

**POTILAAN POSTOPERATIIVINEN KIVUNHOIDON OHJAUS POLVEN
TEKONIVELLEIKKAUKSESSA - KIRJALLISUUSKATSAUS**

Antti-Jussi Haapala

Opiskelija numero: 2473253

Kandidaatin tutkielma

Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen
tutkimusyksikkö

Hoitotieteen tutkinto-ohjelma

Oulun yliopisto

Joulukuu 2019

Oulun yliopisto

LTK, Hoitotieteen ja Terveystieteiden tutkimusyksikkö / Hoitotieteen tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Antti-Jussi Haapala

Potilaan postoperatiivinen kivunhoidon ohjaus polven tekonivelleikkauksessa – kirjallisuuskatsaus

Kandidaatin tutkielma: 30 sivua, 6 liitettä

Joulukuu 2019

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvailla potilaiden postoperatiivista kivunhoidon ohjausta polventekonivelleikkauksessa. Tiedonhaku toteutettiin CINAHL sekä Scopus tietokantoihin syksyllä 2019. Haku tuotti yhteensä 728 viitettä. Artikkelit valittiin sisäänottokriteerien ja tutkimustehtävän perusteella. Varsinaiseen tulososioon sisällytettiin viisi vertaisarvioitua tieteellistä artikkelia. Artikkelit analysoitiin narratiivisen kirjallisuuskatsauksen mukaan.

Kirjallisuuskatsauksen aineiston tuloksista nousi esille kaksi yläluokkaa: Potilaan riittämätön kivunhoidon ohjaus postoperatiivisesti sekä ohjauksen hyödyt potilaan kivunkokemukseen. Kahdessa tutkimuksessa potilaat kokivat saamansa kivunhoidon ohjauksen puutteelliseksi. Tulosten mukaan potilaiden kivunhoidon ohjaus ei ollut toteutunut ja ne potilaat, joiden ohjaus toteutui kokivat sen riittämättömäksi. Potilaat hyötyivät ohjauksesta. Potilaat, joiden ohjaus sisälsi tietoa tulevasta polven tekonivelleikkauksesta arvioivat postoperatiivisen kivun lievemmäksi, kuin potilaat, joiden ohjaus oli riittämätöntä. Ohjausta saaneet potilaat olivat myös valmistautuneet tulevaan leikkaukseen, postoperatiiviseen vaiheeseen sekä myös tulevaan postoperatiiviseen kipuun.

Asiasanat: polven tekonivelleikkaus, ohjaus, koulutus, kipu, kivunhoidon ohjaus, postoperatiivinen

Sisältö

TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO	1
2 KIVUNHOIDON OHJAUS POLVEN TEKONIVELLEIKKAUKSESSA.....	3
2.1 Ohjaus	3
2.2 Kivunhoidon ohjaus kirurgiselle potilaalle	5
2.2 Polven nivelrikko	7
3 TUKIMUKSEN TARKOITUS JA –TAVOITE	11
4 AINEISTO JA MENETELMÄT	12
4.1 Aineiston haku ja valinta	12
4.2 Aineiston analyysi	15
5 TULOKSET.....	18
5.1 Aineiston kuvaus	18
5.2 Riittämätön kivunhoidon ohjaus postoperatiivisesti.....	18
5. 2 Kivunhoidon ohjauksen hyödyt potilaalle	18
6 POHDINTA.....	20
6.1 Luotettavuus.....	21
6.2 Johtopäätökset	23
6.3 Jatkotutkimushaasteet	23
LÄHTEET	25
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan Suomessa tehtiin vuonna 2018 yhteensä 12 092 polven tekonivelten ensileikkausta ja leikkausten määrän on arvioitu lisääntyvän jopa 50% tulevan vuosikymmenen aikana, johtuen suurten ikäluokkien ikääntymisestä (Suomen artroplastia yhdistys). Nivelrikko on maailman yleisin nivelsairaus ja se onkin aikuisilla yleisin syy polvikipujen taustalla. Polvinivelen nivelrikon hoito aloitetaan aina konservatiivisella hoidolla. Konservatiivisen hoidon tavoitteena on pyrkiä poistamaan pahentavia tekijöitä, kuten niveleen kohdistuvaa rasitusta sekä potilaan ylipainoa. Lääkkeettömät hoidot ovat perusta nivelrikon hoidossa (Pohjolainen 2018.) Kun nivelrikon oireet pahentuvat, kuten yö särky, liikekiput eivät ole enää hallittavissa tai päivittäiset toiminnot ovat selkeästi vaikeutuneet päädytään useimmiten tekonivelleikkaukseen, jossa tuhoutunut polvi korvataan keinotekoisella nivelellä (Kiviranta & Järvinen 2012, Reumaliitto).

Polven tekonivelleikkauksen postoperatiiviseen vaiheeseen liittyy vahvasti potilaan kokemukset postoperatiivisesta leikkauksivasta. Potilaan kipukokemukset postoperatiivisesti ovat yksi rajoittava tekijä kuntoutuksen aloitukselle. Leikkauksen jälkeisen kuntoutuksen tavoitteena on muun muassa parantaa polveen kohdistuvia liikeratoja sekä kuntoutus helpottaa potilaan postoperatiivista kipua (Chen ym. 2013, Høvik ym. 2017).

Leikkauksen jälkeen lähes kaikki potilaat kokevat kipua, joten hyvä postoperatiivinen kivunhoito on erittäin tärkeässä asemassa. Hyvä postoperatiivinen kivunhoito on inhimillistä, eettistä sekä se mahdollistaa potilaan nopean mobilisoinnin leikkauksen jälkeen. Huonosti tasapainossa oleva kivunhoito voi aiheuttaa potilaalle merkittävää kärsimystä, kivun kroonistumista, heikentää leikkauksen tuloksia sekä lisätä leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden riskiä. Huonosti hoidettu kipu on myös yhteiskunnalle kallista, koska potilaan sairaalassa oloaika voi pidentyä. (Heikkilä 2017, Kontinen & Hamunen 2014.)

Polven tekonivelleikkausta on tutkittu monesta eri näkökulmasta, kuten sen kustannustehokkuutta (Kamaruzaman ym. 2017, Lehto ym. 2005) erilaisten hoitoprotokollien vaikutusta sairaalassaoloaikaan (Gordon ym. 2010), potilaan

kokemuksia leikkausprosessista sekä myös potilaan kokemuksia postoperatiivisesta kivusta. Kuitenkin kirjallisuudessa on verrattain vähän tutkittua tietoa siitä, kuinka potilaat ovat kokeneet kivunhoidon ohjauksen postoperatiivisessa vaiheessa.

Terveydenhuollossa eletään murrosvaihetta, koska useat asiat edellyttävät toiminnan tehostamista. Muutoksia ovat muun muassa kansansairauksien lisääntyminen, väestön ikääntyminen, syntyvyyden lasku, hoitoaikojen lyhentyminen, avohoidon lisääntynyt tarve, kustannusten kasvu, lääketieteen kehittyminen sekä vääristynyt suhde palveluntarjoajien sekä tarvitsevien välillä. (Lipponen 2014, Valtioneuvosto 2018.)

Potilasohjauksen kehittäminen on tärkeää, koska se on keskeinen hoitotyötoiminto hoitotyössä ja potilaiden tietoisuus omista oikeuksistaan sekä omasta sairaudestaan ja sen hoidosta on lisääntynyt. Ohjauksen tarve tulee myös lisääntymään hoitajaksojen lyhentyessä ja tämän seurauksena ohjaus on toteutettava lyhemässä ajassa kuin ennen. (Lipponen 2014.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvailla potilaiden postoperatiivista kivunhoidon ohjausta polventekonivelleikkauksessa. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on muodostaa kokonaiskuva tutkittavasta ilmiöstä. Tuloksen eli narratiivisen synteessin avulla pystytään muodostamaan käsitys, kuinka potilaat kokevat saamansa kivunhoidon ohjauksen postoperatiivisesti sekä liittyykö ilmiöön mahdollisia ongelmia tai kehityskohteita potilaan näkökulmasta. Mahdollisten kehitettävien osa-alueiden avulla, potilaan kivunhoidon ohjausta on mahdollista jatkokehittää ja luoda ohjauksesta enemmän vaikuttavaa sekä potilaan kokonaisvoimaa tukevampaa

2 KIVUNHOIDON OHJAUS POLVEN TEKONIVELLEIKKAUKSESSA

2.1 Ohjaus

Suomen lain (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa omasta terveydentilasta sekä saamistaan hoidoistaan. Lain mukaan ammattilainen on velvoitettu antamaan tietoa potilaalle riittävästi sekä ymmärrettävästi, jotta potilas on kyvykäs osallistumaan omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Tietoa potilas saa terveydenhuollon ammattilaisen toteuttamana potilasohjauksen kautta. Potilaskeskeisyys tulee olla potilasohjauksen lähtökohta ja ohjauksen tavoite on löytää ratkaisu potilaan ongelmiin. (Rajala ym. 2017).

Potilaskeskeisessä ohjauksessa potilaan rooli on aktiivinen osallistuja yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa (Kääriäinen 2007, Kaakinen ym. 2013). Potilaskeskeinen ohjaus edellyttää potilaan yksilöllistä huomioimista sekä potilaan kunnioittamista ja arvostamista. Voimavaraistumista tukevalla tiedolla pystytään auttamaan potilasta saavuttamaan kontrolli ja hallinta omaan elämäänsä. Saavuttaessaan nämä potilas kokee elämänsä tasapainoiseksi sekä tiedostaa pystyvänsä tekemään itseään koskevia päätöksiä. (Montin 2008, Kääriäinen 2007, Kaakinen ym. 2013.)

Terveydenhuollon edellytetään toiminnan tehostamista, jotka aiheutuvat muun muassa kansansairauksien lisääntyminen, väestön ikääntyminen, syntyvyyden lasku, hoitoaikojen lyhentymisen, avohoidon lisääntynyt tarve, kustannusten kasvu, lääketieteen kehittyminen sekä vääristynyt suhde palvelun tarjoajien sekä tarvitsevien välillä. (Lipponen 2014, Valtioneuvosto 2018.) Yhteiskunnan epävarmuutta lisäävät myös ilmastonlämpeneminen, muuttoliikkeen moninaistuminen sekä rajat ylittävät terveysuhat. Tarvitaan tavoitteellisia ratkaisuja ehkäisemään eriarvoisuutta sosioekonomisten ryhmien, maantieteellisten alueiden ja sukupuolten välillä. Tasapainoinen yhteiskuntakehitys pohjautuu päätöksenteolle, jossa ihmisten erilaiset peruslähtökohdat otetaan huomioon ja nykyaikaisia toimintamalleja sovelletaan. Uusien innovaatioiden avulla pystytään tunnistamaan ihmisten tarpeita entistä paremmin sekä ne tehostavat diagnostiikkaa, lääkekehitystä, omahoitoa sekä palveluvalintoja. (Valtioneuvosto 2018.)

Potilasohjaus on keskeinen hoitotyötoiminto (Yeh ym. 2018, Crawford ym. 2018) ja potilaiden tietoisuus oikeuksistaan sekä omasta sairaudestaan ja sen hoidosta on lisääntynyt (Lipponen 2014). Ohjauksen tarve tulee myös lisääntymään hoitajaksojen lyhentyessä ja tämän seurauksena ohjaus on toteutettava lyhemmissä ajassa kuin ennen (Lipponen 2014, Jenkins ym. 2019, Eloranta ym. 2016.) Haasteita ohjauksen toteuttamiseen tuovat nimenomaan lyhyet hoitajakset sekä puutteelliset ohjausresurssit. Haasteellisissa tilanteissa potilaiden ohjaaminen edellyttää ohjaamisen tiedostamista sekä tunnistamista: mistä tekijöistä ohjaus rakentuu ja mitä ohjaus oikeastaan on. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Hoitotyössä potilaan ohjaaminen on keskeisessä roolissa ja kaikkien hoitotyössä työskentelevien yksi tärkeimmistä tehtävistä. (Kyngäs ym. 2007, Yeh ym. 2018, Lasabandon ym. 2019.) Hyvin onnistuneella ohjauksella voidaan vaikuttaa potilaiden sekä heidän omaistensa terveyteen ja sitä edistävään toimintaan sekä myös kansantalouteen (Kääriäinen & Kyngäs 2006, Kääriäinen 2007, Kaakinen ym. 2017). Ohjausta toteutetaan suunnitelmallisesti erilaisissa ohjaustilanteissa sekä osana muuta potilaan saamaa hoitoa tai hoitotoimenpiteitä. Varsinkin terveydenhuollon ammattilaiset kokevat, että potilaiden ja heidän omaistensa ohjaus on iso ja tärkeä osa heidän työtä. He ovat myös isolta osaltaan vastuussa potilaalle toteutettavasta ohjauksesta. Ohjauksen tavoitteena on, että potilas löytää omat voimavarat, häntä kannustetaan ottamaan vastuu omasta terveydentilastaan sekä myös hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. (Kyngäs ym. 2007, Kääriäinen 2007.) Hyvällä ohjauksella voidaan myös vähentää potilaan yhteydenottoja hoitajakson jälkeen, koska potilaalla on enemmän tietoa omasta tilastaan sekä kuinka hänen tulisi hoitaa itseään (Kyngäs ym. 2007).

Hoitoaikojen lyhentyessä ohjaukselle jää vähemmän aikaa, jonka seurauksena ohjauksen merkitys terveydenhuollossa korostuu. Lyhentyneiden hoitoaikojen ohjauksen tulee olla vaikuttavampaa, koska potilaiden on selviydyttävä entistä nopeammin toipumisajasta kotona. Tämä korostaa entistä enemmän näyttöön perustuvien ohjausmenetelmien hallintaa. (Kyngäs ym. 2007, Jin ym. 2019.)

Hoitotyössä ohjaamisen tunnistamisen sekä tiedostamisen haasteena on ohjauksesta käytettyjen käsitteiden moninaisuus. Synonyymeja ohjaukselle on esimerkiksi MOT-

sanakirjan mukaan: ”kasvatus, koulutus ja valmennus sekä opettaminen”. Nykyisen käsityksen mukaan ohjauksen tavoitteena on parantaa potilaiden kykyä ja aloitteellisuutta edistää elämäänsä haluamallaan tavalla. (Kyngäs ym. 2007, Kääriäinen 2007.) Ohjauksen tavoitteena on huomioida potilaan henkilökohtaiset kokemukset, potilaan ja ammattilaisen jaettu asiantuntijuus sekä potilaan oma vastuu ohjauksesta tapahtuvasta oppimisesta ja tehdyistä päätöksistä (Kääriäinen & Kyngäs 2006, Kaakinen ym. 2017).

Ohjaustilanteessa potilas on aktiivinen ongelmanratkaisija, oman sairautensa asiantuntijana. Ohjaussuhde on vuorovaikutteista sekä tavoitteellista toimintaa potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä (Kääriäinen & Kyngäs 2010, Kaakinen ym. 2017, Rajala ym. 2018). Terveydenhuollon ammattilaisen tehtävänä on tukea potilasta päätöksenteossa sekä pyrkiä välttämään valmiiden ratkaisuiden esittämistä potilaalle. Terveydenhuollon ammattilainen myös auttaa potilasta käsittelemään kokemuksiaan, opastaa käyttämään resursseja sekä ratkaisemaan ongelmia tai auttaa potilasta löytämään erilaisia toimintatapoja. (Kyngäs ym. 2007, Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen ohjaussuhde on tasa-arvoinen ja hyvin onnistunut potilaan ohjaus voi vaatia useita ohjaus kertoja. Ohjaus eroaa muunlaisesta keskusteluista rakenteeltaan siten, että se on enemmän suunnitelmallisempaa, mutta se sisältää myös tiedonantamista. (Kyngäs ym. 2007.)

2.2 Kivunhoidon ohjaus kirurgiselle potilaalle

Kivun hoitotyöllä tarkoitetaan kipua kokevan potilaan auttamista hoitotyön toiminnoin (Salanterä ym. 2006). Kivun hoitotyötä voidaan tarkastella prosessin mukaisesti, joka pitää sisällään kivunhoidon tarpeen määrittelyn, sen hoidon sekä tuloksen arvioinnin (Glowacki 2015, Wells ym. 2008). Prosessimainen ajattelu tekee kivunhoidosta harkitumpaa sekä tietoista toimintaa, joka perustuu kipuongelman tunnistamiseen sekä ongelman ratkaisemiseen. Yleensä hoitotyön prosessin vaiheet etenevät peräkkäisinä toimintoina, mutta kivunhoidossa nämä menevät enemmänkin päällekkäin. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013.) Potilaan kokiessa jatkuvaa kipua hänen hoitosuunnitelma tulee tarkistaa säännöllisesti, jotta kivunhoidon tavoitteet saavutetaan parhaalla mahdollisella tavalla. Säännöllisesti tehtävän kivun arvioinnin avulla terveydenhuollon ammattilainen

löytää potilaalle parhaan mahdollisen hoitotyötoiminnon sekä hän pystyy ohjaamaan kivunhoitoa oikeaan suuntaan. Terveydenhuollon ammattilaisen tulee myös ohjata potilasta kertomaan aktiivisesti, jos kiputilanteeseen tulee negatiivisia muutoksia, jotta koventuneeseen kipuun pystytään reagoimaan nopeasti. (Wells ym. 2008.) Potilaan kipua voidaan mitata useilla eri kipumittareilla, kuten VAS (visual analogue scale), VRS (verbal rating scale) tai NRS (numeral rating scale) (Kalso ym. 2009, Wells ym. 2008). Kipumittareiden avulla terveydenhuollon ammattilainen pystyy selvittämään potilaan kokeman kivun esimerkiksi asteikolla 1-10, jolloin 1 kuvaa lievää kipua ja 10 kuvaa sietämätöntä kipua tai kuvan avulla kiilaa siirtäen pienemmästä suurempaan (Kalso ym. 2009). Systemaattinen kivun hoitotyö vaatii terveydenhuollon ammattilaiselta jatkuvaa kivun hoidon arviointia (Wells ym. 2008). Paras arvioija kivunhoidon onnistumisesta on potilas itse (Salanterä ym. 2006). Potilaan mielipide kivun kokemuksesta sekä omasta voinnistaan kertoo sen, onko asetettuihin tavoitteisiin päästy (Salanterä ym. 2006, Wells ym. 2008).

Potilasohjauksen tavoitteena on taata potilaalle riittävästi tietoa kivusta, kipua aiheuttavista tekijöistä, hoidoista sekä erilaisista käytettävissä olevista hoitomuodoista. (Salanterä ym. 2006, Wells ym. 2008.) Kivun ehkäisy vähentää potilaan inhimillistä kärsimystä sekä sen kulmakivenä on hoitaa kipua jo ennen sen syntymistä. Jos kiputilanne on jo syntynyt, niin tällöin tulee keskittyä sen lievittämiseen, jotta kivunkierre ja kroonistuminen voitaisiin välttää. (Sailo & Varti 2000.)

Ohjauksen tavoitteena on varmistaa, että potilaalla ja hänen lähiomaisillaan on riittävästi tieto kivunhoidosta (Wells ym. 2008), koska monesti kivunhoidon epäonnistumisen taustalla on tiedon puute. Terveydenhuollon ammattilaisen tulee tiedostaa potilaan voimavarat tiedon vastaanottamisen suhteen ja ohjaus tulee aina suhteuttaa potilaan tarpeisiin sekä potilaan kykyyn ymmärtää ja oppia. (Salanterä ym. 2006.) Kivunhoidossa ja etenkin pitkäkestoisessa kivunhoidossa on tärkeää ohjata myös potilaan läheisiä (Wells ym. 2008, Salanterä ym. 2006). Kivunohjaus tulee toteuttaa suullisesti sekä kirjallisesti (Andersson ym. 2015) ja tiedon tulisi olla aina linjassa kivunhoidon ohjausta antavien terveydenhuollon ammattilaisten kesken (Salanterä ym. 2006). Potilaan on hyvä saada tietoa erilaisista kivunhoitomenetelmistä (Andersson ym. 2015, Wells ym. 2008). On myös tärkeää, että potilas tietää, mistä hän voi aiheeseen hakea lisätietoa (Salanterä ym. 2006.)

Leikkauspotilaan kivunhoidon ohjauksen on tutkittu vähentävän potilaan leikkauksenjälkeistä kipua sekä vähentävä potilaan ahdistusta ja pelkoa (Chen ym. 2013, Salanterä ym. 2006, Sjöling ym. 2002). Ahdistus ja pelko taas lisäävät potilaan kokemaa kipua (Salanterä ym. 2006, Kontinen & Hamunen 2014). Potilasohjauksen avulla potilas saavuttaa myös paremmat kivunhallintakeinot, tyytyväisyys kivunhoitoon kasvaa sekä se myös edistää potilaan paranemisprosessia (Salanterä ym. 2006, Wells 2008, Glowacki 2015). Potilaan nopeampi kotiutuminen sairaalasta vähentää hoitopäivien määrää, joka taas on kustannustehokkaampaa. (Marsh ym. 2018, Saku ym. 2018, Glowacki 2015.)

2.2 Polven nivelrikko

Nivelrikko on maailman yleisin nivelsairaus ja se on aikuisilla yleisin polvikivun aiheuttaja. Nivelrikko tulee lähes kaikille iän myötä, mutta siitä on useimmille vain vähän haittaa. (Pohjolainen 2018.) Merkittävimmät riskitekijät polven nivelrikkoon ovat liikalihavuus, perimä sekä ikääntyminen. Liikalihavuuden yleistyessä siitä on tullut entistä merkittävämpi polvinivelrikon aiheuttaja. Muita riskitekijöitä ovat, luuntiheys, lihasheikkous sekä erilaiset polvinivelen vammat, kuten nivelensisäiset murtumat ja nivelsiderepeämät. Myös pitkään kestänyt nivelen voimakas kuormitus, esimerkiksi raskaan ruumiillisen työn yhteydessä lisää polven nivelrikon vaaraa. (Pohjolainen 2018, Heidari 2011.)

Nivelrikossa muutoksia tulee nivelrustoon, luuhun, nivelkalvoon sekä ympäröiviin lihaksiin, joten nivelrikko on koko nivelen sairaus. Nivelrikossa nivelrustossa sijaitsevien väliaineiden hajoaminen nopeutuu. Rustosolun tehtävänä on muodostaa uutta rustokudosta siten, että vaurioitunut rusto korjaantuu. Nivelrikossa kuitenkin väliaineiden hajoaminen on nopeampaa kuin uuden rustokudoksen muodostuminen ja tämän seurauksena nivelrusto häviää vähitellen luun pinnalta. Nämä muutokset tapahtuvat hitaasti, vuosien aikavälillä. Nivelen reunaan rusto-luurajalle, nivelsiteiden ja jänteiden kiinnittymiskohtiin sekä nivelkapseliin, syntyy luun uudismuodostuksen seurauksena luisia nokkaumia eli osteofyyttejä ja tämän seurauksena nivelkapseli paksuuntuu. (Pohjolainen 2018.)

Nivelrikon aikainen diagnosointi on tärkeää, koska se mahdollistaa sairauden etenemisen hidastamisen sekä välttää taudin aiheuttamaa toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä. Nivelrikko potilaan ohjauksen keskiössä ovat kivunhallinta sekä sen lieventäminen, potilaan toimintakyvyn ylläpitäminen sekä sen parantaminen. Myös sairauden etenemisen estäminen kuuluu osaksi ohjausta, koska nivelrikkoon ei ole parantavaa hoitoa. Potilaan ohjaus tulee sisältää tietoa sairaudesta sekä sen erilaisista hoitovaihtoehdoista. Hoidot tulee aina suunnitella yksilöllisesti huomioiden hoidon aiheet sekä vasta-aiheet. (Kiviranta & Järvinen 2012.)

Nivelrikon etenemistä pyritään hidastamaan erilaisilla toimenpiteillä, kuten ohjaamalla painon pudottamiseen ylipainoisia potilailla. Lisäksi ohjauksen tulee sisältää päivittäistä liikuntaa tukevaa ohjausta kuten nivelvammojen ehkäisyä ja nivelten kuormittavuuteen liittyviä tekijöitä. (Tarnanen ym. 2018.) Lihasharjoittelu on myös osa konservatiivista hoitoa. Lihasharjoittelulla pyritään vahvistamaan lihaksia ja tämän avulla saada parempi tuki polveen. Konservatiivisessa hoidossa ensisijaisena hoitomuotona ovat erilaiset lääkkeettömät hoidot. Jos potilaan kiputilanne tai elämää vaikeuttavat toimintakyvyn rajoitteet eivät ole hallittavissa konservatiivisilla hoidoilla, tulisi tällöin harkita kirurgisia toimenpiteitä. (Kiviranta & Järvinen 2012.)

Polven nivelrikon diagnosointi tapahtuu kliinisten tutkimusten, röntgenkuvauksen sekä potilaan kuvaamien oireiden pohjalta, jotka ovat polvinivelen koukistus- ja ojennusliikkeiden rajoittuminen. (Pohjolainen 2018, Tarnanen ym. 2018.) Tulehdusvaiheessa polven oireita voivat olla polven turvotus, lievä kuumotus sekä nestekertymä. Yleisin nivelrikon oire on kipu ja sen aiheuttaa luussa tai nivelessä oleva tulehdus. (Kiviranta & Järvinen 2012.) Nivelrikon alkuvaiheessa kipu esiintyy yleensä kuormituksen yhteydessä, esimerkiksi kävelyn yhteydessä. Kipua ja nivelen jäykkyyttä voi esiintyä esimerkiksi aamulla sängystä ylös noustessa tai istumisen jälkeen liikkeelle lähtiessä. (Tarnanen ym. 2018.)

Polvessa oleva kipu voi heijastua säären yläosaan, reiteen ja jopa lonkkaan saakka. Kipu provosoituu tasaisella kävellessä ja eritoten laskeutuessa portaita alas. Kipu helpottaa levossa ja kasvaa kuormituksen myötä. Nivelrikon pahentuessa kipu voi muuttua kokoaikaiseksi ja kipua voi myös esiintyä yöaikaan, yösärkynä. Nivelrikon oireiden pahentuessa potilaan jokapäiväiset toiminnot, kuten sukkiin tai housujen pukeminen sekä

peseytyminen voivat vaikeutua. (Pohjolainen 2018.) Usein nivelrikon oireet tulevat samanaikaisesti molempiin polviin. Sekundaarinen artroosi kohdistuu vain toiseen, trauman kokeneeseen niveleen. Tämän takia toisen nivelen ennuste voi olla parempi, kuin se, joka on kohdannut trauman. (Kiviranta & Järvinen 2012.)

Jos potilaan elämänlaatu heikkenee ja kipu lisääntyy konservatiivisen hoidon aikana, tulee tällöin harkittavaksi kirurginen toimenpide. Päätös toimenpiteestä tulee tehdä aina yksilöllisen harkinnan perusteella. (Pohjolainen 2018, Tarnanen ym. 2018.) Polven tekonivelleikkaukset ovat kustannustehokkaita toimenpiteitä (Kamaruzaman ym. 2017, Remes ym. 2008) ja yleensä parantavat huomattavasti potilaan elämänlaatua sekä toimintakykyä (Lehto ym. 2005, Kiviranta & Järvinen 2012).

Tekonivelleikkausten hyödyt kivunlievitykseen sekä polven toiminnan kannalta ovat huomattavasti parantuneet. Leikkaustoimenpiteiden määrä on kasvanut ja yksi selittävä tekijä on väestön eliniän piteneminen sekä kirurgisten välineistön ja osaamisen kehittyminen. (Kiviranta & Järvinen 2012.) Toimenpiteen avulla voidaan palauttaa nivelen toimintakyky melkein normaaliksi ja kipu poistaa kokonaan (Remes ym. 2008, Kiviranta & Järvinen 2012).

Tekonivelleikkauksen leikkauspäätös on aina potilaskohtainen perustuen arviointiin subjektiivisista hyödyistä riskeihin nähden. Potilailla tulee olla röntgenkuvissa nivelrikkoon sopiva löydös ja oireiden tulee vastata otettua kuvalöydöstä, kuten hankalahoitoinen kipu sekä nivelen kliinisesti havaittava liikevajaus tai virheasento. Leikkauspäätöstä tukevia oireita ovat myös yösärky, jatkuva päivittäinen leposärky, liikuntakyvyn rajoittuminen muutamaan sataan metriin, ontuminen sekä apuvälineiden tarve. (Remes ym. 2008, Kiviranta & Järvinen 2012.)

Tekonivelleikkauksen hyödyt potilaalle on kivun ja liikkumisen paraneminen (Choi Y-J & Ra 2016, Remes ym. 2008, Lehto ym. 2005). Kymmenen vuoden kuluttua leikkauksesta 95%:llä potilaista tekonivel toimi hyvin (Remes ym. 2008). Osatekonivel leikkauksen kymmenen vuoden seuranta ajanjaksolla tekonivelen pysyvyys on hieman heikompi, 85-95%. Tekonivelleikatuille potilaille suositellaan urheilulajeja, jossa vammautumisariski on pieni ja, jossa polveen asennettuun tekoniveleen ei kohdistu

liiallista kuormitusta. Polveen kohdistuvan tekonivelleikkauksen vakava komplikaatio on leikkauksen jälkeinen syvä infektio. (Kiviranta & Järvinen 2012.)

3 TUKIMUKSEN TARKOITUS JA –TAVOITE

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvailla potilaiden postoperatiivista kivunhoidon ohjausta polven tekonivelleikkauksessa. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on muodostaa kokonaiskuva tutkittavasta ilmiöstä. Tuloksen eli synteesin avulla pystytään muodostamaan käsitys, kuinka potilaat kokevat saamansa kivunhoidon ohjauksen sekä liittykö ilmiöön mahdollisia ongelmia tai kehityskohteita potilaan näkökulmasta. Mahdollisten kehitettävien osa-alueiden avulla, potilaan kivunhoidon ohjausta on mahdollista jatko kehittää ja luoda ohjauksesta enemmän vaikuttavaa sekä potilaan kokonaisvointia tukevampaa.

Tutkimustehtävänä on

- Millaista polven tekonivelleikatun potilaan postoperatiivinen kivunhoidon ohjaus on?

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Aineiston haku ja valinta

Kandidaatin tutkielman kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku suoritettiin kahteen tietokantaan, CINAHL sekä Scopus-tietokantoihin. Kirjallisuushaut tehtiin syyskuussa 2019 yhdessä yliopiston informaattikon kanssa. Hakusanoja olivat: "Patient education" OR counsel* OR guidance OR teach* OR educat* AND pain AND knee AND replacement OR "artificial joint*" OR implant* OR arthroplasty (taulukko 1).

Ennen informaattikon tapaamista hakusanat oli määritetty tutkimustehtävän sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerien perusteella. Hakua tehtäessä esille nousi termi ”arthroplasty” useissa tutkimuksissa, joten termi ”arthroplasty” liitettiin hakuun.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tietokannat sekä hakusanat.

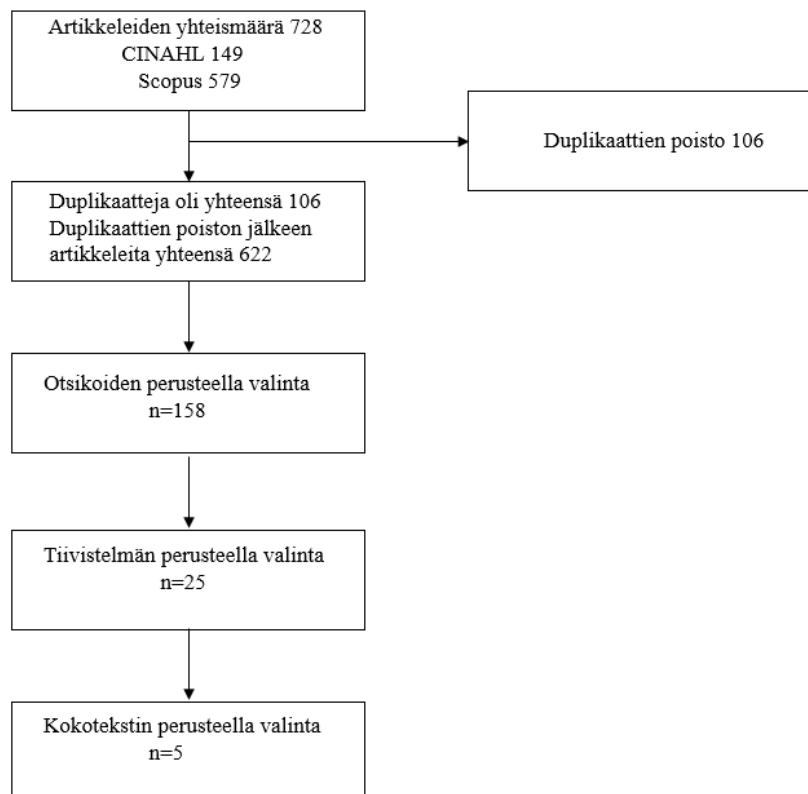
Tietokanta	Hakusanat
Scopus	(patient education OR counsel* OR guidance OR teach* OR educat*) AND (pain) AND (knee) AND (replacement OR artificial joint* OR implant* OR arthroplasty)
CINAHL	(patient education OR counsel* OR guidance) AND (pain) AND (knee) AND (replacement OR artificial joint* OR implant* OR arthroplasty)

Sisäänottokriteereinä olivat artikkelit, jotka käsittelivät potilaiden kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta polven tekonivelleikkauksen jälkeen. Haulle asetettiin myös aikarajaus välille 2010-2019. Aineistoksi hyväksyttiin vain suomen- tai englanninkieliset tutkimukset. Kielirajauksen syy perustuu ainoastaan kirjallisuuskatsauksen tekijän kielitaitoon, joten tämän takia ulos rajattiin muut kuin suomen- tai englanninkieliset tutkimukset. Aikarajauksella pyrittiin varmistamaan uusien ja ajantasaisin tieto kirjallisuuskatsaukseen. Artikkeleiden tuli olla myös vertaisarvioituja tutkimuksia (taulukko 2).

Taulukko 2. Sisäänotto- sekä poissulkukriteerit.

	Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Ilmiö	Potilaan postoperatiivinen kivunhoidon ohjaus polventekonivelleikkauksen jälkeen	Potilaan kokemus kivunhoidon ohjauksesta ei tutkimuksen kohteena, kivunhoidon ohjaus ei kohdistu postoperatiiviseen hoidonvaiheeseen, potilaalle ei ole tehty polven tekonivelleikkausta
Tutkimus tyypit	Laadullinen tai määrällinen tutkimus, Kieli Suomi tai Englanti vertaisarvioidut tutkimukset, vuosirajaus 2010-2019	Tutkimus on vanhempi kuin 2010, tutkimus on muulla kielellä, kuin suomi tai englanti, tutkimus ei ole vertaisarvioitu
Ohjaus	Ohjauksen tuli liittyä potilaan verbaaliseen tai kirjalliseen ohjaukseen kivunhoidon kontekstissa	Tutkimukset, jotka käsitelivät potilaan lääkettä.

Kirjallisuuskatsaus suoritettiin kahteen eri tietokantaan mainittujen sisäänottokriteerien mukaisesti. CINAHL-haku tuotti 149 artikkelia ja Scopus-haku 579 artikkelia, eli kokonaishakutulokset olivat yhteensä 728 potentiaalista artikkelia. Artikkeleiden valintaprosessi oli nelivaiheinen: 1) duplikaattien poissulku, 2) otsikkotasolla arviointi, 3) tiivistelmätasolla arviointi, 4) artikkelitasolla arviointi. Kuviossa 1 on kuvattu pelkistetyksi kirjallisuuskatsauksen artikkeleiden valintaprosessi.



Kuvio 1. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen artikkeleiden valintaprosessin eteneminen

Artikkeleiden läpikäynti aloitettiin poissulkemalla duplikaatit. Yhteensä duplikaatteja oli 106 kappaletta, joten poissulkemisen jälkeen artikkeleiden määrä oli 622. Artikkeleiden rajaus suoritettiin ensiksi otsikkotasolla. Otsikkotasolta artikkeleita valikoitui yhteensä 157 kappaletta. Otsikkotasolta valikoituneiden artikkeleiden tiivistelmät luettiin ja lukumääräksi jäi 25 kappaleeseen. Tämän jälkeen kaikki 25 artikkelia luettiin läpi ja kirjallisuuskatsauksen synteisiin valikoitui yhteensä 5 vertaisarvioitua tieteellistä artikkelia. Taulukossa 3 kuvaus artikkelitasolla tehtyyn rajaukseen pääluokkien mukaan.

Taulukko 3. Artikkelintason rajausta pääluokittain.

Syy poissulkuun	Lkm.
Artikkeli ei käsittele potilaan kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta	5
Kieli muu kuin englanti tai suomi	1
Maksullinen artikkeli	4
Tulokset eivät erottele polviproteesipotilaita sekä lonkkaproteesipotilaita	5
Tutkimus käsittelee tulosten osalta vain lonkkaproteesi potilasryhmää	2
Protokollan kuvaus	3

4.2 Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan rakentaa kokonaiskuva halutusta ilmiöstä sekä tuoda niihin liittyvät ongelmat esille. Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kolmeen eri perustyyppiin: kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan kuvailla yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Tämän avulla voidaan tutkittava ilmiö kuitenkin kuvata laaja-alaisesti sekä tutkittavan ilmiön ominaisuudet pystytään luokittelemaan. Tämä on myös kirjallisuuskatsauksien perustyypeistä yleisimmin käytetty. (Salminen 2011.)

Tämän opinnäytetyön kuvaileva kirjallisuuskatsaus on toteutettu noudattamalla narratiivisen kirjallisuuskatsauksen metodiikkaa. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on kirjallisuuskatsauksien kevyin metodinen muoto. Sen avulla pystytään muodostaman laaja kuvaus käsiteltävästä aiheesta sekä kuvaamaan tutkittavan ilmiön historiaa, kehityskulkua sekä ilmiöön liittyviä ongelmia. (Green ym. 2006, Salminen 2011.) Narratiivisella kirjallisuuskatsauksella pyritään kuvaamaan jo olemassa olevia

tutkimuksia, jotka ovat osoitettu jollekin tietylle aihealueelle. Usein kirjallisuuskatsaus keskittyykin vertaisarvioituihin tieteellisiin tutkimuksiin. (Stolt ym. 2016.)

Analyysimetodina narratiivinen aineiston analyysi on usein vapaamuotoinen. Narratiivisessa analyysissä tutkija esittää aineistolleen teoreettisia kysymyksiä. Tässä analyysimetodissa onkin tärkeää, että tutkija on tietoinen millaisia kysymyksiä hän aineistolleen esittää sekä, kuinka näitä kysymyksiä tulee esittää. Analyysiprosessia ohjaa tutkimuksen tarkoitus. (Janhonen & Nikkonen 2001.) Tutkimusta toteutettaessa tutkimuksen tutkimustehtävää on toistuvasti reflektoitu saatuun aineistoon, jotta aineiston pätevyys täytyisi.

Narratiivinen katsaus voidaan luokitella vielä kolmeen alaluokkaan: toimituksellinen, kommentoiva sekä yleiskatsaus. Tämä kirjallisuuskatsaus on niin sanottu narratiivinen yleiskatsaus. Yleiskatsaus on prosessina hieman laajempi, kuin toimituksellinen tai kommentoiva. Tavoitteena yleiskatsauksessa on tiivistää jo aiempia tutkimuksia ja muodostaa näistä yksi ytimekäs ja johdonmukainen yhteenveto. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen analyysin muoto on kuvaileva synteesi. (Salminen 2011.)

Tässä tutkimuksessa aineiston analysointi aloitettiin suomentamalla valikoituneet artikkelit. Artikkelit luettiin läpi useaan kertaan aineiston kokonaiskuvan muodostamisen takia. Tämän jälkeen artikkeleiden tuloksia peilattiin asetettuun tutkimustehtävään. Tämän tarkoituksena on varmistaa, että aineiston analyysiä ohjaa asetettu tutkimustehtävä (Janhonen & Nikkonen 2001). Artikkeleiden pohjalta tehtiin muistiinpanoja ja huomiot koottiin taulukkoon (liite 1), artikkeleista etsittiin yhtäläisyyksiä sekä eroavaisuuksia ja tutkimusten tuloksia vertailtiin keskenään. Vaihe toteutettiin iteratiivisesti eli osissa ja prosessi toistettiin useasti, kunnes riittävä ymmärrys aineistosta muodostui. (Niela-Vilén & Hamari 2016.) Taulukon tavoitteena oli koota aineiston perustiedot sekä tulokset yhteen liitteeseen lukijan helpottamiseksi, mutta eritoten helpottaman tutkijaa synteessin muodostamisessa.

Taulukon (liite 1) ja aineiston avulla toteutettiin aineistosta nousseiden merkityksellisten ilmiöiden kategorisointi. Tutkimustehtävää reflektointiin aineistoon ja aineistosta nousseet merkitykselliset ilmiöt kategorisoitiin ala- sekä yläluokkiin. Lopputuloksena muodostui kaksi yläluokkaa: 1.) riittämätön kivunhoidon ohjaus postoperatiivisesti sekä 2.)

kivunhoidon ohjauksen hyödyt potilaalle. Kategorisoinnin jälkeen tulokset esitettiin kahdessa eri yläkategorian mukaisessa kappaleessa.

5 TULOKSET

5.1 Aineiston kuvaus

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui hakuprosessin jälkeen yhteensä viisi tutkimusta: 1.) Norjasta (Høvik ym. 2017), 2.) Kanadasta (Kennedy ym. 2017), 3.) Iso-Britanniasta (Gordon ym. 2010), 4.) Etelä-Afrikasta (Barnes ym. 2018), 5.) Taiwanista (Chen ym. 2013). Tutkimuksista kaksi oli laadullista, kaksi määrällistä sekä yksi tutkimus oli kvasikokeellinen. Tutkimukset oli tehty aikavälillä 2010-2018 ja kaikille tutkimusten potilaille oli tehty polven tekonivelleikkaus. Kaikissa tutkimuksissa tiedonkeruu suoritettiin leikkauksen jälkeen eli postoperatiivisesti.

5.2 Riittämätön kivunhoidon ohjaus postoperatiivisesti

Barnes ym. (2015) mukaan postoperatiivinen ohjaus potilaille on riittämätöntä, sillä potilaan ohjaus postoperatiivisesti oli epäselvää ja osa heistä ei saanut ollenkaan ohjausta kivun lievittämiseen. Potilaiden ohjaus sisälsi tietoa päivittäisiin kotona tehtäviin liikuntaharjoitteisiin. Erityisesti potilaiden kanssa harjoiteltiin portaissa nousua, esineen nostamista sekä sängystä ylösnousua. Ohjausta apuvälineiden käyttöön esimerkiksi kävelykepin käyttöön, sai harva potilaista. Päivittäisiin liikunta aktiviteetteihin liittyvä ohjaus oli riittämätöntä. Kodinmuutostöiden ja perheen ohjaus oli vähäistä, erityisesti ohjausta kaivattiin liikuntaesteiden poistamiseen kotona sekä ohjausta ulkopuolisen avun tarpeesta.

Potilaiden postoperatiivisen kivunhoidon ohjaus oli riittämätöntä (Kennedy ym. 2017). Lyhyt sairaalassaoloaika ei taannut potilaille riittävää kivunhoidon ohjausta ja potilaiden oli selviydyttävä kotona kivun kanssa. Esimerkiksi kipulääkkeiden käytöstä, lääkkeiden haittavaikutuksista sekä kipulääkkeistä vieroittamiseen kaivattiin lisäohjausta (Kennedy ym. 2017).

5.2 Kivunhoidon ohjauksen hyödyt potilaalle

Potilaiden kipu oli hallinnassa potilaiden osallistuessa kivunhoidonohjaukseen (Chen ym. 2013, Høvik ym. 2017). Ohjauksen myötä portaissa liikkuminen oli helpompaa sekä

polven ojennus ja lihasvoima paranivat ohjauksen myötä. Potilaat myös selviytyivät kotona paremmin (Høvik ym. 2017). Kivunhoidon ohjaus lisäsi potilaiden tyytyväisyyttä kotona ja vastuun ottamista omasta hoidosta. Lisäksi potilaiden turvallisuuden tunne kotona parani ohjauksen myötä (Høvik ym. 2017). Potilaat kokivat hyvänä saadessa jakaa kokemuksia muiden potilaiden kanssa ja ohjaus lisäsi potilaiden tietoisuutta leikkauksen aiheuttamasta kivusta (Høvik ym. 2017).

Gordon ym. (2010) mukaan potilaan kivunhoidon ohjaus ei lyhentänyt sairaalassaoloaikaa merkittävästi, mutta ohjauksella oli positiivisia vaikutuksia potilaille. Ohjaus vähensi potilaiden ahdistusta, selkeytti päivittäiset postoperatiiviset tavoitteet ja loi ystävällisen ja positiivisen ilmapiirin. Potilaat olivat paremmin valmistautuneita leikkaukseen ja postoperatiiviseen hoitoon.

6 POHDINTA

Polven tekonivelleikkauksen postoperatiivisessa vaiheeseen potilailla on kipua ja suurelle osalle potilaista polven tekonivelleikkaus aiheuttaa myös polvinivelen jäykistymistä ja liike rajoituksia. Jos potilaan postoperatiivinen kipu on huonosti hallinnassa niin potilaan liikkuminen ja kuntouttavien harjoitteiden määrä laskee. (Chen ym. 2013.) Potilaan kivun lievittämättömyys hidastaa paranemista, pidentää sairaalassaoloaika (Kontinen & Hamunen 2014) sekä vähentää potilaan tyytyväisyyttä (Akyol ym. 2009). Huonosti hoidettu postoperatiivinen kipu myös ennustaa kivun kroonistumista (Hagelberg & Haanpää 2015).

Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneista tutkimuksista kolme (Chen ym. 2013, Gordon ym. 2010, Høvik ym. 2017) tutkimusta toivat esille kivunhoidon ohjauksen vaikuttavan myönteisesti potilaisiin. Tulosten mukaan potilaat, jotka osallistuivat ohjaukseen kokivat postoperatiivisen kivun lievempänä kuin muut (Chen ym. 2013). Chen ym. (2013) tutkimuksen tulos viittaa vahvasti siihen, että potilaat, jotka saavat hyvän ja kokonaisvaltaisen ohjauksen kokevat vähemmän kipua postoperatiivisesti.

Gordon ym. (2010) mukaan potilaille järjestetty tekonivelleikkauksen kivunhoidon ohjaus vaikutti positiivisesti potilaisiin. Ohjaus vähensi potilaiden ahdistusta, kirkasti päivittäiset postoperatiiviset tavoitteet sekä loi ystävällisen ja positiivisen ilmapiirin. Potilaat olivat paljon paremmin valmistautuneita leikkaukseen sekä postoperatiiviseen jaksoon. Potilaan kokema masennus tai ahdistus voi lisätä potilaan postoperatiivista kipua leikkauksen jälkeen (Salanterä ym. 2006, Sjöling ym. 2002). Kalso ym. (2009) mukaan potilaan kokeman postoperatiivisen kivun aiheuttajia ovat leikkauksen lisäksi myös emotionaaliset tai affektiiviset tekijät, kuten: ahdistus, masennus, pelko sekä jännittyneisyys. Høvik ym. (2017) mukaan leikkauksen jälkeen potilaat kokivat postoperatiivista kipua, mutta potilaat olivat valmistautuneita kipuun ohjauksen myötä. Potilaat kokivat olonsa varmemmaksi kotiutuessaan sairaalasta. Ohjaus vaikutti potilaisiin vahvistamalla heidän päättäväisyyttään ja kykyä pärjätä kotona leikkauksen jälkeen.

Kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista kahden tutkimuksen tulokset (Barnes ym. 2018, Kennedy ym. 2017) toivat esille puutteita kivunhoidon ohjauksessa.

Postoperatiivinen ohjeistus oli potilaille riittämätöntä kivunhoidon osalta, erityisesti tiedon sisällössä oli puutteita ja osa potilaista jäi ilman ohjausta (Barnes ym. 2018).

Potilaat kokivat postoperatiivisen kivunhoidon ohjauksen riittämättömäksi. Postoperatiivinen kivun ohjaus on edelleen merkittävä haaste etenkin polviproteesi potilailla. Lyhyemmän sairaalassaoloajan takia potilaat joutuvat pärjäämään kovemman kivun kanssa kotona ja tähän he tarvitseva parempaa ohjausta. (Kennedy ym. 2017.)

Polven tekonivelleikkauksen jälkeen pitkäaikainen kipu on yleistä potilailla. Jopa 10-34% potilaista kärsii postoperatiivisesta kivusta vielä 3-41 kuukauden kuluttua leikkauksesta (Hagelberg & Mokka 2017). Tehokas ja turvallinen kivunhoito on tärkeä osa leikkauspotilaan hoitoa sekä kotiutumista. Kivunhoitaminen on inhimillistä, eettistä sekä myös taloudellisesti järkevää. Potilaan kokema akuutti kipu hidastaa potilaan toipumista leikkauksesta, lisää leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden riskiä sekä aiheuttaa potilaalle merkittävää kärsimystä. (Kontinen & Hamunen 2014.)

6.1 Luotettavuus

Kirjallisuuskatsauksen eri vaiheet sekä tutkijan tekemät päätökset ja valinnat tulee olla selkeästi ja läpinäkyvästi kuvattuna. Myös sisäänotto- ja poissulkukriteerit tulee olla täsmällisesti esitetty. Hyvän kirjallisuuskatsauksen yksi ominaispiirre on se, että se on toistettavissa toisen tutkijan toimesta. (Polit & Beck 2017.) Toinen tutkija pystyy toistamaan kirjallisuuskatsauksessa tehdyt valinnat sekä päätökset ja lopulta pääsemään samankaltaiseen tulokseen, kuin kirjallisuuskatsauksen alkuperäinen tekijä. Tämä kirjallisuuskatsaus on pyritty tekemään mahdollisimman läpinäkyvästi sekä tässä on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan eettisiä ohjeita hyvistä tieteellisistä käytänteistä (TENK). Kirjallisuuskatsauksen aineistonhaku ja analyysimenetelmät on kuvattu huolellisesti sekä rehellisesti ja kirjallisuuskatsauksen aineistonhaussa käytetyt sisäänotto- sekä poissulkukriteerit on kuvattu lukijalle.

Polit & Beck (2017) mukaan kirjallisuuskatsauksen on oltava kattava sekä muodostua ajan tasalla olevasta tiedosta. Tähän kirjallisuuskatsaukseen valikoitunut aineisto on rajattu vertaisarvioituihin tieteellisiin artikkeleihin sekä aineistoksi hyväksyttiin tutkimukset, jotka olivat tehty aikavälillä 2010-2019. Tutkimusten vuosirajauksella

pyrittiin varmistamaan aineiston pätevyys sekä ajantasaisuus tutkittavaan ilmiöön nähden. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitunut aineisto vastasi esitettyyn tutkimustehtävään sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerit minimoivat tutkijan valikoitumisharhaa, nämä lisäävät myös kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Valikoituneet artikkelit olivat kaikki englannin kielisiä, joten kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta pyrittiin parantamaan aineiston huolellisella suomentamisella, jotta aineistosta pystyttiin muodostamaan päteviä johtopäätöksiä. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui vain viisi artikkelia, joten aineiston vähyys mahdollisesti vaikuttaa negatiivisesti tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimuksen kielellinen rajausta myös oletetusti heikentää tutkimuksen luotettavuutta, koska aineiston ulkopuolelle on voinut jäädä suuri määrä eri maiden sisäisiä tutkimuksia.

Tietokantoihin tehtiin aluksi tutkijan toimesta koehakuja hakusanojen testaamiseksi (JBI 2019, Lehtiö & Johansson 2016). Kun relevantit hakusanat muodostuivat, sen jälkeen hakusanat käytiin vielä läpi yhdessä informaatikon kanssa. Tämän jälkeen hakusanoihin tuli vielä pieniä muutoksia. Tiedonhaku suoritettiin yhdessä Oulun yliopiston informaatikon kanssa ja tämän voidaan myös katsoa lisäävän tiedonhaun luotettavuutta. Aineiston lopullinen haku suoritettiin CINAHL sekä Scopus- tietokantoihin.

Puolueettomuus tulee myös huomioida tehdessä kirjallisuuskatsausta. Systemaattista kirjallisuuskatsausta tehdessä tästä ei yleensä muodostu ongelmaa, koska kirjallisuuskatsauksen aineiston haku ja valinta tehdään yhdessä toisen tutkijan kanssa tai ryhmässä. Tällöin tutkijoiden mahdolliset henkilökohtaiset intressit pystytään minimoimaan. (Polit & Beck 2017.)

Tässä kirjallisuuskatsauksessa on noudatettu systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ohjeita, mutta aineiston valinta on suoritettu yhden tutkijan toimesta, joten aineiston valinta voidaan nähdä luotettavuutta heikentävänä. Luotettavuuteen vaikuttaa myös negatiivisesti tutkijan kokemattomuus kirjallisuuskatsauksen tekemiseen. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ohjeistuksen mukaan valikoituneiden artikkeleiden luotettavuutta tulee arvioida aina yksilöllisesti. Tämä kirjallisuuskatsaus ei noudata tältä osin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ohjeistusta ja yksilöllistä artikkelien luotettavuuden arviointia ei ole tehty. Artikkeleiden yksilöllisen luotettavuuden arvioinnin puutteen takia kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden voidaan todeta heikentyneen. (Polit & Beck 2017.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen aineisto on kuitenkin vertaisarvioitua, joten se voidaan katsoa luotettavuutta parantavaksi tekijäksi.

Viimeisenä luotettavuutta lisäävänä kokonaisuutena Polit & Beck (2017) nostavat esille kirjallisuuskatsauksen lopputuloksen, tulosten synteessin. Lukijan tulisi pystyä kasvattamaan omaa tietämystään aiheesta kirjoitetun synteessin avulla. Tämän kirjallisuuskatsauksen synteessi on pyritty muodostamaan siten, että se vastaa eksaktisti tutkijan asettamaan tutkimustehtävään. Tulosten synteessi on kirjoitettu mahdollisimman autenttisesti lisäämättä tai muokkaamatta alkuperäisten tutkimuksien tuloksien painotusta. Tutkija on myös pyrkinyt omalla parhaalla mahdollisella tavallaan kirjoittamaan synteessin ymmärrettävään ja selkeään muotoon, jotta ulkopuolinen lukija pystyy löytämään tutkimuksen tulokset.

6.2 Johtopäätökset

Potilaan kivunhoidon ohjaus on tärkeä osa potilaan hoitoa. Hyvästä kivunhoidon ohjauksesta hyötyy niin potilas, kuin myös kansantalous (Kalso 2009). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) tuo selkeästi esille potilaan oikeudesta saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaudenhoitoa sekä potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehdoista sekä hoidon merkityksestä. Tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksena potilaan ohjausta kivun hoidosta tulee kehittää edelleen ja järjestää koulutusta kivunhoidon ohjauksesta.

6.3 Jatkotutkimushaasteet

Polven tekonivelleikatun potilaan ohjausta tulee kehittää kivunhoidon osalta, sillä laadukkaalla kivunhoidon ohjauksella pystytään vaikuttamaan muun muassa potilaan nopeampaa toipumiseen leikkauksen jälkeen. Lisäksi sillä voidaan keventää yhteiskunnan taloudellista kuormaa potilaan kotiutuessa nopeammin sairaalasta (Marsh ym. 2019).

Hyvällä kivunhoidon ohjauksella voidaan vaikuttaa positiivisesti potilaan kokemaan kipuun ja keventää yhteiskunnan taloudellista kuormaa. Hyvin hoidetun kivun myös katsotaan vähentävän kivun pitkittymistä tai kivun kroonistumista (Sailo & Vartti 2000).

Kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta ja löydetyn aineiston pienen määrän vuoksi koen, että potilaan kokeman kivunhoidon ohjauksesta polven tekonivelleikkaus potilaille pitäisi tutkia lisää. Potilaan kivunhoidon kokemuksista tulisi saada lisää tietoa, jotta mahdollisiin korjaaviin toimenpiteisiin voitaisiin ryhtyä.

LÄHTEET

* merkityt ovat kirjallisuuskatsauksen aineistoa

Akyol Ö, Karayurt Ö & Salmond S (2009) Experiences of Pain and Satisfaction With Pain Management in Patients Undergoing Total Knee Replacement. *Orthopaedic Nursing* 28 (2): 79-85.

Andersson V, Otterstrom-Rydberg & Karlsson A-K (2015) The importance of written and verbal information on pain treatment for patients undergoing surgical interventions. *Pain management nursing* 16 (5): 634-641.

*Barnes R, Bodenstein K, Human N, Raubenheimer J, Dawkins J, Seesink C, Jacobs J, Van der Linde J & Venter R (2018) Preoperative education in hip and knee arthroplasty patients in Bloemfontein. *South African Journal of Physiotherapy* 74 (1): 1-7.

*Chen S-R, Chen C-S & Lin P-C (2013) The effect of educational intervention on the pain and rehabilitation performance of patients who undergo a total knee replacement. *Journal of clinical nursing* 23: 279–287.

Choi Y-J & Ra Ho (2016) Patient satisfaction after total knee arthroplasty. *Knee Surgery & Related Research* 28 (1):1-15.

Crawford T, Roger P & Candlin S (2018) Supporting patient education using schema theory: A discourse. *Collegian* 25: 501-507.

Eloranta S, Katajisto J & Leino-Kilpi H (2016) Orthopaedic patient education practice. *Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 21: 39-48.

Glowacki D (2015) Effective pain management and improvements in patients outcomes and satisfaction. *Critical Care Nurse* 35 (3): 33-44.

Green B, Johnson C & Adams A (2006) Writing narrative literature reviews for peer reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of chiropractic medicine* 5: 101-117.

*Gordon D, Malhas A, Goubran A, Subramanian P, Messer C & Houlihan-Burne D (2010) Implementing the Rapid Recovery Program in primary hip and knee arthroplasty in a UK state run hospital. *Eur J Orthop Surg Traumatol* (2011) 21: 151-158.

Hagelberg N & Mokka J (2017) Pitkäaikainen kipu polven tekonivelleikkauksen jälkeen. *Kipuviesti* 1: 28-32.

- Hagelberg N & Haanpää M (2015) Voiko kivun kroonistumista ehkäistä? Duodecim. 131: 249-254. www-dokumentti. <https://docplayer.fi/63569302-Voiko-kivun-kroonistumista-ehkaista.html>. Luettu 15.11.2019.
- Heidari B (2011) Knee osteoarthritis prevalence, risk factors, pathogenesis and features: Part 1. Caspian J Intern Med 2 (2): 205-212. www-dokumentti. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3766936/pdf/cjim-2-205.pdf>. Luettu 2.12.2019.
- Heikkilä K (2017) Leikkauksen jälkeistä kipua kirjataan huonosti. Kipuviesti 1:33-36.
- Jin K, Khonsari S, Gallagher R, Gallanher P, Clark AM, Freedman B, Briffa T, Bauman A, Redfern J & Neubeck L (2019) Telehealth interventions for the secondary prevention of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. European Journal of Cardiovascular Nursing 18(4): 260–271.
- Jenkins C, Jackson W, Bottomley A, Price A, Murray D & Barker C (2019) Introduction of an innovative day surgery pathway for unicompartmental knee replacement: no need for early knee flexion. Physiotherapy 105: 46-52.
- Hoitotyö suositus (2013) Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö Hoitotyön suositus. Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö. www-dokumentti. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/kivunhoito-hs-lyh.pdf>. Luettu 19.11.2019.
- *Høvik L, Aglen B & Husby V (2017) Patient experience with early discharge after total knee arthroplasty: a focus group study. Scandinavian journal of caring sciences 32: 833-842.
- Kaakinen P, Kyngäs H & Kääriäinen M (2013) Predictors of good-quality counselling from the perspective of hospitalized chronically ill adults. Journal of Clinical Nursing 22(19-20): 2704-2713.
- Kaakinen P, Ervasti H & Kääriäinen M (2017) Quality of counselling for knee and shoulder arthroscopy patients during day surgery. International journal of orthopaedic and trauma nursing 24: 12-20.
- Kalso E, Haanpää M & Vainio A (2009) Kipu. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.
- Kamaruzaman H, Kinghorn P & Oppong R (2017) Cost-effectiveness of surgical interventions for the management of osteoarthritis: a systematic review of the literature. BMC Musculoskeletal Disorders 18 (183): 1-17.

- Kearney M, Jennrich M K, Lyons S, Robinson R & Berger B (2011) Effects of preoperative education on patient outcomes after joint replacement surgery. *Orthopaedic nursing* (30) 6: 391-396.
- *Kennedy D, Wainwright A, Pereira L, Robarts S, Dickson P, Christian J & Webster F (2017) A qualitative study of patient education needs for hip and knee replacement. *BMC Musculoskeletal Disorders* 18: 413-420.
- Kiviranta I & Järvinen M (2012) *Ortopedia*. Kandidaattikustannus Oy. Helsinki.
- Kontinen V & Hamunen K (2014) Tavoitteena tehokas ja turvallinen yksilöllinen leikkauksen jälkeisen kivun hoitaminen. *Finnanest* 47 (1): 28-34.
- Kyngäs H, Kääriäinen M, Poskiparta M, Johansson K, Hirvonen E & Renfors T (2007) *Ohjaaminen hoitotyössä*. WSOY Oppimateriaalit. Porvoo.
- Kääriäinen M & Kyngäs H (2006) *Ohjaus: tuttu, mutta epäselvä käsite*. Sairaanhoidaja 10: 6-9.
- Kääriäinen M (2007) *Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen*. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- Kääriäinen M & Kyngäs H (2010) The quality of patient education evaluated by the health personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24: 548-556.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) www-dokumentti. www.finlex.fi. Luettu 1.8.2019.
- Lasa-Blandon M, Stasi K, Hehir A & Fischer-Carlidge E (2019) Patient education issues and strategies associated with immunotherapy. *Seminars in Oncology Nursing* 35: 1-4.
- Lipponen K (2014) *Potilasohjauksen toimintaedellytykset*. Väitöskirja. Oulu. Oulun yliopisto.
- Lehtiö L & Johansson E (2016) *Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä*. Teoksessa: Stolt M, Axelin A & Suhonen R (toim) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, sarja A:73/2016. Turku. Turun yliopisto. 35-55.
- Lehto M, Jämsen E & Rissanen P (2005) Lonkan ja polven endoproteesikirurgia – varaosien avulla liikkujaksi. *Näyttöön perustuva ortopedia*. *Duodecim* 121: 893-901.
- Marsh J, Somerville L, Howard J & Lanting B (2019) Significant cost savings and similar patient outcomes associated with early discharge following total knee arthroplasty. *Research* 62 (1): 20-24.
- Montin L (2008) *Potilasohjauksen lähtökohdat*. Tutkimuksia ja raportteja: A:55/2008. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Turku. Turun yliopisto.

- McDonald S, Hetrick SE & Green S (2004) Pre-operative education for hip or knee replacement (Review). Cochrane library. Cochrane database of systematic reviews.
- Niela-Vilén H & Hamari L (2016) Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa: Stolt M, Axelin A & Suhonen R (toim) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, sarja A:73/2016. Turku. Turun yliopisto. 23-34.
- Pohjolainen T (2018) Polven nivelrikko. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [www-dokumentti.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01081](http://www.dokumentti.fi/terveyskirjasto/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01081). Luettu 20.8.2019.
- Polit DF & Beck CH (2017) Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Rajala, M., Kaakinen, P., Fordell, M., & Kääriäinen, M. (2018). The quality of patient education in day surgery by adult patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(2), 177– 87. DOI: 10.1016/j.jopan.2016.02.013.
- Remes V, Virolainen P, Kettunen J & Miettinen H (2008) Polven nivelrikon kirurginen hoito. Duodecim 124:261-270.
- Reumaliitto. Polven tekonivelleikkaus. [www-dokumentti.
https://www.reumaliitto.fi/fi/reuma-aapinen/leikkaukset/polven-tekonivelleikkaus](http://www.dokumentti.fi/reuma-aapinen/leikkaukset/polven-tekonivelleikkaus). Luettu 18.10.2019.
- Sailo A & Sinivuori E (2000) Kivunhoito. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Saku S, Mäkinen T & Madanat R (2018) Miksi kotiutuminen viivästyy polven tekonivelleikkauksen jälkeen? Suomen Ortopedia ja Traumatologia 41 (2): 90-93.
- Salanterä S, Hagelberg N, Kauppila M & Närhi M (2006) Kivun hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy. Porvoo.
- Salminen A (2011) Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. [www-dokumentti. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf). Luettu 1.10.2019.
- Sjöling M, Nordahl G, Oloffson N & Asplund K (2003) The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. Patient education and counseling 51: 169-176.

- Suhonen R, Axelin A & Stolt M (2016) Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa: Stolt M, Axelin A & Suhonen R (toim) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, sarja A:73/2016. Turku. Turun yliopisto. 7-22.
- Suomen artroplastiayhdistys (2010) Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa 2010. [www-dokumentti. https://nivel.fi/uploads/pdf/tietoa_nivelista/tekonivelet/tekonivelleikkausten_hoitositus_pieni.pdf](http://www-nivel.fi). Luettu 18.11.2019.
- Tarnanen K, Arokoski J, Malmivaara A & Mattila V (2018) Nivelrikko ja polvissa ja lonkissa (artroosi). Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [www-dokumentti. https://www.kaypahoito.fi/khp00064](http://www-kaypahoito.fi). Luettu 2.12.2019.
- TENK (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa, tutkimuseettinen neuvottelukunnan ohje. [www-dokumentti. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/fi-les/HTK_ohje_2012.pdf](http://www-tenk.fi). Luettu 10.09.2019.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019) Lonkan ja polven tekonivelet 2018. [www-dokumentti. https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/lonkan-ja-polven-tekonivelet](https://thl.fi). Päivitetty 26.8.2019. Luettu 15.11.2019.
- The Joanna Briggs Institute (JBI 2019) Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. Searching for studies of diagnostic test accuracy. University of Adelaide. [www-dokumentti. https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/9.3+Searching+for+studies+of+diagnostic+test+accuracy](https://wiki.joannabriggs.org). Luettu 3.12.2019.
- Valtioneuvosto (2018) Sosiaali- ja terveystieteiden tulevaisuusraportti. Eheä yhteiskunta ja kestävä hyvinvointi. Valtioneuvoston julkaisusarja 22. [www-dokumentti. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160904](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi). Luettu 9.12.2019.
- Vuokila-Oikkonen P, Janhonen S & Nikkonen M (2001) Kertomukset hoitotieteellisen tiedon tuottamisesta: narratiivinen lähestymistapa. Teoksessa: Janhonen S & Nikkonen M (toim) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. WSOY. 81-115.
- Wells N, Pasero C & McCaffery M (2008) Improving the quality of care through pain assessment and management. Teoksessa: Hughes R (toim) Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. [www-dokumentti. https://core.ac.uk/download/pdf/71353723.pdf](https://core.ac.uk). Luettu 4.12.2019.

Yeh M-Y, Wu S-C & Tung T-H (2018) The relation between patient education, patient empowerment and patient satisfaction: A cross-sectional-comparison study. *Applied Nursing Research* 39: 11-17.

LIITTEET

LIITE 1

Tekijät, vuosi, maa,	Otsikko	Tutkimuksen tarkoitus	Osallistujat ja aineisto	Tutkimus menetelmä	Keskeiset tulokset
Barnes R, Bodenstein K, Human N, Raubenheimer J, Dawkins J, Seesink C, Jacobs J, Van der Linde J & Venter R 2018, Etelä-Afrikka	Preoperative education in hip and knee arthroplasty patients in Bloemfontein	Määrittää lonkan- ja polventekonivelleikkau- s potilaiden saaman pre- operatiivisen koulutuksen laajuus ja preoperatiiviset koulutustarpeet	Yhteensä 50 potilasta, 14 osallistujaa lonkantekonivelleikkauksee- n ja 36 osallistujaa polventekonivelleikkauksee- n. Strukturoitu haastattelu sekä kyselylomake, joka perustui <i>PLNS=patient learning needs scale ja Canadian clinical checklist.</i>	Kuvaileva määrällinen tutkimus	Barnes ym. (2018) tulokset korostivat tarvetta parantaa potilaiden sitoutumista ja koulutusta yhdessä parannetulla terveydenhuollon ammattilaisten välisellä viestinnällä ja yhteistyöllä
Chen S-R, Chen C-S & Lin P-C 2013, Taiwan	The effect of educational intervention on the pain	Tarkoituksena on määrittää koulutuksen vaikutus leikkauksen jälkeiseen	Yhteensä 92 potilasta, 42 potilasta koeryhmässä ja 50 potilasta kontrolliryhmässä.	Kvasikokeellinen tutkimus.	Chen ym. (2013) tulokset osoittavat, että leikkauksen jälkeen kahden ensimmäisen päivän aikana koeryhmän

	<p>and rehabilitation performance of patients who undergo a total knee replacement</p>	<p>kipuun, kuntouttavien harjoitusten tekemiseen ja polven toiminnalliseen palautumiseen polven tekonivelleikkaus potilaille</p>	<p>Koeryhmän potilaille oli järjestetty terveystoiminnan interventio (<i>kognitiivinen käyttäytymiskasvatus interventio koulutus</i>), kun taas kontrolliryhmän potilaat saivat perinteisen koulutuksen osastolla. Molemmat ryhmät saivat suullisen ohjeistuksen ennen leikkausta, mutta koeryhmä sai lisäksi laajemman terveystoiminnan intervention. Tämä piti sisällään esittelylehtisen, jossa oli pre- sekä postoperatiivisia hoito-ohjeita, kivunhoidon ohjeita, kuntouttavien harjoitteiden ohjeita sekä ohjeita sängystä</p>		<p>potilaiden kokemat kiputasot olivat alhaisemmat, kuin kontrolliryhmän potilaiden kokemat. Tulokset myös osoittavat, että terveystoiminnan interventio paransi osittain potilaiden itsehoitotaitoja ja tämä heijastui heidän fyysisten toiminnallisuuksien palautumiseen leikkauksen jälkeen</p>
--	--	--	--	--	--

			nousuun sekä kävelykepin käyttöön. CD-levy piti sisällään videoita, jotka perustuivat esittelylehtisen ohjeisiin.		
Gordon D, Malhas A, Goubran A, Subramanian P, Messer C & Houlihan-Burne D 2010, Englanti	Implementing the Rapid Recovery Program in primary hip and knee arthroplasty in a UK state run hospital	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata lonkan ja polven tekonivel leikkauksessa käytettävää hoitoprotokollaa	Potilaita (n= 847) potilasta. 447 polviproteesipotilasta ja 400 lonkkaproteesipotilasta. Retrospektiivinen kohorttitutkimus. Potilaita yhteensä kolmessa eri kohortissa 1) Pre-RRP, 2) RRP-JRS, 3) RRP+JRS (RRP=Rapid recovery program, JRS=Joint replacement school)	Määrällinen tutkimus. Analyysi suoritettu seuraavilla testeillä: Kolmogorov–Smirnovin testi, Welch’s t-testi, Khiin neliö- testi	Gordon ym. (2010) uskovat, että vaikka sairaalassaoloaika ei lyhentynyt polven tekonivelleikkaus potilaille niin heidän saama polven tekonivel koulutus vaikutti kuitenkin potilaisiin positiivisesti. Koulutus vähensi potilaiden ahdistusta, kirkasti päivittäiset postoperatiiviset tavoitteet ja loiyttävällisen ja positiivisen ilmapiirin. Potilaat olivat paljon paremmin valmistautuneita leikkaukseen ja

					postoperatiiviseen jaksoon, kuin ennen
Høvik L, Aglen B & Husby V 2017, Norja	Patient experience with early discharge after total knee arthroplasty: a focus group study	Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia potilaiden kokemuksia, jotka ovat käyneet polven tekonivelleikkauksen ”fast track” hoitopolun kahden ensimmäisen viikon aikana leikkauksesta	Yhteensä 13 potilasta kahdesta eri ortopedian yksiköstä. Puolistrukturoitu kohderyhmä haastattelu. Haastattelut suoritettu ryhmissä tai yksilö haastatteluina	Laadullinen fenomenologinen tutkimus	Høvik ym. (2017) tutkimuksen päätuloksena voidaan pitää potilaiden päättäväisyyttä pärjätä kotona. Tutkimuksesta löytyi neljä pääteemaa: 1.) Potilaat olivat tyytyväisiä, kun he kotiutuivat sairaalasta ja he saivat ottaa vastuun omasta hoidostaan, 2.) potilaat korostivat turvallisuuden tunnetta, kun he palasivat kotiin, kuitenkin tämä ei aina toteutunut, 3.) potilaat kokivat voimaantumista siitä, kun he saivat jakaa kokemuksiaan muiden potilaiden kanssa, jotka

					ovat samassa tilanteessa, 4.) potilaat kokivat postoperatiivista kipua, mutta he näyttivät olevan valmistautuneita siihen, koska olivat saaneet siihen etukäteen ohjausta
Kennedy D, Wainwright A Pereira L, Robarts S, Dickson P, Christian J & Webster F 2017, Kanada	A qualitative study of patient education needs for hip and knee replacement	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden koulutustarpeita liittyen polven sekä lonkan tekonivel leikkaukseen	Yhteensä 32 osallistujaa, puolistrukturoitu kohderyhmä tai puhelinhaastattelu	Laadullinen tutkimus	Kennedyn ym. (2017) tutkimuksen tuloksena voidaan pitää potilaiden kokemaa kivunhoidon ohjauksen puutetta. Potilaat kokivat tarvitsevansa kattavampaa koulutusta postoperatiiviseen vaiheeseen kivunhallinnan osalta. Akuutin leikkauksen jälkeinen kivunhallinta on edelleen merkittävä haaste etenkin polven

					tekonivelleikkauksen käyneille potilaille
--	--	--	--	--	--