



0–2-vuotiaiden synnynnäisen olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien kokemukset fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta

Joel Järvelä

Inka Kinnunen

Opinnäytetyö, AMK

Joulukuu 2022

Terveys- ja hyvinvointiala

Fysioterapeutti (AMK)

Järvelä, Joel & Kinnunen, Inka

0–2-vuotiaiden synnynnäisen olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien kokemukset fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Joulukuu 2022, 70 sivua.

Terveys- ja hyvinvointialat. Fysioterapeutin tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Synnytyksen yhteydessä saadun olkahermopunosvaurion hoidon määrittää vaurion laatu. Fysioterapiassa korostuu kotona tapahtuva, lapsen arkeen sijoitettu liikeharjoittelu sekä arjen toiminnoissa tukeminen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa, jonka avulla on mahdollista pyrkiä kehittämään synnynnäisen olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien fysioterapeuttista ohjausta ja neuvontaa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä sähköisen kyselylomakkeen avulla kokemuksia ja palautetta synnynnäisen olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhemmilta saamastaan fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta. Aikaisempaa tutkimustietoa synnynnäisen olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien kokemuksista ei löytynyt manuaalisen haun sekä Cinahl, Pubmed ja Cochrane Library –tietokantoihin tehdyn katsauksen avulla.

Opinnäytetyö kohdistui 0–2-vuotiaiden lasten vanhempien kokemuksiin. Opinnäytetyö toteutettiin monimenetelmällisenä tutkimuksena ja otantamenetelmänä käytettiin vapaaehtoisuuteen perustuvaa otantaa. Aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella, jonka linkki välitettiin kohderyhmälle jäsenyhdistyksen sosiaalisen median vertaistukiryhmän kautta. Saatu aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tulosten perusteella suurin osa vastanneista oli tyytyväisiä saamaansa fysioterapeuttiseen ohjaukseen ja neuvontaan. Vanhemmat olivat kokeneet fysioterapeuttisessa ohjauksessa ja neuvonnassa hyväksi harjoitteiden ja neuvojen monipuolisuuden, yksilöllisen huomioimisen ja tuen saannin. Vanhempien negatiiviset kokemukset liittyivät fysioterapeutin yksilöllisen lähestymistavan puutteeseen, kirjallisiin ohjeisiin ja fysioterapian saamiseen. Kehitysehdotukset fysioterapiaan liittyen olivat negatiivisten kokemusten kanssa saman suuntaiset. Lisäksi kehitysehdotuksena oli fysioterapeutin tiedon ja ymmärryksen lisääminen vanhempien kokemuksista ja tunteista. Tuloksista saatiin uutta tietoa vanhempien kokemuksista lapsen synnynnäisen olkahermopunosvaurioon liittyvästä fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta. Tulokset antoivat tietoa vanhempien kokemista positiivista ja negatiivista kokemuksista sekä konkreettisia kehittämisehdotuksia, joten opinnäytetyöllä tuotettiin uutta tärkeää tietoa vähän tutkitusta aiheesta.

Avainsanat (asiasanat)

Olkahermopunos, Synnynnäinen olkahermopunosvaurio, 0–2-vuotiaat, Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta, Vanhempien kokemukset

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

-

Järvelä, Joel & Kinnunen, Inka

The experiences of parents of children aged 0-2 with brachial plexus birth injury with physiotherapeutic guidance and counselling

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, December 2022, 70 pages.

Health and welfare. Degree Programme in Physiotherapy. Bachelor's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

The treatment for brachial plexus birth injury is determined by the quality of the injury. Mobility exercises that are fitted into children's everyday life at home as well as support in everyday activities are emphasized in the physiotherapy. The aim of the thesis was to gain knowledge which would enable to develop the physiotherapeutic guidance and counselling for parents of the children with brachial plexus birth injury. The object of the thesis was to collect experiences and feedback of the physiotherapeutic guidance and counselling that the parents of children with brachial plexus birth injury have received by using online questionnaire. No previous research of the subject was found after manual research and after browsing through Cinahl, Pubmed and Cochrane Library databases.

The thesis was focused on the experiences of the parents of children aged 0-2 years. The thesis was conducted mixing both quantitative and qualitative research methods. Voluntary response sample was used as a sampling method. The data was collected using an online questionnaire which was forwarded to the target group through social media peer support group of the member association. The collected data was analyzed with inductive content analysis.

According to the results, most of the respondents were satisfied with the physiotherapeutic guidance and counselling they had received. In the physiotherapeutic guidance, the parents were happy with the versatility of the exercises and guidance as well as taking the children into account as individuals and giving individual support. Parents' negative experiences were related to the lack of individual approach by the physiotherapist, written guidance and the overall availability of physiotherapy. The suggestions for improvement were similar to the negative experiences. One of the development ideas was to bring more parents' experiences and feelings to the physiotherapists knowledge and understanding. The results of the research gave new information of the parents' experiences related to the physiotherapeutic guidance and counselling concerning brachial plexus birth injury. The results provided information of both the positive and negative experiences the parents had experienced as well as concrete examples and suggestions for improvement. Thus, new important knowledge was gained of the topic that hasn't been researched much before.

Keywords/tags (subjects)

Brachial plexus, Brachial plexus birth injury, Children aged 0-2, Physiotherapeutic guidance and counselling, Parent's experiences

Miscellaneous (Confidential information)

-

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Olkahermopunos	4
3	Hermovauriot	7
4	Olkahermopunosvaurio	8
4.1	Ilmaantuvuus.....	8
4.2	Olkahermopunosvaurion tyypit	8
4.3	Riskitekijät	10
4.4	Tutkiminen	11
4.5	Vaurion vaikutukset	15
5	Synnynnäisen olkahermopunosvaurion hoito ja kuntoutus	17
5.1	Leikkaushoito	17
5.2	Konservatiivinen hoito	19
5.2.1	Fysioterapia.....	21
5.2.2	Muut hoitomuodot	24
6	Olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien ohjaus	25
6.1	Ohjaus ja neuvonta käsitteinä.....	25
6.2	Ohjausta tukevat tekijät.....	26
6.3	Menetelmät ohjauksessa	28
6.4	Lapsen ja perheen arjen tukeminen	29
7	Olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien kokemuksia	30
8	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	33
9	Opinnäytetyön toteuttaminen	34
9.1	Tutkimusmenetelmä	34
9.2	Kyselylomake.....	35
9.3	Aineistonkeruu	36
9.4	Aineiston analyysi.....	36
10	Tulokset.....	38
10.1	Ohjausta ja neuvontaa tukevat tekijät.....	40
10.2	Ohjausta ja neuvontaa haittaavat tekijät.....	43
10.3	Kehitettävät ja huomioitavat asiat.....	44
11	Johtopäätökset.....	46
12	Pohdinta.....	47
12.1	Tulosten pohdinta	47

12.2 Luotettavuus	52
12.3 Eettisyys.....	55
12.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet.....	56
Lähteet	58
Liitteet	63
Liite 1. Saatekirje	63
Liite 2. Suostumuslomake	64
Liite 3. Kyselylomake	65
 Kuviot	
Kuvio 1. Olkahermopunos.....	5
Kuvio 2. Mallet luokitus.....	12
Kuvio 3. Hoitopolku.....	21
Kuvio 4. Tiedon haun eteneminen	32
Kuvio 5. Yhteenveto vanhempien kokemuksiin vaikuttavista tekijöistä	47
 Taulukot	
Taulukko 1. Lihasten lähtö- ja kiinnittymiskohdat, hermotus ja toiminta.....	6
Taulukko 2. Hermovammaluokittelu	8
Taulukko 3. Narakas luokittelu	10
Taulukko 4. Paranemisennuste	12
Taulukko 5. Tutkimuksien toteutus	13
Taulukko 6. Sanallinen, manuaalinen ja visuaalinen ohjaaminen harjoittelutilanteissa.....	29
Taulukko 7. Tutkimuksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit	31
Taulukko 8. Aineiston analyysin esimerkki	38
Taulukko 9. Strukturoitujen kysymysten vastaukset	39
Taulukko 10. Vanhempien yleinen tyytyväisyys saamaansa fysioterapeuttiseen ohjaukseen ja neuvontaan	40

1 Johdanto

Olkahermopunosvaurio on imeväisikäisten yleisin hermovaurio (Lauronen & Vanhatalo 2018). Suomessa tapauksia on vuosittain vajaa 200 (Olkahermopunoksen syntymähalvaus, Erbin pareesi 2020). Opinnäytetyössä käsitellään synnynnäistä olkahermopunosvauriota, joten olkahermopunosvauriosta puhuttaessa tarkoitetaan nimenomaan synnynnäistä eli synnytyksen yhteydessä syntynyttä olkahermopunosvauriota. Olkahermopunosvaurion hoidon määrittää vaurion laatu. Konservatiivinen hoitolinja on yleisin mutta vaikeammissa vauriotyypeissä myös leikkaushoito on mahdollinen. Fysioterapeutin rooli olkahermopunosvaurion hoidossa on aktivoida vaurioitunutta yläraajaa liike- sekä lihasaktivaatioharjoitteiden avulla. (Dunham 2003.) Olkahermopunosvaurion kuntoutus tapahtuu pääosin kotona ja tämän vuoksi fysioterapeutin rooli on keskeinen. Fysioterapia painottuu lapsen vanhempien ohjaukseen ja neuvontaan. Fysioterapiassa korostuu kotona tapahtuva, lapsen arkeen sijoitettu liikeharjoittelu sekä arjen toiminnoissa tukeminen. Lisäksi lasta täytyy kannustaa käyttämään myös vammautunutta kättään arjen toiminnoissa ja esimerkiksi leikeissä. (Kuntoutus n.d.)

Olkahermopunos sisältää kaularangan C5-C8 sekä rintarangan Th1 hermojuurten haarakkeet. Olkahermopunosvauriossa yksi tai useampi olkahermopunoksen hermo vaurioituu. Synnytyksen yhteydessä vaurio saa alkunsa, kun olkahermopunokseen syntyy painetta ja venytystä, jonka seurauksena aiheutuu eriasteinen hermovaurio. Vaurion riskitekijöitä ovat esimerkiksi pitkittynyt synnytys, perätilassa syntyminen ja vastasyntyneen suuri koko. Olkahermopunosvaurio jaetaan kolmeen eri tyyppiin riippuen vaurion laajuudesta ja alueesta. Ylempien hermohaarakkaiden (C5 ja C6) vauriota kutsutaan Erbin pareesiksi, joka on tyypillisin vauriotyyppi. (Abid 2016.)

Olkahermopunosvaurion saaneiden lasten fysioterapiaa tarjoavasta sairaalasta nousi aihe-ehdotus kartoittaa olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien kokemuksia kotiharjoitteista sekä fysioterapeuttisesta ohjauksesta. Lopullinen aihe ideoitiin ja rajattiin yhdessä olkahermopunosvaurio lapsia kuntouttavan fysioterapeutin kanssa. Olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien kokemuksista fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta ei löytynyt aikaisempaa tutkimustietoa manuaalisen haun sekä Cinahl, Pubmed ja Cochrane Library – tietokantoihin tehdyn katsauksen avulla.

Fysioterapeuttien keskuudessa on ollut keskustelua yksilöllisestä lähestymistavasta. Fysioterapeutin ydinosaamista on kyky laatia yksilöllinen fysioterapiasuunnitelma ja kohdata asiakas yksilönä (Tutkimis- ja arviointiosaaminen n.d.). Keskusteluissa kritiikkiä on saanut ajatus, että harjoitteet ja ohjeistukset annettaisiin ”suoraan pöytälaatikosta” asiakkaalle. Keskustelua on herättänyt myös harjoitteiden ja ohjeistuksien omaksuminen asiakkaan näkökulmasta. Opinnäytetyössä kerätyn tiedon avulla olisi mahdollista sekä kehittää olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien yksilöllistä fysioterapeuttista ohjausta ja neuvontaa että tukea fysioterapeuttien ammatillista kehittymistä.

Opinnäytetyö kohdistui 0–2-vuotiaiden lasten vanhempien kokemuksiin. Tämä oli perusteltua, koska tällöin vanhempien kokemukset ja ajatukset saamastaan ohjauksesta ovat vielä ajankohtaisia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa, jonka avulla on mahdollista pyrkiä kehittämään olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien fysioterapeuttista ohjausta ja neuvontaa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä sähköisen kyselylomakkeen avulla kokemuksia ja palautetta olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhemmilta saamastaan fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta. Opinnäytetyö toteutettiin monimenetelmällisenä tutkimuksena ja otantamenetelmänä käytettiin vapaaehtoisuuteen perustuvaa otantaa. Aineisto kerättiin tietoperustan pohjalta laaditulla sähköisellä kyselylomakkeella. Linkki kyselyyn välitettiin kohderyhmälle jäsenyhdistyksen sosiaalisen median vertaistukiryhmän kautta.

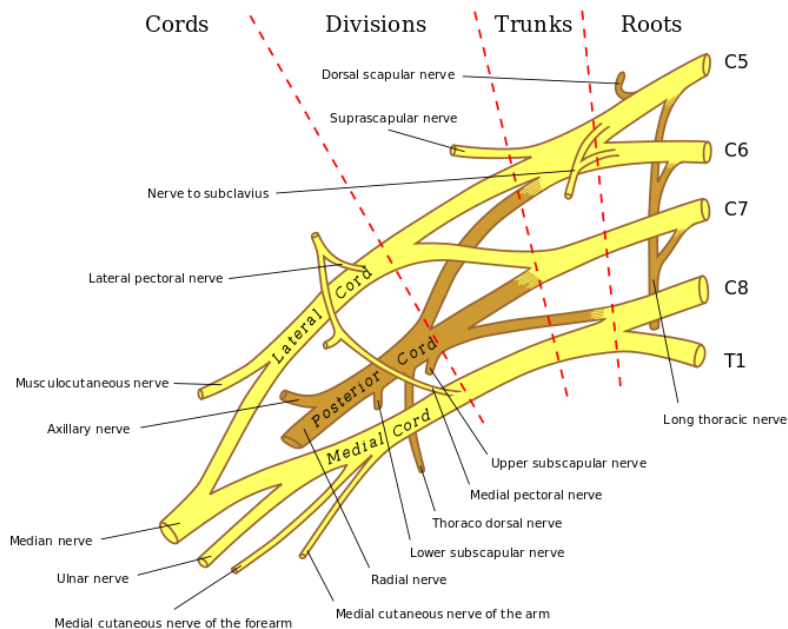
2 Olkahermopunos

Yläraajaan hermotus tulee pääasiassa olkahermopunoksesta (plexus brachialis), joka muodostuu selkäydinhermojen etuhaaroista C5-T1 tasoilta, joskus myös C4- tai T2-tasoilta asti. Hermojuurista lähtevä hartiapunos muodostaa viuhkamaisen rakenteen ja se kulkee lateraalisuuntaan ja alaspäin skalenuslihasten välistä solisluun alta kainaloon seuraten solisvaltimoa ja -laskimoa. Eri juuritasoilta haarautuu perifeerisiä hermoja, kuten esimerkiksi n. thoracicus longus hermottaen m. serratus anteriorin (C5-7). (Göransson 2016, 41.)

Hermojuuret yhdistyvät päärungoiksi (truncus) siten, että C5- ja C6-juuri yhdistyvät ylimmäksi päärungoksi (truncus superior), C7-juuresta tulee keskimäinen päärunko (truncus medialis) ja C8- ja T1-juuret yhdistyvät alimmaksi päärungoksi (truncus inferior). Jokainen päärunko haarautuu edelleen anterioriseen ja posterioriseen haaraan, ja solisluun tasolla haarat yhdistyvät juosteiksi (cord).

Juosteet ovat nimetty sen mukaan, miten ne sijoittuvat suhteessa subclavia-arteriaan. Kaksi ylintä anteriorista haaraa yhtyy sivujuosteeksi (lateral cord) ja se muodostaa n. musculocutaneuksen ja puolet n. medianuksesta. Alin anteriorinen haara muodostaa keskijuosteen (medial cord) ja muodostaa n. medianuksen ja puolet n. ulnariksesta. Posterioriset haarat yhtyvät takajuosteeksi (posterior cord) ja se muodostaa n. radialiksen ja n. axillariksen. (Göransson 2016, 41, 44.)

Juosteet jakautuvat edelleen neljäksi päähermohaaraksi, jotka kulkevat yläraajaan (Kuvio 1). Nämä ovat nervus musculocutaneus, n. radialis, n. medianus ja n. ulnaris. (Ryhänen, Paavilainen, Vilkki & Vastamäki 2016, 525–526.) Lihasten lähtö- ja kiinnittymiskohdat sekä hermotus ja toiminta on nähtävillä alempana (Taulukko 1).



Kuvio 1. Olkahermopunos (Brachial plexus n.d.)

Taulukko 1. Lihasten lähtö- ja kiinnittymiskohdat, hermotus ja toiminta (Göransson 2016, 42–43.)

Lihäs	Lähtö	Kiinnittyy	Hermotus	Toiminta
<i>Biceps brachii</i>	scapula proc coracoid scapula supraglenoid	radius prox	musculotcut (C5-6)	kyynärnivelen fleksio kyynärvarren supinaatio
<i>Brachioradialis</i>	humerus lat supracond	radius dist	radialis (C5-6)	kyynärnivelen fleksio
<i>Supinator</i>	humerus lat epicond	radius prox	radialis (C5-6)	kyynärvarren supinaatio
<i>Pronator teres</i>	humerus med epicond ulna proc coronoid	radius diafyysi	medianus (C6-7)	kyynärvarren pronaatio
<i>Pronator quadratus</i>	ulna dist	radius dist	medianus (C8-T1)	kyynärvarren pronaatio
<i>Ext carpi rad longus</i>	humerus lat supracond	metacarpaali II	radialis (C6-7)	ranteen ekstensio
<i>Ext carpi rad brevis</i>	humerus lat epicond	metacarpaali III	radialis (C6-7)	ranteen ekstensio
<i>Ext carpi uln</i>	humerus lat epicond	metacarpaali V	radialis (C7-8)	ranteen ekstensio
<i>Flex carpi rad</i>	humerus med epicond	metacarpaali II ja III	medianus (C6-7)	ranteen fleksio
<i>Palmaris longus</i>	humerus med epicond	aponeurosis palmaris	medianus (C7-8)	ranteen fleksio
<i>Flex carpi uln</i>	humerus med epicond ulna prox	hamatum, pisiforme ja metacarpaali V	ulnaris (C7-T1)	ranteen fleksio
<i>Abd pollicis longus</i>	ulna ja radius diafyysi	metacarpaali I	radialis (C7-8)	peukalon CMC I abduktio
<i>Ext pollicis longus</i>	ulna diafyysi	peukalon dist phal	radialis (C7-8)	peukalon ekstensio
<i>Ext pollicis brevis</i>	radius diafyysi	peukalon prox phal	radialis (C7-8)	peukalon MP ekstensio
<i>Ext dig communis</i>	humerus lat epicond	II-V sormien dist phal	radialis (C7-8)	II-V sormien ekstensio
<i>Ext indicis proprius</i>	ulna diafyysi	II sormen ext aparaatti	radialis (C7-8)	II sormen ekstensio
<i>Ext digiti minimi</i>	humerus lat epicond	V sormen ext aparaatti	radialis (C7-8)	V sormen ekstensio
<i>Flex pollicis longus</i>	ulna proc coronoid radius diafyysi	peukalon dist phal	medianus (C7-T1)	peukalon fleksio
<i>Flex dig profundus</i>	ulna prox ja diafyysi	II-III sormien dist phal IV-V sormien dist phal	medianus (C7-T1) ulnaris (C7-T1)	II-III sormien fleksio IV-V sormien fleksio
<i>Flex dig superficialis</i>	humerus med epicond ulna proc coronoid radius diafyysi	II-V sormien keskiphala	medianus (C7-T1)	II-V MP ja PIP fleksio
<i>Interosseus dorsales</i>	metacarpaali I-V	prox phal ja ext apar	ulnaris (C8-T1)	sormien abduktio
<i>Interosseus volares</i>	metacarpaali II, IV ja V	prox phal ja ext apar	ulnaris (C8-T1)	MP fleksio, PIP ja DIP ekstensio
<i>Lumbricales I ja II</i>	kämmenten FDP-jänteet	ext apar	medianus (C8-T1)	sormien adduktio MP fleksio, PIP ja DIP ekstensio
<i>Lumbricales III ja IV</i>	kämmenten FDP-jänteet	ext apar	ulnaris (C8-T1)	IV-V sormien MP fleksio PIP ja DIP ekstensio
<i>Abd pollicis brevis</i>	scaphoideum trapezium flex retinaculum	prox phal, rad sesamluu volar plate ja EPL-jänne	medianus (C8-T1)	I säteen oppositio MP fleksio
<i>Flex pollicis brevis</i>	trapezium flex retinaculum trapezoideum capitatum	prox phal, rad sesamluu volar plate ja EPL-jänne	medianus (C8-T1) ja/tai ulnaris (C8-T1)	I säteen oppositio MP fleksio
<i>Opponens pollicis</i>	flex retinaculum trapezium	metacarpaali I	medianus (C8-T1)	I säteen oppositio
<i>Add pollicis</i>	capitatum, trapezoideum metacarpaali II ja III	prox phal, uln sesamluu volar plate ja EPL-jänne	ulnaris (C8-T1)	I säteen adduktio
<i>Abd dig minimi</i>	pisiforme lig pisohamate	prox phal V	ulnaris (C8-T1)	V säteen oppositio MP fleksio ja abduktio PIP ja DIP ekstensio
<i>Opp dig minimi</i>	lig pisohamate hamatum flex retinaculum	V sormen ext aparaatti metacarpaali V	ulnaris (C8-T1)	V säteen oppositio CMC V fleksio
<i>Flex dig minimi</i>	lig pisohamate hamatum	prox phal V	ulnaris (C8-T1)	V säteen oppositio MP fleksio ja abduktio
<i>Palmaris brevis</i>	aponeurosis palm	ulnaarinen iho	ulnaris (C8-T1)	käden oppositio

3 Hermovauriot

Ääreishermon vauriot voidaan jakaa kolmeen tasoon. Neurapraksiassa myeliini vaurioituu, jonka vuoksi hermon johtumiskyky heikentyy. Mahdollisia vaurion aiheuttajia ovat verenkierron estyminen, aineenvaihdunnallinen tai tulehduksellinen tekijä. Lisäksi mekaaninen vaurio kuten esimerkiksi paine tai vamma voi aiheuttaa vaurion. (Puustjärvi-Sunabacka & Salmi 2015, 279.) Neurapraksiassa on kyse hermon toiminnallisesta johtumishäiriöstä. Tämä johtumishäiriö aiheutuu myeliinitupen paikallisesta vauriosta. (Aspinen, Nordback, Suojärvi & Waris 2019, 391.) Neurapraksiassa voidaan kliinisesti todeta tunto- ja/tai motorinen puutos (Puustjärvi-Sunabacka & Salmi 2015, 279).

Aksonotmeesitasoisessa vauriossa ääreishermoston aksoneista osa on vaurioitunut. Aiheuttaja voi olla hermon ulkoinen tai sisäinen tekijä. Aksonivauriosta aiheutuu hermoon aksonivirtauksen estyminen ja tämän myötä aksonin histologisia muutoksia. Näitä muutoksia kutsutaan termillä Wallerin degeneraatio. Edetessään vaurio aiheuttaa johtumiskatkon ja degeneraation myös distaalisesti. Lisäksi hermon reseptoreihin ja motoriseen hermo-lihasliitokseen muodostuu troofisia muutoksia. Tämän myötä hermon distaaliosaa ei saada toimimaan sähköärsykkeellä. Aksonotmeesivaurion korjaantuminen vaatii hermon uudiskasvua vauriokohdasta distaalisesti ja tämän vuoksi sen korjaantuminen on hidasta ja jää usein puutteelliseksi. Aksonotmeesi on kuitenkin ainoastaan osittainen hermon vaurio. (Puustjärvi-Sunabacka & Salmi 2015, 279–280.)

Neurotmeesivauriossa hermo on anatomisesti poikki. Neurotmeesivauriossa myeliini, aksoni ja hermon tukikudos on vaurioitunut. Wallerin degeneraatio syntyy niin kuin aksonotmeesissäkin. Hermon johtumiskykyä ei ole vaurion kohdalla lainkaan ja vaurio aiheuttaa statuksessa täydellisen tunnon ja motoriikan puutoksen. Täydellinen hermon katkeaminen on aina syy harkita leikkaushoitoa. Tavoitteena on yhdistää erillään olevat hermopäätteet niin hyvin kuin mahdollista. Paranemisen ennuste on kuitenkin huonoin. (Puustjärvi-Sunabacka & Salmi 2015, 280.) Usein hermovauriot voivat myös olla usean eri vaikeusasteiden yhdistelmiä. Hermovammojen vaikeusasteen arvioinnissa on käytetty kolmiportaista Seddonin luokitusta, jota on myöhemmin laajennettu kuusiportaiseksi (Sunderland) (Taulukko 2) (Aspinen ym. 2019, 391).

Taulukko 2. Hermovammaluokittelu (Aspinen ym. 2019, 394.)

		Vamma	Spontaani paraneminen	Kirurgian tarve
Neurapraksia	I	Johtumiskatko, demyelinaatio	Täydellinen 1vrk-3kk	Ei
	II	Aksoni vaurioitunut, endo- ja perineurium ehjiä	Hyvä, regeneraatio n. 1 mm/vrk	Ei
Aksonotmeesi	III	Aksoni ja endoneurium vaurioituneet, perineurium ehjä	Osittain, riippuu arpikudoksen määrästä, regeneraatio parhaimmillaan 1 mm/vrk	Ei (yleensä)
	IV	Vain epineurium ehjä	Kontinueettineurooma, ei spontaania paranemista	Kyllä
Neurotmeesi	V	Hermo kokonaan poikki	Ei spontaania paranemista	Kyllä
	VI	Eriasteisia vaurioita	Riippuu vaikeusasteesta, huonosti ennustettavissa	Kyllä/Ei

4 Olkahermopunosvaurio

4.1 Ilmaantuvuus

Olkahermopunosvaurio on imeväisillä todettu yleisin hermovamma (Lauronen & Vanhatalo 2018). Maailmalla synnynnäisiä olkahermopunosvaurioita ilmenee 0,38–4,6 tapausta tuhatta syntynyttä kohden riippuen sijainnista. Suurin osa olkahermopunosvaurion saaneista paranee. Arviot vaihtelevat 65 % ja 90 % välillä riippuen totaalisen paranemisen tulkinnasta. (Duff & DeMatteo 2015.) Tapauksia on vuosittain Suomessa vajaa 200 (Olkahermopunoksen syntymähalvaus, Erbin pareesi 2020).

4.2 Olkahermopunosvaurion tyypit

Olkahermopunoksen syntymävaurioita on kolmea tyyppiä (Kozin 2010). Useimmissa olkahermopunoksen syntymävaurioissa olkahermopunoksen ylemmät hermot vaurioituvat ja silloin on kyseessä Erbin pareesista (Erb's Palsy (Brachial Plexus Birth Palsy) n.d.). Erbin pareesissa useimmiten C5-juuri vaurioituu, joskus myös C6-juuri. Tämä aiheuttaa useiden lihasten, kuten m. biceps, deltoideus, brachialis, supraspinatus, infraspinatus, rhomboideus, heikkoutta ja atrofiaa. (Soinila

2014.) Yläjuurten vaurioituessa vastasyntynyt ei pysty liikuttamaan itse olka- eikä kyynärniveltään (Nietosvaara, Pöyhiä, Willamo & Rautakorpi 2016, 535). Erbin pareesissa käsi on adduktiossa ja olkapäästä sisäkierrossa. Kyynärnivel on ekstensiossa ja ranne fleksiossa ja ajoittain sormet ovat myös fleksiossa. Jos C7 hermojuuri on vaurioitunut kyynärnivel voi olla hieman koukussa ja “waiter’s tip” asento voi olla tunnistettavissa. (Dunham 2003.) Erbin pareesilla paranemisennuste on usein hyvä (Kozin 2010).

Toiseksi yleisin tyyppi on vaurio, jossa C5-7 hermojuuret vaurioituvat. Epätyypillisin olkahermopunosvaurion tyyppi on ns. totaalivaurio, jossa hermojuuret C5-T1 vaurioituvat, jolloin ennuste on huono. (Kozin 2010.) Jos koko olkahermopunos on vaurioitunut, myös käden liikkeet sekä tunto ovat heikot tai puuttuvat kokonaan. Kirjallisuudessa olkahermopunoksen syntymävauriota kutsutaan kuitenkin usein virheellisesti Erbin pareesiksi riippumatta vaurion laajuudesta. (Nietosvaara ym. 2016, 535.) Olkahermopunoksen syntymävauriossa oireita voivat olla käden heikkous, tuntopuutokset ja osittaiset sekä totaaliset halvausoireet. (Erb’s Palsy (Brachial Plexus Birth Palsy) n.d.) Alimpien haarojen (C8-T1) vaurio eli Klumpken pareesi on harvinainen (Lindell-Iwan, Partanen & Makkonen 1995). Klumpken pareesissa käden puristusvoima on hermovaurion vuoksi heikko mutta proksimaalisemmat lihakset ovat eheitä (Dunham 2003).

Olkahermopunosvauriotyypit voidaan eritellä Narakas luokittelulla (Taulukko 3), joka jakautuu neljään ryhmään. Narakas luokittelussa ensimmäinen tyyppi on C5-C6 vaurio, Erbin pareesi. Tällöin lihastoiminta puuttuu olkapään loitonnuksessa ja ulkokierrossa, kyynärpään ojennuksessa sekä kyynärvarren supinaatiossa. Toinen vauriotyyppi on C5 – C7, jota kutsutaan laajennetuksi Erbin pareesiksi. Tällöin lihastoiminnan puutteita on edellisen lisäksi ranteen ja sormien ojennuksissa. Kolmas ja neljäs kategoria sisältää olkahermopunoksen totaalivaurion. Molemmissa olkahermopunoksen toiminta on halvaantunut. Neljännessä tyypissä erona on Hornerin syndroomaa, joka sisältää sympaattisen hermoketjun oireet sekä avulsiovamman. (Shah, Coroneos & Ng 2021.)

Taulukko 3. Narakas luokittelu (Shah ym. 2021.)

<i>Ryhmä</i>	<i>Nimi</i>	<i>Vaurioituneet hermojuuret</i>	<i>Heikkouden tai halvauksen sijainti</i>
<i>I</i>	Tyypillinen Erbin pareesi	C5 tai C6	Olganivelen loitonnuksen, ulkokierron, kyynärnivelen fleksion ja kyynärvarren supinaation puuttuminen
<i>II</i>	Laajennettu Erbin pareesi	C5-7	Yllä olevien lisäksi sormien ja ranteen ekstension puuttuminen
<i>III</i>	Totaalivaurio ilman Hornerin syndroomaa	C5-T1	Totaalinen velttous
<i>IV</i>	Totaalivaurio sekä Hornerin syndrooma	C5-T1	Totaalinen velttous sekä Hornerin syndrooma ja avulsio vamma

4.3 Riskitekijät

Olkahermopunosvaurio syntyy lapselle olkahermon venytyksestä. Olkahermon venytys on seurausta lapsen koon ja äidin synnytyskanavan epäsuhdasta. (Olkahermopunoksen syntymähalvaus, Erbin pareesi 2020.) Olkahermopunoksen syntymävaurion ennustaminen on usein mahdotonta. Suomessa synnytykset toteutuvat lähes aina sairaalaolosuhteissa raivotarjonnasta. Olkahermopunosvaurio etenee tällöin ylhäältä alaspäin. (Nietosvaara ym. 2016, 535–536.) Tapausten määrä vaihtelee eri alueilla. Selittäviä syitä tälle voivat olla eri tasoisen synnytysvalmennuksen vaihteleva saatavuus sekä tyypillisen syntymäpainon vaihtelut eri alueilla. Perinataalivaiheessa riskitekijöitä olkahermopunosvaurion syntymiselle ovat sikiön suurikokoisuus, pitkittynyt ponnistusvaihe, useampilapsiset synnytykset, perätilasynnytys, synnytyspihtien tai imun käyttö synnytyksessä sekä vaikeat synnytykset. Olkahermopunoksen syntymävaurion riskiä kasvattaa lisäksi myös hartiadystokia raivotarjonnassa. (Kozin 2010.) Hartiadystokia on lapsen leveiden hartioiden vuoksi vaikeutu-

nut synnytys (Sanasto 2019). Olkahermopunoksen syntymävaurio syntyy todennäköisemmin oikeaan yläraajaan, sillä vasen takaraivoluu edellä syntyminen on yleisempää. (Kozin 2010.) Hyvin harvoja poikkeuksia ovat tilanteet, jossa olkahermopunoksen syntymävaurio on molemminpuolinen (Nietosvaara ym. 2016, 536).

Lisäksi olkahermopunoksen syntymävaurion riskiä kasvattavat äidin synnytyskanavan ahtaus, äidin insuliinihoitoinen diabetes tai sokeriaineenvaihdunnan häiriö sekä olkahermopunoksen syntymävaurio sisaruksella. Myös lapsen poikkeava asento synnytyskanavassa osaltaan lisää vaurion riskiä, etenkin keskosille perätilasyntytyks on vaurion suhteen suuri riskitekijä. Lisäksi perätilasyntytyksistä aiheutuvat vauriot ovat usein keskimääräistä pahempia ja usein myös molemminpuolisia. (Nietosvaara ym. 2016, 536.) Myös aikaisemmin syntyneen sisaruksen olkahermopunosvaurio ennustaa suurempaa riskiä olkahermopunosvaurion syntymiselle (Raducha, Cohen, Blood & Katarincic 2017).





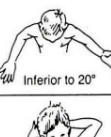
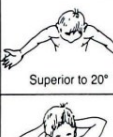
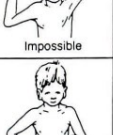
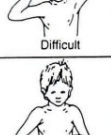
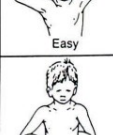






4.4 Tutkiminen

Tutkittaessa olkahermopunosvauriota on tärkeää saada tietoa lapsen historiasta, kuten synnytystavasta, mahdollisesta apuvälineiden käytöstä synnytyksessä, hartiadystokiasta, syntymäpainosta sekä Apgar-pisteistä. Apgarin pisteet on vuonna 1953 laadittu vastasyntyneiden voinnin arviointiin tarkoitettu pisteytysjärjestelmä. Pisteytysjärjestelmällä arvioidaan lapsen sykettä, hengitystä, jännevyyttä, ärtyvyyttä ja väriä. (Metsäranta, Rahkonen & Haataja 2021.) Nämä tiedot tukevat perusteellista kliinistä tutkimusta. (Pöyhiä 2011, 15.) Yhdessä näiden tietojen avulla on mahdollista määrittää mahdollisimman tarkkaan olkahermopunosvaurion diagnoosi, sen tyyppi ja vakavuus sekä paranemisennuste. (Dunham 2003.) Paranemisennustetta on havainnollistettu alla olevassa taulukossa (Taulukko 4).

Taulukko 4. Paranemisennuste (Olkahermopunoksen syntymävaurio. Erbin pareesi 2013, 9.)

Toiminnan puutos synnytyslaitoksella	Paranemisennuste %
Heikko/puuttuva olkapään toiminta (C5)	100
+ heikko/puuttuva kyynärnivelen koukistus (C5-6)	86
+ heikko/puuttuva ranteen ojennus (C5-7)	77
+ heikko sormien koukistus (C5-8)	50
+ koko yläraaja täysin toimimaton (C5-T1)	0

Ohjeita noudattamaan pystyvien vanhempien lasten kanssa liikeala (ROM) määritellään Mallet luokituksen avulla (Kuvio 2). Luokituksessa olkanivelen toiminta testataan viidessä eri liikkeessä: loitonuus, ulkokierto, käsi niskaan, käsi selkään ja käsi suuhun. Jokainen liike arvioidaan asteikolla 1–5. (Pöyhiä 2011, 15.)

	II	III	IV
A ACTIVE ABDUCTION	 Inferior to 30°	 30° to 90°	 Superior to 90°
B EXTERNAL ROTATION	 0°	 Inferior to 20°	 Superior to 20°
C HAND TO NAPE OF NECK	 Impossible	 Difficult	 Easy
D HAND TO BACK	 Impossible	 S1	 T12
E HAND TO MOUTH	 Clarion	 Small clarion	 Small clarion

Mallet's classification.

Kuvio 2. Mallet luokitus (Pöyhiä 2011, 20.)

Olkahermopunosvaurio tai siihen viittaavat löydökset huomataan usein jo heti syntymän jälkeen. Aluksi muut yläraajan toimintahäiriöitä selittävät syyt pyritään sulkemaan pois ja tarkkaillaan mahdollisia liitännäisvammoja. Lopullinen diagnoosi varmentuu yleensä noin 2–3 ensimmäisen elinviiikon aikana. (Olkahermopunoksen syntymähalvaus, Erbin pareesi 2020.) Laajuus arvioidaan jo syntyslaitoksella. Uusi arvio on tärkeää suorittaa kahden viikon kuluttua ja tuolloin sovitaan myös tarvittaessa kontrolli kuukauden ikäiselle lapselle. Kun yläraajojen toiminta todetaan normaaliksi, lisätutkimukset ja hoidot voidaan lopettaa. (Nietosvaara ym. 2016, 536.) Esimerkkinä alla (Taulukko 5) on nähtävillä tyypillinen tutkimuksien ajoittuminen Helsingin Lastensairaalassa.

Taulukko 5. Tutkimuksien toteutus (Olkahermopunoksen syntymävaurio. Erbin pareesi 2013, 10.)

Tutkija	Lapsen ikä
<i>Fysioterapeutti</i>	2 päivää
<i>Fysioterapeutti ja käsikirurgi (totaalivaurio)</i>	2 viikkoa
<i>Fysioterapeutti</i>	1 kuukausi
<i>Fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja käsikirurgi (yläjuurivaurio)</i>	3 kuukautta
<i>Fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja käsikirurgi</i>	6 kuukautta
<i>Fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja käsikirurgi</i>	1 vuosi
<i>Fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja käsikirurgi</i>	1,5 vuotta
<i>Fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja (käsikirurgi)</i>	2, 4, 7, 10, 14 vuotta

Toistettu kliininen tutkiminen on paras ja varmin tapa selvittää olkahermopunosvaurion vaikeusaste sekä laajuus. Lisätietoa haluttaessa voidaan hyödyntää neurofysiologisia ja kuvantamistutkimuksia. Myös leikkaustarvetta harkitessa on tärkeää käyttää näitä menetelmiä. (Nietosvaara ym. 2016, 536.)

Kliininen tutkiminen on toimivinta suorittaa järjestelmällisesti koko tukirangan alueelta. Nietosvaaran, Pöyhjän, Willamon ja Rautakorven (2016, 537) mukaan kliininen tutkiminen kannattaa suorittaa alla olevassa järjestyksessä.

- 1) Nivelten tukevuus
- 2) Nivelten passiiviset liikeradat
- 3) Lihasvoimat
- 4) Vammapuolen käden tunto
- 5) Raajojen pituudet
- 6) Muut syntymävammat ja synnynnäiset poikkeavuudet

Kliinisessä tutkimisessa kaikki raajat on tutkittava mahdollisten murtumien kannalta ja koko kehon kattavalla kliinisellä tutkimisella voidaan havaita kaikki synnytyksen aikana aiheutuneet vammat. Turvotus niska-hartiaseudulla voi aiheuttaa pseudopareesin, joka voi jäljitellä olkahermopunosvauriota. Vatsan epäsymmetria taas voi viitata pallean toisen puolen halvaantumiseen, mikä voi osaltaan vaikuttaa ennustukseen. Silmän epäsymmetria voi liittyä Hornerin syndroomaan, joka voi todennäköisesti johtua totaalisesta olkahermopunosvauriosta. (Dunham 2003.)

Lähes puolella olkahermopunoksen saaneista lapsista todetaan vauriipuolen olkanivelen löysyys. Tämä pystytään toteamaan yleensä jo kolmen kuukauden ikäisenä. Löydös voidaan varmistaa ultraäänitutkimuksen avulla ja näin pystytään selvittämään myös löysyyden aste. Tutkimuksen avulla pystytään myös arvioimaan ja tutkimaan olkamaljakon takareunan muotoa. (Nietosvaara ym. 2016, 537.)

Jos olkahermopunosvaurion saaneelle lapselle harkitaan leikkaushoitoa, kaularangan magneettikuvaus on aiheellinen. Magneettikuvauksen aikana täytyy olla liikkumatta ja tämän vuoksi pienet lapset joudutaan nukuttamaan kuvauksen ajaksi. Myös vanhemmille potilaille voidaan tehdä magneettikuvauksia, jos suunnitelmassa on olkanivelen toimintaa parantavia kirurgisia leikkauksia. (Nietosvaara ym. 2016, 538.)

ENMG-tutkimuksella (elektroneuromyografia) on tarkoitus selvittää olkahermopunosvaurion sijainti ja vamman vaikeusaste testaamalla hermojen johtumisnopeuksia sekä tarkastelemalla useiden eri lihasten ärsykevasteita. ENMG-tutkimuksessa käytetään pieniä neulaelektroideja, jotka aiheuttavat lievää kipua. Tutkimus on kuitenkin vaaraton. (Nietosvaara ym. 2016, 538–539.)

Ultraäänikuvaus on säteetön ja kivuton tutkimus ja sen kesto on vain noin 15 minuuttia. Lastenklินิกalla ultraäänitutkimus tehdään kaikille lapsille kolmen kuukauden iässä. Jos yläraajojen toiminta on tässä vaiheessa palautunut normaaliksi, tutkimusta ei tarvitse suorittaa. Tarvittaessa tutkimus suoritetaan uudelleen vielä kuuden kuukauden ja yhden vuoden ikäisille. (Nietosvaara ym. 2016, 537.) Lisäksi ultraäänitutkimuksen avulla pystytään seuraamaan Botox-hoidon vastetta (Tutkimukset ja hoitomuodot n.d.).

4.5 Vaurion vaikutukset

Pysyvä vamma aiheuttaa toimintahäiriöiden lisäksi myös esimerkiksi raajan kasvun hidastumisen. Lievissä olkahermopunosvaurioissa raajan kasvun hidastuminen on niin vähäistä, ettei eroa raajojen välillä huomaa. Vaikeissa olkahermopunoksen vaurioissa on mahdollista, että vaurioitunut yläraaja jää jopa yli 10 cm lyhyemmäksi. Olkahermopunosvaurio ei vaikuta alaraajojen kasvuun eikä ole altistavana tekijänä esimerkiksi skolioosille. (Nietosvaara ym. 2016, 542.)

Olkahermopunosvaurio aiheuttaa herkästi vastasyntyneen lihaskudoksessa pysyviä muutoksia sarkomeereissä ja näistä muodostuu kontraktuuria. Tavallisimpia rajoittuneita liikesuuntia ovat olkanivelen ulkokierto ja loitonus sekä kyynärnivelen ojennus ja kyynärvarren ulkokierto. Vaikeissa vaurioissa koko raajan lihakset jäävät heikoiksi ja aiheutuu huomattavaa toiminnanhäiriötä. (Nietosvaara ym. 2016, 542.)

Lievisssä tapauksissa lapselle ei jää pysyviä tuntoaistin eikä kehonhahmotuksen häiriöitä, vaikka toipumisvaiheessa yläraajassa voikin olla erikoisia tuntemuksia kuten kihelmöintiä, kipua sekä kosketus- ja kylmänarkuutta. Jos kuitenkin kyseessä on vaikea pysyvä vaurio, vamma puolen yläraaja tuntuu jää alentuneeksi. Totaalivaurioissa myös suojatunto voi jäädä puutteelliseksi. (Nietosvaara ym. 2016, 542.)

Palmgrenin, Peltosen, Linderin, Rautakorven ja Nietosvaaran (2007) tutkimuksessa oli tarkoituksena tutkia aistinvaraisia muutoksia synnynnäisen olkahermopunosvaurion saaneilla lapsilla. Tutkimukseen osallistui 95 potilasta, joista 43 oli tyttöjä ja 52 poikia. Ikäryhmiä oli kaksi, 6–8-vuotiaat sekä 12–14-vuotiaat. Tutkimukseen osallistuneista 64 oli ylempien hermojen vaurio (C5-6), 19 hermojen C5-7 vaurio ja 12 ns. totaalivaurio (C5-Th1). Leikkaushoitoa oli käytetty 14 potilaalle 1–6 kuukauden iässä. Tutkimuksessa molempien käsien herkkyys testattiin Semmes-Weinstein-monofilamenttitestillä. Ylemmän hermojuuren vaurioissa seitsemällä todettiin epänormaaleja arvoja testauksessa. C5-7 hermojuurten vaurioissa epänormaaleja arvoja huomattiin viidellä ja totaalivauriossa neljällä. Huomattiin, että konservatiivisesti hoidetuilla potilailla aistinvarainen tunto oli parempi verrattuna leikkaushoitoa saaneisiin. Tutkimuksen mukaan olkahermopunosvaurion saaneilla, erityisesti ylempien hermojuurten, tuntoaistien palautuminen on useimmiten hyvää. Myös Palmgrenin ynnä muiden tutkimuksessa totaalivaurioissa suojatunnon palautumisen heikkous on melko tyypillistä. (Palmgren, Peltonen, Linder, Rautakorpi & Nietosvaara 2007.)

Tahdosta riippumattoman hermoston vajavainen toiminta vaikuttaa alkuun myös ihon hiki- ja talarauhasten toimintaan. Iho vaurioituneessa yläraajassa on aluksi normaalia kuivempi ja saattaa hilseillä, myöskään ihottumat eivät ole tavattomia. Nämä oireet kuitenkin yleensä helpottavat. (Nietosvaara ym. 2016, 542.)

Olkahermopunosvaurio voi vaikuttaa lapsella myös tasapainoaistiin ja kehonkuvan muodostumiseen. Vaikeissa olkahermopunoksen vaurioissa lapsen motorinen kehitys voi hidastua. Erilaisten taitojen, kuten pyöräilyn ja luistelun, oppimisessa saattaa ilmetä vaikeuksia. Vaurioituneessa yläraajassa myötäliikkeet jäävät vajavaisiksi, mikä voi vaikuttaa esimerkiksi juoksemiseen. Lievisissä tapauksissa olkahermopunosvaurio ei vaikuta lapsen kätsisyyteen, kun taas vaikeammissa vaurioissa usein terveestä kädestä tulee dominantti. (Nietosvaara ym. 2016, 542–543.)

Vaikeisiin vaurioihin on myös mahdollista liittyä erilaisia liitännäisvammoja ja -oireita. Yksi mahdollinen olkahermopunosvaurion liitännäisvamma on pallean hermon vaurio. Tämä voi olla vaarallinen ja hyvin pikaista hoitoa vaativa vaurio. Lisäksi olkahermopunosvaurioon voi liittyä olkahermopunoksen vieressä kulkevan sympaattisen hermosäikeistön vaurio eli ns. Hornerin syndrooma. Hornerin syndrooman esiintyessä vaikea olkahermopunoksen vaurio on todennäköinen. Hornerin syndrooma on kuitenkin itsessään vaaraton. Syndrooma ilmenee vamma puolen yläluomen roikkumisena ja mustuaisen supistumisena. Lisäksi vamma puolen silmä vetäytyy syvemmälle silmäkuoppaan. Nämä muutoksen kuitenkin yleensä häviävät itsestään ajan kanssa. (Nietosvaara ym. 2016, 536.)

Olkahermopunosvaurion lisäksi tai sen vuoksi vaikeissa synnytyksissä voi ilmaantua myös luunmurtumia. Tavallisimpia luunmurtumia ovat solisluun ja olkaluun syntymämurtumat. Kivun vuoksi ne aiheuttavat ns. pseudopareesin eli ohimenevän yläraajan käyttämättömyyden. Muutamassa viikossa nämä murtumat paranevat imeväisikäisellä oireettomaksi. (Nietosvaara ym. 2016, 536.)

5 Synnyynnäisen olkahermopunosvaurion hoito ja kuntoutus

5.1 Leikkaushoito

Leikkaushoito toteutetaan yleensä 3–6 kuukauden iässä, jos konservatiivisella tavalla ei päästä parempaan lopputulokseen (Abid 2016). Leikkaushoito jakautuu primaarisiin ja sekundaarisiin leikkauksiin (Frade, Cómez-Salgado, Jacobsohn & Florindo-Silva 2019). Hermovamman mikrokirurginen korjausleikkaus on kiistanalainen puheen aihe. On aikaisen leikkauksen puolestapuhujia, myöhäisen leikkauksen puolestapuhujia sekä leikkauksen ehdottomia vastustajia. (Kozin 2010.) Eriävät mielipiteet leikkauksen aloittamisesta vaihtelevat 3–9 kuukauden ikäisten kohdalla. Joidenkin lähteiden mukaan kolmen kuukauden kohdalla tehty leikkaus hoito on liian varhainen, sillä lihasaktivaation palautumista on havaittu vielä 3–6 kuukauden ikäisillä. Tällöin käden toiminta harvoin paranee täysin, millä perustellaan varhainen leikkaushoito. (Abid 2016.) Leikkauksen hyötyjä on verrattava spontaanin parantumisen mahdollisuuksiin. Nykyinen tieto hermojen korjausleikkauksen ajankohdasta tukee leikkaushoitoa suoritettavan kolme kuukauden ikäiselle lapselle, jos spontaania palautumista ei ole havaittavissa. (Shah ym. 2021.)

Olkahermopunosvauriota voidaan hoitaa leikkaushoidolla. Yleisesti leikkaushoitoon päädytään vasta kolmen kuukauden seurannan jälkeen. Seurannan aikana tarkkaillaan etenkin olka- ja hauraislihakseen aktiivisuutta. Jos seurannan aikana lihasten toiminta ei palaudu, on paraneminen epätoennäköistä ja tällöin voidaan leikkaustoimenpiteitä harkita. (Dunham 2003.) Lisäksi leikkaustoimenpiteen arvioon pääsemiseksi on todettava, että leikattavissa oleva syytä epäillään vaurion aiheuttajaksi (Puustjärvi-Sunabacka & Salmi 2015, 297).

Leikkauksessa lähestytään olkahermopunosta solisluun ylä- tai alapuolelta. Totaalivauriossa valitaan molemmat lähestymistavat, kun taas olkahermopunoksen yläosan vauriossa leikkaus tapahtuu solisluun yläpuolelta. Olkahermopunoksen repeämän leikkaushoidossa käytetään hermosiirrettä. Yleensä hermosiirre otetaan jalan sural hermosta. Avulsiovauriota ei pystytty korjaamaan nykyisillä toimenpiteillä. Tällöin käytetään neurotisaatiota, jossa selkäytimestä irronnut hermojuuri liitetään toiseen toimivaan hermojuureen. Leikkauksen jälkeen käsi ja kyynärpää immobilisoidaan vasten vartaloa kolmen viikon ajaksi. (Abid 2016.)

Vaikka liikeharjoittelua toteutettaisiin huolellisesti, osalla potilaista hermovamman aiheuttama lihasepätasapaino aiheuttaa nivelten liikerajoituksia ja deformiteetteja. Botox-hoidoilla olkaniveltä ei aina saada tukeväksi ja tällöin olkanivelen kongruenssin eli sijoillaan olon palauttamisessa turvaututaan kirurgisiin toimenpiteisiin. (Nietosvaara ym. 2016, 541.) Lisäksi myöhemmin tehdyt leikkaushoidot voivat olla hyödyksi olkahermopunovaurion liitännäisoireiden hoidossa. Tällöin voidaan korjata deformiteetteja ja palauttaa yläraajan toiminnallisuutta. (Raducha ym. 2017.) Esimerkiksi Nietosvaaran ja muiden (2016, 541) mukaan heikkoa tai puuttuvaa ulkokiertoa voidaan parantaa joidenkin potilaiden kohdalla selektiivisellä neurotisaatiolla tai jännesiirroilla. Leikkauksessa yhdenentoista aivohermon (n. Accesorius) alaosa on mahdollista liittää lapalihasten hermoon (n. Suprascapularis), alemman lapalihaksen hermoon (n. Infraspinatus) ja/tai osa väärttinähermosta yhdistää kiertäjähermoon (n. Axillaris) olan loitonnuksen ja ulkokierron kohentamiseksi. On myös toinen mahdollinen vaihtoehto: kiinnittää joko ison liereälihaksen (teres major), leveän selkälihaksen (latissimus dorsi) tai epäkäslihaksen (trapezius) alaosan jänne alemman lapalihaksen jänteeseen (infraspinatus). (Nietosvaara ym. 2016, 541.)

Suomessa 200 tapauksesta noin 40:lle jää jonkinasteinen pysyvä oire (Olkahermopunoksen syntymähalvaus, Erbin pareesi 2020). Olkahermopunoksen syntymävaurio saattaa johtaa pysyviin virheasentoihin olka- ja kyynärnivelessä. Jos virheasentoja on kuitenkin jo muodostunut, niitä voidaan korjata ja hoitaa eri menetelmin. Näitä ovat esimerkiksi erilaiset lihas- tai jännesiirrot, jänteiden pidennystoimenpiteet sekä nivelkapselin vapautustoimenpiteet ja luun asennon korjausleikkaus.

(Magneetti- ja ultraäänikuvaus olkahermopunoksen syntymävauriossa n.d.) Nietosvaaran ja muiden (2016, 541) mukaan murto-osalle potilaista saattaa olla hyötyä myös mahdollisista jännesiirroista, joiden tarkoituksena on parantaa kyynär-, ranne- ja sorminivelten toimintaa.

5.2 Konservatiivinen hoito

Kuntoutus ja hoito määräytyvät aina vaurion laadun mukaisesti (Abid 2016). Konservatiivinen hoito sisältää intensiivistä fysio- ja toimintaterapiaa. Niihin kuuluu sähköstimulaatiota, immobilisoivien lastojen käyttöä, rajoitusten aiheuttamaa liikehoitoa, yhteistyö perheiden kanssa sekä mahdollisesti botuliinitoksiini injektio. Aikainen konservatiivinen hoitolinja on yleisesti todettu tärkeimmäksi muodoksi olkahermopunosvaurion saaneen lapsen hoidossa. (Frade ym. 2019.) Konservatiiviseen hoitolinjaan tarvitaan enemmän tutkimusta. Fraden ja muiden (2019) katsauksessa joillain konservatiivisen hoitolinjan menetelmillä ei koettu olevan hyötyä olkahermopunosvaurion kuntoutuksessa. Näitä olivat hydroterapia, kinesioiteippaus, painonsiirrot vaurioituneelle puolelle sekä kontraktuuria estävä asentohoito. (Frade ym. 2019.) Joka tapauksessa konservatiivisessa hoitolinjassa tavoitteena on ehkäistä kontraktuurien synty, kehittää parantuvien lihasten voimaa, stimuloida sensorisia hermoja sekä tukea lapsen normaalia kehitystä ja kasvua. (Raducha ym. 2017.)

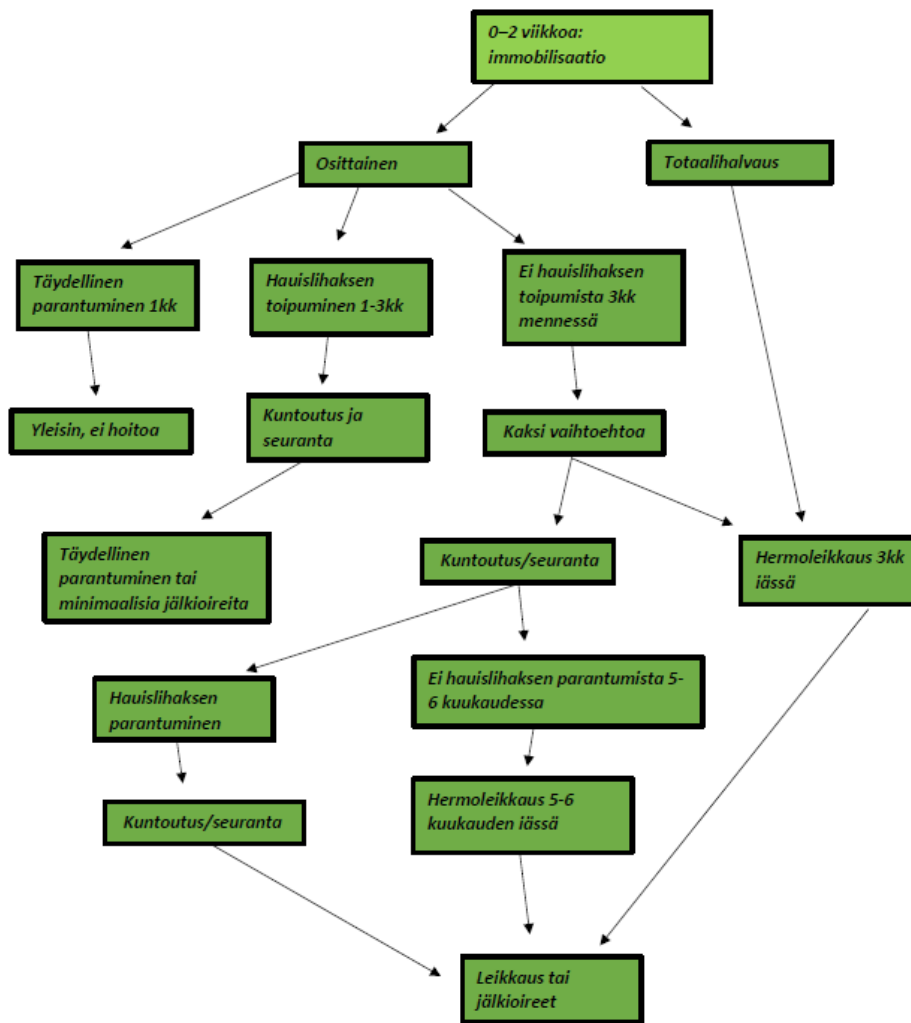
Vastasyntyneen olkahermopunosvaurion hoito alkaa lähes aina konservatiivisesti. Vaurioitunut käsi pyritään immobilisoimaan, jonka tarkoituksena on vähentää kipua ja estää vaurioituneen olkahermopunoksen lisävauriot. Käsivarsi pyritään saamaan liikkumattomaksi vasten vartaloa noin 10–15 päivän ajaksi. (Abid 2016.) Kuitenkin immobilisoinnin hyödyt ovat ristiriitaiset, sillä on havaittu, ettei immobilisaatiosta olisi välttämättä hyötyä. Käden liikkumattomuudesta voi myös aiheutua haittaa. Noin kahden ja kolmen viikon kohdalla kontraktuurien syntyminen on mahdollista. Siksi liikehoidon aloittaminen mahdollisimman aikaisin on tärkeää. (Raducha ym. 2017.)

Tyypillisesti olkahermopunosvaurio paranee ensimmäisen kuukauden aikana. Tällöin tarkastellaan etenkin hauislihaksen aktivaation palautumista. Jos hauislihaksen aktivaatio palautuu ensimmäisen neljän viikon aikana, on vaurio parantunut eikä hoitoa tarvita. (Abid 2016.) Jos paraneminen ei ole täydellistä ensimmäisen kuukauden aikana, hermovaurion todennäköisyys on suuri. Tällöin pediatriksen kirurgin ja fysioterapeutin tekemä tarkempi arviointi on tarpeen. (Shah ym. 2021.) Kolme kuukautta syntymästä on myös tärkeä ajankohta olkahermopunosvaurion saaneen lapsen hoidon suunnittelussa. Suurin osa olkahermopunosvaurioista on myös havaittu paranevan spontaanisti

viimeistään kolmen kuukauden aikana syntymästä. Siksi olkahermopunosvaurion saaneen lapsen olisikin hyvä päästä viimeistään kolmen kuukauden kohdalla tarkempaan tutkimukseen. (Raducha ym. 2017.)

Olkahermopunosvaurion saaneen vastasyntyneen parantumisen seurantaan jatketaan vielä ensimmäisen kuukauden jälkeen. Tällöin hoitokeinona on kuntoutus, jonka tarkoituksena on ehkäistä olkanivelen jäykkyyttä ja liikerajoitusten syntyä. Yleisesti kuntoutusta ja seurantaan jatketaan kolmen kuukauden ikään asti. Ensimmäisten kolmen kuukauden aikana hauislihaksen aktivaation palautuminen johtaa yleisesti konservatiivisen hoitolinjan valitsemiseen. Tällöin olkahermopunosvaurion tilaa seurataan ja kuntoutetaan. Vauriosta voi jäädä jälkiseurauksia käden toimintakykyyn tai vaihtoehtoisesti yläraaja voi parantua kokonaan. Jos hauislihaksen aktivaatio ei ole kolmen kuukauden ikään mennessä palautunut, selvitetään leikkaushoidon tarpeellisuutta. (Abid 2016.)

Hauislihaksen aktivaation lisäksi myös ranteen ojentajien lihasvoimien palautumista käytetään hoitolinjan valitsemisessa. Hauislihaksen aktivaation palautuminen ei myöskään aina kerro, kuinka hyvin käsi paranee toiminnallisesti. Kolmen kuukauden jälkeen palautunut hauiksen lihasaktivaatio näyttääkin johtavan lähes aina yläraajan epätäydelliseen toiminnallisuuteen. (Raducha ym. 2017.) Alla (Kuvio 3) on nähtävillä yksi mahdollinen hoitopolku.



Kuvio 3. Hoitopolku (Mukailtu Abid 2016.)

5.2.1 Fysioterapia

Olkahermopunosvaurion kuntoutuksessa suuressa roolissa on fysioterapia. Lasten ja nuorten kohdalla fysioterapiaa voidaan myöntää Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tai harkinnanvaraisen kuntoutuksen kautta. Myöntämisperusteet noudattavat lakia Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. Julkisessa terveydenhuollossa laaditaan kuntoutuskäytännön mukainen kirjallinen kuntoutussuunnitelma, jossa on suositeltu lapselle tai nuorelle suoriutumisen ja osallistumisen kannalta tarpeellinen kuntoutus. Kuntoutussuunnitelma laaditaan yhteistyössä moniammatillisesti, jolloin kartoituksessa otetaan asiakkaan tilanne kokonaisvaltaisesti huomioon. (Kelan terapian palvelukuvaus. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen yksilölliset lasten ja nuorten fysio- ja toimintaterapiat 2019, 3–5)

Fysioterapia painottuu pääosin nimenomaan vanhempien ohjaukseen, sillä olkahermopunosvaurion kuntoutus tapahtuu pääosin kotona. Lapsen päivittäisissä toimissa tukemisen ja arjessa toteutettava liikeharjoittelun ohjaus vanhemmille onkin tärkeä. (Kuntoutus n.d.) Myös lapsen muu lähiympäristö, kuten esimerkiksi päiväkotia pyritään ottamaan kuntoutukseen mukaan ja sitouttamaan kuntoutustavoitteiden saavuttamiseen. Lapsen lähellä olevien ammattilaisten on hyvä tietää lapsen olkahermopunosvauriosta ja siihen liittyvistä mahdollisista rajoituksista. Ammattilaisten lisäksi myös lasten muiden läheisten ihmisten, kuten sukulaisten ja ystävien, on hyvä tietää vauriosta. Tällöin kaikki lapsen ympärillä olevat ihmiset pystyvät tukemaan lapsen omatoimisuutta ja osallistumista. Toisaalta taas ympärillä olevat ihmiset myös tietävät ja tunnistavat, missä tilanteissa lapsi tarvitsee tukea ja apua. (Olkahermopunoksen syntymävaurio, Erbin pareesi 2013, 17, 19.)

Liikeharjoitteet on aloitettava varhain ja ne ovat tärkeitä olkahermopunosvaurioon liittyvien riskitekijöiden ennaltaehkäisyssä. Lapsen kuntoutuksen toteutuksessa vanhempien rooli on merkittävä, koska liikeharjoittelua pitää suorittaa usein. Fysioterapeutin ohjauksessa onkin hyvä yhdistää liikeharjoitteet vanhempien ja lapsen päivittäisiin rutiineihin, jotta harjoitteita tulee tehtyä riittävästi usein. (Raducha ym. 2017.) Fysioterapeutti on olkahermopunosvaurion saaneen lapsen tukena kuntoutuksen ajan. Helsingin lastenklinikan ohjeistuksen mukaan fysioterapeutti tutkii olkahermopunosvaurion saaneen lapsen kahden päivän, kahden viikon, yhden kuukauden, kolmen kuukauden ja vuoden iässä. Tämän jälkeen tapaamisia on muutaman vuoden välein. (Nietosvaara ym. 2016, 537.)

Fysioterapeutti ohjaa yksilölliset liikeharjoitukset, jotka aloitetaan jo hyvin nopeasti. Liikeharjoitteiden tavoitteena on saada säilytettyä nivelten liikelaajuudet. Suurimmalle osalle potilaista riittää harjoitteet, jotka keskittyvät olkanivelen ulkokiertoon- ja loitonnuksen sekä kyynärvarren ulkokiertoon. Luotettavimmin alkuvaiheessa liikeharjoittelu onnistuu toteutettaessa se samanaikaisesti molemmilla yläraajoilla. Harjoitusohjelma on aina yksilöllinen ja parhaimpiin tuloksiin päästään kotiharjoittelulla eli vanhempien suorittamalla säännöllisellä liikehoidolla. (Olkahermopunoksen syntymähalvaus, Erbin pareesi 2020.) Liikeharjoitteiden toteuttamisessa perustana on, että harjoitteita tehdään niille liikesuunnille, joita lapsi ei vamman takia pysty suorittamaan. Pienen lapsen kohdalla liikeharjoitteita voi tehdä lapsen nukkuessa, jos lapsi ei ole suostuvainen passiivisiin venytyksiin. Leikki-ikäisen lapsen kohdalla liikeharjoitteita voidaan toteuttaa leikin ja harrastusten avulla. Tällöin leikit ja harrastukset sisältävät halutun liikesuunnan liikkeitä. (Nietosvaara ym. 2016, 542.)

Olkahermopunosvaurion saaneen lapsen liikeharjoittelun lisäksi vaurioituneen käden lihasvoiman kehittäminen on fysioterapian keskiössä. Liikeharjoittelulla pyritään myös ehkäisemään kontraktuurien syntymistä. Harjoittelussa on tärkeää muistaa minimoida olkanivelelle syntyvä paine, joten harjoittelua on syytä tehdä varoen. (Dunham 2003.) Pienelle lapselle lihasvoimaharjoittelun toteuttaminen voi olla hankalaa. Heikentyneitä lihaksia voi yrittää aktivoida eri konstein. Esimerkiksi lelut, kosketus ja äänet voivat auttaa stimuloimaan heikentyneiden lihasten työtä. (Nietosvaara ym. 2016, 542.)

Fysioterapiassa keskitytään myös lapsen normaalin motorisen kehityksen tukemiseen ja symmetristen toimintojen aktivointiin. Myöhemmin keskitytään itseharjoittelun lisäämiseen ja sopivien liikuntaharrastusten löytämiseen. (Nietosvaara ym. 2016, 542) Motorisen kehityksen tukemisessa tuetaan lapsen motorista oppimista ryömimisestä kävelyyn. Lapsen motorista oppimista on myös tuettava vaurioituneen käden osalta. Lasta on syytä motivoida eri keinoin käyttämään myös vaurioituneen puolen kättä. (Kuntoutus n.d.)

Olkahermopunosvaurion fysioterapiassa yhtenä hoitomuotona on erilaisten aistiärsykkeiden hyödyntäminen. Niiden tarkoituksena on sensoristen ärsykkeiden avulla kohentaa vaurioituneen käden sensoriikkaa sekä kaksikätsisyyttä. Vaurioituneen käden aistimusten harjoittelu on tärkeää liikeaistimusten harjoittamisen ohella. Käden sensoriikkaa voidaan stimuloida värinällä, lämmöllä sekä erilaisilla koostumuksilla ja rakenteilla. (Frade ym. 2019.) Lisäksi tietoisuutta vaurioituneesta raajasta voidaan lisätä stimuloimalla tuntoaistimuksin sivelemällä ja hieromalla. Esimerkkeinä vaurioituneen raajan kehotietoisuuden lisäämiseksi ovat erilaiset painevaatteet ja hanskat sekä kinesioteippaus. (Kuntoutus n.d.) Kinesioteippausta osana olkahermopunosvaurion fysioterapeutista hoitoa on tutkittu. Sen hyödyt käden toiminnan parantumiseen ovat kyseenalaiset. (Hassan, Abbass & Elshennawy 2018.)

Vaurioitunutta kättä voidaan myös stimuloida sähköstimulaatiolla. Sen avulla pyritään lisäämään vaurioituneen käden lihasten voimaa ja jäntevyyttä aktivoimalla lihasta ulkoisen sähköä avulla. Lisäksi sen avulla voidaan lisätä vaurioituneen käden liikettä. (Frade ym. 2019.) Neuromuskulaarisen sähköstimulaation tehokkuus olkahermopunosvaurion hoidossa on ristiriitainen. Etenkin näyttö lihasvoiman lisääntymisestä sähköstimulaatiolla on vaihtelevaa. Aktiivisten liikelaajuuksien lisäämisessä sähköstimulaatiohoidosta on koettu enemmän hyötyä. (Justice, Awori, Carlson, Chang & Yang 2018.)

Suurin osa olkahermopunosvaurioista paranee fysioterapian avulla. Fysioterapia on tärkeää aloittaa ajoissa, sillä se lisää paranemisen todennäköisyyttä. Myöhästynyt fysioterapian aloittaminen usein pitkittää fysioterapian tarvetta. (Dunham 2003.)

5.2.2 Muut hoitomuodot

Botox-hoito on yksi keino olkahermopunoksen hoidossa. Hoidossa käytetään botulinumtoksiinia, jonka vaikutus kestää muutaman kuukauden. Botulinumtoksiini salvaa tilapäisesti hermolihaskuitoksen. Vaikutus saadaan injektoimalla botoxia lihakseen yleensä 2–3 eri kohtaan. (Nietosvaara ym. 2016, 539.) Pysyvissä vaurioissa joka kolmannelle lapselle muodostuu olkanivelen löysyyttä. Hoitamattomana seurauksena voi olla olkaluun pään osittainen sijoiltaanmeno, olkanivelen ulkokierton liikerajoitus, nivelen epämuodostuminen. Lopulta tämä voi johtaa nuorella aikuisella jopa nivelrikkoon. (Olkahermopunoksen syntymävaurio. Erbin pareesi 2013, 12.) Botox-hoidon tarkoituksena on estää pysyvien vaurioiden aiheuttaman olkanivelen löysyydestä koituvat olkanivelen osittaiset sijoiltaanmenot. Hoidolla pyritään siis tukevoittamaan olkaniveltä. (Nietosvaara ym. 2016, 539.) Lisäksi botox-hoidolla pyritään ehkäisemään liikerajoitusten ja epämuodostumien synty. Myös mahdolliseen lihasepätasapainon syntyyn voidaan vaikuttaa botox-hoidolla. Tällöin antagonisti lihaksia heikennetään botoxilla, jotta agonisti lihas pääsee kehittymään. (Buchanan, Grossman, Price, Reddy, Chopan & Chim 2019.)

Varhain aloitettu botoxhoito sekä siihen yhdistetty asentohoito tukevoittaa olkaniveltä suurella osalla potilaista. Botox hoidon yhteydessä käytetään ulkokiertolastaa. Hoito toteutetaan yleensä 3–9 kuukauden ikäisenä. (Nietosvaara ym. 2016, 539.) Tutkimusnäyttö tukee erityisesti botox-hoidon käyttöä olkahermopunosvaurioon liittyvien kontraktuurien ehkäisyssä. Botoxinjektion käyttöä olkahermopunosvaurion hoidossa kannattaa harkita alle 7-vuotiailla potilailla, joiden konservatiivinen sekä leikkaushoito eivät ole tuottaneet tulosta. (Buchanan ym. 2019.)

Toimintaterapeutti on myös tärkeässä osassa olkahermopunoksen saaneen lapsen kuntoutuksessa. Toimintaterapeutin tehtävä on kartoittaa vaurion aiheuttamia rajoitteita päivittäisissä toimissa. Arvion perusteella pyritään löytämään oikeat toimintatavat tukemaan arjessa selviytymisessä. Tavoitteena on tukea lapsen omatoimisuutta ikätasoisissa toiminnoissa.

Toimintaterapeutilta saa vinkkejä päivittäisiin toimintoihin kuten pukeutumiseen, syömiseen ja kuntoutusta tukeviin leluihin. Lastojen ja tukien tarpeen arvioinnin toimintaterapeutti tekee yhdessä hoitavan lääkärin kanssa. (Nietosvaara ym. 2016, 542.)

6 Olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien ohjaus

6.1 Ohjaus ja neuvonta käsitteinä

Fysioterapianimikkeistön (2018, 13) mukaan fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta on asiakkaan terveyttä ja toimintakykyä edistävää. Neuvonnalla edistetään asiakkaan terveyttä sekä toimintakykyä vahvistavia tekijöitä. Ohjauksella ja neuvonalla on tarkoitus, tukea asiakasta suuntaamaan voimavarojaan nimenomaan toimintakykynsä edistämiseen. (Fysioterapianimikkeistö 2018, 13.) Kun voimavaroja suunnataan toimintakyvyn edistämiseen, yhdessä asetettujen tavoitteiden saavuttaminen mahdollistuu. Fysioterapeutilla on suuri rooli asiakkaan motivoinnissa. Motivoinnin avulla tavoitteita on mahdollista saavuttaa ja näin fysioterapiaprosessissa saavutetaan asiakkaan toimintakyvyn pysyvää muutosta. (Hynynen, Häkkinen, Hännikäinen, Kangasperko, Karihtala, Keskinen, Leskelä, Liikka, Lähteenmäki, Markkola, Mämmelä, Partia, Piirainen, Sjögren & Suhonen 2016, 16.) Myös asiakkaan tukeminen toimintarajoitteiden tunnistamisessa ja hallitsemisessa on keskiössä (Fysioterapianimikkeistö 2018, 13).

Suomen fysioterapeuttien (n.d.) mukaan fysioterapeutin ydinosasta on ohjaus ja neuvonta. Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta on asiakkaiden, yhteisöjen, ryhmien sekä yhteiskunnan terveyttä ja toimintakykyä edistävää toimintaa erilaisin menetelmin. Asiakkaan ohjauksen lisäksi suuressa roolissa on asiakkaan lähipiirin sekä muiden sosiaali- ja terveystieteen ammattilaisten ohjaaminen. (Hynynen ym. 2016, 16.) Onnismaan (2021, 31–32) mukaan ohjauksessa ohjattava osallistuu aktiivisesti esille tuomiensa ongelmien ratkaisemiseen. Työskentelyn lähtökohtana ovat ohjattavan tavoitteet. Neuvonnan peruserä on neuvon pyytäminen ja sen saaminen. (Onnismaa 2021, 31–32.)

Fysioterapeutin antama ohjaus on luonteeltaan terveyttä edistävää ohjausta, kun neuvonnan tarkoituksena on nimenomaan antaa tietoa, muuttaa aikaisempia tottumuksia ja vaikuttaa käsityksiin. Terveysneuvonnassa fysioterapeutti kertoo sairaudesta tietoa ja antaa erilaisia harjoitusohjeita sekä perustelee ja kertoo harjoittelun merkityksiä ja vaikutusta. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 178–179.)

6.2 Ohjausta tukevat tekijät

Olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien ohjauksen tukemisessa voi olla hyötyä perheiden tilanteen tunnistamisesta. Myös vanhempien kohtaamiseen voi olla hyviä käytäntöjä, joilla päästään lasten vanhempien ohjauksessa mahdollisimman hyvään lopputulokseen. Neuvolan työntekijöiden oppaissa löytyvää tietoa perheiden elämäntilanteista sekä vanhempien ja lasten kohtaamisesta ja tukemisesta voidaan hyödyntää lasten vanhempien ohjauksessa.

On tärkeää, että ammattilainen tunnistaa vanhempien voimavaroja ja sitä, mistä ne kumpuavat. Lapsen syntymästä seuraa erilaisia suuriakin muutoksia perheen arkeen. Lisäksi myös muut ulkoiset muutokset vaikuttavat perheen arkeen. Muutokset voivat olla voimaannuttavia tai kuormittavia. Vanhempien kanssa keskusteltaessa ammattilaisen onkin hyvä ottaa huomioon myös muut asiat, jotka eivät liity suoraan synnytykseen. Perhettä kuormittavien ja tukevien tekijöiden tunnistamisella onkin mahdollista parantaa vanhempien pystyvyyden tunnetta. (Hakulinen, Uotila-Laine & Koivumäki 2022.) Synnynnäisen olkahermopunosvaurion erikoispiirteiden lisäksi fysioterapeutin olisi hyvä tietää ja kartoittaa perheen sen hetkinen tilanne kokonaisvaltaisesti, jotta ohjausta olisi mahdollista optimoida juuri perheelle sopivaksi.

Tasa-arvoisella perheen kohtaamisella on mahdollisuus huomioida paremmin perheen eri osapuolet. Tasa-arvoisella kohtaamisella saadaan esille koko perhettä askarruttavat huolet, jolloin niihin voidaan antaa tarvittavaa tukea. Sen avulla vanhempien huolet eivät pääse kasaantumaan, mikä voi olla haitallista lapsen perheen hyvinvoinnille. Tasa-arvoisessa kohtaamisessa kaikki läsnä olevat otetaan huomioon ja heistä puhutaan asiakkaiden toivomalla tavalla tai yleistäen. Tällöin vahvistetaan kaikkien osallisuutta ja joukkoon kuuluvuutta. Myös luottamuksellisen suhteen muodostumiselle tasa-arvoisesta kohtaamisesta on hyötyä. (Hakulinen, Onwen-Huma, Pulkkinen, Sandt & Varsa 2022, 18.)

Neuvojen ja ohjeistuksen annossa ammattilaisen on hyvä muistaa, että perheet odottavat tulevana kuulluksi. Lisäksi perheet haluavat päästä keskustelemaan heidän ajankohtaisista asioistaan. Pelkästään ammattilaisen puhuessa toimivan yhteistyö- ja luottamussuhteen syntyminen on epätodennäköistä. Yhteistyösuhteen muodostavia tekijöitä ovat vastavuoroisuus, rehellisyys, sitoutuminen ja yksilöllisyyden kunnioittaminen. Tällöin syntyvällä dialogisella vuorovaikutussuhteella mahdollistetaan vanhempien tunteista ja voimavaroista puhuminen ja luodaan vanhemmille tunne

kuulluksi tulemisesta ja kiireettömyydestä. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena, Opas työntekijöille 2004, 95.) Luottamuksellisen ilmapiirin luominen asiakastilanteessa mahdollistaa turvallisen vuorovaikutuksen asiakkaan kanssa, jolloin asiakkaan on helpompi puhua rehellisesti (Hakulinen & Koivumäki 2022). Vanhempien haasteiden sekä tukevien voimavarojen löytämisessä fysioterapeutin on syytä ottaa koko perhe huomioon. Lisäksi hyvän yhteistyösuhteen muodostaminen voi tukea fysioterapeuttia perheen tilanteen kartoittamisessa ja täten optimaalisen ohjauksen suunnittelussa ja toteuttamisessa.

Asiakaslähtöisesti ohjeiden ja neuvojen antaminen voi olla järkevää vasta keskustelun jälkeen, jotta perhe saa puhuttua omasta tilanteestaan. Tällöin on myös mahdollista tukea vanhempia löytämään itse ratkaisuja. Tapa, miten ohjeita ja neuvoja annetaan, on tärkeä. Väärän sekä puutteellisen tiedon kertominen saattaa aiheuttaa avuttomuutta ja lisätä pelkoa vanhemmissa. Myös ohjeiden ja suositusten suppea perustelu saattaa vaikuttaa haitallisesti vanhempien kokemaan kyvykkyyteen. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena, Opas työntekijöille 2004, 104–105.) Avoimen keskustelun avulla ammattilaisen on mahdollista tukea asiakkaan muutostarpeita sekä pystyvyyden tunnetta. Tällöin voimavarateemaa on syytä pitää yllä keskustelussa. (Hakulinen, Uotila-Laine & Koivumäki 2022.) Esimerkiksi fysioterapeutin ohjauksessa liikeharjoitteiden tärkeyden perusteleminen on tärkeää.

Vanhempien ohjauksessa ammattilaisen on hyvä tietää, että tiedon lisäksi vanhemmat kaipaavat emotionaalista tukea omaan elämäntilanteeseen. Välittäminen, kuunteleminen, kunnioituksen osoittaminen ja ymmärtäminen ovat keinoja emotionaalisen tuen antamiseen. Tarkoituksena on vahvistaa ja tukea vanhempien itseluottamusta, ratkaisujen tekemistä, selviytymistä sekä vastuunottoa. Tällöin voidaan tukea vanhemmuutta, parisuhdetta sekä koko perhettä. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena, Opas työntekijöille 2004, 105.) Ammattilaisen heittäytyminen vuorovaikutustilanteeseen tukee asiakkaan aitoa kohtaamista. Asiakkaan ohjaus on tasavertaista ja vuorovaikutuksellista sekä yksilöllisyyttä kunnioittavaa. Asiakkaan omat tarpeet ohjaavat keskustelua, jolloin välttyään ohjaustilanteen kaavamaisuudelta ja rutiininomaisuudelta. (Hakulinen & Koivumäki 2022.) Ohjatessa vanhempia fysioterapeutin kannattaa tiedon antamisen lisäksi muistaa vanhempien emotionaalisen tuen tarve ja vastata siihen.

6.3 Menetelmät ohjauksessa

Ohjauksen menetelmiä ovat esimerkiksi verbaaliset, visuaaliset, manuaaliset (Taulukko 6) sekä digitaaliset ohjaus- ja neuvontamenetelmät (Hynynen ym. 2016, 16; Talvitie ym. 2006, 181.). Ohjausmenetelmät perustuvat eri aistien vastaanottojärjestelmiin. Fysioterapeutti käyttää terapian aikana erilaisia ohjauskeinoja eri tilanteissa. Fysioterapeutille on kuitenkin ominaista, että sanallista ohjausta käytetään runsaasi toimintaohjeiden ja -käskyjen muodossa. (Talvitie ym. 2006, 183.)

Sanallisen ohjaamisen ymmärtäminen edellyttää selkeitä ja yksinkertaisia ohjeita, jotka ovat ymmärrettävissä. Fysioterapeutin sanalliset ohjeet eivät myöskään saa olla liian pitkiä ja sanallisen ohjauksen aikana onkin tärkeää painottaa tärkeimpiä asioita. Hoitosuhteen alussa fysioterapeutin tehtävänä on kuunnella asiakasta. Kuuntelevan vuorovaikutuksen avulla fysioterapeutin on mahdollista rakentaa läheinen hoitosuhde, hankkia tietoa sekä rohkaista. Sanallisen ohjauksen avulla asiakkaalle voidaan myös antaa palautetta. Ohjaavan palautteen tarkoituksena on, että asiakas korjaa ne asiat itse, joista fysioterapeutti huomauttaa. Manuaalista eli fyysistä ohjausta käytetään fysioterapiassa laajasti erilaisissa ohjaustilanteissa. Useimmiten ohjausta käytetään liikkeen oikeanlaiseen ”pakottamiseen” tai väärin liikemallien estämiseen. Fysioterapiassa visuaalista ohjausta käytetään terapian eri vaiheissa. Usein fysioterapeutti näyttää itse ensin suorituksen, jonka asiakas sitten tekee itse tai yhdessä fysioterapeutin kanssa. Näköä voidaan hyödyntää myös palautteen annossa. Suoritus voidaan esimerkiksi videoida tai sitä voidaan tarkkailla peilin kautta. (Talvitie ym. 2006, 183–191.)

Myös Hynysen ja muiden (2016, 16) mukaan edellä mainittuja ohjauskeinoja käytetään asiakkaan terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen. Manuaalisella, auditivisella ja visuaalisella ohjauksella fysioterapeutti pyrkii tukemaan asiakkaan motorista oppimista sekä kognitiivista prosessointia. Lisäksi palautteen antaminen osana ohjausta tukee asiakkaan motorisen oppimisen ja kognitiivisen prosessoinnin yhteyttä. (Hynynen ym. 2016, 16.)

Taulukko 6. Sanallinen, manuaalinen ja visuaalinen ohjaaminen harjoittelutilanteissa (Talvitie ym. 2006, 184.)

<i>Harjoitteluvaihe</i>	<i>Sanallinen ohjaaminen</i>	<i>Manuaalinen ohjaaminen</i>	<i>Visuaalinen ohjaaminen</i>
<i>Harjoittelun alussa</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Liikkeen nimeämistä • asennon rakentamista • ympäristön järjestämistä 	<ul style="list-style-type: none"> • käsin ohjailua • tukemista • ympäristön järjestämistä 	<ul style="list-style-type: none"> • näyttämistä
<i>Suorituksen aikana</i>	<ul style="list-style-type: none"> • toimintakäskyjä • toimintaohjeita • suoritusohjeita 	<ul style="list-style-type: none"> • käsin ohjailua • tukemista • liikkeen vastustamista • venytyksiä 	<ul style="list-style-type: none"> • näyttämistä • mallintamista
<i>Suorituksen lopussa</i>	<ul style="list-style-type: none"> • motivoivaa • toteavaa ja valmistavaa • ohjaavaa ja korjaavaa • informatiivista 	<ul style="list-style-type: none"> • hyväksyntää osoittavaa koskettamista • käsin ohjailua 	<ul style="list-style-type: none"> • näyttämistä • mallintamista

6.4 Lapsen ja perheen arjen tukeminen

Lapsen perhe ja läheiset tarvitsevat tietoa, tukea ja rohkaisua sekä ohjausta pystyäkseen tukemaan lapsen kokonaisvaltaista kuntoutumista. Kuntouttajan täytyy pystyä kuuntelemaan, tekemään yhteistyötä ja olemaan läsnä. (Melamies, Pärnä, Heino & Miller 2004, 103.) Vanhemmat ovat merkittävässä roolissa lapsen ja perheen hyvinvoinnille. Hyvinvoivat vanhemmat mahdollistavat lapselle optimaalisen kasvuympäristön. (Hakulinen, Uotila-Laine & Koivumäki 2022.)

Päivittäiset tilanteet, kuten ruokailu ja iltasadun lukeminen, ovat tärkeitä lapsen kuntoutukseen vaikuttavia tilanteita. Nämä hetket antavat mahdollisuuden kuntoutukselle ja lapsen kehityksen edistymiselle. Lapsen toimintaympäristöihin, arkisten asioiden rinnalle, ammattilainen voi luoda elementtejä, jotka esimerkiksi helpottavat lapsen osallistumista ja näin edesauttavat kuntoutumista. Kuntoutus on parhaimmillaan, kun se antaa mahdollisuuden vanhemmille nähdä itsensä ja lapsensa uudella tavalla. (Melamies ym. 2004, 108–109.)

Olkahermopunosvaurion saaneiden vauvojen käsittelyssä ei ole suuria eroja verrattuna tavanomaiseen. On kuitenkin tärkeää muistaa, ettei lasta suositella nostettavan tai roikotettavan käsistä ensimmäisten viikkojen aikana. Lapsen käden ollessa velto raajan tukeminen on tärkeää ja vanhempien onkin tärkeää kiinnittää huomiota arjen askareissa lapsen raajan tukemiseen ja retkahtamisen estämiseen. Tuntotiedon antamiseksi lapsen vaurioitunutta yläraajaa kannattaa sivellä ja kosketella hellästi useita kertoja päivässä. (Olkahermopunoksen syntymävaurio. Erbin pareesi 2013, 11.)

Kehonkuvan vahvistumiseksi vaurioitunut yläraaja viedään lapsen toiseen käteen, suuhun ja lapsen näkökenttään. Jos lapsen katse kääntyy terveelle puolelle, vaurioitunutta puolta on tärkeä aktiivoida esimerkiksi erilaisilla äänillä ja leluilla. Nukkumisasentojen suhteen on tärkeää kiinnittää huomiota, että lapsi nukkuisi tasapuolisesti molemmilla kyljillään sekä selällään. Vaurioituneen yläraajan päällä lapsi ei kuitenkaan voi nukkua. (Olkahermopunoksen syntymävaurio. Erbin pareesi 2013, 12.)

Vertaistuesta on todettu olevan hyötyä perheille lapsen synnytyksen jälkeen. Suomessa neuvola voi järjestää vanhemmille vanhempainryhmätoimintaa lapsen syntymän jälkeen. (Hakulinen, Uotila-Laine & Korpilahti 2022.) REDy ry on kolmen pienvammaryhmän yhteinen yhdistys. REDy ry on Invalidiliiton jäsenyhdistys ja siihen kuuluu yli 200 jäsentä. Se on perustettu vuonna 1999 yhdyssiteeksi kaikille niille henkilöille, joilla on Erbin pareesi, Dysmelia tai Rapadilino. Yhdistys on tarkoitettu myös kyseisten henkilöiden läheisille. (Etusivu n.d.)

7 Olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien kokemuksia

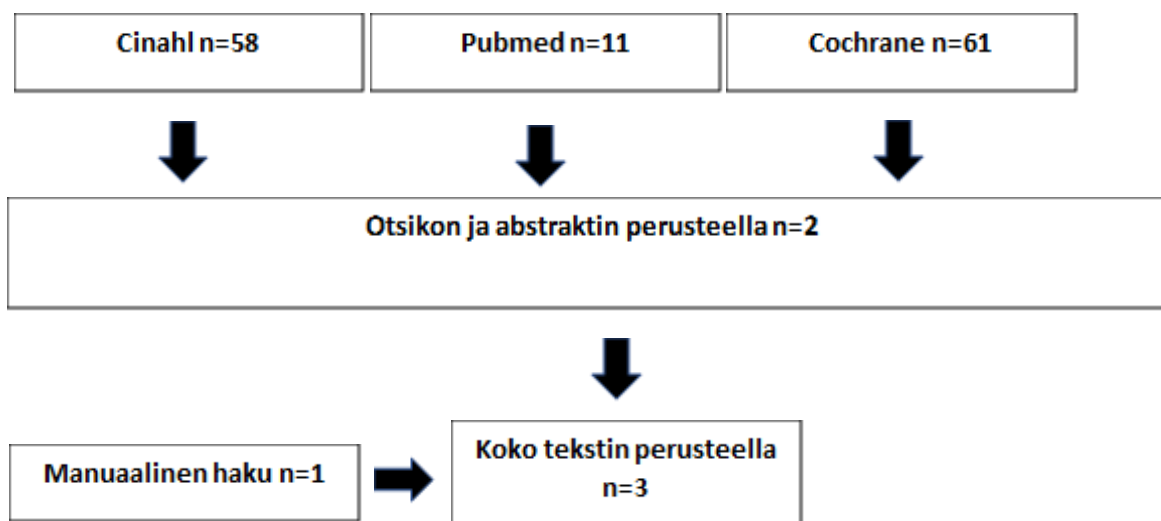
Tutkimustietoa olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien kokemuksista yleisesti haettiin systemaattisella tiedonhaulla elokuun 2022 aikana (Kuvio 4). Tiedonhaun avulla oli tarkoitus etsiä tietoa systemaattisesti opinnäytetyöhön liittyvän kyselylomakkeen laatimista varten. Vanhempien kokemuksia fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta ei erilaisten koehakujen avulla löytynyt. Opinnäytetyön aiheen lisätiedon saamiseksi laajennettiin hakua koskemaan olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien kokemuksia yleisesti. Tiedonhaun tietokantoina käytettiin sosiaali- ja terveysalalla yleisesti käytössä olevia tietokantoja, jotka olivat Pubmed, Cinahl ja Cochrane library. Tutkimusten koko teksteihin pääsy mahdollistui Jyväskylän ammattikorkeakoulun opiskelijatunnusten avulla. Hakusanoiksi määräytyi testauksen jälkeen ((brachial plexus

palsy) OR ((Brachial plexus injury)) AND (experience)) AND (parent). Hakusanojen täytyi löytyä abstraktista. Haun tuloksia arvioitiin ja tutkimukset valittiin sisäänottokriteereiden (Taulukko 7) mukaisesti. Sisäänottokriteereiden avulla saatiin varmistettua, että valitut tutkimukset antoivat luotettavaa ja tutkimuksen kannalta relevanttia tietoa. Rajauksen jälkeen valittuihin tutkimuksiin nostettiin Cinahl-tietokannasta yksi tutkimus ja Pubmed-tietokannasta yksi tutkimus. Tiedonhakua täydennettiin vielä manuaalisen haun avulla. Sen avulla yksi tutkimus ProQuest-tietokannasta lisättiin valittujen tutkimusten joukkoon.

Systemaattisen tiedonhaun kautta valitut tutkimukset on julkaistu lääketieteellisissä aikakausjulkaisuissa (Journal of Hand Surgery (European Volume), Children's health care ja Health and quality of life outcomes). Kaksi tutkimusta oli vertaisarvioituja. Vertaisarvio puuttui yhdestä tutkimuksesta. Vertaisarvioimattoman tutkimuksen sisältö ja tulokset olivat johdonmukaiset ja tutkimukselliset, sen tekijöiden kytkökset olivat terveydenhuoltoon liittyvät ja tutkimus oli julkaistu lääketieteellisessä julkaisussa. Vertaisarvioimattoman tutkimuksen laadun arvioinnissa hyödynnettiin hoitotyön tutkimussäätiön Hotuksen JBI arviointikriteeristöjä. (Tutkimusten arviointikriteeristöt JBI n.d.) Laadun arvioinnin jälkeen kyseinen tutkimus valikoitui mukaan opinnäytetyöhön.

Taulukko 7. Tutkimuksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Antaa tietoa lapsen vanhempien kokemuksista lapsen saamaan olkahermopunosvaurioon liittyen	Ei anna tietoa lapsen vanhempien kokemuksista lapsen saamaan olkahermopunosvaurioon liittyen
Koskee synnytyksen yhteydessä saatua olkahermopunosvauriota	Ei koske synnytyksen yhteydessä saatua olkahermopunosvauriota
Koko teksti saatavilla	Ei koko tekstiä saatavilla
Julkaistu suomeksi tai englanniksi	Julkaistu jollain muulla kielellä kuin suomeksi tai englanniksi
Julkaistu vuonna 2000 tai sen jälkeen	Julkaistu ennen vuotta 2000



Kuvio 4. Tiedon haun eteneminen

Olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien kokemuksia fysioterapiasta ja siihen liittyvästä ohjauksesta ja neuvonnasta ei ole tutkittu. Sen sijaan vanhempien kokemuksia ja ajatuksia yleisesti liittyen oman lapsen olkahermopunosvaurioon on tutkittu jonkin verran. Kyselytutkimuksessa, johon osallistui 44 olkahermopunosvaurion saaneen lapsen vanhempaa, selvitettiin vanhempien kokemuksia diagnoosin ja informaation antamisesta sekä kokemuksia sairaalaan henkilökunnan kohtaamisesta. Suurin osa vastanneista koki synnytystilanteen olleen vaikea eikä ollut tyytyväinen saamaansa hoitoon synnytyksen aikana. Moni vanhempi oli myös diagnoosin kerronta tapaan tyytymätön. (Bellew & Kay 2003.) Lisäksi vanhempien kokemuksia ja ajatuksia on usein lähestytty tutkimalla, miten stressi liittyy olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempiin. Yleisesti vanhempien kokema stressi oli suurempaa heillä, joiden lapsi on saanut olkahermopunosvaurion verrattuna ilman vauriota syntyneiden lasten vanhempiin. (Harvey, McLean & Mutimer 2015.) Stressin syntyyn vaikuttavia tekijöitä oli havaittu useita. Näitä ovat vanhemman epäonnistumisen tunne, tiedonpuute hoidoista ja leikkauksista, päivittäisten hoitojen toteuttaminen, jatkuva ärtymys ja sydänsurut. Lisäksi äideillä oli havaittu olevan riski loppuun palamiseen sekä masennukseen. (Harvey ym. 2015.) Tutkimukset ovat usein kohdistuneet vain lasten äiteihin eikä miespuolisten vanhempien kokemuksista ole paljoa tutkittua tietoa. Harveyn ja muiden tutkimuksessa (2015) selvitettiin olkahermopunoksen saaneiden lasten vanhempien eroja kokemasta stressistä. Suuria eroja vanhempien kokemusten välillä ei ollut. Isät kokivat yhtä lailla stressiä liittyen lapsen olkahermopunosvaurioon kuin äidit. (Harvey ym. 2015.) Englannissa vanhempien elämänlaatua oli verrattu muuhun väestöön. Olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhemmat saivat huonompia

tuloksia elämänlaatua mittaavassa kyselyssä kuin Englannissa yleisesti. (Yau, Pizzo, Prajapati, Draycott & Lenguerrand 2018.)

Lapsen saama olkahermopunosvaurio voi tulla yllätyksenä vanhemmille ja täten aiheuttaa vahvoja tunteita vanhemmissa. Esimerkiksi syntymän ja diagnoosinannon yhteydessä lasten vanhemmat kokivat alakuloa, hämmennystä, suuttumusta ja avuttomuutta. (Bellew & Kay 2003.) Vanhempien kokemukset ja ajatukset ovatkin tärkeitä ja niiden ymmärtäminen voi auttaa ammattilaista lähestymään tilannetta asiakaslähtöisemmin. Bellewn ja Kayn (2003) kyselytutkimuksessa kolmasosa vastanneista koki saaneensa liian vähän tietoa ammattilaisilta. Lisäksi joidenkin ammattilasten kommenttien koettiin lisäävän huolta vanhemmissa. Kuitenkin suurin osa vastanneista oli kokenut saaneensa riittävästi tietoa. Ammattilaisten kohtaamisella ja sanoilla näyttäisi olevan merkitystä vanhempien kokemuksiin. Fysioterapeutin rooli vanhempien informoimisessa ja kohtaamisessa näyttäisi olevan suuri. Ammattiryhmistä fysioterapeuteilta koettiin, että tukea oli saatu eniten. Varsinkin tilanteissa, joissa lapsen hoitona oli konservatiivinen hoitolinja. (Bellew & Kay 2003.) Ammattilaisena on myös hyvä muistaa mahdolliset muut tuen ja avun kanavat kuten läheiset ja vertaistukiryhmät. Bellewn ja Kayn (2003) kyselyssä vanhemmat kokivat tärkeiksi Erbin pareesin tukijärjestön sekä läheisten tuen ja avun.

8 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa, jonka avulla on mahdollista pyrkiä kehittämään olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien fysioterapeuttista ohjausta ja neuvontaa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä sähköisen kyselyn avulla kokemuksia ja palautetta olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhemmilta saamastaan fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Miten olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhemmat ovat kokeneet saamansa fysioterapeuttisen ohjauksen ja neuvonnan?
2. Miten olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien saamaa ohjeistusta ja neuvontaa voisi kehittää?

9 Opinnäytetyön toteuttaminen

9.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin monimenetelmällisenä tutkimuksena. Tutkimus sisälsi niin määrällisen kuin laadullisen tutkimuksen piirteitä. Pyrkimyksenä oli hankkia ymmärrystä olkahermopunoksen saaneiden lasten vanhempien kokemuksista. Monimenetelmällisyydellä tarkoitetaan usein määrällisen ja laadullisen aineiston keräämistä sekä niiden yhteensovittamista. Tällöin saadaan molempien menetelmien hyödyt vastaamaan samoihin tutkimuskysymyksiin. (Härkäpää, Kippola-Pääkkönen, Buchert, Järvikoski & Kallinen 2020, 23.) Monimenetelmällisen tutkimuksen kohteena olivat tässä opinnäytetyössä tutkittavien kokemukset.

Laadullisen tutkimuksen lähestymistapa vastaa osuvimmin opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Laadullinen tutkimus usein ilmaistaan ymmärtävänä, tulkinnallisena ja ihmistieteellisenä (Sarajärvi & Tuomi 2017). Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole pyrkimys tilastollisiin yleistyksiin. Tutkimusmenetelmän tavoitteena on muun muassa pyrkiä selittämään ilmiötä tai ymmärtää jotain tiettyä toimintaa. Tämän vuoksi tutkimusmenetelmässä tärkeänä ajatuksena on, että tutkittavat tietävät ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta siitä. Tämän vuoksi otannan valinnan ei tulisi olla satunnaista vaan harkittua ja tarkoituksenmukaisesti kohdennettua. (Sarajärvi & Tuomi 2017.)

Laadullisessa tutkimuksessa lähestymistapoja on useita, mikä saattaa johtaa juurensa filosofian historiasta. Hermeneuttinen ja ihmistieteellinen filosofia ovat yksi laadullisen tutkimuksen lähestymistapoja. Ne pyrkivät juuri tutkimaan ihmiselle merkityksellisiä abstrakteja asioita. (Sarajärvi & Tuomi 2017.) Opinnäytetyössä käytettävä laadullinen tutkimus menetelmä oli induktiivinen eli pyrkimyksenä oli löytää yksittäisistä havainnoista yleistettävää. Määrällisen tutkimuksen osa-alueet pyrkivät tukemaan ja tuottamaan lisäarvoa lopputulemaan. Laadullisessa tutkimuksessa on tarkoituksena tarkastella kohteena olevaa ilmiötä avoimesti ilman sitovaa etukäteissuunnitelmaa. (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003.)

9.2 Kyselylomake

Haastattelu ja kysely ovat laadullisen tutkimuksen aineistonkeruu menetelmiä. Niiden avulla on mahdollista kartoittaa tutkittavan mielipiteitä suoraan tutkittavalta. Haastattelu ja kysely eroavat vähäisesti toisistaan. Laadullisessa tutkimuksessa kyselylomakkeen käyttäminen ei ole tyypillistä, mutta se on mahdollista. Tällöin osallistuneiden vastauksia voidaan luokitella laadullisen tutkimuksen menetelmin. (Sarajärvi & Tuomi 2017.) Aineistonkeruun menetelmän valinnassa on hyvä pohdita tutkimuksen resursseja kuten aikaa ja rahaa. Lisäksi tutkittava kohde määrittää millä keinoin aihetta kannattaa lähestyä. Esimerkiksi käyttäytymiseen perehtyvissä tutkimusasetelmissä kysyvä aineistonkeruumenetelmä on luonteva. (Sarajärvi & Tuomi 2017.) Sähköisen kyselyn avulla pyrittiin madaltamaan kyselyyn vastaamisen kynnystä. Lisäksi sähköisen kyselyn käyttö on perusteltua myös sen vuoksi, että aineiston analysointi on vaivattomampaa sähköisesti.

Kyselylomake (Liite 3) laadittiin systemaattisen tiedonhaun avulla saadun tiedon ja muun teoriatiedon pohjalta. Systemaattisen tiedonhaun avulla vanhempien kokemuksista nousi esiin teemat tuki ja tiedonsaanti, joten nämä teemat sisällytettiin kyselylomakkeen kysymyksiin. Lisäksi systemaattisessa tiedonhaussa nousi esille vanhempien kokema stressi. Tämän vuoksi kysymyksiä laadittaessa haluttiin ottaa esille kysymys siitä, onko fysioterapeutti ottanut ohjauksessa huomioon vanhemman voimavarat. Muu etsitty teoriatieto olkahermopunosvauriosta ja siihen liittyvästä fysioterapiasta oli pohjana kyselylomakkeen laatimiselle.

Kyselylomakkeesta pyydettiin ja saatiin palautetta lasten kanssa toimivalta fysioterapeutilta ja kyselyä muokattiin näiden palautteiden perusteella. On tärkeää, että lomakekyselyssä kysymykset suunnitellaan vastamaan tutkimukseen merkityksellisellä tavalla (Sarajärvi & Tuomi 2017). Kyselylomakkeessa kysymykset vaihtelivat strukturoiduista puolistrukturoituihin kysymyksiin, jotta oli mahdollisuus saada laadulliseen tutkimukseen ominaisia vastauksia. Tiettyihin tutkimuskysymyksiin voi saada paremmin vastauksia avoimilla kysymyksillä, kun taas joihinkin strukturoiduilla kysymyksillä.

9.3 Aineistonkeruu

Laadulliseen tutkimuksessa osallistujiksi valitut henkilöt ovat tutkittavan kohteen ja ilmiön asiantuntijoita. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston laatu on määrää merkittävämpi, koska tutkittavaa ilmiötä kuvataan aineistolähtöisesti. (Kylmä ym. 2003.) Aineistonkeruu suoritettiin kyselylomakkeella. Otantamenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin vapaaehtoisuuteen perustuvaa otantaa (voluntary response sampling). Opinnäytetyöhön liittyvän tutkimuksen kohderyhmänä oli olkahermopunosvaurion saaneiden 0–2-vuotiaiden lasten vanhemmat. Opinnäytetyön otanta koostui lasten vanhemmista, joiden lapset ovat saaneet fysioterapiaa olkahermopunosvaurion takia.

Otanta kerättiin jakamalla linkki tutkimuksen sähköiseen kyselyyn jäsenyhdistyksen sosiaalisen median vertaistukiryhmän kautta. Kyselylinkin yhteydessä jaettiin lisäksi myös saatekirje (Liite 1) sekä suostumuslomake (Liite 2). Tutkimusjoukkoa lähestyttiin sosiaalisen median vertaistukiryhmän kautta, jolloin kokemukset saatiin juuri halutulta joukolta eli olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhemmilta. Aineistonkeruussa keskityttiin vastausten määrän sijasta vastausten laatuun ja yksittäisten ihmisten kokemusten ymmärtämiseen.

9.4 Aineiston analyysi

Analyysi on systemaattinen prosessi, jonka tarkoituksena on tutkia aineistoa mahdollisimman avointen kysymysten avulla. Analysoidessa pyrkimyksenä on ymmärtää ja käsittää ilmiötä. Yksinkertaistettuna analyysi on prosessi, jossa aineisto puretaan osiin. Prosessin seuraavassa vaiheessa samankaltaiset aineiston osat yhdistetään. Analysointiprosessin lopussa aineistosta muodostetaan uudelleen kokonaisuus, jonka tarkoitus on vastata laadittuihin tutkimuskysymyksiin sekä tutkimuksen tavoitteisiin ja tarkoitukseen. (Kylmä ym. 2003.) Opinnäytetyön aineiston analyysin esimerkki on nähtävillä alempana olevasta taulukosta (Taulukko 8).

Aineiston analyysissa käytettiin menetelmänä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota on mahdollista käyttää kaikenlaisissa laadullisissa tutkimuksissa. Menetelmällä on tarkoitus saada ilmiöstä tiivistetty kuvaus. Merkityksellistä on kuitenkin se, ettei tiivistäessä menetä aineiston sisältämää informaatiota. (Sarajärvi & Tuomi 2017.) Aineiston analyysissa käytettiin aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysia.

Aineistonanalyysi aloitetaan alkuperäisen aineiston pelkistämällä eli redusoinnilla. Tässä vaiheessa aineistosta etsitään tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja. On mahdollista, että samaa kuvaavat ilmaisut esimerkiksi alleviivataan samanvärisillä kynillä. Tällöin kaikki tutkimustehtävää kuvaavat alkuperäisilmaukset on mahdollista etsiä ja merkitä aineistosta. Yhdistelemällä aineistoon tehtyjä merkintöjä saadaan pelkistetyt ilmaukset, jotka listataan. Seuraava sisällönanalyysin vaihe on ryhmittely eli klusterointi. Tässä vaiheessa aineistoa läpi käymällä havaitaan sekä samanlaiset että erilaiset ilmaisut ja käsitteet. Seuraavassa vaiheessa ilmaisut ja käsitteet, jotka kuvaavat samaa ilmiötä, ryhmitellään ja sitä kautta yhdistellään alaluokiksi. Ryhmittelyä jatketaan yhdistelemällä alaluokat yläluokiksi ja edelleen yläluokat pääluokiksi. Luokat nimetään ilmiötä kuvaavasti. Aineiston klusteroinnin jälkeen vuorossa on aineiston käsitteellistäminen eli abstrahointi. Tässä sisällönanalyysin vaiheessa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen informaatio. Valikoituneen informaation avulla muodostetaan käsitteitä. Abstrahointia jatketaan niin kauan kuin se on mahdollista aineiston sisältöä ajatellen. Koko prosessin ajan tarkkaillaan ja pidetään huolta siitä, että yhteys ja polku alkuperäiseen dataan säilyy. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä, jonka myötä tutkimuskysymyksiin saadaan vastauksia. (Sarajärvi & Tuomi 2017.)

Aineiston analysoinnissa on otettava huomioon kyselylomakkeen kysymysten avoin ja strukturoitu lähestymistapa. Avointen kysymysten kohdalla laadullisen tutkimuksen aineiston analyysin menetelmiä ovat tyypittely, teemoittelu ja luokittelu. Teemoittelussa pyritään löytämään aineistoista teemoja ja vertailla niitä halutulla tavalla. Tyypittelyssä aineisto paloitellaan tyypeiksi, jotka voidaan sisällyttää teemoihin. Tyypittelyistä voidaan muodostaa lopulta yleistyksiä. (Sarajärvi & Tuomi 2017.) Opinnäytetyössä selvitettiin kokemuksia, joten vastauksista löydetty teemat auttoivat saamaan vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Taulukko 8. Aineiston analyysin esimerkki

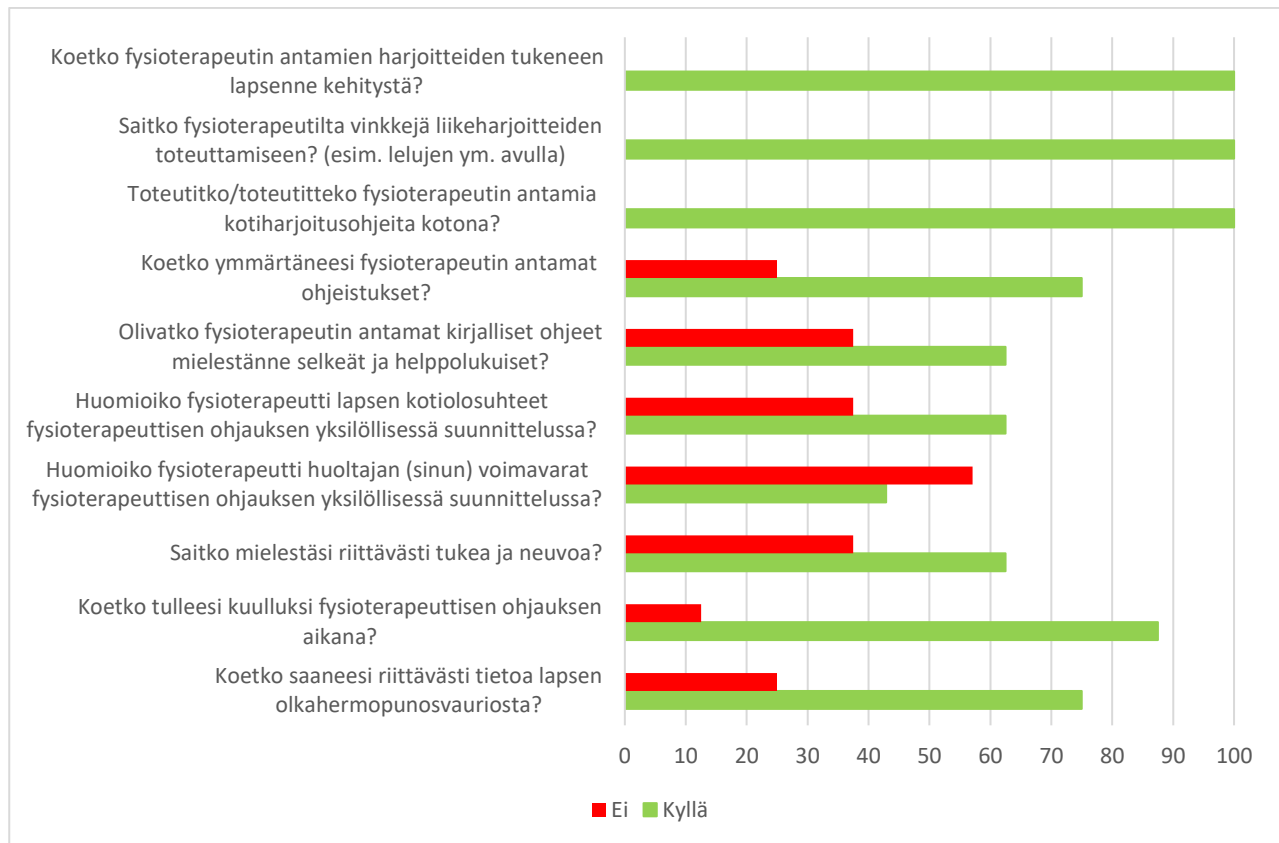
Aineistokatkelma	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Teema
<i>"Fysioterapeutti on kuunnellut tarkasti kokemuksiani ja näkemyksiäni."</i>	Fysioterapeutti on kuunnellut vanhempien kokemuksia	Kuulluksi tuleminen	Ohjausta ja neuvontaa tukeva tekijä	Kommunikaatio ja vuorovaikutus
<i>"Jälkikäteen ajatellen en tiedä onko koskaan kysytty omasta jaksamisestani. Lähinnä kerrottu miten oleellista on kaikkien liikeharjoitteiden teko."</i>	Fysioterapeutti kertonut harjoitteiden tärkeydestä, vanhemman voimavarojen huomiointi jäänyt	Yksilöllisyyden huomiotta jättäminen	Ohjausta ja neuvontaa heikentävä tekijä	Yksilöllinen lähestymistapa

10 Tulokset

Opinnäytetyöhön liittyvän tutkimuksen kyselyyn vastanneita oli 8. Vastanneista 6 oli äitejä ja 2 isää. Vastausten perusteella keskimääräinen lapsen ikä oli 25 kuukautta eli 2 vuotta 1 kuukausi. Vastanneista seitsemällä lapsen fysioterapia olkahermopunosvaurioon liittyen jatkui edelleen. Lapsen olkahermopunosvaurioon liittyen saatujen fysioterapiakäyntien määrä vaihteli nollan ja 100 käynnin välillä keskiarvon ollessa 60 käyntiä. Vastanneista viidelle lapselle oli jouduttu tekemään jonkinlainen kirurginen toimenpide liittyen olkahermopunosvaurioon. Vastauksissa ei eritelty tarkemmin kirurgisen toimenpiteen tyyppiä.

Tulokset vanhempien kokemuksista fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta jaettiin tukeviin ja haittaaviin tekijöihin sekä kehitettäviin asioihin. Kunkin pääteeman tulokset on esitetty tarkemmin alempana olevien otsikoiden alla. Aineistokatkelmat vastaavat täysin alkuperäisilmauksia ja niiden tarkoituksena on havainnollistaa tuloksia. Strukturoitujen kysymysten tulokset ovat nähtävillä alla olevasta taulukosta (Taulukko 9).

Taulukko 9. Strukturoitujen kysymysten vastaukset



Kyselyn vastaukset sisälsivät paljon positiivista palautetta saadusta fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta lapsen olkahermopunosvaurioon liittyen ja näiden todettiin olevan fysioterapeuttista ohjausta ja neuvontaa tukevia tekijöitä. Vastanneiden positiivisissa kokemuksissa teemoja, jotka nousivat esille, olivat tuki, kommunikaatio ja vuorovaikutus, yksilöllinen lähestyminen, ohjeistus, fysioterapian saatavuus sekä harjoitteet. Saadun fysioterapeuttisen ohjauksen ja neuvonnan säännöllisyys ja jatkuvuus olivat vanhempien mielestä positiivista. Myös vanhempien yleistä tyytyväisyyttä saamaansa fysioterapeuttiseen ohjaukseen ja neuvontaan kysyttiin (Taulukko 10).

Taulukko 10. Vanhempien yleinen tyytyväisyys saamaansa fysioterapeuttiseen ohjaukseen ja neuvontaan



Olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta ilmeni vastausten perusteella myös negatiivisia kokemuksia ja näiden todettiin olevan fysioterapeuttista ohjausta ja neuvontaa haittaavia tekijöitä. Vanhempien negatiiviset kokemukset liittyivät teemoihin, jotka olivat fysioterapian saaminen, ohjeistus, harjoitteet, yksilöllinen lähestyminen sekä kommunikaatio ja vuorovaikutus.

Kyselylomakkeessa vanhemmilta kysyttiin myös kehitysideoita fysioterapeutin ohjaukseen ja neuvontaan. Lisäksi muissa vastauksissa ilmeni kehityskohteita. Vastauksista nousseita teemoja liittyen kehitettäviin asioihin olivat fysioterapian saaminen, yksilöllinen lähestyminen sekä ohjeistus.

10.1 Ohjausta ja neuvontaa tukevat tekijät

Olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhemmat kokivat saaneensa tukea fysioterapeuteilta. Vanhemmat olivat kokeneet tuen hyväksi ja merkitykselliseksi. Fysioterapeutit olivat tukeneet vanhempia auttamalla asioiden selvittämisessä sekä kannustamalla heitä. Fysioterapeuteilta saadun tuen lisäksi vanhemmat kokivat oman perheen tuen sekä sosiaalisen median kautta löytyneen vertaistuen olleen voimavaroja lisääviä tekijöitä.

Vanhemmilla oli positiivisia kokemuksia fysioterapeutin yksilöllisestä lähestymistavasta. Fysioterapeutti oli huomionnut vanhempien sen hetkisen elämäntilanteen ja soveltanut ohjausta ja neuvontaa sen mukaisesti. Fysioterapeutin käynneillä lapsen tilanne oli käyty läpi, ja tätä kautta fysioterapeutti oli ohjannut ja neuvonut tilanteissa, jotka vanhemmat olivat kokeneet haastaviksi.

Vanhemmat kokivat positiiviseksi asiaksi myös sen, että fysioterapeutit huomioivat kotiympäristön ja arjen harjoitteiden ohjauksessa ja neuvonnassa. Vastauksissa korostui, kuinka fysioterapeutti oli antanut esimerkiksi vinkkejä, kuinka lapsen kehitystä voi tukea arjen askareiden, kuten syömisen ja pukemisen, aikana. Lisäksi fysioterapeutti oli antanut ohjeistuksia myös esimerkiksi varhaiskasvatuksen työntekijöille. Tällöin harjoitteet integroituivat perheen arkeen ja vähentävät myös vanhempien kuormitusta. Useammissa vastauksissa tuotiin esille, että harjoitteiden liittäminen arkeen ja arjen toimintoihin oli ohjauksen avulla onnistunut.

Olemme saaneet hyvät ohjeet alusta asti, miten voimme arjessa harjoittaa käden liikkeitä ilman varsinaista "jumpsaa", esim syödessä, pukiessa ja leikeissä. Samat ohjeet on myös annettu fys toimesta päiväkodin henkilöstölle.

Tuettusti teemme harjoitteita joissa yhdistyy arjen askareiden suorittaminen ja liikeharjoitteet kuten hampaiden pesu. En nyt tiedä miten paljon ohjeita on ft antanut ja miten paljon asioita tulee itse kehiteltä.

Vastausten perusteella kommunikaatio ja vuorovaikutus sisälsivät monipuolisesti useita erilaisia positiivisia kokemuksia. Fysioterapeutin ohjauksen ja neuvonnan aikana koettiin ilmapiirin olleen myönteinen. Vastausten perusteella fysioterapeuttien koettiin olleen ohjauksen aikana kannustavia, kuuntelevia sekä huomioonottavia. Eräessä vastauksessa vanhempi toi esille, että fysioterapeutti oli huomionnut vanhemman viestillä, jos vanhempi ei ollut fyysisesti paikalla fysioterapian aikana. Fysioterapeutin kanssa muodostunut hyvä keskusteluyhteys koettiin hyväksi ja tärkeäksi tekijäksi. Keskusteluyhteyden muodostumista edesauttoi se, että fysioterapeutti oli kuunnellut tarkkaan vanhemman näkemyksiä. Eräessä vastauksessa vanhempi toi esiin hyvää keskusteluyhteyttä ja kuulluksi tulemisen kokemusta.

Fysioterapeutin kanssa on todella hyvä keskusteluyhteys, hän on kuunnellut tarkasti kokemuksiani ja näkemyksiäni.

Fysioterapeuttien antama ohjaus oli kannustavaa. Lisäksi fysioterapeutin ohjauksessa hyväksi koettiin lapsen kohtaaminen. Positiivisia kokemuksia oli luonut lapsen huomioiminen ja vanhempien kuunteleminen. Vanhempien kokemusten mukaan fysioterapeutilta sai tietoa yleisesti diagnosoista. Lisäksi vanhemmat pitivät vastausten perusteella harjoitteiden merkityksen perustelemista tärkeänä. Eräässä vastauksessa vanhempi toi esille, että oli ollut tyytyväinen saamaansa ohjaukseen ja fysioterapeutti oli perustellut harjoitteiden merkitystä.

Itse koen, että fysioterapeutti on tukenut ja ohjannut meitä hyvin ja perustellut sen, että miksi tietyt asiat on hyvä tehdä päivittäin.

Fysioterapeutin antamissa harjoitteissa positiiviseksi koettiin niiden kytkeytyminen arkeen ja leikkeihin. Myös harjoitteiden monipuolisuus oli vanhempien mielestä positiivista ja vastauksista tuli esille, että fysioterapeutit olivat ohjanneet monipuolisia harjoitteita. Vastauksissa korostui, kuinka harjoitteissa myös lelujen ja välineiden hyödyntäminen oli vanhempien mielestä hyvää ja tärkeää. Vanhemmat kokivat fysioterapeuttien antamien harjoitteiden tukeneen lapsen kehitystä. Vastausten mukaan vanhemmat kokivat, että harjoitteiden avulla vaurioituneen käden liikkuvuuden ylläpitäminen oli mahdollista.

Ohjeistuksessa vanhemmat kokivat positiivisiksi asioiksi monipuolisuuden, osallistavan ohjauksen, vinkit sekä ohjeiden selkeyden. Fysioterapeutilta vanhemmat kokivat saaneensa tarvittaessa ohjausta ja neuvontaa. Vanhemmat kokivat saaneensa hyviä sekä monipuolisia vinkkejä fysioterapeutilta arjen tukemiseen sekä harjoitteisiin. Lisäksi fysioterapeutilta oli saanut neuvoja hyvien apuvälineiden ja lelujen hankkimiseen. Fysioterapeuttisessa ohjauksessa ja neuvonnassa koettiin tärkeäksi, että fysioterapeutti oli korostanut myös, että pienikin määrä harjoitteiden tekemistä on tärkeää ja edesauttaa lapsen kehitystä. Vanhemmat kokivat fysioterapeutin yleisen ohjauksen olleen monipuolista sekä vanhempaa osallistavaa. Helppolukuiset ja yksinkertaiset kirjalliset ohjeet, jotka sisälsivät paljon kuvia, olivat vanhempien mielestä hyviä.

10.2 Ohjausta ja neuvontaa haittaavat tekijät

Kyselyn vastauksista ilmeni fysioterapian saamisessa olevan haasteita. Esimerkiksi maksusitoumuksen saaminen oli koettu hankalaksi. Lapsen fysioterapian saamatta jääminen oli vanhempien vastausten perusteella negatiivista ja vanhemmat kokivat sen kuormittavana. Vastauksissa ilmeni erilaisia haittavia tekijöitä fysioterapiapalveluiden ulkopuolelle jäämisessä. Esimerkiksi tarvittava tuki ja vinkit arjen tukemiseen sekä lapsen kehitystä tukevat harjoitteet jäivät kokonaan saamatta.

Fysioterapeutin kommunikaatiossa ja vuorovaikutuksessa vanhemmat kokivat haitallisiksi fysioterapeutin tietynlaisen äänensävyn sekä painnostavan ohjaustyylin. Eräässä vastauksessa tuotiin esille, että ”vanhan liiton tyyli puhua” aiheutti huonoa omatuntoa, jos harjoitteita ei ollut pystynyt tekemään toivotulla tavalla.

Vanhan liiton tyyli puhua eli varsinkin alkuun tuli helposti huono omatunto, jos vähänkään oli tehnyt laiskasti jumppia tms.

Lisäksi vastauksessa tuotiin esille, että liiallinen painostus harjoitteiden suorittamisesta oli koettu lisäävän vanhemman syyllisyydentunnetta.

Liiallinen painostus saa aikaan lisää syyllisyyttä siitä, ettei harjoitteita pysty toteuttamaan montaa kertaa päivässä.

Ohjeistuksessa vanhempien huonot kokemukset liittyivät kirjallisiin ohjeisiin ja ohjeiden vähäiseen määrään. Vanhempien vastauksissa kerrottiin kirjallisten ohjeiden sisältäneen ammattisanastoa, jota oli vaikeaa ymmärtää. Lisäksi vastauksissa tuli ilmi, että kuvat olivat olleet vanhoja eivätkä ne olleet riittävän havainnollistavia. Vastauksissa toivottiinkin, että harjoitusohjelmia päivitetäisiin ja tehtäisiin selkeämmäksi. Lisäksi sairaalasta saadut ohjeet oli koettu suppeiksi. Eräässä vastauksessa myös varhain saatu suppea kirjallinen ohje jäi ainoaksi kirjalliseksi ohjeeksi eikä tätä ollut myöhemmin fysioterapian aikana päivitetty. Useammassa vastauksessa tuotiin esiin kritiikkiä saaduista kirjallisista harjoitusohjeista:

Ft puolelta koen että liikeratojen ylläpitämiseen annetut ohjeet olisivat voineet olla selkeämmät sekä niitä ehkä tulisi vähän päivittää.

Kuvat eivät avanneet liikettä ja liikkeiden kirjalliset ohjeet olivat täynnä ns. Ammattisanastoa.

Ohjeet saatiin ihan ensimmäisillä kerroilla kun fysioterapeutti oli mukana kirurgin vastaanotolla. Ohjeet olivat vähäisiä, eikä niitä ole myöhemmin päivitetty tai lisätty.

Vastauksissa ilmeni, etteivät fysioterapeutit olleet aina huomioineet vanhempia yksilöllisesti eikä esimerkiksi vanhemman jaksamista ole kysytty. Fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta oli keskittynyt esimerkiksi harjoitteisiin eikä vanhemman voimavaroja ollut tällöin huomioitu. Fysioterapeutin yksilöllistä lähestymistapaa olisi toivottu enemmän. Esimerkiksi vanhemmat toivoivat heidän voimavarojen sekä kotiolosuhteiden parempaa huomioimista fysioterapeutilta. Eräässä vastauksessa tuotiin esille, että vanhemman jaksamista ei olekaan ehkä otettu huomioon fysioterapia tapaamisissa.

Jälkikäteen ajatellen en tiedä onko koskaan kysytty omasta jaksamisestani. Lähinnä kerrottu miten oleellista on kaikkien liikeharjoitteiden teko.

10.3 Kehitettävät ja huomioitavat asiat

Vastauksissa kerrottiin fysioterapian maksusitoumuksen saamisen olevan hankalaa. Lisäksi fysioterapian myöntäminen ja saaminen oli koettu kyseenalaiseksi. Säännöllistä fysioterapiaa toivottiin järjestettävän kaikille, jos sille koettiin tarvetta. Vastauksista kävi ilmi, että vanhemmille oli todettu, ettei fysioterapialle ole tarvetta, vaikka vanhempi itse ehkä olisi kokenut tarvitsevansa tukea, ohjausta ja neuvontaa.

Kehityskohteet ohjeistuksessa liittyivät kirjallisiin ohjeisiin. Vastauksissa kirjallisiin ohjeisiin toivottiin päivitystä, selkeämpiä ja havainnollistavimpia kuvia sekä ammattisanaston välttämistä. Lisäksi vanhempien ohjauksessa toivottiin enemmän vanhempien huomiointia.

Fysioterapeutin yksilöllisessä lähestymistavassa oli vanhempien vastauksien mukaan kehitettävää. Ohjeita ja harjoitteita toivottiin suhteutettavan paremmin perheiden tilanteeseen sopiviksi. Myös fysioterapeutin parempaa vanhempien arjen huomioimista toivottiin lisättävän. Lisäksi toivottiin lisättävän fysioterapeuttien ymmärrystä vanhempien kokemuksista. Esimerkiksi vanhempi saattaa

kokea syyllisyyttä diagnoosista sekä harjoitteiden suorittamisen paineista, mikä olisi fysioterapeutin hyvä muistaa.

Vastauksista ilmeni myös muita tärkeitä huomioitavia asioita, joita ei kyetty täysin kategorisoidaan. Vanhemmat kokivat fysioterapeuttien ohjauksesta ja neuvonnasta tärkeimmiksi liikeharjoitteet, harjoittelun säännöllisyyden sekä lapselle ajan antamisen. Vastauksissa vanhemmat kertoivat toteuttaneensa lapselleen harjoitteita lähes päivittäin. Eräässä vastauksessa muistutettiin synnytyksen jälkeisestä tunnetilasta, joka saattoi vaikuttaa kuntoutuksen alkuvaiheen muistikuviiin.

Heti syntymän jälkeen olisi kaivannut enemmän tukea ison asian käsittelemiseen.

Toisessa vastauksessa taas tuotiin esille tuen tarve syntymän jälkeen.

En tiedä tulimmeko varsinaisesti kuulluksi koska hätä/hämmennys tilanteesta siinä vaiheessa oli iso.

Lisäksi eräässä vastauksessa tuotiin esille, että diagnoosin saatua olisi toivottu enemmän ymmärrystä muun muassa siitä, että äidin syyllisyydentunne diagnoosin kuultua saattaa olla voimakas.

– – vanhempien huomioimista ja sen ymmärrystä että tämä diagnoosi saa helpolla varsinkin äidin tuntemaan vahvaa syyllisyyttä siitä että tähän tilanteeseen on jouduttu. – –

Useammassa vastauksessa tuotiin esille, että yksi tärkeimmistä asioista, joita fysioterapeutilta oli saanut, oli oppi siitä, että lapselle täytyy maltaa antaa riittävästi aikaa tehdä itse.

Mahdollisimman paljon antaa lapsen tehdä itse, vaikka asiat ei nopeasti onnistuisi.

Kuitenkin vanhemmille tärkein ohjeistus oli olla kärsivällinen ja antaa aikaa lapselle.

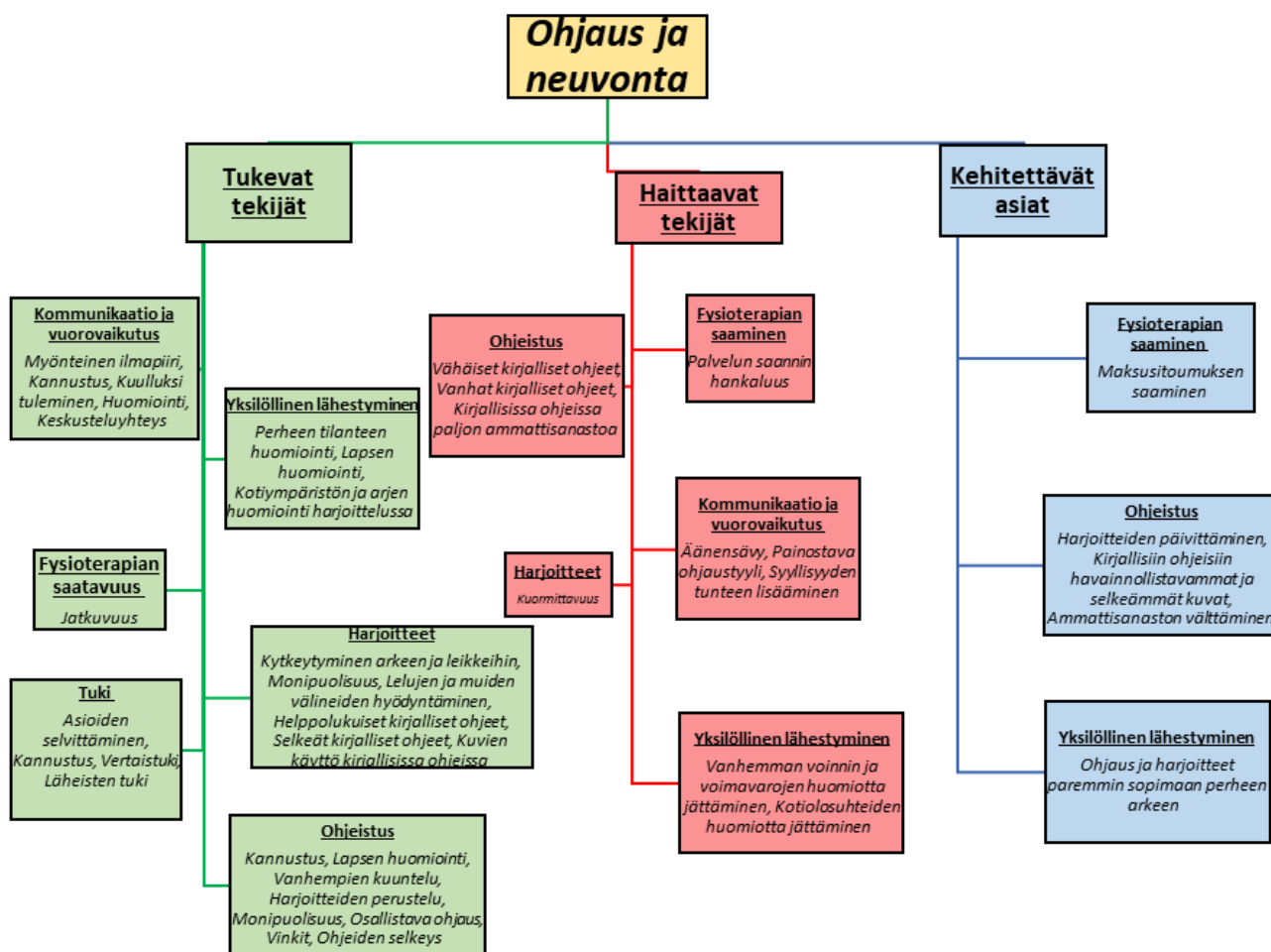
11 Johtopäätökset

Opinnäytetyössä kerättiin vanhempien kokemuksia lapsen olkahermopunosvaurioon liittyneestä fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta. Tulosten perusteella löydettiin kattavasti erilaisia kokemuksia liittyen lasten vanhempien kokemuksiin fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta. Saatujen vastausten perusteella vanhempien positiiviset ja negatiiviset kokemukset liittyivät toisiinsa. Useimmissa vastauksissa negatiiviset kokemukset liittyivät positiivisten kokemusten puutteeseen. Vastaavasti kehittämiskohteet pohjautuivat vahvasti vanhempien negatiivisiin kokemuksiin.

Hyvät kokemukset vaikuttivat liittyvän fysioterapeutin asiakaslähtöiseen ja yksilölliseen lähestymistapaan, jossa perheen arki, sen hetkinen tilanne sekä kotiympäristö huomioitiin fysioterapeutin suunnittelemassa ohjauksessa ja neuvonnassa. Lisäksi huomioonottavainen työote sekä fysioterapeutin monipuoliset ohjeistukset ja harjoitteet vaikuttivat vanhempien kokemuksiin positiivisesti.

Negatiiviset kokemukset liittyivät edellä mainittujen hyvien kokemusten puutteeseen kuten fysioterapeutin yksilöllisen lähestymistavan puutteeseen. Muita tekijöitä, jotka vaikuttivat heikentävästi vanhempien kokemuksiin, olivat kirjallisten ohjeiden vaikealukuisuus ja niiden vähyys sekä fysioterapian saatavuus. Lisäksi fysioterapeutin painostus ja tietynlainen tyyli puhua vaikuttivat vanhempien kokemuksiin epäsuotuisasti. Vanhempien kehitysehdotukset liittyivät vahvasti fysioterapiasta saatuihin negatiivisiin kokemuksiin.

Vanhempien ehdotuksia fysioterapeutin ohjauksen ja neuvonnan kehittämiseksi olivat kirjallisten ohjeiden päivittäminen ja selkeyttäminen ammattisanaston välttämiseksi sekä havainnollistavampien kuvien käyttö. Ohjauksessa ja neuvonnassa toivottiin fysioterapeutin huomioivan vielä enemmän vanhempien ja perheen arki, sen hetkinen tilanne sekä kotiympäristöstä. Huomioinnin avulla harjoitteita voisi paremmin suhteuttaa perheen arkeen toimiviksi. Lisäksi fysioterapeutin toivottiin ymmärtävän paremmin vanhempien kokemuksia ja tunteita lisäämällä fysioterapeuttien tietoisuutta aiheesta. Tulosten perusteella kehitettäväksi asiaksi koettiin fysioterapian ja maksusitoumuksen saamisen helpottamista niin, että fysioterapia olisi saatavilla kaikille sitä tarvitseville. Yhteenvedo vanhempien kokemuksiin vaikuttavista tekijöistä löytyy alta (Kuvio 7).



Kuvio 5. Yhteenveto vanhempien kokemuksiin vaikuttavista tekijöistä

12 Pohdinta

12.1 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa, jonka avulla on mahdollista pyrkiä kehittämään olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien fysioterapeuttista ohjausta ja neuvontaa. Aikaisempaa tutkimustietoa olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien kokemuksista fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta ei löytynyt. Tuloksista ilmeni vanhempien kokemuksia positiivisia ja negatiivisia kokemuksia sekä konkreettisia kehittämissuhteita, joten opinnäytetyöllä tuotettiin uutta tärkeää tietoa vähän tutkitusta aiheesta.

Sähköisen kyselylomakkeeseen vastanneiden määrä jäi hieman alle tekijöiden määrittämän tavoitetason. Eskolan (2007, 42) mukaan 6–8 vastausta opinnäytetyöhön on usein riittävä, sillä silloin analysoitavaa aineistoa on riittävästi mutta työmäärä pysyy kohtuullisena. Avointen kysymysten vastaukset vaihtelivat viiden ja kahdeksan välillä. Avoimet vastaukset sisälsivät strukturoituja kysymyksiä täydentäviä kommentteja, joista oli mahdollista kerätä runsaasti aineistoa analysoitavaksi. Vastausten laatua ja sisältöä arvioitaessa vastausten todettiin olevan riittäviä vastaamaan tutkimuskysymyksiin.

Lasten vanhempien ilmoittama lasten ikä vaihteli yhden ja kolmen ikävuoden välillä. Alle 1-vuotiaan lapsen vanhempien kokemuksia ei tutkimuksessa saatu kartoitettua. Vuoden jälkeen lapsi on voinut kehittyä runsaasti ja lapsen vanhemmat ovat päässeet näkemään lapsen kehityksen. Tällä voi olla vaikutuksia vanhempien kokemuksiin positiivisesti. Vastauksista ei pystynyt täysin erottamaan, olivatko vastanneet pohtineet enemmän lapsen nykyistä vai varhain saatua fysioterapiaa. Toisaalta vastanneita oli pyydetty pohtimaan tilanteita, joissa lapsella oli fysioterapiaa liittyen olkahermopunosvaurioon 0–2-vuotiaana. Siksi voidaankin olettaa, että vastaajat ovat vastatessaan miettineet kokemuksiaan yleisellä tasolla.

Positiivisten kokemusten määrä vastauksissa oli suuri verrattuna kehitettäviin ja negatiivisiin kokemuksiin. Vastauksista saatiin kuitenkin melko kirjava määrä erilaisia positiivisia ja negatiivisia kokemuksia. Suuremmalla otannalla kokemuksia olisi saanut kartoitettua vielä laajemmin ja erilaisia kokemuksia olisi voinut nousta esiin enemmän. Lisäksi suurempi otanta olisi toki voinut vaikuttaa positiivisten ja negatiivisten kokemusten jakaumaan. Toisaalta opinnäytetyön avulla saadut tulokset antoivat kuitenkin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Vastauksissa toistuivat tietyt teemat, jonka vuoksi otantaa lisäämällä tulosten pääpiirteet eivät olisi välttämättä muuttuneet.

Laadullinen ja määrällinen menetelmä täydensivät tutkimuksessa toisiaan, joten opinnäytetyössä käytetty monimenetelmällisyys vaikutti antavan lisäarvoa tutkimuksen tuloksiin. Avointen ja puolistrukturoitujen eli tutkimuksessa käytettyjen laadullisten kysymysten avulla tutkimuksesta saatiin monipuolista ja konkreettista tietoa vanhempien kokemuksista. Toisaalta taas strukturoidut eli tutkimuksessa käytetyt määrälliset kysymykset antoivat opinnäytetyön tuloksille selkeämmät raamit. Määrällisten kysymysten vastauksista nähdään selvästi, että kehitettävät kohteet ovat fysiotera-

peuttien yksilöllisessä lähestymistavassa, kirjallisissa ohjeissa ja vanhempien tuen saannissa. Laadullisten kysymysten tulokset kertovat konkreettisemmin, mitä hyvät ja huonot kokemukset sekä kehittämiskohteet sisältävät.

Kokemusosaamista on hyödynnetty suomalaisen terveydenhuollon kehittämisessä. Kokemustietoa voidaan hyödyntää tieteellisen ja ammatillisen tiedon rinnalla. Tällöin saadaan esille kokemuspohjainen tieto. Kokemusasiantuntijoita voi toimia esimerkiksi palveluiden kehittämisessä, suunnittelussa ja arvioinnissa. (Kokemusosaaminen 2022.) Opinnäytetyön tulokset kerättiin olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhemmilta, jotka toimivat opinnäytetyön kokemusasiantuntijoina. Tutkimuksesta saatuja tuloksia onkin mahdollista hyödyntää synnyynnäisen olkahermopunosvaurion fysioterapiaan liittyen. Tuloksia voidaan hyödyntää erityisesti yksittäisen fysioterapeutin oman työn kehittämisessä oman työn reflektoinnin avulla.

Opinnäytetyöstä saadut tulokset kertovat yleisesti olkahermopunoksen saaneiden lasten vanhempien kokemuksista fysioterapiaan liittyen. Tulokset eivät erottele eri organisaatioista saatuja kokemuksia eikä tuloksista ei tule ilmi, missä fysioterapeutin palveluissa on kehitettävää tai missä on onnistuttu. Tämän vuoksi tulosten siirrettävyys organisaatioiden ja palveluiden tasolla on haastavaa eikä tuloksia voida suoraan kohdentaa mihinkään organisaatioon tai palveluntuottajaan. Opinnäytetyön avulla saatuja tietoja vanhempien kokemuksista voi kuitenkin olla mahdollista hyödyntää organisaatioiden ja palveluiden kehittämisen suunnittelussa ja arvioinnissa.

Bellewn ja Kayn (2003) tutkimuksessa oli ammattilaisen sanavalintojen lisäävän huolta vanhemmissa. Tuen saanti perheeltä ja läheisiltä oli koettu merkittäväksi. Lisäksi ammattilaisilta saatava tuki koettiin olevan parasta fysioterapeuttien osalta. (Bellew & Kay 2003.) Opinnäytetyöstä saadut tulokset olivat saman suuntaiset. Fysioterapeutin ja läheisten tuki koettiin tärkeiksi. Myös fysioterapeutin tietynlainen puhetyyli saattoi lisätä vanhempien huolta. Fysioterapeutin lienee syytä muistaa antamansa tuen merkitys sekä omien sanojensa vaikutus kohdatessaan lapsen vanhempia.

Onnismaan (2021, 36) mukaan kannustus on tärkeä osa ohjausta. On tyypillistä, ettei ohjattava tunnista omia voimavarojaan ja vahvuuksiaan, joten ohjaajan on tärkeää muistuttaa niistä. (Onnismaa 2021, 36.) Myös vanhemmat kokivat vastausten perusteella kannustuksen tärkeäksi ohjausta

ja neuvontaa tukevaksi tekijäksi. Vanhemman kaikenlaisten tunteiden keskellä fysioterapeutilta saatu positiivinen palaute tai kannustavat sanat voivat olla todella merkittävässä roolissa.

Kommunikaatioon ja vuorovaikutukseen liittyy sanaton ja sanallinen viestintä. Ammatilaisen on tärkeää kiinnittää ohjauksessa huomiota sanallisen ja sanattoman viestinnän yhteensopivuuteen, jotta väärinymmärryksiltä vältytään. (Onnismaa 2021, 37–38.) Tavoitteellinen vuorovaikutus, eli sanallisen ja sanattoman viestinnän havaitseminen, kuuleminen ja näkeminen, on keskeinen taito sosiaali- ja terveysalalla. Työntekijän läsnäololla ja eläytymisellä on mahdollista ymmärtää paremmin asiakkaan viestit. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 168–169.) Myös vanhemmat toivat vastauksiinsa esiin esimerkiksi painostavan äänensävyn ja syyllisyyden tunteen lisäämisen olleen negatiivisia kokemuksia ohjauksessa. Ohjaustilanteet vaativat ammatilaiselta hienotunteisuutta ja varmasti myöskin vahvoja tunteidentulkinnan taitoja.

Sekä Talvitien ja muiden (2006, 185) että Melamiehen ja muiden (2004, 103) mukaan kuntouttajan tärkeä tehtävä on kuunnella mutta myös antaa tietoa ja tukea ohjauksessaan. Myös vanhempien vastauksissa kuulluksi tulemisen kokemus korostui. Lisäksi vanhemmat pitivät tärkeänä sitä, että fysioterapeutti antoi tukea ja tietoa. Onnismaan (2021, 47) mukaan kunnioitus ja empatia ovat vuorovaikutuksen ja sitä kautta muodostettavan ohjaussuhteen lähtökohtia. Mäkisalo-Ropponen (2012, 168–169) mukaan taas puolestaan kohtaamisen perusedellytys on asiakkaan tasavertainen kunnioittaminen. Tällä tarkoitetaan, että asiakas tietää oman elämänsä parhaiten, kun taas ammattilainen on asiantuntija omalla alallaan. Ammatilaisen ennakkoluulot ja varautuneisuus saattaa johtaa siihen, ettei asiakkaan voimavaroja havaita. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 168–169.) Fysioterapeutin läsnäololla ja eläytymisellä lienee mahdollista tukea vanhempien kuulluksi tulemistä sekä ymmärtämistä. Myös fysioterapeutin on syytä muistaa, että parhaat vastaukset perheiden elämästä saa vanhemmilta itseltään. Kysymällä perheiden ja vanhempien elämästä ja ympäristöstä, voidaankin löytää keinoja, miten ohjeita ja harjoitteita voidaan kytkeä sopimaan paremmin perheiden elämään. Fysioterapeutin ennakkoluulottomuus asiakastilanteissa lienee auttavan voimavarojen löytämisessä ja täten yksilöllisessä lähestymisessä. Tämän perusteella nämä kaikki asiat kulkevat käsikädessä ja pienten asioiden avulla fysioterapeutin on mahdollista luoda arvokas ja toimiva hoitosuhde kuntoutuksen edistämiseksi.

Aikaisemmissa, kuten esimerkiksi Harveyn ja muiden (2015), tutkimuksissa oli tutkittu olkahermopunosvaurion saaneiden vanhempien kokemaa stressiä. Nyt saaduissa tuloksissa ei tullut esille vanhempien kokemaa stressiä. Kuitenkin lapsen liikkuvuusharjoittelun säännöllisyys ja sen luoma kuormitus näkyi vanhempien vastauksissa. Lisäksi fysioterapeutin painostus harjoitteisiin oli yksi kokemuksia heikentävä tekijä. Fysioterapeutin olisikin tärkeää pohtia millaisen ilmapiirin hän luo kohdatessaan vanhempia, ja vaikuttaako fysioterapeutti heikentävästi ohjaukseen omalla toiminnallaan.

Tuloksissa esiintyi vähän vanhempien kokemia tunteita. Kehitysehdotuksena olikin, että fysioterapeutin tietoa lisättäisiin vanhempien kokemuksista ja tunteista. Hädän ja hämmennyksen kokemukset synnytyksen jälkeen nousi esiin saaduissa tuloksissa. Bellewn ja Kayn (2003) mukaan vanhemmat kokivat lapsen diagnoosinannon jälkeen alakuloa, hämmennystä, suuttumusta ja avuttomuutta. Fysioterapeutin ohjauksen ja neuvonnan kehittämisessä edellä mainittujen vanhempien kokemien tunteiden huomiointi lienee tärkeää.

Useammassa vastauksessa tuli esille, että vanhemmat olivat kokeneet fysioterapian maksusitoumuksen saamisen vaikeaksi. Joidenkin osalta fysioterapiaa ei ollut myönnetty lainkaan. Kuten aikaisemmin kohdassa ”Fysioterapia” mainittiin, Lasten ja nuorten kohdalla fysioterapiaa voidaan myöntää Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen tai harkinnanvaraisen kuntoutuksen kautta. Myöntämisedellytyksinä on, että lain Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista ehdot täyttyvät. Hyvä kuntoutuskäytäntö pohjautuu tutkittuun tietoon sekä yleisesti hyväksyttyihin vakiintuneisiin kokemuseräisiin menettelytapoihin. Kuntoutusuunnitelma laaditaan yhteistyössä lapsen, huoltajan, lääkärin ja moniammatillisen työryhmän kesken, jolloin kuntoutusuunnitelma perustuu yhteistyössä arvioituun kuntoutustarpeeseen. Kuntoutustarpeen arvioinnissa otetaan huomioon asiakkaan tilanne kokonaisvaltaisesti. (Kelan terapian palvelukuvaus. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen yksilölliset lasten ja nuorten fysio- ja toimintaterapiat 2019, 3–5.) Fysioterapiaa ei välttämättä myönnetä lievissä synnynnäisissä olkahermopunosvaurioissa, joissa lapsen vaurioituneen käden toiminnot palautuvat riittävälle tasolle, sillä tällöin myöntämisperusteet eivät täyty. Toisaalta vanhempien rooli harjoitteiden tekemisessä on merkittävä, koska lapsi ei vielä kykene suorittamaan harjoitteita itsenäisesti. Siksi kuntoutustarpeenarvioinnissa onkin hyvin tärkeää ottaa huomioon myös vanhempien voimavarat. Jos fysioterapiaa ei myönnetä

jatkoon, jäävätkö vanhemmat tällöin pelkästään sairaalasta saatujen ohjeiden varaan. Lisäksi tietävätkö vanhemmat, mistä saavat tarpeen vaatiessa fysioterapeutin ohjausta ja neuvontaa. Ohjataan vanhempia esimerkiksi hakemaan jatkossa fysioterapeutin ohjausta ja neuvontaa oman kunnan avofysioterapiasta. Ongelmana on kuitenkin, ettei tällöin fysioterapeutilla ole välttämättä tarvittavaa erikoisosaamista.

Kuntoutuksen myöntämisperusteissa tuntuu olevan paljon joustamisvaraa. Toteutuuko yhdenvertainen kuntoutuksen myöntäminen eri puolella Suomea? Lisäksi pohdittava asia on, millä tavoin ammattilaisen oma tulkinta kuntoutuksen myöntämisestä vaikuttaa fysioterapian saamiseen. Otaanko kuntoutuksentarpeen arviota tehdessä riittävän hyvin huomioon eri osa-alueet vai kiinnittääkö enemmän huomiota fyysiseen toimintakykyyn, jolloin esimerkiksi perheen tilanne ja voimavarat jäävät huomioimatta. Toisaalta tässä tärkeänä positiivisena asiana on nimenomaan se, että kuntoutustarpeen arviointi tapahtuu yhdessä lapsen ja vanhemman kanssa ja työryhmä on moniammatillinen.

12.2 Luotettavuus

Tutkimusta tulee kuitenkin aina arvioida kokonaisuutena, myös luotettavuuden näkökulmasta. Kylmän ja muiden (2003) mukaan tutkimuksen luotettavuutta pohdittaessa on tärkeää arvioida, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan. Lisäksi Kylmä ja muut (2003) kertovat, että osa tutkijoista tuo esille, että laadullisen ja määrällisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit ovat samat. Toisaalta osa tutkijoista taas on sitä mieltä, ettei laadullista ja määrällistä tutkimusta voida arvioida samojen luotettavuuskriteereiden mukaisesti. (Kylmä ym. 2003.)

Sarajärven ja Tuomen (2017) mukaan tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa mitään yksiselitteisiä yhtenäisiä ohjeita. Toisaalta Kylmän ja muiden (2003) mukaan tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden, vahvistettavuuden, reflektiivisyyden ja siirrettävyyden perusteella. Uskottavuutta lisää esimerkiksi se, että tutkijat ovat olleet tutkittavan ilmiön kanssa riittävän kauan tekemisissä. (Kylmä ym. 2003.) Opinnäytetyön tutkimuksen tekijät ovat opiskelijoita, joten käytännön kokemusta ilmiöstä ei ole kertynyt. Tekijät pyrkivät kuitenkin tutustumaan aiheeseen mahdollisimman tarkasti ja laajasti, jotta tutkijoiden keräämä riittävän laaja käsitys ilmiöstä tukisi tutkimuksen suorittamista sekä lopputuloksen onnistumista.

Vahvistettavuuden vahvistamiseksi tutkijan tarkoituksena on kuvata, kuinka on päätyntä tuloksiin ja päätelmiin. Laadullisessa tutkimuksessa tämä on kuitenkin usein haastavaa, sillä vaikka prosessi olisi kuvattu tarkoituksenmukaisesti, toinen tutkija voi kuitenkin päätyä erilaisiin tuloksiin ja tulkintoihin. (Kylmä ym. 2003.) Opinnäytetyön tutkimuksen aikana pyrittiin kuvaamaan vaiheet sekä menetelmät mahdollisimman tarkasti ja johdonmukaisesti.

Reflektiivisyydellä puolestaan tarkoitetaan sitä, että tutkijan on pystyttävä arvioimaan omaa suhdettaan tutkimukseen ja ilmiöön sekä tiedostettavat omat lähtökohdat, esimerkiksi tutkijana (Kylmä ym. 2003). Tutkimuksen tekijät ovat riippumattomia tekijöitä eikä omakohtaista kokemusta ilmiöstä löydy. Toisaalta kuitenkin opinnäytetyöhön liittyvä tutkimus oli ensimmäinen tutkimus, jonka tekijät ovat tehneet. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimusmenetelmiä, kuten sisällönanalyysiä, tekijät käyttivät ensimmäistä kertaa. Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa pyrittiin kuitenkin olemaan työskentelyssä mahdollisimman tarkkoja, jottei tekijöiden kokemattomuus vaikuttaisi tutkimuksen lopputulokseen.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta puhuttaessa puhutaan usein myös tulosten siirrettävyydestä. Tutkijan on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa osallistujista ja esimerkiksi heidän elämäntilanteistaan, jotta lukija voi itse pohtia kuinka tuloksia voitaisiin siirtää toisiin vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä ym. 2003.) Sarajarvi ja Tuomi (2017) kuitenkin muistuttavat, että tulosten siirrettävyys voi olla tietyissä tilanteissa, tietyin ehdoin mahdollista mutta yleistykset eivät kuitenkaan ole mahdollisia. Kyselyyn vastanneista pyrittiin antamaan riittävän tarkkaa kuvailevaa tietoa, kuitenkin niin, että kaikki annettu kuvaileva tieto olisi tarkoituksenmukaista ja jollain tavalla tutkimuksen kannalta merkittävää.

Opinnäytetyön tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen luotettavuutta lisää se, että kyselylomake laadittiin etukäteen etsityn tutkimustiedon pohjalta. Lisäksi kyselylomake pyrittiin laatimaan mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Kysymysten asettelussa pyrittiin olemaan tarkkoja, jotta välttyttäisiin väärinymmärryksiltä. Vaikka kysymykset pyrittiinkin luomaan mahdollisimman yksiselitteisesti ymmärrettäviksi, vastausvaiheessa väärinymmärrykset voivat aina olla mahdollisia. Lisäksi on muistettava, että myös vastausten analysointi vaiheessa väärinymmärrykset voivat olla mahdollisia. Kyselylomakkeen luotettavuuden parantamiseksi

kyselomakkeesta pyydettiin palautetta olkahermopunosvaurion saaneiden lasten kanssa toimivalta fysioterapeutilta. Saadun palautteen perusteella kyselyä vielä muokattiin.

Sarajärven ja Tuomen (2017) mukaan laadullisessa tutkimuksessa on mahdollista käyttää kyselylomaketta mutta se ei ole kovin yleistä. Opinnäytetyössä käytetyllä sähköisellä kyselylomakkeella aineistoa saatiin kerättyä pienin resurssein, mikä oli sopiva opinnäytetyön prosessin toteuttamisessa. Toteutustapa ei ollut kuitenkaan ongelmaton. Sähköisen kyselyn avulla vastausten sisällöt jäivät paikoitellen suppeiksi, koska selventäviä tai tarkentavia kysymyksiä ei voitu esittää. Sähköinen kysely ja valmiit kysymykset saattoivat johdatella vastaajia tiettyihin teemoihin. Pelkkien avointen kysymysten avulla vanhempien vastaukset olisivat olleet vähemmän johdateltavissa ja kokemusten kerronta olisi voinut olla laajempaa. Tällöin epäselviä vastauksia olisi ollut mahdollista tarkentaa ja selventää.

Opinnäytetyön tutkimuksen aikana käytettiin runsaasti englannin kielistä tutkimustietoa sekä muuta aineistoa. Tässä on huomioitava se, että kun opinnäytetyö kirjoitetaan suomeksi käännösvirheet ovat aina mahdollisia eikä niitä pystytä täysin sulkemaan pois. Luotettavuutta pyrittiin kuitenkin parantamaan johdonmukaisella toiminnalla sekä tarkkuudella. Opinnäytetyön aihe oli melko harvinainen ja vähän tutkittu. Tämän vuoksi ajankohtaisen tiedon ja tuoreiden lähteiden löytäminen oli paikoitellen haastavaa. Pieni osa käytetyistä lähteistä sijoittui 2000-luvun alkupuolelle. Kyseisten lähteiden koettiin kuitenkin antavan lisäarvoa opinnäytetyölle, minkä vuoksi ne otettiin mukaan opinnäytetyöhön.

Opinnäytetyön tutkimusta varten laadittiin aineistohallinta suunnitelma, jossa määriteltiin aineiston hallintaan, säilytykseen ja hävittämiseen liittyvät seikat. Aineisto säilytettiin opinnäytetyöprosessin ajan opinnäytetyön tekijöiden tietoturvaisilla Office 365-tileillä. Tileille kirjaudutaan kaksoistunnistautumisella oppilaitoksen myöntämällä opiskelijatunnuksilla. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto tuhotaan asianmukaisesti.

12.3 Eettisyys

Opinnäytetyön eri vaiheissa pyrittiin mahdollisimman huolellisesti noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa huolellisuutta, rehellisyyttä sekä tarkkuutta tutkimuksen jokaisessa vaiheessa (Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK) 2021).

Opinnäytetyöprosessin eettisyyttä ohjaa tutkimuseettisen neuvottelukunnan TENK:in ohjeistukset. Suomessa kaikilla tieteenaloilla tutkijoita ohjaa yleiset eettiset periaatteet, jotka ovat seuraavat: a) tutkija kunnioittaa tutkittavien ihmisarvoa sekä itsemääräämisoikeutta b) tutkija kunnioittaa aineellista ja aineetonta kulttuuriperintöä sekä luonnon monimuotoisuutta c) tutkija suorittaa tutkimuksen niin ettei tutkimuksesta aiheudu tutkittaville, yhteisölle tai muille tutkimuskohteille merkittäviä vahinkoja, riskejä tai haittoja. (Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarvointi Suomessa 2019, 15, 7.) Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia ovat muun muassa puutteellinen lähdeviittaus aikaisempiin tutkimustuloksiin sekä tulosten puutteellinen ja harhaanjohtava kirjaaminen (Sarajärvi & Tuomi 2017).

Tutkittavien ihmisarvoiseen ja tasa-arvoiseen kohteluun liittyy se, että ydinajatuksena on, että kaikki tutkittavilta saatu tieto on arvokasta ja ainutlaatuista. Vaikkei tutkija olisi tutkittavien kanssa samaa mieltä, se ei saisi vaikuttaa esimerkiksi tutkimustulosten tulkintaan väärin. (Kallinen & Kinnunen n.d.) Jo saatekirjeessä korostettiin vastausten ainutlaatuisuutta sekä merkitystä tutkimuksen onnistumisen kannalta. Tulosten analysoinnissa pyrittiin objektiivisuuteen ja siihen, ettei omat mielipiteet tai ajatukset vaikuta tulkintoihin. Tätä tuki esimerkiksi juuri se, että tekijät olivat ilmiön ulkopuolella eikä aikaisempaa kokemusta ilmiöstä ollut.

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisten periaatteiden ja ihmistieteiden eettisen ennakoarvioinnin mukaan (2019, 8-9) tutkimukseen osallistuvalla henkilöllä on oikeus osallistua vapaaehtoisesti mutta myös kieltäytyä osallistumasta, keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa ilman kielteisiä seurauksia, peruuttaa suostumuksensa osallistua tutkimukseen milloin tahansa, saada tietoa tutkimuksen sisällöstä, henkilötietojen käsittelystä ja tutkimuksen käytännön toteutuksesta, saada ymmärrettävä ja totuudenmukainen kuva tutkimuksen tavoitteista sekä mahdollisista riskeistä ja haitoista sekä tietää olevansa tutkittavana.

On eettisesti tärkeää informoida asianmukaisesti tutkittavia henkilöitä. Heille on ilmoitettava etenkin henkilötietojen käsittelystä, tutkittavien osallistumiseen liittyvistä asioista ja tutkimuksen sisällöstä. Lisäksi tutkimukseen osallistuvien osallistumissuostumukset on tehtävä asianmukaisesti. (Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa 2019, 15.) Kaikille tähän opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen osallistuneille lähetettiin sähköisen kyselylomakkeen linkin yhteydessä saatekirje (Liite 1) sekä suostumuslomake (Liite 2). Niissä kerrottiin kattavasti tutkimuksen sisällöstä ja toteutuksesta. Lisäksi saatekirjeessä mainittiin, että haastateltavien tietosuojan takaamiseksi opinnäytetyöprosessin aikana ei käsitellä henkilötietoja. Vertaistukiryhmän ylläpitäjän jakaessa saatekirje, suostumuslomake ja linkki sähköiseen kyselylomakkeeseen tutkimuksen toteuttaminen anonymisti mahdollistui. Osallistujilla oli mahdollista kysyä sähköpostitse tai puhelimitse tarkentavia kysymyksiä tutkimukseen liittyen. Kaikilta vastaajilta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumiseen ennen kyselyyn vastaamista. Lisäksi yhteistyötahon kanssa laadittiin tutkimussopimus, johon kaikki opinnäytetyöprosessin tutkimuksen osapuolet sitoutuivat.

12.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tulosten perusteella jatkokehitettäviksi asioiksi jää kirjallisten ohjeiden ja palveluiden saannin kehittäminen. Opinnäytetyöhön liittyneen tutkimuksen avulla saatujen tietojen vieminen käytäntöön esimerkiksi fysioterapeutin antamiin ohjeistuksiin ja harjoitteisiin sekä työtapaan olisi jatkossa tärkeää.

Vastauksissa fysioterapeutista ohjausta ja neuvontaa tukevana tekijänä olivat fysioterapeuttien antamat monipuoliset ohjeet ja harjoitteet, joita ei kuitenkaan määritelty tarkemmin. Eri fysioterapeuttien ohjaamat harjoitteet, ohjeet ja neuvot voisi olla hyvä koota yhteen, minkä avulla monipuolisten keinojen hyödyntäminen olisi mahdollista riippumatta fysioterapeutista tai organisaatiosta. Jatkotutkimusaiheena voisikin olla fysioterapeuttien käyttämät ohjausmenetelmät, harjoitteet sekä neuvonta synnynnäisessä olkahermopunosvauriossa.

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin asiakkaiden kokemuksia. Lisäksi olisi tärkeää selvittää myös fysioterapeuttien ajatuksia ja kokemuksia synnynnäisen olkahermopunosvaurioon liittyvästä ohjauksesta ja neuvonnasta. Fysioterapian kehittämisen kannalta ammattilaisten kokemusten selvittäminen ohjausta ja neuvontaa tukevista ja haittaavista tekijöistä olisi tärkeää. Lisäksi voitaisiin tutkia

fysioterapeuttien oman organisaation ja työn kehittämiskohteita. Tässä opinnäytetyössä tutkittiin asiakkaiden kokemuksia fysioterapiasta mutta yleisesti sosiaali- ja terveysalan kehittämisen kannalta myös muihin ammattiryhmiin liittyvien kokemusten tutkiminen aiheeseen liittyen lienee tärkeää ja merkityksellistä.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös yli 2-vuotiaiden lasten vanhempien kokemukset fysioterapiasta. Opinnäytetyöstä saadut tiedot saisivat jatkumoa, kun selvitettäisiin myös myöhemmän vaiheen kokemuksia fysioterapiasta. Synnynnäisen olkahermopunosvaurion fysioterapia voi jatkua lapsella pitkäänkin. Tällöin vanhempien rooli harjoitteiden tekemisessä vähenee ja niiden toteuttaminen siirtyy enemmän lapselle. Millaisia kokemuksia vanhemmilla on lapsen kehittyessä ja kasvaessa. Esiintyykö myöhemmän vaiheen fysioterapiasta erilaisia kehittämis ehdotuksia?

Tutkimuksen tuloksissa nousi useampaan otteeseen esille fysioterapian saatavuus. Osalle perheistä fysioterapian saaminen ja esimerkiksi maksusitoumuksen saaminen oli ollut hankalaa tai ei ollut onnistunut ollenkaan. Useammassa vastauksessa vanhemmat korostivatkin kokemusta, kuinka tärkeää olisi, että fysioterapiaa olisi tarjolla kaikille sitä tarvitseville olkahermopunosvaurion saaneille lapsille. Kiinnostavana ja tärkeänä jatkotutkimusaiheena voisikin tätä kautta olla olkahermopunosvaurioon liittyvän fysioterapian saatavuusperusteet ja niiden erot esimerkiksi alueittain. Myös fysioterapian ja sen saatavuuden alueellisten erojen vaikutuksia olkahermopunosvaurion saaneiden lasten kehitykseen olisi tärkeää tutkia.

Lähteet

Abid, A. 2016. Brachial plexus birth palsy: Management during the first year of life. Viitattu 1.8.2022. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877056815003084?via%3Dih>

Aspinen, S., Nordback, P., Suojärvi, N. & Waris, E. 2019. Yläraajan tapaturmaiset hermovammat. Duodecim lehti. Viitattu 7.8.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo16074.pdf>

Bellew, M. & Kay, SP. 2003. Early Parental Experiences of Obstetric Brachial Plexus Palsy. Julkaisussa: Journal of hand surgery, British volume 2003, Vol.28 (4), p.339–346. Viitattu 15.9.2022. [https://janet.finna.fi/SAGE journals](https://janet.finna.fi/SAGE%20journals).

Brachial plexus. N.d. Physiopedia. Viitattu 29.10.2022. https://www.physio-pedia.com/Brachial_plexus

Buchanan, P., Grossman, J., Price, A., Reddy, C., Chopan, M. & Chim, H. 2019. The Use of Botulinum Toxin Injection for Brachial Plexus Birth Injuries: A Systematic Review of the Literature. Viitattu 2.8.2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6436136/>

Dunham, E. 2003. Obstretrical Brachial Plexus Palsy. Orthopaedic Nursing. Viitattu 27.7.2022. https://journals.lww.com/orthopaednursing/fulltext/2003/03000/obstetrical_brachial_plexus_palsy.7.aspx

Erb's Palsy (Brachial Plexus Birth Palsy). N.d. OrthoInfo. Viitattu 25.7.2022. <https://orthoinfo.aaos.org/en/diseases--conditions/erbs-palsy-brachial-plexus-birth-palsy>

Eskola, J. 2007. 6–8? (Teema)haastattelututkimuksen toteuttamisesta. Julkaisussa: Polkuja sovelta-vaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: Tammi.

Etusivu. N.d. REDy ry. Viitattu 26.10.2022. <http://redy.fi/>

Frade, F., Gómez-Salgado, J., Jacobsohn, L. & Florindo-Silva, F. 2019. Rehabilitation of Neonatal Brachial Plexus Palsy: Integrative Literature Review. National Library of Medicine. Viitattu 8.8.2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6679188/>

Fysioterapianimikkeistö. 2018. Kuntaliitto. Helsinki. Viitattu 26.10.2022. <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2018/1892-fysioterapianimikkeisto-nomenklatur-fysioterapia>

Göransson, H. 2016. Käden anatomia. Julkaisussa: Käsikirurgia. Helsinki: Kandidaattikustannus.

Hakulinen, T. & Koivumäki, T. 2022. Elämäntavoista keskustelu ja terveysneuvonta. Duodecim Terveysportti. Viitattu 21.11.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/nla00087?toc=1112237>

- Hakulinen, T., Onwen-Huma, H., Pulkkinen, P., Sandt, M. & Varsa, H. 2022. Sukupuolten tasa-arvo neuvolan asiakastyössä - Opas vanhempien ja lasten tukemiseen sukupuolten tasa-arvon näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 27.10.2022. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164268/STM_2022_9.pdf
- Hakulinen, T., Uotila-Laine, H. & Koivumäki, T. 2022. Perheen hyvinvointi ja voimavarat. Duodecim Terveysportti. Viitattu 21.11.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/nla00088?toc=>
- Hakulinen, T., Uotila-Laine, H. & Korpilahti, U. 2022. Lastenneuvolapalvelut. Duodecim Terveysportti. Viitattu 21.11.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/nla00092?toc=1112237>
- Harvey, D., McLean, L. & Mutimer, K. 2015. Stress in Mothers and Fathers of Children With Obstetrical Brachial Plexus Injuries. *Children's Health Care* 44, 2, 105–118. Viitattu 16.8.2022. <https://janet.finna.fi/EBSCOhost>.
- Hassan, B., Abbass, M. & Elshennawy, S. 2018. Systematic review of the effectiveness of Kinesio taping for children with brachial plexus injury. *Julkaisussa: Physiotherapy research international: the journal for researchers and clinicians in physical therapy* 2020, Vol.25 (1) Viitattu 16.8.2022. <https://janet.finna.fi/EBSCOhost>.
- Hynynen, P., Häkkinen, H., Hännikäinen, H., Kangasperko, M., Karihtala, T., Keskinen, M., Leskelä, J., Liikka, S., Lähteenmäki, M-L., Markkola, K., Mämmelä, E., Partia, R., Piirainen, A., Sjögren, T., Suhonen, L. 2016. Fysioterapeutin ydinosaminen. *Suomen Fysioterapeutit*. Viitattu 10.11.2022. <http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaminen/FysioterapeutinYdinosaminen.pdf>
- Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). 2021. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Viitattu 27.10.2022. <https://tenk.fi/fi/tiedetilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>
- Härkäpää, K., Kippola-Pääkkönen, A., Buchert, U., Järvikoski, A. & Kallinen, M. 2020. Asiakkaiden ja terapeuttien äänellä. *Sosiaali- ja terveysturvan raportteja* 21. Viitattu 2.8.2022. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/311183/Raportteja21_saavutettava.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. 2019. Tutkimuseettinen neuvottelukunnan julkaisu 3/2019. Viitattu 21.10.2022. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarviointin_ohje_2020.pdf
- Justice, D., Awori, J., Carlson, S., Chang, K. & Yang, L. 2018. Use of Neuromuscular Electrical Stimulation in the Treatment of Neonatal Brachial Plexus Palsy: A Literature Review. *Julkaisussa: The Open Journal of Occupational Therapy* 2018, Vol.6 (3). Viitattu 16.8.2022. <https://janet.finna.fi/EBSCOhost>.
- Kallinen, T. & Kinnunen, T. N.d. Etnografia. *Julkaisussa: Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 27.10.2022. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/>

Kelan terapian palvelukuvaus. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen yksilölliset lasten ja nuorten fysio- ja toimintaterapiat. 2019. Kansaneläkelaitos. Viitattu 3.11.2022. <https://www.kela.fi/documents/20124/410362/lasten-ja-nuorten-fysio-ja-toimintaterapiat-palvelukuvaus.pdf/b65644dc-439e-7ff3-ca9b-a1caf307653f%3Cbr%3E>

Kokemusosaaminen. 2022. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 1.11.2022. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asetetussa-olevien-osallisuus/osallisuuden-edistamisen-mallit/osallisuutta-edistava-hallintomalli-tukee-osallisuustyon-johtamista/kokemusosaaminen>

Kozin, S. 2010. Brachial Plexus Microsurgical Indications. Journal of Pediatric Orthopaedics. Viitattu 26.7.2022. https://journals.lww.com/pedorthopaedics/fulltext/2010/03001/Brachial_Plexus_Microsurgical_Indications.12.aspx

Kuntoutus. N.d. REDy ry. Viitattu 1.8.2022. <http://redy.fi/erbin-pareesi/kuntoutus-2/>

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus - mitä, miten ja miksi? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 13.6.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo93495>

Lastenneuvola lapsiperheiden tukena, opas työntekijöille. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 27.10.2022. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74223/Opp200414.pdf>

Lauronen, L. & Vanhatalo, S. 2018. Ääreishermoston tutkimusten käyttö lastenneurologiassa. Lastenneurologia. Duodecim Oppiportti. Viitattu 13.6.2022. <https://janet.finna.fi/> Oppiportti.

Lindell-Iwan, L., Partanen, J. & Makkonen, M. 1995. Synnynnäistä olkapunovauriota potevien valinta varhaiseen hermojenkorjaus-leikkaukseen. Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 27.7.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo50488>

Magneetti- ja ultraäänikuvaus olkahermopunoksen syntymävauriossa. N.d. Väitöskirjat. Duodecim Terveysportti. Viitattu 7.8.2022. https://terveysportti.mobi/kotisivut/uutismaailma.duodecimapi.uutisarkisto?p_arkisto=0&p_palsta=24&p_artikkeli=uux14763

Melamies, N., Pärnä, K., Heino, L. & Miller, H. 2004. Lapsi kuntoutujana – haaste aikuisille. Julkaisussa: Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Saarijärvi: Stakes.

Metsäranta, M., Rahkonen, L. & Haataja, L. 2021. Apgarin pisteet - pinttynyt tapa vai hyödyllinen käytäntö? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 27.10.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16342>

Mäkisalo-Ropponen, M. 2012. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Sanoma Pro.

Nietosvaara, Y., Pöyhä, T., Willamo, P. & Rautakorpi, S. 2016. Olkahermopunoksen syntymävaurio. Julkaisussa: Käsikirurgia. Helsinki: Kandidaattikustannus.

Olkahermopunoksen syntymähalvaus, Erbin pareesi. 2020. Tays. Viitattu 13.6.2022.

https://www.tays.fi/fi-fi/palvelut/lastenkirurgia/Erbin_pareesi

Olkahermopunoksen syntymävaurio. Erbin pareesi. 2013. Invalidiliiton Harvinaiset-yksikkö. Viitattu

4.11.2022. [https://www.invalidiliitto.fi/sites/default/files/2016-11/Erbinparee-](https://www.invalidiliitto.fi/sites/default/files/2016-11/Erbinparee-siopas_2013_netti.pdf)

[siopas_2013_netti.pdf](https://www.invalidiliitto.fi/sites/default/files/2016-11/Erbinparee-siopas_2013_netti.pdf)

Onnismaa, J. 2021. Ohjaus- ja neuvontatyö. Kolmas, uudistettu laitos. Gaudeamus.

Palmgren, T., Peltonen, J., Linder, T., Rautakorpi, S. & Nietosvaara, Y. 2007. Sensory evaluation of the hands in children with brachial plexus birth injury. Developmental Medicine and Child Neurology; London Vol. 49. Viitattu 26.10.2022. <https://janet.finna.fi/>. ProQuest.

Puustjärvi-Sunabacka, K. & Salmi, T. 2015. Perifeerisen hermon vammat ja sairaudet. Julkaisussa: Fysiatría. Helsinki: Kustannus Duodecim.

Pöyhiä, T. 2011. MAGNETIC RESONANCE IMAGING AND ULTRASONOGRAPHY IN BRACHIAL PLEXUS BIRTH INJURY. Väitöskirja. University of Helsinki, The Faculty of Medicine of the University of Helsinki. Viitattu 2.8.2022. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26258/magnetic.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Raducha, J. E., Cohen, B., Blood, T. & Katarincic, J. 2017. A Review of Brachial Plexus Birth Palsy: Injury and Rehabilitation. Julkaisussa: Rhode Island medical journal (2013) 2017, Vol.100 (11), p.17–21. Viitattu 15.9.2022. <https://janet.finna.fi/> ProQuest.

Ryhänen, J., Paavilainen, P., Vilkki, S. & Vastamäki, M. 2016. Pleksusvamma. Julkaisussa: Käsikirurgia. Helsinki: Kandidaattikustannus.

Sanasto. 2019. Diabetes. Duodecim Oppiportti. Viitattu 27.10.2022. <https://janet.finna.fi/> Oppiportti.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2017. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi. Viitattu 11.10.2022. <https://janet.finna.fi/>, Ellibslibrary.

Shah, V., Coroneos, C. & Ng, E. 2021. The evaluation and management of neonatal brachial plexus palsy. Julkaisussa: Paediatrics & child health 2021, Vol.26 (8), p.493-497. Viitattu 10.11.2022. <https://academic.oup.com/pch/article/26/8/493/6484900?login=false>

Soinila, S. 2014. Ääreishermoston sairaudet. Neurologia. Duodecim Oppiportti. Viitattu 13.6.2022. <https://janet.finna.fi/> Oppiportti.

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

Tutkimis- ja arviointiosaaminen. N.d. Suomen Fysioterapeutit. Viitattu 21.9.2022. <http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/ammattillinen-osaaminen/tutkimis-ja-arviointiosaaminen.html>

Tutkimukset ja hoitomuodot. N.d. REDy ry. Viitattu 30.7.2022. <http://redy.fi/erbin-pareesi/tutkimukset-ja-hoitomuodot/>

Tutkimusten arviointikriteeristöt JBI. N.d. Hotus Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 10.11.2022. <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>

Yau, C., Pizzo, E., Prajapati, C., Draycott, T. & Lenguerrand, E. 2018. Obstetric brachial plexus injuries (OBPIs): health-related quality of life in affected adults and parents. Health Qual Life Outcomes 16, 212 (2018). Viitattu 16.8.2022. <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-018-1039-z> - citeas

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Saatekirje

Arvoisa vastaanottaja

Olemme fysioterapeuttiopiskelijoita ja teemme opinnäytetyötämme Jyväskylän ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyömme aiheena on 0–2-vuotiaiden olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien kokemukset fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä [REDACTED] kanssa. [REDACTED] jakaa tutkimuksen kyselyn linkin sekä liitteet [REDACTED] ylläpitämässä vertaistuen Facebook -ryhmässä. Valmis opinnäytetyö jaetaan [REDACTED] nähtäväksi ja kommentoitavaksi ennen sen julkaisua. Opinnäytetyön ohjaavana opettajana toimii fysioterapian lehtori [REDACTED]. Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä aineistoa, jonka avulla on mahdollista pyrkiä kehittämään olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien ohjausta, neuvontaa ja kotiharjoitteita fysioterapian näkökulmasta.

Opinnäytetyön tutkimukseen osallistuminen ja kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistut vastaamalla kyselyyn. Teidän mielipiteenne ja kokemuksenne ovat ainutlaatuisia ja opinnäytetyön kannalta tärkeitä. Vastaamalla kyselyyn autat kehittämään fysioterapian toimintaa vanhempien ohjauksessa ja neuvonnassa. Kaikki aineisto käsitellään Jamk:n sähköisessä tietoturvalisessä ympäristössä luottamuksellisesti ja tuhoetaan asianmukaisesti työn valmistumisen jälkeen. Valmis opinnäytetyö on luettavissa julkisesta Theseus palvelusta sen valmistuttua. **Haastateltavien tietosuojan takaamiseksi opinnäytetyöprosessin aikana ei käsitellä henkilötietoja.**

Kysely on sähköisessä muodossa ja vastaamaan pääset alla olevasta linkistä. ***Pyydämme teitä kohteliaasti vastaamaan kyselyyn 2.10.2022 mennessä.*** Kysely on tehty Jyväskylän ammattikorkeakoulun tietoturvalisellä Webropol kyselytyökalulla.

Kiitämme lämpimästi vastauksistanne!

Lisätietoja voit tarvittaessa kysellä:

- Joel Järvelä ([REDACTED])
- Inka Kinnunen ([REDACTED])

Linkki kyselyyn: <https://link.webpolsurveys.com/S/9137FED440EFE4A2>

Liite 2. Suostumuslomake

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Tutkimuksen nimi: 0–2-vuotiaiden olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien kokemukset fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun fysioterapian tutkinto-ohjelman opinnäytetyö.

Tutkimuksen toteuttajat: Jyväskylän Ammattikorkeakoulun opiskelijat Inka Kinnunen (v2972@student.jamk.fi) ja Joel Järvelä (v2999@student.jamk.fi) Opinnäytetyön ohjaajana Jyväskylän Ammattikorkeakoulusta toimii fysioterapian tutkinto-ohjelman lehtori [REDACTED]

Opinnäytetyön tarkoitus: kerätä aineistoa, jonka avulla on mahdollista pyrkiä kehittämään olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien ohjausta, neuvontaa ja kotiharjoitteita fysioterapian näkökulmasta.

Olen saanut tutkimuksen saatekirjeen ja ymmärtänyt sen. Saatekirjeestä olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja toteutuksesta, oikeuksistani sekä tutkimukseen mahdollisesti liittyvistä hyödyistä ja riskeistä. **Opinnäytetyössä ei käsitellä henkilötietoja.**

- Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut esittämiini kysymyksiin riittävän vastauksen
- Minua ei ole painostettu osallistumaan tutkimukseen ja tiedostan tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuden ja sen, että voin peruuttaa tämän suostumuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta
- Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen
- Olen tietoinen siitä, että jos keskeytän tutkimuksen ja peruutan suostumuksen kyselylomakkeeseen vastaamisen jälkeen, antamani tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa

Valitsemalla vaihtoehdon "Kyllä" sähköisen kyselyn ensimmäisellä sivulla vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen

Linkki kyselyyn: <https://link.webpolsurveys.com/S/9137FED440EFE4A2>

Liite 3. Kyselylomake



0-2-vuotiaiden olkahermopunosvaurion saaneiden lasten vanhempien kokemukset fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta

-Pohdi ja muistele, kun lapsella oli fysioterapiaa liittyen olkahermopunosvaurioon ja vastaa kysymyksiin tämän perusteella

-Vastauksenne ovat erittäin tärkeitä tutkimuksen kannalta

-Jokainen vastaus on arvokas ja ainutlaatuinen

-Pyydämme kohteliaasti sinua pohtimaan rauhassa vastauksia kysymyksiin ja kirjoittamaan avoimiin kysymyksiin mahdollisimman laajat vastaukset - tämä parantaa tutkimuksen laatua ja luotettavuutta

1. Vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen

☐ Kyllä

2. Olen lapsen huoltajana

☐ Äiti

☐ Isä

☐ Muu

☐ En halua vastata

3. Lapsen tämänhetkinen ikä (kuukauden tarkkuudella)

Ikä

4. Jatkuuko lapsen fysioterapia olkahermopunosvaurioon liittyen edelleen?

☐ Kyllä, Miten? Esim seuranta sairaalassa, viikottaiset fysioterapiakäynnit jne...

☐ Ei

5. Kuinka monta fysioterapiakäyntiä lapsella on ollut liittyen olkahermopunosvaurioon?

Käyntien määrä

Missä käynnit ovat toteutuneet?

6. Vaatiko lapsen olkahermopunosvaurio kirurgisia toimenpiteitä?

☐ Kyllä

☐ Ei

☐ En halua vastata

7. Koetko saaneesi riittävästi tietoa lapsen olkahermopunosvauriosta?

☐ Kyllä

☐ Ei

8. Koitko tullessi kuulluksi fysioterapeuttisen ohjauksen aikana?

☐ Kyllä

☐ Ei

Miten/miksi?

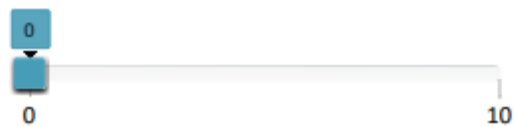
9. Saitko mielestäsi riittävästi tukea ja neuvoa?

☐ Kyllä

☐ Ei

Miten/miksi?

10. Olen tyytyväinen saamaani fysioterapeuttiseen ohjaukseen ja neuvontaan.
(0 täysin eri mieltä, 10 täysin samaa mieltä)



11. Huomioiko fysioterapeutti huoltajan (sinun) voimavarat fysioterapeuttisen ohjauksen yksilöllisessä suunnittelussa?

☐ Kyllä

☐ Ei

Miten?

12. Huomioiko fysioterapeutti lapsen kotiolosuhteet fysioterapeuttisen ohjauksen yksilöllisessä suunnittelussa?

☐ Kyllä

☐ Ei

Miten?

13. Olivatko fysioterapeutin antamat kirjalliset ohjeet mielestänne selkeät ja helppolukuiset?

☐ Kyllä

☐ Ei

Miksi?

14. Koetko ymmärtäneesi fysioterapeutin antamat ohjeistukset?

☐ Kyllä

☐ Ei

15. Jos vastasit edelliseen kysymykseen "Ei", saitko vastauksia mahdollisiin esittämiisi lisäkysymyksiin?

☐ Kyllä

☐ Ei

16. Millaisia kotiharjoitteita fysioterapeutti antoi?

17. Toteutitko/toteutitteko fysioterapeutin antamia kotiharjoitusohjeita kotona?

☐ Kyllä

☐ Ei

Miten?

18. Saitko fysioterapeutilta vinkkejä liikeharjoitteiden toteuttamiseen? (esim. lelujen ym. avulla)

☐ Kyllä

☐ Ei

Millaisia?

19. Koetko fysioterapeutin antamien harjoitteiden tukeneen lapsenne kehitystä?

☐ Kyllä

☐ Ei

Miten?

20. Millaista ohjausta ja neuvontaa sait fysioterapeutilta lapsen arjen askareiden tukemiseen?

21. Mikä oli mielestäsi tärkein asia, jonka fysioterapeutti ohjeisti sinulle kotiharjoitteisiin liittyen?

22. Mikä oli mielestäsi hyvää saamassanne fysioterapeuttisessa ohjauksessa?

23. Mitä voisi mielestänne kehittää fysioterapeuttisessa ohjauksessa?

24. Vapaa sana:
