

Opinnäytetyö (AMK)

Terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

2015

Pia Heino

HOITAJIEN TIETOTASON KARTOITUS AVH-POTILAAN KUNTOUTTAVASSA HOITOTYÖSSÄ SALON TERVEYSKESKUSSAIRAALASSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | Sairaanhoidaja (AMK)

Kesäkuu 2015 | 56 sivua ja 4 liitettä

Ohjaajat Nikunen Sirpa ja Pelander Tiina

Pia Heino

HOITAJIEN TIETOTASON KARTOITUS AVH- POTILAAN KUNTOUTTAVASSA HOITOTYÖSSÄ SALON TERVEYSKESKUSSAIRAALASSA

Aivohalvauksen tehokas hoito ja kuntoutus vähentävät sairauden aiheuttamaa vammaisuutta. Laadukas hoito ja kuntoutus vaikuttavat siihen, että hoitoajat lyhenevät, sairauden aiheuttama vammaisuus on vähäisempää ja sairastuneen elämänlaatu on parempaa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen hoitohenkilökunnan tietoa ja ammatillista osaamista aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuneen potilaan kuntouttavasta hoitotyöstä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan ammatillista osaamista AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä sekä selvittää koulutustarvetta AVH-potilaan kliinisessä hoitotyössä.

Opinnäytetyö on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, jossa aineistokeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Aineistonkeruu toteutettiin internet-kyselynä Webropol-ohjelman kautta. Kysely kohdistettiin Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle (n=26). Aineisto analysoitiin tilastollisesti käyttäen kuvailevia tunnuslukuja, kuvioita ja taulukoita.

Opinnäytetyön tulosten mukaan Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen sairaanhoitajien ja lähihoitajien tietotaso AVH-potilaiden hoitotyössä on hyvä. Ammattiryhmien välillä tietotasossa ei ollut suuria eroja. Kuntouttavan hoitotyön alueella molempien ammattiryhmien tietotaso oli kiitettävää. Koulutustarve nousi esiin aivojen anatomian ja fysiologian sekä akuuttihoitotyön alueilla. Kuntouttavan hoitotyön alueella koulutustarve nousi esiin kognitiivisen kuntoutuksen kohdalla molemmissa ammattiryhmissä.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tietää, miten opinnäytetyön kysely ja sitä seurannut täydennyskoulutus ovat vaikuttaneet osallistuneiden hoitajien motivaatioon, asenteeseen ja ammattitaitoon toteuttaa moniammatillista AVH-potilaan kuntouttavaa hoitotyötä. Jatkossa olisi hyvä lähteä kehittämään näyttöön perustuvaa AVH-potilaiden hoitokulttuuria ja selvittämään miten se, sekä AVH-potilaiden kuntouttavassa hoitotyössä työskentelevien hoitajien konsultointi, johtaisivat parempaan hoidon laatuun ja sitä kautta potilaiden parempiin kuntoutumistuloksiin.

ASIASANAT:

Aivoverenkiertohäiriö, kuntouttava hoitotyö, hoitaja, tietotesti, pätevyys

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Care | Registered Nurse (AMK)

June 2015 | 56 pages + 4 appendices

Instructors Nikunen Sirpa and Pelander Tiina

Pia Heino

THE KNOWLEDGE ON CEREBROVASCULAR DISORDER REHABILITATION NURSING AMONGST THE PERSONNEL AT SALO HEALTH CARE CENTRAL HOSPITAL

The effective treatment and rehabilitation of stroke patients decrease the disability caused by the disease. High quality treatment and rehabilitation affects the duration of the treatment, disability caused by the disease and improves the patients' quality of life.

Purpose of the thesis was to explore the knowledge on cerebrovascular disorder rehabilitation nursing amongst the personnel at Salo Health Care Central Hospital. The goal of the thesis is to develop professional knowledge amongst nursing staff and to clarify their needs for further professional education.

Thesis is a quantitative study where the material was gathered by using questionnaire form. The questionnaire was done utilizing the Webropol interface. Questionnaire was targeted to the personnel (n=26) at Salo Health Care Central Hospital. The material was statistically analysed using key figures, charts and tables.

Based on the results, the knowledge among the nurses at Salo Health Care Central Hospital is on a good level. There was no significant difference between the results in different occupational groups. The results in the different occupational groups were commendable. The areas where further training need arose, was in the areas of anatomy and physiology of the brain and acute nursing. In rehabilitating nursing further training was needed in the area of cognitive rehabilitation.

For the future it would be interesting to evaluate how the thesis questionnaire and the subsequent further education may have affected the motivation, attitude and workmanship of the nurses who participated. It would make sense to develop evidenced based nursing and to clarify the effects of this together with consultation of nurses working in the rehabilitation care to the quality of the nursing and therefore better rehabilitation results.

KEYWORDS:

Stroke, rehabilitation nursing, nurse, knowledge test, competence

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	7
2	AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖ JA HOITO	9
	2.1 Aivoverenkiertohäiriön riskitekijät ja oireet	10
	2.2 Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen akuuttihoitotyö	11
	2.3 Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntouttava hoitotyö	13
3	HOITAJAN ROOLI AVH-POTILAAN KUNTOUTTAVASSA HOITOTYÖSSÄ	18
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA	23
5	OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	24
6	TULOKSET	30
7	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	43
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	46
	LÄHTEET	51
	LIITTEET	
	Liite 1. Toimeksiantosopimus	57
	Liite 2. Kyselylomake	59
	Liite 3. Saatekirje	65
	Liite 4. Tutkimuslupa	66

KUVIOT

Kuvio 1.	Salon terveystakeskussairaalan kyselyyn vastanneiden hoitotyöntekijöiden jakauma ammattinimikkeiden mukaan (n=26).	30
Kuvio 2.	Salon terveystakeskussairaalan hoitohenkilökunnan työkokemus hoitoalalta ammattiryhmittäin (n=26).	31
Kuvio 3.	Salon terveystakeskussairaalan hoitohenkilökunnan työvuodet nykyisessä työssä (n=26).	31
Kuvio 4.	Salon terveystakeskussairaalan vuodeosastojen sairaanhoitajien tietotaso AVH-potilaan hoitotyössä (n=18).	39
Kuvio 5.	Salon terveystakeskussairaalan vuodeosastojen lähihoitajien tietotaso AVH-potilaan hoitotyössä (n=8).	40
Kuvio 6.	Salon terveystakeskussairaalan vuodeosastojen hoitajien tietotaso kokonaisuudessaan AVH-potilaan hoitotyössä (n=26).	41
Kuvio 7.	Salon terveystakeskussairaalan vuodeosastojen hoitajien työkokemuksen hoitoalalta ja oikeiden vastausten välisen riippuvuuden mittaaminen korrelaatiokertoimen avulla.	42
Kuvio 8.	Salon terveystakeskukseen vuodeosastojen hoitajien työskentelyn nykyisessä työssä ja oikeiden vastausten välisen riippuvuuden mittaaminen korrelaatiokertoimen avulla.	42

TAULUKOT

Taulukko 1.	Salon terveystakeskussairaalan vuodeosastojen hoitajien tietotaso aivojen anatomiasta ja fysiologiasta (n=26).	33
Taulukko 2.	Salon terveystakeskussairaalan vuodeosastojen hoitajien tietotaso aivoverenkiertohäiriöstä (n=26).	34
Taulukko 3.	Salon terveystakeskussairaalan vuodeosastojen hoitajien tietotaso AVH-potilaan riskitekijöistä ja oireista (n=26).	35

Taulukko 4.	Salon terveystakeskussairaalan vuodeosastosten hoitajien tietotaso AVH-potilaan akuuttihoitotyössä (n=25).	36
Taulukko 5.	Salon terveystakeskussairaalan vuodeosastosten hoitajien tietotaso AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä (n=26).	38

1 JOHDANTO

Vuosittain Suomessa aivoinfarktiin sairastuu noin 14 600 ihmistä ja yhteensä jopa 25 000 suomalaista kärsii eriasteisista aivoverenkierron häiriöistä (Kaste 2013). Aivoverenkiertohäiriöstä (AVH) johtuvat pitkät sairaalajaksot ja työkyvyttömyys aiheuttavat sen, että kyseessä on kolmanneksi kallein tautiryhmä (Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus 2011). Aivoverenkiertohäiriön yleisyys kuormittaa paljon sekä yksilöä että yhteiskuntaa. Potilaiden toiminta- ja työkykyä voidaan parantaa kuntoutuksen avulla. (Uimonen, Poutiainen & Mustanoja 2014, 1721.)

Jäkälän (2011) mukaan potilaat hyötyvät aivoverenkiertohäiriön alkuvaiheen kuntoutuksesta iästä ja sairauden vaikeusasteesta riippumatta siten, että hoitoajat lyhenevät, vamman aste lievenee ja elämänlaatu paranee. Joillekin potilaille AVH on krooninen sairaus, jossa toimintakyky heikkenee ajan kuluessa. Erityisesti nämä potilaat hyötyvät myöhäisvaiheen kuntoutuksesta ja tällöin potilaan toimintakykyä voidaan parantaa sekä ulkopuolisen avun tarvetta vähentää tehokkaalla kuntoutuksella. (Jäkälä 2011.) Takalan ym. (2010) tekemän selvityksen mukaan 40-50% aivohalvauksen sairastaneista ovat kuntoutusosastohoidon tarpeessa ja saman verran hyötyy kuntoutuksesta moniammatillisesti toimivalla osastolla.

Yleiset työelämän muutokset ja hoitokäytäntöjen muuttuminen vaikuttavat sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen ylläpitämiseen ja kehittämisen tarpeisiin. Palveluiden laatua, potilasturvallisuutta ja asiakastyytyväisyyttä sekä myös työmotivaatiota voidaan parantaa koulutuksen avulla. (Luukkainen & Uosukainen 2011, 106.) Terveystieteiden organisaatiossa ammatillisen pätevyyden arviointi tukee ydinosaamisen ylläpitoa, hoitohenkilökunnan pysyvyyttä, kilpailukykyä ja uuden henkilön rekrytointia (Westman 2013, 53).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen hoitohenkilökunnan tietoa ja ammatillista osaamista aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuneen potilaan kuntouttavasta hoitotyöstä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan ammatillista osaamista AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä sekä selvittää koulutustarvetta AVH-potilaan kliinissä hoitotyössä.

Aivojen anatomiaa ja fysiologiaa, aivoverenkiertohäiriötä, sen riskitekijöitä, oireita, akuuttihoitoa ja kuntouttavaa hoitotyötä käsitellään vain niiltä osin, joita tuotiin esille kartoitettaessa hoitajien tietotasoa tätä opinnäytetyötä varten laaditussa kyselylomakkeessa.

2 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ JA HOITO

Aivot sijaitsevat suojassa pääkallon luiden ympäröimänä (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2009, 534). Isoaivot jaotellaan kahteen aivopuoliskoon eli hemisfääriin. Molemmat aivopuoliskot jakaantuvat vielä neljään eri lohkoon. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 78.) Aivojen osat ovat isoaivot, pikkuaivot ja aivorunko (Sepponen & Huovinen 2014).

Aivojen verenkierto on pyritty turvaamaan useammalla eri tavalla. Neljä suurta valtimoa eli kaksi kaulavaltimoa ja kaksi nikamavaltimoa tuovat verta aivoihin. Aivojen pohjalla olevan verisuonikehän välityksellä kaikki valtimot ovat yhteydessä toisiinsa. Näin ollen koko aivojen verensaannista pystyy yksikin valtimo huolehtimaan. (AVH-työryhmä 2014a; Iivanainen ym. 2010, 80.) Valtimot tuovat aivoille verta noin yhden litran minuutissa (Sepponen ym. 2014). Aivojen verenkierron keskeytyminen johtaa tajuttomuuteen 30-40 sekunnin kuluttua (Iivanainen ym. 2010, 80; Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie 2011, 133).

Aivoverenkiertohäiriöllä (AVH) tarkoitetaan kahta erilaista tilaa. Kyse voi olla paikallisesta aivokudoksen verettömyydestä eli iskemiasta tai paikallisesta aivovaltimon verenvuodosta eli hemorragiasta. (Iivanainen ym. 2011, 88.) Aivoverenkiertohäiriöt jaotellaan kahteen pääryhmään: aivoinfarktit ja aivoverenvuodot. Aivoverenkiertohäiriöistä noin 85 % johtuu aivoinfarkteista ja 15 % verenvuodoista. Oireet molemmissa ryhmissä ovat yleensä samankaltaisia, mutta syntytaivoiltaan ja hoitomuodoiltaan ne eroavat merkittävästi toisistaan. (AVH-työryhmä 2014a.)

Aivoverenkierron sairauksista yleisin on **aivoinfarkti**. Aivoinfarktissa joku aivoihin verta tuovista valtimoista tukkeutuu äkillisesti verihyytymän tai ahtauman seurauksena. Verenkierron pysähtymisestä johtuva hapenpuute aiheuttaa pysyvää vauriota aivokudokseen, mikäli tukosta ei saada ajoissa liuotettua. Tukos voi olla myös ohimenevä. Nopeasti ohittuvia aivoverenkiertohäiriöitä kutsutaan **TIA** (Transient Ischemic Attack) -kohtauksiksi. Ne ennakoivat usein pysyvän tukok-

sen ilmaantumista ja varoittavat suurella todennäköisyydellä tulevasta aivoinfarktista. (Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus 2011; AVH-työryhmä 2014a; McIntosh 2015.)

Aivoverenvuoto syntyy aivovaltimon rikkoutumisesta. Tällöin joko aivojen pinnalle tai aivokudoksen sisään vuotaa verta verisuonen seinämässä olevan repeytymän takia. Yleensä repeytymä syntyy joko verenpainetaudin seurauksena, vamman aiheuttamana tai perinnöllisistä syistä. Aivoverenvuoto tulee yleensä yllättäen ilman ennakoivia oireita. (Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus 2011; AVH-työryhmä 2014a; McIntosh 2015.)

2.1 Aivoverenkiertohäiriön riskitekijät ja oireet

AVH aiheutuu yleensä yhdestä tai useammasta selkeästä riskitekijästä. Riskiä sairastua lisää useampi samanaikainen riskitekijä. AVH:n suurin riskitekijä on ikääntyminen. Hoidettavissa olevat tärkeimmät riskitekijät ovat verenpainetauti, diabetes, tupakointi, hyperkolesterolemia, aikaisemmin sairastettu AVH ja muu verisuonisairaus. Hoitamalla keskeiset riskitekijät, suurin osa aivoinfarkteista on ehkäistävässä. (Aivoinfarkti: Käypä hoito –suositus, 2011; AVH-työryhmä 2014b; Roine 2013.)

AVH:n oireet riippuvat vaurion laajuudesta ja sijainnista. Oireet voivat olla hyvin vaihtelevia. Yleensä oireet alkavat äkillisesti ja ovat voimakkaimmillaan alkutilanteessa. Vaurion laajuus ja sijainti vaikuttavat siihen, kuinka pysyviä ja minkä asteisia oireita tapahtuneesta jää. (AVH-työryhmä 2014a; Iivanainen ym. 2010, 89.)

AVH aiheuttaa yleisimmin äkillisen toispuoleisen raajaheikkouden. Tämä voi vaihdella lievästä heikkoudesta aina täydelliseen halvaukseen. Tähän voi liittyä myös tunnon häiriintymistä eli puutumista kyseissä raajoissa. Myös toispuoleinen

suupielen roikkuminen on oire AVH:sta. Tavallinen oire on myös äkillisesti alkanut puhevaikeus, joka voi ilmetä sanojen löytämisen vaikeutena tai puheen epäselvyytenä. (AVH-työryhmä 2014a; Roine 2013.)

AHV voi aiheuttaa myös näkemiseen liittyviä oireita kuten kahtena näkeminen, toisen tai molempien silmien näköhäiriö tai näkökentän supistumista. Oireita ovat myös huimaus, pahoinvointi ja oksentelu. Päänsärky ei yleensä liity aivoinfarktin alkuvaiheen oireisiin. (AVH-työryhmä 2014a; Roine 2013.) Joskus aivoinfarkti voi olla niin vähäoireinen, ettei potilas kiinnitä siihen lainkaan huomiota (AVH-työryhmä 2014a).

2.2 Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen akuuttihoitotyö

Aivoinfarktipotilaan liuotushoito on aloitettava 4,5 tunnin kuluttua ensimmäisten oireiden ilmaantumisesta (Lamusuo 2015; Roine & Lindsberg 2015). Liuotushoidon aloittamiselle on kuitenkin olemassa yksityiskohtaiset tarkat valintakriteerit. Esimerkiksi aivojen TT-kuvauksessa ei saa näkyä isoa muutosaluetta, joka viittaisi erittäin laajaan kehitymässä olevaan aivotuhoalueeseen. (AVH-työryhmä 2014c; Lamusuo 2015.) TT-kuvassa ei myöskään saa näkyä aivoverenvuotoa, verenpaineen ylärajana ennen liuotushoitoa pidetään 185/110 mmHg eikä viimeisten kolmen kuukauden aikana ei ole ollut kirurgisia toimenpiteitä tai aiempaa aivoinfarktia. Vasta-aiheita on olemassa useita vielä edellä mainittujen lisäksi ja ne pitävät olla selvitettyinä ennen liuotushoidon antamista. (Lamusuo 2015.)

Aivoinfarktin akuuttivaiheessa verenpaineen nousu on elimistön suojareaktio eikä sitä pääsääntöisesti saa alentaa, paitsi esimerkiksi silloin kun kohonnut verenpaine on este liuotushoidon antamiselle (Lamusuo 2015; Roine 2013). Jos systolinen paine on alle 220 mmHg ja diastolinen alle 120 mmHg, verenpainelääkitystä akuuttivaiheessa ei tarvita (Roine 2013).

Kohonnut verensokeri pahentaa aivoiskemiaa ja infarktiturvotusta, lisää verenvuotoriskiä sekä kuolleisuutta. Siksi lieväkin kohonnut verensokeri (yli 8 mmol/l)

tulee hoitaa jo alkuvaiheessa (Roine 2013). Alkuvaiheen kohonnut verensokeri on usein elimistön stressireaktion syytä. Jotta välttyttäisiin verensokerin liialliselta kohoamiselta, AVH-potilasta nesteytetään alkuvaiheessa ensisijaisesti ei-glukosipitoisilla iv-nesteillä. (Lamusuo 2015.)

Riippumatta kolesteroliarvoista, statiinilääkityksen aloitus ja käyttö on aiheellista oireisissa valtimotaudeissa (Manktelow & Potter 2009). Uuden aivoinfarktin mahdollisuutta voidaan vähentää dyslipidemian lääkehoidolla. AVH-potilaalle on tarpeen aloittaa elinikäinen lääkitys vaikka hän oireensa olisivatkin jo ohittuneet. Eri-tyisesti niille potilaille, jotka ovat jo sairastuneet aivovaltimotautiin, myös verenpainelääkityksestä on hyötyä. (Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus, 2011.)

Kipua ei yleensä esiinny aivoinfarktin alkuvaiheessa. Kipu on peräisin vesisuonista tai aivokalvoista, aivokudos itsessään ei tunne kipua. Lukinkalvonalaisessa verenvuodossa sitä vastoin kipua esiintyy lähes aina ja aivoverenvuodoisakin enemmän kuin aivoinfarkteissa. (AVH-työryhmä 2014d.)

Ensisijainen lääke AVH-potilaan kivunhoitoon on parasetamoli (AVH-työryhmä 2013, 39; AVH-työryhmä 2014d). Parasetamolilla, toisin kuin esimerkiksi ibuprofeenilla, ei ole vaikutusta verenhiyytymislääkkeiden tehokkuuteen. Ibuprofeeni puolestaan vähentää näiden lääkkeiden tehoa. Jos parasetamolilla ei saada toivottua vastetta kivunlievitykseen, voidaan kipulääkityksenä käyttää myös opiaatteja. (AVH-työryhmä 2014d.)

AVH-potilaan tajunnantaso tarkkaillaan Glasgow'n kooma-asteikon (GCS) avulla. Asteikko perustuu silmien avaamisen, puhumisen ja liikkumisen testaamiseen. (Iivanainen ym. 2010, 83.) Alkuvaiheessa tajunnantaso ja oireiden mahdollista etenemistä tarkkaillaan koko ajan ympäri vuorokauden. Tämä on tärkeää siksi, että mahdollisiin muutoksiin päästään puuttumaan heti. (AVH-työryhmä 2014e.)

2.3 Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntouttava hoitotyö

Vuonna 2008 annettiin konsensuslauselma koskien äkillisten aivovaurioiden jälkeistä kuntoutusta. Konsensuslauselmassa tuodaan esille kuntoutumisen näkeminen yhteisöllisenä ja asiakaslähtöisenä oppimisprosessina, jossa sairastunut on myös itse osallisena jokaisessa eri kuntoutumisen vaiheessa. Siinä kiinnitetään huomiota kuntoutumiseen myös sairastuneen ihmisen voimaantumisen näkökulmasta. Konsensuslauselmassa kehoitetaan poistamaan kuntoutuksen käytännöistä ihmisiä passivoittavat menetelmät sekä rutiininomaiset toimenpiteet. (Reunanen 2011, 179.)

Osa aivokudosta vaurioituu pysyvästi aivoverenkiertohäiriössä. Keskushermoston vaurioituneet hermosolut eivät pysty uusiutumaan. Vaurioituneen solukon vieressä tai vastakkaisessa aivopuoliskossa olevat toimivat hermosolut voivat kuitenkin ottaa itselleen uusia tehtäviä ja näin korvata tuhoutuneen solukon toimintaa. Jos vaurio on tapahtunut aivojen keski- tai sisäosissa, silloin hermoradat ovat vaurioituneet enemmän kuin hermosolut. Tällöin toimivien hermosolujen on vaikeampi ottaa vaurioituneen solukon tehtäviä itselleen. (AVH-työryhmä 2015a.)

Kuntoutumisen perustana on aivojen muovautuvuus (AVH-työryhmä 2015a; Lindstam & Ylinen 2012, 32). Hermoston plastisuudella tarkoitetaan hermosoluista koostuvien hermoverkkojen järjestäytymistä sillä tavoin, että niiden toiminta muuttuu. Hermoverkkojen toimintaan ja niiden plastisuuteen perustuu myös ihmisen oppiminen, muisti ja käyttäytyminen. Jotta uusia toimivia hermoverkkoja syntyy, se edellyttää aktiivista opettelua ja harjoittelua, muovautumista. (Lindstam ym. 2012, 32.)

AVH aiheuttaa usein pysyviä tai pitkäaikaisia oireita. Kuntoutumisen yhtenä tavoitteena on kartoittaa jäljellä olevat voimavarat, hyödyntää säilyneitä taitoja ja löytää myös uusia tai korvaavia toimintamalleja. Tavoitteena on kuntoutua mahdollisimman lähelle sitä toimintakyvyn astetta, joka oli ennen sairastumista. Vau-

rion vaikeusaste vaikuttaa kuntoutumisen edellytyksiin. Jos kyse on vaikeasta aivovauriosta, sairautta edeltäneen toimintakyvyn saavuttamiseen ei ole samoja edellytyksiä kuin lievemmissä vaurioissa. (AVH-työryhmä 2014f.)

Aivoverenkiertohäiriön kuntoutumisessa on kyse siitä, miten uudelleen opitaan menetetyt taidot. Tärkeitä harjoitustilanteita ovat arjen erilaiset tilanteet ja jokapäiväiset toimet kuten pukeutumis-, pesu- ja ruokailuhetket. Näissä tilanteissa harjoitellaan hoitajan kannustamana ja tukemana lisäksi fyysisiä, psyykkisiä sekä myös sosiaalisia taitoja. (AVH-työryhmä 2014f.) Kuntoutujan omaan arkeen liittyvät päivittäistä selviytymistä ohjaavat toiminnot ovat oppimisen kohteina (Lindstam ym. 2012, 32).

Perinteisenä pidetty sairaanhoito kuuluu kuntoutumista edistävään hoitotyöhön. Kuntouttavan työtteen tarkoituksena on auttaa potilasta vain niissä toiminnoissa, jotka eivät vielä häneltä itseltään onnistu harjoitellulla tavalla. (AVH-työryhmä 2014f.) Kuntoutuminen perustuu oppimiseen ja sen edellytyksenä on potilaan oppimiskyky sekä johdonmukainen ja toistuva harjoittelu virikkeellisessä ympäristössä. AVH-potilaan oppiminen selviytymään mahdollisimman itsenäisesti ja turvallisesti hänen omassa toimintaympäristössään on moniammatillisen kuntouttavan hoitotyön tavoite. (Virtanen, Pi 2014.)

Kuntoutumista edistävien kehon aistimusten aktivoimiseksi ja vartalon sekä raajojen toimintahäiriöiden ehkäisemiseksi asentohoidot aloitetaan heti potilaan sairastuttua (Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus, 2011). Lepoasennot ovat tärkeitä ja ne voivat edistää tai jopa haitata potilaan kuntoutumista. Lepoasentojen tavoitteena on estää spastisuutta, ennaltaehkäistä makuuhaavoja, edesauttaa keuhkojen tuuletusta, antaa aistituntemuksia, ylläpitää nivelten liikkuvuutta ja vähentää laskimotukosten vaaraa. (AHV-potilaan asentohoidot 2012.) Halvaantuneen AVH-potilaan asentoa vaihdellaan kahden tunnin välein. Suositeltavimpia ovat tyynyillä hyvin tuetut kylkiasennot. (AVH-potilaan asentohoito 2012; Iivanainen

ym. 2010, 90.) Sairastunut otetaan alusta lähtien aktiivisesti itse mukaan asennonmuutokseen ja häntä ohjataan sekä sanallisesti että toiminnan kautta oikeaan suoritustapaan (AVH-potilaan asentohoito 2012).

Hermoston sairauksissa saattaa suun ja nielun toiminta häiriintyä. Aivohalvauksen alkuvaiheessa etenkin nielemisrefleksi usein heikentyy. Jos nielemisrefleksi ei laukea, neste pääsee valumaan henkitorveen aiheuttaen tulehdusvaaran keuhkoihin. Veden ja maidon sekä muiden ohuiden nesteiden juominen on nielemisrefleksin toiminnan heikentyneisyyden takia hankalaa. Turvallisin ruoka sairastumisen alkuvaiheessa on kiisselimäistä tai sosemaista. Hyvä istuma-asento pää vähän kallistuneena eteenpäin, on nielemisen kannalta paras asento ruokailulla. Makuuasennossa tai pään ollessa takakenossa on vaikeinta hallita suussa olevaa juomaa ja ruokaa. Ruokailun jälkeen on hyvä olla istuma-asennossa vielä vähintään 15 minuutin ajan, jolloin nielu on varmasti ehtinyt tyhjäntyä. (AVH-työryhmä 2014f.)

Monet eri aivoalueet osallistuvat tarkkaavaisuuden säätelyyn. Tästä johtuen tarkkaavaisuus voi heikentyä erilaisissa aivotoiminnan häiriöissä. Häiriöt, jotka liittyvät tarkkaavaisuuden säätelyyn, voivat olla vaikeusasteiltaan hyvin erilaisia ja voivat vaikuttaa myös muiden henkisten toimintakykyjen tehokkuuteen. (AVH-työryhmä 2014g.)

Oiretiedostuksen puutteellisuus on yksi keskeisistä aivoverenkiertohäiriöön liittyvistä kognitiivisista häiriöistä. Kun potilas ei tunnista havaintotoimintojen, aistitoimintojen, motoristen toimintojen, tunne-elämän tai kognitiivisten toimintojen häiriöitä, jotka hoitohenkilökunta ja omaiset havaitsevat, on kyse oiretiedostuksen puutteellisuudesta. Oiretiedostamisen puutteellisuus ei liity aistitoimintojen puutokseen. (Nurmi & Jehkonen 2015, 228.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan toiminta- ja havainnointikyky saattaa olla heikentynyt. Jotta potilas kuntoutuu hahmottamaan myös halvaantuneen puolen kehostaan, kaikki hoitotoimet, keskustelu ja siirtymiset tehdään hänen halvaantuneen puolensa kautta. (AVH-työryhmä 2014e.)

Toisen puolen huomiotta jättämisestä käytetään termiä neglect. Se tarkoittaa, että sairastuneen on vaikeaa suunnata huomiotaan toiselle puolelle ja reagoida siitä suunnasta tuleviin ärsykkeisiin. Neglectiä voi esiintyä kaikkien aistien alueilla ja näin ollen se tuottaa vaikeutta hahmottaa sekä omaa kehoa kuin myös ympäröivää tilaa. Neglect ei johdu aistitoimintojen ongelmista tai näkökenttäpuutoksesta, tosin samanaikaisesti näitäkin oireita voi esiintyä. (AVH-työryhmä 2014i.)

Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamiin yleisoireisiin kuuluvat muistivaikeudet. Henkisen toimintakyvyn muutoksina muistivaikeudet ovat tyypillisiä ongelmia, jotka sairastuneet tuovat esille. (AVH-työryhmä 2015b.)

Kun ihminen sairastuu vakavasti, se aiheuttaa kriisin sekä sairastuneelle itselleen että myös hänen läheisilleen. Erilaiset tunteet kuten pelko, ahdistuneisuus ja masennus kuuluvat kriisin läpikäymiseen. Aivoverenkiertohäiriö saattaa vaikuttaa erilaisin tavoin tunne-elämään. Tunneperäiset reaktiot voivat johtua myös elimellisistä tekijöistä. Tunne-elämän muutoksiin vaikuttaa oleellisesti vaurion sijainti aivoissa. Sairastuminen voi aiheuttaa potilaalle voimakkaita mielialan vaihteluita ja masennusta saattaa esiintyä vielä vuosia aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeenkin. (AVH-työryhmä 2014j.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen masennus on alidiagnosoitua ja siten myös alihoidettua. Noin puolet sairastuneista kärsii jonkinasteisesta masennuksesta akuutin vaiheen jälkeen. Ensimmäisen vuoden aikana sairastumisesta vakavan masennuksen yleisyys jopa yleistyy. Masennus on vakava ongelma ja hoitamattomana vaikeuttaa potilaan kuntoutumismahdollisuuksia ja tulosten saavuttamista sekä lisää riskiä joutua pitkäaikaishoitoon. (Riekkinen 2012.)

Potilas ja hänen läheisensä tulee ottaa tärkeänä osana mukaan kuntoutukseen. Perheenjäsenten keskinäinen vuorovaikutus voi vaikuttaa kuntoutumistavoitteiden saavuttamiseen joko positiivisesti tai negatiivisesti. Omaiset edistävät potilaan kuntoutumista antamalla kuntoutujalle emotionaalista tukea sekä myös käytännön tukea erilaisten harjoitteiden tekemisessä. Omaisten tuella voi olla suurta merkitystä kuntoutumisen nopeuteen ja tavoitteiden saavuttamiseen. (Bernhardt 2010, 257, 265.)

3 HOITAJAN ROOLI AVH-POTILAAN KUNTOUTTAVASSA HOITOTYÖSSÄ

Yleiset työelämän ja toimintaympäristön muutokset sekä teknologian nopea kehitys vaikuttavat ammatillisen osaamisen ylläpitämiseen ja kehittämisen tarpeisiin. Myös ihmisten vaatimukset hoidosta ja sen laadusta ovat kasvaneet. Hoitotyöntekijöitä, jotka omaavat tahdon, halun ja kyvyn oppia jatkuvasti uutta, tarvitaan tämän päivän hoitotyössä entistä enemmän. Toiminnan vaikuttavuutta, potilasturvallisuutta, asiakastyytyväisyyttä ja palveluiden laatua voidaan parantaa koulutuksen avulla. Lisäksi se lisää hoitohenkilökunnan työmotivaatiota ja työhön sitoutumista. Koulutuksella on myös työhyvinvointia edistävä merkitys. (Luukkainen & Uosukainen 2011, 106.)

Mäntysen (2007) tutkimuksessa nousi esille sairaanhoitajan asiantuntijuus moniammatillisessa kuntoutuksessa. Tutkimukseen osallistui yhteensä 107 vastaajaa 43 työntekijää, 44 kuntoutujaa ja 20 kuntoutujien läheistä. Tutkijan mukaan tulisi säännöllisesti moniammatillisen kouluttautumisen kautta vahvistaa sairaanhoitajan asiantuntijuutta, jotta voitaisiin mahdollisimman tehokkaasti hyödyntää omahoitajuutta aivohalvauspotilaiden kuntoutumisen edistämiseksi. (Mäntynen 2007.)

Näyttöön perustava toiminta sairaanhoitajan työssä tarkoittaa, että hänellä on valmiudet näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamiseen ja tutkittu tieto käytettävissä helposti hyödynnettävässä muodossa. Näyttöön perustuvan hoitotyön tarkoituksena on hakea tietoa potilaan terveydentilasta eri lähteistä ja yhdistää saadut vastaukset potilaan hoitoon liittyväksi päätökseksi. Sairaanhoitaja suunnittelee saatujen tietojen, oman asiantuntijuutensa ja tarvittaessa myös moniammatillisen työryhmän muiden jäsenten avulla potilaan yksilöllisen hoidon. (Mäkipää & Hahtela 2011, 37-38.) Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttava hoitotyö pe-

rustuu moniammatilliseen yhteistyöhön (Oinas & Soininen 2015). Moniammatillisessa yhteistyössä hoitaja toimii hoitotyön asiantuntijana neurologisen potilaan hoidossa ja kuntoutuksessa (Mäkipeura, Meretoja, Virta-Helenius & Hupli 2007).

Näyttöön perustuvan päätöksenteon edellytys on potilaan oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Potilasta on kuultava ja informoitava erilaisista hoitovaihtoehdoista niiden hyötyineen ja haittoineen. Hoitajan tulee antaa potilaan osallistua omien kykyjensä ja mahdollisuuksiensa mukaan häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. Tämä edellyttää hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa. Potilaan osallistumisen toteutumiseen organisaatiokulttuurilla ja siellä korostuvilla arvoilla on merkitystä. Potilaan mukaan ottamiseen häntä itseään koskevaan päätöksentekoon vaikuttaa myös hoitohenkilökunnan käsitykset potilaista ja siitä, miten he suhtautuvat potilaiden osallistumismahdollisuuksiin. (Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 27.) Kuntoutusprosessissa asiakaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että kuntoutujan tarvetta tiedonsaantiin ja ammattitaitoiseen kohteluun kunnioitetaan. Kuntoutujat haluavat, että heidät kohdataan kokonaisvaltaisina yksilöinä. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008.)

Toiminnan päämääriä, tavoitteita ja motiiveja ohjaavat arvot. Oletukset, uskomukset ja arvot, jotka ovat muodostuneet työn ja oppimisen myötä, ovat työyhteisön kulttuurin ydin. Näyttöön perustuvan kulttuurin rakentamisen edellytyksenä on hoitotyöntekijöiden valmius omaksua kriittinen ja refleктоiva asenne hoitotyöhön. Tämä perustuu uudistuvaan oppimiseen. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 19-21.)

Hoitajan asenteella on merkitystä siihen, miten hän toteuttaa kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Sillä, mitä mahdollisuuksia hoitajan mielestä kuntoutumiselle on, on merkitystä ja yhteyttä hoitajan toiminnalle. Päivittäisellä kuntoutumista edistävällä toiminnalla on seuraus hoidon laadullisiin tuloksiin, koska se vähentää vuodepotilaiden määrää ja lisää asiakkaiden sosiaalista aktiivisuutta. Hoitajien sitoutumista kuntoutumista edistävään toimintatapaan auttaa organisaation yhteiset päämäärät ja tavoitteet. (Vähäkangas 2010.)

Kuntoutumisen tukemisen ydintoimintoihin hoitajan työssä kuuluvat toimintakyvyn arviointi, voimavaralähtöisyys, monialainen yhteistyö, kuntoutusprosessin tunteminen ja dialogitaidot. Tärkein ydintoiminto kuntoutustoiminnassa on hoitajan asenne. Kaiken muun oppii jos asenne tekemäänsä työtä kohtaan on oikea. (Suvikas, Laurell & Nordman 2013, 119.)

Elo, Saarnio, Routasalo ja Isola (2011) tutkivat ikääntyneiden potilaiden gerontologista kuntouttavaa hoitotyötä terveyskeskussairaaloiden ympäristöissä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimukseen osallistui neljän eri sairaalan sairaanhoitajia ja perushoitajia (n=367). Potilaita ympäri vuorokauden näkevien hoitajien olisi otettava aktiivisempi rooli moniammatillisessa kuntoutusryhmässä. Hoitajat pystyvät paremmin arvioimaan potilaiden mahdollisuuksia selvittää itsenäisesti jokapäiväisistä toiminnoista. He nostivat esille myös kuntouttavan hoitotyön yhteiset tavoitteet ja hoitohenkilöstön koulutuksen. (Elo ym. 2011.)

Kuntoutusprosessissa kuntoutujan rooli on osallistuva ja aktiivinen. Hänen tukeunaan on kuntoutustyöntekijä, joka antaa omaa tietotaitoaan kuntoutusprosessin tueksi. Tärkeää on myös tasa-arvoinen vuorovaikutussuhde. Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää molemmilta osapuolilta aktiivista sitoutumista. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 189.) Kuntoutujan motivaatiota ylläpitää se, että hänen omat kokemukset huomioidaan. Tämä mahdollistaa myös kuntoutuksen tuloksellisuuden. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008.)

Aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuva potilas on emotionaalisesti haasteellinen. Hoitajilta edellytetään todellista herkkyyttä ja ammattitaitoa lukea erilaisia tilanteita, tukea potilasta juuri hänen tarvitsemallaan tavalla ja esimerkiksi antamaan ohjausta potilaan sietäminä annoksina. Potilaat kykenevät yksilöllisesti ottamaan ohjeita vastaan ja on tärkeää edetä potilaan vastaanottokyvyn mukaan. (Kauppi 2014.) Huomiota tulee kiinnittää kuntoutujalle suunnattuun tiedonvälitykseen ja siihen, että kuntoutuja on ymmärtänyt saamansa tiedon. Myös ohjauksen oikea-aikaisuus on otettava huomioon. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008.)

Omaisilla on tärkeä rooli potilaan kuntoutumisessa. Omaisille pitää jakaa tietoa ja tukea sekä antaa heille mahdollisuus myös hengähdystaukoon potilaan kuntouttamisessa. On tärkeää huomioida omaisten jaksaminen ja tarvittaessa ohjata heidät saamaan ammattiapua läheisen sairastumisesta aiheutuneen kriisin käsittelyyn. (Pessah-Rasmussen 2014, 342.)

Sairastuminen tapahtuu yleensä äkillisesti ja tulee siksi yllätyksenä ennen kaikkea potilaalle, mutta myös hänen läheisilleen. Sairaanhoitajalta edellytetään valmiutta kohdata ja toimia kriisissä olevan koko perheen kanssa. Vaikka aivoinfarkti ja sen saanut potilas haastavat neurologisen hoitajan, työ on palkitsevaa ja mielenkiintoista. (Hurri 2011.) Aivoinfarktissa kyse on vakavasta sairaudesta ja silloin mukana ovat suuret tunteet. Olennainen osa hoitotyötä on myös huolissaan olevien omaisten huomioinen ja tukeminen. (Kauppi 2014.)

Heti sairastumisprosessin alussa aloitetaan sekä potilaan että hänen läheisensä tukeminen ja ohjaus. Kuntoutumista edistävän hoitosuhteen luomiselle on tärkeää luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Vastavuoroisen ja luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen edistää potilaan kuntoutumista. Epävarmuutta ja epätietoisuutta vähentävät sekä potilaan että hänen läheistensä tiedonsaannin turvaaminen koko hoito- ja kuntoutusprosessin ajan. Usein läheisillä on halu ja tarve auttaa potilaan kuntoutuksessa, mutta he eivät osaa tai uskalla. Tällöin on tärkeää, että hoitaja rohkaisee, kannustaa ja ohjaa oikeita toimintatapoja toimintaan. (Kaila 2009, 8-9.) Tärkeänä osana kuntoutukseen kuuluu potilaan omaisten huomioiminen (Aivoinfarkti: Käypä hoito –suositus 2011).

Aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessi jaetaan kolmeen kategoriaan, joita ovat kuntoutuspalveluiden rakenne, toimivuus ja tulokset. Nämä ovat tärkeitä elementtejä kuntoutuskäytännöissä ja luovat pohjaa sille, mihin hoitotyön rooli asettuu kuntoutusprosessissa. Kuntouttavaan hoitotyöhön ja sairaanhoitajan rooliin kuuluvat arviointi, koordinointi ja kommunikointi sekä viestintä, fyysinen hoito, hoidon

integrointi, muiden hoitotyön ammattilaisten aloittamien hoitomuotojen ja terapioiden jatkaminen, emotionaalinen tuki potilaalle ja hänen omaisilleen. (Kerr 2012, 36.)

Laadukkaan, potilaslähtöisen, vaikuttavan ja tuloksellisen potilashoidon saavuttamisessa edellytetään tulevaisuudessa yhä enemmän monialaisen asiantuntijuuden mahdollisuuksien tunnistamista. Uudenlaisiksi kokonaisuuksiksi ja moniammatillista asiantuntijuutta hyödyntäviksi on suunniteltava potilaan hoitopolulla erilaisissa vaiheissa toteutuvat hoidon tarpeen määrittäminen, suunnittelu, toteutus, arviointi ja kuntoutus. Yhtenä osa-alueena alakohtainen erityisosaaminen liittyy potilaslähtöisyyteen, vaikuttavuuteen, tuloksellisuuteen ja laatuun liittyviin osaamisvaatimuksiin. Etenkin potilaslähtöisyys, inhimillisyys ja vastuullisuus ovat säilytettävää tulevaisuuden osaamista. (Nurminen 2011, 8.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen hoitohenkilökunnan tietoa ja ammatillista osaamista aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuneen potilaan kuntouttavasta hoitotyöstä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan ammatillista osaamista AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä sekä selvittää koulutustarvetta AVH-potilaan kliinissä hoitotyössä.

Tutkimusongelma:

1. Mitä hoitohenkilökunta tietää AVH-potilaan kuntouttavasta hoitotyöstä?

5 OPINNÄYTETYÖN EMPIRINEN TOTEUTTAMINEN

Aivohalvaukseen sairastuneen itsenäistä suoriutumista ja toimintakykyä pyritään kehittämään kuntoutuksen avulla. Kuntoutuksella lievitetään myös sairastumisesta aiheutuneita oireita. (Leppikangas 2012, 27.) Kuntoutujan omien voimavarojen tukemista ja hänen aktiivista osallistumisestaan omaan hoitoonsa korostetaan kuntoutumista edistävässä hoitotyössä. Potilaan omatoimisuutta tukevana toimintana kuntoutus sisältyy kaikkeen päivittäiseen hoitotyöhön ja se nähdään kuntoutujan hyvän hoidon osana. (Jaakkola 2011, 12-14.)

Terveysteen liittyvä elämänlaatu heikentyy huomattavasti kun ihminen sairastuu aivohalvaukseen. Se, millaisia vaikutuksia sairastumisella on, vaihtelee paljon riippuen sairastuneen oireista. Aivohalvaukseen sairastuneiden elämänlaatua ja toimintakykyä tavanomaisten toimintojen, liikkumisen ja energisyyden osalta voidaan edistää intensiivisellä laitostuntoutuksella. (Leppikangas 2012, 17, 61.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin käynnissä olevan Yksi sairaala-uudistuksen yhtenä tarkoituksena on, että hoidon laatu koko sairaanhoitopiirissä on yhteneväinen ja esimerkiksi perusterveydenhuoltoa tukevia palveluita lisätään ja uusia kehitetään. Tämä tarkoittaa yhteistyötä konsultaatioissa, koulutuksissa, jalkautuvassa erikoissairaanhoidossa ja hoitoketjuissa. Myös erikoissairaanhoidon työmäärää voidaan pienentää tukemalla perusterveydenhuoltoa ja siellä tehtävää työtä. (Yksi sairaala 2014.)

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen kanssa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yhtenä tavoitteena on AVH-hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen ja Salon terveyskeskussairaala on ottanut AVH-potilaan kuntouttavan hoitotyön kehittämiskohteekseen. Toimeksiantosopimus (liite 1) tehtiin Salon terveyskeskussairaalan kanssa. Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin lokakuussa 2014, jolloin tekijä kävi yhdessä opinnäytetyön ohjaavien opettajien kanssa tapaamassa toimeksiantajan edustajia Salon terveyskeskussairaalassa.

Tietoa AVH-potilaan kuntouttavasta hoitotyöstä ja hoitajan ammatillisesta osaamisesta etsittiin Cinahl-, Medic-, Medline- ja Cochrane-tietokannoista. Hakusanoina käytettiin muun muassa opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä, kuten ”stroke”, ”nursing”, ”rehabilitation”, ”knowledge test” ja ”competence”. Hakujen rajoituksina käytettiin koko tekstin saatavuutta ja ensin julkaisuvuotia 2009-2014. Myöhemmin hakuja muutettiin laajentamalla vuosilukurajausta vuosiin 2006-2014. Hakuja ei ole rajattu kielen tai julkaisutyypin mukaan. Medic-tietokannan hauissa ovat mukana myös asiasanojen synonyymit. Yhteensä hakuja edellä mainituista tietokannoista löytyi 1177, joista kokotekstin perusteella mukaan valittiin 15. Kaikkia aikaisemmin mukaan valittuja ei kuitenkaan käytetty lopullisessa työssä. Lisäksi tietoa etsittiin Turun yliopistollisen keskussairaalan neuron toimialueen sähköisestä materiaalista.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään yleisimmin kyselylomakkeita aineistonkeruumenetelmänä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87). Kyselytutkimukseen on mahdollista saada paljon henkilöitä ja kysymyksiä voi olla runsaastikin. Hyvin suunnitellun kyselylomakkeen avulla voidaan tehokkaasti kerätä tutkimusaineistoa ja aineiston pystyy nopeasti käsittelemään tallennettuun muotoon analysoitavaksi. Kyselylomakkeilla kerättävän tiedon käsittelyyn on jo olemassa esimerkiksi erilaisia analysointitapoja, jotka helpottavat tutkimuksen tekoa myös aikataulullisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.)

Yksi tyypillinen kvantitatiivisen aineiston tiedonkeruumenetelmä on internet-kysely. Tämä edellyttää, että jokaisella perusjoukkoon kuuluvalla on oma sähköpostiosoite ja mahdollisuus internetin käyttöön. (Heikkilä 2014.) Internet-kysely valittiin aineistonkeruumenetelmäksi siksi, että palvelu toimii verkon välityksellä. Tällä tavoin on mahdollista saavuttaa koko perusjoukko vaivattomasti ja nopeasti. Myös aineistonkeruu internet-kyselyn välityksellä oli välimatkojen takia helpompaa.

Kyselylomake (liite 2) laadittiin tätä opinnäytetyötä varten. Kyselylomakkeen alussa oli kolme taustakysymystä vastaajan ammattiin ja työkokemukseen liittyen. Kyselyn väittämät laadittiin tutkimusongelman ympärille ja jaoteltiin viiteen alaluokkaan, jotka ovat aivojen anatomia ja fysiologia, aivoverenkiertohäiriöt, riskitekijät ja oireet, akuuttivaiheen hoito sekä kuntouttava hoitotyö. Suurin osa oli väittämiä, joihin vastausvaihtoehtoja oli kolme; kyllä, ei ja en tiedä. Lisäksi oli muutama väittämä, joissa oli eri vastausvaihtoehtoja ja niistä piti valita oikea. Väittämistä riippuen oikeita vastauksia oli yksi tai useampia. Esimerkkinä tällaisesta väittämästä on ”Ensisijainen lääke AVH-potilaan kivunhoitoon on a. ibuprofeeni, b. oksikodoni, c. parasetamoli.” Kyselyn lopussa oli yksi avoin kysymys.

Kyselylomakkeen toimivuutta ja asiasisältöä arvioivat TYKS:n AVH-valvonnan osastonhoitaja Annukka Pukkila, Salon terveyskeskussairaalan koordinoiva osastonhoitaja Päivi Virtanen ja TYKS:n AVH-valvonnan sairaanhoitaja, ylemmän AMK:n opiskelija Miia Sepponen. Kysymyslomake laadittiin itse perustuen kirjallisuuteen ja tutkimustietoon.

Arvioivien asiantuntijoiden mielestä suurin osa kyselyn väittämistä oli hyvin perusteltuja ja oleellisia liittyen aivojen anatomian ja fysiologian perusasioihin, oleellisiin asioihin aivoverenkiertohäiriöissä ja niiden hoidossa sekä kuntouttavassa hoitotyössä. Muutamaa väittämää he esittivät poistettavaksi niiden vaativuuden ja kohderyhmää ajatellen liiallista erityisosaamista edellyttäen ja ne poistettiin. Lisäksi muutaman väittämän kohdalla keskusteltiin kysymyksenasettelusta ja siitä, millä tavalla väite on ymmärrettävissä. Väitteitä muokattiin ymmärrettävämpään muotoon. Arvioitsijat arvioivat kyselyn väittämät kokonaisuudessaan kohtuullisen haastaviksi kohderyhmä huomioonottaen. Kuultuaan perustelut väitteiden haastavuudelle, yhteisymmärryksessä päädyttiin siihen, että kysely toteutetaan valitulla linjalla. Väittämien valintaa perusteltiin sillä, että potilaan hoidon kokonaisuuden hahmottamisen kannalta hoitajan on tärkeää tietää perusasiat aivojen anatomista ja toiminnasta, tunnistaa riskitekijöitä ja oireita sekä tietää miten potilasta akuuttivaiheessa hoidetaan. Tällöin hoitaja pystyy paremmin vastaamaan AVH-potilaan kuntouttavan hoitotyön, potilaiden ja omaisten asettamiin

haasteisiin. Lisäksi jos väitteet olisivat olleet vastaajille liian helppoja, koulutus- tarpeen selvittäminen ei välttämättä onnistuisi. Väitteiden selkiytyttyä kyselyn vastaamiseen kuluva aikaa testattiin kolmella sairaanhoitajalla, jotka eivät kuuluneet kyselyn kohderyhmään. Heidän vastausaikansa olivat 12-15 minuuttia ja arvioitsijoiden kanssa todettiin sen menevän kyselytutkimuksen vastaamiseen suositeltuun aikarajaan.

Saatekirjeessä tulee kertoa tutkimuksen tarkoitus, korostaa tutkimuksen luottamuksellisuutta ja motivoida vastaajia osallistumaan (Turku CRC 2014). Saatekirjeessä selvitetään tutkimuksen taustaa ja vastaamista. Saatekirjeellä voi olla merkitystä siihen, vastataanko kyselyyn vai ei ja siksi sen tehtävänä on motivoida vastaajaa. (Heikkilä 2008, 61.) Saatekirjeen merkitys korostuu posti- ja nettikyselyissä. Saatekirjeessä tulee näkyä myös tekijän ja ohjaavan opettajan yhteystiedot. (Lehtonen ym. 2009.) Tämän tutkimuksen saatekirjeessä (liite 3) edellä mainitut asiat ovat huomioitu. Tutkimuslupa (liite 4) saatiin Salon terveyskeskussairaалalta tammikuussa 2015.

Salon terveyskeskussairaалassa on kolme vuodeosastoa, joista kaksi sijaitsee Salossa pääterveysasemalla ja yksi Perniössä. Potilaspaikkoja pääterveysasemalla on 90 ja Perniössä 31. Osastoilla on mahdollisuus tutkimuksiin, sairauksista toipumiseen, kuntoutukseen sairauden tai toimenpiteiden jälkeen sekä saattohoitoon. Osastohoito on kohdistettu potilaille, jotka eivät pärjää kotona, mutta eivät ole alue- tai keskussairaalahoidon tarpeessa. (Salon kaupunki 2015.)

Salon terveyskeskussairaalan paikat ovat jaettu lyhytaikaiseen hoitoon sekä pitkäaikaisempaan hoitoon tarkoitettuihin. Lyhytaikaisilla paikoilla hoidetaan esimerkiksi kuntoutuspotilaita, tutkimuspotilaita, säärihaavapotilaita, keuhkokuume- ja sokeritautipotilaita ja juomiskierteen katkaisupotilaita. Pitkäaikaista hoitopaikkaa tarvitsevat esimerkiksi potilaat, jotka eivät enää kuntoudu kotiin ja odottavat osastolla jatkohoitopaikkaa palvelutaloon tai vanhainkotiin. (Salon kaupunki 2015.)

Vuodeosasto 1 on suuntautunut aivoverenkiertopotilaan kuntouttavaan hoitotyöhön ja vuodeosasto 2 tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoitoon. Perniössä sijaitseva vuodeosasto 3 on yleisosasto, jossa hoidetaan kaikkia potilasryhmiä. Vaikka vuodeosasto 1 on AVH-potilaiden ensisijainen sijoituspaikka, heitä hoidetaan potilaspaikkatilanteesta kulloinkin johtuen kaikille vuodeosastoilla. Vuodeosastoilla on yhteensä 62 sairaanhoitajaa ja 36 lähihoitajaa. (Virtanen Päivi 9.10.2014, henkilökohtainen tiedonanto.)

Kysely lähetettiin Salon terveystieteiden keskuksen vuodeosastoilla yli kolme kuukautta työskennelleille sairaanhoitajille (62) ja lähihoitajille (36). Vastaajia informoitiin kyselystä sähköpostitse koordinoivan osastonhoitajan välityksellä. Lisäksi käytiin henkilökohtaisesti jokaisella kolmella osastolla osastotunnilla kertomassa tutkimuksesta ja motivoimassa hoitohenkilökuntaa osallistumaan tutkimukseen.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin sähköisesti kyselylomakkeella (Webropol) 2.2.2015- 20.2.2015. Kyselyaikaa jatkettiin alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen vielä viikolla alhaisen vastausprosentin takia. Kyselyn kokonaisajankohta oli 2.2.2015- 27.2.2015. Kyselyyn vastasi 26 hoitajaa eli vastausprosentti oli 25.

Frekvenssi tarkoittaa lukumäärää, kuinka monta kertaa joku ominaisuus esiintyy. Muuttujan arvoista ja niiden saamista frekvensseistä kootaan frekvenssijakauma. (Internetix 2015.) Opinnäytetyön aineisto analysoitiin väittämien osalta tilastollisesti Excel-ohjelman avulla kuvailevia tunnuslukuja frekvenssi ja prosentti käyttäen sekä kuvioin ja taulukoin.

Korrelaatiokerrointa käytetään mitattaessa kahden muuttujan välistä riippuvuutta. Hajontakaavion avulla on hyvä aloittaa muuttujien välisen riippuvuuden tarkastelu. Korrelaatiokerroin vaihtelee -1:n ja 1:n välillä. Lineaarista riippuvuutta ei ole, jos kerroin on lähellä arvoa 0. (Heikkilä 2008, 90-91.) Taustamuuttujille tehtiin lisäksi ristiintaulukointia, jossa tarkasteltiin yhteyttä hoitajien tietotasoon AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä.

Sisällönanalyysin avulla analysoidaan ja kuvataan erilaisia aineistoja. Sisällönanalyysin avulla on mahdollista tavoittaa sisältöjä, merkityksiä ja seurauksia. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009, 133-134.) Kyselyn avoin kysymys analysoitiin sisällönanalyysillä. Analysoiminen oli vaikeaa, koska kysymykseen tuli vain kaksi vastausta.

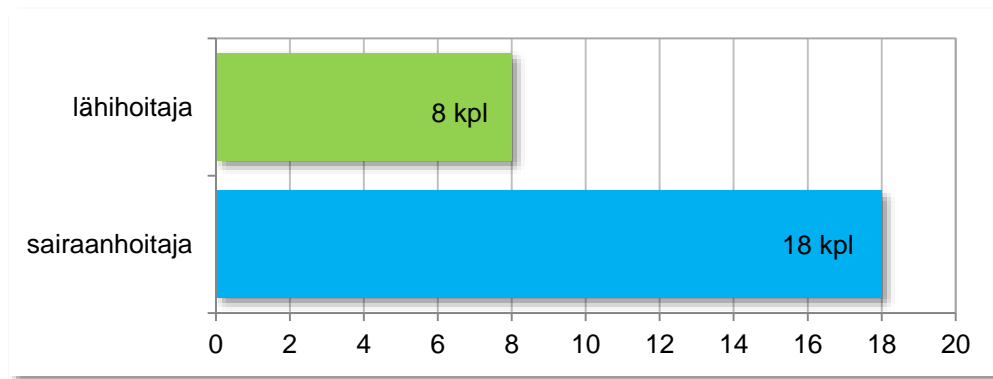
Kyselyn vastausten arviointiin tehtiin luokitus, jossa kiitettäväksi tulos on arvioitu, jos vastauksista 85-100% oli oikein, hyväksi 70-84%, tyydyttäväksi 50-69%, välttäväksi 30-49% ja heikoksi alle 30%.

Opinnäytetyö raportoitiin Turun ammattikorkeakoulun Salon toimipisteessä toukokuussa 2015. Myös Salon terveyskeskussairaalan koordinoiva osastonhoitaja Päivi Virtanen osallistui raportointiseminaariin. Valmis työ toimitettiin toimeksiantajalle ja Theseus-tietokantaan.

6 TULOKSET

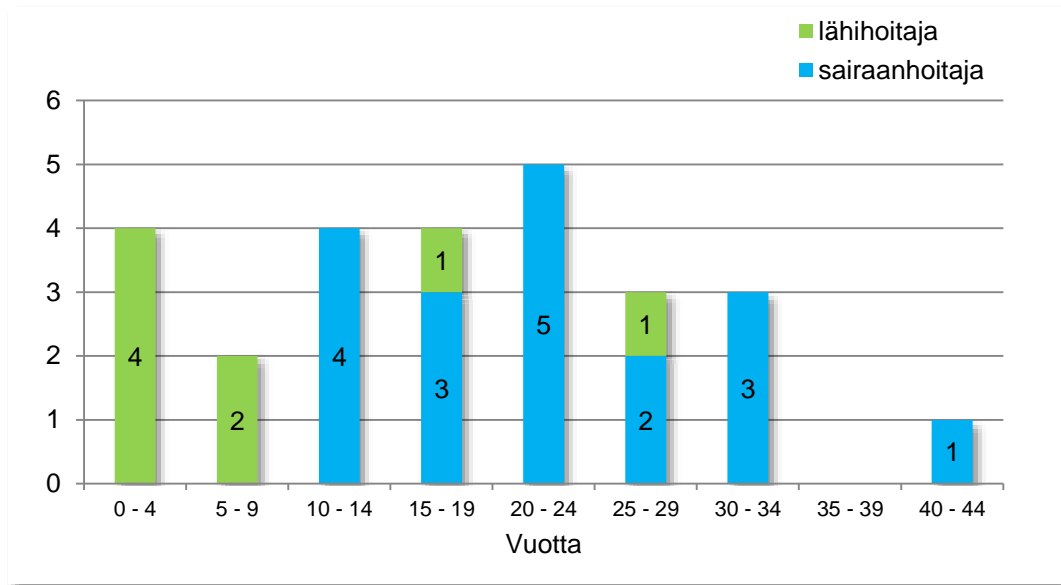
Kyselyyn vastasi yhteensä 26 hoitotyöntekijää Salon terveyskeskussairaalan kolmelta vuodeosastolta. Kysely lähetettiin 62:lle sairaanhoitajalle ja 36:lle lähihoitajalle. Kyselyn vastausprosentti oli 25. Kysely oli Webropol-ohjelman kautta avattu 59 kertaa, joten avanneista siihen vastasi 44%.

Vastaajista kaksi ilmoitti ammattinimikkeeksi perushoitaja ja heidät liitettiin lähihoitajien ryhmään. Yksi vastaajista ei ilmoittanut ammattinimikettään ja myös hänet liitettiin lähihoitajien ryhmään. Vastaajista suurin osa (69%, f=18) oli sairaanhoitajia ja vajaa kolmasosa (31%, f=8) oli lähihoitajia. (Kuvio 1.)



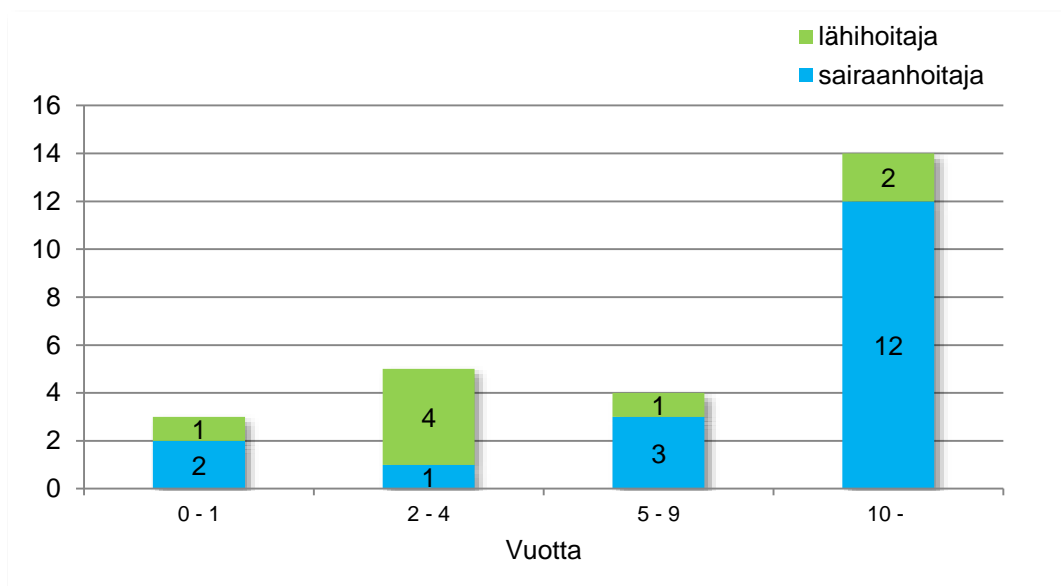
Kuvio 1. Salon terveyskeskussairaalan kyselyyn vastanneiden hoitotyöntekijöiden jakauma ammattinimikkeiden mukaan (n=26).

Vastanneista sairaanhoitajilla 61% (f =11) oli työkokemusta hoitoalalta yli 20 vuotta ja 39% (f =7) työkokemusta oli 10-19 vuotta. Kenelläkään sairaanhoitajalla työkokemusta hoitoalalta ei ollut alle 10 vuotta. Lähihoitajista puolet (50%, f= 4) oli työskennellyt hoitoalalla alle 5 vuotta ja 25% (f =2) 5-10 vuotta. Yhden lähihoitajan työkokemus hoitoalalta oli 15-20 vuotta ja yksi oli työskennellyt 25-30 vuotta. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Salon terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunnan työkokemus hoitoalalta ammattiryhmittäin (n=26).

Sairaanhoitajista 67% (f =12) oli työskennellyt nykyisessä työssään yli 10 vuotta, 17% (f=3) 5-9 vuotta ja alle 5 vuotta oli työskennellyt myös 17% (f =3). Lähihoitajista puolella (50%, f=4) työkokemusta nykyisestä työstä oli 2-4 vuotta. 37,5% (f=3) lähihoitajista oli työskennellyt nykyisessä työssään yli 5 vuotta ja yksi lähihoitaja (12,5%) alle 2 vuotta. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Salon terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunnan työvuodet nykyisessä työssä (n=26).

Sairaanhoidajista kaikki (100%) olivat vastanneet oikein väittämiin ”aivot sijaitsevat kallon suojassa” ja ”toiminnallisesti aivopuoliskoilla ovat omat tehtäväalueensa ja ne hallitsevat kehon eri puolia”. Myös aivojen osien (83%), keskushermoston hermosolujen uusiumattomuuden (89%) ja väitteen ”kun verenkierto pysähtyy verisuonessa, tästä suonesta verensä saaneet aivosolut kuolevat hapenpuutteeseen” (83%) tietämys oli sairaanhoitajilla hyvää. Väittämä, jossa piti valita kuinka moneen lohkoon isoavot jaotellaan, oli selkeästi heille vaikein (oikeinvastausprosentti 17). Eniten en tiedä -vastauksia oli väittämien ”valtimot ovat yhteydessä toisiinsa aivojen pohjalla sijaitsevan verisuonikehän välityksellä” (f=7) ja ”valtimot tuovat aivoille verta noin kolme litraa minuutissa” (f=9) kohdalla. (Taulukko 1.)

Lähihoitajista kaikki olivat vastanneet 100% oikein kolmeen väittämään eli ”aivot sijaitsevat kallon suojassa”, ”toiminnallisesti aivopuoliskoilla ovat omat tehtävänsä ja ne hallitsevat kehon eri puolia” ja ”aivoihin verta tuo neljä suurta valtimoa: kaksi kaulavaltimoa ja kaksi nikamavaltimoa”. Kiitettävää tietämystä oli väitteen, jossa piti tietää aivojen osat (88%), kohdalla. Eniten väärää vastauksia oli lähihoitajille tullut väitteiden kohdalla, jossa piti valita oikein aivoihin kuuluvat osat ja siinä oikeinvastausprosentti oli 0 (f=0) sekä väitteessä ”aivojen verenkierron keskeytyminen viideksi sekunniksi johtaa tajuttomuuteen”, jossa oikeinvastausprosentti oli myös 0 (f=0). Väitteessä ”valtimot tuovat aivoille verta noin kolme litraa minuutissa” (f=4), oli eniten en tiedä -vastauksia. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen hoitajien tietotaso aivojen anatomista ja fysiologiasta (n=26).

Aivojen anatomia ja fysiologia	sairaanhoidaja			lähihoitaja		
	%	f	en tiedä	%	f	en tiedä
Aivojen osat ovat: a. isoaiivot, pikkuaivot ja aivorunko, b. pikkuaivot, keskiaivot ja isoaiivot, c. aivokurkiainen, pikkuaivot ja isoaiivot	83%	15	0	88%	7	0
Isoaiivot jaotellaan: a. kahteen lohkoon, b. neljään lohkoon, c. kuuteen lohkoon	17%	3	0	0%	0	0
Aivot sijaitsevat kallon suojassa.	100%	18	0	100%	8	0
Toiminnallisesti aivopuoliskoilla ovat omat tehtäväalueensa ja ne hallitsevat kehon eri puolia.	100%	18	0	100%	8	0
Aivoihin tuo verta neljä suurta valtimoa: kaksi kaulavaltimoa ja kaksi nikamavaltimoa.	78%	14	2	100%	8	0
Valtimot ovat yhteydessä toisiinsa aivojen pohjalla sijaitsevan verisuonikehän välityksellä.	39%	7	7	63%	5	2
Yhden valtimon verenkierto ei pysty huolehtimaan koko aivojen verensaannista.	28%	5	2	50%	4	2
Valtimot tuovat aivoille verta noin kolme litraa minuutissa.	11%	2	9	13%	1	4
Aivojen verenkierron keskeytyminen viideksi sekunniksi johtaa tajuttomuuteen.	22%	4	2	0%	0	3
Keskushermoston hermosolut pystyvät uusiutumaan.	89%	16	1	25%	2	0
Kun verenkierto pysähtyy verisuonessa, tästä suonesta verensä saaneet aivosolut kuolevat hapenpuutteeseen.	83%	15	2	75%	6	1
Toimivat hermosolut eivät pysty korvaamaan vaurioituneita aivosoluja.	50%	9	1	38%	3	0

Aivoverenkierron väittämässä sairaanhoitajien tietotaso oli suurinta väittämien ”aivoinfarkti on aivoverisuonen äkillisestä tukkeutumisesta johtuva vaurio aivokudoksessa” (100%) ja ”aivoverenvuodoissa aivojen pinnalle tai aivokudoksen sisään vuotaa verta verisuonen seinämässä olevan repeytymän takia” (100%) kohdalla. Kiitettävällä tasolla oli väittämän ”TIA-kohtauksella tarkoitetaan pitkäkestoisista aivoverenkierron häiriöistä tietämys vääräksi (94%). Vaikein väittämä sairaanhoitajille oli väittämä ”aivoverenkiertohäiriöissä osa aivokudosta vaurioituu pysyvästi, eivätkä tämän alueen hermosolut enää kykene hoitamaan tehtäviään”. Siinä oikeinvastausprosentti oli 33 ja en tiedä-vastauksia tuli 3. Väittämä ”aivoverenvuoto on aivoverenkierron sairauksista yleisin” puolestaan oli jakanut vastaajat, yli puolet (67%) oli vastannut oikein ja 3 vastaajaa ei ollut tiennyt vastausta. (Taulukko 2.)

Lähihoitajat olivat esittäneet 100% osaamista väitteiden ”aivoinfarkti on aivoverisuonen äkillisestä tukkeutumisesta johtuva vaurio aivokudoksessa”, ”aivoverenvuodoissa aivojen pinnalle tai aivokudoksen sisään vuotaa verta verisuonen seinämässä olevan repeytymän takia” sekä väitteen, jossa piti valita verisuonen

repeytymän yleisin aiheuttaja. Samoin he tiesivät 100% ”TIA-kohtauksella tarkoitetaan pitkäkestoista aivoverenkierron häiriötä” väitteen vääräksi. Eniten väärää tietoa oli väittämän ”aivoinfarkti tai aivoverenvuoto aiheuttaa hermokudosvaurion, jonka korjaaminen ei ole enää mahdollista” kohdalla, siinä oikeinvastausprosentti oli 38. Epätietoisuutta oli aiheuttanut väite ”aivoverenvuoto on aivoverenkierron sairauksista yleisin” (f=2). (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen hoitajien tietotaso aivoverenkiertohäiriöistä (n=26).

Aivoverenkiertohäiriöt	sairaanhoidtaja			lähihoitaja		
	%	f	en tiedä	%	f	en tiedä
Aivoverenkiertohäiriöt erotellaan kahteen pääryhmään: aivoinfarktit ja aivoverenvuodot.	83%	15	0	75%	6	1
Aivoverenkiertohäiriöissä osa aivokudosta vaurioituu pysyvästi, eivätkä tämän alueen hermosolut enää kykene hoitamaan tehtäviään.	33%	6	3	63%	5	0
Aivoinfarkti on aivoverisuonen äkillisestä tukkeutumisesta johtuva vaurio aivokudoksessa.	100%	18	0	100%	8	0
TIA-kohtauksella tarkoitetaan pitkäkestoista aivoverenkierron häiriötä.	94%	17	0	100%	8	0
Aivoverenvuodoissa aivojen pinnalle tai aivokudoksen sisään vuotaa verta verisuonen seinämässä olevan repeytymän takia.	100%	18	0	100%	8	0
Aivoverenvuoto on aivoverenkierron sairauksista yleisin.	67%	12	3	50%	4	2
Aivoinfarkti tai aivoverenvuoto aiheuttaa hermokudosvaurion, jonka korjaaminen ei ole enää mahdollista.	61%	11	1	38%	3	1
Verisuonen repeytyminen syntyy yleensä: a. verenpainetaudin seurauksena, b. vamman aiheuttamana, c. perinnöllisistä syistä	78%	14	0	100%	8	0

Riskitekijöiden ja oireiden hallinnassa sairaanhoitajien tietomäärä väittämän ”aivoinfarkteista suurin osa ehkäistävissä hoitamalla keskeiset riskitekijät” kohdalla oli 100%. Kiitettävää tietämystä oli väitteiden ”yhtenä aivoverenvuotojen syynä ovat verisuonten synnynnäiset epämuodostumat” (94%), ”aivoverenvuodon oireet riippuvat vuodon sijainnista ja vuodon laajuudesta” (94%) ja ”aivoinfarkti voi olla niin vähäoireinen, ettei potilas kiinnitä siihen huomiota” (89%) kohdalla. Väite ”aivoinfarktin huomattavin riskitekijä on tupakointi” jakoi tietämyksen oikeinvastausprosentin ollessa 50. Epätietoisuutta oli väitteen ”aivoverenvuodot antavat yleensä tapahtumaa ennakoivia varoitusmerkkejä” kohdalla, oikeita vastauksia 56% (f=10) ja en tiedä -vastauksia 2. (Taulukko 3.)

Lähihoitajien tietomäärä riskitekijöiden ja oireiden hallinnassa väitteiden ”aivoinfarkteista suurin osa ehkäistävissä hoitamalla keskeiset riskitekijät”, ”yhtenä ai-

voverenvuotojen syynä ovat verisuonten synnynnäiset epämuodostumat” ja ”aivoverenvuodon oireet riippuvat vuodon sijainnista ja vuodon laajuudesta” kohdalla oli 100%. Kiitettävää tietoa oli myös väitteessä ”aivoverenkiertohäiriöistä on usein seurauksena toispuoleisia halvausoireita” (88%) ja väitteen ”tavallisin aivoinfarktin oire on kova päänsärky” tietäminen vääräksi (88%). Vähiten oikeita vastauksia oli väitteessä ”aivoinfarktin huomattavin riskitekijä on tupakointi” (13%) ja siihen vain yksi oli vastannut oikein. Lähihoitajista kukaan ei ollut tässä osiossa vastannut, ettei ole tiennyt vastausta. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen hoitajien tietotaso AVH-potilaan riskitekijöistä ja oireista (n=26).

Riskitekijät ja oireet	sairaanhoitaja			lähihoitaja		
	%	f	en tiedä	%	f	en tiedä
Aivoinfarkteista suurin osa on ehkäistävissä hoitamalla keskeiset riskitekijät.	100%	18	0	100%	8	0
Aivoinfarkti syntyy yleensä ilman yhtä selvää riskitekijää.	61%	11	0	75%	6	0
Aivoinfarktien huomattavin riskitekijä on tupakointi.	50%	9	0	13%	1	0
Yhtenä aivoverenvuotojen syynä ovat verisuonten synnynnäiset epämuodostumat.	94%	17	0	100%	8	0
Aivoverenkiertohäiriöiden oireet alkavat yleensä äkillisesti.	78%	14	1	38%	3	0
Aivoverenkiertohäiriöistä on usein seurauksena toispuoleisia halvausoireita.	72%	13	1	88%	7	0
Tavallisin aivoinfarktin oire on kova päänsärky.	72%	13	0	88%	7	0
Aivoinfarkti voi olla niin vähäoireinen, ettei potilas kiinnitä siihen huomiota.	89%	16	1	75%	6	0
Aivoverenvuodot antavat yleensä tapahtumaa ennakoivia varoitusmerkkejä.	56%	10	2	50%	4	0
Aivoverenvuodon oireet riippuvat vuodon sijainnista aivoissa ja vuodon laajuudesta.	94%	17	0	100%	8	0

Akuuttihoitotyössä sairaanhoitajien kiitettävä tieto oli väittämän ”aivoinfarktipotilaan liuotushoito on aloitettava 4,5 tunnin sisällä ensimmäisten oireiden ilmaantumisesta” (94%) kohdalla. Vähiten tietoa oli väitteestä, mikä on akuuttivaiheessa aivoinfarktiin sairastuneen verenpaineen yläraja (6%). Osio on selkeästi ollut sairaanhoitajille kyselyn vaikein, sillä epätietoisuutta oli useamman väittämän kohdalla ja oikeinvastausprosentit muita osioita matalampia. Lähihoitajien kiitettävä tieto kohdistui samoin väitteeseen ”aivoinfarktipotilaan liuotushoito on aloitettava 4,5 tunnin sisällä ensimmäisten oireiden ilmaantumisesta” (100%) . Kompastus-

kivi oli väite, jossa piti tietää mitä toimintoja tarkkaillaan kun seurataan AVH-potilaan tajunnantaso (0%). Kuten myös sairaanhoitajien kohdalla, lähihoitajillakin oli tässä osiossa eniten en tiedä -vastauksia. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen hoitajien tietotaso AVH-potilaan akuuttihoitotyössä (n=25).

Akuuttivaiheen hoito	sairaanhoitaja			lähihoitaja		
	%	f	en tiedä	%	f	en tiedä
Akuuttivaiheessa aivoinfarktiin sairastuneen verenpaineen yläraja on: a. 130/85 mmHg, b. 180/100 mmHg, c. 220/120 mmHg	6%	1	0	38%	3	0
AVH-potilaan tajunnantaso seurataan tarkkailemalla miten potilas: a. vastaa kysymyksiin, b. avaa silmiään, c. noudattaa kehotuksia, d. reagoi kivulle	50%	9	0	0%	0	0
Ensisijainen lääke AVH-potilaan kivunhoitoon on: a. ibuprofeeni, b. oksikodoni, c. parasetamoli	56%	10	0	50%	4	0
Aivoinfarktipotilaan liuotushoito on aloitettava 4,5 tunnin sisällä ensimmäisten oireiden ilmaantumisesta.	94%	17	0	100%	8	0
Akuuttivaiheessa verenpaineen nousu on elimistön suojausreaktio eikä sitä pääsääntöisesti saa alentaa.	22%	4	4	25%	2	1
Kohonnut verensokeri altistaa infarktin laajenemiselle.	56%	10	5	63%	5	3
Alkuvaiheen verensokerin nousu on usein elimistön stressireaktion syytä.	72%	13	3	25%	2	4
Elimistön neste- ja suolatasapainosta huolehditaan AVH:n akuuttivaiheessa ensisijaisesti glukosipitoisilla iv-nesteillä.	44%	8	3	38%	3	2
Kolesterolilääkitys aloitetaan lähes kaikille AVH-potilaille, vaikka kolesteroliarvot eivät olisikaan koholla.	50%	9	4	38%	3	3
AVH-potilaalle ei ole tarpeen aloittaa elinikäistä lääkitystä, jos hänen oireensa ovat ohittuneet.	61%	11	3	50%	4	3

Sairaanhoitajien tietämys kuntouttavassa hoitotyössä oli 100% väittämien ”aivo- halvauspotilaan kyky tuottaa liikettä ja vastaanottaa ärsykeitä omasta kehostaan ja ympäristöstään voi häiriintyä”, ”potilaan päivittäiset pesu-, pukeutumis- ja ruokailutilanteet ovat tärkeitä harjoitustilanteita”, ”tarkoituksenmukaisten lepoasentojen yhtenä tavoitteena on estää spastisuutta”, ”keuhkoihin saakka päässyt ruoka tai juoma saattaa aiheuttaa keuhkokuumeen” ja ”aivoverenkiertohäiriöön sairastuneella voi esiintyä masennusta vielä vuosia sairastumisen jälkeenkin” kohdalla. Sairaanhoitajat tiesivät myös 100% oikein, että väittämät ”potilaan puolesta tehdään asioita mahdollisimman paljon, jolloin hänen itse ei tarvitse olla liian aktiivinen”, ”nielemisen kannalta paras ruokailuasento on lähes makuuasento” ja ”jos nielemisrefleksi on heikentynyt, turvallisinta on juoda vain ohuita nesteitä kuten vettä tai maitoa” olivat vääriä. Kolmea väitettä ”lepoasennot voivat myös haitata potilaan kuntoutumista” (oikeinvastausprosentti 39), ”hahmotushäiriöissä on kyse aistien heikentymisestä” (33%) ja ”neglect johtuu näkökenttäpuutoksesta”

(50%) lukuunottamatta sairaanhoitajien tietotaso tässä osiossa oli hyvää tai kiitettävää. Eniten epätietoisuutta aiheutti väite ”kuntoutuminen perustuu aivojen muovautuvuuteen” (f=4). (Taulukko 5.)

Lähihoitajat vastasivat yli puoleen (57%) väittämistä 100% oikein. Näitä väittämiä olivat ”kuntoutumisessa pyritään hyödyntämään säilyneitä taitoja”, ”aivoverenkiertohäiriöissä kuntoutuminen perustuu suurelta osin menetettyjen taitojen uudelleen oppimiseen”, ”toimintakykyä voidaan parantaa kotiutumisen jälkeen ainakin vuoden ajan aivoinfarktin jälkeen”, ”AVH-potilaan aktivointi ja hoitaminen tapahtuu halvaantuneelta puolelta”, ”potilaan päivittäiset pesu-, pukeutumis- ja ruokailutilanteet ovat tärkeitä harjoitustilanteita”, ”tarkoituksenmukaisten lepoasentojen yhtenä tavoitteena on estää spastisuutta”, ”aivorungon vaurion seurauksena voi olla vaikeuksia hengityksessä”, ”keuhkoihin saakka päässyt ruoka tai juoma saattaa aiheuttaa keuhkokuumeen”, ”tarkkaavaisuuden säätelyyn osallistuvat monet eri aivoalueet, jonka vuoksi erilaiset aivotoimintojen häiriöt heikentävät tarkkaavaisuutta” ja ”neglect tarkoittaa kyvyttömyyttä havaita aivovaurion vastakkaisen puolen ärsykeitä”. Lisäksi lähihoitajat tiesivät 100% oikein, että seuraavat väittämät olivat väärä: ”vaurion vaikeusaste ei sinällään vaikuta kuntoutumisen edellytyksiin”, ”sairaanhoito ei kuulu kuntoutumista edistävään hoitotyöhön”, ”potilaan puolesta tehdään asioita mahdollisimman paljon, jolloin hänen itse ei tarvitse olla liian aktiivinen”, ”nielemisen kannalta paras ruokailuasento on lähes makuuasento”, ”jos nielemisrefleksi on heikentynyt, turvallisinta on juoda vain ohuita nesteitä kuten vettä tai maitoa” ja ”omaisten osallistuminen potilaan kuntoutumista tukevaan toimintaan ei ole suotavaa”. Vähiten tietämystä lähihoitajilla oli väitteen ”neglect johtuu näkökenttäpuutoksesta” (25%) kohdalla ja tässä oli heillä eniten myös en tiedä -vastauksia (f=2). (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen hoitajien tietotaso AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä (n=26.)

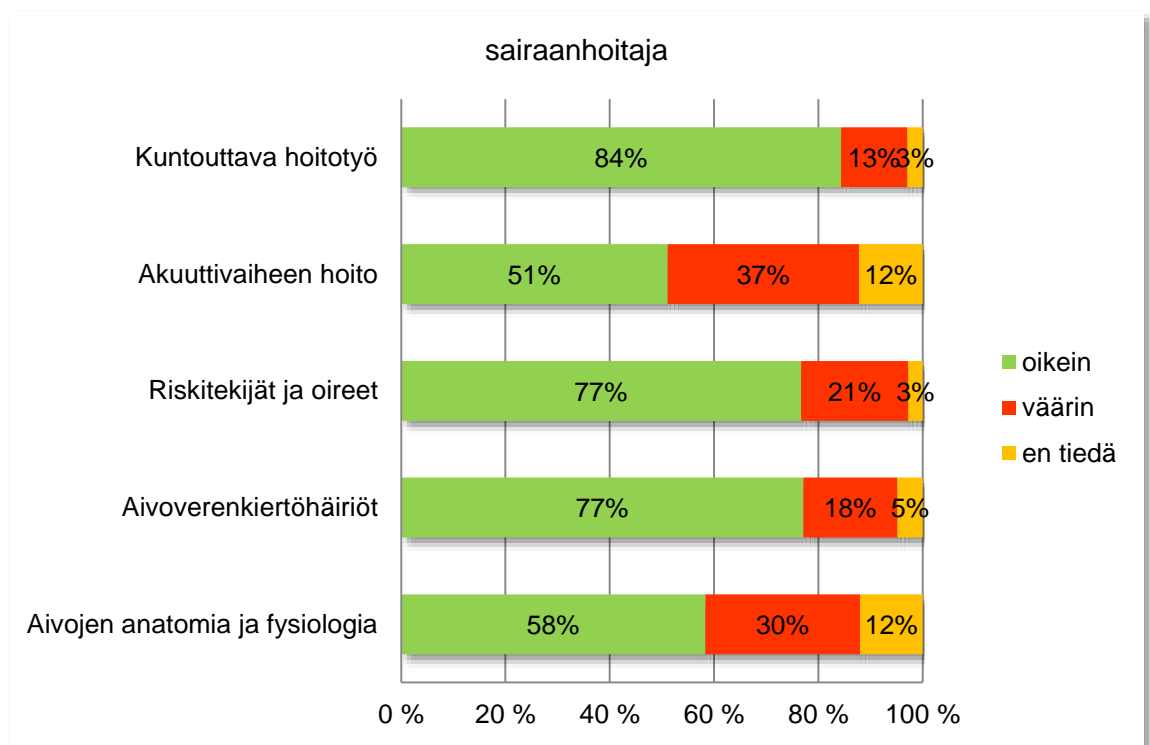
Kuntouttava hoitotyö	sairaanhoitaja			lähihoitaja		
	%	f	en tiedä	%	f	en tiedä
Kuntoutuminen perustuu aivojen muotoutuvuuteen.	72%	13	4	63%	5	1
Vaurion vaikeusaste ei sinällään vaikuta kuntoutumisen edellytyksiin.	83%	15	0	100%	8	0
Kuntoutumisessa pyritään hyödyntämään säilyneitä taitoja.	94%	17	0	100%	8	0
Sairaanhoito ei kuulu kuntoutumista edistävään hoitotyöhön.	67%	12	0	100%	8	0
Aivoverenkiertohäiriöissä kuntoutuminen perustuu suurelta osin menetettyjen taitojen uudelleen oppimiseen.	94%	17	0	100%	8	0
Toimintakykyä voidaan parantaa kotiutumisen jälkeen ainakin vuoden ajan aivoinfarkin jälkeen.	94%	17	0	100%	8	0
Aivohalvaukspotilaan kyky tuottaa liikettä ja vastaanottaa ärsykeitä omasta kehostaan ja ympäristöstään voi häiriintyä.	100%	18	0	88%	7	1
AVH-potilaan aktivointi ja hoitaminen tapahtuu halvaantuneelta puolelta.	89%	16	0	100%	8	0
Potilaan päivittäiset pesu-, pukeutumis- ja ruokailutilanteet ovat tärkeitä harjoitustilanteita.	100%	18	0	100%	8	0
Potilaan puolesta tehdään asioita mahdollisimman paljon, jolloin hänen ei itse tarvitse olla liian aktiivinen.	100%	18	0	100%	8	0
Suosittelavimpia asentoja vuoteessa potilaalle ovat kylkiasennot.	78%	14	1	38%	3	0
Potilasta ei saa makuuttaa halvaantuneella kyljellä.	78%	14	0	75%	6	1
Riittävän levon turvaamiseksi potilaan asentoa vaihdetaan vain kaksi kertaa yön aikana.	78%	14	1	88%	7	0
Tarkoituksenmukaisten lepoasentojen yhtenä tavoitteena on estää spastisuutta.	100%	18	0	100%	8	0
Lepoasennot voivat myös haitata potilaan kuntoutumista.	39%	7	2	50%	4	1
Aivorungon vaurion seurauksena voi olla vaikeuksia hengityksessä.	94%	17	1	100%	8	1
Aivohalvauksiin ei yleensä liity nielemisrefleksin heikentymistä.	83%	15	0	75%	6	0
Kuuhkoihin saakka päässyt ruoka tai juoma saattaa aiheuttaa keuhkokuumeen.	100%	18	0	100%	8	0
Nielemisen kannalta paras ruokailuasento on lähes makuuasento.	100%	18	0	100%	8	0
Jos nielemisrefleksi on heikentynyt, turvallisinta on juoda vain ohuita nesteitä kuten vettä tai maitoa.	100%	18	0	100%	8	0
Tarkkaavaisuuden säätelyyn osallistuvat monet eri aivoalueet, jonka vuoksi erilaiset aivotoimintojen häiriöt heikentävät herkästi tarkkaavaisuutta.	83%	15	3	100%	8	0
Hahmotushäiriöissä on kyse aistien heikentymisestä.	33%	6	1	38%	3	0
Neglect tarkoittaa kyvyttömyyttä havaita aivovaurion vastakkaisen puolen ärsykeitä.	78%	14	1	100%	8	1
Neglect johtuu näkökenttäpuutoksesta.	50%	9	1	25%	2	2
Aivoverenkiertohäiriöt eivät yleensä vaikuta tunne-elämään.	89%	16	0	88%	7	0
Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneella voi esiintyä masennusta vielä vuosia sairastumisen jälkeenkin.	100%	18	0	88%	7	1
Muistivaikeudet kuuluvat aivoverenkiertohäiriön aiheuttamiin yleisöireisiin.	94%	17	0	50%	4	1
Omaisten osallistuminen potilaan kuntoutumista tukevaan toimintaan ei ole suotavaa.	89%	16	0	100%	8	0

Avoimeen kysymykseen vastauksia siitä, mistä aihealueista AVH-potilaan hoitotyössä haluaisi enemmän tietoa, tuli kaksi. Vastausprosentti oli 8.

”Kuntoutus, ennaltaehkäisy”

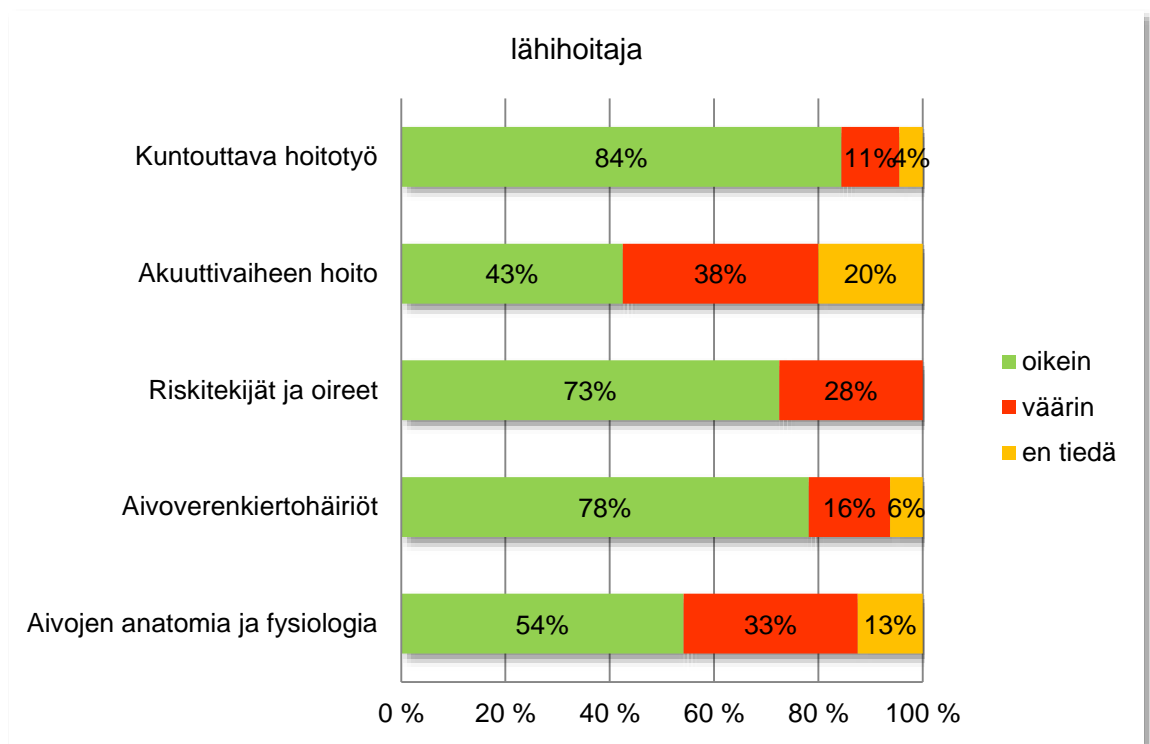
”Kaikesta yleisesti, syntymekanismit, hoito”

Sairaanhoitajien tietotaso (kuvio 4) oli suurinta AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä (84%). Akuuttivaiheen hoito jakoi vastaukset tietämyksen ollessa kuitenkin 51%. Eniten koulutustarvetta (yhteensä väärät vastaukset ja en tiedä -vastaukset) on aivojen anatomia ja fysiologiassa (49%) sekä akuuttihoitotyössä (32%).



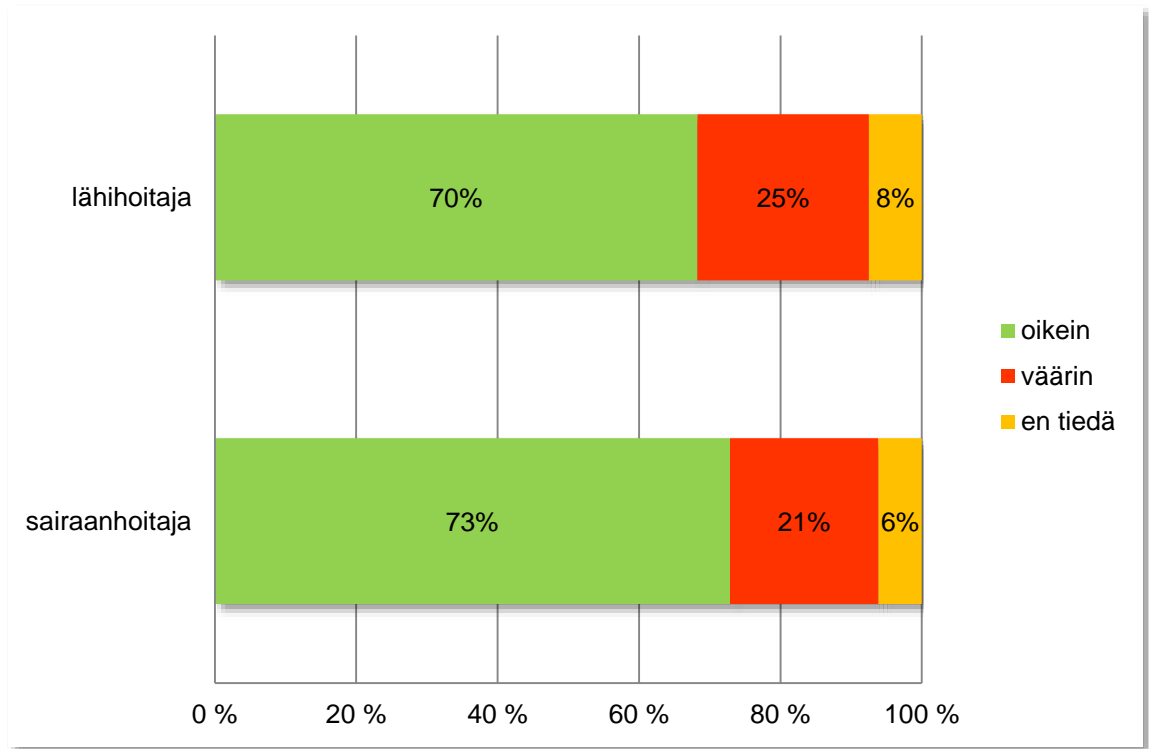
Kuvio 4. Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen sairaanhoitajien tietotaso AVH-potilaan hoitotyössä (n=18).

Sairaanhoitajien tavoin myös lähihoitajien osaaminen AVH-potilaan kuntouttavan hoitotyön alueella (84%) oli suurinta. Akuuttivaiheen hoidossa oli eniten tietämättömyyttä väärin vastausten ja en tiedä -vastausten ollessa yli puolet eli 58%. Sairaanhoitajien tavoin eniten koulutustarvetta on akuuttihoitotyössä (58%) sekä aivojen anatomiassa ja fysiologiassa (46%). (Kuvio 5.)



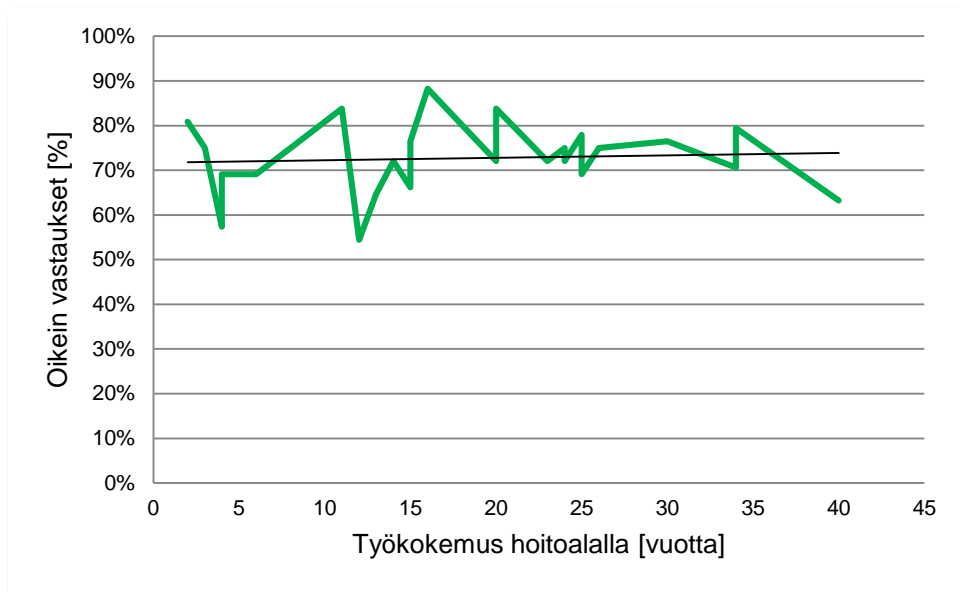
Kuvio 5. Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen lähihoitajien tietotaso AVH-potilaan hoitotyössä (n=8).

Sairaanhoitajien ja lähihoitajien tietotasossa AVH-potilaan hoitotyössä koko kyselyn osalta oli vain pienet erot jokaisen alaluokan välillä. Kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien ja lähihoitajien tietotaso kokonaisuudessaan AVH-potilaiden hoitotyöstä oli hyvää. Sairaanhoitajista 73% vastasi oikein kaikki kysymykset huomioon ottaen ja lähihoitajista 70%. Lähihoitajilla (25%) väärin vastauksia oli hieman enemmän kuin sairaanhoitajilla (21%). Myöskään en tiedä -vastausten kohdalla ei juurikaan ollut eroa ammattiryhmien välillä. (Kuvio 6.)

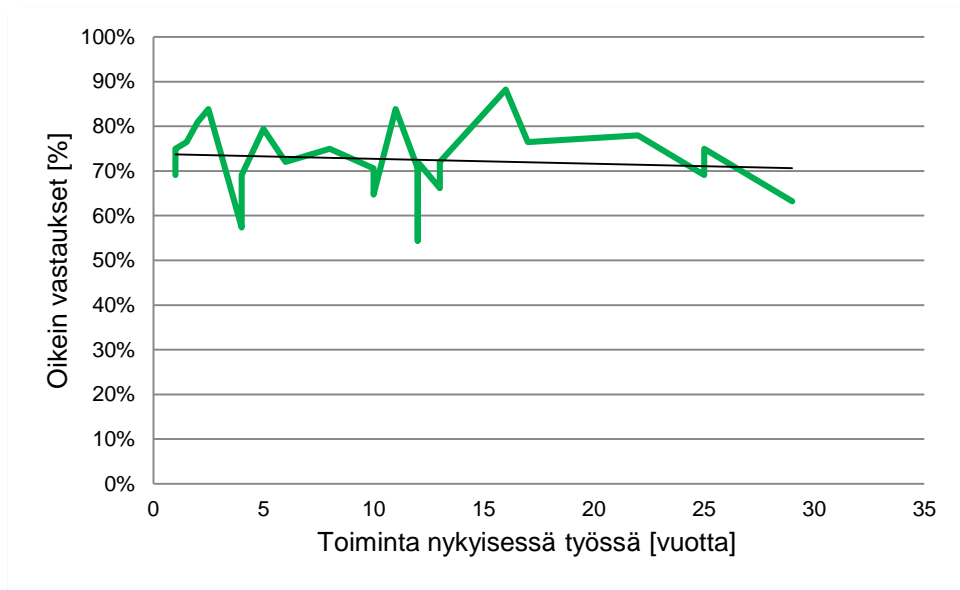


Kuvio 6. Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen hoitajien tietotaso kokonaisuudessaan AVH-potilaan hoitotyössä (n=26).

Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen hoitajien työkokemusvuosien hoitoalalta ja oikeiden vastausten välillä ei ristiintaulukoinnissa ollut tulosta. Korrelaatiokerroin oli 0,07. (Kuvio 7.) Tulosta ei myöskään löytynyt työskentelyvuosien nykyisessä työssä ja oikeiden vastausten väliltä. Korrelaatiokerroin tässä oli 0,11. (Kuvio 8.)



Kuvio 7. Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen hoitajien työkokemuksen hoitoalalta ja oikeiden vastausten välisen riippuvuuden mittaaminen korrelaatiokertoimen avulla.



Kuvio 8. Salon terveyskeskuksen vuodeosastojen hoitajien työskentelyn nykyisessä työssä ja oikeiden vastausten välisen riippuvuuden mittaaminen korrelaatiokertoimen avulla.

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuseetiikkaan liittyy laajan määritelmän mukaan kaikki tieteeseen ja tutkimukseen liittyvät eettiset näkökulmat. Kapea-alaisemmin määriteltynä tutkimuseetiikka edellyttää eettisesti oikeiden ja vastuullisten toimintatapojen noudattamista sekä niiden edistämistä tutkimustoiminnassa. Tutkimuseetiikka edellyttää myös tarkkuuden, huolellisuuden ja rehellisyyden noudattamista tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla eettisesti kestäviä. (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2014.)

Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa on kiinnitetty erityistä huomiota huolellisuuteen, rehellisyyteen ja tarkkuuteen. Tutkimustyössä kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, kyselyhaastattelun metodi ja tilastollinen analyysi ovat tieteellisesti kestäviä menetelmiä. Opinnäytetyön toteutus kokonaisuudessaan pyrittiin suunnittelemaan, toteuttamaan ja raportoimaan rehellisesti ja virheitä välttäen.

Kyselyn vastaajat valikoituivat toimeksiantajan tarpeista lähtien opinnäytetyön tarkoituksen ja tutkimusongelman mukaan. Vastaajat saivat informaatiota opinnäytetyöstä ja siihen liittyvästä kyselystä liittyen hoitajien tietotason kartoitukseen AVH-potilaiden hoidossa ennen kyselyyn vastaamista. Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista eikä vastaajan henkilöllisyys tullut missään vaiheessa esille. Saatekirje ja linkki kyselyyn lähetettiin sähköisesti koordinoivalle osastonhoitajalle ja hän lähetti ne eteenpäin kyselyyn osallistuvien yksiköiden hoitohenkilökunnalle jokaisen henkilökohtaiseen sähköpostiosoitteeseen. Kyselyyn vastaaminen tapahtui anonyymisti Webropol-ohjelman kautta ja vastaukset lähetettiin suoraan opinnäytetyön tekijälle.

Tarkkaan rajattu ja selkeä tutkimusongelma, perusjoukon selkeä määrittely, hyvä tutkimussuunnitelma ja hyvin tehty kyselylomake edesauttavat tutkimuksen onnistumisessa (Heikkilä 2014). Tässä opinnäytetyössä tutkimusongelma oli selkeä ja perusjoukko koostui kaikista kyseisillä osastoilla työskentelevistä hoitotyönte-

kijöistä. Tutkimussuunnitelman tekemiseen käytettiin paljon aikaa ja se sisälsi kirjallisuuskatsauksen lisäksi tietoa opinnäytetyön tarkoituksesta, tavoitteesta, tutkimusongelmasta, empiirisestä toteutuksesta ja aikataulusta.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida erilaisia tutkimus- ja mittaustapoja käyttäen. Mittaustulosten toistettavuudella tarkoitetaan tutkimuksen reliabiliteettiä. Tällä tarkoitetaan tulosten satunnaisvirheettömyyttä. Validius taas tarkoittaa sitä, miten hyvin tutkimusmenetelmä tai -mittari mittaa juuri sitä, mitä sen avulla on ollut tarkoitus selvittää. (Hirsjärvi 2013, 231.) Validiteetti ja reliabiliteetti kuvaavat mittauksen luotettavuutta ja hyvyttä. Validiteetti kertoo sen, onko onnistuttu mittaamaan nimenomaan sitä, mitä piti mitata. Kyselytutkimusta tehdessä tähän vaikuttaa se, onko tutkimusongelmaan saatu vastaus kysymysten avulla. Kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia määrittää mittauksen reliabiliteetti. Jos tutkimuksen reliabiliteetti on alhainen, se vaikuttaa myös validiteettiin alentavasti. Validiteetilla sitä vastoin ei ole merkitystä reliabiliteettiin. (Heikkilä 186-187.)

Lähdeaineistossa tulee kiinnittää huomio kirjoittajan asiantuntemuksen tasoon, lähteen uskottavuuteen, puolueettomuuteen ja ikään ja tarkastella näitä kriittisesti. Tiedonkeruussa tulee käyttää alkuperäislähteitä. (Hirsjärvi 2009, 113-114.) Tiedonhaussa AVH-potilaan kuntouttavasta hoitotyöstä ja hoitajan ammatillisesta osaamisesta käytettiin kriittistä harkintaa ja pyrittiin löytämään alkuperäislähteet.

Tärkeää luotettavuuden kannalta on, että kysymykset ovat oikein aseteltuja ja kattavat koko tutkimusongelman, kyselyn otos on riittävän suuri ja kattava sekä vastausprosentti on korkea. (Heikkilä 2008, 188.) Kyselylomake tehtiin itse ja väittämät perustuivat kirjallisuuteen sekä tutkimusnäyttöön. Kysely toteutettiin Webropol-ohjelman kautta. Kyselylomakkeen kliinistä toimivuutta ja asiasisältöä arvioivat kolme asiantuntijaa. Kyselylomakkeen vastaamiseen käytettävä aika ja kysymysten ymmärrettävyys testattiin kohderyhmään kuulumattomilla kolmella sairaanhoitajalla. Myös kyselylomakkeen tekninen toimivuus Webropol-ohjelman kautta testattiin ennen kuin se lähetettiin tutkimukseen osallistuville.

Se, että kyselyn vastausprosentti jää alhaiseksi, aiheuttaa myös harhaa tutkimuksen tuloksiin. Joiltakin ominaisuuksiltaan vastaamatta jättäneet ovat erilaisia kuin ne, jotka ovat vastanneet kyselyyn. (Heikkilä 2008, 43.) Internet-kyselyn vastausprosentti riippuu kohdejoukosta (Heikkilä 2014). Heikkilän (2014) mukaan on vaikea arvioida kadon vaikutusta tutkimustuloksiin. Kyselyn otoskoko (n=26) jäi pieneksi eli tulokset ovat sattumanvaraisia. Myös vastausprosentti jäi alhaiseksi olleen 25% ja tämä alentaa tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimustuloksia tulee arvioida kriittisesti ja jos puutteita esiintyy, ne pitää tuoda esille. Tuloksia ei saa vääristellä. (Hirsjärvi 2009, 26.) Kyselyvastauksia käsiteltiin asianmukaisesti. Analyysiä tehdessä hyödynnettiin koko aineisto. Analyysin tekemisessä pyrittiin välttämään virheitä ja olemaan tarkkoja jokaisen asian huomiomisessa. Tutkimustulokset tuotiin rehellisesti esille. Kysymykset analysoitiin tilastollisesti käyttäen Excel -taulukko-ohjelmaa.

Kun kysymykset ja kohderyhmä ovat oikeat, tutkimuksen validiteetti on hyvä. Validiteettia arvioidessa huomio kohdistuu kysymykseen, miten käytetyt menetelmät ja tutkimusote kohtaavat tutkittavana olevan asian. Tutkimuksella ei ole arvoa, jos validiteetti puuttuu kokonaan. Se tarkoittaa sitä, että on tutkittu jotain muuta asiaa kuin mitä oli ollut tarkoitus. (Hiltunen 2009.) Tässä opinnäytetyössä kohderyhmä ja kysymykset olivat oikeita. Tutkimusmittarin avulla saatiin selvitettyä niitä asioita, joita oli tarkoituskin. Validiteettia hieman heikentää se, että osa vastaajista oli muutaman kysymyksen kohdalla kokenut epävarmuutta kysymyksenasettelun takia. He kertoivat, että olivat joutuneet miettimään mitä kysymyksellä haettiin, mutta mielestään kuitenkin lopulta ymmärtäneet kysymyksen oikein ja vastanneet sen mukaan.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Sairaanhoitajan työ aivohalvauspotilaan kuntouttavassa hoitotyössä antaa hoitajille mahdollisuuden vaikuttaa näyttöön perustuvaan kliiniseen hoitotyöhön tänä päivänä ja myös tulevaisuudessa. Koulutus on tärkeä elementti ja on olemassa näyttöä siitä, että aivohalvauspotilaiden kuntoutukseen suuntautunut koulutus lisää hoitajien tehokkuutta ja vuorovaikutustaitoja potilaan kanssa työskennellessä. Aivohalvauspotilaiden kuntouttavan hoitotyössä työskentelevien sairaanhoitajien konsultointi ja näyttöön perustuvan hoitokulttuurin kehittäminen johtavat parempaan hoidon laatuun ja mahdollisesti myös parempiin tuloksiin potilaiden kuntoutumisessa. (Kerr 2012, 36-37.) Näyttöön perustuvan hoitotyön merkitystä puoltavat myös kansainväliset tutkimustulokset. Hoitotyön laatua edistävien yhtenäisten hoitotyön käsitteiden, toimenpiteiden ja tekniikoiden hallitseminen kuuluvat sairaanhoitajan osaamisalueisiin (Mcilvoy & Hinkle 2008.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen hoitohenkilökunnan tietoa ja ammatillista osaamista aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuneen potilaan kuntouttavasta hoitotyöstä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan ammatillista osaamista AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä sekä selvittää koulutustarvetta AVH-potilaan kliinissä hoitotyössä.

Opinnäytetyön aihealue AVH-potilaan kuntouttavan hoitotyön kehittäminen tuli toimeksiantajalta Salon terveyskeskussairaalta. Opinnäytetyön aiheeseen annetun aihealueen sisällä annettiin täysi vapaus ja sitä sai toteuttaa pitkälti omien ideoiden mukaan. Aihealue oli todella mielenkiintoinen ja siihen liittyi myös tekijän oma henkilökohtainen mielenkiinto ja ammattiosaaminen. Aluksi aiheen valinta ja täsmentyminen aiheuttivat haasteellisuutta, mutta sitä mukaan kun aihe selkiytyi, työn tekeminen vapautui. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä valikoitui jo alussa sopivimmaksi. Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin pitkien välimatkojen takia internet-kysely, joka osoittautui hyväksi ratkaisuksi.

Teoriaosuus rajattiin tarkoituksella tiiviiksi. Aivojen anatomiaa ja fysiologiaa, aivoverenkiertohäiriöitä, niiden riskitekijöitä, oireita, akuuttihoitoa ja kuntouttavaa hoitotyötä käsiteltiin teoriassa vain niiltä osin, joita tuotiin esille kartoitettaessa hoitajien tietotasoa tätä opinnäytetyötä varten laaditussa kyselylomakkeessa. Hoitajan roolia AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä ja näyttöön perustuvan hoitotyön ammattilaisena haluttiin nostaa esille. Opinnäytetyön lähdemateriaali rajattiin vuosiin 2006-2015.

Tutkimusmittarin avulla saatiin selvitettyä niitä asioita, joita haluttiinkin eli saatiin vastaukset tutkimusongelmaan. Mittarin tekeminen oli ensikertaiselle haasteellista ja sitä muokattiin useampaan kertaan sopivammaksi. Aineistonkeruu oli vaivatonta internet-kyselyn ansiosta. Tekijän kokemattomuuden takia aineiston vieminen tilasto-ohjelmaan analysoimista varten, oli haastavaa ja aikaa vievää. Aineiston analysointi oli työn kiinnostavin vaihe. Kokonaisuudessa koko opinnäytetyön tekemisen prosessi oli todella opettavainen ja antoisa ja haastoi hyvällä tavalla tekijänsä. Aihe oli myös ammatillisesti mielenkiintoinen ja motivoiva. Opinnäytetyön tekeminen lisäsi omaa intoa hoitotyön kehittämistä kohtaan ja halua edelleen jatkaa kliinisen hoitotyön opintojen parissa.

Osallistumatta jättäneet eroavat joiltakin ominaisuuksiltaan kyselyyn vastanneista ja siksi vastaamattomuus aiheuttaa tuloksiin aina harhaa (Heikkilä 2008, 43). Kyselyn kohderyhmänä oli Salon terveyskeskussairaalan kolmen vuodeosaston hoitohenkilökunta. Näistä kolmesta yksi vuodeosasto on suuntautunut AVH-potilaiden kuntouttavaan hoitotyöhön, yksi tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoitoon ja yksi on yleisosasto, jossa hoidetaan kaikkia potilasryhmiä. Jos AVH-potilaiden kuntouttavaan hoitotyöhön suuntautuneella osastolla ei ole vapaita potilaspaikkoja, heitä hoidetaan myös muilla osastoilla. Kyselystä ei selviä, millä osastoilla vastanneet hoitajat työskentelivät.

Alhainen vastausprosentti herätti epäilyn, että kyselyn kohderyhmä olisi sittenkin kokenut väitteet liian haastaviksi ja sen takia suurin osa oli jättänyt vastaamatta. Kyselyyn vastasi 44% sen Webropol-ohjelmassa avanneista. Hoitajat vastasivat

kyselyyn työtehtäviensä lomassa työvuoron aikana, joka on myös voinut vaikuttaa siihen, ettei ole ehtinyt tai jaksanut keskittyä vastaamiseen.

Kyselyyn vastanneiden tietotaso kokonaisuudessaan oli hyvä. Tämä herätti pohtimaan voisiko sillä, minkälaisen ammattiosaamisen kokee itsellään olevan, olleen vaikutusta vastaamiseen. Vastaushaluttomuutta on voinut lisätä se, että hoitaja työskentelee osastolla, jossa AVH-potilaita on vähän tai ei ehkä ollenkaan. Hän on voinut kokea vastaamisen omalla kohdallaan tarpeettomaksi kun se ei suoranaisesti liity hänen oman erikoisalueensa kehittämiseen eikä näin ollen ole henkilökohtaisen mielenkiinnon kohteena.

Kartoituksen perusteella sairaanhoitajien ja lähihoitajien kokonaistietomäärissä ei juurikaan ollut eroja keskenään. Suurimmalla osalla lähihoitajista oli työkokemusta hoitoalalta huomattavasti vähemmän kuin sairaanhoitajilla. Puolet vastanneista lähihoitajista oli työskennellyt hoitoalalla alle viisi vuotta kuin taas kaikilla sairaanhoitajilla oli vähintään 10 vuoden työkokemus. Tästä voisi päätellä, että lähihoitajilla on vähemmän aikaa opinnoista ja heillä on uudempaa tietoa kliinisestä hoitotyöstä, joka jossain määrin kokonaistuloksissa kompensoi kokemuksen tuomaa ammattitaitoa.

Tietotasossa eroja ammattiryhmien välillä oli akuuttihoitotyössä sekä aivojen anatomiassa ja fysiologiassa. Tämä voi selittyä erilaisilla koulutus pohjilla. Sen lisäksi lähihoitajia työskentelee vähän tai ei ollenkaan esimerkiksi valvonta- ja tehohoitotyössä sekä ensiavussa, jolloin kokemusta ei ole tullut myöskään opiskeluaikana käytännönharjoittelujaksojen kautta. Tulosten mukaan sillä, kuinka kauan hoitaja on työskennellyt hoitotyössä tai nykyisessä työssä ei ollut yhteyttä tietotasoon.

Mielenkiintoa herättää se, että kaikilla vastanneilla sairaanhoitajilla oli yli 10 vuoden työkokemus hoitoalalta eli kaikki olivat kokeneita. Yksikään vuodeosastojen alle 10 vuotta hoitotyössä olleista sairaanhoitajista ei osallistunut kyselyyn vai

onko osastojen sairaanhoitajarakenne kokonaisuudessaan kokenutta. On mahdollista, ettei osastoilla olekaan alle 10 vuotta hoitotyössä työskennelleitä sairaanhoitajia.

Koulutustarve molemmissa ammattiryhmissä nousi esiin ensisijaisesti aivojen anatomian ja fysiologian sekä akuuttihoitotyön kohdalla. Koulutussisältöä laadittaessa tulee kuitenkin kiinnittää huomiota mikä on oleellista tietoa perusterveydenhuollossa AVH-potilaan jatkokuntoutuksessa työskentelevän hoitajan näkökulmasta.

AVH-potilaista noin 30%:lla esiintyy oiretiedostuksen puutteellisuutta ja se on yksi keskeisimmistä oireista. Oiretiedostuksen puutteellisuuden tunnistaminen ja kuntoutus on tärkeää, koska se altistaa vaaratilanteille jokapäiväisissä toimissa ja hidastaa kuntoutumista. Oiretiedostuksen puutteellisuus myös heikentää potilaan sitoutumista kuntoutukseen ja ennustaa toimintakyvyn heikkoa palautumista. (Nurmi & Jehkonen 2015.) Kokonaisuudessaan kuntouttavan hoitotyön kohdalla tietotaso molemmissa ammattiryhmissä oli kiitettävällä tasolla. Tämä oli myös oletuksena ennen kartoitusta, koska kysely oli suunnattu juuri kuntouttavan hoitotyön parissa työskenteleville hoitajille. Vaikka kuntouttavan hoitotyön kokonaisuaminen on kiitettävää, osion sisältä kognitiivisesta kuntoutuksesta löytyy niin sairaanhoitajilla kuin myös lähihoitajilla koulutustarvetta.

Nuutilan (2014, 104) mukaan hoitohenkilökunnan koulutusta kuntouttavasta hoitotyöstä ja sen vaikuttamismahdollisuuksista tulee lisätä. Potilaan kuntoutuminen viivästyy, jos hoitohenkilökunnalla ei ole tietämystä tai riittävää ammattitaitoa toteuttaa kuntouttavaa hoitotyötä. Hoitohenkilökunta on aina paikalla osastoilla, kun taas erityistyöntekijät vain virka-aikoina. (Nuutila 2014.) Tämän kartoituksen mukaan vastanneiden sairaanhoitajien ja lähihoitajien tietämys ja ammattitaito ovat hyvällä tasolla ja sen pohjalta he pystyvät toteuttamaan kuntouttavaa hoitotyötä.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin helmikuun 2015 aikana. Salon kaupunki ja Turun AMK, Salon toimipiste järjestivät yhdessä koulutusiltapäivän AVH-potilaan kuntouttavasta hoitotyöstä oli maaliskuussa 2015. Koulutusiltapäivän ajankohta oli loistava ajatellen opinnäytetyön kyselyyn vastanneita hoitajia. Kyselyyn vastatesaan heidän tietotasoan AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä mitattiin ja heti perään heillä oli mahdollisuus saman aihealueen täydennyskoulutukseen. Terveysthuollon organisaatiossa ammatillisen pätevyyden arviointi tukee ydinosaamisen ylläpitoa (Westman 2013, 53).

Vähäkankaan (2010) mukaan hoitajan asenteella on merkitystä siihen, miten hän toteuttaa kuntoutumista edistävää hoitotyötä ja minkälaiset mahdollisuudet hänen mielestään kuntoutumiselle on. Hoitajan asennetta kuntoutustoiminnan tärkeimpänä ydintoiminta korostavat myös Suvikas ym. (2013, 119). Kaikki muu on opittavissa, jos asenne tekemäänsä työtä kohtaan on oikea (Suvikas ym. 2013, 119). Jatkossa olisi mielenkiintoista tietää, miten opinnäytetyön kysely ja sitä seurannut täydennyskoulutus ovat vaikuttaneet osallistuneiden hoitajien motivaatioon ja asenteeseen toteuttaa moniammatillista AVH-potilaan kuntouttavaa hoitotyötä kuntouttavalla työotteella.

Bernhardt (2010, 265) tuo esille omaisten tuen merkityksen kuntoutumisen nopeuteen ja tavoitteiden saavuttamiseen. Kiinnostavaa olisi myös kartoittaa, miten omaiset kokevat mahdollisuutensa saada osallistua AVH-potilaan kuntouttavaan hoitotyöhön.

Kerr (2012, 37) innosti ideoimaan myös suurempaa jatkokehityshanketta opinnäytetyön aihealueesta ponnahtaen. Olisi todella hienoa lähteä kehittämään näyttöön perustuvan AVH-potilaiden hoitokulttuurin kehittämistä ja selvittää, miten se sekä AVH-potilaiden kuntouttavassa hoitotyössä työskentelevien hoitajien konsultointi, johtaisivat parempaan hoidon laatuun ja sitä kautta potilaiden parempiin kuntoutumistuloksiin.

LÄHTEET

Aivoinfarkti (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011 (viitattu 17.11.2014). Saatavilla internetissä: www.käypähoito.fi.

AVH-potilaan asentohoidot. 2012. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Turun yliopistollinen keskussairaala, fysioterapia. Luentomuistiinpanot 23.11.2014.

AVH-työryhmä 2013. Aivoverenkiertohäiriöt, potilaan tutkiminen ja hoitokäytäntö. HYKS, Neurologian klinikka. Laadittu 29.4.2013.

AVH-työryhmä. 2014a. Mikä on aivoverenkiertohäiriö? Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKS, Neuron toimialue. Viitattu 6.2.2015 <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2813/5064/>.

AVH-työryhmä. 2014b. Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijät ja uusiutumisen esto. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKS, Neuron toimialue. Viitattu 5.2.2015 <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2815/5080/>.

AVH-työryhmä. 2014c. Aivoveritulpan liuotushoito. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKS, Neuron toimialue. Viitattu 15.3.2015 <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2815/5078/>.

AVH-työryhmä. 2014d. Aivoverenkiertohäiriöiden kivunhoito. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKS, Neuron toimialue. Viitattu 7.2.2015 <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2815/36733/>.

AVH-työryhmä. 2014e. Aivoverenkiertohäiriöiden akuuttivaiheen hoito. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKS, Neuron toimialue. Viitattu 14.3.2015 <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2815/5079/>.

AVH-työryhmä. 2014f. Kuntoutumista edistävä hoitotyö. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKS, Neuron toimialue. Viitattu 15.3.2015 <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2816/5086/>.

AVH-työryhmä. 2014g. Nielemishäiriöt. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKS, Neuron toimialue. Viitattu 14.3.2015 <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2814/5072/>.

AVH-työryhmä. 2014h. Tarkkaavaisuuden häiriöt. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKS, Neuron toimialue. Viitattu 14.3.2015 <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2856/5281/>.

AVH-työryhmä. 2014i. Havaintohäiriöt/neglect. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKS, Neuron toimialue. Viitattu 15.3.2015 <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2856/5286/>.

AVH-työryhmä. 2014j. Tunne-elämään liittyvät muutokset. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKS, Neuron toimialue. Viitattu 16.3.2015 <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2856/5289/>.

AVH-työryhmä. 2015a. Yleistä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksesta. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKS, Neuron toimialue. Viitattu 11.3.15 <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2816/5081/>.

AVH-työryhmä. 2015b. Muistihäiriöt. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKS, Neuron toimialue. Viitattu 15.3.2015 <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2856/5282/>.

Bernhardt, J. 2010. Stroke. Teoksessa Carr, J. & Shepherd, R. 2010. Neurological Rehabilitation. Elsevier, Chirchill Livingstone, 247-266.

Elo, S., Saarnio, R., Routasalo, P. & Isola, A. 2012. Gerontological rehabilitation nursing of older patients in acute health centre hospitals: nursing views. Viitattu 17.11.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21631888>.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Viitattu 4.5.2015 <http://www.tilastollinen-tutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>.

Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Viitattu 7.5.2015 http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ ja_reliabiliteetti.pdf.

Hirsjärvi, S. 2013. Tutkimuksen reliabelius ja validius. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Bookwell Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holopainen, A.; Junttila, K.; Jylhä, V.; Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.

Hurri, S. (toim.) 2011. Aivoinfarkti haastaa neurologisen hoitajan. Viitattu 13.1.2015 <http://verkkojulkaisu.viivamedia.fi/sairaanhoitaja/2011/11>.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Internetix 2015. Frekvenssit ja luokittelu. Otavan opisto. Viitattu 7.5.2015 http://opinnot.internetix.fi/fi/muikku2materiaalit/lukio/mab/mab11/9_tilastot_ ja_todennakoisyys/9.2frekvenssit_ ja_luokittelu?C:D=1819159&m:sel-res=1819159.

Jaakkola, R. 2011. Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmalli. Opinnäytetyö, ylempi AMK, kliininen asiantuntija. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.5.2015 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/33205/Jaakkola_Riitta.pdf?sequence=1.

Jäkälä, P. 2011. Kuinka kauan kuntoutusta kannattaa jatkaa aivoverenkiertohäiriön jälkeen? Lääkärilehti 5/2011, 332.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet, näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kaila, A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä - metasynteesi. Hoitotiede 21/2009, 3-12.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2007. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kaste, M. 2013. Aivohalvausten torjunta tarvitsee kansallisen ohjelman. Viitattu 4.11.2014 <http://www.aivosaatio.fi/fi/?newspage=41>.

Kauppi, M. (toim.) 2014. Suurin osa aivoinfarkteista olisi ehkäistävässä mutta sairastumisestakin toipuu. Viitattu 10.2.2015 <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/suurin-osa-aivoinfarkteista-olisi-ehkaistavissa-mutta-sairastumisestakin-toipuu/>.

Kerr, P. 2012. Stroke rehabilitation and discharge planning. Nursing Standard. 27/2012, 35-39.

Lamusuo, S. 2015. AHV sairautena, aiheuttajat, riskitekijät ja lääketieteellinen hoito. Luentomuistiinpanot, Turun ammattikorkeakoulu, Salon toimipiste 3.3.2015.

Lehtonen, M.; Saarinen, N. & Sääski, L. 2009. "Älä luule-kysy" opiskelijan opas yritysyhteistyöprojekteihin SAMKissa. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 9.12.2014 http://www.samk.fi/download/13154_Alaluulekysy_OPAS.pdf.

Leppikangas, M. 2012. Aivohalvaukseen sairastuneiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja kuntoutuksenvaikuttavuus. Kansanterveystieteen Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Lindstam, S. & Ylinen, A. 2012. Aivovammojen kuntoutus. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim.

Luukkainen, S. & Uosukainen, L. 2011. Koulutus asiantuntijuuden perustana. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Edita Prima Oy, 99-114.

Manktelow B. & Potter J. 2009. Interventions in the management of serum lipids for preventing stroke recurrence. Viitattu 15.3.2015 <http://stroke.ahajournals.org/content/40/11/e622.full>.

Mcilvoy, L. & Hinkle, J. 2008. What is evidence based Neuroscience Nursing Practice? *Journal of Neuroscience Nursing*, 6/2008 (40), 371. Viitattu 26.5.2015 <http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=838567>.

McIntosh, J. 2015. What is stroke? What causes stroke? Viitattu 16.2.2015 <http://www.medicalnewstoday.com/articles/7624.php>.

Mäkipeura, J.; Meretoja, R.; Virta-Helenius, M. & Hupli, M. 2007. Sairaanhoidaja neurologisessa toimintaympäristössä. Ammatillinen pätevyys, toiminnan tiheys ja täydennyskoulutuksen haasteet. *Hoitotiede* 19/2007,152-162.

Mäkipää, S. & Hahtela, N. 2011. Tieto ja asiantuntijuus sairaanhoidajan työssä. Teoksessa Ranta, I. (toim.) *Sairaanhoidaja asiantuntijana, hoitotyön vuosikirja 2011*. Helsinki: Edita Prima Oy, 34-52.

Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaan alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. *Hoitotyön väitöskirja*. Kuopion yliopisto.

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2009. *Ihmisen fysiologia ja anatomia*. Helsinki: WSOY.

Nurmi, M.E. & Jehkonen, M. 2015. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan oiretiedostuksen puutteellisuus eli anosognosian tunnistaminen ja kuntoutus. *Duodecim* 3/2015, 228-234. Viitattu 10.5.2015 <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo12089.pdf>.

Nurminen, R. 2011. Tulevaisuuden erikoisosaaminen erikoissairaanhoidossa – hanke. Teoksessa Nurminen, R. (toim.) *Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa*. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 113. Tampere: Juvenes Print, 6- 9.

Nuutila, A. 2014. Kuntoutumista edistävän toimintamallin kehittäminen perusterveydenhuollossa ja hoitohenkilöstön tukeminen uuteen toimintamalliin siirryttäessä. *Opinnäytetyö, ylempi AMK*. Lahden ammattikorkeakoulu.

Oinas, P. & Soininen, A. 2015. Ensitieto -iltapäivä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen läheisille. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Turun yliopistollinen keskussairaala, Neuron toimialue. Luentomuistiinpanot 24.2.2015.

Pessah-Rasmussen, H. 2014. Rehabilitering och eftervård. Teoksessa Gottsäter, A., Lindgren, A. & Wester, P. (toim.) 2014. *Stroke och cerebrovasculär sjukdom*. Poland: Dimograf, 333-346.

Reunanen, M. 2011. Aivohalvauskuntoutus ja toimijuuden mahdollisuudet. Teoksessa (toim. Järvikoski ym.) *Kuntoutus muutoksessa*. Tampere: Juvenes Print, 179-187.

Riekkinen, M. 2012. AVH-potilaan kuntoutus. HYKS, Neurologian epilepsia- ja kuntoutuspoliklinikka. Luentomuistiinpanot 25.10.2012.

Roine, R. 2013. Aivoinfarkti. Lääkärin käsikirja. Viitattu 23.2.2015 <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti>.

Roine, R.O. & Lindsberg, P.J. 2015. Aivoinfarktin ensihoito ja diagnostiikka. Akuuttihoito-opas, Duodecim. Viitattu 6.3.2015 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho00890&p_haku=aivoinfarktin%20ensihoito%20ja%20diagnostiikka.

Salon kaupunki. 2015. Terveyskeskussairaala. Viitattu 4.5.2015 <http://www.salo.fi/terveyspalvelut/terveyskeskussairaala/>.

Sand, O., Sjaastad, O., Haug, E. & Bjålie, J. 2014. Ihminen, fysiologia ja anatomia. Helsinki: Sanoma PRO Oy.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta, avainhoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Sepponen, M. & Huovinen, E-L. 2014. Aivoverenkiertohäiriötä sairastavan potilaan akuuttihoitotyö. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Turun yliopistollinen keskussairaala, Neuron toimialue. Luentomuistiinpanot, TYKS 13.10.2014.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2008. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Konsensuslausuma. Viitattu 4.5.2015 www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f231511789/kuntoutuksenkonsensuslausuma2008.pdf.

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2013. Kuntouttava lähihoito. Porvoo: Bookwell Oy.

Takala, T., Peurala, S.H., Erilä, T., Huusko, T., Viljanen, T., Ylinen, A. & Sivenius, J. 2010. Aivoverenkiertöhäiriön alkuvaiheen kuntoutuksessa suuria vaihteluita. Selvitys AVH:n sairastaneiden kuntoutuspalveluista Suomessa. Lääkärilehti 5/2010 (65), 399-405. Viitattu 4.5.2015 <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL52010-399.pdf>.

Tanskanen, P. 2009. Aivovammapotilaan hoito. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim) 2009. Ensihoito. Helsinki: Tammi.

Turku Clinical Research Centre 2014. Tutkittavan tiedote ja suostumuslomake. Viitattu 9.12.2014 <http://www.turkucrc.fi/index.phtml?s=77>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö ja loukkaus-epäilyjen käsitteleminen. Viitattu 6.5.2015 <http://www.tenk.fi/fi/ohjeet-ja-julkaisut>.

Uimonen, J., Poutiainen, E. & Mustanoja, S. 2014. Työikäisten aivoinfarktipotilaiden lääkinnällinen kuntoutus pääkaupunkiseudulla. Suomen Lääkärilehti

23/2014, 1721-1726. Viitattu 6.5.2015 <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti>.

Vilpas, P. 2009. Kvantitatiivinen tutkimus ja ohjaus. SPSS-ohjeita. Viitattu 29.12.2014 <https://wiki.metropolia.fi/display/~pervil/Kvantitatiivinen+tutkimus+ja+ohjaus>.

Virtanen, Pi., 2014. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti päivystyspoliklinikalla. Hoitotyön väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Virtanen, Pä., koordinoiva osastonhoitaja. Henkilökohtainen tiedonanto 9.10.2014, Salon terveyskeskussairaala.

Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Hoitotyön väitöskirja. Oulun yliopisto.

Westman, J. 2013. Asiantuntijahoitajaksi nimityksen kriteerit ja perustelut kliinissä hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden yksikkö, hoitotiede. Tampereen yliopisto.

Yksi sairaala-uudistus 2014. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Turun yliopistollinen keskussairaala. Tilannekatsaus 30.9.2014.

**OPINNÄYTETYÖN
TOIMEKSIANTOSOPIMUS**

1

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Pia Heino

Osoite _____

Puhelin koti _____ Puhelin työ _____

Sähköposti _____

Koulutusohjelma Hoitotyö, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi

Hoitajien tietotason kartoitus AVH-potilaan
kuntouttavassa hoitotyössä Salon
terveyskeskussairaalassa

Aikataulu

2.-13.2.2015

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio Salon terveyskeskussairaala

Työn ohjaaja / yhteyshenkilö johtava ylihoitaja Pirjo Parviainen

Osoite Sairaalantie 9, 24130 Salo

Puhelin 044-7723014 Sähköposti pirjo.parviainen@salo.fi

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Tiina Pelander ja Sirpa Nikunen

Puhelin 044-9075486 Sähköposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT*

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkkiosta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisien toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiotun julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETTYLLÄ TAVALLA

9/1 20 15

27/1 20 15

Opiskelija

Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

[X]

Turun ammattikorkeakoulun toiminnan yhtiöittämistä vuoden 2014 alusta lähtien, Osakeyhtiön toiminnan yhteydessä tämä sopimus siirtyy Turun AMK:n toiminnan vastaanottavalle yhtiölle.

Turun ammattikorkeakoulu
Yhtäisenkatu 3 A, 20520 Turku
02 263 350 faksi 02 2633 5791
etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

Hoitajien tietotason kartoitus AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä Salon terveyskeskussairaalassa

Arvoisa vastaaja,

Vastaa esitettyihin väittämiin joko kyllä, ei tai en tiedä. Lisäksi on muutama väittämä, joihin on annettu useampia vastausvaihtoehtoja.

1. Ammatillinen peruskoulutuksesi:

a) sairaanhoitaja

b) lähihoitaja

c) joku muu, mikä

2. Kuinka monta vuotta sinulla on työkokemusta hoitoalalta?

3 merkkiä jäljellä

3. Kuinka monta vuotta olet toiminut nykyisessä työssäsi?

3 merkkiä jäljellä

4. Aivojen anatomia ja fysiologia

Aivojen osat ovat:

a) isoalvot, pikkualvot ja aivorunko

b) pikkualvot, keskialvot ja isoalvot

c) aivokurklainen, pikkualvot ja isoalvot

5. Aivojen anatomia ja fysiologia

Isoalvot jaotellaan:

a) kahteen lohkoon

b) neljään lohkoon

c) kuuteen lohkoon

6. Aivojen anatomia ja fysiologia

LIITE 2/2(6)

	KYLLÄ	EI	EN TIEDÄ
Aivot sijaitsevat kallon suojassa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toiminnallisesti aivopuoliskoilla ovat omat tehtäväalueensa ja ne hallitsevat kehon kehon eri puolia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivoihin tuo verta neljä suurta valtimoa: kaksi kaulavaltimoa ja kaksi nikamavaltimoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valtimot ovat yhteydessä toisiinsa aivojen pohjalla sijaitsevan verisuonikehän välityksellä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yhden valtimon verenkierto ei pysty huolehtimaan koko aivojen verensaannista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valtimot tuovat aivoille verta noin kolme litraa minuutissa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivojen verenkierron keskeytyminen viideksi sekunniksi johtaa tajuttomuuteen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keskushermoston hermosolut pystyvät uusiutumaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kun verenkierto pysähtyy verisuonessa, tästä suonesta verensä saaneet aivosolut kuolevat hapenpuutteeseen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toimivat hermosolut eivät pysty korvaamaan vaurioituneita aivosoluja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Aivoverenkiertohäiriöt

	KYLLÄ	EI	EN TIEDÄ
Aivoverenkiertohäiriöt erotellaan kahteen pääryhmään: aivoinfarktit ja aivoverenvuodot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivoverenkiertohäiriöissä osa aivokudosta vaurioituu pysyvästi, eivätkä tämän alueen hermosolut enää kykene hoitamaan tehtäviään.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivoinfarkti on aivoverisuonen äkillisestä tukkeutumisesta johtuva vaurio aivokudoksessa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIA-kohtauksella tarkoitetaan pitkäkestoista aivoverenkierron häiriötä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivoverenvuodoissa aivojen pinnalle tai aivokudoksen sisään vuotaa verta verisuonen seinämässä olevan repeytymän takia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivoverenvuoto on aivoverenkierron sairauksista yleisin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivoinfarkti tai aivoverenvuoto aiheuttaa hermokudosvaurion, jonka korjaaminen ei ole enää mahdollista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Aivoverenkiertohäiriöt

Verisuonen repeytyminen syntyy useimmiten

- a) verenpainetaudin seurauksena

- b) vamman aiheuttamana
- c) perinnöllisistä syistä

9. Riskitekijät ja oireet

	KYLLÄ	EI	EN TIEDÄ
Aivoinfarkteista suurin osa on ehkäistävissä hoitamalla keskeiset riskitekijät.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivoinfarkti syntyy yleensä ilman yhtä selvää riskitekijää.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivoinfarktien huomattavin riskitekijä on tupakointi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yhtenä aivoverenvuotojen syynä ovat verisuonten synnynnäiset epämuodostumat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivoverenkiertohäiriöiden oireet alkavat yleensä äkillisesti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivoverenkiertohäiriöistä on usein seurauksena toispuoleisia halvausoireita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tavallisin aivoinfarktin oire on kova päänsärky.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivoinfarkti voi olla niin vähäoireinen, ettei potilas kiinnitä siihen huomiota.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivoverenvuodot antavat yleensä tapahtumaa ennakoivia varoitusmerkkejä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivoverenvuodon oireet riippuvat vuodon sijainnista aivoissa ja vuodon laajuudesta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Akuuttivaiheen hoito

Akuuttivaiheessa aivoinfarktiin sairastuneen potilaan verenpaineen yläraja on

- a) 130/85 mmHg
- b) 180/100 mmHg
- c) 220/120 mmHg

11. Akuuttivaiheen hoito

AVH-potilaan tajunnantaso seurataan tarkkailemalla miten potilas

- a) vastaa kysymyksiin
- b) avaa silmiään
- c) noudattaa kehotuksia
- d) reagoi kivulle

12. Akuuttivaiheen hoito

Ensisijainen lääke AVH-potilaan kivunhoitoon on

- a) ibuprofeini

- b) oksikodoni
 c) parasetamoli

13. Akuuttivaiheen hoito

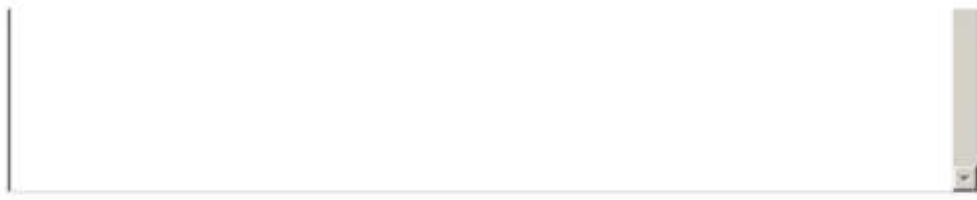
	KYLLÄ	EI	EN TIEDÄ
Aivoinfarktipotilaan liuotushoito on aloitettava 4,5 tunnin sisällä ensimmäisten oireiden ilmaantumisesta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akuuttivaiheessa verenpaineen nousu on elimistön suojarahkeus eikä sitä pääsääntöisesti saa alentaa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kohonnut verensokeri altistaa infarktin laajenemiselle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkuvaiheen verensokerin nousu on usein elimistön stressireaktion syytä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimistön neste- ja suolatasapainosta huolehditaan AVH:n akuuttivaiheessa ensisijaisesti glukosipitoisilla iv-nesteillä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolesterolilääkitys aloitetaan lähes kaikille AVH-potilaille, vaikka kolesteroliarvot eivät olisikaan koholla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVH-potilaalle ei ole tarpeen aloittaa elinikäistä lääkitystä, jos hänen oireensa ovat ohittuneet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Kuntouttava hoitotyö

	KYLLÄ	EI	EN TIEDÄ
Kuntoutuminen perustuu aivojen muotoutuvuuteen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaurion vaikeusaste ei sinällään vaikuta kuntoutumisen edellytyksiin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuntoutumisessa pyritään hyödyntämään säilyneitä taitoja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sairaanhoito ei kuulu kuntoutumista edistävään hoitotyöhön.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivoverenkiertohäiriöissä kuntoutuminen perustuu suurelta osin menetettyjen taitojen uudelleen oppimiseen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toimintakykyä voidaan parantaa kotiutumisen jälkeen ainakin vuoden ajan aivoinfarktin jälkeen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivohalvauspotilaan kyky tuottaa liikettä ja vastaanottaa ärsykeitä omasta kehostaan ja ympäristöstään voi häiriintyä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVH-potilaan aktivointi ja hoitaminen tapahtuu halvaantuneelta puolelta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaan päivittäiset pesu-, pukeutumis- ja ruokailutilanteet ovat tärkeitä harjoitustilanteita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaan puolesta tehdään asioita mahdollisimman paljon, jolloin hänen ei itse tarvitse olla liian aktiivinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suosittelavimpia asentoja vuoteessa potilaalle ovat kylkiasennot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilasta ei saa makuuttaa halvaantuneella kyljellä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riittävän levon turvaamiseksi potilaan asentoa vaihdetaan vain kaksi kertaa yön aikana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarkoituksenmukaisten lepoasentojen yhtenä tavoitteena on estää spastisuutta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lepoasennot voivat myös haitata potilaan kuntoutumista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivorungon vaurion seurauksena voi olla vaikeuksia hengityksessä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivohalvauksiin ei yleensä liity nielemisrefleksin heikentymistä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuhkoihin saakka päässyt ruoka tai juoma saattaa aiheuttaa keuhkokuumeen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nielemisen kannalta paras ruokailuasento on lähes makuuasento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jos nielemisrefleksi on heikentynyt, turvallisinta on juoda vain ohuita nesteitä kuten vettä tai maitoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarkkaavaisuuden säätelyyn osallistuvat monet eri aivoalueet, jonka vuoksi erilaiset erilaiset aivotoimintojen häiriöt heikentävät herkästi tarkkaavaisuutta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hahmotushäiriöissä on kyse aistien heikentymisestä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neglect tarkoittaa kyvyttömyyttä havaita aivovaurion vastakkaisen puolen ärsykeitä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neglect johtuu näkökenttäpuutoksesta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivoverenkiertohäiriöt eivät yleensä vaikuta tunne-elämään.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneella voi esiintyä masennusta vielä vuosia sairastumisen jälkeenkin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muistivaikeudet kuuluvat aivoverenkiertohäiriön aiheuttamiin yleisoireisiin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omaisten osallistuminen potilaan kuntoutumista tukevaan toimintaan ei ole suotavaa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Mistä aihealueista AVH-potilaan hoitotyössä haluaisit saada enemmän tietoa?



Kiitos osallistumisestasi!

Arvoisa hoitotyöntekijä,

Olen valmistunut sairaanhoitajaksi opistotasolta ja nyt suoritan AMK-opintoja Turun ammattikorkeakoulussa Salon toimipisteessä. Opintoihini kuuluu myös opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen hoitohenkilökunnan tietoa ja ammatillista osaamista aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuneen potilaan kuntouttavasta hoitotyöstä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan ammatillista osaamista AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä sekä selvittää koulutustarvetta AVH-potilaan kliinisessä hoitotyössä.

Vastaamisesi on tärkeää. Näin pystytään kartoittamaan koulutustarpeesi ja pääset kehittämään ammatillista osaamistasi omista lähtökohdistasi. Vastaaminen on tärkeää myös tutkimuksen onnistumisen ja tulosten luotettavuuden kannalta. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 15 minuuttia. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä vastaajan henkilöllisyys tule esiin tutkimuksen missään vaiheessa. Toimeksiantosopimus on tehty Salon terveyskeskussairaalan kanssa ja lupa tutkimukseen saatu.

On olennaista, että vastaat mahdollisimman totuudenmukaisesti, jotta tuloksista sekä koulutustarpeista muodostuu luotettavia. Vastausaika on 2-13.2.2014. Opinnäytetyö raportoidaan keväällä 2014. Mikäli Sinulle herää kysymyksiä tutkimukseen liittyen, vastaan niihin mielelläni.

Kyselyyn pääset tämän linkin kautta: <https://www.webropolsurveys.com/S/D9B060A7AE8E8B08.par>

Kiitos osallistumisestasi!

Yhteystiedot:

Pia Heino
sairaanhoitaja, AMK-tutkinnon suorittaja

p.heino@turkuamk.fi
p. +358 9 2531111

Ohjaavat opettajat:
Tiina Pelander
Sirpa Nikunen
etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
Terveysala, Salo
Yhäistentie 2
24130 SALO
Puh. 010 5536100
Fax. 010 5536179

ANOMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KOKOAMISEKSI

Tutkimuksen nimi	Hoitajien tietotason kartoitus AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä Salon terveyskeskussairaalassa	
Tutkimusongelma	Mitä hoitohenkilökunta tietää AVH-potilaan kuntouttavasta hoitotyöstä?	
Tutkimuksen kohde ja aineiston keruumenetelmä	Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastojen hoitohenkilökunta Kyselytutkimus	
Aineiston kokoamisajankohta	2.-13.2.2015	
Tutkimuksen arvioitu valmistumisajankohta	Toukokuu 2015	
Tutkimussuunnitelma hyväksytty	9 / 1 / 20 15	
Tutkimuksen ohjaajat	Tiina Pelander puh 044 90 75486 Sirpa Nikunen puh 044 90 75494	
Sitoudumme käyttämään kokoamaamme aineistoa tutkimusongelman puitteissa ja siten, että tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden anonymiteetti säilyy.		
Tutkimuksen tekijät	Hoitotyö ASAISS14 (suuntautumisvaihtoehto) (ryhmä) Pia Heino (nimi)	
	(puhelinnumero)	

Anomus käsitelty

8/1/2015

(X) lupa myönnetty

() lupa evätty, peruste

Allekirjoitus

Pia Heino

Anomus ja tutkimussuunnitelma toimitetaan yhtenä kappaleena, josta toimeksiantaja lähettää kopiot yhdelle opiskelijalle, yhdelle ohjaavalle opettajalle ja kullekin työhön osallistuvalla toimipisteelle. Alkuperäinen jää toimeksiantajalla. Valmis työ toimitetaan toimeksiantajalle sovitulla tavalla.