



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Lonkkamurtumapotilas ja kaatumisen pelko

- Kirjallisuuskatsaus

Raekumpu, Tanja

2016 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Lonkkamurtumapotilas ja kaatumisen pelko -  
Kirjallisuuskatsaus

Raekumpu Tanja  
Terveystieteiden  
koulutusohjelma, YAMK  
Opinnäytetyö  
Maaliskuu, 2016

Tanja Raekumpu

### Lonkkamurtumapotilas ja kaatumisen pelko - Kirjallisuuskatsaus

Vuosi 2016 Sivumäärä 56

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata lonkkamurtumapotilaan kokemaa kaatumisen pelkoa ilmiönä sekä pohtia kuntoutumisprosessin etenemistä ja kehittämismahdollisuuksia kaatumisen pelon näkökulmasta tarkasteltuna. Kirjallisuuskatsauksen avulla haluttiin selvittää, miten potilaat kokevat kaatumisen pelon ja millaisia vaikutuksia sillä on arjen elämään sekä miten eri interventioissa kaatumisen pelko on huomioitu kuntoutumisen edetessä. Konkreettisenä tavoitteena oli esittää ideoita kehittämistyön sisällöstä ja etenemisestä lonkkamurtumapotilaita hoitavissa yksiköissä.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten lonkkamurtumapotilaan kaatumisen pelkoa on kuvattu tutkimuksissa?
2. Miten kaatumisen pelkoa on tutkimuksissa kuvattu kuntoutumisen eri vaiheissa?
3. Millaisia kokemuksia lonkkamurtumapotilaiden kuntoutusinterventioista on tutkimuksien mukaan saatu?
4. Mitä kuntoutusinterventioita kehitettäessä tulisi jatkossa huomioida, jotta kaatumisen pelkoa voitaisiin vähentää?

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa on analysoitu kahdeksan kansainvälistä tieteellistä tutkimusartikkelia, joissa on käsitelty lonkkamurtumapotilaiden kokemaa kaatumisen pelkoa. Yhtään suomalaista valintakriteerit täyttävää tutkimusta ei kirjallisuuskatsaukseen valikoitunut.

Tutkimuksissa tuli selkeästi esiin kaatumisen pelon ja huonon toimintakyvyn välinen yhteys. Aktiivisuuden vähentäminen ja liikkumisen rajoittaminen kaatumisen pelon vuoksi on yleistä. Erityisesti aktiviteettien tarpeeton välttäminen johtaa edelleen heikentyneeseen toimintakykyyn ja sitä kautta lisää riskiä kaatumisille. Ymmärrys kaatumisen pelon vaihtelusta kuntoutusprosessin eri vaiheissa on vielä puutteellista.

Toteutetuissa kaatumisen pelon kuntoutusinterventioissa keskeinen rooli on ollut fyysisellä harjoittelulla. Interventioiden myönteisistä vaikutuksista on olemassa viitteitä, mutta vaikutavuuden esiin tuominen on osoittautunut jossain määrin haasteelliseksi. Erityisen vahvasti kaatumisen pelon merkitys tuli esiin harjoittelua estävänä tekijänä. Kaatumisen pelko tulisi pystyä paremmin huomioimaan yhdessä muiden psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden kanssa osana fyysiseen harjoitteluun painottuvaa kuntoutusta. Laajalle kuntoutujiin joukko ei ole kustannustehokasta lähteä tarjoamaan samanlaista palvelutarjotinta, vaan oleellista olisi huomioida yksilön elämäntilanne kokonaisuutena ja valita tehokkaat ja tilanteeseen sopivat kuntoutusmenetelmät. Näin pyrittäisiin estämään toimintakykyisyyden heikentymisen kehän pyönteisiin joutuminen.

Aihealueesta aiemmin julkaistun tiedon, kirjallisuuskatsauksen tulosten sekä kehittämistyöstä muodostuneiden käsitysten avulla on kehittämissosiossa esitetty ajatuksia moniammatillisesti toteutetun koulutuksellisen teemapäivän järjestämisestä ja toteuttamisesta kehittämistyön alkuun saattamiseksi lonkkamurtumapotilaita hoitavissa yksiköissä. Teemapäivän toteutus perustuu moniammatillisuuden, asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden periaatteisiin.

Asiasanat: Lonkkamurtumapotilas, kaatuminen, pelko, ikääntyminen, kuntoutuminen, kehittäminen

Tanja Raekumpu

### Hip fracture patient and the fear of fall - A literature review

Year	2016	Pages	56
------	------	-------	----

---

The purpose of this study was to describe “fear of falling” experienced by a hip fracture patient as well as to reflect on the progress and development possibilities of the rehabilitation process from the point of view of fear of fall. Literature review was used in order to identify how patients perceive the fear of fall and what kind of effects it has on everyday life and how in different interventions fear of falling is taken into account as the rehabilitation progresses. The concrete aim was to present ideas for the development of hip fracture patients’ care.

Research questions were:

1. How is hip fracture patients’ “fear of falling” described in the studies?
2. How has the fear of fall been described in various stages of rehabilitation?
3. What kind of experiences have been reported in hip fracture patients’ rehabilitation interventions?
4. What should be taken into account in the development of rehabilitation interventions in order to reduce the fear of fall?

In the literature review eight international referee articles concerning fear of falling experienced by hip fracture patients have been analyzed. No Finnish study met the selection criteria set out in the literature review.

The studies clearly showed the connection between the fear of fall and poor functional capacity. It is very common that fear of fall reduces activity and restricts movement. In particular the unnecessary avoidance of activities continue to lead to impaired functional capacity, and therefore increases the risk of falls. Understanding the variation of the fear of fall in the different phases of the rehabilitation process is still incomplete.

Physical training has played a key role in the rehabilitation interventions. There is an indication of the positive effects of interventions, but the effectiveness of the disclosure has proved challenging. The importance of the fear of fall is particularly great as a factor inhibiting workout. The fear of falling, along with other psychological and social factors, should be better taken into account as part of physical training rehabilitation. It is not cost-effective to offer the same kind of program to all people in rehabilitation, but it would be essential to take into account the individual’s life situation as a whole and to allocate rehabilitation measures efficiently for carefully-chosen challenges. This is intended to prevent the chain of events that leads to the deterioration of functional capacity.

This thesis presents ideas for the organization and implementation of a development day in units that treat hip fracture patients. The ideas are based on published information, the literature review and my understanding of development work. The implementation of the development day is based on the principles of multi-disciplinary, customer orientation and inclusion.

Keywords: hip fracture, fall, fear, aging, rehabilitation, development

## Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	9
3	Toimintakykyisyys ja ikääntyneiden kaatumistapaturmat .....	10
3.1	Toimintakyky.....	10
3.2	lökkäiden kaatumistapaturmat ja niiden ehkäiseminen.....	11
4	Kaatumisen pelko - käsitteen tarkastelua turvattomuuden ja yksinäisyyden näkökulmista.....	14
4.1	Kaatumisen pelon ja toimintakyvyn heikkenemisen kehämäinen prosessi.....	14
4.2	Turvattomuuden tunteen merkitys kaatumisen pelon taustalla .....	15
4.3	Yksinäisyys ikäihmisten haasteena .....	16
5	Onnistunut kotiutuminen on kuntoutumisprosessin maali .....	18
6	lökkään potilaan ohjaamisen erityispiirteitä .....	21
7	Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä - prosessin etenemisen kuvaus ....	24
7.1	Kirjallisuuskatsauksen periaatteita .....	24
7.2	Opinnäytetyön tiedonhaun eteneminen.....	25
7.3	Tutkimusten analysointi .....	27
7.4	Opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten analyysi .....	29
8	Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tulokset .....	31
8.1	Yhteenvetoa valituista tutkimuksista.....	31
8.2	Lonkkamurtumapotilaiden kaatumisen pelko .....	32
8.2.1	Selityksiä ja merkityksiä kaatumisen pelolle.....	32
8.2.2	Kaatumisen pelon vaikutukset lonkkamurtumapotilaiden arkeen .....	33
8.2.3	Kaatumisen pelon merkitys lonkkamurtumasta toipumiselle ja kuntoutumiselle .....	34
8.3	Kaatumisen pelon esiintyminen kuntoutumisen eri vaiheissa? .....	35
8.4	Kuntoutusinterventioiden kehittäminen .....	36
8.4.1	Kokemuksia lonkkamurtumapotilaiden kuntoutusinterventioista.....	36
8.4.2	Kuntoutusinterventioiden kehittämisessä huomioitavia näkökulmia....	37
9	Pohdinta .....	40
9.1	Kuntoutumisprosessin mahdollisuudet sekä ideoita jatkotutkimuksille .....	40
9.2	Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden arviointia .....	45
10	Kehittämistyö: Kaatumisen pelon huomioiminen osana lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumisprosessin kehittämistä.....	48
10.1	Kehittämistyön lähtökohdat.....	49
10.2	Yhteinen teemapäivä - kehittämisyyhteistyön alku? .....	50
10.2.1	Kehittämisen työvälineitä .....	51
10.2.2	Pelottaako kaatuminen? -Teemapäivän sisältö ja toteutus .....	53

10.2.3 Kehittämistyön jatkuminen.....	55
Lähteet .....	57
Kuviot. ....	60
Taulukot .....	61
Liitteet.....	62

## 1 Johdanto

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää iäkkään lonkkamurtumapotilaan kuntoutukseen liittyviä haasteita ohjauksen ja muiden tukimuotojen kehittämiseksi sekä tuottaa tietoa, joka tukee lonkkamurtumapotilaan hoidon, ohjauksen ja onnistuneen kotiutuksen toteutusta. Opinnäytetyö toteutetaan kirjallisuuskatsauksen avulla ja tavoitteena on kuvata lonkkamurtumapotilaan kaatumisen pelkoa ilmiönä sekä pohtia kuntoutumisprosessin etenemistä ja kehittämismahdollisuuksia erityisesti lonkkamurtumapotilaan onnistuneen kotiutumisen näkökulmasta. Tavoitteena on tuottaa ilmiöön liittyvän tutkimuksen ja kirjallisuuden perusteella analysoitua ja tiivistettyä tietoa, jonka avulla voidaan kehittää lonkkamurtumapotilaan ohjausta ja edistää turvallisen ja onnistuneen kotiutumisen toteutumista.

Suomalainen väestö vanhenee voimakkaasti ja olemme suurien yhteiskunnallisten haasteiden edessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnot ja niiden tarkastelu ovat keskeisessä asemassa etsittäessä ratkaisuja näihin ajankohtaisiin kysymyksiin. Sosiaali- ja terveysministeriön vanhuspolitiikan keskeinen tavoite on, että mahdollisimman moni voisi ikääntyessään asua mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. Painopistettä vanhustenhuollossa on pyritty ja pyritään edelleen siirtämään laitospolitiikasta kotihoidon tai kodinomaiseen hoitoon, jossa ikääntyvä voisi mahdollisimman paljon elää ja toteuttaa elämäänsä omien toiveiden ja tottumusten mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012:1.)

Nykyään vanhuuden ajan voidaan olettaa yhä useammin kestävän jopa kahdesta kolmeen vuosikymmestä. Vanhuuden elämäntilannetta elävien ihmisten joukko on paitsi suuri ja kasvava, niin myös joukko varsin erilaisissa elämäntilanteissa eläviä yksilöitä. Vanhuuden aikaa onkin alettu yhä useammin jakaa erilaisiin vaiheisiin, jotka määräytyvät pääsääntöisesti toimintakyvyn ja avun tarpeeseen liittyvien määreiden kautta. Usein on esitetty jako kolmanteen, neljanteen ja viidenteen ikään. (Sarvimäki ja Heimonen 2010,17-19.)

Sarvimäki, Heimonen ja Mäki-Petäjä Leinonen (2010) ovat teoksessaan pohtineet vanhuuden aikaa laaja-alaisesti haavoittuvuuden näkökulmasta. Haavoittuvuus korostuu siirryttäessä neljanteen ikään ja on kaikkein suurimmillaan viidennessä iässä, jota leimaa monin tavoin riippuvaisuus toisen ihmisen avusta. Tämä asettaa erityisiä eettisyyden vaatimuksia yhteiskunnan eri toimijoille ja etenkin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille. Jäljellä olevan toimintakyvyn säilyvyyden tukematta jättäminen on nähtävä myös yksilön haavoittamisen näkökulmasta, koska haavoittuvuus on yhteydessä toimintakyvyn heikentymiseen sekä avun ja tuen tarpeen lisääntymiseen.

Vuosien 1996-2008 aikana lonkkamurtumia tapahtui Suomessa noin 7000 joka vuosi. Lonkkamurtumapotilaiden leikkaushoitajaksot kestivät keskimäärin seitsemän vuorokautta ja hoitoaika kokonaisuutena oli 46 vuorokautta. Suomessa ja myös joissakin muissa maissa lonkkamurtumien ikävakioitu ikäryhmittäinen esiintyvyys on ollut laskussa. (Duodecim, 2011.) Toisaalta väestön vanhenemisen vuoksi lonkkamurtumiin liittyvät kysymykset tulevat olemaan yhä merkittäviä terveydenhuollon haasteita tulevien vuosikymmenien aikana.

Toimintakyvyn heikkeneminen lisää riskiä kaatumisille ja tapaturmille (Mankinen 2011, 6-8). Lonkkamurtumista 90 prosenttia on tapahtunut kaatumisen seurauksena. Lonkkamurtumalla on merkittävä vaikutus iäkkään ihmisen hyvinvointiin, elämänlaatuun ja inhimillisiin kärsimykseen. Noin 20 prosenttia lonkkamurtumapotilaista menehtyy tapahtumaa seuraavan vuoden aikana. Vuonna 2007 laskettujen arvioiden mukaan lonkkamurtuman jälkeisen vuoden kustannukset ovat keskimäärin 17000 euroa. Kustannukset saattavat nousta jopa 42000 euroon, jos kotona aikaisemmin asunut henkilö joutuu laitoshiitoon ensimmäisen vuoden aikana. (Mankinen 2011, 13-14.)

Tutkimusten perusteella noin 40 prosenttia kaatumistapahtumista olisi ehkäistävissä ammattihenkilöiden ja eri viranomaisten kesken laaja-alaisella ja moniammatillisella yhteistyöllä kunnissa. Yksittäisistä ennaltaehkäisykeinoista tärkeimmäksi on katsottu liikunta ja sen avulla saavutettu toimintakyvyn paraneminen. Suurimmat haasteet ennaltaehkäisytyössä löytyvät moniammatillisen yhteistyön kehittämisestä. (Mankinen 2011, 13-14.)

Kun kaatuminen on tapahtunut ja lonkkamurtuma tullut, on olennaista miettiä mitä ikääntyneen hyväksi voidaan tehdä, jotta hän pystyisi toivuttuaan elämään laadultaan hyvää elämää omassa kodissaan, jos niin itse haluaa. Tiedetään myös, että kerran kaatuneista noin puolet kaatuu uudestaan seuraavan vuoden aikana. Kaatumisen taustalla on muiden tekijöiden ohella usein aikaisempi kaatuminen ja kaatumisen pelko. (Mankinen 2011, 13.) Pelko ja turvattomuuden tunne johtavat usein ikääntyvän toiminnan rajoittumiseen ja sosiaaliseen eristäytymiseen, mikä edelleen lisää turvattomuutta ja heikentää toimintakykyä ja lisää tätä kautta myös riskiä kaatumistapahtumille (Pajala 2012, 60-61).



## 2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tässä opinnäytetyössä on tarkoitus kuvata lonkkamurtumapotilaan kokemaa ”kaatumisen pelkoa” ilmiönä sekä pohtia kuntoutumisprosessin etenemistä ja kehittämismahdollisuuksia kaatumisen pelon näkökulmasta tarkasteltuna. Kirjallisuuskatsauksen avulla halutaan selvittää, miten potilaat kokevat kaatumisen pelon ja millaisia vaikutuksia sillä on arjen elämään, sekä miten eri interventioissa kaatumisen pelko on huomioitu kuntoutumisen edetessä.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää lonkkamurtumapotilaan kuntoutumiseen liittyviä haasteita ohjauksen ja muiden tukimuotojen kehittämiseksi. Lisäksi halutaan tuottaa tietoa, joka tukee lonkkamurtumapotilaan hoidon, ohjauksen ja onnistuneen kotiutuksen toteutusta. Konkreettisenä tavoitteena on esittää käytännön tasolla ajatuksia siitä, miten kaatumisen pelkoa voitaisiin paremmin huomioida lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksessa sekä kotiutumisprosessin eri vaiheissa niin potilaan kuin omaistenkin ohjaamisessa. Tavoitteena on myös esittää kirjallisuuteen ja tutkimustietoon perustuen ideoita kehittämistyön sisällöstä ja etenemisestä lonkkamurtumapotilaita hoitavissa yksiköissä.

### Tutkimuskysymykset:

1. Miten lonkkamurtumapotilaiden kokemaa kaatumisen pelkoa on kuvattu tutkimuksissa?
2. Miten kaatumisenpelkoa on tutkimuksissa kuvattu kuntoutumisen eri vaiheissa?
3. Millaisia kokemuksia lonkkamurtumapotilaiden kuntoutusinterventioista on tutkimuksien mukaan saatu?
4. Mitä kuntoutusinterventioita kehitettäessä tulisi jatkossa huomioida, jotta kaatumisen pelkoa voitaisiin vähentää?

### 3 Toimintakykyisyys ja ikääntyneiden kaatumistapaturmat

#### 3.1 Toimintakyky

Toimintakyky, toimintakykyisyys ja toiminnanvajausta ovat keskeisiä käsitteitä pohdittaessa ikääntyvien hyvinvointiin ja elämänlaatuun liittyviä tekijöitä ja mahdollisuuksia. Toimintakykyä on jaoteltu hieman eri tavoin riippuen asiayhteydestä, jossa sitä käsitellään (Rantanen 2007, 26-30). Tyypillisesti toimintakyky jaetaan fyysiseen, henkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Fyysisen toimintakyvyn mittaaminen on yleensä selkeämpää verrattuna sosiaaliseen tai henkiseen toimintakykyyn. Toimintakykyä ei voida arvioida pelkästään objektiivisesti, vaan erityisesti sosiaalista toimintakykyä arvioitaessa keskeistä on myös yksilön oma subjektiivinen kokemus pystyvyydestään. Toimintakykyä on ollut tarpeen arvioida ja mitata esimerkiksi tutkimuksellisista syistä. Lisäksi monista yhteiskunnan tarjoamista etuisuuksista päättämiseen tarvitaan toimintakyvyn luotettavaa arviointia. (Laukkanen 2008, 261-272.)

Yksilön toimintakykyisyyteen vaikuttavat monet eri tekijät. Toimintakykyisyyttä ei ole mielekästä tarkastella pelkästään yksilön näkökulmasta pohtimalla millaisiin toimiin hän pystyy tai ei pysty, vaan oleellista on huomioida myös ympäristön erilaiset tekijät. Konkreettisten tekijöiden (matalalattiabussit, levähdyspenkit, hissit jne) lisäksi myös ympäristön asenteilla ja odotuksilla on merkitystä siihen kuinka toimintakykyiseksi ikääntyvä ihminen voi itsensä tuntea. (Laukkanen 2008, 261-272.) Toimintakykyisyyttä pohtiessa tuleekin kiinnittää huomiota sekä yksilön toimintakykyyn että ympäristössä vallitseviin olosuhteisiin.

lähäs ihminen määrittelee terveytensä usein toimintakykyisyyden lähtökohdista. Terveys tarkoittaa ikäihmiselle sitä, että selviytyy erilaisista tärkeiksi kokemistaan tehtävistä ja tilanteista itseään tyydyttävällä tavalla. Ikääntyvien kohdalla terveyden edistämisen toiminnoissa korostuvatkin erityisesti toimintakykyisyyden edistäminen ja toimintakyvyn heikkenemisen estäminen. (Helin 2008, 416-419.)

Toimintakykyä voidaan lähestyä sen rajoitusten tai jäljellä olevan toimintakyvyn näkökulmasta. Toimintakyky keskustelun lähtökohtina ovat käsitykset toiminnanvajauksen kehittymisestä. Laukkanen kuvaa toiminnanvajausta viitaten nykyisin yleisesti käytössä olevaan Verbuggen ja Jetten vuonna 1994 esittämään sosiaalilääketieteellisen toiminnanvajavuuden (disabilityprocess) malliin. Mallin mukaan toiminnanvajauksen lähtökohtana on sairaus tai vamma, esimerkiksi kaatumisen aiheuttama lonkkamurtuma, josta aiheutuu vauriota elimistössä. Vaurio aiheuttaa ensin suorituskyvyn rajoitusta, joka kehittyy varsinaiseksi toiminnanvajavuudeksi vasta kontekstissa, jossa erilaiset yksilölliset- ja ympäristötekijät joko edistävät, estävät tai

hidastavat toiminnanvajauksen kehittymistä. Todellisessa elämässä prosessi ei etene suoraviivaisesti, vaan tyypillistä on tapahtumien ja asioiden monenlaiset ja moneen suuntaan vaikuttavat syyt ja seuraukset. Melko tyypillistä onkin, että tilanteessa jossa toimintakykyisyys on jo ollut uhattuna, saattaa jokin yksittäinen, sinänsä harmiton ja hoidettavissa oleva tilanne, esimerkiksi tapaturma, johtaa elämisen ja selviytymisen mahdollisuuksien romahtamiseen hyvinkin lyhyessä ajassa. (Laukkanen 2008, 261-272.)

Jyrkämä (2008, 273-279) lähestyy toimintakykyä sosiaaligerontologisesti ja määrittelee sitä erilaisten toimintatilanteiden kautta. Keskeisenä käsitteenä Jyrkämä käyttää toimijuuden käsitettä. Sosiaaligerontologia tarkastelee vanhenemista ja siihen liittyviä ilmiöitä erityisesti sosiaalisesta näkökulmasta, yhteisön ja yhteiskunnan vanhenemiseen liittyville ilmiöille antamien merkitysten kautta. Sosiaaligerontologiassa toimintakyvystä keskusteltaessa ollaan toimintakyvyn olemassa olon sijasta kiinnostuneempia siitä miten ja mihin toimintakykyä käytetään. Toimijuuden näkökulmasta katsottuna oleellisinta on sijoittaa toimintakyky arjen tilanteisiin ja toimintakäytäntöihin. Toimijuudessa erotetaan kuusi modaalista ulottuvuutta. Se erotellaan osaamiseksi, kykenemiseksi, haluamiseksi, täytymiseksi, voimiseksi ja tunteumiseksi. Tällöin toimintakyvyn tarkastelu saavuttaa dynaamisemman ja sosiologiaan paremmin sopivan lähtökohdan.

### 3.2 Iäkkäiden kaatumistapaturmat ja niiden ehkäiseminen

Suurin osa ikäihmisten sairaalahoitoa vaativista vammoista ja tapaturmaisista kuolemista on kaatumisen seurauksena syntyneitä. Kaikista kaatumisista noin viisi prosenttia aiheuttaa murtuman. 90 prosenttia lonkkamurtumista on aiheutunut kaatumisen seurauksena, vaikka kaatumisista ainoastaan 1-2 prosenttia aiheuttaa lonkkamurtuman. (Mänty, Sihvonen, Hulkko, Lounamaa 2006, 9.) On huomioitavaa, että kerran kaatuneista noin puolet kaatuvat uudestaan kaatumista seuraavan vuoden aikana. Kotona asuvista yli 65-vuotiaista noin kolmannes kaatuu vähintään kerran vuodessa. Palvelukodeissa ja laitoksissa asuvista joka toinen kaatuu vähintään kerran vuodessa. Kaatumis- tai putoamistapaturma on yleisin ei-sairausperäinen kuolinsyy yli 65-vuotiailla. (Mankinen 2011, 13.) Lonkkamurtuman jälkeen iäkäs henkilö saavuttaa vain harvoin tapaturmaa edeltävän omatoimisuuden asteen. Noin viidennes tapauksista joutuu pysyvästi laitoshoitoon ja huomattava osa kuolee lonkkamurtumaa seuraavan vuoden aikana. (Mänty ym. 2006, 9.)

Kaatumisten ehkäisyn kannalta on tärkeää tunnistaa ja tiedostaa kaatumisen taustalla vaikuttavia tekijöitä. Kaatuminen on yleensä aina seurausta useamman tekijän yhteisvaikutuksesta. Iän myötä ihmiseen itseensä liittyvien tekijöiden merkitys korostuu kaatumisen taustalla. Kaatumisten ehkäisy perustuu yksilöllisesti toteutettuun riskien arviointiin sekä laaja-alaisesti

moniammatillisena yhteistyönä toteutettuun kaatumisen ehkäisyohjelmaan. (Mänty ym. 2006, 11.)

Kaatumisen syyt voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoiisiin tekijöihin. Sisäiset tekijät ovat iäkkään henkilön ominaisuuksia, kuten esimerkiksi sairaudet ja käytössä oleva lääkitys. Ulkoisilla tekijöillä puolestaan tarkoitetaan ympäristöön liittyviä tekijöitä kuten valaisu, matot ja jalkineet sekä erilaiset apuvälineet. Yleisimpiä kaatumisen vaaratekijöitä iäkkäillä henkilöillä ovat aiemmat kaatumiset, heikentynyt liikkumiskyky ja lihasvoima, tasapaino-ongelmat, sairaudet, lääkitys, heikentynyt näkö, kaatumisen pelko, liikkumisapuvälineen käyttö, inaktiivisuus sekä yli 80-vuoden ikä. (Mänty ym. 2006, 11-17.)

lääkäiden henkilöiden kaatumistapaturmia voidaan vähentää merkittävästi puuttamalla eri sisäisiin ja ulkoiisiin vaaratekijöihin. On tärkeää, että iäkkäät itse sekä heidän parissaan työskentelevät ammattilaiset tiedostavat kaatumisen riskitekijöitä ja keinoja, joilla niihin voidaan vaikuttaa. Useisiin vaaratekijöihin kohdistuvilla ennaltaehkäisytoimilla ikääntyneiden kaatumisia voidaan vähentää arvioiden mukaan jopa 45 prosenttia. (Mänty ym. 2006, 18-24.)

Vaapio (2009) selvitti väitöskirjatyössään muiden muassa kaatumisen ehkäisyn vaikutuksia elämänlaatuun. Aikaisemman kirjallisuuden perusteella kaatumisen ehkäisyllä oli saatu elämänlaadun kannalta positiivisia vaikutuksia vain muutamassa tutkimuksessa. Vaapion työssä ehkäisyohjelman sisältö muodostui geriatrin tekemästä arvioinnista, terveydenhoitajan antamasta yksilöllisestä kaatumisten ehkäisyohjauksesta, fysioterapeutin ohjaamasta ryhmäliikunnasta, ohjeistetusta kotivoimistelusta, sairaanhoidon opiskelijoiden ohjaamista psykososiaalisista ryhmätoiminnoista kerran kuukaudessa, terveydenhuollon asiantuntijoiden luennoista kaatumisten ehkäisystä sekä terveydenhuollon opiskelijoiden tekemistä kodin vaaratekijöiden kartoituksista. Koe-kontrolliasetelmalla toteutetussa tutkimuksessa kaatumisen ehkäisyohjelmalla voitiin todeta saavutetun joitakin myönteisiä vaikutuksia, jotka näyttäytyivät osin erilaisina eri sukupuolien keskuudessa. Koettu terveys parani sekä naisilla että miehillä koeryhmässä, mutta miehillä paranemista tapahtui myös vertailuryhmässä. Kaatumisen pelko ja turvattomuuden tunteet vähenivät koeryhmään kuuluneilla naisilla. (Vaapio 2009, 28-29, 35-36, 44-64.)

Kaatumisen ehkäisyyn liittyvistä interventioista ja niiden vaikutuksista murtumien syntymiselle on ollut haasteellista saada näyttöä ja edelleen vahva tutkimuksellinen näyttö ehkäisyohjelmien tehokkuudesta puuttuu. Ilmiön monimuotoisuuden vuoksi näitä vaikutuksia on usein vaikeata mitata luotettavasti ja kattavasti ainakaan kvantitatiivisia menetelmiä käyttämällä. Tämän ei kuitenkaan pitäisi johtaa interventioista luopumiseen, koska Jämsenin mukaan niillä saattaa olla ”piiloon jääviä positiivisia” vaikutuksia kaatumisten ehkäisytyössä ja näin ollen niiden avulla voidaan saavuttaa muita myönteisiä vaikutuksia. (Jämsen 2009.)

Kaatumisvaaran arvioinnin tulisi olla kiinteä osa perusterveydenhuollon toimintaa. Tavoitteena on tunnistaa kaatumisvaaralle alttiina olevat henkilöt riittävän aikaisessa vaiheessa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää henkilöihin, jotka ovat hakeutuneet hoitoon kaatumistapaturman seurauksena. Sen lisäksi kaikilta yli 65-vuotiailta tulee terveydenhuollon eri kontakteissa tiedustella kaatumisista vuoden sisällä. Kaikki toistuvasti kaatuneet, tai kerrankin kaatuneet jos heillä on lisäksi kaatumisen pelkoa tai tasapaino- ja/tai kävelyongelmia, tulisi ohjata yksilölliseen kaatumisvaaran arviointiin. Kaikille ikääntyville ja heidän läheisilleen tulee lisäksi jakaa tietoa kaatumisen riskitekijöistä sekä niiden ehkäisystä. (Mänty ym. 2006, 28-29.)

Lonkkamurtuma potilailla on suurentunut riski kaatua uudestaan ja saada uusi lonkkamurtuma. Suomalaisen selvityksen mukaan noin 20 prosenttia potilaista oli kaatunut uudestaan vähintään kerran seuranta-aikana (5 kk). Suurin riski kaatua uudestaan oli niillä, joilla oli havaittavissa useita eri riskitekijöitä kaatumiselle. Selvityksen perusteella lonkkamurtumapotilaiden kokonaisvaltaisella geriatrisella arvioinnilla voitiin tunnistaa ja vaikuttaa useisiin kaatumisten riskitekijöihin. Erityisen voimakkaasti selvityksessä tuli esiin muistihäiriöiden alhainen diagnosoiminen verrattuna niiden todelliseen esiintymiseen. (Korpi, Luukkala, Jäntti, Jämsen, Tuurihalme, Risku, Haanpää, Jokipii, Nuotio 2013.)

#### 4 Kaatumisen pelko - käsitteen tarkastelua turvattomuuden ja yksinäisyyden näkökulmista

##### 4.1 Kaatumisen pelon ja toimintakyvyn heikkenemisen kehämäinen prosessi

Ikääntyneiden yleinen pelko on kaatumisen pelko (Mankinen 2011, 7-8). Kaatumisen pelon huomioinnissa osana lonkkamurtumapotilaan kuntoutumista ja kotiutumista konkretisoituu useita keskeisiä Sosiaali- ja terveysministeriön (2013, 21-24) linjaamia näkökulmia hyvän ikääntymisen turvaamisen ja palveluiden kehittämisen kannalta. Sosiaali- ja terveysministeriön linjauksen mukaisesti ikääntyvän elämänlaadun kannalta paras paikka asua ja elää on oma koti niin pitkään kuin suinkin mahdollista. Omassa kodissa ja elinympäristössä eläminen tukevat ikääntyvän itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden toteutumista. Lisäksi se mahdollistaa mielekkään tekemisen ja oman näköisen elämän elämisen.

Omassa kodissa asuminen asettaa vaatimuksia terveyden ja toimintakykyisyyden ylläpitämiselle ja edistämiseksi. Toimintakykyä voidaan tukea muiden muassa oikea-aikaisten ja vaikuttavien sosiaali- ja terveystalveluiden toteutumisella. Lisäksi laatusuosituksessa korostetaan huomion kiinnittämisestä erityisesti riskiryhmiin. Yhden merkittävän riskiryhmän muodostavat henkilöt, jotka ovat erityisen alttiita kaatumiselle (esimerkiksi ovat kaatuneet aikaisemmin tai ovat hoidossa kaatumisen seurauksena tulleen vamman vuoksi). Myös turvattomuuden kokeminen on mainittu tekijänä, joka lisää riskiä toimintarajoitteille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013:11, 24-29.)

Kaatumista pelätään sen mahdollisten seurauksien vuoksi, ja se heikentää luottamusta omaan liikkumiskykyyn ja selviytymiseen merkittävästi. Joskus pelko voi liittyä myös siihen, että kaaduttuaan ei pääse itse ylös eikä pysty hälyttämään apua. Kaatumisen pelon huomiointi on tärkeää, koska se johtaa usein liikkumisen vähentämisen kautta toimintakyvyn heikentymiseen, mikä taas edelleen lisää riskiä kaatumistapahtumalle. Kaatumisen pelosta tulisi keskustella ikääntyvän ihmisen kanssa syiden selvittämiseksi. Ulkoinen ympäristö ja esimerkiksi erilaiset hälytysjärjestelmät tulee rakentaa sellaisiksi, että ne kannustavat liikkumiseen. Fyysisellä harjoittelulla voidaan paitsi parantaa suorituskykyä ja liikkumisvarmuutta, niin myös auttaa henkilöä luomaan realistinen kuva omista kyvyistään ja lisätä uskoa omaan selviytymiseen. (Mäntä ym. 2006, 23.)

Nupponen (2012) toteaa, että vaikka kaatumispelko on jo pitkään tunnistettu kaatumisen itsenäiseksi riskitekijäksi, on kaatumiseen liittyvien psykologisten tekijöiden tunteminen yhä varsin vähäistä. Yksi keskeinen tutkimusta rajoittava tekijä Nupposen mukaan onkin ollut luotettavien mittareiden puute. Kaatumisen pelon vaikutusta epävarmuuteen päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä on arvioitu esimerkiksi Activity spesific Balance Confidence (ABC) -testistön avulla. Sen avulla henkilö arvioi omaa käsitystään selviytymisestään erilaisissa arjen

haastavissa tilanteissa, kuten esimerkiksi tuolilla kurkottelun tai liukkaalla alustalla kävelemisen yhteydessä. (Mänty ym. 2006, 23.) 2000-luvulla käynnissä olleessa ProFaNE-hankkeessa on kehitetty itsenäisesti eläville ikääntyville ja ikääntyneille tarkoitettu kaatumishuolestuneisuuskyseily, FES-1-kysely. Mittaria on kehitetty pitkään ja kehitetään edelleen. Tärkeä osa kehittämistyötä on ollut erilaisiin toimintaympäristöihin ja eri kielialueille kehitetyt sovellukset mittarista. Suomalaista käyttöä varten on laadittu FES-1-FIN -versio. (Nupponen 2012.)

Friedman, Munoz, West, Rubin ja Fried (2002) halusivat selvittää kaatumisen ja kaatumisen pelon välistä ajallista yhteyttä. He totesivat, että sekä kaatuminen ja kaatumisen pelko olivat molemmat selkeitä riskitekijöitä kaatumistapahtumalle. Suurin riski kaatua oli niillä, jotka ilmoittivat tuntevansa kaatumisen pelkoa ja jotka sen vuoksi olivat vähentäneet fyysistä aktiivisuutta ja muuta toimintaansa. Heidän tuloksensa vahvistivat käsitystä kaatumisen pelon, fyysisen inaktiivisuuden ja kaatumisen kehämäisestä ilmentymisestä. Friedman ja kumppanit totesivatkin, että sekä kaatumista että kaatumisen pelkoa kannattaa yrittää ennaltaehkäistä, koska toisen ehkäisy edelleen vaikuttaa myös toisen kehittymiseen. Sekä kaatuminen että kaatumisen pelko saattavat johtaa toimintakyvyn heikentymiseen ja sitä kautta elämän laadun huononemiseen sekä laitostumiseen.

#### 4.2 Turvattomuuden tunteen merkitys kaatumisen pelon taustalla

Kaatumisen pelkoa voidaan lähestyä myös pohtimalla turvattomuuden tunteen näyttäytymistä ikääntyneiden keskuudessa. Tutkimusten perusteella ikääntyneet kokevat turvattomuutta muita ikäluokkia enemmän. Turvattomuuden aiheuttajia on monia. Ne liittyvät esimerkiksi asumiseen, liikkumiseen ja rikoksen uhriksi joutumiseen. (Mankinen 2011.)

Turvallisuuden tunne muodostuu objektiivisesta ja subjektiivisesta turvallisuudesta. Objektivistista turvallisuutta voidaan havainnoida esimerkiksi tilastojen avulla sekä arvioida erilaisten tapahtumien todennäköisyyttä yksittäisen ikäihmisen kohdalla. Subjektiivisella turvallisuudella tarkoitetaan ihmisen kokemaa turvallisuutta. Se on käsitteenä laajempi ja monimutkaisempi kuin objektiivien turvallisuus, koska siinä merkittävä osuus on elämänhallintaan ja sosiaaliseen turvallisuuteen liittyvillä seikoilla. Objektiiivinen ja subjektiivinen turvallisuuden tunne eivät siksi useinkaan kohtaa toisiaan. (Mankinen 2011, 7-8.)

Toimintakyvyn heikentyminen ja yksinäisyys ja yksin asuminen selittävät heikkoa turvallisuuden tunnetta. Turvattomuuden tunne rajoittaa ihmisen toimintaa arjessa merkittävästi sekä heikentää sosiaalisten suhteiden ylläpitoa ja saattaa pahimmillaan aiheuttaa syrjäytymistä. Näiden tekijöiden kehämäisestä vaikutuksesta toimintakyky ja luottamus omaan selviytymiseen heikentyvät entisestään, mikä taas edelleen lisää alttiutta kaatumisille ja tapaturmille. Turvallisuutta arvioitaessa on keskeistä luoda käsitys ikääntyvän henkilön elämäntilanteesta

kokonaisuutena. Tämän tavoitteen toteutumisen esteenä on usein se, että asiantuntijat keskittyvät omalle osa-alueelleen, mikä ei edistä totuudenmukaisen kokonaiskuvan muodostumista. (Mankinen 2011, 5-8.)

Savikko, Routasalo, Tilvis ja Pitkälä (2006) selvittivät kotona ja palvelutalossa asuvien ikääntyneiden kokemaa yleistä turvattomuuden tunnetta ja miten se on yhteydessä yksinäisyyden kokemiseen, psyykkiseen hyvinvointiin, sosiaaliseen eristäytyneisyyteen sekä sosiaalisten kontaktien määrään ja tyydyttävyyteen. Tulosten perusteella noin yhdeksän prosenttia vastaajista koki turvattomuutta. Turvattomuuden kokemuksen ymmärtäminen on keskeistä pohdittaessa keinoja, joilla ikääntyvien kotona mahdollisimman pitkään asumista voidaan edistää.

#### 4.3 Yksinäisyys ikäihmisten haasteena

Yksinäisyyden merkityksestä suomalaisessa yhteiskunnassa on oltu viime vuosien aikana lisääntyvästi kiinnostuneita. Myös vanhuusiän yksinäisyys on alettu nähdä merkittävänä ikääntyneiden hyvinvointiin ja elämänlaatuun vaikuttavana tekijänä. Suomalaisissa tutkimuksissa (Savikko ym. 2006; Tiikkainen 2006) noin 10 prosenttia ikääntyvistä on ilmaissut kokevansa itsensä yksinäiseksi. Jossain määrin yksinäisyyttä kokevien joukko oli Tiikkaisen tutkimuksessa (2006, 64-65) jo selvästi suurempi, noin kolmasosa. Tiikkaisen (2006, 34-35) selvityksen mukaan yksinäisyyden kokemus lisääntyy vanhemmaksi tultaessa, mutta toisaalta myös liikettä toiseen suuntaan taphtui jonkin verran.

Yksinäisyyden kokemuksen taustalla saattaa olla masentuneisuutta, leskeys, yksin asuminen, huonoksi koettu terveys ja alentunut toimintakyky. Yksinäisyyden tunteen lievittämisessä tärkeimmäksi tekijäksi nousi se, että tarvittaessa on mahdollisuus saada apua. Terveiden ja toimintakyvyn heikkeneminen ja erilaiset ihmissuhteiden menetykset altistavat ihmisen yksinäisyydelle. Näiden ulkoisten tapahtumien lisäksi yksinäisyyden kokemukseen vaikuttavat myös persoonallisuuspiirteet, elämänhistoria, omat odotukset ja tavoitteet sekä ikääntyvän käytössä olevat sopeutumiskeinot. Yksinäisyyden tunteiden kehittyminen on monitahoinen ilmiö ja myös interventioiden, joita sen torjumiseksi kehitetään, tulisi olla riittävän laaja-alaisia ja yksilöllisesti suunniteltuja. (Tiikkainen 2006, 64-65.)

Yksinäisyyttä tarkasteltaessa on kuitenkin huomioitava myös se, että kaikki yksinäisyys ei ole kielteistä. Osa ihmisistä kokee yksin olemisen myönteisenä ja heille se on vapaaehtoinen valinta. Heillä yksinäisyys mahdollistaa rauhoittumisen ja luovuuden ja saattaa olla edellytys jaksamiselle. Keskeistä yksinäisyyden kokemuksen ymmärtämisessä on, että ei-toivottuna se aiheuttaa kokijalleen kärsimystä, jota vain hän voi määrittää omista henkilökohtaisista lähtökohdistaan. (Hakala 2007, 104-108.)



Yhteiskunnassa tapahtuvat niin rakenteelliset kuin asenteellisetkin muutokset vaikuttavat myös siihen millaiseen rooliin ikääntyvä ihminen yhteiskunnallisesti asettautuu, ja toisaalta miten helppoa tai vaikeata on luoda toimivia sosiaalisia suhteita ja tuntea itsensä ja elämänsä merkitykselliseksi. Perheellä on aina näihin päiviin saakka ollut keskeinen asema yhteiskunnallisena instituutiona. Eri aikakausina perhekuva on kuitenkin ollut erilainen. Ominaista tässä kehityksessä on ollut se, että aikojen saatossa eri sukupolvien välinen yhteinen elämä ja asuminen ovat koko ajan vähentyneet. Pienien perheyksiköiden hyvinvointiyhteiskunnissa tyypillistä on se, että yhteiskunta on alkanut huolehtia tehtävistä, jotka aikaisemmin kuuluivat perheelle. Yksi näistä keskeisistä tehtävistä on vanhusten hoivaan ja hoitoon liittyvä työ. (Marin 2008, 64-75.) Yksin asumisen on todettu olevan riskitekijä yksinäisyydelle sekä muutenkin tekevän ikääntyvästä ihmisestä erityisen haavoittuvan, koska muuttuvissa usein äkillisissäkin avun tarpeen tilanteissa ihmisellä ei välttämättä ole ketään keneltä pyytää apua. Yksin asuvista erityisen hankalassa tilanteessa ovat vielä ne, jotka asuvat syrjässä kaukana palveluista ja läheisistä ihmisistä. (Hakala 2007, 104-108.)

Yksinäisyyden kokeminen on myös vahvasti kulttuurisidonnaista (Hakala 2007, 104-108). Erilaiset kulttuurit tuovat esiin erilaisia suhtautumistapoja niin vanhenemiseen kuin myös ikääntyvien asemaan ja heidän tarpeistaan huolehtimiseen (Sarvimäki 2008, 88-89). Etelä-Euroopan maissa, joissa yksin asuminen ei ole niin yleistä kuin Pohjois-Euroopan maissa, ikääntyneet myös kokevat yksinäisyyttä voimakkaammin tilanteissa, joissa tiivis perheyhteisö ei jostain syystä toteudu (Hakala 2007, 104-108).

Turvattomuus ja yksinäisyys osoittautuivat yhtäläillä haasteellisiksi määritellä kokemuksellisista lähtökohdista. Ne liittyvät kiinteästi toisiinsa, mutta niiden keskinäisiä vaikutussuhteita ei ole pystytty määrittelemään. Turvattomuuden tunne on yhteydessä hekko-osaisuuteen, naissukupuoleen, sairastamiseen ja heikkoon toimintakykyyn. Kaikkein vahvin yhteys tuli esiin kuitenkin läheisten ihmissuhteiden tyydyttymättömyyden sekä koetun yksinäisyyden kanssa. Myös yhteys muuhun henkiseen hyvinvointiin näyttäytyi tuloksissa. (Savikko ym. 2006.) Kulkevatpa syy-seuraussuhteet yksinäisyyden ja turvattomuuden kokemuksen välillä miten päin tahansa, selvää kuitenkin on, että molemmat kokemukset ja ilmiöt heikentävät ikääntyvän elämänlaatua ja ovat vaaratekijöitä kotona selviytymiselle.

## 5 Onnistunut kotiutuminen on kuntoutumisprosessin maali

Kuntoutus eli rehabilitaatio käsite on muuttunut aikojen ja erilaisten yhteiskunnallisten olosuhteiden vaikutuksesta. Aluksi puhuttiin kuntouttamisesta ja sittemmin alettiin käyttää kuntoutus käsitettä. Kuntoutuminen käsitteellä on haluttu korostaa asiakkaan eli kuntoutuksen roolia prosessissa. (Järvikoski 2013, 8-11.)

Kotiutumista on kuvattu prosessina, joka muodostuu toiminnan suunnittelusta, tavoitteiden ja keinojen määrittämisestä sekä toteutuksesta ja arvioinnista. Kotiutumisprosessin tarkoituksena on, että potilas siirtyy sujuvasti ja turvallisesti sairaalasta joko kotiin, toiseen hoitolaitokseen, palveluasuntoon tai läheisen luokse asumaan. Kotiutumisprosessin tulisi käynnistyä huolellisella arvioinnilla jo heti hoitajakson alettua. Erityistä huomiota tulee kiinnittää erityistä tukea tarvitsevien potilaiden tunnistamiseen varhaisessa vaiheessa. (Hammar 2008, 21-28, 56-62.)

Vanhusten ja muidenkin sairaalasta kotiutuvien henkilöiden kuntoutustarvetta ei aina havaita riittävän varhaisessa vaiheessa. Tästä seurauksena saattaa olla, että sairaalassa oloaika pidentyy tarpeettomasti, mistä taas seurauksena voivat olla huomattavat menetykset toimintakyvyssä. Kotiutuminen saatetaan myös toteuttaa huonosti valmisteltuna, jolloin ei esimerkiksi ole riittävän perusteellisesti selvitetty kotona selviytymisen edellytyksiä. Vaarana tällöin on, että henkilö palaa sairaalaan pian kotiuttamisen jälkeen uudestaan. (Järvikoski 2013, 61.)

Eri toimijat arvioivat kotiutumisen onnistumista omista lähtökohdistaan käsin. Potilaan mielestä kotiutuminen on onnistunut, jos hän selviytyy kotona ja joko toipuu sairaudestaan tai sopeutuu elämään sen kanssa. Omaiset näkevät tärkeänä potilaan toiminnoista selviytymisen sekä oman tietoisuutensa lisääntymisen siitä, miten he voivat tukea läheistään. Potilaiden ja omaisten mielestä keskeistä on, että prosessi on edennyt rauhallisesti ja heillä on ollut riittävästi aikaa omaksua siihen liittyvät asiat. Myös yksilöllisyys sekä prosessiin osallistuminen nähtiin tärkeinä. Hoito- ja hoiva-alan ammattilaiset kiinnittävät huomiota hoivan ja hoidon tarpeeseen kokonaisuutena. Lääkäri taas arvioi lääketieteellisen hoidon onnistumista, potilaan toimintakykyä sekä sairaalassa myös potilasvirtojen kehittymistä. (Hammar 2008, 21-28.)

Japanilaisessa survey-tutkimuksessa (Kondo, Sada, Ito, Yamaguchi, Horii, Adachi, Fujimoto 2014) selvitettiin lonkkamurtumapotilaiden arjessa kokemia vaikeuksia sekä potilaiden ja heidän läheistensä käsityksiä siitä, miten hoitoa ja kuntoutusta tulisi kehittää. Eniten ongelmia arjessa aiheuttivat kivut ja liikkumiseen liittyvät ongelmat. Erityisesti wc-asiointiin liittyvät seikat arvioitiin tärkeiksi. Sosiaalisten kontaktien koettiin vähentyneen erityisesti siksi, että yksin ulkona liikkuminen ei enää onnistunut. Ahdistusta koettiin liikkumiskyvyn toipumiseen

sekä epävarmaan tulevaisuuteen liittyen. Kuntoutukselta toivottiin eniten, että kuntoutuksessa säilytettäisiin jatkuvuus ja kontakti samaan hoitaneeseen sairaalaa koko prosessin ajan sekä myös kotiutumisen jälkeen. Vastauksissa tuotiin esiin, että matkustaminen kuntoutukseen koettiin raskaana ja hankalana.

Käytännön kuntoutus lähtee liikkeelle tyypillisesti jonkin lääketieteellisen diagnoosin tai tapahtuman myötä. Tällöin ensiarvoisen tärkeää on, että tapahtuman äkillisyydestä huolimatta kuntoutuksen lähtökohdaksi kyetään jo alkutilanteesta lähtien nostamaan ikääntyvän ihmisen elämäntilanteen ja toimintakykyisyyden kokonaisvaltainen arvioiminen. Kaiken toiminnan tulee myös perustua yksilöllisesti rakennettuun ja elämänlaatuun tähtäävään kuntoutussuunnitelmaan. (Pikkarainen 2013, 20-23.)

Ikääntyneiden palveluiden suunnittelussa tulee mahdollistaa iäkkään henkilön aito osallistuminen omien palveluidensa ja hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon. Iäkkään niin halutessa myös hänen omaisilleen ja läheisilleen tulee tarjota mahdollisuus osallistua asioiden käsittelyyn sekä päätöksentekoon. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2013, 17-21.) Asiakaslähtöisyyden lähtökohdista kuntoutuksessa ovat yhteistyö kuntoutujan kanssa, jaetun toimijuuden periaatteet sekä yhteiset tavoitteet. Asiakaslähtöisyyden perustana toimivat kuntoutujan autonomia ja itsemääräämisoikeus. Yhteisillä tavoitteilla tarkoitetaan sitä, että asiakkaan itse asettamat elämäntavoitteet ovat linjassa kuntoutussuunnitelman tavoitteiden kanssa. (Järvikoski 2013, 21-24.)

Asiakaslähtöisyyden lisäksi kuntoutumisprosessissa tulisi selkeästi näkyä suunnitelmallisuus, moniammatillisuus sekä pitkäjänteisyys. Kuntouttavan työtteen periaatteesta ja toimintatavasta on tullut vallitseva muiden muassa vanhustyön ja ikääntyneiden hoitotyön alueella. Kuntouttavaa työtä luonnehditaan jatkuvana, tavoitteellisena ja voimavaralähtöisenä toimintana. Se edellyttää myös potilaan tai kuntoutujan omaa aktiivisuutta, voimavaroja sekä pitkäjänteisyyttä. Tukemalla potilaan itsemääräämisoikeutta ja omatoimisuutta tavoitellaan mahdollisimman itsenäistä selviytymistä sekä elämänhallinnan tunteen saavuttamista. (Järvikoski 2013, 21-24, 63.)

Kuntoutus on perinteisesti liitetty vahvasti fyysisten ja jossain määrin myös psyykkisten toimintojen yhteyteen. Tilanteessa, jossa yksilön fyysinen toimintakyky vakavasti vaarantuu äkillisesti, esimerkiksi lonkkamurtuman yllättäessä, on luonnollista että fyysisen kuntoutuksen merkitys korostuu. Kuntoutumisen sosiaalisen prosessin näkökulmasta toimintakykyisyys pitäisi nähdä kuitenkin paitsi yksilön ominaisuuksien ja pystyvyyden näkökulmasta niin myös ympäristön tarjoamien merkitysten ja mahdollisuuksien valossa. Selviytymisen edistäminen muuttuneessa tilanteessa vaatii sitä, että kuntoutuksen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen tähtäävien toimien tulee olla osa ikääntyvän ihmisen arkea. (Jyrkämä 2007, 153-159.)

Moniammatillisuus korostuu gerontologisessa kuntoutustyössä, minkä pyrkimyksenä on auttaa ikääntyvää jäsentämään ja hyväksymään omaan elämänsä liittyviä vaiheita ja tapahtumia sekä mahdollistaa kuntoutujalle oman minuuden käsittely vanhuuden eri vaiheissa. Tavoitteena on myös sopeutua väliaikaisiin tai pysyviin fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin muutoksiin, tukea itsemääräämisoikeuden, koskemattomuuden sekä ainutlaatuisen yksilöllisyyden toteutumista ja mahdollistaa oman elämänsä päätymisen käsittely. Gerontologisen kuntoutuksen määritelmän avulla on tarkoitus korostaa, että yksittäisessä kuntoutustilanteessa, kuten esimerkiksi lonkkamurtuman jälkeen, tulee huomioida yksilön vanhuuden ikävaihe ja sen aiheuttamat vaatimukset peruslähtökohtana kuntoutumiselle. (Pikkarainen 2013, 17-19.)

Toteutetussa PALKO-projektissa (Palveluja yhteen sovittava kotihoito- ja kotiuttamiskäytännön kehittäminen ja testaaminen) haluttiin arvioida PALKO-mallin vaikuttavuutta ja kustannusvaikutuksia. Mallin keskeisiä ajatuksia ovat eri toimijoiden käytäntöjen ja tavoitteiden yhdenäistäminen, hoidon koordinoiminen ja vastuiden selkeys sekä tiedon viiveetön ja järjestelmällinen siirtäminen kaikkien asianosaisten kesken. Johtopäätöksenä todettiin, että kiinnittämällä huomiota PALKO-mallissa esiin nostetuille osa-alueille kotiuttamisessa ja kotihoidon toteuttamisessa, voidaan palveluja mahdollisesti tuottaa ikääntyneille entistä tehokkaammin. (Hammar 2008, 4-5, 56-62.)

## 6 Iäkään potilaan ohjaamisen erityispiirteitä

Ohjaus on keskeinen osa asiakkaan hoitoa ja sitä toteutetaan suunnitelmallisesti erilaisissa ohjaustilanteissa osana muuta hoitoa (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen, Renfors 2007, 5-6). Ohjaamisen merkitys korostuu myös kuntoutuksen näkökulmasta tarkasteltuna esimerkiksi osana kuntoutusviestintää (Pikkarainen 2013, 100). Ohjaamisesta käytetään myös käsitteitä neuvonta, terveysneuvonta, opetus ja tiedon antaminen. Ohjauksen avulla pyritään kannustamaan ja auttamaan asiakkaita hoidolle asetettujen tavoitteiden toteutumisessa sekä edistämään asiakkaan kotona selviytymistä ja vähentämään yhteydenottoja hoitajakson jälkeen. (Kyngäs ym. 2007, 5-6.)

Kaiken onnistuneen ohjauksen lähtökohtana on hoitajaan ja erityisesti asiakkaaseen liittyvien taustatekijöiden riittävä tunteminen ja tunnistaminen. Ongelmana käytännössä kuitenkin usein on, ettei lähtötilanteen arviointiin kiinnitetä riittävästi huomiota. Ikääntyneiden ohjaamisessa erityistä haastetta aiheuttavat usein juuri erilaiset fyysiset rajoitteet tai muistihäiriöt. Ikääntyneen asiakkaan ohjaamisen suunnittelussa tuleekin kiinnittää huomiota ydinasioihin. Ohjaustilanteiden tulee myös olla kestoaltaan riittävän lyhyitä ja samaa asiaa on usein toistettava useammankin kerran. (Kyngäs ym. 2007, 25-38.)

Kääriäisen, Kyngäksen, Ukkolan ja Torpan (2006) selvityksen mukaan terveydenhuoltohenkilöstöllä oli eniten puutteita kuntoutumiseen liittyvissä tiedoissa. Vuorovaikutus ja hoitoon valmistamiseen liittyvät taidot olivat hyvät, kun taas potilaiden itsehoitoon tukemisessa ei oltu niin vahvoja osaajia. Ohjausmenetelmistä selkeästi käytetyin oli yksilöllinen ohjaus. Muita ohjausmuotoja käytettiin vähän ja ne hallittiin huonosti. Ohjauksessa pyrittiin huomioimaan potilaan aktiivisuuden tukeminen, mutta sen sijaan potilaan elämäntilannetta ei niin hyvin osattu ottaa kokonaisvaltaisesti huomioon.

Eloranta, Katajisto ja Leino-Kilpi (2014) selvittivät hoitotyöntekijöiden toteuttamaa potilaslähtöistä ohjausta ja tarkastelivat siinä tapahtuneita muutoksia vuosien 2001 ja 2010 välillä. Vuosikymmenen kuluessa hoitotyöntekijöiden käsitykset potilasohjaustaidoistaan olivat parantuneet ja ohjauksen sisältö oli monipuolistunut. Tarkasteluajanjaksona oli kuitenkin tapahtunut heikentymistä potilaan ohjaustarpeen arvioinnin, tavoitteiden asettamisen ja ohjauksen tuloksellisuuden arvioinnin osa-alueilla. Elorannan, Leino-Kilven, Katajiston ja Valkeapään (2015) ortopedisten potilaiden voimavaraista potilasohjausta ja sen toteutumista käsitelleessä tutkimuksessa todettiin, että ohjauksessa tulisi vahvistaa läheisten kanssa tehtävää yhteistyötä ja ottaa läheiset kiinteämmin mukaan ohjaukseen. Läheisten rooli on usein erittäin merkittävä kuntoutumisprosessissa. Potilaat tarvitsevat heidän tukea ja konkreettista apua

selviytyäkseen arjestaan esimerkiksi kotiutumisen jälkeen. Lisäksi tutkijaryhmä ehdottaa, että perinteisten ohjausmuotojen rinnalla voitaisiin kehittää verkkopohjaisia ohjaussivustoja, joita potilaat ja heidän läheisensä voisivat hyödyntää omien tarpeidensa mukaisesti.

Hyttinen ja Kanerva (2011) ovat kuvanneet iäkkään lonkkamurtumapotilaan ohjausta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Ohjauksen tavoitteeksi oli pääosin asetettu lonkkamurtumapotilaan toimintakyvyn palautumisen lisäksi myös uusien kaatumisten ja uusintamurtumien ehkäisy. Kaatumisten ja uusintamurtumien ehkäisyn osalta ohjaus ei kuitenkaan ollut systemaattista missään vaiheessa hoitoprosessia. Keskeisenä ongelmana oli, että potilaan sitoutuminen oli usein puutteellista, mistä syystä hoito ei enää toteutunut kotihoitovaiheessa.

Kurikkalan, Kääriäisen, Kyngäksen ja Elon (2015) varsin tuoreen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen lähtökohtana on niin ikään ollut hoitoon sitoutumisen haasteellisuus ikääntyneiden potilaiden kohdalla. He selvittivät millaisia interventioita sitoutumisen parantamiseksi on kehitetty ja miten vaikuttavia ne ovat olleet. Tulosten perusteella voitiin todeta, että ikääntyneen hoitoon sitouttamisen edistämiseksi ovat olleet tehokkaita niin yksilö- kuin ryhmäohjausmenetelmät. Lisäksi myönteistä näyttöä on saatu erilaisista teknologiapainotteisista interventioista myös ikääntyneiden ohjauksessa käytettynä. Ohjauksen avulla on voitu lisätä ikääntyneen hoitoon liittyviä tietoja, korjata ja vahvistaa hoitoon liittyviä uskomuksia sekä edistää hoitoon sitoutumista. Minäpystyvyydellä (self-efficacy) on keskeinen merkitys hoitoon sitoutumisessa. Vahva minäpystyvyyden tunne kannustaa ikääntyntä pyrkimään eteenpäin ja sitoutumaan hoitoonsa. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella esimerkiksi vertaisohjaajan toteuttamat ryhmäkeskustelut vahvistivat ikääntyneen minäpystyvyyttä, henkilökohtaisia voimavaroja sekä muutoshalukkuutta merkittävästi.

Korpi ym. (2013) toivat esille, että huomattavalla osuudella lonkkamurtumapotilaista voitiin todeta ongelmia kognitiivisessa suoriutumisessa. Jopa 75 prosentilla heidän tutkimukseensa osallistuneista lonkkamurtumapotilaista voitiin todeta kognitiivisen suoriutumisen häiriintyneen, vaikka ennen lonkkamurtuman toteamista muistihäiriö oli todettu ainoastaan alle 20 prosentilla osallistujista.

De Vries (2013) on tehnyt yhteenvetoa tekijöistä, joiden avulla voidaan edistää vuorovaikutuksen onnistumista dementoituneen henkilön kanssa. Keskeistä muistihäiriöisen potilaan kohtaamisessa on kiinnittää erityistä huomiota hyväksyvän ja rauhallisen ilmapiirin luomiseksi. Aikaa ohjaamiselle tulee varata riittävästi ja ohjattavalle tulee tarjota runsaasti henkilökohtaista huomiota. On tärkeää, että tunnetaan ikääntyvän elämäntarina, koska tällöin ohjattava asiasisältö on helpompi esittää sellaisessa muodossa, että ikääntyvä pystyy liittämään uuden tiedon jo aikaisemmin oppimiinsa asioihin. Ohjaustekniikoissa kannattaa käyttää säästeliäästi puhuttua kielellistä ilmaisua ja kiinnittää enemmän huomiota kuuntelemiseen ja esimerkiksi

koskettamiseen. Ohjauksen tuloksia on voitu lisätä myös siten, että käytettiin enemmän avoimia kysymyksiä ja annettiin positiivista palautetta. Sitoutunut, lämmin, vähemmän autoritaarinen ja hyväksyvä ohjaaja saa aikaan parempia tuloksia muistihäiriöisten potilaiden kanssa.

Kyngäs ja kumppanit (2007, 38-40) korostavat niin ikään ohjaussuhteen vuorovaikutuksellisuutta ja sekä potilaan että hoitajan aktiivisuutta siinä. On tärkeää, että sanallinen ja sanaton viestintä puhuvat samaa kieltä, toisin sanoen eivät ole ristiriidassa keskenään. Pikkaraisen (2013, 36-47) mukaan iäkkäiden asiakkaiden kuntoutumisprosessin käynnistyminen ja eteenpäin meneminen vaativat aikaa, mikä tulisi pystyä sovittamaan yhteen kuntoutustyöntekijän usein varsin hektisenkin aikataulun kanssa. Työntekijän tulee pyrkiä ”samantahtisuuteen” kuntoutettavan tai ohjattavan henkilön kanssa, jotta edellytykset luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen kehittymiselle olisivat olemassa. Henkilön tilannetta kartoittaessa ja selvittäessä hänelle tärkeitä asioita, työntekijän tulee antaa tilaa ikääntyneiden usein varsin lavealle tavalle kertoa tilanteestaan ja ajatuksistaan. Syntyykin vaikutelma, että ikääntyvät ja erityisesti ne, joiden kognitiivinen suoriutuminen on joltain osin heikentynyt, ovat erityisen herkkiä aistimaan sanattomia viestejä ja tunnelmia vuorovaikutustilanteissa.

## 7 Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä - prosessin etenemisen kuvaus

### 7.1 Kirjallisuuskatsauksen periaatteita

Kirjallisuuskatsauksessa on koottu yhteen tutkittua tietoa joltakin rajatulta alueelta. Tiedon keräämistä ohjaa tutkimusongelman tai tutkimustehtävän määrittäminen. Kirjallisuuskatsauksia on olemassa erilaisia. Katsaus voi olla narratiivinen kirjallisuuskatsaus, perinteinen kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus tai meta-analyysi. Kokoamalla yhteen johonkin aihekokonaisuuteen liittyvää tutkimusta voidaan luoda kokonaiskuvaa siitä, miten paljon aihetta on tutkittu ja millaista tutkimusta kyseisestä aiheesta on tehty menetelmällisesti ja sisällöllisesti. (Leino-Kilpi 2007, 2; Johansson 2007, 3-7.)

Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan esimerkiksi osoittaa oikeutus tutkimuksen tarpeellisuudelle tai se voi olla osoitus siitä, että joskus tutkimusta ei kannata kyseisestä aiheesta tai näkökulmasta tehdä. Se voi toimia myös teoreettisena viitekehysenä ja sen avulla pystytään rajaamaan aihetta tai sitä voidaan käyttää hakiessa tukea omille näkemyksille ja niiden esittämiselle. (Kääriäinen ja Lahtinen, 2006.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla on tarkoitus löytää erityisesti korkealaatuisesti tehtyjä tutkimuksia sekä häivyttää tarkan valintaprosessin kuvauksen avulla katsauksen tekijän subjektiivista näkemystä aihekokonaisuudesta. (Johansson 2007, 3-7.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemisen vaiheet voidaan jakaa kolmesta yhdeksään. Kolmeen vaiheeseen jaettaessa ensimmäisessä vaiheessa suunnitellaan kirjallisuuskatsauksen tekemisen eteneminen. Toisessa vaiheessa suoritetaan tutkimusten hakeminen suunniteltujen hakusanojen ja -termien avulla mahdollisimman kattavasti eri tietokantoja käyttäen. Myös manuaalisesti tehtävää hakemista suositellaan tietokantahakujen lisäksi. Toinen vaihe käsittelee myös tutkimusten valinnan sisäänotto- ja poissulkukriteerien ohjaamana, tutkimusten analysoinnin sekä synteesin tekemisen. Kolmannessa vaiheessa kirjoitetaan tutkimusraportti. Tärkeä osa systemaattista kirjallisuuskatsausta on myös tutkimusten laadun arviointi. Yleinen käsitys on, että systemaattista kirjallisuuskatsausta tekemään tarvitaan vähintään kaksi tutkijaa, joiden tulee olla yksimielisiä prosessin edetessä muiden muassa tutkimusten valintaan ja käsittelyyn liittyvistä ratkaisuista. Tutkimussuunnitelman huolellinen tekeminen on oleellinen osa kirjallisuuskatsauksen tekemistä. Tutkimuksen kaikki eri vaiheet tulee myös kirjata läpinäkyväksi tutkimusraportissa, jotta hakuprosessi ja analyysit ovat tarvittaessa toistettavissa ja päivitettävissä. (Johansson 2007, 3-7.)



Tässä opinnäytetyössä on haluttu kirjallisuuskatsauksen avulla tuottaa tietoa, jota voidaan edelleen hyödyntää lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisen kehittämisessä. Kaatumisen pelon merkitys lonkkamurtumapotilaiden elämänlaadun ja toimintakyvyn edistämisen kannalta on ilmeisen suuri. Tämän vuoksi kaatumisen pelon parempi huomioiminen myös ohjaamisen, kotiuttamisen sekä kuntoutusprosessin eri vaiheissa on tärkeää. Kirjallisuuskatsauksen tekemisessä on pyritty mukaillen noudattamaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen eri vaiheita ja periaatteita. Tätä kirjallisuuskatsausta ei voida kuitenkaan pitää varsinaisesti systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, koska sen tekemiseen on liittynyt useita työskentelyä rajoittavia tekijöitä, kuten esimerkiksi se, että tiedonhakuun, tutkimusten valintaprosessiin ja tutkimusten analysointiin on osallistunut ainoastaan yksi tutkija.

## 7.2 Opinnäytetyön tiedonhaun eteneminen

Opinnäytetyön tiedonhakuja tehtiin marras-joulukuussa 2015. Tiedonhaun alkuvaiheessa saatiin tukea Laurea Ammattikorkeakoulun tiedonhaun lehtorilta. Tiedonhaku muodostui pääosin sähköisistä hauista. Sähköistä hakuja täydennettiin hakemalla tietoa lopuksi vielä manuaalisesti. Sähköiset haut tehtiin Laurea-ammattikorkeakoulun intra-verkon kautta aineiston hakuun mahdollistaviin opinnäytetyön aiheen kannalta valittuihin keskeisiin kotimaisiin ja kansainvälisiin tietokantoihin.

Keskeinen valintakriteeri on ollut tutkimukselta edellytettävä tieteellinen taso. Aineistojen hakujen yhteydessä kriteeriksi asetettiin vaatimus, jonka mukaan tutkimuksen tuli olla vähintään väitöskirjatasoinen, luotettavan tahon tekemä tutkimusjulkaisu tai vertaisarviointimenetelmän läpikäynyt tieteellinen artikkeli. Tutkimusasetelmalle tai käytetyille menetelmille ei asetettu rajoituksia, sen sijaan tutkimukselta vaadittiin, että sen luotettavuutta sekä tulosten yleistettävyyttä tuli pystyä arvioimaan esitetyn raportin tai kirjoituksen perusteella.

Kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyjen tutkimusten tuli käsitellä iäkkään lonkkamurtumapotilaan kokemaa kaatumisen pelkoa ja sen huomioimista osana kuntoutumista, siten että joko tutkimuksen päätuloksissa tai tulosten osassa oli tuotu esiin sellaista tietoa, jota voitiin käyttää vastatessa opinnäytetyölle asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Periaatteessa tavoitteena oli löytää ikääntyviin lonkkamurtumapotilaisiin liittyvää tietoa, mutta tarkkaa ikärajaa ei kuitenkaan asetettu. Valtaosin aihealueen tutkimuksissa kohderyhmä muodostuu ikääntyneistä henkilöistä. Joissakin tietokannoissa rajauksessa käytettiin esimerkiksi ”older people” rajausmahdollisuutta. Kirjallisuuskatsaukseen haluttiin mahdollisimman tuoretta tutkimustietoa, joten tietokannasta riippuen aikarajoitusta tehtiin joko vuosille 2005-2015 tai runsaasti osumia tuottaneissa tietokannoissa aikarajaa supistettiin viiteen vuoteen (v. 2010-2015). Käytetyt tietokannat, hakusanat, rajaukset sekä hakujen tulokset on esitetty erillisessä taulukossa (liite 1).

Tiedonhaku aloitettiin kotimaisista tietokannoista. Haut tehtiin Laurean omaan kirjaston tietokantaan (FINNA) sekä Melindaan ja Medic-tietokantaan. Hakusanoina käytettiin: lonkkamurtuma, kaatumisen pelko, kaatuminen, pelko ja jännittäminen. Hakusanoja yhdisteltiin ja katkaistiin eri tavoin haun eri vaiheissa. Haku kotimaisin tietokantoihin ei ollut tuloksekas. Finna-tietokanta ei tuottanut yhtään osumaa. Melindasta saatiin yhdellä hakulausekkeella seitsemän osumaa, joista yksi hyväksyttiin otsikon ja tiivistelmän perusteella tarkempaan tarkasteluun. Lähemmän tarkastelun perusteella tutkimus ei kuitenkaan täyttänyt asetettuja valintakriteereitä. Medic-tietokanta haku tuotti erilaisia hakulausekeyhdistelmiä käyttäen yhteensä 22 osumaa, joista kuuteen tutustuttiin tarkemmin. Myöskään näistä ei kirjallisuuskatsaukseen tullut valituksi yhtään tutkimusta.

Kansainvälisistä tietokannoista haut päädyttiin suorittamaan Ebscon Cinahl + Academic Search-, Proquest-, Pubmed- sekä Science Direct/Elsevier -tietokantoihin. Kansainvälisissä tietokannoissa tuloksekkaimmaksi hakulausekkeeksi muodostui ”hip fractures in the elderly AND fear of falling”. Hakulauseketta laadittaessa käytettiin jokaisessa tietokannassa hyväksi tietokannan ehdottamaa termiä. Proquest ja Pubmed tietokannoissa haku tiivistettiin vielä runsaan tuloksen vuoksi lisäämällä hakulausekkeeseen ”discharge OR rehabilitation”.

Cinahl + Academic Search tietokantaan tehdyllä haulilla saatiin tulokseksi ensin 11 osumaa. Näistä otsikon ja tiivistelmän perusteella jatkoon hyväksyttiin seitsemän artikkelia, joista kaksi tuli valituksi lopullisesti kirjallisuuskatsauksessa analysoitavien artikkeleiden joukkoon. Proquest-tietokantaan tehtiin kaksi hakuja, joista toinen ”discharge OR rehabilitation” termeillä täydennetty hakulauseke tuotti 22 osumaa. Näistä neljään artikkeliin tutustuttiin tarkemmin lukemalla koko artikkelin teksti ja kolme artikkelia hyväksyttiin lopullisesti kirjallisuuskatsauksen materiaaliksi.

Pubmedin haku tehtiin lausekkeella ”hip fracture elderly AND fear of falling AND rehabilitation”. Näin saatiin tulokseksi 19 artikkelia, joista otsikon ja/tai tiivistelmän perusteella valikoitiin lähempään tarkasteluun kuusi artikkelia. Nämä kuusi artikkelia luettiin ja lopullisesti mukaan kirjallisuuskatsaukseen valikoitui näistä kaksi tutkimusartikkelia. Elsevier-tietokantaan tehdyn haun perusteella saatiin tulokseksi ensin 44 osumaa. Näistä lähemmin tutustuttiin kuuteen artikkeliin, joista lopulta ei kuitenkaan hyväksytty mukaan yhtään tutkimusta. Suurin syy tutkimusten hylkäämisessä oli se, että tutkimuksessa ei joko käsitelty nimenomaisesti lonkkamurtumapotilaan kaatumisen pelkoa, tai kaatumisen pelon osuus tutkimuksessa oli olematon tai ei kovin selkeä. Lisäksi joitakin mahdollisesti vartenotettavia tutkimuksia ei voitu arvioida tarkemmin, koska kokotekstiä ei ollut saatavilla Laurean oikeuksilla, vaan niiden hankkiminen olisi vaatinut taloudellista panostusta. Erityisesti Elsevier tietokannassa kokotekstien saatavuus aiheutti haasteita.

Viimeisenä osana sähköistä tiedonhakuja tutkittiin vielä ”julkari.fi” antamat osumat. Julkari:ssa on koottuna Sosiaali- ja terveysministeriön alaisten hallinnonalojen julkaisuja (mm. Kansanterveyslaitos ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos). Julkari:sta saatiin hakusanalla ”lonkka-murtuma” 71 osumaa ja hakusanalla ”kaatumisen pelko” 80 osumaa. Nämä osumat käytiin läpi otsikkotasolla ja muutamien sisältöä tutkittiin tarkemmin. Viimeiseksi yhdistettiin vielä nämä kaksi hakusanaa ja saatiin tulokseksi seitsemän osumaa, jotka olivat pääosin esiintyneet myös aikaisempien hakujen yhteydessä. Julkari:sta ei lopulta löytynyt yhtään sellaista tutkimusraporttia, joka olisi soveltunut mukaan kirjallisuuskatsauksessa käsiteltäviin tutkimuksiin. Sen sijaan joitakin kiinnostavia kirjoituksia saatiin tätä kautta mukaan tausta-aineistoon. Eri-tyisesti ikääntyneiden kaatumisten ehkäisemisestä ja toimintakyvyn edistämisestä oli julkaistu paljon aineistoa.

Tiedonhakuja täydennettiin vielä tekemällä manuaaliset haut selaamalla kotimaiset Hoitotiede ja Tutkiva hoitotyö -lehdet vuosilta 2014-2015. Näistä löytyi pari aihepiiriin sopivaa artikkelia, joita hyödynnettiin niin ikään teoreettista taustaa esittäessä, mutta opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tutkimuksille asetettuja valintakriteereitä täyttäviä artikkeleita ei näistä löytynyt.

Aivan viimeiseksi käytiin vielä läpi kaikkien mukaan valittujen (kahdeksan kappaletta) tutkimusartikkelien lähdeluettelot niin ikään noudattaen aikaisemmin esitettyjä valintakriteereitä. Lähdeluetteloista löytyi kaksi tutkimusta, joiden kokotekstit olivat saatavilla käytössä oleville oikeuksilla ja olivat korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja ja jotka otsikon perusteella saattoivat tarjota vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Näistä tutkimuksista toinen tuli vielä valituksi lopulliseen katsausaineistoon.

Tiedonhaun onnistumisesta kertonee se, että niin lähdeluetteloita läpikäydessä kuin myös sähköisen tiedonhakuprosessin edetessä, saatiin toistuvasti esiin samoja tutkimuksia. Näin ollen tiedonhakuja voitaneen pitää melko kattavana, niin että ainakin suuri osa keskeisistä kriteereistä täytäneistä tutkimuksista ovat tulleet huomioituiksi tässä kirjallisuuskatsauksessa.

### 7.3 Tutkimusten analysointi

Tutkimusten käsittely valinnan jälkeen aloitetaan lukemalla tutkimusartikkelit huolellisesti läpi useampaan kertaan. Lukiessa on syytä kiinnittää huomiota varsinaisten tulosten ja esitettyjen näkökulmien lisäksi myös tutkimuksen metodologisiin ratkaisuihin ja niiden laatuun ja sovellettavuuteen sekä käyttöön. Laadun määrittelyssä voidaan käyttää esimerkiksi luokitte-  
lua neljään kategoriaan: Vahva tutkimusnäyttö syntyy kun taustalla on useita menetelmälli-

sesti tasokkaita tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaisia. Kohtalainen tutkimusnäyttö vaatii ainakin yhden tasokkaan ja useita kelvollisia tutkimuksia. Heikolla tutkimusnäytöllä tarkoitetaan yhden kelvollisen tutkimuksen ja useiden menetelmällisesti heikompien tutkimusten kokonaisuutta. Neljäs ryhmä on ei tutkimusnäyttöä -kategoria. (Stolt ja Routasalo 2007, 62-63.)

Integroidussa katsauksessa kootaan yhteen eri menetelmin tehtyä tutkimusta. Sen tarkoituksena on kerätä tarkastelun kohtena olevasta aihealueesta tutkittu tieto mahdollisimman kattavasti yhteen. Katsauksessa tarkastellaan sitä, millaiseen näyttöön saatu tieto perustuu sekä tehdään johtopäätöksiä aihealueen nykytilasta. (Flinkman ja Salanterä 2007, 84-86.)

Aineiston analysoinnin tavoitteena on saavuttaa mukaan valittujen tutkimusten tulosten perusteella tehty yhteenveto ja tulkinta eli synteesi, jonka pohjalta voidaan vastata esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Analysointi tarkoittaa yksinkertaisesti ilmaistuna laajan tulosaineiston järjestämistä mielekkäiksi kokonaisuuksiksi ja samalla sen tiivistämistä lukijaystävällisemmäksi. Integroidussa katsauksessa haasteelliseksi saattaa muotoutua se, että yhdistetään erilaisista lähtökohdista ja erilaisilla menetelmillä tehtyä tutkimusta (esim. määrällistä ja laadullista tutkimusta). (Flinkman ja Salanterä 2007, 84-99.)

Asetetut tutkimuskysymykset ohjaavat etsimään tässä työssä vastauksia laadullisista lähtökohdista käsin, ja analyysin ja tulosten käsittelyssä pyritäänkin luomaan rakenne tutkimuskysymysten asetelmasta. Analysoinnissa hyödynnetään sisällönanalyysin menetelmiä. Sisällön analyysillä tarkoitetaan perusanalyysimenetelmää, jota käytetään yleisesti kaikissa laadullisen tutkimuksen muodoissa. Sen sisältö ja mahdollisuudet ovat varsin laveat ja yleisesti ottaen sillä tarkoitetaan kaiken kirjoitetun, kuullun tai nähdyn sisältöjen analyysia väljänä teoreettisena viitekehyksenä. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 91.)

Tuomi ja Sarajärvi (2009) ovat esittäneet tutkija Timo Laineen laatimaan runkoon perustuen sisällönanalyysin prosessin kolmessa eri vaiheessa kuvattuna. Ensimmäisessä vaiheessa keskeistä on tehdä vahva päätös siitä, mitä osia aineistosta tähän tutkimukseen otetaan mukaan. Tyypillistä laadullisille aineistoille on, että niistä nousee esiin useita mielenkiintoisia näkökulmia, joihin tarttuminen houkuttelee. Oleellista on kuitenkin ymmärtää, että yhdessä työssä voi olla kiinnostunut vain yhdestä hyvin rajatusta ilmiöstä. Tätä rajausta ohjaavat tutkimuksen tarkoitus, tutkimustehtävä sekä asetetut tutkimuskysymykset. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 91-94.)

Toisessa vaiheessa suoritetaan aineiston litterointi ja koodaaminen. Tämä tarkoittaa, että aineistosta erotetaan ne asiat, jotka liittyvät tämän tutkimuksen tavoitteeseen. Kaikki muu, oli

se kuinka mielenkiintoista tahansa, jätetään pois. Tutkimuksen kannalta merkittävät asiat kerätään yhteen ja erilleen muusta aineistosta. Koodaamisessa tutkija saa käyttää luovuuttaan varsin vapaasti. Koodaamisen avulla on kuitenkin tarkoitus jäsentää sitä, mitä aineistossa käsitellään. Koodimerkit toimivat ikään kuin tutkijan muistiinpanoina, tekstin kuvailun apuvälineinä, jäsennyksen testausvälineinä sekä osoitteena, joiden avulla voidaan tarkistaa ja etsiä sisältöjä tekstin eri osista. Kolmatta vaihetta on usein pidetty varsinaisena analyysivaiheena. Analyysi ei kuitenkaan ole mahdollista eikä mielekästä ilman muiden vaiheiden toteutumista. Tässä vaiheessa aineistoa voidaan luokitella, teemoitella tai tyyppitellä. Luokittelu on yksinkertaisin tapa järjestää aineistoa. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 91-94.)

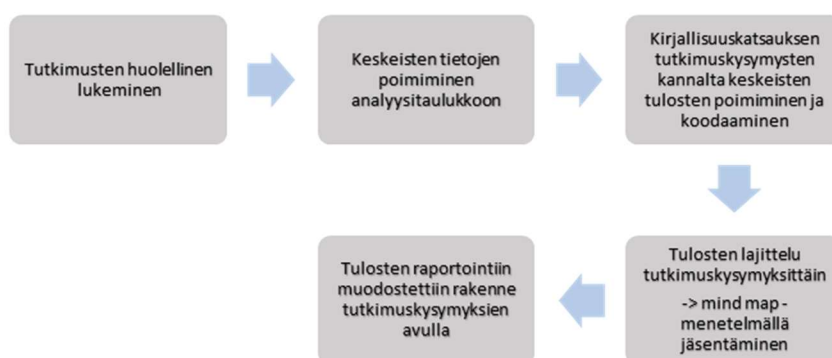
Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on niin sanottua toisen asteen tutkimusta eli tutkimustiedon tutkimista. Sen tarkoituksena on kerätä yhteen ja syventää jo olemassa olevaa tutkittua tietoa ja tuloksia. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen merkitys on kasvanut viime vuosikymmeninä näyttöön perustuvan toiminnan kehittymisen myötä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus lukeutuu teoreettiseen tutkimukseen, mutta sen toteuttamisessa käytetään usein välineenä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysin avulla tutkija laatii luokittelurungon, joka tarjoaa rakenteen hänen eri tutkimuksissa esitettyjen tulosten esittämiseksi tiivistetyssä muodossa. Perinteisestä sisällönanalyysin menetelmistä poiketen kirjallisuuskatsauksen analysoinnissa ei pääsääntöisesti synny ala- ja yläluokkia, vaan ainoastaan yksi luokka (yläluokka). (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 123-124.)

#### 7.4 Opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten analyysi

Tutkimusten analysointi prosessia on kuvattu oheisessa kaaviossa (kuvio 1). Analysointi aloitettiin lukemalla kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimusartikkelit huolellisesti läpi useampaan kertaan. Viimeisten lukukertojen yhteydessä tutkimusten keskeiset tiedot vietiin erilliseen analysointitaulukkoon. Taulukoituja asioita olivat tutkimusten perustietojen lisäksi tutkimuksen tarkoitus, aineistonkeruumenetelmät, kohderyhmä, otos, analyysimenetelmät, keskeiset tulokset sekä eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu. Taulukon tiedoista on koottu tiivistetty yhteenveto jokaisesta tutkimuksesta (liite 2).

Tutkimusten tuloksista poimittiin taulukkoon sellaiset seikat, joilla katsottiin olevan merkitystä tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin vastaamisen kannalta. Seuraavassa vaiheessa tulokset pilkottiin ja koodattiin. Koodaaminen tapahtui numeroimalla kukin tulos tutkimuksen numeroinnin mukaisesti. Näin tuloksia raportoitaessa pystyttiin helposti jäljittämään, missä tutkimuksessa kyseinen tulos oli saatu. Kukin tulos leikattiin manuaalisesti omalle paperiliuskalle. Jokaista neljää tutkimuskysymystä varten otettiin käyttöön oma suuri kartonki, joka otikoitiin tutkimuskysymyksen mukaisesti. Seuraavaksi tulokset ryhmiteltiin tutkimuskysymysten mukaisesti sillä perusteella, minkä tutkimuskysymyksen vastaukseen kukin tulos kuului.

Lopuksi jokaiselle neljälle kartongille jäseneltiin vastaukset tutkimuskysymyksiin ”mind map” -periaatteita hyödyntäen. Tutkimustulosten raportoinnissa edettiin tutkimuskysymyksistä muodostetun rakenteen avulla.



Kuvio 1 Tutkimusten analysointi

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen liittyvää aineistoa kertyi runsaasti. Aineistoa käsitellessä ja ensimmäisen tutkimuskysymyksen vastausta jäsenellessä osoittautui vielä mielekkääksi luokitella tarkemmin kaatumisen pelon kuvauksia. Näin tämän tutkimuskysymyksen vastaus jäseneltiin vielä kolmeen eri alaluokkaan, jotka otsikoitiin sisällön kuvaamiseksi. Ensimmäiseksi esiteltiin tuloksia, joissa selvitettiin kaatumisen pelon merkitystä yleensä ja kaatumisen pelkoa selittäviä asioita. Seuraavissa osioissa tarkasteltiin kaatumisen pelon merkitystä ihmisen arkeen ja siinä toimimiseen sekä lonkkamurtumasta kuntoutumiseen ja toipumiseen.

Kolmannen ja neljännen tutkimuskysymyksen muotoilua muutettiin vielä paremmin kertyneeseen aineistoon sopivalla tavalla. Tällainen tutkimuskysymyksen tarkistaminen on mahdollista, koska laadullisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä ja suunnitelmia sekä toteutusta voidaan muuttaa olosuhteiden vaatimalla tavalla (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 1997, 116-117, 155).

## 8 Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tulokset

### 8.1 Yhteenvetoa valituista tutkimuksista

Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valittiin lopulta kahdeksan tutkimusta. Kaikista valituista tutkimuksista oli käytössä korkeatasoisessa tieteellisessä julkaisussa julkaistu vertaisarviointi-prosessin läpikäynyt tutkimusartikkeli (referee). Kaikki artikkelit olivat englanninkielisiä. Kaksi tutkimuksista oli tehty Alankomaissa ja kolme USA:ssa. Muut tutkimukset oli tehty Tanskassa (1), Ruotsissa (1) ja UK:ssa (1). Yhtään valintakriteerit täyttävää suomalaista tutkimusta aiheesta ei löytynyt. Tutkimukset oli julkaistu vuosina 2005 - 2014.

Valitut tutkimukset oli toteutettu erilaisin tutkimusasetelmin ja menetelmin. Neljä tutkimusta oli määrällisiä (kvantitatiivisia) ja kaksi laadullisia (kvalitatiivisia) tutkimuksia. Yksi tutkimus oli toteutettu monimenetelmällisesti sekä määrällisen että laadullisen osion yhdistelmänä. Yksi tutkimuksista oli systemaattinen kirjallisuuskatsaus aiheesta.

Kolmessa tutkimuksessa tarkoituksena oli kaatumisen pelon tutkiminen ilmiönä, jolloin selvitettiin esimerkiksi kaatumisen pelon esiintyneisyyttä sekä eri taustatekijöiden (esimerkiksi toimintakyky, kipu, masentuneisuus ja kognitiiviset häiriöt) vaikutuksia kaatumisen pelon kehittymiseen ja ilmenemiseen sekä eri tekijöiden välisten suhteiden merkityksiä. Erilaisten interventioiden toteutuminen ja vaikutukset tai kokemukset niihin osallistumisesta muodostivat tutkimustarkoituksen niin ikään kolmessa tutkimuksessa. Kahdessa tutkimuksessa selvitettiin sekä kaatumisen pelon ilmenemistä että interventioiden toteutusta ja vaikutuksia.

Kolme tutkimusta ( taulukko 1: tutkimukset numero 6,7, ja 8) olivat osa laajempaa Baltimoressa USA:ssa toteutettua lonkkaprojektia (Hip Project). Projektin lähtökohtana oli teoreettinen malli psykososiaalisten tekijöiden vaikutuksesta harjoittelukäyttäytymiseen. Mallin ydinajatuksena on, että minäpystyvyydellä (self-efficacy) ja tulosodotuksilla (outcome expectations = henkilön käsitys siitä miten hyvin harjoittelun avulla voidaan saavuttaa asetettuja tavoitteita) on merkitystä henkilön harjoitteluun sitoutumiselle. Projektissa testattiin harjoittelukäyttäytymiseen motivoivaa mallia, joka koostui kotona tehtävästä harjoittelusta, motivoivasta interventiosta sekä näiden yhdistelmästä.

Kaikkien kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten otokset olivat melko pieniä. Yhtä tutkimusta lukuunottamatta kohderyhmä oli rajattu siten, että tutkimuksesta jäi ulkopuolelle erityisen haavoittuvassa asemassa olevat henkilöt, joiden terveydentila ja liikkumiskyky olivat

jo lähtökohtaisesti huonommat. Tutkimusten luotettavuutta ja siihen liittyviä tekijöitä oli arvioitu erikseen ja huolellisesti kaikissa tutkimusartikkeleissa. Tutkimuksia varten oli haettu ja saatu asianmukaiset eettiset luvat, ja asianosaisilta edellytettiin tietoista suostumusta tutkimukseen osallistumisestaan. Poikkeuksena oli kirjallisuuskatsaus, johon tutkimusmenetelmän luonteen vuoksi ei näitä lupia tarvittu.

## 8.2 Lonkkamurtumapotilaiden kaatumisen pelko

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä haettiin vastausta siihen, miten kaatumisen pelkoa on kuvattu. Kirjallisuuskatsauksen aineisto tuotti hyvin ensimmäisen tutkimuskysymyksen vastaukseen sopivaa tietoa. Kahdeksasta tutkimuksesta seitsemän tuloksissa oli huomioita, joiden perusteella voitiin hahmottaa kaatumisen pelkoa ilmiönä, sen esiintyvyyttä, syitä ja seurauksia sekä ymmärrystä siitä, millaisia merkityksiä lonkkamurtumalla ja kaatumisen pelolla on ikääntyvän ihmisen arjessa, elämässä ja kokemusmaailmassa.

Lonkkamurtuman vaikutus ikääntyvän henkilön elämään on suuri ja kokonaisvaltainen. Tapah-tuma vaikuttaa henkilön elämäntilanteeseen monin tavoin. Se esimerkiksi muuttaa iäkkään ihmisen suhtautumista omaan kehoon, itseensä sekä toisiin ihmisiin. Luottamus omaa kehoa kohtaan horjui ja saatettiin kadottaa kokonaan, minkä seurauksena liikkuminen usein rajoit-tuu. (Zidén, Wenestam, Hansson-Scherman 2008.)

*Tutkimuksissa tuli selkeästi esiin kaatumisen pelon ja huonon toimintakyvyn välinen yhteys. Aktiivisuuden vähentäminen ja liikkumisen rajoittaminen kaatumisen pelon vuoksi on yleistä ja erityisesti aktiviteettien tarpeeton välttäminen johtaa edelleen heikentyneeseen toimintakykyyn ja sitä kautta lisää riskiä kaatumisille. Kaatumispe-lon määrittäminen ja mittaaminen eri tutkimuksissa oli hajanaista. Minäpystyvyyden -käsite on ollut vahvasti esillä etenkin yhteyksissä, joissa on pyritty selvittämään ikääntyvien henkilöiden harjoittelukäyttäytymistä.*

### 8.2.1 Selityksiä ja merkityksiä kaatumisen pelolle

Visschedijikin, Achterbergin, van Balenin ja Hertoghin (2010) laatiman lonkkamurtumapotilaiden kaatumisen pelkoa selvittävän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan yhdessäkään katsaukseen valitussa 15 tutkimuksessa ei oltu keskitytty erityisesti lonkkamurtumapotilaiden kaatumisen pelkoon. Tutkimuksissa kaatumisen pelon mittaaminen oli myös hajanaista. Sen mittaamiseen oli käytetty erilaisia mittareita eikä tutkimuksissa oltu määritelty selkeästi näyttöön perustuvia rajoja pisteiden tulkinnessa siitä, missä vaiheessa esimerkiksi kaatumisen pelon voitiin katsoa olevan merkityksellistä tai erittäin voimakasta.



Tanskalaisen selvityksen perusteella paljon kaatumisen pelkoa koki 58 prosenttia vastaajista (N=33). Niillä, jotka kokivat paljon kaatumisen pelkoa oli myös huonompi toimintakyky kuin vähemmän kaatumisen pelkoa kokevilla. (Jellesmark, Herling, Egerod, Beyer 2012.) Kaatumisen pelon on myös arveltu olevan vahvempi ennustaja toimintakyvyn palautumiselle kuin esimerkiksi masennus. Samassa työssä, jossa selvitettiin kivun, masentuneisuuden, kognitiivisten häiriöiden ja kaatumispelon vaikutusta toimintakyvyn palautumiselle ja jokapäiväiselle elämälle kuuden viikon kuluttua lonkkamurtumasta, todettiin että ainoastaan kognitiivisella toimintakyvyllä ja kaatumisenpelolla oli tilastollisesti merkittävä vaikutus toimintakyvyn palautumiseen toipumisen varhaisessa vaiheessa. (Voshaar, Banerjee, Horan, Baldwin, Pendleton, Proctor, Tarrier, Woodward ja Burns 2006.)

Kaatumisen pelon kehittymisen taustalla vaikuttivat terveydentila ennen lonkkamurtumapahtumaa sekä kaatumishistoria (Visschedijikin ym. 2010). Kaatumisen pelon kokemusta selittivät myös heikentynyt liikkumiskyky ennen lonkkamurtumaa, vähäisempi aktiivisuus murtuman jälkeen sekä lisääntynyt ahdistuneisuus. Tässä tutkimuksessa yleisen ahdistuneisuuden merkitys kaatumisen pelon kokemiselle oli suurempi kuin minäpystyvyyden (self-efficacy) -kokemukset. (Visschedijk, Caljouw, van Balen, Hertogh ja Achterberg 2014.)

#### 8.2.2 Kaatumisen pelon vaikutukset lonkkamurtumapotilaiden arkeen

Kaatumisen pelon vuoksi lonkkamurtumasta toipumassa olevat henkilöt välttelivät usein aktiiviteetteja ja liikkuvat vähemmän. Liikkumiseen liittyviä huolenaiheita olivat loukkaantuminen, kipu sekä kykenemättömyys nousta ylös kaaduttuaan. Eniten välteltiin ulkona liikkumista, kävelyllä käymistä ja julkisen liikenteen käyttämistä, sen sijaan juhliin osallistumista ja läheisten luona vierailua välteltiin vähiten. Joskus jonkin aktiviteetin välttämisen voidaan myös katsoa suojelevan henkilöä. (Jellesmark ym. 2012.)

Epävarmuuden kokeminen tulevaisuuden suhteen oli tavallista. Niin sanottu ”päivä kerrallaan” -ajattelu elämisessä korostui (Resnick, Orwig, D’Adamo, Yu-Yahiro, Hawkes, Shardell, Golden, Zimmerman ja Magaziner 2007). Päivittäistoimet ja muut askareet vievät enemmän aikaa ja energiaa, koska kaikki toimiminen vaatii jatkuvaa varomista ja varuillaan olemista (Resnick, Orwig, Wehren, Zimmerman, Simpson ja Magaziner 2005.). Jotkut myös ilmaisivat tuntevansa itsensä vanhemmaksi ja kokivat olevansa lähempänä kuolemaa. Myös elämän into oli saattanut kadota (Zidén ym. 2008).

Eristäytymisen kokemukset myös lisääntyivät lonkkamurtumapotilailla. Liikkumista ja elämistä rajoitettiin paitsi uudelleen loukkaantumisen pelon vuoksi, niin myös siksi että pelättiin erityisesti muiden avunsaannista riippuvaisemmaksi tulemistä uuden tapaturman myötä. (Zidén

ym. 2008.) Toisten henkilöiden apua koettiin erityisesti tarvittavan sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen. Riippuvaisuuden tunteen vuoksi ja sen välttelmän seurauksena saatetaan herkästi eristäytyä, minkä taas on osoitettu aiheuttavan yksinäisyyden, turhautumisen ja lisääntyvää avuttomuuden kokemista. (Jellesmark ym. 2012.) Joissakin tapauksissa riippuvaisuudella toisista ihmisistä havaittiin kuitenkin myös myönteisiä vaikutuksia. Lisääntyneen kanssakäymisen myötä saatettiin kokea, että auttajilta oli saatu huolenpitoa ja ystävällistä kohtelua sekä välittämistä, mikä koettiin positiivisena. (Zidén ym. 2008.)

### 8.2.3 Kaatumisen pelon merkitys lonkkamurtumasta toipumiselle ja kuntoutumiselle

Kaatumisen pelolla todettiin olevan laaja-alaiset vaikutukset kuntoutusprosessin tuloksiin. Kaatumisen pelko heikensi liikkumiskyvyn palautumista sekä lisäsi kuolleisuuden ja laitostumisen riskiä lonkkamurtumasta toipumassa olevilla potilailla. Tutkimusten perusteella voidaan olettaa, että kaatumisen pelolla on vaikutusta siihen, miten iäkäs ihminen harjoittelee kuntoutuksen yhteydessä. Ongelmat harjoittelun toteutumisessa taas näyttävät heikompana toimintakykynä, mikä edelleen lisää riskiä kaatumisille tulevaisuudessa. (Visschedijk ym. 2010.)

Resnick, Orwig, Eilliam ja Shardell (2007 a) taas päätyivät tulokseen, jonka mukaan pelolla ei ollut suoraa vaikutusta harjoittelukäyttäytymiseen kaksi kuukautta lonkkamurtuman jälkeen. Sen sijaan he totesivat, että varhaisessa kuntoutumisen vaiheessa henkinen tila ja masennusoireet heikensivät yksilön harjoitteluun liittyviä tulosodotuksia eli käsitystä siitä, miten hyvin harjoittelulla voidaan saavuttaa asetettuja tavoitteita. Toisessa Baltimoren lonkkaprojektin osatutkimuksessa, jossa eri tekijöiden vaikutusta harjoittelukäyttäytymiseen seurattiin aina 12 kuukauteen saakka tapahtumasta, kuitenkin tarkennettiin kaatumisen pelon vaikutusta henkilön pystyvyyden kokemukseen sekä käsityksiin harjoittelulla saavutettavista hyödyistä. Minäpystyvyyden kokemuksen katsottiin olevan yhteydessä siihen, miten yksilö eteni eri muutosvaiheissa harjoitteluun sitoutumisen prosessissa. Vahva käsitys omasta kykeneväisyydestä ja luottamus harjoittelun tehokkuuteen ja saavutettaviin hyötyihin kannustivat siirtymään aikomuksesta harjoitella itse harjoitteluvaiheeseen ja edelleen harjoittelun omaksumisesta uudeksi elämäntavaksi pidemmällä aikavälillä (yli 6 kuukautta). (Resnick, Orwig, Adamo, Yu-Yahiro, Hawkes, Shardell, Golden, Zimmerman ja Magaziner 2007 b.)

Minäpystyvyyden kokemuksella voidaan selittää osittain yksilön harjoittelukäyttäytymistä, mutta harjoittelukäyttäytymiseen kaiken kaikkiaan vaikuttavat laaja-alaisesti monet eri tekijät (Resnick ym. 2007 a). Ratkaisevaa on henkilön oma suhtautuminen liikkumiseen. Hänen on tehtävä valinta aktiivisuudesta tai inaktiivisuudesta toiminnassaan ja päätettävä miten suhtautua liikkumiseen liittyviin riskeihin. Selvää näyttöä kuitenkin on siitä, että aktiviteettien

tarpeeton välttäminen saattaa johtaa toimintakyvyn heikentymiseen ja edelleen uusiin kaatumisiin. (Jellesmark ym. 2012.) Kaatumisen pelon vähentäminen on nähty välttämättömänä, jotta toimintakykyyn liittyviä tuloksia voitaisiin jatkossa parantaa lonkkamurtumapotilailla (Voshaar ym. 2006).

### 8.3 Kaatumisen pelon esiintyminen kuntoutumisen eri vaiheissa?

Toisessa tutkimuskysymyksessä haluttiin selvittää, miten kaatumisen pelkoa oli kuvattu kuntoutumisen eri vaiheissa. Tähän tutkimuskysymykseen saatu vastaus jäi huomattavasti suppeammaksi kuin ensimmäisen tutkimuskysymyksen vastaus. Ainoastaan neljän tutkimuksen tuloksista löytyi kannanottoja kaatumisen pelosta kuntoutumisen eri vaiheissa.

*Ymmärrys kaatumisen pelon vaihtelusta kuntoutusprosessin eri vaiheissa on vielä puutteellista. On kuitenkin saatu viitteitä siitä, että kaatumisen pelon kokemukset, sen esiintyminen ja merkitys vaihtelevat toipumisprosessin eri vaiheissa. Vaikuttaa siltä, että kaatumisen pelon merkitys lisääntyy ajan kuluessa ja aktiivisuuden lisääntyessä. Suurimmillaan kaatumisen pelko saattaa olla vasta jopa vuoden kuluttua lonkkamurtumasta.*

Visschedijik ym. totesivat kirjallisuuskatsauksessaan vuonna 2010, ettei kaatumispelon vaihtelua kuntoutusprosessin eri vaiheissa juurikaan oltu selvitetty. Resnick ym. (2007 a ja b) toivat esille, että kaatumisen pelon vaikutukset ja eri tekijöiden merkitys mahdollisesti vaihtelevat toipumisprosessin ja kuntoutumisen eri vaiheissa. Tämä seikka tulisikin ottaa paremmin huomioon kuntoutusinterventioita suunniteltaessa, jotta toiminta voitaisiin aidosti kohdentaa jokaisessa vaiheessa vaikuttaviksi todettuihin tekijöihin.

Kuntoutumisen alkuvaiheessa (2kk) kaatumisen pelko ei osoittautunut kovin tärkeäksi tekijäksi (Resnick ym. 2007 a). Sen merkitys kuitenkin kasvoi ajan kuluessa sekä aktiivisuustason lisääntyessä, ja suurimmillaan sen merkitys oli 12 kuukauden kuluttua murtumasta (Resnick ym. 2007 b; Visschedijik ym. 2010). Voshaarin ym. (2006) tulosten mukaan kognitiivisen toimintakyvyn ja kaatumisenpelon vaikutus toimintakykyyn oli suurimmillaan kuuden viikon kuluttua tutkimuksessa, jonka seuranta aika oli kuusi kuukautta leikkauksesta. Visschedijik ym. (2010) arvioivat, että kuntoutusprosessin kuluessa kehittyvä kaatumispelko on mahdollisesti merkittävämpi toiminnallisten tulosten kannalta kuin heti murtuman jälkeen esiintyvä pelko.

Sosiaalisen tuen merkitys harjoittelun toteutumiselle oli suurin kahden ja kuuden kuukauden kuluttua leikkauksesta tehdyissä mittauksissa. Harjoitteluun rohkaisemisella oli erityisesti merkitystä kuuden ja 12 kuukauden kuluttua tehdyissä mittauksissa. Näin ollen on loogista,

että myös interventioiden hyödyt tulivat selvimmin esiin vasta kuuden ja 12 kuukauden seurannassa. Onkin tärkeää, että kaatumisen pelkoa huomioidaan osana toipumista jatkuvasti kuntoutumisen eri vaiheissa. (Resnick ym. 2007 b.)

#### 8.4 Kuntoutusinterventioiden kehittäminen

Kolmannessa ja neljännessä tutkimuskysymyksessä pohdittiin kuntoutusinterventioiden tehokkuutta ja niistä saatuja kokemuksia sekä interventioiden kehittämistä edelleen siten, että kaatumisen pelkoon liittyvät kysymykset tulisivat jatkossa paremmin huomioiduiksi. Kahdeksasta tutkimuksesta seitsemän tuloksista löytyi kannanottoja siihen millaisia kokemuksia lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksesta oli saatu ja/tai mitä tekijöitä kuntoutuksessa jatkossa tulisi huomioida ja kehittää. Myös näihin tutkimuskysymyksiin saatiin valittujen tutkimuksien keskeisistä tuloksista poimittua varsin runsas aineisto.

*Toteutetuissa kuntoutusinterventioissa keskeinen rooli on ollut fyysisellä harjoittelulla. Interventioiden myönteisistä vaikutuksista on olemassa viitteitä, mutta vaikutavuuden esiin tuominen on osoittautunut jossain määrin haasteelliseksi. Erityisen vahvasti kaatumisen pelon merkitys tuli esiin harjoittelua estävänä tekijänä. Kokeemukset ymmärtävästä vuorovaikutuksesta ja aidosta välittämisestä kannustivat iäkkäitä naisia harjoitteluun. Läheisiltä saadun tuen merkitys oli jopa suurempi kuin ammattihenkilöiden antama tuki ja kannustus. Erityisen tärkeää on myös tuen jatkumisen turvaaminen kotiutumisen jälkeen.*

##### 8.4.1 Kokemuksia lonkkamurtumapotilaiden kuntoutusinterventioista

Kuntoutusinterventioissa korostui fyysisen harjoittelu. Tarkemmin niitä oli kuvattu kotiharjoitteluohjelmina tai avokuntoutusohjelmina. Interventiotutkimusten kohderyhmistä oli jätetty pois vakavasti sairaat sekä kognitiivisista häiriöistä kärsivät henkilöt. Harjoitteluohjelmien tehokkuudesta saatiin viitteitä, vaikka vaikutukset eivät aina olleetkaan tilastollisesti merkitseviä. (Visschedijk ym. 2010.)

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista kolme tutkimusta olivat osatutkimuksia laajemmassa tutkimuskokonaisuudessa ("Baltimore Hip Study"). Tutkimusohjelmaa varten oli luotu kuntoutusinterventio ("The Exercise Plus Program"), jonka tavoitteena oli motivoinnin keinoin lisätä osallistujien sitoutumista fyysiseen harjoitteluun. Kehitetyn intervention taustalla oli teoreettinen ajattelu, jonka mukaan henkilön käsitys omasta kyvystään harjoitella sekä käsitykset siitä millaisia tuloksia harjoittelun avulla voidaan saavuttaa, vaikuttavat ratkaisevasti harjoitusohjelmaan sitoutumiseen. Interventio sisälsi suullista kannus-

tamista, esteiden vähentämistä (esimerkiksi harjoitteluun liittyvien epämiellyttävien tunteusten ja kokemusten välttäminen), positiivisten roolimallien luomista sekä opetusta ja ohjausta liikunnan hyödyistä. (Resnick, Orwig, Wehren, Zimmerman, Simpson ja Magaziner 2005; Resnick ym. 2007 a; Resnick ym. 2007 b.)

Harjoitteluun kannustavina tekijöinä mainittiin harjoittelun todelliset sekä oletetut hyödyt, harjoitusten yksinkertaisuus, yksilöllinen huolenpito, sanallinen kannustaminen, luottamus, päättäväisyys, perheeltä ja ystäviltä saatu sosiaalinen tuki sekä vastavuoroisuus vuorovaikutuksessa ohjaajien kanssa. Vahva tietoisuus siitä, miten tuli harjoitella ja selkeät visuaaliset ohjeet sekä tavoitteiden asettaminen edistivät harjoitteluun sitoutumista. Myös säännöllisen aikataulun luominen harjoittelulle koettiin tärkeänä, koska sen avulla harjoittelusta tuli osa päivittäistä rutiinia. Harjoittelun toteutumiseen kielteisesti sen sijaan vaikuttivat epämiellyttävät harjoitteluun liittyvät tuntemukset ja tunteet, kuten esimerkiksi kaatumisen pelko ja kipu. Joskus muut velvollisuudet, huonot tilat sekä ajan puute estivät harjoittelun toteutumista. Myös lähtötason saavuttaminen toiminnoissa saattoi joskus aiheuttaa sen, että harjoittelu lopetettiin. Yksi merkittävimmistä harjoittelua estäneistä syistä oli ahdistus, joka liittyi pelkoon kaatumisesta tai loukkaantumisesta. (Resnick ym. 2005.)

Ikääntyneiden naisten harjoitteluun sitoutumisen kannalta tärkeäksi havaittiin naisten kokemus siitä, että he olivat hyvässä hoidossa ja että heistä välitettiin aidosti. Tällöin naisten oli helpompaa myös omaksua harjoittelu pysyväksi osaksi arkeaan. Naispotilaiden haastattelussa tuli myös esille, että harjoittelu ohjaajan kanssa koettiin onnistuvan, mutta yksin harjoittellessa pelon tunteet estivät harjoittelun toteutumisen. Joskus taustalla saattoi olla myös epävarmuus siitä osaako tehdä harjoitteet oikein ja turvallisesti. (Resnick ym. 2005.)

Aktiivisuuteen kannustavilla varotoimilla, kuten esimerkiksi erilaiset hälytysjärjestelmät, suihkupankki tai kävelytuki, voitiin niin ikään helpottaa kaatumisen pelon tuntemista. Esimerkiksi kävelytuen käyttämiseen liitettiin kuitenkin myös kielteisiä tuntemuksia ja se koettiin haittana esimerkiksi julkisessa liikenteessä. (Jellesmark ym. 2012.) Myös läheisiltä saadun tuen avulla voitiin lisätä harjoitteluun liittyvää turvallisuuden tunnetta (Resnick ym. 2005). Läheisten ja vertaisten tuella ja kannustuksella koettiin olevan suurempi merkitys kuin asiantuntijoiden antamalla tuella (Resnick ym. 2007 b). Sen sijaan kehotukset rajoittaa liikkumista aiheuttivat herkästi epävarmuutta sen suhteen, mitä voi tehdä turvallisesti (Zidén ym. 2008).

#### 8.4.2 Kuntoutusinterventioiden kehittämisessä huomioitavia näkökulmia

Tulevaisuudessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota haavoittuvassa asemassa olevien potilaiden kuntoutukseen. Tämä ryhmä oli usein jätetty interventioiden ja tutkimusten ulkopuolelle yleisen pärjäämättömyyden, muiden vakavien sairauksien (esim. sydän ja verenkiertoelimien

sairaudet) tai kognitiivisten häiriöiden vuoksi. Oletettavaa kuitenkin on, että juuri tämä ryhmä kokee herkästi kaatumisen pelkoa ja voisi näin ollen hyötyä erityisesti esimerkiksi fyysisestä harjoittelusta. (Resnick ym. 2007 b.) Voshaar ym. (2006) ehdottavat, että erityisesti haavoittuvassa asemassa ja huonommassa kunnossa oleville tulisi kuntoutusohjelmiin lisätä kognitiivista käyttäytymisterapiaa kaatumisen pelon vähentämiseksi.

Ahdistuneisuus ja vähentynyt aktiivisuus arjessa todettiin olevan merkittävimpiä selittäjiä heikentyneen toimintakyvyn lisäksi kaatumisen pelon syntymiselle ja kehittymiselle. Huomioitavaa on, että sekä ahdistuneisuuden kokemiseen että arkiseen aktiivisuuteen voidaan pyrkiä vaikuttamaan lonkkamurtuman jälkeenkin. Siksi jatkossa näiden tekijöiden parempi huomiointi kuntoutusinterventioissa olisi tärkeää. (Visschedijik ym. 2014.)

Interventioissa kannattaa kiinnittää huomiota myös rohkaisemiseen ja pystyvyyden tunteen lisäämiseen. Sekä asiantuntijoiden että omaisten tulisi erityisesti välttää vartoittelevaa kommentointia. (Resnick ym. 2007 b.) Lisäksi olisi tärkeää että ohjaajalla olisi riittävästi aikaa paneutua pelon voittamiseen, mikäli sitä ilmenee, koska tällöin myös yksinharjoittelulla on paremmat edellytykset toteutua onnistuneesti (Resnick ym. 2005). Myös vertaistuen käyttöä interventioissa tulisi edelleen selvittää (Resnick ym. 2007 b). Kaiken kaikkiaan lonkkamurtumapotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa keskeistä on varmistaa tuen saanti ja kuntoutuksen jatkuminen myös akuutin paranemisen jälkeen (Zidén ym. 2008), koska esimerkiksi kaatumisen pelko usein kehittyy vasta toipumisprosessin myöhäisemmässä vaiheessa aktiivisuustason lisääntyessä (Resnick ym. 2007 b) ja on suurimmillaan vasta jopa yhden vuoden kuluttua tapaturmasta ja leikkauksesta (Visschedijik ym. 2010; Resnick ym. 2007 b).

<p><b>1. Fear of falling and changed functional ability following hip fracture among community-dwelling elderly people: an explanatory sequential mixed method study</b></p> <p>Jellesmark, A; Herling, S; Egerod, I; Bayer, N. 2012, Kööpenhamina, Tanska</p>	<p>Disability &amp; Rehabilitation. 2012;34(25) 2124-2131</p>
<p><b>2. Fear of Falling After Hip Fracture: A Systematic Review of Measurement Instruments, Prevalence, Interventions, and Related Factors</b></p> <p>Visschedijk, J; Achterberg, W; von Balen, R; Hertogh, C. 2010, Alankomaat</p>	<p>JAGS 58:1739-1748, 2010</p>
<p><b>3. A life-breaking event: early experiences of the consequences of a hip fracture for elderly people</b></p> <p>Zidén, L; Wenestam, C-G; Hansson-Scherman, M. 2008, Ruotsi.</p>	<p>Clinical Rehabilitation 2008; 22: 801-811</p>
<p><b>4. Fear of falling more important than pain and depression for functional recovery after surgery for hip fracture in older people</b></p> <p>Voshaar, R; Banerjee, S; Horan, M; Baldwin, R; Pendleton, N; Proctor, R; Tarrier, N; Woodward, Y; Burns, A. 2006, UK Cambridge University.</p>	<p>Psychological Medicine, 2006, 36, 1635-1645.</p>
<p><b>5. Fear of falling after hip fracture in vulnerable older persons rehabilitating in a skilled nursing facility</b></p> <p>Visschedijk, J; Caljouw, M; van Balen, R; Hertogh, C; Achterberg, W. 2014, Alankomaat, Amsterdam</p>	<p>J Rehabil Med 2014; 46: 258-263.</p>
<p><b>6. The Relationship Between Psychosocial State and Exercise Behavior of Older Women 2 Months After Hip Fracture</b></p> <p>Resnick, B; Orwig, D; Hawkes, W; Shardell, M. 2007 a, USA, Baltimore.</p>	<p>Rehabilitation Nursing 32.4 (Jul/Aug 2007): 139-149</p>
<p><b>7. Factors that influence exercise activity among women post hip fracture participating in the Exercise Plus Program</b></p> <p>Resnick, B; Orwig, D; D'Adamo, C; Yu-Yahiro, J; Hawkes, W; Shardell, M; Golden, J; Zimmerman, S; Magaziner, J. 2007 b, USA, Baltimore</p>	<p>Clinical Interventions in Aging 2007:2(3) 413-427</p>
<p><b>8. The Exercise Plus Program for Older Women Post Hip Fracture: Participant Perspectives</b></p> <p>Resnick, B; Orwig, D; Wehren, L; Zimmerman, S; Simpson, M; Magaziner, J. 2005, USA, Baltimore.</p>	<p>The Gerontologist Vol. 45, No 4, 539-544</p>

Taulukko 1 Opinnäytetyössä analysoidut tutkimukset

## 9 Pohdinta

### 9.1 Kuntoutumisprosessin mahdollisuudet sekä ideoita jatkotutkimuksille

Opinnäytetyön tavoitteena oli kaatumisen pelon -ilmiön kuvaaminen ja kuntoutumisprosessin etenemisen sekä kehittämismahdollisuuksien pohtiminen kaatumisen pelon näkökulmasta käsin. Toimintakykyisyys, iäkkään kokemus turvattomuudesta ja turvallisuudesta, yksinäisyys, kaatumistapahtumat ja kaatumisen pelko muodostavat kokonaisuuden, jolla on ratkaiseva merkitys ikääntyvän kokemukseen oman elämänsä laadusta. Eri osatekijöiden merkityksien vahvojen keskinäisten suhteiden ja vaikutusten vuoksi niitä on vaikea irroittaa toisistaan. Näin ollen myös tutkimuksellisesti eri tekijöiden lähestyminen yksittäisinä ilmiöinä on vähintäänkin vaikeaa ellei jopa mahdotonta.

Näyttöön perustuvassa toiminnassa on vallalla yleisesti ollut käsitys, että saatu näyttö on sitä vahvempi, mitä lähempänä sen toteuttamisessa on päästy satunnaistettua sokkoutettua koe-kontrolli asetelmaa. Hoitotyön vaikuttavuustutkimus on vasta varsin nuorta ja useilta alueilta on käytössä rajallisesti korkeatasoista kokeellista tutkimusta. Lisäksi hoitotyön ilmiöt ovat usein senkaltaisia, että niiden käsittelemiseksi sopii usein paremmin laadullinen tutkimuksellinen ote. (Salanterä ja Hupli 2003, 21-38.) Monisyisten ja laaja-alaisten ilmiöiden tutkimuksessa luotettavan koe-kontrolliasetelman rakentaminen saattaa olla varsin hankalaa. Myös ilmiöiden, kuten esimerkiksi kaatumisen pelon määrällinen mittaaminen saattaa aiheuttaa haasteita (esim. Nupponen 2012). Tämä seikka tuli esiin myös opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tuloksissa. Herääkin kysymys, miten vahvaa näyttöä tulisi pystyä määrittämään monitahoisissa ja ihmisyyden syvintä olemusta koskettavissa ilmiöissä ja niiden vaikutuksien tutkimisessa. Jämsen (2009) on artikkelissaan esittänyt huolensa siitä, että erilaisista esimerkiksi kaatumisen ehkäisyyn kehitetyistä interventioista ei tulisi luopua, vaikka niiden vaikutuksia onkin ollut jossain määrin haasteellista saada esiin tutkimuksissa, koska niillä saattaa kuitenkin olla useita piiloon jääviä positiivisia vaikutuksia.

Kaatumisia ja kaatumisen pelkoakin on selvitetty Suomessa varsin paljon erityisesti viimeisen vuosikymmenen aikana. Sen sijaan lonkkamurtumapotilaiden kaatumisen pelon kokemisesta suomalaista tutkimusta ei tämän kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuja avulla löytynyt. Kansainvälisesti tätä erityisryhmää kaatumista pelkäävinä oli kuitenkin tarkasteltu jonkin verran.

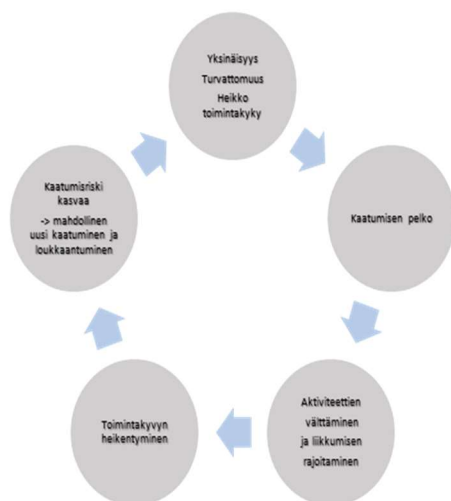
Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että lonkkamurtumapotilaan kokema kaatumisen pelko näyttäytyy suurelta osin varsin samanlaisena kokemuksena kuin kaatumisen pelko yleensä ikääntyneiden keskuudessa. Näin ollen myös lonkkamurtumapotilaiden kaatumi-



sen pelon tehokkaat ehkäisemisen ja hoitamisen menetelmät ovat todennäköisesti hyvin samankaltaisia kuin muidenkin potilasryhmien tai yleensä ikääntyneiden ryhmässä toteutetut menetelmät. On hyvin mahdollista, että tarkastelemalla kaatumisen pelkoa laaja-alaisemmin opinnäytetyöhön olisi saattanut olla löydettävissä vielä huomattavasti enemmän näkökulmia, joiden kautta kaatumisen pelkoa ja sen ehkäisyä olisi voinut tarkastella.

Heikentynyt toimintakyky, yksinäisyys ja yksin asuminen selittävät Mankisen (2011, 5-8) selvityksen perusteella heikkoa turvallisuuden tunnetta. Hakala (2007, 104-108) on tuonut esille, että yksin asuvat ovat erityisen haavoittuvia äkillisesti muuttuvissa tilanteissa, joissa nopea avunsaanti on vaikeaa. Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan esimerkiksi eristäytymisen kokemukset lisääntyivät lonkkamurtumapotilailla, koska liikkumista ja elämistä rajoitettiin uudelleen loukkaantumisen ja toisista riippuvaisemmaksi tulemisen pelon vuoksi (Zidén ym. 2008). Koettiin myös, että erityisesti sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen vaadittiin toisten henkilöiden apua (Jellesmark ym. 2012).

Opinnäytetyön tulokset vahvistivat kirjallisuudessa aiemmin usein esitettyjä ajatuksia siitä miten yksinäisyys, turvattomuus sekä kaatumisen pelko rajoittavat ihmisen toimintaa ja aktiivisuutta. Tämän prosessin etenemistä on kuvattu oheisessa kuviossa (kuvio 2). Jossain määrin voidaan katsoa, että pelko ja sen myötä ilmenevä toimintojen rajoittaminen saattavat myös suojella henkilöä tapaturmilta ja loukkaantumiselta. Elämänlaadun kannalta näyttäisi kuitenkin merkittävämpää olevan toiminnan rajoittamisen aikaansaama toimintakyvyn heikentyminen ja sen myötä kehittyvä entisestään kasvanut riski uudelle kaatumiselle. Monien eri tekijöiden päällekkäisten, rinnakkaisten sekä ketjuuntuvien syiden, seurausten ja vaikutusten kokonaisuus saattaisi tarjota myös mahdollisuuden auttamismenetelmien kehittämiseksi. Onnistumalla vaikuttamaan edes osaan tekijöistä, voivat nämä vaikutukset moninkertaistua ehkä myös myönteisessä mielessä. Elämäntilanteen kokonaisuudessa voikin toteutua paljon enemmän hyvää, jos vahingolliseksi kuvattu kehämäinen eteneminen tai dominon kaltainen vaikutus katkeaa tai ainakin hidastuu. Tätä kehämäisen etenemisen tai dominon kehityskulun etenemisen positiivisia mahdollisuuksia voisi pyrkiä selvittämään jatkossa.



Kuvio 2 Kaatumisen pelon ja toimintakyvyn heikentymisen prosessi

Kuntoutustyön tulisi perustua käsitykseen henkilön elämäntilanteesta kokonaisuutena (Mankinen 2011, 5-8) ja toimintakykyisyyden kokonaisvaltaiseen arviointiin (Pikkarainen 2013, 20-23). Tiikkainen (2006, 64-65) painottaa laaja-alaisesti ja yksilöllisesti toteutettuja interventiota yksinäisyyden tunteiden monitahoisen ilmiön ehkäisemisessä ja hoitamisessa. Lähtötilanteen huolellinen arviointi ja yhteinen tavoitteiden asettaminen (Järvikoski 2013, 21-24) eivät kuitenkaan käytännössä selvitysten mukaan useinkaan toteudu (Kyngäs ym. 2007, 25-28, Kääriäinen ym. 2006, Eloranta ym. 2014). Myös ikääntyneiden hoitoon sitoutuminen on osoittautunut haasteelliseksi (Kurikkala ym. 2015), minkä taustalla saattaa vaikuttaa esimerkiksi se, että kuntoutussuunnitelman tavoitteet eivät aina ole yhteneväisiä yksilön omien käsitysten kanssa. Yksi keskeinen kysymys mielestäni onkin se, onko ikääntyvän oma tavoite aina välttämättä palata kotiin muuttuneen elämäntilanteen jälkeen. Mikäli näin ei ole, saatetaan kuntoutusprosessissa ajautua tilanteeseen, jossa voimavaroja käytetään väärin asioihin ja tulokset jäävät näin ollen heikoiksi.

lääkkäiden asiakkaiden kuntoutumisprosessin käynnistyminen ja eteneminen vaativat aikaa. Samantahtisuus etenemisessä on tärkeää luottamuksellisen vuorovaikutuksen syntymiseksi. (Pikkarainen 2013, 36-47.) Prosessin rauhallinen eteneminen, yksilöllisyys ja osallistuminen on nähty tärkeinä myös potilaiden ja omaisten keskuudessa. (Hammar 2008, 21-28.) Myös opinäytetyön kirjallisuuskatsauksessa tuli esiin erään haastatellun kokemus siitä, että hän olisi

kaivannut enemmän ohjaajan kanssa käytettyä yhteistä aikaa harjoittelulle voittaakseen harjoitteluun liittyvän epävarmuuden ja pelon tunteensa (Resnick ym. 2005). Ikääntyneiden naisten ryhmässä myös kokemukset hyvästä hoidosta ja aidosta välittämisestä lisäsivät lonkka-murtuman kokeneiden naisten harjoitteluun sitoutuneisuutta (Resnick ym. 2005). Kirjallisuuden perusteella on myös muotoutunut käsitys siitä, että sanattomien viestien ja vuorovaikutuksen tunnelman merkitys korostuu erityisesti niiden kohdalla joiden kognitiivinen suoriutuminen on jollain tavoin heikentynyt, kuten esimerkiksi muistihäiriöisten henkilöiden tilanteissa (De Vries 2013; Kyngäs ym. 2007, 38-40; Pikkarainen 2013, 36-47).

Vaatimukset rauhalliselle etenemiselle saattavat usein olla kuitenkin ristiriidassa kuntoutustyötä tekevien ammattihenkilöiden varsin tiukkojen aikataulullisten resurssien kanssa. Tulevaisuudessa olisikin edelleen tärkeää pyrkiä selvittämään eri interventioiden ja toimintatapojen tehokkuutta ja vaikutuksia, jotta niukentuvat resurssit osattaisiin kohdentaa oikea-aikaisesti oikeisiin tekijöihin. Asiakkaiden erilaiset tarpeet, tavoitteet ja lähtökohdat myös vaativat erilaisten ohjausmenetelmien tunnettavuuden ja käytettävyyden selvittämistä. Tällöin parempi kuntoisille ja paremmat kuntoutumisen lähtökohdat omaaville henkilöille voitaisiin tarjota kustannustehokkaampia kevyemmällä resursseilla tuotettuja kuntoutusinterventioita ja kuntoutustyöntekijöiden aikaa voitaisiin osoittaa enemmän niille, joiden kuntoutumiseen liittyy erityisiä haasteita.

Kääriäisen ym. (2006) selvityksen mukaan käytetyin ohjausmenetelmä edelleen on ”yksilöllinen ohjaus”. Muita ohjausmuotoja, kuten esimerkiksi ryhmäohjausta, käytetään vähän ja ne hallitaan huonosti. Sosiaali ja terveystieteiden ministeriön (2013, 17-21) linjauksen mukaisesti potilaiden ja heidän läheistensä aito osallistuminen kuntoutumisprosesseissa tulisi mahdollistaa. Eloranta ym. (2015) korostavat läheisten merkitystä kuntoutumisessa ja yhteistyötä omaisten kanssa tulisikin heidän mukaan tiivistää. He ehdottavat esimerkiksi verkkopohjaisten ohjausmissivustojen kehittämistä asiakkaiden ja omaisten käyttöön. Myös Kurikkalan ym. (2015) mukaan teknologiapainotteisista interventioista on saatu myönteisiä vaikutuksia ikääntyneidenkin ohjauksessa.

Opinnäytetyön tuloksissa tuli esiin mielenkiintoinen näkemys siitä, että läheisiltä ja vertaisilta saatu tuki oli jopa merkittävämpää kuin asiantuntijoiden antama tuki ja kannustus. Näin ollen tutkijat esittivätkin käsityksensä siitä, että vertaistuen käyttöä interventioissa tulisi edelleen kehittää. Minäpystyvyys (self-efficacy) on käsitteenä vahvasti esillä niin kaatumisen pelkoon kuin muutenkin ikääntyvien toimintakykyyn ja elämänlaatuun liittyvässä tutkimuksessa. Opinnäytetyön tulosten valossa sillä katsottiin olevan merkitystä erityisesti harjoitteluun sitoutumisessa (Resnick ym. 2007 a), mutta Kurikkalan ym. (2015) tutkimuksen perusteella minäpystyvyys vaikuttaa myös hoitoon sitoutumiseen. Erityisesti vertaisohjaajien vetämistä ryhmäkeskusteluista on saatu hyviä kokemuksia hoitoon sitoutumisen kannalta. Muutkin niin yksilö

kuin ryhmäohjausmenetelmät havaittiin toimiviksi ikääntyneiden ohjauksessa. (Kurikkala ym. 2015.)

Lonkkamurtumapotilaiden ja heidän läheistensä kuntoutukseen liittyviä käsityksiä selvittäneessä tutkimuksessa todettiin omaisten ja ikääntyvien toivovan sekä hoidon jatkuvuuden turvaamisesta että kontaktin säilymistä hoitaneeseen tahoon myös kotiutumisen jälkeen (Kondo ym. 2014). Opinnäytetyön tulosten mukaan kaatumisen pelko on suurimmillaan vasta jopa vuoden kuluttua lonkkamurtumasta ja leikkauksesta (Visschedijik ym. 2010; Resnick ym. 2007 b), jolloin terveydenhuollon ja asiantuntijoiden rooli ja osallistuminen ikääntyvien arkeen on usein jo oleellisesti vähentynyt. Onkin tärkeää, että varmistetaan muiden tukimuotojen jatkuminen myös tänne myöhäiseen kuntoutumisen vaiheeseen, jotta siihen mennessä saavutetuja hyviäkin tuloksia toimintakyvyn suhteen ei aleta menettää. Myös hoidon jatkuvuuden turvaamisessa kotiutumisen jälkeen vertaisten ja läheisten hyödyntäminen avaavat uusia mahdollisuuksia.

Kirjallisuudessa on ilmaistu käsitys siitä, että kuntoutumisprosessissa ja sen suunnittelemisessa tulisi erityisesti kiinnittää huomiota siihen, että erityistä tukea vaativat ikäihmiset tunnustettaisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Hammar 2008, 21-28, 56-62). Kuitenkin tämä haavoittuvammassa osassa olevien joukko on lähes systemaattisesti suljettu ulos tutkimusasetelmista, joissa erilaisten interventioiden vaikutuksia selvitettiin. Sama ilmiö oli tulkittavissa myös opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella, sillä kahdeksasta mukaan valitusta tutkimuksesta ainoastaan yhdessä oli selvitetty kaatumisen pelkoa tämän ryhmän näkökulmasta (Visschedijik ym. 2014). Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittivat kuitenkin kaatumisen pelon yhteyden aikaisemman terveydentilan, heikentyneen liikkumiskyvyn ja kaatumishistorian välillä (Visscedijik ym. 2010 ja 2014). Niillä, jotka kokivat erityisen paljon kaatumisen pelkoa oli myös huonompi toimintakyky kuin vähemmän pelkoa kokevilla (Jellesmark ym. 2012). Onkin oletettavaa, että tämä ryhmä hyötyisi erityisesti kaatumisen pelon vähentämiseen liittyvistä kuntoutustoimista (Resnick ym. 2007 b), kuten esimerkiksi kognitiivisen käyttäytymisterapian lisäämisestä kuntoutusohjelmien sisältöön (Voshaar ym. 2006).

Ikääntyvien osuuden lisääntyminen väestössä lisää merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia. Heikko taloudellinen tilanne ei lupaa ainakaan lisää resursseja näistä haasteista selviämiseksi, ja siksi tulevaisuudessa on yhä tärkeämpää kohdentaa niukat resurssit tehokkaasti vaikuttaviksi havaittuihin toimintatapoihin. On tärkeää, että onnistutaan myös yhteistyössä eri toimijoiden kanssa kehittämään kekseliäästi ja rohkeasti aivan uusia toimintatapoja arjen haasteisiin vastaamiseksi. Rohkaiseva ajatus on, että ikääntyneiden toimintakykyä edistämällä ja kotona asumista tukemalla voidaan tutkitusti sekä säästää rahaa että vaikuttaa myönteisellä tavalla ikäihmisten elämänlaatuun.

Lonkkamurtuma on ”elämänmullistava tapahtuma” (”a life-breaking event”) (Zidén ym.2008) siinä missä muutkin elämän suuret kriisit, jotka jakavat elämää ennen ja jälkeen aikoihin. Lonkkamurtuman jälkeisessä kuntoutumisessa ehdottomasti merkityksellisintä on onnistuminen fyysisessä harjoittelussa. Viimevuosina on kuitenkin yhä enemmän alettu ymmärtää myös toipumiseen vaikuttavia henkisiä tekijöitä, joiden merkitys korostuu erityisesti sitä kautta miten ne vaikuttavat yksilön sitoutumiseen ja rohkaistumiseen tinkimättömään fyysiseen harjoitteluun. Yksi näistä merkittävistä tekijöistä on kaatumisen pelko, joka taas yhdessä muiden psykososiaalisten tekijöiden (esim. yksinäisyys, turvattomuus jne.) kanssa muodostaa vaikutuksiltaan monimutkaisen verkon.

Opinnäytetyön alkumetreillä ajattelin, että kaatumisen pelon ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi tulisi luoda jokin oma erityinen interventiomalli. Työn edetessä olen kuitenkin ymmärtänyt, ettei kovin tarkasti rajattua erillistä interventiota ole mielekästä, kustannustehokasta eikä ehkä edes mahdollista kehittää. Sen sijaan kaatumisen pelko tulisi pystyä tulevaisuudessa huomioimaan yhdessä muiden psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden kanssa osana fyysiseen harjoitteluun painottuvaa kuntoutusta. Kuntoutuvien joukosta tulisi entistä paremmin pystyä tunnistamaan ne henkilöt, jotka tarvitsevat erityistä tukea ja rohkaisua. Koko laajalle kuntoutujien joukolle ei ole kustannustehokasta lähteä tarjoamaan samaa palvelutarjotinta, vaan oleellista olisikin tutustua yksilön elämäntilanteeseen kokonaisuutena ja tunnistaa siitä kriittiset selviytymistä ja hyvinvointia uhkaavat tekijät. Sen sijaan että jokaisen kuntoutujan kohdalla yritettäisiin tasapäisesti tehdä samoja asioita samalla tavalla, kuntoutuksella tulisikin pyrkiä vaikuttamaan tehokkaasti pariin tarkoin valittuun haasteeseen ja yrittää kaikin tavoin estää toimintakykyisyyden heikentymisen kehämäistä etenemistä. Näistä lähtökohdista pohdin opinnäytetyön kehittämissosiossa sitä, miten kuntouttavissa työyksiköissä voitaisiin käynnistää lonkkamurtumapotilaiden kuntoutustyön kehittäminen, keksiä uusia ideoita ja vahvistaa yhteistyötä eri toimijoiden kanssa.

## 9.2 Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden arviointia

Tieteelliselle tutkimukselle on asetettu erityisiä vaatimuksia. Tutkimuksen tulee olla esimerkiksi puolueetonta ja riippumatonta auktoriteeteista tai tutkijan omista käsityksistä. Lisäksi tieteellinen tutkimus on julkista, jotta sen tulokset ovat tiedemaailman arvioitavissa ja tarvittaessa muutettavissa. Keskeistä tutkimuksen tekemisessä on myös huomioida siihen liittyvät eettiset tekijät. Eettisyyden perustana voidaan tarkastella tieteellisen tiedon ja yhteiskunnan ilmiöiden välistä suhdetta. On tärkeää, että tietoa tuotetaan ja käsitellään pyrkimyksenä tuottaa hyvää yhteiskunnassa ja välttää vahingollisia ilmentymiä. Tieteen tekemisessä tulisi pyrkiä tekemään tietoisia ja eettisesti perusteltuja ratkaisuja tutkimustoiminnan eri vaiheissa. Aiheen valinnan tulee suuntautua niin, että sen avulla voidaan tuottaa yhteiskunnan hyvän kannalta merkityksellistä tietoa. Lisäksi tulee turvata tutkimuksen kohteena olevien

henkilöiden kohtelu ja asema ja välttää epärehellisyttä prosessin kaikissa eri vaiheissa kaikin eri tavoin. (Hirsjärvi ym. 1997, 23-28.)

Olenainen huomioitava seikka niin tutkimusta tehdessä kuin niitä lukiessa on kiinnittää huomiota tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaviin asioihin ja ratkaisuihin. Perinteisesti määrällisen tutkimuksen yhteydessä luotettavuutta on ollut tapana tutkia reliabiliteetin (tulosten yleistettävyyden) sekä validiuden (pätevyyden) käsitteiden kautta. Laadullisessa tutkimuksessa näiden käsitteiden ymmärtäminen ja käyttäminen ei kuitenkaan ole niin yksinkertaista ja selkeää. Yleisen käsityksen mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa keskeistä onkin eri tutkimusvaiheisiin liittyvien valintojen ja ratkaisujen sekä tapahtumien kuvaaminen sekä perusteleminen. (Hirsjärvi ym. 1997, 216-218.)

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen on teoreettista tutkimusta eli toisen asteen tutkimusta (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 123-124). Näin ollen kirjallisuuskatsauksessa sekä eettisyyteen että luotettavuuteen liittyvät kysymykset nojaavat vahvasti siihen valittujen alkuperäistutkimusten luotettavuuteen ja eettisyyteen. Opinnäytetyön katsaukseen valitut tutkimukset olivat julkaistu arvostetuissa tieteellisissä julkaisuissa ja ne kaikki olivat käyneet läpi perusteellisen asiantuntijoiden arviointiprosessin. Aineistona käytetyissä artikkeleissa oli myös arvioitu ja tuotu esiin eettiseen toteutukseen ja luotettavuuteen liittyviä tekijöitä.

Tieteenteolle asetetuissa yleisissä ohjeissa korostetaan muiden muassa tutkijan tieteenalan tietämystä, metodologisia valmiuksia sekä kriittistä ajattelua (Hirsjärvi ym. 1997, 24-25). Tutkijana olen vasta aloittelija, eikä minulla ollut aikaisempaa ainakaan erityisen vankkaa kokemusta tai näkemystä ikääntyvien elämänlaatuun liittyvistä tekijöistä tai juurikaan kokemusta lonkkamurtumapotilaiden hoitotyöstä. Tästä on saattanut olla opinnäytetyön tekemisessä eettisyyden ja luotettavuuden kannalta sekä haittaa että hyötyä. Olen vasta tämän työn myötä saanut tutustua ikääntyvien maailmaan sekä niihin kokemuksiin ja näkemyksiin, joita lonkkamurtuman saaneet ikäihmiset ja heitä hoitavat ammattihenkilöt joutuvat kohtaamaan. En ehkä ole kaikilta osin pystynyt omaksumaan tai arvioimaan kaikkia tilanteita aukottomasti, mutta toisaalta olen tutustunut aihealueeseen ilman omia vahvoja odotuksia tai ennakoasenteita. Olen pyrkinyt taustatyössä olemaan perusteellinen ja huomioinut tarkasteluissani materiaalia eri kirjoittajilta ja erilaisista lähteistä. Muodostamani käsitykset ja ajatukseni sekä tekemäni valinnat eri vaiheissa olen pyrkinyt kuvaamaan ja perustelemaan tarkasti. Tekemäni kirjallisuuskatsausta ei voida kuitenkaan pitää systemaattisena, tutkimuksellista harhaa tehokkaasti häivyttävänä, koska olen tehnyt työhön liittyvät valinnat niin tiedonhaussa, tutkimusten valinnassa ja analysoinnissa sekä johtopäätöksissä pääsääntöisesti itsenäisesti. Olen kuitenkin saanut apua työn tekemisen aikana sekä Laurea-ammattikorkeakoulun tiedonhaun lehtorilta että opinnäytetyönohjaajaltani.

Kirjallisuuskatsauksen tekemiseksi ei vaadittu tutkimuslupaa tai suostumuksia, koska aineisto koostui jo aikaisemmin julkaistuista tutkimuksista. Kaikissa valituissa tutkimuksissa asianmukaiset ja tarvittavat luvat oli saatu niin eri tutkimuseettisiltä työryhmiltä kuin myös tutkimuksiin osallistuneilta henkilöiltä. Kaikenlaista epärehellisyyttä olen pyrkinyt välttämään tutkimuksen teon eri vaiheissa. Keskeinen osa epärehellisyyden välttämistä on lähteiden tunnollinen ja tarkka tulkitseminen sekä merkitseminen. Lisäksi luotettavuuden kannalta on tärkeää raportoinnissa tuoda esiin tutkimuksen tekemisessä kokemani haasteet ja ongelmat. Yksi tällainen oleellinen tekijä on se, että kaikki katsaukseen päätyneet artikkelit olivat englanninkielisiä. Tämä aiheutti paljon työtä ja itseni todellista haastamista, ja saattaa olla että kaikilta osin ymmärrykseni ei ehkä ole ollut yhtä syvällistä kuin jos olisin lukenut suomenkielisiä tekstejä.

Huolellisesti ja oikein suoritettuna systemaattista kirjallisuuskatsausta on pidetty yhtenä luotettavimmista tavoista yhdistää aikaisempaa tietoa. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen systemaattisena vaatii kuitenkin paljon aikaa ja henkilöstöresursseja. Sen luotettavuuteen saattavat vaikuttaa jo tietokantoihin liittyvät epäyhteneväisyydet. Joitakin relevantteja tutkimuksia saattaa jäädä tavoittamatta ja toisaalta toistojulkaistujen alkuperäistutkimusten tunnistaminen voi olla hankalaa. Lisäksi alkuperäistutkimusten laadussa saattaa olla vaihtelua eikä tutkimusten luotettavuutta ole aina helppoa arvioida. Asetetut sisäänottokriteerit saattavat myöskin olla suuntaamassa saatuja tuloksia. (Kääriäinen ja Lahtinen 2006.)

Tätä kirjallisuuskatsausta on tehty laadullisella tutkimusotteella, joten sen luotettavuuden kannalta tärkein tekijä on tunnollinen ja tarkka eri vaiheiden raportointi, kuten jo aikaisemmin on mainittukin. Näin ollen kirjallisuuskatsaus on mahdollista toteuttaa uudestaan esimerkiksi tietojen päivittämistarkoituksessa. On kuitenkin selvää, että myös näin menetellen on kuitenkin todennäköistä, että toinen tutkija päätyisi tekemään osittain erilaisia valintoja ja päätyisi näin ollen ainakin osittain erilaisiin tuloksiin. Osa mahdollisista tutkimuksista on esimerkiksi saattanut jäädä pois katsauksesta sen vuoksi, ettei kokotekstejä ole ollut saatavilla käytettävissä olevilla resursseilla. Tiedonhaun onnistumisesta mielestäni todistaa kuitenkin se, että hakujen edetessä alkoivat samat tutkimukset nousta yhä uudelleen esiin eri tietokannoissa sekä niiden tutkimuksien lähdeluetteloissa joihin tutustuttiin tarkemmin.

## 10 Kehittämistyö: Kaatumisen pelon huomioiminen osana lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumisprosessin kehittämistä

Opinnäytetyön yhtenä tarkoituksena on ollut ikääntyvien lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumisprosessin kehittäminen ja kaatumisen pelon parempi huomioiminen osana kuntoutumista. Tässä osiossa pohdin kehittämistyön aloittamiseen ja toteutukseen liittyviä edellytyksiä ja mahdollisuuksia lonkkamurtumapotilaiden hoidosta ja kuntoutuksesta vastaavissa yksiköissä. Kehittämisajatukseni perustuvat tekemäni kirjallisuuskatsauksen tuloksiin ja aihealueesta sekä kehittämistyöstä ja sen toteuttamisesta käytännön työelämässä julkaistuun kirjallisuuteen.

Näyttöön perustuvasta hoitotyöstä on alettu puhua 1990-luvun puolivälistä alkaen. Näyttöön perustuvan hoitotyön käsitteellä tarkoitetaan ”parhaan ajan tasalla olevan tiedon arviointia ja käyttöä yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja itse toiminnan toteutuksessa”. Näyttö jaetaan tyypillisesti kolmeen osa-alueeseen: tieteellisesti havaittuun tutkimusnäyttöön, asiantuntijoiden käsityksiin perustuvaan kokemusnäyttöön sekä potilaiden tietoon, toimintaan ja kokemuksiin liittyvään näyttöön. (Leino-Kilpi ja Lauri 2003, 7.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on koottu tietyltä rajatulta aihealueelta tehtyjen tutkimusten tulokset yhteen (Salanterä ja Hupli 2003, 22). Aihealueen keskeiset tutkimustulokset ja ilmiön sen hetkinen ymmärrys esitetään lukijalle tiivistetyssä muodossa, ja siten että on jo pohdittu tutkimusten ja näytön luotettavuutta lukijan puolesta. Käytännön hoitotyössä ammattihenkilöillä ei välttämättä aina ole riittävästi ajankäytöllisiä tai muitakaan resursseja tutustua tutkittuun tietoon. Organisaatiolla ei ole käytettävissä ehkä laaja-alaisia oikeuksia eri tietokantoihin pääsemiseksi, ja myös hoitajien kyvyissä lukea ja ymmärtää ylipäättään tutkimuksia, etenkin vieraskielisiä, saattaa esiintyä rajoituksia. Näin ollen luotettavasti ja riittävän kattavasti tehdyt kirjallisuuskatsaukset ovat kätevä työkalu saattaa tutkimustietoa tehokkaammin käytännön työkentille osaksi esimerkiksi hoitotyön kehittämistä ja käytännön työtä.

Tämän kehittämistyön ideoita ei ole tehty yksittäisen työyksikön tarpeisiin perustuen, vaan esittämieni ajatusten tarkoitus on tukea kehittämistyön käynnistymisen tarpeellisuuden, edellytysten ja mahdollisuuksien pohtimista missä tahansa lonkkamurtumapotilaita hoito- ja kuntoutusketjun eri vaiheissa kohtaavissa työyksiköissä.



## 10.1 Kehittämistyön lähtökohdat

Kehittämistyön lähtökohdiksi olen valinnut kansallisissa keskeisissä sosiaali- ja terveystoiminnassa ohjelmissa painotetut käsitteet: Osallistaminen, asiakaslähtöisyys sekä moniammatillinen, eri sektoreiden välillä tapahtuva, yhteistyö. (Sosiaali ja terveysministeriö 2012; Sosiaali ja terveysministeriö 2013.)

**Moniammatillisuus ja monialaisuus** esiintyvät arkikielessä usein rinnakkaisina käsitteinä. Lähikäsitteenä puhutaan myös verkosto-osaamisesta. Toiminnan monialaisuudesta puhuttaessa tarkoitetaan koulutusalojen rajojen ylittämistä siten, että erilainen osaaminen kerätään yhteen yhteisen päämäärän tavoittelemiseksi. Se on rinnakkain työskentelyä, jossa tärkeää on työn koordinointi ja tiedon jakaminen. Moniammatillinen työskentely on välttämätöntä silloin kun työssä vaaditaan ihmisen tai ihmisryhmien tilanteen ymmärtämistä ja tarkastelua kokonaisvaltaisesti. Yksittäisen asiantuntijan osaaminen harvoin kattaa kaikkea tarvetta, ja siksi vaaditaan rajojen ylittämistä ja rajapinnoilla toimimista. (Katisko, Kolkka, Vuokila-Oikkonen 2014, 10-14.)

Moniammatillinen yhteistyö edellyttää arvostusta, yhteistoiminnallisuutta, roolien selkeyttä, päätöksentekoon osallistumista ja vastuuta sekä ymmärrystä tavoitteiden monitahoisuudesta sekä kykyä konkretisoida tavoitteita. Keskeistä moniammatillisuudessa on myös asiakkaan tiedon ja kokemuksen merkityksen tunnistaminen ja tunnustaminen. Vuorovaikutuksessa vaaditaan dialogia, jonka tulos on jotain sellaista, joka ei ole kenenkään osapuolen omaa, vaan jonka avulla voidaan löytää jotain kokonaan uutta. Näin työskentelyyn syntyy uudenlaisia tapoja jäsentää todellisuutta sekä uskallusta toimia yhteistyössä siten, että asiakkaan etu pystytään parhaalla mahdollisella tavalla täyttämään. (Katisko ym. 2014, 10-14.)

2000-luvulla **asiakaslähtöisyys** on tullut yhä enemmän merkitykselliseksi myös sosiaali- ja terveydenhuollon alalla. Asiakaslähtöisyyden kehittämisen hyödyistä kustannuksien hallinnassa ja palveluiden vaikuttavuuden näkökulmasta tarkasteltuna vallitsee varsin laaja konsensus terveydenhuollon johtajien kesken. Lisää kaivataan ennen kaikkea yhteistyötä eri toimijasektoreiden (julkinen, yksityinen ja kolmas sektori) välillä asiakkuusnäkömyksen ja -ymmärryksen kehittämiseksi. (Virtanen; Suoheimo; Lamminmäki; Ahonen; Suokas 2011, 9.)

Asiakaslähtöisyys terveydenhuollon toimialalla vaatii aluksi käsitteiden selvittämistä ja täsmentämistä sekä uudenlaista ymmärrystä asiakkaan roolista ja potentiaalisista resursseista sekä niiden hyödyntämisestä. Lähtökohtana asiakaslähtöisyydelle on siihen sopivan arvoperus-

tan olemassa olo tai kehittäminen. Ihmisarvo on keskeinen tekijä asiakaslähtöisyyden taustalla. Asiakas tulee nähdä tasavertaisena kumppanina toiminnan kohteen sijasta. Asiakas nähdään palveluiden asiantuntijana ja myös kehittämistoiminnassa tasavertaisena kumppanina työntekijöiden kanssa. Asiakaslähtöisessä toiminnassa toiminta järjestetään ensisijaisesti asiakkaan tarpeista käsin. (Virtanen ym. 2011, 18-19.)

**Osallistaminen** ja yhteistoiminnallisuus kehittämisessä on nähty edellytyksinä hankkeiden tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden saavuttamisessa. On pidetty tärkeänä, että kehittämiseen liittyvät eri sidosryhmät otetaan mukaan suunnitteluun jo mahdollisimman varhaisessa projektin vaiheessa. Näin varmistetaan, että eri sidosryhmien näkemykset ja intressit tulevat huomioiduksi jo alusta lähtien. Eri käyttäjät ja toimijat kehittävät samaa kohdetta kukin omista lähtökohdistaan käsin. He auttavat toisiaan kysymyksen asettelussa ja käsitteiden määrittelyssä. (Toikko ja Rantanen 2009, 89-91.)

Osallistavan kehittämisen lähtökohtana on dialogisen perustan toimiminen. Eri sidosryhmät toimivat keskenään kumppanuussuhteessa. Heidän asemansa kehittämistehtävän kontekstissa on rinnakkainen, ei hierarkkinen. Dialoginen lähestymistapa edellyttää aitoa kiinnostusta ja halua kuulla ja ymmärtää myös vastapuolen käsityksiä asioista. Dialogisen prosessin tavoitteena ei ole ajaa minkään yksittäisen sidosryhmän näkemystä, vaan löytää vuorovaikutuksen kautta ”parhaana mahdollisena kompromissina” syntyvä käsitys asiasta. (Toikko ja Rantanen 2009, 92-93.)

## 10.2 Yhteinen teemapäivä - kehittämissyhteistyön alku?

Kehittämistyön alkuun saattamiseksi ehdotetaan kaikille sidosryhmille yhteisen koulutuksellisen teemapäivän järjestämistä. Koulutuksellisen teemapäivän järjestämisen tavoitteena on lisätä eri ammattihenkilöiden, potilaiden/asiakkaiden ja heidän läheistensä sekä päättäjien tietoisuutta kaatumisen pelon merkityksestä lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumisessa. Kehittämistyön käynnistämällä pyritään myös herättämään ajatuksia ja keskustelua ilmiön merkityksestä sekä kehittämään monialaista yhteistyötä ja lisäämään eri sidosryhmien osallistumisen mahdollisuuksia kehittämistyössä. Pohdin seuraavaksi yleisesti teemapäivän järjestämiseen liittyviä kysymyksiä. Esitykseni ovat luonteeltaan ehdotuksia ja niitä voidaan eri työyksiköissä edelleen soveltaa ja jalostaa omaan tilanteeseen sopivalla parhaalla mahdollisella tavalla.

### 10.2.1 Kehittämisen työvälineitä

Toikko ja Rantanen (2009, 56-63) ovat jäsentäneet kehittämistoimintaa jakamalla sen viiteen eri vaiheeseen: perustelu, organisointi, toteutus, arviointi ja levittäminen. Kehittämisprosessin eri vaiheissa voidaan hyödyntää erilaisia prosessia edistäviä välineitä. Välineillä ei tässä yhteydessä tarkoiteta niinkään teknisiä menetelmiä, vaan sellaisia reflektiivisiä keinoja, joilla pyritään hallitsemaan ja suuntaamaan kehittämissuunnan etenemistä. Tämä edellyttää kehittämistoiminnan ymmärtämistä sosiaalisena prosessina, jossa keskeistä on dialogisuus ja osallistujien välinen vuorovaikutus. (Toikko ja Rantanen 2009, 72-88.) Opinnäytetyön kehittämisuunnitelman tarkoituksena on kehittämistarpeen selvittäminen ja siihen innostaminen, joten tässä työssä keskeisimpiä ovat perusteluvaiheessa toimiminen sekä perustelua edistävien välineiden käyttäminen. Osittain toki suunnataan katsetta jo mahdollisiin tuleviin vaiheisiin.

Psykologisten tekijöiden merkitystä, kuten esimerkiksi kaatumisen pelko, on alettu yhä enemmän pohtia tieteellisessä keskustelussa. Erityisesti on havahduttu niiden vaikutukseen kuntoutumisen ja toimintakyvyn edistämisen merkityksistä käsin. Teemapäivän tarkoituksena on tuoda aiheeseen liittyvä tutkimustieto paremmin yleiseen tietoisuuteen sekä herättää keskustelua siitä, millaisena tilanne kyseisessä toimintaympäristössä näyttää. Koetaanko tarvetta kehittämistyön käynnistämiseksi tai mahdollisten lisäselvitysten (esimerkiksi kyselyt, kartoitukset, haastattelut) tekemiselle? Millaisia näkökulmia ja kehittämistarpeita keskustelussa nousee esiin, ja miten niitä tulisi lähteä jatkossa työstämään? Mitä kehittämistarpeita esimerkiksi nostetaan ensisijaisiksi ja mistä lähdetään liikkeelle?

Perustelujen rakentamisessa voidaan käyttää apuna esimerkiksi tarveanalyysin tekemistä ja loogista viitekehystä, joiden avulla kehittämistoiminnan kohdetta voidaan määrittellä tarkemmin (Toikko ja Rantanen 2009, 72-77). Tällaiseen tarkempaan määrittelyyn ei kuitenkaan vielä kannata pyrkiä teemapäivän aikana, vaan teemapäivän tarkoitus on antaa ajatusten ja keskustelun virrata valloillaan ideariihen omaisesti. Oleellista on kuitenkin se, että teemapäivän keskustelujen antia kirjataan systemaattisesti, jotta ideoita ja ajatuksia voidaan myöhemmin hyödyntää. Lisäksi sen aikana voidaan kartoittaa kehittämisen innokkuutta ja valmiuksia eri sektoreilla, sekä kerätä esimerkiksi osallistujia keskeisistä ryhmistä alustavasti kehittämishankkeen ohjausryhmään.

Organisointivaiheessa keskeistä on toimintaympäristön ja eri toimijoiden hahmottaminen. Tässä apuna toimivat sosiaalinen analyysi ja toimijamatriisi (Toikko ja Rantanen 2009, 77-80). Jo teemapäivään osallistujista saattaa alkaa muodostua käsitys siitä, keitä kaikkia yhteinen kehittäminen koskettaa, mutta tarkemmin eri toimijoiden mukana oloa voidaan edelleen pohtia ohjausryhmän tapaamisissa. Toimijamatriisin avulla pystytään havainnollistamaan eri tahojen

kykyjä ja resursseja sekä tarvetta ja mahdollisuutta kehittämistoimintaan osallistumisessa. Sen avulla voidaan tehdä tarkempia vastuutuksia eri tehtävissä ja määrittää se missä suhteessa eri toimijoiden panosta on tarpeen hyödyntää kehittämistoiminnan eri vaiheissa. (Toikko ja Rantanen 2009, 77-80.)

Toteutuksen seuranta edistävillä välineillä tarkoitetaan sellaisen tiedon systemaattista keräämistä, jonka avulla pystytään arvioimaan ja suuntaamaan kehittämisprosessin etenemistä. Ensimmäinen tällainen toteutuksen seurannan väline kerätään jo teemapäivän aikana merkittävällä muistiin keskusteluissa esiin tulleita näkökulmia ja ajatuksia. Teemapäivään osallistujia voisi pyytää myös kirjallisesti kertomaan ajatuksistaan ja ideoistaan, näin aineistosta saataisiin monipuolisempi, ajatuksia olisi mahdollista tuoda esiin myös anonymisti ja toisaalta saavutettaisiin paremmin myös hiljaisempien osallistujien oivallukset. Teemapäivän jälkeen voitaisiin esimerkiksi avata internettiin keskustelualusta, jossa aiheeseen liittyvää keskustelua voitaisiin jatkaa myös nimettömänä jos niin haluaa. Ohjausryhmän ja muiden mahdollisesti myöhemmin perustettavien työryhmien muistiot ja työsuunnitelmat ovat arvokasta materiaalia prosessin etenemisen seurannassa.

Arvioinnissa analysoidaan kehittämistoiminnan perusteluja, organisointia ja toteutusta. Prosessiarviointi on keskeinen osa kehittämistoimintaa. Olennaista on, että arviointia tehdään koko prosessin ajan ja sen avulla prosessin etenemistä ohjataan ja suunnataan uudestaan. Arviointi ja konkreettinen toiminta vuorottelevat koko prosessin ajan. Neuvottelevalla arvioinnilla pyritään muodostamaan kaikkien toimijoiden yhteinen käsitys kehittämistoiminnasta. Jokaisen toimijan tulee tällöin pystyä arvioimaan kriittisesti myös omaa toimintaansa sekä aidosti kuulemaan toisten toimijoiden käsityksiä. Yhteinen käsitys kehittämistoiminnasta ei ole minkään sidosryhmän yksittäinen arvio tilanteesta, vaan yhteenveto kaikkien osapuolten käsityksistä. (Toikko ja Rantanen 2009, 82-85.)

Viimeisessä kuvatussa vaiheessa Toikko ja Rantanen (2009, 85-88) pohtivat tulosten levittämistä edistäviä välineitä. Kehittämishankkeiden tuloksia on ollut tapana esitellä erilaisissa seminaareissa ja hankeraporteissa. Uudenlaisia tulosten levittämisen keinoja ovat tuotteistaminen ja oppimisverkostot. Tuotteistaminen sopii selkeiden ja varsin valmiiden tulosten levittämiseen, sen sijaan oppimisverkostojen toiminnassa korostuu paitsi erilaisten kehittämisideoiden levittäminen niin myös niiden jatkotyöstäminen ja jalostaminen. Oppimisverkostoissa konkretisoituu verkosto-oppiminen. Eri toimijoilla on erilaista osaamista, jota he tuovat verkostoon, mutta samalla on myös mahdollista oppia uutta verkoston muilta toimijoilta. Oppimisverkostoja onkin pidetty yhtenä benchmarking-toiminnan muotona. (Toikko ja Rantanen 2009, 85-88.)

Oppimisverkostojen ominaisuuksia pidän hyvin sopivina myös tälle orastavalle kehittämistoiminnalle. Monialaisista toimijoista koostuva oppimisverkosto tarjoaa paitsi erinomaisen työskentelyalustan, niin myös samanaikaisesti se toimii jo tiedon levittämisessä. Alkuun levittäminen voidaan pitää vielä omassa toimintaympäristössä ja sen kehittämisen ja juurruttamisen sisäisenä työskentelyvälineenä, mutta kehittämistoiminnan edetessä voidaan pohtia sen laajentamisen mahdollisuuksia myös esimerkiksi valtakunnallisille ja miksei kansainvälisillekin foorumeille.

#### 10.2.2 Pelottaako kaatuminen? -Teemapäivän sisältö ja toteutus

Teemapäivään kutsutaan osallistumaan eri toimijoita laajalta rintamalta. Kutsukirjeiden lähettämistä varten voidaan kuvata lonkkamurtumapotilaan hoitoketju leikkauksesta arkeen palaamiseen saakka ja sen avulla kartoittaa kaikki eri toimijat, jotka hoitoketjuun osallistuvat. Kutsut toimitetaan näin ollen ainakin alkuvaiheen kirurgisesta hoidosta vastaavalle taholle, jatkohoitoon ja kuntoutukseen osallistuville tahoille sekä kotihoidon ja avokuntoutuksen ammattilaisille. Osallistumaan ovat tervetulleita kaikkien eri ammattiryhmien edustajat: lääkärit, sairaanhoitajat, lähihoitajat, hoitoapulaiset, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, psykologit, sosiaalihoitajat jne. Lisäksi tilaisuuteen toivotaan myös kokemusasiantuntijuutta. Teemapäivään pyritään saamaan osallistujia myös hoitoketjun eri vaiheessa olevista potilaista/asiakkaista, lonkkamurtumasta toipuneita henkilöitä sekä läheisiä. Myös toimialueella toimivia päättäjiä, vaikuttajia, kolmannen sektorin edustajia sekä mahdollisesti esimerkiksi oppilaitosten edustusta voidaan kutsua osallistumaan teemapäivään.

Päivän ohjelma alkaa tervetuloa-toivotuksella sekä lyhyellä aiheeseen johdattavalla puheenvuorolla. Tässä vaiheessa voidaan lyhyesti tuoda esille monialaisen kehittämistyön lähtökohdat, periaatteita ja mahdollisuuksia. Tämän jälkeen esitetään aihepiiristä tehtyjen tutkimusten tuloksia. Tässä osiossa voidaan hyödyntää esimerkiksi opinnäytetyön osana tehtyä kirjallisuuskatsausta. Seuraavaksi ovat kokemusasiantuntijoiden puheenvuorot. Puhujiksi pyritään rekrytoimaan esimerkiksi yksi lonkkamurtuman kokenut henkilö sekä yksi lonkkamurtumapotilaan omainen kertomaan kokemuksista ja havainnoista läheisen näkökulmasta käsin. Puhujat saavat tutustua etukäteen tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen ja voivat peilata omia kokemuksiaan esimerkiksi katsauksessa esiin tullessiin asioihin.

Iltapäivän osuus käynnistyy paneelikeskustelulla aiheesta. Myös paneelikeskusteluun osallistujat ovat saaneet etukäteen tutustua opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen. Paneelikeskustelun lähtökohdana on ajatus siitä, että mahdollisimman moni voisi ilmaista mielipiteensä ja osallistua asian käsittelyyn. Paneeliin osallistujat valitaan siten, että erilaiset näkemykset pääsevät esiin. Keskustelun puheenvuorot ovat lyhyitä ja ytimekkäitä sekä vapaamuotoisia.

Paneeliin osallistuminen vaatii myös huolellista valmistautumista, jotta siinä esitetyt näkemykset ovat yleisön kannalta mielenkiintoisia. Paneelikeskustelua käytetään esimerkiksi silloin, kun halutaan jakaa tietoa tai hakea ratkaisua ongelmatilanteissa. Käytännön järjestyksessä kiinnitetään huomiota osallistujien sijoittamiseen suhteessa toisiinsa ja yleisöön. Paneelissa suositellaan olevan osallistujia enintään kuusi, jotta kaikki saavat riittävästi puhe-aikaa, eikä keskustelu silti veny liian pitkäksi. Keskustelulle valitaan myös puheenjohtaja, joka valmistelee yhdessä ryhmän vetäjän kanssa käsittelykaavan ja kysymyksiä sekä paneelikeskustelijoille että yleisölle. Kysymyksiä on hyvä olla riittävän paljon, vaikka niitä kaikkia ei ehdittäisikään välttämättä käsitellä. Tuloksellinen ja antoisa keskustelu syntyy paneelin jäsenten ja yleisön aktiivisesta osallistumisesta sekä saumattomasta ja kunnioittavasta yhteistyöstä. (Jyväskylän yliopisto, KOPPA. 2010.)

Paneelikeskusteluun pyritään valitsemaan mukaan esimerkiksi lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti, kokemusasiantuntija sekä omainen. Paneelikeskustelua viritäviä teemoja voidaan nostaa esimerkiksi opinnäytetyön tuloksista. Keskustelijoilta toivotaan kannanottoja ja ajatuksia esimerkiksi siitä, miten he ovat kokeneet tai havainneet kaatumisen pelon lonkkamurtumapotilailla vaikuttavan selviytymiseen, toimintakykyyn ja kuntoutumiseen. Keskustelijat voisivat myös pohtia sitä, miten kaatumisen pelko tai muut henkiset tekijät heidän mielestään on huomioitu kuntoutumisprosessin eri vaiheessa nykytilanteessa. Entä millaisia ideoita tai tarpeita he näkisivät siinä, miten kuntouttamiseen ja kotiuttamiseen liittyvää toimintaa voisi pyrkiä kehittämään? Mitä he ajattelevat esimerkiksi vertaistuen tai teknologia-painotteisten interventioiden käytettävyydestä ja mahdollisuuksista? Keskustelun lopuksi puheenjohtaja kokoaa yhteen keskustelun keskeisen sanoman.

Paneelikeskustelun jälkeen tilaisuus jatkuu yleisökeskustelulla. Keskustelemaa ilmapiiriä voidaan tarvittaessa virittää ja madaltaa esiin tuleminen kynnystä esimerkiksi jakautumalla pienempiin ryhmiin tai niin sanotun pariporinan (= muutaman minuutin pituinen ajatusten vaihto esimerkiksi vieressä istuvan henkilön kanssa) avulla. Myös yleisökeskustelussa voidaan käyttää hyväksi samoja teemoja, joiden mukaan paneelikeskustelussa edettiin, mutta toisaalta tarjotaan myös mahdollisuus yhteiselle heittäytymiselle ja ideariihen käynnistymiselle. Tilaisuuden lopussa kiitetään kaikkia osallistujia ja lausutaan alustavat johtopäätökset siitä onko kehittämistoiminnalle tämän aihealueen tai jonkin muun esiin nousseen aiheen parissa tilausta. Alustavasti voidaan tarvittaessa myös hahmotella ohjausryhmän kokoonpanoa sekä tiedustella osallistumismahdollisuudesta. Lopuksi vielä esitellään keskustelualusta sekä toimiminen siellä ja kannustetaan kaikkia osallistujia jatkamaan keskustelua oppimisverkostossa.

### 10.2.3 Kehittämistyön jatkuminen

Kehittämisprosessia on kuvattu erilaisten mallien avulla. Tunnetuimpia niistä lienevät lineaarinen malli, tasomalli, spiraalimalli sekä spagettimalli. Näissä malleissa kehittämistyön eri vaiheita on kuvattu tasomallin varsin tarkkarajaisesti etenevästä prosessista spagettimallin lähes kaaosmaiseen tilanteeseen, jossa eri vaiheet pystytään identifioimaan usein vasta jälkikäteen. Henkilökohtaiseen käsitykseeni ja tämän kehittämistyön etenemistä kuvaamaan sopii mielestäni parhaiten valtaosin spiraalimalliin liittyvä ajattelutapa. (Toikko ja Rantanen 2009, 64-72.)

Spiraalimallissa kehittämistyön vaiheet (perustelu, organisointi, toteutus, arviointi) muodostavat ensin kehän ja kehittämistyön jatkuessa muodostuu ensimmäisen kehän päälle uusia kehiä piirtäen näin lopulta spiraalin muotoisen kuvion kehittämistyön etenemisestä. (Toikko ja Rantanen 2009, 66-67.) Tässä kehittämissuunnitelmassa esitelty idea yhteisen koulutuksellisen teemapäivän järjestämisestä muodostaa kehittämistyön ensimmäisen kehän. Se, miten kehittämistyö eri toimintaympäristöissä jatkuu, jää jokaisen yksikön omalle vastuulle. Aina kehittämistyölle ei välttämättä koeta eri paikoissa yhtä suurta tarvetta tai mahdollisuuksia. Meillä voi sillä hetkellä myös olla vielä tärkeämpiä ja ajankohtaisempia kehittämistarpeita. Oleellista on, että kehittämistyön onnistuneelle läpiviemiselle tulee olla selkeä tarve sekä riittävä määrä innokkuutta ja resursseja.

Tässä kehittämistyössä tavoitellaan uudenlaisen oivalluksen syntymistä iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden ohjauksen ja kuntoutumisen sisällöstä ja menetelmistä. Lisäksi toivotaan uudenlaisen hoitokulttuurin ja organisaatiokulttuurin kehittymistä. Opetellaan kehittämistä laaja-alaisena yhteistyönä eri ammattiryhmien ja toimijoiden kesken sekä otetaan potilaat/asiakkaat ja heidän läheisensä yhä kiinteämmin mukaan kehittämistoimintaan. Tämän kaltaiset muutokset vaativat paljon aikaa. Muutos alkaa asenteiden muuttumisesta toivottuun suuntaan, ja sitä kautta vähitellen siirtyy käytännön toiminnan näkemiseen ja toteuttamiseen uuden ajattelun mukaisesti. Teemapäivä voi parhaiten onnistuessaankin antaa ainoastaan syäyksen ja varovaisen suunnan kohti tavoiteltua muutosta. Näin ollen yhteisen koulutuksellisen teemapäivän toteutumiseen voidaan olla tyytyväisiä, jos käytännön järjestelyissä on onnistuttu ja eri sidosryhmät saadaan aktiivisesti osallistumaan.

Onnistumisen myötä päästään yhteiselle matkalle muutoksen tielle, jos aikaan saadaan vilkas ja uusia ajatuksia esiin tuova paneelikeskustelu ja osallistujat saavat tämän kaltaisesta toiminnasta myönteisen käsityksen. Vaikka varsinaisen kehittämistyön jatkamiselle aihealueen parissa ei juuri tällä hetkellä koettaisi tarvetta, niin joka tapauksessa kaikkien osallistuneiden tieto kaatumisen pelon ja muidenkin psykologisten tekijöiden merkityksestä osana lonkkamurtumapotilaan toipumista ja kuntoutumista lisääntyy. Tämä tietoisuus myös siirtyy käytännön

työn tekemiseen, jossa vähitellen aletaan kohtaamaan asiakas siten, että myös esimerkiksi kaatumisen pelon käsittelylle tulee enemmän tilaa hoito- tai kuntoutussuhteessa. Tietoisuus sekä auttaa että pakottaa tarkastelemaan koko toimintaa uudesta näkökulmasta käsin, ja vähitellen saattaa myös alkaa syntyä uusia kehittämisideoita.



## Lähteet

- de Vries, K. 2013. Communicating with older people with dementia. *Nursing Older People*. 2013, Volume 25, Number 4. 30-37. UK.
- Eloranta, S; Leino-Kilpi, H; Katajisto, J; Valkeapää, K. 2015. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö* Vol. 13(1), 2015. 13-23.
- Eloranta, S; Katajisto, J; Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede* 2014, 26 (1), 63-73.
- Flinkman, M; Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus - eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa Johansson, K; Axelin, A; Stolt, M; Ääri, R-L (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A 51. Turku, 2007:84-100.
- Friedman, S; Munoz, S; West, K; Rubin, G; Ried, L. 2002. Falls and Fear of Falling: Which Comes First? A Longitudinal Prediction Model Suggests Strategies for Primary and Secondary Prevention. *JAGS* 50, 1329-1335. USA.
- Hakala, A. 2007. Yksinäisyys ja masennus arjen harmautena. Teoksessa Rajaniemi, J; Heimonen, S; Sarvimäki, A; Tiuhonen, A. (toim.) Ikääntyneiden arki. Näkökulmia ikäihmisten arjen kysymyksiin. *Oraita* 2/2007. Ikäinstituutti. 104-120.
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa - kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikeus. *STAKES:n tutkimuksia* 179. STAKES.
- Helin, S. 2008. Toimintakyky ja ikääntyminen - käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäis-toiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, E; Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 416-433.
- Hirsjärvi, S; Remes, P; Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä (2005).
- Hyttinen, H ja Kanerva, A-M. 2011. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan ohjaus - systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva hoitotyö* vol 9(2), 2011.12-20.
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K; Axelin, A; Stolt, M; Ääri, R-L (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A 51. Turku, 2007:3-9
- Jyrkämä, J. 2007. Ikääntyminen ja ikääntyvien kuntoutus. Teoksessa Karjalainen, V; Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. STAKES. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski, 2007.
- Jyrkämä, J. 2008. Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa Heikkinen, E; Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 273-279.
- Jämsen, E. 2009. Kokonaistilanne huomioitava murtumapotilaiden hoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 3/2009 vsk 64. 143.
- Järviskoski, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki, 2013.

Katisko, M; Kolkka, M; Vuokila-Oikonen, P. 2014. Moniammatillinen ja monialainen osaaminen sosiaali-, terveys-, koulutus- ja liikunta-alojen koulutuksessa. Raportit ja selvitykset 2014:2. Opetushallitus. Helsinki.

Kondo, A; Sada, K; Ito, Y; Yamaguchi, C; Horii, N; Adachi, H; Fujimoto, E. 2014. Difficulties in life after hip fracture and expected hospital supports for patients and their families. *International, Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* (2014) 18, 191-204. Japani.

Korpi, M; Luukkaala, T; Jäntti, P; Jämsen, E; Tuurihalme, S-L; Risku, A; Haanpää, K; Jokipii, P; Nuotio, M. 2013. Lonkkamurtumapotilaiden arviointi geriatrisen poliklinikalla. *Suomen Lääkärilehti* 3/2013 vsk 68. 131-138.

Kurikkala, P; Kääriäinen, M; Kyngäs, H; Elo, S. 2015. Hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot ja niiden vaikutukset ikääntyneillä - integroitu katsaus. *Hoitotiede* 2015, 27 (1), 3-17.

Kyngäs, H; Kääriäinen, M; Poskiparta, M; Johansson, K; Hirvonen, E; Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY. Helsinki, 2007.

Kääriäinen, M; Kyngäs, H; Ukkola, L; Torppa, K. 2006. Terveystuotohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* Vol. 18, no 1/-06. 4-13.

Kääriäinen, M; Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* Vol 18, no 1/06: 37-45.

Laukkanen, P. 2008. Toimintakyky ja ikääntyminen - käsitteestä ja viitekehystä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, E; Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 261-272.

Leino-Kilpi, H; Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri, S (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyö*. WSOY. Helsinki. 7-19.

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus - tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, K; Axelin, A; Stolt, M; Ääri, R-L (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A 51. Turku, 2007:2

Mankinen, T. 2011. Turvallinen elämä ikääntyneille. Toimintaohjelma ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi. Sisäinen turvallisuus. Sisäasiainministeriön julkaisuja 19/2011.

Marin, M. 2008. Perheet, sukupolvet ja sosiaaliset verkostot. Teoksessa Heikkinen, E; Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 64-76.

Mänty, M; Sihvonen, S; Hulkko, T; Lounamaa, A. 2006. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat. Opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B, 8/2006. Helsinki.

Nupponen, R. 2012. Huoli kaatumisesta FES-1-kyselyllä arvioituna. Katsaus kyselyn mittausominaisuuksia koskeviin tutkimuksiin 2005-2010. UKK-instituutti. *Gerontologia* 26(3), 2012. 183-194.

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Opas 16, Terveystuoto ja hyvinvoinnin laitos 2012. Juvenes-Print-Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. Osa 1. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja 159. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.

Rantanen, T. Mitä tiedetään ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämisestä? Teoksessa Martelin, T; Kuosmanen, N. (toim.) Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle - Kolmas kansallinen ikääntymisen foorumi 9.11.2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 24/2007. Helsinki. 26-30.

Salanterä, S; Hupli, M. 2003. Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi. Teoksessa Lauri, S (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. WSOY. Helsinki. 21-39.

Sarvimäki, A. 2008. Vanheneminen eri kulttuureissa ja etnisissä ryhmissä. Teoksessa Heikkinen, E; Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.85-95.

Sarvimäki, A; Heimonen, S. 2010. Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhusten palvelujen nykytila. Teoksessa Sarvimäki, A; Heimonen, S; Mäki-Petäjä-Leinonen, A (toim.). 2010. Vanhuus ja havoittuvuus. Helsinki: Edita. 14-32.

Sarvimäki, A; Heimonen, S; Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2010. Vanhuus ja havoittuvuus. Helsinki: Edita.

Savikko, N; Routasalo, P; Tilvis, R; Pitkälä, K. 2006. Ikääntyneiden turvattomuus ja sen yhteys yksinäisyyden kokemiseen. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2006:43. 198-206.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Kuntaliitto, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki.

Stolt, M; Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K; Axelin, A; Stolt, M; Ääri, R-L (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A 51. Turku, 2007:58-70

Tiikkainen, P. 2006. Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Toikko, T; Rantanen, T: 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen yliopistopaino.

Tuomi, J; Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.

Vaapio, S. 2009. Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Väitöskirjatyö. Turun Yliopiston julkaisuja. Turun Yliopisto. Painosalama Oy - Turku 2009.

Virtanen, P; Suoheimo, M; Lamminmäki, S; Ahonen, P; Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähettöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki.

Duodecim. 2011. Käypähoito -suositukset, lonkkamurtuma.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=7FACF765136DE694A0CED8E5089FDC12?id=hoi50040>, luettu 5.10.2015

Jyväskylän yliopisto, KOPPA. 2010. Paneelikeskustelu.

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/mit/tietotekniikan-opetuksen-perusteet/Opetusmenetelmista-ja-lahestymistavoista/Opetusmenetelmat/paneelikeskustelu>, luettu 17.2.2016.

## Kuviot

Kuvio 1 Tutkimusten analysointi .....	30
Kuvio 2 Kaatumisen pelon ja toimintakyvyn heikentymisen prosessi.....	42

## Taulukot

Taulukko 1 Opinnäytetyössä analysoidut tutkimukset.....	39
---------------------------------------------------------	----

## Liitteet

Liite 1 Opinnäytetyön tiedonhaku .....	63
Liite 2 Yhteenveto opinnäytetyössä analysoiduista tutkimuksista .....	64

## Liite 1 Opinnäytetyön tiedonhaku

Tietokanta	Haku	Rajaukset	Tulokset	Hyväksytyt	Lopullisesti h.
Finna	1. lonkka* AND kaatumi* 2. lonkka* AND pelot	Väitöskirjat lisensiaattityö 10v. 2005-2015	0		
Melinda	1. Lonkka? AND kaatu? 2. ikäänty? OR vanhu? AND kaatu? AND pelko OR pelot OR jännittä- minen	väitöskirjat lisensiaattityöt 10v.	7  0	1	0
Medic	1. lonkka* AND kaatu* 2. kaatu* AND pelko OR pelot OR jännit* 3. kaatu*AND vanhu*OR ikäänty*	väitös. lisens: 10v  tieteelliset arti- kelit	4  3  15	0  1  5	0  0  0
Ebsco Cinahl + Aca- demic Search	1. hip fractures in the elderly AND fear of falling 2.	10 v Peer Reviewed (Academic Jour- nals Or Scholarly Journals)	11	7	2
ProQuest	1. "hip fracture in elderly" AND "fear of falling"  2. "hip fracture in elderly" AND "fear of falling" AND dis- charge OR Rehabilitation	v.2010-2015 FULL TEXT Peer Reviewed Older People + muita supis- tuksia (esim. hu- mans)  v. 2010-2015 FULL TEXT Peer Reviewed Older People	29  22	5  4	0  3
PubMed	Hip fracture elderly AND Fear of falling AND rehabilitation	v.2005-2015 humans	19	6	3
Science Di- rect /Elsevier	1. "Hip fracture el- derly"AND "Fear of falling"	v. 2005-2015	44	6	0
Julkari.fi	1. lonkkamurtuma 2. kaatumisen pelko 3. lonkkamurtuma ja kaatumisenpelko		71  80  7	0  0  0	

## Liite 2 Yhteenveto opinnäytetyössä analysoiduista tutkimuksista

1. **Fear of falling and changed functional ability following hip fracture among community-dwelling elderly people: an explanatory sequential mixed method study**

Jellesmark, Annette; Herling, Suzanne Forsyth, Egerod, Ingrid ja Beyer, Nina.  
2012. Kööpenhamina, Tanska.  
Disability & Rehabilitation. 2012;34(25) 2124-2131.

**Tarkoitus:** Selvitettiin kaatumisen pelon ja toimintakyvyn välistä yhteyttä sekä kuvattiin kaatumisen pelkoon ja kyvyttömyyden tunteisiin liittyviä kokemuksia lonkkamurtumasta toipumisen eri vaiheissa.

**Aineiston kerääminen ja analysointi:**

Menetelmätriangulaatio: survey-haastattelukysely (N33) ja syvähaastattelu (N4, paljon kaatumisen pelkoa kokevia).

Otos: Yli 65-vuotiaat lonkkamurtumasta toipumassa olevat kotona asuvat henkilöt.

Tulokset analysoitiin tilastollisin menetelmin (survey-kysely) sekä sisällönanalyysin menetelmin (haastattelut).

**Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista ja johtopäätöksistä:**

- Toimintakyky oli huonompi niillä, jotka kokivat paljon kaatumisen pelkoa.
- Kaatumispelon vuoksi vältettiin aktiviteetteja ja liikuttiin vähemmän.
- Henkilön oma suhtautuminen liikkumiseen ja siihen liittyvään riskiin ratkaiseva aktiivisuuden/inaktiivisuuden kannalta.
- Riippuvaisuuden tunteen vuoksi saatettiin eristäytyä, joka johti yksinäisyyden, turhautumisen ja avuttomuuden kokemuksiin.
- Tarpeeton aktiviteettien välttäminen saattaa johtaa toimintakyvyn heikentymiseen ja edelleen mahdollisesti uusiin kaatumisiin.

**Luotettavuuden arviointia:**

- Käytetty kahta eri tutkimusmenetelmää ja yksi tutkija suorittanut kaikki kyselyhaastattelut. Kaksi tutkijaa osallistunut jokaiseen syvähaastatteluun.
- Kaatumispelon määrää arvioitu subjektiivisesti.
- Syvähaastattelussa otos pieni, ei saavutettu saturaatiopistettä.



2. **Fear of Falling After Hip Fracture: A Systematic Review of Measurements, Instruments, Prevalence, Interventions and Related Factors**  
Visschedijk, Jan; Achterberg, Wilco; van Balen, Romke ja Hertogh, Cees. 2010. Alankomaat. JAGS 58:1739-1748, 2010.

**Tarkoitus:** Tavoitteena oli kuvata ja analysoida kaatumisen pelkoa, sen mittaamista ja esiintyvyyttä.  
Tutkimuskysymykset olivat:  
1. Mitkä tekijät ovat yhteydessä kaatumisen pelkoon lonkkamurtuman jälkeen?  
2. Millaiset interventiot saattavat vähentää kaatumisen pelkoa lonkkamurtuman jälkeen?

**Aineiston kerääminen ja analysointi:**

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Aineisto koostui 15 valitusta tutkimusartikkelista. Tutkimukset oli toteutettu erilaisin menetelmin. Tuloksista esitettiin yhteenveto. Oleellinen osa kirjallisuuskatsausta oli valittujen tutkimusten laadun ja luotettavuuden arviointi arvostettujen instituutioiden esittämien kriteereiden pohjalta.

**Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista ja johtopäätöksistä:**

- Missään tutkimuksista ei keskitytty erityisesti lonkkamurtumapotilaiden kaatumisen pelkoon.
- Kaatumispelon vaihtelua kuntoutumisprosessin eri vaiheissa ei oltu selvitetty.
- Kaatumisen pelon mittaaminen oli hajanaista (eril. välinein toteutettua).
- Kaatumisen pelkoa selitti terveydentila ennen kaatumista sekä kaatumishistoria.
- Kaatumisen pelko vaikutti kuntoutusprosessin tuloksiin laajasti (esim. liikkuminen, laitostuminen ja kuolleisuus).
- Kuntoutusprosessin kuluessa kehittyvä kaatumispelko mahdollisesti merkitävämpi toiminnallisten tulosten kannalta kuin alkuvaiheessa esiintyvä pelko.
- Kaatumisen pelolla saattaa olla vaikutuksia harjoitteluun ja edelleen kaatumisten lisääntymiseen.
- Kaikki interventiot painoutuivat fyysiseen harjoitteluun ja niistä oli suljettu ulkopuolelle ”huonokuntoiset ja hauraat” henkilöt.
- Viitteitä ohjelmien tehokkuudesta saatiin, vaikka ne eivät aina olleet tilastollisesti merkittäviä.

**Luotettavuuden arviointi:**

- Analysoiduissa tutkimuksissa otoskoot olivat melko pieniä ja seuranta-ajat lyhyitä.
- Sairaampien ja toimintakyvyltään heikompien osallistujien puuttuminen tutkimuksista on saattanut vaikuttaa tuloksiin.

3. **A life-breking event: early experiences of the consequences of a hip fracture for elderly people**  
Zidén, L; Wenestam, C-G ja Hansson-Scherman, M. 2008. Ruotsi.  
Clinical Rehabilitation 2008; 22: 801-811.

**Tarkoitus:** Haluttiin selvittää ja kuvata lonkkamurtuman kokeneiden henkilöiden kokemuksia ja ajatuksia pian sairaalasta kotiutumisen jälkeen.

**Aineiston kerääminen ja analysointi:**

Kvalitatiivinen fenomenologinen tutkimus. Puolistrukturoidut haastattelut (N 18, 2 miestä ja 16 naista).

Aineisto käsiteltiin ja analysoitiin Dahlbergin ja Fallsbergin kuvaamien vaiheiden mukaan, jossa kaikki kolme tutkijaa analysoivat aineiston ensin yksin ja sen jälkeen keskustellen etsittiin konsensukseen pyrkien yhteinen käsitys kokonaisuudesta.

**Yhteenveto keskeisistä tuloksista ja johtopäätöksistä:**

- Lonkkamurtuman vaikutus henkilön elämään on suuri ja kokonaisvaltainen.
- Liikkuminen on rajoittunutta ja luottamus omaa kehoa kohtaan saatettiin kadottaa.
- Riippuvuus toisista ihmisistä ja eristäytymisen kokemukset lisääntyivät.
- Joillakin lisääntyneeseen riippuvaisuuteen saattoi liittyä myös positiivisia kokemuksia.
- Kehotukset rajoittaaliikkumista aiheuttivat epävarmuutta sen suhteen mitä voi tehdä turvallisesti.
- Liikkumisen rajoittaminen yhdistettiin pelkoon uusista loukkaantumisista ja avunsaannista riippuvaisemmaksi tulemiseen.
- Lonkkamurtumapotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa on keskeistä varmistaa tuen saamisen ja kuntoutuksen jatkuvuus myös akuutin paranemisvaiheen jälkeen.

**Luotettavuuden arviointi:**

- Yksi ja sama haastattelija.
- Haastattelun aikana mahdollisuus tarkistaa asioita.
- Aineiston analysointiin osallistui useampi henkilö. Tavoiteltiin yhteistä näkemystä.
- Raportoinnissa pyrittiin säilyttämään vastausten autenttisuus mahdollisimman hyvin.
- Luotettavuutta saattoi vähentää se, että ainoastaan kaksi haastatelluista oli miehiä.

4. **Fear of falling more important than pain and depression for functional recovery after surgery for hip fracture in older people**

Voshaar, R; Banerjee, S; Horan, M; Baldwin, R; Pendleton, N; Proctor, R; Tarrier, N; Wood-ward, Y ja Burns, A. 2006. UK.

Psychological Medicine, 2006, 36, 1635-1645.

**Tarkoitus:** Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää masennuksen hoitoa ja ennaltaehkäisyä lonkkamurtumaleikkauspotilailla. Pyrittiin selvittämään masentuneisuuden, kognitiivisten häiriöiden ja kaatumispelon vaikutusta toimintakyvyn palautumiselle sekä niiden vaikutuksia jokapäiväisessä elämässä.

**Aineiston kerääminen ja analysointi:**

Kvantitatiivinen tutkimus. 291 yli 60-vuotiasta lonkkamurtumaleikkattua potilasta. Osallistujat jaettiin kaatumisen pelon kokemisen perusteella niihin, jotka kokivat pelkoa enemmän ja niihin joilla pelkoa oli vähemmän. Lisäksi käytettiin koe-kontrolli asetelmaa intervention tehokkuuden mittaamiseksi. Tutkimuksen aikana mitattiin fyysistä toimintakykyä erilaisin testein sekä psykologisia tekijöitä erilaisin menetelmin. Kaatumisen pelkoa mitattiin FES-mittarilla. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.

**Yhteenveto keskeisistä tuloksista ja johtopäätöksistä:**

- Ainoastaan kognitiivisella toimintakyvyllä ja kaatumispelolla oli tilastollisesti merkittävä vaikutus toimintakyvyn palautumiselle.
- Suurimmillaan kognitiivisen toimintakyvyn vaikutus kuntoutumiseen oli kuuden viikon kuluttua leikkauksesta.
- Kaatumisen pelko vaikuttaa toimintakyvyn palautumiseen enemmän kuin masentuneisuus.
- Kaatumisen pelon vähentäminen on välttämätöntä toimintakykyyn liittyvien tulosten parantamiselle.
- Erityisesti haavoittuville ja huonommassa kunnossa oleville lonkkamurtumapotilaille tulisi kuntoutusohjelmaan lisätä kognitiivista käyttäytymisterapiaa vähentämään kaatumisen pelkoa.

**Luotettavuuden arviointi:**

- Otoskoko oli melko suuri verrattuna aiheesta aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin.
- Mitattiin sekä fyysistä suorituskykyä että psykologisten tekijöiden vaikutuksia. Mittarit olivat aikaisemmissa tutkimuksissa luotettaviksi ja toimiviksi todettuja.
- Tutkimukseen ei hyväksytty sekavia, vakavista kognitiivisista häiriöistä tai mielenterveysongelmista kärsiviä henkilöitä.
- Seuranta-aika oli melko lyhyt (6kk), mutta sen arvioitiin olevan riittävä, koska aikaisempien tutkimuksien tulosten perusteella arveltiin että toimintakyvyn suhteen merkittävä toipuminen savutetaan jo 6 viikon kuluttua leikkauksesta.
- Tutkimusasetelmaa jouduttiin muuttamaan, koska havaittiin että kummassakaan interventiossa ei ollut havaittavissa vaikutuksia toimintakykyyn liittyviin tuloksiin.

5. **Fear of falling after hip fracture in vulnerable older persons rehabilitating in a skilled nursing facility**

Visschedijk, J; Caljouw, M; van Balen, R; Hertogh, C; Achterberg, W. 2014. Alankomaat, Amsterdam  
J Rehabil Med 2014; 46: 258-263.

**Tarkoitus:** Tutkimuksen avulla haluttiin määrittää tekijöitä, jotka selittävät kaatumisen pelon kokemisen määrää lonkkamurtuman jälkeen.

**Aineiston kerääminen ja analysointi:**

Kvantitatiivinen poikittaistutkimus.

Otos: 100 iäkästä ja haavoittuvassa asemassa (paljon perussairauksia, kognitiivisia häiriöitä, aistiongelmia jne) hoitokodissa lonkkamurtuman jälkeisessä kuntoutuksessa olevaa henkilöä.

Tietoa kerättiin erilaisin mittarein. Tutkijoiden lisäksi tiedon keräämiseen osallistui ammattihenkilöitä (lääkäri, psykologi, hoitajia).

Aineistot analysoitiin tilastollisin menetelmin. Analyyseissa verrattiin tuloksia vähän ja paljon kaatumisen pelkoa kokevien kesken.

**Yhteenveto keskeisistä tuloksista ja johtopäätöksistä:**

- Kaatumisen pelkoa selittivät heikentynyt liikkumiskyky ennen tapaturmaa, vähäisempi aktiivisuus murtuman jälkeen ja lisääntynyt ahdistuneisuus. Murtuman jälkeen näistä tekijöistä voidaan vaikuttaa arjen aktiivisuuteen ja ahdistuneisuuden kokemiseen -> näiden tekijöiden parempi huomioiminen kuntoutusinterventioissa.
- Ahdistuneisuus vaikutti kaatumisen pelon kokemiseen enemmän kuin kokemus minäpystyvyydestä.

**Luotettavuuden arviointi:**

- Luotettavuutta heikensi:  
Tutkittavien homogeenisuus (ikävaihtelu pientä, miehiä vähän).  
Poikittaisasetelmasta johtuen tiedon kerääminen tapahtui eri vaiheessa kuntoutumista. Nopeasti kuntoutuvia ja kotiutuvia saattoi jäädä pois tutkittavien joukosta.
- Luotettavuutta vahvisti:  
Tutkimuksesta pois jääneitä ei ollut paljon (24) ja heidän osaltaan taustatekijöissä ei ollut merkittäviä eroja verrattuna tutkimukseen osallistuneisiin.
- Tuloksia yleistettäessä tulee huomioida, että tutkimuksessa ei ollut mukana yhteen suoraan omaan kotiin kotiutuvaa henkilöä eikä sellaisia henkilöitä, jotka jo murtuman tapahtuessa asuivat hoitokodissa.

6. **The Relationship Between Psychosocial State and Exercise Behaviour of Older Women 2 Months After Hip Fracture**

Resnick, B; Orwig, D; Eilliam, H. ja Shardell, M.  
2007. Baltimore, USA.  
Rehabilitation Nursing 32.4 (jul/Aug 2007): 139-149.

**Tarkoitus:** Tutkimuksen tarkoituksena oli testata teoreettista mallia psykososiaalisten tekijöiden vaikutuksesta iäkkäiden lonkkamurtumasta toipuvien naisten harjoittelukäyttäytymiseen.

Testattavan mallin ydinajatuksena on, että henkilön käsitykset harjoittelukyvytään ja harjoittelun avulla saavutettavista hyödyistä vaikuttavat merkittävästi siihen, miten harjoitteluun sitoudutaan.

Tutkimus oli osa laajempaa tutkimuskokonaisuutta (Baltimore Hip Project).

**Aineiston kerääminen ja analysointi:**

Kvantitatiivinen tutkimus. Koe-kontrolli asetelma. Otos oli 389 yli 65-vuotiaasta naista, joiden terveyden tilassa tai toimintakyvyssä ei ollut sellaisia tekijöitä, jotka olisivat vaikuttaneet kotiharjoitteluohjelmasta turvallisesti suoriutumiseen. Naiset olivat myös asuneet kotona lonkkamurtuman tapahtuman aikaan. Tutkimuksessa mitattiin fyysistä suoriutumista sekä henkisiä tekijöitä (pelko, kipu, masennus...). Mittareina käytettiin aikaisemmin luotettaviksi todettuja menetelmiä. Tutkimuksen aineisto kerättiin 2 kk lonkkamurtuman jälkeen ennen kuntoutusinterventio käynnistymistä. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.

**Yhteenveto keskeisistä tuloksista ja johtopäätöksistä:**

- Harjoittelukyvyyn ja harjoittelun avulla saavutettavien tulosten hyödyllisyyteen suhtauduttiin yleisesti ottaen luottavaisesti ja positiivisesti.
- Yleisesti ottaen terveydentila koettiin hyväksi. Jonkin verran raportoitiin masentuneisuuteen viittaavia oireita ja kaatumisen pelkoa.
- Henkinen tila ja masennusoireet heikensivät harjoitteluun liittyviä tulosodotuksia, sen sijaan muilla tekijöillä kuten esim. pelolla ei ollut suoraa vaikutusta harjoittelukäyttäytymiseen.
- Harjoittelukäyttäytymiseen vaikuttavat laaja-alaisesti useat tekijät. Minäpystyvyyteen liittyvän teorian avulla ei pelkästään voitu selittää harjoittelukäyttäytymistä.
- On mahdollista, että eri tekijöiden vaikutukset ja merkitykset vaihtelevat kuntoutusprosessin eri vaiheissa. Tämä tulisi huomioida kuntoutusinterventioita suunniteltaessa, jotta toiminta voitaisiin kohdistaa vaikuttaviksi todettuihin tekijöihin.
- Kaatumisen pelon merkitys harjoittelukäyttäytymiselle ei ollut kovin tärkeä.

**Luotettavuuden arviointi:**

Luotettavuutta rajoittavina tekijöinä mainittiin:

- Otokseen valikoitui luottavaisempia ja itsevarmempia sekä parempikuntoisia naisia
  - ➔ tulosten yleistettävyys?
- Poikittaisasetelmalla tehty tutkimus kertoi vain kyseisen hetken tilanteesta (2 kk lonkkamurtuman jälkeen).

**7. Factors that influence exercise activity among women post hip fracture participating in the Exercise Plus Program**

Resnick, B; Orwig, D; D'Adamo, C; Yu-Yahiro, J; Hawkes, W; Shardell, M; Golden, J; Zimmerman, S ja Magaziner, J. 2007. Baltimore, USA.  
Clinical Interventions in Aging 2007;2(3) 413-427.

**Tarkoitus:** Tarkoituksena oli kuvata henkilön sisäisiä ja henkilöiden välisiä tekijöitä, jotka vaikuttivat lonkkamurtumasta toipuvien iäkkiden naisten harjoittelukäyttäytymiseen.  
Tutkimus oli osa laajempaa tutkimuskokonaisuutta (Baltimore Hip Project).

**Aineiston kerääminen ja analysointi:**

Kvantitatiivinen tutkimus, koe-kontrolli asetelma.  
Otos: 209 65-vuotiasta tai vanhempaa lonkkamurtuman kokenutta naista.

**Yhteenveto keskeisistä tuloksista ja johtopäätöksistä:**

- Tulosten perusteella vahvistui käsitys siitä, että toipumisen eri vaiheissa eri tekijöiden merkitys harjoittelukäyttäytymiseen vaihtelee.
- Harjoitteluun rohkaisemisella oli merkitystä erityisesti 6 kk ja 12 kk kuluttua tehdyissä mittauksissa.
- Kokemus minäpystyvyydestä vaikutti yksilön etenemiseen eri muutosvaiheissa, kuten esimerkiksi aikomuksesta toimintaan ryhtymisessä sekä harjoittelun jatkamisesta ja omaksumisessa osaksi omaa toimintaa pidemmällä aikavälillä (yli 6 kk).
- Kaatumisen pelon merkitys kasvoi ajan kuluessa ja aktiivisuustason lisääntyessä ja oli suurimmillaan vasta 12 kk kuluttua murtumasta.
- Kaatumisen pelko vaikutti sekä pystyvyyden kokemukseen että käsityksiin harjoittelulla saavutettavista hyödyistä.
- Interventiossa kannattaa kiinnittää huomiota rohkaisemiseen ja pystyvyyden kokemuksen lisäämiseen.
- Kaatumisen pelko tulisi huomioida jatkuvasti kuntoutumisen eri vaiheissa.
- Interventioiden hyödyt tulivat esiin vasta 6 ja 12 kk kuluttua murtuman jälkeen tehdyissä mittauksissa.
- Harjoitteluun liittyvää varoittavaa kommentointia tulisi välttää (omaiset ja asiantuntijat).
- Sosiaalisen tuen merkitys harjoittelun toteutumiseksi oli suurin 2 kk ja 6 kk kuluttua tehdyissä mittauksissa.
- Läheisten ja vertaisten tuella ja kannustuksella oli suurempi merkitys kuin asiantuntijoiden antamalla tuella.
- Vertaistuen käyttöä interventioissa tulisi edelleen selvittää.
- Jatkossa erityisesti tulisi kiinnittää huomiota siihen, että vahvistettaisiin myös lähtökohdiltaan huonomman tilanteen omaavien henkilöiden uskoa omiin kykyihin ja harjoittelulla saataviin hyötyihin. Oletettavaa on, että tämä ryhmä hyötyisi harjoittelusta erityisesti.

**Luotettavuuden arviointi:**

- Tutkimuksen otos oli melko pieni ja homogeeninen. Otokseen on saattanut valikoitua ne, jotka kokevat harjoittelun myönteisempänä.

8. **The Exercise Plus Program for Older Women Post Hip Fracture: Participant Perspectives**  
Resnick, B; Orwig, D; Wehren, L; Zimmer-man, S; Simpson, M; Magaziner, J. 2005. Maryland, Baltimore. USA.  
The Gerontologist Vol. 45, No 4, 539-544.

**Tarkoitus:**

Tutkimuksen avulla haluttiin selvittää millaisia kokemuksia ikääntyneillä lonkkamurtumansaaneilla naisilla oli osallistumisestaan kuntoutusinterventioon (Exercise Plus Program), jonka tavoitteena oli motivoinnin keinoin lisätä osallistujien sitoutumista fyysiseen harjoitteluun.

Interventio sisälsi suullista kannustamista, esteiden vähentämistä (esim. harjoitteluun liittyvien epämiellyttävien tuntemusten ja kokemusten välttäminen), positiivisten roolimallien luomista sekä liikunnan hyödyllisyyteen liittyvää opettamista ja ohjausta.

**Aineiston kerääminen ja analysointi:**

Kvalitatiivinen tutkimus.

Haastattelu avoimin kysymyksin, pääosin puhelimitse.

Haastateltiin 70 interventioon osallistunutta lonkkamurtuman kokenutta naista.

Haastattelut nauhoitettiin ja ne analysoitiin sisällönanalyysin menetelmiä käyttäen.

**Yhteenveto keskeisistä tuloksista ja johtopäätöksistä:**

- Harjoitteluun kannusti:  
Harjoittelun todelliset ja oletetut hyödyt.  
Tietoisuus siitä, miten tuli harjoitella ja selkeät visuaaliset ohjeet.  
Yksinkertaisuus, yksilöllinen huolenpito, sanallinen kannustaminen, säännöllinen aikataulu, luottamus (minäpystyvyys), päättäväisyys, sosiaalinen tuki (perhe ja ystävät), vastavuoroisuus ja tavoitteiden asettaminen.
- Harjoitteluun sitoutumista estivät:  
Epämiellyttävät tuntemukset/tunteet harjoitteluun liittyen (esim. kaatumisen pelko ja kipu).  
Harjoitteluun liittyvät esteet (esim. muut velvollisuudet, huonot tilat, ajan puute).  
Lähtötason saavuttaminen. Harjoittelu lopetettiin siinä vaiheessa kun oltiin saavutettu murtumaa edeltänyt taso toiminnoissa.
- Yksi merkittävimmistä harjoittelua estäneistä syistä oli ahdistus, joka liittyi pelkoon kaatumisesta tai loukkaantumisesta.
- Koettiin, että harjoittelu ohjaajan kanssa onnistui, mutta yksinharjoitteluun ei onnistunut pelon kokemuksen vuoksi.
- Toivottiin, että ohjaajalla olisi ollut enemmän aikaa paneutua pelon voittamiseen jotta harjoittelu myös yksin olisi onnistunut.
- Myös läheisiltä saadun tuen avulla voitiin lisätä harjoitteluun liittyvää turvallisuuden tunnetta.
- Luottamusta ja uskallusta lisäsi myös se, että oli hyvin ohjeistettu siitä, mitä pitää tehdä ja että osaa tehdä harjoitteet oikein.
- Ikääntyneille naisille tärkeäksi muodostui kokemus siitä, että on ”hyvässä hoidossa” ja että ”välitetään aidosti”. Tämä auttoi ikääntyviä naisia sitoutumaan ja myös jatkamaan harjoittelua ja ottamaan se osaksi arkea myös kuntoutumisen jälkeen.

**Luotettavuuden arviointi:**

- Luotettavuutta lisäsi se, että aineiston kerääminen kesti yli kolme vuotta. Näin ollen ensimmäisten haastattelujen tuloksena saadut ilmaisut saivat vahvistusta myöhemmissä haastatteluissa.
- Aineiston analysointiin osallistui useampi tutkija. Lisäksi luokitteluja arvioi ulkopuolinen tutkija sekä kokemusasiantuntijoista koostuva ryhmä (5 lonkkamurtuman kokenutta naista).