
**AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAIDEN OMAISTEN
KOKEMUKSIA OHJAUKSESTA**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, 3.10.2012

Taru Katvesoja

Forssa
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Tekijä Taru Katvesoja **Vuosi** 2012

Työn nimi Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden omaisten kokemuksia ohjauksesta

TIIVISTELMÄ

Aihe valittiin mielenkiinnosta potilasohjaukseen. Potilasohjausta tapahtuu joka osastolla sairaaloissa ja se on tärkeässä osassa hoitoa. Potilaan ja omaisten ohjaaminen kuuluu koko hoitohenkilökunnalle, mutta ohjausta ei anneta tarpeeksi paljon.

Opinnäytteen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia kokemuksia aivoverenkiertohäiriöpotilaiden omaisilla oli saamastaan ohjauksesta sekä mitä he kaipaavat eniten ohjaukselta. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota jatkossa hyödynnetään osaston hoitotyötä kehitettäessä ja hoitotyön kaikilla osa-alueilla.

Työn teoria pohjautui hoitotyön väitöskirjoihin sekä muihin alan tutkimuksiin. Työn tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Opinnäytetyöhön haastateltiin kuutta omaista.

Tuloksista selvisi, että ohjausta annettiin liian vähän sairaan- ja lähihoitajien puolesta. Eniten ohjausta omaiset saivat fysioterapeuteilta. Omaiset eivät saaneet ohjausmateriaaleja ja toivoivat niitä enemmän. He hakivat tietoa itse internetistä. Omaiset kokivat, että potilaan hoito oli yksilöllistä ja osastolla tunnelma oli positiivinen ja henkilökunta oli ystävällistä.

Omaisista tulisi ohjata enemmän, etteivät he tunne oloaan epätietoisiksi ja olisivat ajan tasalla potilaan kuntoutuksesta. Fysioterapeuttien tulisi antaa koulutusta hoitajille potilaan siirroista. Hoitajat tarvitsisivat myös ohjauskoulutusta, jotta heillä olisi paremmat valmiudet ohjata potilaita sekä omaisia.

Avainsanat aivoverenkiertohäiriö, potilasohjaus, sairaanhoitajan ohjaustaidot

Sivut 23 s. + liitteet 8 s.

Forssa
Degree Programme in Nursing
Nurse

Author Taru Katvesoja

Year 2012

Subject of Bachelor's thesis Guidance Experience of Stroke Patients' Closest Relatives

ABSTRACT

The subject was chosen because of an interest in patient guidance. Patient guidance happens in every ward in hospitals and it is an important part of treatment. Guiding the patient and the closest relatives concerns the entire nursing staff but guidance is not given enough.

The purpose of this thesis was to find out what kind of experiences stroke patients' closest relatives have of guidance and what they need most. The goal of this thesis was to provide information which can be used to develop the ward's nursing and all sections of nursing.

The theory of this thesis was based on dissertations of nursing and other research of nursing. The research method in this thesis was a theme interview. Six closest relatives were interviewed to the thesis.

The results show that that too little guidance was given by nurses and practical nurses. Physiotherapists gave most guidance to the closest relatives. The relatives did not get any materials about guidance and wished more of those. Relatives got the information on the Internet. The closest relatives found that the patient's care was individual and the ward's atmosphere was positive and the staff was friendly.

The closest relatives should be guided more so they would not feel uncertain and would be up to date in the patient's rehabilitation. Physiotherapists should give training to nurses about the patient's transfers. The nurses need also training about guidance so they would have a better capability for guiding patients and their relatives.

Keywords stroke, patient guidance, nurse guidance skills

Pages 23 p. + appendices 8 p.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	1
2. OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET	2
2.1 Keskeiset käsitteet	2
2.1.1 Aivoverenkiertohäiriöpotilas	2
2.1.2 Potilaiden omaisten ohjaus	3
2.1.3 Sairaanhoidajan ohjaustaito.....	4
3. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	6
4. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	7
4.1 Kohderyhmä	7
4.2 Aineiston keruu	7
4.3 Aineiston analyysi	8
5. TULOKSET	10
5.1 Ohjauksen sisältö.....	10
5.2 Ohjauksen menetelmät	12
5.3 Ohjausta antavan sairaanhoidajan ohjaustaito	14
6. POHDINTA.....	16
6.1 Ohjauksen sisältö.....	16
6.2 Ohjauksen menetelmät	17
6.3 Sairaanhoidajan ohjaustaito	19
6.4 Opinnäytetyön luotettavuus.....	21
6.5 Opinnäytetyön eettisyys	22
7. JOHTOPÄÄTÖKSET	23
LÄHTEET	24
LIITE 1	Tiedote opinnäytetyöstä
LIITE 2	Suostumuslomake
LIITE 3	Teemahaastattelurunko
LIITE 4	Kaava ohjauksen sisällöstä
LIITE 5	Kaava ohjauksen menetelmistä
LIITE 6	Kaava sairaanhoidajien ohjaustaidoista

1. JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöihin (AVH) kuuluvat aivoinfarkti, TIA-kohtaus (ohimenevä aivoverenkiertohäiriö), aivoverenvuoto sekä lukinkalvon alainen vuoto eli SAV. Vuoden 2009 tilastojen mukaan joka päivä 38 suomalaista sairastuu aivoverenkiertohäiriöihin eli vajaat 14 000 henkilöä vuodessa. Väestön ikääntyessä sairastavuus kasvaa ellei preventiota tehosteta. Sairastuneista 80 prosentilla on aivoinfarkti, yli 10 prosentilla aivoverenvuoto ja alle 10 prosentilla SAV. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista kuolee vuosittain noin 5 000 henkilöä. AVH onkin kolmanneksi yleisin kuolinsyy. Kolmanneksella AVH:n sairastaneista esiintyy afasiaa, häiriötä kielellisissä kyvyissä. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2009.)

Omaisella on tärkeä merkitys potilaan kuntoutumisessa, sillä yleensä potilaan kuntoutuminen sairaalahoidon jälkeen jatkuu kotona. Omainen tarvitsee ohjausta ja tukea potilaan kuntoutumiseen jo akuuttihoitossa. Kuitenkin omaiset nähdään sairaalassa vierailijoina, jolloin omaisen sekä hoitohenkilökunnan välinen suhde jää etäiseksi. Hoitohenkilökunnan toivotaan ottavan myös omaiset mukaan ohjaustilanteisiin ja antavan sekä potilaalle että omaiselle enemmän ohjausta kuntoutuksesta ja tunteiden sekä pelkojen käsittelystä. Omainen tukee potilasta kuntoutumisen tavoitteen saavuttamisessa käymällä potilaan luona, olemalla yhdessä potilaan kanssa, kannustamalla sekä auttamalla potilasta vain sen verran kuin tämä tarvitsee apua. (Haapaniemi & Routasalo 2009.)

Potilaat toivovat ohjaajan olevan kiireetön, tuttu, luotettava sekä asiantunteva. Mattilan (1998) tutkimuksen mukaan potilaat haluaisivat keskustella enemmän hoitajien kanssa sairauden uusiutumisen riskeistä ja tunteista, jatkohoidosta, kotiutumisesta sekä hoito-ohjeista. Potilaan ohjaus ja asiakaslähtöisyys korostuvat sosiaali- ja terveystalvelujen murroksessa, jossa avopalveluja kehitetään ja laitospalveluja vähennetään (Mattila 1998). Ohjaus on osa potilaan kuntoutumista sekä parantumista. Ohjauksen avulla potilas saa valmiudet pärjätäkseen kotona. Ohjaus on siksi erittäin tärkeää.

Opinnäytetyön aiheena oli ”Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden omaisten kokemuksia ohjauksesta”. Työ tehtiin Varsinais-Suomen sairaalan osasolle, jolla hoidetaan aivoverenkiertohäiriöpotilaita. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia kokemuksia aivoverenkiertohäiriöpotilaiden omaisilla on saamastaan ohjauksesta sekä, mitä he kaipaavat eniten ohjaukselta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota jatkossa hyödynnetään osaston hoitotyötä kehitettäessä ja hoitotyön kaikilla osa-alueilla.

2. OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Keskeiset käsitteet

2.1.1 Aivoverenkiertohäiriöpotilas

Aivoverenkiertohäiriö eli AVH on yhteisnimitys ohimeneville (TIA) tai pitkäaikaisille neurologisia eli keskushermostoperäisiä oireita aiheuttaville aivoverisuonitapahtumille sekä niistä aiheutuville aivoverenkierron häiriöille (Tarnanen, Lindsberg, Sairanen & Vuorela 2011).

Aivoinfarkti on sairaus, jossa äkillisesti tukkeutuneen valtimon alueella aivokudos jää ilman verenkiertoa ja happea. Tästä seurauksena paikallinen osa aivokudoksesta menee pysyvään kuolioon. Usein tämä tukkeuma johtuu verihyytymästä ahtautuneessa valtimossa, mutta voi aiheutua myös esimerkiksi sydäimestä tai kaulavaltimosta tulleesta hyytymästä. Infarkti iskee usein täysin yllättäen, ja oireet kehittyvät huippuunsa muutamissa minuuteissa tai tunneissa. Sairastunut on yleensä tajuissaan, mutta ei itse välttämättä tunnista oireitaan. Oireita voivat olla näkö- ja puhehäiriöt, raajojen voimattomuus tai tunnottomuus tai suupielen roikkuminen. (Tarnanen ym. 2011.)

Äkillinen verenkiertohäiriö eli TIA johtuu paikallisesta aivojen toiminnan tai toisen silmän näköhäiriöstä, joka kestää yleensä 215 minuuttia. TIA-kohtaus kestää kuitenkin alle tunnin. Tällöin aivovaltimon tukoskaan ei ole ollut pitkäkestoinen. TIA-kohtauksen aikana ilmenevät oireet korjaantuvat täysin eikä pysyviä neurologisia vammoja tai aivokudoksen vauriota aiheudu. Kohtaus kuitenkin varoittaa vaarasta saada pysyvä tukos tai aivoinfarkti. (Tarnanen ym. 2011.)

Aivoverenvuodossa verenkierto vähenee vuotavan suonon alueella ja veren vuotaminen aivokudokseen aiheuttaa painetta ympärillä oleviin alueisiin, jonka seurauksena lähellä olevan hermokudoksen toiminta häiriintyy. Viisitoista sadasta aivohalvauksesta johtuu aivovaltimon puhkeamisesta ja sitä seuranneesta verenvuodosta aivokudoksen sisään. Vuodon yleisin syy on kohonnut verenpaine, joka vuosien mittaan aiheuttaa muutoksia aivovaltimoiden seinämiin. Joskus aivosuonessa voi olla synnynnäisiä muutoksia, jotka lisäävät vuotovaaraa. (Mustajoki 2010a.)

Subarahnoidaalivuoto eli SAV tarkoittaa aivokalvon alaista verenvuotoa. Aivokalvoja on kolme, joista yhden alaiseen tilaan veri vuotaa. SAV:n syynä on aivovaltimossa oleva synnynnäinen heikko kohta. Koska valtimon sisällä on korkea paine, sen seurauksena verisuonen seinämän heikkoon kohtaan syntyy pullistuma eli aneurysma. Koska veri purkautuu aivokalvojen alle, oireet ovat täysin erilaiset kuin aivoverenvuodossa. Tyypillinen oire on äkkiä alkava kova ja hellittämätön päänsärky. Useasti siihen liittyy pahoinvointia ja oksentelua sekä silmissä on valonarkuutta. Voi myös esiintyä kouristelua ja tajuttomuutta. Oireiden voimakkuus

vaihtelee paljon. Usein SAV:sta toivutaan täysin ja onnistuneen leikkauksen jälkeen uusiutumisvaara on pieni. (Mustajoki 2010b.)

2.1.2 Potilaiden omaisten ohjaus

Ohjausprosessiin kuuluu, että ensin määritellään ohjauksen tarve, suunnitellaan ohjauksen kulku, toteutetaan ohjaus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen sekä vaikuttavuus. Ohjauksessa korostuu tarpeiden määrittely, koska ohjauksen lähtökohtana tulee olla potilaan tarpeet. On tärkeää ottaa huomioon, kuinka kauan potilas on sairastanut sekä mitä hän mahdollisesti jo tietää sairaudesta. On myös pidettävä mielessä, että vastasairastunut potilas voi olla kriisivaiheessa, jolloin potilaan vastaanottokyky ohjauksen suhteen ei ole parhaimmillaan. Perustana on asiakaslähtöisyys ja potilaan tarpeiden mukainen ohjaus. Ohjauksen jatkuvuus hoidonkulun eri vaiheissa varmistetaan kirjaamalla ohjausprosessi hoitosuunnitelmaan. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

Ohjaukselta kaivataan paljon sekä sisällöllisesti että menetelmällisesti. Heikkisen, Johanssonin, Leino-Kilven, Rankisen, Virtasen ja Salanterän (2005) tutkimuksessa ohjaus keskittyi biologis-fysiologiseen tietoon sekä tietoon itse sairaudesta. Lisää tietoa kaivattiin toiminnalliselta osa-alueelta. Ohjaus oli ollut paljon yksilöohjausta. Kääriäisen (2007) tutkimuksessa nousi esille ohjauksen hyvä laatu, ohjausajan riittämättömyys sekä ongelmallista oli myös hoitohenkilökunnan valmiudet käyttää ohjauksen välineistöä. Mattila (1998) sai selville tutkimuksessaan, että ohjaajan toivottiin olevan tuttu ja enemmän haluttiin keskustella epävarmuudesta, kotiutumisen, sairauden uusiutumisen riskeistä sekä tunteista, jatkohoidosta ja hoito-ohjeista. Hoitajia pidettiin liian kiireisinä. Lipposen ym. (2006) tutkimus nostaa esille samoja asioita kuin edellisissä. Vaikeinta on riittävän ajan varaaminen ohjaukseen sekä vieraiden kulttuurien tuntemattomuus ja rauhallisen tilan löytäminen. Näpänkankaan, Pääkkölän ja Uusitalon (2008) tutkimuksessa jäätin kaipaamaan enemmän tietoa oireista, seurauksista, taloudellisista asioista, jatkohoidosta sekä kuntoutuksesta.

Kailan (2009) tutkimuksessa hoitotyön auttamismenetelmiksi luetellaan kuntoutumista edistävän ympäristön järjestäminen, tiedon antaminen, rohkaiseminen ja rajoittaminen, opastaminen ja opettaminen, potilaan omien voimavarojen vahvistaminen, potilaslähtöinen tavoitteellinen työskenteleminen sekä kuntoutumista edistävän hoitosuhteen luominen. Omaisia rohkaistaan ottamaan potilas kotiin järjestämällä kotilomia, kotikäyntejä sekä vertaistukea. Perheenjäsenillä voi olla halu auttaa, mutta he eivät osaa tai eivät uskalla, jolloin hoitohenkilökunta rohkaisee heitä siihen. Epävarmuutta ja epätietoisuutta vähentää potilaan ja omaisen tiedon saannin turvaaminen. Omaisat tarvitsevat opastamista sosiaalisten suhteiden luomisessa ja muuttuneen tilanteen ymmärtämisessä sekä kodin varustamisessa potilasta varten.

2.1.3 Sairaanhoidajan ohjaustaito

Ammattitaito koostuu monesta eri tekijästä. Se on käsitteenä tietyllä tavalla kaksijakoinen. Ammattitaidon nähdään viittaavan joko työntekijän ominaisuuksiin tai työn vaatimuksiin. Kasvatustieteilijät esimerkiksi määrittelevät ammattitaidon useimmiten työntekijän ominaisuudeksi. Hoitotieteessä käytetään käsitettä hoitotaito, joka sisältää sairaanhoidajan henkilökohtaiset ominaisuudet, pätevyyden ja hoitotyön arvot. Sairaanhoidajan ammatissa ammattitaito muodostuu tiedollisista, taidollisista ja asenteellisista vaatimuksista, joita työelämä ja yhteiskunta edellyttävät sairaanhoidajan työssä toimivalta henkilöltä. (Kuokkanen 2000.)

Lipposen ym. (2006) tutkimuksessa sairaanhoidajat rohkaisivat sekä kannustivat omaisia ja huomioisivat emotionaalisen tuen tarpeen ja jaksamisen. Mäntysen, Vehviläinen-Julkusen ja Siveniuksen (2009) tekemässä tutkimuksessa sairaanhoidajan roolitietoisuus vahvistui terveyskeskuksissa kahdenvälisessä yhteistyössä ja kuntoutuskeskuksessa laajapohjaisessa moniammatillisessa tiimityössä. Alkuvaiheen jälkeinen kuntoutus alkaa noin viikon kuluttua sairastumisesta ja jatkuu 3–4 kuukautta. Kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä tarkoitetaan yksilö- ja terveyslähtöistä hoitamista, jossa kaikki sairaanhoidajan toiminta on kuntoutujan itsenäistä selviytymistä tukevaa. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoidajan kokonaisvaltainen vastuunotto oli merkityksellistä aivohalvauspotilaiden kuntoutumisprosessissa. Tämä merkitsi kuntoutujan lähtötilanteen arvioimista ja tavoitteiden asettamista, tulevaisuuteen suuntautumista, vuorovaikutusta kuntoutujan, hänen omaistensa ja muiden tiimin jäsenten kanssa, jatkuvaa kehittymistä sekä hoitotyön toteuttamista. Kuntoutuskeskuksessa sekä terveyskeskuksessa sairaanhoidajat näkivät kuntoutuksen prosessina. He tukivat kuntoutujaa kriisin läpikäymisessä, kannustivat etenemään pienin askelin, varmistivat jatkohoitoa ja jakoivat tietoa. Omahoitajana toimiminen vaikutti myönteisesti sairaanhoidajan vastuunottoon kuntoutujan tilanteesta. Muille tiimin jäsenille omahoitajan nimeäminen toi turvallisuudentunteen kuntoutumisprosessin jatkuvuudesta. Sairaanhoidajan antama emotionaalinen tuki, uusien sopeutumiskeinojen löytäminen ja toivon ylläpitäminen olivat keskeisiä hoitotyön toimintoja kuntoutujien esille tuoman epävarmuuden keskellä. Kuitenkin sairaanhoidajilla aikaa kuntoutujan ja hänen omaistensa ohjaamiseen oli liian vähän.

Haapaniemen, Routasalon ja Arven (2006) tutkimuksessa kuntoutumista edistävässä hoitotyössä sairaan- ja perushoitajat tukevat sairastuneen toimintakyvyn saavuttamista eri hoitotyön menetelmillä. Tämän edellytyksenä on hoitajan sitoutuminen potilaan kuntoutumisen edistämiseen. Se tulee esille muun muassa hyvässä perushoidossa ja potilaan omatoimisuuden tukemisessa. Sairaanhoidaja ohjaa ja kannustaa potilasta yrittämään itse puolesta tekemisen sijasta. Haapaniemen ym. (2006) tekemän tutkimuksen mukaan koordinoijana sairaan- ja perushoitaja käytti seuraavia hoitotyön menetelmiä: potilaan taustatietojen selvitys, kuntoutumisen tavoitteiden moniammatillinen suunnittelu, toimintakyvyn ja voimavarojen selvitys, kotiutuksen varmistaminen, jatkuva arviointi sekä hoitotyön menetelmien nimeäminen. Toimintakyvyn

arvioinnissa sairaanhoitaja käytti erilaisia mittareita, kuten itsenäisen toimintakyvyn mittari (FIM), masentuneisuuden mittari (GDS), kognitiivisen toimintakyvyn mittari (MMSE) sekä Kaatumisen pelko-mittari. Sairanhoitaja keskusteli potilaan ja omaisen kanssa tavoitteista, niiden realistisuudesta sekä saavuttamisesta. Sairanhoitaja painotti lyhyen aikavälin tavoitteita. Hän varmisti kotiutuksen arvioimalla potilaan toimintakykyä ja keskustelemalla kotiutumisaikakohdasta potilaan, omaisen ja henkilökunnan kanssa. Ennen potilaan kotiutusta sairaanhoitaja varmisti, että potilaalla on tarpeeksi tietoa lääkityksestä ja, mistä hän saisi tarvittaessa apua. Tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitaja korosti, että kuntoutumista tapahtui koko ajan päivittäisten toimintojen harjoittelun yhteydessä ja toimintakyvyn koheneminen edellytti terapiahenkilöstön ohjauksen lisäksi harjoittelua hoitohenkilökunnan kanssa. Sairanhoitaja ohjasi selviytymään ruokailusta, peseytymisestä ja pukeutumisesta keskustelemalla sekä näyttämällä. Potilaan kehon halvaantunut puoli otettiin huomioon potilaan vuoteen ja apuvälineiden sijoittelussa. Sairanhoitaja myös neuvoi omaista auttamaan potilasta niin, ettei omainen tehnyt potilaan puolesta. Sairanhoitaja antoi paljon tietoa kotiutuksesta ja sinne saatavilla olevista palveluista. Sairanhoitajat kuitenkin kokivat, että omaiset jäivät liian vähälle huomiolle erilaisten syiden takia, kuten kiire tai hoitohenkilökunnan torjuva asenne.

3. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, minkälaisia kokemuksia aivoverenkiertohäiriöpotilaiden omaisilla on saamastaan ohjauksesta sekä mitä he kaipaavat eniten ohjaukselta.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota jatkossa hyödynnetään osaston hoitotyötä kehitettäessä ja hoitotyön kaikilla osa-alueilla.

Tutkimustehtävissä haetaan vastausta kysymyksiin:

1. Millaista on hyvä aivoverenkiertohäiriöpotilaan omaisen ohjaus sisällöllisesti?
2. Millaista on hyvä aivoverenkiertohäiriöpotilaan omaisen ohjaus menetelmällisesti?
3. Minkälaisia ominaisuuksia aivoverenkiertohäiriöpotilaiden omaiset toivovat ohjausta antavalta sairaanhoitajalta?

4. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Kohderyhmä

Opinnäytetyön kohderyhmäksi valittiin erään Varsinais-Suomen sairaalan osastolla hoidettavana olleiden aivoverenkiertohäiriöpotilaiden omaiset. Omaiset olivat potilaan lähiomaisia. Haastatteluissa haastateltiin puolisoita sekä potilaiden lapsia. Haastateltavat olivat iältään 30–65 vuotta. Kohderyhmä muodostettiin kuudesta omaisesta. Osaston osastonhoitaja sekä apulaisosastonhoitaja tiedottivat osastolla opinnäytetyöstä ja kartoittivat tutkimukseen osallistuvia. He jakoivat tiedotteita opinnäytetyöstä (liite 1), missä kerrottiin aiheesta ja tutkimustarkoituksesta sekä tavoitteesta ja toteutuksesta. Osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja kertoivat mahdollisista haastateltavista. Samalla tehtiin listaa potilaista, jotka olivat olleet osastolla jo kuukauden verran. Potilaan haluttiin olleen osastolla hoidossa pidempään, jotta omaisella olisi paremmin kerrottavaa ohjauksesta ja tällöin omainen olisi jo ehtinyt saada jonkinlaista ohjausta. Omaisilta käytiin henkilökohtaisesti kysymässä, halusivatko he osallistua tutkimukseen. Suostumuksen jälkeen sovittiin omaisen kanssa haastatteluaika. Ennen haastattelun alkua omainen allekirjoitti suostumuksen opinnäytetyöhön osallistumisesta (liite 2).

4.2 Aineiston keruu

Aineistonkeruutavaksi valittiin teemahaastattelu ja tehtiin teemahaastattelurunko (liite 3). Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen, ongelmanratkaisun tai tutkimustehtävän mukaisesti. Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehukseen eli tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2002.)

Teemahaastattelu on tiedonkeruumenetelmä, jossa henkilöiltä kysytään heidän omia mielipiteitään tutkittavasta ilmiöstä ja vastaus saadaan puhutussa muodossa. Haastattelututkimuksessa ei pitäydytä vain tiettyjen teemojen parissa, vaan haastattelijalla on runko ja hän huolehtii, että vapaassa kertomuksessa tulevat tietyt teemat esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004.) Teemoiksi haastattelurunkoon valittiin kolme teemaa, joita pidettiin olennaisina tutkimuksen tuloksien kannalta. Teemat olivat ohjauksen sisältö, ohjauksen menetelmät ja ohjausta antavan sairaanhoitajan ammattitaito.

Yhden päivän aika haastateltiin yhtä omaista. Pyrittiin sopimaan monta haastattelua valmiiksi, mutta siinä tavoite ei ihan täytynyt. Haastatteluaikoja saatiin sovittua työaikoina. Säännöllisen töissäkäynnin vuoksi haastatteluja sovittiin harvemmallalla aikavälillä, kuin oli tarkoitus. Tarkoituksena oli haastatella alun perin 8–10 omaista, mutta ajan vähyyden vuoksi päätettiin rajata haastatteluiden määrä kuuteen omaiseen. Silti saatiin hyvin aineistoa kerättyä ja hyviä tuloksia aikaan.

Haastattelulomake esitettiin ennen varsinaisia haastatteluja yhdelläomaisella. Haastattelurunko oli hyvä sekä luotettava ja kaikkiin kysymyksiini saatiin vastauksia, joten esihaastattelun tuloksia käytettiin opinnäytetyössä aineistona. Haastatteluihin käytettiin riittävästi aikaa. Omaiset saivat rauhassa kertoa omista kokemuksistaan ohjauksesta ja asioista, mitä heille tuli mieleen haastatteluiden aikana. Haastattelut toteutettiin rauhallisessa ja suljetussa ympäristössä, jotta ulkopuoliset eivät päässeet häiritsemään eikä ulkopuoliset kuulleet haastatteluiden sisältöjä. Näin säilyi luottamuksellisuus omaisen ja tutkijan välillä.

Haastattelupaikaksi valittiin osastonlääkärin huone ja saatiin lupa käyttää lääkäreiden nauhuria sekä nauhoja. Tämän vuoksi haastatteluja pystyttiin tekemään arkisin kello 16 jälkeen ja viikonloppuisin mihin aikaan vain. Jokainen haastattelu nauhoitettiin nauhalle. Ennen haastatteluja osallistuvalla omaisella annettiin suostumuslomake (liite 2) allekirjoitettavaksi.

4.3 Aineiston analyysi

Haastatteluiden jälkeen ne purettiin eli litteroitiin. Haastattelut pyrittiin kirjoittamaan auki mahdollisimman pian haastattelun jälkeen, jotta haastattelu oli tuoreessa muistissa. Haastattelut kirjoitettiin auki samassa lääkärin huoneessa, jossa haastattelut pidettiin. Haastattelut tulostettiin paperille talteen. Kun kaikki haastattelut saatiin kirjoitettua, nauhat tyhjennettiin oikealla tavalla. Näin säilytettiin luotettavuus eikä haastatteluiden sisällöt päässeet muiden tietoon.

Tämän jälkeen aloitettiin sisällönanalyysi. Aineiston analyysistä saatiin vastauksia tutkimustehtävään ja aineistosta erotettiin olennainen. Omaisten antamia vastauksia vertailtiin, mitä erilaista ja poikkeavaa heidän vastauksistaan löytyi. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä eli tietoaineistoa tiivistettiin. Analyysitavaksi valittiin induktiivinen eli aineistolähtöinen päättely. Siinä tehdään yleistyksiä ja päätelmiä aineistosta nousevien seikkojen perusteella. Aineistoa tarkastellaan sekä monitahoisesti että yksityiskohtaisesti. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997.) Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on karkeasti kolmevaiheinen prosessi, johon kuuluu 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi ym. 2002).

Sisällönanalyysi aloitettiin lukemalla haastatteluja läpi useamman kerran. Lukiessa pidettiin mielessä tutkimustehtävät. Niihin haettiin vastauksia aineistosta. Poimittiin yliviivaamalla eri väreillä sanoja ja ilmauksia tutkimustehtävien alle. Niistä alkoi muodostua tuloksia opinnäytetyöhön. Yliviivauksien jälkeen listattiin kaikki sanat ja ilmaukset paperille allekain epäjärjestyksessä. Tehtyä listaa luettiin läpi ja rengastettiin samojen otsikoiden alle sopivia sanoja sekä ilmauksia. Rengastamisessa käytettiin useita eri värejä, jotta erotettiin helpommin ryhmät toisistaan. Rengastuksien jälkeen kirjoitettiin uudelleen saman väriset sanat ja ilmaukset allekain paperille. Niistä oli helppo muodostaa ryhmiä.

Ryhmittelyn jälkeen nostettiin eri väreillä esiin ryhmien sisällä samaa tarkoittavia asioita. Ryhmiä tuli yhteensä 16. Näistä ryhmistä tehtiin alaluokkia. Alaluokan otsikko muodostui sanoille ja ilmauksille yhteisestä tekijästä. Esille tulleista alaluokista taas tehtiin yksi niille sopiva yläluokka, mikä piti sisällään alaluokkien otsikot. Lopuksi tehtiin taulukko paperille, missä luokiteltiin ryhmät pääluokkien mukaan. Muodostui kolme pääluokkaa. Ne otettiin tutkimustehtävistä, koska ne sopivat hyvin ja niiden mukaan oltiin analysoitu koko aineisto. Valitut pääluokat kattavat tiedon, mitä haluttiin selvittää opinnäytetyössä. Pääluokat ovat myöskin mainitut teemat aineiston keruussa. Seuraavissa kappaleissa avataan teemoja, jotta tehty analyysi tulee paremmin ymmärretyksi.

5. TULOKSET

5.1 Ohjauksen sisältö

Ohjauksen sisältöön liitettiin asioita, joita omaiset nostivat haastatteluisissa esille. Viiteen eri yläluokkaan eriteltiin tuloksia, jotka kuuluivat ohjauksen sisällön alle. Tällaisia asioita olivat esimerkiksi informaation antaminen, omaisen ajantasalla pitäminen, omaisen tiedonhankinta sekä lääkärin tapaaminen. Ohjauksen sisältö valittiin yhdeksi pääluokaksi, koska haluttiin saada selville, mitä omaiset haluavat ohjaukselta ja millaista annettavan tiedon tulee olla. Tulokset auttavat myös kyseistä osastoa parantamaan ohjaustaan ja antamaan oikeanlaista tietoa.

Suurimman osan haastatteluihin osallistuneiden omaisten mielestä osastolla tiedonsaanti oli hankalaa ja vähäistä. Tiedonsaanti oli myöskin hoitajasta kiinni. Toisilta hoitajilta sai enemmän tietoa, mutta myös omaiset kertoivat tarpeellista tietoa hoitohenkilökunnalle. Omaiset kokivat, ettei hoito-ohjeista saanut tarpeeksi tai ei ollenkaan tietoa hoitohenkilökunnalta. He toivoivat, että hoitajat olisivat ottaneet rohkeasti kontaktia ja näin lisänneet tiedonsaantia. Jotkin omaiset mainitsivat tuntevansa olonsa epätietoisiksi.

Omaisille oli tärkeää saada tietoa potilaan kuntoutuksesta ja mitä se pitää sisällään. Omaiset halusivat tietää, mitä potilaan kanssa kuntoillaan ja mitä siinä tapahtuu. He myöskin toivoivat, että heille olisi kerrottu kuntoutuksen tavoitteet, jotta olisi tiennyt mihin potilaan kanssa tähdätään ja kuinka paljon mahdollista kuntoutusta tapahtuu. Omaiset ymmärsivät kuitenkin, etteivät terapeutit pystyneet kertomaan tarkkaan, kuinka paljon kuntoutusta tapahtuu, koska jokainen potilas paranee yksilöllisesti ja kuntoutus viel paljon aikaa. Omaiset sanoivatkin, ettei kaikki tapahdu yhdessä yössä. Puhevaikeudesta ja sen kanssa toimimisesta kaivattiin lisätietoa. Omaiset hakivat aina merkkejä edistymisestä ja he halusivat tietää potilaan kehityksestä sekä mahdollisista takapakeista. Kaiken kaikkiaan omaiset halusivat olla perillä, siitä missä kohtaa mennään läheisen hoidossa ja kuntoutuksessa.

Kerätystä aineistosta nousi selkeästi esille, että omaiset olivat huolissaan tulevaisuuden näkymistä. He hakivat aina potilaan luona vieraillessa merkkejä elpymisestä sekä todisteita toipumismahdollisuuksista. Omaiset olivat aktiivisia ja kyselivät hoitajilta sekä terapeuteilta, miten he voisivat auttaa ja osallistua läheisen hoitoon. Omaisilla oli mielessä monta kysymystä niin sanotusta teoriatiedosta. Kysymyksiä oli paljon omaisten päässä, kuten esimerkiksi onko sairaus perinnöllinen, mistä sairastuminen johtui ja minkä takia. Omaiset olivat kiinnostuneita, mitä aivoissa oli tapahtunut. Paljon tuli esille myös kysymyksiä käytännön asioista, esimerkiksi laskuista. Omaiset halusivat tietoa oireista ja hoidosta ja, että tieto on realistista.

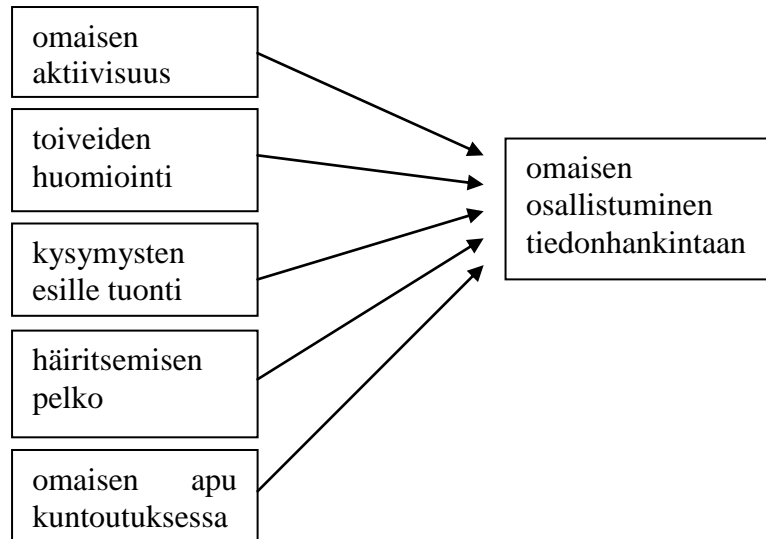
Haastateltavat olivat aktiivisia läheistensä hoidossa. He kertoivat olevansa tyytyväisiä siihen, että heidän toiveitaan kuunneltiin ja mielipiteet otettiin huomioon esimerkiksi jatkohoitopaikan valinnassa. Potilaille valittu

jatkohoitopaikka oli huono liikenneyhteyksien kannalta, joten omaisen toivetta kuunneltiin ja löydettiin toinen jatkohoitopaikka lähempänä. Kaikilla omaisilla ei ollut ajokorttia, joten omaiset liikkuvat julkisilla kulkuvälineillä ja aina yhteydet eivät sovi kohdilleen. Tästä omaiset olivat erittäin tyytyväisiä. Hoitohenkilökunnalta kysyminen tuntui olevan vaikeaa. Osa omaisista kertoi kyselevänsä paljon ja aika usein kysymyksiin sai myös vastauksen tai, jos hoitaja ei osannut vastata, hän kävi ottamassa asiasta selvää. Toinen puolisko omaisista taas ei kehdannut kysellä hoitohenkilökunnalta ja oli sitä mieltä, että olisi voinut kysellä enemmän. Ehkä omaiset myös ajattelivat, etteivät kehtaa häiritä hoitajia kysymällä. He mainitsivat myöskin, että sitä valikoi kenelle esittää kysymyksiä. *”Kyllä sitä ihan luonnostaan valikoi keneltä kysyy. Et kuka pysähtyy ja keneltä saa vastauksia. Siltä aina kysyy.”* Vaikka omaisella itsellään olisi tietoa hoitotyöstä, sitä sulkee oman ammattitaitonsa. Omaiset kaipaavat tietoa asiantuntijalta.

Jokainen opinnäytetyöhön osallistunut omainen oli sitä mieltä, että eniten ohjausta saatiin fysioterapeuteilta. He olivat ohjanneet kuntoutuksen kanssa ja omaiset sanoivat, että fysioterapeutit huomaavat kaiken. Pienikin virhe istuma-asennossa ja asentoa tullaan korjaamaan. Fysioterapeuteista omaiset kertoivat seuraavalla tavalla; *”terapeutit on ollu hirvee hyviä. Eniten ohjaus on tullu sieltä terapeuteilta.”*

Omaiset toivoivat lääkäriltä lisää tietoa sekä lääkärin kanssa keskustelemista. Hoitohenkilökunta ja lääkärit antavat erilaista tietoa. Omaiset kaipasivat myös tiedollista tietoa. Kaikki haastatteluihin osallistuneet eivät olleet välttämättä jutelleet lääkärin kanssa kertaakaan. Lääkityksestä omaiset saivat tietoa pyytäessä. He saivat lääkelistan tämän hetkisestä lääkityksestä ja näin omaiset pysyivät ajan tasalla lääkityksen suhteen.

Seuraavalla sivulla olevalla esimerkillä havainnollistettiin, kuinka omaisten ohjauksen sisällöstä ollaan yhdistetty kaavio (1) helpottamaan tuloksien lukemista. Kerrotuista ilmauksista yhdisteltiin alaluokkia, joihin sisällytettiin samanlaisia ilmauksia. Näistä 18:sta alaluokasta yhdisteltiin niille sopivia yläluokkia. Niitä koottiin 5. Nämä liitettiin yhden pääluokan alle, joka oli ohjauksen sisältö. (kts. liite 4).



Kaavio 1 Ohjauksen sisältö.

5.2 Ohjauksen menetelmät

Ohjauksen menetelmiin listattiin asioita, jotka kertoivat mitä erilaisia materiaaleja on käytetty tai miten ohjaus oli koettu. Menetelmien alaluokista saatiin koottua kuusi yläluokkaa. Niitä olivat esimerkiksi materiaalien tärkeys, hoitoon ja hoitoympäristöön keskittyminen, omaisen jaksaminen sekä keskusteluhetkien lisääminen. Tarkoituksena oli selvittää, millaisia ohjausmenetelmiä osastolla on käytössä ja ovatko ne riittäviä. Tuloksien avulla osastolla voidaan miettiä, onko tarpeellista antaa esimerkiksi enemmän materiaaleja omaisille.

Yksi kysymyksistä teemahaastattelurungossa koski saatuja materiaaleja. Haastatteluun vastanneet omaiset olivat yksimielisiä siitä, etteivät ole saaneet kyseiseltä osastolta ollenkaan materiaaleja ohjauksen suhteen. Suurin osa heistä sai aivohalvausyksikön kansion, mutta eivät oppinäytetyön kohteena olleelta osastolta minkäänlaista materiaalia. Muutamat omaiset lukivat osaston seinillä olevilta julisteilta tietoa aivoverenkiertohäiriöstä. Aivohalvausyksikön kansio oli kattava ja sitä luettiin uudestaan ja uudestaan aina kun tuli uusia kysymyksiä, mutta silti omaiset olisivat kaivanneet jotain lisää. Materiaalien saanti olisi kuitenkin tärkeää ja hyödyllistä. Materiaalit antaisivat tietoa juuri kyseisen osaston hoidosta ja tavoitteista.

Omaiset osallistuivat aktiivisesti tiedonhankintaan sekä terapiaoihin. Osan osallistuminen terapiaoihin oli hieman vähäisempää. Yleensä omaiset osallistuivat fysioterapiaan yhdessä potilaan kanssa. He lisäsivät myös, että olisivat voineet osallistua aktiivisemminkin terapiaoihin. Niihin otettiin mielellään omaisia mukaan. Tutkimalla osastolla alettiin järjestämään omaistentunteja viime alkuvuodesta, joissa omaiset saivat tietoa aivoverenkiertohäiriöistä ja muutama omaisen oli siihen osallistunutkin. Omaiset pitivät sitä hyödyllisenä ja kattavana tietopakettina. Myöskin

omaiset myönsivät, että internet oli paljon käytössä, kun haki tietoa läheisen sairaudesta. Sieltä löytyi moneen kysymykseen vastauksia.

Toisaalta he mainitsivat, että sieltä löytyi vähän liikaakin tietoa. Sieltä luki paljon sellaista, mitä ei olisi ehkä halunnut lukea. Internetin käytöstä omaiset kertoivat, että *”kyllä sitä käyttää aika paljon nettiä ja sitä kautta luo käsityksiä näistä asioista. Toivois tietenkin et sitä tietoa sais enemmän ja helpommalla.”*

Suurin osa omaisista piti ohjausta yksilöllisenä. Yksi poikkesi tästä. Hoitohenkilökunta on ohjaus- sekä keskustelu hetkellä keskittyneet ainoastaan omaisen läheisen asioihin. Siihen ollaan oltu tyytyväisiä.

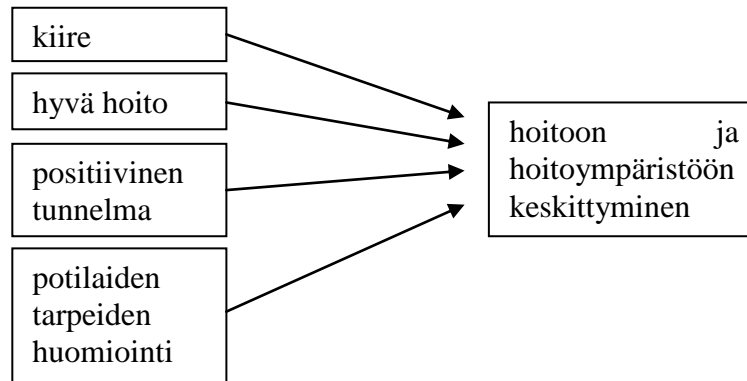
Hoito ja hoitoympäristö ovat myös tärkeä ottaa huomioon. Omaiset olivat sitä mieltä, että hoitohenkilökunta otti potilaat huomioon sekä heillä oli kuntouttava työote. Potilaan ja hoitajan välillä oli myöskin hyvä vuorovaikutus. Omaiset olivat melko yksimielisiä siitä, että hoitajilla tuntui olevan aina kiire eikä heitä viitsinyt häiritä pysäyttämällä. Luettua aikaisempia tutkimuksia samasta aiheesta, kiire nousi myös muissa esille. Osaston ilmapiiristä oli vain hyvää sanottavaa. Osastolla oli hyvä tunnelma ja oli mukavaa, kun hoitohenkilökunta tervehti aina kun omainen tuli vastaan käytävällä. Silloin he tunsivat olonsa tervetulleiksi. Yksi omainen mainitsikin, että *”kyllä se vaan mukavalta tuntuu ku tulla osastolle et tervehditään”*. Hoitohenkilökunta ei käyttäytynyt negatiivisesti ja heihin pystyttiin luottamaan, että kaikki hoidetaan hyvin.

Omaisiet toivat esille, että keskusteluhetket hoitohenkilökunnan kanssa ovat lyhyitä tai niitä ei ole ollenkaan. Keskustelun jälkeen heräsi aina lisäkysymyksiä, joihin ei ollut saanut vastausta. Ohjauksellisia keskusteluja ei ollut juuri ollenkaan. Omaiset toivoivatkin, että hoitajat olisivat keskustelleet heidän kanssaan enemmän sekä myöskin potilaiden kanssa. *”Viel enemmän näit rauhallisia keskusteluja, mitä voi tehdä ja selittää mitä on tapahtunut”*. Yksi hyvä kehittämisidea annettiin haastattelun lopuksi. *”Mun mielestä tällasten halvauspotilaiden kanssa pitäisi tehdä sellasta hahmotustyötä. Tää tällainen rauhoittelun varhainen vuorovaikutus. Miten syvästi sillä on vaikutus hengitykseen ja sitä kautta ihmiseen.”*

Omaisiet kokivat olevansa yksin kysymystensä kanssa ja kysymyksiä oli paljon. Oloa helpottivat toisten omaisten kanssa puhuminen sekä muihin perheenjäseniin tukeutuminen. Heistä haettiin vertaistukea. Omaiset olivat väsyneitä ja ahdistuneita. Sairaalasta kotiin päästessään he olivat väsyksissä ja, eivätkä yleensä jaksaneet tehdä esimerkiksi kotitöitä tai muita arkiaskareita sen jälkeen. Läheisen näkeminen huonossa kunnossa oli raskasta ja omaisella ei aina ollut keinoja käsitellä tapahtunutta. *”Vois viel hyvin paljon ohjata omaisia sen potilaan kohtaamisessa”*. He ilmaisivat hyvin millaiselta omaisen ahdistus voi tuntua hoitajasta. *”Omaisiet ja potilaat ovat ahdistuneita, niin siihen on hoitajan hankala jäädä ku pelätään et takerrutaan”*.

Seuraavalla sivulla olevasta kaaviosta (2) selviää, miten luokiteltiin ilmauksia ja sovitettiin niille sopivat luokat. Esimerkissä vain osa

kaaviosta. Annetuista vastauksista koottiin yhteensä 19 alaluokkaa, joille saatiin sopivat kuusi yläluokkaa. Jokainen ilmaus yhditettiin toisiinsa sopiviin ilmauksiin. Näin saatiin tehtyä ryhmiä. Kaavion sisältämät luokat sisällytettiin sopimaan omaisten ohjauksen menetelmiin, josta saatiin pääluokka. (kts. liite 5).



Kaavio 2 Ohjauksen menetelmät.

5.3 Ohjausta antavan sairaanhoitajan ohjaustaito

Sairaanhoitajan ohjaustaitoon yhdistettiin asioita, joihin kiinnitettiin huomiota. Esille tuli monta hyvää asiaa ja parannettavia asioita. Sairaanhoitajan ohjaustaito valittiin yhdeksi teemaksi, koska oli tärkeää saada tietoa, millaista annettu ohjaus on kyseisellä osastolla. Tuloksien kautta osaston sairaanhoitajat voivat perehtyä ohjaamiseen enemmän sekä omaisten huomioimiseen.

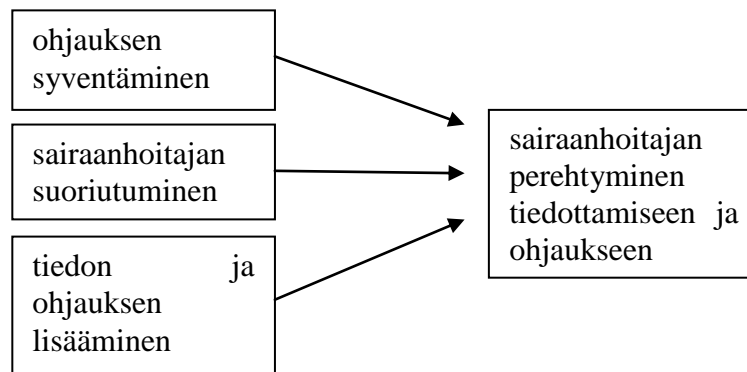
Sairaanhoitajan ohjaustaidoista kysyttäessä omaiset toivoivat, että tietoa olisi saanut enemmän alussa sekä helpommalla. Omaiset pyysivät ajan tasalla pysymistä. Ohjausaikaa oli myös vähän, joten sitä olisi kaivattu enemmän. Omaiset olisivat halunneet, että sairaanhoitajat olisivat näyttäneet heille konkreettisesti, miten esimerkiksi potilasta kannattaa siirtää. *"Hoitajat vois näyttää iha niinku nois siirroissaki etmiten kannattaa siirtää. Mun mielest se on ehkä se paras miten sä voit ohjata omaisia. Ja sit tietty kertomal ja puhumal."* Omaisen läheisellä oli melkein kaikissa tapauksissa toisen puolen halvaus tai jonkun raajan heikkous, joten ne olivat yleensä kipeitä. Sen vuoksi omaiset toivoivat, että sairaanhoitajat sekä lähihoitajat kiinnittäisivät enemmän huomiota, miten potilaan kanssa toimitaan ja miten siirretään ja mistä otetaan kiinni.

Omaiset toivoivat, että sairaanhoitajat olisivat ohjanneet omaisia enemmän. Osalta sairaanhoitajista sai tietoa, mutta ei kaikilta niin hyvin kuin olisi toivottu. Omaiset muistuttivat kuitenkin, että sairaanhoitajat olivat erilaisia ja heidän välillään oli eroja. Sairaanhoitajille nostettiin hattua hyvästä työstä sekä hoidosta.

Sairaanhoitajia keuhuttiin yrittämisestä, varsinkin hankalan potilaan kohdalla. Omaisia toivottiin kannustettavan ja keskustella enemmän

heidän kanssaan. Omaiset mainitsivat, että alussa kerrottiin tarkasti osaston periaatteet ja kattavaa tietoa osaston toiminnasta. Positiivista oli, että omaiset sanoivat sairaanhoitajilla olevan aikaa olla läsnä ja tervehtiä omaista kohdatessaan.

Alla oleva kaavio (3) on yksi osa luokituksesta sairaanhoitajan osaamisesta aivoverenkiertohäiriöpotilaan omaisen ohjauksessa. Luokitus tehtiin omaisten antamien tuloksien perusteella ja yhdisteltiin samaan luokkaan sopivia ilmauksia. Ilmauksista yhdisteltiin 12 alaluokkaa, joista saatiin kolme yläluokkaa. Näille luokille yhteiseksi pääluokaksi muodostui sairaanhoitajan osaaminen ohjauksessa. (kts. liite 6).



Kaavio 3 Sairaanhoitajien ohjaustaito.

Haastatteluiden aikana kirjattiin ylös havaintoja päiväkirjamuodossa, joita hyödynnettiin analyysissä luotettavuuden parantamiseksi. Jokaisesta haastattelusta kirjattiin muutamia asioita ylös. Esimerkiksi, miten haastattelu sujui tai millainen omaisen olemus oli haastattelun aikana. Kiinnitettiin myös huomiota, kuinka paljon omaisella oli kerrottavaa ohjauksesta ja kirjattiin siitä päiväkirjaan.

6. POHDINTA

Tässä luvussa esitellään keskeiset tulokset ja ilmiöt, jotka kiinnittivät huomiota analyysiä tehtäessä. Tuloksista selvisi monta mielenkiintoista aihetta, joihin tulevaisuudessa tulee kiinnittää huomiota.

6.1 Ohjauksen sisältö

Suurimman osan haastatteluihin osallistuneiden omaisten mielestä osastolla tiedonsaanti oli hankalaa ja vähäistä. Tiedonsaanti oli myöskin hoitajasta kiinni. Toisilta hoitajilta sai enemmän tietoa, mutta myös omaiset kertoivat tarpeellista tietoa hoitohenkilökunnalle. Omaiset kokivat, ettei hoito-ohjeista saanut tarpeeksi tai ei ollenkaan tietoa hoitohenkilökunnalta. Omaiset toivoivat, että hoitajat olisivat ottaneet rohkeasti kontaktia ja näin lisänneet tiedonsaantia. Jotkin omaiset mainitsivat tuntevansa olonsa epätietoisiksi. Kaila (2009) totesikin tutkimuksessaan, että omaisen tiedon saannin turvaaminen vähentää epävarmuutta ja epätietoisuutta.

Omaisten mielestä oli tärkeää saada tietoa potilaan kuntoutuksesta ja mitä se piti sisällään. Omaiset halusivat tietää, mitä potilaan kanssa kuntoillaan ja mitä siinä tapahtuu. He myöskin toivoivat, että heille olisi kerrottu kuntoutuksen tavoitteet, jotta he olisivat tienneet mihin potilaan kanssa tähdätään ja kuinka paljon mahdollista kuntoutusta tapahtuu. Omaiset ymmärsivät kuitenkin, etteivät terapeutit pystyneet kertomaan tarkkaan, kuinka paljon kuntoutusta tapahtuu, koska jokainen potilas paranee yksilöllisesti ja kuntoutus vie paljon aikaa. Omaiset sanoivatkin, ettei kaikki tapahdu yhdessä yössä. Puhevaikeudesta ja sen kanssa toimimisesta he kaipasivat lisätietoa. Heikkisen ym. (2005) tutkimuksessa todettiin, että toiminnalliselta osa-alueelta kaivattiin lisää tietoa. Näpänkankaan ym. (2008) tutkimuksen tuloksista ilmenee, että kuntoutuksesta kaivattiin enemmän tietoa. Näitä samoja tuloksia sain myös omasta aineistostani. Omaiset hakivat aina merkkejä edistymisestä ja halusivat tietää potilaan kehityksestä sekä mahdollisista takapakeista. Kaiken kaikkiaan omaisevat halusivat olla perillä, missä kohtaa mennään läheisen hoidossa ja kuntoutuksessa.

Kerätystä aineistosta nousi selkeästi esille, että omaiset olivat huolissaan tulevaisuuden näkymistä. Omaiset hakivat aina potilaan luona vieraillessa merkkejä elpymisestä sekä todisteita toipumismahdollisuuksista. He olivat aktiivisia ja kyselivät hoitajilta sekä terapeuteilta, miten voisivat auttaa ja osallistua läheisen hoitoon. Mielessä oli monta kysymystä niin sanotusta teorian tiedosta. Omaisilla pyöri kysymyksiä päässä, kuten esimerkiksi onko sairaus perinnöllinen, mistä sairastuminen johtui ja minkä takia. Omaiset olivat kiinnostuneita, mitä aivoissa oli tapahtunut. Paljon tuli esille myös kysymyksiä käytännön asioista, esimerkiksi laskuista. Omaiset halusivat tietoa oireista ja hoidosta sekä tiedon olevan realistista. Heikkisen ym. (2005) tutkimuksen mukaan ohjaus keskittyi biologis-fysiologiseen tietoon sekä tietoon itse sairaudesta. Mattilan (1998) tulokset olivat vastaavanlaisia, mitä opinnäytetyössä tuli selville. Hänen tuloksien mukaan omaiset halusivat enemmän keskustella epävarmuudesta,

kotiutumista, sairauden uusiutumista sekä tunteista, jatkohoidosta ja hoito-ohjeista. Näpäkankaan ym. (2008) tuloksissa havaittiin samanlaisia asioita. Sen mukaan omaiset jäivät kaipaamaan enemmän tietoa oireista, taloudellisista asioista, seurauksista, jatkohoidosta ja kuntoutuksesta.

Haastateltavat omaiset olivat aktiivisia läheistensä hoidossa. Omaiset kertoivat olevan tyytyväisiä siihen, että heidän toiveitaan kuunneltiin ja mielipiteet otettiin huomioon esimerkiksi jatkohoitopaikan valinnassa. Potilaalle valittu jatkohoitopaikka saattoi olla huono liikenneyhteyksien kannalta, joten omaisen toivetta kuunneltiin ja löydettiin toinen jatkohoitopaikka lähempänä. Kaikilla omaisilla ei ollut ajokorttia, joten omaiset liikkuvat julkisilla kulkuvälineillä ja aina yhteydet eivät sopineet kohdilleen. Tästä omaiset olivat erittäin tyytyväisiä. Hoitohenkilökunnalta kysyminen tuntui olevan vaikeaa. Osa omaisista kertoi kyselevänsä paljon ja aika usein kysymyksiin sai myös vastauksen tai, jos hoitaja ei osannut vastata, hän kävi ottamassa asiasta selvää. Toinen puolisko omaisista taas ei kehdannut kysellä hoitohenkilökunnalta ja oli sitä mieltä, että olisi voinut kysellä enemmän. Ehkä myös omaiset ajattelivat, etteivät kehtaa häiritä hoitajia kysymällä. Omaiset mainitsivat myöskin, että valikoi kenelle esittää kysymyksiä. Haastattelussa vastattiin näin, että *”kyllä sitä ihan luonnostaan valikoi keneltä kysyy. Et kuka pysähtyy ja keneltä saa vastauksia. Siltä aina kysyy.”* Vaikka omaisella itsellään olisi tietoa hoitotyöstä, he kaipasivat tietoa asiantuntijalta.

Jokainen opinnäytetyöhön osallistunut omaisen oli sitä mieltä, että eniten ohjausta saatiin fysioterapeuteilta. He ovat ohjanneet kuntoutuksen kanssa ja omaiset sanoivat, että fysioterapeutit huomaavat kaiken. Pienikin virhe istuma-asennossa ja asentoa tullaan korjaamaan. *”Terapeutit on ollu hirvee hyviä. Eniten ohjaus on tullu sieltä terapeuteilta.”*

6.2 Ohjauksen menetelmät

Yksi kysymyksistä teemahaastattelurungossa koski saatuja materiaaleja. Haastatteluun vastanneet omaiset olivat yksimielisiä siitä, etteivät ole saaneet osastolta ollenkaan materiaaleja ohjauksen suhteen. Suurin osa sai aivohalvausyksikön kansion, mutta eivät opinnäytetyön kohteena olleelta osastolta minkäänlaista materiaalia. Muutamat omaiset lukivat osaston seinillä olevilta julisteilta tietoa aivoverenkiertohäiriöstä. Aivohalvausyksikön kansio oli kattava ja sitä he lukivat uudestaan ja uudestaan aina kun heille tuli uusia kysymyksiä, mutta silti olisi kaivattu jotain lisää. Lipponen ym. (2006) saivat tutkimuksessaan selville, että ongelmallista on ollut hoitohenkilökunnan valmiudet käyttää ohjauksen erilaista välineistöä. Kovinkaan suurta mainintaa materiaaleista ei esiintynyt löytyneissä tutkimuksissa. Materiaalien saanti olisi kuitenkin tärkeää ja hyödyllistä. Materiaalit antaisivat tietoa osaston hoidosta ja tavoitteista.

Suurin osa omaisista piti ohjausta yksilöllisenä. Yksi poikkesi tästä. Hoitohenkilökunta oli ohjaus- sekä keskustelu hetkellä keskittynyt ainoastaan omaisen läheisen asioihin. Siihen ollaan oltu tyytyväisiä.

Samanlaisia vastauksia ovat saaneet Heikkinen ym (2005) omassa tutkimuksessaan. Heidän tutkimuksensa mukaan ohjaus oli ollut yksilöohjausta. Lipponen ym. (2006) nostivat myös hyvin esille tutkimuksessaan, että ohjauksen perustana on asiakaslähtöisyys.

Hoito ja hoitoympäristö ovat myös tärkeä ottaa huomioon. Omaiset olivat sitä mieltä, että hoitohenkilökunta otti potilaat huomioon sekä heillä oli kuntouttava työote. Haapaniemen ym. (2006) tutkimuksen tuloksista löytyy myös kuntouttavan työotteen piirteitä. Potilasta kannustettiin ja ohjattiin yrittämään itse puolesta tekemisen sijasta. Potilaan ja hoitajan välillä oli myöskin hyvä vuorovaikutus. Oltiin melko yksimielisiä siitä, että hoitajilla tuntui olevan aina kiire eikä heitä viitsitty häiritä pysäyttämällä. Luettua aikaisempia tutkimuksia samasta aiheesta, kiire nousi myös muissa esille. Mattilan (1998) tutkimuksen tuloksista saa vastauksen tähän. Sen mukaan hoitajia pidettiin myös liian kiireisinä. Osaston ilmapiiristä oli vain hyvää sanottavaa. Osastolla oli hyvä tunnelma ja oli mukavaa, kun hoitohenkilökunta tervehti aina kun omainen tuli vastaan käytävällä. Silloin omaiset tunsivat olonsa tervetulleiksi. Yksi omainen mainitsikin, että *”kyllä se vaan mukavalta tuntuu ku tulla osastolle et tervehditään”*. Hoitohenkilökunta ei käyttäytynyt negatiivisesti ja omaiset pystyivät luottamaan, että kaikki hoidetaan hyvin.

Omaiset toivat esille, että keskusteluhetket hoitohenkilökunnan kanssa ovat lyhyitä tai niitä ei ole oikein ollenkaan. Keskustelun jälkeen heräsi aina lisäkysymyksiä, joihin ei ollut saanut vastausta. Ohjauksellisia keskusteluja ei ollut juuri ollenkaan. Omaiset toivoivatkin, että hoitajat olisivat keskustelleet enemmän sekä myöskin potilaiden kanssa. *”Viel enemmän näit rauhallisia keskusteluja, mitä voi tehdä ja selittää mitä on tapahtunut”*. Haastattelun lopuksi tuli yksi hyvä kehittämisidea. *”Mun mielestä tällasten halvauspotilaiden kanssa pitäisi tehdä sellasta hahmotustyötä. Tää tällainen rauhoittelun varhainen vuorovaikutus. Miten syvästi sillä on vaikutus hengitykseen ja sitä kautta ihmiseen.”*

Omaiset kokivat olevansa yksin kysymystensä kanssa ja kysymyksiä täynnä. Oloa helpottivat toisten omaisten kanssa puhuminen sekä muihin perheenjäseniin tukeutuminen. Heistä haettiin vertaistukea. Kailan (2009) tutkimuksessa mainitaan myös, että omaisia tulee rohkaista ja he tarvitsevat opastamista sosiaalisten suhteiden luomisessa ja muuttuneen tilanteen ymmärtämisessä. Läheisen sairastuminen oli monelle omaiselle kova ja vaikea paikka. Oltiin väsyneitä ja ahdistuneita. Sairaalasta kotiin päästessään omaiset olivat lopussa, eivätkä yleensä jaksaneet tehdä esimerkiksi kotitöitä tai muita arkiaskareita sen jälkeen. Läheisen näkeminen siinä kunnossa on raskasta ja omaisella ei aina ollut keinoja käsitellä tapahtunutta. Omaiset toivoivatkin, että *”vois viel hyvin paljon ohjata omaisia sen potilaan kohtaamisessa”*. He ilmaisivat hyvin millaiselta omaisen ahdistus voi tuntua hoitajasta. *”Omaiset ja potilaat ovat ahdistuneita, niin siihen on hoitajan hankala jäädä ku pelätään et takerrutaan”*.

6.3 Sairaanhoitajan ohjaustaito

Sairaanhoitajan ohjaustaidoista kysyttäessä omaiset toivoivat, että tietoa olisi saanut enemmän alussa sekä helpommalla. Omaiset pyysivät ajan tasalla pysymistä. Ohjausaikaa oli myös vähän, joten sitä olisi kaivattu enemmän. Omaiset olivat halunneet, että sairaanhoitajat olisivat näyttäneet heille konkreettisesti, miten esimerkiksi potilasta kannattaa siirtää. *”Hoitajat vois näyttää iha niinku nois siirroissaki etmiten kannattaa siirtää. Mun mielest se on ehkä se paras miten sä voit ohjata omaisia. Ja sit tietty kertomal ja puhumal.”* Omaisen läheisellä oli melkein kaikissa tapauksissa toisen puolen halvaus tai jonkun raajan heikkous, joten potilaat olivat yleensä kipeitä. Yksi omainen toivoikin sen vuoksi, että sairaanhoitajat sekä lähihoitajat kiinnittäisivät enemmän huomiota, miten potilaan kanssa toimitaan ja miten siirretään sekä mistä otetaan kiinni.

Omaiset toivoivat, että sairaanhoitajat olisivat ohjanneet omaisia enemmän. Osalta sairaanhoitajista sai tietoa, mutta ei kaikilta niin hyvin kuin olisi toivottu. Omaiset muistuttivat kuitenkin, että sairaanhoitajat olivat erilaisia ja heidän välillään oli eroja. Sairaanhoitajille nostettiin hattua hyvästä työstä sekä hoidosta. Mäntysen ym. (2009) tutkimuksesta selvisi, että sairaanhoitajan kokonaisvaltainen vastuunotto oli merkityksellistä aivohalvauspotilaiden kuntoutumisprosessissa. Se sisälsi kuntoutujan lähtötilanteen arvioimista sekä tavoitteiden asettamista, vuorovaikutusta kuntoutujan, hänen omaistensa ja muiden tiimin jäsenten kanssa, tulevaisuuteen suuntautumista, jatkuvaa kehittymistä sekä hoitotyön toteuttamista. Haapaniemenkin ym. (2006) mukaan sairaanhoitajat korostivat omaisille, että kuntoutumista tapahtui koko ajan päivittäisten toimintojen yhteydessä ja toimintakyvyn koheneminen edellytti terapiahenkilöstön ohjauksen lisäksi harjoittelua hoitajien kanssa. Sairaanhoitajat neuvoivat omaisia auttamaan potilasta niin, ettei omainen tehnyt potilaan puolesta. Tutkimuksen tuloksissa tuli esille, että sairaanhoitajat kokivat myös omaisten jäävän liian vähälle huomiolle erilaisten syiden takia, kuten esimerkiksi kiire tai hoitajan torjuvan asenteen takia.

Haapaniemen ym. (2006) tutkimuksen tulokset kertoivat, että sairaanhoitajalla on suuri rooli potilaan kotiutuksessa. Sairaanhoitaja varmisti kotiutuksen arvioimalla potilaan toimintakykyä ja keskustelemalla kotiutusajankohdasta potilaan, omaisen sekä henkilökunnan kanssa. Ennen potilaan kotiutusta sairaanhoitaja varmisti, että potilaalla oli tarpeellinen tieto lääkityksestä sekä mistä hän saisi tarvittaessa apua. Sairaanhoitajat antoivat paljon tietoa kotiutuksesta ja kotiin saatavista palveluista, jos ne oli tarpeellisia. Opinnäytetyössä tuli samat asiat esille. Omaiset kaipasivat tietoa kotiutuksesta sekä mitä sen jälkeen tapahtuu. Mahdollisista avuista ja rahallisista tuista kerrottiin omaisille.

Sairaanhoitajia keuhuttiin yrittämisestä, varsinkin hankalan potilaan kohdalla. Heidän toivottiin kannustavan omaisia ja keskustelemaan enemmän heidän kanssaan. Yksi omainen mainitsi, että hänelle kerrottiin alussa tarkasti osaston periaatteet ja kattavaa tietoa osaston toiminnasta. Positiivista oli, että omaiset sanoivat sairaanhoitajilla olevan aikaa olla

läsnä ja tervehtiä omaista kohdatessaan. Lipposen ym. (2006) tutkimus tuki opinnäytetyön tuloksia. Sairaanhoitajat rohkaisivat sekä kannustivat omaisia ja huomioisivat emotionaalisen tuen tarpeen ja jaksamisen. Mäntysen ym. (2009) tutkimuksessa potilaiden tukeminen otettiin huomioon. Sairaanhoitajat tukivat kuntoutujaa kriisin läpikäymisessä, kannustivat etenemään pienin askelin, varmistivat jatkohoitoa sekä jakoivat tietoa. Toivon ylläpitäminen ja uusien sopeutumiskeinojen löytäminen oli suuressa roolissa. Tutkimus toi myös esille, että sairaanhoitajilla oli liian vähän aikaa kuntoutujan ja omaisen ohjaamiseen.

6.4 Opinnäytetyön luotettavuus

Paunosen ym. (1997) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen. Aineisto kootaan sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy. Opinnäytetyöhön valittiin vain henkilöitä, joilla on kokemuksia aivoverenkiertohäiriöpotilaista. Teemahaastattelun kysymykset eivät olleet liian suppeita, koska liian suppeat kysymykset vaikeuttaisivat tutkittavan henkilön oman näkemyksen esiintuloa. Kysymykset eivät saa olla liian väljiäkään. Luotettavuus lisääntyi haastattelurungon ollessa toimiva. Haastatteluissa saatiin samoja vastauksia sekä haastateltavat ymmärsivät esitetyt kysymykset. Vastauksista saatiin myös lauseita, eikä kysymyksiin voinut vastata kyllä tai ei- sanoilla. Haastattelurungon kysymykset pidettiin pimennossa haastatteluun asti, jottei vastauksia pystynyt miettimään etukäteen.

Tämän opinnäytetyön aineiston luotettavuus lisääntyi, kun pidettiin haastattelupäiväkirjaa, johon kirjoitettiin kuvaus haastatteluiden kuluista. Päiväkirja otettiin huomioon analyysiä tehtäessä.

Luotettavuuteen liittyy tutkimuksen validiteetti sekä reliabiliteetti. Tutkittavat henkilöt voivat jättää kertomatta olennaisia asioita tai pyrkiä miellyttämään tutkijaa kertomalla sosiaalisesti hyväksytyjä kertomuksia. Validiteetin ongelmat ovat, ettei aineisto anna vastausta tutkimuskysymyksiin, aineiston keräämisessä on puutteita sekä tutkimusaineisto ei ole edustava. Reliabiliteetin ongelmia ovat koodausvirheet aineiston analyysissä sekä epäyhdenmukainen koodaus ja virhetulkinnat. Pitää myöskin miettiä, mikä on mahdollisen aikaviiveen merkitys tutkittavien vastauksissa. (Paunonen ym. 1997.) Aivohalvaus-tapahtuman ja haastattelun välillä kului aikaa, jolloin keskusteltiin esimerkiksi eri ammattilaisten kanssa ja mahdollisesti ehti tapahtua jotain uutta.

6.5 Opinnäytetyön eettisyys

Huolehdittiin, ettei tutkimusaineisto joutunut väärin käsiin sekä haastateltavien henkilöiden anonymi säilytettiin koko tutkimuksen ajan tutkimustuloksiin asti. Haastateltaville selvitettiin, miten anonymiteetti turvattiin tutkimuksessa. (Hannila & Kyngäs 2008.). Luottamuksella oli suuri rooli tutkimuksen teossa. Tutkimukseen osallistuville kerrottiin, miten aineistoa käytettiin sekä miten säilytettiin, ettei heidän anonyminsa tulleet esille. Haastateltavat henkilöt osallistuivat haastatteluihin vapaaehtoisesti. Ennen haastatteluja osallistujille annettiin suostumuslomake (liite 2) allekirjoitettavaksi. Haastatteluihin osallistuville annettiin tarpeeksi informaatiota tutkimuksesta ja opinnäytetyön tekijästä.

Haastateltaville kerrottiin aineiston keräämisestä haastatteleamalla heitä rauhallisessa ympäristössä sekä haastatteluiden nauhoittamisesta. Heille esitettiin kysymyksiä, joihin tutkittavat vastasivat omin sanoin. Tutkimusluvut hankittiin asianmukaisesti. Mahdollisten eettisten toimikuntien toimintamallit selvitettiin ja edettiin niiden mukaan. Eettisen lautakunnan lupaa tutkimukseen ei tarvittu, koska haastateltiin omaisia. Koko prosessin ajan oltiin rehellisiä haastateltaville ja pohdittiin tutkimuksen mahdollisesti aiheuttamia ongelmia, riskejä sekä hyötyjä haastateltaville. Tutkimukseen kerätty aineisto hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

7. JOHTOPÄÄTÖKSET

Yhteenvedona tuloksista voisi nostaa esille, että tutkimukseen osallistuneet omaiset olivat yhtä mieltä siitä, että fysioterapeutit olivat antaneet eniten ohjausta. Sairaanhoidajat eivät antaneet ohjausta juuri lainkaan. Omaisilla oli paljon kysymyksiä mielessä sekä epäselviä asioita ja he tunsivat olevansa yksin murheidensa kanssa. Sairaanhoidajien ja muun hoitohenkilökunnan olisi otettava omaiset enemmän huomioon, jotta omaiset jaksaisivat läheisensä sairauden kanssa ja olisivat tukena hänelle. Omaiset kertoivat, etteivät kehtaa kysyä tai vaivata hoitohenkilökuntaa kysymyksillä, mutta heidän tulisi rohkeasti lähestyä hoitajia. Suurin osa hoitajista pysähtyy ja vastaa kysymyksiin osaamisensa rajoissa. Kiire oli myös yksi syy, miksi omaiset eivät kehdanneet kysyä hoitajilta. Sairaaloissa kiire on yleistä, koska potilaita on osastolla muutamia kymmeniä. Vaikka kiirettä on, tulisi hoitajilla olla aikaa jutella omaisille. Potilas on siellä hoidettavana, mutta omaisten huomiointi kuuluu kokonaisvaltaiseen hoitoon.

Positiivista tuloksissa oli, että omaiset pitivät hoitoa yksilöllisenä. Se kertoo, että hoitajat keskittyivät potilaaseen ja hänen hoitamiseensa. Yksilöllinen hoito saa omaiset luottamaan hoitohenkilökuntaan. Positiivista oli myös huomata, että osaston tunnelma oli hyvä sekä hoitohenkilökunta oli ystävällinen ja omaisille tuli tunne, että hoitajat välittävät. Osaston tunnelmalla ja hoitohenkilökunnan käytöksellä on suuri merkitys osaston kokonaiskuvaan. Oli mukava kuulla, että hoitohenkilökunta ottaa katsekontaktia ja tervehtii omaisia vastaan tullessa. Se luo viihtyvyyttä.

Yhdeksi kehittämisideaksi voisi nostaa sairaanhoidajien ohjauskoulutuksen. Sen avulla sairaanhoidajilla olisi paremmat valmiudet ohjata omaisia sekä potilaita kuntoutuksessa ja sairauden kanssa. Olisi myös hyvä, jos fysioterapeutit pitäisivät hoitohenkilökunnalle koulutuksen potilaan siirtämisestä. Fysioterapeutit osaisivat näyttää oikeat tekniikat ja mistä tulisi ottaa potilasta kiinni. Omaiset mainitsivatkin haastatteluissa, että hoitajat eivät aina muista mistä on hyvä ottaa potilasta kiinni, ettei satuta häntä tai tee vahinkoa. Omaistunteja on hyvä jatkaa säännöllisin aikavälein, jotta kaikilla omaisilla on mahdollisuus osallistua hoitojakson aikana. Omaistunneilla omaiset saavat kaipaamansa tietoa ja eivät tuntisi oloaan niin epätietoisiksi.

Tulokset ovat paljon samanlaisia, kuin aikasemmissä tutkimuksissa on saatu selville. Toivon, että opinnäytetyöni avulla kyseinen osasto voi kehittää ohjausta toiminnassaan.

LÄHTEET

- Aivoverenkiertohäiriöt numerotietoina. 2009. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. Viitattu 7.9.2011. http://www.aivoliitto.fi/files/410/Numerotietoja_AVH_2009.pdf
- Haapaniemi, H. & Routasalo, P. 2009. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämässä sairaanhoitajien näkökulmasta. *Hoitotiede*. 21 (1), 34–44.
- Haapaniemi, H., Routasalo, P. & Arve, S. 2005. Sairaanhoitajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä. *Hoitotiede*. 18 (4), 197–207.
- Hannila, P. & Kyngäs, P. 2008. Teemahaastattelu laadullisessa tutkimuksessa. *Opinnäytetyö*. Stadia. Helsingin ammattikorkeakoulu.
- Heikkinen, K., Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2005. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990-2003. *Hoitotiede*. 18, (3), 120–128.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Gummerus kirjapaino oy, Jyväskylä.
- Kaila, A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä- metasynteesi. *Hoitotiede*. 21 (1), 3–12.
- Kuokkanen, R. 2000. Opiskelijoiden päätöksenteon kehittyminen osana ammattitaitoa sairaanhoitaja- koulutuksessa. *Tutkimus*. Oulun yliopisto.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. *Tutkimus*. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet- käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. *Julkaisu*. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.
- Mattila, E. 1998. Potilaan ohjaus sairaalahoidon aikana - potilaiden käsityksiä ja kokemuksia. *Hoitotiede*. 10 (3), 144–151.
- Mustajoki, P. 2010a. Lääkärikirja Duodecim: Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Viitattu 7.10.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001
- Mustajoki, P. 2010b. Lääkärikirja Duodecim: Aivokalvon alainen verenvuoto (SAV). Viitattu 7.10.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00002&p_haku=sav

Mäntynen, R., Vehviläinen-Julkunen, K. & Sivenius, K. 2009. Kuntoutumista edistävä hoitotyö näkyväksi- terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä kuntoutuksessa. *Hoitotiede*. 21 (1), 23–33.

Näpänkangas, H. Pääkkölä, J. & Uusitalo, K. 2008. Aivoinfarktiin sairastuneen potilaan ja hänen läheistensä ohjaaminen ja tiedontarve- Opas aivoinfarktiin sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY: Juva.

Pekkola, M. 2009. Aivoinfarktipotilaan ohjauksen kehittäminen-potilasoppaan laatiminen. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.

Tarnanen, K., Lindsberg, P., Sairanen, T & Vuorela, P. 2011. Käyvän hoidon potilasversiot: Aivoinfarkti. Viitattu 7.10.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00062

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi: Jyväskylä.

TIEDOTE OPINNÄYTETYÖSTÄ AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAIDEN OMAISILLE

Olen kolmannen vuoden sairaanhoitaja-opiskelija Hämeen ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyötäni osasto 23:lla. Opinnäytetyöni aihe on Aivoverenkiertohäiriö-potilaiden omaisten kokemuksia ohjauksesta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, minkälaisia kokemuksia omaisilla on ohjauksesta sekä mitä he eniten kaipaavat ohjaukselta.

Opinnäytetyön tavoitteena on saada uusia kehittämisideoita omaisten ohjaukseen itse omaisilta, jotta voidaan tuottaa tietoa, jota hyödyntää erityisesti osasto 23:lla ja hoitotyön kaikilla osa-alueilla.

Opinnäytetyön menetelmänä on teemahaastattelu, jossa haastattelen teitä omaisia yksilöllisesti ja nauhoitan haastattelut. Omaisten henkilöllisyys ei tule tutkimuksen missään vaiheessa esille ja käsittelen aineistoja anonyymisti. Kerätty aineisto hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, mutta opinnäytetyön luotettavuuden kannalta toivottavaa.

Annan mielelläni lisätietoja tarvittaessa opinnäytetyöstä.

Ystävällisin terveisin

Taru Katvesoja

Sairaanhoitajaopiskelija

Hämeen ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma

SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖHÖN OSALLISTUMISESTA

Hämeen ammattikorkeakoulu
Hyvinvoinnin koulutus- ja tutkimuskeskus
Hoitotyön koulutusohjelma
Wahreninkatu 11
30100 Forssa

Suostun Hämeen ammattikorkeakoulussa tehtävän opinnäytetyön tiedonantajaksi

Opinnäytetyön aihe: Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden omaisten kokemuksia ohjauksesta.

Opinnäytetyön tekijä: Taru Katvesoja

Opinnäytetyötä ohjaava opettaja: Kirsi Puhtimäki

Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyöhön kerätään aineistoa aivoverenkiertohäiriöpotilaiden omaisten teemahaastatteluilla. Tutkimus toteutetaan ajalla 1.12.2011-30.9.2012.

Aineistoa analysoidaan kvalitatiivisella sisällönanalyysillä ja tekemällä aineistolähtöisiä päätelmiä.

Olen saanut riittävästi tietoa opinnäytetyöstä ja siihen liittyvästä aineiston keruusta. Olen selvillä, että minuun liittyviä tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja ainoastaan tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista. Voin halutessani keskeyttää opinnäytetyöhön osallistumisen ja kieltää minua koskevan tiedon käyttämisen opinnäytetyössä.

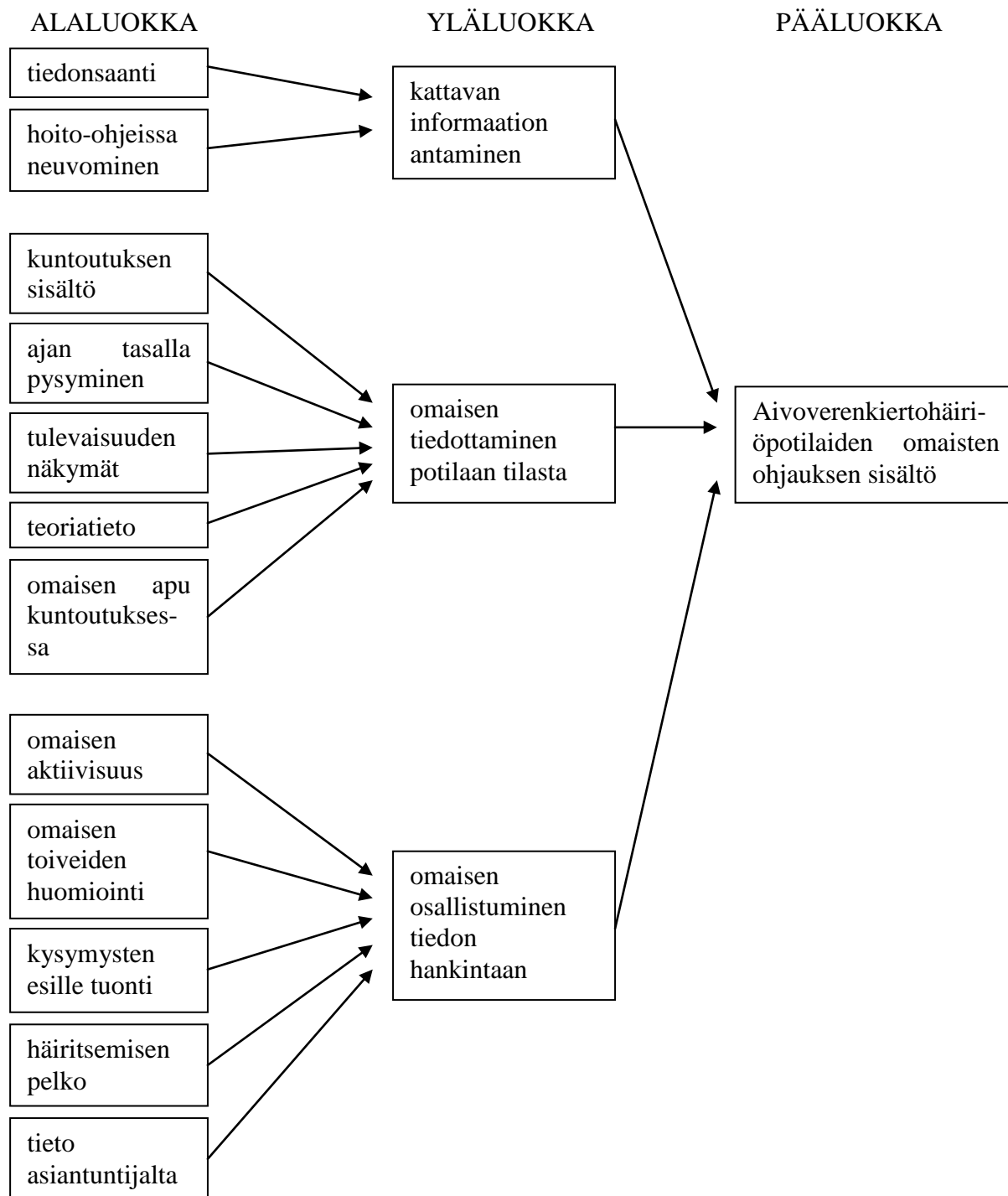
_____/____ 20____ _____

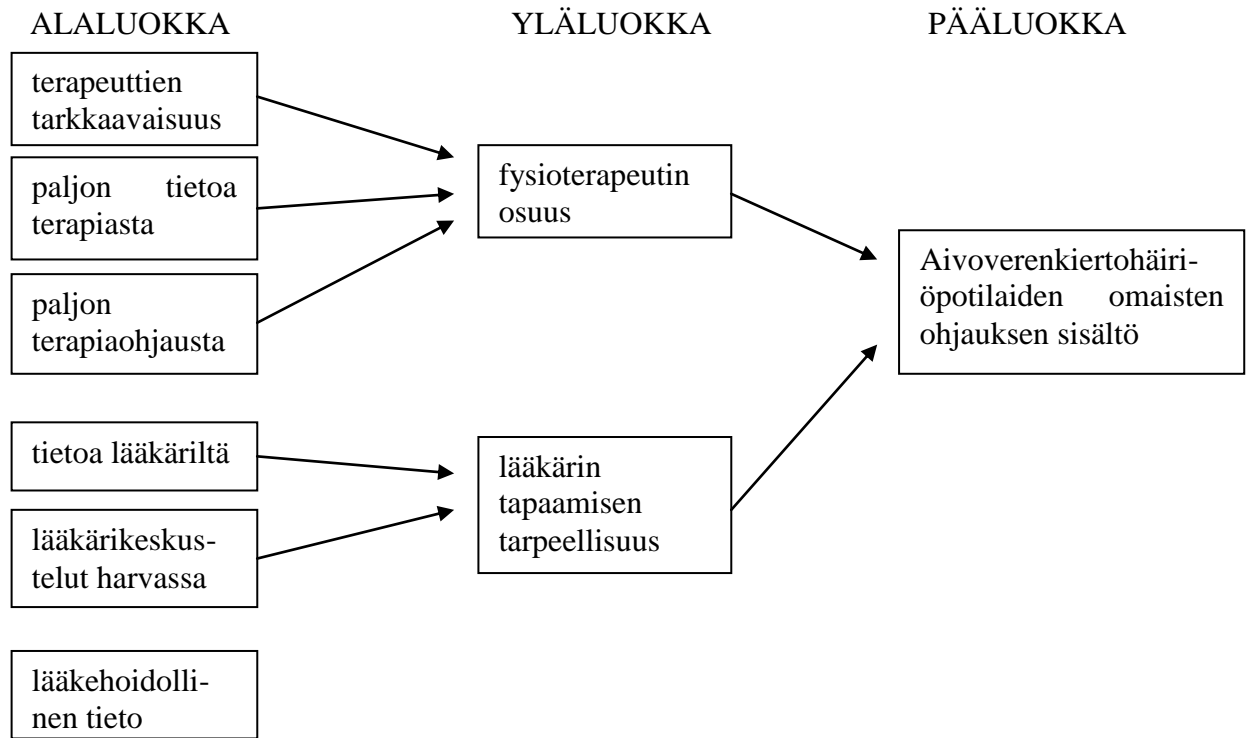
Opinnäytetyöhön osallistujan allekirjoitus

TEEMAHAASTATTELURUNKO

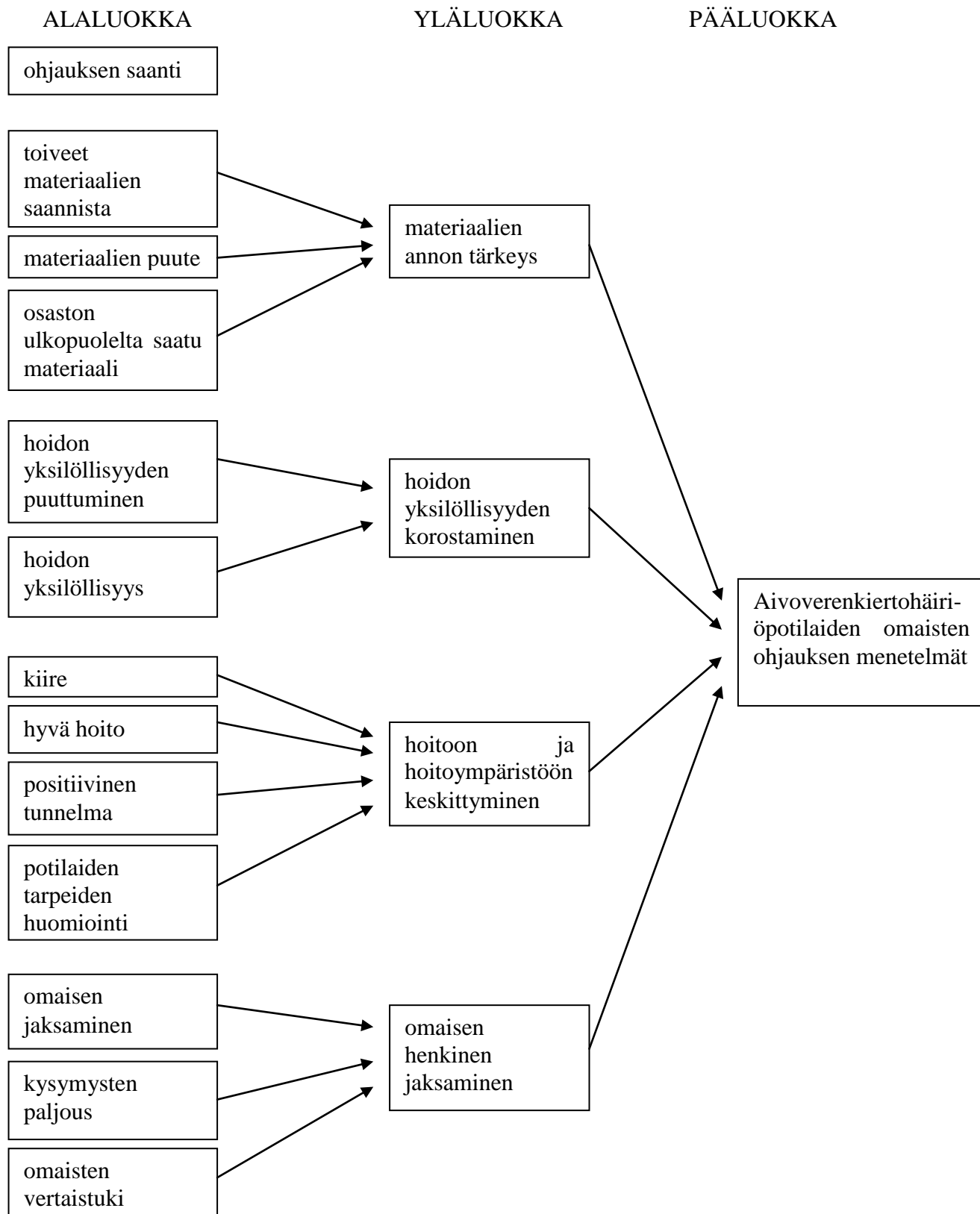
1. Kauanko omaisenne on sairastanut aivoverenkiertohäiriötä?
 - Minkälainen aivoverenkiertohäiriö omaisellanne on kyseessä?
 - Millaisia jälkioireita omaisellenne on jäänyt aivoverenkiertohäiriöstä?
2. Miten tyytyväinen olette saamaanne ohjaukseen omaisenne sairaudesta ja sen hoitamisesta sairastumisesta lähtien?
 - Miten tyytyväinen olette ohjauksen tiedollisesta osa-alueesta?
 - Millaista tietoa kaipaatte sairaudesta, hoito-ohjeista, kuntoutuksesta, kotiutumisen tai jatkohoidosta?
3. Miten käytetyt ohjausmenetelmät ovat toimineet ohjauksessa?
 - Millaisena olette kokeneet ohjausajan?
 - Millaista hyötyä saamistanne materiaaleista on ollut ohjauksen suhteen?
 - Miten yksilöllistä saamaanne ohjaus on ollut?
4. Miten ammattiryhmien henkilöt ovat suoriutuneet antamastaan ohjauksesta?
 - Miten sairaanhoitajat ovat suoriutuneet antamastaan ohjauksesta?
 - Miltä ammattiryhmän henkilöiltä olette saaneet eniten ohjausta?
5. Kehittämisiäideoita ohjaukselle?

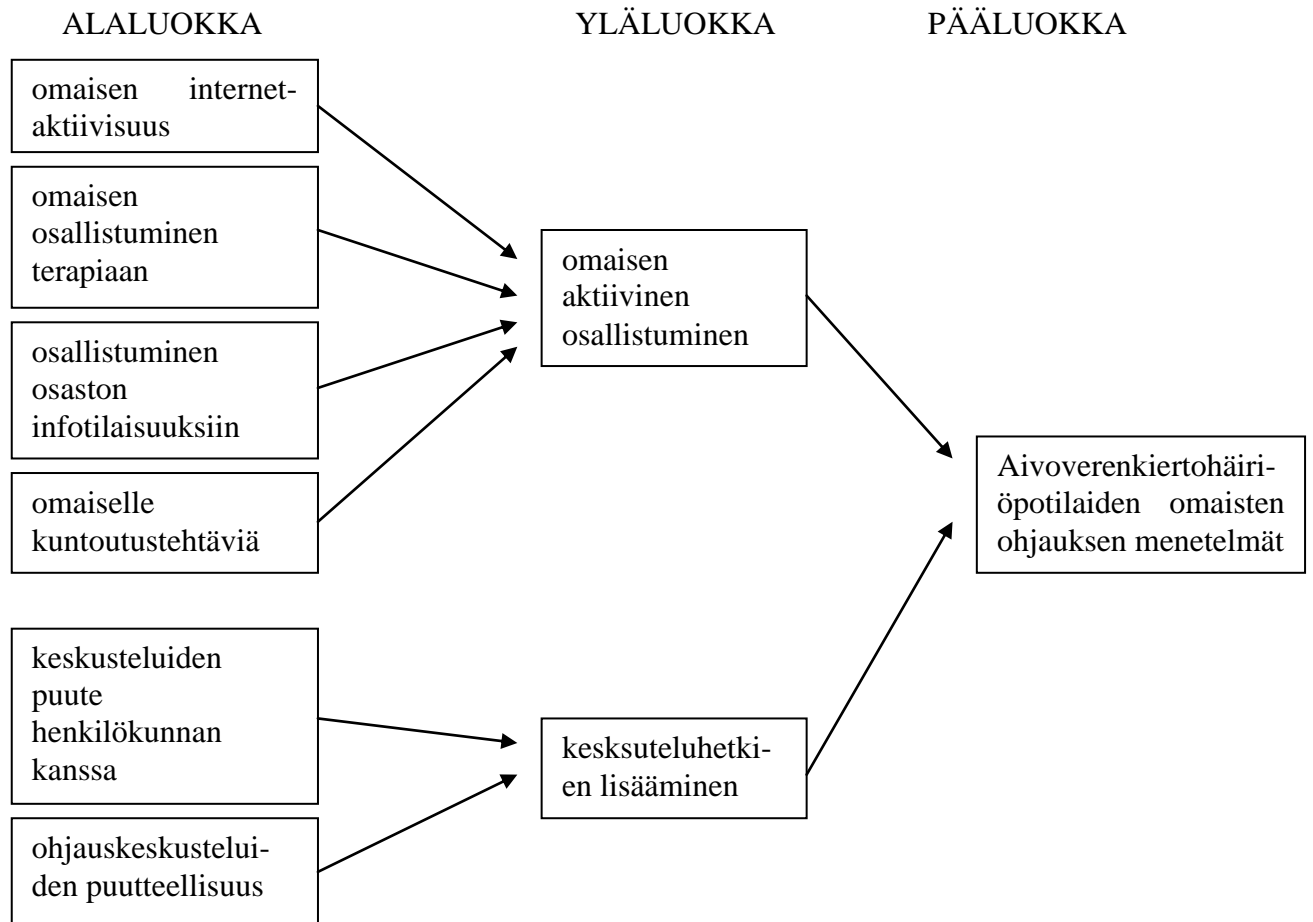
OHJAUKSEN SISÄLTÖ





OHJAUKSEN MENETELMÄT





SAIRAAHOITAJIEN OHJAUSTAITOT

