

LONKKAMURTUMAPOTILAIEN KOKEMUKSIA
TRAUMAKIRURGISELLE VUODEOSASTOLLE
SAAPUMISESTA

Mari Kiljunen
Henna Kinnunen
Opinnäytetyö
Syksy 2010
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Kiljunen, Mari ja Kinnunen, Henna. Lonkkamurtumapotilaiden kokemuksia traumakirurgiselle vuodeosastolle saapumisesta. Oulu 2010. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja. Opinnäyte-työ, 45 sivua + 2sivua liitteitä.

TIIVISTELMÄ

Suomessa tapahtuu vuosittain noin 7000 lonkkamurtumaa, joiden yhteiskunnalle aiheuttamat kustannukset ovat huomattavat. Lonkkamurtuma heikentää olennaisesti potilaiden kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Päivystyspotilaiden hoitopolut voivat olla hyvinkin erilaisia, mikä vaikuttaa heidän kokemuksiinsa tapahtuneesta ja osastolle saapumisesta.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla lonkkamurtumapotilaiden kokemuksia traumakirurgiselle vuodeosastolle saapumisesta. Tutkimuksen tavoitteena on auttaa lonkkamurtumapotilaan hoitotyöhön osallistuvia kohtaamaan osastolle tulevat potilaat ja ymmärtämään erityisesti äkillisesti leikkaukseen joutuvien potilaiden ajatuksia ja tunnetiloja. Tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen. Aineisto kerättiin haastatteleamalla neljää lonkkamurtumapotilasta.

Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tutkimustuloksiksi muodostuivat potilaiden kokemat tunteet, tukemisen ja tiedottamisen toteutuminen sekä kivunhoidon onnistuminen. Johtopäätöksinä voidaan esittää, että potilaiden tunteet vaihtelivat, mutta yhteistä kaikille oli odottaminen ja huoli lonkan paranemisesta. Tiedottaminen ja tukeminen olivat kirjallisten ohjeiden ja omaisten varassa. Potilaat kokivat kivunhoidon riittävänä.

Avainsanat: kirurginen potilas, murtumat, tunteet, tukeminen, kivunhoito

Kiljunen, Mari and Kinnunen, Henna. Experiences of Hip Fracture Patients Upon Admittance at Trauma Surgery Ward. Oulu 2010. The School of Health and Social Care, Oulu University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing and Health Care, Registered General Nurse. Bachelor's thesis, 45 pages + 2 appendix pages.

ABSTRACT

BACKGROUND: Annually some 7,000 people suffer from hip fractures in Finland with considerable costs to society. Hip fractures significantly reduce patients' ability to cope with their daily routines. Emergency room patients may have varying treatment paths, which affects their experiences of the situation and admittance to the ward.

AIM: The purpose of our thesis was to describe the experiences of hip fracture patients upon their admittance to the trauma surgery ward. The objective was to assist the nursing staff to meet the incoming patients and to understand the thoughts and feelings of a patient facing an acute surgery.

METHOD: The material for this qualitative study was collected by interviewing four hip fracture patients. The material was analyzed with the method of content analysis.

RESULTS: The results consisted of the patients' experiences of their admittance to the trauma surgery ward, support and information, and successful pain treatment. The patients had mixed feelings about their admittance to the trauma surgery ward. However, a common feature among the patients was the way in which they were looking forward to the healing process and the worries involved in it. Support and the information for the patients were given only by written instructions and family members. The patients felt that the level of pain treatment was adequate.

CONCLUSION: Hip fracture patients were satisfied with their admittance to the trauma surgery ward. However, these findings are not generalizable to other patients, because the number of interviewed patients was small. In the future, another study could be performed by interviewing a larger number of hip fracture patients.

Key words: surgical patient, fractures, emotions, support, pain treatment

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	LONKKAMURTUMAPOTILAAN VASTAANOTTAMINEN TRAUMAKIRURGISELLE VUODEOSASTOLLE	8
2.1	Lonkkamurtumatyypit ja niiden synty	8
2.2	Lonkkamurtumapotilaan saapuminen traumakirurgiselle vuodeosastolle.....	9
2.2.1	Traumakirurginen vuodeosasto hoitoympäristönä.....	10
2.2.2	Lonkkamurtumapotilaan vastaanottaminen	11
2.3	Lonkkamurtumapotilaan hoitotyön tarpeet ja niihin vastaaminen	12
2.3.1	Potilaan fyysiset hoitotyön tarpeet ja niihin vastaaminen	12
2.3.2	Potilaan ohjaaminen ja tiedollinen tukeminen.....	13
2.3.3	Potilaan emotionaalinen tukeminen.....	15
2.3.4	Akuutin kivun hoito	15
3	TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	18
3.1	Tutkimustehtävä ja -metodologia	18
3.2	Tiedonantajien valinta	19
3.3	Aineiston kerääminen	19
3.4	Aineiston analysointi	20
4	TUTKIMUSTULOKSET.....	23
4.1	Tiedonantajien profilointi	23
4.2	Potilaiden kokemat tunteet osastolle saapuessa.....	24
4.2.1	Hoitohenkilökunnan herättämät tunteet.....	24
4.2.2	Omat sisäiset tunteet	25
4.3	Tukemisen ja tiedottamisen toteutuminen	25
4.3.1	Tuen saanti omaisten varassa.....	26
4.3.2	Tiedottaminen kirjallisten ohjeiden varassa	27
4.4	Kivunhoidon onnistuminen	27
4.5	Hoitotyön kehittämisehdotuksia	29
5	TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	31
5.1	Potilaan kokemat tunteet osastolle saapuessa.....	31
5.2	Tukeminen ja tiedottaminen osastolle saapuessa	32
5.3	Kivunhoidon riittävyys	33

6 POHDINTA	35
6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	35
6.2 Oppimiskokemukset ja jatkotutkimushaasteet	38
LÄHTEET.....	40
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomessa tapahtuu vuosittain noin 7 000 lonkkamurtumaa ja niiden aiheuttamat kustannukset yhteiskunnalle ovat huomattavat (Ihantola 2008, 49–52). Lonkkamurtumapotilaat ovat tavallisesti iäkkäitä, yli 65-vuotiaita. Murtuma syntyy yleensä kaatumisen tai putoamisen seurauksena. Lonkkamurtumariskiä lisäävät osteoporoosi, perinnölliset syyt, tupakointi ja yleisesti fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn aleneminen. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 616.) Naisten lonkkamurtumat ovat yli kaksinkertaiset miehiin verrattuna (Ihantola 2008, 49–52). Lonkkamurtumapotilaiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista tapahtuneen murtuman jälkeen on huonompaa ja he tarvitsevat enemmän kotiapua muihin samanikäisiin verrattuna (Willig 2006, 36–47).

Suomessa kaikki akuutit lonkkamurtumapotilaat ohjataan sairaalahoitoon kirurgista arviointia ja hoitoa varten (Huusko, Karppi, Avikainen, Kautiainen & Sulkava 1999, 257). Lonkkamurtumapotilaat muodostavatkin suurimman potilasryhmän traumakirurgian osastoilla (Huusko & Sulkava 2001, 356). Kun ihminen joutuu äkillisesti sairaalaan, hän tarvitsee tukea ja tietoa tulevista tapahtumista. Hoitohenkilökunnan on tärkeä tiedostaa, että työn tehokkuus ei yksin riitä vaan päivystyspotilas on kohdattava myös ihmisenä. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 136–137.) Tämän lisäksi kivunhoito on tärkeää, sillä riittämätön kivunhoito voi aiheuttaa fysiologista stressiä, joka taas haittaa elinjärjestelmän toimintaa sekä huonontaa toipumista. Kivun lievitys kuuluu potilaan perusoikeuksiin. (Jussila & Väliheikki 2007, 1.)

Opinnäytetyömme teimme yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan traumakirurgisen vuodeosasto 7:n ja Oulun seudun ammattikorkeakoulun kanssa. Opinnäytetyön aiheen saimme oppilaitoksen ideapankista, jonne Oulun yliopistollinen sairaala toimittaa opinnäytetyöaiheita. Traumakirurginen vuodeosasto 7 oli ehdottanut aihetta, koska halusi tutkimustietoa lonkkamurtumapotilaiden kokemuksista osastolle saapumisesta. Osastolla 7 on 26 potilaspaikkaa, ja sinne tulevista potilaista suurin osa on päivystyspotilaita, joilla on esimerkiksi luunmurtumia, selkäydinvammoja tai eriasteisia haavoja. Suurin

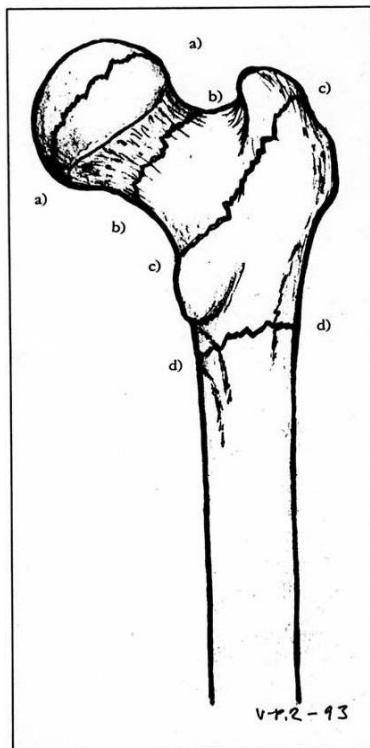
osa potilaista on ikääntyneitä. Osaston tehtävänä on pre- ja postoperatiivisen hoidon, kuntoutuksen ja jatkohoidon järjestäminen. (Kololuoma & Ollikkala 2008, 31–33.)

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvata Oulun yliopistollisen sairaalan traumakirurgiselle osastolle 7 lonkkamurtuman hoitoon tulleiden potilaiden kokemuksia osastolle saapumisesta. Tutkimuksemme tavoitteena on auttaa lonkkamurtumapotilaan hoitotyöhön osallistuvia kohtaamaan osastolle tulevat potilaat ja ymmärtämään erityisesti äkillisesti leikkaukseen joutuvien potilaiden ajatuksia ja tunnetiloja. Osaston työntekijät saavat mahdollisuuden kehittää potilaan vastaanottotilannetta niin halutessaan. Opinnäytesyö lonkkamurtumapotilaan vastaanottamisesta traumakirurgiselle vuodeosastolle syventää osaamistamme lonkkamurtumapotilaiden hoitotyöstä ja auttaa meitä tulevina sairaanhoitajina ymmärtämään potilaiden tarpeita heidän saapuessaan osastolle.

2 LONKKAMURTUMAPOTILAAN VASTAANOTTAMINEN TRAUMAKIRURGISELLE VUODEOSASTOLLE

2.1 Lonkkamurtumatyypit ja niiden synty

Reisiluu eli femur on ihmisen luuston pisin ja painavin luu, joka liittyy yläosastaan lonkkaniveleen ja alaosastaan polviniveleen. Reisiluu on yläosastaan yhdistynyt reisiin kaulaan (*collum femoris*), niiden liitoskohdassa sijaitsevat trochanterit eli sarvennoiset (kuva 1). (Hervonen 2004, 208–209.)



KUVA 1. Reisiluun yläosa ja tyypilliset murtumakohdat: a) subcapitaalinen, b) reisiin luun kaulan alueen murtuma, c) trokanteerinen murtuma, d) subtrokanteerinen murtuma. (Pajamäki, Nevalainen, Peltonen & Lindholm 1994, 131.)

Reisiluun yläosan murtumat on jaettu kolmeen ryhmään, reisiluun murtumiin, iso- ja pikkusarvennoisten kautta kulkeviin murtumiin ja sarvennoistason alapuolelta kulkeviin

murtumiin (kuva 1). Murtuma voi haitata reisiluun pään verenkiertoa ja näin vaikeuttaa luutumista tai aiheuttaa reisiluun päähän nekroosia (Miettinen & Kröger 1998, 4060). Myös voimakas kipu voi heikentää kudoksen verenkiertoa (Kalso, Vainio & Estlander 2004, 87). Sarvennoisten tasolla tapahtuneissa murtumissa on yleensä komplikaatioina asennon pettäminen ja murtuma-alueen luhistuminen. Lonkkamurtuman diagnoosi tehdään kliinisen tutkimuksen ja röntgenkuvan perusteella. Joskus diagnoosin varmistamiseksi voidaan käyttää luustokartoitusta tai magneettitutkimusta. Murtuneessa lonkassa on usein kipua, liikearkuutta, lyhentymää ja raaja on kiertynyt ulkokiertoon. (Miettinen & Kröger 1998, 4060.)

Osteoporoosi eli luukato on luuston sairaus, jolle on tyypillistä alhainen luumassa ja luun sisäisen rakenteen vaurioituminen. Tästä aiheutuva luun haurastuminen lisää alttiutta murtumille. (Salmi & Väänänen 1997, 30.) Osteoporoosille altistavia tekijöitä ovat muun muassa ikääntyminen, naissukupuoli, D-vitamiinin ja kalsiumin puute, perintötekijät, vähäinen liikunta sekä erilaiset sairaudet. Murtuma on yleensä ensimmäinen oire ja osteoporoosin diagnoosi tehdään luuntiheysmittausten perusteella. Henkilöille, joilla on useita altistavia tekijöitä, voidaan mittauksia tehdä jo ennen varsinaisen murtuman syntymistä. (Lehtonen 2001, 251–256.) Osteoporoottisista murtumista reisiluun yläosan murtumat ovat vakavimpia (Lüthje, Nurmi, Palvanen & Kannus 2001, 1615). Yli 90 % lonkkamurtumista syntyy kaatumisen seurauksena (Hartikainen & Jäntti 2001, 282). Osteoporoosia sairastavan henkilön kaatuessa kyljelleen ja iskun kohdistuessa isoon sarvennoiseen on lonkkamurtuman todennäköisyys suuri (Myllynen & Lüthje 1997, 51).

2.2 Lonkkamurtumapotilaan saapuminen traumakirurgiselle vuodeosastolle

Päivystyspotilaaksi kutsutaan potilasta, joka joutuu äkillisesti ensiapupoliklinikalle esimerkiksi sisätautisen tai kirurgisen vaivan vuoksi (Iivanainen ym. 2001, 136–138). Lonkkamurtumapotilas siirretään päivystyspoliklinikalla tehtyjen alustavien tutkimusten jälkeen jatkohoitoon traumakirurgiselle vuodeosastolle (Ristiniemi, Lukkari, Rauma & Seppänen 2005, 2).

Vuodeosaston henkilökunnan tulee päivittäin huomioida osastolle mahdollisesti tulevat päivystyspotilaat. Ennen vuodeosastolle siirtymistä tulee olla sovittuna, mihin potilas si-
joitetaan ja kuka on potilaan hoidosta vastaava hoitaja. Päivystys- ja vuodeosaston sai-
raanhoitajat sopivat yhdessä siirtoajankohdan, ja päivystysosaston sairaanhoitaja saattaa
potilaan vuodeosastolle. (Iivanainen ym. 2001, 136–138.) Yhteispäivystyksen ilmoitta-
essa vuodeosastolle 7 saapuvasta lonkkamurtumapotilaasta selvitetään jo puhelimesta,
onko tarvittavat tutkimukset tehty, onko potilaalle laitettu suonensisäisen nesteytyksen
ja lääkityksen mahdollistava kanyyli, onko potilaalle laitettu kestopatruuna ja onko lääkäri
jo määrännyt potilaalle kipulääkityksen. Ennen potilaan saapumista vuodeosastolle lai-
tetaan potilaalle valmiiksi sänky, jossa on vähintään kaksi raajatyynyä ja nostoliina sekä
suunnitellaan potilaspaikka. (Sairaanhoitajan haastattelu 2009.)

2.2.1 Traumakirurginen vuodeosasto hoitoympäristönä

Potilaat voivat tulla kirurgiselle osastolle tutkimuksia ja hoidon tarpeen arviointia var-
ten, mutta tavallisin syy vuodeosastolle tuloon on leikkaus. Päivystyspotilaita otetaan
vuodeosastolle hoitoon myös seurantaa ja muita hoitotoimenpiteitä varten. (Vaittinen
1996, 29.)

Suurin osa vuodeosaston 7 potilaista tulee päivystyspaikoille. Ikärakenne vaihtelee 14-
vuotiaista ikääntyneisiin, jotka ovatkin suurin potilasryhmä osastolla. Osastolle saapu-
vista potilaista suurin osa on traumapotilaita, joilla on esimerkiksi luunmurtumista, mo-
nivammoista, selkärankamurtumista tai erilaisista haavoista aiheutuvia hoitotyön tarpei-
ta. Osastolla on 26 potilaspaikkaa ja hoitoajat ovat yleensä lyhyet. (Kololuoma & Ollik-
kala 2008, 31–33.)

Potilaiden laajakirjoisuuden takia moniammatillinen yhteistyö korostuu osaston toimin-
nassa (Kololuoma & Ollikkala 2008, 31–33). Moniammatillisuus tarkoittaa osaamista
eri aloilta ja yhdessä tekemisen taitoa. Moniammatillisuus on siis eri ammattiryhmien ja
yksilöiden monimuotoista toimivaa vuorovaikutusta, eri alojen asiantuntijat täydentävät
toisiaan oman alansa osaamisella. Jotta moniammatillisuus toimisi, tarvitaan eri tieteen-
alojen ja ammattikuntien yhdessä määrittelemiä tavoitteita. (Katajamäki 2010, 101–
158.)

Traumakirurgisella osastolla 7 työskentelee muun muassa sairaanhoitajia, perus- ja lähihoitajia, fysioterapeutteja sekä sairaalahuoltajia. Jokainen työntekijä osastolla tietää roolinsa potilaan hoidossa, perus- ja lähihoitajat vastaavat potilaan laadukkaasta perushoidosta, ja fysioterapeutti huolehtii potilaan kuntouttamisesta niin kuntouttamalla potilasta itse kuin myös ohjaamalla hoitajia kuntouttavaan työotteeseen potilaan hoidossa. Sairaanhoitaja huolehtii potilaan hoidon kokonaisvaltaisuudesta. Lisäksi yhteistyötä tehdään muun muassa anestesiaklinikan, laboratorion ja radiologian klinikan henkilökunnan sekä sosiaalityöntekijän kanssa. (Kololuoma & Ollikkala 2008, 31–33; Sairaanhoitajan haastattelu 2009.) Vuodeosastolla työskentelee lisäksi eri alojen lääkäreitä, esimerkiksi traumatologeja ja sairaalalääkäreitä. Traumakirurgisen vuodeosaston potilaiden laajakirjoisuuden vuoksi myös lääkärien moniammatillisuus korostuu. Esimerkiksi sisätautien lääkärit käyvät osastolla tarvittaessa, jos potilaalla on vaikea sisätauti, kuten keuhkohtaumatauti. (Sairaanhoitajan haastattelu 2009.)

Vuodeosaston toiminta on jaettu kahteen moduuliin, joista toisessa ovat hoidettavana infektipotilaat ja toisessa niin sanotut puhtaat leikkauspotilaat. Hoitajat työskentelevät kukin vuorollaan kolme viikkoa yhdessä moduulissa. Päivittäin hoitajille jaetaan vastuuhuoneet, minkä avulla pyritään turvaamaan potilaan hoidon kokonaisvaltaisuus. (Kololuoma & Ollikkala 2008, 31–33.)

2.2.2 Lonkkamurtumapotilaan vastaanottaminen

Potilaan saapuessa vuodeosastolle olisi hyvä, jos vastaanottajana olisi hänen omahoitajansa (Iivanainen ym. 2001, 136–138). Leikkaukseen valmistautuminen aloitetaan jo vastaanottotilanteessa (Ristiniemi ym. 2005, 2). Vuodeosastolle 7 saapuvista lonkkamurtumapotilaista lähes kaikki tulevat yhteispäivystyksen kautta, ja potilaita voi tulla osastolle mihin vuorokauden aikaan tahansa, suurin osa kuitenkin iltavuoron aikana, jolloin osastolla on yksi haastatteluhoitaja. Haastatteluhoitajan tehtävänä on vastaanottaa uusia potilaita osastolle ja hoitaa heidän osastolle saapumiseensa liittyviä tehtäviä esimerkiksi potilaan vastaanottaminen ja tulokeskustelu. Potilaita voi tulla useita samaan aikaan, jolloin osaston henkilökunta yhdessä sopii, kuka ottaa potilaan vastaan. (Sairaanhoitajan haastattelu 2009.)

Potilaan saapuessa osastolle on tärkeää, että hoitaja antaa potilaalle mahdollisuuden keskustella tuntemuksistaan ja mahdollisista peloistaan, jotka usein johtuvat siitä, että potilas ei tiedä, mitä tulee tapahtumaan (Jäntti 2000, 119). Tulokeskustelu on tärkeä osa leikkausvalmisteluita, ja se toimii hoitotyön suunnitelman perustana. Tulokeskustelussa selvitetään potilaan taustatiedot ja sairaushistoria. Lisäksi kartoitetaan potilaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä, kuten liikkuminen, ravitsemus, erityis, aikaisemmat sairaalakokemukset ja mahdolliset pelot sekä toimeentulo, vakuutukset ja omaiset. Tulokeskustelussa hoitaja arvioi potilaan kanssa, miten potilas tulee pärjäämään kotona leikkauksen jälkeen. Keskustelu hoitajan ja potilaan välillä jatkuu koko sairaalassaoloajan. (Iivanainen ym. 2001, 95–96.)

Päivystyspotilaan leikkaukseen valmistamiseen on vähemmän aikaa käytettävissä kuin elektiiviseen eli suunniteltuun leikkaukseen tulevan potilaan leikkausvalmisteluihin. Kuitenkin myös päivystystapauksissa on pyrittävä tekemään kaikki olennainen potilaan turvallisuuden tunteen ja tehokkaan hoidon varmistamiseksi. (Vaittinen 1996, 29–31.)

2.3 Lonkkamurtumapotilaan hoitotyön tarpeet ja niihin vastaaminen

Välittömästi potilaan saavuttua sairaalaan aloitetaan lonkkamurtumaa edeltäneen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kartoitus. Tämän lisäksi huomioidaan muun muassa ravitsemustila, kivuliaisuus, sairaudet, lääkitys ja painehaavariski. (Käypähoito –suositus 2006.) Lonkkamurtumapotilaan hoidon tavoitteena on, että potilaan toimintakyky palaa tasolle, jolla se oli ennen vamman syntymistä (Ristiniemi ym. 2005, 2.)

2.3.1 Potilaan fyysiset hoitotyön tarpeet ja niihin vastaaminen

Ensiavussa on tärkeää kivun poisto, immobilisaatio eli murtuman tukeminen liikkumattomaksi hyvällä sidoksella tai lastalla ja tarvittaessa suonensisäisen nestehoidon aloitus (Vaittinen 1996, 265). Nestehoidolla estetään jo syntynyt tai mahdollinen hypovolemia eli kiertävän verimäärän vähentyminen. Toisaalta nestehoidon aloittaminen on tärkeää, jos potilas joutuu odottamaan pidemmän aikaa ravinnotta pääsyä leikkaussaliin tai labo-

ratoriotutkimuksissa on todettu lisänesteytyksen tarve esimerkiksi potilaan kuivumistilan vuoksi. (Hyrkäs & Immonen 1995, 176.)

Lonkkamurtumat pyritään hoitamaan leikkauksella, mutta monisairaajat ja huonokuntoiset vuodepotilaat hoidetaan konservatiivisesti eli ilman leikkaushoitoa (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 710–712). Päivystysaikaan potilas voi joutua odottamaan leikkausta useita tunteja, koska luunmurtumaa ei ole luokiteltu henkeä uhkaavaksi tilaksi (Ristiniemi ym. 2005, 2). Kuitenkin tutkimusten mukaan lonkkamurtuman korjaaminen leikkauksella ensimmäisen vuorokauden aikana näyttää vähentävän kuolleisuutta ja komplikaatioita sekä parantavan toimintaennustetta (Käypähoito -suositus 2006).

Potilaalle on usein jo päivystyksessä laitettu kestopatetri, koska murtuman aiheuttaman kivun vuoksi virtsaaminen esimerkiksi alusastiaan on vaikeaa ja liikkuminen erittäin kivuliasta (Ristiniemi ym. 2005, 2). Kaikkien lonkkamurtumapotilaiden leikkausvalmisteluihin kuuluu kantapäiden ja lantion suojaaminen pehmeällä alustalla ja verisuonitukoksia ehkäisevä pistoshoito ihonalaiskudokseen. Ammattitaitoinen sairaanhoitaja ohjaa potilasta tekemään hengitysharjoituksia ja nilkkojen pumppaavia liikkeitä. (Käypähoito -suositus 2006.)

Ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä potilas nousee fysioterapeutin ja hoitajan avustamana ylös, ja toisena päivänä voidaan aloittaa kävelyharjoitukset apuvälineiden avulla. Leikkauksen jälkeen lonkkamurtumapotilaat siirtyvät jatkohoitoon yleensä viimeistään kolmantena leikkauksen jälkeisenä päivänä. Tavallisin jatkohoitopaikka on potilaan oman kotikunnan terveyskeskuksen vuodeosasto, jossa kuntoutuminen tapahtuu, kunnes potilas on valmis siirtymään kotiin. Kotiutumisenkin jälkeen on tärkeää, että potilas toteuttaa huolellisesti saamiaan ohjeita lihasvoiman palauttamiseksi ja nivelten liikelaaajuuden lisäämiseksi entiselle tasolle. (Ristiniemi ym. 2005, 2–4.)

2.3.2 Potilaan ohjaaminen ja tiedollinen tukeminen

Ohjaus on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutteisessa suhteessa. Ohjaussuhteessa on tärkeää hyväksyä, että ohjaajan ja ohjatta-

van asiantuntijuudet ovat erilaisia ja täydentävät toisiaan. Potilas on oman elämänsä asiantuntija, kun taas hoitohenkilökunta edustaa terveydenhuollon ja sairaanhoidon asiantuntijuutta. Ohjaus on sidoksissa ohjaavan ja ohjattavan arvoihin, terveydentilaan ja perhetaustaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 254–257.)

Hoitohenkilökunnan tulisi tunnistaa potilaan yksilölliset tiedolliset tarpeet ja vastata niihin ammattitaitoisesti. Tarpeet voidaan selvittää keskustelun avulla. Potilas voi tarvita tietoa ja hänellä on oikeus tietää esimerkiksi tapahtuneesta, leikkaushoidosta, kivunhoidosta sekä murtuman mukanaan tuomista muutoksista jokapäiväiseen elämään. (Kiiltomäki & Muma 2007, 63.) Sairaanhoidajan antaessa tietoa potilaalle tulevista tapahtumista, hän voi potilaan tilan mukaan antaa myös ohjausta. Potilaan ohjaus ei kuitenkaan aina ole ensisijaista vastaanottotilanteessa, vaan usein ohjaaminen esimerkiksi jalkojen pumppausliikkeiden osalta tapahtuukin myöhemmin potilaan ollessa osastolla. (Sairaanhoidajan haastattelu 2009.)

Riittävä tiedonsaanti leikkaukseen liittyvistä asioista lisää potilaan turvallisuuden tunnetta sekä myönteistä asennoitumista hoitoon ja kuntoutumiseen. Tiedon antaminen lisää luottamusta ja parantaa yhteistyötä potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Potilaan oikeudesta omaa terveydentilaansa koskevien tietojen saantiin on säädetty Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/92). Tämän lain mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa esimerkiksi hoitovaihtoehtoista ja sellaisista asioista, joilla on merkitystä hänen hoidostaan päätettäessä. Potilaan täytyy myös ymmärtää saamansa tieto.

Avoin vuorovaikutus vähentää leikkauksen pelkoa, jota ei milloinkaan pitäisi vähätellä. Hoitajan on hyvä tiedostaa potilaan leikkaukseen liittyvät ennakkoluulot ja tarvittaessa oikeista virheellisiä käsityksiä. (Vaittinen 1996, 31.) Vuodeosasto 7:n sairaanhoitaja painotti keskustelussamme sitä, että osastolle saapuvat lonkkamurtumapotilaat ovat usein iäkkäitä ja muistamattomia, joille äkillinen sairaalaan joutuminen voi aiheuttaa sekavuutta. Tällöin hoidossa korostuvat rauhoittelu, tulevista tapahtumista kertominen ja riittävä asioiden kertaaminen.

2.3.3 Potilaan emotionaalinen tukeminen

Leikkaukseen joutuminen voi aiheuttaa potilaalle ahdistusta, ja siksi henkisellä tuella on tärkeä merkitys (Vaittinen 1996, 33). Emotionaalisella tuella tarkoitetaan potilaan tunnekokemusten ja huolien jakamista. Käytännössä se tarkoittaa läsnäoloa, koskettamista, rohkaisua, voimavarojen vahvistamista ja potilaan toivomusten huomioon ottamista. (Kiiltomäki & Muma 2007, 63.)

Delirium eli äkillinen sekavuustila on akuuttien lonkkamurtumien yhteydessä yleinen, sen esiintyvyys vaihtelee 25–61%:n välillä (Huusko ym. 2006). Deliriumille altistavat muun muassa korkea ikä, kipu ja turvattomuuden tunne (Holmia ym. 2004, 713). Oireita ovat esimerkiksi tajunnan häiriöt, vuorokausirytmien muutokset ja aistiharhat. Noin kolmanneksella deliriumpotilaista oireet ovat niin sanotusti hiljaisia, joille on ominaista apaattisuus ja syrjään vetäytyminen. Jos lonkkamurtumapotilaalle kehittyy delirium, se ennakoii pidempää sairaalahoitoa ja huonompaa toipumisennustetta. Äkillisesti sekavan lonkkamurtumapotilaan hoidon tulisi tapahtua rauhallisessa ympäristössä ja tarvittaessa voidaan oireiden lievittämiseen käyttää lääkehoitoa. (Käypähoito -suositus 2006.)

Emotionaalisen tuen tarpeen arviointi aloitetaan jo potilaan tullessa osastolle esimerkiksi tulokeskustelun yhteydessä. Hoidon tarpeen arvioinnin pitää jatkua koko hoitajakson ajan, ja sen tulee ilmetä myös hoitosuunnitelmassa. Potilaiden voi olla vaikea kertoa hoitohenkilökunnalle tuntemuksistaan, minkä takia hoitajan tulisi tarkkailla potilaan olemusta, kuten esimerkiksi kasvojen ilmeitä ja puheen sävyä. Tärkeää on myös aktiivisesti kysellä potilaan ajatuksista ja tunteista. (Kuuppelomäki 2000, 131–132.)

2.3.4 Akuutin kivun hoito

Kipu on yksilöllinen ja epämiellyttävä tunne, joka on aina kokijalleen todellinen. Akuutti kipu on krooniseen kipuun verrattuna helpommin paikannettavissa. (Sailo 2000, 30,34.) Akuutin kivun tarkoituksena on suojata elimistöä kudosvaurioilta sekä estää lisävaurioiden syntymistä (Kalso ym. 2004, 86). Kipualue tuntuu aluksi vain vauriokohdassa, mutta myöhemmin se leviää laajemmalle alueelle. Tämä estää vaurioituneen osan liikuttelun ja nopeuttaa paranemista. (Wall 1999, 96–97.)

Lonkkamurtumapotilaalla esiintyvä kipu on nosiseptiivistä eli kudosaauriokipua. Murtuma-alueelta syntyneestä kudosaauriosta lähtee tieto hermoja pitkin keskushermostoon. (Janes & Tilvis 2001, 297.) Äkillisesti syntyvät vammat voivat aluksi olla kivuttomia, koska ihmisen huomio keskittyy vain selviytymiseen. Kun henkilö on mielestään turvassa, hän alkaakin tuntea kipua. (Kalso ym. 2004, 86–87.) Kipu aiheuttaa rauhatonmuutta, pelkoa ja joskus jopa psyykkisiä tuntemuksia kehossa (Jäntti 2000, 120). Akuutin kivun synty- ja etenemismekanismit tunnetaan hyvin, siksi nykyään on mahdollista hoitaa nopeasti ja tehokkaasti akuuttia kipua (Kalso ym. 2004, 87).

Tärkeintä kivunhoidossa on potilaan oma arvio kivusta ja sen voimakkuudesta. Kivun arvioinnissa voidaan käyttää hyväksi erilaisia kipumittareita, esimerkiksi visual analogy scale -asteikkoa (VAS). Myös potilaan käyttäytymistä seuraamalla pystytään arvioimaan kivun voimakkuutta, kivusta kertoo esimerkiksi se, jos potilas varoo, hieroo, irvistää tai hänellä on vaikeuksia hengittää syvään tai nukkua. (Salomäki & Rosenberg 2006, 839–840.) Potilaan vastaanottotilanteessa on aina tärkeää, että kivusta kysytään ja sitä hoidetaan. Vuodeosastolla 7 kipumittareiden käyttö on hoitajakohtaista. Hoitajat arvioivat kipua potilaan omien kuvausten perusteella sekä käyttämällä ammatillista havainnointikykyä. Mitattaessa verenpainetta ja pulssia korkeat arvot herättävät usein epäilyksen mahdollisesta kivusta. (Sairaanhoitajan haastattelu 2009.)

Voimakkaiden traumakipujen ja varsinkin kudosaauriosta johtuvien kiputilojen hoidossa käytetään yleensä opiaatteja (Järvinen & Rasku 2000, 116; Kalso & Vainio, 2004, 138). Kipulääkkeen annostelussa on suositeltavaa käyttää ruiskeita, koska ne vaikuttavat nopeasti (Vaittinen 1996, 265). Kivunlievitystä ja mahdollisia haittavaikutuksia seurataan ja tarvittaessa tehdään lääkemutoksia (Kivelä & Räihä, 2007, 80–81). Jokilehdon ja Virkkusen (2005, 35) tutkimuksessa oli haastateltu Oulun yliopistollisen sairaalan yhteispäivystyksen sairaanhoitajia lonkkamurtumapotilaiden kivunhoidosta. Kyseisessä tutkimuksessa tuli esille, että lonkkamurtumapotilaan kivunhoitoon kuuluu myös asento-ohje, lonkan tukeminen ja oikeanlaiset otteet potilasta liikutellessa. Tutkimuksen mukaan myös tiedon antamisella ja potilaan luona olemisellä on merkitystä kivun hoidossa.

Vuodeosasto 7:n kivunhoitoprotokollan (2007) mukaan potilaan kipulääkityksen määrää päivystyspoliklinikan kirurgi, osaston hoitava lääkäri tai päivystysaikana osastopäivystäjä. Vuodeosastolla 7 lääkitseminen tapahtuu yleensä joko lihakseen annettavana pistoksena tai suun kautta otettavana liuoksena. Suonensisäisiä kipulääkkeitä tai tulehduskipulääkkeitä ei osastolla tavallisesti käytetä, poikkeuksena kuitenkin suonensisäisesti annettava Perfalgan-infuusio, jota voidaan joissain tapauksissa käyttää lonkkamurtumapotilaan kivunhoitoon. (Sairaanhoitajan haastattelu 2009.)

Tilviksen, Björkmanin ja Sorvan (2007) mukaan useista tutkimuksista käy ilmi, että dementoivaa sairautta sairastavien vanhusten kipua hoidetaan vähemmän kuin muiden vanhusten kipua. Eroja on nähtävissä erityisesti lonkkamurtuma- ja vanhainkotipotilailta. Kuitenkin myös melko dementoitunut potilas pystyy ilmaisemaan kipuaan sanallisesti ja vastaamaan kipua koskeviin kysymyksiin. Kun kyseessä on vaikeasti dementoitunut potilas, hänen kipunsa seuraamisessa korostuvat havainnointi ja käytösmuutosten seuraaminen. On syytä kuitenkin muistaa, että potilaan käyttäytymisen muutos voi joutua myös muusta kuin kivusta, esimerkiksi janosta, WC-tarpeesta tai masennuksesta.

3 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

3.1 Tutkimustehtävä ja -metodologia

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvata lonkkamurtumapotilaiden kokemuksia heidän saapumisestaan traumakirurgiselle vuodeosastolle. Tutkimme vastaanottotilannetta potilaiden näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa lonkkamurtumapotilaiden kokemuksista ja tarpeista vastaanottotilanteessa.

Tutkimustehtävämme oli seuraava: Millaisia kokemuksia lonkkamurtumapotilailla on osastolle saapumisesta?

Tutkimuksemme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullinen tutkimus pyrkii kuvaamaan todellista elämää ja sen kokonaisvaltaisuutta. Tutkijan omat havainnot ja tutkittavien kanssa käytävät keskustelut ovat tärkeämpiä kuin erilaisilla mittausvälineillä, kuten esimerkiksi testeillä hankittu tieto. Aineistoa käsitellään ainutlaatuisena. Aineistonkeruussa on tärkeää, että tutkittavien näkökulma tulee esiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160–164.)

Tapaustutkimukselle on tyypillistä ihmisläheisyys, aineisto kerätään luonnollisissa olosuhteissa esimerkiksi haastattelun avulla. Tutkimuksen kohteena on joko yksilö, ryhmä tai yhteisö. Tapaustutkimus on kuvailevaa, se kohdistuu nykyisyyteen, mutta usein myös menneisyyden tarkastelu on tärkeää tutkimuksen ymmärtämisen kannalta. (Soininen 1995, 81–82, Syrjälä & Numminen 1988, 5–11.) Päädyimme tekemään laadullisen tapaustutkimuksen, koska tutkimme lonkkamurtumapotilaiden omakohtaisia kokemuksia osastolle saapumisesta. Tapaustutkimuksen avulla pääsimme lähelle lonkkamurtumapotilaiden kokemuksia, ja lonkkamurtumapotilaiden omakohtainen näkökulma tuli esille.

3.2 Tiedonantajien valinta

Lähestyimme tutkimuksemme tiedonantajia osaston kautta. Rajasimme tiedonantajat niin, että haastattelimme päivystyksellisiä leikkaushoitoa tarvitsevia lonkkamurtumapotilaita, jotka ovat aikaan ja paikkaan orientoituneita. Osaston henkilökunta arvioi osastolle tulevien lonkkamurtumapotilaiden soveltuvuutta tutkimukseen näiden kriteerien perusteella. Hoitajat antoivat mahdollisille tutkittaville laatimamme saatekirjeen (liite 2), jonka yhteydessä oli allekirjoitettava yhteydenottolupa. Osastolta oltiin yhteydessä meihin ja sovimme potilaan kanssa ajankohdan, jolloin menimme haastattelemaan potilasta.

Kaikki haastattelut tehtiin leikkauksen jälkeen eli postoperatiivisesti. Haastattelut tapahtuivat sairaalassaoloaikana, joten osastolle saapumisesta ei ollut ehtinyt kulua paljon aikaa. Haastattelun ajankohtana leikkauksesta oli kulunut yhdestä viiteen päivää.

3.3 Aineiston kerääminen

Haastattelua pidetään joustavana aineistonkeruumenetelmänä ja sopivana erilaisiin tutkimuksiin. Usein haastattelua käytetään, kun halutaan korostaa sitä, että ihminen on tutkimuksessa merkityksiä luova ja aktiivinen osapuoli. Haastattelussa tutkittavalla on mahdollisuus vapaasti tuoda esille itseään koskevia asioita. Menetelmänä haastattelu sopii myös silloin, kun tutkitaan ilmiötä, johon ei ole olemassa objektiivisiä testejä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34–40.)

Valitsimme tutkimuksemme aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun eli puoli-strukturoidun haastattelun. Tutkijan asettamien yksityiskohtaisten kysymysten sijaan teemahaastattelu etenee tiettyjen teemojen mukaan. Tämä mahdollistaa sen, että tutkijan näkökulma ei vaikuta haastatteluun. Sen sijaan tiedonantajien tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset tulevat esiin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35–48.) Pohdimme tutkimusta suunnitellessamme myös muita aineistonkeruumenetelmiä, kuten kyselylomaketta, mutta päädyimme haastatteluun, koska sen avulla on mahdollista saada monipuolista ja potilaslähtöistä tietoa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35–48). Teemahaastattelun avulla pääsimme lähelle lonkkamurtumapotilaiden ajatusmaailmaa. Jos olisim-

me etukäteen määritelleet tarkat kysymykset valmiine vastausvaihtoehtoineen, olisi meiltä saattanut jäädä huomioimatta jokin potilaan mielestä erittäin tärkeä asia.

Esihaastattelu on tärkeä ja välttämätön osa teemahaastattelua (Hirsjärvi & Hurme 2001, 73). Suunnittelimme haastatteluja ohjaavan alustavan kysymysrunгон (liite 1), jonka sujuvuutta kokeilimme suorittamalla yhden esihaastattelun. Muodostimme kolme teemaa kirjallisuuskatsauksesta nousevien aiheiden perusteella. Lisäksi saimme apua teemojen muotoiluun muun muassa sisällönohjaajaltamme ja vertaisarvioijiltamme tutkimussuunnitelmaseminaarissa. Esihaastattelun avulla tarkistetaan haastattelurungon toimivuutta, aihepiirien eli teemojen järjestystä ja kysymysten muotoilua. Esihaastattelun jälkeen on vielä mahdollista muuttaa haastattelurunkoa. Esihaastattelussa saadaan myös selville, kuinka kauan haastattelut keskimäärin tulevat viemään aikaa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 72–73.) Koska haastattelurunko ei muuttunut esihaastattelun jälkeen, otimme myös esihaastattelun osaksi varsinaista tutkimusaineistoa.

Haastattelutilanteessa toinen toimi varsinaisena haastattelijana toisen kuunnellessa ja havainnoidessa sivusta. Havainnoija teki muistiinpanoja. Tällä tavalla haastattelijaa sai palautetta ja tarvittaessa kykeni kehittämään haastattelutaitoaan. Teemahaastattelurunko ohjasi vapaamuotoista keskustelua. Kaikki haastattelut tapahtuivat rauhallisissa tiloissa, eivätkä haastattelut juurikaan keskeytyneet. Yhden haastattelutilanteen aikana osastolla oli remontti, jonka aiheuttaman metelin takia meneillään oleva haastattelu keskeytyi pari kertaa. Nauhoitimme kaikki haastattelut ääninauhurille ja välittömästi haastatteluiden jälkeen litteroimme nauhat eli kirjoitimme haastattelut paperille sanasta sanaan. Kaikki haastattelut tapahtuivat kevään 2010 aikana, aikaa aineiston keräämiseen kului yhteensä neljä kuukautta. Alun perin tarkoituksenamme oli saada 3-5 tiedonantajaa, lopullinen tiedonantajien määrä oli neljä.

3.4 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa kvalitatiivisissa eli laadullisissa tutkimuksissa. Kvalitatiivisissa tutkimuksissa voidaan käyttää myös muita analyysimenetelmiä, mutta nekin pohjautuvat loppujen lopuksi sisällönan-

lyysiin. Sisällönanalyysia voidaan käyttää hyvin monenlaisten tutkimusten tekemisessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.)

Sisällönanalyysi tarkoittaa sanallista tekstin sisällön kuvailua (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota tarkastelemalla asioiden merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21). Tutkimusaineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analysoimalla luodaan sanallinen ja selkeä kuvaus ilmiöstä. Sisällönanalyysin tarkoitus on järjestää aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107–108.)

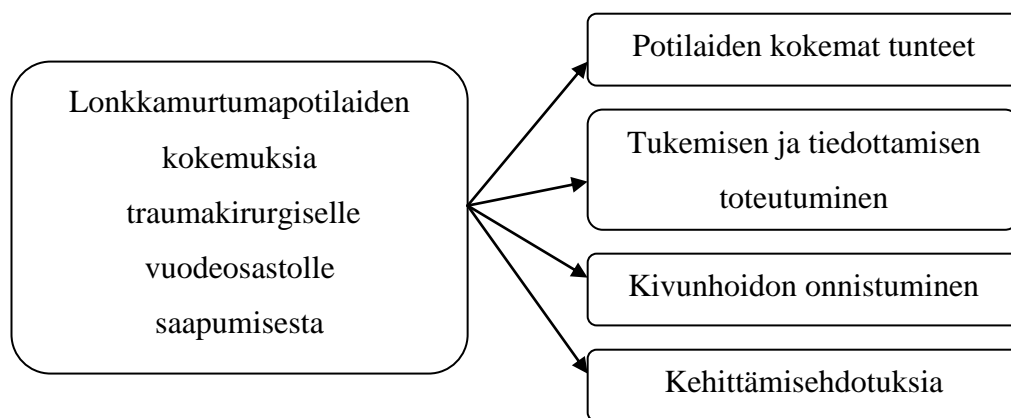
Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on kyse siitä, että alempia luokkia yhdistellään isommiksi kokonaisuuksiksi ja näin saadaan aikaan vastaus tutkimustehtävään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113). Aloitimme aineiston analysoinnin litteroinnilla, eli purimme nauhoitetut haastattelut kirjalliseen muotoon sana sanalta. Aineistoa kertyi yhteensä 16 sivua Times New Roman –fontilla, tyylillä normaali ja rivivälillä yksi. Luimme aineistoa useamman kerran läpi muodostaaksemme kokonaiskuvan aineistosta. Tämän jälkeen aloitimme redusoinnin eli aineiston tiivistämisen. Poimimme aineistosta pelkistettyjä ilmauksia, eli kokosimme yhteen ilmaukset, jotka vastasivat tutkimustehtäväämme. Nämä ilmaukset koodasimme eri väreillä, jotta voisimme samalla myös tehdä jo aineiston ryhmittelyä. Aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, ja pelkistämistä seuraava vaihe on klusterointi eli ryhmittely, jolloin aineistosta etsitään samaa tarkoittavia ilmauksia ja ne ryhmitellään alaluokiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

Muodostimme ryhmittelyssä useita alaluokkia, mutta pidimme kuitenkin koko ajan tiedonantajakohtaiset haastattelut erillään, emmekä yhdistäneet niitä yhdeksi isoksi kokonaisuudeksi. Sijoitimme aineistot samaan taulukkoon niin sanottuun matriisipohjaan neljästä A4-kokoisesta arkista koostuvalle isolle paperille niin, että jokainen haastattelu erottui. Tämä mahdollisti tiedonantajien taustojen huomioon ottamisen ja yksilöllisemmän lähestymistavan tulosten tulkintavaiheessa.

Aineiston ryhmittelyn jälkeen on vuorossa aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen, jolloin erotetaan oleellisin tieto ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Ryhmittely kuuluu abstrahointiprosessiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–113.) Yhdistelimme samaa asiaa käsitteleviä alaluokkia yläluokkien alle, otsikoimme yläluokat niiden sisältöjen

mukaan. Esimerkiksi potilaiden tunteita kuvaavan luokan alle keräsimme niin potilaiden sisäisiä, omista lähtökohdista lähteviä tunteita, kuin myös hoitohenkilökunnan herättämiä tunteita. Emme valinneet valmiita teoreettisia käsitteitä, vaan nimesimme yläluokat niitä mielestämme parhaiten kuvaavilla ilmauksilla. Kaikkia luokkia yhdistäväksi luokaksi muodostimme tutkimustehtävämme, johon alun perin lähdimme hakemaan vastausta (kuvio 1).

Sisällönanalyysin avulla muodostimme siis tutkimustehtävän alle neljä yläluokkaa. Potilaiden kokemat tunteet on ensimmäinen yläluokka, jonka jaoimme vielä kahteen alaluokkaan, hoitohenkilökunnan herättämät tunteet ja omat sisäiset tunteet. Toinen yläluokka on tukemisen ja tiedottamisen toteutuminen, sen alaluokkia ovat tuen saanti ja tiedottamisen keinot. Kolmas yläluokka on kivunhoidon onnistuminen, jonka alaluokkina ovat riittävä kivunhoito ja pyytämisen tärkeys. Neljänneksi yläluokaksi muodostimme potilaiden haastatteluissa esiin tuomia kehittämissuhteita. Tulosten yhteydessä esitämme suoria lainauksia haastatteluista.



KUVIO 1. Lonkkamurtumapotilaiden kokemuksia traumakirurgiselle vuodeosastolle saapumisesta

4 TUTKIMUSTULOKSET

4.1 Tiedonantajien profilointi

Haastattelimme neljää päivystyksellistä lonkkamurtumapotilasta. Tiedonantajien erilaisen taustan takia profiloimme tiedonantajat, jotta taustan merkitys näkyisi tulosten tarkastelussa. Olemme nimenneet tiedonantajat koodeilla N1–N4.

N1 on 64-vuotias kotitapaturmassa loukkaantunut nainen, joka juhlapyhien vuoksi ei päässyt suoraan traumakirurgiselle osastolle. Hän odotti leikkausta sekä vuodepaikkaa traumakirurgiselle osastolle sairaalan toisella osastolla. Haastattelimme häntä kolmantena leikkauksen jälkeisenä päivänä.

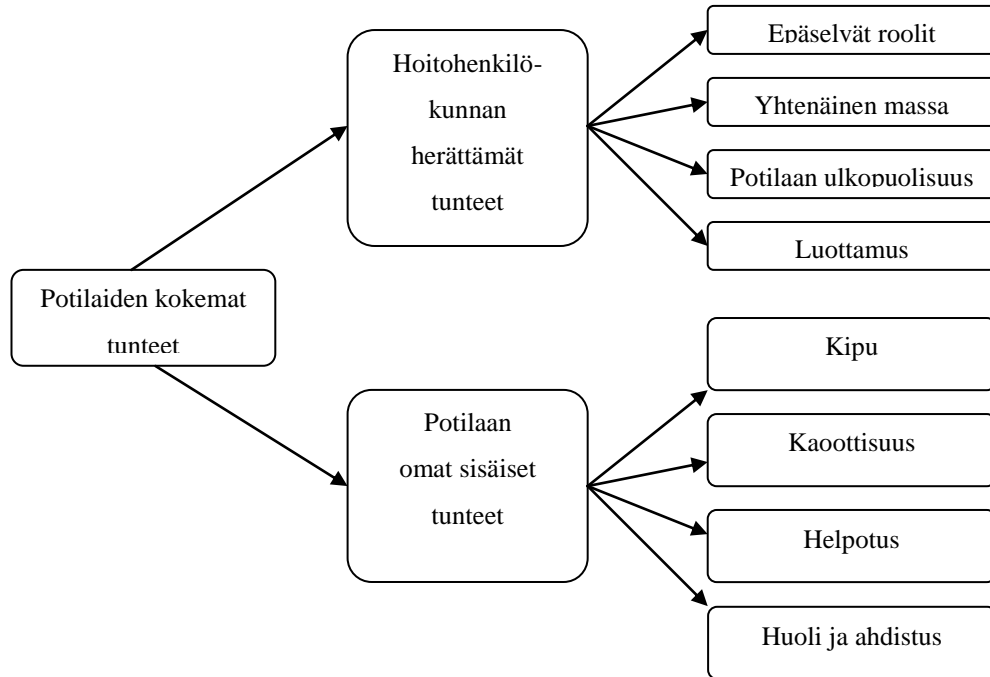
N2 on tiedonantajista nuorin, 42-vuotias ja ainoa mies. Hänen lonkkamurtumansa tapahtui työtapaturmaisesti. Hän tuli traumakirurgiselle osastolle suoraan leikkaussalista, ja haastattelimme häntä toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä.

N3 on iäkäs, 86-vuotias nainen, joka korkeasta iästä huolimatta oli ennen lonkkamurtumaa täysin asiallinen ja kotonaan yksin pärjäävä. Hän tuli osastolle pienen paikkakunnan terveyskeskuksesta. Haastattelimme häntä ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä.

N4 on 54-vuotias nainen, joka tuli osastolle yöaikaan päivystyksen kautta. Hänellä on perussairaus, jonka takia sairaalahoitojaksoja oli takana useita. Nyt tapahtunut lonkkamurtuma oli hänelle jo toinen. Haastattelu tapahtui viidentenä päivänä leikkauksen jälkeen.

4.2 Potilaiden kokemat tunteet osastolle saapuessa

Yllättäen tapahtuneen tapaturman vuoksi tiedonantajilla oli monenlaisia tunteita. Päälimmät ajatukset vaihtelivat luottamuksesta ulkopuolisuuden kokemuksen tunteeseen. Yhteistä kaikille oli odottaminen ja huoli lonkan paranemisesta.



KUVIO 2. Potilaiden kokemat tunteet

4.2.1 Hoitohenkilökunnan herättämät tunteet

Tiedonantajat kokivat, että vastaanottotilanteessa hoitohenkilökunta esiintyi massana, yksittäisiä henkilöitä ei jäänyt mieleen. Tiedonantajat kertoivat, että vastaanottamassa oli useita henkilöitä, joiden roolit jäivät epäselviksi.

En tienny ketä ne oli, siinä oli harjoittelijoita, niitä tyttöjä kait, ja ne vaihtu.

Yksi tiedonantajista koki olevansa vastaanottotilanteessa ulkopuolinen. Hoitajat keskittyivät potilaan kohtaamisen sijasta asioiden eteenpäin viemiseen.

*Siinä ne paperit vaan laitettiin.
Mulle työnnettiin lääkepurkki käteen.*

Tiedonantajista ainoastaan yksi (N4) kertoi tienneensä hoitajansa. Se herätti hänessä luottamusta.

Kyllä mulla oli iha sellanen (tunne) että, että ihan hyvissä käsissä.

4.2.2 Omat sisäiset tunteet

Jokaisella tiedonantajalla oli erilaisia päällimmäisiä ajatuksia ja tunteita osastolle tulotilanteesta. Eräs tiedonantaja (N1) oli helpottunut päästessään viimein traumakirurgiselle osastolle, vaikka hän kokikin tilanteen hyvin kiireisenä ja jopa kaoottisena. Toinen tiedonantaja (N2) toi selvästi esille, että päällimmäisenä oli ajatus kivusta ja huoli lonkan paranemisesta. Yhdellä tiedonantajalla (N3) ei vastaanottotilanteesta ollut odottamisen tunteen lisäksi muita muistikuvia. Eräs tiedonantaja (N4) koki surua ja ahdistusta lonkan uudelleen murtumisesta.

Oli helpotus, ku mä tiesin, että tää on varsinainen traumaosasto.

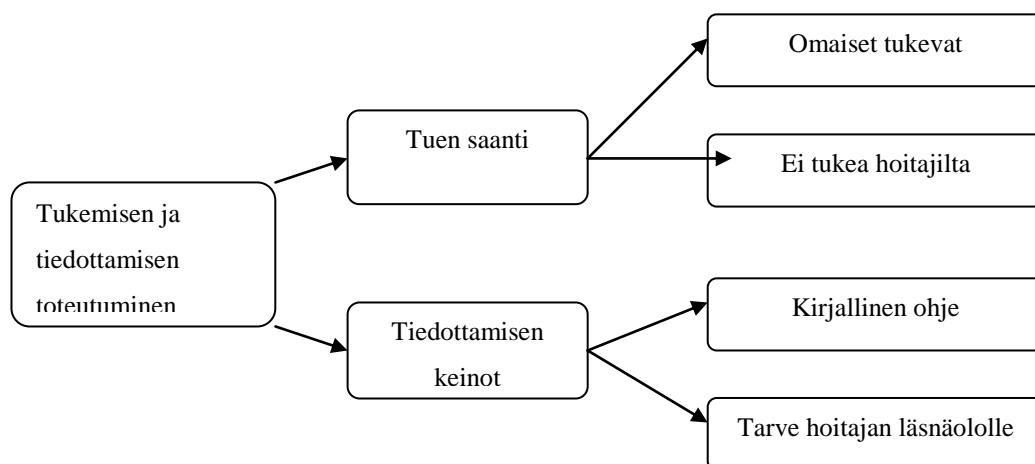
Että oi ei! Taas murtu lonkka... sama jalka.

Tiedonantajat kokivat saaneensa potilaspaikkansa nopeasti osastolle saavuttuaan. Tämä vahvisti positiivista kokemusta osastolle saapumisesta. Erityisesti naispotilaille oli tärkeää, että potilashuone oli yhden hengen huone.

Pidän etuoikeutettuna, että sain tämmösen yhden hengen huoneen.

4.3 Tukemisen ja tiedottamisen toteutuminen

Tiedonantajien tuen tarve oli yksilöllistä, johon vaikutti muun muassa potilaan hoitopolku. Osa tiedonantajista ei kokenut tarvitsevansa minkäänlaista tukea vastaanottotilanteessa. Kuitenkin ne, jotka tukea olisivat tarvitseet, eivät sitä omasta mielestään saaneet.



KUVIO 3. Tukemisen ja tiedottamisen toteutuminen

4.3.1 Tuen saanti omaisten varassa

Lähes kaikki tiedonantajat kertoivat saaneensa tukea ainoastaan läheisiltään. Eräs tiedonantaja soitti itse omaisilleen ja ilmoitti olevansa sairaalassa. Vain yksi tiedonantajista (N4) kertoi kokeneensa, että sai tukea myös hoitohenkilökunnalta.

No mun mies ja tytär oli täällä, että lähinnä sieltä päin tuli tuki.

Mä soitin heille, että vihdoinkin alkaa tapahtua, että ottakaa illalla yhteyttä.

Osa tiedonantajista oli kuitenkin sitä mieltä, ettei olisi hoitohenkilökunnalta tukea tarvinnutkaan.

Ei, ei ollu mitään... Kaiken sai mitä tarvittiki.

Kaikki tiedonantajat korostivat, että omaisten läsnäolo ja mahdollisuus osallistua hoitoon ovat tärkeitä. Heidän mielestään hoitohenkilökunta hyväksyi omaiset osana hoitoa.

Mun tytär on tuota noin...kova ottamaan selvää, että hyvin hänetki huomioitiin.

Yksi tiedonantajista (N3) ei tiennyt, millaista tukea olisi tarvinnut, tai saiko hän min-käänlaista tukea vastaanottotilanteessa. Hänellä ei ollut osastolle saapumisesta selkeää muistikuvaa.

4.3.2 Tiedottaminen kirjallisten ohjeiden varassa

Suurin osa tiedonantajista kertoi, että oli vastaanottotilanteessa saanut tietoa tapahtuneesta lonkkamurtumasta ja sen hoidosta. Eräs tiedonantaja (N1) painotti lonkkamurtumapotilaan huonokuntoisuuden huomioimisen tärkeyttä. Hänen mielestään muun muassa lonkkamurtumapotilaan hoitoon liittyviä asioita pitäisi kerrata koko hoitojakson ajan.

Että tärkeitäkin asioita voi mennä niinku, ei jaksa ajatella.

Tiedonantajista yksi (N4) kertoi, että sai luettavakseen potilasohjeita. Hän koki, että ne eivät kuitenkaan yksin luettuna antaneet riittävästi tietoa tapahtuneesta ja lonkkamurtumapotilaan hoidosta. Hän olisi kaivannut hoitajan läsnäoloa, jolloin hoitaja olisi tilanteessa osannut ottaa esille tärkeimmät asiat ja vastata potilaan kysymyksiin.

Sitä on aika yksin lappupinkkansa kanssa.

Yksi tiedonantaja oli ollut vastaanottotilanteessa huolissaan lonkan paranemisesta. Hän kuitenkin kertoi saaneensa tarvitsemansa tiedon lonkan tilanteesta myöhemmin lääkäriltä.

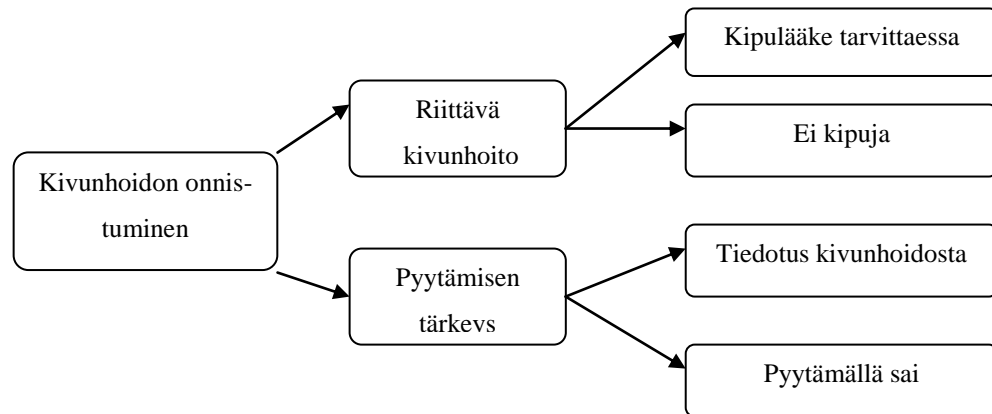
Ku se lääkäri sano sitte aamukierroksella, että viiskyntrosenttinen mahdollisuus, että se paranee.

4.4 Kivunhoidon onnistuminen

Lähes kaikki tiedonantajat olivat sitä mieltä, että kipua hoidettiin hyvin. He olivat mielestään saaneet kipulääkettä riittävästi ja aina tarvittaessa.

Ja hyvin tarjottiin aina kipulääkettä, että ihan oli vähä pää sekasi.

Yksi tiedonantajista (N3) ei osannut vastata kysymyksiin kivunhoidosta, mutta hän ei muistanut kokeneensa kipua. Tästä voi myös päätellä, että hänkin on saanut kivunhoitoa riittävästi, kun huomioon otetaan muiden tiedonantajien kokemukset hyvästä kivunhoidosta.



KUVIO 4. Kivunhoidon onnistuminen

Tiedonantajista kolme kertoi, että heitä oli ohjattu kipulääkkeen pyytämisen tärkeydestä. Hoitohenkilökunta oli korostanut, että tärkeintä on kipulääkkeen tarpeen ilmaiseminen. Kipulääkettä sai, kun sitä itse pyysi.

Mä sain kyllä vahvoja kipulääkkeitä aina ku, kun ymmärsin pyytää.

Sain kipulääkettä aina sillon ku ite halusin...ite sai pyytää aina ku tarvihti.

Riittämättömän kivunhoidon seurauksista oli tiedotettu ainakin yhtä tiedonantajista (N4). Hoitohenkilökunta oli kertonut, miksi kivunhoito tarpeeksi ajoissa on tärkeää.

Sitä kyllä aina sanottiin, että aina pyytää, että...Ja sitte saattaa jäähä pahempi kipu, jos sä koitat yrittää olla ilman kipulääkettä.

4.5 Hoitotyön kehittämisehdotuksia

Koska haastattelutilanteet olivat pääosin avointa keskustelua teemojen ympärillä, nousi haastatteluiden aikana esille myös sellaisia asioita, jotka eivät sisältyneet alkuperäiseen haastattelurunkoon. Ne olivat tiedonantajien tärkeinä pitämiä asioita, joita he itse toivat esille haastatteluissa. Kehittämisehdotukset koskivat tiedon välittämistä ja vuorovaikutusta potilaan ja henkilökunnan välillä.

Odottaminen kuului jokaisen tiedonantajan kokemuksiin. He odottivat muun muassa oikealle osastolle tai leikkaukseen pääsyä sekä tietoa leikkauksen onnistumisesta ja jatkohoidosta.

*Tai enhän mä tienny, että kuin kauan mä odotan.
Ootin sitä vaan...että kuta pikemmin leikkattasi.*

Tiedonantajat luottivat hoitajien ammattitaitoon ja kokivat potilasohjeet positiivisena lisänä tiedottamisessa. Potilasohjeet eivät yksinään olleet kuitenkaan kaikkien kohdalla riittäviä tiedottamisen keinoja, sillä tiedonantajat olisivat mielestään tarvinneet hoitajan läsnäoloa, jotta asiat eivät jäisi epäselviksi.

Lukkee vaikka yhessä sitä lappua. Ottaa sieltä ne tärkeimmät asiat.

Kuten jo aiemmin tuli esille, tiedonantajat olivat erittäin tyytyväisiä kivunhoitoon, jota osastolla saivat. He kokivat, että hoitohenkilökunta suhtautui kivun tunteeseen ymmärtäväisesti ja ammattitaitoisesti. Tiedonantajat olivat kuitenkin huomanneet hoitohenkilökunnan kiireen. Myös hoitajien erilaiset persoonallisuudet nostettiin esille.

Kovin ne on kiireisiä... Ja kovin ne on erilaisia, niinku ihmiset on erilaisia, että jotkut ovat hyvin kiireestään huolimatta hetken levollisia ja kuuntelevia ja... Toinen suurin piirtein paiskaa pillerit eteen ja häipyä huoneesta.

Yksi tiedonantajista toi esille, että hoitohenkilökunta arvosti iäkkäitä potilaita.

Ja hoitohenkilökuntakin täällä on ihan mukavaa, ku nuorii ovat kaikki.. Ja niin ilosia.

Ja niin, niin se pitää ollakki, tämmöselle vanhalle tyttäreille niin...

Esille nousi myös eräs asia, joka voi jäädä hoitajilta huomaamatta. Osaston meteli kantautuu usein potilashuoneisiin saakka, varsinkin, jos potilashuoneen ovi on jäänyt auki. Vuoteessa olevat potilaat kuulevat kaiken, mitä osastolla tapahtuu.

Tuo ovi on auki niin... siitä näkkee ja kuulee kaikenlaista. Miten se on näin hiljasta nyt?

5 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lonkkamurtumapotilaiden kokemuksia traumakirurgiselle osastolle saapumisesta. Tarkastelemme tutkimustuloksia muodostamiemme yläluokkien mukaisesti.

5.1 Potilaan kokemat tunteet osastolle saapuessa

Tiedonantajat kokivat, että vastaanottotilanteessa hoitohenkilökuntaa oli runsaasti. Sen takia tiedonantajien oli vaikea kuvata tai eritellä, millaisia tunteita hoitohenkilökunta heissä herätti. Kun potilas siirtyy päivystyksestä osastolle, on tilanteessa läsnä potilaan tuova päivystyksen hoitaja ja osaston vastaanottavat hoitajat. Lisäksi lonkkamurtumapotilaan siirrossa tarvitaan apuna useita hoitajia, jotta potilasturvallisuus säilyy. Tilanteessa voi olla mukana myös opiskelijoita. Potilaan osastolle saapumisaika vaikuttaa siihen, miten paljon henkilökuntaa on töissä. Esimerkiksi vuoron vaihtuessa osastolla ovat samaan aikaan sekä aamu- että iltavuorolaiset.

Yksi tiedonantaja (N4), jolla oli paljon sairaalakokemuksia perussairautensa ja aikaisemman lonkkamurtuman takia, erotti hoitohenkilökunnan erilaiset roolit toisistaan ja suhtautui luottavaisesti hoitoon ja hoitohenkilökunnan ammattitaitoon. Saarinen (2007) tutki hoidon laatua päivystyspoliklinikan potilaiden näkökulmasta. Tutkimustulosten mukaan potilailla oli vahva luottamus hoitajien ammattitaitoon (Saarinen 2007, 45–53).

Tiedonantajien erilaisten taustojen takia heidän päällimmäiset ajatuksensa vaihtelivat. Nuorella työikäisellä lonkkamurtumapotilaalla (N2) korostui huoli lonkan paranemisesta. Hänen kohdallaan voi vaikuttaa se, että hän oli mennyt suoraan päivystyksestä leikkaussaliin, jolloin tiedottaminen tapahtuneesta ja jatkohoidosta on voinut olla puutteellista.

Vastaavasti iäkäs tiedonantaja (N3), jota haastattelimme ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä, ei muistanut lähes mitään osastolle saapumisesta. Tätä voivat selittää tiedonantajan korkea ikä, äkillisestä tilanteesta johtuva sekavuus ja mahdollisesti myös haastatteluajankohta. Arvo (2005, 36–49) tutki tietojenkeruulomakkeita aineistona käyttämällä ikääntyneiden potilaiden toimintakyvyn muutosta päivystyspoliklinikalle tullessa ja sieltä lähtiessä. Tutkimuksen mukaan päivystyspotilaiden muistamattomuus oli selvästi lisääntynyt, sillä muistamattomien määrä päivystyspoliklinikalle tulotilanteessa oli lähes kolminkertainen verrattuna potilaiden tilanteeseen kotona.

5.2 Tukeminen ja tiedottaminen osastolle saapuessa

Saarisen (2007, 51–61) tutkimuksen mukaan päivystyspoliklinikan potilaat olivat pääosin tyytyväisiä hoitohenkilökunnalta saamaansa ohjaukseen. Potilaista tyytymättömiä ohjaukseen olivat kuitenkin potilaat, jotka olivat tulleet sairaalaan trauman tai akuutin sairauskohtauksen takia. Meidän tutkimuksessamme tiedonantajat kokivat, että tiedottaminen hoidosta oli pelkästään kirjallisten potilasohjeiden varassa. Kuitenkin tiedonantajien mielestä potilasohjeet olivat kattavat ja niistä sai paljon tietoa lonkkamurtumasta.

Mäenpää (2005, 55–57) tutki nuorten skolioosileikkauspotilaiden ja heidän vanhempinsa kokemuksia leikkaukseen liittyvästä ohjauksesta. Tutkimuksen mukaan perheet olivat toivoneet, että leikkauksesta olisi ollut enemmän kirjallista materiaalia saatavilla. Tutkimuksemme tiedonantajat eivät olisi mielestään tarvinneet lisää kirjallista materiaalia, vaan ennemminkin hoitajaa viereensä selventämään kirjallista potilasohjetta.

Päivystyspotilaan saapuessa osastolle on tärkeintä, että hoitajat saavat potilaan leikkausvalmistelut tehtyä, sillä potilaan pääsyä leikkaussaliin ei voi ennakoida. Leikkausvalmisteluihin kuluu aikaa, ja hoitajalla voi olla useita potilaita hoidettavanaan, joten päivystyspotilaan emotionaalinen tukeminen jää helposti vähäiseksi osastolle tulotilanteessa. Potilaan saapuessa osastolle hoitajien voi olla helpompaa antaa kirjalliset ohjeet potilaalle tutustuttavaksi. Ohjeen tarkoituksena on akuutissa vaiheessa antaa potilaalle yleiskuvaa hoidosta ja tulevista tapahtumista. Hoitaja voi olettaa, että potilas kysyy epä-

selvistä asioista. Kirjalliseen ohjeeseen on mahdollisesti helpompi palata myöhemmin akuutin tilanteen mentyä ohi.

Lähes kaikki tiedonantajat olivat sitä mieltä, että tuen saanti oli yksinomaan omaisten varassa. Myös Mäenpään (2005, 49–51) tutkimustulokset olivat osittain samankaltaisia, sillä skolioosileikkauspotilaat ja heidän vanhempansa kokivat saaneensa eniten tukea läheisiltään ja oman perheensä jäseniltä. Omaisten roolia tuen antajina edesauttaa se, että he pystyvät olemaan potilaan lähellä tavalla tai toisella pitkiäkin aikoja. He voivat olla mukana saattamassa potilasta osastolle, puhelinyhteydet ovat matkapuhelimien ansiosta hyvät, eikä osastolla ole rajoitettuja vierailuaikoja.

Yksi tiedonantajista koki, että hän oli saanut tukea myös hoitohenkilökunnalta. Lonkkamurtuma oli hänelle jo toinen, ja vastaanottava hoitajakin oli tuttu edelliseltä hoitajaksolta. Aikaisemman kokemuksen vuoksi potilas tarvitsi vähemmän tietoa ja tukea kuin ensimmäistä kertaa sairaalaan joutunut lonkkamurtumapotilas.

Silloin kun mä ekan kerran olin, niin olin mää silloin aika hukassa... Ei nyt enää, koska olen jo toista kertaa.

5.3 Kivunhoidon riittävyys

Traumakirurginen osasto 7 on päivystyksellinen osasto eli lähes kaikki osastolle tulevat potilaat ovat päivystyspotilaita. Kivunhoidon tärkeys on osa osaston henkilökunnan työskentelyarvoja. Kivunhoitoa ohjaa lääkäreiden ja hoitajien yhdessä laatima kirjallinen kivunhoitoprotokolla. (Sairaanhoitajan haastattelu 2009.)

Tutkimuksemme kaikki tiedonantajat olivat kokeneet kivunhoidon riittävänä. He olivat saaneet kipulääkettä heti, kun kokivat sitä tarvitsevansa. Saarisen (2005, 63–67) tutkimuksessa päivystyspoliklinikan potilaista osa koki kivunhoidon riittämättömänä ja liian hitaasti toteutettuna. Kuitenkin suurin osa hänen tutkimuksensa potilaista oli ollut tyytyväisiä kivunhoitoon.

Tutkimuksemme tiedonantajille oli korostettu kipulääkkeen pyytämisen tärkeyttä. Jokaiselle tiedonantajalle oli sanottu, että heidän täytyy itse pyytää kipulääkettä, kun sitä kokevat tarvitsevänsä. Raappana (2001) tutki päiväkirurgisten potilaiden kipua ja kivunhoidon ohjausta. Tutkimustulosten mukaan potilaat olettivat hoitajan arvioivan kipua potilaan käyttäytymisestä. Kuitenkin puolet potilaista koki, että hoitajat arvioivat potilaiden kipua vain heidän itsensä siitä kertoessa.

Johtopäätöksiä voidaan esittää, että tiedonantajien tunteet vaihtelivat heidän saapuaan osastolle, mutta yhteistä kaikille oli odottaminen ja huoli lonkan paranemisesta. Tiedottaminen ja tukeminen olivat kirjallisten potilasohjeiden ja omaisten varassa. Potilaat kokivat kivunhoidon riittävänä.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnille ei ole yksiselitteisiä ohjeita. Muutenkin luotettavuutta tulee aina arvioida työn kokonaisuutena eikä ainoastaan esimerkiksi loppuraportin osalta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141.) Luotettavuuden kriteeri laadullisessa tutkimuksessa onkin tutkija itse, sillä arvioinnin kohteena ovat tutkijan tutkimuksessaan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut (Eskola & Suoranta 1996, 164–185).

Eskola ja Suoranta (1996, 164–185) esittelevät laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereinä neljä eri käsitettä. **Uskottavuus** tarkoittaa sitä, vastaako tutkijan tulkinta tutkittavien käsityksiä. Tulkintojemme totuudenmukaisuutta havainnollistaaksemme olemme käyttäneet loppuraportissa tiedonantajien suoria lainauksia. Tutkimustulosten **siirrettävyys** toiseen asiayhteyteen on mahdollista tietyin ehdoin (Eskola & Suoranta 1996, 164–185). Tämän tutkimuksen tulokset kuvaavat lonkkamurtumapotilaiden kokemuksia osastolle saapumisesta, mutta vastaavia tuloksia voisi ilmetä myös esimerkiksi säärimurtumapotilaiden kohdalla. **Varmuus** tarkoittaa, että tutkijan tulee ottaa huomioon tutkimukseen ennalta-arvaamattomasti vaikuttavat tekijät (Eskola & Suoranta 1996, 164–185). Tutkimussuunnitelmaa tehdessämme kartoitimme tutkimuksen tekemiseen mahdollisesti liittyvät riskit. Neljäs laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyvä käsite on **vahvistuvuus**, jolla tarkoitetaan, että tehdyt tulkinnat saavat tukea muista tutkimuksista (Eskola & Suoranta 1996, 164–185). Tutkimustulosten esittelyssä olemme ottaneet huomioon aiheesta aiemmin tehtyjä tutkimuksia.

Olemme olleet kriittisiä käyttämiämme lähteitä kohtaan ja pyrkineet löytämään mahdollisimman tuoretta kirjallisuutta. Kirjallisuuden valinnassa olemme ottaneet huomioon, onko tieto vuosien aikana voinut muuttua. Luotettavuutta lisää käyttämämme lähdekirjallisuuden monipuolisuus. Olemme kuitenkin käyttäneet myös muutamia oppikirjoja viitekehyksessä, sillä tutkimustietoa esimerkiksi kirurgisen potilaan emotionaalisesta tukemisesta löytyi vähän.

Tutkimustulokset vastaavat suurelta osin kirjallisuuskatsausta, mikä parantaa tutkimuksemme luotettavuutta. Tiedonantajien esille tuomat asiat ovat samansuuntaisia kuin kirjallisuudessa käsitellyt asiat. Luotettavuutta parantaa myös tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Olosuhteet on kerrottava selkeästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–233.) Koko tutkimusprosessin ajan olemme pitäneet tutkimuspäiväkirjaa. Näin saimme kirjattua ylös kaikki tutkimuksen vaiheet. Tutkimuksen suorittamisen eri vaiheet olemme kuvanneet tarkasti kappaleessa kolme.

Nauhoitimme tutkimusaineiston eli tekemämme haastattelut. Näin pystyimme varmistamaan, että haastattelutilanteet ja kertomukset pysyivät totuudenmukaisina. Tiedot eivät olleet ainoastaan muistimme varassa. Vuorovaikutustilanteessa on aina esillä myös sanaton viestintä; esimerkiksi tiedonantajien ilmeet, elekieli ja puhetyyli. Koska teimme haastattelut yhdessä niin, että toinen pysyi taustalla tarkkailijana, saimme laajemman kokonaiskuvan haastattelutilanteista. Jälkeenpäin haastatteluita läpi käydessämme huomasimme, että kokemattomuutemme saattoi johtaa avointen kysymysten vääränlaiseen aseteluun, jolloin tiedonantajien vastaukset olivat yksisanaisia.

Koska tämä on ensimmäinen tutkimuksemme, olemme käyneet tutkimuksen tekemiseen liittyvän opintojakson, joka on ohjannut meitä koko tutkimuksen teon ajan. Lisäksi olemme saaneet henkilökohtaista ohjausta niin ohjaavilta opettajilta kuin luokkatovereilta ja yhteistyötaholta.

Tutkimuksen eettisyyttä arvioitaessa on tärkeää miettiä, voidaanko tutkimuksella säävuttaa sellaista arvokasta tietoa, joka oikeuttaa puuttumaan ihmisen yksityisyyteen (Eskola & Suoranta 1996, 54–60). Willigin (2006, 36–57) tutkimuksen mukaan lonkkamurtuma huonontaa potilaan elämänlaatua. Hän teki vertailevan tutkimuksen lonkkamurtumapotilaiden ja kaatumisen seurauksena pelkän pehmytkudosvamman saaneiden potilaiden välillä. Tutkimuksen mukaan lonkkamurtumapotilaiden päivittäisistä toiminnoista selviytyminen syömistä lukuun ottamatta oli huonompaa kuin kontrolliryhmässä olleiden. Lonkkamurtumapotilailla oli lisäksi vähemmän sosiaalisia kontakteja ja he tarvitsivat enemmän kotiapua kuin pehmytkudosvamman saaneet potilaat. Tältä kannalta

katsottuna kaikki tapahtuvat lonkkamurtumat ovat merkittäviä sekä yhteiskunnalle että potilaalle itselleen ja aiheemme lonkkamurtumapotilaiden kokemuksista on tärkeä.

Tutkimuksen eettiseen perustaan kuuluu, että tutkijan on ymmärrettävästi selvitettävä tutkittaville tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Tutkittavien suojaan kuuluu, että he ovat tietoisia osallistumisen vapaaehtoisuudesta, tietävät mistä tutkimuksesta on kyse, tutkimukseen osallistuminen on luottamuksellista ja heidän anonymiteettinsa säilyy. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131–132.) Tutkimuksessamme eettisyys on otettu huomioon siten, että tiedonantajia lähestyttiin useamman kerran tutkimuksen osallistumisen puitteissa. Ensin traumakirurgisen vuodeosaston hoitajat kertoivat tutkimuksesta ja kysyivät tiedonantajan lupaa ottaa yhteyttä tutkijoihin eli meihin. Kun tapasimme tiedonantajan, kerroimme hänelle vielä tarkemmin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Painotimme osallistumisen vapaaehtoisuutta, salassapitovelvollisuuttamme, sitä, ettei tiedonantajaa voida myöhemmin tunnistaa tutkimuksesta sekä kerroimme, miten tulemme nauhoittamaan haastattelutilanteet ja kuinka tuhoamme ääninauhat myöhemmässä vaiheessa. Luvan haastattelun nauhoittamiseen saimme kirjallisena tiedonantajalta.

Käytimme matriisipohjaa analysoinnin vaiheessa, joka varmisti sen, että saimme säilytettyä yksittäisten tiedonantajien kokemukset yksilöllisinä. Näin saimme kattavamman aineiston. Haastavaa oli kuitenkin säilyttää jokaisen tiedonantajan yksilöllinen kokemus, ja samaan aikaan huolehtia siitä, ettei yksittäistä tiedonantajaa tunnista lopullisesta raportista.

Eettisyyden tarkastelussa on otettava huomioon myös hyvä tieteellinen käytäntö. Siihen kuuluu muun muassa muiden tutkijoiden huomioiminen ja heihin viittaaminen julkaisussa, tutkimustulosten ja menetelmien huolellinen raportointi, ja tulosten kattava kirjaaminen. Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta sekä tutkimuksen rehellisyydestä on niin tutkimuksen tekijällä itsellään kuin muillakin tutkimusryhmän jäsenillä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 128–133.) Tutkimusprosessin ajan olemme lukeneet aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja muita aiemmin tehtyjä tutkimuksia.

Tutkijan on ymmärrettävä eettisyyden liittyvän myös tutkimuksen laatuun. Tutkijan on huolehdittava siitä, että esimerkiksi tutkimussuunnitelma on laadukas, tutkimustehtävä

sopiva ja raportointi huolellisesti tehty. Näin eettisyydestä tuleekin muodollisesti osa tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikriteereitä. Hyvä tutkimus vaatii tutkittavalta oikeaa moraalista suhtautumista ja eettistä sitoutuneisuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 126–127.) Tutkimustehtävän muodostamiseen saimme apua seminaareista. Hyväksytimme tutkimussuunnitelman yhteistyötaholla ennen kuin aloimme kerätä aineistoa. Teimme yhteistyötahon kanssa myös kirjallisen yhteistyösopimuksen, joka takaa molemminpuolisen sitoutumisen tutkimukseen.

6.2 Oppimiskokemukset ja jatkotutkimushaasteet

Tämän opinnäytetyön tekeminen on antanut meille valmiuksia tuottaa laadullinen tutkimus. Tutkimuksen tekemisen myötä tiedonhakutaitomme ovat kehittyneet ja yhteistyö- sekä vuorovaikutustaidot ovat parantuneet. Myös kunnioitus tutkimuksia ja niiden tuottamaa tietoa kohtaan on lisääntynyt. Opinnäytetyön tekeminen on edistänyt paljon ammatillista kasvuamme. Olemme oppineet lonkkamurtumapotilaan hoitotyöstä sekä päivystyspotilaan kohtaamisesta.

Tutkimuksen tekeminen on ollut meille molemmille ensimmäinen kerta, joten haastetta on ollut riittävästi. Aikaa tutkimuksen tekemiseen on mennyt paljon, kun otetaan huomioon myös työ, joka ei näy loppuraportissa, kuten esimerkiksi kirjallisuuden hakeminen ja siihen tutustuminen, yhteistyö yhteistyötahojen kanssa sekä tutkimustulosten aukikirjoittaminen ja analysointi. Koska tutkimuksen työstäminen on ollut pitkäjänteistä, ovat pakolliset tauot tutkimuksen tekemisessä, esimerkiksi tutkimusluvan viivästymisen vuoksi, auttaneet säilyttämään mielenkiintomme tutkimusaihetta kohtaan.

Jatkotutkimushaasteena voisi olla tutkimus päivystyksellisen lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeisestä kuntoutumisesta ja kotiinpaluusta. Voisi tutkia, miten he kokevat lonkkamurtuman vaikuttaneen heidän jokapäiväiseen elämäänsä. Tutkimus voisi olla laadullinen ja se voitaisiin tehdä teemahaastattelun avulla. Kaikki tutkimuksemme tiedonantajat olivat asiallisia ja kykenivät pyytämään kipulääkettä. Toinen jatkotutkimusaihe voisikin olla muistihäiriöisen potilaan kivun arviointi ja kivunhoidon toteuttaminen.

Tutkimustulokset osoittavat, että omaisilla on suuri merkitys lonkkamurtumapotilaan tukemisessa. Siksi omaisten huomiointi osana hoitoa olisikin tärkeää. Mahdollinen kehittämisehdotus osaston henkilökunnalle olisi omaisten huomioon ottaminen osana lonkkamurtumapotilaan hoitoa, sekä ottaa huomioon sellaiset potilaat, joilla omaiset eivät voi osallistua hoitoon.

LÄHTEET

Julkaistut lähteet:

Eskola, J. & Suoranta, J. 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Hartikainen, S. & Jäntti, P. 2001. Iäkkäiden kaatumiset ja huimaus. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 281–292.

Hervonen, A. 2004. Tuki- ja liikuntaelimestön anatomia. Tampere: Lääketieteellinen oppimateriaalikustantamo.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. 15. uudistettu painos. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Huusko, T. & Sulkava, R. 2001. Lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen erityispiirteitä. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 356–358.

Huusko, T-M., Karppi, P., Avikainen, V., Kautiainen, H. & Sulkava, R. 1999. The changing picture of hip fractures: dramatic change in age distribution and no change in age adjusted incidence within 10 years in Central Finland. Bone 3/1999, vsk 24, sivut: 257–259.

Hyrkäs, K. & Immonen, J. 1995. Murtumapotilaan hoitotyö päivystyspoliklinikalla. Teoksessa Hietanen, K., Pitkänen, M-R. & Vilmi, S. (toim.) Hoitotyö päivystyspoliklinikalla. Tampere: Kirjayhtymä Oy, 166–188.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki: Tammi.

Janes, R & Tilvis, R. 2001. Vanhusten kipu. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 293–306.

Jokilehto, K. & Virkkunen, A. 2005. Lonkkamurtumapotilaan kivunhoito sairaalan päivystyspoliklinikalla – Haastattelututkimus Oulun seudun yhteispäivystyksen sairaanhoitajille. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Jussila, O. & Väliheikki R. 2007. Kivunhoitoprotokolla: Traumapotilaan kivunhoito-ohje. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Oulun yliopistollinen sairaala.

Jäntti, M. 2000. Kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 118–126.

Järvinen, A. & Rasku, T. 2000. Ensihoitopotilas ja kivunhoito. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 111–117.

Kalso, E., Vainio, A. & Estlander, A-M. 2004. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, E & Vainio, A (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim, 85–90.

Kalso, E. & Vainio, A. 2004. Kivun hoitomuodot. Teoksessa Kalso, E & Vainio, A (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim, 127-206.

Katajamäki, E. 2010. Moniammatillisuus ja sen oppiminen: Tapaustutkimus ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden osastolta. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt. Sairaanhoitaja tekee kriisityötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Kivelä, S-L. & Rähä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Helsinki: Lääkelaitos.

Kuuppelomäki, M. 2000. Potilaan tunteet ja emotionaalinen tuki. Teoksessa Eriksson, E & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Helsinki: WSOY, 129–158.

Kololuoma, J. & Ollikkala, S-L. 2008. Traumatologinen osasto 7. Teoksessa Huusko, H. & Kupila, P. (toim.) Leikkaus- ja tehohoidon tulosityksikkö, kirurginen vastuualue, vuodeosastot ja poliklinikat.

Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. 2006. Lonkkamurtumapotilaiden hoito. Hakupäivä 25.2.2009. <http://www.kaypahoito.fi/>

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 5/2005, vsk 17, sivut: 250–257.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.08.1992/785. Hakupäivä 24.9.2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. 2. Uudistettu painos. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–43.

Lehtonen, A. 2001. Osteoporoosi ja osteomalasia. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 251–256.

Lüthje, P., Nurmi, I., Palvanen, M. & Kannus, P. 2001 Reisiluun yläosien murtumien epidemiologia ja ehkäisymahdollisuudet. Suomen lääkärilehti 14/2001, vsk 56, sivut: 1615–1619.

Miettinen, H. & Kröger, H. 1998. Lonkkamurtumat –Vanhusväestön suuri ongelma. Suomen lääkirilehti. 35/1998 vsk 53, sivut: 4059–4062.

Myllynen, P. & Lüthje, P. 1997. Osteoporoottiset murtumat. Teoksessa Impivaara, O. (toim.) Osteoporoosi ja luunmurtumat. Katsaus syntymekanismeihin, vaaratekijöihin, ehkäisyyn, kliiniseen arviointiin ja hoitoon. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 51–55.

Pajamäki, J., Nevalainen, J., Peltonen, J. & Lindholm, T.S. 1994. Lantio ja alaraaja. Teoksessa Lindholm, T.S. (toim.) Kirurginen potilas. Tampere: Tampereen lääketieteen kandidaattiseura ry, 127–160.

Ristiniemi, J., Lukkari, M., Rauma, T. & Seppänen, H. 2005. Ohje potilaalle, jolla on lonkkamurtuma. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Oulun yliopistolinen sairaala.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Hakupäivä 8.9.2009. www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus.

Sailo, E. 2000, Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, E. & Varti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 30–38.

Salmi, J. & Väänänen, K. 1997. Osteoporoosin diagnostinen selvittely. Teoksessa Impivaara, O. (toim.) Osteoporoosi ja luunmurtumat. Katsaus syntymekanismeihin, vaaratekijöihin, ehkäisyyn, kliiniseen arviointiin ja hoitoon. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 30–35.

Salomäki, T. & Rosenberg, P. 2006. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim, 838–851.

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku: Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus.

Syrjälä, L. & Numminen, M. 1988. Tapaustutkimus kasvatustieteessä. Oulu: Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta.

Tilvis, R., Björkman, M. & Sorva, A. 2007. Dementiapotilaan kivun arvioinnin ja hoidon ongelmia. Hakupäivä 25.2.2009.

http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/terveysportti/dlr_laake.koti?p_hakuehto=lonkkamurtuma

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vaittinen, E. 1996. Kirurgia. Porvoo: WSOY.

Willig, R. 2006. Hip fracture –aspects of background factors and outcome. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Wall, P. 1999. Kivun anatomia. Suom. T. Onttonen. Helsinki: Art House Oy.

Julkaisemattomat lähteet:

Arvo, T. 2005. Ikääntynyt potilas päivystyspoliklinikalla – toimintakyvyn muutoksen seuranta. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Ihantola, M. 2008. Alueelliset erot lonkkamurtumien ilmaantuvuudessa, diagnooseissa, toimenpiteissä & hoitokustannuksissa. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Mäenpää, A. 2005. Idiopaattista skolioosia sairastavien nuorten ja heidän vanhempiansa kokemukset skolioosileikkaukseen liittyvästä ohjauksesta. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Oulun yliopistollisen sairaalan traumatologisen vuodeosaston sairaanhoitajan haastattelu. 27.2.2009.

Raappana, M. 2001. Kipu ja kivunhoidon ohjaus päiväkirurgisen potilaan arvioimana. Kuopion yliopisto. Opinnäytetutkielma.

Saarinen, S. 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

TEEMAAHAASTATTELURUNKO

Kaikista haastateltavista seuraavat tiedot: ikä, sukupuoli, tuloaika osastolle.

1. Lonkkamurtumapotilaan vastaanottaminen vuodeosastolle:

- Kuka/ketkä teidät otti vastaan osastolle tullessanne?
- Millainen vastaanotto oli? Mitä siinä tapahtui? Kertoisitteko siitä?
- Millaisena koitte ympäristön, jossa teidät otettiin osastolla vastaan?
- Mikä oli päällimmäisenä ajatuksena/tunteena mielessä?

2. Lonkkamurtumapotilaan saama tuki vastaanottotilanteessa:

- Mitä teille oli tapahtunut? Mitä tiesitte tulevista tapahtumista? Mitä teille kerrottiin?
- Millaista tukea saitte? Millaista tukea olisitte tarvinneet, mutta ette saaneet?
- Miten teidän mielestänne omaiset otettiin huomioon?

3. Lonkkamurtumapotilaan saama kivunhoito:

- Miten henkilökunta huomioi kipunne?
- Miten koitte kivunhoidon riittävyyden?

SAATEKIRJE

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun seudun ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyönämme haastattelututkimusta aiheesta *lonkkamurtumapotilaan vastaanottaminen vuodeosastolle*. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää lonkkamurtumapotilaiden kokemuksia ja mielipiteitä vastaanottotilanteesta vuodeosastolla 7. Osaston henkilökunta pystyy tutkimuksen avulla kehittämään potilaiden hoitotyötä vastaanottotilanteessa.

Tulemme osastolle haastattelemaan Teitä. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, ja tutkimustulokset käsitellään luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytenne paljastu missään vaiheessa. Nauhoitamme haastattelun äänikasetille, jonka hävitämme tutkimuksen valmistuttua. Noudatamme vaitiolovelvollisuutta.

Tarvitsemme Teiltä kirjallisen suostumuksen osallistumisesta tutkimukseemme. Teidän kokemuksenne ja mielipiteenne ovat arvokasta tietoa tutkimustamme varten.

Ystävällisin terveisin

Henna Kinnunen ja Mari Kiljunen

Suostun haastatteluun aiheesta lonkkamurtumapotilaan vastaanottaminen vuodeosastolle. Osaston hoitajat saavat ottaa yhteyttä haastattelijoihin ja sopia tarkemman haastattelujankohdan.

Aika, paikka ja allekirjoitus