

Joonas Vainio, Tiia Volanen, Sini Välikangas

Neurokirurgisen potilaan sosiaalisen tuen tarve sairaalahoitajakson aikana

Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

23.11.2016

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Joonas Vainio, Tiia Volanen, Sini Välikangas Neurokirurgisen potilaan sosiaalisen tuen tarve sairaalahoito- jakson aikana - kirjallisuuskatsaus 30 sivua + 2 liitettä 23.11.2016
Tutkinto	Sairaanhoidtaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoidtö
Ohjaaja(t)	Leena Hannula, lehtori, TtM
<p>Opinnäytetyö on osa Meilahden Siltasairaala-rakennushanketta. Siltasairaala korvaa Töölön sairaalan toimintoja sekä osan Syöpätautien klinikan tiloista. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaista sosiaalista tukea neurokirurginen potilas tarvitsee sairaalahoitojakson aikana. Tarpeita tarkastellessa huomioidaan neurokirurgisen potilaan erityispiirteitä ja niiden tuomia vaatimuksia sosiaalisen tuen laatuun sekä määrään. Tavoitteena on tuottaa tietoa neurokirurgisen potilaan sosiaalisen tuen tarpeesta ja avustaa uuden Siltasairaalan kehittämisessä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin sovelletun kirjallisuuskatsauksen muodossa. Aineistonkeruussa hyödynnettiin eri hoito- sekä lääketieteellisiä tietokantoja ja manuaalista tiedonhakua. Hautuottivat suhteellisen vähän tutkimustietoa. Opinnäytetyöhön valikoitui yhdeksän tutkimusta, joista kolme ovat suomalaisia. Aineisto analysoitiin deduktiivisen eli teorialähtöisen sisällytönanalyysin avulla.</p> <p>Tulokset osoittivat potilaiden kokemusten sosiaalisesta tuesta olevan vaihtelevia. Osa potilaista koki saaneensa laaja-alaista sosiaalista tukea ja sitä kautta kokonaisvaltaisempaa hoitoa sairaalassaoloaikana. Osalla potilaista taas sosiaalisen tuen saaminen oli jäänyt puutteelliseksi. Tuloksissa korostui sosiaalisen tuen osa-alueista etenkin emotionaalisen ja informatiivisen tuen tarpeet sairaalahoitojaksolla. Potilaat kaipasivat keskusteluapua ja läsnäoloa, sekä enemmän perusteltua tietoa sairaudestaan, sen hoidosta sekä vaikutuksista elämään.</p> <p>Kehittämisehdotuksina opinnäytetyön tulosten pohjalta olisi sosiaalisen tuen tarpeen huomioiminen yhä enemmän osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Emotionaalista tukea voitaisiin parantaa antamalla potilaalle enemmän mahdollisuuksia keskusteluun omasta sairaudestaan. Läheisiä voitaisiin ohjata tukemaan enemmän potilasta, koska potilas ei sitä välttämättä itse osaa tai halua pyytää. Tietoa tulisi tarjota potilaille ja läheisille heidän toivomissaan muodoissa yhä enemmän. Läheisten osallistuminen potilaan hoitoon tulisi mahdollistaa entistä tehokkaammin potilaan sosiaalisen tuen lisäämiseksi.</p>	
Avainsanat	Neurokirurginen potilas, sosiaalinen tuki

Author(s) Title Number of Pages Date	Joonas Vainio, Tiia Volanen, Sini Välikangas Neurosurgical patient's social support needs on hospitalization period - literature review 30 pages + 2 appendices 23 Nov 2016
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Leena Hannula, Senior Lecturer, Master of Health Science
<p>This thesis is a part of Meilahti's new "Siltasairaala" construction project. Siltasairaala replaces a part of the Töölö hospital operations and a part of the facilities of the Department of Oncology. The aim of this thesis is to define the social support needed by a neurosurgical patient in their time of hospitalization. When assessing the social support needs of a patient, their special characteristics and demands are taken into account to define the quality and quantity of social support. The goal is to provide information about the need of social support of a neurosurgical patient and to assist with the development of the new Siltasairaala.</p> <p>This thesis is a literature review. Data was collected using databases for nursing and medical science. In addition to these databases, information was retrieved using traditional research methods, however this method did not provide a significant amount of relevant information. Nine studies of which three were Finnish were selected into this thesis. Data was analyzed using the deductive, theory-based content analysis.</p> <p>The results varied when it came to the patient's experience of social support. Some patients experienced extensive social support and therefore received comprehensive care during their stay in hospital. Others felt social support during hospitalization had been insufficient. The results highlighted the need of emotional and informational support. Patients longed for the presence and help of someone who they could talk with. They also needed more specific information of their diagnosis, the treatment of the illness and its effect on life.</p> <p>Based on the results, a proposal for development would take into account the need of social support as a bigger player when looking at the holistic treatment of the patient. Granting the patient more chances to discuss their own illness with a professional could develop emotional support. Individuals close to the patient could be guided more into providing and offering support to the patient as the patient may not know how, or on the contrary, want to ask for it. Information should additionally be provided to the patients and their close ones in the form they prefer. Close ones' involvement in the treatment should be enabled even more effectively so that the patients' needs for social support is guaranteed.</p>	
Keywords	neurosurgical patient, social support

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tarkoitus ja tavoitteet	2
3	Työn tietoperusta	3
3.1	Neurokirurgia	3
3.1.1	Neurokirurgisia sairauksia	4
3.1.2	Leikkaustyypit	6
3.2	Neurokirurgisen potilaan erityispiirteet	7
3.3	Sosiaalinen tuki	8
3.4	Sairaalahoitojakso	10
4	Opinnäytetyön toteutus	11
4.1	Kirjallisuuskatsaus	11
4.2	Tiedonhakuprosessin kuvaus	12
4.3	Sisällönanalyysi	13
4.4	Aineiston kuvailu	15
4.5	Opinnäytetyön julkistaminen	16
5	Tulokset	16
5.1	Neurokirurgisen potilaan erityispiirteet	16
5.2	Sosiaalinen tuki	17
5.2.1	Emotionaalinen tuki	18
5.2.2	Arvostusta välittävä tuki	19
5.2.3	Tiedollinen tuki	20
5.2.4	Välineellinen tuki	22
6	Pohdinta	22
6.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	22
6.2	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu	23
	Lähteet	27
	Liitteet	
	Liite 1. Tietokannat, hakusanat ja tulokset	
	Liite 2. Tutkimukset	

1 Johdanto

Sosiaalinen tuki voidaan määritellä vuorovaikutukseksi ihmisten välillä. Siinä sekä saadaan, että annetaan henkistä, emotionaalista, tiedollista ja toiminnallista sekä aineellista tukea. Sen merkitys korostuu ihmisen ollessa tilanteessa, jossa voimavarat ovat vähäisiä, ja muiden antamat resurssit ovat yksilön kantava voima. (Ruishalme – Saaristo 2007: 81.) Sosiaalisen tuen on tutkimusten mukaan huomattu vaikuttavan merkittävästi terveyteen. Ihmiset, joilla on laaja ja toimiva sosiaalinen verkosto, näyttävät olevan terveempiä ja onnellisempia kuin ne, joilla sosiaalinen verkko on heikko tai kokonaan puuttuva. (Rautava-Nurmi – Westergård – Henttonen – Ojala – Vuorinen 2015: 407.) Yksilön paranemisprosessissa sosiaalinen tuki vaikuttaisi olevan tärkeä tekijä, jolloin sen tarpeet olisi tärkeä tunnistaa jo sairaalahoitajakson aikana.

Sairastuminen ja sairaalahoitoon joutuminen voidaan luokitella, sen vakavuudesta riippuen, traumaattiseksi kriisiksi. Sairauden toteaminen on ihmiselle psyykinen sokki, jonka kokemiseen vaikuttaa paljon, miten hoitohenkilöstö siihen asennoituu ja kuinka hyvin kriisiin on saatavilla tukea. (Ruishalme – Saaristo 2007: 81.) Se haavoittaa useita alueita ihmisessä, ja saatetaan tuntea uhkana fyysiselle, psyykkiselle sekä sosiaaliselle hyvinvoinnille (Kiiltomäki – Muma 2007: 57).

Neurokirurgisten sairauksien luonteen vuoksi sosiaalisen tuen merkitys on erityisen suuri. Aivot ja keho ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa ja aivot luovat järjestystä ulkomaailman kaaosmaisiin ärsykkeisiin. Koko ihmisyyden ydin, tietoisuuden toteutuminen, perustuu solujen välisiin yhteyksiin. Aivojen sairauksien sekä aivovammojen aiheuttamat oireet ovat usein moniulotteisia kehon toiminnassa esiintyviä poikkeamia, jotka vaikuttavat merkittävästi ihmisen elämänlaatuun ja hyvinvointiin. (Salmenperä – Tuli – Virta 2002: 12, 23.)

Opinnäytetyön aihe on osa uuden Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Siltasairaala-rakennushankkeen opinnäytetyökokonaisuutta. Siltasairaala on Meilahden sairaala-alueelle suunniteltu uudisrakennus, joka koostuu trauma- ja syöpäkeskuksesta. Hankkeen kustannusarvio on noin 280 miljoonaa euroa ja näin ollen se on HUS:n suurin rakennushanke. Rakennuksen suunnittelu kilpailutettiin vuonna 2015 ja kohteen rakennustyöt alkavat arvion mukaan vuosina 2018–2021. Rakennuksen käyttöönotto tapahtuu vuonna 2022. (HUS n.d.)

Opinnäytetyön visiona on, että neurokirurginen potilas saa sairaalahoitajakson aikana tarvitsemansa sosiaalisen tuen ja siten parhaan mahdollisen hoidon sekä kuntoutuksen sairaalaympäristössä. Väestön ikääntyminen sekä hankitut riskit, kuten alkoholi, tupakointi, ylipaino ja vammat tulevat lisäämään neurotehohoidon ja neurovalvonnan tarvetta (Jääskeläinen 2010). Hoitotyön kehittämisen tavoitteita ovat potilaan kohtelu, yksilöllisyys ja itsemääräämisoikeus, läheisten tukeminen ja heidän voimavarojen hyödyntäminen potilaan hoitotyössä sekä potilaiden ohjaus ja potilasinformaation näyttöön perustuva kehittäminen. Tämän opinnäytetyön kannalta yksi keskeisimmistä tavoitteista on potilaille tärkeiden tukipalvelujen järjestelmällinen kehittäminen ja niiden mieltäminen keskeiseksi osaksi potilaan kokonaisvaltaista hyvinvointia. (HUS Strategia 2012–2016.)

2 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaista sosiaalista tukea neurokirurginen potilas tarvitsee sairaalahoitajakson aikana. Tarpeita tarkastellessa huomioidaan neurokirurgisen potilaan erityispiirteitä ja niiden tuomia vaatimuksia sosiaalisen tuen laatuun sekä määrään. Tavoitteena on tuottaa tietoa neurokirurgisen potilaan sosiaalisen tuen tarpeesta ja avustaa uuden Siltasairaalan kehittämisessä.

Opinnäytetyökysymykset:

1. Mitä ovat neurokirurgisen potilaan erityispiirteet?
2. Millaista sosiaalista tukea neurokirurginen potilas tarvitsee sairaalahoitajakson aikana?

3 Työn tietoperusta

3.1 Neurokirurgia

Neurokirurgia on kirurgian erikoisala, jossa leikkaustoiminta kohdistuu aivoihin ja selkäyttimeen sekä selkäytimestä lähteviin hermoihin. Poimu- ja vakopintaiset isoavot koostuvat kahdesta aivosirpin erottamasta puoliskosta. Pikkuaivot erottaa isoavoista aivotelta. Iso- ja pikkuaivot sijaitsevat luisen kallon muodostamassa suljetussa tilassa. Ydinjatke yhdistää aivot luisen selkärangan suojaamaan selkäyttimeen. Molempia, aivoja ja selkäydintä, verhoavat samat kalvot; kovakalvo (dura mater), lukinkalvo (arachnoidea) sekä pehmeäkalvo (pia mater). Niitä molempia ympäröi myös aivo-selkäydinnestetila (likvortila). (Ukkola – Ahonen – Alanko – Lehtonen – Suominen 2001: 317–320.)

Merkittävä osa (n. 40 %) neurokirurgian toimenpiteistä on akuuttiluonteisia. Useat sairaudet, kuten aivovammat, verenvuodot, kasvaimet, vesipäisyys sekä selkäydinpinne uhkaavat potilaan toimintakykyä tai henkeä, ja vaativat nopeaa leikkaushoitoa. (Jääskeläinen 2010.) Leikkaukset ovat usein kestoaltaan pitkiä, mikä asettaa omat erityisvaatimuksensa leikkauksolosuhteiden luomiselle. Neurokirurgisten potilaiden ikäjakauma vaihtelee suuresti, keskosista iäkkäisiin potilaisiin. (Salmenperä ym. 2002: 224.)

Leikkaustoiminnassa korostuu erityinen varovaisuus kudosten sekä rakenteiden käsitelyssä hermokudoksen vaurioitumisen välttämiseksi. Keskeistä kaikessa neurokirurgisessa toiminnassa on tarkka aseptiikka. Neurokirurgisten infektioiden hoitaminen voi olla haastavaa ja niiden aiheuttamat seuraukset voivat olla potilaalle kohtalokkaita. (Salmenperä ym. 2002: 223–224.)

Nykyaikaista neurokirurgiaa toteutetaan Suomessa viidessä neurokirurgian yksikössä; Helsingissä, Tampereella, Turussa, Kuopiossa sekä Oulussa. Korkeatasoiset tehohoito-osastot sekä mahdollisuus yhteistyöhön muiden lääketieteen erikoisalojen kanssa mahdollistavat vaativat neurokirurgiset operaatiot vain yliopistollisissa sairaaloissa. (TAYS 2016.) Suomessa ensimmäinen neurokirurginen osasto perustettiin vuonna 1936 Suomen Punaisen Ristin sairaalaan, joka siirtyi HYKS:n omistukseen vuonna 1958, kun HYKS:n neurokirurgian klinikka perustettiin (Jääskeläinen 1998: 4). Sairaala tunnetaan nykyisin Töölön sairaalana.

3.1.1 Neurokirurgisia sairauksia

1. Aivovammat

Yleisimpiä sairaalassa hoidettujen aivovammojen aiheuttajia Suomessa ovat kaatumis- ja putoamistapaturmat (65 %) sekä liikenneonnettomuudet (20 %) (Öhman – Koivisto – Jääskeläinen 2010). Kallon vammaan vaikuttavat iskun voima, sen tulosuunta sekä vaikutusalan laajuus. Aivovammoista leikkaushoitoa vaativia saattavat olla aivoruhjevamma, joka aiheuttaa kallonsisäisen verenvuodon, epiduraalihakematooma eli kovan aivokalvon ja kallonluun välissä oleva verenvuoto, subduraalihakematooma eli kovan aivokalvon ja aivojen väliin ruhjoutuneen aivokuoren valtimo- tai laskimovuoto tai vamman aiheuttama aivokudoksen sisäinen verenvuoto, joista vain osa hoidetaan leikkauksella. (Ukkola ym. 2001: 329, 333–336.)

2. Kallonsisäiset kasvaimet

Primaareja keskushermoston kasvaimia todetaan Suomessa vuosittain n. 1000 potilaalla, joista n. 50:llä kasvain sijaitsee selkäydinkanavassa. Kasvaimista noin 40 % on glioomia eli aivojen tukisolukosta alkunsa saaneita syöpäkasvaimia, noin 20 % meningeoomia eli aivokalvokasvaimia, vajaa 10 % hypofyyssiadenoomia eli aivolisäkekasvaimia ja vajaa 10 % akustikusneuroomia eli kuulohermokasvaimia. Loput ovat lähes sadan eri kasvaintyyppin muodostama joukko. Kallon sisään saattaa myös työntyä kasvaimia, jotka ovat saaneet alkunsa ympäröivistä kudoksista, kuten nenänielusta tai kasvoista. (Seppälä – Jääskeläinen – Rinne 2010).

3. Aivoverisuonitaudit

Aivojen verenkiertohäiriöt jaetaan tyypillisimmin kahteen eri tilaan: iskemiaan eli aivokudoksen paikalliseen verettömyyteen, ja hemorragiaan eli aivovaltimon verenvuotoon. Näistä kahdesta tilasta käytetään yhteisnimitystä aivohalvaus eli stroke. Iskeemiset aivoverenkiertohäiriöt voidaan jaotella aivoinfarktiin, jossa aivojen paikallisen kudostuhon on aiheuttanut joko aivovaltimon paikallinen tukkeutuminen (trombolisoituminen) tai muualta elimistöstä peräisin oleva, aivoihin kulkeutunut hyytymä (embolisaatio) tai TIA:iin (Transient Ischemic Attac), joka on ohimenevä iskeeminen kohtaus. Aivovaltimoiden verenvuodot voidaan ryhmitellä

ICH:en (Intracerebral Hemorrhage) eli aivoaineeseen tapahtuneeseen verenvuotoon tai SAV:on (Subaraknoidaalivuoto) eli lukinkalvon alaiseen verenvuotoon. (Salmenperä ym. 2002: 262–263.)

4. Keskushermoston infektiot

Keskushermoston infektiosta kirurgista hoitoa (dreneerausta) vaativia ovat aivopaiseet, joista lähes kaikki ovat märkäbakteerien aiheuttamia. Selkäydinkanavan paiseet, joista lähes kaikki sijaitsevat epiduraaltilassa, edellyttävät harvoin neurokirurgista dreneerausta. (Blomstedt – Jääskeläinen 2010.)

5. Hydrokefalus ja likvorivuoto

Likvorikierron häiriö eli hydrokefalus tarkoittaa aivo-selkäydinnestekierron häiriintymisestä tai estymisestä johtuvaa aivokammioiden laajenemista (Salmenperä ym. 2002: 335). Akuutin hydrokefaluksen yleisimpiä aiheuttajia ovat aivojen takakuopan kasvaimet, pikkuaivohematooma ja aivokammion sisäiset nesterakkulat eli kystat (Ukkola ym. 2001: 347). Likvorivuodolla tarkoitetaan aivo-selkäydinnesteen pääsyä likvoritilasta, kallon sisältä tai selkäydinkanavasta, duuradefektin kautta, keskushermoston ulkopuolelle, tyypillisimmin nenä- tai korvaonteloihin tai iholle. Likvorivuodon aiheuttavia syitä ovat esimerkiksi leikkaus, vamma tai hydrokefalus. Se voi syntyä myös itsestään. Vuoto on saatava aina nopeasti loppumaan, sillä yhteys steriilistä likvoritilasta bakteeriflooran sisältävälle alustalle voi aiheuttaa märkäisen meningiitin. (Öhman – Jääskeläinen 2010.)

6. Spinaalikanavan kasvaimet ja degeneratiiviset sairaudet

Spinaalikanavan kasvaimet ovat harvinaisia Suomessa: niitä todetaan vuodessa vain 1,3 tapausta 100 000 henkilöä kohden. Tavallisimpia näistä kasvaimista ovat hyvänlaatuiset hermotupen schwannoomat ja aivokalvon kasvaimet eli meningeoomat. Selkäydinkasvaimet jaetaan ekstraduraalisiin, intraduraalisiin, ekstramedullaarisiin ja intramedullaarisiin kasvaimiin. (Salmenperä ym. 2002: 316–318.) Keskushermoston primaareista kasvaimista vain noin 5 % esiintyy spinaalikanavassa. Sen sijaan spinaalikanavan kasvaimista ylivoimaisesti suurin osa on selkärangan metastaattisia muutoksia jostain muusta syövästä. Spinaalikanavan

degeneratiivisia sairauksia ovat esimerkiksi kaula- ja lannerangan diskusprolapsit eli välilevyn pullistumat sekä spondyloosit eli kulumat, lumbaalinen instabiili-teetti, reumakaularanka sekä kaularangan vammat. (Kotilainen – Ronkainen – Seppälä – Jääskeläinen 2010.)

7. Funktionaalinen neurokirurgia

Epilepsia, spastisuus, liikehäiriö tai krooninen kipu voivat olla funktionaalisen neurokirurgian kohteita. Tarkkaan valikoituja potilaita, joiden edellä mainitut sairaudet ovat vaikeita ja huonosti hoitoihin reagoivia, voidaan pyrkiä auttamaan kirurgisesti. Funktionaalisessa neurokirurgiassa korostuu eri asiantuntija-alojen välinen yhteistyö, jotta kirurgisen hoidon kohteeksi valitaan oikeat potilaat ja saavutetaan parhaat pitkäaikaiset tulokset. Neuromodulaatiota eli hermoston toiminnan säätelyä voidaan toteuttaa sähköärsytyksellä tai lääkeainepumpulla, joka implantoitetaan potilaaseen. (Blomstedt – Immonen – Heikkinen – Pohjola – Jääskeläinen 2010.)

3.1.2 Leikkaustyytit

Pieni, kallonluuhun poratun reiän kautta tehtävä operaatio, on trepanaatio. Sen kautta saadaan tyhjennettyä esimerkiksi krooniset, nesteiset subduraalitalan hematomat. Toimenpide on pieni, ja se voidaan suorittaa usein paikallispuudutuksessa, sekä vanhuspotilaille ilman yläikärajaa. (Ukkola ym. 2001: 321; Öhman ym. 2010.) Useimmat neurokirurgiset operaatiot suoritetaan kuitenkin laajemmasta kallonavauksesta eli kraniotomiasta, jossa kallon luusta irrotetaan sahaamalla kappale, joka leikkauksen päätyttyä asetetaan takaisin paikoilleen. Aivojen kasvainten exstirpatio tarkoittaa kasvaimen poistamista kokonaan. Menetelmää voidaan käyttää tarkkarajaisten kasvaimien, kuten meningeomien, poistossa. Osapoistoa eli resektiota käytetään mm. useimpien gliomien pienentämisessä silloin, kun koko kasvainta ei ole mahdollista poistaa. Syvistä kasvaimista voidaan joutua tyytymään ottamaan vain koepala eli biopsia. Hematomien kirurgista tyhjentämistä kutsutaan evakuoinniksi. (Ukkola ym. 2001: 321.)

Selän alueen kirurgiassa välilevyn pullistumat poistetaan exstirpatiolla. Spinaalisten oosin hoitoon käytetään dekompressiivista laminektomiaa, jossa selkäydinkanava avataan poistamalla okahaarake ja molemmilta puolilta osa laminaa. Nikamakaaren toisen puo-

liskon poistoa taas kutsutaan hemilaminektomiaksi. Kaularangan juuriaukon ahtaumassa juuriaukon suurentamista kutsutaan foraminotomiaksi. (Ukkola ym. 2001: 321.)

3.2 Neurokirurgisen potilaan erityispiirteet

Toimintakyky on käsite, joka voidaan jaotella useilla eri tavoilla. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2015) on jakanut verkkosivuillaan sen neljään eri ulottuvuuteen: fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen sekä sosiaaliseen toimintakykyyn. Fyysinen toimintakyky käsittää esimerkiksi lihasten ja nivelten toiminnan, kehon liikkeiden hallinnan sekä keskushermoston toiminnan. Kognitiiviset toiminnot ovat suurelta osin myös psyykkisiä toimintoja, mutta ne käsitellään silti usein erillisinä osa-alueina, sillä muisti ja oppiminen ovat keskeisiä kognitiivisia toimintoja. Psyykkisiä toimintoja ovat taas ihmisen voimavarojen hallinta, kuten selviytyminen elämän haastavissa tilanteissa. Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluu ihminen toimijana yhteisöissään sekä yhteiskunnassa, ja vuorovaikutussuhteissa.

Aivojen sairastuminen poikkeaa luonteeltaan muista sairauksista monin eri tavoin. Se vaikuttaa usein henkilön kognitiiviseen toimintakykyyn ja sitä kautta kykyyn ymmärtää sairauden ja hoitotoimien merkitys. Se saattaa vaikuttaa kykyyn ilmaista oma tahto ja kykyyn tehdä omaa hoitoa koskevia päätöksiä. Tämän vuoksi ratkaisut pitäisi aina pyrkiä tekemään yhteisymmärryksessä potilaan tai tämän lähiomaisen kanssa. (Soinila 2014.) Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista on asetettu, että potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tapauksissa, joissa potilas ei itse pysty osallistumaan hoitonsa suunnitteluun, tulee suunnittelu tehdä laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen henkilön kanssa. Tämän henkilön tulee hoitoon suostumusta antaessaan ottaa huomioon potilaan aiemmin ilmaisema tahto, tai jos tahtoa ei ole ilmaistu, potilaan henkilökohtainen etu. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 6.)

Neurokirurgiset toimenpiteet kohdistuvat aivojen lisäksi selkäyttimeen sekä siitä lähteviin hermoihin. Vauriot selkäytimessä saattavat aiheuttaa potilaalle vamman asteesta riippuen oireita niskakivuista, liikerajoituksista ja päänsärystä aina laajoihin tuntopuutoksiin sekä halvauksiin saakka. (Palo – Jokelainen – Kaste – Teräväinen – Waltimo 1996: 493.) Muita neurologisia fyysisiä oireita voivat olla esimerkiksi lihasheikkous, motoriset säätelyhäiriöt, kuten vapina, ataksia eli tahdonalaisten liikkeiden koordinaation häiriö ja tasapainohäiriö, sekä erilaiset kiputilat ja inihäiriöt (Kotila – Palomäki 2014).

Neurokirurgisen potilaan tavallisimpia sosiaalista toimintakykyä alentavia ongelmia ovat erilaiset vaikeudet puheen tuottamisessa sekä alenemat tiedonkäsittelykyvyssä, ja sitä kautta kommunikaatiossa (Soinila 2014). Aivojen osista etuotsalohko järjestelee koko ihmisen henkisen toiminnan ja ohjaa aivojen muita alueita. Se säätelee kaikkea arviointikykyä ja käyttäytymisestä puheen tuottamiseen, äänen sävyihin sekä kasvojen ilmeisiin. (Salmenperä ym. 2002: 15.) Vammat etuotsalohkon alueella aiheuttavat käyttäytymisen kontrollin muutoksia ja tunne-elämän sekä persoonallisuuden muutoksia, vaikuttaen ihmisen sosiaaliseen toimintakykyyn (Hietanen 2013).

Neurokirurgisesti sairaiden potilaiden hoidossa on myös paljon eettisiä ongelmia. Eettinen ongelmatilanne syntyy esimerkiksi silloin, kun potilas selviää hengissä sairauden kriittisimmän vaiheen yli, toipuu kommunikaatiokykyiseksi, mutta todennäköisemmin jää vaikeasti vammaiseksi. Tässäkin tilanteessa potilaalla on oikeus rehelliseen tietoon sairauden luonteesta ja toipumisennusteesta. Potilaalle annetaan hänen tilansa edellyttämää hoitoa hänen suostumuksellaan. Vaikeasti vammaiset potilaat ovat hyvin alttiita erilaisille komplikaatioille, jotka vaativat invasiivisia toimenpiteitä ja tehostettua hoitoa. Tällaisia komplikaatioita ovat esimerkiksi keuhkoveritulppa ja sairaalainfektiot. Usein akuuttivaiheen jälkeen vaikeasti vammautuneet potilaat tiedostavat vähitellen oman tilansa ja saattavat haluta kuolla. Neurokirurgisten potilaiden hoidossa on pohdittava huolellisesti, ovatko potilaan tunteet hänen vakaa tahtonsa vai liittyvätkö ne mahdollisesti masennukseen. (Soinila 2014.)

3.3 Sosiaalinen tuki

Sosiaalinen tuki sekä toimiva tukiverkosto ovat tärkeitä puskureita ja voimavarojen lisääjiä ihmisen elämässä. Sosiaalisten tukimuotojen tarve kasvaa, kun ihminen joutuu jättämään oman tutun, turvallisen ympäristönsä ja sopeutumaan uusiin olosuhteisiin. Riittämätön sosiaalinen tuki voi vaikuttaa negatiivisesti potilaan hyvinvointiin. Tuen ollessa riittävää, se taas voi auttaa käsittelemään kriisejä ja muutoksia. (Kristoffersen – Nortvedt – Skaug 2006: 82.) Sosiaalisella tuella voidaan lisätä potilaan hallinnan-, sekä hyväksytyksi tulemisen tunnetta (Mikkola 2006). Pitkäaikaissairaus saattaa aiheuttaa sosiaalisen verkoston kaventumista ja heikentää mahdollisuuksia luoda uusia sosiaalisia suhteita (Järvikoski – Härkäpää 2011: 152).

Heikkisen (2003: 884) mukaan sosiaalinen tuki voidaan jaotella neljään eri osa-alueeseen: 1) emotionaalinen tuki, jota yksilö saa useimmiten perheeltä sekä ystäviltä ja johon kuuluu empatia, huolenpito, rakkaus sekä luottamus, 2) arvostusta välittävä tuki, joka koostuu emotionaalista tukea enemmän tiedollisista tekijöistä, kuten kannustuksesta sekä palautteesta ja sitä voidaan lähipiiriin lisäksi saada myös muilta yhteisöiltä sekä yhteiskunnalta, 3) tiedollinen (informatiivinen) tuki, joka on neuvonantamista ja ohjaamista sekä 4) välineellinen (instrumentaalinen) tuki, joka on materiaalista apua, kuten toiminnallista tai rahallista avustamista.

Emotionaalisella tuella tarkoitetaan viestintäkäyttäytymistä, esimerkiksi empatian osoittamista, rohkaisua, kuuntelemista ja potilaan tunteiden oikeuttamista. Emotionaalisella tuella on tarkoitus osoittaa tunnetasolla hyväksyntää ja vaikuttaa emotionaaliseen kuorimitukseen. (Mikkola 2006.) Emotionaalisen tuen puutteen näkökulmasta katsottuna potilaan pelot, huolet ja ahdistus vähentävät hänen voimavarojansa, kun taas aikaisempi tilanteen hallinnan kokemus lisää voimavaroja (Kassara – Paloposki – Holmia – Murtonen – Lipponen – Ketola – Hietanen 2006: 32). Potilas voi kokea emotionaalista yksinäisyyttä eli uskotun ihmisen puuttumista, vaikka hänellä olisikin paljon ihmisuhteita, mutta kuitenkin läheinen ihminen puuttuu elämästä (Kristoffersen – Nortvedt 2006: 304).

Tiedollinen tuki välittää potilaalle tietoa, joka koskee hänen ongelmatilannettaan ja on hänelle olennaista. Pelkkä tiedonanto ei ole tiedollista tukea, ellei se liity olennaisesti potilaan tilanteeseen tai ongelmaan. Tällöin liiallinen informaatio voi lisätä kuorimitusta kasvattavia tekijöitä niiden lievittämisen sijaan. Tiedollista tukea pidetään hoitotyössä usein tärkeimpänä tuen muotona niin potilaiden, hoitohenkilökunnan kuin omaistenkin arvioimana. (Mikkola 2006.)

Välineellisellä tuella tarkoitetaan konkreettista avun antamista sekä palveluiden ja resurssien tuottamista potilaalle. Omaisten lisäksi myös hoitohenkilökunta voi tarjota välineellistä tukea (Mikkola 2006). Käytännön tukea ja apua henkilökohtaisten asioiden järjestämisessä toivotaan niin omaisilta, kuin hoitohenkilökunnalta. Näitä asioita ovat esimerkiksi sairauslomaan ja kuntoutukseen liittyvien asioiden järjestäminen, sekä perhe- ja vanhemmuusongelmien ratkaiseminen. Erityisesti välineellisen tuen tarjoamista odotetaan sosiaalityöntekijöiltä. (Idman – Aalberg 2013.)

Arvostusta välittävä tuki tarkoittaa myönteisen, kannustavan palautteen antamista, ja sitä kautta potilaan itsetunnon vahvistamista. Potilaalle voi kertoa esimerkiksi hänen hyvästä

sopeutumisestaan sekä selviytymisestään vaikeaan elämäntilanteeseen. (Robinson – Turner 2003.)

Sosiaalista tukea voidaan tarkastella myös sen lähteen mukaan. Ydinperheeltä saatua tukea nimitetään usein primaariseksi tueksi. Ystäviltä, tuttavilta ja sukulaisilta saatua tukea kutsutaan sekundaariseksi ja julkisista palveluista, kuten sairaalasta, ja yhdistyksiltä saatua tukea tertiääriseksi tueksi. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 152.) Kaikki erilaiset sosiaaliset verkostot, jotka ihminen kokee osaksi elämäänsä, rakentaa perustan sosiaaliselle tuelle. Sosiaalista tukea pidetään tärkeänä elämänhallintakyvyn sekä koko terveyden kannalta. Sosiaalista verkostoa voidaan hyödyntää, kun kohdataan vaikeita tilanteita ja haasteita. (Ojala – Uutela 1992: 59.)

3.4 Sairaalahoitajakso

Sairaalahoitajakso voi pitää sisällään elektiivisen eli ennalta suunnitellun toimenpiteen, jolloin potilas tulee toimenpiteeseen jonosta ajanvarauksella. Suunnittelemattomasta päivystystoimenpiteestä puhutaan, kun potilas tarvitsee esimerkiksi yhtäkkisen sairastumisen, vamman tai pitkäaikaissairauden vaikeutumisen myötä kiireellistä tilan arviointia ja hoitoa. (Ahonen – Blek-Vehkaluoto – Ekola – Partamies – Sulosaari – Uski-Tallqvist 2016: 101.) Hoitoilmoitusrekisterin (HILMO -rekisteri) tietojen perusteella Suomessa tehdään vuosittain jopa yli 550 000 leikkausta. Näistä leikkauksista elektiivisiä on noin 65 % ja päivystysleikkauksia 35 %. (Hammar 2011: 11.) Perioperatiiviseen hoitoprosessiin kuuluu kolme vaihetta: leikkausta edeltävä (preoperatiivinen), leikkauksen aikainen (intraoperatiivinen) ja leikkauksen jälkeinen (postoperatiivinen) vaihe (Ahonen ym. 2016: 101).

Preoperatiivinen hoitotyö alkaa hoidettavan kanssa tehdystä leikkauspäätöksestä. Tärkeimpänä osana tätä hoitotyön vaihetta on leikkaukseen valmistautuminen. Leikkaukseen valmistuminen tapahtuu joko kotona, osastolla, päivystysosastolla tai poliklinikalla. Tavoitteena on ottaa hoidettava potilas mukaan preoperatiivisen hoitotyön suunnitteluun ja saada hänen yleiskuntonsa mahdollisimman hyväksi ennen leikkausta. Monet tekijät, esimerkiksi potilaan fyysinen suorituskyky, yleiskunto, perussairaudet ja niihin käytössä olevat lääkkeet sekä suunniteltu toimenpide vaikuttavat preoperatiivisen hoidon tarpeeseen. Leikkausta edeltävän hoidon tarkoituksena on parantaa potilaan toipumista ja ennaltaehkäistä leikkauskomplikaatioita. Preoperatiivisessa hoitotyössä korostuu potilaan

ja hänen omaisensa ohjaus. Tutkimukset osoittavat, että ohjauksella on myönteinen vaikutus potilaan toipumiseen. Hyvä ohjaus vähentää myös potilaiden pelkoja leikkauksesta. Tutkimusten mukaan potilailla on myös vähemmän pahoinvointia ja leikkaukskomplikaatioita, sekä kotiutuminen on nopeampaa verrattuna vähemmän ohjausta saaneisiin potilaisiin. (Ahonen ym. 2016: 101–103.)

Intraoperatiivinen hoitotyö käsittää potilaan vastaanoton leikkausosastolle sekä itse toimenpiteen. Prosessin vaiheelle ominaista on intensiivinen ja systemaattinen moniammatillinen tiimityöskentely. Postoperatiivinen hoitotyö alkaa potilaan siirrosta heräämösosastolle, jossa potilaita tarkkaillaan. Potilas on heräämöhoidossa niin kauan, että hänen elintoimintonsa ovat normalisoituneet ja yleisvointi on hyvä sekä potilas on orientoitunut. Nämä kriteerit täytettyään hänet voidaan siirtää vuodeosastolle jatkohoitoon. Postoperatiivinen hoitotyö loppuu potilaan kotiuduttua tai hoitojakson loputtua. (Ahonen ym. 2016: 108–109.)

Ennalta suunniteltuja hoitojaksoja on erilaisia. Hoitojaksot voivat olla esimerkiksi lyhytjälkihoitoista kirurgiaa (LYHKI) tai leikkaukseen kotoa – toimintaa (LEIKO). Jatkohoidon pituus määrittyy potilaan kunnosta. Potilas voidaan ottaa tarvittaessa vuodeosastolle leikkausta edeltäväksi yöksi, mikäli leikkaus vaatii erikoisesivalmisteluja tai potilaalla on pitkä sairaalaan tulomatka. Leikkauksen jälkeen potilas siirretään takaisin vuodeosastolle toipumaan ja kotiutus tapahtuu hoitojakson päätyttyä. (Hammar 2011: 13.)

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on katsaus tutkimusaiheeseen kohdistuneista aikaisemmista tutkimuksista. Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on tieteenalan teoreettisen ymmärryksen ja käsitteistön kehittäminen, teorian kehittäminen tai olemassa olevan teorian arviointi. Sen avulla voidaan hahmottaa kokonaiskuva asiakokonaisuudesta tai määrätystä aihealueesta (Stolt – Axelin – Suhonen 2016: 7). Katsauksia on erilaisia ja niistä on olemassa myös useita synonyymejä. Katsausten tyypit sekä nimet vaihtelevat kirjallisuudessa tieteenaloittain, mutta myös tieteenalojen sisällä. Kaikki katsaukset edellyttävät, että käsitellystä aiheesta on olemassa jonkin verran aikaisempaa tutkittua tietoa. (Johansson

2007: 2; Stolt ym. 2016: 7). Useista eri katsaustyypeistä huolimatta ne kaikki sisältävät samat kirjallisuuskatsaukselle ominaiset osat (SALSA), joita ovat: haku (Search), (kriittinen) arviointi (Appraisal), aineiston perusteella tehty synteesi (Syntesis), sekä analyysi (Analysis) (Stolt ym. 2016: 8).

Parhaiten tunnettu kirjallisuuskatsauslaji on järjestelmällinen (systemaattinen) katsaus. Katsauksen tavoitteena on löytää olemassa oleva tutkimuskirjallisuus, tarkastella sen laatua sekä tehdä aineiston perusteella synteesi ja analyysi. (Stolt ym. 2016: 13–14.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet etenevät suunnittelusta raportointiin. Ne voidaan jakaa karkeasti kolmeen osaan: katsauksen suunnitteluun, tekemiseen (sisältää tiedonhaun, analysoinnin ja synteessin) sekä raportointiin. Suunnitteluvaihe käsittää aiemman tutkimustiedon tarkastelun ja tutkimussuunnitelman teon. Tutkimussuunnitelma sisältää tutkimuskysymykset. Tutkimuskysymysten asettamisen jälkeen tehdään hakuja eri tietokannoista. Aikaisempaa tietoa etsitään eri hakukriteerejä käyttäen. Tärkeänä osana systemaattista kirjallisuuskatsausta on tutkimusten laadun arviointi. (Johansson 2007: 5-6.)

Katsauksen teko etenee tutkimussuunnitelman mukaan. Katsaukseen haetaan ja valikoidaan tarvittavat tutkimukset, joiden sisältö analysoidaan käyttäen hyödyksi tutkimuskysymyksiä. Lopuksi tulokset raportoidaan, niistä tehdään johtopäätökset ja mahdolliset jatkoehdotukset. (Johansson 2007: 6-7.) Tässä opinnäytetyössä on hyödynnetty systemaattista kirjallisuuskatsausta soveltaen.

4.2 Tiedonhakuprosessin kuvaus

Opinnäytetyön aineistoa alettiin keräämään keväällä 2016. Opinnäytetyökysymyksiin vastaavia tutkimuksia etsittiin suomalaisista sekä ulkomaalaisista tietokannoista käyttäen eri hakusanoja (liite 1). Tutkimuksia hyväksyttiin käytettäväksi opinnäytetyössä seuraavin sisäänottokriteerein:

- Tutkimus on vähintään pro gradu -tasoinen tutkimus tai tieteellinen artikkeli
- Tutkimukset koskevat potilaan sairaalahoitojaksoa
- Tutkimukset ovat enintään 20 vuotta vanhoja (1996–2016)
- Tutkimus koskee vain neurokirurgista potilasta
- Tutkimus on suomen- tai englanninkielinen

ja suljettiin pois seuraavin kriteerein:

- Tutkimusartikkeleita ei ole saatavissa kokonaan (Full text)
- Tutkimus on yli 20 vuotta vanha
- Neurologiset (ei-kirurgiset) potilaat
- Lapsipotilaat

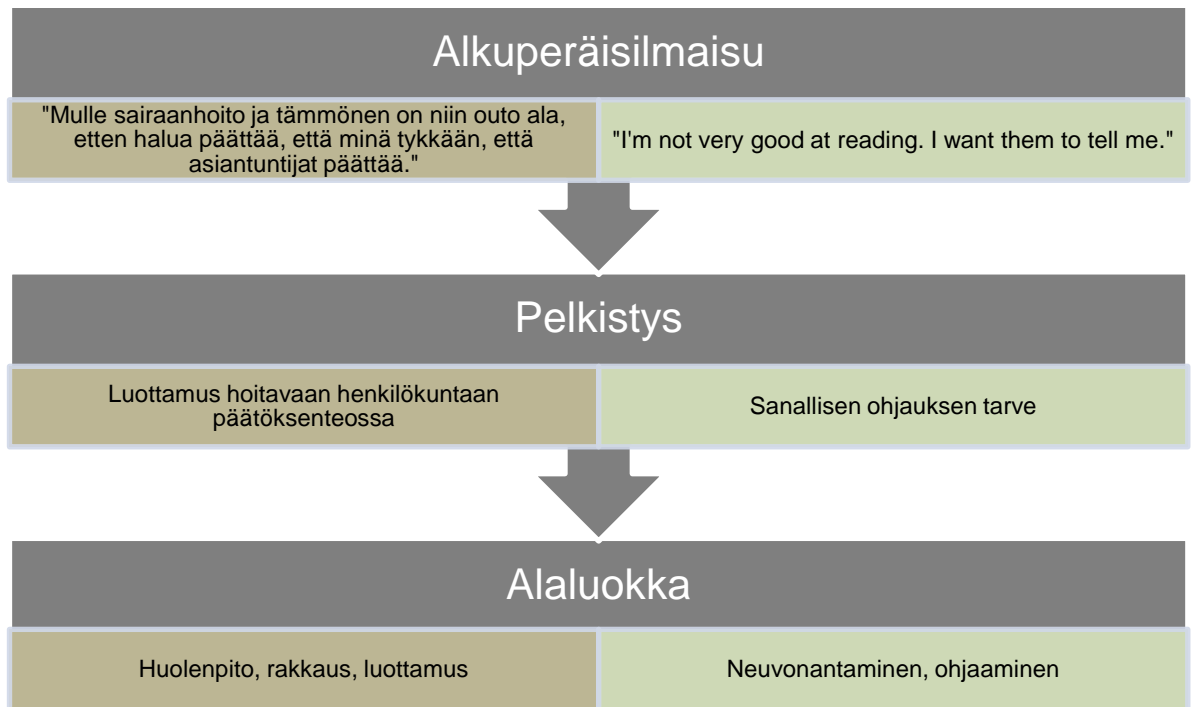
Tutkimustietoa etsittiin myös manuaalisesti esimerkiksi muiden tutkimusten lähdeluette-loista. Opinnäytetyöhön valituista tutkimuksista suurin osa löydettiin manuaalista haku-menetelmää käyttäen.

4.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota käyttäen voidaan analysoida eri do-kumentteja systemaattisesti sekä objektiivisesti. Tällaisia dokumentteja ovat esimerkiksi päiväkirjat, kirjeet, puheet, raportit, kirjat, artikkelit, filmit, kuvanauhat, laulujen sanat, va-lokuvat ja taideteokset. (Janhonen – Nikkonen 2001: 23.) Sitä käytetään paljon hoitotie-teellisissä tutkimuksissa tutkimusaineiston analyysimenetelmänä (Kyngäs – Vanhanen 1999: 3). Sisällönanalyysimenetelmällä on tarkoitus saada tutkitusta aiheesta kuvaus tiivistetyssä muodossa. Sen avulla pyritään rakentamaan malleja, jotka kuvaavat tutkitta-vaa ilmiötä tiivistetysti, sekä avustavat tutkittavan ilmiön käsitteellistämistä. (Tuomi – Sa-rajärvi 2009: 103.)

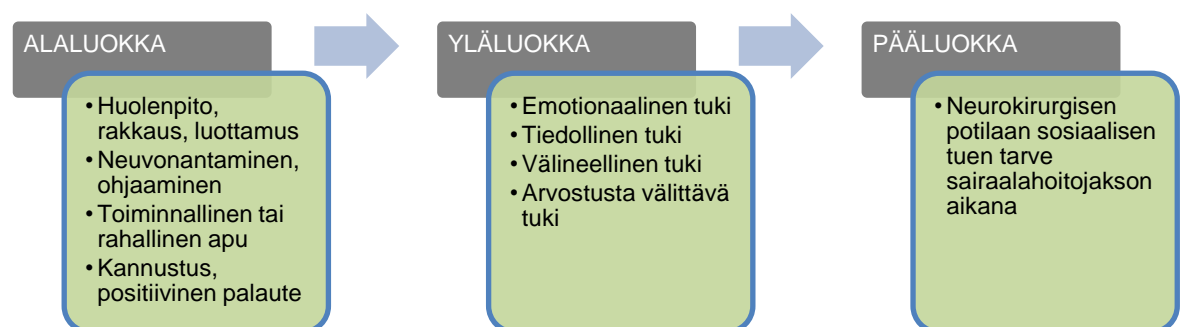
Analyysi voidaan toteuttaa kahdella tavalla: induktiivisesti, jolloin analyysi tehdään ai-neistosta lähtien, tai deduktiivisesti, jossa aikaisempaan tutkimustietoon perustuva luo-kittelurunko ohjaa analyysiä (Kyngäs – Vanhanen 1999: 3). Aineistolähtöisessä sisäl-lönanalyysissä toteutuvat seuraavat vaiheet: aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmit-tely sekä aineiston abstrahointi. Deduktiivinen eli teorialähtöinen analyysi koostuu ana-lyysirungon muodostamisesta, aineiston pelkistämisestä ja luokittelusta sekä kvantifioin-nista. (Janhonen – Nikkonen 2001: 26–34.)

Opinnäytetyössä on hyödynnetty deduktiivista analyysitapaa. Pelkistämisvaiheessa tutkimusten alkuperäisilmauksista on tehty tiivistykset (pelkistykset). Tämän jälkeen samaan asiaan viittaavat pelkistykset on ryhmitelty ja yhdistetty uudeksi luokaksi (alaluokka).



Kuvio 1. Esimerkki pelkistämisestä (Halkett – Lobb – Oldham – Nowak 2010; Lepola – Aho – Louet 2001.)

Saatujen alaluokkien jälkeen on muodostettu yläluokat, joiden kautta on päästy tutkimuskohteen kuvaukseen.



Kuvio 2. Esimerkki ala- ja yläluokkien muodostumisesta

4.4 Aineiston kuvailu

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineistoksi hakuprosessin ja valintamenettelyn jälkeen valikoitui yhteensä yhdeksän tutkimusta (liite 2). Näistä tutkimuksista kolme on suomalaisia, loput ulkomaalaisia. Suomalaisista tutkimuksista kaikki ovat teemahaastatteluja. Kaksi on pro gradu -tutkielmia, ja yksi Hoitotiede-lehden julkaisema tieteellinen artikkeli. Hoitotiede-lehdessä julkaistu artikkeli on kuvaus aivokasvainpotilaana olemisesta ja hoidosta yliopistollisen keskussairaalan neurokirurgian klinikassa (Lepola ym. 2001). Leikkolan (2006) pro gradu tutkii potilaan ja läheisen selviytymistä leikkauksen jälkeen, edistävät ja estävät tekijät eritellen. Luojuksen (1999) pro gradu -tutkielma on kuvaus aivokasvainpotilaiden kokemuksista hoidon aikaisesta ohjauksesta sekä leikkauksen jälkeisestä selviytymisestä.

Aineistossa on mukana yksi systemaattinen kirjallisuuskatsaus (Northcott – Moss – Harrison – Hilari 2016), joka kuvaa aivoinfarktin vaikutusta potilaan sosiaalisiin suhteisiin sekä erittelee aivoinfarktipotilaan sosiaalisen tuen tarpeita. Kaksi tutkimuksista on australialaisia kvalitatiivisia, puolistrukturoituja haastattelututkimuksia: toinen tutkii glioomapotilaiden tuen tarpeita (Halkett ym. 2010), ja toinen aivokasvainpotilaiden henkilökohtaista ja sosiaalista sopeutumista sairauteen (Ownsworth – Chambers – Hawkes – Walker – Shum 2011). Yksi tutkimuksista on ruotsalainen kvalitatiivinen teemahaastattelu, jonka tarkoituksena on selvittää potilaiden kokemuksia neurokirurgisesta tehohoidosta (Mylén – Nilsson – Berterö 2016).

Kaksi tutkimuksista ovat kvantitatiivisia, joista toinen on kanadalainen (Laxton – Perrin 2003). Tutkimuksessa selvitetään sosiaalisen tuen, stressin ja elämänlaadun välisiä suhteita selkäydinkanavan ahtaumaleikkauksen jälkeen. Toinen tutkimuksista on turkkilainen (Yilmaz – Sezer – Gürler – Bekar 2011). Sen tarkoituksena on selvittää suunniteltuun leikkaukseen tulevien potilaiden leikkausjännitykseen vaikuttavia tekijöitä sekä sosiaalisen tuen ja leikkausjännityksen välistä suhdetta.

Tutkimukset, yhtä lukuun ottamatta, käsittelevät neurokirurgisen potilaan sosiaalisen tuen tarvetta ja sen saamista sairaalahoitajakson aikana. Yksi tutkimuksista käsittelee yleisesti kirurgisen potilaan sosiaalisen tuen määrän ja laadun vaikutusta leikkausta edeltävään jännitykseen. Tulokset osoittautuivat melko yhteneviksi, vaikka tutkimuksia oli eri maista ja siten myös eri kulttuureista. Myöskään tutkimuksen ikä ei näyttänyt vaikuttavan tuloksiin. Vanhin tutkimus on vuodelta 1999 ja uusin vuodelta 2016.

4.5 Opinnäytetyön julkistaminen

Opinnäytetyön tulokset tullaan esittämään marraskuussa 2016 pidettävässä toteutusseminaarissa opinnäytetyötä ohjaaville opettajille sekä muille Siltasairaala-hankkeessa oleville opiskelijoille. Työn tulokset on tarkoitus esittää myös uuden Siltasairaalan neurokirurgisen osaston henkilökunnalle, jotta niitä voidaan hyödyntää sairaalan potilastyön kehittämisessä. Tarkoituksena on esitellä työ pienten lehtisten avulla, joista selviää työn tarkoitus, tavoitteet sekä keskeisimmät tutkimustulokset. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus-tietokannassa työn hyväksymisen jälkeen.

5 Tulokset

5.1 Neurokirurgisen potilaan erityispiirteet

Osa potilaista kertoi sairauden tai leikkauksen vaikuttaneen heikentävästi heidän näkönsä. Osalle sairaus tai leikkaus taas oli aiheuttanut muutoksia hermoston toiminnassa. Muutokset ilmenivät esimerkiksi tuntopuutoksina raajoissa. (Halkett ym. 2010.) Joillekin potilaista oli tullut leikkauksen aiheuttamina komplikaatioina jalan veritulppa ja toispuolinen halvausoireisto, joihin he eivät olleet osanneet varautua (Lepola ym. 2001). Jotkut potilaista kertoivat leikkauksen aiheuttaneen heille voimattomuuden tunnetta käsissä (Leikkola 2006).

Sekä leikkausta ennen, että sen jälkeen, potilaat kokivat jatkuvien kipujen heikentävän toimintakykyään merkittävästi. Kivun vuoksi käveleminen ja istuminenkin olivat vaikeutuneet. Kävelemiseen vaikutti myös tasapainon heikentyminen sekä kehonhallinnan vaikeutuminen, mikä esti potilaan itsenäistä toimintaa. Kävelyn kuvattiin muuttuneen hitaaksi ja asennon kumaraksi tai vinoksi. (Halkett ym. 2010; Leikkola 2006.)

Potilaiden fyysisen suorituskyvyn koheneminen leikkauksen jälkeen motivoi potilaita aloittamaan liikuntaharjoittelun jo osastohoidon aikana. Toisaalta heikentynyt fyysinen suorituskyky masensi potilaita. Osa potilaista tunsi oman kehon fyysisten ominaisuuksien hallitsemattomuuden niin voimakkaaksi, että kokivat olevansa vaaraksi ympäristölleen. (Leikkola 2006.) Sairauden ja leikkauksen koettiin vaikuttavan heikentävästi unen

laatuun ja määrään. Leikkauksen jälkeinen lääkitys ja sängyssä olo aiheutti etenkin tehohoitopotilaissa sekavuuden tunnetta öisin. (Mylén ym. 2016.) Yöunien vähäisyys vaikutti päivällä fyysiseen jaksamiseen, sekä kuormitti potilasta myös psyykkisesti (Leikkola 2006).

Osalla potilaista ilmeni sairauteen liittyvästi pelkoja, masentuneisuutta sekä ahdistuneisuutta. Pelot liittyivät sairauden etenemiseen ja sen mahdollisesti aiheuttamiin muutoksiin elämänlaadussa. Masentuneisuutta lisäsi mahdollisuus sairauden tai leikkauksen aiheuttamista toimintakyvyn vajavaisuuksista sekä sen aiheuttamista muutoksissa ulkona. Potilaita järkytti esimerkiksi toimenpiteen vuoksi tehtävä hiustenleikkaus sekä kirurgisen haavan koko. Myös leikkauksen mahdollisuutta epäonnistua pelättiin. (Leikkola 2006; Lepola ym. 2001; Luojus 1999.) Sairauden mahdollisten oireiden, kuten epileptisten kohtausten, ilmaantuminen aiheutti huolta potilaissa (Halkett ym. 2010). Potilaat kokivat epävarmuutta muiden ihmisten suhtautumisesta heihin sekä ennen että jälkeen leikkauksen. Erityisesti työyhteisön suhtautumista jännitettiin leikkauksen jälkeisessä vaiheessa. (Leikkola 2006.)

Potilaat kertoivat, että sairaus vaikutti heidän rooliinsa yhteisöissä. Esimerkiksi perheen sisäinen työnjako muuttui sairastumisen myötä. He kertoivat sairauden vaikuttaneen kielteisesti yhteistyöhön muiden ihmisten kanssa. He kokivat, etteivät muut ihmiset ymmärtäneet heidän sairauttaan. Potilaat kertoivat sairauden tuoman uuden ja stressaavan tilanteen aiheuttavan ristiriitoja heidän lähisuhteissaan. (Leikkola 2006.)

Osa potilaista oli järkyttyneitä leikkauksen jälkeen tulleesta puheen tuottamisen häiriöstä, sillä he kokivat, etteivät olleet osanneet varautua siihen (Lepola 2001). Potilaat kokivat, etteivät saaneet enää itseään ilmaistua haluamallaan tavalla ja turhautuivat, kun kuulija ei ymmärtänyt heidän kertomiaan asioita. Puheentuottamisen vaikeudet liittyivät usein myös alentuneeseen tiedonkäsittelykykyyn. Kommunikointikykyä heikensivät lisäksi ongelmat muistissa. (Halkett ym. 2010.)

5.2 Sosiaalinen tuki

Sosiaalisen tuen saamisella ja leikkausta edeltävän jännityksen välillä on tutkittu olevan yhteys. Potilaat, joilla oli puoliso, perhe tai muu vahva sosiaalisen tuen lähde, kokivat vähemmän hermostuneisuutta ennen leikkausta. (Yilmaz ym. 2011.) Laxtonin ja Perrinin

(2003) tutkimus osoittaa, että mitä enemmän sosiaalista tukea selkäydinkanavan ahtaumaleikkauspotilaat kertoivat elämässään saavan, sitä todennäköisemmin he olivat tyytyväisiä heille suoritetun kirurgisen operaation lopputulokseen. Lisäksi esimerkiksi puolisoilta saatu tuki vaikutti kipua lievittävästi potilaan toipueessa leikkauksesta.

Neurokirurgisen potilaan erityispiirteet luovat omat haasteensa ja vaatimuksensa sosiaalisen tuen laadulle sekä määrälle. Northcottin ym. (2015) tutkimuksesta selvisi, että aivoinfarktin myötä tulleet fyysiset ja kognitiiviset vammat kuten kipu, heikentynyt liikuntakyky sekä tasapaino ja kaatumisen pelko tekivät potilaan sosiaalisesta osallistumisesta vaikeampaa. Myös ongelmat muistissa ja ”ajattelussa” olivat nimetty sosiaalista kanssakäymistä heikentäviksi tekijöiksi. Vaikeudet kommunikoinnissa heikensivät aivoinfarktipotilaiden mukaan sekä keskusteluiden luonnetta että laatua. Potilaista tuntui, että he eivät enää osanneet ilmaista ajatuksiaan ja mielipiteitään samalla tavalla, kuin ennen sairauttaan. Lisäksi vaikeudet kirjoittamisessa ja puhelimesta puhumisessa vaikeuttivat ystävyys-suhteiden ylläpitämistä.

Potilaat listasivat aivoinfarktin jälkeisiksi tärkeimmiksi sosiaalisen tuen toiminnoksi seuraavia asioita:

- Arvostuksen ja rakkauden tunteminen
- Rohkaisu; muiden ihmisten uskominen heihin
- Uskollisuus; tieto siitä, että joku on tukena
- Konkreettisen tiedon saaminen
- Itsenäisyyden edistäminen, elämäntunne sekä sosiaalinen osallistuminen
- Ajanvietto perheen ja ystävien kanssa, huumori, keskusteleminen asioista, jotka eivät liity sairauteen
- Entisen roolin säilyminen omassa yhteisössä (perheessä, kaveripiirissä)
- Vertaistuki. (Northcott ym. 2015.)

5.2.1 Emotionaalinen tuki

Emotionaalisen tuen tarve korostui suurimmassa osassa tutkimuksista muita sosiaalisen tuen osa-alueita enemmän. Potilaat arvostivat fyysistä läsnäoloa ja kokivat sen rauhoit-

tavaksi. Hoitajan tai lähiomaisen vierellä oleminen sai potilaan tuntemaan olonsa turval-
liseksi. (Mylén ym. 2016.) Useat potilaista kokivat saaneensa sairaalahoidon aikana ys-
tävälistä ja huolehtivaista kohtelua. Tutkittavissa oli myös potilaita, jotka kokivat hoitajien
kiireisen käytöksen epäystävällisenä, eivätkä kokeneet saavansa omiin tarpeisiinsa riit-
tävästi aikaa ja apua. Esimerkiksi ruokaillessa osalle potilaista oli tullut tunne, että heidän
pitäisi syödä nopeammin. Myös lääkäreiden kanssa asiointia oli kuvattu hätäiseksi ja
lääkärinkiertoa ohimarssiksi. (Lepola ym. 2001.)

Lepolan ym. (2001) tutkimuksessa osa potilaista oli tyytyväisiä saatuun emotionaalisen
tuen määrään, osa taas kaipasi sitä enemmän erityisesti leikkauksen jälkeen. He kaipa-
sivat henkilöä, joko lääkäriä tai hoitajaa, jonka kanssa voisi keskustella sairaudesta. Po-
tilaat arvostivat hoitajia, jotka kiireestä huolimatta löysivät aikaa keskustella heidän kans-
saan. He kaipasivat keskusteluapua myös perheeltään ja läheisiltään. Hoitohenkilökun-
nalta saadun keskusteluavun toivottiin pääsääntöisesti koskevan sairautta ja sen hoitoa,
kun taas perheeltä ja läheisiltä toivottiin arkisia, humoristisia, muuhun, kuin sairauteen
liittyviä keskusteluja. (Ownsworth ym. 2011.) Toisaalta potilaille oli erityisen tärkeää ko-
kea itsensä ihmisiksi sairaudesta huolimatta. Tätä helpotti hoitohenkilökunnan taito koh-
data ja kohdella potilaita muutoinkin kuin sairaina ihmisinä. Keskustelu henkilökunnan
kanssa muistakin, kuin sairauteen liittyvistä asioista, vaikutti myönteisesti potilaiden ko-
kemukseen omasta itsestään. (Mylén ym. 2016.)

Potilaat kokivat ohjauksen aikaisen vuorovaikutuksen luottamusta herättäväksi tekijäksi
hoitosuhteessa. Potilaiden mielipiteiden kuunteleminen ja myönteinen ilmapiiri lisäsivät
luottamuksen tunnetta. (Luojus 1999.) Osa potilaista koki henkilökunnan jatkuvan vaih-
tuvuuden vaikeuttavaksi tekijäksi luottamussuhteen luomisessa. Potilaat kaipasivat py-
syvyyttä hoitosuhteissa. (Lepola ym. 2001.)

5.2.2 Arvostusta välittävä tuki

Tärkeänä osana arvostusta välittävää tukea pidettiin myönteistä asennetta, kannusta-
mista sekä luottavaisin mielin tulevaisuuteen suhtautumista. Jo leikkausajan saaminen
ja sen odottaminen toivat potilaalle sekä läheiselle helpotuksen tunnetta, sillä apua sai-
rauteen oli luvassa. Odottava tunne vähensi myös jännitystä. Osastohoidossa henkilö-
kunnalta saatu kannustus omatoimisuuteen sekä itsehoitovalmiuksien tukeminen vaikut-
tivat myös kohentavasti potilaan mielialaan ja uskoon omasta selviytymisestä. (Leikkola
2006.)

Osalle potilaista toi masentuneisuuden ja pelon tunnetta sairauden tai leikkauksen aiheuttamat mahdolliset vajavaisuudet henkisessä tai fyysisessä suorituskyvyssä. Potilailla oli huolia aina mahdollisista ulkonäkömuutoksista elämän arvopohjan järkkymiseen saakka. Kannustamisen ja henkisen tuen antamisen merkitys korostui leikkauksen jälkeen etenkin, jos siitä oli aiheutunut potilaalle yllättäviä komplikaatioita tai se oli aiheuttanut muutoksia potilaan kehonkuvassa tai -toiminnoissa. (Lepola ym. 2001.)

Vertaistuen rooli potilaan sosiaalisen tukiverkoston muodostamisessa osoittautui merkittäväksi. Potilaat kokivat, että samassa tilanteessa olevan henkilön kanssa oli hyvä keskustella esimerkiksi siksi, että he pystyivät tukeutumaan toisiinsa asioissa, joita eivät välttämättä itse muistaneet tai olleet ymmärtäneet kysyä henkilökunnalta. (Luojaus 1999.) Potilaat kokivat tärkeäksi saada keskustella vertaisilleen myös siksi, että he olivat potilaiden mukaan todellisuudessa ainoita ihmisiä, jotka ymmärsivät, mitä he käyvät läpi. Jotkut potilaista innostuivat myös itse antamaan vertaistukea muille perustamalla tukiryhmiä, alkamalla kokemusasiantuntijaksi tai kirjoittamalla aiheesta julkisesti. Vertaistuki koettiin pääsääntöisesti voimaannuttavana tekijänä, mutta myös kielteisiä kokemuksia tuli esiin. Joku tutkittavista oli kuullut tuttavaltaan saman diagnoosin saaneesta henkilöstä, joka oli menettänyt näkönsä leikkauksen jälkeen. Osa potilaista ei halunnut kuulla lainkaan lannistavia kertomuksia muista sairastuneista. (Ownsworth ym. 2011.)

Osa potilaista kertoi saaneensa toipumisensa kannalta merkittävää tukea myös sosiaalityöntekijöiltä sekä terapeuteilta. Ammattilaisten ansioista potilaat kokivat saaneensa elämänsä järjestykseen uudelleen sairauden jäljiltä. Tunne elämönhallinnasta lievensi masentuneisuutta ja loi uskoa tulevaisuuteen. (Ownsworth ym. 2011.)

5.2.3 Tiedollinen tuki

Tiedollisen tuen tarve tuli esille toisena tärkeimmistä sosiaalisen tuen muodoista emotionaalisen tuen rinnalla. Epätietoisuus ja epävarmuus diagnoosista olivat merkittävästi potilasta lannistavia ja masentavia tekijöitä sairauden alkuvaiheessa. Tietoa haluttiin välittömästi myös sairauden oireista ja niiden vaikutuksesta elämänlaatuun. Potilaat eivät olleet huolissaan vain sairauden vaikutuksista omaan elämäänsä, vaan halusivat tietää myös sen vaikutuksista läheisiinsä. (Halkett ym. 2010.) Diagnoosin saaminen ja tieto hoitojen aloittamisesta oli osalle potilaille valtava järkytys, mutta osa koki helpottavana saadessaan viimein selityksen oireilleen. Potilaat toivoivat mahdollisimman suoraa ja

realistista lähestymistapaa sairaudesta kerrottaessa, mutta odottivat myös empaattista suhtautumista. Muutama potilas kritisoi lääkäreiden kylmää ja tunteetonta suhtautumista diagnoosin kertomiseen, osa taas kehui ihmisläheistä ja luottamusta herättävää lähestymistä. (Ownsworth ym. 2011.)

Lepolan ym. (2001) tutkimuksessa kävi ilmi, että valtaosa potilaista oli tyytyväisiä sairaalahoitojakson aikana saamaansa tiedon määrään. Leikkauksen jälkeen tiedontarve painottui nukutuksessa ja leikkauksessa tapahtuneisiin asioihin. Myös aivokasvaimesta haluttiin tietää lisää; kasvaimen kehittymisestä, perinnöllisyydestä sekä sen vaikutuksesta elämään. Tiedon laadussa korostui rehellisyyden merkitys. Jotkut potilaat kokivat saaneensa epärealistista, vähättelevää tietoa sairaudestaan ja olivat pettyneet jälkikäteen, kun toipuminen ei ollutkaan luvattun kaltaista. (Ownsworth ym. 2011.)

Osa potilaista halusi osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. He kokivat, että haluaisivat tietää vaihtoehtoista ja tarpeellisen tiedon saatuaan vaikuttaa hoitoonsa liittyviin asioihin. Asioita, joihin haluttiin vaikuttaa, olivat mm. kipulääkkeen antotapa, ruokailun järjestäminen sekä sädehoidosta päättäminen. Osa taas halusi jättää päätöksenteon kokonaan ammattilaisille, sillä he kokivat aiheen heille liian tuntemattomaksi ja päätöksenteko-osaamisensa riittämättömäksi. (Lepola ym. 2001.)

Potilaat kaipasivat tietoa vaihtelevissa muodoissa. Osa halusi saada kaiken tiedon kirjoitettuna, kun taas osa halusi ehdottomasti suullista ohjausta. Sanallista ohjausta perusteltiin esimerkiksi sairauden aiheuttamalla näön huononemisella sekä hahmottamisen ja lukemisen vaikeutumisella. Potilaat kertoivat myös kaipaavansa perusteita erilaisiin kieltoihin ja kehotuksiin. Oli vaikea noudattaa annettuja ohjeita, mikäli ei tiennyt, miksi niitä kuuluu noudattaa. Myös tiedonkulun jatkuvuuden turvaamista painotettiin. Osa potilaista ei ollut saanut kaikkea tietoa, mikä heidän luultiin saaneen. (Halkett ym. 2010.) Merkittäväksi tutkimuksissa osoittautui myös tiedonsaannin ajankohta. Heräämöhoidossa annettua ohjausta kritisoitiin, sillä potilaat eivät kokeneet vielä siinä vaiheessa olevansa valmiita vastaanottamaan tietoa tai muistamaan kerrottuja asioita. (Leikkola 2006.) Jotkut potilaista arvioivat, että he saisivat enemmän sosiaalista tukea, jos heidän perheensä ja läheisensä saisivat heidän sairaudestaan enemmän tietoa ja siten ymmärtäisivät paremmin sen postoperatiivista hoitoa sekä sairauden luonnetta (Laxton – Perrin 2003).

5.2.4 Välineellinen tuki

Välineellinen tuki koettiin potilaiden keskuudessa pääsääntöisesti myönteisenä asiana. Potilaat arvostivat perheensä ja ystäviensä tarjoamaa välineellistä tukea, ottivat he sen vastaan tai eivät. (Ownsworth ym. 2011.) Potilaat pitivät myös motivointia ja oman vastuun korostamista tärkeinä tekijöinä toipumisprosessinsa kannalta. Tämä lisäsi heidän mielestään aktiivisuutta sekä kiinnostuneisuutta omaa kuntoutumistaan kohtaan. Tärkeää oli suhteuttaa potilaan itsehoitotoiminta ja avustettu toiminta oikein, jotta potilas ei kokenut vastuuta kuntoutumisestaan liian suureksi taakaksi. (Luojaus 1999.) Potilaat kokivat toipumisestaan heikentävänä tekijänä heidän omalle vastuulleen jääneet kotiutumista varten tehtävät järjestelyt, esimerkiksi kotiutumisen jälkeen tarvittavien tukipalvelujen hankkimisen (Ownsworth ym. 2011).

Osa tutkimukseen osallistuneista potilaista kertoi, että perheenjäsenten olettamus siitä, että he voisivat olla kodinhoidossa ja muissa fyysisiä suoritteita vaativissa tehtävissä yhtä aktiivisia kuin ennen sairautta, lisäsi heidän stressiään (Laxton – Perrin 2003). Jotkut potilaista kertoivat, etteivät aina viitsineet pyytää tarvitsemaansa apua, sillä he kokivat joidenkin henkilökunnan jäsenten ärsyntyvän kellon soittamisesta ja avun pyytämisestä (Lepola 2001). Potilaat, jotka menettivät sairautensa tai leikkauksen myötä kognitiivisia tai fyysisiä taitojaan, olivat tyytyväisiä pienistäkin onnistumisista. Mylénin ym. (2016) tutkimuksessa potilaiden kokemuksista neurokirurgisesta tehohoidosta kävi ilmi, että pienetkin asiat, kuten omatoimisesti suihkussa käyminen, kasvattivat itseluottamusta ja vähensivät riippuvuuden tunnetta.

6 Pohdinta

6.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Kirjallisuuskatsausta tehdessä tulisi pyrkiä tutkimuksen tulosten toistettavuuteen sekä virheettömyyteen. Huolellisuus, tarkkaavaisuus ja kiinnostus aihetta kohtaan lisäävät työn luotettavuutta. (Johansson ym. 2007: 46.) Työtä tehdessä on tärkeää arvioida sen vaiheita ja löydettyä materiaalia kriittisesti, jotta pystytään arvioimaan katsauksen tuottaman tiedon luotettavuutta (Johansson ym. 2007: 53). Opinnäytetyötä tehdessä on py-

rittä kaikissa työvaiheissa tarkkaavaisuuteen ja huolellisuuteen. Työhön valitut tutkimukset vastaavat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin ja kaikki käytetyt tutkimukset ovat luotettavista lähteistä (liite 1) haettuja.

Neurokirurgisen potilaan sosiaalisen tuen tarvetta on tutkittu tähän mennessä hyvin vähän. Vähäinen tutkitun tiedon määrä heikentää opinnäytetyön tulosten yleistettävyyttä. Kuitenkin kaikkien työssä käytettyjen tutkimusten tulokset ovat yhtenevässä linjassa toistensa kanssa. Samanlaiset tuen tarpeet, tietyt osa-alueet korostuen, toistuvat tutkimuksissa johdonmukaisesti, mikä taas parantaa osaltaan johtopäätöksiä luotettavuutta.

Työn luotettavuutta lisää myös, että työn aineisto on käsitelty useamman kuin yhden tutkijan toimesta (Stolt ym. 2016: 80). Tämän opinnäytetyön tekemiseen osallistui kolme sairaanhoitajaopiskelijaa.

Työssä tulisi pyrkiä hyödyntämään tuoreita lähteitä sekä uusinta näyttöön perustuvaa tietoa, sillä aiemman tiedon on katsottu kumuloituvan uuteen tutkittuun tietoon. Useilla aloilla tutkimustieto myös kehittyy nopeasti. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 113.) Opinnäytetyön tuloksia tarkasteltaessa tulee huomioida työhön valittujen tutkimusten ikä. Tässä työssä on käytetty vuosien 1996–2016 välillä tehtyjä tutkimuksia. Opinnäytetyön aineistoksi jouduttiin hyväksymään jopa 20 vuotta vanhoja tutkimuksia vähäisen aieman tutkimustiedon vuoksi.

Plagioinniksi kutsutaan toisen tekijän työn, hänen ideoidensa tai käyttämien sanamuotojen kopioimista ja käyttämistä ikään kuin omana tuotoksena. Plagiointi on hyvien tieteellisten käytänteiden vastaista. (Hirsjärvi ym. 2009: 122.) Opinnäytetyö on tarkistettu neljä kertaa työn eri vaiheissa Turnitin-ohjelmalla, joka osoittaa tekstistä plagioinnin tai suorat lainaukset. Opinnäytetyöhön on myös merkattu tarkoin lähdeviitteet sekä lähdeluettelo Metropolia ammattikorkeakoulun kirjallisen työn ohjeiden mukaisesti.

6.2 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tavoitteena oli vastata kysymyksiin neurokirurgisen potilaan erityispiirteistä sekä niiden vaikutuksista potilaan sosiaalisen tuen tarpeeseen sairaalahoitajakson aikana. Työhön valittua aineistoa tarkasteltiin sosiaalisen tuen teoriaan pohjaten. Sosiaalinen tuki on kirjallisuudessa jaettu usealla eri tavalla osa-alueisiin. Tämän opinnäytetyön teoreettisessa lähtökohdassa on hyödynnetty mallia, jossa sosiaalinen tuki on jaettu

neljään osa-alueeseen: emotionaaliseen, tiedolliseen, välineelliseen sekä arvostusta välittävään tukeen (Heikkinen 2003: 884). Neurokirurgisen potilaan erityispiirteitä tarkasteltaessa on hyödynnetty Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2015) esittämää mallia toimintakyvyn ulottuvuuksien jakamisesta fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen sekä sosiaaliseen toimintakykyyn. Tutkimuksista nousi korostuneesti esiin etenkin potilaiden emotionaalisen ja tiedollisen tuen tarpeet.

Tutkimuksista ilmenneillä neurokirurgisen potilaan erityispiirteillä näytti olevan selkeitä yhtäläisyyksiä potilaan sosiaalisen tuen tarpeisiin. Potilaat kertoivat tutkimuksissa (Lepola ym. 2001; Leikkola 2006; Luojus 1999) kokeneensa masentuneisuutta ja toivotonmuutta diagnoosinsa myötä. Masentuneisuus liittyi usein sairauden aiheuttamiin oireisiin sekä pelkoon ja epävarmuuteen tulevaisuudesta. Aivoihin kohdistuvaan kirurgiaan liittyvän kognitiivisen suorituskyvyn heikentyminen tai pelko siitä vaikutti lisäävästi emotionaalisen tuen tarpeeseen (Lepola 2001). Potilaat kertoivat kaipaavansa fyysistä läsnäoloa tuomaan turvallisuuden tunnetta (Mylén ym. 2016). He kaipasivat myös keskusteluapua niin hoitavalta henkilökunnalta, kuin läheisiltäänkin (Lepola ym. 2001; Ownsworth ym. 2011). Keskustelu omasta sairaudesta saattaa helpottaa potilaita käsittelemään heidän elämässään meneillään olevaa kriisiä ja jäsentelemään sitä itselle helpommin ymmärrettäväksi.

Sairauteen liittyvän keskustelun lisäksi potilaat halusivat puhua tavallisista aiheista, jotka auttoivat heitä siirtämään ajatukset hetkeksi sairaalan ulkopuolisiin asioihin (Mylén ym. 2016; Ownsworth ym. 2011). Hoitavan henkilökunnan tulisi osata kohdata potilaat ensisijaisesti ihmisinä sen sijaan, että heidät nähtäisiin vain oireiden summana tai sairautena. Potilaiden aloittaessa spontaanisti keskustelun tulisi hoitavan henkilökunnan pyrkiä tarjoamaan keskusteluapua mahdollisimman usein. Kiire on tyypillinen syy sille, ettei potilaiden keskustelutarpeita kyetä osastolla täyttämään. Tutkimuksista selvisi kiireen vaikuttavan heikentävästi potilaiden tyytyväisyyteen hoidon laadusta. Toisaalta he arvostivat hoitajia, jotka kiireestä huolimatta löysivät aikaa keskustella heidän kanssaan. (Lepola ym. 2001; Ownsworth ym. 2011). Keskusteleminen muille saman diagnoosin saaneille oli potilaiden mielestä helpottavaa, ja he kokivat tulleen paremmin ymmärretyiksi vertaistensa seurassa (Luojus 1999; Ownsworth ym. 2011). Vuodepaikkasijoittelussa voisi pyrkiä huomioimaan potilaiden kommunikointikykyä sekä orientoituneisuutta ja täten edistää heidän vertaistuen saantiaan sairaalahoitajaksolla.

Epävarmuus ja epätietoisuus omasta diagnoosista aiheuttivat masennuksen tunteita potilaissa (Halkett ym. 2010). Potilaat toivoivat tiedolliselta tuelta rehellisyyttä, realismia, riittävän laajaa tietoa, heille mielekästä tiedonantomuotoa ja -aikaa, sujuvaa tiedonkulkua sekä empaattista lähestymistä asioihin (Halkett ym. 2010; Leikkola 2006; Lepola ym. 2001; Ownsworth 2011). Potilaita ohjattaessa tulisi ottaa huomioon yksilölliset erityispiirteet, jotka vaikuttavat tarjottavan tiedollisen tuen laatuun. Potilaille, joilla on sairauden tai leikkauksen vuoksi ilmennyt häiriöitä näkökyvyssä tai hahmottamisessa, tulisi ohjaus tarjota enimmäkseen sanallisena ja korostaa tiedonannossa toistoa. Läheisiä voisi hyödyntää tilanteissa, joissa potilailla on vaikeuksia esimerkiksi muistaa tai käsitellä saamaansa tietoa. Annettujen ohjeiden tulisi olla perusteltuja, jotta potilaat ymmärtäisivät, miksi joitain asioita ei saa tehdä ja joitain tulee tehdä. Potilaat kertoivat ohjeiden noudattamisen olevan vaikeampaa silloin, kun niitä ei ole perusteltu (Halkett ym. 2010). Mikäli potilaat tai läheiset haluavat itse hakea tietoa sairaudesta, heitä tulisi osata ohjata luotettavien lähteiden pariin, jotta tiedonhaku esimerkiksi internetissä ei tuottaisi virheellistä informaatiota ja aiheuttaisi turhaa huolta.

Tiedollisen tuen antaminen potilaiden lisäksi myös heidän läheisilleen voisi edistää läheisten osallistumista potilaan hoitoon. Potilaan itsehoitovalmiuksia tukisi läheisille annetut konkreettiset ohjeet potilaan kuntoutumista edistävästä toiminnoista. Potilaat arvioivat, että heidän läheisensä osallistuisivat paremmin heidän leikkauksen jälkeiseen hoitoonsa ja ymmärtäisivät heidän rajoitteensa, jos tietäisivät enemmän sairaudesta (Laxton – Perrin 2003). Potilaita tulisi motivoida leikkauksen jälkeen osallistumaan aktiivisesti omaan kuntoutumiseensa. Tutkimuksista selvisi, että potilaat olivat innokkaita aloittamaan liikkumisen, jos heitä kannustettiin ja tuettiin siihen riittävästi (Leikkola 2006).

Neurokirurgisen potilaan hoitotyö on laaja ja haasteellinen kokonaisuus. Potilaiden yksilölliset erityispiirteet luovat sosiaaliselle tuelle moniulotteisia vaatimuksia, jotka täytyisi kyetä huomioimaan päivittäisessä hoitotyössä. Sosiaalinen tuki on kokonaisvaltaisen hoidon kannalta tärkeä osa-alue ja sen saamisella voi olla merkittävä potilaan voimavaroja lisäävä vaikutus. Hoitotyötä kehittävänä toimintana potilaan emotionaalisen tuen saamista voitaisiin parantaa tarjoamalla potilaalle mahdollisimman usein keskusteluapua hänen sitä halutessaan. Myös läheisiä tulisi ohjata keskustelemaan potilaan kanssa ja kannustaa luomaan turvallisuuden tunnetta potilaalle olemalla läsnä sairaalahoidon aikana. Vierailuajat pitäisi pyrkiä järjestämään potilaslähtöisesti ja joustavasti, jotta läheisten osallistuminen potilaan hoitoon mahdollistettaisiin entistä tehokkaammin. Läheisten rohkaiseminen osallistumaan potilaan hoitotyöhön aktiivisesti mahdollistaisi tiedollisen

tuen laajentamisen potilaan sallimissa rajoissa läheisten hyödynnettäväksi. Näin myös läheiset voisivat toteuttaa potilasta kuntouttavia toimintoja hoitohenkilökunnan lisäksi. Hoitajien aika yhden potilaan kanssa päivän aikana on rajallinen, joten läheisten osallistuminen kuntouttaviin toimintoihin lisäisi potilaan saamaa sosiaalisen tuen määrää hoitajakson aikana.

Lähteet

Ahonen, Outi – Blek-Vehkaluoto, Mari – Ekola, Sirkka – Partamies, Sanna – Sulosaari, Virpi – Uski-Tallqvist, Tuija 2016. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Blomstedt, Göran – Jääskeläinen, Juha E. 2010. Keskushermoston infektiot. Neurokirurgia. Kirurgia. Duodecim oppiportti. Verkkodokumentti < <http://www.oppiportti.fi/op/kia11001/do>> Luettu 22.9.2016.

Blomstedt, Göran – Immonen, Arto – Heikkinen, Esa – Pohjola, Juha – Jääskeläinen, Juha E. 2010. Funktionaalinen neurokirurgia. Neurokirurgia. Kirurgia. Duodecim oppiportti. Verkkodokumentti < <http://www.oppiportti.fi/op/kia11200/do>> Luettu 22.9.2016.

Finlex 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Lainsäädäntö. Ajantasainen lainsäädäntö. 17.8.1992/785. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>> Luettu 22.3.2016.

Halkett, Georgia K.B – Lobb, Elizabeth A. – Oldham, Lynn – Nowak, Anna K. 2010. The information and support needs of patients diagnosed with high grade glioma. Patient education and counselling. Australia.

Hammar, Anne-Marja 2011. Kirurgian perusteet. WSOYpro Oy. Helsinki.

Heikkinen M. 2003. Sosiaaliset tekijät ja terveys. Teoksessa: Sairauksien ehkäisy. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Hietanen, Marja 2013. Neuropsykologiset häiriöt. Lääkärin käsikirja. Lääkärin tietokannat. Terveysportti. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00887&p_haku=etuotsalohko> Luettu 22.10.2016.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

HUS. Edelläkävijä. Vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi. Strategia 2012-2016. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/hallinto/strategia/Documents/HUS%20strategia%202012-2016.pdf>> Luettu 19.11.2016.

HUS. Neurokirurgia. Verkkodokumentti <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/neurokirurgia/Sivut/default.aspx>> Luettu 22.2.2016.

HUS. Siltasairaala, uudisrakennus trauma- ja syöpäkeskuksille. Verkkodokumentti. < <http://www.hus.fi/hus-tietoa/rakennushankkeet/traumakeskus-syopakeskus-uudisrakennus/Sivut/default.aspx>> Luettu 15.9.2016.

Idman, Irja – Aalberg, Veikko 2013. Psykososiaalisen tuen toimintamallit syöpätaudeissa. Syöpään liittyvät psykososiaaliset lähtökohdat. Syöpätaudit. Duodecim Oppiportti. Verkkodokumentti. <<http://www.oppiportti.fi/op/syt00710/do>> Luettu 19.11.2016.

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Werner Söderström osakeyhtiö. WSOY. Helsinki.

Johansson, Kirsi 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Turku.

Järvikoski, Aila – Härkäpää, Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. WSOYpro Oy. Helsinki.

Jääskeläinen, Juha 1998. Neurokirurgia. HYKS Neurokirurgian klinikka. Verkkodokumentti. < <https://www.terkko.helsinki.fi/kurssikirjasto/jaaskelainen/neurokirurgia.pdf>> Luettu 22.2.2016.

Jääskeläinen, Juha 2010. Väestövastuullinen neurokirurgia Suomessa. Kirurgia. Duodecim oppiportti. Verkkodokumentti. <<http://www.oppiportti.fi/op/kia10201/do#s2>> Luettu 21.9.2016.

Kassara, Heidi – Paloposki, Sanna – Holmia, Silja – Murtonen, Irja – Lipponen, Varpu – Ketola, Marja-Leena – Hietanen, Helvi 2006. Hoitotyön osaaminen. WSOY.

Kiiltomäki, Aliisa – Muma, Päivi 2007. Tässä ja nyt - sairaanhoitaja tekee kriisityötä. Gummerus Kirjapaino Oy. Helsinki.

Kotilainen, Esa – Ronkainen, Antti – Seppälä, Matti – Jääskeläinen, Juha E. 2010. Spinaalikanavan sairaudet. Neurokirurgia. Kirurgia. Duodecim oppiportti. Verkkodokumentti. < <http://www.oppiportti.fi/op/kia11101/do>> Luettu 22.9.2016.

Kristoffersen, Nina Jahren – Nortvedt, Finn – Skaug, Eli-Anne 2006. Hoitotyön perusteet. Edita. Naranyana Press. Tanska.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede (11) 1.

Laxton, AW – Perrin, RG 2003. The relations between social support, life stress and quality of life following spinal decompression surgery. Spinal Cord. 41: 553-558

Leikkola, Päivi 2006. Neurokirurgisen potilaan ja läheisen selviytyminen leikkauksen jälkeen. Pro Gradu –tutkielma. Tampere: University of Tampere.

Lepola, Irja – Aho, Ritva – Louet, Tuulikki 2001. Aivokasvainpotilaiden kuvaukset potilaana olemisesta ja hoidosta yliopistollisen keskussairaalan neurokirurgian klinikassa. Hoitotiede 13(1). 3-10.

Luojus, Katja 1999. Aivokasvainpotilaiden kokemuksia hoidon aikaisesta ohjauksesta ja jälkeisestä selviytymisestä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma. Tampere.

Mikkola, Leena 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Jyväskylän Yliopisto.

Mylén, Jenny – Nilsson, Maria – Berterö, Carina 2016. To feel strong in an unfamiliar situation; Patients' lived experiences of neurosurgical intensive care. A qualitative study. Intensive and critical care nursing. Sweden.

Northcott, Sarah – Moss, Becky – Harrison, Kirsty – Hilari, Katerina 2015. A systematic review of the impact of stroke on social support and social networks: associated factors and patterns of change. Clinical Rehabilitation 30(8). 811-831.

Ojala, Toini – Uutela, Antti 1992. Rakentava vuorovaikutus. Werner Söderström osakeyhtiö. WSOY.

Owensworth, Tamara – Charnbers, Suzanne – Hawkes, Anna – Walker, Davis G. – Shum, Davis 2011. Making sense of brain tumour: A qualitative investigation of personal and social processes of adjustment. Neuropsychological rehabilitation. Australia.

Palo, Jorma – Jokelainen, Matti – Kaste, Markku – Teräväinen, Heikki – Waltimo, Olli 1984. Neurologia. Werner Söderström Osakeyhtiö. Porvoo.

Paunonen, Marita — Vehviläinen-Julkunen, Katri 1999. Perhe hoitotyössä - teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY. Porvoo.

Rautava-Nurmi, Hanna – Westergård, Airi – Henttonen, Tarja – Ojala, Mirja – Vuorinen, Sinikka 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Sanoma Pro Oy. Helsinki. 408.

Robinson, James D. – Turner, Jeanine 2003. Impersonal, interpersonal and hyperpersonal social support: Cancer and older adults. Health Communication. 15 (2): 229.

Ruishalme, Outi – Saaristo, Liisa 2007. Elämä satuttaa- Kriisit ja niistä selviytyminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Salmenperä, Ritva – Tuli, Sinikka – Virta, Maarit 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Seppälä, Matti – Jääskeläinen, Juha E. – Rinne, Jaakko 2010. Kallonsisäiset kasvaimet. Neurokirurgia. Kirurgia. Duodecim oppiportti. Verkkodokumentti < <http://www.oppiportti.fi/op/kia10901/do>> Luettu 22.9.2016.

Soinila, Seppo 2014. Neurologian erityisongelmia. Neurologia. Duodecim oppikirjat. Verkkodokumentti. < <http://www.oppiportti.fi/op/neu00186/do#s1>> Luettu 28.3.2016.

Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Turku.

TAYS 2016. Neurokirurgia. < <http://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Neuroalat/Neurokirurgia>>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Toimintakyky. Verkkodokumentti <<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>> Luettu 20.11.2016

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.

Ukkola, Veijo – Ahonen, Juhani – Alanko, Arto – Lehtonen, Timo – Suominen, Sinikka 2001. Kirurgia. Werner Söderström Osakeyhtiö. Porvoo.

Yilmaz, Meryem – Sezer, Hafize – Gürler, Hesna – Bekar, Mine 2011. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. Journal of Clinical Nursing 21. 956-964.

Öhman, Juha – Koivisto, Timo – Jääskeläinen, Juha E. 2010. Aivovammat. Neurokirurgia. Kirurgia. Duodecim oppiportti. Verkkodokumentti. < <http://www.oppiportti.fi/op/kia10701/do>> Luettu 21.9.2016.

Öhman, Juha – Jääskeläinen, Juha E. 2010. Hydrokefalus ja likvorvuoto. Kirurgia. Neurokirurgia. Duodecim oppiportti. Verkkodokumentti <<http://www.oppiportti.fi/op/kia10601/do>> Luettu 21.9.2016.

Tietokannat, hakusanat ja tulokset

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulosten lukumäärä	Valinnat
CINAHL	Neurosurg* AND patient AND social support	Full text, Research article	5	1
CINAHL	neurosurg* AND patient AND support OR needs	Full text, Research article	7	0
CINAHL	Neurosurg* AND patient AND social AND needs	Full text, Research article	2	0
CINAHL	Brain tumor AND patient AND social AND support	Full text, Research article	6	0
CINAHL	Brain surgery AND patient AND social support	Full text, Research article	1	0
CINAHL	Neurosurgical OR patient AND emotional support	Full text, Research article	672	0
CINAHL	Neurosurgical patient OR neurosurgery patient AND social support	Full text, Research article	67	0
CINAHL	Neurosurgical patient OR neurosurgery patient AND instrumental support	Full text, Research article	66	0
CINAHL	Neurosurg* AND patient AND informational support	Full text, Research article	1	0
CINAHL	Surgical AND inpatient AND social support	Full text, Research article	27	1 (sama kuin aikaisemmin)
CINAHL	Surgical patient AND social support	Full text, Research article	12	0
CINAHL	Neurosurgical AND emotional support	Full text, Research article	2	0
CINAHL	Neurosurg* AND patient satisfaction AND support	Full text, Research article	1	1 (sama kuin aiemmin)

CINAHL	Neurosurg* AND social support AND health	Full text, Research article	4	1 (sama kuin aiemmin)
CINAHL	Neurosurgical patients social support needs	Full text, Research article	129	0
CINAHL	Needs of social support AND perioperative	Full text, Research article	1	0
CINAHL	Postoperative AND social support	Full text, Research article	24	0
CINAHL	Spinal surgery AND needs of information	Full text, Research article	0	0
CINAHL	Spinal surgery AND informational support	Full text, Research article	0	0
CINAHL	Spinal surgery AND emotional support	Full text, Research article	1	0
CINAHL	Spinal surgery AND social support	Full text, Research article	2	1(sama kuin aiemmin)
CINAHL	Spinal surgery AND patient satisfaction AND social support	Full text, Research article	1	1 (sama kuin aiemmin)
CINAHL	Brain surg* AND social support	Full text, Research article	1	0
CINAHL	Neurosurg* AND social needs	Full text, Research article	0	0
CINAHL	Social support AND surgery	Full text, Research article	464	1
MEDIC	Neurosurg* AND patient AND social support	Research article	2	1
MEDIC	Neurokirurginen AND potilas	Research article	6	1
MEDIC	Leikkaus AND potilas AND sosiaalinen tuki	Research article	4	0
MEDIC	Neurokir* AND potilas AND tuki	Research article	2	1 (sama kuin aiemmin)

Tutkimukset

LÄHDE JA TEKIJÄT	VUOSI, TYYPPI JULKAISUPAIKKA	AINEISTON OTSIKKO	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	MENETELMÄ	KESKEISET TULOKSET
Patient education and counselling Haikett Georgia K.B., Lobb Elizabeth A., Oldham Lynn, Nowak Anna K	2010, tutkimus, Australia	The information and support needs of patients diag- nosed with High Grade Glioma	Tarkoituksena ymmärtää potilaiden (joilla on pahalatuinen aivokasvain (gliooma) kokemus) tarvetta informaation ja tuen tarvetta sairauden kehityksessä.	Kvalitatiivinen, puolistrukturoitu haastattelu, 19 potilasta	Tutkimuksessa ilmeni, että potilaat tunsivat epävarmuutta ennusteesta ja elämänlaadusta, sekä kokivat tarvitsevänsä yksilöllistä informaatiota. Heikentyneiden kognitiivisten taitojen myötä tunnettiin riippuvuutta hoitajista. Kommunikointi lääkäreiden kanssa koettiin haasteelliseksi.
Spinal cord Laxton AW., Perrin RG	2003, tutkimus, Kanada	The relations between social support, life stress and quality of life following spinal decompression surgery	Tarkoituksena tutkia potilaan sosiaalisen tuen, stressin ja elämänlaadun välisiä suhteita selkäydinkanavan ahtaumaleikkauksen jälkeen.	Kvantitatiivinen kyselytutkimus, 19 potilasta	Vahva sosiaalinen tuki ja stressinhallintakyky liäsivät potilaiden tyytyväisyyttä elämänlaatuunsa leikkauksen jälkeen. Potilaiden tyytyväisyyttä ja elämänlaatua voitiin parantaa huomioimalla sosiaalisen tuen ja stressinhallinnan merkitys.
Tampereen yliopisto, hoitotieteen-laitos Leikkola Päivi	2006, Pro gradu- tutkielma, Tampere	Neurokirurgisen potilaan ja läheisen selviytyminen leikkauksen jälkeen	Tarkoituksena kuvata neurokirurgisen potilaan ja hänen läheistensä selviytymistä leikkauksen jälkeen sekä tapoja, joilla hoitoaikana tukenut potilasta ja hänen läheistään selviytymisessä.	Puolistrukturoitu teemahaastattelu, 7 potilasta	Tutkimuksen mukaan potilaan ja läheisen selviytymistä edisti sisäisten voimavarojen tiedostaminen sekä ulkoisen tuen saaminen.

Tutkimukset

LÄHDE JA TEKIJÄT	VUOSI, TYYPPI JULKAISUPAIKKA	AINEISTON OTSIKKO	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	MENETELMÄ	KESKEISET TULOKSET
Hoitotiede- lehti Lepola Irja, Aho Ritva, Louet Tuulikki	2001, tutkimus, Oulun yliopisto	Aivokasvainpotilaiden kuvaukset potilaana olemisesta ja hoidosta yliopistollisen keskussairaalan neurokirurgian klinikassa	Tarkoituksena kuvata aivokasvainpotilaana olemista ja hoitoa yliopistollisen sairaalan neurokirurgian klinikassa. Tavoitteena tuottaa tietoa aivokasvainpotilaan hoidon laadun parantamisen lähtökohdaksi.	Teemahaastattelu (8 naista ja 8 miestä) toteutettiin leikkausta edeltävänä päivänä ja 3-7 päivää leikkauksen jälkeen	Aivokasvainpotilaat pitivät tärkeinä asioina hoidon kannalta kiireen tunnun vähentämistä, sekä annettua aikaa sairaudesta puhumiseen.
Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos Luojuus Katja	1999, Pro gradu-tutkielma, Tampere	Aivokasvainpotilaiden kokemuksista hoidon aikaisesta ohjauksesta ja leikkauksen jälkeisestä selviytymisestä	Tarkoituksena selvittää potilaiden kokemuksia osastohoidon aikaisesta ohjauksesta ja leikkauksen jälkeisestä selviytymisestä sekä selvittää potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeisestä selviytymisestä.	Teemahaastattelu, 6 potilasta, 4-6 viikon kuluttua leikkauksesta	Potilaiden mukaan selviytymistä tukevia tekijöitä olivat mm. onnistunut hoitotulos, realistinen suhtautuminen ja positiivinen asenne. Ohjaus koettiin tiedollisen tuen muotona. Positiivista oli ohjeiden aikainen saanti, ohjeiden kerääminen, ohjeiden loogisuus sekä ymmärrettävyys.
Intensive and critical care nursing Mylén Jenny, Nilsson Maria, Berterö Carina	2016, tutkimusartikkeli, Ruotsi	To feel strong in an unfamiliar situation; Patients' lived experiences of neurosurgical intensive care. A qualitative study	Tarkoituksena tutkia potilaiden kokemuksia neurokirurgisesta tehohoidosta.	Kvalitatiivinen teemahaastattelu, 7 naista ja 4 miestä	Potilaita hoidettiin rauhallisessa ympäristössä, jossa rasituksesta huolimatta he tunsivat olonsa turvalliseksi ja hoitotapahtui osastolla joka on erikoistunut kyseisiin toimenpiteisiin. Kun henkinen ja fyysinen rasitus laskivat hoidon aikana kokivat potilaat suorittavansa helpoimmista tehtävistä itsenäisesti.

Tutkimukset

LÄHDE JA TEKIJÄT	VUOSI, TYYPPI JULKAISUPAIKKA	AINEISTON OTSIKKO	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	MENETELMÄ	KESKEISET TULOKSET
Clinical rehabilitation Northcott Sarah, Moss Becky, Harrison Kristy, Hillari Katerina	2016, tutkimusartikkeli, Lontoo, Iso-Britannia	A systematic review of the impact of stroke on social support and social networks: Associated factors and patterns of change	Tutkimuksena tunnistaa tekijät, jotka liittyvät toiminnalliseen sosiaaliseen tukeen ja sosiaaliseen verkostoon aivoinfarktin jälkeen. Tarkoituksena kuvata aivoinfarktipotilaiden näkemyksiä asioista, jotka ovat muuttuneet ja kuinka nämä asiat vaikuttavat elämään.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Tuloksissa havaittiin heikon sosiaalisen tuen olevan liittäminen masentuneisuuteen, heikentyneeseen elämänlaatuun ja huonompaan toipumiseen.
Neuropsychological Rehabilitation Ownsworth Tamara, Chambers Suzanne, Hawkes Anna, Walker David G., Shum David	2011, tutkimusartikkeli, Australia	Making sense of brain tumour: A qualitative investigation of personal and social processes of adjustment	Tutkimuksena tutkia aivokasvainpotilaiden sopeutumisen henkilökohtaisia ja sosiaalisia prosesseja sairauden eri vaiheiden aikana.	Kvalitatiivinen, puolistrukturoitu, haastattelu, 18 potilasta 15 omaista.	Tutkimus osoitti että sopeutuminen aivokasvaimen kanssa elämiseen on hyvin yksilökohtaista, mutta joitain yhtäläisyyksiä potilaiden väliltä löytyi.
Journal of clinical nursing Yilmaz Meryem, Sezer Hafize, Gürler Hesna, Bekar Mine	2011, tutkimusartikkeli, Turkki	Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients	Tutkimuksen tarkoituksena tunnistaa suunnitellusti leikkaukseen tulevien potilaiden ahdistuneisuuden ja sosiaalisen tuen välistä yhteyttä.	Kvantitatiivinen tutkimus, 500 potilasta	Leikkausta edeltävällä jännityksellä ja sosiaalisella tuella havaittiin olevan merkittävä yhteys. Mitä vahvempi sosiaalinen verkosto potilaalla oli, sitä vähemmän leikkausta edeltävää ahdistuneisuutta potilaalla nähtiin olevan.