

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön Koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2012

Jenna Kumpula Säily & Sanna Luukko

OHJAUSVIDEO LONKKAMURTUMAPOTILAALLE

- leikkauksen jälkeen



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön Koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

Toukokuu 2012 | 58 + liitettä 2

Susanna Mört

Jenna Kumpula Säily & Sanna Luukko

OHJAUSVIDEO LONKKAMURTUMAPOTILAALLE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä ohjausvideo lonkkamurtumapotilaalle, sekä selvittää kirjallisuuden perusteella mitä lonkkamurtumapotilaat haluavat tietää ja mistä aiheista he erityisesti haluaisivat saada ohjausta. Opinnäytetyö on osa Turun ammattikorkeakoulun Kivun hoidon potilasohjaus-hanketta. Hanke toteutettiin Turun ammattikorkeakoulun terveystalo-tulosalueen ja Turun sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä.

Suurin osa lonkkaleikkauksista tehdään ikääntyneille, joten pääasiallinen opinnäytetyön kohde-ryhmä on yli 75-vuotiaat lonkkaleikkauspotilaat, mutta ohjausvideota voidaan käyttää myös nuorempien potilaiden ohjauksessa. Ohjausvideossa on tietoa leikkauksen jälkeisestä hoidosta ja kuntoutumisesta, päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä ja apuvälineistä ja niiden käytöstä.

Väestön ikääntymisen myötä lonkkamurtumien ilmaantuvuus tulee kasvamaan. Lonkkamurtuma hoidetaan pääasiallisesti leikkauksella, jota seuraa tehokas kuntoutus. Kuntoutus on prosessi, joka käsittää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen osa-alueen. Kuntoutuksen tavoitteena on auttaa potilasta saavuttamaan leikkausta edeltänyt kuntonsa. Kuntoutus on ympärivuorokautista, kannustavaa ja itsenäistä toimintakykyä tukevaa hoitoa, jossa keskeistä on varhainen liikkeelle lähteminen ja potilaan toimintakyvyn palautuminen.

Lonkkamurtuma on usein äkillinen ja traumaattinen tapahtuma, mikä heikentää kuntoutujan toimintakykyä ja aiheuttaa iäkkäälle avuttomuuden tunteen sekä saattaa rajoittaa kuntoutujan sosiaalista kanssakäymistä. Ikääntyneitä ohjattaessa on otettava huomioon heidän erityispiirteensä. Potilaalle annettavan ohjauksen tavoitteena on, että potilas saavuttaisi hoidolle ja kuntoutumiselle asetetut tavoitteet.

Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tuotoksena on ohjausvideo. Ohjausvideo sisältää iäkkäälle lonkkakuntoutujalle suunnattua tietoa lonkkamurtumasta, psyykkisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta kuntoutuksesta, ravitsemuksesta, kivusta, haavanhoidosta ja uusien murtumien ennaltaehkäisystä.

ASIASANAT:

lonkkamurtuma, iäkäs, kuntoutuminen, ohjaus, ohjausvideo

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing Degree | Nurse

May 2012 | 58 + 2 appendices

Susanna Mört

Jenna Kumpula Säily & Sanna Luukko

GUIDANCE VIDEO TO HIP FRACTURE PATIENT

Purpose of this study was to make a guidance video to hip fracture patients and also to find out what the hip fracture patients want to know and what topics they would like to receive from guidance with help of literature. This thesis is part of the Turku University of Applied Sciences of pain management patient education project. The project was executed in association between Turku University of Applied Sciences faculty of healthcare and the department of healthcare and social services of the city of Turku.

The majority of hip fracture surgeries are done to the elderly, so the main target of the thesis is the group over 75 years of hip surgery patients, but the video control can also be used under the guidance of the younger patients. The guidance video gives information about the control of post-operative care and recovery, activities of daily survival, and assistive devices and their use.

When the population is getting older, the incidence of hip fractures will continue to grow. Hip fracture is primarily treated by surgery, followed by effective rehabilitation. Rehabilitation is a process that includes fields of physical, psychological and social aspects. The aim of rehabilitation is to help the patient achieve a pre-surgery condition. Rehabilitation goes one round-the-clock, it is motivational and self-functioning and supportive care. A key issue is the early departure of the patients' functional ability and recovery.

Hip fracture is often a sudden and traumatic event, which undermines the rehabilitation of the patient and resulting a feeling of helplessness for the elderly. It may limit the rehabilitation person's social interaction. The aim of instruction to the patient is that the patient will reach the nursing care and rehabilitations goal.

The thesis is a functional thesis, which output is a guidance video. The guidance video includes information to the hip fracture patients about mental, physical and social rehabilitation, nutrition, pain, wound care and prevention of new fractures.

KEYWORDS:

hip fracture, elderly, aged, rehabilitation, guidance, guidance video

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA SITÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET	8
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	9
4 LONKAN RAKENNE JA LONKKAMURTUMA	10
4.1 Lonkan rakenne	10
4.2 Lonkkamurtuma	10
4.3 Lonkkamurtumalle altistavat tekijät ja yleisyys	13
4.4 Lonkkamurtuman leikkaushoito ja tavallisimmat leikkauskomplikaatiot	13
5 LONKKAMURTUMAPOTILAAN TIEDON TARVE JA OHJAUS LEIKKAUKSEN JÄLKEEN	19
5.1 Potilaan ohjaus	19
5.2 Leikkaushaavan hoito	21
5.3 Hyvä ravitsemus ja nestetasapaino	23
5.4 Uuden kaatumisen ennaltaehkäisy	25
5.4.1 Kodin muutostyöt	26
5.4.2 Lonkkapehmusteet	28
5.4.3 Apuvälineet	29
5.4.4 Kaatumisen pelko	31
5.5 Potilaan kivunhoito ja arviointi	31
5.5.1 Lääkkeellinen - ja lääkkeetön kivunhoito	34
6 LONKKAMURTUMAPOTILAAN KUNTOUTUS	36
6.1 Mitä kuntoutus on?	36
6.2 Kuntoutuksen tavoite	36
6.3 Kuntouttavahoitotyö ja potilaan kuntoutumisen tukeminen	37
6.4 KELA korvaukset	38
6.5 Iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen erityispiirteet	39
7 LONKKAMURTUMAPOTILAAN HENKISEN HYVINVOINNIN TUKEMINEN	44

8 LONKKAMURTUMAPOTILAAN OHJAUSVIDEO	46
8.1 Opinnäytetyön prosessi	46
8.2 Videon toteutus	46
9 POHDINTA	47
9.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	47
9.2 Yhteenveto	49
LÄHTEET	53

LIITTEET

- Liite 1. Lonkkamurtumapotilaan ohjaus ja tiedon tarve leikkauksen jälkeen – artikkelit
Liite 2. Ohjausvideo lonkkamurtumapotilaalle - videon käsikirjoitus

1 JOHDANTO

Lonkkamurtumia tapahtuu Suomessa vuosittain noin 7000 ja ne aiheuttavat isoja haasteita terveydenhuollolle sekä potilaalle itselleen. Erilaiset lonkkamurtumat kuluttavat vuositasolla runsaasti terveydenhoidon ja sairaanhoidon varoja sekä resursseja, tämän takia lonkkamurtuman tehokkaaseen kuntoutukseen on paneuduttava. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2003, 7-8; Eloranta & Punkanen 2008, 66; Hammar 2011, 381–382.) Lonkkamurtumista suurin osa, eli noin 70 % tapahtuu ikääntyneille naisille. Noin 33 % murtumista sattuu laitoksissa asuville vanhuksille. Keskimääräinen ikä naislonkkamurtumapotilaalla on 80 vuotta, kun taas miehillä keskimääräinen ikä on 75 vuotta. Iän karttuessa yleensä lonkkamurtuman riski suurenee. Lonkkamurtuman hoitaminen on pitkäaikaista ja se vaatii paljon yhteiskunnan varoja. On todettu, että mikäli lonkkamurtumapotilas ei saa tarvitsemaansa kuntoutusta, niin hänen elämänsä laatuunsa huononee. (Käypä hoito 2006; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011.) Monet ikäihmiset eivät saavuta enää samaa liikuntakykyä lonkkamurtuman jälkeen kuin ennen loukkaantumistaan (Tideiksaar 2005, 19; Nightingale 2009, 565), siksi onkin tärkeää, että lonkkamurtumapotilaat saavat mahdollisimman paljon ohjausta.

Lonkkamurtumapotilas tarvitsee paljon ohjausta, koska yleensä iäkkäiden tiedot lonkkamurtumasta ja sen kuntoutuksesta ovat puutteellisia. Iäkkäät myös haluaisivat selvittää itsenäisesti ja tehdä itse päätöksiä hoitonsa suhteen. (Olsson, Nyström, Karlsson & Ekman 2005, 855–857.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mitä lonkkamurtumapotilaat haluavat tietää ja mistä aiheista he erityisesti haluaisivat saada ohjausta. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös selvittää, millä tavoin lonkkamurtumapotilaan kuntoutusta voidaan edistää sekä tukea. Opinnäytetyön tavoitteena on tehdä ohjausvideo lonkkamurtumapotilaalle näiden tietojen perusteella.

Tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun Kivun hoidon potilasohjaushanketta. Hanke toteutetaan Turun ammattikorkeakoulun terveystulosalueen ja Turun sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA SITÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mitä lonkkamurtumapotilaat haluavat tietää ja mistä aiheista he erityisesti haluaisivat saada ohjausta. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös selvittää, millä tavoin lonkkamurtumapotilaan kuntoutusta voidaan edistää sekä tukea. Opinnäytetyön tavoitteena on tehdä ohjausvideo lonkkamurtumapotilaalle näiden tietojen perusteella.

Lonkkamurtuma tapahtuu yleensä ikäihmiselle, joten tässä opinnäytetyössä keskitytään iäkkään lonkkamurtumapotilaan hoitoon sekä kuntoutukseen. Lisäksi aihetta rajattiin niihin potilaisiin, jotka kotiutuvat leikkauksen jälkeen kotiin.

Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset:

1. Mitä tietoa ja ohjausta lonkkamurtumapotilaat toivovat saavansa hoitohenkilökunnalta?
2. Miten lonkkamurtumapotilaan kuntoutusta tuetaan hoitotyön keinoilla?
3. Millä tavoilla lonkkamurtumapotilaiden henkistä hyvinvointia voidaan edistää?

Kuntoutumisen kannalta on tärkeää, että jokaiselle potilaalle löytyy juuri hänelle sopiva ohjausmenetelmä. Ihmiset omaksuvat tietoa eritavalla, joten on tärkeää, että vaihtoehtoja ohjauksen suhteen on tarjolla. Ohjausvideo on yksi menetelmä jolla potilaalle voidaan antaa ohjausta, se tukee potilaan kirjallisesti ja suullisesti saamaa ohjausta. Aikaisempia lonkkamurtumapotilaalle tarkoitettuja ohjausvideoita ei ole juurikaan tehty. Tästä johtuen on tärkeää, että lonkkamurtumapotilailla on mahdollisuus saada tarvitsemaansa ohjausta myös videon muodossa. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2004, 14.)

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Kirjallisuuskatsauksen avulla pyrittiin vastamaan opinnäytetyötä ohjaaviin kysymyksiin. Kysymykset ohjasivat tiedonhakua ja niiden pohjalta muodostui työn rakenne. Tiedonhaussa käytimme elektronista tiedonhaun portaalia (Nelli-portaalia), joka on Turun ammattikorkeakoulun käytössä. Nelli-portaalin kautta haettiin aiheeseen liittyen tietoa muun muassa Medic, PubMed ja CINAHL-tietokannoista.

Tietokannoista etsimiseen hakusanana käytettiin aina sanaa lonkkamurtuma (hip fracture). Lonkkamurtuma hakusanan lisänä käytettiin eri aihealueiden hakusanoja muun muassa potilas (patient), ravitsemus (nutrition), nestetasapaino (fluid balance), kipu (pain), toimintakyky (function). Myös eri aihealueiden hakutuloksia rajattiin, esimerkiksi ohjauksen hakutuloksia rajattiin hakusanoilla ”guidance/intervention” (ohjaus), sekä toimintakyvyn kohdalla rajattiin hakusanoilla social (sosiaalinen), physical (fyysinen) ja mental/psychiatric (psykykinen). Kirjallisuutta etsittiin myös käsihauilla kirjastosta.

Kirjallisuuskatsauksen tekemisen jälkeen suunniteltiin ohjausvideo lonkkamurtumapotilaalle, opinnäytetyötä ohjaavien kysymysten vastausten avulla.

4 LONKAN RAKENNE JA LONKKAMURTUMA

4.1 Lonkan rakenne

Ihmiskehon pisin ja vahvin luu on reisiluu (os femoris). Se sijaitsee lonkkanive-
len ja polvinive-
len välissä. Reisiluun yläpäässä oleva pallomainen osa on nimel-
tään reisiluun pää (caput femoris), siinä on lonkkamaljaan niveltyvä nivelpinta.
Reisiluun pää kiinnittyy reisiluun varteen ohuehkolla reisiluunkaulalla (collum
femoris), se on reisiluun helpoiten murtuva osa, varsinkin ikäihmisillä. Reisiluun
yläosassa on iso sarvennoinen (trochanter major), se sijaitsee lateraalisesti rei-
siluun päähän nähden. Se on hyvin tuntuva luu-uloke, johon monien pakar-
seudun lihasten jänteet kiinnittyvät. Toinen luu-uloke, pieni sarvennoinen
(trochanter minor) sijaitsee reisiluun yläosan takapinnalla lihasten peitossa.
(Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkvist 2009, 126–127.)

Lonkkanivel (articulatio coxae) on reisiluun pään ja lonkkamaljan (acetabulum)
muodostama pallonivel. Lonkkanivelessä (articulatio coxae) reisiluun pää nivel-
tyy lonkkamaljaan (acetabulum). Lonkkanivel sijaitsee lantion ja alaraajan välis-
sä, tästä johtuen se joutuu kantamaan koko kehon painon ja kestämään siitä
tulevan rasituksen päivittäisessä elämässä. Lonkkanive-
len malli mahdollistaa
alaraajan liikkeen lähes mihin tahansa suuntaan ja sen liikettä tukevat sekä ra-
joittavat sitä ympäröivät kehon vahvimmat sidekudokset ja lihakset. (Nienstedt
ym. 2009, 127–129; Walker 2010, 51.)

4.2 Lonkkamurtuma

Lonkkamurtumat ovat merkittävimpiä terveydenhuollon haasteita Suomessa
(Sund, Juntunen, Luthje, Huusko, Mäkelä, Linna, Liski & Häkkinen 2008, 9).
Ikäihmisille sattuneista murtumista lonkkamurtuma on yleisin (Taylor ym. 2009,
1281). Iäkkäiden kaatumisista 5 prosenttia johtaa murtumaan, ja noin puolet
niistä on lonkkamurtumia. Käypä hoito - suosituksessa mainitaan, että Suomes-

sa tapahtui vuonna 2008 kaikkiaan 7 226 lonkkamurtumaa. Näistä murtumista 6 945 (96 %) sattui 50 vuotta täyttäneille ja 4 886 (68 %) naisille. Vuoden 2008 lonkkamurtumista 4 406 (61 %) on luokiteltu reisiluun kaulan murtumiksi, 2 186 (30 %) trokanteeriseksi murtumiksi ja 634 (9 %) subtrokanteeriseksi murtumiksi. (Käypähoito suositus 2011; Hammar 2011, 382.)

Lonkkamurtuma sattuu suurimmaksi osaksi iäkkäille potilaille (Sund ym. 2008, 9), koska niitä tulee heille pääsääntöisesti pienienergistien tapaturmien seurauksena tai ne voivat jopa syntyä itsestään ilman traumaa (spontaanisti) osteoporoosin, luussa olevan kasvaimen tai etäpesäkkeen seurauksena. Tyypillisiä iäkkäiden pienienergistisiä tapaturmia ovat kompastumiset, liukastumiset ja kaatumiset (Hammar 2011, 381.) Suurin osa (70 %) potilaista on keskimäärin 80-vuotiaita naisia. Lonkkamurtumien ilmaantuvuus suurenee 13-kertaiseksi 60 ja 80 vuoden iän välillä, koska pitkäaikaissairaudet heikentävät iäkkään henkilön terveydentilaa ja liikkumiskykyä. (Käypähoito suositus 2006; Hammar 2011, 382.) Alle 50-vuotiaille lonkkamurtuman tavallisimmat vammamekanismit ovat suurienergistien tapaturmat, kuten liikennevammat tai putoamiset. (Sund ym. 2008, 9.)

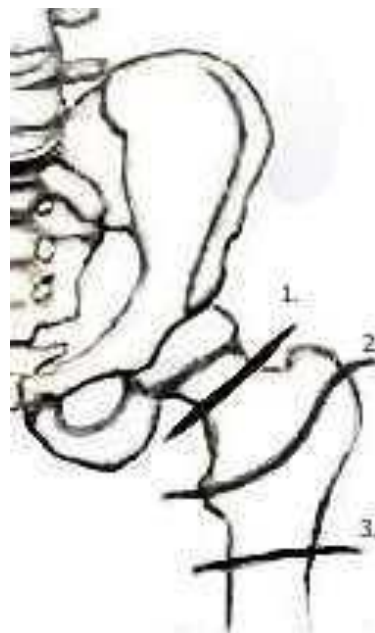
Iäkkäiden ihmisten tapaturmina saadut lonkkamurtumat ovat lisääntyneet huomattavasti viimeisten vuosikymmenten aikana ja ne ovat yleisiä terveydenhuoltoa kuormittavia ongelmia. (Käypähoito suositus 2006; Hammar 2011, 382.) Lonkkamurtumien määrä tulee kuitenkin vielä väistämättä kasvamaan väestön ikääntyessä (Thorngren, Norrman, Hommel, Cedervall, Thorngren & Wingstrand 2005, 1091). Ilmaantuvuuden lisääntyminen johtuu luun mineraalitiheyden pienentymisestä, luun hajoamisen kiihtymisestä ja kaatumistapaturmien lisääntymisestä (Käypähoito suositus 2006; Hammar 2011, 382). Iäkkäillä henkilöillä toipuminen leikkauksesta vie yleensä pidemmän ajan, joskus he tarvitsevat leikkauksen jälkeen vielä jatkohoitopaikan kuntoutuakseen. (Sund ym. 2008, 9.)

Yleensä lonkkamurtuma diagnoosia varten tarvitaan vammautuneen lonkan sivukuva ja lantion etu-takakuva. Dislokoitutumaton reisiluunkaulanmurtuma on suhteellisen kivuton ja voi olla, että se näkyy huonosti röntgenkuvassa. Tarvit-

taessa kuvaus tulee uusia yhden - kahden vuorokauden kuluessa tai tehdä diagnoosin varmistamiseksi magneettikuvaus tai tietokonetomografia. (Käypä hoito suositus 2006.)

Lonkkamurtuman kliinisessä tutkimuksessa voidaan havaita tyypillinen virheasento dislokoituneissa (siirtyneissä) murtumissa. Jos murtumissa on siirtymä, raajassa voidaan havaita lyhentymä ja usein raaja on uloskiertynyt (ulkoro-taatio). (Hammar 2011, 382.) Lonkkamurtuma diagnoosi varmistetaan kuitenkin lantioröntgenkuvalla (Käypä hoito suositus 2006).

Lonkkamurtumat jaetaan yleensä kolmeen ryhmään (Kuvio 1) reisiluunkaulan murtumiin (fractura colli femoris), joka määritellään sijaintinsa mukaan (subkapi-taalisiin, transkervikaalisiin, basaalisiin), trokanteerisiin murtumiin (fractura trochanterica femoris) eli sarvennoisen välisellä alueella sijaitseviin murtumiin ja subtrokanteerisiin murtumiin (fractura subtrochanterica femoris) eli sarvennois-tason alapuolella oleviin murtumiin (Hammar 2011, 384).



Kuvio 1. Lonkkamurtuma tyypit 1) Reisiluunkaulanmurtuma 2) Trokanteerinen murtuma 3) Subtrokanteerinen murtuma (mukaillen Hammar 2011, 384.)

4.3 Lonkkamurtumalle altistavat tekijät ja yleisyys

Ikääntyneiden riski reisiluun yläosan murtumaan eli lonkkamurtumaan on lisääntynyt huomattavasti viimevuosien aikana. Tavallisin lonkkamurtuman syy onkin osteoporoosin ja kompastumisen yhdistelmä. Osteoporoosin katsotaankin olevan yksi lonkkamurtuman yleisimmistä riskitekijöistä. (Leytin & Beaudoin 2011, 61.) Ikääntyneillä henkilöillä yli 90 prosentissa lonkkamurtuman syy on kaatuminen (Käypä hoito, 2006). Ikääntyneille tavallisimmat ja tärkeimmät vaaratekijät ovat heikentynyt tasapainon hallinta ja liikkumisvaikeudet sekä huono näkökyky. Pitkäaikainen laitoshoido näyttää myös altistavan ikääntyneitä lonkkamurtumariskeille, koska noin 30 prosenttia murtumista tapahtuu laitoksissa. (Käypähoito suositus 2006; Hammar 2011, 382.)

Ikääntymiseen liittyy usein monia perussairauksia, sekä luiden haurastumista. Vähäinen liikunta ja aiemmat murtumat lisäävät iäkkäiden lonkkamurtuman riskiä. Monet samanaikaisesti käytetyt lääkkeet saattavat lisätä kaatumisvaaraa, etenkin jos käytettäviin lääkkeisiin kuuluu rauhoittavia ja unilääkkeitä. (Käypä hoito suositus 2006.)

4.4 Lonkkamurtuman leikkaushoito ja tavallisimmat leikkauskomplikaatiot

Lonkkamurtumat vaativat **leikkaushoitoa** mahdollisemman pian parantuakseen (Surakka, Tanninen & Koivula 2005, 296). Lonkkamurtumat ovat melko yleisiä päivystysyksiköitä kuormittavia vammoja (Sund ym. 2008, 9). Kuolleisuus ja komplikaatiot vähentyvät ja paraneminen on nopeampaa, kun potilas leikataan ensimmäisen vuorokauden aikana (Käypä hoito, 2006). Todellisuudessa alle vuorokaudessa lonkkamurtumapotilaista pääsee leikkaukseen vain osa (Orosz, Hannen, Magaziner, Koval, Glibert, Aufses, Straus, Vespe & Siu 2002, 1336). Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan lonkkamurtumaleikkaukset ovat päivystysleikkauksia. Vaikka lonkkamurtumapotilaan pitkä odotusaika lisääkin kuoleman ja komplikaatioiden riskiä, niin on katsottu että leikkauksia ei kannata tehdä yöaikaan. Yöhön sijoittuvat lonkkamurtuman päivystysleikkaukset odottavatkin

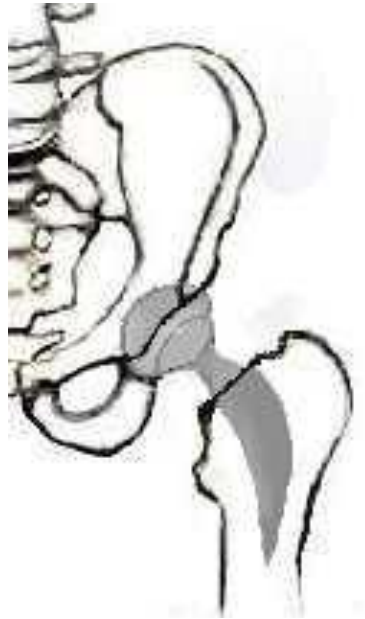
useimmiten aamuun asti. (Marjamaa, Niskanen, Porkkala, Valta, Kuosa & Hynynen 2009, 2474 - 2475.)

Monet seikat vaikuttavat sopivan leikkausmenetelmän valintaan ja murtuman paranemiseen, kuten murtuman sijainti, pirstaleisuus, dislokaation aste. Potilaan ikä, yleiskunto, toimintakyky ja muut sairaudet vaikuttavat myös hänen hoitoonsa (Käypä hoito, 2006). Valittu leikkausmenetelmä vaikuttaa osaltaan potilaan leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen (Huusko 2003, 1431).

Murtumien luutumisen kestää muutamasta viikosta kuukausiin. Sen nopeuteen vaikuttavat murtumatyyppi, murtuma-alueen verenkierto ja immobilisaatio sekä yksilölliset tekijät, kuten ikä, osteoporoosi ym. Paranemisen kannalta tärkeää on murtuneiden luunkappaleiden eli frakmenttien verisuonituksen säilyminen, sillä sen avulla luukappale saa tarvitsemansa ravinnon. Murtuma paranee paremmin, jos sitä rasittaa sopivasti. Nuorilla murtuma paranee nopeammin kuin iäkkäämmillä, joiden luun kovakalvo ei enää toimi tehokkaasti. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska, 279–280.)

Leikkaus- ja murtumatyypistä johtuen varausluvut vaihtelevat. Täysipainovaraus sallitaan yleensä poikkimurtumassa 4-6 viikon kuluttua ja pirstaleissa murtumissa vasta 8-12 viikon kuluttua. (Hammar 2011, 384–286.) Turun sosiaali- ja terveystoimen ortopedisen kuntoutusosaston mukaan varausluvut ovat pääosin niin, että potilas saa varata kivun sallimissa rajoissa. Pirstaleisissa murtumissa varauskielto on 6-8 viikkoa. Liikkumisen apuvälinettä on käytettävä 6-8 viikkoa.

Osassa reisiluunkaulan murtumista (subkapitaalinen ja transkervikaalinen) joissa reisiluun pään verenkierto ei ole riittävä, reisiluunpää saattaa joutua kuoliin. Tämän takia reisiluunpää korvataan puolitekonivelellä (Kuvio 2). (Hammar 2011, 385.)



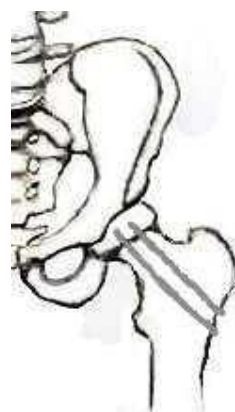
Kuvio 2. Puolitekonivel (mukaiillen Hammar 2011, 385.)

Basaalisessa reisiluun kaulan murtumassa hoitona voidaan käyttää joko liukuruuvilevykiinnitystä (DHS) tai kanyloituja ruuveja (Kuvio 3). DHS- kiinnityksessä reisiluun kaulaan porataan paksumpi ruuvi, johon kiinnitetään useimmiten 135 asteen kulmassa oleva levy reisiluun akselin suuntaisesti ruuveilla. Sarvennossa olevassa murtumassa kiinnitysvaihtoehtoina ovat liukuruuvi-levy-yhdistelmä (DHS). (Hammar 2011, 385.) Turun sosiaali- ja terveystoimen ortopediseltä kuntoutusosastolta kerrotaan, että nykyisin DHS- ruuvien käyttö on kuitenkin erittäin harvinaista.

a.

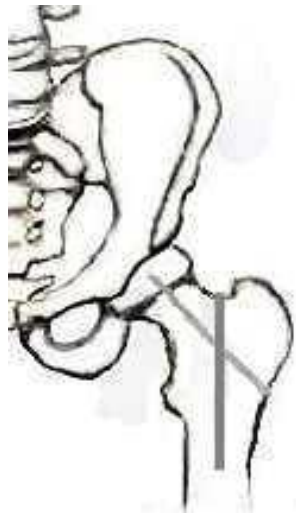


b.



Kuvio 3. A) liukuruuvi-levykiinnitystä (DHS) B) kanyloidut ruuvit (mukaiillen Hammar 2011, 385.)

Ison sarvennoisen kautta asetettu luunsisäinen naula (ydinnaula), jonka läpi kulkee ruuvi reisiluun kaulan kautta reisiluun päähän (liukuruuvi – ydinnaula, gammanaula). Subtrokanteeristen murtumien osteosynteesiin käytetään useimmiten ydinnaulausta eli pitkää gammanaulaa (Kuvio 4). (Hammar 2011, 386.)



Kuvio 4. Liukuruuvi-ydinnaulaus eli gammanaula (mukaiillen Hammar 2011, 386.)

Leikkauskomplikaatioita saattaa ilmetä lonkkaleikkauksen jälkeen. Kaikki ei aina suju toivotulla tavalla vaan leikkaus voi aiheuttaa toipumisongelmia potilaalle. Tämän takia potilaan ja hänen omaistensa on oltava riittävän tietoisia mahdollisista ongelmista ja niiden ennaltaehkäisystä ennen ja jälkeen leikkauksen. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 156.) Erilaisia leikkauskomplikaatioita tulee lonkkaleikkauksen jälkeen iäkkäille henkilöille herkemmin kuin nuoremmille (Surakka ym. 2005, 296). Yleisimpiä leikkauksen aiheuttamista komplikaatioista ovat pinnalliset ja syvät haavainfektiot, sekä hengitystieinfektiot, dreerien ja katetrien käyttöön liittyvät infektiot, trombit ja ilmavaivat. (Iivanainen ym. 2001, 156.)

Lonkkaleikkauksen takia potilaalla olevat virtsakatetrit sekä dreenit voivat aiheuttaa leikkauksen jälkeisiä tulehduksia, tämän takia ne tulisi poistaa mahdollisemman pian leikkauksen jälkeen. Pneumonian eli keuhkokuumeen syynä voi olla lisääntynyt limaneritys, bakteerien pääsy suusta nieluun ja haavakivun aiheuttama huono ventilaatio. Liiallinen kipulääkkeen antaminen voi lamata potilaan hengitystä, sekä liikunnan puute ja huono asento saattavat myös edesauttaa keuhkokuumeen syntyä. Keuhkokuumeen syntyä pyritään ehkäisemään hengitys- ja yskimisharjoituksilla, liikunnalla, hyvällä asennolla ja haavakivun poistamisella sekä suun hygieniasta huolehtimalla. Lonkkaleikkaus potilaan kärsimien ilmavaivojen syynä voi olla, anestesia tai väärä ruokavalio. Ilmavaivoja voidaan ehkäistä sopivalla ruokavaliolla, liikunnalla ja oikealla hengityksellä. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 156.)

Lonkkaleikkauksen aiheuttamia komplikaatioita ei voida täysin estää, mutta joillakin toimenpiteillä on todettu olevan komplikaatioita vähentäviä vaikutuksia. Esimerkiksi kehottamalla potilasta olemaan tupakoimatta ennen leikkausta, näin voidaan vähentää tupakoinnin aiheuttamia infektioriskejä ja vaikuttaa myös muihin tupakoinnin aiheuttamiin komplikaatoriskeihin vähentävästi. Ennen leikkausta potilaan perussairaudet tulee hoitaa kuntoon, esimerkiksi diabetes tulee olla tasapainossa. (Iivanainen ym. 2001, 156; Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja. 2010, 469.) Turun sosiaali- ja terveystoimen ortopedisen kuntoutusosaston mukaan tähän ei kuitenkaan yleensä ole aikaa lonkkamurtumapotilaiden kohdalla. Käytäntö sopii paremmin elektiiviseen leikkaukseen meneville potilaille. Potilaan leikkausta edeltävän sairaalahoidon tulisi olla mahdollisemman lyhyt, jotta potilas ei kolonisoituisi sairaalaperäisille mikrobeille ennen leikkausta. Näillä toimenpiteillä pyritään välttämään leikkauspotilaan mahdollisia leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. (Iivanainen ym. 2001, 156; Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja. 2010, 469.)

Lonkkamurtumapotilaan suurentunutta trombin muodostumisriskiä lisää muun muassa staassia aiheuttava vuodelepo, jolloin pohjelihakset eivät toimi lihaspumpuna vaan relaxoituvat. Tällöin laskimoverenkierto hidastuu ja hyytymisprosessi alkaa. Trombien syntymistä voidaan ehkäistä antamalla potilaalle mi-

nihepariini (esimerkiksi Klexane) pistokset lääkärin ohjeen mukaan (ns. napa-piikki) ja käyttämällä alaraajojen sidontaan tarkoitettuja kimmosidoksia leikkauksen jälkeen, myös antiemboliasukkia voidaan käyttää. Iäkkäälle puettut sukat tulee valita yksilöllisesti hänen mittojensa mukaan. Lonkkaleikkauspotilas voi vuoteessa maatessaan itsekin lisätä alaraajojensa verenkiertoa hänelle opetuilla jumppaliikkeillä. Varhainen ylösnousu ja mobilisaatio lisäävät alaraajojen verenkiertoa ja estävät trombin muodostumista. (Iivanainen ym. 2010, 476.)

5 LONKKAMURTUMAPOTILAAN TIEDON TARVE JA OHJAUS LEIKKAUKSEN JÄLKEEN

Lonkkamurtumapotilaan tiedon tarve ja ohjaus leikkauksen jälkeen – artikkelit taulukkoon (Liite 1) on koottu artikkeleita, jotka käsittelevät muun muassa potilaan ohjausta, leikkaushaavanhoitoa, hyvää ravitsemusta ja nestetasapainoa, uuden kaatumisen ennaltaehkäisyä, kivun hoitoa ja apuvälineitä. Taulukon avulla pystytään perustelemaan minkä takia juuri nämä asiat ovat tärkeitä lonkkamurtumapotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa.

5.1 Potilaan ohjaus

Hoitotyössä ohjaus tarkoittaa sitä, että potilas pystyy itse löytämään parhaat ratkaisut ongelmiinsa hoitotyöntekijän avustamana (Kyngäs, Kukkurainen & Mäkeläinen 2005, 12). Ohjaus on tärkeä osa hoitohenkilökunnan ammattitaitoa ja olennainen osa potilaanhoitoa. (Kääriäinen ym. 2004, 5). Hoitajan tulee siis ottaa vastuu potilaan ohjauksesta (Carpenter & Bell 2002, 157). Ohjaus on hoitotyön ammattilaisen ja potilaan välistä tavoitteellista ja aktiivista toimintaa (Kääriäinen ym. 2004, 11). Potilasta autetaan käyttämään omia voimavarojaan ja ratkaisemaan ongelmia, sekä motivoidaan olemaan aktiivinen ja osallistumaan omaan hoitoonsa (Carpenter & Bell 2002, 161; Kääriäinen ym. 2005, 5, 9-10). Ohjauksen avulla potilas myös kykenee itse ottamaan vastuuta omasta toipumisestaan (Lipponen 2006, 22). Ohjaus on hoitoprosessin tärkeä osa ja sitä tulisi toteuttaa joka vaiheessa. Jokaisella potilaalla on yksilöllisiä ohjaustarpeita, jotka ovat sidoksissa potilaan fyysisiin, psyykkisiin sekä sosiaalisiin taustatekijöihin. Ohjauksen tulisi olla vuorovaikutteista ja potilaaseen tulisi rakentaa tasavertainen ohjaussuhde. Potilaat haluavat ohjauksen ohella, että he voisivat ilmaista omia tunteitaan ja ajatuksia. Lisäksi potilaat odottavat, että heitä kuunnellaan sekä kannustetaan. (Kääriäinen ym. 2005, 10.)

Lonkkaleikkauspotilaille turvallisuuden tunne on tärkeä sekä sairaalassa, että kotona. Kotiutusvaiheessa potilasta tulee tukea ja hänen ohjaamiseensa tulee varata riittävästi aikaa, jotta kotiutus onnistuisi ja potilas tuntisi pärjäävänsä kotona. (Heine, Koch & Goldie 2004, 227.) Ennen potilaan kotiutumista hänen ja tarvittaessa omaisten kanssa keskustellaan potilaan selviytymisestä kotona saatujen ohjeiden mukaan. Hoitajan tulee varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa kotihoito-ohjeet. (Iivanainen ym. 2010, 503.)

Lonkkamurtumapotilailla ei yleisesti ottaen ole riittävästi tietoa murtumasta eikä lonkkamurtuman jälkeisestä kuntoutuksesta (Olsson ym. 2005, 857). Lonkkamurtumapotilaat haluavat tietoa ja ohjausta, siitä miten selvitä jokapäiväisestä elämästä ja siitä, kuinka hoitaa itseään lonkkaleikkauksen jälkeen. Lisäksi he haluavat opastusta kaatumisen vaaratekijöiden vähentämiseen. (Hyttinen & Kanerva 2011, 12.) Potilaat tarvitsevat tietoa, jotta he voisivat osallistua omaan hoitoonsa ja siihen liittyviin päätöksiin. Onnistuneella ohjauksella tämä voidaan saavuttaa. (Hyttinen & Kanerva 2011, 18.)

Isolan ym. tutkimuksen mukaan (2006, 59) iäkkäille annettava potilasohjaus on yleensä henkilökohtaista ohjausta. Näissä ohjaustilanteissa ei käytetä hyödyksi teknisiä apuvälineitä. Iäkkäät kuitenkin toivovat enemmän monipuolisuutta ohjausmenetelmiin ja -materiaaleihin. Ohjausvideoiden käyttö on harvinaista, mutta niiden käytöstä on todettu olevan hyötyä lonkkamurtumapotilaiden ohjauksessa (Hyttinen & Kanerva 2011, 18). Arvioiden mukaan potilaat muistavat 75 % näkemästään ja vain 10 % kuulemastaan. Ohjauksen onnistumisen kannalta on siis tärkeä käyttää useita erilaisia ohjausmenetelmiä (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 29).

Kääriäisen ym. (2005, 13) mukaan potilaat pitävät ohjausta sairaudesta ja sen oireista sekä hoidosta riittävänä, mutta haluavat enemmän tietoa ja ohjausta sairauden syistä, hoitovaihtoehdoista ja sen ennusteista. Pääasiassa riittämättömänä pidettiin ohjausta hoidonjälkeisistä ongelmista, niiden tunnistamisesta ja ennaltaehkäisystä.

Lonkkamurtumapotilaiden tiedot lonkkamurtumasta ja sen kuntoutuksesta ovat puutteellisia. Lonkkamurtumapotilaat haluavat tietoa kaikesta siitä mikä liittyy lonkkamurtumaan, mutta he eivät välttämättä osaa kysyä oikeita kysymyksiä, jolloin osa olennaisista tiedoista saattaa jäädä kertomatta. Potilaat toivovat, että he voisivat osallistua omaan hoitoonsa paremmin, mutta kokevat kuitenkin etteivät saa siihen mahdollisuutta. Lonkkamurtumapotilaat haluavat myös selviytyä itsenäisesti arjesta ja kontrolloida omaa elämäänsä sekä tehdä omia henkilökohtaisia päätöksiä. (Olsson ym. 2005, 855–857.) Tämän takia on siis tärkeää, että lonkkamurtumapotilaat saavat riittävästi tietoa lonkkamurtumasta ja sen hoidosta.

5.2 Leikkaushaavan hoito

Haavat jaotellaan akuutteihin ja kroonisiin haavoihin sen mukaan mikä on haavan aiheuttaja. Luokitteluun vaikuttavat myös haavan paranemisprosessi ja haavan ikä. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 17.) Leikkaushaava on akuutti haava (vulnus). Akuutti haava on määritelmän mukaan sellainen haava, joka paranee ilman komplikaatioita normaalin paranemisprosessin mukaan (Hietanen ym. 2002, 19).

Monet tekijät vaikuttavat haavan paranemiseen, esimerkiksi hoitoympäristö, hoitoon sitoutuminen, haavan sijainti ja koko, sekä fyysiset tekijät eli potilaan ravitsemus, ikä ja haavan aiheuttaja (Hietanen ym. 2002, 34; Iivanainen ym. 2005, 171). Ihossa ja kudoksissa tapahtuu muutoksia vanhenemisen myötä, jotka saattavat hidastaa haavojen paranemista. Lisäksi viivettä haavan paranemiseen aiheuttaa solujen hidastunut liikkuminen ja lisääntyminen (Pukki 2006, 10). Iäkkäiden haavojen paraneminen noudattaa samaa paranemisprosessia kuin nuorempienkin, vaikka se tapahtuu hitaammin (Pukki 2006, 13). Kirurgisten toimenpiteiden onnistumisen perusedellytys on haavan paraneminen ja sen prosessin ymmärtäminen on edellytys hyvälle haavanhoidolle. Haavan paraneminen jaetaan kolmeen vaiheeseen, jotka ovat inflammaatio-, proliferaatio- ja maturaatiovaihe. Inflammaatiovaihetta kutsutaan myös tulehdusvaiheeksi, se

alkaa kun kudosis vahingoittuu ja kestää muutamia päiviä. (Iivanainen ym. 2005, 169.) Varsinainen paranemisvaihe on proliferaatiovaihe, jossa solut lisääntyvät nopeasti. Se kestää noin neljä viikkoa alkaen kolmannesta tai neljännessä päivästä siitä, kun kudosis on vahingoittunut. (Iivanainen ym. 2005, 170.) Maturatiovaihe eli kypsymisvaihe on hidas ja voi kestää jopa vuosia, se alkaa proliferaatiovaiheen jälkeen (Iivanainen ym. 2005, 171). Vaurioituneen alueen uusiututtua sidekudoksella ja kypsymisvaiheen päätyttyä haavan katsotaan parantuneen (Iivanainen ym. 2005, 169).

Haavan hoidossa keskeisiä periaatteita ovat hoidon kokonaisvaltaisuus, hoitolinjien yhdenmukaisuus, potilaslähtöisyys, hoidon jatkuvuus ja aina tulee muistaa myös tarkoituksen mukainen kivunhoito (Hammar 2011, 32). Haava-alueelta tarkkaillaan muun muassa verenvuotoa, muuta erityistä, kipua, punoitusta, turvotusta ja kuumotusta. (Duodecim 2003, 224.)

Leikkaushaava on puhdas ja se suljetaan ompelilla, hakasilla, iholiimalla tai teipillä (Iivanainen ym. 2005, 173). Ommelaineen valintaan vaikuttavat muun muassa kudoksen kestävyys, paksuus ja sijainti (Kääriäinen 2007, 8). Haava sidokset voidaan vaihtaa 24 tunnin kuluttua leikkauksesta. Haavan päälle voi laittaa haavateippiä tukemaan haavaa. Teippi voi olla haavalla ompeleiden poistoon asti. (Iivanainen ym. 2005, 173–174.) Haavan hoitoympäristön olisi hyvä olla puhdas, valoisa ja rauhallinen (Hietanen ym. 2002, 66). Silloin kun haavasidoksia vaihdetaan kotona, potilaan tulee noudattaa huolellista käsihygieniaa. Vanhat sidokset poistetaan kuivina ja mikäli sidos on juuttunut kiinni, niin sidos irrotetaan kostuttamalla sitä. Ensisijaisesti haava puhdistetaan suihkuttamalla sitä, poikkeuksena on alle vuorokauden vanha leikkaushaava, johon käytetään vain steriiliä keittosuolaliuosta. Suihkutuksen tulisi kestää vain muutamia minuutteja, tämän jälkeen haava kuivataan varovasti ja päälle laitetaan uudet sidokset, mikäli se on tarpeen. (Hietanen ym. 2002, 70.)

Haavassa olevien ompeleiden poisto ajankohdan määrittelee kirurgi muun muassa haavan sijainnin perusteella (Hammar 2011, 39). Raajoissa sekä vartalossa olevista haavoista ompeleet poistetaan 7-14 vuorokauden kuluttua. Myös ompeleiden poiston jälkeen haavalle voidaan laittaa haavateipit tukemaan haa-

vaa. (Iivanainen ym. 2005, 176–177.) Potilaan tulee välttää uimista, kylpyä ja sanomista ennen ompeluiden poistoa (Duodecim 2003, 224).

5.3 Hyvä ravitsemus ja nestetasapaino

Ikääntyminen aiheuttaa ihmisessä monia muutoksia, kehon koostumus muuttuu muun muassa siten, että lihasmassa pienenee ja korvaantuu rasvakudoksella, lisäksi vartalon nestepitoisuus pienenee ja janon tunne heikkenee. Iäkkään lihasvoima heikentyy lihasmassan menetyksen takia, tämä puolestaan heikentää liikuntakykyä ja tasapainon hallintaa. Tästä johtuen aivan normaalipainoinen ikäihminenkin voi olla heikko voimiltaan ja kaatua helposti. Luusto haurastuu kun sen mineraalipitoisuus pienenee. Ikäihmisillä ruokahalu, sekä nälän ja janon tunne heikentyvät usein, koska he eivät maista tai haista samalla lailla kuin ennen. (Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009 100; Hartikainen ym. 2008, 212.) Myös aineenvaihdunta hidastuu ikäihmisillä (Arffman ym. 2009 101).

Ikäihmisten energiantarve vähenee, mutta suojaravintoaineiden tarve voi päinvastoin lisääntyä sairauden tai lääkityksen seurauksena. Siksi on tärkeää varmistaa proteiinien, kivennäisaineiden, vitamiinien ja välttämättömien rasvahappojen riittävä saanti. (Arffman ym. 2009. 101.)

Lonkkamurtumapotilaan hyvä ruokavalio on yksi hoidon osa-alue, tästä johtuen erityisruokavalioita ja ruokarajoituksia on tarkkaan harkittava. Ruokavalion on hyvä sisältää monipuolisia ravintoaineita ja sen tulisi turvata lonkkamurtumapotilaan riittävä suojaravintoaineiden saanti. Monipuolisen ruokavalion noudattaminen voi joskus olla hankalaa. Ruokahalun puuttuminen, hampaiden huonokunto ja makuaistin muutokset saattavat aiheuttaa aliravitsemusta iäkkäille. Ruokavalion suunnitteluvaiheessa on tärkeää huomioida ikäihmisen mieliruuat ja heidän erilaiset totumuksensa. Tarvittaessa voidaan antaa täydennysravintoaineita. (Hartikainen 2008, 212- 214; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. 48.) Niiden käytöllä voidaan myös lisätä vitamiinien ja kivennäisaineiden saantia (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 161).

Lonkkamurtumapotilaalla on suuri riski aliravitsemukseen, erityisesti 80. ikävuo-
den jälkeen. Riskiä lisäävät esimerkiksi alentunut toiminta- ja liikuntakyky, ma-
sennus, sekä välipalojen syömättömyys ja liian vähäiset ruokamäärät. Akuutin
sairauden yhteydessä on tavallista, että iäkkään ravitsemustila heikkenee ja
tämä aiheuttaa monesti laihtumista sairauden yhteydessä. (Hartikainen 2008,
213; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 161).

Energia- ja proteiini- ja rasvatiheää ruokavalio saadaan kun ikäihminen syö jaetusti use-
amman pienemmän aterian päivän aikana. Suositeltavaa olisi jos päivän aikana
olisi ainakin kolme pääateriaa ja kolme välipalaa. Usein syötynä pienemmillä
ateriakoilla saadaan yhtä paljon energiaa ja jopa enemmän proteiinia, kuin ta-
vallisesta ruokavaliosta. Energiatiheyttä on helppo lisätä esimerkiksi vaihtamalla
kevyt maitovalmisteet enemmän rasvaa sisältäviin valmisteisiin, sekä ruoan-
valmistukseen voidaan lisätä öljyä, välttäen kevyttuotteita. Ikääntyneille protei-
iinisuositus vuorokaudessa on 1,5 g/painokiloa kohti, mutta akuutisti sairaille
suositus on jopa suurempi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 48–49.)

D-vitamiinin puute on yleistä lonkkamurtumapotilailla (Mak, Stuart-Harris, Ca-
meron & Mason 2010, 383). D-vitamiinia tarvitaan kalsiumin ja fosfaatin imey-
tymiseen suolistossa, jossa se turvaa luuston rakennusaineiden saannin (Valti-
on ravitsemusneuvottelukunta 2010, 44). Riittävä D-vitamiinin saanti parantaa
lihaskoordinaatiota, vähentää kaatumisia ja luunmurtumia, sekä auttaa murtu-
mien parantumista. D-vitamiinipuutoksella on yhteys osteoporoosiin ja se aihe-
uttaa lihaskatoa, jonka seurauksena tasapaino heikkenee ja alttius kaatumiselle
lisääntyy. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 44; Mak ym. 2010, 382.)

D-vitamiinia saa auringosta ultraviolettivalon vaikutuksesta, mutta Suomessa
kuitenkin pääosin vain kesäkuukausina. Siksi suositellaan, että ikäihmiset otta-
isivat D-vitamiinilisää yli 60-vuotiaana 20 mikrogrammaa (800 IU) päivässä. D-
vitamiinia saa myös muun muassa kalasta, margariinista ja kananmunista. (Val-
tion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 44.)

Janon tunteen heikkeneminen voi johtaa liian vähäiseen nesteeseen saantiin (Arffman ym. 2009. 100). Huonosti liikkuvien ikäihmisten nesteeseen saantiin on kiinnitettävä erityistä huomiota, koska he rajoittavat usein juomistaan, etteivät he joutuisi yöllä käymään vessassa (Arffman ym. 2009. 101). Iäkkäillä on vähemmän nestettä kehossa kuin nuorimmilla, minkä takia nestevajaus voi olla heille vakavampi tila. Nestevajaus voi ikäihmisellä johtaa muun muassa verenpaineen laskuun sekä kaatumiseen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. 42.) Suositellaan, että ikäihminen joi 1-1,5 litraa, eli 5-8 lasillista, nestettä päivässä. Nestettä tarvitaan ruuansulatuskanavassa, se auttaa ravintoaineiden imeytymistä ja kuljettamista kehossa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. 42.)

5.4 Uuden kaatumisen ennaltaehkäisy

Kaatuminen aiheuttaa asennon muutoksen tahattomasti ja äkillisesti (Eloranta & Punkanen 2008, 65). Ikääntyessä käsivarsimurtumat vähenevät, mutta pään alueen vammat ja lonkkamurtumat lisääntyvät, koska iäkkäillä protektiivinen refleksi heikkenee. Protektiivinen refleksi heikkenee ikääntymiseen liittyvien keskushermoston toiminnan muutoksien, reaktio- ja vasteajan hidastumisen, seurauksena. Protektiivinen refleksi heikkenemiseen liittyy myös samanaikaiset sairaudet ja tiettytyyppiset lääkkeet, kuten rauhoittavat ja unilääkkeet. (Tideiksaar 2005, 18.)

Lonkkamurtumapotilaiden tasapaino on heikentynyt ja heillä on suurempi vaara kaatua uudestaan tulevaisuudessa, verrattuna terveisiin ikäihmisiin (Nightingale, Sturnieks, Sherrington, Moseley, Cameron & Lord 2009, 565). Iän myötä kompastumiset sekä kaatumiset yleistyvät ja lisäävät laitoshoitoon joutumisen vaaraa (Hartikainen & Lönnroos 2008, 288). Ikäihmisen kaatumisella on aina syy ja ne voidaan jaotella sekä sisäisiin, että ulkoisiin syihin (Hartikainen & Jäntti 2001, 291; Hartikainen & Lönnroos 2008, 288). Sisäisiä syitä ovat esimerkiksi sairaudet, lääkkeet ja ikään liittyvät muutokset liikkumisessa ja tasapainossa. Ulkoisia syitä ovat ympäristöön liittyvät tekijät, kuten valaistus, portaat, kynnyk-

set, sekä lattian liukkaus. (Eloranta & Punkanen 2008, 65; Hartikainen & Lönnroos 2008, 288.) Liukastuminen, pyörtyminen, sekä hidas kävely lisäävät kaatumisen riskiä ja saattavat siten aiheuttaa lonkkamurtuman (Eloranta & Punkanen 2008, 66). Kotona asuvista iäkkäistä, puolet kertoo, että kaatumisen syynä on ollut ulkoinen tekijä (Hartikainen & Lönnroos 2008, 297). Varsinkin Suomen ilmasto talvisaikaan alistaa kaatumisille liukkaiden katujen takia (Eloranta & Punkanen 2008, 66). Kaatuminen johtaa rajoittuneeseen toimintaan sekä hitaampaan kävelyyn, jotka puolestaan lisäävät uuden kaatumisen riskiä, lisäksi henkilön toimintakyky laskee entisestään (Whitehead, Miller & Crotty 2002, 904).

Ikäihmisten kaatumisista lonkkamurtuman aiheuttaa 2,9 %. Vaikka vain pieni osa kaatumisista johtaa lonkkamurtumaan, on sen aiheuttama sairastavuus ja kuolleisuus merkittävä. 60 %:lla lonkkamurtumapotilaista toimintakyky heikkenee ja 25 % joutuu turvautumaan joko mekaaniseen apuun tai toisen henkilön apuun. (Tideiksaar 2005, 19.) Olssonin ym. (2005) tutkimuksen mukaan lonkkamurtumapotilaat ovat eniten huolissaan siitä pystyvätkö he enää kävelemään leikatun jalan kanssa.

5.4.1 Kodin muutostyöt

Kotona asuvien iäkkäiden terveystarkastuksilla on todettu olevan ehkäisevä vaikutus kaatumisiin. Tällöin läkäk saa yksilöllistä neuvontaa ja ongelmien hoitoa terveydentilan, kotiympäristön turvallisuuden sekä kaatumisvaaran arvioinnin perusteella. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 298.)

lääkäillä joiden toimintakyky on heikentynyt ja uuden kaatumisen vaara kasvanut, elinympäristön merkitys korostuu. Ympäristö voi lisätä kaatumisvaaraa tai tehdä liikkumisesta turvallisempaa. lääkäät tarvitsevat 2-3 kertaa enemmän valoa jotta näkisivät yhtä hyvin, kuin nuoret (Tideiksaar 2005, 86–87; Hartikainen & Lönnroos 2008, 299.) län karttuessa silmän kyky mukautua valaistusolosuhteiden muutoksiin heikkenee (Tideiksaar 2005, 27, 89; Hartikainen & Lönnroos 2008, 299). Esimerkiksi yöllinen wc-käynti on tilanne, jossa siirrytään nopeasti

pimeästä kirkkaiseen valoihin (Hartikainen & Lönnroos 2008, 299.). Valaistusta voidaan parantaa iäkkäälle sopivammaksi esimerkiksi käyttämällä loistevaloja, jotka kirkastuvat vähitellen tai laittamalla makuhuoneeseen sekä WC:hen yövalot. (Eloranta & Punkanen 2008, 65; Hartikainen & Lönnroos 2008, 299.)

Kaiteet antavat iäkkäälle tukea ja kannustavat liikkumiseen, ne auttavat ylläpitämään tasapainoa sekä lievittävät kaatumisenpelkoa. Hyvä kaide on pyöreä, koska silloin peukalo ja muut sormet koskettavat toisiaan. Lisäksi se antaa enemmän tukea ja siitä on helppo ottaa kiinni. Kaiteita on hyvä olla siellä missä lattiapinta voi olla vaarallinen, esimerkiksi liukas. Kaiteen tulisi myös olla erivärinen kuin seinän. (Tideiksaar 2005, 94.) Tukikaiteet helpottavat muun muassa WC-istuimelle istumista ja siltä nousemista (Kanto-Ronkanen, Hurnasti & Mäntyniemi 2010, 215).

Lattiapinnan liukkaus, epätasaisuus tai häikäisy lisää iäkkäiden kaatumisvaaraa (Tideiksaar 2005, 27, 90; Hartikainen & Lönnroos 2008, 299). Silloin kun häikäisee, silmä ei pysty näkemään jos lattialla on vaarallisia kohtia (Tideiksaar 2005, 28; Eloranta & Punkanen 2008, 74). Häikäisyä saadaan vähennettyä matolla tai estämällä valoa tulemasta suoraan ikkunasta sisään verhon avulla (Hartikainen & Lönnroos 2008, 299). Liukastumisia voidaan vähentää laittamalla mattojen alle liukuesteet (Eloranta & Punkanen 2008, 74; Hartikainen & Lönnroos 2008, 299). Lattiapinnan epätasaisuus ja huoneiden väliset kynnykset lisäävät kompastumisen vaaraa, varsinkin niillä iäkkäillä, jotka eivät pysty kunnolla nostamaan jalkojaan. Kompastumisen vaaraa lisäävät myös sähkölaitteiden jatko- ja virtajohtojen huono sijainti sekä huonekalujen tai tavaroiden järjestys. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 300–301.) Tekemällä muutoksia niille paikoille, joissa kaatumisia voi sattua, voidaan iäkkäälle taata turvallisempi elinympäristö (Minns, Nabhani & Bamford 2004, 18).

Tuolin on oltava iäkkäälle sopivan korkuinen, koska liian matala tuoli on hankala iäkkäille joiden lonkien liikeradat ovat rajoittuneet ja lihasvoimat heikentyneet. Iäkkään on taivutettava polvia enemmän ja hänellä täytyy olla tarpeeksi voimia noustakseen seisomaan. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 300.) Tuoli on sopivan korkuinen silloin, kun polvet ovat 90 asteen kulmassa ja jalat tukevasti lattiassa.

Tuolin korkeutta voidaan parantaa (Tideiksaar 2005, 107; Hartikainen & Lönnroos 2008, 300) esimerkiksi asentamalla istuimen päälle tai tuolinjalkojen alle korokkeet. Iäkkään tuolissa on hyvä olla käsinojat, koska ne helpottavat ylösnousemista ja antavat tukea istuessa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 300.) Wc-istuimille voidaan laittaa korotukset, jolloin ne helpottavat ikäihmisiä joilla on lonkissa liikerajoituksia tai joiden lihasvoimat ovat heikentyneet. (Hurnasti, Kanto-Ronkanen, Saaranto & Ruutiainen 2010, 232).

Myös sängyn korkeudella ja patjan kovuudella on merkitystä iäkkään turvalliselle liikkumiselle (Hartikainen & Lönnroos 2008, 300). Sängyn korkeus on sopiva silloin, kun iäkkään istuessa patjalla hänen polvensa ovat 90 asteen kulmassa ja jalat tukevasti lattiassa. (Tideiksaar 2005, 94; Hartikainen & Lönnroos 2008, 300.) Liian pehmeä patja ei anna tarpeeksi tukea turvalliselle nousulle (Hartikainen & Lönnroos 2008, 300).

5.4.2 Lonkkapehmusteet

Yli 90 % tapauksissa lattialle kaatuminen aiheuttaa lonkkamurtuman (Hartikainen & Jäntti 2001, 291; Tideiksaar 2005, 77). Lonkkapehmusteiden tehtävänä on lieventää iskun voimaa, joka syntyy kun kaadutaan (Tideiksaar 2005, 77). Ne ovatkin vähentäneet merkittävästi lonkkamurtumien syntyä. Lonkkapehmuste toimii lonkan ja lattiapinnan välissä tyynynä ja suuntaa iskun voimaa muualle, jolloin lonkkamurtuman riski pienenee. (Tideiksaar 2005, 75.) Lonkkapehmusteet eivät kokonaan estä lonkkamurtumien syntyä ja niitä tuleekin käyttää yhdessä muiden kaatumista ennaltaehkäisevien apujen kanssa (Tideiksaar 2005, 77).

Lonkkapehmusteita on kolmea erilaista tyyppiä. Ensimmäinen malli on eräänlainen tarralevy, joka on tehty taipuisasta korkista. Tämä malli kiinnitetään suoraan lonkka-alueen iholle ja sitä voidaan käyttää useita päiviä ilman poisottamista. Toisena vaihtoehtona on erikoisalusvaatteiden sisään lantion kohdalle ommeltava soikiomainen ja ohut muovilevy. Viimeinen malli on kevyeen kie-

taisuvaateeseen sijoitettava iskuja lieventävä vaahtomuovityyny, jota käytetään alusvaateiden ja päällyysvaateiden välissä. (Tideiksaar 2005, 75.)

Monet ikäihmiset valittavat, että lonkkamurtumasuojat ovat epämukavia käyttää (Hartikainen & Jäntti 2001, 291; Tideiksaar 2005, 77). Ne vaikeuttavat istumista sekä nukkumista. Osan mielestä lonkkapehmuste on vaikea riisua WC käynnillä ja lisäksi ne hiostavat tai kiristävät. Lonkkamurtumasuojien käyttömukavuutta voidaan kuitenkin lisätä. Väljempien vaatteiden käyttäminen antaa lonkkasuojilla enemmän tilaa ja pehmeämmillä tuoleilla istuminen tuntuu useasta lonkkamurtumasuojia käyttävästä mukavammalta. Käyttömukavuutta voidaan lisätä myös valitsemalla milloin suojia käytetään. Niitä ei esimerkiksi ole välttämätöntä käyttää nukkuessa tai päivinä, kun ikäihminen tuntee tasapainonsa olevan hyvä. (Tideiksaar 2005, 76.)

5.4.3 Apuvälineet

Apuväline on laite tai väline, jolla edistetään tai ylläpidetään ihmisen toimintakykyä silloin, kun se on vamman, sairauden tai ikääntymisen vuoksi heikentynyt. Apuvälineen tehtävänä on edistää turvallisuutta, tukea ihmisen arkielämän sujumista, sekä vahvistaa ikäihmisen toimintaedellytyksiä. (Eloranta & Punkanen 2008, 77.) Apuvälineet antavat luottamusta liikkumiseen, sekä vähentävät oikein käytettynä kaatumisen ja tasapainon menettämisen pelkoa ja riskiä (Tideiksaar 2005, 79). Potilas saattaa kuitenkin pelätä, että hän ei osaa käyttää annettuja apuvälineitä. Sen takia on tärkeää, että potilaalle annetaan riittävästi ohjausta apuvälineiden käytöstä ja hoitajan tulee myös varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa ohjeet. (Sailo & Vartti 2000, 125–126.)

Liikkumisen apuvälineet vähentävät lonkkaniveliin kohdistuvaa kuormitusta ja vakauttavat ikäihmisen tasapainoa ylimääräisillä tukipisteillä, jolloin seisonta- ja kävelyala laajenee. Keppien ja kävelytelineiden käyttö vähentää kaatumisriskiä, koska ne on suunniteltu helpottamaan kävelyn ja tasapainon ylläpitämistä. (Tideiksaar 2005, 77.) Kävelykeppiä ja – tukea valittaessa on otettava iäkkään yksilölliset ja ympäristön tarpeet huomioon. (Tideiksaar 2005, 79.) Jotkut iäkkäät

saattavat vältellä liikkumista auttavia apuvälineitä, koska he kokevat näyttävää haurailta ja pelkäävät ikätovereiden torjuvan heidät (Tideiksaar 2005, 22).

Kävelyteline on hyvä valinta liikkumisen apuvälineeksi, jos lihasvoimat eivät riitä kävelykepin tai muun sellaisen käyttöön ja kun ne eivät anna tarpeeksi tukea. Kävelytelineessä käyttäjä nojautuu käsillään telineeseen. Kävelytelineitä on erilaisia malleja; kaksi- ja kolmipyöräinen ja nelipyöräinen (rollaattori) kävelyteline. Kaksipyöräisessä kävelytelineessä on kaksi pyörää edessä ja takana kumitulpat. Kolmipyöräisessä kävelytelineessä kääntösäde on pieni, mutta se ei ole niin tukeva kuin muut mallit. Rollaattori on yleisin kävelytelinemalli. Se on monella tavalla hyvä, koska rollaattorin käyttöön ei tarvitse paljon voimia. Lisäksi se antaa tarpeeksi tukea ja siinä on jarrut. (Töytäri, Koistinen, Mustonen & Leivo 2010, 113.)

Huonot jalkineet vaikeuttavat kävelyä ja tasapainon pysymistä sekä ovat usein väärän kokoiset, ne myös altistavat kaatumisille (Hartikainen & Lönnroos 2008, 297). Erityisesti liian suuret jalkineet ovat vaaraksi, koska silloin ihmiset laahaa jalkojaan yrittäessä pitää kengät jalassa. Kaatuminen on erityisen todennäköistä niille, jotka eivät pysty nostamaan jalkojaan kunnolla. (Tideiksaar 2005, 45.) Ei ole olemassa vain yhtä hyvää jalkinetta iäkkäille, vaan oikean jalkineen valintaa on harkittava jokaisen kohdalla yksilöllisesti. Esimerkiksi jos iäkäs laahaa jalkojaan kävellessä ovat liukumista estävät jalkineet vaaralliset, koska ne tarttuvat lattiaan. Yleisesti ottaen jalkineiden kuitenkin kuuluisi olla matala- ja leveäkorkoiset, koska niillä on turvallisempaa ja tasapainoisempaa kävellä. (Tideiksaar 2005, 74.)

Turun sosiaali- ja terveystoimi, ja TYKS lainaavat apuvälinelainaamosta kotiin liikkumisen, peseytymisen ja WC-toimintojen apuvälineitä. Sieltä voi saada lainaksi myös muita päivittäisiä toimintoja auttavia apuvälineitä. Apuvälinelainaamon apuvälineiden laina-aika riippuu henkilön yksilöllisistä tarpeista ja lainaaminen on maksutonta. (Turku 2009.) Apuvälineidentarpeen voi arvioida henkilö itse, henkilön läheinen tai sosiaali- ja terveystoimen työntekijä. (Eloranta & Punkanen 2008, 77; Turku 2009.)

5.4.4 Kaatumisen pelko

lökkään kaaduttua hän saattaa alkaa pelkäämään uutta kaatumista niin paljon, että hän ei enää luota omaan toimintakykyynsä (Tideiksaar 2005, 22; Visschedijk, Achterberg, van Balen, & Hertogh, 2010, 1747). Tasapaino on saattanut olla jo ennen lonkkamurtumaa huonontunut ja uusi kaatuminen voi lisätä entisestään ikäihmisen pelkoa liikkumista kohtaan. Pelko rajoittaa iäkkään jokapäiväistä toimintaa ja vähentää liikkumista, mikä johtaa lihasvoiman heikkenemiseen ja uuden kaatumisen riski suurenee (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 59; Eloranta & Punkanen 2008, 155.)

Jopa puolet niistä iäkkäistä, jotka ovat joskus kaatuneet pelkäävät ja välttelevät päivittäisiä toimintoja. ”Läheltä piti” – tilanteet joissa iäkäs on ollut lähellä kaatumista kasvattavat myös kaatumisen pelkoa ja rajoittavat usein iäkkään fyysistä toimintaa. (Tideiksaar 2005, 22.) Ihmisen käsitys omista kyvyistä perustuu usein liikkumiseen. Kun liikkuminen on rajoittunutta iäkäs saattaa masentua ja lamaantua henkisesti. Liikkuminen lisää itseluottamusta ja antaa selviytymiselle toivoa. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 59; Eloranta & Punkanen 2008, 158.)

Pelko kaatumisesta on iäkkäälle haitaksi jos se vaikuttaa itsenäisyyteen ja liikkuvuuteen kielteisesti, sekä muuttaa iäkkään kävelytyyliä niin, että askeleet ovat epäsäännölliset ja epäröivät. Kun iäkäs pelkää uutta kaatumista voi hän usein olla tarrautuva saadakseen lisää tukea, esimerkiksi huonekaluista, mikä lisää kaatumisenriskiä. Pelko voi kuitenkin osaltaan suojella iäkästä, koska silloin iäkäs huomaa omat rajoituksensa ja osaa välttää toimintoja joista hän ei enää pysty selviämään itsenäisesti. (Tideiksaar 2005, 22.)

5.5 Potilaan kivunhoito ja arviointi

Kipu on IASP:n (International Association for the Study of Pain) määritelmän mukaan epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus. Kipuun liittyy kudოსvaurioita tai sen mahdollisuus ja se on erittäin monimutkainen tapahtuma.

Lukemattomien perifeerisen hermoston ja keskushermoston mekanismien lisäksi kipuun liittyvät psyykkiset tekijät. (Mattila. 2004, 80; Eastlander 2003, 19.) Kivun tehtävä on varoittaa kudonvauriosta. Kipuun voi liittyä pelkoja ja pitkäaikainen kipu saattaa aiheuttaa ahdistusta ja masennusta. (Granström. 2010, 14–15.) Pitkäaikainen kipu on kroonista kipua, joka ei enää ole elimistön varoitusmerkki vaan sairaus. Kipua ilmenee sekä normaalien fysiologisten tapahtumien yhteydessä, että tapaturmien, sairauksien, erilaisten hoitojen ja diagnoosiin tähtäävien toimien yhteydessä, joita ovat muun muassa leikkaus. (Sailo & Vartti 2000, 24, 34.) Herrick ym. (2004, 2062) tekemän tutkimuksen mukaan kipu on yksi keskeisimmistä ongelmista lonkkaleikkauksen jälkeen.

Ympäristöstä omaksutaan suhtautuminen kivun kokemiseen ja hahmottamiseen. Aikaisemmat kipukokemukset, oppiminen, kulttuuri, psyykkiset, fyysiset, sosiaaliset ja hengelliset tekijät vaikuttavat kivun tuntemuksen muodostumiseen. (Sailo & Vartti 2000, 24, 30, 37.)

Potilas on oman kipunsa asiantuntija, koska hän on ainoa joka tietää miltä hänestä tuntuu. Potilaan oikeus on tulla uskotuksi, kun hän kertoo kipukokemuksensa ja hänen itsemääräämisoikeuttaan kivunhoidon päätöksen teossa on kunnioitettava. Lisäksi potilaalla on oikeus riittävään kivunhoitoon. Toimenpiteet saattavat aiheuttaa kipua ja siksi on tärkeää kohdata potilas kokonaisvaltaisesti ja informoida tarpeeksi tulevasta. (Sailo & Vartti 2000, 62–64.)

Kipu on henkilökohtainen kokemus, mutta sen voimakkuutta pyritään määrittämään mittaamisella. Aikuisilla yleisin mittausmenetelmä on VAS- kipujana, joka on viivain, jonka toinen pää kuvastaa täysin kivutonta tilaa ja toinen pahinta mahdollista kipua. Viivaimen toiselta puolelta löytyy numeerinen asteikko. Kipujana on luotettava ja kätevä tapa mitata potilaan kipua. Potilaan kipua pystytään mittaamaan myös sanallisesti. Mittarin kullekin sanalle on määritelty numeerinen arvo ja niiden keskiarvo on niin kutsuttu kipuindeksi, jonka avulla saadaan selville potilaan sen hetkinen kipu. (Kalso & Vainio 2002, 41; Mattila 2004, 172–173.) Kipu heikentää potilaan elämänlaatua leikkauksen jälkeisellä postoperatiivisella jaksolla. Leikkauksen komplikaatiot, sekavuus ja levottomuus lisääntyvät, kun potilas on kivulias, mikä puolestaan vaikuttaa hidastavasti kun-

toutumiseen. (Wu ym. 2003, 1078.) Potilaan kipu leikkauksen jälkeen on yleensä väistämätöntä ja siihen vaikuttavat sukupuoli, ikä, psykologiset ja kulttuuriset tekijät (Huges 2004, 47). Yleensä leikkauksen jälkeinen kipu on lyhytkestoista. Tutkimusten mukaan potilaat pitävät tiettyä määrää kipua luonnollisena leikkauksen jälkeen. Kivut vaihtelevat sen mukaan mikä leikkaus on kyseessä. (Kalso & Vainio 2002, 222.) Lisäksi iäkkäät potilaat hyväksyvät nuoria paremmin leikkauksen jälkeisen kivun (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 471). Kivun pitkittyminen huonontaa elämänlaatua, rajoittaa toimintakykyä ja vaikuttaa ihmissuhteisiin. Pitkäaikainen kipu myös passivoi ihmistä sekä saattaa aiheuttaa masennuksen oireita ja toivottomuuden tunteita. (Eastlander 2003, 11, 18.)

län myötä kipua välittävissä järjestelmissä tapahtuu muutoksia. Näitä ovat perifeeristen hermosyiden väheneminen ja johtonopeuden hidastuminen. Tämän vuoksi on päätelty, että iäkkäiden kivun tunto on heikompi kuin nuorempien. Tutkimusten mukaan kivun toleranssi voimakkaalle kivulle laskee iän myötä. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 470–471.)

Kaikilla potilailla on oikeus hyvään kivun hoitoon. Yksi sairaanhoitajan tehtävistä on potilaan kärsimyksen lievittäminen, eli potilaan hyvän olon sekä elämän laadun edistäminen auttamalla ja tukemalla kivusta selviytymistä. (Sairaanhoitajaliitto 2011.) Sairaanhoitajilla on tärkeä rooli kivunhoidossa, arvioinnissa ja hoidontoteutuksessa (Mac Lellan 2003, 184).

Kivunhoidon tavoitteena on, että kipu lievittyy ja toimintakyky sekä elämänlaatu paranevat. (Arokoski, Alaranta, Pohjolainen, Salminen & Viikari-Juntura 2009, 67). Hyvä kivunhoito merkitsee laadukkuutta, suunnitelmallisuutta ja vaikuttavuutta. Potilaalle annetaan tietoa leikkaukseen liittyvästä kivusta ja sen hoidosta jo ennen leikkausta. Täten potilas kokee saavansa yksilöllistä ja hyvää kivunhoitoa sekä ymmärtää mikä merkitys tehokkaalla kivunhoidolla on toipumiselle leikkauksesta. Kotiutustilanteessa potilaalle annetaan riittävästi tietoa ja ohjausta siitä kuinka hyvää kivunhoitoa voi toteuttaa kotona. (Ruuskanen 2005, 26–27.)

5.5.1 Lääkkeellinen - ja lääkkeetön kivunhoito

Postoperatiivisessa kivunhoidossa ensisijainen kipulääke on tulehduskipulääke tai parasetamoli ja niitä annetaan niin kauan kuin on tarvetta. Tarvittaessa voidaan antaa lisäkipulääkkeenä opioideja, jotka ovat tehokkaimpia kipulääkkeitä leikkauksen jälkeen. (Kalso & Vainio 2002, 231.) Yleisin leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa käytetty opioidi on Oksikodoni (Kalso & Vainio 2002, 149). Säännöllinen opioidilääkitys tulee lopettaa asteittain, koska yhtäkkiäinen lopetus aiheuttaa aina vieroitusoireita (Kalso & Vainio 2002, 139). Läkät ovat herkempiä opioidien vaikutuksille, kuin työikäiset (Kivelä 2004, 31). Vanhuksilla opioidien haittavaikutuksiin kuuluu muun muassa muistin ja kognitiivisten toimintojen heikkeneminen (Kivelä 2004, 60). Lisäksi opioidit saattavat altistaa vanhuksen huimaukselle ja kaatumistapaturmille (Kivelä 2004, 67).

Läkkeitä olisi hyvä antaa suun kautta, mikäli se on mahdollista (Kalso & Vainio 2002, 231). Leikkauksen jälkeen opioideja kuitenkin annetaan pääsääntöisesti lihakseen annettavilla injektioilla, koska kova akuutti kipu saattaa vaikuttaa ruuansulatuskanavan toimintaan. Suunkautta annettavaan lääkitykseen voidaan siirtyä vasta, kun ruuansulatuskanavan toiminta on käynnistynyt. (Kalso & Vainio 2002, 143.)

Ikään lisäntyessä lääkkeiden sietokyky heikkenee. Läkkeiden haittavaikutusten vaara kasvaa ja haittavaikutukset ovat hyvinkin erilaiset verrattuna työikäisiin. Yhtä aikaa käytössä olevat lääkkeet saattavat aiheuttaa yhteisvaikutuksia. Läkällä on yleensä useita eri lääkkeitä käytössä, joten tämä seikka täytyy ottaa huomioon kivunhoidossa. (Kivelä 2004, 13.)

Läkkekuluista henkilö maksaa osan omavastuuosuutena. Jos kalenterivuoden aikana korvattavista lääkkeistä omavastuuosuus ylittää 675,39€ voi saada lisäkorvausta. Kelan korvauksen voi saada suorakorvauksena näyttämällä Kela-korttia apteekissa. (Kela 2011.)

Läkkehoidon ohella kipua voidaan yrittää helpottaa lääkettäömällä kivunhoidolla. Läkettäömän hoidon keinoja ovat muun muassa asentohoito, kylmäpak-

kaukset, liikunta, keskustelu, kuuntelu ja rentoutuminen. (Sailo & Vartti 2000, 124.) Myös fysioterapiaa voidaan käyttää lääkkeettömänä kivunhoito menetelmänä (Kalso & Vainio 2002, 203).

Asentohoidolla pyritään saamaan potilaalle mahdollisimman rento olo, koska tämä edistää paranemista sekä kivun pysymistä poissa. Lisäksi asentohoidolla voidaan ehkäistä painehaavoja, ihon painaumuksia ja pitää verenkierto normaalina. (Sailo & Vartti 2000, 124.) Kylmäpakkaukset lievittävät kipua ja laskevat turvotusta. Kylmähoitona voidaan käyttää kylmägeeliä, jääpussia tai viileitä pyyhkeitä. Leikkauksen jälkeen liikkuminen on hyvin tärkeää, jotta potilas saavuttaa normaalin toimintakyvyn mahdollisimman pian. Potilasta opastetaan liikkumaan oikein leikkauksen jälkeen. (Sailo & Vartti 2000, 125.) Myös keskustelulla ja kuuntelulla on tärkeä osa lääkkeettömässä kivunhoidossa. Potilaan kunnon lisäksi hoitajan tulee tarkkailla tämän mielialaa ja kysyä potilaalta itseltään tämän tuntemasta kivusta. (Sailo & Vartti 2000, 126.) Rentoutumisen apuna voidaan käyttää esimerkiksi hierontaa ja mielikuva- sekä hengitysharjoituksia (Sailo & Vartti 2000, 136–137). Rentoutumisen avulla potilaan ahdistuneisuus ja lihaskänsitys vähenevät (Kalso & Vainio 2002, 202). Fysioterapiassa hoitoina käytetään fysikaalisia menetelmiä, joita ovat muun muassa sähkövirta, lämpö- ja kylmähoito (Kalso & Vainio 2002, 203).

6 LONKKAMURTUMAPOTILAAN KUNTOUTUS

6.1 Mitä kuntoutus on?

Kuntoutus on monialaista, suunnitelmallista ja pitkäjänteistä toimintaa, se voidaan määritellä ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi. Tavallisesta hoidosta kuntoutus eroaa menetelmiensä ja monialaisuutensa vuoksi. Kuntoutuksen ja hoidon välille ei kuitenkaan aina ole tarvetta vetää rajaa, eikä se kaikissa tilanteissa olekaan selvä. (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002, 3.) Kuntoutuksen onnistuminen riippuu pitkälti ikäihmisen omista voimavaroista, sekä halusta parantua (Vallejo, Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 59; Eloranta & Punkanen 2008, 155).

Perinteisesti kuntoutus on mielletty toimenpiteiksi, jotka tähtäävät sairaudesta, viasta tai vammasta johtuvan toiminnanvajeen ennaltaehkäisyyn, korjaamiseen, lievittämiseen ja kompensointiin (Lönroos 2008, 278). Lonkkamurtumapotilaista vain 25 % - 30 % saavuttaa saman toiminnallisen kyvyn, kuin ennen lonkkamurtumaa (Olsson ym. 2005, 854; Zidén, Frändin & Kreuter 2007, 1020). Lonkkamurtumapotilaiden keski-ikä nousemalla heidän potilasryhmästään on tullut heterogeenisempi eli epäyhtenäisempi. Lonkkamurtumapotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa pitää ottaa huomioon fyysisen suorituskyvyn lisäksi se, että kuntoutuksen pitäisi vaikuttaa myös yksilön elämänlaatuun, psyykkiseen toimintakykyyn ja sosiaaliseen selviytyvyyteen. (Olsson ym. 2005, 854; Lönroos 2008, 278.)

6.2 Kuntoutuksen tavoite

Kuntoutus on aina tavoitteellista toimintaa ja perustuu kokonaisnäkemykseen kuntoutujan tilanteesta (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002, 3.) Kuntoutuksen tavoite on edistää ja ylläpitää kuntoutujan omatoimisuutta ja itsenäistä arkielämästä suoriutumista. (Kettunen ym. 2002, 30.) Lonkkaleikkauksen jälkei-

sen kuntoutuksen tavoitteena on parantaa potilaan mahdollisuuksia hyvään toimimiseen toimenpiteen jälkeen ja palauttaa hänen toimintakykynsä sellaiseksi, että hän voi jatkaa elämäänsä entisessä ympäristössä. (Olsson ym. 2005, 854; Lönroos 2008, 302.)

6.3 Kuntouttavahoitotyö ja potilaan kuntoutumisen tukeminen

Lonkkamurtuman korjausleikkauksen jälkeen alkaa aktiivinen potilasta kuntouttavahoitotyö. Kuntoutusvaihe kestää murtumasta ja hoitomenetelmästä riippuen muutamia viikkoja, joskus jopa useita kuukausia. Kuntoutuminen ja sen edistyminen ovat usein riippuvaisia siitä, millainen murtuma on ollut ja millaista hoitomenetelmää on käytetty, sekä potilaan ikä että hänen aikaisempi terveydentilansa vaikuttavat myös kuntoutumiseen. Oikein valitulla hoitomenetelmällä ja tehokkaalla kuntoutuksella potilaalle lonkkamurtumasta aiheutuvat haitat saadaan mahdollisimman pieniksi jolloin potilas voi siirtyä mahdollisimman pian kotiin. (Hartikainen & Lönroos 2008, 29.)

Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus vaatii moniammatillista yhteistyötä ja pitkäjänteistä toimintaa, kuntoutukseen osallistuvat fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, ravitsemusterapeutti, sairaanhoitaja ja lähihoitaja sekä potilasta hoitava lääkäri. (Käypähoito suositus 2006.) Lisäksi potilaan omaiset osallistuvat jatkohoidon suunnitteluun. Lonkkamurtuma potilaan mobilisointi alkaa leikkauspäivää seuraavana päivänä. Varhainen mobilisaatio ja tehokas fyysinen harjoittelu edesauttavat liikkumis- ja toimintakyvyn palautumista, sekä ennaltaehkäisevät mahdollisia leikkauskomplikaatioita. Kävelykyvyn nopea palautuminen on yhteydessä lyhempään sairaalahoitajaksoon ja suurempaan todennäköisyyteen palata omaan kotiin. (Käypähoito suositus 2006.)

Kuntouttavahoitotyö on potilaslähtöistä ja yksilöllisyyttä kunnioittavaa sekä tarvittavan tiedon välittämistä potilaalle, kaikki toiminta on potilaan itsenäistä selviytymistä tukevaa. Hoitajan tulisi tunnistaa ja ennaltaehkäistä potilaan kuntoutumiseen liittyvät riskit kuten; masentuneisuus, painehaavaumat, ravitsemuson-

gelmat, pidätyskyvyttömyys ja leikkauskomplikaatiot. (Surakka & Koivula 2005, 296.)

Kuntouttavaan hoitotyöhön kuuluu potilaan toimintakyvyn ylläpito ja palauttaminen. Lisäksi kuntoutumista edistävä hoitotyö sisältää potilaan jäljellä olevan toimintakyvyn tukemisen ja ylläpidon sekä potilaan kannustamisen ja rohkaisemisen yrittämään itse. Kuntoutumista edistävä hoitotyö sisältää myös jatkuvan ja järjestelmällisen vapaamuotoisen hoitotyön kirjaamisen, kuntoutuksen toteutumisen arvioimiseksi ja kehittämiseksi. Kirjaaminen sisältää tiedot siitä miten potilas on edistynyt kuntoutumisprosessissaan ja millä keinoilla hoitotyöntekijät ovat tukeneet tätä edistymistä (Kettunen ym. 2003, 29–30; Lönnroos 2008, 310.)

6.4 KELA korvaukset

Matkakorvausta voi saada julkiseen, sekä yksityiseen sairaanhoitoon liittyvistä matkoista, jos sen kustannus ylittää yhden suunnan omavastuuosuuden. Korvaus maksetaan pääasiassa halvimman matkustustavan mukaan esimerkiksi linja-auton, mutta jos henkilön tarvitsee jostain syystä käyttää kalliimpaa matkustustapaa, esimerkiksi taksia, tarvitsee hän terveydenhuollon antaman todistuksen sen tarpeellisuudesta. Taksimatkoihin saa suorakorvattavuuden taksissa. Kuntoutukseen tehtyjä matkoja Kela korvaa, jos kuntoutus pohjautuu Kelan tai julkisen terveydenhuollon kuntoutuspäätökseen. (Kela 2011.)

Kela korvaa omavastuuosuuden (9,25€) ylittävän osuuden. Jos henkilö käyttää omaa autoa, maksetaan korvausta kilometrikorvauksena, eli 0,2€/km. Jos kalenterivuoden aikana omavastuuosuus sairaanhoitoon tai kuntoutukseen liittyvistä matkakustannuksista ylittää 157,25€ maksaa Kela ylittävän osan tarvittavista matkoista kokonaan. (Kela 2011.)

6.5 Iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen erityispiirteet

Ikääntymisen myötä perussairaudet lisääntyvät ja heikentävät toimintakykyä, ne myös lisäävät suuresti avun tarvetta. Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen, oireet ja niiden haittaavuus ovat ikääntyneen kuntoutusta suunniteltaessa ja arvioitaessa keskeisiä tekijöitä. Lonkkamurtuman seurauksena vanhusten fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky saattaa heikentyä huomattavasti, tämä tilanne vaikeuttaa heidän itsenäistä selviytymistään ja rajoittaa merkittävästi heidän elämäänsä (Iivanainen ym. 2001, 170; Kähäri-Wiikk, Niemi & Rantanen 2002, 13). Geriatrian perusajatuksena on, että vanhuksen nopea toimintakyvyn heikkeneminen ei ole normaalia vanhenemista, vaan se johtuu ensisijaisesti sairaudesta tai tapaturmasta, tällöin tilanne tulee selvittää viipymättä (Lönroos 2008, 282).

Fyysinen toimintakyky edellyttää, että elimistön tukirakenteet ovat riittävän hyvässä kunnossa, se tarkoittaa elimistön toiminnallista kykyä selviytyä erilaisista fyysistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Se ilmenee ihmisen kykynä tehdä työtä, harrastaa ja huolehtia omista päivittäisistä toimistaan. Vanhuksen fyysisen toimintakyvyn alentuminen aiheuttaa hänelle konkreettista avuntarvetta. Hyvä fyysinen toimintakyky on osa vanhuksen elämisen laatua, hänen kykyään selviytyä ja toimia haluamallaan tavalla erilaisissa elämäntilanteissa. (Iivanainen ym. 2001, 171; Kähäri-Wiikk ym. 2002, 13, 159 -160; Kettunen ym. 2003, 135.)

Tiedetään, että lonkkamurtumapotilaat eivät useimmiten saavuta samaa fyysistä toimintakykyä (Mangione, Craik, Tomlison & Palombaro 2004, 728; Zidén ym. 2007, 1020), kuin ennen murtumaa ensimmäisen vuoden sisällä murtumasta. Lonkkamurtumapotilaista kuuden kuukauden päästä lonkkamurtumaleikkauksesta noin 8 % pystyy kiipeämään portaita, noin 15 % pystyy kävelemään huoneen poikki itsenäisesti ja noin 6 % pystyy kävelemään puoli kilometriä. Kahdeksan kuukauden päästä lonkkamurtumaleikkauksesta 42 % tarvitsee kävelykepin kävelyn avuksi, mutta kävelyomatkat olivat kolmenkertaistuneet aikaisempaan nähden, 56 % leikatuista ei pysty kävelemään yhtä hyvin kuin ennen lonkkamurtumaa. Kahden vuoden lonkkamurtumapotilaiden seurannassa on

neljä kertaa todennäköisempää, että lonkkamurtumapotilas on ns. kotiinsa sitoutunut ja kolme kertaa todennäköisempää, että he ovat riippuvaisempia avusta päivittäisissä toiminnoissa, ja ovat vähemmän aikaa jaloillaan kuin ennen lonkkamurtumaa. (Mangione ym. 2004, 728.)

Lonkkamurtumapotilaille voi olla vaikeaa määrittää kuntoutuksen päätöspistettä, koska kuntoutuksen loppuminen on vaikeasti tunnistettavissa. Monet lonkkamurtumapotilaista eivät enää koskaan saa takaisin samaa fyysistä toimintakykyä, kuin ennen murtumaa. Tilanteen hyväksyminen ja sopeutuminen ovat todennäköisimmin sopivimpia päättymisen merkkejä lonkkamurtumapotilaan kuntoutukselle. (Olsson ym. 2005, 857.)

Potilaan kuntoutus voidaan jakaa fysioterapeutin antamaan kuntoutushoitoon, joka sisältää muun muassa apuvälineiden tarpeen arvioinnin, ylösnousun ohjaamisen ja kävelyharjoitukset sekä hoitohenkilökunnan päivittäisessä hoitotyössä toteuttamaan kuntoutukseen, joka tapahtuu normaalin hoitotyön yhteydessä. (Lönroos 2008, 310–311.) Kuntoutuminen edellyttää potilaalta itseltään sitoutumista omaan kuntoutumiseensa ja omien tavoitteiden asettamista (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2010, 444). Hoitohenkilökunnan yhtenä tärkeänä tehtävänä on tukea potilasta ja hänen omaistaan, sekä auttaa potilasta saavuttamaan asettamansa kuntoutumistavoitteet. Omaiset tulee ottaa mukaan kuntoutukseen heti alusta lähtien, sillä heillä on olennainen merkitys iäkkäänpotilaan tukemisessa. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2010, 447.)

Ikääntyneen varhainen toimenpiteen jälkeinen mobilisaatio on hänen toipumisensa kannalta olennaista. Kuntoutuksella estetään tehokkaasti lihasvoiman ja luumassan menetystä, sekä pitkittyvään vuodelepoon liittyviä komplikaatioita kuten: infektioita, painehaavoja sekä laskimotukoksia. Sopiva kuormitus stimuloi murtuman luutumista. On todettu, että vain harvat iäkkäät potilaat pystyvät noudattamaan kirjaimellisesti varausrajoituksia harjoitellessaan kävelyä lonkkamurtuman jälkeen. Lääkäri antaa tarkat murtuma-alueen kuormitusohjeet, joita tulee noudattaa. Tästä johtuen myös ruuvein, levyin, liuku- tai ydinnauloin toteutetut lonkkamurtuman korjausleikkaukset pyritään tekemään täysin painovarauksen

kestäviksi. Raajalle saa varata täydellä painolla puoliproteesi leikkauksen jälkeen. (Surakka ym. 2005, 296; Lönnroos 2008, 306–307.)

Harjoittelun määrällä on vaikutusta: mitä enemmän on harjoiteltu, sen parempia tuloksia on saavutettu. Päivittäinen intensiivinen fyysinen harjoittelu on erityisen tärkeää kognitiiviselta toimintakyvyltään heikentyneille potilaille. Harjoittelun tulee lähteä potilaan omista tavoitteista ja sen tulee tukea päivittäisistä toiminnoista selviämistä, sekä ulkona liikkumista. (Käypähoito suositus 2006, 13.)

Harjoittelun tulee kestää useita kuukausia. Intensiivisellä voimaharjoittelulla voidaan parantaa alaraajojen voimaa, tasoittaa niiden puolieroja sekä edistää liikkumiskykyä vielä useita vuosia lonkkamurtuman jälkeenkin. Tehokas mobilisatio ehkäisee kipua ja auttaa ylläpitämään nivelten liikkuvuutta. (Käypähoito suositus 2006, 13.) Olsson ym. (2005, 856) tutkimuksen mukaan lonkkamurtumapotilaat pitävät tärkeimpänä tietona sitä miten he voivat harjoittaa jalkaa ilman, että murtuma vahingoittuu. Tiedot lonkkamurtumapotilaan toimintakyvystä ja liikkumisesta ennen murtumaa antavat viitteitä siitä, mikä liikkumisen apuväline potilaalle tulee valita hyvän kliinisen hoitokäytännön mukaisesti leikkauksen jälkeen (Käypähoito suositus 2006).

Tutkimusten mukaan lonkkamurtumapotilailla, jotka osallistuvat fysioterapiaan omassa kodissaan on taipumus saada takaisin fyysinen toimintakyky ja terveyteen liittyvä elämänlaatu nopeammin kuin muilla. Kotona kuntoutettavien lonkkamurtumapotilaiden ulkona liikkumisen on todettu olevan yleisempää ja heillä oli enemmän itseluottamusta omaan tasapainoonsa, kuin muilla lonkkamurtumapotilailla. Kotona suoritettavalla fysioterapialla vaikuttaa olevan myönteinen vaikutus myös lonkkamurtumapotilaan itsenäisyyteen ja aktiivisuuteen. (Zidén ym. 2007, 1026–1027.)

Psyykinen toimintakyky tarkoittaa kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoa, kykyä tuntea ja kokea, sekä kykyä muodostaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta. Se on myös ihmisen kykyä suoriutua erilaisista älyllistä ja henkistä työskentelyä vaativista tehtävistä. Psyykkisen toimintakyvyn osa-alueita ovat muun mu-

assa havaitseminen, muisti, ajattelu, oppiminen ja kommunikaatio. (Iivanainen ym. 2001, 170; Kähäri-Wiikk ym. 2002, 13.)

Lonkkamurtumapotilailla on ahdistusta ja pelkoa omasta tilanteestaan. He ovat huolissaan joutuvansa riippuvaiseksi toisesta ihmisestä, sekä kokevat oman kävelykyvyn heikentyneen. Nämä huolenaiheet ovat yksi este tehokkaalle kuntoutukselle. Näitä tunteita voidaan vähentää parantamalla tiedotusta ja antamalla enemmän huomiota sekä henkistä tukea. (Olsson ym. 2005, 857.) Lonkkamurtumien ja nikamamurtumien on todettu olevan enemmän yhteydessä elämänlaadun huononemiseen, kuin muiden murtumien (Zideń, Kreuter & Frandin 2009, 18).

On yleistä, että lonkkamurtumapotilaat kamppailevat lonkkamurtumaa seuraavien psykologisten haasteiden kanssa. Näitä haasteita ovat muun muassa kaatumisen pelko, kontrollin menettämisen pelko ja fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen aiheuttama masennus. Potilaan kohtaaminen ja auttaminen tässä tilanteessa on haastavaa. (Proctor, Wade, Woodward, Pendleton, Baldwin, Tarrier, Horan & Burns 2007, 716.) Selkeät toimintatavat lonkkamurtumapotilaan psykologiselle kuntoutukselle puuttuvat usein. Hoitohenkilökunta voi tuntea tämän takia epävarmuutta siitä, kuinka toimia ja reagoida tällaisen potilaan kohdalla. (Proctor ym. 2007, 717.) Lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen psykologisten tekijöiden vaikutusten arviointi voi olla vaikeaa, koska osa potilasta ei ole tietoisia näistä asioista ja osa saattaa vältellä niistä keskustelua (Proctor ym. 2007, 7120).

Toteutuakseen **sosiaalinen toimintakyky** vaatii psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä (Eloranta & Punkanen 2008, 17). Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä osallistua yhteisölliseen elämään sekä taitoa pitää yhteyttä toisiin (Iivanainen ym. 2001, 170; Kähäri-Wiikk ym. 2002, 13). Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluvat myös luonnollinen vuorovaikutus, läheisyys, kyky huolehtia itsestään ja tietoisuus oikeuksistaan (Iivanainen ym. 2001, 170; Kähäri-Wiikk ym. 2002, 13). Sosiaalisen toimintakyvyn määrittävät omavastuu läheisistä, suhteet ystäviin ja omaisiin, sekä sosiaalisten suhteiden sujuminen ja osallistu-

minen näihin, harrastukset ja elämän mielekkyys (Eloranta & Punkanen 2008, 17).

Yksilönä sosiaalinen toimintakyky on sitä miten henkilö osaa hahmottaa itsensä suhteessa ympäristöön, sekä oppii tuntemaan mahdollisuutensa. Ihminen on yksilönä myös ryhmässä, yksilöiden välillä sosiaalisia ryhmätasoja ovat ihmisten väliset suhteet, ystävät, perheet ja sukulaiset. (Eloranta & Punkanen 2008, 16.)

Ikäihmisillä sosiaalinen toimintakyky voi olla helpompaa kuin nuorilla, koska ihmisen persoonallisuus kehittyy ja hän oppii vanhetessaan tuntemaan omat rajoituksensa sekä kykynsä, jolloin hän voi havaintojensa mukaan muuttaa käyttäytymistään (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 59). Iäkkäillä vanheneminen ja terveydentilan lasku usein kuitenkin harventavat läheisten tapaamisia, vaikka sosiaalinen verkosto vaikuttaa positiivisesti psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin (Vallejo ym. 2008, 18).

Mortimore, Haselow, Dolan, Hawkes, Langenberg, Zimmerman ja Magaziner (2008, 1072–1073) tutkimuksen mukaan lonkkamurtumapotilailla jotka ovat ennen murtumaa harvoin yhteyttä perheeseen tai ystäviin on suurempi riski kuolla, kuin niillä jotka ovat usein yhteydessä. Varsinkin perheen yhteydenpidon todettiin olevan sidoksissa lonkkamurtumapotilaan terveyteen. Lonkkamurtumapotilailla todettiin myös olevan vähemmän yhteyksiä ystäviin murtuman jälkeen, kuin ennen murtumaa.

7 LONKKAMURTUMAPOTILAAN HENKISEN HYVINVOINNIN TUKEMINEN

Kehon muutokset kuuluvat normaaliin vanhenemiseen, mutta ne saattavat vaikuttaa psyykkiseen tasapainoon. Iäkäs voi kokea olevansa hauras ja voimavarojensa vähentyneen. (Kivelä 2009, 13.) Ikääntyessä tulee hyväksyä fyysiset, kognitiiviset sekä ulkonäölliset muutokset ja sopeutua toimimaan uusilla tavoilla voimavarojen mukaisesti (Kivelä 2009, 20). Kuten nuoremmilla, niin myös iäkkäillä on tarve kokea psyykkistä, sosiaalista ja fyysistä läheisyyttä ja se onkin tärkeä seikka psyykkisen terveyden säilymisen kannalta (Kivelä 2009, 21).

Normaalia vanhenemista nopeammin fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat äkilliset fyysiset sairaudet, kuten lonkkamurtuma. Fyysisen sairauden aiheuttama terveydentilan heikkeneminen vaikuttaa myös psyykkisesti. Iäkäs voi keskustella sairautensa aiheuttamista tunteista läheisten, vertaistukiryhmän ja hoitohenkilökunnan kanssa, jolloin asiaa pystyy käsittelemään paremmin. Lonkkamurtuma potilaan henkisen hyvinvoinnin tukeminen tulee aloittaa välittömästi jo sairaalassa olon aikana. Hoitajien tulee kiinnittää huomiota potilaan henkiseen hyvinvointiin ja tukea sitä kuuntelun sekä keskustelun keinoin. Myös kotiutumisvaiheessa tulee huolehtia, että potilaalla on henkistä tukea tarpeen vaatiessa, esimerkiksi omaiset (Kivelä 2009, 23.) Normaalin vanhenemisen seurauksena itsenäinen selviytyminen tulee vaikeammaksi. Äkillisen fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavan sairauden takia tämä saattaa vaikeutua entistä enemmän ja aiheuttaa iäkkäälle oman arvon tunteen heikkenemistä. Itsenäinen selviytyminen on tärkeää psyykkisen hyvinvoinnin kannalta ja sitä voidaan edistää muun muassa lonkkamurtumapotilaiden kohdalla apuvälineiden avulla. (Kivelä 2009, 40–41.) Fyysinen sairastuminen aiheuttaa surua ja potilasta tuleekin auttaa ymmärtämään sairastumisensa todellisuus. Iäkäs tulee kuunnella ja antaa mahdollisuus ilmaista tunteensa. Kohdattaessa sureva tulee myös olla myönteinen, mutta rehellinen ja antaa konkreettista tukea. (Kivelä 2009, 55–56.)

Zíden, Wenestam ja Hansson-Scherman (2008, 801) tutkimuksen mukaan lonkkamurtumapotilaat kokevat, että heidän suhteensa omaan kehoon, itseen, muihin ja elämään on muuttunut. Lonkkamurtumapotilaat ajattelevat olevansa lähempänä kuolemaa ja suljettuna kotona. Lisäksi he kokevat olevansa epävarmoja tulevaisuudesta ja vartalostaan sekä riippuvaisempia muista.

Lonkkamurtuma potilaiden itsetunto kärsii, kun päivittäisten toimien, kuten kaupassa käymisen ja portaiden kävelemisen tekeminen vaikeutuu. Tutkimuksen tulokset siis osoittavat, että luun murtuman lisäksi lonkkamurtuma vaikuttaa negatiivisesti sosiaalisen elämään ja potilaan psyykkiseen tasapainoon. Etenkin ensimmäisten kuukausien aikana murtumasta depressio ja sosiaalinen eristäytyminen ovat yleisiä. (Zíden ym. 2008, 807–808.)

Suurelle osalle lonkkamurtumapotilaista (59 %) tulee jonkinlainen mielialahäiriö tai masennus. Tähän on laskettu mukaan myös sairaalassa oloaikana joillekin tuleva delirium eli sekavuustila. Nämä ovat yleisiä varsinkin iäkkäillä lonkkamurtumapotilailla ja ovat merkittävä osa lonkkamurtuman haitallisista vaikutuksista. Mieliala häiriöiden tunnistus ja hoito kuitenkin vähentävät näitä vaikutuksia. (Givens, Sanft & Marcantonio 2008, 1075.) Psyykkisten tekijöiden ymmärtäminen ja huomioon ottaminen lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksessa on tärkeää, potilaalle tulee antaa siis myös psyykkistä kuntoutusta. Psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä, ovat esimerkiksi kipu ja itsenäisyyden menetys. (Proctor, Wade, Woodward, Pendleton, Baldwin, Tarrier, Horan & Burns 2007, 716.)

8 LONKKAMURTUMAPOTILAAN OHJAUSVIDEO

8.1 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyö voi olla tuotokseen painottuva, mikä on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tavoitteena voivat olla esimerkiksi opastaminen tai toiminnan järjestäminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteuttaminen, sen raportointi ja ammatillinen tietotaito. (Vilka & Airaksinen 2004, 9-10.) Tässä opinnäytetyössä tuotos on ohjausvideo lonkkamurtumapotilaalle eli tavoitteena on käytännön työn ohjeistaminen ja opastaminen. Opinnäytetyön tuotoksena on ohjausvideo lonkkamurtumapotilaalle, jonka perustana on teoreettinen tietoperusta. Tuotokseen painottuva opinnäytetyö on käytännönläheinen ja siitä on hyötyä työelämässä.

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on aina tuottaa jokin konkreettinen tuote. Näitä voivat olla esimerkiksi kirja, tietopaketti, ohjeistus tai tapahtuma. (Vilka & Airaksinen 2003, 51.) Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää toiminnallisen osuuden lisäksi opinnäytetyön raportoinnin. Tuotoksen tulee aina perustua tehtyyn kirjallisuuskatsaukseen. (Vilka & Airaksinen 2003, 48–49.) Tuotteen tulee olla käytettävissä kohderyhmässä eli lonkkamurtumapotilailla. Lisäksi asiasisällön tulee olla kohderyhmälle sopiva. (Vilka & Airaksinen 2003, 53.)

8.2 Videon toteutus

Opinnäytetyöhön tehtiin kirjallisuuskatsaus, jonka pohjalta toteutettiin lonkkamurtumapotilaille tarkoitettu ohjausvideo. Videon tekemistä ja kuvausta varten tehtiin kuvaussuunnitelma sekä käsikirjoitus. Videon suunnittelussa otettiin huomioon kohderyhmä ja heidän tarpeensa. Videossa käydään läpi lonkkamurtumaa ja sen leikkauksen jälkeistä hoitoa kuvien, videon ja tekstin avulla. DVD:n käytännön toteutukseen ja käsikirjoituksen muokkaamiseen saatiin avustusta Turun ammattikorkeakoulun tietotekniikan opiskelijoilta.

9 POHDINTA

9.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyössä suurimmat eettiset ongelmat liittyvät ohjausvideon toteuttamiseen. Työssä ei käytetä potilaiden tietoja ja muutenkin työ pyritään tekemään niin, että siinä ei tule näkymään ketään ulkopuolista tunnistettavasti, mikäli ohjausvideolla mahdollisesti esiintyvä henkilö kuitenkin on tunnistettavissa, niin noudatetaan anonymiteettia koskevia eettisiä ohjeita. Kirjallisuuskatsaukseen ei ole haastateltu hoitajia eikä potilaita, joten näihin asioihin ei liity eettisiä ongelmia. Videota tullaan käyttämään käytännön hoitotyössä, joten tuotosta tulee tarkastella kriittisesti jotta sen luotettavuus varmistuisi.

Ohjausvideossa esiintyviä henkilöitä tulee suojella haittavaikutuksilta, kuten fyysisiltä, henkisiltä tai taloudellisilta haitoilta. Ohjausvideoon osallistuvien tulee ymmärtää mihin he antavat suostumuksensa. (Hannikainen 1992, 65.)

Valittaessa käytettäviä lähteitä tulee olla kriittinen ja pohtia käyvätkö ne työn lähteiksi. Aihetta ja ilmiötä tulee tarkastella useammasta eri näkökulmasta. Lähdemateriaalia ja tuloksia on saatavana monin erimenetelmin tehdyistä tutkimuksista ja kirjoista, tämän takia lähteet tulee valita harkiten. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 72.) Opinnäytetyössä olisi hyvä käyttää ensisijaisesti tuoreita ja alkuperäisiä lähteitä. Käytettävät lähteet ovat ajan tasalla olevia hoitotieteellisiä tutkimuksia sekä hoitotyön kirjoja ja ne ovat pääasiassa julkaistu viimeisen kymmenen vuoden sisällä. Tuoreet lähteet perustuvat usein vanhempiin lähteisiin ja useimmilla aloilla tutkimustieto uusiutuu ajan kuluessa. Käytettäessä alkuperäistä lähdetä saa alkuperäisen tiedon, koska moninkertaisissa lainauksissa tieto saattaa muuttua tulkittaessa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 73.) Tiedon julkaisija vaikuttaa lähteen uskottavuuteen, koska arvostettu julkaisija ei julkaise asiatarkastamatonta tekstiä. Lähteitä valittaessa tulee olla objektiivinen tarkistamalla mitä varten ja kenelle tutkimus on tehty, sekä miettiä kenelle tutkimus on suunnattu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 113–114.) Lähteiden lukumäärä ei

ole ratkaisevaa, vaan niiden laatu ja soveltuvuus ovat tärkeitä. Jokaisen lähteen tulee olla työn kannalta merkityksellinen. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 76.) Lähteet on merkitty lähdeluetteloon ja lähdeviitteet tekstiin. Opinnäytetyössä käytettävät kuvat on piirretty itse, joten niiden julkaisemiseen ei liity ongelmia. Suurin osa opinnäytetyössä käytetyistä artikkeleista on englannin kielellä. Englannin kieli ei ole oma äidinkielemme, joten on mahdollista että artikkeleita lukiessa on tapahtunut tulkinta virheitä. Tämä saattaa vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen.

Opinnäytetyötä voidaan käyttää tulevaisuudessa laajasti lonkkamurtumapotilaan ohjaukseen ja se saattaa koskettaa lukuisia ihmisiä. Tämän takia työn tekemisessä tulee ottaa vastuu lähteiden luotettavuudesta ja tiedon oikeellisuudesta sekä välttää ristiriitaisuuksia. (Kylmä & Juvakka 2007, 143). Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että ohjausvideota ei ole suunnattu tiettyyn yksikköön vaan sitä voidaan käyttää yleisesti kaikkialla lonkkamurtumapotilasta ohjattaessa.

Plagiointi tarkoittaa jonkun toisen tekstin esittämistä omanaan. Myös epäselvät sekä vaillinaiset viittaukset ja tekaistut esimerkit tai väitteet ovat plagiointia. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 78.) Lainattaessa toisen tekstiä tulee lainaus merkitä asianmukaisesti ja etenkin suorissa lainauksissa tulee noudattaa erityistä huolellisuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 27). Luvaton lainaaminen on vastoin hyvää tieteellistä käytäntöä (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 287). Kirjallisuuskatsaus on olennainen osa opinnäytetyötä, sen tarkoitus on kertoa mistä näkökulmista ja miten asiaa on aikaisemmin tutkittu. Kirjallisuuskatsauksen avulla siis kootaan ja tiivistetään jo olemassa olevaa tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123.) Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen on alkuperäisistä lähteistä saatu tieto muokattu omaksi tekstiksi, jolloin vältetään plagiointi. Asiasisältöä ei kuitenkaan saa muuttaa tai vääristää.

9.2 Yhteenveto

Videon tekeminen oli mielestämme tärkeätä, koska aiemmin lonkkamurtumapotilaille tehtyjä videoita ei juurikaan ole tehty, varsinkaan suomeksi. Ohjausmenetelmiä täytyy olla erilaisia, koska ihmiset omaksuvat tietoa eritavoilla, ohjausvideo on yksi ohjauksen muoto. On todettu, että useimmat ihmiset omaksuvat tietoa paremmin näkemisen ja kuulemisen avulla kuin lukemalla. Jatkossa voisi tehdä tutkimusta siitä miten lonkkamurtumapotilaat kokevat ohjausvideon. Ja miten siinä käsitellyt asiat tukevat heidän kuntoutustaan. Tutkimustulosten perusteella voisi muokata vielä enemmän lonkkamurtumapotilasta palvelevan videon ja täten edistää heidän kuntoutumistaan.

Työelämässä olevat hoitoalan ammattilaiset pystyvät hyödyntämään ohjausvideota yhtenä ohjausmenetelmänä ja apuvälineenä, muiden menetelmien rinnalla ohjatessaan lonkkamurtumapotilasta. Tavoitteiden saavuttamista on kuitenkin vaikea arvioida, koska lonkkamurtumapotilaille tarkoitettu ohjausvideo ei ole ollut vielä käytössä käytännön hoitotyössä. Hoitajilla on usein kiire ja he eivät ehdi keskittyä potilaan ohjaamiseen niin paljon kuin olisi tarpeen. Videon avulla hoitajien aika säästyy ja potilas saa tietoa lonkkamurtuman kuntoutuksesta. Videon herättämistä ajatuksista sekä kysymyksistä potilas voi sitten keskustella hoitajan kanssa.

Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt video on melko pitkäikäinen, vaikka lonkkamurtumapotilaan leikkausmenetelmät saattavat kehittyä ja muuttua vuosien kuluessa. Perusasiat kuntoutumisessa pysyvät kuitenkin todennäköisesti samana pidemmänkin aikaa. Videossa puhutaan yleiskielellä, eikä käytetä slangisanoja, joita ei enää tulevaisuudessa mahdollisesti tunneta. Täten video kestää ja on ajankohtainen pidempäänkin.

On mahdollista, että videota ei käytetä, mikäli se ei vastaa lonkkamurtumapotilaiden tiedontarvetta leikkauksen jälkeen. Olemme yrittäneet ottaa kirjallisuuskatsaukseen tietoa asioista, joita lonkkamurtumapotilaat tutkimusten mukaan haluavat tietää murtuman jälkeen. Saattaa kuitenkin olla, että osastolla olevat lonkkamurtumapotilaat eivät koe videota hyväksi ohjausmenetelmäksi ja eivät

tunne saavansa siitä riittävää ohjausta sekä tietoa. Ohjausvideon toteutuksessa on myös otettu huomioon kohderyhmä. Yleensä lonkkamurtuma tapahtuu iäkkäälle, joten videossa on käytetty materiaali, jonka ajattelimme palvelevan parhaiten iäkkäiden tarpeita. Tämä lisää mahdollisuutta siihen, että videota käytettäisiin käytännön hoitotyössä. Voi myös olla, että koska video-ohjaus osastoilla ei ole kovinkaan yleistä, niin ohjausvideon käyttöön otto on iso kynnyks hoitajille. Opiskelijoiden tekemään videoon saatetaan suhtautua varauksella ja vanhojen tuttuun ohjaus ja kuntoutustapojen muuttaminen on pitkäaikainen prosessi.

Jos työ tehtäisi uudestaan, niin olisimme alusta alkaen olleet järjestelmällisempiä artikkeleiden ja teoria tiedon kanssa. Mikäli lonkkamurtumapotilaita olisi haastateltu, niin työn lähtökohdat olisivat olleet erilaiset kuin mitä nyt. Voi olla, että työssä käsiteltävät aiheet olisivat aivan jotain muuta kuin kirjallisuuden perusteella valitsemamme. Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä ohjausvideo lonkkamurtumapotilaalle ja tarkoituksena selvittää mitä lonkkamurtumapotilaat haluavat tietää ja mistä aiheista he erityisesti haluaisivat saada ohjausta sekä millä tavoin lonkkamurtumapotilaan kuntoutusta voidaan edistää ja tukea. Tavoitteemme ja tarkoituksemme tulevat selkeästi esiin työssä.

Lonkkamurtumia tapahtuu paljon laitoksissa. Näiden murtumien estäminen ja ehkäiseminen olisi tärkeää. Laitoksissa tapahtuvien murtumien ehkäisy on kuitenkin haasteellista. Murtumia voitaisiin kuitenkin vähentää kertomalla potilaalle, että hän voi milloin vain pyytää hoitajien apua. Näin mahdollistetaan, että potilas voi turvallisesti liikkua omien voimavarojensa mukaisesti. Potilaalle on myös hyvä kertoa miksi avun pyytäminen on tärkeää. Varsinkin iäkkäiden potilaiden on ymmärrettävä, että heidän toimintakykynsä ei ole enää samalla tasolla kuin ennen ja heidän kaatumisen riskinsä on merkittävästi lisääntynyt. Potilaille tulee myös kertoa, että kaatumisen seuraukset voivat olla vakavat. Iäkkäiden potilaiden olisi hyvä käyttää lonkkapehmusteita jolloin mahdollisen kaatumisen yhteydessä lonkkamurtuman riski ei ole niin suuri. Fysioterapeutin työpanos lonkkamurtumien ehkäisyssä laitoksissa on myös syytä ottaa huomioon. Fysioterapeutilla tulisi olla tarpeeksi aikaa ohjata potilasta liikkumaan ja käyttämään apuvälineitä oikein. Työntekijöiden määrällä on myös vaikutusta, olisi hyvä jos hen-

kilökunnalla olisi aikaa paneutua henkilökohtaisesti jokaisen potilaan kuntoutumiseen.

Opinnäytetyöstämme ei tule mitään varsinaisia tuloksia, mutta työn tekemisen perusteella mielestämme lonkkamurtumapotilaan kuntoutumiseen tulee kiinnittää enemmän huomiota. Sitä tulee jatkossa tukea ja kehittää. Tässä työssä lonkkamurtumapotilaiden ohjaustarvetta selvitettiin kirjallisuuden avulla, mutta tulevaisuudessa olisi tärkeää, että kuntoutusta tutkittaisiin ja potilaita itseään haastateltaisiin myös. Näin saataisiin tietää mitä potilaat itse ajattelevat ja haluavat tietää.

Opinnäytetyöhön kuuluvan videon kuvaukseen ja toteutukseen saatiin avustusta Turun ammattikorkeakoulun tietotekniikan opiskelijoilta. Tutkimus oli osa Turun ammattikorkeakoulun Kivun hoidon potilasohjaus-hanketta. Hanke toteutettiin Turun ammattikorkeakoulun terveystulosalueen ja Turun sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä.

Olemme tyytyväisiä opinnäytetyön tuotoksena syntyneeseen videoon. Mielestämme videosta huomaa, että siihen on käytetty aikaa ja vaivaa. Ulkoasu on yhtenäinen kokoajan, mikä lisää videon ammattimaisuutta ja saa sen näyttämään erittäin käyttökelpoiselta ohjausmenetelmältä. Videossa on otettu hyvin huomioon kohderyhmä jolle video on suunnattu ja tehty. Kohderyhmä on lonkkamurtumapotilaat eli ikäihmiset, koska lonkkamurtuma sattuu yleensä iäkkäille. Videossa tämä näkyy siinä, että videoon ei ole laitettu liikaa asioita, liian nopeasti vaan asiat kerrotaan selkeästi. Videota tehdessä aikataulu oli tiukka, joten meillä ei ollut aikaa kuvata videota monena päivänä. Tästä johtuen materiaalia ei joissain kohtia ole kovinkaan paljoa ja olemme joutuneet laittamaan näihin kohtiin diaesitykset. Ainoa asia mitä videossa muuttaisimme on se, että osan diaesityksistä korvaisimme muulla materiaalilla. Uskomme, että video vastaa kuitenkin sisällöltään lonkkamurtumapotilaiden tiedontarpeeseen ja he saavat siitä tarvitsemaansa informaatiota miten toimitaan lonkkaleikkauksen jälkeen. Video antaa myös paljon tietoa ja tukea lonkkamurtumapotilaiden omaisille, joten heillekin olisi hyötyä videon katsomisesta. Koko-

naisuudessaan video on siis onnistunut mielestämme hyvin ja se on erittäin käyttökelpoinen ohjausmenetelmä

LÄHTEET

- Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen J. & Viikari-Juntura E. 2009. Fysiatría. 4., uudistettu painos. Helsinki : Duodecim
- Arffman S., Partanen R., Peltonen H. & Sinisalo L. 2009. Ravitsemus hoitotyössä. 1., painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2001. Sairaanhoido ja huolenpito. Porvoo: WSOY.
- Carpenter, J. & Bell, S. 2002. What do nurses know about teaching patients? Journal for nurses in staff development, Vol. 18, No. 3, 157-161.
- Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. 1., painos. Juva: WS Bookwell Oy.
- Givens, J., Sanft, T. & Marcantonio, E. 2008. Functional Recovery After Hip Fracture: The Combined Effects of Depressive Symptoms, Cognitive Impairment, and Delirium. JAGS, Vol. 56, No. 6, 1075–1079.
- Granström, V. 2010. Kipu ja mieli. Porvoo: Edita Publishing Oy.
- Hammar, A-M., 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOY pro Oy.
- Hannikainen, L. 1992. Eettiset säännöt. Turku: Åbo Akademis tryckeri.
- Hakala, J. 2000. Opinnäyte luovasti, kehittämis- ja tutkimustyön opas. Tampere: Tammer-Paino Oy
- Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. 1., painos. Helsinki: Edita Prima.
- Hartikainen, S. & Jäntti, P. 2001. Iäkkäiden kaatumiset ja huimaus. Geriatria. Helsinki: Duodecim..
- Heine, J., Koch, S. & Goldie, P. 2004. Patients` experiences of readiness for discharge following a total hip replacement. Australian Journal of Physiotherapy, Vol. 50, 227-233.
- Herrick, C., Steger-May, K., Sinacore, D., Brown, M., Schechtman, K. & Binder., E. 2004. Persistent Pain in frail older adults after hip fracture repair. JAGS, Vol. 52, No. 12, 2062-2068.
- Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. Helsinki : WSOY.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Huusko, T. 2003. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan kuntoutumiseen liittyvät ongelmat. Suomen lääkärilehti 12/2003 vsk 58. 1431–1434.
- Huges, E. 2004. Principles of post-operative patient care. Nursing Standard, Vol. 19, No. 5, 43–51.
- Hyttinen, H. & Kanerva, A-M. 2011. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan ohjaus – systemoitu kirjallisuuskatsaus. Tutkiva Hoitotyö, Vol. 9, No. 2, 12–20.

- Iivanainen, A., Jauhiainen, M., & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede Vol. 19, No. 2/2007, 51–62.
- Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2002. Kipu. 3., uudistettu painos. Helsinki : Duodecim.
- Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Kipu. 2., uudistettu painos. Helsinki : Duodecim.
- KELA 2011. Vuotuinen omavastuuosuus ja sen täytyminen. Viitattu 14.11.2011 www.kela.fi > Sairastaminen > Lääkkeet > Lääkekatto.
- KELA 2011. Matkakorvaukset. Viitattu 14.11.2011 www.kela.fi > Sairastaminen > Matkat.
- KELA 2011. Matkakorvaukset. Viitattu 14.11.2011 www.kela.fi > Sairastaminen > Matkat > Matkakorvausten määrä ja omavastuuosuus.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A., Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WSOY.
- Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H., Kukkurainen, M-L. & Mäkeläinen, P. 2005. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkiva Hoitotyö, Vol. 3, No. 2, 12–17.
- Kähäri-Wiik, K., Niemi, A., Rantanen, A. 2003. Kuntoutuksella Toimintakykyä. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen M. 2004. Leikkaushaavan paraneminen. Haava. No.3, 8.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva Hoitotyö, Vol. 3, No. 3, 27–31.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden Käsitä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö Vol. 3, No. 1, 10–15.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2004. Terveystuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede Vol. 18, No. 1/2006, 4–13.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Porvoo; Helsinki: WSOY.
- Lellan, K. 2002. Postoperative pain: strategy for improving patient experiences. Journal of advanced nursing, Vol. 46, No. 2, 179-185.
- Leytin, V. & Beaudoin, F. 2011. Reducing hip fractures in the elderly. Clinical Interventions in Aging, Vol. 6, 61–65.
- Lipponen, K. 2006. Kirurgisen sairaanhoitajan valmiudet potilaan ohjaamisessa. Sairaanhoitaja, Vol. 79, No. 10, 22–24.
- Käypä hoito – suositus 2011. Lonkkamurtuma. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 18.10.2011 www.kaypahoito.fi > Suositukset > Aakkosittain > L > Lonkkamurtuma.
- Mac Lellan, K. 2003. Postoperative Pain: strategy for improving patient experiences. Journal of Advanced Nursing, Vol. 46, No. 2, 179-185.

- Mak, J., Stuart-Harris, J., Cameron I. & Mason, R. 2010. Oralvitamin D replacement after hip fracture: a comparative review. *Journal of the American Geriatric Society*, Vol. 58, No. 2, 382–383.
- Mangione. K., Craik,R., Tomlison S. & Palombaro K. 2004. Can Elderly Patients Who Have Had a Hip Fracture Perform Moderate- to High-Intensity Exercise at Home? *Physical Therapy*, Vol. 85, No. 8/2005, 727–739.
- Marjamaa, R., Niskanen, M., Porkkala, T., Valta, P., Kuosa, R. & Hynynen, M. 2009. Vieläkö yöllä leikataan? *Suomen lääkirilehti*, 27–32/2009 vsk 64, 2471–2476.
- Mattila, M. 2004. *Kivun sanasto*. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Minns, J., Nabhani F. & Bamford, J. 2004. Can flooring and underlay materials reduce hip fractures in older people? *Nursing older people*, Vol. 16, No. 5, 16-20.
- Mortimore, E., Haselow, D., Dolan, M., Hawkes, W., Langenberg, P., Zimmerman, S. & Magaziner, J. 2008. Amount of Social Contact and Hip Fracture Mortality. *JAGS*, Vol. 56, No. 6, 1069–1074.
- Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2009. *Ihmisen fysiologia ja anatomia*. 18., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Nightingale, J., Sturnieks, D., Sherrington, C., Moseley, A., Cameron, I. & Lord, S. 2009. Impaired weight transfer persists at least four months after hip fracture and rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, Vol. 24/2010, 565–573.
- Olsson, L-E., Nyström, A., Karlsson, J. & Ekman I. 2005. Admitted with a hip fracture: patient perceptions of rehabilitation. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 16, 853–859.
- Orosz, G., Hannan, E., Magaziner, J., Koval, K., Glibert, M., Aufses, A., Straus, E., Vespe, E. & Siu, A. 2002. Hip fracture in the older patient: Reasons for delay in hospitalization and timing of surgical repair. *The American geriatrics society*, Vol. 50, No 8/2002, 1336–1340.
- Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2010. *Geriatrinen kuntoutus*. 2. uudistettu painos. Porvoo: Duodecim.
- Proctor, R., Wade, Y., Woodward, R., Pendleton, N., Baldwin, R., Tarrier, N., Horan M. & Burns A. 2007. The impact of psychological factors in recovery following surgery for hip fracture. *Disability and Rehabilitation*, Vol. 30, No. 9/2008, 716 – 722.
- Pukki, T. 2006. Ikääntymisen vaikutukset haavan paranemiseen. *Haava*. No. 1, 10–15.
- Ruuskanen, E. 2005. Kivunhoidon yhtenäinen käytäntö. Näyttöön perustuva kivunhoidon ohjelma 2003–2004. *Keskisuomen sairaanhoitopiiri*.
- Sailo, T. & Vartti, A-M. 2000. *Kivunhoito*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Sairaanhoitajaliitto 2011. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 10.10.2011 www.sairaanhoitajaliitto.fi > Sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittäminen > Sairaanhoitajan työ > Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.
- Salminen, A-L. (toim.) 2010. *Apuvälinekirja*. Kirjoittajat: Töytäri, O., Koistinen, A-K., Mustonen, M., Leivo, H., Kanto-Ronkanen, A., Hurnasti, T., Mäntyniemi, R., Saaranto, E-M. & Ruutiainen, J. Kouvola: Solver Palvelut Oy.
- Sund, R. 2006. Lonkkamurtumien ilmaantuvuus Suomessa 1998–2002. *Aikakauskirja Duodenum* 2006, Vol. 122, No. 9, 1085–1091.

Sund, R., Juntunen, M., Luthje, P., Huusko, T., Mäkelä, M., Linna, M., Liski, A & Häkkinen, U. 2008. Perfect – lonkkamurtuma, hoitoketjujen vaikuttavuus, toimivuus ja kustannukset lonkkamurtumapotilailla. Stakesin työpapereita 18/2008. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.

Surakka, R., Tanninen, S. & Koivula, A. Teoksessa Mustajoki, M., Maanselkä, S., Alila, A. & Rasimus, M. 2005. Sairaanhoitajan käsikirja. 3., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.

Taylor, N., Barelli, C. & Harding, K. 2009. Community ambulation before and after hip fracture: a qualitative analysis. *Disability and Rehabilitation*, Vol. 321, No. 15, 1281–1290.

Thorngren, K.-G., Norrman, P.-O., Hommel, A., Cedervall, M., Thorngren, J. & Wingstrand, H. Influence of age, sex, fracture type and pre-fracture living on rehabilitation pattern after hip fracture in the elderly. *Disability and Rehabilitation*, Vol. 27, No. 18–19/2005, 1091 – 1097.

Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset, opas hoidosta vastaaville. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu painos. Latvia: Tammi.

Turku 2009. Apuvälinelainaus. Viitattu 14.11.2011 www.turku.fi > Terveys > Apuvälinelainaus > Apuvälineyksikkö.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U.-M., Pyykkö V. & Kivelä S.-L. 2006. Vanhustenhoito. 1., painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemussuosituksien ikääntyneille. Edita Publishing Oy: Helsinki.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemushoito. Edita Publishing Oy: Helsinki.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Visschedijk, J., Achterberg, W., van Balen, R. & Hertogh, C. 2010. Fear of Falling After Hip Fracture: A Systematic Review of Measurement Instruments, Prevalence, Interventions, and Related Factors. *JAGS*, Vol. 58, No. 9, 1739–1748.

Walker, J. 2010. Total hip replacement: improving patients' quality of life. *Nursing Standard*, Vol. 24, No. 23, 51–57.

Whitehead, C., Miller, M. & Crotty, M. 2002. Falls in community dwelling older persons following hip fracture: impact on self-efficacy, balance and handicap. *Clinical Rehabilitation*, Vol. 17/2003, 899–906.

Wu, C., Naqibuddin, M., Rowlingsson, A., Lietman, S., Jermyn, R. & Fleisher, L. 2003. The effect of pain on health-related quality of life in the immediate postoperative period. *Anesth Analg*, Vol. 97, 1078-1085.

Zidén, L., Frändin, K. & Kreuter, M. 2007. Home rehabilitation after hip fracture. A randomized controlled study on balance confidence, physical function and everyday activities. *Clinical Rehabilitation*, Vol. 22/2008, 1019–1033.

Zidén, L., Kreuter, M. & Frändin, K. 2009. Long-term effects of home rehabilitation after hip fracture – 1-year follow-up of functioning, balance confidence, and health-related quality of life in elderly people. *Disability and Rehabilitation*, Vol. 32, No.1/2010, 18–32.

Zíden, Wenestam ja Hansson-Scherman 2008. The break remains – Elderly people’s experiences of a hip fracture 1 year after discharge. *Disability and Rehabilitation*, Vol. 32, No. 2/2010, 103–113.

Lonkkamurtumapotilaan tiedon tarve ja ohjaus leikkauksen jälkeen - artikkelit

AIHE	ARTIKKELIT				
Potilaan ohjaus	Olsson ym. 2005. Admitted with a hip fracture: patient perceptions of rehabilitation. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , Vol. 16, 853–859.	Kyngäs ym. 2005. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. <i>Tutkiva Hoitotyö</i> , Vol. 3, No. 2, 12–17.	Kääriäinen ym. 2004. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kyselytutkimus sairaalassa. <i>Hoitotiede</i> Vol. 18, No. 1/2006, 4–13.	Carpenter, J. & Bell, S. 2002. What do nurses know about teaching patients? <i>Journal for nurses in staff development</i> , Vol. 18, No. 3, 157-161.	Kääriäinen ym. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. <i>Tutkiva Hoitotyö</i> Vol. 3, No. 1, 10–15.
	Lipponen, K. 2006. Kirurgisen sairaanhoitajan valmiudet potilaan ohjauksessa. <i>Sairaanhoitaja</i> , Vol. 79, No. 10, 22–24.	Heine ym. 2004. Patients' experiences of readiness for discharge following a total hip replacement. <i>Australian Journal of Physiotherapy</i> , Vol. 50, 227-233.	Hyttinen, H. & Kanerva, A-M. 2011. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan ohjaus – systemoitu kirjallisuuskatsaus. <i>Tutkiva Hoitotyö</i> , Vol. 9, No. 2, 12–20.	Isola ym. 2006. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. <i>Hoitotiede</i> Vol. 19, No. 2/2007, 51–62.	

<p>Leikkaushaavan hoito</p>	<p>Kääriäinen M. 2004. Leikkaushaavan paraneminen. Haava. No.3, 8.</p>	<p>Pukki, T. 2006. Ikääntymisen vaikutukset haavan paranemiseen. Haava. No. 1, 10–15.</p>			
<p>Hyvä ravitseminen ja nestetasapaino</p>	<p>Mak, ym. 2010. Oralvitamin D replacement after hip fracture: a comparative review. Journal of the American Geriatric Society, Vol. 58, No. 2, 382-383.</p>				
<p>Uuden kaatumisen ennaltaehkäisy + Lonkkapehmusteet ja apuvälineet + Kaatumisen pelko</p>	<p>Nightingale ym. 2009. Impaired weight transfer persists at least four months after hip fracture and rehabilitation. Clinical Rehabilitation, Vol. 24/2010, 565–573.</p>	<p>Whitehead ym. 2002. Falls in community dwelling older persons following hip fracture: impact on self-ef. cacy, balance and handicap. Clinical Rehabilitation, Vol. 17/2003, 899–906.</p>	<p>Olsson ym. 2005. Admitted with a hip fracture: patient perceptions of rehabilitation. Journal of Clinical Nursing, Vol. 16, 853–859</p>	<p>Minns, J., Nabhani F. & Bamford, J. 2004. Can flooring and underlay materials reduce hip fractures in older people? Nursing older people, Vol. 16, No. 5, 16-20.</p>	<p>Visschedijk ym. 2010. Fear of Falling After Hip Fracture: A Systematic Review of Measurement Instruments, Prevalence, Interventions, and Related Factors. JAGS, Vol. 58, No. 9, 1739–1748.</p>

<p>Potilaan kivunhoito ja arviointi</p> <p>+</p> <p>Lääkkeellinen ja lääkkeetön kivunhoito</p>	<p>Wu ym. 2003. The effect of pain on health-related quality of life in the immediate postoperative period. <i>Anesth Analg</i>, Vol. 97, 1078-1085.</p>	<p>Huges, E. 2004. Principles of postoperative patient care. <i>Nursing Standard</i>, Vol. 19, No. 5, 43–51.</p>	<p>Herrick ym. 2004. Persistent Pain in frail older adults after hip fracture repair. <i>JAGS</i>, Vol. 52, No. 12, 2062-2068.</p>	<p>Mac Lellan, K. 2003. Postoperative Pain: strategy for improving patient experiences. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, Vol. 46, No. 2, 179-185.</p>	
---	--	--	--	--	--

Lonkkamurtumapotilaan ohjausvideon käsikirjoitus

Videossa on kertoja kokoajan ja taustalla soi taustamusiikki.

1. KOHTAUS ”Johdanto”

Kertoja: Lonkkamurtumia tapahtuu Suomessa vuosittain noin 7000. Iän karttuessa lonkkamurtuman riski suurenee. Lonkkamurtumista suurin osa, eli noin 70 % tapahtuu ikääntyneille naisille. Naislonkkamurtumapotilaan keskimääräinen ikä on 80 vuotta ja miehen 75 vuotta.

Video:

- Ensin kuvaan tulee esiin otsikko ”Lonkkamurtuma” taustamusiikin soiodessa taustalla.
- Otsikko ”lonkkamurtuma” pienenee diojen otsikoksi. Samalla oikealle ilmestyy vanhus ja dia esitys tulee vanhuksen viereen.
- Tämän jälkeen vanhus kävelee vasemmalle ja teksti häviää vähitellen sitä mukaa kun vanhus etenee ja häviää sen jälkeen itsekin kuvasta.

2. KOHTAUS ”Lonkan rakenne”

Kertoja: Ihmiskehon pisin ja vahvin luu on reisiluu. Se sijaitsee lonkkanivelen ja polvinivelen välissä. Reisiluun yläpäässä oleva pallomainen osa on nimeltään reisiluun pää, siinä on lonkkamaljaan niveltyvä nivelpinta. Reisiluun pää kiinnittyy reisiluun varteen ohuehkolla reisiluunkaulalla ja se on reisiluun helpoiten murtuva osa.

Video:

- Kuvaan tulee otsikko ”lonkan rakenne” ja viereen ilmestyy kuva lonkasta.
- Kerrotaan lonkan rakenteesta ja nuolilla osoitetaan kuvassa kohtia sitä mukaan mistä kerrotaan sillä hetkellä.

3. KOHTAUS ”Lonkkamurtumalle altistavat tekijät ja yleisyys”

Kertoja: Tavallisin lonkkamurtuman syy on osteoporoosin ja kompastumisen yhdistelmä. Ikääntyneillä henkilöillä yli 90:nessä prosentissa lonkkamurtuman syy on kaatuminen. Tavallisimmat ja tärkeimmät vaaratekijät ovat heikentynyt tasapainon hallinta ja liikkumisvaikeudet sekä huono näkökyky. Ikääntymiseen liittyy usein monia perussairauksia, sekä luiden haurastumista. Vähäinen liikunta ja aiemmat murtumat lisäävät lonkkamurtuman riskiä. Monet samanaikaisesti käytetyt lääkkeet saattavat lisätä kaatumisvaaraa.

Video:

- Kuvaan tulee otsikko ”murtuman syy” ja tämän alle dia-esitys, jossa tärkeimmät kohdat tulevat ranskalaisin viivoin kuvaan sitä mukaan kun niistä kerrotaan.

4. KOHTAUS ”Lonkkamurtuma”

Kertoja: Ikäihmisille sattuneista murtumista lonkkamurtuma on yleisin.

Lonkkamurtumia sattuu iäkkäille pienienergisten tapaturmien seurauksena tai ne voivat syntyä jopa itsestään ilman traumaa esimerkiksi osteoporoosin, luussa olevan kasvaimen tai etäpesäkkeen seurauksena. Tyypillisiä pienienergisiä tapaturmia ovat kompastumiset, liukastumiset ja kaatumiset. Alle 50-vuotiaille lonkkamurtuman tavallisimmat vammamekanismit ovat suuri energiset tapaturmat, kuten liikennevammat tai putoamiset.

Lonkkamurtumat jaetaan yleensä kolmeen ryhmään: reisiluunkaulan murtumiin, sarvennoisen välisellä alueella sijaitseviin murtumiin ja sarvennoistason alapuolella oleviin murtumiin.

Video:

- Videoon tulee otsikko "lonkkamurtuma" ja samalla vanhus kävelee kuvaan oikealta. Vanhuksen kävellessä otsikon alle ilmestyy diaesityksenä pääkohdat siitä mitä kertoja puhuu.
- Ikäihminen jatkaa kävelemistä, kunnes hän kaatuu ja murtaa lonkansa. Vanhus jää kuvaan makaamaan. Kun diaesitys on ohi häviävät ja diat vanhus kuvasta.
- Kuvaan tulee uudestaan esiin lonkka sekä otsikko "murtuma tyypit". Lonkasta korostuu suuremmaksi toinen puoli ja siihen tulee jokainen murtuma erikseen ja tämän jälkeen kerrotaan kyseisestä murtumasta.

5. KOHTAUS "Lonkkamurtuman leikkaushoito ja tavallisimmat leikkauskomplikaatiot"

Kertoja: Lonkkamurtumat vaativat mahdollisemman pian tapahtuvan kirurgisen korjaushoidon parantuakseen. Monet seikat vaikuttavat sopivan leikkausmenetelmän valintaan ja murtuman paranemiseen, kuten murtuman sijainti ja pirstaleisuus. Valittu leikkausmenetelmä vaikuttaa osaltaan leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen.

Varausluvut ovat pääosin niin, että varata saa kivun sallimissa rajoissa. Pirstaleisissa murtumissa varauskielto on 6-8 viikkoa. Lisäksi liikkumisen apuvälinettä on käytettävä 6-8 viikkoa.

Video:

- Edellisessä kohtauksessa nähty lonkka jää kuvaan taka-alalle.
- Lonkan kuvan päälle tulee otsikko "murtuman leikkaushoito" ja tärkeimmät kohdat tulevat kuvaan diaesityksenä sitä mukaan kun niistä kerrotaan.

6. KOHTAUS ”Leikkauskomplikaatiot”

Kertoja: Lonkkaleikkaus ei aina suju toivotulla tavalla. Yleisimpiä leikkauksen aiheuttamia komplikaatioita ovat pinnalliset ja syvät haavainfektiot, hengitystieinfektiot, dreerien ja katetrien käyttöön liittyvät infektiot sekä trombit ja ilmavai-
vat.

Trombien syntymistä voidaan ehkäistä antamalla minihepariini pistoksia eli niin sanottuja napapiikkejä lääkärin ohjeen mukaan ja käyttämällä alaraajojen sidontaan tarkoitettuja kimmosidoksia tai antiemboliasukkia. Vuoteessa maatesaan voi myös itse lisätä alaraajojensa verenkiertoa opetetuilla jumppaliikkeillä. Varhainen ylösnousu lisää alaraajojen verenkiertoa ja estää trombin muodostumista.

Video:

- Edellisen kohtauksen lonkankuva vaihtaa sivua ja sen viereen tulee otsikko ”leikkauskomplikaatiot” ja tärkeimmät kohdat tulevat kuvaan diaesityksenä sitä mukaan kun niistä kerrotaan.
- Diojen viereen tule kuva minihepariineista, silloin kun niistä kerrotaan.
- Kun kerrotaan opetetuista jumppaliikkeistä kuvaan tulee video jossa pyöritellään jalkoja.
- Kun jalkojenpyöritys-video loppuu diat suurentuvat koko ruudun kokoiseksi.

7. KOHTAUS ”Leikkaushaavan hoito”

Kertoja: Haavat jaotellaan akuutteihin ja kroonisiin haavoihin. Leikkaushaava on akuutti haava ja se paranee normaalin paranemisprosessin mukaan.

Haavan paranemiseen vaikuttavia asioita ovat esimerkiksi hoitoympäristö, hoitoon sitoutuminen, haavan sijainti ja haavan koko. Myös ravitsemus, ikä ja haavan aiheuttaja vaikuttavat paranemiseen. Haava-alueelta tulee tarkkailla muun

muassa verenvuotoa, muuta erityistä, kipua, punoitusta, turvotusta ja kuumotusta.

Haavan paraneminen jaetaan kolmeen vaiheeseen, jotka ovat tulehdusvaihe, paranemisvaihe ja kypsymisvaihe. Tulehdusvaihe alkaa kun kudus vahingoittuu ja kestää muutamia päiviä. Varsinainen paranemisvaiheessa solut lisääntyvät nopeasti. Se kestää noin neljä viikkoa alkaen kolmannesta tai neljännessä päivästä siitä, kun kudus on vahingoittunut. Kypsymisvaihe on hidas ja voi kestää jopa vuosia, se alkaa paranemisvaiheen jälkeen. Vaurioituneen alueen uusiuttua sidekudoksella ja kypsymisvaiheen päätyttyä haavan katsotaan parantuneen.

Leikkaushaava on puhdas ja se suljetaan ompelilla, hakasilla, iholiimalla tai teipillä. Haava sidokset voidaan vaihtaa 24 tunnin kuluttua leikkauksesta. Tuolloin haavan päälle laitetaan suoja, kunnes hakaset on poistettu.

Kun haavasidoksia vaihdetaan kotona, tulee noudattaa huolellista käsihygieniaa. Vanhat sidokset poistetaan kuivina ja mikäli sidos on juuttunut kiinni, se irrotetaan kostuttamalla sitä. Ensisijaisesti haava puhdistetaan suihkuttamalla. Suihkutuksen tulisi kestää vain muutamia minutteja, tämän jälkeen haava kuivataan varovasti ja päälle laitetaan uudet sidokset.

Video:

- Alkuun otsikko ”haava”, jonka jälkeen dia-esitys ja tärkeimmät kohdat tulevat kuvaan sitä mukaan kun niistä kerrotaan.
- Diaesityksen ohella näytetään kuvat: Mepore Pro, taitoksista, käsienpesualtaasta sekä käsienpesu video.
- Kun diaesitys loppuu käsienpesuvideo suurenee koko ruudun kokoiseksi ja tämän jälkeen näytetään vielä käsiendesinfiointi.

Kertoja: Haavassa olevien ompelien poisto ajankohdan määrittelee kirurgi muun muassa haavan sijainnin perusteella. Raajoissa sekä vartalossa olevista haavoista hakaset poistetaan 7-14 vuorokauden kuluttua. Hakasten poiston jäl-

keen haavalle voidaan laittaa haavateipit tukemaan haavaa. Ennen hakasten poistoa tulee välttää uimista, kylpyä ja saunomista.

Video:

- Kuvaan otsikko ”haavahakaset”.
- Videossa asiat kerrotaan dia-esityksenä sitä mukaan kun niistä kerrotaan.
- Asiat joita kuuluu välttää, esitetään kuvina: sauna ja uima-allas.

8. KOHTAUS ”Hyvä ravitsemus ja nestetasapaino”

Kertoja: Ikääntyminen aiheuttaa monia muutoksia kehon koostumuksessa. Usein ruokahalu, sekä nälän ja janon tunne heikentyvät ja aineenvaihdunta hidastuu.

Energiantarve vähenee, mutta suojaravinto aineiden tarve päinvastoin lisääntyy sairauden tai lääkityksen seurauksena. Siksi on tärkeää varmistaa proteiinien, kivennäisaineiden, vitamiinien ja välttämättömien rasvahappojen riittävä saanti.

Hyvä ruokavalio on yksi tärkeä hoidon osa-alue. Ruokavalion on hyvä sisältää monipuolisia ravintoaineita ja tarvittaessa voi käyttää myös täydennysravintoaineita.

Energia- ja proteiinitiheä ruokavalio saadaan kun syödään jaetusti useampi pienempi aterian päivän aikana. Suositeltavaa olisi jos päivän aikana olisi ainakin kolme pääateriaa ja kolme välipalaa. Usein syötynä pienemmillä ateriakoilla saadaan yhtä paljon energiaa ja jopa enemmän proteiinia, kuin tavallisesta ruokavaliosta. Energiatiheyttä on helppo lisätä esimerkiksi vaihtamalla kevyt maitovalmisteet enemmän rasvaa sisältäviin valmisteisiin, sekä ruoanvalmistukseen voidaan lisätä öljyä ja välttää kevyttuotteita.

D-vitamiinin puute on yleistä lonkkamurtumapotilailla. Riittävä D-vitamiinin saanti parantaa lihaskoordinaatiota, vähentää kaatumisia ja luunmurtumia, sekä aut-

taa murtumien parantumista. D-vitamiinia saa auringosta ultraviolettivalon vaikutuksesta, mutta Suomessa kuitenkin pääosin vain kesäkuukausina. Siksi suositellaan, että ikäihmiset ottaisivat D-vitamiinilisää. D-vitamiinia saa myös muun muassa kalasta, margariinista ja kananmunista. Suositellaan, että ikäihmiset ottaisivat D-vitamiinilisää yli 60-vuotiaana 20 mikrogrammaa (800 IU) päivässä.

Video:

- Otsikko ”hyvä ravitsemus” tulee kuvaan ja tämän alle diaesitys. Kuvat: kananmunat, leivät, omenat, viinirypäleet ja maidot.
- Kerrotaan ravitsemuksesta, kuvia: lautasmalli, d-vitamiini, kalkki, kala, margariini ja kananmunat.

Kertoja: Janon tunteen heikkeneminen voi johtaa liian vähäiseen nesteensaantiin. Suositellaan, että ikäihminen joisi 1-1,5 litraa, eli 5-8 lasillista, nestettä päivässä. Nestettä tarvitaan ruuansulatuskanavassa, se auttaa ravintoaineiden imeytymistä ja kuljettamista kehossa.

Video:

- Kaadetaan vettä kannusta lasiin, joka jää kuvan sivuun ja diat tulevat lasin viereen.

9. KOHTAUS ”Kodin muutostyöt”

Kertoja: Ympäristö voi lisätä kaatumisvaaraa, mutta myös tehdä liikkumisesta turvallisempaa. Nähdäkseen hyvin iäkkäät tarvitsevat 2-3 kertaa enemmän valoa, kuin nuoremmat. Iän karttuessa silmän kyky mukautua valaistusolosuhteiden muutoksiin heikkenee. Esimerkiksi yöllinen wc-käynti on tilanne, jossa siirytään nopeasti pimeästä kirkkaisiin valoihin. Valaistusta voidaan parantaa sopivammaksi esimerkiksi käyttämällä loistevaloja, jotka kirkastuvat vähitellen tai laittamalla makuhuoneeseen sekä WC:hen yövalot.

Kaiteet auttavat ylläpitämään tasapainoa sekä lievittävät kaatumisenpelkoa. Hyvä kaide on pyöreä, koska silloin peukalo ja muut sormet koskettavat toisi-

aan. Lisäksi se antaa enemmän tukea ja siitä on helppo ottaa kiinni. Kaiteita on hyvä olla siellä missä lattiapinta voi olla vaarallinen, esimerkiksi liukas. Kaiteen tulisi myös olla erivärinen kuin seinä. Tukikaiteet helpottavat muun muassa WC-istuimelle istumista ja siltä nousemista

Lattiapinnan liukkaus, epätasaisuus tai häikäisy lisäävät kaatumisvaaraa. Häikäisyä saadaan vähennettyä matolla tai estämällä valoa tulemasta suoraan ikkunasta sisään verhon avulla. Liukastumisia voidaan vähentää laittamalla mattojen alle liukuesteet. Lattiapinnan epätasaisuus ja huoneiden väliset kynnykset lisäävät kompastumisen vaaraa. Kompastumisen vaaraa lisäävät myös sähkölaitteiden jatko- ja virtajohtojen huono sijainti sekä huonekalujen tai tavaroiden järjestys. Tekemällä muutoksia niille paikoille, joissa kaatumisia voi sattua, voidaan taata turvallisempi elinympäristö.

Tuolin on oltava sopivan korkuinen, koska liian matala tuoli on hankala niille joiden lonkien liikeradat ovat rajoittuneet ja lihasvoimat heikentyneet. Iäkkään on taivutettava polvia enemmän ja hänellä täytyy olla tarpeeksi voimia noustakseen seisomaan. Tuoli on sopivan korkuinen silloin, kun polvet ovat 90 asteen kulmassa ja jalat tukevasti lattiassa. Tuolin korkeutta voidaan parantaa, esimerkiksi asentamalla istuimen päälle tai tuolinjalkojen alle korokkeet. Tuolissa on hyvä olla käsinojat, koska ne helpottavat ylösnousemista ja antavat tukea istuessa. Wc-istuimille voidaan laittaa korotukset.

Myös sängyn korkeudella ja patjan kovuudella on merkitystä turvalliselle liikkumiselle. Sängyn korkeus on sopiva silloin, kun istuessa patjalla polvet ovat 90 asteen kulmassa ja jalat tukevasti lattiassa. Liian pehmeä patja ei anna tarpeeksi tukea turvalliselle nousulle.

Video:

- Kuvataan pimeää ja valoisaa huonetta, jolloin tulee selväksi valaistuksen merkitys.
- Kerrotaan kodinmuutostöistä ja videoon tulevat kuvat: sänky, loistevalot, kaide-video, kaide, tukikaiteet, lattiapinta, verhot, liukueste, johdot, tuolit, tuoli-video, wc-pönttö, sänkyvideo.

10. KOHTAUS ”Lonkkapehmusteet”

Kertoja: Lonkkapehmusteiden tehtävänä on lieventää iskuja, joka syntyy kun kaadutaan. Ne ovatkin vähentäneet merkittävästi lonkkamurtumien syntyä. Lonkkapehmuste toimii lonkan ja lattiapinnan välissä tyynynä ja suuntaa iskun voiman muualle, jolloin murtuman riski pienenee.

Lonkkamurtumasuojien käyttömukavuutta voidaan lisätä. Väljempien vaatteiden käyttäminen antaa lonkkasuojille enemmän tilaa ja pehmeämmillä tuoleilla istuminen tuntuu useasta lonkkamurtumasuojia käyttävästä mukavammalta. Käyttömukavuutta voidaan lisätä myös valitsemalla, milloin suojia käytetään. Niitä ei esimerkiksi ole välttämätöntä käyttää nukkuessa tai päivinä, kun tasapaino tuntuu olevan hyvä.

Video:

- Kuvaan otsikko ”lonkkapehmusteet” ja kävelevä ikäihminen joka kaatuu kävellessään. Muuten on diaesitys ja kuva: lonkkapehmuste.

11. KOHTAUS ”Apuvälineet”

Kertoja: Apuväline on laite tai väline, jolla edistetään tai ylläpidetään toimintakykyä silloin, kun se vamman, sairauden tai ikääntymisen vuoksi on heikentynyt. Apuvälineen tehtävänä on edistää turvallisuutta, tukea arkielämän sujumista, sekä vahvistaa toimintaedellytyksiä.

Apuvälineet vähentävät lonkkaniveliin kohdistuvaa kuormitusta ja vakauttavat tasapainoa ylimääräisillä tukipisteillä, jolloin seisonta- ja kävelyala laajenee. kä-

velytelineiden käyttö vähentää kaatumisriskiä, koska ne on suunniteltu helpottamaan kävelyä ja tasapainon ylläpitämistä. Valittaessa kävelytelinettä otetaan huomioon yksilölliset ja ympäristön tuomat haasteet.

Kävelytelineitä on erilaisia; kaksi- ja kolmipyöräinen sekä nelipyöräinen malli, jota kutsutaan rollaattoriksi. Rollaattori on yleisin kävelytelinemalli, koska sen käyttöön ei tarvitse paljon voimia sekä siksi, että se antaa tarpeeksi tukea ja siinä on jarrut.

Video:

- Otsikko ”apuvälineet” ja esitetään dia-esityksenä.
- Kuvat: erilaiset kävelytelineet

Kertoja: Huonot jalkineet vaikeuttavat kävelyä ja tasapainon ylläpitämistä. Ei ole olemassa vain yhtä hyvää jalkinetta, vaan oikean jalkineen valintaa on harvittava yksilöllisesti. Yleisesti ottaen jalkineiden kuuluisi olla matala- ja leveäkorkeiset, koska niillä on turvallisempaa ja tasapainoisempaa kävellä.

Video:

- Otsikko ”jalkineet” tulee kuvaan ja diaesitys.
- Kuvat: jalkinevideo

Kertoja: Turun sosiaali- ja terveystoimi sekä TYKS, lainaavat apuvälinelainaa-
mosta kotiin liikkumisen, peseytymisen ja WC-toimintojen apuvälineitä. Sieltä voi saada lainaksi myös muita päivittäisiä toimintoja auttavia apuvälineitä. Apuvälinelainaa-
mon apuvälineiden laina-aika riippuu henkilön yksilöllisistä tarpeista, lainaaminen on maksutonta. Apuvälineidentarpeen voi arvioida henkilö itse, henkilön läheinen tai sosiaali- ja terveystoimen työntekijä.

Video:

- Kerrotaan aiheesta ja kuvat: TYKS, kaupunginsairaala, apuvälinelainaamo, apuvälineyksikkö.

12. KOHTAUS ”Potilaan kivunhoito ja arviointi”

Kertoja: Kipu on henkilökohtainen kokemus, mutta sen voimakkuutta pyritään määrittämään mittaamalla. On tärkeää kertoa hoitohenkilökunnalle kivusta, koska hoitamaton kipu muun muassa hidastaa paranemisprosessia. Oma aktiivisuus on siis todella tärkeää kipua hoidettaessa. Aikuisilla kivun yleisin mittausmenetelmä on VAS- kipujana, joka on viivain, jonka toinen pää kuvastaa täysin kivutonta tilaa ja toinen pahinta mahdollista kipua. Viivaimen toiselta puolelta löytyy numeerinen asteikko. Kipujana on luotettava ja kätevä tapa mitata kipua.

Potilaan kipu leikkauksen jälkeen on yleensä väistämätöntä ja siihen vaikuttavat sukupuoli, ikä, psykologiset ja kulttuuriset tekijät. Yleensä leikkauksen jälkeinen kipu on lyhytkestoista. Kivut vaihtelevat sen mukaan mikä leikkaus on kyseessä.

Video:

- Otsikko ”kipu” tulee videoon ja diaesitys. Kuvat: VAS-kipumittarit.

Kertoja: Leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa ensisijainen kipulääke on tulehduskipulääke tai parasetamoli, niitä annetaan niin kauan kuin on tarvetta. Tarvittaessa voidaan antaa lisäkipulääkkeenä opioideja, jotka ovat tehokkaimpia kipulääkkeitä leikkauksen jälkeen, niitä annetaan pääsääntöisesti lihakseen annettavilla injektioilla.

Video:

- Kuvat: Ibuprofeini, paracetamol ja opioidi

Kertoja: Lääkekuluista henkilö maksaa osan omavastuuosuutena. Vuonna 2012 lisäkorvausta pystyy saamaan mikäli, kalenterivuoden aikana korvattavista lääkkeistä omavastuuosuus ylittää 675,39€. Kelan korvauksen voi saada suora-korvauksena näyttämällä Kela-korttia apteekissa.

Video:

- Otsikko "lääkekulut" kuvaan ja diaesitys.

Kertoja: Lääkehoidon ohella kipua voidaan yrittää helpottaa lääkkeettömällä kivunhoidolla. Lääkkeettömän hoidon keinoja ovat muun muassa asentohoito, kylmäpakkaukset, liikunta, keskustelu, kuuntelu ja rentoutuminen. Myös fysioterapiaa voidaan käyttää lääkkeettömänä kivunhoito menetelmänä. Geelipussia on mahdollista käyttää sekä kylmähoitoon pitämällä pussia pakastimessa, että lämpöhoitoon lämmittämällä sitä.

Video:

- Otsikko "lääkkeetön kivunhoito" kuvaan ja diaesitys. Kuvat: geelipakkaus.

13. KOHTAUS "Iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen erityispiirteet"

Kertoja: Hyvä fyysinen toimintakyky on osa elämisen laatua ja kykyä selviytyä sekä toimia haluamallaan tavalla erilaisissa elämäntilanteissa. Kuntoutuminen edellyttää sitoutumista ja omien tavoitteiden asettamista.

Kuntoutuksella estetään tehokkaasti lihasvoiman ja luumassan menetystä, sekä pitkittyvään vuodelepoon liittyviä komplikaatioita, kuten: infektoita, painehaavoja ja laskimotukoksia. Sopiva kuormitus stimuloi murtuman luutumista.

Harjoittelun määrällä on vaikutusta: mitä enemmän on harjoiteltu, sen parempia tuloksia on saavutettu. Harjoittelun tulee kestää useita kuukausia. Intensiivisellä voimaharjoittelulla voidaan parantaa alaraajojen voimaa, tasoittaa niiden puolieroa sekä edistää liikkumiskykyä vielä useita vuosia lonkkamurtuman jälkeenkin.

Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä osallistua yhteisölliseen elämään sekä taitoa pitää yhteyttä toisiin. On tärkeää, että lonkkamurtuman jälkeen pidetään yhteyttä läheisiin, ystäviin ja omaisiin sekä harrastetaan. Tämä lisää oman elämän mielekkyyttä.

Video:

- Otsikko ”kuntoutus” kuvaan ja diaesitys.

14. KOHTAUS ”Kuntoutuksen tavoite”

Kertoja: Kuntoutuksen tavoite on edistää sekä ylläpitää omatoimisuutta ja itsestä arkielämästä suoriutumista. Lonkkaleikkauksen jälkeisen kuntoutuksen tavoitteena on edistää toipumista toimenpiteen jälkeen ja palauttaa toimintakyky sellaiseksi, että elämää voi jatkaa entisessä ympäristössä.

Video:

- Otsikko ”kuntoutuksen tavoite” kuvaan ja diaesitys.

15. KOHTAUS ”Kuntouttavahoitotyö ja potilaan kuntoutumisen tukeminen”

Kertoja: Lonkkamurtuman korjausleikkauksen jälkeen alkaa aktiivinen kuntouttava hoitotyö. Kuntoutusvaihe kestää murtumasta ja hoitomenetelmästä riippuen muutamia viikkoja ja joskus jopa useita kuukausia. Oikein valitulla hoitomenetelmällä ja tehokkaalla kuntoutuksella lonkkamurtumasta aiheutuvat haitat saadaan mahdollisimman pieniksi jolloin voidaan siirtyä mahdollisimman pian kotiin.

Kuntoutus vaatii moniammatillista yhteistyötä, siihen osallistuvat fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, ravitsemusterapeutti, sairaanhoitaja, lähihoitaja sekä potilasta hoitava lääkäri. Mobilisointi alkaa leikkauspäivää seuraavana päivänä.

Video:

- Kuvat: kävelytelineet.
- diaesitys ”moniammatillisesta yhteistyöstä”

Kertoja: Matkakorvausta voi saada julkiseen, sekä yksityiseen sairaanhoitoon liittyvistä matkoista, jos sen kustannus ylittää yhden suunnan omavastuu osuuden. Korvaus maksetaan pääasiassa halvimman matkustustavan mukaan esimerkiksi linja-auton, mutta jos henkilön tarvitsee jostain syystä käyttää kalliimpaa matkustustapaa, esimerkiksi taksia, tarvitsee hän terveydenhuollon antaman todistuksen sen tarpeellisuudesta. Taksimatkoista saa suorakorvattavuuden taksissa. Kuntoutukseen tehtyjä matkoja Kela korvaa, jos kuntoutus pohjautuu Kelan tai julkisen terveydenhuollon kuntoutuspäätökseen.

Kela korvaa omavastuuosuuden (9,25€) ylittävän osuuden. Jos henkilö käyttää omaa autoa, maksetaan korvausta kilometrikorvauksena, eli 0,2€/km. Jos kalenterivuoden aikana omavastuuosuus sairaanhoitoon tai kuntoutukseen liittyvistä matkakustannuksista ylittää 157,25€ maksaa Kela ylittävän osan tarvittavista matkoista kokonaan.

Video:

- Otsikko ”matkakorvaus” kuvaan ja diaesitys.

16. KOHTAUS ”Katumisen pelko ja henkinen hyvinvointi”

Kertoja: Kotona asuvista iäkkäistä, puolet kertoo, että kaatumisen syynä on ollut ympäristöön liittyvät tekijä. Varsinkin Suomen ilmasto talvisaikaan altistaa kaatumisille liukkaiden katujen takia. Kaatuminen johtaa rajoittuneeseen toimintakykyyn ja vaikeuttaa liikkumista, mikä puolestaan lisää uuden kaatumisen riskiä.

Video:

- Kuvataan talvista maisemakuvaa ja liukasta katua.

Kertoja: Kaatumisen jälkeen saattaa alkaa pelkäämään uutta kaatumista niin paljon, että ei enää luota omaan toimintakykyynsä. Tämä saattaa rajoittaa jokapäiväistä toimintaa ja vähentää liikkumista, mikä johtaa lihasvoiman heikkeneemiseen ja uuden kaatumisen riski suurenee.

Pelko on haitaksi jos se vaikuttaa itsenäisyyteen ja liikkuvuuteen kielteisesti, sekä muuttaa kävelytyyliä niin, että askeleet ovat epäsäännölliset ja epäröivät. Pelko voi kuitenkin osaltaan suojella, koska silloin huomaa omat rajoituksensa ja osaa välttää toimintoja joista ei enää pysty selviämään itsenäisesti.

Fyysisen sairauden aiheuttama terveyden tilan heikkeneminen vaikuttaa myös psyykkisesti. Lonkkamurtuman jälkeen saattaa esiintyä ahdistusta ja pelkoa omasta tilanteestaan. Sekä huolta siitä, että joutuu riippuvaiseksi toisista ihmisistä. Sairauden aiheuttamista tunteista voi keskustella läheisten, vertaistukiryhmän ja hoitohenkilökunnan kanssa. Itsenäinen selviytyminen on tärkeää psyykkisen hyvinvoinnin kannalta ja sitä voidaan edistää muun muassa apuvälineiden avulla.

Video:

- Otsikko ”henkinen hyvinvointi” ja diaesitys, jonka taka-alalle tulee aikaisemmin nähty lonkka.
- Aikaisemmin nähty kävelevä ikäihminen tulee kuvaan.

Lopputekstit

VIDEON TOTEUTUS

Sanna Luukko

Jenna Kumpula Säily

Teemu Havukainen

Jaakko Susi

Susanna Mört

Keijo Leinonen