



# AVH-potilaan kokemuksia saamastaan ohjauksesta neurologisella osastolla

**Sirpa Iivarinen ja Jukka Kokkinen**

**Opinnäytetyö  
Lokakuu 2008**



**JYVÄSKYLÄN  
AMMATTIKORKEAKOULU**  
*Hoitotyön koulutusohjelma*

Tekijä(t)  Iivarinen Sirpa Kokkinen Jukka	Julkaisun laji <b>Opinnäytetyö</b>	
	Sivumäärä 37	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus  Salainen _____ saakka	
Työn nimi AVH-potilaan kokemuksia saamastaan ohjauksesta neurologisella osastolla		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Tiikkainen, Pirjo Tyrväinen, Hannele		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, neurologian osasto 18		
Tiivistelmä AVH:n kansanterveydellinen merkitys on suuri, sillä se on huomattava vammaisuuden ja kuolleisuuden aiheuttaja. Potilasohjauksen merkitys korostuu sairaalahoitoaikojen lyhentyessä.  Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää neurologisella osastolla hoidossa olleiden aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Kohdejoukko oli iskeemisen aivoverenkiertohäiriön sairastaneet potilaat, jotka kotiutuivat osastolta suoraan kotiin avohoidon piiriin. Opinnäytetyön tutkimusongelmia oli kaksi: Millaisia kokemuksia potilailla on ohjauksen toteutumisesta osastolla? Miten potilaat ovat selviytyneet kotona?  Opinnäytetyö toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli mukana monivalintakysymyksiä, asteikkoon perustuvia kysymyksiä, sekä avoimia kysymyksiä. Opinnäytetyö pohjautui kirjeitse lähetettävään potilaskyselyyn. Sitä varten valittiin 62 ensimmäistä kriteerit täyttävää potilasta, jotka olivat olleet hoidossa maaliskuu-kesäkuussa vuonna 2008 neurologian osastolla.  Opinnäytetyön tulosten mukaan potilasohjauksen haasteet liittyivät erityisesti hoidon jatkuvuuteen. Kaikilla potilailla ja omaisilla ei ollut varmuutta siitä, mihin ottaa yhteyttä, jos kotona tulee ongelmia. Hoidon jälkeiset ongelmat tulivat mahdollisesti yllätyksenä. Myös tietoa kuntoutuksesta kaivattiin enemmän. Omaisten mukanaolo potilasohjauksessa jäi vähäiseksi tässä selvityksessä. Useimmat arvioivat kuitenkin ohjauksen kokonaisuudessaan onnistuneeksi.		
Avainsanat (asiasanat) AVH, aivoverenkiertohäiriö, potilasohjaus, potilaskysely		
Muut tiedot		

Author(s)  Iivarinen Sirpa Kokkinen Jukka	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 37	Language Finnish
	Confidential  Until _____	
Title Stroke Patients' Experience of Counselling in Neurology Ward		
Degree Programme Nursing Programme		
Tutor(s) Tiikkainen, Pirjo Tyrväinen, Hannele		
Assigned by Central Hospital of Central Finland, the Neurology Ward 18		
Abstract  <p>The aim of this bachelor's thesis was to determine the experiences of stroke patients who have been treated in neurology ward. Cerebral circulation disorders are very significant in the point of view of public health. Stroke causes remarkable number of deaths and a lot of invalidity. Patients are nowadays short time in the hospital, which makes the patient counselling even more important.</p> <p>The purpose of this bachelor's thesis was to produce knowledge for the needs of neurology ward. In this bachelor's thesis stroke and cerebral circulation disorders involves only the ones that are caused by ischemia. Also the patients did survive so well that they were able to go back to home after the stroke, so that long and intensive hospital rehabilitation was not needed. There were two research problems: What kind of experiences did the patients have about their counseling that time when they were at the ward? And how they have managed at home after the hospital period?</p> <p>This bachelor's thesis executed a structured questionnaire. It was included multiple choice questions, questions based on scale and also open questions. Bachelor's Thesis was based on patient questioning that was send by mail. It was chosen 62 first who qualify our criteria and had been treated from March to June, year 2008 in neurology ward.</p> <p>The results of this bachelor's thesis showed that the challenges of counseling connect especially continuity of nursing. Every patient and their relatives did not have certainty where they should get on to if they have some kind of problems at home. Troubles at home after hospital period may have come as a surprise to the patient and their family members. They need more information about the rehabilitation. In this study turned out that family members presence of patient counseling was quite small. Most of the respondents still considered that the counseling was good as a completeness.</p>		
Keywords Stroke, Disorder of the Cerebral Circulation, Counselling, Patient Questioning		
Miscellaneous		

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	4
2 MIKÄ ON AVH? .....	5
2.1 AVH:n riskitekijät ja ennaltaehkäisy .....	6
2.2 AVH:sta aiheutuvat toiminnan häiriöt .....	7
2.3 Kuntoutuminen ja pitkäaikaisvaikutukset .....	9
3 AVH-POTILAAN JA OMAISTEN OHJAUKSEN ERITYISPIIRTEET .....	11
3.1 Potilasohjaus .....	11
3.2 Potilasohjauksen perusta .....	12
3.3 Potilasohjauksen prosessi .....	15
3.4 Potilasohjauksen haasteita .....	16
3.5 Perhekeskeisyys ohjauksessa .....	18
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT .....	19
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	19
5.1 Mittarin kehittäminen.....	20
5.2 Aineiston keruu .....	20
5.3 Aineiston analysointi .....	21
6 AVH-POTILAIDEN KOKEMUKSET OHJAUKSESTA .....	21
6.1 Ohjauksen tarpeen määrittely .....	22
6.2 Ohjauksen suunnittelu .....	23
6.3 Ohjauksen toteutus .....	25
6.4 Ohjauksen arviointi .....	26
6.5 Ohjauksen jatkuvuus.....	27
6.6 Potilaiden ja omaisten kokemuksia avoimissa vastauksissa.....	29
7 POHDINTA.....	30
LÄHTEET .....	33
LIITTEET.....	38
Liite 1. Saatekirje .....	38
Liite 2. Potilaskysely .....	39

## 1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) ovat Suomessa kolmanneksi eniten kustannuksia aiheuttava sairaus. Vain dementian ja mielenterveyden häiriöiden aiheuttamien kustannusten katsotaan olevan aivoverenkiertohäiriöitä suuremmat. (Meretoja, Roine, Erilä, Hillbom, Kaste, Linna, Liski, Juntunen, Marttila, Rissanen, Sivenius & Häkkinen 2007, 5; Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius. 2006, 271.) Meretojan ym. (2007) mukaan AVH onkin Suomen toiseksi merkittävin kuolinsyy ja kolmannella sijalla vammaisuuden aiheuttajana maailmanlaajuisesti.

Hoitoajat osastoilla lyhenevät ja hoitajien kiire vähentää potilaskohtaista ohjausaikaa. Sen myötä AVH-potilaan suullinen ohjausaika vähenee ja lisää terveyskasvatus- ja ohjausmateriaalien vaatimuksia. Ohjaus koskee perheitä ja ikääntyneitä, mikä myös tuo omat erityispiirteensä ohjaustilanteeseen. Toisaalta potilaat ja omaiset ovat nykyään valveutuneita. He haluavat tietää sairauksistaan sekä niiden hoidosta ja potilailta myös odotetaan valmiuksia hoitaa itseään. (Ks. Liimatainen, Hautala & Perko 2005, 49.)

Ohjausta varten käytetyn ajan, ohjaustilojen, sekä henkilökunnan määrän on todettu vaativan eniten kehittämistä neurologisen potilaan hoitoyksikössä. Hoitajat myös kokevat neurologisen potilaan ohjauksessa erityiseksi sen, että potilaita ohjataan aina päivittäisten tapahtumien yhteydessä sekä kaikissa hoitotilanteissa. Potilaan ja omaisen ohjaaminen ei näin ollen ole vain erillinen, järjestetty tapahtuma, vaan jatkuvasti mukana päivittäisessä hoitotyössä. (Stenbäck 2005, 40.)

Neurologisen potilaan ohjauksessa tärkeitä olisi muun muassa varmistaa, miten potilas on oppinut ohjattavat asiat. Huomiota tulee kiinnittää ohjauksen antamisen ajankohtaan ja sen suunnitelmallisuuteen. Ohjaus tulisi hoitohenkilökunnan mukaan nähdä erillään kotiuttamispäätöksestä, jolloin potilaiden huomio kohdistuisi nimenomaan ohjaukseen. (Stenbäck 2005, 42-43.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää neurologisen osaston potilaiden kokemuksia heille annetusta potilasohjauksesta ja kotona selviytymisestä. Tuloksia voidaan hyödyntää AVH-potilaan ohjauksen kehittämisessä.

## 2 MIKÄ ON AVH?

AVH tarkoittaa aivoverenkiertohäiriötä, joka voi syntyä kahdesta erilaisesta tilanteesta: aivoverisuonen tukoksesta ja siitä seuraavasta paikallisesta iskemiasta tai paikallisesta aivovaltimon verenvuodosta (Kaste ym. 2006, 271; Jehkonen, Kettunen, Laihosalo & Saunamäki 2007). Aivohalvaus puolestaan on historiallinen termi, jolla tarkoitetaan aivoinfarktia, aivoverenvuotoa tai lukinkalvonalaista verenvuotoa (Aivoinfarkti. Käypä hoito -suositus 2006).

Iskeeminen aivoverenkierron häiriötila voi olla ohimenevä kohtaus tai aivoinfarkti. Näiden erottaminen toisistaan ei kuitenkaan ole keskeinen kysymys, koska molemmat vaativat kiireellistä diagnostiikkaa ja hoitoa. Ohimenevä iskeeminen kohtaus (*transient ischaemic attack* eli TIA) on jo itsenäinen aivoverenkiertohäiriö ja merkki suuresta aivoinfarktiriskistä. Suomessa aivoverenkiertohäiriöistä noin 80 % on infarkteja. Loput 20 % muodostuvat aivoverenvuodoista ja lukinkalvon alaisista verenvuodoista. (Kaste ym. 2006, 272, 282, 296.)

Aivoinfarkti on pysyvä aivokudoksen vaurio, ja se on seurausta puutteellisesta verenvirtauksesta (Aivoinfarkti. Käypä hoito -suositus 2006). Infarktin jälkeiset vajaatoimintaa ja haittaa aiheuttavat oireet sen sijaan riippuvat suonitus-alueesta, jolle vaurio kehittyi. Oirekuva voikin olla laaja, mikä on huomioitava kuntoutuksessa. (Kaste ym. 2006, 327.)

ICH eli *intracerebral hemorrhage* tarkoittaa aivojen sisällä tapahtunutta verenvuotoa ja siinä oireet ovat samantyyppisiä kuin iskeemisessäkin aivoverenkiertohäiriössä. Aivovaltimoiden verenvuodoista lukinkalvonalainen

vuoto (SAV eli *subarachnoidal hemorrhage*) kuitenkin poikkeaa oirekuvaltaan muista AVH-tilanteista ja sen hoitokin on tavallisesti neurokirurginen. (Uusitalo, Laine & Puumalainen 2002, 28.)

Useilla potilailla on AVH:n ennako-oireita, kuten kömpelyyttä, outouden tunnetta, autolla ajamisen ja kirjoittamisen vaikeutta, voimattomuutta sekä väsymystä. Silti he eivät tiedosta, mitä heille on tapahtumassa. Sairastuminen tulee yllätyksenä. (Purola 2000, 63) Aivoinfarkti aiheuttaakin usein äkillisesti toispuolihalvauksen. Se saattaa lisäksi tai itsenäisenä oireena aiheuttaa tuntohäiriöitä tai puheen tuoton häiriöitä. Merkkinä aivoinfarktista voi olla suupielen vinous, häiriöt näkökyvyssä ja silmien liikkeissä, raajojen toispuoleinen holtittomuus, nielemisvaikeudet, huimaus, tasapainovaikeudet tai jopa neliraajahalvaus. Myös äkillinen sekavuus ja muistihäiriö voivat olla merkki aivoinfarktista. (Roine 2007.)

Potilaan toimintakyvyttömyys ja oma oiretiedostuksen puutteellisuus korostavat asuinkumppanin roolia oireiden tunnistamisessa. Yksin asuvalla tämä voi tuottaa suuria ongelmia ja juuri yksin asumisen on todettu viivästyttävän hoitoon hakeutumista. (Lindsberg, Roine, Kuisma & Kaste 2002.) Purolan (2000, 63) tutkimuksessa haastateltiin 18 potilasta, joista kukaan ei ollut yksin sairastuessaan. Potilaat kokivat nopean hoitoon hakeutumisen edistävän selviytymistä.

## **2.1 AVH:n riskitekijät ja ennaltaehkäisy**

Suomessa aivohalvauksen sairastaneita henkilöitä on noin 30 000 ja useilla heillä on oireita, jotka haittaavat jokapäiväistä elämää. Raajahalvausten esiintyminen on yleisintä akuutissa vaiheessa, mutta ne aiheuttavat merkittävää haittaa myös myöhemmin. Muita haittaa aiheuttavia oireita ovat näkökentän puutokset, sekä puheen tuottamiseen ja ymmärtämiseen liittyvät ongelmat, havaitsemiseen liittyvät häiriöt sekä tahdonalaisten liikkeiden häiriöt. (Kotila 2005.) Eloönjääneistä aivoinfarktipotilaista noin 70 % tulee jatkossa toimeen itsenäisesti (Kaste ym. 2006, 328).

Aivoinfarktin kansanterveydellinen merkitys on suuri. Sen takia menetetään laatupainotteisia elinvuosia enemmän kuin minkään muun sairauden vuoksi ja kyseessä on kallein valtimotauti maassamme. Kuitenkin suurin osa aivoinfarkteista on mahdollista ehkäistä vaikuttamalla riskitekijöihin, kuten tupakointiin, kohonneeseen verenpaineeseen, dyslipidemioihin, diabetekseen ja eteisvärinä. (Katso kuvio 1.) (Aivoinfarkti. Käypä hoito -suositus 2006.) Harvan sairauden riskitekijöistä ja ehkäisyn mahdollisuuksista onkin jo siinä määrin tietoa kuin aivoverisuonisairauksissa. Samoin tarjolla on tehokkaita keinoja ehkäistä sairautta ja siinä tulisikin jatkossa onnistua nykyistä paremmin. Tämä haaste korostuu väestön ikääntyessä. (Kaste, Strandberg, Lindsberg & Sivenius 2002.)

<b>Riskitekijä</b>	<b>Aivoinfarkti</b>	<b>Aivoverenvuoto</b>	<b>SAV</b>
Verenpainetauti	++	+++	+
Sydänsairaudet	++	-	-
Eteisvärinä			
Hiippaläpän stenoosi			
Tuore laaja sydäninfarkti			
Tupakointi	++	-	+
Hyperkolesterolemia	+	-	-
Diabetes	+	-	-
Runsas alkoholin käyttö	+	+	+
Liikapaino	(+)	-	-
Liikunnan puute	(+)	-	-
<b>+ = riskitekijä</b>			

KUVIO 1. Aivoverenkiertohäiriöiden tärkeimmät riskitekijät, joihin voidaan vaikuttaa (Kaste ym. 2006, 285).

## 2.2 AVH:sta aiheutuvat toiminnan häiriöt

Aivoverenkiertohäiriön seurauksena tulevat kognitiivisten toimintojen eli aivojen tiedonkäsittelyjärjestelmien muutokset ovat yleisiä. Näin ollen motoristen vaikeuksien lisäksi kognitiivisilla häiriöillä on vaikutuksensa aivoinfarktin jälkeiseen selviämiseen. AVH:n aiheuttamat muutokset



kognitiivisissa toiminnoissa kuitenkin vaihtelevat aivovaurion sijainnin ja laajuuden mukaan. (Pohjasvaara, Ylikoski, Hietanen, Kalska & Erkinjuntti 2002.)

Kieli on ajattelun, viestinnän, sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen ja kommunikaation väline (Hänninen, Poutanen, Auvinen 2006). Afasialla puolestaan tarkoitetaan aivojen vaurioitumisesta johtuvia kielellisten toimintojen häiriöitä. Käytännössä afasian vaikeusaste vaihtelee kuitenkin paljon. Afasia seuraa vauriosta aivojen vasemmalla puoliskolla, koska siellä sijaitsee kielellisten toimintojen säätelyalueita. Vain harvoin oikeanpuoleinen vaurio aiheuttaa afasiaa. (Kuikka, Pulliainen, Hänninen 2002, 112-113.) Oirehdinnassa vaihtelee tapauksittain puheen tuottamiseen ja toisaalta ymmärtämiseen liittyvät vaikeudet (Hänninen ym. 2006).

Afasian seurauksena kommunikointi kärsii, mutta myös oman toiminnan ohjaaminen ja säätely vaikeutuu. Kielellinen prosessointi on tarpeen lisäksi omien tunteiden ja kokemusten käsittelyssä, mutta afasia vaikeuttaa tätä. Kielellinen ajattelu ja keskustelu oman itsen kanssa eivät suju normaaliin tapaan. (Hänninen ym. 2006.) Puheterapiassa voidaan selvittää häiriön tarkempi luonne ja suunnitella yksilöllinen terapia. Erityistä huomiota tulee kuitenkin kiinnittää myös omaisten ohjaamiseen ja tarvittaessa korvaavien viestintämenetelmien käyttöön (Kaste ym. 2006, 328).

Mielenterveyden häiriöistä masennus on AVH:n sairastaneilla tavallisin ja sitä esiintyy 20-65 %:lla potilaista. Masennuksen taustalla voivat olla sairastuminen itsessään ja avun tarve päivittäisissä toiminnoissa, mutta myös sairauteen liittyvät fysiologiset seuraukset voivat olla mukana masennuksen synnyssä. Depressio on tässä potilasryhmässä alidiagnosoitu ja hoito puutteellista. Masennuksen hoito ja omaisten tukeminen kuitenkin edistävät kuntoutumista ja lyhentävät sairaalahoitoaika. (Pohjasvaara, Vataja, Leppävuori & Erkinjuntti 2001.) Mahdollisten mielialamuutosten vuoksi sosiaalinen tuki on AVH-potilaalle tärkeää riippumatta siitä, milloin AVH on sairastettu (Purola 2000, 24). Masennuksen mahdollisuudesta olisikin hyvä kertoa potilaalle jo ennen kotiutumista, jotta hän osaisi hakea siihen tarvittaessa apua. Masennuksen lisäksi aivoverenkiertohäiriöön voi liittyä tunteiden

kontrolloimisen vaikeutta. Tästä seuraava pakkonauru tai pakkoitku on potilaalle ja omaisille usein hyvin ahdistavaa, mistä syystä heidän on tärkeää saada tietää oireen johtuvan sairaudesta. (Uusitalo ym. 2002, 72.)

Potilaan masennus on yhteydessä myös omaisten depression yleisyyteen. Omaisten depressio on lähes yhtä yleistä kuin itse aivohalvauspotilaan masennus. Potilaan ja omaisten kokonaisvaltainen hoito ja kuntoutus onkin tärkeää. (Pohjasvaara ym. 2001.)

Myös dementian riski on aivoverenkiertohäiriön jälkeen huomattava. Yli 60-vuotiailla AVH-potilailla riskin katsotaan olevan lähes kymmenkertainen muuhun väestöön verrattuna. Dementiaa lievemmat häiriöt eivät kuitenkaan välttämättä tule esille dementian seulontaan tarkoitetuilla menetelmillä (esim. MMSE, CERAD), vaan mahdollisesti neuropsykologisilla tutkimuksilla, joilla voidaan arvioida potilaan työkykyä ja selviytymistä. (Pohjasvaara ym. 2002.)

Oikean aivopuoliskon vauriota seuraavaa tarkkaavuuden häiriötä kutsutaan Neglectiksi ja se tarkoittaa huomiotta jäämistä. Neglect-oireistoa esiintyy yli 40 %:lla potilaista oikeanpuoleisen aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Huomiotta jääminen kohdistuu vaurioon nähden vastakkaiseen puoleen ja se vaikuttaa merkittävästi toiminta- ja työkykyyn. (Jehkonen ym. 2007.)

### **2.3 Kuntoutuminen ja pitkäaikaisvaikutukset**

Aivoverenkiertohäiriöpotilaista noin 40 % tarvitsee toipumisessaan lääkinnällistä kuntoutusta ja noin 10 % toipuu nopeasti oireettomiksi. Osa potilaista, noin 40 %, menehtyy vuoden sisällä sairastumisesta ja 10 % jää kuntoutuksen ulkopuolelle sairauden vaikeudesta johtuen. (Kaste ym. 2006, 327.)

AVH-potilas tarvitsee tavallisesti useantyyppistä kuntoutusta, koska sairauden oirekuva on laaja (Kaste ym. 2006, 327). Kotila (2005) on todennut, että aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutus onkin moniammatillista ryhmätyötä ja omaisen on hyvä osallistua siihen. Kuntoutuksella pyritään korjaamaan tai

lieventämään sairaudesta aiheutuvia ongelmia ja tukemaan sairauteen sopeutumista. Toisaalta tavoitteena voi olla myös virheellisten toimintamallien ehkäisy. (Kotila 2005, Hietanen 2005.)

Potilaan kuntoutusta toteutetaan kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Ohjaaminen on tällöin ympärivuorokautista ja hoitotyön tavoitteena on saada potilas aktiiviseksi omassa hoidossaan. Niin potilaan kuin omaistenkin toiveet huomioidaan. Kuntoutuksen tavoitteet ja kuntoutuskeinot tulisi miettiä realistisesti yhdessä potilaan kanssa. (Uusitalo ym. 2002, 54.) Aivan alkuvaiheen kuntoutus on asentohoitoa, mutta pian kuntoutuksen on kuitenkin tarkoitus muuttua yhä aktiivisemmaksi liikehoidoksi ja silloin vältetään terveen kehon puolen kompensoivaa toimintaa. Huomio pyritään kohdistamaan halvaantuneeseen puoleen. Myöskään apuvälineet eivät kuulu alkuvaiheen hoitoon, vaan niiden tarve arvioidaan myöhemmin. (Kotila 2005.)

Sairaalahoitosta tulisi siirtyä avohoitoon nopeasti siinä vaiheessa, kun potilaan oletetaan selviytyvän kotona. Suosituksen mukaan intensiivisen kuntoutuksen tulisi tämän jälkeen jatkua polikliinisesti niin kauan kuin edistymistä tapahtuu ja jatkua sitten ylläpitävänä kuntoutuksena. Äkilliseen sairautumiseen voi liittyä masennusreaktio, jonka huomioiminen ja hoitaminen edesauttaa kuntoutumista. Sopeutumisvalmennuskursseista voi olla apua, kun selviää, millaisia pysyviä haittoja aivoverenkiertohäiriöstä potilaalle jää. (Kotila 2005.)

Purolan (2000) mukaan omaisten kokemukset AVH-potilaiden saaman fysioterapian vaikutuksista ovat ristiriidassa potilaiden omiin kokemuksiin nähden. Omaiset saattavat mieltää kuntoutuksen irralliseksi verrattuna kotona elämiseen, eivätkä he koe siitä olevan juurikaan apua potilaan päivittäisessä kotona selviytymisessä. Ne potilaat, jotka saavat fysioterapiaa kokevat tyytyväisyyttä parantuneen liikuntakykynsä vuoksi. He ovat myös virkeämpiä fysioterapiaa saadessaan ja heti sen jälkeen. (Purola 2000,115.) Osa AVH-potilaista, jotka tarvitsevat omaistensa apua pukeutumisessa, syömisessä tai muuten toiminnallisesti, eivät kuitenkaan koe sen vähentävän positiivisia selviytymiskokemuksiaan. (Purola 2000, 111.)

### 3 AVH-POTILAAN JA OMAISTEN OHJAUKSEN ERITYISPIIRTEET

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen on useimmille potilaille pelottava kokemus, kun koko sairauden yllättävyys yhdistyy yhtä äkilliseen aivo-toimintojen häiriöön. Potilaan on kohdattava odottamaton elämänmuutos samalla, kun oma keho ja aivot tuntuvat vierailta ja yhteistyökyvyttömiltä. (Purola 2000, 24.) Aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen aiheuttaakin potilaalle fyysisiä, toiminnallisia, henkisiä ja sosiaalisia selviytymisvaatimuksia. Myös omaisen on sopeuduttava muuttuneeseen elämäntilanteeseen. AVH-potilaiden ja heidän omaistensa selviytyminen liittyy olennaisesti toinen toisiinsa. (Purola 2000, 11,115.)

Perhekeskeisyys on jo pitkään nähty tärkeäksi hoitotyötä ohjaavaksi periaatteeksi. Tästä huolimatta sen toteutumisessa on edelleen puutteita. (Hopia, Schildt & Hovikoski 2007, 97, 99.) Purolan (2000) tutkimuksen mukaan AVH- potilaan omaiset keskustelevat harvoin hoitohenkilökunnan kanssa. Omaiset toivoivat lisää keskusteluja juuri heidän tarpeitaan vastaaviksi. Potilaat taas toivoivat tiedon ja ohjeiden aktiivista antamista erityisesti kotihoitoon liittyvistä asioista. He kokivat tiedon puutteen vaikeuttavan heidän ja omaistensa päätöksentekoa hoitoon liittyvien eri vaihtoehtojen välillä. Tiedonsaanti oli potilaiden mukaan sattumanvaraista, se koettiin vaikeaksi ja ohjaustilanne kaavamaiseksi. Ohjaus ei tavoittanut kaikkia samanlaisena toimintamallina. (Purola 2000, 115.)

#### 3.1 Potilasohjaus

Kääriäinen ja Kyngäs (2005) ovat analyysinsä perusteella määritelleet ohjauksen *”aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa ohjaajan ja ohjattavan kontekstiin ja jossa ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa”*. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 250.)

Kirjallisuus määrittelee termit potilasopetus, -ohjaus ja -neuvonta sekä terveysneuvonta usein samansisältöisesti (Liimatainen ym. 2005, 12).

Potilasohjaus mielletään keskeiseksi terveyden edistämisen menetelmäksi sairaalassa ja sen merkitys on suuri hoitotyön auttamismenetelmänä.

Potilasohjaus ajatellaan yksilölliseksi, luovaksi ongelmanratkaisuprosessiksi, jossa tapahtuu oppimaan oppimista. Potilasohjaus ilmenee vuorovaikutussuhteen kehittymisenä. Tämä mahdollistaa potilaan oman toiminnan kehittymisen hyvinvointinsa edistämiseksi ja sitä kautta terveysongelmansa kanssa selviytymisen. (Liimatainen ym. 2005, 12.)

Yhteiskunnallisten muutosten merkitys yhteisöjen ja yksilön terveyteen vaatii terveydenhuollossa työskenteleviltä laajaa ymmärtämystä. Hoitava henkilökunta käyttää terveyttä edistäviä toimenpiteitä hyväkseen vaikuttaessaan yksilöiden ja yhteisöjen terveyteen. Tästä saattaa herätä eettisiä ristiriitatilanteita mietittäessä sitä, kuinka paljon on oikeus vaikuttaa tai määrätä toisten ihmisten tapaa elää tai toimia. Tämänkaltaiset tilanteet ratkaistaan kuitenkin tapauskohtaisesti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003.)

### **3.2 Potilasohjauksen perusta**

Laki potilaan asemasta ja oikeudesta (1992/785, 5 §) määrittää potilaalle annettavasta ohjauksesta niin, että terveydenhuollon ammattihenkilöstön on kerrottava potilaalle hänen terveydentilastaan, käytettävissä olevista hoitovaihtoehtoista sekä niiden vaikutuksista, hoidon merkityksestä potilaalle ja kaikista niistä seikoista, jotka ovat merkityksellisiä hänen hoidossaan. Tämä selvitys tulee antaa niin, että potilas ymmärtää riittävästi sen sisällön. (L. 17.8.1992/785.)

Asianmukainen hoito varmistetaan lisäksi hoitosuosituksilla, jotka täydentävät lakia (Kääriäinen 2007). Aivoinfarktin käypä hoito -suosituksella pyritään vähentämään aivoinfarktin ilmaantuvuutta, sen aiheuttamaa vammaisuutta ja siitä johtuvia merkittäviä taloudellista kuluja. Tähän pyritään vakiinnuttamalla aivoinfarktin ehkäisy, tutkimus, hoito ja kuntoutuskäytännöt tutkimustietoon perustuviksi. Suositus on tarkoitettu lääkäreille, hoitohenkilöstölle sekä

terveydenhuollon muille ammattiryhmille, jotka työskentelevät aivoinfarktin ennaltaehkäisemiseksi tai sen hoidon ja kuntoutuksen parissa. (Aivoinfarkti. Käypä hoito -suositus 2006.)

Käypä hoito -suosituksesta on olemassa myös potilasversio, jossa on tiivistetyssä muodossa suosituksen keskeinen sisältö. Potilasversiossa painotetaan oireiden tunnistamista ja hoitoon hakeutumista, sekä eri hoitovaihtoehtoja. (Käypä hoito -suositusten potilasversiot 2008.)

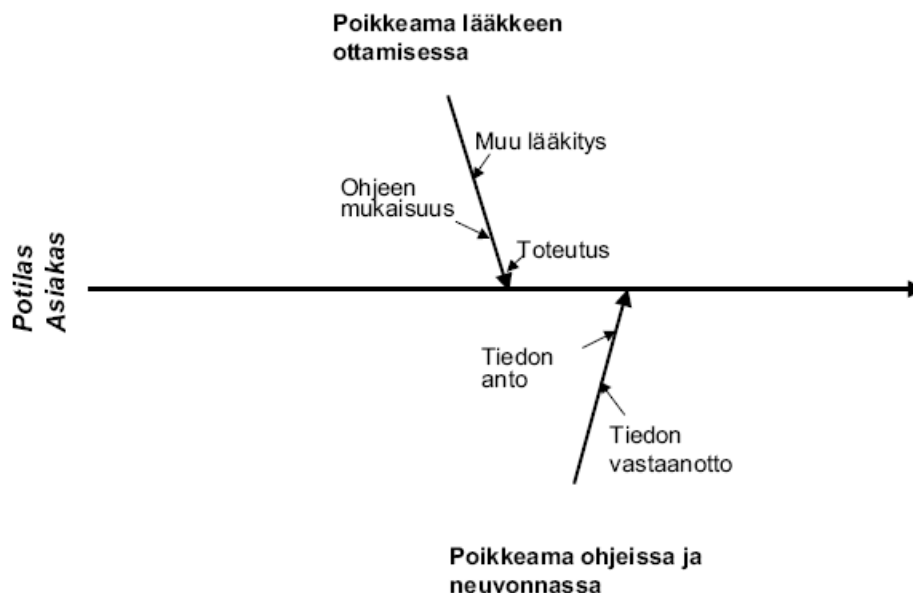
Sosiaali- ja terveysministeriön laatima Turvallinen lääkehoito -opas (2006) antaa suuntaviivoja myös potilaiden informoinnille ja neuvonnalle. Tiedon antaminen, ohjaus ja neuvonta kuuluvat lääkehoidon prosessin eri vaiheisiin. Tavoitteena on, että potilas otetaan näin mukaan lääkehoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin, ja että hän voi sitoutua lääkehoidon noudattamiseen. (Turvallinen lääkehoito 2006, 59.)

Oppaan mukaan potilaan tulisi ymmärtää lääkkeidensä käyttötarkoitukset ja -tavat, ja olla tietoinen niiden mahdollisista haittavaikutuksista. Hänen tulisi tietää lääkkeiden mahdollisista sivuvaikutuksista, niiden yhteisvaikutuksista toisten lääkkeiden sekä päihdyttävien aineiden kanssa. Näin hän osaisi tarvittaessa ottaa yhteyttä hoitohenkilöstöön tai hoitavaan lääkäriin. Tärkeää on myös, että hän tietää lääkkeidensä vaikutuksista suorituskykyynsä, kuten ajokykyyn. Omaisenkin tulisi olla tietoinen potilaan lääkkeiden vaikutuksista. Ohjauksella ja neuvonnalla on keskeinen merkitys lääkehoidon onnistumisessa, sillä lääkkeiden käytön kannalta riskin aiheuttaa sekä väärin ymmärretty ohjaus, että sen puuttuminen. Myös väärä määrä tai väärään aikaan otettu lääke voi aiheuttaa ongelmia, tai jos potilas yhdistää sen sopimattomasti käsikauppalääkkeeseen. Näitä lääkehoidon riskitekijöitä potilaan näkökulmasta on esitetty kuviossa 2. (Turvallinen lääkehoito 2006, 41.)

Useille potilaille tuottaa vaikeuksia noudattaa annettuja hoito-ohjeita ja lääkemääräyksiä. Toisaalta tiedetään, että lääkehoidon laiminlyönti lisää kuolleisuutta ja sairastavuutta. Lääkehoidon vaikutuksia voidaan tehostaa elintapamuutoksilla erityisesti kansantautiemme hoidossa. Ainoastaan lääke-

määräyksiä, neuvoja ja tietoa antamalla ei kuitenkaan paranneta potilaan hoitoon sitoutumista. Pitkäaikaisen hoitosuhteen ja hyvien kommunikaatio- ja ohjaustaitojen tiedetään edistävän potilaan hoitoon sitoutumista, lääkkeiden ottotapojen omaksumista, saamiensa ohjeiden ymmärtämistä ja lääkehoidon jatkamista kotiutumisen jälkeen. (Forsbacka & Nousiainen 2007.)

Lampisen ja Matilaisen teoksessa Johansson ym. (2001) ja Torkkola ym. (2002) ovat sitä mieltä, että hyvässä potilasohjeessa käy ilmi, minne potilas voi olla yhteydessä, jos hän ei ymmärrä ohjetta tai hänelle tulee jotain kysyttävää. Potilaan lääkehoidon noudattamista ja edistymistä tulisi arvioida seurantakäynneillä. Ohjaaminen ajan tasalla olevan tiedon pariin onkin huomattavasti parempi vaihtoehto, kuin potilaan jättäminen yksin etsimään vastauksia mieltä askarruttaviin asioihin (Lampinen & Matilainen 2005, 50.) Ydinkysymykseksi potilasohjauksessa nousee se, miten asiakas kykenee muuttamaan terveyteensä ja sairauteensa liittyvän tiedon osaksi päivittäisiä toimintojaan (Liimatainen ym. 2005, 16).



KUVIO 2. Lääkehoidon riskikohdat potilaan näkökulmasta. (Turvallinen lääkehoito 2006, 41.)

### 3.3 Potilasohjauksen prosessi

Sairastuminen aiheuttaa epävarmuutta ja turvattomuutta sekä sairastuneelle että hänen läheisilleen. Tässä tilanteessa tieto sairaudesta, tutkimuksista ja hoidoista ovat tärkeitä potilaalle ja omaisille. Ohjausprosessi lähtee tarpeenmäärittelystä (katso kuvio 3), eli on tärkeää huomioida potilaan olemassa oleva tietopohja ja aika, jonka hän on sairastanut. Vastasairastunut potilas voi toisaalta olla vielä kriisissä, mikä heikentää ohjauksen vastaanottokykyä. Tarpeita määriteltäessä yksilön ja yhteisön voimavarat ovat läsnä. Lähtökohtana on potilaan tarpeet eli asiakaslähtöisyys. (Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo, Pohjola & Väänänen 2006, 10.)

Ohjausprosessiin kuuluu tarpeenmäärittelyn lisäksi ohjauksen suunnittelu, toteutus ja arviointi. Hoitotyön kirjaamisella turvataan potilasohjauksen jatkuvuus hoidon eri vaiheissa. Päivystyksenä sairaalaan tulevan potilaan hoitoprosessia ja ohjausta voidaan kuvata myös sairaalaan tulovaiheen ohjauksena, osastovaiheen ja sairaalasta lähtövaiheen ohjauksena. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 11.)

Sairaalaan tullessa potilas ja omaiset ovat ensitiedon tarpeessa. Sairastumiseen liittyy pelkoja ja tilanne voi olla potilaalle ennen kokematon. Tällöin toimitaan akuutin tilanteen vaatimalla tavalla ja huomioidaan samalla potilaan sekä omaisten tukeminen ja rauhoittaminen. Jatkossa osastolla tapahtuva ohjaus voidaan Iso-Kivijärven ym. (2006) mukaan jakaa edelleen akuuttivaiheen ohjaukseen, oireiden ja sairauden syyn selvittämiseen sekä kolmanneksi selviytymiseen ja muuttuneeseen elämäntilanteeseen. Tutkimusten suhteen huomioidaan potilaan mielipide ja suostumus. Potilaan riittävästä tiedonsaannista huolehditaan ja näin myös parannetaan hoitoon liittyvien tutkimustulosten luotettavuutta. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 12-14.)

Iso-Kivijärven ym. (2006) kehittämän mallin mukaan ohjauksen kolmannessa vaiheessa pyritään vaikuttamaan potilaan selviytymiseen ja muuttuneeseen elämäntilanteeseen. Ohjauksessa on avuksi hoitojakson aikana karttunut tieto potilaan tarpeista. Samoin hyödynnetään moniammatillisuutta. Tässä vaiheessa ohjauksen tavoitteena on lisätä potilaan itsehoitovalmiuksia ja



kannustaa häntä vastuunottoon sairautensa hoidossa. Sairaalassaoloajat ovat lyhyitä, mutta usein potilas pystyy kuitenkin vasta pitkän ajan kuluttua ymmärtämään tapahtunutta ja käsittelemään elämäntilanteeseensa liittyviä haasteita. Nämä seikat korostavat ohjauksen jatkuvuuden merkitystä vielä avohoidossa. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 14-15.) Myös Kaste ym. (2006) painottavat avohoidon merkitystä riskipotilaiden tunnistamisessa, hoitoonohjauksessa sekä sairaalajakson jälkeisessä ylläpitävässä kuntoutuksessa ja sekundaaripreventiossa (Kaste ym. 2006, 306).



KUVIO 3. Ohjausprosessi (Iso-Kivijärvi ym. 2006).

### 3.4 Potilasohjauksen haasteita

Kääriäisen teoksessa Redmanin (2004) mukaan ohjauksen laadun kannalta ongelmallista on se, että terveyspalvelujen laatua ja sen osatekijänä potilasohjausta ei ole määritelty yksityiskohtaisesti. Yleisesti hyväksytyt kriteerit puuttuvat. Redman katsoo tämän olevan ongelma myös kansainvälisellä tasolla. (Kääriäinen 2007, 20.)

Aikaisempien tutkimusten mukaan ohjaukseen liittyneet puutteet ovat koskeneet sairauden syitä, ennustetta ja hoitovaihtoehtoja. Myös hoidon jälkeisiin ongelmiin liittyvä ohjaus on katsottu riittämättömäksi. Omaisten mukanaolo ohjauksessa tiedetään olevan eduksi, ja potilaat itsekkin ovat toivoneet omaisia enemmän mukaan. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 13.)

Kääriäisen ja muiden (2005, 13) tutkimuksessa potilasohjaus oli vaikuttanut vähiten omaisten tiedonsaantiin, lääkkeiden käyttöön ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Myöhemmin Kääriäinen (2007, 88.) osoittaa, että ohjaus oli vaikuttanut vähiten juuri omaisten tiedonsaantiin. Molemmissa tutkimuksissa puutteellisimmaksi nähtiin ohjaus tukiryhmistä ja sosiaalietuuksista. Toisaalta sosiaalisen tuen osalta parhaiten saatiin ohjausta sairauslomaan liittyvistä asioista. (Kääriäinen ym. 2005 & Kääriäinen 2007.)

Lääkehoidon osalta tuloksissa on yhteneväisiä piirteitä myös Laapotti-Salon ja Routasalon (2004) tutkimuksen kanssa. Siinä selvitettiin iäkkään potilaan tietoa omasta sairaudestaan, sekä hoidosta ja kotiutussuunnitelmista. Tutkimuksen potilaat eivät olleet tietoisia sairaalajaksolla tehdyistä lääke-  
muutoksista, eikä lääkkeiden sivuvaikutuksista (katso kuvio 2.). (Laapotti-Salo & Routasalo 2004, 23.)

Heikkisen ym. (2006) tutkimuksessa tieto ei kohdannut potilasta tai sitä ei välitetty riittävän laajasti, sillä potilaat kaipasivat lisää tietoa. Tutkijat näkevät, että ohjaukseen käytettävä aika tulee myös lyhenemään hoitoaikojen lyhen-  
tyessä ja siten uusien ohjausmenetelmien tarve tulee kasvamaan. Olisikin tärkeää jo etukäteen suunnitella, minkälaista ohjausta potilaalle missäkin vaiheessa sairautta tai hoitoa annetaan. Näin saataisiin potilasohjaukset tukemaan toinen toisiaan hoidon eri vaiheissa. (Heikkinen, Johansson, Leino-  
Kilpi, Rankinen, Virtanen & Salanterä. 2006, 128.)

Kyngäksen ym. (2004) mukaan potilas voi unohtaa ohjaustilanteen. Hän ei välttämättä ole tiedostanut tilannetta ohjaukselliseksi tai sisäistänyt siinä jaettua tietoa. Annettua ohjausta voidaan vahvistaa kirjallisella materiaalilla, jolloin potilas voi tarkistaa hänelle epäselviä tietoja ja näin selviytyä itse-  
näisesti kotonaan paremmin. (Kyngäs, Kukkurainen & Mäkeläinen 2004, 232-  
233.)

### 3.5 Perhekeskeisyys ohjauksessa

Perhehoitotyöllä tarkoitetaan niin perheen ja yksilön, kuin terveyden ja sairauksien välillä olevien yhteyksien huomioon ottamista hoitoa analysoitaessa ja hoitosuunnitelmaa tehtäessä. Perhehoitotyöllä pyritään edistämään ja tukemaan perheenjäsenten ja koko perheen hyvinvointia sekä terveyttä. Tällöin hoitotyössä huomioidaan perheenjäsenten väliset suhteet, perheen toimivuus, sen sisäinen dynamiikka ja sosiaaliset suhteet. Perhehoitotyön tavoite on tukea perheen kykyä sopeutua erilaisiin muutoksiin ja perheen omia voimavaroja. (Järvinen, Lankinen, Taajamo, Veistilä & Virolainen 2007, 16.)

Paunosen-Ilmosen (2001) mukaan perheen keskinäisessä dynamiikassa omaksutaan perheen sekä sen hyvinvoinnin ja terveyden merkitys elämässä. Perhehoitotyön tulisikin toteutua terveydenhuollossa koko laajuudessaan, eikä vain psykiatrisessa hoitotyössä ja äitiys- ja lastenhoidossa, vaikka perhehoitotyö onkin mielletty eniten juuri näihin kuuluviksi. Tulevaisuuden haasteena on kehittää juuri suomalaiseen perhehoitotyön kulttuuriin sopivia perhehoitotyön keinoja. (Paunonen-Ilmonen 2001, 343-344.)

Kääriäinen viittaa tutkimuksessaan Kääriäisen ja Kyngäksen (2005) ajatukseseen siitä, että ohjaus on aina sidoksissa ohjaajan ja potilaan taustatekijöihin. Hänen mukaansa nämä taustatekijät ovat läsnä vuorovaikutteisessa ja tavoitteellisessa ohjaussuhteessa. Hänen tutkimuksessaan tulee esille, että keskiarvovertailujen perusteella potilasohjausta antava hoitohenkilöstö tiesi vähiten sairauden vaikutuksista potilaan perheeseen tai parisuhteeseen. (Kääriäinen 2007, 96, 122.)

Puola puolestaan viittaa väitöskirjassaan Salosen (1994) huomioihin aivoverenkiertohäiriöpotilaan omaisen selviytymiseen vaikuttavista seikoista. Selviytyäkseen potilas usein tarvitsee apua ja tukea, koska hän ei sairastumisensa jälkeen mahdollisesti pysty huolehtimaan hänelle kuuluneista tehtävistä perheessään. Tämä lisää luonnollisesti omaisen vastuuta.

Muuttuneeseen elämäntilanteeseen sopeutuminen ei ole helppoa ja se vie aikaa. AVH:n aiheuttamat muutokset saattavat laskea omaisten tyytyväisyyttä elämäänsä hyvin laaja-alaisesti. (Purola 2000, 26-27.)

Neurologisen potilaan ohjausta käsittelevässä tutkimuksessa potilaat ja heidän omaisensa ovat tuoneet esiin tarpeensa saada omaan elämäntilanteeseensa sopivaa yksilöllistä ohjausta. Henkilökunnan, tilojen ja ajan puute on heikentänyt annettua ohjausta. Ohjausta voisi parantaa lisäämällä henkilökuntaa, tekemällä ohjaukseen tarkoitettut tilat häiriöttömiksi ja kehittämällä ohjausmateriaalia, sekä käytettäviä menetelmiä. Potilasohjauksessa potilaat ja omaiset arvioivat saaneensa liian vähän tietoa ainoastaan kuntoutuksesta ja sosiaalietuksista. Hoitohenkilöstökin arvioi niihin liittyvät tiedolliset valmiutensa heikoiksi. (Stenbäck 2005, 52.)

#### **4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT**

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää neurologisella osastolla hoidossa olleiden iskeemisen aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Tuloksia tullaan hyödyntämään neurologisella osastolla ohjauksen kehittämiseen. Tämän tutkimuksen tutkimusongelmia on kaksi:

1. Millaisia kokemuksia potilailla on ohjauksen toteutumisesta osastolla?
2. Miten potilaat ovat kokeneet selviytyneensä kotona?

#### **5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN**

Opinnäytetyö on määrällinen eli kvantitatiivinen. Aineiston keruu toteutettiin valmiiden mittarien pohjalta laaditulla kyselylomakkeella. Selvitys toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli mukana monivalintakysymyksiä, Likert-asteikkoon perustuvia kysymyksiä, sekä avoimia kysymyksiä. Kyselylomake on liite 2.

## 5.1 Mittarin kehittäminen

Tutkimuksen aineistokeruussa tulee kiinnittää huomiota huolelliseen toteutukseen, koska tämän jälkeen ei enää ole mahdollista saada tutkittavilta lisätietoa tarkentavilla kysymyksillä. Vallin mukaan Coolican (1999) esittääkin hyväksi mahdollisuudeksi käyttää aikaisemmin kehitettyä ja testattua kyselylomaketta. Aina ei kuitenkaan löydy sellaisenaan valmista kyselylomaketta käytettäväksi, jolloin joudutaan rakentamaan tutkimukseen sopiva lomake ja mahdollisesti esitestaamaan tämä uudessa kontekstissa. (Valli 2007, 198.)

Kyselylomakkeen rakentamisessa hyödynnettiin osioita Kääriäisen väitöskirjassa käyttämästä mittarista. Viitekehikseksi otettiin Iso-Kivijärven ym. potilasohjauksen prosessimalli, jonka mukaan kysymykset ryhmiteltiin. Kysymyksiä laadittaessa käytettiin lisäksi Kääriäisen ym. (2005) asiakaslähtöistä ohjausprosessia käsittelevää artikkelia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuitenkin vastata juuri työelämästä nousseisiin kysymyksiin, joten kyselylomakkeen rakentamiseen vaikuttivat myös henkilökunnan esittämät näkökulmat.

Kyselylomake koostuu ohjausprosessin osioista. Kohdan 7 Likert-asteikolla haluttiin selvittää ohjauksen tarpeen määrittelyä (kysymykset 1-5), ohjauksen suunnittelua (kysymykset 6-10), ohjauksen toteutusta (kysymykset 11-20), toteutetun ohjauksen arviointia (kysymykset 21-22), sekä toteutetun ohjauksen jatkuvuutta (kysymykset 23-36). (Katso kyselylomake, liite 2.)

## 5.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön kohdejoukkona on iskeemisen aivoverenkiertohäiriön sairastaneet potilaat, jotka ovat kotiutuneet osastolta suoraan kotiin avohoidon piiriin. Ohjaus käsitetään tässä koko hoitohenkilökunnan antamaksi, eikä osallistuville potilaille asetettu ikäraja. Vastaukset käsiteltiin nimettöminä, eikä potilaiden henkilöllisyys paljastunut missään vaiheessa. Tutkimukseen osallistuville kerrottiin, että kyselyyn vastaaminen ei myöskään tule vaikuttamaan heidän hoitoonsa jatkossa. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. (Katso saatekirje, liite 1.)

Selvitys pohjautui kirjeitse lähetettävään kyselyyn. Sitä varten valittiin 62 ensimmäistä kriteerit täyttävää potilasta, jotka olivat olleet hoidossa maalikesäkuussa vuonna 2008 neurologian osastolla. Osaston sihteeri keräsi tutkimusjoukon takautuvasti osastolta kotiutuneista potilaista. Lomakkeet palautettiin kyselylomakkeen ohessa annetussa kirjekuoressa neurologian osastolle.

### **5.3 Aineiston analysointi**

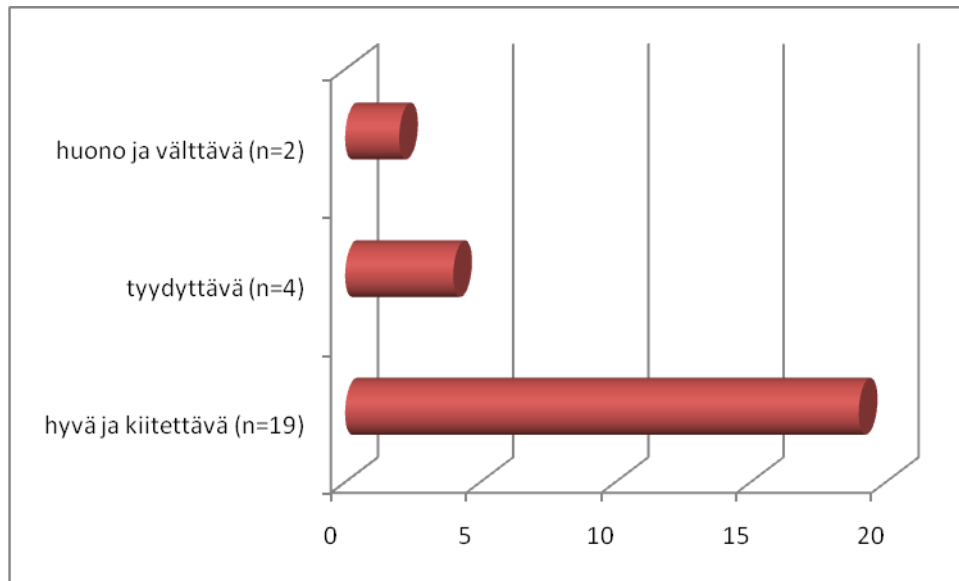
Aineisto analysoitiin strukturoitujen kysymysten osalta käyttäen Microsoft Excel -taulukkolaskentaohjelmaa. Vastauslomakkeet numeroitiin ja tiedot syötettiin ohjelmaan. Arviointiasteikko yhdistettiin viisiportaisesta kolmiportaiseksi analysoinnin helpottamiseksi. Taulukosta laskettiin vastanneiden lukumäärät ja niistä muodostuvat vastausprosentit. Tämän jälkeen tulokset siirrettiin Microsoft Wordille ja aineiston analysointia jatkettiin tuloksia tarkastelemalla. Avointen kysymysten vastauksista poimittiin ilmaisuja, jotka ryhmiteltiin ohjauksen prosessivaiheiden alle. Näin saatiin sekä Likert-asteikon tuloksista että avoimista vastauksista kokonaiskuva kustakin osa-alueesta.

## **6 AVH-POTILAIDEN KOKEMUKSET OHJAUksesta**

Neurologian osastolle palautettiin 26 kyselylomaketta 62:sta, jolloin vastausprosentti oli 42. Vastanneiden keski-ikä oli 64 vuotta. Naisia heistä oli 48 % ja miehiä 52 %. Nuorin vastaajista oli 44-vuotias ja vanhin 81-vuotias. Vastanneiden lukumäärä vaihteli eri kysymysten välillä, koska osa vastaajista oli jättänyt osan kysymyksistä tyhjäksi. Kaikki 26 palautunutta kyselylomaketta käsiteltiin huolimatta puutteellisesti täytetyistä lomakkeista.

Potilaat arvioivat ohjausta asteikolla 1 = huono – 5 = kiitettävä. Keskiarvoksi muodostui 3,9. 19 vastaajaa 25:stä arvioi ohjauksen olleen hyvää tai kiitettävää. Heikomman arvosanan antaneet vastaajat toivat avoimissa kysymyksissä esiin ohjauksen kehittämistarpeita. Kuviossa 3 esitetään vastanneiden

kokemukset ohjauksen laadusta neurologisella osastolla. Pystyakselilla ovat kolmiportaisesti ryhmitellyt arvosanat ja vaaka-akselilla vastausten prosenttiosuudet.



KUVIO 3. Potilaiden kokemukset ohjausprosessista lukumäärinä.

### 6.1 Ohjauksen tarpeen määrittely

Kaikki vastanneista (n=23) kokivat, että heitä oli kuunneltu ohjauksen aikana. (Katso taulukko 1.) Avoimissa vastauksissa todettiin muun muassa, että *”Hoito oli kiitettävää ja yksilöllistä.”* Toisaalta eräissä avoimissa vastauksissa kaksi vastaajista antoi vain negatiivista palautetta. Osa jättikin vastaamatta kyselyn strukturoituun osioon ja toi esille kielteisiä kokemuksia sanallisesti. Eräs vastaaja kuvasi, että *”Ei kuunnella potilasta ... tai sanoisinko että ei uskota, sanotaan vaan että ei pitäis aiheuttaa tällöisiä asioita”.*

TAULUKKO 1. Potilaiden kokemukset ohjauksen tarpeen määrittelyyn osallistumisesta (n=23-24)

Väittäjä	Eri mieltä % (n)	Samaa mieltä % (n)	Ei koske minua % (n)
Minua kuunneltiin ohjauksen aikana	0(0)	100(23)	0(0)
Ohjattavia asioita sovellettiin elämäntilanteeseeni	9(2)	87(20)	4(1)
Annetut ohjeet perusteltiin minulle	4(1)	91(21)	4(1)
Sain halutessani esittää kysymyksiä hoitooni liittyen	4(1)	91(21)	4(1)
Minulla oli mahdollisuus keskustella tunteistani	13(3)	75(18)	13(3)
Vastanneiden lukumäärä	7	103	6

Muutama potilas (n=3) koki, ettei ollut saanut mahdollisuutta keskustella tunteistaan, yhtä monella vastaajista ei ollut omasta mielestään myöskään tarvetta sille. Tässä osiossa *samaa mieltä* -vastanneiden kokonaismäärä oli huomattavan suuri, joten valtaosa arvioi tämän ohjausprosessin vaiheen onnistuneen hyvin.

## 6.2 Ohjauksen suunnittelu

Yhtä lukuun ottamatta kaikki strukturoituun osioon vastanneet (n=19) olivat samaa mieltä siitä, että ohjaukseen oli varattu riittävästi aikaa. Kukaan vastanneista ei kysymysten mukaan ilmoittanut, ettei hoitojaksolla olisi käynyt ilmi sitä, mihin ohjauksella pyrittiin. (Katso taulukko 2.)

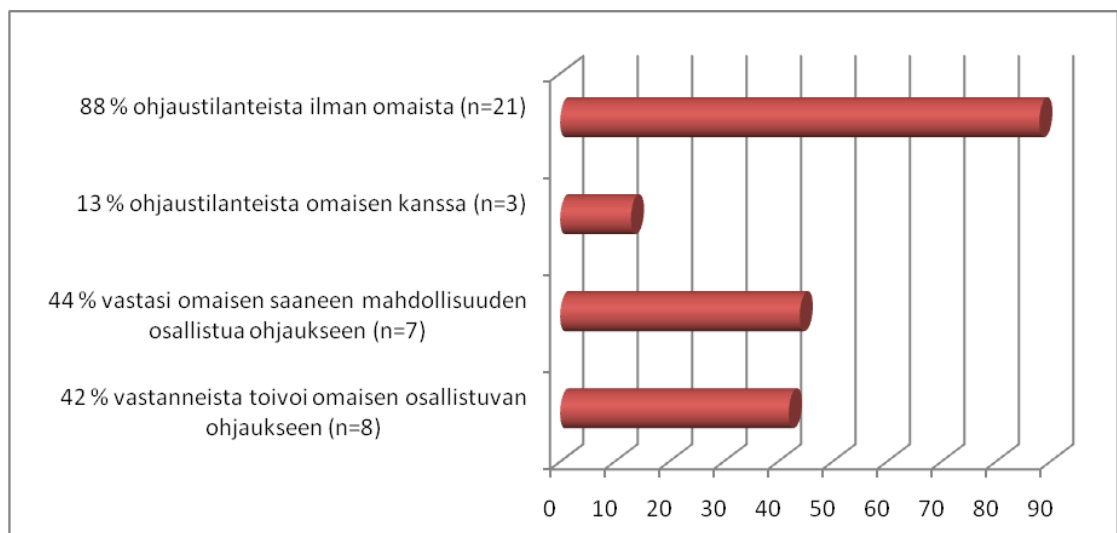
Erityistä näitä vastauksia tutkittaessa on se, että vastanneet olivat käyttäneet eniten *Ei koske minua* -osiota. Monet olivat myös jättäneet vastaamatta näihin kysymyksiin. Avoimissa kysymyksissä tuli ilmi myös kokemus, että *"Ei ollut mitään ohjausta"*. Eräs vastaajista kuvasi puolisonsa kanssa kokemuksiaan ohjaukseen varatusta ajasta: *"Emme saaneet pyynnöstä huolimatta keskustella lääkärin kanssa."*



TAULUKKO 2. Potilaiden kokemukset ohjauksen suunnittelusta (n=16-22)

Väittämä	Eri mieltä % (n)	Samaa mieltä % (n)	Ei koske minua % (n)
Omaiseni saivat mahdollisuuden osallistua ohjaukseen	19(3)	44(7)	38(6)
Toivoin omaiseni osallistuvan ohjaukseen	21(4)	42(8)	37(7)
Ohjaukseen varattiin riittävästi aikaa	5(1)	95(18)	0(0)
Hoitajaksolla tuli ilmi, mihin ohjauksella pyritään	0(0)	86(19)	14(3)
Sain tuoda esiin omia tavoitteitani hoitajaksolla	5(1)	73(16)	23(5)
Vastanneiden lukumäärä	9	68	21

Vain 42 % vastaajista kertoi toivoneensa omaisen osallistumista ohjaukseen ja lähes yhtä moni oli samaa mieltä siitä, että omaiselle tarjottiin mahdollisuus osallistua. Neljä vastaajaa ilmoitti taustatiedoissa täyttäneensä kyselyn yhdessä omaisen kanssa ja kolme ilmoitti omaisen olleen mukana ohjaustilanteessa. Vaikka 19 vastaajaa ilmoitti asuvansa yhdessä perheen tai kumppanin kanssa, jäi omaisten mukanaolo ohjauksessa vastausten mukaan vähäiseksi. (Katso kuvio 4.) 19 vastaajaa ilmoitti, että ei tarvitse lainkaan apua päivittäisissä toiminnoissa tai lääkehoidon toteuttamisessa, kun taas kuusi vastanneista tarvitsi. 73 % vastaajista katsoi saaneensa mahdollisuuden tuoda esiin omia tavoitteitaan hoitajaksolle. Tähän kysymykseen vastanneet olivat käyttäneet runsaasti myös *Ei koske minua* -vaihtoehtoa.



KUVIO 4. Omaisen osallistuminen ohjaukseen.

### 6.3 Ohjauksen toteutus

Ohjauksessa käytetty kieli koettiin ymmärrettäväksi. Muutama (n=3) potilaista koki, että ei ollut saanut riittävästi ohjausta lääkityksestä. (Katso taulukko 3.) Avoimissa kysymyksissä eräs vastaaja kertoi, että olisi myös halunnut ”*enemmän tietoa tulevista toimenpiteistä ja kokeiden tuloksista*”. Useat toivat avoimissa vastauksissa esille kotiutumisen jälkeiset verikokeissa käynnit ja lääkityksen hoitotasapainon etsimisen. Kukaan vastanneista ei ilmoittanut itse muuttaneensa lääkitystään.

*”...muutaman viikon ajan joutui kulkemaan harvassa päivä terveys keskuksessa”.*

*”Lääkitys muuttui kotiuttaessa osastolta Ensimmäiset kolmeviikkoa meni päivystyksessä ramppaamiseen, kun etsittiin sopivaa annostusta ja entisten lääkkeiden kanssa yhteensopimattomia vaihdettiin.”*

Moni vastaaja koki, että ei ollut saanut riittävästi tietoa sairauden ennusteesta ja toipumisen kestosta. Sairauden luonteen vuoksi nämä asiat ovatkin vaikeita, kuten eräs vastaaja oli reunahuomautukseksi kirjoittanut: *”ei tiedä kukaan”*.

TAULUKKO 3. Potilaiden kokemukset ohjauksen toteutuksesta (n=20-25)

Väittämä	Eri mieltä (n)	%	Samaa mieltä % (n)	Ei koske minua % (n)
Ohjauksessa käytettiin ymmärrettävää kieltä		0(0)	95(21)	5(1)
Sain ilmaista mielipiteeni hoito-ohjeista		5(1)	85(17)	10(2)
Sain tietoa sopivina annoksina		14(3)	86(18)	0(0)
Hoitohenkilökunnalla oli riittävästi tietoa ohjattavasta asiasta		9(2)	87(20)	4(1)
Ohjaustilanne oli rauhallinen		4(1)	91(21)	4(1)
Saamani ohjaus oli yksilöllistä		5(1)	91(20)	5(1)
Minulle annettiin riittävästi ohjausta sairaudesta, sen oireista ja syistä		18(4)	82(18)	0(0)
Minulle kerrottiin riittävästi sairauden ennusteesta		24(5)	76(16)	0(0)
Sain riittävästi ohjausta lääkityksestä		12(3)	88(22)	0(0)
Minulle kerrottiin siitä, miten kauan toipuminen kestää		32(7)	68(15)	0(0)
Vastanneiden lukumäärä		27	188	6

Ohjaustilanteen koki rauhalliseksi ja saamansa ohjauksen yksilölliseksi 91 % vastanneista. Kaksi vastanneista oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunnalla ei olisi ollut riittävästi tietoa ohjattavasta asiasta. Valtaosa (n=20) arvioi hoitohenkilökunnalla olevan kuitenkin riittävät tiedolliset valmiudet ohjattavasta asiasta. Suurin osa potilaista piti tämän osion ohjausta onnistuneena, vaikka useiden kysymysten kohdalla eri mieltä olevien osuus on suurempi kuin aikaisemmissa ohjausprosessin vaiheissa.

#### 6.4 Ohjauksen arviointi

Suurin osa (n=20) vastaajista koki, että heiltä varmistettiin ohjattavien asioiden ymmärtäminen. Avoimissa kysymyksissä pari vastaajaa kuitenkin totesi, että *"kotiutus tilanteessa oli vain typeriä kysymyksiä"* ja *"Olin järkyttynyt, että en osannut kysyä mitään"*.

TAULUKKO 4. Potilaiden kokemukset ohjauksen arviointiin osallistumisesta (n=20-22)

Väittäjä	Eri mieltä % (n)	Samaa mieltä % (n)	Ei koske minua % (n)
Sain mahdollisuuden antaa palautetta ohjauksesta	30(6)	70(14)	0(0)
Minulta varmistettiin, miten ymmärsin ohjattavat asiat	9(2)	91(20)	0(0)
Vastanneiden lukumäärä	8	34	0

Kuusi vastaajista koki, että ei ollut saanut antaa palautetta ohjauksesta. Tämän osion kohdalta vastaajat arvioivat ohjauksen onnistuneen muuten hyvin. Huomattavaa on, että tämän kohdan kysymyksissä ei ole yhtään *Ei koske minua* -vastausta. (Katso taulukko 4.)

## 6.5 Ohjauksen jatkuvuus

Noin 30 % vastaajista oli sitä mieltä, että ohjaus hoidon jälkeisistä ongelmista ja kontrollikäynneistä ei ollut riittävää, mutta 87 % koki riittäväksi ohjauksen siitä, kuinka hoito tapahtuu kotona. (Katso taulukko 5.) Kysely herätti monenlaisia kommentteja kotona selviytymisestä:

*”Pöyristyttävä systeemi, jossa aivoinfarkti potilas laitetaan kotiin kahden vuorokauden kuluttua, vaikka ei pysy pystyssä.”*

*”Toivottavasti kyselymme kehittää osastolla tapahtuvaa potilasohjausta ja potilasohjaukseen sisältyisi myös jälkikontrolleja.”*

*”Oman rauhan puute hälinää ympärillä ehkä perhe ei ymmärrä tilannetta.”*

TAULUKKO 5. Potilaiden kokemukset ohjauksen jatkuvuudesta (n=21-24)

Väittämä	Eri mieltä % (n)	Samaa mieltä % (n)	Ei koske minua % (n)
Ohjauksessa käsiteltiin tarpeeksi hoidon jälkeisiä ongelmia	32(7)	64(14)	5(1)
Sain ohjausta riittävästi omasta hoidosta kotona	9(2)	87(20)	4(1)
Ohjaus sairaalasta oli riittävää	14(3)	48(10)	38(8)
Sain tarpeeksi ohjausta kontrollikäynneistä	29(7)	67(16)	4(1)
Ohjaus oli riittävää sairauden vaikutuksesta perheeseen/ parisuhteeseen	14(3)	73(16)	14(3)
Sain riittävästi ohjausta kuntoutuksesta	32(7)	50(11)	18(4)
Ohjausta oli tarpeeksi tukiryhmistä tai potilasjärjestöistä	36(8)	18(4)	45(10)
Sain riittävästi ohjausta siitä, mihin ottaa yhteyttä, jos kotona tulee ongelmia	36(8)	55(12)	9(2)
Hoitajakson lopussa tunsin olevani valmis kotiutumaan	4(1)	96(23)	0(0)
Voin vaikuttaa sairauteeni hyvillä elämäntavoilla	0(0)	100(22)	0(0)
Sairastamani aivoverenkiertohäiriön vuoksi riskitekijöihin vaikuttaminen on tärkeää (verenpaine, kolesteroli, tupakointi jne.)	5(1)	95(20)	0(0)
Tiedän, mihin tarkoitukseen lääkkeeni on määrätty	0(0)	100(24)	0(0)
Käytän edelleen lääkkeitä, jotka osastolla määrättiin	13(3)	88(21)	0(0)
Vastanneiden lukumäärä	50	213	30

Yhtä lukuun ottamatta kaikki strukturoituun osioon vastanneista kokivat sairaalahoidon jälkeen olleensa valmiita kotiutumaan. Kaikki (=24) vastasivat tietävänsä lääkkeiden käyttötarkoituksen ja sairauteen vaikuttavat riskitekijät. Tukiryhmien ja potilasjärjestöjen suhteen moni (n=8) olisi kaivannut enemmän ohjausta, vaikka tässä myös *Ei koske minua* -vastausten (n=10) osuus on suuri.

Tässä ohjauksen jatkuvuutta kuvaavassa osiossa huomattavaa on, että vastaajien kokemukset jakautuvat selkeämmin eri mieltä ja samaa mieltä oleviin vastauksiin. Sama tulee esille myös avoimissa vastauksissa.

## 6.6 Potilaiden ja omaisten kokemuksia avoimissa vastauksissa

Avoimissa vastauksissa potilaat ja omaiset kuvasivat kokemuksiaan. Moni kertoi hoidon jälkeisistä ongelmista ja selviytymisestään kotona. Potilaiden ja omaisten (n=15) kommentit ovat oheisessa taulukossa (katso taulukko 6). Vastauksista on poistettu joitakin henkilöön liittyviä yksityiskohtia. Taulukosta on jätetty pois myös selvityksen kannalta epäolennaiset tiedot, kuten muutokset potilaan lääkityksessä ja jatkotutkimusten ajankohdasta. Muutoin vastaukset on kirjoitettu suorina lainauksina.

TAULUKKO 6. Avoimet vastaukset (n=15)

Positiivisia kokemuksia	Ongelmia / negatiivisia kokemuksia
<p>”Saan kotiin apua, kun oma hoitajan kanssa kartostettiin tilanne ennen kotiin lähtöä. Olen murrosikäisten lasten yh. Muuten en olisi henkisestiäkään jaksanut tätä!”</p> <p>”Ellen jaksa lähteä verikokeeseen lapraan kotisairaanhoidaja käy kotona. toimii kiitettävästi.”</p> <p>”Hoito oli kiitettävää ja yksilöllistä.”</p> <p>”Aivoverenkiertohäiriö oli hyvin lievä, muistialueella. Muisti palasi jo ensimmäisenä iltana. Olin muuten vain tarkkailtavana. Sain hyvää hoitoa, josta kiitos ystävällisille hoitajille. Lääkäritkin oli hyviä, kiitos heille!”</p> <p>”Ei mitään ongelmia”</p>	<p>”Oman rauhan puute hälinää ympärillä ehkä perhe ei ymmärrä tilannetta.”</p> <p>”Oikean käden ja jalan lihakset tarvitsevat kuntoutusta. Sydämen rytmihäiriö joka aiheutti infarktin ei ole korjautunut kunnolla ja haittaa elämäni jonkin verran”, ”Rytmihäiriön johdosta olen ollut Keskussairaalan päivystyspoliklinikalla hoidossa 2 pv”</p> <p>”Ainoastaan ongelmia. Puolison olisi pitänyt jäädä kotiin valvomaan lääkehuollossa, ruokahuollossa, pukemisessa, pesuissa, liikkumisessa, ilman tasapainoa ei voi pysyä pystyssä, vain silmälapun kanssa. Ei vähäisistäkään ohjausta missään asiassa. Ei mitään ohjetta, kuinka toimitaan kotiutumisen jälkeen. Vain ohjeen mennä marevan kokeeseen joka päivä, johon ei olisi yksin pystynyt. Kaksi päivää sairaalassa.”</p> <p>”Jäi myös ajoittaiset huimaukset kohtaukset.”</p>

Taulukko jatkuu

## Taulukko jatkuu

Positiivisia kokemuksia	Ongelmia / negatiivisia kokemuksia
<p>"Ei ole ilmennyt mitään uutta"</p> <p>"Kiitän lääkäreitä ja sairaanhoitajia – olivat ihania."</p> <p>"Hyvät huonetoverit ja iloiset hoitajat olivat iso plussa sairaalassa ololle."</p> <p>"Hoito oli kiitettävän hyvä Lääkärit, hoitajat koko henkilökunta"</p> <p>"Lääkärit ja hoitohenkilökunta oli miellyttäviä ja ystävällisiä"</p> <p>"Hoito oli hyvää"</p> <p>"Kotona ei ole itmestynyt mitään ongemia sairauden suhteen"</p> <p>"Saan kotiin apua, kun oma hoitajan kanssa kartostettiin tilanne ennen kotiin lähtöä. Olen murrosikäisten lasten yh. Muuten en olisi henkisesti jaksanut tätä!"</p> <p>"Hoito oli kiitettävää ja yksilöllistä."</p>	<p>"Emme saaneet pyynnöstä huolimatta keskustella lääkärin kanssa. Kotiutus tilanteessa oli vain typeriä kysymyksiä, päivämääristä, presidenteistä, ym. ... tiedän olevan toisenlaista toimintaa. ... yksikään potilas ei lähde kotiin ilman lääkärin keskustelua. Me näimme lääkärin vain kerran ohi menne, lääkärinkiertoa lukuun ottamatta. Minä potilaan vaimona sairastuin itse huolesta ja tietämättömyydestä. Seuraavana päivänä kotiutuksesta piti jättää mies koko päiväksi kotiin silmälapun kanssa, ja toimimaan yksin 1 ½ kilometrin matka marevankokeeseen, sekä ottamaan puhelimella annettu vastaus, josta ei ymmärtänyt mitään. Pöyristyttävä systeemi, jossa aivoinfarkti potilas laitetaan kotiin kahden vuorokauden kuluttua, vaikka ei pysy pystyssä. Aivan kauheaa toimintaa. Kuka kantaa vastuuta, vai kantaako vain potilas."</p> <p>"Ainoa 'ohjaus' oli Ehkäise aivohalvaus esite. Ja se tuotiin yöpöydälle 20.30 'mietittävää nukkumaan käydessä'. Kehotus kysyä, jos siinä jotain epäselvää."</p> <p>"Ei ollut mitään ohjausta. Annettiin 3 pv os:lla esite vihkonen klo 20.30 Ehkäise aivohalvaus siinä kaikki"</p> <p>"Oli suuria ongelmia, kun kotiuttaessa muutettiin annostus. Ja se romahdutti verenpaineen muutaman viikon ajan joutui kulkemaan harvasa päivä terveys keskuksessa. Ja lääkitys muutettiin sopivaksi kokeilujen kautta."</p> <p>"Lääkitys muuttui kotiuttaessa osastolta Ensimmäiset kolmeviikkoa meni päivystyksessä rampaamiseen, kun etsittiin sopivaa annostusta ja entisten lääkkeiden kanssa yhteensopimattomia vaihdettiin. TIA kohtaasi uusi n. 5 vk kotiutuksesta."</p> <p>"Potilaana itse olisin halunnut enemmän tietoa tulevista toimenpiteistä ja kokeiden tuloksista."</p> <p>"Ei kuunnella potilasta esim. minkälaisia oireita tai muita vaikeuksia, tai sanoisinko että ei uskota, sanotaan vaan että ei pitäis aiheuttaa tällaisia asioita. Vähätellään asioita."</p> <p>"verenpaineelääkityksen suhteen", "huimausta ja tasapainon menettämistä", "väsymystä"</p>

## 7 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää iskeemiseen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta neurologisella osastolla. Vastaajien arviot ohjauksen eri osa-alueista poikkesivat toisistaan tuoden esille kokemusten erilaisuuden. Suurin osa vastaajista koki hoidon ja ohjauksen onnistuneeksi, mutta pienempi joukko toi esille omien kokemusten kautta nousevaa kritiikkiä.

Kotona selviytymisen haasteet tulivat osalle potilaista mahdollisesti yllätyksenä, vaikka lähes kaikki vastanneet tunsivat kotiutumisasiheessä olevansa valmiita kotiutumaan. Suurin osa vastaajista koki, että ohjauksessa huomioitiin oma yksilöllinen elämäntilanne. Osa vastaajista kuitenkin jätti tyhjiksi strukturoidun kyselyosion ja kuvasivat ohjausta ja kotiutumisen jälkeisiä ongelmia vain sanallisesti.

Eräs vastaaja kuvasi puolisona, kuinka potilas oli kotiutunut osastolta kahden vuorokauden kuluttua, vaikka tarvitsi apua päivittäisissä toiminnoissa. Tämä aiheutti omaiselle huolta ja turvattomuutta. Kyselyyn vastatessaan puoliso kuvasi, että kotiutustilanne ”*oli vain typeriä kysymyksiä, päivämääristä, presidenteistä*”. Omainen olisi halunnut keskustella enemmän lääkärin kanssa. Eräs vastaajista myös koki, että ainut ohjaus osastolla oli esite aivohalvauksesta. Potilas muisti tarkkaan tilanteen, jossa esitteen sai, mutta keskustelu ja ohjaus asiasta jäi kokemuksen mukaan puutteelliseksi. Tämä tulee esille Kyngäksen ym. (2004) mukaan, jos potilas ei ole tiedostanut tilanteita ohjaukselliseksi tai annetaan vain kirjallista materiaalia ilman suullista ohjausta. (Kyngäs ym. 2004, 232 - 233.)

Lääkityksen osalta ohjaus oli osastolla suurimman osan mielestä riittävää. Tulos on osin yhteneväinen myös siltä osin, että kaikki kotiutuneet potilaat vastasivat tietävänsä käyttämiensä lääkkeiden käyttötarkoituksen. Avoimissa kysymyksissä esille tuli kuitenkin joitakin ongelmia lääkehoidon suhteen. Eräs vastaaja kuvasi, kuinka juuri ennen kotiutusta tehty lääkemuutos aiheutti verenpaineen liiallista laskua ja monia käyntejä päivystyksessä lääkityksen tarkistamiseksi.

Omaisten vähäinen mukanaolo ohjauksessa on haaste perhehoitotyön näkökulmasta. Asia korostuu myös aivoverenkiertohäiriöön mahdollisesti liittyvien erityisongelmien ja toisaalta lyhyiden sairaalahoitoaikojen vuoksi. Sairauden laaja-alaisuuden vuoksi sen vaikutukset arkielämään paljastuvat ehkä vasta sairaalasta kotiuduttua, mikä korostaa AVH-potilaan hoidon jatkuvuuden merkitystä.



Opinnäytetyömme tulosten mukaan merkittävimmät puutteet liittyivät ohjauksen jatkuvuuteen. Tulos on tältä osin yhteneväinen opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksessa käsitellyn Kääriäisen ym. (2005) tutkimuksen kanssa. Opinnäytetyössämme ohjauksen jatkuvuutta selvitettiin potilaiden ja omaisten tietojen ja tarpeiden kartoittamisella. Tulostemme mukaan kaikilla ei ollut varmuutta siitä, mihin ottaa yhteyttä, jos kotona tulee ongelmia. Hoidon jälkeiset ongelmat ovat tulleet potilaille ja heidän omaisilleen mahdollisesti yllätyksenä. Myös tietoa kuntoutuksesta kaivattiin enemmän.

Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä kyselynä. Sillä katsottiin saatavan aivan yhtä luotettavaa tietoa, kuin laadullisellakin metodilla. Kyselyssämme oli kuitenkin mukana myös avoimia kysymyksiä. Vaikka potilashaastattelulla olisi ollut mahdollista saada syvällisempää tietoa selvitettävästä asiasta, määrällisellä tutkimuksella oli puolestaan mahdollista saada tietoa suuremmalta kohderyhmältä. Opinnäytetyön luotettavuutta heikensi se, että useista analysoiduista kyselylomakkeista puuttui vastauksia ja *Ei koske minua* -vastauksia oli käytetty joissakin osioissa paljon. Lisäksi yhdestä kyselylomakkeesta puuttui taustatiedot kokonaan.

Suurimmaksi puutteeksi tekemässämme selvityksessä nousi kuitenkin havainto siitä, että potilaiden sairaalassaoloaikaa ei kysytty kyselylomakkeessamme lainkaan. Laatumme lomake pohjautui aikaisemmin käytettyyn mittariin, jossa potilaan sairaalassaoloaikaa ei oltu nähty merkitykselliseksi tekijäksi tutkimuksen kannalta. Analysoidessamme tuloksia kävi kuitenkin ilmi, että juuri sairaalassa vietetty aika olisi voinut osittain selittää saatuja tuloksia. Eräs vastaajista toi esille lyhyen sairaalahoitajakson ja sen seurauksena kotona esille tulleita vaikeuksia. Opinnäytetyön tuloksia voidaankin pitää lähinnä suuntaa antavina ja vain kyseiseen työyhteisöön sopivina. Mielestämme jatkossa olisi hyvä kiinnittää huomiota siihen, miten osastolla voitaisiin parantaa aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoidon jatkuvuutta. Esimerkiksi erityinen AVH-hoitaja voisi toimia kontaktihenkilönä ja aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjauksen kehittäjänä osastolla.

## LÄHTEET

Aivoinfarktin Käypä hoito -suositus. 2007. Viitattu 10.4.2008.

<http://www.kaypahoito.fi>, nimen mukaan.

Bernhardt, J. 2008. Not all stroke units are the same: a comparison of physical activity patterns in Melbourne, Australia, and Trondheim, Norway. Viitattu 12.8.2008. <http://www.nelliportaali.fi>, Aineistonvalinta, Chinahl, Haku aineistosta.

Forsbacka, J. & Nousiainen, A. 2007. Lääkehoitoon sitoutuminen.

Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 20.2.2008. <http://www.terveysportti.fi>, sairaanhoitajan tietokannat.

Hietanen 2005. Neuropsykologiset häiriöt. Lääkärin käsikirja. Viitattu 9.7.2008.

<http://www.terveysportti.fi>, lääkäriin tietokannat.

Heikkinen, K., Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990-2003. Hoitotiede. 3, 120-130.

Hopia, H., Schildt, T. & Hovikoski, K. 2007. Perhe hoitotyön kirjaamisessa.

Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen – Hoitotyön vuosikirja 2007. Toim. Hopia, H. & Koponen, L. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 97-110.

Hänninen, R., Poutanen, K. & Auvinen, S. 2006. Afasiaopas.

Sairaanhoitopiirien hoito-ohjelmat. 2.5.2006. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 23.10.2007. <http://www.terveysportti.fi>, lääkäriin tietokannat.

Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyötyöhön soveltuvat ohjausmallit. Toim. Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. Oulu: Oulun yliopistopaino, 10-18.

Jehkonen, M., Kettunen, J. E., Laihosalo, M. & Saunamäki, T. 2007. Oikean aivopuoliskon verenkiertohäiriön jälkeen esiintyvä neglect-oire. Viitattu 17.4.2008. <http://www.terveysportti.fi>, lääkärin tietokannat.

Järvinen, R., Lankinen, A., Taajamo, T., Veistilä, M. & Virolainen, A. 2007. Perheen parhaaksi. Perhetyön arkea. Helsinki: Edita Prima.

Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R. O. & Sivenius, J. 2006. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Neurologia. Toim. Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 267-331.

Kaste, M., Strandberg, T., Lindsberg, P. & Sivenius, J. 2002. Mitä uutta tulossa aivoinfarktin ehkäisyyn? Viitattu 18.4.2008. <http://www.terveysportti.fi>, lääkärin tietokannat.

Kotila, M. 2005. Aivohalvauspotilaan kuntoutus. Viitattu 19.5.2008. <http://www.terveysportti.fi> Lääkärin käsikirja.

Kuikka, P., Pulliainen, V. & Hänninen, R. 2002. Kliininen neuropsykologia. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Käypä hoito -suositusten potilasversiot. 2008. Viitattu 10.4.2008. <http://www.kaypahoito.fi>, tiivistelmät potilaille.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopisto.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede. 5, 250-258.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö. 3, 10-14.

Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asia-  
kaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö. 3, 27-31.

Kyngäs, H., Kukkurainen, M. L. & Mäkeläinen P. 2004. Potilasohjaus  
nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. Hoitotiede. 5, 225-234.

L. 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 27.3.2008.  
Valtion säädöstietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö,  
ajantasainen lainsäädäntö.

Laapotti-Salo, A. & Routasalo, P. 2004. Iäkkään potilaan tieto omasta  
sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutussuunnitelmistaan. Tutkiva hoitotyö. 2, 23-  
28.

Lampinen, M. & Matilainen, K. 2005. Potilaan voimavaroja tukeva kirjallinen  
ohjausmateriaali. Teoksessa Potilasohjausta kehittämässä. Innostusta ja  
innovaatiota. Toim. Liimatainen, L., Hautala, P. & Perkko, U. Jyväskylä:  
Jyväskylän yliopistopaino, 49-51.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell  
Oy.

Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U. 2005. Potilasohjausta kehittämässä.  
Innostusta ja innovaatiota. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Lindsberg, P., Roine, R., Kuisma, M. & Kaste, M. 2002. Aivoinfarkti –  
ensimmäiset kuusi tuntia. Viitattu 22.7.2008. <http://www.terveysportti.fi>,  
lääkärin tietokannat.

Meretoja, A., Roine, R. O., Eirilä, T., Hillbom, M., Kaste, M., Linna, M., Liski,  
A., Juntunen, M., Marttila, R., Rissanen, A., Sivenius, J. & Häkkinen, U. 2007.  
Perfect – Stroke. Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset aivo-  
verenkiertohäiriöpotilailla. Helsinki: Valopaino Oy.

Paunonen-Ilmonen, M. 2001. Perhehoitotieteen kehittäminen tulevaisuudessa. *Hoitotiede* 6, 341-344.

Pohjasvaara, T., Vataja, R., Leppävuori, A. & Erkinjuntti, T. 2001. Aivoverenkierron häiriöiden jälkeinen depressio. Viitattu 19.5.2008. <http://www.terveysportti.fi>, lääkärin tietokannat.

Pohjasvaara, T., Ylikoski, R., Hietanen, M., Kalska, H. & Erkinjuntti, T. 2002. Aivoverenkierron häiriöiden jälkeiset kognitiiviset häiriöt. Viitattu 23.4.2008. <http://www.terveysportti.fi>, lääkärin tietokannat.

Purola, H. 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Roine, R. O. 2007. Aivoinfarkti. Viitattu 16.5.2008. <http://www.terveysportti.fi/> Lääkärin tietokannat.

Sivenius, J., Puurunen, K., Tarkka, I. & Jolkkonen, J. 2002. Aivohalvauspotilaiden kuntoutusmahdollisuudet tulevaisuudessa. Viitattu 17.4.2008. <http://www.terveysportti.fi>, lääkärin tietokannat.

Stenbäck, J. 2005. Neurologisen potilaan ohjaus hoitohenkilöstön, potilaan ja omaisen arvioimana. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Turvallinen lääkehoito. 2006. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Yliopistopaino.

Uusitalo, M., Laine, T. & Puumalainen, A. 2002. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Toim. Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 27-74.

Valli, R. 2007. Vastaaja asettaa tulkinnalle haasteita. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Toim. Aaltola, J. & Valli, R. Juva: WS Bookwel Oy, 198-212.

## Liite 1. Saatekirje

Arvoisa vastaaja

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Teemme tutkimusta aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden kokemuksista osastolla saamastaan ohjauksesta. Olette olleet hoidossa neurologisella osastolla maaliskoukokuussa 2008. Saitte hoitohenkilökunnalta ohjausta sairaudestanne ja sen hoidosta.

Vastauksenne on erittäin tärkeä, koska sen pohjalta voidaan kehittää osastolla tapahtuvaa potilasohjausta. Vastaukset käsitellään nimettöminä, eikä henkilöllisyytenne paljastu missään tutkimuksen vaiheessa. Vastaaminen ei myöskään vaikuta hoitoonne. Voitte vastata kysymyksiin itsenäisesti tai yhdessä omaisenne kanssa. Kyselyyn vastaaminen on kuitenkin täysin vapaaehtoista.

Toivomme vastauksia 31.7.2008 mennessä. Vastauskuori on ohessa ja sen postimaksu on valmiiksi maksettu. Lisätietoja tutkimuksesta voi kysyä neurologian osastolta arkisin klo 9 - 15 puhelinnumerosta (014) 269 1808.

Yhteistyöstänne kiittäen  
opiskelijat Sirpa Iivarinen ja Jukka Kokkinen

## Liite 2. Potilaskysely

### POTILASKYSELY

#### Taustatiedot

Ympyröikää oikean vastausvaihtoehdon edessä oleva numero tai kirjoittakaa vastaus sille varattuun paikkaan.

1. Sukupuoli

- 1 Nainen
- 2 Mies

2. Ikä \_\_\_\_\_ vuotta

3. Asumismuoto

- 1 Yksin
- 2 Perheen tai kumppanin kanssa

4. Tarvitsen apua kotona selviytyäkseni

- 1 En lainkaan
- 2 Päivittäisissä toiminnoissa
- 3 Lääkehoidon toteuttamisessa

5. Omaiseni oli mukana, kun sain sairaalassa ohjausta

- 1 Kyllä
- 2 Ei

6. Vastasin kyselyyn

- 1 Itsenäisesti
- 2 Omaisen kanssa



7. Arvioikaa neurologisella osastolla saamaanne ohjausta. Merkitkää rastilla parhaiten mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

	<b>täysin eri mieltä</b>	<b>jokseenkin eri mieltä</b>	<b>jokseenkin samaa mieltä</b>	<b>täysin samaa mieltä</b>	<b>Ei koske minua</b>
1. Minua kuunneltiin ohjauksen aikana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ohjattavia asioita sovellettiin elämäntilanteeseeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Annetut ohjeet perusteltiin minulle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sain halutessani esittää kysymyksiä hoitooni liittyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Minulla oli mahdollisuus keskustella tunteistani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Omaiseni saivat mahdollisuuden osallistua ohjaukseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Toivoin omaiseni osallistuvan ohjaukseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ohjaukseen varattiin riittävästi aikaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hoitojaksolla tuli ilmi, mihin ohjauksella pyritään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sain tuoda esiin omia tavoitteitani hoitojaksolla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ohjauksessa käytettiin ymmärrettävää kieltä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sain ilmaista mielipiteeni hoito-ohjeista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sain tietoa sopivina annoksina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hoitohenkilökunnalla oli riittävästi tietoa ohjattavasta asiasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ohjaustilanne oli rauhallinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>täysin eri mieltä</b>	<b>jokseenkin eri mieltä</b>	<b>jokseenkin samaa mieltä</b>	<b>täysin samaa mieltä</b>	<b>Ei koske minua</b>
16. Saamani ohjaus oli yksilöllistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Minulle annettiin riittävästi ohjausta sairaudesta, sen oireista ja syistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Minulle kerrottiin riittävästi sairauden ennusteesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sain riittävästi ohjausta lääkityksestä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Minulle kerrottiin siitä, miten kauan toipuminen kestää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sain mahdollisuuden antaa palautetta ohjauksesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Minulta varmistettiin, miten ymmärsin ohjattavat asiat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ohjauksessa käsiteltiin tarpeeksi hoidon jälkeisiä ongelmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sain ohjausta riittävästi omasta hoidosta kotona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ohjaus sairauslomasta oli riittävää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sain tarpeeksi ohjausta kontrollikäynneistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ohjaus oli riittävää sairauden vaikutuksesta perheeseen/ parisuhteeseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sain riittävästi ohjausta kuntoutuksesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



8. Miten arvioisitte saamanne ohjauksen kokonaisuutta? Merkitkää mielestänne sopivin vaihtoehto.

- 1 Huono
- 2 Välttävä
- 3 Tyydyttävä
- 4 Hyvä
- 5 Kiitettävä

9. Onko kotona ilmennyt ongelmia sairautenne hoidon suhteen? Jos, niin millaisia. Kirjoita alla oleville riveille.

---

---

---

---

---

10. Voitte kirjoittaa halutessanne tähän myös muita kommentteja kyselyyn liittyen.

---

---

---

---

---

**Kiitos! Vastauksenne on tärkeä.**