

Opinnäytetyö (AMK)

Toiminta- ja fysioterapian koulutusohjelma

2015

Adonika Ellä, Sanni Jyrkkänen, Enni Siitari

LONKKAMURTUMAPOTILAAN KOKEMUS TOIMIJUUDESTAAN SAIRAALASTA KOTIUTUMISEN JÄLKEEN



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Adonika Ellä, Sanni Jyrkkänen, Enni Siitari

LONKKAMURTUMAPOTILAAN KOKEMUS TOIMIJUUDESTAAN SAIRAALASTA KOTIUTUMISEN JÄLKEEN

Lonkkamurtuma on yleinen kaatumisen seuraus iäkkäiden henkilöiden parissa ja väestön ikääntymisen myötä murtumien määrän ennustetaan kasvavan. Opinnäytetyössä selvitettiin millaiseksi hyvä kuntoisena kotiutetut lonkkamurtumapotilaat kokivat oman toimijuutensa kolmen kuukauden kohdalla kotiutumisesta ja kuinka he kokivat toimijuutensa muuttuneen lonkkamurtuman myötä. Tarkoituksena oli nostaa esille kotiutuneiden lonkkamurtumapotilaiden subjektiivinen kokemus omasta toimijuudestaan ja sitä kautta pohtia keinoja kehittää lonkkamurtumapotilaiden kuntoutusta.

Opinnäytetyö toteutettiin Turun kaupungin lääkinnälliselle kuntoutukselle fysio- ja toimintaterapiaopiskelijoiden yhteistyönä. Opinnäytetyön toimeksianto pohjautuu Jenni HeiniLehtisen tekemään opinnäytetyöhön: Lonkkamurtumapotilaan toimintakyvyn edellytykset, liikkumiskyky ja arjen toimijuus (YAMK, 2014). Työssä kävi ilmi, että nopeasti kotiutuneiden lonkkamurtumapotilaiden toimintakyky ja arjen toimijuus jäivät seurannassa heikoksi.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jossa haastattelimme viittä hyväkuntoisena kotiutunutta lonkkamurtumapotilasta. Aineisto käsiteltiin sekä aineistolähtöisesti, että teoriaohjautuneesti.

Lonkkamurtuman vaikutukset ovat monimuotoisia ja näkyvät potilaan toimijuudessa vielä kolmen kuukauden kohdalla sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Lonkkamurtuman jälkeen iäkkäät henkilöt kokivat toiminnallisen aktiivisuutensa tason alhaisemmaksi kuin ennen murtumaa. Murtuman myötä kotityöt koettiin raskaammiksi ja läheisten apuun turvaututtiin aikaisempaa enemmän. Lonkkamurtumalla oli myös negatiivisia vaikutuksia iäkkäiden päivittäiseen mielialaan ja lisäksi kaatumisen pelkoa. Potilaat olivat tyytyväisiä kuntoutukseen ja saatuun hoitoon. Saatujen kotiohjeiden noudattaminen oli puutteellista, jos niiden merkitystä omaan kuntoutumiseen ei ymmärretty. Tutkimuksemme perusteella lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksessa voitaisiin hyötyä moniammatillisesta kuntoutustyöryhmästä, jolloin lonkkamurtuman vaikutukset pystyttäisiin huomioimaan monipuolisesti ja näin vähentää lonkkamurtuman monimuotoisia negatiivisia seurauksia.

ASIASANAT:

Toimijuus, lonkkamurtuma, fysioterapia, toimintaterapia, kuntoutus, ikääntyneet, kokemukset

REPORT | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Adonika Ellä, Sanni Jyrkkänen, Enni Siitari

HIP FRACTURE PATIENT`S EXPERIENCE OF THEIR OWN AGENCY AFTER DISCHARGE

Hip fracture is a common consequence when elderly people fall. Because population is ageing, the number of hip fractures is predicted to increase. The thesis examined, how hip fracture patients experienced their agency three months after discharge, and how their experience of their own agency had changed after the hip fracture. The aim of this thesis was to show discharged hip fracture patients' subjective experiences of their own agency and to use it to consider ways to improve rehabilitation of hip fracture patients.

The thesis was carried out for Turku Medical Rehabilitation in co-ordination with occupational therapy and physiotherapist students. The assignment of this thesis is based on Jenni HeiniLehtinen's previous thesis: locomotion, ability to function and agency in daily life among hip fracture patients (YAMK, 2014). In that previous thesis it turned out that the performance and ordinary days' agency of those patients, who had been discharged quickly from the hospital, devolved poorly in follow-up.

This thesis is a qualitative research, where the informants were five elderly people with a hip fracture and who had been classified as a good condition patient in hospital and had been discharged quickly. The results of the study were analyzed with a data-oriented content analysis and a theory-driven content analysis.

The consequences of a hip fracture are multidimensional and show up in patient's agency still three months after the discharge. After the hip fracture the interviewees experienced their performance activity level significantly lower than before the hip fracture. Housework was experienced more ponderous after the hip fracture compared to the situation before the accident. After the hip fracture, the interviewees had to turn to their close people more often than earlier. Hip fracture had negative consequences to interviewees' daily mood and increased their fear of falling. Interviewees were thankful for the rehabilitation and the care they had got in hospital. However, the patients, who had not understood the importance of the physiotherapist's advice to their rehabilitation, complied poorly with the instructions that the physiotherapist had given them. Based on this research, hip fracture patients could benefit from multi-professional rehabilitation, when the consequences of a hip fracture can be observed in many different ways and that way the diverse negative consequences after a hip fracture can be reduced.

KEYWORDS:

Agency, hip fracture, physiotherapy, occupational therapy, rehabilitation, elderly, experience

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Tutkimusongelmat	8
2.2 Tarve	8
2.3 Tavoitteet	9
3 TOIMIJUUS	10
3.1 Toimijuus opinnäytetyössämme	10
3.1 Toimijuus ikääntyneiden näkökulmasta	10
3.2 Toimijuuden modaliteetit	11
4 LONKKAMURTUMA	12
4.1 Lonkkamurtuman kuntoutus	14
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	16
5.1 Haastateltavat	16
5.2 Aineiston keruu teemahaastattelumenetelmällä	17
5.3 Tutkimusaineiston analyysi	18
6 ANALYYSIN TULOKSET	20
6.1 Toimijuus ja modaliteetit aineistossa	20
6.2 Lonkkamurtumapotilaan kokemus omasta arjesta	22
6.2.1 Apuvälineet lonkkamurtumapotilaan arjessa	24
6.2.2 Palvelut lonkkamurtumapotilaan arjen tukena	24
6.3 Lonkkamurtumapotilaan kokemus omasta liikkumiskyvystä	25
6.4 Lonkkamurtumapotilaan kokemus sosiaalisuudesta	26
6.5 Lonkkamurtumapotilaan kokemus kuntoutuksesta	28
6.5.1 Sairaalassaoloaika	29
6.6 Lonkkamurtumapotilaan kokemus mielialasta	29
6.6.1 Pelon tunteet	30
6.7 Lonkkamurtumapotilaan toiveet kuntoutumiselle ja tulevaisuudelle	31
7 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA JA TUTKIMUKSIA KUNTOUTUKSESTA	33
8 POHDINTA	38

8.1 Kehittämisehdotukset	38
8.2 Tutkimuksen onnistuminen	41
8.3 Luotettavuus	42
8.4 Eettisyys	44
LÄHTEET	45

LIITTEET

- Liite 1. Potilaiden informointi
- Liite 2. Potilaiden suostumuskirje
- Liite 3. Haastattelupohja

1 JOHDANTO

Lonkkamurtumia tapahtuu Suomessa vuosittain noin 7000 ja ne aiheuttavat isoja haasteita terveydenhuollolle sekä lonkkamurtumapotilaalle itselleen (Duodecim 2015). Suomen väestön ikääntyminen jatkuu vielä seuraavan noin kahdenkymmenen vuoden ajan reippaalla vauhdilla sodan jälkeen syntyneiden ikääntymisen myötä. On laskettu että vuosien 2015 ja 2030 välillä 75 vuotta täyttäneiden määrä jopa kaksinkertaistuu tämän hetkisestä. Tämän johdosta vuonna 2030 yli 68-vuotiaiden osuus koko väestöstä on 22 %, kun 2011 se on ollut 14 %. Seurauksena tästä terveydenhuollonpalveluiden tarpeen määrä tulee lisääntymään valtavasti lyhyellä aikavälillä. Huoltosuhteessa laskettuna se tarkoittaa että 2030 sataa työikäistä kohden olisi 70 huollettavaa eli alle 18 vuotiasta tai yli 67-vuotiasta, kun 2011 luku on ollut 53 huollettavaa sataa työikäistä kohden. (Tilastokeskus, 2013.)

Lonkkamurtumat kuluttavat vuositasolla runsaasti terveydenhoidon sekä sairaanhoidon varoja ja resursseja, jonka johdosta lonkkamurtuman tehokkaaseen kuntoutukseen on keskityttävä yhä tehokkaammin (Duodecim 2015). Lonkkamurtuma johtaa usein pysyvään elämänlaadun heikkenemiseen sekä ylimääräisiin kustannuksiin. (THL 2015.) Monet ikäihmiset eivät saavuta enää samaa liikuntakykyä lonkkamurtuman jälkeen kuin ennen loukkaantumistaan (Tideiksaar 2005,19).

Opinnäytetyön lähtökohtana oli kerätä tietoa hyväkuntoisten lonkkamurtumapotilaiden subjektiivisesta kokemuksesta omasta toimijuudesta murtuman jälkeen. Työmme tarkoituksena on tuoda esille lonkkamurtumapotilaiden oma kokemus siitä, miten murtuma on vaikuttanut heidän toimijuuteensa ja millaiseksi he kokivat toimijuutensa kolmen kuukauden kohdalla sairaalasta koitutumisen jälkeen. Opinnäytetyö toteutettiin tiiviissä yhteistyössä toimeksiantajan, Turun kaupungin lääkinnällisen kuntoutuksen kanssa.

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus, jossa haastattelimme hyväkuntoisina nopeasti sairaalasta kotiutettuja lonkkamurtumapotilaita. Pyrimme haastattelujen kautta nostamaan esille asioita, jotka huomioimalla voitaisiin kehittää

lonkkamurtumapotilaiden kuntoutusta tehokkaammaksi ja ennaltaehkäistä elämänlaadun heikkenemistä lonkkamurtuman jälkeen. Opinnäytetyö toteutettiin fysio- ja toimintaterapiaopiskelijoiden yhteistyönä. Olemme lähestyneet aihetta toimijuuden viitekehyksen kautta.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Tutkimusongelmat

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli vastata seuraaviin tutkimusongelmiin:

Miten lonkkamurtumapotilaat kokevat lonkkamurtuman vaikuttaneen heidän toimijuuteensa? Millainen on lonkkamurtumapotilaiden kokemus toimijuudestaan kolmen kuukauden kohdalla sairaalasta koitutumisen jälkeen? Tarkoituksenamme oli luoda kuvaus lonkkamurtumapotilaan toimijuudesta ja murtuman mukanaan tuomista muutoksista.

2.2 Tarve

Teemme opinnäytetyön yhteistyössä Turun kaupungin lääkinnällisen kuntoutuksen kanssa. Opinnäytetyön toimeksianto pohjautuu Jenni Heini-Lehtisen tekemään opinnäytetyöhön: Lonkkamurtumapotilaan toimintakyvyn edellytykset, liikkumiskyky ja arjen toimivuus (YAMK, 2014). Kyseisessä opinnäytetyössä käy ilmi, että nopeasti sairaalassa kuntoutumaan lähteneiden sekä nopeasti kotiutuneiden lonkkamurtumapotilaiden toimintakyky jäi seurannassa heikoksi.

Lonkkamurtuman jälkeen kotiutuminen voi tapahtua nopealla aikataululla, jos potilas luokitellaan hyväkuntoiseksi. Hyväkuntoisena kotiutuminen edellyttää, että potilas suoriutuu ADL (activities of daily living) toiminnoista eli kykenee huolehtimaan hygieniastaan, pukeutumaan, suoriutuu wc-toiminnoista ja liikkumisesta sisätiloissa. Tällä hetkellä Turun kaupungin lääkinnällinen kuntoutus tai sairaala ei suorita jälkiseurantaa kotiutumisen jälkeen, jonka takia huolena on potilaan toimintakyvyn aleneminen pysyvästi ja tästä johtuva elämänpiirin kapeneminen. Vaikka varsinaista seurantaa ei järjestetä, lonkkamurtumapotilaille järjestetään tarpeen mukaan fysioterapeutin kotikäyntejä, jotta kuntoutuminen jatkuisi myös kotiympäristössä.

2.3 Tavoitteet

Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda haastatteluaineistosta kuvaus hyväkuntoisten lonkkamurtumapotilaiden toimivuudesta ja sen muutoksista, jota voidaan käyttää hyväksi lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen kehittämisessä. Opinnäytetyön lopussa pohdimme tutkimuksen tuloksia ja niiden kautta lonkkamurtumapotilaan kuntoutusta.

3 TOIMIJUUS

3.1 Toimijuus opinnäytetyössämme

Toteutimme opinnäytetyön toiminta- ja fysioterapia opiskelijoiden yhteistyönä. Toimijuus-käsite soveltui opinnäytetyömme viitekehykseksi hyvin, koska se on molemmille aloille Suomessa melko uusi terminä eikä näin ollen vakiintunut jonkin tietyn ammattiryhmän käyttöön. Perinteisesti toimintakyky on terminä tarkoittanut ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen välttämättömistä sekä merkityksellisistä jokapäiväisistä toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää (THL 2015). Usein toimintakyky jaetaan useisiin yksittäisiin ulottuvuuksiin ja niitä selittäviin tekijöihin ja yhteyksiin. Tällöin tutkimustulokset tuottavat tuloksia, jotka kuvaavat vähäisesti yksittäisiä henkilöitä ja heidän todellista elämäntilannettaan. (Jyrkämä 2007, 196–199.) Meidän opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuitenkin tutkia lonkkamurtumapotilaan kokemuksia, ja näin toimijuuden viitekehyksen ottaminen käyttöön jo heti alussa tuntui luontevalta. Koska lonkkamurtumapotilaat ovat usein ikääntyneitä, myös toimijuutta käsitellään opinnäytetyössä ikääntyneiden näkökulmasta.

3.1 Toimijuus ikääntyneiden näkökulmasta

Tässä opinnäytetyössä toimijuus tarkoittaa henkilön kykyä hyödyntää jäljellä olevaa toimintakykyään arjen toiminnoissa ja kykyä tehdä päätöksiä omaa elämäänsä koskevissa asioissa (Toimia 2011).

Toimintakyvyn näkökulmasta katsottuna toimijuus edellyttää tarkkaa toimintakyvyn ulottuvuuksien tai eri osa-alueiden välistä vuorovaikutuksen ja dynamiikan huomioimista ja ymmärtämistä (Vironen 2013, 93–95). Toimijuuden näkökulma tarkoittaa Jyrkämän mukaan siirtymistä esimerkiksi sosiaalisen toimintakyvyn käsitteestä toimintakyvyn sosiaalisuuteen. Sosiaalisuus nähdään laajana ilmiökokonaisuutena, joka huomioi kysymykset siitä kuinka toimintakyky rakentuu, muotoutuu sekä muuttuu. Toimijuus näkökulman myötä toimintakykytutkimuksen pääpaino siirtyy siihen kuinka ikääntyvät hyödyntävät

käytössään olevaa toimintakykyä sekä koettuun toimintakykyyn, mitattavissa olevan toimintakyvyn sijasta. Toimijuuden näkökulma huomioi yksilön lisäksi myös toiminnan ja tilanteet joissa toimitaan sekä niissä tapahtuvat sosiaaliset toimintakäytännöt. Jyrkämän mukaan edellä mainitut asiat ovat oleellisia etenkin vanhustyössä, joka on pitkälti arjessa tapahtuvaa toimintaa. (Jyrkämä 2007, 200-201.) Toimijuuden tutkiminen mahdollistaa sen, että pystytään paremmin ottamaan huomioon yksilön mahdollisuus vaikuttaa omaan toimintaansa. (Jyrkämä 2007, 196–199.)

Toimijuuden käsite on lisääntymässä gerontologisessa tutkimuksessa. Sosiologiasta lähtöisin oleva käsite toimijuus haastaa tavanomaiset tavat tutkia ja ymmärtää ikääntymistä ja sen ilmiötä. Gerontologisessa tutkimuksessa toimijuus koskettaa alueita, joissa kohteena on toimintakyky ja sen käsitteellistäminen sekä mittaaminen sekä sen yhteys perinnöllisiin, sosiaalisiin ja psykologisiin tausta- ja muihin tekijöihin. (Jyrkämä 2007, 195–196.)

Eri toimijoiden yhteistoiminta muodostaa käytäntöjä joiden puitteisiin ikäihmisen toimijuus muodostuu. Huomioitava on, että erilaiset asumisympäristöt mahdollistavat hyvin erilaisen vanhuuden. (Pohjalainen 2014.) Emmanuelle Tullen (2004) mukaan vanhenevan ihmisen elämää säätelevät ne institutionaaliset rakenteet, joiden keskellä ikääntynyt elää. Poliittiset päätökset vaikuttavat niihin resursseihin, jotka ikääntyneellä on käytettävissään. Tullen (2004b, 175) mukaan kyky toimia reflektiivisesti ei katoa terveessä ikääntymisessä, vaikka ikääntyneiden ihmisten toimijuus kuitenkin traditionaalisesti kielletään.

3.2 Toimijuuden modaliteetit

Toimijuuden modaliteettien avulla saadaan hyvä käsitys ikääntyneen ihmisen elämäntilanteesta tietyssä ajassa sekä kulttuurisessa paikassa. Yksilön oman toiminnan lisäksi myös yhteiskunta luo vanhenemiselle ja vanhuudelle tietyt odotukset, normit, säännöt sekä mahdollisuudet. Yhteiskunnalliset rakenteet määrittelevät monella tavalla ikääntyneen elämää (Pohjalainen 2014). Olennaista

toimijuudessa on, että ihminen nähdään toimivana subjektina silloinkin kun kyseessä on ihminen jonka toimintakyky on rajoittunut (Topo 2006, 14–15.)

Modaliteetit korostavat toimijuuden tilanteellisuutta ja kontekstisuutta: toimijuus on toimijuutta suhteessa johonkin (Vironen 2013, 101–103). Toimijuus nähdään syntyvän, muovautuvan ja uusiutuvan kuuden modaliteetin vuorovaikutuksellisenä dynamiikkana. Nämä modaliteetit ovat: osata, kyetä, täytyä, voida, tuntea ja haluta.

”Osata” viittaa tietoihin, taitoihin ja pysyvään osaamiseen. ”Kyetä” pitää sisällään fyysiset sekä psyykkiset kyvyt. Voidaan puhua myös eri tavoin eri tilanteiden mukaan vaihtelevasta ”ruumiillisesta” toimintakyvystä. ”Täytyä” on ulottuvuus, joka keskittyy fyysisiin ja sosiaalisiin - normatiivisiin ja moraalisiin - pakkoihin ja rajoitteisiin. ”Voida” modaliteetin piiriin kuuluvat erilaisten tilanteiden ja niiden rakenteiden tuottamat ja antamat erilaiset mahdollisuudet sekä vaihtoehdot. ”Tuntee” ottaa huomioon ihmisen taipumuksen arvioida, arvottaa ja kokea tilanteet ja asiat sekä liittää niihin omia tunteitaan. ”Haluta” viittaa motivaatioon ja motivoituneisuuteen. Tahto, päämäärät ja tavoitteet ovat osa tätä ulottuvuutta. (Jyrkämä 2007, 206- 207.)

Modaliteetit ovat osa moniulotteista kontekstia, joka huomioi iän, ajankohdan ja ikäryhmän merkityksen tarkasteltaessa ikääntymiseen liittyviä ilmiöitä. Toisin sanoen toimijuutta ilmentävät modaliteetit ovat eri tavoin ja eri asioiden suhteen yhteydessä ikään, ikäryhmään kuulumiseen, ajankohtaan sekä kulloiseenkin paikkaan tai tilaan. Ikääntyvän henkilön kohdalla olennaista on mitä hän osaa, kykenee, haluaa, tuntee ja mitä hänen kyseisessä tilanteessa täytyy tehdä tai olla tekemättä ja mitä juuri tämä tilanne mahdollistaa. (Jyrkämä 2007,205- 209.)

4 LONKKAMURTUMA

Opinnäytetyön tutkimuskohteena ovat hyväkuntoisena sairaalasta kotiutuneet lonkkamurtumapotilaat. Tutkimusten mukaan lonkkamurtumalla on pysyvästi vaikutusta iäkkään henkilön toimijuuteen, sillä lonkkamurtuma eli reisiluun

yläosan murtuma heikentää iäkkään henkilön terveydentilaa, sekä liikkumis- ja toimintakykyä tai lisää toimintakyvyn heikkenemisen riskiä useiksi vuosiksi.

(Duodecim 2015.)

Lonkkamurtuma voi johtaa pitkäaikaiseen laitoshoitoon sekä lisätä erityisesti miehillä ennenaikaisen kuoleman vaaraa. Lonkkamurtumista 90 % tapahtuu kaatumisen seurauksena. Suurin osa lonkkamurtumapotilaista on 50 vuotta täyttäneitä ja riski saada lonkkamurtuma kasvaa iän myötä. (Duodecim 2015.)

Suomessa on 1996–2008 välillä tapahtunut vuosittain noin 7000 lonkkamurtumaa 50 vuotta täyttäneillä henkilöillä (Duodecim 2015). Vakiintuneen lonkkamurtumien määrän uskotaan johtuvan väestön ja ikääntyvien ihmisten painoindeksin noususta. Tutkimusten mukaan jo yhden painoindeksin yksikön lasku vähentää noin 7 % lonkkamurtuman ilmaantuvuutta. (Tilvis, 2010, 301–307.) Suurten ikäluokkien vanhetessa murtumien kokonaismäärä kasvaa kuitenkin jatkuvasti, vaikka ikään suhteutettu murtumien määrä on kääntynyt lähivuosiin laskuun (Pajala, 2012). On ennustettu, että 2020 murtumien määrä voisi kasvaa 14 000 murtumaan vuodessa (Tilvis, 2010, 301–307).

Lonkkamurtuman riskiä lisäävät vähäinen fyysinen aktiivisuus, aikaisemmat murtumat ja korkea ikä. Kalsiumin ja D-vitamiinin riittävä saanti sekä tupakoimattomuus fyysisen aktiivisuuden tukena pienentävät sen sijaan lonkkamurtuman riskiä. Iän myötä luuston mineraalitiheys pienentyy ja luuston hajoaminen kiihtyy, joka lisää osteoporoosin sekä murtumien riskiä. Lonkkamurtumat voidaan luokitella laadun ja sijainnin perusteella, jonka mukaan määräytyvät leikkaustoimenpiteet. Leikkauksen jälkeen potilaan aikainen liikkeelle lähteminen ja riittävä kivun hoito ovat tärkeässä osassa toipumista. (Duodecim 2015.) Kaatumisten ehkäisy on tärkeää lonkkamurtumien ehkäisyn kannalta, sillä tutkimusten mukaan joka kolmas yli 70-vuotias kotona asuva kaatuu ainakin kerran vuodessa ja joka viidennellä on toistuvia kaatumisia. 5-10 % kaatumistapaturmista johtaa luunmurtumaan tai pään vammaan. Lonkkamurtuma heikentää iäkkään henkilön terveydentilaa, sekä liikkumis- ja toimintakykyä. Lonkkamurtuma voi johtaa pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumisen ja lisää erityisesti miehillä ennenaikaisen kuoleman vaaraa. (Suomen Fysioterapeutit 2011.)

4.1 Lonkkamurtuman kuntoutus

Käypä hoito-suosituksen (2015) mukaa kuntoutus on tärkeä osa itse hoitoa, ja moniammatillisen tiimin tulisi suunnitella ja toteuttaa kuntoutus yhdessä potilaan kanssa. Tähän tiimiin voi kuulua lääkärin lisäksi sairaanhoitaja, perushoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Tiimi suunnittelee ja toteuttaa kuntoutuksen. Kuntoutusyksikkö tekee yhteistyötä yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Käypä hoito- suosituksen mukaan ennen lonkkamurtumapotilaan kotiutumista tulisi tehdä kotikäynti, jossa seurataan potilaan liikkumista ja selviytymistä arkielämässä. Kotikäynnillä selvitetään tarvitseeko potilaan asunnossa tehdään muutostöitä sekä millaisia apuvälineitä (kahvat, liukuesteet, kävelykeppi, rollaattori yms.) potilas mahdollisesti tarvitsee. Samalla kartoitetaan asiat, jotka saattavat aiheuttaa kaatumisia ja pyritään poistamaan ne. (Käypä hoito 2015)

Lonkkamurtumapotilaiden kuntoutus keskittyy tällä hetkellä erikoissairaanhoidossa toteutettavaan leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen ja terveyskeskussairaalassa toteutettavaan jatkokuntoutukseen. Akuutin kuntoutuksen tavoite on saada potilas mahdollisimman pian jalkeille sekä lievittää kipua. Akuuttihoiton jälkeen potilas siirtyy useimmissa tilanteissa jatkohoitoon suoran kotiutumisen sijaan. Jatkohoidon tavoite on aktivoida potilasta palaamaan päivittäisten toimintojen suorittamiseen itsenäisesti, jotta potilas kykenee kotiutumaan. Kotiutumisen jälkeen potilaan kuntoutumisen jatkuminen jää perusterveydenhuollon vastuulle, jos sinne hakeudutaan. Yleensä kotiutumisen jälkeen organisoitu kuntoutus on kuntoutuskeskusten ja avohoidon klinikoiden järjestämää tai potilaan kotona järjestettävää kotikuntoutusta. (Suomen fysioterapeutit, 2015,1)

Lonkkamurtumapotilaiden Käypä hoito – suositus keskittyy tällä hetkellä akuuttiin ja jatkosairaanhoidossa toteutettavaan kuntoutukseen. Kotiutuksen jälkeiset liikkumiskyvyn palautumista tukevat kuntoutus suositukset jäävät puutteelliseksi. On tutkittu, että kotiutumisen jälkeisellä kuntoutuksella on suuri vaikutus uusien kaatumisten ja lonkkamurtumien ehkäisemisessä. Lonkkamurtumapotilaan kyky suorittaa lihasvoimaa ja tasapainoa vaatia toimintoja palautuu hitaasti

lonkkamurtuman jälkeen luonnollisen kuntoutumisen tapahduttua. Tällä hetkellä kotiutuvien potilaiden liikkumiskyky ja kotona selviytyminen ei ole sillä tasolla, että he pärjäisivät itsenäisesti arjessa murtumaa edeltävällä tasolla tai edes lähellä sitä. Avokuntoutuksenohjeiden määrittelylle on siis perusteltu tarve. (Fysioterapia 2015, 1.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Haastateltavat

Mukaan tutkimukseen valittiin Turun lääkinällisen kuntoutuksen toimesta hyväkuntoiseksi luokiteltuja lonkkamurtumapotilaita, jotka kotiutuivat lyhyessä ajassa hyväkuntoisina sairaalasta kotiin. Haastateltavien keski-ikä oli 83,4 vuotta. Haastateltavia oli viisi, yksi mies ja neljä naista. Aluksi opinnäytetyöhön osallistuvia oli kolme lonkkamurtumapotilasta, mutta aineiston laajentamiseksi osallistujamäärä nostettiin toimeksiantajan kanssa viiteen henkilöön. Pieni haastattelijoukkomme vastaa Suomen tilastoja, sillä tilastollisesti Suomessa lonkkamurtuma on huomattavasti yleisempi naisilla ja yli 50-vuotiaiden parissa. Vuonna 2008 lonkkamurtuman koki 7226, joista 96 % sattui 50 vuotta täyttäneille ja 68 % heistä oli naisia. Samana vuonna lonkkamurtuman saaneista naisista 64 % ja miehistä 39 % oli 80-vuotiaita tai sitä vanhempia. (Duodecim 2015.)

Haastateltavia informoitiin opinnäytetyöstä kirjeellä ennen haastatteluja. Haastateltavat allekirjoittivat sopimuksen, jossa antoivat luvan olla heihin yhteydessä opinnäytetyöhön liittyen sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Kirjeessä osallistujille kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus, toteutustapa, lupaus anonymiteetin säilymisestä sekä oikeudesta perua osallistumisensa haastatteluun. Osallistuminen oli vapaaehtoista.

Haastateltavista jokainen oli saanut lonkkamurtuman kaatumisen seurauksena, ja heistä kolmella oli takana aiempia kaatumisia. Haastateltavista kaksi olivat kaatuneet ulkona ja kolme kodin sisätiloissa. Neljä viidestä haastateltavasta kertoivat liukastuneensa, syynä tähän oli kodin märkä lattia tai ulkona liukas jäinen maa. Yksi kertoi kompastuneensa kotona kantaessaan painavaa ämpäriä. Haastateltavista yksi asui palvelutalossa ja muut asuivat kotona yksin tai puolison kanssa. Haastattelut toteutettiin noin kolmen kuukauden jälkeen kotiutumisesta, jolloin myös fysioterapeutin tekemistä kotikäynneistä oli jo ehtinyt kertyä kokemusta. Kaikille haastateltaville oli ennen kotiutumista määrätty fysioterapeutin kotikäyntejä.

5.2 Aineiston keruu teemahaastattelumenetelmällä

Haastattelut toteutettiin haastateltavan kotona yksilöhaastatteluna. Lääkinnällisen kuntoutuksen työntekijä toimi yhteyshenkilönä osallistujien ja opinnäytetyön tekijöiden välillä sekä oli paikalla haastatteluiden aikana. Haastattelut nauhoitettiin myöhempää litterointia varten. Osallistujien anonymiteetin suojaamiseksi nauhoituksissa ei mainittu osallistujien nimiä.

Teemahaastattelun avulla tutkija pyrkii ymmärtämään ja saamaan käsityksen tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä, jossa on aina mukana ihminen ja hänen toimintansa, mitä tutkija pyrkii avaamaan teemojen avulla (Kananen 2014, 72). Opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla, koska halusimme saada potilaiden oman kokemuksen toimijuudestaan esiin. Haastattelussa ei käytetty tarkkoja ennalta suunniteltuja kysymyksiä, vaan vastauksia pyrittiin saamaan suunniteltuihin teemoihin keskustelun kautta. Jokaiselta osallistujalta selvitettiin aluksi esitiedot sekä kaatumishistoria, koska aikaisempien tutkimusten mukaan esimerkiksi ikä lisää kaatumisalttiutta ja aikaisempi kaatumistapaturma osaltaan nostaa uuden kaatumistapaturman riskiä.

Teemahaastattelu etenee suppilotekniikalla, edeten teemoittain yleisemmästä yksityiskohtaisempiin asioihin. Teemahaastattelun edetessä haastateltavan vastaukset luovat uusia näkökulmia ja jatkokysymyksiä, syventäen käsitystä tutkittavasta ilmiöstä. (Kananen 2012, 99–117.) Teemahaastattelulle suunnitellaan runko, johon suunnitellaan tutkittavan ilmiön kattavat haastattelun aikana keskusteltavat aiheet (Kananen 2014, 78). Teemahaastattelumme runko on opinnäytetyön liitteenä 3. Loimme haastattelurungon ja teemat itse, koska sopivia toimijuuden mittareita ei ollut tarjolla ja halusimme sen vastaavan mahdollisimman hyvin viitekehiksemme laajempaa näkemystä ikäihmisen kokonaisvaltaisesta toimijuudesta arjessa.

Toimijuus selvittää, miten henkilö hyödyntää jäljellä olevaa toimintakykyä arjentoiminnoissa ja miten hän kykenee tekemään päätöksiä omaa elämää koskevista asioista (Toimia 2011). Halusimme luoda haastattelupohjan joka selvittää iäkkään henkilön arkea; mitä iäkkään henkilön arki pitää sisällään ja kuinka hän pärjää arjen toiminnoista sekä miten hän suhtautuu kuntoutukseen.

Miten lonkkamurtuma on vaikuttanut arkeen, kodintöihin, mielialaan tai sosiaalisiin suhteisiin? Haastattelun teemoissa pyrimme huomioimaan iäkkään henkilön koko toimijuuden ja ympäristön vaikutuksen.

Teemojen luomisessa käytimme apuna Rajaniemen ja Sarvimäen tutkimuksen ”Ikäihmisten kokemuksia kotikuntoutuksesta” arjen teemoja, jossa tutkittiin ikäihmisiä, jotka olivat kotiutuneet kuntoutusyksiköstä. (Rajaniemi J. 2011.) Tarkentavilla kysymyksillä halusimme selvittää tarkemmin iäkkään kokemusta toimijuudestaan erilaisissa tilanteissa murtuman myötä.

5.3 Tutkimusaineiston analyysi

Teemahaastattelulla kerätty aineisto muutetaan tekstimuotoon mahdollisimman sanatarkasti. Sanatarkasti litteroitua aineistoa voidaan hyödyntää sitaattina työn loppuraportissa. (Kananen 2014, 101–102.) Aineiston litterointi eli muuttaminen tekstimuotoon aloitettiin heti jokaisen haastattelun jälkeen. Tekniikaksi valittiin osittainen puhekielinen peruslitterointi, koska koimme että työssämme ja analysointi vaiheessa hyödyimme enemmän kerrotusta asiasta kuin sanatarkasta litteroinnista, jossa kirjoitetaan auki esimerkiksi käytetyt äänen painot (Litterointilinkki 2013). Litteroitua tekstiä syntyi yhteensä 40 sivua. Jokaisen haastattelun jälkeen litterointi toteutettiin nopeasti, jotta haastattelurunkoa voitiin tarkentaa seuraavaa haastattelua varten ja mahdolliset muut esille tulleet kehitysideat osattaisiin ottaa huomioon seuraavassa haastattelussa. Haastattelurunko pysyi kuitenkin samanlaisena koko aineiston keruun ajan.

Litteroinnin jälkeen aineiston analyysissä sovellettiin laadullisen aineiston analysoinnin menetelmiä: koodaus ja ryhmittely (Kananen 2014, 99–100). Haastattelusta nousseet asiat jaettiin ensin aihealueisiin eli teemoiteltiin ne ryhmiä. Vaiheen jokainen opinnäyteyöntekijä teki itsenäisesti tulostamalla litteroinnit, värikoodaamalla aineistosta samaa aihealueeseen kuuluvat ilmaukset. Tässä vaiheessa aineiston analyysi toteutettiin aineistolähtöisesti ilman teoreettista viitekehystä.

Laadullisessa tutkimuksessa sisällön analyysin perusteella tehdyt johtopäätökset siirretään vaiheittain yleiselle tasolle irti yksittäisistä henkilöistä, tapahtumista ja

lausumista (Kananen 2013, 106- 107). Aineiston analyysissä jokainen haastattelun sisältö käytiin systemaattisesti läpi.

Ryhmittelyn eli klusteroinnin jälkeen luotiin ryhmittelyille teoreettisia käsitteitä, jota kutsutaan analysoinnin abstrahointi vaiheeksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–120). Aineistolähtöinen luokittelu tehdään sen perusteella, mitä aineistosta nousee esille (Kananen 2014, 108). Liikkeelle lähdettiin nimeämällä alaluokat, joita muodostui lopulta 27 kappaletta. Nimeämisen jälkeen siirryttiin yhdistämään ryhmiä isommiksi yläluokiksi ja edelleen pääluokiksi yhteisten tekijöiden avulla. Yläluokkia saimme kasaan 19 kappaletta ja pääluokkia 5 kappaletta. Pääluokat olivat kuntoutus, liikkuminen, mieliala, sosiaalisuus, arki sekä tavoitteet. Vasta abstrahoinnin jälkeen otettiin mukaan toimijuuden viitekehys, yhdistimme aineistosta nousseet yläluokat ja toimijuuden modaliteetit. Yhdistäminen tapahtui pohtimalla miten modaliteetit esiintyvät haastatteluista saaduissa tuloksissa. Pääluokat sekä modaliteetit avaamme työmme analyysin tulokset- kappaleessa, jossa olemme luettavuuden vuoksi käyttäneet myös kolmannen tason alaotsikoita. Aineistoa kuvaamaan olemme myös käyttäneet lainauksia haastatteluista.

Luotettavuuden lisäämiseksi kaikki opinnäytetyöntekijät toteuttivat jokaisen analysoinnin vaiheen itsenäisesti. Jokaisen analysoinnin vaiheen jälkeen toteutettiin vertailu ja yhdenmukaistaminen, jolla varmistettiin yhtenäinen käsitys aineistosta ja sen analyysin tuloksista. Lisäksi pystyttiin varmistamaan, että kaikki haastatteluissa esiin tulleet asiat otettiin huomioon. Alle on havainnollistettu taulukon avulla luokitteluprosessia. Esimerkkilainauksia on pelkistetty sekä niiden määrää on vähennetty taulukon tarkastelun helpottamiseksi.

Ilmaus	Alaluokka	yläluokka	Pääluokka	Modaliteetti
<p>”Luulisin pärjääväni monta vuotta omillani ilman uut- ta kaatumista... olen toiveikas”</p> <p>”Suuri motivaatio on et tulis lähes entiselleen, se on ihan valtavan tärkeää”</p>	Tavoitteet kuntoutumiselle	Murtumasta palautuminen tulevaisuudessa	Arki	Tuntea Haluta Täytyä

Esimerkkitaulukko 1.

6 ANALYYSIN TULOKSET

6.1 Toimijuus ja modaliteetit aineistossa

Toimijuuden modaliteeteista ”tuntea” tulee esille läpi koko aineiston. Haastattelimme lonkkamurtumapotilaiden subjektiivisia kokemuksia, joten haastateltavien luonnollinen taipumus arvioida ja arvottaa omaa tilannettaan sekä liittää niihin omia tunteitaan tulee vahvasti esille aineistossa. Tämä on tärkeä osa toimijuuden käsitettä sekä tärkeä huomioida aineistoa analysoitaessa. Jokaisen haastateltavan kokemukseen esimerkiksi arjesta vaikuttaa paljon hänen henkilökohtaiset taipumuksensa arvioida ja arvottaa arkea. Usein modaliteetit kulkevat yhdessä, limittäin, muodostaen isomman kokonaisuuden eikä niiden erittelemisen yksittäisiksi ole mielekästä toimijuuden kokonaiskuvan kannalta.

Esimerkiksi haastateltavat kertoivat pyrkivänsä käymään kävelyllä ulkona päivittäin. Tässä yhdistyy sekä modaliteetti ”kyetä” että modaliteetti ”tahtoa”. Motivoituneisuus omaan hyvinvointiin sekä kuntoutukseen sai haastateltavat pyrkimään kävelylle ulos.

”Voida” modaliteetti näkyy esimerkiksi siinä, miten henkilö on alkanut hyödyntää apuvälineitä arjessa ja itsenäisessä liikkumisessa. ”Voida” pitää toimijuuden mukaan sisällään erilaisten tilanteiden ja niiden rakenteiden tuottamat ja antamat erilaiset mahdollisuudet sekä vaihtoehdot (Jyrkämä 2007, 206–207).

”Täytyä” on ulottuvuus, joka keskittyy fyysisiin ja sosiaalisiin - normatiivisiin ja moraalisiin - pakkoihin ja rajoitteisiin (Jyrkämä 2007, 206- 207). Liikkumisen rajoittuminen vaikeuttaa toimintaa, jolloin esimerkiksi kylässä käynti ystävien luona vaihtuu yhteydenpitoon puhelimitse. ”Täytyä” -modaliteetti tulee esiin myös haastateltavien arvostuksena lähimmäisten antamaan tukeen, jota ilman arjen toiminnoista selviytyminen olisi hankalaa.

”Kyetä” -modaliteetti sisältää sekä fyysiset että psyykkiset kyvyt että toimintakyvyn (Jyrkämä 2007, 206–207). Tämä modaliteetti korostuu haastateltavan arjesta puhuttaessa, esimerkiksi päivittäisestä liikkumisesta murtuman jälkeen ja murtuman vaikutuksista omaan arkeen. ”Kyetä”-modaliteetti näkyy haastatteluissa myös esimerkiksi kykynä oppia käyttämään uusia apuvälineitä sekä hyväksyä uusi tilanne ja se, että joutuu turvautumaan apuvälineen käyttöön.

”Haluta” viittaa motivaatioon ja motivoituneisuuteen, myös tahto, päämäärät ja tavoitteet ovat osa tätä ulottuvuutta (Jyrkämä 2007, 206- 207). ”Haluta”modaliteetti näkyy aineistossa motivoituneisuutena lopettaa palvelut ja tällä pyrkiä itsenäisempään toimintaan. Esimerkiksi ainut ateriapalvelua käyttävä haastateltava aikoi lopettaa sen ja jatkossa tehdä itse ruuat.

Kuntoutuksen tavoitteena on fyysisen toimintakyvyn kehittäminen lonkkamurtuman jälkeen, koska tapahtunut murtuman on tilapäisesti heikentänyt sitä. Kuitenkaan kuntoutuminen ei tapahdu itsestään ja oma motivoituminen sekä päämäärät vaikuttavat siihen kuinka yksilö osallistuu ja kokee oman kuntoutuksensa. Yksilön aikaisemmat kokemukset muokkaavat sitä kuinka he nyt

kokevat oman elämäntilanteensa sekä motivoituvat kuntoutukseen. Kotikuntoutuksesta puhuttaessa modaliteetit ”haluta” sekä ”voida” tulevat vahvasti esille. ”Haluta” modaliteetti näkyy motivoituneisuutena kotiohjeiden noudattamiseen tai niiden mahdollisena laiminlyöntinä. ”Voida” -modaliteetti näkyy esimerkiksi siinä, että on annettu kotiohjeet ja sitä kautta mahdollisuus kotikuntoutukseen noudattamalla niitä säännöllisesti.

Haastateltavien omissa tavoitteissa tuli esille esimerkiksi modaliteetti ”haluta”, joka näkyi motivaationa toimintakyvyn palautumiselle sekä tulevaisuuden toiveina. Tässä osiossa myös modaliteetti ”tuntea” oli isossa osassa. Ihminen kokee oman toimintakykynsä ja mahdollisuudet kuntoutukselle vahvasti aiemman kokemansa ja ympäristönsä kautta.

6.2 Lonkkamurtumapotilaan kokemus omasta arjesta

Haastateltavat viettivät suurimman osan ajastaan kotona ja liikkuminen rajoittui pääasiassa kodin lähiympäristöön. Arki kului pääasiassa kotitöiden parissa. Arjen askareiden ohella aikaa vietettiin lukien ja televisiota katsellen sekä käsitöiden parissa. Jokainen haastatteluun osallistunut kertoi pyrkivänsä käymään ulkona kävelyllä päivittäin. Tätä ei kuitenkaan toteutettu, jos esimerkiksi sää koettiin huonoksi. Ennen lonkkamurtumaa moni kertoi aktiivisesti osallistuneensa erilaisiin aktiviteetteihin, kuten järjestötoimintaan sekä järjestettyyn harrastukseen tai ajanviettoon. Aineistosta nousi esille, että vain yksi haastateltavista aikoi palata entisen harrastuksensa pariin murtuman jälkeen.

”Ei ole oikeastaan mitään, mitä nyt käsitöitä vähän teen”

Jokainen kotona asuva haastateltava nosti esille ruoan valmistuksen mielekkyyden osana arkea. Itsetehtyä ruokaa arvostettiin eikä lonkkamurtuman koettu vaikuttaneen ruuanlaittoon, vaikka murtuman koettiin vaikeuttaneen liikkumiseen tai liikkuminen koettiin niin epävarmaksi että kaupassa asioiminen jätettiin mielellään lähipiirin tehtäväksi. Myös arjen pienemmät kotityöt hoidettiin itse. Kodin töiden tekeminen nousi aineistossa usein esille ja niistä suoriutumista pidettiin tärkeänä. Jokainen kotona asuva koki tarvitsevansa toisen henkilön apua

kodin suuremmissa siivouksissa ja juuri suursiivouksen toteuttaminen osoittautui monelle tärkeäksi rutiiniksi.

"... ja sil taval mattoja mies ja tytär puristaa mun kans, tytär auttaa isommissa töissä, pesee pyykit... en mä oo ite viel semmosii laittanut"

"Kotona mä siivoilen sillain vähän kerrallaan , en mä nyt usko että ikkunoita pesen mutta muuten imuroin kaikki ja laitan ruoat"

Omatoiminen peseytyminen nousi haastatteluissa toiminnoksi, joka oli vaikeutunut huomattavasti lonkkamurtuman myötä. Liikkumisen vaikeutuminen koettiin usein vaikeuttavaksi tekijäksi. Nyt kuitenkin noin kolmen kuukauden kohdalla kotiutumisen neljä viidestä koki omatoimisen peseytymisen sekä saunomisen sujuvan ongelmitta. Kahdella haastateltavalla kävi murtuman jälkeen pesupalvelu peseytymisen apuna, haastattelujen aikana vain toisella heistä kävi viikoittain pesupalvelu. Vaikka haastateltavat kokivat, että omatoiminen peseytyminen sujui hyvin, niin avustajan tai omaisen läsnäolo peseytymistilanteessa koettiin turvallisuutta lisääväksi tekijäksi.

"Peseytyminen sujuu ihan hyvin, saunassakin olen käynyt... ens vähän arastelin kun rappujakin piti mennä alas niin se oli vähän vaikeeta, mut nyt se menee hyvin ilman hämminkiä... et ihan hyvin saunan lauteille kiipeen heittämään löylyä"

Suurimmaksi muutokseksi omassa arjessa koettiin kodin ulkopuolisten aktiviteettien väheneminen sekä kotiin jääminen. Haastateltavat toivat paljon esille haastatteluissa sitä, miten "ei vaan tule lähdettyä". Kotiin jäämisen syyt tulevat esille aineistossa enemmän henkisenä kuin fyysisinä lonkkamurtumasta aiheutuvina vaikeuksina. Haastateltavat eivät olleet käyneet sukulaisten luona tai kotiympäristön ulkopuolella murtuman jälkeen, vaan itsenäinen ulkona liikkuminen rajoittui lyhyisiin matkoihin kodin välittömään läheisyyteen. Ulos pääseminen koettiin tärkeäksi osaksi arkea ja moni kuvasikin ulkona liikkumisen sujuvan tällä hetkellä melko hyvin.

"enkä mää oo missää käyny sen jälkeen et oon kotona ja mä olin kova menemään... et sillä tavalla on elämä muuttunut ihan erilaiseksi"

”Mä en oo käynyt missään sen jälkeen kun olen tullut kotoa”

Vaikka lonkkamurtuman koettiin jättäneen suuria muutoksia arkeen, suuriosa haastateltavista koki kuitenkin tyytyväisyyttä sen hetkiseen elämäntilanteeseen. Aineistosta nousi hyvin esille, että omatoimista asumista sekä itsenäistä päivittäisistä toiminnoista suoriutumista arvostettiin. Lähes jokainen haastateltava koki suoriutuvansa hyvin arjen askareista, vaikka tunnistivat, että fyysinen sekä psyykinen toimintakyky oli heikompaa verrattuna aikaan ennen murtumaa.

”Vaikka mies ja tytär lähtisivät kesällä mökille niin kyllä se arki yksinkin sujuis. Mä lekottelisin tuolla pihakeinussa ja ottaisin aurinkoa”

6.2.1 Apuvälineet lonkkamurtumapotilaan arjessa

Kaikki haastateltavat turvautuivat kävelyssään yhden tai kahden kepin varaan, lisäksi neljällä viidestä haastateltavasta oli käytössä rollaattori. Sairaalasta moni oli saanut mukaansa tarttumapihdit, suihkutuolin ja/tai wc-istuimen korokkeen.

Useiden haastateltavien lapset olivat palauttaneet apuvälineitä joita ei tarvittu, mutta haastatteluissa kävi myös ilmi että käyttämättä jääneet apuvälineet olivat usein jääneet haastateltavien kotiin. Esimerkiksi kaikki jotka olivat saaneet sairaalasta tarttumapihdit, eivät kokeneet tarvinneensa niitä. Suihkutuoli oli myös harvemmin käytössä, mutta sitä pidettiin varmuuden vuoksi lähellä. Liikkumisen apuvälineet koettiin hyödylliseksi ja niiden käyttöä jatkettiin helposti, vaikka liikkumiskyky ilman tukea oli jo saavutettu.

” mitä meinasivat et jos mä tarviin et saan lehden lattialta, mut en mä sit oo tarvinnu lainkaan”

” sitten mulla on semmonen suihkutuoli, mut sitä mä en oo käyttäny yhtään...”

6.2.2 Palvelut lonkkamurtumapotilaan arjen tukena

Haastateltavista muutamat liikkuivat omaisten kyydeillä tai taksilla, osa ei liikkunut kodin lähiympäristöstä kävelymatkaa kauemmas. Lonkkamurtumapotilaat eivät

ole oikeutettuja taksipalveluihin, vaan maksavat ne itse. Juuri taksimatkojen kallis hinta nousi haastatteluissa esille rajoittavana tekijänä. Kukaan haastateltavista ei käyttänyt linja-autoyhteyksiä, muutamat kertoivat pelkäävänsä kaatumista linja-autossa.

Ateriapalvelua ja peseytymisapua käytettiin jonkin verran murtuman jälkeen. Ruokapalvelua käytti haastattelu hetkellä yksi haastateltavista. Jokainen kotona asuva haastateltava koki ruoanlaiton mielekkääksi tekemiseksi ja isoksi osaksi arkea ja viimeinenkin ateriapalvelua käyttävä kertoi aikovansa lopettaa palvelun, koska itse tehty ruoka koettiin paremmaksi. Pesupalvelua käytti yksi haastateltavista haastatteluhetkellä. Vaikka omatoimiseen peseytymiseen oltiin luottavaisia, toisen henkilön läsnäolo koettiin turvallisuutta lisääväksi tekijäksi.

”pesupalvelunkin lopetin kun ne tulivat ja löivät sienen käteen ja käskivät pestä ite... kyl se omatoimisesti paljon paremmin menee”

”joka tiistai käy pesupalvelu, mä en oo suihkussa käyny yksin yhtään, vanhin tytär on joskus käyny suihkuttamassa... kyl se suihkuttaminen itsenäisestikin onnistuis mut meil on tyttäret jotka käy suihkuttamassa...mä pelkään tätä päätä kun se on sellanen huimaava...lääkkeidenjakajakin käy”

6.3 Lonkkamurtumapotilaan kokemus omasta liikkumiskyvystä

Haastateltavista jokainen kertoi liikkuneensa ennen lonkkamurtumaa itsenäisesti ilman apuvälineitä kävellen tai polkupyörällä.

”kyllä tän murtuman jälkeen isoin muutos on tää kulku homma ja kävely, et täytyy kävellä tollasen rollaattorin ja kepin kanssa, ei muuta.”

Lonkkamurtuman myötä jokainen haastateltava liikkui nyt jonkin apuvälineen turvin. Muutama kertoi kykenevänsä liikkumaan ilmankin, mutta apuvälinettä käytettiin silti turvallisuuden tunteen takia. Pääasiassa haastateltavat kertoivat liikkuvansa sisällä keppien kanssa, ulos lähdettäessä liikkuminen tapahtui rollaattoriin tukien.

Aineiston perusteella moni haastateltavista koki olevansa melko tyytyväinen sen hetkiseen liikkumiskykyynsä, mutta toisaalta liikkumisen koettiin olevan vielä epävarmaa, joka vaikeutti apuvälineiden käytön lopettamista. Haastateltavat kokivat itsenäisen liikkumisen olleen tärkeä osa kuntoutumista, vaikka liikkuminen koetaan epävarmaksi ja heikoksi murtumaa edeltäneeseen aikaan verrattuna.

”kyl mä olen keppii käyttänyt tääl ja sit rollaattorii mä olen vallan käyttäny vaik ne ovat ohjanneet tarttis rollaattorii men ilman, mä en uskalla tonne ulos mennä ilman rollaattoria ku mun pää heittää tollai... sisällä mä käytän keppii osaks, juu ja ilmanki mä kävelen välillä jo”

”kyl mä rollaattorillakin käyny, eilenkin kiersin tossa semmonen mitä siit mahtais tulla pari kilometriä, mutta kyllä niinku yhdellä kyynärsauvalla kävely onnistuu hyvin siinä mielessä et ei siinä horjuntaa tule...Kyynärsauvoja olen käyttänyt osittain siks ettein ton rollaattorin kans voi mennä syömään ku siel on muita niin paljon, voin noilla sauvoilla liikkua ja jopa ilmankin... kyllä mä silti sisälläkin käytän rollaattoria, minusta se on jotenkin kätevämpi kuin sauvat”

6.4 Lonkkamurtumapotilaan kokemus sosiaalisuudesta

Aineistosta käy ilmi, että sosiaalisen verkoston tuen tärkeys ja määrä on lisääntynyt huomattavasti murtuman jälkeen. Haastateltavien lapset ja lapsenlapset vastasivat usein esimerkiksi isommista siivoustöistä ja kaupassa käymisestä. Perheen tuki ja apu koettiin tärkeäksi osaksi arkea, sitä arvostettiin ja osattiin pyytää. Lonkkamurtuman myötä perheenjäsenten tuen määrä arjessa oli kasvanut. Jokainen kotona asuva kertoi aiemmin hoitaneen kaupassa asioinnin omatoimisesti tai puolison kanssa, nyt jokainen heistä koki olevansa muiden henkilöiden avusta riippuvaisia. Myös suursiivon hoitaminen oli usealle kotona asuvalle ongelma, koska avuntarve suurien siivoustöiden tekemiseen koettiin kasvaneen.

”mä saan ne hoidettua nyt mitä täytyy ja omaiset hoitaa loput”

”suursiivo on tekemättä mun täytyy varmaan pyytää tytär apuun... tytär tekee kaikki semmoset ku tuolt ylhäältä mitä mä en saa, kyl mä lattiat saan putsattuu...”

ja sil taval mattoja mies ja tytär puristaa mun kans, tytär auttaa isommissa töissä, pesee pyykit... en mä oo ite viel semmosii laittanut”

Sosiaalisten suhteiden hoitaminen tapahtui pääasiassa puhelimen välityksellä ja tapaamiset tapahtuivat haastateltavien luona. Aineistosta kävi ilmi, etteivät haastateltavat enää mielellään lähteneet kotoa kyläilemään. Liikkumisen vaikeutuminen sekä väsymyksen tunne koettiin usein syyksi kotiin jäämiselle, vaikka ennen murtumaa sukulaisten ja perheen luona vierailtiin säännöllisesti.

”ennen tätä on käyty vallan...ei olla kertaakaan käyty murtuman jälkeen lastenlasten luona... he on käyny täällä ja soitellaan”

”vierailut on vähentynyt paljon ja sit kaikki muukin vähenee varmaan meil on mökki tuol saaristos ja juur oli juttuu et mun mökkireissut on tehty... En mä nyt viel ainakaan uskalla lähtee”

”kaverit tässäkin soitellut että tarttis ottaa yhteyttä mut ei niistäkään oo kukaan oikeestaan en mä tiedä eik he uskalla... soitellaan kylläkin..... ennen murtumaa me mentiin sit aina johonki jos lährettii”

Suurin osa haastateltavista koki yhteydenpidon läheisiin muuttuneen murtuman myötä juuri kotiin jäämisen vuoksi. Kuitenkin haastateltavat olivat kokeneet myös positiivisia muutoksia. Avun tarpeen lisääntyessä omaiset ja ystävät alkoivat pitää yhteyttä enemmän, etenkin yksin asuvien haastateltavien kohdalla.

”kyllä mä sairaalassa ollessa hämmästyin kun kävi niin valtavasti vieraita...kysyivätki että mitä mä oon tehny elämäntyökseni ku mul on niin paljon ja mä sanoin et nyt on kysymys ihan vaan naapureista ja huomasin että niitä oon ja sitte niitä löyty myöski sitte ku mä tuln kotiaki... mul on ihan kummastakin ylhäältä ja alhaalta tästä näin niin vuoronperään ovat käyneet”

”tietysti se motivoi että ihmiset sanoo et kyl se lähtee ihan hyvin eteenpäin”

Aineistosta nousi myös esille sosiaalisen ympäristön vaikutus toimintakykyyn kuntoutusprosessin aikana. Sairaalassa sosiaalinen ympäristö koettiin saamaan aikaan tukevaksi, mutta myös rajoittavaksi. Kotiutumisen jälkeen lähiomaisen suhtautuminen tilanteeseen nousi esille arjen toimijuuteen vaikuttavana tekijänä. Omainen saattoi tehdä haastateltavan puolesta liikaakin, joka passivoi

entisestään haastateltavia. Omaiset suhtautuivat myös varoen esimerkiksi haastateltavan itsenäiseen liikkumiseen.

”sairaalassakin kun menin siellä rollaattorin kanssa, ne aina sano siellä että älä mee niin lujaa, että ne piti, kulki perässä ja mä sanon että mä en oo oppinu hitaasti kävelemään... Nyt on aina täällä mejän porukka älä men niin lujaa”

”ei oo noi laskeneet (tyttäret) et mä en saa lähteä yksin mihinkään”

6.5 Lonkkamurtumapotilaan kokemus kuntoutuksesta

Jokaisen haastatteluun osallistuneen potilaan luo oli toteutettu fysioterapeutin toimesta kotikäynti. Fysioterapeutin tekemät kotikäynnit haastateltavat kokivat hyvin positiiviseksi osaksi kuntoutusta ja niistä koettiin olleen hyötyä. Esimerkiksi moni haastateltavista kertoi lähteneensä kotoaan ulos ensimmäisen kerran fysioterapeutin kanssa. Kotiohjeisiin ja niiden noudattamiseen potilaat suhtautuivat melko kaksijakoisesti: osa teki jopa enemmän kuin oli ohjeistettu, kun taas osa ei tehnyt käytännössä ollenkaan.

”mä en ois tietysti monta asiaa tehny oikein ja sillä tavalla, enkä ois ollut ja tehnyt sitä joka päivä, nyt mä teen joka päivä ne liikkeet mitä mulle on opetettu”

Kotiohjeet koettiin selkeiksi, ja haastateltavat kokivat saaneensa sekä sairaalan hoitohenkilökunnalta että fysioterapeutilta tarpeeksi ohjeistusta niiden noudattamiseen. Kotiohjeiden noudattamatta jättämisen syyksi aineistossa nousi esille, että harjoitteet koettiin usein tylsiksi ja mieluummin harjoitteet korvattaisiin itselle mielekkäällä tekemisellä, esimerkiksi ulkoilulla. Vapaaehtoisuus ja lupa itse määrittää jumpan ajankohta päivässä olivat asioita, jotka mainittiin ohjeiden noudattamista tukeviksi seikoiksi. Lähtökohtaisesti ne haastateltavat, jotka eivät tehneet harjoitteita haastatteluhetkellä aktiivisesti, kertoivat tehneensä harjoitteita heti kotiutumisen jälkeen, jolloin fyysinen liikkumiskyky oli vielä selkeästi alhaisempi. Motivaatio ohjeiden noudattamiseen väheni, kun kunto oli tullut jo ”ihan hyväksi”.

”aluksi noudatin niitä ohjeita hetken aikaa, nyt mä en ole kyl noudattanut..kun parantunu ni aina laiskistuu”

"lääkäri sanoi että voisin tehdä mut mul on tämä kauhea pyörytystauti... En mä oo koskaan oikein ollut mikään jumppari. Mä olen sauvakävellyt"

Kotiohjeet eivät aineistossa näyttäneet sitoutuneen potilaiden arkeen ja "jumppaaminen" sekä "voimistelu" koettiin vieraiksi asioiksi. Aineistosta nousi esille selkeästi, etteivät haastateltavat välttämättä tunnista saatujen kotiohjeiden merkitystä kuntoutumiselle. Usein ne haastateltavat, jotka eivät nähneet kotiohjeiden noudattamisen merkitystä kuntoutukselle jättivät ne helpommin myös tekemättä.

"mä sain kotiohjeen mut mä olen niin huono ollut voimistelemaan, mulla on kaksi lappua tuol mut en mä tiedä en mä ole paljoa voimistellut...ne annettiin siks et mä voin käyttää niitä... no vois olla hyötyä"

"ikävä kyllä mä koen ettei se paljon auta mutta kyllä mä olen yrittänyt omasta puolestani ni niitä kohtalaisen innokkaasti tehdä"

"en usko, en tiedä onko jumppa auttanut"

6.5.1 Sairaalassaoloaika

Valtaosassa haastatteluista nousi esille sairaalassaolo ajasta puhuttaessa tylsistyminen sekä virikkeiden vähäisyys. Sairaalassa saatuun fysioterapiaan haastateltavat olivat tyytyväisiä eikä itse hoitoa moitittu.

"sairaalassa oli vielä tylsempää kun täällä yksinään... sitten se aika tuli sellaiseksi kun ei ollut mitään muuta kuin tää jumppa"

"mä kaipasin sairaalassa ollessaan kyl sitä ulkona olemista, kamalaa ku viikkokaupalla siellä. Hui kamalaa"

6.6 Lonkkamurtumapotilaan kokemus mielialasta

Aineistossamme tuli paljon esiin yksinäisyyden ja väsymyksen tunteita. Useat haastateltavista kuvasivat myös "saamattomuutta" – miten ei vaan murtuman jälkeen ole saanut mentyä tai lähdettyä tekemään niitä asioita, joita aikaisemmin

teki mielellään. Esimerkiksi murtumaa edeltäneisiin harrastuksiin ja yhdistysten tilaisuuksiin palaaminen ei enää tuntunut mielekkäältä. Vain yksi haastateltavista kertoi aloittavansa seuraavalla viikolla uudelleen harrastuksen, jota oli harrastanut ennen murtumaa. Kukaan haastateltavista ei osallistunut esimerkiksi tasapaino-ryhmiin.

”en oo nyt saanut vaan irti vielä, ei oo vaan vielä toi luonto sellainen et antais periksi mennä”

Oma arki koettiin pitkävetoiseksi, ja tämä muutos arjessa koettiin tapahtuneen kotiutumisen jälkeen. Yksi haastateltavista kertoi selkeästi tuntevansa masentuneisuuden tunteita murtuman jälkeen.

”arki on muuttunut niin se on niin pitkävetoiseksi tullut ei uskoisi ikinä et elämä ois semmosta”

”mä olen niin henkisesti väsynyt siitä et mä niin loukkasin. Jollain tapaa tuntee yksinäiseksi... Mä olen ollut niin masentunut mä olen ihan tosi masentunut”

”no osa on väsymystä, kun toi sänkykin on päiväsaikaan mukava.”

Positiiviset tunteet ja ajatukset liittyivät usein omaan elämänkatsomukseen, tapaan tuntea ja kokea asiat. Positiivisten tunteiden esiin tuominen ja asenne murtumaa kohtaan olivat hyvin yksilöllisiä.

”vanhaks on tullut ja vanhemmaks tulee, mutta eihän se auta, mut parempi se on mennä sanoisko parampaa latuu ku huonompaa latuu”

Yksikään haastateltavista ei kertonut lonkassa olevan toimintaa rajoittavaa kipua. Sen sijaan on huomioitava, että ikääntyneillä voi samanaikaisesti olla useita muita rajoitteita jotka osaltaan vaikuttavat toimintakykyyn ja mielialaan.

6.6.1 Pelon tunteet

Kaikki haastateltavat kertoivat itsenäisen liikkumisen tuntuvan vielä aikaisempaan verrattuna epävarmalta ja että apuvälineen käytöstä huolimatta itsenäinen liikkuminen oli arkaa. Erityisesti liukaskeli sekä epätasainen maasto

koettiin haastavaksi. Aineiston perusteella kaatumisen pelko kavensi elämänpiiriä ja vaikeutti kuntoutumista, koska pelon vuoksi he eivät liikkuneet itsenäisesti tai välttivät liikkumista tietyissä tilanteissa.

*”mulla on ensin alkuun se kaatumisen pelko, mä pelkäsin kauheesti. Sairaalassakin varotettiin, että älä lähe mihinkään, sit kaadut ja ei täällä aina ole joku kattomassa.. Itse asiassa kun oon kävellyt niin mä en oo pelännyt kun ei oo ollut liukasta. Se pelko on kyllä, se kaatumisen pelko on aika kova ja se on paha”
”pelkään, se on niin mun hermoihin mennyt se mun tarttis unohtaa mut se on mennyt mun hermoihin”*

Kaatumisen ja sairaalaan joutuminen koettiin traumaattisena. Tästä voi jäädä pelon tunteita sekä kaatumista että yksinäisyyttä kohtaan. Kaatuneelle potilaalle ei tarjota automaattisesti psykiatrista apua. Lähimmäiset eivät osaa välttämättä kohdata potilaan muuttunutta elämäntilannetta vaan kokemus saattaa johtaa iäkkään potilaan ”ylihoitamiseen”, jolloin potilaiden puolesta tehdään asioita yli avun tarpeen. Myös liialla varottelemisella rajoitetaan omatoimisuutta sekä itsenäistä liikkumista, joka kuitenkin olisi tärkeä osa edistämään arjen ja toimintakyvyn palautumista murtumaa edeltäneelle tasolle. Aineiston pohjalta ei voida luoda yleistyksiä, että kaikki kaatumapotilaat olisivat traumatisoituneita tai pelkäisivät kaatumista. Opinnäytetyömme aineistosta neljä viidestä kertoi kuitenkin pelkäävänsä kaatumista.

6.7 Lonkkamurtumapotilaan toiveet kuntoutumiselle ja tulevaisuudelle

Aineistosta tuli ilmi, että vaikka haastateltava ei olisi toteuttanut kotiohjeita, saattoivat he suhtautua toiveikkaasti omaan kuntoutumiseen. Haastattelujoukon vanhimmat haastateltavat kokivat ikänsä olevan este kuntoutumiselle. Ajateltiin, ettei tulevaisuuteen kannata panostaa koska ei ”tässä iässä” elä enää kauaa, ja että vanhana kuntoutuu hitaammin.

”mä tykkään et mä parantuisin ja saisin elää viel vähän aikaa...Kyllä mä toivon että se palautuisi.. pieni pyrkimys et pääsisi sauvakävelemään... että tulisi lähes entiselleen, se on ihan valtavan tärkeää”

Kotona asuvat toivoivat pystyvänsä asumaan kotonaan vielä mahdollisimman pitkään. Omatoiminen asuminen ja kotona selviytyminen koettiin tärkeäksi ja merkitykselliseksi asiaksi. Jokainen haastateltava toivoi kuntoutumisen jatkuvan parempaan päin, mutta entiselleen palautuminen nähtiin kaukaisena ajatuksena. Haastateltavista yksikään ei uskonut arjen ja liikkumiskyvyn palautuvan murtumaa edeltäneelle tasolle.

”mä luulisin että monta vuotta luulisin että pärjäisin ihan omillani, et jos ei mitään uutta keikautusta tule, et sil taval mä olen toiveikas”

”tavallinen elämä on tärkeää, se että asiat sujuu ja saa kaikki hoidettua mitä täytyy hoitaa”

7 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA JA TUTKIMUKSIA KUNTOUTUKSESTA

Tutkimuksessamme nousi esille lonkkamurtuman suuri vaikutus iäkkään arkeen. Kotiutumisen jälkeen aika kului kotona, harrastukset olivat jääneet ja liikkuminen rajoittui kodin lähiympäristöön. Lonkkamurtuman myötä kodintyöt koettiin raskaammiksi ja läheisten apuun turvauduttiin aiempaa enemmän. Fyysinen toimintakyky koettiin heikommaksi kuin ennen murtumaa. Tämä näkyi esimerkiksi riippuvaisuutena lähimmäisistä IADL- toiminnoissa, kuten siivoamisessa sekä kaupassa asioimisessa. Tutkimuksemme perusteella on siis selvää, että lonkkamurtumapotilaat tarvitsevat kotiin suuntautuvaa tukea.

Vuonna 2015 tehdyn tutkimuksen mukaan kotiin pohjautuvalla kuntoutuksella voitaisiin parantaa suorituskykyä päivittäisissä toiminnoissa. Tutkimus osoitti, että nopeasti aloitettu kotikuntoutus, jossa lonkkamurtumapotilaan omat tavoitteet sekä motivaatio, moniammatillinen toiminta, tiivis yhteistyö sukulaisten sekä kotihoidon kanssa johtaa onnistuneeseen kotiutumiseen sairaalasta ja parempiin kuntoutuksen tuloksiin (Edgren ym.2015). Tätä tukee myös aiempi tutkimus, jonka mukaan tuettuun kotiutumiseen sekä minäpystyvyyteen panostava kotikuntoutus lisää luottamusta tasapainoon ja tukee potilaan itsenäisyyttä sekä fyysistä aktiivisuutta kotiutumisen aikaisessa vaiheessa (Zidén ym.2008). Useat aikaisemmat tutkimukset näiden lisäksi puoltavat kotiin pohjautuvaa kuntoutusta myös sen pitkäkestoisten tulosten perusteella. Olennaista on kuntoutuksen varhainen aloitus jo sairaalassa, minäpystyvyyden tunteen tukeminen sekä päivittäisten toimintojen harjoittelu. (Zidén ym. 2010). Tavalliseen hoitoon verrattuna kotiin pohjautuvalla kuntoutuksella saatiin vuodessa aikaan suurempaa liikkuvuuden palautumista sekä fyysisen kapasiteetin palautumista. Tutkimus puoltaa monipuolista, yksilöllistä, progressiivista ja riittävän pitkäkestoista kotiin pohjautuvaa kuntoutusta lonkkamurtumapotilaille. (Salpakoski ym. 2014).

Omassa tutkimuksessamme käy ilmi, että lonkkamurtumapotilaiden luottamus omaan fyysiseen toimintakykyyn oli heikentynyt. Tämä näkyi osaltaan liikkumisen apuvälineiden käytön pitkittymisenä sekä lisääntyneenä avun tarpeena

kokemisena. Luottamuksen puute omaan kehoon johti monen osalla myös kaatumisen pelon lisääntymiseen. Kaatumisen pelon kehittymistä voidaan pitää melko yleisenä ilmiönä kaatumistapaturman jälkeen, sillä myös aikaisemmat tutkimukset raportoivat samankaltaisia tuloksia lonkkamurtumapotilailla. On todettu, että kaatumisen jälkeen iäkäs vähentää usein aktiivisuutensa tasoa välttääkseen uuden kaatumisen (Wijlhuizen ym. 2007). Kaatumisen pelko vaikuttaa suuresti yksilön elämään ja voi näkyä vielä vuoden päästä sairaalasta kotiutumisesta. Erään tutkimuksen mukaan lonkkamurtumapotilaat pelkäsivät uusia kaatumisia ja elivät siksi varovaisempaa, vähemmän liikkuvaa sekä eristäytyneempää elämää vielä vuoden päästä traumasta kuin ennen murtumaa. (Zidén ym. 2010.)

Itsenäinen liikkuminen ei ole itsestäänselvyys lonkkamurtuman jälkeen. Haastatteluun osallistuneet iäkkäät kertoivat liikkumisen vaikeutumisen olleen suurimpia murtuman tuomia muutoksia. Omatoiminen liikkeelle lähteminen koettiin tärkeäksi osaksi itsenäistä elämää ja siihen pyrittiin. Vaikka moni koki liikkumisen rajoittuneemmaksi kuin ennen, liikuntakyvyssä tapahtuneeseen palautumiseen oltiin tyytyväisiä. Aineistosta käy ilmi, että potilaat lopettavat harjoitukset usein tyydyttävän kävelykyvyn saavutettuaan. Tähän vaikuttavat alhainen motivoituminen itsenäiseen harjoitteluun, koska pystyy kävelemään sekä ajatusmalli siitä, ettei tietyn ikäisenä enää ”palaudu ennalleen”. Tämä johtaa siihen, että esimerkiksi liikkumisen apuvälineet ovat käytössä potilaan loppuelämän, vaikka fyysinen toimintakyky mahdollistaisi itsenäisen liikkumisen ilman tukea tai vähäisemmällä tuella.

Opinnäytetyöhömme osallistuneet olivat tyytyväisiä sairaalassa saatuun hoitoon sekä fysioterapiaan. Sairaala-aika koettiin usein tylsäksi ja virikkeettömäksi kun päivään sisältyi vain yksi tapaaminen fysioterapeutin kanssa päivittäisten toimintojen lisäksi. Tutkimukseemme osallistuneet olivat tyytyväisiä myös kotiutumisen jälkeen toteutuneisiin fysioterapeutin kotikäynteihin. Fysioterapeutin kanssa moni uskaltautui tekemään kotiympäristössään asioita, joita muuten ei uskallettu. Esimerkiksi moni uskalsi lähteä ulos kävelemään ensimmäisen kerran vasta fysioterapeutin seurassa, tämän jälkeen ulos lähdettiin helpommin myös omatoimisesti.. Motivoituminen saatujen kotiohjeiden noudattamiseen oli tutkimuksessamme kaksijakoista. Kävi ilmi, että ne joiden elämänasenne oli

positiivinen, jatkoivat kotiohjeiden noudattamista pidempään. Kotiohjeet jäivät helposti tekemättä, jos niiden merkitystä kuntoutukselle ei ymmärretty oman toimijuuden palautumisen kannalta.

Tutkimuksessamme ilmeni myös että lonkkamurtumapotilaat ovat riippuvaisempia läheisten ihmisten tuesta kotiuduttuaan kuin ennen murtumaa. Kaupassa asioiminen ja suurimmat kotityöt jätettiin usein sosiaalisen verkoston hoidettavaksi. Läheisten ihmisten tuki oli tärkeää myös psyykkisen hyvinvoinnin kannalta, isovanhemman rooli lapsenlapsille lievensi yksinäisyyden tunteita sekä läheisiltä kaivattiin tukea mielialaan, kuten masennuksen oireisiin. Myös epävarmoissa tilanteissa turvallisuudentunnetta lisäsi lähimmäisen läsnäolo.

Aineistossa potilaiden omat lapset ja lapsenlapset olivat suuressa roolissa mahdollistamassa murtumapotiilaan päivittäistä aktiivisuutta sekä suoriutumista päivittäisistä toiminnoista. Lähimmäisten tuki koettiin välillä myös rajoittavaksi tekijäksi, kun iäkkään kokemus omasta pystyvyydestään oli ristiriidassa omaisen kokemukseen. Kävi ilmi, että liiallinen huolehtivaisuus saattoi kaventaa iäkkään henkilön elämänpiiriä entisestään, jos omainen rajoitti toimintaa vain varmuuden vuoksi. Aineistosta nousi esille, että iäkästä saatetaan esimerkiksi kieltää lähtemästä yksin ulos kaatumisen varalta tai asioita tehdään iäkkään puolesta.

Moni tutkimukseemme osallistunut koki arjen muuttuneen murtuman myötä yksitoikkoiseksi. Lonkkamurtuman kokeneet potilaat kuvasivat tutkimuksessamme runsaasti yksinäisyyden ja väsymyksen tunteita, joita alkoivat kokea lonkkamurtuman jälkeen. Moni koki itsensä ”saamattomaksi” päivittäin. Aikaisemmin mielekkäät ajanviettotavat eivät enää tuntuneet mielekkäiltä, arki koettiin pitkävetoiseksi, ja yksi viidestä kuvasi masennustaan. Aiempien tutkimusten mukaan masennus onkin melko yleinen lonkkamurtuman seuraus ja suurin riski masennukselle on heti murtuman jälkeen. Erityisesti niitä, jotka osoittavat kliinisesti apaattisuuden merkkejä tulisi seurata tarkoin masennuksen varalta. (Lenze ym. 2007.)

Haastatteluissamme muisteltiin paljon omaa aktiivista elämää ennen murtumaa ja käytiin läpi luopumisen tunteita monista, etenkin kodin ulkopuolisista aktiviteeteista. Esimerkiksi mökillä jolla oli aikaisemmin vietetty paljon aikaa, ei murtuman jälkeen vierailtu ollenkaan.

Vuonna 2008 tehty tutkimus raportoi samankaltaisia lonkkamurtuman aiheuttamia seurauksia kuukauden jälkeen kotiutumisesta. Lonkkamurtuma ei vain murtautunut luuta vaan aiheutti sosiaalisuuteen ja olemassaolon tunteisiin säröjä. Tutkimuksen mukaan lonkkamurtumapotilaat olivat kuukausi kotiutumisen jälkeen nöyrempiä ja kiitollisempia, ja he kokivat suurempaa kunnioitusta ihmisen omiin perustarpeisiin. Potilaat olivat aiempaa riippuvaisempia muista sekä eristäytyneempiä kotiin. He tunsivat itsensä vanhoiksi ja kuoleman olevan lähempänä kuin ennen murtumaa. Elämäniloa koettiin vähemmän ja elämää elettiin päivä kerrallaan, koska tulevaisuus nähtiin epävarmana. (Ziden ym. 2008.)

Pettymyksen ja surun tunteet itsen ja elämän muuttumisen vuoksi ovat lonkkamurtuman pitkäkestoisia vaikutuksia, jotka voivat näkyä vielä vuoden kohdalla murtuman jälkeen (Zidén ym. 2010). On todettu että masentuneisuudella on merkittävä vaikutus lonkkamurtumasta palautumiseen. Niillä lonkkamurtumapotilailla, joilla on todettu masentuneisuuden oireita fyysisen vamman seurauksena, on usein tarve pidempään kuntoutusjaksoon. Masennukselle ja sen oireiden syntymiselle merkittävintä on jos potilaan palautuminen jää paikoilleen eikä kehitystä enää tapahdu. Potilailla, joilla esiintyy masennusoireita on kolme kertaa heikompi mahdollisuus kävelykyvyn palautumiseen lonkkamurtumaa edeltäneelle tasolle. Ennuste on huomattavasti huonompi myös muun fyysisen palautumisen osalta. (Mangione ym. 2005.)

Uotilan väitöskirjatutkimuksessa (2011) ikäihmiset kuvasivat yksinäisyyttä ulkopuolisuuden kokemuksina sekä tapahtumaköyhyytenä jolloin saattoi tuntea olevansa tarpeeton ja arvoton lähiyhteisössä tai laajemmin yhteiskunnassa. Ei ollut omaa paikkaa tai tehtävää yhteisössä, toimijuuden tunne ja osallisuuden kokemus oli menetetty. Liikuntakyvyn heikentyminen, sairaudet sekä kipu rajoittavat ikäihmisen mahdollisuuksia mielekkääseen toimintaan. Yksinäisyyden yhteydessä puhuttiin myös masennuksesta, turvattomuuden tunteista ja aikaisempien ihmissuhteiden kaipuusta (Uotila 2011.)

Positiivisia ajatuksia ja tunteita nousi haastatteluissamme niukasti esille. Usein positiiviset ajatukset liittyivät elämänkatsomukseen sekä asenteeseen, jotka näkyivät myös kuntoutusprosessiin sitoutumisena. Tutkimuksessamme esimerkiksi saavutettu kuntoutuminen nähtiin positiivisena asiana ja siihen oltiin

tyytyväisiä. Positiivisten tunteiden vaikutusta on tutkittu iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden keskuudessa. Eräs tutkimus osoitti, että positiiviset tunteet ovat yhteydessä parempaan suorituspohjaiseen palautumiseen. Kyseisessä tutkimuksessa positiivisia ajatuksia raportoineet lonkkamurtumapotilaat osoittivat vuoden kohdalla nopeampaa kävelynopeutta kuin ne, joilla oli vähemmän positiivisia tunteita tai masennuksen oireita. (Fredman ym. 2006.) Opinnäytetyöhön osallistuneet kotona asuvat haastateltavat toivoivat pystyvänsä asumaan kotonaan vielä mahdollisimman pitkään. Omatoiminen asuminen ja kotona selviytyminen koettiin tärkeäksi. Suomalaisessa pro-gradu tutkielmassa kuvattiin iäkkäiden halua ja pyrkimystä itsenäiseen selviytymiseen heikentyneestä toimintakyvystä huolimatta. Itsenäisen selviytymisen uhaksi nähtiin masennus ja päivittäinen väsymyksen tunne sekä kaatumisen pelko (Latvamäki 2006, 52–56).

Useat tutkimukset viittaavat psykososiaalisten tekijöiden vaikutukseen kuntoukseen sitoutumiseen lonkkamurtuman jälkeen. Esimerkiksi yksilön odotukset minäpystyvyydelleen eli oma usko kykyynsä saavuttaa toiminnan kautta toivottu tulos, näyttäisi vaikuttavan psykososiaalisista tekijöistä eniten yksilön sitoutumiseen (Resnick ym. 2007). Minäpystyvyyden kokemuksen tunnetta fyysiseen suoriutumiseen on tutkittu. Minäpystyvyys ilmenee varmuutena, joka ihmisellä on omaan kykyynsä suorittaa tehtävät kulloisessakin tilanteessa. Vähitellen sen merkitystä osana suoritusta ja hyvinvointia on alettu tunnistaa. Iäkäs saattaa esimerkiksi kaatumisen pelon takia vähentää aktiivisuuttaan välttääkseen kaatumisen ja tästä seuraa vähäinen aktiivisuus ja lisääntynyt passiivisuus. Minäpystyvyyden kokemuksen ja fyysisen suoriutumisen ja elämänlaadun välillä on huomattu olevan yhteys. Tutkimus korostaa sitä, kuinka pieni muutos fyysisessä suoriutumisessa saattaa johtaa suhteessa merkittävään muutokseen elämänlaadussa. (Stretton ym. 2006).

Tutkimuksessamme näkyy selkeästi, kuinka asenne elämään ja omaan itseen vaikuttaa kuntoutusmotivaatioon sekä iäkkään ajatuksiin tulevaisuudestaan. Iäkkäät lonkkamurtumapotilaat toivat esille toivoa kuntoutumisen jatkumisesta, mutta arjen palautumiseen aikaisemmalle tasolle ei uskottu. Biologisen iän koettiin olevan este täydelle palautumiselle. Erään tutkimuksen mukaan vielä vuosi sairaalasta kotiutumisen jälkeen lonkkamurtumapotilaat saattavat kokevat

epävarmuutta ja pettymystä liikkumisen ollessa edelleen rajoittunutta, ja lisäksi usko täydelliseen palautumiseen vähenee, vaikka moni olisikin tyytyväinen jo tapahtuneeseen palautumiseen (Zidén ym. 2010).

Vuonna 2010 tehdyn tutkimuksen perusteella on laadittu näyttöön perustuvia ohjenuoria iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden hoitoon ja kuntoutukseen. Lonkkamurtumapotilaille tulisi tarjota mahdollisuus moniammatilliseen, koordinoituun kuntoutusprosessiin, jonka tarkoituksena olisi mahdollistaa riittävä liikkumiskyky, jotta palaaminen omaan asumismuotoon olisi mahdollista. Moniammatillisesti suunniteltu kuntoutusohjelma parantaa fyysistä suoriutumista, elämänlaatua ja itsestä huolehtimisen taitoja, vähentää masentuneisuutta, voi vähentää uudelleen kaatumisen riskiä ja näin voidaan olettaa myös säästävän kuntoutuksen kustannuksia. (Jenson ym. 2010)

Toisessa tutkimuksessa havaittiin, että potilaat jotka osallistuivat fysioterapiaan sekä toimintaterapiaan intensiivisesti viisi kertaa viikossa saivat kotiutuessaan paremmat FIM (Functional Independence Measure) pisteet vertailuryhmään verrattuna. (Chudyk ym. 2009). Toimintaterapeutin erityisosaaminen näkyy potilaan itsestä huolehtimisen taitojen huomioimisessa, sekä yksilön tarpeiden ja kotiympäristön yhdenmukaistamisessa. Tältä pohjalta suositellaan sopivat apuvälineet ja suunnitellaan tarpeelliset kodin muutostyöt. Fysioterapeutin erityisosaamiseen kuuluu liikkumisen häiriöt ja fyysistä toimintakykyä parantavat harjoitukset sekä liikkumisen apuvälineet. (Hoenig ym. 2014, 12.)

8 POHDINTA

8.1 Kehittämisehdotukset

Kuntoutusprosessi alkaa jo varhain sairaalassa. Tutkimuksemme perusteella potilaat olivat tyytyväisiä saatuun hoitoon ja kuntoutustoimintaan, vaikka sairaala-aikaa kuitenkin kritisoitiin virikkeettömäksi. Kotiin suuntautuvaa kuntoutusta lisäämällä sekä toiminnallisia potilaalle merkityksellistä harjoittelua tarjoamalla voitaisiin opinnäyteyden perusteella tukea potilaiden kuntoutusta, omaa

aktiivisuutta, ehkäistä väsymyksen tunteita mielekkään tekemisen kautta sekä tukea potilaiden minäpystyvyyden tunteita.

Varhaisella tuella voitaisiin saada aikaan potilaiden korkeampi aktiivisuustaso kotiympäristössä sekä vähentää avuntarpeen kokemusta. Moni haastatteluun osallistunut kertoi lähteneensä kotoa ulos ensimmäisen kerran fysioterapeutin kotikäynnillä, koska minäpystyvyyden tunne oli heikko. Ehkä jo sairaala-aikana toteutuvaan fysioterapiaan voisi liittää esimerkiksi ulkoarjoittelua ja näin tukea minäpystyvyyden tunnetta ja aikaistaa potilaiden itsenäistä ulkona liikkumista kotiutumisen jälkeen.

Kaatumisen pelko nousi haastatteluissa esille aktiivisuutta vähentäväksi tekijäksi. Vääränlainen askellus voi olla syy kaatumiselle ja lisääntyneelle kaatumisen pelolle. Kuntoutuksessa askelluksen muuttamisen harjoittelu erilaisissa tilanteissa voisi vähentää kaatumisia ja sen pelkoa. Kuntouttavaa harjoittelua tulisi kehittää monipuoliseksi toiminnalliseksi harjoitteluksi, jossa keskitytään toiminnalliseen ongelmaan. Kuntouttavassa harjoittelussa voisi hyödyntää moniammatillista yhteistyötä juuri toimintaterapeuttien ja fysioterapeuttien välillä.

Opinnäytetyössämme nousi esille potilaiden motivoituneisuuden tärkeys. Potilaan ymmärryksen lisääminen kuntoutuksen merkityksestä sekä potilaan itsensä vastuuttaminen on tärkeää kuntoutuksen tehostamiseksi. Näin olisi mahdollista päästä pois ajatuksesta, että kuntoutus tapahtuu ainoastaan kuntoutukseen osallistuvien ammattilaisten toimesta. Potilaiden ja lähiomaisten vastuuttaminen kuntoutukseen ja kotona tehtäviin harjoitteisiin parantaisi tutkimuksemme perusteella kuntoutuksen tuloksia. Potilaan sekä omaisten osallistaminen esimerkiksi kuntoutuspalaverilla kuntoutukseen voisi olla hyvä mahdollisuus antaa tietoa kuntoutuksen vaikuttavuudesta palautumiseen ja samalla viedä tietoa niille, jotka kuntoutusta arjessa toteuttavat. Kasvotusten asioiden sisäistäminen on potilaalle ja omaisille helpompaa ja antaa mahdollisuuden kysyä mieltä askarruttavia asioita. Samalla terveydenhuollon ammattilainen voi saada uutta tietoa potilaan arjesta sekä sosiaalisesta ympäristöstä.

Haastatteluissa kotiohjeista kuuli usein käytettävän termiä ”jumppaaminen”. Ikääntyneet kokivat kotiohjeet helposti vieraksi, koska heillä ei ole kulttuurillisesti

kosketuspintaa ns. ”jumppaamiseen”. Kotiharjoitteiden sitominen arjen askareisiin jo sairaalassa voisi helpottaa harjoitteiden siirtymistä sairaalasta kotiin. Toiminnallisten harjoitusten kautta potilaat saataisiin mahdollisesti jo sairaalassa tekemään asioita, joita itsenäinen kotona selviytyminen vaatii. Harjoitusten kautta minäpystyvyyden tunne kasvaa ja kynnystä harjoitusten jatkamiseen myös kotona madaltuisi.

Psykososiaalisia tekijöillä on tutkimuksemme mukaan suuri vaikutus iäkkään toimijuuteen ja niitä tukemalla voidaan myös aiempien tutkimusten mukaan kasvattaa minäpystyvyyden tunnetta ja tukea toimijuuden palautumista. Tällä hetkellä lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksessa ei huomioida kaatumistapahtuman aiheuttamaa traumaa. Tutkimuksessamme näkyi kaatumisesta seuranneiden pelon tunteiden ja epävarmuuden tunteiden suora vaikutus siihen, miksi lonkkamurtumapotilaiden elämänpiiri kapeni kotiutumisen jälkeen ja miksi toimijuuden taso jäi alhaisemmaksi aikaisempaan toimijuuden tasoon verrattuna.

Opinnäytetyömme perusteella ei voida esittää olettamusta siitä, että lonkkamurtuma olisi aiheuttanut myös mahdollisen mielialan laskun, väsymyksen ja masentuneisuuden tunteet, joita aineistostamme nousi esille. On kuitenkin pohdittava tuoko lonkkamurtuman aiheuttama suuri elämänmuutos ja mahdollinen kaatumisenpelko, epävarmuus sekä oman aktiivisen toimijuuden vähentyminen näitä tunteita mukanaan. Trauman jälkeen olisi hyvä tarjota mahdollisuus esimerkiksi keskusteluapuun, jolloin iäkkään yllättänyt kaatumistrauma voidaan purkaa yhdessä. Näin voitaisiin ehkäistä kaatumisen pelon syntyä.

Moniammattilinen yhteistyö kuntoutuksessa vaikuttaa potilaiden toimijuuden palautumiseen kotiutumisen jälkeen. Fysioterapeutin toimenkuva on hyvin juurtunut jo osaksi lonkkamurtumapotilaiden kuntoutusta. Liittämällä toimintaterapiaa fysioterapian rinnalle saataisiin kuntoutusta monipuolistettua. Yksilöllisesti suunnitellut potilaalle merkitykselliset toiminnalliset harjoitukset tukisivat omalta osaltaan itsenäistä kotona selviytymistä sekä minäpystyvyyden tunteen lisääntymistä. Tutkimukset puoltavat toimintaterapian yhdistämistä

fysioterapian vierelle kuntoutussuunnitelmaan jo akuuttivaiheessa sekä terapioiden jatkamista vielä avohoidossakin.

Toiminta- ja fysioterapeuttisen harjoittelun yhdistämisen on todettu johtavan parempaan funktionaaliseen palautumiseen. Tutkimukset puoltavat akuutihoidossa saadun fysio- ja toimintaterapian parantavan ADL- toiminnoista suoriutumista. Eräs tutkimus osoitti lisäksi tilastollisesti merkittävän parannuksen kävelykyvyssä potilaiden kotiutuessa, kun he saivat kaksinkertaisen määrän toimintaterapiaa tavalliseen määrään verrattuna. (Chudyk ym. 2009).

Yhteenvetona voidaan sanoa opinnäytetyön puoltavan lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen näkökulman laajentamista myös fyysisten oireiden hoidon ulkopuolelle. Lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksessa tulisi huomioida lonkkamurtuman monimuotoiset negatiiviset seuraukset sekä pyrkiä puuttumaan niihin moniammatillisen kuntoutustyöryhmän kanssa.

8.2 Tutkimuksen onnistuminen

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kerätä tietoa lonkkamurtumapotilaan kokemuksesta omasta toimijuudesta ja vastata tutkimusongelmiimme. Miten lonkkamurtumapotilaat kokevat lonkkamurtuman vaikuttaneen heidän toimijuuteensa? Millainen on lonkkamurtumapotilaiden kokemus toimijuudestaan kolmen kuukauden kohdalla sairaalasta koitutumisen jälkeen?

Mielestämme onnistuimme luomaan kuvauksen hyväkuntoisen lonkkamurtumapotilaan toimijuudesta, ja tutkimuksemme vastasi kysymyksiimme. Viitekehystenä toimijuus antoi kokonaisvaltaisen näkökulman lonkkamurtuman tuomiin muutoksiin – niin fyysisiin, psyykkisiin kuin sosiaalisiin. Koska toimijuuden viitekehys ei ole vielä vakiintunut käsite toiminta- tai fysioterapian sisällä, toi se opinnäytetyön tekijöille mukanaan sekä haasteita että mahdollisuuksia. Koska toimijuus-käsitteenä on vuorovaikutuksellinen ja kokonaisvaltainen käsite, oli sen käyttö moniammatillisessa opinnäytetyössä luontevaa. Käsitteen ollessa kummankin alan opiskelijoille yhtä vieras, vältimme tekijöiden välistä eriarvoisuutta. Kun me itse sisäistimme toimijuus-käsitteen ja sen mukanaan tuomat modaliteetit, meidän

oli helppo yhteistyössä pohtia myös lonkkamurtuman vaikutuksia kokonaisvaltaisina, ihmisen toimijuuteen vaikuttavina tekijöinä.

8.3 Luotettavuus

Yhdenmukaisia ohjeita laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioinnista, ei ole olemassa. Tuomi & Sarajärvi ovat listanneet laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisääviksi tekijöiksi: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 135).

Uskottavuutta voidaan vahvistaa keskustelemalla kaikkien osapuolten kanssa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä toimeksiantajien sekä ohjaavien opettajien kanssa. Uskottavuutta tavoiteltiin sillä, että haastattelutilanteissa oli paikalla aina kaksi haastattelijaa, joista toinen havainnoi ja esitti tarkentavia kysymyksiä haastattelun loppupuolella. Haastattelupohja koehaastateltiin sekä koelitteroitiin opinnäytetyön ulkopuoliselle taholle. Koehaastattelulla pyrittiin varmistamaan haastattelurungon toimivuus sekä varmistamaan, että sillä saadaan esille tutkimusongelmien näkökulmasta oikeita asioita. Jokainen opinnäytetyön tekijä analysoi jokaisen haastattelun, jotka yhdenmukaistettiin. Näin vältettiin se, että jotain olisi inhimillisestä virheestä jäänyt huomaamatta. Tällä tavoin toiminen vahvistaa myös tutkimuksessa toteutunutta analyysimenetelmien triangulaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 144-5.) Yksinkertaistaen triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten menetelmien, tutkijoiden, tietolähteiden tai teorioiden yhdistämistä tutkimuksessa. Kyse on siis moninäkökulmaisuudesta tai siitä, että yhdistetään useita menetelmiä ja lähestymistapoja. Triangulaation avulla onkin mahdollista lisätä tutkimuksen luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107–108).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan pyrkiä parantamaan kokoamalla aineistoa eri tietolähteistä. Erilähteistä kerätyllä todistusaineistolla voidaan saada tukea tutkimuksen tulkinnalle tai väitteille ilmiöstä. Mitä useampi todiste tai todistaja on väitteen takana, sitä pätevämpi on annettu tulkinta. (Kananen 2014, 152.) Vahvistettavuutta on pyritty opinnäytetyössä varmistamaan kirjoittamalla lopulliseen opinnäytetyöhön mahdollisimman läpinäkyvästi sekä tarkasti

prosessin eri vaiheet. Tutkimuksen aikana tehdyt päätökset on pyritty kirjaamaan aina muistiin. Analyysin tuloksista raportoitaessa on käytetty aineistosta suoria lainauksia sekä havainnollistavaa esimerkkitaulukkoa, jotta lukijalle olisi selvää miten tuloksiin on päädytty. Tutkimustulosten tarkastelussa ja pohdinta osuudessa on vahvayhteys teoreettiseen triangulaatioon. Johtopäätöksien rinnalle on etsitty tutkimustietoa, joka tukee saatuja tuloksia sekä tuo mukaan myös erilaisen näkökulman tutkittuun aiheeseen samalla laajentaen käsitystä tutkimuksen tuloksista. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 108.)

Refleksiivisyys tarkoittaa tutkimuksen tekijöiden tietoisuutta omista lähtökohdista tehdä laadullista tutkimusta. Tekijän on arvioitava, miten hän itse vaikuttaa aineistoonsa ja koko tutkimusprosessiinsa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tämän opinnäytetyön tekijät ovat miettineet omia lähtökohtiaan. Tekijät ovat toiminta- ja fysioterapiaopiskelijoita, joka on saattanut vaikuttaa aineiston analyysiin ja siitä tehtyihin johtopäätöksiin. Voidaan pohtia, olisiko jonkun toisen alan opiskelija tulkinnut aineistoa toisin. Toisaalta, ehkä juuri toiminta- ja fysioterapian ammattiosaamisen ansiosta opinnäytetyön tekijät sisäistivät esimerkiksi opinnäytetyössä käytetyn toimijuuden-käsitteen helposti.

Siirrettävyys tarkoittaa, että tutkimuksessa saadut tulokset ovat mahdollisia siirtää myös muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimusten tekijöiden olisi annettava esimerkiksi tarpeeksi kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistuneista sekä ympäristöstä, jotta lukija voisi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyön siirrettävyyteen vaikuttaa se, ettei haastattelua tehty valmiin pohjan avulla, vaan loimme tämän haastattelupohjan itse teorialähtöisesti. Myös, haastattelun toteuttaminen suppilotekniikalla vaikuttaa itse kyseisen haastattelun siirrettävyyteen. Haastattelupohjaa ei sellaisena voi siirtää, koska se ei ole tarkkaan toistettavissa oleva esimerkiksi kyselykaavake. Ikääntyneiden haastattelu oli haasteellista johtuen muistamisen vaikeuksista sekä esimerkiksi keskustelun siirtymisestä helposti aiheesta toiseen. Haastavimpia olivat ne haastattelutilanteet, joissa ikääntynyt vastasi niukasti kysymyksiin. Tällöin haastattelijan oli varottava haastateltavan kertoman johdattelua.

8.4 Eettisyys

Laadullisen tutkimuksen yksi eettisistä periaatteista on että tutkimuksen koko prosessi on laadukkaasti toteutettu (Tuomi & Sarajärvi, 127). Opinnäytetyömme toimeksianto saatiin Turun kaupungin lääkinnälliseltä kuntoutukselta, joka myönsi myös tutkimusluvan työn toteuttamista varten. Opinnäytetyön aikana oltiin säännöllisesti yhteydessä toimeksiantajan kanssa. Jokainen opinnäytetyön tekijä allekirjoitti ennen tutkimuksen aloittamista vaitiolovelvollisuussopimuksen.

Tutkimukseen osallistuneet lonkkamurtumapotilaat valittiin toimeksiantajan toimesta. Lääkinnällinen kuntoutus jakoi mahdollisille haastateltaville laaditut infokirjeet, jossa haastateltavia informoitiin tutkimukseen osallistumisesta. Kirjeessä kerrottiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä selvennettiin, että tutkimuksessa säilytetään kaikkien haastateltavien anonymiteetti eikä ketään tutkittavaa voida tunnistaa työstä. Olennaiset tiedot siitä mitä tapahtuu tutkimuksen edetessä, on kerrottava tutkittaville henkilöille. Lisäksi tutkittavien tulee ymmärtää annettu informaatio. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.)

Ennen haastatteluun osallistumista haastateltavat täyttivät suostumus lomakkeen halusta osallistua tutkimukseen. Tuomalla nämä asiat selkeästi esille ja pitämällä niiden toteutumisesta kiinni tutkimuksen aikana varmistimme haastateltaviemme tutkimukseen kohdistuvan eettiset käytännöt ja yleisen turvallisuuden osallistuessa tutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi, 131.) Haastateltavien anonymiteetin turvaamiseksi haastattelusta nauhoitetuilla tallenteilla ei mainittu henkilön nimeä tai yhteystietoja, ja työn edetessä heistä käytettiin vain työnimiä: henkilöt A, B, C, D ja E. Litteroitu aineisto tuhottiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Haastatteluun osallistuneista henkilöistä tiedossamme oli ainoastaan nimi sekä osoite, jonka saimme toimeksiantajalta.

Opinnäytetyön valmistuttua se lähetetään kaikille osapuolille, jonka lisäksi järjestetään esittelytilaisuus Turun lääkinnällisen kuntoutuksen henkilökunnalle. Tulosten esittely työyhteisölle syventää ymmärrystä lonkkamurtumapotilaiden toimijuudesta sekä vaikutuksesta iäkkään henkilön toimijuuteen antaen uusia ideoita lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen kehittämiseen.

LÄHTEET

Chudyk, A.; Jutai, J.; Petrella, R.; Speechley, M. 2009. Systematic Review of Hip Fracture Rehabilitation Practices in the Elderly. *Archives of physical Medicine and Rehabilitation*: Vol. 90, No 2, 246-262.

Donohue, K.; Hoevenaars, R.; McEachern, J.; Zeman, E.; Saurabh, M. 2013. Home-Based Multidisciplinary Rehabilitation following Hip Fracture Surgery: What Is the Evidence?. Review article.

Edgren, J.; Salpakoski, A.; Sihvonen, S.; Portegijs, E.; Kallinen, M.; Arkela, M.; Jäntti, P.; Vanhatalo, J.; Pekkonen, M.; Rantanen, T.; Heinonen, A.; Sipilä, S. 2015. Effects of a home-based Physical Rehabilitation Program on Physical Disability After Hip Fracture: A Randomized Controlled Trial. *JAMDA* 16, 350.e1-350.e7.

Fredman, L.; Hawkes, W.G.; Black, S.; Bertrand, R.M.; Magaziner, J. 2006. Elderly patients with hip fracture with positive affect have better functional recovery over 2 years. *J Am Geriatr Soc* 54, 1074-1081.

Heini-Lehtinen, J.; Lonkkamurtumapotilaan toimintakyvyn edellytykset, liikkumiskyky ja arjen toimijuus. 2014, YAMK-opinnäytetyö, Turun Ammattikorkeakoulu, Kuntoutuksen koulutusohjelma.

Hirsjärvi, S.; Remes, P.; Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Tammi, 2007. 25.

Hoenig, H; Schmader, K; Sokol, H. 2014. Overview of geriatric rehabilitation: Program components and settings for rehabilitation. *UpToDate Topic 16852*, 1-36.

Jenson, C.S.; Cameron, I.D; March, LM. 2012 Evidence-based guidelines for the management of hip fractures in older persons. An update. *MJA*, 192:37-41.

Jyrkämä, J. 2007. Toimijuus ja toimijatilanteet. Aineksia ikääntymisen. Arjen tutkimiseen. Teoksessa: Marjaana Seppänen, Antti Karisto, Teppo Kröger (toim.)

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännönopas. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.

Kananen, J 2013. Case- tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän Ammatti-korkeakoulu.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä: Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. 108.

Kylmä, J; Vehviläinen- Julkunen, K.; Lähdevirta J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä miten ja miksi? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2003; 119(7), 609-615. Saatavissa myös

[http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=vi
ewArticle&tunnus=duo93495&dlehtihaku view article WAR dlehtihaku p_auth=Kylmä, J.;](http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=vi
ewArticle&tunnus=duo93495&dlehtihaku view article WAR dlehtihaku p_auth=Kylmä, J.;)
Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Latvamäki, E. 2006. Ikääntyneiden yksin asuvien henkilöiden selviytyminen kotona sairaalasta pääsyn jälkeen. Pro gradu –tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteenlaitos.

Lenze, E.; Skidmore, E.; Dew, M.A.; Butters, M.A.; Rogers, J.C.; Begley, A.; Reynolds, C.F.; Munin, M.C. 2007. Onset of depression in elderly persons after hip fracture. Implications for prevention and early intervention of late-life depression. J Am Geriatr Soc, 55:81-86.

Litterointilinkki. 2013. Viitattu 17.8.2015
<https://litterointilinkki.wordpress.com/yleisiaohjeita/litteroinnin-tasot/>

Mangione, K; Craik, R, Tomlinson, S; Palombaro K. 2005. Can elderly patients who have had a hip Fracture perfor moderate- to high- intensity exercise at home? Journal of the American Physical Therapy. 2005; 85:727-739

Painilainen, T. 2013. Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kuntoutuminen Functional Independence Measure -mittarilla kuvattuna. Pro gradu-tutkielma, hoitotiede. Turun yliopisto. 47.

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy -opas. Tampere: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Pajala, S.; Piirtola, M.; Karinkanta S.; Mänty, M.; Pitkänen, T.; Punakallio, A.; Sihvonen, S.; Kettunen, J; Kangas, H. 2011. Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisy fysioterapiasuositus. Suomen Fysioterapeutit - Finlands Fysioterapeuter ry:n asettama työryhmä.

Pohjalainen, P. 2010. Ajatuksia toimintakyvyn arviointiin ja tukemiseen, ikäinstituutti 1/2014, 1011.

Rajaniemi, J. 2011. Näkökulmia ikääntyneiden ihmisten arkeen. Ikäinstituutti 2011. Viitattu 23.10.2015.
[http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/D22A31FF4E742060C225782D002513E7/\\$file/Rajaniemi_Näkökulmia%20ikäntyneiden%20ihmisten%20arkeen_2.2.11.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/D22A31FF4E742060C225782D002513E7/$file/Rajaniemi_Näkökulmia%20ikäntyneiden%20ihmisten%20arkeen_2.2.11.pdf)

Resnick, B.; Orwig, D.; Hawkes, W.; Shardell, M.; Golden, J.; Werner, M.; Zimmerman, S.; Magaziner, J. 2007. The relationship between psychosocial state and exercise behavior of older women 2 months after hip fracture. Rehabil Nurs 2007;32, 139-149.

Ruotsalainen, K. 2013. Väestö vanhenee – heikkeneekö huoltosuhteet?. Tilastokeskus. Viitattu 28.10.2015 http://www.stat.fi/tup/vl2010/art_2013-02-21_001.html

Salpakoski, A. 2015. Tehostettua kotikuntoutusta lonkkamurtuman jälkeen. Fysioterapeuttien ammattilehti Fysioterapia 2015:1, 24-29

Salpakoski, A.; Törmäkangas, T.; Edgren, J.; Kallinen, M.; Sihvonen, S.; Pesola, M.; Vanhatalo, J.; Arkela, M.; Rantanen, T.; Sipilä, S. 2015. Effects of a Multicomponent Home- Based Physical Rehabilitation Program on Mobility Recovery After Hip Fracture: A Randomized Controlled Trial. JAMDA 15(2014), 361-368.

Seppänen, M.; Karisto, A. & Kröger, T. 2007 Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Teoksessa Vanhuus ja sosiaalityö. Juva: WS Bookwell Oy, 195-217.

Stretton, C.M.; Latham, N.K.; Carter, K.N.; Lee, A.C.; Anderson, C.S. 2006. Determinants of physical health in frail older people: the importance of self-efficacy. Clin Rehabil 2006;20, 357-366.

Suomalainen lääkäriyhdistys Duodecim ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. 2015. Käypä hoito -suositus: Lonkkamurtuma. Viitattu 21.9.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=E431460BBFABED3118F65AF69A67E3C4?id=hoi50040#NaN>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2015 Lonkkamurtuma.
Viitattu 3.9.2015. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-jaohjelmat/perfect/osahankkeet/lonkkamurtuma>

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

Tilvis R. 2010. Hauraat luut ja luunmurtumat. Teoksessa Tilvis, R.; Pitkälä, K.; Strand-berg, T.; Sulkava, R.; Viitanen, M. 2010. Geriatria. 2.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim 2010, 301307.

TOIMIA- suositus. 2011. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Viitattu 12.11.2014 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>

Topo, P. (2006) Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Helsinki: Sosiaali-ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus. Stakesin työpapereita 21/2006.

Tulle, E. 2004a. Introduction. Old age and agency. Nova Science Publishers, New York. ix-xiii.

Tulle, E. 2004b. Rethinking Agency in Later Life. Old age and agency.. Nova Science Publishers, New York. 175-189.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä. Gummerus.

Tuomi, J.; Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. 107-108.

Tuomi, J.; Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä. Gummerus. 108-120, 127-133.

Tuomi, J.; Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä. Gummerus. 108-120, 127-133, 144-145.

Uotila, H. 2011. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Van Ooijen, M; Melvyn, R; Trekop, M; Visschedijk, J; Jansen, T; Beek, P. 2013. Functional gait rehabilitation in elderly people following a fall related hip fracture using a treadmill with visual context: design of a randomized controlled trial. BMC Geriatrics 2013, 13:34

Virjonen, K. 2013. Muistin ongelmat. Toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. PSkustannus.

Wijlhuizen, GJ; De Jong, R; Hopman-Rock, M. 2007. Older persons afraid of falling reduce physical activity to prevent outdoor falls. Department Physical Activity and Health, TNO Quality of Life, Leiden, The Netherlands.

Zidén, L; Kreuter, M.; Frädin, K. 2010 Long-Term effects of home rehabilitation after hip fracture. 1 year follow up of functioning, balance confidence and health- related quality of life in elderly people. Disability and Rehabilitation 2010; 32(1), 18-32.

Ziden, L.; Frändin, K.; Kreuter, M. 2008 Home rehabilitation after hip fracture. A randomized controlled study on balance confidence. Physical function and everyday activities. Clin Rehabil 2008; 22: 1019-1033.

Zidén, L.; Hansson-Scherman. M.; Wenestam, C.G. 2010. The break remains- Elderly people`s experiences of a hip fracture 1 year after discharge. Disability and rehabilitation 2010; 32(2), 10

Ziden, L.; Wenestam. C.G.; Scherman, M.H. 2008. A life-breaking event: Early experiences of the consequences of a hip fracture for elderly people. Clin Rehabil 2008; 22, 801-811.

LIITE 1. POTILAIEN INFORMOINTI

Hei,

Olemme toimintaterapeuttipiskelijät Adonika ja Enni sekä fysioterapeuttipiskelija Sanni Turun Ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä Turun kaupungin lääkinnälliselle kuntoutukselle liittyen lonkkamurtumapotilaan kuntoutukseen. Tarkoituksenamme on haastattelun avulla tuoda esille potilaiden oma kokemus lonkkamurtuman vaikutuksesta omaan arkeen.

Työhön liittyen haluamme kuulla Teidän omat kokemuksenne siitä, miten elämäne on muuttunut lonkkamurtuman jälkeen ja kuin-ka voitte kotiuduttuanne. Meitä kiinnostaa millainen on arkenne kotona ja miten koette sen sujuvan. Haastattelussa olennaista on teidän oma kokemuksenne, oikeita ja vääriä vastauksia ei siis ole olemassa.

Haastattelu toteutetaan noin 1-3 kuukauden kuluttua kotiutumisestanne. Haastattelu toteutetaan teidän kotonanne, mutta halutessanne voidaan sopia myös toinen paikka. Tapaaminen kestää arviolta tunnista kahteen tuntia. Tarkempi ajankohta sovitaan puhelimitse lähempänä. Haastattelutilanteeseen osallistuu myös Turun kaupungin lääkinnällisen kuntoutuksen työntekijä. Lähiomaisen läsnäolo kotikäynnillä on mahdollista niin halutessanne. Teillä on oikeus perua osallistumisenne opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen milloin vain.

Haastattelu tilanne äänitetään analysointia varten ja äänite tullaan hävittämään analysoinnin jälkeen. Antamianne tietoja hyödynnetään ainoastaan tässä opinnäytetyössä eikä yksittäisiä henkilöitä voida työstämme tunnistaa. Työn valmistuessa kaikki antamanne tiedot hävitetään. Olemme allekirjoittaneet vaitiolovelvollisuussopimuksen ja meitä sitoo vaitiolovelvollisuudesta säädetty laki.

Ystävällisin terveisin,

Adonika Ellä

Enni Siitari

Sanni Jyrkkänen

LIITE 2. POTILAAN SUOSTUMUSLOMAKE

Olen halukas osallistumaan lonkkamurtumapotilaiden kuntoutusta kehittävään opinnäytetyöhön. Allekirjoittamalla tämän suostumus-lomakkeen annan teille luvan olla yhteydessä minuun opinnäytetyöhön liittyen 1-3 kuukauden kuluessa kotiutumisestani. Olosuhteiden salliessa sovimme kotikäynnin ja ajan haastattelua varten. Minulla on milloin vain oikeus perua osallistumiseni tähän tutkimukseen.

Antamani tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja ne tulevat esiin nimettömästi valmiissa työssä. Työn valmistuttua minua koskevat tiedot hävitetään.

Aika ja paikka

Potilaan allekirjoitus ja nimenselvennys

LIITE 3. HAASTATTELUPOHJA

LONKKAMURTUMAPOTILAALLE ARJEN TEEMOJEN KAUTTA

Teema 1: Terveys- ja toimintakykyongelmat

- Meidän esittely.

Potilaalta perustiedot:

- Minkä ikäinen olet?
- Kerro miten asut?
- Koska, miten ja missä kaaduit?
- Kuinka kauan kotiutumisesi on nyt?
- Onko sinulla taustalla aikaisempia kaatumisia?
- Onko aikaisempia murtumia?

Millaiseksi koet terveydentilasi nyt?

- Miten arkesi sujuu tällä hetkellä?
- Miten olet jaksanut tehdä arjen askareita?
- Minkälaiseksi olet kokenut mielentilasi viimeaikoina?

Minkälaisia asioita koet suurimmaksi muutokseksi omassa elämässäsi murtuman jälkeen?

- Minkälaiseksi muistelet arkesi ennen murtumaa?
- Miten koet arjen toimintojesi muuttuneen murtuman jälkeen?

Teema 2: Arjen tekemiset (mm. arkiaskareet ja ajanviete)

- Kuvaile koko/ tyypillinen arkipäiväsi, herättyäsi, erilaisia arkiaskareita joita teet.
- Poikkeako arjen tekemiset ennen lonkkamurtuvaa olevasta ajasta.

Teema 3: Kotona pärjääminen, Kodin ja ympäristön toimivuus (mm. kodin varustus, apuvälineet)

- Miten pärjät kotona nyt?
- Miten arjen askareet sujuvat
 - Siivoaminen
 - Pyykkien laitto
 - Ruoan laitto
 - Hygieniasta huolehtiminen
 - Lehden hakeminen
 - Ulkona käynti
 - Kaupassa käynti
- Onko saanut sairaalasta apuvälineitä, ○ miten niiden käyttö sujuu, ○ ovatko helpottaneet arkea – oletteko saaneet tarpeeksi ohjausta'?

Teema 4: Elämässä tärkeät asiat

- Mitkä asiat ovat sinulle tärkeitä asioita elämässäsi?
- Harrastukset kodin sisäpuolella ○ Kodin ulkopuolella ○ Liikunta/ urheilu harrastukset

Teema 5: Seura ja tuki (mm. ystävien seura), Perhe- ja sukulaissuhteet

- Miten olet yhteyksissäsi läheisiin ihmisiin?
- Vierailtko ystäviesi luona, käykö sinulla vieraita
- Soitteletko tuttavillesi?
- Onko yhteyden pito muuttunut lonkkamurtuman jälkeen?
- Osallistutko järjestettyyn toimintaan?
- Koetko yksinäisyyttä?

Teema 6: Avun tarve ja avun saaminen (virallinen ja epävirallinen apu)

- Millaista palvelua apua saat/ käytät
- Onko sinulla Kotihoitaja,
- Ruokapalvelu
- Kuntoutusapu
- Käytätkö taksipalvelua
- Muita apuja joita käytät? Onko teillä nyt palveluita joita et ole käyttänyt ennen murtumaa?

Teema 7: Kuntoutus (kuntoutusyksikössä vietetty aika ja kotikuntoutus.)

- Miten kokee kotikuntoutuksen?
- Mistä kokee saaneensa eniten apua murtuman jälkeen?
- Minkälaista apua/ tukea olisit kaivannut lisää?
- Millaisia pelkoja sinulla on?
- Miten näet tulevaisuuden?
- Millaisia tavoitteita sinulla on?
- Uskotko arjen palautuvan edelliselle tasolle?
- Miten itse näkee oman kuntoutuksensa?
- Miten ymmärtää oman harjoittelun merkityksen kuntoutuakseen?
- Annetun kotiohjeen merkityksen?
- Ennen ja jälkeen vertailu