



RIITTA NIKKOLA

Polven nivelrikon sairastaminen  
iäkkään potilaan ja läheisen kokemana



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston  
terveystieteiden yksikön johtokunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi lääketieteen yksikön B-rakennuksen  
isossa luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,  
22. päivänä maaliskuuta 2013 klo 12.

English abstract

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA  
Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö

*Ohjaajat*

Professori Päivi Åstedt-Kurki  
Tampereen yliopisto  
Professori Eija Paavilainen  
Tampereen yliopisto

*Esitarkastajat*

Professori Terese Bondas  
Nordlandin yliopisto  
Norja  
Professori Unni Å. Lindström  
Åbo Akademi  
Dosentti Pirkko Routasalo  
Oulun yliopisto

Copyright ©2013 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu  
Mikko Reinikka  
Taitto  
Maaret Kihlakaski

Acta Universitatis Tamperensis 1811  
ISBN 978-951-44-9065-1 (nid.)  
ISSN-L 1455-1616  
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1288  
ISBN 978-951-44-9066-8 (pdf)  
ISSN 1456-954X  
<http://tampub.uta.fi>

## KIITOKSET

---

Tämän väitöskirjan tekeminen on ollut kokemusmatka sekä tutkimuksen tekemisen haastavaan maailmaan että itseeni. Matka on ollut välillä kivikkoinen ja kuoppainen, siinä on ollut jyrkkiä nousuja ja laskuja, mutta silti se on ollut mitä suurimmassa määrin antoisa ja avartava kokemus. Matkan varrella on ollut joukko ihmisiä, jotka ansaitsevat kiitokset siitä, että olen tämän matkan saanut päätökseen.

Erityisen suuret kiitokset ansaitsevat ohjaajani, jotka tämän matkan kanssani kulkivat. Professori Päivi Åstedt-Kurki ohjasi kysymyksillään kärsivällisesti fenomenologian saloihin, kun itse olin ajatusteni kanssa solmussa. Professori Eija Paavilainen teki tarkkoja huomioita ja havaintoja työni eri vaiheissa ja auttoi siten eteenpäin. Molemmat ohjaajani jaksoivat kannustaa ja uskoa työni valmistumiseen silloinkin, kun en itse sitä aina uskonut.

Seurantaryhmäni jäsenen dosentti Teemu Moilasen lääketieteellinen asiantuntemus oli olennaista täsmentämään nivelrikkosairauden kuvausta ja siitä osoitan hänelle lämpimät kiitokset. Toiselle seurantaryhmäni jäsenelle professori (ma) Marja Kaunoselle osoitan myös lämpimät kiitokset, koska hän jaksoi paneutua huolella työhöni ja antaa työtäni eteenpäin vievää palautetta. Kehittämispäällikkö, terveystieteiden tohtori Aune Flinck antoi uskomattoman suurta apua, kun sitä tarvitsin analyysivaiheeni umpikujassa ja ansaitsee siitä suuren kiitoksen. Hänen kannustuksensa oli vahvistavaa.

Väitöskirjatyöni esitarkastajia professori Terese Bondasta, professori Unni Lindströmiä ja dosentti Pirkko Routasaloa kiitän perusteellisesta paneutumisesta työhöni ja rakentavista kommentteista, jotka auttoivat parantamaan työtäni.

Suuret kiitokset kuuluvat niille polven nivelrikkoa sairastaville iäkkäille potilaille ja heidän läheisilleen, jotka osallistuivat tähän tutkimukseen ja kokemuksillaan vahvistivat

ajatustani aiheen tutkimisen tärkeydestä. He jaksoivat jakaa kokemuksensa aikaansa säästämättä. Kiitokset ansaitsevat myös pilottihaastatteluun suostuneet potilaat, joiden ansiosta taitoni haastatella iäkkäitä ihmisiä lisääntyi. Ilman Tampereen kaupungin erikoissairaanhoidon fysiatrian yksikön avuliasta henkilökuntaa en olisi tavoittanut potilaita ja heidän läheisiään, joten heille osoitan sydämelliset kiitokset.

Saamastani taloudellisesta tuesta kiitän Tampereen kaupunkia ja Sairaanhoidajien koulutussäätiötä.

Kiitokset kuuluvat myös opiskelutovereilleni, jotka ovat kulkeneet kanssani samantyyppistä matkaa. Hoitotieteen tohtoriopiskelijoiden seminaareissa olen saanut palautetta, jonka ansiosta näkemykseni on laajentunut. Heleena Laitinen on jakanut tutkimuksen tekemisen monipuolisia tunteita kanssani, kannustanut ja tukenut, sydämellinen kiitos vertaistuesta.

Työtoveritani Tampereen ammattikorkeakoulussa ja ystäviäni kiitän kannustuksesta työn tekemisen eri vaiheissa sekä hauskoista ja rentouttavista hetkistä, joita olen tämän työn tekemisen ohessa saanut kanssanne viettää. Ne hetket ovat antaneet voimaa. Erityisen lämpimät kiitokset Helinä Rotolle aidosta kiinnostuksesta työtäni kohtaan ja vilpittömästä kannustuksesta. Kiitän myös ystävääni Raija Laitilaa ystävytemme ylläpitämisestä tämän tutkimusmatkan aikana.

Suurimmat kiitokset kuuluvat läheisilleni. Kiitän äitiäni Bertta Peltomaata ja siskojaani Birgittaa ja Marjoa perheineen kiinnostuksesta työtäni kohtaan ja kaikesta konkreettisesta avusta, jota olen vuosia kestäneiden opiskelujeni aikana saanut. Tyttäriäni Lauraa ja Erikaa kiitän siitä, että olette ymmärtäneet työpöytänsä ääressä ja omissa ajatuksissaan olevaa äitiä, jolla on aina ollut jokin opiskelu kesken. Lauralle ja hänen puolisolleen Lasselle lämpimät kiitokset myös kaikesta korvaamattomasta tietoteknisestä avusta. Erika ja kumppaninsa Antti ovat järjestäneet erilaisia yllätyksiä ilokseni, kiitos siitä. Puolisoni Sakari ansaitsee kiitokset kärsivällisyydestä, olet hyvin kestänyt työhuoneessaan viihtyvää vaimoa. Kiitokset myös Myrylle, joka huolehti ulkoiluttamisestani laskemalla kuononsa tietokoneen näppäimistöille merkiksi tarvittavasta tauosta.

Kissanmaalla tammikuussa 2013

Riitta Nikkola

Tämän fenomenologisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää nivelrikon sairastamista polven nivelrikkoa sairastavan iäkkään potilaan kokemana sekä kuvata ja ymmärtää polven nivelrikkoa sairastavan iäkkään potilaan kanssa elämistä hänen läheisensä kokemana konservatiivisen hoidon kontekstissa. Tutkimuskysymyksiin saaduilla vastauksilla lisätään ymmärrystä polven nivelrikkoa sairastavan iäkkään potilaan ja hänen läheisensä kokemuksista sekä kokemuksien merkityksistä ja siten täydennetään perhehoitotieteen tietoperustaa.

Tutkimuksen osallistujina oli kymmenen polven nivelrikkoa sairastavaa 75 vuotta täyttänyttä potilasta ja heidän läheistensä. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla osallistujia kolme kertaa. Saatu aineisto analysoitiin soveltaen Colaizzin kehittämää fenomenologista analyysimenetelmää.

Polven nivelrikon sairastaminen ilmeni iäkkään potilaan kokemana omaan kehoon ja sen toimintaan liittyvän luottamuksen menetyksenä, luontaisuuden muuttumisena, oman vaivaisuuden ja pystyvyyden tuntemisena sekä kuulluksi tulon ja avun saamisen kokemuksina. Hänen läheisensä kokemus ilmeni rinnalla kärsimisen, huolenpitäjäksi tottumisen ja elämäntilanteeseen tyytymisen kokemuksina. Heidän yhteinen kokemuksensa rakentui köyhtyvän elämän sekä itsestä ja toisesta huolen tuntemisen ja huolenpidon kokemuksista. Osallistujien kokemukset kuvattiin lopuksi merkitysrakenteena, jossa tutkittavana olevan ilmiön luonne ja olennaiset piirteet tulevat esille.

Tutkimustulosten mukaan polven nivelrikon sairastaminen ja polven nivelrikkoa sairastavan potilaan kanssa eläminen ilmenee iäkkään potilaan ja hänen läheisensä kokemuksissa moniulotteisina ja moninaisina merkityksinä. Saadut tulokset lisäävät ja täydentävät aikaisempaa tietoa polven nivelrikon sairastamisesta sekä potilaan että

läheisen kokemana, mutta antavat myös uutta tietoa suomalaisesta hoitotyöstä potilaan ja läheisen näkökulmasta. Tämän tiedon avulla voidaan lisätä ymmärrystä polven nivelrikkoa sairastavan iäkkään potilaan ja hänen läheisensä kokemuksista konservatiivisen hoidon kontekstissa. Tietoa voidaan hyödyntää sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa iäkkäiden polven nivelrikkoa sairastavien potilaiden ja heidän läheistensä hoitotyön ja kuntoutuksen suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa niin, että heidän tarpeensa otetaan huomioon yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti. Iäkkäiden potilaiden hoitotyön koulutuksen kehittämisessä nyt saatua tietoa voidaan käyttää peruskoulutuksessa ja erityisesti erikoistumis- ja täydennyskoulutuksessa syventämään iäkkäiden potilaiden hoitotyön tietoperustaa. Tulokset toivat esiin myös uusia sekä yleisiä hoitotieteellisiä että perhehoitotieteellisiä tutkimusaiheita. Tieto auttaa myös iäkästä potilasta ja hänen läheistään ymmärtämään toistensa ja yhteisiä kokemuksia.

Avainsanat: iäkäs potilas, läheinen, polven nivelrikko, fenomenologia, kokemus, perhehoitotiede

## ABSTRACT

---

The purpose of this phenomenological study is to describe and understand living with osteoarthritis of the knee as experienced by an elderly patient as well as to describe and understand living with an elderly patient suffering from the condition as experienced by an elderly patient's next of kin in the context of conservative care. The answers to the research questions will increase the understanding of an elderly knee osteoarthritis patient and their next of kin's experiences and the meaning of those experiences, thereby contributing to the knowledge base of family nursing science.

The participants of this study were ten over 75-year-old patients suffering from osteoarthritis of the knee and their next of kin. The research material was collected by interviewing the participants three times. The research material was analyzed by applying the phenomenological analysis method developed by Colaizzi.

Suffering from osteoarthritis of the knee manifested itself as elderly patients' loss of confidence in their own body and its functions, a change in the natural way of being, knowing own infirmity and capability, having a voice and getting help. The experiences of the next of kin consisted of suffering along with the patient, getting used to being a caregiver and accepting the current life situation. The patients and their next of kin shared a feeling of life becoming poorer and experiences of concern for oneself and the other person as well as offering and receiving care. The participants' experiences were visualized in a meaning structure illustrating the nature and essential features of the phenomenon of interest.

According to the results of this study, suffering from osteoarthritis of the knee and living with a patient suffering from the condition appear in the experiences of an elderly patient and their next of kin as multi-dimensional and diverse meanings. The findings

of this study will increase and amplify what is already known about the experiences of an elderly patient with osteoarthritis of the knee and their next of kin. The findings also provide new information about nursing in Finland from the point of view of patients and their next of kin. This information can increase the understanding of elderly patients suffering from osteoarthritis and their next of kin in the context of conservative care. The information can be used in both primary health care and specialized health care when planning, implementing and evaluating the nursing and rehabilitation of elderly patients suffering from osteoarthritis of the knee and their next of kin in a way which caters individually and comprehensively for their needs. The findings can be used in the development of nursing training in the care of elderly patients with osteoarthritis of the knee and can be applied in basic training and especially in specialist training and continuing education to enhance the knowledge base in nursing and caring for elderly patients. The findings also raised new research issues for nursing science and family nursing. Increased knowledge will also help elderly patients and their next of kin to understand each other's experiences as well as the shared experiences.

Key words: elderly patient, next of kin, knee osteoarthritis, phenomenology, experience, family nursing science



## Sisällys

KIITOKSET .....	3
TIIVISTELMÄ .....	5
ABSTRACT .....	7
1. JOHDANTO .....	13
2. TUTKIMUKSEN TAUSTA .....	18
2.1 Nivelrikko sairautena ja sen hoitomuodot .....	18
2.2 Nivelrikon sairastaminen .....	22
2.3 Sairauden merkitys potilaan läheiselle .....	23
2.4 Yhteenveto tutkimuksen taustasta .....	24
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	26
4. KOKEMUKSEN FENOMENOLOGINEN YMMÄRTÄMINEN .....	27
4.1 Ymmärrys ihmisestä, kokemuksesta ja merkityksestä .....	28
4.2 Fenomenologinen lähestymistapa tutkimusaiheeseen .....	30
5. TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJAT JA AINEISTON KERUU .....	32
5.1 Osallistujat .....	32
5.2 Aineiston keruu ja kuvaus osallistujista .....	34
6. TUTKIMUSAINIESTON FENOMENOLOGINEN ANALYYSI .....	40
7. TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	46
7.1 Polven nivelrikon sairastaminen iäkkään potilaan kokemana .....	47
7.1.1 Luottamuksen menetys omaan kehoon ja sen toimintaan .....	47
7.1.2 Luontaisuuden muutos .....	50
7.1.3 Oman vaivaisuuden ja pystyvyyden tuntemus .....	53
7.1.4 Kuulluksi tulo ja avun saanti .....	55
7.2 Eläminen polven nivelrikkoa sairastavan iäkkään potilaan kanssa .....	59
7.2.1 Rinnalla kärsiminen .....	59

7.2.2	Huolenpitäjäksi tottuminen .....	62
7.2.3	Elämäntilanteeseen tyytyminen .....	64
7.3	Polven nivelrikon sairastaminen iäkkään potilaan ja läheisen yhteisinä kokemuksina .....	65
7.3.1	Köyhtyvä elämä .....	67
7.3.2	Huoli ja huolenpito itsestä ja toisesta .....	63
7.4	Tiivistetty kuvaus ja merkitysrakenne polven nivelrikon sairastamisesta ja polven nivelrikkoa sairastavan potilaan kanssa elämisestä .....	72
8.	POHDINTA .....	77
8.1	Tutkimuksen eettisyys .....	77
8.2	Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu .....	80
8.3	Tutkimustulosten tarkastelu .....	88
8.3.1	Iäkkään potilaan kokemusten tarkastelu .....	88
8.3.2	Läheisen kokemusten tarkastelu .....	98
8.3.3	Iäkkään potilaan ja läheisen yhteisten kokemusten tarkastelu ...	101
8.4	Tutkimustulosten hyödynnettävyys hoitotyössä, hoitotyön koulutuksessa ja hoitotieteen alalla .....	107
8.5	Jatkotutkimusehdotukset .....	110
	Lähteet .....	112
Liite 1.	Nivelrikkoa sairastavia potilaita koskevia kvalitatiivisia tutkimuksia ....	130
Liite 2.	Nivelrikkoa sairastavia potilaita koskevia aikaisempia tämän tutkimuksen kannalta olennaisia kvantitatiivisia tutkimuksia .....	138
Liite 3.	Nivelrikkoa sairastavia potilaita koskevia tämän tutkimuksen kannalta olennaisia kirjallisuuskatsauksia .....	149
Liite 4.	Nivelrikkoa sairastavien potilaiden läheisiä koskevia tutkimuksia .....	151
Liite 5.	Kiireettömän leikkaushoidon tarpeen arviointi .....	143
Liite 6.	Potilaan liikkuminen ja kipulääkkeiden käyttö ennen ja kuusi kuukautta ryhmäohjauksen jälkeen sekä potilaan hoitosuunnitelma kuusi kuukautta ryhmäohjauksen jälkeen .....	154
Liite 7.	Tiedote tutkimuksesta potilaalle .....	155
Liite 8.	Tiedote tutkimuksesta läheiselle .....	156
Liite 9.	Suostumuslomake tutkimukseen .....	157
Liite 10.	Esimerkki analyysin etenemisestä potilaan/läheisen ilmaisusta, ilmaisun keskeisen sisällön muuttamisesta yleiskielelle, ilmaisuuun sisältyvän merkityksen kautta teemoihin .....	158

## KUVIOT

Kuvio 1. Polvi- ja lonkkanivelriikon hoito (Käypä hoito -suositus 2007) .....	21
Kuvio 2. Iäkkään potilaan kokemuksesta polven nivelriikon sairastamisesta, läheisen kokemuksesta polven nivelriikka sairastavan potilaan kanssa elämisestä sekä heidän yhteisistä kokemuksistaan muodostuneet teemat .....	46
Kuvio 3. ”Luottamuksen menetys omaan kehoon ja sen toimintaan” teema ja siihen sisältyvät merkitykset .....	47
Kuvio 4. ”Luontaisuuden muutos” teema ja siihen sisältyvät merkitykset .....	50
Kuvio 5. ”Oman vaivaisuuden ja pystyvyyden tuntemus” teema ja siihen sisältyvät merkitykset .....	53
Kuvio 6. ”Kuulluksi tulo ja avun saanti” teema ja siihen sisältyvät merkitykset .	55
Kuvio 7. ”Rinnalla kärsiminen” teema ja siihen sisältyvät merkitykset .....	59
Kuvio 8. ”Huolenpitäjäksi tottuminen” teema ja siihen sisältyvätmerkitykset ...	62
Kuvio 9. ”Elämäntilanteeseen tyytyminen” teema ja siihen sisältyvät merkitykset	64
Kuvio 10. ”Köyhtyvä elämä” teema ja siihen sisältyvät merkitykset .....	65
Kuvio 11. ”Huoli ja huolenpito itsestä ja toisesta” teema ja siihen sisältyvät merkitykset .....	67
Kuvio 12. Polven nivelriikon sairastamisen ja polven nivelriikka sairastavan potilaan kanssa elämisen merkitysrakenne .....	75

## TAULUKOT

Taulukko 1. Osallistujien valintakriteerit .....	33
Taulukko 2. Toteutuneet haastattelut osallistujittain .....	38
Taulukko 3. Potilaiden ikä, nivelriikon sairastamisaika, muut pitkäaikaissairaudet ja asumismuoto .....	39



# I. JOHDANTO

---

Iäkkäällä ihmisellä tarkoitan tässä tutkimuksessa 75 vuotta täyttänyttä tai vanhempaa ihmistä. Valitsin tämän ikäiset tutkimukseni kohderyhmäksi, koska uudessa vanhus-tutkimuksessa kohderyhmänä ovat yleensä 65 vuoden iän sijasta 75 vuotta täyttäneet ihmiset (Haapaniemi ym. 2003, Heikkinen 2004). 75 vuoden ikää on käytetty myös vanhuspalveluiden valtakunnallisena mitoitus- ja arviointikriteerinä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Vanhus-sanana käytän sanaa iäkäs, sillä yli 60-vuotiaiden mielestä varttuneita ihmisiä kuvaavat parhaiten ilmaisut ikääntyneet, ikäihmiset ja iäkkäät ihmiset (STM 1999). Vanhus-sanaan voidaan liittää helposti myös ajatuksia ihmisen raihnaisuudesta ja riippuvuudesta, jolloin toimintakykyisyys eli jäljellä olevat voimavarat jätetään vähemmälle huomiolle (Helin 2002).

Iäkkäiden ihmisten määrä on lisääntynyt, ja ennusteiden mukaan se kasvaa edelleen sekä meillä Suomessa että muualla maailmassa. Vuonna 2007 maailman väestöstä 11 prosenttia oli 65 vuotta täyttäneitä, mutta vuonna 2050 ennustetaan heidän määränsä olevan jo 22 prosenttia koko väestön määrästä. Suomen väestöstä vuonna 2009 yli 75-vuotiaita oli 427 079, mikä tarkoitti 7,9 prosenttia koko väestöstä. Naisten osuus 75 vuotta täyttäneistä oli 65 prosenttia. Vuonna 2020 ennustetaan Suomessa olevan 75-vuotta täyttäneitä 10 prosenttia ja vuonna 2030 14,4 prosenttia koko väestöstä, mikä tarkoittaa yli 700 000 henkilöä. (Heikkinen 2005, Kinsella & Phillips 2005, Tilastokeskus 2009, UN 2009.) Tulevaisuudessa, jos ei tapahdu mitään odottamatonta, on odotettavissa, että 1970-luvulla syntyneistä pojista yli puolet saavuttaa vähintään 85 vuoden iän ja tytöistä enemmän kuin puolet elää vähintään 90-vuotiaaksi. Yhä useampi saavuttaa myös sadan vuoden iän. (Myrskylä 2010.)

Jäljellä oleva elinikä on 75 vuotta täyttäneillä suomalaisilla miehillä keskimäärin 9 vuotta ja suomalaisilla naisilla noin 11 vuotta (Heikkinen 2000, Myrskylä 2010). Ikääntyminen voi parhaimmillaan olla vuosikymmenten mittainen, ja siitä osa on useilla aktiivista aikaa, jolloin toimintakyky säilyy pitkään hyvänä. Loppupuolella monilla on kuitenkin pitkäaikaisia sairauksia, jotka heikentävät heidän päivittäistä toimintakykyään ja lisäävät huolenpidon tarvetta. (Kinsella & Phillips 2005, UN 2009, STM 2007.) Ikääntyneiden toimintakykyiset elinvuodet ovat lisääntyneet viime vuosikymmeninä (Sihvonen ym. 2008), ja tulevaisuudessa ikääntyneet saattavat olla nykyisiä ikääntyneitä parempikuntoisia, mutta raihnaisuuden aika voi myös pidentyä myöhäisten elinvuosien lisääntymisen takia (Vaarama 2004). Elinajan odotteeseen verrattuna toimintakykyinen elinajan odote on joidenkin arvioiden mukaan 65-vuotiailla miehillä 5,4–8,7 vuotta ja naisilla 8–11,8 vuotta lyhyempi (Koponen & Aromaa 2005). Tiedetään myös, että toimintakyvyn heikkenemisen takia päivittäistä apua tarvitsevia on yli 75-vuotiaissa joka kolmas ja yli 85-vuotiaissa joka toinen (Vaarama & Voutilainen 2002). Iäkkäiden ihmisten arjessa suoriutuminen vaikeutuu usein nivelrikon takia, ja nivelrikko on 75–84-vuotiaiden kotona asuvien tärkein ongelmia aiheuttava sairaus. (Heikkinen 2002, Helminen ym. 2008.)

Nivelrikko on maailman yleisin nivelsairaus, jota esiintyy yleisimmin polvissa, lonkissa, käsissä ja selkänikamien välisissä nivelissä. Sen aiheuttamasta toiminnanvajavuudesta kärsii joidenkin arvioiden mukaan noin 15 prosenttia väestöstä. Sen esiintyvyys lisääntyy iän myötä, ja 75 vuotta täyttäneillä nivelrikkoa on jopa 80–90 prosentilla. (Väänänen ym. 1998, Arden & Nevitt 2006, Heliövaara 2008.)

Iäkkäiden ihmisten ja siten myös polven nivelrikkoa sairastavien määrä lisääntyy lähivuosina, ja heidän hoitamisensa aiheuttaa paineita terveydenhuollolle (Ehrlich 2003, Heliövaara 2008). Nivelrikosta on kehittymässä yksi suurimmista terveysongelmista (Brooks 2002, Ehrlich 2003), koska sen vaikutukset iäkkäiden toimintakykyyn ovat merkittävät (Arokoski 2008). Suomessa se on kansanterveydellisesti tärkein nivelsairaus, jonka takia potilaat käyvät lääkärissä vuosittain yli 600 000 kertaa ja jonka takia vuosittaisten taloudellisten menetysten arvioidaan olevan lähes miljardi euroa. (Arokoski ym. 2001, Heliövaara 2008, Heliövaara ym. 2009.) Julkisten kustannusten lisäksi nivelrikko aiheuttaa kustannuksia myös potilaalle itselleen (Gupta ym. 2005, Arokoski ym. 2007).

Polven nivelrikkoa alkaa esiintyä jo keski-ikästä alkaen. Sen ikävakioitu esiintyvyys oli Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan miehillä 6,1 prosenttia ja naisilla 8,0 prosenttia. Polven nivelrikon esiintyvyys lisääntyy molemmilla sukupuolilla 55 vuoden iässä; naisilla se lisääntyy erityisesti 75 vuoden iässä ja miehillä 85 vuoden iässä. Polven nivelrikon on todettu olevan yhteydessä potilaiden koulutustasoon niin, että vähiten koulutetuilla nivelrikkoa esiintyy enemmän kuin pidempään koulutetuilla. (Arokoski ym. 2007, Heliövaara 2008.)

Terveys 2000 -aineiston mukaan polven nivelrikko on alle 75-vuotiailla ja varsinkin naisilla vähentynyt ja vähentyy lähivuosikymmeninä edelleen (Heliövaara 2008). Ikään-tymisen myötä nivelrikon esiintyvyys kuitenkin lisääntyy molemmilla sukupuolilla niin, että 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista noin 45 prosenttia kärsii polven nivelrikosta (Aromaa & Koskinen 2002, Häkkinen & Alha 2006, Arokoski ym. 2007, Heliövaara ym. 2009). Väestön vanhenemisen takia nivelrikkoa sairastavia potilaita ennustetaan tulevaisuudessa olevan nykyistä enemmän. Myös lihaviiden ja ylipainoisten ihmisten nopea lisääntyminen – yli puolet länsimaisista ihmisistä on ylipainoisia tai lihavia – kasvattaa nivelrikkoa sairastavien potilaiden lukumäärää. (European Commission ym. 2003, Hunter & Felson 2006, Helminen ym. 2008.)

Suomessa nivelrikon syitä, hoitoa, ehkäisyä ja potilaiden palveluiden käyttöä on tutkittu lähinnä lääketieteellisissä tutkimuksissa, mutta hoitotieteellistä tutkimusta on tehty vain muutamia. Rinne ja Vuokila-Oikkonen (1994) tutkivat potilaan kokemaa terveydentilan muutosta tekonivelleikkauksen yhteydessä. Karjalainen (2006) tarkasteli lonkan tai polven nivelrikkoa sairastavien tekonivelleikkausta odottavien terveyteen liittyvää elämänlaatua. Montin (2007) tutki lonkkanivelrikkopotilaiden kokemaa elämänlaatua ennen ja kuusi kuukautta tekonivelleikkauksen jälkeen. Asunmaa (2010) tarkasteli tekonivelleikkauspotilaan perheen tukemista potilaan ja läheisen näkökulmasta ortopedian poliklinikalla ensikäynnillä. Suomessa ei ole tehty yksinomaan iäkkäisiin nivelrikkoa sairastaviin potilaisiin kohdistuvia hoitotieteellisiä tutkimuksia lainkaan.

Kansainvälisesti ortopedisten potilaiden omiin kokemuksiin perustuva laadullinen tutkimus oli niukkaa 1990-luvulla. 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen loppupuolella kvalitatiiviset tutkimukset ovat lisääntyneet. Sitä ei ole tutkittu, onko laadullisten tutkimusten lisääntymisen syynä kvantitatiivisten tutkimusten antaman tiedon riittämättömyys ymmärtää nivelrikkoa sairastavaa potilasta hänen omasta kokemuksestaan käsin, vai onko laadullisten tutkimusten lisääntymiseen jokin muu syy.

Liitteisiin 1, 2, 3 ja 4 olen koonnut nivelrikkoa sairastavia potilaita ja heidän läheisiään koskevia tutkimuksia ja kirjallisuuskatsauksia. Tiedonhaun tein kahdesti, tutkimusaiheen tarpeellisuuden varmistamiseksi tutkimussuunnitelmaa varten Cinahl ja Medic -tietokannoista ja analyysini jälkeen tutkimustulosten tarkastelua varten Medic-, Medline-, PsycInfo- ja Cinahl-tietokannoista. Hakusanoina käytin sanoja osteoarthritis, knee osteoarthritis, experience, phenomenological, qualitative study, daily living, adaptation ja coping, next of kin, family member, spouse ja niiden suomenkielisiä vastineita. Haun rajasin suomen- ja englanninkielisiin, koko tekstinä löytyviin 2000-luvun julkaisuihin. Hakua täydensin lähdeluetteloista löytyneillä tutkimuksen kannalta olennaisilla artikkeleilla sekä manuaalisilla hauilla.

Seuraavassa esittelen lyhyesti 1990-luvun lopusta alkaen laadullisia tutkimuksia, joissa nivelrikkoa sairastavat potilaat ovat olleet osallistujina. Kvalitatiivisesti toteute-

tuisa kansainvälisissä tutkimuksissa aineistot on kerätty yksilö- tai ryhmähaastatteluin tai päiväkirjojen avulla. Analyysimenetelminä on yleisimmin käytetty **sisällön analyysia** (Kee 1998, Clark ym. 2004, Victor ym. 2004, Tak 2006, Gustafsson ym. 2007, Hawker ym. 2008, Pitt ym. 2008), **laadullista analyysia** (Okma-Keulen & Hopman-Rock 2001, Pover ym. 2008), **teemoitelevaa analyysia** (Campbell ym. 2001 Rosemann ym. 2006), **fenomenografiaa** (Thorstesson ym. 2006), **fenomenologista analyysia** (Keysor ym. 1998, Swift ym. 2002, Turner ym. 2002, Edwards 2003, Sjoling ym. 2005, Sale ym. 2006, Toye ym. 2006, Maly & Krupa 2007, Turner ym. 2007, Parsons ym. 2009, Petursdottir ym. 2010, Therklason 2010) tai **grounded-teorian menetelmää** tai **vertailevaa analyysia** (Baird 2003, Dickson & Kim 2003, Marcinkowski ym. 2005, Bower ym. 2006, Ong & Jinks 2006, Veenhof ym. 2006, Baird ym. 2007, Jinks ym. 2007, Hall ym. 2008, Maly & Cott 2009, Woolhead ym. 2010, Morden ym. 2011).

Tutkimusten aiheina ovat olleet **potilaiden kokemukset nivelrikosta** (Keysor ym. 1998, Toye ym. 2006, Baird ym. 2007, Parsons ym. 2009), **nivelrikon aiheuttamista oireista** (Turner ym. 2002, Dickson & Kim 2003, Jinks ym. 2007, Hall ym. 2008, Hawker ym. 2008, Power ym. 2008, Woolhead ym. 2010), **sairauden syistä ja sairastumisesta** (Okma-Keulen & Hopman-Rock 2001, Turner ym. 2007, Maly & Cott 2009) ja **nivelrikkoisesta kehosta ennen tekonivelleikkausta** (Gustafsson ym. 2007).

Lisäksi on tarkasteltu **elämistä** (Baird 2003, Ong & Jinks 2006, Tak 2006, Maly & Krupa 2007) ja **kokemuksia selviytymisestä nivelrikkoa sairastavana** (Kee 1998, Swift ym. 2002, Tak 2006) sekä **itsestä huolenpidosta** (Baird 2003) ja **sosiaalisesta tuesta** (Tak 2006). Nivelrikkoa sairastavien potilaiden **omahoitokeinoja** (Therklason 2010, Morden ym. 2011) ja **sitoutumista harjoitteluun** sekä **sen merkitystä nivelrikon hoidossa** (Campbell 2001, Thorstesson ym. 2006, Veenhof ym. 2006) on myös tutkittu.

Nivelrikkoa sairastavan potilaan hoitoon liittyvissä tutkimuksissa on tarkasteltu **potilaiden tietoa sairaudesta** (Victor ym. 2004) ja **tiedon tarpeita** (Edwards 2003). On tutkittu myös **potilaiden kokemusta perusterveydenhuollosta** (Victor ym. 2004, Rosemann ym. 2006, McHugh ym. 2007b), **odotuksia fysioterapiasta** (Hall ym. 2008), **nivelrikkoa sairastavien potilaiden lääkkeiden valintaa** (Bower ym. 2006) ja **kipulääkkeiden käyttöön sitoutumista** (Sale ym. 2006). Lisäksi on kuvattu potilaiden **tekonivelleikkaukseen liittyvää päätöksen tekoa** (Clark ym. 2004), **leikkaukseen liittyviä odotuksia** (Hall ym. 2008) ja **leikkauksen merkitystä potilaalle** (Toye ym. 2006).

Nivelrikkoa sairastavien potilaiden läheisiin liittyviä tutkimuksia on tehty vähän, vaikka nivelrikko yleisimpänä toimintakykyä heikentävänä pitkäaikaissairautena koskettaa monin tavoin myös potilaan läheisiä (Chesla 2005). Nivelrikkoa sairastavan potilaan läheisiä koskevissa tutkimuksissa on tarkasteltu **läheisen käsitystä potilaan sairaudesta ja sen hoidosta** (Mingo ym. 2006), **läheisen vaikutusta potilaan selviä-**



**miseen kivun kanssa** (Keefe ym. 1997, Smith ym. 2004), **läheisen arviota potilaan kivun voimakkuudesta** (Cremeans-Smith ym. 2003, Martire ym. 2006), **läheisen vaikutusta potilaan toipumiseen polven tekonivelleikkauksesta** (Fekete ym. 2006), **potilaan oireiden vaikutusta läheisen hyvinvointiin** (Druley ym. 2003, Stephens ym. 2006, Porter 2008), tai on samanaikaisesti tutkittu sekä potilasta että potilaan läheistä (Martire ym. 2002, Asunmaa 2010).

Nivelrikkoa sairautena ja sen hoitoa on tutkittu ja tutkitaan paljon niin kansainvälisesti kuin Suomessakin. Nivelrikkoa sairastavia potilaita, heidän hoitoaan, selviytymistään ja elämänlaatuaan on kansainvälisesti tutkittu muun muassa lääketieteeseen, psykologian, gerontologian ja hoitotieteen piirissä kvantitatiivisin menetelmin varsin runsaasti, mutta erityisesti nivelrikkoa sairastavien iäkkäiden potilaiden osuus on tutkimuksissa ollut heidän määräänsä nähden pieni.

Tutkimusaiheesta teki kiinnostavan myös omat kokemukseni nivelrikkoa sairastavan potilaan läheisenä ja hoitotyön opettajana. Olin ihmetelty, miten ihminen muuttui sairastaessaan nivelrikkoa ja miten nivelrikon sairastaminen ilmeni läheisessäni. Sairaanhoitajataustani takia uskoin kykeneväni olemaan apuna ja tukena läheiselleni, mutta koin riittämättömyyttä ja turhautumista. Hoitotyön opettajana olen pohtinut iäkkäiden potilaiden terveyteen ja hoitamiseen liittyviä ongelmia ja erityisesti nivelrikkoa sairastavan potilaan hoitamiseen, ohjaamiseen ja omahoidon toteuttamiseen liittyviä kysymyksiä. Olen etsinyt vastauksia aikaisemmasta tutkimustiedosta, mutta se ei riittänyt minulle potilaan läheisenä eikä hoitotyön opettajana.

Olin tutustunut vuonna 2006 nivelrikkopotilaiden ryhmäohjaukseen. Tämä ohjausmalli oli uutta Suomessa ja herätti kiinnostukseni. Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa ollut ajatukseni ryhmäohjauksen merkityksestä potilaille ja heidän kokemustensa muuttumisesta ryhmäohjauksen aikana ohjasi siksi etsimään tietoa ryhmäohjaukseen osallistuvilta potilailta. Iäkkäiden potilaiden läheisten liittäminen tutkimukseen nousi omista kokemuksistani ja se tuo perhehoitotieteellisen näkökulman tutkimukseen.

## 2. TUTKIMUKSEN TAUSTA

---

### 2.1 Nivelrikko sairautena ja sen hoitomuodot

Nivelrikon yleisyydestä huolimatta sen etiologiaa ei täysin tunneta. Aikaisemmin ajateltiin nivelen kuluvan käytössä ja sen aiheuttavan nivelrikkoa. Sopiva nivelen kuormitus ei kuitenkaan kuluta niveltä, vaan kohtuullinen liikunta ja nivelen käyttö ovat tärkeitä nivelruston aineenvaihdunnan takia. Hyvä lihasvoima reiden lihaksissa todennäköisesti jopa ehkäisee polven nivelrikkoa. Myös ylipainon ja niveltapaturmien välttäminen vähentää nivelrikon riskiä. Nykyisen tiedon mukaan ymmärretään nivelrikossa nivelen vauriomuutosten tapahtuvan nopeammin kuin uudismuutosten. Vauriomuutokset etenevät yleensä hitaasti tai vaiheittain, ja joskus eteneminen saattaa jopa pysähtyä. Nivelrikko on koko nivelen sairaus, jossa ruston väliaineen tuotanto vähenee ja hajoaminen lisääntyy, ja rustosoluja kuolee, jolloin rustopinta rikkoutuu ja häviää nivelpinnoilta eikä enää uusiudu. Nivelrikossa nivelkalvoissa on tulehdusmuutoksia, nivelen reunaan kasvaa luuvalleja ja rustonalainen luu muotoutuu uudelleen. Niveltä liikuttavat lihakset menettävät voimaansa, ja nivelen asentotunto heikkenee. (Arokoski ym. 2001, Dieppe & Lohmander 2005, van Dijk ym. 2006, Arokoski 2008, Lammi ym. 2008, Pohjolainen 2011.)

Nivelrikon riskitekijät jaetaan systeemisiin, paikallisiin biomekaanisiin ja muihin tekijöihin. Systeemisiä riskitekijöitä ovat muun muassa ikä, sukupuoli, perinnölliset tekijät, estrogeenin puute ja ravitsemus. Näiden vaikutuksesta nivelrusto on alttiimpi paikallisille tekijöille, joita ovat ylipaino, nivelvammat, nivelten epämuodostumat ja lihasheikkous. Muihin tekijöihin voidaan laskea sellaiset ammatit ja harrastukset, jotka kuormittavat niveliä normaalia enemmän. (Helminen ym. 2001, Dieppe & Lohm-

ander 2005, Garstang & Stitik 2006, Pearson-Ceol 2007, Arokoski 2008, Neogi & Zhang 2011.)

Lääkärin diagnoosi perustuu potilaan kuvaamiin oireisiin ja kliinisen tutkimuksen nivelläydöksiin, radiologisiin löydöksiin ja mahdollisiin erotusdiagnostisiin laboratoriotutkimuksiin. Tutkimuksen yhteydessä tarkastellaan kipeän nivelen ulkonäköä ja toimintaa sekä potilaan kävelyä ja kyykistymistä. Polvessa voi esiintyä nivelpintojen reunoilla luisia kyhmyjä ja tulehdusvaiheessa turvotusta, nesteilyä sekä lievää kuumotusta. Polven ojentaminen ja koukistaminen rajoittuvat. Tarvittaessa lääkäri määrää otettavaksi natiiviröntgenkuvat molemmista polvista ja laboratoriotutkimuksia. (Jurvelin ym. 2008, Pohjolainen 2011.)

Nivelrikkoa parantavaa hoitoa ei nykyisen tutkimustiedon mukaan ole. Tosin Johnsonin ym. (2007) tutkimuksessa osoitettiin, että seitsemän vuoden seurannan jälkeen osa nivelrikkoa sairastavista potilaista koki WOMAC-mittarilla mitattuna kipunsa ja toimintakykynsä merkittävästi parantuneen, mikä ei ollut kuitenkaan todennettavissa muilla mittareilla. Nivelrikkosairauden etenemiseen voidaan vaikuttaa. Hoito tulee aloittaa, kun diagnoosi varmistuu. Hoito on aina ensin konservatiivista, jolloin potilaalle annetaan tietoa sairaudesta, ohjataan vähentämään nivelen kuormitusta, ylläpitämään lihasten voimaa ja nivelen liikkuvuutta, käyttämään asianmukaisia jalkineita ja hoitamaan kipua. Näiden avulla pyritään ylläpitämään toimintakykyä ja ehkäisemään painonnousua sekä muita liikkumisen vähenemisestä johtuvia ongelmia. Polven nivelrikkoa sairastavalle potilaalle sopivina liikuntamuutoina pidetään vedessä tapahtuvaa liikkumista, pyöräilyä, sauvakävelyä ja hiihtoa. Oireiden pahennuttua hoitoihin lisätään fysioterapiaa, polvituki ja kipulääkitys. Kipulääkityksenä suositellaan aluksi parasetamolia yksi gramma kolmasti päivässä. Parasetamolien huonon tehon syynä on usein se, että sitä käytetään liian pieninä annoksina. Myös iholle siveltävällä tulehduskipulääkegeelillä voidaan kipuun vaikuttaa. Myöhemmin kivun pahentuessa tai jos parasetamoli ei auta, suositellaan tulehduskipulääkettä kuuriluonteisesti sekä opioideja yhdessä parasetamolien kanssa tai ilman. (Birchfield 2001, Arokoski & Lammi 2001, Arokoski ym 2004, Marks & Allegrante 2005, Roddy ym. 2005, Hunter & Lo 2008, Jamtvedt ym. 2008, Fransen & McConnell 2009, Pohjolainen 2011.)

Kuormitusta absorboivien jalkineiden ja iskua vaimentavien pohjallisten ajatellaan vähentävän alaraajan kantaviin niveliin kohdistuvaa kuormitusta ja siten vähentävän kipuilua ja parantavan kävelykykyä. Liikkumisen ja päivittäisten toimintojen apuvälineet (kävelykeppi, tartuntapihdit, sukanvetolaitteet, vuoteen ja WC-istuimen korotus) ja kodin muutostyöt (kynnysten poisto ja kaiteet) vähentävät nivelen kuormittumista ja helpottavat nivelrikkoa sairastavan potilaan selviytymistä jokapäiväisistä toiminnoista. (Kee 1998, Konttinen ym. 2003, Arokoski ym. 2004.) Oikeanlaisilla jalkineilla ja polvea tukemalla voidaan myös vähentää polvikipua ja toiminnanvajavuutta polven nivelrikossa (Cushnaghan ym. 1994, Hinman ym. 2003, Chuang ym. 2007, Kemp ym. 2008).

Nivelen sisään injektiona annettavia glukokortikoidia ja hyaluronaattia voidaan käyttää polvinivelriikon hoidossa. Glukokortikoidin yhdessä lyhytaikaisen immobilisaation kanssa on todettu auttavan joitakin tulehdusoireista ja intra-artikulaarisista kiteistä kärsiviä polvinivelriikka sairastavia potilaita. Se lievittää kipua ja vähentää turvotusta. Glukokortikoidi-injektioita voidaan antaa kolme neljä kertaa vuodessa. Injektiona annettava hyaluronaatti lieventää yli 60-vuotiaiden nivelen kipua ja pidentää kävelymatkaa erityisesti polvinivelrikossa. Sitä annetaan yleensä kolme ruisketta viikon välein. (Bellamy ym. 2006, Pohjolainen 2011.)

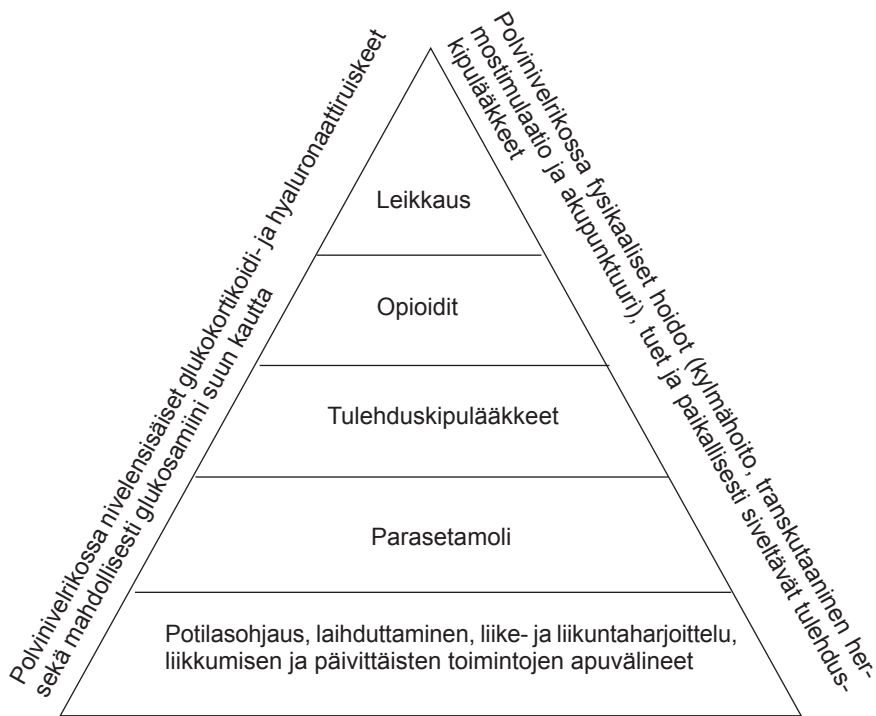
Nivelriikon kirurginen hoito tulee yleensä kysymykseen silloin, kun konservatiivisen hoidon keinot on käyty läpi perusterveydenhuollossa. Kiireettömän leikkaushoidon tarve arvioidaan yksilöllisesti pisteyttämällä potilaan kipua, kävelyä matkaa, muita toiminnallisia rajoituksia, kliinisiä löydöksiä ja mahdollista sairauden etenemistä (liite 5). Leikkaushoitoon pääsyn kriteerinä on 50 pisteen raja ja leikkauksesta odotettavissa oleva hyöty potilaalle. (Remes ym. 2008, Hirvensalo ym. 2009.)

Kirurginen hoito tähtää kivun lieventymiseen, jopa loppumiseen, ja toimintakyvyn paranemiseen. Kirurginen hoito voi olla nivelen asentoa korjaava leikkaus, nivelen jäykistäminen, rustonsiirto, vaurioituneen ruston pinnoittaminen tai tekonivelen asettaminen nivelriikon vaurioittaman nivelen tilalle. (Miettinen 2001, Lehto 2002, Konttinen ym. 2003, Remes ym. 2004, Pohjolainen 2011.)

Tekonivelleikkauksessa poistetaan nivelriikon vaurioittama nivelpinta ja tilalle asetetaan muovista ja metallista tehty nivel. Leikkaus on vaativa toimenpide ja edellyttää potilaan huolellista valmentautumista leikkaukseen ja vahvaa sitoutumista kuntoutumiseen leikkauksen jälkeen. Sairaalahoito leikkauksen jälkeen kestää muutamasta päivästä viikkoon, mutta kuntoutuminen kotona jatkuu jopa vuoden ajan. Leikkaukseen liittyy myös vakavien komplikaatioiden riski joko välittömästi leikkauksen jälkeen (mm. laskimotukos, keuhkoveritulppa) tai myöhäiskomplikaatioina (infektio, proteesin irtoaminen). (Rokkanen ym. 2003, Huo & Muller 2004, Pohjolainen 2011.)

Käypä hoito -suosituksissa kuvataan polvinivelrikosta kärsivän potilaan hoitoa kuvion 1 (s. 21) mukaisesti.

Omahoito-ohjelmilla pyritään vähentämään potilaan kipua ja parantamaan toimintakykyä; niiden tehosta tutkimustulokset eivät ole yksimielisiä pitkäaikaisen seurannan puutteen takia (Shin & Kolanowski 2010). Chodosh ym. (2005) ovat todenneet, että nivelriikka sairastaville potilaille kohdistetut omahoito-ohjelmat eivät vaikuta potilaan kipuun ja toimintakykyyn, kun taas Huges ym. (2004) sekä Somers ym. (2009) ovat todenneet omahoito-ohjelmista olevan hyötyä, ja esimerkiksi American Academy of Orthopaedic Surgeons (2008) suosittelee niitä niiden edullisuuden ja riskittömyyden takia. Potilaiden saaman psykososiaalisen tuen on joidenkin tutkimusten mukaan todettu vähentävän nivelriikka sairastavien potilaiden kipua ja depressio-oireita (Tak ym. 2007, Unutzer ym. 2008, Yohannes & Caton 2010).



**Kuvio 1.** Polvi- ja lonkkanivelrikon hoito (Käypä hoito -suositus 2007)

Nivelrikosta kärsivät potilaat käyttävät oireidensa lievittämiseksi myös erilaisia vaihtoehtoisia hoitomuotoja. Polven nivelrikon hoitomuotoina on tutkittu glukosamiinia, mutta sen tehokkuudesta saadut tutkimustulokset ovat olleet ristiriitaisia. Tulosten ristiriitaisuus tosin saattaa johtua glukosamiinituotteiden ja tutkimuksissa käytettyjen mittareiden erilaisuudesta. (Arokoski ym. 2001, Bruyere ym. 2004, Bennet ym. 2007, Vlad ym. 2007, Vuolteenaho & Moilanen 2007.)

Akupunktion (Berman ym. 2004, Maa ym. 2008) ja musiikin (McCaffrey & Freeman 2003, Jamtvedt ym. 2008) on todettu vähentävän polven nivelrikkoa sairastavan potilaan kipua ja lisäävän toimintakykyä. Rentoutuksen on kuvattu vähentäneen kontrolliryhmään verrattuna nivelrikosta kärsivän potilaan oireita, mikä näkyi myös lääkkeiden käytön vähenemisenä (Baird ym. 2010). Taiji-harjoittelun on esitetty parantavan potilaiden toimintakykyä (Ni ym. 2010), lisäävän potilaiden polven ojentajalihaksen kestävyyttä sekä luun mineraalitiheyttä ja vähentävän kaatumisen pelkoa päivittäisissä toiminnoissa (Song ym. 2010). Näihin hoitomuotoihin liittyvien tutkimusten tulokset ovat vielä riittämättömiä, joten niitä ei varauksetta suositella potilaille.

## 2.2 Nivelrikon sairastaminen

Nivelrikon sairastaminen aiheuttaa potilaalle monenlaisia oireita ja ongelmia. Potilaiden jokapäiväinen elämä muuttuu vähitellen sairauden pahentuessa. Lieväasteisena nivelrikko on usein oireeton, mutta edetessään se vaikuttaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Nivelen liikuttaminen muuttuu aristavaksi, tulee liikerajoituksia, aamujäykkyyttä, turvotusta, virheasentoja ja nivelestä kuuluu rutinaa (Birchfield 2001, Dieppe & Lohmander 2005). Nivelrikkoa sairastavan potilaan suoriutuminen tavanomaisista toiminnoista on vaikeaa (Tallon ym. 2000, Marcinkowski ym 2005, Jinks ym. 2007 ) ja elämä rajoittuu kotiin (Baird ym. 2007).

Nivelen kipu tuntuu aluksi vain rasituksessa, mutta nivelrikon edetessä se aiheuttaa särkyä levossakin. Kipu voi herättää yöllä asennon vaihdon yhteydessä, jolloin yöuni muuttuu katkonaiseksi. Kipu huonontaa elämänlaatua, ja siihen liittyy usein masennusta, ärtyneisyyttä, turhautumista ja sosiaalisen elämän kaventumista. (Hopman-Rock ym. 1997 Janes & Tilvis 2001, Seppälä 2001, Montin ym. 2002, Dominick ym. 2004, Dieppe & Lohmander 2005, Jakobsson & Hallberg 2006.) Kipulääkkeiden käyttöön potilaat eivät aina sitoudu ja he ottavat lääkettä vähemmän kuin lääkäri on heille määrännyt (Sale ym. 2006).

Nivelrikon on todettu ennustavan huonoa psyykkistä toimintakykyä (Bäckmand 2006) ja aiheuttavan potilaalle tarkoituksettomuuden, eristäytyneisyyden ja haavoittuvuuden tunnetta sekä väsymystä (Rinne & Vuokila-Oikonen 1994, Toye ym. 2006).

Nivelrikkoa sairastavat potilaat turhautuvat kykenemättömyyteensä tehdä asioita itsenäisesti, jolloin riippuvaisuus ja avuntarve lisääntyvät (Arden & Nevitt 2006). Heidän sosiaaliset roolinsa niin perheessä kuin kodin ulkopuolella muuttuvat (Keysor ym.1998, Lapsey ym. 2001, McHugh ym. 2007b). Potilaiden minäkuva muuttuu (Sjoling ym. 2005) ja liikkumisen rajoittuminen heikentää itsetuntoa (Maly & Krupa 2003).

Potilaita huolestuttaa nivelrikon paheneminen (Neville ym. 1999, Tallon ym. 2000), kipu ja kyky liikkua (Burks 2002) sekä hoitojen haittavaikutukset (Ratcliffe ym. 2004). Potilaat etsivät sairaudelleen syytä, joka selittäisi, miksi juuri he ovat sairastuneet nivelrikkoon. Potilaiden käsitykset nivelrikon syistä ovat vaihtelevia. Osa potilaista ajattelee nivelrikon johtuvan perinnöllisistä tekijöistä (Kee 1998, Okma- Keulen & Hopman-Rock 2001), lihavuudesta (Kee 1998, Okma-Keulen & Hopman-Rock 2001, Victor ym. 2004), iästä, ilmastollisista tekijöistä, nivelen vammasta (Kee 1998, Turner ym. 2002, Victor ym. 2004, Hill & Bird 2007) tai ammatin aiheuttamasta rasituksesta (Kee 1998, Victor ym. 2004). Osa potilaista puolestaan uskoo depression, stressin, huonon kasvuikäisen terveydentilan ja ruokavalion toisen maailmansodan aikana vaikuttavan nivelrikon puhkeamiseen (Okma-Keulen & Hopman-Rock 2001).

Nivelrikon ajatellaan myös kuuuluvan normaaliin ikääntymiseen ja siksi sitä pidetään hyväksyttävänä vaivana (Gignac ym. 2006).

Nivelrikkoo sairastavien potilaiden tiedontarpeet vaihtelevat. Osa potilaista kokee saavansa riittävästi tietoa (Rosemann ym. 2006), toiset puolestaan kokevat, ettei heidän tiedontarpeitaan terveydenhuollossa tunnisteta (Edwards 2003). Potilaat voivat olla tyytyväisiä terveyspalveluihin (Victor ym. 2004), mutta osa ei niitä käytä, koska kokee saavansa terveydenhuollosta vähän apua oireisiinsa (McHugh ym. 2007b). Hoito koetaan pirstaleisena ja hoitoon pääsy vaikeana (Brand & Cox 2006). Potilaat myös luottavat omahoitoon (Dickson & Kim 2003).

### 2.3 Sairauden merkitys potilaan läheiselle

Perhe koetaan tärkeäksi silloin, kun tarvitaan tukea suurissa ja tärkeissä asioissa, mutta myös jokapäiväisissä pikkuongelmissa perheellä on merkitystä. Perheen merkitys vaihtelee elämän edetessä, mutta iäkkäille lähiomaiset ja koti voivat olla elämän keskus. (Marin 2003.) Läheisellä voidaan puolison lisäksi tarkoittaa lähiomaista: lasta tai lastenlasta. Läheisensä kanssa asuu 75 vuotta täyttäneistä miehistä lähes 80 prosenttia ja naisista vajaa 50 prosenttia (SVT 2012). Yksinäisen ihmisen läheinen voi olla joku muukin kuin sukulainen (Laitinen-Junkkari 1999, Åstedt-Kurki ym. 2008, Paavilainen 2009). Siksi tässä tutkimuksessa iäkäs potilas saa itse määritellä, kuka on hänen läheisensä.

Perheen toiminnot voivat häiriintyä yhden perheenjäsenen sairastuttua, tai sairastamisesta huolimatta ne voivat säilyä hyvinä. Ajan mittaan monet perheet oppivat hoitamaan kroonista sairautta ja tekevät hoidosta osan päivittäisistä rutiineistaan. (Knaff & Gilliss 2002.) Perheen tavanomaiset rituaalit ja rutiinit voivat toimia terapeuttisina perheen terveyden ja sairauden hoidossa (Denham 2003).

Perheenjäsenten toisilleen antama epävirallinen hoiva ja apu ovat hyvinvointivaltion kehittymisestä huolimatta keskeisiä ikääntyneiden tarvitessa apua (Mikkola 2005). Pitkäaikaisesti sairaat saavat apua perheenjäseniltä, ja etenkin naiset ovat merkittävässä roolissa huolenpidon ja epävirallisen hoidon sekä tuen antajina (Robinson 1998, Kinsella & Phillips 2005). Perheenjäsenen pitkäaikainen sairaus vaikuttaa avun tarpeen lisäksi muutenkin hänen läheisiinsä (Davidfizar 1994, Knaff & Gilliss 2002, Paulson ym. 2003).

Läheinen voi kokea perheenjäsenestään huolehtimisen myönteisenä asiana elämässään, koska kokee näkökulmansa laajentuneen ja kasvaneensa ihmisenä (Ekwall & Hallberg 2006). Joissakin perheissä pitkäaikaisesta sairaudesta voi tulla kuitenkin niin hallitseva, että se heikentää sekä potilasta että perheenjäseniä (Robinson 1998). Pitkä-

aikainen altistuminen potilaan kärsimykselle vaikuttaa potilaan läheiseen kielteisesti ja voi huonontaa hänen psyykkistä ja fyysistä terveyttään (Monin & Schulz 2009).

Nivelrikkoa sairastavan potilaan depressio-oireiden ja suuttumuksen on todettu lisäävän myös puolison depressiota ja suuttumusta (Druley ym. 2003). Nivelrikosta kärsivän potilaan sekä verbaalisesti että nonverbaalisesti ilmaiseman kivun on esitetty vähentävän potilaan puolison hyvinvointia ja potilaalle osoitettua emotionaalista tukea (Stephens ym. 2006). Nivelrikkoa sairastavien potilaiden puolisoitten on kuvattu yliarvioivan potilaan kipua potilaan toiminnan aikana. Puolisot, jotka arvioivat potilaan kivun tarkemmin, olivat vähemmän kiukkuksia ja ärtyneitä ja antoivat enemmän apua ja tukea potilaalle. He kokivat myös vähemmän stressiä auttamisesta ja tukemisesta. (Martire ym. 2006.) Perheenjäsenen sairastaessa nivelrikkoa naisten on todettu auttavan kotitöissä miehiä enemmän (Smith ym. 2004).

## 2.4 Yhteenveto tutkimuksen taustasta

Nivelrikkoa sairastavat potilaat ovat olleet kansainvälisesti runsaasti tieteellisen tutkimuksen kohteina eri tieteen aloilla. Kvantitatiivisesti suuntautunutta tutkimusta on tehty paljon, mutta myös kvalitatiivinen tutkimus on lisääntynyt. Aikaisemmat tutkimukset antavat hyödyllistä tietoa nivelrikkoa sairastavien potilaiden kokemuksista, selviytymisestä ja hoidosta, mutta tieto on osin pirstaleista. Nivelrikon sairastaminen ja nivelrikkoa sairastavan potilaan kanssa eläminen ovat potilaiden ja läheisten yksilöllisiä kokemuksia, joita terveydenhuollossa toimivien henkilöiden tulisi ymmärtää aikaisempaa paremmin. On myös todettu, että laadullisilla tutkimusmenetelmillä on tarpeen tutkia sellaisia ortopedisten potilaiden hoitotyössä ilmeneviä merkityksiä kuten potilaiden kipulääkkeiden käytön välttäminen ja harjoittelun laiminlyöminen, koska nämä kysymykset hämmentävät terveydenhuollon henkilökuntaa käytännössä ja tutkimustuloksissa (Woolhead ym. 2005, Beaton & Clark 2009).

Potilaan sairastaessa polven nivelrikkoa se on merkittävää myös hänen läheisilleen. Nivelrikon sairastaminen koskettaa tulevaisuudessa aikaisempaa useampia perheitä, koska nivelrikkoa sairastavien iäkkäiden potilaiden määrä tulee lisääntymään lähi vuosikymmeninä. Perhehoitotieteellisessä tutkimuksessa iäkkäiden ihmisten perheet ovatkin olleet viime vuosina kiinnostuksen kohteena. Nivelrikkoa sairastavien potilaiden läheisiä koskevia tutkimuksia on tehty vielä niukasti. Siksi on tarpeen tutkia Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikössä perheenjäsenten terveyteen, hyvään vointiin ja hoitamiseen liittyvänä tutkimuksena nivelrikon sairastamista polven nivelrikkoa sairastavan iäkkään potilaan kokemana sekä elämistä polven nivelrikkoa sairastavan potilaan kanssa läheisen kokemana (Kylmä ym. 2011). Potilaan ja läheisen kokemuksen tutkiminen



paikallisesti on tarpeen myös siksi, että Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategian (2011) mukaan potilaan ja hänen läheisensä tulee saada hoidosta hyvä kokemus, johon sisältyy hoidon lisäksi hyvä kohtelu ja riittävästi tietoa.

Edellä olevien seikkojen perusteella polven nivelrikkoa sairastavien suomalaisten iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä kokemusten tutkiminen hoitotieteessä on ajankohtaista ja yhteiskunnallisesti tärkeää. Tässä tutkimuksessa tarkastelen potilaan ja hänen läheisensä kokemuksia holistisen ihmiskäsityksen näkökulmasta, jonka mukaan ihminen on kokonaisuus, joka on jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Pyrin tällä tutkimuksella täydentämään ja syventämään aikaisempaa tutkimustietoa ja tuottamaan uutta kokonaisvaltaista teoreettista tietoa polven nivelrikon sairastamisesta iäkkään potilaan ja hänen läheisensä kokemana.

Fenomenologiseen tutkimustraditioon nojautuva tutkimus vahvistaa perhehoitotieteen tietoperustaa iäkkäiden ihmisten kohtaamisesta ja hoitamisesta terveydenhuollon eri tasoilla. Omasta kulttuuristamme nouseva hoitotieteellinen tutkimustieto ilmiöstä auttaa kehittämään nivelrikkoa sairastavien potilaiden ja heidän läheistensä hoitotyötä perhekeskeiseksi.

### 3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

---

Tutkimussuunnitelmavaiheessa tutkimukseni tarkoituksena oli tarkastella ryhmämuotoisen potilasohjauksen merkitystä sekä potilaalle että yhdessä potilaan kanssa ohjaukseen osallistuneelle läheiselle. Tutkimuksen tarkoitus kuitenkin täsmentyi aineiston keruu- ja analysointivaiheessa tarkoitukseksi kuvata ja ymmärtää nivelrikon sairastamista polven nivelrikkoa sairastavan iäkkään potilaan kokemana sekä kuvata ja ymmärtää polven nivelrikkoa sairastavan iäkkään potilaan kanssa elämistä läheisen kokemana. Tutkimuksen tulokset on kuvattu merkitysrakenteena, jossa ilmenevät polven nivelrikkoa sairastavan iäkkään potilaan, hänen läheisensä sekä heidän yhteiset kokemussisältönsä. Saadun tiedon avulla lisätään ymmärrystä polven nivelrikon sairastamisesta iäkkään potilaan kokemana ja polven nivelrikkoa sairastavan potilaan hoitotyöstä. Myös ymmärrys nivelrikkoa sairastavan potilaan kanssa elämisestä läheisen kokemana lisääntyy. Saadun tiedon avulla voidaan kehittää potilaiden ja läheisten hoitoa.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millaisena iäkäs potilas kokee polven nivelrikon sairastamisen?
2. Millaisena läheinen kokee polven nivelrikkoa sairastavan iäkkään potilaan kanssa elämisen?
3. Millaisia ovat iäkkään potilaan ja hänen läheisensä yhteiset kokemukset polvinivelrikon merkityksestä heidän elämässään?
4. Millainen on polven nivelrikkoa sairastavan iäkkään potilaan ja hänen läheisensä kokemusten merkitysrakenne?

## 4. KOKEMUKSEN FENOMENOLOGINEN YMMÄRTÄMINEN

---

Tutkimuksen tekijänä minulla on tutkimusta tehdessäni tieteenfilosofisia olettamuksia, joihin perustan tutkimukseni. Ymmärrän tutkimuskohteeni jonkinlaisena, ja minulla on käsitys tietämisestä ja tiedonsaannista tutkimuskohteestani. Tutkimustehtävä määrittää, miten tutkimusaihetta lähestyn. (Hirsjärvi ym. 2009.)

Nivelrikkoo sairastavien potilaiden toimintakyvyn mittaamiseen on kvantitatiivisissa tutkimuksissa usein käytetty toimintaa mittaavia kyselylomakkeita (mm. AIMS eli Arthritis Impact Measurement Scale, WOMAC eli Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index, OHS tai OKS eli Oxford Hip / Knee Score). Ne ovat hyödyllisiä ja nopeita potilaan itsensä tai hoitajan täyttää, mutta muun muassa Wylde kollegoineen (2005) on todenneet, että osalla potilaista on vaikeuksia ymmärtää kysymyksien eri vaihtoehtoja tai erottaa muiden sairauksien aiheuttamaa toiminnanvajavuutta nivelriikon aiheuttamasta toiminnanvajavuudesta.

Valitsin tutkimukselleni laadullisen lähestymistavan, koska olen kiinnostunut polven nivelriikon sairastamisen ilmiöstä. Tämän ilmiön tarkastelu mahdollistuu potilaan ja läheisen kuvaaminen yksilöllisten kokemusten ja niihin sisältyvien merkitysten kautta. Pyrin saamaan iäkkäiden ihmisten puheen, ajattelun ja arkielämän toiminnalliset ratkaisut kuuluviin sellaisina kuin he kokevat ne. Tutkimusstrategialtaan kvalitatiivisen ja lähestymistavaltaan fenomenologis-hermeneuttisen tutkimukseni avulla tuon uusia näkökulmia jo ennestään tunnettuun ilmiöön sekä syvennän laajaa kvantitatiivisen tutkimuksen tuottamaa tietoa. (Åstedt-Kurki & Paavilainen 2002, Kylmä ym. 2003, Speziale Streupert 2003, Hirsjärvi ym. 2009, Standing 2009.)

Tutkiessani ihmistä ja ihmisen kokemuksia ja niihin sisältyviä merkityksiä minulla on käsitys ihmisestä, kokemuksesta, merkityksestä, yhteisöllisyydestä sekä siitä, millaista

tieto on luonteeltaan ja miten voin tietoa parhaiten saada (Hirsjärvi ym. 1997, Maggs-Rapport 2000, Laine 2007). Tutkimukseni perustana olevaa käsitystäni ihmisestä, kokemuksesta ja merkityksestä kuvaan luvussa 4.1.

Keräsin tutkimusaineistoni haastattelemalla nivelrikkoo sairastavia iäkkäitä potilaita ja heidän läheisiään, jotka haastattelutilanteessa kuvasivat yksilöllisiä kokemuksiaan. Sitä, mitä kuvaaminen, ymmärtäminen ja tulkitseminen tarkoittavat tässä tutkimuksessa, kuvailen luvussa 4.2.

## 4.1 Ymmärrys ihmisestä, kokemuksesta ja merkityksestä

Ihmiskäsitykseni perustuu Ahlmanin (1953), Merleau-Pontyn (1962, 2012) ja Rauhalan (2005) esittämiin käsityksiin ihmisestä. Heidän esittämillään käsitteillä kuvaan omaa ymmärrystäni ihmisestä tietoisena siitä, että Rauhala ei hyväksy kaikkia Merleau-Pontyn käsityksiä ihmisestä. Olen myös tietoinen siitä, että ihmisen kuvaaminen kokonaisuudessaan ei ole mahdollista, koska ihminen on kysymys myös itselleen ja ihmistä ja elämää käsitteenä voidaan ymmärtää aina vain osittain, paljon mutta ei kokonaan (Ahlman 1953, Rauhala 2005).

Ymmärrän ihmisen olevan ainutlaatuinen, jakamaton ja ainutkertainen kokonaisuus, joka on kehittynyt juuri siksi, mikä hän on, itsensä ja muiden kautta. Ihmisen kokonaisuutta kuvaan Rauhalan (2005) mukaan eri ulottuvuuksilla, jotka ovat keholisuus, tajunnallisuus ja situationaalisuus. Ihmisenä oleminen edellyttää näiden kolmen ulottuvuuden olemassa oloa. Keho on tajunnallisuuteen ja situationaalisuuteen nähden ensisijainen ja jatkuvasti muuttuva. Kehollisuutensa kautta ihminen on olemassa konkreettisenä olentona ja ilman kehoa hänessä ei ole muuta. Ihminen on eletyn ja koetun kehonsa kautta aistien välityksellä liittyneenä toisiin ihmisiin ja muuhun maailmaan, jolloin maailma on myös ihmisessä. Kehossaan ihminen kantaa kaikkea kokemaansa ja elettyä elämäänsä. (Ahlman 1953, Merleau-Ponty 1962, 2012, Rauhala 2005)

Ihmisen tajunnan ymmärrän olevan se, jossa ihminen tulkitsee ja ymmärtää asioita. Tajunnallisuuteen liittyy intentionaalisuus, jolla tarkoitetaan suuntautuneisuutta. Tajunnan olennainen rakenne on mieli, jonka avulla ymmärrämme kehomme kautta välittyneet tai kehossamme ilmenevät ilmiöt ja asiat joksikin. Mielen asettuessa suhteeseen jonkin asian tai ilmiön kanssa syntyy kokemus. Se voi olla helppo tunnistaa, vaikea tai jopa mahdoton käsittää, mutta kokijalleen se on todellinen. Myös keho antaa omasta tilastaan mielellistä sisältöä. Mieli ilmenee jossakin tajunnan tilassa eli elämyksessä ja antaa merkityksen. Tajunta ottaa vastaan kehon subjektiivisia kokemuksia, joista voidaan muodostaa toisille kielellisesti ilmaistavia yleisiä merkityksiä. (Merleau-Ponty 1962, Rauhala 2009).

Ymmärrän ihmisen kuuluvan yhteiseen elämismaailmaamme. Ihmisen olemassaolo maailman osana ja sitä, mihin kaikkeen hän on suhteessa kehollisesti ja tajunnallisesti, on situationaalisuutta ja liittyy ihmisen elämäntilanteeseen. Situationaalisuus määräytyy osaksi kohtalonomaisesti kuten vanhemmat ja sukupuoli. Osaan situationaalisuuttaan ihmisellä on mahdollisuus vaikuttaa kuten ihmissuhteisiinsa ja koulutukseensa. Situaatiion osatekijät voidaan jakaa konkreettisiin, kaikkeen havaittavaan ja ideaalisiin kuten arvoihin ja normeihin. Nämä osatekijät voivat olla eri ihmisillä samanlaiset, mutta tilaatio on yksilöllinen, koska tajunnassa siitä muodostuvat kokemukset ovat erilaiset. (Rauhala 2005, 2009.)

Ihmisenä olemisen erottamaton osa on kieli, joka syntyy kanssakäymisessä toisten kanssa. Ihminen käyttää kieltä voidakseen ymmärtää itseään ja toista ihmistä. Kokemus maailmasta täydellistyy vasta kielellisenä, sillä kieltä tarvitaan kokemuksen kuvaamiseen ja ymmärtämiseen. (Gadamer 2004.) Kieli on prosessi, jossa yksityisestä kokemuksesta tehdään julkista, kokemus ulkoistetaan. Kokemus itsessään ei siirry ihmiseltä toiselle vaan kokemuksen merkitys välittyy. (Ricoeur 2000.)

Kieli, jota käytetään, muodostaa yhteisen maailman ja on minätöntä. Se on ollut täällä pitkään, ja sen merkitykset ovat rakentuneet ajassa. Ihminen sekä tutkijana että tutkimuskohteena on samassa maailmassa kietoutuneena samoihin, mutta myös erilaisiin merkityskokonaisuuksiin, joiden avulla ymmärtää maailmaa. Merkitysten lähde on yhteisö, ja siten merkitykset ovat intersubjektiivisia, jolloin jokaisen yksilön kokemusten tutkimus tuottaa myös jotain yleistä. (Gadamer 2004, Varto 2005b.)

Edellä kuvattu ymmärrykseni ihmisestä tarkoittaa nivelrikkoa sairastavan potilaan ja hänen läheisensä ymmärtämisestä seuraavaa: Ihminen on ainutlaatuinen, yksilöllinen ja jakamaton kokonaisuus, joka on jatkuvassa muuttuvassa suhteessa elämismaailmaansa. Elämismaailma on hänessä ja hänen kokemuksissaan ja vaikuttaa hänessä koko ihmisen elämän ajan. Potilaan sairaus ilmenee kaikissa hänen olemismuodoissaan. Nivelrikko on kehollinen sairaus, jossa nivelessä tapahtuu muutoksia, mutta se ilmenee muissakin ihmisen olemismuodoissa. Potilaan kokemus nivelrikon sairastamisesta on hänen oma kokemuksensa, jonka hän on muodostanut sairastamisensa aikana suhteessa maailmaansa. Läheisen kokemus nivelrikosta syntyy potilaan läheisenä olemisen kokemuksesta myös suhteessa maailmaan. Potilaat ja heidän läheisensä ilmaisevat kokemuksensa sellaisena kuin he sen ymmärtävät ja sellaisten merkitysten värittäminä, jotka heille ovat merkityksellisiä ja sillä kielellä, joka heille on ominaista.

Nivelrikkoa sairastava ihminen, hänen läheisensä ja minä, tutkijana, toimme haastattelutilanteeseen itsemme sellaisina kuin olemme, ainutlaatuisina, yksilöllisinä ihmisinä, joilla on kullakin oma historiansa, nykyisyytensä ja tulevaisuutensa. Potilaat ja läheiset kokevat nivelrikon sairastamisen, arjen elämän ja hoidon subjektiivisesti, mutta jakaessaan kokemustensa merkityksiä, he antavat ne minun käyttööni yhteisön heille ja minulle siirtämällä merkityksillä kielen välityksellä.

## 4.2 Fenomenologinen lähestymistapa tutkimusaiheeseen

Fenomenologiassa on Husserlin (1995) mukaan tutkimuskohteena puhdas kokemus, joka on ennakko-oletuksista vapaa. Tarkoituksena on palata asioihin itseensä ilman aikaisemmin opittua. Paluu asioihin itseensä on mahdollista reduktion avulla, jossa tutkija tulee tietoiseksi omasta luonnollisesta asenteestaan ja josta hän pyrkii eroon tavoittaakseen toisen ihmisen kokemuksen. Reduktion avulla voidaan tavoittaa ilmiön olemus. (Husserl 1995.) Myös Merleau-Ponty (1962, 2000), joka jatkaa Husserlin fenomenologian kehittämistä, toteaa fenomenologian tehtävänä olevan kaivaa kokemus esiin sitä koskevien teorioiden alta. Hänelle fenomenologian lähtökohta on konkreettinen eletty elämä, joka pitää ymmärtää subjekteja yhdistäväksi kentäksi. Aistien välityksellä ihminen luo suhdetta maailmaan, merkityksellinen maailma hahmottuu kehossa, jossa tapahtuu sekä havaitseminen että ymmärtäminen. Havaittu tulee havaituksi aina jonakin. Havaittu saa muotonsa ihmisen aiempaa kokemuksta sekä tietoa vasten ja sitä vasten se myös saa merkityksensä ja on siksi rajattu. Universaali, näkökulmaton havainto on mahdotonta. (Merleau-Ponty 1962.)

Elettyä elämää voidaan tarkastella vain ottamalla etäisyyttä luonnollisen asenteen varmoina pitämiin väitteisiin, jotta alkuperäinen ilmiö saataisiin esiin. Husserlista poiketen Merleau-Ponty ei pidä puhdasta tietoisuutta olemassa olevana ja ajattelee ilmiön ilmenevän aina jostakin näkökulmasta. (Merleau-Ponty 1962.)

Tässä tutkimuksessa tarkoitukseni oli tutkia ilmiötä, joka syntyy ymmärryksen ääkkään potilaan kokemuksista ja kokemuksiin sisällyvistä merkityksistä hänen sairastaessaan polven nivelrikkoa sekä läheisen kokemuksista ja kokemuksiin sisällyvistä merkityksistä polven nivelrikkoa sairastavan ääkkään potilaan kanssa elämisestä. Sairastamista ei voida ymmärtää vain fyysisenä vaan se koskettaa potilasta ja hänen läheistään kokonaisvaltaisesti. Pyrkimyksenäni oli nostaa esille potilaan ja hänen läheisensä kielellisesti ilmaisema kokemus siihen liittyvien teorioiden alta tietoiseksi ja näkyväksi. (Merleau-Ponty 1962.) Olen kuitenkin tietoinen siitä, että toisen kokemus ei suoraan voi tulla minun kokemukseksi (Ricoeur 2005).

Täyteen mittaansa kokemus kehkeytyy vasta intersubjektiivisessä kommunikaatiossa, vaikka maailman kohtaaminen tapahtuukin subjektiivisten kokemusten kautta. Yhteinen kieli mahdollistaa kommunikoinnin ja on ymmärtämisen väline. Ymmärtäminen ei ole ennakko-oletuksista vapaata kohteen, kuten tekstin omaksumista vaan vuoropuhelua, jossa pyritään irrottautumaan odotus- sekä merkityshorisontista. Lopulta oma horisontti sulautuu yhteen tekstin, toisen henkilön tai vieraan kulttuurin horisontin kanssa. Ymmärtämisen tavoitteena on yhteisymmärrys. Ymmärtämiseen liittyy tulkinnallisuus, joka on esitulkittua. Kaikessa tulkitsemisessa ja ymmärtämisessä ihminen voi ymmärtää tietyn osan tulkitsemisen kohteesta vain kokonaisuuden osana. Ymmärtämisessä on kyse yksittäisseikkojen yhteensopivuudesta kokonaisuuteen.

Kokonaisuus ei ole ihmiselle valmiina annettu, vaan se konstituoituu osien tulkitsemisen pohjalta. Ennakkoluulot ovat ymmärtämisen ja tulkitsemisen välttämättömiä mahdollisuusehtoja. Kaikki ymmärtäminen on tulkintaa, joka on kielellistä. Tämä kielellisyys johtaa siihen, että tulkittava voidaan tulkita uudelleen. (Gadamer 2004.) Ihminen tulkitsee kokemuksiaan yhä uudelleen, koska tulkinnallisuus on ihmiselle keskeinen tapa rakentaa kokemuksia (Rauhala 2005).

Olen kuvannut käsityksiäni ihmisestä, kokemuksesta, merkityksestä, tulkitsemisesta ja ymmärtämisestä. Näihin käsityksiin nojaten tarkastelen toisen ihmisen kokemusta fenomenologis-hermeneuttisesti. Hermeneutiikka tarkoittaa ihmiselle ominaista syvällisen ymmärtämisen kykyä. Ymmärtäminen syntyy ihmisessä, kun hänen näkökulmansa laajenee ymmärtämään toisen ajattelua siinä kontekstissa, missä se on syntynyt. Ymmärtäminen ei kuitenkaan koskaan ole täydellistä, se on päättymätön prosessi, jonka mukaisesti uusi ymmärrys rakentuu jo olemassa olevan ymmärryksen varaan. (Gadamer 2004.)

Edellä oleva tarkoittaa tutkimuksessani seuraavaa. Saadakseni esille tutkimukseni kohteena olevan ilmiön olen kiinnostunut ihmisten välisessä kommunikoinnissa esiintyvistä lähinnä kielellisistä ilmaisuihin, mutta myös muista kehollisista ilmaisuihin sekä käyttäytymisestä tarkoituksellisena tekona tai tekojen sarjana. Pidän ihmistä intentionaalisen olentona, jonka käyttäytymisellä on tarkoitus tai merkitys. Hermeneuttisuus taas tarkoittaa tutkimuksessani sitä, että ihminen tulkitsee kokemuksiaan yhä uudelleen, ja tämä tulkinnallisuus on ihmisen keskeinen tapa rakentaa kokemuksiaan. Ilmaisut sisältävät merkityksiä, joita voidaan lähestyä vain ymmärtämällä ja tulkitsemalla. Nämä ilmaisut eivät avaudu käsitteellistämiseksi ja ymmärtämiseksi suoraan, vaan ne on tulkittava, vaikka ne ovat sellaisenaan läsnä elämismailmassa. Ymmärtämiseni ei ala tyhjästä, vaan minulla on ennestään esiymmärrys, josta ymmärtäminen jatkuu spiraalimaisena.

Potilas ja hänen läheisensä olivat haastattelutilanteessa omassa elämäntilanteessaan, jonka he ymmärsivät ja tulkitsivat siitä historiastaan käsin, joka heille heidän pitkän elämäkokemuksena mittaana on syntynyt. He rakensivat ymmärrystään ja tulkintaansa jatkuvasti uudelleen ymmärtäen, spiraalimaisesti. Minä tutkijana ymmärsin ja tulkitsin heidän kertomaansa omista lähtökohdistani niin paljon kuin se kahden ihmisen välillä on mahdollista: tietoisena kuitenkin, että täydellinen ymmärtäminen on mahdottomuus, mutta että oma historiani auttaa minua ymmärtämään heitä. Pysin tunnistamaan iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä omakohtaisten kokemusten sisäisen rakenteen, joka avaa ulkopuoliselle kokemuksen merkityksen. Osa näistä potilaiden ja heidän läheistensä merkityksistä oli helposti avautuvia, mutta osaa jouduin tulkitsemaan ilmaistessani toisten kokemuksia. Oma historiani sairaanhoitajana, hoitotyön opettajana, nivelrikkoa sairastavan potilaan läheisenä ja tutkimuksen tekijänä antaa minulle esiymmärryksen, jonka avulla voin ymmärtää ja tulkita potilaiden ja heidän läheistensä kokemuksia ja niihin sisältyviä merkityksiä. Kirjoittaessani ja lukiessani ymmärsin ja tulkitsin uudelleen, näin ymmärtäminen jatkui spiraalimaisena.

## 5. TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJAT JA AINEISTON KERUU

---

### 5.1 Osallistujat

Tutkimuksen osallistujilla tulee fenomenologisen tutkimuksen mukaisesti olla oma-kohtaisia kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä eli tässä tapauksessa polven nivelrikon sairastamisesta tai polven nivelrikkoa sairastavan potilaan kanssa elämisestä. Näin ollen valitsin polven nivelrikkoa sairastavat iäkkäät potilaat ja heidän läheisensä harkinnanvaraisella otannalla. (Colaizzi 1978, Lukkarinen 2003, Lehtomaa 2005.) Osallistujina oli kymmenen polven nivelrikkoa sairastavaa iäkästä potilasta ja kymmenen heidän läheistään. Tutkimuksessa en tavoitellut määrällistä yleistämistä vaan olennaista oli se, että etsin tietoa sieltä, mistä sitä parhaiten sain eli tässä tapauksessa polven nivelrikkoa sairastavilta potilailta ja heidän läheisiltään. Heillä oli omakohtaisia kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä ja he olivat halukkaita siitä kertomaan. Tutkimukseen osallistujien kiinnostus tutkittavaan ilmiöön näkyi siinä, että he halusivat osallistua ryhmäohjaukseen. (Price 2003, Kleiman 2004, Perttula 2005, Polit & Beck 2006).

Jotta osallistujat soveltuisivat haastateltaviksi, käytin heidän valinnassaan taulukossa 1 esitettyjä kriteereitä (Thomas & Pollio 2002, Price 2003, Perttula 2005, Elo & Isola 2008).



**Taulukko 1.** Osallistujien valintakriteerit

<b>Potilaiden valintakriteerit tutkimukseen</b>	<b>Läheisten valintakriteerit tutkimukseen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Potilas oli täyttänyt 75 vuotta.</li><li>- Potilas sairasti polven nivelrikkoa.</li><li>- Potilas osallistui konservatiivisen hoidon ryhmäohjaukseen.</li><li>- Potilaan muu terveydentila mahdollisti osallistumisen tutkimukseen.</li><li>- Potilas asui läheisensä kanssa samassa taloudessa.</li><li>- Potilas halusi osallistua tutkimukseen.</li><li>- Potilaan äidinkieli oli suomi.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Läheisellä oli kokemus polven nivelrikkoa sairastavan kanssa elämisestä ja siksi läheisen tuli asua samassa taloudessa potilaan kanssa.</li><li>- Läheinen halusi osallistua konservatiivisen hoidon ryhmäohjaukseen yhdessä potilaan kanssa.</li><li>- Läheinen oli kykenevä osallistumaan tutkimukseen.</li><li>- Läheinen halusi osallistua tutkimukseen.</li><li>- Läheisen äidinkieli oli suomi.</li></ul>

Saatuani sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan myönteisen lausunnon ja luvan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tutkimuslupatoimikunnalta otin yhteyttä erikoissairaanhoidon fysioterapiayksikön henkilökuntaan, jolle esittelin tutkimussuunnitelmani. Fysioterapeuttien ja osastosihteerin kanssa sovin toimintatavoista ja käytännön järjestelyistä osallistujien saamiseksi tutkimukseeni.

Osallistujina olivat polven nivelrikkoa sairastavat iäkkäät potilaat (n = 10) ja heidän läheisensä (n = 10). Potilaat olivat saaneet omalääkäriltään lähetteen fysioterapeutin vastaanotolle hoidon arviointia varten. Hoidon arvioinnissa fysioterapeutti arvioi potilaan hoidon tarpeen ja ohjasi potilaan tarvittaessa ortopedin vastaanotolle tai konservatiivisen hoidon ryhmään tai kumpaankin. Fysioterapiayksikön osastosihteerit tarkisti potilaita fysioterapeutin vastaanotolle kutsuessaan, asuiko potilaan läheinen samassa osoitteessa potilaan kanssa. Jos läheinen asui samassa osoitteessa, osastosihteerit liitti potilasasiakirjoihin tiedotteet tutkimuksestani (liitteet 7 ja 8) ja tutkimukseen suostumuslomakkeen (liite 9) tiedoksi potilaan vastaanottavalle fysioterapeutille.

Fysioterapeutti tarkisti tutkimuksen osallistujien valintakriteerit (taulukko 1) tavatessaan potilaan vastaanotolla. Jos edellä mainitut kriteerit täyttyivät, fysioterapeutti antoi potilaille kirjallisen tiedotteen tutkimuksestani ja pyysi heitä osallistumaan siihen. Saatuaan potilaiden suullisen tai kirjallisen suostumuksen hän antoi heille mukaan tiedotteen vietäväksi läheiselle, joka palautti suostumuslomakkeen minulle postimerkillä varustetussa palautuskuoressa. Myös osa potilaista palautti suostumuslomakkeensa postitse.

Osallistujien tulee Välimäen ja Lehtosen (2002) mukaan tehdä tietoinen päätös suostumisestaan tutkimukseen, joten vasta saatua molempien kirjallisen suostumuksen olin puhelimitse heihin yhteydessä ja sovin ensimmäisen haastatteluajan. Kolme potilasta perui suostumuksensa, kun olin heihin puhelimitse yhteydessä. Kaksi ei kertonut syytä, mutta kolmas sanoi syyksi sen, että hänen läheisensä ei halunnut osallistua tutkimukseen. Suostumuksensa antaneille osallistujille kerroin vielä puhelimitse

tutkimuksestani ja varmistin, että he olivat ymmärtäneet tutkimukseeni osallistumisen oikein ja että heillä oli mahdollisuus missä tahansa vaiheessa kieltäytyä osallistumasta eikä se vaikuttaisi heidän hoitoonsa (Harris & Dyson 2001). Sovin puhelimitse ensimmäisen haastatteluajan ja -paikan.

Konservatiivisen hoidon ryhmään ohjatut potilaat osallistuivat ryhmäohjaukseen yhdessä läheisensä kanssa. Ryhmässä oli kahdeksasta kymmeneen polven nivelrikkoa sairastavaa potilasta kerralla. Tutkimukseen osallistuvilla potilailla oli läheinen mukana ohjaustilanteessa, mutta muilla ryhmän jäsenillä ei ollut. Ohjauksessa potilaat ja läheiset saivat tietoa nivelrikosta sairaudesta, ohjausta lihas- ja liikeharjoitteluun, apuvälineiden käyttöön, kivun hoitoon ja ravitsemukseen liittyvissä asioissa fysioterapeutilta ja sairaanhoitajalta. Ryhmä kokoontui kerran viikossa kuuden viikon aikana ohjaukseen. Ohjaustilanteet kestivät kerrallaan 1,5 tuntia, josta noin puolet oli eri asiantuntijoiden luentoja, ja loppuaika käytettiin harjoitteluun, jota ohjasi fysioterapeutti. Potilaiden nivelrikkotilannetta seurattiin 6 ja 12 kuukauden kuluttua puhelimitse tehtävällä haastattelulla, jonka yhteydessä täytettiin seurantalomake. (Viander 2006.)

## 5.2 Aineiston keruu ja kuvaus osallistujista

Aineistonkeruun menetelmäksi valitsin haastattelun, koska se on kielellistä vuorovaikutusta, jonka avulla saadaan selville, mitä toinen ihminen ajattelee. Ihmisen puheen, ajattelun ja arkielämän toiminnalliset ratkaisut saatoivat tavoittaa sellaisina kuin haastateltavat olivat ne kokeneet. Ihminen, subjektina, voi haastattelutilanteessa tuoda esille itseään koskevia asioita vapaasti. (Eskola & Suoranta 2000, Kylmä & Juvakka 2007, Hirsjärvi ym. 2009.)

Haastattelu sopi aineistonkeruun menetelmäksi, koska fenomenologisessa tutkimuksessa on olennaista saada selville mahdollisimman kattavasti osallistujien kokemukset tutkittavasta ilmiöstä, josta he kertovat omilla tavoillaan (Åstedt-Kurki & Nieminen 1998, Lukkarinen 2003, Laine 2007). Suomalaisessa vanhustutkimuksessa haastattelu onkin ollut Haapaniemen, Routasalon ja Laurin (2003) mukaan käytetyin aineistonkeruun menetelmä. Haastattelun avulla potilaiden ja heidän läheistensä oli mahdollista kuvata vapaasti ja mahdollisimman monipuolisesti kokemuksiaan tutkittavasta ilmiöstä. Lisäksi haastattelu sopi tiedonkeruun menetelmäksi, koska osallistujat olivat iäkkäitä henkilöitä, joiden oli helpompi ilmaista itseään sanallisesti kuin vastata kirjallisesti mahdollisten näkö- tai kirjoittamisongelmien takia (Elo & Isola 2008, Hirsjärvi ym. 2009). Haastattelun yhteydessä minulla oli myös mahdollisuus selvittää asioita sekä tehdä havainnot (Lukkarinen 2003, Tuomi & Sarajärvi 2004, Elo & Isola 2008, Hirsjärvi ym. 2009).

Iäkkäät ihmiset ovat Russelin (1999) mukaan usein aidosti mukana haastatteluissa haastateltavana eivätkä pelkästään kysymyksiin vastaajina. Tähän tutkimukseen osallistuneet iäkkäät potilaat ilmaisivat myös tyytyväisyytensä siihen, että heidän sairaudestaan ollaan kiinnostuneita ja siitä tehdään tutkimusta, jossa heiltä itseltään kysytään asiasta. Heillä oli aikaa keskusteluun, ja jotkut totesivat haastattelun tuovan vaihtelua heidän arkeensa. (Russel 1999, Hirsjärvi & Hurme 2004.)

Ikääntymiseen liittyvät terveydentilan muutokset, jotka voivat vaikuttaa tutkimusaineiston keräämiseen, alkavat lisääntyä 75 vuoden jälkeen (Hammar ym. 1999). Ikääntyneillä voi olla liikkumiseen, muistamiseen, kuulemiseen ja näkemiseen liittyviä ongelmia, jotka vaikeuttavat aineiston keruuta. Myös keskittymiskyky ja tarkkaavaisuus voivat olla heikentyneitä. Erityisesti kuulemiseen liittyvät ongelmat iäkäs ihminen voi salata muilta, mikä voi aiheuttaa väärinkäsityksiä. Haastattelua suunniteltaessa on tiedostettava haastateltavien väsyminen ja mahdollinen kivuliaisuus, jolloin haastattelun ajankohta ja paikka on valittava huolella. On myös tarpeen ottaa huomioon haastatteluaikaa sovittaessa ihmisten erilaiset päivittäiset toiminnot tietynä aikana päivästä. (Robinson 2000, Harris & Dyson 2001, Heikkinen 2003, Hirsjärvi & Hurme 2004, Suutama 2004.)

Ennen varsinaista tutkimusaineiston keräämistä keskustelin kahden polven nivelrikkoa sairastavan iäkkään ihmisen kanssa heidän sairaudestaan saadakseni tuntumaa iäkkään potilaan haastatteluun. Varsinaiset tutkimushaastattelut tein osallistujille sopivana aikana yleensä päivällä tai aikaisin illalla heidän kotonaan. Varasin jokaista tapaamista varten riittävästi aikaa, jotta luotettavuuteni ja kiinnostukseni tulisivat siten esille. Haastattelutilanteissa istuimme vinottain vastakkain tai vastakkain joko olohuoneessa tai tupakeittiössä pöydän ääressä. Ennen keskustelumme alkamista varmistin, että osallistujien oli mahdollisimman hyvä istua, ja kerroin, että haastattelu voidaan keskeyttää, jos heidän on vaihdettava istumapaikkaa tai he muuten haluavat pitää taukoa. Muutamassa tilanteessa haastateltavan puhelin soi haastattelun aikana, ja kahdessa paikassa oli radio auki, mutta hyvin hiljaisella äänellä. Huonokuuloiset osallistajat istuivat niin, että heidän paremmin kuuleva korvansa oli minuun päin, tai he käyttivät kuulolaitetta. (Thomas & Pollio 2002.)

Haastattelun aluksi kerroin vielä henkilökohtaisesta taustastani, tutkimuksestani ja siihen osallistumisesta. Pyysin luvan keskustelumme nauhoittamiseen, mikä sopi yhtä potilas–läheis-paria lukuun ottamatta kaikille. Nauhoittamisen kieltäneen potilaan ja hänen läheisensä haastattelun kirjoitin lyhennettynä muistiin osaksi haastattelun aikana ja osaksi välittömästi sen jälkeen. Nauhoituksen onnistumisen varmistamiseksi asetin nauhurin sopivalle etäisyydelle sekä osallistujista että itsestäni. Aikaisemman kokemukseni perusteella tiesin haastattelujen raskauden, joten tein yleensä vain yhden haastattelun päivässä, jotta pystyin olemaan koko ajan aidosti haastattelutilanteessa läsnä ja kuuntelemaan tarkkaavaisesti. (Kvale 1996, Åstedt-Kurki 1998, Åstedt-Kurki

ym. 2001, Maijala ym. 2002, Thomas & Pollio 2002, Hirsjärvi & Hurme 2004, Elo & Isola 2008.)

Haastattelutilanteesta yritin tehdä mahdollisimman luontevan kahden tasavertaisen ihmisen vuorovaikutustilanteen, jonka osallistuja kokisi niin turvalliseksi, että hän voisi puhua vapaasti kokemuksistaan ja tuntemuksistaan. Siksi keskustelimme haastattelun aluksi yleisistä arkipäiväisistä asioista ja siirryimme vasta tutustumisen jälkeen tutkimusaiheeseen. Aloitin haastattelun kysymällä osallistujan taustatietoja kuvaavia tietoja, kuten potilaan nimeä, ikää, entistä ammattia, koulutustaustaa, nivelrikon paikkaa, nivelrikon sairastamisaikaa, muita sairauksia ja niiden hoitoa, nivelrikon hoitoa, läheisen nimeä sekä yhdessäoloaika. Nämä kysymykset olivat osallistujalle helppoja. Hän koki osaavansa vastata kysymyksiin ja keskustelun mielenkiintoisena. Haastattellessani pidin yllä rakentavaa vuorovaikutusta ja keskustelin osallistujan kanssa mahdollisimman avoimesti tutkittavasta ilmiöstä niin, että hän voi kertoa omista kokemuksistaan häntä itseään kiinnostavasta näkökulmasta kykyjensä mukaisesti. (Kvale 1996, Hirsjärvi & Hurme 2004.)

Vaikka fenomenologisessa tutkimuksessa esiymmärryksen sulkeistaminen kattaa myös aineiston keruuvaiheen, on haastattelijalla oltava tietoa tutkittavasta ilmiöstä sellaisten kysymysten mahdollistamiseksi, joilla saadaan osallistujien kokemuksista tutkittavan ilmiön kannalta keskeisiä asioita esille. Tämän mukaan keskustelimme haastattelun aikana potilaiden elämästä polven nivelrikon kanssa. Aiheet koskivat nivelrikkoa sairautena, polvinivelrikon hoitoa ja arjen sujumista polvinivelrikon kanssa. Läheisten kanssa keskustelimme heidän kokemuksistaan polven nivelrikkoa sairastavan potilaan kanssa elämisestä. Ohjauksen jälkeen käydyssä keskustelussa aiheet olivat samat, mutta lisäksi aiheena oli potilaiden ja läheisen ryhmäohjauksessa olo ja kokemukset ohjauksesta. Tein haastattelujen aikana itselleni tukisanalista, jotta saatoin palata ja tarkentaa mielenkiintoista asiaa myöhemmin eikä minun tarvinnut keskeyttää haastateltavan puhetta. Yritin antaa osallistujille aikaa muotoilla sanottavansa ja kannustin heitä jatkamaan puhetta kuuntelemista osoittavilla sanoilla, kuten ”niin” ja ”aivan”. Tarvittaessa toistin heidän sanomaansa ja vedin yhteen heidän sanomaansa tarkistaakseni, että olin ymmärtänyt asian oikein. Haastattelun aikana minulla oli mahdollisuus saada tietoa osallistujien elämäntilanteesta myös havainnoimalla heidän asumismuotoaan ja -ympäristöä sekä potilaiden olemusta ja liikkumista. (Kvale 1996, Thomas & Pollio 2002, Lukkarinen 2003, Hirsjärvi & Hurme 2004, Polit & Beck 2006.)

Ikääntyneen haastateltavan puolison osallistuminen tutkimushaastattelukeskusteluun on tyyppillistä, kun haastattelua tehdään kotona (Elo & Isola 2008). Minunkin tarkoitukseni oli haastatella potilaita ja läheisiä erikseen, mutta kaikkien kohdalla se ei onnistunut, sillä läheinen tai potilas istuivat samassa huoneessa haastatellessani toista ja he saattoivat myös ottaa osaa keskusteluun. Joissakin haastatteluissa läheinen vain kuunteli eikä osallistunut keskusteluun vaan odotti omaa haastatteluvuoroaan.

Haastattelun lopuksi annoin osallistujille vielä tilaisuuden kysyä epäselviä asioita ja täydentää keskustelua. Varmistin myös, että heillä oli yhteystietoni, jotta he tarvittaessa voivat ottaa yhteyttä. Lopettaakseni haastattelun ystävällisesti keskustelin varsinaisen haastattelun jälkeen heidän kanssaan vielä vapaamuotoisesti osallistujia kiinnostavista asioista (Elo & Isola 2008). Haastattelujen jälkeen kirjoitin välittömästi päiväkirjaa, johon merkitsin haastattelun aikana havainnoimiani asioita ja kokemustani haastattelun onnistumisesta (Thomas & Pollio 2002).

Ensimmäisen haastattelun yhteydessä sovin potilaiden ja heidän läheistensä kanssa ottavani yhteyttä uudelleen sen jälkeen, kun he olivat olleet ryhmäohjauksessa. Tiedon ryhmäohjauksen ajankohdasta sain fysioterapiayksikön osastosihteeriltä. Toisen haastattelun yhteydessä sovin jälleen ottavani yhteyttä, kun ohjauksesta oli kulunut noin puoli vuotta. Haastatteluajankohdat olin valinnut näin, koska alustavan suunnitelman mukaan tarkoituksenani oli tarkastella osallistujien kokemuksen muutosta ryhmäohjauksessa käynnin jälkeen. Ensimmäiset haastattelut tein helmi- ja syyskuun 2007 välillä. Toiset haastattelut ajoittuivat huhtikuun ja marraskuun 2007 välille ja kolmannet haastattelut lokakuun 2007 ja toukokuun 2008 väliselle ajalle.

Tarkoituksenani oli haastatella kymmentä potilasta ja heidän läheistään kolme kertaa. Yksi potilas ja hänen läheisensä eivät halunneet potilaan terveydentilan muuttamisen takia osallistua toiseen eivätkä kolmanteen haastatteluun. Yksi potilas ei jaksanut osallistua kolmanteen haastatteluun, joten hänen läheisensä ei osallistunut siihen. Yhden potilaan läheinen ei halunnut myöskään osallistua toiseen eikä kolmanteen haastatteluun, vaikka potilas osallistui. Haastatteluja kertyi siten yhteensä 52 kappaletta. Taulukossa 2 olen kuvannut toteutuneet haastattelut osallistujittain. Potilaat olen nimennyt etunimillä, joilla ei ole mitään yhteyttä potilaiden oikeisiin nimiin.

**Taulukko 2.** Toteutuneet haastattelut osallistujittain

<b>Osallistuja</b>	<b>Haastattelu 1</b>	<b>Haastattelu 2</b>	<b>Haastattelu 3</b>
Olli / puoliso	+/+	+/+	+/+
Olli / puoliso	+/+	+/-	+/-
Osmo / puoliso	+/+	+/+	+/+
Onerva / puoliso	+/+	+/+	-/-
Oula / puoliso	+/+	+/+	+/+
Onni / puoliso	+/+	+/+	+/+
Outi / puoliso	+/+	+/+	+/+
Olivia / puoliso	+/+	+/+	+/+
Olga / sisar	+/+	-/-	-/-
Orvokki / puoliso	+/+	+/+	+/+

Tutkimuksen osallistujina oli kuusi naista ja neljä miestä, jotka olivat ensimmäisen haastattelun aikana iältään keskimäärin 79,2-vuotiaita, sekä heidän läheisensä. Läheiset olivat iältään 65–85-vuotiaita. Läheinen ja potilas olivat asuneet yhdessä 16 vuodesta 63 vuoteen. Haastatteluhetkellä he asuivat joko omakotitalossa tai hissillisessä kerrostalossa.

Kaikki potilaat olivat eläkkeellä, ja he olivat aikaisemmin toimineet yksityisyrittäjinä, työnohtajina, tehdas-, palvelu- tai toimistoalan tehtävissä. He olivat sairastaneet kertomansa mukaan polven nivelrikkoa yhdestä vuodesta 60 vuoteen, ja heillä oli muitakin pitkäaikaissairauksia. Potilaiden iän, polvinivelrikon sairastamisajan, muut pitkäaikaissairaudet sekä asumismuodon olen kuvannut taulukossa 3.

**Taulukko 3.** Potilaiden ikä, nivelrikon sairastamisaika, muut pitkäaikaissairaudet ja asumismuoto

<b>Osallistuja</b>	<b>Ikä</b>	<b>Sairastamis- aikavuosina</b>	<b>Muut pitkäaikaissairaudet</b>	<b>Asumismuoto</b>
Oili	79	4–5	Verenpainetauti	Omakotitalo
Olli	79	3	Lievä aivoinfarkti	Omakotitalo
Osmo	82	60	Sepelvaltimotauti	Omakotitalo
Onerva	76	15	Diabetes, sepelvaltimo- ja refluksitauti	Kerrostalo
Oula	78	10–20	Paksusuolen polyypit, psoriasis	Kerrostalo
Onni	77	20	Eturauhassyöpä	Kerrostalo
Outi	77	15	Osteoporoosi, kohonnut kolesteroli	Kerrostalo
Olivia	77	5	Verenpainetauti	Kerrostalo
Olga	84	1	Verenpainetauti	Kerrostalo
Orvokki	83	5	Diabetes, sepelvaltimotauti	Kerrostalo

## 6. TUTKIMUSAINEISTON FENOMENOLOGINEN ANALYYSI

---

Fenomenologisen tutkimuksen aineiston yleisimmät analyysimenetelmät ovat Colaizzin, Giorgin, van Kaamin ja Perttulan (johdettu Giorgin menetelmästä) esittämät analyysimenetelmät, joita kaikkia on myös käytetty hoitotieteellisten tutkimusten analyyseissa. Hermeneuttisesti suuntautuneita analyysitapoja ovat Van Manen analyysimenetelmä ja Ricoeurin ajatteluun pohjautuva analyysi. (Polit & Beck 2006, Carpenter 2003.)

Haastatteluaineistoni fenomenologinen analyysimenetelmä edustaa Colaizzin (1978) esittämää analyysimenetelmää, jonka avulla pyritään ymmärtämään ilmiötä paljastamalla sen olemusta, rakennetta, inhimillistä kokemusta ja käyttäytymistä kurinalaisen reflektion avulla (Valle & King 1978). Colaizzi (1978) kehitti analyysinsa alun perin psykologiaan, mutta sitä on käytetty myös hoitotieteellisissä tutkimuksissa (mm. Åstedt-Kurki 1992, Peltari 1997, Koistinen 2002, Paavilainen 2003, Flinck 2006, Tuomi 2008). Thomas (2005) tosin kritisoi hoitotieteen uskollisuutta tälle analyysimenetelmälle, koska Colaizzi kehitti oman analyysinsa kirjallisuusterapiaan tutkiessaan, miten tietyn kirjan lukeminen voisi vaikuttaa yksilön asenteeseen ja käyttäytymiseen ja siten vaikuttaa arvojen muotoutumiseen ja muuttumiseen. Mackeyn (2005) mukaan menetelmä kuitenkin sopii hoitotieteellisen tutkimukseen kuvaamaan ihmisten kokemuksia.

Colaizzin (1978) menetelmän valitsin siksi, että hän edustaa eksistentiaalista fenomenologiaa ja siten sopii luvussa neljä esittämäni käsitykseen ihmisestä. Colaizzin (1978) menetelmän valintaa puolsi myös sen selkeä vaiheittaisuus, vaikkakin työstin sitä omaan aineistooni sopivaksi. Tekemäni muutokset analyysin eri vaiheisiin kuvaan analyysini etenemisen yhteydessä.



Oman aineistoni analyysin aloitin, kun olin saanut kaikki kymmenen ensimmäistä haastattelua tehtyä, ja jatkoin sitä kerätessäni aineistoa ryhmäohjauksen jälkeen. Esimerkki analyysin etenemisestä potilaan/läheisen ilmaisusta yleiskielisen ilmaisun keskeisen sisällön kautta merkityksiin ja teemoihin on liitteessä 10. Seuraavassa esitän oman analyysini vaiheet, Colaizzin (1978) analyysistä tekemäni muutokset ja analyysiin liittyvät ongelmakohdat ja pohdinnat.

Vaihe 1. Nauhoittamani haastatteluaineiston kirjoitin osaksi itse, ja osaksi sen kirjoitti ulkopuolinen henkilö. Ulkopuolisen henkilön kirjoittaman tekstin kuuntelin ja täydensin saatuaani kirjoitetun tekstin. Kokonaisuudessaan tekstiä oli 404 sivua rivivälillä 1 ja fonttikoolla 12 kirjoitettuna. Numeroin tekstirivit ja erotin eri osallistujien ja eri haastattelukertojen tekstin toisistaan eri väreillä. Tämä mahdollisti tarvittaessa paluun alkuperäiseen tekstiin helposti.

Kirjoittamisen jälkeen luin kaikki haastattelut läpi yksitellen ja tarvittaessa kuuntelin haastattelun uudelleen saadakseni tuntuman aineistooni (Colaizzin vaihe 1). Olin myös kirjoittanut tutkijan päiväkirjaa, johon olin kirjannut haastattelun jälkeen haastattelun onnistumiselle olennaisina pitämiäni asioita ja muita havaintojani.

Vaihe 2. Jokaisesta haastattelusta poimin tutkittavan aiheen kannalta merkittävät ilmaisut (Colaizzin vaihe 2), jotka olivat muutaman sanan tai lauseen kokonaisuuksia. Yhteensä merkittäviä ilmaisuja oli 1382 kappaletta. Merkittävä ilmaisu saattoi sisältää useita merkityksiä. Aluksi poimin ilmaisuja kapeasti ja rajoittuneesti, mutta ymmärsin myöhemmin, että aikaisempi esiyymmärrykseni esti näkemästä kaikkia merkittäviä ilmaisuja. Samansisältöisiä ilmaisuja en poistanut vaan halusin säilyttää ne, etten kadottaisi aineistosta mitään olennaista (toisin kuin Colaizzin vaihe 2, jossa samansisältöiset ilmaisut poistetaan).

Colaizzin analyysistä poiketen muutin puhekieliset ilmaisut yleiskielelle. Tässäkin vaiheessa mietin, kadotanko jotakin olennaista, jos muutan potilaan kuvaaman asian yleiskielelle, sillä murteella ilmaistu kuvaus saattaa sisältää enemmän merkityksiä kuin yleiskielelle pystyn sisällyttämään. Pennerin ja McClementin (2008) mukaan osallistujien omia sanoja pitäisi käyttää läpi tutkimusprosessin. Pidin kuitenkin yleiskielelle muuttamista tärkeänä selkeyttämässä ajatteluni, vaikkakin lopullisesti merkitykset aukesivat alkuperäisistä ilmaisuista. Toisaalta tätä vaihetta helpotti myös se, että olin itse tehnyt haastattelut potilaiden kotona ja olin samalla voinut havainnoida heitä.

Vaihe 3. Seuraavaksi kokosin samansisältöiset ilmaisut yhteen ja tulkitisin niihin sisältyvän merkityksen (Colaizzin vaihe 3). Tämä oli yksi analyysin vaikeimmista vaiheista, ja sitä on vaikea täsmällisesti kuvata (Colaizzi 1978). Se edellytti luovaa oivalluskykyä: piti ymmärtää siitä, mitä osallistajat sanoivat, se, mitä he tarkoittivat. Ilmaisuihin sisältyvät merkitykset, joihin pyrin ja jotka muotoilin, eivät irronneet alkuperäisestä yhteydestään. Yritin löytää ja tuoda esille ne merkitykset, jotka olivat kätkeytyneinä ilmaisuissa, mutta ne eivät aina olleet selkeästi esillä, joten piti mennä al-

kuperäisen ilmaisun taakse. Jotkin ilmaiset tyrkyttivät käsitteellistä teoriaa aineistosta ja yrittivät estää aineiston itsensä ”puhumisen”. Itsestäänselvytykset piti kyseenalaistaa, eikä niiden pitänyt antaa näyttää itsestäänselvyyksiltä. (Colaizzi 1978.)

Samaan ilmaisuun saattoi sisältyä jopa useita merkityksiä. Merkitysten paljastamisessa omien ennakkokäsitysten poissulkeminen mahdollistui fenomenologisen reduktion avulla. Reduktio tarkoittaa sulkeistamista ja mielikuvatasolla tapahtuvaa muuntelua. Sulkeistaessaan tutkijan pitää Perttulan (2005) mukaan ankarasti ajatella sitä, onko aineistosta hänelle muodostuva kokemus tästä tutkimusaineistosta vai onko se hänen rakentamaansa tulkintaa tai muista aiheista olevaa kokemusta. Colaizzin (1978) mukaan minun piti tutkijana kysyä itseltäni, miksi haluan tutkia aihetta ja miten henkilökohtaiset kiinnostukseni ja arvoni vaikuttavat tehtävään tutkimukseen. Toisaalta Perttula (2005) toteaa, että ”perimmältään tutkimuksellinenkin ymmärrys rakentuu tutkijan tajunnallisessa suhteessa tutkimusaineistoon ja sen vuoksi tutkimustyö on tutkijan tulkintaa, siis subjektiivista”.

Mahdollistaakseni riittävän sulkeistamisen minun piti tutkimusaineiston koko analyysin ajan reflektoida luonnollista asennettani ja siirtää mielessäni syrjään tutkittavaan ilmiöön etukäteen liittämiäni merkityssuhteita ja antaa tutkimusaineiston yllättää. Jos en olisi keskittynyt sulkeistamiseen, olisin ymmärtänyt toisen kokemuksesta sen, mitä ymmärsin siitä jo aiemman perusteella. (Varto 2005a, Kleiman 2004, Lehtomaa 2005, Perttula 2005.)

Sulkeistamisen taidon kehittämiseksi Wall kollegoineen (2004) ehdottaa käytettävän reflektointia päiväkirjaa, joka aloitetaan jo tutkimuksen alussa ennen haastatteluaineiston keruuta. Esimerkiksi tutkijan pitää reflektoida kaikki tutkittavaan potilasryhmään ja heidän hoitamiseensa liittyvät tietonsa ja taitonsa sekä pohtia myös aineistonkeruuvaiheessa sulkeistamistaan. Drew (2004) ehdottaa sulkeistamis-fasilitaattorin käyttöä sulkeistamisen helpottamiseksi. Flinck (2006, Flinck & Åstedt-Kurki 2009) on puolestaan omassa tutkimuksessaan kuvannut sulkeistamistaan syrjäyttämällä ajattelustaan aiheeseen liittyvät käsitteet, selitysmallit, määrittelyt ja patologisoinnit. Hän kuvasi oman taustansa lisäksi tutkimuksensa tausta-ajattelun sekä ontologiset ja epistemologiset ratkaisunsa, koska oletti niiden ohjaavan jollain tavoin ajatteluun. Sulkeistamisen mahdollistamiseksi hän vältti aiheeseen liittyvän tutkimuskirjallisuuden lukemista ennen aineiston keruuta ja analyysia (myös Lampi 2005, Luukka 2007). Donalek (2004) vaatii, että tutkijan uskomukset on sisällytettävä tutkimukseen, jotta tutkimus olisi aidosti fenomenologinen. Luukka (2007) puolestaan teki esiyymmärryksensä tietoiseksi teettämällä itselleen haastattelun tutkimusaiheestaan ja kuvaamalla siinä tutkimaansa aiheeseen liittyvän teoreettisen ja käytännön työssä muodostamansa kokemuksellisen tiedon.

Luonnollisen asenteensa reflektion ja mielessä syrjään siirtämiseen eli sulkeistamisen Lukkarinen (2003) sanoo tapahtuvan kirjallisen reflektoinnin avulla (myös Lampi

2005). Siinä hän kuvaa aikaisempien tutkimusten tuottamaa teoreettista tietoa ja omaa kokemuksellista tietoaan sepelvaltimopotilaiden hoitamisesta sekä sepelvaltimopotilaan arjen ja elämänkulun kokemuksia oman isänsä kohdalla, minkä jälkeen hän pyrki irrottautumaan itselleen tyypillisestä tavasta hahmottaa tutkimaansa ilmiötä.

Lehtomaan (2005) mukaan sulkeistaminen on itsekriittistä ajattelutyötä ja tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä käytyjä kriittisiä keskusteluja kollegoiden kanssa. Hänen mielestään ennakkokäsitykset tulevat tutkijallekin todeksi vasta aineiston hankintavaiheen tai analyysivaiheen aktivoimina. On myös tärkeää, että tutkijan ymmärrys tutkimastaan ilmiöstä muuttuu koko ajan. Sulkeistamisessa on silloin kyse tutkimusasenteesta. (Lehtomaa 2005, myös Fisher 2009.)

Tutkijan pitää kuitenkin hyväksyä se, että täydellinen sulkeistaminen ei ole koskaan mahdollista eikä tutkijan toiseutta voida poistaa, vaan hänen elämäntilanteensa, ihmiskäsityksensä, esiyymmärryksensä, historiansa ja kulttuurinen kontekstinsa vaikuttavat tutkimusprosessin eri vaiheissa. Ne pitää tiedostaa ja tehdä näkyviksi. (Valle & King 1978, Gearing 2004, Fisher 2009.)

Oma sairaanhoitaja- ja hoitotyön opettajataustani sekä nivelrikkoa sairastavan potilaan läheisenä olo pitivät minua aluksi tiukasti kiinni aikaisemmasta ymmärryksessäni nivelrikosta ja sen vaikutuksesta potilaan ja potilaan läheisen elämässä. Sairaanhoitajana olin kohdannut nivelrikkoa sairastavia potilaita kirurgisella poliklinikalla heidän käydessään ortopedin vastaanotolla. Olin ollut osallisena heidän hoidossaan myös ortopedian vuodeosastolla ja tutustunut heidän hoitoonsa tekonivelsairaalassa. Kirurgisen hoitotyön opettajana olen opettanut lähes 17 vuoden ajan nivelrikkoa sairastavan potilaan hoitotyötä ja sitä kautta olen saanut kokemusta nivelrikkoa sairastavan potilaan hoitotyöstä ja usein lääketiedepainotteista tietoa nivelrikosta ja sen hoidosta.

Potilaan läheisenä olen seurannut yli 15 vuotta perheenjäseneni nivelrikon sairastamista ja sairauden hoitoa. Olen seurannut läheisen liikkumisen vaikeutumista, kivun voimistumista ja toimintakyvyn heikkenemistä. Olen ollut sekä tyttären että sairaanhoitajan ominaisuudessa läheiseni hoidossa mukana. Olen hankkinut apuvälineitä, ohjannut hakeutumaan sekä lääkärin että fysioterapeutin vastaanotolle ja neuvonut kipulääkkeiden käytössä. Tietojeni ja taitojeni mukaan olen yrittänyt auttaa läheistäni saamaan niitä palveluja, joista hänelle olisi ollut apua. Olen ollut saattaja ja puolestapuhuja eri hoitopaikoissa sekä etsinyt uusinta tietoa nivelrikosta ja sen hoitovaihtoehdoista. Olen joutunut toteamaan kyvyttömyyteni auttaa nivelrikkoa sairastavaa läheistäni.

Tämän tutkimuksen tekijän ominaisuudessa olin käynyt keskusteluja fysioterapeuttien kanssa nivelrikkoa sairastavien potilaiden hoidosta ja osallistunut myös ryhmäohjaustilanteisiin. Nämä kaikki edellä mainitut tekijät vaikuttivat esiyymmärrykseeni, ja niistä minun piti pyrkiä irrottautumaan. Jopa potilaiden kuvaama teksti tyrkytti samanlaisia itsestäänselvyyksiä (ks. Colaizzi 1978). Oma sulkeistamiseni oli

lähinnä Lehtomaan (2005) ja Fisherin (2009) tapaa, eli kyse on tutkimusasenteesta. Osa ennako-oletuksista tuli tiedostetuksi vasta tutkimuksen kuluessa, koska en välttämättä olisi osannut edes tunnistaa etukäteen omia ennako-oletuksiani. En voinut etukäteen saada kaikkia ennako-oletuksiani tietoisuuteeni, koska en itsekään voinut tietää niitä kaikkia, vaan ne paljastuivat vasta analyysini kuluessa, osa vasta sen jälkeen ja osa ei ehkä koskaan.

Reduktion toinen vaihe on mielikuvatasolla tapahtuva muuntelu, jota Flinck (2006, Flinck & Åstedt-Kurki 2009) kuvaa oman tutkimusaineistonsa analyysin teossa seuraavasti: ”Kokemuksiin sisältyvien merkitysten paljastuminen ja kuvaaminen tapahtui kunkin kertojan kokemuksia ja elämäntilanteita peilaamalla, refleктоimalla, merkityksiä niihin suhteuttamalla ja käyttämällä intuitiivista ymmärrystä kertomuksen asiayhteydestä ja kertojan elämäntilanteesta”. Flinck (2006, Flinck & Åstedt-Kurki 2009) käytti apuna tutkimuspäiväkirjaa, johon hän kirjoitti merkityksiä kuvaavien ilmaisujen vaihtoehtoja, aineistosta nousevia mielikuvia ja niiden vaihtoehtoisia kuvauksia, vertailuja, uusia tarkastelukulmia, kriittisiä kohtia, ristiriitaisuuksia ja kysymysten asetteluja sekä viittauksia metodikirjallisuuteen. Lisäksi hän kirjoitti kokemuksia kuvaavien sanojen taustalta paljastuvista emootioista, kehollisuuteen liittyvistä tavoista elää maailmassa ja siitä, millaisia merkityksiä tutkittavan ilmiön yhteen osaan kietoutui (Flinck 2006, Flinck & Åstedt-Kurki 2009).

Tutkimuskohde ilmenee Perttulan (2005) mukaan sille olennaisella tavalla, kun tutkija seuloa esiin ne tavat, joina toisen kokemus ilmenee. Tässä vaiheessa tutkijan pitää olla sekä systemaattinen että objektiivinen, vaikkakin ymmärrys tutkimuskohteesta rakentuu tutkijan tajunnalle (Perttula 2005). Flinck (2006, Flinck & Åstedt-Kurki 2009) esittää, että merkitysten kuvaaminen edellyttää yksityiskohtien etsimistä, hedelmällisimpien vihjeiden ja merkityksenantojen löytämistä ja vertailua, joka puolestaan vaatii tutkijalta intuitiokykyä sekä vaihtoehtoisten merkitystenantojen vertaamista alkuperäistekstiin ja osallistujien elämäntilanteeseen. Vaihe on myös työläs, koska aineiston analyysia kirjoitetaan ja ryhmitellään useaan kertaan. Se on jatkuvaa varmistusta, luovaa ajattelukykyä ja palaamista aineistoon ja omiin lähtökohtaoletuksiin. Se on aikaa vievää, ja siinä tarvitaan intensiivistä ja sitkeää viipymistä aineiston kanssa. (Flinck 2006, Flinck & Åstedt-Kurki 2009.)

Oman aineistoni merkityksien etsiminen ja paljastaminen oli hidasta, pitkään pohtimista, epävarmuuden sietämistä ja ankaraa ajattelua vaativaa työtä. Varsinkin analyysin alku oli ongelmallista, koska esiyymmärryksen sulkeistaminen vaati harjaantumista ja tilaa luovalle ajattelulle. Luin fenomenologisella metodilla tehtyjä tutkimuksia ja yritin löytää jotakin ”selkeää ohjetta”, jossa sanotaan tarkasti, mitä tehdä. Yritin rikastaa ajatteluni pohtimalla haastattelemieni ihmisten tuottamaa kieltä, joka hieman vivahtaa vanhempaan kieleen kuin nykypäivän kieli, esimerkiksi sanat ”antaantuu”, ”vetreentyy”. Vaihe vaati luovuutta ja edellytti aineistoon sisään pääsyä niin,

että aineisto alkoi ”elää” ja avautui minulle uudella tavalla. Tämä puolestaan edellytti minulta uudenlaista tapaa ajatella ja kykyä vastaanottaa aineistosta jotakin uutta. Kirjoitin muistiin saamiani oivalluksia ja hyödynsin niitä työskentelyssäni myöhemmin. Keskustelin aineistoni kanssa ja kysyin siltä, mistä tässä on kyse, mistä tässä ei ole kyse, mitä tämä tarkoittaa tämän ihmisen elämässä. Kuvasin potilaan ja läheisen ilmaisia toisin sanoen saadakseni ymmärryksen ilmaisusta ja siihen sisältyvästä merkityksestä. Analyysi oli työlästä ja hidasta, se vaati kärsivällisyyttä, koska aivoille piti antaa aikaa ajatella ja työstää aineistoa. Paluu alkuperäiseen tekstiin ja haastattelutilanteeseen yhä uudelleen ja uudelleen auttoi merkitysten löytämisessä.

Vaihe 4. Seuraavassa vaiheessa ryhmittelin saamani merkitykset teemoiksi (Colaizzin vaihe 4) ja nimesin teeman. Tämäkään vaihe ei ollut itsestään selvä eikä helppo. Teeman nimeäminen niin, että kaikki siihen liittämäni merkitykset kuuluivat teeman otsikon alle, oli vaikeaa. Teemojen sisällöt elivät useita eri vaiheita, ja niiden nimet vaihtuivat moneen kertaan. Riittämättömyyden tunne oli jatkuvaa, ja keskeneräisyys oli ajoittain jopa ahdistavaa. Colaizzin (1978) mukaan tutkijan onkin siedettävä ristiriitaisuuksia, eikä mitään merkitystä saa pakottaa ryhmään eikä jättää pois, koska se, mikä on loogisesti selittämätöntä, voi eksistentiaalisesti olla totta ja pätevää.

Vaihe 5. Saamistani tutkimustuloksista tein yhteenvedot ja yhdistin saadut tulokset tiivistetyksi kuvaukseksi (Colaizzin vaihe 5) polven nivelrikon sairastamisesta iäkkään potilaan kokemana ja polven nivelrikkoa sairastavan iäkkään potilaan kanssa elämisestä läheisen kokemana. Kuvauksessa on esitetty myös heidän yhteiset kokemuksensa tutkittavana olevasta ilmiöstä.

Vaihe 6. Tiivistetyn kuvauksen lisäksi muodostin aineiston perusteella yksiselitteisen tutkittavan ilmiön olennaisen rakenteen sisältävän merkitysrakenteen, jonka esitin kuvana (kuva 12 s. 75).

Colaizzin vaiheen 7 mukaan tulosten lopullinen validointi voidaan saavuttaa antamalla osallistujien arvioida, onko tutkija jättänyt jotakin olennaista pois. Kaikki relevantti uusi aineisto, jota osallistujat tässä vaiheessa tuottavat, pitää käsitellä osaksi tutkimustuloksia. (Colaizzin 1978.) En antanut saamiani tuloksia osallistujien arviotavaksi, koska en ollut heitä tästä tiedottanut haastatteluja tehdessäni.

## 7. TUTKIMUKSEN TULOKSET

---

Tutkimuksen tuloksista esitän ensin kuvion, jossa on ilmaistu kaikki tutkimusaineistosta muodostamani teemat sekä potilaan ja läheisen kokemuksista että heidän yhteisistä kokemuksistaan (kuvio 2). Kuvio ei ole merkitysrakenne vaan tulosten alustava teemoittelu, jonka analyysi aluksi tuotti.



**Kuvio 2.** Iäkkään potilaan kokemuksesta polven nivelrikon sairastamisesta, läheisen kokemuksesta polven nivelrikkoa sairastavan potilaan kanssa elämisestä sekä heidän yhteisistä kokemuksistaan muodostuneet teemat.

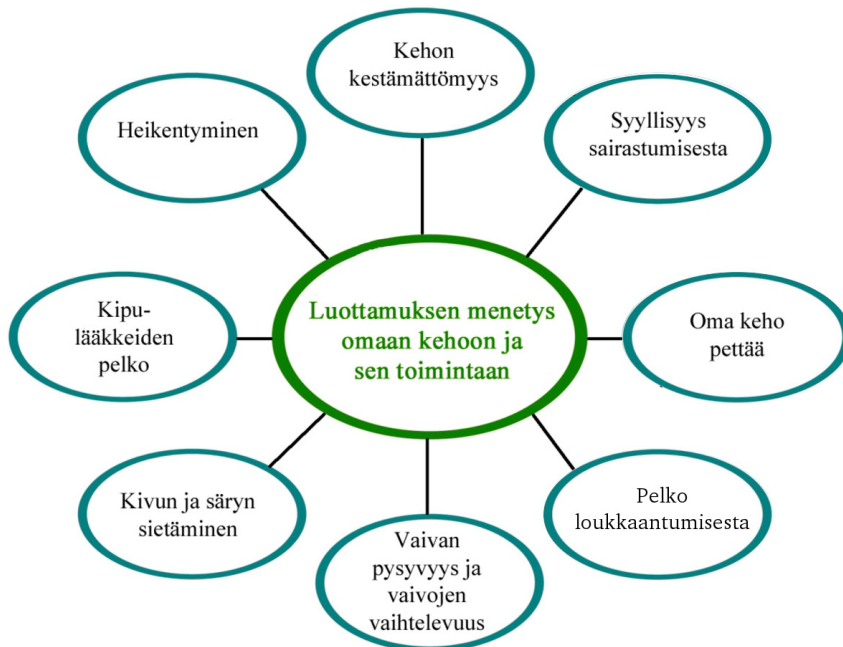
Jokaisen teeman ja siihen liittyvät merkitykset esitän myöhemmin niin, että alussa on kuvio (kuviot 3–11), jossa on teema ja siihen liittyvät merkitykset, ja sen jälkeen sanallisesti kerron merkitysten sisällön. Sisällön elävöittämiseksi olen lisännyt tulosten lomaan osallistujien autenttisia lainauksia, joissa käytän heille antamiani nimiä. Näin kuvattaessa lukijalla on mahdollisuus seurata analyysin etenemistä visuaalisesti ja saada ymmärrystä paljastuneista merkityksistä sekä merkitysrakenteen syntymisestä.

Lopuksi esitän kuviona potilaan ja läheisen kokemuksista sekä heidän yhteisistä kokemuksistaan muodostamani yhteenvedon, merkitysrakenteen, joka sisältää tutkittavana olevan ilmiön olennaisen rakenteen (kuvio 12 s. 75). Merkitysrakennetta tarkastelen suhteessa aikaisemmin esittämäni ihmiskäsitykseen ja yhteiskunnan tarjoamien terveyspalvelujen kontekstissa.

## 7.1 Polven nivelrikon sairastaminen iäkkään potilaan kokemana

### 7.1.1 Luottamuksen menetykseen omaan kehoon ja sen toimintaan

”Luottamuksen menetykseen omaan kehoon ja sen toimintaan” -teeman sisältyvät kahdeksan merkitystä näkyvät kuviossa 3.



**Kuvio 3.** ”Luottamuksen menetykseen omaan kehoon ja sen toimintaan” -teema ja siihen sisältyvät merkitykset.

Nivelrikkoon sairastumisen takia potilas **menetti luottamuksen omaan kehoonsa ja sen toimintaan**, mikä merkitsi kehon kestävämmyyttä, syyllisyyttä sairastumisesta, oman kehon pettämistä, pelkoa loukkaantumisesta, vaivan pysyvyyttä ja vaivojen vaihtelevuutta, kivun ja säryn sietämistä, lääkkeiden pelkoa ja heikentymistä. *Kehon kestävämmyyden* kokemus syntyi siitä, että potilas koki kehonsa olevan heikko, koska se ei ollut kestänyt varhaisesta nuoruudesta alkanutta ja pitkään jatkunutta raskasta työtä, taakkojen kantamista, ahkeraa portaissa kulkemista, runsasta liikunnan harrastamista, liikkumattomuutta eikä vanhenemista. Kehonsa heikkouden hän ajatteli olevan osaksi perinnöllistä. Potilas voi olla pettynyt kehoonsa, koska se oli terveistä elintavoista huolimatta sairastunut nivelrikkoon. Hän saattoi kokea myös *syyllisyyttä* sairastumisestaan, koska uskoi nivelrikkoon sairastumisen johtuvan itsestä huolenpidon puutteesta. Onni kertoi sairastumisestaan näin:

*”Ei tässä syyttä suotta kai...., ku oon tälläseen kuntoon ittensä ajanu, että...”*

Potilas koki *oman kehonsa pettävän* hänet, eikä hän enää voinut luottaa omaan kehoonsa ja sen toimintaan, koska keho ei ollut entisensä eikä toiminut odotetulla tavalla. Ennen sairastumista nivelrikkoon hän oli voinut luottaa omaan kehoonsa ja sen toimivuuteen. Nivelrikkoinen polvi ei kantanut kehon painon alla vaan voi koska tahansa liikkeelle lähtiessä tai liikkeellä ollessa ennalta arvaamattomasti pettää, jos sille astui sopimattomasti tai huolimattomasti. Polven pettäessä alta potilas saattoi kaatua, jos hänellä ei ollut mitään tukea. Naisilla oman kehon toiminnan pettäminen merkitsi myös virtsan karkaamista. Kivuliaan polven takia liikkeelle lähtö ja liikkuminen tapahtuivat liian hitaasti, eikä potilas aina ehtinyt riittävän nopeasti wc:hen tai istuutumaan matalalle wc-istuimelle.

Potilas oli saattanut aikaisemmin kaatua ja satuttaa itsensä ja siksi hän *pelkäsi loukkaantumista*. Potilasta pelotti kaatumisen mahdollisuus erityisesti ulkona liikkuesssa, koska siellä hänellä ei aina ollut mahdollisuutta tukeutua mihinkään, mikä olisi auttanut säilyttämään tasapainon jalan pettäessä alta. Kotona sisätiloissa hän tukeutui huonekaluihin, seiniin ja ovenpieliin estääkseen kaatumisensa jalan pettäessä. Oili kertoi kaatumisen pelostaan näin:

*”Minä en kävele pitkiä matkoja. Sitten, kun minä lähren, niin tota sängystä taikka tuolilta kii, mun täytyy seisoo, että se jalka kestää. Sitten määhän pelkään, että jos se pettää, mutta ei se onneks oo pettäny, että ne on ne vaikeuret juuri.”*

Potilas koki nivelrikon *pysyväksi vaivaksi*. Se oli hänen elämässään jatkuvasti läsnä, eikä hän voinut vaikuttaa sen etenemiseen. Hän ei kyennyt unohtamaan sitä, ja hänen oli huomioitava se kaikessa. Potilas koki nivelrikon aiheuttamien *vaivojen vaihtelevan*.



Niiden laatu, määrä, paikka ja kesto vaihtelivat ennakoimattomasti lähes oireettomasta koviin ja hankaliin oireisiin. Potilaan polvi saattoi lukkiutua, se oli jäykkä, kankea, sitä särki tai siinä tuntui kipua. Polven lukkiutuminen, jäykkyys ja kankeus estivät ajoittain potilaan normaalin liikkumisen. Polven lukkiutumista saattoi seurata kova särky, jonka takia potilas voi olla välillä lähes liikuntakyvytön. Toisaalta kipu saattoi tuntua ainoastaan liikkuesssa, jolloin kivun määrä voi vaihdella lievästä kivusta liikkumisen pysäyttävään kipuun. Pitkään liikkuminen voi myös helpottaa kipua. Kivun ja lukkiutumisen kesto saattoivat vaihdella hetkellisestä useaan tuntiin. Kipu ei tuntunut aina samassa paikassa, vaan sen paikka vaihteli. Se voi tuntua polven yläpuolella, polvessa, polven alapuolella tai polvitaipessa. Potilas ajatteli oireiden vaihteluun vaikuttavan sään muuttumisen tai nivelrikkaisen polven rasittamisen, mutta aina hän ei ymmärtänyt oireilun syytä. Vaivat saattoivat jopa ajan kuluessa helpottaa kokonaan, kuten Olli totesi puolen vuoden kuluttua ensimmäisestä haastattelusta:

*”No kuule, mä se on melkein mennyt paremmin eteenpäin, ku taaksepäin, kun mä nousen ylös ei teekkään tänne taakse silleen kipeetä, se on jäänyt siihen venytykseen kun sen pitää ollakkin.”*

Potilas *pelkäsi kipulääkkeiden käyttöä*. Hän sietäi kipua ja särkyä eikä halunnut käyttää kipulääkkeitä, vaikka niitä oli hänelle määrätty tarvittaessa otettavaksi. Hän otti lääkettä vähemmän kuin oli määrätty tai ainoastaan erittäin kovaan kipuun. Hänen mielestään ihmisen pitää kestää pientä särkyä, eikä hän siksi ottanut kipulääkettä. Hän ei luottanut lääkkeiden turvallisuuteen, koki ne myrkyiksi tai tehottomiksi tai piti niitä sopimattomana muiden lääkkeiden kanssa tai muuten terveydelleen haitallisina. Potilas ei myöskään uskaltanut käyttää kipulääkettä riittävästi, koska uskoi sen menettävän tehoaan. Hän pelkäsi vielä nivelrikkokipua kovempaa kipua, jolloin kipulääkkeistä ei olisi enää apua. Potilas saattoi myös käyttää alkoholia kivun hoitona eikä siksi ottanut kipulääkettä. Potilaan läheisen asenne kivun sietämisen välttämättömyyteen ja kielteinen suhtautuminen kipulääkkeisiin saattoivat estää lääkkeiden tarpeellisen käytön ja pakotti potilaan kestämään kipua. Puoli vuotta ensimmäisestä haastattelusta ainoastaan Olivia oli siirtynyt säännölliseen kipulääkkeen käyttöön ennalta ehkäistäkseen kivun tunnetta liikkuesssa.

Potilas tunsu voimiensa *heikentyneen*. Tunne voimattomuudesta ja väsymyksestä syntyi voimattomuudesta omaan hoitoonsa nähden, liikkumisen ongelmallisuuden, yönunen katkonaisuuden ja jatkuvan sisällä olon takia. Potilaan luottamus tulevaan saattoi horjua, jos särky tuntui jatkuvana eikä hoitoon pääsystä ollut tietoa. Muut kuin nivelrikkoon liittyvät murheet, kuten läheisten menetykset, saattoivat heikentää potilaan voimavaroja entisestään. Kipu ja särky lisäsivät yleistä haluttomuutta, vähensivät

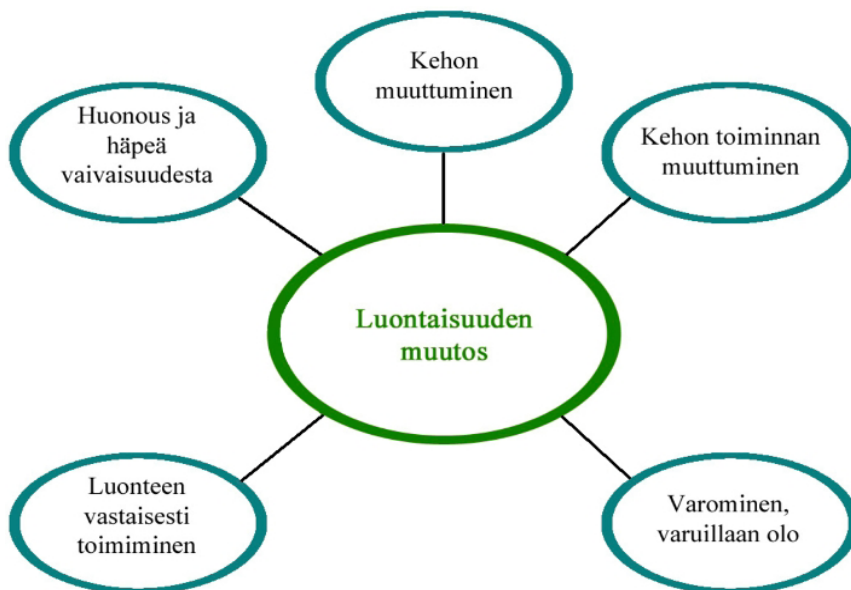
elämästä nauttimista ja kuluttivat voimavaroja. Vähäinen ulkona liikkuminen heikensi yleiskuntoa sekä lisäsi jaksamattomuutta. Orvokki kuvasi väsymistään näin:

*”Siinä väsyä, kun on niin kipee, että joka askel sattuu. Niin jotenkin ei sitä sitten enää jaksakaan.”*

Potilas saattoi yrittää hoitaa väsymystään lepäämällä tai nukkumalla päivällä, mutta aina sekään ei auttanut poistamaan väsymystä ja jaksamattomuutta. Potilas koki nivelrikon sairautena vähentävän itsestä huolenpidon mahdollisuuksia, vaikka ei pitänyt nivelrikkoa sairautena sinänsä henkeä uhkaavana tautina. Hän saattoi pitää heikkenemistä myös vanhuuteen kuuluvana asiana, joka piti hyväksyä.

### 7.1.2 Luontaisuuden muutos

”Luontaisuuden muutos”( luontaisuus=luonnollinen, luontaiset taipumukset, lahjat jne) -teeman sisältyvät viisi merkitystä näkyvät kuviossa 4.



**Kuvio 4.** ”Luontaisuuden muutos” -teema ja siihen sisältyvät merkitykset.

Potilas koki *kehonsa muuttuneen* nivelrikon takia. Nivelrikkoinen polvi vääntyi epänormaaliin asentoon, oli turvoksissa tai siitä saattoi kuulua sitä taivuttaessa narinaa tai pauketta. Potilaan keho muuttui myös ontumisen seurauksena. Ontuessa potilaan ryhti huononi ja selkä kallistui vinoon. Outin mukaan ontumista piti kuitenkin yrittää välttää:

*”Ja sitten semmonen että nyt mä olen ruvennut pikkusen ontuun, mitä ei saisi tehdä, kun mä olen yrittänyt, että mä en onnu ja sitten mä meen vinoon. Se rupee tekeen sitä, että se vetää tonne sisään päin. Säkin (puoliso) olet monta kertaa sanonu, että sä kävelet ihan vinossa. Ja mä sanon, että sano heti, että mä koitan oikasta tätä olemustani, mutta vaistomaisesti se tietenkkin menee sitten vinoon.”*

Potilas koki *kehonsa toiminnan muuttuneen*. Kehon muuttuminen ja kipu estivät potilaan kehoa toimimasta entisellä tavalla. Hän joutui nivelrikkoon sairastumisen takia muuttamaan hänelle ominaista tapaa toimia, mikä vaikeutti perustoiminnoissa selviytymistä tai esti ne kokonaan. Kävellessä potilaan askelpituus lyheni, kävelyn sujuvuus katosi ja kävelystä tuli töpöttävää. Hänen piti katsoa tarkasti, mihin jalkansa maassa asetti. Kävely oli katkonaista, koska kipu pakotti välillä pysähtymään. Portaissa hänen oli liikuttava askeltamalla vain terveellä jalalla yksi porras kerrallaan kaiteesta kiinni pitäen ja käsillä itseään ylöspäin vetäen. Alaspäin tullessaan hän saattoi välttää nivelrikkoisen polven käyttöä kokonaan ja hyppiä terveellä jalalla portaalta toiselle.

Potilaan piti liikkeelle lähtiessä *varoa* ja jalkaisin liikkeessä *olla* jatkuvasti *varuillaan*. Liikkeelle lähtiessään hänen täytyi ensin varmistaa kipeän polven kestävyys niin, että sen päälle voi astua. Hän otti tukea huonekaluista tai pysähtyi varovasti kokeilemaan polven kestävyyttä. Astuessaan kipeälle jalalle hänen oli koko ajan oltava varuillaan, ettei jalka mene ”väärään” asentoon, jolloin siihen tuli kipua ja se saattoi pettää alta. Onni kuvasi liikkumistaan seuraavasti:

*”Tulee kipua ja sit se ikään kuin se pettää alta. No se matka katkee sillai, että täytyy lähteä alusta. Monta kertaa kun ei oo sauvoja mukana, niin lentää ihan tollai maahan rähmälleen. Sitten se on paljon jännittyneempää, kun täytyy pitää se asento, kun se pettää. Se on aina ylijännitettä siitä, että se täytyy varoa sitä, että koska se taas pettää toimimasta.”*

Liikkumisen vaikeutuminen pakotti potilaan toimimaan *luonteensa vastaisesti*. Luonteeltaan nopeasti toimiva potilas halusi tehdä asioita joutuisasti, mutta nivelrikkoon sairastumisen takia se ei enää onnistunut. Tämän takia hän koki itsensä hitaaksi ja kankeaksi. Potilaan fyysiset toiminnot tapahtuivat hitaasti ja kankeasti erityisesti silloin, kun potilas oli ollut hetken aikaa liikkumatta. Istuminen, istumasta ylös nousu, liikkeelle lähtö, liikkuminen jalkaisin ja kotitöiden tekeminen tapahtuivat hidastetusti.

Pukeutuminen ja peseytyminen olivat kankeita ja vaativat aikaisempaa enemmän aikaa ja järjestelyjä. Onerva kuvaili pukeutumisensa ongelmia näin:

*”Ne on nyt alkanu ottaa kans, että määhän tuhraan niitten kans, kun määhän vedän pitkiä housuja, jos ottaa johonkin kiinni, niin ja muuta, pukeminen kestää kyllä. Sen huomaa oikein, tavallista kauemmin. Ja sit määhän hermostun, kun ei tahdo mennä oikeeseen punttiin ja jalka tai muuta, että kyllähän yläpuolelta muuten saan, mutta että justiin tommonen päällysvaatteiden pukeminen, se on huonompaa.”*

Potilaan nukkumistottumukset muuttuivat, jotta nukahtaminen oli mahdollista. Nukkumaan mennessä jalat piti asetella sopivaan asentoon, ettei polvessa tuntuisi kipua. Tyyny polvien välissä tai ainoastaan kylkiasennossa nukkuminen auttoivat estämään kipua. Myös nukkuessa potilaan piti varoa jalan siirtymistä huonoon asentoon, mikä aiheutti kipua ja herätti unesta. Oili kertoi nukkumisestaan näin:

*”Määhän oon aina kyljelläni ja mieluummin tällä oikealla kyljellä, että tää (jalka) saa sen oman asentonsa, kun niithän (jalvoja) ei voi laittaa päällekkäin, ei sillälail, että tota sit kun määhän tään sen asentoni, niin määhän saan nukuttua ja välillä koitan kääntää sitte. Nehän ei tykkää päällekkäin olla.”*

Aikaisemmin luonteeltaan vilkas ja sosiaalinen potilas tyytyi hiljaiseksi kotona olijaksi ja vähensi osallistumistaan, koska muiden ihmisten seuraan pääsy estyi liikkumisen vaikeutumisen takia. Potilas tunsikin liikkumisensa hidastumisen ja kangistumisen haittaavan läheisensäkin toimintoja, koska läheinen joutui odottamaan potilasta ulos lähdeittäessä tai ulkona liikuttaessa.

Potilaan luontaiset roolit muuttuivat nivelrikon takia. Naisellisuus kärsi pukeutumisen muuttumisen ja huonon liikkumisen takia. Naispotilas koki naisellisuutensa vähenevän sairauden kannalta sopivissa vaatteissa ja jalkineissa, jotka eivät olleet hänen mielestään kauniita eivätkä naisellisia. Juhlailanteissakaan naispotilas ei voinut käyttää haluamiaan korkokenkiä. Miespotilas saattoi kokea ontumisen ja sukupuolielämän vähenemisen vaikuttavan miehisyhteensä. Oula kertoi ontumisestaan siitä keskusteltaessa seuraavasti:

*”Luultavasti ei kun minä koitan välttää sitä (ontumista). Aina ollut vähän sillä tavalla, että pitäisi olla miesmäisen näköinen.”*

Potilas voi kokea huonon liikkumisen vaikuttavan myös isovanhemmukseen, sillä se rajoitti lastenlasten kanssa yhdessä oloa. Hänellä ei ollut lastenlasten kanssa olemiseen enää yhtä paljon halukkuutta kuin aikaisemmin, koska hän ei kyennyt kivun ja hidastu-

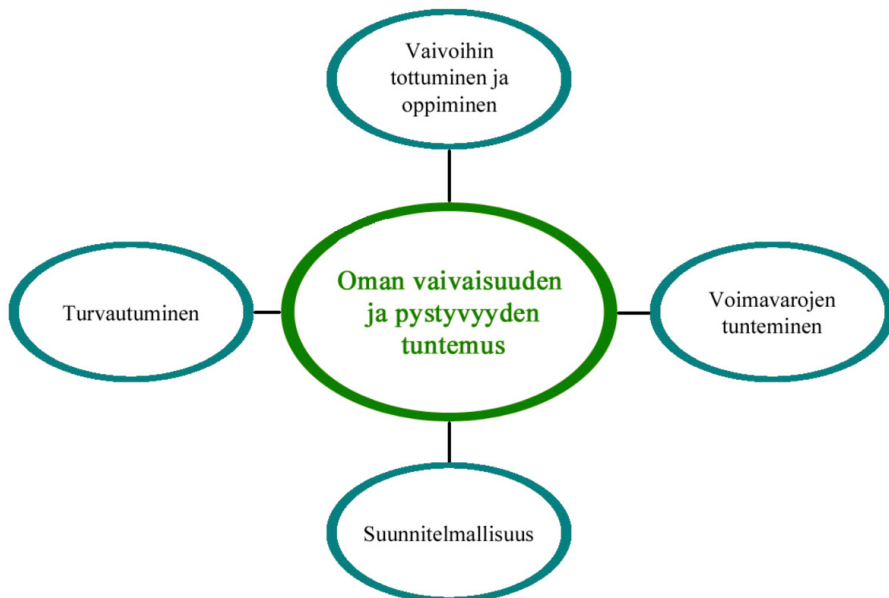
misen takia liikkumaan heidän kanssaan kuten ennen. Hän voi tyytyä seuraamaan sivusta lastenlasten leikkiä tai osallistumaan vain vähän liikkumista vaativiin leikkeihin.

Potilaan kokemus *huonoudesta* syntyi kykenemättömyyden, tarpeettomuuden, saamattomuuden sekä itsensä potilaaksi ja vanhaksi kokemisen tunteista. Kykenemättömyys osallistua kotitöihin ja asioiden hoitamiseen entisellä tavalla turhautti ja harmitti potilasta. Hän asetti itselleen vaatimuksia, joita ei pystynyt täyttämään, jolloin kykenemättömyyden tunne entisestään lisääntyi. Tarpeettomuuden kokemus syntyi siitä, että potilas ei enää voinut olla hyödyksi kodin askareissa eikä jakaa kodin yhteisiä töitä läheisensä kanssa. Huonouden tunne saattoi laskea mielialaa ja aiheuttaa alakuloa.

Potilas voi *hävetä* huonoa liikkumistaan, töpöttävää kävelyään ja ontumistaan. Liikkumisen ongelmien takia hän saattoi vältellä muiden seurassa liikkumista. Hän koki kävelykepin käytön kuuluvan vanhukselle, joksi hän ei olisi halunnut itseään tuntea, koska koki vanhuuden arvottomaksi. Kipulääkkeiden käytön hän voi kokea kykenemättömyydeksi kestää kipua ja siten osoitukseksi vaivaisuudesta.

### 7.1.3 Oman vaivaisuuden ja pystyvyyden tuntemus

”Oman vaivaisuuden ja pystyvyyden tuntemus” -teemaan sisältyvät neljä merkitystä näkyvät kuviossa 5.



**Kuvio 5.** ”Oman vaivaisuuden ja pystyvyyden tuntemus” -teema ja siihen sisältyvät merkitykset.

Potilas *tottui ja oppi vaivoihinsa*, koska nivelrikko oli tullut vähitellen eikä yhtäkkiä. Hän oli oppinut tulemaan vaivansa kanssa toimeen, koska tiesi, että hänellä ei ollut juurikaan muita vaihtoehtoja kuin pakon edessä oppiminen ja tilanteeseen tyytyminen. Potilaan suhtautuminen omaan vanhuuteensa ja siihen liittyvään heikkenemiseen oli ristiriitaista. Hän ei olisi halunnut antaa vanhuudelle periksi, mutta toisaalta hän ajatteli vanhana voivansa myös luovuttaa sairauden kanssa.

Potilas oppi välttämään tuntemiaan sairautta pahentavia tekijöitä, jos se oli mahdollista. Vaivoja pahentaviksi tekijöiksi hän koki esimerkiksi pitkään seisomisen kotitöitä tehdessään ja jalkaisin liikkumisen. Potilas ymmärsi ohjauksen jälkeen töiden tekemisen jaksottain voimien mukaisesti olevan tarpeen nivelrikkovaivojen vähentämiseksi. Hän yritti työskennellä puutarhassa tai mökillä vain vähän aikaa kerrallaan, mutta aina se ei onnistunut, kun tekemisen ilo vei mukanaan.

Kävely lisäsi potilaan oireita, ja joissakin tilanteissa potilaan oli vain levättävä ja kävely rajoitettava ainoastaan välttämättömiin siirtymisiin sisätiloissa. Jalan joutuminen vääranlaiseen asentoon aiheutti kipua, joten potilas yritti varoa sitä mahdollisimman paljon. Potilas oppi välttämään hankalasti puettavia vaatteita ja sopimattomia kenkiä. Saunoessaan hän saattoi tyytyä vain vähäiseen löylyttelyyn, koska kuuma aiheutti särkyä nivelrikkoisessa polvessa. Lämpö voi kuitenkin myös auttaa polven kipuun kuten kylmäkin.

Omien *voimavarojensa tunteminen* auttoi potilasta selviytymään. Hänen käsityksensä omasta kunnostaan helpotti toimimaan oman jaksamisensa mukaisesti. Käsissään olevaa voimaa potilas arvosti, koska sen avulla hän selviytyi portaissa vetämällä itseään kaiteesta ylöspäin. Hän oli oppinut tarvittaessa myös joissakin tilanteissa luovuttamaan. Esimerkiksi Onni kertoi kävelystä näin:

*”Se nyt sitten ihan riippuu, että jos ei lähde se kävely luonnaamaan, niin mää käännyin takaisin sitten, etten jatka eteenpäin, tuun kotia sitten.... ”*

Tarkalla *suunnittelulla* potilas tiesi selviytyvänsä itsenäisesti joistakin hankalista henkilökohtaista toiminnoista, kuten varpaankynsien leikkaamisesta. Potilas hankki pukeutumisen helpottamiseksi vaivattomasti puettavia vaatteita ja kenkiä. Kotitöiden tekemiseen oli hankittu sopivia apuvälineitä, joiden avulla potilas kykeni osallistumaan joihinkin kotitöihin tai hän saattoi toimia aikaisemmasta poikkeavalla tavalla saadakseen työnsä tehtyä. Nivelrikkovaivojen pahenemisen ja siten liikkumisen huonontumisen varalta potilas saattoi hankkia kyynärsauvat valmiiksi kotiinsa.

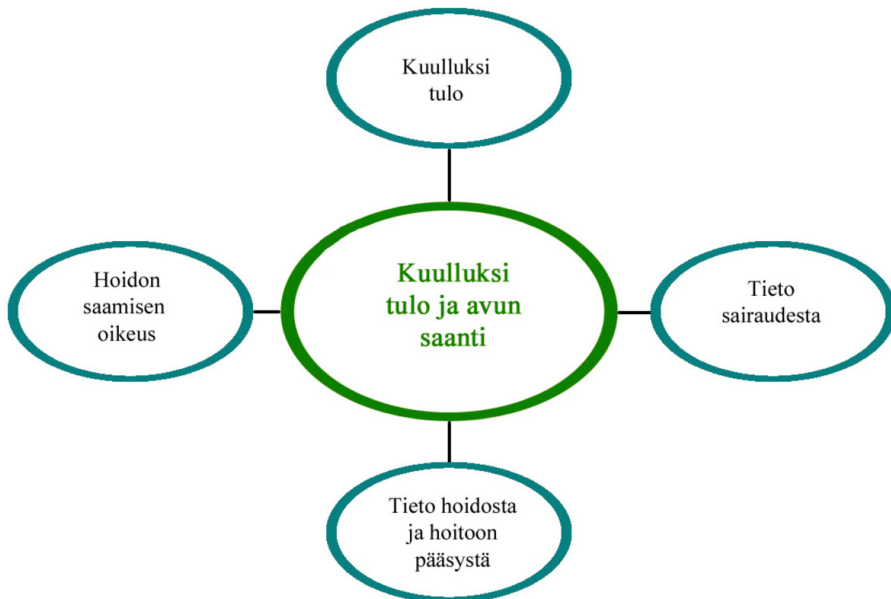
Onni ja Oula olivat suunnitelmallisesti muuttaneet asumismuotoaan nivelrikon kannalta sopivaksi. He olivat läheisineen luopuneet omakotitaloasumisesta ja hankkineet uuden kodin hissillisestä kerrostalosta läheltä palveluja. Ratkaisu saattoi olla potilaalle vaikea, vaikka hän tiesikin sen olleen välttämätön. Osmon läheiselle omakotitalosta

luopuminen oli mahdottomalta tuntuva ajatus, vaikka se Osmon liikkumisen kannalta olisi tarpeen.

Potilas *turvautui* läheisiinsä sekä fyysisesti että psyykkisesti, mikä auttoi häntä selviytymisessä. Toisaalta hän halusi olla riippumaton ja koki avun pyytämisen kiusallisena. Hänen piti opetella pyytämään apua ja ottamaan toisen tarjoamana apu vastaan. Potilas tukeutui jalkaisin liikkuessaan läheisen käsivarteen tai kävelysauvoihin kaatumisen mahdollisuuden takia. Ohjauksen jälkeen apuvälineiden, kuten kyynär- ja kävelysauvojen käyttö lisääntyi. Kotitöiden tekemiseen apua antoivat läheiset, koska potilas ei olisi niistä yksin nivelrikkoa sairastavana selviytynyt tai se olisi ollut hyvin hankalaa. Yhdessä puolison kanssa asuminen ja läheiset antoivat potilaalle tunteen tuen saamisesta ja välittämisestä.

#### 7.1.4 Kuulluksi tulo ja avun saanti

”Kuulluksi tulo ja avun saanti” -teemaan kuuluvat neljä merkitystä näkyvät kuviossa 6.



**Kuvio 6.** ”Kuulluksi tulo ja avun saanti” -teema ja siihen sisältyvät merkitykset.

Potilas koki *tulleensa* huonosti *kuulluksi* terveydenhuollossa. Hän oli hakeutunut omalääkärin vastaanotolle polvivaivoistaan. Hän kuitenkin koki, ettei häntä kuultu riittävästi hoidossa. Hänen tuntemiaan vaivoja ja oireita ei otettu todesta, vaan hän koki niitä vähäteltävän. Onerva kertoi lääkäriä käynnistään näin:

*”Kävin siellä ja ylilääkäri X ehdotti silloin vielä, vielä tota vastaan ja tota hän sanoi, katto mua ja käski kävellä ja seistä ja sano, ei tää oo vielä tarpeeks vääntyny. Se on just sitä.”*

Potilas tunsi myös *tulleensa* kohdelluiksi ylimalkaisesti hoitoa hakiessaan. Hän tiesi, millaisia tutkimuksia nivelrikon määrittämiseksi tulisi tehdä, ja odotti, että lääkäri olisi tutkimukset hänelle määrännyt. Olli kertoi tapaamisestaan lääkärin kanssa näin:

*”Jos on, että, että niinku mä oon sanonu, että se on ihmeellisiä ne lääkärit, kun ne näkee pinnastakin, että mitä on, onko siellä mitään vai eikö siellä oo mitään. Mutta se on vaan semmosia olettamuksia, että kun ei oo kuviin määrätty ollenkaan. Sitä minä oon pitäny kaikkein vetkeimpänä, että enkä mä viimeinkään, kun ihmisellä on sama pää, ei muista kaikkee, että kuinka pitäis toimia, ni että olisin sanonu, että pistäkää kuviin, että eikö se jotain sano.”*

Kokemus puutteellisesta hoidosta syntyi myös siksi, että potilas ei ollut saanut odotta- maansa lähetettä yksityiselle fysioterapeutille yksilöfysioterapiaan tai ettei hän saanut kipulääkeresepiä. Hän sai fysioterapeutin vastaanotolla hoidon arvioinnissa sekä ryhmäohjauksessa lihas- ja venyttelyharjoitteluohjeita, mutta häneltä ei varmistettu, pystyikö hän ohjeita noudattamaan. Hän ei kyennyt erilaisten vaivojen takia kaikkia saamiaan harjoitteita tekemään, tai ohjeet eivät sopineet hänen sen hetkiseen elämän- tilanteeseensa. Olli totesi venyttelyohjeista seuraavasti:

*”Sitä sillai, kun ei taivu, niin ei tarvi polvia käyttää ja tämä polvihan on tullu pikkusen vääräks, että mulla käskettiin tätä (polvea) oikoo, mutta millä sitä oioit, kun tää ei tykkää olla suorana. Tää tykkää vaa olla pikkusen näi (koukussa).”*

Potilas saattoi kokea hoitavan tahon määräävän hoitovaihtoehtoista, eikä hänen kans- saan asiasta keskusteltu eikä hänen mielipidettään asiasta kuultu. Onni kuvasi asian näin:

*”Sitten tota noin ku se tuli sinne kutsu X:lle niin se sano heti se lääkäri että ei mitään muuta, kun leikkaukseen vaan ja molemmat polvet yhtä aikaa. Hah, hah. Mää sanoin, että ei nyt sentään, täytyyhän munkin vähän harkita tätä asiaa.”*



Potilaan *tiedot* nivelrikosta *sairautena* vaihtelivat. Hän ymmärsi nivelen kuluman, luun haurastumisen, nivelen sijoiltaan olon tai polven tapaturman aiheuttaneen nivelrikon. Ennen ryhmäohjausta potilas saattoi kokea tietonsa sairaudestaan ja sen hoidosta epäselväksi. Hän arvosti ryhmäohjauksessa annettua havainnollistavaa esitystä polven nivelen muutoksista nivelrikossa ja tietoa siitä, mitä leikkauksessa tehdään. Toisaalta potilas saattoi kokea tietävänsä nivelrikosta riittävästi eikä kokenut ohjauksen silloin antaneen hänelle mitään uutta tietoa.

Potilaan *tiedot hoidosta ja hoitoon pääsystä* olivat epäselviä. Ennen ryhmäohjausta potilasta hämmensi oireiden vaihtelevuus eikä hän aina tiennyt, kuinka hoitaa vaivaansa niin, että oireet helpottuisivat. Ryhmäohjauksen jälkeen potilas koki, että hänen ymmärryksenä nivelrikon hoidosta lisääntyi. Samaa sairautta sairastavien mutta itseään huonompikuntoisten potilaiden näkeminen ohjauksessa sai potilaan ajattelemaan sitä, mihin sairaus voi hoitamattomana johtaa, kuten Osmo sanoi:

*”Mutta kyllähän se (ryhmäohjaus) ihan hyvä oli varmasti, sillai että näki tosissaan ne tilanteet, ja se jonkun ihmisen kohdalla näki, mikskä se voi mennä, jos pahaksi menee.”*

Potilas oli hakeutunut hoitoon terveyskeskukseen omalääkärille, mutta jatkohoito oli hänelle pitkään epäselvää. Hän koki, että mikään taho ei ottanut vastuuta hänen nivelrikonsa hoidosta. Hänelle oli syntynyt tunne, että häntä siirrellään hoitopaikasta toiseen. Hän saattoi kokea omalääkärillä käynnit turhiksi, koska uskoi ainoastaan leikkaushoidon olevan oikea hoitokeino nivelrikkovaivaan. Leikkauksen hän uskoi helpottavan oireita. Potilaan mielessä oli toivo paremmasta tulevaisuudesta tekonivelleikkauksen jälkeen, mutta hänen toiveensa olivat myös realistisia. Hän uskoi leikkaushoidon parantavan toimintakykyä ja poistavan kipua. Leikkauksen jälkeen hän odotti voivansa ulkoilla kunnolla ja jalan olevan kivuton sekä toimivan ilman rajoituksia. Hän kuitenkin saattoi epäillä leikkauksen tarpeellisuutta omassa tilanteessaan tai pelätä olevansa liian huonokuntoinen leikattavaksi. Leikkaushoitoon pääsyn ajankohdasta hän oli pitkään tietämätön ja odotti kärsivällisesti tietoa siitä. Muita hoitokeinoja, kuten kipulääkkeiden määräämistä ja vaihtamista toisenlaisiin, potilas piti turhana hoitona.

Potilas uskoi leikkaukseen pääsyn kestämissen syynä olevan korkean ikänsä. Hän koki, että vanhoja ihmisiä syrjittiin leikkaushoidon saamisessa. Onerva sanoi asiasta näin:

*”Sen jälkeen mie en oo käyny, kun nyt sitten X:llä kävin tossa. Kun sain nyt sen lähtteen, mutta tota ei siitäkään mitään, ei se vielä oo selvä ollenkaan, millonka mää pääsen tai pääsenkö ollenkaan. Et siinä on monta tutkimusta vielä, pitää käydä näyttämässä ja se on niin kauheen inhottavaa tää justiin tää tämmönen juoksuttaminen lääkärisäkin, että kun*

*ei siitä niinku mitään hyödy, nii tulee semmonen olo, että olkoon. Nää on vanhuksia just nää tämmöset nivelrikkopotilaat niin tykätään vissiin, jotta kyllä ne menee hautaan asti.”*

Potilas piti *hoidon saamista oikeutenaan*, koska ymmärsi, että se kuuluu kaikille ja että yhteiskunnan tuli järjestää hoito. Hän tiesi voitavansa mennä leikkaushoitoon yksityissairaalaan, mutta piti sitä itselleen liian kalliina ratkaisuna.

Puoli vuotta ohjauksen jälkeen potilaan päästyä erikoislääkärille hänen hoitosuunnitelmansa oli muuttunut. Leikkaushoito oli voitu todeta tarpeettomaksi ja konservatiivisen hoidon keinot riittäviksi. Osmon nivelrikon oli todettu hoituvan ilman leikkausta konservatiivisen hoidon keinoin. Olivian vaivan ei todettu tarvitsevan vielä leikkaushoitoa, vaikka hän pystyi liikkumaan ulkona vain puolisoonsa tukien. Onni oli menossa lääkärielle kuulemaan jatkohoidostaan, ja Olli oli päässyt polviröntgenkuvaan, jonka perusteella hän odotti jatkohoitosuunnitelmaa. Oili, Outi ja Orvokki olivat saaneet kutsun leikkaushoitoon. Onerva ja Oula olivat jo olleet tekonivelleikkauksessa. Oula oli vaatinut hoitoon pääsyä ja kuvasi sitä seuraavasti:

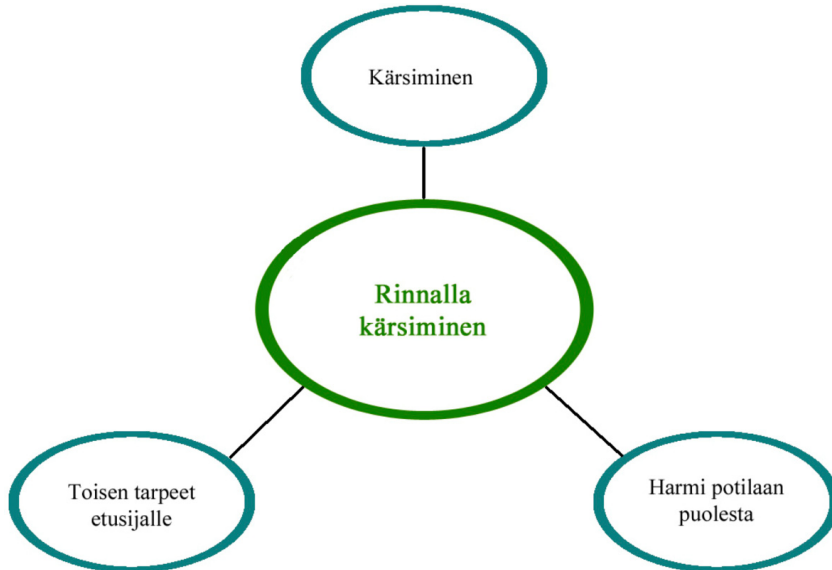
*”No siinä tuli sitten se pieni... joo, ja sekin johtu oikeestaan siitä kun minä nostin pienen mekkalan siitä. Kun minä selvitin niille, ettei tää nyt oo oikein ja kohtuullista. Ja sen kautta se sitten eteni. Että se minun mekkalani sitten hieman vaikutti ilmeisesti asiaan.”*

Liitteessä 6 olen kuvannut potilaiden liikkumisessa ja kipulääkkeiden käytössä tapahtuneet muutokset ennen ohjausta ja puoli vuotta ohjauksen jälkeen sekä hoitosuunnitelman kuusi kuukautta ryhmäohjauksen jälkeen.

## 7.2 Eläminen polven nivelrikkoa sairastavan iäkkään potilaan kanssa

### 7.2.1 Rinnalla kärsiminen

”Rinnalla kärsiminen” -teemaan sisältyvät kolme merkitystä näkyvät kuviossa 7.



**Kuvio 7.** ”Rinnalla kärsiminen” -teema ja siihen sisältyvät merkitykset.

Läheinen *kärsi* monin tavoin potilaan sairastaessa nivelrikkoa. Hän tunsi mielihapaa katsellessaan ja kuunnellessaan potilaan kärsivän sairautensa takia. Hän seurasi potilaan muuttumista sekä mieleltään että keholtaan nivelrikon edetessä. Potilaan kipu ja turhautuminen toimintakyvyn heikkenemiseen aiheuttivat potilaalle ärtyisyyttä, jota hän purki läheiseensä. Läheinen tunnisti potilaan ärtyisyyden ja joutui sietämään sitä. Läheinen kesti ajoittain ärtyisyyttä, mutta toisinaan se saattoi aiheuttaa riitoja heidän välilleen. Läheinen saattoi kokea, että potilasta ärsytti läheisen parempi toimintakyky ja oma kykenemättömyytensä osallistua kodinhoitoon tai muuhun yhteisesti jaettavaan vastuuseen. Oulan läheinen kuvasi kokemustaan näin:

*”Sehän näkyy siinä, että ku mä siivoon niin hän kysyy, joko sä taas siivoot, vaikka en mä ylen aikaa siivoo ihan oikeesti, koska häntä rasittaa se ku mä siivoon ku mä teen töitä ja hän ei pysty osallistumaan siihen.”*

Läheinen seurasi potilaan fyysistä ja psyykkistä heikkenemistä. Hän tunnisti potilaan väsyvän ja kärsivän kivuista, särystä sekä toimintakyvyn ongelmista, vaikka potilas ei suoraan niitä valittanutkaan. Hän saattoi rasittua myös siksi, että hänenkin nukkumisensa häiriintyi, kun potilas heräili kipuunsa. Potilaan heräily katkaisi läheisen yöunen ja aiheutti hänelle päiväsaikaista väsymystä ja jaksamattomuutta. Voidakseen levätä riittävästi hän voi joutua vaihtamaan yöllä huonetta, jos potilaan nukkuminen oli kivun takia erityisen huonoa ja katkonaista.

Läheisen liikkuminen ja kuntoilu ulkona saattoivat vähentyä potilaan sairastuttua nivelrikkoon. Potilas oli ollut aktiivinen liikkuja ja saanut myös läheisen kuntoilemaan kanssaan. Kun polvinivelrikko pakotti potilaan jättämään ulkoilun, ei läheinen saanut yksin lähdettyä ulos liikkumaan, jolloin hänenkin yleiskuntonsa heikkeni. Osmon läheinen ilmaisi asian näin:

*”No, ainakin se merkitsee sen, että kävelyretket on laistunu, kävelyretkiä ei oo tehty. Jotenkin, kun me on aina yhdessä tehty, niin nyt sitte... Mää vaan olen vähän laiskansorttinen tässä suhteessa.”*

Läheinen halusi ymmärtää potilaan sairautta, mutta piti toisen asemaan asettumista ja sairastamisen ymmärtämistä vaikeana. Toisaalta läheinen saattoi itse sairastaa nivelrikkoa, jolloin hän paremmin koki ymmärtävänsä sairastunutta. Hän halusi tukea ja auttaa potilasta nivelrikon sairastamisprosessissa. Hän ymmärsi nivelrikkoon sairastumisen aiheutuneen kehon kulumisesta liiallisessa rasituksessa ja rappeutumisesta vanhetessa sekä perinnöllisestä heikkoudesta.

Läheisen ymmärrys nivelrikon sairastamisesta lisääntyi ryhmäohjauksessa saadusta tiedosta. Ohjauksessa olleiden huonokuntoisten potilaiden näkeminen auttoi läheistä oivaltamaan, mihin sairaus voi johtaa. Hän oli siksi tyytyväinen potilaan jäljellä olevaan terveyteen ja voimavaroihin. Muilta ryhmäohjaukseen osallistuneilta potilailta saadut kokemukset auttoivat läheistä käsittämään sairauden ja sen hoitojen merkitystä potilaille. Onnin läheinen kuvasi asiaa näin:

*”Se kurssi tuntu niin ku se alko niin ku velvollisuudelta ja aluksi tuntu että minä olen väärässä paikassa ku monet oli niin vaikeesti liikkuvia. Mutta sitte, kun se jatku niin en mä enää kokenu sitä semmoseksi ja osasin siitä ittekin ottaa irti jotain ja ymmärsin paremmin miestä kun näin toisia pahempia ja loppujen lopuksi oli hyvä kun tuli käytyä.”*

Läheinen koki *harmia potilaan puolesta*. Hän koki potilaan sairastumisen epäoikeudenmukaisena, koska potilas oli elänyt terveellisesti ja huolehtinut itsestään hyvin. Läheinen koki, että lääkäri aliarvioi ja vähätteli potilaan vaivoja eikä ottanut niitä

todesta. Läheisen mukaan potilasta ei kuultu hoidossa riittävästi eikä nivelrikon potilaalle aiheuttamia oireita ja hankaluuksia ymmärretty. Potilaan kuulemattomuuden takia potilasta ei läheisen mukaan hoidettu oikein ja läheisen luottamus potilaalle annettuihin hoitoihin ja niiden hyötyyn horjui. Potilaan lisäksi myös läheinen odotti potilaan pääsyä leikkaushoitoon, vaikka saattoikin epäillä sen hyödyllisyyttä. Läheisen osallistuttua yhdessä potilaan kanssa ryhmäohjaukseen hänen tietonsa leikkauksesta ja sen mahdollisista hyödyistä lisääntyivät.

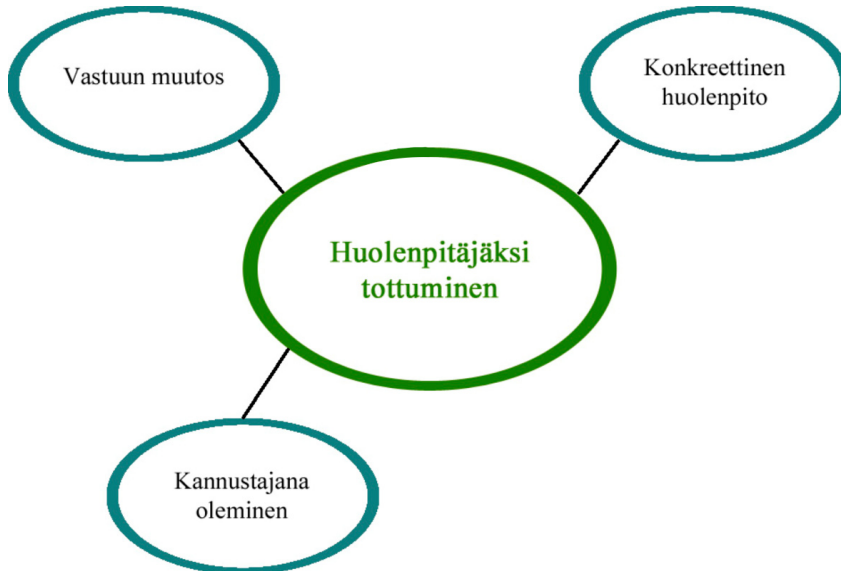
Läheinen asetti usein *potilaan tarpeet omien tarpeidensa edelle*. Hän saattoi kokea kotoa lähtemisen vaikeaksi, koska potilasta ei voinut jättää pitkäksi aikaa yksin kotiin. Läheinen pelkäsi, että potilas saattaa kaatua ja satuttaa itsensä. Yhdessä kotoa lähdetäessä kaikkea piti tarkastella potilaan sairauden kannalta ja pohtia, onko lähteminen kotoa riittävän tärkeää tai millaiset olosuhteet huonosti liikkuvan potilaan on liikkua kodin ulkopuolella. Onnin läheinen kertoi asiasta seuraavasti:

*”No, ainakin se on semmosta, että aina se täytyy ottaa huomioon. Että ei sitä ajatella niin ku terveen ihmisen kanssa, että mennään ja tehdään, että se täytyy ottaa huomioon, ett mitä toinen jaksaa ja mitä toinen pystyy.”*

Läheinen saattoi myös kokea menettäneensä vapauttaan potilaan sairastuttua polven nivelrikkoon. Potilas oli riippuvainen läheisestään monin tavoin, ja läheinen koki, että hän oli velvollinen huolehtimaan potilaasta. Läheinen oli odottanut eläkkeelle jäätyään, että elämä olisi silloin velvollisuuksista vapaata, mutta potilaan sairastuminen rajoittikin sitä odottamattomalla tavalla.

## 7.2.2 Huolenpitäjäksi tottuminen

”Huolenpitäjäksi tottuminen” -teemaan sisältyvät kolme merkitystä näkyvät kuviossa 8.



**Kuvio 8.** ”Huolenpitäjäksi tottuminen” -teema ja siihen sisältyvät merkitykset

Läheinen oli iäkkään polven nivelrikkoa sairastavan potilaan *konkreettinen huolenpitäjä*. Hän teki potilaan puolesta asioita, jotka potilas oli aikaisemmin tehnyt itse, mutta joihin hän ei sairautensa takia enää pystynyt. Hän huolehti ruokaostoksista joko yksin tai potilasta auttaen. Läheinen saattoi hoitaa asioinnit potilaan puolesta, jos se oli mahdollista, tai sitten hän toimi potilaan autonkuljettajana lyhyilläkin matkoilla, jotka potilas oli aikaisemmin kulkenut jalkaisin. Läheinen oli myös tukena ulkona liikkussa potilaan kaatumisen mahdollisuuden takia. Potilas ei halunnut liikkua ulkona yksin tai käyttää kävelykeppiä tukena. Portaissa liikkussa läheinen varmisti, että potilas liikkui turvallisesti kaiteesta kiinni pitäen.

Läheinen oli potilaan *kannustaja* potilaan liikunnan ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Hän saattoi kannustaa potilasta liikkumaan olemalla tukena ja ehdottamalla mielenkiintoisia kävelyreittejä. Hän yritti huolehtia potilaan normaalista tavasta liikkua kehottamalla korjaamaan ryhtiä ja pidentämään askelpituutta, kun se muuttui liian lyhyeksi. Hän yritti myös välttää liiallista avunantoa ja ylläpiti siten potilaan omatoimisuutta, vaikka se vaatikin häneltä odottelua potilaan hidastumisen takia.

Ryhmäohjauksen jälkeen läheinen koki vahvistuneensa potilaan ohjaamisessa ja kannustamisessa, koska tunsivat tekevänsä oikein. Ohjaus antoi muutenkin henkistä voimaa läheiselle tukea potilasta, ja hänelle selveni oma rooli potilaan avunantajana. Läheinen sai ohjauksen yhteydessä tietoa erilaisista apuvälineistä, niiden käytöstä ja siitä, mistä niitä on mahdollista saada. Ryhmäohjauksessa saatu tieto harjoittelun merkityksestä potilaan voinnille lisäsi läheisen halua tukea potilasta yrittämään aikaisempaa enemmän oman kuntonsa ylläpitämiseksi ja kohottamiseksi.

Läheisen *vastuu* yhteisistä asioista ja tehtävistä *muuttui*. Läheinen huolehti aikaisempaa enemmän kotitöiden tekemisestä, minkä läheinen saattoi kokea myös luonnolliseksi perhe-elämään kuuluvaksi velvollisuudeksi tai päiviin sisältöä antavaksi ajankuluksi. Potilaan vastuulla aikaisemmin olleet ruuan valmistamiset ja siivoukset olivat osaksi tai kokonaan siirtyneet läheisen tehtäviksi. Läheinen oli potilaan selviytymisen kannalta välttämätön, sillä potilaan selviytyminen yksin ilman läheistä oli huonoa tai joidenkin kohdalla jopa mahdotonta. Oilin läheinen kuvasi auttamistaan näin:

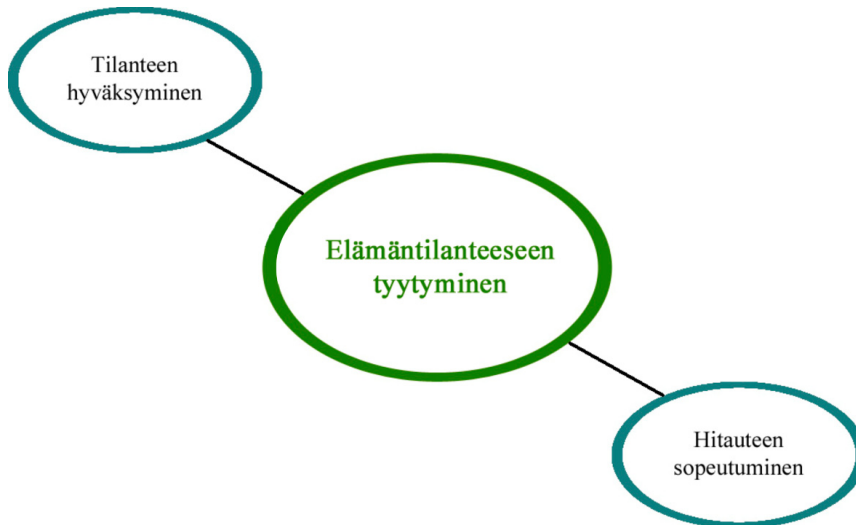
*”Mää oon nöyrä palvelija. Oon sen verra pikkusen paremmassa kunnossa, että ... Kyllä hänkin toista puhuis, jos mua ei ois tässä, että hän yksistään joutus pelaan vallan.”*

Toisaalta läheisen piti tyytyä siihenkin, ettei hänen apuansa aina otettu vastaan vaan potilas halusi selviytyä yksin. Oulan läheinen kertoi seuraavasti:

*”Mutta se nyt on sellasta, ei hän aina halua, että mä niinku teen tai nää tarjoukset ei kelpaa”.*

### 7.2.3 Elämäntilanteeseen tyytyminen

”Elämäntilanteeseen tyytyminen” -teemaan sisältyvät kaksi merkitystä näkyvät kuviossa 9.



**Kuvio 9.** ”Elämäntilanteeseen tyytyminen” -teema ja siihen sisältyvät merkitykset.

Läheinen *hyväksyi* olemassa olevan *tilanteen*, koska se oli hänen sen hetkistä todellisuuttaan. Hän ei kokenut voivansa muuttaa tilannetta muuksi, vaikka olisi halunnutkin. Hän ymmärsi, että nivelrikon sairastaminen ja vanheneminen heikensivät potilaan pystyvyyttä. Läheisellä itsellään olisi ollut vielä voimia rikkaampaan elämisen tapaan, koska hänen toimintakykynsä oli säilynyt parempana kuin potilaan. Hän kuitenkin tyytyi rauhalliseen tahtiin, koska oli mielestään elämää jo nähnyt, vaikka välillä kaipasikin vaihtelua arkeen. Oulan läheinen ilmaisi asian näin:

*”Niin sitä vaan on oppinut siihen että sitä ihmisen elämässä niitä kipuja ja vaivoja on. Ja tota mää nyt yritän elää semmosta normaalia elämää tässä kuitenkin, että en mää sen nyt hirveesti anna vaikuttaa, mää teen itse sitten aika paljon kaiken näköstä. Mökillä puita en pilko, mutta kärrään niitä ja pinoon ja teen kaikkea semmosta muuta hommaa, pihan siivous, mihin hän ei pysty niin silleen se tietysti vähän vaikuttaa se mihin hän on aikaisemmin osallistunu enemmän niin se on poissa.”*

Läheinen *sopeutui* myös potilaan *hitauteen*, koska potilaan hidastuminen vaikutti myös häneen. Yhdessä kotoa lähteminen kävi hitaasti potilaan hitaan pukeutumisen

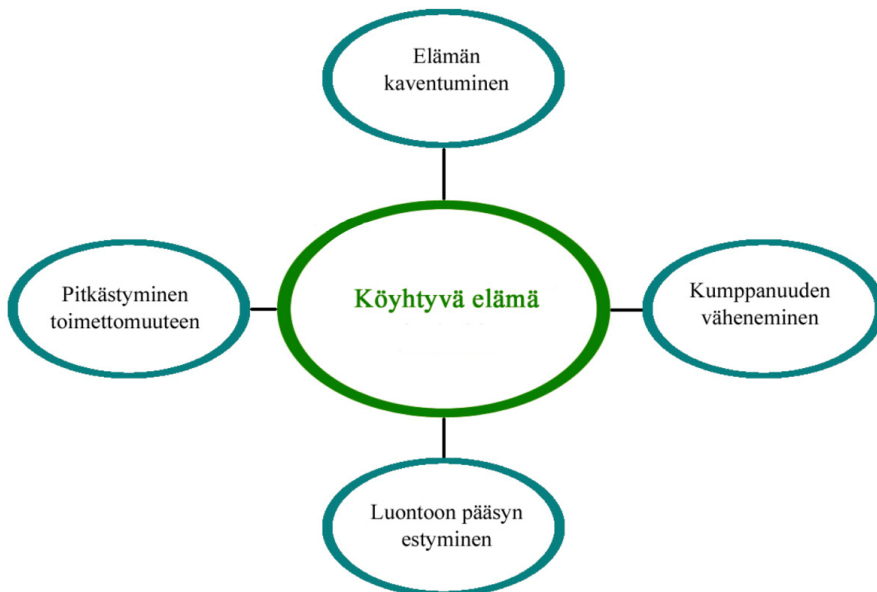


ja liikkumisen kankeuden takia. Yleensä kaikkeen lähtemiseen heidän piti varata aikaa enemmän kuin aikaisemmin. Läheinen joutui ulkona liikkuessa hidastamaan omaa tapansa liikkua, jotta potilas pystyi kävelemään samaa vauhtia hänen kanssaan. Läheinen sopeutui näissä tilanteissa odottamaan potilasta. Läheinen koki heidän elämänsä olevan potilaan nivelrikon takia hiljaista ja odottavaa.

## 7.3 Polven nivelrikon sairastaminen iäkkään potilaan ja läheisen yhteisinä kokemuksina

### 7.3.1 Köyhtyvä elämä

”Köyhtyvä elämä” -teemaan sisältyvät neljä merkitystä näkyvät kuviossa 10.



**Kuvio 10.** ”Köyhtyvä elämä” -teema ja siihen sisältyvät merkitykset.

Potilaan ja läheisen kodin ulkopuolinen *elämä kaventui*, ja eläminen kutistui aikaisempaa enemmän kotona olemiseksi. Potilaan jalkaisin liikkumisen ongelmien takia hän ei kyennyt lähtemään tai halunnut kovin mielellään lähteä kodin ulkopuolelle. Läheinen ei puolestaan halunnut jättää potilasta yksin kotiin pitkäksi aikaa potilaan kaatumisen mahdollisuuden ja yksin selviytymisen vaikeuden takia.

Läheisen ja potilaan *kumppanuus väheni*. He olivat aikaisemmin harrastaneet ja tehneet yhdessä erilaisia asioita. Yhteiset harrastukset, ulkoilu, luonnossa liikkuminen, mökillä käynti ja puuhailu siellä sekä matkustelu, olivat vähentyneet huomattavasti tai loppuneet kokonaan, koska potilaan nivelrikko vaikeutti niitä. Läheinen olisi ollut kykenevä ja halukas matkustelemaan, mutta potilaan sairaus oli esteenä yhdessä lähtemiselle, kuten Onervan läheinen kuvasi tilannetta:

*”No en määhän sitä osaa, että se mitenkään vaikuttaisi, mutta tää noin sanotaan, elinpiiri suppenee. Niin kun näitä, no niin kun näitä ulkomaanmatkoja tai muitakaan kotimaan matkojakaan niin paljon, että kyllä se aina pistää miettimään, onko, onko tuota noin lähtemisen syy niin tärkeä, että sitä kannattaa lähteä. Tonne etelään tekis mieli, siellä varmasti olis helpompi liikkua, mutta ...”*

Potilaan pääsy ulos luontoon estyi, eikä hän voinut nauttia luonnosta ja luonnossa liikkumisesta entisellään. Hänen kykynsä liikkua kävellen väheni nivelrikon takia huomattavasti, tai ajoittain kävellen liikkuminen saattoi olla lähes mahdotonta. Ulkoilu kävellen kaupungissa tai liikkuminen luonnossa olivat ennen nivelrikkoon sairastumista olleet potilaan ja läheisen yhteinen tärkeä harrastus, josta potilaan piti sairastumisen takia luopua.

Potilas *pitkästy toimeettomuuteen*. Hänen elämänsä ikään kuin pysähtyi ja muuttui aikaisempaa tapahtumaköyhemmäksi. Hänen käyntinsä asioilla ja ostoksilla saattoivat jäädä lähes kokonaan, eikä hän enää saanut kotitöistäkään entisenlaista sisältöä arkeensa, koska ei pystynyt niitä kaikkia tekemään. Harrastusten väheneminen ja tekemisten rajoittuminen saattoivat saada potilaan ajan kulumaan huonosti ja elämän muuttumaan jopa tylsäksi ja pitkäväteiseksi, kuten Orvokki asiasta sanoi:

*Ei muuta ku nukutaan ja vähän lenkkeillään. On oikeastaan tylsää joskus ja olisi vielä tylsempää, jos ei olisi kaveria. Kun se on niin saadaan olla molemmat niin ainakin vähän tukea toisistaan. Paljon sitten ristisanoja tehdään ja toi (puoliso) lukee paljon.*

Potilaan ulkona liikkumisen vähenemisen takia myös ystävien ja tuttavien tapaaminen väheni. Hän ei voinut jakaa omia ajatuksiaan ja tuntemuksiaan muiden kanssa, koska ei enää kohdannut entisellä tavalla muita ihmisiä yhteisissä liikuntaharrastuksissa tai vierailukäynneillä. Ollin kuvaamana edellä oleva tarkoitti seuraavaa:

*”Harmittaahan se, että on näin, ni, kaikkein eniten ilkeyttää se, kun ei pääse käveleen, niin ulos. Ja mulla kun on kaikki tuttuja, jotka puhua osaa, määhän oon sanonu aina, että mulla on kaikki tuttuja, jotka puhua osaa, ni jää niinku monet, monta asiaa kertomatta, kysilemättä tai kertomatta.”*

### 7.3.2 Huoli ja huolenpito itsestä ja toisesta

”Huoli ja huolenpito itsestä ja toisesta” -teeman sisältyvät seitsemän merkitystä näkyvät kuviossa 11.



**Kuvio 11.** ”Huoli ja huolenpito itsestä ja toisesta” -teema ja siihen sisältyvät merkitykset.

Potilas ja läheinen halusivat *pitää itsestään huolta* hyvin. He söivät terveellistä ruokaa ja yrittivät välttää epäterveelliseksi tietämiään ruoka-aineita. Molemmat kokivat liikunnan auttavan ylläpitämään hyvää kuntoa. Potilaan liikunnallinen elämäntapa ja säännöllinen liikunnan harrastaminen saattoivat jatkua voimien ja vaivojen sallimissa rajoissa. Olli, Olga ja Orvokki tekivät lähes päivittäin kävelylenkin, vaikka käveleminen olikin hankaloitunut. Oula ja Outi sekä kävivät kuntosalilla että pyrkivät kävelemään. Onni kävi kerran viikossa voimistelemassa ja Osmo voimisteli kotona joka aamu, pelasi lentopalloa sekä keilasi. He olivat tehneet niin vuosikausia ja kokivat saavansa liikuntaharrastuksestaan fyysisen kunnon lisäksi onnistumisen kokemuksia ja hyvää mieltä. Oili liikkui kotitöiden parissa sekä kotona että mökillä. Ainoastaan Onerva ja Olivia olivat joutuneet nivelrikon takia jättämään ulkona kävellen liikkumisen hyvin vähäiseksi.

Läheinen huolehti itsestään yrittämällä pitää kiinni omista harrastuksistaan ja liikkumalla, koska ymmärsi, että toisen terveyden heiketessä hänen pitää olla kunnossa,

jotta he voivat selviytyä kahdestaan kotona. Potilas koki, että oli itse vastuussa itsestään. Olivia totesi itsestä huolehtimisesta näin:

*Kyllä mä olen tommosta yrittäny pitää, että en päästä itseäni ihan valloilleen, omaa hygieniääni ja mitään semmosta.*

Potilaan huolenpito itsestä vahvistui ryhmäohjauksen jälkeen. Erityisesti lisääntyi venyttely, jota hän teki aamuisin vuoteessa ennen ylösnousuaan. Ohjauksen jälkeen Olivia vahvisti lihaksiaan nousten tuoilta ylös seisomaan monta kertaa peräkkäin ja käveli päivittäin juoksumatolla. Osmo, Onni, Outi ja Orvokki olivat lisänneet voimistelua ja kuntoilua päivittäiseen ohjelmaansa, vaikka he olivat liikkuneet jo ennen ohjaustakin paljon. He kokivat kuntoilevansa saamiensa ohjeiden mukaisesti nyt oikealla tavalla.

Potilaan ryhmäohjauksessa saamien hoito-ohjeiden noudattaminen ei aina ollut mahdollista erilaisten syiden takia. Potilas koki vanhojen tapojen poisoppimisen ja uusien tapojen omaksumisen vaikeana ja aikaa vievänä. Osan ohjeista potilas koki olevan sopimattomia toteutettavaksi käytännössä, kuten Outi kokeiluun kuvasi:

*”Sain kyllä sellasia pieniä vinkejä, ohjeita, kuinka pitäis toimia, mutta esimerkiksi silityshomma, pitäis istua ja silittää. Sitten, kun mä rupesin sitä seuraavan kerran tekeen, niin eihän se onnistu, silityslauta on näin, ei siinä millään jalkoja alle saa. Se pitäis olla ilman näitä, neidän on aina silleen, että ne kasataan.”*

Tarpeellisen lihasvoimaa ylläpitävän ja lisäävän kuntoilun esteenä oli myös se, että potilas saattoi pitää arkiliikuntaa riittävänä kuntoiluna. Potilaan muut sairaudet voivat olla joidenkin harjoitteiden tekemisen esteenä. Lihasten venyteleminen saattoi aiheuttaa ikävää suonenvettoa ja sen jälkeistä kipua, mikä vähensi potilaan halukkuutta venytellä. Polvituen käytön esteenä potilas piti sen lihaksia heikentävää vaikutusta tai jalan verenkierron estymistä, jolloin hän koki siitä olevan enemmän haittaa kuin hyötyä. Kuntoilun esteenä potilas piti arjen askareissa väsymistä, jolloin voimat eivät enää riittäneet oman kunnon ylläpitämiseen. Kyynärsauvojen käyttöönottamisen potilas koki vaativan totuttelua ja opettelua. Sauvojen käyttö saattoi myös viedä potilaalta liikkumisen ilon, tai ne voivat olla potilaalle liian raskaita käyttää, jolloin kädet kipeytyivät ja väsyivät.

Potilaan ajan puute voi olla este kuntoilulle, koska hänellä voi olla niin paljon muuta tekemistä, ettei aika riittänyt kuntoiluun. Potilaan päivän täyttivät kotitöiden tekeminen ja lapsenlapsista huolehtiminen niin, ettei hänelle jäänyt aikaa ja voimia kuntoiluun. Tosin pelkän laiskuudenkin potilas totesi olevan suuri este harjoittelulle, kuten Onni totesi:

*”Se on niin kätevä konsti, eikä maksa paljon. Kun tästä lähtee, niin mä kierrän tota X-puistoa se on yksi kilometri tasan, mä oon sen mitannu, sen mää kierrän kunnon mukaan kolme kertaa, korkeintaan kolme kertaa kerralla. Ei joka päivä, pari kertaa viikossa. Se riippuu aina, jos on hyvä olo niin ei viitsi lähteä, laiskuutta se on.”*

Myös potilaan elämäntilanne voi estää kunnon ylläpitämiseksi riittävän harjoittelun. Läheisen sairaus ja siitä hoidoissa käyminen vaativat potilaan huomion ja ajan, jolloin oma kuntoilu jäi toissijaiseksi. Kuntosalilla käynnin esteenä oli sen maksullisuus. Potilas ja läheinen eivät halunneet maksaa harjoittelusta, vaikka maksu ei kovin suuri olisikaan. Heidän tietämättömyytensä ikääntyneiden erilaisista palveluista esti heitä hyödyntämästä niitä. Esimerkiksi kuljetuspalveluja ei osattu hakea, kun liikkuminen oli todella huonoa. Invalidien pysäköintilupaankaan lääkäri ei ollut katsonut olevan tarvetta, vaikka potilaan jalkaisin liikkuminen oli vaikeaa.

Sekä potilasta että läheistä *huolestutti oma terveytensä*. He saattoivat olla huolissaan yleiskuntonsa heikkenemisestä ja mahdollisesta ylipainon kertymisestä, koska heidän liikuntansa oli vähentynyt. Molemmat voivat myös pelätä potilaan liikuntakyvyn menettämistä kokonaan nivelrikon edetessä. Osmo kuvasi pelkooan seuraavasti:

*”Että mitä tässä oikein niinku, jos liikkumattomaks tulee, tota, tietysti tähän on, odottaa sitten, että siihen saa tekonivelen”.*

Läheistä saattoi pelottaa hoitovastuun lisääntyminen, jos potilaan nivelrikon hoidon viivästyminen johtaa liikuntakyvyttömyyteen. Ollin läheinen kuvasi potilaan tilannetta näin:

*”Sen ny näkee tostakin, kun se on noin pahaks menny nyt, että se tosta tuolista, kun se nousee, niin se vähän aikaa seisoo ja sit se pyörii paikallaan, jos se rupeis se polvi antaa periks, että pääsis käveleen. Ja jos tässä nyt vielä pitää vuositolkulla mennä, niin se on rullatuoliss. Toi mies, ihan varmasti on. Niin paljo huonoks menny.”*

Läheinen voi olla huolissaan myös oman terveytensä huononemisesta, jos hänellä oli todettu jokin vakava sairaus. Häntä huolestutti potilaan selviytyminen yksin asuvana ilman apua, jos hänelle sattuisi jotakin tai hän joutuisi sairaalahoitoon.

Sekä potilas että läheinen olivat huolissaan potilaan jaksamisesta ja kivuliaisuudesta. Heitä huolestutti sairastamisen pitkittyminen ja leikkaushoitoon pääsyn kestäminen. Potilas halusi ja koetti noudattaa hoitavalta taholta saatuja nivelrikon hoito-ohjeita. Hän oli etsinyt ja kokeillut nivelrikko-oireidensa takia erilaisia vaihtoehtohoitoja, kuten luontaistuotteita ja kylpylähoitoja.

Potilas oli huolissaan kipulääkkeiden käytöstä. Läheistäkin se huolestutti, ja hän saattoi paheksua potilaan kipulääkkeiden käyttöä ja edellytti potilaan kestävän pientä kipua. Onnin läheinen ohjasi potilasta rasittamaan polveaan ja kipulääkkeiden käyttöä näin:

*”Että, että vaan sitten, kun on ihan todella kurjaa, niin sitten ottaa sitä särkylääkettä ja, ja sitten yrittää rasittaa, kuitenkin yrittää rasittaa niin paljon, kun mahdollista, jotta se säilyis se liikuntakyky.”*

Ryhmäohjauksessa potilas ja läheinen kokivat saaneensa tietoa erilaisista kipulääkkeistä ja niiden merkityksestä kivun hoidossa. Saadusta tiedosta huolimatta läheinen kuitenkin saattoi pyrkiä rajoittamaan potilaan kipulääkkeiden riittävää käyttöä.

Potilas ja läheinen halusivat säilyttää aktiivisuutensa potilaan polvinivelrikon tuomista hankaluuksista huolimatta. Heidän päiviinsä toi sisältöä kotitöiden tekeminen ja asioiden hoitaminen. Potilas halusi osallistua arjen toimintoihin ja teki pieniä päätöksiä jokapäiväisissä asioissa, kuten ruokaostosten tekemisessä, vaikka liikkumisongelmien takia esimerkiksi kauppaan pääseminen oli vaikeaa. Itsensä tarpeelliseksi tunteminen auttamalla sairasta naapuria tai lastenlasten hoidossa oli potilaalle tärkeä osa tavallista arkea. Läheinen oli opetellut tekemään kotitöitä aikaisempaa enemmän ja koki osaaamisestaan tyytyväisyyttä.

Potilas saattoi keksiä pois jääneiden liikuntaharrastusten tilalle muuta ajankulua, kuten ristikoiden ja sudokujen täyttämistä sekä tietokoneella pelailua. Osmo kertoo ajankulustaan näin:

*”Mää oon täällä sitten koittanu vähän muuta harrastaa ja kuluttaa aikaa. Tota tietokoneella pelaillu, pelaillu ja luku ja...”*

Potilas pyrki säilyttämään vanhoja harrastuksiakin, vaikka niihin pääseminen vaati aikaisempaa enemmän järjestelyjä. Hän koki kodista ulos pääsyn auttavan jaksamaan entistä paremmin. Hän voi pitää yhteyttä ulkomaailmaan myös seuraamalla ajankoh- taisia tapahtumia ja olemalla puhelimitse yhteydessä läheisiinsä, joiden kanssa voi keskustella asioista.

*Periksiantamattomuus* auttoi potilasta selviytymisessä, mutta se voi olla myös itsestä huolenpidon este. Potilas ei halunnut näyttää omaa huonouttaan ja yritti aikaisempaa enemmän arjen vaatimuksista suoriutuakseen. Hän uskoi, että jos hän kerran antaa periksi, niin seuraavalla kerralla luovuttaa vielä helpommin, ja se sai hänet yrittämään sinnikkäästi. Potilas ei halunnut antaa sairaudelleen otetta elämässään ja vähätteli vaivojaan, jolloin nivelrikon kannalta riittävä lepääminen voi jäädä saamatta. Potilaan

sinnikkyys jatkui ohjauksen jälkeenkin samanlaisena kuin ennen ohjausta tai jopa vielä vaativampana itse itselle asetettujen velvollisuuksien suoriutumisen pakkona.

Potilas suhteutti *omaa tilannettaan ja toimintakykyään toisten potilaiden tilanteisiin*. Jäljellä oleva terveys ja toimintakyky tekivät hänet onnelliseksi. Oman kehon muu toimivuus, esimerkiksi selän notkeus ja se, että selvisi itsenäisesti joistakin kotitöistä, ilahdutti potilasta. Potilas saattoi aliarvioida nivelrikkoaan sairautena ja verrata sitä muihin pahempina pitäminään sairauksiin. Oili kuvasi suhdettaan nivelrikkoon seuraavasti:

*”Mä oon semmonen suurpiirteinen ihmine, että oon sanonu jo hänelleki, että kissankontit noista sairauksista, jos niitä ruppee valittaaan ja niitte orjaks tulee, mä en voi tehdä mitään.”*

Ohjauksen jälkeen sekä potilas että läheinen arvostivat potilaan toimintakykyä ja pysyvyyttä aikaisempaa enemmän, koska olivat nähneet huonompikuntoisia potilaita. Heidän näkemisensä lisäsi potilaan tyytyväisyyttä omasta jäljellä olevasta toiminnasta. Potilaan itsetuntoa vahvisti myös kyky ryhmätilanteessa osallistua kaikkeen harjoitteluun.

*Myönteisyys elämässä* kantoi sekä potilasta että läheistä. Onnellisuuden ja hyvien asioiden näkeminen omassa elämässä auttoi potilasta eteenpäin. Molempien huumorintaju ja kyky nauraa itselleen olivat tärkeitä tekijöitä selviytymisessä, kuten Olivia asian ilmaisi:

*”Ja sitte on välillä semmonen päivä, että meistä ei ole kumpasestakaan oikein mihinkään. Ja sitte meille tulee aina pieni riita tai ihan semmonen normaali mikä tulee harva se päivä. Ja sitte me nauretaan joskus niin että siinä ei o mitään määrää, että voi kauheeta, minkälaisia me ollaan, juuri oltiin niin freesejä ja nyt me ollaan tämmösiä.”*

Potilas koki saavansa *voimaa läheisistään*, jotka hän koki voimanlähteikseen. Keskusteleminen ja ajatusten jakaminen ystävien kanssa antoivat potilaalle tunteen kuulumisesta ryhmään. Läheiset auttoivat potilasta pysymään elämässä ja päivän tapahtumissa kiinni olemalla yhteydessä häneen. He saattoivat keskustella ajankohtaisista tapahtumista lähes päivittäin, jolloin potilas sai kokea olevansa asioista selvillä eikä hänelle tullut tunnetta ulkopuolisuudesta.

## 7.4 Tiivistetty kuvaus ja merkitys rakenne polven nivelrikon sairastamisesta ja polven nivelrikkoa sairastavan potilaan kanssa elämisestä

Nivelrikon sairastaminen merkitsi iäkkään potilaan kokemana **omaan kehoon ja sen toimintaan liittyvän luottamuksen menettämistä**. Potilaan keho oli heikko eikä ollut kestänyt rasitusta. Oma keho saattoi pettää, mikä aiheutti kehon hallitsemattomuuden tunnetta ja pelkoa. Kokemus itse aiheutetusta sairaudesta sai potilaan tuntemaan syyllisyyttä. Kehon kestävättömyys koettiin pysyvänä vaivana, jota ei voinut unohtaa, vaikka vaivojen luonne, määrä ja paikka vaihtelivatkin ennalta arvaamattomasti. Potilas sietä nivelrikon aiheuttamaa kipua ja särkyä, koska pelkäsi kipulääkkeiden käyttöä tai koki ne hyödyttömiksi. Hän koki sairastamisen heikentävän itseään, aiheuttavan jaksamattomuutta ja väsymystä, jota lepääminen ei helpottanut.

Omaan kehoon ja sen toimintaan liittyvän luottamuksen menetys **muutti potilaan luontaisuutta**. Potilaan keho muuttui ulkoisesti sairastamisen takia. Nivelrikkoisen polvi vääntyi virheelliseen asentoon, turposi tai siitä kuului sitä liikuttaessa epänormaalia ääntä. Hänen kehonsa toiminta muuttui, eikä hän pystynyt toimimaan tottumillaan tavoilla tai se oli hyvin vaikeaa. Liikkeelle lähtiessään, liikkuessaan ja nukkuessaan potilaan piti varoa ja olla varuillaan, ettei polven väärä asento aiheuta kipua tai jalka petä alta, jolloin potilas kaatuisi. Nivelrikko pakotti potilaan liikkumaan hitaasti ja toimimaan muutenkin luonteensa vastaisesti. Potilas hidastui fyysisesti ja muuttui sosiaalisesti hiljaisemmaksi. Hän tunsu itsensä huonoksi ja häpesi vaivaisuuttaan.

Koska omaan kehoon ja sen toimintaan liittyvän luottamuksen menetys sekä luontaisuuden muuttuminen olivat tapahtuneet hitaasti, potilas oppi **tuntemaan vaivaisuuttaan ja pystyvyyttään**. Nivelrikon oireet olivat ilmaantuneet vähitellen, joten potilas oli tottunut ja oppinut niihin. Vaivoja pahentavia tekijöitä hän yritti välttää. Arjen suoriutumisessa häntä helpotti omien voimiensa ja jaksamisensa tunteminen. Hän oli yrittänyt oppia tarvittaessa luovuttamaan. Suunnitelmallisuus tavanomaisten toimintojen tekemisessä auttoi potilasta säilyttämään riippumattomuutta toisen avusta ja itsenäisyyttä kotitöiden suorittamisessa. Tarvittaessa potilas kuitenkin turvautui läheisiin ja kodinhoidossa apuvälineisiin.

Omaan kehoon ja sen toimintaan liittyvän luottamuksen menetys, luontaisuuden muuttuminen sekä oman vaivaisuutensa ja pystyvyytensä tunteminen saivat potilaan hakemaan apua itselleen. Hän kuitenkin koki **kuulluksi tulemisen ja avun saamisen** terveydenhuollossa vaikeana ja kestävästi liian kauan. Potilas koki hoitavan tahon aliarvioivan ja väheksyvän hänen tuntemiaan vaivoja, mikä aiheutti hoitamattomuuden tunnetta. Hän koki, ettei häntä kuultu eikä hänen sairautensa hoitamista otettu vakavasti. Terveydenhuollon palvelujen käytöstä ja lääkärin tekemästä nivelrikkodiagnosista huolimatta sairaus ja sen hoitaminen olivat potilaalle pitkään epäselviä. Potilas oli



kuukausia tietämätön hoitosuunnitelmastaan ja hoitavasta tahosta. Hän piti hoidon saamista julkiselta terveydenhuollolta kuitenkin oikeutenaan ja katsoi yhteiskunnan velvollisuudeksi huolehtia myös vanhoista ihmisistä ja heidän terveydestään. Potilas piti leikkaushoitoa ainoana oikeana hoitona polven nivelrikossa. Kauan jatkunut ja epävarma leikkaukseen odottaminen turhautti potilasta. Pitkäksi koetun odottamisen jälkeen potilas pääsi erikoislääkärille, jolloin hoitosuunnitelma selkeni. Tekonivelleikkaus oli todettu aiheelliseksi tai tarpeettomaksi, tai muista jatkotutkimuksista oli potilaan kanssa sovittu.

Iäkkään potilaan läheinen **kärsi rinnalla**, kun potilas koki menettävänsä luottamuksen omaan kehoonsa ja sen toimintaan ja kun hänen luontaisuutensa muuttui. Läheinen kohtaisi potilaan ärtyisyyden ja yritti sietää sitä. Hän kärsi seurattessaan potilaan kehon ja sen toiminnan muuttumista sekä tunnistaessaan potilaan kivuliaisuuden. Hänen hyvinvointinsa saattoi heiketä huonon nukkumisen ja liikkumisen vähenemisen takia. Läheinen tunsi harmia potilaan puolesta tämän sairastuttua nivelrikkoon sekä potilaan terveydenhuollossa kohtaaman ylimalkaisen kohtelun ja hoitamattomuuden takia. Hän joutui usein asettamaan potilaan tarpeet omien tarpeidensa edelle, koska potilas ei selvinnyt ilman läheisensä apua.

Läheinen **tottui huolenpitäjäksi** potilaan sairauden hitaan etenemisen takia. Hän auttoi konkreettisesti potilasta tekemällä potilaan puolesta kotitöitä tai olemalla niissä aikaisempaa enemmän apuna. Ilman läheisen apua potilaan selviytyminen olisi ollut hankalaa tai jopa mahdotonta. Läheinen toimi tarvittaessa tukena ja kannustajana potilaan liikkuessa, vaikka joutui myös hyväksymään sen, ettei potilas aina ottanut apua vastaan. Läheinen yritti tukea potilasta jaksamaan sairauden kanssa. Hän neuvoi liikkumisessa ja ravitsemuksessa sekä ohjasi apuvälineiden ja kipulääkkeiden käytössä. Hän otti aikaisempaa enemmän vastuuta kotitöistä ja asioiden hoitamisesta potilaan luontaisuuden ja kehon toiminnan muuttuessa.

Läheinen **tyytyi** olemassa olevaan **elämäntilanteeseen** rinnalla kärsijänä ja huolenpitäjänä. Hän itse olisi vielä ollut kykenevä toisenlaiseenkin elämisen tapaan. Läheinen ymmärsi ikääntymisen ja sairastamisen heikentävän potilasta ja oli tyytyväinen potilaan jäljellä olevaan terveyteen ja voimavaroihin. Hän sopeutti omaa toimintaansa potilaan hidastuneeseen toimintaan ja oppi odottamaan. Myös hän uskoi leikkauksen tuovan avun potilaan vaivoihin.

Potilas ja läheinen kokivat **elämänsä köyhtyvän** potilaan polvinivelrikon takia. Potilaan kehon toimimattomuus rajoitti heidän osallistumistaan kodin ulkopuolisiin toimintoihin entisellä tavalla. Kodin ulkopuolisten ihmisten tapaaminen harveni, ja elämä muuttui tapahtumattomaksi. Potilaan ja läheisen yhteiset tärkeät harrastukset vähenivät tai loppuivat kokonaan. Potilaan pääsy ulos luonnosta tai luonnon antimista nauttimaan estyi liikkumisongelmien takia. Potilas koki pitkästytävänsä, koska ulkoilu oli vähentynyt eikä kotitöistäkään enää saanut riittävästi sisältöä arkeen.

Sekä potilas että läheinen kokivat sekä **huolta että huolenpitoa itsestään ja toisesta** sen hetkisessä elämäntilanteessaan ja tulevaisuudessa. Heitä huolestutti ja pelotti molempien terveydentila ja sen heikkeneminen. He olivat huolissaan potilaan kivuista ja leikkaushoitoon pääsyn kestämisestä. Potilaan kipulääkkeiden käyttö pelotti sekä potilasta että läheistä niiden haittavaikutusten ja niihin tottumisen takia. Kipulääketiedon lisääntyminen vähensi huolta niiden käytöstä, mutta ei poistanut sitä kokonaan. Potilasta pelotti liikuntakyvyn menettäminen kokonaan, ja läheistä pelotti hoitovastuu, jos potilas menettäisi liikuntakykynsä. Läheistä huolestutti oma sairastumisensa, koska polven nivelrikkoa sairastava potilas ei selviytyisi ilman läheisensä apua.

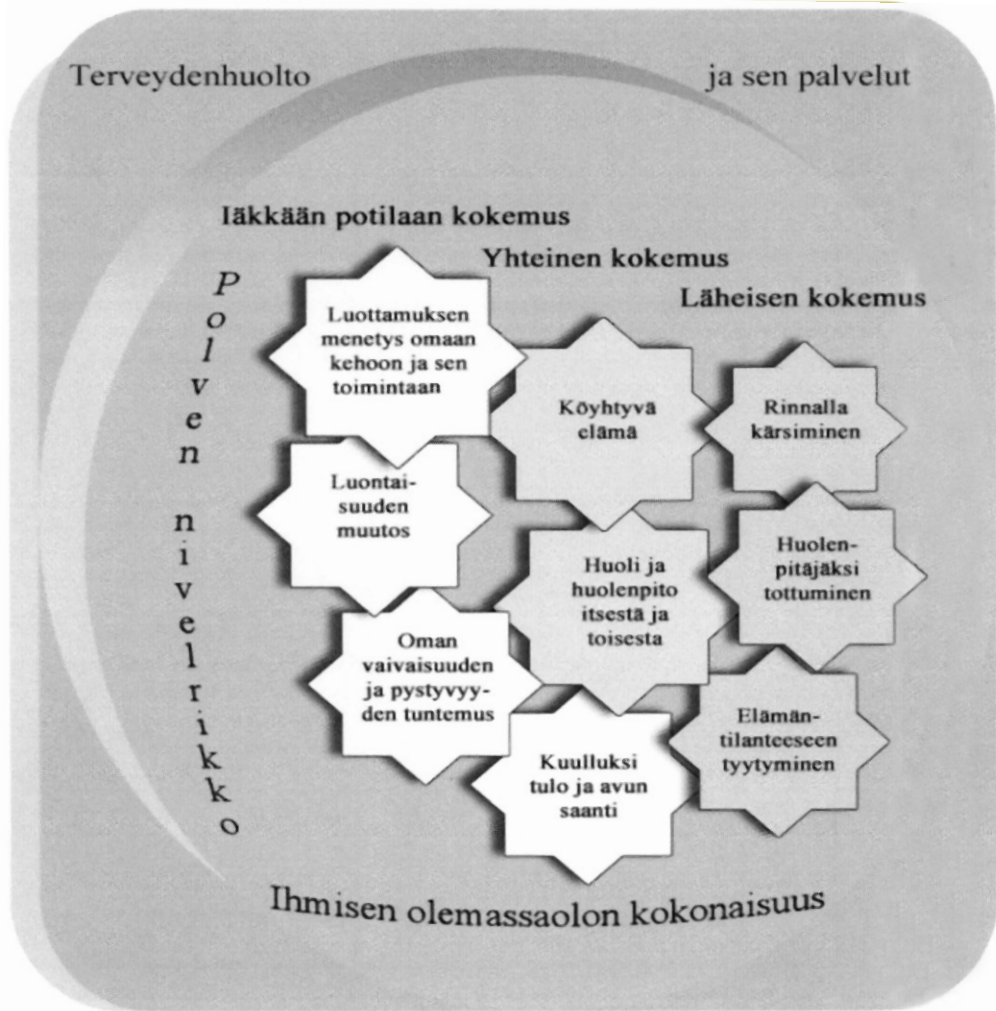
Potilaalle ja läheiselle huolenpito itsestä ja toisesta potilaan sairastamisesta huolimatta oli tärkeää. Huolenpitoa itsestä vahvisti ryhmäohjauksessa saatu tieto ja kannustus. Potilas ja läheinen pitivät itsestään huolta terveellisillä elintavoilla. Potilaan muut sairaudet, väsymys, ajan puute, elämäntilanne ja tietämättömyys yhteiskunnan tarjoamista palveluista apua tarvitseville saattoivat estää huolenpitoa itsestä. Potilaat pyrkivät pysymään aktiivisina osallistumalla kotitöiden tekemiseen ja tuntemalla itsensä tarpeellisiksi. Aktiivisuutta oli myös entisten harrastusten säilyttäminen tai uusien harrastusten hankkiminen menetettyjen tilalle. Potilas ei halunnut antaa sairaudelle periksi vaan yritti selviytyä ilman apua, vaikka se vaatikin häneltä aikaisempaa enemmän aikaa ja ponnisteluja. Polven nivelrikon suhteuttaminen muihin sairauksiin auttoi potilasta ja läheistä olemaan tyytyväisiä potilaan jäljellä olevasta terveydestä ja toimintakyvystä. He kokivat tärkeiksi tekijöiksi läheiset ihmiset, elämänsä hyvien asioiden näkemisen ja huumorin osana arkea.

Seuraavaksi esitän potilaan ja läheisen kokemuksien merkitysrakenteen kuviona (kuvio 12), johon olen sijoittanut ymmärrykseni ja tulkintani mukaisesti osallistujien kokemukset tietoisena siitä, että kuvio on vajavainen esitys tutkittavasta ilmiöstä, joka on aina monimuotoisempi eikä koskaan kuvattavissa täydellisesti. Kuviossa iäkkään potilaan kokemus, läheisen kokemus ja heidän yhteiset kokemuksensa on kuvattu olevan yhteydessä toisiinsa: todellisuudessa ne ovat sidoksissa toisiinsa enemmänkin kuin kuviossa voi saada esille. Kuviota tarkastellessa on huomioitava myös se konteksti, joka liittyy toteutettujen haastattelujen ajankohdan kokemuksiin: osallistujien olemassaolon kokonaisuus, potilaan pitkäaikainen sairaus ja terveydenhuollon tarjoamat palvelut.

Kokemuksista muotoutuneet teemat olen kuvannut kolmiulotteisina tähtinä, jotka ovat sakaroistaan kiinni toisissaan. Tähtien sakarat ja kolmiulotteisuus kuvaavat sitä, että kokemukset ja niihin sisältyvät merkitykset ovat moninaisia ja moniulotteisia. Sakaroiden kiinnittyminen toisiinsa ilmentää kokemusten kiinteätä yhteyttä ja suhdetta toisiinsa.

Kuvassa taustalla on terveydenhuolto ja sen palvelut, joihin osallistujat ovat tilanteensa kautta suhteessa. Se on kolmiulotteinen, koska siten luodaan kuva sen monikerroksisuudesta ja siitä, että osa siitä on aina tietoisuuden ulottumattomissa,

mutta silti vaikuttamassa. Tutkimukseen osallistuneet osallistujat elivät suomalaisessa yhteiskunnassa ja sen tarjoamien palvelujen piirissä. He olivat hakeneet potilaan sairauden takia niitä palveluita, joista he odottivat voivansa saada apua tilanteeseensa.



**Kuvio 12.** Polven nivelrikon sairastamisen ja polven nivelrikkoa sairastavan potilaan kanssa elämisen merkitysrakenne

Tämän tutkimuksen tuloksien mukaan polven nivelrikon sairastaminen ilmenee nivelrikkoa sairastavan ja hänen läheisensä olemassaolon kokonaisuuden kaikissa muodoissa: kehollisuudessa, tajunnallisuudessa ja situationaalisuudessa. Sairauden ilmenemistä ei voi erotella ihmisen erilaisten olemassaolomuotojen mukaisesti, koska ne kietoutuvat toisiinsa. Näin ollen pelkästään yhden olemassaolon tarkasteleminen ei anna riittävä

kuvaa potilaan ja hänen läheisensä kokemuksesta. Polven nivelrikkoa sairastaessa potilaan kehollisuudessa tapahtuu muutoksia, mutta myös hänen läheisensä kehollisuus voi muuttua. Nämä muutokset reaalistuvat tajunnassa, jossa sekä potilas että hänen läheisensä kokevat havaitsemiaan, tietämiään, tuntemiaan, pelkäämiään, toivomiaan, arvostamiaan ja uskomiaan sekä muita nivelrikon sairastamiseen ja elämiseen polven nivelrikkoa sairastavan kanssa liittyviä mieliä. Nämä ilmenevät potilaan kokemuksessa hänen tilanteensa värittämänä. Läheinen on tilanteensa kautta suhteessa potilaan sairastamaan polven nivelrikkoon ja kokee tämän oman tilanteensa värittämänä. Potilaan ja hänen läheisensä kehollisuuteen ja tajunnallisuuteen vaikuttaa tilanne: se, mihin he ovat kehollisuutensa ja tajunnallisuutensa kautta suhteessa, kuten muut ihmiset, ympäröivä maailma, terveydenhuolto ja sen palvelut.

## 8. POHDINTA

---

### 8.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuseettiset kysymykset korostuvat, kun tutkimuksen kohteena on ihminen ja tarkoituksena on saada kokonaisvaltaista tietoa aidoissa kohtaamistilanteissa, joihin ennakkoon valmistautuminen voi olla hankalaa. Tutkimuksen tekemisessä tulee pohdita, mikä on sallittua ja mikä kiellettyä. Tutkijan on noudatettava sääntöjä ja tehtävä valinnat ja päätökset eettisesti oikein koko tutkimusprosessin ajan. (Tuomi & Sarajärvi 2004, Clarkeburn & Mustajoki 2007, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tutkimuksen tekijältä edellytetään koko tutkimusprosessin ajan sekä tietoa että taitoa tehdä tutkimusta eettisesti oikein (Kylmä & Juvakka 2007, Hirsjärvi ym. 2009).

Jo aiheen valinta on eettinen ratkaisu (Tuomi & Sarajärvi 2004, Clarkeburn & Mustajoki 2007, Kylmä & Juvakka 2007). Nivelrikkoa sairastavat iäkkäät potilaat ja heidän läheisensä ovat olleet ainoana tutkimuskohteena kansainvälisesti vielä harvoin ja Suomessa ei lainkaan. Lisäksi iäkkäiden ihmisten määrä tulevaisuudessa kasvaa, jolloin myös polven nivelrikkoa sairastavien iäkkäiden potilaiden määrä lisääntyy. Heidän hoitonsa on yhteiskunnallisesti merkittävä haaste, joten iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä omiin kokemuksiin perustuva tieto on tarpeen tähän haasteeseen vastattaessa. Osa tutkimukseen osallistuneista potilaista ja läheisistä ilmaisi polven nivelrikkoa sairastavien potilaiden tutkimisen olevan tärkeätä. Pyrin tämän tutkimuksen avulla saadulla tiedolla parantamaan terveydenhuoltohenkilökunnan ymmärrystä näiden potilaiden ja heidän läheistensä kohtaamisessa ja hoidossa.

Tutkimuksen menetelmävalinnat ovat myös eettisen arvioinnin kohteena (Clarkeburn & Mustajoki 2007, Kylmä & Juvakka 2007). Valitsin tutkimukseni menetelmäksi

fenomenologisen menetelmän, koska tarkoituksenani oli tutkia polven nivelrikon sairastamista ja polven nivelrikkoa sairastavan kanssa elämistä niiden ihmisten kokemina, joita tämä ilmiö koskettaa. Nämä ihmiset kuvaavat omakohtaisia kokemuksiaan ja niihin sisältyviä merkityksiä, joita kuvaan ilmiön ymmärtämiseksi. Pyrin ymmärtämään heidän kokemustaan sellaisena kuin se heille ilmenee, mikä mahdollistuu fenomenologisen menetelmän avulla. Toisen ihmisen kokemusta on eettisesti oikeutettua tutkia niin, että hänen kokemuksensa, ei tutkijan kokemus, pääsee esiin sellaisena kuin se ilmenee. (Latomaa 2005, Lehtomaa 2005.)

Lainsäädäntö osaltaan määrittelee terveystutkimusta. Ennen kuin aloitin tutkimukseni aineiston keruun, olin hankkinut sairaanhoitopiiriin eettisen toimikunnan lausunnon ja kaupungin tutkimuslupatoimikunnalta luvan tutkimuksen tekemiseen. Henkilötietolain mukaisesti sain tutkimukseen osallistuneilta kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta ja vasta sen saatuaani otin yhteyttä osallistujiin. Saamani henkilötiedot säilytän niin, että ulkopuolisilla ei ole pääsyä niihin. Sähköisessä muodossa ei ole tallennettuna osallistujien tunnistetietoja. Aineiston hävitän tutkimuksen valmistuttua. Tutkimustulosten raportoinnissa ei yksittäisiä osallistujia voi tunnistaa. (Henkilötietolaki 523/1999, Kuula 2006.)

Tutkiessani ihmisen kokemusta kajoan hänen henkilökohtaiseen maailmaansa, jolloin lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen (Kylmä & Juvakka 2007). Pyrin kohtaamaan tutkimuksen takia vaivaamani osallistujat sekä terveydenhuollon ammattilaiset arvokkaasti ja kunnioittavasti, ainutlaatuisina yksilöinä. Taustani sairaanhoitajana ja opettajana ovat kehittäneet ihmisen kohtaamisen taitoja ja eettistä ajattelua.

Tutkimuksen osallistujina iäkkäitä potilaita voidaan pitää erityisen haavoittuvina ikänsä ja mahdollisesti terveydenhuollon palveluista riippuvaisena olemisen takia (Sarvimäki 2006). Tähän tutkimukseen osallistuneet olivat 75 vuotta täyttäneitä potilaita ja heidän läheisiään. Tämänikäisillä saattaa olla kognitiivisten taitojen heikkenemistä, mikä voi vaikuttaa tutkimukseen osallistumiseen ja tutkimusaineistoon. Tähän tutkimukseen osallistuneet iäkkäät potilaat tapasivat fysioterapeutin, joka arvioi potilaiden osallistumiskyvyn ja informoi vasta sitten tutkimukseen osallistumisesta sekä antoi kirjalliset tiedotteet ja suostumuslomakkeet. Läheiset saivat tietoa kirjallisesti potilaan välittämänä. Kirjallisessa tiedotteessa ilmoitin, ettei tutkimus vaikuta potilaiden hoitoon millään tavalla. Vielä sekä puhelimitse että heidät ensi kertaa tavatessani toin esille, että tutkimus ei vaikuta heidän hoitoonsa ja etten ole terveydenhuollon palveluksessa töissä.

Kirjalliset suostumuslomakkeet saatuaani olin potilaisiin puhelimitse yhteydessä sopiakseni ensimmäisestä haastattelujankohdasta ja -paikasta. Osallistujat saivat valita heille sopivan haastattelupaikan ja -ajan. Potilaiden kieltäytyttyä haastatteluista en kysynyt syytä kieltäytymiseen enkä suostutellut heitä. Kaikki haastattelut tein osallistujien

kotona, koska se oli heidän haluamansa paikka, ja heille sopivana aikana. Ensimmäisessä tapaamisessani kerroin heille taustastani ja tutkimuksestani sekä vielä uudelleen siihen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä pyysin luvan haastattelujen tallentamiseen. Yksi potilas-läheinen-pari ei halunnut heidän haastattelujaan nauhoitettavan, joten kunnioitin heidän toivettaan ja tein muistiinpanoja haastattelun aikana ja sen jälkeen. Tarkoitukseni oli tehdä potilaan ja hänen läheisensä haastattelut erikseen, mutta joissakin haastatteluissa potilas tai läheinen halusi olla samassa huoneessa haastatteluhetkellä. Kunnioitin tätä päätöstä enkä vaatinut toista poistumaan, vaikka sillä saattoi olla vaikutusta haastattelun sisältöön. Haastattelut etenivät osallistujien ehdoilla, ja he kertoivat polven nivelrikon sairastamisesta tai polven nivelrikkoa sairastavan potilaan kanssa elämisestä niin paljon kuin halusivat. Muita potilaiden tietoja potilasasiakirjoista en tarvinnut. Haastattelun lopuksi annoin osallistujille vielä mahdollisuuden täydentää haastattelua ja tehdä kysymyksiä sekä kerroin mahdollisuudesta ottaa tarvittaessa yhteyttä.

Haastattelutilanteista yritin tehdä mahdollisimman luottamuksellisia ja avoimia. Keskityin niissä tarkkaavaisesti kuuntelemaan osallistujien sanottavaa keskeyttämättä heitä. (Kvale 1996.) Eettisesti ongelmallisia olivat tilanteet, joissa he kysyivät minulta neuvoja sairautensa hoitamisessa, koska pitivät minua nivelrikon hoidon asiantuntijana. Näissä kysymyksissä ohjasin heitä keskustelemaan hoitavan tahon kanssa, vaikka pohdinkin vastaamatta jättämisen merkitystä osallistujien suhtautumisessa minuun aiheen tutkijana. Erityisen vaikeana koin potilaan läheisen kielteisen suhtautumisen kipulääkkeisiin, jolloin potilas joutui kärsimään kivusta. Ensimmäisen haastattelun yhteydessä oli helppo ohjata heitä kysymään epäselviä asioita ryhmäohjauksessa, johon he olivat menossa. Haastattelujen yhteydessä osallistujat kertoivat minulle myös luottamuksellisesti asioita, joita en tutkimusraportissa tuo esille.

Tein kaikki haastattelut itse. Eettisenä uhkana voidaan pitää sitä, että en litteroinut kaikkia haastatteluja itse vaan osan haastatteluista litteroi salassapitosäädökset työnsä vuoksi hyvin tunteva litteroija. Hänen kanssaan keskustelimme hänen litterointinsa yhteydessä saamastaan tiedosta, ja hän ymmärsi sekä sitoutui pitämään saamansa tiedot salassa. Tallennetuissa haastatteluissa osallistujien henkilötiedot eivät tule tunnistettavasti esille. Osallistujien henkilötiedot ovat ainoastaan minun tiedossani ja säilytettyinä niin, etteivät ne päädy muiden tiedoksi. Tutkimustulokset esitän kaikkia koskevana tuloksina ja autenttisissa lainauksissa olen käyttänyt potilaille keksittyjä nimiä. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Olen tehnyt tutkimukseni huolellisesti ja tarkasti koko prosessin ajan. Tutkimustulokset esitän avoimesti ja rehellisesti, mutta suojelen tutkimukseen osallistujia niin, että heitä ei voi tutkimuksesta tunnistaa. Tutkimuksellani pyrin saamaan esille uutta tietoa ja siten tuottamaan hyvää. Tutkimukseen osallistujatkin tunsivat kokevansa hyvää, koska

he olivat ilahuneita siitä, että heitä kuultiin heille tärkeässä asiassa (McIlfatrick ym. 2006). Hyvän tuottamisena voi pitää myös sitä, että osa osallistujista sanoi haastattelun tuovan vaihtelua heidän yksitoikkoiseen elämäänsä (Elo & Isola 2008).

## 8.2 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Aineiston analyysiin soveltamani Colaizzin (1978) esittämän menetelmän mukaan tutkimuksen validointi voidaan toteuttaa antamalla tutkimukseen osallistuneiden arvioida tutkimustuloksia suhteessa alkuperäisiin kokemuksiin. Myös Donalek (2004) ja Bradbury-Jones ym. (2010) esittävät, että tulosten palauttaminen osallistujille lisää tutkimuksen luotettavuutta. En antanut tuloksia tutkimukseen osallistujien arvioitavaksi, koska en ollut heille siitä kertonut ja koska aineiston keräämisestä oli kulunut aikaa yli kaksi vuotta, jolloin yksittäisen potilaan tai läheisen voi olla vaikea löytää omaa kokemustaan yleisestä merkitysrakenteesta (Flinck 2006). Osallistujat voivat myös unohtaa tai katuria kertomaansa tai tuntea olevansa pakotettuja olemaan yhtä mieltä tutkijan kanssa (Sandelowski 2002). Lisäksi osallistujien kokemukset kiinnittyivät heidän sen hetkiseen elämäntilanteeseensa ja voivat olla uudelleen kohdattuina epämiellyttäviä ja stressaavia (Lillibridge ym 2002). En myöskään halunnut vaivata heitä enää, koska olin haastatellut heitä jo kolmasti.

Tarkastelen tämän tutkimuksen luotettavuutta yhdistämällä erilaisia luotettavuudesta esitettyjä vaatimuksia ja kriteereitä, kuten Latomaan (2005) kuvaamia fenomenologisen tutkimuksen tekemiseen liittyviä ongelmallisia kohtia ja mahdollisia virhelähteitä sekä Perttulan (1995), Lukkarisen (2003) ja de Wittin ja Ploegin (2007) esittämiä luotettavuuskriteereitä. Purolan ja Aavarinteen (2001) mukaan arvioin kykyäni tavoittaa osallistujien elämismailma ja tuottaa siitä tuloksia yhdistettynä Donalekin (2004) esittämiin tutkimusprosessin näkyvyyteen ja samaa aihetta tutkivien arviointiin.

**Tutkimusprosessin johdonmukaisuus, kokonaisuuden tasapainoisuus, avoimuus ja reflektointi** (Perttula 1995, Lukkarinen 2003, de Witt & Ploeg 2007) edellyttävät, että tutkittavana olevan ilmiön perusrakenteen, aineiston hankintatavan ja analyysimenetelmän sekä tulosten raportointitavan välillä on looginen yhteys, joka kuvataan selkeästi. Tutkimukseni ihmiskäsitys on kokonaisvaltainen, ja se perustuu Ahlmanin (1953), Rauhalan (2005) ja Merleau-Pontyn (1962, 2006) esittämiin ajatuksiin ihmisestä. Kuvaus on vajavainen, mutta olen kuitenkin esittänyt sen niin, että lukija pystyy arvioimaan sen sopivuutta myöhempisiin tutkimuksen teossa tekemiini ratkaisuihin. Tutkin polven nivelrikon sairastamista iäkkään potilaan kokemana ja elämistä polven nivelrikkoa sairastavan potilaan kanssa läheisen kokemana. Käsitökseni kokemuksesta ja merkityksistä sekä mahdollisuudesta niiden ymmärtämiseen olen tuonut esille luvussa



neljä. Fenomenologinen menetelmä sopii hyvin kokemuksellisen ilmiön tutkimiseen ja siksi olin kiinnostunut iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä sen hetkisistä kokemuksista. (Lehtomaa 2005, Perttula 2005).

Valitsin tutkimusaineiston hankintatavaksi haastattelun, jolloin osallistujien oli mahdollista kuvata kokemuksiaan sellaisina ja sellaisella kielellä kuin heille on ominaista. Haastatteluissa en käyttänyt ennakkoon asetettuja kysymyksiä, vaan eteneminen tapahtui haastateltavien ehdoilla, vaikka alussa tukenani oli viitteellinen haastattelurunko. Haastattelujen luotettavuutta parantaa se, että olin tehnyt kaksi pilottihaastattelua ennen varsinaisia haastatteluja, ja se, että haastattelin osallistujia kahdesta kolmeen kertaan. Ennen uutta haastattelua kuuntelin edellisen haastattelun palauttaakseni osallistujien elämäntilanteen mieleeni, mikä myös mielestäni lisää luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää sekin, että suoritin haastattelut itse osallistujien valitsemassa paikassa eli heidän kotonaan (Jokinen ym. 2002), jossa ilmapiiri oli luonteva ja vapautunut (Åstedt-Kurki ym. 2001). Se, että he pääsivät minut kotiinsa, osoitti heidän taholtaan luottamusta minua kohtaan.

Luotettavuutta on voinut heikentää haastattelujen nauhoittaminen. Yksi potilasläheinen-pari ei halunnut heidän haastatteluaan nauhoitettavan, joten on mahdollista, että muidenkin osallistujien kertomaan nauhoittaminen on vaikuttanut. He ovat voineet varoa kertomasta kaikkea tai ovat halunneet antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia (Hirsjärvi ym. 2009). Luotettavuutta voi heikentää myös ei-nauhoitetun haastattelun käyttö aineiston analyysissä. Tähän ratkaisuun päädyin, koska saamani aineisto oli rikasta ja pystyin kirjoittamaan haastattelun lyhennettynä muistiin niin, että siitä mahdollistui merkitysten paljastaminen.

Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla oli omakohtaista kokemusta joko polven nivelrikon sairastamisesta tai nivelrikkoa sairastavan potilaan kanssa elämisestä, ja he halusivat vapaaehtoisesti kertoa kokemuksistaan, mikä lisää luotettavuutta. Vaikka aineiston keruuajana 75 vuotta täyttäneitä polven nivelrikkoa sairastavia potilaita oli odottamassa fysioterapeutin vastaanotolle yli 50, oli 10 potilaan ja heidän läheisensä saaminen tutkimukseen ongelmallista. Osa fysioterapeutin vastaanotolle kutsutuista iäkkäistä potilaista asui yksin tai osan läheinen ei asunut samassa taloudessa potilaan kanssa tai läheinen ei sairauden takia pystynyt osallistumaan haastatteluun. Kolme potilasta, jotka olivat antaneet suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta, peruivat osallistumisensa, kun olin heihin puhelimitse yhteydessä sopiakseni haastatteluajan. En yrittänyt suostutella heitä, koska kokemuksen tutkimuksessa on olennaista, että osallistujat haluavat vapaaehtoisesti kertoa kokemuksestaan. Tähän tutkimukseen osallistuneet ilmaisivat pitävänsä aiheen tutkimista tärkeänä ja kertoivat mielellään kokemuksestaan, mitä voidaan pitää luotettavuutta lisäävänä tekijänä. Fenomenologisen tutkimuksen osallistujien lukumäärästä ei voida antaa tarkkaa ohjetta, ja tutkimusta arvioidaan sen mukaan, onko tutkija pystynyt kuvaamaan ilmiön merkityksellisesti (Preece 2003).

Tämän tutkimuksen osallistujat olivat kaikki yhden kaupungin asukkaita, joten maalla asuvien tai eri kaupungissa asuvien potilaiden ja heidän läheistensä kokemukset olisivat voineet rikastuttaa aineistoa.

Tutkimuksen tarkoituksen täsmentyminen aineiston keruun ja analyysin aikana on mahdollista laadullisessa tutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2007, Hirsjärvi ym. 2009) enkä pidä sitä luotettavuuteen vaikuttavana tekijänä. Aineiston analyysiin sovelsin Colaizzin (1978) esittämää analyysimenetelmää, jonka on todettu sopivan kuvaamaan ihmisten kokemuksia (Mackey 2005). Se sopii myös esittämäni ihmiskäsitykseen, koska Colaizzi (1978) edustaa eksistentiaalista fenomenologiaa.

Tekemäni analyysin vaiheiden esittämisestä huolimatta analyysia ei voida toistaa täsmälleen samanlaisena, koska siinä on mukana tulkintaa. Esittämäni merkitysrakenne on konstruoimani ymmärrys ilmiöstä, joka muodostui yhteensä 10 potilaan kuvaamista kokemuksista elämästään polven nivelrikon kanssa ja heidän läheistensä kuvaamista kokemuksista elämästään polvinivelrikkoa sairastavan potilaan kanssa. Merkitysrakenne eli useita vaiheita, vaikka analyysin lopussa teemat olivatkin selkeät. Lopullisen muodon merkitysrakenne sai monien eri kuvioden kautta.

Tutkimuksen raportoinnin olen tehnyt perinteiseen tapaan. Tosin jo tutkimusaineiston keruun ja analyysivaiheen kuvauksessa olen esittänyt ongelmallisia kohtia ja pohdintaa. Peilattessani tutkimustuloksia aikaisempaan tutkimustietoon olen päätenyt ehkä liiankin tarkkaan tarkasteluun. Tämä oli tietoinen valinta, koska niiden antama tieto vahvistaa osaltaan myös tämän tutkimuksen tuloksia ja siten lisää luotettavuutta. Lisäksi se antaa lukijalle monipuolista tietoa tutkimusaiheesta. Uskon myös liitteenä olevien taulukoiden aikaisemmista tutkimuksista hyödyntävän hoitotyön opiskelijoita ja käytännön hoitotyössä olevia henkilöitä sekä antavan uusia tutkimusaiheita sekä hoitotieteelle että perhehoitotieteelle.

Koko tutkimusprosessin tutkimusaiheen valinnasta tutkimusraportin kirjoittamiseen olen pyrkinyt kuvaamaan niin avoimesti ja selkeästi, että lukija pystyy seuraamaan prosessin vaiheita. Osan tekemistäni valinnoista olen perustellut asianomaisessa valintatilanteessa enkä siksi käy niitä tässä kaikkia läpi vaan viittaatan aikaisempiin lukuihin. Olen kuitenkin tietoinen siitä, että tekemäni valinnat ovat itseni näköisiä ja toinen tutkija saattaisi löytää aineistosta toisenlaisen merkitysrakenteen (Pringle ym. 2011). Lukija puolestaan tekee lukemastaan oman tulkintansa ja voi siten arvioida esittämieni tulosten luotettavuutta.

## **Osallistujien sanallisen ilmaisen ja hänen kokemuksensa vastaavuus**

Osallistujien sanallinen ilmaisu voi olla vastaamatta heidän kokemustaan, jonka tavoitettavuus liittyy kieleen ja käsitteisiin (Latomaa 2005). Tämän tutkimuksen aihe

oli osallistujien omakohtaisesti kokema. Polven nivelrikko on yleinen eikä erityisen arkaluonteinen sairaus, jota voi kuvata tavallisilla arki-ilmaisuilla. Haastatteluissa käyttämämme kieli oli normaalia puhekieltä, enkä käyttänyt outoja käsitteitä haastattelutilanteessa. Koska tein haastattelut osallistujien kotona, minulla oli mahdollisuus tehdä havaintoja potilaan liikkumisesta ja asuinympäristöstä sekä keskustella niihin liittyvistä konkreettisista asioista (Laine 2007). Tähän tutkimukseen osallistuneet nivelrikkoa sairastavat iäkkäät potilaat ja heidän läheisensä kykenivät ilmaisemaan itseään sanallisesti (Robinson 2000, Elo & Isola 2008) kahta lukuun ottamatta hyvin. Kahden potilaan haastatteluaineisto oli muita niukempaa, mikä saattoi johtua toisen potilaan heikentyneestä kuulosta ja toisen potilaan lievän aivohalvauksen jälkitilasta. Tosin syynä voi olla ainoastaan heidän vähäpuheisuutensa. Heidän haastatteluaineistonsa kattoi kuitenkin ilmiön tutkimisen kannalta keskeiset asiat, joten ne ovat mukana analyysissä.

Iäkkäät naiset voivat vähätellä kokemustaan (van der Hoonaard 2005), mutta tämän tutkimuksen osallistujat eivät niin tehneet, vaan he olivat halukkaita kertomaan kokemuksistaan erityisesti ensimmäisen haastattelun aikana. Toiseen haastatteluun yksi osallistujapari ei halunnut enää osallistua potilaan heikentyneen terveydentilan takia enkä vaivannut heitä enää kolmanteenkaan haastatteluun. Yhden potilaan läheinen ei osallistunut toiseen eikä kolmanteen haastatteluun. Kunnioitin hänen päätöstään enkä kysynyt syytä osallistumattomuuteen. Kolmannen haastattelun kohdalla esiintyi mahdollisesti jo haastatteluväsymystä, sillä yksi potilas ei halunnut osallistua enää kolmanteen haastatteluun väsymyksensä takia enkä vaivannut silloin myöskään hänen läheistään. Nämä ovat voineet vaikuttaa aineiston luotettavuuteen. Muutamassa haastattelutilanteessa potilas väsyi istumaan paikallaan (Elo & Isola 2008) ja nousi välillä liikkeelle, mutta se ei häirinnyt haastattelua.

Joissakin haastattelutilanteissa perheenjäsenen läsnäolo samassa huoneessa on saattanut vaikuttaa haastateltavana olevan haluun kertoa avoimesti kokemuksestaan (Andersson & Andersson 1999). Eettisistä syistä en kuitenkaan voinut vaatia perheenjäsentä poistumaan huoneesta. Osallistujat saattoivat myös varoa kertomasta avoimesti kokemuksiaan, jos he pitivät minua terveydenhuollon edustajana. Olin sekä tiedotteessa että sanallisesti ilmaissut heille, että en edusta terveydenhuoltojärjestelmää eikä heidän kertomallaan ole vaikutusta hoitoon. Lisäksi uskon, että kolme haastattelukertaa lisäsi heidän luottamustaan ja avoimuuttaan. He kysyivät kuitenkin minulta hoito-ohjeita joko siksi, että olin kertonut olevani sairaanhoitaja, tai siksi, että pitivät minua nivelrikon hoidon asiantuntijana, koska tutkin aihetta. Hoitoon liittyvissä ongelmissa ohjasin heidät kysymään hoitavalta taholta. Tämä on voinut vaikuttaa joko myönteisesti tai kielteisesti heidän haluunsa ilmaista itseään minulle tutkijana ja siten vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen.

## Tutkijan kyky tavoittaa osallistujien kokemusmaailma

Tutkijana voin olla myös tavoittamatta tutkimukseen osallistuneiden kokemusmaailmaa; sen tavoittamiseksi on oltava yhteistä kieltä, kokemustaustaa ja elämänhistoriaa (Latomaa 2005, Elo & Isola 2008). Sekä osallistujilla että minulla tutkijana oli yhteinen kieli. Sen lisäksi, että äidinkielemme oli suomi, minulla oli ikäni ja ammattini takia edellytykset ymmärtää heidän tapaansa ilmaista itseään paikoin hieman vanhahtavin termein. Lisäksi tein kaksi polven nivelrikkoo sairastavan iäkkään potilaan pilottihaastattelua ennen varsinaisia haastatteluja, havainnoin nivelrikkoo sairastavien potilaiden ryhmäohjausta sekä tutustuin iäkkäiden potilaiden haastattelua koskeviin ohjeisiin valmistautuessani haastattelutilanteisiin. Olin kerännyt aikaisempaan tutkielmaani aineiston haastattelemalla, joten minulla oli kokemusta haastattelusta, mitä voidaan pitää luotettavuutta lisäävänä tekijänä. Osallistujien omien sanojen käytön on esitetty lisäävän tutkimuksen luotettavuutta (Standing 2009). Muutin osallistujien autenttiset ilmaisut yleiskielelle tulkitessani ilmaisuihin sisältyviä merkityksiä, mikä on voinut heikentää luotettavuutta.

Ensimmäisessä pilottihaastattelussa huomasin pelkääväni hiljaisuutta ja kiirehdin eteenpäin enkä antanut haastateltavalle riittävästi aikaa ajatella (Kvale 1996, Hirsjärvi & Hurme 2004). Myöhemmin maltoin odottaa ja annoin osallistujien muotoilla sanottavansa rauhassa (Jokinen ym. 2002). Ymmärsin aikaisemman haastattelukokemukseni perusteella varata riittävästi aikaa jokaiseen haastatteluun, jotta jaksaisin tarkkaavaisena ja kiinnostuneena kuunnella haastateltavien kertoma (Lehtomaa 2005, Elo & Isola 2008). Kunnioittaakseni ja arvostaakseni heitä menin haastatteluun etukäteen valmistautuneena ja heille sopivana aikana. Haastattelutilanteessa teitittelin heitä, jos he itse eivät ehdottaneet sinuttelua. Myös taustani sairaanhoitajana ja nivelrikkoo sairastavan potilaan läheisenä lisäsivät kykyäni eläytyä osallistujien kokemusmaailmaan (Elo & Isola 2008). Kerroin taustani osallistujielle, jotta hekin ymmärsivät, että heillä ja minulla on yhteistä kokemustaustaa, mikä mahdollisti luottamuksellisen suhteen syntymistä välillemme (Jokinen ym. 2002, Randell ym. 2006). Haastattelin osallistujat kolme kertaa: ennen heidän osallistumistaan ryhmäohjaukseen, ryhmäohjauksen jälkeen ja puoli vuotta ryhmäohjauksen jälkeen, mikä lisäsi luottamusta välillämme (Åstedt-Kurki ym. 2001). Haastattelujen alussa kävin arkipäiväistä, yleistä keskustelua hyvän ja vapautuneen ilmapiirin luomiseksi. Haastattelun lopussa pyysin osallistujia vielä kertomaan lisää, jos heillä oli jotakin mielessä ja lopetin haastattelun vapaamuotoiseen keskusteluun. (Elo & Isola 2008.)

Kirjoitin aineistonkeruuvaiheessa tutkijan päiväkirjaa, jossa reflektoin haastattelutilanteita oppiakseni itsestäni kuuntelijana. Ennen uutta haastattelua kuuntelin edellisen haastattelun voidakseni kehittyä haastattelijana ja palauttaakseni mieleeni potilaan ja

hänen läheisensä elämäntilanteen. Pidempiaikainen tutustuminen tutkimuksen osallistujiin olisi voinut vielä parantaa luottamusta välillämme.

## **Aineistolähtöisyys**

Aloitin tutkimusaineiston analyysin ensimmäisten haastattelujen jälkeen. Tein analyysin aineistolähtöisesti ilman ennalta määritettyä teoriaa. Aikaisempaan nivelrikkoa sairastavia potilaita ja heidän läheisiään koskevaan tutkimustietoon olin tutustunut tutkimussuunnitelman tekovaiheessa lyhyesti. Varsinaisen kirjallisuuskatsauksen tein vasta saatuani analyysin tehtyä ja perehdyin siihen tarkemmin analyysin jälkeen, joten se ei ohjannut analyysiani. Analysoin aineiston soveltaen Colaizzin (1978) esittämää analyysimenetelmää aineistooni sopivaksi.

Olen ollut tutkimusaineistoni parissa pitkään, minkä katson lisäävän luotettavuutta. Analyysin tekeminen kesti minulta syksystä 2007 vuoden 2010 loppuun ja oli alussa hyvin vaikeaa. Osin analyysin hitauteen vaikutti se, että tein sitä pääosin työni ohessa. Vaikka työskentelin aineistoni parissa koko ajan, en aluksi onnistunut analyysin toteuttamisessa fenomenologisesti. Vain loma-aikoina pystyin keskittymään aineistoon kerralla riittävän syvällisesti ja pitkään, mitä sulkeistaminen ja mielikuva-muuntelu vaativat.

Aikaisemman tiedon sulkeistaminen ei sujunut helposti. Siitä on kovin vähän selkeitä ohjeita (Penner & McClement 2008), ja jotkut tutkijat ovat Fisherin (2009) mukaan jopa mystifioineet sulkeistamisen, kun taas toiset suhtautuvat siihen välinpitämättömästi. Minulta se vaati hyvin paljon opettelua, kärsivällisyyttä ja jatkuvaa kriittistä pohdintaa omia tulkintojani tehdessä. Analyysi oli kulkemista edestakaisin aineiston ja tulkinnan välillä. Se eteni pienin askelin, ja aluksi palasin jatkuvasti alkuperäiseen aineistoon tulkintojeni oikeellisuuden varmistamiseksi.

Analyysia tehdessäni oivalsin esiyymmärrykseni olevan hyvin perinteinen lääketieteen ohjaama ja usein sokeuduin omille ratkaisuille. Näitä ratkaisuja tutkijayhteisö kyseenalaisti, ja jouduin palaamaan takaisin alkuun. Saatua analyysin loppuun analysoin vielä yhden potilaan ja läheisen haastattelun uudelleen varmistaakseni tekemäni tulkinnat. Lukija voi seurata analyysin etenemistä osallistujien ilmaisuista, ilmaisujen keskeisen sisällön kuvaamisesta yleiskielellä ja ilmaisuun sisältyvän merkityksen kautta teemaan liitteestä 10. Myös tutkimustulosten yhteydessä esitetyt autenttiset lainaukset osallistujien kokemuksista antavat lukijalle mahdollisuuden arvioida analyysia (Priest 2002).

Analyysia aloittaessani uskoin perehtyneeni fenomenologisen tutkimuksen tekemiseen ja Colaizzin analyysimenetelmään riittävästi, mutta analyysin konkreettinen

tekeminen olikin odottamattoman ongelmallista. Luotettavuutta olisi mielestäni lisännyt, jos minulla olisi ollut enemmän kokemusta fenomenologisesta analyysistä.

### **Tutkimusprosessin kontekstisidonnaisuus**

(tutkimustuloksien sidonnaisuus aineiston keruuajaiseen osallistujien elämäntilanteen ulottuvuuksiin ja kokemuksiin sekä niihin liittyvien merkitysten yhteys heidän kokemansa maailman kokonaisuuteen).

Tutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa on otettava huomioon niiden yhteys tutkimus-tilanteeseen. Polven nivelrikkoa sairastavat iäkkäät potilaat olivat olleet terveydenhuollon piirissä sairautensa takia jo jonkin aikaa. Kyseisenä ajankohtana potilaiden hoitoon pääsyn kannalta merkittävä hoitotakuu oli ollut voimassa noin kahden vuoden ajan, mutta toisaalta koko ajan käytiin keskustelua terveydenhuollon resurssien riittävydestä ja kasvavan vanhusväestön määrästä ja heidän hoitamisestaan. Ensimmäisessä haastattelutilanteessa potilaat olivat käyneet fysioterapeutin vastaanotolla ja odottivat yhdessä läheisensä kanssa pääsyä ryhmäohjaukseen. Ryhmäohjauksessa kukin läheinen oli ryhmässään ainoa perheenjäsen yhteensä 8–10 polvinivelrikkoa sairastavan potilaan kanssa. Kolmannessa haastattelutilanteessa yksi potilas oli ollut jo tekonivelleikkauksessa. Kolmen potilaan tekonivelleikkausaika oli sovittu, kaksi potilasta odotti jatkotutkimuksia, yhden potilaan kohdalla leikkaus oli todettu tarpeettomaksi ja yksi ei vielä tiennyt jatkohoidostaan. Kaikki nämä seikat ovat yhteydessä aineiston hankkimisen aikaiseen hetkeen ja siten vaikuttivat osallistujien sen hetkiseen koettuun maailmaan, jossa yhdistyivät muisti, opitut tavat, omat kertomisen tavat, valikoituneet elämäntapahtumat sekä tiedostetut ja tiedostamattomat motivaatiot (Sandelowski 2002). Myös tutkimustilanne itsessään merkitsi jotakin osallistujille (Lehtomaa 2005).

### **Tutkijan subjektiivisuus ja vastuullisuus**

Fenomenologisessa tutkimuksessa tutkijan subjektiivisuus näkyy tutkimuksen kaikissa vaiheissa, ja siksi käytän tutkimusraportissa yksikön ensimmäistä persoonaa (Kiviniemi 2008). Tutkimuksellinen ymmärrys on rakentunut ajattelussani ja on siten tulkintaa-ni, koska tulkinta kuuluu ihmisen olemassaolon perusrakenteeseen. Olen kuitenkin pyrkinyt tavoittamaan iäkkään potilaan ja hänen läheisensä kokemusta sellaisena kuin se heille ilmenee tietoisena siitä, että se on pyrkimys eikä absoluuttisesti mahdollista. (Perttula 2005.) Toistuvalla palaamisella alkuperäisaineistoon pyrin sulkemaan omat subjektiiviset kokemukseni ulkopuolelle. Koska kyseessä on toisen ihmisen kokemusmaailma, vastavuoroisuuden mukaan myös minä tutkijana muutun koko ajan (Rauhala

2005). Tarkkoja kriteereitä siitä, koska analyysi tulee lopettaa, ei ole, vaan tutkijan pitää luottaa analyysinsä riittävyteen ja hyväksyä se, ettei se koskaan tule olemaan täydellinen tai lopullinen (Colaizzi 1978).

Tutkimustoimet olen pyrkinyt suorittamaan vastuullisesti, vaikka kaikkia yksityiskohtaisia vaiheita on mahdotonta kuvata niin, että toinen voisi käydä täsmällisesti saman prosessin läpi. Analyysin pitkäaikainen prosessointi ei myöskään mahdollista täysin tarkkaa kuvausta.

## **Tavoiteltavan tiedon laatu**

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa toiminnan tueksi todellisuutta hahmottavaa tietoa, jonka pitää olla sidoksissa totuuteen. Totuus on kuitenkin moniselitteinen käsite. (Kylmä & Juvakka 2007.) Perttulan (1995) mukaan kvalitatiivinen tutkimus tavoittelee kielellisesti ilmaistavaa essentiaalista, käsitteellistä ja persoonakohtaista yleistä tietoa. Tämän tutkimuksen tuottama tieto on käsitteellistä ja persoonakohtaista yleistä tietoa. Käsitteellinen yleinen tieto tässä tutkimuksessa tarkoittaa osallistujien kokemusten merkitysten ja niiden suhteiden esittämistä. Persoonakohtainen yleinen tieto tulee näkyviin yksittäisen osallistujan muista poikkeavana kokemuksena. Näiden luotettavuuden arviointi on ongelmallista, koska aineiston tulkinta ja ymmärtäminen ovat vaatineet luovaa ajattelua. Analyysivaiheessa jatkuva omien tulkintojen vertaaminen alkuperäiseen aineistoon lisää luotettavuutta.

## **Tutkijayhteisö**

Tutkijayhteisön mukana olo tutkimuksen suunnitteluvaiheesta alkaen tukee tutkimuksen luotettavuutta (Perttula 1995). Olen keskustellut tutkimusprosessin aikana tutkimusaiheesta, menetelmävalinnoista ja tekemistäni ratkaisuksista sekä ohjaajien kanssa että useissa jatkokoulutusseminaareissa. Analyysivaiheessa sain ohjausta fenomenologista menetelmää soveltaneelta kokeneemmalta tutkijalta. Saamani palaute ohjasi tarkastelemaan asioita uudelleen tarkemmin ja syvemmin. Luotettavuutta olisi lisännyt samaa aihetta tutkivan toisen tutkijan arviointi analyysistä ja merkitysrakenteesta (Puotiniemi & Kyngäs 2003, Donalek 2004, Flinkman & Salanterä 2004). Tutkimuksen tuloksien luotettavuutta vahvistaa kuitenkin se, että aikaisemmissa tutkimuksissa on löydettävissä vastaavuutta tässä tutkimuksessa saatujen tulosten kanssa (Moilanen & Rähkä 2007).

## **Konkreettisuus ja resonanssi**

Tutkimuksen tulosten hyödynnettävyys käytännössä ja lukijalle syntyvä ymmärrys tuloksista lisäävät luotettavuutta (de Witt & Ploeg 2007). Nivelrikkoa sairastavien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä kanssa työskentelevät henkilöt saavat tulosten avulla aikaisempaa syvempää ymmärrystä polven nivelrikkoa sairastavana potilaana ja potilaan läheisenä olemisen kokemuksista. Ymmärryksen lisääntyminen auttaa kehittämään hoitotyötä yksilölliseksi ja ihmisten omat kokemukset huomioon ottavaksi kohtaamistilanteeksi. Tämän tutkimuksen tulosten hyödynnettävyyden hoitotyön käytännössä ovat todenneet jatkokoulutusseminaareihin osallistuneet hoitotyöntekijät sekä opettajakollega, joka on nivelrikkoa sairastavan potilaan läheinen. Tutkimusta tehdessäni koin nivelrikon sairastamisesta tai nivelrikkoa sairastavan potilaan läheisenä olemisesta oivalluksia, joita uskon myös lukijan löytävän tutkimuksen tuloksista.

## **8.3 Tutkimustulosten tarkastelu**

Tämän tutkimuksen tulokset saavat vahvistusta aikaisemmissa tutkimuksissa esille tulleesta tiedosta polven nivelrikon sairastamisesta iäkkään potilaan kokemana ja elämisestä polven nivelrikkoa sairastavan potilaan kanssa läheisen kokemana, mutta tuloksissa on myös aiemmin vähän kuvattuja piirteitä polven nivelrikon sairastamisesta ja polven nivelrikkoa sairastavan potilaan läheisenä elämisestä.

### **8.3.1 Iäkkään potilaan kokemusten tarkastelu**

#### **Luottamuksen menetys omaan kehoon ja sen toimintaan**

Potilas koki polven nivelrikkoa sairastaessaan menettävänsä luottamuksen omaan kehoonsa ja sen toimintaan. Hän koki, ettei hänen heikko kehonsa ollut kestänyt vanhenemista eikä niitä rasituksia, joita se oli joutunut kohtaamaan potilaan pitkän elämän aikana. Hänen perimänsä oli mahdollisesti tehnyt kehosta heikon. Aiemmissa nivelrikon syitä koskevissa tutkimuksissa on tullut esille osaksi samanlaisia, mutta osaksi erilaisia potilaiden käsityksiä nivelrikkoa aiheuttavista tekijöistä. Aikaisempien tutkimusten mukaan potilaat ajattelevat nivelrikon johtuvan perinnöllisistä tekijöistä (Kee 1998, Okma-Keulen & Hopman-Rock 2001), nivelen kulumisesta ja liiallisesta



rasituksesta (Kee 1998, Okma-Keulen & Hopman-Rock 2001, Victor ym. 2004), ilmastollisista tekijöistä tai nivelen vammasta (Kee 1998, Victor ym. 2004, Hill & Bird 2007, Turner ym. 2007) tai liittyvän normaaliin vanhuuteen (Kee 1998, Hudak ym. 2002, Victor ym. 2004, Gignac ym. 2006, Hill & Bird 2007, O'Neill ym. 2007, Turner ym. 2007). Osa potilaista uskoo depression, stressin, huonon kasvuaikaisen terveydentilan ja ruokavalion toisen maailmansodan aikana vaikuttavan nivelrikon puhkeamiseen (Okma-Keulen & Hopman-Rock 2001) tai viruksen aiheuttavan nivelrikkoa (Turner ym. 2007).

Potilas saattoi ajatella sairastumisensa johtuvan itsestä huolenpidon laiminlyönnistä ja koki siksi syyllisyyttä. Aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole tullut esille potilaan kokemaa syyllisyyttä nivelrikkoon sairastumisesta, mutta muun muassa Spring ym. (2011) ovat kuvanneet kroonisesti sairaan potilaan kokevan olevansa perheelleen taakkana ja tuntevan syyllisyyttä sairastamisestaan.

Potilas ei voinut enää luottaa kehonsa toimivuuteen aikaisemmalla tavalla, koska nivelrikkoinen jalka saattoi potilaan sille varatessa ennalta arvaamattomasti pettää, jolloin potilas kaatui. Nivelrikon on todettu lisäävän kaatumisen riskiä (Saari ym. 2007). Kaatumisen mahdollisuuskin pelotti potilasta, kun hän liikkui jalkaisin. Aikaisemmissa tutkimuksissa on esitetty vastaavia potilaiden kokemuksia kaatumisesta ja luottamuksen menettämisestä. Nivelrikosta kärsivä potilas on menettänyt luottamuksen omaan kehoonsa (Toye ym. 2006, Gustafsson ym. 2007, Maly & Krupa 2007) ja nivelen toimintakyvyttömyyden on todettu olevan yksi tärkeimmistä potilaan kokemista oireista (Tallon ym. 2000). Potilaiden on kuvattu pelkäävän kaatumista jalan pettäessä ennakoimattomasti alta (Baird ym. 2007, Parsons ym. 2009, Tanimura ym. 2011). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan naispotilas saattoi kärsiä liikkumisongelmista johtuvasta virtsankarkaamisesta. Aikaisemmin myös Baird (2003) on esittänyt nivelrikkoa sairastavan potilaan kokevan vaikeuksia toiminnoissa wc-käynneillä.

Polven nivelrikkoa sairastava potilas koki sairautensa olevan pysyvä ja jatkuvasti läsnä, eikä hän voinut unohtaa sitä. Myös Baird (2003) ja Gustafsson kollegoineen (2007) kuvaavat nivelrikon olevan potilaan mielessä kaiken aikaa. Iäkäs potilas kärsi polven pettämisoireen lisäksi monenlaisista muistakin fyysisistä oireista, joiden määrä, laatu ja paikka vaihtelivat ennalta arvaamattomasti. Potilaan polvi voi lukkiutua, olla jäykkä ja kankea ja siinä tuntui särkyä tai kipua. Nämä oireet saattoivat vaihdella lievistä hyvin voimakkaisiin oireisiin. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu nivelrikkoa sairastavan potilaan kärsivän nivelen toimintakyvyttömyydestä ja instabiliteetista sekä tasapainon menetyksestä, lihasten heikkoudesta, jäykkyydestä ja turvotuksesta (Tallon ym. 2000, Tanimura ym. 2011). Kivun ja säryn on todettu vaivaavan nivelrikkoa sairastavaa potilasta useissa aikaisemmissa tutkimuksissa (mm. Hopman-Rock ym. 1997, Kee 1998, Keysor ym. 1998, Keefe ym. 1999, Tallon ym. 2000, Burks 2002,

Jakobsson & Hallberg 2002, 2006, Baird 2003, Kee 2003, Ferreira & Sherman 2007, Jinks ym. 2007, McHugh ym. 2007a, Hall ym. 2008, Hawker ym. 2008, Tsai ym. 2008, Parsons ym. 2009, Perrot ym. 2009, Woolhead ym. 2010).

Tämän tutkimuksen osallistajat kärsivät vaihtelevasta särystä ja kivusta, joka tuntui polven yläpuolella, polvessa, polven alapuolella tai polvitaiepeessa. Nivelrikkoon liittyvää kivusta potilaat ovat kuvanneet kivun sijaintia, kestoa ja voimakkuutta (McDonald 2009) sekä kahta erilaista kiputyyppiä: heikko särkevä kipu, joka pysyi samanlaisena ajan kuluessa, ja intensiivisempi pistävä lyhyissä jaksoissa tuleva usein ennakoimaton kipu, joka oli emotionaalisesti kuluttavaa elämänlaatuun vaikuttavaa kipua (Hawker ym. 2008). Kivun on todettu olevan keskivaikeaa tai vaikeaa (McHugh ym. 2007a, Tsai ym. 2008) tai herpaantumaton kipua (Hall 2008), joka vaihtelee toisilla potilailla paljon ja toisilla vähän (Allen ym. 2006). Potilaat kokevat kivun olevan hallitseva (Parson ym. 2009) ja keskeinen heidän elämässään (Marcinkowski ym. 2005, Maly & Krupa 2007). Naisten (Tsai 2007), erityisesti runsaasti ylipainoisten (Perrot ym. 2009), on kuvattu kokevan eniten kipua ja kertovan kivustaan miehiä enemmän (Shea & McDonald 2011). Depression, fyysisen rajoittuneisuuden, matalan koulutustason ja sosiaalisten kontaktien vähyden on todettu olevan yhteydessä kivun kokemiseen (Rosemann ym. 2008b).

Kivun määrän muuttamista sairastamisen aikana koskevien tutkimusten tulokset ovat olleet vaihtelevia. McHugh kollegoineen (2011) on todennut 12 kuukauden seurantatutkimuksessaan, että polven nivelrikkoa sairastavilla potilailla voi kipu jopa vähentyä ilman hoitotoimia. Myös Jakobsson ja Hallberg (2002) ovat todenneet, ettei nivelrikkoa sairastavan potilaan kipu pahentunut iän eikä sairauden keston lisääntyesssä, kun taas van Dijk kollegoineen (2006) ja McHugh kollegoineen (2007a) esittävät sairastamisen keston lisäävän kipua.

Kokemiensa oireiden vaihteluun potilas yritti etsiä ymmärrystä sään vaihtelusta ja nivelrikkoisen polven rasittamisesta. Hän ei kuitenkaan aina löytänyt selitystä siihen, mikä oireiden vaihteluun vaikutti. Kävelemisen ja kantamisen on todettu aiheuttavan polvikipua iäkkäälle potilaalle (Ong & Jinks 2006). Potilas saattoi kokea vaivojensa helpottuvan itsestään ajan kuluessa, kuten myös Dekker (2009) sekä Johnson kollegoineen (2007) ovat todenneet.

Potilaalle oli määrätty kipulääkettä otettavaksi tarvittaessa kipuun. Hän kuitenkin sietoi kipua ja särkyä ja otti kipulääkettä vain vähän tai ainoastaan kivun ollessa kova, koska pelkäsi kipulääkkeen haittavaikutuksia, lääkkeeseen tottumista tai ei ottanut kipulääkettä läheisen lääkekielteisyyden takia. Aikaisemminkin on todettu nivelrikkoa sairastavien potilaiden olevan haluttomia käyttämään kipulääkettä ja ottavan sitä vähemmän tai harvemmin kuin on määrätty (Merkle & McDonald 2009). Potilaiden kipulääkkeiden käyttöön vaikuttavat käsitykset kivusta ja suhtautuminen kipuun sekä kielteinen asenne kipulääkkeitä kohtaan (Sale ym 2006). Potilaat saattavat myös ajatella

kivun kuuluvan vanhuuteen (Dickson & Kim 2003). He pelkäävät lääkkeiden käytön aiheuttavan sivuvaikutuksia (Baird 2003, Ratcliffe ym. 2004, Bower ym. 2006, Sale ym. 2006, Demierre ym. 2011) ja riippuvuutta (Jinks ym 2007), vaikka kipulääkkeen käytön on todettu kivun lieventymisen lisäksi vähentävän kivusta kärsivän potilaan kaatuilua (Leveille ym. 2002).

Potilaat käyttävät myös erilaisia omahoitomenetelmiä kivun hoidossa (Dickson & Kim 2003, Ong & Jinks 2006, Sale ym. 2006), ja potilaan saaman tuen ja ohjauksen on todettu vähentävän potilaan kokemaa kipua (Unutzer ym. 2008). Toisaalta aikaisemmissa tutkimustuloksissa on esitetty potilaiden käyttävän kipulääkettä kivun hallitsemiseen (Rinne & Vuokila-Oikonen 1994, Tallon ym. 2000, McHugh ym. 2007a, Tsai ym. 2008, Poitras ym. 2010). Potilaat eivät kuitenkaan tiedä kipulääkkeen ottamisen ennaltaehkäisevää merkitystä eivätkä sitä, että tulehduskipulääke pitää ottaa ruuan kanssa (Hill & Bird 2007).

Potilas koki heikkenevänsä, olevansa voimaton ja väsynyt, koska kipu, särky, katkonainen yöuni ja jatkuva sisällä olo kuluttivat voimavaroja, joita ulkoilemalla ei pystynyt kartuttamaan. Päiväunet eivät aina poistaneet väsymystä ja jaksamattomuutta. Aikaisemmissakin tutkimuksissa on todettu nivelrikkoo sairastavien potilaiden kärsivän väsymyksestä ja voimattomuudesta (Toye ym. 2006, Hirvonen 2007, Zautra ym. 2007, Snijders ym. 2011). Nivelrikkoo sairastavan potilaan kokema väsymys on kuvattu uupumuksena, joka ei vähene levolla ja jota kipu, kipulääkitys, ikä, sää ja huono nukkuminen lisäävät (Power ym. 2008). Nivelrikkoo sairastavien väsymyksen on esitetty olevan yhteydessä potilaan korkeaan ikään, nukkumisvaikeuksiin, depression, toiminnanvajavuuteen (Stebbing ym. 2010) ja olevan naisilla suurempi syy fyysisen aktiivisuuden vähenemiseen kuin kivun (Murphy ym. 2008).

## **Luontaisuuden muutos**

Nivelrikko muutti potilaan luontaisuutta, mikä ilmeni kehon ja kehon toiminnan muuttumisena, varomisena ja varuillaan olona, luonteen vastaisesti toimimisena sekä huonouden ja häpeän tunteena. Potilaan keho muuttui ulkoisesti erilaiseksi kuin se oli ennen nivelrikkoon sairastumista ollut. Nivelrikkoinen polvi turposi, vääntyi, narisi, paukkui tai ontumisen seurauksena potilaan ryhti muuttui vinoksi. Aikaisemmin on esitetty nivelrikkoo sairastavien potilaiden tuntevan huolta ulkonäöstään ja kokevan kehonsa muuttuvan heikoksi (Gustafsson ym. 2007) ja kehonkuvansa negatiivisena (Parsons ym. 2009).

Kehon muuttuminen ja kipu pakottivat potilaan muuttamaan toimintojaan selviytyäkseen niistä. Potilaan kävelytapa, portaissa kulkeminen ja muiden perustoimintojen suorittaminen vaikeutuivat. Lisäksi potilaan oli muutettava nukkumistottumuksiaan

polven nivelrikon takia. Useissa muissa aikaisemmissa tutkimuksissa on tuotu esille nivelrikkoa sairastavien potilaiden kokemia vaikeuksia jokapäiväisessä elämässä selviytymisessä (Tallon ym. 2000, Baird ym. 2003, 2007, Jinks ym. 2007, Maly & Krupa 2007, Hall ym. 2008, Parsons ym. 2009, Tanimura ym. 2011). Liikkumisen jalkaisin (Rinne & Vuokila-Oikkonen 1994, Baird ym. 2003, 2007, Parsons ym. 2009), tavaroiden nostelemisen, portaissa kulkemisen ja autolla ajon (Klinger ym. 1999, Burks 2002, Jinks ym. 2007) on todettu vaikeutuneen sekä nukkumistapojen muuttuneen (Klinger ym. 1999, Parsons ym. 2009). Nivelrikko pakottaa potilaan muuttamaan toimintaansa (Klinger ym. 1999, Hall ym. 2008) ja nivelrikkoa sairastavan potilaan onkin olennaista muuttaa ja muokata aktiviteettejaan (Keysor ym. 1998).

Nivelrikkoa sairastava potilas varoi ja oli varuillaan liikkueensa ja nukkuessaan, ettei nivelrikkoiseen polveen sattuisi sille varatessa tai sitä siirtäessä. Potilaan piti liikkueessa koko ajan varmistaa polven kestävyys ja nukkuessa varoa kipua aiheuttavaa polven asentoa. Aikaisemmin on todettu nivelrikkoa sairastavien potilaiden olevan varuillaan polven oireiden takia (Maly & Cott 2009) ja pelkäävän kaatumista (Baird ym. 2007) sekä käytävän tyynyä jalkojensa välissä nukkuessaan ehkäistäkseen yökipua (Woolhead ym. 2010).

Polven nivelrikkoa sairastava potilas koki joutuvansa toimimaan luonteensa vastaisesti. Hän muuttui hitaaksi ja kankeaksi. Ennen nivelrikkoon sairastumista ongelmitta tapahtuneet toiminnot sujuivat hidastetusti ja taipumiset olivat vaikeita tai mahdottomia. Aikaisemmissa tutkimuksissa on esitetty vastaavia tuloksia. Nivelrikkoa sairastavat potilaat kokevat taipumisen vaikeana ja olevansa hitaita toiminnoissaan (Baird. 2003, 2007, Maly & Krupa 2007).

Ennen nivelrikkoon sairastumista luonteeltaan vilkkaasta potilaasta tuli nivelrikon takia hiljainen kotona olija. Myös Lapsley kollegoineen (2001) ja Karjalainen (2006) ovat todenneet nivelrikon vaikuttavan huonontavasti sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen. Potilaan on kuvattu tuntevan eristäytyneisyyttä (Rinne & Vuokila-Oikkonen 1994, Keysor ym. 1998) ja nivelrikkoa sairastavien potilaiden elämän on kuvattu keskittyvän enimmäkseen kotiin (Baird ym. 2007).

Potilaan rooli naisena tai miehenä tai isovanhempana muuttui rajoittuneen pukeutumisen, huonon liikkumisen tai sukupuolielämän vähenemisen takia. Aikaisemmissa nivelrikkoa sairastavia potilaita koskevissa tutkimuksissa on tullut esille samanlaisia tuloksia. Nuorten polven nivelrikkoa sairastavien potilaiden on todettu kokevan urheiluun tai työhön liittyvien roolien muuttumisen (Keysor ym. 1998). Nivelrikon on kuvattu vaikuttavan isovanhemmuteen (Lapsley ym. 2001), yleensä perheenjäsenenä olemiseen (McHugh ym. 2007b) ja sosiaalisten roolien muuttumiseen (Demierre ym. 2011) sekä sukupuolielämän huonontumiseen (Karjalainen 2006).

Kykenemättömyys, tarpeettomuuden ja saamattomuuden tunne kotitöihin osallistumisessa sekä potilaaksi ja vanhaksi itsensä kokeminen saivat potilaan tuntemaan

itsensä huonoksi. Siihen voi liittyä mielialan laskua ja alakuloa. Aikaisemmin on todettu nivelrikkoa sairastavien potilaiden kokevan arvottomuutta (Sjoling ym. 2005), kykenemättömyyttä (Gustafsson ym. 2007) ja tarkoituksettomuuden tunnetta (Rinne & Vuokila-Oikkonen 1994). Potilaiden on kuvattu tuntevan myös riippumattomuuden menetystä ja avuttomuutta (Keysor ym. 1998, Demierre ym. 2011). Potilaan on todettu kokevan itsetuntonsa heikentyneen nivelrikon aiheuttamien liikkumisrajoitusten (Maly & Krupa 2007) ja avun tarpeeseen kohdistuvien välinpitämättömien asenteiden takia (Swift ym. 2002). Potilaat kokevat olevansa taakkana perheelle, ystäville ja auttajille kykenemättömyytensä ja riippuvuutensa takia (Parsons ym. 2009, Demierre ym. 2011). Nivelrikkopotilaan kokeman kivun ja toimintakyvyttömyyden on esitetty olevan yhteydessä mielialan laskuun (Keefe ym. 2004a) ja masentuneisuuteen (Tsai 2005). Tosin Jakobssonin ja Hallbergin (2006) tutkimuksen mukaan nivelrikkoa sairastavat iäkkäät potilaat eivät ole muita iäkkäitä masentuneempia.

Potilas häpesi muuttunutta tapaansa liikkua. Hän ei kuitenkaan halunnut käyttää kävelykeppiä, koska koki sen merkiksi vanhuudesta. Vastaavia tuloksia on saatu aikaisemmissakin tutkimuksissa, joissa on kuvattu potilaiden olevan haluttomia käyttämään liikkumisen apuvälineitä, koska kokevat apuvälineen olevan osoituksena sairaudesta ja kykenemättömyydestä, ja niiden takia muut kiinnittävät heihin huomiota (Maly & Krupa 2007, Parsons ym. 2009). Polven nivelrikkoa sairastavat potilaat pohtivat myös sitä, miten muut heidät näkevät ja miten sairaus vaikuttaa heidän minäkuvaansa (Marcinkowski ym. 2005, Demierre ym. 2011). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan potilas saattoi tuntea häpeää kipulääkkeiden käytöstä ja piti niiden käyttöä osoituksena vaivaisuudesta.

## **Oman vaivaisuuden ja pystyvyyden tuntemus**

Polven nivelrikkoa sairastava potilas oli tottunut sairaudestaan johtuviin vaivoihin. Potilaan polven oireilu oli alkanut vähitellen ja hän oli siksi oppinut osittain selviytymään vaivojensa kanssa. Hän yritti välttää oireita pahentavia tekijöitä ja valitsemaan sairautensa kannalta sopivia vaihtoehtoja. Aikaisemmat tutkimustulokset tukevat nyt saatuja tuloksia. Polven nivelrikkoa sairastavan potilaan polven oireilun on todettu alkavan vuosia ennen kuin oireet muuttuvat haittaaviksi (Maly & Cott 2009). Nivelrikkoa sairastavien potilaiden on esitetty oppivan tuntemaan vaivaansa ja käyttävän erilaisia keinoja selviytyäkseen (Rinne & Vuokila-Oikkonen 1994, Keysor ym. 1998, Yorgason ym. 2010, Morden ym. 2011). Heidän on todettu valikoivan ja välttävän tiettyjä toimintoja (Gignac ym. 2000, 2002, Baird 2003, Baird ym. 2003, 2007, Seomun ym. 2006). He voivat myös sopeutua kipuun ja vammaisuuteen (Dickson & Kim 2003, Clark ym. 2004). Nivelrikkoa sairastavien potilaiden sopeutumiskeinoksi on mainittu

valikointi (toiminnan rajoittaminen, vähentäminen, luovuttaminen ja toiminnan välttäminen), optimointi (toimintojen suunnittelu, enemmän ajan käyttäminen, liikkuminen kipua ja jäykkyyttä välttäen, lepääminen) ja kompensointi (toimintojen muuttaminen, toiminnan korvaaminen toisella, apuvälineiden ja laitteiden käyttäminen). Esitetyistä sopeutumiskeinoista iäkkäät potilaat käyttivät muita potilaita vähemmän valikointia. (Gignac ym. 2002.)

Oman pystyvyytensä tunteminen auttoi polven nivelrikosta kärsivää potilasta selviytymään toiminnoissaan. Hän osasi hyödyntää jäljellä olevia voimiaan, yritti tunnistaa voimiensa riittävyttä ja tarvittaessa luovuttaa ja levätä. Aikaisemmin on todettu iäkkäiden naisten vahvan tunteen pystyvyydestään olevan yhteydessä hyvään toimintakykyyn (Gaines ym. 2002). Baird (2003) puolestaan on kuvannut potilaiden selviävän huolehtimalla pystyvyydestään ja tekemällä tarkoituksenmukaisia valintoja toiminnassaan, kuten välttämällä liikkumista (Rinne & Vuokila-Oikkonen 1994) tai ottamalla torkkuja ja kuumia kylpyjä (Power ym. 2008) sekä lepäämällä (Gibbs & Klinger 2011). Nivelrikkoa sairastavien iäkkäiden naisten selviytymisessä Burke ja Flaherty (1993) ovat esittäneet itsehillinnän olevan eniten käytetty selviytymiskeino.

Aikaisemmin on todettu, että pystyvyyden tunne on yhteydessä potilaan kokeman kivun määrään (Somers ym. 2009) ja tunne kivun hallitsevuudesta on yhteydessä toimintakykyisyyteen ja fyysiseen toimintaan (Rapp ym. 2000). Parempaan pystyvyyden tunteeseen liittyy vähemmän kipua ja toiminnan vajavuutta (Wright ym. 2008). Myös polven jäykkyyden, reiden lihasten heikon voiman, korkean iän ja depression on esitetty olevan yhteydessä polven nivelrikkoa sairastavan toiminnalliseen pystyvyyden tunteeseen (Maly ym. 2006). Potilaan realistisen kuvan tilanteestaan ja sen hoidosta, kiitollisuuden ja hyväntahtoisuuden, itsearvostuksen ja käsityksen hyvistä asioista sekä elämän tarkoituksesta on kuvattu auttavan sairauden kanssa selviytymisessä (Swift ym. 2002).

Polven nivelrikosta kärsivä potilas pyrki toimimaan suunnitelmallisesti selviytyäkseen itsenäisesti tietyistä toiminnoista. Henkilökohtaisen hygienian hoitaminen ja pukeutuminen tapahtuivat hyvin suunnitelmallisesti. Myös auton hankinnassa ja asumismuodon muutoksessa potilas läheisensä kanssa oli saattanut ottaa huomioon potilaan sairauden. Aikaisemmin on esitetty nivelrikkoa sairastavien potilaiden sopeutumiskeinoina toimintojen suunnittelun, enemmän ajan käyttämisen, toimintojen muuttamisen, toiminnan korvaamisen toisella sekä apuvälineiden ja laitteiden käyttämisen (Gignac ym. 2000, 2002).

Polven nivelrikkoa sairastava iäkäs potilas turvautui fyysisesti ja psyykkisesti apuvälineisiin sekä läheisiinsä selviytyäkseen. Hän saattoi silti kokea avun pyytämisen kiusallisena, koska halusi selviytyä itsenäisesti. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että avun vastaanottaminen voi olla potilaasta myönteinen asia (Crist 2005). Potilaiden on kuvattu turvautuvan apuun (Seomun ym. 2006) ja nivelrikkoa sairastavan potilaan

selviytymiselle on kuvattu perheen olevan olennainen tuki (Tak 2006, McHugh ym. 2007b, Shin & Kolanowski 2010). Potilailla, jotka ovat parisuhteeseensa tyytyväisiä, on todettu olevan parempi selviytymisen ja pystyvyyden tunne kuin muilla (Keefe ym. 1999). Sosiaalista tukea kokeneiden potilaiden on esitetty olevan elämäänsä tyytyväisiä ja kokevan sisäistä hallinnan tunnetta terveyteensä (Tak & Laffrey 2003). Lisäksi potilaiden kokeman sosiaalisen tuen on kuvattu vähentävän merkittävästi nivelrikon aiheuttamaa toimintakyvyttömyydestä johtuvaa päivittäistä stressiä (Tak ym 2007) ja puskuroivan sosiaalista stressiä ja depressio-oireita (Sherman 2003). Sen on esitetty vaikuttavan kipuun, toimintakyvyn rajoittumiseen ja depressioon ja siten elämänlaatuun (Blixen & Kippes 1999, Jakobsson & Hallberg 2002). Avun saannin ja seurustelun muiden kanssa on todettu vaikuttavan nivelrikkoa sairastavien potilaiden kokemukseen selviytymisestä väsymyksestä (Power ym. 2008). On myös kuvattu persoonallisuuden ja sosiaalisen tuen vaikuttavan nivelrikkoa sairastavien potilaiden hyvinvointiin niin, että kielteisesti suhtautuvilla ihmisellä on myönteisesti suhtautuviin nähden suurempi riski huonoon fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin sekä vähemmän sosiaalista tukea (Luger ym 2009).

Creameans-Smith kollegoineen (2003) tutkivat puolison ja potilaan yksimielisyyttä potilaan kokemasta kivusta ja totesivat, että ne potilaat, joiden puoliso oli yhtä mieltä potilaan kivun kovuudesta, olivat vähemmän depressiivisiä ja pystyivät enemmän vaikuttamaan oireisiinsa kuin ne, joiden puoliso aliarvioi potilaan kipua. Potilaan kielteisen asenteen puolisolta saatuun tukeen on todettu vaikuttavan potilaan psyykkiseen hyvinvointiin niin, että kielteisesti tukeen suhtautuvilla potilailla ilmenee masennusoireita ja he hoitavat itseään vähemmän kuin myönteisesti tukeen suhtautuvat (Martire ym. 2002). Kivusta kommunikointikyvyn ja sosiaalisen aktiivisuuden on esitetty olevan yhteydessä potilaan kokeman kivun määrään (Somers ym. 2009).

## **Kuulluksi tulo ja avun saanti**

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan potilas koki tullessaan huonosti kuulluksi terveydenhuollossa hakiessaan apua nivelrikon aiheuttamiin vaivoihin. Saadut tulokset saavat tukea aikaisemmista tutkimustuloksista. Potilaiden on todettu tunnistavan nivelrikon aiheuttaman vähitellen pahenevan kivun ja hakeutuvan lääkärin vastaanotolle (Maly & Cott 2009), mutta kun he eivät saa apua kipuun, he lannistuvat ja ajattelevat sen kuuluvan vanhuuteen (Dickson & Kim 2003). Toisaalta on kuvattu potilaiden hakeutuvan huonosti hoitoon polvikivustaan, koska ajattelevat sen kuuluvan normaaliin ikääntymiseen ja hoitoja vaivaan olevan vähän saatavilla (Jinks ym. 2007, Ong & Jinks 2006). Nivelrikkoa sairastavien potilaiden on myös esitetty käyttävät paljon terveystalveluita ja lähes puolet potilaista oli tyytyväisiä saamiinsa terveystalveluihin puutteelli-

sesta ohjauksesta huolimatta (Victor ym. 2004). Tekonivelleikkaukseen odottaessaan potilaat kuitenkin käyttävät terveydenhuollon palveluita vähän (Hirvonen 2007, McHugh ym. 2007b) eivätkä aina vastaanotolla käydessään keskustele nivelrikostaan tai kivusta lääkärin kanssa, koska kokevat saavansa vähän apua vaivoihinsa (McHugh ym. 2007a, 2007b).

Potilas oli kertonut hoitavalle taholle vaivoistaan ja oireistaan. Aikaisemmin, kun on tarkasteltu nivelrikkoa sairastavien potilaiden kuvauksia sairaudestaan, on todettu, että he käyttävät sanoja, jotka viittaavat ympäristöön, vajaakuntoisuuteen, toimintakykyyn ja sen rajoituksiin, kehoon, sosiaaliseen elämään ja kivun hallintaan. Polven kivusta kärsivät potilaat puhuvat portaista, jäykkyydestä, painosta, aktiivisuudesta ja sosiaalisesta elämästä. Miehet puhuvat enemmän tosiseikkoista ja luetteloiivat kun taas naiset käyttävät selittäviä sanoja. (Goberman-Hill ym. 2009.)

Potilas oli esittänyt nivelrikosta johtuvia ongelmiaan ja toiveitaan hoidosta, mutta hän koki, että niitä ei otettu aina todesta vaan hänen kokemiaan oireita jopa vähäteltiin ja häneen suhtauduttiin ylimalkaisesti. Hän ei myöskään aina muistanut kysyä vastaanotolla ollessaan mieltään askarruttavia kysymyksiä. Nämä tulokset saavat vahvistusta aikaisemmista tutkimustuloksista, joissa on tullut esiin vastaavia potilaiden kokemuksia. Lääkärien on esitetty aliarvioivan potilaidensa toiminnanvajavuutta suhteessa potilaiden omaan arviointiin (Memel & Kirvan 1999) ja iäkkäiden potilaiden saavan ylimalkaista kohtelua terveydenhuollossa (Sjoling ym 2005, Isola ym. 2007). On myös todettu, että terveydenhuoltohenkilökunta ei aina kuuntele potilasta riittävästi eikä tunnista potilaan tarvetta osallistua päätöksen tekoon (Eloranta 2009, Demierre ym. 2011) tai että potilas ei muista oikealla hetkellä kysymyksiään (Edwards 2003). Toisaalta McHugh kollegoineen (2011) on esittänyt, että potilaat kokevat olevansa osallisina heidän hoidostaan päätettäessä. He voivat ihmetellä päätöstä, mutta eivät ole tyytymättömiä (Goberman-Hill ym. 2010).

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan potilas sai neuvoja ja ohjeita nivelrikkoisen polvensa hoitamiseksi lääkäriltä ja fysioterapeutilta. Aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu päinvastaisia tuloksia. Keysor (1998) ja Clark kollegoineen (2004) ovat todenneet, että potilaat eivät saa ohjausta tai saavat sitä vain vähän terveydenhuoltohenkilökunnalta. Gignac kollegoineen (2006) puolestaan esittävät tutkimuksessaan, että lääkärit eivät anna nivelrikkoa sairastaville potilaille ohjeita vaan liittivät potilaan kokemat oireet ikääntymiseen ja tästä johtuen potilaat menettivät luottamuksensa lääkäreihin. Yleislääkäri ei aina usko itsekään konservatiivisen hoidon mahdollisuuksiin nivelrikon hoidossa, tai hän ei tiedä saatavissa olevista omahoito-ohjelmista (Pitt ym. 2008).

Tähän tutkimukseen osallistuneelta iäkkäältä potilaalta ei kuitenkaan varmistettu, pystyykö hän ohjeita noudattamaan, kuten myös Edwards (2003) on todennut. Kee (1998) puolestaan on esittänyt, että potilaat saavat lääkäriltä, perheenjäseniltä ja ystäviltä tietoa sairaudesta ja hoito-ohjeita, joiden noudattamattomuus johtuu siitä,



että hoidot eivät auta. Potilaat uskovat, että nivelrikon ennaltaehkäisevää hoitoa tai hoitoa yleensä on vähän saatavilla (Jinks ym. 2007). He eivät myöskään Tallonin ja kollegoiden (2000) mukaan arvosta ohjausta, koska pitävät tehokkaina hoitoina kirurgiaa, suun kautta otettavia lääkkeitä ja niveleen annettavia injektioita. Potilaiden on todettu pitävän nivelrikon ainoana hoitomuotona tekonivelleikkausta (Toye ym. 2006), jonka avulla he uskovat saavansa takaisin toimintakykyisen kehon ja siten hyvän elämän (Gustafsson ym. 2007). Tämänkin tutkimuksen tulosten mukaan nivelrikkoa sairastava iäkäs potilas uskoi leikkaushoidon olevan ainoa oikea hoitokeino nivelrikkoon. Leikkauksen jälkeen hän toivoi olevansa kivuton, toimintakykynsä paranevan ja pääsevänsä liikkumaan ja ulkoilemaan kunnolla. Tosin hän voi epäillä leikkauksen hyödyllisyyttä omalla kohdallaan.

Potilaan tiedot nivelessä tapahtuneista muutoksista nivelrikossa olivat vaihtelevat ja osin virheellisetkin. Nivelrikossa nivelen ajateltiin kuluneen tai olevan sijoiltaan, luun haurastuneen tai tapaturman aiheuttaneen nivelrikkoa. Myös Victor kollegoineen (2004) on todennut potilaiden tietojen nivelrikosta olevan vähäisiä, vaikka he käyttävät paljon terveyspalveluita. He eivät ole saaneet tietoa nivelrikon fysiologiasta, kivun hallinnasta tai nivelrikon etenemisestä (myös Neville ym. 1999). Potilaiden on myös todettu tietävän sairaudestaan hyvin (Jyby ym. 2005), mutta he eivät tiedä sen yksilöllisistä seurauksista, kuten kivusta ja toimintakyvyttömyydestä (Rosemann ym. 2006).

Potilas koki tämän tutkimuksen tulosten mukaan tietonsa erityisesti tekonivelleikkauksesta ja nivelrikon hoidosta lisääntyneen, kun hän oli osallistunut läheisensä kanssa ryhmäohjaukseen. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että potilaat, jotka osallistuivat puolisonsa kanssa ohjaukseen, ovat kokeneet pystyvyytensä hallita sairautaan parantuneen ja pariohjauksessa olleiden potilaiden kokevan kivun vähentyneen ohjauksen jälkeen (Martire ym. 2003).

Itseään huonompikuntoisten nivelrikkoa sairastavien potilaiden näkeminen ohjauksessa herätti potilaan pohtimaan omaa tulevaisuuttaan nivelrikkoa sairastavana potilaana. Aikaisemmin Maly ja Krupa (2007) ovat esittäneet, että potilaat vertaavat omaa nivelrikkoaan vertaisten sairauteen ja että vertaisten myönteinen tai kielteinen asenne vaikuttaa potilaan kokemukseen selviytymisestä.

Polven nivelrikkoa sairastava iäkäs potilas oli hakeutunut hoitoon omalääkärille, mutta jatkohoito oli jäänyt hänelle epäselväksi. Hän koki, että hänen hoidostaan ei ollut mikään taho vastuussa. Omalääkärillä käyntejä hän saattoi pitää turhana, koska ei saanut toivomaansa apua ja odotti, että pääsee tekonivelleikkaukseen. Mahdolliseen tekonivelleikkausjonoon tai leikkaukseen pääsy oli hänelle pitkään epäselvä. Aikaisemmissakin tutkimustuloksissa on todettu nivelrikkoa sairastavien potilaiden hoidon olevan pirstaleista (Brand & Cox 2006) ja potilaiden kokevan leikkaukseen odottamisen pitkänä ja vaikeana (Demierre ym. 2011) ja että polvinivelrikkoa sairastavat pääsevät

erikoislääkärille tai tekonivelleikkaukseen hitaammin kuin lonkkanivelrikkoa sairastavat potilaat (Linsell ym. 2005). Potilaiden on kuvattu menettäneen luottamuksensa hoitavaan tahoon (Gignac ym. 2006, McHugh ym 2007b, Maly & Krupa 2007) ja olevan epätietoisia leikkausajankohdasta (Edwards 2003, Sjoling ym. 2005, O'Neill ym. 2007, Parsons ym. 2009). Potilaille, jotka erityisesti hyötyisivät tekonivelleikkauksesta, ei aina tarjota leikkausmahdollisuutta tai heidän kanssaan ei edes keskustella siitä (Hawker ym. 2004). Potilaat myös odottavat, että lääkäri ohjaa heidät leikkaukseen, jos pitää sitä aiheellisenä (Hudak 2002).

Potilas uskoi, että hänen korkea ikänsä oli syynä pitkään jonotusaikaan ja että työikäiset pääsevät leikkaukseen nopeammin kuin iäkkäät. O'Neill kollegoineen (2007) on puolestaan esittänyt, että potilaat uskovat huonompikuntoisten kuin he itse ovat olevan etusijalla leikkaukseen pääsyssä (myös Hudak ym. 2002). Tässä tutkimuksessa mukana olleiden potilaiden hoitosuunnitelma arvioitiin erikoislääkärin vastaanotolla, jolloin tekonivelleikkaus todettiin tarpeelliseksi tai tarpeettomaksi. Siitä huolimatta potilaan epätietoisuus hoitonsa toteutuksesta saattoi jatkaa.

### 8.3.2 Läheisen kokemusten tarkastelu

#### Rinnalla kärsiminen

Potilaan läheinen kärsi iäkkään potilaan sairastaessa polven nivelrikkoa. Läheisen fyysinen hyvinvointi saattoi heiketä valvomisen ja ulkoilun vähentymisen takia. Läheiselle psyykkistä kärsimystä aiheuttivat potilaan sairauden etenemisen seuraaminen, kivuliaisuus, ärtyisyys ja kateus. Potilaan ärtyisyyden sietäminen saattoi aiheuttaa potilaan ja läheisen välille riitaisuutta. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esille samansuuntaisia tuloksia. Läheisen, joka huolehtii pitkäaikaisesti sairaasta potilaasta, on todettu kärsivän fyysisesti ja psyykkisesti (Pinquart & Sörensen 2011) ja hänen hyvinvointinsa heikkenevän potilaan kärsiessä (Miller & Timson 2004, Stephens ym. 2006, Monin ym. 2009). Nivelrikkoa sairastavan potilaan depressio-oireiden ja kiukun on kuvattu lisäävän myös puolison kiukkua (Druley ym. 2003) ja potilaan sanallisesti ja sanattomasti ilmaisevan kivun vähentävän puolison hyvinvointia ja emotionaalista tukea (Stephens ym. 2006). Läheisen voi olla myös vaikea suhtautua potilaan kiukkuun (Asunmaa 2010). Martire kollegoineen (2008) on puolestaan todennut puolisoitten kiukun sekä ärtyisyyden vähentyneen nivelrikkoa sairastavien potilaiden ja heidän läheistensä pariohjauksen jälkeen.

Läheisen voi olla vaikea ymmärtää nivelrikkoa sairastavan potilaan sairautta. Hän ajatteli nivelrikon johtuvan nivelen kulumisesta, liiallisesta rasituksesta tai rappeutu-

misesta vanhetessa. Potilaiden kokemusten mukaan perheenjäsenet eivät ymmärräkään heidän sairauttaan (Neville ym. 1999). Nivelrikkoa sairastavien potilaiden puoliset olivat kokeneet osallistumisen nivelrikkopotilaiden ohjauksurssille yhdessä potilaan kanssa hyödyllisenä, vaikka pari-interventiolla ei ollut vaikutusta puolison stressiin, masentuneisuuteen tai hoitamisen hallintaan (Martire ym. 2003). Nivelrikkoa sairastavan potilaan hyvinvointiin on todettu vaikuttavan puolison oikean arvioinnin kivun määrästä. Potilaat olivat vähemmän depressiivisiä ja pystyivät enemmän vaikuttamaan oireisiinsa kuin ne, joiden puoliso aliarvioi kipua. (Cremeans-Smith ym. 2003).

Läheinen oli potilaan tavoin tyytymätön potilaan saamaan hoitoon ja uskoi leikkaushoidon tarpeellisuuteen potilaan parantamiseksi. Mingo kollegoineen (2006) on aiemmin todennut, että potilaan diagnoosi vaikuttaa läheisen luottamukseen terveydenhuollon keinoihin auttaa potilasta niin, että nivelrikkodiagnoosin tiennet läheiset luottivat vähemmän terveydenhuollon keinoon auttaa potilasta kuin ne, jotka eivät tiennet potilaan diagnoosia. Myös kroonisesta selkävusta kärsivien potilaiden läheiset ovat turhautuneet hoitoon ja kokevat epävarmuutta hoitavan tahon kanssa (Miller & Timson 2006). Aikaisemmin on myös todettu, että puoliso ja perheenjäsenet vaikuttavat potilaan päätökseen tekonivelleikkauksesta (O'Neill ym. 2007, McHugh & Luker 2009).

Läheinen osallistui yhdessä potilaan kanssa ryhmäohjaukseen ja koki ryhmäohjauksessa saadun tiedon ja muiden nivelrikkoa sairastavien potilaiden kohtaamisen auttavan häntä ymmärtämään nivelrikkoa sairautena. Ohjauksessa esitetyt asiat lisäsivät läheisen tietoa nivelrikon hoidosta ja tekonivelleikkauksesta. Aikaisemmissakin tutkimuksissa on todettu puolisoitten kokevan hyödyllisenä nivelrikkoa sairastaville potilaille ja heidän puolisoilleen tarkoitetun ohjauksen (Martire ym. 2003).

Läheinen saattoi luopua omista tarpeistaan ja asettaa potilaan tarpeet etusijalle. Hän saattoi kokea myös menettäneensä vapauttaan puolison sairauden takia, koska ei voinut jättää potilasta yksin pitkäksi aikaa. Aikaisemmin myös Mikkola (2005) on todennut puolisoitoivan antajan menettävän omaa vapauttaan ja itsenäisyyttään. Vastaavasti Byrne kollegoineen (2011) on todennut läheisen olevan huolissaan jättäessään kroonisesti sairaan iäkkään potilaan yksin kotiin. Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös esitetty, että kroonisesti sairaan potilaan puoliso kokee joutuvansa asettamaan omat tarpeensa syrjään huolehtiessaan sairaasta läheisestään (Efrainsson ym. 2001, Bergs 2002, Eriksson & Svedlund 2006).

## **Huolenpitäjäksi tottuminen**

Potilaan läheinen tottui pitämään huolta ja kantamaan vastuuta sekä potilaasta että kodinhoitoon ja asiointiin liittyvistä toiminnoista nivelrikon heikennettyä potilaan toimintakykyä. Ilman läheistään potilaan selviäminen yksin asuvana oli huonoa ja

joidenkin kohdalla jopa mahdotonta. Saadut tulokset ovat yhteneviä aikaisempien tutkimustulosten kanssa, joiden mukaan perheenjäsenen pitkäaikainen sairaus lisää läheisen vastuuta kotitöistä ja arjen sujumisesta (Efraimsson ym. 2001, Paulson ym. 2003, Söderberg ym. 2003, Kanervisto ym. 2007).

Nivelrikkoa sairastavia potilaita ja heidän puolisoitaan koskevassa tutkimuksessa on todettu, että puoliset usein yliarvioivat potilaan kipua, ja ne puoliset, jotka arvioivat potilaan kivun tarkemmin, olivat vähemmän vihaisia ja ärtyneitä ja antoivat enemmän apua ja tukea potilaalle. He kokivat myös vähemmän stressiä auttamisesta ja tukemisesta. (Martire ym. 2006.) Nivelrikkoa sairastavien potilaiden puolisoitten on esitetty auttavan potilasta jo ennen kuin potilas ilmaisee kipua ja myös kivun ilmaisemisen jälkeen. Naisten todettiin auttavan miehiä enemmän ennen ja jälkeen kivun ilmaisemisen. (Smith ym. 2004.)

Läheinen saattoi kokea avun antamisen vastavuoroiseksi perheenjäsenen ja potilaan välisessä huolenpidon suhteessa, kuten myös Sebern (2005) ja Mikkola (2005) ovat todenneet. Kyseessä voi olla myös kiintymyksen ja moraalisen vastuun motivoima elämäntehtävä (Saarenheimo 2005). Toisaalta läheisen tarjoama apu ei aina kelvannut potilaalle vaan hän halusi selviytyä yksin. Kielteisen asennoitumisen puolisoilta saatuaan tukeen on todettu vaikuttavan naisten psyykkiseen hyvinvointiin ja terveyteen liittyvään käyttäytymiseen niin, että näillä naisilla oli enemmän masennusoireita ja he hoitivat itseään vähemmän kuin myönteisesti apuun suhtautuvat (Martire ym. 2002).

Läheinen neuvoi potilasta välttämään kipulääkkeiden käyttöä. Vastaavanlaisia tuloksia ovat saaneet Miller ja Timson (2004) tutkiessaan kroonisesta selkäkivusta kärsivien potilaiden läheisten kokemuksia, joiden mukaan läheinen tarkkailee potilaan mielialaa ja lääkkeiden tarvetta. Myös Bower ym. (2006) ovat todenneet perheen voivan vaikuttaa nivelrikko sairastavien iäkkäiden potilaiden lääkkeiden valintaan.

Läheinen yritti kannustaa potilasta ylläpitämään toimintakykyään ulkoilemalla hänen kanssaan ja välttämällä liiallista avunantoa. Hän huomasi potilaan oireita ja tunteita, vaikka potilas ei niitä aina sanallisesti ilmaisutkaan. Vastaavasti Söderberg kollegoineen (2003) on todennut tarkastellessaan aviomiesten näkemystä elämästään fibromyalgiaa sairastavan potilaan kanssa, että läheinen tukee potilasta ja oppii tunnistamaan potilaan muuttuvia tarpeita.

Ryhmäohjaus vahvisti läheisen roolia potilaan tukijana ja kannustajana. Vastaavia tuloksia on saatu aikaisemmissakin tutkimuksissa. Pariohjauksessa mukana olleiden nivelrikkoa sairastavien potilaiden puolisoitten potilaalle antaman tuen on esitetty lisääntyvän ohjauksen jälkeen (Martire ym. 2008) ja puolisoitten ilmaisevan vähäisempää kiukkua ja ärtyisyyttä ohjauksen jälkeen (Martire ym. 2006). Martire kollegoineen (2007) on tosin todennut, että nivelrikkoa sairastavien potilaiden pariohjaus ja tuki eivät ole vaikuttavampia kuin pelkkä potilasohjaus, mutta aviiovaimot ja avioliittoonsa

hyvin tyytyväiset pariohjausta ja tukea saaneet kokivat vähemmän masennusoireita ja hallitsivat paremmin huolenpidon potilaasta.

## **Elämäntilanteeseen tyytyminen**

Läheinen hyväksyi potilaan sairauden ja sen vaikutuksen heidän sen hetkiseen elämäntilanteeseensa. Hänen toimintakykynsä saattoi olla parempi kuin potilaan, ja hän olisi siksi halunnut enemmän tapahtumia heidän elämäänsä. Hän olisi halunnut muuttaa tilannetta, mutta koki sen mahdottomaksi. Hän tyytyi tilanteeseen ja sopeutui sen tuomiin myös omaa elämäänsä koskeviin muutoksiin. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esille, että kroonisesti sairaan puolison kumppanina elävät pyrkivät normaaliuteen (Mikkola 2005, Eriksson & Svedlund 2006) ja että monet sopeutuvat tilanteeseen (Mikkola 2005) ja ovat oppineet hyväksymään ja ymmärtämään potilaan sairautta sekä olemaan joustavia (Yorgason ym. 2010). On myös todettu potilaasta huolehtivan läheisen sovittavan yhteen sekä potilaan muuttuvia että omia tarpeitaan (Byrne ym. 2011).

### **8.3.3 Iäkkään potilaan ja läheisen yhteisten kokemusten tarkastelu**

#### **Köyhtyvä elämä**

Sekä potilaan että läheisen kodin ulkopuolinen elämä väheni potilaan liikkumisongelmien takia. Potilaan ulkoilu ja luonnossa liikkuminen vaikeutuivat, eikä hän voinut enää nauttia niistä. Läheisenkin ulkoilu saattoi vähentyä, koska ilman potilasta läheinen oli haluton lähtemään yksin ulos. Yhteiset harrastukset harvenivat tai loppuivat kokonaan, mikä teki elämästä entisestä köyhempää. Potilaan aika saattoi käydä pitkäksi, koska arjen työt eivät enää antaneet päiviin sisältöä. Myös ystävien ja tuttavien kanssa seurustelu harveni.

Nivelrikkoa sairastavien potilaiden päivittäisistä toiminnoista vaikeutuminen on kuvattu useissa tutkimuksissa (Tallon ym. 2000, Burks 2002, Baird ym. 2003, Toye ym. 2006, Baird ym. 2007, Jinks ym. 2007, Parsons ym. 2009, Tanimura ym. 2011). Nivelrikkoa sairastavan potilaan kyky liikkua on rajoittunut, ja siksi elämä kutistuu rajoittuneeseen tilaan (Baird ym. 2007, Dominick ym. 2004, Karjalainen 2006, Hall ym. 2008), minkä on todettu ennustavan depressiota (Rosemann ym 2007). Potilaat

tuntevat tarkoituksettomuutta ja eristäytyneisyyttä (Rinne & Vuokila-Oikkonen 1994) ja tuntevat, että heidän sosiaaliset suhteensa vähenevät (Hall ym. 2008, Tanimura ym. 2011) ja yksinäisyys lisääntyy (Laukkanen 2003). Nivelrikkoa sairastavan iäkkään potilaan läheisenkin elämä köyhtyi potilaan liikkumisongelmien takia. Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös kuvattu puolison sosiaalisten suhteiden vähenevän ja lomantapojen muuttuvan pitkäaikaisesti sairaan potilaan terveydentilan takia (Söderberg ym. 2003, Basra & Finlay 2007)

## **Huoli ja huolenpito itsestä ja toisesta**

Sekä polven nivelrikkoa sairastava iäkäs potilas että hänen läheisensä olivat huolissaan omasta ja läheisen terveydestä. Potilaan liikuntakyvyttömyys nivelrikon edetessä pelotti molempia. Hidas leikkaushoitoon pääsy lisäsi huolta potilaan jaksamisesta. Läheistä huolestutti potilaan yksin selviytyminen, jos hän sairastuisi eikä enää pystyisi olemaan potilaan apuna ja tukena. Hän murehti myös oman kuntonsa heikkenemistä yhteisten liikuntaharrastusten loputtua.

Aikaisemmissakin tutkimuksissa on esitetty potilaiden huolta ja huolenaiheita. Nivelrikkoa sairastavien miesten suurimmat huolenaiheet olivat Burksin (2002) mukaan nivelkipu, kyky kävellä, nostaa tavaroita ja kulkea portaita sekä kyky ajaa autoa ja käydä asioilla. Potilaiden on kuvattu olevan huolissaan nivelrikon pahenemisesta (Neville ym. 1999), hoitokotiin joutumisesta (Toye ym. 2006) ja tulevaisuudesta (Yorgason ym. 2010). Hirvonen (2007) on kuitenkin tutkimuksessaan todennut, että terveyteen liittyvä elämänlaatu ei ole leikkaukseen saavuttaessa pidempään tekonivelleikkausta jonottaneilla huonompi nopeasti hoitoon päässeisiin verrattuna eikä potilaiden terveydentilassa tapahdu muutosta jonotusaikana. Kroonisesti sairaan potilaan puolison on todettu kokevan tulevaisuuden pelkoa (Rees ym. 2001) ja potilaan sairauden heikentävän puolison fyysistä terveydentilaa ja jopa sairastuttavan hänet (Basra & Finlay 2007).

Potilas ja läheinen pyrkivät pitämään itsestään huolta. Heidän ruokatottumuksensa olivat terveellisiä, ja liikkumisongelmista huolimatta myös potilas yritti liikkua. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esille vastaavia tuloksia. Iäkkäiden ihmisten liikuntaa edistäviksi tekijöiksi on esitetty hyöty fyysiselle ja psyykkiselle terveydelle, aktiivinen elämäntapa, ulkonäkö, motivaatio, seura, pystyvyyden tunne, terveydenhuoltohenkilökunnan antamat neuvot ja harjoitusohjelman luonne (Baert ym. 2011).

Potilas oli saattanut kokeilla polvitukea ja erilaisia vaihtoehtoisia nivelrikon hoitomuotoja kuten lämpöä tai kylpylähoitoja, ja hän halusi noudattaa saamiaan hoito-ohjeita. Läheinen kannusti potilasta noudattamaan ohjeita, mutta saattoi ohjauksessa saadusta tiedosta huolimatta edelleen suhtautua kielteisesti potilaan kipulääkkeen käyttöön. Läheinen jatkoi entisiä harrastuksiaan mahdollisuuksiensa mukaan. Potilas odotti

saavansa helpotusta vaivoihinsa tekonivelleikkauksesta, jota varten hän yritti liikkuu mahdollisimman paljon ollakseen hyvässä kunnossa leikkaukseen päästessään.

Aikaisemmissa tutkimuksissa saadut tulokset vahvistavat nyt saatuja tutkimustuloksia. Nivelrikkoa sairastavien potilaiden on todettu huolehtivan itsestään elämällä terveellisesti, harjoittelemalla ja käyttämällä erilaisia hoitomuotoja (Baird ym. 2003, Thorstensson ym. 2006) kuten lämpöä, jonka on todettu vähentävän kipua ja toiminnanvajuutta (Yildirim ym. 2010). Polvituen potilas koki haitalliseksi, vaikka sen on todettu lisäävän tasapainon tunnetta polvessa (Chuang ym. 2007). Polvinivelrikkoa sairastavien potilaiden aktiivisen selviytymiskeinon on kuitenkin todettu ennustavan suurempaa kipua, kun taas passiivinen selviytymiskeino ennustaa huonompaa toimintakykyä (Steultjens ym. 2001).

Potilaat harjoittelevat ollakseen kunnossa tulevaa tekonivelleikkausta varten (Gustafsson ym. 2007). He käyttävät hoitokeinoina suun kautta nautittavia lääkkeitä, fysikaalisia hoitoja, tukia (Tallon ym. 2000), kalanmaksäöljyä ja glukosamiinia (Jinks ym. 2007). Pitkäaikaisesti sairaan potilaan huolenpitäjän on kuvattu huolehtivan itsestään ottamalla aikaa itselleen ja ylläpitämällä harrastuksiaan (Barbosa ym. 2011).

Ryhmäohjauksen jälkeen potilas ja läheinen kokivat tietonsa kipulääkkeistä lisääntyneen ja potilaan itsestään huolenpidon vahvistuneen. Tallonin ja kollegoiden (2000) mukaan potilaat eivät kuitenkaan arvosta ohjausta. Luonteeltaan liikunnallinen potilas piti itsestään huolta kuntoilemalla nivelrikko-vaivoistaan huolimatta, mutta myös arjen askareissa liikumista pidettiin kuntoiluna. Aikaisemmin on todettu potilaiden pitävän harjoittelua terveyden ylläpitämisenä, johon liittyy motivoituminen (sinnikkyys, tarve harjoitella, inspiraatio), tuen tarve (olla struktuuri, ottaa vastaan ohjeita ja uhrata aikaa), mutta myös vastustus (epäröinti ja vähättely) (Thorstensson ym. 2006). Fyysisesti aktiivisten on todettu kertovan vähemmästä kivusta (Perrot ym. 2009). Potilaat voivat pitää harjoittelua myös haitallisena heidän nivelrikkoiselle polvelleen (Poitras ym. 2010).

Aikaisemmissa tutkimuksissa on tarkasteltu erilaisten nivelrikkoa sairastaville potilaille ja heidän puolisoilleen kohdistettujen interventioiden vaikuttavuutta ja todettu muun muassa, että pari-interventiolla olleet potilaat kokevat pystyvyytensä hallita sairautta lisääntyneen ja puoliset kokevat kurssin hyödyllisenä (Martire ym. 2003, Martire ym. 2007) ja pariohjauksessa olleet potilaat kokevat kivun vähentyneen ohjauksen jälkeen (Keefe ym. 1996, Martire ym. 2008). Valmennuksessa ja harjoittelussa puolison mukana olon on esitetty parantavan potilaan selviytymistä ja pystyvyyttä sekä fyysistä kuntoa ja voimaa. Puolisoidenkin mielestä potilaan selviytyminen ja pystyvyyden tunne paranevat. (Keefe ym. 2004b.)

Nivelrikkoa sairastavan potilaan toimintakykyyn ja kipuun vaikuttavia erilaisia harjoittelu- ja ohjausinterventioita on tutkittu koe- ja kontrolliryhmiä käyttäen. Interventioiden on todettu vaikuttavan myönteisesti potilaan elämänlaatuun (Rejeski ym. 2002). Potilasohjausintervention on kuvattu lisäävän nivelrikkoa sairastavien potilaiden

omahoitotaitoja, vähentävän kipua ja parantavan toimintakykyä (Yip ym 2007, Jamtvedt ym. 2008). On myös todettu, että yhdeksän kuukauden seurannan jälkeen harjoitusryhmässä mukana olleiden lonkan tai polven nivelrikkoa sairastavien potilaiden tulokset harjoittelun vaikutuksista kipuun, lääkkeiden käyttöön ja havaittuun vajaakuntoisuuteen eivät poikenneet niiden potilaiden tuloksista, jotka saivat vain ohjausta ja lääkehoitoa (van Baar ym. 2001). Musiikkia kuunnelleet potilaat ovat kokeneet vähemmän kipua kuin ei-musiikkia kuunnelleet (McCaffrey & Freeman 2003). Mielikuvaharjoittelua rentoutumiseen käyttäneiden oireiden ja lääkkeiden käytön on todettu vähenevän neljän kuukauden seurannan aikana, kun taas kontrolliryhmän oireet ja lääkkeiden käyttö eivät vähentyneet (Baird ym. 2010). Nivelrikkoa sairastavien potilaiden nukkuminen oli parantunut ja kipu vähentynyt merkittävästi käyttäytymisterapiaintervention jälkeen, mutta kontrolliryhmään osallistuneilla ei ollut tapahtunut muutoksia (Vitiello ym. 2009). Akupunktion, sähkö- ja laserhoitojen on kuvattu vähentävän kipua (Jamtvedt ym. 2008). Taiji-harjoittelun on kuvattu vaikuttavan myönteisesti nivelrikkoa sairastavien potilaiden kävelyyn, portaiden nousuun, kipuun, jäykkyyteen ja toimintakykyyn kontrolliryhmään verrattuna (Ni ym. 2010). Taiji-harjoitteluryhmään osallistuneilla nivelrikkoa sairastavilla potilailla on esitetty polven ojentajalihaksen kestävyuden ja luun mineraalitiheyden kasvaneen sekä kaatumisen pelon päivittäisissä toiminnoissa vähentyneen kontrolliryhmään verrattuna (Song ym. 2010).

Potilaiden saamat nivelrikon hoitoon tarkoitetut suulliset ja kirjalliset ohjeet saattoivat jäädä noudattamatta potilaan väsymyksen, ajan puutteen, tietämättömyyden, laiskuuden, elämäntilanteen tai ohjeiden sopimattomuuden takia. Aikaisemmin on todettu, että kirjallisissa nivelrikkoa sairastavien potilaiden ohjeissa ei potilaiden kokemus tule esille vaan niissä korostuu biolääketieteellisyys eikä hoito-ohjeita ole myöskään perusteltu (Grime & Ong 2007). Nyt saatuja tuloksia vahvistaa osaltaan aikaisemmat tutkimustulokset, joiden mukaan ihmisten liikuntaa ehkäiseviksi tekijöiksi on todettu fyysinen terveydentila, ajanpuute, väsymys, motivaation ja kiinnostuksen puute, tietämättömyys liikunnan hyödystä, kipu, negatiivinen asenne, kaatumisen pelko sekä seuran puute, mutta myös perhetilanne, työ, kustannukset ja puutteelliset harjoittelumahdollisuudet (Gyurcsik ym. 2009, Baert ym. 2011).

Nivelrikkoa sairastavien potilaiden harjoitteluun sitoutumista koskevissa tutkimuksissa on todettu monien seikkojen vaikuttavan siihen. Motivaatio harjoitteluun on yhteydessä tilaisuuteen harjoitella ja odotettuihin harjoittelun tuloksiin (Damush ym. 2005, Petursdottir ym. 2010). Potilaiden on todettu noudattavan saamia ohjeita alussa lojaliteetista terapeutista kohtaan. Ohjeiden noudattamisen jatkaminen on puolestaan yhteydessä potilaan näkemykseen oireistaan, ohjauksen tehokkuuteen, siitä saatuun hyötyyn, ohjauksen noudattamisen mahdollisuuteen jokapäiväisessä elämässä, saatuun tukeen (Campbell ym. 2001, Petursdottir ym. 2010) sekä pääsyyn palveluihin ja mieltymyksiin hoitoihin (Brand ym. 2010, Petursdottir ym. 2010). Fyysinen



toimintakyky, usko harjoitteluun sekä motivaatiotekijät ovat yhteydessä harjoitteluun sitoutumiseen (Hendry ym. 2006, Petursdottir ym. 2010). Harjoitteluun sitoutuminen vaihtelee potilaiden tavoitteiden mukaisesti niin, että ne, joilla oli pidemmän aikavälin tavoitteita kuten itsenäinen selviytyminen pitempään, sitoutuivat aktiiviseen harjoitteluun. Lyhyen aikavälin tavoitteisiin kuten kivun vähentymiseen pyrkivät potilaat lopettivat harjoittelun heti, kun tavoite oli saavutettu. Sitoutuminen pitkäaikaiseen harjoitteluun oli yhteydessä aktiivisuuteen interventio-ohjelmassa ja fysioterapeutin pitämiseen valmentajana, kun taas ei-sitoutuneet näkivät fysioterapeutin päättävän kaikesta. (Veenhof ym. 2006). Aikaisemman liikkumisen, elämäntavan ja kontekstin tarpeiden on kuvattu vaikuttavan harjoitteluun sitoutumiseen (Petursdottir ym. 2010, Morden ym. 2011).

Näitä aikaisempia tutkimustuloksia tarkasteltaessa on kuitenkin otettava huomioon Marks ja Allegranten (2005) tekemä kirjallisuuskatsaus nivelrikkoa sairastavien harjoitteluun sitoutumisesta koskevista tutkimuksista. Katsauksen tulosten mukaan suurin osa tutkimuksista on lyhytaikaisia eikä niissä ole käytetty luotettavia mittareita mittaamaan hoitoon sitoutumista. He esittävät katsauksensa tuloksena, että hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat kivun, masentuneisuuden ja lisääntyvän toiminnanvajavuuden lisäksi motivaatio, sosiaalis-taloudellinen asema ja persoonalliset arvot, uskomukset ja tavoitteet. Lisäksi nivelrikkoa sairastava potilas tarvitsee jaksakseen harjoitella ja selviytyäkseen sairautensa kanssa pystyvyyden tunnettaan lisäävää ja sosiaalista tukea.

Polven nivelrikkoa sairastava iäkäs potilas ja hänen läheisensä pyrkivät monin tavoin säilyttämään aktiivisuutensa potilaan sairaudesta huolimatta. Omien kykyjensä mukainen osallistuminen arjen toimintoihin toi päiviin sisältöä, ja tarpeellisuuden tunne tuki itsetuntoa. Entisten harrastusten säilyttäminen tai uusien löytäminen sopimattomien harrastusten tilalle auttoi ajan kulumisessa. Lähiympäristön ja maailman tapahtumissa mukana oleminen huolimatta liikkumisvaikeuksista piti mielen ajan tasalla. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esille vastaavia tuloksia. Nivelrikkoa sairastavien potilaiden on todettu selviävän sairautensa kanssa, kun he muun muassa ovat kiinnostuneita maailmasta (Baird 2003, Baird ym. 2003). Taiteen tekemisen on kuvattu olevan keino paeta rajoittunutta kehoa ja suunnata ulkomaailmaan sekä antavan myönteisiä kokemuksia pystyvyydestä (Reynolds ym. 2011). Potilaiden osallistumisen normaaleihin rutiineihin on todettu varmistavan heidän pysyvän aktiivisina ja polvi-nivelen liikkuvana (Morden ym. 2011). Iäkkäiden ihmisten voimavaroiksi on kuvattu mielekkäät arjen elementit, kuten kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista, kotitöiden tekeminen, ruuan valmistaminen ja hygieniasta huolehtiminen (Dunér & Nordström 2005, Hokkanen ym. 2006, Turjanmaa ym. 2011).

Ongelmista huolimatta potilas ei antanut sairaudelleen periksi vaan yritti sitkeästi selviytyä. Tämä saattoi olla myös este sairauden kannalta järkevälle itsestä huolen pitämiselle, jota ryhmäohjauksessa saadut ohjeet tukivat. Aikaisemmissakin tutkimuksissa

on todettu potilaiden sisukkuus ja periksiantamattomuus. Niiden on kuvattu ilmenevän muun muassa tietoisena ponnisteluna (Tak 2006), sisukkuutena (Rinne & Vuokila-Oikkonen 1994, Yorgason ym. 2010), mielen vahvuutena (Swift ym. 2002) ja luovuttamattomuutena (Kee 2003). Potilaan puolison arviolla potilaan pystyvyydestä on todettu olevan yhteyttä potilaan arvioon omasta pystyvyydestään (Keefe ym. 1997).

Potilas saattoi vähätellä vaivojaan ja nivelrikkoaan. Nivelrikkoa ei pidetäkään aikaisempien tutkimusten mukaan sairautena silloin, kun sen katsotaan kuuluvan normaaliin ikääntymiseen (Gignac ym. 2006, Turner ym. 2007). Saatu tulos vahvistaa aikaisempia tutkimustuloksia, joissa on esitetty, että naiset ovat välittämättä nivelrikostaan (Affleck ym. 1999) tai että nivelrikkoa sairastavat potilaat vähättelevät kipuaan (Sale ym. 2006) ja että kivusta piittaamattomuus on yhteydessä nivelrikkoa sairastavan potilaan toimintakykyyn (Rapp ym. 2000). Iäkäs potilas suhteutti nivelrikkoa muihin sairauksiin ja omaa tilannettaan muiden nivelrikkoa sairastavien potilaiden tilanteeseen. Hän piti muita sairauksia, kuten dementiaa, pahempana kuin nivelrikko ja vertasi jäljellä olevaa toimintakykyään muiden huonompaan toimintakykyyn. Sekä potilas että läheinen arvostivat potilaan toimintakykyä erityisesti ryhmäohjauksen jälkeen, koska he näkivät siellä itseään huonokuntoisempia potilaita. He molemmat olivat tyytyväisiä omaan jäljellä olevaan kyvykkyyteensä suoriutua harjoitusohjelmasta ohjaustilanteessa. Nivelrikon kanssa on todettu selviytyttävän itsehillinnällä (Burke ja Flaherty 1993) ja ajattelemalla, että tilanne voisi olla huonomminkin kuin nyt on (Yorgason ym. 2010).

Polven nivelrikkoa sairastava iäkäs potilas ja hänen läheisensä yrittivät suhtautua elämäänsä myönteisesti. Heidän elämässään oli potilaan sairaudesta huolimatta paljon hyvää. Sen ymmärtäminen sekä kyky nauraa itselle olivat elämässä kannattelevia tekijöitä. Myönteisen ajattelun on esitetty aikaisemmissakin tutkimustuloksissa auttavan potilasta (Baird ym. 2003, Yorgason ym. 2010). Swift kollegoineen (2002) on kuvannut muun muassa kiitollisuuden (myös Yorgason ym. 2010) ja hyväntahtoisuuden, käsitöksen hyvistä asioista sekä elämän tarkoituksesta auttavan selviytymisessä sairauden kanssa. Synkästi elämään asennoituvat ihmiset ovat vähemmän elämään tyytyväisiä, heillä on suurempi riski huonoon fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin sekä vähemmän sosiaalista tukea kuin myönteisillä ihmisillä (Luger ym. 2009).

Iäkäs potilas sai voimaa muista ihmisistä. Hän koki kuuluvansa toisten joukkoon voidessaan keskustella ystävien ja läheisten kanssa. Elämässä kiinni pysymisen tunne säilyi läheisten tukemana. Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esille sosiaalisen tuen merkitys nivelrikkoa sairastavalle potilaalle. Nivelrikkoa sairastavat potilaat saavat sosiaalista tukea puolisolta, lapsilta, ystäviltä ja muilta perheenjäseniltä (Tak 2006). Perheeltä ja ystäviltä saadulla sosiaalisella tuella on todettu olevan merkittävä vaikutus fyysiseen ja psyykkiseen vointiin ja siten elämänlaatuun (Blixen & Kippes 1999, Kee 2003). Sen on esitetty ehkäisevän nivelrikkoa sairastavien potilaiden elämänlaadun

huononemista (Jakobsson & Hallberg 2002) ja vähentävän merkittävästi nivelrikon aiheuttamasta toimintakyvyttömyydestä johtuvaa päivittäistä stressiä ja depressiota (Sherman 2003, Tak ym. 2007). Sosiaalisen tuen on kuvattu parantavan tyytyväisyyttä elämään ja auttavan sairauden hallinnan tunteessa (Tak & Laffray 2003). Sosiaalisilla suhteilla on havaittu olevan yhteyttä kipuun ja siten elämään tyytyväisyyteen, hyvinvointiin ja depression (Ferreira & Sherman 2007, Rosemann ym. 2007, 2008b). On myös todettu, että potilaiden ja heidän kumppaniensa kyky kommunikoida potilaan kokemasta kivusta vaikuttaa sekä potilaan että kumppanin hyvinvointiin (Porter ym. 2008).

#### 8.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys hoitotyössä, hoitotyön koulutuksessa ja hoitotieteen alalla

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Tuotettua tietoa voidaan hyödyntää myös hoitotyön koulutuksessa ja hoitotieteen alalla. Vaikka aikaisempaa kansainvälistä ja kansallista tietoa nivelrikkoa sairastavan potilaan hoitamisesta on runsaasti, on fenomenologisella menetelmällä tuotettu iäkkään potilaan ja hänen läheisensä omiin kokemuksiin perustuva tieto tarpeen ymmärryksen lisäämiseksi sairastamiskokemuksista ja kokemuksista elämisestä nivelrikkoa sairastavan potilaan kanssa. Tutkimus kartuttaa ja täydentää saatavilla olevaa polven nivelrikkoa sairastavien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä hoitamisessa tarvittavaa tietoa. Tässä tutkimuksessa saatu tieto on omasta kulttuuristamme nousevaa tietoa ja siksi merkittävää suomalaisten potilaiden ja heidän läheistensä hoitotyön kehittämisessä. Se lisää ymmärrystä myös muiden pitkäaikaissairaiden iäkkäiden kokemuksista.

Polven nivelrikosta kärsivä iäkäs potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat monipuolista tukea, hoitoa, ohjausta ja neuvontaa heti potilaan oireiden ilmetessä, mutta myös koko sairastamisprosessin ajan. Terveyspalvelujen tuottajat voivat hyödyntää tässä tutkimuksessa tuotettua ja aikaisemmista tutkimuksista välitettyä tietoa suunnitellessaan, tuottaessaan ja arvioidessaan näiden potilaiden ja heidän läheistensä tarvitsemia yksilöllisiä ja kokonaisvaltaisia hoito- ja kuntoutuspalveluja.

Nivelrikkoa sairastavan iäkkään potilaan ja hänen läheisensä hoitotyötä ensikoh- taamisesta alkaen tulee tarkastella kriittisesti ja kehittää kokonaisvaltaiseksi. Potilaan kokemien oireiden ja niiden merkityksen kuuleminen ja tunnustaminen herättävät potilaan luottamuksen hoitavaan tahoon. Oireiden syyn selvittäminen riittävän tarkasti ja perusteellisesti antaa sairaudelle nimen ja säästää potilasta epätietoisuudelta. Hoitohenkilökunnan olisi selvitettävä potilaan kokemien oireiden merkitys potilaalle

itselleen ja potilaan läheiselle, mikä auttaa laatimaan realistisen hoitosuunnitelman. Potilaalle annettava kirjallinen potilaiden tarpeiden mukaan joustava hoitosuunnitelma, joka on tehty yhdessä potilaan kanssa, turvaa potilaan tulevaisuutta. Potilaan siirtyminen perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon ja toisinpäin tulisi tehdä sujuvaksi ja joustavaksi. Potilastietojen ajantasaisuus varmistaisi, että potilas saa parhaan mahdollisen saatavilla olevan hoidon oikea-aikaisesti. Lääketieteellisen hoidon lisäksi potilas tarvitsee säännöllistä ohjausta ja tukea sekä nivelrikkoon perehtyneeltä sairaanhoitajalta että fysioterapeutilta.

Potilaalla ja läheisellä on osin virheellistä tietoa nivelrikosta sairautena, sen syistä ja hoitokeinoista. Oikean tiedon lisääminen edellyttää entistä tehokkaampaa tiedottamista, ohjausta ja neuvontaa. Potilaiden ja heidän läheistensä ymmärrys leikkauksesta nivelrikon ainoana hoitomuotona vähentää potilaiden uskoa konservatiivisen hoidon keinoihin ja niiden toteuttamiseen. Potilas tarvitsee riittävästi ohjausta ja tukea aloittaakseen konservatiivisen hoidon keinot jo nivelrikon varhaisten oireiden ilmetessä. Potilaan ohjauksessa hänen mahdollisuutensa ja kykynsä toteuttaa samaansa ohjausta on otettava huomioon. Hän tarvitsee tukea ja kannustusta jaksakseen hoitaa sairauttaan konservatiivisin keinoin riittävän tehokkaasti ja kyllin pitkän aikaa, jotta harjoittelu olisi tuloksellista.

Ryhmäohjausta toteutettaessa on ryhmiin osallistuvien nivelrikon vaikeusaste otettava huomioon niin, että osallistujat voivat saada vertaistukea toisiltaan. Toisaalta itseä huonompikuntoisten nivelrikkoa sairastavien potilaiden kohtaaminen voi lisätä oman terveyden arvostusta ja ylläpitoa. Seurantakäynnit terveydenhuollon ammatilaisen luona tai puhelinseuranta voivat olla hyödyllisiä omahoitoon sitoutumisen edistämiseksi. Myös harjoittelupäiväkirja saattaisi lisätä potilaan halua omatoimiseen harjoitteluun ja omahoitoon. Potilaan läheiselle tulee tarjota mahdollisuus osallistua ohjaukseen tiedon saamiseksi nivelrikosta ja sen hoidosta, mikä auttaa häntä tukemaan ja kannustaamaan potilasta omahoidossa.

Potilaan kokemien polvinivelrikon aiheuttamien oireiden ja vaivojen hoidossa on potilas kohdattava kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti. Hoitavan tahon tulisi ohjata ja tukea iäkkäitä potilaita tunnistamaan entistä tehokkaammin sairautensa ominaisuuksia ja omia voimavarojaan, jolloin heidän on mahdollista toimia jaksamisensa mukaisesti. Hoitohenkilökunta voi auttaa potilasta ymmärtämään, mitä hän itse voi ja mitä hänen pitää tehdä sekä miten apuvälineiden oikealla käytöllä voidaan häntä auttaa.

Nivelrikon aiheuttaman kivun hoito vaatii erityisesti tehostamista. Kivun luonteen, esiintymisen ja voimakkuuden selvittämisen avulla voidaan yhdessä potilaan kanssa valita oikeat kivunhoitomenetelmät. Potilaiden tietoa eri tavoin ilmenevistä kivuista ja niiden hoitomenetelmistä on tarpeen lisätä ja kannustaa hoitovaihtoehtojen kokeiluun ja käyttöön. Kipulääkkeisiin potilailla ja heidän läheisillään liittyi monenlaisia usko-

muksia, joiden takia potilaat eivät uskalla tai halua käyttää niitä. Kipulääkereseptin ohje ”tarvittaessa” on epäselvä. He tarvitsevat huolellista ohjausta ja neuvontaa sekä hoidon seurantaa, kun kipulääkitys aloitetaan. Kipulääkkeiden valinnassa olisi kuunneltava ja uskottava potilaan kokemusta. Potilasta pitää tukea oikeanlaiseen kipulääkkeen käyttöön niin, että hän hyötyy sen käytöstä.

Nivelrikkoo sairastaville potilaille on jo olemassa toimintaa helpottavia apuvälineitä, mutta potilaat eivät tiedä tarpeeksi niistä ja niiden käytöstä. He eivät aina myöskään ole tietoisia siitä, että heillä on oikeus saada niitä käyttöönsä maksutta. Uusien apuvälineiden kehittämisessä ja jo olemassa olevien parantamisessa olisi huomioitava niiden helppokäyttöisyys, yksinkertaisuus ja käyttöönoton kiinnostavuus. Apuvälineiden saantia tulee tulevaisuudessa helpottaa ja tarjota erilaisia vaihtoehtoja.

Nivelrikkoo sairastava potilas tarvitsee myös henkistä tukea ja ohjausta. Sopeutumista sairauden aiheuttamiin muutoksiin helpottaa riittävä tieto ja tuki. Terveydenhuollon ammattilaisten olisi huomioitava nivelrikkoo sairastavien potilaiden hoidossa fyysisten oireiden lisäksi potilaan ja hänen läheisensä psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Nivelrikon sairastamisen lisäksi tulisi nähdä potilaan koko elämäntilanne ja siihen vaikuttavat tekijät. Vertaistuen mahdollisuutta on tarpeen lisätä ja kehittää erilaisia vaihtoehtoja yhteydenpitoon muihin nivelrikkoo sairastaviin potilaisiin. Sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen tulee iäkkäille potilaille tarjota mahdollisuuksia, jotka ovat heidän tavoitettavissaan ja käytettävissään liikkumisen ongelmista huolimatta. Terveydenhuoltohenkilökunnan on osattava ohjata iäkästä polven nivelrikkoo sairastavaa potilasta ja hänen läheistään kuljetuspalvelujen käyttöön sekä muihin sosiaalipalveluihin ja niiden saamiseen liittyvissä asioissa.

Sekä potilaiden, heidän läheistensä että terveydenhuoltohenkilökunnan olisi toimitettava yhteiskunnallisesti aktiivisina niin, että nivelrikkoo sairastavien potilaiden tarpeet tulisivat otetuiksi huomioon esimerkiksi rakentamisessa ja yhdyskuntasuunnittelussa aikaisempaa paremmin. Mediaa voisi hyödyntää aikaisempaa enemmän niin, että sen välityksellä ohjataan ihmisiä pitämään huolta niveltensä terveydestä ja jo sairastuneita potilaita kannustetaan omatoimiseen harjoitteluun. Median välityksellä tapahtuvia harjoitteluhetkiä tulee tarjota useita kertoja päivässä niin, että potilas voi valita itselleen sopivan ajankohdan. Median välityksellä tapahtuvaan harjoitteluun voisi liittää seurantaa ja kehittää ohjelmia palautteen mukaan.

Tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan käyttää terveydenhuollon koulutuksessa kaikilla koulutusasteilla. Erityisesti gerontologisen hoitotyön opetuksessa on nivelrikkoo sairastavan potilaan hoitotyön erityispiirteet tunnistettava samalla tavalla kuin muiden pitkäaikaissairauksia sairastavien iäkkäiden potilaiden erityispiirteet. Potilaan ja läheisen kokemukset ohjauksesta auttavat kehittämään hoitotyön koulutuksessa potilaan ja läheisen ohjausta ja opettamista lähtemään heidän tarpeista. Nivelrikkopotilaiden

ohjaamisen ja hoitamisen kehittämiseksi on tarpeen lisätä erityisesti tuki- ja liikuntaelin sairauksista kärsivien potilaiden hoitoon perehtyneiden sairaanhoitajien koulutusta.

Hoitotieteessä nyt saatuja tutkimustuloksia voidaan hyödyntää sekä hoitotieteen että perhehoitotieteen alalla. Polven nivelrikon sairastaminen iäkkäiden potilaiden kokemana tuotti tietoa nivelrikon sairastamisesta, mutta myös suomalaisesta hoitotyöstä potilaiden kokemana. Eläminen nivelrikkoa sairastavan potilaan kanssa läheisen kokemana tuotti tietoa nivelrikkoa sairastavan potilaan läheisenä olemisesta. Saadun tiedon perusteella voidaan hoitotieteellistä ja perhehoitotieteellistä tutkimusta kohdentaa seuraavassa luvussa esittämiini jatkotutkimusaiheisiin.

## 8.5 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella esitän seuraavia jatkotutkimusaiheita:

1. Tutkimus ihmisten käsityksistä nivelrikosta, sen syistä ja mahdollisuuksista ennaltaehkäistä ja hoitaa sitä on hyödyllinen, koska käsitykset sairaudesta voivat vaikuttaa siihen, miten potilaat ja terveydenhoitohenkilökunta suhtautuvat nivelrikon hoitoon.
2. Tutkimus eri-ikäisten miesten ja naisten kokemuksista polven nivelrikon sairastamisesta ja saamastaan hoidosta auttaisi kohdentamaan hoitoa aikaisempaa tehokkaammin.
3. Nivelrikkoa sairastaville potilaille suunnattujen sairauden hallintaan kohdennettujen erilaisten ohjausinterventioiden vaikuttavuuden tutkimus on edelleen ajankohtainen.
4. Nivelrikkoa sairastavien potilaiden kohdalla olisi tärkeää selvittää myös potilaan voimavaroja ja pystyvyyttä sairauden kanssa selviytymisessä ja niihin vaikuttavia tekijöitä.
5. Nivelrikkoa sairastavien potilaiden apuvälineiden käyttöön ja käyttämättömyyteen liittyvä tutkimus voisi antaa tietoa apuvälineiden kehittämistyöhön.
6. Nivelrikkoa sairastavien potilaiden kokemaa kipua ja sen luonnetta tarkasteleva tutkimus olisi tarpeen erilaisten kivunhoitomenetelmien kehittämiseksi.
7. Iäkkäiden polven nivelrikkoa sairastavien potilaiden hoitoon pääsyä olisi tarpeen tarkastella potilasasiakirjoista.

8. Nivelrikkoa sairastavien potilaiden läheiset ovat olleet tutkimuksen kohteena vielä vähän, joten nivelrikkoa sairastavien potilaiden mies- ja naisläheisten kokemusten tutkiminen voisi auttaa kehittämään heille kohdennettua ohjausta ja palveluja.
9. Polvinivelrikkoa sairastavien potilaiden oireiden vaihtelevuuteen liittyvällä tutkimuksella voitaisiin kehittää oireiden hoitoa.
10. Nivelrikkoa sairastavia potilaita hoitavien tahojen käsitykset nivelrikkoa sairastavan potilaan hoidon tarpeesta ja hoitokeinoista olisi mielenkiintoinen tutkimusaihe.

## Lähteet

- Ahlman E. 1953. Ihmisen probleemi. WSOY, Porvoo.
- Affleck G., Tennen H., Keefe F.J., Lefebvre J.C., Kashikar-Zuck S., Wright K., Starra K & Galdwell D.S. 1999. Everyday life with osteoarthritis or rheumatoid arthritis: independent effects of disease and gender on daily pain, mood, and coping. *Pain* 83, 601–609.
- Allen K.D., Golightly Y.M & Olsen M.K. 2006. Pilot study of pain and coping among patients with osteoarthritis: a daily diary analysis. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology* 12, 118–23.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons 2008. Treatment of osteoarthritis of the knee (non arthroplasty) full guideline. Adopted by the American Academy of Orthopaedic Surgeons Board of Directors December 6, 2008. Saatavana <http://www.aaos.org/research/guidelines/oakguideline.pdf>. (luettu 10.7. 2011)
- Andersson B.A & Andersson A.M. 1999. Qualitative family research. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) *Perhe hoitotyössä – teoria, tutkimus ja käytäntö*. WSOY. Porvoo. 137–156.
- Arden N & Nevitt M.C. 2006. Osteoarthritis: Epidemiology. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 20, 3–25.
- Arokoski J. 2008. Polven artroosin etiologia. *Suomen Ortopedia ja Traumatologia* 31, 70–72.
- Arokoski J.P.A & Lammi M.J. 2001. Glukosamiinsulfaatti nivelrikon hoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 56, 887–892.
- Arokoski J.P.A., Lammi M.J., Hyttinen M.M., Kiviranta I., Parkkinen J.J., Jurvelin J.S., Tammi M.I & Helminen H.J. 2001. Nivelrikon etiopatogeneesi. *Duodecim* 117, 1617–1626.
- Arokoski J.P.A., Mäkitervo L., Virtapohja H & Arokoski M.H. 2004. Polvi- ja lonkkanivelrikon konservatiivinen lääkkeetön hoito. *Suomen Lääkärilehti* 59, 279–285
- Arokoski J.P.A., Manninen P., Kröger H., Heliövaara M., Nykyri E & Impivaara O. 2007. Hip and knee pain and osteoarthritis. Teoksessa Kaila-Kangas L. (toim.) *Musculoskeletal disorders and diseases in Finland*. Publications of the National Public Health Institute 2007:B25, Helsinki.
- Aromaa A. & Koskinen S. (toim.) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki.
- Asummaa H. 2010. Tekonivelelikkausepotilaan perheen tukeminen ortopedian poliklinikan ensikäynnillä – Potilaan ja läheisen näkökulma. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- van Baar M. E. , Dekker J., Oostendorp R., Bijl D., Voorn T & Bijlsma J. 2001. Effectiveness of exercise in patients with osteoarthritis of hip or knee: nine months' follow up. *Annals of the Rheumatic Diseases* 60, 1123–1130.
- Baert V., Gorus E., Mets T., Geerts C. & Bautmans I. 2011. Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: A systematic review *Ageing Research Reviews* 10, 464–474.
- Baird C.L. 2003. Holding on: Self-caring with osteoarthritis. *Journal of Gerontological Nursing* 29, 32–39.
- Baird C.L., Murawski M.M & Wu J. 2010. Efficacy of guided imagery with relaxation for osteoarthritis symptoms and medication intake. *Pain Management Nursing* 11, 56–65.
- Baird C.L, Schmeiser D & Yehle K.T. 2003. Self-caring of women with osteoarthritis living at different levels of independence. *Health Care for Women International* 24, 617–34.



- Baird C.L., Yehle K.S & Schmeiser D. 2007. Experiences of Women With Osteoarthritis in Assisted Living Facilities. *Clinical Nurse Specialist* 21, 276–284.
- Barbosa A., Figueiredo D., Sousa L & Demain S. 2011. Coping with the caregiving role: Differences between primary and secondary caregivers of dependent elderly people. *Aging & Mental Health* 15, 490–499.
- Basra M.K.A & Finlay A.Y. 2007. The family impact of skin diseases: the Greater Patient concept. *British Journal of Dermatology* 156, 929–937.
- Beaton D.E & Clark J.P. 2009. Qualitative research: a review of methods with use of examples from the total knee replacement literature. *Journal of Bone & Joint Surgery American* volume 91, 107–12.
- Bellamy N., Campbell J., Robinson V., Gee T., Bourne R & Wells G. 2006. Viscosupplementation for the treatment of osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev* 2.
- Bennett A.N., Crossley K.M., Brukner P.D & Hinman R.S. 2007. Predictors of symptomatic response to glucosamine in knee osteoarthritis: an exploratory study. *British Journal of Sports Medicine* 41, 415–419.
- Bergs D. 2002. ‘The hidden client’ – women caring for husbands with COPD: their experience of quality of life. *Journal of Clinical Nursing* 11, 613–621.
- Berman B.M., Lao L., Langenberg P. Lee W.L. Gilpin A.M & Hochberg M.C. 2004. Effectiveness of acupuncture as adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee: a randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine* 141, 901–10.
- Birchfield P.C. 2001. Osteoarthritis overview. *Geriatric Nursing* 22, 124–131.
- Blixen, C & Kippes, C. 1999. Depression, social support and Quality of life in older adults with osteoarthritis. *Journal of Nursing Scholarship* 31, 221–226.
- Bower K.N., Frail D., Twohig P.L & Putnam W. 2006. What influences seniors’ choice of medications for osteoarthritis? *Canadian Family Physician* 52, 342–349.
- Bradbury-Jones C., Irvine F & Sambrook S. 2010. Phenomenology and participant feedback: convention or contention? *Nurse Researcher* 17, 2–25.
- Brand C.A., Amatya B., Gordon B., Tosti T & Gorelik A. 2010 Redesigning care for chronic conditions: improving hospital-based ambulatory care for people with osteoarthritis of the hip and knee. *Internal Medicine Journal* 40, 427–436.
- Brand C & Cox S. 2006. Systems for implementing best practice for a chronic disease: management of osteoarthritis of the hip and knee. *Internal Medicine Journal* 36, 170–179.
- Brooks P.M. 2002. Impact of osteoarthritis on individuals and society: how much disability? Social consequences and health economic implications. *Current Opinion in Rheumatology* 14, 573–577.
- Bruyere O., Pavelka K., Rovati L.C., Deroisy R., Olejarova M., Gatterova J., Giacobelli G & Reginster J.Y. 2004. Glucosamine sulfate reduces osteoarthritis progression in postmenopausal women with knee osteoarthritis: evidence from two 3-year studies. *Menopause* 11, 138–43.
- Burke M & Flaherty M.J. 1993. Coping strategies and health status of elderly arthritic women. *Journal of Advanced Nursing* 18, 7–13.
- Burks K. 2002. Health concerns of men with osteoarthritis of the knee. *Orthopaedic Nursing* 21, 28–34.
- Byrne K., Orange J.B & Ward-Griffin C. 2011. Care Transition Experiences of Spousal Caregivers: From a Geriatric Rehabilitation Unit to Home. *Qualitative Health Research* 21, 1371–1387.
- Bäckmand H. 2006. Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn. Pitkäaikaissairantutkimus ikääntyvillä miehillä. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto.

- Campbell R., Evans M., Tucker M., Quilty B., Dieppe P & Donovan J.L. 2001. Why don't patients do their exercises? Understanding non-compliance with physiotherapy in patients with osteoarthritis of the knee. *Journal Epidemiology Community Health* 55, 132–138.
- Carpenter D.R. 2003. Phenomenology as Method. Teoksessa Streubert Speziale H.J & Carpenter D. R. *Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic Imperative*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 51–74.
- Chesla C.A. 2005. Nursing Science and Chronic Illness: Articulating Suffering and Possibility in Family Life. *Journal of Family Nursing* 11, 371–387.
- Chodosh J., Morton S.C., Mojica W., Maglione M., Suttorp M.J. Hilton L., Rhodes S & Shekelle P. 2005. Meta-Analysis: Chronic Disease Self-Management Programs for Older Adults. *Annals of Internal Medicine* 143, 427–438.
- Chuang S-H., Huang M-H., Chen T-W., Weng M-C., Liu C-W & Chen C-H. 2007. Effect of Knee Sleeve on Static and Dynamic Balance in Patients with Knee Osteoarthritis. *the Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 23, 405–411.
- Clark J.P., Hudak P.L., Hawker G.A., Coyte P.C., Mahomed N.N., Kreder H.J & Wright J.G. 2004. The moving target: A qualitative study of elderly patients' decision-making regarding total joint replacement surgery. *Journal of Bone & Joint Surgery* 86-A, 1366–74.
- Clarkeburn H & Mustajoki A. 2007. *Tutkijan arkipäivän etiikka. Vastapaino, Tampere*.
- Colaizzi P.F. 1978. Psychological research as phenomenologist views it. Teoksessa Valle R.S. & King M. (ed.) *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. Oxford University Press, New York. 48–71.
- Cremeans-Smith J.K., Stephens M.A.P., Franks M.M., Martire L.M., Druley J.A & Wojno W.C. 2003. Spouses' and physicians' perceptions of pain severity in older women with osteoarthritis: dyadic agreement and patients' well-being. *Pain* 106, 27–34.
- Crist J D. 2005 The meaning for elders of receiving family care. *Journal of Advanced Nursing* 49, 485–493.
- Cushnaghan J, McCarthy C & Dieppe P. 1994. Taping the patella medially: a new treatment for osteoarthritis of the knee joint? *BMJ* 19, 308, 753–5.
- Damush TM, Perkins SM, Mikesky AE, Roberts M & O'Dea J. 2005. Motivational factors influencing older adults diagnosed with knee osteoarthritis to join and maintain an exercise program. *Journal of Aging and Physical Activity* 13, 45–60.
- Davidfizar R.1994. Powerlessness of caregivers in home care. *Journal of Clinical Nursing* 3, 155–158.
- Dekker J., van Dijk, G.M & Veenhof C. 2009. Risk factors for functional decline in osteoarthritis of the hip or knee. *Current Opinion in Rheumatology* 21, 520–524.
- Demierre M., Castelo E & Piot-Ziegler C. 2011. The long and painful path towards arthroplasty: A qualitative study. *Journal of Health Psychology* 16, 549–560.
- Denham S.A. 2003. Relationships between Family Rituals, Family Routines, and Health. *Journal of Family Nursing* 9, 305–330.
- Dickson G.L & Kim J.I. 2003. Reconstructing a meaning of pain: older Korean American women's experiences with the pain of osteoarthritis. *Qualitative Health Research* 13, 675–88.
- Dieppe P.A & Lohmander S. 2005. Pathogenesis and management of pain in osteoarthritis. *Lancet* 365, 9659–9673.
- van Dijk G.M., Dekker J., Veenhof C & van den Ende 2006. Course of functional status and pain in osteoarthritis of hip and knee. A systematic review of the literature. *Arthritis Care and Research* 55, 779–785.
- Dominick K.L., Ahern F.M., Gold C.H & Heller D.A. 2004. Health-related quality of life among older adults with arthritis. *Health and Quality of Life Outcomes* 2,5. Saatavana <http://www.hqlo.com/content/2/1/5>. Luettu 7.3. 2010.

- Donalek J. 2004. Phenomenology as a qualitative research method. *Urologic nursing* 24, 516–517.
- Drew N. 2004. Creating a synthesis of intentionality: the role of the bracketing facilitator. *Advances in Nursing Science* 27, 215–23.
- Druley J.A., Stephens M.A.P.; Martire L.M., Ennis N & Wojno W. 2003. Emotional Congruence in Older Couples Coping With Wives' Osteoarthritis: Exacerbating Effects of Pain Behavior. *Psychology & Aging* 18, 406–14.
- Dunér A & Nordström M. 2005. Intentions and strategies among elderly people: Coping in everyday life. *Journal of aging studies* 19, 437–451.
- Edwards C. 2003. Exploration of the orthopedic patient's 'need to know'. *Journal of Orthopaedic Nursing* 7, 18–25.
- Efrainsson E., Höglund I & Sandman P. 2001. The everlasting trial of strength and patience': transitions in home care nursing as narrated by patients and family members. *Journal of Clinical Nursing* 10, 813–19.
- Ehrlich G.E. 2003. The rise of osteoarthritis. *Bulletin of the World Health Organization* 81, 630.
- Ekwall, A.K & Hallberg I.R. 2006. The association between caregiving satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers. *Journal of Clinical Nursing* 16, 832–844.
- Elo S. & Isola A. 2008. Ikääntyneiden haastattelun erityispiirteitä. *Hoitotiede* 20, 215–225.
- Eloranta S. 2009. Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. *Hoitotieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta, Turun yliopisto, Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D osa 869. Turku.*
- Eriksson M & Svedlund M. 2006. 'The intruder': spouses' narratives about life with a chronically ill partner. *Journal of Clinical Nursing*. 15, 324–33.
- Eskola J & Suoranta J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. *Vastapaino, Tampere.*
- European Commission 2003. Musculoskeletal problems and functional limitation. The great public health challenge for the 21st century. University of Oslo. The Bone and Joint Decade. Oslo 2003. saatavana: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2000/monitoring/fp](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/monitoring/fp). luettu 13.12.2010.
- Fekete E.M., Stephens A.M.P., Druley J.A & Greene K.A. 2006. Effects of spousal control and support on older adults' recovery from knee surgery. *Journal of Family Psychology* 20, 302–10.
- Ferreira V.M & Sherman A.M. 2007. The relationship of optimism, pain and social support to well-being in older adults with osteoarthritis. *Aging and Mental Health* 11, 89–98.
- Fischer C.T. 2009. Bracketing in qualitative research: Conceptual and practical matters. *Psychotherapy Research* 19, 583–590.
- Flinck A. 2006. Parisuhdeväkivalta naisen ja miehen kokemana. *Rikottu lemменmarja. Acta Universitatis Tamperensis* 1169. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Flinck A & Åstedt-Kurki P. 2009 Analyysimenetelmän problematiikka fenomenologisessa tutkimuksessa. *Hoitotiede* 21, 67–77.
- Flinkman T & Salanterä S. 2004. Leikki-ikäisen lapsen pelot päiväkirurgisessa toimenpiteessä. *Hoitotiede* 16, 121–131.
- Fransen M. & McConnell S. 2009 Exercise for osteoarthritis of the knee (Review). *The Cochrane Library*, Issue 3 saatavana <http://www.thecoherancelibrary.com> luettu 2.10 2010
- Gadamer H.G. 2004. Hermeneutiikka – ymmärtäminen tieteissä ja filosofiassa. *Suom. I. Nikander. Vastapaino. Tampere.*
- Gaines J.M., Talbot L.A. & Metter E.J. 2002. The relationship of arthritis self-efficacy to functional performance in older men and women with osteoarthritis of the knee. *Geriatric Nursing* 23: 167–170.

- Garstang S.V. & Stitik T.P. 2006. Osteoarthritis: Epidemiology, Risk Factors and Pathophysiology. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 85, S2–S11.
- Gearing R.E. 2004. Bracketing in Research: A Typology. *Qualitative Health Research* 14, 1429–1452.
- Gibbs L.B & Klinger L. 2011. Rest is a meaningful occupation for women with hip and knee osteoarthritis. *OTJR: Occupation, Participation and Health* 31, 143–150.
- Gignac M.A.M., Cott C & Badley E.M. 2000. Adaptation to Chronic Illness and Disability and Its Relationship to Perceptions of Independence and Dependence. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 55: 362–372.
- Gignac M.A., Cott C & Badley E.M. 2002. Adaptation to disability: applying selective optimization with compensation to the behaviors of older adults with osteoarthritis. *Psychology & Aging* 17, 520–4.
- Gignac M.A., Davis A.M., Hawker G., Wright J.G., Mahomed N., Fortin P.R & Badley E.M. 2006 “What do you expect? You’re just getting older”: A comparison of perceived osteoarthritis-related and aging-related health experiences in middle- and older-age adults. *Arthritis & Rheumatism* 30, 55, 905–912.
- Gooberman-Hill R., French M., Dieppe, P & Hawker G. 2009. Expressing Pain and Fatigue: A New Method of Analysis to Explore Differences in Osteoarthritis Experience. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* 61, 3, 353–360.
- Gooberman-Hill R., Sansom A., Sanders C.M.; Dieppe P.A., Horwood, J., Learmonth I.D., Williams S & Donovan J.L. 2010. Unstated factors in orthopaedic decision-making: a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 11, 213–223.
- Grime J.C & Ong B.N. 2007. Constructing osteoarthritis through discourse – a qualitative analysis of six patient information leaflets on osteoarthritis. *BMC Musculoskeletal Disorders* 8, 34.
- Gupta S., Hawker G.A., Laporte A., Croxford R & Coyte P.C. 2005. The economic burden of disabling hip and knee osteoarthritis (OA) from the perspective of individuals living with this condition. *Rheumatology* 44, 1531–1537
- Gustafsson B.A., Ponzer S., Heikkilä K & Ekman S. 2007. The lived body and the perioperative period in replacement surgery: older people’s experiences *Journal of Advanced Nursing* 60, 20–28.
- Gyurcsik N.C., Brawley L.R., Spink K.S., Brittain D.R., Fuller D.L & Chad K 2009. Physical Activity in Women With Arthritis: Examining Perceived Barriers and Self-Regulatory Efficacy to Cope *Arthritis & Rheumatism* 61, 1087–1094.
- Haapaniemi H., Routasalo P & Lauri S. 2003. Hoitotieteellinen vanhustutkimus: Analyysi vuosina 1979–2000 Suomessa tehdyistä yliopistollisista opinnäytetöistä. *Hoitotiede* 15, 89–99.
- Hall M., Migay A.-M., Persad T., Smith J., Yoshida K., Kennedy D & Pagura S. 2008. Individuals’ experience of living with osteoarthritis of the knee and perceptions of total knee arthroplasty. *Physiotherapy theory and practice* 24, 167–81.
- Hammar T., Raatikainen R & Perälä M–L. 1999. Sosiaali- ja terveystieteelliset tulevaisuudessa: 60–65-vuotiaiden odotukset palveluista 80–vuotiaana. *Gerontologia* 13, 1989–1999.
- Harris R & Dyson E. 2001. Recruitment of frail older people to research: lessons learnt through experience. *Journal of Advanced Nursing* 36, 643–651.
- Hawker G.A. 2009. Experiencing painful osteoarthritis: what have we learned from listening? *Current Opinion in Rheumatology* 21, 507–512.
- Hawker G.A., Wright J.G., Badley E.M & Coyte P.C. 2004. Perceptions of, and willingness to consider, total joint arthroplasty in a population-based cohort of individuals with disabling hip and knee arthritis. *Arthritis Care & Research* 51, 635–41.

- Hawker G.A., Stewart L., French M.R., Cibere J., Jordan J.M., March L., Suarez-Almazor M & Goberman–Hill R. 2008. Understanding the pain experience in hip and knee osteoarthritis – an OARSI/OMERACT initiative. *Osteoarthritis & Cartilage* 16, 415–22.
- Heikkinen E. 2000. Elinajan piteneminen – onni vai onnettomuus. *Gerontologia* 1, 27–33.
- Heikkinen E. 2002. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa Heikkinen E & Marin M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Vammala. 13–34.
- Heikkinen E. 2003. Mitä on gerontologia. tutkimuskohde, tutkimusmenetelmät, teorianmuodostus. Teoksessa Heikkinen, E & Rantanen T. (toim.) *Gerontologia*. Duodecim, Helsinki. 14–23.
- Heikkinen, E. 2004. Vanhenemisen monet kasvot. *Gerontologia* 2, 159–163.
- Heikkinen, E. 2005. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Suomalaisten terveys. Terveyskirjasto Duodecim. saatavana <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/> luettu 25.10. 2006.
- Helin S. 2002. Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa Heikkinen E & Marin M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Tammi, Helsinki. 35–68.
- Heliövaara M. 2008. Nivelrikon esiintyvyyys ja kustannukset. *Duodecim* 124, 1869–1874.
- Heliövaara M., Riihimäki H & Nissinen M. 2009. Nivelrikko. Sairauksien ehkäisy. Saatavana: <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/> luettu 10.2. 2009
- Helminen H.J, Arokoski J.P.A & Kiviranta I. 2001. Polven ja lonkan nivelrikon ehkäisy – haavettako vain? *Suomen Lääkärilehti* 51–52, 56, 5259–5262
- Helminen H., J., Hyttinen M.M & Arokoski J. 2008. Nivelrikon ehkäisy on mahdollista! *Duodecim* 124,1863–1865.
- Hendry M., Williams N.H., Markland D., Wilkinson C & Maddison P. 2006. Why should we exercise when our knees hurt? A qualitative study of primary care patients with osteoarthritis of the knee. *Family Practice – an International journal* 26, 558–567.
- Henkilötietolaki 523/1999.
- Hill J. & Bird H. 2007. Patient knowledge and misconceptions of osteoarthritis assessed by validated self-completed knowledge questionnaire (PKQ-OA). *Rheumatology* 46, 796–800.
- Hinman R.S., Crossley K.M., McConnell J & Bennell K.L. 2003. Efficacy of knee tape in the management of osteoarthritis of the knee: blinded randomised controlled trial. *BMJ* 19, 327, 7407,135.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 1997. Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.
- Hirsjärvi S., Remes P & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita.. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Hämeenlinna.
- Hirsjärvi S & Hurme H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.
- Hirvensalo E., Paavolainen P & Vuorinen J. 2009. Polven nivelrikko (kirurgia, ortopedia) Kiireettömän hoidon perusteet. 8.4.2009. *Lääkärin tietokannat. Hoidon perusteet*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 30.10 2011.
- Hirvonen J. 2007 Effect of waiting time on health outcomes and service utilization: A prospective randomized study on patients admitted to hospital for hip or knee replacement. *Väitöskirja*. Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, kansanterveystieteen laitos.
- Hokkanen H., Häggman-Laitila A & Eriksson E. 2006. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat ja niiden tukeminen – katsaus tutkimuskirjallisuuteen. *Gerontologia* 1, 12– 21.
- van der Hoonaard D.K. 2005. “Am I doing it right?” “Older widows as interview participants in qualitative research. *Journal of aging studies* 19, 393–406.
- Hopman-Rock M., Kraaimaat F.W & Bijlsma J.W.J. 1997. Quality of life in elderly subjects with pain in the hip or knee. *Quality of Life Research* 6, 67–76.

- Hudak P.L., Clark J.P., Hawker G.A., Coyte P.C., Mahomed N.N., Kreder H.J & Wright J.G. 2002. "You're Perfect for the Procedure! Why Don't You Want It?" Elderly Arthritis Patients' Unwillingness to Consider Total Joint Arthroplasty Surgery: A Qualitative Study. *Medical Decision Making* 22, 272–8.
- Hughes S.L., Seymour R.B., Campbell R., Pollak N., Huber G & Sharma L. 2004. Impact of the fit and strong intervention on older adults with osteoarthritis. *Gerontologist* 44, 217–28.
- Hunter D.J & Felson D.T. 2006. Osteoarthritis. *BMJ* 332, 639–642.
- Hunter D.J & Lo G.H. 2008. The Management of Osteoarthritis: An Overview and Call to Appropriate Conservative Treatment. *Rheumatic Disease Clinics of North America* 34, 689–712.
- Huo M.H & Muller M.S. 2004. What's new in hip arthroplasty. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 6, 2341–2353.
- Husserl, E. 1995. Fenomenologian idea. Viisi luentoa Alkuteoksesta Die Idee der Phänomenologie. Suomentaneet Himanka J., Hämmäläinen J. & Sivenius H. Like Oy. Helsinki.
- Häkkinen U & Alha P. (toim) 2006. Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 2006:B 10. Helsinki.
- Isola A., Backman H., Saarnio R., Kääriäinen M & Kyngäs H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19, 51–62.
- Jakobsson U & Hallberg I.R. 2002. **Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review.** *Journal of Clinical Nursing* 11, 430–443.
- Jakobsson U & Hallberg I.R. 2006. Quality of Life Among Older Adults With Osteoarthritis: An Explorative Study. *Journal of Gerontological Nursing* 32, 51–60.
- Jamtvedt K., Dahm K.T., Christie A., Moe R.H, Haavardsholm E., Holm I & Hagen K.B. 2008. Physical Therapy Interventions for Patients With Osteoarthritis of the Knee: An Overview of Systematic Reviews *Physical Therapy* 88, 1, 123–136.
- Janes R & Tilvis R. 2001. Vanhusten kipu. Teoksessa Tilvis R., Hervonen A., Jäntti P., Lehtonen A & Sulkava R. (toim.) *Geriatrics*. Kustannus Oy Duodecim. Hämeenlinna, 293–306.
- Jinks C., Ong B.N & Richardson J. 2007. **A mixed methods study to investigate needs assessment for knee pain and disability: population and individual perspectives.** *BMC Musculoskeletal Disorders* 8.
- Johnson S.R., Archibald A., Davis A.M., Badley E., Wright J.G & Hawker G.A. 2007. Is self-reported improvement in osteoarthritis pain and disability reflected in objective measures? *The Journal of Rheumatology* 34, 159–164.
- Jokinen P., Lappalainen M., Meriläinen P & Pelkonen M. 2002. Ethical issues in ethnographic nursing research with children and elderly people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16, 165–170.
- Juby A.G., Skeith K & Davis P. 2005. Patients' awareness, utilization, and satisfaction with treatment modalities for the management of their osteoarthritis. *Clinical Rheumatology* 24, 535–538.
- Jurvelin J.S., Nieminen M.T., Töyräs J., Risteli J., Laasanen M.S., Konttinen Y.T & Kiviranta I. 2008. Fysikaaliset ja kemialliset menetelmät nivelrikon varhaisessa osoittamisessa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 124, 1885–96.
- Kanervisto M, Kaistila T & Paavilainen E. 2007. **Severe chronic obstructive pulmonary disease in a family's everyday life in Finland: Perceptions of people with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses.** *Nursing & Health Sciences* 9, 40–7.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro, Helsinki.

- Karjalainen M. 2006. Lonkan tai polven nivelrikkoa sairastavien tekonivelleikkausta odottavien terveyteen liittyvä elämänlaatu. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteen laitos. Oulun yliopisto.
- Kee C.C. 1998. *Living With Osteoarthritis: Insiders' Views*. *Applied Nursing Research* 11, 19–26.
- Kee C.C. 2003. Older Adults with Osteoarthritis: Psychological Status and Physical Function. *Journal of Gerontological Nursing* 29, 26–34.
- Keefe F.J., Affleck G., France C.R., Emery C.F., Waters S., Caldwell D.S., Stainbrook D., Hackshaw K.V., Fox L.C & Wilson K. 2004a. Gender differences in pain, coping, and mood in individuals having osteoarthritic knee pain: a within-day analysis. *Pain* 110, 571–7.
- Keefe F.J., Blumenthal J., Baucom D., Affleck G., Waught R., Caldwell D.S., Beupre P., Kashikar-Zuck S., Wright K., Egert J & Lefebvre J. 2004b. Effects of spouse-assisted coping skills training and exercise training in patients with osteoarthritis knee pain: a randomized controlled study. *Pain* 110, 539–549.
- Keefe F.J., Caldwell D.S., Baucom D., Salley A., Robinson E., Timmons K., Beupre P., Weisberg J & Helms M. 1996. Spouse-Assisted Coping Skills Training in the Management of Osteoarthritic Knee Pain. *Arthritis Care and Research* 9, 279–291.
- Keefe F.J., Caldwell D.S., Baucom D., Salley A., Robinson E., Timmons K., Beupre P., Weisberg J & Helms M. 1999. Spouse-assisted coping skills training in the management of knee pain in osteoarthritis: long-term follow up results. *Arthritis Care & Research* 12, 101–11.
- Keefe F.J., Kashikar-Zuck S., Robinson E., Salley A., Beupre P., Caldwell D., Baucom D & Haythornthwaite J. 1997. Pain coping strategies that predict patients' and spouses' ratings of patients' self-efficacy *Pain* 73, 191–9.
- Kemp G., Crossley K.M., Wrigley T.V., Metcalf B.R & Hinman R.S. 2008. Reducing joint loading in medial knee osteoarthritis: shoes and canes. *Arthritis & Rheumatism* 15;59, 609–14
- Keyser J.J., Sparling J.W & Riegger-Krugh C. 1998. The experience of knee arthritis in athletic young and middle-aged adults: an heuristic study. *Arthritis Care & Research* 11, 261–70.
- Kinsella K & Phillips D.R. 2005. Global aging: The challenge of success. *Population Bulletin* 60, 1, 5–42.
- Kiviniemi L. 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Kleiman S. 2004. Phenomenology: to wonder and search for meanings. *Nurse Research* 11, 4, 61–68.
- Klinger L., Spaulding S.J., Polatajko H., MacKinnon J & Miller L. 1999. *Chronic Pain in the Elderly: Occupational Adaptation as a Means of Coping with Osteoarthritis of the Hip and/or Knee*. *The Clinical Journal of Pain* 15, 275–283.
- Knaff K.A & Gilliss C.L. 2002. Families and Chronic Illness: A Synthesis of Current Research. *Journal of Family Nursing* 8, 178–99.
- Koistinen P. 2002. Kulttuurien yhteentörmäyksestä sopeutumiseen ja uudelleen ymmärtämiseen. Sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden kokemuksia harjoittelujaksoilta virolaisissa hoitokodeissa. Helsingin yliopisto. Opettajan koulutuslaitos. Tutkimuksia 235.
- Konttinen Y.T., Lindroos L., Ruuttila P., Lähdeoja J.L., Nordström, D.C.E & Santavirta, S. 2003. Nivelrikon kliininen kuva ja hoito. *Duodecim* 119, 1537–1544.
- Koponen P & Aromaa A. 2005. Suomalaisten terveys kansainvälisessä vertailussa. Suomalaisten terveys. 18.7.2005. Terveyskirjasto. *Duodecim*. <http://www.terveyskirjasto.fi> luettu 2.10.2010

- Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. *Vastapaino*, Tampere.
- Kvale S. 1996. *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing*. Sage. London.
- Kylmä J & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima, Helsinki.
- Kylmä J., Vehviläinen-Julkunen K & Lähdevirta J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Duodecim* 119, 609–615.
- Kylmä J., Åstedt-Kurki P & Joronen K. 2011. Perhehoitotieteellinen tutkimus Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikössä. *Hoitotiede* 23, 4, 296–318.
- Käypä hoito -suositus 2007. Polvi- ja lonkkanivelrikon hoito. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50054> luettu 1.8.2007.
- Laine T. 2007. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola J & Valli R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. PS-kustannus. Jyväskylä. 28–45.
- Laitinen-Junkkari P. 1999. Vanhukset ja heidän omaisensa kvantitatiivisen tutkimuksen kiinnostuksen kohteena – Huomioita ja ongelmakohtia. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Perhe hoitotyössä – teoria, tutkimus ja käytäntö*. WSOY, Helsinki. 275–289.
- Lammi M.J., Arokoski J., Vuolteenaho K & Moilanen E. 2008. Nivelrikon välittäjäaineet. *Duodecim* 124, 768–4.
- Lampi H. 2005. Miehen sydäninfarktikokemus: fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olemisesta. *Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A, Tutkimuksia* 12, Helsinki.
- Lapsley H.M., March L.M., Tribe K.L., Cross M.J & Brooks P.M. 2001. *Living With Osteoarthritis: Patient Expenditures, Health Status and Social Impact*. *Arthritis Care & Research* 45, 301–306.
- Latomaa T. 2005. Ymmärtävä psykologia: Psykologia rekonstruktiiivisena tieteenä. Teoksessa Perttula J & Latomaa T. (toim.) *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen*. Dialogia, Helsinki. 17–88.
- Laukkanen P. 2003. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehystä päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen E & Rantanen T. (toim.) *Gerontologia*. Duodecim, Helsinki. 255–266.
- Lehto M. 2002. Tekonivelleikkaus ja sen vaihtoehdot nivelrikon ja -reuman hoidossa. Teoksessa Telaranta S & Lehto M. (toim.) *Tekonivelpotilaan hoito uudistuu*. Pirkanmaan Ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 3.
- Lehtomaa M. 2005. Fenomenologinen kokemuksen tutkimus: haastattelu, analyysi ja ymmärtäminen. Teoksessa Perttula J & Latomaa T. (toim.) *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen*. Dialogia, Helsinki. 17–88.
- Leveille S.G., Bean J., Bandeen-Roche K., Jones R., Hochberg M & Guralnik J.M. 2002. *Musculoskeletal Pain and Risk for Falls in Older Disabled Women Living in the Community*. *Journal of American Geriatrics Society* 50, 671–678.
- Lillibridge J. Cox M & Cross W. 2002. Uncovering the secret: giving voice to the experiences of nurses who misuse substances. *Journal of Advanced Nursing* 39, 219–229.
- Linsell L., Dawson J., Zondervan K., Randall T., Rose P., Carr A & Fitzpatrick R. 2005. Prospective study of elderly people comparing treatments following first primary care consultation for a symptomatic hip or knee. *Family Practice* 22, 118–125.
- Luger T., Cotter K.A & Sherman A.M. 2009. It's all in how you view it: Pessimism, social relations, and life satisfaction in older adults with osteoarthritis. *Aging & Mental Health* 13, 635–647.



- Lukkarinen H. 2003. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisellä tutkimusilmionä. Fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen S & Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki. 116–164.
- Luukka K 2007. Vastavalmistuneiden lähihoitajien koulutuksenaikaiset merkitykselliset oppimiskokemukset vanhustyössä. Tunnepeili oppimiskokemusten merkityksellistäjänä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 142.
- Maa S.-H., Sun M-F & Wu C.-C. 2008. **The Effectiveness of Acupuncture on Pain and Mobility in Patients With Osteoarthritis of the Knee: A Pilot Study.** *Journal of Nursing Research* 16, 140–148.
- Mackey S. 2005. Phenomenological nursing research: methodological insights derived from Heidegger's interpretive phenomenology. *International Journal of Nursing Studies* 42, 179–186.
- Maggs-Rapport F. 2000. "Best research practice": in pursuit of methodological rigour. *Journal of Advanced Nursing* 35, 373–383.
- Maijala H., Paavilainen E., Åstedt-Kurki P & Paunonen-Ilmonen M. 2002. Poikkeavaa lasta odottavien tutkimushaastattelu. *Hoitotiede* 14, 3–10.
- Maly M.R., Costigan P.A & Olney S.J. 2006. Determinants of Self Efficacy for Physical Tasks in People With Knee Osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism* 55, 94–101.
- Maly M.R & Cott C. 2009. Being careful: A grounded theory of emergent chronic knee problems. *Arthritis & Rheumatism* 61, 937–943.
- Maly M.R & Krupa T. 2007. Personal experience of living with knee osteoarthritis among older adults. *Disability and Rehabilitation* 29, 1423–1433.
- Marcinkowski K., Wong V.-G & Dignam D. 2005. Getting Back to the Future A Grounded Theory Study of the Patient Perspective of Total Knee Joint Arthroplasty. *Orthopaedic Nursing* 24, 202–209.
- Marin M. 2003. Perheet, sukupolvet ja sosiaaliset verkot. Teoksessa Heikkinen E. & Rantanen T. (toim.) *Gerontologia. Duodecim*, Helsinki. 60–69. Marks R & Allegrante J.P. 2005. Chronic osteoarthritis and adherence to exercise: a review of the literature. *Journal of Aging and Physical Activity* 13, 434–60.
- Martire L.M., Keefe F.J.; Schulz R., Ready R., Beach S.R.; Rudy T.E & Starz T.W. 2006. Older Spouses' Perceptions of Partners' Chronic Arthritis Pain: Implications for Spousal Responses, Support Provision, and Caregiving Experiences. *Psychology & Aging* 21, 222–30
- Martire L.M., Schultz, F.J., Keefe, T.W., Starz T.A., Osial J.R., Dew M.A & Reynolds C.F. 2003. Feasibility of dyadic intervention for management of osteoarthritis: a pilot study with older patients and their spousal caregivers. *Aging & Mental Health* 7, 53–60.
- Martire L.M., Stephens M.A.P., Druley J.A & Wojno W.C. 2002. Negative Reactions to Received Spousal Care: Predictors and Consequences of Miscarried Support. *Health Psychology* 21, 167–76
- Martire L.M., Schulz R, Keefe F, J., Rudy T., E & Starz T.W. 2007. Couple-Oriented Education and Support Intervention: Effects on Individuals With Osteoarthritis and Their Spouses. *Rehabilitation Psychology* 52, 121–132.
- Martire L.M., Schulz R., Keefe F.J., Rudy T., E & Starz T.W. 2008. Couple-Oriented Education and Support Intervention for Osteoarthritis: Effects on Spouses' Support and Responses to Patient Pain. *Families, Systems, & Health* 26, 185–195.
- McCaffrey R & Freeman E. 2003. Effect of music on chronic osteoarthritis pain in older people. *Journal of Advanced Nursing* 44, 517–524.
- McDonald, DD. 2009. Older Adults' Pain Descriptions. *Pain Management Nursing* 10, 3, 142–148.

- McHugh G.A, Campbell M & Luker K.A. 2011. Quality of care for individuals with osteoarthritis: a longitudinal study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 18, 534–541.
- McHugh G.A., Luker K.A., Campbell M., Kay P.R & Silman A.J. 2007a. A longitudinal study exploring pain control, treatment and service provision for individuals with end-stage lower limb osteoarthritis. *Rheumatology* 46, 631–7.
- McHugh G.A & Luker K.A. 2009. Influences on individuals with osteoarthritis in deciding to undergo a hip or knee joint replacement: A qualitative study. *Disability & Rehabilitation* 31, 1257–1266.
- McHugh G.A., Silman A.J & Luker K.A. 2007b. Quality of care for people with osteoarthritis: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 16,7b, 168–176.
- McIlpatrick S., Sullivan K & McKenna H. 2006. Exploring the ethical issues of the research interview in the cancer context. *European Journal of Oncology Nursing* 10, 39–47.
- Memel D.S & Kirwan, J.R.1999. General practitioners' knowledge of functional and social factors in patients with rheumatoid arthritis. *Health & Social Care in the Community* 7, 387–393.
- Merkle D & McDonald D.D. 2009. Use of recommended osteoarthritis pain treatment by older adults. *Journal of Advanced Nursing* 65, 828–835.
- Merleau-Ponty M. 1962. *Phenomenology of perception*. Kääntäjä Colin Smith. Lontoo. Alkuperäisjulkaisu *Phénoménologie de la perception*. 1945. Pariisi.
- Merleau-Ponty M. 2000. Esipuhe ”Havainnon fenomenologiaan. Suomentanut Kauppinen A. *Tiede & edistys* 3. 170–182.
- Merleau-Ponty M. 2006. *Silmä ja mieli*. Suomentanut ja jälkisanat Pasanen K. Kustannusosakeyhtiö Taide, Helsinki.
- Merleau-Ponty M. 2012. *Filosofisia kirjoituksia. Toimittaneet ja suomentaneet Miika Luotola ja Tarja Roinila*. Kustannusosakeyhtiö Nemo. Helsinki.
- Miettinen H. 2001. Lonkan ja polven tekonivelleikkaus 2000-luvulla. *Suomen lääkirilehti* 9, 979–980.
- Mikkola, T. 2005. Puolisohoiva on yhdessä elämistä, hoivan antamista ja saamista. *Gerontologia* 4, 173–181.
- Miller J & Timson D. 2004. Exploring the experiences of partners who live with a chronic low back pain sufferer. *Health and Social Care in the Community* 12, 34–42.
- Mingo C.A., McIlvane J.M & Haley W.E. 2006. Impact of the diagnostic label of osteoarthritis on perceptions of disability and willingness to help a parent in African Americans and whites. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* 55, 913–19.
- Moilanen P & Rähkä P. 2007. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa: Aaltola J & Valli R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-Kustannus, Jyväskylä. 46–69.
- Monin J.K., Martire L.M & Schulz R. 2009. *Willingness to Express Emotions to Caregiving Spouses*. *Emotion* 9, 1, 101–106.
- Monin J.K & Schulz R. 2009. Interpersonal Effects of Suffering in Older Adult Caregiving Relationships. *Psychology & Aging* 24, 6816–95.
- Montin L. 2007. Patient-perceived health-related quality of life during recovery after total hip arthroplasty – a 6-month follow-up study”. *Annales Universitatis Turkuensis D* 765. Turun yliopisto, Turku.
- Montin L. Suominen T & Leino-Kilpi H. 2002. *The experiences of patients undergoing total hip replacement*. *Journal of Orthopedic Nursing* 6, 23–29
- Morden A., Jinks C & Ong B.N. 2011. Lay models of self-management: how do people manage knee osteoarthritis in context? *Chronic Illness* 7, 185–200.

- Murphy S.L, Smith D.M., Clauw D.J & Alexander N.B. 2008. The impact of momentary pain and fatigue on physical activity in women with osteoarthritis. *Arthritis Care & Research* 59, 849–856.
- Myrskylä M. 2010. Elämme toistakymmentä vuotta elinajanodotetta pidempään. *Tieto & trendit* 1.
- Neogi T & Zhang Y. 2011. Osteoarthritis prevention. *Current Opinion in Rheumatology*. 23, 185–191.
- Neville C, Fortin P.R., Fitzcharles M.A., Baron M., Abrahamowitz M., Du Berger R & Esdaile J.M. 1999. The Needs of Patients With Arthritis: The Patient's Perspective. *Arthritis Care & Research* 12, 85–95.
- Ni G-X., Song L., Bin Y., Huang C-H & Lin J-H. 2010. Tai Chi Improves Physical Function in Older Chinese Women With Knee Osteoarthritis. *Journal of Clinical Rheumatology* 16, 64–67.
- Okma-Keulen P. & Hopman-Rock M. 2001. The onset of generalized osteoarthritis in older women: A qualitative approach. *Arthritis Care & Research* 45, 183–190.
- O'Neill T., Jinks C & Bie N.O. 2007. Decision-making regarding total knee replacement surgery: A qualitative meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, 7, 52–9.
- Ong B.N & Jinks C. 2006. 'Walking like John Wayne': open-format diaries of people with knee pain and disability. *Chronic Illness* 2, 21–26.
- Paavilainen R. 2003. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. *Acta Universitatis Tamperensis*; 906, Tampere University Press, Tampere.
- Paavilainen E. 2009. Perhe vieraana sairaalassa. Teoksessa Jallinoja R. (toim.) *Vieras perheessä*. Gaudeamus, Helsinki. 219–235.
- Parsons G.E., Godfrey H & Jester R.F. 2009. Living with severe osteoarthritis while waiting hip and knee joint replacement surgery. *Musculoskeletal care* 7, 121–35.
- Paulson M., Norberg A & Söderberg S. 2003. Living in the shadow of fibromyalgic pain: the meaning of female partners' experiences. *Journal of Clinical Nursing* 12, 235–43.
- Pearson-Ceol J. 2007. Literature Review on the Effects of Obesity on Knee Osteoarthritis. *Orthopaedic Nursing* 26, 289–292.
- Pelttari P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkimuksia 80. Stakes, Helsinki.
- Penner J.L & McClement S.E. 2008. **Using Phenomenology to Examine the Experiences of Family Caregivers of Patients with Advanced Head and Neck Cancer: Reflections of a Novice Researcher.** *International Journal of Qualitative Methods* 7, 92–101.
- Perrot S, Poiraudou S., Kabir-Ahmadi M & Rannou F. 2009. Correlates of Pain Intensity in Men and Women With Hip and Knee Osteoarthritis. Results of a National Survey: The French ARTHRIX Study. *Clinical Journal of Pain* 25, 767–772.
- Perttula J. 1995. Kokemuksen tutkimuksen luotettavuudesta. *Kasvatus* 1, 39–47.
- Perttula J. 2005. Kokemus ja kokemuksen tutkimus fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa Perttula J & Latomaa T. (toim.) *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen..* Dialogia Oy, Tartu. 115–162
- Petursdottir U., Arnadottir S.A & Halldorsdottir S. 2010. **Facilitators and barriers to exercising among people with osteoarthritis: a phenomenological study.** *Physical Therapy* 90, 1014–25.
- Pinquart M & Sörensen S. 2011. Spouses, Adult Children, and Children-in-Law as Caregivers of Older Adults: A Meta-Analytic Comparison. *Psychology & Aging* 26, 1–14.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2011. *Palveluja elämän tähden. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2012–2016*

- Pitt V.J.; O'Connor D & Green S. 2008. Referral of people with osteoarthritis to self-management programmes: Barriers and enablers identified by general practitioners. *Disability & Rehabilitation* 30, 1938–1946.
- Pohjolainen T. 2011. Polven nivelrikko. Lääkärikirja Duodecim 12.4.2011. Saatavilla [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi). Luettu 17.7.2011
- Poitras S., Rossignol M., Avouac J., Avouac B., Cedraschi C., Nordin M., Rousseaux C., Rozenberg S., Savarieau B., Thoumie P., Valat J-P, Vignon E & Hilliquin P. 2010. Management recommendations for knee osteoarthritis: How usable are they? *Joint Bone Spine* 77, 458–465.
- Polit D.F & Beck C.T. 2006. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization.* Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Porter L.S., Keefe F.J., Wellington C & de Williams A. 2008. Pain communication in the context of osteoarthritis: patient and partner self-efficacy for pain communication and holding back from discussion of pain and arthritis-related concerns. *Clinical Journal of Pain* 24, 662–8
- Power J.D, Badley E.M, French M.R & Hawker G.A. 2008. Fatigue in osteoarthritis: a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 9, 63.
- Power J.D., Cott C.A., Badley E.M & Hawker G.A. 2005. Physical therapy services for older adults with at least moderately severe hip or knee arthritis in two Ontario counties. *Journal of Rheumatological* 32, 123–9.
- Price B. 2003. Phenomenological research and older people. *Nursing Older People* 15, 24–29.
- Priest H. 2002. An approach to the phenomenological analysis of data. *Nurse Researcher* 10, 50–63.
- Pringle J., Drummond J., McLafferty E & Hendry C. 2011 Interpretative phenomenological analysis: a discussion and critique. *Nurse Researcher* 18, 20–24.
- Puotiniemi T. & Kyngäs H. 2003. Psykiatrisessa osastohoidossa olleen nuoren ja hänen äitinsä selviytyminen arkipäivässä. *Hoitotiede* 15, 180–190.
- Purola H. & Aavarinne H. 2001. Fenomenologinen tutkimusprosessi hoitotieteessä – esimerkkinä kotona asuvan aivoverenkiertopotilaan ja omaisensa kokemuksia selviytymisestä. *Hoitotiede* 13, 68–77.
- Randell W.L., Prior S.M & Skarborn M. 2006. How listeners shape what tellers tell. Patterns of interaction in lifestory interviews and their impact on reminiscence by elderly interviewees. *Journal of Aging Studies* 20, 381–396.
- Rapp S.R., Rejeski W.J & Miller M.E. 2000. Physical function among older adults with knee pain: the role of pain coping skills. *Arthritis Care & Research* 13, 270–9.
- Ratcliffe J., Buxton M., McGarry T., Sheldon R & Chancellor J. 2004. Patients' preferences for characteristics associated with treatments for osteoarthritis. *Rheumatology* 43, 337–45.
- Rauhala L. 2005. *Ihmiskäsitys ihmistyössä.* Yliopistopaino, Helsinki.
- Rauhala L. 2009. *Henkinen ihminen. Henkinen ihmisessä ja ihmisen ainutlaatuisuus.* Gaudeamus, Helsinki.
- Rees J., O'Boyle C & MacDonagh R. 2001. Quality of life: impact of chronic illness on the partner. *Journal of the Royal Society of Medicine* 94, 563–66.
- Rejeski W.J., Focht B.C., Messier P., Morgan T., Pahor M & Penninx, B. 2002. Obese, older adults with knee osteoarthritis: Weight loss, exercise, and quality of life. *Health Psychology* 21, 419–426.
- Remes V., Paavolainen P & Vuorinen J. 2004. Kenet pitäisi lähettää arvioon lonkan tekoniivelikkausta varten? *Suomen Lääkärilehti* 59, 273–277.

- Remes V., Virolainen P., Kettunen J & Miettinen H. 2008. Polven nivelrikon kirurginen hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 124, 261–70
- Reynolds F., Vivat B & Prior S. 2011. Visual art-making as a resource for living positively with arthritis: An interpretative phenomenological analysis of older women's accounts. *Journal of aging studies* 25, 328–337.
- Ricœur P. 2000. Tulkinnan teoria. Suom. H. Kujansivu Tammer-Paino Oy, Helsinki.
- Ricœur P. 2005. Eksistenssi ja hermeneutiikka. Suomentanut Jarkko Tontti. Teoksessa Tontti, Jarkko (toim.) Tulkinnasta toiseen: Esseitä hermeneutiikasta. Vastapaino, Tampere.
- Rinne M-R & Vuokila-Oikkonen P. 1994. Potilaan kokema terveydentilan muutos tekoni-velleikkauksen yhteydessä. Etnografinen haastattelututkimus. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Oulun yliopisto.
- Robinson C.A. 1998. **Women, families, chronic illness, and nursing interventions: from burden to balance.** *Journal of Family Nursing* 4, 271–90.
- Robinson J.P. 2000. Phases of the qualitative research interview with institutionalized elderly individuals. *Journal of gerontological individuals* 26, 17–23.
- Roddy E., Zhang W., Doherty M., Arden N.K., Barlow J., Birrell F., Carr A., Chakvarty K., Dickson J., Hay E., Hosie G., Hurley M., Jordan K.M., McCarthy C., McMurdo M., Mockett S., O'Reilly S., Peat G., Pendleton A & Rickhards S. 2005. Evidence-based recommendations for the role of exercise in management of osteoarthritis of the hip or knee – the MOVE consensus. *Rheumatology* 44, 677–3.
- Rokkanen P., Avikainen V., Tervo T., Hirvensalo E., Kallio P., Kankare J., Kiviranta I & Pätäälä H. 2003. **Ortopedia. Käytännön ortopediaa 2. Kandidaattikustannus Oy, Helsinki..**
- Rosemann T., Backenstrass M., Joest K.; Rosemann A., Szecsenyi J & Laux G. 2007. Predictors of Depression in a Sample of 1,021 Primary Care Patients With Osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism*. 57,3, *Arthritis Care & Research*, 415–422.
- Rosemann T., Kuehle T., Laux G & Szecsenyi J. 2008a. Factors associated with physical activity of patients with osteoarthritis of the lower limb. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 14, 288–293.
- Rosemann T. Laux G.; Szecsenyi J., Wensing M & Grol R. 2008b. Pain and Osteoarthritis in Primary Care: Factors Associated with Pain Perception in a Sample of 1,021 Patients. *Pain Medicine* 9, 9039–10.
- Rosemann T., Wensing M., Joest K., Backenstrass M., Mahler C & Szecsenyi J. 2006 Problems and needs for improving primary care of osteoarthritis the views of patients, general practitioners and practice nurses. *BMC Musculoskeletal Disorders* 7, 48.
- Russel C. 1999. Interviewing vulnerable old people: Ethical and methodological implications of imagining our subjects. *Journal of Aging Studies* 134, 403–417.
- Saarenheimo M. 2005. Vanhusten omaishoidon tutkimus. *Gerontologia* 3, 143–147.
- Saari P., Heikkinen E., Sakari-Rantala R & Rantanen T. 2007. **Fall-related injuries among initially 75-and 80-year old people during a 10-year follow-up.** *Archives of Gerontology and Geriatrics* 45, 207–215
- Sale J.E.M., Gignac M & Hawker G. 2006. How “Bad” Does the Pain Have to Be. A Qualitative Study Examining Adherence to Pain Medication in Older Adults with Osteoarthritis. *Arthritis and Rheumatism (Arthritis Care and Research)* 55, 272–278.
- Sandelowski M. 2002. Reembodying Qualitative Inquiry. *Qualitative Health Research* 12, 104–115.
- Sarvimäki A. 2006. **Vanhustehuollon tutkimus ja tutkimusetiikka. Julkaisussa Topo P. (toim.) Eettiset kysymykset vanhustehuollon tutkimuksessa. Seminaari 26.1. 2006. Stakesin työpapereita 21/2006. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.**

- Sebern M. 2005. Shared Care, elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advanced Nursing* 52, 170–9. Seomun G-A, Chang S.O., Lee P.S.; Lee S.J & Shin H.J. 2006. Concept analysis of coping with arthritic pain by South Korean older adults: Development of a hybrid model. *Nursing & Health Sciences* 8, 10–19.
- Seppälä M. 2001. Vanhusten unihäiriöt. Teoksessa Tilvis R., Hervonen A., Jäntti P. Lehtonen A & Sulkava R. (toim.) *Geriatrics. Duodecim, Helsinki.* 307–314.
- Shea M & McDonald D.D. 2011. Factors Associated With Increased Pain Communication by Older Adults. *Western Journal of Nursing Research* 33, 196–206.
- Sherman A.M. 2003. Social relations and depressive symptoms in older adults with knee osteoarthritis. *Social Science & Medicine* 56, 247–57.
- Shin S.Y & Kolanowski A.M. 2010. Best Evidence of Psychosocially Focused Nonpharmacologic Therapies for Symptom Management in Older Adults with Osteoarthritis. *Pain Management Nursing* 11, 234–244.
- Sihvonen A.-P., Martelin T., Koskinen S., Sainio P & Aromaa A. 2008. Sairastavuus ja toimintakykyinen elinaika. Teoksessa Heikkinen E & Rantanen T. toim. *Gerontologia. Duodecim, Helsinki.* 51–63.
- Sjoling M., Agren Y., Olofsson N., Hellzen O & Asplund K. 2005. **Waiting for surgery; living a life on hold – a continuous struggle against a faceless system.** *International Journal of Nursing Studies* 42, 539–47.
- Smith S.J.A., Keefe F.J., Caldwell D.S., Romano J & Baucom D. 2004. Gender differences in patient–spouse interactions: a sequential analysis of behavioral interactions in patients having osteoarthritic kneepain. *Pain* 112, 183–187.
- Snijders G.F., van den Ende C.H.M., Fransen J., van Riel P.L.C.M., Stukstette M.J.P.M., Defoort K.C., Arts–Sanders M.A., van den Hoogen F.H.J & den Broeder A.A. 2011. **Fatigue in knee and hip osteoarthritis: the role of pain and physical function.** *Rheumatology* 50, 1894–1900.
- Somers T.J.; Keefe F.J.; Godiwala N & Hoyler G. H. 2009. Psychosocial factors and the pain experience of osteoarthritis patients: new findings and new directions. *Current Opinion in Rheumatology* 21, 501–506.
- Song R, Roberts B., Lee E-U., Lam P & Bae S-C. 2010. A Randomized Study of the Effects of T'ai Chi on Muscle Strength, Bone Mineral Density, and Fear of Falling in Women with Osteoarthritis. *The Journal of alternative and complementary medicine* 16, 227–233.
- Sosiaal- ja terveystieteiden ministeriö 2001. **Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Oppaita 4.** Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Speziale Streupert H.J. 2003. **The conduct of qualitative research: common essentials elements.** Teoksessa Streubert Speziale H.J & Carpenter D.R. *Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative.* Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 15–26.
- Spring A., Cudney S., Weinert C & Winters C. 2011. Spousal Support Experiences of Rural Women Living With Chronic Illness. *Holistic Nursing Practice* 25, 71–79.
- Standing M. 2009. A new critical framework for applying hermeneutic phenomenology. *Nurse Researcher* 16, 20–30.
- Stebbins S., Herbison P., Doyle T.C., Treharne G.J & Highton J. 2010. A comparison of fatigue correlates in rheumatoid arthritis and osteoarthritis: disparity in associations with disability, anxiety and sleep disturbance. *Rheumatology* 49, 361–7.
- Stephens M.A.P., Martire L.M., Cremeans-Smith J.K., Druley J.A & Wojno W.C. 2006. Older women with osteoarthritis and their caregiving husbands: Effects of pain and pain expression on husbands' well-being and support. *Rehabilitation Psychology* 51, 3–12.

- Stultjens M.P., Dekker J & Bijlsma J.W. 2001. Coping, pain, and disability in osteoarthritis: a longitudinal study. *Journal of Rheumatology*, 28, 1068–72.
- STM 1999. Vanhusbarometri
- STM 2007. Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007. Yliopistopaino, Helsinki.
- Suutama T. 2004. Kognitiiviset toiminnot. Teoksessa Raitanen T., Hänninen T., Pajunen H & Suutama T. Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. WSOY, Porvoo. 76–108.
- SVT 2012. Suomen virallinen tilasto: Perheet [verkkojulkaisu]. ISSN=1798–3215. Vuosikatsaus 2009, 7. Naiset asuvat miehiä useammin yksin . Helsinki: Tilastokeskus. Saatavilla: [http://www.stat.fi/til/perh/2009/02/perh\\_2009\\_02\\_2010-11-30\\_kat\\_007\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/perh/2009/02/perh_2009_02_2010-11-30_kat_007_fi.html) luettu 28.1.2012.
- Swift T.L., Ashcroft R.E., Tadd W., Campbell A.V & Dieppe P.A. 2002. **Living well through chronic illness: The relevance of virtue theory to patients with chronic osteoarthritis.** *Arthritis Care & Research* 47, 474–478.
- Söderberg S., Strand M., Haapala M & Lundman B. 2003. Living with a woman with fibromyalgia from the perspective of the husband. *Journal of Advanced Nursing* 42, 143–150.
- Tak S.H. 2006. An insider perspective of daily stress and coping in elders with arthritis. *Orthopedic nursing* 25, 127–137.
- Tak S.H & Laffrey S.C. 2003. Life satisfaction and its correlates in older women with osteoarthritis. *Orthopedic Nursing* 22, 182–189.
- Tak S.H., Hong S.H & Kennedy R. 2007. Daily stress in elders with arthritis. *Nursing & Health Sciences* 9, 29–33.
- Tallon D., Chard J. & Dieppe P. 2000. Exploring the priorities of patients with osteoarthritis of the knee. *Arthritis Care & Research* 13, 312–9.
- Tanimura C., Morimoto M., Hiramatsu K & Hagino H. 2011. Difficulties in the daily life of patients with osteoarthritis of the knee: scale development and descriptive study. *Journal of Clinical Nursing* 20, 743–753.
- Therkleson T. 2010. Ginger compress therapy for adults with osteoarthritis. *Journal of Advanced Nursing* 66, 2225–33.
- Thomas S.P. 2005. Through the lens of Merleau-Ponty: advancing the phenomenological approach to nursing research. *Nursing Philosophy* 6, 63–76.
- Thomas S. P & Pollio H. R. 2002. Listening to patients : a phenomenological approach to nursing research and practice. Saatavana: <http://site.ebrary.com/lib/tampere/> luettu 16.07.2011
- Thorstensson C.A., Roos E.M., Petersson I.F & Arvidsson B. 2006. How do middle-aged patients conceive exercise as a form of treatment for knee osteoarthritis? *Disability & Rehabilitation* 28, 51–9.
- Tilastokeskus 2009. Saatavana <http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn>. Luettu 20.9.2010
- Toye F.M., Barlow J., Wright C & Lamb S. E. 2006. Personal meanings in the construction of need for total knee replacement surgery. *Social Science & Medicine* 63, 43–53.
- Tsai P.F. 2005. Predictors of distress and depression in elders with arthritic pain. *Journal of Advanced Nursing* 51, 158–165.
- Tsai Y.F. 2007. Gender differences in pain and depressive tendency among Chinese elders with knee osteoarthritis. *Pain* 130, 188–94. *Nursing* 51, 158–165.
- Tsai Y-F., Chu T-L., Lai, Y-H & Chen W-J. 2008. Pain experiences, control beliefs and coping strategies in Chinese elders with osteoarthritis. *Journal of Clinical Nursing* 17, 2596–2603

- Tuomi S. 2008. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet
- Tuomi J & Sarajärvi A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Turjanmaa R., Hartikainen S & Pietilä A-M. 2011. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat–systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva Hoitotyö* 9, 4, 4–13.
- Turner P., Barlow J.H., Buszewicz M., Atkinson A & Rait G. 2007. **Beliefs about the causes of osteoarthritis among primary care patients.** *Arthritis Care & Research* 57, 267–271.
- Turner A., Barlow J & Ilbery B. 2002. Play Hurt, Live Hurt: Living with and Managing Osteoarthritis from the Perspective of Ex–professional Footballers. *Journal of Health Psychology* 7, 285–301
- UN 2009. <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2007/ES> luettu 2.10 2010
- Unutzer J. Hantke M. Powers D. Higa L. Lin E.D Vannoy S. Thielke S & Fan M.Y. 2008. Care management for depression and osteoarthritis pain in older primary care patients: a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23, 1166–71.
- Vaarama M. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. 1301–88.
- Vaarama M. & Voutilainen P. 2002. Kaksi skenaariota vanhusten hoivapalvelujen kehityksestä ja resurssitarpeista ajalla 1999–2030. *Yhteiskuntapolitiikka* 67, 352–363.
- Valle R.S. & King M. 1978. An introduction to existential-phenomenological thought in psychology. Teoksessa Valle, R.S. & King, M. Existential-phenomenological alternatives for psychology. *Oxford University Press, New York.* 3–17.
- Varto J. 2005a. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Varto J. 2005b. Hermeneutiikka ja historismi. Kaksi vuosisadan vaihdetta. Teoksessa Tontti J. (toim.) Tulkinnasta toiseen. Esseitä hermeneutiikasta. Vastapaino, Tampere. 35–49.
- Veenhof C., van Hasselt T.J., Koke A.J., Dekker J., Bijlsma J.W & van den Ende C.H. 2006. Active involvement and long-term goals influence long-term adherence to behavioural graded activity in patients with osteoarthritis: a qualitative study. *Australian Journal of Physiotherapy* 52, 273–8.
- Viander S. 2006. Suullinen tieto 24.4. 2006
- Victor C.R., Ross F & Axford J. 2004. Capturing lay perspectives in a randomized control trial of a health promotion intervention for people with osteoarthritis of the knee. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 10, 63–70.
- Vitiello M.V., Rybarczyk B., Von Korff M & Stepanski E.J. 2009. Cognitive behavioral therapy for insomnia improves sleep and decreases pain in older adults with co-morbid insomnia and osteoarthritis. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 5, 355–62.
- Vlad S.C., LaValley M.P., McAlindon T.E & Felson D.T 2007. Glucosamine for pain in osteoarthritis: Why do trial results differ? *Arthritis & Rheumatism* 56, 2267–2277.
- Vuolteenaho K & Moilanen E. 2007. Glukosamiini vs lumelääke nivelrikkopotilailla (polvi/lonkka). Näytönastekatsaukset 9.1.2007. Saatavana [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi) – suositukset. Luettu 4.7.2011.
- Välimäki M & Lehtonen J. 2002. Tietoon perustuvan suostumuksen ongelmia. *Duodecim* 118, 723–727.
- Väänänen H., Hurri H & Paavilainen H. 1998. Kantavien nivelten rikko – lääkeä, kuntoutusta vai puukkoa. *Suomen Lääkärilehti* 53, 3931–3940.
- Wall C., Glenn S., Mitchinson S & Poole H. 2004. **Using a reflective diary to develop bracketing skills during a phenomenological investigation.** *Nurse Researcher* 11, 20–29.



- de Witt L & Ploeg J. 2006. Critical appraisal of rigor in interpretive phenomenological nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 55, 215–229.
- Woolhead G.M., Donovan JL & Dieppe P.A. 2005. Outcomes of total knee replacement: a qualitative study. *Rheumatology* 44, 1032–7.
- Woolhead G.M., Gooberman-Hill R., Dieppe P & Hawker G. 2010. Night pain in hip and knee osteoarthritis: a focus group study. *Arthritis Care & Research* 62, 944–9.
- Wright L., Zutra A & Going S. 2008. Adaptation to Early Knee Osteoarthritis: The Role of Risk, Resilience, and Disease Severity on Pain and Physical Functioning. *Annals of Behavioral Medicine* 36, 708–0.
- Wylde V., Learmonth I.D & Cavendish V.J. 2005. The Oxford hip score: the patient's perspective. *Health and Quality of Life Outcomes* 3, 66.
- Yildirim N., Ulusoy M.F & Bodur H. 2010. The effect of heat application on pain, stiffness, physical function and quality of life in patients with knee osteoarthritis. *Journal of Clinical Yip Y.B., Sit J.W. H., Fung, B. K.K. Y., Wong D.Y. S., Chong S. Y. C., Chung L. H & Ng T.P. 2007. Effects of a self-management arthritis programme with an added exercise component for osteoarthritic knee: randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing* 59, 20–28. *Nursing* 19, 1113–1120.
- Yohannes A.M & Caton S. 2010. Management of depression in older people with osteoarthritis: A systematic review. *Aging & Mental Health* 14, 637–651.
- Yorgason J.B., Roper S.O., Wheeler B., Crane K., Byron R., Carpenter L., Sandberg J.G., Sheffield R & Higley D. 2010. Older couples' management of multiple-chronic illnesses: Individual and shared perceptions and coping in Type 2 diabetes and osteoarthritis. *Families, Systems, & Health* 28, 30–47.
- Zutra A.J., Fasman R., Parish B.P & Davis M.C. 2007. Daily fatigue in women with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. *Pain* 128, 128–135.
- Åstedt-Kurki P. 1992. Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. *Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 349*, Tampere.
- Åstedt-Kurki P. 1998. Ikäihmisten kokemukset. Mitä kokemustiedolla tehdään tieteellisessä tutkimuksessa ja käytännön terveydenhuollossa? *Gerontologia* 1, 44–48.
- Åstedt-Kurki P., Jussila A-L., Koponen L., Lehto P. & Maijala H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. WSOY, Helsinki.
- Åstedt-Kurki P & Nieminen H. 1998. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva. 152–63.
- Åstedt-Kurki P & Paavilainen E. 2002. Hoitotieteellinen tutkimus Tampereen yliopistossa. *Hoitotiede* 14, 293–298.
- Åstedt-Kurki P., Paavilainen E & Lehti K. 2001. Methodological issues in interviewing families in family nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 35, 288–293.

## Liite I. Nivelrikkoa sairastavia potilaita koskevia kvalitatiivisia tutkimuksia

Tutkija(t), vuosi, toteutusmaa, tutkimusaihe	Kohderyhmä, aineiston keruu ja menetelmä	Tämän tutkimuksen kannalta keskeiset tulokset
Rinne & Vuokila-Oikonen 1994 Suomi Potilaan kokema terveydentilan muutos tekonivelleikkauksen yhteydessä	9 iältään 51–81-vuotiasta nivelrikkoa sairastavaa potilasta Etnografinen haastattelu-tutkimus	Potilaiden elämää hallitsi ennen leikkausta tarkoituksettomuuden ja eristyneisyyden tunnetta aiheuttava kipu. He selviytyivät käyttämällä kipulääkkeitä, fysikaalisia hoitoja ja välttämällä liikkumista. Tärkeää oli sisukkaasti yrittäminen ja toivo leikkauksessa saatavasta avusta. Sisukkuus ilmeni mahdollisuuksien mukaan ylläpidettynä terveytenä ja välttämällä avun pyyntiä.
Kee 1998 USA Nivelrikkoa sairastavien potilaiden kokemukset elämästä nivelrikon kanssa	20 iältään 62–92-vuotiaasta nivelrikkoa sairastavaan potilasta Haastattelu Sisällön analyysi	Potilaat ajattelivat sairautensa johtuvan nivelen rappeutumisesta, kulumisesta, kylmästä, traumasta, lihavuudesta tai perinnöllisyydestä. He kieltäytyivät luovuttamasta sairauden kanssa ja yrittivät selviytyä jopa sairauden ollessa kivuliaassa vaiheessa. He olivat saaneet lääkäriltä, perheenjäseniltä sekä ystäviltä tietoa sairaudesta ja hoito-ohjeita. He eivät noudattaneet niitä, koska ne eivät auttaneet.
Keysor, Sparling ja Riegger-Krugh 1998 USA Nuorten ja keski-ikäisten kokemus elämästään alaraajanivelrikon kanssa	Neljä iältään 25–43-vuotiaasta nivelrikkoa sairastavaa potilasta Haastattelu Fenomenologinen analyysi	Olennaista nivelrikon kanssa elämisessä oli muuttaa ja muokata aktiviteetteja ja rooleja, sopeutua kipuun ja kyvyttömyyteen sekä oppia, kuinka hallita ennalta arvaamatonta kroonista tilaa. Hoidossa ei huomioitu heidän emotionaalisia ja psyykkisiä tarpeita.
Campbell, Evans, Tucker, Quilty, Dieppe & Donovan 2001 Yhdystynyt kuningaskunta Polvinivelrikkoa sairastavien potilaiden sitoutuminen tai sitoutumattomuus harjoitteluun	20 polven nivelrikkoa sairastavaa iältään 45-vuotiaasta tai vanhemmaa potilasta Haastattelu kolme kertaa fysioterapian jälkeen Teemoittainen analyysi	Sitoutumattomuuden syynä oli haluttomuus ja kyvyttömyys harjoitella jokapäiväisessä elämässä, oireiden vakavuuden ymmärtämättömyys, asenne nivelrikkoon ja muihin sairauksiin sekä aikaisemmat kokemukset nivelrikosta. Ohjeiden noudattaminen alussa johtui lojaliteetista terapeuttia kohtaan. Ohjeiden noudattamisen jatkaminen oli puolestaan yhteydessä potilaan näkemykseen oireistaan, ohjauksen tehokkuuteen, siitä saatuun hyötyyn, ohjauksen noudattamisen mahdollisuuteen jokapäiväisessä elämässä ja saatuun tukeen.
Okma-Keulen & Hopman-Rock 2001 Alankomaat Nivelrikon puhkeamiseen ja pahenemiseen mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä	20 iältään 55–70-vuotiaasta naista Haastattelu Laadullinen analyysi	Vastaajat uskoivat, että depressio, stressi ja huono ruokavalio II maailmansodan aikana olivat yhteydessä nivelrikon puhkeamiseen ja pahenemiseen, mutta perimä ja huono terveydentila, jopa ennen syntymää, olivat myös tärkeitä tekijöitä, jotka vaikuttivat potilaiden mielestä nivelrikon syntymiseen.

<p>Swift, Ascroft, Tadd, Campbell &amp; Dieppe 2002 Yhdistynyt kuningaskunta Nivelrikkoa sairastavien potilaiden kokemus ominaisuuksista, joita tarvitaan kroonisen sairauden kohtaamisessa</p>	<p>Viisi 63–89-vuotiaista nivelrikkoa sairastavaa potilasta Syvähaastattelu Tulkinnallinen fenomenologinen analyysi</p>	<p>Potilaat ajattelivat mielen vahvuuden, realistisen kuvan tilanteestaan ja hoidosta, kiittollisuuden ja hyväntahtoisuuden, itsearvostuksen ja käsityksen hyvistä asioista sekä elämän tarkoituksesta auttavan selviytymisessä sairauden kanssa.</p>
<p>Turner, Barlow &amp; Ilbery 2002 Yhdistynyt kuningaskunta Entisten jalkapallon pelaajien kokemukset nivelrikosta</p>	<p>12 polven nivelrikkoa sairastavaa keski-ikältään 64-vuotiaista miestä Puolistrukturoitu haastattelu Fenomenologinen analyysi</p>	<p>Osallistujat yhdistivät nivelrikkonsa jalkapallopelaajauraansa. Eläminen nivelrikon kanssa oli kipua, kirurgiaa, lääkehoitoa ja rajoitunutta liikkumista sekä turhautumisen tunteita työn, sosiaalisten suhteiden ja vapaa-ajan aktiviteettien takia. Sairauden hallinnassa muistot aikaisemmasta jalkapalloammattilaisuudesta olivat tärkeitä.</p>
<p>Baird 2003 USA Vanhojen nivelrikkoa sairastavien naisten kokemus elämästään ja itsestä huolenpidostaan nivelrikon ja fyysisten rajoitteiden kanssa</p>	<p>Viisi 70 vuotta täyttänyttä naista Haastateltiin 2–3 kertaa Laadullinen jatkuvan vertailun analyysi</p>	<p>Potilaat selvisivät pitämällä nykyisestä itsestään, huolehtimalla pystyvyydestään, olemalla kiinnostavia ja kiinnostuneita, etsimällä tietoa nivelrikosta ja terveydentilastaan sekä tekemällä tarkoituksenmukaisia valintoja hoidossaan ja toiminnassaan.</p>
<p>Dickson &amp; Kim 2003 USA Iäkkäiden korealaisten naisten kokemusta nivelrikkokivusta</p>	<p>Seitsemän yli 60-vuotiaista naista Syvähaastattelu kolmasti (yksi haastattelu puhelimitse) Grounded-teoria</p>	<p>Potilaat tunnistivat vähitellen lisääntyneen kivun ja etsivät siihen hoitoa länsimaiselta lääkäriltä. Kivun jatkuessa he taistelivat eri keinoin kipua vastaan: kääntyivät korealaisen lääkärin puoleen ja jakoivat kokemuksiaan muiden potilaiden kanssa. Kun kipuun ei löytynyt apua, he lannistuivat sen alla ja ajattelivat kivun kuuluvan vanhuuteen. Seuraavaksi he alkoivat luottaa perinteisiin hoitomenetelmiin ja omahoitoon. Lopuksi he hyväksyivät kivun osaksi elämäänsä ja kokivat hallitsevansa sitä eri menetelmin (kuuma kylpy, akupunktio) ja toivivat saavansa tehokkaampaa apua kipuun.</p>
<p>Edwards 2003 Yhdistynyt kuningaskunta Ortopedisten potilaiden tiedon- tarpeet</p>	<p>19 ortopedista potilasta Haastattelut ennen ja kaksi kertaa leikkauksen jälkeen Fenomenologinen analyysi</p>	<p>Terveystieteiden henkilöstö ei aina tunnista potilaiden tiedontarpeita (leikkausajan- kohta, päätöksentekoon osallistuminen, psyykkinen valmistautuminen, ohjeiden noudattaminen, tapahtumien kulku), erilaisia tietämisen tapoja, ohjauksen ymmärtämistä eikä tietämättömyyttä.</p>
<p>Clark, Hudak, Hawker, Coyte, Mahomed, Kreder &amp; Wright 2004 Kanada Iäkkäiden nivelrikkoa sairastavien potilaiden tekonivelleikkaukseen liittyvä päätöksen teko</p>	<p>17 vaikeaa polvi- tai lonkanivelrikkoa sairastavaa potilasta, keski-ikältään 69-vuotiaista Puolistrukturoitu haastattelu Sisällön analyysi</p>	<p>Potilaiden päätöksen tekoon vaikuttivat potilaan oireet (kipu ja toimintakyvyttömyys) sekä informaatio, jota potilaat saivat terveydenhuollon henkilöstöltä (huonosti tai ei lainkaan) ja vertaisilta (joiden tietoa potilaat arvostivat). Potilaat sopeutuivat kipuun ja vammaisuuteen. He punnitsivat leikkaukseen liittyvät riskit tarkasti.</p>

<p>Marcinkowski, Wong &amp; Dignam 2005 Uusi-Seelanti Nivelrikkoa sairastavien potilaiden kokemukset tekonielleikkauksen prosessista</p>	<p>9 keski-ikältään 72-vuotiaasta polven nivelrikkoa sairastavaa potilasta 17 haastattelua Grounded-teoria</p>	<p>Nivelrikon kanssa eläminen tarkoitti elämistä jatkuvassa kivussa. Sattuminen tuntui heidän jokapäiväisessä toiminnassa ja unessa. He yrittivät elää normaalisti. He odottivat leikkausta. Tavanomaiset toiminnot olivat todellisia haasteita. Taistelu ei ollut vain fyysistä, vaan myös emotionaalista: miten toiset heidät näkevät ja vaikutukset heidän minäkuvaansa.</p>
<p>Sjoling, Agren, Olofsson, Hellzen &amp; Asplund 2005 Ruotsi Tekonielleikkaukseen odottavien potilaiden kokemukset</p>	<p>18 keski-ikältään 71-vuotiasta lonkka- tai polvi-nivelrikkoa sairastavaa potilasta Haastattelu Tulkinnallinen fenomenologinen analyysi</p>	<p>Elämä oli sairauden, huolenpidon ja elämän kärsimystä. Jatkuva kamppailu kasvotonta järjestelmää vastaan hoidon saamisessa. Elämä oli merkityksettömiä ja potilailla ei ollut arvoa. Heidän minäkuvaansa rikkoutui. Potilaat, jotka säilyttivät elämän tarkoituksensa, pystyivät muokkaamaan elämästään täysipainoista kivusta ja toiminnanvajavuudestaan huolimatta.</p>
<p>Bower, Frall, Twohig &amp; Putman 2006 Kanada lääkkäiden nivelrikkoa sairastavien potilaiden lääkkeiden valintaan vaikuttavat tekijät</p>	<p>16 iästä nivelrikkoa sairastavaa potilasta Haastattelu Grounded-teoria</p>	<p>Tekijät, jotka vaikuttavat nivelrikkopotilaan lääkkeiden valintaan, olivat perhelääkäri, lääkemuuostosten vaihtamisen vaikutuksen pelko, syyt lopettaa coxibit ja muiden tiedon lähteiden (ystävät, perhe) antama informaatio.</p>
<p>Brand &amp; Cox 2006 Australia Näyttöön perustuvan ei-kirurgisten nivelrikon hoitomuotojen kokoaminen yhteen ja niiden käyttöön oton tukeminen</p>	<p>Asiantuntijaryhmä (kuluttajat, hoitajat, lääkärit, fysio-, toiminta- ja ravitsemusterapeutit) Fokusryhmä- ja avaintiedonantajahaastattelut, potilastiedot Laadullinen analyysi</p>	<p>Tulosten mukaan tämän hetkinen hoito on pirstaleista, se ei ole potilaskeskeistä ja hoitoon pääsy vaikeaa. Potilaiden hoitoon pääsyä, ammattilaisten välistä kommunikaatiota, potilasohjausta sekä hoidon jatkuvuutta tulee parantaa.</p>
<p>Ong &amp; Jinks 2006 Yhdistynyt kuningaskunta lääkkäiden potilaiden jokapäiväinen elämä polvikivun ja toiminnanvajavuuden kanssa</p>	<p>10 yli 50-vuotiasta potilasta Päiväkirja viikon ajalta kivusta ja kykenemättömyydestä Straussin ja Corbin luokittelu-analyysi narratiivinen analyysi</p>	<p>Teemoittelussa tuli esiin kivun syyt (aikaisempi tapaturma), kipua aiheuttavat tekijät (käveleminen, kantaminen jne.) ja kivun merkitys (kuuluu vanhenemiseen), muut sairaudet (esimerkiksi diabetes) pahensivat kipua, polvikivusta konsultointi (potilaat eivät konsultoineet polvikivusta yleislääkäriä ja terveydenhuollon ammattilaisia vaan luottivat omahoitomenetelmiinsä).</p>
<p>Rosemann, Wensing, Joest, Backenstrass, Mahler &amp; Szecsenyi 2006 Saksa Nivelrikkoa sairastavien potilaiden tarpeet ja mahdolliset esteet parantaa nivelrikkopotilaiden perustason hoitoa</p>	<p>20 keski-ikältään 56-vuotiaasta nivelrikkoa sairastavaa potilasta, 20 sairaanhoitajaa ja 20 yleislääkäriä Puolistrukturoitu haastattelu Teemoiteltu analyysi</p>	<p>Potilaat kokivat saaneensa riittävästi tietoa nivelrikon patologiasta ja lääkkeiden sivuvaikutuksista, mutta tarvitsevansa enemmän tietoa nivelrikon yksilöllisistä vaikutuksista. Kivun ja toiminta-kyvyttömyyden mahdollisuutta lääkärit olivat käsitelleet vähän. Lääkärit kokivat diagnoosin tekemisen helpoksi, mutta taudin kulku ja sen yhteys depression tuotti vaikeuksia.</p>

<p>Sale, Gignac ja Hawker 2006 Kanada Iäkkäiden nivelrikkoa sairastavien potilaiden kokemus sitoutumisesta kipulääkkeen käyttöön</p>	<p>19 iältään 67–92-vuotiaita nivelrikkoa sairastavaa potilasta Haastattelu, osa kahteen kertaan, yhteensä 24 haastattelua Fenomenologinen analyysi</p>	<p>Sitoutuminen kipulääkkeen käyttöön erosi sitoutumisesta muiden lääkkeiden käyttöön. Potilaan olivat haluttomia käyttämään kipulääkettä ja he ottivat sitä vähemmän tai harvemmin kuin oli määrätty. Potilaiden mukaan määrätyn lääkeannoksen vähempi käyttäminen ei ollut sitoutumattomuutta, mutta suuremman annoksen käyttäminen oli. Käsiytyminen kivusta ja suhtautuminen kipuun vaikuttivat oleellisesti sitoutumiseen kipulääkkeen käyttöön. He vähättelivät kipuaan, käyttivät muita keinoja kivun helpottamiseen ja he väittivät kiputoleranssinsa olevan korkea.</p>
<p>Tak 2006 USA Iäkkäiden nivelrikkoa sairastavien potilaiden stressi jokapäiväisessä elämässä, selviytymisstrategiat ja sosiaalinen tuki</p>	<p>13 iältään 60–84-vuotiaita nivelrikkoa sairastavaa potilasta Haastattelu Sisällön analyysi</p>	<p>Potilaille aiheuttivat stressiä terveys, heikkenevä toimintakyky, ongelmat suorittua jokapäiväisistä toiminnoista, perheongelmat, taloudellinen selviytyminen, sosiaaliset suhteet ja elämäntilanne. Selviytymisstrategioita olivat tietoinen ponnistelu, huomion kiinnittäminen muuhun, määrätietoiset toiminnot. Sosiaalista tukea potilaat saivat puolisoilta, lapsilta, ystävilä ja muilta perheenjäseniltä.</p>
<p>Thorstensson, Roos, Petersson &amp; Arvidsson 2006. Ruotsi Keski-ikäisten polvien nivelrikkoa sairastavien potilaiden käsitys harjoittelun merkityksestä nivelrikon hoitona</p>	<p>16 iältään 39–64-vuotiaista polven nivelrikkoa sairastavaa potilasta Haastattelu Fenomenografia</p>	<p>Käsitykset harjoittelusta jakautuivat neljään kategoriaan:  <b>1)</b> terveyden ylläpitäminen (koherenssin, hallinnan ja hyvinvoinnin tunne, fyysisen toimintakyvyn paraneminen ja kivun väheneminen  <b>2)</b> motivoituminen (sinnikkyys, tarve harjoitella, inspiraatio)  <b>3)</b> tuen tarve (struktuuri, ottaa vastaan ohjeita ja uhrata aikaa)  <b>4)</b> vastustus (epäröinti ja vähättely).</p>
<p>Toye, Barlow, Wright &amp; Lamb 2006 Yhdistynyt kuningaskunta Polven nivelrikon ja tekonivelleikkauksen merkitykset potilaalle</p>	<p>18 iältään 54–77-vuotiaista polven nivelrikkoa sairastavaa potilasta Puolistrukturoitu haastattelu Tulkinnallinen fenomenologinen analyysi</p>	<p>Yhdeksän teemaa: lääketieteellisen mallin hyväksyminen (tutkimukset osoittivat nivelrikon olemassaolon ja lääkäri on asiantuntija neuvomaan), potilaan läheiset (läheisten kokemukset tekonivelleikkauksesta), kipu (kivun määrä ja sen hallitseminen) toiminnan menetys (nivelrikon takia toimintakyvyn huononeminen aiheuttaa tarvetta tekonivelleikkaukseen, mutta toisaalta ikääntyminen vähentää toimintaa), haavoittuvuuden tunne (heikkous, polveen ei voi luottaa, selkäkipu) riippuvuus toisista, alakulo ja väsymys (maltin menettäminen, turhautuminen), taudin eteneminen (kyvyttömyys liikkua, hoitokotiin joutuminen) ja tekonivelleikkaukseen liittyvät odotukset (leikkaus on ainoa hoitomuoto, nivelrikko sairautena on hoidettavissa).</p>

<p>Veenhof, van Hasselt, Koke, Dekker, Bijlma &amp; van den Ende 2006 Australia Potilaiden pitkäaikainen sitoutuminen aktiiviseen liikuntaan ja harjoitteluun ohjauksen jälkeen</p>	<p>12 iältään 51–80-vuotiaita lonkka- tai polvinivelrikkoa sairastavaa potilasta osallistuiivat aktiiviseen liikuntaan tähtäävään ohjaukseen Haastattelu ennen ja jälkeen ohjauksen Grounded-teoria</p>	<p>Kuusi potilasta sitoutui aktiiviseen liikuttamiseen ja harjoitteluun, kuusi ei. Potilaat, joilla oli pidemmän aikavälin tavoitteita kuten itsenäinen selviytyminen pitempään, sitoutuivat aktiiviseen harjoitteluun. Lyhyen aikavälin tavoitteisiin kuten kivun vähentymiseen pyrkivät lopettivat harjoittelun heti kun tavoite oli saavutettu. Sitoutuminen pitkäaikaiseen harjoitteluun oli yhteydessä aktiivisuuteen interventio-ohjelmassa ja fysioterapeutin pitämiseen valmentajana, ei-sitoutuneet näkivät fysioterapeutin päättävän kaikesta.</p>
<p>Baird, Yehle ja Schmeiser 2007 USA Palvelutalossa asuvien vanhojen naisten kokemus nivelrikostaan</p>	<p>23 iältään 73–94-vuotiaista naista Haastattelu Giorgin, Straussin ja Corbin analyysimenetelmistä sovellettu analyysimenetelmä</p>	<p>Rajoittuminen tarkoitti tekemättömyyttä kyvyttömyyden takia (kykenemättömyyttä liikkua normaalisti sekä selvitä ADL- ja IADL-toiminnoista) ja tekemättömyys vaihtoehtojen takia (välttää sellaista, mikä lisää oireita). Kutistuminen tarkoitti rajoittunutta kykyä liikkua ilman apuvälinettä ja elämistä rajoittuneessa tilassa.</p>
<p>Gustafsson, Ponzer, Heikkilä ja Ekman 2007 Ruotsi Vanhojen ihmisten kokemus kehostaan polvi- tai lonkkatekonivelleikkauksen perioperatiivisessa vaiheessa</p>	<p>12 65-vuotiaista tai vanhempaa polvi- tai lonkanivelrikkoa sairastavaa potilasta Haastattelu ennen ja jälkeen tekonivelleikkauksen Sisällön analyysi</p>	<p>Polvi- tai lonkkatekonivelen perioperatiivista vaihetta voidaan tarkastella siirtymisprosessina, johon kuuluu eri vaiheita. Potilaiden ajatuksissa ja muistoissa oli heidän aikaisempi toimintakykyinen kehonsa ja heidän päätökseensä leikkaukseen suostumisesta vaikutti heidän nykyinen toimimaton ja kivulias kehonsa. Toimivan kehon avulla saatiin hyvä elämä. Leikkausjonoon pääsy oli todiste siitä, että toimiva keho voidaan saada. Tämä haave toimi psyykkisenä tukena prosessin aikana.</p>
<p>Jinks, Ong &amp; Richardson 2007 Yhdistynyt kuningaskunta Polvikivun ja toiminnanvajavuuden arviointi väestön ja yksilön näkökulmasta</p>	<p>4 035 yli 50-vuotiaista potilasta Kyselylomake, tilastollinen analyysi 22 potilasta yksilöhaastattelu ja näistä 10 täytti polvikivusta päiväkirjaa Laadullinen analyysi Straussia ja Corbinia mukaellen</p>	<p>12 kuukauden aikana lähes 50 prosenttia oli kärsinyt polvikivusta, joista puolet oli pahaa kipua. Potilaat kuvasivat vaikeuksia taipumisessa, peseytymisessä, portaiden nousussa, autoon menemisessä ja autosta nousemisessa. Omahoitokeinoina potilaat käyttivät mm. kalanmaksajäätä ja glukosamiinia. Yli puolet pahasta kivusta kärsivistä ei ollut käynyt lääkärillä kivustaan. Laadullisen analyysin mukaan potilaat pitivät kipua normaaliin ikääntymiseen kuuluvana. Heidän mielestään tehokasta ennaltaehkäisevää hoitoa tai hoitoa yleensä oli vähän saatavilla. Lääkkeiden käytön he ajattelivat aiheuttavan sivuvaikutuksia ja riippuvuutta.</p>
<p>McHugh, Silman ja Luker 2007b Iso-Britannia Tekonivelleikkausta odottavien polvi- ja lonkanivelrikkoa sairastavien potilaiden kokemuksia perusterveydenhuollon hoidosta ja huolenpidosta</p>	<p>21 iältään 48–86-vuotiaan potilasta Puolistrukturoitu haastattelu Viitekehysanalyysi</p>	<p>Potilaan käyttivät vähän terveydenhuollon palveluita odottaessaan leikkausjonossa. He kokivat saavansa vähän apua oireisiinsa terveydenhuollon ammattilaisilta eivätkä he halunneet aina kertoa oireistaan. Potilaan perheeltä he saivat apua selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoistaan.</p>

<p>Maly ja Krupa 2007 Kanada iäkkäiden potilaiden elämä polvinivelrikon kanssa</p>	<p>Yhdeksän iältään 62–87-vuotiaista polven nivelrikkoa sairastavaa potilasta Haastattelu Fenomenologinen analyysi</p>	<p><b>Viisi teemaa:</b> Polvikipu on keskeinen kokemus päivittäisessä elämässä Liikkumisen rajoittuminen heikentää itse-tuntoa Polvinivelrikon kanssa elämisen kokemuksen jakaminen Oman terveyden arviointi Kroonisen kivun hallitseminen</p>
<p>Turner, Barlow, Buszewicz, Atkinson &amp; Rait 2007 Yhdistynyt Kuningaskunta Ihmisten uskomukset nivelrikon syistä</p>	<p>31 keski-ikänsä 68-vuotiaista nivelrikkoa sairastavaa potilasta Haastattelu Tulkitseva fenomenologinen analyysi</p>	<p>Potilaat pitivät nivelrikon syynä ikään-tymistä eikä se heidän mielestään ollut sairauden indikaatio. Yleisemmin sen ajateltiin johtuvan kulumisesta. Muina syinä mainittiin mm. perimä, työ, vamma, urheilu, kylmyys ja kosteus, polven lukkiutuminen, virus. Monet mainitsivat useamman kuin yhden syyn.</p>
<p>Hall, Migay, Persad, Smith, Yoshida, Kennedy &amp; Pagura 2008 Kanada Polvinivelrikon psyykkiset ja fyysiset vaikutukset sekä potilaiden tekonivelleikkaukseen ja fysioterapiaan liittyvät odotukset.</p>	<p>15 polven tekonivelleikkaukseen odottavaa keski-ikänsä 68-vuotiaista potilasta Haastattelu Grounded-teoria</p>	<p>Kokemus elämästä nivelrikon kanssa oli elämää herpaantumattoman kivun kanssa, liikkumisen, vapaa-ajan ja sosiaalisen elämän rajoittamista, mikä vaikutti osallistujien fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Tekonivelleikkauksesta he saivat tietoa kirurgilta, ystävilta, perheenjäseniltä ja tuttavilta.</p>
<p>Hawker, Stewart, French, Cibere, Jordan, March, Suarez-Almazor, Goberman-Hill 2008 Kanada, USA, Australia, Yhdistynyt Kuningaskunta Ymmärtää lonkka- ja polvinivelrikon aiheuttamaa kipua, sen muuttumista ja kivun ulottuvuuksia.</p>	<p>143 keski-ikänsä 69,5-vuotiaita lonkka- ja polvinivelrikkoa sairastavaa potilasta ryhmähaastattelu, kyselylomake Sisällön analyysi ja tilastollinen analyysi</p>	<p>Osallistujat kuvasivat kahdenlaista erilaista kiputyyppejä: heikko särkevä kipu, joka pysyi samanlaisena ajan kuluessa ja intensiivisempi pistävä lyhyissä jaksoissa tuleva, usein ennakoimaton emotionaalisesti kuluttava kipu, joka vaikutti eniten elämänlaatuun. Kivun ulottuvuuksista kipu itsessään ja kivun vaikutus liikkumiseen, mielialaan ja uneen olivat kuluttavimpia.</p>
<p>Pitt, O'Conner &amp; Green 2008 Australia Yleislääkärin tunnistamat esteet ja mahdollisuudet nivelrikkoa sairastavan potilaan toteuttaa omahoito-ohjelmaa</p>	<p>13 yleislääkärinä Ryhmähaastattelu Sisällön analyysi</p>	<p>Esteinä olivat mm. lääkäreiden tietämättömyys nivelrikkoa sairastaville potilaille tarkoitetuista ohjelmista ja palveluista, ajatus itsehoidon vähemmästä hyödystä nivelrikkoon kuin esim. diabetekseen ja astmaan. Mahdollistajiksi todettiin yleislääkärin tiedot ohjelmista ja niiden sisällöistä, myönteinen suhtautuminen omahoito-ohjelmiin ja potilaiden tiedot näistä ohjelmista ja niiden hyödystä.</p>
<p>Power, Badley, French, Wall &amp; Hawker 2008. Kanada Nivelrikkoa sairastavien potilaiden väsymys</p>	<p>46 iältään keski-ikänsä 72,6-vuotiaista lonkka- tai polvinivelrikkoa sairastavaa potilasta Ryhmähaastattelu Laadullinen analyysi</p>	<p>Potilaat kuvasivat väsymystään uupumukseksi, väsymyksenä, johon lepo ei auta. Ikä, sää, aktiiviteettitaso, nivelrikko, kipulääkkeet ja tunteet väsyttivät. Väsymys vaikutti potilaisiin merkittävästi, se teki heistä ärtyisiä, kiukkuisia, turhautuneita, vihaisia ja masentuneita. Se rajoitti heidän elämäänsä. He selvisivät väsymyksen kanssa ottamalla torkkuja ja kuumia kylpyjä, saamalla apua, käyttämällä apuvälineitä, harjoittelemalla ja seurustelemalla muiden kanssa.</p>

<p>Goberman- Hill, French, Dieppe &amp; Hawker 2009 Yhdistynyt kuningaskunta Verrata uuden menetelmän avulla lonkka- ja polvinivelrikkoa sairastavien potilaiden sekä sukupuolten välisiä eroja nivelrikkokokemuksissa</p>	<p>Kaksi laadullista tutkimusta (tutkimus 1, 130 47–92-vuotiaista ja tutkimus 2, 88 56–91-vuotiaista nivelrikkoa sairastavaa potilasta) Ryhmähaastattelu Vertaileva avainsana-analyysi</p>	<p><b>Tutkimus 1:</b> Nivelrikkoaa sairastavat potilaat käyttivät sanoja, jotka viittasivat ympäristöön, vajaakuntoisuuteen, toimintakykyyn ja sen rajoituksiin, kehoon, sosiaaliseen elämään ja kivun hallintaan. Polvikipuiset potilaat puhuivat portaista, jäykkyydestä ja painosta, lonkkakipuiset potilaat nivuskivusta ja toispuoleisuudesta. <b>Tutkimus 2:</b> Naiset ja miehet puhuivat aktiivisuudesta ja sosiaalisesta elämästä, mutta miehet käyttivät puhuessaan enemmän tosiseikkoja ja luettelointia ja naiset käyttivät selittäviä sanoja.</p>
<p>Maly &amp; Cott 2009 Kanada Polvinivelrikkoa sairastavien potilaiden prediagnostiset vaiheet ja tekijät, jotka potilaat tunnistavat polvikivussa</p>	<p>26 keski-ikältään 53-vuotiaasta polvikivusta kärsivää potilasta Puolistrukturoitu haastattelu Grounded-teoria</p>	<p>Vuosia ennen kroonisesta polvikivusta tietoiseksi tulemista, potilaat kokivat epävarmuutta ajoittain ilmenevän polvioireiden merkityksen ymmärtämisessä. Tietoiseksi tulemisen jälkeen potilaat olivat oireiden tulkittamisen ja varovaisena olemisen sirkulaarisessa prosessissa. Varovaisena oleminen vaikutti heidän aikomuksiinsa ja käyttäytymiseensä. He ottivat yhteyttä terveydenhuoltoon, kun oireet häiritsivät aktiiviteetteja.</p>
<p>McHugh &amp; Luker 2009 Yhdistynyt Kuningaskunta Tekonivelleikkaukseen liittyvään päätöksen tekoon yhteydessä olevat tekijät</p>	<p>27 iältään 49–89-vuotiaista nivelrikkoa sairastavaa potilasta Haastattelu Teema-analyysi</p>	<p>Potilaiden päätöksentekoon vaikuttivat kipu ja fyysinen toimintakyky, ortopedin ja perheenjäsenten mielipiteet, leikkauksen hyödyt ja haitat sekä muitten tiedonlähteiden (vertaiset, perheenjäsenet, lääkärit) antama informaatio.</p>
<p>Parsons, Godfrey &amp; Jester 2009 Yhdistynyt Kuningaskunta Tekonivelleikkaukseen odottavien alaraajanivelrikkoa sairastavien potilaiden kokemukset.</p>	<p>Kuusi keski-ikältään 69-vuotiaista tekonivelleikkaukseen odottavaa potilasta Haastattelu Giorgin fenomenologinen analyysi</p>	<p>Potilaat kokivat kivun hallitsevan elämäänsä ja yrittivät selvitä sen kanssa. He eivät kyenneet kävelemään eivätkä liikkumaan. Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen oli vaikeutunut. Negatiivisuus omaa kehoa kohtaan muiden silmin nähtynä. He toivoivat apua, neuvoja ja tukea leikkaukseen odottaessa. Perheelle, ystäville ja auttajille taakana olemisen kokemus.</p>
<p>Goberman-Hill, Sansom, Sanders, Dieppe, Horwood, Learmonth, Williams &amp; Donovan 2010. Yhdistynyt kuningaskunta Tekonivelleikkaukseen liittyvä päätöksenteko.</p>	<p>6 kliinikkoa (4 lääkäriä ja 2 fysioterapeuttia) ja 26 nivelrikkoa sairastavaa potilasta Puolistrukturoitu haastattelu ja havainnointi Teema-analyysi</p>	<p>Keskeistä päätöksenteossa olivat kliiniset ja elämäntapaan liittyvät tekijät. Kliinikot nähtiin asiantuntijoina, mitä potilaiden käytös tuki. Kliinikot olivat tietoisia omasta päätöksentekotylystään. Päätökset tehtiin yleensä neuvotteluissa, mutta joskus hoitopäätökset oli tehty etukäteen. Jotkut potilaat ihmettelivät tehtyä päätöstä, mutta eivät välttämättä olleet tyytymättömiä.</p>
<p>Petursdottir, Arnadottir, &amp; Halldorsdottir 2010 Islanti Nivelrikkoa sairastavien potilaiden kokemia harjoittelua edistäviä ja estäviä tekijöitä</p>	<p>12 iältään keski-ikältään 67-vuotiaista nivelrikkoa sairastavaa potilasta Haastattelu 12-vaiheinen fenomenologinen analyysi</p>	<p>Harjoitteluun vaikuttavia tekijöitä olivat motivaatio, persoona, minäkuva, asenne liikkumiseen ja terveyteen, harjoitteluhistoria, tiedot sairaudesta, kipu, jäykkyys, väsymys, sopivan harjoittelun löytäminen, unenlaatu, harjoittelusta saatava hyöty, perheen tuki, hoidot, lääkärin kannustus, harjoittelukumppani, sosioekonominen asema, sää, harjoittelutilojen saatavuus ja kulkeminen.</p>



<p>Postras, Rossignol, Avouac, Avouac, Cedraschi, Nordin, Rousseaux, Rozenberg, Savarieau, Thoumie, Valat, Vignon &amp; Hilliquin 2010 Ranska Polven nivelrikon konservatiiviseen hoitoon tarkoitettujen hoitosuosittelujen hyödyllisyys</p>	<p>Potilaita, yleislääkärit ja fysioterapeutit Ryhmähaastattelut Sisällön analyysi</p>	<p>Potilailla ja lääkäriellä oli fatalistinen suhde polven nivelrikkoon. He epäilivät harjoittelun hyötyä ja näkivät laihduttamisen vaikeana. Potilaat olivat pettyneitä lääkityksen tehoon. He ymmärsivät päivittäisten toimintojen ylläpitämisen tärkeyden, mutta uskoivat sen pahentavan nivelrikkoa. Hoitava taho ei huomionnut heidän kipunsa pahenemisvaiheita. Fysioterapeutit uskoivat paranemiseen potilaita ja lääkäreitä enemmän..</p>
<p>Therkleson 2010 Uusi-Seelanti Inkiväärikompressin vaikutus nivelrikkoa sairastavan potilaan kokemiin oireisiin</p>	<p>Kymmenen yli 45-vuotiaasta nivelrikkoa sairastavaa potilasta Päiväkirja, piirroksiset ja haastattelu Fenomenologinen analyysi</p>	<p>Potilaiden olennainen kokemus inkiväärikompressista oli lämpö, joka rentoutti ja stimuloiti itsen ja toisen kohtaamiseen, anti-inflamatorinen ja kipua lievittävä vaikutus.</p>
<p>Woolhead, Goberman-Hill, Dieppe &amp; Hawker 2010 Yhdistynyt kuningaskunta Lonkka- ja polvinivelrikkoa sairastavien potilaiden kokemus yökipusta</p>	<p>123 iältään 47–92-vuotiaasta nivelrikkoa sairastavaa potilasta Ryhmähaastattelu 26 potilaan ryhmissä Vertaileva analyysi</p>	<p>Suurin osa potilaista koki yökipua. Kivun määrä lisääntyi taudin edetessä. Kipu oli vaihtelevaa ja ajoittaista. Potilas ennakoiki yökipua päiväaikaisen aktiivisuuden mukaan, Kipu herätteli unesta. Potilaat sopeutuivat kipuun ja käyttivät erilaisia keinoja ehkäistäkseen tai helpottaakseen kipua.</p>
<p>Demierre, Castelao &amp; Piot-Ziegler 2011 Sveitsi Lonkka- ja polvinivelrikkoa sairastavien potilaiden kokemus ajasta ennen tekonivelleikkausta</p>	<p>24 keski-ikältään 60-vuotiaasta potilasta Puolistrukturoitu haastattelu Teema-analyysi</p>	<p>Aika ennen leikkausta koettiin pitkänä ja vaikeana. Sairaudella oli fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia seurauksia. Kipu ja lääkkeiden käyttö olivat ongelmallisia. Lääkärit tekivät leikkauspäätöksen ja potilaat tunsivat avuttomuutta ja osattomuutta siinä.</p>
<p>Morden, Jinks &amp; Ong 2011 Yhdistynyt Kuningaskunta Polvinivelrikkoa sairastavien potilaiden omahoitokeinot ilman asiantuntijoiden ohjausta</p>	<p>22 yli 50-vuotiaasta polvinivelrikkoa sairastavaa potilasta Haastattelu ja päiväkirja Vertaileva laadullinen analyysi ja narratiivinen analyysi</p>	<p>Potilaiden mukautuminen ja erilaisten strategioiden käyttö normaaliarjessa oli sekä nivelrikon hoitoa että oireiden helpottamista. Normaaleihin rutiineihin osallistuminen varmisti, että he pysyivät aktiivisina ja polvinivel liikkuvana. Harjoitteluun sitoutumiseen vaikutti aikaisempi liikkuminen, elämäntapa ja kontekstin tarpeet.</p>

Liite 2. Nivelrikkoa sairastavia potilaita koskevia aikaisempia tämän tutkimuksen kannalta olennaisia kvantitatiivisia tutkimuksia

Tutkija(t), vuosi, toteutusmaa, tutkimusaihe	Kohderyhmä, aineiston keruu ja menetelmä	Tämän tutkimuksen kannalta keskeiset tulokset
Downe-Wamboldt 1991 Kanada Iäkkäiden nivelrikkoa sairastavien naisten selviytyminen ja elämään tyytyväisyys	90 iältään keski-iältään 79-vuotiasta nivelrikkoa sairastavaa naista Lomakehaastattelu Tilastollinen analyysi	Naiset kokivat sekä myönteisiä että kielteisiä tunteita suhteessa päivittäiseen elämäänsä nivelrikon kanssa. Nivelrikon aiheuttamasta stressistä selviytymiseen käytettiin konfrontoivia, palliatiivisia ja tunnestrategioita. Selviytymisen ja elämään tyytyväisyyden väliillä oli yhteys niin, että tunnestrategiaa käyttävät olivat tyytymättömiä kuin konfrontoivia ja palliatiivisia strategioita käyttävät.
Burke & Flaherty 1993 USA Iäkkäiden naisten selviytyminen nivelrikon aiheuttaman fyysisen toiminnan vajavuuden ja kivun kanssa sekä selviytymisstrategioiden ja terveyden välinen yhteys	130 keski-iältään 83-vuotiaasta yksinasuvaa naista Lomakehaastattelu Tilastollinen analyysi	Iäkkäiden nivelrikkoa sairastavien naisten selviytymiskeinot eivät poikkea muiden ikäryhmien käyttämistä selviytymiskeinoista. Itsehilintä oli eniten käytetty keino. Fyysisellä ja psykososiaalisella terveydellä oli yhteyttä selviytymiskeinoin.
Keefe, Caldwell, Baucom, Salley, Robinson, Timmons, Beaupre, Weisberg & Helms 1996 USA Nivelrikkoa sairastavan potilaan puolison erilaisiin potilaan ohjausryhmiin osallistumisen merkitys nivelrikkoa sairastavan potilaan oireisiin ja selviytymiseen	88 keski-iältään 62-vuotiaasta polven nivelrikkoa sairastavaa potilasta puolisoineen puoliso mukana / ei mukana selviytymistaitojen harjoitteluryhmä ja puolisoitten nivelrkkoneuvontaryhmä Kyselylomake Tilastollinen analyysi	Potilailla, joiden puoliset olivat osallistuneet selviytymis-taitojen harjoitteluryhmään, oli vähemmän kipua ja psyykkistä kyvyttömyyttä, enemmän yrittämisen halua, tyytyväisyyttä avioliittoonsa ja pystyvyyttä kuin potilailla, joiden puoliso osallistui nivelrikko-neuvontaryhmään. Potilailla, jotka osallistuivat selviytymistaitoryhmään ilman puolisoaan, oli suurempi pystyvyydentaso ja tyytyväisyys avioliittoonsa sekä vähemmän kipua ja psyykkistä kyvyttömyyttä kuin potilailla, joiden puoliso osallistui nivelrkkoneuvontaryhmään.
Hopman-Rock , Kraaimaat & Bijlsma 1997 Alankomaat Polvi ja lonkkakivusta kärsivän iäkkään potilaan elämänlaatu	306 keski-iältään 65 potilasta, 59 ei kroonisesta kivusta kärsivää Kyselylomake ja haastattelu Tilastollinen analyysi	Kroonisesta polvi- tai lonkkakivusta kärsivillä oli huonompi elämänlaatu kuin niillä, joilla ei ollut kipua. Huono elämänlaatu aiheutti psykososiaalista kyvyttömyyttä ja enemmän kipuoireita.
Keefe, Kashikar-Zuck, Robinson, Salley, Beaupre, Caldwell, Baucom & Haythornthwaite 1997 USA Kivusta selviytymisen yhteys potilaan ja puolison käsityksiin potilaan pystyvyydestä	130 keski-iältään 61-vuotiaasta naimisissa olevaa polven nivelrikkoa sairastavaa potilasta Kyselylomake Tilastollinen analyysi	Potilaan kivusta selviytymiskeinoin oli yhteydessä potilaan kivun hallinta, muiden nivelrikko-oireiden kontrollointi ja päivittäiset toiminnot. Potilaat, jotka pelkäsivät kivun hallitsemattomuutta, kokivat pystyvyytensä huonoksi. Puolison arviolla potilaan pystyvyydestä oli yhteyttä potilaan arvioon pystyvyydestään.

<p>Affleck, Tennen, Keefe, Lefebvre, Kashikar-Zuck, Wright, Starra &amp; Galdwell 1999 USA Sairausten ja sukupuolen vaikutus kipuun, mielialaan ja selviytymiseen</p>	<p>71 nivelrikkoa sairastavaa potilasta keski-ikältään 61-vuotiaasta ja 76 keski-ikältään 63-vuotiaasta nivelreumapotilasta Strukturoitu päiväkirja Tilastollinen analyysi</p>	<p>Naiset raportoivat kovempaa kipua kuin miehet. Naiset käyttivät miehiä enemmän tunnesuuntautuneita selviytymiskeinoja kuin miehet ja olivat välittämättä sairautestaan. Miehet raportoivat naisia todennäköisemmin mielialan laskua kipua seuranneena päivänä.</p>
<p>Blixen &amp; Kippes 1999 USA Sosiaalisen tuen merkitys nivelrikkoa sairastavien vanhojen potilaiden depression määrään ja elämänlaatuun</p>	<p>50 keski-ikältään 71-vuotiaasta nivelrikkoa sairastavaa potilasta Lomakehaastattelu Tilastollinen analyysi</p>	<p>Sosiaalisella tuella, jota potilaat saivat perheeltä ja ystävilta, oli merkittävä vaikutus kipuun, toimintakyvyn rajoittamiseen ja depression ja siten elämänlaatuun.</p>
<p>Klinger Spaulding, Polatajko, MacKinnon &amp; Miller 1999 Kanada Nivelrikkoa sairastavien potilaiden kipuun mukautumiskeinoja. Toimintojen mukauttamisen, masennuksen, sosiaalisen tuen, toimintavaikeuksien ja kroonisen kivun väliset yhteydet</p>	<p>30 keski-ikältään 76-vuotiaasta polvi- tai lonkkanivelrikkoa sairastavaa potilasta Strukturoitu kyselylomakehaastattelu Tilastollinen analyysi</p>	<p>Potilaat muuttivat tapansa toimia tai luopuivat toiminnoista. Tilastollisesti merkitseviä korrelaatioita löytyi toiminnan sopeutumisen, kivun, masennuksen ja toiminnan vaikeuksien välillä. Nämä muuttajat olivat kääntäen verrannollisia elämään tyytyväisyyteen.</p>
<p>Neville, Fortin, Fitzcharles, Baron, Abrahamowitz, Du Berger &amp; Esdaile 1999 Kanada Reumatautia sairastavan potilaan tiedon tarve</p>	<p>197 keski-ikältään 62-vuotiaasta potilasta Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Potilaat ovat epätietoisia oireiden etenemisestä ja heitä huolestutti sairauden paheneminen. Lääkäri oli ensisijainen tiedonlähde. Potilaat kokivat, etteivät heidän perheenjäsenensä ymmärtäneet heidän sairauttaan.</p>
<p>Gignac, Cott &amp; Badley 2000 Kanada Potilaiden sopeutuminen krooniseen sairauteen ja toimintakyvyttömyyteen ja käsitys riippuvuudesta sekä itsenäisyydestä</p>	<p>286 keski-ikältään 68-vuotiaasta nivelrikkoa tai osteoporoosia sairastavaa potilasta Kyselylomake Sisällön ja tilastollinen analyysi</p>	<p>Sopeutumiskeinoja olivat valikointi, optimointi, kompensointi ja apu. Valikointia ja kompensointia käyttäneet tunsivat enemmän riippuvuuden tunnetta ja suurempaa avuttomuutta sekä vaikeuksia selvittää kuin muita keinoja käyttäneet.</p>
<p>Rapp, Rejeski &amp; Miller 2000 USA Iäkkäiden polvinivelrikkoa sairastavien potilaiden kivun ja toimintavajavuuden yhteys</p>	<p>394 keski-ikältään 71,5-vuotiaasta polven kivusta kärsivää potilasta 30 kuukauden seuranta Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Kivusta selviytymiskeinot olivat merkittävästi yhteydessä toiminnan vajavuuteen ja kävelymatkaan. Vähän hallinnan menettämisen tunnetta, rukoileminen, piittaamattomuus sekä kivun uudelleen tulkinta ja vahva usko kivun hallintaan olivat yhteydessä vähempään toiminnanvajavuuteen ja parempaan fyysiseen toimintaan.</p>
<p>Tallon, Chard &amp; Dieppe 2000 Yhdistynyt Kuningaskunta Polvinivelrikkoa sairastavien potilaiden tärkeimpinä pitämät oireet, hoidot ja tutkimukset</p>	<p>112 keski-ikältään 64-vuotiaasta polven nivelrikkoa sairastavaa potilasta Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Potilaiden tärkeimpinä kokemat oireet olivat nivelen kipu, toimintakyvyttömyys ja instabiiliiteetti. Moni kärsi polven nivelrikon aiheuttamasta huolesta. Yleisimmät hoitokeinot olivat suun kautta nautittavat lääkkeet, fysikaaliset hoidot, tuet ja mukautuminen. Tehokkaimpina hoitoina pidettiin kirurgiaa, suun kautta otettavia lääkkeitä ja niveleen annettavia injektioita, ohjausta ei arvostettu.</p>

Lapsley, March, Tribe, Cross & Brooks 2001 Australia Nivelrikkoa sairastavien potilaiden sairastamiskustannukset, terveydentila ja sairauden sosiaaliset vaikutukset	70 iältään 55–75-vuotiaista polven tai lonkan nivelrikkoa sairastavaa potilasta. Kustannuspäiväkirja kolmen kuukauden ajalta ja kyselylomake. Tilastollinen analyysi	Sairastamiskustannukset olivat korkeat, erityisesti naisilla, jotka käyttivät enemmän lääkkeitä ja erityistarvikkeita. Kustannuksia oli enemmän niillä, jotka kertoivat suuremmasta kivusta, huonommasta sosiaalisesta toimintakyvystä ja psyykkisestä terveydestä ja jotka olivat sairastaneet pidempään. Naiset saivat enemmän apua perheeltä ja ystäviltä ja nuorempien potilaiden terveydentila oli parempi kuin vanhempien.
Steultjens, Dekker & Bijlsma 2001 Alankomaat Lonkan ja polven nivelrikkoa sairastavien potilaiden selviytymiskeinojen yhteys kipuun ja toimintavajavuuteen	119 keski-iältään 69-vuotiaista polven nivelrikkoa sairastavaa potilasta Alkumittaus ja seurantamittaus Kyselylomake Tilastollinen analyysi	Polvinivelrikkoa sairastavien potilaiden passiivinen selviytymiskeino ennusti huonompaa toimintakykyä, mutta ei suurempaa kipua. Aktiivinen selviytymiskeino ennusti suurempaa kipua.
Burks 2002 USA Polvinivelrikkoa sairastavien miesten terveyttä koskevat huolenaiheet	104 keski-iältään 67-vuotiaista miestä Kyselylomake Tilastollinen analyysi	Miesten suurimmat huolenaiheet olivat nivelkipu, kyky kävellä, nostaa tavaroita ja kulkea portaita, sekä kyky ajaa autoa ja käydä asioilla.
Gaines, Talbot & Metter 2002 USA Mies- ja naispolvinivelrikko-potilaiden pystyvyyden ja itsearvioitun toimintakyvyn välinen yhteys	43 keski-iältään noin 70-vuotiaista polvinivelrikkoa sairastavaa potilasta Kyselylomake Tilastollinen analyysi	Toimintakyky ja pystyvyys vaihtelivat sukupuolen mukaan. Vanhojen naisten vahva tunne pystyvyydestään oli yhteydessä parempaan toimintakykyyn, mutta miehillä tätä yhteyttä ei ollut.
Gignac, Cott & Badley 2002 USA Nivelrikkoa sairastavien iäkkäiden potilaiden erilaiset sopeutumiskeinot toimintakyvyyttömyyteen	248 55-vuotiaista tai vanhempaa nivelrikkoa sairastavaa potilasta Strukturoitu haastattelu Sisällön analyysi ja tilastollinen analyysi	Sopeutumiskeinoja olivat valikointi (toiminnan rajoittaminen, vähentäminen, luovuttaminen ja toiminnan välttäminen) optimointi (toimintojen suunnittelu, enemmän ajan käyttäminen, liikkuu välttämällä kipua ja jäykkyyttä, lepääminen) ja kompensointi (toimintojen muuttaminen, toiminnan korvaaminen toisella, apuvälineiden ja laitteiden käyttäminen).
Rejeski, Focht, Messier, Morgan, Pahor & Penninx 2002 USA Laihduttamisen ja harjoittelun vaikutus polven nivelrikkoa sairastavien ylipainoisten vanhojen miesten ja naisten elämänlaatuun	316 keski-iältään 68-vuotiaista polvinivelrikkoa sairastavaa potilasta Koe- ja kontrolliryhmät Kyselylomake Tilastollinen analyysi	Kaikilla koeryhmillä tapahtui positiivisia muutoksia elämänlaadussa intervention jälkeen, mutta eniten muutosta tapahtui yhdistetyllä dieetillä ja harjoitteluryhmällä.
Baird, Schmeiser & Yehle 2003 USA Nivelrikkoa sairastavien palvelutalossa, pitkäaikaishoidossa tai kotona asuvien naisten omahoito	60 keski-iältään 76-vuotiaista naista Haastattelu Tilastollinen analyysi	Nivelrikkoa hoidettiin lastoilla, kylmällä, kuumalla, hieronnalla ja harjoittelulla sekä lääkkeillä ja elämällä terveellisesti. Huomion kiinnittäminen muuhun, puutarhahoito, lemmikit, myönteinen ajattelu ja toimintojen muuttaminen, tieto sairaudesta ja maailmasta yleensä auttoi.
Kee 2003 USA Sosiodemografisten ja psykososiaalisten tekijöiden vaikutus iäkkään nivelrikkopotilaan psyykkiseen tilaan ja fyysiseen toimintaan	81 yli 60-vuotiaista nivelrikkoa sairastavaa potilasta Kyselylomake Tilastollinen analyysi	Sitkeydellä, kivulla ja sosiaalisella tuella oli yhteyttä potilaiden psyykkiseen tilaan ja fyysiseen toimintakykyyn. Iällä, rodulla, sosioekonomisella asemalla, yleisellä terveydentilalla ja terveyden edistämiskäytännöillä ei ollut yhteyttä psyykkiseen tilaan tai fyysiseen toimintakykyyn.

McCaffrey & Freeman 2003 USA Musiikin vaikutus iäkkään nivelrikkopotilaan kipuun	66 yli 65-vuotiasta potilasta, Koeryhmä/kontrolliryhmä Kyselylomake Tilastollinen analyysi	Musiikkia kuunnelleet potilaat kokivat vähemmän kipua kuin kontrolliryhmä.
Sherman 2003 USA Depressiivisten oireiden yhteys tukeen ja stressiin polven nivelrikkoa sairastavilla iäkkäillä miehillä ja naisilla	285 keski-ikältään 71-vuotiaita potilasta Kyselylomake Tilastollinen analyysi	Tuen ja stressin sekä depressiivisten oireiden välillä oli yhteyttä. Sosiaalinen tuki puskuroi sosiaalista stressiä ja depressio-oireita. Miesten ja naisten välillä ei ollut merkittävää eroa.
Tak & Laffrey 2003 USA Nivelrikkoa sairastavien naisten toimintakyvyn, päivittäisen stressin, selviytymiskeinojen, uskon omaan kontrolliin, sosiaalisen tuen ja elämään tyytyväisyyden välinen yhteys	107 keski-ikältään 74-vuotiaita naista Kyselylomake Tilastollinen analyysi	Potilaiden huono fyysinen toimintakyky oli yhteydessä kroonisen päivittäisen stressin tuntemiseen ja nämä potilaat ilmoittivat käyttävänsä useammin tunnesuuntautunutta selviytymisstrategiaa. He kokivat enemmän terveytensä ulkoista kontrollia, vähemmän sosiaalista tukea ja olivat elämäänsä vähemmän tyytyväisiä. Sosiaalista tukea kokeneet potilaat käyttivät ongelmasuuntautunutta selviytymistä ja olivat elämäänsä tyytyväisempiä sekä kokivat sisäistä hallinnan tunnetta terveytensä suhteen.
Dominick, Ahern, Gold & Heller 2004 USA Iäkkäiden nivelsairautta tai ei-nivelsairautta sairastavien terveyteen liittyvää elämänlaatu	41 467 keski-ikältään 79-vuotiasta potilasta Kyselylomake Tilastollinen analyysi	Nivelrikkoa tai reumaa sairastavilla oli huonompi terveyteen liittyvä elämänlaatu (fyysinen, psyykinen, kipu, nukkuminen ja liikkumisen rajoittuminen) kuin ei-sairastavilla.
Keefe, Affleck, France, Emery, Waters, Caldwell, Stainbrook, Hackshaw, Fox & Wilson 2004a USA Sukupuolten välinen ero polvinivelrikkoa sairastavien potilaiden kivussa, selviytymisessä ja mielialassa	100 (36 miestä ja 64 naista) keski-ikältään 63-vuotiasta polvinivelrikkoa sairastavaa potilasta Strukturoitu päiväkirja Tilastollinen analyysi	Naiset käyttivät miehiä enemmän ongelma-keinoja selviytymiskeinoja. Vähemmän kivun hallitsemattomuuden tunnetta ilmaisevat naiset kuvasivat vähemmän negatiivista mielialaa kuin vastaavasti miehet. Naiset kuvasivat miehiä enemmän lisääntyvää kipua päivän aikana. Miehet kuvasivat naisia enemmän selviytymistä. Miehet, joilla oli negatiivisempi mieliala, kuvasivat naisia enemmän tunnesuuntautunutta selviytymistä. Miehet kokivat naisia todennäköisemmin negatiivisen mielialan lisääntymistä. Miehet kokivat naisia todennäköisemmin lisääntyvää kieleiteistä mielialaa ja vähenevää myönteistä mielialaa kivuliaan illan jälkeisenä aamuna.
Keefe, Blumenthal, Baucom, Affleck, Waugh, Caldwell, Beaupre, Kashikar-Zuck, Wright, Egert & Lefebvre 2004b USA. Erialaisten valmennusten ja harjoittelujen vaikutus polvinivelrikkoa sairastavien potilaan kipuun ja pystyvyyden tunteeseen	72 potilasta ja heidän puolisonsa, Selviytymistaitojen ryhmä, jossa puoliso mukana ja selviytymis-taitojen valmennuksen ja harjoittelun ryhmä, jossa puoliso mukana ja harjoittelun ja tavanomaisen hoidon ryhmä Kyselylomake ja mittaukset Tilastollinen analyysi	Puolison mukana olo valmennuksessa ja harjoittelussa paransi potilaan selviytymistä ja pystyvyyttä sekä fyysistä kuntoa ja voimaa. Puolisoidenkin mielestä potilaan selviytyminen ja pystyvyyden tunne paranivat.

<p>Ratcliffe, Buxton, McGarry, Sheldon &amp; Chancellor 2004 Yhdistynyt kuningaskunta Nivelrikkoa sairastavien potilaiden arvostus oireiden vähentämiseen suhteessa hoitojen haittoihin</p>	<p>412 suurin osa iältään 61–80-vuotiasta nivelrikkoa sairastavaa potilasta Kyselylomake puhelinhaastatteluna Tilastollinen analyysi</p>	<p>Vastaajat olivat enemmän huolissaan vakavista kuin lievista haittavaikutuksista. Vanhemmat vastaajat hyväksyivät paremmin vakavat haittavaikutukset oireiden helpottamiseksi kuin nuoremmat vastaajat. Alemman tulotason vastaajat painottivat ylempään tulotason vastaajia enemmän nivelen särkyjä ja liikkuvuutta.</p>
<p>Victor, Ross &amp; Axford 2004 Yhdistynyt kuningaskunta Nivelrikkoa sairastavien potilaiden tiedot sairaudesta, tyytyväisyys perusterveydenhuollon palveluihin ja tukeen</p>	<p>170 keski-iältään 63-vuotiaasta nivelrikkoa sairastavaa potilasta Kyselylomake, päiväkirja intervention ajalta ja ryhmähaastattelu Sisällön analyysi ja tilastollinen analyysi</p>	<p>Potilaiden tieto sairaudestaan oli alhainen, vaikka he käyttivät paljon terveyspalveluita. He eivät olleet saaneet tietoa nivelrikon fysiologiasta, kivun hallinnasta tai nivelrikon etenemisestä. He halusivat hoitojen vähentävän kipua ja parantavan toimintakykyä. Lähes puolet potilaista oli kuitenkin tyytyväisiä saamiinsa terveyspalveluihin.</p>
<p>Tsai 2005 USA Ahdistusta ja masennusta ennustavat tekijät iäkkäillä nivelrikkoa sairastavilla kipupotilailla</p>	<p>235 keski-iältään 74-vuotiaasta nivelrikkoa sairastavaa potilasta Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Toimintakyvyttömyys, sosiaalinen tuki, taloudelliset vaikeudet ja ikä ennustavat ahdistuneisuutta kun taas kivusta johtuva toimintakyvyttömyys ja ahdistuneisuus ennustavat masentuneisuutta. Taloudellisilla vaikeuksilla on suora vaikutus ahdistuneisuuteen ja epäsuora vaikutus masentuneisuuteen.</p>
<p>Allen, Golightly &amp; Olsen 2006 USA Nivelrikkoa sairastavien potilaiden kipu ja selviytyminen</p>	<p>36 keski-iältään 63-vuotiaasta potilasta täytti kipu (VAS) ja selviytymispäiväkirjaa 30 päivän ajalta Tilastollinen analyysi</p>	<p>Yksilöiden välillä oli eroja, toisilla kipu vaihteli paljon ja toisilla vähän. Potilaat käyttivät ongelmakeskeisiä ja tunnesuuntautuneita selviytymiskeinoja. Selviytymisen ja kivun määrän välillä ei ollut merkittävää yhteyttä.</p>
<p>Gignac, Davis, Hawker, Wright, Mahomed, Fortin &amp; Badley 2006 Kanada Keski-ikäisten ja vanhempien nivelrikkoa sairastavien ja ei-pitkäaikaista sairautta sairastavien kokemukset muutoksista terveydentilassa, näiden muutosten vaikutuksista ja omahoitomenetelmistä</p>	<p>16 ryhmää (10 nivelrikkoa sairastavista ja 6 kontrolliryhmää) 53 naista ja 37 miestä keski-iältään 57 vuotta Ryhmähaastattelut Kyselylomake Sisällön analyysi Tilastollinen analyysi</p>	<p>Nivelrikkoa pidettiin hyväksyttävänä normaaliin ikääntymisen, ei hoidettavana vaivana. Tähän käsitykseen oli vaikuttaneet lääkärit, jotka eivät antaneet ohjeita vaan liittivät oireet ikääntymiseen. Potilaat olivat menettäneet luottamuksensa lääkäreihin eivätkä noudattaneet ohjeita. He olivat epätietoisia, eivätkä tienneet, mistä hakea apua vaivoihinsa. Nuoremmat potilaat kokivat enemmän stressiä ja turhautumista nivelrikon hallinnassa. Nivelrikkopotilaat kuvasivat terveyden vaikutusta heidän työhönsä, vapaa-aikansa, sosiaaliseen aktiivisuuteensa ja suhteisiinsa huolestuttavasti verrattuna kontrolliryhmään.</p>

<p>Jakobsson &amp; Hallberg 2006 Ruotsi Iäkkäiden nivelrikkoa sairastavien potilaiden elämänlaatu ja siihen vaikuttavat tekijät</p>	<p>168 keski-ikältään 84-vuotiaasta nivelrikkoa sairastavaa potilasta ja 246 keski-ikältään 83-vuotiaasta ei nivelrikkoa sairastavaa Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Kipu, toimintarajoitteisuus ja huonompi elämänlaatu olivat yleisempää nivelrikkoa sairastavilla kuin ei nivelrikkoa sairastavilla. Ryhmien välillä ei todettu eroja depressio- ja psyykkisten tekijöiden välillä. Elämänlaatu oli yhteydessä kipuun, toimintarajoitteisiin ja depressiiviseen mielialaan molemmissa ryhmissä.</p>
<p>Karjalainen 2006 Suomi Lonkan tai polven nivelrikkoa sairastavien tekonivelleikkausta odottavien terveyteen liittyvä elämänlaatu</p>	<p>25 lonkkanivelrikkoa sairastavaa potilasta ja 39 polvinivelrikkoa sairastavaa potilasta Postikysely Tilastollinen analyysi</p>	<p>Potilaiden elämänlaatu oli merkittävästi huonompi kuin vastaavanikäisellä normaaliväestöllä erityisesti liikkumisen, nukkumisen, tavanomaisten toimintojen, vaivojen ja oireiden, ahdistuneisuuden, energisyyden ja sukupuolielämän ulottuvuuksilla.</p>
<p>Maly, Costigan &amp; Olney 2006 Kanada Polvinivelrikkoa sairastavien potilaiden persoonallisten, patofysiologisten ja toimintakyvyttömyys tekijöiden yhteys toiminnalliseen pystyvyyden tunteeseen</p>	<p>54 keski-ikältään 68-vuotiaasta polvinivelrikkoa sairastavaa potilasta Kyselylomake ja mittaukset Tilastollinen analyysi</p>	<p>Polven jäykkyys, reiden lihasten voima, ikä ja depressio olivat yhteydessä polven nivelrikkoa sairastavan toiminnalliseen pystyvyyden tunteeseen. Kipu, koulutus, ahdistuneisuus, nivelen röntgenmuutokset tai paino eivät olleet yhteydessä pystyvyyden tunteeseen.</p>
<p>Ferreira &amp; Sherman 2007 USA Optimismin, kivun ja sosiaalisen tuen välinen yhteys iäkkäillä nivelrikkoa sairastavilla potilailla</p>	<p>72 keski-ikältään 72-vuotiaasta nivelrikkoa sairastavaa potilasta Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Kivulla on monimutkainen suhde hyvinvointiin, elämään tyytyväisyyteen ja depressio-oireiden puuttumiseen. Persoonallisuus ja sosiaaliset suhteet olivat yhteydessä kivun vaikutukseen hyvinvointiin. Suurempi optimismi ja tuki olivat merkittävästi yhteydessä parempaan elämään tyytyväisyyteen ja vähempään depressio-oireisiin.</p>
<p>Hill &amp; Bird 2007 Yhdistynyt kuningaskunta Potilaiden tiedot ja väärinkäytökset nivelrikosta sekä kyselylomakkeen testaus</p>	<p>83 keski-ikältään 62-vuotiaasta potilasta Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Potilaat tiesivät nivelrikon liittyvän vammaan tai vanhuuteen, osa ajatteli sen johtuvan kylmästä ja kosteasta säästä. Suurin osa potilaista tiesi nivelrikon oireet ja harjoittelun, mutta sekoitti keskenään nivelen säästämisen ja voiman säilyttämisen. He eivät tienneet kipulääkityksen ennaltaehkäisevästä merkityksestä ja että tulehduskipulääke pitää ottaa ruuan kera.</p>
<p>Hirvonen 2007 Suomi Lonkan ja polven tekonivelleikkauksen jonottavien potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu, kipu ja liikkuminen leikkauksen jonottamisen aikana sekä jonotusajan vaikutus terveyteen ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön. Potilaiden elämänlaatu verrattuna vastaavan ikäiseen suomalaisväestöön</p>	<p>133 keski-ikältään 67-vuotiaita-vuotiaasta potilasta, 131 verrokkiä potilaat: 1) nopeasti hoitoon pääsevät, jotka jonottivat toimenpiteeseen korkeintaan kolme kuukautta ja 2) normaalisti hoitoon pääsevät, jotka pääsivät leikkaukseen sairaalan normaalin käytännön mukaisessa ajassa Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Pidempään jonottaneiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ei ollut leikkaukseen saavuttaessa nopeasti hoitoon päässeitä huonompi. Potilaiden terveydentilassa ei tapahtunut muutosta jonotusaikana, leikkaukseen jonottavien potilaiden elämänlaatu oli huomattavasti vastaavanikäistä vertailuväestöä huonompi. Fyysisten ulottuvuuksien lisäksi hoitoa odottavat potilaat kärsivät masennuksesta, ahdistuneisuudesta, väsymyksestä ja voimattomuudesta. Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö oli jonotusaikana vähäistä eikä jonotusaika ollut yhteydessä palvelujen käyttöön. Palveluista eniten käytettiin kuntoutuspalveluita sekä omaisten tarjoamaa kotiapua.</p>

Johnson, Archibald, Davis, Badley, Wright & Hawker 2007 Kanada Nivelrikon itse ilmoitetun paranemisen objektiivinen mittaa- minen	43 keski-ikältään 76-vuotiaasta nivelrikkoa sairastavaa potilasta seitsemän vuoden seuranta Kyselylomake, kliininen tutkimus ja röntgentutkimus Tilastollinen analyysi	Yksi neljäsosa osallistujista ilmoitti merkittävää paranemista kivussa ja toimintakyvyssä WOMAC-mittarilla mitattuna seitsemän vuoden jälkeen. Nämä muutokset eivät olleet todennettavissa muilla mittareilla mitattaessa.
McHugh, Luker, Campbell, Kay & Silman 2007 Yhdistynyt kuningaskunta Alaraajanelvelrikon takia tekoni- välleikkausta odottavien potilaiden kipu, hoito ja palvelut	105 tekoniivelleikkausjonossa olevaa keski-ikältään 68-vuotiaasta potilasta alkuhaastattelu, kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua uusintahaastattelu Tilastollinen analyysi	Potilaat kärsivät kovasta kivusta, ja suurin osa otti kipulääkettä useammin kuin kerran päivässä. Kipu lisääntyi seurannan aikana, mutta kipulääkkeiden käyttö ei lisääntynyt. Potilaat olivat käyttäneet muita hoitokeinoja kuten fysioterapiaa, kylmä- ja lämpöpakkauksia. Perusterveydenhuollon hyödyntäminen oli vaihtelevaa; 70 % oli käynyt yleislääkärillä viimeisen kolmen kuukauden aikana, 41 % lääkärillä kävijöistä ei ollut keskustellut lääkärin kanssa kivusta tai nivelrikosta. Yksi kolmas osa osallistujista kertoi saaneensa tietoa nivelrikosta
Rosemann, Backenstrass, Joest, Rosemann, Szecsenyi & Laux 2007 Saksa Nivelrikkoa sairastavien potilaiden depressiota ennustavia tekijöitä	1 021 iältään keski-ikältään n. 66-vuotiaasta nivelrikkoa sairastavaa potilasta Kyselylomake Tilastollinen analyysi	Vahvimmin depressiota ennustavia tekijöitä olivat kipu ja harvat sosiaaliset suhteet. Ennustavia tekijöitä olivat myös fyysinen rajoittuneisuus, ikä ja korkea BMI.
Tak, Hong & Kennedy 2007 USA Sosiaalisen tuen merkitys nivelrikkoa sairastavan potilaan päivittäiseen stressiin	70 keski-ikältään 72-vuotiaasta nivelrikkoa sairastavaa potilasta Kyselylomake Tilastollinen analyysi	Potilaiden kokema sosiaalinen tuki vähensi merkittävästi nivelrikon aiheuttamasta toimintakyvyttömyydestä johtuvaa päivittäistä stressiä.
Tsai 2007 Taivan Sukupuolten väliset erot kiinalaisten polvinivelrikkoa sairastavien potilaiden kivussa ja depressiossa	199 keski-ikältään 72-vuotiaasta nivelrikkoa sairastavaa potilasta Kyselylomake Tilastollinen analyysi	Naiset kokivat enemmän kipua ja olivat depressiivisempiä kuin miehet. Sukupuolten välillä ei ollut eroja kivun hoitokeinoissa.
Yip, Sit, Fung, Wong, Chong, Chung & Ng 2007 Kiina Nivelrikkoa sairastavien potilaiden omahoito-ohjelmien tehon arviointi harjoittelun lisäämiseksi	Keski-ikältään 65-vuotiaita polvinivelrikkoa sairastavaa potilasta Interventio (n = 88) ja kontrolliryhmä (n = 94). Kyselylomake Tilastollinen analyysi	16 viikon jälkeen interventoryhmällä oli todettavissa tilastollisesti merkittävästi parantunut pystyvyyden tunne nivelrikon hallinnassa: kylmän ja kuuman käyttö kivun hoidossa, niveltä säästävät keinot, pidentynyt harjoittelun kesto ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen.
Murphy, Smith, Clauw & Alexander 2008 USA Väsämyksen ja kivun vaikutus polvi- tai lonkkanivelrikkoa sairastavien potilaiden fyysiseen aktiivisuuteen	40 keski-ikältään 63-vuotiaasta nivelrikkoa sairastavaa potilasta, 20 verrokkia Mittaukset ja kyselylomake Tilastollinen analyysi	Väsämyksen todettiin olevan nivelrikkoa sairastavilla naisilla suurempi syy fyysisen aktiivisuuden vähenemiseen kuin kivun



<p>Porter, Keefe, Wellington, &amp; de Williams 2008 USA Nivelrikkoo sairastavien potilaiden ja heidän partnereidensa kommunikointi kivusta ja sairautteen liittyvistä huolenaiheista</p>	<p>38 n. 63-vuotiaasta polvinivelrikkoo sairastavaa potilasta ja heidän n. 62-vuotiaat kumppaninsa Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Kivusta kertovat potilaat, kokivat vähemmän kipua, fyysistä ja psyykkistä kyvyttömyyttä ja vähemmän kivun seurauksia sekä vähemmän kumppanin negatiivista vaikutusta kuin kivusta vaikenevat potilaat, jotka kokivat enemmän psyykkistä kyvyttömyyttä ja kivun seurauksia. Partnerin pidättäytyvyys kommunikointiin oli yhteydessä hänen kärsimykseensä ja potilaan kokemaan suurempaan psyykkiseen kyvyttömyyteen ja kivun seurauksiin.</p>
<p>Rosemann, Kuehlein, Laux &amp; Szecsenyi 2008a Saksa Alaraajanivelrikkoo sairastavien potilaiden fyysiseen aktiivisuuteen yhteydessä olevat tekijät</p>	<p>1 021 keski-ikältään 66-vuotiaasta alaraajanivelrikkoo sairastavaa potilasta Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Nivelrikkopotilaiden fyysinen aktiivisuus on vähentynyt verrattuna muuhun väestöön. Fyysisen aktiivisuuden rajoittumista ennustavia tekijöitä olivat alaraajojen rajoittunut toimintakyky, sosiaaliset kontaktit, kipu, korkea ikä ja BMI. Radiologisilla löydöksillä oli vain vähäinen yhteys fyysiseen aktiivisuuteen.</p>
<p>Rosemann, Laux, Szecsenyi, Wensing &amp; Grol 2008b Saksa Nivelrikkoo sairastavan potilaan kivun voimakkuuteen yhteydessä olevat tekijät</p>	<p>1 021 keskimäärin 66-vuotiaasta nivelrikkoo sairastavaa potilasta Kyselylomaketutkimus Tilastollinen analyysi</p>	<p>Depressio, alaraajoista johtuva fyysinen rajoittuneisuus, matala koulutustaso ja sosiaalisten kontaktien vähyyden olivat yhteydessä kivun kokemisen voimakkuuteen.</p>
<p>Tsai, Chu, Lai, &amp; Chen 2008. Taiwan Taivaniilaisten nivelrikkoo sairastavien iäkkäiden potilaiden kivun kokeminen, kivun hallitseminen ja selviytyminen.</p>	<p>205 keski-ikältään 73-vuotiaasta nivelrikkoo sairastavaa potilasta Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Yli 70 % potilaista kärsi keskivaikeasta tai vaikeasta kivusta. Lievästä kivusta kärsivät kokivat hallitsevansa kipua paremmin kuin keskivaikeasta ja vaikeasta kivusta kärsivät. Kivun hallitsemiseen useimmat käyttivät lääkettä. Keskimääräisen kivun voimakkuus, kivun häiritseminen kävelyä ja unta sekä kivun hallitsemiseen liittyvät uskomukset ennustivat merkittävästi pahimman kivun voimakkuutta.</p>
<p>Unutzer, Hantke, Powers, Higa, Lin, Vannoy, Thielke &amp; Fan 2008 USA Iäkkäiden depressiota ja nivelrikkokipua kärsivien potilaiden hoito-ohjelman kehittäminen</p>	<p>13 keski-ikältään 72-vuotiaasta potilasta tuki ja ohjaus depression sekä nivelrikon hoitoon sairaanhoitajalta ja tarvittaessa muilta asiantuntijoilta Mittaukset ja kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Hoito-ohjelman mukana potilaiden depression ja kipu vähenivät. Potilaat kokivat pystyvyytensä ja kävelynsä parantuneen.</p>
<p>Wright, Zautra &amp; Going 2008 USA Polvinivelrikkoo sairastavien potilaiden kipua ja toiminnanvajuutta ennustavat psyykkiset riski- ja sinnikkyystekijät ja niiden yhteys sopeutumiseen</p>	<p>275 keski-ikältään 54-vuotiaasta lievää polven nivelrikkoo sairastavaa potilasta Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Psyykkiset riskitekijät (depressiivisyys, neuroottisuus, kielteisyys) ja sietokyky (myönteisyys, ulospäin suuntautuminen, viitaalisuus) ennustivat kipua ja fyysistä toimintakykyä nivelrikon varhaisessa vaiheessa. Parempaan pystyvyyden tunteeseen liittyi vähemmän kipua ja toiminnan vajavuutta.</p>
<p>Luger, Cotter &amp; Sherman 2009 USA Luonteenlaadun ja sosiaalisten suhteiden merkitys nivelrikkoo sairastavien potilaiden hyvinvointiin</p>	<p>160 keski-ikältään 73-vuotiaasta polvi tai lonkkanivelrikkoo sairastavaa potilasta Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Persoonallisuus ja sosiaalinen tuki vaikuttivat potilaiden hyvinvointiin. Pessimistisillä ihmisillä oli riski huonoon fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin sekä vähään sosiaaliseen tukeen ja he olivat elämänsä tyytymättömiä.</p>

<p>McDonald 2009 USA Nivelrikkoa sairastavien iäkkäiden potilaiden kuvaus kokeestaan kivusta</p>	<p>207 keski-ikänsä yli 60-vuotiaasta nivelrikkoa sairastavaa potilasta, joista 111 vastasi avoimiin kysymyksiin ja 96 vastasi suljettuihin kysymyksiin Sisällön analyysi käyttäen Amerikan kipuyhdistyksen nivelrikko- ja reumakivun hoitoon tarkoitettuja kriteereitä Ryhmiä välisessä erossa tilastollinen analyysi</p>	<p>Potilaat kuvasivat kipuaan rajoittuneesti lähinnä kivun sijaintia, kestoa ja voimakkuutta. Ryhmien kuvauksissa ei ollut eroja. Kivun hoidosta saatiin tietoa avoimilla jatkokysymyksillä. Useita tärkeitä kipuun liittyviä ilmaisuja, kuten lääkkeiden haittavaikutuksia, harjoittelua tai painonpudottamista, potilaat eivät maininneet kuvauksissaan.</p>
<p>Merkle &amp; McDonald 2009 USA Nivelrikkoa sairastavien iäkkäiden potilaiden perinteisten (kipulääke, harjoittelu ja lepo ja liikkumisen apuväline) ja eiperinteisten (esim. akupunktio, TENS, hieronta) kivun hoitomenetelmien käyttö</p>	<p>457 keski-ikänsä 76-vuotiaasta potilasta Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Suosittelujen mukaisia kivunhoitomenetelmiä käytti noin 28 prosenttia tutkimukseen osallistuneista. Sekä perinteisiä että ei-perinteisiä menetelmiä käytti 46 prosenttia. Korkeammin koulutetut ja ei-valkoiset käyttivät enemmän suosittelujen mukaisia menetelmiä.</p>
<p>Perrot, Poiraudeau, Kabir-Ahmedi, &amp; Rannou 2009 Ranska Kliinisten ja demograafisten tekijöiden yhteys lonkka- ja polvinivelrikkoa sairastavien potilaiden kivun voimakkuuteen</p>	<p>4 598 keskimäärin 76-vuotiaasta nivelrikkoa sairastavaa potilasta kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Potilaat, jotka kokivat eniten kipua, olivat usein naisia, yli 75-vuotiaita, heidän painoindeksinsä oli suurempi kuin 40. Lisäksi eläkkeellä olevat, työttömät, maanviljelijät, lesket ja ne, joiden sairaus oli kestänyt pitkään arvioivat kipunsa suuremmaksi. Fyysinen aktiivisuus vähensi kipua.</p>
<p>Stebbing, Herbison, Doyle, Treharne, &amp; Highton 2009 Uusi-Seelanti Nivelreuma- ja nivelrikkoa sairastavan potilaan väsymyksen yhteys mielialaan, nukkumiseen, taudin aktiivisuuteen ja radiologisesti todettaviin vaurioihin</p>	<p>103 nivelreumaa sairastavaa potilasta (keski-ikä 58) ja 103 nivelrikkoa sairastavaa potilasta (keski-ikä 66) Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Väsymys oli yleistä ja vaikeaa molempien sairausryhmien potilaiden keskuudessa. Nivelrikkoa sairastavien potilaiden väsymys korreloi mm. ikään, nukkumisvaikeuksiin, depressioniin ja toiminnanvajeeseen, mutta ei radiologisiin löydöksiin.</p>
<p>Vitiello, Rybarczyk, Von Korff &amp; Stepanski 2009 USA Kognitiivisen käyttäytymisterapia iäkkäiden unettomuudesta ja nivelrikosta kärsivien unen parantamisessa ja kivun vähentämisessä</p>	<p>23 keski-ikänsä 69-vuotiaasta potilasta käyttäytymisterapia-interventioyöryhmässä ja 28 keski-ikänsä 66-vuotiaasta potilasta stressin hallinta ja hyvinvointi-interventioyöryhmässä Tilastollinen analyysi</p>	<p>Käyttäytymisterapia-ryhmään osallistuneiden nukkuminen parantui ja kipu väheni merkittävästi intervention jälkeen, mutta kontrolliryhmään osallistuneilla ei ollut tapahtunut muutoksia.</p>
<p>Baird, Murawski &amp; Wu 2010 USA Mielikuva ohjatun rentoutumisen vaikutus nivelrikkoa sairastavan potilaan oireisiin ja lääkkeiden ottoon</p>	<p>Koeryhmä (n = 30, keski-ikänsä 70-vuotiaita) ja kontrolliryhmä (n = 15, keski-ikänsä 69-vuotiaita) Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Mielikuvaharjoittelua käyttäneiden oireet ja lääkkeiden käyttö vähenivät neljän kuukauden seurannan aikana, kontrolliryhmän oireet ja lääkkeiden käyttö eivät vähentyneet.</p>

<p>Brand, Amatya, Gordon, Tosti &amp; Gorelik 2010 Australia Testata uutta lonkka- ja polvinivelrikkoa sairastavien potilaiden palvelumallia</p>	<p>123 keski-ikältään 66-vuotiaista nivelrikkopotilasta ja palvelun tuottajat Uusi hoitomalli, jossa oli hoidon koordinaattori, näyttöön perustuvat hoitosuositukses, elektroninen kirjaaminen ja lääkäreiden yhteistyö. Kyselylomake ja mittaukset Tilastollinen analyysi</p>	<p>Dokumentointi parani. Potilaat ja yleislääkärit kokivat mallin myönteisenä, mutta potilaiden kokemukset vaihtelivat. Tärkeimmät tekijät, jotka vaikuttivat potilaiden hoitosuosituksien käyttöön ottoon, olivat pääsy palveluihin ja mieltymykset hoitoihin. Palvelun totuttamiskustannukset olivat pienet.</p>
<p>Ni, Song, Bin, Huang &amp; Lin 2010 Kiina 24 viikon taiji-harjoittelun vaikutus polvinivelrikkoa sairastavien iäkkäiden kiinalaisten potilaiden fyysiseen toimintakykyyn</p>	<p>Keski-ikältään noin 63-vuotiaita polvinivelrikkoa sairastavaa potilasta, joista 14 koeryhmässä ja 15 kontrolliryhmässä Kyselylomake, mittaukset Tilastollinen analyysi</p>	<p>Harjoittelun jälkeen taiji-ryhmäläisten 6 minuutin kävely ja portaiden nousu olivat parempi kuin kontrolliryhmän. WOMAC-mittarilla mitattuna kokonaispisteet, kipupisteet, jäykkyyss pisteet ja toimintakyky-pisteet olivat parantuneet taiji-ryhmällä. Taiji-ryhmäläiset olivat myös laihuneet.</p>
<p>Song, Roberts, Lee, Lam &amp; Bae, 2010 Etelä-Korea Taijin vaikutus nivelrikkoa sairastavien naispotilaiden lihasvoimaan, luun mineraalipitoisuuteen ja kaatumisen pelkoon</p>	<p>Keski-ikältään 63-vuotiaista nivelrikkoa sairastavaa potilasta, joista 35 osallistui koeryhmään, joka harjoitteli taijia kuuden kuukauden ajan. 30 osallistui kontrolliryhmään. Tilastollinen analyysi</p>	<p>Taiji lisää nivelrikkoa sairastavien potilaiden polven ojentajalihaksen kestävyyttä ja luun mineraalitiehyttä sekä vähentää kaatumisen pelkoa päivittäisissä toiminnissa.</p>
<p>Yildirim, Ulusoy &amp; Bodur 2010 Turkki Lämmön vaikutus polvinivelrikkoa sairastavan potilaan kipuun, jäykkyyteen, fyysiseen toimintakykyyn ja elämänlaatuun</p>	<p>Koeryhmä (n = 23) käytti lämpöhoitoa lääkehoidon lisäksi ja kontrolliryhmä (n = 23) käytti lääkehoitoa. Potilaat keski-ikältään 58-vuotiaita. Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Lämpö vähensi kipua ja toiminnanvajaavuutta. Se paransi elämänlaatua fyysisen aktiivisuuden, kivun ja yleisen terveyden ulottuvuuksilla.</p>
<p>McHugh, Campbell &amp; Luker 2011 Yhdystynyt Kuningaskunta Nivelrikkoa sairastavien potilaiden hoidon laatu</p>	<p>268 keski-ikältään 65-vuotiaista nivelrikkoa sairastavaa potilasta, 3,6 ja 12 kuukauden seuranta Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>82 % osallistujista koki, että he olivat mukana päätettäessä heidän hoidostaan, vaikka 21 % ilmoitti, että he eivät olleet saaneet nivelrikkodiagnoosia. Osa potilaista ei ollut saanut tietoa kivun hallinnasta eikä liikunnasta. Polvinivelrikkopotilailla kipu oli vähentynyt seurannan aikana.</p>
<p>Shea &amp; McDonald 2011 USA Nivelrikkoa sairastavien iäkkäiden potilaiden kipuviestintään yhteydessä olevat tekijät</p>	<p>312 keski-ikältään 75,6-vuotiaista nivelrikkoa sairastavaa potilasta Haastattelu Tilastollinen analyysi</p>	<p>Sukupuoli oli ainoa kipuviestinnän määrään yhteydessä oleva tekijä niin, että naiset viestivät kivustaan miehiä enemmän.</p>
<p>Snijders, van den Ende Franssen, van Riel, Stukstette, Defoort, Arts-Sanders, van den Hoogen &amp; den Broeder 2011 Alankomaat Nivelrikkoa sairastavien väsymys ennen ja jälkeen konservatiivisen hoidon ja yhteys väsymyksen ja kivun ja fyysisen toimintakyvyn välillä</p>	<p>231 keski-ikältään 54-vuotiaista potilasta (198 polvinivelrikkoa sairastavaa potilasta) Kyselylomake Tilastollinen analyysi</p>	<p>Lähes puolet potilaista koki voimakasta väsymystä. Fyysinen väsymys oli yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn ja kipuun.</p>

<p>Tanimura, Morimoto, Hiramatsu &amp; Hagino 2011 Japani Polven nivelrikkoa sairastavan potilaan päivittäiset vaikeudet: Mittarin kehittäminen ja kuvai-leva tutkimus</p>	<p>362 keski-ikältään 72-vuotia-asta polven nivelrikkoa sairastavaa Tilastollinen analyysi</p>	<p>Analyysin tuloksena löytyi kolme aluetta: sosiaalisen elämän kärsiminen, päivittäisten toimintojen vaikeus ja pelko tulevasta elämästä. Vaikeuksiin päivittäisissä toiminnoissa vaikuttivat kipu, tasapainon menetys, lihasten heikkous, jäykkyys ja turvotus.</p>
--	--	---

Liite 3. Nivelrikkoa sairastavia potilaita koskevia tämän tutkimuksen kannalta olennaisia kirjallisuuskatsauksia

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, toteutusmaa, tutkimusaihe	Kohderyhmä, aineiston keruu ja menetelmä	Tämän tutkimuksen kannalta keskeiset tulokset
<p>Jakobsson &amp; Hallberg 2002 Ruotsi 75 vuotta täyttäneiden reuma/nivelrikkoa sairastavien potilaiden kipu ja elämänlaatu ja näiden väliset muutujat</p>	<p>17 artikkelin kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Kipu oli yleistä molemmissa potilasryhmissä. Nivelrikkoa sairastavilla kipu ei lisääntynyt iän eikä sairauden keston lisääntyessä. Molempien ryhmien elämänlaatua vähensi kipu, rajoittunut toimintakyky ja ikä. Sosiaalinen tuki ehkäisi nivelrikkopotilaiden elämänlaadun huononemista.</p>
<p>van Dijk, Dekker, Veenhof &amp; van den Ende 2006 Alankomaat Lonkka- tai polvinivelrikkoa sairastavan potilaan toimintakyvyn muuttuminen ja mahdolliset ennustavat tekijät</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus 18 tutkimuksesta Laadullinen analyysi</p>	<p>Tulosten mukaan tutkimusten antama näyttö toimintakyvyn muuttumisesta ja ennustavista tekijöistä oli ristiriitaista alle kolmen vuoden sairastamisaikana ja rajoittunut yli kolmen vuoden sairastamisaikana. Yli kolmen vuoden sairastaminen lisäsi kipua ja heikensi toimintakykyä. Tulevan toimintakyvyn kannalta riskitekijöitä olivat lisääntynyt lihas-nivelaistijärjestelmän heikkous, ikä, painoindeksi ja polvikivun intensiteetti. Suuri lihasvoima, parempi mielenterveys, parempi itsetunto, sosiaalinen tuki ja enemmän aerobisia harjoituksia puolestaan olivat suojaavia tekijöitä.</p>
<p>O'Neill, Jinks &amp; Bie 2007 Yhdistynyt Kuningaskunta Polven tekonivelleikkaukseen liittyvä potilaan päätöksenteko</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus 10 laadullista tutkimusta Noblitin ja Haren etnografiasta johdettu Britten analyysimenetelmä</p>	<p>Nivelrikkoa pidetään normaaliin ikäännyntymiseen liittyvänä kulumisena. Potilaat sopeutuvat tilanteeseen ja oppivat hallitsemaan kipua. Kulttuuriset ja sosiaaliset tekijät muovaavat nivelrikkoon liittyviä odotuksia ja ne puolestaan muovaavat hoitovaihtoehtoihin liittyviä odotuksia. Potilaat ajattelevat, että heillä täytyy olla lähes jatkuva kipu ja kykenemättömyys liikkua ennen kuin he pääsevät leikkaukseen. Hoitohenkilökunnalla on vahva rooli. Selviytymisstrategiat ja elämäntilanne vaikuttavat päätöksentekoon.</p>
<p>Jamtvedt, Dahm, Christie, Moe, Haavardsholm, Holm &amp; Hagen 2008 Norja Fysioterapian vaikuttavuus polvinivelrikkoa sairastaville potilaille systemaattisten kirjallisuuskatsausten mukaan</p>	<p>22 systemaattista kirjallisuuskatsausta</p>	<p>Hyvä näyttö on siitä, että harjoittelu ja laihduttaminen vähentävät polvinivelrikkopotilaiden kipua ja parantavat toimintakykyä. Kohtalainen näyttö on siitä, että akupunktio, TNS ja matalatasoinen laserterapia vähentävät kipua ja psyykinen ohjaus parantaa psyykkistä vointia. Muiden interventoiden kohdalla näyttö on huono.</p>

<p>Dekker, van Dijk &amp; Veenhof 2009 Alankomaat Viimeaikaisten tutkimusten yhteenveto nivelrikon etene- misestä ja niihin liittyvistä ris- kitekijöistä</p>	<p>20 tutkimuksen kirjalli- suuskatsaus</p>	<p>Nivelrikko pahenee hitaasti vaikka yksilö- kohtaisia vaihteluitakin on. Riskitekijöillä (polven vamma, ylipaino, kipu, jäykkyys, vähentynyt lihasvoima, psyykkiset ja so- siaaliset tekijät, terveyskäyttäytyminen ja sosiodemografiset tekijät) on merkitystä pahenemiseen.</p>
<p>Hawker 2009 Kanada Nivelrikkoon liittyvän kivun kokeminen ja kipuun liittyvät ominaisuudet potilaan näkökul- masta eri tutkimusten valossa</p>	<p>Katsaus nivelrikkopotil- laiden kipua koskeviin tutkimuksiin</p>	<p>Nivelrikkokipukokemus on moniolottei- nen: se heijastaa biologisia, psykologisia ja sosiaalisia vaikutuksia. Tutkimukset osoittavat, että on tarvetta tutkia näitä ki- vun itsensä ulottuvuuksia (intensiiteettiä, esiintymistiheyttä, laatua ja sijaintia) ja nii- den merkitystä toiminnan ja osallistumisen rajoittumiselle, mielialaan, nukkumiseen ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun.</p>
<p>Shin &amp; Kolanowski 2010 USA Ei-lääkkeellisten hoitomenetel- mien (ohjaus, omahoitomenet- elmät, sosiaalinen tuki) teho nivelrikkopotilaiden hoidossa</p>	<p>12 tutkimuksen kirjalli- suuskatsaus ei-farma- kologisten hoitomenetel- mien tehosta iäkkäiden nivelrikkopotilaiden oirei- den hallinnassa Kuvaileva analyysi</p>	<p>Tulosten mukaan ei-lääkkeellisistä me- netelmistä on hyötyä, mutta näyttö on vaatimatonta pitempi aikaisen seurannan puutteen takia.</p>
<p>Yohannes &amp; Caton 2010 Yh- distynyt kuningaskunta Erialaisten interventioiden vaiku- tus nivelrikosta kärsivän poti- laan masennusoireisiin.</p>	<p>14 tutkimuksen kirjalli- suuskatsaus erilaisten ohjaus, kog- nitiivisen käyttäytymis- terapian, harjoittelun ja depression lääkehoidon tehosta</p>	<p>Jonkin verran näyttöä on siitä, että CBT, integroitu masennuksen hoito ja lääkehoi- to sekä liikuntahoitoa olivat yhteydessä alentuneisiin masennusoireisiin lyhyellä aikavälillä.</p>

## Liite 4. Nivelrikkoa sairastavien potilaiden läheisiä koskevia tutkimuksia

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, toteutusmaa, tutkimusaihe	Kohderyhmä, aineiston keruu ja menetelmä	Tämän tutkimuksen kannalta keskeiset tulokset
Martire, Stephens, Druley & Wojno 2002 USA Iäkkäiden nivelrikkoa sairastavien naisten kielteinen asennoituminen aviomieheltään saamaansa välineelliseen tukeen (esim. fyysinen apu) ja sen vaikutus naisten psyykkiseen hyvinvointiin ja omahoitoon	101 keski-ikästään 69-vuotiaasta nivelrikkoa sairastavaa naista Haastattelu ja kyselylomake Tilastollinen analyysi	Kielteinen asennoituminen puolisoilta saatuun tukeen vaikutti naisten psyykkiseen hyvinvointiin ja terveyteen liittyvään käyttäytymiseen. Näillä naisilla oli enemmän masennusoireita ja he hoitivat itseään vähemmän.
Cremeans-Smith, Stephens, Franks, Martire, Druley & Wojno 2003 USA Aviopuolisoiden, lääkäreiden ja potilaan itsensä yksimielisyys potilaan kivun arvioinnissa ja sen yhteys potilaan hyvinvointiin	114 nivelrikkoa sairastavaa iäkkästä naispotilasta Kyselylomake Lääkärit arvioivat potilaan kipua lääkemääräysten määräämisen perusteella. Tilastollinen analyysi	Puoliso-potilas-parin yksimielisyys oli yhteydessä parempaan potilaan hyvinvointiin, mutta potilaan ja lääkärin yksimielisyys ei ollut yhteydessä parempaan potilaan hyvinvointiin. Potilaat, joiden puoliso oli yhtä mieltä kivun kovuudesta, olivat vähemmän depressiivisiä ja pystyivät enemmän vaikuttamaan oireisiinsa kuin ne, joiden puoliso aliarvioi kipua.
Druley, Stephens, Martire, Ennis & Wojno 2003 USA Aviopuolisoiden tunteiden samankaltaisuus, kun vaimolla on nivelrikko: kipukäyttäytymisen pahentumisen vaikutukset	101 iäkkästä naista ja heidän puolisonsa. Haastattelu ja kyselylomake Tilastollinen analyysi	Potilaan depressio-oireet ja kiukku lisäsivät myös puolison kiukkuu. Potilaiden, jotka olivat depressiivisempiä ja jotka ilmaisivat kipua enemmän, puolisoilla oli enemmän depressiota ja kiukkuu.
Martire, Schultz, Keefe, Starz, Osial, Dew & Reynolds 2003 USA Pareihin kohdistetun ohjausinterventio käyttökelpoisuus sekä nivelrikkoa sairastavien potilaiden ja heidän puolisonsa hyöty pareihin kohdistetusta interventiosta verrattuna ainoastaan potilaalle kohdistettuun interventiioon	24 nivelrikkoa sairastavaa iäkkästä naista ja heidän puolisonsa 11 paria osallistui ohjausryhmään, 13 paria osallistui lisäohjelmalliseen ohjausryhmään Strukturoitu kyselylomake Tilastollinen analyysi	Molemmat interventiot olivat toimivia, mutta pari-interventio palveli potilaita paremmin. Potilaat, jotka olivat pari-interventiossa, kokivat pystyvyytensä hallita sairautta lisääntyneen. Puolison stressiin, masentuneisuuteen tai hoitamisen hallintaan ei interventiolla ollut vaikutusta. Puolisot kokivat kurssin hyödyllisenä.
Smith, Keefe, Caldwell, Romano & Baucom 2004 USA Sukupuolten välinen ero polvinivelrikkoa sairastavien potilaiden ja heidän puolisoitensa välisessä kanssakäymisessä	50 polvinivelrikkoa sairastavan potilaan (miesten keski-ikä 62 ja naisten keski-ikä 59 vuotta) ja heidän puolisonsa havainnointi, kun he tekivät tavanomaisia kotitöitä. Romanon ym. ja Hopsin ym. kehittämä luokittelu	Puolisot auttoivat potilasta ennen ja jälkeen kivun osoittamista. Naiset auttoivat potilasta miehiä enemmän ennen ja jälkeen kivun osoittamisen.

<p>Martire; Keefe, Schulz, Ready, Beach, Rudy &amp; Starz 2006 USA</p> <p>Nivelrikko a sairastavien iäkkäiden potilaiden puolisoiden käsitys kroonisesta nivelrikkokivusta ja sen vaikutus puolisoon</p>	<p>137 paria, potilaat keski-ikänsä 69-vuotiaita ja puoliset keski-ikänsä 70-vuotiaita</p> <p>Potilaan toiminnan videointi ja sen arviointi</p> <p>Kyselylomake</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>Puolisot usein yliarvioivat potilaan kipua potilaan toiminnan aikana. Puolisot, jotka arvioivat potilaan kivun tarkemmin, olivat vähemmän vihaisia ja ärtyneitä ja antoivat enemmän apua ja tukea potilaalle. He kokivat myös vähemmän stressiä auttamisesta ja tukemisesta.</p>
<p>Mingo, McIlvane &amp; Haley 2006 USA</p> <p>Nivelrikkodiagnoosin vaikutus haluun auttaa vanhempia eri kulttuurissa</p>	<p>105 afroamerikkalaista ja 308 valkoista keski-ikänsä 19,9-vuotiaista lukivat tarinan vanhasta kipua ja toimintakyvyttömyyttä kärsivästä äidistä, jolla oli nivelrikkodiagnoosi tai diagnoosi ei ollut selvillä.</p>	<p>Osallistujat, jotka tiesivät äidillä olevan nivelrikko, uskoivat ongelmien johtuvan nivelrikosta, mutta eivät uskoneet terveydenhuollon pystyvän parantamaan tilannetta. Ne osallistujat, jotka eivät tienneet diagnoosia, uskoivat terveydenhuollon apuun. Afroamerikkalaiset syyttivät äitiä vähemmän, tunsivat enemmän sympatiaa ja olivat halukkaampia auttamaan kuin valkoiset.</p>
<p>Stephens, Martire, Cremeans-Smith, Druley &amp; Wojno 2006 USA</p> <p>lääkkään nivelrikkoa sairastavan naisen kivun ilmaisemisen vaikutus puolison hyvinvointiin. Kivun ilmaisemisen ja puolisolta saadun tuen yhteys</p>	<p>101 yli 60-vuotiaista nivelrikkoa sairastavaa naista ja heidän puolisonsa</p> <p>Kyselylomake</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>Nivelrikkoa sairastavan potilaan sekä verbaalisesti että nonverbaalisesti ilmaiseva kipu vähentää puolison hyvinvointia ja emotionaalista tukea.</p>
<p>Martire, Schulz, Keefe, Rudy, &amp; Starz 2007 USA</p> <p>Pareille annetun ohjauksen vaikutus nivelrikkoa sairastaviin potilaisiin ja heidän puolisoihinsa verrattuna vain potilaille annetun ohjauksen ja tavallisen hoidon vaikutuksiin</p>	<p>242 nivelrikkoa sairastavaa potilasta, jotka jaettiin kolmeen ryhmään; potilaskeskeistä ohjausta ja tukea saavat (n = 89) keski-ikänsä 68-vuotiaat, pariohjausta ja tukea saavat (n = 99) keski-ikänsä 69-vuotiaat ja tavallista hoitoa saavat (n = 54) keski-ikänsä 68-vuotiaat.</p> <p>Kyselylomake.</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>Pariohjaus ja tuki ei ole vaikuttavampaa kuin pelkkä potilasohjaus.</p> <p>Naispuolisot ja avioliittoonsa hyvin tyytyväiset puoliset, jotka saivat pariohjausta ja tukea, kokivat vähemmän masennusoireita ja hallitsivat paremmin huolenpitoa potilaasta.</p>
<p>Martire Schulz, Keefe, Rudy, &amp; Starz, 2008 USA</p> <p>Pareille kohdistetun ohjauksen ja tuen vaikutus puolison tukeen ja nivelrikkoa sairastavan potilaan kipuun verrattuna vain potilaalle annettuun ohjauksen ja tuen vaikutukseen</p>	<p>62 potilasta (keski-ikänsä 68 vuotta) ja puolisoa (keski-ikänsä 68 vuotta) potilasohjausryhmässä ja 64 potilasta (keski-ikänsä 69 vuotta) ja puolisoa (keski-ikänsä 70 vuotta) potilas-puoliso-ryhmässä. Ryhmäohjaus molemmille ryhmille 6 viikon ajan 2 tuntia kerralla. Mittaukset ennen ja kaksi kertaa jälkeen ohjauksen</p> <p>Kyselylomake</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>Pariohjauksessa olleet potilaat kokivat kivun vähentyneen ohjauksen jälkeen ja potilaiden puoliset ilmaisivat ohjauksen jälkeen vähäisempää kiukkua ja ärtyisyyttä kuin vain potilasohjauksessa olleet. Pariohjauksen jälkeen puolison tuki potilaalle lisääntyi.</p>
<p>Monin, Martire &amp; Schulz 2009 USA</p> <p>Nivelrikkoa sairastavan potilaan halun ilmaista tunteitaan puolisolle (hoidon antaja) ja puolison hyvinvointiin ja tuen välinen yhteys</p>	<p>262 keski-ikänsä 69–70-vuotiaasta</p> <p>Kyselylomake</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>Potilaan halu ilmaista erilaisia tunteita oli yhteydessä hoidon antajan hyvinvointiin ja vähään stressiin hoitamisesta. Naiset ovat hoidonantajina herkempiä ja heidän hyvinvointiinsa vaikuttaa potilaan tunteiden ilmaisu miehiä enemmän.</p>



## Liite 5. Kiireettömän leikkaushoidon tarpeen arviointi.

Arvioinnin kohde / pisteet	0 pistettä	5 pistettä	10 pistettä	15 pistettä	20 pistettä	30 pistettä
Kipu	Kivuton		Lievä kipu rasiituksen aikana		Kohtalainen kipu, usein särkylääkettä	Kova kipu, lepokipu tai voimakas liikekipu
Kävelymatka	Yli 1 000 metriä	100–1 000 metriä	Alle 100 metriä			
Muut toiminnalliset rajoitukset (seisomaan nousu, porraskävely, kenkien laitto, jalkojen hoito, peseytyminen, sukupuolielämä, harrastukset)	Ei rajoittuneet	Lievästi rajoittuneet			Kohtalaisesti rajoittuneet	Uhkaa selviytymistä jokapäiväisessä elämässä
Kliiniset löydökset (liikerajoitus, epävakaisuus, mekaanisen akselin virhe, epämuotoisuus)	Ei löydöksiä	Lievät löydökset	Vakavat löydökset			
Mahdollinen sairauden eteneminen röntgen-kuvan perusteella (murtumariski, luupuutos, nopea virheasennon lisääntymisriski)	Ei uhkaa		Kohtalainen uhka		Selkeä riski	

Liite 6. Potilaan liikkuminen ja kipulääkkeiden käyttö ennen ja kuusi kuukautta ryhmäohjauksen jälkeen sekä potilaan hoitosuunnitelma kuusi kuukautta ryhmäohjauksen jälkeen.

Potilas	Liikkumisen muutos ennen ja kuusi kuukautta ohjauksen jälkeen	Kipulääkkeen käyttö ennen ja jälkeen ryhmäohjauksen	Kipulääkkeen käyttö puoli vuotta ryhmäohjauksen jälkeen	Hoitosuunnitelma kuusi kuukautta ryhmäohjauksen jälkeen
Oili	Ei muutosta	Panacod kovaan kipuun	Panacod kovaan kipuun	Leikkausaika sovittu
Olli	Parani huomattavasti	Paratabs 2 tbl	Paratabs 2 tbl	Röntgenkuvat otettu, odotti jatkohoitoa
Osmo	Parani huomattavasti	Naproxin 400 mg tarvittaessa, harvoin	Hyvin harvoin	Konservatiivinen hoito
Onerva		Panadol tbl, Panacod tbl, Voltaren geeli		Tekonivelleikkaus tehty
Oula	Ei muutosta	Panadol forte 1x1	Panadol forte 1x1	Tekonivelleikkaus tehty
Onni	Ei muutosta	Disperin 500 mg harvoin	Disperin 500 mg ja Ketorin 25 mg	Menossa lääkärin vastaanotolle
Outi	Parani	Ibumax 600 mg ½ tbl harvoin	Ibumax 600 mg ½ tbl harvoin	Leikkausaika sovittu
Olivia	Ei muutosta	Ei säännöllisesti	Panadol 1x3	Ei tietoa jatkohoidosta
Olga		Ei kipulääkettä määrätty		
Orvokki	Ei muutosta	Panadol 500 mg, Voltaren geeli	Panadol 500 mg, Voltaren geeli	Leikkausaika sovittu

## Liite 7. Tiedote tutkimuksesta potilaalle

Hyvä potilas

Pyydän Teitä osallistumaan tutkimukseeni, jossa selvitetään nivelrikkopotilaiden hoidon ohjauksen merkitystä potilaiden ja heidän läheisensä arjessa selviytymisessä. Tutkimukseni tavoitteena on saada uutta tietoa iäkkäiden nivelrikkopotilaiden ja heidän läheistensä ohjauksesta, jotta ohjausta voidaan kehittää.

Tutkimukseni on väitöskirjatyö, jota teen Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselle. Tutkimustani ohjaavat professorit Päivi Åstedt-Kurki ja Eija Paavilainen. Tampereen kaupungin fysioterapiayksikön puolelta yhdyshenkilönä on avohoidon ja sairaalapalvelujen päällikkö Pirjo Poutala. Olen saanut luvan tutkimukselleni Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tutkimuslupatoimikunnalta.

Tutkimuksessa Teitä ja läheistänne haastatellaan ennen ohjauksen alkamista ja kaksi kertaa ohjauksen jälkeen. Läheisenne, joka osallistuu tutkimukseen, tulee asua kanssanne samassa taloudessa. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja Teillä on oikeus missä tahansa vaiheessa kieltäytyä tutkimuksesta syytä siihen ilmoittamatta. Kieltäytymisenne ei vaikuta tarvitsemaanne hoitoon. Tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti.

Toivon, että osallistutte tutkimukseeni.

Oheisen kirjallisen suostumuslomakkeen voitte allekirjoitettuna jättää fysioterapeutille. Otan puhelimitse Teihin yhteyttä saatuaani fysioterapeutilta suostumuslomakkeenne.

Annan mielelläni puhelimitse lisätietoa tutkimuksestani.

Ystävällisin terveisin

Riitta Nikkola

Terveydenhuollon maisteri

Majavankatu 8 D

33520 Tampere

Puh. 0400 796780, 2555743

Päivi Åstedt-Kurki

Professori

## Liite 8. Tiedote tutkimuksesta läheiselle

Hyvä potilaan läheinen

Pyydän Teitä osallistumaan tutkimukseeni, jossa selvitetään nivelrikkopotilaiden hoidon ohjauksen merkitystä potilaiden ja heidän läheisensä arjessa selviytymisessä. Tutkimukseni tavoitteena on saada uutta tietoa iäkkäiden nivelrikkopotilaiden ja heidän läheistensä ohjauksesta, jotta ohjausta voidaan kehittää.

Tutkimukseni on väitöskirjatyö, jota teen Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselle. Tutkimustani ohjaavat professorit Päivi Åstedt-Kurki ja Eija Paavilainen. Tampereen kaupungin fysioterapiayksikön puolelta yhdyshenkilönä on avohoidon ja sairaalapalvelujen päällikkö Pirjo Poutala. Olen saanut luvan tutkimukselleni Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tutkimuslupatoimikunnalta.

Tutkimuksessa Teitä ja läheistänne haastatellaan ennen ohjauksen alkamista ja kaksi kertaa ohjauksen jälkeen. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja Teillä on oikeus missä tahansa vaiheessa kieltäytyä tutkimuksesta syytä siihen ilmoittamatta. Kieltäytymisenne ei vaikuta tarvitsemaanne hoitoon. Tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti.

Toivon, että osallistutte tutkimukseeni.

Oheisen kirjallisen suostumuslomakkeen voitte allekirjoitettuna postittaa oheisessa palautuskuoressa, jonka postimaksu on maksettu. Otan puhelimitse teihin yhteyttä saatuaani suostumuslomakkeenne.

Annan mielelläni puhelimitse lisätietoa tutkimuksestani.

Ystävällisin terveisin

Riitta Nikkola

Terveystieteiden maisteri

Majavankatu 8 D

33520 Tampere

Puh. 0400 796780, 2555743

Päivi Åstedt-Kurki

Professori

## Liite 9. Suostumuslomake tutkimukseen

### IÄKKÄÄN NIVELRIKKOPOTILAAN JA HÄNEN LÄHEISENSÄ OHJAUKSEN MERKITYSTÄ KOSKEVA TUTKIMUS

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa iäkkään nivelrikkopotilaan ja hänen läheisensä ohjauksen merkitystä koskevasta tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Tampereella \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ 2007

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Potilaan /läheisen allekirjoitus

Nimenselvennys

Puhelinnumero\_\_\_\_\_

Liite 10. Esimerkki analyysin etenemisestä potilaan/läheisen ilmaisusta, ilmaisun keskeisen sisällön muuttamisesta yleiskielelle, ilmaisuun sisältyvän merkityksen kautta teemoihin

Potilaan ilmaisu	Potilaan ilmaisun keskeinen sisältö yleiskielellä	Ilmaisuun sisältyvä merkitys	Teema
<p>P1N No, minä luulen, että se on joku kuluma, koska tota minäkin oon ollut liikealalla lähemmäksi 40 vuotta. Ja siihen aikaan liikeala oli ihan toista. Juostiin rappuja ylös ja alas, kannettiin raskaita tavaroita nuoresta pitäen. Niin minä aattelen, että ja ollu vähän pyöree.</p> <p>P5M Sellanen aktiivi kuntoliikkuja kyllä, mutta minus-ta ilman jotain tommosia geenivirhettä ihmisen pitäisi semmonen kestää.</p> <p>P7N Se liittyy kyllä ikään ja sitten perinnöllisyydelläkin on osansa. Äidillä oli nivelrikko</p>	<p>Potilas ajattelee polvensa kuluneen, koska hän on tehnyt raskasta työtä liikealalla nuoresta alkaen ja ennen työ oli raskasta. Hän ajattelee myös ylipainon kuluttavan.</p> <p>Potilas on aktiivinen kuntoliikkuja ja potilaan mielestä nivelen pitäisi ilman geenivirhettä kestää liikunnan aiheuttama rasitus.</p> <p>Potilaan mielestä nivelrikko liittyy ikään ja perinnöllisyydsinkin vaikuttaa, koska hänen suvussaan on nivelrikkoa.</p>	Kehon kestä- mättömyys	
<p>P4N Kyllä se sitten vaan täytyy tyytyä, kun ei oo ittestään pitäny huolta.</p> <p>P6M Ei tässä syyttä suotta kai kun oon tälläseen kuntoon itteensä ajanu, että</p>	<p>Potilaan täytyy mielestään tyytyä sairastamiseen, koska ei ole pitänyt itsestään huolta</p> <p>Potilas uskoo itse saattaneensa itsensä huonoon kuntoon.</p>	Syyllisyys sairastumisesta	
<p>P3M Joskus musta tuntuu, että nyt menee jalat alta pois, mutta ei sitä kovin usein oo</p> <p>P6M Tulee (kipua) ja sit se ikään kuin se pettää alta. Matka katkee sillai, että täytyy lähteä alusta Monta kertaa kun ei oo sauvoja mukana, niin lentää ihan tollai maahan rähmälleen</p>	<p>Potilas tuntee joskus, että jalat pettävät alta, mutta ei kovin usein.</p> <p>Potilaalle tulee kipua polveen ja jalka pettää alta, jolloin potilas kaatuu maahan, jos ei ole sauvoja mukana.</p>	Oma keho pettää	
<p>P1N Sitten mähän pelkään, että jos se pettää, mutta ei se onneks oo pettäny, että se on se vaikeuret juuri</p> <p>P7N Mää saatan ihan, en mää vielä ole kaatunut, mutta mulla on ihan semmonen tunne että mää voisin koska tahansa, jos mää astun pahasti niin mennä mukkelismakkelis. Mää ihan vältän semmosta ihan suoranaisesti metsässä kävelemistä.</p>	<p>Potilas pelkää polven pettävän, mutta se ei ole vielä pettänyt, mutta se aiheuttaa vaikeuksia.</p> <p>Potilas saattaa kaatua koska tahansa, jos hän astuu pahasti ja hän välttää siksi liikunnasta metsässä. Hän ei ole vielä kaatunut.</p>	Pelko loukkaantumisesta	Luottamuksen menetys omaan kehoon ja sen toimintaan
<p>P3M Kun aamulla nousee ylös, ni se on niin kankee, ja eikä meinaa päästä liikkeelle aina. Toisinaan on sitte, ettei paljo huomaakaan mitään.</p> <p>P8N Toiset päivät on oikein kehoja ja sitte toisena päivänä pääsee kokolailla hyvin. Se vaihtelee, että se ei oo ihan niin ku jatkuvaa tuskaa, eikä mulla kauheita särkyjä ole, sitä mä en voi sanoa, että mulla olisi kauhee särky.</p>	<p>Kun potilas nousee aamulla ylös, niin polvi on kankea eikä hän pääse liikkeelle. Toisinaan ei huomaa paljon mitään vaivaa.</p> <p>Potilaan toiset päivät ovat kehoja ja toisinaan hän pääsee hyvin. Vaiva vaihtelee eikä hänellä ole jatkuvaa tuskaa, eikä kauheita särkyjä.</p>	Vaivan pysyvyys ja vaivojen vaihtelevuus	
<p>P3M En ihan päivittäin, silloin, kun enempi särkee, en mää pikkusärkyihin yleensä ota</p> <p>P7N Mää vaan ajattelin, ettei ole tarpeellista käyttää lääkkeitä että sitte kun tulee oikein tosi tarve niin sitten ne ei enää tehokkaan.</p>	<p>Potilas ei ota kipulääkettä päivittäin vaan silloin kun särkee enemmän. Pikkusärkyihin hän ei yleensä ota.</p> <p>Potilas ajattelee, että ei ole tarpeen käyttää lääkkeitä, sillä, jos tulee kovaa kipua, ne eivät enää auta</p>	Kivun ja säryn sietäminen	Luottamuksen menetys omaan kehoon ja sen toimintaan
<p>P1N En mää ihan, että kun mulla on verenpainelääkitys ja mul on verenkiertoon lääke, etten mää voi kaikkia. Kun en niistäkään mää varma oo. Ettei tuu liikaa näitä lääkkeitä.</p> <p>P3M. Kun mää aattelen, että ei se hyvä oo niitä myrkkijä (lääkkeitä) niin kauheesti syöä.</p>	<p>Potilaalla on verenpainelääke ja verenkiertoon lääke eikä hän ole varma lääkkeistä. Hän ei halua että lääkkeitä tulee liikaa.</p> <p>Hän ajattelee, että ei ole hyvä syödä lääkkeitä kauheasti, koska pitää niitä myrkyinä.</p>	Lääkkeiden pelko	
<p>P4N Se alkaa särkeekin melkein heti, että nyt se ollu ihan tosiaan tässä muutaman päivän oikein pahana, saanu kyllä tehdä mitä tahansa. Ei tätä kestä, että jos se on jatkuva toi särky, se on niin hermoille käypää.</p>	<p>Potilaan polvea alkaa särkeä ja se on ollut muutaman päivän oikein pahana. Hän ei kestä, jos särky on jatkuvaa ja se käy hermoille.</p>	Heikentyminen	
<p>P10N sattu enää</p> <p>ttä joka askel jaksakaan</p>	<p>Potilas väsy, kun on niin kipeä ja joka askel sattuu ja sitten ei enää jaksaa.</p>		

Potilaan ilmaisu	Potilaan ilmaisun keskeinen sisältö yleiskielellä	Ilmaisuun sisältyvä merkitys	Teema
<p>P1N Sitä sillai, kun ei taivu, niin ei tarvi polvia käyttää ja tämä polvihän on tullu pikkusen vääräksi, että mulla käskettiin tätä oikoo, mutta millä sitä oiot, kun tää ei tykkää olla suorana. Tää tykkää vaa olla pikkusen näi (koukussa).</p> <p>P7N Mä meen niin kun vinoon kun mä alan ontuun. Mä koitan sitten olla ontumatta. Mutta ontumista mä en voi välttää kun siihen sattuu.</p>	<p>Potilaan polvi ei taivu ja hänen ei tarvitse sitä käyttää. Polvi on muuttunut vääräksi. Hänen käskettiin oikoa sitä, mutta hän ei saa polveaan suoraksi, vaikka yrittää, koska polvi tykkää olla koukussa.</p> <p>Potilas menee vinoon, kun hän ontuu, vaikka yrittää sitä välttää, mutta kivun takia ei voi välttää ontumista.</p>	Kehon muuttuminen	
<p>P4N Semmosta töpöttämistä yks jalka edellä ja kiinnipitämistä sitte.</p> <p>P7N Raput on aivan kamalat . Raput mä menen nykyään sillä tavalla, että yks kerrallaan sekä ylös että alas.</p>	<p>Potilaan kävely on töpöttämistä, yksi jalka edellä menemistä ja hänen on pidettävä kävellessä kiinni jostakin.</p> <p>Potilas menee raput yksi porrasaskelma kerrallaan ylös ja alas.</p>	Kehon toiminnan muuttuminen	
<p>P1N Juu, sitähän mä sanoin justiin, kun mun täytyy yks askel kerrallaan, enkä mää, mulla ei ois aikaa mennä, että mun täytyy juosta.</p> <p>P2M Niinku pihatytöt ja semmoset, ne on melkein vaimon kontolla Vaimo tekee kaikki, minä makaan ja syljeskelen kattoon ja vaimo tekee työt.</p> <p>P4N Että kyllä se vähän on tämmöstä, en mää uskonu ikinä, että karjalan tyttö tulee tämmöseks kotona olijaks, mutta...</p> <p>P5M Kyllä se vuodetyö jo vähemmälle jää</p>	<p>Potilaan täytyy mennä portaat yksi askelma kerrallaan, eikä hänellä olisi aikaa mennä niin, koska hänen tarvitsisi juosta.</p> <p>Potilas ei tee pihatöitä vaan vaimo tekee kaikki, hän vain makaa.</p> <p>Potilas ei olisi ikinä uskonut, että hänestä tulee kotona olijä.</p> <p>Potilaan sukupuolielämä on jäänyt vähäisemmäksi kuin ennen.</p>	Luonteen vastaisesti toimiminen	Luontaisuuden muutos
<p>P6M No, kyl se siihenkin (liikkuminen), että sitten se on paljon jännittyneempää kun täytyy se pitää asentoa, kun se pettää.</p> <p>P7N Ja jos mä istun pitempään vaikka sanotaan teatterissa niin mulla on semmonen pieni miettimistätko että lähdenkö mä liikkeelle vai enkö. Siis toisin sanoen koskee.</p>	<p>Potilaan pitää liikkussa olla jännittynyt ja pitää jalassa oikea asento, koska polvi voi pettää.</p> <p>Jos potilas istuu pitkään, niin hänen pitää miettiä, lähteekö liikkeelle vai ei, koska polveen koskee.</p>	Varominen ja varuillaan olo	
<p>P1N. No en mä viitti lähteä käveleen, koska mä oon niin huono ja mun täytyy katsoo, et mihkähän mä astun</p> <p>P4N Se (töpöttävä kävely) on tullu nyt kans tässä ajan myötä ja, että, että kyllä se nöyryyttää joskus.</p>	<p>Potilas ei halua lähteä kävelemään, koska on niin huono ja hänen pitää katsoa mihin hän voi astua.</p> <p>Potilaan kävely on muuttunut töpöttäväksi ja se on potilaasta joskus nöyryyttävää.</p>	Huonous ja häpeä vaivaisuudesta	

Potilaan ilmaisu	Potilaan ilmaisun keskeinen sisältö yleiskielellä	Ilmaisuun sisältyvä merkitys	Teema
<p>P1N Mutta juu minä varon sitä, että mää katon, että astun toisen polven päälle, ettei tää petä.</p> <p>P8N Se on sillai ajan mukana tullu, että jos se olis tullu yhtäkkiä niin ku joku vaiva tulee yhtäkkiä niin sehän on kauhee paikka. Tähän on tietysti tottunu ei se paremmaksikaan oo menny että koko ajan se menee huonommaksi että katotaan nyt kuinka</p>	<p>Potilas varoo, ettei astu kipeän polven päälle ja katsoo, että astuu toisen polven päälle, ettei kipeä polvi petä. Koska potilaan vaiva ei ole tullut yhtäkkiä, niin hän on tottunut siihen. Eikä vaiva ole tullut paremmaksi vaan menee kokko ajan huonommaksi.</p>	<p>Vaivoihin tottuminen ja oppiminen</p>	<p><b>Oman vaivaisuuden ja pysyvyyden tuntemus</b></p>
<p>P1N Että ennehän mää tykkäsin aina seisoo, mutta kyllä mää nyt istun</p> <p>P6M Se nyt sitten ihan riippuu, että jos ei lähde se kävely luonaamaan, niin mää käännyn takaisin sitten, etten jatka eteenpäin, tuun kotia sitten</p>	<p>Potilas tykkäsi ennen aina seisoa, mutta nyt hän istuu.</p> <p>Jos potilaan kävely ei lähde luonnistumaan, niin hän kääntyy takaisin ja tulee kotiin.</p>	<p>Voimavarojen tunteminen</p>	
<p>P1N En mää (siivotessa) polville siis kauheesti, mää menen sitte sillälaiilla, kyllä mää voin olla vähän, mutta melkein mun täytyy, kun meillä on ahtaat paikat, niin mennä vatsalleni</p> <p>P4N Kyllä mää nyt oon valinnu niitä eri tavalla ja sitte se, että sukkahousuja en paa millään jalkaan enää. Ne on kaikista hankalin. Sen takia tässä pitkiä housuja ja legginsiä pitää tuolla alla.</p> <p>P10N Mää vessassa käyn tommoselle vähän matalammalle jakkaralle ja sitten siinä on vähän matkan päässä tämmönen ja mää paan jalkani siihen niin sitte mää saan (leikattua varpaan kynnet) kun se on siinä seinää vasten</p>	<p>Potilas ei voi olla paljon polvillaan siivotessa. Hän voi olla vähän polvillaan, mutta melkein hän menee vatsalleen, koska heillä on ahtaat paikat.</p> <p>Potilas valitsee vaatteensa nyt eri tavalla ja sukkahousuja hän ei pane jalkaansa. Hän ei käytä sukkahousuja vaan pitkiä housuja ja legginsijä.</p> <p>Potilas istuu vessassa matalalle jakkaralle ja nostaa jalkansa seinää vasten ja saa siinä leikattua varpaan kynnet.</p>	<p>Suunnitelmallisuus</p>	
<p>P4N En mää nyt tasaisella lattialla kaadu, mutta tota tuolla ulkona oon menny, ihmiset luulee, että toi on juovuksissa, kun yhtään, jos hän ei oo mukana, hän sitte tukee.</p> <p>P8N Mää on tähän asti ollut niin kova meneen ja mä oon mennyt yksin ja nyt en mee mihkään yksin kun on pari kertaa menny. Niin ku se meni pari kertaa polvi pois alta</p>	<p>Potilas ei kaadu tasaisella lattialla, mutta on kaatunut ulkona ja ihmiset luulevat hänen olevan juovuksissa. Jos hän menee ulos, hänen puolisonsa tukee häntä.</p> <p>Potilas on tähän asti ollut kova menemään ja mennyt yksin, ja nyt hän ei mene yksin mihinkään, koska hänen polvensa on mennyt pari kertaa pois alta.</p>	<p>Turvautuminen</p>	



Potilaan ilmaisu	Potilaan ilmaisen keskeinen sisältö yleiskielellä	Ilmaisuun sisältyvä merkitys	Teema
<p>P2M Kunhan pääsis johonkin oikeen kuviin, että tota noin vaan, että tulis selvyys, että onko se vaan luulotautia, vai onko se totta</p> <p>P4N Se on semmonen luusairaus tavallaan, että sitten kuuluu jostain syystä, kenellä kuuluu ja kenellä sitten ei, se on se, must tuntuu, että se on vähän perinnöllistäkin, koska meidän äidillä on ollu kans ja tota että suvussakin on sitä ollu.</p>	<p>Potilas haluaisi päästä röntgenkuviin, että hänelle selviäisi, onko hänen sairautensa luulotautia vai totta.</p> <p>Potilaan mielestä nivelrikko on luusairaus, jossa luu kuuluu jostain syystä. Toisilla kuuluu ja toisilla ei. Hänen mielestään se on vähän perinnöllistäkin, koska hänen suvussaan on muillakin nivelrikkoa.</p>	Tieto sairaudesta	
<p>P3M Vaikka mä olen sanonu, että kun sanon, sanotaan tää hoitotakuu, mutta kun tää on todettu, että on nivelrikko ja kuvattu ja sitten tonne Hatanpäälle menny, ni sitten on v i i k k o k a u s i a, ennen ku pääsee hmmm..eteenpäin. Sen jälkeen, kun pääsee johku erikoislääkäriin, kuinka kauan kestää sitten ennen kuin pääsee oikeen lopulliseen hoitoon.</p> <p>P7N Sit mä sain sitten lähetteen ja se on poikinut sitten tämän ja mä kävin siellä keväällä haastattelussa ja näin sitten. Kai mä nyt sitten johonkin jonon perään pääsen, kun sekin kestää kauheen kauan, vaiva pahenee ja pahenee.</p>	<p>Potilas on sanonut, että hoitotakuusta huolimatta, kun sairaus on todettu, niin hoitoon pääseminen kestää viikkokausia. Ja kun pääsee jollekin erikoislääkärille niin ei hän tiedä, koska pääsee lopulliseen hoitoon.</p> <p>Potilas sai lähetteen ja kävi haastattelussa. Hän uskoo, että hän on jossakin jonon perässä. Hoitoon pääsy kestää kauheen kauan, ja hänen vaivansa pahenee ja pahenee.</p>	Tieto hoidosta ja hoitoon pääsystä	
<p>P4N Tota hän (lääkäri) sanoi, kattoo mua ja käski kävellä ja seistä ja sano, ei tää oo vielä tarpeeks vääntyny. Se on just sitä.</p> <p>P8N Ei mä kävin siellä nyt ja se X se ortopedi, jonka tykönä mä kävin niin se sano, ettei tässä nyt sitten mitään, särkylläkeresepitin se kirjoitti ja sano että tota nää ei ole hänen mielestään vielä semmosessa mallissa ollenkaan, että kannattas tekoniveltä ajatella. Ja jos se tulee oikein kipeeksi niin ottakaa yhteyttä terveyskeskuslääkäriin niin se passittaa eteenpäin</p>	<p>Lääkäri oli sanonut potilaalle katsottuaan potilaan kävelyä ja seisomista, että hänen jalkansa ei ole vielä tarpeeksi vääntynyt.</p> <p>Potilas kävi ortopedillä, joka oli sanonut, ettei siinä mitään ja kirjoitti särkylläkeresepitin ja että lääkärin mielestä potilaan polvet eivät ole vielä sellaisessa kunnossa, että kannattaisi ajatella tekoniveliä. Ja jos polvi tulisi oikein kipeäksi, potilaan pitää ottaa yhteyttä terveyskeskukseen ja sieltä lähetetään eteenpäin.</p>	Kuulluksi tulo	<b>Kuulluksi tulo ja avun saanti</b>
<p>P4N Monta kertaa mun mies, että tohon naapuriin siellä on Mehiläinen.. Kyllä siellä kuitenkin varmaan sais hoitoo, mutta en oo vielä, vielä niin huonossa kunnossa, että raskisin panna ihan rahat siihen. Kyllä yhteiskunta on rakentanut hyvät sairaalat tonne ja siellä on kyllä hyviä lääkäreitä, että ...</p> <p>P5M Näen kohtuuttomana sen että todella tämän yhteiskuntaa rakentanut henkilö niin sitä ei hoideta. Se on se mitä hyvin konkreettisesti haluan sanoa. Minä olen tälle yhteiskunnalle antanut mielestäni hyvin paljon ja minä en saa mitään.</p>	<p>Potilaan miehen mielestä potilaan pitäisi mennä Mehiläiseen hoitoon ja potilas uskoo, että siellä saisi hoitoo, mutta potilas ei ole mielestään vielä niin huonossa kunnossa, että laittaisi rahansa siihen. Potilaan mielestä yhteiskunta on rakentanut hyvät sairaalat ja siellä on hyviä lääkäreitä.</p> <p>Potilaan mielestä on kohtuutonta, että häntä, yhteiskuntaa rakentanutta henkilöä ei hoideta. Sen hän haluaa sanoa. Hän on työelämässä ollessaan antanut tälle yhteiskunnalle paljon, ja hän ei saa mitään.</p>	Hoidon saamisen oikeus	

Läheisen ilmaisu	Läheisen ilmaisen keskeinen sisältö yleiskielellä	Ilmaisuun sisältyvä merkitys	Teema
<p>L1M Kyllä hän vähän ärskättelee mullekin ja muuta kun on tarpeeksi vaivannut sitä jalkaa, niin kyllä hän osaa sitten, mutta ei hän suoraan sano sitä teille, että eihän varmaan sitä. Mutta minuun on hyvä purkaa, kyllä minulle mahtuu.</p> <p>L2N No, pahalta se tuntuu, kun tietää kuinka kipeetä se ottaa ja kun se tossa nousee tuolistakin, niin se pyörii vähän aikaa paikallansa, kun ei millään jalka ota päälle</p> <p>L3N Hirveen kiusallinen se on, sääli katsoa toisen, suorastaan rapistumista. Siis hyvin säntillistä elämää niin ja tommosta liikunnallista, että tuntuu täysin epäoikeudenmukaiselta, niin että ihmise pitää silti kipua kärsiä.</p>	<p>Potilas vähän ärskättelee puolisolleen, kun potilas on tarpeeksi vaivannut jalkaansa, niin hän osaa kyllä, mutta ei sano sitä teille. Läheiseen on hyvä purkaa, häneen mahtuu.</p> <p>Läheisestä tuntuu pahalta katsoa, kuinka kipeää potilaaseen ottaa, kun hän nousee tuolista, niin pyörii vähän aikaa, kun ei jalka ota millään päälle.</p> <p>Läheisestä on kiusallista ja sääli katsoa potilaan suorastaan rapistumista. Potilas on elänyt niin säntillistä elämää ja liikunnallista niin tuntuu epäoikeudenmukaista, että potilasihmisen pitää kärsiä kipua.</p>	Kärsiminen	
<p>L2N . ja kaikkein eniten, mikä mun ottaa aivoon, kiukuttaa toi hoitamattomuus, kun ei vanhoja ihmisiä enää hoideta.</p> <p>L3N Sä oot omalääkärille puhunu, vaikka kuinka monta kuukautta sitten, niin katsotaan, katsotaan. Ja vähä pilleriä ja katsotaan.</p>	<p>Läheistä ottaa aivoon ja kiukuttaa potilaan hoitamattomuus, kun vanhoja ihmisiä ei hoideta.</p> <p>Läheisen mielestä potilas on valittanut sairaudestaan lääkärille monta kertaa, mutta lääkäri sanoo potilaalle vaan, että katsotaan ja määrää vähän pillereitä ja katsotaan.</p>	Harmi potilaan puolesta	
<p>(Potilas 4N kertoo Kuulin justin tänään, että hän perui yhden vuosikokouksen X:ssä, mihin piti mennä. Ihan on niin kuin ilman lupaa, että kyllä mää sanoin, että kyllä mää täällä pärjään, mutta) L4M Täällä hetkellä se on aika, aika merkittävä. (Potilaan) Liikkuminen yksin se on niin se on sillain vaikeeta, se on joskus vaikeeta täällä sisälläkin. Täällä on seinä, mistä voi ottaa kiinni... jos kerkiää... jos kerkiää.</p> <p>L5N Mulla olisi ehkä vähän enemmän vielä virtaa mutta sitte sitä joutuu vähän hiljentämään tahtia että sillä tavalla se vaikuttaa. Ja että on vähän enemmän huolehtimista mitä ei ollut aikaisemmin.</p> <p>L6N No, ainakin se on semmosta, että aina se täytyy ottaa huomioon. Että ei sitä ajatella niin ku terveen ihmisen kanssa, että mennään ja tehdään, että se täytyy ottaa huomioon, että mitä toinen jaksaa ja mitä toinen pystyy.</p>	<p>Potilas oli kuullut, kun läheinen oli perunut menonsa yhteen kokoukseen, mihin hänen piti mennä. Läheinen perui ilman potilaan lupaa. Vaikka potilas sanoi, että hän pärjää.</p> <p>Potilaan liikkuminen yksin on vaikeaa joskus sisälläkin. Sisällä on seinä, mistä voi ottaa kiinni, jos kerkiää.</p> <p>Läheisellä olisi vielä vähän enemmän virtaa, mutta hän joutuu hiljentämään tahtia, sillä tavalla se vaikuttaa. Ja että hänellä on vähän enemmän huolehtimista, mitä ei ollut aikaisemmin.</p> <p>Potilaan sairaus on sellainen, että se täytyy aina ottaa huomioon. Ei voi ajatella niin kuin terveen ihmisen kanssa, että mennään ja tehdään, että täytyy huomioida, että mitä toinen jaksaa ja mitä toinen pystyy.</p>	Toisen tarpeet etusijalle	Rinnalla kärsiminen

Läheisen ilmaisu	Läheisen ilmaisen keskeinen sisältö yleiskielellä	Ilmaisuun sisältyvä merkitys	Teema
<p>L4M Kyä niin, no, siinä mielessä ehkä, ehkä vaikuttaa, että joskus kun on kivuliaampi, niin, niin saa vähän enemmän patistella lähemmään mukaan tonne kävelemään ja semmosta sitten</p> <p>L6N Ja minä kiskon sua aina johonkin pitkille kävelylenkeille, mutta sillä lailla se vaikuttaa jokapäiväiseen, että hän ei niin ku sillä tavalla ihan niin paljon tykkää kävellä, kun minä.</p>	<p>Siinä mielessä ehkä vaikuttaa, että joskus, kun potilas on kivuliaampi, niin läheinen saa enemmän patistella lähemmään mukaan kävelemään ja semmoista.</p> <p>Läheinen kiskoo potilasta pitkille kävelylenkeille, mutta sillä lailla se vaikuttaa jokapäiväiseen elämään, että potilas ei tykkää niin paljon kävellä kuin läheinen.</p>	Kannustajana oleminen	
<p>L4M Kyllä se (kotityöt) antaa päivään sellasen määrätyn aikataulun tai sisällön, että siinä on niitä omia hommia, tottunu työelämässä siihen, että se on ollu päivä täynnä kaikennäköistä, niin se nyt sitten jatkuu vähän toisella lailla, mutta..</p> <p>L5N Niin kyllähän se näkyy kaikessa tämmöisessä ja joudun vähän vahtimaan kun ollaan tuolla teatterissa, että hän varmaan kulkee kaiteen viertä, ettei jalka petä alta tai ettei putoo rappusissa tai jotain tämmöstä Kyllä se vähän sellaista on</p> <p>L8M Se varmaan niin ku että mää joudun autolla viemään niin ku joka paikkaan. Niin ku X:ään, kun hän on X:ssä niin kokouksiin aina täytyy viedä ja hakea tai joku tuo.</p>	<p>Kotitöiden tekeminen antaa läheisen päivään aikataulun tai sisällön. Hän on tottunut siihen työelämässä, että päivä on täynnä kaikennäköistä, niin sitten on nyt jatkunut vähän toisella lailla.</p> <p>Potilaan sairastaminen näkyy kaikessa tämmöisessä, että läheinen joutuu vahtimaan, kun ovat teatterissa, että potilas kulkee kaiteen viertä, ettei jalka petä alta tai ettei hän putoa rappusissa tai jotain tämmöistä.</p> <p>Läheinen joutuu kuljettamaan potilasta autolla joka paikkaan, kun potilas käy kokouksissa niin aina täytyy viedä ja hakea tai joku tuo.</p>	Konkreettinen huolenpito	Huolenpitäjäksi tottuminen
<p>L1M Joo, kyllä hänkin toista puhuis, jos mua ei ois tässä. Että hän yksistään joutus pelaan vallaan. Niin, kyllä toinen jollain tavalla semmonen tukiainen on.</p> <p>L2N Säästän paljon sitä. Joo, .mää suoraan sanon, että säästän sitä paljon kaikilta noilta töiltä.</p>	<p>Kyllä potilas puhuisi toista, jos läheistä ei tässä olisi. Että potilas joutuisi yksin olemaan. Läheinen on tuki.</p> <p>Läheinen säästää potilasta töiltä.</p>	Vastuun muutos	
<p>L5N Mä ite kyllä olisin liikkeellä vähän nopeammin, mutta kyllähän siihenkin sopeutuu.</p> <p>L6N Päivä kerrallaan, toivottavasti hyviä päiviä riittää, että ei mee pahemmaksi. Ja tota, kun välillä ollaan ja koitetaan pysyä kiinni tässä jokapäiväisessä touhuseeniin, kun mahdollista. Ei tässä nyt oikeestaan voi mitään muuta.</p>	<p>Läheinen olisi liikkeellä nopeammin, mutta hän on sopeutunut.</p> <p>Läheinen ajattelee, että menevät päivä kerrallaan, ja toivovat, että hyviä päiviä riittää, eikä mene pahemmaksi. He koittavat pysyä kiinni tässä jokapäiväisessä touhussa niin, kun mahdollista, koska tässä ei nyt muutakaan ei voi.</p>	Tilanteen hyväksyminen	
<p>L5N Mutta jos me lähdetään yhdessä kävelemään niin kyllä me yhdessä kävellään paitsi hän sanoo mulle että älä mee niin kovaa. Kun mää en huomaa sitä kun hän käveli aina ennen vanhaa kovaa ja mua edellä niin nyt se on vähän kääntynyt toisin päin. Puen sitten riittävästi vaatetta päälle että voi kävellä hänen tahtiinsa.</p> <p>L6N Kävellään sitten vähän hitaammin.</p> <p>P8M Mä on kyllä kokenu suurimpana juuri tän kun toi liikkuminen. Se on muuttanu sitä elämää sillä tavalla että jos tilataan vaikka lääkäri tonne noin niin sinä päivänä ei tehdä mitään muuta sitte, sitten mennään tästä näin, mää kускаan autolla tuon ja vien ja mennään sinne ja sinne</p>	<p>Jos he lähtevät yhdessä kävelemään niin he kävelevät yhdessä. Paitsi, että potilas sanoo läheiselle, että älä mene niin kovaa. Läheinen ei huomaa sitä, kun potilas käveli aina ennen vanhaa kovaa ja läheisen edellä niin nyt on vähän kääntynyt toisin päin. Läheinen pukee riittävästi vaatetta päälle, että voi kävellä potilaan tahtiin.</p> <p>Potilas kävelee hitaammin.</p> <p>Läheinen on kokenu suurimpana liikumisen muuttumisen. Se on muuttanut elämää sillä tavalla, että jos he tilavat vaikka lääkäri niin sinä päivänä he eivät tee mitään muuta. He menevät sinne ja läheinen tuo ja vie potilaan autolla.</p>	Hitauteen sopeutuminen	Elämäntilanteeseen tyytyminen

Potilaan/läheisen ilmaisu	Potilaan/läheisen ilmaisen keskeinen sisältö yleiskielellä	Ilmaisuun sisältyvä merkitys	Teema
<p>P3M Paljon sisällä sitten joutuu ja keksii sitten semmosta korviketekemistä, että se aika kuluu.</p> <p>P4N Ei oo käyty sitten missään ulkomaanlomillakaan, vissiin pari vuotta. Tavallisesti me kerran vuodessa käytiin. Tätä on rajoittanut sitäkin, että se on niin hankala mennä, kun ei tiedä oikein, minkälaista on edessä siellä, että onko maasto semmonen ja onko tota raput sellaisia ja muuta.</p> <p>L4M Kyl se meidän elämää rajoittaa aika lailla tuo sairaus tällä hetkellä varsinkin. Sanotaan, elinpiiri suppenee.</p>	<p>Potilas joutuu olemaan paljon sisällä ja keksimään korviketekemistä.</p> <p>He eivät ole käyneet pariin vuoteen ulkomaanlomilla, vaikka aikaisemmin kävivät kerran vuodessa, koska on hankala mennä, kun eivät tiedä minkälaista siellä on maasto, onko raput sellaisia jne.</p> <p>Nivelrikko rajoittaa heidän elämäänsä. Elinpiiri suppenee.</p>	Elämän kaventuminen	
<p>L5M Ehkä enemmän matkustelisin ehkä olisi joitakin harrastuksia paremmin säilynyt kuin nyt ja niin pois päin ikään kuin yksitoikkoisemmaksi tää elämä tulee</p> <p>P10N Ei muuta ku nukutaan ja vähän lenkkeillään On oikeastaan tylsää joskus ja olisi vielä tylsempää, jos ei olisi kaveria.</p>	<p>Läheinen matkustelisi enemmän ja olisi ehkä joitakin harrastuksia paremmin säilynyt kuin nyt. Elämä on muuttunut yksitoikkoisemmaksi.</p> <p>He nukkuvat ja vähän lenkkeilevät. Heidän elämänsä on tylsää ja se olisi vielä tylsempää, jos ei olisi aviopuolisoa.</p>	Pitkästyminen toimettomuuteen	
<p>P2M Kaikkein eniten ilkeyttää se, kun ei pääse käveleen, niin ulos.</p> <p>L5N Ethän sää enää mökilläkään niin mielelläsi käy kun sää et pysty siellä kauheen paljon tekemään.</p> <p>L8M Mies: Sen huomaa taas siinä että ku mökillä ollaan oltu niin me tehtiin itse vihdat talveksi, mutta sitte rupes meneen että ei, ei mennä enää. P8N: Me ei pysytäk pestyssä siellä metsässä L8MHaettiin kaikki puolukat ja mustikat ja sienet</p>	<p>Potilasta harmittaa, ettei hän pääse kävelemään ulos.</p> <p>Potilas ei käy enää mielellään mökillä, koska hän ei pysty siellä tekemään paljon mitään</p> <p>Ennen tekivät vihdat talveksi ja keräsivät marjat ja sienet, mutta nyt eivät enää mene metsään, koska eivät pysty pestyssä siellä.</p>	Luontoon pääsy estyy	<b>Köyhtyvä elämä</b>
<p>P2M Mulla kun on kaikki tuttuja, jotka puhua osaa, mää oon sanonu aina, että mulla on kaikki tuttuja, jotka puhua osaa, ni jää niinku monet, monta asiaa kertomatta, kyselemättä tai kertomatta.</p> <p>L3N Ainakin se merkitsee sen, että kävelyretket on laistunu, kävelyretkiä ei oo tehty. Jotenkin, kun me aina yhdessä tehty, niin nyt sitte mää vaan olen, vähän laiskansorttinen tässä suhteessa</p> <p>P4N Kyllä me, kyllä me sitä vielä viime kesänäkin tehtiin, käveltiin tonne Näsijärven rantaan tai tonne sinne ylös ja... se meni vielä aika mukavasti, mutta nyt ei oo kyllä tullu talvella...</p>	<p>Potilaalle kaikki, jotka osaavat puhua, ovat tuttuja, joiden kanssa nyt ei pääse keskustelemaan.</p> <p>Heidän kävelyretkensä ovat loppuneet. Ovat aina yhdessä kävelleet, nyt läheinen vaan on, eikä lähde yksin kävelemään.</p> <p>Viime kesänä kävelivät vielä yhdessä ulkona ja se meni aika mukavasti, mutta nyt eivät ole enää talvella kävelleet.</p>	Kumppanuus vähenee	

Potilaan/läheisen ilmaisu	Potilaan/läheisen ilmaisun keskeinen sisältö yleiskielellä	Ilmaisuun sisältyvä merkitys	Teema
<p>L5N Ethän sää enää mökilläkään niin mielelläsi käy kun sää et pysty siellä kauheen paljon tekemään.</p> <p>L8M Mies: Sen huomaa taas siinä että ku mökillä ollaan oltu niin me tehtiin itse vihdat talveksi, mutta sitte rupes meneen että ei, ei mennä enää. P8N: Me ei pysytä pystyssä siellä metsässä L8MHaettiin kaikki puolukat ja mustikat ja sienet</p>	<p>Potilas ei käy enää mielellään mökillä, koska hän ei pysty siellä tekemään paljon mitään</p> <p>Ennen tekivät vihdat talveksi ja keräsivät marjat ja sienet, mutta nyt eivät enää mene metsään, koska eivät pysy pystyssä siellä.</p>		
<p>L3N Ainakin se merkitsee sen, että kävelyretket on laistunu, kävelyretkiä ei oo tehty. Jotenkin, kun me aina yhdessä tehty, niin nyt sitte mää vaan olen, vähän laiskansorttinen tässä suhteessa</p> <p>P4N Kyllä me, kyllä me sitä vielä viime kesänäkin tehtiin, käveltiin tonne Näsijärven rantaan tai tonne sinne ylös ja... se meni vielä aika mukavasti, mutta nyt ei oo kyllä tullu talvella...</p>	<p>Heidän kävelyretkensä ovat loppuneet. Ovat aina yhdessä kävelleet, nyt läheinen vaan on, eikä lähde yksin kävelemään.</p> <p>Viime kesänä kävelivät vielä yhdessä ulkona ja se meni aika mukavasti, mutta nyt eivät ole enää talvella kävelleet.</p>		
<p>L2N Ja jos tässä nyt vielä pitää vuositolkulla mennä, niin se on rullatuoliss.</p> <p>L3N Ja ajattelee tietysti, niinku hän sanoi itsekin, kuinka tästä eteenpäin...jos se pahenee ni.</p> <p>L4M Huolestuttavalta. Se on jotenkin niin kun tuntuu ihmeelliseltä, että hoidot, hoitoon pääseminen kestää niin äärettömän kauan.</p> <p>L6N Se on sitten se vihoviimeinen juttu, jos joutuu sillä lailla(vuodepotilaaksi), johonkin, tietysti kyllähän ihmisiä on paljon, jotka on nuoresta saakka pyörätuolissa</p>	<p>Läheinen pelkää, että potilas joutuu pyörätuoliin, jos ei hoideta.</p> <p>Läheinen pelkää, että mitä tapahtuu, jos potilaan vaiva pahenee.</p> <p>Läheistä huolestuttaa, koska potilaan hoitoon pääsy on kestänyt kauan</p> <p>Läheisestä on kaikista pahinta, jos potilas joutuu vuodepotilaaksi.</p>	<p>Oma ja potilaan terveys huolena</p>	<p><b>Huoli ja huolenpito itsestä ja toisesta</b></p>

<p>P3M P: Aamulla aina nyt voimistelen taikka venyttelen, mikskä sitä nyt sanotaan. Pyöräilen aamulla ja illalla 5 minuuttia kuntopyörällä 5 min.</p> <p>L5N Että kyllä mä katon että mun täytyy saada kans nukuttua että jos sitte mä kauheesti rupeen häiriintymään, niin korjaan sitten tän tilanteen tällai. Mä otan ton pe-tauspatjan meen tonne nukkumaan sitten kun on riittävästi levotonta.</p> <p>L6N Mutta, kun mää lasken sen siks, että särkylääkkeillä on paljon haittavaikutuksia-kin sitten muuhun....Että, että vaan sitten, kun on ihan todella kurjaa, niin sitten ottaa sitä särkylääkettä ja, ja sitten yrittää rasittaa, kuitenkin yrittää rasittaa niin paljon, kun mahdollista, jotta se säilyis se liikuntakyky..</p> <p>P8N Kyllä mä olen tommosta yrittäny pitää, että en päästä itseäni ihan valloilleen, omaa hygieniaani ja mitään semmosta.</p> <p>L10M No olen koittanut vähän että älä niin kamalan paljon niitä syö. Mitä enemmän niitä syö niin sitä enemmän niitä tarvii.</p>	<p>Potilas voimistelee tai venyttelee aamuisin ja ajaa kuntopyörää 5 minuuttia aamuin ja illoin.</p> <p>Potilas katsoo, että hänen tulee saada nukkua rauhassa ja hän nukkuu tarvittaessa toisessa huoneessa.</p> <p>Läheisen mielestä särkylääkkeillä on paljon haittavaikutuksia. Hänen mielestään särkylääkettä voi ottaa vain kun on todella kipeä. Hänen mielestään pitää niveltä rasittaa, jotta liikuntakyky säilyisi.</p> <p>Potilas ei päästä itseään valloilleen vaan haluaa pitää itsestään huolta.</p> <p>Läheinen neuvoo potilasta, ettei kipulääkkeitä pidä käyttää kamalan paljon, koska jos niitä syö paljon, niin niitä tarvitsee sitten enemmän.</p>	<p>Huolenpito itsestä ja toisesta</p>	<p><b>Huoli ja huolenpito itsestä ja toisesta</b></p>
<p>P3M Mää oon täällä sitten koittanu vähän muuta harrastaa ja kuluttaa aikaa. Tota tietokoneella pelaillu, pelaillu ja luku ja...”</p>	<p>Potilas harrastaa tietokoneella pelailua ja luku, jotta aika kuluisi</p>	<p>Aktiivisuuden säilyttäminen</p>	
<p>P1N Oon sanonu jo hänelleki, että kissankontit noista sairauksista, jos niitä ruppee valittaan ja niitte orjaks tulee, mää en voi tehdä mitään.</p> <p>P6M Sisulla tietysti mennään, ei siinä muu auta.</p>	<p>Potilas ei väliä sairaudestaan eikä ala niiden orjaksi, koska silloin hän ei voi tehdä mitään.</p> <p>Koska muu ei auta, niin potilas menee sisulla</p>	<p>Periksiantamattomuus</p>	
<p>P1N Se on hyvä vaan, ku tää järki pelais nyt jotenkin.</p> <p>P4N Tää ei oo onneks semmonen niin tappava tauti, että jos olis joku tommonen mikä tota tietäs sitten, mikä siinä on lopputulos</p>	<p>Potilaan mielestä on hyvä, että järki pelaa.</p> <p>Potilaan mielestä on onni, että nivelrikko ei ole mikään tappava tauti</p>	<p>Suhteuttaminen</p>	
<p>P8N Ja sitte me nauretaan joskus niin, että siinä ei o mitään määrää, että voi kauheeta minkälaisia me ollaan. Juuri oltiin niin free-sejä ja nyt me ollaan tämmösiä.</p> <p>P10N Keskenäänkin naurettiin, että kun kääntyessä täytyy ottaa monta askelta ettei se käy niin kuin ennen.</p>	<p>Potilaan mielestä on hyvä, että järki pelaa.</p> <p>Potilaan mielestä on onni, että nivelrikko ei ole mikään tappava tauti</p>	<p>Myönteisyys</p>	<p><b>Huoli ja huolenpito itsestä ja toisesta</b></p>
<p>P8N Ja sitte meillä on se tytär, joka soittaa meille joka päivä, onks kaikki hyvin ja mitä kuuluu ja tyttären poika käy kerran viikossa säännöllisesti.</p> <p>P10N Kun se (aviopuoliso) on, niin saadaan molemmat niin ainakin vähän tukea toisistaan</p>	<p>Potilaan mielestä on hyvä, että järki pelaa.</p> <p>Potilaan mielestä on onni, että nivelrikko ei ole mikään tappava tauti</p>	<p>Voimaa läheisistä</p>	