



Tuomas Ahola, Mika Huuhtanen

Muistisairauden tuomat haasteet osana lonkkamurtuma potilaan pos- toperatiivista kivunhoitoa hoitotyön näkökulmasta

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

25.3.2022

Tekijä	Tuomas Ahola, Mika Huuhtanen
Otsikko	Muistisairauden tuomat haasteet osana lonkkamurtumapotilaan postoperatiivista kivunhoitoa hoitotyön näkökulmasta
Sivumäärä	39 sivua + 4 liitettä
Aika	14.3.2022
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	Lehtori Pihla Markkanen TtT
<p>Lonkkamurtumat ovat iäkkäiden ihmisten vakavin ja vaikein raajamurtuma, joka johtaa lähes aina leikkaushoitoon ja pitkään toipumisjaksoon. Merkittävä osa iäkkäistä lonkkamurtumapotilaista sairastaa jotakin etenevää muistisairautta tai heidän kognitiivinen toimintakykynsä on heikentynyt. Etenevällä muistisairaudella ja kognitiivisen toimintakyvyn heikentymisellä on merkittävä vaikutus tämän potilasryhmän kivun arviointiin ja hoitoon.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja kuvailla niitä haasteita, joita muistisairaana lonkkamurtumapotilaan postoperatiiviseen kivunhoitoon liittyy hoitotyön näkökulmasta. Tavoitteena oli tuoda esille muistisairauden tuomia haasteita, jotka ovat hoitotyön näkökulmasta merkityksellisiä sekä herättää keskustelua muistisairaana potilaan kivunhoitoon liittyvistä ongelmista.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jonka aineisto kerättiin luotettavista hoito- ja terveystieteellisistä tietokannoista: Pubmed, Cinahl (EBSCO), Cochrane ja Medic. Aineisto koostui 11 tieteellisestä julkaisusta, joista kaikki olivat englanninkielisiä. Suurin osa opinnäytetyöhön valituista tutkimuksista oli toteutettu pohjoismaissa. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, jossa valituista tutkimuksista esiin nostettiin alkuperäisilmauksia, jotka käsittelivät muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kivunhoitoon liittyviä haasteita. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja luokiteltiin ala-, ylä- ja pääluokkiin. Luokkien avulla luotiin yhtenäinen kokonaisuus, jolla vastattiin opinnäytetyön tutkimuskysymykseen.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että useat tekijät luovat haasteita muistisairaana lonkkamurtumapotilaan postoperatiiviseen kivunhoitotyöhön. Hoitotyön haasteet voitiin katsoa olevan potilaasta johtuvia, sairaanhoitajasta johtuvia, kivun lääkehoitoon liittyviä tai organisaatioon liittyviä. Opinnäytetyön tuloksista voidaan todeta, että lonkkamurtumapotilaan muistisairaus ja siitä johtuvat toimintakyvyssä tapahtuvat muutokset luovat merkittäviä haasteita hoitohenkilökunnan toteuttamaan kivunhoitotyöhön, sekä aiheuttaa ylimääräistä kuormitusta terveydenhuollon henkilöstölle. Erityisesti kommunikaatio haasteet muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden kanssa koettiin haastavaksi ja kuormittavaksi. Tuloksissa korostuivat sairaanhoitajien kokemus koulutuksen tarve, kokemuksen merkitys, sekä asianmukaisen hoitoympäristön rooli tämän potilasryhmän hoidossa.</p>	
Avainsanat	Lonkkamurtuma, muistisairaus, postoperatiivinen hoitotyö, kivunhoito

Author	Tuomas Ahola, Mika Huuhtanen
Title	Challenges posed by memory disease as part of postoperative pain management in a hip fracture patient from a nursing perspective
Number of Pages	39 pages + 4 appendices
Date	14.3.2022
Degree	Bachelor of Health Care, Nursing (Registered Nurse)
Degree Programme	Degree Programme In Nursing
Instructors	Lecturer Pihla Markkanen PhD
<p>Hip fractures are the most severe limb fracture in the elderly, almost always leading to surgery and a long recovery period. A significant proportion of elderly people with hip fractures suffer from some progressive memory disorder or have impaired cognitive function. With progressive memory disease and cognitive impairment prosecuted for the assessment and treatment of pain in this patient population.</p> <p>The purpose of this thesis was to find out and describe the challenges related to the postoperative pain management in hip fracture patient with memory disorder from the perspective of nursing. The aim was to highlight the challenges posed by memory disorders that are relevant from the perspective of nursing and to stimulate discussion about the problems associated with the treatment of pain in patients with memory disorders.</p> <p>The thesis was carried out as a descriptive literature review, the material of which was collected from reliable nursing and health science databases: Pubmed, Cinahl (EBSCO), Cochrane and Medic. The material consisted of 11 scientific publications, all of which were in English. Most of the research selected for the thesis had been carried out in the Nordic countries. The material was analyzed by inductive content analysis, in which the initial statements from the selected studies highlighted the challenges associated with pain management in a hip fracture patient with memory disorder. The original expressions were reduced and classified into sub-, upper- and main categories. The categories used to create a cohesive entity to answer the thesis's research question.</p> <p>The results of the thesis showed that several factors create challenges for the postoperative pain management work of a hip fracture patient with memory disorder. Challenges in nursing could be considered patient-related, nurse-related, pain medication-related, or organizational. From the results of the thesis, it can be stated that the memory disease of a hip fracture patient and the resulting changes in functional capacity create significant challenges for the pain management work performed by the nursing staff, as well as causing an additional burden on the health care personnel. In particular, communication challenges with hip fracture patients with memory disorders were perceived as challenging and stressful. The results highlighted the need for training experienced by nurses, the importance of experience, and the role of an appropriate care environment in the treatment of this group of patients.</p>	
Keywords	Hip fracture, memory disorder, postoperative care, pain management

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Lähtökohta muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan hoitoon	2
2.1	Lonkkamurtuma ja lonkkamurtuman operatiivinen hoito	4
2.2	Lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeinen hoito ja kuntoutus	5
2.3	Muistisairauksien yhteys toimintakykyyn ja lonkkamurtumiin	6
2.4	Leikkauksen jälkeinen kivunarviointi ja hoito iäkkäillä	7
3	Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys	9
4	Menetelmät	9
4.1	Tutkimusmenetelmät	9
4.2	Aineiston haku ja valinta	10
4.3	Aineiston kuvaus	13
4.4	Analyysimenetelmä	14
5	Tulokset	16
5.1	Potilaaseen liittyvät tekijät	16
5.1.1	Muistisairauden tuomat haasteet	17
5.1.2	Potilaan hoitoon suhtautumisen haasteet	19
5.1.3	Omaisten osallistuminen hoitoon	20
5.2	Kivun lääkehoitoon liittyvät tekijät	21
5.2.1	Kivun arviointiin liittyvät haasteet	21
5.2.2	Lääkehoidon suunnitteluun liittyvät haasteet	23
5.2.3	Lääkehoidon toteutukseen liittyvät haasteet	24
5.3	Sairaanhoitajaan liittyvät tekijät	25
5.3.1	Sairaanhoitajan valmiudet	26
5.3.2	Hoitajien välinen raportointi	27
5.3.3	Oman työn organisointi	28
5.4	Organisaatioon liittyvät tekijät	29
5.4.1	Osaston toiminta	30
5.4.2	Resurssit ja ympäristö	31
6	Pohdinta	32
6.1	Keskeiset tulokset	32
6.2	Johtopäätökset	35
6.3	Opinnäytetyön eettisyys	36

6.4	Luotettavuus	37
6.5	Jatkotutkimusehdotukset	39
	Lähteet	40
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhakutaulukko	
	Liite 2. Artikkelien analyysitaulukko	
	Liite 3. Sisällön analyysin luokittelu	
	Liite 4. Esimerkki sisällön analyysin etenemisestä	

1 Johdanto

Lonkkamurtuma on iäkkäiden vakavin ja vaikein raajamurtuma, joka johtaa käytännössä aina leikkaushoitoon ja pitkään toipumisjaksoon. Lonkkamurtumasta aiheutuu usein pysyvä toimintakyvyn heikkeneminen ja lonkkamurtuman jälkeen toimintakyvyn palauttaminen murtumaa edeltävälle tasolle on usein haasteellista. Lonkkamurtuman jälkeisen vuoden aikana joka viides potilaista on vaarassa joutua pysyvään laitoshoittoon ja vain noin puolet potilaista pystyy palautumaan toimintakyvyltään murtumaa edeltäneelle tasolle. Lisäksi lonkkamurtumat muodostavat Suomessa merkittävän riskin ennen aikaiselle kuolemalle seuraavan vuoden aikana murtumasta. Tämä riski pysyy lonkkamurtuman jälkeen suurentuneena jopa 20 vuoden ajan verrattuna muuhun väestöön. (Lahtinen & Hyvönen & Leppilahti & Jalovaara 2021: 821.) On myös raportoitu, että lonkkamurtumapotilaat kärsivät pitkään fyysisistä oireista kuten kivusta, vähentyneestä sosiaalisesta aktiivisuudesta, sekä ahdistuksesta. Hyvällä leikkauksenjälkeisellä kivunhoidolla on havaittu olevan myönteisiä vaikutuksia murtumapotilaiden toiminnallisen toimintakyvyn lopputulokseen. (Kondo ym. 2014; 199.)

Vaikka merkittävin yksittäinen lonkkamurtuman riskiä lisäävä tekijä on henkilön korkea ikä, kognitiivisten toimien alentumisen on havaittu vaikuttavan kahteen viidestä lonkkamurtumapotilaasta ja yhdellä viidestä on diagnosoitu olevan taustalla jokin muistisairaus (Pajulammi 2017: 14–15). Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan on havaittu, että jopa puolet lonkkamurtuman saaneista sairastaa jotakin etenevää muistisairautta tai he kärsivät kognitiivisten toimintojen heikentymisestä suhteessa muuhun väestöön. (Stenvall & Berggren & Lundström & Gustafson & Olofsson 2011: 284.)

Suurten ikäluokkien ikääntymisen seurauksena myös lonkkamurtumien määrän on ennustettu kasvavan merkittävästi tulevien vuosien aikana. Vuonna 2010 Suomessa lonkkamurtumia tapahtui tilastojen mukaan 7600 ja määrän on arvioitu kasvanut vuoteen 2030 mennessä aina 13 500 lonkkamurtumaan vuodessa. (Pajulammi 2017: 13.) Väestön ikääntymisen lisäksi, myös muistisairauksien ilmaantuvuuden on ennustettu lisääntyvän seuraavina vuosina merkittävästi. Globaalin vuonna 2015 tehdyn arvion mukaan muistisairaudesta kärsivien määrä oli arviolta 50 miljoonaa ja määrän arvioidaan kasvavan vuoteen 2050 mennessä reiluun 130 miljoonaan henkilöön. (Prince ym. 2015: 2.)

Voidaan siis todeta, että väestön ikääntyminen, muistisairauksien yleistyminen ja lonkkamurtumapotilaiden määrä tulee tulevina vuosina kasvamaan yhteiskunnassamme.

Koska lonkkamurtuma johtaa lähes aina leikkaushoitoon, jossa leikkauksen jälkeisellä kivunhoidolla on keskeinen rooli potilaiden toipumisen kannalta ja lisääntyvät muistisairaudet tuovat mukanaan tiettyjä haasteita lonkkamurtumapotilaan kivunhoitoon ja sen arviointiin, valikoitui tämän opinnäytetyön aiheeksi muistisairauden tuomat haasteet osana lonkkamurtumapotilaan postoperatiivista kivunhoitoa hoitotyönäkökulmasta.

Opinnäytetyön tilaajana toimi Espoon sairaala, minne haluttiin ajankohtaista tietoa sisältävä kirjallisuuskatsaus, muistisairauden vaikutuksista lonkkamurtumapotilaan kuntoutumiseen. Työn keskeiset tulokset esitetään tämän työn lisäksi posterin muodossa, joka tulee esille vuosittaiseen posterin esittelyyn Espoon sairaalan tiloihin.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja opinnäytetyön tekijöinä toimi kaksi Metropolian ammattikorkeakoulun kolmannen vuoden sairaanhoidon opiskelijaa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden parissa työskenteleville hoitoalan ammattilaisille, sekä alan opiskelijoille, luotettava ja ajantasainen kirjallisuuskatsaus, joka herättää keskustelua kivunhoitoon liittyvistä haasteista muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan kohdalla.

2 Lähtökohta muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan hoitoon

Suurimmaksi lonkkamurtuman yksittäiseksi riskitekijäksi on määritelty henkilön korkea ikä. Lonkkamurtuman riski kasvaa olennaisesti 60 ikävuodesta eteenpäin. Riskin on arvioitu jopa tuplaantuvan 5–6 vuoden jaksoissa. Vaikka lonkkamurtumien ilmaantuvuus 100 000 asukasta kohden on havaittu pienentyvän vuosien saatossa, ikääntyneiden määrän lisääntyminen nostaa vuosittaista lonkkamurtumien määrää suurien ikäluokkien saavuttaessa eläkeiän. Suomessa ikääntyneiden määrän on arvioitu kasvavan lähes 1,5 miljoonaan vuoteen 2030 mennessä. Vuonna 2030 lonkkamurtumia on arvioitu tapahtuvan Suomessa jopa 13 500 vuodessa. Vuositasolla lonkkamurtumapotilaiden hoidon on arvioitu maksavan yhteiskunnalle arviolta noin 20 miljoonaa euroa ja yksittäisen potilaan hoitokulujen on arvioitu olevan noin 30 000 euroa leikkauksen jälkeisenä vuotena. Kulujen on arvioitu lisääntyvän seuraavien vuosien aikana jälkihoidosta johtuvista toiminnoista. (Pajulammi 2017: 13–14.)

Suomessa leikataan vuosittain yli 6000 lonkkamurtumaa, joista valtaosa on pienienergistien tapaturmien, kuten kaatumisten, aiheuttamia. Yli 70-vuotiaista kotona asuvista joka kolmas kaatuu vähintään kerran vuodessa ja joka viides toistuvasti. Kaatumisista noin joka kymmenes on niin vakava, että siitä aiheutuu henkilölle vakava vamma, kuten

lonkkamurtuma. (Lahtinen ym. 2021: 821.) Sukupuolten välisissä eroissa lonkkamurtumien on havaittu olevan yleisempiä naisilla ja naisten osuuden on arvioitu olevan jopa 75 % kaikista lonkkamurtumapotilaista. Sukupuolten välinen ero lonkkamurtumissa on kuitenkin kaventunut vuosien saatossa. Tutkimuksissa on lisäksi havaittu, että yhdellä viidestä lonkkamurtumapotilaasta on diagnosoitu muistisairaus (Pajulammi 2017: 13–14.)

Ikääntyneiden lonkkamurtumista on muodostunut vuosien saatossa kansanterveydellisesti merkittävä ongelma. Ennen murtumaa täysin omatoimisista vanhuksista jopa joka kolmannes jää täysin riippuvaiseksi ulkopuolisesta avusta. Ikääntyneiden murtumien yleisimpiä syitä on havaittu olevan suhteellisen pienienergiset vammat, kuten kaatumiset tai matalalta putoamiset. Kaatumisalttiutta on havaittu lisäävän monet ikääntymiseen liittyvät tekijät kuten havainto- ja reaktiokyvyn heikkeneminen, tasapaino- ja koordinaatiohäiriöt, lihasvoiman heikkeneminen ja vireystason vaihtelut. Näiden lisäksi muilla sairauksilla ja niiden lääkehoidolla on vaikutusta kaatumisiin sillä nämä saattavat aiheuttaa henkilöissä väsymystä ja huimausta lisäten näin henkilöiden kaatumisriskiä. (Bergroth 2010: 681–682.) Kaatumisten ehkäisemiseksi tulisi aina selvittää ensimmäiseen kaatumiseen johtaneet syyt riittävän laajasti ja järjestelmällisesti, jotta syihin voitaisiin puuttua asianmukaisella tavalla pienentäen näin uusien kaatumisten riskiä (Lahtinen ym. 2021: 825).

Kaatumisriskin kasvamisen lisäksi ikääntyneillä lonkkamurtumapotilailla akuutti sekavuustila on melko yleistä, sillä jopa joka neljänneksellä tavataan jonkinasteinen sekavuustila murtumaan liittyen. Sekavuudelle altistavia tekijöitä voivat olla trauman aiheuttava järkytys, vieras ympäristö, anemia, dehydraatio tai infektio. Sekavuudelle altistavien tekijöiden huomioimisen on havaittu olevan keskeistä sekavuuden ehkäisyssä ja hoidossa. (Bergroth 2010: 681–682.) Lisäksi arvioitaessa ikääntyneiden riskiä lonkkamurtumien uusiutumiseen huomioita tulisi kiinnittää tämän potilasryhmän lisääntyneisiin riskitekijöihin. Näitä riskitekijöitä ovat muun muassa henkilön pitkäaikaissairaudet, elintavat, aisti- ja verenkierroelimistön toiminnan muutokset, lääkitys, tuki- ja liikuntaelimestön toiminnassa tapahtuvat muutokset sekä kodin ja elinympäristön riskitekijät. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää yksilön kokonaislääkitykseen sekä verenkierroelimistön ja aistitoimintojen muutoksiin ja henkilön elintapoihin. Esimerkiksi lonkkamurtumapotilaiden alkoholinkäytön on havaittu olevan yleistä ja tähän puuttuminen asianmukaisella vakaavuudella on suositeltavaa. (Lahtinen ym.2021: 824–825.)

2.1 Lonkkamurtuma ja lonkkamurtuman operatiivinen hoito

Lonkkanivel on rakenteeltaan pallonivel, jossa toisiinsa nivelyvät reisiluun yläpää ja lantioluiden muodostama lonkkamalja. Lonkkamaljan reunoilla niveltä kiertää rustosta ja sidekudoksesta muodostuva lonkkamaljan reunus, joka muun muassa lisää nivelen vakautta. (Pohjolainen, 2021.) Lonkkaniveltä ympäröivä nivelpussi on rakenteeltaan tiukka ja lisäksi rakennetta vahvistaa pehmytkudoksista muodostuva nivelkapseli. Lonkkanivel on rakenteeltaan vakaa, mikä mahdollistaa kehon tasapainottamisen vartalon eri liikkeiden aikana. (Sand & Sjaastad & Haug & Bjålie 2016: 229–230.)

Lonkkamurtumalla tarkoitetaan kaikkia reisiluun ylemmän osan murtumia. Lonkkamurtuman luokitteluasteikkoja on useita. Murtumat voidaan jakaa esimerkiksi joko sijaintinsa mukaan nivelkapselin sisäisiin (intrakapsulaarisiin) ja nivelkapselin ulkopuoleisiin (ekstrakapsulaarisiin) murtumiin tai karkeasti stabiileihin ja instabiileihin murtumiin (Smith ym. 2020: 9; Lonkkamurtuma: Käypä hoito -suositus 2017.) Useimmat lonkkamurtumat hoidetaan murtuman jälkeisellä leikkauksella. Leikkaustavan valintaan vaikuttaa murtuman sijainti, stabiliteetti sekä luisten rakenteiden eheys. Leikkauksen tavoitteena on murtuman jälkeisen kivun vähentäminen sekä mahdollisimman aikainen raajavaraus. Näin pyritään mahdollistamaan henkilön itsenäinen toiminta arjessa. Mahdolliset viivästykset leikkaukseen pääsemisessä huonontavat hoidosta saatavia hyötyjä. (Smith ym. 2020: 9.)

Suomessa lonkkamurtumat diagnosoidaan kliinisellä tutkimuksella ja kliinistä tutkimusta täydennetään röntgen kuvauksella (Lonkkamurtuma: Käypä hoito -suositus 2017). Lonkkamurtumapotilaan leikkauksekelpoisuuden arvioinnin suorittavat kirurgi, anestesia lääkäri ja tarvittaessa sisätautilääkäri. Leikkaus pyritään tekemään kiireellisenä, viimeistään vuorokauden sisällä, suunniteltuna toimenpiteenä potilaalle tehtyjen välttämättömien tutkimusten ja esihoidon jälkeen. Leikkaustavan valinta on yksilöllinen, potilaan taustatekijät huomioiden. (Hirvensalo ym. 2010: 511–513.)

Hyvällä leikkaukseen valmistautumisella pystytään ehkäisemään leikkauksesta aiheutuvia komplikaatioita. Ikääntyneiden kohdalla tulee ottaa huomioon fysiologiset muutokset, joita ovat muun muassa sydämen ja munuaisten heikompi toiminta, haavojen ja murtumien hitaampi paraneminen sekä lisääntynyt infektio- ja tromboosialttius. Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan tilan tulee olla stabiili ennen leikkausta, sillä jo esimerkiksi pelkästään hoitamaton virtsatieinfektio voi aiheuttaa lisääntyvän riskin leikkaukskomplikaatioille ja kuolemalle. Tällaisissa tilanteissa leikkauksen siirtäminen yhdellä tai kahdella vuorokaudella on tarkoituksenmukaista, jotta potilaan tila pystytään stabiloimaan.

Painehaavojen riski tulee huomioida sairaalahoidon alusta saakka ja sitä pystytään vähentämään hyvällä asentohoidolla ja asentohoitotuotteilla. (Bergroth 2010: 682.)

2.2 Lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeinen hoito ja kuntoutus

lääkäiden ihmisten lonkkamurtumat johtavat usein toimintakyvyn heikkenemiseen, sekä lisääntyneeseen avuntarpeeseen. Arviolta noin neljä kymmenestä lonkkamurtumapotilaasta ei saavuta kuuden kuukauden sisällä murtumaa edeltävää toimintakykyään. Lisäksi kuolleisuus on suurta tässä potilasryhmässä. Lonkkamurtumapotilaiden toipumista pystytään edistämään tarjoamalla heille pääsy asianmukaiseen kuntoutukseen. (Mitchell & Harvey & Brodaty & Draper & Close 2016: 1–2.) Lonkkamurtuman hoidon ja kuntoutuksen tarkoituksena on pyrkiä palauttamaan henkilön toimintakyky murtumaa edeltävälle tasolle. Asianmukaisesti toteutetun ja johdonmukaisen kuntoutuksen on todettu johtavan parempiin hoidollisiin lopputuloksiin ja lyhentämään osastohoidon kestoa. (Lahtinen ym. 2021: 821.)

Suomessa lonkkamurtumat hoidetaan lähes aina leikkauksella ja leikkausta seuraa pitkä kuntoutusjakso. Kuntoutusjaksosta muutama ensimmäinen päivä tapahtuu sairaalassa ortopedisellä osastolla, jonka jälkeen potilas siirretään jatkohoitoon yleensä terveyskeskuksen vuodeosastolle. Vuodeosastolta potilas kotiutuu mahdollisuuksien mukaan, kun hänen kuntonsa mahdollistaa itsenäisen kotona pärjäämisen. Kuntoutuksessa keskitytään potilaan toimintakyvyn palauttamiseen, leikkauksesta aiheutuvien komplikaatioiden ehkäisyyn, sekä uusien murtumien ehkäisemiseen. Kuntoutuksen voidaan katsoa pitävän sisällään kaikki toimenpiteet, joilla edistetään potilaan toipumista lonkkamurtumasta. Pitkäaikaishoidossa olevat muistisairaavat palaavat usein omaan hoivapalveluyksikköönnsä varsin nopeasti leikkauksen jälkeen ja on havaittu, että näissä pitkäaikaishoidon yksiköissä on usein puutteellinen tietotaito jatkaa potilaan asianmukaista kuntoutusta (Lahtinen ym. 2021: 821–822.)

Leikkauksen jälkeisessä hoidossa keskeisiä tekijöitä ovat asianmukainen ja riittävä kivunhoito, kohdennettu kuntoutus ja uusien murtumien ehkäisy. Kivunhoidossa käytetään usein ensimmäisinä päivinä opiaatteja, joiden jälkeen siirrytään tulehduskipulääkkeiden käyttöön. lääkäiden potilaiden kohdalla kivun hoito vaatii erityistä huomiota muun muassa ikääntymisestä johtuvien aineenvaihdunnallisten muutosten vuoksi. Lisäksi kuntoutuksen merkitys lonkkamurtumapotilaan hoidossa on merkittävä. Kuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn palauttaminen murtumaa edeltävälle tasolle. Kuntoutuksessa keskitytään aluksi leikatun raajan toiminnan palauttamiseen, siirtymien su-

jumiseen ja päivittäisen liikkumisen tukemiseen. Kävelyharjoitteet aloitetaan heti potilaan tilan salliessa. Lisäksi opetellaan päivittäisten toimintojen, kuten pukeutumisen ja wc-käyntien sujuvuutta. Näillä toimilla pyritään ehkäisemään vuodelevon aiheuttamia komplikaatioita ja tuetaan potilaan henkistä jaksamista. Uusien murtumien ehkäisytoimenpiteet pitävät sisällään riittävän D-vitamiini ja kalsiumin saannin varmistamisen, lääkityksen tarkistamisen, sekä kaatumisriskiä lisäävien ympäristöllisten tekijöiden huomioimisen ja niihin puuttumisen. Myös lonkkasuojainten käytön tarpeellisuutta on arvioitava, koska suojainten käytöllä on osoitettu olevan lonkkamurtumia vähentävä vaikutus etenkin pitkäaikaishoidossa olevilla. (Bergroth 2010: 683–684; Lahtinen ym. 2021: 823–826.) Lisäksi positiivisia tuloksia lonkkamurtumapotilaan hoidossa on saatu moniammatillisesta kuntoutuksesta, jonka organisointi vastuun tulisi olla iäkkäiden ihmisten hoitoon erikoistuneella ammattilaisella kuten geriatrilla (Pajulammi & Nuotio 2018: 1979; Lahtinen ym. 2021: 823). Tosin tutkimuksissa on nostettu esille, että muistisairautta sairastavilla ihmisillä pääsy asianmukaiseen kuntoutukseen evätään, koska käsitysten mukaan näillä henkilöillä on rajallinen kyky hyötyä kuntoutuksesta toiminnallisesti (Mitchell ym. 2016: 2).

2.3 Muistisairauksien yhteys toimintakykyyn ja lonkkamurtumiin

Maailman väkiluku kasvaa ja ihmiset elävät pidempää. Väestön ikääntyminen on ennustettu vaikuttavan myös muistisairauteen sairastuvien määrän voimakkaaseen kasvuun. Vuonna 2015 muistisairauteen sairastuvia maailmassa on ollut 47 miljoonaa ja tämän luvun on arvioitu kasvavan 131,5 miljoonaan vuoteen 2050 mennessä. (Prince ym. 2015: 2.) Suomessa muistisairautta sairastavia arvioidaan olevan 190 000 henkilöä, mutta vuosittaista, päivittyvää tilastotietoa asiasta ei ole. Vuosittaisten sairastuvien määrän on arvioitu olevan 14 500 henkilöä Suomessa. Näistä suurin osa on yli 80-vuotiaita, mutta joukossa on mukana yli 7000 työkäistä, joilla on todettu etenevä muistisairaus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Muistisairauksien yleisyys 2020.)

Ihmisen muisti on keskeinen osa tiedonkäsittelyä, jonka avulla henkilö pystyy tallentamaan, säilyttämään ja palauttamaan mieleen eri toimintoja. Muistin kannalta keskeisiä alueita ovat esimerkiksi aivojen sisemmät ohimolohkot, sekä otsalohkon alueet. Aivojen hermot siirtävät tietoa, säilyttävät sitä aivokuoressa, sekä palauttavat mieleen opittuja asioita. Kun johonkin kohtaan näistä verkostoista tulee toiminnan häiriö, alkaa se oireilla henkilön muistivaikeuksina. (Kelo & Launiemi & Takaluoma & Tiittanen 2015: 205–207.) Muistisairaus heikentää henkilön muistia, tiedonkäsittelykykyä sekä muita kognitiivisia eli ajatuksellisia toimintoja. Näiden tiedonkäsittely ominaisuuksien muutoksesta käytetään myös nimitystä dementia. Dementia itsessään on kuitenkin oireyhtymä,

eikä erillinen sairaus. (Erkinjuntti & Remes & Rinne & Soininen 2015.) Dementiaan liittyy muistihäiriöiden lisäksi kielellisiä häiriöitä, vaikeutta päivittäisten toimintojen suorittamisessa, tunnistamisen vaikeutta sekä monimutkaisten älyllisten toimintojen heikkenemistä. Usein dementia aiheuttaa myös muutoksia henkilöiden käytöksessä ja muuttaa tunteiden ilmaisua. Tyypillisimmin dementia on seurausta etenevästä muistisairaudesta. (Muistiliitto: Dementia.)

Dementiaan johtavista etenevistä muistisairauksista Alzheimerin tauti on yleisin. Se kattaa 60–70 % kaikista dementiaan johtavista muistisairauksista. Alzheimerin taudin ohella muita dementiaan johtavia sairauksia ovat verisuoniperäinen muistisairaus, Lewyn kappale -tauti sekä otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus. Kaikki dementiaan johtavat muistisairaudet aiheuttavat kognitiivisia muutoksia sairastuneissa. Sairaudet aiheuttavat muutoksia muun muassa henkilöiden kävelykyvyssä, ympäristön hahmottamisessa sekä keskittymiskyvyssä. Alzheimerin tautia, sekä verisuoniperäistä kognitiivista heikentymää sairastavilla kaatumisen todennäköisyys on kaksinkertainen ja Lewyn kappale -tautia sairastavien todennäköisyys kaatumiseen on jopa yli kaksinkertainen kognitiivisesti terveisiin ikääntyneisiin verrattuna. (Komulainen 2015.) Henkilöillä, jotka kärsivät toimintakyvyn alenemisesta tai muistisairaudesta on havaittu olevan myös huonompi ennuste lonkkamurtuman jälkeisestä leikkauksesta toipumisessa. Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan arviolta jopa puolet lonkkamurtumapotilaista sairastaa parantumatonta muistisaurautta. (Stenvall ym. 2011: 284.)

2.4 Leikkauksen jälkeinen kivunarviointi ja hoito iäkkäillä

Kipu vaikuttaa jokaiseen ihmiseen taustasta riippumatta ja se on suurin syy, miksi ihminen ajautuu terveydenhuollon palveluiden pariin. Se on myös hoitajille yksi yleisimmistä sairauksista, joita he hoitavat. Alihoidetulla kivulla on vakavia ja pitkäkestoisia vaikutuksia ihmiskehoon, jos sitä ei hoideta asianmukaisesti. (Hinkle & Cheever 2013: 213.)

Tyypillisesti kivun arvioinnissa voidaan hyödyntää erilaisia kipumittareita. Käytössä olevia kipumittareita ovat muun muassa NRS (Numeric Rating Scale), jossa kipua arvioidaan numeraalisesti asteikolla yhdestä kymmeneen, VAS (Visual Analogue Scale), jossa kipujana kuvaa kivun voimakkuutta sekä VRS (Verbal Rating Scale), jossa kipua kuvataan sanallisesti. (Kivunhallintatalo 2019.) Muistisairaahan potilaan kivun arviointi on haastavaa ja sairaanhoitajien kyky arvioida tämän potilasryhmän kipua on äärimmäisen tärkeässä roolissa. Sairaanhoitajat ovat myös isossa roolissa muistisairaahan potilaan kivun hoidossa, sillä kivun arviointi tässä potilasryhmässä vaatii itserapor-

toidusta kivun arvioimisesta siirtymistä potilaan käyttäytymisen havainnointiin. Käyttäytymisen havainnointiin on kehitetty erilaisia mittareita, joista PAINAD (Pain Assessment In Advanced Dementia Scale) on yksi käytössä oleva mittari iäkkäiden muistisairaiden potilaiden kivun arvioinnissa. PAINAD perustuu käyttäytymisen muutoksen havainnointiin. Kivun itseraportointi muistisairailla on sairaudesta johtuen haastavaa, koska heidän kykynsä ilmaista kipua alenee sairauden edetessä ja lopulta he menettävät kykynsä ilmaista kipua sanallisesti. (Natavio ym. 2020: 502–503; Tilvis & Björkman & Sorva 2007: 4.)

Lähtökohtaisesti kivunhoidon tavoitteena on hyvä ja riittävä kivunlievitys. Kivunhoito on tärkeää myös siitä näkökulmasta, että pitkäkestoinen kipu saattaa lisätä ahdistusta, surua ja masennusta sekä oman elämänhallinnan menettämisestä johtuva pelko voi lisätä psyykkistä kipua ja tätä kautta heikentää perusturvallisuuden tunnetta. Ikääntyneiden kohdalla kivun hoidossa tulisi edetä maltilla ja lääkehoito olisi hyvä aloittaa yksi lääke kerrallaan, jotta lääkkeen vaikutusta sekä sivuvaikutuksia voidaan seurata. (Kelo ym. 2015: 57.) Iäkkäillä kipulääkeannokset tulee usein olla pienempiä johtuen siitä, että ikääntyessä fysiologiset muutokset lisäävät herkkyyttä useille kipulääkkeille. Iäkkäillä on taustalla usein myös muita sairauksia, joihin on lääkitys sekä munuaisten toiminnan heikentymistä. Nämä yhdessä suurentavat lääkkeiden haittavaikutusten todennäköisyyttä. Opioidien käyttöä suositellaan vältettävän iäkkäillä sillä he ovat muita alttiimpia saamaan niistä haittavaikutuksia. Kuitenkin hoidon vaatiessa voidaan opioideja käyttää huomioiden potilaan muut sairaudet ja lääkitykset. Opioidilääkitys tulee tällöin kuitenkin aloittaa pienellä annoksella. Lisäksi samaan aikaan opioidilääkityksen kanssa tulisi huomioida ummetuslääkityksen aloittaminen. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.)

Leikkauksen jälkeisessä kivun hoidossa käytetään usein ensimmäisinä päivinä opiaatteja, jonka jälkeen lääkitys vaihdetaan NSAID-tulehduskipulääkkeisiin. Iäkkäillä kipu lääkitys tulisi alussa toteuttaa säännöllisin väliajoin annosteltuna, koska vanhemmille potilaille kipulääkkeen pyytäminen tarvittaessa annosteltuna voi muodostua ongelmaksi. Iäkkäillä potilailla tulehduskipulääkkeiden käytössä tulisi lisäksi huomioida mahdollinen munuaisten alentunut toiminta, jolloin NSAID-tulehduskipulääkkeiden vaikutuksesta munuaisten toiminta voi romahtaa johtaen virtsan erityksen vähentymiseen, sekä elimistön kaliumpitoisuuden ja seerumin kreatiniinin nousuun. Vanhuspotilailla riski on kasvanut etenkin ensimmäisenä viikkona tulehduskipulääkityksen aloituksen jälkeen. (Bergroth 2010: 683.) Vuonna 2017 uudistuneen lonkkamurtumapotilaan Käypä hoito -suosituksen mukaan lonkkamurtuman leikkauksen jälkeisen kivun hoidon perustana toimiikin parasetamoli. Kohtalaisen kovan kivun ja kovan kivun hoidossa suositellaan

käytettäväksi johtopuudutuksia ja tarpeen mukaan opioideja. (Lonkkamurtuma: Käypä hoito -suositus 2017.)

3 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys

Tämä opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Espoon sairaalan kanssa. Tarkoituksena oli selvittää kuvailevan kirjallisuus katsauksen keinoin muistisairauden tuomien haasteiden vaikutusta iäkkään lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon hoitotyön näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena oli nostaa esille muistisairauden tuomia haasteita, jotka ovat hoitotyönkannalta merkityksellisessä roolissa iäkkään lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa ja herättää keskustelua kivunhoitoon liittyvistä haasteista muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kohdalla.

Opinnäytetyömme tarkoituksen ja tavoitteiden pohjalta tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykseksi valikoitui: Mitä haasteita muistisairaudesta aiheuttaa lonkkamurtumapotilaan postoperatiiviseen kivunhoitoon hoitotyön näkökulmasta?

4 Menetelmät

4.1 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on kirjallisuuskatsauksen muoto, joka tuottaa valitun aineiston pohjalta kuvailevan, rajatun ja perustellun vastauksen valittuun tutkimuskysymykseen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus soveltui kuvaamaan tiettyä ilmiötä teoreettisesta näkökulmasta, tuottaen aikaisempaan tietoon perustuvaa kumuloituvaa tietoa. (Kangasniemi ym. 2013: 291–294.) Lisäksi kirjallisuuskatsauksen avulla pystyttiin hahmottamaan aiheeseen liittyvää olemassa olevaa tiedon määrää ja luonnetta asetettuun kysymykseen liittyen (Johansson 2007: 3).

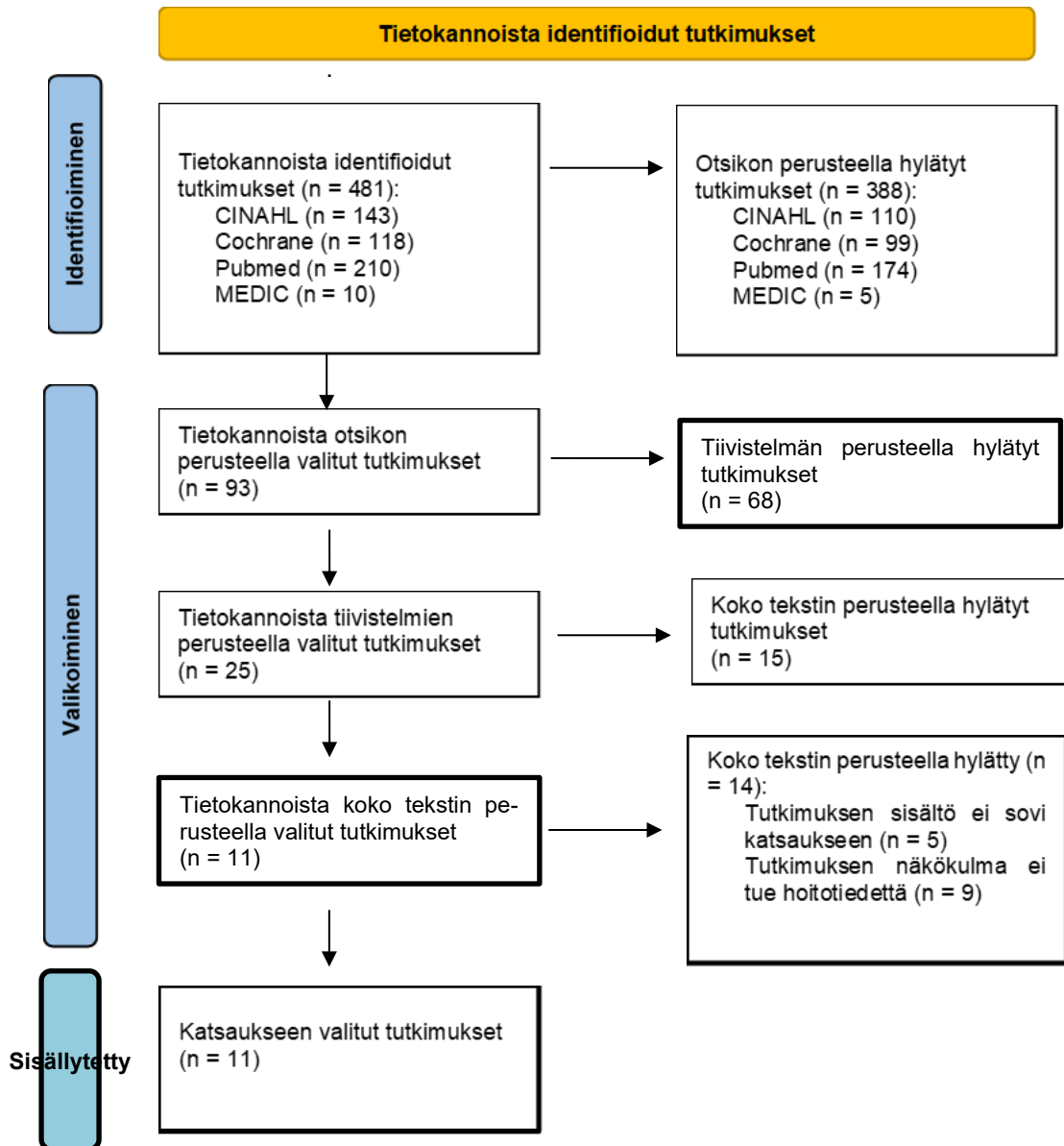
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus toteutettiin neljässä vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa muodostettiin tutkimuskysymys, joka ohjasi koko tutkimusprosessia. Valittu tutkimuskysymys ohjasi aineiston valintaa, joka toteutettiin seuraavassa kirjallisuuskatsauksen vaiheessa. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineistossa pyrittiin hyödyntämään ajankohtaisia ja luotettavia tieteellisiä julkaisuja. Valittujen aineistojen tuli olla tarkoituksen mukaisia ja sopivia suhteessa tutkittavaan kysymykseen. (Kangasniemi ym. 2013: 294–296.)

Kuvailevan kirjallisuus katsauksen kolmannessa vaiheessa, kuvailun rakentamisessa, esitettyyn tutkimuskysymykseen pyrittiin antamaan kuvaileva vastaus. Tavoitteena oli vastata tutkimuskysymykseen valitun aineiston pohjalta yhdistelemällä ja vertailemalla valittuja aineistoja keskenään. Neljännessä vaiheessa keskeiset tulokset koottiin yhteen, tuloksia tarkasteltiin tutkimuskysymyksen näkökulmasta, sekä arvioitiin tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. (Kangasniemi ym. 2013: 296–298.)

4.2 Aineiston haku ja valinta

Kirjallisuuskatsauksena toteutetun opinnäytetyn tarkoituksena oli tiedon järjestelmällinen kerääminen ja analysointi asetetun tutkimuskysymyksen kautta. Tutkimuskysymyksen kautta luotiin tiivis kuvaus aiempien aiheeseen liittyvien tutkimusten keskeisestä sisällöstä. (Stolt & Ruotasalo 2007: 58.). Opinnäytetyön tutkimuskysymys johdatteli aineiston haussa käytettyjä hakusanoja. Tiedonhaussa keskityttiin hakemaan tietoa elektronisesti luotettavista terveysalan tietokannoista Medicista, Cinahlista (EBSCO), Pubmedistä ja Cochranesta. Manuaalista hakua hyödynnettiin opinnäytetyössä teorian ja taustan kartoittamiseksi.

Opinnäytetyön aiheeseen perehdyttiin alustavan tiedonhaun kautta, jossa kartoitettiin opinnäytetyön aiheeseen liittyvien aikaisempien tutkimusten sisältöä. Alustavan tiedonhaun perusteella muodostettiin tutkimuskysymys, jonka perusteella aineisto rajattiin otsikko tasolla tutkimuskysymykseen liittyviksi (n = 93). Tämän jälkeen valituista otsikoista luettiin tiivistelmät, joiden perusteella valittiin tutkimuskysymyksen kannalta keskeisimmät tekstit lähempään tarkasteluun (n = 25). Lähemmässä tarkastelussa tekstit luettiin kokonaisuudessaan ja keskityttiin keskeisimpiin tutkimuksissa saatuihin tuloksiin, joiden perustella valittiin aineisto, joka toi olennaista lisätietoa opinnäytetyöhön laadittuun tutkimuskysymykseen (n = 11). Hakuprosessin kuvaus on esitetty Prisma tiedonhaun etenemiskaaviossa alapuolella kuviossa 1.



Kuvio 1. Prisma tiedonhaun etenemiskaavio mukaillen Prisma Flow 2020 diagrammia (Page ym. 2020: 5).

Aineistoksi valittiin luotettavia tieteellisiä tutkimuksia, jotka rajattiin muodostettujen mukaanotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti. Mukaanottokriteerien mukaan aineistoksi valittiin vertaisarvioituja artikkeleita, jotka käsittelevät ikääntyneiden muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden leikkauksen jälkeiseen kivunhoitotyöhön liittyviä haasteita, ratkaisu- tai kehitysehdotuksia. Tutkimusten tuli olla tehty hoitotyön näkökulmasta tai

niiden tuli sisältää hoitotyön kannalta hyödynnettävissä olevaa tietoa. Aineiston tuli olla julkaistu aikavälillä 2010–2021. Aineiston kieleksi rajattiin suomi tai englanti. Poissulkukriteerien mukaan ei huomioitu artikkeleita, jotka eivät olleet vertaisarvioituja, eivät soveltuneet hyödynnettäväksi hoitotyössä tai ne käsittelivät muuta kuin leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa. Lisäksi ei huomioitu aineistoa, jossa oli raportoitu vain projektin kulku muttei tuloksia, tai jonka julkaisuaika oli vanhempi kuin 2010. Poissulkukriteerien mukaan ulkopuolelle jätettiin artikkelit, joiden kielenä oli muu kuin englanti tai suomi. Tarkemmat sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitetty taulukkomuodossa alapuolella taulukossa 1.

Taulukko 1. Opinnäytetyön sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<p>Artikkelissa käsitellään englannin tai suomen kielellä muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kivunhoitoon liittyviä haasteita, niiden ratkaisuja tai kehitysehdotuksia. Lisäksi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artikkelit on tehty hoitotyön näkökulmasta tai artikkeli sisältää hoitotyön kannalta merkityksellistä tietoa - Artikkelit on vertaisarvioitu - Artikkelissa on raportoitu saadut tulokset - Artikkelit on julkaistu aikavälillä 2010–2021 - Artikkelit käsittelevät postoperatiivista kivunhoitoa - Artikkelit soveltuvat hyödynnettäväksi hoitotyössä - Artikkelin sisältö on tutkimuskysymyksen kannalta oleellista 	<ul style="list-style-type: none"> - Artikkelit ei sovellu hoitotyössä hyödynnettäväksi, vaan käsittelee kivunhoitoon liittyviä haasteita ainoastaan lääketieteellisestä näkökulmasta - Artikkelit ei ole vertaisarvioitu - Artikkelit käsittelee vain jotain muuta kivunhoitoa kuin postoperatiivista kivunhoitoa - Artikkelit julkaistu ennen vuotta 2010 - Artikkelit ei käsittele hoitotyön näkökulmasta merkityksellistä tietoa - Artikkelissa on raportoitu vain projektin kulku, ei tuloksia - Artikkelin sisältö ei ole tutkimuskysymyksen kannalta oleellinen

Opinnäytetyön alustavassa tiedonhaussa kartoitettiin opinnäytetyön aiheeseen liittyvää taustatietoa ja etsittiin teoriatietoa tukemaan opinnäytetyöhön valittua aihetta. Alustavassa taustaan ja tarpeeseen pohjautuvassa tiedonhaussa käytettiin hakusanoja lonkkamurtuma, muistisairaus, leikkauksen jälkeinen, kuntoutus, osastohoito ja sairaanhoito. Eri hakukoneissa lonkkamurtuman hakusanoina käytettiin "hip fracture" OR "hip fractures" OR "hip surgery", muistisairauden hakusanoina "memory loss" OR "memory disorder" OR "dementia" OR "alzheimer", kuntoutuksen hakusanoina "rehabilitation" OR "therapy" OR "treatment" OR "recovery", osastohoidon hakusanoina "hospital" OR "ward" OR "acute setting" OR "inpatient", sairaanhoidon hakusanoina "nurse" OR "nursing" OR "care" ja leikkauksenjälkeisinä hakusanoina "postoperative" OR "after surgery".

Taustan ja tarpeen määrittämisen jälkeen opinnäytetyön hakua tarkennettiin koskemaan leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa muistisairaille. Kivunhoitoon liittyen täydentäviä hakuja tehtiin hakusanoilla "hip fracture" OR "hip surgery" AND "dementia" AND "pain control" OR "pain management", sekä dementiaa sairastavan ihmisen leikkauksen jälkeiseen osastohoitoon liittyen hakusanoilla "care" AND "people with dementia" AND "surgical ward" AND "nursing". Näitä hakusanoja ja hakutekniikkaa sovellettiin eri hakukoneissa tarpeen mukaan. Haun rajauksena käytettiin artikkeleita aikaväliltä 2010–2021, sekä artikkelin kielenä suomi tai englanti. Tarkempi tiedonhaun taulukko on esitetty työn lopussa liitteessä 1.

4.3 Aineiston kuvaus

Tiedonhaun kautta opinnäytetyössä analysoitu aineisto koostui 11 vertaisarvioidusta tutkimuksesta. Aineistosta kaikki oli englanninkielisiä. Aineisto koostui pääosin laadullisista tutkimuksista, mutta aineistossa mukana oli myös määrällisiä tutkimuksia. Laadulliset tutkimukset oli toteutettu pääosin kyselytutkimuksina. Opinnäytetyössä käytettävät artikkelit on esitelty työn lopussa tarkemmin liitteessä 2.

Erillisessä artikkelien analyysitaulukossa on eritelty opinnäytetyöhön valittujen artikkeleiden tekijät, artikkeleiden teko maa ja vuosi, artikkelin julkaisukanava, tutkimuksen tarkoitus, tutkimuksessa käytetyt menetelmät ja analysitavat, tutkimusasetelma, sekä artikkeleiden keskeisimmät tulokset. Tiedonhaun keskeisimpänä tavoitteena oli löytää vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita, joissa nostettiin esille muistisairaalle lonkkamurtumapotilaan kivunhoitoon ja hoitotyöhön liittyviä haasteita.

Suurin osa opinnäytetyössä käytetyistä tutkimuksista oli tehty sairaanhoitajien näkökulmasta, liittyen muistisairaahan potilaan lonkkamurtuman jälkeisessä kivunhoidossa esiintyviin haasteisiin. Useimmissa tutkimuksissa aineisto oli kerätty haastatteluiden tai kyselylomakkeiden avulla, ja ne pohjautuivat hoitohenkilökunnan näkemykseen hoitotyössä esiintyvistä ongelmista. Lisäksi osassa tutkimuksista oli hyödynnetty olemassa olevia potilastietoja potilaan tilassa tapahtuvia muutoksia tulkittaessa.

Aineiston luotettavuus pyrittiin varmistamaan valitsemalla opinnäytetyöhön artikkeleita, jotka olivat vertaisarvioituja ja julkaistu luotettavissa tieteellisissä julkaisukanavissa. Artikkeleiden vertaisarvioinnilla on keskeinen osa tieteellisten julkaisujen luotettavuudessa. Sen keskeisenä tekijänä on tukea julkaistujen artikkelien laadun varmistusta muiden asiantuntijoiden taholta lisäten näin artikkeleiden luotettavuutta. (Isohanni & Kotiranta & Miettunen & Nieminen & Tienari 2006: 913–914.) Opinnäytetyöhön valituista artikkeleista yhdeksän oli julkaistu luotettavassa julkaisukanavassa, jonka julkaisufoorumien tasoluokitus oli vähintään yksi. Yksi artikkeli oli julkaistu julkaisukanavassa, joka oli tasoluokitukseltaan nolla ja yhdelle artikkelille ei löydetty tasoluokitusta julkaisufoorumista. Nämä artikkelit valittiin kuitenkin opinnäytetyön materiaaliin, koska molemmat näistä kahdesta artikkelista olivat vertaisarvioituja, sekä molemmat tutkimukset oli toteutettu pohjoismaissa. Lisäksi artikkelit tukivat hyvin muita opinnäytetyöhön valittuja artikkeleita, sekä ne sisälsivät opinnäytetyön tutkimuskysymyksen kannalta oleellista tietoa ja vastasivat hyvin opinnäytetyöhön asetettuun tutkimuskysymykseen.

Opinnäytetyöhön valittu aineisto vastaa hyvin opinnäytetyölle asetettuun tutkimuskysymykseen. Aineisto soveltui hyvin käytettäväksi tässä opinnäytetyössä, koska iso osa tutkimuksista oli tehty pohjoismaissa ja yhtenäisten hoitokäytäntöjen vuoksi tulokset ovat keskenään hyvin vertailukelpoisia. Lisäksi useampi valittu tutkimus oli toteutettu Suomessa, mikä lisäsi opinnäytetyön tulosten soveltuvuutta suomalaisessa hoitotyössä hyödynnettäväksi.

4.4 Analyysimenetelmä

Opinnäytetyön aineiston analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä induktiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin tarkoituksena oli luoda selkeä sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä, jossa analysoidun aineiston keskeinen sisältö tiivistettiin yhtenäiseen muotoon. Analyysin tarkoituksena oli informaation lisääminen yhdistämällä eri aineistojen keskeiset asiat yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 107–108; Janhonen & Nikkonen 2001: 23.) Analyysiyksiköksi valikoitui yksittäinen lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus, joka lisäsi tutkimuskysymykseen liittyvää tietoa

(Janhonen & Nikkonen 2001:25; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013: 167). Keskeistä oli löytää tutkittavasta aineistosta väittämiä, joilla on merkitystä tutkittavan ilmiön kannalta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli hakea vastausta asetettuun tutkimuskysymykseen. (Kylmä & Juvakka 2007: 112–113.) Esimerkki alaluokan synnystä esitetty taulukkomuodossa alapuolella taulukossa 2.

Taulukko 2. Esimerkki alaluokan synnystä.

Alkuperäisilmaisu	Suomennos	Pelkistys	Alaluokka
<i>"patients with dementia often have coexistent diseases, and as a consequence they are exposed to polypharmacy."</i>	dementiapotilailla on usein rinnakkaisia sairauksia, ja sen seurauksena he altistuvat monilääkitykselle.	Rinnakkaissairaudet altistavat monilääkitykselle	Liitännäissairaudet ja monilääkitys
<i>"Other challenges in pain treatment that nurses reported were polypharmacy and comorbidities"</i>	Muita sairaanhoitajien raportoimia haasteita kivunhoidossa olivat monilääkitys ja liitännäissairaudet	Potilaan monilääkitys ja liitännäissairaudet kivun hoidon haasteena	

Aineistolähtöinen induktiivinen eli laadullinen aineiston analyysi tehtiin kolmessa vaiheessa, jossa ensin analysoitava aineisto pilkottiin osiin, käsiteltiin ja kasattiin uudelleen tutkimuskysymyksen kannalta ymmärrettäväksi kokonaisuudeksi. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistettiin eli redusoitiin aineistosta esiin nostettujen alkuperäisilmausten pohjalta. Redusoinnin jälkeen aineisto ryhmiteltiin eli klusteroitiin, jonka jälkeen ryhmittelystä luotiin teoreettiset käsitteet eli aineisto abstrahoitettiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 108–109; Janhonen & Nikkonen 2001: 26-29; Kylmä & Juvakka 2007: 112-113.)

Aineiston pelkistämässä valitusta aineistosta karsittiin tutkimuskysymyksen kannalta epäolennaiset tekijät pois. Pelkistämistä ohjasi asetettu tutkimuskysymys. Pelkistämistä seurasi aineiston ryhmittely, jossa analysoitavasta aineistoista etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Samankaltaiset käsitteet yhdistettiin omaksi luokaksi ja annettiin sille luokkaa kuvaava yläkäsite. Ryhmittelyn tarkoituksena oli luoda perusrakenne analyysille ja luoda tutkittavasta ilmiöstä alustavia kuvauksia. Ryhmittelyn jälkeen aineisto käsitteellistettiin eli siitä erotettiin olennainen tieto, jonka pohjalta luotiin teoreettisia käsitteitä. Käsitteitä yhdistelemällä saatiin vastaus opinnäytetyön tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 109–112; Kylmä & Juvakka 2007: 114–120.) Esimerkki pääluokan synnystä esitetty alapuolella taulukossa 3 ja tarkempi kuvaus sisällön analyysin etenemisestä esitetty työn lopussa liitteessä 4.

Taulukko 3. Esimerkki pääluokan synnystä.

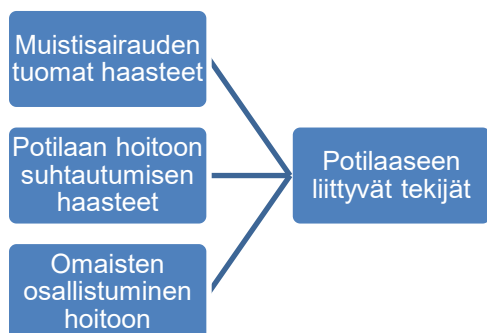
Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Yhtenäisten ohjeiden puute	Osaston toiminta	Organisaatioon liittyvät tekijät
Koulutuksen tarve		
Vaikeus konsultaatioon		
Huono hoidon organisointi		
Asianmukaisten tilojen puute	Resurssit ja ympäristö	
Liian vähäiset resurssit		

5 Tulokset

Opinnäytetyössä analysoitiin 11 alkuperäisartikkelia aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Analysoidun aineiston perusteella muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeisistä kivunhoidon haasteista muodostettiin neljä sisällöltään toisistaan eroavaa pääluokkaa, joiden katsottiin vastaavan työlle asetettuun tutkimuskysymykseen. Analysoidun aineiston pohjalta esille nostettiin neljä keskeistä tekijää, jotka tuovat haasteita muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon. Hoitotyön kannalta keskeisiksi tekijöiksi esille nousi kivun lääkehoitoon liittyvät tekijät, potilaaseen liittyvät tekijät, sairaanhoitajaan liittyvät tekijät, sekä organisaatioon liittyvät tekijät. Tarkemmin näitä saatuja tuloksia käsitellään tässä osiossa.

5.1 Potilaaseen liittyvät tekijät

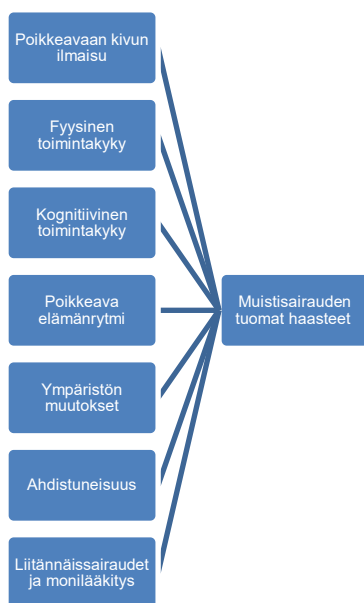
Potilaaseen liittyviä tekijöitä käsiteltiin kaikkiaan seitsemässä opinnäytetyöhön valitussa tutkimusartikkelissa. Erityisesti esille nousivat muistisairaahan tuomat haasteet, joita käsiteltiin jokaisessa näissä seitsemässä tutkimusartikkelissa. Muita potilaaseen liittyviä tekijöitä olivat potilaan hoitoon suhtautumisen tuomat haasteet, sekä potilaan läheisten hoitoon osallistumattomuuden tuomat haasteet. Potilaaseen liittyvät yläluokat on esitetty kuviossa 2.



Kuvio 2. Potilaaseen liittyvien tekijöiden pääluokan muodostuminen

5.1.1 Muistisairauden tuomat haasteet

Muistisairauden tuomat haasteet muodostuivat poikkeavasta kivun ilmaisusta, fyysisestä toimintakyvystä, kognitiivisesta toimintakyvystä, poikkeavasta elämänrytmistä, ympäristön muutoksista, ahdistuneisuudesta ja liitännäissairauksista sekä monilääkityksestä. Muistisairauden tuomat haasteet esitetty alla kuviossa 3.



Kuvio 3. Muistisairauden tuomat haasteet yläluokan syntyminen

Tutkimusten pohjalta esille nousi, että lonkkamurtumapotilaan muistisairaus luo hoitotyöhön erityisiä haasteita, jotka tulee huomioida näitä potilaita hoidettaessa. Muistisairailta potilailta kognitiivinen heikentyminen johtaa usein poikkeavaan kivun ilmaisuun. Muistisairaiden potilaiden on kuvailtu ilmaisevan kipua esimerkiksi kiroilemalla, aggressiivisella käytöksellä tai huutamalla. Nämä piirteet potilaassa korostuivat, kun potilaita

hoidettiin. (Krupic ym. 2020a: 54.) Lisäksi muistisairaiden potilaiden on kuvattu ilmaisevan kipua enemmän kasvojen ilmeillä kognitiivisesti terveisiin potilaisiin verrattuna. Sairaanhoidajat olivat sitä mieltä, että mitä vakavampi potilaan muistisairaus oli, sitä hankalampi potilaiden ilmeitä oli tulkita. Tämä toi lisää haasteita hoitajien työhön. (Krupic ym. 2018: 77.) Potilaan muistisairaudesta johtuen muistisairaiden potilaiden havaittiin raportoivan kokemastaan kivusta harvemmin kuin potilaiden, jotka eivät sairasta muistisairautta (Jensen-Dahm & Palm & Gasse & Dahl & Waldemar 2016: 188).

Potilaan fyysiseen toimintakykyyn liittyvinä haasteina esille nousivat muistisairaiden potilaiden toimintakykyä heikentävät tekijät. Muistisairailla potilailla esiintyi useammin nielemisvaikeuksia, mikä vaikeutti muun muassa lääkkeiden ottamista (Rantala & Hartikainen & Kvist & Kankkunen 2014a: 3101; Rantala & Kvist & Hartikainen 2014b: 212), sekä aiheutti lisääntyntä avuntarvetta syömisessä ja juomisessa leikkauksen jälkeen (O'Connell & Orr & Ostaszkievicz & Gaskin 2011: 141). Lisäksi muistisairauden potilaiden kuulon heikentymän kerrottiin vaikeuttavan kivunarviointia (Rantala ym. 2014b: 212). Fyysiseen toimintakykyyn liittyen muistisairaot potilaat tarvitsivat todennäköisesti lisäksi enemmän valvontaa ja apua päivittäisissä toiminnoissa, sekä heillä esiintyi enemmän pidätysvaikeuksia (O'Connell ym. 2011: 138).

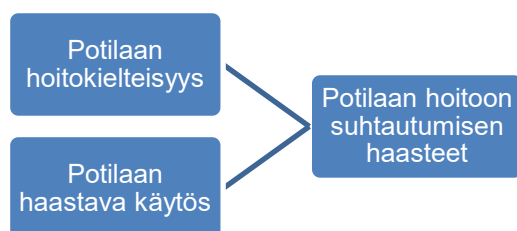
Potilaan kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvät tekijät nousivat esille useammassa tutkimusartikkelissa. Muistisairaahan potilaan kognitiivisen heikentymisen todettiin aiheuttavan merkittäviä haasteita postoperatiiviseen kivun arvioimiseen ja hoitoon. Potilaan ymmärryksen puute ja puutteellinen kyky noudattaa ohjeita kerrottiin johtavan hoidon vastustukseen tai ei toivottuun toimintaan, kuten kävelemisyrikyseen leikkauksen jälkeen. Tämä lisäsi ylimääräisen kivun riskiä. (Rantala ym. 2014b: 212–217.) Potilaiden ymmärtämättömyys ja kommunikaatiokyvyn heikkeneminen vaikeutti myös vuorovaikutusta potilaiden ja hoitajien välillä. Tämä ja potilaiden kyvyttömyys noudattaa annettuja ohjeita aiheutti hämmennystä ja sekaannusta, jotka lisäsivät vaaratilanteiden riskiä. (Hynninen & Saarnio & Isola 2015: 196; Rantala ym. 2014b: 212.) Kommunikointi muistisairaahan potilaan kanssa koettiin sairaanhoitajien taholta haastavaksi ja stressaavaksi, koska potilas ei kykene vastaamaan kipuun liittyviin kysymyksiin (Krupic ym. 2020a: 52).

Muistisairaiden potilaiden leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa muiksi potilaaseen liittyviksi haasteiksi muodostuivat potilaan poikkeukselliseen uni-valve rytmiin liittyvät tekijät, jonka mukaan muistisairaot potilaat nukkuvat usein päivällä ja ovat aktiivisia yöllä. Lisäksi ympäristön muutoksella ja koetulla leikkauksen jälkeisellä kivulla, sekä lääkityk-

sen muutoksilla koettiin olevan vaikutusta potilaan kokemaan akuuttiin hämmennykseen (Hynninen ym. 2015: 196–197). Koettu postoperatiivinen kipu vaikutti potilaan ahdistuneisuuteen ja käytökseen (Rantala ym. 2014b: 214). Potilaaseen liittyviin tekijöihin voidaan katsoa kuuluvaksi myös potilaiden muut liitännäissairaudet, sekä monilääkityksen tuomat haasteet. Muistisairailla potilailla on todettu olevan taustalla usein muita rinnakkaisia sairauksia, jotka altistavat monilääkitykselle. Sairaanhoitajat raportoivat näiden tekijöiden olevan haasteita muistisairaiden potilaiden kivunhoidossa. (Rantala ym. 2014b: 212; Rantala ym. 2014a: 3101.)

5.1.2 Potilaan hoitoon suhtautumisen haasteet

Potilaan hoitoon suhtautumisen haasteet muodostuivat potilaan hoitokielteisyydestä, sekä haastavasta käytöksestä. Potilaan hoitoon suhtautumisen haasteet esitetty kuviossa 4.



Kuvio 4. Potilaan hoitoon suhtautumisen haasteet yläluokan syntyminen.

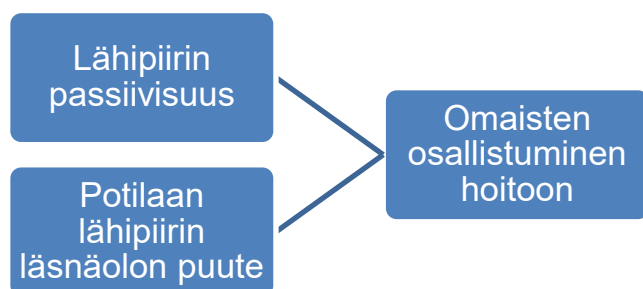
Muistisairaana potilaan hoitoon suhtautumisen haasteina analysoidusta materiaalista esille nousi potilaan hoitokielteisyys, sekä potilaan haastavasta käytöksestä aiheutuvat hoitotyön haasteet. Muistisairaiden potilaiden kohdalla hämmennyneisyys ja ymmärtämättömyys hoitotoimenpiteiden merkityksestä todettiin ajoittain johtavan kielteiseen hoitoon suhtautumiseen. Näillä potilailla kerrottiin myös olevan usein vahva itsetunto, mikä näkyi hoitokielteisenä asenteena. Potilaat esimerkiksi kieltäytyvät ottamasta lääkkeitä tai he vastustavat esimerkiksi haavojen hoitoa. (Rantala ym. 2014b: 212; Hynninen ym. 2015: 196.)

Muistisairaiden potilaiden haastava käytös puolestaan vaikutti esimerkiksi kivun lievityksen eri mahdollisuuksiin. Haastavasti ja sekavasti käyttävän potilaan kerrottiin muun muassa vaikeuttavan epiduraali kivunlievityksen mahdollisuutta, koska oli olemassa

riski, että nämä potilaat rikkovat epiduraali katetrinsa. (Rantala ym. 2014a: 3102.) Heidän myös kerrottiin poistavan haavasidoksensa, koska eivät ymmärtäneet yksittäisten hoitotoimien merkitystä hoidon kokonaisprosessin kannalta (Hynninen ym. 2015: 196). Muistisairaiden potilaiden havaittiin myös olevan kiihtyneempiä ja hämmentyneempiä kuin terveiden ikäihmisten (O’Connell ym. 2011: 139). Hoidon vastustamisesta aiheutuneiden haasteiden todettiin myös johtavan muistisairaiden potilaiden kohdalla fyysisten rajoitustoimenpiteiden käyttöön, koska muuten oli olemassa riski, että potilaalle aiheutuu ylimääräistä kipua haastavasta käytöksestä johtuen. Myös arvioita esitettiin siitä, että potilaan käyttäytymismuutokset, jotka johtavat fyysisten rajoitusten käyttöön, voivat olla merkkejä potilaan kokemasta kivusta. (Rantala ym. 2014b: 212–214.)

5.1.3 Omaisten osallistuminen hoitoon

Yläluokka omaisten osallistuminen hoitoon piti sisällään lähipiirin passiivisuuden, sekä potilaan lähipiirin läsnäolon puutteen. Omaisten osallistuminen hoitoon esitetty kuviossa 5.



Kuvio 5. Omaisten osallistuminen hoitoon yläluokan syntyminen.

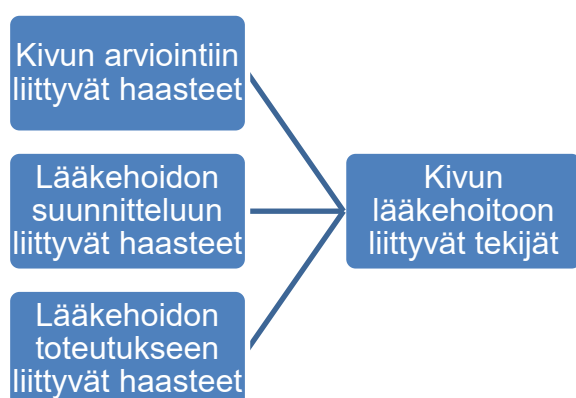
Muistisairaiden potilaiden omaisten osallistuminen tai osallistumattomuus hoitoon vaikutti hoitotyöhön. Haasteiksi nousi omaisten tai lähipiirin passiivisuus hoidossa tai heidän puuttumisensa kokonaan. Sairaanhoitajat kokivat, että omaisten osallistumisen ollessa passiivista, vuorovaikutusta potilaan kanssa pidettiin riittämättömänä (Hynninen ym. 2015: 197). Sairaanhoitajat raportoivat myös, että muistisairaot potilaat olivat useimmiten ilman läheisten läsnäoloa ja tämä vaikeutti sairaanhoitajien työtä ja tällöin muistisairaot myös tarvitsivat enemmän sairaanhoitajien arvokasta aikaa. Läheisten puuttuminen kuormitti ja aiheutti stressiä sairaanhoitajissa. (Krupic ym. 2020a: 53–54.)

Sairaanhoitajat nostivat esille, että omaisten rooli kivun arvioimisessa voi olla erittäin hyödyllistä. Yhteistyö potilaan omaisten kanssa tulisi nähdä voimavarana, sillä potilaan

taustan tunteminen on välttämätöntä, jotta hoitaja pystyisi tulkitsemaan potilaan ilmeitä ja ilmaisuja, jotka voivat olla merkkejä kivusta. (Krupic ym. 2020a: 53.)

5.2 Kivun lääkehoitoon liittyvät tekijät

Kivun lääkehoitoon liittyvien tekijöiden pääluokka muodostui yläluokista kivun arviointiin liittyvät haasteet, lääkehoidon suunnitteluun liittyvät haasteet, sekä lääkehoidon toteutukseen liittyvät haasteet. Kivun lääkehoitoon liittyvät tekijät pääluokka esitetty kuviossa 6.



Kuvio 6. Kivun lääkehoitoon liittyvät tekijät pääluokan syntyminen.

Opinnäytetyössä käytetyn aineiston analyysin pohjalta esille nousi muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden vähäisempi leikkauksen jälkeinen kipulääkityksen käyttö suhteutettuna kognitiivisesti terveisiin iäkkäisiin potilaisiin. (Jensen-Dahm ym. 2016: 186–187; Moschinski ym. 2017: 58–59). Myös luotettavan leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin on todettu olevan haasteellista muistisairailta lonkkamurtumapotilailla, johtuen muun muassa potilaan heikentyneistä kommunikointi taidoista. (Rantala ym. 2014b: 214; Krupic ym. 2020b: 219; Krupic ym. 2018: 78; Krupic ym. 2020a: 53.)

5.2.1 Kivun arviointiin liittyvät haasteet

Kivun arviointiin liittyvät haasteet pitivät sisällään kivun itsearvioinnin soveltumattomuuden, kivunarviointi työkalujen soveltumattomuuden, sekä suullisen kommunikaation kivun arvioinnissa. Kivun arviointiin liittyvät haasteet esitetty kuviossa 7.



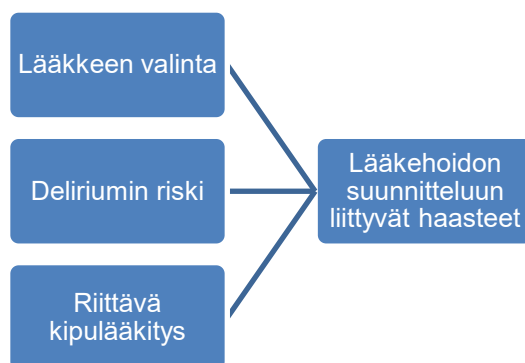
Kuvio 7. Kivun arviointiin liittyvät haasteet yläluokan syntyminen.

Kivun arviointiin liittyviä haasteita muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan hoidossa havaittiin olevan haasteet kivun arviointityökalujen sopimattomuudessa muistisairaille potilaille, kivun itsearviointiin liittyvät haasteet, sekä suullisen kommunikaation haasteet kivun arvioinnissa. Kivun itsearvioinnin on havaittu olevan paras vaihtoehto arvioida kipua kognitiivisesti terveillä aikuisilla, mutta muistisairaiden kohdalla haasteeksi muodostuu potilaan puutteellinen kyky verrata koettua kipua aikaisempaan kipuun (Morschinski ym. 2017: 67). Myös sairaanhoitajien asenne käytössä olevia arviointityökaluja kohtaan ilmeni olevan vähättelevä, koska heidän mielestään arviointityökaluista ei ole apua johtuen potilaan kyvyttömyydestä arvioida omaa kipuaan kivunarviointivälineen avulla. Huomion arvoista oli, että myöskään arviointityökaluja hyödyntäneet sairaanhoitajat eivät pystyneet raportoimaan selkeitä tuloksia muistisairaahan potilaan kokemasta kivusta arviointityökalua hyödyntämällä, koska potilaat olivat kykenemättömiä vastaamaan kipua koskeviin kysymyksiin tai he eivät muistaneet kokemaansa kipua. (Krupic ym. 2020b: 220.) Hoitajat kokivat, että luotettava kivunarviointi ja tehokas kivunhallinta ovat monimutkaista muistisairailla lonkkamurtumapotilailla ja siksi tämän potilasryhmän kivunhoito koettiin erityisen haastavaksi (Rantala ym. 2014b: 218).

Muistisairaiden potilaiden kohdalla yhdeksi haasteeksi muodostui suullisen kommunikaation haasteet kivunarvioinnissa. Verbaalisesti kommunikoimattoman muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan tulkitseminen koettiin hoitajien taholta erityisen haastavaksi ja tämän koettiin vaikeuttavan myös postoperatiivista kivunarviointia ja tuovan haasteita kivunlievityksen tarjoamiseen. (Rantala ym. 2014b: 214; Krupic ym. 2018: 78; Krupic ym. 2020a: 53.)

5.2.2 Lääkehoidon suunnitteluun liittyvät haasteet

Lääkehoidon suunnitteluun liittyvät haasteet pitivät sisällään lääkkeen valinnan, delirium riskin, sekä riittävän kipulääkityksen. Lääkehoidon suunnitteluun liittyvät haasteet esitetty kuviossa 8.



Kuvio 8. Lääkehoidon suunnitteluun liittyvät haasteet yläluokan syntyminen.

Kivun lääkehoidossa ongelmaksi muodostui useampien kipulääkkeiden kohdalla iän mukaiset annostusta koskevat suositukset. Useammista kipulääkkeistä ei ollut iän mukaista annostus ohjetta. (Rantala ym. 2014a: 3102.) Ongelmaksi muodostui asianmukaisen kipulääketyypin valintaan liittyvät haasteet (Moschinski ym. 2017: 68). Myös lääkkeen antotavat muodostivat haasteita muistisairaiden lonkkamurtumapotilaan postoperatiivisessa hoidossa, koska nielemisvaikeuksien takia suun kautta annettava kipulääke voi olla potilaalle sopimatonta tai potilas kieltäytyy ottamasta suun kautta annettavaa kipulääkettä. Tähän ratkaisuksi ehdotettiin esimerkiksi vaihtoehtoisia lääkkeen antotapoja, kuten erilaisten injektoiden hyödyntämistä, pillereiden jauhamista sekä poretablettien käyttöä. (Rantala ym. 2014a: 3101–3102).

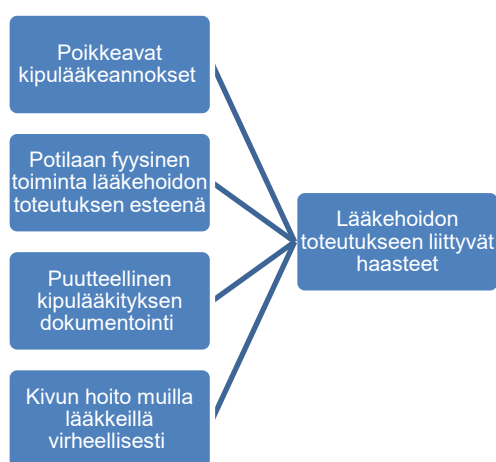
Riittämättömän kivunhoidon ja muiden kivunhallinnan esteiden, kuten liitännäissairauksien ja fyysisten rajoitteiden on havaittu lisäävän delirium riskiä kognitiivisesti terveillä potilailla (Rantala ym. 2014b: 214). Muistisairailta potilailla deliriumin riskin on havaittu olevan leikkauksen jälkeen suurentunut suhteutettuna kognitiivisesti terveisiin iäkkäisiin potilaisiin. Tämän potilas ryhmän lisääntynyt delirium riski luo haasteita muistisairaalle lonkkamurtumapotilaalle lääkehoidon suunnitteluun. Hoitajat raportoivat, että hyvällä lääkehoidon suunnittelulla ja riittävällä kipulääkityksellä pystytään vaikuttamaan potilaan kokeman kivun määrään ja näin pienentämään delirium riskiä tässä potilasryhmässä. Hoitajat raportoivat muun muassa, että ennen leikkausta tapahtuvaa kivunlievi-

tystä voidaan parantaa esimerkiksi hyödyntämällä yhdistelmä kipulääkityksiä tai epiduraali kivunlievitystä, ja näillä olisi positiivisia vaikutuksia myös potilaan leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon. (Rantala ym. 2014a: 3101–3102).

Sairaanhoitajat korostavat kipulääkityksen säätämisen vaikeutta muistisairailta lonkkamurtumapotilailla. He kokivat, että potilaalle on helpompi antaa pienempi annos kipulääkettä ja tarvittaessa titrata annosta suuremmaksi. (Seffo & Senorski & Westin & Svantesson & Krupic 2020: 228.) Muistisairaot potilaat eivät aina saa pysyvää kipulääkitystä, mikä on haitallista koska he eivät pyydä kipulääkitystä samalla tavalla kuin kognitiivisesti terveet ihmiset (Moschinski ym. 2017: 67).

5.2.3 Lääkehoidon toteutukseen liittyvät haasteet

Lääkehoidon toteutukseen liittyvät haasteet pitivät sisällään poikkeavat kipulääkeannokset, potilaan fyysinen toiminta lääkehoidon toteutuksen esteenä, puutteellinen kipulääkityksen dokumentointi, sekä kivun hoito muilla lääkkeillä virheellisesti. Lääkehoidon toteutukseen liittyvät haasteet esitetty kuviossa 9.



Kuvio 9. Lääkehoidon toteutukseen liittyvät haasteet yläluokan syntyminen.

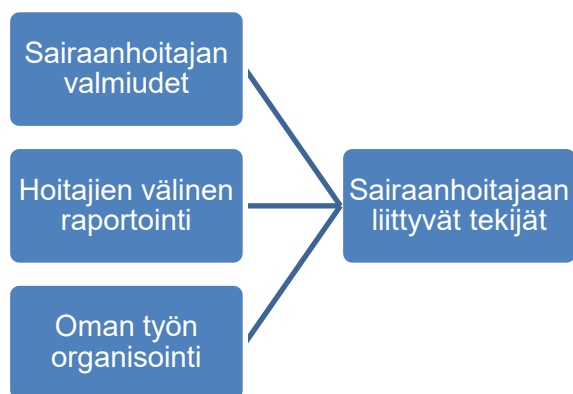
Muistisairailta lonkkamurtumapotilailla kivun lääkepohjainen hoito on vähäisempää kuin kognitiivisesti terveillä potilailla. Muistisairaot potilaat saivat jopa 50 % vähemmän kipulääkettä suhteutettuna kognitiivisesti terveisiin aikuisiin (Moschinski ym. 2017: 58–59). Muistisairaiden potilaiden leikkauksen jälkeisessä kivunlievityksessä käytettiin usein parasetamolia sekä opioideja, mutta muistisairaot saivat pienimpiä annoksia leikkauksen jälkeen kuin kognitiivisesti terveet aikuiset ja usein vain tarvittaessa annosteltuna.

Muistisairaiden potilaiden kohdalla kivusta johtuvia käyttäytymisessä tapahtuvia muutoksia on saatettu hoitaa kipulääkkeiden sijaan virheellisesti antipsykoottisilla lääkkeillä (Jensen-Dahm ym. 2016: 186–188).

Sairaanhoitajat kokivat kivun lievityksen toteutuksen suurimmaksi haasteeksi muistisairaahan lonkkamurtuma potilaan fyysiseen toimintaan liittyvät haasteet, joita olivat nielemisvaikeudet, potilaan kieltäytyminen lääkkeen ottamisesta, sekä haastava käytös, joka näkyi esimerkiksi epiduraalikatetrin tai suonensisäisen infuusiosarjan poistamisena. (Rantala ym. 2014a: 3101–3102.) Muina esteinä sairaanhoitajat nostivat esille riittämättömän dokumentoinnin kipulääkkeiden vaikutuksista (Rantala ym. 2014b: 212).

5.3 Sairaanhoitajaan liittyvät tekijät

Sairaanhoitajaan liittyvät tekijät pääluokka muodostui sairaanhoitajan valmiuksista, hoitajien välisestä raportoinnista, sekä oman työn organisoinnista. Sairaanhoitajaan liittyvät tekijät esitetty kuviossa 10.

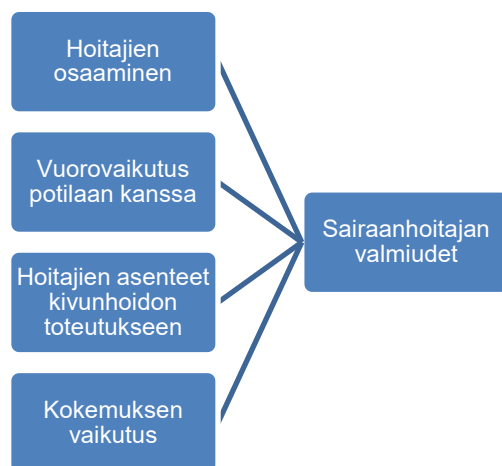


Kuvio 10. Sairaanhoitajaan liittyvät tekijät pääluokan syntyminen.

Opinnäytetyössä käytetyn aineiston perusteella sairaanhoitajiin liittyvistä tekijöistä esille nousivat hoitajien puutteelliset valmiudet muistisairaiden potilaiden hoitoon, puutteellinen hoitajien välinen raportointi, sekä hoitajien oman työn organisointiin liittyvät haasteet. Erityisesti haasteiksi esille nousi kommunikointiin liittyvät vaikeudet muistisairaahan lonkkamurtuma potilaan kanssa (Seffo ym. 2020: 229; Krupic ym. 2018: 78–79; Krupic ym. 2020a: 52), puutteelliseen raportointiin ja potilastietoihin liittyvät haasteet, sekä ajankäytön haasteet (Rantala ym. 2014b: 213; Krupic 2020a: 53–54; Hynninen ym. 2015: 197; Krupic ym. 2020b: 220).

5.3.1 Sairaanhoidajan valmiudet

Sairaanhoidajan valmiudet yläluokka piti sisällään hoitajien osaamisen, vuorovaikutuksen potilaan kanssa, hoitajien asenteet kivunhoidon toteutukseen, sekä kokemuksen vaikutuksen. Sairaanhoidajan valmiudet esitetty kuviossa 11.



Kuvio 11. Sairaanhoidajan valmiudet yläluokan syntyminen.

Sairaanhoidajien valmiuksissa hoitaa muistisairaita lonkkamurtumapotilaita esille nousi heidän osaamiseensa liittyvät haasteet, vuorovaikutuksen haasteet potilaiden kanssa, hoitajien asenteet kivunhoidon toteutukseen sekä kokemuksen vaikutus.

Sairaanhoidajien osaaminen vaikuttaa heidän kykyynsä hoitaa muistisairaita potilaita. Puutteellisista taidoista kohdata muistisairas lonkkamurtumapotilas, aiheutuu hoitohenkilökunnalle ylimääräistä stressiä ja he kokevat tästä syystä näiden potilaiden hoidon henkisesti ja fyysisesti kuormittavana. Sairaanhoidajat myös kuvasivat, että heillä ei ollut tarvittavia valmiuksia hoitaa näitä potilaita. (Hynninen ym. 2015: 198.) Muina osaamiseen liittyvinä haasteina sairaanhoidajat kuvasivat lääkehoitoon liittyvät epävarmuus tekijät, sekä muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden kiputasojen tuntemiseen liittyvät haasteet. Hoitajat kokivat, että he eivät olleet viettäneet riittävästi aikaa muistisairaiden potilaiden parissa, mikä hankaloitti kivun arviointia ja lisäksi he olivat joskus haluttomia antamaan potilaalle riittävästi kipulääkitystä ylilääkityksen pelossa. (Rantala ym. 2014b: 212.)

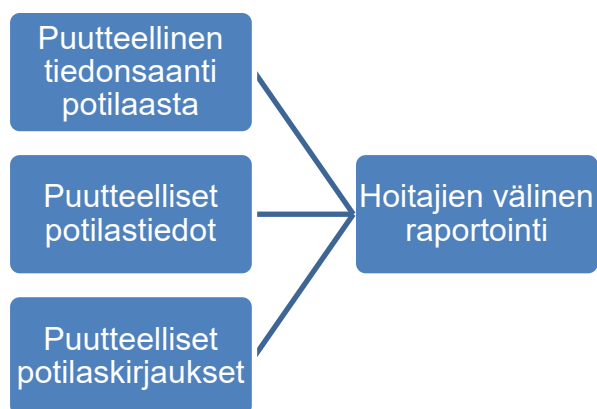
Vuorovaikutus potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä koettiin haastavana muistisairaana potilaan tiedon ja ymmärryksen puutteesta johtuen. Tämä korostuu erityisesti silloin, kun hoitohenkilökunnalla ei ole riittäviä valmiuksia toimia muistisairaiden potilaiden kanssa. Hoitajien välillä oli erimielisyyksiä siitä, miten muistisairaiden potilaiden kanssa tulisi kommunikoida. Kaikki sairaanhoitajat kuitenkin pitivät kommunikointia muistisairaiden potilaiden kanssa erittäin haastavana ja ongelmallisena. (Krupic ym. 2018: 78–79.) Kommunikointi hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä oli yksisuuntaista, koska muistisairas ei esittänyt kysymyksiä tai kyennyt vastaamaan kivusta esitettyihin kysymyksiin. Tämä koettiin sairaanhoitajien keskuudessa erittäin stressaavana ja hoitoa vaikeuttavana tekijänä. (Krupic ym. 2020a: 52.) Lisäksi hoitajat kuvasivat vaikeuksia informoida potilaita riittävästi, mikä lisäsi levottomuutta ja huolta potilaassa (Seffo ym. 2020: 229).

Muistisairaiden potilaiden kivun hoidossa noudatetaan harvoin näyttöön perustuvia ohjeita ja tästä syystä tämän potilasryhmän kipua hoidetaan riittämättömästi (Rantala ym. 2014b: 217). Kipulääkkeiden määräämistä koskevia ohjeita ei noudateta ja terveydenhuollon ammattilaiset eivät hyödynnä suositeltuja kivun arviointi työkaluja muistisairaiden potilaiden kivun arvioinnissa (Moschinski ym. 2017: 68). Sairaanhoitajat eivät olleet tarpeeksi valmistautuneet selvittämään tämän potilasryhmän hyviä kivunhallintakäytäntöjä (Krupic ym. 2020b: 212).

Sairaanhoitajat joutuivat tukeutumaan kivun arvioinnissa omiin kokemuksiin tai toiseen hoitajaan arvioidessaan muistisairaana potilaan kipua ja joissain tilanteissa jopa arvaamaan oliko potilaalla kipuja (Krupic ym. 2020a: 53). Potilaan ennalta tuntemisen havaittiin helpottavan kivun arviointia leikkauksen jälkeen ja sairaanhoitajilla, jotka tapasivat potilaan vasta leikkauksen jälkeen, oli enemmän vaikeuksia arvioida potilaan kipua (Krupic ym. 2018: 78). Kokeneemmat ja muistisairaiden potilaiden hoitoon liittyviä lisäkoulutuksia käyneet sairaanhoitajat raportoivat kivun arvioimisen olevan helpompaa verrattuna nuorempiin ja kokemattomampiin hoitajiin. Kokeneemmat hoitajat pystyivät hyödyntämään eri strategioita kuten selkeää ja rauhallista viestintää, katsekontaktia, sekä potilaan aktiivista kuuntelua, joilla pystyttiin helpottamaan kommunikointia potilaan kanssa. (Krupic ym. 2020b: 220.)

5.3.2 Hoitajien välinen raportointi

Hoitajien välinen raportointi koostui puutteellisesta tiedonsaannista potilaasta, puutteellisista potilastiedoista, sekä puutteellisista potilaskirjauksista. Hoitajien välinen raportointi esitetty kuviossa 12.



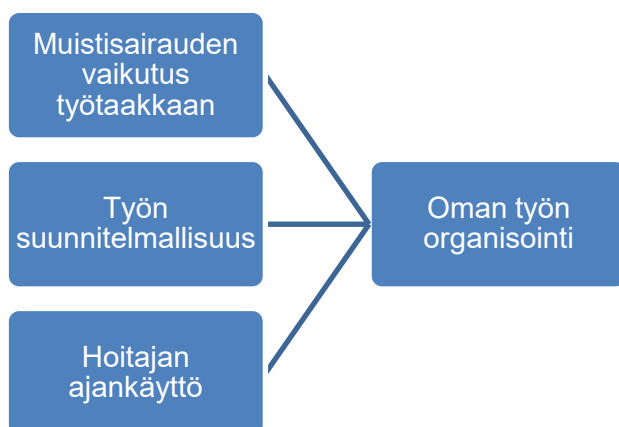
Kuvio 12. Hoitajien välinen raportointi yläluokan syntyminen.

Hoitajien välinen raportointi oli usein lyhyttä, eikä potilaasta saatu tietoa riittävästi. Tämä vaikeutti hoitajien toteuttamaa kivunhoitotyötä. Usein sairaanhoitajat saivat kollegoilta lyhyen suullisen raportin potilaasta, joka ei ollut heidän mielestään riittävä. Lisäksi osastoilla olevista potilaista oli puutteita potilaskirjauksissa. Puutteelliset potilastiedot lisäsivät hoitajien kokemaa stressiä ja lisäsivät työnkuormitusta. Kun hoitajilla ei ollut tietoa potilaasta riittävästi, joutuivat he turvautumaan muihin keinoihin hankkiakseen tietoa potilaan kivun arvioinnin tueksi. Hoitajat joutuivat esimerkiksi pyytämään apua potilaan aiemmasta hoitopaikasta tai sukulaisilta, jos he olivat paikalla, arvioidessaan potilaan kipua. (Krupic ym. 2020a: 53–54.)

Riittävällä tiedonsaannilla ja ajankohtaisilla potilastiedoilla pystyttiin lisäämään hoidon turvallisuutta. Esimerkiksi kun kaikki osaston hoitohenkilöstöstä olivat tietoisia osastolla olevasta muistisairaasta potilaasta, pystyttiin näiden potilaiden hoito järjestämään asianmukaisella tavalla. Potilaat pystyttiin esimerkiksi sijoittamaan hoitohenkilöstön toimiston läheisyyteen, sekä hoitohenkilöstö kävi säännöllisesti tarkistamassa potilaan tilan, koska he tiesivät, että muistisairailla potilailla ei soita hälytyskelloa tilanteen vaatiessa. (Hynninen ym. 2015: 197.)

5.3.3 Oman työn organisointi

Oman työn organisointi koostui muistisairauden vaikutuksesta työtaakkaan, työn suunnitelmallisuudesta, sekä hoitajan ajankäytöstä. Oman työn organisointi yläluokan syntyminen esitetty kuviossa 13.



Kuvio 13. Oman työn organisointi yläluokan syntyminen.

Muistisairas potilas vaikuttaa hoitohenkilökunnan päivän suunnitteluun ja äkilliset muutokset aikataulussa ovat normaaleja. Hoitohenkilökunta kokee, että yksikin muistisairas potilas osastolla aiheuttaa hoitohenkilökunnassa lisääntyntä stressiä. (Krupic ym. 2020a: 54.) Muistisairaiden potilaiden heikentynyt itsehoitokyky lisäsi hoitajien sekä lääkäreiden työtaakkaa (Hynninen ym. 2015: 196).

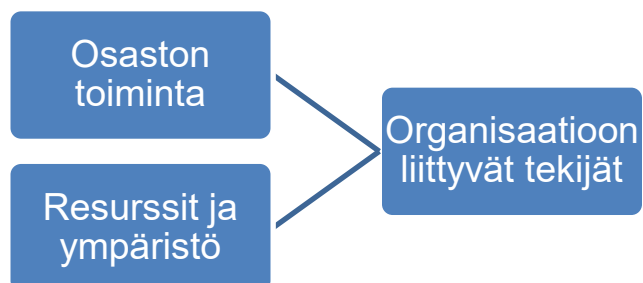
Hyvälle kivunhoidolle esteenä koettiin ajan puute, joka lisäsi huolta myös lääkityksen jatkuvuudesta (Rantala ym. 2014b: 213). Ajankäytöllisiä haasteita toivat myös muistisairaiden potilaiden sekä heidän omaistensa fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin vastaaminen, jonka koettiin vaativan tavallista enemmän aikaa ja vaivaa (Hynninen ym. 2015: 197). Sairaanhoidajat kokivat, että parantaakseen muistisairaiden potilaiden hoitoa, he tarvitsevat enemmän aikaa ja parempaa tietoa muistisairaista potilaista (Krupic ym. 2020b: 220).

Hoitohenkilökunnan jaksamisen ja hyvinvoinnin tukemisen tärkeyttä korostettiin. Positiivisella työympäristöllä sekä toisia auttavalla asenteella voidaan tukea hoitajien jaksamista. Hoitajat korostivat myös, että hoitajaan kohdistuvaa fyysistä väkivaltaa on tärkeää ennaltaehkäistä ja fyysistä ja psyykkistä jaksamista pystytään ehkäisemään vaihtelemalla hoidettavia potilaita sekä jakamalla vastuuta muistisairaiden potilaiden hoidosta. (Hynninen ym. 2015: 198.)

5.4 Organisaatioon liittyvät tekijät

Organisaatioon liittyvät tekijät jaettiin analysoidun materiaalin perusteella osaston toiminnasta johtuviin tekijöihin sekä resursseista ja ympäristöstä johtuviin tekijöihin. Osas-

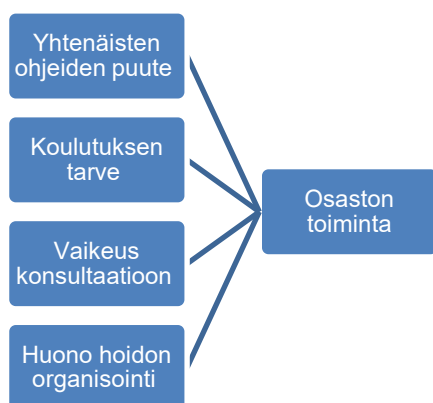
ton toiminnasta esille nousi useassa artikkeleissa puutteita tiedon kulussa organisaatioiden ja osastojen välillä sekä tarve henkilöstön lisäkoulutukselle. Liian vähäiset resurssit ja tästä johtuvat tekijät nousivat esille myös useammassa artikkelissa. Organisaatioon liittyvät tekijät pääluokan synty esitetty kuviossa 14.



Kuvio 14. Organisaatioon liittyvät tekijät pääluokan syntyminen.

5.4.1 Osaston toiminta

Osaston toiminta yläluokka koostui yhtenäisten ohjeiden puutteesta, koulutuksen tarpeesta, vaikeudesta konsultaatioon, sekä huonosta hoidon organisoinnista. Osaston toiminta pääluokan syntyminen on esitetty kuviossa 15.



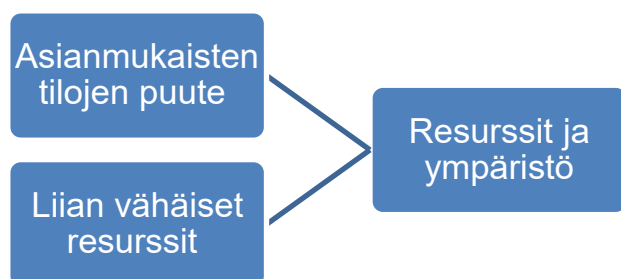
Kuvio 15. Osaston toiminta yläluokan syntyminen.

Yhtenäisten ohjeistuksien puutteesta johtuvat haasteet näyttäytyivät sairaaloiden välillä eroavina kivunhoidon käytäntöinä (Jensen-Dahm ym. 2016: 188) sekä yhtenäisten suomenkielisten ohjeiden puutteena muistisairaiden potilaiden akuutin kivun hallintaan liittyen (Rantala ym. 2014b: 217). Hoitohenkilöstölle, joka toimii muistisairaiden potilaiden hoitotyössä, vaadittiin lisäkoulutusta ja koulutuksen tulisi olla tälle hoitohenkilöstölle saatavilla. Lisäkoulutuksen saavutettavuudessa hoitohenkilöstölle raportoitiin olevan

ongelmia. (Rantala ym. 2014b: 214; Hynninen ym. 2015: 198.) Organisaatioon liittyvistä ongelmista esille nousi myös konsultaation vaikeus, koska sairaanhoitajat ilmoittivat merkittävänä esteenä kivun asianmukaiselle hoidolle yhteydenpidon vaikeudet lääkärin kanssa liittyen potilaan kipulääkityksen annostukseen tai tyyppiin. Sairanhoitajat raportoivat, että esimerkiksi johdonmukaisilla ohjeilla ja tehostetulla moniammatillisella yhteistyöllä pystytään parantamaan potilaiden kivunhallintaa. (Rantala ym. 2014b: 212–217.) Muistisairaiden potilaiden kivun hoidon haasteena organisaatiotasolla nähtiin myös huonosta hoidon organisoinnista johtuva tekijöitä. Huonosta hoidon organisoinnista johtuen potilaita ei kyetty siirtämään osastolta toiselle (Seffo ym. 2020: 230). Lisäksi puutteita havaittiin potilastietojen kulussa hoitopaikkojen ja jopa sairaalan sisällä osastojen välillä. Näin ollen muistisairaiden potilaiden hajautettu hoidonvastuu koettiin ongelmallisena hoitohenkilöstön näkökulmasta. (Hynninen ym. 2015: 198; Krupic ym. 2018: 78.)

5.4.2 Resurssit ja ympäristö

Resurssit ja ympäristö yläluokka piti sisällään asianmukaisten tilojen puutteen, sekä liian vähäiset resurssit. Resurssit ja ympäristö yläluokan syntyminen kuvattu kuviossa 16.



Kuvio 16. Resurssit ja ympäristö yläluokan syntyminen.

Puutteelliset resurssit ja muistisairaiden potilaiden hoitoon soveltumaton hoitoympäristö koettiin kivunhoitoon liittyväksi haasteeksi. Muistisairaidenpotilaiden hoitoon soveltuvaa tilaa ei ollut usein saatavilla (Krupic ym. 2020a: 54) ja erityisesti levoton ympäristö nähtiin muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kivunhallinnan esteenä (Rantala ym. 2014b: 213). Esimerkiksi päivystyksen ei koettu olevan muistisairautta sairastavan potilaan optimaaliseen hoitoon soveltuva ympäristö, vaan hoitajat toivoivat, että tämän potilasryhmän potilaat siirrettäisiin suoraan osastolle tehtyjen kuvausten jälkeen. (Seffo ym. 2020: 228–229).

Puutteelliset resurssit henkilöstössä koettiin kivunhoidon toteutukseen liittyväksi haasteeksi. Esimerkiksi akuutissa potilaan hoidossa henkilöstön puute, säästöt ja ajanpuute vaikuttivat hoitohenkilökunnan toimintaan (Seffo ym. 2020: 228). Lääkkeettömään kivunhoitoon käytettävissä olevat vähäiset resurssit ja ajanpuute nähtiin kivunhoidon kannalta ongelmallisena (Rantala ym. 2012: 80). Usein henkilöstöä oli paikalla liian vähän muistisairaana potilaan leikkausajankohtaan nähden. Potilaat leikattiin usein iltaisin, jolloin hoitohenkilöstöä oli vähemmän paikalla. (Krupic 2020a: 54). Puutteelliset resurssit nähtiin myös kivunhallinnan kehittämisessä suurimpana esteenä (Rantala ym. 2014b: 212).

6 Pohdinta

6.1 Keskeiset tulokset

Aikaisemmissa tutkimuksissa lonkkamurtumapotilaiden on raportoitu kärsivän pitkään fyysisistä oireista, kuten kivusta, vähentyneestä sosiaalisesta aktiivisuudesta, sekä ahdistuksesta. Hyvällä leikkauksenjälkeisellä kivunhoidolla on havaittu olevan myönteisiä vaikutuksia murtumapotilaiden toiminnallisen toimintakyvyn lopputulokseen. (Kondo ym. 2014; 199.) Opinnäytetyön tulokset tukevat asianmukaisen kivunhoidon tärkeyttä myös muistisairaiden lonkkamurtuma potilaiden kohdalla. Kivun asianmukaisella hoidolla leikkauksen jälkeen pystytään lyhentämään muistisairaana lonkkamurtuma potilaan tarvetta sairaalahoidolle, mahdollistamaan potilaan kuntoutus, välttämään pitkittyneitä toimintakykyyn liittyviä rajoitteita, sekä alentamaan leikkauksen jälkeisen sekaavuus tilan syntyä. Lisäksi kivun asianmukaisella hoidolla pystytään lisäämään potilaan mobilisaatioita leikkauksen jälkeen. (Jensen-Dahm ym. 2016: 188; Rantala ym. 2014a: 3102.)

Aikaisemman tiedon mukaan leikkauksen jälkeisessä hoidossa keskeisiä tekijöitä ovat asianmukainen ja riittävä kivunhoito, kohdennettu kuntoutus ja uusien murtumien ehkäisy. Tyypillisesti leikkauksen jälkeisessä kivun hoidossa käytetään usein ensimmäisinä päivinä opiaatteja, jonka jälkeen siirrytään tulehduskipulääkkeiden käyttöön. lääkällä potilailla kivun hoitoon tulee kiinnittää erityistä huomioita ikääntyneestä johtuvien aineenvaihdunnallisten muutosten vuoksi. (Bergroth 2010: 683–684.) Vuonna 2017 uudistuneiden lonkkamurtuman Käypä hoito -suositusten mukaan iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden kivunhoito perustuu parasetamolin käyttöön, koska tällä potilasryhmällä on usein vasta-aiheita tulehduskipulääkkeen käytölle (Lonkkamurtuma: Käypä hoito -

suositus 2017). Tämän opinnäytetyön tuloksissa saatiin viitteitä muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden alihoidetusta kivusta. Tämän potilasryhmän leikkauksen jälkeinen kipulääkityksen käytön havaittiin olevan vähäisempää suhteutettuna kognitiivisesti terveisiin iäkkäisiin potilaisiin (Jensen-Dahm ym. 2016: 186–187; Moschinski ym. 2017: 58–59). Tämän potilasryhmän kipulääke annosmäärien on havaittu olevan pienempiä myös aikaisemmassa tutkimuksessa, sekä puutteita on havaittu myös pysyvän kipulääkityksen puuttumisessa osalta muistisairaista potilaista. (Morrison & Siu, 2000: 243–244.) Myös tässä opinnäytetyössä esille nousi, että muistisairailla lonkkamurtumapotilailla saivat usein leikkauksen jälkeistä kipulääkettä vain tarvittaessa annosteltuna ja jatkuvan kipulääkityksen määräämisessä oli usein puutteita tässä potilasryhmässä (Moschinski ym. 2017: 67; Jensen-Dahm ym. 2016: 187).

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan luotettavan leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin todettiin olevan haasteellista muistisairailla lonkkamurtumapotilailla, johtuen muun muassa potilaan heikentyneistä kommunikointitaidoista (Rantala ym. 2014b: 214; Krupic ym. 2020b: 219; Krupic ym. 2018: 78; Krupic ym. 2020a: 53). Muistisairaudesta johtuen potilaiden havaittiin raportoivan kokemastaan kivusta harvemmin kuin potilaiden, jotka eivät sairastaneet muistisairautta (Jensen-Dahm ym. 2016: 188). Tämän opinnäytetyön tuloksissa sairaanhoitajat korostivat kivun arvioinnin haasteina vaikeutta arvioida muistisairaalla potilaalla kipua johtuen esimerkiksi muistisairaalla potilaalla poikkeavista tavoista ilmaista kipua, kommunikointivaikeutta potilaan kanssa, sekä asianmukaisten arviointi mittareiden soveltumattomuutta muistisairaiden potilaiden kohdalla. Erityisen vaikeaksi hoitajat kokivat kommunikoida kykenemättömän potilaan tulkitsemisen, sekä heidän kivun arvioimisen ja hoidon (Krupic ym. 2018: 77–78; Rantala ym. 2014b: 214; Krupic 2020b: 220). Samankaltaisia viitteitä on löytynyt myös aikaisemmassa tutkimuksessa liittyen potilaan kognitiivisten taitojen heikkenemisen vaikutuksesta potilaan hoitoon. Aikaisemmassa tutkimuksessa esille nostettiin myös riittämättömän hoitoon käytettävän ajan tuomat haasteet asianmukaisen kivun lievityksen tarjoamisessa muistisairaille potilaille. (Coker ym. 2010: 143.) Nämä ajankäytölliset haasteet tulivat esille myös tämän opinnäytetyön tuloksissa, joiden mukaan hoitajat kokivat, että heillä ei ollut riittävästi aikaa muistisairaiden potilaiden tarpeisiin nähden, joka vaikeutti näiden potilaiden kivun arviointia ja hoitoa (Rantala ym. 2014b: 213).

Aikaisemmissa tutkimuksissa on noussut esille kivun arvioinnin haasteellisuus muistisairailla potilailla erilaisten aivoissa tapahtuvien muutosten takia. Muistisairailla havainnointi kyvyn, sekä kielellisen kommunikoinnin on havaittu olevan heikentyneitä ja tästä syystä heidän kykynsä ilmaista kipua on myös alentunut. (Natavio ym. 2020: 503.) Tut-

kimukseen valitussa artikkelissa sairaanhoitajat, jotka olivat käyneet jatkokoulutuskursin liittyen muistisairaahan potilaan hoitoon, raportoivat kivun arvioinnin muistisairailla olevan helpompaa. Kokeneemmat sairaanhoitajat kokivat myös reagoinnin muistisairaahan potilaan kipuun olevan helpompaa kuin nuoremmilla ja kokemattomilla sairaanhoitajilla. Nämä kokeneemmat sairaanhoitajat pystyivät jakamaan tietoaan ja neuvomaan kollegoitaan muistisairaahan potilaan kanssa kommunikoinnissa ja kivun arvioinnissa. (Krupic ym. 2020b: 220.) Tämä tulos vahvistaa aikaisempaa tutkimusnäyttöä, jonka mukaan vähemmän kokeneet hoitajat havaitsivat todennäköisemmin haasteita muistisairaiden potilaiden kivun arvioinnissa ja näkivät siihen liittyvän enemmän esteitä kuin kokeneet hoitajat (Coker ym. 2010: 143). Tulos on huomionarvoinen hoidon laadun kehittämisen kannalta, koska aikaisemman tutkimuksen mukaan esimerkiksi kokeneempien hoitajien mentoroinnilla, potilaan hoidon jälkipuinnilla, sekä moniammatillisen toiminnan kehittämisen kautta on pystytty vaikuttamaan positiivisesti koko työyksikön toimintaan ja parantamaan hoidon laatua (McGilton ym. 2021: 1779–1781).

Opinnäytetyössä saatujen tulosten mukaan muistisairailla lonkkamurtumapotilailla potilaan sairaudesta aiheutuu kognitiiviseen ymmärrykseen liittyviä haasteita. Tulosten mukaan tämän potilasryhmän potilaat eivät usein ymmärrä tai kykene noudattamaan heille annettuja ohjeita, jonka raportoitiin vaikuttavan myös heidän kivunhoitonsa lääkinnällisiin mahdollisuuksiinsa. (Hynninen ym. 2015: 196.) Tämän opinnäytetyön tuloksissa nousi esille, että muistisairailla lonkkamurtumapotilailla potilaan ymmärtämättömyys ja haastava käytös luo haasteita myös sairaanhoitajien toteuttamaan kivunhoitoon. Esimerkiksi johtopuudutusten käytön nähtiin sairaanhoitajien puolelta haastavaksi, koska potilaat eivät ymmärtäneet johtopuudutus katetrin merkitystä ja he yrittivät tarttua epiduraali katetriinsa tai yrittivät poistaa sen. Lisäksi potilaan raportoitiin esimerkiksi kieltäytyvän hoidosta tai vastustavan hoitoa, koska he eivät ymmärtäneet yksittäisten hoitojen tarpeellisuutta hoidon kokonaiskuvaan nähden. Potilaan hoidon vastustamisen, haastavan käytöksen ja riittävän hoitoon käytettävän ajan puutteen seurauksena sairaanhoitajat joutuivat turvautumaan jopa fyysisten rajoitustoimenpiteiden käyttöön potilasturvallisuuden takaamiseksi. Tässä huomionarvoista on se, että fyysisten rajoitustoimien käytön on mainittu olevan yhtenä altistavana tekijänä akuutin sekavuustilan kehittymiselle. (Rantala ym. 2014a: 3102; Rantala ym. 2014b: 212–214.)

Lääkehoidon toteuttamisen kehittämiseksi sairaanhoitajat ehdottivat lääkkeiden antamiseen vaihtoehtoisia lääkkeenantotapoja, jolla mahdollistettaisiin riittävä kivunlievitys muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan nielemisvaikeuksista ja käytöksestä riippumatta. Ratkaisuksi ehdotettiin injektioiden käyttöä, pillereiden murskaamista tai poretabletteja.

Lisäksi leikkausta edeltävää kivunhoitoa ehdotettiin parannettavaksi esimerkiksi yhdistelmäkipulääkityksen tai johtopuudutusten avulla, jolla pystyttäisiin vaikuttamaan leikkauksen jälkeisen kivun määrään. (Rantala ym. 2014a: 3101.) Aikaisemmassa tutkimuksessa onkin havaittu positiivisia vaikutuksia johtopuudutusten käytöllä lonkkamurtumapotilaiden kivun hoidossa. Johtopuudutuksilla pystyttiin selkeästi vähentämään leikkauksen jälkeistä kipua ja akuutin sekavuustilan kehittymistä lonkkamurtumapotilailla. (Abou-Setta ym. 2011.)

6.2 Johtopäätökset

Muistisairaat lonkkamurtumapotilaat kuormittavat leikkauksen jälkeen hoitohenkilöstöä muun muassa lisääntyneen avuntarpeen ja kommunikaatioon liittyvien haasteiden kautta. Tämän opinnäytetyön tuloksista nousi esille, että sairaanhoitajilla oli osittain puutteelliset valmiudet hoitaa muistisairaita lonkkamurtumapotilaita. Erityisen haastavana koettiin potilaan kanssa kommunikaatioon liittyvät haasteet, jotka vaikeuttivat hoitajien tekemää kivunarviointia ja hoitoa. Kommunikaatioon liittyvät haasteet lisäsivät myös sairaanhoitajien kokemaa työnkuormitusta.

Muistisairaiden potilaiden kivunilmaisun ollessa rajoittunutta tai poikkeavaa johtuen potilaan kognitiivisen toimintakyvyn alenemisesta, vaikeuttaa se myös merkittävästi hoitohenkilökunnan toimintaa. Lisäämällä terveydenhuollon hoitohenkilöstön osaamista, päivittämällä koulutusta nykyisiä tarpeita vastaavaksi ja riittävällä henkilöstön lisäkoulutuksella, voidaan lisätä sairaanhoitajien valmiuksia tämän potilasryhmän hoidossa. Esimerkiksi osallistumalla muistisairaana potilaiden hoitoa käsitteleville kursseille, pystytään lisäämään hoitohenkilökunnan valmiuksia arvioida ja hoitaa kipua myös tässä potilasryhmässä.

Organisaatio tasolta sairaanhoitajille tulisi tarjota mahdollisuutta osallistua lisäkoulutukseen ja koulutuksen tulisi olla henkilöstölle helpommin saatavilla, jotta voitaisiin parantaa henkilöstön valmiuksia tämän potilasryhmän hoidossa ja kehittää hoidon laatua. Tarvitaan myös lisää resursseja hoitoon käytettävän ajan lisäämiseksi, asianmukaisten hoitotilojen tarjoamiseksi, sekä hoitohenkilökunnan jaksamisen varmistamiseksi. Yhtenäisten hoitokäytäntöjen luominen ja niiden noudattaminen voisi auttaa sairaanhoitajia selviytymään paremmin työstänsä. Kehittämällä moniammatillista yhteistyötä eri ammattikuntien ja organisaatioiden välillä, voidaan tukea hoitohenkilökunnan jaksamista ja valmiuksia muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden hoidossa ja lisätä potilasturvallisuutta.

Asianmukaisesti toteutetulla ja riittäväällä kivun hoidolla on keskeinen rooli tämän potilasryhmän hoidossa. Sairaanhoidajalla tulisi olla mahdollisuuksia ja aikaa toteuttaa kivunhoitoa eri menetelmiä hyödyntäen, joko lääkkeellisesti tai lääkkeettömästi. Hoitajien tulisi hyödyntää työssään muistisairaiden potilaiden kivun arviointiin kehitettyjä mittareita ja pyrkiä arvioimaan potilaan kokemaa kipua kommunikaatio vaikeuksista huolimatta. Kivun arviointiin ja hoitoon liittyvät kirjaukset sekä potilaan käytöksessä tapahtuvat muutokset tulisi olla kirjattu asianmukaisesti potilastietojärjestelmään, jotta ne olisivat kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden saatavilla. Lisäksi hoitajien välistä raportointia tulisi kehittää, jotta pystytään paremmin ja luotettavammin arvioimaan potilaan käytöksessä tapahtuvia muutoksia ja varmistamaan näin asianmukaisen kivunlievityksen tarjoaminen myös tälle potilasryhmälle. Keskittymällä näihin tekijöihin voidaan kehittää tämän potilasryhmän laadukasta hoitoa ja vaikuttaa potilaan hoidon jatkumiseen.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys

Eettisen toiminnan tarkoituksena on kuvata hyviä sekä oikeita tapoja toimia ja tehdä asioita yhteiskunnassamme. Eettisen toiminnan perustana toimii ihmisten arvot, ihanteet ja periaatteet. Nämä määrittävät yksilön käsityksen hyvästä ja pahasta, sekä oikeasta ja väärästä. Eettisen toiminnan tehtävänä on auttaa yksilöitä valintojen tekemisessä, sekä tutkimaan näin oman toimintansa perusteita. Etiikka itsessään ei tarjoa valmiita ratkaisuja, vaan toimii ajattelun ja pohdinnan välineenä. (ETENE 2002: 4.) Hoitotieteellisen tutkimuksen keskeisimpänä toimintaa ohjaavana tekijänä toimii tutkimuksen eettisyys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013: 211). Tutkimuksen uskottavuus ja tutkimukseen vaikuttavat eettiset ratkaisut muodostavat yhteisen kokonaisuuden, jossa uskottavuus perustuu hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattamiseen (Tuomi & Sarajärvi 2009: 132). Tämän opinnäytetyön rehellisyyden perustana toimii eri tutkimusprosessivaiheiden huolellinen suunnittelu, toteutus ja raportointi, joissa tuotiin avoimesti esille kaikki tutkimusvaiheet ja aineiston valintaan vaikuttaneet kriteerit (Kylmä & Juvakka: 154).

Opinnäytetyössä noudatettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Näin voitiin varmistua työn eettisestä hyväksyttävyydestä, sekä tulosten uskottavuudesta. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti työ tehtiin rehellisesti, huolehtien yleisestä huolellisuudesta ja tarkkuudesta. Opinnäytetyön tiedonhankinnassa ja materiaalin analysoinnissa sekä arvioinnissa sovellettiin tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia eettisesti kestäviä tutkimuskäytänteitä. Opinnäytetyön tuloksisista viestitettiin

avoimesti ja vastuullisesti hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6–7.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaan opinnäytetyössä käytettävä tieto haettiin luotettavista tietokannoista ja kunnioitettiin muiden tutkijoiden töitä viittaamalla niihin asianmukaisesti tekstissä ja esittelemällä alkuperäiset artikkelit erillisessä artikkelien analyysitaulukossa työn lopussa (Liite 2). Opinnäytetyön lähdemerkinnät tehtiin Metropolian ammattikorkeakoulun kirjallisten ohjeiden mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6).

Hyvän tieteellisen käytännön rikkomista vältettiin kirjoittamalla opinnäytetyö omin sanoin ja työ tarkastettiin turnitin-plagiointi -ohjelmalla työn eri vaiheissa. Tämän toimenpiteen tarkoituksena oli välttää hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset, kuten esimerkiksi muiden tekijöiden suorat lainaukset ilman asianmukaisia lähdeviitteitä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 8–9; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013: 224.)

Opinnäytetyön suunnittelu, toteutus ja raportointi toteutettiin ennalta määrätyn aikataulun ja ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyö oli oppimisprosessi, jolla vahvistettiin omaa osaamista ja vastuun ottamista oppimisesta. Opinnäytetyön eri vaiheet toteutettiin tarkasti ja huolellisesti, sekä noudatettiin opinnäytetyön tekemiseen tarkoitettuja ohjeita, joiden tarkoituksena oli tukea oppimisprosessia johdonmukaisesti työn edetessä. Näin onnistuttiin luomaan selkeä ja yhdenmukainen kokonaisuus opinnäytetyön aiheesta eettisyys huomioiden.

6.4 Luotettavuus

Jokainen laadullisella tutkimusmenetelmällä tehty tutkimus on sisällöltään ainutkertainen, eikä sitä pystytä toistamaan koskaan sellaisenaan. Tutkijan on kuitenkin kyettävä dokumentoimaan tutkimuksen eteneminen ja aineiston luokittelu uskottavasti, mutta tästä huolimatta toinen tutkija voi päätyä täysin eri tulokseen, eikä tämä välttämättä tarkoita tutkimusmenetelmän tai tutkimuksen heikkoutta. Eri tutkijoiden tulisi kuitenkin päätyä samoilla tulkintasäännöillä vähintään samoihin tulkintoihin, jotka tutkimuksen tekijä on tutkimuksensa perusteella esittänyt riippumatta teoreettisesta perehtymisestä aiheeseen tai ymmärryksestä aihetta kohtaan. (Vilka 2015: 156.)

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Luotettavuuden arvioinnin kannalta oli keskeistä pohtia, kuinka totuudenmu-

kaista tietoa tehdyllä työllä pystyttiin tuottamaan. (Kylmä & Juvakka: 2007: 127.) Opinnäytetyössä käytetyssä tutkimusmenetelmässä luotettavuuden tärkein kriteeri oli pohjimmiltaan tekijät itse ja heidän rehellisyytensä. Tämä johtuu siitä, että arvioinnin kohteena olivat tekijöiden tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Opinnäytetyön edetessä luotettavuuden arvioinnissa hyödynnettiin aiheesta olevaa taustatietoa, sekä aineiston luotettavuutta arvioitiin jatkuvasti valittuun analyysitapaan nähden. Opinnäytetyön aineiston sisältö ryhmiteltiin tarkasti, sekä opinnäytetyössä käytetyt alkuperäisilmaukset luokiteltiin huolellisesti. Luokittelua tarkasteltiin ja täsmennettiin opinnäytetyön edetessä tarpeen mukaan. Saadut tulokset raportoitiin avoimesti ja johtopäätökset tehtiin saatujen tulosten pohjalta rehellisyyttä ja huolellisuutta noudattaen. (Vilkkä 2015: 156.) Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi tekijöiden huolellinen perehtyminen tutkittavaan aiheeseen liittyvään teoretiseen tietoon, kahden henkilön osallistuminen aineiston valintaan, ryhmittelyyn sekä analysointiin. Esimerkiksi kahden tai useamman henkilön osallistumisella aineiston luokitteluun, pystyttiin lisäämään tulosten yhdenmukaisuutta ja työn luotettavuutta (Janhonen & Nikkonen 2001: 37). Lisäksi opinnäytetyön tekijöillä oli työkokemusta muistisairaiden henkilöiden sekä lonkkamurtumapotilaiden hoidosta, joka lisäsi aiheen teoreettisen tiedon ymmärrystä.

Opinnäytetyön aineiston valinnassa, toteutuksessa ja raportoinnissa pyrittiin välttämään virheitä ja tästä syystä yksittäisten tutkimusten luotettavuutta tarkasteltiin aina säännöllisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009: 134). Opinnäytetyössä käytettävä tiedonhaku tehtiin käyttäen luotettavia tiedonhaun lähteitä, sekä noudatettiin lähdekritiikkiä. Tiedonhaussa pyrittiin rajaamaan haut tarkasti ja hyödyntämään mahdollisimman tuoretta tietoa, jotta löytyneet lähteet täyttivät opinnäytetyössä hyväksytyjen artikkelien vaatimukset. Tutkimusten laadun tarkalla arvioinnilla pyrittiin lisäämään kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Opinnäytetyössä käytettävä aineisto tarjosi hyvin vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymykseen, joka korosti valitun aineiston laatua ja lisäsi näin työn luotettavuutta. (Janhonen & Nikkonen 2001: 36–37.)

Opinnäytetyötä tehdessä pyrittiin ensin perehtymään opinnäytetyön aiheen taustaan ja teoriaan, jonka jälkeen muodostettiin aiheenpohjalta tutkimuskysymys, joihin haettiin vastausta. Tutkimuskysymykseen pyrittiin vastaamaan mahdollisimman objektiivisesti ja kattavasti tutkimusartikkeleiden analysoinnin pohjalta. Opinnäytetyö toteutettiin kahden sairaanhoitajaopiskelija tekemänä parityönä. Parityö mahdollisti opinnäytetyössä käytetyn materiaalin monipuolisemman analysoinnin, arvioinnin ja pohdinnan. Kahden henkilön näkemysten yhtenäistäminen ja tulosten pohtiminen yhdessä lisäsivät opinnäytetyön luotettavuutta. Yhteistyö mahdollisti tulkinnanvaraisista eroavaisuuksista kes-

kustelun, jonka kautta päästiin yhtenäiseen näkemykseen esimerkiksi aineiston alkuperäisilmausten luokitteluista. Näin pystyttiin varmistamaan saatujen tulosten johdonmukaisuus, millä pystyttiin lisäämään opinnäytetyön luotettavuutta. (Lemmetti & Ylönen 2016: 67)

6.5 Jatkotutkimusehdotukset

Muistisairauden yhteyttä lonkkamurtumiin ja murtuman jälkeiseen toipumiseen on tutkittu hyvin. Useissa näistä tutkimuksista on kuitenkin käsitelty muistisairauden vaikutusta potilaiden sairaalassa olojakson pituuteen, jatkohoidon tarpeeseen tai kuolleisuuteen nähden. Lisää tutkimuksia kuitenkin kaivattaisiin hoitotieteellisestä näkökulmasta. Jatkotutkimuksia kaivataan esimerkiksi siitä, miten hoitotyön keinoin pystytään tukemaan muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan kuntoutusta ja kehittämään hoidon laatua. Lisäksi olisi hyvä tutkia potilaiden ja heidän läheistensä kokemuksia osastolla tapahtuvasta kivunhoidosta. Mielenkiintoista olisi myös saada tutkimusnäyttöä muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan hoitoon erikoistuneen yksikön vaikutuksista tämän potilasryhmän hoitoon. Kivun luotettavaan arviointiin ja muistisairaiden potilaiden kipuasteikkojen asianmukaiseen hyödyntämiseen liittyvää luotettavaa tutkimusnäyttöä olisi myös hyvä lisätä.

Lähteet

Abou-Setta, Ahmed & Beaupre, Lauren & Rashid, Saifee & Dryden, Donna & Hamm, Michele & Sadowski, Cheryl & Menon, Matthew & Majumdar, Sumit & Wilson, Donna & Karkhaneh, Mohammad & Mousavi, Shima & Wong, Kai & Tjosvold, Lisa & Jones, Allyson 2011. Comparative Effectiveness of pain management interventions for hip fracture: A systematic review. *Annals of internal medicine*. 155 (4).

Bergroth, Ville 2010. Vanhus traumapotilaana. Teoksessa Kröger, Heikki & Aro, Hannu & Böstman, Ole & Lassus, Jan & Salo, Jari (toim.). *Traumatologia*. Kandidaattikustannus: Helsinki. 681–684.

Coker, Esther & Papaioannou, Alexandra & Kaasalainen, Sharon & Dolovich, Lisa & Turpie, Irene & Taniguchi, Alan 2010. Nurse's perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute care units. *Applied Nursing Research* 23. 139-146. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189708000797?via%3Dihub>>. Viitattu 12.3.2022.

Erkinjuntti, Timo & Remes, Anne & Rinne, Juha & Soininen, Hilka 2015. *Muistisairaudet. Käsitteitä ja termejä*. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki.

ETENE 2002. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. Helsinki. <<https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>>. Viitattu 8.4.2022

Hinkle, Janice & Cheever, Kerry 2013. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 13 painos. Lippincott Williams & Wilkins.

Hirvensalo, Eero & Böstman, Ole & Harilainen, Arsi & Kirjavainen, Mikko & Lindahl, Jan & Salo, Jari 2010. Alaraajan vammat. Teoksessa Kröger, Heikki & Aro, Hannu & Böstman, Ole & Lassus, Jan & Salo, Jari (toim.). *Traumatologia*. Kandidaattikustannus: Helsinki. 509–564.

Hynninen, Nina & Saarnio, Reetta & Isola, Arja 2015. The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians. *Journal of clinical nursing*, 24. 192-201. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12669>>. Viitattu 9.3.2022.

Isohanni, Matti & Kotiranta, Henna & Miettunen, Jouko & Nieminen, Pentti & Tienari, Pekka 2006. Vertaisarviointi – käyttökelpoinen laadun parantaja ja ylläpitäjä tieteellisessä tutkimuksessa. *Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim*. 122 (8). 913-917. <<https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo95678.pdf>>. Viitattu 9.4.2022.

Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY

Jensen-Dahm, Christina & Palm, Henrik & Gasse, Christiane & Dahl, Jørgen & Walde-
mar, Gunhild 2016. Postoperative Treatment of Pain after Hip Fracture in Elderly Pa-
tients with Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 41. 181-191.
<https://www.researchgate.net/profile/Christiane-Gasse/publication/299769400_Post-operative_Treatment_of_Pain_after_Hip_Fracture_in_Elderly_Patients_with_Dementia/links/5a27d4afaca2727dd883dbd8/Postoperative-Treatment-of-Pain-after-Hip-Fracture-in-Elderly-Patients-with-Dementia.pdf>. Viitattu 9.3.2022

Johansson, Kirsi 2007. Kirjallisuuskatsaukset – Huomio systemaattiseen kirjallisuuskat-
saukseen. Teoksessa Johansson, Kirsi & Axelin Anna & Stolt, Minna & Ääri, Riitta-Liisa
(toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto.
Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51. 3–9.

Kangasniemi, Mari & Utriainen, Kati & Ahonen, Sanna-Mari & Pietilä, Anna-Maija &
Jääskeläinen, Petri & Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen
tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4): 291–301.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uu-
distettu painos. Helsinki: Sanoma Pro oy

Kelo, Sini & Launiemi, Helena & Takaluoma, Matleena & Tiittanen, Hannele 2015.
Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kipu 2017. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen
Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä.
Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <<https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50103#K1>>. Viitattu 3.3.2022

Kivunhallintatalo. Opi arvioimaan kipua. Terveyskylä. Päivitetty 11.1.2019.
<<https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua>>. Viitattu
10.3.2022.

Komulainen, Pirjo 2015. Muistisairaudet ja niihin liittyviä liikkumisen ja tasapainon on-
gelmia. Suomalainen lääkäri Duodecim. <<https://www.kaypahoito.fi/nix02279>>.
Viitattu 3.11.2021

Kondo, Akiko & Sada, Keiko & Ito, Yayoi & Yamaguchi, Chikae & Horii, Naoko &
Adachi, Harue & Fujimoto, Etsuko 2014. Difficulties in life after hip fracture and ex-
pected hospital supports for patients and their families. *International Journal of Ortho-
paedic and Trauma Nursing* (2014) 18,191–204.

Krupic, Ferid & Bišćević, Mirza & Spahic, Emina & Jašarević, Amila & Jašarević, Mahir
& Grbić, Kemal & Hamrin-Sensorski, Eric & Svantesson, Eleonor & Čustović, Svemir &
Westin, Olof 2020b. Experience of nurses in assessing postoperative pain in hip frac-
ture patients suffering from dementia in nursing homes. *Med Glas (Zenica)*. 17 (1).
216-223. <https://ljkzedo.ba/mgpdf/mg32/15_Krupic_1042_A.pdf>. Viitattu 9.3.2022.

Krupic, Ferid & Grbic, Kemal & Hamrin-Sensorski, Eric & Lepara, Orhan & Fatihi, Nabi &
Svantesson, Eleonor 2020a. Experience of Intensive Care Nurses in Assessment of

Postoperative Pain in Patients with Hip Fracture and Dementia. *Mater Sociomed.* 32 (1). 50-56. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7219725/>>. Viitattu 9.3.2022.

Krupic, Ferid & Sadic, Sahmir & Seffo, Nail & Bišćević, Mirza & Fazlic, Mirsad & Čustović, Svemir & Samuelsson, Kristian 2018. Experience of registered nurses in assessing post-operative pain in hip fracture patients with dementia. *Med Glas (Zenica)*. 15 (1). 75-80. <<https://ljkzedo.ba/wordpress/wp-content/uploads/2018/01/11-Krupic-942-A.pdf>>. Viitattu 9.3.2022.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. 1. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Lahtinen, Antti & Hyvönen, Pekka & Leppilähti, Juhana & Jalovaara, Pekka 2021. Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 137 (8). 821–827. <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2021/8/duo16179>>. Viitattu 3.11.2021

Lemmetti, Terhi & Ylönen, Minna 2016. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkelien arviointi. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. 67–79.

Lonkkamurtuma: Käypä hoito -suositus 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopedi yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <<https://www.kaypahoito.fi/hoi50040#K1>>. Viitattu 28.10.2021

McGilton, Katherine & Vellani, Shirin & Zheng, Nancy & Yeung, Lydia & Escrig-Pinol, Astrid 2021. Healthcare professionals' perspectives on rehabilitating persons with cognitive impairment. *Dementia* 20 (5). 1772-1790.

Mitchell, Rebecca & Harvey, Lara & Brodaty, Henry & Draper, Brian & Close, Jacqueline 2016. Hip fracture and the influence of dementia on health outcomes and access to hospital-based rehabilitation for older individuals. *Disability and Rehabilitation* 38 (23). 1 – 10.

Morrison, Sean & Siu, Albert 2000. A Comparison of Pain and Its Treatment in Advanced Dementia and Cognitively Intact Patients with Hip Fracture. *Journal of Pain and Symptom Management* 19. (4) 240-248. <[https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(00\)00113-5/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(00)00113-5/fulltext)>. Viitattu 12.3.2022.

Moschinski, Kai & Kuske, Silke & Andrich, Silke & Stephan, Astrid & Gnass, Irmela & Sirsch, Erika & Icks, Andrea 2017. Drug-based pain management for people with dementia after hip or pelvic fractures: a systematic review. *BMC geriatrics*. 17 (54). 1-15. <<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0446-z>>. Viitattu 9.3.2022

Muistiliitto: Dementia. <<https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/dementia>>. Viitattu 4.11.2021

Natavio, Teofanes & McQuillen, Elizabeth & Dietrich, Mary & Wells, Nancy & Rhoten, Bethany & Hazard Vallerand, April & Monroe, Todd 2020. A Comparison of the Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) and Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD). *Pain Management Nursing* 21. 502-509. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904220301156>>. Viitattu 10.3.2022.

O'Connell, Bev & Orr, Jessica & Ostaszkievicz, Joan & Gaskin, Cadeyrn 2011. Nursing care needs of patients with and without dementia admitted to hospital with fractured neck of femur. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. 15. 136-144. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878124110001553>>. Viitattu 9.3.2022.

Page, Matthew & McKenzie, Joanne & Bossuyt, Patrick & Boutron, Isabelle & Hoffmann, Tammy & Mulrow, Cynthia & Shamseer, Larissa & Tetzlaff, Jennifer & Aki, Elie & Brennan, Sue & Chou, Roger & Glanville, Julie & Grimshaw, Jeremy & Hróbjartsson, Asbjörn & Lalu, Manoj & Tianjing, Li & Loder, Elizabeth & Mayo-Wilson, Evan & McDonald, Steve & McGuinness, Luke & Stewart, Lesley & Thomas, James & Tricco, Andrea & Welch, Vivian & Whiting, Penny & Moher, David 2021. The Prisma 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*. <<https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n71.full.pdf>>. Viitattu 4.3.2022.

Pajulammi, Hanna & Nuotio, Maria 2018. Geriatri lonkkamurtumapotilaan akuuttihoitos-
sa – käyttämätön mahdollisuus. *Duodecim*, 134, 1979–1981.

Pajulammi, Hanna 2017. Hip fracture patient's care and predictors of outcomes during orthogeriatric collaboration. *Turun yliopiston julkaisuja*. Viitattu 28.10.2021

Pohjolainen, Timo 2021. Lonkan nivelrikko. *Lääkärikirja Duodecim*. Kustannus Oy Duodecim. <<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01072>>. Viitattu 29.10.2021

Prince, Martin & Wimo, Anders & Guerchet, Maëlen & Ali, Gemma-Claire & Wu, Yu-Tzu & Prina, Matthew 2015. World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia – an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. *Alzheimer's Disease International*. <<https://www.alzint.org/u/worldalzheimerreport2015summary.pdf>>. Viitattu 2.2.2022.

Rantala, Maija & Hartikainen, Sirpa & Kvist, Tarja & Kankkunen, Päivi 2014a. Analgesics in postoperative care in hip fracture patients with dementia – reported by nurses. *Journal of clinical nursing*, 23. 3095–3106. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12548>>. Viitattu 9.3.2022.

Rantala, Maija & Kankkunen, Päivi & Kvist, Tarja & Hartikainen Sirpa 2014b. Barriers to Postoperative Pain Management in Hip Fracture Patients with Dementia as Evaluated by Nursing Staff. *Pain management nursing*, 15 (1). 208 - 219. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904212001415?via%3Dihub>>. Viitattu 9.3.2022.

Rantala, Maija & Kankkunen, Päivi & Kvist, Tarja & Hartikainen, Sirpa 2012. Post-Operative Pain Management Practices in Patient With Dementia – The Current Situation

in Finland. *The Open Nursing Journal*. 6. 71-81. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3379530/>>. Viitattu 9.3.2022.

Sand, Olav & Sjaastad, Øystein & Haug, Egil & Bjålie, Jan 2016. *Ihminen fysiologia ja anatomia*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Seffo, Nail & Hamrin-Sensorski, Eric & Westin, Olof & Svantesson, Eleonor & Krupic, Ferid 2020. Communication and assessment of pain in hip fracture patients with dementia - experiences of healthcare professionals at an accident and emergency department in Sweden. *Med Glas (Zenica)*. 17 (1). 224-233. <https://ljkedo.ba/mgpdf/mg32/37_Sefo_1090_A.pdf>. Viitattu 9.3.2022.

Smith, Toby & Gilbert, Anthony & Sreekanta, Ashwini & Sahota Opinder & Griffin Xavier & Cross, Jane & Fox, Chris & Lamb, Sarah 2020. Enhanced rehabilitation and care models for adults with dementia following hip fracture surgery (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010569.pub3/fullary>>. Viitattu 29.10.2021

Stenvall, Michael & Berggren, Monica & Lundström, Maria & Gustafson, Yngve & Olofs-son, Birgitta 2011. A multidisciplinary intervention program improved the outcome after hip fracture for people with dementia – Subgroup analyses of a randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 54 (3). 284–289. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494311002597>>. Viitattu 3.11.2021

Stolt, Minna & Ruotasalo, Pirkko 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, Kirsi & Axelin Anna & Stolt, Minna & Ääri, Riitta-Liisa (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51. 58–70.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Muistisairauksien yleisyys 2020. Päivitetty 8.10.2020. <<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>>. Viitattu 29.10.2021.

Tilvis, Reijo & Björkman, Mikko & Sorva, Antti 2007. Dementiapotilaan kivun arvioinnin ja hoidon ongelmia. *Lääketietoa lääkelaikoksesta* 3/2007. 4-7. <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134247/tabu32007.pdf?sequence=1&isAlloved=y#page=4>>. Viitattu 10.3.2022.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 6. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunnan ohje. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. <https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Viitattu 26.10.2021

Vilka, Hanna 2015. *Tutki ja kehitä*. E-kirja. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Otsikon perusteella valittu	Tiivistelmän perusteella valittu	Koko tekstin perusteella valittu
Cinahl (Ebsco)	(hip fracture or hip fractures or hip surgery) AND (dementia OR alzheimer) AND (rehabilitation or therapy or treatment) AND (hospital or acute setting or inpatient or ward) AND (nurse or nurses or nursing or care)	2010→, Tiivistelmä saatavilla, Vertaisarvioitu, Kieli englanti	76	19	6	4
Cinahl (Ebsco)	hip fractu* or hip surge* or femur fract* or femur surge* AND dementia or alzhem* or cognitive impairme* AND rehabilita* or thera* or treatment* or recove* AND post-operative or postoperative or post surgery AND nurs* or care*	2010→, Vertaisarvioitu, Kieli englanti	65	14	2	1
Cochrane	(hip fracture or hip fractures or hip surgery) AND (memory loss OR memory disorder OR dementia OR alzheimer) AND (rehabilitation or therapy or treatment) AND (hospital or acute setting or inpatient or ward) AND (nurse or nursing or care)	2010→ Title abstract keyword	54	5	2	0
Cochrane	hip fractu* or hip surge* or femur fract* or femur surge* AND dementia or alzhem* or cognitive impairme* AND rehabilita* or thera* or treatment* or recove* AND post-operative or postoperative or post surgery AND nurs* or care*	2010→ Title abstract keyword	64	14	3	0
Pubmed	care AND people with dementia AND surgical ward AND nursing	2011→ Kieli englanti	18	2	3	2
Pubmed	hip fract* OR hip surge* AND dementia AND pain contro* OR pain manag*	2010 → Kieli englanti	49	8	3	1

Pubmed	hip fractu* or hip surge* or femur fract* or femur surge* AND dementia or alzh* or cognitive impairme* AND rehabilita* or thera* or treatment* or recove* AND post-operative or postoperative or post surgery AND nurs* or care*	2010→ Kieli englanti, suomi	143	26	5	3
Medic	lonkkamurtu* OR reisiluun*AND muistisair* OR demen* OR alzh* OR cogni*	2010→ Asiasanojen synonyymit käytössä Vain kokotekstit	10	5	1	0
			yh- teensä 479	yhteensä 93	yhteensä 25	yhteensä 11

Artikkelien analyysitaulukko

Nu- mero	Otsikko, tekijät, vuosi, maa	Lehti	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen menetelmät ja analyysi	Tutkimusase- telma	Keskeiset tulokset
1	Analgesics in postoperative care in hip fracture patients with dementia – reported by nurses Rantala, Hartikainen, Kvist, Kankkunen. 2014. Suomi	Journal of clinical nursing Julkaisukanavan taso: 2	Kuvata sairaanhoitajien raportoimien kipulääkityksen käyttöä muistisairailta lonkkamurtumapotilailla kahtena ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä	Poikkileikkauskuvaava kyselytutkimus seitsemässä yliopistollisessa sairaalassa ja 10 keskussairaalassa Suomessa, jossa strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Aineisto analysoitiin kvalitatiivisella sisällönanalyysillä.	Painopiste oli ortopedian yksiköissä työskentelevien sairaanhoitajien otoksessa (n = 269).	Dementiapotilailla leikkauksen jälkeen käytetyistä kipulääkkeistä yleisin oli suun kautta tai parenteraalisesti annettu parasetamoli ja vahvat opioidit. Muistisairautta sairastavien lonkkamurtumapotilaiden postoperatiivisen kivunhallinnan ensisijainen tavoite oli lievä kipu, joka ei estä normaalia toimintaa
2	Barriers to Postoperative Pain Management in Hip Fracture Patients with Dementia as Evaluated by Nursing Staff Rantala, Kankkunen, Kvist, Hartikainen. 2014. Suomi	Pain management nursing Julkaisukanavan taso: 1	Kuvata hoitohenkilökunnan käsityksiä dementiaa sairastavien lonkkamurtumapotilaiden postoperatiivisen kivun hallinnan esteistä, heidän odotuksistaan ja työnantajien tarjoamista avuista näiden esteiden voittamiseksi.	Poikkileikkauskuvaava kyselytutkimus, jossa strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Aineisto analysoitiin kvalitatiivisella sisällönanalyysillä.	Leikkausyksiköissä työskentelevä hoitohenkilökunta kaikista yliopisto- ja keskustasairaaloista, joissa ensimmäisten lonkkamurtumien ilmaantuvuus oli >100 vuodessa. (n = 331.)	Hoitohenkilökunnan mukaan suurin este kivun hoidossa oli kognitiivisista heikkenemisistä johtuva kivun arviointi. Hoitohenkilöstön koulutusta kivun hoidosta tarvitaan lisää, jotta hoitohenkilöstö pystyy tunnistamaan ja erottamaan käyttäytymisoireet kipuoireista

3	<p>Experience of Intensive Care Nurses in Assessment of Postoperative Pain in Patients with Hip Fracture and Dementia</p> <p>Krupic, Grbic, Hamrin Senorski, Lepara, Fatihi, Svantesson. 2020. Ruotsi</p>	<p>Materia socio medica Julkaisukanavan- taso: 0</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli tutustua tehohoidon sairaanhoitajien kokemuksiin arvioitaessa leikkauksen jälkeistä kipua dementiaa sairastavilla lonkka murtumapotilailla.</p>	<p>Tiedot kerättiin avoimilla kysymyksillä ja analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>Kaksikymmentäyksi tehohoidon sairaanhoitajaa (6 miestä ja 15 naista) osallistuivat fokusryhmähaastatteluihin. (n=21.)</p>	<p>Kivun arviointiin dementiapotilailla vaikuttivat tiedon puute ja saatu informaatio potilaasta. Näistä aiheutui ajankäytöllisiä haasteita ja stressiä hoitajille. Myös eri viestintämuodot ja kivunarviointitavat aiheuttivat hoitohenkilöstölle kivun arviointiin ja hoitoon liittyviä haasteita.</p>
4	<p>Experience of registered nurses in assessing postoperative pain in hip fracture patients with dementia</p> <p>Krupic, Sadic, Seffo, Bišćević, Fazlic, Čustović, Samuelsson. 2018. Ruotsi</p>	<p>Medicinski glasnik Julkaisukanavan- taso: 1</p>	<p>Tutkia sairaanhoitajien kokemuksia muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kivun arvioinnissa leikkauksen jälkeisissä olosuhteissa</p>	<p>Tutkimuskyselyssä oli 23 kohtaa, jotka käsittelivät muun muassa tietoa kivun arvioinnista, kommunikaatiosta sekä hoitajien huomioista, tietoisuudesta sekä ehdotuksista hoitotyön parantamisesta Aineisto analysoidiin laadullisella sisällönanalyysillä</p>	<p>Tutkimukseen pyydettiin sairaanhoitajia, joilla vähintään viiden vuoden kokemus murtumapotilaista. Kysely lähetettiin 60 sairaanhoitajalle ja 51 palautti kyselylomakkeet. (n=51)</p>	<p>Suurin osa muistisairaista lonkkamurtumapotilaista ilmaisi kipua enemmän ilmeillä kuin ilman dementiaa sairastavat potilaat. Mitä vakavampi dementia sitä vähemmän selkeitä kasvon ilmeitä ja tämä teki hoitajien työstä vaikeampaa. Kivun arvioiminen dementiapotilailla koettiin vaikeaksi</p>

5	<p>The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians</p> <p>Hynninen, Saarnio, Isola. 2015. Suomi</p>	<p>Journal of clinical nursing Julkaisukanavan taso: 2</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena on kuvata dementoituneiden vanhusten hoitoa Suomen Yliopistosairaaloiden kirurgisilla osastoilla hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden näkökulmasta.</p>	<p>Aineisto kerättiin strukturoimattomilla haastattelulla hoitohenkilökunnan (n = 19) ja lääkäreiden (n = 9) kanssa, jotka osallistuvat dementoituneiden hoitoon kirurgisilla osastoilla. Kerätyt tiedot analysoitiin käyttämällä induktiivista sisältöanalyysiä.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui hoitohenkilökuntaa (n = 19) ja lääkäreitä (n = 9), jotka osallistuvat dementoituneiden hoitoon Suomen Yliopistosairaaloiden kirurgisilla osastoilla.</p>	<p>Hoitohenkilökunnan näkökulmasta dementoituneiden hoitaminen oli fyysisesti ja henkisesti raskasta. Lääkärit pitivät muistihäiriöitä potilaiden haastavan käytöksen ensisijaisina syinä, kun taas hoitohenkilökunta koki tällaisen käytöksen liittyvän heidän omaan persoonansa tai hoitotyön pätevyuden puutteeseen. Hoitohenkilökunta koki lisäksi, että he eivät olleet saaneet erityistä koulutusta dementoituneiden ihmisten hoitamiseen.</p>
6	<p>Experience of nurses in assessing postoperative pain in hip fracture patients suffering from dementia in nursing homes</p> <p>Krupic, Bišćević, Spahic, Jašarević A, Jašarević M, Grbić, Hamrin-Senorski, Svantesson,</p>	<p>Medicinski glasnik Julkaisukanavan taso: 1</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia muistisairautta sairastavien lonkkamurtumapotilaiden leikkauksen jälkeistä kivun hoidosta hoitokodeissa.</p>	<p>Tiedot kerättiin kyselylomakkeella, jossa oli 23 kysymystä. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä</p>	<p>Tutkimukseen osallistui sairaanhoitajia, joilla vähintään viiden vuoden kokemus muistisairautta sairastavien murtumapotilaiden hoidosta. Kyselylomake lähetettiin 30 hoitajalle ja 24 vastasi kyselyyn.</p>	<p>Sairaanhoitajat vastasivat, että dementiaapotilaiden kanssa sanaton viestintä oli tärkeää hoidon optimoimiseksi leikkauksen jälkeen. Kivun arviointi oli monimutkainen prosessi potilaiden kognitiivisen heikkenemisen takia.</p>

	Čustović, Westin. 2020. Ruotsi					
7	Post-Operative Pain Management Practices in Patient With Dementia – The Current Situation in Finland Rantala, Kankunen, Kvist, Hartikainen. 2012. Suomi.	Open nursing journal Julkaisukanavan taso: 0	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata leikkauksen jälkeisiä kivunhallintakäytäntöjä dementiaapotilaille, joilla on lonkkamurtuma.	Poikkileikkaussuunnitella kehitettiin kyselylomake, jonka avulla aineisto koottiin. Aineisto analysoitiin faktorianalyysillä ja parametrisilla menetelmillä. Laadullinen sisällönanalyysi.	Tietoja kerättiin hoitohenkilökunnalta seitsemästä Yliopistollisesta ja kymmenestä keskus-sairaala Suomesta (N=634). Kyselyyn vastasi 333 osallistujaa. (n=333.)	Puolet vastaajista piti leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa riittävänä dementiaapotilaille. Alle kolmannes vastanneista sairaanhoitajista ilmoitti, että heidän yksikössään oli käytössä kipuvaaka: yleisimmin käytetty asteikko oli VAS. Kipuasteikkojen käyttö liittyi merkittävästi vastaajien näkemykseen leikkauksen jälkeisen kivunhallinnan riittävyydestä tässä potilasryhmässä.
8	Postoperative Treatment of Pain after Hip Fracture in Elderly Patients with Dementia. Jensen-Dahm, Palm, Gasse, Dahl, Walde-mar 2016. Tanska	Dementia and geriatric cognitive disorders Julkaisukanavantas: 1	Aiemmissä tutkimuksissa on tullut ilmi, että dementiaapotilaille on riski saada riittämätöntä kivun hoitoa lonkkamurtumaleikkauksen jälkeen. Tämän tutkimuksen oletuksena oli, että iäkkäät muistisairaat lonkkamurtumapotilaat saavat vähemmän leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa kuin ne, joilla ei ole muistisairautta	Tiedot murtuman tyypistä ja sijainnista, leikkauksesta, leikkauksen viivästymisestä ja leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnista poimittiin Tanskan monitieteisestä lonkkamurtumarekisteristä. Tietojen jakautuminen testattiin tarkastelemalla histogrammeja. Suoritettiin monimuuttujaregressioanalyysi ryhmien välisen erojen arvioi-	Tutkimukseen otettiin mukaan kaikki potilaat (ikä ≥ 65), jotka leikattu lonkkamurtuman takia Kööpenhaminan yliopistollisen sairaalan alueella vuonna 2009. Poti-	Sekä muistisairaat, että ei-muistisairaat potilaat saivat yhtä todennäköisesti parasetamolia sekä opioideja. Muistisairautta sairastavat potilaat saivat kahtena ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivän pienempiä annoksia lääkettä, mutta kolmantena postoperatiivisena päivänä he saivat yhtä suuria annoksia

				miseksi. Lisäksi sairaaloiden välisiä eroja arvioitiin logistisen regressioanalyysin avulla.	laita yhteensä 1507, joista 296 sairasti muistisairautta (n=296)	
9	Drug-based pain management for people with dementia after hip or pelvic fractures: a systematic review Moschinski, Kuske, Andrich, Stephan, Gnass, Sirsch, Icks. 2017. Saksa	BMC Geriatrics Julkaiskanavantas: 2	Systemaattisen katsauksen tavoitteena oli tunnistaa ja analysoida tutkimuksia, jotka tutkivat lonkka- tai lantionmurtuman sairastavien dementiapotilaiden lääk pohjaista kivunhallintaa kaikissa olosuhteissa. Katsauksessa analysoitiin myös tutkimussuunnitelmia, menetelmiä ja muuttujia sekä mitä arvioita sovellettiin kivunhallinnan ja henkisen tilan mittamiseen.	Systemaattisen tarkistusprotokollan kehittämistä ohjasivat PRISMA-P-vaatimukset, jotka otettiin huomioon tarkastusmenettelyissä. Mukana olivat tammikuuhun 2016 mennessä julkaistut tutkimukset valituista tietokannoista (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Web of Knowledge ja ScienceDirect). Aineiston poiminta, sisältö ja kvantitatiivinen kuvaava analyysi suoritettiin systemaattisesti, minkä jälkeen suoritettiin kriittinen arviointi.	Kaikkiaan käsiteltiin 7 467 arkistoa, joista 17 sisältyi tutkimukseen (n=17), jotka käsittelivät lääk pohjaista kivunhallintaa dementiasta sairastavilla lonkkamurtuma potilailla.	Kahdeksan 13:sta potilastietoihin keskittyneestä tutkimuksesta osoitti, että dementiasta kärsivät ihmiset saivat vähemmän lääkkeitä perustuvaa kivunhallintaa kuin ihmiset, joilla ei ollut kognitiivisia häiriöitä. Neljä terveydenhuollon ammattilaisten kyselyihin perustuvaa tutkimusta totesi, että kognitiivinen heikentyminen on merkittävä este tehokkaalle kivunhoidolle. Potilaiden henkisen tilan arvioinnissa ja kivun arvioinnissa oli heterogeenisuutta. Kaikkien potilastietojen kanssa työskennellyissä tutkimuksissa annettujen lääkkeiden arviointi tehtiin kaaviokatsauksilla.
10	Communication and assessment of pain in hip fracture patients with dementia - experiences of healthcare professionals at an	Medicinski glasnik Julkaisukanavan taso: 1	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia kivun ja kommunikoinnin arvioinnista muistisairailla lonkkamurtumapotilailla ensiapuosastolla	Tiedot kerättiin fokusryhmähaastattelulla avoimilla kysymyksillä. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä	21 sairaanhoitajaa, joista 5 miestä ja 16 naista. lähtään vastajat olivat 26-55 vuotiaita. He olivat	Kaikki hoitajat ilmoittivat, että kivun arviointi ja kommunikointi muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden kanssa oli monimutkainen prosessi. Stressi, nopea ja lyhyt kommunikointi, nopeat päätökset ja nopeat hoidot kivun arvioinnissa olivat vain osa hankaluuksista, joita hoitajat korostivat

	accident and emergency department in Sweden Seffo, Senorski, Westin, Svantesson, Krupic 2020, Ruotsi				työskennelleet sairaanhoitajana 1-35 vuotta.	
11	Nursing care needs of patients with and without dementia admitted to hospital with fractured neck of femur O'Connell, Orr, Ostaszkiwicz, Gaskin 2011, Australia	International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing Julkaisukanavan taso: 1	Tutkimuksen tavoitteena oli vertailla ihmisiä, joilla on dementia ja joilla ei ole dementiaa, suhteessa heidän toimintatasoihinsa ennen reisiluun murtumaa (NOF), hoitotyön tarpeisiin sekä sairaalahoiton ja kotiutuksen pituuteen.	Tutkimus aineisto kerättiin retrospektiivisellä potilaskertomustarkistuksella akuutinterveystieteiden palvelusta. Aineisto analysoitiin määrällisellä analyysimenetelmällä.	Tutkimuksessa analysoitiin 100 reisiluunmurtumapotilaan lääketieteelliset tiedot, joista 50 sairasti dementiaa ja 50 ei.	Dementiapotilaat tulivat todennäköisemmin ikääntyneiden hoitolaitoksesta, he olivat heikompia ennen sairaalaan tuloa, ja heillä oli enemmän hoitotarpeita, jotka liittyivät levottomuuteen, sekaisuuteen, syömiseen ja juomiseen, suonensisäisiin kanyyliin, suihkuun ja puukeutumiseen sekä inkontinenssiin. Dementiasta kärsivät ihmiset viettivät kaksi päivää lisää akuuttihoitossa, ja heidän todennäköisyydessään joutuminen kuntoutuskeskukseen oli pienempi. Dementiapotilaiden sijoittaminen ortopedian osastoille omistetuille alueille, joissa erityistaitoja omaavat sairaanhoitajat pystyvät hoitamaan heitä, sekä käytännön ohjeiden käyttö ovat mahdollisia ratkaisuja nykyisen hoidon epätasa-arvoisuuden korjaamiseen.

Sisällön analyysin luokittelu

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Poikkeava kivun ilmaisu	Muistisairauden tuomat haasteet	Potilaaseen liittyvät tekijät
Fyysinen toimintakyky		
Kognitiivinen toimintakyky		
Poikkeava elämänrytmi		
Ympäristön muutokset		
Ahdistuneisuus		
Liitännäissairaudet ja monilääkitys		
Potilaan hoitokielteisyys	Potilaan hoitoon suhtautumisen haasteet	
Potilaan haastava käytös		
Lähipiirin passiivisuus	Omaisten osallistuminen hoitoon	
Potilaan lähipiirin läsnäolon puute		
Kivun itsearvioinnin soveltumattomuus	Kivun arviointiin liittyvät haasteet	Kivun lääkehoitoon liittyvät tekijät
Kivunarviointi työkalujen soveltumattomuus		
Suullinen kommunikaatio kivun arvioinnissa		
Lääkkeen valinta	Lääkehoidon suunnitteluun liittyvät haasteet	
Deliriumin riski		
Riittävä kipulääkitys		
Potilaan fyysinen toiminta lääkehoidon toteutuksen es-teenä	Lääkehoidon toteutukseen liittyvät haasteet	
Puutteellinen kipulääkityksen dokumentointi		
Poikkeavat kipulääkeannokset		
Kivun hoito muilla lääkkeillä virheellisesti		

Liite 3

2 (2)

Hoitajien osaaminen	Sairaanhoidajan valmiudet	Sairaanhoidajaan liittyvät tekijät
Vuorovaikutus potilaan kanssa		
Hoitajien asenteet kivunhoidon toteutukseen		
Kokemuksen vaikutus		
Puutteellinen tiedonsaanti potilaasta	Hoitajien välinen raportointi	
Puutteelliset potilastiedot		
Puutteelliset potilaskirjaukset		
Muistisairauden vaikutus työtaakkaan	Oman työn organisointi	
Työn suunnitelmallisuus		
Hoitajan ajankäyttö		
Yhtenäisten ohjeiden puute	Osaston toiminta	Organisaatioon liittyvät tekijät
Koulutuksen tarve		
Vaikeus konsultaatioon		
Huono hoidon organisointi		
Asianmukaisten tilojen puute	Resurssit ja ympäristö	
Liian vähäiset resurssit		

Esimerkki sisällön analyysin etenemisestä

ALKUPERÄISILMAISU	Suomennos	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<i>"patients with dementia are less likely to report pain than cognitively intact elderly individuals, and in clinical practice it can be very challenging to evaluate pain in this group of patients.. Patients with dementia have been reported to express pain differently than cognitively intact elderly patients in that they seem to have an elevated/increased pain experience"</i> 8, 188	dementiapotilaat raportoivat kivusta harvemmin kuin kognitiivisesti terveet vanhukset ja kliinisessä käytännössä voi olla erittäin haastavaa arvioida kipua tässä potilasryhmässä...Dementiapotilaiden on raportoitu ilmaisevan kipua eri tavalla kuin kognitiivisesti terveiden iäkkäiden potilaiden siten, että heillä näyttää olevan lisääntynyt/kasvanut kipukokemus	Muistisairaajat raportoivat kivusta harvemmin, sekä eritavalla ja tämän takia kivun arviointi käytännössä voi olla vaikeaa.	Poikkeava kivunilmaisuus	Muistisairauden tuomat haasteet	Potilaaseen liittyvät tekijät
<i>"behaviors needed to repeated several times and observed by the same caregiver before they were linked to pain."</i> 2, 214.	käyttäytymistä, joka piti toistaa useita kertoja ja jotka sama hoitaja havaitsi ennen kuin ne yhdistettiin kipuun	Samana hoitajan tulee arvioida käytöstä useasti, jotta huomaa muutoksia käytöksessä.			
<i>"Intensive care nurses described that they may groan and also be aggressive, expressing pain by screaming and mumbling, using curses and swear words, and they may be angry with the health-care professionals. All nurses agreed that the expression was worse when they did care for patients."</i> 3, 54	Tehohoidon sairaanhoitajat kuvailivat dementiapotilaiden huokailevan ja olevan myös aggressiivisia, ilmaisemalla kipua huutamalla ja mumisemalla, käyttämällä kirouksia ja kiro sanoja, ja he voivat olla vihaisia terveydenhuollon ammattilaisille. Kaikki sairaanhoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että ilme oli huonompi, kun he hoitivat potilaita	Dementia potilaat ilmaisevat kipua eri tavoilla ja heidän käyttöksensä voi myös olla epäasiallista. Nämä piirteet usein korostuvat, kun potilaita hoidetaan.			
<i>"The nurses claimed that the majority of dementia patients with hip fractures displayed more facial expressions of pain than patients without dementia"</i> 4, 77	Sairanhoitajat väittivät, että suurimmalla osalla dementiapotilaista, joilla oli lonkkamurtuma, ilmaisivat kipuja kasvojen ilmeillä enemmän kuin potilaat, joilla ei ollut dementiaa.	Muistisairaajat ilmaisevat kasvojen ilmeillä kipua enemmän kuin potilaat, joilla ei ole dementiaa.			

Liite 4

2 (6)

<p><i>"All nurses agreed that more severe the patient's dementia was, the less clear the facial expressions, and this in turn made it difficult for the nurses to take care of such patients." 4, 77</i></p>	<p>Kaikki sairaanhoitajat olivat samaa mieltä siitä, että mitä vakavampi potilaan dementia oli, sitä epäselvempiä olivat ilmeet, mikä puolestaan vaikeutti sairaanhoitajien tällaisten potilaiden hoitoa</p>	<p>Mitä vakavampi dementia, sitä epäselvempiä olivat ilmeet ja tämä vaikeutti hoitoa</p>			
<p><i>"main challenges for pain relief in hip fracture patients with dementia difficulties include swallowing and patients refusing to take medication and trying to grip epidural catheters or an IV infusion set" 1,3101</i></p>	<p>päahaasteet kivunlievitykseen dementiaavaikeuksista kärsivillä lonkkamurtumapotilailla ovat nieleminen ja potilaat, jotka kieltäytyvät ottamasta lääkkeitä ja yrittävät tarttua epiduraalikatetriin tai IV-infuusiosarjaan</p>	<p>Potilailla nielemisvaikeuksia, sekä hoitokielteisyyttä.</p>	<p>Fyysinen toimintakyky</p>		
<p><i>"...difficulties assessing pain owing to hearing deficit...", 2,212</i></p>	<p>...vaikeudet arvioida kipua kuulon heikkene- misestä johtuen...</p>	<p>Kuulon heikentyminen vaikeut- taa kivun arviointia</p>			
<p><i>"Significantly more patients with dementia required assistance with eating and had dentures" 11, 138</i></p>	<p>Huomattavasti useammat dementiaapotilaat tarvitsivat apua syömisessä ja heillä oli proteeseja</p>	<p>Avun tarve syömisessä li- sääntynyt</p>			
<p><i>"Compared to patients without dementia, signifi- cantly more patients with dementia had difficulties with eating and drinking post-operatively" 11, 141</i></p>	<p>Verrattuna potilaisiin, joilla ei ole dementiaa, huomattavasti useammilla dementiapotilailla oli vaikeuksia syömisessä ja juomisessa leikkauksen jälkeen.</p>	<p>Syömis- ja juomisen vai- keudet leikkauksen jälkeen</p>			
<p><i>"When compared to patients who did not have dementia, patients with dementia were more likely to require supervision or assistance to mobilise, transfer to a chair and to transfer to a bed" 11, 138</i></p>	<p>Verrattuna potilaisiin, joilla ei ollut dementiaa, dementiaapotilaat tarvitsivat todennäköisem- min valvontaa tai apua mobilisoitumiseen, tuoliin siirtämiseen ja sänkyyn siirtymiseen</p>	<p>Dementiaapotilaat tarvitsevat enemmän valvontaa ja apua siirtymisessä</p>			
<p><i>"When compared to patients who did not have dementia, patients with dementia were more likely to need supervision or assistance when showering and when dressing. Patients with dementia were also more likely to have injured skin. Pa- tients with dementia required more super- vision and assistance with toileting than did patients without dementia." 11, 138</i></p>	<p>Verrattuna potilaisiin, joilla ei ollut dementiaa, dementiaapotilaat tarvitsivat todennäköisem- min valvontaa tai apua suihkussa ja pukeutu- essaan. Dementiapotilailla oli myös todennä- köisemmin loukkaantunut iho. Dementiapoti- laat tarvitsivat enemmän valvontaa ja apua wc:ssä kuin potilaat, joilla ei ollut dementiaa.</p>	<p>Dementiaapotilaat tarvitsevat enemmän valvontaa ja apua päivittäisissä toiminnoissa.</p>			
<p><i>Significantly more patients with dementia had urinary and faecal incontinence" 11, 138</i></p>	<p>Huomattavasti useammilla dementiapotilailla oli virtsan- ja ulosteenpidätyskyvyttömyyttä</p>	<p>Potilailla pidätysvaikeuksia</p>			

Liite 4

3 (6)

<i>"Problems with swallowing were also mentioned as being a barrier to analgesic administration." 2, 212.</i>	Nielemisongelmat mainittiin myös analgeettien annon esteenä	Potilaan nielemisvaikeudet analgeettien esteinä			
<i>"major barrier to postoperative pain management as evaluated by nursing staff in patients with dementia, was identified as difficulties in pain assessment owing to a decline in cognition (86%)." 2, 212</i>	Hoitohenkilökunnan arvioimana merkittävänä esteenä postoperatiiviselle kivunhoidolle dementiaipotilailla tunnistettiin kivun arvioinnin vaikeuksiksi kognition heikkenemisen vuoksi.	Kivun arviointi haasteellista potilaan kognitiivisen heikentymisen vuoksi.	Kognitiivinen toimintakyky		
<i>"patients with dementia are sometimes disoriented, it can lead to resisting care or trying to walk even though it is forbidden immediately after surgery, which causes more risk of extra pain" 2, 217</i>	dementiaipotilaat ovat toisinaan hämmentyneitä, se voi johtaa hoidon vastustukseen tai kävelemisyrikykseen, vaikka se on kiellettyä heti leikkauksen jälkeen, mikä lisää ylimääräisen kivun riskiä.	Potilas ei ymmärrä tai noudata ohjeita, joka johtaa ei toivottuun toimintaan leikkauksen jälkeen.			
<i>"The patients frequently did not understand why they were in the hospital and what was happening to them. Their communication ability was also often impaired, making interaction with them difficult, or did not understand what was said to them." 5, 196</i>	Potilaat eivät usein ymmärtäneet, miksi he olivat sairaalassa ja mitä heille tapahtui. Heidän kommunikointikykyänsä oli myös usein heikentynyt, mikä teki vuorovaikutuksen heidän kanssaan vaikeaksi tai he eivät ymmärtäneet mitä heille sanottiin	Potilaiden ymmärtämättömyys ja kommunikointikyvyn heikkeneminen vaikeuttivat vuorovaikutusta heidän kanssaan			
<i>"patient does not always remember the information and instructions given, and as a consequence they are exposed to painful situations... pain exposes confusion, and confusion in turn can add to the risk of painful situations" 2, 212.</i>	potilas ei aina muista annettuja tietoja ja ohjeita, minkä seurauksena hän altistuu tuskallisille tilanteille... kipu paljastaa hämmennystä, ja sekaannus voi puolestaan lisätä tuskallisten tilanteiden riskiä	Potilas ei muista annettuja ohjeita, josta seuraa hämmennystä ja vaaratilanteita.			
<i>"Although there are usually at least two people involved in the communication with the patient with dementia, only the nurse talks and communication is one-way, because the patient with dementia does not ask question or respond to questions about pain. All informants in the present study experienced this as very difficult and stressful." 3, 52</i>	Vaikka dementiapotilaan kanssa kommunikointiin osallistuu yleensä vähintään kaksi henkilöä, vain sairaanhoitaja puhuu ja viestintä on yksisuuntaista, koska dementoitunut potilas ei esitä kysymyksiä tai vastaa kysymyksiin kivusta. Kaikki tämän tutkimuksen informantit kokivat tämän erittäin vaikeaksi ja stressaavaksi	Kommunikointi dementia potilaan kanssa yleensä haastavaa, stressaavaa ja yksisuuntaista, koska potilas ei vastaa kipuun liittyviin kysymyksiin.			
<i>"The patients were described as having a disturbed sleep-wake rhythm, being frequently asleep during the day and active at night..." 5, 196.</i>	Potilailla kuvailtiin olevan häiriintynyt uni-valve-rytmi, jolloin he nukkuvat usein päivällä ja ovat aktiivisia yöllä..	Dementia potilailla on usein häiriintynyt uni-valve rytmi	Poikkeava elämänrytmi		

Liite 4

4 (6)

<i>"Risks of older people with dementia falling into postoperative acute confusion were also noted, particularly when there was a sudden change of environment, postoperative pain or changes in medication. In addition, the release of stress after an operation was described as a contributor to increased confusion" 5, 196-197</i>	Myös riskit iäkkäiden dementoituneiden joutua leikkauksen jälkeiseen akuuttiin hämmennykseen havaittiin erityisesti silloin, kun kyseessä oli äkillinen ympäristön muutos, leikkauksen jälkeinen kipu tai lääkityksen muutokset. Lisäksi leikkauksen jälkeistä stressin vapautumista kuvattiin lisäävän hämmennystä	Äkillinen ympäristön muutos, leikkauksen jälkeinen kipu tai lääkityksen muutos lisäsi riskiä leikkauksen jälkeiselle akuutille hämmennykselle	Ympäristön muutokset		
<i>"Anxiety is associated with higher postoperative pain intensity and pain is associated with distributive and anxious behavior." 2, 214.</i>	Ahdistuneisuus liittyy korkeampaan postoperatiivisen kivun intensiteettiin ja kipu on yhdistetty jakautuvaan ja ahdistuneeseen käyttäytymiseen.	Koettu kipu vaikuttaa potilaan ahdistuneisuuteen ja käyttöön	Ahdistuneisuus		
<i>"patients with dementia often have coexistent diseases, and as a consequence they are exposed to polypharmacy." 2, 212.</i>	dementiapotilailla on usein rinnakkaisia sairauksia, ja sen seurauksena he altistuvat monilääkitykselle.	Rinnakaissairaudet altistavat monilääkitykselle	Liitännäissairaudet ja monilääkitys		
<i>"Other challenges in pain treatment that nurses reported were polypharmacy and comorbidities" 1,3101</i>	Muita sairaanhoitajien raportoimia haasteita kivunhoidossa olivat monilääkitys ja liitännäissairaudet	Potilailla monilääkityksiä ja liitännäissairauksia			
<i>"Patients with dementia are sometimes confused and may not understand the meaning of care procedures. This causes a patient to resist care, which can make treatment actions troublesome and analgesics administration challenging" 2, 212.</i>	Dementiapotilaat ovat toisinaan hämmentyneitä eivätkä ehkä ymmärrä hoitotoimenpiteiden merkitystä. Tämä saa potilaan vastustamaan hoitoa, mikä voi tehdä hoitotoimenpiteistä hankalaa ja kipulääkkeiden antamisesta haastavaa	Dementiapotilaiden hämmentyneisyys ja ymmärtämättömyys hoitotoimenpiteistä sai heidät vastustamaan hoitoa.	Potilaan hoitokielteisyys	Potilaan hoitoon suhtautumisen haasteet	
<i>In addition, many of the patients reportedly had a strong self-will, reflected in a refusal of treatment measures. For example, patients often strongly resisted the care of wounds or refused to take medication. They were also reportedly physically or verbally violent towards the staff" 5, 196.</i>	Lisäksi monilla potilaista kerrottiin olevan vahva itsetunto, mikä heijastui hoitotoimenpiteistä kieltäytymisenä. Esimerkiksi potilaat vastustivat usein voimakkaasti haavojen hoitoa tai kieltäytyivät ottamasta lääkkeitä. Heidän kerrotaan myös olleen fyysisesti tai sanallisesti väkivaltaisia henkilökuntaa kohtaan	Dementia potilailla usein vahva itsetunto, joka näkyy hoidosta kieltäytymisenä.			

Liite 4

5 (6)

<p>"... patients' reluctance to take pain medication owing to fear of overmedication." 2, 212.</p>	<p>...potilaiden haluttomuus ottaa kipulääkettä ylilääkityksen pelosta.</p>	<p>Potilaiden haluttomuus ottaa kipulääkettä.</p>			
<p>"the use of epidurals can be challenging when caring for patients who are disoriented and possibly unable to understand the purpose of the epidural, as there is a risk of patients disrupting their catheter" 1,3102</p>	<p>epiduraalin käyttö voi olla haastavaa hoidettaessa potilaita, jotka ovat sekaisin ja mahdollisesti eivät ymmärrä epiduraalin tarkoitusta, koska on olemassa riski, että potilaat rikkovat katetrinsa</p>	<p>Potilaan sekava käytös vaikuttaa kivunlievitys mahdollisuuksiin.</p>	<p>Potilaan haastava käytös</p>		
<p>"According to the interviewees, the patients' cognitive functional capacity declined when they were in the surgical ward. They often removed their wound dressings and catheter tubes despite being instructed not to do so and were not able to comply with instructions, or understand how individual care actions related to the overall care process." 5, 196</p>	<p>Haastateltujen mukaan potilaiden kognitiivinen toimintakyky heikkeni heidän ollessaan leikkausosastolla. He poistivat usein haavasiidoksensa ja katetriputkensa huolimatta siitä, että heitä oli kehoitettu olemaan tekemättä niin, eivätkä he kyenneet noudattamaan ohjeita tai ymmärtämään, kuinka yksittäiset hoitotoimet liittyvät kokonaisuhoitoprosessiin.</p>	<p>Potilaille on vaikeuksia seurata annettuja ohjeita ja ymmärtää hoidon tarvetta.</p>			
<p>"Data on the frequency of recorded episodes of agitation and confusion revealed that the patients with dementia were significantly more agitated and confused" 11, 139</p>	<p>Tiedot tallennettujen agitaatio- ja sekavuusjaksojen esiintymistiheydestä paljasti, että dementiapotilaat olivat huomattavasti kiihtyneempiä ja hämmentyneempiä</p>	<p>Dementiapotilaat huomattavasti kiihtyneempiä ja hämmentyneempiä</p>			
<p>"resisting care and restlessness among patients with dementia can lead to use of restraints, although these kinds of behavioral changes can indicate the occurrence of pain." 2, 214.</p>	<p>dementiapotilaiden hoidon vastustaminen ja levottomuus voi johtaa rajoitusten käyttöön, vaikka tällaiset käyttäytymismuutokset voivat viitata kivun esiintymiseen.</p>	<p>Hoidon vastustaminen ja levottomuus voi johtaa rajoitusten käyttöön, vaikka ne voivat viitata kipuun</p>			
<p>"The use of physical restraints was associated with situations where a patient resisted care and was restless... without restraints there was a risk that some patients may rip out the intravenous cannula or epidural catheters, causing extra pain or cessation of pain medication." 2, 212.</p>	<p>Fyysisten rajoitusten käyttö liittyi tilanteisiin, joissa potilas vastusti hoitoa ja oli levoton... ilman rajoituksia oli olemassa riski, että osa potilaista repii irti suonensisäisen kanyylin tai epiduraalikatetrin aiheuttaen ylimääräistä kipua tai lopettaa kipulääkityksen.</p>	<p>Tarve fyysisten rajoitusten käyttöön potilaan käytöksestä johtuen</p>			
<p>"When relatives' participation in the care process was passive or relatives were not available, the interaction was considered to be inadequate" 5, 197</p>	<p>Kun omaisten osallistuminen hoitoprosessiin oli passiivista tai omaisia ei ollut saatavilla, vuorovaikutusta pidettiin riittämättömänä</p>	<p>Vuorovaikutus riittämätöntä, kun omaisten osallistuminen oli passiivista</p>	<p>Lähipiirin passiivisuus</p>	<p>Omaisten vaikutus hoitoon</p>	

Liite 4

6 (6)

<p><i>However, all informants also stated that these patients are rarely accompanied, and they are often left on their own. This makes it difficult to help patients and requires valuable time for health-care professionals. 3, 53.</i></p>	<p>Kaikki informantit totesivat kuitenkin myös, että nämä potilaat ovat harvoin seurassa ja he jäävät usein yksin. Tämä vaikeuttaa potilaiden auttamista ja vaatii terveydenhuollon ammattilaisilta arvokasta aikaa</p>	<p>Muistisairaat potilaat jäävät usein yksin ja tämä vaikeuttaa heidän auttamista ja vie enemmän aikaa</p>	<p>Potilaan lähipiirin läsnäolon puute</p>		
<p><i>"causes of stress the fact that no healthcare professionals from the previous last accommodation or family members accompanied the patients," 3, 54</i></p>	<p>Stressiä aiheuttaa se, että potilaiden mukana ei ollut terveydenhuollon ammattilaisia edellisestä viimeisestä asunnosta tai perheenjäseniä</p>	<p>Läheisen puute kuormittaa hoitohenkilöstöä</p>			