

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / Sairaanhoitaja

Henna Tjukanov

MUISTISAIRAAN POTILAAN LONKKALEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KUN-
TOUTTAVA HOITOTYÖ

Opinnäytetyö 2011

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

HENNA TJUKANOV Muistihäiriöisen potilaan lonkkaleikkauksen jälkeinen hoitotyö

Opinnäytetyö	44 sivua + 21 liitesivua
Työn ohjaaja	Lehtori Mirja Nurmi
Toimeksiantaja	Kymicare
Maaliskuu 2011	
Avainsanat	muistihäiriö, lonkkamurtuma, postoperatiivinen hoitotyö, kuntouttava hoitotyö.

Tämä opinnäytetyö on kehittämistehtävä ja sen tarkoituksena on luoda opas hoitajille muistisairaana potilaan kohtaamisesta ja kuntouttamisesta lonkkaleikkauksen jälkeen. Työssä on perehdytty lonkkaleikkauksiin sekä muistihäiriöihin ja millaisia ongelmia hoitaja voi kohdata lonkkaleikatun muistisairaana kuntouttavassa hoitotyössä. On selvitetty mitä tulee tehdä potilaalle heti lonkkaleikkauksen jälkeen ja miten kohdata muistisairaana käytöshäiriöt. Opasta voi hyödyntää myös muiden leikkausten jälkeiseen kuntoutukselliseen hoitotyöhön.

Aihe on ajankohtainen muistisairauksien sekä lonkkamurtumien jatkuvasti lisääntyessä johtuen väestön keski-ikänsä kasvusta. Ikääntyminen lisää suuresti riskiä kaatumisille ja tästä seurauksena lonkkamurtumille. Myös muistisairaudet kuuluvat ikääntymiseen ja niiden määrä on kasvussa. Tietoa on kerätty kirjallisuudesta, tutkimuksista sekä internetin sähköisistä tietokannoista ja kaikki koottu tieto on käsitelty aineiston analyysillä. Työ jakaantuu kahteen osaan: muistihäiriöisen lonkkaleikkauksen potilaan hoidon ongelmiin ja toisessa osassa perehdyin niiden ratkaisuihin. Näistä ratkaisuista muodostui sisältö oppaaseen. Kirjallisuudesta ja tutkimuksista selviää muistisairaiden potilaiden ongelmat sairaalahoidossa, puhumattakaan lonkkaleikkauksen jälkeisestä hoidosta, jossa potilas täytyisi motivoida liikkeelle ja kuntouttaa mahdollisimman paljon entiselleen.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

HENNA TJUKANOV

The Rehabilitative Nursing of the Hip Replacement Surgery Patient with Memory Disorder

Bachelor's Thesis

44 pages + 21 pages of appendices

Supervisor

Mirja Nurmi, Senior Lecturer, MNS c

Commissioned by

KymiCare

March 2011

Keywords

rehabilitative nursing, memory disease, hip fracture, post-operative nursing

This Bachelor's thesis was a development task and its purpose was to create a guidebook for nurses about facing hip replacement patient with a memory disease after the operation and their rehabilitative nursing. In this thesis there has been familiarization with memory diseases, hip fractures and problems a nurse can face in the rehabilitative caring of a memory disorder patient. It's been clarified what to do with a patient right after the hip replacement and how to face the behavioral problems of the memory disease patients. The guidebook can also be used for the rehabilitative nursing after surgery.

The topic is current because of the increasing number of hip fractures and memory diseases due to the aging of the population. Aging increases strongly the risks of falling and hip fractures. Memory diseases are also part of aging and their number is growing. Information was gathered from literature, researches and the electronic databases of the Internet and analyzed with content analysis. The research was divided into two parts: the problems of the demented hip fracture surgery patient and the solutions of the problems. The solutions created the contents of the guidebook. In literature and researches you find a lot of information about the problems of the hospital caring of the memory disease patients not to mention the rehabilitative nursing after the hip fracture when you have to motivate the patients to exercise and restore their previous condition as much as possible.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN LÄHTÖKOHDAT JA TAVOITTEET	7
3	SISÄLLÖNANALYYSI TIEDONKERUUMENETELMÄNÄ	10
4	MUISTISAIRAS LONKKALEIKKAUS POTILAS	12
	4.1 Lonkkaleikkaukset	12
	4.2 Muistisairaudet	14
5	MUISTISAIRAAN LONKKALEIKKAUSPOTILAAN ARKISELVIITYMINEN	15
	5.2 Muistisairaahan lonkkaleikkauspotilaan toimintakyky	16
	5.2.1 Psykkinen toimintakyky	17
	5.2.1.1 Yleisimmät käytösoireet	18
	5.2.2 Sosiaalinen toimintakyky	20
	5.2.3 Fyysinen toimintakyky	22
6	MUISTISAIRAAN LONKKALEIKKAUSPOTILAAN KIPU	24
7	MUISTISAIRAAN POTILAAN LONKKALEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KUNTOUTTAVAHOITOTYÖ	25
	7.1 Tarpeen määrittely	25
	7.2 Suunnittelu	26
	7.3 Toteutus	27
	7.3.1 Käytöshäiriöiden kohtaaminen ja hoito	28
	7.3.2 Vuorovaikutus	30

7.3.3	Fyysinen kuntoutus	32
8	KIVUN HOITO	34
9	OPPAAN LAADINTA	36
9.1.	Yhteenveto kehittämistehtävän teoreettisesta taustasta	36
9.2.	Oppaan laadinnan tavoitteet	36
9.3.	Oppaan laadinnan vaiheet	37
9.4.	Oppaan arviointi	38
10	POHDINTA	38
10.1.	Kehittämistehtävän luotettavuus	38
10.2.	Eettiset tekijät	41
10.3.	Hyödynnettävyys	42
	LÄHTEET	
	LIITTEET	
	Liite 1. Lonkkaleikkaukset	
	Liite 2. Kipumittarit	
	Liite 3. Käyttöoireiden kohtaaminen	
	Liite 4. Mobilisointi	
	Liite 5. Hygienia	
	Liite 6. Ruokailu	
	Liite 7. Tutkimustaulukko	
	Liite 8. Aineiston analyysi	
	Liite 9. Hoito-opas	

1 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAUSTA JA TARKOITUS

Ikääntyneiden lonkkamurtumien määrä kasvoi Keski-Suomessa 70 prosentilla vuosikymmenen aikana. Lonkan uusintamurtumien osuus oli myös tuntuva (Lönnroos 2009). Noin puolet kaikista kaatumisvammojen vuoksi sairaalahoitoon joutuneista on yli 65-vuotiaita ja he myöskin siirtyvät useammin hoitokotiin kuin ne jotka eivät ole kaatuneet. Laitoksissa arviolta 16 prosenttia vanhusten kaatumisista johtaa fyysiseen vammautumiseen: n. 4% saa murtumia. Yleisimmät murtumatyypit ovat lantion ja käsivarren murtumat. Kaikista lonkkamurtumasta selvinneistä potilaista 14 prosenttia pysyy hoidossa vuoden loukkaantumisen jälkeen. (Tideiksaar 2005, 18-19.)

Tutkimuksen mukaan lonkkaleikkauspotilaan postoperatiivisessa hoitotyössä vanhuspotilaat lisäävät erilaisen tiedon tarpeita, koska he ovat usein moniongelmaisia. Etenkin keskussairaalassa kaivattiin lisää tietoa leikkauksen jälkeisestä sekavuudesta, jota hoitajien mukaan esiintyy vanhuksilla muita useammin. (Turunen 2008, 43.) Muistisairaiden aktiivinen kuntoutus on välttämätöntä, mikäli halutaan estää laitoshoidossa elävien vanhusten määrää. Tapaturmien jälkeen muistisairaiden sairaalahoitoajat ovat normaalia pidemmät ja laitoshoitoon jäämisen riski on suurempi kuin muilla. (Huusko 2001.)

Muistisairauden aiheuttamilla ajatusprosessimuutoksilla on selvä yhteys kaatumisiin. Etenkin Alzheimer-tyyppiseen muistisairauteen liittyy neurologisia häiriöitä kuten ataksiaa, asentotunnon heikkenemistä, apraksiaa, avaruudellisen hahmotuskyvyn häviämistä sekä agnosiaa. Kaikki nämä muutokset vaikeuttavat ympäristön hahmotuskykyä, mikä johtaa kompastumisiin, liukastumisiin, horjahduksiin, kaatumisiin ja kyvyttömyyteen korjata tasapainon menetystä. (Tideiksaar 2005, 38–39.)

Leena Qvickin tutkimuksen (2008) mukaan dementoituvien hoitotyö koettiin vaativana alueena, jossa tarvittaisiin monipuolisia tietoja ja taitoja sekä oikeanlaista asennoitumista. Hoitajien olisi kehitettävä omaa osaamistaan jotta muistisairaanhoidon hyvää hoitoa voidaan ylläpitää. Hoitohenkilökunnan puutteelliset tiedot

ja taidot heikentävät muistisairaana tilanteen ymmärtämistä ja tämä vaikuttaa potilaan kuntoutumiseen.

Ehdotin aihetta omasta mielenkiinnosta ja olen itse ollut ortopedisellä osastolla niin työharjoittelussa kuin keikkatyöläisenäkin ja vastaan on tullut muistisairaita potilaita, joita leikkauksen jälkeen yritetään kuntouttaa resurssien mukaan. Tässä työssäni keskityn lonkkamurtumiin, koska ne ovat vanhuksilla yleisin kaatumisesta johtuva trauma. Työni on tehty kirjallisuuskatsauksena ja tarkoitukseni on tehdä ohjelehtinen ortopediselle osastolle, missä käsitellään muistisairaana potilaan hoitoa ottaen huomioon lonkkaleikkauksen jälkeen tuomat rajoitteet ja vaatimukset.

KEHITTÄMISTEHTÄVÄN LÄHTÖKOHDAT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyöni on kehittämistehtävä, jonka tarkoituksena on tuottaa opas hoitajille, jotka työskentelevät ortopedisellä osastolla ja kohtaavat väistämättä muistisairaita potilaita. Kehittämistehtävän voi jakaa karkeasti kolmeen vaiheeseen: suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaihe (Järvinen & Järvinen 2000, 136). Koska kysymyksessä on oppaan luonti, voin näin ollen jakaa työni oppaan suunnittelu-, toteutus-, ja arviointivaiheeseen sekä lopullisen oppaan valmistamiseen.

Opinnäytetyöni etenemisprosessiin kuuluu aivan aluksi tiedon kerääminen eri lähteistä. Olen hakenut kaikkea työhöni liittyvää aineistoa kirjallisuudesta sekä sähköisesti. Kaikki tämä materiaali on käsitelty sisällönanalyysillä, jotta tavoitteisiini vastaava informaatio löytyisi. Kehittämistehtävän vaiheet ovat seuraavanlaiset: Kehittämistehtävän taustaa varten kerätään mahdollisimman paljon tietoa monipuolisista tietolähteistä ja tämä materiaali käsitellään sisällönanalyysillä. Teoriataustan jäsennyttyä voi alkaa oppaan suunnittelu teoriataustan pohjalta. Teoriasta saatujen ohjeiden mukaan voidaan laatia malliopas. Käyttöön tulevaa opasta työstetään yhteistyössä siihen liittyvän yksikön kanssa, tässä tapauksessa Pohjois-Kymen sairaalan ortopediaan erikoistuneen kirurgisen osaston osastonhoitajan kanssa. Lopuksi opas luovutetaan yksikköön ja otetaan käyttöön.

Opinnäytetyöni on kehittämistehtävä, jonka tarkoituksena on luoda hoitajille opas muistisairaana lonkkaleikkauspotilaan kuntoutuksesta. Kehittämistehtäväni vaiheisiin kuuluu oppaan suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaihe. Aluksi olen kerännyt

mahdollisimman paljon aiheeseen liittyvän materiaalin, jonka olen käsitellyt sisällön analyysillä. Kun tieto oli jäsennelty, aloin laatia hoito-opasta, johon sisällytän enimmäkseen muistisairaahan potilaan käytöshäiriöiden kohtaamista sekä sen vaikutusta kuntoutukseen. Laatiessani opasta pohdin, millaisesta oppaasta hoitajat hyötyisivät eniten sisällöllisesti ja millainen on hyvä hoito-opas.

1. Perehdyn muistisairauksien käytöshäiriöihin sekä lonkkaleikkauksiin

1.1. Mitä ovat yleisimmät käytöshäiriöt muistisairailla?

1.2. Mitä kuuluu lonkkaleikkauksen jälkeiseen postoperatiiviseen sekä kuntouttavaan hoitotyöhön?

1.3. Millaisia ongelmia hoitaja voi kohdata työskennellessään lonkkaleikatun ja muistisairaahan potilaan kanssa?

2. Selvitän mitä hoitotyön keinoja voidaan käyttää muistisairaahan lonkkaleikkauspotilaan kuntoutuksessa

2.1. Mitä tulee tehdä heti leikkauksen jälkeen?

2.2. Miten käsitellä ja hoitaa käytöshäiriöitä?

2.3. Millainen on hyvä muistisairaahan potilaan kuntouttava hoito?

3. Helpotan ja yhtenäistän hoitajien työskentelyä muistisairaiden parissa

Tutkimuskirjallisuuden tulee olla korkeatasoista ja lähteiden alkuperäisiä. Kirjallisuuden tulisi olla alle 10 vuotta vanhaa poikkeuksena alan klassikot tai tärkeät alkuperäiset lähteet, joita uudemmat tutkijat ovat käyttäneet. Tutkimuksessa tulisi käyttää myös kansainvälisiä lähteitä, etenkin tieteelliset artikkelit ovat suositeltavia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 159.)

Aiheeseen keskeisesti liittyvän kirjallisuuden tuntemus antaa tekijälle varmuutta tutkimuksen mielekkyydestä. Tiedonhaun ensimmäinen vaihe on luettelo kirjalli-

suudesta, johon kannattaisi tutustua. Julkaisujen sisällysluetteloiden, tiivistelmien ja lähdeluetteloiden läpikäyminen on mielekästä ennen julkaisuun perehtymistä tarkemmin.

Kirjallisuudessa on valtavasti tietoa muistisairauksista sekä muistisairaiden ihmisten hoidosta ja siinä esiin tulevista ongelmista, joten pääosin lähteeni ovat kirjallisuudesta. Myös alan lehdissä on hyödyllisiä ja ajantasaisia artikkeleita valitsemastani aiheesta. Olen käyttänyt lähteinä kirjoja ja artikkeleita, jotka käsittelevät paitsi muistisairauksia, myös lonkkaleikkauksia, vanhusten kirurgista hoitoa, käytöshäiriöiden kohtaamista sekä potilasohjeiden laatimista. Myös yleiset teokset hyvästä hoitotyöstä, ortopediasta ja neurologiasta ovat olleet hyödyllisiä. Menetelmien kuvauksessa sekä sisällysluettelon ja lähdeluettelon laadinnassa olen käyttänyt lähteenä menetelmäkirjallisuutta. Monipuolinen lähteiden käyttö lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Internetistä voi löytää hyödyllistä tietoa monellakin eri tavalla. Ensimmäinen ja helpoin tapa on vapaasanahaku Googlella, joka sopii etenkin aloittelijalle. Google-hakurobotti kattaa biljoona www-sivua ja linkkiä ja sitä pidetään myös relevantimpana tulosten löytäjänä, koska se järjestee tulokset käyttäjäystävällisesti ja näyttää vain ne sivut, jotka sisältävät kaikki kirjoitetut hakusanat. Tutkijoiden käytössä on Google Scholar, jonka hakutulokset viittaavat kaikki tieteelliseen materiaaliin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 94).

Korkeakouluopiskelijoille ja tutkijoille on käytössä erittäin arvostettu tiedonhaunportti Nelli (NELLI = National Electronic Library Interface). Korkeakoulujen elektroniset kokoelmat ovat järjestetty Nelliin, ja siellä on myöskin eri tieteenalojen koti- ja ulkomaisia tietokantoja, e-lehtiä, e-kirjoja, hakuteoksia ja sanakirjoja. Kokoelmissa on myös opinnäytetöitä sekä hyödyllisiä verkkosivustoja (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 94–97.)

Internetissä olen etsinyt lähdemateriaalia lähinnä terveysalan tietokannoista ja runsaimmin tietoa sain Terveysportti / Lääkärin tietokannoista sekä Käypä Hoito -sivuilta. Tutkimukseni löysin yliopistojen sivustoilta. Internetin käytössä tulee olla varovainen, sillä kaikki tieto ei siellä ole luotettavaa ja joskus alkuperäistä tiedonlähdettä on mahdoton jäljittää. Itse varmistin että lähteeni olivat yleisesti hyväksytyistä tietokannoista ja vältin sivustoja, joista en ennen ollut kuullut.

2 SISÄLLÖNANALYYSI TIEDONKÄSITTELYN MENETELMÄNÄ

Opinnäytetyöni on vaatinut perehtymistäni muistisairauksiin, lonkkaleikkauksen postoperatiiviseen hoitotyöhön, kuntoutumiseen sekä potilasohjaukseen. Tiedon kokoamiseen olen käyttänyt aineiston analysoinnin menetelmänä sisällön analyysiä. Tässä kuvaankin sisällönanalyysimenetelmää sekä sen etenemistä. (Janhonen & Mikkonen 2003, 22.)

Sisällön analyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä helpottaen tutkittavien ilmiöiden välisten suhteiden saamista selkeästi esille ja näin tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi. Laadullisella informaatiolla tarkoitetaan verbaalisessa tai kuvallisessa muodossa olevia aineistoja kuten päiväkirjoja, puheita, kirjeitä, raportteja, kirjoja, filmejä, valokuvia yms. (Janhonen & Mikkonen 2003, 22.)

Sisällönanalyysi perustuu kommunikaatioteoriaan ja -tutkimukseen ja se otettiin käyttöön tieteellisenä menetelmänä 1950-luvun sosiaalitieteissä. Sitä voidaan käyttää eri tavoin riippuen siitä, mitä kommunikaation elementtejä korostetaan. Sisällön analyysiä kuvaavana tärkeänä ja keskeisenä oppikirjana voidaan pitää 1973 ilmestynyttä Veikko Pietilän teosta ”Sisällön erittely”. Pietilän mukaan sisällön erittelyä voidaan käyttää kahden tyyppisissä tutkimuksissa: joko jonkin dokumenttijoukon sisällön kuvaamiseen tai päätelmien tekemiseen dokumentin tuottajista sen sisällön perusteella. (Janhonen & Mikkonen 2003, 23.)

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sisällön analyysi voi olla vain yksittäinen metodi tai sitä voidaan käyttää myös väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan täten liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Tutkija Timo Laine esitti useita vuosia sitten ohjeiston laadullisen tutkimuksen etenemisen kuvaamiseksi. Laineen kuvausta on ajan saatossa hieman muokattu, mutta periaatteet ja kuvaus on pysynyt samana. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 94–95.)

Sisällön analyysiä on käytetty paljon tutkimusaineistojen analyysimenetelmänä hoitotieteellisissä tutkimuksissa ja myöskin monella eri tavalla, josta johtuen tieto saattaa olla hajanaista. Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida systemaattisesti sekä objektiivisesti dokumentteja. Se on myös tapa järjestää ja kuvailla tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysissä pyritään rakentamaan malleja, jotka esittäisivät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. Näiden mallien avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 3.)

Sisällönanalyysi on perustyöväline kaikissa laadullisen aineistojen analyyseissä. Sen tavoitteena on tuottaa tutkittavan aineiston avulla tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkimusaineisto voi koostua jo olemassa olevasta tekstidokumentista esim. kirjoista tai artikkeleista. Tutkimusaineisto voidaan kerätä myös yksilö- tai ryhmähaastattelujen avulla. Sisällönanalyysi on monivaiheinen prosessi, jonka vaiheet vaihtelevat kolmesta 14:ään. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26.)

Aineistona olevien materiaalien esim. haastattelujen hahmottaminen on erityisen tärkeää, jotta tutkija voi sijoittaa myöhemmin elementit laajempaan kokonaisuuteen. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä korostuu parhaiten tiedon hyödyntäminen potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa sekä itse potilaan hoidossa. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tuotettua tietoa voidaan hyödyntää myös näyttöön perustuvassa hoitotyössä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 27.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa ensin *pelkistetään*, joka tarkoittaa sitä, että aineistoon liitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. ”Vastaukset” eli pelkistetyt ilmaukset kirjataan aineiston termein ja tämän jälkeen aineisto *ryhmitellään*, jolloin etsitään pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Samaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään samaksi luokaksi ja annetaan sille sen sisältöä kuvaava nimi. Ryhmittelyssä voidaan käyttää myös tulkintaa. Kolmannessa vaiheessa abstraktoidaan, jolloin yhdistetään samansisältöisiä luokkia, jolloin syntyy yläluokkia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 28–29.)

Oman työni ensimmäisessä vaiheessa olen pelkistänyt aineiston, toisin sanoen alkuperäiset ilmaisut on pelkistetty sellaiseen muotoon, joka vastaa tutkimuskysymyksiin entistäkin tiiviimmin. Toisessa vaiheessa olen ryhmitellyt ilmaisut niin,

että ne muodostavat loogisia alakategorioita keskenään. Kolmannessa vaiheessa olen abstrahoinut aineiston eli luonut siitä teoreettisia käsitteitä, jotka muodostavat yläkategorian. Näin olen saattanut hajallaan olevan materiaalin yhteen ja lopputuloksena saatu yhdistävä termi tai käsite on tutkimuksen ydin ja pääidea. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

Sisällön analyysin ongelmana luotettavuuden suhteen on se, että tutkija ei kykene tarkastelemaan analyysiprosessia objektiivisesti, vaan tulos perustuu hänen omaan näkemykseensä asiasta. Kyseistä ongelmaa ei kuitenkaan pidetä niin suurena jos dokumentista on analysoitu vain ilmisisältö. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.) Aineiston analyysissä korostuvat tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky. Sisällönanalyysin haasteena on myös se, miten tutkija kykenee pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tutkijan tuleekin osoittaa luotettavasti aineistonsa ja tulostensa välinen yhteys. (Janhonen & Mikkonen 2003, 36.)

3 MUISTISAIRAS LONKKALEIKKAUSPOTILAS

4.1 Lonkkaleikkaukset

Nykyään runsaat 7 000 suomalaista vuodessa murtaa lonkkansa. Lonkkamurtumista seitsemän kymmenestä sattuu naisille, joiden keskimääräinen ikä on 80 vuotta. Miehet murtavat lonkkansa keskimäärin 75-vuotiaina. Kolmannes murtumista tapahtuu laitospotilaille, joilla on nelinkertainen lonkkamurtuman vaara kotona asuviin verrattuna. Lonkkamurtuma on vakava tapaturma, joka usein rapauttaa vanhan ihmisen toimintakyvyn: ennen lonkkamurtumaa muualla kuin laitoksessa asuneista vajaa kolmannes päätyy murtumansa jälkeisen vuoden aikana pitkäaikaiseen laitoshoittoon. Lonkkamurtumien ehkäisy on siksi ensiarvoisen tärkeää. (Tarnanen, Huusko & Valvanne 2011, Taulukko 1)

Fyysinen kunto ja luuston tila ovat tärkeitä ennusmittareita, samoin näkökyky. Lääkitys on aina tarpeen ottaa tarkastelun kohteeksi. Monilääkitys saattaa lisätä

kaatumisvaaraa, etenkin jos lääkearsenaaliin kuuluu rauhoittavia ja unilääkkeitä. Viisasta on kartoittaa myös vanhan ihmisen apuvälineiden tarve ja hänen kotiympäristönsä mahdolliset kaatumistapaturmille altistavat vaaratekijät. (Tarnanen ym. 2001.)

Lonkkamurtumista yli 90 % tapahtuu kaatumisen seurauksena. Kaatumisen tärkeimmät vaaratekijät ovat korkea ikä, heikentynyt tasapainon hallinta ja liikkumisvaikeudet, heikko näkö, sairauksista erityisesti Parkinsonin tauti ja dementoituminen, psyykenlääkkeiden tai alkoholin käyttö sekä useiden lääkkeiden yhtäaikainen käyttö. Myös aiemmat kaatumiset ja asuminen laitoksessa ennustavat kaatumisia. Korkea ikä, aiemmat murtumat ja vähäinen liikkuminen lisäävät lonkkamurtuman vaaraa suurentamalla sekä osteoporoosin että kaatumisen todennäköisyyttä. (Tarnanen ym. 2011.)

Lonkkamurtuman hoito on operatiivinen. Leikkaus on tehtävä viivytyksettä niin, että potilas pääsee liikkumaan mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Kivun riittämätön hoito lisää komplikaatioita. Tutkimustieto vanhuksille soveliaimmasta kipulääkityksestä on puutteellista. Leikkauksenjälkeistä kipua on hoidettu totunnaisesti opioideilla, joista oksikodoni on Suomessa yleisimmin käytetty. Kliinisen kokemuksen mukaan turvallisin peruslääke näyttää olevan säännöllisesti suun kautta annettava parasetamoli (1 g x 2-4). (Huusko, Arnala, Aro, Impivaara, Jäntti, Laukkanen, Piirtola, Sipilä, Sund, Tarkkila, Välimäki & Varis 2011.)

Lonkkaleikkauksen postoperatiivinen hoito ja leikkauksen jälkeinen seuranta noudattelee yleisiä leikkauksen jälkeisiä hoitoperiaatteita. Kipua hoidetaan mahdollisimman tehokkaasti, kuten myös leikkauksen jälkeistä pahoinvointia ja oksentelua. Ennen leikkausta asetettu kestokatetri pyritään poistamaan mahdollisimman nopeasti infektiovaaran vuoksi, ja jos virtsaaminen ei onnistu, pyritään turvautumaan toistokatetrointeihin. Leikkausalueen dreeni poistetaan yleensä leikkausta seuraavana päivänä ja haavan seudun tarkkailussa kiinnitetään huomiota hematoomaan ja infektion mahdollisuuteen. Haavaa hoidetaan aina aseptisesti. (Huusko ym. 2011.)

Potilas pyritään mobilisoimaan mahdollisimman nopeasti kipulääkityksen turvin, sillä tavoitteena on vammautuneen lonkan liikelaajuuden palauttaminen sekä muiden nivelten toimintakyvyn ylläpito. Potilasta opetetaan nousemaan sängystä

terveen lonkan puolelta ja täysvarausrupa hänellä on heti proteesin laiton jälkeen. Riippuen onko leikkaus tehty etu- vai takakautta, on potilaan varottava lonkan si- sä- tai ulkokiertoa. (Huusko ym. 2011.)

Yleisenä tavoitteena on potilaan saaminen kotihoitoon noin kahden viikon kulut- tua, mutta usein jatkohoitopaikkana on terveyskeskuksen vuodeosasto. Koskaan ei saa unohtaa potilaan nopean mobilisaation tärkeyttä, minkä vuoksi potilasta tu- lee jatkuvasti motivoida ja rohkaista omaan hoitoonsa. Tarpeen mukaan järjeste- tään vielä kontrollikuva. (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 264, 265.)

Delirium eli äkillinen sekavuustila on elimellisten tekijöiden aiheuttama aivojen vajaatoiminta. Sen oireita ovat mm. tarkkaavuuden, tajunnan ja vireystilan muu- tokset, ajan- ja paikantajun hämärtyminen, muistihäiriöt, psykomotorisen aktiivi- suuden muutokset ja aistiharhat. Delirium on lonkkamurtuman yhteydessä hyvin yleinen; sen esiintyvyys vaihtelee 25–61 prosentin välillä. Sille altistavat korkea ikä, dementia ja Parkinsonin tauti. Oireet ilmaantuvat tuntien tai päivien kuluessa ja ovat kulultaan vaihtelevia. Ne lievittyvät tavallisesti 10–12 vuorokauden kulu- essa, mutta voivat kestää pitempäänkin. Jos lonkkamurtumapotilaalle kehittyy de- lirium, se ennakoi pitempää toipumisaikaa, suurempaa kuolleisuutta ja suurempaa vaaraa joutua laitoshoidon kuin muilla lonkkamurtumapotilailla. Myös fyysinen ja psyykinen toimintakyky palautuvat tavallista huonommin. (Laurila, Pitkälä & Rahkonen 2006.)

4.2 Muistisairaudet

Yleisimpiä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, vaskulaariset dementiat, Le- wyn kappale-tauti, sekä frontotemporaaliset degeneraatiot (mm. otsalohkodemen- tia). Dementiaoireita ovat mm. muistin heikentyminen ja kielen sekä puheen ym- märtämisen ja tuottamisen vaikeutuminen. Myös hahmottaminen ja erilaisten lii- kesarjojen tuottaminen voivat häiriintyä. Muistisairas ihminen ilmaisee itseään ja tarpeitaan itselleen ominaisella tavalla ja kontaktin saaminen ympäristöön saattaa vaikeutua tai olla jopa mahdotonta (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava. 2004, 5.) Muistihäiriöisten avun tarve kasvaa jo taudin alkuvaiheessa, ja koska

tämän asiakasryhmän kyvyt kertoa näkemyksistään, tarpeistaan sekä toiveistaan ovat heikentyneet, ovat he yksi haavoittuvimmista ja haasteellisimmista asiakasryhmistä (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007, 5.)

Yleisin dementiasairaus on tyypillisin vaihein, hitaasti ja tasaisesti etenevä Alzheimerin tauti. Sairauden vaiheet ovat pituudeltaan ja alkamisajaltaan yksilöllisiä. 85-vuotiaista tautia sairastaa jo joka neljäs ja vaaratekijänä pidetäänkin korkeaa ikää. Neurologisesti taudin tunnusmerkkeinä on mm. laaja-alainen, mutta valikoiva hermosolukato eli rappeuma sisemmässä ohimolohkossa, mistä seuraa aivokudoksen ja mm. hippokampuksen surkastumista. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 62.)

Verenkiertoperäiset eli vaskulaariset dementiat ovat seurausta verenkiertohäiriöiden aiheuttamista aivokudoksen vaurioista. Ne ovat toiseksi yleisin keskivaikean ja vaikean dementian syy ja niiden esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Miehet sairastuvat jonkin verran naisia enemmän. Potilaan oireiden luonne määräytyy aivoihin syntyneen vaurion sijainnin ja laajuuden mukaan. Vauriot painottuvat usein aivojen syvien osien valkeaan aineeseen. (Erkinuntti & Huovinen 2008, 74, 75.)

Lewyn kappale-dementia alkaa vähitellen ja on jonkin verran yleisempi miehillä. Taudin oireet jaetaan kognitiivisiin oireisiin, parkinsonismiin sekä psykoottisiin oireisiin. Kognitiivisinä oireina ovat muistin heikkous, hahmotushäiriöt, kielelliset häiriöt, kätevyuden heikentyminen sairauden edetessä sekä muistin heikkentyminen. 40–90 % sairastuneilla ilmenee Parkinsonismia kuten lihasjäykkyyttä, hypokinesiaa, kävelyvaikeuksia ja lepovapinaa (jota tosin esiintyy harvemmin). Lisäksi oireisiin voi liittyä kaatuilua, pyörtymisiä sekä tajunnanhäiriökohtauksia tuntemattomasta syystä. Käyttöoireita ovat näköharhat, vainoharhaisuus sekä mielialanmuutokset. (Sulkava 2010, 128-130.)

4 MUISTISAIRAAN LONKKALEIKKUSPOTILAAN ARKISELVIYTYMINEN

Arkiselviytyminen on yhtä kuin omatoimisuus. On selvää, että muistisairaana potilaan arkiselviytymiseen vaikuttaa useampi tekijä ja että riippuen muistisairaudesta, potilas tarvitsee enemmän tai vähemmän apua, ohjeistusta sekä tukea. Jo

perussuorituskykyyn voi vaikuttaa vääränlainen lääkitys, liialliset määrät nautintoaineita, infektiot ja perussairaudet (Erkinjuntti, Alhanen, Huovinen, Rinne. 2006, 75.) Muututtuaan ortopediseksi potilaaksi muistisairaalle ihmiselle tulee entistä enemmän vaikeuksia selviytyä arjesta ja hänellä on suuri vaara jäädä kokonaan vuodepotilaaksi.

Alzheimerin taudissa päivittäisen selviytymisen heikentyminen johtuu eniten aivojen korkeampien toimintojen muutoksiin kun taas Lewyn kappale-taudissa muistin kannalta tärkeät aivojen alueet säilyvät alkuvaiheessa suhteellisen toimintakykyisenä, mutta taudin varhaisoireisiin kuuluu näköharhat sekä yleinen jähmeys ja jäykkyys. (Heimonen & Voutilainen. 2004, 12.)

5.1 Muistisairaana lonkkaleikkauspotilaan toimintakyky

Laajasti määritellen toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen selviytymistä itseään tyydyttävällä tavalla päivittäisistä toiminnoista omassa elinympäristössään. Toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa myös sitä, miten hyvin ja itsenäisesti ihminen selviytyy arkielämän tehtävistä. Tähän vaikuttavat yksilön kyvyt, valmiudet sekä toimintaedellytykset. Ammattihenkilöstön haasteena on auttamis- ja hoitotilanteissa tukea potilaan säilyneitä kykyjä ja voimavaroja ja näin ollen voimaannuttaa häntä. (Sarvimäki & Heimonen 2010, 19.)

Eri ihmisten toimintakyvyn vertailu on hankalaa, koska vaihtelua aiheuttavat mm. ikä, sukupuoli, ammatti, kasvatusta sekä kulttuuri. Toimintakyky määräytyy myös aina ihmisen oman kokemuksen ja elinympäristön ehtojen mukaan. Toimintakykyä arvioidaan kun määritetään hoidon ja kuntoutuksen tarvetta. Toimintakyvyn arviointi vaatii laajaa asiantuntemusta ja on siksi yleensä moniammatillista työtä. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 18.)

Muistisairaana ihmisen toimintakykyyn vaikuttaa ratkaisevasti se, miten hän selviää jokapäiväisestä elämästään. Toimintakykyä voidaan tutkia joko toimintavuoksin tai jäljellä olevana toimintakykenä. Eri tutkimusaloilla toimintakykyä

tarkastellaan eri lähtökohdista ja näkökulmista ja se voidaan jakaa myös rajatumpiin käsitteisiin: fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. (Lyyra 2007, 21.) Lisäksi puhutaan vielä erikseen kognitiivisesta eli älyllisestä toimintakyvystä, joka käsittää oppimiseen, tiedon käsittelyyn sekä kielelliseen toimintaan liittyviä asioita (Kettunen ym. 2009, 9).

Vaikka toimintakyky voidaan jaotella eri osa-alueisiin, liittyvät nämä käytännössä tiiviisti toisiinsa. Yhden toimintakyvyn osa-alueen heikentyminen vaikuttaa myös muihin osa-alueisiin, esim. ihmissuhteet vaikuttavat potilaan henkiseen hyvinvointiin ja fyysinen toimintakyky taas vaikuttaa mielialaan sekä sosiaalisiin kanssakäymisiin. (Sarvimäki & Heimonen 2010, 20.)

Vanhuksen toimintakykyyn kuuluvat mm. seuraavat toiminnot: syöminen, kävely, wc-toiminnot, peseytyminen, pukeutuminen ja ulkonäöstä huolehtiminen. Mm. näistä asioista suoriutumista mitataan Suomen Alzheimer-tutkimusseuran ja Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijoiden kehittämässä ADCS-ADL-haastattelulomakkeen avulla.

WHO on kehittänyt ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001), joka on laajuutensa vuoksi yleisesti käytetty. Tämän luokituksen mukaan toimintakyky ja sosiaalinen osallistuminen ovat yksilön ja ympäristön välistä vuorovaikutusta. Mallin mukaan sairaus tai muu häiriö ihmisen terveydentilassa aiheuttaa elimistössä muutoksia kuten kipuja ja liikkumisvaikeuksia, jolloin aktiivinen osallistuminen vähenee ja tämä taas johtaa omatoimisuuden vähenemiseen ja avuntarpeen kasvuun. (Lyyra 2007, 22.) Vaurioiden, sairauden ja toimintakyvyn puutteiden korostamisen sijaan pitäisi tuoda esille enemmän säilyneitä vahvuuksia ja taitoja. ICF –mallissa erotetaan toimintakyky ja toimintarajoitteisuus sekä tilannesidonnaiset tekijät eli ympäristö- ja yksilötekijät (Kettunen ym. 2009, 9.)

Toimintakyky arvioidaan aina suhteessa toimintaympäristöön, joka voi vaikuttaa suurestikin muistihäiriöisen ihmisen toimintakykyyn. Toimintakyvyn ylläpidon kannalta tärkeää on liikunta sekä mahdollisuus suorittaa mahdollisimman monia asioita itse. Akuuttisairauksissa toimintakyky helposti romahtaa ja tavoitteena olisiikin saavuttaa akuuttisairautta edeltävä toimintakyvyn taso. Myös monipuolinen

ja maukas ruoka on tärkeää toimintakyvyn ylläpitämisessä, sillä erilaiset ravitsemushäiriöt alentavat nopeasti toimintakykyä. (Heinola & Finne-Soveri 2008, 65.)

Varsinkin sairaalahoito näyttää lisäävän runsaasti toiminnanvajavuuden riskiä. Sairaalaan pidetään vaarallisena erityisesti vanhuksille liikkumiskyvyn ja toiminnanvajavuuden näkökulmasta, sillä sairaalassa ihminen on normaalin toiminnan ulkopuolella. Liikkuminen ja sosiaaliset kontaktit ovat minimissään, huoli omasta itsestään alentaa mielialaa ja ympäristössä on vain vähän virikkeitä. Jo lyhytkin aika sairaalassa saattaa romahduttaa iäkkään ja muistisairaana ihmisen toimintakyvyn kokonaisvaltaisesti. (Karvinen 2010, 129.)

5.1.1. Muistisairaana lonkkaleikkaukspotilaan psyykinen toimintakyky

Psyykkisen toimintakyvyn käsite sisältää kognitiiviset toiminnot, psykomotoriset toiminnot, psyykinen hyvinvointi, depressio, ahdistuneisuus, stressi sekä yksinäisyyden kokemukset. Siihen voidaan liittää myöskin erilaiset psyykkiset selviytymiskeinot. (Lyyra 2007, 21.)

Psyykkisen toimintakyvyn keskeisin osa-alue ovat kognitiiviset eli tiedon käsitteelyyn tarvittavat toiminnot, kuten havaitseminen, oppiminen, muistaminen, kielelliset toiminnot sekä ajattelu, ongelmien ratkaisu ja päätöksen teko. Heikentynyt kognitiivinen toimintakyky vaikuttaa terveyteen ja on selvästi yhteydessä palvelujen lisääntyneeseen käyttöön ja kasvaneeseen kuolleisuuteen. Kognitiivinen toimintakyky onkin tärkeä tekijä, kun pyritään ylläpitämään ja edistämään terveyttä. Kognitiivisten toimintojen voimakkaampaa heikkenemistä aiheuttavat yleensä erilaiset sairaudet. (Suutama & Ruoppila 2007, 116, 117.)

Muistihäiriöpotilaan toimintakykyyn sekä motivaatioon kuntoutumisessa vaikuttaa suuresti uni-valverytmin häiriöt. Unettomuus ei niinkään ole ongelmana kuin vuorokausirytmien muuttuminen. Tutkimuksissa on tullut esiin vuoteessa vietetyn kokonaisajan vaikuttavan suuresti uni-valverytmin häiriintymiseen. Tämä tarkoittaa sitä, että käytännössä potilaat nukkuvat paljon päivällä, jolloin yöunen määrä jää suhteellisen pieneksi. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 95.)

Psykososiaalisessa arvioinnissa on ihminen otettava huomioon kokonaisuutena ja on myös tärkeää kuulla millaiseksi ihminen itse kokee olonsa ja selviytymisensä.

Haastattelun lisäksi voidaan käyttää erilaisia kirjallisia kyselylomakkeita, mikäli potilas on kykenevä niihin vastaamaan. Hyödyllistä on haastatella perheenjäseniä, koska he tuntevat läheisensä yleensä hyvin tarkkaan. Potilaan tilasta ja mahdollisista ongelmista saadaan tietoa havainnoimalla hänen ulkoista olemusta ja sanatonta viestintää kuten ulkomuotoa, eleitä, ilmeitä, liikkeitä ja siisteyttä. (Kettunen ym. 2009, 55–57.)

5.1.1.1 Muistisairauksien yleisimmät käytösoireet

Muistisairaahan potilaan käytösoireilla tarkoitetaan haitallisia psykologisia oireita, kuten masennusta, ahdistuneisuutta, sekä oman käyttäytymisen muutoksia, kuten vaeltelua tai yliseksuaalisuutta. Nämä oireet kuormittavat eniten hoitohenkilökuntaa sekä omaisia ja ovat tavallisin syy potilaan siirtymiselle laitoshoitoon. Masennusta esiintyy 20-80 %:lla, apatiaa 20-90%:lla ja ahdistuneisuutta 20-50 %:lla. (Erkinjuntti, Rinne, Soininen 2010, 91.)

Masennus ja muistisairaus liittyvät toisiinsa monellakin tapaa. Esim. aikaisemmin sarastettu masennus on riskitekijä myöhemmin kehittyvälle dementialle. Uusien tutkimusten mukaan vaikeasti dementoituneet potilaat kärsivät masennuksesta ja heillä vakava masennustila on jopa yleisempi kuin lievästi dementoituneilla. (Erkinjuntti, ym. 2010, 92.)

Varsinkin muistisairaudensairauden alkuvaiheessa masennus voi liittyä henkisten kykyjen jatkuvan taantumisen tiedostamiseen sekä tietoon parantumattomasta sairaudesta. Toisaalta masennukseen vaikuttaa myös tunnetilojen säätelystä vastaavien keskushermoston välittäjäainejärjestelmien rappeutuminen. (Erkinjuntti ym. 2006, 128.)

Masennuksen diagnosoiminen voi olla vaikeaa muistisairaalla ihmisellä, koska dementiaan liittyvät käyttäytymisen muutokset kuten liikkeiden hidastuminen, keskittymisvaikeudet, mielenkiinnon sekä motivaation väheneminen, painonlasku ja unihäiriöt. Tällöin on vaarana että masennus yli diagnosoidaan sekä ylihoitetaan. Toisaalta keskivaikeaa dementiaa sairastavan on vaikea ilmaista masennus-

taan vaan se ilmenee levottomuutena, pelokkuutena tai passiivisuutena. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 178.)

Apatia on yleinen, joskin huonosti tunnettu muistipotilaan käytösoire. Apatian äärimmäinen muoto on akineettinen mutismi, josta kärsivät potilaat eivät juurikaan liiku spontaanisti tai puhu. He tarvitsevat apua jokapäiväisissä asioissa. Apatia voi olla osa masennusta, mutta siihen liittyy myös itsenäisiä oireita, joihin masennuslääkkeet tehoavat huonosti. (Erkinjuntti ym. 2010, 93.)

Apatia tarkoittaa tunne-elämän latistumista, välinpitämättömyyttä sekä motivaation ja mielenkiinnon puutetta. Apatiasta kärsivä potilas ei reagoi iloon tai suruun entiseen tapansa ja kotiaskareet sekä itsestään huolehtiminen menettävät merkityksensä. Aiemmin dementiaa määrittelevä termi ”tylsistyminen” kuvaa hyvin apatiaa, joka joskus liittyy masennukseen, mutta esiintyy useimmiten itsenäisesti ilman masennusta. Apatia on monissa dementioissa yksi tavallisimmista ja ensimmäisistä käytösoireista, jonka omaiset kokevat usein raskaammaksi kuin liiallisen aktiivisuuden. Sekä apatia että masennus laskevat muistisairaahan potilaan kuntoutumisen motivaatiota. (Erkinjuntti ym. 2006, 128.)

Levottomuudella ja aggressiivisuudella tarkoitetaan muistisairaahan potilaan kohdalla epätarkoituksenomaista aggressiivisuutta, motorista yliaktiivisuutta, riehumista tai äänekkyyttä. Kyseessä voi olla potilaan yritys jäsentää jatkuvasti vieraina ja epätodellisenä tuntuva ympäristö. Oireilua voidaan vähentää erilaisilla ympäristöön vaikuttavilla toimilla. Levottomuus voi ilmetä vihamielisyytenä, joka purkautuu esim. kiukutteluna, kiroiluna, uhkailuna, esineiden paiskomisena sekä fyysisenä väkivaltana.

Levottomuusoireet ovat usein pitkäkestoisia ja saattavat vaatia vuosia kestäviä lääkkeitä. Katastrofireaktio on äkillinen levottomuusoireisto, johon tavallisesti liittyy itku-, huuto-, tai aggressiivisuuskohtaus. Tämän saattaa laukaista ympäristöstä tuleva ärsyke. Levottomuus lisääntyy yleensä myös siirryttäessä kotihoitosta laitoshoittoon. Harhaluuloisen potilaan aggressiivisuus on vakavaa ja pahimmillaan hengenvaarallista potilaan puolustautuessa kuvittelemansa uhkaa vastaan. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 180.)

5.1.2 Muistisairaahan lonkkaleikkauspotilaan sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky määritellään yksilön ja ympäristön välisenä vuorovaikutuksena, johon sisältyvät mm. harrastukset sekä muunlainen vapaa-ajan vietto, kontaktit läheisiin ihmisiin ja tuttaviiin sekä kyky solmia uusia ihmissuhteita. Sosiaalinen toimintakyky edellyttää yhteisöä, kykyä olla vuorovaikutuksessa sekä kykyä toimia. (Lyyra 2007, 21.)

Psykososiaaliseen toimintakykyyn kuuluu karkeasti ottaen: selviytyminen arjen tilanteista ja huolenpitotehtävistä, vuorovaikutuksessa oleminen toisten ihmisten kanssa ja solmia uusia sosiaalisia suhteita, elämän arkipäiväisten ongelmien ratkaiseminen sekä toimiminen omassa elin- ja toimintaympäristössä. Tavallisimmin psykososiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä tulla toimeen normaaliin yhteisöelämään kuuluvissa tilanteissa. (Kettunen ym. 2009, 47.)

Sosiaalinen verkosto sekä sosiaalinen tuki ovat keskeisiä käsitteitä kun tarkastellaan sosiaalisten suhteiden ja terveyden yhteyttä. Sosiaalinen verkosto sisältää yksilön jo olemassa olevat ihmissuhteet sekä niiden rakenteen. Ihmisillä on tarve saada arvostusta ja huolenpitoa on erittäin tärkeää hyvinvoinnin kannalta. Erilaisilla vuorovaikutussuhteilla, kuten suhteella puolisoon, lapsiin sekä muihin sukulaisiin ja tuttaviiin saattaa olla suurikin merkitys muistisairaalle, varsinkin hänen kohdatessa uusia haasteita kuten äkillinen sairastuminen ja sairaalahoitoon joutuminen. (Lyyra & Tiikkainen 2007, 70-71.)

Sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttaa suuresti potilaan aiempi henkinen suorituskyky, aktiivisuus, elämäntilanne sekä elinympäristön vaativuus. Kun arvioidaan omatoimisuutta, otetaan huomioon sekä monimutkaiset arkitoiminnot (rahaasiat, puhelimen käyttö, kaupassa käynti, kodinkoneiden käyttö, ruoanlaitto, harrastukset ja lääkkeitä huolehtiminen) sekä perustoiminnot (liikkuminen, pukeutuminen, peseytyminen, ruokailu, hygienia, pidätyskyky). (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 343.)

Sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin kuuluvat potilaan kokema yksinäisyys tai turvattomuus sekä tukiverkoston luonne. Kartoituksen voi suorittaa sopimuksen

mukaan hoitaja tai sosiaalityöntekijä. Sosiaalityöntekijä selvittää myös potilaan taloudellisen tilanteen ja huolehtii tarvittavien tukien anomisesta. (Finne-Soveri 2008, 29.)

Työiässä sairastuneet viettävät yleensä vielä aktiivista elämää ja harrastavat paljon, vaikkakin tietyistä asioista kuten luottamustehtävistä on jouduttava luopumaan. Ihmissuhteista saattaa hävitä niiden luontevuus ja osa tuttavista alkavat suhtautua sairastuneeseen eri tavalla. (Erkinjuntti, Rinne, Alhainen, & Soininen 2010, 556.)

Sosiaalinen tuki jaetaan usein emotionaaliseen, välineelliseen, tiedolliseen ja arviointitukeen. Emotionaalinen tuki liittyy huolehtimiseen ja hoivaamiseen sekä rakkauteen ja arvostukseen. Vaikka emotionaalista tukea tuottaa usein läheinen tai luotettu, voi myös vähemmän läheinen antaa emotionaalista tukea. Välineellinen tuki on konkreettista apua, kuten päivittäisistä toiminnoista selviytyminen, rahallinen tukeminen sekä erilaisten palvelujen saatavuus. Arviointituki antaa tietoa itsearviointiin, auttamalla päätöksenteossa, antamalla toiminnasta palautetta sekä mahdollistamalla sosiaalista vertailua. (Lyyra & Tiikkanen 2007, 70–72.)

Sosiaalinen verkosto voi edistää terveyttä ja suojata riskeiltä, mutta vaikuttaa myös sairauteen sekä sen kestoon. Toimiva sosiaalinen verkosto edistää fyysistä terveyttä ja alentaa kuolemanriskiä. Usko omasta selviytymiskyvystä liittyy usealla tavalla toimintakykyyn: usko itseensä ja omiin kykyihinsä ratkaisee sen, miten ihminen ajattelee ja toimii eri tilanteissa. Sisäiset voimavarat ja persoonalliset tekijät vaikuttavat siihen, millaisia selviytymiskeinoja ikääntynyt käyttää. (Lyyra, Tiikkanen 2007, 75,77.)

Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen sekä Eloniemi-Sulkavan sekä Stakesin yhteistyössä tekemän havainnointitutkimuksen (2007) mukaan tutkituissa 8 yksikössä (6 pitkäaikaista, 2 päivätoimintayksikköä) muistisairaiden potilaiden ajasta yhteensä 13% kului tilanteissa, joissa oli joko sanallista tai sanatonta vuorovaikutusta ilman muunlaista toimintaa. 9% asiakkaiden yhteistiloissa vietetystä ajasta kului erilaisten tiedotusvälineiden käyttöön. Yhteiset lehdenlukutuokiot toivat asiakkaat yhteen ja ne myös jaksottivat päivän kulkua. Kuitenkin ympärivuorokautisen hoidon yksikössä lehden luku saattoi olla mekaanista ja tv:n äärellä istuminen hyvinkin pitkäkestoista. (Toponen ym. 2007.)

5.1.3 Muistisairaana lonkkaleikkauspotilaan fyysinen toimintakyky

Yleisesti ottaen hyvän fyysisen toimintakyvyn määrittelyssä korostuvat hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntaelimistön toimintakyky. Hyviä fyysisen toimintakyvyn kuvaajia ovat esim. maksimaalinen hapenottokyky, kävelynopeus sekä lihasvoima.. (Lyyra 2007, 21.)

Fyysinen toimintakyky kuvaa ihmisen kehon suoriutumismahdollisuuksia ja sitä tarvitaan sekä päivittäisistä askareista selviytymiseen että ruumiillista ponnistusta vaativissa tehtävissä. Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat myös psykososiaaliset tekijät, koska ihminen, joka haluaa oppia uusia fyysisiä taitoja, tarvitsee vahvan motivaation sekä omaisten, ystävien ja ammatti-ihmisten sosiaalisen tuen. Fyysisen toimintakyvyn edistäminen onnistuu parhaiten kun kuntoutuja itse näkee sen hyvinvoinnilleen tärkeänä. terveydentila ja fyysinen toimintakyky ovat vahvasti sidoksissa toisiinsa, sillä sairaus voi ilmetä fyysisenä toiminnanrajoituksena kun taas toimintakyvyn parantuminen vähentää sairauden merkitystä. (Kettunen ym. 2009, 91.)

Esim. Lewyn kappale-taudissa on paljon piirteitä Parkinsonin taudista, molemmissa esiintyy Lewyn kappaleita ja samoina oireina ovat kankeus, hidaskävely, jäykistyminen, askelten lyheneminen, eteenpäin kaatumistaipumus sekä joskus lepovapinavapina. Myös kaatuilu, pyörtyminen tai selittämättömät vihan purkaukset on tyypillisiä. Oireita voi helpottaa mm. liikunnan lisäämisellä. Vaarana on kävelykyvyn heikkeneminen ja lopulta häviäminen ellei kuntoutukseen kiinnitetä tarpeeksi huomiota. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 89.)

Muistisairauteen liittyvään vakavaan masennustilaan liittyy usein ilmeikkyyden, motoriikan sekä puheen hidastuminen. Myös apatia hidastaa liikkeitä, eikä apaattinen potilas juurikaan liiku tai puhu spontaanisti. Mikäli potilaalla on aloitettu antipsykoottinen lääkitys käyttöoireiden vuoksi, hänellä saattaa ilmetä liikkeiden vähyyttä, kömpelyyttä, lepovapinaa sekä ryhdin kumaraan painumista. Lääkitykseen liittyvästä motorisesta levottomuudesta kärsivä potilas saattaa esim. nousta tuolista seisomaan ja istua heti alas tai kävellä levottomasti ympäri huonetta. Jos-

kus harvoin ilmenee pakkoliikkeitä eli tic- oireita, mutta tämä liittyy usein johonkin harvinaisempaan muistisairauteen. (Erkinjuntti ym. 2010, 347.)

Alzheimerin tautiin liittyvät fyysiset muutokset ilmenevät yleensä taudin keskivaiheessa ja tavallisimpina oireina ovat kaatuilu, tasapaino- ja kävelyvaikeudet, verenpaineen lasku ja ortostatismi (verenpaineen lasku ylösnoustessa aiheuttaen huimausta). Ryhti alkaa kumartua, nivelten liikkuvuus sekä vartalon notkeus vähenevät ja suojareaktiot ovat puutteellisia. Etukumaran lisäksi lonkat ja polvet ovat koukussa ja nilkkojen liikkuvuus vähenee. Kehon tasapaino on vaarassa muistisairaahan henkilön kallistuessa helposti taakse tai sivulle. Askel lyhenee ja askeleet laahaavat, liikkuminen on hapuilevaa. (Käyhty & Valvanne 2004, 49.) Tämä kaikki lisää luonnollisestikin riskiä kaatuiluun ja sitä kautta luiden murtumiin.

Vaskulaarisissa dementia- oissa fyysinen liikkuvuus riippuu vaurioiden sijaintiin aivoissa. Esimerkiksi Subkortikaalisessa vaskulaarisessa dementia- oissa koko kävely muuttuu toisenlaiseksi: se ei suju enää automaattisesti ja on rytmittömä ja takeltelevaa. Jalat tarrautuvat lattiaan ja kävely kokonaisuudessaan on koordinoimattomaa ja kömpelöä. Ylösnousut ja liikkeellelähdöt luovat potilaalle pelkotiloja ja aiheuttavat kaatumisvaaran. (Käyhty & Valvanne 2004, 49.)

Fyysisen toimintakyvyn vajavuus saattaa helposti syntyä yhtäkkiä alkaneen sairauden / trauman myötä. Täydellinen liikkumattomuus esimerkiksi vuodelevossa aiheuttaa lyhyessä ajassa toiminnanvajavuutta lihasvoiman vähetessä. Jo pelkkä flunssasta johtuva vuodelepo voi romahduttaa voimavarat alle itsenäisen suoriutumisen tason. (Karvinen 2010, 129.)

Varsinkin Alzheimerin tauti aiheuttaa painonlaskua ja ruokailu saattaa muutenkin olla ongelmallista muistisairaalle. Tavallisimpia ruokailuun liittyviä ongelmia muistisairaille ovat mm. jatkuva ruoan kysely ja levottomuus, sotkeminen, nielemisvaikeudet, epäsosiaalinen käytös ja ruoan piilottelu sekä passiivisuus. Yleisimpiä syitä ruokailuun liittyviin hankaluuksiin ovat väärä lääkitys, vähentynyt janon tunne, hahmotusongelmat ja huono näkökyky, maku- ja hajuaistin heikentyminen, depressio, suun sairaudet, nestetasapainohäiriöt ja verensokerin heilahteleminen sekä ruokailutilanteen levottomuus ja kiire. (Erkinjuntti ym. 2010, 349.)

5 MUISTISAIRAAN LONKKALEIKKAUSPOTILAAN KIPU

Kivun hoitotyön prosessiin sisältyy kivun tunnistaminen ja arviointi sekä sen hoitaminen ja hoidon vaikutuksen arviointi. Muistisairaahan ihmisen kivun arviointiin sisältyy mm. kivun sijainti, voimakkuus, kesto ja vaikutus. Mikäli muistisairaus on edennyt pitkälle, eikä potilas kykene ilmaisemaan kipunsa paikkaa tai voimakkuutta, hoitava henkilökunta voi seurata, aristaako potilas esim. jonkin kehonsa käsittelyä tai liikutusta. Potilaan voimakas vastustaminen hoidon yhteydessä voi kertoa kivusta. (Kankkunen 2011, 22.)

Lievää muistisairautta sairastavat saattavat käyttää eri käsitteitä kuin kipu ja kertoa esimerkiksi sattumisesta tai koskemisesta. Kipua voi mitata joko VAS – mittarilla (visuaalis-analoginen mittari) tai kasvoasteikolla. Lisää kipumittareita edempänä. Kivusta kertovia fysiologisia muutoksia voivat olla mm. laajentuneet pupillit, mustelmat, haavat, kylmänhikisyys, takykardia tai kohonnut verenpaine. (Kankkunen 2011, 22–24.)

Kivun tunnistaminen voi olla vaikeaa, mikäli muistisairas ei kykene sitä ilmaisemaan luotettavasti. myös sairauteen liittyvä aggressiivisuus vaikeuttaa entisestään kivun arviointia. Luotettavinta olisi potilaan oma sanallinen ilmoitus, joka toimisi myös parhaana kivun mittarina. Kuitenkin vaikeaa tai keskivaikeaa muistisairautta sairastavan potilaan ilmoitus on soveltumaton arviointimenetelmä, mikäli se poikkeaa selvästi hoitohenkilökunnan tekemistä arvioista sekä PAINAD – mittarilla saaduista tuloksista. Mitä vaikeampi on muistisairauden aste, sitä enemmän potilaan oma ilmoitus poikkeaa muiden havainnoinnista. (Määttä & Kankkunen 2009.)

Kun potilas ei kykene sanallisesti ilmaisemaan kipuaan, on tällöin tarpeen havainnointiin ja käyttäytymismuutoksiin perustuvat arviointimenetelmät. American Geriatrics Society on jakanut käyttäytymisen muutokset kuuteen eri havaintoluokkaan: kasvojen ilmeiden, ääntelyn, kehon kielen, sosiaalisen kanssakäymisen, päivittäisten toimintojen ja henkisen tilan muutoksiin. Kaikkien näiden kohtien huomioiminen kipumittareissa on haasteellista, sillä olisi käytännön tarve mittarille, joka olisi sekä nopea- että helppokäyttöinen. On todettu että erilaisissa laitok-

sissa hoitajat ovat arvioineet muistisairaahan potilaan kipua eri havainnointimenetelmin, mutteivät olleet käyttäneet kipumittareita tai kokeneet niitä edes tarpeelliseksi. (Määttä & Kankkunen 2009.) Tutkimustulosten mukaan on olemassa neljä kansainvälistä mittaria vaikeaa muistisairautta sairastaville. (Liite 2.)

7 MUISTISAIRAAN POTILAAN LONKKALEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ

7.1 Tarpeen määrittely

Lonkkaleikkauspotilaan kuntouttamista hidastavat mm. korkea ikä, heikentynyt toimintakyky, sekavuus, muut sairaudet ja dementia. Erikoissairaanhoidossa hoitajat ovat lyhentyneet ja potilaat siirretään mahdollisimman nopeasti terveyskeskuksiin jatkokuntoutukseen. Kuitenkin varhainen geriatrinen arviointi ja hyvä kokonaisvaltainen hoito nopeuttavat tutkimusten mukaan kuntoutumista.

Ensimmäisen vuoden kuolleisuus lonkkamurtuman jälkeen on eri tutkimuksissa ollut keskimäärin 21,33 %. Korkea ikä ja pitkäaikaissairaudet, dementia, intrakapsulaarinen murtuma ja puoliproteesileikkaus nostavat kuoleman riskiä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että ennen lonkkamurtumaa itsenäisesti asuneiden ja päivittäisistä toimistaan suoriutuvien, korkeintaan lievästi dementoituneiden potilaiden kuolleisuus ei kuitenkaan ollut suurempi kuin vertailuväestön (Pietikäinen, Heinonen, Huusko & Karppi 2003, 193.)

Lonkkamurtumaleikkaukseen liittyy iäkkäillä ihmisillä monia riskejä, joita pyritään torjumaan. Monet lonkkamurtumapotilaat ovat aliravittuja. Tämä heikentää heidän kykyään vastustaa infektioita ja huonontaa myös haavan paranemista. Vanhuksella on yleensä myös monia sairauksia, jotka huonontavat hänen toipumistaan leikkauksen elimistölle aiheuttamasta rasituksesta. Siksi hoito on vaativaa ja räätälöidään kunkin potilaan tarpeiden mukaan. Kivunhoitokin on yksilöllistä ja riippuu mm. potilaan perussairauksista. (Huusko ym. 2011.)

Tulee myös ottaa huomioon muistisairaana potilaan fysioterapian olevan normaalistikin pitkäjänteistä, suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa, joka tapahtuu moniammatillisesti sekä mahdollisesti yhdessä omaisten kanssa jokaiselle on laadittava yksilöllinen kuntoutussuunnitelma ja kuntoutuksen tarkoituksena on, että kuntoutuja saavuttaa voimavarojensa mukaan itselleen parhaan mahdollisen toimintakyvyn. Kuntoutukseen kuuluu ohjaus, tuki, rohkaisu ja potilasta aktivoidaan käyttämään mahdollisimman laajasti omia voimavarojaan. (Käyhty & Valvanne 2004, 48.)

Vanhusten murtumien hoidossa kirurgia on vain osa hoitoketjua, johon kuuluu postoperatiivisen hoidon lisäksi hoito kuntoutusosastolla sekä fysioterapia avohoidossa. Pyrkimyksenä on nopea mobilisaatio komplikaatioiden välttämiseksi. Vuodelevon pitkittyminen lisää riskiä saada tromboembolioita sekä infektioita, lisäksi se heikentää lihasvoimia, jäykistää niveliä ja voi johtaa henkiseen taantumiseen. (Kröger, Aro, Böstman, Lassus & Salo. 2010, 683.)

Weronica Gröndahlin (2009) tuottaman kyselyn mukaan sairaanhoitajat ovat melko usein tietoisia potilaan taustoista, vakituiset ja vanhemmat työntekijät enemmän kuin nuoremmat ja sijaiset. Kodin fyysistä turvallisuutta arvioitiin harvemmin.

7.2 Suunnittelu

Hahmoteltaessa kuntoutumisprosessia tärkeintä on yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, jota voidaan pitää kuntoutujan tulevaisuuden suunnitelmana. Ennen kuntoutumisen alkamista on selvitettävä pääpiirteittäin miten kuntoutuja on joutunut nykyiseen ongelmatilanteeseen ja myös muistisairauden tuomat esteet ja vaikeudet on otettava huomioon. Kotona annettavista palveluista palvelun käyttäjän kanssa palvelu- ja hoitosuunnitelma, johon sisältyy sekä kotipalvelu että kotisairaanhoido. (Kähäri-Wiik 2006, 34.)

Osastolle tullessaan potilaat ovat usein sekavia, hämmentyneitä sekä nestehukasta kärsiviä. Nopea mobilisointi, kannustaminen omatoimisuuteen sekä yleistilan kohentaminen ovat tärkeitä hoidon osia heti alussa. (Pietikäinen ym. 2003, 192.) Sairaalahoidoon sisältyy aina kotona asumisen päättymisen vaara ja tämän välttämiseksi tarvitaankin moniammatillista geriatriasta osaamista jokaisessa sairaala-

hoidon vaiheessa. Erityisesti tulisi kiinnittää huomiota vuorovaikutustaitoja korostavaan muistihäiriöisen potilaan hoitotyöhön sekä hänen erityistarpeisiinsa. Suunnitteluun ja toteutukseen on siis paneuduttava moniammatillisesti ja huolellisesti. (Tolonen & Laakkonen 2008, 119.) Lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen tavoitteena on palauttaa hänen toimintakykynsä mahdollisimman nopeasti sellaiseksi, että hän voi jatkaa elämäänsä entisessä elinympäristössään. (Pietikäinen ym. 2003, 193.)

Jo hoitojakson alussa tulee kartoittaa potilaan aiempi toimintakyky, jonka mukaan myös kuntoutussuunnitelma tehdään ja hahmotellaan kuntoutustavoitteet. Erityistä huomiota on kiinnitettävä potilaan omiin voimavaroihin, jotka vaikuttavat kuntoutukseen ja hoitoon. Myös omaisia täytyy kuunnella potilaan tavoista, sillä heidän tietojaan voidaan hyödyntää hoitotyössä. Vieras sairaalaympäristö, akuutti sairaus sekä muistisairaus ovat riskialtis yhdistelmä ja altistavat potilaan deliriumille eli akuutille sekavuustilalle. (Tolonen & Laakkonen. 2008, 121.)

Hoitajan tulee arvioida potilaan edellytyksiä selviytyä ja etsiä yksilöllisiä ratkaisuja selviytymisen tueksi. Ohjauksessa ja avustamisessa tulisi edetä oppimisen periaatteiden mukaan: helpommasta vaikeaan, yksinkertaisesta monimutkaisempaan ja avustetusta mahdollisimman itsenäiseen toimintaan. Harjoitukset tulisi liittää käytännön tilanteisiin ja tehdä ne silloin, kun toimet normaalistikin tehdään, esimerkiksi vaatteiden pukemista harjoitellaan aamulla ja riisumista illalla. Tarpeen mukaan tehdään yhteistyötä toimintaterapeutin ja fysioterapeutin kanssa fyysisen toimintakyvyn edistämiseksi. Kuntoutuksessa ja ohjaamisessa voidaan käyttää myös erilaisia mielikuvia, varsinkin muistisairaiden kanssa on apua tutuista mielikuvista: ”Poimitaan omena puusta”. (Kettunen ym. 2009, 131.)

7.3 Toteutus

Potilaan kuntoutumis- ja ohjausprosessiin sisältyy ensin ohjauksen tarve, ohjauksen kulun suunnittelu, ohjauksen toteutus ja lopuksi arviointi onnistumisesta ja vaikuttavuudesta. Tämä prosessi toteutuu potilaan hoidon kaikissa vaiheissa. on tärkeää että myös potilaan omaiset saavat tietoa sairaudesta, odotettavissa olevista tutkimuksista sekä hoidosta. Potilaan kuntoutuksessa ja ohjauksessa korostuu tarpeen määrittely, sillä lähtökohtana ovat aina potilaan tarpeet. On myös tärkeää ottaa huomioon mitä potilas itse ymmärtää ja tietää sairaudestaan. Sairaanhoitajan

tehtävänä on kertoa potilaalle sekä hänen omaisilleen mitä tehdään ja miksi, tunnistaa potilaan ohjauksen ja kuntoutumisen tarve, asettaa tavoitteet sekä ohjauksen ja kuntoutuksen toteutus. (Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala Pia, Olsbo, Pohjola & Väänänen 2006, 10–12.)

Kuntoutumista tukeva työtapa tarkoittaa sellaista työtapaa, jossa hoitaja kannustaa ja tukee kuntoutujaa selviytymään mahdollisimman itsenäisesti omien voimavarojensa mukaan. Hoitaja ei siis tee asioita kuntoutuja puolesta vaan yhdessä hänen kanssaan auttaen niissä toiminnoissa, joista kuntoutuja ei itse selviydy yksin. Kuntoutumisessa on tärkeää tukea paitsi fyysistä, myös sosiaalistakin puolta ylläpitämällä kuntoutuja sosiaalisia suhteita sekä mahdollisia harrastuksia. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2006, 19.)

Kun tehdään kuntoutussuunnitelmaa ja toteutetaan sitä, täytyy ottaa huomioon potilaan tarpeet ja elämäntilanne. Yksi suurimmista haasteista on ajanpuute sekä henkilökunnan vähyys. Kuntoutuksen onnistuminen vaatii myös henkilökunnan valmiuksia antaa tarvittavaa tietoa ja ohjausta, mikä taas vaatii tietojen päivittämistä ja omatoimista opiskelua. Osastoilla tulisikin olla selvät ohjeet millaista ohjausta ja kuntoutusta millekin potilasryhmälle tulisi antaa. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 16.)

7.3.1 Käyttösoireiden kohtaaminen ja hoito

Käyttösoireiden taitava hoitaminen ja yhteistyö omaisten kanssa ovat tärkeä osatekijä hyvässä hoidossa. (Heimonen 2010, 83). Käyttösoireita pitää hoitaa kun ne raskastavat potilasta tai heikentävät hänen toimintakykyään. Käytännön työssä sovelletaan sekä psykososiaalisia, että lääkkeellisiä keinoja. Lääkkeettömässä hoidossa perusteetonta rajoittamista ja avuttomuuden korostamista vältetään mahdollisimman paljon. Rajoittamisen vähentäminen on kuitenkin ongelmallista heti ortopedisen leikkauksen jälkeen riippuen leikkauksesta ja sen tuomista rajoitusohjeista. Jäljellä olevaa toimintakykyä olisi tuettava mahdollisuuksien mukaan ja käyttösoireiden syiden selvittäminen (esim. kipu) sekä oikeanlainen vuorovaikutus vievät jo pitkälle. Lääkkeellisessä hoidossa keskitytään muistisairauteen ja sen oi-

reisiin vaikuttaviin lääkkeisiin sekä leikkauksen jälkeiseen kipulääkitykseen. (Laurila 2010.)

Haasteellinen käyttäytyminen voi aiheuttaa vaaratilanteita potilaalle itselleen sekä muille ihmisille. Tieto muistisairaana potilaan käytöshäiriöiden syistä sekä omien toimintatapojen tunnistaminen auttaa hoitajaa asennoitumaan tilanteeseen positii-visesti sekä löytämään yksilöllisiä ratkaisuja kohtaamaan haasteellinen käyttäy-tyminen. Koska dementia on etenevä prosessi, sen kaikissa vaiheissa on ihmisellä vielä jäljellä terveyttä, joka saadaan esiin oikeilla auttamismenetelmillä. (Laitala 2008, 10).

”Muistisairaana käytösoire on merkki pahoinvoinnista, joka ei selity vain muisti-sairaudella”, kertoo tutkija Ulla Eloniemi-Sulkava. Muistisairaana somaattisten vaivojen hoito on hänen hyvinvointinsa perusta ja tarvitaankin sairaanhoidollista taitoa arvioida , milloin on kipuja, matala verenpaine tai virtsatieinfektio yms. Hoitajan tulisi ymmärtää, että muistisairas potilas on ihminen, jolla on samat toi-veet ja tarpeet kuin hoitajalla itsellään. Ruotsalainen sairaanhoitaja Eva Götell on tehnyt väitöskirjan laulun käytöstä hoitotyössä ja hänen tutkimuksensa osoittavat että laulamisen ehkäisee aggressiivisia reaktioita esim. peseytymistilanteissa ja laulamalla vähentää levottoman ympäristön häiritsevyyttä (Heiskanen-Haarala 2010, 26–27.)

Psykeläkkeiden käyttö voi aiheuttaa käytösoireiden lisääntymistä, toimintaky-vyn laskua, kognitiivisten toimintojen heikentymistä, kaatuilua ja levottomuuden tunnetta, joka pakottaa jatkuvaan asennon vaihtoon, kävelyyn tai sen yrittämiseen. (Laitala 2008, 11.) Muistihäiriöisen potilaan stimulointi tukee hänen hyvinvointi-aan, kun taas passiivinen, pitkäaikainen yksinolo ja paikallaan istuminen tai ma-kaaminen aiheuttaa vetäytymistä omiin maailmoihin sekä hankalaa käytöstä. (To-po ym. 2007, 98).

Dementoituvien kuntoutumista edistävässä hoitotyössä lähtökohtana ovat demen-toituvan ihmisen inhimillisten oikeuksien kunnioittaminen, yksilöllisyyden tun-nistaminen, itsemääräämisoikeuden tukeminen sekä säilyneiden, heikentyneiden että menetettyjen kykyjen tunnistaminen. Tärkeää on myös toimintakyvyn tavoit-teellinen tukeminen. Yksilöllisyyden tunnistamisella tarkoitetaan esimerkiksi tie-toa siitä, mitkä ovat olleet potilaan elämän tärkeitä rooleja, mitkä asiat ovat tuot-

taneet hänelle mielihyvää sekä turvallisuuden tunnetta ja mistä asioista hän ei pidä. Sairastunutta ja hänen läheisiään tulisi kuulla esimerkiksi keskustelemalla heidän tarpeistaan ja toiveistaan ja läheiset tulisi ottaa mukaan hoidon suunnitteluun ja arviointiin. (Topo ym. 2007, 99.)

Kuntoutumista edistävässä hoitotyössä tulee ottaa huomioon kuntouttavan työtteen käyttö sekä yksittäisissä että ryhmämuotoisissa hoitotilanteissa. Yksittäisessä hoitotilanteessa kuntouttavaa työtettä tulisi käyttää niin, että sairastuneelle ihmiselle luodaan tilanteita mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen. Mielihyvän kokeminen sekä onnistumisen tunne rikastavat muistihäiriöisen ihmisen elämää sekä tukevat hänen identiteettiään (Heimonen & Voutilainen, 2006, 57.) Potilaan turvallisuuden kokemuksia voi hoitaja tukea mm. kiireettömyydellä ja hetkeen keskittymisellä, vakuuttavuudella, aitoudella, tilan annolla ja mielipiteen kysymisellä, fyysisen reviirin kunnioittamisella sekä lempeällä lujudella. (Laaksonen ym. 2001, 25).

Outi Laitalan (2008) teettämän kyselyn mukaan (vastaajat työskentelivät eri puolilla Suomea toimivissa dementiahoitoyksiköissä) haasteellisissa tilanteissa käytettiin yleisimmin seuraavia hoitotyön keinoja: Muistisairaalle annetaan aikaa ja hänen kanssaan keskustellaan, järjestetään toimintaa tilanteen rauhoittamiseksi, kysytään mikä potilaalla hätänä, tarkastetaan potilaan tausta ja siitä mahdollisia ohjeita tilanteiden varalle, annetaan rauhoittavaa lääkettä tai laitetaan istumaan geriatriseen tuoliin sidottuna. (Laitala 2008.)

7.3.2 Vuorovaikutus

Johtuen muistisairauden erityisluonteesta potilaan ymmärretyksi tuleminen edellyttää hoitajan ymmärrystä. Dementoituneen reaktiot ovat heijastumia myös hoitajasta välittyvistä kokemuksista. Havainnot vuorovaikutustilanteissa vaativat tarkkaavaisuutta ja toimiva kommunikointi on merkittävä haaste hoitotyössä. Perussääntönä onkin, että toiminta lähtee potilaan tarpeista, eikä hoitajan henkilökohtaisista tarpeista. (Laaksonen ym. 2004, 19.)

Myös hoitajalla on tunteensa kullakin hetkellä ja esim. aikaisempien kokemusten pohjalta voi syntyä pelko epäonnistumisesta mikä taasen luo tilanteeseen jännitteitä ja vaikeuttaa samalla onnistumista. Jos potilas on ahdistunut ja kieltäytyy yhteistyöstä voi hoitaja kokea harmistumista tai kiukkua vaikka hoitajan toiminnan tavoitteena tulisikin olla tilanteen tyyneyden säilyttäminen (Laaksonen ym. 2004, 20, 21.)

Ammatillisessa vuorovaikutussuhteessa hoitaja kohtaa kuntoutuvan potilaan sekä ihmisenä että ammatillisena työntekijänä. Ammatillisuus tuo tarvittavaa etäisyyttä ja pidättyväisyyttä, jotka suojaavat kuntoutujan yksityisyyttä, kun taas potilaan ihmisenä kohtaminen tuo vuorovaikutussuhteeseen välittämistä, läheisyyttä sekä lämpöä. Muistisairaana kuntoutujan luottamuksen hoitaja saavuttaa parhaiten yrittämällä mahdollisimman ennakkoluulottomasti tutustua häneen ymmärtäen hänen käsitystään elämästä sekä omasta tilanteestaan. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 19.)

Luottamussuhteen muodostaminen on vastavuoroinen prosessi hoitajan sekä muistihäiriöisen ihmisen välillä ja hoitajan käyttäytymisellä on siinä olennainen merkitys. On tärkeää että potilas pystyy luottamaan hoitajan sanaan sekä avunsaamiseen. Kieltäminen sekä väheksyminen luovat epäluuloisuutta, jota dementiapotilaalla saattaa olla jo ennestään. Liiallisiksi koetut vaatimukset sekä turhautuminen koettelevat molemminpuolista luottamusta. (Heimonen & Voutilainen 2006, 65.)

Emotionaalista turvallisuutta luovat mm. menetettyjen asioiden korvaaminen, epäonnistumisien ennaltaehkäisy sekä muistihäiriöisen potilaan puolesta toiminen asioissa, joihin hän ei itse enää kykene. Hoitopaikan positiivinen ilmapiiri ja yhteisöllisyys edistävät dementoituvan elämänlaatua. Turvallisuuden tuntua vahvistaa myös johonkin kuulumisen tunne, jota voidaan edistää esimerkiksi tuomalla dementoituneen ihmisen menneisyyteen liittyviä asioita nykyisyyteen (Heimonen & Voutilainen 2006, 65, Liite 3.)

1960-luvulla kehitettiin tekniikka nimeltä realiteettiorientaatio, alun perin vaikeasti vammautuneiden sotaveteraanien kuntoutukseen. Siinä on keskeisenä tavoitteena yleisen orientaatiotason, kuten ajan- ja paikantajun sekä henkilökohtaisten tietojen muistamisen kohentaminen. Tätä tekniikkaa voidaan toteuttaa jatkuvana prosessina, jolloin henkilökunta ohjaa muistisairasta potilasta kohti realiteetteja

kaikissa hoitotilanteissa. Yksi tekniikan kulmakivistä on muistuttaminen ajankoh-
taisista asioista RO -taulun avulla, jossa näkyy yleensä viikonpäivä, päivämäärä,
senhetkinen säätyyppi, seuraava ateria sekä paikan nimi (Hokkanen 2004, 430–
431.)

Validaatio- eli mielikuvaterapiassa osoitetaan ymmärrystä potilaan omille koke-
muksille ja siinä käytetään sekä sanallista että sanatonta viestintää erilaisissa hoi-
totilanteissa. Tavoitteena on tukea potilaan itsetuntoa ja sopeutumista sekä vähen-
tää psyykkistä stressiä. (Laitala 2008, 11.) Muistisairaaseen potilaaseen keskity-
tään säilyttämällä aito ja läheinen katsekontakti, pitämällä äänenpainot matalina,
selkeinä sekä ystävällisinä, tarkkailemalla hänen mielentilojaan ja liikkeitään sekä
käyttämällä kosketusta harkiten. Häntä rohkaistaan muisteluun ja myös musiikkia
voidaan käyttää muistikuvien aktivoimiseen. Keskustelussa potilaan sanomaa
toistetaan ja selkeytetään, käytetään kysymyssanoja (kuka, mikä, missä, milloin,
miten), mutta kysymyssanaa miksi vältetään. Validaatioterapian myötä muistisai-
raat saavat takaisin itsearvostustaan, kykenevät kommunikoimaan paremmin, ovat
vähemmän ahdistuneita ja kykenevät saattamaan loppuun keskenjääneitä kehitys-
tehtäviään. Hoitohenkilökuntaa kyseinen terapia auttaa parantamaan kommuni-
kaatiota ja estää turhautumista sekä työssä loppuun palamista. Myöskin omaisten
ahdistus vähenee heidän nähdessä läheisensä edistyvän. (Hokkanen 2004, 432).

Muistisairaahan kuntoutujan tilanteeseen liittyy usein ahdistuneisuutta sekä pelkoti-
loja ja kuntouttavaan työtapaan kuuluu suhtautua potilaaseen rohkaisevasti, kan-
nustavasti ja inhimillisesti. Jo pelkkä läsnäolo ja saatavilla olo tuovat turvallisuus-
den tunnetta. Äärimmäistä herkkyyttä tulkita kehon kieltä on tärkeää silloin kun
potilas ei itse kykene ilmaisemaan itseään ymmärrettävästi, kuten muistisairas
usein. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 20.)

7.3.3 Fyysinen kuntoutus

Kaikkien hoitotyöhön osallistuvien tulee rohkaista potilasta omaehtoiseen harjoit-
teluun. Fysioterapiaan sisältyy laskimotukosten ehkäisy, leikatun raajan liikerato-
jen kontrollointi, siirtymisen ja kääntymisen opettelu, istumaan nousemisen har-
joittelu, seisomisharjoittelu sekä varaamisen opettaminen. Perusliikkeiden ohella

harjoitellaan päivittäisiä toimintoja, kuten pukeutumista, riisumista, peseytymistä ja wc:ssä käyntiä. Potilaan psyykinen sekä sosiaalinen toimintakyky ovat keskeisiä kuntoutuksen onnistumisessa. (Kröger ym. 2010, 683, liite 4.)

Eri muistisairauksien erityispiirteet vaikuttavat kuntoutuksen suunnitelmaan. Päivittäiseen toimintakykyyn vaikuttavat henkisen suorituskyvyn lisäksi myös psyykkiset muutokset sekä liikunnalliset vaikeudet. Kävelyn ja tasapainon ylläpitämisen vaikeutta voi esiintyä, myöskin halvausoireita sekä näkökyvyn muutoksia. Sairauden vaikeusaste vaikuttaakin kuntoutuksen tavoitteisiin. (Pirttilä 2004, 12.)

Fysioterapian tavoitteena on mm. parantaa liikuntakykyä ja sillä onkin keskeinen merkitys neurologisessa kuntoutuksessa. On osoitettu että lonkkamurtuman jälkeen toteutetusta kuntoutuksesta hyötyvät terveitä henkilöitä enemmän lievistä tai keskivaikeasta dementiaasta kärsivät, koska aktiivista kuntoutusta saaneet kotiutuivat nopeammin ja selviävät kotona paremmin. (Pirttilä 2004, 13.)

Kävelyvaikeudet, tasapaino-ongelmat sekä kaatuilu ovat yleisiä dementoivissa sairauksissa ja esim. Lewyn kappale-tautiin liittyy jo alkuvaiheessa jähmeyttä, kömpelyyttä sekä liikkeiden hidastumista. Vaskulaarisissa demensioissa taas esiintyy tasapaino-ongelmia, kävelymuutoksia ja halvausoireita. Alzheimerin taudissa liikunnalliset ongelmat ilmaantuvat myöhemmässä vaiheessa, mutta kävelyvaikeuksia kehittyy lähes kaikille potilaista. Myöskin sairauteen liittyvä apatia ja aloitekyvyttömyys johtavat liikunnan vähentymiseen ja tätä mukaan lihaskunnan heikkenemiseen. (Pirttilä 2004, 16.)

Dementoituvan ihmisen fysioterapia on suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa, joka tapahtuu mieluiten myös omaisten kanssa. Perustana on jokaiselle yksilöllisesti laadittu kuntoutussuunnitelma ja tavoitteena että kuntoutuja saavuttaa voimavaroihinsa nähden parhaan mahdollisen toimintakyvyn. Fysioterapiaa toteutetaan yhteistyössä kuntoutujan sekä hänen omaistensa kanssa korostaen kuntoutuksen pehmeitä menetelmiä eli ohjausta, opetusta, tukea ja rohkaisua. (Käyhty & Valvanne 2004, 48.)

Heti leikkausta seuraavana päivänä on lähdettävä liikkeelle, minkä edellytyksenä on tehokas kivunhoito ja oikea leikkausmenetelmä. Muistisairaiden lonkkaleik-

kauspotilaiden on vaikeaa muistaa ortopedin suosittamaa varausrajoitusta, mutta aktiivisen liikkeellehdön ei ole todettu lisäävän komplikaatioita. Avainkohtia lonkkamurtumapotilaille ovat välitön liikkeellehtö, yhteistyö ja kuntoutus. Fyysisen tilan parantumisesta edesauttaa kipujen hallinta, nesteytys ja anemian hoito, laskimotukosten esto sekä muiden sairauksien huomioiminen ja hoito. Tärkeää ovat myös potilaan motivointi, ohjaus ja neuvonta sekä kotiutuksen valmistelu. (Käyhty & Valvanne 2004, 48.)

Muistisairaahan lonkkaleikkauspotilaan kuntouttamisessa on otettava huomioon monenlaisia asioita: liikerajoitusten vuoksi on huomioitava oikea vuoteesta nousu eli aina terveeltä puolelta, korotettu wc-istuin ja muut istuimet sekä asentohoito, jossa voidaan käyttää tyynyjä ja kiiloja. Varauksien takia on käytössä oltava oikeanlainen liikkumisapuväline. Muistisairaiden haastavan kuntoutuksen takia varausrajoitus ei välttämättä ole ehdoton, vaan sitä voi soveltaa mahdollisuuksien mukaan. Fyysiset harjoitukset täytyy ajoittaa oikeaan aikaan ottaen huomioon kipulääkityksen antoajat. (Huusko & Valvanne 2001).

Myös henkilökohtainen hygienia kuuluu osana kuntoutukseen. Yleisimpiä henkilökohtaiseen puhtauteen ja hygieniaan liittyvät ongelmat ovat peseytymistilanteet, pukeutuminen ja riisuminen sekä virtsaamiseen ja ulostamiseen liittyvät ongelmat, jotka saattavat aiheuttaa muistisairaalle potilaalle epäonnistumisen tunnetta, aggressiivisuutta, masennusta ja luovuttamisen halua. Henkilökohtaisen hygienian ongelmatilanteita ovat mm. kieltäytyminen pesusta sekä muistakin hoitotilanteista, passiivisuus ja pelokkuus, vastustelu, paleleminen hoitotilanteissa, jäykkyys, sopimattomiin paikkoihin ulostaminen ja virtsaaminen sekä aggressiivisuus. Ratkaisuja kannattaa etsiä aktiivisesti sekä potilaan että ympäristön näkökulmista. Levottomuus, housun etumusta tapailevat kädet, ahdistuneisuus, harhailu, aggressiivisuus tai paikallaan seisominen voivat olla merkkejä virtsaamisen tarpeesta. (Semi 2001).

Ongelmat henkilökohtaisessa hygieniassa voidaan ratkaista fyysisillä tai yksilöllisillä tavoilla. Fyysiset ratkaisut sisältävät ympäristön muokkausta ja yksilölliset ratkaisut kohdistuvat potilaaseen itseensä ja vaihtelevat potilaskohtaisesti. (Liite 5.)

Ruokailuun liittyvissä ongelmissa kannattaa ennen ruokailua pohtia missä ruokailu tapahtuu, mitä potilas voi tehdä itse ja kuka avustaa tai syöttää potilaan. Koskaan ei pidä tehdä potilaan puolesta sellaista mitä hän itse osaa, vaikka se häneltä veisikin aikaa. Ruokailua voidaan helpottaa monilla tavoilla, mutta läheskään kaikki esimerkit eivät ole mahdollisia kiireisellä osastolla. (Semi 2001, liite 6.)

8 KIVUN HOITO

Yksinkertaisin tapa arvioida kipua on antaa potilaalle kipulääkettä ja jos potilas rauhoittuu, voidaan olettaa, että hänellä oli kipuja. Voidaankin pohtia kuinka paljon muistisairaana potilaan häiriökäyttäytymistä voitaisiin estää tai lieventää säännöllisellä kipulääkityksellä, jolloin tarve esim. psykelääkkeille levottomuutta hillitsemään vähenisi. Kipua tulisi arvioida jokaisen työvuoron aikana sekä ennen että jälkeen kipulääkityksen. (Kankkunen 2011, 23.)

Muistisairaana kipulääkityksessä tulisi ottaa huomioon lääkityksen edut, eri lääkkeiden yhteisvaikutukset ja mahdolliset haitat. Muuten muistisairaana kipua voidaan hoitaa kipulääkkein samalla tavalla kuin muidenkin ikääntyneiden kipua. Kipulääkitys tulisi aloittaa pienillä annoksilla ja lisätä tarpeen mukaan, sillä ikääntyneillä tulee ottaa huomioon monia fysiologisia muutoksia, jotka vaikuttavat lääkkeiden imeytymiseen. (Kankkunen 2011, 23.)

Sairaanhoitajan rooli muistisairaana potilaan kivunhoidossa on erittäin tärkeä ja hoito tulisi suunnitella moniammatillisessa työryhmässä. WHO:n esittämällä kipuportaalla alimpana ovat ei- opioidit, seuraavalla opioidit ja kolmannella portaalla muut lääkkeet, kuten depressio- ja epilepsialääkkeet, bentsodiatsepiinit sekä neuroleptit. Lääkkeenantotapa tulisi ottaa huomioon: suun kautta, suonensisäisesti, paikallisesti tai rektaalisesti. Lihaksensisäisiä lääkkeitä tulisi välttää, koska ne saattavat aiheuttaa kudonvaurioita. (Kankkunen 2011, 24.)

Muistisairaana kivunhoidossa voi käyttää hyvänä perusteena WHO:n kivunhoitosuosituksia. Postoperatiivisen tai muun kudonvauriosta johtuvan kivun tavallisin lääke on suun kautta annettava parasetamoli. Sen avulla voidaan vähentää myös opioidien tarvetta ja samalla vähentää niiden haittavaikutuksia. Tulehduskipu-

lääkkeet ovat yhtä tehokkaita, mutta niillä on enemmän haittavaikutuksia. Mikäli parasetamolilla tai tulehduskipulääkkeillä ei saada riittävää vastinetta, siirrytään heikkoihin opioideihin kuten tramadoliin tai kodeiiniin tai yhdistelmävalmisteisiin. Lievät opioidit ovat muistisairailta ongelmallista, koska ne heikentävät kognitiota ja saattavat aiheuttaa sekavuutta, pahoinvointia tai aistiharhoja. Näitä lääkkeitä tulisikin aloittaa pienillä annoksilla. (Huusko ym. 2011.)

Voimakasta, postoperatiivista johtuvaa kipua hoidetaan yleensä vahvoilla opioideilla, koska riittämätön kivunhoito lisää komplikaatioita ja hidastaa kuntoutumista. Opioiden käyttö saattaa myös toisaalta hidastaa kuntoutumista, koska ne voivat aiheuttaa edellä mainittuja hallusinaatioita, sekavuutta, tokkuraisuutta sekä ummetusta, virtsaretentiota sekä pahoinvointia. Akuuttia kovaa kipua hoidettaessa opioidit annostellaan injektiona vasteen mukaan. Iän myötä opioidien vaikutus voimistuu ja kestää kauemmin, joten tämän vuoksi annostusten tulisi olla yksilöllisiä. Yleisin käytetty opioidi leikkauspotilailla on oksikodoni. (Huusko ym. 2011.)

Weronica Gröndahlin (2009) Pro Gradussa toteutetun kyselyn mukaan potilaan fyysistä toimintakykyä arvioitiin muita osa-alueita useammin, esimerkiksi kakki kyselyyn vastanneet arvioivat lähes aina kävelyapuvälineiden käytön ja 99% vastaajista arvioi kykeneekö potilas ruokailemaan itsenäisesti, istumaan, nousemaan vuoteesta ja liikkumaan sisällä. Harvemmin arvioitiin laitoksen ulkopuolella tapahtuvia toimintoja kuten kaupassa käyntiä tai pyykin pesua. (Gröndahl 2009.)

9 OPPAAN LAADINTA

9.1 Yhteenveto kehittämistehtävän teoreettisesta taustasta

Olen käyttänyt sisällönanalyysiä materiaalin käsittelyssä, joka lisää työni luotettavuutta ja se on myös auttanut jäsentämään tietoa. Sisällönanalyysi auttaa tiivistämään ja nostamaan esille tärkeimmät asiat liittyen laadukkaan potilasoppaan laatimiseen. Kirjallisuudesta olen saanut hyviä ohjeita potilasoppaan laatimiseen. Potilasoppaassa tulee olla tarpeeksi tietoa liittyen aiheeseen (Kääriäinen & Kynäs 2005, 210.) Kaikki hankalat termit ja käsitteet tulee selvittää, jotta lukija ym-

märtää oppaassa olevat asiat oikein (Hyvärinen 2005). Oppaan täytyy olla ajan-
tasainen ja viimeisintä tietoa sisältävä (Kääriäinen 2007, 35). Kuvat voivat edistää
ymmärrystä ja jopa helpottaa oppaassa olevien asioiden muistamista (Kääriäinen
2007, 35 ; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 212).

Mitä tulee sähköisiin lähteisiin erityisesti Hyvärinen (2005) tuo esille useita kir-
jallisten ohjeiden ulkomuotoon liittyviä seikkoja, jotka lisäävät tehoavuutta ja sel-
keyttä. Esimerkkinä ovat oppaan otsikko, juonellisuus, kappalejako sekä lyhyiden
luetteloiden suosiminen. Myös helppolukuisuus, sanojen selkeys sekä yleiskieli-
syys tuodaan esille.

9.2 Oppaan laadinnan tavoitteet

Luomani oppaan tavoitteena on

1. vastata hoitajan tiedon tarpeisiin sisältäen kaikki muistisairaana lonkkalei-
kauspotilaan hoidon perusasiat.
2. luoda selkeä kokonaisuus.
3. olla helppolukuinen, josta tiedot löytyvät nopeasti.
4. yhtenäistää muistisairaiden leikkauksenjälkeistä hoitoa.

9.3 Oppaan laadinnan vaiheet

Oppaan suunnitteluvaiheessa olen miettinyt työni tavoitteita, vaatimuksia sekä
oppaan kohderyhmää eli hoitajia. Alkuperäisidea oppaan laatimiselle syntyi, kun
olin itse sekä työharjoittelussa että työsuhteessa ortopedisellä osastolla ja huoma-
sin puutteita muistisairaiden potilaiden hoidossa. Suunnitteluvaiheessa on tärkeää
miettiä myös tuleeko oppaasta paperinen vai sähköinen, koska sillä on suuri mer-
kitys oppaan saatavuuteen sekä vaikuttavuuteen. Suunnitteluvaiheessa tärkeää
taustatietoa saa sekä kirjallisuudesta kuin yhteistyötaholtakin.

Oppaan toteutusvaiheessa olen käynyt läpi tietolähteitäni ja arvioinut niiden luo-
tettavuutta. Toteutusvaiheessa olen järjestellyt ja analysoinut sisällönanalyysin

avulla käytettävissäni olevaa materiaalia, mikä lisää kehittämistehtävän luotettavuutta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10–11.) Olen käyttänyt lähteitani monipuolisesti ja luotettavasti.

Käytyäni materiaalini tarkasti lävitse ja suunnitellut oppaan valmiiksi aloin kehittää varsinaista opasta. Oppaan sisältämien ohjeiden tulisi täyttää sekä laitoksen tarpeet (hoitajat) että potilaan tarpeet. Tyyllillisesti opas jatkuu samanlaisena alusta loppuun. Ohjeiden lukijan tulisi ymmärtää heti, kenelle ohje on suunnattu, ja jo oppaan ensimmäisestä virikkeestä tulisi ilmetä, mistä on kysymys. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35–36.) Kansilehden tulisi kertoa, mistä opas kertoo ja kenelle se suunnattu. Kiinnostuksen lisäämiseksi päädyin tekemään oppaasta A5-kokoisen lehtisen, jonka sisältö on lyhyt ja ytimekäs. Tästä syystä sivuja ei ole turhan paljon.

Ohjeiden tärkeimmät osat luettavuuden kannalta ovat otsikko ja väliotsikot. Pääotsikko kertoo tärkeimmän asian ja väliotsikot auttavat lukijaa jatkamaan tekstin lukemista loppuun asti. (Alaperä, Antila, Blomster, Hiltunen, Honkanen, Honkanen, Holtinkoski, Konola, Leiviskä, Meriläinen, Ojala, Pelkonen & Suominen 2006, 67.) Otsikon halusin kertovan mahdollisimman hyvin oppaan sisällöstä ja päädyin käyttämään otsaketta ”Muistisairaana kuntoutus lonkkaleikkauksen jälkeen”. Opas sisältää osin samoja otsakkeita kuin työssänikin.

Hoito-oppaasta tulee käydä ilmi, kenelle se on tarkoitettu, kuka sen on laatinut, milloin ja mihin tarkoitukseen. Oppaan tulisi olla myös yksilöllinen ja kertoa teijästä. Erityisen tärkeää lukijan puhuttelu on ohjeiden sisältäessä käytännön toimintaohjeita. (Alaperä ym. 2006, 67.)

9.4 Kehittämistehtävän ja oppaan arviointi

Olen työni edetessä jatkuvasti arvioinut erilaisia päätelmiäni ja tiettyjä ratkaisuja. Olen myös pohtinut lähteideni merkitystä ja luotettavuutta, erityisesti hoito-opasta laatiessani tärkeää on ollut oppaan luotettavuus koska se tulee päätymään alan ammattilaisten käsiin. Olen myös pyytänyt kohdeosaston osastonhoitajaa arvioimaan ortopediaan liittyvät kirjoitukseni, jotta oppaan ohjeet eivät poikkeaisi liian paljon osaston omista tavoista ja käytännöistä.

10 POHDINTA

10.1 Kehittämistehtävän luotettavuus

Luotettavuus on tunnusmerkki tieteellisessä tiedossa. Luotettavuudessa on kysymys tutkimusmenetelmistä, tutkimusprosessista sekä tutkimustuloksista. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään usein vakuuttavuuden käsitettä ja kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa ennen kaikkea käyttökelpoisuutta. Ei riitä että tieto on todenmukaista, vaan sen tulee olla myös hyödyllistä. Kaikissa tutkimus- ja kehittämistyössä täytyy pyrkiä välttämään virheitä ja täten kehittämistehtävän luotettavuutta tulee arvioida kriittisesti. Luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittareita ja tutkimustapoja. Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, ja se kuuluu olennaisesti kehittämistyön laadun valvontaan, kuten myös validius, joka tarkoittaa pätevyyttä ja tutkimusmenetelmän valmiutta mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 226.)

Tutkijan on vakuutettava lukija tekemällä tutkimusta koskevat tulkinnot ja valinnat näkyviksi. Aineisto ja siihen perustuva argumentaatio on näytettävä mahdollisimman avoimesti, jolloin tutkija vakuuttaa lukijansa tutkimuksensa pätevyydestä (Toikko, Rantanen 2009, 121, 123.)

Oppaan sisältö muodostui työni sisällön mukaan niin, että valitsin oppaan pääkohdat analysoituani työni induktiivisen sisällönanalyysin avulla, josta kerron tarkemmin edempänä tekstissä. Tällä tavoin sain tekstistä tiivistettyä tärkeimmät kohdat, joita käyttää oppaassa. Lisäksi käytin hyväkseni työni liitetiedostoja, joissa olin luetellut ratkaisuja ja apukeinoja muistisairaahan lonkkaleikkauspotilaan kanssa toimimiseen.

Heti aloitettuani hoitoalan opiskelut ja työharjoittelut, olin kiinnostunut muistihäiriöistä sekä niistä kärsivistä potilaista. Tulin omasta mielestäni toimeen heidän kanssaan ja opiskelin jatkuvasti heidän kanssaan kommunikoimisesta. Työharjoittelussa sekä työelämässä huomasin suuria epäkohtia muistisairaiden kohtelussa, johtuen monistakin syistä kuten henkilökunnan kiireestä, jaksamisesta, ymmärtämisestä ja tiedon puutteesta. Ollessani harjoittelussa ortopedisellä osastolla huomasin myös muistisairaiden potilaiden kuntoutuksen vaikeuden ja jopa epämiel-

lyttävyyden riippuen potilaan käytöshäiriöistä. Toki itsekin työelämässä olleena ymmärrän ajan puutteen ja henkilökunnan prioriteetit, mutta tahdoin silti yhdistää nämä kaksi aihetta, fyysinen kuntoutus (tässä tapauksessa rajattu lonkkaleikkaukseen) sekä muistisairaahan ihmisen käytöshäiriöt ja muut ongelmat erikoissairaanhoidossa.

Vaikka työni alkuvaiheessa aion tehdä kyselyn kohdeosaston hoitajille, luovuin ajatuksesta, sillä kirjallisuudesta ja Internetistä löytyy valtavasti tietoa sekä lonkkaleikkauksista että muistisairauksista. Kun etsin kirjallista tietoa muistisairauksista tuli vastaan sama tekijä yhä uudestaan ja täten yritin monipuolistaa listaa tekijöistä. Toinen syy kyselyn luopumisesta olivat lähestulkoon päivänselvät ongelmat, jotka löytyivät aineistosta sekä omista kokemuksista: mikään ei ole helppoa muistisairaahan lonkkaleikkauspotilaan kuntoutuksessa ja parasta oli käsitellä kaikkia tähän prosessiin liittyviä ongelmia.

Lähdetietoa tulkitessa on oltava tarkka, jotta tiedon varmuusaste välittyy oikeana kirjoittajan käyttöön. Mikäli jokin kirjoittajan nimi toistuu julkaisujen tekijänä sekä arvostettujen kirjailijoiden lähdeviitteissä, kirjailijalla on todennäköisesti arvovaltaa alalla. (Hirsjärvi ym. 2010, 361, 113.) Sekä vanhemmissa että uusimmissa kirjoissa ja nettijulkaisuissa kiinnitin huomiota tiettyihin nimiin, joiden kirjoituksia aloinkin automaattisesti arvostaa muita enemmän. Lähdeluettelossani toistuu joitakin nimiä, mutta muistisairauksien ehdoton asiantuntija Suomessa on Timo Erkinjuntti, joka on julkaissut useita kirjoja sekä artikkeleita muistisairauksista. Hänen myös viitataan muissa julkaisuissa ja hänen nimensä esiintyy muiden kirjoittajien lähdeluetteloissa.

Yleensä olisi pyrittävä käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä, koska monilla aloilla tutkimustieto muuttuu nopeasti (Hirsjärvi ym. 2010, 115). Tämä ei ole aina mahdollista, sillä aiheiltaan tärkeistä ja mielenkiintoisista julkaisuista ei aina ole saatavissa uudempia painoksia. Olen välttänyt käyttämästä lähteitä, jotka ovat vanhempia kuin 10 vuotta. Vanhempia lähteitä käyttäessäni olen ottanut huomioon tiedon laadun, eli päteekö tieto vielä tänäkin päivänä vai onko se voitu kumota tai muuttaa myöhemmin. Alan kirjallisuutta olisin voinut käyttää vieläkin laajemmin, kun nyt päädyin käyttämään lähikirjastoista ja osastoilta löytämäni kir-

jallisuutta. Uskon myös että Internetiä olisi voinut käyttää vieläkin laajemmin ja löytää lisää tutkimuksia, jos olisi osannut etsiä oikein.

Tutkimusaineiston analysoin induktiivisesti sisällön analyysillä, jossa pelkistin aineiston eli koodasin aineistosta ilmaisuja, jotka liittyivät tutkimukseen. Pelkistetyt ilmaisut kirjasin samoin sanoin kuin ne esiintyivät aineistossa. Seuraavaksi ryhmittelin aineiston, jolloin etsin ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Ilmaisut, jotka näyttävät kuuluvan yhteen, yhdistin samaan kategoriaan ja kategorioidille annoin niiden sisältöjä kuvaavan nimen. Aineiston analyysiä jatkoin muodostamalla yläkategoriat yhdistämällä samansisältöiset kategoriat toisiinsa ja yläkategorioille annoin nimet, jotka kuvaavat alakategorioiden sisältöä. Tämän jälkeen jatkoin aineiston abstrahointia yhdistämällä kategorioita niin pitkään kuin se sisällön kannalta oli mielekästä. Abstrahoinnissahan muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkittavasta kohteesta ja kategorioille annetaan nimi jo aiemmin tutusta käsitteestä tai sanaparista.

Mitä tulee luotettavuuteen, sisällön analyysin ongelmana on tutkijan kyvyttömyys tarkastella analyysiprosessia objektiivisesti, vaan tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen näkökulmaan asiasta. Toinen haasteellinen asia on se, miten tutkija kykenee pelkistämään aineiston ja muodostamaan kategoriat niin että ne kuvaavat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman luotettavasti. Luotettavuuden kannalta onkin tärkeää pystyä näyttämään yhteys tuloksen ja aineiston välillä. (Kääriäinen & Kyngäs 1999, 10.)

Se miten tutkimusaineistoni on koottu ja analysoitu olen käsitellyt aiemmin työssäni. Sisällönanalyysiprosessin raportoinnilla olen antanut lukijalle tarpeeksi tietoa siitä, miten tutkimus on tehty, jotta he voisivat itse arvioida tutkimuksen tuloksia. Tutkimustulokset tulevat sitä selkeämmäksi mitä tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin tekemiset kerrotaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141.) Tavoitteeni saavutin mielestäni hyvin, koska aloin työstämään tutkimusongelmiani jo varhain. Perehdyin monipuolisesti sekä lonkkaleikkauksiin että muistisairauksiin.

10.2 Eettiset tekijät

Etiikassa on kysymys oikeasta ja väärästä. Tutkijan on otettava huomioon useita eettisiä kysymyksiä kuten tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimus-

eettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä. Hyvä tieteellinen käytäntö on eettisesti hyvän tutkimuksen edellytys. Hyvää tieteellistä käytäntöä voi myös loukata monin tavoin, erityisesti tiedonhankintatavoissa ja koejärjestelyissä. Ihmisen itsemääräämisoikeutta tulee myös kunnioittaa ja on selvitettävä miten henkilöiden suostumus hankitaan. (Hirsjärvi ym. 2010, 23,25.) Omassa työssäni en ole haastatellut ketään enkä tehnyt kyselyjä, vaan omat eettiset tekijäni ovat lähinnä tiedonhankinnassa.

Eettisistä tekijöistä piittaamattomuus voi kertoa tutkijan omien tietojen ja taitojen puutteesta. Esimerkiksi puutteelliset lähdeviitteet kehittämistehtävässä voivat olla tulosta piittaamattomuudesta. Tämän voi välttää miettimällä omien tietojen ja taitojen tasoa ja sitten suhteuttamalla kaikki tämä työn tavoitteisiin. (Vilka 2005, 31.) Mielestäni oma työni on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Olen myös soveltanut eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (Hirsjärvi ym. 2010, 24.)

Suomen tutkimuseettinen neuvottelukunta edellyttää hyvältä tieteelliseltä käytännöltä seuraavaa: tutkijoiden on noudatettava tiedeyhteisön tunnustamia toimitapoja kuten rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkijan on sovellettava tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta- tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä toteutettava tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksensa tuloksia julkaistaessa. Tutkijan on myös otettava huomioon muiden tutkijoiden työ ja saavutukset asianmukaisesti niin, että he kunnioittavat näiden työtä ja antavat heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkaistessaan.

Tutkimuksen on oltava myös suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimusryhmän asema, oikeudet, osuus tekijyydestä, vastuut ja velvollisuudet, sekä tutkimustulosten omistajuutta ja aineistojen säilyttämistä koskevat kysymykset on määritelty ja kirjattu kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla. Rahoituslähteet ja

tutkimuksen suorittamisen kannalta merkitykselliset muut sidonnaisuudet on ilmoitettava tutkimukseen osallistuville ja raportoitava tutkimuksen tuloksia julkis- taessa. On myös noudatettava hyvää hallintokäytäntöä ja henkilöstö- sekä talous- hallintoa.

10.3 Hyödynnettävyys

Hyödynnettävyys eli käyttökelpoisuus tarkoittaa kehittämisprosessin seurauksena syntyneiden tulosten hyödynnettävyyttä (Toikko & Rantanen 2009, 125). Tuotta- maani opasta voidaan hyödyntää myös muistisairaiden potilaiden muunlaisessa sairaalahoidossa kuten toisenlaisten leikkausten yhteydessä tai jopa pitkäaikai- semmassa sairaalahoidossa. Oppaassa käsitellään ennen kaikkea keinoja kommu- nikoida ja toimia muistisairaahan ihmisen kanssa ja kuntouttavaa hoitotyötä käyte- tään monenlaisissa terveydenhuollon yksiköissä.

LÄHTEET

Alaperä P., Antila E., Blomster K., Hiltunen H., Honkanen A., Honkanen R., Holtinkoski T.
Konola A., Leiviskä H., Meriläinen S., Ojala H., Pelkonen E. & Suominen A. 2006. Teoksessa

Lipponen K., Kyngäs H. & Kääriäinen M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet: Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu : Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Helsinki: Duodecim.

Erkinjuntti, T., & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää – muistihäiriöt ja dementia. Porvoo: WS Bookwell Oy

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim). 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Granö S., Heimonen S.& Koskisu J.2006. Kuntoutuksen sanakirja muistihäiriö- ja dementia-työhön. J-Paino Oy.

Heimonen, S. & Voutilainen, P.(toim) 2000. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Heimonen, S. & Voutilainen P. 2001. Dementoituvan hoitopolku. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Heiskanen-Haarala, I. 2010. Pääosassa ihminen. Sairaanhoitaja-lehti 3/2010. s.26–27.

Hervonen, A. & Lääperi, P. 2001. Muisti pettää, jättääkö järki. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huusko T., Valvanne P. 2001. Murtumat. Semi T. 2001 Henkilökohtainen hygienia. Semi T. 2001 Ruokailun ongelmat. Julkaisussa: Viramo P.(toim.) 2001. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen: Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen 4/2001. Suomen dementiayhdistys Oy.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>. [Viitattu 14.7.2011]

Iso-Kivijärvi M., Keskitalo O., Kukkola K, Ojala P, Olsbo A, Pohjola M & Väänänen H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen K., Kyngäs H. & Kääriäinen M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet: Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit.

Järvinen, P. & Järvinen, A. 2000. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpajan kirja.

Kankkunen,P.2011.Muistisairaahan kivunhoito vaatii tarkkuutta. Sairaanhoidaja 9/2011, s.22–24.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki:WSOY

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999.Sisällön analyysi. Hoitotiede 1/1999, s. 3-12

Kähäri-Wiik K., Niemi A. & Rantanen A.2006. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY

Käyhty, M. & Valvanne, P. 2004. Fysioterapia dementoituvan ihmisen kuntoutuksessa. Teoksessa: Heimonen S, Voutilainen P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus, s.48. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Pro Gradu tutkielma. Oulun yliopisto.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 4/2008.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaan ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosien 1995 – 2002. Hoitotiede 4/2005.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidaja 10/2006.

Laaksonen, R., Rantala, L & Eloniemi-Sulkava, U. 2004. Ymmärrä – tule ymmärretyksi, vuorovaikutus dementoituneen kanssa. Suomen dementiahoitoyhdistyksen julkaisu 6/2002.

Latvala & Vanhanen-Nuutinen. 2003 Sisällönanalyysi, 21-43. Teoksessa: Jauhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY WS Bookwell Oy.

Laukkanen, P. 2008. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa: Heikkinen E., Rantanen T. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy

Laurila, J. 2010. Sekava vanhus. Lääkärin käsikirja. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti> [Viitattu 10.11.2011].

Laurila, J., Pitkälä, K & Rahkonen, T. 2006. Dementiapotilaan äkillisen sekavuusoireyhtymän hoito – opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. Suomen dementiahoitoyhdistyksen julkaisu 11/2006.

Lönnsroos, E. 2009. Iäkkäille sattuu entistä enemmän lonkkamurtumia. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Pietikäinen, S., Heinonen, M, Karppi, P & Huusko.2003. Lonkkamurtumapotilaiden leikkauksen jälkeinen hoito ja kuntoutus geriatrisella osastolla. Hoitotiede 4/2003.

Pirttilä, T. 2004. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutuksen mahdollisuudet. Teoksessa: Heimonen S, Voutilainen P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus.

Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. (toim.) 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Semi, T. 2001. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen – Opas ammattihenkilöstölle. Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen 4/2001. Saatavissa http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/1/Kuntoutusopas_web.pdf [Viitattu 22.9.2011].

Sormunen, S., Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementia palvelut. 2008. Jyväskylä: Gummerus.

Sulkava, R. 2009. Muistisairauksien hoito. Lääkärin käsikirja. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti> [Viitattu 23 9.2011].

Sulkava R. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa: Tilvis R., Pitkälä K., Strandberg T., Sulkava R., Viitanen M. (toim.) Geriatria. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. 2011. Käypä hoito: Lonkkamurtuma. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50040> [Viitattu 23.9.2011].

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. 2011. Muistisairaudet. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti> [Viitattu 23.10.2011]

Tarnanen, K., Huusko, T. & Sipilä, R. 2011. Käyvän hoidon potilasversiot. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/naytaartikkeli/tunnus/khp00055> [Viitattu 3.8.2011].

Telaranta P. 2001. Alzheimerin tauti. Jyväskylä: Gummerus.

Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset: Opas hoidosta vastaaville. Helsinki: Edita

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Topo, P, Sormunen S, Saarikalle K, Räikkönen O & Eloniemi-Sulkava U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus. Stakes. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi Gummerus.

Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T. & Suominen, S. 2001. Kirurgia. Porvoo: WSOY WS Bookwell Oy.

LIITE 1. Miesten ja naisten ensimmäisen lonkkamurtuman ikäryhmittäinen ilmaantuvuus suomessa

MIEHET, IKÄ (V)	2003	2004	2005	2006	2007	2008
50-64	60	65	59	61	56	62
65-74	189	178	171	163	182	173
75-84	632	552	583	572	585	508
85 +	1 870	1 667	1 696	1 548	1 642	1 706
NAISET, IKÄ (V)	2003	2004	2005	2006	2007	2008
50-64	42	47	47	50	47	51
65-74	244	222	201	198	204	200
75-84	947	894	919	863	809	884
85 +	2 506	2 253	2 286	2 254	2 124	2 173

huom. lähde: suomalaisen lääkäriseuran duodecimien ja suomen ortopediyhdistyksen asettama työryhmä 2011

LIITE 2: Kipumittarit

PAINAD Yhdysvallat 2008	Dementiaa sairastavat ja terveet verrokkit lonkkamurtumaleikkauksen jälkeen levossa ja liikkeellä.	Potilas arvioi kipua 11-portaisella mittarilla ja hoitaja PAINAD-mittarilla. Havainnoidaan hengitys, negatiivinen ääntely, kasvojen ilmeet, kehon kieli ja lohduttaminen	PAINAD on luotettava ja helppokäyttöinen mittari.
PADE Yhdysvallat 2003	Vaikeaa dementiaa sairastavat pitkäaikaispotilaat	Mittari erottaa ryhmät, joilla oli kipua niistä, joilla sitä ei ollut. Sisältää yhteensä 24 kohtaa, jotka jaotellaan kolmeen yläkategoriaan: fyysinen arviointi (kehon kieli, hengittäminen), yleinen arviointi (hoitaja arvioi kipua) ja toiminnallinen taso (päivittäiset toiminnot).	PADE on reliabeeli ja validi mittari tutkimuksen kohde-ryhmälle.
DS-DAT Yhdysvallat 2003	Vaikeaa dementiaa sairastavat miespuoliset veteraanit. Arviointi ennen ja jälkeen kivun lievityksen.	sisältää yhdeksän havainnoitavaa osa-aluetta: äänekäs hengittäminen, negatiivinen ääntely, tyytyväinen/surullinen/pelästynyt ilme, otsan rypistäminen, rento/jännittynyt kehon kieli ja levoton liikehdintä. Kukin kohta pisteytetään 0-3 asteikolla: tiheys, voimakkuus ja kesto.	Rinnakkaisvalideetti: DS-DAT korreloi PAINADin kanssa
Abbey Belgia	Hoitava henkilö arvioi laitoshoidossa sanalliseen ilmaisuun kykenemättömän potilaan kipua Abbey ja PAINAD-mittarilla	Sisältää kuusi arviointikohdetta: ääntely (itku, valitus), ilmeet irvistys, jännittynyt), kehon kieli (liikehdintä, tietyn kohdan aristaminen), käyttäytymismuutokset (sekavuus, ruokahaluttomuus), fysiologiset muutokset (lämpö, pulssi, hikoilu) ja fyysiset muutokset (ihon rikkoutuminen, lihasten surkastuma).	Näennäisvalideetti: Mittarien käyttäjistä yli 50% mielestä molemmat mittarit ovat helppokäyttöisiä ja hyviä kipumittareita.

Huom. Lähde: Määttä & Kankkunen 2009

LIITE 3: Kommunikointi muistisairaana kanssa

Arvostus	vältä lapsenomaista puhetapaa, muista puhuvasi aikuiselle ihmiselle
Turvallisuus	tärkeistä tai vaikeista asioista puhuminen tulisi tapahtua muistihäiriöisen omassa huoneessa, jossa hän kokee olonsa turvallisimmaksi.
Kuuntelevuus	läsnäolo ja sen viestittäminen tapahtuu muun muassa katsekontaktilla sekä kasvojen pitämällä samalla tasolla.
Keskittyminen	esimerkiksi potilaan käden koskettaminen voi auttaa häntä keskittymään.
Ympäristö	poista häiriötekijät sulkemalla radio tai televisio, sulkemalla ikkuna, vähentämällä häiritsevää valaistusta.
Rauhallisuus	anna muistihäiriöiselle aikaa muotoilla ajatuksiaan ja lauseitaan, unohda kiire.
Muut ilmaisukeinot:	käytä eleitä, kuvia tai esineitä. Rohkaise myös potilasta käyttämään näitä elementtejä.
Ääni	rauhallinen puhe, mieluummin matalampi kuin korkeampi ääni. Liikuta huulia selvästi
Puhe	Toista tai muotoile lause eri tavalla korostamalla ydinsanoja. Puhu vain yhdestä asiasta kerrallaan ja anna vain yksi vaihtoehto kerrallaan. Anna mahdollisuus vastata KYLLÄ, EI tai EN TIEDÄ jos koet ne luotettavaksi. Vältä kieltolauseita tai päätelyä vaativia lauseita, koska niitä on vaikeampi ymmärtää. Muistuta puheenaiheesta potilaan sen unohdettua.
Sanasto	Käytä tuttuja, arkipäiväisiä sanoja.

Määttä & Kankkunen 2009Lähde: Laaksonen, Rantala, Eloniemi-Sulkava 2004, 47.)

LIITE 4: Vinkkejä muistisairaahan mobilisointiin

<ul style="list-style-type: none"> • Tutustu potilaaseen
<ul style="list-style-type: none"> • Kysy sekä potilaalta liikkumisesta, motiiveista, tavoista, toiveista ja pe-loista mikäli hän kykenee vastaamaan ja ymmärtämään kysymykset
<ul style="list-style-type: none"> • Keskustele liikuntaharjoittelusta
<ul style="list-style-type: none"> • Keskustele muiden hoitajien ja fysioterapeuttien kanssa
<ul style="list-style-type: none"> • Hanki tietoa omaisilta
<ul style="list-style-type: none"> • Arvioi liikkumista kuulemasi ja näkemäsi perusteella, liikkumalla potilaan kanssa ja toteuttamalla yksinkertaisia suoritustestejä
<ul style="list-style-type: none"> • Arvioi apuvälinetarvetta fysio- ja toimintaterapeutin kanssa
<ul style="list-style-type: none"> • Tarjoa mahdollisuuksia, poista esteitä ja ongelmia
<ul style="list-style-type: none"> • Anna palautetta, varmista myönteiset kokemukset
<ul style="list-style-type: none"> • Arvioi säännöllisesti liikkumista ja liikkumiskykyä
<ul style="list-style-type: none"> • Rohkaise ja motivoi liikkumaan
<ul style="list-style-type: none"> • Arvioi ympäristöä potilaan liikkumisen näkökulmasta

Huom. Lähde: Kröger ym. 2010

LIITE 5: Vinkkejä hygienian hoitoon

Fyysiset ratkaisut

Yksiväriset lattiat, esim. harmaa

Selkeät merkit WC:n oviin

Kynnyksettömät tilat

Riittävä valaistus

Ylimääräiset tavarat ja apuvälineet pesutiloista pois

Lämmin pesuhuone, lattialämmitys saniteettitiloissa

Lämmin vesi, lempeä suihkun paine

Sopivat, väljät vaatteet

Yksilölliset ratkaisut

Tutut ja turvalliset aamurituuaalit: lempeä herättely, istuminen yhdessä

vuoteen laidalla, jumppahetki, juttelu

Rakkokoulutus (rytmi, kellonajat), miehen annetaan virtsata seisaaltaan,

valuvan veden ääni saattaa edesauttaa virtsan tulemistä

Riittävän pitkään istuminen WC:ssä voi edistää vatsan toimintaa

Entisten tapojen noudattaminen pukeutumisessa: rintaliivit, farkut, solmio

Aseta tai ojenna vaatteet oikeassa järjestyksessä

Käsien, jalkojen, kasvojen hoito ja rasvaus

Sopiva vuorokaudenaika peseytymiselle (esim. iltasauna tai päiväsuihku)

Lempihoitaja, oma jalkahoitaja, manikyristi, parturi ja kampaaja

LIITE 6: Ruokailua helpottavia keinoja.

- Ruokailutilan riittävä valaistus, miellyttävät tuoksut
- Hoitaja istuu samalla tasolla syötettävän kanssa
- Ei kukkia tai liinaa pöydälle
- Sopivat ruokailuvälineet
 - esim. pieni lusikka, yksiväriset astiat, syvä lautanen, tukeva muki
- Kankainen tai kerniesiliina, jossa tasku
- Ylimääräinen häly pois, tv kiinni
- Keittiön emäntä ja ruokalista näkyvillä
- Juhlat ja temaruokailut
- Yhteiset rituaalit ja rukoukset

Huom. Lähde: Semi 2000

LIITE 7: Tutkimustaulukko

<p>Laitala Outi, Dementoituneen henkilön haasteellinen käyttäytyminen ja sen hoitotyön keinot dementiahoitoyksikössä Turun yliopisto ,Pro gradu-tutkielma.2008</p>	<p>Tarkoituksena kuvata dementoituneen henkilön käyttäytymismuotoja ja hoitohenkilökunnan keinoja kohdata haasteellisesti käyttäytyvä dementoitunut henkilö. Kohderyhmänä olivat eri dementiahoitoyksiköissä työskentelevät johtavat hoitajat. Vastauksia palautettiin 144 yksiköstä ja vastausprosentiksi muodostui 51 %.Kyselylomake.</p>	<p>Tulosten mukaan haasteellisen käyttäytymisen yleisimmät ilmenemismuodot ovat levottomuus, aggressiivisuus ja toistuva kysely. Muita esille tulleita ilmenemismuotoja ovat lähteminen, huutaminen, eritteillä sotkeminen, hoitotoimintojen vastustaminen ja sylkeminen sekä muutama yksittäin esiintynyt ilmenemismuoto. Haasteellisen käyttäytymisen hoitokeinoina käytettiin yleisimmin ajan antamista, dementoituneen henkilön huomion kiinnittämistä muuhun toimintaan ja ammattitaidon osa-alueita sekä kysymistä, mikä dementoituneella henkilöllä on hätänä?</p>
<p>Kantelinen Mirja, Sairaanhoidajan työn sisältö sisätautien ja kirurgian poliklinikalla Turun yliopisto. Pro gradu 2008</p>	<p>Tavoitteena oli saada tietoa sairaanhoidajan työstä poliklinikalla sairaanhoidajan työn kehittämisen perustaksi. Tutkimusongelmina olivat, mitä sairaanhoidajan työn sisältö on kliinisen hoitotyön, ohjauksen ja opetuksen, vastaanottotoiminnan sekä koulutuksen ja kehittämisen osa-alueilla poliklinikalla .Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella erään sairaanhoidopiirin yliopistollisten sairaaloiden sisätautien ja kirurgian toimialaan kuuluvilla ajanvarauspoliklinikoilla työskenteleviltä sairaanhoitajilta</p>	<p>.Tutkimuksen mukaan sairaanhoidajan työn sisältö on monimuotoista ja sisältää paljon erilaisia työtehtäviä potilaan hoitoon ja poliklinikan toimintaan liittyen.</p>
<p>Viljanen-Peuraniemi,Mari. Iäkkään potilaan arviointi toimintakyvystään ja selviytymisestä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Turun yliopisto. Pro gradu, 2009</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaiseksi iäkkäät potilaat arvioivat toimintakykynsä ja selviytymisensä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen sairaalassa ja kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen. Kohderyhmänä olivat yli 65-vuotiaat lonkkaproteesileikkauksessa olleet, jotka leikattiin yliopistollisessa keskussairaalas- sa huhtikuun–elokuun 2008 aikana. Aineisto kerättiin tätä tutkimusta varten laaditulla haastattelulomakkeella ja kyselylomakkeella</p>	<p>Tulosten perusteella voidaan todeta, että potilaat arvioivat fyysisen ja psykososiaalisen toimintakykynsä paremmaksi kotona kuin sairaalassa. Lähes kaikki (94 %) potilaat arvioivat kaksi viikkoa kotiutumisesta selviytyvänsä sisätiloissa liikkumisesta kyynärsauvojen avulla ja suurin osa (83 %) myös ulkona liikkumisesta.</p>

<p>Qvick Leena. Monipuolinen osaaminen ja yhteisöllisyys dementoituvan asiakkaan hyvän hoitotyön perustana. Tampereen yliopisto. Pro Gradu, 2008.</p>	<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia dementoituvien hoitotyön osaamisesta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää dementoituvia asiakkaita hoitavien hoitoyhteisöjen perehdytyksen ja koulutuksen suunnittelussa. Laadullinen tutkimus. Kolmen dementiakodin henkilökunnan ryhmähaastattelu, 20 hoitajaa osallistui. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällön analyysiä.</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan dementoituvien hoitotyö nähtiin vaativana hoitotyön alueena, jossa tarvitaan monipuolisia tietoja ja taitoja sekä oikeanlaisia asennoitumista. Jotta dementoituvan ihmisen hyvää hoitoa voidaan ylläpitää ja kehittää, hoitajien on kehitettävä omaa osaamistaan jatkuvasti. Osaavalla ja työstään innostuneella henkilökunnalla on halua kehittää hoitotyötä vastaamaan entistä paremmin dementoituvien asiakkaiden ja heidän perheidensä tarpeita.</p>
<p>Silvennoinen Ann-Sofie. Sairaanhoidajien ammattipätevyys perioperatiivisessa hoitoympäristössä. Turun yliopisto. Pro Gradu, 2007.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida millaiseksi sairaanhoitajat arvioivat ammattipätevyytensä perioperatiivisessa hoitoympäristössä. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella käyttäen Suomessa validoitua sairaanhoitajien ammattipätevyysmittaria. Aineisto analysoitiin tilastollisesti QA 4.1 –ohjelmalla.</p>	<p>Sairaanhoidajat arvioivat ammattipätevyytensä keskimäärin hyväksi kaikilla osa-alueilla (auttaminen, opettaminen-ohjaaminen, tarkkailutehtävä, tilanteiden hallinta, hoitotoimien hallinta, laadunvarmistus ja työrooli). Sairaanhoidajat arvioivat ammattipätevyytensä erittäin hyväksi perioperatiivisissa hoitotoiminnoissa ja parhaimmaksi niillä osa-alueilla, joita he käyttävät työssään usein.</p>
<p>Gröndahl, Weronica .Sairaanhoidajan arvio iäkkään kotiutuvan potilaan toimintakyvystä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Turun yliopisto. Pro Gradu, 2009.</p>	<p>Tarkoituksena kuvailla miten sairaanhoitaja arvioi lonkan tekonivelleikkauksessa olleen iäkkään kotiutuvan potilaan toimintakykyä, joka jaettiin fyysisiin ja psykososiaalisiin osa-alueisiin. Tavoitteena oli tuottaa tietoa potilaan toimintakyvyn arvioinnista. Verkkokysely. Kohderyhmä 18 kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajaa, vastausprosentti 44%. Kyselylomake. Aineisto analysoitiin SPSS 16.0 –ohjelmalla ja kyselyn vastaukset sisällön analyysillä.</p>	<p>Sairaanhoidajat arvioivat useimmiten potilaan fyysisestä toimintakykyä kuin psykososiaalista. Lähes aina sairaanhoitajat arvioivat potilaan fyysisestä toimintakyvystä postoperatiiviseen kuntoutumiseen liittyviä asioita. Harvemmin arvioitiin potilaan kotona tapahtuvaa päivittäistä selviytymistä. Psykososiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa keskityttiin leikkaukseen liittyviin asioihin kuten potilaan saamiensa ohjeiden ymmärrys.</p>
<p>Koskenniemi Jaana. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia arvon toteutumista erikoissairaanhoidon osastolla. Turun yliopisto. Pro Gradu, 2009.</p>	<p>Tarkoituksena kuvata arvostuksen toteutumista erikoissairaanhoidon osastolla iäkkään lonkkamurtumapotilaan sekä hänen omaisensa kokemana. Haastateltu lonkkamurtumapotilaita, keski-ikä 84v. sekä heidän läheisiään. Aineisto analysoitu induktiivisellä sisällönanalyysillä.</p>	<p>Iäkkäät kokivat arvostuksessa kaikkein tärkeimpänä ystävällisen kanssakäymisen, joka oli heidän mukaansa asiallista, aitoa ja myötäelävää. Arvostuksen kokemukseen vaikutti yhteiskunnan arvostus, organisaation toiminta ja johtajuus, hoitokulttuuri, tiedon tarve, huonesijoitus, potilastoverit sekä omaisten toiminta. Omaisten merkitys arvostuksen kokemiselle oli tärkeä.</p>

<p>Turunen Sanna. Hoitotyön tiedonhallinta lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuudessa. Kuopion yliopisto. Pro Gradu, 2008.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata hoitotyön tiedonhallintaa lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuuden postoperatiivisessa vaiheessa. Erityisesti tarkasteltiin tiedontarpeiden määrittelyä, tiedonhankintaa ja tiedon käyttöä. Laadullinen fenomenografinen tutkimus. Haastateltu erikoissairaanhoidosta, terveystieteiden sairaaloista sekä kotisairaanhoidosta hoitotyöntekijöitä. Aineisto analysoitu sisällönanalyysimenetelmällä.</p>	<p>Kävi ilmi että hoitotyöntekijät tarvitsevat monenlaista tietoa potilaasta, joista tärkeimpiä olivat toimintakykyyn, kuntoutukseen sekä jatkohoitoon liittyvät tiedot. Tarvittiin tietoa toiminnan teoreettisista perusteista, tietojärjestelmien käytöstä, kirjaamisesta sekä palvelujärjestelmästä.</p>
<p>Lönnroos Eija. Hip fractures and medication-related falls in older people (Iäkkäiden lonkkamurtumat ja lääkehoitoon liittyvät kaatumiset. Kuopion yliopisto. Väitöskirja, 2009.</p>	<p>Tavoitteena selvittää lonkkamurtumien ilmaantuvuutta, kuolleisuutta sekä sairaalahoitopäivien käyttöä. Epidemiologinen tutkimus ja systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Kohderyhmä keski-suomalainen väestö.</p>	<p>Lonkkamurtumapotilaiden kuolleisuus oli korkea ja kuukauden kuluttua murtumasta 15 prosenttia 70 vuotta täyttäneistä potilaista oli kuollut. Lonkkamurtuma lisää merkittävästi sairastuvuutta ja kuolleisuutta ikääntyneillä, mutta potilaiden ennustetta voidaan parantaa tehostetulla moniammatillisella hoidolla ja kuntoutuksella.</p>

alkuperäinen	tiivistetty	pelkistetty
Delirium eli akuutti sekavuustila on akuutin lonkkamurtuman yhteydessä yleinen.	Delirium on yleinen lonkkamurtuman yhteydessä	Delirium
Potilas pyritään mobilisoimaan mahdollisimman nopeasti kipulääkityksen turvin.	Mahdollisimman nopea mobilisointi	Mobilisointi
Yleisin demenciasairaus on tyyppillisin vaihe, hitaasti ja tasaisesti etenevä Alzheimerin tauti.	Alzheimer on yleisin muistisairaus	Muistisairaus
On selvää että muistisairaana potilaan arkiselviytymiseen vaikuttaa useampi tekijä.	Arkiselviytymiseen vaikuttaa useampi tekijä.	Arkiselviytyminen
Toimintakyky arvioidaan aina suhteessa toimintaympäristöön, joka voi vaikuttaa suurestikin muistihäiriöisen ihmisen toimintakykyyn.	Toimintaympäristö vaikuttaa toimintakykyyn	Toimintakyky
Toimintakyvyllä voidaan tarkoitaa myös sitä miten hyvin ja itsenäisesti ihminen selviytyy arkielämän tehtävistä.	Toimintakyky tarkoittaa myös miten itsenäisesti ihminen selviytyy arkielämästä.	Arkielämä
Toimintakyvyn arviointi vaatii laajaa asiantuntemusta ja on siksi yleensä moniammatillista työtä.	Toimintakyvyn arviointi on moniammatillista työtä.	Moniammatillisuus
Käyttöoireiden taitava hoitaminen ja yhteistyö omaisten kanssa ovat tärkeä osatekijä hyvässä hoidossa.	Käyttöoireiden hoitaminen on tärkeä osatekijä hyvässä hoidossa	Käyttöoireiden hoito
Apatia on yleinen, joskin huonosti tunnettu muistipotilaan käyttöoire	Apatia on yleinen muistipotilaan oire	Apatia
Päivittäiseen toimintakykyyn vaikuttavat henkisen suorituskyvyn lisäksi myös psyykkiset muutokset sekä liikunnalliset vaikeudet.	Toimintakykyyn vaikuttavat henkiset sekä psyykkiset muutokset.	Psyykkiset muutokset.

Fysioterapian tavoitteena on mm. parantaa liikuntakykyä ja sillä onkin keskeinen merkitys neurologisessa kuntoutuksessa.	Fysioterapian tavoitteena on parantaa liikuntakykyä.	Fysioterapia
Heti leikkausta seuraavana päivänä on lähdettävä liikkeelle, minkä edellytyksenä on tehokas kivunhoito ja oikea leikkausmenetelmä	Leikkauksen jälkeen liikkumiselle on edellytyksenä tehokas kivunhoito	Kivunhoito
Muistisairaiden lonkkaleikkaukspotilaiden on vaikeaa muistaa ortopedin suosittamaa varausrajoitusta, mutta aktiivisen liikkeellelähdon ei ole todettu lisäävän komplikaatioita.	Muistisairaiden on vaikea muistaa varausrajoituksia.	Varausrajoitukset
Täydellinen liikkumattomuus esimerkiksi vuodelevossa aiheuttaa lyhyessä ajassa toiminnanvajavuutta lihasvoiman vähetessä.	Liikkumattomuus aiheuttaa toiminnanvajavuutta.	Toiminnanvajavuus
Tavallisimpia ruokailuun liittyviä ongelmia muistisairailla ovat mm. jatkuva ruoan kysely ja levottomuus, sotkeminen, nielemisvaikeudet, epäsosiaalinen käytös ja ruoan piilottelu sekä passiivisuus.	Ruokailuun liittyviä ongelmia ovat mm. jatkuva kysely, sotkeminen, nielemisvaikeudet, ruoan piilottelu ja passiivisuus.	Ruokailuun liittyvät ongelmat
Lonkkamurtumaleikkaukseen liittyy iäkkäillä ihmisillä monia riskejä, joita pyritään torjumaan.	Lonkkaleikkaukseen liittyy iäkkäillä monia riskejä.	Lonkkaleikkauksen riskit
Monet lonkkamurtumapotilaat ovat aliravittuja.	Lonkkamurtumapotilaat ovat usein aliravittuja	Aliravitsemus
Pyrkimyksenä on nopea mobilisaatio komplikaatioiden välttämiseksi.	Pyrkimyksenä on nopea mobilisaatio	Mobilisaatio
Erityisesti tulisi kiinnittää huomiota vuorovaikutustaitoja korostavaan muistihäiriöisen potilaan hoitotyöhön sekä hänen erityistarpeisiinsa.	Tulisi ottaa huomioon vuorovaikutustaitoja korostavaan hoitotyöhön	Vuorovaikutustaidot

Lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen tavoitteena on palauttaa hänen toimintakykynsä mahdollisimman nopeasti sellaiseksi, että hän voi jatkaa elämäänsä entisessä elinympäristössään.	Tavoitteena on palauttaa toimintakyky sellaiseksi, että potilas voi jatkaa elämäänsä entisessä elinympäristössä	Toimintakyvyn palautus
Erityistä huomiota on kiinnitettävä potilaan omiin voimavaroihin, jotka vaikuttavat kuntoutukseen ja hoitoon.	On kiinnitettävä huomiota potilaan omiin voimavaroihin	Potilaan voimavarat
Myös omaisia täytyy kuunnella potilaan tavoista, sillä heidän tietojaan voidaan hyödyntää hoitotyössä.	Omaisia täytyy kuunnella ja heidän tietojaan hyödyntää	Omaiset
Hoitajan tulee arvioida potilaan edellytyksiä selviytyä ja etsiä yksilöllisiä ratkaisuja selviytymisen tueksi.	Hoitajan tulee etsiä yksilöllisiä ratkaisuja	Yksilölliset ratkaisut
Osastoilla tulisikin olla selvät ohjeet millaista ohjausta ja kuntoutusta millekin potilasryhmälle tulisi antaa.	Osastoilla tulisi olla ohjeet eri potilasryhmien kuntouttamisesta	Ohjeet
Luottamussuhteen muodostaminen on vastavuoroinen prosessi hoitajan sekä muistihäiriöisen ihmisen välillä ja hoitajan käyttäytymisellä on siinä olennainen merkitys.	Hoitajan käyttäytymisellä on suuri merkitys luottamussuhteen muodostamiselle	Hoitajan käyttäytyminen
Fyysiset harjoitukset täytyy ajoittaa oikeaan aikaan ottaen huomioon kipulääkityksen antoajat.	Fyysiset harjoitukset tulee ajoittaa oikeaan aikaan	Fyysiset harjoitukset

Pelkistetty	Alakategoria	Yläkategoria
Mobilisaatio	Kuntouttava hoitotyö	Muistisaira lonkkaleikkauspotilaan kuntouttava hoitotyö
Arkielämä		
Arkiselviytyminen		
Toimintakyky		
Käyttösoireiden hoito		
Moniammatillisuus		
Fysioterapia		
Kivun hoito		
Vuorovaikutustaidot		
Toimintakyvyn palautus		
Yksilölliset ratkaisut		
Omaiset		
Ohjeet		
Fyysiset harjoitukset		
Hoitaja käyttäytyminen		
Potilaan voimavarat	Muistisairas lonkkaleikkauspotilas	
Aliravitseminen		
Lonkkaleikkauksen riskit		
Ruokailuun liittyvät ongelmat		
Toiminnan vajavuus		
Varausrajoitukset		
Psyykkiset muutokset		
Apatia		
Muistisairaus		
Delirium		

MUISTISAIRAAN POTILAAN
KUNTOUTUS

LONKKALEIKKAUKSEN JÄLKEEN

OPAS HOITAJALLE

HEIJ!

Tämä opas on tarkoitettu hoitajalle avuksi lonkkaleikatun muistisairaan potilaan kuntoutuksessa. Oppaan tarkoitus on helpottaa hoitajan kuntouttavaa hoitotyötä ja siihen kuuluvaa kommunikointia muistisairaan potilaan kanssa. Opas on suunnattu sekä lähi- että sairaanhoitajille.

MAHDOLLISIA ONGELMIA LONKKALEIKKAUKSEN JÄLKEEN

- ❑ Kipu
- ❑ Pahoinvointi ja oksentelu
- ❑ Delirium
- ❑ Tukokset
- ❑ Infektiot
- ❑ Aliravitsemus
- ❑ Henkinen taantuminen
- ❑ Fyysisen toimintakyvyn pysyvä aleneminen

MUISTISAIRAAN KÄYTTÖSHÄIRIÖITÄ

- ❑ Masennus
- ❑ Apatia
- ❑ Levottomuus
- ❑ Aggressiivisuus
- ❑ Persoonan muutokset
- ❑ Epäluuloisuus, harhaisuus
- ❑ Hallusinaatiot
- ❑ Liikenhäiriöt, jäykkyyys

HOIDON SUUNNITTELU

- ❑ Muistisairauden vaikeusaste
- ❑ Potilaan omat voimavarat
 - Kuinka paljon potilas kykenee tekemään itse?
- ❑ Murtumaa edeltävä toimintakyky
 - onko mahdollista palauttaa?
- ❑ Kotiolot
- ❑ Tuleva lisäapujen tarve
- ❑ Moniammatillinen työryhmä
- ❑ Kuntoutussuunnitelma
- ❑ Varausrajoitukset ja miten ne toteutuvat

VINKKEJÄ MUISTISAIRAAN POTILAAAN MOBILISOINTIIN

- ▣ Tutustu potilaaseen
- ▣ Kysy sekä potilaalta liikkumisesta, motiiveista, tavoista, toiveista ja peloista mikäli hän kykenee vastaamaan ja ymmärtämään kysymykset
- ▣ Keskustelee liikuntaharjoittelusta
- ▣ Keskustelee muiden hoitajien ja fysioterapeuttien kanssa
- ▣ Hanki tietoa omaisilta
- ▣ Arvioi liikkumista kuulemasija näkemäsi perusteella, liikkumalla potilaan kanssa ja toteuttamalla yksinkertaisia suoritusasteja
- ▣ Arvioi apuvälinetarvetta fysio- ja toimintaterapeutin kanssa
- ▣ Tarjoo mahdollisuuksia, poista esteitä ja ongelmia
- ▣ Anna palautetta, varmista myönteiset kokemukset
- ▣ Arvioi säännöllisesti liikkumista ja liikkumiskykyä
- ▣ Rohkaise ja motivoi liikkumaan
- ▣ Arvioi ympäristöä potilaan liikkumisen näkökulmasta

MUISTISAIRAAN POTILAAKSI KANSSA KOMMUNIKOINTI

- Avustus**
 - välttää lapsenomasta puhetapaa, muista puhuvasi aikuiselle ihmiselle
- Turvallisuus**
 - tärkeistä tai vaikeista asioista puhuminen tulisi tapahtua muistihäiriöisen omassa huoneessa, jossa hän kokee olonsa turvallisimmaksi.
- Kuunteleminen**
 - läsnäolo ja sen viestittäminen tapahtuu muun muassa katsekontaktilla sekä kasvojen pitämällä samalla tasolla.
- Keskittymisen**
 - esimerkiksi potilaan käden koskettaminen voi auttaa häntä keskittymään.
- Ympäristö**
 - postia häiriötekijät sulkeamalla radio tai televisio, sulkeamalla ikkuna, vähentämällä häiritsevää valaistusta.
- Rauhaisuus**
 - äänne muistihäiriöiselle aikaa muotoilla ajatuksiinsa ja lauseitaan, unohda kiire.
- Muut ameeleerit**
 - käyttää esleitä, kuvia tai esineitä. Ronkaise myös potilaista käyttämään näitä elementtejä.
- Ääni**
 - rauhallinen puhe, mieluummin matalampi kuin korkeampi ääni. Liikuta huulia selvästi
- Puhe**
 - Toista tai muotoile lause eri tavalla korostamalla ydinsanoja. Puhu vain ympeistä asioista kerrallaan ja äänne vain yksi vaihtoehto kerrallaan. Anna mahdollisuus vastata KYLLÄ, EI tai EN TIEDÄ jos koet ne luotettavaksi.
 - Vältä kieltoilauseita tai päätteilyä vastavia lauseita, koska niitä on vaikeampi ymmärtää. Muistuta puheenaarista potilaan sen unohdettua.
- Sanasto**
 - Käytä tuttuja, arkipäiväisiä sanoja.

HENKILÖKOHTAINEN HYGIENIA

Fyysiset ratkaisut

- ❑ Yksiväriset lattiat esim. harmaa
- ❑ Selkeät merkit W.C:n oviin
- ❑ Kynnäksentömät tilat
- ❑ Riittävä valaistus
- ❑ Ylimääräiset tavarat ja apuvälineet pesutiloista pois
- ❑ Lämmin pesuhuone, lattialämmitys
- ❑ saniteettitiloissa
- ❑ Lämmin vesi, lämpeä suihkun paine
- ❑ Sopivat väljät vaatteet

Yksilölliset ratkaisut

- ❑ Tutut ja turvalliset saamurihussit lämpeä herättely: istuminen yhdessä
- ❑ vuoteen laidalla, jumppahetki, juttelu
- ❑ Rakkokoukutus (gytmi, kellonajat), miehen annetaan virtsata seisaltaan,
- ❑ valuvan veden ääni saattaa edesauttaa virtsan hulemistä
- ❑ Riittävän pitkään istuminen W.C:ssä voi edistää virtsan toimintaa
- ❑ Ertisten tapojen noudattaminen pukautumisessa: rintatitit, farkut, solmio
- ❑ Aseta tai ojenna vaatteet oikeassa järjestyksessä
- ❑ Käsiin, jalkoihin, kasvojen hoito ja rasvaus
- ❑ Sopiva vuorokaudenaika peseytymiselle (esim. iltasauha tai päiväsuihku)
- ❑ Lämpöhoitaja, oma jalkahoitaja, manikyyristi, parturi ja kamppasija

RUOKAILUA HELPOTTAVAT KEINOT

- Ruokailutilan riittävä valaistus, miellyttävät tuoksut
- Hoitaja istuu samalla tasolla syötettävän kanssa
- Ei kulkkia tai liinaa pöydälle
- Sopivat ruokailuvälineet
 - esim. pieni lusikka, yksiväriset astiat, syvä lautanen, tukeva muki
- Kankainen tai keräsesiliina, jossa tasku
- Ylimääräinen hälypois, tv kiinni
- Keittion emäntä ja ruokailusta näkyvillä
- Juhlat ja teemaruokailut
- Yhteiset rihuaalit ja rukoukset