

Heli Palmèn, Laura Puurunen, Ann-Mari Skutnabb

**AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN OHJAUKSESSA ILMENEVÄT HAAS-
TEET**

Opinnäytetyö

AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖPOTILAAN OHJAUKSESSA ILMENEVÄT HAAS- TEET

Heli Palmèn, Laura Puurunen, Ann-
Mari Skutnabb
Opinnäytetyö
Kevät 2017
Hoitotyö
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoidon suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Heli Palmèn, Laura Puurunen, Ann-Mari Skutnabb
Opinnäytetyön nimi: Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjauksessa ilmenevät haasteet
Työn ohjaajat: Pirkko Sandelin, Pia Mäenpää
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2017
Sivumäärä: 52 + 8

Vuosittain 25 000 suomalaista sairastuu aivoverenkiertohäiriöön, joka on myös suomalaisten kolmanneksi yleisin kuolinsyy. Joka toiselle sairastuneelle jää aivoverenkiertohäiriöstä pysyvä haitta, joista puolet ovat vaikea-asteisia. Neljännes sairastuneista toipuu täysin oireettomaksi. Tehokkaan alkuvaiheen kuntoutuksen avulla voidaan vähentää aivoverenkiertohäiriön aiheuttamaa pysyvää vammautumista ja potilaiden myöhempää hoidon tarvetta. Akuutti- ja toipumisvaiheessa potilasohjauksen tarve on suurimmillaan, koska hoitotyön toiminnot ja potilaan kuntoutus tapahtuvat potilasohjauksen avulla. Tämän opinnäytetyön lähtökohtana on tutkia aivoverenkiertohäiriöpotilaan haasteellista ohjausta ottaen huomioon potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat sekä sairaudesta johtuvat toimintakyvyn ongelmat. Työssä on huomioitu myös potilaan omaisen ohjaus.

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan aivoverenkiertohäiriöpotilaan haasteellista ohjausta, jonka onnistumisen ja toteutuksen kannalta keskeistä on potilaan voimavarat ja aivoverenkiertohäiriöstä johtuvat toiminnalliset rajoitukset. Opinnäytetyössämme tarkastellaan potilasohjausta hoitotyön näkökulmasta kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmällä. Katsaukseen valikoidun aineiston analysointi on toteutettu abduktiivisella sisällönanalyysillä, jonka tavoitteena on muodostaa yhteenvedoita aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjauksessa suositeltavista ohjaus- ja havainnollistamismenetelmistä sekä ohjauksessa huomioitavista potilaan toiminnallisista haasteista. Opinnäytetyö on toteutettu Oulun ammattikorkeakoulussa osana hoitotyön koulutusohjelmaa, yhteistyössä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin neurokirurgian vuodeosasto 2:n kanssa.

Tulosten perusteella aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjauksen haasteena on ohjaajan ja ohjattavan välinen vuorovaikutus ja siihen vaikuttavat tekijät. Potilasohjaus edellyttää toimivia kommunikatiokeinoja. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjauksessa potilaan toiminnalliset ja kognitiiviset rajoitukset vaikuttavat ohjauksen toteutukseen ja käytettäviin menetelmiin. Aivoverenkiertohäiriöön liittyvien oireiden, kuten masennuksen ja oiretiedostamattomuuden tunnistaminen ovat ohjauksen kannalta keskeisiä. Osaltaan opinnäytetyönä tuotettavasta tiedosta hyötyvät potilaat ja heidän omaisensa sekä terveydenhuollon ammattihenkilöt, alan opiskelijat ja opettajat. Tutkimus nostaa esiin myös jatkotutkimushaasteita, kuten ohjauksen kirjaaminen sairaalajakson aikana sekä omaisen ohjaaminen potilaan kotiutumisvaiheessa ja sen jälkeen.

Asiasanat: Aivoverenkiertohäiriö, aivoverenkiertohäiriöpotilas, potilasohjaus, ohjausmenetelmä, toimintakyky, kommunikaatio

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Heli Palmèn, Laura Puurunen, Ann-Mari Skutnabb
Title of thesis: The challenging guidance of a stroke patient
Supervisors: Pirkko Sandelin, Pia Mäenpää
Term and year when the thesis was submitted: Spring 2017
Number of pages: 52 + 8

Annually 25 000 Finns are effected by cerebrovascular accident, stroke, and in Finland it is the third common cause of death. Every second patient who gets a stroke, suffers permanent handicap, of which half are severe. Every fourth recovers fully without any symptoms. The need for patient's guidance is the biggest during the stroke's acute and recovery stage. With an effective rehabilitation in the beginning, traumatisation caused by sickness and need for the later care can be reduced. Rehabilitation is sustaining and it continues for a long time in patient's everyday life. The starting point of this thesis is to study the challenging guidance of the patient suffered by the stroke, by taking into account patient's own resources as well as cognitive, physical and psychosocial problems and the guidance from the relatives point of view.

In this thesis we examine the challenging guidance of a stroke patient. The success and execution of the guidance is essential due to the critical matters such as patient's physical, psychological and social resources as well as the functional changes caused by the stroke. In our thesis we observe the patient's guidance from the nursing point of view by studying the literature related to thesis subject. Analysis of the material chosen to this review, has been implemented by using the method of abductive content analysis. Target of the analysis has been a summary based on sources of recommended guidance of steering and visual methods for stroke patients, including also functional restrictions effecting the patient. Thesis has been carried out as a part of the Degree Programme in Nursing in the Oulu University of Applied Sciences, together with the neurosurgery ward 2 of health care district of Northern Ostrobothnia.

Results shows the challenges of the guidance for the stroke patient, where in order to make guidance successful, there has to be a common way of communication between the instructor and the patient to be guided. Instructor needs to understand the changes in brains caused by the illness. Successful guidance pays attention to patient's individual needs and functional restrictions, which both needs to be considered when the ways and methods of the guidance are implemented. Depression is often linked to the illness, which also needs to be taken into account in the comprehensive care. The information brought by this thesis will be useful for the patients and their relatives as well the professionals, students and teachers in the health care sector. This study brings up the needs for further research, such as the documenting the guidance during care in the ward and guidance of the relatives during the discharge from the hospital and after that.

Keywords: stroke, stroke patient, stroke survivor, guidance, counselling, methods of guidance, function, communication

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖPOTILAAN OHJAUS	8
2.1	Aivoverenkiertohäiriöt	8
2.2	Potilasohjaus	9
2.3	Aivoverenkiertohäiriön merkitys potilasohjauksessa	11
2.4	Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutukseen liittyvä ohjauksen tarve	11
2.5	Toimintakyvyn ulottuvuudet	13
2.6	Aivoverenkiertohäiriön vaikutukset toimintakykyyn	14
2.7	Aivoverenkiertohäiriöihin liittyvät kommunikaatiovaikeudet	17
2.8	AVH-potilaan puhetta tukevat ja korvaavat kommunikaatiomenetelmät	19
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	21
4	KUVAILEVAN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN	22
4.1	Aineiston keruu	23
4.2	Hakustrategia	25
4.3	Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys	26
4.4	Aineiston abduktiivinen sisällönanalyysi	26
5	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELUA	28
5.1	AVH-potilailla ilmeneviä uuden oppimiseen ja tiedon omaksumiseen liittyviä ongelmia	28
5.2	AVH-potilaan ohjaukseen suositeltavat ohjausmenetelmät	35
5.3	AVH-potilaan ohjaukseen suositeltuja havainnollistamismenetelmiä	37
6	POHDINTA	39
6.1	Tulosten tarkastelua	39
6.2	Luotettavuus ja eettisyys kirjallisuuskatsauksessa	41
6.3	Aineiston analysointi	41
6.4	Johtopäätökset ja uudet haasteet	42
6.5	Omat oppimiskokemuksemme	43
	LÄHTEET	45
	LIITTEET	52

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöistä (AVH) aiheutuu vuosittain arviolta 1,1 miljardin valtakunnalliset kustannukset. Yhtä suomalaista potilasta kohden AVH:n elinikäiskustannukset ovat arviolta 80 000 euroa. Ensimmäisen vuoden hoitokustannukset on arvioitu noin 21 000 euron suuruiseksi, josta yli puolet syntyy akuuttivaiheen hoidosta. AVH-potilaiden hoitoon käytetään erikoissairaanhoidossa vuosittain 400 000 hoitopäivää ja perusterveydenhuollossa 1 400 000 hoitopäivää. Pitkien hoitojaksojen ja työkyvyttömyyden vuoksi AVH:t ovat valtiontalouden kannalta kolmanneksi kallein sairaus mielen-terveyden häiriöiden ja dementian jälkeen. Suomalaisista AVH-potilaista joka neljäs on työikäinen ja vuosittain noin 850 henkilöä joutuu jäämään työkyvyttömyyseläkkeelle AVH:n takia. (Käypä hoito -suositus 2016, viitattu 6.4.2017.)

Noin 40 % AVH-potilaista tarvitsee pitkäkestoista kuntoutusta ja noin 10–20 % potilaista jää lähes täysin riippuvaiseksi ulkopuolisesta avusta tai hoivasta. AVH vaikuttaa ihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaalisen toimintakykyyn, jolloin potilaan elämänlaatu heikkenee pitkäaikaisesti. Joillakin potilailla elämänlaadun heikkeneminen on pysyvää. Akuutti- ja toipumisvaiheessa potilasohjauksen tarve on suurimmillaan, koska potilas tarvitsee tässä vaiheessa eniten hoidollisia toimenpiteitä ja niiden lisäksi avustamista päivittäisissä toiminnoissa. Ohjauksen tarve riippuu potilaan yksilöllisistä tarpeista, joihin vaikuttavat AVH:n sijainti ja sen aiheuttamien kudosis- ja hermovaurioiden laajuus. (Aivoliitto 2015, 3-5, viitattu 3.4.2016.)

Potilasohjaus tulee erityisen näkyväksi kuntoutuksessa, joka toteutuu potilasta ohjaamalla. Kuntoutuksen avulla voidaan parantaa AVH-potilaan elämänlaatua, sekä vähentää AVH:n aiheuttamia välittömiä ja välillisiä terveydenhoitomenoja. Suomi on AVH-potilaiden hoidon kärkimaita Euroopassa, mutta palveluiden saatavuudessa on vielä kehittämistä. Kaikissa Suomen yliopistosairaaloissa ja lähes kaikissa keskussairaaloissa on AVH-potilaiden hoitovalmius, mutta ei AVH-potilaiden kuntoutukseen erikoistuneita yksiköitä. Tehokkaan alkuvaiheen hoidon ja kuntoutuksen avulla voidaan vähentää sairauden aiheuttamaa vammautumista ja potilaiden myöhäisempää hoidon tarvetta. (Kaste 2007, viitattu 17.8.2016.)

Jopa puolella AVH-potilaista on fyysisiä, kognitiivisia tai emotionaalisia toimintakyvyn ongelmia kotiutumisvaiheen jälkeen. (Käypä hoito -suositus 2016, viitattu 6.4.2017.) Tämän opinnäytetyön lähtökohtana on käytännön hoitotyössä ilmenevä ja hoitotyöntekijöitä puhuttanut aihe; AVH-potilaan ohjauksessa ilmenevät haasteet. Oman hoitotyön kokemuksemme mukaan AVH-potilaan ohjaus on erityisen haastavaa potilaan alentuneen kognition ja toimintakyvyn asettamien rajoitusten takia. Potilasta ohjaavan henkilön tulee ymmärtää potilaan rajallinen kyky omaksua ohjaukseen liittyvää tietoa. Potilasohjausta toteuttavan tulee osata hyödyntää puhetta tukevia ja korvaavia kommunikaatiomenetelmiä sekä ohjata potilasta itseään niiden käytössä.

Yhteistyökumppanimme Oulun yliopistosairaalan (OYS) kehittämistoiminnan yhtenä osa-alueena on potilasohjaukseen liittyvien käytänteiden tarkastelu ja yhtenäistäminen. Sairaanhoidopiirissä on myös toteutettu kolmivaiheinen kehittämishanke, jonka puitteissa selvitettiin mitä kehittämistarpeita potilasohjauksessa havaittiin. Hankkeessa perustettiin yhdeksän työryhmää, joiden tehtävänä oli kehittää uusia ohjausmalleja havaittujen kehittämishaasteiden pohjalta. Työryhmien kehittämisen kohteina olivat: ohjauksen organisointi, ohjaustapahtuma prosessina, vuorovaikutus ja ohjaussuhteen rakentaminen, sosiaalinen tuki, omaisten ohjaus, puhelinohjaus sekä ryhmäohjaus. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 2, viitattu 9.1.2017.)

Eri toimintayksiköiden väliset erot potilasohjauksen toteutuksessa saattavat heikentää potilaalle annettavan ohjauksen laatua (Kaakinen 2013, 15, viitattu 23.4.2016). Ohjauk käytäntöjä yhtenäistämällä voidaan vähentää hoitohenkilökunnan päällekkäisiä työtehtäviä ja näin tehostaa hoitotyöhön kuluvan ajan käyttöä. Opinnäytetyömme taustalla on tarve herättää keskustelua, miten AVH-potilaan ohjauksessa ilmeneviin haasteisiin tulisi vastata. Tässä opinnäytetyössä on kuvailtu, mitä potilaan yksilölliseltä ohjaukselta vaaditaan.

2 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖPOTILAAN OHJAUS

Aivojen toimintahäiriön taustalla olevia syitä ovat trauman aiheuttama aivovamma, aivokasvain, infektio tai aivoverenkiertohäiriö. Aivoverenkierronhäiriöt aiheuttavat nopeasti pysyviä vaurioita keskushermostossa, joka saa tarvitsemaansa happea ja glukoosia verenkierron välityksellä. Hapettomuus aiheuttaa pysyviä vaurioita jo muutamassa minuutissa. (Käypä hoito -suositus 2016, viitattu 6.4.2017.)

2.1 Aivoverenkiertohäiriöt

Aivoverenkiertohäiriö yleisnimitystä käytetään sekä ohimenevistä (*Transient Ischemic Attac, myöh. TIA*) että pitkäaikaisista neurologisia oireita aiheuttavista aivoverisuonitapahtumista ja niistä johtuvista aivoverenkierronhäiriöistä. TIA tarkoittaa äkillistä verenkiertohäiriön aiheuttamaa paikallista aivojen toiminnan tai toisen silmän näköhäiriötä, joka kestää yleensä 2-15 minuuttia, yleensä kuitenkin alle tunnin. Aivohalvaus (*Stroke*) on puolestaan yhteisnimitys aivoinfarktille, aivoverenvuodolle (*Intracerebral Hemorrhage, myöh. ICH*) ja lukinkalvonalaiselle verenvuodolle (*Subarachnoid Hemorrhage, myöh. SAV*). Aivohalvaus voi käytännössä olla tukoksen tai vuodon aiheuttama. Aivoinfarktissa äkillisesti tukkeutuneen aivovaltimon alueella aivokudos jää ilman verenkiertoa ja happea. Aivokudos, alueella jolla verenkierto on estynyt, ajautuu pysyvään kuolioon. Tukoksen voi aiheuttaa ahtautuneeseen valtimeen syntynyt hyytymä, joka voi kulkeutua aivoihin esim. sydäimestä tai kaulavaltimosta. (Käypä hoito -suositus 2016, viitattu 6.4.2017.)

Aivoverenvuodossa aivokudokseen vuotava veri aiheuttaa painetta ympäröivissä kudoksissa, häiriten hermokudoksen toimintaa sekä normaalia verenkiertoa vuotoalueella. Aivoverenvuodot jaetaan ICH- ja SAV-vuotoihin. Suomessa noin 80 % kaikista AVH-tapauksista ovat aivoinfarkteja loput 20 % valtimovuotoja. Näitä ovat valtimovuoto aivoaineeseen (ICH) ja valtimovuoto lukinkalvonlaiseen tilaan (SAV) eli subaraknoidaalivuoto. SAV on valtimon (usein synnynnäisen pullistuman) repeämä, jossa veri purkautuu lukinkalvonlaiseen tilaan. ICH-vuodon taustalla on tavallisesti korkean verenpaineen aiheuttamat verisuonten vauriot, SA-vuodon taustalla puolestaan valtimon synnynnäinen rakenneheikkous. (Käypä hoito -suositus 2016, viitattu 6.4.2017.)

Aivoinfarktin merkittävimmät riskitekijät ovat elintapatekijöitä, jotka linkittyvät toisiinsa ja joihin voidaan myös itse vaikuttaa (Oikarinen 2015, 24, viitattu 12.12.2016). Elintapatekijöillä tarkoitetaan ravitsemus- ja liikuntatottumuksia sekä päihteiden käyttöön liittyviä tottumuksia. Riskitekijöitä ovat myös diabetes ja eteisvärinä. Aivoinfarktin riskitekijöihin lukeutuvat ylipaino, runsas alkoholin kulutus ja kohonnut kolesteroli ovat viime vuosina lisääntyneet huomiota herättävästi. Ikääntymistä pidetään aivoverenkiertohäiriön merkittävimpänä riskitekijänä, mutta sen merkitys on käytännössä vähäinen, jos sairautta ennaltaehkäistään hoitamalla muita altistavia tekijöitä. Suurin osa aivoverenkiertohäiriöistä ovat ehkäistävissä riskitekijöiden hyvällä hoidolla. Ennaltaehkäisyyn kulmakiviä ovat tupakoimattomuus, kohonneen verenpaineen alentaminen ja suurentuneen (*Low Density Lipoprotein*) LDL-kolesterolipitoisuuden pienentäminen. (Käypä hoito -suositus 2016; Oikarinen 2015, 24-27, viitattu 12.12.2016.)

2.2 Potilasohjaus

Potilasohjaus on tavoitteellista, aktiivista toimintaa, jossa ohjaajan ja ohjattavan välillä on vuorovaikutukseen perustuva ohjaussuhde. (Lahtinen 2006, 6, viitattu 9.1.2017.) Potilasohjaus lähtee aina potilaan tarpeista ja on sidoksissa osapuolten taustatekijöihin kuten ikään, motivaatioon ja arvoihin. Taustatekijät luovat perustan potilasohjauksen onnistumiselle, ja ne voidaan jakaa fyysisiin ja psyykkisiin sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. (Lipponen 2014, 17, viitattu 27.2.2017.)

Fyysisillä tekijöillä tarkoitetaan ohjattavan ikää, sairauden vakavuutta, mahdollisia ohjaukseen vaikuttavia fyysisiä ja psyykkisiä rajoitteita. Ikääntyneen potilaan ohjaamiseen liittyy omat haasteensa, sillä potilaan toimintaa saattavat rajoittaa heikentyneet kuulo- tai näköaisti, usein myös muistin heikkeneminen. Ohjausta voi vaikeuttaa potilaan epärealistinen käsitys omasta terveydentilastaan. Ohjaukseen vaikuttavia psyykkisiä taustatekijöitä ovat potilaan oma motivaatio ja oppimistyyli. Potilailla on myös taustastaan ja sairaudestaan riippuvia erilaisia oppimistarpeita, joihin elämäntilanne, koulutustausta sekä aikaisemmat kokemukset voivat vaikuttaa. Yleensä potilaiden oppimistarpeet liittyvät sairauteen ja sen hoitoon sekä arjessa selviytymiseen. Sosiaaliset ja ympäristötekijät vaikuttavat siihen, millaista tukea potilas saa omaisiltaan ja muilta läheisiltään. Potilaan asuin-ympäristö puolestaan vaikuttaa potilaan mahdollisuuksiin toteuttaa sairautensa hoitoa. (Kaila 2014, 59; Lunnela 2011, 26-27.)

Potilasohjaus edellyttää hoitohenkilöstöltä ammatillista vastuuta ylläpitää ja kehittää ohjausvalmiuksiaan. Potilasohjauksen tavoitteena on edistää potilaan terveyteen liittyviä valintoja ja turvata potilaalle riittävä ohjauksen saanti. Lait ja asetukset toimivat ohjaustilanteen mahdollistavana perustana ja asettavat vähimmäislaatuvaatimukset sekä hoitajalle, että hänen toteuttamalleen ohjaustapahtumalle. Käytännössä tämä merkitsee hoitajan ammatillisen kelpoisuuden ohella myös lakia potilaan asemasta ja oikeuksista, joka edellyttää huomioimaan ja kunnioittamaan potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä. Lisäksi ohjauksen tulee toteutua potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä. (Lahtinen 2006, 7, viitattu 9.1.2017.)

Ohjaus on tiedon antamisen lisäksi sosiaalisen, henkisen ja hengellisen tuen antamista potilaalle. Sosiaalista tukea on emotionaalinen, käytännöllinen, tiedollinen sekä tulkintatuki. Emotionaaliseen tukeen liittyy välittäminen, arvostus ja myönteisten tunteiden osoittaminen. Käytännöllinen tuki tarkoittaa potilaan palveluihin ja taloudellisiin tarpeisiin liittyvää ohjausta, tiedollinen tuki potilaan tarvitseman tiedon antamista. Tulkintatuki liittyy potilaan kykyyn ymmärtää ja arvioida oman tilanteensa lisäksi muita ihmisiä. Henkinen ja hengellinen tuki sisältävät kuuntelemisen, välittämisen, rinnalla kulkemisen, tuen ja toivon antamisen ja niillä on yhteys ohjauksen onnistumiseen. (Huurre 2014, 12.)

Tarjoamalla laadukasta potilasohjausta terveydenhuollon asiakkaille, varmistetaan asiakkaan tiedonsaanti omasta terveydentilastaan, sekä turvataan hoidon jatkuvuus. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää, että potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista. Terveydenhuoltohenkilöstön on annettava selvitys potilaalle ymmärrettävällä tavalla, jotta hän voi osallistua päätöksentekoon hoidossaan (785/1992). Potilasohjausta toteuttavan tulee olla tietoinen potilasohjausta määrittävästä lainsäädännöstä, terveydenhuollon eettisistä periaatteista, ammattietiikasta ja myös omista henkilökohtaisista eettisistä käsityksistään. (Finlex 1992; Huurre 2014, 4; ETENE 2001, viitattu 12.2.2017).

2.3 Aivoverenkiertohäiriön merkitys potilasohjauksessa

Potilasohjauksella pyritään lisäämään potilaan tietoa, ymmärrystä ja itsenäistä, tietoon perustuvaa päätöksen tekoa sekä edistämään kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksen synonyymeina käytetään usein opetusta, tiedon antamista, informointia ja neuvontaa. (Lipponen 2014, 17, viitattu 27.2.2017.)

Potilasohjauksen kannalta AVH-potilaan ongelma on rajallinen kyky ottaa vastaan informaatiota, jäsentää ja soveltaa sitä käytäntöön. AVH-potilaan ohjauksessa on huomioitava potilaan voimavarat sekä kognitiiviset, fyysiset sekä psykososiaaliset toimintakyvyn ongelmat. AVH-potilaita leimaa vahva turvattomuuden tunne, jonka taustalla on oman kehon ja ajattelun hallinnan menettäminen. AVH-potilas tarvitsee kannustusta asioiden uudelleen opettelemisessa, sekä emotionaalista tukea toiminnallisiin muutoksiin sopeutumisessa. Ohjausta toteuttavan hoitajan tulee ymmärtää potilaan aivovaurion ja toiminnallisten häiriöiden välinen yhteys, jolla on merkitystä ohjausmenetelmien käytön kannalta. Ohjausta toteuttavan tulee osata hyödyntää puhetta tukevia menetelmiä kuten ilmeitä, eleitä, keskeisten asioiden paperille kirjoittamista, piirtämistä ja kuvia. Myös selkokielisistä oppaista ja puhetavasta voi olla apua potilaalle. Potilaan tulee myös itse saada ohjausta erilaisten keinojen ja apuvälineiden käytöstä ilmaistakseen itseään ja tullakseen ymmärretyksi. (Aivoliitto 2015, 11-14, viitattu 3.4.2016.)

2.4 Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutukseen liittyvä ohjauksen tarve

Potilaan kuntoutus alkaa, kun potilaan fyysinen tilanne on vakaa, yleensä jo muutaman vuorokauden kuluessa sairastumisesta. Kuntoutus on hoito- ja terapiahenkilökunnan moniammatillista yhteistyötä, jonka lähtökohtana ovat potilaan tarpeet, sekä yhtenevät ohjausperiaatteet. Moniammatilliseen kuntoutukseen osallistuvat hoitohenkilökunnan ohella mm. fysio-, puhe-, ja toimintaterapeutit. Kuntoutus suunnitellaan moniammatillisessa työryhmässä potilaan yksilöllisten toiminnallisten häiriöiden laadun, pitkäaikaisuuden, pysyvyyden ja etenemisen pohjalta. Yksilöllinen kuntoutussuunnitelma koostuu potilaan päivittäisestä hoitotyöstä, neurologisista tutkimuksista, fysioterapiasta, puheterapiasta, neuropsykologisesta kuntoutuksesta, toimintaterapiasta sekä sosiaalityöstä. Potilaan läheiset ovat avainasemassa kuntoutuksen suunnittelussa ja sen toteutuksessa. Tuen ja asianmukaisen tiedon tarjoaminen läheisille on tärkeä osa kuntouttavaa hoitotyötä. (Hol-

mia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 315, 330; Aivoliitto 2015, 18-19, viitattu 3.4.2016.) Hyvissä kuntoutuskäytänteissä potilasta ohjataan osallistumaan aktiivisesti oman toimintansa tavoitteiden asettamiseen, suunnitteluun ja toteutukseen (Kelan tutkimusosasto 2011, 225, viitattu 2.3.2017).

Kuntoutus toteutuu potilasohjauksen avulla, potilaan toimintakyky kokonaisvaltaisesti huomioiden. Se käsittää kaikissa päivittäisissä toiminnoissa ohjaamisen ja avustamisen, joten potilasohjausta toteutetaan ympärivuorokautisesti. Kuntoutuksessa potilas on aktiivinen toimija. Ohjauksen välityksellä toteutuvia kuntoutuksen eri osa-alueita ovat asentohoito vuoteessa, istumaannousu sängyn laidalle ja istumatasapainon ylläpitäminen, pyörätuoliin siirtyminen, liikkumisen ja ruokailun ohjaus. Myös wc-käynnit, henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, riisuminen ja pukeminen ovat luonnollinen osa kuntoutusta. Kuntoutuksen tavoitteena on lisätä potilaan omaa aktiivisuutta, olemassa olevat voimavarat, sekä fyysinen ja psyykinen hyvinvointi huomioon ottaen. Potilaan kuntoutus akuuttivaiheessa tarkoittaa lähinnä asentohoitoa ja hoidollisia toimenpiteitä, mutta toipumisen edistyessä potilaan kuntoutus muuttuu yhä aktiivisemmaksi liikehoidoksi. Liikehoidossa pyritään aktivoimaan potilaan halvaantunutta kehonosaa ja välttämään terveen osan kompensatiota. Varsinaisten apuvälineiden tarvetta arvioidaan potilaan kuntoutumisen edetessä. Akuuttivaiheen jälkeen kartoitetaan ja suunnitellaan potilaan neuropsykologisen kuntoutuksen tarve. (Käypä hoito-suositus 2016, viitattu 6.4.2017; Kauhanen 2015, viitattu 9.1.2017.)

Kuntoutuksen periaatteista informoidaan sekä potilasta että omaisia, jotka otetaan mukaan kuntoutusprosessiin alusta alkaen. Kuntoutus on potilaan elämänmittainen prosessi, joka jatkuu sairaalasta kotiutumisen jälkeen loppuelämän. Läheisillä on tässä merkittävä rooli, joten he tarvitsevat tietoa kuntouttavien ohjausperiaatteiden hyödyntämiseksi, sekä ymmärtääkseen potilaan toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia. Paras lopputulos saavutetaan riittävästi toistetuilla ohjaustilanteilla yhteistyössä omaisten kanssa. (Käypä hoito -suositus 2016, viitattu 6.4.2017.) Psykoedukaatiolla tarkoitetaan tiedon, ohjauksen ja tuen antamista potilaalle ja tämän omaisille. Psykoedukaatio auttaa omaisia ymmärtämään ja hyväksymään potilaan fyysisessä, psyykkisessä ja kognitiivisessa toimintakyvyssä tapahtuneita pysyviäkin muutoksia. (Junkkarinen 2014, viitattu 26.4.2016.)

Potilaan toipumista ja kuntoutuksen tarvetta voidaan luotettavasti arvioida 1-3 viikkoa sairastumisen jälkeen. AVH:n sijainti ja vaikeusaste vaikuttavat hoidon ja kuntoutumisen tuloksiin. Mitä varhaisemmassa vaiheessa kuntoutus päästään aloittamaan, sitä paremmat mahdollisuudet potilaalla on kuntoutua. Koivusen (2015) mukaan AVH-potilaiden kuntoutumistulokset olivat positiivisempia

potilailla, joiden kuntoutus aloitettiin 48 tunnin kuluessa (Koivunen 2015, 49, viitattu 12.4.2017). Kaikki potilaat hyötyvät kuntoutuksesta moniammatillisessa kuntoutusyksikössä, mikä pienentää kuolleisuutta ja pysyvään laitoshoitoon jäämisen riskiä. Hoidon tehokkuus näkyy myös lyhentyneenä hoitoaikana, vähäisempänä vammaisuutena ja parempana elämänlaatuna. (Kaste 2014, viitattu 17.8.2016.) Lisäksi potilaan varhainen mobilisaatio pienentää keuhkokuumeen, keuhko-embolian, syvien laskimotukosten ja painehaavojen riskiä (Koivunen 2015, 49, viitattu 12.4.2017; Riekinen 2016, viitattu 12.1.2017).

AVH-potilaista noin 30-50 % kärsii masennuksesta sairastumisensa jälkeen. Kognitiivisten häiriöiden ja toiminnallisten vajavuuksien vuoksi masennuksen arviointi on vaikeaa, joten masennus on alidiagnosoitu ja -hoidettu ongelma AVH-potilailla. Masennusta tulee hoitaa aktiivisesti erilaisten kuntoutumista tukevien menetelmien sekä lääkehoidon avulla. Akuuttivaiheessa, ensimmäisten viikkojen aikana, ilmenevä masennus voi liittyä aivojen elimelliseen muutokseen ja paranee yleensä noin kuukauden kuluessa. Masennusta ennustavat toiminnalliset rajoitteet, aikaisempi masennusjakso, kognitiivinen heikentyminen, aivoinfarktin vakavuus ja ahdistuneisuus. Työikäisillä AVH-potilailla uupumisoireet ovat tavallisia, ja ne ovat yhteydessä masennusoireilun lisäksi kognitiiviseen hitauteen, alentuneeseen muistisuoriutumiseen ja heikompaan työhön paluuseen. Masennusoireet ovat jopa yleisempiä AVH-potilaiden puolisoilla, kuin potilailla itsellään. (Berg 2010; Käypä hoito -suositus 2016, viitattu 6.4.2017.)

AVH-potilailla on todettu esiintyvän enemmän masentuneisuutta kuin ortopedisilla potilailla samanaasteisen toimintakykyä heikentävän haitan yhteydessä. Vammautumisesta johtuvan psykososiaalisen stressin, itsenäisyyden menettämisen ja elämänlaadun huononemisen lisäksi AVH:n sijainnin oletetaan vaikuttavan masennuksen syntyyn (Pohjasvaara, Vataja, Leppävuori & Erkinjuntti 2001, 593 – 599, viitattu 26.4.2017).

2.5 Toimintakyvyn ulottuvuudet

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen määritelmässä toimintakyky on moniulotteinen käsite, joka voidaan jakaa seuraaviin osa-alueisiin: *fyysinen toimintakyky*, *psykykinen toimintakyky*, *kognitiivinen toimintakyky* (jonka usein katsotaan kuuluvan psykykiseen ulottuvuuteen) sekä *sosiaalinen toimintakyky*. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016, viitattu 4.4.2017.)

Toimintakyvyn osa-alueet liittyvät toisiinsa, ympäristön tarjoamiin edellytyksiin ja vaatimuksiin, sekä yksilön terveyteen ja muihin henkilökohtaisiin ominaisuuksiin. Fyysinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen fyysisiä edellytyksiä suoriutua kaikista päivittäisistä toiminnoistaan, joka ilmenee kykynä liikua ja liikuttaa itseään. Liikuntakyky edellyttää lihasvoimaa ja -kestävyyttä, kestävyyskuntoa, nivelten liikkuvuutta, kehon asennon ja liikkeiden hallintaa, sekä niitä ohjailevan keskushermoston toimintaa. Myös näkö- ja kuuloaistien toiminnan katsotaan sisältyvän fyysiseen toimintakykyyn. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016, viitattu 4.4.2017.)

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen psyykkisiä edellytyksiä selviytyä arjen haasteista ja kriisitilanteista; siihen liittyy mielenterveys, elämänhallinta ja psyykinen hyvinvointi. Psyykinen toimintakyky sisältää myös ajatteluun ja tuntemiseen liittyvät toiminnot, kuten tiedon vastaanottamisen ja käsittelyn, kyvyn tuntea ja kokea sekä muodostaa käsityksiä itsestään ja ympäröivästä maailmasta. Lisäksi siihen sisältyy kyky suunnitella omaa elämäänsä ja tehdä siihen liittyviä valintoja/ratkaisuja. Persoonallisuus ja sosiaaliset selviytymistaidot ovat osa psyykkistä toimintakykyä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016, viitattu 4.4.2017.)

Kognitiiviset häiriöt ovat tiedon käsittelyyn liittyviä ongelmia, joista tavallisimpia ovat tarkkaavaisuuden, keskittymisen, muistin ja toiminnanohjauksen vaikeudet sekä kielelliset ja havaintotoiminnan häiriöt. AVH-potilailla kognitiiviset toimintahäiriöt ilmenevät usein samanaikaisesti. (Aivoliitto 2004, viitattu 11.10.2016.) Vaikka tiedon käsittelyyn ja ajatteluun liittyvät toiminnot ovat keskeisiä psyykkisiä toimintoja, kognitiivinen toimintakyky usein nähdään itsenäisenä toimintakyvyn osa-alueena. Erityisesti kognitiivisten perustoimintojen, kuten muistin ja oppimisen osalta. Kognitiivisilla toiminoilla tarkoitetaan tietojenkäsittelyyn liittyviä yhteistoiminnallisia osa-alueita, jotka mahdollistavat arjessa suoriutumisen. Kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueita ovat muisti, oppiminen, keskittyminen, tarkkaavuus, hahmottaminen, orientaatio, tiedonkäsittely, ongelmien ratkaisu, toiminnan ohjaus sekä kielellinen toiminta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016, viitattu 4.4.2017.)

2.6 Aivoverenkiertohäiriön vaikutukset toimintakykyyn

Verenkiertohäiriön sijainti aivoissa vaikuttaa potilaan toimintakykyyn, aiheuttaen ongelmia monissa jokapäiväisissä toiminnoissa, jonka vuoksi potilaan on opeteltava monet asiat uudelleen. Ensimmäisten viikkojen aikana tavallisimpia AVH:n aiheuttamia yleishäiriöitä ovat väsymys, vireystilan

vaihtelut, toimintojen hitaus ja pakonomainen toistaminen, ajatuksen hitaus, sekavuus sekä heikentyneet aloite- ja sietokyky. Oireiden ilmeneminen on yksilöllistä, mutta niiden tunnistaminen auttaa potilaan hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa. (Aivoliitto 2015, 5-7 viitattu 30.3.17.)

Potilas voi oppia kompensoimaan heikentyneitä toimintakykyään muuttamalla toimintatapojaan, käyttämällä apuvälineitä, avustajan avulla sekä muokkaamalla toimintaympäristöään. Yksinkertaisenkin toiminto vaatii monen osatekijän onnistumista, kuten voimankäyttöä, hahmottamista ja monipuolisia taitoja. Toiminnoista suoriutuminen vaikeutuu yhdenkin osatekijän puuttuessa ja tavallisesti aivoverenkiertohäiriöpotilailla häiriintyy useampi osatekijä. (Forsbom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 31.) Potilaalla voi olla myös vaikeutta tunnistaa oman toimintakykynsä muutoksia, jolloin puhutaan oiretiedostamattomuudesta (*anosognosia*). Mitä paremmin potilas tunnistaa toimintakyvyn muutokset, sitä paremmin hän pystyy ottamaan käyttöönsä ja hyödyntämään erilaisia kompensointikeinoja. (Salo & Ylikoski 2006, 9.)

Verenkiertohäiriön sijaitessa aivojen oikealla puolella tämän alueen säätelemissä toiminnoissa ilmenee muutoksia. Aivojen oikea puoli säätelee kehon vasemman puolen liiketoimintoja sekä eri aistien välityksellä saatavaa informaatiota. Oikealla aivopuoliskolla on merkittävä tehtävänsä puheen ymmärtämisessä, näkömuistissa, tarkkaavaisuudessa ja tilasuhteiden hahmottamisessa. Kumman tahansa aivopuoliskon vaurioon voi liittyä vaikeus tunnistaa näkemäänsä eli *agnosiaa*. (Aivoliitto 2015, 5-7 viitattu 30.3.17.)

Pikkuaivojen ja aivorungon alueilla aivoverenkiertohäiriöt vaikuttavat tasapainoon, jonka seurauksena toimintojen ja liikeratojen kohdistaminen vaikeutuvat. *Ataksialla* tarkoitetaan tahdonalaisten lihasten keskushermostoperäistä yhteistoimintahäiriötä, joka ilmenee haparointina ja hapuiluna. *Apraksia* tarkoittaa tahdonalaisten liikkeiden koordinaatiovaikeutta, johon liittyy kömpelyys sekä uusien liiketoimintojen ja valmiuksien omaksumisen hankaluus; toisinaan myös kyvyttömyys käyttää tavallisia esineitä arkipäivän tilanteissa. Vaikeus tunnistaa esineitä ja ymmärtää niiden käyttötarkoituksia alentaa potilaan toimintakykyä. Apraksiaan liittyy tahdonalaisten liikkeiden ja toiminnan suorittamisen vaikeuksia, jolloin potilas ei varsinaisesti suoriudu toiminnosta, mutta toiminto onnistuu tapahtuessaan automaattisesti. Potilas saattaa myös juuttua johonkin liikkeeseen tai toimintaan, kykenemättä siirtymään eteenpäin. (Forsbom ym. 2001, 32.) Apraksia voi ilmetä kasvojen, suun tai käsien liikkeissä ja vaikeuttaa potilaan kykyä ilmaista itseään puhumalla, piirtämällä, elehtimällä tai kuvia osoittamalla. Apraksia voi myös hankaloittaa *afasiaa*. (Aivoliitto 2015, 12, viitattu 3.4.2016.)

AVH:n aiheuttamia neurologisia häiriöitä ovat tuntohäiriöt, tasapaino-ongelmat, näkökenttäpuutokset ja häiriöt havainnoinnissa ts. huomiotta jättäminen. Huomiotta jättäminen (*neglect*) tarkoittaa, ettei potilas huomioi aivovaurion vastakkaiselta puolelta peräisin olevaa kuulo-, näkö- tai tuntoaistimusta, vaikka aistit toimisivatkin normaalisti. Neglect voi liittyä kumman tahansa aivopuoliskon vaurioon yleensä otsa- tai päälakilohkon alueella. Käytännössä potilas ei huomioi aivovaurion vastakkaisella puolella olevia kohteita ja törmäilee liikkueessaan ovenpieliin tai esineisiin. Potilas voi myös jättää raajansa virheasentoon, koska käsitys omasta kehosta, asennosta ja liikkeistä on puutteellinen tai vääristynyt. Tämän seurauksena verenkierto raajassa voi estyä, mikä johtaa painehaavojen ja jopa kuolion syntymiseen. (Aivoliitto 2015, 7-8 viitattu 3.4.2016; Holmia ym. 2006, 327-329.) Ohjaavan henkilön tulee opettaa potilasta itseään huomioimaan myös kehonsa halvaantunutta puolta. Tämä toteutuu lähestymällä ja avustamalla potilasta kaikissa toiminnoissa kehon halvaantuneelta puolelta, joka samalla aktivoituu passiivisen liikehoidon avulla (Jehkonen ja Liippola 2015, viitattu 2.3.2017). Aivovaurion sijaintiin liittyvät toiminnalliset häiriöt on esitetty taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Aivovaurioon liittyvät toiminnalliset häiriöt (Aivoliitto 2015, viitattu 2.3.2017.)

Vasemmanpuoleiseen aivovaurioon liittyviä toiminnallisia häiriöitä	Oikeanpuoleiseen aivovaurioon liittyviä toiminnallisia häiriöitä
oikean puoleinen halvaus, heikkous tai kömpelyys	vasemman puoleinen halvaus, heikkous tai kömpelyys
oikean puoleinen tuntohäiriö	vasemman puoleinen tuntohäiriö
oikean ja vasemman erottamisen vaikeus	tilasuhteiden havaitsemisen ja visuokonstruktiiviset vaikeudet
liikesuoritusten säätelyn vaikeus	havaitsemishäiriöt
apraksia	neglect
hidas ja työläs toimintatapa	hätäinen ja hosuva toimintatapa
puhevaikeudet (tuottaminen, ymmärtäminen)	puheen tunneviestin tunnistamishäiriö
lukemis-, kirjoittamis- ja laskemisvaikeudet	tarkkaavaisuuden häiriöt
kielellisen muistin häiriöt	ei-kielellisen muistin häiriöt
visuokonstruktiiviset vaikeudet	kasvojen tunnistamisvaikeudet
oikean puoleinen näkökenttäpuutos	vasemman puoleinen näkökenttäpuutos
korostunut oireiden tiedostaminen	oiretiedostuksen puute
masentuneisuus ja ahdistuneisuus	kohonnut mieliala ja ahdistuneisuus

2.7 Aivoverenkiertohäiriöihin liittyvät kommunikaatiovaikeudet

Aivoverenkiertohäiriöihin liittyy pääsääntöisesti kahdenlaisia kommunikaatiovaikeuksia; kielellisten toimintojen häiriötä *afasiaa* ja puhelihaksiston toiminnan häiriötä *dysartriaa*. Niiden ilmeneminen ja vaikeusaste ovat yksilöllisiä. Dysartria on motorinen, keskus- tai ääreishermoston vaurioitumisesta johtuva lihasperäinen puhehäiriö, joka johtuu puhelihasten halvauksesta tai heikkoudesta sekä tuntopuutoksista. Dysartriassa on usein mukana myös nielemisvaikeus *dysfagia*. Lähes 30 %:lla kaikista AVH-potilaista ilmenee dysartriaa, heistä noin 40 %:lla puhekyky palautuu normaaliksi ensimmäisten toipumisviikkojen aikana. Puhtaasti dysartriseen puhehäiriöön ei liity kielellisiä ongelmia, vaan kyse on puheentoton toiminnallisesta häiriintymisestä. Dysartriassa puheen ymmärtäminen, lauseen muodostus ja sananlöytämisen toimivat normaalisti. Puhe voi kuulostaa hengästyneeltä tai nenäsointiselta ja puhenopeus on usein hidastunut tai voi puuttua kokonaan, lisäksi sylkivuoto on tavallista. Puheterapeutti on kommunikaatiovaikeuksien asiantuntija, joka arvioi potilaan häiriön ja kuntoutustarpeen yksilöllisesti. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012, viitattu 11.4.2017.)

Afasia liittyy yleensä aivojen vasemman puolen verenkiertohäiriöön ja siinä on kyse käsitteellisen symbolisoinnin häiriöstä, joka aiheuttaa ongelmia viestinnässä, mutta ei kyvyssä ajatella. Henkilön ajattelu voi siis toimia kuten ennenkin, mutta ajatusten muuttaminen symboliseen muotoon sanoiksi, eleiksi, kuviksi ja kirjoitukseksi on häiriintynyt. Afasia-potilas ei pysty tuottamaan ymmärrettävää puhetta, tai ei ymmärrä hänelle puhutun sisältöä. Tila vaihtelee lievästä sanojen löytymisen vaikeudesta täydelliseen puhumattomuuteen ja ymmärtämisen vaikeuteen. (Aivoliitto 2013, viitattu 30.3.2017.)

Kommunikoinnin lisäksi afasia vaikeuttaa myös oman toiminnan ohjausta ja säätelyä. Myös omien tunteiden ja kokemusten käsittelyssä tarvitaan sisäistä puhetta ja ajattelua, joka voi afasian vuoksi vaikeutua. Kommunikaatiovaikeudet johtavat tavallisesti sosiaalisista suhteista vetäytymiseen. (Poutiainen 2016, viitattu 11.4.2017.) Muita afasian ilmenemismuotoja ovat virhealttius ja väärinkäsitykset, omien taitojen arviointikyvyn heikentyminen sekä ajankulun hahmottamisvaikeus. Voimakkaat tunteet ja hermostuminen vaikeuttavat puhumista ja sanojen löytämistä. Kiroileminen on tavallista afasiassa eikä ole aina tahdonalaisesti hallittavissa, vaan se voi olla yksi häiriön oireista. Joillekin afasiaa sairastaville henkilöille kiroileminen eri äänenpainoin on ainoa tapa puhua ja ilmaista itseään. (Aivoliitto 2013, 6-7 viitattu 30.3.2017.) Afasiaan liittyvät puheen tuottamisessa ja ymmärtämisessä ilmenevät vaikeudet esitetty taulukoissa 3 ja 4.

TAULUKKO 3. Puheen tuottamisessa ilmenevä afasia (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012, viitattu 11.4.2017.)

sanojen hakeminen tai vaikeus nimetä asioita
väärien sanojen käyttäminen (saman kategorian sanat sekoittuvat: lusikka=haarukka, tytär=äiti, kolme=viisi jne.)
yksittäinen tai useampi äänne vaihtuu siten, ettei alkuperäinen sana ole enää tunnistettavissa
kyllä- ja ei-sanat voivat sekoittua
kertominen ja keskustelu työstä, hidasta ja virheeltistä (huom! tunnetilan vaikutus)
sanoja ei löydy tai tuottaa vääriä sanoja
lauseen muodostaminen tuottaa ongelmia
ei ymmärrä sanojen tai lauseiden merkitystä
lukemisen-, laskemisen- ja kirjoittamisen vaikeudet
suunnittelun, kielellisen päättelyn ja tilanteisiin sopeutumisen vaikeus
kielellisen muistin heikkeneminen
jargon-puhe, kaiku-puhe
puhe on sähkösanomatyyppistä, sisältäen lyhyitä ilmauksia, tai puhetta ei tule ollenkaan
puhe voi olla sujuvaakin mutta viestin välittymisen kannalta keskeiset ydinsanat puuttuvat
puhetta voi vaikeuttaa myös apraksia, joka häiritsee tahdonalaisten puhelihasten toimintaa

TAULUKKO 4. Puheen ymmärtämisessä ilmenevä afasia (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012, viitattu 11.4.2017.)

tavallisen arkikielen ymmärtäminen sujuu mutta monimutkaisten ja abstraktien ilmausten ymmärtäminen on vaikeaa
keskustelun seuraaminen on vaikeaa jos mukana on useampi henkilö
keskusteluun osallistuminen vaikeaa
vaikeuksia muistaa tai ymmärtää kuultua puhetta -> vaikeuksia noudattaa ohjeita
puhelimessa keskusteleminen vaikeaa

2.8 AVH-potilaan puhetta tukevat ja korvaavat kommunikaatiomenetelmät

Erilaisten apuvälineiden ja -keinojen on tarkoitus auttaa AVH-potilasta ilmaisemaan itseään ja tarpeitaan kommunikaatiohäiriöstään huolimatta, toimia puheen ymmärtämisen tukena ja myös ohjata potilaan toimintaa. Apuvälineiden avulla potilas voi ylläpitää tai edistää toimintakykyään sekä ennaltaehkäistä mahdollisia suurempia toimintakyvyn ongelmia. On tärkeää, että apuvälineet hankitaan toiminnan mahdollistamiseksi eikä korvaamaan puutteita. Apuvälineet säästävät energiaa ja mahdollistavat potilaan itsenäisen, omatoimisen ja monipuolisen toiminnan sekä lisäävät toimintamahdollisuuksia. Myös potilaan tulee saada ohjausta apuvälineiden ja erilaisten korvaavien menetelmien käyttöön. Joidenkin apuvälineiden käytössä tarvitaan avustajaa, jolloin molempien tulee saada ohjausta menetelmän käytöstä. (Salminen 2010, 17.)

Dysartria-potilaille voi olla hyötyä teknisistä puhelaitteista, tai puhetta tuottavista kirjoituslaitteista. Myös erilaisia tietokoneavusteisia ratkaisuja on tarjolla. Tällaisia apuvälineitä varten tarvitaan aina lääkärin lähete ja niiden käyttö vaatii perehtymistä ja opettelua sekä potilaalta että omaisilta. Apuvälinearvio voidaan aloittaa yleensä jo sairaalajaksolla, jolloin on mahdollista kokeilla erilaisia laitteita. Tuetun keskustelun menetelmä ja erilaiset kommunikaation apukeinot ja välineet, ovat osa puheterapiakuntoutusta. Potilaalla säilyneet luku- ja kirjoitustaidot ovat hyvä kartoittaa, sillä dysartrinen potilas voi kyetä kirjoittamaan valmiiden aakkostaulujen avulla, vaikka kynällä kirjoittaminen ei käden heikentyneen motoriikan vuoksi onnistuisikaan. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012, viitattu 11.4.2017.)

Afaattisen henkilön kanssa kommunikointi vaatii keskustelukumppanilta sopeutumista ja mukautumiskykyä. Afasiassa kommunikointitaidot kehittyvät harjoittelemalla, joten ympäristön tuki on tärkeää. Afasiaan liittyy usein huomattavasti heikentyneet luku- ja kirjoitustaidot, eikä avustettu kirjoittaminenkaan aina onnistu. Jos lukutaitoa on säilynyt, potilas voi ilmaista itseään esimerkiksi valmiiden sanalistojen, tai kyllä- ja ei- kylttien avulla. Afasiassa kyllä- ja ei-vastauksien sekoittuminen on tyypillistä, joten kirjoitettujen sanojen käyttäminen selvyden vuoksi on perusteltua. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012, viitattu 11.4.2017.)

Keskustelussa afaattisen henkilön kanssa voidaan käyttää apuna erilaisia puhetta tukevia ja korvaavia menetelmiä, jotka helpottavat kommunikointia. Keskustelutilanteen rauhoittaminen, puheenvuoron ja ajan antaminen puhujalle, rohkaiseminen, kuunteleminen, rauhallisesti ja selkeästi puhuminen helpottavat keskustelun sujumista. Afasiasta kärsivällä henkilöllä ei ole kuulossa tai

ymmärryksessä vikaa, joten äänen korottaminen on turhaa. Sen sijaan puheen kohdistaminen suoraan kuulijalle, kasvoista kasvoihin, auttaa puheen ymmärtämistä. Puhe tulee sitoa asiayhteyteen ja kysymykset esittää yksi kerrallaan. Kysymykset tulisi esittää siten, että niihin voi vastata kyllä- tai ei-vastauksin. Keskustelun osapuolet voivat kysymällä myös varmistaa, ovatko itse ymmärtäneet kuulemansa oikein. Sanoja painottavia eleitä, ilmeitä, avainsanoja, kuvien näyttämistä tai keskeisten asioiden piirtämistä ja kirjoittamista tulisi hyödyntää aktiivisesti keskustelun tukena. Tuetun keskustelun menetelmiä ovat rauhallinen ja potilaan rytmiin sovitettu puhetapa, keskeisten asioiden kirjoittaminen tai piirtäminen sekä vaihtoehtojen kirjoittaminen spontaaniksi sanalistaksi. Valokuvia ja piirroksia voidaan myös käyttää erilaisissa toimintoihin liittyvissä ohjaustilanteissa sekä niiden ennakkoinnissa. Kielellisiin vaikeuksiin liittyy eriasteisia lukemisen (*aleksia*), kirjoittamisen (*agrafia*) vaikeuksia, sekä laskemiseen (*akalkulia*) liittyviä vaikeuksia. Ihmisten välisen kommunikoinnin ohella kielelliset häiriöt vaikuttavat myös potilaan ajatteluun, muistiin, havaitsemiseen, toiminnan ohjaamiseen ja tarkkaavaisuuteen. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012, viitattu 11.4.2017.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata aivoverenkiertohäiriöpotilaan haasteellista ohjausta kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten mukaan. Tavoitteena on tuottaa tutkittua, ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa AVH-potilaan päivittäisiin toimintoihin ja kuntoutukseen liittyvästä ohjauksesta, kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten ja tutkimusartikkelien tulosten mukaan. Opinnäytetyössä tuotettavasta tiedosta hyötyvät potilaat ja heidän omaisensa, sekä terveydenhuollon ammattihenkilöt, alan opiskelijat ja opettajat. Kirjallisuuskatsauksessamme tarkastellaan käytännön hoitotyössä ilmeneviä AVH-potilaan ohjaukseen liittyviä ongelmia hoitotieteen näkökulmasta. Tutkimuksemme kohdistuu potilaan sairaudesta johtuvien toiminnallisten, neurologisten ja kognitiivisten häiriöiden seurauksena ilmeneviin ohjauksen haasteisiin.

Opinnäytetyössämme vastataan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- 1.) Millaisia uuden oppimiseen ja tiedon omaksumiseen liittyviä ongelmia AVH-potilailla ilmenee kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten tulosten mukaan?
- 2.) Millaisia ohjausmenetelmiä AVH-potilaan ohjauksessa suositellaan käytettävän?
- 3.) Millaisia ohjaukseen liittyviä havainnollistamismenetelmiä AVH-potilaan ohjauksessa suositellaan käytettävän?

4 KUVAILEVAN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

Kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jonka avulla pyritään muodostamaan yhteenveto valikoitujen tutkimusten tuloksista. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan tuottaa uutta tietoa ja samalla tukea näyttöön perustuvan tutkimustiedon käyttöönottoa. (Mäkelä, Varonen & Teperi 2001, 40.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi käytetyimmistä katsaustyypeistä, ns. yleiskatsaus. Kuvailevassa katsauksessa käytettävät aineistot voivat olla laajoja eikä niiden valintaa rajoita tiukat metodiset säännöt, kuten systemoidussa katsauksessa. Vaikka tutkimuskysymykset ovat väljempiä kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, voidaan tutkittava ilmiö silti kuvata riittävän laajasti ja tarvittaessa luokitella ilmiön ominaisuuksia. Kuvaileva katsaus toimii itsenäisenä tutkimusmetodinä, mutta se voi myös nostaa esiin uusia tutkittavia ilmiöitä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheiksi. (Salminen 2011, 6.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskysymykseen ja valitun aineiston pohjalta laadullisen vastauksen tuottamiseen. Luonteeltaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöistä, ymmärtämiseen pyrkivää ilmiön kuvausta. Tarkoitus on etsiä vastauksia kysymyksiin mitä tutkittavasta ilmiöstä tiedetään tai mitkä ovat ilmiön keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet. Ilmiötä voidaan tarkastella vallitsevan keskustelun, kehityssuuntien tai teorioiden näkökulmasta ja pyrkiä vahvistamaan tai kyseenalaistamaan aiempien tutkimusten tuloksia. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, viitattu 28.11.2016.)

Tutkimuskysymys ohjaa koko tutkimusprosessia; se on kysymyksen muodossa ja sitä voidaan tarkastella useammasta eri kulmasta. Riittävän tarkasti rajattu tutkimuskysymys on edellytys ilmiön syvällisemmälle tarkastelulle. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tähtää luotettavaan ja johdonmukaiseen tutkimustulokseen. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on käytetty sekä itsenäisenä tutkimusmenetelmänä, että osana tutkimusta ja sitä käytetään paljon hoito- ja terveystieteellisissä tutkimuksissa. Käytännön hoitotyössä menetelmää voidaan hyödyntää kliinisen tiedon kokoamiseen, ja sitä voidaan soveltaa terveysalan tutkimustyöhön yliopistossa ja ammattikorkeakoulussa. (Kangasniemi ym. 2013, viitattu 28.11.2016.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan toteuttaa narratiivisena tai integroivana katsauksena. Narratiivisen katsauksen avulla voidaan kuvata laajasti käsiteltävää aihetta tai sen kehityskulkua ja historiaa. Se voi olla luonteeltaan toimituksellinen, kommentoiva tai yleiskatsaus. Narratiivisen yleiskatsauksen avulla hankittu tutkimustieto ei ole käynyt läpi erityisen systemaattista seulaa, eikä se tarjoa kaikkein analyyttisimpiä tuloksia, mutta se voi auttaa tutkimustiedon ajantasaistamisessa. (Salminen 2011, 7.)

Tämä opinnäytetyö on toteutettu narratiivisen yleiskatsauksen menetelmällä ja se tähtää aikaisempien tutkimusten tulosten tiivistämiseen. Tavoitteenamme on muodostaa läpileikkaus tutkimusaihetta käsittelevien tutkimusten ja artikkelien pohjalta. Olemme pyrkineet tuomaan potilasohjauksen haasteita esiin useista eri näkökulmista, jotta tulokset palvelisivat käytännön hoitotyöntekijöitä parhaalla mahdollisella tavalla. Tutkimukseen käytettävissä olevien resurssien vuoksi tulokset ovat lähinnä suuntaa antavia, mutta ne korostavat tutkittavan ilmiön moniulotteisuutta.

4.1 Aineiston keruu

Kuvailevan katsauksen aineiston haussa voidaan kriteereistä poiketa kesken prosessin, mikäli se on tutkimuskysymykseen vastaamisen kannalta perusteltua. Aineiston valinnassa aiemman tutkimuksen sisällöllä on enemmän painoarvoa kuin ennalta määritellyillä sisäänottokriteereillä. Tämän vuoksi tutkimuskysymys ja mukaan valikoituva aineisto ovat keskenään vuorovaikutuksessa koko prosessin ajan. (Valkeapää 2016, 56-64). Kuvailevaan katsaukseen valikoituva aineisto voi olla myös menetelmällisesti monen kirjavaa, joten lähestymistavat ja tieteenalat vaihtelevat. Teoreettisten ja käsitteellisten tutkimusten ohella kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa voidaan käyttää eittieteellisiä julkaisuja, kuten konferenssijulkaisuja tai pääkirjoituksia. (Kangasniemi ym. 2013, viitattu 28.11.2016.)

Tässä katsauksessa aineistona on käytetty pääasiassa väitöskirjoja, pro-graduista tai tutkimusartikkeleita. Tällä pyrittiin parantamaan tutkimustulosten hyödynnettävyyttä. Tutkimuksemme kohdistui pääosin hoitotieteellistä näkemystä edustavaan aineistoon, mutta täydensimme tutkimusaineistoa yksittäisillä lääketieteellistä tai muuta terapeuttista näkökulmaa edustavalla aineistolla oman harjintamme mukaan. Tutkimuksen edetessä huomasimme, että fysioterapeuttinen näkökulma ohjaukseen olisi palvellut tätä tutkimusta paremmin kuin lääketieteellinen näkökulma. Mielestämme

AVH-potilaiden ohjausta tulisikin kehittää jatkossa yhteistyössä fysio-, toiminta- ja puheterapeutista näkökulmaa edustavien ammattiryhmien kanssa. Näin esimerkiksi potilaan toiminnallisiin haasteisiin vastaamisesta voitaisiin rakentaa mahdollisimman informatiivinen ja monipuolinen ohjeistus hoitotyön välineeksi.

Yhteistyötahomme on antanut useita vihjeitä aiheeseemme linkittyvistä viimeaikaisista tutkimuksista. Olemme pyrkineet hyödyntämään näitä tutkimuksia työssämme juuri niiden ajankohtaisuuden vuoksi. Tässä katsauksessa käytettyjen alkuperäistutkimusten tuli olla korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja, vähintään väitöskirja-, lisensiaatti- tai pro-gradu-tutkimuksia, tutkimusartikkeleita tai muita hoitotieteellisiä julkaisuja. Lisäksi tutkimustyöhön käytettävien rajallisten resurssien vuoksi rajasimme lähdeaineiston maksutta saatavilla olevaan aineistoon. Alkuperäistutkimusten tuli olla luettavissa kokonaisuudessaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä olevista lähteistä, kuten elektroniset lääketieteelliset ja hoitotieteelliset tietokannat internetissä, sekä kirjastot sosiaali- ja terveysalan kampuksella ja Lääketieteen tutkimuslaitoksella.

TAULUKKO 5. Tutkimusaineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
julkaistu vuosina 2007-2017	julkaistu ennen vuotta 2007
väitöstutkimus, lisensiaatti-tutkimus, Pro-gradu, laatutyö tai muu akateeminen julkaisu tai artikkeli	opinnäytetyöt ja muut ei-akateemiset julkaisut
julkaisu saatavilla ilman erillistä korvausta	tietokantaan pääsy vaatii maksullisen lisenssin
suomenkielinen, englanninkielinen	alkuperäinen julkaisukieli joku muu
hoitotieteellinen tutkimus tai julkaisu	lääketieteellinen tai muu tutkimus/julkaisu
koko teksti saatavilla	ei koko tekstiä saatavilla
hakusanat esiintyvät otsikossa ja abstraktissa	hakusanat eivät esiinny otsikossa eivätkä abstraktissa
kohderyhmänä aikuiset potilaat	kohderyhmänä lapset, nuoret tai ikääntyneet
sairaalassa olevat potilaat	avopotilaat, leiko-potilaat, muut sairaalan ulkopuolella hoidettavat potilaat

4.2 Hakustrategia

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineistonhaussa käyttämiemme tietokantojen kriteereinä olivat, että ne sisältävät lääketieteen ja hoitotieteen näyttöön perustuvaa tutkimustietoa. Luotettavina pidettyjä terveydenhuollon tietokantoja ovat esim. MEDIC, CINAHL, PUBMED, COCHRANE sekä MELINDA. MOT Dictionaries-sanakirjapalvelua hyödynsimme kansainvälisten tutkimusten kääntämisen apuvälineenä, sekä hakusanojen määrittelyssä. Tietokantahakujen lisäksi haimme lähdeaineistoa myös yksittäisten vinkkien perusteella Google Scholar-hakukoneella ns. manuaalisesti, sekä suomalaisten yliopistojen tietokannoista ja arkistoista.

Kirjallisuuskatsauksessa käyttämiemme alkuperäistutkimusten haussa käytimme seuraavia hakusanoja ja niiden erilaisia yhdistelmiä: aivoverenkiertohäiriö(t), potilas/potilaan, ohjaus, potilasohjaus, opetus, neuvonta, kuntoutus, hoitotyö. Hakusanan tuli esiintyä otsikossa tai abstraktissa. Hakusanoista johdettiin englanninkieliset vastineet sekä joitakin fraaseja, joiden havaittiin tuottavan hakutuloksia. Käännökset eivät vastaa täysin alkuperäisiä suomenkielisiä hakusanoja. Englanninkielisiä hakusanoja olivat: stroke, patient, early rehabilitation, counselling, guidance, education, nursing. Hakufraasit: disorder of the cerebral circulation, disturbance of the cerebral circulation, cerebrovascular disturbance, haemorrhagia cerebri, haemorrhagia intracerebralis tuottivat lähinnä lääketieteellisiä tutkimuksia kirurgian näkökulmasta, joten niiden käyttö rajattiin pois. Hakusanojen eri yhdistelmillä olisi voinut tehdä hakuja loputtomiin mutta niillä saadut tulokset olivat usein lääketieteellisiä tutkimuksia. Lääketieteelliset tutkimukset rajattiin pois, koska työssämme haluttiin korostaa hoitotieteellistä näkökulmaa. Samasta syystä myös fysioterapeuttisessa viitekehyksessä toteutetut tutkimukset rajattiin pois, vaikka ne omalta osaltaan tukivatkin kuntoutumisen näkökulmaa. Katsauksemme ensisijainen tavoite on kuitenkin tuottaa hoitotieteellistä näyttöön perustuvaa tietoa.

Tutkimuksen edetessä huomasimme, kuinka vähän AVH-potilaiden ohjaukseen liittyvää tutkimustietoa hoitotieteellisestä näkökulmasta on saatavilla. Tässä vaiheessa otimme mukaan katsauksemme tutkimusaineistoon lääketieteellistä, fysioterapeuttista sekä musiikkiterapeuttista näkökulmaa edustavaa aineistoa täydentämään tuloksiamme.

TAULUKKO 6. Tietokannat ja hakutermit

Tietokanta	Käyttämämme hakutermit	Tuloksia kpl:ta
Cinahl	stroke, patient, counselling, education, guidance, nursing, earlyrehabilitation, stroke patients, stroke survivors	390 joista 14 valittiin, lopulta 2 otettiin aineistoon
PubMed	"patient education as topic" OR counseling OR "patient education" OR "patient teaching" OR counsel* AND stroke Clinical Trial AND free full text AND "last 5 years"	29 tulosta, joista 5 valittiin
Google Scholar	aivoverenkiertohäiriöpotilas, ohjaus, opetus, neuvonta, kuntoutus	tuloksia ei voida ilmoittaa lukuina
Medic	aivoverenkiertohäi*, "potila* ohjau**", neuvon*, opetu*, AND stroke, patien*, counsel*, inform*, guidan* kokotekstit 2007 - 2017	58 joista valittiin 3

4.3 Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusprosessi suunnitellaan ja kuvataan mahdollisimman tarkasti, sillä tutkimuksen tulee olla toistettavissa kuvauksen perusteella. Kirjallisuuskatsauksen suunnittelun lähtökohtana ovat tutkittava aihepiiri, tutkittava joukko sekä tutkimustuloksista hyötyvät tahot. Katsauksen sisältöön ja esitystapaan vaikuttavat kohderyhmien intressi tutkimusaihetta kohtaan. (Mäkelä ym. 2001, 43.) Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus ovat toisiinsa sidoksissa. Etenemällä johdonmukaisesti ylläpidetään tutkimuksen luotettavuutta prosessissa tutkimuskysymyksistä johtopäätöksiin saakka. Luotettavuutta tukee selkeästi esitetyt ja perustellut tutkimuskysymykset. (Kangasniemi ym. 2013, viitattu 28.11.2016.)

4.4 Aineiston abduktiivinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan tekstin sisällön sanallista kuvailua, jossa aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien sekä tiivistäen. Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka liittyy tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.) Sisällönanalyysi soveltuu

laadullisten tutkimusten tekemiseen ja sen käyttö on yleistynyt myös kirjallisuuskatsauksiin valittujen artikkeleiden analysoinnissa. Sen sopivuudesta analyysimenetelmänä on ristiriitaisia näkemyksiä ja tutkijoiden mukaan kirjallisuuskatsausten yhteydessä olisi mielekkäämpää puhua kuvailevasta synteesisistä, kuin sisällönanalyysistä, vaikka niiden peruseriaate onkin hyvin samanlainen. (Kyngäs, Kääriäinen, Elo, Kanste & Pölkki 2010, viitattu 30.3.17.)

Teoria- ja aineistolähtöisen tutkimuksen välimuotona pidetään teoriasidonnaista tutkimusta, jossa aineiston analyysi ei suoraan perustu teoriaan mutta linkittyy siihen selvästi. Aineistosta nouseville löydöksille etsitään selityksiä tai vahvistusta teoriasta. Teoriasidonnaista lähestymistapaa kutsutaan myös abduktiiviseksi päättelyksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 99.) Grönforsin (1982) mukaan abduktiivinen päättely perustuu siihen, että jokin johtoajatus tulee olla ennen kuin uusi teoria voidaan muodostaa. Johtoajatus voi olla hyvinkin intuitiivinen käsitys tai ennalta muotoiltu hypoteesi, jonka avulla havainnot voidaan keskittää seikkoihin, joiden uskotaan tuottavan ilmiöstä uusia ideoita, näkemyksiä tai uusia teorioita. (Grönfors 1982, 17, viitattu 30.3.17.)

5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELUA

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valikoitunut aineisto esitellään taulukossa 7, joka on katsauksen liitteenä. Taulukosta ilmenee tutkimuksen tai tutkimusartikkelin tekijä, julkaisuvuosi, tarkoitus, keskeinen sisältö ja tulokset sekä menetelmä jolla tutkimus on toteutettu. Seuraavaksi katsaukseen valitun aineiston tulokset esitellään vastaamalla tutkimuskysymyksiin.

5.1 AVH-potilailla ilmeneviä uuden oppimiseen ja tiedon omaksumiseen liittyviä ongelmia

Ajoituksen merkitys ohjauksessa

Aivovauriopotilaan kuntoutuksessa varhaisella ohjauksella pystytään parhaiten vaikuttamaan aivojen muovautuvuuden kehittymiseen. Vaurion jälkeen muutokset aivojen rakenteissa ja aineenvaihdunnassa ovat nopeimmillaan ensimmäisten viikkojen aikana. Kuitenkin välittäjäainemuutokset voivat jatkua kuukausia ja hermosoluliitosten uudismuodostus vielä pidempään, jopa vuosia. (Forsbom ym. 2001, 26 viitattu 1.5.17.) Tutkimusartikkelissa, A Very Early Rehabilitation Trial for Stroke (Bernhardt, Dewey, Thrift, Collier & Donnan 2008), tarkasteltiin potilaan varhaisen mobilisaation merkitystä potilaan kuntoutumiseen. Artikkelin valittiin mukaan aineistoon mielenkiintoisen tutkimusongelman perusteella, mutta sen tulokset eivät lopulta vastanneet potilaan ohjausta koskeviin tutkimuskysymyksiimme.

Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus –konsensuslausumassa (2008) todettiin, että aivovauriopotilaan pitäisi erikoissairaanhoidossa saada moniammatillisen tiimin tekemä kuntoutussuunnitelma noin viikon kuluessa sairastumisesta, koska jo tässä vaiheessa voidaan arvioida potilaan kuntoutumista. Varhain aloitetulla kuntoutuksella on positiivinen vaikutus potilaan nopeampaan ja parempaan kuntoutumiseen. Käytettäessä tehtäväkeskeisiä harjoituksia on potilaalla paremmat mahdollisuudet toiminnallisen kyvyn kuntoutumiseen. Kaikki potilaat hyötyvät kuntoutuksesta, eikä esimerkiksi ikä poissulje kuntoutuksen tarvetta. Aktiivinen kuntoutuminen on tavoitteellista joka yhdistää potilaan, omaiset sekä kuntouttajan. Kuntoutuksen kannalta merkittävä ajankohta on noin 1-2 viikkoa sairastumisen jälkeen, joka on aivojen hermoston muovautuvuuden kriittisin ajanjakso. Tämä kriittinen aika voidaan menettää erikoissairaanhoidon riittämättömien resurssien vuoksi.

Jokisen (2016) tutkimuksessa selvitettiin kuntoutuksen aloitusajankohdan ja intensiteetin vaikutusta AVH-potilaan toiminnalliseen kommunikaatiokykyyn sekä nimeämiskykyyn ryhmätasolla. Tutkimuksen tuloksissa nimeämiskyvyn palautumiseen kuntoutuksen intensiteetillä ja kuntoutuksen aloitusajankohdalla ei ollut vaikutusta, mutta enemmistöllä tutkittavista nimeämiskyky palautui. Tutkittavilla, joilla kuntoutusta oli ollut kerran tai kahdesti viikossa, toiminnallinen kommunikaatiokyky kuntoutui parhaiten. (Jokinen 2016, 5-6, 10, 25, 48, viitattu 17.4.2017.)

Erikssonin (2014) tutkimustulokset vahvistivat aiempaa tietoa aivoinfarktipotilaiden toiminnanohjauksen spontaanista kuntoutumisesta eri arviointimenetelmillä. Spontaanista kuntoutumista tapahtuu eniten ensimmäisen puolen vuoden aikana, mutta myös sen jälkeen vielä 12 kuukauteen asti. Toiminnanohjauksen taas todettiin olevan oikean- sekä vasemmanpuolen aivoinfarktipotilailla heikointa sairastumisen akuuttivaiheessa. Suurella osalla potilaista toiminnanohjauksen heikentymistä oli nähtävissä runsaasti vielä kuuden ja 12 kuukauden kuluttua. Testeissä oli nähtävissä heikompia tuloksia vasemmanpuoleisen infarktin saaneilla, verrattuna oikeanpuoleisen infarktin saaneisiin potilaisiin. Tämän arveltiin selittyvän sillä, että vasenpuoli vastaa kielellisistä toiminnoista. Neuropsykologisessa arvioissa kielelliset toiminnot mahdollistavat toiminnanohjauksen arvioinnin. Tutkimuksessa ilmeni, että toiminnanohjaus on voinut olla huomattavasti heikentynyt aivoinfarktiin sairastuneilla, jo ennen aivoinfarktiin sairastumista, verrattuna terveeseen väestöön. (Eriksson 2014, 13-15, 26-28, viitattu 16.4.2017.)

Oiretietoisuuden merkitys ohjauksessa

Neuropsykologisessa kuntoutuksessa on tärkeää lisätä potilaan tietoisuutta omasta tilastaan, tarjoamalla asianmukaista tietoa sairaudesta, kognitiivista häiriöistä sekä niiden vaikutuksesta toimintakykyyn. Alkuvaiheessa potilaalle on hyvä kertoa sairastumiseen liittyvistä asioista yleisellä tasolla, kuten esimerkiksi millaisia oireita sairauteen yleensä liittyy, ei suoraan kyseisen potilaan oireisiin viitaten. On tärkeää myös antaa palautetta potilaan vahvuuksista ja säilyneistä toiminnoista. (Nurmi ja Jehkonen 2015, 5, 14, 30-32, viitattu 14.4.2017.)

Anosognosia voi liittyä joko sairauteen, kuten aivohalvaukseen, tai tiettyyn sairauden aiheuttamaan häiriöön, kuten raajahalvaukseen tai neglectiin. Potilas ei välttämättä ymmärrä, miksi hänen täytyy olla sairaalassa tai mikä häntä vaivaa. Neuropsykologiset häiriöt heikentävät myös potilaan kuntoutumisennustetta (Jehkonen 2015, 16-18, viitattu 6.5.2017).

Anosognosian ja oireiden kieltämisen erottaminen voi olla vaikeaa: potilaat voivat samanaikaisesti olla anosognostisia omien oireidensa suhteen ja samalla kieltää muut oireensa. Potilaat voivat käyttäytyä välinpitämättömästi saadessaan kielteistä palautetta toimintakykynsä heikentymisestä. Osa voi kieltäytyä kokonaan kuntoutuksesta, koska eivät näe tarvetta kuntoutua. Sairaudentunnon puuttuminen heikentää hoitoihin ja kuntoutukseen sitoutumista sekä potilaan kuntoutumistuloksia. Potilaan kieltäessä sairautensa/oireensa, on tärkeää rakentaa luottamuksellinen hoitosuhde ja välttää vastakkain asettelua. Potilasta pyritään motivoimaan noudattamaan ohjaajan neuvoja, vaikei potilas tiedostakaan omia puutteitaan. Anosognosia voi myös myöhemmin aktivoitua uudestaan. (Nurmi ja Jehkonen 2015, 228, 230, viitattu 14.4.2017.)

Oiretiedostuksen kuntouttamisessa ja ohjaamisessa on tärkeää antaa potilaalle palautetta erilaisissa vuorovaikutustilanteissa. Potilaan tulisi saada myös epäonnistua turvallisessa ympäristössä; esimerkiksi annettuja tehtäviä tai vuorovaikutustilanteita asteittain vaikeuttamalla. Näin potilas voi tehtävien ja palautteen avulla tunnistaa/tunnustaa sairautensa aiheuttamia vaikutuksia toimintakykynsä. Ohjauksessa tulee välttää liiallista potilaan puolesta tekemistä ja suojelemista, sillä ne voivat olla esteenä oiretiedotuksen kuntoutumiselle. Myös omaisten tulee saada tukea ja ohjausta, jottei potilaan kuntoutuksesta muodostu negatiivinen kokemus molemmille osapuolille. Anosognosia-potilaat eivät koe toimintakykyään alentuneeksi, joten pelkästään oiretiedostamattomuus aiheuttaa vaaratilanteita; esimerkiksi raajahalvaantuneen potilaan pyrkiessä käyttämään halvaantunutta kehonosaa entiseen tapaan. (Nurmi ja Jehkonen 2015, 228, 231, viitattu 14.4.2017).

AVH-potilailla myös neglect ja näkökenttäpuutos voivat esiintyä samanaikaisesti, jolloin niiden erottaminen ja huomioiminen potilasohjauksessa tärkeä turvallisuustekijä. Neglect ohjauksen tavoitteena on välttää vastakkain asettelua., keskittymisen ja suunnitelmallisuuden vahvistaminen kognitiivisilla harjoitteilla sekä oiretiedostuksen tukeminen ja supportiiviset keskustelut muuttuneesta elämäntilanteesta. Kognitiivisina harjoitteina voidaan käyttää manuaalisia ja tietokoneavusteisia harjoitteita, joihin liittyy palautteen antaminen, ja samalla potilasta ohjataan arvioimaan itse suoriutumistaan. (Jehkonen 2002, 16-18, viitattu 14.4.2017.)

Kommunikaatiokyvyn merkitys ohjauksessa

Gordon, Ellis-Hill ja Ashburn (2009) selvittivät tutkimuksessaan afasiaa ja dysartriaa sairastavien AVH-potilaiden ja hoitohenkilöstön välistä kommunikaatiota erikoissairaanhoidon AVH-yksikössä. Tulokset saatiin analysoimalla potilaiden ja henkilöstön välisiä videoituja keskusteluita. Tulokset osoittivat keskustelun olevan hoitajavetoista ja asiakeskeistä, jolloin keskustelun tunneulottuvuus

jäi olemattomaksi. Potilaiden osuus keskusteluissa jäi vähäiseksi kommunikaatio vaikeuksien ja kysymysten asettelu vuoksi. Potilaille esitettiin yleisesti suljettuja kysymyksiä, jolloin keskustelumahdollisuuden avautuminen potilaan tarpeille jäi toteutumatta. Tutkimus osoitti myös afasia ja dysartria potilaiden osallistuvan keskusteluun pääasiassa hoitajien tai omaisten kanssa. Tutkimus osoitti myös tarpeen kehittää hoitohenkilöstön keskustelutaitoja. Keskustelun ylläpitäminen afasia tai dysartria potilaan kanssa vaatii hoitohenkilökunnalta kykyä sietää myös omaa epävarmuutta ja hiljaisuutta keskustelussa sekä sensitiivisyyttä kuulla potilaan tarpeita. (Gordon, Ellis-Hill & Ashburn 2008, 551-552.) Afasia voi vaikeuttaa anosognosian tunnistamista, sillä suurin osa anosognosian arviointimenetelmistä perustuvat potilaiden haastatteluihin. (Nurmi ja Jehkonen 2015, 228.)

Psyykkisen tuen merkitys ohjauksessa

Masennus hidastaa potilaan kuntoutumista ja sen oireet voivat helposti peittyä muiden AVH-potilaalla ilmenevien muutosten, kuten persoonallisuuden tai toiminnallisten muutosten alle. AVH:n akuuttivaiheessa (1–3 viikkoa) masennustila voi liittyä aivojen toiminnalliseen muutokseen ja se paranee fyysisen tilan kohentuessa, yleensä ensimmäisen kuukauden aikana. Silloin ei erityistä masennuksen hoitoa tarvita (Pohjasvaara ym. 2001, 397, 400, viitattu 26.4.2017). AVH-potilaiden masennus on yhteydessä huonoon toiminnalliseen ennusteeseen, kuntoutumismotivaation heikentymiseen ja lisääntyneeseen riskiin joutua pitkäaikaiseen laitoshoidon. (Berg 2010; Käypähoito 2016 viitattu 6.4.2017.) Depression tunnistaminen, potilaan ja omaisen tukeminen, sekä masennuksen lääkehoito edistävät kuntoutumista ja lyhentävät sairaalaoloa (Pohjasvaara ym. 2001, 397, viitattu 26.4.2017). Masennukseen liittyy usein unihäiriöitä, jotka tulee erottaa uniapneasta, joka puolestaan on tyypillistä aivoinfarktipotilailla. Uniapnea voi aiheuttaa uupumista ja päiväväsymystä, joka hidastaa potilaan toipumista. (Pohjasvaara ym. 2001, 400, viitattu 26.4.2017.)

Psyykkistä ja psykososiaalista ohjausta ja tukea sisältävän hoidon on havaittu parantavan potilaiden ja omaisten tietotasoa sekä joiltain osin myös potilastyytyväisyyttä. Sen on katsottu myös voivan lievittää potilaiden masennusoireita. (Käypä hoito -suositus 2016 viitattu 6.4.2017.)

Kaakisen (2013) tutkimus osoitti ohjauksen olevan riittämätöntä sosiaalisen tuen ja eri tutkimustulosten osalta. Tutkimuksen kohdejoukkona olivat aivoverenkiertohäiriö-, keuhkohtauma- ja sydämen vajaatoimintapotilaat. Edellä mainittuihin sairauksiin liittyy ahdistusta, yksinäisyyttä ja masennusta sekä taloudellista huolta. Myös kuoleman pelko oli potilaille yhteistä, jolloin emotionaalisen tuen merkitys korostuu. Tuloksista ilmeni, että tunteiden käsittely ohitetaan lisäämällä potilaan lää-

kitystä, jolloin heidän pelkoaan ei tarvitse kohdata. Potilasasiakirjat tosin asettavat omat rajoituk-
sensa siihen, millaista emotionaalista tukea potilaalle on annettu ja kuinka se onnistutaan kuva-
maan. Myös muut tutkijat ovat raportoineet tunteiden ohittamisesta ja vahvistavat emotionaalisen
tuen ohjauksen olevan puutteellista. (Kaakinen 2013, 54; Kaila 2014, 46; Kyngäs, Kääriäinen, Pos-
kiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 36.)

Elämäntapaohjauksen merkitys

Oikarisen (2016) tutkimuksessa terveellisempiin elämäntapoihin sitoutuminen sairastumisen jäl-
keen näyttäytyi potilaiden kannalta merkittävänä haasteena. Potilaiden elämäntapamuutoksiin si-
toutumiseen vaikutti positiivisesti hoitohenkilöstöltä, lääkäreiltä ja läheisiltä saatu tuki. Sosiaalinen
tuki on yksi tapa kannustaa potilaita elintapamuutoksiin ja itsehoitoon. Kaakisen (2013) mukaan
pitkäaikaissairaat potilaat kokivat hyötyneensä saamastaan ohjauksesta, mikä näkyi parempana
oireiden hallintana ja lisääntyneenä tietoisuutena terveellisen ruokavalion ja liikunnan merkityk-
sestä. (Kaakinen 2013, 55; Oikarinen 2016, 28.) Potilaat kokivat omaisilta, terveydenhuoltohenki-
löstöltä ja vertaisilta saamansa sosiaalisen tuen merkityksellisenä. Omaisten mahdollisuus osallis-
tua pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjaukseen koettiin hyvänä, joka on todettu myös muissa tutki-
muksissa. (Kaakinen 2013, 55; Kaila 2014, 47.)

Kaakisen (2013) tuloksissa elintapaohjaus rajoittui tupakoinnin ohjaukseen, vaikka potilailla oli epä-
tietoisuutta muistakin sairauden edellyttämistä elintapamuutoksista. Elintapaohjauksella voidaan
ennaltaehkäistä tai hidastaa sairauden etenemistä, koska huonot elintavat tai riskitekijät voivat olla
sairauden taustalla. Terveyden edistäminen ja elintapaohjaus ovat myös kansallisten ohjelmien
keskeinen teema. (Kaakinen 2013, 55.) AVH-potilaiden liikuntaohjelman havaittiin vähentävän ma-
sennusoireita, kun tulokset arvioitiin välittömästi, mutta vaikutus ei kuitenkaan säilynyt liikuntaoh-
jelman päätyttyä. Tuloksiin saattoi olla vaikutusta masennuslääkkeillä, joita ei kyseisessä tutkimuk-
sessa raportoitu. (Käypä hoito -suositus 2016, viitattu 6.4.2017.)

Potilaslähtöisyyden huomioiminen ohjauksessa

Kaakisen (2013) tutkimuksessa pitkäaikaissairaiden ohjauksen laatua tarkasteltiin sisällön, toteu-
tuksen, hyötyjen sekä käytettyjen menetelmien ja materiaalien näkökulmasta. Tutkimuksen mu-
kaan ohjauksen kirjaaminen potilasasiakirjoihin oli niukkaa, vaikka kirjaamisen katsottiin olevan
yksi ohjauksen laatua parantavista tekijöistä. Potilaat kokivat, että ohjausaika oli riittämätöntä ja

ohjausta toteuttavien henkilöiden käyttämä ammatillinen kieli saattoi olla esteenä ohjauksen ymmärtämiselle. Lisäksi tutkimus vahvisti käsitystä, jonka mukaan potilaiden saama sairauden oireita ja niiden kehitystä koskeva ohjaus lisäsi potilaiden mahdollisuutta osallistua hoitoon ja päätöksentekoon. Lisäksi se voi vähentää hoidon viivästymistä ja lisäkustannusten syntymistä. Potilaat pitivät myös tärkeänä ohjauksen soveltamista heidän elämäntilanteeseensa. Potilaan motivaatio vaikuttaa halukkuuteen omaksua hoitoonsa liittyviä asioita, jonka lähtökohtana on ohjauksen sisällön ja riittävän konkreettisten tavoitteiden määrittely yhdessä potilaan kanssa. (Kaakinen 2013, 54.)

Pelkkä tieto sairaudesta ei takaa hyväksi koettua ohjausta, vaan potilaat tarvitsevat tietoa myös sairauden ennusteesta. Sairauden ennusteesta kertominen voidaan mieltää lääkärin tehtäväksi ja työnjaossa voi olla epäselvyyksiä eri organisaatioissa. Sairauden ennusteesta kertomisen arvelaan olevan vaikeinta tilanteissa, jolloin ennuste on huononemassa tai sitä ei täsmällisesti tiedetä. (Kaakinen 2013, 54.)

Ohjauksen laadulliset vaatimukset

Potilaan ohjaaminen on suunnitelmallisempaa kuin muut potilaan ja hoitohenkilöstön väliset kohtaamiset. Ohjauksessa potilas on aktiivinen asioiden ratkaisija ja ohjaajan rooli on tukea päätöksenteossa, mutta pidättäytyä esittämästä valmiita ratkaisuja. Vuorovaikutuksessa on keskeistä tukea potilasta aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen, jotta potilas itse ottaisi vastuuta omasta hoidostaan. Potilasohjauksen tavoitteena on voimavaraistumisen tukeminen, joka aktivoi potilasta ja parantaa motivaatiota sekä lisää potilaan kokemusta hallinnan tunteesta ja mahdollisuuksista vaikuttaa omaan hoitoonsa. (Lipponen 2014, 17.)

Potilaslähtöinen *voimavaraistava* potilasohjaus on näyttöön perustuvaa ja vaikuttavaa hoitotyön toimintaa. Hoitajan työajasta iso osa kuluu potilasohjauksen toteutukseen ja sen vaikutukset ovat merkittävät. (Kaila 2014, 52.) Ohjauksella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia potilaiden hoitoon ja sairauteen liittyvän tiedon ymmärtämiseen ja arjessa selviytymiseen sekä hoitoon sitoutumiseen. (Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008, 121-135.) Lipponen (2014) tutkimuksen mukaan ohjausta toteutettiin potilaslähtöisesti, huomioiden potilaan tunteet ja ongelmat sekä annettiin myönteistä palautetta ohjauksen aikana. (Lipponen 2014, 61.)

Pitkäaikaissairaajat potilaat pitivät ohjausta laadukkaana, jos se oli suunnitelmallista, vuorovaikutteisesti toteutettua, potilaslähtöistä ja sisälsi tietoa sairauden ennusteesta. Kaakisen (2013) tulosten

mukaan ohjauksen suunnittelussa oli puutteita, mikä heikensi ohjauksen laatua. Suunnitelmallisuuden tavoitteena on helpottaa yksilöllisten ohjaustarpeiden huomioimista ja kirjaamista sekä ohjauksen toteuttamista jatkohoidossa. Tulokset vahvistivat ohjauksen laadun olevan yhteydessä ohjauksen suunnitelmallisuuteen, josta on myös aiempaa tutkimusnäyttöä. (Kaakinen 2013, 55; Huurre 2014, 49.)

Suunnitelmalliseen ohjaukseen liittyvät myös palaute ja arviointi ohjauksesta. Pitkäaikaissairaat saivat vain harvoin palautetta ja ohjauksen arviointi liittyi ohjauksen ymmärtämisen varmistamiseen sekä ohjauksen kertaamiseen. Potilaiden palautteella ja arvioinnilla on merkitystä ohjausosaamisen kehittämisessä. Tulosten mukaan ohjauksen suunnittelemattomuus vaikeutti ohjauksen hyötyjen arviointia. Ohjauksen suunnitelmallisuuden esteenä saattavat olla myös ohjausta toteuttavien heikot tiedolliset ja taidolliset valmiudet sekä asenteet, kokemukset ja asiantuntemuksen puute, jonka vuoksi ohjauskoulutusta tulisi lisätä. (Kaakinen 2013, 56; Huurre 2014, 49.)

Ohjausympäristön merkitys

Ohjauksen onnistumisen kannalta merkityksellisin on ympäristö, jossa ohjausta annetaan. Ohjauspaikan tulisi olla rauhallinen ja häiriötön, jotta sekä ohjaaja että ohjattava voivat keskittyä ohjaukseen. Tämä tulisi huomioida erityisesti ikääntyneiden hoidossa, joiden on todettu kaipaavan ohjaustilanteeseen inhimillisyyttä, kiireettömyyttä ja kannustusta. (Lipponen ym. 2006, 26.)

Omaisen ohjaaminen

Virtasen (2014) mukaan terveydenhuoltohenkilöstö ei välttämättä ota omaista mukaan kertoessaan potilaalle lääke- ja nestehoidosta, sairauden oireista ja antaessaan kirjallisia ohjeita. Tällä saattaa olla vaikutusta omaisten huonoon kokemukseen tiedonsaannista näillä osa-alueilla. Omaisen saaman ohjauksen ja hoitoon osallistumisen merkitys korostui useissa tutkimuksissa. Omaisten tulee saada asianmukaista tietoa AVH:n aiheuttamista toiminnallisista muutoksista ja ongelmista. On tärkeää tuoda omaisten ohjauksessa esiin myös potilaan vahvuuksia ja säilyneitä toimintoja. Keskusteluissa tulee käsitellä mm. kognitiivisten puutosoireiden merkitystä käytännön toiminnoissa ja potilaan kuntoutumisennustetta. (Virtanen 2014, 16, 31-32.)

AVH-potilaiden ja omaisten ohjaustarpeita selvittäneen kirjallisuuskatsauksen mukaan omaisten tiedon ja ohjauksen tarpeita akuuttivaiheessa olivat potilaan diagnoosi, ennuste, tutkimustulokset ja toipumisennuste. Potilaan kuntoutumisvaiheessa omaisten tarpeet liittyivät psyykkisiin ja emo-

tionaalisiin tekijöihin sekä AVH:n syntymekanismiin ja riskitekijöihin. Sairauden myöhemmissä vaiheissa omaisten tiedon ja ohjauksen tarpeet liittyivät sairauden hoitoon, potilaan kuntoutuksessa ja liikkumisessa avustamiseen, ravitsemukseen sekä AVH:n uusiutumisen ehkäisemiseen. Omaiset tarvitsivat tietoa myös oman alueensa palveluista ja tukimuodoista. Lisäksi he toivoivat ohjauksen soveltamista omaan elämäntilanteeseensa. (Hafsteinsdottir, Vergunst, Lindeman & Schuurmans 2010.)

5.2 AVH-potilaan ohjaukseen suositeltavat ohjausmenetelmät

Yleisimmät ohjausmenetelmät

Yleisesti potilasohjauksessa käytettyjä menetelmiä ovat suullinen, kirjallinen, yksilö- ja ryhmäohjaus, demonstraatio sekä audiovisuaalinen ohjaus. Käytetyin menetelmistä on suulliseen vuorovaikutukseen perustuva yksilöohjaus, joka on oppimisen kannalta tehokas menetelmä, mutta hoitajan näkökulmasta aikaa vievä, siksi joissakin tapauksissa on perusteltua hyödyntää ryhmäohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 117; Huurre 2014, 49.) Ryhmäohjaustaidot koettiin heikoimmin hallinnassa olevaksi menetelmäksi (Kaila 2014, 46).

Ohjausmenetelmän valintaan vaikuttavat mm. potilaan kyky omaksua asioita sekä ohjauksen tavoite. Potilaat muistavat arvioiden perusteella 90 % sekä näkö- että kuuloaistiin perustuvasta ohjauksesta, pelkästään näköaistiin perustuvasta ohjauksesta 75 % ja vain 10 % pelkkään kuuloaistiin perustuvasta ohjauksesta. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Käden aktivointi tulisi sisällyttää neglectin kuntoutusohjelmiin visuaalisen kuntoutuksen ohella. Menetelmä soveltuu hyvin akuuttivaiheen potilaille, jotka eivät vielä pysty osallistumaan kuntoutukseen istuen. Neglectin arviointimenetelmällä *Behavioural Inattention Test* eli BET-testillä on todettu potilaan saavan parempia tuloksia kuntoutuksessa, jos käden aktivointi on otettu varhaisessa vaiheessa mukaan kuntoutukseen (Luukkainen-Markkula 2012, 50-51).

Ohjauksen tehostaminen

Eryteisesti pitkäaikaissairaat potilaat toivoivat ohjauksessa käytettävän enemmän demonstraatiota ja useampia yhteydenottokanavia (Kaakinen 2013, 59). Usein suullista ohjausta täydennetään kirjallisilla ohjeilla ja potilaat haluavatkin hoitoonsa liittyvät ohjeet kirjallisina, joihin he voivat myöhemmin tukeutua. Kirjalliset ohjeet lääkehoidon aikataulusta saattavat auttaa esimerkiksi ikääntyneitä

lääkehoidon toteutuksessa. Hoitajan tehtävä on varmistaa, että potilaalla on asianmukaiset tiedot ja mihin tarvittaessa ottaa yhteyttä. Huomionarvoista on, että hoitajat käyttävät eniten aikaa jatko-hoitoa ja lääkehoitoa koskevan tiedon kirjaamiseen mutta silti potilaiden yhteydenotot koskevat eniten näitä osa-alueita. (Kaila 2014, 30, 52; Lipponen 2014, 72; Huurre 2014, 53.)

Ohjauksen kehittäminen

Huonosti ohjattu potilas joutuu myöhemmin ottamaan yhteyttä hoitavaan tahoon epäselväksi jää-neissä asioissa, mikä kuormittaa hoitohenkilökuntaa. Tämän vuoksi potilasohjauksen kehittäminen ja ohjausosaamisen johtamiseen panostaminen kannattaa. Potilasohjausta annetaan usein sa-manaikaisesti muun hoitotyön toimintojen ohessa, joka osaltaan selittää tutkimuksissa esiin nous-sutta ohjauksen niukkaa kirjaamista. Hoitajan tulee olla motivoitunut ohjaukseen, ylläpitää kommu-nikaatio- ja ohjaustaitojaan sekä päivittää tietojaan ohjaustekniikoista. Ohjauksen tukena tulee ak-tiivisesti hyödyntää tutkittua tietoa. Tutkimustiedon hyödyntämistä heikentäviä tekijöitä aineis-tomme mukaan olivat hoitajien ajanpuute, puutteet tiedonhakuosaamisessa ja erilaiset käytännöt organisaatioissa. (Kaila 2014, 30, 52; Lipponen 2014, 72; Huurre 2014, 52-53.)

Ohjausmenetelmien monipuolinen käyttö

Eri ohjausmenetelmiä yhdistelemällä voidaan parantaa ohjauksen vaikuttavuutta ja oppimistulok-sia. Demonstraatio on havainnollistamista, konkretisoimista ja näyttämällä opettamista. Demonst-raation tarkoitus on opettaa potilaalle, kuinka jokin tehtävä/toiminto suoritetaan. Harjoituksen yh-distäminen yksilöohjaukseen parantaa motorisia taitoja, auttaa käytäntöjen oppimisessa sekä pa-rantaa ohjauksen vaikuttavuutta. Audiovisuaaliset ohjausmenetelmät tarkoittavat teknisten laittei-den kuten videoiden, äänikasettien, tietokoneohjelmien, tietoverkkojen tai puhelimen avulla annet-tavaa tukea ja tietoa. Kaikki ohjausmenetelmät tähtäävät oppimiseen ja uuden tiedon omaksumi-seen, joten sopivan ohjausmenetelmän valinta perustuu potilaan oppimistyyliin, omaksumiskykyyn ja ohjauksen tavoitteisiin. (Kynge ym. 2007, 7; Huurre 2014, 52-54.) Yleisimmin käytetty yksilöoh-jaus oli Huurteen (2014) mukaan menetelmistä parhaiten hallinnassa, kun taas heikoimmin hallin-nassa olivat ryhmäohjaustaidot sekä perheohjausmenetelmä, niiden vähäisemmän käytön vuoksi. Perheohjaus on hyviä vuorovaikutustaitoja vaativa menetelmä. (Huurre 2014, 53-54.)

5.3 AVH-potilaan ohjaukseen suositeltuja havainnollistamismenetelmiä

Selkokieli

Selkokieli on sisällöltään, sanastoltaan ja rakenteeltaan yleiskieltä helppolukuisemmaksi ja ymmärrettävämmäksi mukautettu suomenkielen muoto (Selkokeskus 2015 viitattu 3.4.17). Aivoverenkiertohäiriöpotilaat hyötyvät selkokielisistä oppaista, koska selkokielisuus huomioi monet aivoverenkiertohäiriön oireista. Selkokieliset teokset ovat helpommin ymmärrettäviä ja hahmotettavia, koska teksti on lyhytrakenteista, selkeää ja hyvin jäsenneltyä. Lyhytrakenteinen kieli helpottaa työmuistin toimintaa, vähentää uuden tiedon kuormittavuutta ja helpottaa sen yhdistämistä aiempaan tietoon. (Virtanen 2012, 16, 31-32, 91.)

Musiikki ohjauksen apuna

Musiikin kuuntelun lisääminen tavanomaiseen kuntoutukseen tehostaa aivohalvauspotilaiden motoriikan säätelyä, nopeuttaa aivohalvauksen jälkeisen puhehäiriön ja kognitiivisten vaurioiden paranemista ja vähentää dementiapotilaiden käytöshäiriöitä. Musiikin kuntouttava vaikutus ei riipu aiemmasta musiikin harrastuksesta. Musiikin tunnevaikutus riippuu muistiin varastoituneista kokemuksista. Aivoinfarktipotilaille vaikutukset voidaan todeta vielä kuuden kuukauden kuluttua. (Sihvonen, Leo, Särkämö & Soinila 2009, viitattu 3.4.2017.) Laitisen (2008) tutkimuksessa puhevaikeuksista kuntoutuvat, rauhattomat tai syrjäänvetäytyvät potilaat hyötyivät hoitajien mukaan avustetusta musiikin kuuntelusta. Hoitajat myös havaitsivat saavansa menetelmän avulla potilaista uutta tietoa, joka avarsi hoitaja-potilas-suhdetta. Musiikin kuuntelun käyttöön ottaminen tarvitsee lisäksi musiikkiterapeuttien antamaa koulutusta hoitohenkilöstölle. (Laitinen 2008, viitattu 1.6.2017.)

Musiikki aktivoi aivoja laaja-alaisesti, mikä edistää hermoverkostojen uusiutumista. Kontrolloiduissa tutkimuksissa musiikin kuuntelu lisää neurologisten potilaiden keskittymiskykyä, nostaa mielialaa, vähentää sekavuutta ja ahdistuneisuutta, parantaa muistin toimintaa ja motoriikan säätelyä sekä nopeuttaa puheentuoton korjaantumista. Musiikin aikaansaaman kuuloaistimuksen käsittelyyn osallistuvat useat aivojen alueet. Lyhytaikainen, päivittäin toistuva, musiikin kuuntelu parantaa merkittävästi motoriikkaa ja kognitiivista toimintaa, mikä voi säilyä useita kuukausia. Musiikin kuntouttava vaikutus perustuu somaattisen stressitilan lievenemiseen, aivojen mielihyvä- ja palkitsemisjärjestelmän aktivoitumiseen, motoriikan tahdistukseen ja aivojen rakenteelliseen muovautumiseen. Musiikin ja kielellisten toimintojen yhteys on kognitiivisen kuntoutuksen kannalta merkittävä. (Duodecim 2014, viitattu 1.4.2017.)

Videon näyttäminen potilaalle on myös kuntouksessa käytettävä ohjausmenetelmä. Videolla voidaan havainnollistaa potilaalle, kuinka suoriutua annetusta tehtävästä. Tehtävään määritetyt aikarajat osoittavat potilaalle, minkä ajan kuluessa tehtävästä tulee suoriutua. Videon avulla potilas voi oppia myös arvioimaan omaa suoriutumistaan. Toisena vaihtoehtona on verrata potilaan omaa arviota suoriutumisestaan terapeutin arvioon. (Nurmi ja Jehkonen 2015, 232.)

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelua

Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset olivat keskenään hyvin erilaisia, minkä vuoksi tulosten analysointi ja raportointi oli haastavaa. Aineistosta nousi selkeästi esiin potilasohjausta koskevan tutkimusaineiston kapea-alaisuus ja lisäselvitysten tarve. Lähdeaineistossamme oli melko yhtenäinen linja AVH-potilaan uuden oppimiseen liittyvistä ongelmista. Ohjauksen onnistumisen kannalta on keskeistä huomioida potilaan yksilölliset tarpeet sekä toiminnalliset rajoitteet. Potilaan masennus, alakuloinen mieliala sekä kuolemanpelko jäivät usein kohtaamatta, tai ne voitiin jopa ohittaa lisäämällä lääkitystä (Kaakinen 2013, 54; Kaila 2014, 46; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 36).

Ohjauksen onnistuminen edellyttää potilaalta psyykkisiä ja fyysisiä sekä sosiaalisia voimavaroja, jotta uuden tiedon omaksuminen on mahdollista. Lisäksi tarvitaan yhteinen, ymmärrettävä kieli tai sitä korvaava menetelmä, jonka avulla ohjaaja ja ohjattava voivat kommunikoida keskenään. Ohjaajalta puolestaan vaaditaan sairauteen liittyvää asiantuntemusta, hyviä vuorovaikutus- ja ohjausvalmiuksia sekä ihmissuhdetaitoja onnistuneen ohjauksen toteuttamiseksi. Potilaat myös toivoivat ohjaustilanteeseen kiireettömyyttä, inhimillisyyttä sekä kannustusta (Lipponen ym. 2006, 26).

Ohjauksen kirjaamisella on merkitystä ohjauksen laadun ja jatkuvuuden kannalta. Ohjauksen kirjaaminen oli useissa tutkimuksissa heikkoa tai toteutuskeskeistä, joka ei huomioinut ohjausprosessin eri vaiheita. Osaltaan heikkoa kirjaamista selitti hoitajien antama ohjaus muun hoitotyön ohessa. Hoitajat ohjasivat usein samanaikaisesti suorittaessaan muita hoitotyön toimintoja, minkä vuoksi unohtivat tai jättivät erikseen kirjaamatta varsinaisen potilasohjauksen. (Kaila 2014, 30, 52; Lipponen 2014, 72; Huurre 2014, 52-53.)

Ohjausmenetelmän valinnalla oli merkitystä ohjauksen onnistumisen kannalta. Suullisesti annettusta ohjauksesta jäi vain pieni osa potilaan mieleen, joten sen rinnalle tarvitaan muita ohjausmenetelmiä sekä riittävästi toistoa (Kyngäs ym. 2007, 73). AVH-potilaiden näkökulmasta suurin haaste on tiedon vastaanottaminen ja sen käsittely sekä oman toiminnan ohjaaminen, sairastumisesta johtuvien kognitiivisten ja toiminnallisten häiriöiden vuoksi.

Musiikilla on tutkimusten mukaan positiivinen vaikutus AVH-potilaiden kuntoutumiseen. Musiikki vaikuttaa aivojen muovautuvuuteen ja rauhoittaa levottomia potilaita. Musiikin kuunteleminen edistää tutkitusti potilaiden fyysistä ja psyykkistä toipumista, joten sen käyttö kuntoutuksen tukena on perusteltua. (Laitinen 2008, viitattu 1.6.2017.)

Omaisten ohjaus tulisi huomioida jo potilaan sairastumisen alkuvaiheessa. Omaiset saavat verrattain vähän ohjausta sairaalaympäristössä hoitajakson aikana, jolloin potilaan selviytyminen kotiutumisen jälkeen on tutkimusten mukaan heikompaa. Omaiset tarvitsevat ohjausta selviytyäkseen kotona potilaan päivittäisistä toiminnoista sekä asianmukaista tietoa potilaan persoonassa tapahtuneista muutoksista. Potilaan kotiutuessa omaisille jäi huoli ja epävarmuus, mikäli eivät saaneet selkeää ohjausta mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Ohjauksessa tulee huomioida myös omaisen riski sairastua masennukseen ja ottaa tämä puheeksi. Tiedon antaminen auttaa omaista huomioimaan oman jaksamisensa rajat, tunnistamaan ajoissa uupumisen ja masennuksen oireet sekä madaltaa omaisen kynnystä hakea apua.

Tutkimusprosessimme suunniteltiin tarkasti ja pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, jotta se olisi toistettavissa kuvauksen perusteella. Tutkimuksen luotettavuus kärsi jonkin verran epäjohtonmukaisuudesta, mikä johtui työvaiheiden keskeytymisestä ja tehtävien jakoon liittyvistä epäselvyyksistä työryhmän kesken. Tutkimustyötä tehtiin pitkällä aikavälillä, joten työskentely oli hidasta. Tutkimusprosessin eteneminen vaati uudelleen ja uudelleen orientoitumista, sekä lukemattomia kertoja palaamista takaisin edelliseen työvaiheeseen.

Alkuperäistutkimusten haku ja valikointi olivat kirjallisuuskatsauksen työläin vaihe. Lääketieteellisen ja hoitotieteellisen tutkimustiedon jatkuva päivittyminen ja laajeneminen, sekä lukematon määrä kirjallisuuslähteitä johtavat päättymättömään hakuun ilman huolellista suunnittelua ja rajausta (Mäkelä ym. 2001, 41). Hakuvaiheen suunnittelumme perustui pitkälti käytettävissä oleviin resursseihin, kuten kokemukseemme tieteellisen tutkimuksen tekemisestä, käytettävissä oleviin ohjelmistoihin sekä tutkimusaineiston saatavuuteen. Lisäksi aikataulu asetti työn tekemiselle omat raaminsa. Teimme useita täydentäviä hakuja aineiston karsiutuessa koko tekstien läpikäynti vaiheessa. Viimeiset haut suoritettiin vielä loppuraporttia kirjoittaessa.

6.2 Luotettavuus ja eettisyys kirjallisuuskatsauksessa

Tulosten luotettavuutta heikentää tutkijoiden kokemattomuus tutkimusprosessista. Aineiston hakuvaihetta ei dokumentoitu riittävän tarkasti ja lisäksi tiedonhakua suoritettiin useita kertoja, joten tulokset jakaantuivat moneen osaan. Tämä heijastui raportointivaiheeseen ja heikentää tutkimuksemme luotettavuutta siltä osin, että kaikkia saatuja hakutuloksia ei voida ilmoittaa täsmällisinä lukuina. Aineiston karsimisvaiheessa kokemuksen puute tuotti hakutuloksina sellaistaakin aineistoa, joka ei lopulta vastannut tutkimuskysymyksiimme. Raporttia kirjoittaessamme jouduimme edelleen karsimaan ja myös täydentämään aineistoamme, mikä viivytti omalta osaltaan tutkimuksen valmistamista.

Monet tutkimuksista olivat maksullisia, minkä vuoksi lähdeaineisto jäi suunniteltua suppeammaksi, näin tulosten hyödynnettävyys ja monipuolisuus jäivät tavoiteltua heikommaksi. Samasta syystä kansainväliset tutkimukset jäivät myös vähemmistöksi, joten lähdeaineistomme koostuu enimmäkseen suomalaisista tutkimuksista. Tulosten luotettavuutta parantaa kuitenkin tarkoin valittu aineisto, johon otimme mukaan vain laadukkaasti toteutettuja tutkimuksia. Englanninkielisen aineiston tulkinnassa on myös olemassa virheen mahdollisuus, sillä tieteellisen tekstin lukeminen vieralla kielellä ei ollut tutkijoille aivan rutiinia. Tämä heikentää osaltaan tutkimuksemme luotettavuutta. Tutkimustyöntekijöitä oli kuitenkin kolme, joka puolestaan parantaa tulosten luotettavuutta.

Työmme on toteutettu noudattaen tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita, hyvän tieteellisen käytännön vaatimalla tavalla, joten opinnäytetyömme on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 23-27.) Kiinnittämällä huomiota lähdeaineistona käytettävien tutkimusten laatuun olemme pyrkineet parantamaan tulosten luotettavuutta ja hyödynnettävyyttä.

6.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnissa oli etua tutkijoiden lukumäärästä. Useamman tutkijan merkitys korostui aineiston haku ja karsintavaiheessa (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara 2013, 221-223). Jaoinme analysoitavan aineiston tutkimuksen toteuttajien kesken ja hyödynsimme toistemme näkemyksiä aineiston analysoinnissa. Menetelmään olimme perehtyneet suunnitteluvaiheen aikana ja saaneet

tähän myös ohjausta opettajilta. Tutkimusartikkelien analysoinnin ensimmäisessä vaiheessa perehdyimme valittuihin tutkimuksiin itsenäisinä kokonaisuuksina. Seuraavassa vaiheessa paneuduimme tarkemmin valittujen tutkimusten tuloksiin ja varmistimme, että ne vastaavat omiin tutkimuskysymyksiimme.

Aineiston analysoinnissa hyödynsimme sisällönanalyysin menetelmää, joka antaa mahdollisuuden aineistosta nousevien merkityksellisten teemojen esiin nostamiselle, eikä ole sidottu analyysiyksiköihin tai teorioihin (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006 viitattu 23.1.17). Tarkoituksenamme oli analysoida aineisto induktiivisella sisällönanalyysillä, totesimme kuitenkin, etteivät kokemuksemme ja resurssimme riitä aineiston induktiiviseen analyysiin. Tarkasteltuamme erilaisia sisällönanalyysimenetelmiä, päädyimme lopullisesti abduktiiviseen analyysimenetelmään. Abduktiivista analyysimenetelmää ohjaa jokin ennakkokäsitys tutkittavasta ilmiöstä, joka puolestaan toimii perustana tutkimuksen tuloksina esiin nouseville uusille näkemyksille tai teorioille (Grönfors 1982, 17, viitattu 30.3.17).

6.4 Johtopäätökset ja uudet haasteet

Tämän opinnäytetyön tavoite oli tarkastella aivoverenkiertohäiriöpotilaan haasteellista ohjausta ja muodostaa siitä yhteenveto kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmällä. Tavoitteenamme oli koota yhteen lähdeaineistosta esiin nousevia ohjauksen haasteita sekä niitä menetelmiä, joiden avulla potilasohjausta tulisi toteuttaa osana AVH-potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä ja kuntoutusta.

Katsauksessa käytetyn aineiston perusteella voimme päätellä, että AVH-potilaan kuntoutus, joka toteutuu potilasohjauksen välityksellä, tulisi aloittaa riittävän varhain. Ohjaus on hoitohenkilöstön moniammatillista yhteistyötä, jonka lähtökohtana ovat potilaan yksilölliset tarpeet sekä yhtenevät ohjausperiaatteet työyhteisöissä. Aineistomme perusteella voimme myös todeta, että moniammatillisesti toteutettavassa potilasohjauksessa korostuvat eri alojen osaamisen merkitys ja tiedon jakaminen eri ammattiryhmien kesken.

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten ja tutkimusartikkeleiden tulosten perusteella voimme arvioida AVH-potilaiden hoidon olevan Suomessa todella laadukasta. Potilaat saavat moniamma-

tillisesti toteutettua, suunnitelmallista sekä vaikuttavaa sairaanhoitoa ja kuntoutusta. Pitkälti potilasohjauksen avulla toteutuvan kuntoutuksen tulokset näyttävät parantavan potilaiden elämänlaatua sekä vähentävän pysyvän laitoshoidon tarvetta, jolla on kansantaloudellista merkitystä.

AVH-potilaiden hoitomenetelmiä kehitetään jatkuvasti. On tärkeää, että hoitotyötä kehitetään samaan suuntaan lääketieteen ja muiden tieteenalojen rinnalla. Jokaisella potilaan hoitotyöhön osallistuvalla on velvollisuus kehittää ammatillista osaamistaan, joka sisältää myös ohjausosaamisen. Hoitotyöntekijöiden ohjausosaamisen kehittäminen, koulutus ja arvioiminen vaativat vastuunkantajia työyhteisöissä, tämä tarve näkyi myös aineistomme tuloksissa (Kaakinen 2013, 56; Huurre 2014, 49). AVH-potilaan ohjaamisesta tarvitaan selkeästi lisää tutkittua tietoa, jotta sitä voidaan kehittää edelleen potilaiden ja omaisten sekä ohjausta toteuttavien ammattilaisten tarpeita vastaavaksi.

6.5 Omat oppimiskokemuksemme

Tavoittelimme mahdollisimman tuoreista, pro gradu- ja väitöstutkimuksista koostuvaa aineistoa, joka parantaisi kirjallisuuskatsauksemme tulosten hyödynnettävyyttä. Tarttuessamme kirjallisuuskatsaus-haasteeseen, kunnianhimoinen tavoitteemme oli tuottaa uutta tutkittua tietoa potilasohjauksesta. Prosessin aikana havaitsimme miten vähän AVH-potilaiden ohjausta on tutkittu. Yleisesti potilasohjausta käsittelevää tutkimusaineistoa oli saatavissa melko paljon. Monissa aineistoomme kuuluvissa tutkimuksissa potilasohjauksen merkitys jatkotutkimushaasteena korostui.

Kirjallisuuskatsaus oli yllättävän suuri haaste työryhmällemme, mutta erittäin opettavainen kokemus. Lähtötilanteessa meistä kenelläkään ei ollut aiempaa kokemusta kirjallisuuskatsauksen tai vastaavan yhtä laajan tutkimuksen tekemisestä. Työn edetessä huomasimme usein vasta jälkeenpäin, kuinka jokin työvaihe olisi pitänyt tehdä, joten prosessi muistutti ajoittain takaperin puuhun kiipeämistä. Analyysi- ja raportointivaiheessa päätimme vaihtaa analyysimenetelmää induktiivisesta abduktiiviseen. Myös mukaan valitusta aineistosta karsiutui muutamia tutkimuksia pois, koska ne eivät vastanneet tutkimuskysymyksiimme. Aineiston täydentyminen varsinaisen tiedonhakuvaiheen jälkeen on onneksi kuvailevan katsauksen toteutuksessa mahdollista.

Aikataulua tarkentamalla ja selkeämmällä työnjaolla olisimme saaneet katsauksemme nopeammin valmiiksi. Haasteenamme olivat ryhmän jäsenten eri vaiheessa etenevien opintojen, vuorotyön ja

perhe-elämän yhteensovittaminen. Tehokkaammalla suunnittelulla ja aikataulutuksella olisimme kenties pysyneet paremmin aikataulussa tutkimuksen suhteen. Koko tutkimusprosessi eri vaiheineen antoi meille hyvät valmiudet jatko-opintoja ajatellen.

Työryhmämme jäsenillä on taustallaan erilaiset opiskelu- ja työhistoriat sekä vaihtelevasti kokemusta AVH-potilaiden hoidosta ja ohjauksesta. Tutkimustyömme ansiosta olemme oppineet ymmärtämään AVH-potilaan kokonaisvaltaista hoidon tarvetta, sekä moniammatillisen tiimityön merkitystä potilaan kuntoutumisen kannalta. Tiimityöskentelyn ja eri alojen asiantuntijoiden työpanoksen arvostus kasvoi tämän tutkimustyön aikana.

LÄHTEET

Aivoliitto 2015; 3-18. Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamat neuropsykologiset häiriöt. Viitattu 3.4.2016, http://www.aivoliitto.fi/files/2844/Aivoverenkiertohairion_aiheuttamat_neuropsychologiset_ongelmat.pdf.

Aivoliitto 2013; 6-7. Afasia-esite terveydenhuollon ammattilaisille sekä asiakkaille. Viitattu 30.3.17, https://www.aivoliitto.fi/files/1545/afasia2013_1309_3.pdf.

Aivoliitto 2004; 7. Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat neuropsykologiset puutosoireet, opas ammattihenkilöstölle. Viitattu 11.10.2016, <http://www.aivovaurio.fi/aivoverenkiertohairio/avh/neglect>.

Berg A. 2010. AVH-päivät, Helsinki 13.10.2010. Viitattu 13.4.2016, http://www.aivoliitto.fi/files/732/AVH-potilaan_masennuksen_kulku_akuuttivaiheen_jalkeen.pdf.

Eriksson S. 2014; 13-15, 26-28. Aivoinfarktipotilaiden toiminnanohjauksen spontaani kuntoutuminen kuuden ja 12 kuukauden seurannassa, Pro gradu- tutkielma. Viitattu 16.4.17, <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96523/GRADU1418997884.pdf?sequence=1>.

Eettinen neuvottelukunta ETENE. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja –julkaisu. Viitattu 19.3.2017, <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>.

Finlex ajantasainen lainsäädäntö 2017. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 27.5.2017, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Forsbom M-B., Kärki E., Leppänen L. & Sairanen R. 2001; 26. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Helsinki: Tammi

Gordon C., Ellis-Hill C. & Ashburn A. 2008; 551-552. The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. Viitattu 11. 5. 2017, <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=82686265-0905-4d58-a336->

892b51ca05d8%40sessionmgr4009&vid=0&hid=4204&bdata=JnN-
pdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=105447797.

Grönfors M.1982; 17. Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. Helsinki: WSOY. Uudistettu laitos, toimitannut: H. Vilkkä 2011. Laadullisen tutkimuksen kenttätömenetelmät. Viitattu 30.3. 2017 , http://vilkka.fi/books/Laadullisen_tutkimuksen.pdf.

Hafsteinsdóttir T.B., Vergunst M., Lindeman E. & Schuurmans M. 2010. Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. Viitattu 4.5.2017, <http://www.sciencedirect.com.ezp.oamk.fi:2048/science/article/pii/S0738399110004751?np=y&npKey=4a796081db689512bd9d04e16942d7330b93ba026bf4c64f6f3f71a6cb17801c>.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2013; 23-27 . Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Holmia S., Murtonen I., Myllymäki H. & Valtonen K. 2006; 315,327-330. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Huurre T. 2014; 4, 12, 49, 52-54. Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjaustaidoistaan ja ohjausmenetelmien hallinnasta – kehittämishanke KYSin ja Kysterin potilasohjausosaamisen vahvistamiseksi Pro gradu tutkielma. Viitattu 12.2.2017, http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20141228/urn_nbn_fi_uef-20141228.pdf.

Jehkonen M. 2002. The role of visual neglect and anosognosias in functional recovery after right hemisphere stroke. Väitöskirja. Viitattu 14.4.2017, <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67177/951-44-5167-8.pdf>.

Jehkonen M. ja Liippola P. 2015. Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamat neuropsykologiset häiriöt. Aivoliitto. Viitattu 2.3.2017, <http://www.aivoliitto.fi/files/1998/symbook.pdf>.

Jokinen H. 2016; 5-6, 10, 25, 48. Kuntoutuksen aloitusajankohdan ja intensiteetin vaikutus niemeämiskykyyn ja toiminnalliseen kommunikaatiokykyyn kuntoutumiseen. Logopedian pro gradu –

tutkielma. Tampereen yliopisto; Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Viitattu 17.4.2017, <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99927/GRADU-1477311988.pdf?sequence=1>.

Junkkarinen A. 2014. Aivohalvauspotilaan kuntoutus. Sairaanhoidajan käsikirja, terveystietä. Viitattu 26.4.2016, <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>.

Kaakinen P. 2013; 21-23. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Viitattu 23.4.2016, <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526202495.pdf>.

Kaila A. 2014; 30, 46, 52, 54, 55, 59. Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008-2013. Laatutyö. Viitattu 30.4.2017, <http://www.pkssk.fi/documents/601237/4571866/Kaila%2C%20Arja+Potilasohjaus+vaikuttavammaksi.pdf/c67dcf5e-3047-4ec8-af1a-10eb5e173cf5>.

Kangasniemi M., Utriainen K., Ahonen S-M., Pietilä A-M., Jääskeläinen P. & Liikanen E. 2013. Kuvallinen kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Viitattu 28.11.2016, <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1614408>.

Kauhanen M-L. 2015. Terveystietä, Aivoverenkiertohäiriöt; Kuntoutus. Viitattu 9.1.2017, http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=fys00016&p_haku=AVH-potilaan%20kuntoutus.

Kaste M. 2007. Suurin osa aivoinfarkteista olisi ehkäistävissä mutta sairastumisestakin toipuu - artikkeli. Sairaanhoidaja -lehden no.1/2007. Viitattu 17.8.2016, <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/suurin-osa-aivoinfarkteista-olisi-ehkaistavissa-mutta-sairastumisestakin-toipuu/>.

Kelan kuntoutustilastot 2016; 43-63. Viitattu 13.4.2017, [http://www.kela.fi/vuositolastot_kelan-kuntoutustilasto.> https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/179106/Kelan_Kuntoutustilasto_2016.pdf?sequence=2](http://www.kela.fi/vuositolastot_kelan-kuntoutustilasto.>https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/179106/Kelan_Kuntoutustilasto_2016.pdf?sequence=2).

Kelan tutkimusosasto, Helsinki 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta; Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Toimittaneet J. Paltamaa, M. Karhula, T. Suomela-Markkanen & I. Autti-Rämö. Viitattu 2.3.2017, <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24581/Hyvan%20kuntoutuskaytannon%20perusta.pdf>.

Koivunen R-J. 2015; 47-49. Intracerebral hemorrhage in young adults. Neurology, University of Helsinki, and Helsinki University Hospital. Doctoral School in Health Sciences. Doctoral Programme in Clinical Research. Viitattu 12.4.2017, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-1552-2>.

Kyngäs H., Kääriäinen M., Poskiparta M., Johansson K., Hirvonen E. & Renfors T. 2007; 36,73,117. Ohjaaminen Hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Käypähoitosuositus 2016. Aivoinfarkti ja TIA (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 6.4.2017. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Lahtinen M. 2006; 6-7. Potilas ohjauksen eettiset lähtökohdat: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisussa: Potilasohjauksen haasteet –käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Viitattu 9.1.2017, http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/ebeds/16315_4_2006.pdf.

Laitinen S. 2008. Musiikin kuuntelun järjestyminen sairaalassa aivoverenkiertohäiriöistä kuntoutuvien hoidon tukena. Osallistava toimintatutkimus. Lisensiaatintutkimus. Jyväskylän yliopisto. Musiikin laitos: Musiikkiterapia. Viitattu 1.6. 2017, https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18783/URN_NBN_fi_jyu-200807155604.pdf?sequence=1.

Lipponen K. 2014; 17,61,72. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopiston tutkijakoulu; Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede; Medical Research Center; Oulun yliopistollinen sairaala. Viitattu 27.2.2017, <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>.

Lipponen K., Kyngäs H. & Kääriäinen M. 2006; 2, 26. Potilasohjauksen haasteet –käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit, Viitattu 9.1.2017, www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/ebeds/16315_4_2006.pdf.

Lipponen K., Kanste O., Kyngäs H. & Ukkola L. 2008; 121- 135. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Artikkel: Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008/45. Viitattu 16.2.2017, <http://journal.fi/sla/article/view/597/2239>.

Luukkainen-Markkula R. 2012; 51. Hemispatial neglect in stroke. Väitöskirja. Turun Yliopisto. Viitattu 7.5.2017, https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/74828/AnnalesB342Luukkainen_Markkula.pdf?sequence=1.

Lunnela J. 2011; 26-27. Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Viitattu 15.4.2017, <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514294136.pdf>.

Mäkelä M., Varonen H. & Teperi J. 2001; 39-46. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki. Duodecim 112.

Nurmi M. E. ja Jehkonen M. 2015; 5, 14, 30-32. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan oiretiedostuksen puutteellisuuden eli anosognosian tunnistaminen ja kuntoutus. Duodecim 2015. Viitattu 14.4.2017, <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/3/duo12089>.

Oikarinen A. 2016; 24-28. Effects of risk factor targeted lifestyle counselling intervention on quality of lifestyle counselling and on adherence to lifestyle change in stroke patients, Oulun yliopisto. Viitattu 12.12.2016, <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526211923.pdf>.

Pohjasvaara T., Vataja R., Leppävuori A. & Erkinjuntti T. 2011. Aivoverenkiertohäiriöiden jälkeinen depressio. Duodecim. Viitattu 26.4.2017, <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo92086.pdf>.

Pohjasvaara T., Ylikoski R., Hietanen M., Kalska H. & Erkinjuntti T. 2001; 593 – 599. Aivoverenkierron häiriöiden jälkeiset kognitiiviset häiriöt. Duodecim 118 (6). Viitattu 2.4.2017. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2002/6/duo92847>.

Poutiainen E. 2016. AVH-potilaan puheterapia. Käypä hoito -suositus. Terveysportti. Viitattu 11.14.2017, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00618&suositusid=hoi50051>.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Oulun yliopistosairaala. Operatiivinen tulosalue; neurokirurgian vuodeosasto 2.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012. Tampereen yliopistosairaala. Neurologian ja kuntoutuksen vastualue. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjaus; Aivoverenkiertohäiriöpotilas ja kommunikaatiovaikeudet. Viitattu 11.4.2017, <http://www.pshp.fi/download/noname/%7B5022AA86-A798-4988-8002-ACB5EDF36D51%7D/792>.

Riekkinen M. 2016. Lääkärin käsikirja, Terveysportti. Viitattu 12.1.2017, http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00892&p_haku=aivohalvauspotilaan%20kuntoutus.

Saaranen-Kauppinen A. ja Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 23.1. 2017, <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.

Salminen A. 2011; 6-7. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin, Vaasan yliopisto. Viitattu 19.1.2017, http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.

Salo A. ja Ylikoski R. 2006; 8-9. Kognitiiviset häiriöt ja elämänlaatu. AVH aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti 4/2006.

Selkokeskus 2015. Selkokielen määritelmä ja kohderyhmät. Viitattu 13.4.2017, <http://selkokeskus.fi/selkokieli/kohderyhmat/>.

Seven Countries Study (SCS) 2016. Viitattu 19.1.2017, www.sevencountriesstudy.com.

Sihvonen A. J., Leo V., Särkämö T. & Soinila S. 2014. Katsaus. Musiikin vaikutus aivojen kuntoutuksessa. Viitattu 4.4.2017, http://www.helsinki.fi/behav/valinnat/psykologia_sihvonen_ym_2014.pdf.

Soinila S. ja Särkämö T. 2009. Musiikki aivoinfarktipotilaan hoidossa. Duodecim 2009; 125(23): 2585- 90. Viitattu 3.4.2017, http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2009/23/duo98458_

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2016. Toimintakyky. Viitattu 4.4.2017, <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2015. Kansansairaudet; Sydän- ja verisuonitaudit, tapausmäärät. Viitattu 6.4.2017, <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautirekisteri/aivohalvaukset/raakaluvut>.

Tuomi J. ja Sarajärvi A. 2002; 99-105. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 19.1.2017, http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Valkeapää K. 2016; 56-64. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa Axelin, A., Stolt, M. & Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja.

Virtanen H. 2012; 91 Selkokielen käsikirja. 2., uudistettu painos. Tampere: Tammerprint Oy.

Virtanen P. 2014; 16, 31-32. Aivoverenkiertohäiriö potilaan ja hänen läheisensä tiedonsaanti päivystyspoliklinikalla. Väitöstutkimus. Tampereen yliopisto. Viitattu 3.5.2017, <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95190/978-951-44-9432-1.pdf>.

World Stroke Campaign. Viitattu 15.8.2016, http://www.worldstrokecampaign.org/images/wsd-2015/Neurology_unit_of_Federal_Teaching_hospital_Abakaliki_Nigeria_joins_global_campaign_to_raise_womens_awareness_of_stroke.pdf.

LIITTEET

Liitteenä taulukko tutkimuksiin valikoituneesta aineistosta. Taulukossa tiivistetty kuvaus aineiston keskeisestä sisällöstä.

TAULUKKO 7. Katsaukseen valikoitunut aineisto

Tekijä(t), julkaisutyyppi ja -vuosi	Aineiston nimi sekä sen tavoite/tarkoitus	Aineiston keskeinen sisältö	Aineiston keskeiset tulokset
<p>Huurre Tuomo,</p> <p>Pro gradu - tutkielma 2014</p>	<p>Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjaustaidoistaan ja ohjausmenetelmien hallinnasta –kehittämishanke KYSin ja Kysterin potilasohjausosaamisen vahvistamiseksi</p> <p>Tarkoituksena kuvata hoitohenkilökunnan arvioita potilasohjaustaidoistaan ja ohjausmenetelmien hallinnastaan ennen potilasohjauksen peruskurssia.</p> <p>Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää potilasohjauskoulutuksen kehittämisessä, tarkentamisessa ja kohdentamisessa sairaaloissa.</p>	<p>Tutkimus oli osa laajempaa kehittämis- ja tutkimushanketta, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa koulutusintervention vaikutuksista ja potilasohjausosaamisen vahvistamisesta kohderyhmässä (KYSin ja Kysterin hoitohenkilökunta).</p>	<p>Hoitohenkilökunta arvioi potilasohjaustaitonsa paremmiksi kuin potilasohjausmenetelmien hallinnan. Vahvimmat potilasohjauksen osa-alueet olivat: asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen ja potilasohjauksen toteuttaminen. Heikoimmat osa-alueet olivat: potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus ja yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinta. Ammatillinen koulutus, näyttöön perustuvan tiedon käyttö, ohjaukseen käytetty aika ja kokemus omista potilasohjaus tiedoista ja taidoista olivat yhteydessä hoitohenkilökunnan arvioihin potilasohjauksesta.</p> <p>Koulutuksessa tulee korostaa tiedonhakutaitoja, näyttöön perustuvan tiedon käyttöä ja potilasohjausprosessin eri vaiheita. Menetelmäosaamisen lisäämiseksi uusia menetelmiä tulisi ottaa käyttöön ja niiden pysyvyyttä täytyisi lisätä.</p>
<p>Kaainen Pirjo,</p> <p>Väitöstutkimus 2013</p>	<p>Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa</p> <p>Tarkoituksena kuvailla ja ennustaa pitkäaikaissairaiden aikuispotilaiden ohjauksen laatua sairaalassa. Tutkimuksen avulla tuotettua tietoa voidaan hyödyntää pitkäaikaissairaiden ohjauksen kehittämisessä sekä hoitotyön perus- ja täydennyskoulutuksessa.</p>	<p>Tutkimus koostui neljästä osatutkimuksesta, joista ensimmäinen kuvaili pitkäaikaissairaiden aikuispotilaiden ohjauksen tunnuspiirteitä integroidulla kirjallisuuskatsauksella. Toinen ja kolmas osatutkimus kuvaili ja ennusti ohjauksen laatua potilaiden arvioimana, johon aineisto kerättiin Ohjauksen laatu -kyselylomakkeella. Neljäs osatutkimus kuvaili ohjauksen laatua kirjaamisen perusteella, johon aineisto kerättiin potilasasiakirjoista.</p>	<p>Ohjauksen tunnuspiirteitä olivat ohjaustarpeet, ohjauksen toteutus ja hyödyt. Pitkäaikaissairaiden ohjaustarve liittyi tietoon sairaudesta, tunteisiin ja sosiaaliseen tukeen. Ohjauksen toteutus ilmeni yksilöllisten ohjaustarpeiden, vuorovaikutuksen ja ilmapiirin huomioimisena. Ohjauksen hyödyt olivat hoitoon sitoutuminen ja emotionaalinen hyvinvointi.</p> <p>Kyselyaineiston perusteella ohjaus oli sisällöllisesti riittävää, mutta sosiaalinen tuki ja tutkimustulosten ohjaus oli heikkoa. Ohjausmenetelmiä ja -materiaaleja pidettiin hyvinä. Potilasasiakirjoihin ohjausta kirjattiin niukasti. Erityisesti ohjaus sairauden aiheuttamista tunteista oli vähäistä. Ohjaus oli sairauden ja sen hoidon sekä arkielämän tukea.</p> <p>Ohjauksen toteutus muodostui pitkäaikaissairaiden aktiivisuudesta ohjaustilanteissa ja ohjauksen arvioinnista sekä sairauteen ja emotionaaliseen tukeen liittyvistä ohjaustarpeista. Ohjauksen hyötyjä kuvattiin itsehoidon osaamisena ja sairauden oireiden hallintana.</p>

Tekijä(t), julkaisutyyppi ja -vuosi	Aineiston nimi sekä sen tavoite/tarkoitus	Aineiston keskeinen sisältö	Aineiston keskeiset tulokset
<p>Kaila Arja (toim.)</p> <p>Laatutyö 2014</p>	<p>Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008 – 2013 -julkaisu</p> <p>Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hankkeessa kehitettiin mittareita, joiden avulla voidaan arvioida potilasohjauksen vaikuttavuutta. Hanke sisälsi myös valmennusohjelman ja arvioinnin ohjelmaa edeltävästi ja sen jälkeen.</p>	<p>Hankkeessa kehitettiin omia mittareita ja hyödynnettiin vaikuttavuustutkimuksen periaatteita, lisäksi hyödynnettiin näyttöä valmennusohjelman sisällöissä ja käytetyissä menetelmissä. Hankkeessa käytettiin interventiona potilasohjausta toteuttaville hoitajille ja fysioterapeuteille kohdennettua valmennusohjelmaa, joka sisälsi teoretietoa ja erilaisia harjoitteita yhteensä 90 tuntia, mukaan luettuna itsenäinen työskentely.</p>	<p>Tulokset olivat samansuuntaisia aikaisemman kirjallisuuden mukaan ja valmennettavat kokivat valmennusohjelman hyödylliseksi. Hoitajien antamalla potilasohjauksella on todettu olevan vaikutusta potilaiden selviytymiseen kotona, turvallisuuden tunteeseen sekä myös taloudellista vaikutusta. Potilasohjauksen opetusta tulisi tehostaa koulutuksessa ja erityisesti täydennyskoulutuksessa. Näyttöön perustuvien vaikuttavien potilasohjausmenetelmien valmentamista tarvitaan, pelkkä luento-opetus ei riitä. Tiedonhaun osaamisen kehittämistä tarvitaan, jotta potilasohjauksessa osattaisiin etsiä ja käyttää ajantasaista näyttöön perustuvaa tietoa. Myös ohjausosaamisen arviointi es. näyttökokein olisi tarpeen, koska tutkimustulosten mukaan hoitajat arvioivat ohjausosaamisensa paremmaksi kuin se onkaan. Täydennyskoulutuksen ja valmennusohjelman onnistuminen vaatii hoitotyön johtajilta käytännön toteutuksen johtamista, seuraamista, varmistamista, palkitsemista, pelkkä tiedottaminen ei riitä.</p>
<p>Laitinen Sari,</p> <p>Lisensiaatin-tutkimus 2008 (musiikkiterapia)</p>	<p>Musiikin kuuntelun järjestyminen sairaalassa aivoverenkiertohäiriöistä kuntoutuvien hoidon tukena. Osallistava toimintatutkimus.</p> <p>Tavoitteena yhteisammattilaisuuden kehittäminen musiikkiterapeuttien ja hoitohenkilöstön välillä aivoverenkiertohäiriöpotilaiden varhaiskuntoutuksessa. Mielimusiikin kuuntelun on todettu kohentavan aivoinfarktiin sairastuneen kognitiivisia toimintoja sekä mielialaa.</p>	<p>Osallistavan toimintatutkimuksen avulla musiikkiterapeutti-tutkija ohjasi kahden sairaalan kuntoutusosastoilla työskenteleviä hoitajia käyttämään musiikin kuuntelua kuntouttavan hoitotyön osana. Hoitajat järjestivät potilaille mieluisaa kuunneltavaa ja kertoivat menetelmän käyttöönottoon liittyvistä havainnoista ryhmähaastattelussa puolen vuoden seuranta-aikana. Haastattelut analysoitiin induktiivisella ja abduktiivisella laadullisella sisällönanalyyysillä.</p>	<p>Tutkimuksen tuloksena esitetään hoitajien kuvaamat havainnot musiikin kuuntelun käyttööntamiseksi. Puhevaikeuksista kuntoutuvat, rauhattomat tai syrjäanvetäytyvät potilaat hyötivät hoitajien mukaan avustetusta kuuntelusta. Toisaalta hoitajat huomasivat saavansa menetelmän avulla potilaista uutta tietoa, joka avasi hoitaja-potilas-suhdetta. Musiikin kuuntelun käyttöön ottaminen tarvitsee lisäksi musiikkiterapeuttien antamaa koulutusta hoitohenkilöstölle.</p>
<p>Lipponen Kaija,</p> <p>Väitöstutkimus 2014</p>	<p>Potilasohjauksen toimintaedellytykset</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena kuvata potilasohjauksen toimintaedellytyksiä kirurgisessa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa sekä hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämisestä. Tavoitteena tuottaa tietoa potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä potilasohjauksen kehittämisestä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstön yhteistyönä.</p> <p>Tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyössä, hoitotyön opetuksessa ja potilasohjauksen kehittämistoinnissa.</p>	<p>Tutkimus koostui kolmesta osatutkimuksesta; ensimmäisessä osatutkimuksessa kuvailtiin, millaista oli potilaan ohjaus erikoissairaanhoidossa kirurgisen hoitohenkilöstön arvioimana; toisessa osatutkimuksessa kuvailtiin millaista potilaan ohjaus oli perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön arvioimana ja mitkä asiat olivat siihen yhteydessä. Lisäksi kuvailtiin millaisia ehdotuksia hoitohenkilöstö esitti potilasohjauksen kehittämiseksi. Kolmannessa osatutkimuksessa kuvailtiin hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämisestä.</p>	<p>Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot olivat pääosin hyvää tasoa ja asenteet potilasohjausta kohtaan myönteiset. Hoitohenkilöstö arvioi toteuttavansa ohjausta potilaslähtöisesti ja tunneollisuuden huomioiden. Ohjausmenetelmien monipuolisempaan käyttöön olisi kiinnitettävä enemmän huomiota. Kehittämistarpeita oli myös ohjauksen käytettävissä olevassa ajassa, välineistössä ja ohjaustiloissa. Kokemukset kehittämisestä ja kaantuivat pääluokkiin kehittämistyön luonne ja kehittämistyön merkitys. Kehittämistyö vahvistaa ohjausosaamista, mutta vaatii osallistujilta motivaatiota ja sitoutumista, yhteistyökykyä, avoimuutta ja keskinäistä arvostusta. Kehittämisyhteistyö lisää ammattilaisten ja organisaatioiden välistä yhteistyötä sekä parantaa tiedonkulkua potilaan hoitoprosessissa.</p>

Tekijä(t), julkaisutyyppi ja -vuosi	Aineiston nimi sekä sen tavoite/tarkoitus	Aineiston keskeinen sisältö	Aineiston keskeiset tulokset
<p>Lipponen Kaija, Ukola Liisa, Kanste Outi, Kyngäs Helvi,</p> <p>Raportti kehittämishankkeesta 2008</p>	<p>Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit</p> <p>Julkaisussa kuvataan potilasohjauksen ja verkostokehittämisen keskeisiä elementtejä sekä esitellään kuuden potilasryhmän ohjauksen toimintamallit. Tämä julkaisu on kooste työryhmien tekemästä kehittämistyöstä.</p> <p>(Huom. katsauksessamme on kiinnitetty huomiota erityisesti aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjausmalliin.)</p>	<p>Tutkimusta varten kehitettiin mittarit, joiden perustana oli laaja kirjallisuus- ja käsiteanalyysi. Mittareita arvioitiin asiantuntijapaneelissa ja ne esitettiin. Mittareiden osa-alueita olivat vastaajien taustatiedot, ohjauksen saanti, ohjaustapahtuma, ohjausvalmiudet ja puitteet sekä ohjauksen vaikutukset ja kehittäminen. Ensimmäisessä vaiheessa vuosien 2003 ja 2004 taitteessa selvitettiin kyselylomakkeilla potilaiden (n= 920), omaisten (n= 341) ja terveydenhuoltohenkilöstön (n= 1024) käsityksiä ohjauksesta. Aineistot analysoitiin tilastollisesti ja sisällönanalyysillä.</p>	<p>Hankkeen tarkoituksena on ollut kartoittaa ja kehittää potilasohjauksen laatua Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Hanke käynnistettiin vuonna 2002 ja se toteutettiin sairaanhoitopiirin ja Oulun yliopiston Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen yhteistyönä. Tavoitteena oli kehittää potilasohjauksen laatua ja tehostaa yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä alueellisesti yli organisaatorajojen. Laajan tutkimuksen tulosten perusteella kehittämishaasteiksi nousivat ohjaustapahtuma prosessina, ohjauksen organisointi, vuorovaikutus ohjaussuhteessa, sosiaalinen tuki, omaisten ohjaus, demonstroitui, kirjallinen ohjaus, puhelinohjaus ja ryhmäohjaus. Näitä potilasohjauksen osa-alueita on työstetty kehittämishankkeen toisessa vaiheessa, jossa työryhmien tehtävänä oli luoda teoriatietoon perustuva käytäntöön sovellettava malli teema-alueesta, testata sitä ja näin osoittaa miten potilasohjausta voidaan kyseisen teeman osalta kehittää.</p>
<p>Oikarinen Anne,</p> <p>Väitöstutkimus 2016</p>	<p>Riskitekijöihin kohdistuvan elintapaintervention vaikutukset aivoverenkiertohäiriöpotilaiden elintapaohjauksen laatuun ja elintapamuutokseen sitoutumiseen.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää AVH-potilaiden riskitekijöihin kohdistuvan elintapaohjausintervention vaikutuksia elintapaohjauksen laatuun ja elintapamuutokseen sitoutumiseen.</p>	<p>Ohjausta kuvaavat teemat: tieto sairaudesta ja siihen liittyvistä tekijöistä, ohjauksen tavoitteellisuus, ohjausmenetelmät, vuorovaikutus ohjausmenetelmänä, sairaanhoitaja ohjaajana, emotionaalinen tuki, sekä potilaan hoitoon liittyvä päätöksenteko. Ohjauksen laadun ja elintapamuutokseen sitoutumisen välistä yhteyttä 12 kk:n seurannan aikana selitettiin poikkileikkaus- ja pitkäaikaistutkimuksen avulla.</p>	<p>Seitsemän teemaa kuvasi ohjausta: tieto sairaudesta ja siihen liittyvistä tekijöistä, ohjauksen tavoitteellisuus, ohjausmenetelmät, vuorovaikutus ohjausmenetelmänä, sairaanhoitaja ohjaajana, emotionaalinen tuki, sekä potilaan hoitoon liittyvä päätöksenteko. Potilaista 75 % oli ylipainoisia tai lihavia ja suurella osalla (86.7 %) vyötärönympäryys oli liian suuri. He söivät jokseenkin epäterveellisesti, liikkuivat liian vähän ja olivat stressaantuneita. Potilaista 33.5 % joi humalahaikaisesti kuukausittain tai joka viikko ja 32.9 % tupakoi. Koeryhmän potilaiden paino laski kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua kotiutumisen jälkeen. Savukkeiden määrä väheni kolmen kuukauden kuluttua kotiutumisesta ja tupakoinnin lopettaminen lisääntyi kuuden kuukauden kuluttua. Koeryhmän potilaat saivat enemmän tukea hoitajilta, perheeltä ja ystäviltä. Ohjauksen laatu arvioitiin hyväksi, poikkeuksena oli ohjauksen potilaskeskeisyys. Kokonaisuutena ohjauksen laatu arvioitiin paremmaksi koeryhmässä. Vuorovaikutus, resurssit ja ohjauksen vaikutukset olivat selkeimmin yhteydessä elintapamuutokseen sitoutumiseen. Elintapainterventiolla oli vaikutusta elintapaohjauksen laatuun sekä elintapamuutokseen sitoutumiseen lyhyellä aikavälillä.</p>

Tekijä(t), julkaisutyyppi ja -vuosi	Aineiston nimi sekä sen tavoite/tarkoitus	Aineiston keskeinen sisältö	Aineiston keskeiset tulokset
<p>Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim ja Suomen Akatemia; useita tekijöitä,</p> <p>Konsensuslausuma 2008</p>	<p>Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus</p> <p>Konsensuskokouksissa (avoimia, julkisia) arvioidaan lääketieteellisiä toimintatapoja tutkimusnäyttöön perustuen. Tavoitteena on luoda lausumia, joissa ohjeistetaan ko. aihealueiden kehittämistä Suomessa. Samalla tarjotaan ajantasaista tietoa terveydenhuollon ammattilaisille, tutkijoille, päättäjille, tiedotusvälineille, potilaille ja suurelle yleisölle.</p> <p>Tässä konsensuslausumassa vastataan seuraaviin, paneelille etukäteen esitettyihin kysymyksiin:</p> <p>1. Onko äkillisen aivovaurion saanutta kuntoutujaa kuntoutettava? 2. Miten tulee kuntouttaa? 3. Miten kuntoutuja voimaantuu? 4. Mitkä ovat nykykäytäntöjen kehittämistarpeet? 5. Miten kuntoutuksen tutkimusta edistetään?</p>	<p>Konsensuslausuman laatii paneeli, joka kriittisesti ja tasapuolisesti arvioi käytössä olevan aineiston, asiantuntijoiden toimittamat kirjallisuuskatsaukset, asiantuntijaluennot, sekä yleisön kommentit. Tämän konsensuslausuman taustamateriaalina on käytetty myös Aivoinfarktista (2006) ja Aikuisiän aivovammoista (2003) annettuja Käypä hoito -suosituksia, jotka ovat asianmukaisia. Konsensushengessä paneeli on yksimielinen lausunnon sisällöstä. Konsensuslausumassa ei ole mahdollista ottaa kantaa yksittäisten potilaiden hoitoon ja hoitoa koskevat ratkaisut ovat viime kädessä potilaan ja hoitavan henkilön välisiä päätöksiä. Lausuma on kirjoitettu lyhyessä ajassa, kahden päivän aikana, mistä syystä se ei ole täydellinen toimenpideohjelma.</p>	<p>Aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat ovat kansansairauksia, joiden kuntoutukseen osallistuu lukuisia toimijoita, toimintatavat ovat kirjavia ja kansalaiset ovat alueellisesti eriarvoisessa asemassa. Konsensuslausumalla selvennetään kuntoutuksen tavoitteita ja työnjakoa ja autetaan arkista toimintaa. Lausuma vaikuttaa rahoitukseen, ohjausprosesseihin, yhdessä tekemiseen, toimenpiteisiin, asiakkuuteen, yhteisöllisyyteen ja toiminnan vaikuttavuuteen.</p>
<p>Virtanen Pirjo, Väitöstutkimus 2014</p>	<p>Aivoverenkiertohäiriö potilaan ja hänen läheisensä tiedonsaanti päivystyspoliklinikalla.</p> <p>Tutkimuksessa verrataan AVH-potilaan ja hänen läheisensä kokemuksia tiedonsaannissa ennen koulutusinterventiota ja koulutusintervention jälkeen.</p>	<p>Väitöskirjan keskeinen asia oli koulutusintervention vaikutus potilaiden ja heidän omaisten kokemuksiin tiedon saannista. Huomioitavaa oli myös väitöstutkimuksessa sairastuneiden ikä: suurin osa oli iäkkäitä, jolloin tiedon saannin turvaaminen korostui entistä enemmän.</p>	<p>Tulokset osoittivat, että potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat enemmän hoitoon liittyviä kirjallisia ohjeita ja ohjeiden läpikäymistä yhdessä AVH-potilaan ja läheisen kanssa. Kirjallisten ohjeiden merkitys AVH-potilaalle oli suuri, koska saadun tiedon ymmärtämisellä ja tiedon kertomisella oli vaikutus siihen, kuinka potilas selviytyi jatkossa paremmin sairautensa kanssa. Tulosten mukaan interventio vaikutti potilaiden ja heidän omaistensa kokemuksiin. Tiedonsaantia tulisi kehittää. Jatkossa tulisi kiinnittää huomiota tiedonsaannin eri osa-alueisiin ja systemaattisesti parantaa näiden osalta käytännön toimintatapoja.</p>
<p>Eriksson Sami, Pro-gradu tutkielma 2014</p>	<p>Aivoinfarktipotilaiden toiminnanohjauksen spontaani kuntoutuminen kuuden ja 12 kuukauden seurannassa</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, tapahtuiko aivoinfarktipotilaiden toiminnanohjauksessa spontaania kuntoutumista.</p>	<p>Potilaille oli tehty sairastumisen akuutissa vaiheessa neurologiset, neuropsykologiset ja neuroradiologiset tutkimukset. Seuranta tutkimukset oli suoritettu kuuden ja 12 kuukauden kuluttua. Tutkimuksissa oli käytetty useampaa eri tutkimusmenetelmää. Tutkimuksessa myös selvitettiin potilaiden toiminnanohjauksista, oliko siinä nähtävissä heikentymistä terveeseen ikäryhmään verrattuna sekä kuinka keskeistä aivoinfarktipotilaiden kuntoutuksessa toiminnanohjaus on. Tutkimus myös selvitti infarktin lateraalisuuden vaikutusta potilaiden kuntoutumiseen. Tutkittavia oli ollut 83 potilasta.</p>	<p>Tutkimustuloksissa ilmeni vaihtelua toiminnanohjauksen heikentymisessä verrattuna terveeseen ikäryhmään. Toiminnanohjauksen spontaania kuntoutumista oli ilmennyt, kun tuloksia arvioitiin useammalla arviointimenetelmällä. Toiminnanohjauksen spontaaniin kuntoutumiseen aivoinfarktin lateraalisuuden vaikutuksia oli vertailtu oikean ja vasemman puoleisen aivoinfarktin välillä. Eri arviointimenetelmillä suoritukset eivät olleet paljoakaan poikenneet toisistaan aivoinfarktien välillä, muuten kuin akuuttivaiheessa sanasujuvuustehtävässä, jossa oikean puolen infarktin saaneet olivat pärjänneet paremmin.</p>

Tekijä(t), julkaisutyyppi ja -vuosi	Aineiston nimi sekä sen tavoite/tarkoitus	Aineiston keskeinen sisältö	Aineiston keskeiset tulokset
Jokinen Heidi, Pro-gradu tutkielma 2016	Kuntoutuksen aloitusajankohdan ja intensiteetin vaikutus nimeämiskykyyn ja toiminnalliseen kommunikaatiokykyyn kuntoutumiseen: Kuntoutuksen aloitusajankohdan ja intensiteetin vaikutus nimeämiskykyyn ja toiminnallisen kommunikaatiokykyyn kuntoutumiseen. Vertaileva monitapaustutkimus.	Tutkimuksessa tarkasteltiin kuntoutuksen aloitusajankohdan ja intensiteetin vaikutusta kahdeksan tutkittavan nimeämiskykyyn ja toiminnallisen kommunikaatiokykyyn kuntoutumiseen 56 viikon seurantajaksolla. Lisäksi tutkittiin nimeämiskykyyn ja toiminnallisen kommunikaatiokykyyn välistä yhteyttä sekä sitä, millä tavoin yksilöiden kuntoutumisprofiilit eroavat kuntoutusryhmän keskimääräisestä kuntoutumisprofiilista.	Tulosten mukaan kuntoutuksen aloitusajankohdalla tai intensiteetillä ei ollut vaikutusta nimeämiskykyyn kuntoutumiseen, sillä nimeämiskyky kuntoutui enemmistöllä tutkittavista (6/8) samansuuntaisesti riippumatta heidän saamansa kuntoutuksen määrästä. Toiminnallinen kommunikaatiokyky kuntoutui parhaiten tutkittavilla, jotka olivat saaneet kuntoutusta joko kerran tai kahdesti viikossa. Nimeämiskykyyn ja toiminnallisen kommunikaatiokykyyn välillä ei tässä tutkimuksessa ilmennyt tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.
Bernhardt Julia, Dewey Helen, Thrift Amanda, Collier Janice, Donnan Geoffrey, Artikkelit 2008	A Very Early Rehabilitation Trial for Stroke (AVERT) Tutkimuksen tarkoitus selvittää onko aikaisella kuntoutuksella merkitystä AVH-potilaan toipumiseen.	Tutkimuksessa tutkittiin mahdollisimman aikaisen kuntoutuksen hyötyjä ja haittoja AVH-potilaan kuntoutumisessa. Varhainen kuntoutus tarkoitti tässä tutkimuksessa potilaan mobilisointia 24 tunnin sisällä sairastumisesta.	Tutkimukseen valitut potilaat seulottiin tarkasti erityisen seulan avulla. Mukaan valikoituneilla henkilöillä oli ainoastaan aivoverenkiertohäiriö, muut sairaudet poissuljettiin. Heidän kuntoutumistaan seurattiin tarkasti 14 vrk:n ajan sairastumisesta. Tutkimustuloksissa ei lyhyellä aikavälillä vielä pystytty sanomaan onko aikaisella potilaan mobilisoinnilla merkitystä kuntoutumiseen tulevaisuudessa eliniän ja työkyvyn kannalta. Tutkimusjoukko vaatii pidempi aikaista seuranta, jotta aikaisen mobilisoinnin hyödyistä voidaan vakuuttua.
Luukkainen-Markkula Riitta, Väitöstutkimus 2012	Hemispatial neglect in stroke	Tutkimuksessa paneuduttiin kliinisen käytännön kannalta keskeisiin neglect-oireiston neuropsykologisiin ongelmiin. Ensimmäisessä tutkimuksessa käytettiin BIS-menetelmää <i>Behavioural Inattention Test</i> . Toisessa tutkimuksessa selvitettiin kuntoutuuko neglect pelkästään käden aktiivoinnin metodilla ilman visuaalisen skaneerauksen kuntoutusta.	Käden aktivointi tulisi sisällyttää neglectin kuntoutusohjelmiin visuaalisen kuntoutuksen ohella. Menetelmä soveltuu hyvin niille akuuttivaiheen potilaille, jotka eivät vielä pysty osallistumaan kuntoutukseen istuen. Tutkimuksessa todennettiin myös, että vaikeasteisen ja kohtalaisen neglect-oireen intensiivinen kuntoutus on tuloksellista vielä kauan ensimmäisten kuukausien jälkeen.

Tekijä(t), julkaisutyyppi ja -vuosi	Aineiston nimi sekä sen tavoite/tarkoitus	Aineiston keskeinen sisältö	Aineiston keskeiset tulokset
Jehkonen Mervi, Väitöstutkimus 2002	The role of visual neglect and anosognosias in functional recovery after right hemisphere stroke	Aivohalvauksen akuuttivaiheessa keskeisiä kuntoutumista heikentäviä tekijöitä ovat toispuoleinen raajahalvaus, toispuoleinen toimintatilan huomiotta jääminen (neglect) sekä sairauden tiedostamisen vaikeus (anosognosia). Neglect ja anosognosia ovat neuropsykologisia häiriöitä, jotka liittyvät ihmisen tiedonkäsittelyn vaikeuksiin aivohalvauksen jälkeen.	Neglectin tai anosognosian esiintyminen heti aivohalvauksen jälkeen heikentää potilaan kuntoutumista ja pidentää sairaalassaolojaksoa. Perheellinen potilas kotiutui kuitenkin häiriöiden esiintymisestä huolimatta selvästi nopeammin kuin yksin asuva aivohalvauspotilas.
Nurmi Mari & Jehkonen Mervi, Katsaus 2015	Aivoverenkiertohäiriöpotilaan oiretiedostuksen puutteellisuuden eli anosognosian tunnistaminen ja kuntoutus	Anosognosia on aivotoiminnan häiriöstä johtuva oirekuva, jossa potilas ei tunnista sairauttaan tai sen aiheuttamia oireita, jotka ovat ilmiselviä hoitohenkilökunnalle ja omaisille. Anosognosian varhainen tunnistaminen ja sen vaikeusasteen arvioiminen on tärkeää, jotta hoito ja kuntoutus voidaan kohdentaa kullekin potilaalle tehokkaalla tavalla.	Anosognosiapotilaan kuntoutus on haastavaa, sillä potilas ei yleensä ole huolissaan oireistaan tai kokee ne todellista lievemmiksi eikä näin ollen osaa huomioida esim. raajahalvausta toiminnassaan. Hoidon ja kuntoutumisen kannalta mahdollisimman varhainen hoitoon pääsy on keskeistä, jota oiretiedostamattomuus voi viivästyttää. Anosognosia potilaiden puutteellinen sitoutuminen hoitoihin ja kuntoutukseen heikentää kuntoutumista. He eivät tunnista toimintakykynsä muutoksia eivätkä koe tarvitsevansa kompensatorisia keinoja arjessa selviytymisessä, mikä altistaa vaaratilanteille ja lisää omaisten vastuuta.
Hasteinsdotir Tho'ra B., Vergunst Martine, Lindeman Eline, Schuurmans Marieke, Tutkimusartikkeli 2010	Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature Systemaattinen kirjallisuuskatsaus AVH-potilaiden ja omaisten ohjaustarpeista (sisältää tiedontarpeet).	Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä raportoitiin 21:n tutkimuksen tulokset. Tutkimusaineisto käsitti kaikkiaan 1029 potilasta, 749 omaista (caregivers) ja 142 terveydenhoitoalan ammattilaista, joista 31 oli lääkäreitä ja 68 hoitajia. Aineiston tutkimusmenetelmien kirjavuuden vuoksi aineisto analysoitiin narratiivisesti.	Katsauksen perusteella AVH-potilaat ja omaiset tarvitsevat monipuolisesti sairauteen liittyvää ohjausta (tietoa). Tiedon tarve oli jatkuvaa sairauden eri vaiheissa. Ohjauksen sisällössä tulisi huomioida potilaiden ja omaisten yksilölliset ja muuttuvat tarpeet, joten ohjauksisällön räätälöinti ja huolellinen suunnittelu parantavat ohjauksen vaikuttavuutta. Ohjaustarpeisiin vaikuttavat mm. potilaiden yksilöllisesti etenevä toipumisprosessi. Ohjausta tulisi antaa suullisesti, kirjallisesti sekä riittävästi toistettuna. Ohjauksen tulisi sisältää potilaiden ja omaisten tarpeisiin liittyviä aiheita kuten sairaus, siitä toipuminen, uusiutumisen riskitekijät, hoitomahdollisuudet ja potilaan ennuste. Katsauksen tulokset vahvistivat näkemystä, jonka mukaan potilasohjausmenetelmiä tulisi kehittää, jotta potilaat ja omaiset saisivat sairauteen liittyvää yksilöllistä ja tarpeitaan vastaavaa tietoa.

Tekijä(t), julkaisutyyppi ja -vuosi	Aineiston nimi sekä sen tavoite/tarkoitus	Aineiston keskeinen sisältö	Aineiston keskeiset tulokset
Pohjasvaara Tarja, Vataja Risto, Lepävuori Antero, Erkinjuntti Timo, Katsaus 2001	Aivoverenkierron häiriöiden jälkeinen depressionio	Tämän tutkimuksen tulokset tukivat jo aiempaa samasta aiheesta tehtyä tutkimusta, siitä että aivoinfarktipotilailla frontosubkortikaalisten yhteyksien vaurioihin liittyy suurentunut depressioalttius.	Depressio on yleistä, potilaan saatua aivoinfarkti. Kuntoutuminen hidastuu ja sairaalassa oloaika pidentyy, depression alidiagnosoimisen ja alihoitamisen vuoksi.
Gordon Clare, Ellis-Hill Caroline, Ashburn Ann, Tutkimusartikkeli 2008	The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke Keskusteluanalyysi hoitaja-potilas vuorovai- kutussuhteessa kommunikaatiovaikeuksista kärsivillä potilailla AVH:n jälkeen.	Tutkimusaineisto koostui 35,5 tunnista videoitua keskustelua viiden afasiaa tai dysartriaa sairastavan potilaan ja 14 hoitohenkilökuntaan kuuluvan välillä. Videomateriaali analysoitiin keskusteluanalyysillä.	Aineisto osoitti hoitaja-potilas välisten keskusteluiden olevan hoitajavetoisia ja hoitotyön toimintokeskeisiä, joihin potilailla oli hyvin vähän annettavaa. Keskustelun eteneminen riippuu hoitajan henkilökohtaisista taidoista ja ominaisuuksista. Tutkimus vahvisti aikaisempia samansuuntaisia tuloksia, joiden perusteella potilaiden kommunikaatiovaikeudet estävät spontaania kommunikaatiota mm. muiden potilaiden kanssa, potilaiden syvimpien tarpeiden kuulemisen, sekä kommunikaatiokyvyn kuntoutumisen.
Sihvonen Aleksis J., Leo Vera, Särkämö Teppo, Soimila Seppo; Duodecim Katsaus 2014	Musiikin vaikutus aivojen kuntoutuksessa: Musiikki aktivoi aivoja laaja-alaisesti	Musiikkia on käytetty terapiavälineenä kaikissa kulttuureissa vuosituhatien ajan	Aineisto pohjautuu tutkimustuloksiin. Musiikin vaikutuksesta on julkaistu 11 kontrolloitua, yhteensä 378 potilaan tutkimusta. Kontrolloiduissa tutkimuksissa musiikin kuuntelu lisäsi neurologisten potilaiden keskittymiskykyä, kohotti mielialaa, vähensi sekavuutta ja ahdistuneisuutta. Lisäksi musiikin kuuntelu paransi potilaiden muistin toimintaa, motoriikan säätelyä sekä joudutti puheen tuoton kuntoutumista.