



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Potilasohjaus potilaiden kokemana neurologisella vuodeosastolla

Mitchell, Päivi Kristiina

2017 Laurea



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

## Potilaiden kokemukset potilasohjauksesta neurologisella osastolla

Päivi Kristiina Mitchell  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Joulukuu 2017

Tekijä Päivi Kristiina Mitchell

**Potilasohjaus neurologisella osastolla potilaiden kokemana**

Vuosi 2017

Sivumäärä 60

---

Tämä opinnäytetyö on tehty Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Hyvinkään sairaalan neurologian vuodeosaston kanssa yhteistyössä. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa potilasohjauksen nykytilasta potilaiden kokemana. Osastolla halutaan kehittää potilasohjausta asiakaslähtöisempään suuntaan. Tutkimuksessa selvitettiin miten potilaat ovat kokeneet saamansa potilasohjauksen sairaalahoitajakson aikana. Tutkittiin myös tekijöitä, jotka tekevät potilasohjauksesta laadukkaan.

Tutkimuksen teoriaosuus käsittelee potilasohjauksen lainsäädäntöä, potilasohjausmenetelmiä, pohtii potilasta oppijana, sekä käy lyhyesti läpi yleisimpiä neurologisia sairauksia. Aikaisempaa tutkittua tietoa neurologisen potilaan ohjauksesta etsittiin lähinnä tunnettujen sähköisten hakukoneiden avulla, sekä alan kirjallisuutta lukien.

Aineisto kerättiin kyselylomakkeella kvantitatiivisena tutkimuksena. Osallistujamäärä oli 44 potilasta. Tulosten analysoinnissa käytettiin SPSS-ohjelmaa. Lomakkeen lopussa oli kaksi avointa kysymystä, joiden tulokset analysoitiin sisällön analyysillä.

Tulosten perusteella neurologisen vuodeosaston potilasohjaus on hyvää. Suurin osa potilaista koki saaneensa riittävästi potilasohjausta kaikissa heidän tarvitsemissaan asioissa.

Saatujen tulosten pohjalta osaston ohjausmenetelmiä voidaan kuitenkin vielä kehittää vastaamaan potilaiden tarpeisiin entistä paremmin. Tutkimuksen hyödyn saajina ovat potilaat, omaiset ja hoitohenkilökunta.

Potilaiden anonymiteetti säilyi ja tutkimus tehtiin hyvää eettistä tapaa noudattaen.

Asiasanat: potilasohjaus, neurologia, kokemukset, vuodeosasto

Name Päivi Kristiina Mitchell

Patient guidance in the neurological department experienced by patients

Year 2017

Pages 60

---

This thesis was made in cooperation with the Neurology Ward of Hyvinkää Hospital of Helsinki and Uusimaa Hospital District. The purpose of the study is to get information on the current state of patient guidance as experienced by patients at the Ward. The department intends to develop patient orientation in a more customer-oriented direction. The study examined how patients had experienced patient guidance during hospitalization. It also examined factors that make patient guidance the highest quality.

The theoretical part of the study dealt with; patient guidance legislation, patient guidance methods, pondering of the patient as well as briefly examining the most common neurological diseases. Previously investigated information about the control of neurological patients was mainly sought with the help of well-known search engines, as well as from literature in the field.

The material was collected by questionnaire as a quantitative study. The number of participants was 44 and SPSS was used to analyse the results. There were two open questions at the end of the form, the results of which were analysed by content analysis.

Based on the results, the patient guidance for the neurological ward is good. Most patients felt they had enough patient guidance from hospital staff on all the issues they needed during their time in hospital. However based on the results obtained, the management methods of the department can still be developed to a higher standard to respond to patients' needs. The benefits of the study includes patients, relatives and nursing staff. Patients remained anonymous and research was done in an ethical manner.

Keywords: patient guidance, neurology, experiences, ward

## Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus .....	8
3	Potilasohjaus.....	8
3.1	Potilasohjausta koskeva lainsäädäntö .....	9
3.2	Potilasohjaus käsitteenä .....	10
3.2.1	Potilasohjaus menetelmiä .....	13
3.2.2	Potilasohjaus sairaalassa.....	13
3.3	Potilas oppijana .....	14
3.4	Neurologiset sairaudet lyhyesti.....	16
3.5	Neurologisten sairauksien vaikutus potilasohjaukseen .....	18
3.5.1	Potilasohjauksen vaikutus kuntoutukseen .....	19
4	Tutkimuksen toteutus .....	20
4.1	Aineistonkeruu kyselylomakkeella .....	20
4.1.1	Kyselylomakkeen esittely .....	22
4.2	Tutkimukseen osallistujat .....	23
4.3	Kyselylomakkeen kehittäminen ja arvioiminen .....	24
5	Aineiston käsittely ja analyysi .....	24
5.1	Kvantitatiivinen aineisto.....	24
5.2	Kvalitatiivinen aineisto.....	25
6	Tutkimuksen tulokset .....	26
6.1	Potilaiden saapuminen osastolle .....	27
6.2	Potilaan tarvitsema tieto neurologisesta sairaudesta .....	28
6.3	Potilasohjaus terveellisiin elämäntapoihin .....	29
6.4	Potilasohjaus päivittäisissä käytännön toimissa .....	30
6.5	Potilaiden kokemus hoito- ja ohjaustilanteista.....	33
6.6	Potilaiden kokemukset potilasohjauksen vuorovaikutustilanteista .....	34
6.7	Potilasohjauksen sisältö ja kesto.....	34
6.8	Kirjalliset potilasohjeet.....	35
6.9	Kirjalliset potilasohjeet tukevat hoitajan kanssa käytyä keskustelua .....	36
6.10	Potilasohjaus kotiutumisen yhteydessä .....	37
6.11	Potilaiden tuntemukset kotiinlähdestä.....	38
6.12	Avointen kysymysten tulokset .....	39
6.12.1	Potilaiden kokemuksia hyvästä potilasohjauksesta .....	40
6.12.2	Potilaiden kokemukset asioista, joita olisi hyvä kehittää osaston potilasohjauksessa .....	41
7	Tulosten tarkastelu .....	42
7.1	Yhteenveto tulosten tarkastelusta .....	47

8	Opinnäytetyön eettisyys .....	47
9	Tutkimuksen luotettavuus .....	48
10	Lähteet.....	51
	10.1 Paineet.....	51
	10.2 Sähköiset.....	52
11	Liite 1 Saatekirje potilaille .....	59
12	Liite 2 Kyselylomake.....	60

Tämä opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Hyvinvointi- ja sairaalan tulosalueen, neurologian osasto 6:n kanssa. Työ koskee potilaan kokemusta saamastaan ohjauksesta. Osastolla kehitetään potilasohjausta ja tämä opinnäytetyö on yksi osa kehittämishanketta.

Neurologisilla potilailla hyvä potilasohjaus on erityisen tärkeää, koska sairauksista kuntoutuminen vie aikaa. Neurologisten sairauksien vaikutukset, kuten kognition heikkeneminen tuo haasteita normaaliin elämään. Osa neurologisista sairauksista tai oireista jää potilaille pysyväksi. Toimivalla potilasohjauksella annetaan potilaalle hyvät lähtökohdat hyväksyä sairaus, sekä riittävästi osaamista sairauden kanssa selviämiseen arjessa.

Tutkimus tehtiin kvantitatiivisena poikittaistutkimuksena monivalintakysymyksinä. Kyselyn lopussa on lisäksi kaksi avointa kysymystä. Potilaille annettiin myös mahdollisuus vastata suullisesti ja kertoa kokemuksiaan potilasohjauksesta. Kyselylomakkeen kysymykset on jaoteltu koskemaan hoitajakson alkua, osastohoidon keskivaihetta ja kotiutusta. Tulokset analysoitiin SPSS-tilastomenetelmän avulla. Avoimet kysymykset eriteltiin sisällönanalyysillä.

Potilaat tulevat osastolle neurologisen sairauden hoitoon, seurantaan tai tutkimuksiin. Neurologiset oireet syntyvät joko keskushermoston tai ääreishermoston vammoista tai sairauksista. (Soinila & Launes 2007, 66; Cox 2008, 45.) Neurologiset häiriöt voivat heikentää potilaan elämänlaatua pitkäaikaisesti ja usein pysyvästikin, sekä aiheuttavat vakavia ja peruuttamattomia vahinkoja. (Saastamoinen, Lehtomäki & Ruohomäki 2010, 258; Cox 2008, 45.)

Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) edellyttää, että jokaisella potilaalla on oikeus saada laadukasta ja hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Sairaudet vaikuttavat siihen millaista ohjausta potilaat tarvitsevat. Tässä opinnäytetyössä en kuitenkaan keskity yksittäiseen sairauteen ja tiettyyn ohjaustilanteeseen, koska tarkoituksena on saada mahdollisimman laaja kokonaiskäsitys osaston potilaiden saamasta ohjauksesta.

Potilasohjaus on laaja käsite, joka pitää sisällään monimuotoista ihmisten kohtaamisesta, läsnäoloa, vuorovaikutustaitoja, tilanteeseen tarttumista ja tilannetaajua, sekä hoitajan tietoutta ohjattavista asioista. Ohjaus on olennainen osa hoitohenkilöstön toimintaa ja tärkeä osa potilaiden hoitoa erityisesti neurologisten sairauksien kohdalla.

Neurologisten sairauksien akuutti ensihoito on korkealaatuista Suomessa. Neurologisten potilaiden ohjausta ja kuntoutusta olisi maan laajuisesti kuitenkin tarvetta kehittää. (Koskinen

2015.) Hyvästä potilaiden ohjauksesta on hyötyä potilaille itselleen ja heidän läheisilleen, sekä se tuo säästöjä yhteiskunnallisesti.

## 2 Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa potilaiden ajatuksista ja tarpeista koskien potilasohjausta neurologisella osastolla. Tavoitteena oli myös saada tietoa tekijöistä, jotka potilaiden kokemuksen mukaan tekevät hoitajien antamasta ohjauksesta laadukkaan. Tietoa tarvitaan, jotta saadaan selville millaisesta potilasohjauksesta potilaat eniten hyötyvät vuodeosastolla. Tutkimuksen tulosten perusteella tiedetään asiat, joihin voidaan kiinnittää huomiota potilasohjauksessa.

Tarkoituksena oli selvittää kyselylomakkeen avulla potilaiden kokemuksia potilasohjauksesta. Potilailta saadun palautteen perusteella osaston potilasohjausta voidaan kokonaisuudessaan kehittää vastaamaan potilaiden tarpeisiin entistä paremmin.

Tutkimuskysymyksinä ovat

1. Miten potilaat kokevat saadun potilasohjauksen sairaalahoitajakson aikana.
2. Ovatko potilaat saaneet riittävästi tietoa sairaudestaan ja sairauteen liittyvistä tekijöistä?
3. Kokevatko potilaat, että heillä on riittävästi tietoa ja taitoa selvittää sairautensa kanssa kotona?
4. Mitä potilaat ajattelevat saamastaan potilasohjauksesta osastolla kokonaisuudessaan

## 3 Potilasohjaus

Yleisesti potilasohjauksesta on paljon tietoa. Aiheesta on tehty vuosien varrella useita ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä, Pro gradu- tutkielmia, muutamia väitöskirjoja, sekä muita pienempiä tutkimuksia. Tutkimukset ja opinnäytetyöt ovat lähes aina tehty jollekin tietyn sairaanhoitopiirin tietylle osastolle tai osastoille. Potilasohjauksesta on tällä hetkellä myös tekeillä erilaisia projekteja ja hankkeita. Hoitotyön tutkimussäätiölle muun muassa TtT Valkeapää valmistelee suositusta: "Vaikuttavat ohjausmenetelmät hoitotyössä" (Hotus 2017).

Googlessa tehty haku antoi jo 147000 tulosta hakusanalla potilasohjaus. Haku, potilaan omahoidon tukeminen antoi 399000 hakua. Englanninkieliset hakusanat: patient AND educ 745000, patient AND teach 89100100 ja patient AND skill 75500000 hakua. Google-hakukoneen lisäksi käytin kotimaista Terveysporttia ja Duodecimin oppiporttia, sekä terveystieteen Medic-tietokantaa. Ulkomaalaisista käytin tietokannoista CINAHL- ja PubMed- tietokantoja. Teoriatiedon haku suoritettiin syyskuun 2016- tammikuun 2017 välisenä aikana.



Teoreettisessa viitekehyksessä käytin aiheesta uusimpia väitöskirjoja ja Pro gradu tutkielmia, sekä artikkeleja. Neurologisten sairauksien eri liittojen internetsivuilta, löysin paljon hyödyllistä tietoa. Sairaanhoidopiirit ovat tehneet potilasohjeita kaikkien luettavaksi, joista oli myös hyötyä tiedon etsinnässä.

Painettuja kirjoja käytin myös lähteinä. Useat potilasohjauksesta kertovat kirjat vain alkavat olla vanhahkoja. Käytin lähteenä muun muassa Kyngään ja Hentisen yleisteosta, Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö 2009. Siinä on kattavasti sitoutumista edistävästä ohjaamisesta. Uudempiä teoksia on esimerkiksi Koivuniemen, Holmberg-Marttilan, Hirsson ja Mattelmäen kirjoittama Terveystieteen kompassi - Avain asiakuuteen 2014. Kirjassa kerrotaan muun muassa asiakkaiden ja potilaiden osallisuuden ja voimaantumisen tunteen lisäämisestä.

Neurologisen potilaan potilasohjauksesta löysin vähän tietoa. Neurologisista sairauksista on sen sijaan paljon tietoa. Tässä tutkimuksessa hyödynsin tutkittua tietoa eri neurologisista sairauksista, sekä aiemmin tehtyä yleistä tutkimusta potilasohjauksesta. Suomessa tietokantojen mukaan Kyngäs, Lipponen ja Kääriäinen ovat tehneet eniten tieteellistä tutkimusta potilasohjauksesta. Ulkomaalaisista tietokannoista käytin lähinnä englanninkielistä luotettavaa tutkimusta.

### 3.1 Potilasohjausta koskeva lainsäädäntö

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992, & 5) velvoittaa hoitohenkilöstöä kertomaan potilaalle selkeästi ja ymmärrettävästi terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja hoitovaihtoehtoistaan, niin että potilas voi osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.

Suomen perustuslaki määrittää, että jokaisella on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveystalouteen (1999/731.) Hyvä ja laadukas potilasohjaus varmistaa potilaan tai asiakkaan tiedon saamisen terveydentilasta ja siihen liittyvistä tekijöistä. (Huurre 2014, 4.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) kertoo, että potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilasta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Terveystieteen ammattihenkilöiden on annettava hoitoa ja ohjausta, niin että potilas voi osallistua hoitoonsa koskevaan päätöksen tekoon ja sairautensa hoitoon (Laki 1992/785.) Etene, sosiaali- ja terveystalouden eettinen neuvottelukunta, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) ja muun muassa sairaanhoitajaliitto painottaa ammattieettistä osaamista, terveydenhuollon ammatissa kehittymistä, pyrkii edistämään potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua.

### 3.2 Potilasohjaus käsitteenä

Potilasohjauksessa potilas saa käyttöönsä terveydenhuollon ammattilaisen tietotaitoa. Ohjausmenetelmiä on erilaisia. Ohjaustapa ja laatu valitaan yksilöllisesti. Potilas on oman elämänsä asiantuntia ja ohjaus lähtee aina potilaan sen hetkisestä tarpeesta. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 10.)

Ensin potilasohjauksessa määritellään ohjauksen tarve potilaalle. Mietitään ohjauksen kulku, toteutetaan ohjaus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistumista. Ohjauksen tarpeen määrittelyyn vaikuttavat potilaan yksilölliset voimavarat ja kyky ottaa vastaan ohjausta. Potilasohjausta annetaan sairaalassa kaikissa hoidon vaiheissa: tulo-, läsnäolo- ja kotiutusvaiheessa. (Lipponen ym. 2006, 10.)

Ohjauksen käsite on muuttunut eri aikoina. Yhteiskunnalliset, ammatilliset, sosiaaliset, filosofiset ja teoreettiset muutokset ovat vaikuttaneet siihen, mitä on pidetty potilasohjauksessa tärkeänä. Tänä päivänä ohjauksessa painotetaan potilaan henkilökohtaisten kokemusten huomiointia, potilaan ja hoitajan jaettua asiantuntijuutta, sekä potilaan vastuuta itsestä huolehtimisessa. Potilaan omavastuu hoidonohjauksen ymmärtämisestä, ohjauksessa tapahtuvasta oppimisesta ja omista valinnoista on kasvanut. Hoitajan tehtävä on antaa tietoa ja näin auttaa potilasta selviytymään kotona omatoimisesti sairautensa kanssa. Hoitaja myös auttaa potilasta käsittelemään kokemuksiaan ja tunteitaan, käyttämään resurssejaan, sekä ratkaisemaan ongelmiaan. Hoitaja ei anna valmiita vastauksia potilaalle, vaan niitä pohditaan yhdessä tasa-vertaisessa vuorovaikutussuhteessa. (Haho 2014; Jaakonsaari 2009, 8.)

Ohjauksen käsitettä kuvaavat ohjattavan ja ohjaajan konteksti, vuorovaikutus, ohjaussuhde, sekä toiminnan aktiivisuus ja tavoitteellisuus. Ohjaus käsitteen synonyymejä ovat lisäksi opetus, tiedon antaminen ja neuvonta. (Jaakonsaari 2009, 8-10.) Läheisiä käsitteitä ovat valta, vastuu, lupa, kyky, pystyvyys, kapasiteetti, voimaantumisen, voimavaraistuminen ja elämän halluunotto. Terveydenhuollon ammattilaisella on potilasohjauksessa valtaa ja vastuuta ohjauksen sisällöstä ja ohjauksen etenemisestä. Hyvässä ohjauksessa potilas saa itseluottamusta ja näin pystyvyyden tunne kasvaa voimavaraistumisen myötä. (Virtanen 2014; Kyngäs & Hentinen 2009, 24-25.)

Onnistunut ohjaus vaikuttaa potilaan ja hänen omaistensa terveyteen, sekä sitä edistävään toimintaan. Hyvällä ohjauksella voidaan merkittävästi vaikuttaa potilaan motivaatioon huolehtia itsestään. Potilaan riittävän hyvällä omahoidolla on taloudellista vaikutusta potilaalle itselleen, kuin myös yhteiskunnallista merkitystä.

Hyvä potilasohjaus on potilaslähtöistä. Potilaslähtöinen ohjaus ottaa huomioon potilaan aikaisemman tiedon jo opetetusta asiasta. Potilasohjaus suunnitellaan vastaamaan potilaan avuntarpeita ja se rakentuu potilaan esille ottamiin ja hänelle tärkeisiin asioihin. Potilaslähtöinen lähestymistapa lisää potilaan motivaatiota itsehoitoon (hoito-ohjeiden noudattamista), lisää potilaan tiedollisia valmiuksia, sekä lisää tyytyväisyyttä terveystalouteen. (Barnason, Zimmerman L & Yuong 2012; Lipponen 2014.) Lisäksi potilaslähtöinen lähestymistapa lisää potilaan tiedollisia valmiuksia, osallistumismahdollisuuksia omaan hoitoonsa ja tyytyväisyyttä sekä vähentää oireiden määrää ja terveystaloutten käyttöä. (Barnason ym. 2012.)

Potilaan tai asiakkaan ohjauksessa käytetään termejä ”voimaantumisen” ja ”voimavaraistuminen”, jotka tarkoittavat potilaan kykyä löytää omat voimavaransa ohjauksen avulla, sekä ottaa vastuuta elämästään. Se tapahtuu parhaiten ympäristössä, jonka potilas kokee turvalliseksi, hyväksytyksi ja tasa-arvoiseksi. Voimaantumiseen ja voimavaraistumiseen vaikuttavat potilaan kyky muokata omia ajatuksia ja asenteita, myös omaiset sosiaalisena tukijana vaikuttavat voimaantumiseen. Voimantunne syntyy, kun potilas kokee hallitsevansa tilannetta, somien oivallusten ja hyvien kokemusten kautta. (Koivuniemi, Holmberg-Marttila, Hirsso & Matelmäki 2014, 44-45; Virtanen 2014; Ragan health care 2014.)

Voimaantunut potilas tunnistaa omat rajansa ja mahdollisuutensa vaikuttaa terveydentilaansa. Potilas myös hankkii itsenäisesti tietoa sairauteen vaikuttavista tekijöistä ja näkee itsensä vastuunkantaja sairaudesta toipumisessa. (Koivuniemi ym. 2014, 44-45; Virtanen 2014; Ragan health care 2014.)

Voimavaraistuvassa potilasohjauksessa on eri osa-alueita. Näitä ovat biofysiologinen ja toiminnallinen eli toimenpiteitä ja hoitoa koskeva ohjaus. Potilaalle kerrotaan, miten tuleva tutkimus etenee, mikä on jatkohoitosuunnitelma ja niin edelleen. Voidaan myös käytännössä opettaa, miten potilas pystyy hoitamaan esimerkiksi injektion pistämisen. Kokemuksellisen ja sosiaalisuhteellisen puolen huomioiminen tarkoittaa potilaan ja hänen läheistensä ajatuksien ja tunteiden huomioimista. Eettinen osa-alue arvioi potilasohjauksen kokonaisuutta, onko potilaalle annettu oikeaan aikaan oikeaa tietoa. Taloudellisten tekijöiden huomioiminen mittaa esimerkiksi voimavaraistavasta potilasohjauksesta kertyviä säästöjä yksilö ja yhteiskunnallisella tasolla. (Lipponen 2014; Virtanen 2014.)

Potilaiden voimaantumisessa on myös rajoitteita ja joitakin kielteisiä puolia. Terveystaloutten ammattilaisten näkökulmasta potilaiden voimaantumisesta johtuva laajempi tietomäärä voi viedä ammattilaisten valta-asemaa. Lääkäri tai hoitaja ei ole enää auktoriteetti, vaan tasa-arvoinen kanssakulkija potilaan vierellä. Ammattilaisten rooli voi myös muuttua potilaiden otettua enemmän vastuuta hoidostaan. (Koivuniemi ym. 2014, 44-45.)

Huonosti hallittu voimaantuminen voi johtaa liian suureen potilaan vastuuttamiseen sairautensa hoidosta. Potilas tai hänen läheisensä voi kokea tämän taakkana. Potilaat eivät ole myöskään tasa-arvoisessa asemassa itsensä hoitamisessa, esimerkiksi taustalla olevat mielen-terveys sairaudet usein rajoittavat potilaan kykyä parantua somaattisesta sairaudesta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 24-25; Koivuniemi ym. 2014, 44-45.)

Sosioekonomiset, elämänhallintaan vaikuttavat negatiiviset tapahtumat, sekä kieli- tai muuhun vähemmistöryhmään kuuluminen vaikuttavat usein potilaan kykyyn ottaa vastaan potilasohjausta (Kyngäs ym. 2009, 25-26; Koivuniemi ym. 2014, 44-45). Tasa-arvoinen keskustelu terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa voi olla potilaalle liian vaativaa, jos potilasta ei osata huomioida tilanteeseen tarvittavalla tavalla.

Potilaan ohjaus on tärkeä osa sairaanhoitajien työtä. Hyvällä ohjauksella on terveyttä edistävä vaikutus potilaisiin, heidän omaisiinsa ja jopa kansantalouteen. Haasteita potilasohjaukselle tuovat kuitenkin puutteelliset ohjausresurssit, lyhyet hoitoajat tai muuten haasteelliset tilanteet. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.)

Potilasohjauksessa on tärkeää tarpeiden määrittely yksilöllisesti, koska asiakaslähtöisyys on ohjauksen perusta. Huomioitavaa on se, kuinka kauan potilas on sairastanut ja mitä hän tietää sairaudestaan. On myös aivan eri tilanne vastasairastuneella, kuin jo pitempään sairastaneella. Vastasairastunut voi olla kriisissä tapahtuman johdosta, jolloin ei heti kykene vastaanottamaan tietoa sairaudestaan tai siihen liittyvistä tekijöistä. (Kyngäs, Lipponen & Kääriäinen 2006.)

Potilaan ohjauksessa on tärkeää, että terveydenhuollon ammattilaisten potilaille antama tieto ja ohjaus ovat yhteneväiset. Ristiriitaiset ohjeet voivat hämmentää potilasta ja heikentää luottamusta hoitoon ja potilasohjauksen laatuun. (Käypä hoito 2015.)

Ohjauksella on hyvä olla selkeä alku ja loppu. Potilasohjaus etenee potilaan omista lähtökohdista yhdessä keskustelemalla. Hyvässä ohjaustilanteessa potilas tietää, mistä asioista tullaan keskustelemaan, hän osallistuu keskusteluun ja ammattilainen varmistaa potilaan ymmärtämisen asiasta. Ohjaustilanne päättyy yhteenvetoon, jossa kerrataan vielä tärkeimmät kohdat yhdessä ja sovitaan, miten toimitaan jatkossa. Potilaan omia selviytymiskeinoja tukevassa potilasohjauksessa potilas tietää ohjauksen tavoitteet ja on itse osallistunut niiden tekemiseen. Hän myös tietää ohjauksen keston. (Käypä hoito 2015.)

### 3.2.1 Potilasohjaus menetelmiä

Potilasohjausta ja ohjausmenetelmiä voidaan kehittää potilasystävällisemmäksi ottaen huomioon teknologian kehittymisen. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä (2017) potilasohjaustyöryhmä on kehittänyt uudenlaisia menetelmiä potilaiden ohjaukseen, kuten teknologian hyödyntämistä eri tavoin. Sähköisinä palveluina voi kehittää ”chattia” keskusteluun potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä, sekä erilaisia sähköisiä vastaanottoja. Terveydenhuollon mobiilisovellukset ja internettiin tehdyt valmiit videot mahdollistavat potilasohjauksenannon kätevästi potilaan kotiin.

Internettiin on myös kehitetty valmiita infopaketteja ja räätälöity eri sairauksien hoito-ohjeita sairaanhoitopiirien omille verkkosivustoille. Sairanhoitopiirit ovat myös yhdessä kehittäneet valtakunnallista Terveyskylä-hanketta. Terveyskylä on verkkosivusto, josta löytyy kattavasti luotettavaa tietoa eri sairauksista. (Terveyskylä 2017.)

Potilasohjausmenetelmien audiovisuaalisia laitteina voidaan käyttää puhelimen lisäksi myös erilaisia videoita ja esimerkiksi Skype-ohjelma. Audiovisuaalisia potilasohjausmenetelmiä kehitetään. Näitä ovat muun muassa puhelinohjausrungot ja matalan kynnyksen ryhmäohjaukset potilaan arkeen jalkauttaen. (Hopia, Nurmeksela & Lumiaho 2017, 13-14; Ward 2011.)

Nämä potilasohjausmenetelmät soveltuvat parhaiten potilaille, jotka ovat jo kotiutuneet sairaalasta. Kotona voi tulla mieleen asioita, joita ei muistanut kysyä sairaalassa. Potilaille voi tulla myös uusia oireita, joista on hyvä puhua terveydenhuollon ammattilaiselle. Vakavaan sairauteen sairastuttuaan potilailla on myös usein tarve saada vertaistukea ja jakaa kokemuksiaan. Potilaat hakevat usein internetistä tietoa. Luotettaville terveydenhuollon verkkosivustoille ja verkossa annettaville terveydenhuollon palveluille onkin kasvavaa kysyntää. Vertaistukea taas tarjoavat parhaiten eri sairauksien järjestöt ja liitot.

### 3.2.2 Potilasohjaus sairaalassa

Sairaalassa potilasohjausta voi antaa monella tavalla. Yleisimpiä ovat kuitenkin suullisesti annettu ohjaus, sekä erilaiset kirjalliset potilasohjeet. Terveydenhuollon ammattilaisen suullisia ohjausmenetelmiä ovat motivoiva haastattelu, voimavarakeskeinen ohjaus, jaettu päätöksenteko ja sosiaalinen tuki potilasohjauksessa. (SUHS 2017.) Suullista ohjausta voidaan toteuttaa, joko yksilö - tai ryhmäohjauksissa ja sen tukena voidaan käyttää erilaisia oheismateriaaleja. (Kynäs ym. 2007, 74.)

Suullisen ohjauksen tavoitteena on, että hoitaja ja potilas ymmärtävät keskustelun samalla tavalla, puhuvat samaa kieltä ja saavuttavat yhteiset tavoitteet. Viestinnän selkeyteen ja yk-

siselitteisyyteen on kiinnitettävä huomiota, koska sanallinen viestintä on vain pieni osa ihmisten välistä vuorovaikutusta. Sanatonta viestintää on isoin osa vuorovaikutuksesta. Terveystieteiden ammattilaisen kehon kieli, ilmeet ja eleet kertovat paljon. Sanaton viesti pyrkii painottamaan, täydentämään, tukemaan, kumoamaan tai jopa korvaamaan kokonaan sanallista viestintää. Sanattomasti voi viestiä myös tiedostamattomasti, joten sen kontrollointi on vaikeaa. (Kyngäs ym. 2007, 38-39.)

Suulliset potilasohjausmenetelmät ovat viime vuosina siirtyneet yhä enemmän ohjaukseen, jossa potilas ja terveydenhuollon ammattilainen ovat tasa-arvoisia keskustelijoita. Motivovassa keskustelussa potilaan annetaan puhua enemmän. Terveystieteiden ammattilainen myötäilee ja asettelee kysymykset niin, että potilas alkaa miettimään itse omaa tilannettaan. Ammattilainen ohjaa keskustelua potilaan huomaamatta niin, että potilas on keskiössä. Potilas saa onnistumisen tunteita, kun on ohjattuna itse löytänyt voimavaroja sairautensa kanssa selviämiseen. (Angle & Mustajoki 2014.)

Kirjallisia potilasohjeita on tehty paljon erilaisia, liittyen eri tyyppisiin sairauksiin ja tiedon antoon potilaille. Kirjalliset potilasohjeet tukevat suullista ohjausta ja palauttavat potilaan mieleen puhuttuja asioita. Tutkimusten mukaan potilaat helposti unohtavat kerrottuja asioita. Suullisen informaation muistamista voidaan tehostaa jopa viisikymmentä prosenttia, mikäli potilasohjaustilanteessa käytetään lisänä kirjallista potilasohjausmateriaalia. Kirjallisen potilasohjausmateriaalin etuna on myös tiedon pysyvyys. Kirjallisen ohjeeseen on helppo palata aina uudelleen. (Grahn 2014, 7-8.)

Demonstraatioissa näytetään potilaalle, miten jokin asia tehdään. Käytännönohjaus on tarpeen, jotta potilas pystyy tekemään sairautensa edellyttämät hoitotoimet omatoimisesti kotona. (Ward 2011.) Demonstraatiota käytetään ehkä eniten erilaisten ihon alle injektioiden pistämisen opetteluun, hengityslääkkeinä käytettävien inhalaatioiden opettamiseen, sekä haavojen hoidossa. Kuntoutumista edistäviä liikeharjoituksia usein opetetaan myös demonstroiden.

Potilas hyötyy potilasohjauksesta eniten, kun ohjaustapa valitaan yksilöllisesti vastaamaan potilaan tarpeisiin. Usein potilasohjauksen laatu paranee, kun ohjauksessa käytetään eri menetelmiä. (Ward 2011; Kyngäs ym. 2007, 38-39.)

### 3.3 Potilas oppijana

Ihmiset omaksuvat tietoa yksilöllisesti. On erilaisia oppimistyyliä ja -tapoja ottaa vastaan tietoa, prosessoida tietoa ja palauttaa mieleen informaatiota. (Kielikompassi 2017.)

Oppimistyylijaotteluja on monenlaisia, aisteihin perustuva oppimistyylijaottelu on yksi tunnetuimmista. Menetelmä perustuu ihmisen kykyyn tiedostaa, mikä omista aisteista ottaa eniten

ärsykeitä vastaan. Aistit jaotellaan auditiivinen (kuuloaisti), visuaalinen (näköaisti) ja kineettinen (koko vartalon liikkeet) oppimistyyliin. (Kielikompassi 2017.)

Potilaan kykyyn omaksua uutta tietoa vaikuttavat yksilölliset erot oppimistyyliissä. Visuaaliselle ihmiselle kirjalliset potilasohjeet voivat olla paras ohjausmuoto, kuin auditiiviselle ihmiselle on erityisen tärkeää kuulla, mistä ohjauksessa on kyse. Useammilla ihmisillä on kuitenkin useampi vahva aisti ja harva on puhtaasti pelkästään auditiivinen, visuaalinen tai kinestinen. (Kielikompassi 2017.)

Sisäinen motivaatio ja positiivinen suhtautuminen opittavasta asiasta nousevat kuitenkin suurimmaksi tekijäksi, joka vaikuttaa ihmisen kykyyn omaksua ja oppia uutta tietoa. (Salovaara 2004. Aalto-yliopisto 2011, Telif 2015, 24-25.) Motivaatio on voima, joka panee ihmisen liikkeelle. Motivaatioon vaikuttaa muun muassa, kuinka mielenkiintoiseksi ihminen kokee opittavan asian ja asetettujen tavoitteiden saavuttamisen elämässään. (Kyngäs & Hentinen 2009. 28-29.) Motivaatio syntyy ihmisillä eri tavoin. Hyvällä potilasohjauksella voi kasvattaa potilaan motivaatiota uudesta opeteltavasta asiasta. (Kyngäs ym. 2009. 29.)

Taustatekijöinä, jotka vaikuttavat potilaan ohjaamiseen ja oppimiseen ovat potilaan koulutus, ikä, terveys, taloudellinen tilanne ja ympäristö missä oppiminen tapahtuu. (Koivuniemi ym. 2014, 44-45; Kyngäs, ym. 2004. 28-30. Etene 2011. 9-12.) Tutkimusten mukaan korkeamman koulutustason väestö selviytyy paremmin kognitiivisistä testeistä ja pystyy paremmin palauttamaan mieleen jo opittuja asioita. (Talala, Härkänen, Karvonen, Mäki-opas, Manderbacka, Suvisaari, Sainio, Rissanen, Ruokailainen, Heloma & Koskinen 2014, 2188-2189.)

Kognitiivisinä tekijöinä oppimiseen vaikuttavat myös ihmisen kyky soveltaa opittua tietoa ja löytää itse uusia toimintamalleja vanhojen tilalle. Teoriatietojen lisäksi tarvitaan käytännön osaamista. Useat ihmiset tarvitsevat ohjausta ja opetetun asian toistoa useamman kerran oppiakseen. (Kyngäs ym. 2009. 29.)

Psykososiaaliset tekijät vaikuttavat oppimiseen. Tutkimusten mukaan psyykinen kuormittuminen aiheuttaa stressiä (Talala ym. 2014). Hyvät psyykkiset voimavarat tukevat ihmisen fyysisistä toimintakykyä ja auttavat sairaudesta tai kriisistä toipumisessa. (Hedrenius & Johansson 2016, 156-161.)

Aaron Antonovskyn koherenssi tutkimuksissa (SOC, sen of coherence) 1970-luvulla jo todettiin, että toisilla ihmisillä on parempi valmius kohdata elämän mukanaan tuomia kriisejä. Tämä johtuu Antonovskyn mukaan sisäsyntyisistä persoonallisuuden ja luonteen piirteistä. Positiivisella elämänasenteella on myös merkitystä, jos ihminen pystyy näkemään huonossakin tilan-

teessa jotakin hyvää. Antonovskyn mukaan vahva koherenssintunne liittyykin positiiviseen elämänasenteen lisäksi kykyyn saada tunne, että hallitsee ja ymmärtää tilanteen. (Kuntoutusportti 2012.)

Psykososiaalisista tekijöistä muun muassa pelon tunteella on todettu olevan vaikutusta toimintakykyyn. Jos turvallisuuden tunne on heikentynyt ja ihminen tuntee pelkoa ja turvattuutta, fyysisen toimintakyvyn on todettu laskevan. (Väänänen 2013, 45-46.) Sairaudesta toipuminen voi tällöin hidastua, jos ei ole voimavaroja motivoida itselleen uusia keinoja selvitä sairauden aiheuttamien haasteiden kanssa.

### 3.4 Neurologiset sairaudet lyhyesti

Neurologian erikoisalaan kuuluvat hermoston sairauksien selvittely ja hoito. Neurologia pitää sisällään aivojen, selkäytimen, ääreishermoston ja lihasten sairauksien tutkimuksen. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2014. Mandal 2014; HUS 2016.)

Neurologiset sairaudet aiheuttavat monenlaisia oireita. Näitä ovat muun muassa pääkiput, pahoinvointi, huimaus, havaintokyvyn heikentyminen, loogisen ajattelun, asioiden tunnistamisen tai muistin häiriöt. Halvausoireet, puolierot, puheen tuottamisen tai ymmärtämisen vaikeudet. Liikkumisessa voi ilmetä kömpelyyttä ja tasapainovaikeutta. (Salmenperä, Tuli, Virta 2002, 36-37; Ahonen ym. 2014.)

Neurologisia sairauksia ovat muun muassa aivoverenkiertohäiriöt (TIA, aivoinfarkti, aivoverenvuodot), muistisairaudet (mm. Alzheimer, Lewyn kappale-tauti, Frontaalilohkodementia), Parkinsonin tauti, MS-tauti, epilepsia, keskushermostokasvaimet (mm. gliooma, meningeooma ja neuroooma) ja - tulehdukset (mm. meningiitti, enkefaliitti, myeliitti ja neuriitti). (Ahonen ym. 2014. Aivoliitto 2016.)

Neuropsykiatrian puoli tutkii ihmisen psyykkistä puolta; kognitiivisia ja käyttäytymiseen liittyviä häiriöitä. Vataja ja Korkeilla toteavat kuitenkin: ”Aivosairauksien jakaminen »neurologisiin» ja »psykiatrisiin» on aivojen näkökulmasta keinotekoisia. Motoriikkaa, emootioita ja kognitiota säätelevät rakenteet ovat anatomisesti ja toiminnallisesti hyvin lähellä toisiaan tai toisistaan erottamattomia.” Useissa neurologisissa sairauksissa on psykiatrisia oireita, esimerkiksi skitsofreniapotilailla esiintyy psykoosin lisäksi myös kognitiivisia ja motorisia oireita. Muistisairailta ja myös Parkinsonin taudissa on vastaavasti usein psyykkisiä oireita. (Vataja & Korkeilla 2007.)

Yleisin neurologinen sairausryhmä ovat muistisairaudet. Suomessa on arviolta 193 000 muistisairasta ihmistä ja näistä vähintään 93 000:lla on keskivaikea muistisairaus. Joka vuosi noin 14 500 suomalaista saa muistisairausdiagnoosin. (Muistiliitto. 2016.) Muistisairaudet ovat niin



yleisiä, että ne luetaan kansansairauksiin. (THL 2016.) Yleisin muistisairaus on Alzheimerin tauti (noin 60-70 %), toisena on verisuoniperäinen muistisairaus (noin 15-20 %), kolmantena ovat Lewyn kappale-tauti ja otsa-ohimolohkorappeumasta johtuvat muistisairaudet. Parkinsonin tautiin liittyy usein tiedonkäsittelyn ongelmia ja tämän vuoksi Parkinsonin tautia sairastava voidaan usein luokitella myös muistisairaaksi. (THL 2016. Muistiliitto 2016.)

Neurologisista sairauksista toiseksi yleisimpiä ovat aivoverenkiertosairaudet, joita vuonna 2015 on arvioitu olleen noin 100 000. Aivoinfarktin saa noin 18 000 ja aivoverenvuodon noin 1800 suomalaista vuosittain. Noin 2500 henkilöllä aivoinfarkti uusiutuu vuoden sisällä sairastumisesta. Ohimenevän aivoverenkiertohäiriön (TIA) saa noin 5000 suomalaista joka vuosi. (Aivoliitto 2016.)

Aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi yleisin kuolinsyy, menehtyneitä noin 4500 henkilöä vuositasaalla Suomessa. AVH-potilaista joka toiselle jää pysyvä haitta, puolelle näistä vaikeasteisia oireita. Joka neljäs paranee oireettomaksi, yli puolet itsenäisiksi, mutta joka seitsemäs kuitenkin tarvitsee laitoshoidoa. (Aivoliitto 2016.)

Neurologisista sairauksista kolmantena ovat epileptiset sairaudet. Noin 56 000 eli 1%:lla suomalaisista on diagnosoitu epilepsia. Näistä vaikeahoitoista epilepsiaa sairastaa noin 9000 ihmistä. Vaikeahoitoseksi epilepsia luokitellaan, jos lääkehoidosta ei ole vastetta epileptisille kohtauksille. (Epilepsialiitto 2015.)

Parkinsonin tautia sairastaa noin 14 000 suomalaista, joka tekee siitä neljänneksi yleisimmän neurologisen sairauden. Noin 1-2 ihmisellä tuhannesta on kyseinen sairaus. Yli 70-vuotiaista Parkinsonin taudin on saanut jo 2/100. Keskimääräinen taudin alkamisikä on 60. vuoden molemmin puolin. (Suomen Parkinson-liitto 2016.)

MS-tautia sairastaa noin 7000 ja se on nuorten aikuisten yleisin vakava neurologinen sairaus. Diagnoosi tehdään yleensä 20-40-vuotiaana. Sairastuminen alle 16- tai yli 60-vuotiaana on harvinaista. (MS-liitto 2016.)

ALSia (motoneuronitauti, amyotrofinen lateraaliskleroosi) sairastaa noin 350 ihmistä Suomessa. Keskimääräinen sairastumisikä on noin 60 vuotta. Tauti on osittain periytyvä, noin 20 prosentilla on sairastuneita sukulaisia. Periytyvä muoto on tautikulultaan lievempi ja hitaampi, kuin ei-periytyvä muoto. (Atula 2015.)

Keskushermoston infektiot jaetaan bakteeri- ja virusperäisiin. Ne aiheuttavat meningiitteja (aivokalvontulehdus), enkefaliitteja (aivokudoksen tulehdus), myeliitteihin (selkäydintuleh-

du) ja neuriitteihin (hermotulehdus). (Ahonen ym. 2014. Lumio 2016.) Suomessa bakteeriperäisiin keskushermoston infektioihin sairastuu noin 100 - 150 vuosittain. Virusperäisiä keskushermoston infektoita on sen sijaan huomattavasti enemmän, esimerkiksi virusperäisiä aivokalvontulehduksia on todennäköisesti satoja vuosittain. Tarkkaa lukumäärää ei tiedetä, koska tauti yleensä tulee ja lähtee normaaleiden hengitystievirusten mukana. (Lumio 2016.)

Aivokasvaimiin sairastuu noin 900 ihmistä vuosittain, joista lapsia on noin 50. Yleisimpiä keskushermostokasvaimia aikuisilla ovat glioomat, meningeoomat ja neurooomat. Keskushermostossa olevien aivokasvainten esiintyvyys on jonkin verran noussut. Usein ensioireena on epileptinen kohtaus, joka voi ilmetä lievänä poissaolokohtauksena ja raajan kouristeluna. Muita oireita ovat muun muassa päänsärky, pahoinvointi, huimaus ja näkökyvyn muutokset. (Ahonen ym. 2014. Kaikki syövästä 2016.)

Harvinaiseksi neurologiset sairauden määritellään, kun niiden esiintyvyys on alle 5 sairastunutta/ 10 000 asukasta. (Neuroliitto 2016.) Harvinaisia neurologisia sairauksia ovat esimerkiksi Huntingtonin tauti, Dystonia ja Devicin tauti. Huntingtonin tauti on vahvasti perinnöllinen, arviolta 70-100 sukua Suomessa kantaa kyseistä geeniperimää. Sairastavia on vähintään 200. Dystoniaa sairastaa noin 1500-2000 ihmistä. Dystonia on aivojen tahdonalaisten lihasten liikkeidensäätelykeskuksen toimintahäiriö. Syytä tautiin ei tunneta ja siihen ei ole parantavaa hoitoa. Dystonian oireita voi olla myös sekundaarisista syistä, esimerkiksi neurologisen taudin oireina tai joidenkin lääkkeiden sivu- ja haittavaikutuksena. Oireita lievitetään botulinumtoksiinilla, jota pistetään oireilevaan lihakseen. (Suomen Parkinson liitto. 2016.) Devicin tauti on keskushermoston tulehduksellinen demyelinaatiosairaus, jossa oireita on näköhermossa ja selkäytimessä. (Neuroliitto 2016.)

Neurologisella osastolla hoidetaan lisäksi aivovammoja. Aivovamman saa noin 15 000 - 20 000 suomalaista joka vuosi. Aivovammat syntyvät päähän kohdistuvasta iskusta, liike-energiasta tai aivoihin työntyneestä esineestä. Aivovamman jälkitilan aiheuttamista oireista kärsii vähintään 100 000 ihmistä. Jälkitiloilla tarkoitetaan tapaturmasta johtuvia pitkäaikaisia tai pysyviä muutoksia. (Aivovammaliitto 2017.)

Lisäksi on paljon muita neurologisia sairauksia ja vammoja, joita en tässä opinnäytetyössä käsittele.

### 3.5 Neurologisten sairauksien vaikutus potilasohjaukseen

Akuutti vakava sairastuminen voi aiheuttaa kriisin tai henkisen trauman ihmisen elämään. Vällillä tilanteet etenevät nopeasti ja ihmisellä tai hänen omaisellaan ei ole ollut aikaa henki-

sesti valmistautua sairauden tuloon. Ihmiset kokevat ja käsittelevät vaikeita tilanteita eri tavoin. (Hedrenius & Johansson 2016, 24-27.) Toisille ihmisille diagnoosin saaminen voi olla helppoa, jos oireita on ollut jo pitkään, toiset voivat taas järkyttyä kuulemastaan sairaudesta.

Tänä päivänä tiedetään paljon niistä tekijöistä, jotka lisäävät tai pienentävät ihmisen kykyä selvittää vaikeista tilanteista. Näitä ovat muun muassa biologiset, psykologiset, eksistentiaaliset ja sosiaaliset tekijät. (Hedrenius ym. 2016, 24-27.)

Potilaan tullessa sairaalaan ja hänen sairaalassa olemisen aikana potilasohjaukseen vaikuttaa potilaan kyky ottaa vastaan ohjausta, niin henkisellä kuin fyysisellä tasolla. Jos sairaus on uusi ja potilas on tullut sairaalaan nopeasti, vastoin aikaisempia suunnitelmia, potilas ei ehkä kykene heti vastaanottamaan tietotulvaa sairaudesta tai sairauteen vaikuttavista tekijöistä.

Neurologista potilasta pitää hoitaa laaja-alaisesti, ottaen monta tekijää huomioon. Potilailla voi sairaudesta johtuen olla kognitiivisina oireina muistamattomuutta, tarkkaavaisuus ja keskittymiskyvyn puutetta. Kielellisiä ongelmia, kuten puheen tuoton ja ymmärryksen heikkene- mistä, sekä kirjallisten potilasohjeiden ja muiden tekstien vaikeaa lukemista. Avaruudellisten ja matemaattisten asioiden kanssa voi olla ongelmia. (Powel 2005, 79-100.) Aivoissa tapahtunut muutos voi aiheuttaa lisäksi vaikeuksia liikkumiskykyyn ja koordinaatioon. (Yale 2016.) Nämä tekijät asettavat haasteita potilasohjaukselle. Terveystieteiden ammattilaisten pitääkin olla luovia, kun kehittävät yksilöllisiä potilasohjaus menetelmiä ja materiaalia.

### 3.5.1 Potilasohjauksen vaikutus kuntoutukseen

Kun potilaan tila on saatu lääketieteellisesti vakaaksi, aloitetaan kuntoutus heti. Kuntoutuksen tarve mietitään yksilöllisesti neurologisen sairauden mukaan. (Powel 2005, 50-51.) Käypä hoito- suositus aivoinfarkti ja TIA 2016, sekä Käypä hoito- suositus aivovammat 2008 toteavat myös aktiivisella kuntoutuksella olevan merkittävä rooli potilaan kuntoutumisessa. Mitä nopeammin aktiivinen kuntoutuminen pääsee alkamaan, sen paremmat potilaan edellytykset on toipua. Aluksi kuntoutuminen voi olla passiivista asentohoitoa. Kunnon parantuessa siirrytään potilasta enemmän aktivoiviin kuntoutusmuotoihin.

Ihmisen psyyke ja koko persoona muodostuvat aivojen eri osissa. Sosiaalinen vuorovaikutus ja muistot tallentuvat aivoihin. Kuntoutuminen on oppimistapahtuma, joka lähtee etenemään keskushermostosta potilaan sen hetkisen tilanteen ja kykyjen mukaan. (Lindstam & Ylinen 2012, 6.)

Käypä hoito-suositus 2016 korostaa toimintakyvyn ja kokonaisvaltaisen potilaan tilan huomioimista. Fyysisen tuen ja avun lisäksi potilas tarvitsee usein psyykkistä ja psykososiaalista tukea selviytyäkseen sairaudestaan. Potilaan lisäksi omaiset tulee huomioida ja ottaa osaksi hoitoa.

Potilaiden kuntoutuksessa moniammatillinen yhteistyö on tärkeässä roolissa. Yhteistyössä eri ammattiryhmät suunnittelevat, toteuttavat ja arvioivat potilaiden hoitoa. (Hus 2016.) Ohjausprosessiin kuuluu ensin määritellä ohjauksen tarve yhdessä potilaan ja mahdollisesti hänen omaisensa kanssa. Kuntoutumisen ohjaamiseen vaikuttaa potilaan, sekä yhteisön voimavarat. Sairastuminen aiheuttaa sairastuneelle ja hänen omaisilleen epävarmuuden, avuttomuuden ja turvattomuuden tunteita. Kuntoutumista edesauttaa, jos potilas ja hänen omaisensa saavat riittävästi tietoa sairaudesta ja sairauteen liittyvistä tekijöistä, kuten tutkimuksista, lääkkeistä, hoidoista, kuntoutuksesta ja ennusteesta. Tutkimusten mukaan tiedon saaminen mahdollistaa ja edesauttaa potilaan sitoutumista kuntoutukseen. Hyvä potilasohjaus myös vähentää ahdistusta ja pelkoa. (Kyngäs & Hentinen. 2009, 81-83.)

#### 4 Tutkimuksen toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Hyvinkään sairaalan neurologiselle osastolle. Neurologian osastolla tutkitaan ja hoidetaan akuutteja neurologisia sairauksia, sekä neurologisia pitkäaikaissairauksia sairastavia potilaita. Sairauksia ovat aivohalvaus, aivovamma, aivokasvain, selkäydinvamma, MS-tauti, Parkinsonin tauti, epilepsia, aivojen tulehdukset ja monihermosairaudet. Potilaat saapuvat osastolle pääasiassa lääkärin lähetteellä tai suoraan päivystyksestä. (Hus 2016.)

Tutkimuksessa kerättiin tietoa kyselylomakkeen avulla potilaiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta osastolla. Aineiston keräysaika oli huhtikuu -heinäkuu 2017.

Osastonhoitajan kanssa sovittiin, että hoitajat antavat kyselylomakkeen potilaille juuri ennen kotiinlähtöä tai kotiinlähdön yhteydessä. Hoitajat kertoivat potilaille tiedot lomakkeen täyttämistä ja sen vapaaehtoisuudesta. Ohjeet lomakkeen täyttämiseen ja tutkimuksen vapaaehtoisuudesta ovat myös kirjallisena potilaille annettavassa saatekirjeessä.

Potilaiden valmiiksi täytettyjä kyselykaavakkeita säilytettiin hoitajien kansliassa niille varatussa paikassa, johon ei ulkopuolisilla ole mahdollisuutta päästä niitä lukemaan.

##### 4.1 Aineistonkeruu kyselylomakkeella

Kyselylomake ei saa olla liian pitkä tai vaikeaselkoinen, koska se laskee halukkuutta vastata kyselyyn. Kyselylomaketta tehdessä on otettu huomioon potilasryhmä, jolle kyselykaavaketta tehdään. Potilaiden aika, halu tai kyky voi olla rajallinen. Tämän vuoksi kyselykaavakkeen pitää olla täsmällinen ja lomakkeessa käytetty kieli selkeää. Lomakkeessa ei kysytä mitään varmuuden vuoksi, vaan kysymykset ovat tarkkaan harkittuja ja perustuvat tutkittuun tietoon aiheesta. (KvantiMOTV 2016.)

Potilaat ovat tulleet osastolle hoidettavaksi neurologisen sairauden takia. Neurologiset sairaudet aiheuttavat oireina muun muassa päänsärkyä, muistiongelmia, puheenymmärtämisen ja tuoton vaikeuksia, sekä muita kognitiivisia oireita. (Soinila 2015.) Tämän vuoksi on tärkeää, ettei kyselylomake ole liian pitkä ja potilasta stressaava. Suositeltava aika kyselylomakkeen täyttämiseen on noin 10 - 20 minuuttia. (KvantiMOTV 2016.) Potilaille kerrottiin kirjallisesti ja suullisesti kyselyyn vastaamisen olevan vapaaehtoista ja kyselyn voi tarvittaessa jättää myös kesken.

Kyselylomaketta tehdessä pitää ottaa huomioon myös lomakkeen ulkoasu ja yleinen kiinnostavuus. Ensivaikutelman lomakkeesta pitää olla hyvä, jotta potilas on kiinnostunut aloittamaan lomakkeen täytön. (KvantiMOTV 2016.)

Kyselykaavakkeen lopussa on 2 avointa kysymystä. Avointen kysymysten on tarkoitus täydentää strukturoituja kysymyksiä. Näin potilaiden ajatuksista ja kokemuksista saadaan laajempi kuva. (Koppa 2016.)

Tutkimusmenetelmänä valitsin määrällisen kvantitatiivisen poikittaistutkimuksen, jota täydennän kvalitatiivisillä avoimilla kysymyksillä. Tarkoituksena oli tehdä kyselylomake, jossa on strukturoituja kysymyksiä. Avointen kysymysten on tarkoitus antaa potilaille mahdollisuus kertoa ajatuksistaan ja kokemuksistaan lausein. Silloin myös potilaan ajatuksista saa kokonaisvaltaisemman kuvan.

Kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusta ei tarvitse pitää erillään. Tutkimusmenetelmänä ne voivat olla käytössä samassa tutkimuksessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2006, 17-19.) Kun samassa tutkimuksessa käytetään, sekä kvalitatiivista, että kvantitatiivista lähestymistapaa sitä kutsutaan triangulaatioksi. (Virsta. 2016.) Keräämällä tutkimuksesta erilaisia näkökulmia pyritään asiasta saamaan monipuolisempi ja laajempi käsitys. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen. 2006, 225.)

Kvantitatiivinen tutkimus on rajattu selkeästi ja järjestelmällisesti. Tutkimuksessa halutaan tietää täsmällisesti vastauksia tutkittavasta kohteesta. (Paunonen ym. 2006, 37.) Kvantitatiivisen tutkimuksen piirteitä ovat myös tutkijan ja tutkittavan etäinen suhde ja strukturoitu tutkimusasetelma, sekä tilastollisten menetelmien käyttö. (Kankkunen ym. 2015, 62.)

Kvantitatiivinen tutkimus sopii menetelmänä opinnäytetyöhöni, koska tein tilastollisen tutkimuksen ja en tavannut suurta osaa tutkittavista potilaista henkilökohtaisesti. Pienelle osalle potilaista luin kysymykset ja avustin tarvittaessa lomakkeen täytössä.

Kvantitatiivinen tutkimus voidaan jakaa erilaisiin tutkimusasetelmiin. Sitä voidaan eri tavoin luokitella ja ryhmitellä. Valitsin kvantitatiivisen poikittaistutkimuksen. Siinä aineisto kerätään kerran. Tutkimusraportti kirjoitetaan kertaotoksen jälkeen, eikä tutkimusta ole tarkoitus jatkaa tässä opinnäytetyössä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2015, 56.)

Tutkimusongelmia lähestytään tavoitteiden ja työn tarkoituksen näkökulmasta. Tutkimusongelmat voidaan esittää väittäminä tai kysymyksinä. (Kankkunen ym. 2015, 99.) Kyselylomakkeessa on väittämiä, joihin potilas vastaa laittamalla rastin ruutuun kohtaan, mikä kuvaa parhaiten hänen omaa mielipidettä.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luonteeseen kuuluu tilastollisen merkitsevyyden arviointi. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan eritellä osallistujat erilaisiin ryhmiin esimerkiksi sukupuolen, iän, koulutustaustan tai asuinpaikan mukaan. (Kankkunen ym. 2015, 61.)

#### 4.1.1 Kyselylomakkeen esittely

Kyselylomakkeessa on 23 tilastollista ja 2 avointa kysymystä. Tilastolliset kysymykset olivat väittämiä, likert-asteikolla. Kyselyn lopussa oleviin kahteen avoimeen kysymykseen potilaille annettiin mahdollisuus vastata lausein. Kysymyksien tarkoituksena oli edetä loogisesti ja vastata tutkimuskysymyksiin järjestyksessä.

Kyselylomake alkaa perustietoja kartoittavilla kysymyksillä. Kysytään sukupuolta ja ikää. Potilaat jaoteltiin viiteen ikäryhmään noin 15 vuoden ikähaarukassa. Kyselylomake tehtiin 18-vuotiaille ja sitä vanhemmille potilaille. Peruskysymyksissä oli myös sairaalassa olemisen kesto ja kartoitettiin, onko potilas ensimmäistä kertaa neurologisen sairautensa vuoksi sairaalassa.

Peruskysymysten tarkoituksena oli saada tietoa, onko iällä, sukupuolella tai sairaalassa olemisen kestolla merkitystä vastaajan kokemukseen potilasohjauksesta. Kysymys: Onko potilas ensimmäistä kertaa sairaalassa neurologisen sairautensa vuoksi. Tarkoituksena oli selvittää tarvitsevatko vastasairastuneet enemmän ohjausta, kuin potilaat, joilla on jo kokemusta sairastamisestaan sairaudesta. Peruskysymyksiä käytettiin hyväksi muiden kysymysten muuttujien vertailussa.

Ensimmäiset varsinaiset kokemusta kuvaavat kysymykset alkavat kartoittaen potilaan ensimmäisiä hetkiä osastolla. Kokevatko potilaat, että he ovat saaneet riittävästi tietoa ja ohjausta osaston käytänteistä (ruokailuajoista, lääkärinkierrosta ja omahoitajamallista) sekä sairaudesta, joka toi heidät neurologiselle osastolle.

Kysymykset jatkuvat kysymyksiin käytännön ohjauksesta. Neurologisten potilaiden on sairaudesta, tai neurologisesta syistä riippuen usein aluksi vaikea selvittää päivittäisistä toimista ilman apua. Hoitajien antama käytännön ohjaus ja apu on potilaille tärkeää. Kokemukset käytännön ohjauksesta ja avusta vaikuttavat myös potilaiden kokonaiskokemukseen potilasohjauksesta.

Kolme kysymystä oli kommunikaatiosta ja vuorovaikutustilanteista. Hoitajien ja potilaiden välillä oleva vuorovaikutus vaikuttaa potilaiden kokemukseen hoidosta. (Vilkman-Varonen 2012. Mikkola 2006.) Kysymyksissä kartoitetaan myös kokevatko potilaat, että ovat pystyneet vaikuttamaan potilasohjauksen keston.

Kirjalliset potilasohjeet on otettu kyselykaavakkeeseen, koska niitä käytetään suullisen ohjauksen tukena, sekä myös erikseen annettava ohjeena yleisimmin potilasohjauksessa. Kirjallisista potilasohjeista on lomakkeessa kolme kysymystä.

Potilaan kotiutusvaiheessa potilailla voi olla monenlaisia ajatuksia ja kysymyksiä jatkohoidosta ja yleisesti sairauden kanssa kotona pärjäämisestä. Kysymyksiä on kotiutusvaiheesta neljä, jotka käsittelevät kotiutukseen liittyviä kotihoito-ohjeita ja jatkohoito-ohjeita, sekä kysytään kokevatko potilaat omaavansa riittävät tiedot ja taidot sairautensa kanssa kotona selviytyäkseen.

Kyselylomakkeen lopussa on kaksi avointa kysymystä, joihin voi vastata lausein niille varatuille riveille. Kysymyksissä kysytään, mikä on toiminut hyvin neurologisen osaston potilasohjauksessa ja miten parantaisitte osaston potilasohjausta. Kysymysten tarkoituksena oli antaa strukturoitujen kysymysten jälkeen potilaille vapaat kädet ilmaista itseään ja kirjoittaa ajatuksiaan potilasohjauksesta osastohoidon aikana.

#### 4.2 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimukseen osallistumisen mahdollisuus oli kaikilla neurologian vuodeosaston suomenkielillä potilailla. Kaikki eivät sairautensa vuoksi kuitenkaan kyenneet kyselyyn vastaamaan. Osastolla työskentelevät hoitajat tarjosivatkin tutkimukseen osallistumista potilaille, jotka pystyivät kuntonsa puolesta itsenäisesti kyselyyn vastaamaan. Osaa potilaista kuitenkin myös avustettiin kyselykaavakkeen täyttämässä, jos potilas pystyi vointinsa puolesta ilmaisemaan mitä mieltä on kyselyn kysymyksistä.

Toisen kotimaisen kielen edustajat tai muita kieliä äidinkielenään puhuvat potilaat ovat vähemmistö, jotka jäävät tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Perusteluna on kyseisten kieliryhmien niin pieni potilasmäärä, jonka vuoksi kyselylomaketta ei ole tarkoituksenmukaista heille erikseen tehdä.

Tutkimukseen osallistuvien potilaiden lukumääräksi arvioitiin noin 60 - 80 henkeä. Laskennallisesti tavoitteena oli saada 5 - 6 vastausta viikossa. Tutkimukseen osallistui 44 potilasta. Tämä on 73 prosenttia tavoitteesta, jos tavoitteena pidetään 60 henkilöä. Kyselyyn vastaaminen oli osalle potilaista neurologisten oireiden vuoksi haastavaa. Tämä oli huomioitu kyselylomakkeen tekemisessä ja vastausprosentin mahdollisena pienentymisenä.

#### 4.3 Kyselylomakkeen kehittäminen ja arvioiminen

Kyselylomakkeesta annettiin prototyyppi osastolle nähtäväksi ennen varsinaista tutkimusta. Osaston hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus antaa kehittämisideoita ja parannusehdotuksia kyselylomakkeeseen. Tarkoituksena oli saada laajempaa näkökulmaa lomakkeen kehittämiseen ja hyödyntämiseen.

Kyselylomakkeen käytöstä ei tehdä erillistä tutkimusta. Potilaiden ajatuksia kyselylomakkeen käytöstä otetaan kuitenkin mielenkiinnolla ja kiitollisuudella vastaan. Jos tutkimuksen tekijä tulevaisuudessa tekee kyselylomakkeita, niin rakentava palaute antaa aina mahdollisuuden kehitymiselle ja asian tarkastelulle toisenlaisesta näkökulmasta.

### 5 Aineiston käsittely ja analyysi

Analyysimenetelmät jaotellaan pääsääntöisesti kvalitatiiviseen ja kvantitatiiviseen analyysiin. Jotkut analyysimenetelmät voivat kuitenkin asettua näiden kahden analyysitapojen väliin. Aineiston analyysimenetelmien valintaan vaikuttaakin se, millaiseen ongelmaan halutaan vastauksia. Määrällinen eli kvantitatiivinen analyysi perustuu aineiston kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeroiden avulla. (Koppa.2009.)

Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin käyttämällä tilastollisia perus- ja monimuuttujamenetelmiä, SPSS-ohjelmaa (Statistical Package for Social Sciences). Valitsin tutkimusmittariksi SPSS-ohjelman, koska se on hyvä mittaamaan tilastollisia analyysieja ja sen käyttö on helppo opetella perustasolla vasta-alkajankin. Kyseisellä ohjelmalla tutkimuksen muuttujia saa hyvin halutessaan myös eriteltyä.

Kyselylomakkeen lopussa oli kaksi laadullista kysymystä täydentämässä strukturoitua kyselylomaketta. Potilaat saivat tuoda avoimiin kysymyksiin vastaukset vapaasti kysytystä aiheesta kirjoittamalla.

#### 5.1 Kvantitatiivinen aineisto

Analyysi aloitettiin katsomalla kyselylomakkeet läpi. Kvantitatiiviset kysymykset tallennettiin tilasto-ohjelmaan. Samalla laitettiin kysymykset järjestykseen ja numeroitiin vastaukset, sekä



laskettiin frekvenssit ja prosenttiosuudet. Tilasto-ohjelmassa 1 tarkoitti samaa mieltä, 2 tarkoitti jokseenkin samaa mieltä, 3 oli jokseenkin eri mieltä ja 4 oli eri mieltä. Tallentamisen jälkeen aineisto tarkastettiin ja katsottiin mahdolliset tallennusvirheet. Käytiin myös läpi puuttuvia tietoja, kuten yksittäiset kysymykset joihin ei oltu saatu vastausta.

Aineistosta katsottiin taustamuuttujat, jotka olivat potilaiden ikä, sukupuoli ja neurologisella vuodeosastolla vietetty aika. Taustamuuttujia vertailtiin ristiintaulukoinnilla SPSS-ohjelman kaikkiin kysymyksiin. Analysoinnin jälkeen tuloksiin nostettiin kuitenkin kyselyn kysymykset, jotka parhaiten vastasivat tutkimuskysymyksiin. Analysoinnissa kiinnitettiin myös huomiota poikkeavaisuuksiin ja muuttujien eroavaisuuksiin. Kuitenkin huomio kiinnittyi myös vastauksiin, joissa potilaat olivat suurella prosenttiosuudella samaa tai eri mieltä tutkimuskysymyksen kanssa.

Tutkimuskysymyksiä ja aineistoa katsottiin kriittisellä silmällä. Saatiinko aineistosta tietoa mitä lähdettiin kyselykaavakkeella alun perin hakemaan? Vastaako aineisto tutkimuskysymyksiin? Tilastot ja kaaviot pyrittiin tekemään niin, että saatiin tutkimuskysymyksiin vastaukset mitä etsittiin.

## 5.2 Kvalitatiivinen aineisto

Avoimet kvalitatiiviset kysymykset olivat tutkimuksessa täydentämässä kvantitatiivisia kysymyksiä. Avointen kysymysten tarkoituksena oli tuoda potilaiden yksilöllisiä mielipiteitä esiin antaen vastaajille mahdollisuuden kertoa kokemuksiaan potilasohjauksesta lausein.

Avoimet kysymykset käytiin tarkasti läpi induktiivisella sisällön analyysillä eli analysoitiin avoimet kysymykset aineistolähtöisesti. Aluksi luotiin yleissilmäys kirjoitettuihin vastauksiin. Sitten vastaukset tiivistettiin ja etsittiin vastausten eroja ja yhtäläisyyksiä.

Avointen kysymysten aineistosta pyrittiin luomaan selkeää ja yhtenäistä informaatiota, jotta tuloksia olisi helpompi tulkita. Potilaat vastasivatkin melko yhtenäisesti, joka teki analysoinnista helpompaa. Parhaimman kuvan saa potilaiden avoimista vastauksista kuitenkin kertomalla heidän kokemukset suoraan lukijoille. Tämän vuoksi tuloksissa on kopioitu lainausmerkein suoraan potilaiden vastauksia potilasohjauksesta.

Kysymyksissä kysyttiin osaston potilasohjauksen hyviä puolia ja kehitettäviä asioita. Useat vastaajat jättivät kuitenkin avoimiin kysymyksiin vastaamatta tai vastasivat hyvin lyhyin lausein. Muutamassa avoimessa vastauksessa annettiin palautetta muiden terveydenhuollossa työskentelevien ammattilaisten toiminnasta. Näitä vastauksia ei tässä tutkimuksessa valitetta-

vasti voitu analysoida, koska tutkimus koski ainoastaan hoitohenkilökunnan antamaa potilasohjausta. Avointen kysymysten tuloksissa kuitenkin myös mainitaan toisten ammattiryhmien edustajat, koska potilaat heitä halusivat kiittää.

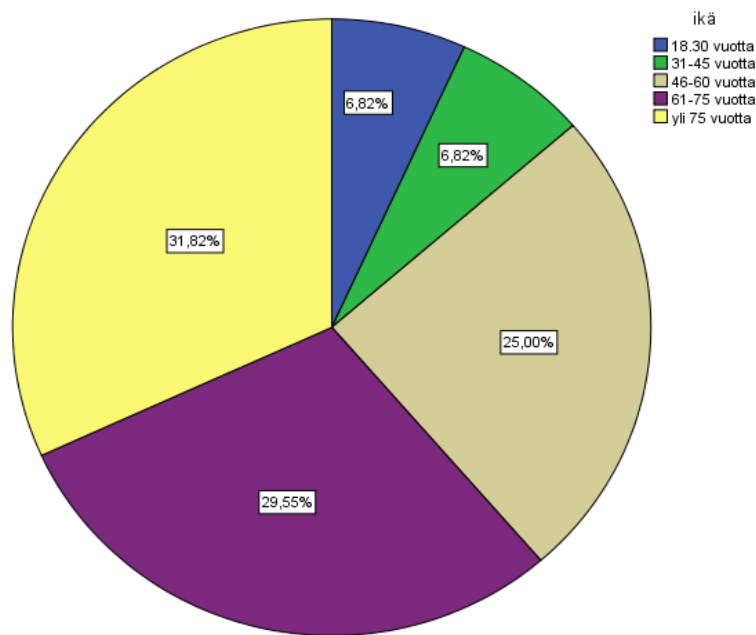
Kvalitatiivisten kysymysten analysoinnin parhaita puolia oli yksilölliset vastaukset ja potilaiden ajatukset. Näiden kysymysten myötä potilaat tulivat lähemmäksi tutkimusta. Niiden myötä tutkimus sai kasvot, vaikka anonyymisti potilaat vastasivatkin. Avoimia kysymyksiä oli kuitenkin vain kaksi. Pääpaino tutkimuksessa oli kvantitatiivisessa tutkimuksessa ja näin ollen kvalitatiivinen aineisto on pienempi.

## 6 Tutkimuksen tulokset

Tulokset on kerrottu järjestyksessä tutkimuskysymyksittäin, sekä mukaillen kyselylomakkeen etenemistä. Aluksi kysytään kysymyksiä, joita tarvittiin vertailemaan varsinaisia tutkimuskysymyksiä. Tulosten esittely etenee loogisesti alkaen potilaiden tuloon neurologiselle vuodeosastolle. Aluksi tuloksia kerrotaan yleissivistävästä potilasohjauksesta, kuten potilaiden neurologisen syyn ja siihen vaikuttavien tekijöiden potilasohjauksesta. Tulosten kerronta etenee päivittäistentoimien käytännön potilasohjaus kokemuksilla ja etenee potilaiden ajatuksiin kirjallisista potilasohjeista. Tuloksissa kerrotaan myös potilaiden kokemuksia potilasohjauksen kiireettömyydestä ja hoitohenkilökunnan läsnäolosta. Tulosten kerronta päättyy kysymyksiin, jotka käsittelevät kotiutusvaihetta.

Tutkimukseen osallistui 44 potilasta, joista naisia oli 26 ja miehiä 18. Potilaiden ikähaarukassa oli 5 eri kohtaa, jotka käsittivät koko aikuisiän. Nuorimpien 18-30- vuotiaiden ryhmästä tuli 3 vastausta, 31-45- vuotiaiden myös 3 vastausta, 46-60- vuotiaiden 11 vastausta, 61-75- vuotiaiden 13 vastausta ja vanhimpien yli 75- vuotiaiden ryhmästä tuli 14 vastausta. Potilaiden vastauksia tuloksiin tuli kaikista ikäryhmistä. Nuoremmat ikäryhmät olivat yhtä innokkaita vastaamaan kyselyyn, kuin vanhemmat ikäluokat. Nuorempien ja vanhempien ikäluokkien kokemuksissa ei ollut suurta vaihtelua. Suurimmat vaihtelut ja eroavaisuudet tulivat potilaiden yksilöllisen subjektiivisen kokemuksen mukaan.

Vastausten perusteella neurologisen osaston potilaista suurin osa oli keski-ikä ylittäneitä. Tutkimusajankohtana neurologisella vuodeosastolla olleiden ja tutkimukseen osallistuneiden potilaiden ikäjakauman erittely näkee hyvin seuraavasta kaaviosta.



Kuva 1: Tutkimukseen vastanneiden ikäjakauma

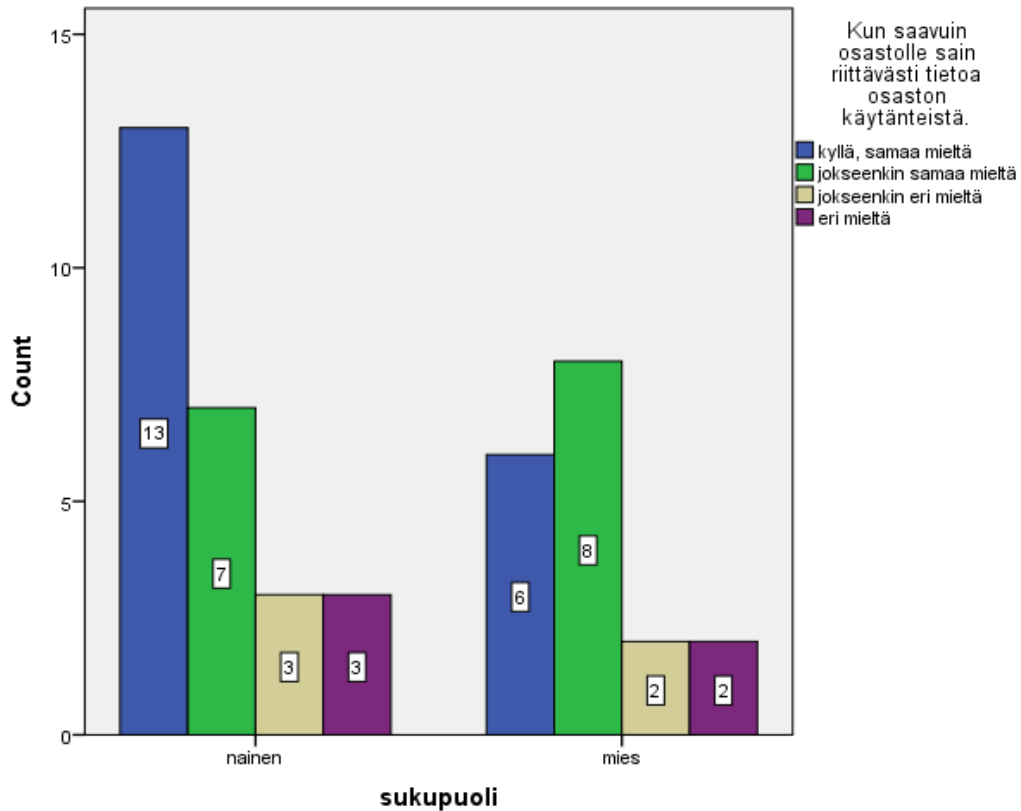
Hoitojakson pituudella ei ollut tilastollisesti suurta merkitystä vastausten jaottelussa. Potilaiden kokemukset ja mielipiteet olivat suhteellisen samoja sairaalapäivien lukumäärästä riippumatta. Vastaajista suurin osa oli ollut osastolla hoidossa 3-4 päivää (31,6 %) tai pitempään, kuin 7 vuorokautta (31,6 %). Yhteensä 63,6 prosenttia vastaajista.

### 6.1 Potilaiden saapuminen osastolle

Tämä kyselylomakkeen kysymys kartoittaa ensimmäistä ja neljättä tutkimuskysymystä. Miten potilaat kokevat saadun potilasohjauksen sairaalajakson aikana ja mitä potilaat ajattelevat saamastaan potilasohjauksesta kokonaisuudessaan?

Osaston käytänteillä tarkoitetaan tässä perustietoa osaston päivärytmistä, ruokailuajoista, osastolla toimivasta tiimihoitajamallista, lääkärinkierrosta ja vierailuajoista.

Potilaiden vastauksista, naisista 20 henkilöä (77%) oli samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä riittävän hyvästä perehdytyksestä osastolle saapumisen jälkeen. Miesten vastauksista 14 potilasta (78%) koki perehdytyksen olevan riittävän hyvää osaston käytänteistä. Naisista 6 (23%) ja miehistä 4 (22%) oli jokseenkin eri mieltä tai eri mieltä väittämän kanssa riittävän hyvästä osaston käytänteiden perehdytyksestä.



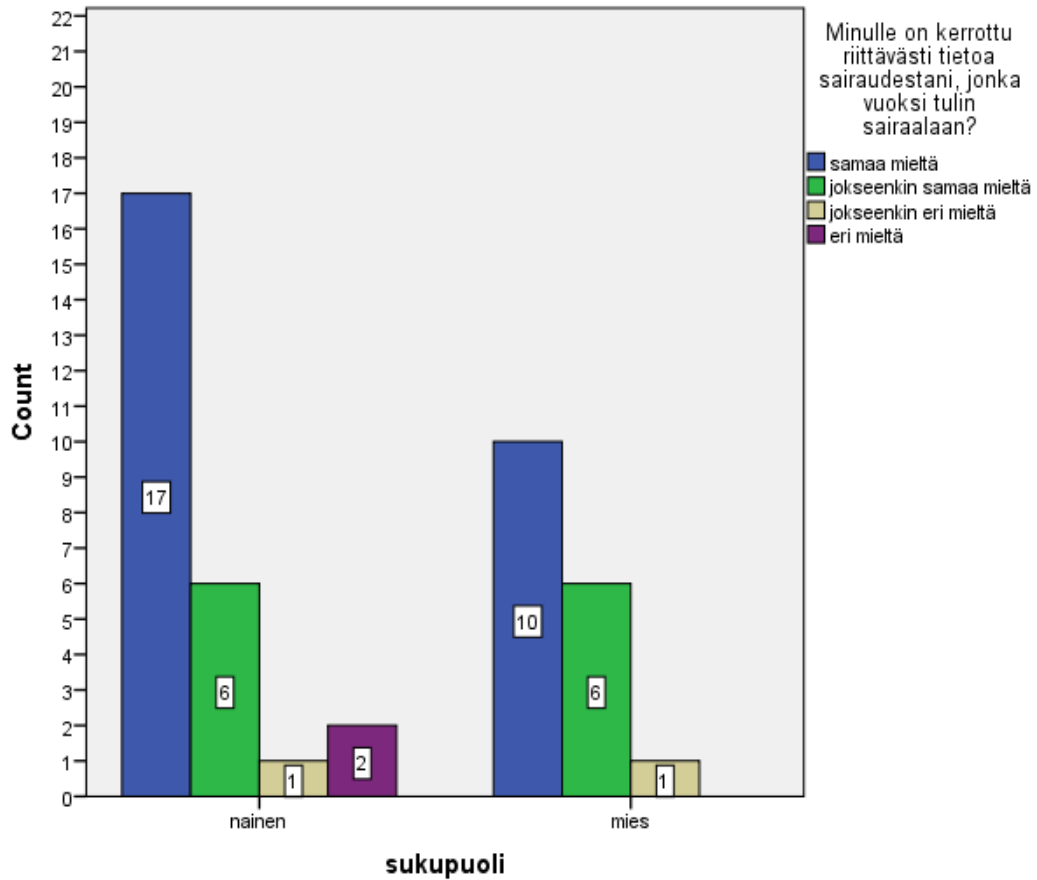
Kuva 2: Osaston käytännöt tutuksi

## 6.2 Potilaan tarvitsema tieto neurologisesta sairaudesta

Potilaat tulevat osastolle neurologisten syiden vuoksi. Potilailla voi kuitenkin olla paljon muitakin sairauksia. Kysymyksessä keskitytään neurologiseen sairauteen tai vammaan, jonka vuoksi potilas on nyt tullut hoitojaksolle sairaalaan.

Naispotilaista 17 (65%) kokee saaneensa riittävästi tietoa neurologisesta sairaudestaan. 6 naispotilasta (23%) kokee saaneensa jokseenkin riittävästi tietoa sairaudestaan. Tietoa olisi kaivannut lisää 3 (12%) kysymykseen vastanneista. Miehistä vastaavat luvut ovat 10 (59%) potilaista kokee saaneensa riittävästi tietoa. Jokseenkin riittävästi tietoa on saanut 6 (35%) potilaista. Miehistä 1 (6%) koki, että olisi tarvinnut lisää tietoa.

Oheisesta kaaviosta näkyy suhdeluvut.



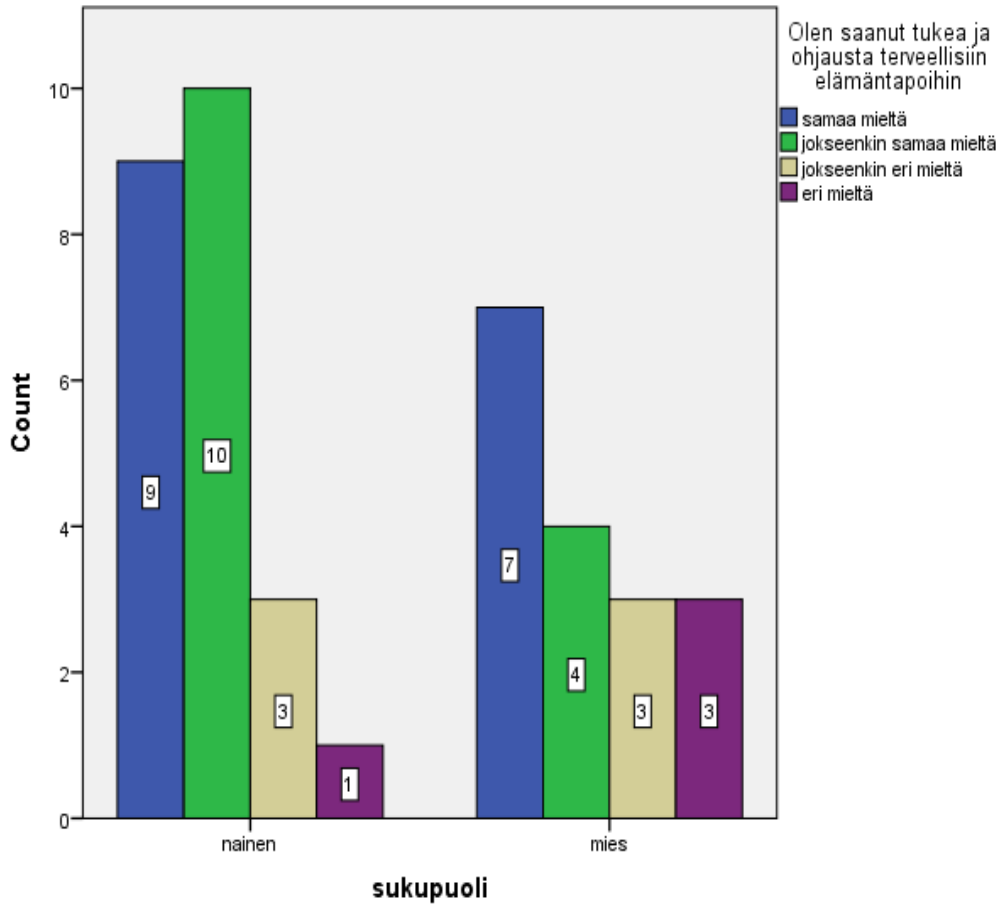
Kuva 3: Potilasohjaus potilaan sairaudesta, jonka vuoksi hän tuli vuodeosastolle

### 6.3 Potilasohjaus terveellisiin elämäntapoihin

Tässä kyselylomakkeen kysymyksessä kartoitetaan potilaiden ohjauksentarvetta terveellisiin elämäntapoihin, kuten terveelliseen ruokavalioon, liikunnan lisäämiseen tai kuntoiluun, ylipainon välttämiseen, sekä päihteiden minimointiin.

Potilaat vastasivat seuraavanlaisesti. Naisista 19 (73%) koki saaneensa riittävästi tai jokseenkin riittävästi tukea ja ohjausta terveellisiin elämäntapoihin. Miehistä vastaavat luvut olivat 11 (61%) vastanneista.

Naispotilaista 4 (15%) ja miehistä 6 (33%) vastasi, etteivät ole saaneet ohjausta tai tukea terveellisiin elämäntapoihin osastohoidon aikana.



Kuva 4: Potilaiden kokemukset terveellisten elämäntapojen ohjauksesta

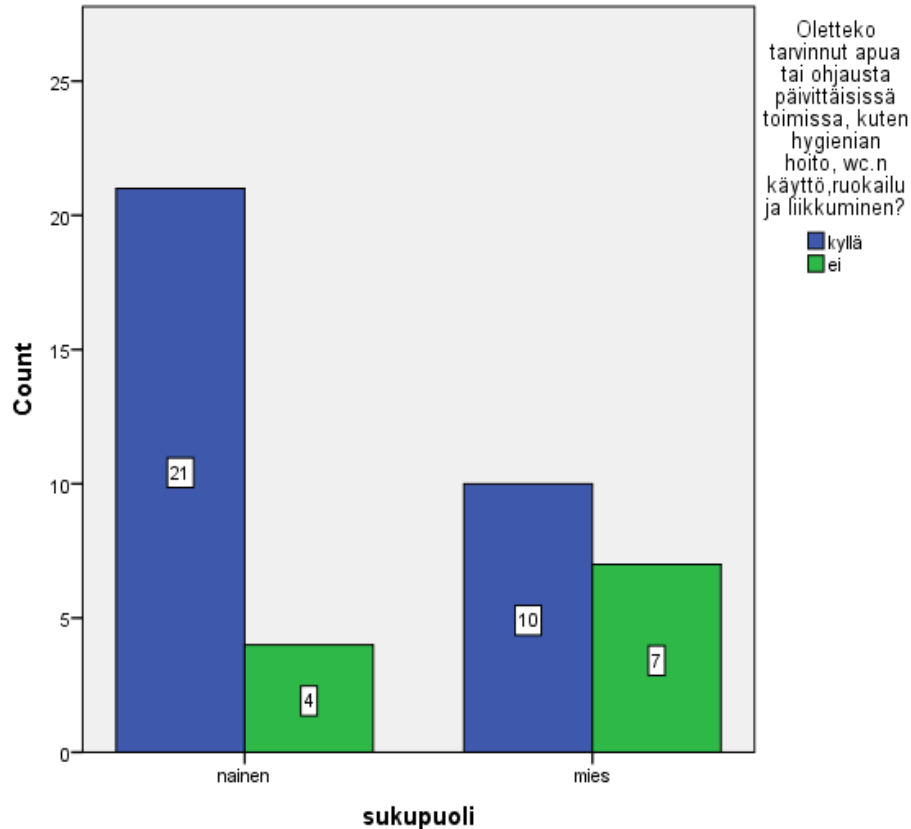
#### 6.4 Potilasohjaus päivittäisissä käytännön toimissa

Käytännön potilasohjaus kysymykset vastaavat kyselylomakkeen kysymyksiin 10, 11, 12 ja 13. Päivittäisillä toimilla kyselyssä tarkoitettiin hygienian hoitoa, wc:n käyttöä, ruokailua ja liikumista.

Tämän kysymyksen tuloksissa on esitetty potilaiden sukupuolen lisäksi potilaiden ikä muuttujana. Yli 75 vuotiaista apua tai ohjausta tarvitsi päivittäisissä toimissa 11 (79%) potilasta. 61-75 vuotiaista potilaista määrä oli 10 (77%), 46-60 vuotiaista potilaista 5 (45%) tarvitsi apua tai ohjausta. 31-54 vuotiaista määrä oli 2 (67%) potilasta ja 18-30 vuotiaista apua tarvitsi 2 (100%) potilasta.

Kaaviossa iäkkäämpien avuntarve näyttää suuremmalta, koska iäkkäämpien ryhmässä vastajia oli enemmän.

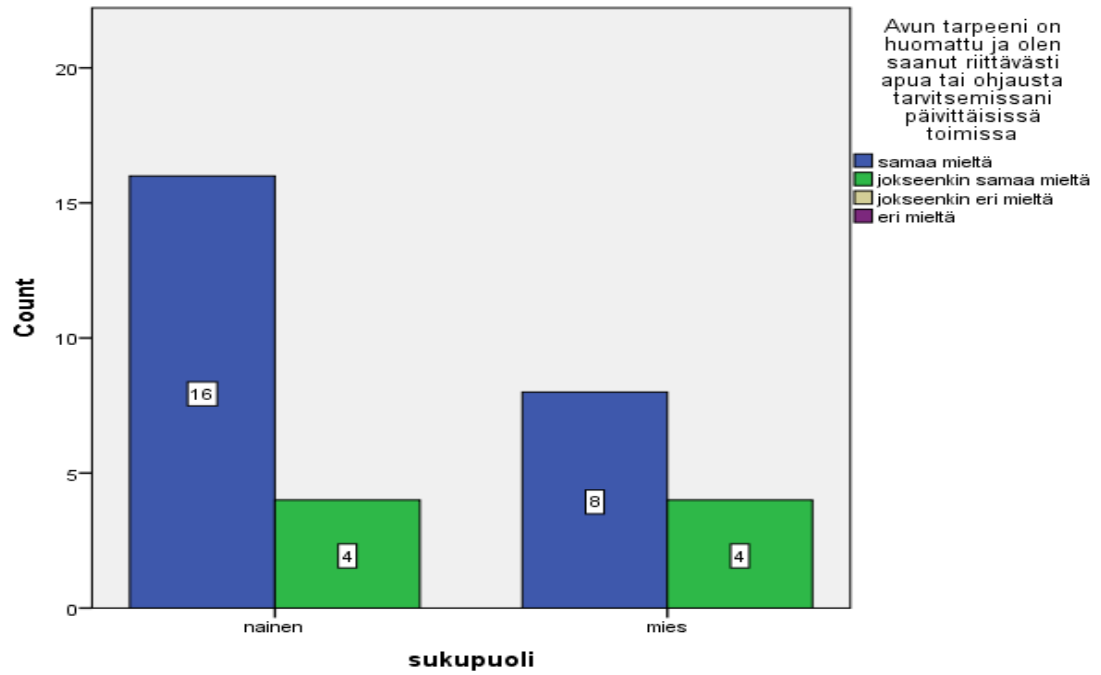
Potilaat tarvitsivat käytännön apua ja ohjausta iästä riippumatta melko paljon osastohoidon aikana. Naispotilaista 81 prosenttia tarvitsi apua tai ohjausta päivittäisissä toimissa. Miehistä apua tai ohjausta tarvitsi 56 prosenttia potilaista.



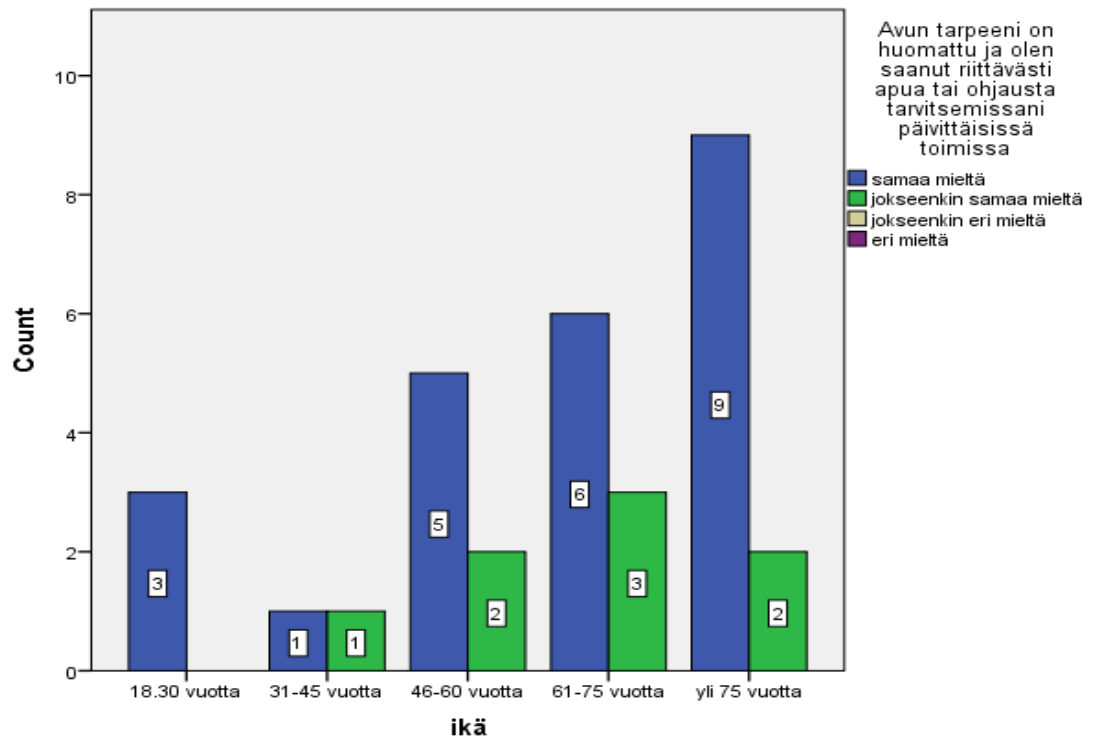
Kuva 5: Käytännön päivittäisten asioiden ohjaus

Päivittäisiin toimiin kuuluu kiinteänä osana avun tarpeen huomioiminen. Naispotilaista 20 (77%) koki, että heidän avun ja ohjauksen tarpeeseen on vastattu hyvin tai jokseenkin hyvin. Miehistä vastaavat luvut olivat 12 potilasta (67%) vastaajista koki saaneensa riittävästi tai jokseenkin riittävästi apua ja ohjausta päivittäisissä toimissa. Vastauksissa oli 0 prosenttia eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa.

Potilaiden ikä vaikutti kokemukseen päivittäisestä avuntarpeesta ja saadusta potilasohjauksesta. Yli 75-vuotiaista 11 potilasta (78 %) koki olevansa väittämän kanssa samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, että ovat saaneet riittävästi apua ja ohjausta. Muista ikäluokista luvut olivat 61-75 vuotiaista 9 potilasta (69%), 46-60 vuotiaista 7 potilasta (64%), 31-45 vuotiaista 3 potilasta (67%) ja 18-30 vuotiaista 3 potilasta (100%).



Kuva 6: Potilaiden kokema avuntarve päivittäisissä toimissa



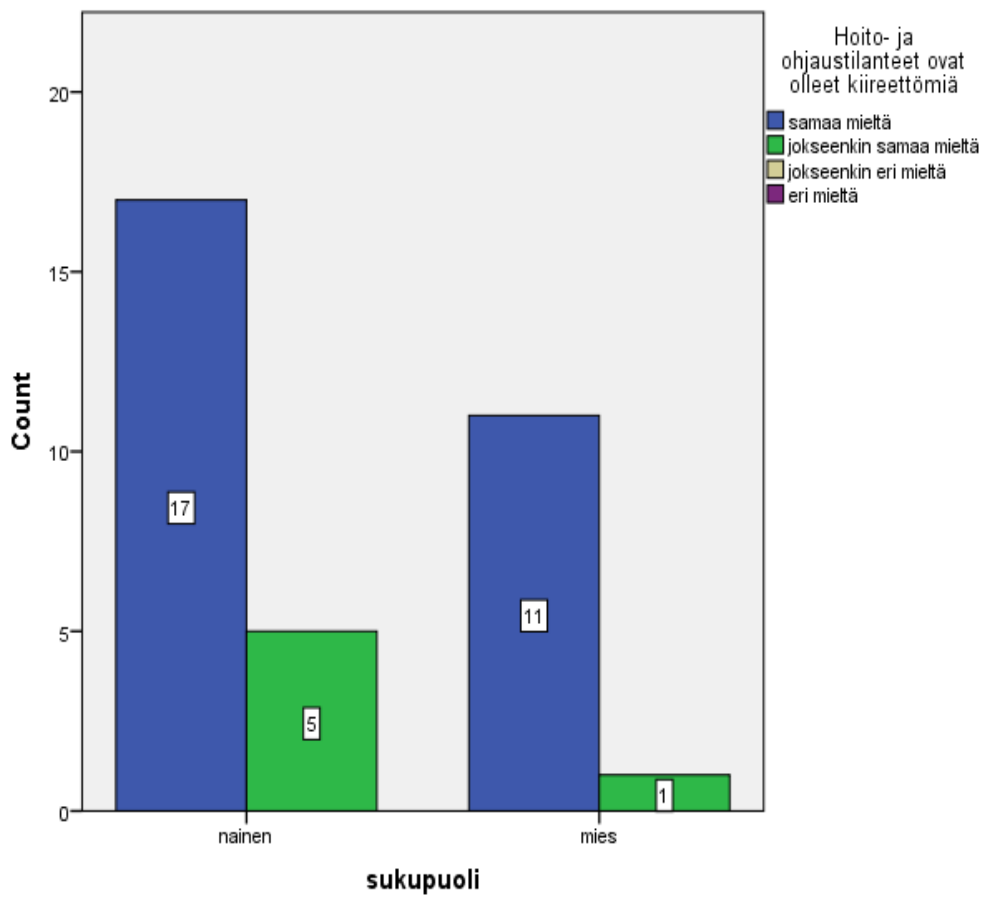
Kuva 7: Päivittäinen koettu avuntarve ikäryhmittäin



## 6.5 Potilaiden kokemus hoito- ja ohjaustilanteista

Potilaan kokemusta hoitotilanteista ei sinänsä tutkittu, mutta hoito ja ohjaus ovat usein yhdessä samassa hetkessä potilaille annettavia asioita. Hoito sana on lisätty virkkeeseen selkeyttämään kyseistä väittämää.

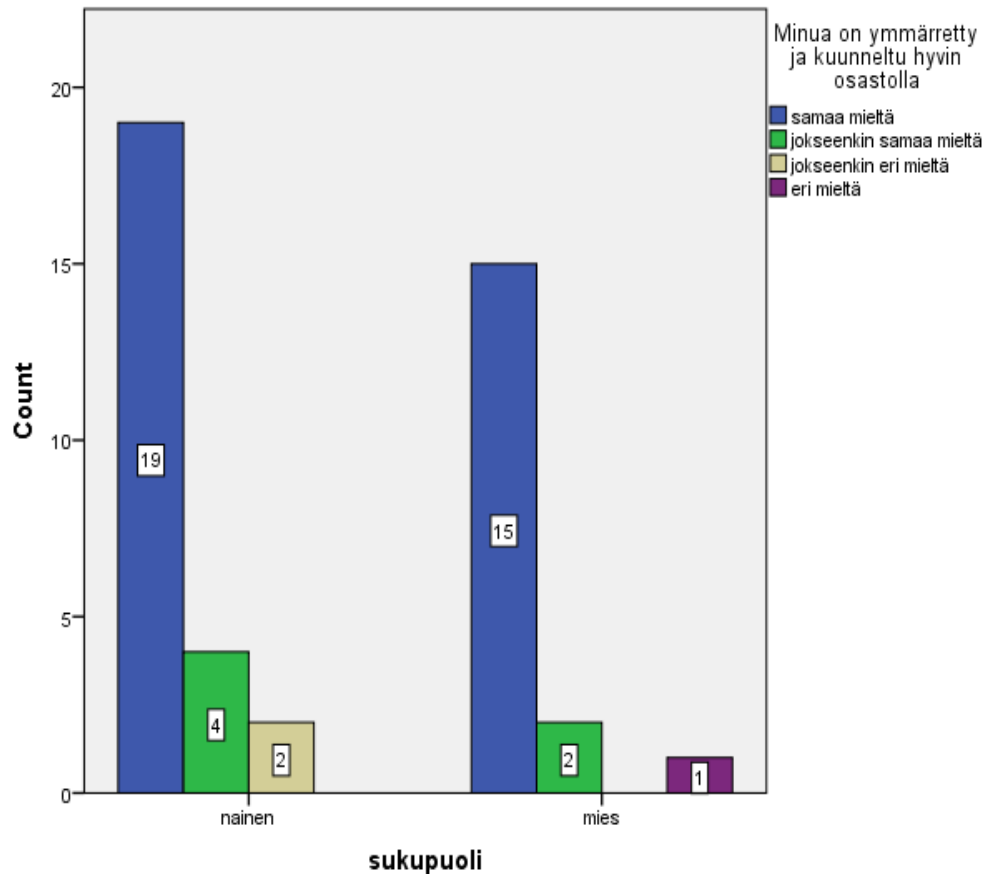
Vastanneista 77 prosenttia koki hoito- ja ohjaustilanteet kiireettömiksi tai joksenaikin kiireettömiksi. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa olivat naisista 17 (65%) potilaista ja miehistä 11 (61%) potilaista.



Kuva 8: Potilaiden kokemukset kiireettömistä hoito- ja ohjaustilanteista

## 6.6 Potilaiden kokemukset potilasohjauksen vuorovaikutustilanteista

Kokonaisuudessaan potilaat kokivat, että heitä on kuunneltu osastolla hyvin. Potilaiden vastauksista 90 prosenttia oli väittämän kanssa samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä. Eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa oli 10 prosenttia vastauksista.

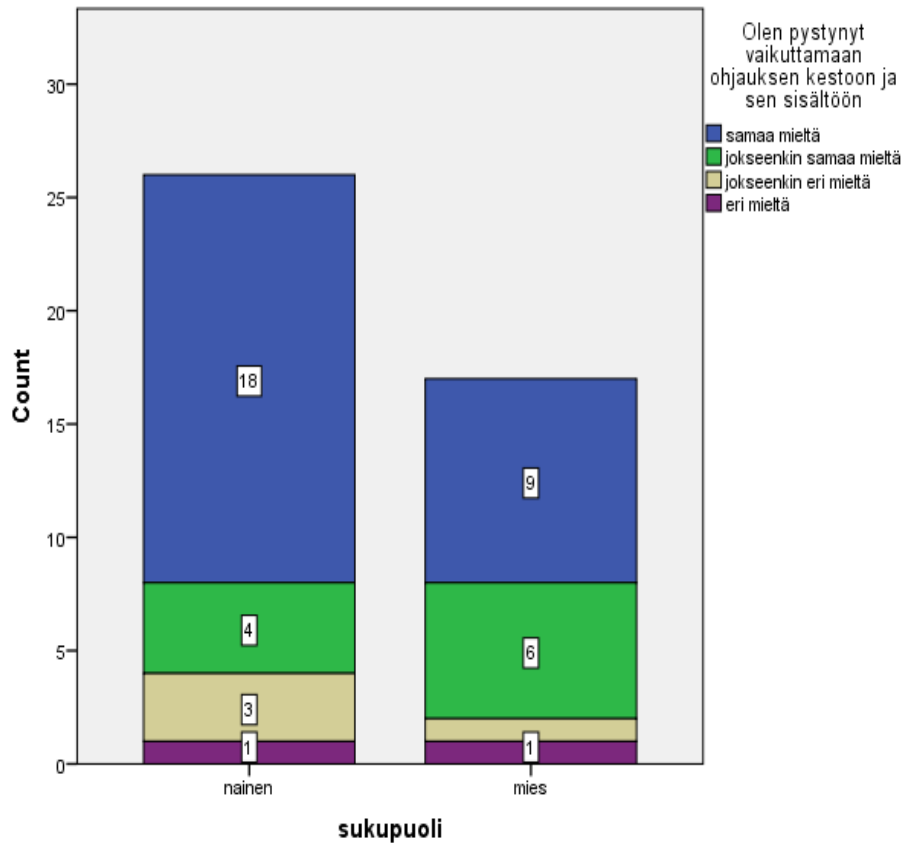


Kuva 9: Potilaiden kokemukset, miten heitä hoitajat ovat ymmärtäneet ja kuunnelleet.

## 6.7 Potilasohjauksen sisältö ja kesto

Potilaat kokivat, että ovat pystyneet vaikuttamaan ohjauksen kestoan ja sen sisältöön seuraavanlaisesti. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli 27 potilasta, 61 prosenttia vastaajista. Jokseenkin samaa mieltä oli 10 potilasta, 23 prosenttia vastaajista. Jokseenkin eri mieltä oli 4 potilasta, 9 prosenttia vastaajista. Täysin eri mieltä vastaajista oli 2 potilasta, 5 prosenttia vastaajista.

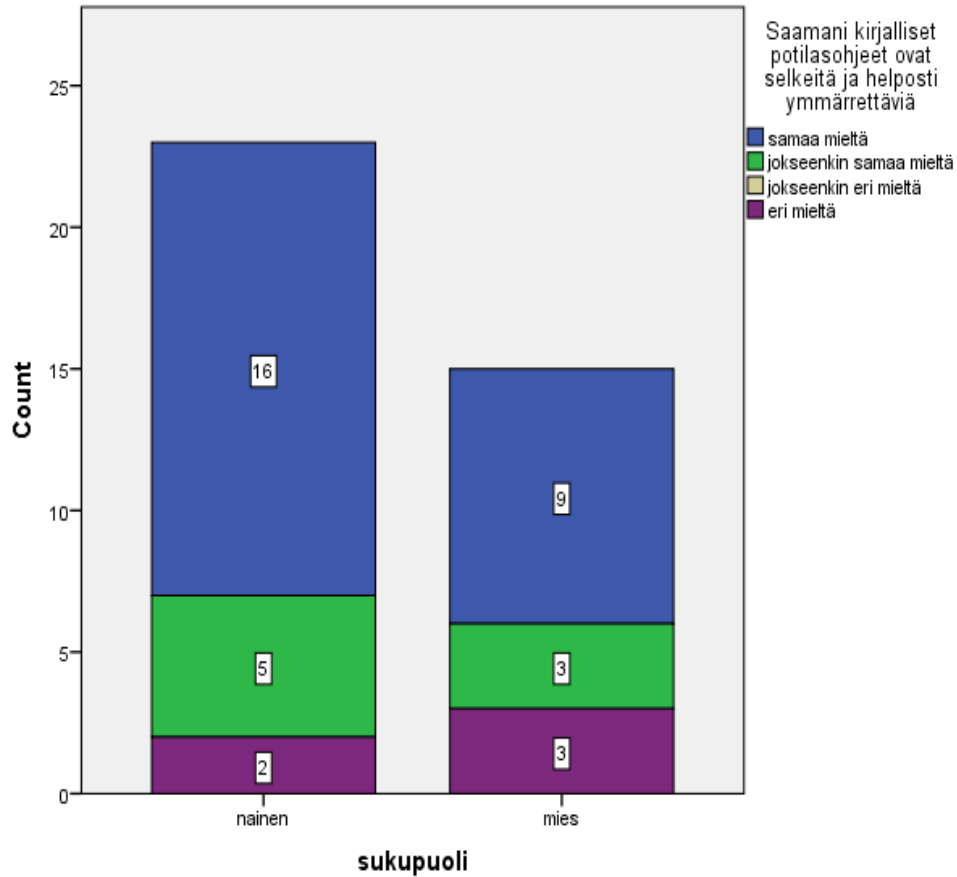
Naiset kokivat, että pystyvät miehiä paremmin vaikuttamaan ohjauksen keston. Naisista 18 potilasta, 69 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että pystyvät vaikuttamaan potilasohjauksen sisältöön ja keston. Miehistä niin koki 9 potilasta, 50 prosenttia vastaajista. Tosin miehet vastasivat useammin jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa.



Kuva 10: Potilasohjauksen sisältö

## 6.8 Kirjalliset potilasohjeet

Potilaista 25 henkeä, 57 prosenttia oli väittämän kanssa samaa mieltä. Kirjalliset potilasohjeet ovat selkeitä ja helposti ymmärrettäviä. Jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa oli 8 henkeä, 18 prosenttia vastaajista. Eri mieltä väittämän kanssa taas oli 5 henkeä, 11 prosenttia vastaajista. Naiset vastasivat olevansa samaa mieltä väittämän kanssa 16 kertaa, 62 prosenttia vastaajista. Miehet olivat samaa mieltä väittämän kanssa 9 kertaa, 50 prosenttia vastaajista. Eri mieltä naisista oli 2 ja miehistä 3 potilasta.

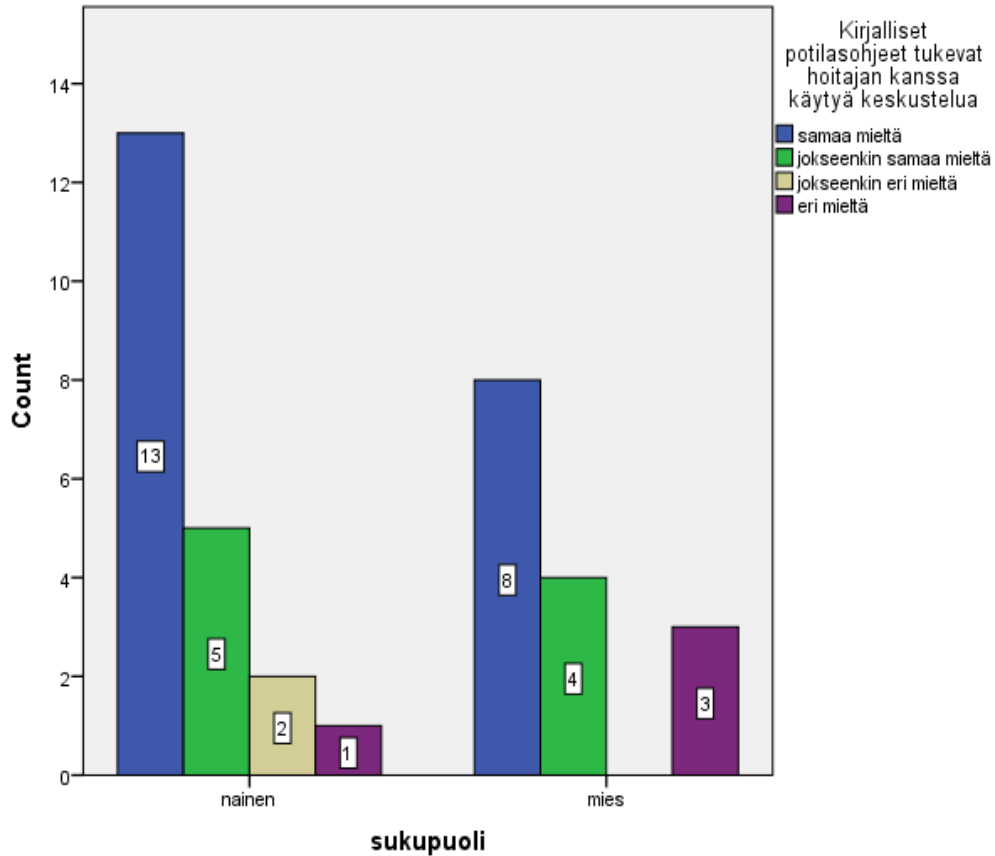


Kuva 11: Kokemukset kirjallisten potilasohjeiden selkeydestä

## 6.9 Kirjalliset potilasohjeet tukevat hoitajan kanssa käytyä keskustelua

Potilaista 21 (48%) oli sitä mieltä, että kirjalliset potilasohjeet tukevat hoitajan kanssa käytyä keskustelua. Naisista näin ajatteli 13 (50%) ja miehistä 8 (44%) potilaista. Jokseenkin samaa mieltä oli naisista 5 (19%) ja miehistä 4 (22%). Eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä oli väittämän kanssa 6 potilasta, 14% vastaajista yhteensä.

Potilaiden ikä ei vaikuttanut potilaiden mukaan siihen, kuinka he kokivat kirjallisten potilasohjeiden tukevan hoitajan kanssa käytyä keskustelua. Nuorten ja iäkkäämpien ikäryhmästä tuli samankaltaisia tuloksia.



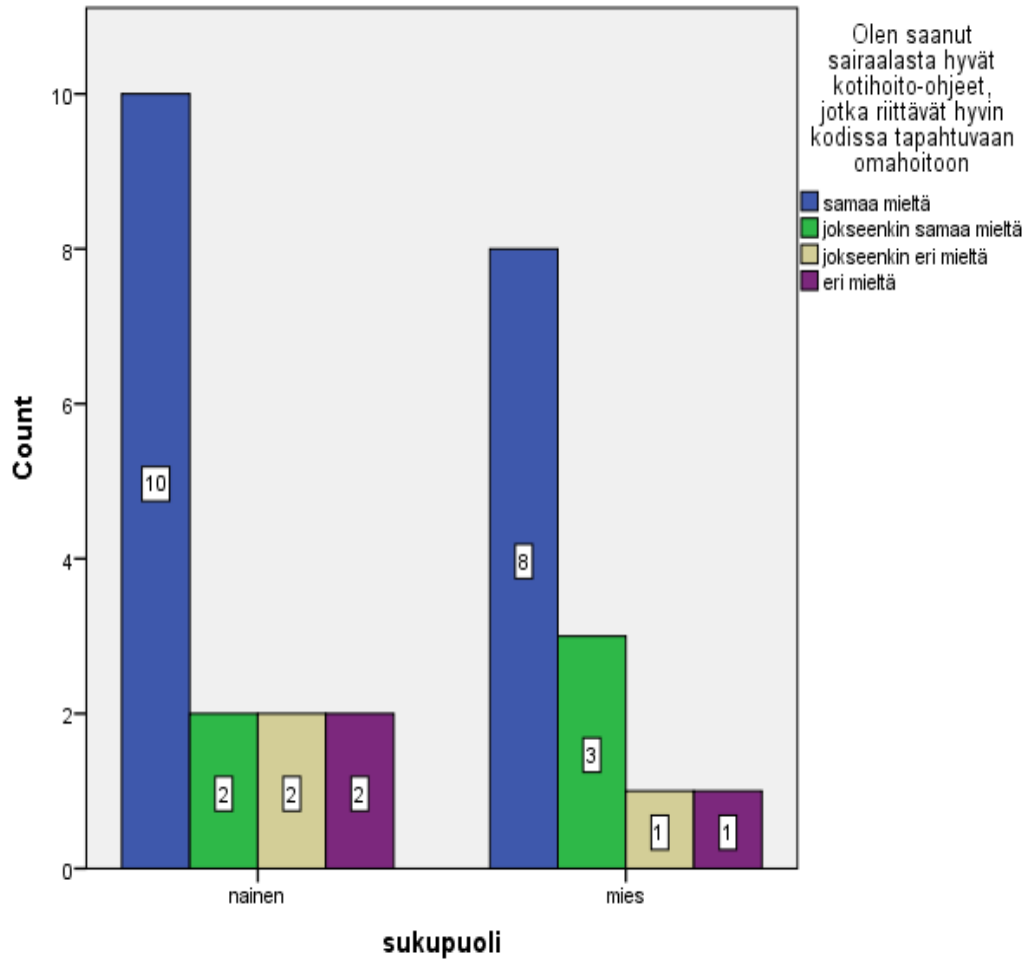
Kuva 12: Kirjalliset potilasohjeet tukevat hoitajan kanssa käytyä keskustelua

#### 6.10 Potilasohjaus kotiutumisen yhteydessä

Kotiutuksesta kysytyihin kysymyksiin tuli vähiten vastauksia, 29 kappaletta. Kaikki potilaat eivät vielä tienneet kotiutuksen ajankohtaa tai heidän kanssaan ei vielä oltu keskusteltu kotiutukseen liittyvistä asioista. Tämä selittänee kotiutumiseen liittyvän aineiston pienuuden.

Suurin osa vastanneista koki saaneensa hyvät kotihoito-ohjeet. Kaikista vastanneista näin ajatteli 18 potilasta, 62 prosenttia. Jokseenkin samaa mieltä oli 5 potilasta, 17 prosenttia vastanneista. Osa potilaista olisi halunnut paremmat kotihoito-ohjeet. 6 potilasta, 21 prosenttia vastasi olevansa eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä hyvien kotihoito-ohjeiden saamisesta.

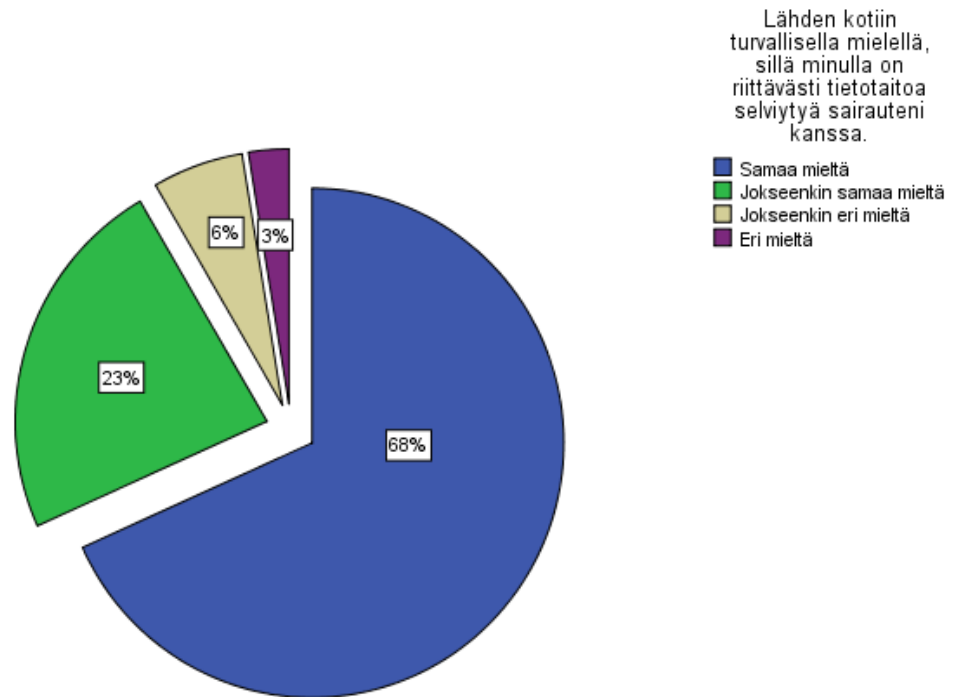
Alla olevasta kaaviosta näkee vielä naisten ja miesten vastausten erittelyt.



Kuva 13: Sairaalasta saadut kotihoito-ohjeet

#### 6.11 Potilaiden tuntemukset kotiinlähdestä

Potilaista 30 (68 prosenttia) lähti kotiin turvallisella mielellä uskoen ja luottaen selviytyvänsä sairautensa kanssa kotona. Jokseenkin turvallisella mielellä kotiin lähti 8 (23 prosenttia) potilasta. Osa potilaista kuitenkin epäroi kotona pärjäämisen suhteen. Jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa oli 3 potilasta (6 prosenttia) ja vahvasti omaa kotona pärjäämistä epäroi 2 potilasta (3 prosenttia) vastanneista. Seuraavassa voi jakauman katsoa kaavion avulla.



kuva 14 Potilaiden luottamus selvitä sairautensa kanssa kotona

## 6.12 Avointen kysymysten tulokset

Kvalitatiivisten kysymysten tarkoituksena oli antaa potilaille vapaammat kädet ilmaista itseään, kun strukturoidut kysymykset antaa myöten. Avointen kysymysten avulla potilaan persoonaa enemmän esiin ja samalla antavat kyselylle lisää sisältöä.

Kysymykset olivat: 1. Mikä on toiminut erityisen hyvin neurologisen osaston potilasohjauksessa? 2. Miten parantaisitte neurologisen osaston potilasohjausta? Avoimiin kysymyksiin vastattiin yhteensä 27 kertaa. Ensimmäiseen avoimeen kysymykseen vastattiin 18 kertaa ja toiseen avoimeen kysymykseen vastattiin 9 kertaa. Naiset ja miehet vastasivat yhtä usein, 61-75 vuotiaiden ikäryhmä aktiivisimmin, mutta vastauksia tuli myös muista ikäryhmistä. Avointen kysymysten vastauksista suurimmassa osassa ilmaistiin tyytyväisyyttä osaston potilasohjauksesta.

Potilaiden avointen kysymysten vastaukset eriteltiin hyviin ja huonoihin kokemuksiin. Eritellyssä huomioitiin myös syitä potilaiden kokemuksille.

#### 6.12.1 Potilaiden kokemuksia hyvästä potilasohjauksesta

Ensimmäisen kysymyksen, mikä on toiminut erityisen hyvin potilasohjauksessa, vastauksista suurin osa kiitteli hoitajien ja lääkärien työtä. Vastajat olivat kiitollisia saamastaan hyvästä hoidosta. Suoranaisesti kaikki potilaat eivät kirjoittaneet potilasohjauksesta vaan ajattelivat hoitoa kokonaisuudessaan.

Potilaat olivat avointen kysymysten mukaan erityisen tyytyväisiä hoitohenkilökunnan palvelu-  
alttiuteen ja ystävällisyyteen. Naispotilas yli 75 vuotiaiden ikäryhmästä kuvailee hoitokokemuksistaan seuraavanlaisesti.

*” Palvelu on ystävällistä ja ylenpalttista ”*

Potilaat arvostivat moniammatillista yhteistyötä. Potilaiden vastauksissa näkyi, että neurologian puolella työskentelee eri alojen ammattilaisia. Kiitosta saivat osakseen myös muiden ammattiryhmien työntekijät, kuten lääkärit ja fysioterapeutit. Miespotilas 46-60 vuotiaiden ikäryhmästä kirjoittaa kokemuksestaan vuodeosastolla seuraavanlaisesti.

*”Sairaanhoidtajien läsnäolo ja ystävällisyys ja lääkärin toiminta ja opastus ollut hyvää. Kaikki rullaa eteenpäin”*

Potilaat arvostivat potilasohjauksessa selkokielisiä ohjeita, sekä hoitajien antamaa tietoa sairaudesta ja sairauteen liittyvistä tutkimuksista. Näitä pidettiin tärkeänä ja useampi (8 kertaa) avointen kysymysten vastauksista käsitteli hoitajien antamia ohjeita. Seuraavassa potilaana olleen miehen (61-75 vuotiaiden ikäryhmästä) kokemus ohjeiden ja tiedon välityksestä vuodeosastolla.

*” Selkeälinjainen, tiesi aina mitä on tapahtumassa ”*

Tärkeänä pidettiin hoitajien antamaa aikaa. Potilaat kirjoittivat (6 kertaa) kiireettömän ilmapii-  
riin tärkeydestä, sekä siitä että hoitajilla oli aikaa jutella ja kuunnella. Seuraavassa naispotilaan (46-60 vuotiaiden ikäryhmästä) kokemus asiasta.

*” Täällä on hyviä hoitajia, joiden kanssa on voinut keskustella eri asioista. Hoitajat eivät näytä kiirettä, vaan antavat aikaa”*



Hyvänä pidettiin, kun hoitohenkilökunta rohkaisee ja kannustaa kuntoutumaan. Miespotilas, 61-75 vuotiaiden ikäryhmästä pitää hyvänä asiana hoitohenkilökunnan auktoriteettia. Hän kuvailee asiaa näin.

*” Antavat selkeitä ohjeita ja vaativat tekemään. Eivät anna jäädä sänkyyn makaamaan”*

Potilaat olivat tyytyväisinä lähdössä kotiin. Hoito oli ollut hyvää ja vointi jo parempi. Nainen 31-45 vuotiaiden ikäryhmästä kuvailee asiaa avoimessa vastauksessa.

*” Kohta kotiin. Hoito ollut hyvää. Saanut hyvät ohjeet. Näillä nyt pärjää.*

#### 6.12.2 Potilaiden kokemukset asioista, joita olisi hyvä kehittää osaston potilasohjauksessa

Toiseen avoimeen kysymykseen, jossa kysyttiin parannusehdotuksia neurologisen osaston potilasohjaukseen vastauksia tuli vähemmän. Parannusehdotukset koskivat lähes kaikki suoraan potilaille annettavaa yleistä ohjeistusta tai potilasohjausta jostakin tietyistä asiasta. Kahdessa palautteessa moitittiin hoitohenkilökunnan käytöstä. Potilaiden kehittämisehdotukset olivat suorasanaisia ja hyvin konkreettisia.

Kirjallisista potilasohjeista tuli eniten (4 kappaletta) kehitettävää palautetta. Osa potilaista koki vaikeuksia ymmärtää potilasohjeiden asiasisältöä. Palautteen antajat myös kokivat, ettei kirjallisten potilasohjeiden sisältöä oltu käyty läpi riittävän selkeästi. Miespotilas 61-75 vuotiaiden ikäryhmästä kuvailee ajatuksiaan seuraavanlaisesti.

*” Kirjalliset potilasohjeet varmasti hyviä, jos niistä jotain ymmärtäisi”*

Potilaan neurologiset sairaudet tai vammat vaikeuttivat potilasohjeiden lukemista tai ymmärtämistä. Kolme potilasta myös koki, että sai lääkityksestä haittavaikutuksia, jotka haittasivat kirjallisten potilasohjeiden lukemista. Naispotilas 46-60 vuotiaiden ikäryhmästä kuvailee ajatuksiaan näin.

*” Enpä ole juuri keskustellut epilepsiasta hoitajan kanssa... Esitteen sain, mutta lääkitys on ollut niin suuri, etten ole pystynyt lukemaan tekstiä”*

Hoitohenkilökunnan antamasta elintapaohjauksesta tuli palautetta. Potilas ei ollut keskustellut jälkeen aivan varma verenpainepotilaan ruokavaliosta.

*”Eikö myöskään verenpainepotilaan tulisi välttää makean syömistä?”* Mies yli 75 vuotiaiden ikäryhmästä

Neurologisilla potilailla ei ole aina ylösnousu ja liikkumislupaa vuoteesta. Tällä ehkäistään muun muassa kaatumista ja lisävaurioiden syntymistä. Potilas koki, ettei hänelle oltu asiaa selkeästi kerrottu. Potilas kuvailee kokemuksiaan seuraavanlaisesti.

*”Se oli kamalaa. Siinä makasin ja en tiennyt milloin voi nousta”* Mies 61-75 vuotiaiden ikäryhmästä

Potilasohjauksesta kotiutusvaiheessa. Potilas on miettinyt osaston potilasohjausta ja antaa kehitysehdotuksen.

*”Selkeämmät kotiinlähtöohjeet, kuten esim. tervetuloa ohjeistus tullessa”* Mies 46-60 vuotiaiden ikäryhmästä

## 7 Tulosten tarkastelu

Neurologiset sairaudet ja vammat voivat aiheuttaa potilaan toimintakykyä lamaavia oireita ja osa potilaista oli niin sairaita, etteivät voineet kyselyyn vastata. Loppukeväästä ja kesällä osastolla oli myös hiljaisempia viikkoja, jolloin potilaita oli vähemmän. Tämä vaikutti myös luonnollisesti kyselytutkimuksen osallistujamäärään.

Potilaiden vastaukset on eritelty pääasiassa sukupuolen mukaan. Vanhempien tutkimusten mukaan (Jaakonsaari. 2009, 9.) ikä ja sukupuoli voivat vaikuttaa potilasohjauksen toteutukseen. Jaakonsaaren mukaan miespotilaita on naisia useammin ohjattu potilasohjeiden ymmärtämisessä ja asian oppimisessa. Iäkkäät potilaat taas olisivat kaivanneet lisää potilasohjausta. (Jaakonsaari. 2009, 9.)

Analysointivaiheessa ei tässä tutkimuksessa huomattu mainittavaa eroa potilaiden iän vaikutusten suhteen kokemuksiin hoitohenkilökunnan antamasta potilasohjauksesta. Tuloksissa on sen takia nostettu esiin muuttuvana tekijänä sukupuoli, joka vaikutti enemmän muuttuvana tekijänä potilaiden antamissa vastauksissa.

Tässä tutkimuksessa puhutaan aivojen ja keskushermoston sairauksista yleisellä tasolla. Tutkimuksessa ei eritelty sairauksia, joiden vuoksi potilaat ovat tulleet sairaalaan. Tutkimukseen

osallistumista haluttiin tarjota kaikille neurologisen vuodeosaston potilaille. Toiset neurologiset sairaudet aiheuttavat luonnollisesti enemmän avun ja ohjauksen tarvetta, kuin toiset.

Naispotilaista 88 prosenttia ja miespotilaista 94 prosenttia koki, että heillä on riittävästi tai jokseenkin riittävästi tietoa sairastamastaan neurologisesta sairaudesta. Tietoa oli saatu sairauden eri vaiheissa. Potilaille tulee tietoa akuuttiin aivoverenvuotoon sairastamisen yhteydessä esimerkiksi päivystyksestä, tehovalvonnasta ja mahdollisesti myös leikkaussalissa toimenpiteen yhteydessä. Osa potilaista oli myös jo ollut useamman kerran sairautensa vuoksi sairaalassa. Potilaista useimmat kokivat teoretietoa sairaudestaan olevan kertyneen jo riittävästi.

Potilaissa elintapaohjaus herätti osin ristiriitaisia ajatuksia. Osa potilaista koki, ettei tarvitse ohjausta, kun asiat ovat tuttuja. He laittoivat ruksin, ettei ohjausta ole ollut ja kirjoittivat tai kertoivat etteivät myöskään elintapaohjausta olisi kaivanneetkaan. Yksittäiset potilaat olisivat kaivanneet enemmän keskustelua ja ohjausta elintapoihin. Potilaista enemmistö (naisista 73 % ja miehistä 61 %) kuitenkin koki saaneensa hyvää ja riittävää elintapaohjausta vuodeosastolta.

Elintapojen ja omahoidon merkitys potilaiden hoidossa kasvaa. Tietoa on saatavilla, silti tutkimusten mukaan valtaosa potilaista ei noudata liikunta- ja ravitsemussuosituksia. (Absetz & Hankonen 2017.) Käypä hoito- suosituksen (2016) mukaan aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijät ovat korkea verenpaine, tupakointi, keskivartalolihavuus, epäterveellinen ruokavalio, vähäinen liikunta, eteisvärinä ja dyslipidemiat. Potilaille on tämän vuoksi muistutuksena hyvä kertoa terveellisten elintapojen merkityksestä, vaikka asiat olisivat jo tuttuja.

Elintapaohjaus on tärkeää. Se ehkäisee monia sairauksia. Elintapaohjauksessa tärkeää on löytää potilasta motivoiva tekijä. Vakava sairastuminen saattaa kuitenkin myös motivoida ihmistä itsestä huolehtimiseen ja parempiin elintapoihin. Potilaan oikeanlaisella motivoimisella onkin todettu olevan suuri vaikutus elintapojen muuttumiseen. (Absetz & Hankonen 2017.) Motivoivassa keskustelussa pyritään löytämään tekijät, jotka kannustavat potilasta elämäntapamuutoksiin. Tärkeää on saada potilas itse miettimään ja löytämään ratkaisuja, jotka auttavat häntä muutoksen tekemisessä. (Mustajoki & Angle 2014.) Terveystieteiden ammattilaisen tehtävänä on ohjata keskustelua eteenpäin ja kannustaa potilasta pienissäkin muutoksissa kohti terveellisempiä elämäntapoja. Motivoivan keskustelun periaatteista poikkeava käyttäytyminen, kuten vastaan väittäminen, johtaminen ja varoittelu ovat taas yhteydessä heikompiin potilasohjauksen tuloksiin. (Absetz & Hankonen 2017.)

Voisi ajatella, että mitä iäkkäämpi potilas on, sitä enemmän hän tarvitsee apua tai ohjausta päivittäisissä toimissa (hygienia, peseytyminen ja liikkuminen) osastohoidon aikana. Vastauksen perusteella se ei aina mene iän mukaan. 45-60 vuotiaiden ikäryhmästä käytännön apua tarvitsi 45 prosenttia. Nuorempien 18-30 vuotiaiden ikäryhmästä apua sen sijaan tarvitsi 100 prosenttia. Toisaalta myös yli 75- vuotiaat tarvitsivat kaikki (100 %) käytännön apua. Tutkimukseen osallistujista 45-60 vuotiaat tarvitsivat vähiten käytännön ohjausta päivittäisissä toimissa. Tässä selityksenä on varmasti selityksenä neurologisten sairauksien monimuotoisuus. Potilaista osa tarvitsi enemmän apua ja ohjausta riippuen tulostyöstä vuodeosastolle.

Tutkimukseen osallistujista miehistä käytännön apua tarvitsi 56 prosenttia ja naisista 81 prosenttia. Miehet kokivat useammin, etteivät apuja tarvitse. Toisaalta avoimissa kysymyksissä miehiltä tuli palautetta, etteivät käytännön apua tai ohjausta ole riittävästi saaneet.

Tulosten perusteella erityisesti vanhempiin miehiin kohdistuvaan potilasohjaukseen kannattaa kiinnittää huomiota. Vanhemmat miehet eivät ehkä osaa vaatia ohjausta ja neuvoja samalla tavalla, kuin naiset tai nuoremmat potilaat. Sairaus myös vaikuttaa potilaan kykyyn ottaa vastaan ohjausta.

Aikaisempien tutkimusten mukaan potilaille kannattaa ohjata sama asia useamman kerran tai ainakin varmistaa potilaan ymmärrys ohjatusta asiasta. Potilaan ymmärrystä ohjattavasta asiasta voi auttaa useamman erilaisen potilasohjausmenetelmän käyttäminen. (Egbert & Nanna 2009.) Potilasta kannattaa myös pyytää kertomaan suullisesti opittu asia. Jos puhuminen ja ohjatun asian kertominen tuottaa vaikeuksia, ohjattu asia vielä kerrataan puhuen selkeästi. Tämän jälkeen potilasta voi pyytää uudelleen kertomaan tai näyttämään käytännössä opittu asia. Potilaille menetelmä antaa vastuuta ja itseluottamusta pärjätä sairautensa kanssa. (Ping 2012.)

Naiset myös kokivat, että pystyvät miehiä paremmin vaikuttamaan ohjauksen kestoan. Naiset pystyivät paremmin kertomaan ajatuksistaan, sekä kysymään hoitajilta ohjeita tarvittaessa. Joidenkin tutkimusten mukaan naiset voivat olla kielellisesti lahjakkaampia, kuin miehet. (Keltikangas-Järvinen 2017, 3.) Naiset saattavat oppia myös nopeammin uudestaan puhumaan aivoverenkiertohäiriön jälkeen. (Palmgren 2010.) Sukupuolen ei saa kuitenkaan antaa liikaa vaikutusta mielikuviin potilaista. Taustalla oleva sairaus ja yksilölliset erot vaikuttavat sukupuolta enemmän.

Kirjalliset potilasohjeet tuottivat jonkin verran ongelmia, tutkimukseen osallistujista vajaalle puolelle potilaista. Osa potilaista ei ollut niitä saanut tai ei ymmärtänyt niiden sisältöä. Yksi potilas kertoi lukevansa kirjallisen potilasohjeen sitten kotona, kun ei väsyttä niin paljon. Kotona kaikessa rauhassa voi myöhemmin lukea ja kerrata sairaalasta saatuja potilasohjeita.

Kirjallisen potilasmateriaalin hyötyjä ovat uudelleen käytettävyys, siirrettävyys sekä tiedon pysyvyys. Kirjallinen materiaali on yksi osa potilasohjausta. Sen tarkoituksena on tukea terveydenhuollon ammattilaisen antamaa suullista potilasohjausta. Kirjallista materiaalia ei pitäisi ikinä antaa ilman, että se käydään potilaan kanssa läpi yhdessä. (Grahn 2012, 12.)

Kirjallinen potilasohjausmateriaali on myös kustannuksiltaan edullista, jos sen kopioimalla tuottaa osastolla. Hyviä valmiiksi tehtyjä kirjallisia potilasoppaita ja ohjeita saa tilattua Neuroliitolta, sekä erikseen eri neurologisten sairauksien potilasyhdistyksiltä. Jos potilaalla on vaikeuksia lukemisessa tai luetun ymmärtämisessä potilaalle voi kertoa Selkokeskuksen toiminnasta ennen kotoutusta. Selkokeskus on valtakunnallinen selkokielen asiantuntijakeskus. Sieltä voi tilata selkosanomiat ja myös kirjoja kirjoitettuna selkokielisesti. (Selkokeskus. 2017.) Kaikki lukeminen edistää kuntoutumista ja auttaa potilasta toipumaan.

Pitää varmasti paikkansa neurologisten sairauksien ja vammojen oireina usein väsyttävän ja etenkin sairaala-aika on monelle raskasta. Neurologiset sairaudet tuovat haasteita usein muihin ja luetun ymmärtämiseen. Kannattaa kuitenkin varmistaa potilaiden ymmärtäminen myös kirjallisten potilasohjeiden osalta.

Visuaalisista potilasohjausmateriaaleista voi olla apua neurologisten potilaiden potilasohjauksessa. Potilaille annettavat esitteet ja monisteet, joissa on käytetty kuvia ja värejä monipuolisesti voivat helpottaa ohjatun asian omaksumista. Hoitaja ja potilas voivat myös tehdä yhdessä esimerkiksi käsittekartan uusista muistettavista asioista. Potilasohjauksessa voi käyttää myös videoita. Jos potilaskäytössä osastolla on tablettitietokone, potilaille voi antaa ohjausta kätevästi sen avulla.

Lähes kaikki tutkimukseen osallistuvat potilaat kokivat, että heitä on kuunneltu osastolla. Vuorovaikutustilanteet hoitajien kanssa ovat sujuneet hyvin. Avoimissa vastauksissa usein keuhuttiin vuorovaikutusta hoitajien kanssa. Potilaat kokivat osastolla kiireetöntä ilmapiiriä. Hoitajilla oli myös joskus aikaa jutella mukavia potilaiden kanssa.

Karhe väitöskirjassaan (2017, 119-220.) toteaa; potilaat voivat kokea yksinäisyyttä hoitajaksonsa aikana, jos aito kohtaaminen hoitajan ja potilaan välillä jää vajavaiseksi. Tämän tutkimuksen aikana oli hienoa nähdä, että neurologisella vuodeosastolla potilaat kokivat tullessaan kohdatuksi, eivätkä kokeneet yksinäisyyttä. Potilaiden oikeanlainen kohtaaminen ja vuorovaikutustilanteiden onnistuminen on ensiarvoisen tärkeää potilaiden psyykkisen hyvinvoinnin ja fyysisen tervehtymisen kannalta. (Karhe 2017,119). On myös oltava herkkyyttä ymmärtää potilaan pelot, sekä osata lukea potilasta silloinkin, kun potilas ei kykene ilmaisemaan itseään puhumalla. (Lundgren-Laine 2008). Hoitajan kuunnellessa lyhyenkin hetken empaattisesti,

mitä potilaalla on kerrottavaa. Potilas saa kuvan, että hänestä välitetään. (Haho 2014). Potilas saa näin positiivisen sairaalakokemuksen.

Potilaan hoitoon tyytyväisyyttä usein lisää, kun heidät on otettu tasavertaisesti mukaan hoitonsa suunnitteluun ja hoitoratkaisuihin. Potilaat voivat olla alusta alkaen mukana aktiivisina osallisina hoitoaan koskeviin tapahtumiin. Riittämätön tiedonsaanti taas voi estää potilasta osallistumasta hoitoaan koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon. (Grahn 2014,4.)

Tutkimuksessa ei otettu huomioon potilaan omaisia ja heidän jaksamistaan. Pään- ja keskushermoston sairaudet ja vammat ovat usein vakavia. Läheisen sairastuminen on usein sokkitila koko potilaan lähipiirille. Oinaan 2013 hoitotieteen gradu käsittelee aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan omaisten tiedon saantia sairaalajakson aikana. Vakavasti sairastuneen potilaan omaisilla on suuri tarve saada tietoa. He haluavat tietää tutkimustuloksista ja kuntoutumisen ennusteesta. Omaiset haluavat usein myös tehdä jotain konkreettista potilaan hyväksi. Valvira 2017 kannanotossaan kuitenkin muistuttaa, ettei potilaan tietoja saa ilman asianomaisen lupaa luovuttaa. Potilaan ollessa kyvytön sanomaan tahtoaan tietojenluovutukselle. Lähiomaisella on kuitenkin oikeus saada tietoja tämän tyyppisissä tapauksissa.

Terveystieteiden ammattilaisen voi olla haastavaa tavata akuutisti sairastuneen potilaan omainen. Omaiset voivat olla todella huolissaan ja tunteet voivat vaihdella tilanteesta laidasta laitaan. Hoitajalta tilanteessa vaaditaan rauhallisuutta ja omaisten huolien kuuntelemista, sekä niihin vastaamista.

Neurologiselle vuodeosastolle päästyään potilaat ovat jo toipuneet niin hyvin, etteivät tarvitse tehostetunvalvonnan osastoa. Potilaat pystyvät vuodeosastolla kommunikoimaan (apuvälineiden kanssa tai ilman) ja ilmaisemaan mielipiteitään. Potilaan kuntoutuminen hyvän potilasohjauksen turvin on ensiarvoisen tärkeää. Kyselylomakkeen avulla tarkoituksena oli saada juuri potilailta tietoa potilasohjauksen tilasta. Jatkotutkimuksen avulla voisi vielä kartoittaa potilaiden omaisten potilasohjauksen tarvetta vuodeosastolla.

Jos halutaan jatkaa potilasohjauksen kehittämistä osastolla, mielenkiintoista olisi saada tietää miten hoitohenkilökunta kokee potilasohjauksenannon neurologiselle potilaalle. Mitä haasteita neurologiset sairaudet tuovat potilasohjaukseen hoitajan näkökulmasta? Mikä on työssä palkitsevaa tai mikä antaa eniten motivaatiota?

Tutkittaessa lisää potilaiden näkökulmaa. Voisi ottaa jonkun sairausryhmän esimerkiksi aivoverenkiertosairaudet, tapaturmaisesti aivovamman saaneet tai aivokasvainpotilaat. Tehdä heistä laadullisen tutkimuksen. Aiheina esimerkiksi potilaiden kokemukset akuuttivaiheessa tai akuuttivaiheen jälkeen. Miten potilaat ovat kuntoutuneet ja ovatko selvinneet takaisin

työelämään? Jos neurologisia oireita on vielä kotiutuksen jälkeen, miten potilaat jaksavat fyysisesti ja psyykkisesti?

### 7.1 Yhteenveto tulosten tarkastelusta

Tulosten perusteella Hyvinkään neurologisen osaston potilasohjaus on laadukasta. Suurin osa potilaista (noin 70%) antoi hyvän arvioinnin kaikkiin kyselylomakkeen kohtiin. Naisia oli vastaajina hiukan enemmän, kuin miehiä. Naiset myös antoivat keskimäärin paremman palautteen kuin miehet. Sukupuolten välinen ero ei kuitenkaan ollut suuri. Potilaiden ikä ei myöskään vaikuttanut kokemukseen hoitajien antamasta potilasohjauksesta. Tulosten erot selittyvät suurelta osin potilaiden yksilöllisen kokemuksen mukaan.

Potilaista suurin osa koki, että heille annettu potilasohjaus on ollut riittävää. Potilaat kokivat myös kiireetöntä ilmapiiriä. Potilaille oli erityisen tärkeää hoitajien antama aika, vaikka vain lyhyesti jutellen. Hoitohenkilökunnan ystävällisyys sai kiitosta. Potilaat toivat ilmi myös luottamusta hoidon toimivuuteen. Potilaan avoin vastaus: ”Mikäs täällä ollessa, kun kaikki pelaa”. Suurin osa potilaista lähti myös kotiin turvallisella mielellä. He kokivat hoidon olleen heille riittävän hyvää.

Jos halutaan kehittää osaston potilasohjausta vielä potilaslähtöisempään suuntaan, niin huomiota voisi kiinnittää erilaisten potilasohjausmenetelmien käyttöön, kuten visuaaliset kuvitetut potilasoppaat. Osa potilaista koki kirjalliset potilasohjeet liian vaikeaksi ymmärtää tai neurologisten oireiden takia lukeminen oli liian väsyttävää.

Miehiä kannattaa myös kannustaa enemmän ottamaan vastuuta omahoidosta. Tämän tutkimuksen mukaan naiset olivat aktiivisempia tarvittaessa pyytämään apua, sekä osallistumaan heitä koskevaan ohjaukseen.

## 8 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkittaessa potilaita ja heidän mielipiteitään tarvitaan aina asianmukaiset tutkimusluvut. Tämän tutkimuksen tutkimusluvan on myöntänyt Hus, Hyvinkään sairaalan medisiininen tulosyksikkö.

Eettistä näkökulmaa on ajateltu koko tutkimuksen ajan. Erityisen tärkeää se on tutkimuksissa, joissa tutkitaan ihmisiä, heidän ajatuksiaan tai heidän kokemuksiaan. (Kankkunen ym. 2015, 211.) Tämä tutkimus tehtiin potilaita ja heidän kokemuksiaan kunnioittaen, unohtamatta hoitohenkilökunnan työn arvostusta.

Tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava vain, jos tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tutkimuksessa on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan 2016 ohjeita rehellisyydestä, huolellisuudesta, tarkkuudesta, tiedonhankintatapojen eettisestä kestävydestä, avoimuutta ja vastuullisuutta koko prosessin ajan, sekä toisten tutkimusten ja tutkijoiden arvostusta.

Kyselylomakkeessa kysymyksissä on otettu huomioon eettinen näkökulma. Kysymysten muotoilussa on huomioitu potilaiden arvostaminen ja kunnioittaminen. Muutamissa kysymyksissä kysytään potilaiden ajatuksia hoito- ja ohjaustilanteista. Hoito sana kysymyksiin on lisätty, koska joihinkin ohjaustilanteisiin liittyy vahvasti hoitaminen. Näitä ovat esimerkiksi päivittäisessä hygienian hoidossa avustaminen ja ohjaaminen. Potilaiden saattaa olla myös tietyissä tilanteissa vaikea erotella hoitoa ja ohjausta. Tämän vuoksi kyselylomakkeessa on hoito sana mainittu, vaikka kyselyn tarkoituksena ei ole selvittää potilaiden ajatuksia hoidosta.

Opinnäytetyön tutkimusraportti laadittiin niin, että potilaiden ja tarvittaessa myös osaston henkilökunnan anonymiteetti säilyy. Tämä pitää ottaa esille erityisesti avointen kysymysten kohdalla. Koko opinnäytetyöprosessi käsiteltiin luottamuksellisesti. Kaikki tutkimustulokset raportoitii rehellisesti ja hyvää eettistä tapaa noudattaen. Tutkimusaineisto myös säilytetään ja hävitetään tutkimuksen loputtua tietosuojalakea noudattaen, tietosuojajätteenä silputtamalla.

## 9 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on käytetty validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmaa. Validiteetin tarkastelulla saadaan selville, onko tutkimuksessa tutkittu sitä, mitä alun perin piti tutkia. Teoreettisten käsitysten luotettavuuden operationalisoituminen muuttujiksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 189.)

Tämän tutkimuksen validiteettistä luotettavuutta arvioidaan kysymällä: Onko tutkimusaineisto riittävä? Onko tutkittu potilaiden kokemuksia, niin kuin oli tarkoitus? Ovatko toiset ihmiset, esimerkiksi omaiset, hoitohenkilökunta tai tutkijan läsnäolollaan vaikuttanut vastauksien sisältöön tai saatuun kyselylomake määrään.

Reliabiliteetti puolestaan mittaa kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia, käytetyn mittarin luotettavuutta. (Kankkunen ym. 2015, 189.) En ole aikaisemmin käyttänyt SPSS-tilastointi ohjelmaa. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tulee ottaa huomioon tutkimuksen tekijän ensikertalaisuus tilastollisen tutkimuksen tekemisessä.



Mittarin sisältövaliditeetti mittaa parhaiten tutkimuksen luotettavuutta. Jos mittari on valittu väärin, silloin on mahdotonta saada luotettavia tuloksia. Mittarin valinnassa pitää pohtia, mitaako mittari oikeata ilmiötä, sekä arvioidaan, onko mittari riittävän kattava. Pitää myös pohtia onko tutkimusilmiö niin selvärajainen, että sen voi mitata luotettavasti. (Kankkunen ym. 2015, 189-190.) Kyselylomakkeen kysymyksiä laatiessa olen miettinyt kysymysten asettelua tilastointiohjelmaan.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin olisi hyvä kohdistua ryhmään keitä tutkittiin, miten tutkittavat tavoitettiin, miten tutkittavat saatiin osallistumaan tutkimukseen, oliko tutkittavien poissulkukriteereitä, onko tulokset saatu tieteellisillä menetelmillä, voiko tuloksia soveltaa hoitotyöhön ja onko tulokset kliinisesti tai tilastollisesti merkittäviä? (Kankkunen ym. 2015, 189-195.)

Potilaiden ollessa sellaisessa kunnossa, etteivät itse kyenneet täyttämään kyselylomaketta tutkimuksen tekijä kävi muutamana päivänä (4:nä) osastolla auttamassa lomakkeiden täytössä. Neurologisista oireista johtuen käden koordinoitukyky oli osalla potilaista heikentynyt ja kirjallinen vastaaminen oli osittain haasteellista. Tutkimuksen tekijä tällöin suullisesti kävi kysymykset potilaan kanssa läpi ja kirjoitti vastaukset kyselylomakkeeseen. Potilailla oli myös muita sairauden aiheuttamia syitä, muun muassa puhumisen ja puheen ymmärtämisen vaikeuksia. Välillä kyselyn tekijä ei ollut varma oliko potilas ymmärtänyt kysymyksen. Kysymyksiä piti välillä tarkentaa ja avata mitä kysymys tarkoittaa.

Potilaat olivat kuitenkin lähes kaikki tyytyväisiä, että heidän kokemuksillaan potilasohjauksesta on merkitystä ja he saavat olla omalta osaltaan parantamassa osaston hoitoa. Tutkimukseen sai myös uudenlaista näkökulmaa potilaita tavatessa.

Suurin osa vastauksista tuli kuitenkin anonymisti, tutkijan ja potilaan välistä kohtaamista ei ollut. Mikä oli alun perin tutkimuksen tarkoitus, kun määrällistä tutkimusta lähdettiin tekemään.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa pitää ottaa huomioon, että vaikka tutkija ei tahallisesti tai tarkoituksella vaikuttanut potilaiden mielipiteisiin haastatteluhetkellä. Sillä voi olla kuitenkin merkitystä. Potilaat saattavat vastata eri tavalla, jos tietävät voivansa tehdä sen täysin anonymisti. Kysyttäessä kyselylomakkeen kysymyksiä potilaat joskus kertoivat hoidostaan ja perustelivat miksi haluavat vastata tietyllä tavalla kyselylomakkeen kysymyksiin. Tutkimuksen tekijä oli silloin lähinnä kuuntelijana.

Kvantitatiivisten kysymysten haasteita olivat analysointivaiheessa asettaa kysymykset oikein tilasto-ohjelmaan, niin että laskennallisesti kaikkiin kysytyihin tutkimuskysymyksiin saatiin

luotettavasti vastaukset. Tilasto-ohjelman luotettavuuden varmistamiseksi potilaiden vastausprosentit ja määrät laskettiin myös laskimella.

Avointen kysymysten vastaukset eriteltiin potilaiden hyviin kokemuksiin, sekä potilaiden mielestä kehitettäviin asioihin osaston potilasohjauksessa. Erittely oli yksinkertainen ja luotettava. Suurin osa potilaiden vastauksista kopioitiin suorana tuloksiin. Näin potilaiden kokemukset tulivat sanasta sanaan opinnäytetyöhön.

Vastauksia ei saatu kyselyyn niin paljon, kuin alun perin oli tarkoitus. Otokseen sai kuitenkin riittävästi osallistujia, kun tutkimusaikaa pidennettiin. Tutkimuksen ajankohta oli kokonaisuudessaan 10.3-30.7.2017.

Tutkimuksen tuloksia voi hyödyntää paikallisesti kehittäen osaston hoitotyötä ja potilasohjausta. Tutkimuksen tuloksista osasto saa tietoa potilasohjauksen tasosta osastolla potilaiden näkökulmasta. Tutkimus tehdään ainoastaan neurologisille potilaille hiukan ennen kotiutusta tai kotiutuksen yhteydessä. Potilaiden kokemukset ovat paikkaan ja aikaan sidottuja. Tutkimustuloksia ei tämän vuoksi voi yleistää koskemaan muita potilaita tai hoitopaikkoja.

## 10 Lähteet

### 10.1 Painetut

- Barnason S, Zimmerman L & Yuong L. 2012. An integrative review of interventions promoting self-care of patients with heart failure. *Journal of Clinical Nursing*.
- Cox, B. 2008. *The principles of neurological assessment*. Practice Nurse.
- Hedrenius S & Johansson S. 2016. *Kriisituki. Ensiapua onnettomuuksien, katastrofien ja järkyttävien tapahtumien käsittelyyn*. Helsinki. Tietosanoma.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2015. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki. Sanoma Pro.
- Keltikangas-Järvinen L. 2017. *Hyvä itsetunto*. Toinen painos. WSOY. Helsinki.
- Koivuniemi K, Holmberg- Marttila D, Hirsso P & Mattelmäki U. 2014. *Terveystieteiden kompassi. Avain asiakkuuteen*. Helsinki. Duodecim.
- Kyngäs H & Hentinen M. 2009. *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. Oppimateriaalit. Porvoo. WSOY.
- Kyngäs H, Kääriäinen M, Poskiparta M, Johansson K, Hirvonen E & Renfors T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki. WSOY.
- Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. 2006. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Porvoo. 1-4 painos. WSOY.
- Powell T. 2005. *Pään vammat. Opas aivovammoista potilaille, läheisille ja ammattilaisille*. Helsinki. Edita Prima.
- Saastamoinen, T., Lehtomäki, K. & Ruohomäki, H. 2010. *Neurologisen tilan arviointi ja tarkkailu*. Teoksessa Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgrén-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castrén, M. (toim.) *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. 1. painos. Helsinki. Duodecim.
- Salmenperä R, Tuli S, toim. Virta M. 2002. *Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö*. 1. painos. Helsinki. Tammi.
- Soinila, S. & Launes, J. 2007. *Aivohermot ja niiden toimintahäiriöt*. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. 2. uudistettu painos. Helsinki. Duodecim.

## 10.2 Sähköiset

Aalto-yliopisto. 2011. Into, opiskelijalle. Viitattu 7.1.2017. <https://into.aalto.fi/pages/viewpage.action?pagelId=3772265>

Absetz P, Hankonen N. 2017. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja. Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 10.11.2017. <http://duodecimlehti.fi/duo13734>

Angle S & Mustajoki P. 2011. Motivoiva keskustelu verkkokurssi. Oppiportti. Duodecim. Viitattu 15.1. 2017. 18.11.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/dvk00017>

Atula S. 2015. ALS-Motoneuronitauti. Amyotrofinen lateraalikleroosi. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 4.1.2017. [www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01093](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01093)

Aivoliitto. 2016. Aivoverenkiertohäiriöt. viitattu 3.1. 2017. [http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio\\_\(avh\)/perustietoa\\_avh\\_sta](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta)

Aivovammaliitto. 2017. Aivovammat. Viitattu 13.6.2017. [www.aivovammaliitto.fi](http://www.aivovammaliitto.fi)

Egbert N, Nanna K. 2009. Health Literacy: Challenges and Strategies. American nurses association. Viitattu 18.11.2017. <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol142009/No3Sept09/Health-Literacy-Challenges.html>

Etene. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. Asiakkaan ja potilaan kohtelu ja valinnanmahdollisuudet. 9-12. Viitattu 7.1.2017. <http://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisu+35+Etiikan+tila+sosiaali-+ja+terveysalalla.pdf/b02f3efc-c92b-456f-a97a-2a524ef3b2f9>

Epilepsialiitto. 2015. Yleistä epilepsiasta. Viitattu 2.1.2017. [www.epilepsia.fi/fi\\_FI/web/epilepsialiitto/yleista-epilepsiasta](http://www.epilepsia.fi/fi_FI/web/epilepsialiitto/yleista-epilepsiasta)

Grahn K. 2014. a. Asiakas arvioijana terveydenhuollossa. Potilaiden arviointia kirjallisista potilasohjeista. Pro gradu- tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Viitattu 19.1. 2017. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/44516/URN:NBN:fi:jyu-201410313152.pdf?sequence=1>

- Grahn K. 2014. b. Asiakas arvioijana terveydenhuollossa. Potilaiden arviointia kirjallisista potilasohjeista. Pro gradu- tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Viitattu 26.8.2017. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/44516/URN:NBN:fi:jyu-201410313152.pdf?sequence=1>
- Finlex. 2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköinen käsittely. Pykälä 7, suunnittelu-, tutkimus-, ja tilastotiedot. Viitattu 1.12.2016  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159#L2P7>
- Haho A. 2014. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoidaja-lehti. 27.10.2014. Julkaistu alun perin Sairaanhoidaja-lehdessä 8/2009. Viitattu 19.11.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/asiakkaan-ja-potilaan-kohtaaminen/>
- Hus. 2016. Hyvinkään sairaala. Neurologian osasto 6 ja hengityshalvausyksikkö (HHA). Viitattu 4.12. 2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/osastot/neurologian-osasto-6-ja-hengityshalvausyksikko/Sivut/default.aspx>
- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2017. Hotus. Valmisteilla olevat suositukset. Valkeapää K. Vaikutavat ohjausmenetelmät hoitotyössä. Viitattu 17.1.2017. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/valmisteilla-olevat-suositukset>
- Hopia H, Nurmeksela A & Lumiaho L. 2017. Moniammatillinen potilasohjaus Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Nykytila, kehittämistyö ja kehittämistarpeet. Viitattu 12.10. 2017. [file:///C:/Users/Kristiina/Downloads/Julkaisu\\_2017\\_135.pdf](file:///C:/Users/Kristiina/Downloads/Julkaisu_2017_135.pdf)
- Jaakonsaari, M. 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa - hoitotyön opettajien käsityksiä. Pro gradu- tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 4.12.2016. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/45236/gradu2009jaakonsaari.pdf?sequence=1>
- Karhe, L. 2017. Potilaan hoitoyksinäisyys. Käsitteellinen malli potilaan yksinäisyydestä hoitosuhteessa ja hoitoyksinäisyyteen yhteydessä olevista tekijöistä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Viitattu 26.8. 2017. 119-120. <https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100487/978-952-03-0329-7.pdf?sequence=1>
- Kielikompassi. 2017. Oppimistyyli. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 16.1.2017. <https://kielikompassi.jyu.fi/opioppimaan/oppimistyyli.htm>

Koskinen M. 2015. AVH:n hoito hyvää, kuntoutus kangertaa. Yle akuutti. Neurologinen kuntoutusosasto. TAYS. Tampereen yliopistollinen keskussairaala. Viitattu 1.1. 2017. [yle.fi/aihe/artikkeli/2015/02/09/avhn-hoito-hyvaa-kuntoutus-kangertaa](http://yle.fi/aihe/artikkeli/2015/02/09/avhn-hoito-hyvaa-kuntoutus-kangertaa)

Koppa. 2015. Laadullinen tutkimus. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 13.11.2016. [koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus](http://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus)

Koppa. 2009. Aineiston analyysimenetelmät. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 6.12.2016. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmät>

Koppa. 2015. Määrällinen tutkimus. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 13.11.2016. [koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus](http://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus)

Kuntoutusportti. 2012. Koherenssin tunne ja kuntoutuminen. Viitattu 17.10.2017. <https://kuntoutusportti.fi/koherenssin-tunne-ja-kuntoutuminen/>

KvantiMOTV.2016. Kyselylomakkeen laatiminen. Menetelmäopetus. Viitattu 1.12.2016. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>

Kyngäs H, Lipponen K & Kääriäinen M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulu. Viitattu 4.12.2016. 10. [http://www.ppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf)

Kääriäinen M, Kyngäs H. 2014. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. Artikkelin ensimmäistä kertaa julkaistu sairaanhoitaja-lehdessä 10/ 2006. Viitattu 4.12. 2016. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>

Käypä hoito-suositus. 2016. Aivoinfarkti ja TIA. Viitattu 17.10.2017. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50051>

Käypä hoito-suositus. 2008. Aivovammat. Viitattu 17.10.2017. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi18020>

Käypä hoito-suositus. 2015. Kipu. Potilasohjaus. Viitattu 16.1.2017. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>

Linnajärvi U. 2010. Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan yleiset potilasohjausvalmiudet sekä tiedolliset valmiudet sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. 13-14.

Viitattu 2.1.2017. <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/81716/gradu04403.pdf?sequence=1>

Lipponen K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulu. Viitattu 15.12.2016. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Lundgren-Laine H. 2008. Arkisto. Ajankohtaista. Uutiset. Turun yliopisto. Viitattu 26.8.2017.

<http://www.utu.fi/fi/Ajankohtaista/Uutiset/arkisto/hoitoty.html>

Lumio, J. 2016. Aivokalvontulehdus aikuisilla. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu

4.1.2017. [www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00558](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00558)

Mandal A. 2014. What is neurology? Medical news. Life sciences. Viitattu 2.1. 2017.

<http://www.news-medical.net/health/What-is-Neurology.aspx>

Mikkola. L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Humanistinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 14.10. 2017.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/13414>

Muistiliitto. 2016. Muistisairaudet. Viitattu 2.1. 2016. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/>

Neuroliitto. 2016. MS-tauti. Sairastuminen ja ensioireet. Viitattu 2.1.2016. [www.ms-liitto.fi/tietoa/ms-tauti/sairastuminen-ja-ensioireet](http://www.ms-liitto.fi/tietoa/ms-tauti/sairastuminen-ja-ensioireet)

Neuroliitto. 2016. Devisin tauti. Määritelmä. Viitattu 2.1. 2016. <http://www.neuroliitto.fi/devic>

Oinas P. 2013. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan omaisen

tiedonsaanti sairaalahoidon aikana. Pro gradu- tutkielma. Hoitotiede. Turun yliopisto. Viitattu

12.11. 2017. [https://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/julkaisut/Documents/abstraktit\\_2013/oinas.pdf](https://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/julkaisut/Documents/abstraktit_2013/oinas.pdf)

Palmgen G. 2010. Miesten äly on erilaista kuin naisten. Tieteen kuvalehti. Viitattu 10.11.2017. <http://tieku.fi/ihminen/aivot/alykkyys/miesten-aly-on-erilaista-kuin-naisten>

Ping X. 2012. Using teach-back for patient education and self-management. American Nurse today. March 2012 Vol. 7 No. 3. Viitattu 19.11.2017. <https://www.american-nursetoday.com/using-teach-back-for-patient-education-and-self-management/>

Salovaara H. 2004. Suomen virtuaaliyliopisto. Motivaatio oppimisessa. Viitattu 7.1.2017. [http://tievie.oulu.fi/verkkopedagogiikka/luku\\_4/motivaatio.htm](http://tievie.oulu.fi/verkkopedagogiikka/luku_4/motivaatio.htm)

Selkokeskus. 2017. Viitattu 19.11.2017. <http://selkokeskus.fi/selkokeskus/>

Soinila S. 2015. Neurologia. Neurologiset oireet. Duodecim. Oppiportti. Viitattu 4.1.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/neu00001/do>

Suomen Parkinson-liitto. 2014. Parkinsonin tauti. Huntingtonin tauti. Dystonia. Viitattu 2.1.2017. [www.parkinson.fi/parkinsonin-tauti](http://www.parkinson.fi/parkinsonin-tauti) [www.parkinson.fi/huntingtonin-tauti-1](http://www.parkinson.fi/huntingtonin-tauti-1) [www.parkinson.fi/dystonia-1](http://www.parkinson.fi/dystonia-1)

Suomen Unihoitajaseura. 2017. Ohjausmenetelmät. Viitattu 18.1.2017. <http://unihoitajat.fi/terve-uni/unihoitoty/suosituksia/ohjausmenetelmia/>

Syöpäjärjestöt. Kaikki syövästä. Aivokasvaimet. Viitattu 2.1.2017. <https://www.kaikki-syovasta.fi/tietoa-syovasta/syopataudit/aivokasvaimet/>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, THL. 2016. Sote palvelujen integraatio. Viitattu 4.12.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integratio>

Terveyskylä. 2017. Viitattu 14.10. 2017. [www.terveyskyla.fi](http://www.terveyskyla.fi)

Ragan's health care. 2014. 5 ways to empower your patients as a nurse. Drexel university. Viitattu 6.1. 2017. [https://healthcarecommunication.com/Main/Articles/5\\_ways\\_to\\_empower\\_your\\_patients\\_as\\_a\\_nurse\\_11679.aspx](https://healthcarecommunication.com/Main/Articles/5_ways_to_empower_your_patients_as_a_nurse_11679.aspx)



Talala K, Härkänen T, Martelin T, Karvonen S, Mäki-opas T, Manderbacka K, Suvisaari j, Sainio P, Rissanen H, Ruokalainen O, Heloma A & Koskinen O. 2014. Koulutusryhmien väliset hyvinvointi- ja terveyserot ovat edelleen suuria. Suomen Lääkärilehti 361/2014. vsk.69. Viitattu 20.1.2017. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116797/SLL362014-2185.pdf?sequence=1>

Telif A. 2015. Ulkoisen ja sisäisen motivaation yhteys kielten opetuksessa. Pro gradu-tutkielma. Kasvatustiedeen yksikkö. Tampereen yliopisto. 24-25. Viitattu 29.12. 2016. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96925/gradu.pdf?sequence=1>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Kansantaudit. Muistisairaudet. Viitattu 2.1. 2017. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK. 2016. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 6.12.2016 <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Valvira. 2017. Omaisten oikeudet. Viitattu 10.11.2017. [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/omaisten\\_oikeudet](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/omaisten_oikeudet)

Vataja R & Korkeilla J. 2007. Mitä on neuropsykiatria? Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 14.1. 2017. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96485.pdf>

Virsta. 2001. Virtual Statistics. Tilastokeskus. Teoreettiset lähtökohdat. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Viitattu 1.12.2016 <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>

Vilkman- Varonen, J. 2012. Vuorovaikutuksen estyminen hoitajan ja potilaan välisessä hoitosuhteessa. Opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu. Hyvinkää. Viitattu 14.10.2017. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/58623/Vilkman\\_Jelena.pdf?sequence=2](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/58623/Vilkman_Jelena.pdf?sequence=2)

Virtanen H, 2014. Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Viitattu 4.1.2017. [http://www.knk-hoitaja.com/web\\_documents/091014\\_voimavaraistumista\\_tukeva\\_ohjaus\\_pori\\_2.pdf](http://www.knk-hoitaja.com/web_documents/091014_voimavaraistumista_tukeva_ohjaus_pori_2.pdf)

Väänänen E. 2013. Selkä- ja niskakuntoutujien terveyteen liittyvä elämänlaatu ja psykososiaaliset tekijät. Pro gradu-tutkielma. Kuntoutustiede. Lapin yliopisto. Viitattu 25.1.2017. <https://lada.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61171/V%C3%A4n%C3%A4nen.Eija.pdf?sequence=1>

Ward J. 2011. How to educate patients. Nursing Times. Viitattu 15.1.2017.

<https://www.nursingtimes.net/roles/nurse-educators/how-to-educate-patients/5030180.article>

Yale. 2016. School of medicine. Neurology. Movement Disorders - Parkinson's Disease & Essential Tremor. Viitattu 10.1.2017. <https://medicine.yale.edu/neurology/patients/movementdisorders/>

## 11 Liite 1 Saatekirje potilaille

Arvoisa neurologisen osaston potilas

Olen Laurea ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija. Teen opinnäytetyönä tutkimuksen potilasohjauksesta potilaiden kokemana Hyvinkään sairaalan neurologian osastolla.

Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää potilaille annettavaa ohjausta osastolla. Vastausten avulla saadaan tietoa, jonka avulla osastolla annettavaa potilasohjausta voidaan kehittää entistä enemmän vastaamaan potilaiden tarpeisiin.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä vastaamasta tai jättää halutessanne vastaamisen kesken.

Kyselylomakkeista saatu tieto julkaistaan opinnäytetyössä. Tutkimukseen osallistuvan henkilöllisyyttä ei kysytä ja vastausten perusteella vastaajaa ei voi tunnistaa. Tutkimuksen loputtua kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti.

Jos haluatte saada tietoa tutkimuksesta, vastaan mielelläni kysymyksiin. Tutkimuksen tulokset ovat kaikkien luettavissa [www.Theseus.fi](http://www.Theseus.fi) opinnäytetyön valmistuttua.

Osallistun tutkimukseen

---

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Kiitos ajastanne!

Kristiina Mitchell

sairaanhoitajaopiskelija

Laurea ammattikorkeakoulu

Hyvinkää

sähköposti: [kristiina.mitchell@student.laurea.fi](mailto:kristiina.mitchell@student.laurea.fi)

HUS:in Hyvinkään sairaalan yhteishenkilöt

Neurologian osasto 6

osastonhoitaja Arja Parkkila, sähköposti: [arja.parkkila@hus.fi](mailto:arja.parkkila@hus.fi)

sairaanhoitaja Miia Palmu, sähköposti: [miia.palmu@hus.fi](mailto:miia.palmu@hus.fi)

12 Liite 2 Kyselylomake

Hyvä neurologisen osaston potilas

Rastita kokemustasi vastaava vaihtoehto tai kirjoittakaa vastauksenne sille varattuun tilaan. Lomakkeessa sairaudella tarkoitetaan sitä sairautta, jonka vuoksi olette tulleet nyt hoitojaksolle sairaalaan.

1. Ikä:

- 18-30 vuotta
- 31-45 vuotta
- 46-60 vuotta
- 61-75 vuotta
- yli 75 vuotta

Sukupuoli :

- nainen
- mies

3. Oletteko sairaalassa ensimmäistä kertaa neurologisen sairauden takia?

- kyllä
- ei

4. Kuinka pitkä nykyinen hoitojaksonne on ollut?

- 0-2 vrk
- 3-4 vrk
- 5-7 vrk
- pidempi kuin 7 vrk

Seuraavat kysymykset ovat väittämiä. Laittakaa rasti kohtaan, joka tuntuu eniten omalta ajatukselta

5. Kun saavuin osastolle, sain riittävästi tietoa osastosta ja osaston käytänteistä: ruokailuajoista, osastolla toimivasta tiimihoitajamallista, lääkärinkierroista ja vierailuajoista.

- Kyllä, samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä

\_\_\_\_\_ Eri mieltä

6. Minulle on kerrottu riittävästi tietoa sairaudestani, jonka vuoksi tulin sairaalaan.

\_\_\_\_\_ Samaa mieltä

\_\_\_\_\_ Jokseenkin samaa mieltä

\_\_\_\_\_ Jokseenkin eri mieltä

\_\_\_\_\_ Eri mieltä

7. Minua on opastettu riittävästi sairauteeni liittyvässä lääkehoidossa.

\_\_\_\_\_ Samaa mieltä

\_\_\_\_\_ Jokseenkin samaa mieltä

\_\_\_\_\_ Jokseenkin eri mieltä

\_\_\_\_\_ Eri mieltä

8. Minulle on kerrottu taustalla olevia tekijöitä, jotka vaikuttavat sairauteeni: verenpaine, kolesteroliarvot ja verensokeri.

\_\_\_\_\_ Samaa mieltä

\_\_\_\_\_ Jokseenkin samaa mieltä

\_\_\_\_\_ Jokseenkin eri mieltä

\_\_\_\_\_ Eri mieltä

9. Olen saanut tukea ja ohjausta terveellisiin elämäntapoihin, kuten terveelliseen ruokavalioon, liikunnan lisäämiseen tai kuntoiluun, ylipainon välttämiseen ja päihteiden minimointiin.

\_\_\_\_\_ Samaa mieltä

\_\_\_\_\_ Jokseenkin samaa mieltä

\_\_\_\_\_ Jokseenkin eri mieltä

\_\_\_\_\_ Eri mieltä

#### Päivittäiset toimet, käytännön ohjaus

10. Oletteko tarvinnut apua tai ohjausta päivittäisissä toimissa, kuten hygienian hoito, wc:n käyttö, ruokailu ja liikkuminen?

\_\_\_\_\_ Kyllä, olen tarvinnut apua

\_\_\_\_\_Ei, olen suoriutunut omatoimisesti

Jos vastasitte ei, voitte siirtyä suoraan kysymykseen 14.

Jos vastasitte kyllä, voisitteko vastata seuraaviin väittämiin?

11. Avun tarpeeni on huomattu ja olen saanut riittävästi apua tai ohjausta tarvitsemissani päivittäisissä toimissa.

\_\_\_\_\_Samaa mieltä

\_\_\_\_\_Jokseenkin samaa mieltä

\_\_\_\_\_Jokseenkin eri mieltä

\_\_\_\_\_Eri mieltä

12. Hoito- ja ohjaustilanteet ovat olleet kiireettömiä.

\_\_\_\_\_Samaa mieltä

\_\_\_\_\_Jokseenkin samaa mieltä

\_\_\_\_\_Jokseenkin eri mieltä

\_\_\_\_\_Eri mieltä

13. Hoitoon ja ohjaukseen käytetty aika on ollut minulle riittävää.

\_\_\_\_\_Samaa mieltä

\_\_\_\_\_Jokseenkin samaa mieltä

\_\_\_\_\_Jokseenkin eri mieltä

\_\_\_\_\_Eri mieltä

Seuraavassa on väittämiä kommunikaatiosta ja vuorovaikutustilanteista

14. Minua on ymmärretty ja kuunneltu hyvin osastolla.

\_\_\_\_\_Samaa mieltä

\_\_\_\_\_Jokseenkin samaa mieltä

\_\_\_\_\_Jokseenkin eri mieltä

\_\_\_\_\_Eri mieltä

15. Olen pystynyt vaikuttamaan ohjauksen keston ja sen sisältöön.

\_\_\_\_\_Samaa mieltä

- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Eri mieltä

16. Koen vuorovaikutustilanteiden sujuneen kokonaisuudessaan hyvin hoito- ja ohjaustilanteissa.

- Samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Eri mieltä

Seuraavassa on väittämiä kirjallisista potilasohjeista, kuten erilaiset esitteet, vihkot tai paperit

17. Kirjalliset potilasohjeet auttavat minua ymmärtämään hoito- ja ohjaustilannetta.

- Samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Eri mieltä

18. Saamani kirjalliset potilasohjeet ovat selkeitä ja helposti ymmärrettäviä.

- Samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Eri mieltä

19. Kirjalliset potilasohjeet tukevat hoitajan kanssa käytyä keskustelua.

- Samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Eri mieltä

Seuraavassa on väittämiä kotiutumiseen liittyen. Jos ette ole vielä lähdössä kotiin, voitte jättää kohdat 20-23 täyttämättä

20. Minun kanssa on käyty läpi kotiutumiseen liittyvät asiat, kuten kotihoito-ohjeet, lääkitys ja reseptit, uudet poliklinikka-ajat ja jatkohoito-ohjeet.

\_\_\_\_ Samaa mieltä  
\_\_\_\_ Jokseenkin samaa mieltä  
\_\_\_\_ Jokseenkin eri mieltä  
\_\_\_\_ Eri mieltä

21. Olen saanut sairaalasta hyvät kotihoito-ohjeet, jotka riittävät hyvin kodissa tapahtuvaan omahoitoon.

\_\_\_\_ Samaa mieltä  
\_\_\_\_ Jokseenkin samaa mieltä  
\_\_\_\_ Jokseenkin eri mieltä  
\_\_\_\_ Eri mieltä

22. Tiedän mitä teen kotona ja mihin otan yhteyttä, jos vointini huononee tai saan sairauteeni liittyviä oireita.

\_\_\_\_ Samaa mieltä  
\_\_\_\_ Jokseenkin samaa mieltä  
\_\_\_\_ Jokseenkin eri mieltä  
\_\_\_\_ Eri mieltä

23. Lähdän kotiin turvallisesti mielin, sillä minulla on riittävästi tietotaitoa selviytyä sairauteni kanssa tai minulla on toinen henkilö, joka avustaa minua tarvittaessa.

\_\_\_\_ Samaa mieltä  
\_\_\_\_ Jokseenkin samaa mieltä  
\_\_\_\_ Jokseenkin eri mieltä  
\_\_\_\_ Eri mieltä

24. Mikä on toiminut erityisen hyvin neurologisen osaston potilasohjauksessa?

---

---

---



---

---

---

---

25. Miten parantaisitte neurologisen osaston potilasohjausta?

---

---

---

---

---

---

Kiitos vastauksesta!