

<http://www.jyu.fi/library/tutkielmat/549/>

**REISILUUN YLÄOSAN MURTUMAPOTILAIDEN
KOKEMUKSIA KUNTOUTUMISESTAAN PUOLI
VUOTTA MURTUMAN JÄLKEEN**

Minna Hautamäki

Fysioterapian pro gradu-tutkielma

Syksy 1997

Terveystieteen laitos

Jyväskylän yliopisto

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
Liikuntatieteellinen tiedekunta
Terveystieteen laitos
Terveydenhuollon opettajan koulutusohjelma

MINNA HAUTAMÄKI

Reisiluun yläosan murtumapotilaiden kokemuksia kuntoutumisestaan puoli vuotta murtuman jälkeen

Fysioterapian pro gradu-tutkielma, 52 sivua
Syksy 1997

TIIVISTELMÄ

Reisiluun yläosan murtumat ovat yksi yleisimpiä toimintakykyä ja elämänlaatua huonontavia sekä sairaansijoja eniten vieviä vanhusten tapaturmia tällä hetkellä Suomessa. Murtuman seurauksena ikääntyvien liikunta- ja toimintakyky heikkenee ja usein he joutuvat turvautumaan muiden apuun.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla reisiluun yläosan murtumapotilaiden kokemuksia kuntoutumisestaan puolen vuoden kuluttua leikkauksesta.

Tutkimuksessani etsin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

Miten reisiluun yläosan murtumapotilaat kokevat elämänsä muuttuneen tapaturman jälkeen ja millaiseksi reisiluun yläosan murtumapotilaat kuvailevat kuntoutumisestaan sen eri vaiheissa? Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla kuutta reisiluun yläosan murtumapotilasta.

Haastateltujen elämä ei ollut palautunut entiselleen. Jokapäiväistä elämää haittasi liikkumisen vaikeudet; lähinnä epävarmuus portaissa ja kaatumisen pelko. Elämä oli rajoittunut murtuman jälkeen kotioloihin. Murtumaa edeltäneeseen elämään liittyneet asiat kuten liikkuminen ulkona, puutarhanhoito, vierailut ja harrastukset kodin ulkopuolella olivat jääneet.

Kuntoutus sairaalassa ja terveyskeskuksissa oli murtumapotilaiden mielestä tehotonta johtuen kuntoutushenkilökunnan kiireestä. Vastuu kuntoutumisesta jäi paljolti potilaiden omatoimisuuden varaan. Muu hoitohenkilökunta osallistui hyvin vähän potilaiden kuntoutukseen. Omaisia ei ohjattu murtumapotilaiden kuntoutuksessa. Murtumapotilaat olisivat toivoneet enemmän ohjausta ja tukea kotiutumisen jälkeen. Fysioterapeutit kävivät satunnaisesti potilaiden kotona. Kotiutumisen jälkeen omaisten apu ja tuki sekä oma yrittäminen olivat asioita, jotka edistivät kuntoutumista.

Avainsanat: reisiluun yläosan murtumapotilas, kuntoutus, kuntoutuminen

SISÄLTÖ

JOHDANTO.....	1
1. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT JA TARKOITUS.....	2
2. TUTKIMUSAINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI.....	6
2.1 Tutkimusmenetelmän valinta.....	6
2.2 Aineiston keruu ja analysointi.....	7
3. TUTKIMUSAINEISTON KUVAUS.....	9
3.1 “...en uskalla, kun pelkään niin kaatumista...”.....	9
3.2 “...ei sielä kukaan mitään kerinny...”.....	13
3.3 “...mä oon täällä päivät pitkät yksin...”.....	15
3.4 “...ei poikia mitenkään ohjattu, mutta ne on vähän niinku pakolla oppineet...”.....	17
3.5 “...mä en olisi selvinnyt ollenkaan yksin; isäntä on ollut niin hyvänä apuna...”.....	20
3.6 “...kuntoutumista on auttanut liikunta ja oma periksiantamaton luonne!”.....	22
4. TUTKIMUSTULOKSET JA TULOSTEN TARKASTELUA.....	24
4.1 Elämäntilanne puoli vuotta murtuman jälkeen.....	24
4.1.1 Liikkuminen.....	24
4.1.2 Päivittäiset toiminnot.....	26
4.1.3 Muut elämänmuutokset.....	28
4.2 Kuntoutumisen vaiheet.....	30
4.2.1 Fysioterapia erikoissairaanhoidossa.....	30
4.2.2 Fysioterapia terveyskeskuksessa ja kotona.....	32

4.2.3 Muun henkilökunnan ja omaisten tuki kuntoutumisessa.	37
4.2.4 Oma osuus kuntoutumisprosessissa.....	39
5. YHTEENVETO TULOKSISTA.....	41
6. POHDINTA.....	42
LÄHTEET.....	47
LIITE 1 JA 2	

JOHDANTO

Reisiluun yläosan murtumat ovat iäkkäillä ihmisillä suuri terveysriski. Kaatuminen ja sitä seuraavat reisiluun murtumat aiheuttavat vanhuksille suuria elämän muutoksia johtuen pitkäaikaisesta liikkumisen rajoittumisesta ja toimintakyvyn heikkenemisestä. Ne ovat myös suuri taloudellinen rasite terveydenhuollolle, koska on osoitettu, että reisiluunmurtumat Suomessa vuonna 2000 vaativat noin 11-13 % kaikista kirurgisista hoitopaikoista (Luthje 1991). Reisiluun yläosan murtuma on Suomessa tavallisin sairaalahoitoon johtava putoamis- ja kaatumistapaturmista johtuva vamma ikääntyvillä (Honkanen 1990).

Reisiluun yläosan murtumapotilaiden hoidon ja kuntoutuksen tehostuminen on yksi tärkeimmistä terveydenhuollon haasteista tällä hetkellä. Lyhentyneet hoitoajat erikoissairaalassa ovat tuoneet kustannussäästöjä akuuttivaiheeseen, mutta se on myös siirtänyt hoito- ja kuntoutusvastuuta perusterveydenhuollolle.

Reisiluun yläosan murtumapotilaiden kuntoutusta ja kuntoutumista on viime vuosina tutkittu paljon sekä Suomessa että muissa maissa. Tutkimuksissa on pyritty löytämään keinoja reisiluun murtumien ennaltaehkäisyyn (Parkkari 1997) tai niissä on haluttu selvittää murtumapotilaiden kuntoutuksen tehokkuutta leikkauksen jälkeen. Tutkimusmenetelminä on käytetty lähinnä toimintakyky mittareita sekä kyselylomakkeita, jotka on kohdistettu potilaille tai heitä kuntouttaville henkilöille.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on lähestyä reisiluun yläosan murtumapotilaiden kuntoutumista potilaan omien kokemusten kautta. Tavoitteena on kuvailla reisiluun yläosan murtumapotilaiden kokemuksia kuntoutumisestaan puolen vuoden kuluttua leikkauksesta. Tutkimusaineistoni olen kerännyt haastattelemalla kuutta noin puoli vuotta sitten leikattua reisiluun yläosan murtumapotilasta.

1. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT JA TARKOITUS

Suomalaisen väestön vanheneminen tuo jatkuvasti uusia haasteita ja kehittämiskaavoja terveydenhuollolle. Yli 65 vuotta täyttäneiden ikäluokkien kasvu on ollut viime vuosikymmeninä huomattavan nopeaa niin Suomessa kuin muissa Euroopan maissa. Seuraavien 20 vuoden aikana 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa lähes 50 prosentilla. Lisäksi vanhimpien ikäluokkien määrä kasvaa nopeimmin. (Valkonen 1994) Vanhustyöstä enemmistö on naisia (Hervonen 1991). Tähän yhtenä syynä mainitaan se, että miesten määrää näissä ikäluokissa on pienentänyt sotien aiheuttama kuolleisuus (Valkonen 1994).

Vanheneminen merkitsee sairauksien lisääntymistä siten, että 65 vuotta täyttäneillä on keskimäärin kolme pitkäaikaissairautta. Monella 85 vuotta täyttäneellä on vaikeuksia mm. toimintakyvyssä ja liikkumisessa johtuen erilaisista tuki- ja liikuntaelinten ongelmista sekä aistien toiminnan heikkenemisestä. (Heikkinen ym. 1990)

Kaatuminen on merkittävä vanhusten ongelma, joka johtaa usein vammautumiseen ja vanhusten siirtymiseen pysyvään laitoshoitoon (Luthje 1991, Tideiksaar 1989). Dowtonin ym. (1991) tutkimuksen mukaan kotona asuvista yli 65-vuotiaista joka kolmas, yli 80-vuotiaista puolet ja 90-vuotiaista naisista jokainen kaatuu ainakin kerran vuodessa. Laitoksissa kaatumisten esiintyvyydeksi on arvioitu 2 kaatumista asukasta kohti vuodessa (Barker SP, Harvey AH, 1985). Rynänen ym. (1991) mukaan 23 - 39 % kotona asuvista ja 20 - 45 % laitoksissa asuvista vanhuksista kaatuu ainakin kerran vuodessa. Kaatumisen vuoksi lääkärin hoitoon hakeutuneita yli 65-vuotiaita oli 38 tapausta tuhatta henkeä kohden vuodessa Porin alueella tehdyssä tutkimuksessa.

Vanhusten kaatumistapaturmien syiden selvittely on tärkeä ennaltaehkäisykeino tapaturmien vähentämiseksi. Monien riskitekijöiden yhtäaikainen esiintyminen lisää kaatumisalttiutta (Jäntti 1996). Kaatuminen voidaan nähdä tapahtumaketjuna, joka alkaa altistavista vaaratekijöistä ja jossa ovat mukana sekä ulkoiset ja sisäiset

vaaratekijät että sattuma. Tapahtumaketjua on vaikea katkaista, koska ketju muodostuu usein rinnakkaisista vaaratekijäyhdistelmistä (Ryynänen 1992). Kaatumisen riskitekijöinä pidetään mm. korkeaa ikää, johon liittyvät heikentynyt tasapainokyky, motoriikan muutokset, dementia ja huono näkökyky (mm. Ryynänen 1993, Jäntti & Pyykkö 1996, Heyes 1993).

Kaatumisten vuoksi tarvitsee suomalaisista eläkeikäisistä n. 5 % lääkärin hoitoa. Näistä käynneistä 40 % johtuu murtumista, joista reisiluun yläosan murtumia on noin puolet (Luukinen 1992). Reisiluun kaulan murtuma on yksi yleisimpiä toimintakykyä ja elämänlaatua huonontavia sekä sairaansijoja eniten vieviä vanhusten tapaturmia (Simonen 1991, Mayer 1993). Reisiluun kaulan murtumapotilaiden käytössä oli vuonna 1989 koko maassa 11 % kaikista kirurgisista hoitopäivistä (Luthje 1990). Luthjen (1988) ennusteen mukaan vuonna 2000 murtumia syntyy 6000 - 7000 ja näiden potilaiden hoitoon tarvitaan jatkuvasti 10 - 12 % kirurgisten sairaansijojen määrästä.

Reisiluun yläosan murtumien lisäys on ollut Suomessa nopeampaa kuin muualla Pohjoismaissa. Ruotsissa murtumat ovat lisääntyneet 20 vuoden aikana kaksin- tai kolminkertaisesti (Jarnlo ym. 1989), kun taas Suomessa lisäys on ollut samana ajanjaksona yli nelinkertainen (Luthje ym. 1993).

Larssonin ym. (1989) tutkimuksen mukaan murtumien esiintyvyys nousi 4,4 :stä 5,8 murtumaan tuhatta yli viisikymmentä vuotiasta naista kohti vuosina 1973-1984. Naisia oli murtumapotilaista puolet enemmän kuin miehiä. Reisiluun kaulan murtumapotilaiden keski-ikä nousi 74 vuodesta 78 vuoteen molemmilla sukupuolilla, mikä oli tilastollisesti merkittävä muutos. Luthjen (1988) mukaan naisilla oli vastaavana aikana Suomessa reisiluun kaulan murtuma kolme kertaa yleisempi kuin miehillä. Murtumien ilmaantuvuusluvut ovat kuitenkin Suomessa pienemmät kuin muissa Pohjoismaissa (Johnell ym. 1992).

Murtumien leikkausmenetelminä käytetään joko osteosynteesiä eli nauulausta tai endoproteesia eli keinonivelen asettamista. Menetelmien valintaan vaikuttavat ensisijaisesti murtumatyyppi, potilaan ikä sekä psyykinen ja fyysinen kunto. (Sitra

1979). Naulauksen jälkeistä kuntoutumista vaikeuttaa se, että potilas ei saa varata jalkaan täydellä painolla noin 2 kuukauteen luutumisen varmistamiseksi (Rokkanen ym.1987)

Reisiluun yläosan murtumat ovat niin inhimillisesti kuin taloudellisesti katsoen merkittävä kansantaloudellinen ongelma (Kannus ym.1994). Ne aiheuttavat tapaturmista eniten sairaalakuluja (Honkanen 1990). Kustannukset reisiluun yläosan murtumapotilaiden hoidossa ovat huomattavat. Luthjen (1991) mukaan välittömät hoitokustannukset olivat Suomessa vuonna 1988 noin 40 000 markkaa.

Murtumapotilaiden hoitoajat erikoissairaanhoidossa olivat vuonna 1988 keskimäärin 33 -38 vrk (Luthje ym. 1993). Suhonen (1993) raportoi hoitoajoiksi keskimäärin 16,7 vrk. Primaarihoitopaikoissa on 90-luvulla pyritty lyhyempiin hoitoaikoihin. Valtakunnallisessa suunnitelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1994-1997 pidetään tavoitteena palvelurakenteen muuttamista laitoshoidosta supistamalla ja avohuollon palveluja lisäämällä. Tällä toimenpiteellä toivotaan saatavan aikaan kustannussäästöjä.

Jalovaaran ym.(1992) tutkimuksessa murtumapotilaat viipyivät erikoissairaanhoidossa Oulussa 13, Sundsvallissa 19 ja Lundissa 17 vuorokautta. Oulussa lähes kaikki murtumat korjattiin proteesilla, kun taas Sundsvallissa ja Lundissa naulaamalla. Oulussa vain 24 % potilaista siirtyi suoraan kotiin, kun samat luvut olivat Sundsvallissa 72 % ja Lundissa 55%. Oulussa jatkohoitopaikkana oli useimmiten terveyskeskus. Kokonaiskustannukset murtumapotilaiden hoidossa olivat tämän tutkimuksen mukaan suurimmat Oulussa huolimatta lyhytaikaisesta erikoissairaanhoidosta. Potilaat saavuttivat myös paremman toimintakyvyn Ruotsissa, missä leikkausmenetelmänä käytettiin osteosynteesiä. Suhosen (1993) mukaan potilaiden tehokas kuntouttaminen akuuttivaiheessa siten, että he pääsevät suoraan kotiin, säästää lopullisia kustannuksia, vaikka vaatisikin akuuttivaiheessa enemmän resursseja.

Reisiluun yläosan murtumapotilaiden hoidon ja kuntoutuksen tehostuminen on yksi tärkeimmistä terveydenhuollon haasteista tällä hetkellä. Lyhentyneet hoitoajat

erikoissairaalassa ovat tuoneet kustannussäästöjä akuuttivaiheeseen, mutta se on myös siirtänyt hoito- ja kuntoutusvastuuta perusterveydenhuollolle. Reisiluun murtumapotilaan kuntoutuminen mahdollisimman omatoimiseksi tuo haasteita eri ammattiryhmille ja ennenkaikkea se vaatii moniammatillista yhteistyötä sekä yhteistyötä potilaan itsensä ja omaisten kanssa.

Reisiluun yläosan murtumapotilaiden kuntoutusta on viime vuosina tutkittu paljon sekä Suomessa että muissa maissa (Suhonen 1993, Arkela-Kautiainen 1996, Borgquist ym. 1990, de Palma 1992, Jette ym. 1987, Jonsson ym. 1996, Berglund-Röden ym. 1994, Barnes & Donovan 1987). Tutkimusten tarkoituksena on ollut selvittää murtumapotilaiden kuntoutumista leikkauksen jälkeen prospektiivisesti eri ajankohtina sekä toimenpiteitä, joita on käytetty potilaiden kuntouttamiseen. Tutkimusmenetelminä on käytetty lähinnä toimintakykymittareita sekä kyselylomakkeita, jotka on kohdistettu potilaille tai heitä kuntouttaville henkilöille. Suhonen (1993) on käyttänyt teemahaastattelua selvittäessään fysioterapian yleisperiaatteita ja sisältöä sekä yhteistyön toteutumista murtumapotilaiden kuntouttamisessa. Hän on tutkimuksessaan haastatellut reisiluun yläosan murtumapotilaita kuntouttavia fysioterapeutteja.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on lähestyä reisiluun yläosan murtumapotilaiden kuntoutumista potilaan omien kokemusten kautta. Tavoitteena on kuvailla reisiluun yläosan murtumapotilaiden kokemuksia ja käsityksiä kuntoutumisestaan puolen vuoden kuluttua leikkauksesta.

Tutkimuksessani etsin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

Miten reisiluun yläosan murtumapotilaat kokevat elämänsä muuttuneen tapaturman jälkeen ja millaiseksi he kuvailevat kuntoutumistaan sen eri vaiheissa?

2. TUTKIMUSAINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI

2.1. Tutkimusmenetelmän valinta

Kvalitatiivista tutkimusotetta voidaan pitää taustafilosofialtaan hermeneuttisena, jonka tavoitteena on tutkittavan ilmiön ymmärtäminen ja tulkinta (Soininen 1995). Laadullisen tutkimuksen kohteena on yleensä ihminen ja hänen maailmansa. Kvalitatiivisia menetelmiä voidaan käyttää, kun ilmiötä tarkastellaan sellaisena kuin tutkittava sen itse näkee ja kokee.(Field 1985, Hämäläinen 1987,Varto 1992)

Varton (1992) mukaan tutkimus tapahtuu elämismaailmassa, josta tutkija on osa. Tämä on myös edellytys laadulliselle tutkimukselle, sillä ilmiön ymmärtäminen on mahdollista vain siinä yhteydessä, jossa sillä on merkitystä (Field 1985).

Edmund Husserl oli fenomenologian perustaja ja yksi sen tärkeimpiä kehittäjiä oli Heidegger. Heideggerin mukaan ihmistiede on mahdollista, mikäli ihmistiede pyrkii selvittämään inhimillisten ilmiöiden merkitystä yleensä. Fenomenologinen tieteen filosofia ottaa lähtökohdaksi maailman sellaisena kuin se meille ilmenee. Ihminen on aina maailmassa ja aina suhteessa maailmaan. Yksi fenomenologian tavoitteista on tiedon kerääminen kokemuksista(Varto 1992). Fenomenologiassa tutkittavaa ilmiötä lähestytään ilman ennakoajatuksia ja teoriakehikkoja(Field 1985).

Fenomenologia on kuvaileva ja merkityksiä etsivä tutkimustapa, jonka tavoitteena on tunnistaa käyttäytymisen ydin. Fenomenologia hyväksyy kokemuksen sellaisena kuin se on tutkittavan tietoisuudessa. Sen tavoitteena on kuvata mahdollisimman tarkasti, miten henkilö on kokenut tutkittavan asian. (Field 1985) Usein kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimusotteen välillä on nähty vastakkain asettelu. Se, kumman tutkimusotteen tutkija valitsee, riippuu siitä, millainen tutkittava ilmiö on luonteeltaan (Pyörälä 1994, Soininen 1995).

Tutkimuksessani halusin selvittää reisiluun yläosan murtumapotilaiden kuntoutumiseen liittyviä asioita potilaiden itsensä kuvaamina, joten valitsin

haastattelun empiirisen aineiston keruumenetelmäksi. Esihaastattelun pohjalta valitsin menetelmäksi avoimen haastattelun. Avoin haastattelu on menetelmä, jossa haastateltava saa kertoa ja kuvailla aihepiiriin liittyviä kokemuksiaan. Tutkijan tehtävänä on ohjailla haastateltavan kertomusta tutkimusalueen suuntaan, mutta varoa antamasta ennaltamäärättyjä vastauksia. Tällä tavalla mahdollistuu tutkittavan ilmiön tarkastelu riittävän laajasti (Hirsjärvi ym. 1991). Haastattelu antoi tutkijalle mahdollisuuksia tarkentaa aihealueita ja saada siten syvällisempää ja tarkempaa tietoa potilaiden kokemuksista kuntoutumisprosessinsa ajalta.

Haastattelun aihe-alueet muodostuivat osittain perehdyttyäni aiheeseen muiden tutkimusten pohjalta, osittain keskusteluista sairaalan fysioterapeuttien kanssa. Lopulliset aihe-alueet muodostuivat esihaastattelun pohjalta.

Haastattelun aihe-alueet olivat:

1. Elämäntilanne murtuman jälkeen
2. Kuntoutumiseen liittyvät kokemukset kuntoutumisprosessin eri vaiheissa

2.2 Aineiston keruu ja analysointi

Tutkimusaineistoni koostui Seinäjoen sairaalassa korjatuista reisiluun murtumapotilaista, joiden leikkauksesta oli kulunut noin puoli vuotta. Tutkimusluvut sain Sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä sairaalan johtavalta ylläkääriltä (liite 1 ja 2). Sairaalasta sain tietokoneliuskan, jossa oli kaikkien puoli vuotta sitten leikattujen potilaiden nimet ja syntymäajat sekä osoitteet niiden potilaiden kohdalta, jotka olivat jatkohoitojen jälkeen päässeet kotiin. Leikattuja potilaita oli yli neljäkymmentä. Tutkimukseeni valitsin potilaita, joiden tuli täyttää seuraavat kriteerit: 1) potilas oli suostuvainen tutkimukseen, 2) potilas oli niin hyvässä kunnossa, että hän jaksaa osallistua noin 30 minuuttia kestävään haastatteluun ja ymmärtää hänelle asetettuja kysymyksiä, 3) potilas asui haastatteluhetkellä kotona. Näillä kriteerillä halusin varmistaa sen, että minulla on mahdollisuus saada riittävän syvällistä tutkimusaineistoa ja siten saada vastauksia tutkimusongelmiini. Lisäksi potilaiden tuli olla noin 70-80-vuotiaita, koska halusin

tutkia iäkkäiden henkilöiden kokemuksia. Em. valintakriteerien perusteella valitsin summittaisesti haastateltavat potilaat. Otin puhelimitse yhteyttä tutkittaviin, kerroin tutkimusaiheestani ja sovin haastatteluajan. Haastattelut suoritin kaikki tutkittavien kotona heille parhaiten sopivana ajankohtana. Joulukuussa 1996 suoritin esihaastattelun, joka onnistui mielestäni niin hyvin, että voin suorittaa varsinaiset haastattelut tammi- helmikuun aikana 1997. Haastatteluhetkellä pyrin käyttämään aikaa tutustumiseen ennen varsinaisen haastattelun alkua luodakseni turvallisen ja luottamuksellisen ilmapiirin. Haastateltavat asiat koskettelivat haastateltavien jokapäiväistä elämää ja heidän lähimenneisyyden kokemuksiaan, joten aiheet olivat tuttuja ja niitä oli helppo kuvailla. Haastattelutilanteessa oli mahdollista palata uudelleen jo käsiteltyihin aiheisiin, jos jotakin oli jäänyt epäselväksi.

Kaikki haastattelut nauhoitin kasetille ja suoritin litteroinnin heti haastattelun jälkeen. Tutkimusaineistoni käsittää kuusi haastattelua ja se sisältää myös esihaastattelun.

Aineiston käsittely aloitin lukemalla haastatteluja kokonaisuudessaan moneen kertaan yleiskuvan saadakseni. Haastattelujen pohjalta laadin aineiston kuvauksen, "potilaiden tarinat", joissa kerroin mahdollisimman yksityiskohtaisesti asiat, joita haastateltavat kuvailivat. Tämän jälkeen aloitin tutkimusaineiston yksityiskohtaisen tarkastelun. Luokittelua ohjasivat aihe-alueet, jotka oli muodostettu tutkimustehtävistä. Aineiston analysoinnissa pyrin systemaattisuuteen ja tarkkuuteen esim. koodausmatriisin avulla. Myös haastattelulainaukset ilmaistiin tekstissä kuten haastateltavat olivat ne ilmaisseet.

Tutkimusaineiston jaottelin ensin pääluokkiin tutkimustehtävien pohjalta. Sen jälkeen luokittelin empiriasta nousevia asioita alaluokkiin. Alaluokkien lausumat kirjasin matriiseihin, joista tarkastelin, millaisia ominaisuuksia nousee alaluokkien alle.

Luokittelurunko on esitetty taulukoissa 1 ja 2.

Taulukko 1. Potilaan elämäntilanne haastatteluhetkellä

Pääluokka	Alaluokat
Elämäntilanne haastatteluhetkellä	Liikkuminen
	Päivittäiset toiminnot
	Muut elämänmuutokset

Taulukko 2. Kuntoutumisen eri vaiheet

Pääluokka	Alaluokat
Kuntoutumisen vaiheet	Fysioterapia sairaalassa
	Fysioterapia terveyskeskuksessa ja kotona
	Henkilökunnan ja omaisten tuki kuntoutumisessa
	Oma osuus kuntoutumisessa

3. TUTKIMUSAINEISTON KUVAUS

3.1 *“...en uskalla, kun pelkään niin kaatumista...”*

Annan kuntoutumisprosessin kuvaus

Anna on 78-vuotias eläkeläinen, joka on eläkeikään asti työskennellyt lastenkodin keittiöllä. Hän asuu miehensä, Arvon, kanssa kaupungissa kerrostalon kolmannessa kerroksessa. Talossa ei ole hissiä. Arvo on terve ja hyväkuntoinen. Anna on lapseton, mutta miehen aikuinen poika ja hänen perheensä asuvat samassa kaupungissa. He käyvät isovanhempia tervehtimässä ja auttelemassa jonkin verran.

Tapaturma sattui perjantai-iltana saunareissulla. Anna ja Arvo kävivät viikottain kerrostalon saunassa kellarikerroksessa. *“Saunassa liukastuin, se oli sitä mukaa selvä. Mä sanoin, että varmasti nyt murtui lonkka. Vihlova kipu oli lonkassa, kun*

yritin nousta ylös. Sanoin Arvolle, että mee hakemaan apua ja ne nostivat mun saunan penkille ja sitten soitettiin ambulanssi ja vietiin keskussairaalaan.”

Keskussairaalassa jalka pantiin lauantaina vetoon ja sunnuntai-illalla vasta murtuma korjattiin levyttämällä ja naulaamalla. Anna kuvailee ensimmäisiä päiviä sairaalassa seuraavasti: *“Ensimmäiset päivät olivat sekaasia sairaalassa, koska kaatuessa löin pääni kivilattiaan ja pää oli kovaa kipiä.”*

Anna oli keskussairaalassa kaksi viikkoa. Leikkauksen jälkeisenä päivänä hänet autettiin ylös ja häntä avustettiin kävelyssä. Ensiksi käveltiin kainaloista tukien ja myöhemmin hän sai kävelytelineen avuksi. Sauvoja hän ei käyttänyt sairaalassa. Jalkaan ei saanut varata kolmeen kuukauteen. *“Hetimitaanantaina kaksi sairrasvoimistelijaa tuli ja ne talutti mua siinä käytävällä pitäen molemmista kainaloista, mutta sitten ne otti telineen käyttöön. En saanut astua kolmeen kuukauteen. Se oli hankalaa kun ei meinannu millään oppia astumaan kuin varpailla.”*

Muuta kuntoutusta Anna ei muista saaneensa keskussairaalassa. *“Siellä sairaalassa ei opetettu mitään muuta kuin käveltiin vain.”* Aviomies kävi häntä tapaamassa sairaalassa päivittäin.

Kahden viikon kuluttua hänet siirrettiin terveyskeskuksen kuntoutusosastolle. Arvo olisi halunnut hänet suoraan kotiin, mutta kuntoutuminen oli vielä kovasti kesken. Terveyskeskuksessa Anna oli kuntoutumassa kaksi kuukautta. Hän oli sitä mieltä, että olisi jo ennemmin pärjännyt kotona. Hän ei kuitenkaan uskaltanut puhua ajatuksistaan hoitohenkilökunnalle. *“Masensi kovasti, kun piti siellä terveyskeskuksessa olla niin kauan. En tiedä, miksi piti terveyskeskuksessa olla niin kauan. Osastonhoitaja sanoi, että kyllä te muuten kotona pärjätte, mutta millä te ruokaa saatte. Minä sanoin, että se ei ole ongelma, koska Arvo on kotona ja laittaa mulle ruokaa. Minä koko ajan ajattelin, jotta kyllä mä pärjääsin kotona. Kyllä mä nämä temput sielä tekisin. En mä kyllä mitään puhunut ajatuksistani, eikä kukaan kyllä multa mitään kysynytäkään.”*

Terveyskeskuksessa jatkettiin kuntoutusta. Fysioterapeutit kävivät päivittäin ohjaamassa liikkeitä ja kävelyttämässä. Anna sai myös ohjeita itsenäiseen harjoitteluun. *“Se sairasoimistelija voimistelutti tuota jalkaa ja antoi niitä, kuinka saa tehdä ja se kuljetti sitä käytävää. Sairasoimistelua oli joka päivä paitsi lauantaina ja sunnuntaina. Sitten omia ohjeita annettiin.”*

Kuntoutuminen sujui hyvin Annan mielestä, koska ei ollut kipuja. Lääkkeitä annettiin hänen mielestään paljon. *Ei se voimistelu tuntunut pahalta, koska sielä tuotiin niin paljon niitä särkylääkkeitä. Mun mielestä valtavan paljon annettiin lääkkeitä.”*

Kuntoutumisesta ja kuntoutuksen tavoitteista ei keskusteltu henkilökunnan kanssa. Hoitajat osallistuivat kuntoutukseen kävelyttämällä häntä ruokailuun ja takaisin. Pian hän oli jo niin omatoiminen, että selviytyi vessareissuista ja peseytymisistä itsenäisesti ja pystyi itse kävelemään käytävällä rollaattorin avulla. Anna kuvailee asioita seuraavasti: *“Ei yhtään suunniteltu kuntoutusasioita yhdessä, se sairasoimistelija ne teki kaikki itte. Hoitajat kävelytti mua ruokailuun ja takaisin. Ei ne muuten keriienny kävelyttämään. Myöhemmin kävin itte sielä käytävän päässä kolme kertaa päivässä.”*

Aviomies kävi Annaa joka päivä katsomassa terveyskeskuksessa. Häntä ei kuitenkaan ohjattu Annan kuntouttamisessa millään tavalla. *“Usein Arvo oli yhtä aikaa sairasoimistelijan kanssa siinä mun sängyn vieres, mutta ei se mitään puhunu, mitä pitäis tehdä”.*

Kahden kuukauden kuluttua Anna pääsi kotiin. Fysioterapeutti kävi kotona ohjaamassa sauvakävelyä ja varmistamassa, että porraskävely sujuu hyvin. *“Sairasoimistelija tuli silloin kun mä pääsin kotia ja kävi hän sitte, kun mä sain ruveta astumaan. Hän kävi kattomas, jotta oonko oppinut noita rappuja kulkemaan.”* Kotiapua he eivät halunneet, koska Arvo jaksoi tehdä kotityöt.

Kolmen kuukauden kuluttua Anna sai luvan kävellä normaalisti ja hän sai tehdä asioita, mihin pystyi. Apuvälineinä kotona olivat sauvat ja kelkka sekä

tarttumapihdit. Sukanvetolaitteenkin hän olisi saanut, mutta ei huolinut, koska Arvo pystyi auttamaan sukkiensa laitoissa.

Haastatteluhetkellä murtumasta oli kulunut 7 kuukautta. Anna on ollut kotona yli kolme kuukautta. Hän kertoo, että kunto on tällä hetkellä aika hyvä. Kävely sujuisi sisällä jo ilman sauvoja, mutta hän pelkää kaatuvansa ja sen vuoksi haluaa käyttää sauvaa. Anna ei halua mennä ulos, koska he asuvat hissittömässä talossa ja portaiden kulkeminen vie paljon aikaa ja on epävarmaa. Anna kertoo: *“Kyllä mä pääsisin kävelemään ilman apuneuvoja, mutta en uskalla, kun pelkään niin kaatumista. Ulkona ei tuu käytyä, kun on nuo raput. Minä pääsen ne aika hyvin, mutta pitää vain mennä niin hitaasti ja varovaisesti.”*

Päivittäisistä toiminnoista, kuten peseytymisestä ja pukeutumisesta, hän selviää ilman apua. He käyvät viikottain saunassa. Mies huolehtii siivouksista ja Anna pystyy jo keittelemään ruokaa. Hän osallistuu myös siivoukseen pyyhkimällä pölyjä ja hoitamalla kukkia. *“Alusta asti oon selvinnyt pukeutumisista. Käydään saunassa kerran viikossa, kun mä ensin uskalsin sinne mennä. Arvo on aina tehnyt siivousta, se on niin kätevä siinä, mutta mä laitan ruuan ja pyyhin pölyjä ja kukkia hoidan.”*

Ennen kaatumista Anna kävi kaupungilla kuorossa ja erilaisissa eläkeläisten tilaisuuksissa. Hän kyläili myös ahkerasti tuttavien luona yhdessä miehensä kanssa. Nyt kuitenkin harrastukset ovat jääneet, koska Anna pelkää kaatuvansa uudelleen. Tuttavien tapaamista rajoittaa se, että Anna selviytyy huonosti portaissa. Anna ja Arvo viettivät aikaisemmin paljon aikaa mökillä saarella, mutta nyt tuntuu hankalalta liikkua epätasaisessa maastossa kepin kanssa. *“Harrastukset on jäänyt, en uskalla lähteä kaupungille. Mä pelkään väkijoukkoja, jos joku tönää mun kumoon, kun kepin kanssa kuljen. On käyty tuttavilla tapaamassa sellaisissa paikoissa, joissa on hissi. Kerran vain on käyty maalla.”*

3.2 “...ei sielä kukaan mitään keriiinny...”

Liisan kuntoutumisprosessin kuvaus

Liisa on 78-vuotias eläkkeellä oleva pientilan emäntä. Hän asuu kotitilalla samassa taloudessa keski-ikäisen tyttärensä kanssa. Muita lapsia ei ole. Isäntä on kuollut joitakin vuosia sitten. Tilalla on lemmiä, joita Liisa on hoitanut tyttärensä apuna tapaturmaan saakka.

Kaatuminen sattui ulkotöissä. Liisa kuvailee tapahtumaa: ”*Mä vain hojaannuin tuolla ulkona, meinasin siirtää jotakin ja sitten mä lensin siitä pyllylleni vaan näin. Minä nousin ylähän, eikä tuntunut mitään. Sitten sain kylmää ulkona ja sitä rupesi särkemään. Seisoin toisella jalalla, kun tiskasinkin. Sitten mentiin lääkäriin.*”
Terveyskeskuksessa lonkka kuvattiin ja todettiin murtuma reisiluun kaulan alueella.

Liisa siirrettiin keskussairaalaan perjantaina ja murtuma naulattiin sunnuntaina. Keskussairaalassa Liisa oli viisi päivää. ”*En mä siellä kauaa ollut, muutaman päivän, tiistain, keskiviikon maissa tulin terveyskeskukseen. Mua oikeen tympäisi, kun heti pukatahan pois.*” Kuntoutusta ei Liisa muista saaneensa sairaalassa. ”*Ei sielä kukaan keriiinny, kun en mä kerran ollutkaan kuin muutaman päivän. Ei ne sielä mitään.*” Kävelemään kuitenkin ohjattiin. ”*Ne sanoo, jotta ei saa astua vaan konkottaa. Miksei sillä jalalla pikkuusen saanu hälpätä maahan.*”

Jatkokuntoutusta varten Liisa siirtyi terveyskeskukseen, jossa hän oli kaksi viikkoa. Liisa ei ollut kovin tyytyväinen saamaansa kuntoutukseen. Hän mielestään henkilökunnalla oli niin kiire, että kuntoutuminen jäi omatoimisuuden varaan. ”*Sielä terveyskeskuseskin, se kaikki oli niin hidasta. Ei sielä kukaan mitään keriiinnyt, jonsei ominsa pärjää niin ei ne yhtä ihmistä sielä vahdi. Yksikin sanoo, jotta kyllä tää on hidasta ja jollei itte pääsisi liikkeelle niin, mitä sitte. Ei ne sielä paljo kattonu eikä ohjannu! Mä muistan, jotta pesulle ne on mua nostanu, mutta ei mitään muuta. Sitten ne olis kuntouttanu poislähtiessä.*” Itsekseen hän kertoo kulkeneensa kävelytelineen avulla huoneessaan. Kävelyharjoituksia hän kertoo

kuitenkin tehneensä fysioterapeutin ohjauksessa. *“Se kuntouttaja toi mulle rollaattorin ja mä menin sillä sinne päiväsalin puolelle.”*

Tytär kävi äitiä katsomassa terveyskeskuksessa ja kuvailee: *“Minä kävin äitiä pari, kolme kertaa katsomassa. Sielä ne sitä Eeva-telineellä kuljetti.”* Äidin kuntoutukseen liittyviä ohjeita ei hänelle annettu. Tytär ei ollut esim. selvillä, saiko äiti varata täysin leikattuun jalkaansa kotiinpäästessä. *“Ei minulle mitään ohjeita annettu. Kun mä kävin jotain kysymäs, ne oli aina kahvipaussilla, söivät sielä mansikoita.”*

Tyttären mielestä äidin vointi ei muuttunut paljoakaan terveyskeskuksessa. Hän halusikin äidin kotiin ja pyysi, että kuntoutusta voitaisiin jatkaa kotona yksityisen fysioterapeutin toimesta. *“Ei sielä terveyskeskuksessa, ne kuntouttajat oli niin outoja äidille. Mutta kotona se heti alkoi kuntoutua, kun se Ulla (fysioterapeutti) tuli sitä liikehoitoa antamaan. Heti kaikin puolin äidin vointi parani, kun se kuntouttaja saa ihmiseen sellaista elämänhalua ja on innostava, paras mahdollinen.”*

Fysioterapeutti kävi Liisaa ohjaamassa kotona kymmenen kertaa. Kuntoutus sisälsi lihaskuntoharjoitteiden lisäksi kävelyharjoituksia portaissa ja ulkona.

Ennen murtumaa Liisa osallistui talon töihin päivittäin avustaen peltotöissä ja navetassa tyttärtään vointinsa mukaan. Haastatteluhetkellä liikkuminen rajoittuu pääasiassa sisätiloihin. Kävely sujuu ilman keppiä sisällä, kuitenkin ontuen ja huonekaluihin tukeutuen. Ulkona hän käy harvoin, koska pelkää kaatuvansa epätasaisella ja liukkaalla pihalla. Keppiä hän käyttää ulkona, koska rollaattoria ei voi työntää kivisellä pihalla. *“Sisällä kävelen ilman keppiä, kun se keppi aina kaatuu ja unohtuu. Ulkona en paljoakaan kävele, kun on niin liukas, vähän joskus navetan ovelta katson. Jos menen ulos, otan kepin, kun tuossa pihassa on sepeliä.”*

Päivittäiset toiminnot ovat sujuneet kotiintulosta asti omatoimisesti. Hän pukeutuu ja peseytyy itse sekä auttelee taloustöissä tyttärtä. Liisan mielestä parhaiten häntä on auttanut kuntoutumaan sisu ja oma yrittämisen halu. *“Ei aina saa odottaa, jotta*

toinen tuloo auttamaan.” Tytär on samaa mieltä: ”Äiti on niin vanhanajan sitkeä ihminen, sillä on sisua yrittää. Hän ei ole oppinut passoolle”. Liisa kertoo, että eniten hänen liikkumistaan rajoittaa tällä hetkellä kaatumisen pelko. “ Pitää vain peljätä tuota kaatumista enemmän kuin ennen. Tytär ei oo laittanut mattojakaan, kun pelkää myös, että mä kaadun.

Liisa haluaisi käydä kyläilemässä naapureissa, mutta tällä hetkellä se ei vielä onnistu, koska ei uskalla lähteä niin pitkälle kävelemään ja perheessä ei ole autoa käytössä. Naapurit ja tuttavat ovat kuitenkin käyneet Liisan luona kylässä.

3.3 “...mä oon täällä päivät pitkät yksin...”

Maijan kuntoutumisprosessin kuvaus

Maija on 86-vuotias leski, joka on tehnyt päivätyönsä pienen tilan emäntänä ja perheen äitinä. Tällä hetkellä hän asuu yksin omakotitalossa. Tytär on joutunut työnsä vuoksi muuttamaan Tampereelle, mutta hän tulee joka viikonlopuksi kotiin äitiä auttamaan. Poika asuu viereisessä talossa perheineen ja he huolehtivat mummon asioista viikolla. Kaksi muuta lasta asuu samassa pitäjässä ja käyvät silloin tällöin mummon luona.

Maija on käynyt läpi kaksi leikkausta lonkkamurtuman vuoksi. Hän kaatui vuosi sitten, jolloin lonkka murtui. *“Se oli joulukuun 13 päivä, kun minä kaaduin, silloin lonkka murtui. Sitten leikattiin keskussairaalassa, siihen laitettiin ne naulat. Ne ei kuitenkaan sopinut, olivat liian pitkät. Se tuli aina vain kipiemmäksi, ei voinut astua kunnolla. Puoli vuotta meni ja se tuli aina vain pahemmaksi.”*

Kesällä lonkka korjattiin uudelleen proteesilla. Maija oli sairaalassa kymmenen päivää. Hän kuvailee sairaalassaoloa: *“Aika hyvin se siellä meni, ei ollut vaivoja kuin vähän alussa. Istumaan siellä nostettiin ja vähän sain kävellä. Hoitajat auttoivat kävelemään. Ei siellä mitään kuntoutusta ollut, ei oikeastansa mitään neuvottu, mitä nyt sanottiin, jotta kuntouttajalle otta yhteyttä. En muista, että mitään olisi kielletty tekemästä.”*

Jatkokuntoutusta varten Maija siirtyi oman kuntansa terveyskeskukseen, jossa hän oli kaksi viikkoa. Maija kuvailee kuntoutusta: *“Se kuntouttaja kävi joka päivä ensin siinä alkuaikoina. Se kävelytti siellä käytävällä, ei se sen kummempaa kuntoutusta ollut. Sellaasta neuvottiin, jotta ei saa istua matalalla, ei mitään muita rajoituksia ollut.”* Maija ei muista saaneensa mitään voimisteluohjeita, joita itse voisi suorittaa.

Omaiset kävivät usein mummoa katsomassa, mutta heille ei annettu ohjeita Maijan liikkumisen avustamisessa. Hoitohenkilökunta ei myöskään Maijan mielestä osallistunut kuntouttamiseen, muuten kuin avustamalla päivittäisissä toiminnoissa. *“Sen verran auttoivat, jotta pääsin vessas käymään.”*

Maija tuli mielellään terveyskeskuksesta kotiin, koska tuntui, että kotona pärjäs omaisten auttamana. *“Mä olin sen verran kunnossa, että pääsin liikkumaan täällä sisällä sauvojen avulla, siinä ei tarvittu apua.”* Terveyskeskuksesta kävi fysioterapeutti muutaman kerran kotona varmistamassa, että Maija selviää kotona. Hän antoi kotivoimisteluohjeita Maijalle omatoimiseen harjoitteluun. Omaisia ei ollut paikalla fysioterapeutin käydessä kotona. *“Sitten jonkun ajan kuluttua tuli se kuntouttaja käymään. Minä olin silloin täällä yksin. Se opetti niitä liikkeitä, mitä piti tehdä joka päivä. Minä teen niitä liikkeitä päivittäin, mutta yhtä liikettä en saanut tehdyksi, kun se ottaa kipeää. Siinä tarttis apua.”*

Maija kertoo elämänsä muuttuneen kovasti murtuman jälkeen, eikä se vielä ole palannut entiselleen. Ennen murtumaa hän hoiti perheen taloustyöt yksin ja jonkin verran puutarhatöitäkin. Tällä hetkellä hän selviytyy pukeutumisista ja peseytymisistä, mutta siivouksessa ja pyykinpesussa hän tarvitsee omaisten apua. Ulkopuolista apua ei tarvita, koska omaiset pystyvät häntä auttamaan. *“Minä hoidin kotona kaikki työt sisällä, keitin ja sellaista. Nyt tarvitsen apua siivoamisessa ja pyykinpesussa ja sitten kaupassa käynnissä. Omaiset hoitavat kaiken.”*

Liikkuminen sujuu sisällä hyvin yhden kepin kanssa. Ulkona hän käy kävelemässä pientä matkaa. Maijasta tuntuu toisinaan yksinäiseltä ja aika ei tahdo kulua. Hän toivoisi, että vieraita kävisi useammin ja että hän itse voisi lähteä kotoa toisinaan jonnekin. Liikkumisessa hän tarvitsee kuitenkin omaisten apua. *”Nyt oon täällä yksin. Sisällä pärjää jotenkin, mutta jos tuonne ulos menee niin ei siellä käy enää mikään kuin vähän edestakaisin kävellä. Tuttavien tapaaminen on vähentynyt. Mitä nyt omaaset joskus ehtii kuljettaa. Minä oon täällä yksin päivät. Joskus tuloo päivät pitkiksi ja toivoo, jotta joku kävisi. Lapsia on monta, mutta ei nekään niin usein pääse käymään.”* Ennen murtumaa hän kertoo käyneensä paljon eläkeläisten retkillä ja kerhoissa, joista hän on nyt joutunut luopumaan. *”Ne on kaikki jäänyt. Jos tuo jalaka vielä vähän paranisi niin sitten vois vielä mennä.”*

Maija on kuitenkin tyytyväinen kuntoutumiseensa tällä hetkellä. *”Kyllä se niinkuin vähitellen on paremmaksi tullut, pystyy paremmin jo toimimaan. Tässä on aika hyvä olla, jos tuo terveys on näinkin hyvä.”* Hänen toivomuksenaan on, että kuntoutusta olisi ollut enemmän. Vanhusten päivätoiminnassa hän on käynyt muutaman kerran ja haluaisi päästä sinne useammin. *”Sellaista vois olla enemmänkin, pääsis täältä kotoa liikkeelle useammin.”*

3.4 “...ei poikia mitenkään ohjattu, mutta ne on vähän niinkuin pakolla oppineet”

Kertun kuntoutumisprosessin kuvaus

Kerttu on 73-vuotias eläkeläinen, joka asuu aikuisen poikansa kanssa omakotitalossa maaseudulla. Viiden pojan ja yhden tytön äitinä ja myöhemmin isoäitinä elämä on ollut työntäyteistä. *”Elämä on mennyt kotoaskareissa.”* Kaikki lapset asuvat samassa pitäjässä ja käyvät usein mummoa tapaamassa. Aviomies on kuollut joitakin vuosia sitten.

Kerttu kuvailee tapaturmaa: *”Sängystä vissiin putosin. Heräsin lattialta, enkä päässyt ylös. Pojat nosti sitten pystyhyn, mutta en pysynyt pystyssä. Sitten pojat*

soittivat ambulanssin ja vietiin sairaalaan, jossa se lonkka korjattiin. Se leikattiin seuraavana päivänä.” Lonkassa todettiin reisiluun kaulan murtuma, joka naulattiin.

Kerttu oli keskussairaalassa vain neljä päivää, joten kuntoutus siellä jäi hyvin vähäiseksi. Kerttu muistelee:” *Minä olin siellä niin hetken, jotta ei sielä saanut mitään kuntoutusta. Sängystä nostettiin kävelemään sellaisella pyörällä. Kyllä mä jotenkin kävelin, mutta huonoa se oli. En muista, jotta mitään muuta olis tehty.”*

Jatkokuntoutukseen Kerttu tuli terveyskeskukseen, jossa hän viipyi lähes kaksi kuukautta. Hän oli hyvin pettynyt tapaan, jolla häntä siellä kuntoutettiin.” *Ne lupas, jotta kuntouttaja tulee ja vie kävelyille, mutta useimmiten se jäi vain puheeksi. Harvoin kävelytettiin ja sängyssä tehtiin vähän jotakin jalkojen kanssa. Sitten opetettiin, mitä pitäisi itse tehdä.”* Hoitajat olivat auttamassa häntä vuoteesta ylös. *“Ne hoitajat vain auttoi; syömistä tuotiin ja nostettiin pystyyn ja vessareissuissa tarvitsin apua.”*

Kuntoutuminen ei mennyt eteenpäin odotetulla tavalla. Kuitenkin kahden kuukauden kuluttua hän sai lähteä kotiin. Haastatteluhetkellä Kerttu makaa sängyllä. Hän kertoo olevansa vielä huonossa kunnossa. Eniten askarruttaa mieltä se, ettei kävely vieläkään onnistu ilman kelkkaa ja ulkopuolisen apua. *“Huonossa kunnossa minä olen, kun ei tuo kävely rupia sujumaan. En uskalla yhtään lähteä yksin, pitää olla joku tukemas.”* Myös päivittäisissä toimissa hän tarvitsee apua. *“Pukemisissa ja riisumisessa tarvittin apua; housujen ja sukkien laitto on hankalaa.”*

Kertun elämä on nyt hyvin erilaista kuin ennen murtumaa. Hän kertoo hoitaneensa kaikki perheen taloustyöt ja myös puutarhatyöt. *“Minä tein kaikki tämän huushollin työt, mutta nyt ei onnistu enää mikään. Keitin ja leivoin, piti keittää aina pojalle, kun se tuli töistä. Kaupassa kävin pyörällä. Sinne on noin kaksi kilometriä. Viime kesänä vielä hoidin puutarhaa, mutta nyt kaikki on jäänyt pojalle.”* Ilman perheen ja kodinhoitajan apua hän ei pystyisi asumaan kotona. Kodinhoitaja käy päivittäin siivoamassa ja keittämässä ja auttaa Kerttua myös kävelyssä. Kerttu on hyvin tyytyväinen kodinhoitajan apuun. *“Tässä käy kodinhoitaja joka päivä, ainakin nyt*

vielä. Se keittää ja siivoaa ja siinähan sen aika menee. Sillä on niin vähän aikaa. Kodinhoitaja on hyvä, se osaa niin hyvin auttaa.”

Päivät Kerttu on yksin, kun poika on työssä. Pääosin hän viettää päivänsä sängyssä makaillen ja istuen, koska ei voi yksin lähteä liikkeelle. Päivät tuntuvat pitkiltä ja yksinäisiltä. *“Mä oon petissä paljon, ei tohdi lähteä liikkeelle, kun on täällä yksin. Monta tuntia oon yksin täällä petissä. Sängynlaidalla mä istuskelen paljon. Oliski aina joku ihminen, niin uskaltais liikkua paremmin!”* Pitkä toipumisaika on Kertun mielestä vaikuttanut myös mielialaan ja muistiin. *“Muisti on kovasti huonontunut täs sairastaes. Lasten ikääkään en muista niin kuin ennen. Tahtoo päivät mennä sekaasin. Ennen luin paljon, mutta ei mua yhtään enää huvita. Hyvä kun viitsii päivän lehden lukea. Kyllä se mielikin on ollut maassa viime aikoina. Varmaan olo parantuisi, kun pääsisi kävelemään.”*

Kerttu ole paljoakaan liikkunut toipumisaikanaan kodin ulkopuolella. Joskus lapset veisivät häntä kyläilemään, mutta Kerttu ei ole halukas lähtemään. *“Mä oon sanonut, jotta en lähde enää minnekään, kun se liikkuminen on niin vaikiaa. Kotona on kivempi olla.”* Muutaman kerran Kerttu on ollut intervallihoidossa terveyskeskuksessa. Poika on sitä mieltä, että äiti on joka kerta tullut huonommassa kunnossa takaisin kotiin. *“Ne on vienyt äitiä sinne intervallihoidohon aina pariksi viikoksi, mutta joka kerta se on tullut sieltä huonommanssa kunnossa kotia. Ei se ole siellä liikkunut sitäkään vähää, kun täällä kotona. Kuntoutusta pitäis olla siellä paljon enemmän.”*

Kotona ollessa kuntoutuminen on jäänyt Kertun omatoimisuuden varaan ja omaisten huoleksi. Fysioterapeutti oli kerran käynyt kotona, mutta Kertun ollessa kuumeessa ohjaus jäi hyvin vähäiseksi. Kerttu toivoo, että saisi vielä aktiivista kuntoutusta, koska oma harjoittelu on hankalaa. *“Toivottavasti se kuntouttaja vielä tulee! Tuo kävely ei tahdo onnistua ja se painaa mieltä. Tietysti pitäisi harjoitella kaiken päivää, mutta kun kaadun niin helposti, jotta en tahdo tohtia.”* Lapset auttavat äitiä liikkeelle, kun ehtivät. *“Viime lauantainakin nuo pojat vei mua pihalle, kun oli niin kaunis ilma. Saunaankin ne mua veivät.”* Omaiset eivät ole

saaneet lainkaan ohjausta terveyskeskuksessa eikä sairaalassa äidin kuntouttamiseen ja avustamiseen.. *“ Ei niitä mitään ohjattu, mutta ne on tuos vähän niinkuin pakolla oppinut.”*

3.5 “... mä en olisi selvinnyt ollenkaan yksin; isäntä on ollut niin hyvänä apuna...”

Leenan kuntoutumisprosessin kuvaus

Leena on 75-vuotias, entinen leipomotyöntekijä. Hän asuu miehensä kanssa kerrostalon toisessa kerroksessa. Talossa ei ole hissiä. Heillä on kolme aikuista lasta, jotka asuvat muilla paikkakunnilla. Aikaisemmin he asuivat omakotitalossa, mutta kokivat puutarhatyöt liian raskaiksi ja muuttivat toista vuotta sitten kerrostaloon. Leena on sairastanut nivelreumaa kuutisen vuotta. Tällä hetkellä reuma ei kuitenkaan kovasti haittaa päivittäistä elämää.

Leena ei osaa sanoa, miten lonkka murtui. Hän kertoo:” *Minä en tiedä, mä en ole kaatunut, mutta osteoporoosia kuulemma on. Ensin tuli polvi kipeäksi ja sitten reisi. Se alkoi sillä tavalla, kun minä olin kuntoutuksessa reuman takia. Siellä oli aika kova jumppa ja rupes reidelle ottamaan kipeää kovasti. Minä sanoin sille jumpparille, jotta en mä pysty kaikkia tekemään ja se sitten sanottiin lääkärille. Mut lähetettiin keskussairaalaan, jossa murtuma todettiin.”* Murtumaa ei kuitenkaan heti korjattu, vaan Leena siirrettiin terveyskeskukseen odottelemaan lääkäreiden päätöstä. *“ ... ne lääkärit eivät heti tienneet mitä mulle tehtäisiin. Minut tuotiin terveyskeskukseen. Minä odottelin yli kolme kuukautta sitä päätöstä, mitä tehtäisiin.”* Liikkuminen terveyskeskuksessa jäi vähiin, koska jalka oli hyvin kipeä. Viimein lääkärit päättivät leikata ja murtuma korjattiin totaaliproteesilla.

Keskussairaalassa Leena oli kuusi päivää. Hän muistelee olleensa tuon ajan melko huonossa kunnossa, koska ylösnousteissa häntä pyörrytti ja teki kovasti pahaa. Huonovointisuuden vuoksi kuntoutus jäi vähiin sairaalassa. *”...ne olis kohta nostanut minut ylös, mutta mua pyörrytti ja kauheasti rupesi tekemään pahaa. Niiden päivien aikana ei oikeastaan pystytty tekemään mitään...”*

Leena siirrettiin kuntoutumaan oman paikkakuntansa terveystakeskukseen, jossa hän oli noin kaksi kuukautta. Leena kertoo kuntoutuksesta terveystakeskuksessa:” *...se kuntoutus oli vähän, jos mä saan sanoa, heikohkoa. Ei oikein otettu sillä tavalla, kun olis pitänyt. Ne tulivat joka toinen päivä, mutta se kuntoutus kesti niin hetken aikaa!*” Kuntoutus sisälsi voimistelua ja kävelyä ensin kävelytelineen ja myöhemmin sauvojen avulla. Leena ei saanut varata jalkaan. “*...ne seuras, etten mä astu sillä liian paljon, sai varata puolet painosta.*” Henkilökunta avusti Leenaa siirtymisissä ja kävelyttivät viikonloppuina. Leenan aviopuoliso kävi häntä katsomassa päivittäin, mutta ei pystynyt osallistumaan kuntoutukseen kovinkaan paljon alussa. “*...hän ei oikeastaan muuten pystynyt osallistumaan kuin tuomalla kahvia ja seurustelemalla.*”

Leena pääsi kotiin kahden kuukauden kuluttua. Hän ei olisi vielä halunnut kotiin, koska kuntoutuminen oli kovasti kesken. Kotiutuminen onnistui, koska mies oli hyväkuntoinen ja pystyi häntä kaikessa auttamaan. Alussa he saivat kotiapua kaksi kertaa viikossa ja kotisairaanhoidaja kävi jakamassa lääkkeitä viikottain.

Haastatteluhetkellä Leena kertoo lonkan olevan hyvä, mutta tarvitsee vielä miehen apua erilaisissa päivittäisissä toimissaan. “*...minä en ole selvinnyt ollenkaan yksin, isäntä on ollut niin hyvänä apuna. Hän pistää sukat ja osittain vaatteetkin päälle ja yhdessä käydään saunassa. Minä keitän, mutta isäntä siivoaa*”. Kotiapua he eivät ole enää tarvinneet, koska aviomies jaksaa tehdä kotityöt.

Liikkuminen sujuu sisätiloissa sauvojen avulla ja toisinaan ilman sauvoja huonekaluihin nojautuen. Ulkokäyttöä varten hän on saanut rollaattorin, mutta ei ole vielä ollut ulkona, koska pelkää kaatuvansa, “*...koska on niin hontelo olo*”. Portaita on kuljettava ulosmentäessä ja myös sauna on alakerrassa. Leena kertoo, ettei kukaan ole ohjannut häntä kotona porraskävelyssä, mutta hän on itse oppinut liikkumaan portaissa. “*...portaissa olen itse oppinut liikkumaan, ei siellä terveystakeskuksessa ohjattu. Mulla on tuo sauva ja toisella puolella on kaide. Saunakin on alakerrassa, sinne on mentävä kerran viikossa.*”

Kotiin tultuaan Leena halusi jatkaa kuntoutusta ja sai lähetteen yksityiseen hoitolaitokseen. Leena on käynyt fysioterapiassa yhdeksän kertaa ja hän on hyvin tyytyväinen saamaansa ohjaukseen. Leena kertoo: ”*Siellä jumpataan hyvin erilaisia liikkeitä. Se on tehokasta ja monipuolista. Kotona olen tehnyt niitä liikkeitä, joita olen saanut yksityiseltä jumpparilta.*” Leena on sitä mieltä, että eniten hänen kuntoutumistaan ovat edistäneet käynnit yksityisellä fysioterapeutilla.

3.6 “...kuntoutumista on auttanut liikunta ja oma periksiantamaton luonne!”

Jussin kuntoutumisprosessin kuvaus

Jussi asuu pientilalla vaimonsa ja aikuisen poikansa kanssa. Hän on 73-vuotias, virkeä ja elämänmyönteinen eläkeläinen. Talon hoidon he ovat luovuttaneet pojalle noin kymmenen vuotta sitten, mutta ovat olleet jatkuvasti mukana talon töissä. Kolme tytärtä asuu eri puolilla Suomea. Jussi on keuhkoihin haavoittunut sotainvalidi. Lisäksi hän on joitakin vuosia sitten sairastunut syöpään, mistä hän on hyvin toipunut.

Kaatuminen tapahtui kotipihassa kenkiä siivotessa. Jussi kertoo: ”*Minulla oli isot saappaat ja puhdistuksessa horjahdin laatoille. Toinen jalka ei tuntenut mitään, enkä voinut siirtää sitä. Emäntä sanoi, jotta nyt pitää soittaa ambulanssi ja sitten mut vietiin sairaalaan.*” Seuraavana aamuna lonkkamurtuma naulattiin.

Jussi oli keskussairaalassa viisi päivää. Hänelle ohjattiin kävelyä sauvoilla. ”*...sauvoilla kävelin sinne ovelle asti. Hyvin kevyesti sai astua, sellainen huiskahdus vain. Ei siellä oikeastaan muuta ollut. Sanottiin vain, jotta terveyskeskukseen, siellä ne tytöt kuntouttaa.*” Aktiivisempi kuntoutus aloitettiin terveyskeskuksessa, jossa Jussi viipyi kaksi viikkoa. Kuntoutus sisälsi kerran päivässä voimisteluliikkeitä sekä kävelyharjoituksia käytävällä ja portaissa. Jussi oli tyytyväinen saamiinsa ohjeisiin. ”*...kyllä siellä terveyskeskuksessa annettiin hyviä liikkeitä, miten pitää jalkaa nostaa ja miten sen jalan saa parhaiten liikkumaan. Tytöt tulivat kerran päivässä sitten ja ne rupes sitten niitä jalkoja*

nostelevaan. Rappuja käveltiin kans.” Jussi kuntoutui nopeasti omatoimiseksi ja uskalsi jo lähteä yksin kävelemään. “Kyllä se siitä sitten rupes menemään ja tottumaan. Rappuja oppi kävelemään ylös ja alas, mutta vaikiaahan se oli alussa. Opin kuitenkin niitä asioita, mitä opetettiin. Itte mä sitten jo kävelin ja itteni hoidin. Mä petasin petit, ei niiden tarvinnu petata.”

Jussi oli hyväkuntoinen tullessaan kotiin. Hän selvisi päivittäisistä toimistaan itsenäisesti, eikä tarvinnut missään omaisten apua. Jo ennen kaatumistaan Jussi on ollut ahkera liikkumaan. Hän on päivittäin ajanut pitkiä pyörälenkkejä. Kotiuduttuaan terveyskeskuksesta hän jatkoi kuntoutusta omatoimisesti. “*Minä sitten, kun sain selville mitä pitää tehdä, rupesin jalkaa liikuttelevaan jo sängylläkin. Nytkin me joka aamu ennenkuin nousta, tehdään erilaisia liikkeitä. Sängyllä ajetaan pyörällä ja tehdään lonkkaliikkeitä. Päivittäin poljen kuntopyörää niin kovalla vastuksella, jotta tulee hiki.”*

Haastatteluhetkellä Jussi arvelee kuntonsa olevan lähes entisellään. Hän odottaa pääsevänsä jokavuotiseen kuntoutukseen Peurunkaan vaimonsa kanssa keväällä. “*...pian minä pääsen Peurunkaan ja siellä sitten tanssitaan. Minä tykkään kovasti tanssia. Me jo tuossa ollaan lattialla kokeiltu, kun radiosta tulee komeita kappaleita!”* Jalka ei kuitenkaan kestä pitkiä kävelylenkkejä kuten ennen murtumaa. “*... ei se vielä kestä kävelyä sillä tavalla kuin ennen ja onnahtaa pitää”.* Päivittäin hän kertoo pyöräilevänsä kahden kilometrin päähän kirkolle asioille, mutta lumi ja liukkaat kelit haittaavat pyöräilyä. “*...oon kyllä ajatellut, jos satun kaatumaan. Se on pian oltava sängyssä lopun ikää!”* Jussi on sitä mieltä, että hänen kuntoutumistaan on parhaiten auttanut omatoiminen liikunta sekä “*...oma periksiantamaton luonne.”*

4. TUTKIMUSTULOKSET JA TULOSTEN TARKASTELUA

4.1 Elämäntilanne puoli vuotta murtuman jälkeen

Kaikki haastateltavat olivat kuntoutuneet niin paljon, että selviytyivät kotioloissa. Kotiinpaluu oli tapahtunut kaikilla terveyskeskuksen kautta. Tapaturma oli kuitenkin vaikuttanut heidän elämäänsä monin eri tavoin. Kaikki murtumapotilaat olivat eläneet itsenäistä ja toimeliasta elämää ennen tapaturmaa. Noin puoli vuotta murtuman jälkeen vain yhden toimintakyky oli palautunut lähes ennalleen.

Parker ja Palmer (1995) ovat hakeneet tutkimuksessaan tekijöitä, jotka ennustivat reisiluunmurtumapotilaan paluuta kotiin murtuman jälkeen. Tärkeimmäksi ennustavaksi tekijäksi he mainitsivat potilaan liikkumisen kodissa ja kodin ulkopuolella ennen murtumaa. Muita tekijöitä olivat potilaan henkinen tila, fyysinen terveys, ikä ja murtuman laatu. Thorngrenin ym.(1993) mukaan parhaiten kotiutumista ennakoivat kävelykyky kaksi viikkoa leikkauksen jälkeen, toisen kanssa asuminen ja hyvä yleinen terveys. Tutkimuksen mukaan myös aktiivinen elämäntapa ennen murtumaa ennusti kotiin paluuta ja siellä selviytymistä.

Foubister ja Hughesin (1989) tutkimuksen mukaan 64% kotona kaatuneista murtumapotilaista pääsi sinne takaisin, Borgqvist ym.(1990) raportoivat vuoden kuluttua murtumasta kotiutuneen 76% potilaista. Dolkin (1989) tutkimuksen mukaan 181 potilaasta oli päässyt takaisin kotiin 60% vuoden kuluttua murtumasta. Lissu Suhonen (1993) tutki reisiluun murtumapotilaiden kuntoutumista Kymenlaaksossa. Hänen tutkimistaan potilaista kotiutui vuoden seurantajaksolla 83%.

4.1.1 Liikkuminen

Viisi haastateltavista pystyi liikkumaan sisätiloissa yksin ilman ulkopuolisen apua. Neljä tarvitsi kävelyn tueksi apuvälineen, sauvan tai rollaatorin. Haastateltavat kertoivat *käyttävänsä apuvälinettä*, koska jalka ei kantanut täysin painoa ja he

pelkäsivät kaatumista. Kukaan ei ollut käyttänyt kävelyn apuvälinettä jatkuvasti ennen murtumaa. Yksi haastateltavista käveli ilman apuvälinettä, mutta kävellessä pidemmän matkaa jalka vielä väsyi ja hän joutui ontumaan. Yhden liikkuminen *ei onnistunut ilman avustajaa*. Hän joutui olemaan paikallaan vuoteessa tai tuolissa omaisten poissaollessa.

“Mä kyllä pääsisin kävelemään ilman apuneuvoja, mutta en uskalla, koska pelkään niin kaatumista, että mä käytän keppiä.”

“Huonossa kunnossa olen, kun tuo kävely ei rupea sujumaan. En kävele yksinäni muuta kuin tuolla kelkalla ja aina pitää olla joku tukemassa. Ei ne tohdi jättää mua yksin kävelemään, kun mä oon kaatunut”

Haastateltavat kertoivat käyvänsä ulkona harvoin. Useimmille *liikkuminen portaissa* tuotti vaikeuksia. Haastateltavat kertoivat myös, että *kaatumisen pelko* esti heitä menemästä ulos. Yksi murtumapotilaista kertoi kävelevänsä jo parin kilometrin lenkkejä ulkona.

“Ulkona ei tuu käytyä, kun on nuo raput, mutta kyllä mä pääsen, pitää vain mennä niin hitaasti ja varovaisesti.”

Ei pysty tuolla ulkonakaan kävelemään kovin paljon. Käyn lyhyttä matkaa vain kävelemässä, naapurissa asti ja joskus menen tielle asti. Ulkona on kelkka apuna, sillä voin mennä paremmin.”

Puoli vuotta murtuman jälkeen haastatelluista kukaan ei pystynyt kävelemään yhtä hyvin kuin ennen murtumaa. Vain yksi haastatelluista käveli ilman apuvälinettä. Yksi haastatelluista oli liikkunut ennen murtumaa turvallisesti ilman apuvälineitä, mutta haastatteluhetkellä hän oli täysin riippuvainen muiden tuesta lähtiessään liikkeelle.

Monet tutkijat ovat raportoineet potilaiden vaikeuksista kävellä itsenäisesti vielä kuukausien kuluttua murtumasta. Craikin (1994) mukaan vain 22 %

murtumapotilaista käveli yhtä hyvin kuin ennen murtumaa ja 76% oli saavuttanut jonkinlaisen tavan kävellä puoli vuotta tapaturman jälkeen. Erään tutkimuksen mukaan 52% 149 murtumapotilaasta käveli puolen vuoden jälkeen ilman apuvälineitä, 41% käytti kahta tukea kävellessään ja 7% ei pystynyt kävelemään lainkaan (Craik 1994). Tutkijat ovat raportoineet, että murtumapotilaat vielä vuosien kuluttua murtumasta kävelivät hitaammin, tunsivat tasapainonsa huonommaksi ja huojuivat enemmän kuin vastaavan ikäiset henkilöt (Craik 1994).

Haastateltavat liikkuivat ulkona hyvin vähän. Suhosen (1993) tutkimuksen mukaan vain 33% murtumapotilaista kykeni liikkumaan ulkona ilman vaikeuksia vuoden kuluttua murtumasta. Jalovaara ym.(1992) tutkimusraportin mukaan ennen leikkausta itsenäisesti ulkona liikkuvia oli Oulussa 67%, Sundsvallissa 63% ja Lundissa 64%. Neljän kuukauden kuluttua leikkauksesta vastaavat luvut olivat 37%, 44% ja 45%.

Selviytyminen kotioloissa erilaisissa tilanteissa ja toiminnoissa vaatii kykyä kävellä ja liikkua turvallisesti. Kaatumisen pelko ja epävarmuus liikkua esim. portaissa rajoittaa murtumapotilaan toimintoja sisällä ja ulkona. Kaatumisen pelko lisää myös uudelleenkaatumisen riskiä, aiheuttaa inaktiivisuutta sekä huonontaa potilaiden yleiskuntoa (Vellas ym. 1987, Hindmarsh ym.1989, Suhonen 1993). Thorngrenin ym. (1993) mukaan reisiluunmurtumapotilaat pelkäsivät kaatumista enemmän kuin vertailuryhmän henkilöt. Craikin (1994) mukaan tulisikin enemmän tutkia murtumapotilaan kävelyä ja liikkumista erilaisissa ympäristöissä, kuten ulkona maastossa ja portaissa.

4.1.2 Päivittäiset toiminnot

Ennen murtumaa haastateltavat *selviytyivät itsenäisesti* päivittäisistä toiminnoista. He hoitivat *perheen taloutta*: keittivät, siivosivat ja tiskasivat. Kaksi haastatelluista kertoi osallistuneensa vielä maataloustöihin ja karjanhoitoon nuorten apuna. Omakotitalossa asuvat tekivät *puutarhatöitä* kesän aikana.

”Minä tein kaikki tämän huushollin työt. Keitin ja leivoin, piti aina keittää pojalle, kun hän tuli töistä. Kaupassa kävin pyörällä. Kauppaan on kaksi kilometriä. Viime kesänä hoidin vielä puutarhatyöt.”

Neljä haastatelluista *pukeutui täysin omatoimisesti*. Kaksi tarvitsi omaisten *apua lähinnä sukkien ja housujen pukemisessa*. Apuvälineenä pukeutumisessa oli alkuvaiheessa ollut sukanvetolaite, mutta haastatteluhetkellä kukaan ei sitä enää käyttänyt. Kaksi haastatelluista kertoi sukanvetolaitteen olleen niin hankala käyttää, että luopuivat siitä. Saunassa olivat omaiset tukena ja apuna pesuissa.

”Pukemisissa ja riisumisissa tarvitsen apua. Pukeminen on hankalaa, varsinkin housujen ja sukkien laitto. Kerran tuotiin sukanvetoa varten apuväline, mutta se oli niin vaikia, jotta en mä huolinut sitä.”

”Isäntä on ollut hyvänä apuna. Hän auttaa sukat ja vaatteetkin päälle ja saunassa ollaan yhdessä, hän auttaa pesuissa.”

Lähiomaisten avun turvin haastateltavat selvisivät taloustöistä. He kertoivat auttavansa keittämisessä ja siivoustöissä. *Kodinhoitaja* kävi yhden haastatellun luona päivittäin tekemässä perheen taloustyöt ja auttamassa murtumapotilasta liikkumisessa. Ensimmäisten viikkojen aikana muutkin olivat saaneet ulkopuolista apua. Yksi haastatelluista kertoi, ettei ollut huolinut kotiapua, koska mies oli hyväkuntoinen ja pystyi auttamaan alusta asti.

”Ruuan minä laitan. Mies on niin paljon aina tehnyt siivousta, se on niin kätevä siinä, mutta nykyään mä pyyhin pölyjä ja hoidan kukkia. Kotiapua ei me pyydettykään.”

”Tässä käy kodinhoitaja joka päivä, ainakin nyt vielä. Se keittää ja siivoaa ja siinähan sen aika menöö.”

Reisiluun murtumapotilaat selvisivät puolen vuoden kuluttua tapaturmasta kevyistä päivittäisistä toimista lähes omatoimisesti yhtä lukuunottamatta. Haastatellut murtumapotilaat kokivat kuitenkin selviytyvänsä huonommin haastatteluhetkellä

toiminnoistaan kuin ennen murtumaa. Lissu Suhosen (1993) tutkimuksen mukaan lonkkamurtumapotilaiden toimintakyky parani merkittävästi 3kk:een asti, mutta paraneminen taantui sen jälkeen. Vuoden seuranta tutkimuksessa Kymenlaakson lonkkamurtumapotilaiden toimintakyky ei ollut palautunut entiselle tasolle. Jette ym. (1987) tutkivat reisiluun murtumapotilaiden kuntoutumista ja totesivat, että vuoden kuluttua murtumasta 33% tutkituista selvisi yhtä hyvin päivittäisistä toiminnoistaan kuin ennen murtumaa.

Haastateltujen mukaan vaikeuksia tuottivat sukkien ja housujen pukeminen. Nämä toiminnot vaativat lonkan koukistamista sekä hyvää tasapainon hallintaa. Myös muissa tutkimuksissa toimintakykymittaukset ovat osoittaneet, että lonkkamurtumapotilailla on vaikeuksia juuri housujen ja sukkien pukemisessa vielä kuukausia tapaturman jälkeen (esim. Suhonen 1993). Kenelläkään ei ollut käytössä sukanvetolaitetta, joka helpottaisi sukkien pukemista. Haastateltavien mielestä sukanvetolaitteen käyttö tuntui vaikealta ja monimutkaiselta. Marja Arkela-Kautiainen (1996) on todennut pro gradu tutkielmassaan, että murtumapotilaat, jotka saivat pitempään harjoitella sukanvetolaitteen käyttöä, ottivat apuvälineen käyttöönsä. Hänen mukaansa sukanvetolaite on sellainen apuväline, jonka käyttöä on aktiivisesti harjoiteltava, jotta sitä pystyisi käyttämään.

4.1.3 Muut elämänmuutokset

Osa haastateltavista kertoi elämänsä muuttuneen *yksinäiseksi* murtuman jälkeen. Yhteydenotot muihin ihmisiin olivat vähäisiä, koska liikkuminen oli epävarmaa ja vaikeaa. Vierailuja rajoitti myös *huono selviytyminen portaissa*. He toivoivat, että ystävät ja omaiset ehtisivät useammin käymään heidän luonaan. Joidenkin elämään toi vaihtelua se, että *omaiset kuljettivat* heitä tuttavien luona. Eräs haastatelluista kertoi päässeensä muutaman kerran mukaan *vanhuksien päivätoimintaan*, mikä oli tuonut iloa ja virkistystä yksinäisiin päiviin. Yksi haastateltavista kertoi, että oli joutunut jättämään kodin ulkopuolella olevat harrastukset, koska *pelkäsi liikkua ihmisjoukossa* huonon tasapainonsa vuoksi.

“Mä oon yksin täällä kaikki päivät, joskus tuloo päivät niin pitkiksi ja toivoo, jotta joku kävisi. Lapsia on monta, mutta ei nekään niin usein pääse käymään.”

“Monta tuntia oon yksin täällä petissä ja sängynlaidalla istuskelen.”

“Harrastukset on jäänyt, en uskalla lähteä kaupungille. Mä pelkään väkijoukkoja, jos joku tönäsee mun kumoon, kun kepin kanssa kuljen.

“Sellaisia tuttavია on käyty tapaamassa, joilla on talossa hissi.”

Haastateltavat kertoivat *masennuksesta*, jota suuri elämänmuutos toi tullessaan. . Elämänpiirin kaventuminen lähinnä kotiin ja sisätiloihin tuntui toisinaan raskaalta. Pitkään jatkuneen paikallaanolon jälkeen ei enää halunnutkaan lähteä kotoa minnekään. Mieli oli kuitenkin piristynyt kuntoutumisen myötä. Haastateltavat katsoivat kuitenkin luottavaisina tulevaisuuteen ja uskoivat elämän vielä muuttuvan paremmaksi. Tyytyväisimpiä elämäänsä näyttivät olevan ne murtumapotilaat, joilla oli elämäkumppani koko ajan vierellä tukemassa ja auttamassa. Kaksi haastatelluista kertoi *muistin* huonontuneen kuntoutumisaikanaan.

“Kyllä se mielikin on ollut maassa, mutta vähän on olo parantunut siitä, mitä se ensiksi oli.”

“Tuttavien luona tuli käytyä, mutta nyt en lähde enää mihinkään! Se on niin vaikeaa se liikkuminen, kotona on kivempi olla.”

“Muisti on kovasti huonontunut täs sairastaessa. Lasten ikäkään en enää muista niinkuin ennen.”

Murtumapotilaiden sosiaalista kanssakäymistä ja elämää rajoittivat huono tasapaino ja kävelyn vaikeudet, varsinkin selviäminen portaista. He olivat joutuneet luopumaan harrastuksista, jotka olivat kuuluneet jokapäiväiseen elämään ennen murtumaa. Elämänpiiri oli kaventunut kotiin neljän seinän sisälle ja satunnaisiin vierailuihin. Kodin ulkopuolella liikkuessa murtumapotilaat joutuivat turvautumaan omaisten apuun. Craikin (1994) raportissa vain 26% murtumapotilaista pystyi suoriutumaan sosiaalisen elämänsä vaatimuksista samalla tavalla kuin ennen vuoden kuluttua murtumasta. Toisaalta vireä sosiaalinen elämä ennen murtumaa

näyttäisi ennustavan hyvää mahdollisuutta kuntoutua entiselleen (Cummings ym. 1988).

Itsensä yksinäiseksi tai masentuneeksi kokivat lähinnä ne haastatellut, jotka asuivat yksin tai työssäkävyn lapsensa kanssa. Yksinäisyyden kokeminen oli merkitsevästi yhteydessä yksin asumiseen myös Ikivihreät-projektin tuloksissa (Heikkinen ja Suutama 1992). Pitkään jatkunut masennus voi olla kuntoutumisen este. Monet tutkijat ovat todenneet, että masentuneet potilaat tarvitsevat pitempään kuntoutusta kuin muut (Berkman ym. 1986, Mossey ym.1990). Craikin (1993) mukaan huono kuntoutuminen oli enemmän yhteydessä masentuneisuuteen kuin potilaan ikään.

4.2 Kuntoutumisen vaiheet

Haastatteluhetkellä reisiluun murtumapotilaat olivat olleet kotona jo muutaman kuukauden. Tapaturman jälkeen potilaat oli kuljetettu sairaalaan, jossa murtuma korjattiin. Kaikki murtumapotilaat oli siirretty jatkokuntoutusta varten oman paikkakuntansa terveyskeskukseen. Potilaan kuntouduttua riittävästi hän oli päässyt kotiin.

4.2.1 Fysioterapia erikoissairaanhoidossa

Haastateltavien reisiluunmurtumat leikattiin erikoissairaalassa. Kahden potilaan murtuma korjattiin proteesilla ja neljän naulaamalla. Leikkauksen jälkeen haastateltavat viipyivät sairaalassa 5-11 päivää. Haastateltavat pitivät sairaalassaoloaikaan liian lyhyenä. *“Mua oikeen tympäisi, kun heti pukataan pois”*. Ensimmäiset päivät tuntuivat jälkeensä sekaisilta. Useimmilla oli huonovointisuutta suuren leikkauksen jälkeen. Vain yksi haastateltavista kertoi tunteneensa kipua lonkassa. Monet kertoivat saaneensa paljon kipulääkitystä.

Vuosikymmenien kuluessa hoitoajat ovat lyhentyneet huomattavasti eri maissa (vrt. Borgquist ym.1990). Lissu Suhosen (1993) tutkimuksessa reisiluun

murtumapotilaiden keskimääräiset hoitoajat erikoissairaanhoidossa vaihtelivat eri sairaaloissa 16 - 20 päivään. Jalovaaran ym:n (1992) tutkimuksessa hoitoajat vaihtelivat 13 - 19 päivään, ollen Oulussa keskimääräisesti lyhyimmät verrattuna Ruotsin sairaaloiden hoitoaikoihin. Tämän tutkimuksen mukaan näyttäisi siltä, että hoitoajat erikoissairaanhoidossa ovat 90-luvun edetessä yhä lyhentyneet. Lama-aikojen myötä tavoitteena ovat olleet kustannussäästöt, joihin on pyritty mm. erikoissairaanhoidon hoitoaikoja lyhentämällä. Kuitenkin tutkimuksissa on osoitettu, että potilaiden aktiivinen kuntouttaminen heti akuuttivaiheessa takasi potilaan nopean kotiutumisen ja myös taloudellisia säästöjä (Parker ym. 1991).

Haastateltavilla oli hyvin samanlaisia kokemuksia kuntoutuksesta erikoissairaanhoidossa. Leikkauksen jälkeisenä päivinä fysioterapeutit avustivat potilaat jalkeille ja vähitellen kävelytelineen avulla otettiin muutamia askeleita. Osa haastatelluista kertoi harjoitelleensa kävelyä myös sauvojen avulla. Kävely tuntui hankalalta, koska ei saanut täysin varata leikattuun jalkaan.

“Hetimitaanantaina kaksi sairaasvoimistelijaa tuli ja talutti mua siinä käytävällä pitäen molemmista kainaloista, mutta sitten ne otti sen rollaattorin käyttöön. Kuntoutus ei tuntunut pahalta, kun siinä ei ollut kipua leikkauksen jälkeen.”

Kävely oli hankalaa, kun en saanut astua muuta kuin varpailla. Ei meinannu millään oppia astumaan varpailla.”

Fysioterapia jäi haastateltavien mukaan vain kävelyharjoituksiin. Mitään muita ohjeita heistä kukaan ei muistanut saaneensa sairaalassa. Kuntoutus jäi haastateltavien mukaan vähäiseksi lyhyen sairaalassaolon ja huonokuntoisuuden vuoksi.

“...ei mulle mitään, ei sielä kukaan keriiinny, kun en sielä ollutkaan kuin muutaman päivän.”

“... ei sielä keskussairaalassa mitään kuntoutusta ollut; istumaan nostettiin ja vähän sain kävellä.”

Haastateltavien muistikuvat fysioterapiasta olivat yllättävän vähäiset. Osalla potilaista oli päivän, parin odotusaika ennen leikkausta, mutta kukaan ei kertonut saaneensa preoperatiivista ohjausta. Mikäli he olivat ohjausta saaneet, he eivät ainakaan muistaneet siitä mainita mitään. Preoperatiivista ohjausta yleensä annetaan, mikäli odotusaika leikkaukseen venyy muutamiksi päiviksi, mutta sen hyödyllisyys jää monesti kyseenalaiseksi (Suhonen 1993, Halonen, Jantunen 1991).

Leikkauksen jälkeisestä fysioterapiasta haastateltavat muistivat lähinnä kävelyharjoitukset. Kymenlaakson keskussairaalan fysioterapeutit nimesivät leikkauksen jälkeisen fysioterapian tavoitteiksi kävelyn lisäksi lihaskuntoon ja nivelliikkuvuuteen liittyviä tavoitteita. He pitivät myös tärkeinä päivittäisiin toimintoihin liittyviä harjoitteita, kuten vuoteesta ylösnousu ja sinne meno itsenäisesti. Mikäli potilaan kunto sallii, he pyrkivät myös harjoittelemaan porraskävelyä ennen siirtymistä kotiin tai jatkohoitopaikkaan (Suhonen 1993).

Johtuen lyhyistä hoitoajoista ja haastateltavien sekavuudesta ja huonovointisuudesta ensimmäisinä päivinä leikkauksen jälkeen potilaiden kertoman mukaan harjoittelu oli jäänyt vähäiseksi. Kukaan ei maininnut esim. porraskävelyn harjoittelusta erikoissairaanhoidossa. Suhosen (1993) haastatteleminen fysioterapeuttien mukaan noin kolmasosalla murtumapotilaista on huomattavaa sekavuutta ja muistamattomuutta leikkauksen jälkeen. Lisäksi terapiaa vaikeuttavat väsyneisyys ja haluttomuus harjoitteluun heti leikkauksen jälkeen.

4.2.2 Fysioterapia terveyskeskuksessa ja kotona

Haastateltavat siirtyivät jatkokuntoutukseen oman kuntansa terveyskeskuksen vuodeosastoille. Terveyskeskukset sijaitsivat viidellä eri paikkakunnalla.

Haastateltavien kuvaukset ja kokemukset terveyskeskuksen kuntoutuksesta vaihtelivat jonkin verran. He kertoivat *harjoitteista*, joita fysioterapeutit ohjasivat jalan kuntouttamiseksi. Muutamille oli ohjattu liikkeitä, joita piti suorittaa omatoimisesti väliajoilla. Fysioterapeutit ohjasivat myös kävelyä rollaattori tai

sauvat apuvälineinä. Vain kaksi haastatelluista kertoi harjoitelleensa fysioterapeutin kanssa *porraskävelyä* terveyskeskuksessa. Yksi murtumapotilas kertoi itse opetelleensa liikkumaan jotenkuten portaissa. Kolmen murtumapotilaan luona fysioterapeutti kävi ohjaamassa *kerran päivässä*, kolme kertoo saaneensa ohjausta *joka toinen päivä tai harvemmin*. Viikonloppuisin harjoittelu jäi omatoimisuuden ja hoitohenkilökunnan avun varaan.

“...se sairasvoimistelija kuntoutti tuota jalkaa ja antoi niitä, kuinka saa tehdä ja se kuljetti käytävää. Sairasvoimistelua oli joka päivä paitsi pyhänä ja lauantaina. Sitten se antoi paperille, mitä pitää tehdä.”

“...terveyskeskuksessa se kuntouttaja kävelytti siellä käytävällä, ei se sen kummempaa kuntoutusta ollut. ...ei mitään voimisteluohjeita annettu.

Vain kaksi murtumapotilaista oli melko *tyytyväisiä kuntoutukseen* terveyskeskuksessa. Toinen heistä oli ollut ennen murtumaa aktiivinen liikkuja ja hän pystyi itsenäiseen harjoitteluun hyvin nopeasti. Toinen kertoi saaneensa joka päivä monipuolista kuntoutusta omassa terveyskeskuksessaan: *“...kyllä ne hyvin siellä terveyskeskuksessa teki; ei mulla ole valittamista.”*

Neljä haastatelluista oli *tyytymättömiä saamaansa fysioterapiaan* terveyskeskuksessa. Fysioterapeutit olivat liian kiireisiä. Potilaat olisivat halunneet *ohjausta ja apua* kuntoutumiseensa *enemmän*. Haastateltavien mielestä kuntoutuminen jäi liian paljon potilaan *oman harjoittelun varaan*. Eräs murtumapotilas oli hyvin pettynyt siihen, että fysioterapeutit lupasivat tulla useammin, mutta eivät sitten tulleetkaan. Yksi haastatelluista kertoi, että terveyskeskuksen *kuntoutus ei* ollut riittävän *tehokasta*. Erään potilaan omainen halusi äitinsä kotiin terveyskeskuksesta, koska hänen mielestään kuntoutuminen ei edennyt toivotulla tavalla.

“...ei siellä terveyskeskuksessa paljon mitään tehty. Ne lupas, jotta joku tuloo mun kanssa kävelylle, mutta ei se sitten tullutkaan. Kuntoutusta pitäis olla paljon enemmän, ei ne tee siellä sairaalassa mitään.”

“Kuntoutus oli, jos mä saan sanoa, vähän heikohkoa terveystieteessä; ei oikein otettu sillä tavalla kuin olisi pitänyt. Sitten se kuntoutus kesti aina niin hetken aikaa...”

Fysioterapeutit päättivät itse kuntoutuksen määrän, tavoitteet ja sisällöt. Potilaat eivät päässeet mukaan kuntoutuksen suunnitteluun. Eräs haastatelluista kertoi: *“...ei mitään kuntoutusasioita suunniteltu yhdessä, kyllä se kuntouttaja ne teki kaikki itse.”*

Osa haastatelluista kertoi liikkumiseen liittyvistä rajoituksista, joita fysioterapeutit heille ohjasivat leikkauksen jälkeen. Kävelyä vaikeutti osapainovaraus, istua ei saanut matalalla ja yksi kertoi, että jalkaa ei saanut taivuttaa normaalisti. Kuitenkin tuntui, että rajoitukset olivat haastatteluhetkellä melko lailla unohtuneet. Syyt, miksi rajoituksia liikkumiselle annettiin, eivät olleet selvinneet haastateltaville. Osa haastatelluista ei tiennyt, oliko mitään rajoituksia olluakaan.

“...ei me tiedetty, saako jalalla astua kunnolla...”

“...en saanut astua kolmeen ja puoleen kuukauteen muuta kuin varpailla, se oli hankalaa.”

“...sellaista neuvottiin, ettei saa istua matalalla, sitten se kuntouttaja sanoi, ettei saa koukistaa tuota jalkaa. ...en muista oliko puhetta, miksi ei saanut koukistaa...”

Murtumapotilaiden kuntoutusajat terveystieteessä vaihtelivat kahdesta viikosta lähes kolmeen kuukauteen, jonka jälkeen he pääsivät kotiin. Yhden haastatellun mielestä hän olisi selvinnyt kotioloissa jo paljon aikaisemmin, mutta ei rohjennut puhua asiasta terveystieteessä. Kotiutumisasiajankohdasta ei keskusteltu haastateltavan kanssa. *“...en puhunut henkilökunnalle ajatuksistani, eikä kukaan kyllä multa mitään kysynytäkään!”* *“...ei multa kukaan kysynyt, haluanko mä kotiin!”*

Kaksi kuntoutujista kertoi terveystieteessä *fysioterapeutin käynneistä kotona*. Fysioterapeutit kävivät muutaman kerran katsomassa, miten haastatellut selviävät

kotioloissa ja antoivat kotivoimisteluohjeita. Yksi haastateltavista kertoi, että fysioterapeutti varmisti hänen selviytymistään portaissa sekä ohjasi kävelyä sen jälkeen, kun hän sai jo täysin varata jalkaansa. Yksi murtumapotilaista olisi toivonut fysioterapeutin tukea ja ohjausta kotiin, mutta hän ei ollut käynyt kuin kerran.

“Sairasvoimistelija tuli silloin, kun mä pääsin kotia ja hän kävi sitten, kun mä sain ruveta astumaan. Hän kävi sitten vielä kattomas, jotta oonko oppinut noita rappuja kulkemaan.”

“...se kävi vain kerran, kun olen tullut kotiin.”

Kaksi haastateltavista halusi jatkaa kuntoutusta yksityisen fysioterapeutin ohjauksessa. He olivat jo aikaisemmin käyneet saman fysioterapeutin luona muiden vaivojen vuoksi ja luottivat fysioterapeutin ohjaukseen. Haastatteluhetkellä toisen fysioterapia oli jo loppunut ja toisella oli vielä muutama kerta jäljellä. Haastatellut olivat hyvin tyytyväisiä yksityisen fysioterapeutin antamaan tukeen kuntoutumisessa kotona.

“...olen saanut erilaisia ohjeita, kun olen käynyt yksityisessä fysikaalisessa hoitolaitoksessa, se on tehokasta ja monipuolista!”

Tytär: “Kotona se heti alkoi kuntoutua, kun se lääkintävoimistelija tuli sitä liikehoitoa antamaan. ...se kuntouttaja saa ihmiseen sellaista elämänhalua ja on innostava, paras mahdollinen.”

Lyhentyneet hoitoajat erikoissairaanhoidossa tuovat yhä enemmän haasteita reisiluun murtumapotilaiden kuntoutukseen terveyskeskusten fysioterapialle. Murtumapotilaat siirtyvät terveyskeskuksiin akuutissa kuntoutumisen vaiheessa. Vain muutamat hyväkuntoisimmat kykenevät siirtymään suoraan kotiin ilman jatkokuntoutuspaikkaa.

Tässä tutkimuksessa haastateltavat toivat esiin fysioterapiasta monia asioita, jotka eivät tyydyttäneet heitä. Heidän mielestään kuntoutusta oli liian harvoin ja se oli

tehotonta. Vastuu kuntoutumisesta jäi liiaksi potilaille itselleen. Lisäksi potilaat eivät saaneet osallistua päätöksentekoon heitä koskevissa asioissa. Kotiutumisvaiheessa kuntoutuminen oli vielä kesken, mutta fysioterapeutit kävivät vain satunnaisesti kotona ohjaamassa, joidenkin kohdalla ei ollenkaan.

Tutkimustulokset intensiivisen kuntoutuksen vaikutuksista ovat ristiriitaisia. Jetten ym.(1987) tutkimuksessa potilaat saivat kuntoutusta yhdestä kahteen tuntia päivässä sairaalavaiheessa, kuntoutustiimi tuki eri tavoin potilaan kuntoutumista, lisäksi fysioterapeutit olivat puhelimitse yhteydessä potilaisiin heidän kotiuduttuaan. Tällä tutkimuksella ei pystytty osoittamaan parantuneita kuntoutumistuloksia lonkkamurtumapotilalla.

Toisaalta, Zuckerman ym. (1990) raportoivat parantuneita kuntoutustuloksia potilailla, jotka saivat fysioterapeuttista ohjausta kaksi kertaa päivässä joka arkipäivä ja kerran viikonlopun aikana. Lisäksi moniammatillinen kuntoutustiimi oli tiiviisti mukana potilaan kuntoutuksessa. Em. tutkimukset eroavat toisistaan lähinnä tutkittujen murtumapotilaiden määrän suhteen. Zuckermanin tutkimukseen osallistui 431 potilasta intensiiviseen kuntoutukseen ja verrokkiryhmässä oli 60 potilasta, kun taas Jetten tutkimuksessa oli mukana 40 intensiiviseen kuntoutukseen osallistunutta ja 35 verrokkia.

Barnes ja Donovan (1987) esittävät tutkimuksensa perusteella, että lonkkamurtumapotilas tarvitsee noin 40 tuntia fysioterapiaa saavuttaakseen itsenäisen toimintakyvyn.

Arkela-Kautiainen (1996) on vertaillut pro gradu- tutkielmassaan kahden lonkkamurtumapotilasryhmän toimintakyvyn muutoksia. Toinen ryhmä (19 henk.) sai tehostettua ja toinen ryhmä (18 henk.) nykykäytännön mukaista kuntoutusta. Tehostettu kuntoutus tarkoitti kokonaisvaltaista kuntoutusta, johon osallistui moniammatillinen tiimi. Fysioterapeutti antoi potilaille yksilöllistä kuntoutusta kahdesti päivässä 1-2 tunnin ajan. Eroja ei kuitenkaan pystytty osoittamaan eri ryhmien toimintakyvyn muutosten välillä. Pienet tutkimusryhmät ja muut väliintulevat muuttujat saattoivat vaikuttaa lopputulokseen.

Suhosen (1993) mukaan terveyskeskuksissa annettiin fysioterapiaa vuodeosastoilla toimenpideluonteisesti noin 30 minuuttia kerrallaan kerran päivässä. Lonkkamurtumapotilaat saattoivat jopa jäädä ilman kuntoutusta, jos lääkäri katsoi fysioterapian haitalliseksi. Usein fysioterapian toteutti kuntohoitaja, mikä osoittaa välinpitämätöntä suhtautumista lonkkamurtumapotilaan fysioterapian tarpeellisuuteen. Myös Craikin (1994) mukaan lonkkamurtumapotilaiden fysioterapiaa on toteutettu samalla tavalla viimeiset 20 vuotta. Fysioterapia sisältää samanlaisen paketin (kävely-, lihas- ja liikkuvuusharjoitukset) kaikille potilaille. Hänen mukaansa on resurssien ja ajan haaskausta hoitaa kaikkia potilaita samalla tavalla. Hän pitää erityisen tärkeänä murtumapotilaiden progressiivisen harjoittelun jatkumista vielä kotonakin sekä ADL-harjoituksia todellisessa elinympäristössä.

Terveyskeskuksissa fysioterapeuttien työ jakaantuu monille sektoreille ja aikaa yhtä reisiluunmurtumapotilasta kohden on vähän (Suhonen 1993). Fysioterapeuttien täytyisi olla selvillä tekijöistä, jotka ennustavat hyviä kuntoutumistuloksia reisiluunmurtumapotilailla, pystyäkseen käyttämään aikansa tuloksellisesti (Hielema 1979).

Suhosen (1993) tutkimus osoittaa puutteita nykypäivän fysioterapiassa terveyskeskuksissa. Päivittäisten toimintojen harjoitukset jäivät vähiin, fyysisen kunnan harjoituksista eivät fysioterapeutit maininneet mitään. Samanlaisia tuloksia voidaan tuoda esiin tämänkin tutkimuksen perusteella.

4.2.3 Muun henkilökunnan ja omaisten tuki kuntoutumisessa

Haastateltavat kuvailivat hoitohenkilökunnan toimintaa kuntoutumisensa eri vaiheissa melko vähän. Muun henkilökunnan tehtäväksi jäi *avustaa potilaita vuoteesta ylös ja vuoteeseen siirtymisissä sekä peseytymisessä kuntoutumisen alkuvaiheessa sekä sairaalassa että terveyskeskuksessa*. He osallistuivat *kävelyharjoituksiin* tukien haastateltavia ruokailuhuoneeseen siirtymisissä. Yksi haastateltava kertoi hoitajien avustaneen häntä kävelyharjoituksissa käytävällä viikonloppuina fysioterapeuttien poissa ollessa.

“...ei ne hoitajat kerinny muuta kuin kävelyttää. Ne tulivat kävelyttämään mua ruokasaliin ja takaisin.”

“...kaksi hyvää hoitajaa vei mun sinne vessaan pesuille ja ne toi mun konkottaen kahden puolen sänkyyn.”

“...viikonloppuina ne kävelyttivät...”

Kotiin siirryttäessä osa haastateltavista sai *kotiapua* tarpeen mukaan ensimmäisien viikkojen aikana. Kotiavustaja auttoi päivittäisissä toiminnoissa ja perheen kotiaskareissa.

Monissa tutkimuksissa raportoidaan kuntoutumisen onnistumisen edellytykseksi moniammatillisen yhteistyön (Zuckerman ym. 1990, Barnes, Donovan 1987, Strain ym. 1991). Kauffmanin (1987) mukaan potilaiden kuntoutumista edisti merkittävästi jatkohoitopaikan esimiesten ja hoitohenkilökunnan suhtautuminen kuntoutukseen. Hoitajien kyky ja halu ohjata reisiluunmurtumapotilaita toimimaan itsenäisesti erilaisissa päivittäisissä toiminnoissa oli merkittävä tekijä potilaiden kuntoutumisessa (Kennie 1988).

Suhosen (1993) tutkimuksen mukaan moniammatillinen yhteistyö ei toteutunut kaikissa terveyskeskuksissa. Fysioterapeutit eivät olleet yhteydessä lääkäreihin tai hoitohenkilökuntaan. Yhteinen murtumapotilaan kuntoutuksen suunnittelu ei toteutunut. Tämän tutkimuksen perusteella on vaikeaa ottaa kantaa moniammatillisen yhteistyön toteutumiseen.

Haastateltavat pitivät *omaisten tukea ja apua* kuntoutumisessaan hyvin merkittävänä. Osa omaisista kävi päivittäin heitä katsomassa sairaalassa ja terveyskeskuksessa. He toivat läsnäolollaan ja keskusteluilla haastatelluille iloa ja virkistystä. Omaiset eivät kuitenkaan pystyneet tukemaan haastateltuja liikkumisessa, koska *he eivät saaneet minkäänlaista ohjausta* siihen fysioterapeuteilta tai hoitohenkilökunnalta.

“Mies kävi joka päivä mua katsomassa, mutta ei sitä missään vaiheessa ohjattu mun kuntoutuksessa. Usein se oli yhtä aikaa sen sairasvoimistelijan kanssa siinä mun sängyn vieres, mutta ei ne puhunu, mitä vois tehdä.”

“Omaiset kävi usein mua kattomassa, mutta ei heitä ohjattu mun kuntoutuksessa.”

Haastateltavat tarvitsivat monenlaista apua ja tukea omaisiltaan kotiutuessaan terveyskeskuksesta. Vain yksi haastatelluista selvisi kaikista toiminnoistaan ilman apua. He auttoivat liikkumisessa, pukeutumisissa, peseytymisissä sekä huolehtivat perheen taloustöistä. Omaiset toivat vaihtelua yksinäisiin päiviin käymällä haastateltavien luona tai kuljettamalla heitä vierailuille. Ilman omaisten tukea haastateltavat eivät olisi selviytyneet alkuvaiheessa kotona.

“Omaiset ovat hoitaneet kaiken. ...kotona selvisi, kun omaiset asuvat niin lähellä.”

“En olisi selvinnyt ollenkaan yksin, isäntä on ollut hyvänä apuna.”

Tässä tutkimuksessa haastateltavien lähiomaiset asuivat joko haastateltavien kanssa tai lähistöllä. He kävivät päivittäin katsomassa omaistaan terveyskeskuksessa ja olivat apuna potilaan kotiutuessa. Omaiset toimivat kuitenkin ilman asiantuntijoiden ohjausta avustaessaan ja tukiessaan murtumapotilaan kuntoutumista. Myös Suhosen (1993) tutkimuksessa fysioterapeutit olivat hyvin vähän yhteydessä omaisiin.

4.2.4 Oma osuus kuntoutumisprosessissa

Haastateltavien kuvauksissa tulee esille, miten paljon itsenäistä yrittämistä on vaadittu siihen, että selviytyy jälleen kotona. Heidän mielestään henkilökunnalla terveyskeskuksessa ei ollut riittävästi aikaa yhtä potilasta varten, joten *kuntoutujalle itselleen jäi suuri vastuu*. Vaikka he olisivat toivoneet apua kuntoutukseen

enemmän, he ymmärsivät, että myös itse on yritettävä niin paljon kuin mahdollista. Kaksi haastatelluista korosti *sisukkuuden ja oman yrittämisen merkitystä* kuntoutumisessaan. Haastateltavat lähtivät liikkeelle heti, kun siihen oli lupa. He pyrkivät selviytymään pukeutumisista ja peseytymisistä sekä vessareissuistaan yksin. Osa haastatelluista teki omatoimisesti liikkeistä, joita oli annettu jo terveyskeskuksessa itsenäistä harjoittelua varten.

“...mä itte kävelin sinne ruokasaliin”

“... myöhemmin kävin itte siellä käytävän päässä kolme kertaa päivässä.”

“ Itte mä hoidin itteni; mä petasin petinikin, ei niiden tarvinnut petata.”

“...parhaiten on auttanut kuntoutumisessa oma liikunta ja periksiantamaton luonne”

Haastateltavien mielestä oli *vaikeaa pyytää apua*, koska he näkivät, että henkilökunnalla oli kiire. Toisaalta haastatteluissa kuvastuu ylpeys siitä, kun itse selviytyi vähitellen päivittäisistä toimista. Jotkut haastateltavista olivat pettyneitä siihen, että he eivät itse saaneet vaikuttaa heitä koskeviin asioihin.

Kotiintulon jälkeen haastateltavien oli selviydyttävä itsenäisesti ja omaisten turvin. Osa haastatelluista olisi toivonut *enemmän tukea kuntoutumiseensa kotona* ollessaan. He kertoivat tekevänsä ohjeiden mukaisia harjoitteita kotona, mutta osa on liian hankalia yksin suoritettaviksi. Yksi haastatelluista oli niin huonokuntoinen, että hän koki omatoimisen harjoittelun hyvin vaikeaksi.

“...kotiinpääsyn jälkeen kuntoutus jatkui niin, että teki itte.

“...yhtä liikettä en saa tehdyksi, siinä tarvitsisi apua.”

“...tietysti pitäis harjoitella, mutta kun mä kaadun niin helpolla, jotta en tahdo tohtia.”

Haastateltavat, yhtä lukuunottamatta, olivat melko tyytyväisiä kuntoutumiseensa haastatteluhetkellä ja odottivat luottavaisin mielin tulevaa kesää. *“...ajattelin, jotta pääsenkö enää koskaan kotiin, mutta nyt tuntuu hyvältä, kun on kotona ja on kuntoutunut tähän asti, eikä jäänyt sängyn pohjaan.”*

Potilaat ymmärsivät itsenäisen harjoittelun tarpeellisuuden, varsinkin kotiuduttuaan. Omaehtoinen harjoittelu oli helppoa ja itsestäänselvää murtumapotilaalle, joka oli kuntoillut säännöllisesti jo ennen murtumaa. Hänen toimintakykynsä näytti palautuneenkin parhaiten ja nopeimmin. Tutkimukset osoittavatkin, että parhaiten kuntoutuvat ennen murtumaa aktiivista elämää eläneet henkilöt (vrt. Parker, Palmer 1995). Vaikeinta ja lähes mahdotonta oma harjoittelu oli murtumapotilaalle, joka tarvitsi apua kaikessa liikkumisessa. Kotiuduttuaan hänenkin kuntoutuksensa oli jäänyt itsenäisen harjoittelun ja omaisten tuen varaan.

5. YHTEENVETO TULOKSISTA

Tutkimukseni tarkoituksena on ollut selvittää, miten reisiluun yläosan murtumapotilaat kokevat elämänsä muuttuneen tapaturman jälkeen ja millaiseksi he kuvailevat kuntoutumistaan puoli vuotta murtuman jälkeen.

Reisiluun murtuman vaikutukset tulivat voimakkaasti esille vielä puoli vuotta murtuman jälkeen. Haastateltujen elämän ei ollut palautunut entiselleen. Vain yksi reisiluun murtumapotilaista oli kuntoutunut niin paljon, että toimintakyky oli lähes entisellään. Muiden elämä oli rajoittunut kotioloihin epävarman kävelyn, portaissa liikkumisen vaikeuden ja kaatumisen pelon vuoksi. Yksi haastatelluista tarvitsi toisen henkilön apua kaikessa liikkumisessaan. Murtumaa edeltäneeseen elämään liittyneet asiat kuten ulkona liikkuminen, puutarhanhoito, vierailut ja harrastukset kodin ulkopuolella olivat jääneet. Murtumapotilaat kertoivat masennuksesta ja yksinäisyyden tunteesta, jota muuttunut elämäntilanne aiheutti.

Murtumapotilaat viipyvät erikoissairaanhoidossa hyvin lyhyen aikaa.

Haastateltavien kohdalla sairaalassaoloaika oli vain viikosta puoleentoista viikkoon. Iäkkäät potilaat kertoivat ensimmäisten päivien huonovointisuudesta ja sekavuudesta, jotka estivät ja hidastivat kuntoutusta. Tutkimus osoittaa, että potilaat muistivat hyvin vähän akuuttivaiheessa saamiaan neuvoja ja ohjeita.

Reisiluun murtumapotilaiden kokemukset terveystakeskuksen kuntoutuksesta eivät olleet kovinkaan positiivisia. Tyytyväisimpiä olivat potilaat, jotka pystyivät alusta alkaen liikkumaan itsenäisesti ja huolehtimaan omasta kuntoutumisestaan.

Haastateltavat olisivat toivoneet fysioterapeuteilta ja muulta henkilökunnalta enemmän aikaa ja tehokkaampaa kuntoutusta. Kuntoutuminen jäi haastateltavien mielestä liian paljon oman harjoittelun varaan. Potilaat eivät myöskään päässeet osallistumaan kuntoutuksensa suunnitteluun. Fysioterapeutit kävivät satunnaisesti potilaiden luona heidän kotiuduttuaan. Joidenkin kohdalla fysioterapeutit eivät lainkaan käyneet varmistamassa potilaan selviytymistä kotona.

Muu henkilökunta osallistui potilaiden kuntoutukseen terveystakeskuksessa lähinnä avustaen heitä alkuvaiheessa päivittäisissä toiminnoissa ja kävelyssä. Omaiset joutuivat ottamaan täyden vastuun reisiluun murtumapotilaiden selviytymisestä kotioloissa. Alkuvaiheessa potilaat tarvitsivat apua ja tukea monissa toimissaan. Omaisista ei kuitenkaan ohjattu avustamaan ja tukemaan potilaita kuntoutumisessa.

Osa haastatelluista korosti oman yrittämisen merkitystä kuntoutumisessaan. Päivittäisiin ohjelmiin kuului vielä haastatteluhetkelläkin harjoitukset, joita oli ohjattu terveystakeskuksessa. Itsenäinen harjoittelu oli kuitenkin vaikeaa murtumapotilaalle, joka tarvitsi toisen henkilön apua kaikessa liikkumisessa

6. POHDINTAA

Tutkimus osoittaa, että hyvin monet asiat vaikuttavat murtumapotilaan kuntoutumiseen. Tärkeänä kuntoutumista eteenpäin vievänä voimana on potilaan halu kuntoutua. Toimintakyky näytti palautuneen melko hyvin niillä murtumapotilailla, joilla oli aviopuoliso odottamassa kotona. Haastateltavat toivat esiin puolison merkityksen kuntoutumisessaan monissa eri yhteyksissä. Aviopuolisot olivat kuntoutumisen tukena ja kannustimena sairaalassaoloaikana, koska he vierailivat murtumapotilaiden luona päivittäin. Potilaiden kotiutuminen onnistui vain, koska puoliso pystyi auttamaan päivittäisissä toimissa.

Yksinäisyys ja masennus voi olla kuntoutumisen este. Uskon, että näihin asioihin ei tällä hetkellä kiinnitetä riittävästi huomiota kuntoutuksessa. Tapaturman aiheuttama elämänmuutos on suuri. Jokainen potilas kokee jossakin vaiheessa masennusta, koska ei pysty toimimaan kuten ennen murtumaa. Mikäli kuntoutuminen ei etenekään toivotulla tavalla tai niin nopeasti kuin potilas odottaa, masennus voi vaivata häntä pitkään ja estää kuntoutumista. Potilasta hoitavien ammattihenkilöiden pitäisi pystyä tunnistamaan kuntoutumista estävä masennus ja yrittää löytää siihen apua. Apu voi löytyä lääkityksestä ja keskusteluista potilaan kanssa. Murtumapotilasta ei saisi jättää yksin, vaikka kuntoutuminen olisikin edennyt niin pitkälle, että hän selviytyy jotenkuten kotona. Tämä tutkimus osoitti, että potilaat jätettiin “oman onnensa nojaan” ja omaisten huostaan heti, kun he pääsivät laitoksesta kotiin.

Tapaturman ja suuren leikkauksen aiheuttama järkytys sekä huonovointisuus voivat estää potilasta omaksumasta asioita, joita hänelle kerrotaan ensimmäisten päivien aikana sairaalassa. Ne ohjeet ja neuvot, joita erikoissairaanhoidon fysioterapeutti antoi ensimmäisinä päivinä, näyttivät tutkimuksen mukaan unohtuneen kokonaan. Mikäli reisiluun murtumapotilas siirtyy erikoissairaanhoidosta suoraan kotiin, olisi varmistettava, että hän ymmärtää ja omaksuu kaikki kuntoutukseen liittyvät tiedot sekä selviää päivittäisissä toiminnoissaan. Lyhyen erisoissairaanhoidon jälkeen potilaan kuntoutuksesta jää suuri vastuu jatkohoitopaikan henkilökunnalle.

Tutkimuksessa haastatellut potilaat siirtyivät kaikki terveyskeskuksiin jatkokuntoutusta varten. Olisi ollut mielenkiintoista verrata näitä kokemuksia sellaisten murtumapotilaiden kokemuksiin, jotka siirtyvät suoraan erikoissairaanhoidosta kotiin. Olisiko heillä ollut enemmän muistikuvia erikoissairaanhoidon fysioterapiasta? Miten varmistettiin kotona selviytyminen, koska erikoissairaanhoidon fysioterapeutit eivät yleensä tee kotikäyntejä?

Terveyskeskuksiin jatkokuntoutukseen siirtyvät murtumapotilaat ovat intensiivisen kuntoutuksen tarpeessa, koska leikkauksesta on kulunut lyhyt aika ja kuntoutuminen on vasta alullaan. Lisäksi reisiluun murtumapotilaita siirtyy terveyskeskuksiin yhä enemmän, koska murtumat ovat lisääntyneet vuosi vuodelta

(Parkkari 1997). Samanaikaisesti säästötoimet kunnissa eivät ainakaan ole lisänneet esim. fysioterapeuttien määrää terveyskeskuksissa. Haastateltujen kokemuksista ja em. syistä johtuen voidaan olettaa, että fysioterapiaresurssit terveyskeskuksissa ovat tällä hetkellä liian pienet vastaamaan reisiluunmurtumapotilaiden kuntoutuksen tarvetta. Toisaalta terveyskeskuksissa fysioterapeutit joutuvat priorisoimaan työtään tärkeimmille alueille. Perinteisesti vanhusten kuntouttamista ei ole pidetty niin tärkeänä kuin esim. työikäisten työkuntoiseksi saattamista. Tutkimus osoittaa, että ollaan vielä kaukana siitä, jolloin murtumapotilas saisi kuntoutusta noin kaksi tuntia päivässä, mitä tehokas kuntoutus vaatii (Barnes & Donovan 1987).

Haastateltavat kertoivat hyvin vähän esimerkkejä muun hoitohenkilökunnan osallistumisesta kuntoutukseen. Monet tutkimukset osoittavat, että parhaisiin tuloksiin reisiluunmurtumapotilaiden kuntoutuksessa päästään moniammatillisella yhteistyöllä. Murtumapotilaiden kuntoutus tehostuu moninverroin, kun koko henkilökunta on selvillä murtumapotilaiden senhetkisistä kuntoutuksen tavoitteista ja he voivat kaikissa toiminnoissaan tukea tavoitteiden saavuttamista. Tämä vaatii henkilökunnan myönteistä suhtautumista kuntoutukseen ja kuntoutustavoitteiden huomioimista työssään. Nykyistä enemmän fysioterapeuttien tulisi olla osa vuodeosaston henkilökuntaa, eikä vain vierailevia "tähtiä" fysioterapiaoastolta. Fysioterapeutit pystyisivät näin osallistumaan hoitohenkilökunnan kanssa murtumapotilaiden päivittäisiin toimintoihin ja ohjaamaan hoitajia potilaiden kuntoutumisen tavoitteiden saavuttamisessa.

Fysioterapian sisältöä on vaikea arvioida tämän tutkimuksen pohjalta, koska potilaat kertoivat siitä melko vähän. Haastateltujen mukaan fysioterapia sisälsi kävelyharjoitusten lisäksi lihasharjoituksia vuoteessa. He saivat myös ohjeita, joita tuli harjoitella itsenäisesti. Yllättävää oli, että kaikki potilaat eivät olleet harjoitelleet porraskävelyä ennen kotiutumista. Mikäli terveyskeskuksen kuntoutusresurssit eivät ole riittäviä ja murtumapotilaan kuntoutus jää kesken kotiutuessa, tulisi jatkokuntoutusta hakea yksityiseltä fysioterapeutilta, kuten kaksi haastateltavaa oli tehnyt. Lääkärit eivät kuitenkaan määränneet yksityisen fysioterapeutin palveluja murtumapotilaan sitä pyytämättä.

Potilaan motivaation säilymiseksi on tarpeellista sopia yhdessä konkreettiset tavoitteet, mihin kuntoutuksessa pyritään. Murtumapotilaiden kertomusten perusteella voidaan päätellä, että terveyskeskuksissa potilaiden asioista keskustellaan hyvin harvoin moniammatillisissa kuntoutustyöryhmissä, joissa potilaskin omaisineen on mukana. Iäkkäät potilaat ovat arkoja ilmaisemaan mielipiteitään heitä koskevissa asioissa, ellei heiltä asioista kysytä. Tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että muut päättävät potilaiden asioista. Kukaapa paremmin tietäisi esim. potilaan kotiasiat kuin hän itse!

Tutkimuksen mukaan fysioterapeutit kävivät murtumapotilaiden kotona vain satunnaisesti. Kuitenkin kotona voi harjoitella potilaan kanssa kaikkia jokapäiväiseen elämään liittyviä toimintoja. Parhaiten päivittäisiin toimintoihin liittyvät ongelmat tulevat esille kotona, missä potilaan on selviydyttävä jatkossa. Kotona on hyvä käydä harjoittelemassa muutaman kerran jo ennen kotiutumista.

Hyvin paljon luotettiin omaisten apuun potilaan kotiuduttua. Fysioterapeutit eivät kuitenkaan ohjanneet omaisia potilaiden kuntoutuksessa. Fysioterapeutit eivät ottaneet esim. aviopuolisoita mukaan kuntoutukseen jo sairaalassaoloaikana, vaikka he vierailivat monia tunteja potilaiden luona päivittäin. Omaiset eivät uskalla auttaa potilasta esim. kävelemään, ellei heitä ohjata avustamaan potilasta oikein. Omaisten mukaanotto kuntoutukseen tuo lisäresursseja fysioterapialle. Lisäksi kotiutuminen on helpompaa ja turvallisempaa, kun omaiset ovat jo sairaalassa oppineet avustamaan potilasta. Ennen kotiutumista on hyvä yhdessä potilaan ja omaisten kanssa sopia asioista, joissa potilas tarvitsee apua ja toimista, joissa hän jo pärjää yksikseen.

Reisiluunmurtumapotilaiden kuntoutuminen oli jäänyt täysin heidän omalle vastuulleen puoli vuotta murtuman jälkeen. Kuitenkaan kukaan heistä ei ollut kuntoutunut entiselleen. Mikäli he saisivat ulkopuolista apua kuntoutumiseensa, heillä olisi mahdollisuuksia saavuttaa toimintakyky, joka oli ennen tapaturmaa. Terveyskeskuksista tulisi järjestää reisiluun murtumapotilaiden seuranta ja kuntoutusohjaus pitempään kuin, mitä tällä hetkellä tapahtuu. Pienikin toimintakyvyn taantuminen vie iäkkään potilaan takaisin pitkäksi aikaa

vuodepotilaaksi terveyskeskukseen. Kuntoutusresurssien käyttö oikeaan aikaan tuo taloudellisia säästöjä kunnille, puhumattakaan potilaan henkisestä hyvinvoinnista. Jatkokuntoutusryhmien perustaminen murtumapotilaille on terveyskeskuksissa tarpeen. Ryhmissä potilaat tapaisivat muita samanikäisiä ihmisiä, saivat tuoda esiin murtuman aiheuttamia ongelmia, joita kohtaavat jokapäiväisessä elämässään. Eri ammattiryhmien edustajien yhteistyöllä pyrittäisiin tukemaan heidän kuntoutumistaan edelleen.

LÄHTEET

Arkela-Kautiainen M. 1996. Reisiluun yläosan murtumapotilaiden fyysinen toimintakyky kahden eri kuntoutuskäytännön jälkeen 2 viikon ja 3 kuukauden kuluttua leikkauksesta. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos.

Barnes B, Donovan K. 1987. Functional outcomes after hip fracture. *Physical Therapy* 67: 1675 - 1679.

Barker SP, Harvey AH. 1985. Fall injuries in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*. 1: 501 - 508.

Berglund-Röden M, Swierstra B A, Wingstrand H, Thorngren K-G. 1994. Prospective comparison of hip fracture treatment. *Acta Ortop Scand* 65: 287-294.

Bergman L, Bergman C, Lasl S, et al. 1989. Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *Am J Epidemiol* 124:372-388.

Borgquist L, Ceder L, Thorngren K-G. 1990. Function and social status 10 years after hip fracture. *Acta Ortop Scand* 61: 404 - 410.

Craik RL. 1994. Disability following hip fracture. *Physical Therapy* 74: 387-398.

Cummings S, Phillips S, Wheat M, et al. 1988. Recovery of function after hip fracture: the role of social supports. *J Am Geriatr Soc* 36:801-806.

Dolk T. 1989. Influence of treatment factors on outcome after hip fractures. *Ups J Med Sci* 94:209-221.

Dowton JH, Andrews K. 1991. Prevalence, characteristics and factors associated with falls among the elderly living at home. *Aging Clin Exp Res* 3: 219-228.

Field P A, Morse J M. 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Hygienia. Terveysten- ja sairaanhoidon kirjasto. Kirjayhtymä.

Foubister G, Hughes SPF. 1989. Fractures of the femoral neck: a retrospective and prospective study. *J R Coll Surg Edinb* 34: 249 - 252.

Hayes W. et al. 1993. Impact near the hip dominates Fracture Risk in elderly Nursing home residents who fall. *Cacif Tissue* 52: 192-198

Heikkinen R-L, Suutama T. 1992. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti, osa II. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämissosaston julkaisuja 1991:10. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Heikkinen E, Heikkinen R-L, Kauppinen M, Laukkanen P, Ruoppila I, Suutama T. 1990. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät- projekti. Osa I. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Hervonen A, Pohjolainen P. 1991. Gerontologia. Lääketieteellinen Oppimateriaalikustantamo Oy. Tampere.

Hielema FJ. 1979. Epidemiology of hip fracture review with implications for physical therapists. *Phys. Ther.* 59:1221-1225.

Hindmarsh JJ, Estes EH. 1989. Falls in older persons. Causes and interventions. *Arch Intern Med* 149: 2217-2222.

Hirsjärvi S, Hurme H. 1991. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Honkanen R. 1990. Vanhusten putoamis- ja kaatumistapaturmat. *Gerontologia* 4:23-32.

Jalovaara P, Berglund-Röden M, Wingstrand H, Thorngren K-G. 1992. Treatment of hip fracture in Finland and Sweden. *Acta Ortop Scand* 63 (5): 531-535.

Jarnlo G B, Jagobsson B, Ceder L ym. 1989. Hip fracture incidence in Lund Sweden 1966-1986. *Acta Ortop Scandinavia* 60: 278-282.

Jette AM, Harris B ym. 1987. Functional recovery after hip fracture. *Arch Phys Med Rehabil* 68: 386 -340.

Johnell O, Gullberg B, Allander E, ym. 1992. The apparent incidence of hip fracture in Europe: A study of National Register Sources. *Osteoporosis Int* 2: 298-302.

Jonsson B, Sernbo I, Carlsson Å, ym. 1996. Social function after cervical hip fracture. *Acta ortop Scand* 6: 431 - 434 .

Jäntti P, Pyykkö I. 1996. Vanhusten kaatuminen ja tasapainoon vaikuttavat tekijät. *Suomen Lääkärilehti* 5: 415-418.

Kannus P, Parkkari J, Vuori I. 1994. Reisiluun yläosan murtumien ehkäisy. *Duodecim* 110: 27-33.

Kauffman TL, Albrigh L, Wagner C. 1987. Rehabilitation outcomes after hip fracture in persons 90 years old and older. *Arch Phys Med Rehabil* 68:369-371.

Kennie DC, Reid J, Rickhardson IR, Kiamari AA, Kelt C. 1988. Effectiveness of geriatric rehabilitation care after fractures of the proximal femur in elderly women: a randomised clinical trial. *British Medical Journal* 297: 1083-1085.

Larsson S, Eliasson P, Hansson L-I. 1989. Hip fractures in northern Sweden 1973-1984. A comparison of rural and urban populations. *Acta Ortop Scand* 60: 567-71.

Luukinen H. 1992. Kaatuileva vanhus. *Duodecim* 108: 409-418.

Luthje P. 1988. Reisiluun yläosan murtumat Suomessa vuonna 1985 ja ennuste vuodeksi 2000. Suomen Lääkärilehti 16: 1587-1590.

*Luthje P et al.*1990. Reisiluun yläosan murtumat Keski-Suomen ja Kymenlaakson sairaanhoitopiireissä v. 1989. Suomen ortobedia ja traumatologia 3-4: 350-352.

Luthje P. 1991. The incidence of hip fracture in Finland in the year 2000. Acta ortopedical Scandinavia 62: 35 - 37.

Luthje P, Santavirta S, Nurmi I ym. Hip fractures in Finland during 1968- 1988. Suomen Ortop Traumatol 16: 31-34

Mayer H, Tverdal A, Falch J. 1993. Risk factors for hip fracture in middle-aged Norwegian women and men. American Journal of Epidemiology vol 137, no11: 1203-1211.

Mossey JM, Knott K, Craik RL. 1990. The effects of persistent depressive symptoms on hip fracture recovery. J Gerontol 45:M163-M168.

Parkkari J. 1997. Hip fractures in the elderly. Epidemiology, injury mechanisms and prevention with an external hip protector. University of Tampere.

Parker M, Palmer C. 1995. Prediction of Rehabilitation after Hip Fracture. Age and Ageing 24: 96-98

de Palma L, Rizzi L, Lorini G, Greco F. 1992. Survival after trochanteric fracture. Acta Ortop Scand 63: 645 - 647.

Pyörälä E. 1994. Kvalitatiivisen terveystutkimuksen metodologisia perusteita. Sosiaali-lääketieteellinen aikakauslehti 31 (1), 4-14.

Rokkanen P, Slätis P, Alho A ym. (1987): Traumatologia.

Ryynänen O-P, Kivelä S-L, Honkanen R ym. 1991. Incidence of falling injuries leading to medical treatment in elderly. *Public Health* 105: 373-386.

Ryynänen O-P. 1992. Vanhusten kaatumistapaturmien vaaratekijät. *Gerontologia* 6 (3): 211-219.

Ryynänen O-P: Incidence and risk Factors for falling injuries among elderly. *Acta Universitas Ouluensis*

Simonen O. 1991. Incidence of femoral neck fractures. Senile osteoporosis in Finland in years 1970-1985. *Calcit Tissue International* 49: 8-10.

Soininen M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Painosalama. Turku.

Speechley M, Tinetti M. 1991. Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. *Journal of American Geriatrics Society* 39: 46-52.

Suhonen Lissu. 1993. Aivoinfarkti- ja reisiluun murtumapotilaiden kuntoutuminen. Vuoden seurantatutkimus. Fysioterapian laatuprojekti osa I. Kotka.

Suhonen Lissu. 1993. Aivoinfarkti- ja reisiluun murtumapotilaiden fysioterapia. Seurantatutkimus erikoissairaanhoidossa ja terveyskeskuksissa. Fysioterapian laatuprojekti osa II. Kotka.

Tideiksaar R. 1989. Geriatric falls: assessing the cause, preventing recurrence. *Geriatrics* 44: 57-64.

Thorngren K-G, Ceder L, Svensson K. 1993. Predicting results of rehabilitation after hip fracture. *Clin Orthopaedics and Related Research* 287: 76-81.

Varto J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Kirjayhtymä.

Valkonen T. 1994. Suomen väestö ja sen muutokset. Suomalaisten terveys ja terveydenhuolto, osa 2. Suomen Lääkärilehti 17: 1867 - 1879.

Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä v. 1994-1997. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet. Painatuskeskus. Helsinki.

Terveydenhuollon opiskelija
Fysioterapian lehtori
Minna Hautamäki
Myllytie 128
61340 Nopankylä
puh. 4228854

30.11.1996

ETELÄ-POHJANMAAN SAIRAANHOITOPIIRI KESKUSTOIMISTO	
Saap.	05. 12. 1996
D.No.	Finn - 272

Johtajaylilääkäri
Aarno Särmö

TUTKIMUSLUPA-HAKEMUS

Toimin fysioterapian lehtorina Seinäjoen ammattikorkeakoulussa terveystieteiden yksikössä. Opiskelen työni ohella Jyväskylän yliopistossa opettajille tarkoitettussa poikkeuskoulutuksessa terveystieteen laitoksella terveydenhuollon kandidaatin tutkintoa pääaineenani fysioterapia. Opintoihini kuuluu progradu-tutkielma, jonka aiheeksi olen valinnut reisiluun yläosan murtumapotilaiden kuntoutumisen leikkauksen jälkeen. Aihe on osoittautunut tärkeäksi ja ajankohtaiseksi keskusteluissa Seinäjoen sairaalan fysiatrian osastonhoitajan ja fysioterapeuttien kanssa. Reisiluun yläosan murtumapotilaat viiptyvät tällä hetkellä leikkauksen jälkeen hyvin lyhyen aikaa kirurgian osastolla, jonka jälkeen he siirtyvät jatkokuntoutukseen terveyskeskuksiin tai kotihoitoon. Kuntoutuksen ja fysioterapian kehittämiseksi olisi tärkeää tietää, miten heidän kuntoutumisensa etenee sairaalasta siirtymisen jälkeen.

Alunperin tarkoitukseni oli seurata murtumapotilaiden kuntoutumista sairaalavaiheesta lähtien toimintakykymittausten ja haastattelujen sekä potilaiden asiapapereiden perusteella aina puoleen vuoteen saakka. Ohjaajani kanssa keskusteltuani hän oli sitä mieltä, että tutkimusasetelma on tässä opiskeluvaiheessa liian laaja, joten olen joutunut sitä rajaamaan. Tutkimusmenetelmäksi olen valinnut vain ko potilaiden haastattelut. Haastattelut on tarkoitus tehdä potilaille, joiden leikkauksesta on kulunut noin puoli vuotta. Ehdin kuitenkin jo anoa tutkimuslupaa sosiaali- ja terveysministeriöstä alkuperäisen tutkimussuunnitelmani mukaisena. Sen olen saanut hyväksyttynä päivätynä 7.11.1996 (liite1).

Pyydän kohteliaimmin, että voisin saada Seinäjoen Sairaalassa n. puoli vuotta sitten leikattujen reisiluun yläosan murtumapotilaiden nimiä ja osoitteita (n. 15 -20 henkilöä) tutkimusaineistoni keräämistä varten. Haastatteluun osallistuminen olisi potilaiden itsensä päätettävissä ja tarkoitukseni on pyytää haastattelvalta kirjallinen lupa tietojen käyttämiseen tutkimustani varten. Pysin myös haastattelutilanteessa tähdentämään, että potilaiden nimet eivät tule missään vaiheessa esille ja kukaan muu kuin tutkija ei kuule haastatteluja. Haastattelunauhat on tarkoitus tuhota käytön jälkeen.

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus sekä tutkimusmenetelmät selviävät ohessa seuraavasta tutkimussuunnitelmasta.

Seinäjoella, 30.11.1996

Kunnioittaen



Minna Hautamäki

Hyväksytty 7.12.96

S 335



Aarno Särmö
Johtajaylilääkäri

Jakelu: Minna Hautamäki

Sosiaali- ja terveysministeriön päätös Minna Hautamäen tutkimuslupahakemukseen.

Annettu Helsingissä 7 päivänä marraskuuta 1996.

Sosiaali- ja terveysministeriö on tänään, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskusten ja terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen annettua asiasta lausunnon, yleisten asiakirjojen julkisuudesta annetun lain (83/51) 20 §:n 2 momentin nojalla myöntänyt **Minna Hautamäelle** luvan tutustua Seinäjoen sairaalassa marras-joulukuun aikana reisiluun yläosan murtuman vuoksi leikattujen noin 30-40 potilaan potilasasiakirjatieloihin opinnäytetyönä tehtävää tutkimusta "Reisiluun yläosan murtumapotilaiden kuntoutuminen" varten.

Tutkija on antanut edellä mainitussa laissa tarkoitetun vaitiolositoumuksen.

Tutkimuslupa myönnetään edellyttäen, että yhteydenotto potilaisiin tapahtuu potilasta hoitaneen henkilön toimesta, joka informoi tutkimuksesta, muun muassa potilasasiakirjatieloihin käyttämisestä tutkimuksessa ja osallistumisen vapaachtoisuudesta, minkä jälkeen tutkimuksen suorittaja voisi ottaa yhteyttä tutkimukseen suostuneisiin potilaisiin. Lisäksi edellytetään, että syntyvä yksityisen henkilön identifiointiin mahdollistava tutkimusaineisto hävitetään henkilökisteriasetuksen 1 §:ssä säädettyssä ajassa ja että sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus saa raportin sen valmistuttua.

Osastopäällikkö,
ylivohtaja



Kimmo Leppo
Kinmo Leppo

Ylitarkastaja

Kirsti Kotaniemi
Kirsti Kotaniemi

STMp sosiaali- ja terveysministeriön maksullisista suoritteista (1341/94) 1 §:n 1 momentin 7 kohdan mukainen maksu 200 mk

Dnro 20/08/96

Minna Hautamäki, Myllytie 128, 61340 Nopankylä

TIEDOKSI Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus