



Aivohalvauspotilaan kokemuksia saamastaan tuesta näyttöön perustuvassa hoitotyössä

Kirjallisuuskatsaus

Hoitotyön koulutusohjelma,
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
28.11.2008

Henna Jalola
Sari Kettunen

Koulutusohjelma	Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma	Sairaanhoitaja AMK	
Tekijä/Tekijät		
Henna Jalola ja Sari Kettunen		
Työn nimi		
Aivohalvauspotilaan kokemuksia saamastaan tuesta näyttöön perustuvassa hoitotyössä.		
Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö	Syky 2008	40 + 3 liitettä
TIIVISTELMÄ		
<p>Tämä opinnäytetyö on osa NÄPE -projektia, jonka tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan osaamista näyttöön perustuvassa hoitotyössä sekä selvittää näyttöön perustuvan hoitotyön edistäviä ja estäviä tekijöitä ja kehittää sen toimintamallia Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa.</p> <p>Yhteistyökumppaneina projektissa ovat Malmin ja Herttoniemen sairaaloiden eri osastot sekä Metropolia Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata aivohalvauspotilaiden saamaa ammatillista ja sosiaalista tukea näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Tavoitteena on siten lisätä tietoa aivohalvauspotilaan tuen tarpeesta, merkityksestä ja antamisesta yhteistyösastoille. Tutkimustehtävänä oli kuvata, minkälaista ammatillista ja sosiaalista tukea potilas on saanut selviytyäkseen aivohalvauksesta.</p> <p>Aineistoa on etsitty sosiaali- ja terveystietokannoista, kuten Ovid, Helka, Linda sekä Kurre (nykyinen MetCat). Työhön on etsitty aineistoa kirjallisuuskatsauksen avulla. Aineisto on analysoitu teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla. Aineisto koostuu kolmesta väitöskirjoista, kahdeksasta pro gradusta, yhdestä opinnäytetyöstä sekä yhdeksästä tutkimusartikkelista.</p> <p>Tulosten mukaan potilaiden kokemukset tuen saamisesta olivat vaihtelevia. Osa koki saaneensa hyvin tukea, kun taas toisilla oli päinvastaisia kokemuksia. Tulosten perusteella tiedollisen ja konkreettisen tuen saamisessa oli paljon puutteita. Parhaiten tukea aivohalvauspotilaat olivat kokeneet saaneensa perheeltään ja läheisiltään sekä vertaistuesta.</p> <p>Hoitohenkilökunnan tulisi jatkossa huomioida tuen antaminen kaikilla ammatillisen tukemisen osa-alueilla (konkreettinen, tiedollinen ja henkinen tuki). Tämä auttaa potilasta selviytymään uudesta ja yllättävästä tilanteesta hänen sairastuessaan aivohalvaukseen. Hoitohenkilökunnan tulee myös ohjata ja tiedottaa omaisia ja läheisiä, jotta he kykenevät olemaan potilaan tukena. Potilaita on hyvä ohjata vertaistuen piiriin, jotta he saisivat mahdollisimman paljon sosiaalista tukea.</p> <p>Aineistosta nousi esille se, että potilaiden kokemukset saamastaan tuesta ovat pysyneet hyvin samankaltaisina viimeisen 12 vuoden aikana. Haasteena onkin saada potilaat tuntemaan itsensä huomioituiksi kokonaisvaltaisesti.</p>		
Avainsanat		
Aivohalvaus, aivoverenkiertohäiriö, tukeminen, potilaan ohjaus, kokemus		

Degree Programme in		Degree
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care
Author/Authors		
Henna Jalola and Sari Kettunen		
Title		
Stroke Patient's Experiences of Support in Evidence Based Nursing.		
Type of Work	Date	Pages
Final Project	Autumn 2008	40 + 3 appendices
<p>ABSTRACT</p> <p>This final project is a part of NÄPE -project whose purpose is to define nursing staff's knowledge in evidence based nursing. Its purpose is also to find factors which promote and prevent evidence based nursing and develop its model in health centres of Helsinki. The partners in this project are different wards from Malmi and Herttoniemi hospitals and university of Metropolia polytechnic. The purpose of this final project was to describe professional and social support which stroke patients have received in evidence based nursing. The aim is to increase information of the patient's need for support, its significance and giving for the partnerwards. The goal was to describe what kind of professional and social support a patient has got in order to survive a stroke.</p> <p>The material was gathered by searches in health care and social service databases. This project was made by applying the method of literature review. The material was analyzed using deductive content analysis. The theoretical part of this final project was based on three doctoral theses, eight master's theses, one final project and nine research articles.</p> <p>The results showed that patients experiences of getting support were partly contradictory. A part of the patients experienced that they were supported very well whereas others did not share their experience. The results also showed that there are lots of problem areas in concrete and informative support. The patients got their best support from their family, closest people and peers.</p> <p>Nursing staff should notice supporting in all the areas of professional support (concrete, informative and emotional support) in future. That helps patients to survive in a new and surprising situation when they have stroke. Nursing staff should also guide and give information to family and the patient's closest people so that they could be supportive. The patients should also be informed of getting peer support to offer them as much social support as possible.</p> <p>The material showed that patient's experiences has been same over the last 12 years. The challenge is to get patients feel like they are noticed overall.</p>		
Keywords		
stroke, cerebrovascular disorder, support, patient education, experience		

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	1
2 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TOIMINTA AIVOHALVAUSPOTILAAN HOITOTYÖSSÄ	3
2.1 Näyttöön perustuva hoitotyö	4
2.2 Aivohalvauspotilaan hoitotyö	5
3 AIVOHALVAUSPOTILAAN TUKEMINEN NÄYTTÖÖN PERUSTUVASSA HOITOTYÖSSÄ	9
3.1 Sairastuminen potilaan kokemana	10
3.2 Ammatillinen tukeminen	12
3.3 Sosiaalinen tukeminen	13
4 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	15
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	15
5.1 Kirjallisuuskatsaus	16
5.2 Sisällönanalyysi	16
6 TULOKSET	19
6.1 Ammatillinen tuki	19
6.1.1 Konkreettinen tuki	19
6.1.2 Tiedollinen tuki	24
6.1.3 Henkinen tuki	26
6.2 Sosiaalinen tuki	29
6.3 Tulosten yhteenveto	33
7 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	35
8 POHDINTA	37
LÄHTEET	40
LIITTEET 1-3	

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriö on yleinen sairaus Suomessa, eikä siitä tiedetä tarpeeksi. Tilastotietojen mukaan Suomessa ensimmäisen aivohalvauksen saa vuosittain n. 10 000 suomalaista. Yhteensä vuosittain aivohalvaukseen sairastuu noin 14 000 suomalaista. Aivohalvauksista noin 80 % on aivoinfarkteja. Vuosittain noin 5000 potilasta menehtyy aivohalvaukseen, ja se on kolmanneksi yleisin kuolinsyy Suomessa. Sairastuneita arvioidaan olevan noin 41 000 (vuonna 2007). Sairastuneista joka neljäs on työikäinen ja heistä joka kolmas jää työkyvyttömyyseläkkeelle. (Kaste – Vainikainen 2007.)

Aivohalvauspotilaan tukemisessa ohjaus voi olla haastavaa, esimerkiksi kielellisten vaikeuksien takia, ja siihen tarvitaankin opastusta. Aivohalvaus voi olla potilaalle ja hänen omaisilleen hyvin hämmentävä kokemus. Tietoa ja ymmärrystä sairaudesta ei välttämättä ole. Kokonaisvaltaisella hoidolla potilaille saadaan turvallisuuden tunne ja he voivat oppia elämään sairautensa kanssa. Tutkimusten mukaan myös omaisten hyvä ohjaaminen ja riittävä tiedottaminen lisäävät kykyä tukea aivohalvauspotilasta arjen toiminnoissa (Hallila 2003: 10).

Potilaan tukemisesta kaikilla osa-alueilla (konkreettinen, tiedollinen ja henkinen tuki) ei ole välttämättä riittävästi tietoa. Aivohalvauspotilaita voi tulla vastaan lähes missä tahansa erikoisosaamisen osa-alueella, esimerkiksi päivystyksessä, kirurgisella tai sisätautiosastolla. Tärkeää on huomioida aivohalvauspotilaan kokonaisvaltainen hoito, eli hoidossa on syytä huomioida niin fyysinen kuin henkinenkin puoli.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata aivohalvauspotilaiden saamaa ammatillista ja sosiaalista tukea näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Yhteistyösastoilta, Malmin ja Herttoniemen akuuttisairaaloissa, on toivottu erityisesti tietoa aivohalvauspotilaan ohjauksesta. Tavoitteena on tuottaa lisää tietoa hoitohenkilökunnalle aivohalvauspotilaan tuen tarpeesta, merkityksestä ja antamisesta. Hoitohenkilökunta voi hyödyntää opinnäytetyössä ilmeneviä asioita jokapäiväisessä työssään aivohalvauspotilaiden parissa.

Opinnäytetyö on aloitettu keväällä 2008, ja se valmistuu syksyllä 2008. Opinnäytetyö on osa NÄPE-projektia, jonka tarkoitus on selvittää hoitohenkilökunnan osaa-

mista näyttöön perustuvassa hoitotyössä, selvittää näyttöön perustuvan hoitotyön edistäviä ja estäviä tekijöitä ja kehittää sen toimintamallia Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa. NÄPE – projektin päätavoite on hoitotyön laadun ja vaikuttavuuden kehittäminen. Hoitotyön laatu ja vaikuttavuus kehittyy sillä, että hoitohenkilökunnan näyttöön perustuvaa osaamista käytännössä vahvistetaan. Lisäksi projektin tavoitteena on vahvistaa hoitohenkilökunnan taitoja tutkimus-, kehittämis- ja projektityöskentelyssä sekä tuottaa kansallista ja kansainvälistä tietoa työelämän käyttöön ja koulutukseen. (Sarajarvi 2007: 7.)

2 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TOIMINTA AIVOHALVAUSPOTILAAN HOITOTYÖSSÄ

Näyttöön perustuva hoitotyö on ajan tasalla olevan tiedon arviointia ja sen käyttöönottoa yksilön tai ryhmän hoitoon ja terveyteen liittyvässä päätöksenteossa sekä itse toiminnassa (Perälä 1999: 54; Leino-Kilpi 2000: 9). Kyse on siis tiedosta, päätöksenteosta, toiminnan toteutuksesta, tuloksesta ja arvioinnista. Näyttö tarkoittaa todistetta, jonka perusteella tulos arvioidaan. Näyttö, johon toiminta, tulos ja sen arviointi perustuvat, voidaan jakaa kolmeen pääluokkaan: tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö, hyväksi havaittu toimintanäyttö sekä kokemukseen perustuva näyttö (asiantuntijan kokemuksen sekä potilaan omaa tietoa ja toimintaa koskevan näytön kautta) . (Lauri 2003: 7.)

Näyttöön perustuva hoitotyö lähtee käytännön työstä. Ratkaisua haetaan johonkin selkeään, käytännön työssä olevaan ongelmaan (Leino-Kilpi 2000: 11). Sen tavoitteena on saada käytännön hoitotyöhön tieteellisesti tutkittua tietoa, jotta hoitotyötä voidaan kehittää paremmin potilaita palvelevaksi. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä auttamismenetelmät ja toimintaprosessit tulee perustua tieteelliseen näyttöön, jonka tulee puolestaan olla mahdollisimman objektiivista. Tutkimusnäytön tulisi olla hoitotyön päätöksentekoa ohjaava tekijä aina kun se on mahdollista. Näyttöön perustuva hoitotyö perustuu faktatiedolle, potilaiden osallistumiseen omaan hoitoonsa sekä hoitohenkilökunnan asiantuntijuuteen. Hoitotyö on parasta mahdollista laadultaan, kun tieteellinen näyttö on sen tukena. Näyttöön perustuva hoitotyö on myös olennaisena osatekijänä hoitotyön kehittämisessä paremmaksi ja yhdenmukaisemmaksi. (Lindfors 2007: 9-10.)

Näytön perustana oleva tieto sisältää tietoa ihmisestä hänen eri ikä-, kehitys- ja elämänvaiheissaan. Se sisältää myös tietoa ihmisen ja ympäristön välisestä vuorovaikutuksesta ja sen merkityksestä ihmisen elämään terveenä ja sairaana. Lisäksi näyttöön perustuvan tiedon avulla saadaan tietoa hoitotyön toiminnoista ja hoitomenetelmistä sekä niiden vaikutuksesta ihmisen hyvinvointiin ja selviytymiseen. (Lauri 2003: 10.) Potilaan erilaiset terveysongelmat ovat näyttöön perustuvan toiminnan lähtökohta. Jotta hoitotyö olisi optimaalista, tulisi arvioida potilaan motivaatio ja hänen mahdollisuutensa hallita omaa tilannettaan ja osallisuuttaan oman hoidonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen. On myös hyvä tietää potilaan odotukset hoidosta ja sen tuloksista.

(Perälä 1999: 55.) Yhdistämällä hoitohenkilökunnan työkokemuksesta tullut tieto, tieteellisesti tutkittu tieto ja potilaan omat kokemukset ja odotukset hoidosta, tulee hoitotyöstä luotettavampaa ja johdonmukaisempaa (Hallila 2003: 10). Toiminnan lähtökohtana on kunnioitus ihmistä, hänen itsemääräämisoikeuttaan ja omia ratkaisujaan kohtaan. Hoitotyön tulisi siis vahvistaa potilaan ja hänen perheensä omia voimavaroja. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää potilaan saamaa riittävästi tietoa tilanteestaan sekä kykyä tehdä päätöksiä. (Lauri 2003: 12-13.)

Sairaanhoitajan ammatillinen kehittyminen ja yhteistyö eri tahojen välillä (esimerkiksi potilas ja moniammatillinen työryhmä) lisääntyvät sekä hoitotyö tulee näkyväksi näyttöön perustuvan hoitotyön avulla. Tutkitun tiedon merkitys on kasvanut hoitotyön käytännössä, ja se vaikuttaa potilaan saamaan hoitoon ja palveluihin positiivisesti. Potilaan ja hänen omaistensa mukaanotto hoitoprosessiin on tärkeää, sillä esimerkiksi potilaiden tyytyväisyyskyselyistä saadaan tutkimusnäyttöä näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. (Särkioja 2000: 3,6; Mustajoki 2000: 22-23.)

2.1 Näyttöön perustuva hoitotyö

Tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö on tieteellisillä kriteereillä saatua näyttöä toiminnan vaikuttavuudesta potilaan terveyden laatuun (Lauri 2003:8). Tutkimusnäyttö muodostuu ajankohtaisen tiedon etsimisestä, tiedon kriittisestä arvioimisesta ja hyödyntämisestä hoitotyön käytäntöön (Lindfors 2007: 9). Kartoittamalla hoitotyön ongelmakohtia eri tutkimusmenetelmillä päästään vähitellen yleistettävään tietoon. Koeasetelmia ongelmakohtien kartoitusta varten on vaikea laatia, koska hoitotyössä ei riitä pelkkä fyysisen ongelman hoito, vaan siihen liittyy myös potilaan psykososiaalisuuden tukeminen, tiedon välittäminen ja ohjaus hyvin olennaisesti. (Lauri 2003: 8.)

Hyväksi havaittu toimintanäyttö perustuu terveydenhuollon eri yksiköiden laadunarviointi- tai kehittämistarkoituksessa kerättyyn tietoon. Kyseinen toimintanäyttö on systemaattisesti ja luotettavasti kerättyä, vaikka se ei täyttäisikään kaikkia tutkimustiedon tieteellisiä kriteereitä. Tilastotiedot, arviot laadunarvioinnin tuloksista tai kehittämishankkeissa toistuvasti kerätyt tiedot ovat esimerkkejä toimintanäytöstä. (Lauri 2003: 9.)

Kokemukseen perustuva näyttö perustuu kokemuksiin eri hoitotilanteissa tehdyistä ratkaisuksista ilman, että siitä on olemassa tutkittua tietoa (Lauri 2003: 9; Leino-Kilpi 2000: 10). Hoitohenkilökunnan kyky hyödyntää kokemuksen kautta tulleita kliinisiä taitojaan kuvastavat näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Asiantuntemuksen perusteella havaitaan paremmin esimerkiksi potilaan terveydentila ja odotukset hoidolle. (Lindfors 2007: 9-10.) Tällainen tieto saattaa siirtyä seuraavalle sukupolvelle ilman kyseenalaistamista eri olosuhteissa (Lauri 2003: 9). Se on lisäksi potilaan kokemusta hoidon vaikuttavuudesta ja sen vastaamisesta juuri hänen tarpeisiinsa. Potilaan koettu näyttö perustuu hänen yksilöllisiin kokemuksiinsa terveydestä, sairaudesta ja terveydenhuollon eri palveluista. (Lauri 2003: 9; Leino-Kilpi 2000: 11.)

Näyttöön perustuva aivohalvauspotilaan hoito määräytyy potilaan fyysisen tilan mukaan. Tärkeää on peruselintoimintojen turvaaminen ja aktiivisen kuntoutuksen aloittaminen niin pian kuin mahdollista. Vuorovaikutusta vaikeuttavat puheen tuoton ja ymmärtämisen häiriöt. Aivohalvauspotilasta hoitavilla tulisi olla riittävät tiedot sairaudesta, sen vaikutuksista potilaan toimintoihin, oireista ja kuntoutuksesta. (Jokinen ym. 1998: 64.)

2.2 Aivohalvauspotilaan hoitotyö

Sairastuminen aivohalvaukseen tapahtuu yleensä yllättäen, aiheuttaen kuolemanpelkoa, ahdistusta ja kriisin potilaalle. Tapahtunut vaikuttaa oleellisesti myös potilaan perheeseen ja läheisiin. Aivohalvaus aiheuttaa hämmennystä ja pelkoa, erityisesti elämänhallinnan menettäminen koetaan suurimmaksi peloksi. Potilas kokee avuttomuuden tunteita ja riippuvaisuuden pelkoa sairastuttuaan aivohalvaukseen, mikä on potilaille vaikea kokemus. (Holmia – Murtonen – Myllymäki – Valtonen 2004: 308.)

Aivoverenkiertohäiriö johtaa usein aivohalvaukseen. Aivohalvaus tarkoittaa aivoinfarktia, aivoverenvuotoa tai lukinkalvonalaista verenvuotoa (Sairanen 2006). Aivoverenkiertohäiriö voi johtua joko paikallisesta aivokudoksen verettömyydestä (iskemia) tai aivovaltimon verenvuodosta. Iskeemiset aivoverenkiertohäiriöt voivat olla mm. ohimeneviä kohtauksia (TIA) tai iskeeminen aivoinfarkti, jonka voi aiheuttaa tukos tai ahtauma valtimossa tai embolia. Valtimoverenvuoto voi tapahtua aivonesteseen, tai vuoto voi olla lukinkalvonalaista eli subaraknoidaalivuotoa. (Jokelainen – Kaste – Palo – Teräväinen – Waltimo 1996: 323-324.)

Tutkimusten mukaan aivoverenkiertohäiriöistä on aivoinfarkteja neljä viidesosaa ja loput ovat aivoverenvuotoja sekä subaraknoidaalivuotoja. Aivoinfarktipotilaista 30 % ja aivoverenvuotopotilaista 70 % kuolee kolmen ensimmäisen kuukauden aikana sairastumisesta. Eloönjääneistä kaksi kolmasosaa on omatoimisia, ja vain joka kymmenes on täysin autettava kolmen kuukauden kuluttua sairastumisesta. (Jokelainen ym. 1996: 324.) Eloönjääneistä aivoverenkiertohäiriöpotilaista 70 % selviää myöhemmin kotona ja viidennes palaa työelämään. Tutkimusten mukaan tehokkaalla akuutin vaiheen hoidolla ja kuntoutuksella voidaan vähentää pitkäaikaiseen hoitoon jäävien potilaiden määrää. Myös riskitekijöiden huomioiminen ja niihin puuttuminen ennaltaehkäisevät aivoverenkiertohäiriön syntymistä. Aivoverenkiertohäiriön sairastumisen riski kasvaa iän myötä. (Jokelainen ym. 1996: 323, 325).

Oireet tulevat yllättäen aivohalvauksessa, ja oireisto on huipussaan muutamista minuuteista tunteihin. Kun oireet ovat kestäneet yli vuorokauden, puhutaan aivoinfarktista. Oireiden luonteeseen vaikuttaa se, mikä alue on vaurioitunut aivoissa. (Holmström – Vauhkonen 2005: 634.) Ensioireita voivat olla puhe- ja näköhäiriöt, raajojen voimattomuus tai tunnottomuus tai suupielen roikkuminen, joita sairastunut itse ei välttämättä edes tunnista. Myös ohimenevät oireet, kuten TIA-kohtaukset, on tutkittava, koska ne ovat merkki mahdollisesta tulevasta aivoinfarktista. (Kaste – Vainikainen 2007.)

Aivoverenkiertohäiriön tavallisin oire on toispuolihalvaus. Tämä ei tarkoita sitä, että aivot olisivat halvaantuneet, vaan se ruumiinosa, jota vahingoittanut aivojen osa ohjaa. Aivohalvauspotilailla yleisiä ovat ongelmat esimerkiksi kognitiivisten taitojen ja motoristen suoritusten kanssa. Nämä näkyvät esimerkiksi erilaisina kielellisinä ongelmina, kuten muistiongelmina, heikkona keskittymiskykynä, kirjoittamisen, lukemisen ja laskemisen vaikeutena sekä puhehäiriöinä. Lisäksi aivohalvauspotilaat saattavat kärsiä tuntuu puutoksista, näköhäiriöistä ja nielemisvaikeuksista. Myös käyttäytymiseen liittyviä ongelmia saattaa ilmetä. (Muhonen 2007: 4; Holmia ym. 2004: 301.) Aivohalvauspotilaat ovat usein masentuneita ja itkuherkkiä (Jumisko 1998: 5). Heidän mielenkiintonsa eri asioita ja ihmisiä kohtaan saattaa vähentyä, sosiaaliset taidot voivat heikentyä ja pakonomainen nauru tai itku voi olla hyvinkin yleistä aivohalvauspotilailla. (Muhonen 2007: 4.)

Aivohalvauksen jälkeen potilaalle voi tulla monia komplikaatioita. Eräs komplikaatio on aivoödeema, jossa kuolleet aivosolut turpoavat ja vähentävät siten tilaa aivoissa, jolloin kallonsisäinen paine kasvaa. (Muhonen 2007: 4.). Sen seurauksena terveiden aivosolujen toiminta heikkenee. Jos turvotuksen muodostama neste ei imeydy aivoista pois, potilas kuolee ilman oikeaa hoitoa. Tämä on kuitenkin hyvin harvinaista, sillä yleensä neste aivoissa imeytyy pois ensimmäisten viikkojen aikana. Tämä näkyy potilaan huomattavana kunnon kohentumisena. Iäkkäillä ihmisillä on suurempi riski saada komplikaationa keuhkoihin infektio, joka voi johtua ruoan tai juoman aspiroimisesta. Tämä saattaa johtua siitä, että iäkkäät eivät välttämättä muista syödä rauhallisesti. Tämän lisäksi aivohalvaus itsessään vaikeuttaa nielemistä entisestään, jolloin aspiroiminen on todennäköisempää. Keuhkoinfektio voi myös vaikuttaa keuhkoembolian syntymiseen, joka voi johtaa kuolemaan. (Buckman 2000: 19.)

Aivohalvauspotilailla on suuri riski saada laskimotrombi, joka johtuu runsaasta vuodelevosta ja immobilisaatiosta. Potilaille suositellaankin tukisukkien käyttöä tai lääkehoitoa vähäisen liikkumattomuuden vuoksi. Tutkimusten mukaan tukisukkien oikea käyttö ehkäisee laskimotrombien syntyä. Ensimmäisinä viikkoina heti halvauksen jälkeen on suurempi riski saada toinen aivohalvaus tai sydänkohtaus (jossa syntymekanismi on samantyyppinen). Sydänkohtaus on tyypillinen kuolinsyy aivohalvauspotilailla. (Buckman 2000: 18-19.)

Kuntoutuksen aloittaminen varhain ja yksilöllisesti takaa parhaimman tuloksen. Kuntoutuksen tulee olla riittävän tehokasta ja sen on tapahduttava ammattilaisen ohjauksessa. (Kaste – Vainikainen 2007.) Kuntoutuksella pyritään aivoverenkiertohäiriön aiheuttaman haitan korjaamiseen tai vähentämiseen (Jokelainen ym. 1996: 340). Jokaiselle potilaalle tehdään arvio fyysisen ja kognitiivisen kuntoutuksen tarpeellisuudesta. Parhaisiin tuloksiin päästään, kun potilas saa hoitoa moniammatillisessa kuntoutusyksikössä. Tällöin kuolleisuus ja pysyvään laitoshoitoon jäämisen riski pienenevät. Moniammatilliseen kuntoutusryhmään kuuluvat lääkäri, sairaanhoitaja, fysio-, toiminta- ja puheterapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijä. Aktiivinen kuntoutus aloitetaan heti potilaan tilan ollessa vakaa. Kuntoutuksessa on otettava huomioon potilaan fyysisen ja psyykkisen tilan kuntoutus. (Sairanen 2006.) Aivohalvauspotilasta kuntouttavien ammattihenkilöiden tulisi tietää/ ymmärtää poti-

laiden kokemuksia sairastumisesta ja kuntoutumisesta, jotta potilaan kuntoutus osataan suunnata yksilöllisesti potilaalle. (Muhonen 2007: 25).

Fysioterapian päätarkoitus on aloittaa potilaan kuntoutus ja varmistaa sen jatkuminen. Kuntoutumisen tavoitteet (esim. uudelleen kävelemään oppiminen), kuntoutumisessa edistyminen ja potilaan elämänlaatu riippuvat siitä, missä aivojen alueella vaurio tapahtui ja kuinka paljon tuhoa se ehti tehdä. Fysioterapeutti antaa kuntoutujalle erityisesti hänelle tarkoitettuja harjoituksia. Hän ohjaa potilasta löytämään yksilöllisen tavan liikkua ja edetä kuntoutumisessa (Holmia ym. 2004: 323). Erilaisten harjoitusten tarkoituksena on aktivoita reaktiokykyä, lihaksia ja vähentää jäykkyyttä. Tämä voi tuntua kuntoutujasta aluksi vaikealta, turhauttavalta ja väsyttävältä, mutta se on olennaista pitkäaikaisessa kuntoutuksessa. Kaksi fysioterapeuttia toimii yleensä yhdessä opettaen kuntoutujaa istumaan ja seisomaan nousussa sekä erilaisissa siirtymisissä (esimerkiksi sängystä tuoliin), painonsiirrossa jalalta toiselle ja ensimmäisten askelten otossa. Apuna heillä on paljon erilaisia apuvälineitä. (Buckman 2000: 30-31.) Realistiset tavoitteet kuntoutumiseen, asianmukaiset aktiviteetit ja erilaiset harjoitukset sekä fysioterapeutin ja potilaan välinen aktiivinen vuorovaikutus ovat perusta aivohalvauspotilaan kuntoutumiseen (Muhonen 2007: 2).

Toimintaterapeutti keskittyy potilaan kuntoutumisessa erityisesti käytännön asioiden opettamiseen, kuten ruokailuvälineiden käyttöön, syömiseen, pesuihin ja pukeutumiseen. Toimintaterapeutti minimoii myös potilaan psyykkiset ja tunne-elämän ongelmat. Hän pyrkii saamaan potilaan tuntemaan itsensä hyödylliseksi ja tärkeäksi. Toimintaterapeutti järjestää kuntoutujalle myös yksinkertaisia pelejä (esimerkiksi bingo), jotka aktivoivat aivotoimintaa. (Buckman 2000: 32-33.) Lisäksi hän järjestää potilaalle mahdolliset apuvälineet ja opettaa niiden käyttöä (Holmia ym. 2004: 330). Puheterapeutti taas keskittyy kielellisten taitojen (puhuminen, lukeminen, kirjoittaminen) ylläpitämiseen ja opettamiseen. Hän voi käyttää työssään apuna kuvakortteja, joista potilaan pitää tunnistaa tuttuja asioita. (Buckman 2000: 34-35.)

Riskiä sairastua aivoverenkiertohäiriöön lisäävät kohonnut verenpaine ja korkeat kolesteroliarvot. Jopa neljä kymmenestä aivohalvauksesta johtuneesta kuolemasta voitaisiin estää tehokkaalla verenpaineen seurannalla ja siihen ajoissa puuttumalla (Muhonen 2007: 2). Diabeetikoilla tavoiteltavien verensokeriarvojen tulisi olla normaaliakin matalammat. Tupakointi kaksinkertaistaa riskin sairastua aivohalvaukseen. Alkoholien käytön tulee myös olla kohtuullista. Lihavuus ja vähäinen liikunta

rasittavat verenkiertoa ja siten lisäävät riskiä sairastua. Jo pienelläkin painonpudotuksella ja kohtuutehoisella liikunnalla on merkitystä. Riskiä lisäävät myös tietyt perussairaudet, kuten sepelvaltimotauti, eteisvärinä ja diabetes, ja niiden hoidosta on huolehdittava. (Kaste – Vainikainen 2007; Holmia ym. 2004: 297.)

3 AIVOHALVAUSPOTILAAN TUKEMINEN NÄYTTÖÖN PERUSTUVASSA HOITOTYÖSSÄ

Sairauden luonteen takia aivohalvauspotilaan tukeminen on erityisen tärkeää. Äkillisesti sairastumista voi sanoa eräänlaiseksi kriisiksi riippuen sairauden vakavuudesta. Kriisi on aina pysähtymispiste ihmisen elämässä, mikä pakottaa ihmisen arvioimaan kaiken uudelleen. (Ruishalme – Saaristo 2007: 72.) Tutkimusten mukaan sairastumista oli erityisen vaikea käsitellä ja hyväksyä, jos henkilö ei ollut elämänsä aikana sairastellut paljoa ja on ollut liikunnallisesti aktiivinen. Sairauden hyväksymistä edesauttaa eri kuntoutustoimenpiteet, jotka kehittävät potilaan liikkumis- ja toimintakykyä (Muhonen 2007: 16-17, 25.) Kriisiprosessissa olennainen tekijä on toivo. Toivo antaa ihmiselle syyn jatkaa ja jaksaa elämässä. Kun kriisi on syvimmillään, ihminen ei tunnista toivoa eikä siten tulevaisuuttakaan. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä ammattiauttajat vahvistavat toivon olemassaoloa kriisiprosessin aikana, kuten myös lähipiiri, perhe, sukulaiset ja ystävät. Aivohalvauspotilas voi nähdä uuden muutoksen elämässään mahdolliseksi myöhemmin tulevaisuudessa toivon avulla. Kriisiä läpikäydessä usein henkiset arvot ja ihmissuhteet tulevat tärkeämmiksi. Kriisistä selviytyminen vahvistaa ja siitä voi saada lisävoimia tulevaisuuteen. (Ruishalme – Saaristo 2007: 72-73.)

Aivohalvauksesta selviytyminen riippuu potilaan omista sekä tarjolla olevista voimavaroista. Voimavaroja ovat kaikki ne tekijät, jotka auttavat ihmistä eteenpäin uudessa tilanteessa, kuten sairastumisessa. Mitä suurempia muutokset ihmisen elämässä ovat, sitä enemmän hän tarvitsee voimavaroja. Elämäntilanteita ei koeta aina samalla tavoin, vaan ne vaihtelevat ihmisen eri elämänvaiheissa ja eri tavalla eri ihmisillä. (Purola 2000: 121.) Menneillä elämäkokemuksilla on merkitystä ihmisten voimavaroihin. Ne nousevat eletystä elämästä, sen sisältämistä kriiseistä ja selviytymisistä. Useimmiten kriisin ollessa pahimmillaan ihminen ei näe itsessään olevia voimia, jolloin läheinen tai ammattiauttaja voi auttaa läpikäymään tapahtuneen aihe-

uttamia tunteita ja tuntemuksia. Tämä mahdollistaa tilanteen ymmärtämisen, hyväksymisen ja sitä kautta selviytymisen. (Ruishalme – Saaristo 2007: 78-79.)

Sosiaalinen tuki on äkillisesti sairastuneelle tärkeää. Syrjäytyminen perustuu hiljaiseen etäisyydenottoon. Eristäytymiseen ja syrjäytymiseen kuuluu, ettei henkilö koe antavansa muille mitään arvokasta. Heillä on tunne siitä, että he eivät kelpaa mihinkään, ovat tarkoituksettomia. Tärkein sosiaalisen tuen antaja on perhe, puoliso ja ystävät. (Ruishalme – Saaristo 2007: 81-82.) Tutkimusten mukaan erityisesti sairastumisen alkuvaiheessa potilaat kokevat perheen ja läheisten muodostaman tukiverkoston helpottavaksi. Kuntoutumisen edetessä tukiverkoston merkitys kuitenkin voi muuttua. Tällöin potilaat eivät välttämättä halua olla niin riippuvaisia tukiverkostosta ja he tavoittelevat enemmän omaa itsenäisyyttään. (Muhonen 2007: 19.)

Hoitajan tulisi olla kärsivällinen ja kunnioittava potilasta kohtaan. Potilaan puheen tuottamisen tai puheen ymmärtämisen vaikeus vaikuttavat olennaisesti potilaan hoitoon. Hoitajan tulisi kannustaa ja tukea potilasta omatoimisuuteen sekä antaa positiiivista palautetta kuntoutumisesta, eikä tehdä asioita potilaan puolesta. Kuntoutumisen aikana onkin tarkoitus vähitellen siirtää vastuuta enemmän potilaalle (Holmia ym. 2004: 309.) Hoitajan tulisi myös antaa potilaalle riittävästi informaatiota sairaudesta. Käytännössä näyttöön perustuva hoitotyö ilmenee sillä, että hoitaja perustelee potilaalle toimintaansa (Mustajoki 2000: 27). Aivohalvauksen vaikutus näkyy monella potilaan elämän eri osa-alueella ja aiheuttaa siten pelkoa (Holmia ym. 2004: 308). Jotta potilaan läheiset voisivat antaa täyden tukensa potilaalle, tulisi myös heidät huomioida riittäväällä informaatiolla sairauden luonteesta, ennusteesta, oireista ja kuntoutumisesta. Läheisille on hyvä ohjata ja neuvoa, kuinka edistetään potilaan kuntoutumista.

3.1 Sairastuminen potilaan kokemana

Aivohalvauspotilas kokee sairastumisensa aina yksilöllisesti. Toinen ihminen ei voi sanoa, miltä sairastuneesta todella tuntuu. Mitä vakavampi sairaus on, sitä enemmän se vaikuttaa ihmiseen itseensä ja elämään sairastumisen jälkeen. Erityisesti äkillinen sairastuminen tulee aina yllättäen ilman, että sitä on osannut yhtään odottaa. Sairastuminen aivohalvaukseen voi aiheuttaa potilaissa hämmennystä. Tutkimusten mukaan hämmennys voi ilmetä pelokkuutena, avuttomuuden tunteena ja ihmettelynä.

Sairastuminen koetaan epätodellisena ja alkuun se on monelle shokki ja elämää huomattavasti muuttava tilanne. (Muhonen 2007: 17.) Aivohalvaus esimerkiksi vaikuttaa ihmisen elämään vielä pitkään sairastumisen jälkeen. Kuntoutusprosessi on pitkä ja raskas taival, joka vaatii sitoutumista ja motivaatiota hoitoon. Se voi olla potilaalle alkuun vaikeaa, koska kuntoutuakseen hänen täytyy myöntää itselleen sairastumisen aiheuttamat muutokset toimintakyvyssä. Hänen täytyy myös tunnistaa omat voimavaransa ja varautua mahdollisiin takapakkeihin. (Holmia ym. 2004: 308.)

Hoitohenkilökunta näkee työssään paljon erilaisia ihmisiä sairauksineen ja osa rutinoituu työhönsä siten, että ei välttämättä enää niinkään ajattele, että potilaalle sairastuminen on uusi ja outo tilanne, joka voi muuttaa koko loppuelämän. Tutkimuksissa on ilmennyt, että potilaan tukeminen heikentyy, jos potilasta ei hoideta kokonaisvaltaisesti. Tämä ilmenee siinä, että ihmistä pidetään vain potilaana ja sairautta vain tautina, eikä huomioida kokonaisuutta. Tällöin potilaan kokonaishoidon laatu heikkenee. Sairastuminen on uusi asia potilaalle ja he toivovatkin, että myös heidän elämäntilanteeseensa osoitettaisiin enemmän kiinnostusta. (Kangas 2003: 73-74.)

Nykyään ihmiset ovat alkaneet ottaa asioista selvää myös itse ja lähes joka sairauden ympärille on muodostunut erilaista yhdistystoimintaa, lehden julkaisua tai internet – sivustoja, jonka kautta sairastuneet saavat mahdollisuuden löytää vertaistukea ja muuta oikeaksi luokiteltua tietoa. (Kangas 2003: 74.) Aivohalvaukseen liittyvää yhdistys- ja vertaistukitoimintaa löytyy esimerkiksi Aivohalvaus ja dysfasialiitto ry:n, Suomen afasiasäätiön sekä Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuronin kautta. Erityisesti pitkäaikaisissa sairauksissa potilaan itsehoidon merkitys kasvaa. Kun asiantuntijatietaa leviää kansalle, esimerkiksi eri yhdistystoiminnan kautta, osa potilaista aktivoituu ja haluaa osallistua enemmän oman hoitonsa ja kuntoutuksensa suunnitteluun. Nykyään itsehoidon merkitys on kasvanut, kun pitkäaikaiset sairaudet väestössä lisääntyvät. Osa puolestaan pysyy ns. passiivisena tiedon vastaanottajana. (Kangas 2003: 81-82.)

Potilaan oma asiantuntijuus sairaudestaan täydentää terveydenhuollon asiantunte-
musta. Potilaiden kokemuksia kuuntelemalla myös hoitohenkilökunta oppii sairau-
den yksilöllisestä kokemisesta ja siten auttaa löytämään sopivan hoidon. Sairastunut
itse on kuitenkin oman elämänsä asiantuntija, jota ei sovi unohtaa. Hoitohenkilö-

kunnan tietotaso voi olla enemmän yleisellä tasolla ja potilas itse voi olla tietoinen sairaudestaan paljon yksityiskohtaisemmin elettyään sen kanssa. (Kangas 2003: 91-92.)

3.2 Ammatillinen tukeminen

Näyttöön perustuvassa hoitotyössä ammatillinen tuki on hoitohenkilökunnalta (sairaanhoitajat, perushoitajat, lähihoitajat, lääkärit, eri terapeutit, psykologit, sosiaalityöntekijät jne.) saatua tukea ja ohjausta. Sairauden alkuvaiheessa saatu tuki on pääosin juuri hoitohenkilökunnalta saatua. Moniammatillinen hoitotiimi on tärkeä aivohalvauspotilaan kokonaisvaltaisessa kuntoutumisessa. Kuntoutumisessa käytetäänkin eri ammattiryhmien erikoisosaamista, esimerkiksi fysio-, toiminta- ja puheterapiaa. (Holmia ym. 2004: 309.) Tuen saamisella on suurta merkitystä siihen, kuinka potilas tulee kokemaan sairastumisensa ja sen tuomat muutokset. Ammatillinen tuki jaotellaan kolmeen eri osaan, jotka ovat: konkreettinen, tiedollinen ja henkinen tukeminen (Sarajärvi 1999-2001).

Konkreettinen tuki tarkoittaa esimerkiksi auttamista päivittäisissä toiminnoissa sekä muissa käytännön asioissa auttamista (Kinanen – Rahko – Risku – Sarajärvi 2001: 23). Tämä on esimerkiksi uusien liikkeiden (syöminen, käveleminen, sängystä ylös nouseminen) opettelemista uudestaan hoitohenkilökunnan avulla (Holmia ym. 2004: 309). Potilaan ohjaus ja neuvonta on sairaalassa jokapäiväistä ja, jotta parhaaseen tulokseen päästäisiin, tulisi hoitohenkilökunnalla olla riittävästi tietoa ja taitoa hoitaa aivohalvauspotilasta. Yhteistyötä tehdään paljon eri ammattiryhmien, kuten fysio- ja toimintaterapeutin, kanssa (Holmia ym. 2004: 309).

Tiedollinen tuki on nimensämukaisesti tiedon antamista ja ohjausta sairaudesta ja potilaan tilanteesta (Kinanen – Rahko – Risku – Sarajärvi 2001: 23). Potilaalle on tärkeää, että hän saa riittävästi tietoa sairautensa laadusta ja sen hoidosta (Katajisto – Leino-Kilpi – Mäenpää 1999: 61). Sairastuminen aiheuttaa epävarmuutta potilaalle, tämä voi näkyä esimerkiksi epätietoisuutena sairaudesta ja sen ennusteesta. Tutkimusten mukaan asianmukaisella tiedon antamisella voidaan vähentää potilaan epävarmuuden tuntemuksia ja lisätä hallinnan tunnetta. (Alanen 2002: 3-4.) Lisäksi se vahvistaa hoitoon sitoutumista ja edistää itsehoitotaitoja. (Hallila 2003: 10.) Jotta potilas joskus voisi hyväksyä sairauden tuomat muutokset osana itseään, tulisi hänen

saada riittävästi informaatiota sairauden syystä ja hoidosta. Oman sairauden ymmärtäminen auttaa potilasta valmistautumaan uuteen elämäntilanteeseen ja selviytymään aivohalvauksen tuomista muutoksista. (Alanen 2002: 4.) Potilaalla on oikeus saada tietoa omasta tilanteestaan, sairauden ennusteesta ja kuntoutusmahdollisuuksista.

Henkinen tuki on kuuntelua, läsnäoleamista ja keskustelua, joka luo potilaalle rauhallisen ja turvallisen tunteen (Munnukka- Dahlqvist 1994: 60). Se on lisäksi empatiaa, luottamusta, kannustusta ja arvostusta (Liponkoski – Routasalo 2001: 259). Jantusen (1992) mukaan henkinen tuki on tunteiden ja kokemusten jakamista, rohkaisemista ja kannustamista (Kinanen – Rahko – Risku – Sarajärvi 2001: 23). Ajananto keskusteluihin osoittaa, että potilaasta välitetään ja häntä ei jätetä yksin. Aivohalvauspotilaat ovat usein itkuherkkiä ja masentuneita, jolloin se, että hoitohenkilökunnalla on aikaa jäädä hetkeksi istumaan potilaan vierelle ja pitämään vaikka kädestä kiinni, lohduttaa. Kosketuksella voidaan luoda potilaaseen läheinen yhteys (Liponkoski – Routasalo 2001: 259). Omahoitaja on avoimessa hoitosuhteessa potilaan keskeinen tuen ja kannustuksen antaja (Holmia ym. 2004: 308). Tutkimusten mukaan erityisesti kuntoutusvaiheessa hoitajien antama henkinen tuki on erityisen tärkeää (Liponkoski – Routasalo 2001: 259).

3.3 Sosiaalinen tukeminen

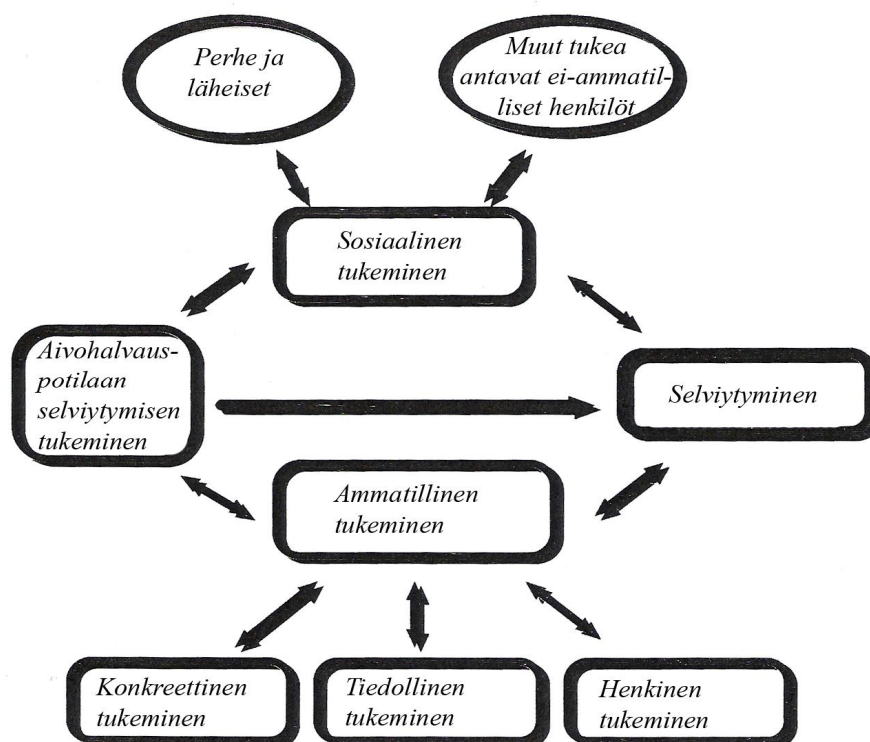
Sosiaalinen tuki määritellään vuorovaikutussuhteeksi potilaan ja hänen tukiverkostonsa välillä (Kinnunen 2006: 34). Tukiverkoston kuuluu perhe, läheiset ja muut ei-ammattilliset tukea antavat henkilöt. (Rantanen 2002: 6, 10.) Sosiaalinen tuki painottuu kotiutuksen jälkeiseen aikaan. Tuen saaminen eri tahoilta on tärkeää, jotta selviytyy ja jaksaa kotona. Tutkimuksissa on todettu, että sairauden aiheuttama stressi voi lieventyä sosiaalisen tuen avulla (Rantanen 2002: 11). Kuntoutuminen on pitkä prosessi, jossa oma aktiivisuus on hyvin olennaista. Potilaan omaa aktiivisuutta lisää perhe ja läheiset, jotka ymmärtävät uuden tilanteen tuomat muutokset potilaan toimintakyvyssä.

Perhe ja läheiset auttavat potilasta selviytymään kotona uudessa tilanteessa. Sosiaalista tukea antavien kannustus ja rohkaisu edistävät potilaan kuntoutumista lisäämällä heidän itsevarmuuttaan ja uskoa omaan toipumiseen. Perheen ja läheisten väliset

suhteet ovat pysyviä, luottamuksellisia ja vastavuoroisia (Rantanen 2002: 6). Läheisten antama henkinen tuki auttaa potilasta jaksamaan.

Muilta ei- ammatillisilta henkilöiltä, kuten vertaistuesta, saatu tuki on tutkimusten mukaan potilaille tärkeää. Vertaistuki on samankaltaisessa tilanteessa olevien henkilöiden kokemusten, tiedon ja eri tuntemusten jakamista (Kinnunen 2006: 32). Sen avulla moni on hyväksynyt sairastumisensa ja oppinut elämään sen kanssa, kun on nähnyt muidenkin selviytyvän vastaavanlaisesta tilanteesta. Monen potilaan voi olla myös helpompi puhua vertaistuen antajille kuin omalle puolisolalle. Osa saa haluamaansa tukea esimerkiksi sairaalapastorilta (Liponkoski – Routasalo 2001: 261).

Kuviossa 1 esitetään yhteenveto viitekehystä aivohalvauspotilaan selviytymisen tukemisesta.



KUVIO 1: Aivohalvauspotilaan selviytymisen tukeminen -yhteenveto viitekehystä (Sarajärvi 1999)

4 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata aivohalvauspotilaiden saamaa ammatillista ja sosiaalista tukea näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Tavoitteena on siten tuottaa lisää tietoa aivohalvauspotilaan tuen tarpeesta, merkityksestä ja sen antamisesta yhteistyöosastoille.

Tutkimustehtävät opinnäytetyössä ovat seuraavat:

1. Minkälaista ammatillista tukea potilas on kokenut saaneensa aivohalvauksesta selviytymiseen?
2. Minkälaista sosiaalista tukea potilas on kokenut saaneensa aivohalvauksesta selviytymiseen?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Aineiston keruu aloitettiin keväällä 2008 tekemällä tiedonhakuja sosiaali- ja terveysalan tietokannoista (Helka, Kurre, Linda ja Ovid). Aineistoa löytyi paljon, ja sitä karsittiin rajauskriteereiden mukaisesti, jotka ovat nähtävissä alla:

- teokset ilmestyneet vuosina 1996-2008
- rajaaminen teosten otsikoiden mukaan, jotka liittyvät aivohalvauspotilaan tukemiseen
- teoksen tiivistelmä tai abstrakti
- teoksen kokonaisuuden sopivuus opinnäytetyöhön

Osa analysoitavasta aineistosta on löydetty manuaalisesti, eikä niitä ole löytynyt tiedonhakujen yhteydessä. Hakutulokset ovat näkyvissä taulukoissa (LIITE 1 sekä LIITE 2), ja hakutulosten perusteella kerätty aineiston esittely on näkyvissä liitteessä (LIITE 3). Teoriaosuuteen ja näyttöön perustuvaan hoitotyöhön liittyen on hyödynnetty terveysalan kirjallisuutta sekä Käypä hoito -suosituksia. Opinnäytetyössä käytetyn menetelmän soveltamisesta ja sen etenemisestä on saatu tietoa aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta.

Analysoitavaan aineistoon tutustuttiin ja perehdyttiin loppukevään ja kesän 2008 aikana, jolloin myös sisällönanalyysin tekeminen aloitettiin. Syksyn 2008 aikana sisällönanalyysi valmistui ja tutkimuksen vastausten kartoitus tehtiin.

5.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, joka painottuu tutkimusongelmaa selvittävään kirjallisuuteen, kuten lehtiartikkeleihin ja erilaisiin tutkimuksiin. Tarkoitus kirjallisuuskatsauksessa on osoittaa, miten tutkittavaa aihetta on jo aikaisemmin tutkittu ja mistä näkökulmista. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2000: 108-109.) Alkuvaiheessa hakukriteereiden tulee olla selkeät. (Systemaattinen tiedonhaku näyttöön perustuvaa lääketiedettä etsittäessä: 2004). Tämän työn hakukriteerit ovat nähtävillä luvussa 5. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kerätä kattavasti tutkimuksia, jotta tietoa saadaan riittävästi ja se on luotettavaa. Tarkoituksena on myös hyödyntää ja syventää olemassa olevia tuloksia, jotta käytännön työtä voidaan kehittää paremmaksi.

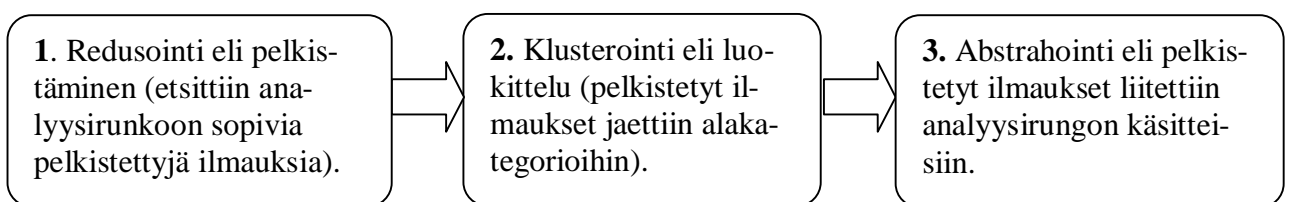
Kirjallisuuskatsaus aloitetaan rajaamalla aihepiiri. Jo suunnitteluvaiheessa täytyy päättää, millä kriteereillä hyväksytään ja hylätään hakutuloksia. Materiaalin paljouden vuoksi hyvät rajaukset tiedonhaussa takaavat, että materiaalia ei tule liian laajasti. Rajauksia voi tehdä mm. aikavälin mukaan, otsikon perusteella sekä hakemalla vain tietyntyypistä materiaalia (esim. artikkelit, tutkimukset). Materiaalia etsitään erilaisten tietokantojen avulla, ja kaikki käytetyt tietokannat tulee merkitä näkyviin itse kirjallisuuskatsauksessa. (Metsämuuronen 2001: 22-23.) Tässä työssä käytetyt hakusanat ja tietokannat näkyvät liitteissä (LIITE 1 sekä LIITE 2). Aluksi on hyvä lukea artikkelista tiivistelmäosuus, jonka perusteella voi joko hyväksyä tai hylätä aineiston. Jos tiivistelmästä ei selviä sopivuus työhön, hankitaan aineisto kokonaisuudessaan. Tämän jälkeen tehdään lopullinen päätös, siitä käytetäänkö kyseistä aineistoa työssä.

5.2 Sisällönanalyysi

Hoitotieteen tutkimuksessa käytetään sekä määrällisiä (kvantitatiivisia) että laadullisia (kvalitatiivisia) menetelmiä tai niiden yhdistelmiä. Lähestymistapa ja –menetelmä riippuu tutkittavasta aiheesta sekä tutkimusongelmasta. Sisällönanalyysi

tarkoittaa kvalitatiivisen sisällön erittelyä. Siinä aineistoa tarkastellaan eri tavoin: eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien sekä tiivistäen. Se on tekstin analysointia, jossa tarkastellaan aineistoa, joka on jo kirjallisessa muodossa tai muutettu sellaiseksi. Tutkittavat tekstit voivat olla kirjoja, artikkeleita, päiväkirjoja, kirjeitä, haastatteluita, puhetta, keskustelua tai raportteja. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkitavasta aiheesta tiivis kuvaus. (Sarajärvi – Tuomi 2004: 105.) Tutkimuksessa selvinneet tulokset jaetaan eri luokkiin, jossa niille määritellään ylä- ja alakategoriat. Tutkimuksen luotettavuutta lisää suorat lainaukset alkuperäisestä aineistosta. (Tanskanen 1999.)

Sisällönanalyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Analyysissä voidaan lähteä etenemään kahdella tavalla: joko aineistolähtöisesti (induktiivinen) tai teorialähtöisesti (deduktiivinen). Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä eri käsitteitä yhdistetään ja siten saadaan vastauksia tutkimustehtäviin. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä puolestaan aineisto liitetään jo tiedettyihin käsitteisiin. Teorialähtöinen sisällönanalyysi voi koostua monesta eri vaiheesta, esimerkiksi redusointi, klusterointi, abstrahointi ja kvantifiointi (lasketaan, kuinka useasti sama asia esiintyy aineistossa). Sisällönanalyysin vaiheet voivat kuitenkin vaihdella. Tämä opinnäytetyö eteni kolmessa vaiheessa, jotka näkyvät alla olevassa kuviossa (KUVIO 2). (Sarajärvi – Tuomi 2002: 110-117.)

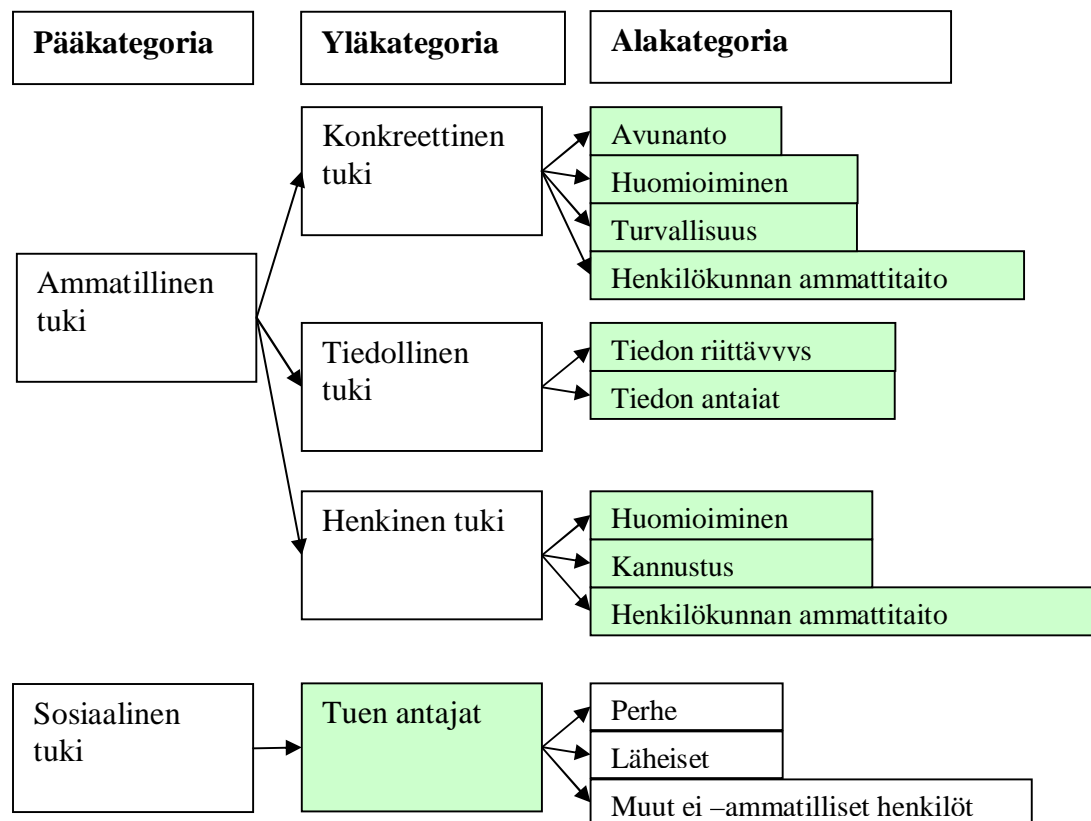


KUVIO 2: Deduktiivisen sisällönanalyysin eteneminen opinnäytetyössä. (Sarajärvi – Tuomi 2004: 110-111.)

Tämä opinnäytetyö tehtiin jo valmiiseen viitekehykseen, joka sisälsi käsitteitä liittyen aivohalvauspotilaan tukemiseen. Tämä valmis viitekehys ohjasi sisällönanalyysia. Opinnäytetyössä käytettiin strukturoitua analyysirunkoa. Tällöin siihen kerättiin vain niitä pelkistettyjä ilmauksia, jotka sopivat analyysirunkoon. (Sarajärvi – Tuomi 2004: 116.) Valittuna oli jo valmiina pääkategoriat (ammattillinen- ja sosiaalinen tuki). Yläkategorioista oli valmiina konkreettinen -, tiedollinen - ja henkinen tuke-

minen, ja näiden lisäksi sosiaalinen tuki -pääkategorian alle muodostettiin tuen antajat yläkategoria. Alakategorioista valmiina olivat perhe, läheiset ja muut tukea antavat ei-ammattilliset henkilöt. Konkreettisen-, tiedollisen- ja henkisen tuen alle lisättiin alakategoriat pelkistettyjen ilmauksien mukaan. Kaikki kategoriat ovat näkyvisissä alla kuviossa 3. Värjättyllä taustalla olevat kategoriat ovat aineiston mukaan tekijöiden itse määrittelemiä kategorioita. Kaikki pelkistetyt ilmaukset ovat näkyvissä taulukoissa luvussa 6 tulosten yhteydessä.

Yläkategorioihin etsittiin aineistosta niihin sopivia pelkistettyjä ilmauksia (redusointi). Pelkistetyt ilmaukset luokiteltiin (klusterointi) vielä alakategorioihin aiheen mukaan. Lopuksi pelkistetyt ilmaukset liitettiin analyysirunkoon (abstrahointi).



KUVIO 3: Opinnäytetyön pää-, ylä- ja alakategoriat.

6 TULOKSET

Tässä kappaleessa selviää, millaisena potilaat ovat kokeneet ammatillisen ja sosiaalisen tuen opinnäytetyössä käytetyissä aineistoissa. Aineistosta saadut pelkistetyt ilmaukset on jaettu ylä- ja alakategorioihin. Tulokset on esitetty kyseisissä kategorioissa.

6.1 Ammatillinen tuki

Ammatillinen tuki on hoitohenkilökunnalta saatua tukea. Se jaotellaan kolmeen eri osaan, jotka ovat *konkreettinen, tiedollinen ja henkinen tukeminen*. (Sarajärvi 1999) Aineistosta selvisi, että potilaat kokivat saaneensa eniten ammatillista tukea sairaanhoitajilta sekä eri terapeuteilta (fysio- ja toimintaterapeutit). Lääkäreiltä olisi kaivattu enemmän tukea. Ammatilliseen tukeen liittyvät yläkategoriat olivat opinnäytetyössä jo valmiina ja alakategoriat määriteltiin aineistosta poimittujen pelkistettyjen ilmauksien perusteella.

6.1.1 Konkreettinen tuki

Konkreettinen tuki tarkoittaa päivittäisissä toiminnoissa ohjaamista ja auttamista (Kinanen – Rahko – Risku – Sarajärvi 2001: 23). Konkreettisesta tuesta löytyi eniten kuvauksia opinnäytetyöhön valituista tutkimuksista. Kokemuksista löytyi paljon samankaltaisuuksia sekä hyvissä että huonoissa puolissa. Konkreettinen tuki on jaettu aiheittain neljään alakategoriaan, jotka ovat *avunanto, huomioiminen, turvallisuus ja henkilökunnan ammattitaito*. Taulukossa 1 on kuvattu potilaiden saamaa konkreettista tukea.

TAULUKKO 1: Potilaiden kuvauksia saamastaan konkreettisesta tuesta.

Pääkategoria	Yläkategoria	Alakategoria	Pelkistetyt ilmaukset - edistävät tekijät	Pelkistetyt ilmaukset - estävät tekijät
Ammatillinen tukeminen	Konkreettinen tukeminen	Avunanto	<ul style="list-style-type: none"> - hoitaja teki kävelyharjoituksia potilaan kanssa - avun antaminen heti - apuvälineiden saanti järjestetty - kotiavun ja siihen tarvittavan ohjauksen järjestäminen - erilaista materiaalia suullisen ohjauksen tukena potilaalle sekä omaisille - opetetaan päivittäisiä toimintoja - hoitajat aloitteellisia - ei tehdä liikaa puolesta - apua sai yhteiskunnalta (kuntoutus, palvelukoti) - neuvotaan tavat, joilla auttaa ja kuntouttaa itseään 	<ul style="list-style-type: none"> - kiire - kotiutuksen jälkeen ei tarjota tarpeeksi kuntoutusta - ei saa apua ajoissa - ei annettu yhteystietoja sairaalaan (avunsaanti kotoa vaikeaa) - tehdään liikaa puolesta - kotihoidon käynnit epäsäännöllisiä - ei mahdollisuutta päästä eri terapioihin - ei apua yhteiskunnalta - passiivinen kuntoutus (ft päätti harjoittelun kulun) - ei anneta potilaan harjoitella haluamia asioita
		Huomioiminen	<ul style="list-style-type: none"> - järjestetään viriketoimintaa → aika ei käy pitkäksi - annetaan aikaa - päätöksenteko-oikeus huomioitiin (esim. kysyttiin potilaan mielipide) - huomioidaan ympäristötekijät - hoitohenkilökunta huolehti asioista 	<ul style="list-style-type: none"> - aliarvioidaan potilaan kykyä tehdä tiettyjä asioita - liian vähän aikaa ohjaukseen - ohjauksen keskeytyminen (esim. puhelut) - päätöksenteko-oikeuden ja itsemääräämisoikeuden puuttuminen (esim. ei kysytty potilaan mielipidettä) - ohjauksessa ei huomioida yksilöllisyyttä - sairaalassa makaamista liian paljon - fyysisen minän ja ihmisarvon loukkaaminen (vaipat)
		Turvallisuus	<ul style="list-style-type: none"> - hoidon jatkuvuus myös kotiutuksen jälkeen - henkilökunta läsnä ympäri vuorokauden - säännölliset kuntoutusjaksot oppimisen tukena - vierestä seuraaminen → tuki ja turva (liikkuminen) - kerrotaan soittokellosta → mahdollisuus saada apua 	<ul style="list-style-type: none"> - liikkumista rajoitetaan (esim. sidotaan sänkyyn) - kuntoutus laitoksissa tehotonta (riittämätöntä ja puutteelliset apuvälineet) - kiellettiin liikkumasta yksin
		Henkilökunnan ammattitaito	<ul style="list-style-type: none"> - hoitajien huomaavaisuus hoitotoimenpiteissä - hyvä hoito - työskentelytapa rauhallinen - kertoo, mitä tekee - hoitohenkilökunta tasapainoinen, asiantunteva ja johdonmukainen 	<ul style="list-style-type: none"> - hoitajat eivät olleet motivoituneita työhönsä - huolimattomuus lääkehoidossa - liian vähän ohjausta ja neuvontaa - hoitohenkilökunta tasapainoton ja epäammattillinen - kuntoutukseen pääsy hidasta

Avunanto -alakategoriaan on poimittu potilaiden kuvauksia hoitajien antamasta avusta tai avun antamatta jättämisestä. Edistävinä tekijöinä pidettiin hoitajan tekemiä kävelyharjoituksia potilaan kanssa. Osa potilaista ei pitänyt siitä, että fysioterapeutti kielsi heiltä esimerkiksi portaissa kävelyharjoitukset. Potilas olisi omasta mielestään kyennyt jo harjoittelemaan portaissakävelyä. Potilaat kokivat myös ns. passiivisen kuntoutuksen huonoksi tekijäksi tuen saamisessa. Passiivisessa kuntoutuksessa potilas ei saanut itse päättää tai osallistua siihen, mihin suuntaan kuntoutus menee. (Jones – Mandy – Partridge 2008: 513.) Päivittäisiin toimintoihin saatiin ohjausta ja opetusta, esimerkiksi pukeutumiseen, peseytymiseen ja liikkumiseen. Apuvälineistä kerrottiin ja niitä hankittiin tarvittaessa. Hyvänä pidettiin sitä, että suullisen ohjauksen tukena oli muutakin materiaalia (esimerkiksi kirjallista sekä audiovisuaalista) sekä materiaalin antamista myös omaisille. Sitä kautta omaisten ja läheisten omat pelot lieventyivät. (Seitsamo 1996: 47.)

Potilaat kokivat hyvänä sen, että hoitajat järjestivät heille tarvittavan kotiavun. Kuntouttamisen jatkumista kotiutumisen jälkeen pidettiin hyvänä. Toiset potilaat kuvasivat saaneensa hyvin kuntoutusta sairaalassa, mutta kotiutuksen jälkeen kuntoutusta ei enää saanut (Hearty – Hill – Marletta – Martin – Yip 2002: 137). Avun hankkiminen tai saaminen kotiin koettiin vaikeana eikä siitä kerrottu tarpeeksi. Kotiutustilanteessa ei aina annettu tarvittavia yhteystietoja sairaalaan, mikä lisäksi vaikeutti avun saamista kotiin. Aivohalvauspotilaan kuntoutuksessa oleellista on potilaan mahdollisimman itsenäinen suoriutuminen päivittäisistä toimista. Sen ansiosta potilaan riippumattomuus ja itsemääräämisoikeus vahvistuvat. (Leinonen 2000: 89.) Jonesin, Mandyn ja Partridgen (2008: 513) tutkimuksessa ilmeni, että eri terapeutit neuvoivat löytämään tapoja, joilla potilas voi auttaa ja kuntouttaa itseään. Tämä koettiin myönteisenä tekijänä tukemisessa.

Osalla potilaista kuntoutuminen jatkui kotona kotihoidon turvin. Osa heistä koki, että hoitajat tekivät kaiken puolesta eikä potilaiden osaamista otettu huomioon. Kotihoidon hoitajille oli vaikea sanoa ei, vaikka he tekivätkin liikaa potilaan puolesta. Potilaat ajattelivat tällöin hoitajien tarkoittavan vain hyvää. (Ahlström – Appelros – Pettersson 2006: 21.) Osa potilaista kuitenkin koki, että hoitajat eivät tehneet liikaa potilaan puolesta, mikä edisti tuen saamista. Kotihoidon käyntien epäsäännöllisyyttä pidettiin huonona, sillä se korosti potilaiden riippuvaisuutta kotihoidosta. Kotihoidon hoitajat eivät aina tulleet sovittuna ajankohtana, jolloin heitä joutui liian usein

odottamaan. Tämä johti siihen, että potilaat eivät voineet suunnitella menojaan kuten halusivat.

Potilaat kokivat edistäviksi tekijöiksi sen, että sai tarvittaessa apua heti. Osa koki kuitenkin, ettei saanut apua silloin, kun sitä tarvitsi. Erityisesti wc:seen pääsy oli toisinaan vaikeaa eikä sinne päässyt silloin, kun tarve oli suurin. (Lambert – Morris – Payne 2007: 108). Avun saaminen saattoi viivästyä, koska hoitajilla oli usein niin kiire. Hoitajien aloitteellisuus hoitotyössä koettiin hyvänä (Mikkola 2006: 126). Esitävänä tekijänä koettiin se, että potilaille ei annettu mahdollisuutta päästä eri terapioihin, kuten puhe-, fysio- tai toimintaterapiaan (Joenpelto 2001: 54). Potilaat kokivat saaneensa riittävästi apua ja kuntoutusta yhteiskunnalta. Esimerkiksi Purolan (2000: 60) tutkimuksessa mainittiin sotaveteraani- ja kaupungin järjestämä kuntoutus sekä palvelukotitoiminta. Osa potilaista kuitenkin koki jääneensä paitsi yhteiskunnan järjestämästä kuntoutuksesta.

Huomioiminen -alakatgoriaan on kerätty potilaiden kertomia kuvauksia siitä, miten heidät on huomioitu eri tilanteissa hoidon aikana. Päätöksenteko- ja itsemääräämisoikeuden toteutumisesta oli sekä hyviä että huonoja kokemuksia. Osa potilaista koki, että heidän mielipiteensä huomioitiin, kun taas toiset kokivat, että heidän mielipiteestään ei välitetty ollenkaan. Mielipiteen huomiotta jättäminen näkyi mm. pakottamalla potilas käyttämään vaippoja. Potilas tunsi itsensä loukatuksi ja koki, ettei hänen mielipidettään oltu huomioitu. (Pyysalo – Suominen 1998: 24.) Osasta potilaista tuntui, että heidän mielipidettään ei huomioitu apuvälineitä valittaessa. Toisille puolestaan oli jäänyt apuvälineiden järjestämisestä hyvä kokemus. Potilas oli saanut itse valita tarvitsemansa apuvälineen. (Ahlström – Appelros – Pettersson 2006: 21.) Potilaat kokivat hyvänä, että eri asioiden opettelemiseen annettiin aikaa ja ympäristötekijät olivat huomioitu. Hyvänä koettiin myös se, että hoitohenkilökunta palvelutalossa huolehti potilaan asioista, kuten ruokailun järjestämisestä (Purola 2000: 54).

Estävinä tekijöinä tuen saamiseen pidettiin yhteisen ajan puutetta, mikä johti ohjauksen ja neuvonnan vähäisyyteen. Yksilöllisyyden huomiotta jättäminen ja ohjauksen keskeytyminen esimerkiksi puhelujen takia, tekivät potilaiden kokemuksista huonoja. Potilaat kokivat, että hoitohenkilökunta aliarvioi potilaan kykyjä tehdä tiettyjä asioita. Esimerkiksi fysioterapeutti ei päästänyt potilasta harjoittelemaan portaissa-kävelyä, koska ei uskonut potilaan pärjäävän siinä. (Jones – Mandy – Partridge

2008: 513). Osa koki, että sairaalassa oli liikaa vuoteessa makaamista (Purola 2000: 58). He kokivat, että muutaman kuukauden vuodelevon jälkeen todella kaippaa jonkinlaisia virikkeitä (Lambert – Morris – Payne 2007: 108). Positiivisiakin kokemuksia löytyi hoitajien järjestämistä viriketoiminnoista.

Turvallisuus –alakategoriaan on kerätty potilaiden kuvauksia asioista, jotka loivat heille turvallisuuden tunteen ja ne asiat, jotka heikensivät tätä tunnetta. Henkilökunnan läsnäolo ympäri vuorokauden loi potilaille turvallisen tunteen. Myös soittokelosta kertominen loi turvallisen tunteen, sillä silloin apua oli mahdollista saada tarvittaessa. Turvallisuutta lisäsi hoitajien vierestä seuraaminen potilaan tehdessä erilaisia harjoituksia, kuten kävelyharjoituksia. Potilaat kokivat positiiviseksi säännölliset kuntoutusjaksot, jotka toimivat hyvin oppimisen tukena. Edistävänä tekijänä tuensaamiseen pidettiin hoidon jatkuvuutta myös kotiutuksen jälkeen. Negatiivisiä ilmauksia mainittiin kuntoutuksesta sairaalassa. Osa koki sen hyvinkin tehottomaksi ja riittämättömäksi, osittain puutteellisten apuvälineiden vuoksi. (Purola 2000: 58, 71.) Osa koki loukkaavana sen, että hoitajat saattoivat rajoittaa liikkumista liikaa, esimerkiksi sitomalla sänkyyn. Joenpellon (2001: 55) tutkimuksessa potilaista osa koki liikkumisen rajoittamisen siten, että heitä saatettiin kieltää liikkumasta yksin kaatumisvaaran vuoksi.

Henkilökunnan ammattitaito –alakategoriaan kerättiin potilaiden kokemuksia siitä, millaisena he kokivat hoitohenkilökunnan ammattitaidot ja, miten se on vaikuttanut tuen antamiseen. Hyvästä pidettiin sitä, että hoitohenkilökunta oli tasapainoinen, asiantunteva ja johdonmukainen. Tällöin potilaat kokivat hoidon hyväksi. Se, että hoitohenkilökunta oli tasapainoton ja epäammattillinen pahensi sairaalassaoloaikana aiheutuneita pelkoja. Tämä esti tuen saamista. (Seitsamo 1996: 43.) Edistävänä pidettiin hoitohenkilökunnan huomaavaisuutta hoitotoimenpiteissä. Huomaavaisuus näkyi rauhallisena työskentelytapana ja siinä, että hoitaja kertoi, mitä tekee.

Osa potilaista koki huonona sen, että pieni osa hoitajista ei ollut motivoitunut työhönsä. (Lambert – Morris – Payne 2007: 108). Potilaat kokivat saaneensa liian vähän ohjausta ja neuvontaa. Estävänä tekijänä pidettiin myös sitä, että kuntoutukseen pääsy oli hidasta. Huonona ammattitaitona pidettiin hoitohenkilökunnan huolimattomuutta lääkkeiden hoidossa, poistettu lääke saatettiin esimerkiksi unohtaa poistaa lääkekupista.

6.1.2 Tiedollinen tuki

Tiedollinen tuki on tiedon antamista kaikesta sairauteen liittyvästä (oireet, hoito, kuntoutus jne.) (Kinanen – Rahko – Risku – Sarajärvi 2001: 23). Tiedonanto myös omaisille lisää potilaan saamaa sosiaalista tukea. Opinnäytetyöhön valituista tutkimuksista löytyi paljon kokemuksia juuri tiedollisen tuen saamisesta. Kokemukset olivat sekä positiivisia että negatiivisia. Tiedollinen tuki on jaettu aiheittain kahteen alakategoriaan, jotka ovat *tiedon riittävyys ja tiedon antajat*. Taulukossa 2 on kuvattu potilaiden kokemuksia saamastaan tiedollisesta tuesta.

TAULUKKO 2: Potilaiden kuvauksia saamastaan tiedollisesta tuesta.

Pääkategoria	Yläkategoria	Alakategoria	Pelkistetyt ilmaukset - edistävät tekijät	Pelkistetyt ilmaukset - estävät tekijät
Ammatillinen tukeminen	Tiedollinen tukeminen	Tiedon riittävyys	<ul style="list-style-type: none"> - tiedonsaanti riittävää ja hyvää kaikkeen sairauteen liittyvään - tiedon kertaaminen ja sen antaminen omalla äidinkielellä - tieto ymmärrettävää - suullinen tiedonanto - hyvät ohjeet liikkumisesta 	<ul style="list-style-type: none"> - ei tarpeeksi tietoa eikä ohjausta sairauteen liittyvistä asioista - tieto ei ole yhdenmukaista tai ymmärrettävää - tietoa saa liian paljon kerralla - kotiutuksen jälkeen tiedonsaanti vaikeaa - saatu ohjaus/tieto ei vastaa potilaan tarpeita - huono tiedonkulku - tietoa vain kirjallisena → potilaalla ei voimia lukea ja materiaali vaikealukuisia - potilaan ymmärtämättömyys (muistihäiriöt, kieltäminen) - ei ollenkaan kirjallista materiaalia sairaudesta - ei tietoa vertaistuesta - ei tietoa siitä, mitä saa ja mitä ei saa tehdä
		Tiedon antajat	<ul style="list-style-type: none"> - hoitajan ohjaustaidot ja tiedot hyvät (koulutus ja kokemus) - neuropsykologin luona käynti - tiedonsaanti aivovammatiitosta 	<ul style="list-style-type: none"> - tietoa saa vain itse pyytämällä - hoitaja puhuu vain omaisille ei potilaalle - ei mahdollisuutta keskustella lääkärin kanssa - hoitohenkilökunnan tiedot ja taidot puutteellisia → ei tue omaehtoista harjoittelua

Tiedon riittävyys –alakategoriaan on poimittu kaikki potilaiden kuvaamat asiat tiedon määrästä ja laadusta. Vastakohtia ilmeni paljon. Potilaat kuvasivat tiedon olleen riittävää ja hyvää kaikista sairauteen liittyvistä asioista, kuten oireista, sairauden hoidosta, ennusteesta ja eri taloudellisista etuuksista. Myös konkreettisia ohjeita liikkumiseen pidettiin arvokkaana ja hyödyllisenä tietona kuntoutumisprosessissa. Potilaista kuitenkin osa jäi kaipaamaan tietoa sekä ohjausta kaikesta sairauteen liittyvästä, erityisesti tietoa itse sairaudesta, sen hoidosta ja kuntoutuksesta olisi haluttu enemmän (Lambert – Morris – Payne 2007: 109; Hearty – Hill – Marletta – Marlin – Yip 2002: 137). Osa koki, että saatu tieto ja ohjaus sairaudesta ei vastannut potilaan tarpeita.

Kirjallisen materiaalin puute tai se, että kirjallinen materiaali tuotiin potilaalle yksinään luettavaksi, koettiin estävänä tekijänä tuen saamisessa (Koskelainen – Mild – Rantasalo 1998). Monet potilaat kuvasivat sairastumisen alkuaikoja väsyttäviksi hetkiksi, jolloin sairautta ei välttämättä oltu vielä hyväksytty. Sairauden kieltäminen aiheutti ymmärtämättömyyttä ja väsymys vei voimat, jolloin potilaat eivät jaksaneet/kyenneet edes lukea. Materiaali saattoi myös olla potilaalle vaikealukuista. Näissä tapauksissa kirjallinen materiaali oli turhaa. Myös tiedon liiallinen saaminen yhdellä kertaa jäi häiritsemään potilaita. Jos tietoa sai liikaa yhdellä kertaa, oli sitä vaikea omaksua (Joenpelto 2001: 63). Potilaat olisivat halunneet enemmän tietoa vertaistuen mahdollisuudesta sekä selkeät ohjeet siitä, mitä nyt saa tehdä ja mitä ei. Tiedonsaamista kotoa käsin pidettiin myös vaikeana ja turhauttavana. Toisista potilaista tuntui, että tieto ei kulkenut tarpeeksi hyvin hoitohenkilökunnan välillä eikä hoitohenkilökunnalta potilaalle. Se vaikeutti osaltaan tiedon saamista.

Tiedollista tukea sairastuneet saivat tiedon kertaamisella ja sen antamisella potilaan omalla äidinkielellä. Sen ansiosta tieto oli ymmärrettävää ja selkeää. Suullista tiedonantoa pidettiin erityisen hyvänä. Henkilökunnalta saatu tieto ei ollut aina välttämättä yhdenmukaista, koska hoitajat saattoivat käyttää samoista asioista eri termejä.

Tiedon antajat –alakategoriaan on koottu potilaiden kuvauksia henkilöistä, joilta he kokivat saaneensa tukea. Potilaat kokivat edistäväksi asiaksi toipumisessa hoitajan hyvät ohjaustaidot ja tiedot. Stenbäckin (2005: 37) tutkimuksessa suurin osa aivo-ohjauspotilaista oli arvioinut hoitajien tiedot kiitettäväksi tai hyväksi. He arvostivat myös kovasti hoitohenkilökunnan rehellisyyttä ja kykyä olla silti hienovarainen.

Neuropsykologin luona käynti auttoi osaa potilaista saamaan tarvitsemaansa tietoa tapahtuneesta. Myös aivovammaliitosta potilaat saivat hyvin tietoa sairaudestaan. Osa potilaista oli kuitenkin sitä mieltä, että hoitohenkilökunnan tiedot ja taidot olivat puutteellisia eikä se tukenut potilaiden omaehtoista harjoittelua. Potilaat kuvasivat myös tilanteita, joissa he saivat tietoa vain itse sitä pyytämällä eikä saatu tieto välttämättä vastannut potilaan tarpeita. (Pyysalo – Suominen 1998: 25-26.) Lisäksi potilaita vaivasi se, että hoitajat saattoivat puhua vain omaisille, jolloin potilas ikäänkuin jätettiin huomioimatta. Osalla potilaista ei myöskään ollut tilaisuutta tavata lääkäriä, jonka kanssa olisi voinut keskustella sairastumisesta ja muista mieltä painavista asioista.

6.1.3 Henkinen tuki

Henkinen tuki on hoitohenkilökunnan läsnäolemista ja keskustelua potilaan kanssa. Se on myös potilaan kannustamista, rohkaisemista sekä tunteiden ja kokemusten jakamista (Kinanen – Rahko – Risku – Sarajärvi 2001: 23). Potilaalle ajan antaminen on tärkeää, jotta hänen henkinen puolensa tulee myös huomioiduksi. Kokemuksia henkisen tuen saamisesta löytyi paljon. Henkinen tuki on jaettu aiheittain kolmeen alakategoriaan, jotka ovat *huomioiminen*, *kannustus* ja *hoitohenkilökunnan ammattitaito*. Taulukossa 3 on kuvattu potilaiden kuvauksia saamastaan henkisestä tuesta.

TAULUKKO 3: Potilaiden kuvauksia saamastaan henkisestä tuesta.

Pääkategoria	Yläkategoria	Alakategoria	Pelkistetyt ilmaukset - edistävät tekijät	Pelkistetyt ilmaukset - estävät tekijät
Ammatillinen tukeminen	Henkinen tukeminen	Huomioiminen	<ul style="list-style-type: none"> - keskustelut - tulo ja lähtö sairaalasta huomioitu hyvin - ystävällinen ja yksilöllinen kohtelu (huomioiminen → potilaan olo helpottuu) - henkilökunta välitti ja hyväksyi potilaan - käytiin potilaan luona vaikka ei ollut varsinaista asiaa - annettiin mahdollisuus katsoa tv:tä ja kuunnella radiota - tutustuminen potilaaseen ja hänen elämäntilanteeseensa - tutut hoitajat 	<ul style="list-style-type: none"> - kivusta ei varoitettu hoitotoimenpiteiden yhteydessä - ei tukea tunteiden käsittelyssä - ei huomioida yksilöllisesti - ei ymmärretä potilasta - ei huomioida potilasta ollenkaan - henkilökunta vaihtuu liian usein
		Kannustus	<ul style="list-style-type: none"> - annetaan aikaa ja ohjausta - kannustetaan, rohkaistaan, annetaan toivoa - hoitajan puolustava asenne potilasta kohtaan (pitää huolen potilaan oikeuksista) - uskotaan toipumiseen 	<ul style="list-style-type: none"> - ei uskota toipumiseen - loukkaava puhuttelutapa - keskustelun, kannustamisen ja potilaan asioihin paneutumisen puute - vähättely (ei uskota potilaan pelkoja/kipuja) - ei anneta toivoa - henkinen yksinäisyys
		Henkilökunnan ammattitaito	<ul style="list-style-type: none"> - avoin hoitosuhde - hoitajan läheisyys - huumori → piristää, antaa voimaa - positiivinen ajattelutapa - hoitaja ymmärsi potilasta → reagoi tilanteisiin - oltiin rehellisiä, mutta hienovaraisia 	<ul style="list-style-type: none"> - hoitajan etäisyys - huono vuorovaikutus - lohduttamisen puute - hoitaja vältteli/ei kiinnittänyt huomiota potilaan itkuisuuteen - ei kohdella kunnioittavasti - ei kerrota rehellisesti edistymisestä

Huomioiminen - alakategoriaan on poimittu potilaiden kokemuksia siitä, miten hoitohenkilökunta on huomioinut potilaiden henkisen puolen (tunteet, mieliala) hoidon aikana. Keskustelulla hoitohenkilökunnan kanssa oli positiivinen vaikutus potilaiden jaksamiseen. Erityisesti potilaat arvostivat sitä, että osa hoitajista ja sairaanhoitaja-opiskelija, jolla on enemmän aikaa, kävi heidän luonaan ilman varsinaista asiaa. (Mikkola 2006: 169). Se sai heidät tuntemaan itsensä huomioituiksi.

Edistävänä tekijänä pidettiin myös sitä, että hoitohenkilökunta välitti potilaasta ja hyväksyi potilaan yksilönä. Osalla potilaista oli kokemuksia yksilöllisyyden huomioimisen puuttumisesta. Ystävällistä kohtelua pidettiin tärkeänä. Ystävällisyys voi

tulla esiin pieninä huomion osoituksina (esimerkiksi annetaan potilaalle mahdollisuus katsoa tv:tä tai kuunnella radiota). Tärkeintä on, että yritetään parantaa potilaan oloa. (Seitsamo 1996: 42.) Positiivisia kokemuksia potilaat saivat myös siitä, että sairaalaan tulo ja sieltä poislähtö oli huomioitu. Tutut hoitajat lisäsivät tuen saamista. Tämä onnistui sairaalan omahoitajajärjestelmän ansiosta. (Purola 2000: 59.) Potilaat pitivät hyvänä sitä, että hoitohenkilökunta tutustui heihin ja heidän elämäntilanteeseensa. Potilaista osa kuitenkin koki, että jäi paitsi tuen saamisesta. Tämä saattoi johtua siitä, että hoitohenkilökunta vaihtui niin usein eivätkä potilaat saaneet luotua hyvää vuorovaikutussuhdetta hoitajien kanssa.

Toiset potilaista kokivat, ettei heitä huomioitu ollenkaan tai hoitohenkilökunta ei ymmärtänyt heitä. Estävänä tekijänä pidettiin sitä, ettei hoitohenkilökunta varoittanut potilasta hoitotoimenpiteiden aiheuttamasta kivusta. Tämä näkyi myös Johanssonin (2007) tutkimuksessa. Potilaiden ahdistus ja pelot helpottuisivat, jos hoitohenkilökunta selittäisi potilaalle, mitä tulee tekemään (Seitsamo 1996: 41) Osa potilaista ei saanut luotua hyvää vuorovaikutussuhdetta hoitohenkilökunnan kanssa. Tämä puolestaan vähensi keskustelujen määrää, jolloin potilaat eivät kokeneet saaneensa tukea tunteiden käsittelyssä. Jumisko (1998) totesi tutkimuksessaan, ettei tunteista puhumatta jättäminen aina johtunut hoitohenkilökunnasta vaan potilaan sairauden tilasta (shokkivaihe).

Kannustus - alakategoriaan kerättiin potilaiden kokemuksia siitä, minkälainen henkinen tuki voi olla potilaalle kannustavaa ja mikä taas ei kannusta. Edistävänä koettiin hoitohenkilökunnan antama aika ja ohjaus. Hoitohenkilökunnan kannustava, rohkaiseva ja toivoa herättävä asenne koettiin hyvänä. Myös se, että uskottiin potilaan toipumiseen, koettiin tukemisessa edistävänä tekijänä. Osa potilaista koki, ettei hoitohenkilökunta uskonut heidän toipumiseen eikä heille näin myöskään annettu toivoa toipumisesta. Barkerin ja Bauerin (2005: 1219) tutkimuksessa kävi ilmi, että monet potilaat paheksuivat hoitohenkilökuntaa, sillä he murskasivat potilaiden toiveet aivohalvauksesta selviytymisestä.

Positiivisen kokemuksen potilaat saivat, kun hoitohenkilökunta piti huolen potilaan oikeuksista. Potilaat kokivat tullessa huomioiduiksi tasavertaisina yksilöinä. Osa potilaista koki hoitohenkilökunnan etäiseksi ja tämä aiheutti mm. henkistä yksinäisyyttä, vähättelyä (ei uskottu potilaan pelkoja tai kipuja) ja huomiotta jättämistä.

Potilaat saattoivat kokea myös, että heitä puhuteltiin jotenkin loukkaavasti esimerkiksi käskevään sävyyn. Potilaat eivät uskaltaneet välttämättä kysyä sairaudesta tai sen hoidosta, jos hoitohenkilökunta puhui heille käskevään tai valtaa osoittavaan sävyyn. (Joenpelto 2001: 50.) Toiset puolestaan kokivat, että hoitohenkilökunta ei paneutunut heidän asioihinsa kunnolla. Estävänä tekijänä pidettiin myös sitä, ettei hoitohenkilökunta keskustellut eikä kannustanut potilasta. Potilaat kuvasivat hoitohenkilökuntaa sairaalassa kiireisiksi, joka johti siihen, ettei potilaat saaneet tilaisuutta keskustella hoitajan kanssa (Joenpelto 2001: 51).

Henkilökunnan ammattitaito - alakategoriassa kiinnitettiin huomiota siihen, miten ammattitaito vaikuttaa henkisen tuen saamiseen. Positiivinen ajattelutapa, avoimuus ja huumori potilas-hoitaja -suhteessa piristivät ja antoivat voimaa potilaille. Hoitajan kyky herättää luottamusta auttoi avoimen hoitosuhteen luomisessa. Luottamuksen syntyminen potilaan ja hoitajan välille on edellytys sille, että potilas saa parasta mahdollista hoitoa ja voi keskittyä omaan toipumiseensa (Seitsamo 1996: 34). Potilaat arvostivat myös sitä, että hoitajat osasivat reagoida oikein tilanteisiin, sillä he tiesivät, mitä potilas halusi. Rehellisyyttä ja hienovaraisuutta hoidon kulussa pidettiin erityisen hyvänä.

Hoitajan läheisyys koettiin myös edistävänä. Hoitajan läheisyys auttaa potilasta kohtaamaan pelkoja, jotka voivat johtua hoitotoimenpiteistä, sairaalassaolosta tai hoitohenkilökunnasta (Seitsamo 1996: 41). Osa potilaista koki, että heitä kohdeltiin epäkunnioittavasti. Esimerkiksi potilaan itkuisuuteen ei kiinnitetty huomiota ja heitä välteltiin. Potilaat kokivat myös, ettei heidän kuntoutumisen edistymisestä kerrottu rehellisesti. Toiset kokivat, etteivät saaneet tarpeeksi lohdutusta hoitohenkilökunnalta. Hoitajien etäinen käyttäytyminen esti hyvän vuorovaikutussuhteen syntymistä.

6.2 Sosiaalinen tuki

Potilaat saavat sosiaalista tukea mm. perheeltään, läheisiltään ja vertaistuesta. Sosiaalisen tuen saaminen painottuu kotiutuksen jälkeiseen aikaan, mutta sen saaminen myös sairaalassaoloaikana on tärkeää. Potilaat kuvasivat kokemuksiaan eri alakategorioista saadusta tuesta samankaltaisiksi. Sosiaaliseen tukeen liittyvät alakategoriat olivat jo opinnäytetyössä valmiina. Yläkategoria on määritelty alakategorioiden mukaan tuen antajat –yläkategoriaksi. Alakategoria on jaettu aiheittain kolmeen eri osi-

oon, jotka ovat *perhe, läheiset ja muut ei-ammattilliset henkilöt*. Taulukossa 4 on kuvattu potilaiden kokemuksia saamastaan sosiaalisesta tuesta.

TAULUKKO 4: Potilaiden kuvauksia saamastaan sosiaalisesta tuesta.

Pääkategoria	Yläkategoria	Alakategoria	Pelkistetyt ilmaukset - edistävät tekijät	Pelkistetyt ilmaukset - estävät tekijät
Sosiaalinen tukeminen	Tuen antajat	Perhe	<ul style="list-style-type: none"> - tukeminen toipumisessa - muistin tuki - tiedonlähde - päivittäisissä toiminnoissa sekä kuntoutumisessa auttaminen - mukana lääkärinkierrolla - vierailut potilaan luona - potilas otetaan mukaan perheen yhteisiin hetkiin - ollaan kiinnostuneita sairaudesta huolimatta - kannustaminen, keskustelut 	<ul style="list-style-type: none"> - teki liikaa potilaan puolesta - lasten käyttäytyminen häiritsevää (matkiminen) - sosiaaliset roolimuu- tokset (esim. mies ei enää perheen pää) - neuvotaan liikaa - läheisyys vähenee - ei vastata potilaan tarpeisiin - ei tueta - aliarvioidaan potilaan kykyä tehdä tiettyjä asioita - välit perheenjäseniin etäänny
		Läheiset	<ul style="list-style-type: none"> - tiedonlähde ja tuki - harrastusten jatkaminen ystävien kanssa - keskustelu, kuuntelu ja yhteydenpito - päivittäisissä toiminnoissa auttaminen - hyväksyntä, kohdeltiin normaalisti (kuten ennenkin) - suhteet ystäviin vahvistuivat 	<ul style="list-style-type: none"> - teki liikaa potilaan puolesta - epävarma suhtautuminen → epämiellyttävä kokemus potilaalle - kohdellaan kuin lasta - ei yhteydenpitoa läheisiin - naapurit eivät ymmärrä tilannetta (kuvittelee potilaan olevan jotenkin sekaisin) - ei tueta - hävetään potilasta - harrastuksista poisjääminen → jää ulkopuoliseksi
		Muut ei-ammattilliset henkilöt	<ul style="list-style-type: none"> - vertaistuki (jaetaan kokemuksia) - kannustus, rohkaisu - toisten potilaiden kanssa yhdessä harjoittelu (kävelyharjoitukset) - keskustelu papin kanssa - työyhteisön tuki - erilaiset päivätoiminnot 	<ul style="list-style-type: none"> - vertaistuki (muistuttaa sairastumisesta) - ihmissuhteet vähentyneet - työyhteisö ei enää pitänyt yhteyttä sairastumisen jälkeen - potilaan loukkaava koh- telu yhteiskunnassa (kävelee oudosti → luullaan humalaiseksi, pilkataan) - ennakkoluulot, negatiivinen asenne potilasta kohtaan - ei hyväksytä potilasta sellaisena kuin hän on - potilas irtisanottiin työstä - kotiutuksen jälkeen ei mahdollisuutta keskustella papin kanssa kotona → oma kunto ei salli seurakuntaan menoa

Perhe – alakategoriaan kerättiin potilaiden kokemuksia saamastaan tuesta omaisilta. Omaisiin kuuluivat puoliso, lapset ja lastenlapset. Potilaat kokivat saaneensa perheeltään hyvin tukea, osalla oli kuitenkin täysin vastakkaisia kokemuksia. Tuen saaminen ilmeni mm. keskusteluina, kannustamisena ja päivittäisissä toimissa avustamisena. Perhe tuki potilasta toipumisessa ja heidän vierailunsa sairaalassa koettiin hyvänä tuen saamisen kannalta. Edistävänä tekijänä pidettiin sitä, että perhe oli mukana lääkärintierroilla ja siten olivat potilaan muistin tukena ja tiedonlähteenä. (Puro 2000: 70.) Koskelaisen, Mildin ja Rantasalon (1998) opinnäytetyössä oli kuvattu myös perheeltä saatua apua päivittäisissä toimissa. Potilaat kokivat myös hyvänä, että heistä oltiin edelleen kiinnostuneita sairaudesta huolimatta. Heihin oltiin yhteydessä ja heidät otettiin mukaan perheen yhteisiin hetkiin.

Osa koki, että perhe neuvoi ja teki liikaa potilaan puolesta. Potilaiden mielestä perhe aliarvioi heitä ja heidän kykyään toimia päivittäisissä asioissa. (Butt ym. 2008: 520.) Estävänä pidettiin myös sitä, ettei perheeltä saatu tukea vastannut potilaan tarpeita. Aivohalvauksen jälkeen osa potilaista koki läheisyyden vähentyneen perheen kesken ja välien etääntyneen. Tämä oli myös estävä tekijä tuen saamisessa perheeltä. Perheen sisäiset sosiaaliset roolimutokset koettiin myös huonona esimerkiksi se, että mies ei ole enää perheen pää (Ayers – Coeling – Egbert – Koch 2006: 49). Lastenlapset saattoivat käyttäytyä häiritsevästi, esimerkiksi matkimalla potilasta.

Läheiset -alakatgoriaan on kerätty potilaan kuvauksia saamastaan tuesta mm. ystäviltä, naapureilta, työkavereilta sekä omilta sisaruksiltaan. Positiiviset kokemukset läheisiltä saadusta tuesta olivat hyvin samankaltaista kuin perheeltä saatu. Läheisten antama henkinen tuki auttaa potilasta jaksamaan, eikä potilaalle tule tunnetta siitä, että hän jäisi yksin tilanteensa kanssa. Negatiivisia kokemuksia saatiin mm. siitä, että yhteydenpito potilaaseen väheni selkeästi ja heihin suhtauduttiin epävarmasti sairastumisen jälkeen. Nämä aiheuttivat potilaalle epämiellyttäviä kokemuksia.

Läheiset kuvattiin myös hyväksi tiedonlähteeksi ja suureksi avunantajaksi päivittäisissä toiminnoissa. Läheiset voivat potilaan tarvittaessa eri tapaamisiin ja tukivat kuntoutusta (Ayers – Coeling – Egbert – Koch 2006: 50). Osa kuitenkin koki, että myös läheiset tekivät liikaa potilaan puolesta. Potilaat kokivat ystäväpiirissään hyväksyntää ja normaalia kohtelua. Osalla ystävyysuhteet vahvistuivat selkeästi sairastumisen jälkeen. Läheisten kanssa keskustelu ja yhteydenpito sekä kuunteleminen

loivat potilaalle edistävän kokemuksen kuntoutumiseen ja sairastumisesta selviytymiseen. Osa kykeni vielä jatkamaan rakkaita harrastuksiaan, mikä piti yllä sosiaalista verkostoa. Osalla tuen saamista esti juuri harrastuksista luopuminen, jolloin potilas koki jääneensä ystäväpiiristään ulkopuolelle. Vapaa-ajan viettämisestä tuli rajallisempaa, kun potilaat eivät voineet tehdä haluamiaan asioita. (Häggström – Larsson Lund 2008: 92.) Potilaista osa koki, ettei lähipiiri tukenut häntä ollenkaan ja saattoi jopa hävetä häntä. Ystävä, joka ennen kävi säännöllisesti potilaan kanssa ulkoilemassa, ei enää pyytänyt potilasta ulkoilemaan. Potilas sai siitä kokemuksen, että ystävä häpeää häntä. (Ahlström – Appelros – Pettersson 2006: 22.) Myös aliarvoinen kohtelu oli epämiellyttävää potilaalle. Potilaasta saattoi tuntua, että häntä kohdeltiin kuin lasta. Potilasta yritettiin mm. suojella maailman murheilta jättämällä asioita kertomatta. (Seitsamo 1996: 57.) Lähinaapuruston reagointi potilaan sairautteen aiheutti myös päänvaivaa. He saattoivat luulla potilaan nykyisen olemuksen takia hänen olevan jotenkin seonnut. Tämä koettiin estäväksi tekijäksi tuen saamisessa.

Muut ei-ammattilliset henkilöt - alakategoriaan kerättiin potilaiden ilmauksia tuen saamisesta mm. samankaltaisessa tilanteessa olevilta potilailta (vertaistuki). Vertaistuessa ihmisten on helpompi keskustella ja jakaa kokemuksiaan toistensa kanssa.

Ei-ammattillisista henkilöistä parhaiten tukea potilaat kokivat saaneensa vertaistuesta. Potilaat kokivat saaneensa myös kannustusta ja tukea muilta potilailta. Tämä näkyi mm. yhdessä harjoitteluna (kävelyharjoitukset). Muiden aivohalvauspotilaiden kanssa huumorinkäyttö ja leikinlasku sairaudesta oli helpompaa, koska he tiesivät, miltä sairastuminen tuntuu. Ihmisen, joka ei ole kokenut aivohalvausta, huumorinkäyttö saattaa loukata sairastunutta vielä pitkänkin ajan jälkeen. (Pyysalo – Suominen 1998: 31-32.) Barkerin ja Brauerin (2005: 1219) tutkimusartikkelissa kuvattiin myös vertaistuesta saatua positiivista tukea. Vertaistuessa oleville ihmisille on helpompi puhua sairaudesta, sillä he ovat kokeneet saman. Samankaltaisia kokemuksia kuvattiin myös Harrisonin ja Murrayn (2004: 813) tutkimusartikkelissa. Vertaistuesta potilaat saivat myös hyödyllisiä neuvoja selviytyäkseen päivittäisistä haasteista (Ayers – Coeling – Egbert – Koch 2006: 50). Vertaistuki koettiin myös negatiiviseksi. Pieni osa potilaista koki, että se muistuttaa liikaa sairastumisesta eikä halunnut sen vuoksi siellä käydä.

Osa potilaista koki edistävaksi tekijäksi papin kanssa keskustelun. He saivat siitä henkistä voimaa ja tukea selviytymiseen. Potilaista oli hyvä, että sairaalassa oli mahdollisuus keskustella papin kanssa. Tätä olisi myös kaivattu kotiutumisen jälkeen. (Leinonen 2000: 67.) Kaikilla potilailla heidän oma kunto ei sallinut seurakuntaan menoa, jolloin he olisivat toivoneet papin tulevan kotiin keskustelemaan. Myös työyhteisöstä tullut tuki otettiin hyvillä mielin vastaan ja koettiin erittäin positiivisena. Edistävän tekijän tuen saamiseen potilaat saivat myös erilaisista päivätoiminnoista. Ne veivät ajatuksia pois sairaudesta.

Huonoja kokemuksia tuli lähinnä toisten ihmisten ymmärtämättömyyden takia, heitä saatettiin luulla esimerkiksi humalaiseksi oudon kävelytyylin vuoksi. Harrisonin ja Murrayn (2004: 812) tutkimusartikkelissa ilmeni, että sairaudesta johtuvat näkyvät vammat, kuten outo kävelytyyli ja epäselvä puhe, ovat ulkopuolisille ihmisille kaksiselitteisiä. Ulkopuoliset eivät tiedä/ymmärrä sairautta ja siitä voivat johtua ikävät väärinkäsitykset. Nämä tilanteet aiheuttivat potilaalle häpeän tunteita. (Hjelmblick 2008: 43.) Ikävänä koettiin myös se, että työyhteisö ei enää pitänyt yhteyttä sairastumisen jälkeen ja potilas saatettiin jopa irtisanoa työstään. Vieraiden ihmisten negatiiviset asenteet ja ennakkoluulot heikensivät potilaan tuen saamista. Kaikkia potilaista ei myöskään hyväksytty sellaisena, kuin hän nyt oli ja se loukkasi potilaita. Nämä kaikki yhdessä vaikuttivat suuresti siihen, että ihmissuhteet potilaan elämässä vähenivät merkittävästi.

6.3 Tulosten yhteenveto

Monessa aineistossa tuli ilmi paljon samankaltaisia kokemuksia potilaiden kuvaamina. Aineistosta löytyi paljon potilaiden kuvauksia konkreettisesta ja tiedollisesta tuesta, erityisesti sitä estävistä tekijöistä. Parhaiten tukea oli saatu perheeltä, läheisiltä sekä vertaistuesta.

Moni potilas koki konkreettisen tuen saamisen huonoksi, koska hoitajilla ei ollut antaa tarpeeksi aikaa potilaalle tai he eivät saaneet tarvitsemaansa apua silloin, kun sitä tarvitsivat. Kiire mainittiin monesti haittaavana tekijänä potilaan hoidossa ja tuen saamisessa. Usein myös hoitohenkilökunta oli unohtanut kysyä potilaan mielipidettä tietyistä asioista hoidon aikana. Potilaille tuli tästä ikäviä kokemuksia. Potilaat kokivat myös, että hoitohenkilökunta, perhe sekä läheiset tekivät liian usein asi-

oita potilaan puolesta. Tämä esti heidän omaa oppimistaan. Kuntoutuksen puute kotiin päästyä haittasi myös potilaiden selviytymistä aivohalvauksesta. Hyväksi koettiin moniammatillisen työryhmän antama opetus ja ohjaaminen päivittäisissä toiminnoissa.

Tiedon saannista ilmeni vaihtelevia kuvauksia. Osa oli sitä mieltä, että oli saanut riittävästi tietoa sairauteen liittyvistä asioista, kun taas useat potilaat olivat vastavasti kokeneet saaneensa liian vähän tietoa (esimerkiksi oireista, hoidonkulusta, tutkimuksista, ennusteesta, kuntoutuksesta sekä erilaisista etuuksista). Tämä saattoi johtua potilaiden eri kuntoutumisvaiheesta. Potilaan sairastumisen alkuvaiheessa hän ei pysty vastaanottamaan tietoa, sillä sairaus voi aiheuttaa niin paljon hämmennystä ja järkytystä. Potilaat olisivat halunneet hoitohenkilökunnan ja sosiaalityöntekijän kertovan näistä asioista enemmän (Cowdell – Garrett 2005: 15). Hoitohenkilökunnalta ei saatu tietoa automaattisesti, vaan sitä joutui liian usein itse pyytämään. Jos potilas koki häiritsevänsä hoitohenkilökuntaa kysymyksillään, hän jätti ne tekemättä. Tämä johti osaltaan epätietoisuuteen. Potilaista osa ajatteli tiedon riittämättömän saamisen johtuvan siitä, että hoitohenkilökunnalla oli puutteelliset tiedot ja taidot. Hoitohenkilökunnan vieraiden termien käyttö vaikeutti selvästi tiedon omaksumista. Hyväna koettiin se, että tietoa sai sekä suullisena että kirjallisena ja tarpeen vaatiessa tiedonannossa käytettiin esimerkiksi videomateriaalia. (Cowdell – Garrett 2005: 16.)

Moniammatillisen työryhmän kannustava, toivoa antava ja rohkaiseva asenne vaikutti edistävästi potilaiden kokemuksiin tuen saamisesta. Hoitotilanteissa ystävällinen ja yksilöllinen huomioiminen koettiin positiivisena. Potilaat kaipasivat lisää keskustelun mahdollisuuksia hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaista osa kuvasi kokemuksiaan esimerkiksi kipujen ja pelkojen vähättelystä. He kertoivat, että hoitohenkilökunta ei uskonut tai ei vain välittänyt, jos potilaalla oli kipuja tai pelkoja. Näiden asioiden vuoksi he kokivat jääneensä henkisesti yksin.

Perheeltä ja läheisiltä potilaat saivat monipuolisesti tukea, kuten keskustelua, kuuntelua sekä huomioimista ja avustamista päivittäisissä asioissa. Kaukaisemmat sukulaiset ja joskus myös työyhteisö lopettivat yhteydenpidon sairastumisen jälkeen. Tukea potilaat saivat vertaistuesta, jossa potilaiden oli helppo puhua sairaudesta ja omasta tilanteestaan. Ikäviä kokemuksia potilaat saivat yhteiskunnassa vierailta ihmisiltä, jotka eivät ymmärtäneet esimerkiksi sairauden aiheuttamia vammoja. Usein

aivohalvauspotilasta saatettiin luulla humaltuneeksi oudon kävelytyylin tai puhettavan vuoksi.

7 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksen luotettavuus tarkoittaa tarkkuutta tuloksissa eli hakutulosten toistettavuuden mahdollisuutta. Toisin sanoen hakutulosten tulisi olla täysin samat tutkijasta riippumatta. Tutkimusta tekevän tulisi olla koko projektin tekovaiheen ajan puolueeton eri näkökulmille, jotta tuotoksesta tulisi monipuolinen. Työstä tulisi voida irrottaa välillä pieniksi ajoiksi, jotta ei tulisi turhautumisen tunteita. (Vilkkä 2005: 161-162.) Tässä työssä luotettavuutta osoittaa tiedonhaussa käytettyjen tietokantojen, hakusanojen ja tulosten näkyminen tarkasti taulukoissa (LIITE 1 sekä LIITE 2).

Hyvä tieteellinen käytäntö koskee kaikkia tutkimuksen tekoon osallistuvia osapuolia. Tutkimusetiikka sisältää yleisesti päätettyjä sääntöjä, joita noudattaen tutkimusta tulisi tehdä. Tutkijoiden täytyy käyttää eettisesti kestäviä tiedonhaku- ja tutkimusmenetelmiä, jotka tiedeyhteisö on hyväksynyt. Tutkimuksen tulosten on tuotettava uutta tietoa, tai sen täytyy auttaa selventämään sitä, miten vanhaa tietoa voidaan hyödyntää uudella tavalla. Tutkimustulosten tulee täyttää tämä vaatimus. (Vilkkä 2005: 29-30.) Tutkimus täytyy myös suunnitella, toteuttaa ja raportoida laadukkaasti. Tekijän täytyy kirjoittaa suunnitelma ja tutkimus niin tarkasti, että lukija voi sen ymmärtää ja se olisi näin toistettavissa oleva. (Vilkkä 2005: 33.) Osoitus tutkimuksen luotettavuudesta on sen helppolukuisuus. Kappalejaon loogisuus ja mielekkäät otsikoinnit vaikuttavat tekstin kiinnostavuuteen. Myös ulkoasuun liittyvät asiat, sanavalinnat ja kieliasu sekä tekstin selvyys vaikuttavat oleellisesti tekstin luotettavuuteen ja ymmärrettävyyteen. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2000: 261.) Lisäksi erilaiset kuviot ja taulukot tekstissä havainnoivat ja helpottavat työn lukemista.

Sisällönanalyysin luotettavuutta heikentää se, ettei prosesseja pystytä tarkastelemaan objektiivisesti vaan tulos saattaa perustua tekijän omaan näkemykseen aiheesta. Haasteena sisällönanalyysissa voi olla se, miten tekijä pelkistää aineiston ja muodostaa siitä kategoriat, jotka kuvaavat tutkittavaa aihetta monipuolisesti. Tärkeää on, että tekijä pystyy erottamaan yhteyden tuloksen ja aineiston välillä, jolloin luotetta-

vuus paranee. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 10.) Tässä opinnäytetyössä sisällönala-lyysin eri vaiheet ovat nähtävissä luvussa 5.2 (KUVIO 2).

Tässä opinnäytetyössä on tehty tiedonhakuja useasta eri tietokannasta (Helka, Linda, Kurre, Ovid: Medline, Cinahl) ja monella eri sanayhdistelmäparilla, jotta aineistoa saatiin mahdollisimman laajasti. Työhön on etsitty paljon uusinta tietoa, ja siitä on karsittu kaikki turha pois. Lähdeosteosten joukossa on vain juuri tähän aiheeseen sopi-
via teoksia. Opinnäytetyössä on käytetty myös jonkin verran samaa aihetta käsittele-
viä lähdeoteoksia, mikä lisää työn luotettavuutta. Lisäksi työnkulku on kuvattu mah-
dollisimman tarkasti. Luotettavuutta kuitenkin heikentää primaarilähteiden puuttu-
minen. Jatkossa onkin hyvä muistaa alusta asti selvittää primaarilähteet, sillä se on
myöhemmin vaikeaa.

Tekijöiden vähäinen kokemus vastaavanlaisten töiden tekemisestä vähentää jonkin
verran opinnäytetyön luotettavuutta. Aluksi tarkoituksena oli tehdä opinnäytetyö
aivohalvauspotilaan ohjauksesta, minkä takia hakusanat ovat osittain sen mukaisia.
Aiheen muuttumisen vuoksi aineistoa karsiutui pois, jolloin osa hakusanoista jäi
turhaksi. Tästä johtuen opinnäytetyön luotettavuus heikentyy, sillä tiedonhakujen
toistettavuus kärsii (tulee turhia osumia). Nykyisen aiheen varmistumisen myötä
hakusanat saatiin osuvammiksi. Tämän vuoksi opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa
olisikin hyvä kiinnittää erityistä huomiota aiheen valintaan, jotta tiedonhaut pysyisi-
vät luotettavina. Lisäksi työn toistettavuus voi toteutua paremmin myöhemmin. Pro-
sessin aikana on hyvä muistaa kirjata selkeästi ja arkistoida muistiinpanoja myö-
hempää käyttöä varten. Tämä osuus ei toteutunut niin onnistuneesti tässä opinnäyte-
työssä. Tiedonhakuja tehtiin monella eri sanayhdistelmäparilla, jonka ansiosta tut-
kimuksia löytyi runsaasti. Samoista tietokannoista löytyi useampi sama tutkimus, ja
työn loppuvaiheessa tiedonhaut alkoivat saturoida (eli sama aineisto löytyy eri ha-
kusanoilla).

Tutkimusta tehdessä on noudatettava rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tut-
kijan on toimittava rehellisesti muita tutkijoita kohtaan. Toisten saavutuksia ja työtä
tulee kunnioittaa ottamalla omassa työssä huomioon heidän tutkimuksensa samasta
aiheesta. Toisten tekstiä ja tutkimustuloksia ei voi kopioida suoraan. Työssä on aina
käytettävä tekstiviitteitä ja lähteiden tulee olla selkeästi esitettyjä. Toisten saavutta-
mia tuloksia ei myöskään saa vääristellä tai sepitellä. (Vilka 2005: 30-31; Hirsjärvi

– Remes – Sajavaara 2000: 27.) Tässä työssä käytettiin aina tekstiviitteitä, kun toisen tekijän tekstiä lainattiin. Lähdeluetteloon on merkitty kaikki opinnäytetyössä käytetyt lähteet kirjallisen työn ohjeiden mukaisesti.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla aivohalvauspotilaiden saamaa ammatillista ja sosiaalista tukea näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Tavoitteena oli siten lisätä tietoa aivohalvauspotilaan tuen tarpeesta, merkityksestä ja antamisesta. Tutkimustehtävänä opinnäytetyössä oli seuraavat kysymykset, minikälaista ammatillista ja sosiaalista tukea potilas on saanut selviytyäkseen aivohalvauksesta. Opinnäytetyöhön valituista aineistoista löytyi vastauksia tutkimustehtävään. Aineistoa analysoidessa työssä oli jo valmiina pääkategoriat (ammatillinen ja sosiaalinen tuki) sekä osittain ylä- (konkreettinen, tiedollinen ja henkinen tuki) ja alakategoriat (perhe, läheiset ja muut ei-ammattilliset henkilöt). Sosiaalinen tuki -pääkategorian alle lisättiin tuen antajat -yläkategoria. Kaikki kategoriat näkyvät luvussa 5.2 (KUVIO 3).

Aivohalvaus on merkittävä työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen syy. Sairastuneista jopa joka neljäs on työikäinen. (Kaste – Vainikainen 2007.) Ohjausta ja neuvontaa tarvitaan, jotta potilas ja omaiset ymmärtäisivät sairauden laadun ja siitä kuntoutumisen. Omaisten ohjaamisella on myös tärkeä rooli, jotta he kykenevät auttamaan ja tukemaan potilasta parhaan kykynsä mukaan. Tässä työssä on keskitytty potilaiden saamaan tukeen eri tahoilta. Tuloksista ilmeni vielä monia asioita, joita tulisi jatkossa kehittää potilaan tukemiseksi. Esimerkiksi aineistosta selvisi, että tiedonpuutteita on erityisesti sairauteen liittyvistä asioista (esimerkiksi oireet, hoidonkulku, ennuste). Hoitohenkilökunnan ammattitaitoa arvosteltiin lähes jokaisessa tuen osaluueessa (konkreettinen, tiedollinen ja henkinen tuki). Potilaan kokemukseen ammatillisen tuen saamisesta ja henkilökunnan ammattitaidosta voi vaikuttaa moni asia. Potilas voi saada epämiellyttäviä kokemuksia esimerkiksi hoitajien vaihtuvuuden, hoitajan kokemattomuuden ja ulkomaalaisten hoitajien, jotka eivät välttämättä osaa kunnolla puhua suomea, takia. Henkilökunnan vaihtelu ja ulkomaalainen hoitohenkilöstö ovat nykyään hyvinkin yleisiä hoitohenkilökunta pulan vuoksi.

Tutkimustulokset olivat hyvin vaihtelevia jopa samoissa tutkimuksissa. Tuloksiin on vaikuttanut aivohalvauspotilaiden sairastumisen ja kuntoutumisen vaihe. Osa potilaista saattoi olla juuri sairastuneita, kun taas osa saattoi olla jo kotiutunut. Erityisesti sairauden alkuvaiheessa, kun potilas ei ole välttämättä vielä tiedostanut kunnolla sairastumistaan, voi kokemukset tuen saamisesta vaihdella paljon. Usein odottamaton sairastuminen aiheutti pelokkuutta, ymmärtämättömyyttä ja se tuntui epätodelliselta sekä sitä oli vaikea käsitellä (Muhonen 2007: 16-17). Usein kotiutunut aivohalvauspotilas on jo jollakin tapaa hyväksynyt tai tiedostanut sairauden, joten hän kykenee vastaanottamaan tietoa ja tukea eri tavalla kuin vastasairastunut. Muistihäiriöt liittyvät usein juuri sairastumisen alkuvaiheeseen, jolloin saatua ohjausta tai tietoa ei pysty vastaanottamaan tai sitä ei muista saaneensa. Monet aivohalvauspotilaat kärsivätkin heikentyneestä muisti- ja päättelytoiminnasta sekä alentuneesta huomiointikyvystä (Muhonen 2007: 5).

Opinnäytetyöhön on valittu pro graduja, väitöskirjoja ja englanninkielisiä tutkimusartikkeleita sekä yksi opinnäytetyö, jotta materiaali olisi mahdollisimman monipuolista ja laadukasta. Lähes jokainen opinnäytetyöhön valittu materiaali oli tehty haastatteleamalla potilasta, joten potilaan oma sana oli selvästi näkyvillä. Pro graduissa, väitöskirjoissa ja opinnäytetyössä haastattelut oli tehty potilaille Suomessa, kun taas englanninkieliset tutkimusartikkelit oli tehty useassa eri maassa. Tulokset olivat kuitenkin hyvin samankaltaisia maasta riippumatta. Jokainen teos käsitteli omalla tavallaan aivohalvauspotilaan saamaa tukea eri osa-alueilla (ammattillinen ja sosiaalinen tuki). Tämä opinnäytetyö ei tuottanut juurikaan uutta tietoa, mutta sen myötä nousi kehittämistarpeita.

Aineistosta nousi *haasteeksi* potilaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutuminen. Aineisto koostui 12 vuoden välillä tehdyistä tutkimuksista (vuosina 1996-2008) ja silti potilaiden kokemukset saamastaan tuesta olivat samankaltaisia. Tämä kertoo, että aivohalvauspotilaan mielestä tällä aikavälillä ei ole tapahtunut merkittävää kehittymistä heidän tukemisessa. Vaikka näyttöä potilaan tukemisesta on olemassa, olisi hyvä kartoittaa mahdollisia syitä, miksi potilas ei edelleenkään koe tulevansa huomioituksi kokonaisvaltaisesti hoitotyössä. Tutkittua tietoa aivohalvauspotilaan hoidosta ja tukemisesta on paljon ja siten näyttöä on olemassa. *Kehittämishaasteena* voisi olla selvittää, miksi kokonaisvaltainen hoito ei aina toteudu. Syitä voitaisiin kartoittaa esimerkiksi haastatteleamalla tai tekemällä kyselylomake hoitohenkilökun-

nalle ja alan opiskelijoille. Siten saadusta aineistosta selviäisi, millä tavalla hoitohenkilökunta ja opiskelijat ovat oppineet tukemaan potilasta. Olisi mielenkiintoista saada tietää, opetetaanko koulutuksen aikana tarpeeksi potilaan tukemista vai onko kokemus ainoa keino oppia kyseinen taito?

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että moniammatillinen työryhmä potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa on hyvä asia. Aivohalvauspotilaat kokivat hoitajien ja eri terapeuteilta saadun avun edistäväksi tekijäksi omassa kuntoutumisessaan. Moniammatillisessa tiimissä jokainen tiimin jäsen edustaa omaa asiantuntijuuttaan ja tuo siten uutta näkökulmaa potilaan hoitoon (Metsämuuronen 2001: 150-151). Aivohalvauspotilaan hoidossa olisi myös syytä huomioida sairauden vaihe. Vastasarastunut ei välttämättä kykene vastaanottamaan tukea ja tietoa samalla tavalla kuin esimerkiksi kuntoutusvaiheessa oleva potilas. Vertaistuki koettiin myös hyvin tärkeänä osana aivohalvauspotilaan kuntoutumista. Hoitohenkilökunnan tulisi ohjata enemmän potilaita vertaistuen pariin.

LÄHTEET

- Ahlström, Gerd – Appelros, Peter – Pettersson, Ingvor 2007: Lifeworld perspectives utilizing assistive devices: Individuals, lived experience following a stroke. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 74 (1). 15-26.
- Alanen, Seija 2002: Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Tampere: Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.
- Ayers, Denise – Coeling, Harriet – Egbert, Nichole – Koch, Lynn 2006: The Role of Social Support in the Family and Community Integration of Right-Hemisphere Stroke Survivors. *Health Communication*. 20 (1). 45-55.
- Barker, Ruth – Brauer, Sandra 2005: Upper limb recovery after stroke: The stroke survivors' perspective. *Disability and Rehabilitation*. 27 (20). 1213-1223.
- Buckman, Robert 2000: What you really need to know about caring for someone after a stroke. New York. Lehar - Friedman Books.
- Butt, Zeeshan – Cella, David – Heinemann, Allen – Lynch, Elizabeth – Nowinski, Cindy – Perez, Lori – Victorson, David 2008: A qualitative study of quality of life after stroke: the importance of social relationships. *Journal of rehabilitation medicine* 40 (7). 518-523.
- Cowdell, Fiona – Garrett, Dawne 2005: Information needs of patients and carers following stroke. *Nursing older people*. 17 (6). 14-16.
- Hallila, Liisa 2003: Tiedon saamisen ja sen salaamisen merkitys potilaalle kirjallisuuskatsauksen mukaan. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.) 2003: Näytön paikka. Tutkimustiedon hyödyntäminen hoitotyössä –artikkelikirja. Sairaanhoidon Tutkimuslaitos.
- Harrison, B. – Murray C.D. 2004: The meaning and experience of being a stroke survivor: an interpretative phenomenological analysis. *Disability and rehabilitation*. 26 (13). 808-816.
- Hearty, Morag – Hill, Robert – Marletta, Sylvia – Martin, Brendan J. – Yip, Brigitte 2002: Outcome, functional recovery and unmet needs following Acute Stroke. Experience of patient follow up at 6 to 9 months in a newly established Stroke Service. *Scottish Medical Journal*. 47 (6). 136-137.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2000: Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- Hjelmblick, Finn 2008: Understanding life after stroke. Verkkodokumentti. <<http://publications.uu.se/abstract.xsql?dbid=9278>>. Luettu 20.10.2008.
- Holmia, Silja – Murtonen, Irja – Myllymäki, Hannele – Valtonen, Katariina 2004: Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki. WSOY.

- Holmström, Peter – Vauhkonen, Ilkka 2005: Sisätaudit. Helsinki. WSOY.
- Häggström, Anna – Larsson Lund, Maria 2008: The complexity of participation in daily life: A qualitative study of the experiences of persons with acquired brain injury. *Journal of rehabilitation medicine* 40(2). 89-95.
- Joenpelto, Liisa 2001: Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen selviytyminen kotona – 3 ensimmäistä kuukautta. Turku: Turun yliopisto. Hoitoalan Pro gradu.
- Johansson, Sari 2007: Kirjallisen potilasohjeen vastaavuus aivovammapotilaiden ja heidän läheistensä tiedon odotuksiin hoidon alkuvaiheessa. Turku: Turun yliopisto. Hoitoalan Pro gradu.
- Jokelainen, Matti - Kaste, Markku - Palo, Jorma - Teräväinen, Heikki - Waltimo, Olli 1996: Neurologia. Helsinki. WSOY.
- Jokinen, Hanna – Juhola, Päivi – Kemppi, Tarja – Korhonen, Merja – Mattsson, Mirja – Puha, Eija – Ranta, Paula – Yläneva, Leena 1998: Aivoverenkiertohäiriötä sairastavan potilaan hoito ja varhaisvaiheen kuntoutus. Turun yliopistollisen sairaalan kehittämisprojekti.
- Jones, Fiona – Mandy, Anne – Partridge, Cecily 2008: Reasons for recovery after stroke: A perspective based on personal Experience. *Disability & Rehabilitation* 2008. 30 (7). 507-516.
- Jumisko, Eija 1998: Aivohalvauspotilaiden kokemuksia sairastumisestaan ja saamastaan hoidosta. Oulu: Oulun yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos.
- Kangas, Ilka 2003: Sairaalan asiantuntijuus – tieto ja kokemus sairastamisen arjessa. Teoksessa Honkasalo, Marja-Liisa – Kangas, Ilka – Seppälä, Ullamaija (toim.) 2003: Sairas, potilas, omainen – näkökulmia sairauden kokemiseen. Helsinki. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena – Mäenpää, Inger 1999: Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta -potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. Stakes raportteja 229. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kaste, Markku – Vainikainen Tuula 2007: Aivoinfarkti, potilasversio. Verkkodokumentti. Duodecim. <<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=khp00062#s2>> Luettu 12.5.2008.
- Kinanen, Jaana – Rahko, Raija – Risku, Aija – Sarajärvi, Anneli 2001: Perhehoitotyön toteutuminen lasten hoitotyössä. Perheiden ja hoitohenkilökunnan käsityksiä perhehoitotyön nykytilanteesta Seinäjoen sairaalan lastentautien tulosyksikössä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Julkaisuja A: tutkimukset.
- Kinnunen, Tuula 2006: Vertaistuki erityislapsen vanhempien voimavarana. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Pro gradu-tutkielma. Kasvatustieteen laitos.

- Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999: Sisällön analyysi. *Hoitotiede*. 11 (1). 3-12.
- Metsämuuronen, Jari 2001: Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuutta etsimässä. Helsinki. International Methelp Ky.
- Metsämuuronen, Jari 2001: Metodologian perusteet ihmistieteissä. Helsinki. International Methelp Ky.
- Mikkola, Leena 2006: Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja.
- Munnukka-Dahlqvist, Merja 1994: Traumaattiset kriisit, selviytyminen ja auttaminen. Teoksessa Heiskanen, Tarja (toim.) 1994: Henkinen tuki ja onnettomuudet. Takaisin elämään. Porvoo. Kirjapaino.
- Mustajoki, Sanna 2000: Näyttöön perustuva hoitotyö ja sen hyödyllisyys hoitotyön käytännössä. Teoksessa Hupli, Maija – Jokinen, Satu – Lauri, Sirkka (toim.): *Hoitotiede - mitä, miten ja miksi? Osa III Näyttöön perustuva hoitotyö*. Turku: Turun yliopisto. Tutkimuksia ja raportteja A:29/2000. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.
- Lambert, Anna – Morris, Reg – Payne, Olivia 2007: Patient, carer and staff experience of a hospital-based stroke service. *International Journal for Quality in Health Care*. 19 (2). 105-111.
- Lauri, Sirkka 2003: *Näyttöön perustuva hoitotyö*. Helsinki. WSOY.
- Leino-Kilpi, Helena 2000: *Näyttöön perustuva hoitotyö: onko sitä?* Teoksessa Leino-Kilpi, Helena – Mikkola, Taru – Peiponen, Arja – Voutilainen, Päivi (toim.) 2000: *Hoitotyön vuosikirja 2001 –näyttöön perustuva hoitotyö*. Helsinki. Tammi.
- Leinonen, Saira 2000: *Sosiaalinen tuki ja aivohalvauspotilaan arkielämän selviytyminen*. Turku: Turun yliopisto. Sosiaalipolitiikan Pro gradu -tutkielma.
- Lindfors, Kirsi 2007: *Haasteena näyttöön perustuva hoitotyö -kyselytutkimus hoitotyön johtajille ja hoitotyöntekijöille*. Tampere: Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos.
- Liponkoski, Riitta –Routasalo, Pirkko 2001: Iäkkään kuntoutuspotilaan saama emotionaalinen tuki sairaalahoidon aikana. *Hoitotiede*. 13 (5). 258-265.
- Perälä, Marja-Leena 1999: *Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön*. Teoksessa Kangas, Riitta – Ranta, Jouko – Simoila, Riitta (toim.) 1999: *Hoitotyötä johtamaan*. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.
- Purola, Helena 2000: *Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä*. Oulun yliopisto. Verkkodokumentti. <http://herkules.oulu.fi/isbn_9514255550/html/index.html>. Luettu 31.3.2008.

- Pyysalo, Seija – Suominen, Tarja 1998: Haavoitetaanko aivohalvauspotilaita? Potilaat kertovat kokemuksistaan ja niiden vaikutuksista elämäänsä. Turku: Turun yliopisto. Tutkimuksia ja raportteja A:22. Hoitotieteen laitos.
- Rantanen, Anja 2002: Ohitusleikkauspotilaan ja hänen läheisensä saama sosiaalinen tuki ja elämänlaatu. Tampere: Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos.
- Ruishalme, Outi – Saaristo, Liisa 2007: Elämä satuttaa, kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki. Tammi.
- Sairanen, Tiina 2006: Aivoinfarkti. Verkkodokumentti. Duodecim. <<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50051>>. Luettu 2.5.2008
- Sarajärvi, Anneli 2007: Projektisuunnitelma 2006 - 2009. NÄPE- Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen vahvistaminen työelämässä -Helsingin kaupungin terveyskeskuksen akuuttisairaalaosaston ja Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian kehittämisprojekti. 1-19.
- Sarajärvi, Anneli – Tuomi, Jouni 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.
- Seitsamo, Susanna 1996: Miten minun käy? –tutkimus aivohalvauspotilaan pelon kokemuksista sekä hoitohenkilökunnalta saadun tuen kokemuksesta. Tampere: Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos.
- Stenbäck, Johanna 2005: Neurologisen potilaan ohjaus hoitohenkilöstön, potilaan ja omaisten arvioimana. Oulu: Oulun yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos.
- Systemaattinen tiedonhaku näyttöön perustuvaa lääketiedettä etsittäessä. Terkko 2004. Verkkodokumentti. <<http://www.terkko.helsinki.fi/bmf/joensuunesitys2.pdf>>. Luettu 18.2.2008.
- Särkioja, Tarja 2000: Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen ja soveltaminen käytäntöön. Teoksessa Hupli, Maija – Jokinen, Satu – Lauri, Sirkka (toim.): Hoitotiede - mitä, miten ja miksi? Osa III Näyttöön perustuva hoitotyö. Turku: Turun yliopisto. Tutkimuksia ja raportteja A:29/2000. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.
- Tanskanen, Anu: Sisällönanalyysi hoitotieteessä. Verkkodokumentti. Päivitetty 16.11.1999. <http://www.uta.fi/laitokset/hoito/www_oppimateriaali/luku5e.html>. Luettu 24.3.2008.
- Vilkka, Hanna 2005: Tutki ja kehitä. Helsinki. Otava.

Tutkimuksen tarkoitus:

- kuvata aivohalvauspotilaiden saamaa ammatillista ja sosiaalista tukea näyttöön perustuvassa hoitotyössä.

Aineiston hankinta

Tietokanta: Helka	Tietokanta: Kurre	Tietokanta: Linda	Tietokanta: Ovid, Cinahl, Medline	Manuaalinen haku
<p>1. haku: head injury OR cerebrovascular disease OR cerebrovascular disorder AND patient education OR supporting</p> <p>2. haku: aivohalvaukset OR potilaan ohjaus OR patient education</p> <p>3.haku: aivoverenkiertohäiriöt OR halvaukset AND tiedonanto OR ohjaus</p> <p>4.haku: patient education AND needs</p> <p>5.haku: patient education (fraasi) AND potilaan ohjaus (fraasi)</p> <p>6.haku: stand by OR contribute AND stroke</p> <p>7.haku: social support AND patient OR stroke</p> <p>Helkasta löytyi yhteensä 5 hyväksyttävää teosta opinnäytetyöhön.</p>	<p>8.haku: head injury OR cerebrovascular disease OR cerebrovascular disorder AND patient education OR supporting</p> <p>9.haku: aivohalvaukset OR stroke AND potilaan ohjaus OR patient education</p> <p>10.haku: aivoverenkiertohäiriöt OR halvaukset AND tiedonanto OR ohjaus</p> <p>Kurresta ei löytynyt yhtään hyväksyttävää teosta opinnäytetyöhön.</p>	<p>11.haku: aivohalvaukset AND kokemukset</p> <p>12.haku: aivoverenkiertohäiriöt OR kuntoutus</p> <p>13.haku: aivohalvaukset OR kuntoutus</p> <p>14.haku: head injury OR cerebrovascular disease OR cerebrovascular disorder AND patient education OR supporting</p> <p>15.haku: aivohalvaukset OR stroke AND potilaan ohjaus OR patient education</p> <p>16.haku: aivoverenkiertohäiriöt OR halvaukset AND tiedonanto OR ohjaus</p> <p>Lindasta löytyi yhteensä 6 hyväksyttävää teosta opinnäytetyöhön.</p>	<p>17.haku: experience AND stroke</p> <p>18.haku: stroke survivors AND support</p> <p>Ovidista löytyi 10 hyväksyttävää teosta opinnäytetyöhön.</p>	<p>Manuaalinen haku</p> <p>Manuaalisella haulilla löytyi 1 teos, joka sopi opinnäytetyöhön.</p>

Opinnäytetyöhön sopivia analysoitavia aineistoja löytyi yhteensä 20 kpl (sama aineisto saattoi löytyä useasta tietokannasta).

HAKU	HAKUOSUMAT	RAJAUS (VUOSI 1996-2008)	RAJAUS (OTSIKKO)	RAJAUS (TII-VISTELMÄ)	RAJAUS (TEOKSEN SOPIVUUS)	OPINNÄYTETYÖHÖN VALITUT TEOKSET
1.haku (Helka)	334 kpl	247 kpl	4 kpl	3 kpl	2 kpl	1. Pyysalo, Seija - Suominen, Tarja 2. Johansson, Sari
2.haku (Helka)	27 kpl	18 kpl	4 kpl	1 kpl	1 kpl	1. Pyysalo, Seija - Suominen, Tarja
3.haku (Helka)	19 kpl	14 kpl	0 kpl	0 kpl	0 kpl	-
4.haku (Helka)	218 kpl	133 kpl	2 kpl	2 kpl	2 kpl	1. Alanen, Seija 2. Johansson Sari
5.haku (Helka)	5 kpl	3 kpl	1 kpl	1 kpl	1 kpl	1. Stenbäck, Johanna
6.haku (Helka)	85 kpl	54 kpl	1 kpl	1 kpl	1 kpl	1. Buckman, Robert
7.haku (Helka)	49 kpl	48 kpl	3 kpl	1 kpl	1 kpl	1.Mikkola, Leena
8.haku (Kurre)	166 kpl	165 kpl	4 kpl	0 kpl	0 kpl	-
9.haku (Kurre)	26 kpl	21 kpl	6 kpl	0 kpl	0 kpl	-
10.haku (Kurre)	31 kpl	30 kpl	6 kpl	0 kpl	0 kpl	-
11.haku (Linda)	15 kpl	14 kpl	7 kpl	5 kpl	5 kpl	1. Purola, Helena 2. Seitsamo, Susanna 3. Pyysalo, Seija - Suominen, Tarja 4. Jumisko, Eija 5. Koskelainen, Riikka - Mild, Minna - Rantasalo, Hiltu
12.haku (Linda)	36 kpl	25 kpl	9 kpl	1 kpl	0 kpl	-
13.haku (Linda)	80 kpl	53 kpl	3 kpl	1 kpl	1 kpl	1. Muhonen, Minna

HAKU	HAKUOSUMAT	RAJAUS (VUOSI 1996-2008)	RAJAUS (OTSIKKO)	RAJAUS (TIIVISTELMÄ)	RAJAUS (TEOKSEN SOPIVUUS)	OPINNÄYTETYÖHÖN VALITUT TEOKSET
14.haku (Linda)	747 kpl	458 kpl	8 kpl	4 kpl	3 kpl	1. Pyysalo, Seija - Suominen, Tarja 2. Johansson, Sari 3. Honkasalo, Marja-Liisa ym.
15.haku (Linda)	75 kpl	31 kpl	4 kpl	2 kpl	2 kpl	1. Pyysalo, Seija - Suominen, Tarja 2. Koskelainen, Riikka - Mild, Minna - Rantasalo, Hiltu
16.haku (Linda)	41 kpl	32 kpl	1 kpl	0 kpl	0 kpl	-
17.haku (Ovid: Cinahl, Medline)	3910 kpl	3116 kpl	72 kpl	14 kpl	6 kpl	1. Cowdell, Fiona - Garrett, Dawne 2. Ahlström, Gerd - Appelros, Peter - Pettersson, Ingvor 3. Hill, Robert - Marletta, Sylvia - Martin, Brendan J. - Hearty, Morag - Yip, Brigitte 4. Harrison, B. - Murray C.D. 5. Häggström, Anna - Larsson Lund, Maria 6. Lambert, Anna - Morris, Reg - Payne, Olivia
18.haku (Ovid: Cinahl, Medline)	829 kpl	755 kpl	29 kpl	12 kpl	4 kpl	1. Butt, Zeeshan - Cella, David - Heinemann, Allen - Lynch, Elizabeth - Nowinski, Cindy - Perez, Lori - Victorson, David 2. Jones, Fiona - Mandy, Anne - Partridge, Cecily 3. Barker, Ruth - Brauer, Sandra 4. Ayers, Denise - Coelling, Harriet - Egbert, Nichole - Koch, Lynn

TIETOKANTA	TEKIJÄT	VUOSI, TYYPPI, JULKAISUPAIKKA	AINEISTON OTSIKKO	TUTKIMUS-TEHTÄVÄT TAI TAVOITTEET	MENETELMÄ	KESKEISET TULOKSET
Helka	Stenbäck, Johanna	2005, Pro gradu, Oulun yliopisto	Neurologisen potilaan ohjaus hoitohenkilöstön, potilaan ja omaisen arvioimana.	Millaiset ovat neurologisen hoitohenkilöstön ohjausvalmiudet? Millaisiksi neurologiset potilaat ja omaiset arvioivat hoitohenkilöstön ohjausvalmiudet, ohjauksen riittävyyden ja tärkeyden sekä ohjaustapahtuman ja ohjauksen puitteet? Miten ohjausta voidaan kehittää?	Määrällinen: kyselylomake (33 hoitohenkilökunnasta, 36 potilasta, 25 omaista) ja sen analysointi.	Hoitohenkilöstön tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset valmiudet ohjaukseen olivat hyvät. Ohjaus arvioitiin riittäväksi ja tärkeäksi. Potilaat ja omaiset eivät mielestään saaneet tarpeeksi tietoa sosiaalietuuksista ja kuntoutuksesta, he kaipaavat myös ohjauksen soveltamista yksilöllisemmäksi. Ohjaukseen käytettiin liian vähän aikaa, tiloja ja henkilökuntaa. Ohjausmateriaalia ja menetelmää tulisi kehittää, henkilökuntaa lisätä ja tehdä ohjaustilat häiriötömmiksi.
Helka	Mikkola, Leena	2006, Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto	Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa.	Tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää sosiaalista tukea potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa osastohoidossa.	Laadullinen: potilaiden (14kpl) ja hoitajien (12 kpl) haastattelu ja havainnointi sekä tulosten analyysi.	Potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta säätelevät hoitoprosessin vaihe, hoitotoimenpide, osaston toiminnan rutiinit, vuorovaikutuksen paikka, potilaan voiminti ja läsnä olevien henkilöiden määrä ja rooli. Kaikki em. vaikutustavat vuorovaikutuksen sisältöön, määrään ja läheisyyden asteeseen.

TIETOKANTA	TEKIJÄT	VUOSI, TYYPPI, JULKAISUPAIKKA	AINEISTON OTSIKKO	TUTKIMUS-TEHTÄVÄT TAI TAVOITTEET	MENETELMÄ	KESKEISET TULOKSET
Helka, Linda	Johansson, Sari	2007, Pro gradu, Turun yliopisto	Kirjallisen potilasohjeen vastaavuus aivovammapotilaiden ja heidän läheistensä tiedon odotuksiin hoidon alkuvaiheessa.	Mitä tietoa aivovammapotilaat ja heidän läheisensä odottavat saavansa hoidon alkuvaiheen aikana sairaalassa? Vastavatko kirjalliset potilasohjeet potilaiden ja heidän läheistensä odotuksia?	Laadullinen: 2 eri ryhmähaastattelua (potilaita ja omaisia) ja teorialähtöinen sisällönanalyysi.	Potilaat ja omaiset näyttivät saaneen tietoa vähän hoidon alkuvaiheessa ja tietoa joutui usein kysymään itse. Potilaalle tietoa annettaessa tulisi huomioida potilaan vastaanottokyky (muistihäiriöt, sekavuus). Läheisillä tiedon vastaanottamista saattaa estää järkytys tapahtuneesta. Edistävää tekijöitä: tiedon tarjoaminen vähitellen ja kertaaminen, suullisen tiedon lisäksi ohjeet kirjallisena-kin.
Helka, Linda	Pyysalo, Seija – Suominen, Tarja	1998, Pro gradu, Turun yliopisto	Haavoitetaanko aivohalvauspotilaita? Potilaat kertovat kokemuksestaan ja niiden vaikutuksista elämäänsä.	Tuottaa tietoa aivohalvauspotilaiden haavoittuvuuden kokemuksia ja niiden vaikutuksista heidän elämäänsä.	Laadullinen: haastattelu (7 aivohalvaus- potilasta) ja aineiston analyysi.	Tuloksena 4 pääluokkaa (oman kehon muutokset, huonot hoitokokemukset, elämänmuutokset, henkinen loukkaaminen), jotka kuvaavat haavoittuvuuden kokemuksia ja 2 pääluokkaa (tunteiden vaihtelut, syrjäytyminen) haavoittuvuuden vaikutuksista ihmiseen.
Manuaalinen haku	Leinonen, Saila	2000, Pro gradu, Turun yliopisto	Sosiaalinen tuki ja aivohalvauspotilaan arkielämän selviytyminen.	Millainen on aivohalvauspotilaan läpikäymä kriisi ja miten siitä selviydytään? Mikä on sosiaalisen tuen merkitys aivohalvauspotilaan arkielämän selviytymiselle ja millaista sosiaalisen tuen tulisi olla?	Laadullinen: teemahaastattelut (5 potilaille) kahteen kertaan ja aineiston analyysi.	Haastattelujen arkielämän selviytymisen edellytys oli ulkopuolisten antama tuki. Tuen antajina korostuivat omaiset, tuttavat ja ammattihenkilöstö sekä tuen lisäksi tärkeässä osassa olivat omat persoonalliset voimavarat. Tukea tarvittiin erityisesti kotiutumisen alkuvaiheessa.

TIETOKANTA	TEKIJÄT	VUOSI, TYYPPI, JULKAISUPAIKKA	AINEISTON OTSIKKO	TUTKIMUS-TEHTÄVÄT TAI TAVOITTEET	MENETELMÄ	KESKEISET TULOKSET
Manuaalinen haku	Hjelmblink, Finn	2008, Väitöskirja, Uppsalan yliopisto	Understanding life after stroke.	Päätarkoituksena oli tutkia elämäntarkoitusta ja sen laatua iäkkäämmillä aivo-ohalvauopotilailta.	Laadullinen: 19 iäkkään potilaan haastattelu kahteen kertaan vuoden aikana + aineiston analyysi.	Potilaat kertoivat aivoohalvausoireiden merkityksestä, sosiaalisista menetyksistä, olemassa olevasta kriisistään, vammoistaan ja kuntoutumisestaan. Tuloksista ilmeni potilaiden strategia aivoohalvauksesta selviytymiseen vammoista huolimatta. Tukea ammattihenkilöstöltä kaivattiin enemmän, potilaat kokivat, että hoitohenkilökunta ei osannut vastata potilaiden tarpeisiin.
Linda	Joenpelto, Liisa	2001, Pro gradu, Turun yliopisto	Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen selviytyminen kotona – 3 ensimmäistä kuukautta.	Kuvata tekijöitä, jotka vaikeuttavat aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen läheisensä kotona selviytymistä. Kuvata tekijöitä, jotka tukevat aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen läheisensä kotona selviytymistä.	Laadullinen: Laadulla haastattelu (5 potilasta), analysointi ATLAS/ti-ohjelmalla.	Selviytymistä vaikeutti sairauden aiheuttamat haitat, henkilökunnan ammatillisuuden ja yhteistyön puute, kuntoutuksen puute, apuvälineiden ja avun riittämättömyys, ohjauksen ja neuvonnan puute, sosiaalinen eristäytyneisyys. Selviytymistä tuki hyvä hoito, toimivat palvelut, ohjaus, neuvonta, emotionaalinen tuki ja sopeutumisen uuteen tilanteeseen.
Linda	Purola, Helena	2000, Väitöskirja, Oulun yliopisto	Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä.	Kuvata kotona asuvien aivoverenkiertohäiriöpotilaiden ja heidän omais-tensa kokemuksia selviytymisestä. Ja tarkastella, millaisia yhtäläisyyksiä ja eroja selviytymiskokemuksissa on.	Laadullinen: Haastattelu (18 potilasta ja 20 heidän omais-taan), tulosten analysointi fenomenologisella analyysimenetelmällä.	Potilaiden vastauksista muodostettiin 6 erilaista selviytymistyyppiä ja omaisten aineistosta 5 selviytymistyyppiä. Potilaiden ja omaisten kokemuksista paljastui sekä samankaltaisuuksia että eroja.

TIETOKANTA	TEKIJÄT	VUOSI, TYYPPI, JULKAISUPAIKKA	AINEISTON OTSIKKO	TUTKIMUS-TEHTÄVÄT TAI TAVOITTEET	MENETELMÄ	KESKEISET TULOKSET
Linda	Seitsamo, Susanna	1996, Pro gradu, Tampereen yliopisto	Miten minun käy? -tutkimus aivohalvauspotilaan pelon kokemuksista sekä hoitohenkilökunnalta saadun tuen kokemuksesta.	Mitkä asiat aivohalvaukseen sairastunut kokee pelkoa aiheuttaviksi? Minkälaista tukea potilaat kokevat saavansa hoitotyöntekijöiltä pelkojensa kohtaamiseen?	Laadullinen: teemahaastattelu (5 haastattelutavaa) ja aineistoanalysoitiin sisällönerittelyn avulla.	Sairastuneilla esiintyy kahdenlaisia pelkoja: sairaalahoidon aikaisia ja tulevaisuuteen kohdistuvia pelkoja.
Linda	Koskelainen, Riikka - Mild, Minna - Rantasalo, Hiltu	1998, Opinnäytetyö Turun AMK	Aivohalvaukspotilaan ohjaus sairaalassaolo aikana: potilaan kokemukset saamastaan ohjauksesta.	1. Millaiseksi aivohalvaukspotilaat arvioivat saamansa ohjauksen määrää ja laatua? 2. Miten aivohalvaukspotilaan omaiset otetaan huomioon ohjausprosessissa? 3. Miten aivohalvaukspotilaat kokevat selviytyvänsä kotona?	Kotiin lähetettävä kyselylomake, osallistujia yhteensä 52 + tulosten analyysi.	Aivohalvaukspotilaat saavat yleisesti ottaen riittävästi ohjausta, mutta tietoa kaivattiin lisää omaan sairauteen liittyvistä asioista, erityisesti tutkimustuloksista ja sairauteen liittyvästä masennuksesta.

TIETOKANTA	TEKIJÄT	VUOSI, TYYPPI, JULKAISUPAIKKA	AINEISTON OTSIKKO	TUTKIMUS-TEHTÄVÄT TAI TAVOITTEET	MENETELMÄ	KESKEISET TULOKSET
Linda	Jumisko, Eija	1998, Pro gradu, Oulun yliopisto	Aivohalvauspotilaiden kokemuksia sairastumisestaan ja saamastaan hoidosta.	Miten aivohalvauspotilaat kokevat sairastumisensa? Miten aivohalvauspotilaat kokevat saamansa hoidon ja millaisia toiveita heillä on hoidon kehittämiseksi?	Laadullinen: teemaahaastattelu seitsemältä aivohalvauspotilaalta. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin avulla.	Kokemuksia sairastumisesta: yllättävä, aiheutti surua ja pelkoa, häpeä, ei pystynyt enää hallitsemaan omaa kehoansa, roolimuu- tokset sekä fyysiset- ja psyykkiset muutokset. Kokemuksia saama- taan hoidosta: Hyvä: hoitohenki- lökunta ystävällinen ja vuorovai- kutus hyvä, potilasta informoitiin hyvin lääkityksestä sekä kotona selviytymisestä. Huonoa: hoi- tajien ja lääkärin kiireellisyys, puutteellinen informointi sairau- desta ja sen vaikutuksista sekä hoitoratkaisuista. Kehittämistöi- veita: Toivottiin enemmän aikaa lääkäreiltä ja hoitajilta, potilaat halusivat osallistua enemmän oman hoitonsa suunnitteluun sekä kotiutustilanteen helpottaminen.
Ovid; Cinahl, Medline	Ayers, Denise – Coelling, Harriet – Egbert, Nichole – Koch, Lynn	2006, Tutkimusartikkeli, Health Com- munication -lehti	The Role of Social Support in the Family and Community Integration of Right-Hemisphere Stroke Survivors.	Ymmärtää paremmin prosessia, jonka avulla aivohalvauspotilas palaa takaisin elämänsä (perheeseen ja yhteisöön) sosiaali- sen tuen avulla.	Laadullinen: haastattelu (12 potilasta, 13 läheistä) + tulosten analysointi.	Tulosten mukaan aivohalvauspo- tilaan tulee hyväksyä tietyt asiat kuntoutuakseen, 7 tärkeintä nousi esille: fyysiset viat, kognitiiviset/havainnolliset muutokset, emotio- naaliset vaikeudet, haasteet päivit- täisissä toiminnoissa ja vuorovai- kutussuhteissa sekä työasioissa, taloudelliset muutokset.

TIETOKANTA	TEKIJÄT	VUOSI, TYYPPI, JULKAISUPAIKKA	AINEISTON OTSIKKO	TUTKIMUS-TEHTÄVÄT TAI TAVOITTEET	MENETELMÄ	KESKEISET TULOKSET
Ovid; Cinahl, Medline	Butt, Zeeshan – Cella, David – Heinemann, Al-lynen – Lynch, Elizabeth – Nowinski, Cindy – Perez, Lori – Victorson, David	2008, Tutkimusartikkeli, Journal of Rehabilitation medicine -lehti.	A qualitative study of quality of life after stroke: the importance of social relationships.	Kuvata aivohalvaukseen potilaan elämänlaatua potilaan ja läheisen näkökulmasta.	Laadullinen: haastattelu (9 potilasta, 6 omaista) + tulosten analyysi.	Tutkimuksessa nousi potilaan näkökulmasta esille seuraavat asiat, jotka vaikuttavat elämänlaatuun: sosiaalinen tuki, selviytymismekanismit, kommunikaatio, fyysinen toiminta ja itsenäisyys.
Ovid; Cinahl, Medline	Ahlström, Gerd – Appelros, Peter – Pettersson, Ingvor	2007, Tutkimusartikkeli, Canadian journal of occupational therapy -lehti.	Lifeworld perspectives utilizing assistive devices: Individuals, lived experience following a stroke.	Selvittää liikuntajoitteisen aivohalvaukseen potilaan kuvausta elämänsä kotoa liikkumiseen tarkoitettujen apuvälineiden kanssa.	Laadullinen: haastattelu (22 potilasta) + tulosten analyysi.	Tulosten mukaan liikkumiseen tarkoitettu apuväline koettiin positiivisesti ja negatiivisesti. Se auttoi potilasta itsenäisessä liikkumisessa, mutta sen käyttö muistutti heitä myös liikkumisen rajallisuudesta. Näitä kokemuksia peitettiin mm. omaan kehoon, suhteisiin muiden ihmisten kanssa sekä aikaan.
Ovid; Cinahl, Medline	Harrison, B. – Murray C.D.	2004, Tutkimusartikkeli, Disability and Rehabilitation -lehti.	The meaning and experience of being a stroke survivor: an interpretative phenomenological analysis.	Tutkia aivohalvaukseen potilaan tarkoitusta ja kokemuksia selviytymisestä.	Laadullinen: haastattelu (5 potilasta) haastateltiin kasvokkain, 5 internetin kautta) + tulosten analyysi.	Tutkimuksesta nousi esille 4 teemaa: häiriöt kehossa ja tunne itsensä menettämisestä, vaikeus emotionaalisten tunteiden osoittamisessa (reagoi tahattomasti väärällä tavalla eri tilanteissa), muutokset romantiikan kokemisessa ja seksuaalisuus -muutokset (potilas ei pidä itseään enää arvokkaana yksilönä, osalle avioero), vuorovaikutussuhteiden muutokset.

TIETOKANTA	TEKIJÄT	VUOSI, TYYPPI, JULKAISUPAIKKA	AINEISTON OTSIKKO	TUTKIMUS-TEHTÄVÄT TAI TAVOITTEET	MENETELMÄ	KESKEISET TULOKSET
Ovid; Cinahl, Medline	Barker, Ruth – Brauer, Sandra	2005, Tutkimusartikkeli, Disability & Rehabilitation -lehti	Upper limb recovery after stroke: The stroke survivors' perspective.	Tutkia, kuinka aivo- halvauksesta sel- viytyneet kuvaavat paranemista, kertovat tekijöistä, joiden uskovat vaikuttaneen paranemiseen sekä määrittää tapa, jolla halvaantuneen raajan kuntoutuminen mak- simoitii.	Laadullinen: haastattelu (19 potilasta, 9 puolisoa) + tulosten ana- lyysi.	Aivohalvauksesta selviytyneet henkilöt ottivat kuntoutumisen vastaan avoimin mielin, eivätkä he luopuneet toivosta. Toisten antaman tuen, aktiivisen ja sään- nöllisen kuntoutuksen avulla paraneminen onnistui paremmin. Myös riittävä tiedonsaanti ja pa- laute kuntoutumisen etenemisestä vaikutti positiivisesti aivohalva- uksesta paranemiseen.
Ovid; Cinahl, Medline	Lambert, Anna – Morris, Reg – Payne, Olivia	2007, Tutkimusartikkeli, International journal for quality in health care -lehti.	Patient, carer and staff experience of a hospital-based stroke service. International journal for quality in health care.	Kartoittaa kokemuk- sia aivohalvauspoti- laan hoidon kulusta sairaalassa potilaan, omaisen ja hoitohen- kilökunnan näkökul- masta.	Laadullinen: haastattelu (11 potilasta, 6 omaista, 11 eri hoitohenkilö- kunnan edusta- jaa)	Potilaat nostivat tutkimuksessa tärkeiksi asioiksi seuraavat osa- alueet: tiedonsaaminen, hoito- henkilökunnan asenteet, hoidon saatavuus sekä hoitajan arvioimi- nen kokonaisuudessaan.
Ovid; Cinahl, Medline	Hägström, Anna – Larsson Lund, Maria	2007, Tutkimusartikkeli, Journal of Rehabilitation Medicine.	The complexity of participation in daily life: A qualitative study of the experiences of persons with acquired brain injury.	Kuvata ja edistää ym- märrystä siitä, kuinka aikuiset, joilla on aivovamma, kokevat osallistumisensa päi- vittäiseen elämään.	Laadullinen: haastattelu (11 potilasta) + tulosten sisäl- lönanalyysi.	Potilaat kertoivat kokemuksiaan viidestä eri osa-alueesta, jotka vaikuttavat heidän elämäänsä: selviytyminen eri tehtävistä, päätöstenteko ja vaikuttaminen eri asioihin, saada olla osallisena merkityksellisissä toiminnoissa, toisten puolesta tekeminen sekä kuuluvuuden tunne.

TIETOKANTA	TEKIJÄT	VUOSI, TYYPPI, JULKAISUPAIKKA	AINEISTON OTSIKKO	TUTKIMUS-TEHTÄVÄT TAI TAVOITTEET	MENETELMÄ	KESKEISET TULOKSET
Ovid; Cinahl, Medline	Hill, Robert - Marletta, Sylvia-Martin, Brendan J. - Hearty, Morag - Yip, Brigitte	2002, Tutkimusartikkeli, Scottish medical journal -lehti.	Outcome, functional recovery and unmet needs following Acute Stroke. Experience of patient follow up at 6 to 9 months in a newly established Stroke Service.	Arvioida kotona asuvien aivohalvauksesta kuusi kuukautta sitten selviytyneiden edistymistä kuntoutumisesta ja aivohalvauksen uusiutumiseen liittyvien ennaltaehkäisevien neuvojen noudattamisesta. Lisäksi tavoitteena oli arvioida potilaiden tyydyttämättömät tarpeet.	Määrällinen: 179 kotona asuvan potilaan tuen tarpeen määrittely kotikäynnillä 6 ja 9 kuukauden kuluttua sairaalasta kotiutumisen jälkeen.	Tuloksista ilmeni, että potilaat kaipasivat enemmän ohjaamista myös kotiutuksen jälkeen. He toivoivat myös lisää tuen saamista ja perusterveydenhuollon aktiivisempaa osallistumista potilaan hoitoon kotiutumisasiheissa.
Ovid; Cinahl, Medline	Jones, Fiona - Mandy, Anne - Partridge, Cecily	2008, Tutkimusartikkeli Disability & Rehabilitation -lehti	Reasons for recovery after stroke: A perspective based on personal experience	Oppia enemmän yksilöllisistä uskomuksista ja henkilökohtaisista toimintatavoista, joita käytetään aivohalvauksen jälkeisen kuntoutuksen tukena. Pyrkimyksenä tunnistaa tekijät, jotka mahdollistavat ja tuovat haasteita kuntoutumiseen.	Laadullinen: haastateltu 10 aivohalvauksesta selvinnyttä. Analysoitu sisällönanalyysillä.	Tutkimuksessa löytyi kaksi pääteemaa, jotka auttavat/ vaikuttavat kuntoutumisen tukemisessa → sisäiset tekijät (potilaasta itsestä tulevat esim. optimismi, pelot) ja ulkoiset tekijät (mm. fysio-, toiminta- ja puheterapian vaikutus.