



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Juho Viitala
Thanh Tran
Ville Kuhmola

Aivovammapotilaan tiedollinen tuki

Internetissä olevien ohjeiden kartoitus ja analysointi voimava-
raistumista tukevan tiedon mukaan

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Ensihoitaja AMK

Ensihoidon koulutusohjelma

Opinnäytetyö

24.09.2019

Tekijät	Juho Viitala, Thanh Tran, Ville Kuhmola
Otsikko	Internetissä olevien ohjeiden kartoitus ja analysointi voimavaraistumista tukevan tiedon mukaan
Sivumäärä Aika	29 sivua + 1 liite 24.09.2019
Tutkinto	Ensihoitaja AMK
Tutkinto-ohjelma	Ensihoidon tutkinto-ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Ensihoito
Ohjaaja(t)	Lehtori Tuija Buure Lehtori Jukka Kesänen
<p>Aivovamman saa Suomessa arviolta 15000-20000 henkeä vuodessa, joten aiheena se on ajankohtainen ja koskettaa monia. Aivovammoja syntyy eniten putoamisten ja kaatumisten seurauksena, liikenneonnettomuuksissa, pahoinpitelyissä tai vapaa-ajan tapaturmissa. Ohjaus on keskeinen osa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen työtä ja tärkeä potilashoidon osa-alue, jota tapahtuu hoitoalalla päivittäin. Potilasohjauksen tärkeys korostuu entisestään hoitoaikojen lyhentyessä ja potilaiden kotiutumisten aikaistuessa. Potilasohjeiden laatu vaikuttaa ohjauksen onnistumiseen ja potilaan voimavaraistumiseen.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuinka internetistä löytyvät suomenkieliset potilasohjeet aivovammapotilaille perustuvat voimavaraistumista tukevaan tietoon. Työssä arvioitiin potilasohjeiden ulkoasua, opetuksellisuutta, sisältöä, kieltä ja rakennetta sekä luettavuutta. Opinnäytetyön tavoitteena oli aivovammapotilaiden potilasohjeiden yhdenmukaistaminen.</p> <p>Internetistä kartoitettujen aivovammapotilaiden potilasohjeiden ominaisuuksia arvioitiin ja tuotetut tulokset taulukoitiin. Opinnäytetyössä arvioitiin 32 ohjetta. Potilasohjeet olivat ulkoasultaan, kieleltään ja rakenteeltaan asianmukaisia, mutta suurin osa ohjeista olivat luettavuudeltaan vaikeita ja opetuksellisuudeltaan ohjeet olivat hyvin vaihtelevia. Sisällöllisesti potilasohjeet olivat puutteellisia ja ottivat huonosti huomioon potilaan ekonomista, sosiaaliyhteisöllistä ja kokemuksellista selviytymistä. Potilaan eettistä selviytymistä ei oltu huomioitu lähes ollenkaan.</p> <p>Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää potilasohjeiden laatimiseen sekä kehittämiseen. Potilasohjeita kehittämällä voidaan parantaa potilasohjausta enemmän potilasta voimavaraistavaksi. Potilasohjeita laatiessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota sisältöön, opetuksellisuuteen ja tekstin luettavuuteen.</p>	
Avainsanat	Aivovamma, potilasohjaus, potilasohje, voimavaraistuminen

Authors Title	Juho Viitala, Thanh Tran, Ville Kuhmola Analysing written patient instructions found on the internet for brain injury patients by using the theory of empowering patient education
Number of Pages Date	29 pages + 1 appendix 24 September 2019
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Emergency Care
Specialisation option	Emergency Care
Instructor(s)	Tuija Buure, Lecturer Jukka Kesänen, Lecturer
<p>It is estimated that 15000 – 20000 people a year suffer from a brain injury in Finland, so the topic is relevant and affects many. Brain injuries are most likely to occur as a result of falls, traffic accidents, assaults or everyday accidents. Patient education is an essential part in the work of health care professionals and an important part of patient care that takes place on a daily basis. The importance of patient counseling is further emphasized as treatment times shorten and patients return home sooner. The quality of patient instructions affects the success of counseling and patient empowerment.</p> <p>The purpose of this thesis was to find out how the Finnish instructions for patients with brain injuries found on the internet are based on the theory of empowerment. In the thesis we evaluated the appearance, teachability, content, language, structure and readability of the patient instructions. The aim of this thesis was to standardize the instructions for patients with brain injury.</p> <p>Characteristics of the patient instructions for patients with brain injury found on the internet were analyzed and the results were charted. The thesis evaluated 32 instructions. Patient instructions were appropriate in appearance, language and structure but most of the instructions were difficult to read and teachability varied widely. The contents of the patient instructions were inadequate, and they addressed the patients' economic, social and experiential coping poorly. Almost no consideration was given to the patients' ethical coping.</p> <p>The results can be used for the making and improving of the patient instructions. Improving the quality of patient instructions can improve patient counseling to be more empowering for the patient. When writing patient instructions, more attention should be paid to the content, teachability and readability of the text. Improving patient education is important because successful counseling improves the patients' quality of life and wellbeing comprehensively.</p>	
Keywords	Brain injury, patient education, patient education material, patient counseling, patient instruction, empowerment

Sisällys

1	Johdanto	3
2	Voimavaraistava potilasohje potilasohjauksessa	4
2.1	Voimavaraistuminen	4
2.2	Potilasohjaus	5
2.3	Potilasohje	7
2.3.1	Opetuksellisuus	8
2.3.2	Sisältö	9
2.3.3	Luettavuus	9
2.3.4	Ulkoasu	9
2.3.5	Kieli ja rakenne	11
3	Eri asteiset aivovammat	11
3.1	Aivovamma	12
3.2	Vamman vaikeusasteet	12
3.3	Traumaperäiset aivovammat	14
3.4	Aivoverenvuodot	15
4	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	16
5	Opinnäytetyön toteutus	16
5.1	Laadullinen tutkimus	16
5.2	Aineiston keruu ja kuvaus	18
5.3	Sisällönanalyysi	19
5.4	Analyysikehys	20
6	Tulokset	21
6.1	Ulkoasu	22
6.2	Opetuksellisuus	23
6.3	Sisältö	23
6.4	Kieli ja rakenne	24
6.5	Luettavuus	24
7	Eettisyys ja luotettavuus	24
8	Pohdinta	26
8.1	Tulosten tarkastelua	26

8.2 Hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	29
Lähteet	30
Liitteet	
Liite 1. Potilasohjeet	

1 Johdanto

Aivovammasta puhutaan tapahtumassa, jossa ulkoinen voima aiheuttaa aivojen toiminnassa häiriöitä tai rakenteellisia muutoksia. Suurin osa aivovammoista (71–98 %) ovat lieviä. Aivovamman taustalla on yleisemmin kaatuminen tai liikenneonnettomuus, lisäksi huomattava määrä hoitoa saavista potilaista (51%) on aivovamman saadessaan alkoholin vaikutuksen alaisena. (Käypä hoito -suositus 2017.) Aivovamman saa Suomessa arviolta 15000-20000 henkeä vuodessa, joten aiheena se on ajankohtainen ja koskettaa monia (Duodecim 2003).

Aivovamma määritellään siten, että potilaalla on täytynyt olla seuraavia oireita vamman akuuttivaiheessa: päänvamman aiheuttamaa sekavuutta, desorientoitumista, uneliaisuutta, tajuttomuutta tai tajunnantason laskua. Päänvammasta johtuva välitön muistikatko eli posttraumaattinen amnesia (PTA) tai jokin neurologinen löydös kuten halvausoire, näköhäiriö, kouristelu tai tasapainohäiriö viittaavat aivovammaan. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Voimavaraistumista tukeva tiedollinen tuki on oleellinen osa opinnäytetyötä. Voimavaraistumista pidetään moniulotteisena käsitteenä ja sen selittäminen yksiselitteisesti muodostuu haastavaksi (Leino-Kilpi – Mäenpää – Katajisto 1999: 26). Voimavaraistuminen koostuu kuudesta eri tiedon alueesta, joita ovat toiminnallinen, biofysiologinen, kokemusperäinen, sosiaalinen, taloudellinen ja eettinen tiedon alue (Rankinen – Salanterä – Virtanen – Leino-Kilpi 2014: 8).

Tässä opinnäytetyössä analysoidaan internetistä löytyviä aivovammapotilaille tarkoitettuja ohjeita valmiilla analysointiin tarkoitetulla rungolla. Opinnäytetyössä analysoidaan potilasohjeiden opetuksellisuutta, sisältöä, luettavuutta, ulkoasua ja kieltä sekä rakennetta. Opinnäytetyö on tilattu Aivovammaliiton ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhteisen hankkeen hyväksi Metropolian opiskelijoilta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kuinka internetistä löytyvät suomenkieliset potilasohjeet aivovammapotilaille perustuvat voimavaraistumista tukevaan tietoon. Opinnäytetyön tavoitteena on aivovammapotilaiden potilasohjeiden yhdenmukaistaminen.

2 Voimavaraistava potilasohje potilasohjauksessa

Opinnäytetyössä käsitellään voimavaraista potilaan tiedollista tukemista potilasohjeiden avulla.

2.1 Voimavaraistuminen

Voimavaraistuminen on moniulotteinen käsite ja sitä on haastavaa selittää yksiselitteisesti (Leino-Kilpi – Mäenpää – Katajisto 1999: 26). Sana empowerment tulee englanninkielestä ja sen suomentamista pidetään ongelmallisena. Se suomennetaan tieteellisessä kirjallisuudessa esimerkiksi sanoihin voimavaraistuminen, ihmis- ja voimavarakeskeisyys ja voimaantuminen sekä valtaistuminen tai täysivaltaistuminen. (Kivistö – Johansson – Virtanen – Rankinen – Leino-Kilpi 2009: 14; Kuokkanen – Leino-Kilpi – Katajisto 2012: 83; Kettunen – Poskiparta – Karhila 2002: 213–214.) Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä voimavaraistuminen kuvaamaan kaikkia edellä mainittuja käsitteitä. Opinnäytetyössä keskitytään voimavaraistumiseen sosiaali- ja terveysalalla ja erityisesti potilaan näkökulmasta. Voimavaraistuminen on prosessi, joka auttaa potilasta hallitsemaan omaa elämäänsä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Laadukas ja helposti ymmärrettävä tieto on yksi tärkeimmistä potilaan voimavaraistumista tukevista tekijöistä. Kun potilas saa ja pystyy osallistumaan hoitoonsa, on kyse onnistuneesta voimaannuttamisesta. Voimavaraistunut potilas osaa tunnistaa omat voimavaransa, mikä hyödyttää sekä potilasta itseään, että hoitohenkilökuntaa. (Tuorila 2013.)

Voimavaraistuminen jakautuu kuuteen eri keskeiseen tiedon alueeseen, joita ovat toiminnallinen, biofysiologinen, kokemusperäinen, sosiaalinen, taloudellinen sekä eettinen alue. Toiminnallinen tiedon alue sisältää liikuntakyvyn, ravitsemuksen sekä levon. Biofysiologinen tieto kattaa tiedon sairaudesta, oireet, hoidon ja haittavaikutukset. Kokemusperäiseen tiedon alueeseen kuuluvat sairaalakokemukset ja tunteet. Sosiaalisen tiedon alueita ovat perhe- ja potilassuhteet. Taloudellinen tiedon alue sisältää taloudelliset tekijät, joita ovat kustannukset ja taloudelliset edut. Eettiseen tiedon alueeseen kuuluu potilaalle kuuluvat oikeudet, oikeus päätöksentekoon ja velvollisuudet. (Rankinen – Salanterä – Virtanen – Leino-Kilpi 2014: 8; Leino-Kilpi – Luoto – Katajisto 1998: 116.) Ihmisen voimavaraistuminen on hänestä itsestään kiinni, jonka alkua ei pystytä toteamaan tietyn neuvon tai hetken seurauksena (Kettunen ym. 2002: 214). Voimavaraistumista tukevassa terveysneuvonnassa asiakkaalle ei voida antaa voimavaroja vaan asiakkaan on

itse tiedostettava ne. Voimavaraistumista tukeva tieto helpottaa asiakkaan omien voimavarojen käyttöönottoa. (Kivistö ym. 2009: 14.)

2.2 Potilasohjaus

Potilasohjaus on käsitteenä monin tavoin määriteltävissä. Potilasohjaus on ohjaajan ja ohjattavan tasavertaista vuoropuhelua (Eloranta – Virkki 2011 :19). Ohjauksen tavoitteena on pyrkiä parantamaan potilaan elämänlaatua ja kykyä toimia tulevaisuudessa halumallaan tasolla. Potilasohjaus eroaa tavallisesta kohtaamiskerrasta siten, että se on suunnitelmallisempaa ja sisältää enemmän tiedonantoa. Ohjauksessa potilas pyritään ohjaamaan oikeaan suuntaan kertomatta valmiita ratkaisuja, tavoitteena saada potilas itse ottamaan vastuu omasta hoidostaan. (Kyngäs ym. 2007: 25; Lipponen – Kanste – Kyngäs – Ukkola 2008.)

Onnistunut ohjaus mahdollistaa monia asioita ja vaikuttaa suuresti ohjattavan valmiuksiin ja kokemuksiin. Ohjaus rohkaisee potilasta osallistumaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. Päätöksentekoon osallistuminen edellyttää riittävää tiedon saantia. Ohjauksessa on keskeistä antaa riittävästi tietoa ohjattavalle häntä koskevasta hoidosta, sairaudesta, palvelusta ja muutoksista. Potilaalla on enemmän mahdollisuuksia osallistua hoitoonsa ja päätöksentekoon, kun hän tietää tarpeeksi tilanteestaan. Ohjauksen avulla potilaan valmiudet itsensä hoitamiseen lisääntyvät ja hänen itsenäinen selviytymisen edistyy. Potilasohjaus voi onnistuessaan parantaa potilaan elämänlaatua ja hyvinvointia kokonaisvaltaisesti. (Eloranta – Virkki 2011: 15-22.) Ohjauksen onnistumiseksi on tärkeää, että hoitohenkilökunta tunnistaa, mitkä ovat potilaan lähtökohdat eli mitä hän jo tietää. Lisäksi on hyvä miettiä etukäteen, mitä ohjattavan tulee tietää ja mikä on hänen ominaisin tiedonomaksumistapansa. Ohjauksen perustuessa potilaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen, potilas sitoutuu hoitoonsa paremmin. Onnistunut ohjaus siis vaatii potilaalta ja hoitajalta samoja odotuksia, tahtoa työskennellä yhdessä, tavoitteellisuutta ja uskoa ohjauksen moniin mahdollisuuksiin. (Kyngäs ym. 2007: 47-48.)

Ohjaus on keskeinen osa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen työtä ja tärkeä potilashoidon osa-alue, jota tapahtuu hoitoalalla päivittäin (Kyngäs ym. 2007: 5; Eloranta – Virkki 2011: 17, 22). Potilasohjauksen tärkeys korostuu entisestään hoitoaikojen lyhentyessä ja potilaiden kotiutumisten aikaistuessa (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen 2006: 1). Lyhenevät hoitoajat ja terveydenhuollon ammattilaisten rajalliset ohjausresurssit

asettavat haasteita potilasohjauksen toteuttamiselle ja hyvä potilasohjaus ei aina onnistu. Sekä potilaat että hoitohenkilökunta kokevat, että potilasohjaus on usein riittämätöntä. Ohjauksen haastavuutta ja puutteellisuutta lisäävät hoitohenkilökunnan vähyys ja siitä johtuva kiire sekä ohjauksen tavoitteiden ja arvioimisen puute. (Eloranta – Virkki 2011: 16-17.)

Jotta potilasohjaus olisi laadukasta, täytyy henkilökunnan ylläpitää valmiuksiaan pysymällä ajan tasalla hoitotieteissä ja varattava potilaan ohjaukseen tarpeeksi aikaa (Lipponen ym. 2008). Ohjauksen on oltava konkreettista ja selkeää, eikä monimutkaista lääketieteellistä terminologiaa tule käyttää (Lipponen ym. 2006: 49). Potilaat odottavat, että he saavat ohjausta koulutetulta ja pätevältä henkilökunnalta, joka osaa ottaa huomioon potilaan yksilölliset tarpeet (Eloranta – Virkki 2011: 16). Potilaat myös odottavat ohjaustilanteen olevan luottamuksellinen ja turvallinen, jossa häntä kuunnellaan ja kunnioitetaan (Kynngäs ym. 2007: 48). Laadukas potilasohjaus lähtee aina potilaan tarpeista, ja tulee huomioida, että potilaan sekä hoitohenkilökunnan taustatekijät, kuten ikä, motivaatio ja arvot vaikuttavat potilasohjaukseen, sillä vuorovaikutus on erilaista. Potilaan taustatekijät, jotka voidaan jakaa psyykkisiin ja fyysisiin ominaisuuksiin sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin, ovat perusta onnistuneelle potilasohjaukselle. (Lipponen ym. 2008.)

Potilasohjauksessa on monia eri ohjausmenetelmiä, sillä potilailla on erilaisia ohjaustarpeita ja tiedonomaksumistapoja. Erilaisia ohjausmenetelmiä ovat muun muassa yksilöohjaus, ryhmäohjaus, audiovisuaalinen ohjaus, suullinen ohjaus ja kirjallinen ohjaus. Sopivimman ohjausmenetelmän valinta vaatii ohjaajalta tietämystä ohjaamisesta ja potilaan lähtökohdista. On osoitettu, että potilaan omaksumistavasta huolimatta keskeisten asioiden kertaaminen ohjauksen lopussa on välttämätöntä, koska potilas pystyy muistamaan ja vastaanottamaan vain rajallisen määrän tietoa. Potilaat muistavat parhaiten ne asiat, joita heidän kanssaan käydään läpi sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä. Vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä on välttämätöntä ohjauksen vaikutuksen maksimoimiseksi. Usean eri ohjausmenetelmän käyttäminen yhtäaikaaisesti on siis suotavaa. (Kynngäs ym. 2007: 73-74.) Opinnäytetyössä käsitellään kirjallista ohjausta ja erityisesti kirjallisia potilasohjeita. Opinnäytetyössä potilasohjeesta puhuttaessa tarkoitetaan kirjallista potilasohjetta.

2.3 Potilasohje

Kirjallisella potilasohjeella tarkoitetaan erilaisia kirjallisia ohjeita ja oppaita, joita voidaan käyttää esimerkiksi suullisen potilasohjauksen tukena antamaan potilaalle tietoa hoidosta, saatavilla olevista palveluista ja sairauksista. Erilaiset kotiutuksen jälkeen annettavat hoitoon liittyvät ohjeet, ennen hoitoa annettavat ohjeet ja tietopaketit sairauksista ovat tavallisimpia kirjallisia ohjausmateriaaleja. Potilasohjeen käyttö tulee erityisen tarpeelliseksi tilanteissa, joissa suullinen ohjaus on rajallista ja niistä on tullut välttämättömiä sairaalassaoloaikojen lyhennyttyä. Kirjallinen ohje toimii tärkeänä lisätukena potilasohjauksessa, sillä on arvioitu, että pelkästään kertomalla annetut tiedot unohdetaan suurimmalta osin. Kirjallinen ohje annetaan usein suullisen ohjauksen yhteydessä, jolloin ohjetta voi läpikäydä yhdessä potilaan kanssa ja ohjeistus menee perille suuremmalla todennäköisyydellä. Kirjallista ohjetta ei suositella annettavaksi yksinään ilman suullista ohjausta tai vähintään ohjeen suullista läpikäymistä yhdessä potilaan kanssa. Potilaat kokevat kirjalliset ohjeet tarpeellisina ja tietynlaisena turvana. Kun ohjeet ovat kirjallisina, potilas voi palata niihin myöhemmin ja muistutella niitä mieleen yksinkin. (Eloranta – Virkki 2011: 73; Kyngäs ym. 2007: 73, 124.)

Potilasohjeita on monenlaisia ja ne tarjoavat eri tietoja potilaan tarpeiden mukaan. Koska kirjallisten ohjeiden tavoitteena on antaa tietoa potilaalle, tulee ne laatia potilaan tarpeet huomioon ottaen. Kirjallisilla ohjeilla voidaan antaa potilaalle esimerkiksi tietoa sairauteen liittyvistä seikoista, tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin valmistautumisesta, koti-, itse- ja jatkohoidosta. Ohjeen tulee pohjautua ajantasaiseen tutkittuun ja näyttöön perustuvaan tietoon ja sen tietojen tulee olla tarkastettuja ja noudattaa alueen hoitokäytäntöjä. Kirjallinen ohje ei saa kuitenkaan olla pelkästään tiukkaa käskyttämistä, vaan ohjeiden tulee olla potilaan tiedollisia tarpeita ja voimavaroja tukevia. Hyvä ohje on asenteeltaan asiallinen, arvostava ja potilaan itsemääräämisoikeutta huomioiva. Ohjeistuksessa täytyy perustella potilaalle se, että miksi häntä neuvotaan toimimaan tietyllä tavalla, varsinkin isoja elämäntapamuutoksia vaativissa asioissa perustelut ovat tarpeen. Potilasohjeiden pituus on hyvin vaihtelevaa, ne voivat olla sivun mittaisia lyhyitä ohjeistuksia tai useampisivuisia lehtisiä tai kirjasia. Pidempiä oppaitakin esiintyy potilasohjausmateriaaleina. Toki ohjeen pituudella on merkitystä, sillä ylipitkä ohjekirjanen jää todennäköisemmin lukematta, kuin sivun mittainen ohje. (Kyngäs ym. 2007: 124; Lipponen ym. 2006: 66; Eloranta – Virkki 2011: 74-76.)

Potilas voi osallistua mielekkäästi hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon vain, kun hänelle on ohjattu tarpeelliset tiedot. Voimavaralähtöisessä potilasohjauksessa potilaan on tarkoitus olla aktiivisesti mukana hänen terveyttään koskevassa päätöksenteossa. Koska kirjalliset potilasohjeet antavat tehokkaasti tietoa, ovat ne potilaan voimavaraistumista tukeva tekijä hänen hoidossaan. (Lipponen ym. 2006: 66-67.)

Potilasohjetta laatiessa on pohdittava lähtökohtia, jotka määrittelevät ohjeen sisältöä. Ohjeen on vastattava ohjeistusta antavan tahon tarpeisiin sekä potilaan tarpeisiin. Ohjaavan tahon tavoitteena on ohjata potilaita toimimaan oikealla tavalla ja potilaan tarpeena on saada oikeaa ja olennaista tietoa. (Torkkola ym. 2002: 34-38.) Konkreettisilla esimerkeillä ja kuvauksilla olennainen asia selkeytyy huomattavasti (Kyngäs ym. 2007: 126). Tutkitusti on todettu, että potilailla on usein vaikeuksia ymmärtää saamiaan kirjallisia potilasohjeita. Potilasohjausmateriaalit ovat usein kirjoitettu liian vaikeasti ja joissain tapauksissa ne jopa edellyttävät lukijalta aiempaa tietämystä aiheesta, jolloin ohjeiden tarkoituksella ei ole hyötyä. Huonosti ymmärrettävä ohje saattaa lisätä asiakkaan pelkoa ja huolta. Sisältö on usein liian laajasti ja yleisesti esitetty, jolloin spesifit asiakkaat jäävät huomiotta. Ohjeiden vaikeaselkoisuutta edistävät merkittävästi lääketieteellisen terminologian käyttö. Lääketieteellisten termien käyttöä tulisi välttää ja ohjeita laatiessa tulee muistaa, että hoitohenkilökunnalle jokapäiväiset perustermit voivat olla usein vieraita potilaille ja omaisille. (Salanterä ym. 2005; Wallace – Lennon 2004; Kyngäs ym. 2007: 125.) Kirjallista ohjausmateriaalia arvioidessa tarkastellaan ohjeen opetuksellisuutta, sisältöä, luettavuutta, ulkoasua sekä kieltä ja rakennetta (Salanterä ym. 2005: 219).

2.3.1 Opetuksellisuus

Hyvän potilasohjeen laatiminen tulee aloittaa pohtimalla, kenelle ohje kirjoitetaan, mikä ohjeen tarkoitus on ja mikä on ohjeen lukijakunta. Potilasohjeessa tulee mainita, kuka sen on laatinut ja kenelle se on tarkoitettu. Kirjallisen ohjeen sisältö tulee olla yksilöllistetty ohjeen kohderyhmän tarpeet huomioon ottaen. Ohje on onnistunut ja opetuksellinen silloin, kun potilas ymmärtää ohjauksen idean ja pystyy käyttämään sitä hyväkseen omaan tilanteeseensa. Kuvien osuus potilasohjeessa on tärkeässä roolissa. Potilaiden mielestä kuvitetut ohjausmateriaalit ovat erityisen hyviä. Kuvien käyttö potilasohjeessa auttaa potilasta ymmärtämään, tukemaan tekstin sisältöä ja herättää aiheeseen huomiota. Kuvat tulisi aina tekstittää kuvateksteillä, sillä ne helpottavat kuvien tulkintaa. Kuvia valitessa on otettava huomioon, että kuva on asiallinen ja aiheeseen liittyvä eikä ke-

tään loukkaava. Sisällön tulisi olla esillä pääkohdittain, jotta vältetään liialliselta informaatiolta. Hyvässä ohjeessa tulisi olla tietoa yhteydenotoista ja lisätiedon hankkimisesta. (Lipponen ym. 2006: 67; Kyngäs ym. 2007: 126; Salanterä ym. 2005: 219; Torkkola ym. 2002: 40.)

2.3.2 Sisältö

Ohjeen tulee olla tarkka ja ajantasainen. Sisällön tulee vastata kysymyksiin ”mitä?”, ”miten?”, ”miksi?”, ”milloin?”, ja ”missä?”. Kirjallisen ohjeen tulee täyttää voimavaraistumisen vaatimukset ja sisällön tulee ottaa yksilö kokonaisuutena huomioon. Pelkästään asiakkaan fyysisen vaivan käsittely ei riitä hyvän ohjeen kriteereiden täyttymiseen. Ohjeessa tulee olla huomioituna myös asiakkaan sairauteen, tutkimukseen ja hoitoon vaikuttavia tiedon alueisiin liittyviä voimavaraistuvia tekijöitä. Asiakkaan kokemukset terveyden hallinnasta ja siihen liittyvistä ongelmista voidaan tukea kuuden eri tiedon ulottuvuuden avulla. Eri tiedon ulottuvuudet esimerkein esiteltynä ovat: biofysiologinen (oireet ja tuntemukset), toiminnallinen (päivittäiset toiminnot), sosiaalisyhteisöllinen (läheisten mahdollisuus hoitoon osallistumisesta), kokemuksellinen (tunteet ja kokemukset), eettinen (salassapito) ja ekonominen (tuet ja kustannukset). Mahdollisimman kattava sisältö kuvaa mahdollisimman useaa eri tiedon ulottuvuutta. (Kyngäs ym. 2007: 126.)

2.3.3 Luettavuus

Tärkeimmät osat ohjeen luettavuuden kannalta ovat otsikot sekä väliotsikot. Pääotsikon kuuluu kertoa potilasohjeen tärkein asia, väliotsikot ohjaavat ja auttavat lukijaa löytämään etsimänsä tekstistä. Otsikko on kuitenkin vain parhaillaan hyvä alku, joka herättää lukijassa mielenkiinnon. Otsikot tulee olla lyhyitä ja selkeitä, lisäksi niitä voi korostaa suuraakkosilla tai lihavoinnilla. Yksittäiset sanat tai sanaparit väliotsikkoina auttavat lukijaa jatkamaan ohjeen lukemista loppuun asti mielenkiintoa ylläpitämällä. Potilasohjeen kuuluu edetä tärkeimmästä asiasta vähiten tärkeään. Mielenkiinnon kadotessa tärkeimmät asiat ovat olleet jo ohjeessa esillä ja potilasohjeen sanoma on tullut esille. (Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002: 39; Lipponen ym. 2006: 67–68; Eloranta – Virkki 2011: 76.)

2.3.4 Ulkoasu

Hyvän potilasohjeen laadinnassa yksi keskeisistä lähtökohdista on ulkoasu. Potilasohjeen ulkoasun tulee olla siisti ja tekstin virheetöntä. (Salanterä 2005: 219.) Ulkoasussa

keskeistä on taitto eli kuvien ja tekstin asettelu kirjallisessa materiaalissa. Hyvin suunniteltu ja viimeistelty taitto tekee ohjeen lukemisesta miellyttävämpää ja ohjeen ymmärrettävyys paranee. Tyhjää tilaa ei tarvitse vältellä tai yrittää täyttää ylimääräisillä teksteillä ja kuvilla, väljä taitto selkeyttää ohjetta ja helpottaa lukijaa. Tyhjä tila voi antaa lukijalle tilaa omille ajatuksille. Liian täyteen ahdettu ohje on sekava ja lukijalle vaikeaselkoinen. Tyhjän tilan täyttö voi myös luoda väärinymmärryksiä lukijassa esimerkiksi aiheesta poikkeavilla kuvilla. Taiton suunnittelu aloitetaan valitsemalla mieleinen asettelumalli, jonka mukaan ohjeen elementit kuten otsikot, tekstit ja kuvat asetellaan. Potilasohjeet laaditaan tavallisesti pysty- tai vaaka-asentoon A4 kokoiselle sivulle. Yksi- ja kaksisivuisten ohjeiden taitoksi suositellaan pystymallia, kun taas monisivuisten ohjeiden toimivin taitto on vaakasuuntainen. (Lipponen ym. 2006: 68; Torkkola ym. 2002: 41.)

Värejä on käytettävä potilasohjeissa hillitysti. Värilliset ohjeet herättävät enemmän huomiota kuin mustavalkoiset. Hillittyä lopputulosta tulee tavoitella ohjeita laatiessa. Paperin laadulla on myös merkitystä luettavuuden kannalta, mattapintaista paperia on helpompi lukea kuin valoa heijastavaa ja kiiltäväpintaista paperia. (Lipponen ym. 2006: 68.)

Potilasohjeen ulkoasuun vaikuttaa monet muutkin seikat taiton lisäksi. Tekstin tasaus, marginaalin leveys, kirjasintyyppi ja kirjasinkoko ovat osa ulkoasua ja vaikuttavat ohjeen luettavuuteen. Ohjeen teksti voi olla jaettuna yhteen tai moneen palstaan ja suositeltu rivin pituus on 55-56 merkkiä. Tavallisimmin käytetty kirjasinkoko on 12. Ohjeen kohde-ryhmän erityisvaatimukset ja rajoitteet tulee ottaa huomioon ulkoasua suunnitellessa, iäkkäille ja näkörajoitteisille potilaille fonttikokoa on suositeltavaa suurentaa heidän tarpeidensa mukaan. Erityisesti iäkkäiden tarpeita ei tulisi unohtaa, sillä arviolta 30-40 % yli 65-vuotiaista kokee, että potilasohjeet ovat vaikeasti luettavia. (Lipponen ym. 2006: 68; Eloranta – Virkki 2011: 74-76.)

Potilasohjeen kirjasintyyppin tulisi olla helposti luettava ja taustasta selvästi erottuva. Tavallisimpia ja käytetyimpiä fontteja ovat Arial ja Times New Roman, vanhuksille helppolukuinen fontti on Calibri. Tekstin tyylittelyllä voi herättää huomiota ja erottaa teksti muusta tekstistä. Otsikot ja painotettavat sanat voi esimerkiksi erottaa muusta tekstistä lihavoimalla tai käyttämällä isompaa kirjasinkokoa. Suoria lainauksia tulee erottaa kursivoinnilla. Alleviivauksia tulisi välttää, sillä ne heikentävät luettavuutta ja sekavoittavat ulkoasua. Suuraakkosia voi käyttää otsikoissa herättämään huomiota ja selkeyttämään. Leipätekstissä käytetään tavallisesti pienaakkosia. (Lipponen ym. 2006: 68; Eloranta – Virkki 2011: 74-76.)

2.3.5 Kieli ja rakenne

Hyvässä potilasohjeessa potilasta puhutellaan. Teitittelyn käyttö on aina suositeltavaa kirjallisissa ohjausmateriaaleissa. Passiivista kannattaa välttää, sillä se ei puhuttele suoraan, eikä näin herätä lukijan huomiota. Suoraa puhuttelua on suositeltavaa käyttää, koska silloin lukija huomaa varmasti, että teksti on osoitettu juuri hänelle. Suora puhuttelu ei saa kuitenkaan olla armeijamaista tai käskyttävää, vaan ohjaavaa ja perusteltua. (Lipponen ym. 2006: 67.) Havainnoivan yleiskielen käyttö tekee ohjeesta selkeästi ymmärrettävän (Torkkola ym. 2002: 42.)

Potilasohjeessa esitetään yksi asia kappaletta kohden. Pääasia esitetään ensimmäisessä virkkeessä. Tekstistä pitää saada yhdellä silmäyksellä käsitys siitä, mitä kappale sisältää. Virkkeiden ja sanojen kuuluu olla lyhyitä. Kielen, sanojen ja termien tulisi olla selkeitä, helposti ymmärrettäviä ja konkreettisia. Pitkien ja vierasperäisten sanojen sekä pitkien lauseiden käyttö tekee tekstistä vaikeasti ymmärrettävää. Liian lyhyet lauseet voidaan myös kokea raskaaksi luettavaksi, siksi kannattaakin käyttää lauseiden välissä kytkeäilmauksia: mutta, vaikka, sillä, myös, koska jne. Lääketieteellisten termien käyttöä tulisi välttää. Lääketieteellisten sanojen sisältö tulee määritellä, jos niitä kuitenkin käytetään. Vaikka sanat olisivat helppoja ja lyhyitä, ei se paranna jo valmiiksi vaikeaselkoisen sisällön ymmärrettävyyttä. Ohjeessa olisi suositeltavaa olla alussa tai lopussa yhteenveto sisällöstä. (Kyngäs ym 2007: 127; Salanterä ym. 2005: 223: 220; Wallace – Lennon 2004; Riitta Hyvärinen 2005.)

3 Eri asteiset aivovammat

Vuosittain 15000 - 20000 ihmistä saa aivovamman Suomessa, noin neljännes heistä hoidetaan sairaalassa (Kuisma – Holmström – Nurmi – Porthan – Taskinen 2017: 570). Ulkoisen energian kohdistama isku päähän aiheuttaa aivovamman. Iskun voimakkuus, mihin isku tarkalleen osuu, paikallisuus ja laaja-alaisuus ovat yhteydessä iskun saaneen potilaan neurologiseen oireistoon. Iskusta voi seurata aivotärähdys, aivoruhjevamma, kallonmurtuma tai aivokudoksen verenvuoto tai monikin samaan aikaan. (Castren – Aalto – Rantala – Sopenan – Westergård 2010: 396.)

3.1 Aivovamma

Aivovammalla tarkoitetaan sitä, kun aivoihin aiheutuu toiminnallisia häiriöitä tai rakenteellisia vaurioita päähän kohdistuvan ulkoisen voiman johdosta. Yleensä henkilö kärsii vamman jälkeisestä muistin menetyksestä, tajunnan tason laskusta tai muunlaisista toimintakyvyn muutoksista. (Honkinen – Kerminen – Mellenius – Willer - Von Wendt 2009: 23.) Ulkoinen voima voi olla isku, puristus, voimakas hidastuvuus tai lävistävä esine. Yleisiä aivovammoja aiheuttavia tapahtumia ovat kaatuminen, putoaminen, pahoinpitely ja liikenneonnettomuus. Näistä kaatuminen on yleisin Suomessa (n. 56%). (Käypä hoito -suositus 2017.) Aivovamman syynä voi olla myös ei traumaattinen tapahtuma esimerkiksi hapenpuute, keskushermoston verenvuoto, tulehdus tai pahanlaatuinen tauti (Honkinen ym. 2009: 24). Merkittävä osa hoitoa tarvitsevista potilaista on aivovamman saadessaan alkoholin vaikutuksen alaisena (51%) ja suurella osalla on myös ollut pitkäaikaista historiaa päihteiden väärinkäytöstä (Käypä hoito -suositus 2017).

Tapahtumaa jossa aivovamma on syntynyt, kutsutaan primäärivaurioksi. Primäärivaurion aikaansaamaa vauriota aivoissa ei voi enää hoitaa, sillä hermosolut ovat jo lopullisesti tuhoutuneet. Vaurioalueen ympäröimää aluetta taas voidaan suojata ehkäisemällä sekundäärivaurioita. Primäärivaurion aiheuttama vamma ei välttämättä ole vakava, mutta ympäröivät neuronit ovat vaarassa tuhoutua hapenpuutteen takia ja hoitamatta jäänyt vamma voi siksi aiheutua kohtalokkaaksi. Sekundäärivauriota pahentavat hypoksia, hypotensio, korkea ICP, hyperventilaatio, hypoventilaatio, kuume, hypo- ja hyperglykemia, hyponatremia, anemia ja kouristelu. Hoidolla koetetaan estää näiden tapahtumista alusta asti. (Kuisma ym. 2017: 573.)

3.2 Vamman vaikeusasteet

Aivovamman vaikeusasteita on neljää tyyppiä; lievä, keskivaikea, vaikea ja pysyvä vegetatiivinen tila (Powell. 2005: 40-44). Potilaan tajuntaa mitataan yleisesti GCS- (Glasgow Coma Scale) asteikolla, jossa potilas pisteytetään asteikolla 3-15, tajunnan mukaan. Karkeasti voidaan sijoittaa 3- 8 vaikeisiin-, 9-12 keskivaikeisiin- ja 13-15 lieviin aivovammoihin, mutta vasta lisätutkimuksilla saadaan varmuus vamman asteesta. (Forsbom – Kärki – Leppänen – Sairanen 2001: 46.)

Kaikista sattuneista aivovammoista 80% voidaan laskea lieviin aivovammoihin. Lievän aivovamman jälkioireena on enintään 24 tunnin muistinmenetykset, ei tajuttomuutta tai

enintään 30 minuutin tajuttomuus, yli puolen tunnin tajuttomuus muuttaa vamman asteen vakavammaksi. GCS- pisteet eivät saa laskea alle 13 seurannan aikana. TT- tai magneettikuvauksessa ei myöskään saisi olla löydöksiä. Lievässä aivovammassa neurokirurgisiin toimiin ei ole tarvetta. Kun aivovamma on todettu lieväksi, niin ei ole tarvetta jäädä seurantaan sairaalaan, vaan kotona valvonnan alla oleminen riittää. (Honkinen ym. 2009: 30.)

Keskivaikean aivovamman erottaa helpoiten lievästä vamman aiheuttamasta löydöksestä kallon sisältä, aivojen TT- tai magneettikuvauksessa (Nybo – Toivanen – Isokuortti – Ylinen – Melkas 2018). Kallonsisäisen löydöksen lisäksi keskivaikeassa aivovammassa GCS-pistemäärä voi olla laskenut 9–12 puolen tunnin sisällä vammasta, mutta GCS:n laskeminen voi kestää myös pidempään. Vammaa voi olla seurannut tajuttomuus, joka on kestänyt puolesta tunnista 24 tuntiin, muttei yli. Muistikatkos yleensä kestää päivästä 7 päivään. (Käypä hoito- suositus 2017.) Keskivaikean aivovamman saaneita potilaita seurataan aivovammapoliklinikalla säännöllisesti noin vuoden ajan. Lisäksi tarvittaessa seurantaa jatketaan säännöllisillä käynneillä siihen asti, kunnes kuntoutuminen on edennyt riittävän pitkälle. (Nybo ym. 2018.)

Vaikeassa aivovammassa löytyy aina vamman aiheuttama löydös aivojen TT- tai magneettikuvauksessa kallon sisältä. Löydöksen lisäksi jonkin seuraavista kriteereistä tulee täytyä, jotta vamman voi määritellä vaikeaksi; GCS-pistemäärä pysyy kahdeksassa tai sen alle yli puolen tunnin ajan vamman alkamisajasta, vammasta aiheutunut tajuttomuus kestää yli 24 tuntia, vamman aiheuttama muistinmenetys kestää viikon tai enemmän. (Käypä hoito- suositus 2017.) Jo keskivaikeakin aivovamma voi aiheuttaa pysyviä tai pitkittyviä toimintakykyä eritavoilla rajoittavia oireita. Vaikean aivovamman saaneet eivät yleensä enää kykene palaamaan työelämään. Kaikki vakavamman aivovamman saaneet ohjataan kuntoutukseen ja seurantakäynneille poliklinikalle säännöllisesti. Vaikeissa aivovammoissa saatetaan tarvita myös osastokuntoutusta ja fysio-, toiminta- tai puheterapiaa ainakin alkuvaiheessa. (Liimatainen – Rellman – Luoto – Wäljas – Ylinen 2016.)

Vamman aiheuttamana voi syntyä vegetatiivinen tila, jossa potilas voi olla koomassa useita kuukausia tai jopa vuosia. Yli kolme vuotta tässä tilassa olleen potilaan voidaan laskea olevan pysyvästi vegetatiivinen, eli kansankielellä kasvis (PVS). Vegetatiivisessa tilassa oleva henkilö pystyy hengittämään itsenäisesti, muttei pysty kommunikoimaan tai

ymmärtämään ympäröivää maailmaa. Henkilön GCS on aina alle 9, henkilön silmät voivat olla auki, sydän toimii ja normaalit refleksit ovat kunnossa. Henkilö ei kuitenkaan pysty syömään normaalia reittiä vaan tarvitsee syöttöletkun. Vegetatiivisessa tilassa olevalla saattaa myös tapahtua spontaaneja reaktioita, kuten yskää ja naurahduksia. (Powell 2005.)

3.3 Traumaperäiset aivovammat

Aivotärähdys on lievä aivovamma ja sen oireisiin kuuluu sekavuutta, muistamattomuutta lähimuistissa, pahoinvointia, huimausta, oksentelua ja päänsärkyä. Potilaat, jotka oireilevat voimakkaasti eikä kukaan voi jäädä seuraamaan heidän vointiaan tulisi viedä sairaalaan päivystyspoliklinikalle (Kuisma ym. 2017: 571). Aivotärähdyksessä voidaan poissulkea aivoruhjevamma TT-kuvan avulla. TT-kuvasta käy ilmi mahdolliset aivoruhjepisäkkeet. Aivotärähdyksen saanutta potilasta seurataan päivystyspoliklinikalla, kunnes hän on virkeä ja orientoinut sekä TT-kuva on normaali. Kotiuttaessa potilaalla on oltava riittävät valmiudet potilaan tarkkailuun. Potilaan vointia tarkkaillaan ensimmäisenä yönä muutaman tunnin välein lisääntyvien oireiden varalta, jotta ne huomataan ajoissa. Potilaan ja omaisen on saatava sairaalasta riittävät ohjeet aivotärähdyksen muutamien päivien kestävästä oireista sekä vamman luonteesta. (Castren ym. 2010: 397.)

Aivoruhjevamma tarkoittaa vaurioita aivokudoksessa. Tajuttomuus, pupillien kokoerot, valoreaktion muutokset sekä halvausoireet ovat yleisiä oireita aivoruhjevammalle. Jos näitä oireita ilmenee, on potilaan päästävä välittömästi päivystyspoliklinikalle. TT-kuvassa nähdään ruhjepisäkkeitä, jotka todistavat aivoruhjevamman. Todellinen vamman vaikeusaste huomataan vasta lähipäivinä vamman aiheuttamien sekundäärivaurioiden mukana. (Castren ym. 2010: 397.) Vamman mekanismi voidaan jakaa suoraan sekä epäsuoraan vammaan. Suoralla vammalla tarkoitetaan suoraa iskua päähän kuten kaatuminen ja epäsuoralla vamman mekanismeilla vammaan vaikuttavat nopeat liikkeiden vaihtelut aivokudokseen kuten liikenneonnettomuus. (Öhman 1995.)

Kallonmurtuma johtuu kovasta iskusta päähän. Hoito riippuu siitä, millainen aivovamma kallonmurtuman yhteydessä on syntynyt. Murtumat jaetaan kallon impressiomurtumaan ja kallonpohjan murtumaan. Impressiomurtumassa kalloluu painuu sisään. Tavallisimpia oireita ovat päänsärky sekä murtuman kohdalla sijaitseva haava. Haava suljetaan ja annetaan itsekseen parantua. Kallo voi jäädä työntyneeksi sisään, mutta vaiva on yleensä vain esteettinen. Kallonpohjan murtumassa murtuma kulkee linjassa nenänielun takana

ja kallonpohjassa. Tavallisimmat oireet ovat kasvohermon halvaus, kuulon heikentyminen, aivoselkäydinnesteen vuotaminen suusta, nenästä tai korvasta. Murtumalle ei ole hoitoa, mutta vaatii sairaalassa tarkkailua komplikaatioiden varalta. (Castren ym. 2010: 398.)

3.4 Aivoverenvuodot

Aivoverenvuoto on kallon sisällä sijaitseva verenvuoto ja niitä on muutamia sijainniltaan eroavia verenvuotoja. Kovan aivokalvon ja aivojen väliin kerääntyvää verenvuotoa kutsutaan subduraalihakematomaksi, joka on trauman aiheuttama. Oireita ovat verenvuodon puoleinen pupillien laajeneminen ja valolle reagoimattomuus, tajunnantason heikentyminen ja vastakkaisen puolen raajojen liikevasteiden heikentyminen. Aivokalvon ja aivojen väliin tihkuu verta traumasta ja potilaasta riippuen. Subduraalihakematomat jaetaan akuutteihin, subakuutteihin ja kroonisiin verenvuotoihin. Akuutissa verenvuodossa oireet näkyvät välittömästi, subakuutissa kolmen päivän kuluessa ja kroonisessa vasta noin kolmen viikon kuluessa. (Castren ym. 2010: 399-401.)

Epiduraalihakematooma kerää verta kovan aivokalvon sekä kallonluun väliin. Kyseessä on usein valtimoperäinen vuoto, joka helposti aiheuttaa potilaalle hengenvaarallisen tilan muutamassa tunnissa. Potilas voi aluksi olla oireeton ja nopeasti mennä tajuttomaksi vuodon laajentuessa. Oireita ovat vastakkaisen puolen raajojen liikevasteiden heikkentyminen ja vuodon puoleinen pupillin laajeneminen. (Kuisma ym. 2017: 571; Castren ym. 2010: 399-401.)

Aivokudoksen sisäistä verenvuotoa kutsutaan intracerebraalihakematomaksi (ICH). Tämä on yleensä yhteydessä aivoruhjeeseen. ICH voi myös ilmetä ilman traumaa. Tyypillisiä oireita ovat tajunnantason aleneminen, halvausoireet, pupillien koon ja reaktion muutokset.

Traumaattinen subaraknoidaalivuoto, eli lukinkalvonalainen verenvuoto esiintyy yleensä jonkun kallonsisäisen vamman yhteydessä. Yleisiä oireita ovat päänsärky ja silmien valoärsytys, sekä muista vammoista ilmenevät oireet. (Castren ym. 2010: 399-401.)

4 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kuinka internetistä löytyvät suomenkieliset potilasohjeet aivovammapotilaille perustuvat voimavaraistumista tukevaan tietoon. Opinnäytetyön tavoitteena on aivovammapotilaiden potilasohjeiden yhdenmukaistaminen.

Opinnäytetyö vastaa seuraavaan tutkimuskysymykseen:

Kuinka hyvin aivovammapotilaiden internetistä löytyvät potilasohjeet täyttävät voimavaraistumisteorian kriteeristön?

5 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön teoriaosuus toteutetaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmiä hyödyntäen. Internetistä löytyvien aivovammapotilaille tarkoitettujen potilasohjeiden analyysimenetelmänä käytetään sisällönanalyysiä.

5.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyö tehdään laadullisena tutkimuksena. Laadullista tutkimusta voidaan pitää virheellisesti oikealle tieteelliselle tutkimukselle niin sanottuna alustavana tutkimuksena. Laadullinen tutkimus on kuitenkin oma tutkimuksen lajinsa. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet eivät ole itsestään selviä. Kuitenkin ominaispiirteiden tunteminen on tärkeää, jotta saadaan toteutettua oikealla tekniikalla eheitä laadullisia tutkimuksia. (Kylmä – Juvakka 2007: 22.)

Laadullinen tutkimus voidaan luokitella kolmeen eri luokkaan, joista jokainen tyyli edustaa eri tutkimuksen tekotapaa. Laadullinen tutkimus voi olla induktiivinen. Se on aineistolähtöistä, jossa päätellään induktiivisesti edeten havainnoimalla yksittäistapauksia, joista edetään havaintoja yhdistellen isommaksi kokonaisuudeksi. Deduktiivinen päättelytapa on teorialähtöistä, joka etenee yleisistä tapauksista pienempiin kokonaisuuksiin. Abduktiivisessa päättelytavassa on käytössä deduktiivisia sekä induktiivisia eli teoreettisia sekä aineistolähtöisiä piirteitä. Abduktiivinen päättely on teoreettisten johtoideoiden todistamista aineiston sekä teorian avulla. (Kylmä – Juvakka 2007: 23.)

Teoriatieto kerätään pääosin käsin kirjastojen aineistoista, kirjoista ja hoitotieteellisistä julkaisuista. Myös terveysalan tietokantoja on hyödynnetty. Opinnäytetyön tiedonhaussa käytettyjä tietokantoja ovat Medic ja Cinahl. Tiedonhaku aloitetaan miettimällä käytettäviä hakusanoja valinta- sekä poissulkukriteereineen. Suomenkielisiä hakusanoja ovat aivovamma, potilasohjaus, potilasohje, potilasneuvonta, voimaantuminen ja voimavaroistuminen. Englanninkielisiä sanoja ovat empower, empowerment, patient education material, patient instruction, patient counseling, patient education ja brain injury. Tiedonhaku toteutetaan hakusanoilla etsien opinnäytetyön teoriaosuuteen liittyviä tutkimuksia. Teoriatieto kerätään pääosin käsin kirjastojen aineistoista, kirjoista ja hoitotieteellisistä julkaisuista.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmiä hyödynnetään opinnäytetyön teoriaosuudelle, koska se on hyvä ja järjestelmällinen tapa muodostaa kokonaiskuva valituista aihealueista ja asiakokonaisuuksista (Salminen 2011: 3). Kirjallisuuskatsaus on yleinen ja tutkimustyölle välttämätön väline ja menetelmä (Stolt – Axelin – Suhonen 2016: 9). Viime vuosikymmeninä kirjallisuuskatsausten käyttö on yleistynyt ja vakiintunut terveystieteellisessä tutkimuksessa (Kangasniemi – Utriainen – Ahonen – Pietilä – Liikanen 2013). Menetelmänä se on erittäin systemaattinen ja prosessimainen. Kirjallisuuskatsauksen avulla teoreettista käsitteistöä ja teoriaa saadaan tutkimukseen. (Stolt – Axelin – Suhonen 2016: 9.)

Kirjallisuuskatsauksia on laaja kirjo erilaisiin tarkoituksiin ja eri aineistoille (Stolt – Axelin – Suhonen 2016: 23). Opinnäytetyössä käytetyn narratiivisen eli kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kuvata aiheeseen liittyviä viimeaikaisia tai aikaisempia tutkimuksia (Stolt – Axelin – Suhonen 2016: 9). Eri kirjallisuuskatsauksista kuvaileva on tarkoituksenmukaisin etsimään ja kuvaamaan halutusta aiheesta keskeiset käsitteet ja mitä niistä jo tiedetään. Menetelmää käytetäänkin usein käsitteellisen ja teoreettisen kehyksen rakentamiseen ja aiheeseen liittyvän tiedon esittämiseen. Tästä syystä kuvaileva kirjallisuuskatsaus on sopivin menetelmä opinnäytetyön teoriaosuuteen. (Kangasniemi ym. 2013.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi eniten käytetyistä katsauksen tyypeistä. Sen avulla on mahdollista muodostaa laaja kokonaiskuva halutusta aiheesta. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta hyödynnettäessä on pyrittävä helppolukuisuuteen. (Salminen 2011: 6-7.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen huonoja puolia ovat subjektiivisuus ja satumanvaraisuus (Kangasniemi ym. 2013).

5.2 Aineiston keruu ja kuvaus

Opinnäytetyön aineiston muodostavat internetistä löytyvät aivovammapotilaille tarkoitetut potilasohjeet. Opinnäytetyöhön kartoitetaan internetistä vapaasti löytyviä potilasohjeita, kartoitus tehdään Google -hakukoneella, sillä se on yleisimmin käytetty yleinen hakukone, johon potilailla on helppo pääsy. Ohjeita ei etsitä tietokannoilla, koska ne eivät ole avoimia kaikille.

Aineistoksi valikoitui 32 ohjetta, joista 6 on kotihoito-ohjeita, 7 on seurantaohjeita, 14 on tietopaketteja, 1 on toimenpiteeseen valmisteleva ohje ja 4 on kuntoutusohjeita. Opinnäytetyöhön valikoituneet potilasohjeet voidaan jakaa kahteen ryhmään; sairaanhoitopiirien tai yksityisten sairaaloiden ohjeet ja kolmannen sektorin laatimat ohjeet. Opinnäytetyöhön valitaan suomenkieliset ohjeet. Ulkomaalaisia ohjeita analysoitaessa ei saada luotettavaa tulosta. Ohjeeksi vaaditaan 100-sanaiset tai sen ylittävät ohjeet, koska analyysikehys vaatii luettavuuden arvioimiseksi vähintään 100 sanan mittaiset ohjeet. Työhön valitaan traumaperäistä aivovammaa koskevan potilaan ohjeet. Kohderyhmänä ovat aivovammapotilaat sekä heidän omaisensa. Sisäänottokriteeriksi valitaan jo aivovamman saaneelle potilaalle tai hänen omaiselleen tarkoitetut ohjeet.

Taulukko 1. Ohjeiden tarkoitus

Ohjeen tyyppi	Lukumäärä
Kotihoito-ohje	6
Seurantaohje	7
Tietopaketti	14
Valmisteleva	1
Kuntoutusohje	4

Taulukko 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Ohje on suomenkielinen	Ohje on muu kuin suomenkielinen

Ohjeessa on 100 sanaa tai enemmän	Alle 100 sanaa
Ohje saatavilla internetistä	Ei löydy internetistä
Käsittelee aivovamman saaneen potilaan tai omaisen ohjeistusta	Ei sovi aiheeseen
Kohderyhmänä aivovammapotilaat ja heidän omaisensa	Ei sopiva kohderyhmä, kohderyhmänä hoitohenkilökunta
Ohje löydettävissä vapaasti internetistä	Ohje ei vapaasti löydettävissä internetistä

5.3 Sisällönanalyysi

Opinnäytetyössä kerätyn aineiston analysoimisessa hyödynnetään voimavaraistumista tukevaa kirjallisuutta. Opinnäytetyö toteutetaan laadullisia menetelmiä hyödyntäen teorialähtöisellä eli deduktiivisellä sisällönanalyysillä. Deduktiivinen analyysimalli pohjautuu aikaisemmin tutkittuun teoritietoon, deduktiivistä analyysimallia ohjaa aikaisemmin luotu tiedolle perustuva teoria. Teorialähtöistä sisällönanalyysiä varten aineistolle suunnitellaan kategoriat, joita sitten analysoidaan teoritietoon pohjaten. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 110-111.) Käytössä on tutkimusryhmän laatima analyysikehys (Salanterä ym. 2005), joka on luokiteltu viiteen eri pääluokkaan ja pääluokat jaetaan seitsemästä yhdeksään alakategoriaan. Sisällönanalyysillä kuvataan systemaattisesti kohteena olevaa analysoitavan aineiston tekstiä (Kylmä – Juvakka 2007: 112). Sisällönanalyysillä etsitään vastauksia aineistoissa ilmeneviin merkityksiin, tarkoituksiin, aikomuksiin, seurauksiin ja yhteyksiin. Olennaista sisällönanalyysille on, että tutkimusaineistosta pystytään erottamaan erilaisuudet sekä samanlaisuudet. (Janhonen – Nikkonen 2001: 23.)

Sisällönanalyysi on tieteellinen tekstianalyysimenetelmä, jonka tavoitteena on aineiston systemaattinen ja objektiivinen analysoiminen. Sisällönanalyysia käytettäessä kerätyn aineiston ei tarvitse olla valmiiksi eheä tai hyvin jäsennelty. Tästä syystä sisällönanalyysi sopii hyvin tämän opinnäytetyön analyysimenetelmäksi, koska analysoitava aineisto on strukturoimatonta. Tällä menetelmällä kerätty aineisto saadaan tiivistettyä ja järjestettyä johtopäätösten tekoa varten. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 117.)

5.4 Analyysikehys

Opinnäytetyössä aineiston analysoimiseen käytetään analyysikehystä, joka otetaan aikaisemmasta tutkimuksesta (Salanterä ym. 2005). Tutkimuksessa arvioitiin yhden yliopistosairaalan kirjallista potilasohjausmateriaalia analyysikehyksellä, jonka laatimissa hyödynnettiin aikaisempia tutkimuksia, kirjallisuutta, asiantuntijapaneelia sekä Wiion luettavuuskaavaa. Käytössä oleva analyysikehys on luokiteltu viiteen eri pääluokkaan, joita ovat ulkoasu, opetuksellisuus, sisältö, kieli ja rakenne sekä luettavuus. Aineiston analysointi tapahtuu analyysikehyksen avulla tapahtuvalla päättelyllä aiempaan tutkittuun teoriatietoon pohjautuen. Analyysikehyksessä olevat suuret esiintymistiheyteen koskien ovat kyllä 90-100%, suuressa määrin 50-90%, vähäisessä määrin 10-50%, ei 0-10% ja ei liity aiheeseen. Tämän lisäksi luettavuutta analysoidaan Wiion luettavuuskaavan (1968, 1997) avulla laskemalla potilasohjeen sata ensimmäistä sanaa (Salanterä ym. 2005: 221). Sadasta ensimmäisestä sanasta lasketaan pitkät sanat. Pitkä sana määritellään neljätavuiseksi tai sitä pidemmäksi. Pitkien sanojen määrä kerrotaan kertoimella 0,3, jonka jälkeen tulokseen lisätään 2,7. Luettavuus luokitellaan pisteisiin 1,0-12,0. Jos tulokseksi tulee 1,0-5,9, potilasohje on helppolukuista. Keskinkertainen teksti antaa tuloksen 6,0-9,0, vaikeassa tekstissä tulee tulos 9,1-12 ja yli 12 antava tulos on erittäin vaikeaa tekstiä.

Ulkoasun analysointiin kuuluu yhdeksän alaluokkaa. Ulkoasua arvioidaan selkeästi luet-tavan kirjasintyyppin ja kirjasinkoon mukaan, ovatko painotettavat sanat mahdollisesti al-leviivattu, kursivoitu, lihavoitu, harvennettu tai tyyppiä muutettu, joka jää lukijan mieleen, käytetäänkö tekstissä pääasiassa pieniä kirjaimia, onko kappalejako selkeä, onko teksti virheetöntä, ovatko otsikot ja väliotsikot tiedottavia ja selkeitä, ja ovatko mahdolliset ku-vat ja taulukot visuaalisesti selkeitä ja havainnollistavia.

Opetuksellisuutta arvioitaessa potilasohjeesta katsotaan: ilmoitetaanko kenelle ohje on tarkoitettu, mikä on ohjeen tarkoitus, onko ohjeessa esimerkkejä opetettavasta asiasta, kuvataanko miten tavoitteet saavutetaan, sisältääkö hoidon onnistumisen seurannan ku-vausta, mihin potilas voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa ja onko sisältö eritelty pääkoh-dittain.

Sisältöä arvioidaan potilasta voimavaraistavan tiedon alueiden mukaisesti. Voimavarat luokitellaan seuraaviin keskeisiin osa-alueisiin, joita ovat toiminnallinen, biofysiologinen, kokemusperäinen, sosiaalinen, taloudellinen, eettinen sekä kognitiivinen alue. Kaikki

alueet luokitellaan kognitiiviseksi, kun puhutaan yleisesti ihmisen omaavan riittävän tiedon ja ymmärtävänsä sen.

Kieli ja rakenne -osioon kuuluu kahdeksan alaluokkaa. Tekstiä arvioidaan neuvovan/ohjaavan sävyn mukaan, onko alussa tai lopussa yhteenvetoa sisällöstä, onko teksti kirjoitettu aktiivimuodossa, erottuuko pääasia selkeästi, onko sisältö esitetty johdonmukaisesti, onko teksti kirjoitettu ilman vierasperäisiä tai lääketieteellisiä sanoja, onko mahdolliset vierasperäiset tai lääketieteelliset sanat määritetty ja ovatko lauseet maksimissaan 20 sanaa lausetta kohden.

6 Tulokset

Analysoitavien potilasohjeiden ominaisuudet arvioitiin ja saadut tulokset taulukoitiin alla olevaan analyysikehykseen. Luettavuuskaavan mukaiset tulokset taulukoitiin erilliseen taulukkoon.

Taulukko 3. Kirjallisten potilasohjeiden ominaisuudet.

Ominaisuudet	Potilasohjeiden määrä	Kyllä	Suuresta määrin	Vähäisessä määrin	Ei/ei relevanttia
ULKOASU					
Kirjallisessa potilasohjeessa					
1. on selkeästi luettava kirjasintyyppi	32	32			
2. kirjasinkoko on 12 tai suurempi	32	17			15
3. teksti on virheetöntä	32	32			
4. kappalejako on selkeä	32	28	2	2	
5. kirjaimet ovat pääasiassa pieniä	32	32			
6. otsikot ovat selviä ja tiedottavia	32	22	3	2	5
7. painotettavat sanat on korostettu	32	8	6	13	5
8. on sisältöä kuvaavia kuvioita/ taulukoita	32	1	2	7	22
9. on visuaalisesti selkeät kuviot/ taulukot	32	5	1	5	21
OPETUKSELLISUUS					
Kirjallisessa potilasohjeessa on					
1. esitetty sisältö pääkohdittain	32	21	3	4	4
2. kerrottu mihin voi ottaa yhteyttä	32	14	1	4	13
3. ilmoitettu kenelle ohje on tarkoitettu	32	10	6	1	15
4. kuvattu miten potilaan tulee toimia	32	20	2	2	8
5. kuvattu miten hoidon onnistumista seurataan	32	3	3	11	15
6. opetettavaa asiaa selkeyttäviä esimerkkejä	32	1	4	8	19
7. kuvattu mikä on ohjeen tarkoitus	32	9	3	1	19
SISÄLTÖ					

Kirjallisen potilasohjeen sisällössä käsitellään potilaan	32	16	8	8	
1. tiedollista selviytymistä	32	6	9	6	11
2. toiminnallista selviytymistä	32	12	8	7	5
3. selviytymistä biofysiologisista ongelmistaan	32	2	1	2	27
4. ekonomista selviytymistä	32	3	5	11	13
5. sosiaalisyhteisöllistä selviytymistä	32	3	4	4	21
6. kokemuksellista selviytymistä	32			3	29
7. eettistä selviytymistä					
KIELI JA RAKENNE					
Kirjallisen potilasohjeen					
1. lauseet ovat lyhyitä ja yksinkertaisia	32	27	5		
2. sisältö on esitetty johdonmukaisesti	32	23	4	4	1
3. teksti on sävyltään ohjaava/neuvova	32	22	3	4	3
4. teksti on ilman lääketieteellisiä/vierasperäisiä sanoja	32	26	3	3	
5. pääasia erottuu selvästi	32	17	6	6	3
6. lääketieteelliset/vierasperäiset sanat on määritelty	32	3	2	1	26
7. teksti on kirjoitettu aktiivimuodossa	32	23	8	1	
8. alussa tai lopussa on yhteenveto sisällöstä	32			3	29

Taulukko 4. Wiion luettavuuskaavan tulokset.

Helppoa tekstiä (1,0 – 5,9)	Keskinkertaista tekstiä (6,0 – 9,0)	Vaikeaa tekstiä (9,1 – 12,0)	Erittäin vaikeaa tekstiä (>12,0)
0/32 ohjetta	2/32 ohjetta	9/32 ohjetta	21/32 ohjetta
0 %	6 %	28 %	66 %

6.1 Ulkoasu

Ulkoasultaan kaikissa 32 analysoitavassa potilasohjeessa oli käytetty selkeästi luettavaa kirjasintyyppiä. Käytetty kirjasinkoko oli hieman yli puolella ohjeista 12 tai suurempi, lopuilla oli yleisimmin käytetty kirjasinkokoa välillä 10-11. Kaikkien ohjeiden teksti oli virheetöntä ja kutakuinkin selkeillä kappaleajoilla. Ohjeissa oli käytetty pääosin pieniä kirjaimia, mutta painotettavia sanoja oli korostettu (lihavoitu, kursivoitu, väritetty) vaihtelevasti. Otsikoiden selkeys ja tiedottavuus vaihtelevat, mutta 22 potilasohjeessa otsikot ovat hyvin selkeitä ja tiedottavia. Suuressa määrin ja vähäisessä määrin selkeästi ja tiedottavasti otsikoituja ohjeita on noin saman verran. Viidessä potilasohjeessa otsikko oli epäselkeä tai riittämättömästi tiedottava. Suurimmasta osasta ohjeista (noin 70%) puuttuu sisältöä kuvaavia kuvioita tai taulukoita. Sisältöä kuvaavia taulukoita tai kuvioita on enemmän kuin suuressa määrin vain yhdessä ohjeessa 32:sta. Monessa ohjeessa oli

kuvioita tai taulukoita, jotka olivat visuaalisesti selkeitä, mutta eivät kuvanneet sisältöä tai liittyneet aiheeseen.

6.2 Opetuksellisuus

Potilasohjeista noin 70%:ssa sisältö esiteltiin selkeästi pääkohdittain, noin 30%:ssa potilasohjeista pääkohtien sisältö esiteltiin osittain tai ei ollenkaan. Noin 55%:ssa potilasohjeista oltiin ilmoitettu mihin ottaa yhteyttä tarvittaessa, kun taas noin 45%:ssa ohjeista ei oltu ilmoitettu mihin voi ottaa yhteyttä. Se kenelle potilasohje oltiin tarkoitettu, kerrottiin noin puolessa ohjeista. Potilaan toiminta tavoitteiden saavuttamiseksi on kuvattu noin 70%:ssa ohjeista. Seurantaohjeet hoidon onnistumiseksi oltiin hyvin esitetty vain kolmessa ohjeessa, noin 50%:ssa ohjeista ne puuttuivat kokonaan. Ohjeista noin 40%:ssa oli opetettavaa asiaa selkeyttäviä esimerkkejä jonkin verran tai suuressa määrin, noin 60%:ssa ohjeista ei ollut lainkaan selkeyttäviä esimerkkejä. Ohjeiden tarkoitus mainittiin selkeästi 9 ohjeessa, epäsuorasti 4 ohjeessa ja 19 ohjeessa tarkoitusta ei oltu mainittu tai se jäi epäselväksi.

6.3 Sisältö

Sisällöllisesti potilasohjeissa käsiteltiin potilaan tiedollista selviytymistä hyvin 50% kaikista ohjeista. Loput 50% ohjeista oli sisältänyt suuressa tai vähäisissä määrin tiedollista selviytymistä. Ohjeiden toiminnallinen selviytyminen jakautui tasaisesti jokaiseen osaluueeseen. Kuitenkaan ohjeista 11 kappaletta ei sisältänyt ollenkaan toiminnallista selviytymistä. Biofysiologisista ongelmista selviytymistä käsitteleviä ohjeita oli 27 kappaletta, joista vajaa 50% sisälsi tietoa hyvin. Tietoa suuressa määrin oli 8 ohjeessa ja 7 ohjeessa vähäisessä määrin. Potilaan ekonomista selviytymistä käsiteltiin hyvin ainoastaan kahdessa ohjeessa. Ohjeista 27 kappaletta ei sisältänyt ollenkaan tietoa potilaan ekonomisesta selviytymisestä. Sosiaalisyhteisöllistä selviytymistä sisälsi 32 ohjeesta 3 ohjetta hyvin. 13 ohjetta ei sisältänyt sosiaalisyhteisöllistä selviytymistä ollenkaan. Ohjeista 11 oli vähäisessä määrin sosiaalisyhteisöllistä selviytymistä sisältäviä. Suuressa määrin sosiaalisyhteisöllistä selviytymistä oli viidessä ohjeessa. Kokemuksellista selviytymistä oli yhteensä kaikista ohjeista noin 30%. Niistä 10% sisälsi kokemuksellista selviytymistä hyvin ja loput jakautuivat tasaisesti suuressa- ja vähäisessä määrin sisältäviin ruutuihin. Loput ohjeista ei sisältänyt ollenkaan kokemuksellista selviytymistä. Eettistä selviytymistä sisältäviä ohjeita ei ollut juuri ollenkaan. Ohjeista 29 kappaletta ei sisältänyt ollenkaan eettistä selviytymistä ja ohjeista 3 kappaletta vähäisessä määrin.

6.4 Kieli ja rakenne

Kielellisesti ja rakenteellisesti potilasohjeiden sisältö oli esitetty johdonmukaisesti noin 70 %:ssa ohjeista. Vain yhdessä ohjeessa sisältö oli epäjohdonmukaisesti esitetty. Ohjeissa käytetyt lauseet olivat lyhyitä ja yksinkertaisia suurimmassa määrin tai enemmän kaikissa analysoitavissa ohjeissa. Teksti oli yleisesti suurimmaksi osaksi sävyllään ohjaavaa tai neuvovaa. Pääasia erottui selvästi vain vähän yli puolella ohjeista ja jopa kolmessa ohjeessa pääasia ei erottunut selvästi. Lääketieteellisiä, vierasperäisiä tai ammattisanoja oli käytetty noin 20 %:ssa ohjeista, mutta aina niitä ei oltu määritelty. Melkein kaikki ohjeet olivat kirjoitettu aktiivimuodossa kokonaan tai suurimmalta osin. Suurimmassa osassa ohjeista (noin 90 %) ei ollut alussa tai lopussa yhteenvetoa sisällöstä.

6.5 Luettavuus

Potilasohjeiden luettavuutta arvioitiin Wiion luettavuuskaavan avulla, joka perustuu sanojen pituuteen ja pitkien sanojen määrään. Potilasohjeista yksikään ei ollut luettavuudeltaan helppoa tekstiä, 6% oli keskinkertaista tekstiä, 28% vaikeaa tekstiä ja 66% erittäin vaikeaa tekstiä.

7 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkittavaksi aineistoksi opinnäytetyöhön valittiin internetistä löytyviä aivovammaohjeita. Työhön osallistujat olivat hyvin kiinnostuneita ja sitoutuneita tutkimuksen tekoon. Opinnäytetyö tehtiin huolellisesti, ja siksi työhön kului paljon aikaa. Työ aloitettiin syksyllä 2018. Aineistoa kerättiin systemaattisesti internetistä manuaalisesti mahdollisimman monella hakusanalla, jotta tutkimukseen saatiin tarpeeksi aineistoa tulosten luotettavuuden kannalta. Aineistoa analysoitiin aina yhdessä koko ryhmän kanssa. Tällä tavalla saatiin mahdollisimman luotettavia tuloksia yhdessä pohtimalla ja minimoimalla virheet ja näkökulmien eroavaisuudet. Työssä käytettiin sisällönanalyysiä ja aineistoa analysoitiin virallisella hyväksi todetulla analyysirungolla, jolla sai tarkkoja tuloksia.

Opinnäytetyössä noudatetaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaista hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on perustettu opetusministeriön toimesta käsittelemään tieteelliseen tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä ja parantamaan tutkimuseetiikkaa (Kylmä – Juvakka 2007: 138). Tieteellinen tutkimus on eettisesti asianmukaista ja luotettavaa vain, jos tutkimus suoritetaan hyvän tieteellisen käytännön

mukaisesti. Hyvän tieteellisen käytännön ja tutkimusetiikan periaatteiden noudattaminen tekee tutkimuksen tuloksista uskottavia. Tutkimusetiikan periaatteita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että otetaan muiden tutkijoiden saavutukset huomioon kunnioittaen heitä oman tuloksen julkaisuvaiheessa. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös, että noudatetaan virallisia toimintatapoja, joihin kuuluu yleinen huolellisuus, tutkimustyön tarkkuus, tulosten esittämisessä ja arvioinnissa. Asianmukaiseen toimintatapaan kuuluu myös eettisesti kestävä tieteelliseen käytäntöön liittyvät tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät. (Kylmä – Juvakka 2007: 147; Tuomi – Sarajärvi 2018: 150; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6-7.)

Opinnäytetyössä pohdittavia eettisiä seikkoja ovat tekijöiden vastuu, työn vaikutukset tulevaisuuteen ja muihin ihmisiin sekä työn seuraukset. Työn yhteiskunnallinen ulottuvuus on tärkeä eettinen tekijä opinnäytetyössä. Työstä on oltava hyötyä yhteiskunnalle tai muille ihmisille. (Kylmä – Juvakka 2007: 144.) Lähteitä käytetään tekijöitä kunnioittaen, kriittisesti tarkastellen ja lähdeviitteet lisätään opinnäytetyöhön vaaditulla tavalla. Tiedonhaussa, tiedon analysoinnissa ja opinnäytetyön tuotoksen toteuttamisessa käytetään tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä menetelmiä.

Luotettavuutta arvioidaan koko opinnäytetyöprosessin ajan. Laadullista tutkimusta arvioidessa voidaan käyttää seuraavia luotettavuuskriteerejä: refleksiivisyys (tutkija on tietoinen, että voi tahtomattaan itse vaikuttaa tuloksiin omasta näkökulmastaan), vahvistettavuus (suunnitelma, josta ulkopuolinen lukija voi selvittää tutkimuksen vaiheet), uskottavuus (tulokset vastaavat osallistuneiden henkilöiden käsityksiä) ja siirrettävyys (tuloksia voi käyttää vastaavissa tutkimuksissa) (Kylmä – Juvakka 2007: 128-130). Aineistoa analysoidessa analyysoijan arvostukset, taidot ja oivalluskyky korostuvat ja vaikuttavat myös opinnäytetyön luotettavuuteen (Janhonen – Nikkonen: 36). Luotettavuuteen vaikuttavat myös useamman tekijän eri- tai samansuuntaiset tulokset, jolloin henkilön omat arvot ja taidot eivät niin paljon korostu analysointia tehdessä (Janhonen – Nikkonen: 37). Opinnäytetyön luotettavuuden arviointi on välttämätöntä tutkimustoiminnan ja sen tulosten hyödyntämisen kannalta (Kylmä – Juvakka 2007: 127). Epäluotettavat ja epäeettiset menetelmin toteutetut tiedonlähteet pyritään karsimaan pois. Lähteinä pyritään käyttämään vuosina 2009 – 2019 julkaistuja tutkimuksia, jotta vältetään käyttämästä vanhentunutta tietoa. Myös yhteys tulosten ja aineiston välillä tulee osoittaa mahdollisimman luotettavasti (Janhonen – Nikkonen: 36). Ohjeiden analysoinnissa käytetään vain siihen tarkoitettua analyysikehikkoa tarkalleen sille laadittujen ohjeiden mukaisesti.

Laadullista työtä arvioitaessa ei ole olemassa selkeää ohjetta. On kuitenkin tehty lista, jolla saa apua työn luotettavuuden arviointiin. Tutkimuksen kohteen ja tarkoituksen välillä voidaan mennä sekaisin. Pitää olla selvää mitä tutkitaan ja ketkä ovat tiedonantajia. Oma sitoutuminen ja kiinnostus lisäävät työn luotettavuutta. Työn luotettavuus riippuu aineiston keruuseen liittyen, ketkä tarkastelee aineistoa ja mikä on keruumenetelmä ja mitä toimintatapoja käytetään. Perustelut tutkimuksen tiedonantajille tulee olla selkeät ja tarkasti valitut. Tiedonantajien henkilöllisyyttä ei saa paljastaa. Aikataulu tutkimuksen kestolle vaikuttaa luotettavuuteen. Miten aineisto analysoidaan ja millä keinoilla johtopäätöksiin ja tuloksiin tullaan, on vaikutusta luotettavuuden arviointiin. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 164.)

8 Pohdinta

Opinnäytetyössä kartoitettiin ja analysoitiin internetistä löytyviä aivovammapotilaille tarkoitettuja potilasohjeita voimavaraistumista tukevan tiedon mukaan. Työn tarkoituksena oli vastata tutkimuskysymykseen ”kuinka hyvin aivovammapotilaiden internetistä löytyvät potilasohjeet täyttävät voimavaraistumisteorian kriteeristön?” ja siten selvittää, onko potilasohjeissa otettu potilaat todella huomioon. Tulokset kertovat millaisia ohjeita löytyy internetistä nykyään ja mitä kehittämishaasteita niissä on. Tulokset osoittavat kirjallisten potilasohjeiden ongelmakohdat ja saatuja tuloksia voidaan hyödyntää potilasohjeiden laatimiseen sekä kehittämiseen. Potilasohjeita kehittämällä voidaan parantaa potilasohjaus enemmän potilasta voimavaraistavaksi.

8.1 Tulosten tarkastelua

Hyvän potilasohjeen yksi keskeisistä lähtökohdista on ulkoasu. Potilasohjeen ulkoasun tulisi olla siisti ja tekstin virheetöntä. (Salanterä 2005: 219.) Hyvin suunniteltu ja viimeistelty ulkoasu tekee ohjeen lukemisesta miellyttävämpää ja parantaa ohjeen ymmärrettävyyttä (Lipponen ym. 2006: 68; Torkkola ym. 2002: 41). Potilasohjeiden ominaisuuksia tarkastellessa hyvän potilasohjeen kriteerit täyttyivät ulkoasun kohdalla parhaiten. Kehno ulkoasu tekisi ohjeesta sekavan ja vaikealukuisen. Suurimmaksi osaksi ohjeet olivat ulkoasultaan asianmukaisia ja helposti luettavia. Yksikään aineiston potilasohjeesta ei ollut ulkoasultaan merkittävästi vaikealukuinen tai sekava.

Yksilö tulee ottaa kokonaisuutena huomioon potilasohjeita laatiessa. Sisällön tulee vastata kysymyksiin ”mitä?”, ”miten?”, ”miksi?”, ”milloin?”, ja ”missä?”. (Kyngäs ym. 2007:

126.) Kaikki ohjeet vastasivat näihin kysymyksiin, mutta vain puolet ohjeista olivat vastanneet näihin hyvin. Toiminnallinen selviytyminen tarkoittaa päivittäisiin toimintoihin liittyvää neuvontaa ja siihen liittyvää tukemista. (Kyngäs ym. 2007: 126). Ainoastaan kuudessa ohjeessa oli ohjeistettu lukijaa hyvin. Ohjeista 11 kappaletta oli jättänyt tämän osa-alueen kuitenkin kokonaan pois. Tämä vaatisi parantamisen varaa. Biofysiologinen selviytyminen ohjaa potilaan oireisiin ja tuntemuksiin liittyvää epävarmuutta. (Kyngäs ym. 2007: 126). Ohjeista 5 kappaletta ei ollut sisällyttänyt ohjeisiin ollenkaan tätä osa-aluetta ja vain vajaa puolet ohjeista oli sisällyttänyt tämän osa-alueen hyvin. Ekonomisen selviytyminen on tukiin ja kustannuksiin liittyvää ohjausta (Kyngäs ym. 2007: 126). Ekonomista selviytymistä kaikista ohjeista vain kahdessa ohjeessa selitetty hyvin. Tämä osa-alue vaatii parannusta tulevaisuudessa, potilaan ekonomista selviytymistä olisi tärkeää huomioida enemmän.

Sosiaalisyhteisöllinen selviytyminen tarkoittaa potilaan läheisten mahdollisuutta osallistua hoitoon (Kyngäs ym. 2007: 126). Sosiaalisyhteisöllistä selviytymistä oli selitetty kolmessa ohjeessa hyvin 32:sta ohjeesta. Sosiaalisyhteisöllinen selviytyminen oli jätetty pois 13:sta ohjeesta. Kokemuksellinen selviytyminen on tunteisiin ja kokemuksiin liittyvää ohjausta (Kyngäs ym. 2007: 126). Tämä osa-alue oli sisällytetty noin kolmasosaan ohjeista tasaisesti eri ominaisuuksiin. Eettinen selviytyminen sisältää salassapitoon liittyvää tunteiden ulottuvuutta (Kyngäs ym. 2007: 126). Kolme ohjetta oli sisällyttänyt tämän osa-alueen ja niissäkin vain vähäisessä määrin.

Tutkimuskysymyksenä ”kuinka hyvin aivovammapotilaiden internetistä löytyvät potilasohjeet täyttävät voimavaraistumisteorian kriteeristön?” vastatessa voidaan todeta, että sisällöllisesti potilasohjeet ovat yleisesti ottaen heikosti tehtyjä. Vain tiedollista selviytymistä sisälsi noin puolet ohjeista hyvin. Kokemuksellista sekä eettistä selviytymistä ei juurikaan ollut sisällytetty ohjeisiin. Ohjeet eivät olet yhdenmukaisia sisällöltään. Ohjeissa on paljon eroavaisuuksia sekä ohjeet yleisesti ottaen ovat välttävää tasoa voimavaraistumisteorian kriteeristöä ajatellen. Mahdollisimman kattava sisältö kuvaa mahdollisimman useaa eri tiedon ulottuvuutta (Kyngäs ym. 2007: 126). Voidaan todeta, että sisällöltään ohjeet eivät ole kovin kattavia eikä yhtenäisiä. Kehitysehdotuksena tulevaisuudessa ohjeiden tekoon pitäisi olla yhtenäinen ohje, jolla saadaan ohjeista mahdollisimman kattavia ja potilaalle mahdollisuus mahdollisimman monelle tiedon ulottuvuudelle voimavaraistuvan ohjeen toteuttamiseksi.

Opetuksellisuuden näkökulmasta merkittävin kehityskohta olisi esimerkkien lisääminen potilasohjeisiin. Hyvä potilasohje tulisi aloittaa pohtimalla kenelle ohjetta kirjoitetaan ja kenelle se on tarkoitettu, mutta vain puolet ohjeista mainitsivat ohjeen kohteen suoraan otsikossa tai epäselvästi tekstissä. Myös ohjeen tarkoituksen miettiminen on mainittu tärkeäksi osaksi potilasohjeen laatimista, mutta vain 30%:ssa ohjeista oltiin erikseen määritelty tarkoitus, joka olisi aina hyvä mainita. Potilasohje on onnistunut ja opetuksellinen silloin, kun potilas ymmärtää ohjauksen idean ja pystyy käyttämään sitä hyväkseen omaan tilanteeseensa, tässä suurin osa ohjeista onnistuikin ja toimintaohjeet oltiin melkein kaikissa ohjeissa opastettu. Kuvalliset ohjeet tukevat myös ohjeen opetuksellisuutta, kuitenkin opetuksellisesta näkökulmasta näihin ohjeisiin ei oltu lisätty sopivia kuvia. Ohjeissa olleet kuvat enemmänkin häiritsevät oppimista, sillä suurin osa ei liittynyt mitenkään ohjeeseen. Potilasohjeista suurimmassa osassa oltiin onnistuttu esittämään sisältö pääkohdittain selkeästi, vain n. 30%:ssa ohjeista oltiin teksti jätetty lajittelematta esimerkiksi otsikoiden alle tai kappalejaoin, joka vähensi ohjeen opetuksellisuutta. Hyvässä ohjeessa tulisi olla tietoa yhteydenotoista ja lisätiedon hankkimisesta, kuitenkin 45%:ssa valituista ohjeista ei oltu mainittu yhteistietoja. (Lipponen ym. 2006: 67; Kyngäs ym. 2007: 126; Salanterä ym. 2005: 219; Torkkola ym. 2002: 40.)

Potilasohjeen tekstin tulisi olla kieleltään ja rakenteeltaan selkeää ja helposti ymmärrettävää. Kappalejakoja tulee tehdä lukemisen ja ymmärtämisen helpottamiseksi. Sanojen ja termien tulisi olla konkreettisia ja pitkiä vierasperäisiä sanoja tulisi välttää. Liian pitkät lauseet myös vaikeuttavat ymmärtämistä. Jos potilasohjeessa käytetään lääketieteellisiä termejä, tulee ne määritellä selkeästi. Ohjeessa olisi hyvä olla yhteenveto sisällöstä joko alussa tai lopussa. Kielen ja rakenteen osalta analysoitavat potilasohjeet olivat yleisesti ottaen asianmukaisia ja helppolukuisia muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta. Ohjeissa voisi kuitenkin esiintyä useammin yhteenvetoja. Noin viidesosa ohjeista sisälsi lääketieteellisiä tai vierasperäisiä sanoja, jotka voivat olla potilaalle vieraita. Läheskään aina näitä lääketieteellisiä sanoja ei oltu kuitenkaan määritelty. Potilasohjeita laatiessa tulisi ottaa enemmän huomioon potilas ja potilaan voimavaraistuminen. (Kyngäs ym. 2007: 127; Salanterä ym. 2005: 223: 220; Wallace – Lennon 2004; Riitta Hyvärinen 2005.)

Potilasohjeiden luettavuutta analysoitiin Wiion luettavuuskaavan avulla. Käytetyssä aineistossa luettavuuskaavan arvot vaihtelivat välillä 7,8-15,6. Potilasohjeita huolestuttavan suuri osa (noin 94%) oli vaikeasti tai erittäin vaikeasti luettavaa tekstiä. Yksikään ohje ei täyttänyt helposti luettavan tekstin arvoja. Kirjalliset potilasohjeet on aiemminkin

todettu olevan luettavuudeltaan liian vaikeita (Salanterä ym. 2005: 226). Tämän opinnäytetyön tulokset samaistuvat aikaisempiin tutkimuksiin.

8.2 Hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa potilasohjauksen ja ohjausmateriaalien kehittämisenä. Saatuja tuloksia voidaan käyttää uusien potilasohjeiden laatimiseen sekä jo olemassa olevien parantamiseen. Potilasohjeita kehittämällä voidaan parantaa potilasohjausta enemmän potilasta voimavaraistavaksi, mikä tukee potilaslähtöisyyttä jokapäiväisessä hoitotyössä. Entistä parempi ja voimavaraisuutta enemmän tukeva potilasohjaus antaa potilaille lisää mahdollisuuksia oman terveytensä ja sairautensa hallitsemiseen, hoitoonsa osallistumiseen ja terveyttään koskevien päätösten tekemiseen.

Tuloksista voidaan todeta, että jatkossa potilasohjeita laatiessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota erityisesti sisältöön, opetuksellisuuteen ja tekstin luettavuuteen. Tuloksista voidaan huomata merkittävä ongelma-alue kirjallisten potilasohjeiden luettavuudessa. Suurin osa ohjeista luokiteltiin vaikeiksi tai erittäin vaikeiksi luettavuudeltaan. Ohjeita voisi jatkossa kehittää luettavuuskaavan tuloksia tarkastelemalla helpommin luettaviksi, mutta se lienee haasteellista suomen kielen pitkien sanojen yleisyyden vuoksi. Jatkossa tulisi tutkia lisää, miten hyvin potilaat pystyvät hyödyntämään saamiaan kirjallisia ohjeita ja miten annetut potilasohjeet tukevat tai vaikuttavat muuhun potilasohjaukseen.

Ohjeiden pitäisi mennä asiaan kuuluvan virallisen tahon seulan läpi ennen ohjeen jakamista internetiin, jonka avulla toteutettaisiin potilaalle ohjeen löytämiseksi aina mahdollisimman kattava ohje tulevaisuudessa yhtenäisten ohjeiden hyväksi. Kirjallisille ohjeille voisi kehittää yhteisen kriteeristön, jonka avulla julkaistut ohjeet olisivat mahdollisimman yhtenäisiä ja tasalaatuisia.

Lähteet

Aikuisiän aivovammat 2003. Duodecim. Terveysportti. Verkkodokumentti. <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2003/7/duo93506>>. Luettu 9.10.2018.

Aivovammat 2017. Duodecim. Käypä hoito -suositus. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi18020>>. Luettu 9.10.2018.

Castren, Maaret – Aalto, Sakari – Rantala, Elina – Sapanen, Pertti – Westergård Airi 2010. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki. WSOY.

Eloranta, Tuija – Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki. Tammi.

Forsbom, Maj-Britt – Kärki, Erja – Leppänen, Liisa – Sairanen, Riitta 2001. Aivovaurio-potilaan kuntoutus. Helsinki. Kustannus osakeyhtiö Tammi.

Honkinen, Olli – Kerminen, Mari – Mellenius, Nina - Willer, Von Wendt, Lennart 2009. Lapsen aivovamma: perustietoa syntymän jälkeisistä aivovammoista ja kuntoutuksesta. Helsinki. Edita Prima Oy.

Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Duodecim. Verkkodokumentti. <<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf>>

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Marja 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

Kangasniemi, Mari – Utriainen, Kati – Ahonen, Sanna-Mari – Pietilä, Anna-Maija – Jääskeläinen, Petri – Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4). 291–301.

Kettunen, Tarja – Poskiparta, Marita – Karhila, Päivi 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede 14 (5). 211–222.

Kivistö, Katja – Johansson, Kirsi – Virtanen, Heli – Rankinen, Sirkka – Leino-Kilpi, Helena 2009. Asiakkaan voimavaraistumista tukeva terveysneuvonta työterveyshoitajan työssä. Hoitotiede 21 (1). 13–22.

Kuisma, Markku – Holmström, Peter – Nurmi, Jouni – Porthan, Kari – Taskinen, Tuomas. 2017. Ensihoito. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kuokkanen, Liisa – Leino-Kilpi, Helena – Katajisto, Jouko 2012. Sairaanhoidtajien käsitkset valtaistumisestaan ja siihen liittyvistä tekijöistä työssään. Hoitotiede 24 (1). 82–91.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila – Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita.

Leino-Kilpi, Helena – Luoto, Eija – Katajisto, Jouko 1998. Elements of Empowerment and MS Patients. *Journal of Neuroscience Nursing* 30 (2). 116–123. Luettu 8.2.2019.

Leino-Kilpi, Helena – Mäenpää, Inger – Katajisto, Jouko 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. Luettu 8.2.2019.

Liimatainen, Suvi – Rellman, Johanna – Luoto, Teemu – Wäljas, Minna – Ylinen, Aarne 2016. Lääkärilehti. Verkkodokumentti. <<https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.metropolia.fi/tieteessa/katsausartikkeli/aivovammojen-ali-ja-ylidiagnostiikka/>>. Luettu 23.2.2019.

Lipponen, Kaija – Kanste, Outi – Kyngäs, Helvi – Ukkola, Liisa 2008. Henkilöstön käsitukset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* Vol. 45 Nro. 2 (2008). Luettavissa myös verkossa. <<https://journal.fi/sla/article/view/597>>. Luettu 13.10.2018.

Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. *Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja* 4/2006.

Luoto, Teemu – Hokkanen, Laura – Vartiainen, Matti – Hänninen, Timo – Tuominen, Markku – Parkkari, Jari – Öhman, Juha 2014. Lääkärilehti. Verkkodokumentti. <<https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.metropolia.fi/tieteessa/katsausartikkeli/aivotarhdykset-urheilussa/>>. Luettu 9.10.2018.

Nybo, Taina – Toivanen, Veera – Isokuorti, Harri – Ylinen, Aarne - Melkas, Susanna. 2018 Lääkärilehti. Verkkodokumentti. <<https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.metropolia.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/tyohonpaluu-lievan-tai-keskivaikean-aivovamman-jalkeen-onnistuu-useimmilta/>>. Luettu 23.2.2019.

Powell, Trevor 2005. Päänvammat. Helsinki: Edita.

Rankinen, Sirkku – Salanterä, Sanna – Virtanen, Heli – Leino-Kilpi, Helena 2014. Empowering Patient Education Programme –Examples of Reviews Conducted in Education. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Luettu 8.2.2019

Salanterä, Sanna – Virtanen, Heli – Johansson, Kirsi – Elomaa, Leena – Salmela, Marjo – Ahonen, Pia – Lehtikunnas, Tuija – Moisander, Marja-Liisa – Pulkkinen, Marja-Leena – Leino-Kilpi, Helena 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede* 17 (4). 217–228.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Luettavissa myös verkossa. <https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf>.

Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Torkkola, Sinikka – Heikkinen, Helena – Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki. Tammi.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.

Tuorila, Helena 2013. Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijaa. Duodecim. Terveysportti. Verkkodokumentti. <<https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo10877>>. Luettu 10.10.2018.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkodokumentti. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Luettu 10.9.2019.

Wallace, Lorraine Silver – Lennon, Elizabeth S. 2004. American Academy of Family Physicians patient education materials: Can patients read them?. Health Literacy and Family Medicine. Family Medicine 36 (8). 571–574. Luettavissa myös verkossa. <<https://fammedarchives.blob.core.windows.net/imagesandpdfs/fmhub/fm2004/September/Lorraine571.pdf>>.

Öhman, Juha 1995. Aivoruhjevamman akuutin vaiheen hoito. Duodecim. Verkkodokumentti. <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/1995/21/duo50466>>. Luettu 8.3.2019

Potilasohjeiden linkit

Ohjeita lievän pään vamman saaneille, Käypä hoito	https://www.terveysportti.fi/xmedia/nix/hoi18020c.pdf
Tietoa lievästä aivovammasta, Aivovammaliitto	http://www.aivovammaliitto.fi/wp-content/uploads/2015/06/Tietoa_lievasta_aivovammasta.pdf
Aivotärähdyks -potilasohje, Terve.fi	https://www.terve.fi/artikkelit/aivotaradyspotilasohje
Aivovammat, Terveyskylä	https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivovammat
Tajunnantason arviointi, Terveyskylä	https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivovammat/tietoa-aivovammoista/tajunnantason-arviointi
Lievät aivovammat, Terveyskylä	https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivovammat/liev%C3%A4t-aivovammat
Aivovammojen akuuttihoito, Terveyskylä	https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivovammat/vakavat-aivovammat/aivovammojen-akuuttihoito
Aivokudoksen ulkopuoliset aivoverenvuodot, Terveyskylä	https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivovammat/vakavat-aivovammat/aivokudoksen-ulkopuoliset-aivoverenvuodot
Aivoruhjeet, Terveyskylä	https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivovammat/vakavat-aivovammat/aivoruhjeet
Kallonmurtumat ja lävistävät vammat, Terveyskylä	https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivovammat/vakavat-aivovammat/kallonmurtumat-ja-l%C3%A4vist%C3%A4v%C3%A4t-vammat
Krooninen kovakalvonalainen vuoto eli subduraalivuoto, Terveyskylä	https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivovammat/vakavat-aivovammat/krooninen-kovakalvonalainen-vuoto-eli-subduraalivuoto
Aivovamman jälkitila ja kuntoutus, Terveyskylä	https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivovammat/aivovamman-j%C3%A4lkitila-ja-kuntoutus

Kriisiapua aivovammapotilaan omaisille, Terveyskylä	https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivovammat/aivovammapotilaan-omaisille/kriisiapua-aivovammapotilaan-omaisille
Aivokuolema ja elinluovutus, Terveyskylä	https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivovammat/aivovammapotilaan-omaisille/aivokuolema-ja-elinluovutus
Avainasiaa aivovammasta, Aivovammaliitto	http://www.aivovammaliitto.fi/wp-content/uploads/2015/06/Avainasiaa.pdf
Tietoa lievästä aivovammasta, Aivovammaliitto	http://www.aivovammaliitto.fi/wp-content/uploads/2018/06/Tietoa-liev%C3%A4st%C3%A4-aivovammasta-1.pdf
Aivotärhdys, Sairaana	http://www.sairaana.com/sairaudet/aivotarhdys
Aivotärhdys, Sairas Lapsi	http://www.sairaslapsi.com/sairaudet/aivotarhdys
Ohjeita lievän pään vamman saaneille, Käypä hoito	https://www.kaypahoito.fi/nix02518
Aivojen kovakalvonalaisen verenpurkauman jälkeen, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri	https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHP/Aivojen%20kovakalvonalaisen%20verenpurkauman%20j%C3%A4lkeen.pdf
Kotihoito-ohje aivovaltimoaneurysmaleikkauksen tai embolisaation jälkeen, HUS	https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/Documents/kotihoito-ohje%20aivovaltimoaneurysmaleikkauksen%20tai%20embolisaation%20j%C3%A4lkeen.pdf
Pään ja aivojen tietokonetomografia, SataDiag	https://hoito-ohjeet.fi/Ohjepankki-SATSHP/Pään%20ja%20aivojen%20tietokonetomografia.pdf
Lapsen seuraaminen kotona aivotärhdysten jälkeen, Satasairaala, Satakunnan sairaanhoitopiiri	https://hoito-ohjeet.fi/Ohjepankki-SATSHP/Lapsen%20seuraaminen%20kotona%20aivot%C3%A4r%C3%A4hdysten%20j%C3%A4lkeen.pdf
Lievän päävamman jälkeen, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri	https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHP/Liev%C3%A4n%20p%C3%A4%C3%A4vamman%20j%C3%A4lkeen.pdf

Aivotärähdyks; Lapsen seurantaohjeet, Lapuan kaupungin terveystakeskus	https://www.lapua.fi/files/Kuvitus/LAP-SEN_AIVOTRHDYS.pdf
Aivotärähdykspotilaan seuraaminen kotona, Aava	https://www.aava.fi/sites/default/files/aivotarahdysohje-aava.pdf
Aivotärähdyksen saaneen potilaan hoito kotona, Carea	http://www.carea.fi/import/.3.%20Potilasohjeet/P%C3%A4ivystys/100215%20Aivot%C3%A4r%C3%A4hdys.pdf
Päävamma (lievä) / potilasohje, Lapin sairaanhoitopiiri	http://www.lshp.fi/fi-FI/Potilaille_ja_laheisille/Potilasohjeita__Ohjeita/Paavamma_lieva__potilasohje(8032)
Pään vammat / potilasohje, Lapin sairaanhoitopiiri	http://www.lshp.fi/fi-FI/Potilaille_ja_laheisille/Potilasohjeita__Ohjeita/Paan_vammat__potilasohje(8094)
Aivotärähdyksen saaneen potilaan kotihoito-ohje, Eksote	http://www.eksote.fi/terveyspalvelut/paivystys/kotihoito-ohjeita/Documents/Commotiohje%20potilaalle%20suomeksi.pdf
Päänvammapotilaan hoito kotona, Satasairaala, Satakunnan sairaanhoitopiiri	https://hoito-ohjeet.fi/Ohjepankki-SATSHP/P%C3%A4%C3%A4vammapotilaan%20hoito%20kotona.pdf
Aivovammapotilaan läheiselle, Tays	https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Neurokirurgia/Aivovammapotilaan_laheiselle(10273)