



POTILASOPAS LONKKAKUNTOUTUJALLE JA HÄNEN OMAISELLEEN

Maarit Kytölä
Aino Tuuli

Opinnäytetyö
Lokakuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KYTÖLÄ, MAARIT & TUULI, AINO:
Potilasopas lonkkakuntoutujalle ja hänen omaiselleen

Opinnäytetyö 34 s., liitteet 15 s.
Lokakuu 2010

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä potilasopas lonkkakuntoutujalle ja hänen omaiselleen Rauhaniemien sairaalan osastolle 24. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, mistä lonkkamurtumapotilaan kuntoutus koostuu, millaista on potilasohjaus ja millainen on potilasopas lonkkamurtumakuntoutujalle ja hänen omaiselleen. Työn tavoitteena oli selkiyttää lonkkakuntoutujan ohjausta potilaalle ja hänen omaiselleen oppaan avulla.

Väestön vanhenemisen vuoksi lonkkamurtumien ilmaantuvuus tulee kasvamaan. Lonkkamurtuma hoidetaan leikkauksella, jota seuraa aikainen ja tehokas kuntoutus. Kuntoutus on prosessi, joka käsittää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen osa-alueen. Kuntoutuksen päätavoitteena on saavuttaa leikkausta edeltänyt kunto. Kuntoutus on ympärivuorokautista, kannustavaa ja itsenäistä toimintakykyä tukevaa hoitoa, jossa keskeistä on varhainen liikkeelle lähteminen ja yleisvoiminnan paraneminen. Lonkkamurtuma on usein äkillinen ja traumaattinen tapahtuma, mikä heikentää kuntoutujan toimintakykyä ja aiheuttaa iäkkäälle avuttomuuden tunteen sekä saattaa rajoittaa kuntoutujan sosiaalista kanssakäymistä. Iäkstä ohjattaessa on otettava huomioon ikääntyneen erityispiirteet. Ohjauksen tavoitteena on, että potilas saavuttaisi hoidossa asetetut tavoitteet. Kirjallista ohjausta tarvitaan suullisen ohjauksen tukena. Hoidon jatkuvuuden kannalta omaiset on otettava mukaan yhteistyöhön.

Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tuotoksena on potilasopas. Oppaan pohjana toimii teoreettinen tietoperusta. Potilasopas sisältää iäkkäälle lonkkakuntoutujalle suunnattua tietoa lonkkamurtumasta, psyykkisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta kuntoutuksesta, ravitsemuksesta, kivusta, haavanhoidosta ja uusien murtumien ennaltaehkäisystä.

Avainsanat: lonkkamurtuma, iäkäs, kuntoutuminen, ohjaus, potilasopas

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

KYTÖLÄ, MAARIT & TUULI, AINO: A Guide for Patients and Family Members on
Recovering from a Hip Operation

Bachelor's thesis 34 pages, appendices 15 pages.
October 2010

The purpose of this thesis was to provide a guide for a person recovering from a hip operation and for his or her relative, to be available in Rauhaniemi hospital's ward 24. The objectives of this thesis were to examine what is included in the rehabilitation of a hip patient and what is characteristic to patient guidance, as well as to demonstrate what a patient guide will be like. Another objective was to clarify the instructions given to persons recovering from a hip operation with help of a written guide. This thesis is functional in nature and provides a patient guide as a product.

The patient guide is aimed at an elderly patient recovering from a hip fracture. The guide covers information on hip fracture, psychological-, physical- and social rehabilitation, nutrition, pain, wound treatment and prevention of new fractures. A hip fracture is caused by a fall and is treated with an operation. The rehabilitation requires perseverance, motivation and the will to be rehabilitated. The physical rehabilitation is started as soon as possible in order to stimulate the blood circulation.

Keywords: a hip fracture, an elderly patient, rehabilitation, patient instructions, a patient guide

SISÄLLYS

ABSTRACT	3
1 JOHDANTO	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.2 Lonkkamurtuma.....	9
3.2.1 Lonkkamurtumien yleisyys	9
3.2.2 Lonkkamurtuma potilaan hoito	10
3.3 Kuntouttava hoitotyö.....	12
3.4 Ohjaus hoitotyössä.....	13
3.5 Iäkkään lonkkamurtumapotilaan kuntoutus ja ohjaus hoitotyössä	16
3.5.1 Geriatrinen arviointi.....	16
3.5.2 Fyysinen kuntoutus	17
3.5.3 Psyykkinen kuntoutus	21
3.5.3 Sosiaalinen kuntoutus.....	21
3.5.4 Ikääntyneiden ohjaus	22
3.5.5 Omaiset iäkkään kuntoutujan tukena	24
4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ	26
4.1 Opinnäytetyön prosessi	26
4.2 Tuotoksen ulkoasu	27
4.3 Tuotoksen sisältö	28
5 PÄÄTÄNTÄ.....	29
5.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	29
5.2 Pohdinta	30
LÄHTEET	32
LIITE 1	35
LIITE 2	42

1 JOHDANTO

Ikääntyneen väestön kasvaessa luuston haurastumisesta johtuvat murtumat ovat tulleet kansanterveydelliseksi ja taloudelliseksi ongelmaksi. Vuonna 2005 lonkkamurtumia hoidettiin 7000. Monisairaat lonkkamurtumapotilaat kuormittavat terveydenhuoltoa yhä enemmän, koska hoito vaatii pitkän kuntoutusjakson, jonka tavoitteena on kuntouttaa potilaan toimintakyky entiselleen. (Miettinen & Kröger 1998, 4059 - 4062; Lönnroos 2008, 302.)

Lonkkamurtuma on usein ikääntyneelle äkillinen ja traumaattinen tapahtuma, josta kuntoutuminen on hidasta. Kuntoutusosastolle tullessaan iäkkäät ovat usein hämmentyneitä, desorientoituneita, eli sekavia, ja kärsivät nestehukasta. Oikea aikainen kuntoutus on tärkeää, koska se edesauttaa murtuman paranemista ja ehkäisee siitä aiheutuvia haittoja. Kuntoutuminen lonkkamurtumasta on prosessi, joka vaatii kuntoutujalta motivaatiota ja halua kuntoutua. (Routasalo & Lauri 2001, 211–213; Pietikäinen, Heinonen, Karppi & Huusko 2003, 191–197; Lönnroos 2008, 279.)

Haasteita ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kuntoutukseen ja ohjaukseen tuovat myös ikäihmisten muistihäiriöt ja fyysiset toimintarajoitteet. Hoitajalta vaaditaan hyviä tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia ohjaustaitoja sekä kuntoutujan tukemista. Myös omaiset ovat tärkeä osa kuntoutujan hoitoon sitoutumisessa. (Kyngäs ym. 2007, 29–30; Kyngäs & Hentinen 2009, 92–93, 185.)

Opinnäytetyömme on tuotokseen painottuva opinnäytetyö, jonka tarkoituksena on tehdä potilasopas lonkkakuntoutujalle ja hänen omaiselleen Rauhaniemen sairaalan osastolle 24, jolla hoidetaan pääasiassa geriatriasia lonkkamurtuman saaneita kuntoutujia. Päätimme rajata aiheen koskemaan geriatriasia, yli 75 - vuotiaita, lonkkamurtuman saaneita kuntoutujia.

Olemme kiinnostuneet lonkkamurtumapotilaiden hoidosta, ja aihe on mielestämme tärkeä, koska lonkkamurtumien määrän kasvaessa tarvitaan yhä enemmän geriatrisen lonkkamurtumapotilaan hoidon ammatillista erityisosaamista. Haluamme myös tehdä opinnäytetyön, josta on konkreettista hyötyä työelämässä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä potilasopas lonkkakuntoutujalle ja hänen omaiselleen Rauhaniemen sairaalan osastolle 24.

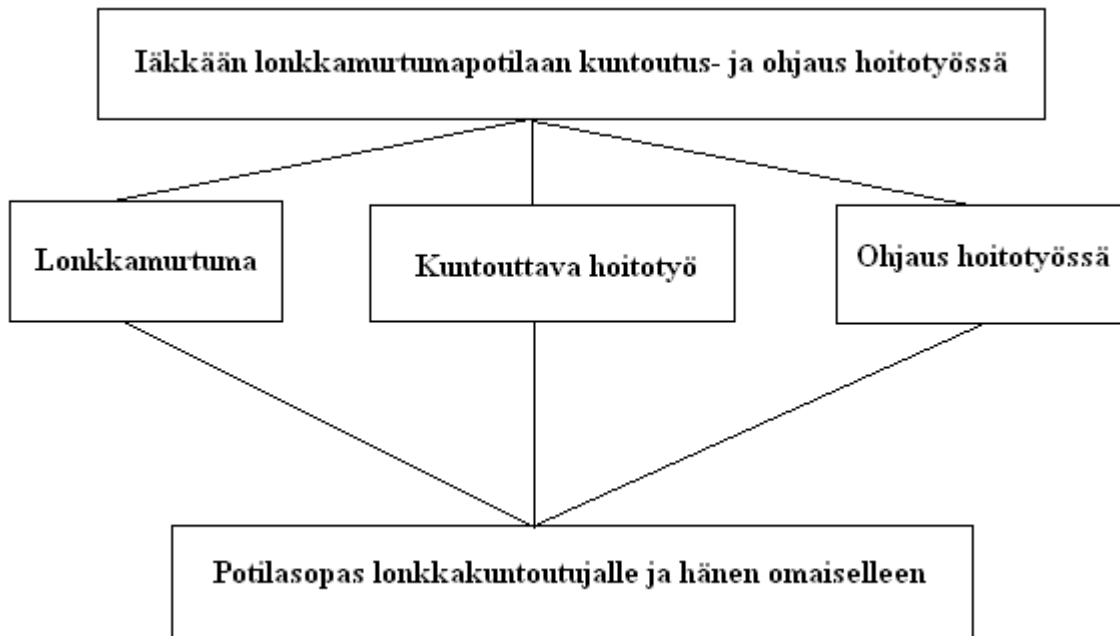
Opinnäytetyömme tehtävänä on selvittää:

- 1) Mistä lonkkamurtumapotilaan kuntoutus koostuu?
- 2) Millaista on potilasohjaus?
- 3) Millainen on potilasopas lonkkamurtumasta kuntoutujalle ja hänen omaiselleen?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selkiyttää lonkkakuntoutujan ohjausta potilaalle ja hänen omaiselleen oppaan avulla Rauhaniemen sairaalan osastolla 24.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön aiheesta ”Potilasopas lonkkakuntoutujalle ja hänen omaiselleen” nostetaan keskeisiksi käsitteiksi lonkkamurtuma, iäkäs, kuntoutuminen, ohjaus ja potilasopas. Teoreettisiksi lähtökohdiksi valitaan näiden pohjalta lonkkamurtuma, kuntouttava hoitotyö, ohjaus hoitotyössä ja geriatrisen lonkkamurtumapotilaan kuntoutus- ja ohjaus hoitotyössä. Näiden pohjalta on laadittu viitekehys, joka sisältää teoreettiset lähtökohdat (kuvio 1). Teoreettiset lähtökohdat ja tietoperusta toimivat pohjana opinnäytetyön tuotoksessa eli potilasoppaassa lonkkakuntoutujille.

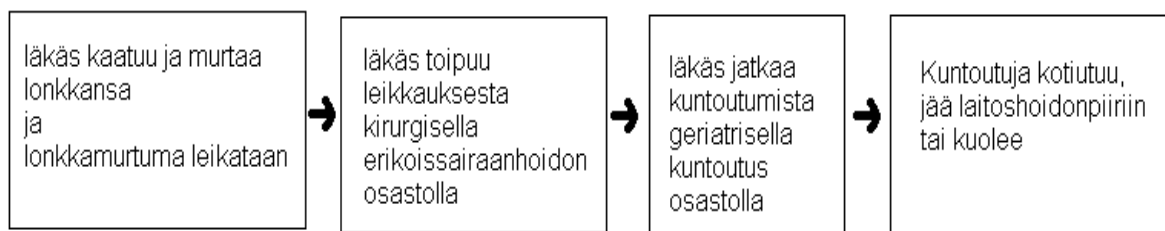


KUVIO 1. Viitekehys

3.2 Lonkkamurtuma

3.2.1 Lonkkamurtumien yleisyys

Väestön vanhenemisen vuoksi lonkkamurtumien määrä tulee kasvamaan. Huuskon (2001, 49) tutkimuksen mukaan lonkkamurtumien vuosittainen lukumäärä on kasvanut kymmenen vuoden aikana 11 %. Suomessa hoidettiin vuonna 2005 noin 7 000 lonkkamurtumaa. Lonkkamurtumapotilaista 90 % on yli 65-vuotiaita ja noin 70 % on naisia. Lonkkamurtumapotilaan keski-ikä naisilla on 82-vuotta ja miehillä 75-vuotta. Vanhusten lonkkamurtumista yli 90 % aiheutuu kaatumisesta, liukastumisesta tai sängystä putoamisesta. Lonkkamurtuma pyritään hoitamaan mahdollisimman nopeasti leikkauksella, jonka jälkeen potilas toipuu kirurgisella osastolla. Kuntoutus jatkuu geriatrisella kuntoutusosastolla. Keskimäärin lonkkamurtumapotilaiden sairaalahoito kestää 50 vuorokautta (kuvio 2). Lönnroosin (2009, 91) tutkimuksen mukaan ensimmäisenä murtuman jälkeisenä vuotena kuolee noin kolmasosa, ja noin saman verran ennen kotona asuvista potilaista jää laitoshoidonpiiriin. Kuolleisuutta lisääviä riskitekijöitä ovat yli 85 vuoden ikä, avuntarve päivittäisissä toimissa, syöpähistoria, aikaisemmat leikkauskomplikaatiot ja anestesia-riski kolme tai neljä. Oikeat hoitovalinnat ja kuntoutus vaikuttavat potilaan ennusteeseen. (Aharonof, Koval, Skovron & Zuckerman 1997, 162–164; Hurri 2006, 39–41; Lönnross 2008, 302, 305–306.)

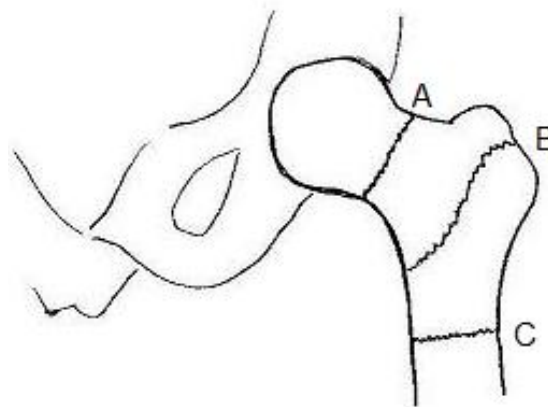


KUVIO 2. Lonkkamurtumapotilaan hoitopolku.

3.2.2 Lonkkamurtuma potilaan hoito

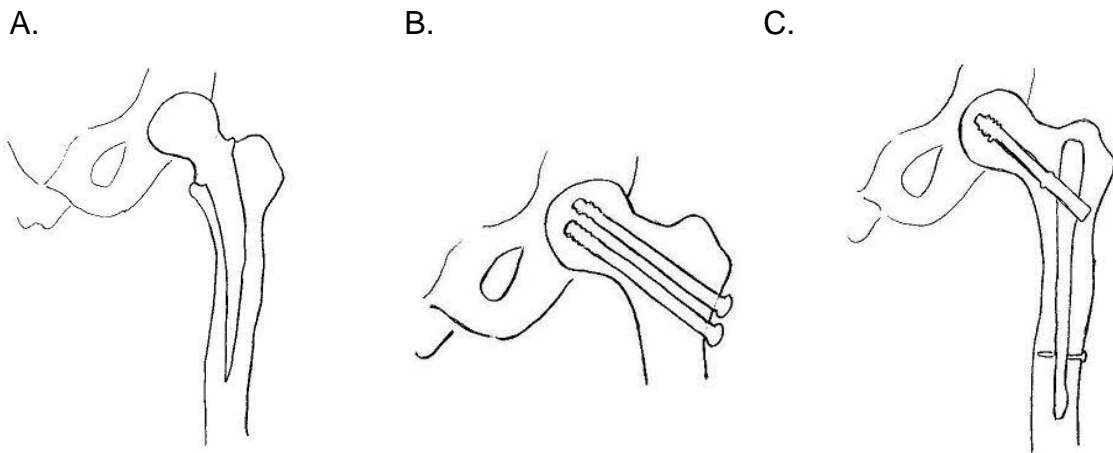
Lonkkamurtuman diagnosointi perustuu potilaan tutkimiseen, haastatteluun ja lonkasta otettuun röntgenkuvaan. Lonkka on kipeä murtuman kohdalta, ja sen liikuttaminen pahentaa kipua. Dislokoituneessa, eli sijoiltaan menneessä lonkkamurtumassa, luun kappaleet eivät ole kohdallaan. Tällöin alaraaja on yleensä lyhentynyt, ja jalka on ulkorotaatiossa, eli kiertynyt ulospäin. Dislokoitumattomassa murtumassa alaraajaa voi liikuttaa ja sille voi mahdollisesti varata. Toipumisen kannalta on tärkeää, että lonkkamurtumapotilas pääsee leikkaukseen vuorokauden sisällä. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 710; Lönnroos 2008, 304–305.)

Murtuman sijainti, pirstaleisuus, dislokaation aste, ikä, yleiskunto, toimintakyky ja muut sairaudet vaikuttavat leikkausmenetelmän valintaan ja murtuman paranemiseen. Lonkkamurtumat jaetaan yleensä kolmeen ryhmään: reisiluunkaulan murtumiin (*fractura colli femoris*), trokanteerisiin (*fractura trochanterica femoris*), eli lonkkanivelen ulkopuolella olevan sarvennoisen välisen alueen, murtumiin ja subtrokanteerisiin (*fractura subtrochanterica femoris*), eli pienemmän sarvennoisen alapuolella oleviin, murtumiin (kuvio 3). (Lönnross 2008, 304–305.)



KUVIO 3. Lonkkamurtumatyypit. A. Reisiluunkaulanmurtuma. B. Trokanteerinen murtuma. C. Subtrokanteerinen murtuma.

Leikkauksessa lonkkamurtuma hoidetaan puoliproteesilla, ruuvikiinnityksellä tai ydinnaulauksella (kuvio 4). Reisiluunkaulan dislokoitumaton murtuma hoidetaan osteosynteesillä, eli menetelmällä, jossa luuta tuetaan alkuperäiseen asentoon erilaisten kiinnikkeiden avulla. Iäkkäillä potilailla dislokoitumattomat murtumat voidaan hoitaa myös puoliproteesilla. Dislokoitunut murtuma hoidetaan osteosynteesillä tai puoliproteesilla, ja potilas saa varata leikatulle jalalle täydellä painolla. Lonkka kontrolloidaan röntgenkuvalla kuuden ja kahdeksan viikon välillä. Trokanteeriset murtumat hoidetaan yleensä liukuruuvi-sivulevy-yhdistelmällä. Subtrokanteeriset murtumat hoidetaan yleensä ydinnaulauksella, lisäksi pirstaleisuuden takia tarvitaan usein tueksi ruuvi-levykiinnitystä. Trokanteerisissa ja subtrokanteerisissa murtumissa varausrajoitus on yleensä 6-8 viikkoa, jonka jälkeen lonkasta otetaan röntgenkuva ja tarkistetaan varausrajoitus. (Lonkkamurtumapotilaiden hoito 2006.)



KUVIO 4. A. Puoliproteesi. B. Ruuvikiinnitys. C. Ydinnaulaus.

Lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeinen hoito noudattaa normaalia postoperatiivista hoitoa. Keskeisiä hoidon ja seurannan kohteita ovat neste- ja elektrolyyttitasapaino, hapetus ja anemian hoito. Monilla potilailla hemoglobiini laskee leikkauksen jälkeen, ja silloin tarvitaan punasolusiirtoja. Varhaisten infektiioireiden tunnistaminen on tärkeää. Hoidossa on huomioitava leikkaushaavan hoito ja sen huolellinen seuranta. Jos haava punoittaa tai sen eritys on poikkeavaa, on siitä otettava bakteeriviljelynäyte. Lonkkamurtumapotilailta

kontrolloidaan peruslaboratorioarvot kuten PVK, Na, K, Krea ja CRP ja aloitetaan antibioottihoito herkästi, jos potilaalla on tulehdukseen viittaavia merkkejä. Leikkauksen jälkeisen kivun hoitoon käytetään parasetamolia, mutta ensimmäisten päivien aikana potilaat tarvitsevat lisäksi opioideja. Monille iäkkäille potilaille saattaa kehittyä lonkkamurtumaleikkauksen jälkeen delirium, eli akuutti sekavuustila. Deliriumin syntymistä ja siitä toipumista nopeuttavat hyvä kivun ja yleistilan hoito, rauhallinen ympäristö, kommunikaatio sekä antikolinergisten lääkkeiden rajoittaminen, joita ovat antigolinergiset antipsykootit, trisykliset masennuslääkkeet ja pitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit. Nämä lääkkeet voivat aiheuttaa muun muassa älyllisten toimintojen, kävelyn ja tasapainon heikentymistä sekä näön hämärtymistä. (Pietikäinen ym. 2003, 193–194; Lönnross 2008, 254–255, 308–309.)

3.3 Kuntouttava hoitotyö

Kuntoutuminen on laaja käsite, ja usein sen määrittely ei ole helppoa. Tavanomaisesti kuntoutuminen käsitetään prosessina, joka ennaltaehkäisee, lievittää tai korjaa sairaudesta tai vammasta johtuvaa toimintavajetta. Kuntoutumista ei kuitenkaan pidä rajata pelkän vian tai vamman hoitoon, vaan kuntoutuksen on oltava kokonaisvaltaista. Tällöin se sisältää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen osa-alueen, jotta kuntoutumisen tulos olisi hyvä. Kuntoutus jaetaan kovaan ja pehmeään kuntoutukseen. Pehmeään kuntoutukseen kuuluu esimerkiksi kuunteleminen, ohjaaminen ja rohkaiseminen. Kovaan kuntoutukseen kuuluu muun muassa fysioterapia, toimintaterapia, apuvälineet, kodin muutostyöt ja lääkehoito. (Lönnross 2008, 278 – 280.)

Nykyään kuntoutettavan sijasta puhutaan tavoitteellisesta kuntoutujasta. Kuntoutujaa ei nähdä passiivisena toimenpiteiden kohteena, vaan aktiivisena osallistujana, jolla tulisi olla motivaatiota kuntoutumiseen. Kuntoutuja ja hoitotyöntekijä laativat yhteistyössä suunnitelman, johon kuntoutus ja sen jatkuva arviointi perustuvat. Kuntoutuksen tavoitteet tulisi määritellä niin, että kuntoutuja

sitoutuu niihin. Motivoitumisen ja kuntoutumiseen sitoutumisen kannalta tavoitteiden tulee olla tärkeäksi koettuja ja realistisia. Kuntoutus etenee osatavoitteiden kautta lisäämällä uusia haasteita potilaan edistymisen mukaan. Kuntoutus lähtee yksinkertaisten toimintojen harjoittamisesta ja siirtyy vaativampiin harjoituksiin kuntoutuksen edetessä. Usein kuntoutuksen keskeiseksi tavoitteeksi asetetaan fyysisen toimintakyvyn parantuminen, mutta tavoitteisiin tulisi aina sisältyä myös kuntoutujan elämänhallinta ja voimaantuminen. (Voutilainen ym. 2002, 44; Lönnroos 2008, 279, 284, 311; Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 22.)

Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan kuntoutumista edistävää työtä, jonka tavoitteena on, että kuntoutuja tunnistaa, lisää ja hyödyntää omia sekä ympäristönsä voimavaroja. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kaikkien päivittäisten toimintojen harjoittaminen on osa kuntoutusta. Potilaan omatoimisuutta tuetaan niin, että potilas tekee niin paljon itse kuin pystyy. Aluksi kuntoutuja saattaa tarvita paljon hoitotyöntekijän avustusta, mutta vähitellen avustuksen määrä vähenee ja hoitotyöntekijästä tulee potilaan ohjaaja ja motivoija. Kuntouttavan työotteen tavoitteena pidetään potilaan voimaantumista. Voimaantuminen voidaan määritellä vuorovaikutukselliseksi prosessiksi, jossa kuntoutuja huomaa omat voimavaransa ja mahdollisuutensa. Tämä prosessi lisää kuntoutujan koherenssin, eli elämänhallinnan, tunnetta. (Voutilainen ym. 2002, 43; Kettunen ym. 2009, 22–23.)

3.4 Ohjaus hoitotyössä

Ohjaus voidaan määritellä hoitajan ja potilaan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi vuorovaikutussuhteessa, jossa kummatkin osapuolet ovat tasa-arvoisia. Toimiva ohjaussuhde muodostuu verbaalisesta, eli sanallisesta, ja nonverbaalisesta, eli sanattomasta, viestinnästä. Ohjaukseen vaikuttavat olennaisesti molempien osapuolien taustatekijät, jotka voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristöön liittyviin. Fyysisiä taustatekijöitä ovat ikä,

terveydentila ja sairauden laatu. Ne vaikuttavat siihen, miten potilas pystyy ottamaan uutta tietoa vastaan. Psykkisiä taustatekijöitä ovat motivaatio, onnistumisodotus, terveysuskomukset ja kokemukset, mieltymykset, ohjaustarpeet, oppimistyyli ja ohjausvalmiudet. Psykkiset taustatekijät vaikuttavat siihen, miten potilas suhtautuu ja omaksuu hoitoonsa liittyvän ohjauksen. Sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät taustatekijät sisältävät myös kulttuuriset- ja uskonnolliset tekijät. Ne vaikuttavat siihen, miten potilas suhtautuu ohjauksessa käsiteltäviin asioihin. (Kyngäs ym. 2007, 25–26; Kyngäs & Hentinen 2009, 82–99.)

Ohjausprosessi sisältää kolme vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa selvitetään ohjaajaan ja potilaan taustatekijät, arvioidaan ohjaustarve ja asetetaan ohjaukselle tavoitteet. Toisessa vaiheessa luodaan ohjaussuhde potilaan kanssa, jotta tavoitteet voidaan saavuttaa. Kolmannessa vaiheessa potilaan saama ohjaus arvioidaan. Ohjauksen perustana voidaan pitää lakia potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki 785/1992), koska potilaalla on oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan ja saamastaan hoidosta. (Kyngäs 2007, 145; Kyngäs & Hentinen 2009, 81–82.)

Laadukkaassa ohjauksessa potilasta tuetaan tiedollisesti, emotionaalisesti ja konkreettisesti. Tiedollisella tuella tarkoitetaan sitä, miten hyvin potilas saa tietoa sairaudestaan, hoidosta ja valmiuksista hoitaa itse sairauttaan, ja omaksuu tarvittavat tiedot. Emotionaalisessa tuessa potilaan kanssa käsitellään hänessä heränneitä sairauden aiheuttamia tunteita. Konkreettisen, eli välineellisen, tuen avulla potilas voi sitoutua hoitoon paremmin. Konkreettinen tuki sisältää apuvälinepalvelut, taloudelliset palvelut sekä sosiaaliset tuet. (Kyngäs & Hentinen 2009, 76.)

Laadukkaan ohjauksen tavoitteena on, että potilas saavuttaisi hoidossa asetetut tavoitteet. Ohjauksen tavoitteena voidaan yleisesti pitää potilaan terveyden edistämistä, mikä käytännössä tarkoittaa potilaan toimintakyvyn tukemista, elämänlaadun parantamista, hoitoon sitoutumista sekä potilaan itsehoidon lisääntymistä. Hyvän ohjauksen tuloksena potilaan tieto lisääntyy ja potilas ymmärtää hoidon merkityksen. (Kyngäs ym. 2007, 6, 145.) Kääriäisen (2007, 133–

134) tutkimuksen mukaan laadukas ohjaus edellyttää kunnollisia resursseja, kuten riittävästi aikaa ohjaukselle, ja tietoa ja taitoa ohjata. Ohjauksen tulisi olla potilaslähtöistä, vuorovaikutteista ja riittävää.

Kääriäisen & Kynkään (2005) tutkimuskatsauksen mukaan potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, kun heille annettiin ohjauksessa riittävästi tietoa sairaudesta ja siihen liittyvästä hoidosta. Sisällöltään puutteellinen ohjaus aiheutti tyytymättömyyttä. Potilaiden ohjaustarpeet koostuivat sairaudesta, sen hoidosta, vaikutuksesta ja selviytymisestä, sekä psykososiaalisesta tuen tarpeesta. Ohjauksesta huolimatta kaikki potilaat eivät kuitenkaan saaneet tarpeeksi tietoa ja tukea. Potilaat toivovat, että omaiset otettaisiin mukaan ohjaukseen. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208–215.)

Ohjausta voidaan antaa potilaalle suullisesti, audiovisuaalisesti ja kirjallisesti. Usein käytetään suullista ohjausta, joka voidaan toteuttaa joko yksilöllisesti tai ryhmässä. Yksilöohjauksen etuina on mahdollisuus potilaan tarpeista lähtevään ohjaukseen, potilaan tukemiseen, palautteen antamiseen sekä tehokkaaseen ohjaukseen. Ryhmäohjausta voidaan käyttää, kun potilailla on sama ohjaustarve. Ryhmältä voi saada myös tukea sairauteen. Myös konkreettinen harjoittelu suullisen harjoittelun tukena on yksi tehokkaasti taitoja opettava ohjausmenetelmä. Audiovisuaalinen ohjaus tarkoittaa ohjauksen antamista erilaisten laitteiden avulla, kuten esimerkiksi videoilla, tietokoneohjelmilla, äänikaseteilla ja puhelimella. Audiovisuaalisella ohjauksella voidaan tarjota ohjausta helposti myös omaisille. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 211–212.)

Kirjalliset ohjeet ovat tulleet osaksi hyvää hoitoa, ja niitä tarvitaan suullisen ohjauksen tukena (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7). Kirjallisen ohjeen on oltava potilaalle sopiva, tarpeen mukainen ja ajantasainen. Materiaalin sisällön ja kieliasun tulisi olla ymmärrettäviä ja selkeitä ja tukea muuta annettua ohjausta. Kirjallisen ohjeen kuvien tulee olla yksinkertaisia, jotta ne helpottavat asian muistamista ja ymmärtämistä. Kirjallinen ohjausmateriaali tulee antaa potilaalle sopivaan aikaan, joka on silloin kun potilas on valmis ottamaan ohjausta vastaan. Potilas voi käydä myöhemmin rauhassa läpi ohjauksessa käytyjä asioita kirjallisen

ohjeen avulla. Jos ohjeiden toteutus edellyttää harjoittelua sairaalassa, kirjallinen ohje olisi hyvä antaa potilaalle jo ennen sairaalaan tuloa. (Kyngäs ym. 2007, 124–127.)

3.5 Iäkkään lonkkamurtumapotilaan kuntoutus ja ohjaus hoitotyössä

3.5.1 Geriatrinen arviointi

Iäkkään lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksessa ajoitus on tärkeää (Pietikäinen ym. 2003, 192). Huuskon (2001) tutkimuksen mukaan geriatrisella kuntoutusosastolla tapahtuvan kuntoutuksen avulla iäkkäät lonkkamurtumakuntoutujat toipuivat merkittävästi nopeammin kuin tavallisessa terveystieteiden vuodeosastolla. Erityisesti lievää tai keskivaikeaa dementiaa sairastavat kuntoutujat hyötyivät geriatrisesta kuntoutuksesta merkittävästi, ja sillä pystyttiin ehkäisemään keskivaikeasti dementoituneiden kuntoutujien laitoshoidonpiiriin jäämistä. Geriatrinen kuntoutus kesti keskimäärin kaksi viikkoa. Kuntoutujat voitiin myös kotiuttaa nopeammin. (Huusko 2001, 51–52.)

Kuntoutusosastolla potilaalle tehdään geriatrinen arviointi yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa, mikä koostuu lääkäristä, fysioterapeutista, toimintaterapeutista, sosiaalityöntekijästä ja hoitajista. Geriatrisessa arvioinnissa potilaalle tehdään kattava tilannearvio, johon kuuluvat toimintakyvyn mittaus, diagnostiikka sekä hoidon ja terapioiden arviot. Arviointi ja kuntoutus kulkevat käsi kädessä. Kuntoutusjakson tavoitteet ja suunnittelu pohjautuvat geriatriseen arviointiin. Potilaalle laaditaan geriatrisen arvioinnin yhteydessä kirjallinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, jossa kuntoutujalle asetetaan realistiset ja yksilölliset harjoitteet ja tavoitteet. Harjoittelu etenee osatavoitteiden kautta, iäkkään toimintakyvyn sallimissa rajoissa, edistymisen mukaan uusia haasteita lisäämällä. Kuntoutuksen päätavoite on saavuttaa leikkausta edeltänyt kunto. Parhain tulos saavutetaan leikkaushoidolla, jota seuraa aikainen ja tehokas kuntoutus. Myös turvallisuuden tunne, mahdollisimman lievä kipu ja kipujen hallinta, sekavuuden

estäminen ja sen hoito ja komplikaatioiden ehkäisy ovat tärkeitä kuntoutuksen tavoitteita. Kuntoutusprosessia arvioidaan väliajoin kuntoutuspalaverissa, jossa myös asetetaan jaksolle uusia tavoitteita. (Egol, Koval & Zuckerman 1997, 594–598; Vallejo Medina ym. 2005, 153, 156; Lönnroos 2008, 284–287.)

3.5.2 Fyysinen kuntoutus

Keskeistä kuntoutuksessa on kuntoutujan varhainen mobilisoiminen, eli liikkeelle lähteminen ja liikuntakyvyn palautuminen, yleisvoinnin paraneminen ja kivun hoitaminen. Kuntoutujalle on kerrottava liikkumattomuuden haitoista. Vuoteessa pitkään makaamista on vältettävä, sillä liikkumattomuus lisää komplikaatioita ja riskiä jäädä vuodepotilaaksi. Vuoteessa pitkään makaaminen alentaa lihasvoimia ja hengityskapasiteettia, aiheuttaa luuston haurastumista, verenkierron heikkenemistä, eritysongelmia ja painehaavaumia sekä mielialan laskua. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarinen 2001, 174–176; Huusko & Sulkava 2003, 358; Heimonen & Voutilainen 2004, 54–57.)

Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus on ympärivuorokautista, kannustavaa ja itsenäistä toimintakykyä tukevaa hoitoa. Liikeharjoittelu aloitetaan mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Harjoittelu alkaa turvallisesti fysioterapeutin ja hoitajan tukemana vuoteesta ylösnousemisena, joka tehdään terveen jalan ja kyljen kautta. Vuoteesta nousu tulisi tehdä rauhallisesti tyyny jalkojen välissä, jotta lonkka pysyy oikeassa asennossa, eikä leikattu jalka väännä sisä- tai ulkokiertoon. Harjoittelu jatkuu kävelyn opettelemisena ja lonkan liikelaajuuksien palauttamisena. Tärkeätä on myös säilyttää nivelten liikkuvuus ja lihasvoima. Tarvittavat apuvälineet valitsee fysioterapeutti jokaiselle kuntoutujalle yksilöllisesti. Liikkuessa turvallisinta on aluksi käyttää pöytätasokävelytelinettä, eli fordia, josta siirrytään harjoittelun edetessä rollaattoriin. Kuntoutuja saattaa tarvita myös muita apuvälineitä, esimerkiksi istumakoroketta, suihkutuolia, tarttumapihtejä ja sukanvetolaitetta. Fysioterapeutti ohjaa lonkkamurtumakuntoutujalle harjoitteluohjelman, johon kuuluu erilaisia voimaharjoituksia. Harjoitusten tavoitteena on alaraajojen lihasvoiman ja nivelten

liikkuvuuden parantaminen, verenkierron vilkastuttaminen ja liikkeiden hallitseminen. (Pietikäinen ym. 2003, 191–195; Holmia ym. 2008, 713–714.)

Lonkkamurtumapotilaan hyvä kivun hoito on tärkeää, sillä se parantaa potilaan toimintakykyä, ravitsemusta ja elämänlaatua, ja estää sen kroonistumisen. Kokonaisvaltaiseen kivunhoitoon kuuluu myös pelon ja ahdistuksen lievittäminen. Leikkausalueella oleva kipu johtuu kudოსvauriokivusta. Kipua arvioidessa kuunnellaan potilasta ja voidaan käyttää erilaisia kipumittareita, kuten VAS kipujanaa. Hikisyys, pinnallinen hengitys, jännittyneet lihakset ja verenpaineen muutokset kertovat myös potilaan kivuista. Kipua voidaan lievittää lääkehoidolla ja lääkkeettömällä hoidolla. Peruskipulääkkeenä käytetään paracetamolia ja tulehduskipulääkkeitä, ja kivun ollessa kovaa voidaan tarvita myös opioideja. Lääkkeettömiä kivun hoitomenetelmiä on esimerkiksi verenkierron vahvistaminen ja kylmähoidot. (Finne-Soveri 2008, 190–206.)

Haavan paraneminen jaetaan kolmeen vaiheeseen, jotka ovat tulehdus-, uudelleen muodostumis- ja kypsymisvaihe. Tulehdusvaihe alkaa heti kudოსvaurion jälkeen, jolloin haava hyytyy ja se saattaa turvota, johtuen haava-alueelle kertyvästä nesteestä ja tulehdussoluista. Uudelleen muodostumisvaiheessa haava-alueelle alkaa muodostua uusia verisuonia ja haavan vetolujuus kasvaa. Tämä vaihe voi kestää useita viikkoja. Kypsymisvaihe kestää kuukausista vuosiin, jolloin haava saavuttaa lopullisen vetolujuuden ja haava arpeutuu. Lonkan leikkaushaava on suljettu ompeleilla tai hakasilla, jotka poistetaan 10–14 vuorokauden kuluttua leikkauksesta, kun haava on sulkeutunut. Lonkan leikkaushaavaa hoidetaan steriilisti 24–48 tunnin ajan, minkä jälkeen haavaa hoidetaan tehdaspuhtaita sidoksia käyttäen ompeleiden tai hakasten oloajan. Haavan hoidossa on tärkeitä noudattaa hyvää hygieniaa ja aseptista työjärjestystä infektioiden välttämiseksi. Infektoituneen haavan piirteitä ovat turvotus, punoitus, kuumotus, erityis, paha haju ja kosketusarkuus. Tällöin haavasta on otettava bakteeriviljelynäyte. Haavan paranemiseen voidaan vaikuttaa hyvällä ravitsemustilalla ja yleiskunnolla, haavan puhtaana pitämisellä sekä muiden sairauksien hyvällä hoitotasapainolla. (Laato 2006, 44–48; Holmia ym. 2008, 713.)

Lonkkaleikatun iäkkään toimintakyvyn säilyttäminen ja kuntoutuminen edellyttää hyvää ravitsemustilaa. Toipuminen lonkkaleikkauksesta vaatii normaalia enemmän energiaa. Lonkkamurtumakuntoutujien yleisin ravitsemuksellinen ongelmia on aliravitseminen. Hyvä ravitseminen parantaa yleiskuntoa ja elämänlaatua, ehkäisee infektioita ja komplikaatioita. Amerikkalaisen tutkimuksen (1999) mukaan 18 % lonkkamurtumakuntoutujista oli aliravittuja. Lonkkamurtumapotilaiden aliravitseminen perustui proteiini- ja lymfosyyttiarvoihin. Proteiinivajaus pidensi sairaalassa oloaika, heikensi kuntoutumista ja haavan paranemista sekä nosti riskiä haavainfektioille, keuhkokuumeelle ja sepsikselle sekä muille postoperatiivisille komplikaatioille. Lisäksi se viivästyttää fyysistä kuntoutumista ja vähentää selviytymisen todennäköisyyttä. Iäkkään ruokahaluttomuuteen vaikuttavat monet tekijät ja niihin on tärkeä puuttua. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi kipu, sairaudet, lääkitys, huono suolen toiminta, pahoinvointi ja nielemisongelmat. Käypä hoito –suosituksen mukaan kaikille liikkuville lonkkamurtumakuntoutujille aloitetaan kalsium ja D-vitamiinilisät. D-vitamiinilisä on aina 800 IU yksikköä ja kalsiumlisä yksi gramma vuorokaudessa. Riittävä D-vitamiinin saanti ylläpitää lihaskoordinaatiota ja ehkäisee ikääntyneiden luunmurtumia. Iäkkään ravitsemustilaa voidaan parantaa täydennysravinteilla. Tarvittaessa iäkkään ravitsemustilaa voidaan arvioida MNA testillä (Mini Nutritional Assessment). Testi sisältää kysymyksiä kuntoutujan ruokailutottumuksista ja toimintakyvystä sekä kuntoutujan oman arvioinnin terveydentilastaan ja ravitsemuksestaan. (Koval, Maurer, Su, Aharonoff & Zuckerman 1999, 164–168; Iivanainen ym. 2001, 197, 211, 227–228; Lonkkamurtumapotilaiden hoito 2006; Suominen & Pitkälä 2010, 350–354.)

Kuntoutumisen tärkeänä osana on kaatumisten ennaltaehkäisy. Kaatumisen syy on aina selvitettävä, jotta ikääntynyt ei ala pelätä kaatumista ja eristäydy. Riskitekijöiden kartoitus on osa ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä. Kaatumiseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa ulkoisiin ja sisäisiin tekijöihin. Ulkoiset tekijät liittyvät ympäristön riskitekijöihin, kuten liukkauteen, kynnyksiin ja mattoihin. Sisäiset tekijät liittyvät ikääntyneen elimistössä tapahtuviin muutoksiin, kuten tasapainon säätelyyn, sairauksiin ja lääkkeisiin (kuvio 5). Monien lääkkeiden yhtäaikainen käyttö lisää kaatumisvaaraa. Monet lääkkeet lisäävät kaatumisvaaraa

aiheuttaen ortostaattista hypotoniaa tai hidastaen korjausliikettä horjahtaessa. Erityisesti psyykelääkkeiden vähentäminen on vähentänyt kaatumisia kolmanneksella. Turvallisuutta voidaan edistää sillä, että parannetaan harjoittelulla kuntoutujan tasapainoa, estetään uudet murtumat käyttämällä lonkkasuojaimia ja tukevia kenkiä, huolehditaan turvallisesta ympäristöstä ja vältetään liikkumisrajoitteita, sillä kuntoutujan liikkumisen rajoittaminen ei vähennä kaatumistapaturmia. Sekavien potilaiden hoidossa on käytetty välillä lepositeitä turvallisuussyihin vedoten, mutta on kuitenkin osoitettu, että lepositeiden käyttäminen voi ennemminkin pahentaa ongelmia ja altistaa loukkaantumisille. Lepositeet saattavat aiheuttaa potilaalle ahdistusta, paniikkia ja aggressiivisuutta, sekä niiden käyttö tekee potilaan nopeasti liikuntakyvyttömäksi ja sairastuvuus lisääntyy. (Tideiksaar 2005, 47–48, 121–123; Jäntti 2008, 288, 301; Tilvis 2010, 330–334.)

Heikentynyt näkökyky	Kaihi, keskinäköalueen rappeuma, glaukooma
Alaraajojen toiminnan heikentyminen	Reuma, lihasheikkous, raajojen neuropatia, jalkojen sairaudet
Kävely- ja tasapaino häiriöt	Parkinsonin tauti, aivohalvaus, apuvälineiden käyttö
Sydän- ja verisuonisairaudet	Ortostaattinen hypotensio, sydämen rytmihäiriöt, huimaus
Virtsarakon toimintahäiriöt	Pidätyskyvyttömyys, tihentynyt virtsaustarve
Kognitiiviset ja emotionaaliset häiriöt	Dementia, masennus, ahdistus, kaatumisen pelko, apuvälineistä kieltäytyminen
Lääkkeet	Diureetit, verenpaine lääkkeet, rauhoittavat, mielialalääkkeet, tulehduskipulääkkeet, monilääkitys

KUVIO 5. Kaatumisen riskitekijöitä (Tideiksaar 2005, 47–48)

3.5.3 Psyykkinen kuntoutus

Kuntoutuksessa on vaarana keskittyä pääasiassa fyysiseen kuntoutukseen, mutta yhtä tärkeänä osa-alueena on nähtävä psyykkinen kuntoutus, jotta hoidosta tulee kokonaisvaltaista. Lonkkamurtuma on usein äkillinen ja traumaattinen tapahtuma, mikä aiheuttaa iäkkäälle avuttomuuden tunteen, ja siitä kuntoutuminen on hidasta. Lonkan murtuminen aiheuttaa liikuntakyvyn huononemisen, mikä alentaa itseluottamusta ja lisää riskiä masentuneisuuteen, sekä kuluttaa iäkkään voimavaroja ja aloitekykyä. (Liponkoski & Routasalo 2001, 263; Routasalo & Lauri 2001, 211.)

Liponkosken ja Routasalon (2001) tutkimuksen mukaan emotionaalinen tuki lisää iäkkään kuntoutujan omatoimisuutta ja hyvinvointia. Osastolla kuntoutujan olisi hyvä saada psyykkistä tukea sekä hoitohenkilökunnalta että omaisilta. Hoitajalta vaaditaan hyviä kommunikointitaitoja, oikeaa suhtautumista ja kykyä asettua toisen asemaan. Iäkstä kuntoutujaa tulisi arvostaa ja kunnioittaa. Häntä tuetaan rohkaisemalla, koskettamalla ja mielialaa parantamalla. Hoitajan tulee keskustella kuntoutujan kanssa hänen tuntemuksistaan. Puheeksi otetaan lonkkamurtuman aiheuttaman pelot, surut ja ahdistavat asiat. Tunteista puhuminen ja hoitajalta saatu tuki auttavat kuntoutujaa selviytymään, ja se parantaa hyvinvointia, vähentää stressiä ja lisää omatoimisuutta sekä aloitekykyä. Omaisten antama tuki on erityisen tärkeää, sillä iäkkään kuntoutujan on helpompi ottaa puheeksi asioita ja tuntemuksiaan lähiomaistensa kanssa. (Liponkoski & Routasalo 2001, 258–265.)

3.5.3 Sosiaalinen kuntoutus

Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi on osa geriatria arviointia, joka tehdään kuntoutujan tullessa geriatriselle kuntoutusosastolle. Arvioinnissa kartoitetaan lonkkamurtumakuntoutujan ihmissuhteita ja sosiaalista verkostoa. Lonkkamurtuman jälkeen kuntoutujan fyysinen toimintakyky heikkenee, mikä saattaa rajoittaa kuntoutujan sosiaalista kanssakäymistä. Kuntoutujalla voi olla jo

entuudestaan ongelmia sosiaalisissa verkostoissa; hän voi kärsiä yksinäisyydestä, asua yksin tai huonokuntoisen puolison kanssa. Erityisesti yksin asuvilla huonokuntoisilla on riski sosiaalisten verkostojen huononemiseen, mikä lisää myös riskiä psyykkisiin häiriöihin. Tämän vuoksi kuntoutusosastolla henkilökunnan olisi motivoitava kuntoutujaa pitämään yllä ihmissuhteita ja rohkaistava kuntoutujaa osallistumaan sosiaalisiin aktiviteetteihin. Sosiaalista kuntoutusta voidaan tukea myös asuinympäristön muutostöillä sekä muilla konkreettisilla järjestelyillä, mitkä helpottavat kuntoutujan liikkumista ja osallistumista kuten esimerkiksi kuljetuspalvelun järjestämisellä. (Hartikainen & Kivelä 2003, 444, 448–449.)

3.5.4 Ikääntyneiden ohjaus

Hoitoon ja kuntoutukseen sisältyy ohjaamista, motivointia ja neuvontaa. Ikääntyneillä on yleensä ongelmia muisti- ja aistitoiminnoissa ja fyysisiä toimintarajoitteita, mitkä tuovat lisähaastetta ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan ohjaukseen. Ennen ohjausta kootaan ikääntyneen taustatiedot ja selvitetään aikaisempi tietämys lonkkamurtumasta haastatteleamalla häntä ja omaisia. Jokaisella iäkkäällä kuntoutujalla on oma elämänsähistoriansa ja keinot huolehtia itsestään, ja ne vaikuttavat siihen, kuinka kuntoutuja suhtautuu annettuun ohjaukseen. Ohjauksen laatu paranee, kun ohjauksessa huomioidaan iäkkään aikaisempi tieto aiheesta ja käytetään esimerkkejä, jotka liittyvät iäkkään elämään. Ohjauksen tarve arvioidaan yksilöllisesti, jonka jälkeen suunnitellaan tavoitteet ohjaukselle. Ohjauksessa ikääntyneelle annetaan tietoa lonkkamurtumasta, sen hoidosta, kuntoutumisesta ja vaikutuksista elämään. Ohjaus etenee normaalin ohjausprosessin mukaisesti. (Pietikäinen ym. 2003, 195; Kyngäs ym. 2007, 29–31; Kyngäs & Hentinen 2009, 81, 183–184.)

Ohjauksessa on otettava huomioon ikääntyneen erityispiirteet, jotta ikääntynyt sitoutuu hoitoon. Ohjaustilanteeseen vaikuttaa hoitajan ja kuntoutujan välinen vuorovaikutussuhde. Läkistä tulisi kunnioittaa, antaa tietoa rehellisesti ja yksilöllisesti sekä kuunnella ikääntynyttä. Ikääntyneen kuntoutumista parantaa

hoitosuhteen pysyvyys, jolloin hoitaja ja kuntoutuja oppivat tuntemaan toisensa. Ikääntyneiden ohjauksessa keskitytään ydinasioihin, ja sitä tarvitaan useamman kerran, koska ikääntyneeltä kuluu enemmän aikaa uuden oppimiseen. Jotta iäkkään olisi helpompi ymmärtää ohjauksessa käytäviä asioita, on hoitajan puhuttava matalalla ja selkeällä äänellä sekä helposti ymmärrettävällä kielellä, välttäen lääketieteellisiä termejä. Myös konkreettisten hoitovälineiden käyttö sekä kirjallinen ohjausmateriaali suullisen ohjauksen lisäksi on tärkeää. Ikääntyneen ohjauksessa otetaan huomioon myös ympäristön asettamat vaatimukset. Ohjaustilan tulisi olla rauhallinen, viihtyisä ja hyvin valaistu. Ohjaukseen on varattava riittävästi aikaa. (Kyngäs ym. 2007, 29–30; Kyngäs & Hentinen 2009, 183–184.)

Aikaisempien tutkimusten mukaan iäkkäiden potilaskokemukset ohjauksen hyödyistä ovat vaihtelevia. Isolan ym. (2007) tutkimuksen mukaan iäkkäät olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Riittävästi ohjausta annettiin sairaudesta, hoidosta ja toimenpiteistä, mitkä iäkkäät kokivat tärkeimmiksi asioiksi ohjauksen sisällön kannalta. Iäkkäät eivät saaneet tarpeeksi ohjausta kuntoutuksesta, sairauden syistä ja tukiryhmistä. Iäkkäät toivoivat, että ohjaus olisi yksilöllisempää, siinä voitaisiin puhua heidän tunteistaan ja että omaiset otettaisiin mukaan ohjaustilanteeseen. Iäkkäät toivoivat myös, että ohjausta antava hoitaja ei olisi vaihtunut ohjaukertojen välillä. Ohjaustila- ja aikajärjestelyt koettiin onnistuneiksi, toisaalta ohjaustila koettiin myös ahtaaksi ja meluisaksi ja että ohjaukseen ei ollut tarpeeksi aikaa. Iäkkäät kokivat kuitenkin ohjaustilanteen selkeäksi ja ilmapiirin olevan yleensä asiantunteva, luotettava ja mielekäs. Ohjauksen laatua heikensi se, että ohjaajat eivät olleet aina huomioineet tarpeeksi iäkkäiden heikentyneitä aisti- ja muistitoimintoja, sekä se, että kolmasosa potilaista ei ollut saanut kirjallista ohjeistusta suullisen ohjauksen lisäksi, vaikka he olisivat tarvinneet ja halunneet sitä. Toisaalta kirjallinen ohje koettiin epäselväksi. Iäkkäät saivat eniten hyötyä ohjauksesta myönteisenä asennoitumisena hoitoon ja tiedon määrän kasvuna. Iäkkäät kokivat, että olisi tarpeellista kehittää ohjausta yhdenmukaisemmaksi, oikein ajoitetuksi ja toistettavammaksi. (Isola ym. 2007, 51–61.)

3.5.5 Omaiset iäkkään kuntoutujan tukena

Läheisen joutuminen sairaalaan voi aiheuttaa omaisessa ahdistusta, pelkoa ja avuttomuutta (Haapaniemi & Routasalo 2009, 35). Mäkisen & Routasalon (2003) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan tulisi osata arvioida minkälaista tukea kuntoutujan omaiset tarvitsevat. Omaisten tuen tarve voi olla emotionaalista tai tiedollista. Emotionaalinen tuki sisältää kunnioitusta, kuuntelua, rohkaisua ja myötätuntoa. Tiedollinen tuki koostuu kuntoutujaa ja kuntoutumista koskevista tiedoista ja neuvoista. Pystyäkseen auttamaan iäkästä omaistaan, tarvitsevat omaiset kattavaa tietoa ja tukea. Oikein annettu tuki ja ohjaus omaisille lisää heidän kykyänsä kuntoutujan tukemiseen, mikä parantaa kuntoutujan hyvinvointia. (Mäkinen & Routasalo 2003, 16–21.) Kääriäisen & Kynkään (2005, 211) tutkimuksen mukaan potilaat toivoivat, että omaisia kannustettaisiin mukaan yhteistyöhön, sillä heidän läsnäolonsa ohjauksessa auttaa omaksumaan tietoa ja välttämään väärinymmärryksiä sekä helpottaa kysymysten tekemistä.

Haapaniemen & Routasalon (2009) tutkimuksen mukaan iäkkään lonkkamurtumapotilaan kuntoutumista edistävät omaisten voimavarojen vahvistaminen, heidän myötävaikutuksensa kuntoutumisprosessissa ja heidän antamansa tuki kuntoutujalle kuntoutumisjakson tavoitteiden saavuttamiseksi. Omaiset voivat vahvistaa voimavarojansa hahmottamalla oman elämäntilanteensa; miettien omia mahdollisuuksiaan auttaa kuntoutujaa. Ihmissuhteiden ylläpito auttaa omaisia pitämään yllä omia sosiaalisia verkostojaan. Jos omaisen sosiaaliset verkostot ovat huonot, hän tarvitsee enemmän tietoa ja tukea hoitajalta. Myös omaisen tarvitsee virkistäytymistä ja lepoa, jotta jaksaa olla kuntoutujan tukena. Myötävaikuttaminen kuntoutumisprosessissa tarkoittaa sitä, että omaisen voi tuoda mielipiteensä esille kuntoutumisen tavoitteista keskustelemalla niistä hoitajan ja kuntoutujan kanssa, hyväksyä tavoitteen niin, että tietää sen olevan realistinen, sekä ottaa rohkeasti yhteyttä ja keskustella asioista. Omaisen tuki tavoitteiden saavuttamisessa tarkoittaa käytännössä omaisen vierailamista kuntoutujan luona ja olemalla läsnä, kuntoutujan kannustamista ja auttamista ilman puolesta tekemättä. Hoidon jatkuvuuden kannalta omaiset on otettava mukaan yhteistyöhön

hoidon suunnitteluun ja toteutukseen sillä kuntoutuminen jatkuu kotona. (Mäkinen & Routasalo 2003, 16–21; Haapaniemi & Routasalo 2009, 34–44.)

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

4.1 Opinnäytetyön prosessi

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö on vaihtoehto kvalitatiiviselle ja kvantitatiiviselle opinnäytetyölle. Sen tavoitteena on käytännön työn opastaminen, ohjeistaminen tai toiminnan järjestäminen. Tässä työssä se tarkoittaa potilasohjauksen selkiyttämistä. Tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus, sen raportointi ja ammatillinen tietotaito. Tuotokseen painottuvalla opinnäytetyöllä tulee olla toimeksiantaja työelämästä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9-10.)

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö ei ole projekti, mutta se noudattelee projektille tunnusomaisia piirteitä, joita ovat tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus, kertaluontoisuus, määrättyjen resurssien käyttäminen ja kokonaisuuden ohjaaminen (Hakala 1999, 24). Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön vaiheet etenevät kuten projektin vaiheet, joita ovat käynnistys-, organisointi, suunnittelu-, toimeenpano ja ohjaus- ja päättämisvaihe (Pelin 2009, 87).

Valitsimme tuotokseen painottuvan opinnäytetyön, koska halusimme tehdä käytännönläheisen opinnäytetyön, josta on hyötyä työelämässä. Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tuotoksena on potilasopas, jonka perustana on teoreettinen tietoperusta. Opinnäytetyömme tuotoksena on potilasopas geriatriselle lonkkakuntoutujalle ja hänen omaiselleen. Opinnäytetyömme on yksiosainen. Alussa käsittelemme aiheeseen liittyvää teoriaa ja liitteenä on potilasopas eli tuotos. Opinnäytetyömme työelämäyhteys on Rauhaniemen sairaalan osastolta 24. Valitsimme työn aiheen, koska koemme lonkkamurtumapotilaiden hoidon mielenkiintoiseksi ja tärkeäksi.

Opinnäytetyön aikataulu esitetään taulukossa (taulukko 1). Työ tehdään omakustanteisena, mikä tarkoittaa sitä, että opinnäytetyön kustannuksista, jotka koostuvat lähinnä kopioinneista ja tulostamisesta, vastaavat työn tekijät.

TAULUKKO 1.

Syksy 2009	<ul style="list-style-type: none"> - Opinnäytetyöaiheen valinta - Työelämäpalaveri Rauhaniemen sairaalan osastolla 24 - Lähdemateriaaliin perehtymistä - Opinnäytetyösuunnitelman tekeminen - Lupahakemuksen anominen
Kevät 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Opinnäytetyön tekemistä - Oppaan ideointia - Käsikirjoitusseminaari
Syksy 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Opinnäytetyön ja oppaan tekemistä - Raportin valmiiksi kirjoittaminen - Opinnäytetyö valmistuu

4.2 Tuotoksen ulkoasu

Hyvin ulkoasultaan tehty opas palvelee lukijaa myös sisällöltään. Potilasohje on hyvä kirjoittaa tärkeimmästä kohti vähemmän tärkeää, sillä se herättää lukijan kiinnostuksen, ja vain alun lukeneet huomaavat olennaisimman. Otsikot ovat tärkeitä luettavuuden kannalta, joten ne tulee kirjoittaa lyhyiksi, selkeiksi ja tikkukirjaimilla. Hyvin kuvitettu potilasohje, jossa kuvat täydentävät tekstiä, auttaa potilasta ymmärtämään, herättää mielenkiintoa ja lisää ohjeen luettavuutta.

Potilasohjeen ulkoasuun vaikuttavat myös marginaalinleveys, tekstin tasaus, kirjasin tyyppi ja -koko. Times New Romania pidetään yleisesti helppolukuisimpana kirjasintyyppinä. Potilasohjeen ideaalinen rivinpituus on 55–60 merkkiä. Käytetyin fonttikoko ohjeissa on 12. (Torkkola ym. 2002, 39–59.)

Opinnäytetyön tuotoksen kohderyhmä koostuu iäkkäistä, joilla saattaa olla heikko näkö. Tämän takia opas tehdään mahdollisimman helppolukuiseksi. Opas tehdään vaakatasossa olevalle A4-arkille, jolloin yhden sivun kooksi tulee A5. Oppaassa käytetään hillittyjä värejä, lähinnä korostamaan tärkeitä asioita. Opas on pääosin mustavalkoinen ja mattapintainen. Fontteina käytetään tuotoksessa fonttia 16 leipätekstissä ja otsikoissa fonttia 18. Otsikot muotoillaan lyhyiksi, selkeiksi ja ne kirjoitetaan tikkukirjaimilla selkeyden vuoksi. Kuvat oppaaseen piirretään itse. Potilasopas on pituudeltaan noin 14-sivuinen lehtinen. Lehtinen tulostetaan ja laitetaan muovitaskuissa kansioon, josta osaston on helppo painattaa lehtisiä potilaille ja heidän omaisilleen.

4.3 Tuotoksen sisältö

Potilasoppaan alussa on sisällysluettelo, jotta lukijan on helppo hahmottaa oppaan sisältö. Johdantona oppaassa toimii tervetuloa -teksti, jonka tarkoituksena on kertoa osastosta, toivottaa potilas tervetulleeksi ja motivoida lukijaa kuntoutumiseen. Potilasopas sisältää tietoa lonkkamurtumasta, fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta kuntoutumisesta, ravitsemuksesta, kivusta, haavanhoidosta ja uuden murtuman ennaltaehkäisystä sekä jumppaohjeita, koska ne ovat keskeisiä asioita lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksessa. Oppaaseen on otettu mukaan fyysisen kuntoutumisen lisäksi myös psyykkinen ja sosiaalinen puoli sekä muita hoidon kannalta olennaisia asioita. Oppaassa on myös osaston päiväohjelma ja tilaa omille muistiinpanoille. Oppaan loppusanat kannustavat kuntoutujaa kuntoutumisessa. Olemme piirtäneet kuvia oppaaseen selkeyttämään sisältöä, jotta iäkkään on helpompi oppia asioita.

5 PÄÄTÄNTÄ

5.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyömme luotettavuutta parantaa lähdemateriaalin laatu. Käytimme työssä monipuolisia lähteitä ja aineistonkeruumenetelmiä. Lähteemme ovat ajantasaisia ja alan ammattilaisten kirjoittamia hoitotyön kirjoja, hoitotieteellisiä tutkimuksia ja tutkimusartikkeleita, jotka ovat pääasiassa julkaistu viimeisen kymmenen vuoden sisällä. Opinnäytetyön kuvat olemme piirtäneet itse, joten ongelmaa kuvien julkaisemiseen ei ole ollut. Olemme käyttäneet myös ulkopuolisia lukijoita, joilta olemme saaneet palautetta työstämme ja näin kehittäneet työtä eteenpäin. Työn luotettavuutta edistää myös se, että kummallakin työntekijällä on vähän aikaisempaa työkokemusta lonkkamurtumapotilaiden hoitotyöstä. Tätä kautta meillä on käytännön tietotaitoa aiheesta. Työn luotettavuutta lisää myös työn yleistettävyyttä, sillä olisi toivottavaa, että opastamme voitaisiin käyttää lonkkamurtumapotilaiden ohjausta tukemassa mahdollisesti myös muissa yksiköissä.

Opinnäyteprosessimme aikana meillä ei ole ollut eettisiä ongelmia, koska työmme on tuotokseen painottuva, emmekä ole haastatellut potilaita työtä varten. Tällöin emme ole joutuneet miettimään potilaiden intymiteettiä ja nimettömyyttä työssä. Olemme pohtineet kuitenkin, miten työmme tuotoksesta eli potilasoppaasta tulisi mahdollisimman eettisesti hyväksyttävä ja luotettava tiedonlähde. Pyrimme kirjoittamaan oppaan niin, että sisältö ei olisi loukkaavaa ja käytimme oppaassa teitittelyä. Opas pohjautuu teoretietoon ja on siksi luotettava tiedonlähde.

5.2 Pohdinta

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä potilasopas lonkkakuntoutujalle ja hänen omaiselleen Rauhaniemen sairaalan osastolle 24. Aluksi keräsimme tietoa lonkkamurtumasta, kuntouttavasta hoitotyöstä, ohjauksesta hoitotyössä sekä iäkkään potilaan ohjauksesta ja kuntoutuksesta, jotka toimivat työn teoreettisina lähtökohtina ja tietoperustana potilasoppaassa. Teoriaosuudessa vastasimme opinnäytetyön tehtäviin.

Opinnäytetyömme tuotoksena on potilasopas lonkkakuntoutujalle ja hänen omaiselleen. Opas sisältää iäkkäälle lonkkakuntoutujalle suunnattua tietoa ja ohjeistusta lonkkamurtumasta, psyykkisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta kuntoutuksesta, ravitsemuksesta, kivusta, haavanhoidosta, uuden murtuman ennaltaehkäisystä ja harjoitteluliikkeitä. Opinnäytetyömme tavoitteena oli selkiyttää lonkkakuntoutujan ohjausta potilaalle ja hänen omaiselleen oppaan avulla. Hoitotyön tutkimusten tulisi olla potilaalle hyödyksi niin, että hoitotyön laatu paranee. Hoitaja voi käyttää opasta ohjauksen pohjana ja runkona ohjaustilanteessa niin, että ohjauksesta tulee osastolla yhdenmukaisempaa. Oppaan avulla kuntoutuja voi myös käydä asioita läpi ohjauksen jälkeen.

Opinnäytetyön tekoprosessi on mielestämme sujunut onnistuneesti. Yhteistyö työelämätahon kanssa on sujunut hyvin ja olemme käyneet osastolla keskustelemassa oppaasta osastonhoitajan ja fysioterapeutin kanssa. Perehtyminen aiheeseen ja oppaan tekeminen on ollut innostava työprosessi. Oppaan tekeminen oli mielenkiintoista, mutta silti sopivan haastavaa ja koemme sen tuovan hyötyä työelämään selkeyttämällä iäkkäiden lonkkakuntoutujien saamaa ohjausta ja kuntoutusta. Koimme oppaan teon merkitykselliseksi, sillä aikaisemmat potilasoppaat olivat keskittyneet lähinnä vain fyysiseen kuntoutukseen. Koimme tärkeäksi ottaa oppaaseen fyysisen kuntoutuksen lisäksi myös psyykkisen ja sosiaalisen puolen. Sisällytimme oppaaseen mukaan myös muita hoidon kannalta tärkeitä asioita kuten ravitsemusta, haavan- ja kivunhoitoa.

Työn tekeminen on kasvattanut meitä ammatillisesti lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen osaajiksi ja näkemään hoidon kokonaisvaltaisesti. Olemme myös kehittyneet tiedonkeruumenetelmissä ja tarkastelemaan tietoa kriittisesti. Olemme pysyneet aikataulussa ja budjetissa suunnitellusti. Työprosessi on lisäksi opettanut meille kärsivällisyyttä, suunnitelmallisuutta ja yhteistyötaitoja.

LÄHTEET

- Aharonof, G., Koval, K., Skovron, M. & Zuckerman, J. 1997. Hip Fractures in the Elderly: Predictor of One Year Mortality. *Journal of Orthopaedic Trauma* 11 (3), 162-164.
- Egol, K., Koval, K. & Zuckerman, J. 1997. Functional Recovery Following Hip Fracture in the Elderly. *Journal of Orthopaedic Trauma* 11 (8), 594-598.
- Finne-Soveri, H. 2008. Kipu. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) *Geriatría arvioinnista kuntoutukseen*. Helsinki: Edita, 189–208.
- Haapaniemi, H. & Routasalo, P. 2009. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämässä sairaanhoitajien näkökulmasta. *Hoitotiede* 21(1), 34–44.
- Hakala, J. 1999. *Opinnäyte luovasti – kehittämis- ja tutkimustyön opas*. Tampere: Tammerpaino Oy.
- Hartikainen, S. & Kivelä, S-L. 2003. Ikääntyvien ja iäkkäiden kuntoutus. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) *Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim, 444, 448–449.
- Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2004. *Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus*. Helsinki: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja sisätautien hoitotyö*. Helsinki: WSOY.
- Hurri, S. 2006. Liike on lääke murtumassa. *Sairaanhoitaja-lehti*. 6-7/2006, 39–41.
- Huusko, T. 2001. *Hip Fractures in Central Finland and Geriatric Rehabilitation After Hip Fracture Operation*. Kuopion yliopisto. Lääketieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Huusko, T. & Sulkava, R. 2003. Lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen erityispiirteitä. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) *Geriatría*. 358. Helsinki: Duodecim.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarinen, P. 2001. *Hoitamisen taito*. Helsinki: Tammi.
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19 (2), 51–61.

- Jäntti, P. 2008. Kaatumiset ja niiden ennaltaehkäisy. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria: Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 288, 301.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.
- Koval, K., Maurer, S., Su, E., Aharonoff, G. & Zuckerman, J. 1999. The Effects of Nutritional Status on Outcome After Hip Fracture. *Journal of Orthopaedic Trauma* 13 (3), 164-168.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun Yliopisto; Oulun yliopistollinen sairaala, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. *Hoitotiede* 17(4), 208–215.
- Laato, M. 2006. Haavan paraneminen. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Kivilaakso, E. (toim.) Kirurgia. Helsinki: Duodecim, 44–48.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Liponkoski, R. & Routasalo, P. 2001. Iäkkään kuntoutuspotilaan saama emotionaalinen tuki sairaalahoitajakson aikana. *Hoitotiede* 13(5), 258–265.
- Lonkkamurtumapotilaiden hoito. 2006. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Luettu 22.9.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/suositukset/lonkkamurtumapotilaidenhoito>
- Lönnroos, E. 2008. Lonkkamurtumapotilaan hoito ja kuntoutus. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria: Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 278–280, 284.
- Lönnroos, E. 2009. Hip Fractures and Medication-related Falls in Older People. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu – tutkielma.
- Miettinen, H. & Kröger, H. 1998. Lonkkamurtumat – vanhusväestön suuri ongelma. *Suomen lääkirilehti* 35, 4059 – 4062.
- Mäkinen, B. & Routasalo, P. 2003. Sairaanhoidtaja ja iäkkään potilaan omainen. *Tutkiva hoitotyö* 1 (2), 16–21.

- Pelin, R. 2009. Projektihallinnan käsikirja. Helsinki: Projektijohtaminen Oy.
- Pietikäinen, S., Heinonen, M., Karppi, P. & Huusko, T. 2003. Lonkkamurtumapotilaiden leikkauksen jälkeinen hoito ja kuntoutus geriatrisella osastolla. *Hoitotiede* 15(4), 191–197.
- Routasalo, P. & Lauri, S. 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. *Gerontologia* 3, 211.
- Suominen, M. & Pitkälä, K. 2010. Ikääntyneen ihmisen ravitseminen. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M., (toim.) *Geriatría*. Helsinki: Duodecim. 350–354.
- Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset: Opas hoidosta vastaaville. Helsinki: Edita.
- Tilvis, R. 2010. Kaatuileva vanhus. Teoksessa *Geriatría*. Helsinki: Duodecim. 330–332.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2005. Vanhusten hoito. Helsinki: WSOY. 152–158.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & U. Finne-Soveri, U. 2002. Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu: Opas laatuun. Stakes, Oppaita 49. Helsinki.

Tutkimustaulukko

LIITE 1:1(7)

Tekijät	Tutkimus tehtävät	Menetelmät	Keskeisimmät tulokset
<p>Aharonoff, Gina B., Koval, Kenneth J., Skovron, Louise M. & Zuckerman, Joseph D. 1997.</p> <p>Hip Fractures in the Elderly: Predictors of One Year Mortality. Journal of Orthopaedic Trauma 11 (3).</p>	<p>Tutkimuksen tehtävänä oli määrittää ensimmäisen lonkkamurtuman jälkeisen vuoden kuolleisuus liikkuvilla, kotona asuvilla, kognitiivisesti terveillä ikääntyneillä ja tutkia varsinaiseen sairauteen liittyvien lisäsairauksien tarkan tyypin, lukumäärän ja vakavuuden roolia.</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin 612:ta yli 65 vuotiaasta lonkkansa murtaneesta. Tilastoitu monimuuttuja-analyysillä.</p>	<p>1. Sairaalassa kuoli 4 % , 12,7 % kuoli vuoden aikana murtumasta. 2. Kuolleisuutta ennustavat tekijät ovat, perustuen monimuuttuja analyysiin, yli 85 vuoden ikä, avun tarve päivittäisissä toimissa, syöpähistoria, anestesia-riski 3 tai 4 ja aikaisemmat leikkauksen jälkeiset komplikaatiot.</p>
<p>Koval, Kenneth J., Maurer, Stephen., Su, Edward., Aharonoff, Gina B., Zuckerman & Joseph D. 1999.</p> <p>The Effects of Nutritional Status on Outcome After Hip Fracture. Journal of Orthopaedic Trauma 13 (3).</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli määrittää ravitsemuksen vaikutukset lonkkamurtuman jälkeen.</p>	<p>Retrospektiivinen katsaus prospektiivisesti kerätystä tiedosta. Aineisto kerättiin 490:ltä lonkkamurtumapotilaalta.</p>	<p>1. Potilaista oli aliravittuja 18 % 2. Aliravittujen potilaiden sairaalassa oloaika oli pidempi kuin kaksi viikkoa. 3. Potilaiden riski huonoon ennusteeseen lonkkaleikkauksen jälkeen voidaan määrittää laboratoriotesteillä: albumiineilla ja lymfosyyteillä. Proteiinivajaus heikensi kuntoutumista ja haavan paranemista sekä nostaa riskiä haavainfektioille, keuhkokuumeelle ja sepsikselle ja muille postoperatiivisille komplikaatioille. Lisäksi se viivästyttää fyysistä kuntoutumista ja vähentää selviytymisen todennäköisyyttä.</p>

<p>Huusko Tiina. 2001. Hip Fractures in Central Finland and Geriatric Rehabilitation After Hip Fracture Operation. Kuopion yliopisto. Pro gradu – tutkielma.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selvittää muutokset lonkkamurtupotilaiden iänmuutoksissa Keski-Suomessa 2. Arvioida nivelreumaa riskitekijänä lonkkamurtumassa 3. Tutkia muutoksia, joita on tapahtunut hoitoketjussa ja lonkkamurtumapotilaiden kuolleisuutta vuosikymmenen aikana Keski-Suomessa 4. Selvittää ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden geriatrisen kuntoutuksen vaikutusta kuolleisuuteen, sairaalahoidon kestoon, laitostumiseen ja toipumiseen. 5. Arvioida dementoituneen lonkkamurtumapotilaan intensiivisen geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuutta. 	<p>Kvalitatiivinen tutkimus Keski-Suomen sairaalassa (n=517) Aineisto analysoitiin tilastollista menetelmää käyttäen.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lonkkamurtumien yleisyys oli noussut 11 % kymmenessä vuodessa, ja lonkkamurtumapotilaiden keski-ikä oli noussut kolme vuotta. 2. Nivelreuma potilaiden lonkkamurtumariski oli kolminkertainen muuhun väestöön verrattuna 3. Lonkkamurtuapotilaat toipuivat huomattavasti nopeammin kaksiviikkoisen geriatrisen kuntoutuksen avulla. 4. Lievästi tai keskivaikeasti dementoituneet lonkkamurtumapotilaat voitiin kotiuttaa nopeammin, keskivaikeasti dementoituneiden joutumasta laitoshoidon voitiin ehkäistä merkittävästi geriatrisella kuntoutuksella.
--	---	---	---

<p>Liponkoski, Riitta. & Routasalo, Pirkko. 2001. Iäkkään kuntoutuspotilaan saama emotionaalinen tuki sairaalajakson aikana. Hoitotiede Vol.13(5).</p>	<p>Selvittää iäkkäiden kuntoutuspotilaiden saamaa emotionaalista tukea sairaalahoidon aikana ja tuen antajien verkostoa.</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla. Haastattelussa haastateltiin yli 70-vuotiaita potilaita kahdelta osastolta (n=30). Aineista analysoitiin teema-alueittain käyttämällä sisällön analyysiä.</p>	<p>Iäkkäs kuntoutuja koki kannustuksen, arvostuksen ja tunteiden ilmaisun tärkeiksi emotionaaliseksi tuen elementeiksi. Henkilökunnan antama myönteinen palaute ja kannustus kohottivat mielialaa sekä edistivät paranemista ja jaksamista. Huomion kiinnittäminen kuntoutujan psyykkiseen puoleen oli tärkeää etenkin yksinäisillä potilailla.</p>
<p>Mäkinen, Birgitta. & Routasalo, Pirkko. 2003. Sairaanhoidaja ja iäkkään potilaan omainen. Tutkiva hoitotyö 1 (12).</p>	<p>Millaisia kokemuksia sairaanhoitajalla on omasta toiminnastaan iäkkään potilaan omaisen kohtaamisessa ja tukemisessa.</p>	<p>Tiedonhankintamenetelmä nä käytettiin avointa haastattelumenetelmää. Tutkimuksen lähestymistapa oli fenomenologinen. Kohderyhmänä sairaanhoitajat (n=10). Tutkimus suoritettiin kolmessa erikoissairaanhoidon yksikössä. Aineisto analysoitiin soveltaen Giorgin menetelmää.</p>	<p>Iäkkään potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta on välttämätöntä, että sairaanhoitajat huomioivat omaiset ja ottavat heidät mukaan hoidon suunniteluun ja toteutukseen yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa.</p>
<p>Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. Hoitotiede Vol.17(4).</p>	<p>1. Millaisia käsityksiä potilailla on ohjauksesta? 2. Miten potilaiden ohjaus on toteutettu? 3. Millaisia vaikutuksia potilaiden ohjauksella on?</p>	<p>Tutkimuksen aineisto kerättiin kirjallisuushauilla Medline-, Cinahl- ja Medic-tietokannoista. Hakua rajattiin ajallisesti 1995–2002 (n=96). Tutkimus analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>1. Potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen, kun he saivat riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Tyytymättömyyttä aiheutti niukka ohjaus. Potilaat toivoivat, että omaiset olisivat ohjauksessa mukana. 2. Ohjaus toteutettiin useimmiten suullisena yksilö ohjauksena, jota pidettiin ryhmä ohjausta</p>

			<p>vaikuttavampana. Kirjallisen ohjaus materiaalin antamisen todettiin tukevan suullista ja audiovisuaalista ohjausta.</p> <p>3. Ohjaus vaikutti positiivisesti muun muassa potilaan terveydentilaan, elämänlaatuun, hoitoon sitoutumiseen, itsehoitoon ja tiedon määrään.</p>
<p>Isola, Arja, Backman, Kaisa, Saarnio Reetta, Kääriäinen, Marja & Kyngäs, Helvi. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa a. Hoitotiede Vol. 19 (2).</p>	<p>1. Miten iäkkäät potilaat kokevat erikoissairaanhoidossa potilasohjauksen edellytykset? 2. Miten iäkkäät potilaat kokevat erikoissairaanhoidossa ohjaustoiminnan? 3. Miten iäkkäät potilaat kokevat erikoissairaanhoidossa potilasohjauksen hyödyn?</p>	<p>Tutkimusaineisto aineisto kerättiin yliopistollisen sairaalan eri osastoilla ja poliklinikoilla hoidetuilta 65 vuotta täyttäneiltä potilailta kyselylomakkeilla (n=203). Määrällisen aineiston tilastollisina menetelminä käytettiin pääasiassa suoria prosenttijakaumia. Laadullinen aineisto analysoitiin induktiivisellä sisällön analyysillä.</p>	<p>1. Potilaat kokivat tila- ja aikajärjestelyt onnistuneiksi, iäkkäät potilaat olivat tyytyväisiä hoitohenkilökunnan tiedollisiin ja taidollisiin valmiuksiin ohjaustilanteissa.</p> <p>2. Iäkkään potilaiden mielestä saatu ohjaus oli riittämätöntä kuntoutuksesta, tukiryhmistä sekä sairauden syistä. Riittävästi ohjausta oli saatu sairaudesta, hoidosta ja toimenpiteistä.</p> <p>3. Iäkkäät potilaat arvioivat erikoissairaanhoidosta saaneesta ohjauksesta olleen vähiten hyötyä heidän läheisten tiedon saantiin. Saadun ohjauksen koettiin eniten hyödyntäneen myönteistä asennoitumista hoitoon ja tiedon määrän kasvua.</p>

<p>Kääriäinen Maria. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun Yliopisto; Oulun yliopistollinen sairaala, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.</p>	<p>Ohjauksen laatu potilaiden arvioimana:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Millainen on ohjauksen laatu potilaiden arvioimana? 2. Miten potilaiden taustatekijät ovat yhteydessä ohjauksen laadun osa-alueisiin ja ohjauksen kokonaislaatuun? 3. Miten potilaiden taustatekijät, ohjauksen laadun osa-alueet ja kokonaislaatu selittävät yksittäisiä ohjauksen laadun osa-alueita? 4. Miten potilaiden taustatekijät ja ohjauksen laadun osa-alueet selittävät ohjauksen kokonaislaatua? <p>Ohjauksen laatu hoitohenkilöstön arvioimana:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Millainen on ohjauksen laatu hoitohenkilöstön arvioimana? 6. Miten hoitohenkilöstön 	<p>Kaksivaiheinen tutkimus. Ensimmäisessä vaiheessa kuvailtiin ja selitettiin ohjauksen laatua potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana. Toisessa vaiheessa määriteltiin ohjauskäsite ja testattiin käsitteen rakenne. Ensimmäisen vaiheen aineisto kerättiin postikyselynä Oulun yliopistollisen sairaalan potilailta (n844) ja hoitohenkilöstöltä (n916). Aineisto analysoitiin perus- ja monimuuttujamenetelmillä sekä sisällönanalyysillä. Tutkimuksen toisessa vaiheessa käytettiin käsiteanalyysiä ja sisällönanalyysiä. Käsitteen rakenne testattiin konfirmatorisella faktorianalyysillä.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laadukas ohjaus edellyttää asian mukaisia resursseja. 2. Laadukas ohjaus on potilaslähtöistä ja vuorovaikutteista. 3. Laadukas ohjaus edellyttää riittävä ohjausta. 4. Laadukas ohjaus on vaikuttavaa. 5. Ohjauksen laatu on kokonaisuudessaan hyvä. 6. Ohjauksen laatua tulee kehittää ulkoisten tekijöiden, potilaslähtöisen ja tavoitteellisen ohjaustoiminnan ja ohjauskäsitteen käytön osalta. 7. Käsiteanalyysin perusteella ohjaus määriteltiin aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, jossa potilas ja hoitohenkilöstö ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa ja joka on sidoksissa heidän kontekstiinsa. 8. Kehitetyn hypoteettisen mallin mukaan ohjaus on hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin sidoksissa olevaa, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on asianmukaisin resurssein toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa.
---	---	--	--

	<p>taustatekijät ovat yhteydessä ohjauksen laadun osa-alueisiin?</p> <p>7. Miten hoitohenkilöstön taustatekijät ja ohjauksen laadun osa-alueet selittävät yksittäisiä ohjauksen laadun osa-alueita?</p> <p>8. Mitä ohjauskäsitteellä tarkoitetaan teoreettisen analyysin perusteella?</p> <p>9. Millainen on ohjauskäsitteen rakenne empiirisen analyysin perusteella?</p>		
<p>Haapaniemi, Hannela & Routasalo, Pirkko. 2009. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämisessä sairaanhoitajien näkökulmasta. Hoitotiede 2009 Vol.21(1).</p>	<p>1. Miten iäkäs potilas itse voi edistää omaa kuntoutumistaan?</p> <p>2. Miten iäkkään potilaan omaisen voi edistää potilaan kuntoutumista?</p>	<p>Aineisto kerättiin sairaanhoitajilta (N=40) teemahaastattelulla. Analyysimenetelmänä sisällönanalyysi.</p>	<p>1. Iäkkäät potilaan voivat edistää omaa kuntoutumistaan tunnistamalla oman aktiivisuuden tarpeen, toimimalla aktiivisesti ja työskentelemällä kuntoutumisen tavoitteen saavuttamiseksi.</p> <p>2. Omaisella voi edistää iäkkään potilaan kuntoutumista vahvistamalla omia voimavarojaan, myötävaikuttamalla kuntoutumisprosessissa ja tukemalla potilasta kuntoutumisen tavoitteen saavuttamisessa.</p>

<p>Lönngoos Eija. 2009. Hip Fractures and Medication-related Falls in Older People. Kuopion yliopisto. Pro gradu – tutkielma.</p>	<p>1. Tarkastella ja analysoida systemaattisesti lääkitystä riskitekijänä kaatumisiin ja kaatumisiin liittyviin murtumiin väestön keskuudessa 2. Määritellä lonkkamurtumapotilaiden ominaisuudet ja lonkkamurtumien yleisyyden, sisältäen muutokset kymmenen vuoden aikana Keski-Suomessa. 3. Selvittää toisen lonkkamurtuman yleisyys ja kuvailla kahden lonkkamurtuman saaneiden potilaiden ominaisuudet. 4. Arvioida lonkkamurtumien seuraukset potilaiden hoidon ja kuolleisuuden parantamiseksi</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuus katsaus, vuosina 1996–2004 julkaistut englanninkieliset alkuperäistutkimukset</p> <p>48 artikkelia 19 tutkielmaa</p> <p>Tutkimus analysoitiin Mantel-Haenszel meta-analyysiä käyttäen.</p>	<p>1. Lonkkamurtumat noin kaksi kertaa yleisempiä bentsodiatsepiinien ja masennuslääkkeiden käyttäjillä, kuin niitä käyttämättömillä ikääntyneillä henkilöillä. 2. Murtumien kokonaismäärä nousi 70 % verrattuna kymmenen vuoden takaiseen tilanteeseen. Tyypillinen lonkkamurtumapotilas on yli 80-vuotias kotona asuva nainen, yleisimpänä vammamekanismina kaatuminen sisätiloissa. 3. Toinen lonkkamurtuma 5% vuoden ja 8% kahden vuoden jälkeen ensimmäisestä lonkkamurtumasta. Samat vaaratekijät saattoivat vaikuttaa ensimmäisen ja toisen murtumaan syntyyn. Psykkelälääkkeiden käyttö kasvoi ensimmäisen lonkkamurtuman jälkeen (36 %:sta 59 %:iin). 4. Kuukauden kuluttua lonkkamurtumasta kuolleisuus oli 15 % ja vuoden kuluttua 33 %. Sairaalahoitopäiviä oli 30 % enemmän kuin samanikäisellä väestöllä.</p>
---	--	---	---

Selviytymisopas lonkkakuntoutujalle ja hänen omaiselleen



SISÄLLYS

Tervetuloa osastolle

Osaston päiväohjelma

Lonkkamurtuma

Kuntoutuminen

Harjoitusohjelma

Kotiutuminen ja loppusanat

Omat muistiinpanot

Tervetuloa Rauhaniemen sairaalan osastolle 24. Osasto on keskittynyt pääasiassa iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutukseen, mikä on osaston henkilökunnan erityisosaamista.

Osastolla saatte laadullisesti korkeatasoista hoitoa ja kuntoutusta henkilökunnalta. Kuntoutuksessa Teitä auttavat ja tukevat moniammatillinen hoitotiimi, johon kuuluvat hoitajat, lääkärit, fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät sekä vapaaehtoistyöntekijät.

Hoidossa kunnioitamme Teidän itsemääräämisoikeuttanne. Osastolla saatte tietoa lonkkamurtumasta sekä kannustusta ja tukea omatoimisuuteen päivittäisissä toimissa. Osastolla toteutetaan kuntoutumista edistävää hoitotyötä.

Omaiset ja läheiset ovat tervetulleita osallistumaan hoitoon ja kuntoutukseen.

OSASTON PÄIVÄOHJELMA

klo 7 Aamutoimet

klo 8 Aamupala

klo 9-11 Aamutoimet ja kuntoutus jatkuvat

klo 12 Lounas päiväsalissa

klo 13–16 Kuntoutusta ja lepoa

klo 17 Päivällinen

klo 19 Iltapala

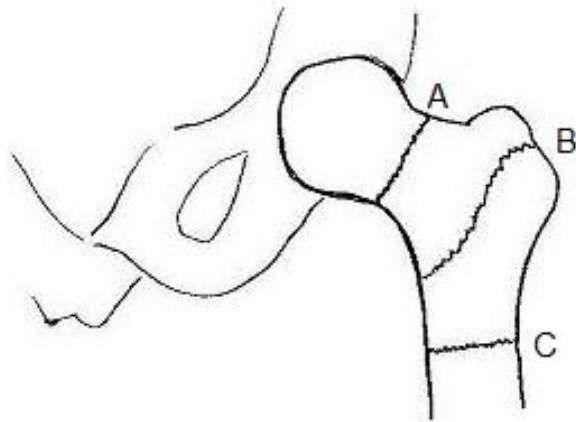
klo 19–21 Iltatoimet

Kannustamme kaikkia kuntoutujia ruokailemaan päiväsalissa, sillä kaikkien päivittäisten toimintojen harjoittaminen on osa kuntoutusta.

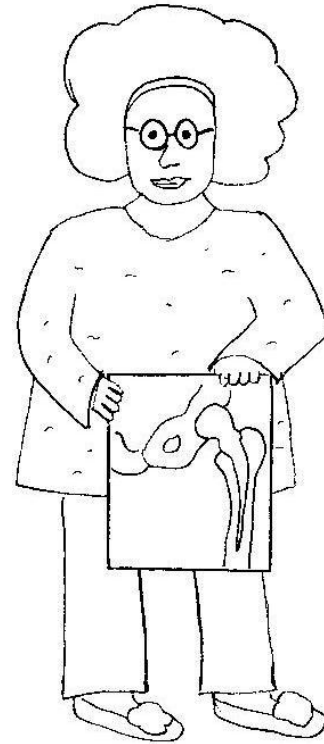
LONKKAMURTUMA

Lonkkamurtumat aiheutuvat yleensä kaatumisesta ja hoidetaan leikkauksella. Murtumatyypit jaetaan kolmeen ryhmään:

- A. Reisiluunkaulan murtumat
- B. Trokanteeriset eli sarvennoisen välisen alueen murtumat
- C. Subtrokanteeriset eli pienemmän sarvennoisen alapuolella sijaitsevat murtumat



Lonkkamurtuman tyyppi ja sijainti vaikuttavat leikkausmenetelmän valintaan. Teidän lonkkaanne on hoidettu puoliproteesilla, ydinnaulalla tai ruuvikiinnityksellä. Leikkausmenetelmä vaikuttaa siihen, miten saatte kuormittaa leikatulle jalallenne. Fysioterapeutti antaa teille yksilölliset ohjeet asentohoidosta ja kielletyistä liikesuunnista.



KUNTOUTUMINEN

Lonkkamurtumasta kuntoutuminen vaatii Teiltä kuntoutujana pitkäjänteisyyttä, oma-aloitteisuutta ja halua kuntoutua.

Saavuttuanne osastolle Teille suunnitellaan yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa yksilölliset tavoitteet kuntoutusjaksollenne. Kuntoutuksen tavoitteena on saavuttaa tapaturmaa edeltävä toimintakyky. Keskeistä kuntoutumisessa on varhainen liikkeelle lähteminen ja voinnin paraneminen, jotta toimintakyky palautuu entiselleen.

FYYSINEN KUNTOUTUS

Harjoittelu aloitetaan mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen, jotta verenkierto vilkastuu ja lihasvoima leikatussa jalassa paranee. Pitkää vuodelepoa tulisi välttää.

Harjoittelu alkaa vuoteen reunalle istumaan noususta terveeseen puoleen kautta. Jalkojen välissä on hyvä pitää tyynyä, jotta lonkka pysyy oikeassa asennossa ja kipu vähenee.

Harjoittelu jatkuu kävelyharjoituksilla, jotka lisäävät lihasvoimaa ja lonkkanivelen liikkuvuutta. Fysioterapeutti valitsee teille tarvittavat apuvälineet, kuten fordin, rollaattorin tai pyörätuolin. Voitte tarvita myös muita apuvälineitä, kuten esimerkiksi sukanvetolaitteen, istumakorokkeen, tarttumapihdin ja suihkutuolin.

Lonkkamurtuma aiheutuu yleensä kaatumisesta, ja kaatumisen syy tulee aina selvittää, jotta vältytään uusilta murtumilta. Kuntoutumisen alkuvaiheessa turvallisinta on liikkua hoitajan kanssa. Hyvät ja tukevat kengät ovat olennainen turvallista liikkumista. Lonkkamurtumien ehkäisyyn osastolla Teille tarjotaan suojaavat lonkkahousut.

Päivittäisten toimintojen harjoittaminen on osa kuntoutusta, ja Teidän tulisi tehdä niin paljon itse kuin pystytte.

RAVITSEMUS

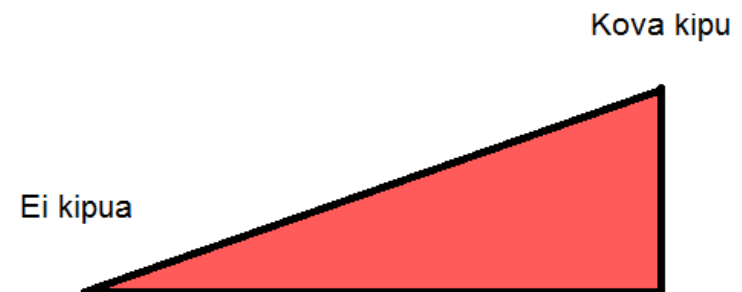
Kuntoutuminen ja toimintakyvyn palautuminen edellyttää monipuolista ja terveellistä ravintoa. Leikkauksesta toipumiseen tarvitaan enemmän energiaa kuin normaalisti. Luuston vahvistamiseksi Teille aloitetaan osastolla D-vitamiini- ja kalkkilisät. Hyvä ravitsemustila edistää haavan paranemista, elämänlaatua ja vointia.

HAAVAN HOITO

Lonkan leikkaushaavassa on ompeleet tai hakaset, jotka poistetaan yleensä noin kahden viikon kuluttua leikkauksesta. Haavan päällä käytetään aluksi sidoksia suojaamaan haavaa. Haava-alue on tärkeä pitää puhtaana, joten välttää sen turhaa koskettamista.

KIPU

On normaalia, että leikattu lonkkanivel on aluksi kipeä ja se saattaa rajoittaa liikkumistanne. On tärkeää, että kerrotte kivusta, sillä hyvä kivun hoito nopeuttaa kuntoutumistanne. Kipua voidaan helpottaa lääkehoidolla, asentohoidolla ja kylmäpakkauksilla. Kivun arvioinnissa osastolla käytetään kipujanaa, jonka avulla voitte osoittaa kivun voimakkuuden.



PSYKKINEN JA SOSIAALINEN KUNTOUTUS

Lonkkamurtuma on äkillinen ja traumaattinen kokemus, mikä aiheuttaa liikuntakyvyn heikkenemisen. Usein tämä voi aiheuttaa avuttomuuden tunnetta, itseluottamuksen heikkenemistä ja voimavarojen kulumista. On tärkeää puhua lonkkamurtuman aiheuttamista peloista, suruista ja ahdistavista asioista.

Sairaalassa olo voi rajoittaa myös sosiaalista kanssakäymistä. On tärkeää pitää yhteyttä läheisiin ja ystäviin. Osastolla toivomme, että omaiset olisivat mukana toiminnassa esimerkiksi ulkoilun ja seurustelun merkeissä. Voitte edistää hyvinvointianne myös osallistumalla esimerkiksi osaston tarjoamaan päivätoimintaan.

HARJOITUSOHJELMA

Fysioterapeutti käy Teidän kanssanne lävitse harjoitusohjelman, joka sisältää erilaisia harjoitusliikkeitä selin makuulla, istuen ja seisten. Kuntoutumisen kannalta on hyvä harjoitella liikkeitä omatoimisesti. Omaiset voivat myös olla mukana auttamassa Teitä harjoituksissa.



1. Ojenna ja koukista nilkkoja



2. Laita nilkat koukkuun, polvet suoriksi ja jännitä pakaralihaksia.



3. Laita terve jalka koukkuun ja vedä leikattua jalkaa koukkuun ja suoraksi jalkapohja alustaa vasten.

Rauhaniemen Sairaala
Rauhaniementie 19
33180 Tampere
Lehtelä-talo, osasto 24

Puhelinnumerot osastolle
Mod. 1 (03) 5657 6892
Mod. 2 (03) 5657 6963



TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

Maarit Kytölä ja Aino Tuuli