

Satu Saastamoinen ja Henna Tietäväinen

**Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksiköstä kotiin-  
Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kokemuksia yksilöllisestä hoitotyöstä**

Opinnäytetyö  
Kajaanin ammattikorkeakoulu  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja  
2014



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyö
Tekijä(t) Satu Saastamoinen ja Henna Tietäväinen	
Työn nimi Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksiköstä kotiin- Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kokemuksia yksilöllisestä hoitotyöstä	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Sisätauti-kirurginen hoitotyö	Ohjaaja(t) Riitta Sievänen Toimeksiantaja Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksikkö Apulaisosastonhoitaja Tarja Vasala
Aika Syksy 2014	Sivumäärä ja liitteet 41 + 3
<p>Kansantaudeista aivoverenkiertohäiriö on hoitokustannuksiltaan kolmanneksi kallein mielenterveyshäiriöiden sekä dementian jälkeen. Terveystieteiden kokonaismenoista 7 % aiheutuu aivoverenkiertohäiriöstä. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuu vuosittain suomalaisista noin 25 000.</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksikön aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kokemuksia kotiutumisen prosessista ja yksilöllisestä hoitotyöstä. Tavoitteena oli, että kuntoutusyksikön henkilökunta voi hyödyntää opinnäytetyömme avulla saatuja johtopäätöksiä hoitotyön arvioinnissa ja sen kehittämisessä. Tutkimustehtävät ovat: Miten AVH-potilaat ovat kokeneet kotiutumisen prosessin, millaista ohjausta AVH-potilaat saivat kotiutumisesta kuntoutusyksikössä sekä millaista tietoa ja/tai tukea AVH-potilaat olisivat tarvinneet kotiutumisen prosessin aikana.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusotteella. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla, johon osallistui kolme AVH-potilasta, jotka olivat kotiutuneet ja kuntoutuneet omaan kotiinsa. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, josta muodostui yläluokiksi yksilöllinen kotiutumisen prosessi, monipuolinen ohjaaminen ja asiakaslähtöinen hoitotyö.</p> <p>Opinnäytetyömme tulosten mukaan kotiutumista suunniteltiin hyvin ja kuntoutuminen sekä kotiutuminen tapahtuivat nopeammin kuin ajateltiin. Haastateltavat saivat ohjausta fysioterapeutilta, toimintaterapeutilta ja sosiaalityöntekijältä terapiatilanteissa. Haastateltavat kokivat saaneensa riittävästi tukea ja ohjausta kotiutumisesta osastojakson aikana, koska mitään erikoisia kysymyksiä ei tullut vastaan.</p> <p>Opinnäytetyömme johtopäätösten mukaan hoitajilta odotetaan enemmän aikaa antaa yksilöllistä ohjausta kotiutumisen prosessiin liittyen koko osastojakson aikana. Hoitajilta odotetaan enemmän ohjausta asioissa, esim. lääkehoidon ohjauksessa. Terapeuttien antamaa ohjausta pidetään tärkeänä, koska siinä keskitytään yhteen potilaaseen kerrallaan. Lisäksi potilaat kokevat saavansa riittävästi tietoa ja tukea, kun kysymyksiä ei nouse esille.</p>	
Kieli	suomi
Asiasanat	AVH, Aivoverenkiertohäiriö, kuntoutuminen, ohjaaminen, asiakaslähtöinen hoitotyö
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Satu Saastamoinen and Henna Tietäväinen	
Title Home From The Rehabilitation Ward At Kajaani Regional Hospital - CVA patients experiences from customer-oriented nursing	
Optional Professional Studies Medical - surgical nursing	Instructor(s) Riitta Sievänen
	Commissioned by Kajaani Regional Hospital The Rehabilitation ward Tarja Vasala
Date Spring 2014	Total Number of Pages and Appendices 41 + 3
<p>In Finland there are 25 000 new CVA (cerebrovascular accident) cases annual. After mental health issues and dementia CVAs are the third expensive public disease. 7 % of the costs of health care are caused by CVAs’.</p> <p>The objective of this thesis was to find out how CVA patients experience the demobilization process in Kajaani Regional Hospital’s rehabilitation ward. The aim of this thesis was that rehabilitation ward’s personnel can benefit the conclusions of this thesis into their valuation and development of the demobilization process. The research tasks were as follows: 1. How do CVA patients experience the demobilization process? 2. What kind of guidance did CVA patients get about demobilization at ward? 3. What kind of knowledge/support did CVA patients want more from ward during the demobilization process?</p> <p>This thesis is deductive and the interview was a half structured theme interview. The interviews took place in December 2013 - January 2014 and there were three interviewees. The data was analyzed by content analysis.</p> <p>The central results were that the demobilization process was planned well, guidance were given by physiotherapist, occupational therapist and social instructor. One of the interviewees required more individual care and most of the interviewees required more time from nurses.</p> <p>From the results of this thesis it can be concluded that nurses are expected more time to give individual guidance about the demobilization process during the time in the rehabilitation ward. The guidance given by different therapists were considered important because of its focus on one patient at a time. Patients’ consider to get enough information and support when there isn’t anything to ask.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	CVA, demobilization process, rehabilitation, guidance, customer-oriented nursing
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	2
2 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN HOITOTYÖ	4
2.1 Aivoverenkiertohäiriö eli AVH	4
2.2 Potilaan ohjaaminen	6
2.3 Potilaan kuntoutuminen	7
3 KAJAANIN SEUDUN SAIRAALAN KUNTOUTUSYKSIKÖSTÄ KOTIIN	11
3.1 Kuntoutusyksikkö	11
3.2 Kuntoutusyksikön AVH-potilaan kotiutumisprosessi	11
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	16
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	17
5.1 Tutkimusmenetelmä	17
5.2 Haastateltavien valinta	18
5.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	19
6 TULOKSET	21
6.1 Yksilöllinen kotiutumisprosessi	21
6.2 Monipuolinen ohjaaminen	22
6.3 Asiakaslähtöinen hoitotyö	23
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	25
8 POHDINTA	28
8.1 Eettisyys	28
8.2 Luotettavuus	29
8.3 Ammatillinen kasvu	32
8.4 Jatkotutkimusaiheet	35
LÄHTEET	37
LIITTEET	

Liite 1. Teemahaastattelun runko ja tarkentavat kysymykset

Liite 2. Tiedote opinnäytetyöhön osallistuvalla potilaalla

Liite 3. Aineiston analyysi

## 1 JOHDANTO

Akuuttiin aivoverenkiertohäiriöön sairastuu maailmanlaajuisesti joku joka toinen sekunti, ja joku kuolee joka kuudes sekunti. Vuonna 2005 aivoverenvuodon tai infarktin sai Yhdysvalloissa 6,5 miljoonaa henkilöä, joka on yli 18-vuotiaista miehistä 2,7 % ja naisista 2,5 %. Aivoverenkiertohäiriön tärkein riskitekijä on ikääntyminen. (Aivoinfarkti 2011.)

Uusia aivohalvaustapahtumia tulee vuosittain yli 20 000, jos pysähdytään vuoden 2000 tasolle riskien hallinnassa. Aivohalvausten määrä, joka liittyy väestön vanhenemiseen, voitaisiin kuitenkin tehostetulla halvausten ehkäisyllä estää lähes täysin. Uusia aivohalvaustapahtumia vuoteen 2030 mennessä tulisi vain hieman yli 12 000, jos sairastuvuuden määrä vähentyy, jatkuvasti tehostetaan hoitokäytänteisiin ja riskien hallintaan. Lukumäärä olisi tällöin vuosien 1983-97 tasoa. Sairastuvuuden laskevan suuntauksen jatkuessa aivohalvausten määrä ei väistämättä lisäänty Suomessa väestön vanhenemisen myötä. (Sivenius, Torppa, Immonen-Räihä, Kaarisalo, Sarti, Kuulasmaa, Mähönen, Lehtonen & Salomaa 2010, 1699-1704.)

Mielenterveyshäiriöiden sekä dementian jälkeen aivoverenkiertohäiriöt ovat kallein tautiryhmä Suomessa (Aivoinfarkti 2011). Kansantaudeista aivoverenkiertohäiriö on kustannuksiltaan kolmanneksi kallein. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusten mukaan terveydenhuollon kokonaismenoista 7 % aiheutuu aivoverenkiertohäiriöstä. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuu vuosittain suomalaisista noin 25 000. (Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) lukuina 2012.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden akuuttihoitoon osataan Suomessa panostaa. Hoito on laadukasta, mutta hyötyä ei saavuteta, jos potilaiden kuntoutuksesta ei huolehdita riittävästi. Aivohalvauksen jälkeinen kuntoutus tulisi aloittaa heti, jotta kustannukset vähentyisivät. Akuuttihoitoon jälkeen on tärkeää ylläpitää saatua toimintakykyä kuntoutuksella. Jäkälän (2011) mukaan säästö vuositasolla olisi vähintään 50 000 euroa potilasta kohden.

Kuntoutusyksiköissä, jotka ovat erikoistuneet moniammatillisesti aivohalvauksesta kuntouttamiseen, nähdään kuntoutuksen vaikutus selvemmin verrattuna tavalliseen vuodeosastoon. Kuntoutumisen vaikuttavuus nähdään muun muassa 30 % hoitoaikojen lyhentymisessä, vammaisuuden ja kuolleisuuden vähentymisessä. Kuntoutuksen kesto vaikuttaa kuntoutujan kuntoutuksesta hyötyminen, oirekuva ja sairauden vaikeusaste.

(Wikstrom, Meretoja, Hietanen, Huusko, Ihalainen, Järvikoski, Karhuvaara, Kivekäs, Lindstam, Niinistö, Nyfors, Peurala, Pohjolainen., Vainikainen & Ylinen 2008.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksikön aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kokemuksia kotiutumisprosessista. Opinnäytetyömme tavoitteena on, että kuntoutusyksikön henkilökunta voi hyödyntää opinnäytetyömme avulla saatuja johtopäätöksiä hoitotyön arvioinnissa ja sen kehittämässä. Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen ja se toteutettiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Haastateltavina oli kolme aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta henkilöä, jotka olivat kuntoutuneet ja kotiutuneet takaisin omaan kotiinsa tai palvelukotiin.

Opinnäytetyömme tilaajana on Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksikkö, joka kuuluu Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaan. Kuntoutusyksikössä on 24 potilaspaiikkaa, joissa kuntoutetaan kainuulaisia aivohalvaus-, alaraaja amputaatio- ja seutukunnallisia ortopedisiä potilaita. Osastolla toimii moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu lääkäri, toimintaterapeutti, puheterapeutti, fysioterapeutit, sosiaalityöntekijä, sairaanhoitajat ja perus- ja lähihoitajat. (Alatalo, Ipatti, Niemelä & Vasala 2013.)

Valitsimme opinnäytetyömme aiheen, koska suuntaudumme molemmat sisätautikirurgiseen hoitotyöhön. Aiheena aivoverenkiertohäiriö on yhteiskunnallisesti merkittävä ja halusimme käsitellä aihetta juuri potilaan näkökulmasta. Halusimme aiheen liittyvän kokemuksiin yleistettävyyden sijasta. Kotiutumisprosessi käsitteenä kiinnostaa, koska tarvitsemme prosessin ymmärtämistä tulevassa työssämme. Ohjaamisen merkitys korostuu kuntoutumisen ja kotiutumisprosessin jokaisessa vaiheessa.

## 2 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖPOTILAAN HOITOTYÖ

### 2.1 Aivoverenkiertohäiriö eli AVH

Aivoverenkiertohäiriöön (AVH) kuuluu aivohalvaukset ja ohimenevät TIA-kohtaukset. Aivohalvauksiin kuuluu aivoinfarkti, aivoverenvuoto (ICH) ja subaraknoidaalivuoto (SAV) (Wikstrom ym. 2008).

Aivoverenkiertohäiriöt voidaan luokitella myös toisella tavalla. Aivoverenkiertohäiriö voi olla paikallinen aivokudoksen verettömyys eli iskemia tai aivovaltimon paikallinen verenvuoto eli hemorragia. Iskeemisiin häiriöihin kuuluvat TIA eli ohimenevä iskeeminen kohtaus ja aivoinfarkti. Valtimovuotoihin kuuluvat aivoverenvuoto aivoaineeseen ja lukinkalvonalainen verenvuoto SAV. Aivoverenkiertohäiriöistä infarkteja on 80 %, aivoverenvuotoja 10 % ja alle 10 % on lukinkalvonalaisia vuotoja. TIA-potilaita ei ole laskettu mukaan, koska tarkempi diagnoosi jää puuttumaan. (Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2007, 271–272.)

Sairastuminen aivoverenkiertohäiriöön tapahtuu usein äkillisesti, joka on aivoverenkiertohäiriöille leimallista. Alussa voi olla tajunnantason laskua, huimausta, pahoinvointia, pitkäaikaisia ja pysyviä neurologisia oireita, kuten puheen puuroutuminen, ymmärtämisen puutos ja halvaukset. Minuuttien tai tuntien kuluttua oireet ovat kehittyneet maksimiinsa. (Korpelainen, Leino, Sivenius & Kallanranta 2008, 251–252.)

AVH vaikuttaa persoonaan, ilmaisuun ja psyykkiseen prosessointiin. AVH:n akuuttivaiheessa tyypillistä on masentuneisuuden lisääntyminen, epävarmuus, ahdistuneisuus, mielialaherkkyys ja toimintojen hidastuminen (Korpelainen ym. 2008, 251–255). AVH-potilaiden psyykkisten oireiden merkitys on keskeistä henkinjäämisen, toimintakyvyn, kuntoutumisen sekä elämänlaadun kannalta. Aivoverenkiertohäiriöissä tavallisia ovat persoonallisuuden muutokset sekä psyykkiset häiriöt. Sairastumisen jälkeen 40 % AVH-potilaista kärsii masennuksesta, joka kehittyi muutamien viikkojen sisällä sairastumisesta. Vuoden kuluttua vielä noin puolet sairastuneista kärsii masennuksesta. Muita yleisiä oireita ovat apatia, jonka piirteinä on esimerkiksi mielenkiinnon menetys ja motivaation heikkeneminen, sekä yleinen ahdistuneisuus, johon kuuluu levoton ja tuskainen olo. (Vataja 2011, 152–157.)



Kotilan, Nummisen, Waltimon ja Kasteen (1998) kansallisessa tutkimuksessa todetaan, että melkein puolet AVH-potilaista ja heidän omaisistaan oli masentunut kolmen kuukauden kuluttua aivohalvauksesta. Masentuneiden lukumäärä ei kuitenkaan lisääntynyt 12 kuukauteen mennessä. Vain pienellä osalla potilaista masennus diagnosoitiin ja hoidettiin.

Tavallisesti aivoverenkiertohäiriö ilmenee osittaisena toispuolihalvauksena eli hemiparesina tai täydellisenä toispuolihalvauksena eli hemiplegiana. Aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa puolelle selvinneistä tuntevia haittoja, kuten halvausta, afasiaa, tai muita kognitiivisia häiriöitä. (Kaste ym. 2007, 272.) Afasia aiheuttaa vaikeutta puhua tai ymmärtää kirjoitusta tai puhetta (Ovaska-Pitkänen 1999, 383). Potilailla voi ilmetä myös neglect oireita eli ärsykkeet, jotka tulevat vastakkaiselta puolelta kuin vaurio, niitä ei havaita eikä niihin pystytä reagoimaan. Myös yliaktivoitumista tapahtuu toimivammalla puolella eli työntämistä, jota kutsutaan myös pusher- oireistoksi. AVH voi aiheuttaa myös häiriön puhe-elinten motoriikkaan eli dysartrian sekä dysfasian eli nielemishäiriön. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 37–38.) 50–70 % sairastuneista toipuu itsenäiseksi päivittäisissä toimissa kolmen kuukauden kuluttua halvautumisesta, 15–30 % jää vammautuneiksi ja 20 % laitoshoidtoa tarvitseviksi (Aivoinfarkti 2011).

Mielenterveyden häiriöiden sekä dementian jälkeen aivoverenkiertohäiriöt ovat kallein tautiryhmä työkyvyttömyyden sekä pitkien sairaalajaksojen takia. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista joka neljäs on työkäinen, ja potilaista noin 850 jää työkyvyttömyyseläkkeelle. Aivoverenkiertohäiriöt ovat sepelvaltimotaudin, syöpäsairauksien ja dementian jälkeen neljänneksi yleisin kuolinsyy Suomessa. AVH aiheuttaa naisilla 12% ja miehillä 8 % kuolemista. (Aivoinfarkti 2011.) Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu Suomessa noin 25 000 henkilöä vuosittain, joista menehtyy 2600 naista ja 1800 miestä (Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) lukuina 2012).

Epilepsian riski on 20 kertainen niillä, jotka sairastuvat aivoverenkiertohäiriöön, verrattuna niihin, joilla ei ole aivoverenkiertohäiriötä. Epilepsian yleisyyttä tutkittaessa vertailussa ovat samanikäiset aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet ja ne, jotka eivät ole siihen sairastuneet. (Kälviäinen 2006, 5.)

## 2.2 Potilaan ohjaaminen

Ohjaamisella tarkoitetaan ohjauksen antamista, käytännöllisen opastuksen antamista tai hoitajan ohjauksen alaisena toimimista. Ohjauksella pyritään edistämään asiakkaan aloitteellisuutta ja kykyä elämänsä parantamiseen haluamallaan tavalla. Asiakkaan ja hoitajan ohjaussuhde on tasa-arvoinen. Asiakas itse on ohjauksessa pulman aktiivinen ratkaisija ja oman elämänsä asiantuntija. Hoitaja tukee päätöksenteossa, ei esitä valmiita ratkaisuja ja on ohjauksen asiantuntija. Ohjaus kuitenkin sisältää myös tiedon antamista. (Kynge, Käiriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25–26.) Käiriäisen (2008) mukaan ohjaussuhde, eli ammatillisen asiantuntijan ja oman elämän välinen suhde, rakennetaan molemminpuolisella, aktiivisella vuorovaikutuksella.

Ohjaus-käsitteen rinnalla käytetään sanoja neuvonta, opetus, opastus ja tiedon antaminen. Käsitteissä on kuitenkin eroja, esimerkiksi asiantuntijuuden ja vuorovaikutuksen osalla. Potilastyössä ohjauksen erottamista hankaloittaa epäselvä käsitteiden käyttö. (Käiriäinen 2007, 27.)

Potilasta ja hänen omaisiaan on tärkeää auttaa sopeutumaan uudenlaiseen elämäntilanteeseen. Sairaudesta, hoidosta ja toipumisesta saatu tieto helpottaa sopeutumista sekä auttaa kriisin läpikäymisessä. (Ovaska-Pitkänen 1999, 75.) Terveystieteiden ammattihenkilön on annettava potilaalle selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkittävyydestä, hoitovaihtoehdoista ja vaikutuksista, sekä hoitoon liittyvistä seikoista. Selvitys tulee antaa siten, että potilas riittävästi ymmärtää selvityksen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Potilaalle on tärkeää antaa ensitietoa liittyen sairauteen, ennusteeseen ja kuntoutumismahdollisuuteen. Ensitiedolla luodaan uskoa sekä motivaatiota jatkokuntoutusta ajatellen. Sairaudesta ja kuntoutumistavoitteesta on tärkeää muodostaa AVH-potilaalle realistinen kuva. (Korpelainen ym. 2008, 258.) AVH-potilaan ohjauksessa yhdistyvät monipuolisen tiedon antaminen sairaudesta, ohjauksen toteutumiskeinoista, tavoitteista, hoitajaan liittyvistä seikoista, vuorovaikutuksesta, potilaan henkisestä tukemisesta, sekä potilaan ja hänen omaistensa osallistumisesta päätöksentekoon (Haapala 2008, 30). Ohjaus on vaikuttavaa ja oppimista edistävää, kun aktivoidaan asiakkaan aikaisempia tietoja ja vahvistetaan motivaatiota (Käiriäinen 2011, 42).

Hoidon jatkuvuus ja laatu voivat lisääntyä potilasohjauksen avulla. Ohjauksen ollessa systemaattista ja potilaslähtöistä potilaat ovat tyytyväisempiä ja sitoutuneempia hoitoonsa. Hoitotyöntekijöiltä potilaat odottavat enemmän tietoa miten sairaus vaikuttaa heidän elämään ja millaisia sosiaalisia etuuksia on mahdollista saada. Jatkohoidon suunnittelua pitäisi myös olla enemmän. (Eroranta ym. 2014, 65.)

Potilaanohjauksessa käytetyt menetelmät ovat hyvin perinteisiä, suullinen ja kirjallinen ohjaaminen. Edellä mainittujen menetelmien lisäksi on tärkeää, että käytetään ja kehitetään monipuolisia ohjasmenetelmiä ja varmistetaan myös, että hoitohenkilökunta hallitsee niiden käytön. On hyvä kuitenkin huomioida, että potilaat omaksuvat asioita eri tavalla ja sillä on vaikutusta ohjausmenetelmän valintaan. Tulevaisuudessa tulisi siis hyödyntää ohjausmenetelmiä monipuolisemmin. (Eloranta ym. 2014, 65–71.)

Laatu käsitteellä on tarkoitus luoda mielikuva, jolla potilaan valintoja ja henkilöstön ohjaustoimintaa ohjataan. Hyvä, arvostettu ja erinomainen kuuluvat käsitteinä laadun mielikuvaan. Laadun voi jaotella hyvään- tai huonolaatuiseen. Laadun sisältö määräytyy odotusten, kokemusten, arvojen, tarpeiden ja tietojen ja taitojen näkökulmasta. Laatu on käsitteenä subjektiivinen. Laatuun vaikuttaa ohjauksen näkökulmasta henkilökunnan määrä ja rakenne, koulutus, ohjaustilat ja – välineistö. Ohjauksen laatua määriteltäessä pitäisi ottaa kaikki edellä mainitut tekijät huomioon. (Kääriäinen 2007, 29–30.)

### 2.3 Potilaan kuntoutuminen

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksessa tavoitteena on kudonsvauriosta johtuvan vajaatoiminnan korjaaminen. Kudonsvauriosta aiheutuneet haitat pyritään saamaan mahdollisimman vähäisiksi. Potilaan avun tarve sekä jäljellä oleva toimintakyky ovat kuntoutumisen lähtökohdat. (Kaste ym. 2007, 327.) Mahdollisimman hyvän toimintakyvyn saavuttaminen on kuntoutuksen yleinen tavoite (Uusitalo, Laine & Puumalainen 2002, 31). Jokaiselle potilaalle tehdään kuntoutusarvio, jossa arvioidaan fyysinen, kognitiivinen sekä psykososiaalinen kuntoutuksen tarve noin kahden viikon kuluessa sairastumisesta (Aivoinfarkti 2011).

Kuntoutuminen on pitkäjänteistä ja prosessinomaista eli vaiheittaista. Kuntoutus on tavoitteiden ja toimintojen kokonaisuus, jossa työnjako on selvillä. Kuntoutumisen

etenemiseen vaikuttaa oleellisesti kuntoutujan motivaatio. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 24.) Alkuvaiheessa tärkeää on, että mahdollinen masennus diagnosoidaan ja hoidetaan, jotta kuntoutusmotivaatio lisääntyisi (Kaste ym. 2007, 329). Onnistuneessa kuntoutuksessa potilas sekä omaiset ovat aktiivisesti mukana (Uusitalo ym. 2002, 31).

Kuntoutus aloitetaan heti aivoverenkiertohäiriöpotilaan tultua sairaalaan. Alkuvaiheen kuntoutuksessa on tavoitteena lisävaurioiden sekä komplikaatioiden kuten hengitys- ja virtsatieinfektioiden tai alaraajojen syvien laskimotukosten ehkäisy. AVH-potilasta seurataan tiiviisti aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoitoon ja kuntoutukseen erikoistuneessa yksikössä. (Korpelainen ym. 2008, 257.) Kuntouttavien terapioiden tarve arvioidaan ja aloitetaan mahdollisimman pian (Kaste ym. 2007, 329).

Fysioterapia aloitetaan sairastumispäivänä tai seuraavana päivänä sairastumisesta asentohoitona ja myöhemmin aktiivisella liikehoidolla. Fysioterapialla pyritään ehkäisemään virheasentoja ja virheellisiä liiketottumuksia. (Kaste ym. 2007, 327–328.) Alkuvaiheessa fysioterapeutti käy läpi potilaan normaaleja liikeratoja sekä antaa halvaantuneelle puolelle erilaisia ärsykeitä (Ovaska-Pitkänen 1999, 74). Terveen puolen ei kuitenkaan saa antaa kompensoida halvaantuneen puolen toimintoja. AVH-potilaalle ei alkuvaiheessa anneta apuvälineitä, vaan tarve apuvälineille arvioidaan stabiilissa tilassa. (Kaste ym. 2007, 329.)

Toimintakykyä mitattaessa jako voidaan karkeasti tehdä PADL- mittarin ja IADL- mittarin välillä. PADL- mittarin avulla mitataan päivittäisiä toimintoja eli huolehditaan itsestä. Tähän kuuluvat pesytyminen, pukeutuminen ja syöminen. Ruuan valmistus, puhelimen käyttäminen ja ruuan valmistaminen taas kuuluvat IADL- mittarilla mitattaviin toimintoihin. (Talvitie ym. 2006, 123.)

AVH-potilaan toimintakykyä arvioidaan erilaisilla mittareilla. Esimerkiksi FIM-itsenäisen toimintakyvyn mittari, jonka avulla arvioidaan 18:sta päivittäistä toimintoa. Päivittäisillä toiminnolla tarkoitetaan esimerkiksi ruokailua, peseytymistä, wc-toimia, liikkumista sekä ymmärtämistä. (Ovaska-Pitkänen 1999, 72.) FIM- mittarilla kartoitetaan perustoimintoja, joista kognitiivisia toimintoja kartoittaa viisi kohtaa ja motorisia toimintoja 13 kohtaa (Talvitie ym. 2006, 124–125). Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksikössä ei ole tällä hetkellä käytössä erillistä toimintakyvyn arvioinnin mittaria.

Kuntoutumisen nopeinta vaihetta nimitetään subakuutiksi vaiheeksi, joka on kuntoutumisen nopein vaihe (Aivoinfarkti 2011). Subakuutti vaihe aloitetaan AVH-potilaan elintoimintojen tasaannuttua. AVH-potilas tarvitsee subakuutissa vaiheessa usein vielä apua päivittäisissä toiminnoissa. Subakuutti vaihe kestää 3-6 kuukautta ja joskus pidempäänkin. Subakuutissa vaiheessa AVH-potilaalla on jonkinlainen kävelykyky tai hän käyttää pyörätuolia. Käsien toimintakyky saattaa jäädä huonommaksi tai halvaantuneisiin raajoihin kehittyä spastisuutta. Kognitiiviset ja kielelliset puutosoireet lievittyvät. Subakuutin vaiheen katsotaan loppuvan, kun toiminnallista edistystä ei enää tapahdu. (Korpelainen ym. 2008, 258–259.)

Sairaalavaiheen jälkeen intensiivinen kuntoutus toteutuu polikliinisesti 2-3 kertaa viikoittain, kunnes kuntoutuminen pysähtyy. AVH-potilas käyttää opittuja taitoja käytännön tilanteissa, sekä osa terapioidista toteutetaan potilaan kotona. (Korpelainen ym. 2008, 259.)

Intensiivisestä kuntoutumisesta siirrytään ylläpitävän kuntoutuksen vaiheeseen 6-12 kuukautta sairastumisesta. Tavoitteena tässä vaiheessa on ylläpitää saavutettua kuntoutustulosta, esimerkiksi fysioterapiajaksoilla noin 2-3 kertaa vuodessa tai puheterapiajaksoilla muutamien kertojen jaksoina. Terapiat muodostuvat yksilöllisen tarpeen mukaan, ja esimerkiksi puhe- tai muistikuntoutusryhmät ovat mahdollisia. (Kaste ym. 2007.)

Hoitajien rooli on laajentunut kuntoutuksessa. AVH-kuntoutuksessa hoitajien rooli on monipuolinen ja vaihteleva, mutta usein vaikea määrittää. Hoitajat pystyvät tarjoamaan näyttöä tehokkaasta työpanoksesta AVH-potilaan kuntoutusprosessissa näyttöön perustuvassa toiminnassa sekä tutkimuksessa. (Kerr 2012.)

Yhteistyöllä, toistuvilla ohjaustilanteilla ja yhtenäisillä ohjausmenetelmillä saadaan tuloksia aikaan. Riippumatta vuorokauden ajasta ja ammattiryhmän edustajasta potilaalle annettavan ohjauksen tulee olla johdonmukaista ja samansuuntaista. Osallistujana potilas on aktiivinen, mutta liikkumisen turvallisuuden ja kehon hallinnan arvioi hoitaja. Tässä apuna voi olla fysioterapeutti. (Salmenperä ym. 2002, 56–57.)

Moniammatillisessa kuntoutuksessa eri ammattiryhmien edustajat yhdessä koordinoivat ja suunnittelevat työnsä (Wikstrom ym. 2008). Moniammatillisessa yhteistyössä sosiaali- ja terveystieteiden asiantuntijat työskentelevät asiakaslähtöisesti, huomioiden asiakkaan

kokonaisuuden. Yhteinen tavoite ja käsitys ongelman ratkaisemisesta ja toimenpiteistä rakennetaan tapauskohtaisesti vuorovaikutusprosessissa. Yhteisessä keskustelussa ja päätöksenteossa ovat mukana tarvittaessa asiakas ja hänen omaisensa tai muu läheinen henkilö. Asiakaslähtöisyys, näkökulmien ja tiedon yhteen kokoaminen, vuorovaikutuksen tiedostaminen yhteistyössä, rajojen ylittäminen ja verkostojen huomiointi ovat moniammatillisen yhteistyön käytännön näkökulmia. (Isoherranen 2005, 14–15.)

### 3 KAJAANIN SEUDUN SAIRAALAN KUNTOUTUSYKSIKÖSTÄ KOTIIN

#### 3.1 Kuntoutusyksikkö

Opinnäytetyömme tilaajana on Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksikkö, joka kuuluu Kainuun Sote- kuntayhtymän Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaan. Kuntoutusyksikössä on 24 potilaspaikkaa, joissa kuntoutetaan kainuulaisia aivohalvaus-, alaraaja amputaatio- ja seutukunnallisia ortopedisiä potilaita. Kuntoutusyksikkö kattaa koko Kainuun seudun aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden kuntoutuksen. Osastolla toimii moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu lääkäri, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, puheterapeutti, sosiaalityöntekijä sekä sairaanhoitajat ja perus- ja lähihoitajat. (Alatalo ym. 2013.)

Kuntoutusyksikköön ei ole tehty aiheestamme opinnäytetyötä. Kuntoutusyksikön työntekijöillä on tarve saada tietää potilaiden kokemuksia kotiutumisprosessista. Aidot kokemukset kotiutumisprosessista auttavat kuntoutusyksikön henkilökuntaa hyödyntämään opinnäytetyön johtopäätöksiä hoitotyön arvioinnissa ja kehittämässä. Jatkossa työntekijät voivat hyödyntää opinnäytetyöstä saatuja johtopäätöksiä.

#### 3.2 Kuntoutusyksikön AVH-potilaan kotiutumisprosessi

Potilaan saapuminen kuntoutusyksikköön

Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksikkö on keskittynyt AVH-potilaiden kuntoutukseen. Potilaan kotiutumisen suunnittelu alkaa jo potilaan vastaanottamisesta osastolle. Potilaalle tehdään tulohaastattelu, jossa selvitetään potilaan taustatiedot. Taustatietoihin kuuluvat muun muassa sairaalaan tulosyy, hoidon tarve, perussairaudet, entinen toimintakyky ja käytössä olleet kotihoidon palvelut sekä apuvälineet ennen sairastumista. (Niemelä & Heikkinen 2006 a.) Potilaan siirtyessä edellisestä hoitopaikasta kuntoutusyksikköön potilaasta saadaan tietoja potilastiedoista, mutta edellä mainitut asiat on kuitenkin hyvä tarkistaa (Huotari, Kettunen & Kilpeläinen 2011). Tulohaastattelun jälkeen hoito aloitetaan lääkärin hoitomääräyksen mukaisesti. Lääkäri ja sairaanhoitaja vastaavat potilaan hoito-ohjelmasta. (Niemelä & Heikkinen 2006 a.)

Kuntoutusyksikössä erityistyöntekijöinä toimivat fysioterapeutit, toimintaterapeutit, puheterapeutti ja sosiaalihoaja. Kuntoutujasta erityistyöntekijät saavat ennakkotietoja edellisistä hoitopaikoista. Osastolle tulopäivästä yleensä jo seuraavana päivänä terapeutit tekevät alkukartoitusta kuntoutujasta ja apuvälineiden tarpeen arvioinnista, jonka avulla terapeutit ohjaavat hoitohenkilökuntaa. Toiminnan tulee olla osa kuntouttavaa hoitotyötä, yhtenäistä ja yhteisten käytäntöjen mukaista. (Huotari ym. 2011.)

#### Kuntoutustyöryhmä

Terapeutit laativat kuntoutujalle terapiasuunnitelmat, jos jollekin erityistyöntekijän terapialle on tarvetta. Suunnitelma tehdään yhteistyössä kuntoutustiimin ja kuntoutujan sekä hänen läheisten kanssa. Häiriön vaikeusaste, luonne sekä häiriön vaikutus kuntoutujan toimintakykyyn ovat suunnitelman perustana. Tavoitteiden ja menetelmien lisäksi suunnitelmassa sovitaan terapian intensiteetti eli montako kertaa viikossa terapiaa on. Erityistyöntekijät tekevät kuntoutujalle jokainen oman viikko-ohjelman, kuntoutujan kanssa sovittujen tavoitteiden mukaisesti. (Julkunen 2012; Korhonen 2006; Anttalainen 2005.)

Kuntoutusyksikössä pidetään tiistaisin osastopalaveri eli moniammatillinen työryhmäpalaveri. Palaveriin osallistuu moniammatillinen tiimi eli lääkäri, sairaanhoitaja, erityistyöntekijät ja sosiaalihoaja. Palaverissa käydään läpi jokaisen kuntoutujan senhetkinen toimintakyky. Terapeutit antavat palaverissa ohjausta ja neuvontaa hoitohenkilökunnalle toiminnoista, jotka edistävät kuntoutujan toimintaa. (Julkunen 2012; Huotari ym. 2011; Korhonen 2006.)

Kuntoutustyöryhmä kokoontuu kuntoutuspalaveriin viimeistään kolmen viikon kuluessa kuntoutujan saapumisesta osastolle. Kuntoutustyöryhmään kuuluvat lääkäri, hoitaja, puheterapeutti, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, kuntoutuja sekä omaiset. Palaverissa laaditaan kuntoutumissuunnitelma. Ennen palaveria kuntoutujan toimintakyvyn ovat arvioineet kuntoutujan hoidon tarpeen mukaiset ammattilaiset. (Niemelä & Heikkinen 2006 b.)

Jokaiselle potilaalle tehdään suunnitelman lisäksi myös kuntoutustavoitteet kuntoutustyöryhmässä. Tavoitteena voi olla esimerkiksi itsenäinen selviytyminen tai palaaminen työelämään. Kuntoutussuunnitelmaa voidaan tarvittaessa tarkistaa ja muuttaa.



Kuntoutussuunnitelma on kirjattuna sairaskertomukseen sekä B-lausuntoon tarvittaessa. (Kaste ym. 2007, 328.)

#### Sosiaalihjaaja

Sosiaalihjaaja selvittää potilaan kokemuksia nykyisestä elämäntilanteesta esimerkiksi asumisen, toimeentulon ja työkyvyn. Sosiaalihjaaja arvioi sosiaalityön tarvetta, johon kuuluvat erilaiset sosiaalipalvelut ja tukitoimet. Kuntoutujan ja sosiaalihjaajan yhteistyölle asetetaan tavoitteet. Sosiaalihjaaja kertoo potilaan oikeuksiin liittyviä asioita ja neuvoo esimerkiksi vakuutusasioissa ja etuuksien hakemusten täyttämässä. (Huttunen, Jaatinen, Keränen, Kananen, Männikkö & Huttunen 2013.) Sosiaalihjaaja esittelee muita asumismuotoja kuntoutujalle ja omaisille, jos entiseen kotiin kotiutuminen ei ole mahdollista. Tarpeen mukaan SAS eli suunnittele, arvioi ja sijoita hakemukset täytetään. (Huotari ym. 2011.)

#### Puheterapeutti

Puheterapeutti käyttää yleisesti hyväksytyjä testi- ja arviointimenetelmiä arvioidessaan kuntoutujan kommunikointikykyä laaja-alaisesti. Puheterapeutti arvioi tilannetta haastatteleamalla kuntoutujaa ja hänen läheisiään sekä havainnoimalla kuntoutujaa. Seuraavat asiat ovat yksin tai yhdessä arvioinnin kohteena: Äänen arviointi, puhemotoristen toimintojen arviointi, kielellis- kongnitiivisten toimintojen, vuorovaikutus- ja kommunikointikyvyn arviointi, puhetta tukevan ja korvaavan kommunikaation arviointi, syömis- ja nielemistoimintojen arviointi. Kuntoutujan ikä, voimavarat sekä häiriön vaikeusaste ja laatu vaikuttavat siihen mitä tutkimuksiin perustuvia tai kokemusperäisiä terapiamenetelmiä puheterapeutti käyttää. (Korhonen 2006.)

Puheterapiassa suunnitellaan yksilöllisesti terapia puhehäiriön luonteen mukaisesti (Kaste ym. 2007, 328). Tarpeen mukaan puheterapeutti kartoittaa korvaavia kommunikointikeinoja, niiden tarvetta sekä kuntoutujan taitoja käyttää niitä. Korvaavia kommunikointikeinoja ovat esimerkiksi äänenvahvistimet. Puheterapia on aina yksilöllistä ja siihen sisältyy lähiyhteisön sekä kuntoutujan läheisten ohjaus. Tarvittaessa puheterapia voidaan toteuttaa yhteistyössä kuntoutujan läheisten ja ammattihenkilöiden kanssa. Ohjauksella, neuvonnalla ja kannustamalla puheterapeutti tukee kuntoutujan selviytymistä päivittäisessä elämässä sekä tukee kuntoutujan kuntoutumista. (Korhonen 2006.)

Kuntoutumisen edetessä puheterapeutti arvioi jatkokuntoutuksen tarvetta, riittääkö omatoimisten harjoitusten ohjaus vai tarvitaanko kotiutumisen jälkeen puheterapiaa polikliinisesti. Toteutuneista puheterapioista laaditaan yhteenveto, johon kuuluu jatkokuntoutuksen järjestelyiden tiedot, mahdolliset jatkosuositukset sekä puheterapiaprosessin toteutumisesta tiivistelmä. Tarpeen mukaan puheterapeutti suosittelee polikliinista jatkopuheterapiaa ja varaa ensimmäisen puheterapia-ajan valmiiksi kuntoutujalle Kajaanin keskussairaalan neurologian poliklinikalle. Tarvittaessa puheterapeutti laatii puhevammaisten tulkkipalveluja varten lausunnon. (Korhonen 2006.)

### Fysioterapeutti

Fysioterapeutti arvioi kuntoutujan perusliikkumisen ja tekee liikkumisen avuksi hoitohenkilökunnalle ja omaisille kuvalliset ohjeet. Terapeutti arvioi hyötyykö potilas fysioterapiasta, arvioi tarvitseeko potilas apuvälineitä ja tekee asentohoidosta ohjeet. (Anttalainen, Rautiainen, Leiniö-Karppinen, Lokka, Kujala, Koskinen & Komulainen 2005.) Alkuvaiheessa fysioterapeutti käy läpi potilaan normaaleja liikeratoja sekä antaa halvaantuneelle puolelle erilaisia ärsykeitä (Ovaska-Pitkänen 1999, 74).

Fysioterapeutti tekee loppuarvion potilaan toimintakyvystä. Jatkosuunnitelma päätetään yhdessä moniammatillisen työryhmän jäsenten, potilaan ja omaisten kanssa. Fysioterapeutti antaa jatko-ohjeita muun muassa apuvälineiden käytöstä, siirtymisistä ja asentohoidosta. (Anttalainen 2005.)

### Toimintaterapeutti

Toimintaterapeutti arvioi kuntoutujaa alkuhaastattelulla, jossa selvitetään kuntoutujan lähiympäristö, huomioidaan yksilölliset tekijät ja sen hetkinen elämäntilanne. Kuntoutujasta havainnoidaan toimintakokonaisuuksia esimerkiksi peseytymistä, pukeutumista, siistiytymistä ja ruokailua. Toimintaterapeutti antaa toiminnasta vinkkejä ja ohjeita, jotta toiminta olisi sujuvampaa. Lisäksi arvioidaan kuntoutujan taitoja eli sitä miten hän toimii tehtäviä tehdessään ja käyttää motorisia-, sosiaalisia- ja prosessitaitojaan. (Julkunen 2012.)

Toimintaterapeutti ohjaa kuntoutujaa päivittäisissä toiminnoissa, joihin kuuluu itsestä huolehtiminen. Terapeutti ja hoitajat muokkaavat osastolla huonetta kuntoutujan kanssa niin, että kuntoutuja kykenee siellä toimimaan. Terapeutti arvioi toimintojen yhteydessä

onko kuntoutujalla tarvetta pienapuvälineille. Apuvälineiden käyttö opetellaan ja harjoitellaan terapian yhteydessä. (Julkunen 2012.) Toimintaterapiassa liiketoiminnot, joita on harjoiteltu fysioterapiassa, siirretään jokapäiväisiin toimintoihin. Tärkeää on, että apuvälineet otetaan käyttöön oikeaan aikaan. (Kaste ym. 2007, 327–328.)

Toimintaterapeutti laatii oman loppuarvionsa ja suunnittelee tarvitseeko kuntoutuja toimintaterapiakuntoutusta vai ei. Toimintaterapeutti voi käyttää apuna alkukartoituksessa tehtyjä testejä ja tehdä ne uudestaan. (Julkunen 2012.) Toimintaterapian tarpeen jatkuessa kotiutumisen jälkeen kuntoutuja käy neurologian poliklinikalla tai toimintaterapian erityisterapiassa (Julkunen & Ylitalo 2012).

### Kotikäynnit ja kotilomat

Kotikäynnillä fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä arvioivat kodin muutostöiden tarvetta. Muutostöistä laaditaan kustannusarvio. (Jokelainen & Niemelä 2010.) Kotikäynnillä arvioidaan kuntoutuksen jälkeistä selviytymistä kotiympäristössä ja annetaan ohjausta pienistä kodinmuutostöistä. Tavoitteena on, että toiminta olisi kotona mahdollisimman sujuvaa uudella toimintakyvyllä. (Julkunen 2012.)

Kuntoutujan kuntoutumisen edistyessä ulkoilu ja kotilomat ovat mahdollisia omaisten kanssa. Hoitohenkilökunta jakaa kotiloman ajalle lääkkeitä kuntoutujalle mukaan ja huolehtii lääkehoidon toteutuksesta eli ohjaa omaisia ja kuntoutujaa lääkehoidosta. Omaisille ohjataan tarvittavat siirtotekniikat fysioterapeutin ohjeistuksella ennen kotilomaa. Omaisets arvioivat kotiloman onnistumista kotiloman arviointilomakkeen avulla. Arviointilomakkeen avulla moniammatillinen työryhmä saa toiminnastaan palautetta. (Huotari ym. 2011.)

### Kotiutuspalaveri

Kuntoutujalle sovitaan kotiutuspalaveriaika, kun kuntoutuminen on saavuttanut kuntoutustavoitteet. Kuntoutujalle pyritään takaamaan turvallinen kotiutuminen kotiutuspalaverin avulla. (Huotari ym. 2011.) Erityistyöntekijät hankkivat tarvittavat apuvälineet kuntoutujalle terveyskeskuksen apuvälinevuokraamosta. Lopuksi moniammatillinen työryhmä kotiuttaa potilaan. (Anttalainen 2005.)

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksikön AVH-potilaiden kokemuksia kotiutumisprosessista ja yksilöllisestä hoitotyöstä. Opinnäytetyömme tavoitteena on, että henkilökunta voi hyödyntää opinnäytetyön johtopäätöksiä hoitotyön arvioinnissa ja sen kehittämisessä.

Tutkimustehtävät:

1. Miten AVH-potilaat ovat kokeneet kotiutumisprosessin?
2. Millaista ohjausta kotiutumisesta AVH-potilaat saivat osastojakson aikana?
3. Millaista tietoa ja/tai tukea AVH-potilaat olisivat tarvinneet kotiutumisprosessin aikana?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö tehtiin laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä ja aineisto kerättiin teema- eli puolistrukturoidulla haastattelulla. Laadullinen tutkimus mahdollistaa kohteen kokonaisvaltaisen tarkastelun, jonka lähtökohtana on kuvata todellista elämää (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157). Kvalitatiivisen tutkimuksen keskiössä ovat tutkittavien lukumäärän sijasta kokemukset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83). Opinnäytetyössämme jokaisen AHV-potilaan kokemukset kotiutumisprosessista ovat tärkeitä.

Yksilöhaastattelulla selvitetään haastateltavan henkilökohtaisia kokemuksia (Vilka 2005, 101). Yksilöhaastattelun avulla kartoitettiin AVH-potilaiden omakohtaisia kokemuksia kotiutusprosessista. Haastattelun tarkoituksena oli saada haastateltavan omakohtaisia kokemuksia kotiutumisesta, joten omaiset eivät osallistuneet haastattelutilanteeseen. Haastattelut toteutettiin haastateltavien kotona kuntoutusyksiköstä kotiutumisen jälkeen noin kahden viikon sisällä.

Teemahaastattelussa kaikki teema-alueet ovat haastateltaville samat eli se on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä (Hirsjärvi & Hurme 2010, 48). Teemahaastattelun tarkoituksena on etsiä vastauksia tutkimustehtäviin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97). Teema-alueet muodostuivat tutkimustehtävien pohjalta ja niistä nousevista teemoista. Opinnäytetyömme haastattelurungon teema-alueita olivat kotiutumisprosessi, kotiutumisen ohjaaminen ja kotiutumisprosessin kehittäminen. Teemahaastattelurungossa (Liite 1) on esitetty teema-alueita tarkentavat ja haastattelua jäsentävät kysymykset.

Kaikki haastattelut tehtiin samalla haastattelurungolla ja selvitimme tarpeen mukaan asioita lisäkysymyksillä. Haastattelut etenivät yksilöllisessä järjestyksessä teemojen mukaisesti. Jokaiselle haastateltavalle esitettiin samat kysymykset. Keskeiset kysymykset voidaan esittää tilanteeseen sopivassa järjestyksessä eli haastattelu voi edetä vapaasti (Vilka 2005, 103). Keskustelun aikana haastateltaville voidaan avata kysymyksiä, kysyä kysymys uudestaan ja väärinkäsitykset voidaan oikaista (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75). Haastattelun aikana kysyimme kysymyksiä uudestaan ja tarkensimme kysymyksiä tarpeen

mukaan. Oikaisimme väärinkäsitykset heti kysymykseen vastaamisen jälkeen, jolloin kysyimme myös kysymyksen uudestaan. Näin pysyimme haastattelun aikana teema-alueissa.

## 5.2 Haastateltavien valinta

Opinnäytetyössämme haastateltavat valittiin kajaanilaisista kuntoutusyksikön AVH-potilaista työelämäohjaajien avulla. Kuntoutusyksikössä kuntoutetaan AVH-potilaita koko Kainuun seudulta. Valitsimme kajaanilaiset, koska opinnäytetyömme tehdään omakustanteisesti. Olimme kuitenkin varautuneet lähtemään haastattelemaan myös Kajaanin lähikuntiin, jos haastateltavia ei kotiutuisi Kajaaniin.

Haastateltavat valittiin kotiutumisen ajankohdan ja kotiutujan toimintakyvyn perusteella. AVH-potilaiden kotiutumisen ajankohta oli joulukuusta 2013 tammikuuhun 2014. Kyseisellä ajankohdalla kotiutui kolme haastatteluun suostuvaa AVH-potilasta. Olisimme valinneet haastateltavat kotiutumisjärjestyksessä, jos kotiutuvia olisi ollut useampia. Haastateltavien maksimimäärä olisi kuitenkin ollut viisi henkilöä, koska aineisto laajenisi liian laajaksi resursseihimme nähden.

Haastateltavien tuli olla aikaan ja paikkaan orientoituneita, kotiutuneita omaan kotiinsa tai palvelukotiin, kykenemään itsenäiseen päätöksentekoon ja vastaamaan haastattelun kysymyksiin. Haastateltavista pois suljettiin afasiaa eli puheen ymmärtämisen ja tuottamisen häiriötä sairastavat ja dysartriaa eli puheen motorisen tuottamisen häiriötä sairastavat henkilöt. Lisäksi pois suljettiin ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevat. Haastateltavien tulee antaa suostumus tutkimukseen osallistumiseen, sekä heidän pitää olla kykeneväisiä ymmärtämään tutkimukseen liittyvä informaatio sekä tekemään rationaalisia arviointeja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 25).

Ennen haastatteluja kuntoutusyksikön henkilökunta oli alustavasti kertonut haastateltaville opinnäytetyöstämme. Kävimme kuntoutusyksikössä esittäytymässä, kertomassa haastattelusta ja antamassa potilaille tiedotteen opinnäytetyöhön osallistumisesta (Liite 2) haastateltaville. Kuntoutusyksikössä kerroimme haastateltaville opinnäytetyömme tavoitteen, tarkoituksen, tutkimustehtävät, aineiston käyttötarkoituksen, sen säilyttäminen sekä hävittäminen. Haastateltaville korostettiin

anonymiteetin säilymistä ja osallistumisen vapaaehtoisuutta. Kolme haastateltavaa antoi suullisen suostumuksen haastatteluun osallistumisesta. Haastateltavat antoivat luvan, että työelämäohjaaja saa antaa meille heidän yhteystietonsa haastattelun ajankohdan suunnittelemista varten.

### 5.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Laadullinen eli induktiivinen aineiston analyysi on kolmivaiheinen prosessi. Prosessiin kuuluu aineiston pelkistys eli redusointi, ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luonti eli abstrahointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Opinnäytetyömme on laadullinen ja aineiston analysoinnissa käytämme induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Liitteessä 3 on opinnäytetyömme aineiston analyysi vaiheittain, jonka seuraavaksi avaamme myös teorian avulla.

Aineiston analyysin alussa haastattelut kuunnellaan ja kirjoitetaan sana sanalta auki (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109). Aineiston puhtaaksi kirjoittamista kutsutaan litteroinniksi. Aineiston voi litteroida kokonaan tai vain teema-alueiden mukaan valikoidusti (Hirsjärvi ym. 2007, 217). Auki kirjoitetusta aineistosta jätetään pois eli pelkistetään epäolennainen tieto. Tutkimustehtävien kysymykset ohjaavat pelkistämistä niin, että jäljelle jäävät vain olennaiset ilmaukset. Ilmaisut voidaan esimerkiksi alleviivata aineistoon ja listata sitten eri konseptille. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Haastatteluja kuunnellessa jätimme litteroimatta epäolennaiset asiat. Litteroimme haastattelut tietokoneella kolmen haastattelurunkomme teema-alueiden mukaisesti. Teema-alueita olivat kotiutumisosprosessi, ohjaaminen kotiutumisosprosessissa ja kotiutumisosprosessin kehittäminen. Litteroitua materiaalia oli yhteensä seitsemän sivua.

Pelkistämisen vaiheessa auki kirjoitetusta aineistosta jätetään pois epäolennainen tieto. Tutkimustehtävien kysymykset ohjaavat pelkistämistä niin, että jäljelle jäävät vain olennaiset ilmaukset. Ilmaisut voidaan alleviivata aineistoon ja listata sitten eri konseptille. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Jätimme epäolennaiset tiedot jo litteroinnin vaiheessa pois. Litteroinnin jälkeen pelkistimme aineistoa kolmen eri värin avulla, jotka vastasivat kukin jokaista tutkimustehtäväämme. Lopuksi jäljelle jäivät tutkimustehtäviin vastaavat ilmaisut.

Induktiivisessa sisällönanalysissä tutkimusongelmat ohjaavat kategorioiden muodostumista aiempien havaintojen, tietojen tai teorioiden sijasta. Analyysiyksikkönä voi olla lause tai sana, joka määrittyy aineiston laadun ja tutkimustehtävän mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.) Analyysiyksikkönä voi olla myös yksittäinen lauseen osa tai kokonaisuus, jossa on useita lauseita (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Opinnäytetyömme analyysiyksiköt eli alkuperäisilmaukset määräytyivät tutkimustehtävienne mukaisesti. Analyysiyksiköt ovat suoria lainauksia litteroidusta haastattelusta. Suorat lainaukset ovat kokonaisia lauseita tai lauseen osia. Pelkistimme alkuperäiset ilmaukset pelkistettyyn muotoon.

Ryhmittelyssä eli klusteroinnissa samanlaiset käsitteet ryhmitellään luokaksi, jonka jälkeen luokka nimetään sisältöä kuvaavalla ominaisuudella, piirteellä tai käsityksellä. Yksittäisiä tekijöitä sisällytetään ylempiin käsitteisiin eli niistä muodostetaan ryhmittelemällä alaluokkia. Luokittelu tiivistää aineistoa sekä luo pohjan alustaville kuvauksille tutkimusilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Ryhmittelimme pelkistetyt samankaltaiset ilmaukset samaan ryhmään. Jokaisesta ryhmästä muodostimme ryhmää kuvaavan alaluokan. Alaluokat ovat abstrahoituja ilmauksia ryhmää yhdistävästä sisällöstä.

Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä muodostetaan teoreettiset käsitteet erottamalla ja valikoimalla tutkimuksen kannalta olennaiset tiedot. Abstrahoinnin avulla yhdistetään luokituksia, jos se on mahdollista aineiston näkökulmasta. Käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysin perustana on tulkinta ja päättely, joka etenee kohti käsitteellisempää näkemystä tutkimusilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111–113.) Muodostimme alaluokista kolme ryhmää samankaltaisten sisältöjen mukaisesti. Abstrahoiimme eli käsitteellistimme alaluokista kolme yläluokkaa, joita ovat yksilöllinen kotiutumisen prosessi, monipuolinen ohjaaminen sekä asiakaslähtöinen hoitotyö. Yläluokkien teoreettiset käsitteet vastaavat opinnäytetyömme tutkimustehtäviin.



## 6 TULOKSET

### 6.1 Yksilöllinen kotiutumisprosessi

Opinnäytetyömme aineiston analyysistä muodostui yhdeksi yläluokaksi yksilöllinen kotiutumisprosessi, joka vastaa ensimmäiseen tutkimustehtäväämme. Tutkimustehtävänä on, miten AVH-potilaat ovat kokeneet kotiutumisprosessin.

Haastatteluissa nousi esille yksilöllisyyden merkitys AVH-potilaan kotiutumisessa ja ohjaamisessa. Haastateltavat kokivat, että kotiutumista suunniteltiin hyvin ja kuntoutuminen sekä kotiutuminen tapahtuivat nopeammin kuin ajateltiin. Yksi haastateltavista koki, että hänet otettiin huomioon yksilöllisesti kotiutumista suunniteltaessa. Haastateltavan mukaan yksilöllisyyttä lisäsi kodin muutostöiden arviointi.

*”-- yksilöllisesti, no tietysti ne ajatteli että kun mulla on nää portaat ja musta tuntu että ne kaikki vaan huolehti että minä en pääse tänne. -- Terapeutti tuli sitten tänne kahtomaan -- mitä meidän pitää uutta laittaa ja pystynkö minä tulemaan tänne ja pääsenkö minä portaat.”*

Opinnäytetyömme tulosten mukaan fysioterapeutin tekemää alkukartoitusta pidetään tärkeänä, koska se lisää yksilöllisyyden tunnetta. Haastateltavat kokivat, että yksilölliseen huomiointiin vaikuttivat eri terapeuttien tekemät arvioinnit. Yksi haastateltavista kertoi, että fysioterapeutti arvioi hänen olevan kotikuntoinen.

*”Olin siellä fysioterapeutin luona heti alkuun niin kai ne siellä kahto sitä tilannetta.”*

Opinnäytetyömme tuloksista nousi esille, että kotiutumispalaveria ei pidetty tarpeeksi asiakaslähtöisenä, koska haastateltavilla oli tunne, että heidän asioistaan on jo päätetty. Yksi haastateltavista kertoi, että kotiutuspalaverissa hänelle vain sanottiin, että hän kotiutuu. Toinen haastateltavista myös koki, että kotiutuminen oli päivänselvää, eikä asiasta sen enempää keskusteltu. Yksi haastateltavista oli kuullut, että hänen kotiutumisasioistaan oli puhuttu ilman häntä.

*”Oliban siellä se palaveri jossa oli lääkäri ja sosiaalihoitaja ja hoitaja, että kyllä siellä oli se palaveri, vaan ne oli kaikki sitä mieltä että kottiin vaan.”*

*”Hoitajille se oli jo paljon aikasemmin päivänselvä asia että minä lähen kottiin.”*

## 6.2 Monipuolinen ohjaaminen

Toisena opinnäytetyömme tutkimustehtävänä on, millaista ohjausta kotiutumisesta AVH-potilaat saivat osastojakson aikana. Aineiston analyysistä muodostui yhdeksi yläluokaksi monipuolinen ohjaaminen, joka vastaa edellä mainittuun tutkimustehtäväämme.

Haastateltavat kokivat, että he saivat osastojakson aikana monipuolisesti fysioterapeutilta, toimintaterapeutilta ja sosiaalityöntekijältä. Haastateltavat saivat ohjausta terapian ohessa terapiahuoneessa. Fysioterapeutti ja toimintaterapeutti antoivat käytännön ohjeita eri toimintoihin. Yksi haastateltavista koki, että terapeutin ansiosta hän pääsi liikkeelle. Hän koki myös, ettei hoitajilta saanut ohjeita.

*”Terapeutti oli mulle verraton, vaati, sen takia minä pääsin liikkeelle.”*

*”Että hoitajat ei oikeestaan muuta vaan toimintaterapeutti ja fysioterapeutti anto ohjeita.”*

Opinnäytetyömme tulosten mukaan lisää ohjausta olisi saanut tarvittaessa. Yksi haastateltavista koki, että osastolla olisi saanut enemmän ohjausta, jos olisi kysynyt. Toinen haastateltavista koki, että hänellä ei ollut tarvetta lisäohjaukselle. Yhdelle haastateltavista kerrottiin kotiutuessa, että osastolle saa myös tarvittaessa soittaa, jos jotain kysyttävää ilmenee.

*”Nehän sanoi, että jos jottain ilmenee niin saapi soittaa sosiaalahoitajalle tai sinne hoitohenkilökunnalle.”*

Opinnäytetyömme tuloksista nousi esille, että haastateltavat eivät kokeneet kirjallisia ohjeita hyödyllisiksi. Eri ohjausmuodoista kysyessä yksi haastateltavista kertoi saaneensa jotain kirjallista materiaalia ja käyneensä ne läpi kerran, mutta ei kokenut niitä hyödyllisiksi. Toinen haastateltavista sai kirjallisia ohjeita kuntoutumisen tueksi toimintaterapeutilta ja fysioterapeutilta.

*”Sain minä niitä papereita - - oon minä niitä läpi käyny kerran.”*

*”Kyllä sen minkä sain siltä toimintaterapeutilta ja fysioterapeutilta, lähinnä että mitä pitää tehbä.”*

Opinnäytetyömme tuloksien mukaan monipuoliseen ohjaamiseen vaikutti erityisesti haastateltavien kokema hoitajien kiireisyys ja työtaakka. Kaikki kolme haastateltavaa kokivat eri tavoin, että osastolla olevilla hoitajilla ei ole aikaa antaa ohjausta kiireen takia. Yksi haastateltavista koki, että toiset potilaat vaativat enemmän hoitajien aikaa.

*”Ei hoitajilla oo aikaa tänä päivänä.”*

### 6.3 Asiakaslähtöinen hoitotyö

Opinnäytetyömme aineiston analyysin yhdeksi yläluokaksi muodostui asiakaslähtöinen hoitotyö. Yläluokka vastaa opinnäytetyömme kolmanteen tutkimustehtävään, millaista tietoa ja/tai tukea AVH-potilaat olisivat tarvinneet kotiutumisprosessin aikana.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan haastateltavat kokivat saaneensa riittävästi ohjausta kotiutumisesta osastojakson aikana. Kaikki kolme haastateltavaa kokivat, että ohjausta oli riittävästi, koska mitään erikoisia kysymyksiä ei tullut vastaan, eikä ole tullut mieleen että mitä olisi kaivannut enemmän.

*”Ei oo tullu erikoisia kysymyksiä vastaan, että ehkä minä oon sitten saanu tarpeeksi kun ei oo mittää tullu.”*

*”Ei oo tullu kyllä mittään mieleen mitä olisin tarvinnu, ainakaan vielä.”*

Opinnäytetyömme tulosten mukaan haastateltavat kaipasivat asiakaslähtöisempää hoitoa ja ohjausta. Yksi haastateltavista kaipasi hoitajilta enemmän aikaa kohdata kuntoutuja yksilönä. Yhden haastateltavan kokemuksen mukaan kuntoutusyksikön potilaat osasivat vaatia apua, kun taas hän ei itse kehdannut pyytää apua. Yksi haastateltavista olisi kaivannut yksilöllistä ohjausta hänen lääkehoitoonsa liittyvistä asioista. Hän koki, ettei saanut lääkehoidostaan riittävästi selkeää ohjausta.

*”Vähän yksilöllisempää hoitoa olisin kaivannut.”*

*”Minä oisin halunnut kun lääkkeitä oli hirveesti että oisivat kertoneet että mihin tarkotukseen ne on mitä minulla on - -”*

Asiakaslähtöisen hoitotyön tulokset olivat ristiriitaisia. Tulosten mukaan haastateltavat olivat toisaalta tyytyväisiä hoitotyöhön ja ohjaukseen, koska kysyttävää ei jälkeinpäin ole tullut. Haastateltavat olisivat kuitenkin toivoneet vielä asiakaslähtöisempää hoitoa kuin kuntoutusyksikössä saivat. Yksi haastateltavista koki, ettei ole osastojakson aikana saanut hoitajilta yksilöllistä ohjausta.

*” - ei kyllä hoitajilta minä en kyllä oikeestaan saanut mitään.”*

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyömme johtopäätöksenä on, että potilaat kokevat hoitotyön koostuvan rutiininomaisista toiminnoista eikä hoitotyön osana nähdä ohjaamista. Päivittäisiä toimintoja ja niissä ohjaamista ei kuitenkaan koeta asiakaslähtöiseksi vaan hoitajien perustyöhön kuuluvaksi. Ohjaus käsitteenä on epäselvä eikä sitä ymmärretä osana hoitotyön kokonaisuutta. Suhosen (2013) tutkimuksen tuloksista saadaan viitteitä siitä, että hoito ei ole potilaslähtöistä vaan hoitaja- tai organisaatiolähtöistä ja rutiininomaista. Tutkimuksen päätelmänä on, että potilaille ja hoitajille käsite yksilöllinen hoito tarkoittaa eri asioita. Potilaiden kannalta voi olla, että hoitotoimenpiteiden ja hoidon sijaan yksilöllisyys nähdään enemmän henkilökohtaisten asioiden kautta. Myös Kääriäisen (2007) tutkimuksen kehitys-aiheena on, että ohjauksen organisointi parantuisi eikä se tapahtuisi sattumanvaraisesti. Potilaiden vastuulla oli ohjauksen saanti ja lisäksi oli epäselvää, keneltä ohjausta olisi voinut pyytää ja milloin ohjausta olisi voinut saada. Ohjausta sai, jos sitä osasi vaatia. Potilaat eivät tienneet yleensäkään mitä ohjaus on eivätkä tunnistanee ohjauksikäsitettä. Saatu ohjaus oli myös edennyt kaavamaisesti, esimerkiksi epäselvää oli millaisia ohjaustilanteet ovat.

Kääriäisen (2007) tutkimuksen mukaan myös henkilökunta toivoi samoja asioita kuin potilaat ja niiden lisäksi toivottiin ohjaustapahtumiin enemmän aikaa, jotta ohjaus ei tapahtuisi muiden töiden ohella, eikä jäisi siten töiden varjoon. Tutkimuksessa selvisi, että hoitohenkilökunnalle ohjaus käsitteenä oli epäselvä, koska se ymmärretään hoitohenkilökunnan keskuudessa eri tavoin.

Opinnäytetyömme johtopäätöksenä on, että potilaat kokivat, että hoitajilla ei ole aikaa antaa ohjausta. Potilaat olettavat hoitajien olevan kiireisiä eikä heillä ole aikaa antaa ohjausta. Hoitajien kiire vaikuttaa asiakaslähtöisen hoitotyön toteutumiseen. Johtopäätöksenä potilaat haluavat, että hoitajilla olisi enemmän aikaa antaa yksilöllistä ohjausta kotiutumiseen ja kuntoutumiseen liittyen koko osastojakson aikana. Kiireellisen oloinen hoitaja tuo negatiivisia tunteita potilaalle. Lehtisen (2006) pro-gradu tutkielmassa todetaan, että hoitajiin ja hoitotyöhön kohdistuvat yhteiskunnalliset asenteet ja odotukset rakentavan kiireen mielentilan, mikä luo mielikuvan, että hoitajilla pitää olla kiire. Lehtinen toteaa myös, että hoitajat koetaan usein riittämättömiksi ja asiat ajatellaan hoidettavan huonosti kiireen takia. Kääriäisen, Kyngäksen, Ukkolan ja Torpan (2005)

tutkimuksessa todetaan, että ohjauksen edellytyksenä on potilaslähtöisyyden tiedostaminen. Ohjaukseen pitäisi olla aikaa riittävästi, sekä henkilökunnan asennoitumisen pitäisi olla ohjausmyönteistä.

Kuntoutusyksikön potilaat kokivat, että hoitajia on liian vähän potilasmäärään verrattuna. Potilaat vähättelevät helposti omia asioitaan ja huoliaan, koska ajattelevat muiden potilaiden asioiden olevan tärkeämpiä ja kiireellisempiä. Kääriäisen (2007) tutkimuksen tulosten mukaan ohjausresursseja oli kohtalaisen hyvin, mutta ohjaukseen käytetty aika oli riittämätöntä. Ohjausta ei pitänyt viidennes potilaista potilaslähtöisenä. Tutkimuksen mukaan 88 % potilaista sai riittävästi ohjausta sairaalahoidon aikana. Kehittämiskohteita potilaiden näkökulmasta olivat hoitohenkilöstön ohjausvalmiuksien kehittäminen ja niukkojen tila-, aika- ja henkilökuntaresurssien parantaminen. Esimerkiksi kotiutumisvaiheessa hoitajilla oli kiire ohjata potilaita ja henkilökuntaa oli siihen nähden liian vähän.

Opinnäytetyömme yhtenä johtopäätöksenä on, että potilaat kokevat saavansa riittävästi ohjausta ja tietoa, kun mieltä askarruttavia kysymyksiä ei nouse esille. Hoitajilta odotetaan ohjausta asioissa, joista ei saa ohjausta eri terapeuteilta. Potilaat toivovat hoitajilta enemmän ohjausta esimerkiksi lääkehoitoon liittyen. Myös tietynlaista yksilöllistä tukea ja turvaa toivottiin hoitajilta enemmän. Kääriäisen (2007) tutkimuksen mukaan potilaat tarvitsisivat enemmän tietoa sairaudesta, sen hoidosta, oireista ja lääkehoidosta. Potilaiden saaman ohjauksen tyytyväisyyteen saattaa vaikuttaa se, että potilaat voivat unohtaa ja kieltää asioita, eivät ymmärrä annettua tietoa tai tilannetta ei tunnisteta ohjaukselliseksi. Hoitohenkilökunta voi antaa ohjausta myös omaisille, jolloin ohjaus ei ole suoraan potilaalle kohdennettua.

Kuntoutusyksikössä AVH-potilaat saivat suullisen ohjauksen lisäksi kirjallista materiaalia, kuten voimisteluohjeita. He eivät kuitenkaan kokeneet kirjallisia ohjeita kuntoutusta edistävänä, koska niitä ei hyödynnetty myöhemmin mitenkään. Kailan (2009) kirjallisuuskatsauksen mukaan hoitotyön auttamismenetelmien vaikutuksista tarvitaan lisää tutkimusta aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen auttamiseksi. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ohjaaminen ja tukeminen on jäänyt vähemmälle huomiolle, koska ihmisen fyysiset tarpeet ja toimintakyky ovat olleet hoitotyön painopisteessä. Kirjallisuuskatsauksen mukaan aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen onnistuneeseen kuntoutumiseen vaikuttavat tuki, ohjaus ja omaisten mukaan ottaminen.

Myös Elorannan, Katajiston ja Leino-Kilven (2014) mukaan on hyvä kuitenkin huomioida, että potilaat omaksuvat asioita eri tavalla ja sillä on vaikutusta ohjausmenetelmän valintaan. Tulevaisuudessa tulisi siis hyödyntää ohjausmenetelmiä monipuolisemmin.

Kuntoutusyksikön potilaat arvostavat terapeuttien antamaa ohjausta. Opinnäytetyömme johtopäätöksenä on, että terapiatilanteita pidetään kuntoutumista edistävinä ja asiakaslähtöisinä. Terapiatilanteissa keskitytään yhteen potilaaseen kerrallaan ja terapiat on suunniteltu vastaamaan potilaan tarpeisiin. Kuntoutusyksikön AVH-potilaat kokivat kuntoutumisterapiaan käytetyt tilat tärkeinä, koska silloin ollaan pois potilashuoneen hektisyydestä ja kiireisestä ilmapiiristä. Opinnäytetyömme johtopäätöksenä on, että yksilöohjaustilanteet luovat potilaille yksilölähtöisyyden tunteen, koska annetaan aikaa yksilönä eikä ohjaus ole kaikille samanlaista. Kääriäisen (2007) mukaan yksilöohjausta arvostetaan, koska ohjaus tapahtuu potilaiden omien tarpeiden pohjalta poissa potilashuoneesta ja mahdollistaa vapaamuotoisemman ilmapiirin. Hoitohenkilöstöltä yksilöohjaus vaatii kuitenkin enemmän aikaa.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Eettisyys

Eettiset ohjeet lääketieteelliselle tutkimukselle löytyvät kansainvälisesti hyväksytystä Helsingin julistuksesta (1964). Helsingin julistuksessa kuvataan potilaiden oikeuksien ja turvallisuuden turvaamisen periaate. Tutkittavien tietojen luottamuksellisuutta sekä tutkittavan yksityisyyttä on suojeltava, kuten myös tutkittavalle on kerrottava kaikki tiedot tutkimuksesta, kuten sen tarkoitus ja tavoite. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 174.) Opinnäytetyömme prosessin aikana olemme toimineet hyvien eettisten käytänteiden mukaisesti. Olemme olleet alusta asti avoimia opinnäytetyömme toteutukseen liittyen ja hakeneet ohjausta tarpeen mukaan ohjaajiltamme. Keskustelimme myös Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksikön apulaisosastonhoitajan ja kahden sairaanhoitajan kanssa opinnäytetyöhömmme liittyvissä asioissa, kuten miten potilaiden informointi ja haastattelu olisi parhaita järjestää, joka vahvistaa opinnäytetyömme eettistä toteutumista.

Informoinnissa on kerrottava tutkittavalle muun muassa tavoite, yhteystiedot, vapaaehtoisuus osallistumiselle, aineistonkeräämisen tapa, aineiston käsittely, säilytys ja käyttötarkoitus (Kuula 2011, 121). Eettinen osaaminen kuuluu ammattikorkeakoulujen yhteisiin kompetensseihin eli osaamisen alueisiin (Auvinen, Heikkilä, Ilola, Kallioinen, Luopajarvi, Raj & Roslöf 2010). Opinnäytetyömme aikana olemme vahvistaneet omaa eettistä toimintaamme ja toimineet hyvien tieteellisten käytänteiden mukaan. Opinnäytetyöhömmme osallistuvia henkilöitä informoitiin etukäteen tiedotteella opinnäytetyöhön osallistuvalla potilaalla (Liite 2) heidän ollessa Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksikössä. Tiedotetta antaessa informoimme potilaita samalla suullisesti tutkimukseen liittyvissä asioissa ja vastasimme tarkentavasti kysymyksiin. Lisäksi kuntoutusyksikön yksi hoitajista oli meidän mukamme informaatiolomaketta antamassa. Hoitajan avulla varmistimme, että potilaat ovat kykeneviä vastaanottamaan informaatiomme, sekä osallistumaan haastatteluun. Varmistimme myös että potilaat kuulevat ja ymmärtävät meidän asiamme. Kerroimme potilaille osallistumisen olevan täysin vapaaehtoista ja että osallistumisen voi perua missä vain opinnäytetyömme vaiheessa. Potilaille kerrottiin myös, mihin ottaa yhteyttä tarvittaessa.



Olimme opinnäytetyöstämme avoimia haastateltaville ja kerroimme heille opinnäytetyömme tarkoituksesta ja tavoitteesta ensitapaamisella kuntoutusyksikössä ja haastatteluiden aikana.

Anonymiteetillä eli henkilöllisyyden salaamisella varmistetaan luottamuksellisuus tekijän ja haasteltavien välillä, joka myös rohkaisee haastateltavia puhumaan henkilökohtaisista asioistaan (Mäkinen 2006, 114). Informaatiolomakkeessa painotimme, että haastateltavat pysyvät nimettöminä sekä heidän henkilöllisyytensä salataan opinnäytetyömme raportoinnissa. Opinnäytetyömme eettisyyttä vahvistaa se, että haastateltavat eivät ole tunnistettavissa opinnäytetyön raportoinnista. Tämän varmistimme niin, että sekoitimme alkuperäisilmaukset analyysin alussa.

Informoinnissa painotimme haastateltaville, että äänitallenteet ja muut luottamukselliset tiedot, kuten osoitteet ja puhelinnumerot hävitetään asianmukaisella tavalla. Olemme poistaneet tietokoneeltamme litteroidut aineistot ja äänitallenteet tulosten raportoinnin jälkeen. Lisäksi poistimme koululta lainassa olleesta nauhurista äänitiedostot tietokoneen avulla ennen nauhurin palauttamista koululle, joten seuraava nauhuria tarvitseva ei löydä haastattelujen äänitiedostoja.

## 8.2 Luotettavuus

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuteen kuuluu tarkka kuvaus tutkimuksen kaikkien vaiheiden toteuttamisesta. Luotettavuutta lisää totuudenmukainen selostus aineiston keräämisestä ja siihen vaikuttavista olosuhteista, haastatteluun kuluneesta ajasta ja haastattelun aikana olleista mahdollisista häiriötekijöistä tai virhetulkinnoista. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.) Olemme arvioineet opinnäytetyömme luotettavuutta koko prosessin ajan monipuolisesti. Opinnäytetyöhömme luotettavuutta tuo seikkaperäinen raportointi kaikista opinnäytetyömme vaiheista. Selostimme opinnäytetyömme toteutuksen vaiheittain ja selkeällä tavalla niin, että opinnäytetyömme kokonaisprosessi on näkyvissä.

Luotettavuutta lisäävänä tekijänä on myös se, että olemme liitteeksi liittäneet teemahaastattelun rungon (Liite1), josta näkee kaikki kysymykset, joita kysyimme haastatteluissa. Teemahaastattelun rungosta lukija saa käsityksen haastattelun

etenemisjärjestyksestä ja laajuudesta. Pyysimme kuntoutusyksikön henkilökunnalta palautetta teemahaastattelurungostamme. Saimme haastattelurungosta positiivista palautetta ehjästä kokonaisuudesta ja hyvin ymmärrettävistä kysymyksistä. Opinnäytetyömme luotettavuutta lisää ennen varsinaisia haastatteluja tekemämme esitestaus. Teimme esitestauksen kuntoutusyksikössä yhdelle potilaista. Esitestauksessa saimme harjoitella haastattelemista ja kysymyksiämme, joilla saimme vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Haastattelu sujui luontevasti, ilman tarkentavia kysymyksiä. Esitestauksessa saimme vastauksia teemojen mukaisiin kysymyksiin jo ennen kuin niitä ehdittiin edes kysyä eli haastattelu eteni vapaasti ja joustavasti.

Esitestauksessa haastattelun kesto oli noin puoli tuntia, ja haastattelu eteni haastateltavan kokemuksen mukaan joustavasti. Varsinaisissa haastatteluissa aikaa kului vähemmän kuin arvioimme. Haastattelut kestivät keskimäärin 10–20 minuuttia, ja litteroitua aineistoa saatiin seitsemän sivua. Haastattelut eivät edenneet kertomusmaisesti, vaan meidän piti kysyä tarkentavia kysymyksiä ja selventää kysymysten tarkoitusta. Haastateltavien omaaloitteinen kertominen kokemuksista oli niukkaa, koska haastateltavat vastasivat kysymyksiin suppeasti ja odottivat paljon lisäkysymyksiä. Pohdimme, olisiko aivoverenkiertohäiriöön sairastuneille luotettavuutta lisäävä haastattelumuoto ollut strukturoitu haastattelu, johon vastataan lyhyemmin ja suppeammin.

Alkuperäisaineistosta lukijalle osoitetaan suorien lainausten avulla, mistä kategoriat ovat muodostuneet (Kyngäs & Vanhanen 1999, 11). Liitteessä 3 on opinnäytetyömme aineiston analyysi kokonaisuudessaan luotettavuuden parantamiseksi. Aineiston analyysi on taulukoitu selkeästi ja siitä lukijan on helppoa seurata, miten analyysi etenee alkuperäisilmaisista pelkistämisen kautta kohti opinnäytetyömme keskeisiksi tuloksiksi muodostuneita yläkäsitteitä. Opinnäytetyössämme on lisäksi myös tulosten esittämisen tukena suoria lainauksia, jotka lisäävät opinnäytetyömme luotettavuutta.

Teimme aineiston analyysin uudestaan opinnäytetyömme esityksen jälkeen, koska ensimmäinen analyysi perustui liikaa haastattelun teemoihin. Opinnäytetyömme luotettavuuteen vaikuttaa vahvistavasti aineiston analyysin prosessin ymmärtäminen ja osaaminen. Litteroituun aineistoon palaaminen sai meidät huomaamaan uusia näkökulmia ja saamaan analyysissä aikaiseksi luotettavia tuloksia johtopäätösten tueksi.

Tulosten raportoinnista haasteellisen teki aineiston niukkuus, johon vaikutti osaltaan haastattelujen keston virheellinen arviointi esitestauksen perusteella. Pohdimmekin jälkeinpäin, että olisimmeko saaneet enemmän tuloksia opinnäytetyöhöemme jos haastateltavia olisi ollut enemmän. Kuitenkin jokaisen haastateltavan kokemus on sellaisenaan tärkeä ja kaikki tulokset ovat arvokkaita, vaikka litteroitua aineistoa ei ollutkaan enemmän. Tulosten raportoinnin jälkeen johtopäätökset muodostuivat Näin olisimme voineet saada enemmän johtopäätöksiä, joita kuntoutusyksikkö voisi hyödyntää kotiutumisosprosessin arvioinnissa ja kehittämisessä.

Kunnioitimme haastattelun aikana sekä analyysivaiheessa haastateltavien ainutlaatuisia kokemuksia ja näkemyksiä asioista. Erilaista näkökulmaa haastatteluihin toivat haastateltavien sairaus ja sen myötä tulleet kielteiset kokemukset. Sairauden vaikutusta tuloksiin emme pysty täysin arvioimaan, koska emme tiedä haastateltavien sairaushistoriaa. Haastateltavat kuitenkin kertoivat omaa sairaushistoriaansa haastattelun aikana. Esimerkiksi emme voi analysoida työssämme suoraan, onko mahdollinen sairauden jälkeinen masennus vaivannut haastateltavia henkilöitä, ja kuinka mahdollinen masennus on voinut vaikuttaa tuloksiin.

Haastattelujen jälkeen analyysivaiheessa pohdimme kaikkia mahdollisia asioita, jotka vaikuttavat haastattelujen luotettavuuteen. Yksi vaikuttavista asioista on haastateltavien eri käsitykset kotiutumisosprosessista. Kotiutumisosprosessi terminä ei aivan heti selventynyt haastateltaville, vaan haastattelun aikana selvensimme asiaa kertomalla kotiutumisosprosessista sekä esittämällä tarkentavia kysymyksiä varsinaisille kysymyksille. Painotimme kotiutumisosprosessista eritoten sitä, että yritämme haastattelullamme kartoittaa koko osastojakson aikana tulleita kokemuksia. Selvensimme haastattelun aikana, mitkä ovat opinnäytetyömme tavoite ja tarkoitus. Kotiutumisosprosessi on siis käsitteenä vieras, ja kaksi kolmesta haastateltavasta ymmärsi sen kotona tapahtuvaksi prosessiksi eli kuinka on kotiutunut takaisin omaan tai uuteen kotiin.

Pohdimme opinnäytetyömme luotettavuuden kannalta, onko haastattelujen tuloksiin vaikuttanut haastattelun paikka ja ajankohta. Kotiutumisosprosessi käsite olisi ehkä ymmärretty paremmin, jos haastattelut olisi tehty juuri ennen osastolta kotiutumista. Halusimme tehdä haastattelut haastateltavien kotona, koska ajattelimme, että haastateltavilla olisi mielessään kokonaiskuva osastojakson aikaisesta kotiutumisosprosessista.

### 8.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi on tukenut monella tavalla meidän ammatillista kasvuamme kohti sairaanhoitajan ammattia. Olemme syventyneet erityisesti laadulliseen opinnäytetyöprosessiin. Opinnäytetyöprosessimme aikana olemme myös tutustuneet muihin opinnäytetyön toteutuksen muotoihin opinnäytetyöseminaareissa sekä vertaistyöskentelyn kautta.

Kompetenssit eli osaamiskokonaisuudet jaotellaan Suomessa koulutusohjelmakohtaisiin ja yhteisiin kompetensseihin. Kompetenssit kuvaavat pätevyyden lisäksi kykyä suorittaa ammattiin kuuluvia työtehtäviä. Yhteisiä kompetensseja ovat oppimisen taidot, eettinen osaaminen, työyhteisöosaaminen, innovaatio-osaaminen ja kansainvälistymisosaaminen. (Auvinen, Heikkilä, Ilola, Kallioinen, Luopajarvi, Raij & Roslöf 2010, 5-8.) Olemme vahvistaneet yhteisistä kompetensseista erityisesti oppimisen taitoja, eettistä osaamista ja työyhteisöosaamista ja innovaatio-osaamista.

Olemme kehittyneet prosessin aikana asiakirjoittamisessa ja informaatiolukutaidoissa lähtötasoon verrattuna. Osaamme arvioida lähteiden luotettavuutta ja etsiä alkuperäisiä lähteitä. Olemme oppineet jakamaan vastuuta ja tehtäviä tasapuolisesti, mutta olemme kuitenkin yhdistäneet tekemämme työt ehjäksi kokonaisuudeksi. Pääosin olemme tehneet opinnäytetyötä yhdessä ja olemme täydentäneet toistemme oppimista. Oppimisen taidot kuuluvat ammattikorkeakoulututkintojen valtakunnallisiin yhteisiin kompetensseihin (Auvinen ym. 2010, 7).

Eettisen osaamisen kompetenssikokonaisuuteen kuuluu esimerkiksi ammattieettisten periaatteiden mukaan toimiminen, omasta toiminnasta vastuun ottaminen ja tasa-arvoisuuden periaatteiden soveltaminen (Auvinen ym. 2010, 7). Olemme noudattaneet opinnäytetyöprosessissamme eettisten periaatteiden mukaista toimintatapaa ja pohtineet eettisyyttä opinnäytetyömme raportoinnissa. Olemme ottaneet eettisen vastuun omasta toiminnastamme opinnäytetyöprosessin kaikissa vaiheissa. Olemme toiminnassamme huomioineet haastateltavat tasa-arvoisina ja emme ole vähätelleet haastateltavien kokemuksia. Olemme kunnioittaneet haastateltavien ihmisarvoa. Haastateltavat saivat päättää itse haluavatko he osallistua opinnäytetyöhömmme.

Työyhteisöosaamisen kompetenssiin kuuluu muun muassa se, että henkilö osaa toimia vuorovaikutustilanteissa, kykenee toimimaan verkostoissa sekä osaa käyttää hyväkseen alan viestintä- ja tietotekniikkaa oman alan tehtävissä (Auvinen ym. 2010, 8). Olemme kasvaneet ammatillisesti yhteistyötaitojen osalta. Olemme olleet yhteydessä niin ohjaajaamme kuin itse työntilaaajan edustajiin. Pidämme opinnäytetyömme valmistumisen jälkeen osastotunnin Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksikössä. Opinnäytetyömme tavoitteena on, että kuntoutusyksikön henkilökunta voi hyödyntää opinnäytetyömme avulla saatuja johtopäätöksiä hoitoyön arvioinnissa ja kehittämisessä.

Innovaatio-osaamisen kompetenssissa opiskelija kykenee luovasti ratkaisemaan erilaisia ongelmia, osaa työskennellä projekteissa ja toteuttaa tutkimus- ja kehittämishankkeita käyttäen alan tietoa ja menetelmiä (Auvinen ym. 2010, 8). Olemme opinnäytetyössämme käyttäneet ongelmanratkaisutaitoja esimerkiksi kirjoittajien erilaisten näkemysten yhteen sovittamisessa ja yhteisten aikataulujen muodostamisessa. Osaamme tulevaisuudessa työskennellä uusissa projekteissa ja mahdollisesti myös työyhteisön kehittämishankkeissa. Haluamme molemmat tulevaisuudessa jatkaa opintojamme eteenpäin, joten tulemme toteuttamaan tutkimuksia sekä käyttämään alamme tutkimustietoa ja menetelmiä työssämme.

Koulutusohjelmakohtaiset sairaanhoitajan osaamisvaatimukset eli kompetenssit ovat vahvistuneet ja selkiytyneet opinnäytetyöprosessimme aikana. Kajaanin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajan koulutuskohtaisiin kompetensseihin kuuluu hoitotyön asiakkuusosaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, kliininen osaaminen, päätöksentekosaaminen sekä ohjaus- ja opetusosaaminen (Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja). Olemme vahvistaneet Kajaanin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajan kompetensseista asiakkuusosaamista, terveyden edistämisen osaamista ja ohjaus- ja opetusosaamista.

Asiakkuusosaamisen kompetenssiin kuuluu eettisten arvojen ja holistisen ihmiskäsityksen mukaisesti toimiminen. Asiakkuusosaamisessa asiakaslähtöisyys ja vuorovaikutus ovat ammatillisen toiminnan lähtökohtana. (Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja.) Olemme toimineet eettisten periaatteiden mukaisesti. Holistinen, kokonaisvaltainen ihmiskäsitys näkyy opinnäytetyössämme ihmisarvon kunnioituksena ja ihmisen huomioimisena niin psyykkisenä, fyysisenä kuin sosiaalisena kokonaisuutena. Olemme toimineet haastatteluissa kunnioittavasti ja yksilöllisesti, emme johdatelleet

haastatteluja kysymyksillämme haluamaamme suuntaan emmekä pakottaneet haastateltavia kertomaan mitään mitä he eivät halunneet.

Terveyden edistämisen osaamiskokonaisuuteen kuuluu esimerkiksi tavallisimpien kansantautien etiologian perusteiden tietäminen (Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja). Olemme opinnäytetyössämme perehtyneet aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitotyöhön potilaan näkökulmasta. Olemme perehtyneet potilaan kuntoutumiseen ja moniammatillisen kuntoutusryhmän toimintaan potilaan hyväksi. Perehdyimme aivoverenkiertohäiriöön sairautena ja etsimme tietoa muun muassa sairauden yleisyydestä ja etiologiasta. Opimme ymmärtämään aivoverenkiertohäiriön kansantaloudellisen merkityksen ja terveyden edistämisen näkökulmasta ennaltaehkäisyn merkityksen. Esimerkiksi elämäntapamuutokset ja niiden tukeminen ovat suuressa merkityksessä aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen ennaltaehkäisyssä.

Ohjaamisen osaaminen on yksi Kajaanin ammattikorkeakoulun kompetensseista. Ohjaaminen on tärkeä ja iso osa sairaanhoitajan työtä. Olemme perehtyneet potilaan ohjaamiseen monipuolisesti tutkimustiedon pohjalta. Opetus- ja ohjaamisosaamisessa tärkeää on esimerkiksi monipuolisten ohjausmenetelmien hallitseminen ja tarkoituksenmukainen käyttäminen, potilaan taustojen selvittäminen, asiakaslähtöisen ohjauksen suunnitteleminen ja omaisten huomioiminen. Olemme saaneet tulevaan sairaanhoitajan ammattiimme hyviä valmiuksia potilaan ohjaamiselle ja haluamme käyttää tutkittua tietoa ohjaamisen perustana.

Olemme olleet opinnäytetyöprosessin aikana aktiivisesti yhteydessä niin ohjaavaan opettajaamme kuin työelämäohjaajiiimme. Työelämäohjaajinamme olivat apulaisosastonhoitaja sekä kaksi kuntoutusyksikön sairaanhoitajaa. Olemme saaneet tarvittaessa ohjausta sähköpostilla ja sovitulla tapaamisilla. Kuntoutusyksikön terapeutit kertoivat suullisesti työstään kuntoutusyksikössä, tulostivat työnsä prosessikaaviot käyttöömme ja antoivat hyödyllisiä lähdevinkkejä.

Opinnäytetyön hyödynnettävyyden kannalta olemme päättäneet pitää osastotunnin kuntoutusyksikön henkilökunnalle. Osastotunnin myötä uskomme saavamme aiheesta keskustelua ja uusia ajatuksia aikaiseksi. Kuntoutusyksikön henkilökunta voi itse päättää, miten opinnäytetyötä hyödynnetään jatkossa. Toivomme, että opinnäytetyömme jälkeen kuntoutusyksikössä pohditaan opinnäytetöiden hyödynnettävyyttä muillakin tavoilla,

esimerkiksi kuntoutusyksikkö voisi toimeksiantaa uusia opinnäytetöitä koulun kautta ja saada näin uutta tietoa ja näkökulmia erilaisista hoitotyöhön liittyvistä aihepiireistä. Olemme markkinoineet kuntoutusyksikölle myös Kajaanin ammattikorkeakoulun opinnäytetyöpankkia, johon kuntoutusyksikkö voi halutessaan lisätä uusia kiinnostavia aiheita opiskelijoiden käyttöön.

Koko opinnäytetyöprosessi on ollut jatkuvaa uuden oppimista ja voimme sanoa olevamme tyytyväisiä lopputulokseen. Ajoittain prosessi on tuntunut raskaalta ja yhteisen ajan löytäminen on ollut haasteellista, mutta olemme kuitenkin pysyneet aikataulussa. Suurin haaste opinnäytetyössämme on ollut varmasti se, kun esitysseminaarin jälkeen jouduimme palaamaan takaisin aineistoon ja aloittamaan analyysivaiheesta uudestaan. Kuitenkin tämä on opettanut meille sen, että luovuttaa ei voi ja olemmekin nyt oppineet taas paljon uutta laadullisesta opinnäytetyöprosessista. Lisäksi olemme nyt varmoja, että opinnäytetyömme on oikealla tavalla tehty eikä suuria asiavirheitä löydy.

Opinnäytetyömme aihe kiinnosti alusta asti ja se on auttanut saamaan opinnäytetyömme valmiiksi. Tärkein asia opinnäytetyöprosessissa on ollut kuitenkin meidän opinnäytetyön tekijöiden hyvä yhteistyö, joustavuus, yhteisymmärrys työn kokonaisuudesta ja toisen täydentäminen niin kirjallisessa tuotoksessa kuin ajatustyöskentelyssäkin.

#### 8.4 Jatkotutkimusaiheet

Pohdimme eri jatkotutkimusaiheita opinnäytetyömme prosessin aikana. Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksikön potilaiden kokemusten kerääminen kyselylomakkeella toisi yleistettävissä olevaa tietoa osaston kotiutumisprosessista. Palautetta saisi kerättyä suoraan hoitotyöstä, sen laadusta sekä moniammatillisesta työskentelystä.

Kotiutumisprosessia voisi tutkia myös kuntoutusyksikön potilaiden omaisten näkökulmasta. Kotiutumisprosessista voitaisiin tehdä haastattelu tai kyselylomake omaisten kokemuksista omaistensa hoitoon, kuntoutukseen ja päätöksentekoon osallistumisesta.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös hoitajien näkökulma kotiutumisprosessista ja siihen liittyvistä kokemuksista. Yhtenä jatkotutkimusaiheena voitaisiin kartoittaa, toimiiko

kotiutumisprosessi sellaisenaan ja kaipaako se kehittämistä, jotta jokaiselle potilaalle pystytään takaamaan asiakaslähtöinen hoitotyö, monipuolinen ohjaaminen sekä yksilöllinen kotiutumisprosessi.

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön jatkotutkimusaiheena voisi olla kotiutumisprosessin asiakaslähtöisen työohjeen tai prosessikaavion kehittäminen kuntoutusyksiköön. Kuntoutusyksikön eri terapeuteilla onkin jo käytössä prosessikaaviot oman työnsä tukena. Työohje tukisi kotiutumisprosessin hallintaa ja tekisi hoitotyöstä vieläkin asiakaslähtöisempää. Työohje voisi auttaa myös uuden henkilökunnan perehdyttämisessä.



## LÄHTEET

- Aivoinfarkti. 2011. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 29.10.2013. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50051>
- Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) lukuina. 8/2012. Aivoliitto Ry. Viitattu 22.9.2013. Saatavilla: [http://www.aivoliitto.fi/files/1091/avh\\_lukuina2012\\_web.pdf](http://www.aivoliitto.fi/files/1091/avh_lukuina2012_web.pdf)
- Auvinen, P., Heikkilä, J., Ilola, H., Kallioinen, O., Luopajarvi, T., Raij, K. & Roslöf, J. 2010. Suositus tutkintojen kansallisen viitekehysten (NQF) ja tutkintojen yhteisten kompetenssien soveltamisesta ammattikorkeakouluissa. ARENE. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. Viitattu 8.11.2013. Saatavilla: <http://www.scribd.com/doc/30195987/ARENE-Suositus-NQF-Ja-Yhteisten-Kompetenssien-Soveltamisesta>
- Eloranta, S., Katajisto, J. ja Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede* 2014, 26 (1), 63-73.
- Haapala, A. 2008. Aivohalvauspotilaan ohjaus. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro Gradu. Oulun yliopisto.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki : Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja. n.d. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Saatavilla: <http://kamk.fi/fi/Opiskelijalle/Opetustarjonta/Sairaanhoitaja-ja-terveydenhoitaja/OPS2011/Sairaanhoitaja>
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. WSOY.
- Jäkälä, P. 2011. Kuinka kauan kuntoutusta kannattaa jatkaa aivoverenkiertohäiriön jälkeen? *Suomen Lääkärilehti* 5/2011 vsk 66, 332. Viitattu 2.4.2014. Saatavilla:

[http://www.neuron.fi/resources/public/muut%20dokumentit//PekkaJ\\_sll\\_0511.pdf](http://www.neuron.fi/resources/public/muut%20dokumentit//PekkaJ_sll_0511.pdf)

- Kaila, A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä – metasynteesi. *Hoitotiede* 2009, 21 (1), 3-12.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R. & Sivenius, J. 2007. Neurologia. Aivoverenkiertohäiriöt. Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) Helsinki: Duodecim.
- Kerr, P. 2012. Stroke rehabilitation and discharge planning. *Nursing Standard*. 27, 1, 35–39. Viitattu 22.3.2014. Saatavilla:  
<https://remote.kajak.fi/ehost/pdfviewer/,DanaInfo=web.a.ebscohost.com+pdfviewer?id=6c81d2af-aead-4b52-b648-98764b2e4447%40sessionmgr4002&vid=27&hid=4106>
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY
- Korpelainen, J., Leino, E., Sivenius, J. & Kallanranta, T. 2008. Kuntoutus. Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. toim. Keuruu: Duodecim.
- Kotila, M., Numminen, H., Waltimo, O. & Kaste, M. 1998. Depression After Stroke: Results of the FINNSTROKE Study. American Heart Association. Saatavilla:  
<http://stroke.ahajournals.org/content/29/2/368.full.pdf+html>
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* vol. 11, no 1/-99.
- Kälviäinen, R. 2006. Aivoverenkiertohäiriöt ja epilepsia. *AVH-lehti* 1/2006.

- Kääriäinen, M. 2011. Asiakkaan oppiminen ja motivaatio ohjauksessa. *Tutkiva Hoitotyö* vol. 9 (4), 2011, 41–42.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva Hoitotyö* vol. 6 (4), 2008, 10–15.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva Hoitotyö* vol. 3 (3). 27–31.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva Hoitotyö* vol. 3 (1). 10–15.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 11.2.2014. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lehtinen, R-L. 2006. Kiire haasteena, aika mahdollisuutena. Hoitajien ja lähihoitajien kiireelle antamia merkityksiä konservatiivisessa hoitotyössä. Pro-gradu tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Ovaska-Pitkänen, M. 1999. Elämän uusi painos: aivohalvaukseen sairastuminen, kuntoutuminen ja selviytyminen. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Vanninen, J. & Paavilainen, E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva Hoitotyö* vol. 8 (4), 2010. 21–28.
- Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. toim. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Sivenius, J., Torppa, J., Tuomilehto, J., Immonen-Räihä, P., Kaarisalo, M., Sarti, C., Kuulasmaa, K., Mähönen, M., Lehtonen, A. & Salomaa V. 2010 Aivohalvausten

ilmaantuvuuden kehityssuunnat Suomen väestössä vuoteen 2030. Lääkärilehti 2010, no 19, 1699–1704.

Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Gustafsson, M-L., Tsangari, H. ja Papastavrou, E. 2013.

Yksilöllinen hoito – potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. Hoitotiede 2013, 25 (2), 80-91.

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Uusitalo, M., Laine, T. & Puumalainen, A. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Neurologinen hoitotyö. Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. toim. Helsinki: Tammi.

Vataja, R. 2011. Kliininen neuropsykiatria. Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P. & Vataja, R. toim. Kustannus Oy Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi

Wikstrom, J., Meretoja, A., Hietanen, M., Huusko, T., Ihalainen, R., Järvikoski, A.,

Karhuvaara, A., Kivekäs, A., Lindstam, S., Niinistö, L., Nyfors, H., Peurala, S.,

Pohjolainen, T., Vainikainen, T. & Ylinen, A. 2008. Konsensuslausuma.

Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Suomen Akatemia. Viitattu 22.3.2014. Saatavilla:

<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f231511789/kuntoutuksenkonsensuslausuma2008.pdf>

## JULKAISEMAT TOMAT LÄHTEET

Anttalainen, L., Rautiainen, M., Leiniö-Karppinen, U., Lokka, M-L., Kujala, M., Koskinen, T. & Komulainen, A. 2013. Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksikön potilaan fysioterapiaprosessi. Tulostettu 8.1.2014.

- Alatalo, T., Ipatti, L., Niemelä, M. & Vasala, T. 2013. Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksikön perehdytysopas.
- Huotari, K., Kettunen, A. & Kilpeläinen, M. 2011. Kuntoutus ja kotiutusvaihe. Kainuun maakunta-kuntayhtymä. Työohje. Tulostettu 17.3.2014.
- Huttunen, P., Jaatinen, M., Keränen, U., Kananen, M., Männikkö, S. & Huttunen, M. 2013. Terveystieteiden sosiaalityön prosessi. Tulostettu 9.4.2014.
- Jokelainen, M. & Niemelä, M. 2010. Kotiutuminen Kajaanin seudun sairaalasta - yhteistyökokous. Muistio. Tulostettu 8.1.2014.
- Julkunen, H. 2012. Aivohalvauskuntoutujan toimintaterapiaprosessi. Tulostettu 8.1.2014.
- Julkunen, H. & Ylitalo, H. 2012. Aivohalvauskuntoutujan toimintaterapiaprosessi. Prosessikaavio. Tulostettu 8.1.2014.
- Korhonen, E. 2013. Aivohalvauskuntoutujan puheterapiaprosessi Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksikössä. Tulostettu 7.1.2014.
- Niemelä, M. & Heikkinen, M. 2006. Hoidon aloittaminen ja potilaan vastaanottaminen. Kainuun maakunta-kuntayhtymä. Työohje. Tulostettu 1.7.2013.

## TEEMAHAASTATTELUN RUNKO JA TARKENTAVAT KYSYMYKSET

### **1. Kotiutumisprosessi**

Millä tavalla kotiutumistasi suunniteltiin osastojakson aikana?

Miten sait olla mukana kotiutumisesi suunnittelussa?

Saitko olla riittävästi mukana kotiutumisen suunnittelussa?

Huomioitiinko sinut yksilöllisesti kotiutumistasi suunniteltaessa?

### **2. Kotiutumisen ohjaaminen**

Miten sinua ohjattiin kotiutumiseen liittyvissä asioissa?

Millaista ohjausta sait kotiutumisesta osastojakson aikana?

Miltä ammattiryhmiltä sait ohjausta?

Missä tilanteissa eri ammattiryhmät ohjasivat sinua kotiutumiseen liittyen?

### **3. Kotiutumisprosessin kehittäminen**

Koetko saaneesi riittävästi ohjausta kotiutumisesta osastojakson aikana?

Millaista tukea olisit tarvinnut enemmän/vähemmän?

Millaista ohjausta olisit tarvinnut enemmän/vähemmän?



## TIEDOTE OPINNÄYTETYÖHÖN OSALLISTUVALLE POTILAALLE

Olemme 3. vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita ja opinnäytetyömme nimi on Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kokemuksia kotiutumisprosessista Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksiköstä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Kajaanin seudun sairaalan kuntoutusyksikön AVH-potilaiden kokemuksia kotiutumisprosessista. Tavoitteena on, että henkilökunta voi hyödyntää opinnäytetyön johtopäätöksiä kotiutumisprosessin arvioinnissa. Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista, ja osallistumisesta voi kieltäytyä tai osallistumisen voi perua missä vaiheessa tahansa.

Pyydämme Teitä osallistumaan haastatteluun, koska kokemuksesi kotiutumisprosessista auttavat kuntoutusyksikön henkilökuntaa kehittämään hoitotyön laatua aitojen kokemusten avulla.

Suostuttuanne haastatteluun, sovimme sopivan ajankohdan, jolloin tulemme haastattelemaan Teitä kotinne. Haastattelu tapahtuu siis kotiutumisen jälkeen kotonanne. Haastattelua varten teidän ei tarvitse varata kahvitarjoiluja, tai muutenkaan erityisesti valmistautua. Haastattelu äänitetään nauhurilla, jonka jälkeen haastattelu kirjoitetaan puhtaaksi opinnäytetyötä varten. Haastattelua varten varataan n. 45 min.

Teidän henkilöllisyytenne pysyy täysin salassa koko prosessin ajan, eikä valmiista opinnäytetyöstä voi päätellä Teidän henkilöllisyyttänne. Äänitteet ja sanasta sanaan auki kirjoitetut tiedostot hävitetään kokonaan opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Lisätietoja: apulaisosastonhoitaja Tarja Vasalalta+ Mari Kilpeläinen + Tiina Kiiveri-Härkönen ja opinnäytetyön tekijöiltä:

Satu Saastamoinen (sth11sdsatus@kamk.fi)

Henna Tietäväinen (sth11sdhennat@kamk.fi)

## AINEISTON ANALYYSI

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
”...luulin, että minä en pääse sieltä kuin keväänä, mutta se lähti pyörimään niinpäin, että minä pääsinkin.”	Aikaisemmin kotiin kuin ajatteli
”Olihan siellä se palaveri..vaan ne kaikki oli sitä mieltä että kotiin vaan.”	Kotiutuspalaveri pidettiin
”...päivänselvä asia, että minut kotiutetaan.”	Kotiutuminen päivänselvää
”Olin siellä fysioterapeutin luona heti alkuun niin kai ne siellä kahto sitä tilannetta.”	Fysioterapeutti teki alkukartoitusta
”..yksilöllisesti, no tietysti ne ajatteli että minulla on nämä portaat – terapeutti tuli sitten tänne kahtomaan..”	Yksilöllinen kodin muutostöiden arviointi
”Hoitajille se oli jo aikaisemmin päivänselvä asia että minä lähdän kottiin.”	Hoitajat arvioivat potilaan kuntoutumista
”...Että hoitajat ei oikeestaan muuta vaan toimintaterapeutti ja fysioterapeutti antoi ohjeita.”	Eri terapeutit ohjasivat
”Sain minä niitä papereita - - oon minä niitä läpi käyny kerran.”	Kirjallisia ohjeita
”Nehän sanoi, että jos jotain ilmenee, niin saapi soittaa sosiaalihoitajalle tai sinne hoitohenkilökunnalle.”	Ohjattiin ottamaan yhteyttä tarvittaessa
”Kyllä sen minkä sain siltä toimintaterapeutilta ja fysioterapeutilta, lähinnä että mitä pitää tehdä.”	Ohjausta eri toiminnoista
”Vähän yksilöllisempää hoitoa oliin kaivannut.”	Yksilöllisempää hoitoa
”Sellaista tukea, että he auttaisivat minua.”	Lisää tukea
”Ei hoitajilla oo aikaa tänäpäivänä - - jotkut osaa vaatia hirveen paljon.”	Hoitajilla ei aikaa
”... kun lääkkeitä oli hirveesti, että olisivat kertoneet mihin tarkotukseen ne on.”	Lisää lääkeohjausta



**Pelkistetty ilmaus****Alaluokka**

Aikaisemmin kotiin kuin ajatteli Kotiutuminen päivänselvää	Kotiutuminen on nopeaa
Fysioterapeutti teki alkukartoitusta Yksilöllinen kodin muutostöiden arviointi Hoitajat arvioivat potilaan kuntoutumista Kotiutuspalaveri pidettiin	Kuntoutumisprosessi on yksilöllinen ja monivaiheinen prosessi
Eri terapeutit ohjasivat Ohjausta eri toiminnoista	Ohjausta terapeuteilta
Kirjallisia ohjeita Ohjattiin ottamaan yhteyttä tarvittaessa	Kirjallista ja suullista ohjaamista
Yksilöllisempää hoitoa Hoitajilla ei aikaa	Toivotaan yksilöllisempää hoitotyötä
Lisää tukea Lisää lääkeohjausta	Lisää ohjausta

**Alaluokka****Yläluokka**

Kotiutuminen on nopeaa Kuntoutumisprosessi on yksilöllinen ja monivaiheinen prosessi	<b>Yksilöllinen kotiutumisprosessi</b>
Ohjausta terapeuteilta Kirjallista ja suullista ohjaamista	<b>Monipuolinen ohjaaminen</b>
Toivotaan yksilöllisempää hoitotyötä Lisää ohjausta	<b>Yksilöllisempi hoitotyö</b>