatulle jalalle heti tai 1-3 kuukauden kuluttua leikkauksesta.



Esimerkki sementtikiinnitteisestä tekonivelestä:



1. Reisiluun kaula sahataan poikki ja reisiluun pää poistetaan
2. Poistettu reisiluun pää
3. Lonkkamaljasta poistetaan luuta niin, että kuoppa tulee sopivaksi tekonivelen kupille
4. Luusementtiä, jolla tekonivel kiinnitetään
5. Tekonivel

Leikkaus kestää noin 1,5-2 tuntia ja se tehdään joko puudutuksessa tai nukutuksessa. Sairaalassa-oloaika on keskimäärin 10 vuorokautta.

Suihkutiloissa, liukkailla matoilla, lumella ja jäällä on noudatettava varovaisuutta liukastumisvaaran vuoksi.

Saunoa, kylpeä ja uida saa viikon kuluttua ompeleiden poiston jälkeen.

Normaali sukupuolielämä on sallittua kaksi kuukautta leikkauksen jälkeen.

Ilmoittakaa aina tekonivelestänne hammaslääkärille, sillä eräät hammaslääkärin toimenpiteet saattavat vaatia antibioottilääkityksen tekonivelen tulehtumisvaaran vuoksi. Lääkitystä voidaan myös tarvita eräissä gynekologisissa toimenpiteissä ja suolikanavan tutkimuksissa.

Saatte sairaalasta todistuksen tekonivelestänne metallinpaljastimia varten.

OHJEITA KOTIIN

Leikkaushaava paranee yleensä ilman ongelmia. Mahdollisia haavatulehduksen oireita ovat punoitus, kuumotus ja turvotus. Mikäli tulehdusoireita ilmaantuu, ottakaa yhteys lääkäriin.

Mikäli leikatussa lonkassanne alkaa ilmetä kipua uudelleen jo kivuttoman vaiheen jälkeen tai lonkasta kuuluu ääntä sitä liikuteltaessa, tulee Teidän ottaa heti yhteyttä lääkäriin. Nämä saattavat viitata tekonivelen kulumiseen, hajoamiseen tai sijoittautumiseen.

Poikkeava turvotus nilkan ja säären alueella voi olla oire laskimoveritulpasta, samoin puristava kipu syvällä pohkeessa etenkin liikuteltaessa nilkaniveltä ylöspäin. Ottakaa heti yhteyttä lääkäriin, mikäli epäilette laskimoveritulppaa.

Autolla ajamista ei suositella neljän ensimmäisen viikon aikana leikkauksesta haitallisten kierto liikkeiden välttämiseksi. Autossa matkustettaessa olisi hyvä käyttää istuinkoroketta kahden kuukauden ajan leikkauksesta.

LEIKKAUKSEEN VALMISTAUTUMINEN KOTONA

Leikkauskelpoisuus

Mahdollisten perussairauksienne kuten diabeteksen ja verenpainetaudin tulee olla hallinnassa. Hyvä fyysinen kunto edesauttaa leikkauksenne onnistumista. Tupakointi olisi syytä lopettaa useita viikkoja ennen leikkausta, jos halutaan vähentää keuhkokomplikaatioiden riskiä.

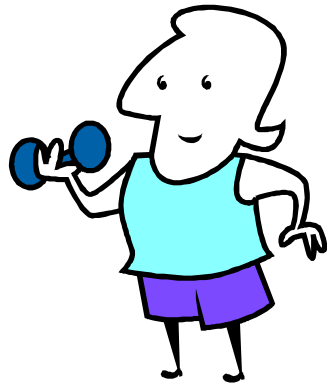
Leikkausalueen ihon tulee olla ehjä ja kaikki mahdolliset tulehdukset, kuten kynsivalli-, virtsatie- ja hengitystietulehdukset tulee hoitaa ennen leikkausta. Hoitamaton tulehdus on este leikkaukselle tekonivelen tulehtumisriskin vuoksi. Hampaat ja ikenet tulee tarkistuttaa hammaslääkärillä tulehdusten varalta.

Ylipainon hoito

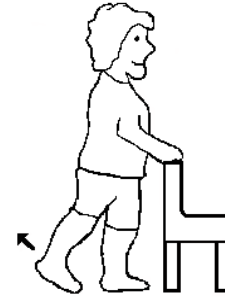
Mahdollinen ylipaino olisi hyvä hoitaa ennen leikkausta. Tekonivelen oletettu kesto-aika pitenee, kun kehon kuorma on pienempi. Ylipaino vaikeuttaa myös leikkauksen suorittamista ja pitkittää toipumisaikaa.

Lihasharjoittelu

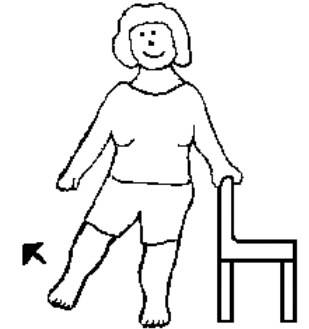
Lonkkaniveltä liikuttavia lihaksia tulisi harjoituttaa etukäteen. Hyvin treenatut lihakset auttavat leikkauksen onnistumista ja takaavat tekonivelelle pidemmän käyttöiän.



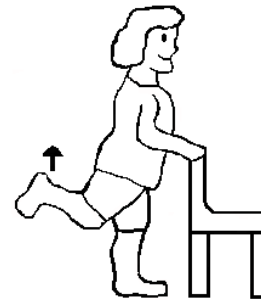
LIHASHARJOITUKSIA



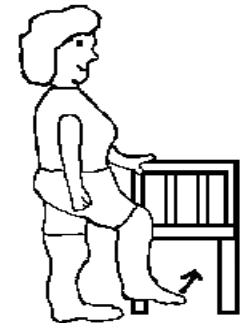
Lonkan ojentajalihaksen harjoitus:
Viekkää leikattu jalka suoraan taakse, jännittäkkää pakaralihas ja pitäkää selkä suorana. Pitäkää jännitys viisi sekuntia.



Lonkan loitontajalihaksen harjoitus:
Viekkää leikattu jalka suoraan sivulle, jalkaterä eteenpäin. Pitäkää vartalo suorassa.



Reisilihasta venyttävä harjoitus: Vetäkää leikatun jalan polvi koukkuun, kantapäätä kohti pakaraa.



Lonkan koukistajien harjoitus:
Nostakaa leikattua jalkaa eteen koukkuun.

KUNTOUTUMINEN LEIKKAUKSESTA

Kuntoutuminen kestää 3-6 kuukautta leikkauksesta. Teidät autetaan ylös vuoteesta ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Liikkumisen apuvälineinä käytetään kävelytelinettä ja kyynärsauvoja. Hoitohenkilökunta ohjaa niiden käytössä.

Leikattua jalkaa ei saa viedä ristiin toisen jalan päälle ja vuoteessa ollessanne Teidän tulee käyttää tyynyä jalkojenne välissä kahden kuukauden ajan. Tänä aikana pitää välttää leikatun lonkan voimakasta loitonnutta. Leikatun lonkan puoleiselle kyljelle saa kääntyä 4-6 viikon kuluttua leikkauksesta. Lonkkaa ei saa taivuttaa yli 90 astetta, jonka vuoksi olisi hyvä istuessakin käyttää koroketyynyä tuolilla. Rajoituksilla estetään lonkkanivelen sijoiltaanmeno.

On tärkeää liikkua paljon, rajoitukset huomioon ottaen. Lonkkaa ei saa altistaa tärähdyksille. Teidän ei tulisi kantaa raskaita taakkoja tai kyykistyä ääriasetoon kuntoutumisvaiheessa. Sopivia liikuntamuotoja ovat esimerkiksi kävely, uinti, rauhallinen tanssi, rauhallinen hiihto sekä pyöräily.

ENNEN LEIKKAUSTA OSASTOLLA

Tapaatte osastolla fysioterapeutin, leikkaavan lääkärin ja nukutuslääkärin, joilta voitte halutessanne kysyä leikkaukseen ja kuntoutumiseen liittyviä asioita. Nukutuslääkäri määrää, mitä lääkkeitä saatte ottaa leikkauspäivänä. Hän määrää myös mahdollisen esilääkityksen. Ennen leikkausta Teistä otetaan verikokeita.

Teille opetetaan jo ennen leikkausta apuvälineiden käyttö ja kuinka huomioitte leikkauksen jälkeiset liikerajoitukset. Kanssanne käydään läpi myös erilaisia hengitys- ja lihasharjoituksia.

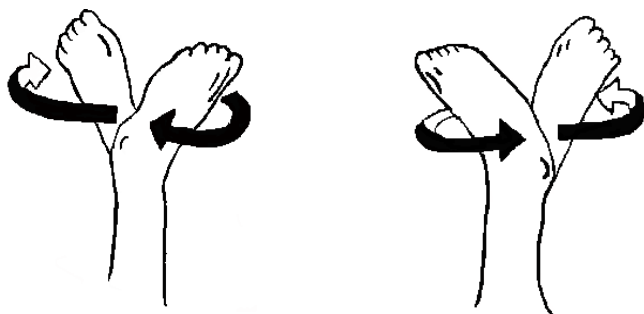
Peseydytte ennen leikkausta. Hoitaja kertoo sopivan ajankohdan suihkussa käymiselle ja huolehtii muista leikkausvalmisteluista. Ihonne kunto tarkistetaan ennen leikkausta. Teidän tulee olla ravinnotta ainakin 6-8 tuntia ennen leikkausta.

Esilääke annetaan Teille noin tuntia ennen leikkausta. WC:ssä olisi hyvä käydä ennen lääkkeen ottamista, sillä sen jälkeen ette saa enää nousta vuoteesta yksin.

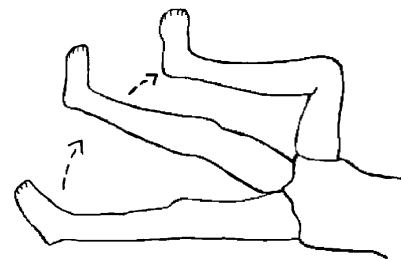
LEIKKAUKSEN JÄLKEEN OSASTOLLA

Kipu on voimakkaimmillaan heti leikkauksen jälkeen. Kertokaa kivuistanne hoitajalle. Kivuista ei pidä kärsiä, sillä hyvä kivunhoito edesauttaa paranemista. Leikkauksen jälkeen kipua lievittävät lääkkeet, eri asennot, lepo, jalan pitäminen koholla tai suorana, sekä voimistelu.

Sängyssä ollessanne olisi hyvä tehdä erilaisia verenkiertoa parantavia harjoituksia voinnin sallimissa rajoissa.



Pohjevoimisteluun kuuluu nilkkojen liikuttamista, heiluttamista, koukistamista ja ojentamista. Voitte esimerkiksi pyöritellä kumpaakin nilkkaa molempiin suuntiin vuorotellen.



Nostakaa jalka suorana ylöspäin ja koukistakaa polvea. Leikattua lonkkaa ei saa taivuttaa yli 90 astetta. Pitäkää asento muutaman sekunnin ajan, jonka jälkeen suoristakaa ja laskekaa jalka. Toistakaa harjoitusta 5 kertaa molemmilla jaloilla.

Reisilihasta harjoitatte jännittämällä sitä 5 sekunnin ajan jalan ollessa suorana, jonka jälkeen lihas rentoutetaan. Pakaroiden lihaksia harjoitetaan jännittämällä pakaralihaksia 5-10 sekunnin ajan. Toistakaa harjoituksia vointinne mukaan.

Hengitysharjoitukset rentouttavat ja edistävät nukutuskaasujen poistumista. Yskimisellä poistetaan limaa. Harjoituksen aikana voitte istua tai maata vuoteella selällään, polvet hieman kohotettuina. Hengittäkää syvään nenän kautta sisään ja suun kautta ulos. Voitte pitää kädet joko vatsan päällä tai viedä ne sisäänhengityksen aikana ylös vuoteen pääpuoleen ja tuoda ne alas uloshengityksen aikana. Syvään hengityksen jälkeen hengittäkää kerran lyhyesti ja yskäiskää syvältä keuhkoista.