

---

**AIVOINFARKTIPOTILAIDEN KOKEMUKSIA  
KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄSTÄ HOITOTYÖSTÄ**

Opinnäytetyö


**HAMK**  
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, 27.11.2009

Henna Rinnekangas & Janika Uusitalo



Hoitotyön koulutusohjelma  
Wahreninkatu 11  
30100 Forssa

Työn nimi                      Aivoinfarktipotilaiden kokemuksia kuntoutumista edistävästä  
hoitotyöstä

Tekijä                              Henna Rinnekangas                              Janika Uusitalo

Ohjaava opettaja              Kirsi Puhtimäki

Hyväksytty                      \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_

Hyväksyjä

FORSSA  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja

---

**Tekijä** Henna Rinnekangas & Janika Uusitalo **Vuosi** 2009

**Työn nimi** Aivoinfarktipotilaiden kokemuksia kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä

---

## TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää aivoinfarktipotilaiden kokemuksia kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Tavoitteena oli saada tietoa aivoinfarktipotilaiden kokemuksista ja näiden tulosten avulla voidaan kehittää kuntoutumista edistävää hoitotyötä eräällä eteläsuomalaisen keskussairaalan vuodeosastolla. Aihe on tärkeä, koska aivoinfarktin vuoksi menetetään enemmän laatupainotteisia elinvuosia kuin minkään muun sairauden takia. Kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä on tärkeä merkitys aivoinfarktipotilaiden hoitotyössä.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin temahaastatteluilla erään eteläsuomalaisen keskussairaalan vuodeosastolla. Haastatteluihin osallistui seitsemän aivoinfarktipotilasta. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan potilaiden kokemukset kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä olivat pääsääntöisesti myönteisiä. Monipuolinen tiedonsaanti oli tärkeää. Potilaat nimesivät omatoimisuuden tukemiseen sekä hoitajien että omaisten antaman tuen. Potilaat kokivat, että moniammatillinen yhteistyö hoidon ja jatkohoidon suunnittelussa on tärkeää. Osa potilaista koki, että he eivät itse osallistuneet hoitonsa suunnitteluun. Potilaat toivoivat, että jatkohoitoa käsitellään monipuolisesti ja potilaille tiedotetaan ajoissa jatkohoitosuunnitelmista. Potilaat nimesivät kuntoutumista edistäviksi tekijöiksi henkisen tuen, tyytyväisyyden saamaansa hoitoon ja viihtyvyyden. Kuntoutumista estäviä tekijöitä ei tullut esille.

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota potilaiden tiedonsaantiin ja ohjaukseen. Lisäksi potilaiden tulisi saada osallistua enemmän oman hoitonsa suunnitteluun.

**Avainsanat** aivoinfarktipotilas, potilaan kokemus, kuntoutumista edistävä hoitotyö

**Sivut** 25 s. + liitteet 3 s.

FORSSA  
Degree Programme in Nursing  
Nurse

---

**Author** Henna Rinnekangas & Janika Uusitalo **Year** 2009

**Subject of Bachelor's thesis** Stroke Patients' Experiences of Nursing That Promotes Rehabilitation

---

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to investigate stroke patients' experiences of nursing that promotes rehabilitation. The goal was to get information about stroke patients' experiences and the results can be used to develop nursing care to promote rehabilitation on a Southern Finland Central Hospital ward. The subject matter is important because due to brain infarction more quality life years are lost than any other illness. Rehabilitative care has an important role in stroke patients' nursing.

The research material was collected by theme interviews on a southern Finnish Central Hospital ward. Seven stroke patients participated in the interviews. Material was analyzed by inductive content.

According to the results of the study, the patients' experiences of nursing in the promotion of rehabilitation were generally positive. Versatile access to information was important. Patients thought that support that was given by nurses and carers was important. Patients felt that the multi-professional co-therapy and further treatment planning was important. Some of the patients felt that they did not participate themselves in treatment planning. Patients wanted the follow-up care to be discussed many-sidedly and the patients to be informed about the plans for further treatment in time. Patients indicated the factors supporting rehabilitation to be emotional support, satisfaction with care and comfort received. There were no inhibiting factors of rehabilitation.

The results of the thesis show that nursing staff should pay attention to the patients' access to information and guidance. In addition, patients should be made more involved in planning their own care.

**Keywords** brain infarction patient, patient experience, rehabilitation to promote nursing

**Pages** 25 p. + appendices 3 p.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	AIVOINFARKTIPOTILAAN HOITOTYÖN HAASTEET .....	2
2.1	Aivoinfarkti sairautena.....	2
2.2	Kielelliset häiriöt.....	2
2.3	Neglect-oire.....	3
3	AIVOINFARKTIN KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ .....	5
3.1	Kuntoutumista edistävä hoitotyö käsitteenä.....	5
3.2	Ohjaus ja tiedonsaanti kuntoutumista edistävässä hoitotyössä .....	5
3.3	Omatoimisuuden tukeminen ja kannustaminen .....	6
3.3.1	Bobath ja Affolter .....	7
3.3.2	Liikkumisen tukeminen .....	7
3.3.3	Asento- ja liikehoito .....	8
3.3.4	Ruokailussa avustaminen .....	8
3.4	Tavoitteellinen hoidon suunnittelu ja hoitoon osallistuminen .....	9
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET 10	
4.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite .....	10
4.2	Tutkimuskysymykset .....	10
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	11
5.1	Opinnäytetyön tutkimusote .....	11
5.2	Haastateltavien valitseminen.....	11
5.3	Aineiston keruu .....	11
5.4	Aineiston analysointi.....	12
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	15
6.1	Ohjaus ja tiedonsaanti .....	15
6.2	Omatoimisuuden tukeminen ja kannustaminen .....	15
6.3	Tavoitteellinen hoidon suunnittelu ja hoitoon osallistuminen .....	16
6.3.1	Moniammatillinen yhteistyö hoidon suunnittelussa.....	16
6.3.2	Kokonaisvaltainen jatkohoidon suunnittelu .....	16
6.4	Kuntoutumista edistävät ja estävät tekijät.....	17
7	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	18
7.1	Tulosten tarkastelu .....	18
7.2	Opinnäytetyön eettisyys .....	20
7.3	Opinnäytetyön luotettavuus.....	20
7.4	Opinnäytetyön johtopäätökset.....	21
7.5	Jatkotutkimusehdotukset .....	22
	LÄHTEET .....	23

---

LIITE 2	Suostumuslomake
LIITE 3	Teemahaastattelurunko

## 1 JOHDANTO

Suomessa sairastuu vuosittain akuuttiin aivoverenkiertohäiriöön noin 14 000 henkilöä. Suomalaisen tutkimuksen mukaan vuoden kuluttua sairastumisesta elossa olevista potilaista on toipunut päivittäisissä toiminnoissa itsenäisiksi 53–68 %. Sairastuneista asuu kotona 75–83 % ja terveyskeskuksen vuodeosastoilla tai vanhainkodeissa 12–22 %. Sairauden aiheuttamaa vammaisuutta voidaan vähentää huomattavasti sairastuneiden tehokkaalla hoidolla. (Aivoinfarktin Käypä hoito-suositus 2006.)

Aivoverenkiertohäiriö on yleisnimitys ohimeneville tai pitkäaikaisille neurologisia oireita aiheuttaville sairauksille. (Aivoinfarktin Käypä hoito-suositus 2006). TIA-kohtaus on ohimenevä aivojen iskeeminen kohtaus, joka tulee sanoista transient ischemic attack. TIA-kohtaus liittyy aivojen paikalliseen verenpuutteeseen. (Mustajoki 2009.) Aivokudoksen vaurioitumisesta johtuvaa aivojen toimintahäiriötä kutsutaan aivohalvaukseksi. Aivohalvauksen syynä voi olla aivoinfarkti, aivoverenvuoto tai lukinkalvonalainen verenvuoto. Aivohalvauksen sairastaneella on usein vaikeuksia arkielämässä, kuten liikkumisessa, syömisessä, pukeutumisessa ja hygienian hoidossa sekä sosiaalisten suhteiden luomisessa ja ylläpitämisessä. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto 2008.)

Kuntoutumista edistävä hoitotyö on prosessi, jolla ylläpidetään tai palautetaan toimintakykyä, maksimoidaan elämään tyytyväisyyttä ja kohotetaan psyykkistä hyvinvointia. Kuntoutumista edistävä hoitotyö on kuntoutujan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta, jossa potilasta tuetaan hoitotyön keinoin saavuttamaan kuntoutumistavoitteensa. Terveyslähtöisyys, moniammatillinen yhteistyö ja tavoitteellisuus ovat hoidollisen päätöksenteon lähtökohdina. (Lauri & Routasalo 2001, 211–213.) Moniammatillisen osaamisen hyödyntäminen syventää sairaanhoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Kannustaminen on yksi keskeisimmistä hoitotyön interventioidista aivohalvauspotilaiden kuntoutuksessa, koska se rohkaisee uuteen tulevaisuuteen. (Mäntynen, Sivenius & Vehviläinen-Julkunen 2008, 31.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää aivoinfarktipotilaiden kokemuksia kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Tavoitteena oli saada tietoa aivoinfarktipotilaiden kokemuksista ja kokemuksista saatujen tulosten avulla voidaan kehittää kuntoutumista edistävää hoitotyötä eräällä eteläsuomalaisen keskussairaalan vuodeosastolla.

## 2 AIVOINFARKTIPOTILAAN HOITOTYÖN HAASTEET

### 2.1 Aivoinfarkti sairautena

Aivoinfarkti on iskeeminen aivoverenkiertohäiriö, jossa osa aivosoluista tuhoutuu verettömyyden aiheuttaman hapenpuutteen seurauksena. Kudos-tuhon voi aiheuttaa aivovaltimon paikallinen tukkeutuminen tai hyytymä joka on peräisin muualta elimistöstä ja aiheuttaa aivovaltimotukoksen. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 27.)

Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijöitä ovat kohonnut verenpaine, diabetes, tupakointi, ylipaino ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt. Sydänsairaudet ja verenkierron sairaudet, vähäinen liikunta ja runsas alkoholin käyttö ovat myös riskitekijöitä. Estrogeenipitoiset ehkäisytabletit ja perinnölliset tekijät voivat altistaa aivoverenkiertohäiriöille. (Salmenperä ym. 2002, 33.)

Aivoinfarktin oireet ilmaantuvat usein halvausoireina ja ne alkavat äkillisesti. Joskus pelkkä puheen tuottamisen häiriö tai sekavuus voi olla oireena. Toispuolihalvaus eli hemiplegia on tyypillinen aivoinfarktiin liittyvä halvausoire. Vasemman aivopuoliskon infarkti johtaa oikean puolen halvaukseen ja vastaavasti oikean aivopuoliskon infarkti vasemman puolen halvaukseen. Aivoinfarktin ollessa aivorunkoalueella oireina ovat kaksoiskuvat, nielemisvaikeudet, puheen tuottamisen vaikeudet sekä näkökenttäpuutokset. Tajunnanhäiriöt, kävelyvaikeudet ja päänsärky ovat myös aivoinfarktin oireita. (Kahri 2006, 80–81.)

### 2.2 Kielelliset häiriöt

Aivoinfarkti voi aiheuttaa potilaalle vaikeuksia puheen ymmärtämisessä ja tuottamisessa, lukemisessa sekä kirjoittamisessa. Näitä vaikeuksia kutsutaan afasiaksi. Täydellisessä afasiassa sekä puheen tuottaminen että sen ymmärtäminen ovat häiriintyneet. Kielen tuottamisen häiriötä kutsutaan ekspressiiviseksi afasiaksi. Reseptiivinen afasia on kyseessä, kun puheen ymmärtäminen on vaikeaa. Afasia voi olla lyhytkestoista, mutta se saattaa olla pysyvääkin. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 325–327.) Lähes aina afasiaan liittyy jonkinasteisia vaikeuksia löytää sanoja. Sanojen löytämisvaikeudella tarkoitetaan sitä, että potilaalla on vaikeuksia tuottaa sana puheessa nopeasti ja vaivattomasti. Merkitykseltään tai äänneasultaan toisiaan muistuttavat sanat sekoittuvat. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto 2008.) Kielellisen prosessoinnin hidastuminen ja virhealtuus on tyypillistä afasiassa. Muistihäiriöt ja kielellisen päättelyn vaikeudet voivat myös liittyä siihen. Vasemman aivopuoliskon vaurioituminen aiheuttaa yleisimmin afasiaa. (Holmia ym. 2006, 325–327.)

Sairastuttuaan potilas pelästyy ja hermostuu, koska hän ei ehkä ymmärrä kuulemaansa puhetta, eikä ehkä pysty itse tuottamaan puhetta. Itsensä ilmaiseminen ja ympäristön hahmottaminen ja ymmärtäminen vaikeutuvat.



Potilaan ymmärtämiskykyä on vaikea arvioida ulkopuolisen silmin. Tilanne on altis molemminpuolisille väärinkäsityksille. Potilas saattaa tulkita asioita aikaisempien tapahtumien tai hahmotusten mukaan ajatuksen jäähmettyessä. Afaatikon ymmärtäminen on tärkeää hoitotyön kannalta, jotta potilaan tarpeisiin osataan vastata. Afaatikon kanssa puhuessa on syytä käyttää suoria, yksiselitteisiä kysymyksiä, joihin on helppo vastata joko myöntävästi tai kieltävästi. Lauserakenteiden vaikeutta voidaan pikkuhiljaa lisätä, kun kommunikointi potilaan kanssa parantuu. (Holmia ym. 2006, 325–327.)

Puheterapia on apuna afasiasta kärsivän potilaan kuntoutumisessa. Puheterapian avulla pyritään kielellisten taitojen palauttamiseen, säilyneiden taitojen soveltamiseen ja parantamiseen, korvaavien viestintäkeinojen opettelemiseen ja tilanteeseen sopeutumiseen. Afasiapotilaan apuvälineenä voi olla niin sanottu kuvatulkki, omatekoiset kuvat jokapäiväisistä tilanteista. Kynä ja lehtiö voivat olla riittävä apuväline. (Holmia ym. 2006, 325–327.)

Dysfasia tarkoittaa kielellistä vaikeutta. Kun kielellinen kyky on normaali, mutta puhe on epäselvää ja artikulointi on vaikeutunut, tällöin on kyse dysartriasta. Puhevaikeus johtuu puhe-elinten häiriöistä ja niitä harjoittelemalla puheesta tulee ymmärrettävää. (Holmia ym. 2006, 325–327.)

### 2.3 Neglect-oire

Neglect on usein seurausta aivoinfarktista. Neglect-oireella tarkoitetaan sitä, että aivovaurion vastakkaisen puolen havaintokenttä jätetään huomiotta. Tämä tarkoittaa kyvyttömyyttä havaita, orientoitua ja reagoida vaurioalueen vastakkaisen puolen ärsykkeisiin. (Jehkonen, Kettunen, Laihosalo & Saunamäki 2007.) Neglect voi esiintyä näkö-, kuulo- ja tuntoaistin alueella. Sairauden alkuvaiheessa potilaan katse suuntautuu halvaantuneesta kehon osasta pois päin vaurion sijaintia kohti. Jos potilas on liikuntakykyinen, hän saattaa kaatua liikkeelle lähtiessä, koska hän unohtaa halvaantuneen puolensa. Lukiessaan ja syödessään potilaalta jää havaitsematta vaurion vastakkainen puoli. Potilas yliarvioi helposti kykynsä eikä muista hahmotushäiriötään, koska hänen on vaikea tunnistaa ja tiedostaa oireitaan. Potilaan päivittäinen toimintakyky heikentyy ja vaikeutuu neglect-oireiden takia ja oireet vaikeuttavat tahdonalaisten lihasten toimintaa. (Holmia ym. 2006, 327–328.)

Potilaan kuntoutuminen hidastuu neglect-oireiden myötä. Kuntoutukseen motivoituminen on vaikeaa, koska potilas ei tunne sitä tarvitsevansa. Potilaan kuntoutuminen vaatii pitkäjänteisyyttä, suunnitelmallisuutta ja johdonmukaista ohjausta. Kaikki toiminta tapahtuu huomiotta jääneeltä puolelta. Tavoitteena on, että aistiärsykkeet kehittävät kehon symmetriaa, havaintotoimintoja ja ongelmanratkaisukykyä. Varhain aloitettu kuntoutus edesauttaa potilaan toipumista. Neuropsykologinen kuntoutus ja toimintaterapia ovat kuntoutusmuotoja neglect-oireiden hoidossa. Potilaan kuntou-

tuminen tapahtuu vaiheittain ja se kestää useamman kuukauden, jopa vuosia. (Holmia ym. 2006, 327–328.)

### 3 AIVOINFARKTIN KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ

#### 3.1 Kuntoutumista edistävä hoitotyö käsitteenä

Kuntoutumista edistävä hoitotyö on yksilö- ja terveyslähtöistä hoitamista, jossa kaikki sairaanhoitajan toiminta on kuntoutujan itsenäistä selviytymistä tukevaa. Kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä on merkittävä vaikutus aivoinfarktipotilaan elämän laatuun. Kuntoutumista edistävän hoitotyön lähtökohtana on, että hoitajat tukevat yksilöllisesti ja terveyslähtöisesti kuntoutujan itsenäistä selviytymistä. Tällöin kuntoutujan jäljellä olevia voimavaroja hyödynnetään kuntoutumisprosessin aikana. Potilaiden itsemääräämisoikeuden, elämän mielekkyyden ja turvallisuuden tunteen toteuttaminen ovat hoitotyön tavoitteena. (Lauri & Routasalo 2001, 207, 211; Mäntynen 2007, 23.)

Kuntoutuminen edellyttää potilaan sitoutumista muutosprosessiin ja hoitajan tulee olla sitoutunut potilaan tukemiseen yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Jotta kuntoutumista edistävä hoitotyö on suunnitelmallista ja toimivaa, se edellyttää jatkuvaa ja järjestelmällistä kirjaamista. Hoitotyön kirjaamisen kautta kuntoutumisen toteutumista voidaan arvioida. (Lauri & Routasalo 2001, 210, 213.)

Potilaan kuntoutus suunnitellaan moniammatillisessa työryhmässä, ja se koostuu päivittäisestä hoitotyöstä, neurologisista tutkimuksista, fysioterapiasta, puheterapiasta, neuropsykologisesta kuntoutuksesta, toimintaterapiasta ja sosiaalityöstä. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa parhaimmillaan kaikkien osapuolten erityisosaamisen hyödyntämisen yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. (Holmia ym. 2006, 330; Lauri & Routasalo 2001, 210.)

#### 3.2 Ohjaus ja tiedonsaanti kuntoutumista edistävässä hoitotyössä

Aivoinfarktipotilaan ohjaus on monipuolista tiedon antamista. Potilas ja omaiset tarvitsevat tietoa aivoinfarktista sairautena ja yksilöllistä potilaan hoitoon ja toipumiseen liittyvää tietoa. Tietoa on myös tarpeellista saada tukitoimista ja lääkkeistä, joita potilas käyttää sairaalassa ja kotiutumisen jälkeen. Potilaan ja hänen omaisensa ohjaus ja tukeminen alkavat heti sairastumisprosessin alussa. On tärkeää, että potilas ymmärtää sairauden merkityksen ja hän tarvitsee ohjausta elämäntapojensa muuttamiseksi ehkäistäkseen sairauden uusiutumisen. (Haapala 2008, 30–31; Jumisko 1998, 41; Kaila 2009, 8–9.)

Aivoinfarktipotilaan ohjaukseen panostamalla voidaan vaikuttaa sekä hoidon laatuun että sairaalassaoloajan ja hoidon kustannusten vähenemiseen yhteiskunnan näkökulmasta. Aivoinfarktipotilaan ohjaus on kuuntelemista ja keskustelemista, neuvojen antamista ja kysymyksiin vastaamista. Ohjaus on myös potilaan ja omaisten kannustamista ja rohkaisemista huumoria käyttäen. Potilaan ja omaisten henkinen tukeminen on osa ohjaamista. Oh-

jauksen tulisi olla potilaan ja omaisten tarpeista lähtevää ja ohjauksen tarve vaihtelee hoidon eri vaiheissa. Ohjauksessa on tärkeää, että potilas tulee ymmärretyksi ja että hän ymmärtää annetun tiedon. Vaikeistakin asioista keskustellaan rehellisesti, mutta hienovaraisesti. (Haapala 2008, 30–31; Jumisko 1998, 41; Kaila 2009, 8–9.) Tiedonsaannin turvaaminen vähentää potilaan ja omaisten epävarmuutta ja epätietoisuutta (Kaila 2009, 8).

Aivoinfarktipotilaiden tiedonsaannin tarve keskittyy diagnoosin ymmärtämiseen, tutkimustuloksiin ja arvioituun kuntoutumiseen. Potilaat haluavat tätä tietoa hoitohenkilökunnalta sekä suullisesti että kirjallisesti. Tutkimuskuvien näyttäminen auttaa potilaita ymmärtämään tilanteensa ja mahdollisesti lieventää pelkoja. Kun kuntoutuminen edistyy, potilaan ja omaisten tiedontarve lisääntyy. (Cowdell & Garrett 2005, 15.)

### 3.3 Omatoimisuuden tukeminen ja kannustaminen

Fyysistä kuntoutumista edesauttaa, kun potilasta kannustetaan riittävästi omatoimisuuteen (Mäntynen 2007, 67). On tärkeää, että potilasta ja omaisia valmennetaan omatoimisuuteen ja opastetaan vaihtoehtoisten ja uusien tekniikoiden käytössä. Potilaan voimavaroja voidaan vahvistaa avustamalla potilasta uuden opettelussa ja sairauteen sopeutumisessa sekä motivoimalla omatoimiseen harjoitteluun. Potilas tarvitsee myös palautetta oppimisesta ja kuntoutumisen edistymisestä. Riittävästä levosta huolehtiminen, pelkojen vähentäminen, toivon vahvistaminen ja potilaan hengellisyyden tukeminen ovat osa voimavarojen tukemista. Potilaan kuntoutumisen, itsenäisyyden ja omatoimisuuden lisääntymisen myötä auttamismenetelmät muuttuvat tiedon antamisesta, avustamisesta ja opettamisesta enemmän ohjaukseen, opastamiseen, rohkaisemiseen ja voimavarojen vahvistamiseen. (Kaila 2009, 9.) Omatoimisuuteen ohjaus on tärkeää, jolloin hoitaja ei tee potilaan puolesta asioita vaan toiminta on vain tarvittavissa toimissa avustamista (Ilvonen 2004, 36).

Omatoimisuuden tukemiseen ja kannustamiseen liittyy potilaan rohkaiseminen sanoilla, eleillä ja läsnäololla. Kuntoutumisen pienetkin edistysaskeleet huomioidaan potilasta kehumalla. Hoitajien käyttämä huumori edistää potilaan kuntoutumista. Ystävällinen suhtautuminen sekä reipas ja myönteinen asenne kannustaa potilasta työskentelemään kuntoutumisensa eteen. (Arve, Haapaniemi & Routasalo 2006, 204.)

Optimismien ja toivon ylläpitäminen toipumisen eri vaiheissa on tärkeää kuntoutumisen edistämiseksi. Toivo auttaa saavuttamaan potilaan asettamia tavoitteita kuntoutumisen suhteen. Yleinen toiveikkuus kuuluu joidenkin potilaiden persoonallisuuteen ja osalle potilaista tämä luonteenpiirre kehittyy toipumisen aikana. Optimismi auttaa kohtaamaan sairauden tuomat vaikeudet ja muuttamaan elämää aivoinfarktin jälkeen. (Jones, Mandy & Partridge 2008, 510–512.)

### 3.3.1 Bobath ja Affolter

Kuntoutus sisältyy potilaan päivittäisiin toimintoihin. Potilaan toimintaa, liikkumista ja havainnointia voidaan kuntouttaa erilaisilla lähestymistavoilla. Suomessa on yleisessä käytössä kaksi toisiaan tukevaa lähestymistapaa, jotka ovat Bobath-lähestymistapa ja Affolter-lähestymistapa. Bobath-lähestymistavassa potilasta ohjataan ottamaan koko keho toimintaan mukaan tasapainon hallinnassa. Potilasta ohjataan oppimaan uudelleen toimintoja omista tarpeistaan lähtien sekä helpottamaan liikkeitään ja tekemään ne mahdollisiksi. Aktivoinnilla ja vähentämällä liiallista jännitystä normalisoidaan lihasjänteyttä. (Holmia ym. 2006, 315.)

Affolter -lähestymistavassa potilasta stimuloidaan toimimaan tuntoaistien kautta. Potilas saa tuntopalautetta koskettaessaan ympärillä olevia erilaisia tasoja ja pintoja. Tämän avulla potilas ymmärtää paremmin konkreettisesti fyysistä todellisuutta. Affolter -lähestymistavan tarkoituksena on, että potilaan oma ongelmanratkaisukyky ja oivaltamisprosessit kehittyvät tilanteissa, jotka hän kokee mielekkäiksi. Ohjaus tapahtuu päivittäisten toimintojen yhteydessä, kuten pukeutumisessa ja peseytymisessä. (Holmia ym. 2006, 315.)

### 3.3.2 Liikkumisen tukeminen

Aivoinfarktipotilaiden tärkeimpiä tavoitteita on liikkumisen uudelleen oppiminen. Potilaan kyky liikkua, tunnistaa oman kehonsa liikkeitä ja saada tietoa ympäristöstään on usein häiriintynyt. Puutteita voi usein olla asennon ja tasapainon ylläpitämisessä, lihasjänteydessä ja reaktiokyvyssä. Potilas opettelee aktiivisesti ja toimii ohjaajan kannustamana ja tukemana. (Holmia ym. 2006, 322–323.)

Ennen kuin potilaan liikunnallinen kuntoutus aloitetaan, tulee potilaan sairauden aiheuttamat oireet olla vakiintuneet ja vitaalielintoiminnot häiriötömät. Hoitohenkilökunta arvioi yhdessä fysioterapeutin kanssa potilaan kehonhallintaa ja liikkumisen turvallisuutta. Liikkumisen kehittymistä arvioidaan koko ajan ja arviointia varten on kehitetty niin sanottuja mobiilisaatiotasokuvauksia. Ne auttavat suunniteltaessa potilaan turvallista liikkumista. Liikkumisharjoitusten yksilöllinen suunnittelu tapahtuu yhdessä hoitajan, fysioterapeutin ja potilaan kanssa. Liikkumisen kuntoutusta voidaan tehostaa kävelystimulaattorilla, jolloin potilaan kehon painoa kevenetään valjailla. Tällöin huonokuntoisenkaan potilaan ei tarvitse pelätä kaatumista ja kävelyn harjoittelu on turvallista. (Holmia ym. 2006, 322–323.)

### 3.3.3 Asento- ja liikehoito

Potilaan hoidon alkuvaiheessa aloitetun asento- ja liikehoidon tavoitteena on ehkäistä virheasentoja, spastisuutta, nivelkipuja ja -jäykkyyttä sekä makuuhaavoja, alaraajojen verisuonitukoksia ja keuhkokuumetta. Lihasten ja nivelten normaaleja toiminnallisia asentoja ja liikeratoja ylläpidetään asentohoidolla. Potilaan anatomisen perusasennon säilyttämiseksi käytetään riittävästi tyynyjä ja tukia. (Holmia ym. 2006, 321–322.)

Spastisuus eli lihasten jännitys ilmenee yleensä toispuolisesti niin, että ylävartalon ja raajojen liikkeet vaikeutuvat. Tästä syystä potilas käyttää helposti vain vartalonsa toimivaa puolta. Potilas ei itse kykene säätelemään lihasjännitystä ja sitä lisäävät muun muassa ponnistelu, hätäily, kipu ja voimakkaat tunnereaktiot. Hyvin toteutettu ja heti aloitettu asentohoito auttaa potilaan hengittämistä ja verenkiertoa sekä antaa aistimuksia erilaisista kehon asennoista. Potilaan halvaantunutta kehon osaa aktivoidaan asento- ja liikehoidossa ja potilasta opetetaan käyttämään asiaan kuuluvia apuvälineitä. Painehaavojen syntymisen ehkäiseminen on hoitotyön haaste. Asennon vaihdot, hyvä ravitsemus ja nestehoito, decubitus-patja sekä hyvä ihon hoito ovat keinoja ehkäistä painehaavoja. Potilaan istuessa paine kohdistuu ristiselän, pakaroiden ja reisien alueelle, jolloin ne ovat alttiita painehaavaumille. (Holmia ym. 2006, 321–322.)

### 3.3.4 Ruokailussa avustaminen

Ruokailu voi tuottaa aivoinfarktipotilaille ongelmia. Hoitotyön tavoitteena onkin, että potilas syö omatoimisesti ja käyttää halvaantunutta puoltaan, kykenee pureskelemaan ja nielemään sekä hallitsee huuliensa, poskiensa ja kielensä liikkeet. Dysfagia on suun ja nielun alueen toimintahäiriö, joka ilmenee nielemisvaikeutena. Toimintahäiriöstä voi olla kyse, kun potilaan puhe on epäselvää, kasvoissa on epäsymmetriaa tai potilas ei pysty sulkemaan suutaan. Potilaan ääni saattaa olla kostea, vaimea, käheä tai nasaalinen ja hänen suustaan valuu sylkeä. (Holmia ym. 2006, 324.) Aspiraation vaara on suuri, koska ruuan käsittely suussa tai nieleminen on vaikeutunut. Ravitsemus suun kautta aloitetaan vasta, kun nieleminen on turvallista. Tarvittaessa juotavat nesteet sakeutetaan ja ruoka soseutetaan sileäksi. (Uusitalo 2005, 505.)

Ruokailutilanne suunnitellaan potilaan toimintakykyä ja kuntoutumista tukeväksi. Jotta potilas pystyy syömään mahdollisimman omatoimisesti, huolehditaan oikean istuma-asennon järjestämisestä. Potilaan asennon tulee olla symmetrinen, hiukan eteenpäin kallistunut ja kädet pöytätasolla sekä pää taivutettuna eteenpäin. Huolehditaan, että potilas istuu tukevasti ja tasapainoisesti tuolilla. Oikean istuma-asennon turvaaminen vähentää potilaan avun tarvetta ja edistää ruokailun sujumista. Tarvittaessa voidaan käyttää syömistä helpottavia apuvälineitä. Jos potilas ei pysty syömään itsenäisesti, häntä ohjataan ja autetaan kädestä pitäen. Ruokailutilanne rauhoitetaan ja ruoka-annoksen tulee olla houkuttelevan näköinen. (Holmia

ym. 2006, 324.) Ruokailun jälkeen huolehditaan potilaan suuhygieniasta. Aterioinnin jälkeen potilaan tulee olla istuma-asennossa viidestätoista minuutista puoleen tuntiin aspiraation ehkäisemiseksi. (Uusitalo 2005, 505.)

### 3.4 Tavoitteellinen hoidon suunnittelu ja hoitoon osallistuminen

Aivoinfarktipotilaan hoidon suunnittelussa on mukana potilaan hoitoon osallistuvien lisäksi potilas itse ja hänen omaisensa. Hoidon pohjana on yhdessä sovitut tavoitteet. Kuntoutumisen tavoitteet tulisi olla saavutettavissa. Potilaan terveys ja toimintakyky otetaan huomioon. Potilaan ja hänen omaisten osallistuminen tavoitteiden asettamiseen edistää heidän sitoutumistaan hoitoon. Potilaat kokevat tärkeäksi sen, että he saavat olla mukana hoitoratkaisuja tehtäessä. (Lauri & Routasalo 2001, 209–210; Jumisko 1998, 33.) Potilaan kuntoutumista edistävä hoito suunnitellaan päivittäisten toimintojen osalta yksilöllisesti ja ottamalla huomioon sairauden aiheuttamat erityispiirteet. (Holmia ym. 2006, 315.)

Potilaan motivoitunut työskentely kuntoutumisen tavoitteen saavuttamiseksi näkyy oma-aloitteisuudessa ja yritteliäessä päivittäisten toimintojen harjoittelussa. Potilaan osallistuminen esimerkiksi peseytymiseen, pukeutumiseen ja ruokailuun ovat osa päivittäisten toimintojen harjoittelua. Lepo ja virkistäytyminen ovat tärkeä osa kuntoutumista, koska ne kohottavat potilaan mielialaa. Potilaat saattavat kokea olevansa vastuussa kuntoutumisen etenemisestä ja ahkeruuden kautta tavoite saavutetaan. Usko henkilökohtaisiin vahvuuksiin auttaa selviytymään vastoinkäymisistä. (Haapaniemi & Routasalo 2009, 38–39; Jones ym. 2008, 510.)

Jatkohoidon suunnittelu on osa tavoitteellista hoidon suunnittelua (Jumisko 1998, 36). Yhdessä potilaan, omaisten ja hoitotiimin kanssa suunnitellaan kotiutus (Uusitalo 2005, 509). Kun potilas kotiutuu omaan kotiinsa, toimintaterapeutti voi ennen potilaan kotiutumista tehdä kotikäynnin, jolloin hän kartoittaa potilaan tarvitsemia apuvälineitä ja asunnon muutostöiden tarvetta (Jumisko 1998, 36). Potilaan kotiutumista voi edeltää lyhyet kotilomat, jolloin potilas ja omaiset voivat vähitellen valmistautua ja harjoitella kotona selviytymistä. Mahdollisen kotiavun ja kotisairaanhoidon tarve kartoitetaan kotiutusvaiheessa. Potilaan ja omaisten ohjaus on olennainen osa potilaan kotiutumista. Ohjauksessa käsitellään lääkehoitoa ja varmistetaan, että potilas on ymmärtänyt lääkehoidon toteutuksen ja tarkoituksen. Sairauden uusiutumisesta ja mahdollisista rajoituksista keskustellaan potilaan ja omaisten kanssa. Potilaalla ja omaisilla on lisääntynyt riski eristäytyä sairauden aiheuttaman henkisen ja fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi. Potilasta ja omaisia on hyvä rohkaista osallistumaan sopeutumisvalmennukseen ja ylläpitämään sosiaalisia suhteita. (Uusitalo 2005, 509–510.)

## 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

### 4.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää aivoinfarktipotilaiden kokemuksia kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Tutkimuksessa haastateltiin seitsemän aivoinfarktipotilasta. Haastattelujen aikana tutkimukseen osallistuvat potilaat olivat sairaalahoidossa eräällä eteläsuomalaisen keskussairaalan vuodeosastolla.

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa aivoinfarktipotilaiden kokemuksista kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä eräällä eteläsuomalaisen keskussairaalan vuodeosastolla. Opinnäytetyön tulosten avulla voidaan kehittää aivoinfarktiin sairastuneiden kuntoutumista edistävää hoitotyötä tällä osastolla.

### 4.2 Tutkimuskysymykset

1. Millaisia kokemuksia aivoinfarktipotilaalla on saamastaan kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä?
2. Miten aivoinfarktipotilaan kuntoutumista edistävää hoitotyötä voitaisiin kehittää?



## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 5.1 Opinnäytetyön tutkimusote

Opinnäytetyön tutkimusote oli kvalitatiivinen, koska siinä selvitettiin potilaiden kokemuksia hoitotyöstä. Kvalitatiivinen tutkimusote valittiin, koska haastateltavien määrä oli pieni (N=7).

Kvalitatiiviselle tutkimukselle on ominaista, että otos on pienempi kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Todellisen elämän kuvaaminen on lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotetaan enemmän tutkijan havaintoihin ja keskusteluihin tutkittavien kanssa kuin mittausvälineillä hankittuun tietoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 156–160.)

### 5.2 Haastateltavien valitseminen

Ennen haastattelujen aloittamista opinnäytetyöntekijät kävivät kertomassa opinnäytetyöstä osaston hoitohenkilökunnalle, jonne opinnäytetyö tehtiin. Osastolle jätettiin myös useita tutkimustiedotteita, joita hoitajien oli tarkoitus jakaa aivoinfarktipotilaille (Liite 1). Osastonhoitajan kanssa sovittiin, että hän ja osaston muu hoitohenkilökunta valitsevat yhdessä haastatteluihin sopivat potilaat. Kun haastatteluun sopiva potilas löytyi, opinnäytetyön tekijät varmistivat potilaalta, että hän haluaa osallistua tutkimukseen. Ennen haastattelun aloittamista potilaalta pyydettiin allekirjoitus suostumuslomakkeeseen (Liite 2). Suostumuslomakkeessa oli kerrottu lyhyesti opinnäytetyön tarkoitus. Suostumuslomake luettiin potilaalle ja varmistettiin, että potilas ymmärtää, mihin tutkimukseen hän on osallistumassa. Potilaalle kerrottiin, että hän voi keskeyttää haastattelun milloin tahansa syytä ilmoittamatta eikä keskeyttäminen vaikuta potilaan hoitoon.

Hoitohenkilökunta osasi arvioida potilaan soveltuvuuden tutkimukseen, koska he tiesivät potilaiden fyysisen ja psyykkisen kunnon. Opinnäytetyön tekijät ottivat yhteyttä osastolle useamman kerran viikossa, jotta mahdollisesti haastateltavat potilaat saatiin tavoitettua ennen kotiutumista. Haastatteluihin valittiin seitsemän tutkimukseen haluavaa aivoinfarktipotilasta, joiden sairaudentila ja yleiskunto eivät estäneet tutkimukseen osallistumista. Näin tutkimukseen osallistuvia ei voitu liiaksi valikoida ja tutkimus pysyi luotettavana. Tutkimuksen ulkopuolelle jäivät ne potilaat, joilla oli afasia-oire, koska tutkimuksen luotettavuus olisi heikentynyt, kun potilaalla on puheentuottamisen vaikeuksia.

### 5.3 Aineiston keruu

Alun perin tarkoituksena oli haastatella kahdeksan aivoinfarktipotilasta, joista neljä potilasta oli saanut liuotushoidon ja neljä potilasta ei ollut saanut liuotushoitoa. Koska maaliskuun puoliväliin 2009 mennessä liuotushoidon saaneita aivoinfarktipotilasta ei ollut tarpeeksi, aivoinfarktipotilai-

den haastattelemista jatkettiin eikä mahdollisella liuotushoidolla ollut merkitystä. Haastattelut tapahtuivat ennen potilaan kotiutumista. Haastattelut nauhoitettiin ja suoritettiin osastolla varatussa tilassa, jossa haastattelut voitiin suorittaa rauhallisissa olosuhteissa, missä häiriötekijöitä ei ollut ja haastateltava tunsikin olonsa mukavaksi ja turvalliseksi. Yhden kerran eräs osaston hoitaja tuli huoneeseen, jossa haastattelua tehtiin ja haastattelu jouduttiin keskeyttämään. Haastattelu aloitettiin alusta ja potilas tunsikin olonsa mukavaksi alun häiriötekijästä huolimatta. Haastattelutilanteissa potilaat kertoivat avoimesti kokemuksistaan ja potilaille oli myönteinen asenne opinnäytetyötä kohtaan. Haastattelut kestivät viidestätoista minuuttia puoleen tuntiin. Muutama haastatteluun soveltuva potilas kieltäytyi haastattelusta henkilökohtaisiin syihin vedoten. Aineiston keruuvaiheen aikataulu venyi, koska haastatteluihin soveltuvia potilaita oli vähän. Kaiken kaikkiaan haastateltuja potilaita oli seitsemän. Tutkimusaineisto saatiin kerättyä kesäkuun 2009 puoliväliin mennessä.

Haastattelut suoritettiin teemahaastattelurungon avulla (Liite 3). Teemahaastattelu vastaa hyvin moniin kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtiin. Tutkimuksen aihepiiri on tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. (Hirsjärvi ym. 2008, 203.) Teemahaastattelussa ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä (Hirsjärvi & Hurme 2004, 48).

Haastattelujen teemat perustuivat aikaisempiin tutkimuksiin. Opinnäytetyön teemat olivat seuraavat: 1) potilaiden riittävä tiedonsaanti, 2) tieto jatkohoidon suunnittelusta, 3) omatoimisuuden tukeminen, 4) potilaan osallistuminen omaan hoitoon ja sen suunnitteluun ja 5) kuntoutumista edistävät ja estävät tekijät (Liite 3).

#### 5.4 Aineiston analysointi

Tulokset analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysissä aineisto tiivistetään, jotta tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla ja tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. Sisällönanalyysissä tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Sisällönanalyysi perustuu induktiiviseen päättelyyn, koska siinä siirrytään konkreettisesta aineistosta sen käsitteelliseen kuvaukseen. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Sisällönanalyysi-prosessin etenemisen vaiheita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Analyysiyksikkö voi olla aineistoyksikkö, esimerkiksi dokumentti tai aineiston yksikkö, esimerkiksi sana tai lause. (Janhonen & Nikkonen 2003, 24.) Tutkimustehtävä ja aineisto ohjaavat analyysiyksikön määrittämistä (Sarajärvi & Tuomi 2003, 112). Aluksi aineisto pelkistetään, jolloin aineistolta kysytään tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä (Janhonen & Nikkonen 2003, 26). Aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistäminen voi olla informaation pilkkomista osiin tai tiivistämistä. (Sarajärvi & Tuomi 2003, 111.) Tärkeää on, että pelkistetyt ilmaisut kirjataan aineis-

ton termein. Aineisto ryhmitellään pelkistämisen jälkeen. Aineistosta etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Kaikki samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja annetaan sille sen sisältöä kuvaava nimi. Tämän jälkeen samansisältöiset luokat yhdistetään, jolloin saadaan yläluokkia. Sisällönanalyysin luotettavuuden arvioinnissa huomioidaan, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tuloksen ja aineiston välillä. Tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky korostuvat aineiston analysoinnissa. (Janhonen & Nikkonen 2003, 28–29.)

Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi aloitettiin kuuntelemalla haastattelunauhoja useaan kertaan. Haastattelut kirjoitettiin sanatarkasti paperille. Aineistoa muodostui 11 sivua Microsoft Word 2003 ohjelmaa käyttäen. Kun kaikki haastattelut oli purettu, aineisto luettiin useaan kertaan. Analyysiyksiköksi valittiin lausahdus. Aineistosta etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Samanaikaisesti aineistosta etsittiin yhtäläisyyksiä. Alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin ja ne kirjoitettiin erilliselle paperille. Samaa tarkoittavat ilmaukset yhdistettiin ja ne muodostettiin alakategorioiksi. Alakategoriat olivat suullinen tiedonsaanti, kirjallinen tiedonsaanti, hoitajilta saatu omatoimisuuden tukeminen, omaisten tuki, tiedotus hoidon suunnittelusta, potilaan osallistuminen hoidon suunnitteluun, potilaan luottamus jatkohoidon suunnittelussa, moniammatillisen tiimin merkitys, henkinen tuki, sekä tyytyväisyys ja viihtyvyys.

Tämän jälkeen samansisältöiset alakategoriat yhdistettiin ja niistä muodostettiin yläkategorioita. Yläkategoriat olivat monipuolinen tiedonsaanti, omatoimisuuden tukeminen, moniammatillinen yhteistyö hoidon suunnittelussa, kokonaisvaltainen jatkohoidon suunnittelu ja myönteinen kokemus saamastaan hoidosta. Kaikista yläluokista muodostettiin yksi pääkategoria, joka oli kuntoutumista edistävä hoitotyö. Kategorioista muodostettiin taulukko (kts. Taulukko 1). Tämän jälkeen tulokset kirjoitettiin kategorioittain opinnäytetyön raporttiin.

TAULUKKO 1 Kuntoutumista edistävä hoitotyö

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	PÄÄKATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suullinen tiedonsaanti</li> <li>• Kirjallinen tiedonsaanti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohjaus ja tiedonsaanti</li> </ul>	<b>KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoitajilta saatu omatoimisuuden tukeminen</li> <li>• Omaisten tuki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omatoimisuuden tukeminen ja kannustaminen</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiedotus hoidon suunnittelusta</li> <li>• Potilaan osallistuminen hoidon suunnitteluun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moniammatillinen yhteistyö hoidon suunnittelussa</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potilaan luottamus jatkohoidon suunnittelussa</li> <li>• Moniammatillisen tiimin merkitys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kokonaisvaltainen jatkohoidon suunnittelu</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Henkinen tuki</li> <li>• Tyyväisyys ja viihtyvyys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuntoutumista edistävät tekijät</li> </ul>	

## 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

### 6.1 Ohjaus ja tiedonsaanti

Valtaosa potilaista koki saaneensa monipuolisesti tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä kirjallisesti että suullisesti. *Suullisessa tiedonsaannissa* lääkärit ja hoitohenkilökunta kertoivat potilaille aivoinfarktista ja sen hoidosta. Osa potilaista koki, että heidän mieltä askarruttaviin kysymyksiin vastattiin kiitettävästi. Osa potilaista koki, että tiedonsaanti kotiutumisen yhteydessä on tärkeää.

*”Sain heti sellaisen ohjekirjasen sairaudesta, lääkäri ja hoitohenkilökunta kertanut sairaudesta..”*

*”..koko ajan hoidettu ja tiedotettu, mitä on kysyny..”*

*”..kun kysytään, niin vastataan..”*

Toisaalta osa potilaista koki suullisen tiedonsaannin olevan puutteellista tai he eivät muistaneet saavansa tietoa sairaudesta. Nämä potilaat, jotka kokivat tiedonsaannin puutteelliseksi, luottivat saavansa tietoa ja ohjausta ennen kotiutumista.

*”..ei kukaan ole kertanut..”*

*”..hyvin vähän tietoa olen saanut..”*

*”..todennäköisesti saan tietoa ennen kuin pääsen pois..”*

*”..no valitettavasti nyt sanon, et en ole saanut..”*

*Kirjalliseen tiedonsaantiin* sisältyi potilaiden tutustuminen aivoinfarktista kertoviin hoito-oppaisiin. Hoitajat olivat antaneet potilaille näitä luettavaksi. Osa potilaista koki, että he saivat tietoa sairaudesta ainoastaan hoito-oppaista.

*”..hyvin vähän informoitu, mitä nyt tässä noita lappusia katellu..”*

*”..sain sellaisen ohjekirjasen..”*

### 6.2 Omatoimisuuden tukeminen ja kannustaminen

Omatoimisuuden tukemiseen kuului hoitajien ja omaisten antama tuki potilaalle. *Hoitajien antamaan tukeen* sisältyi potilaan kannustaminen päivittäisissä toiminnoissa. Myös *omaisten antama tuki* sairauden hoidossa ja potilaan kuntoutumisessa oli tärkeää. Osa potilaista koki pärjäävänsä itsenäisesti päivittäisissä toiminnoissa, kuten syömisessä ja pukeutumisessa. Toisaalta osa potilaista koki tarvitsevansa pientä apua ja he kokivat saavansa sitä hoitajilta tarpeen tullen.

*”..pärjään yksin päivittäisissä toiminnoissa..”*

*”..itse pystyn syömään ja pukeutumaan..”*

*”..olen hoitajista riippuvainen..”*

*”..kaikin tavoin on tullut apua ja sitä on saanut aina..”*  
*”..omaiset ovat auttaneet..”*

Osa potilaista koki, ettei omatoimisuutta ole tuettu. Luultavasti osa potilaista ei ymmärtänyt, mitä omatoimisuuden tukemisella tarkoitetaan.

*”..en ole saanut mitään omatoimisuuden tukemista..”*  
*”..ei täällä ole mitään omatoimisuutta tapahtunut..”*

### 6.3 Tavoitteellinen hoidon suunnittelu ja hoitoon osallistuminen

Tavoitteellinen hoidon suunnittelu tarkoitti, että hoidon tavoitteet ja toteutus suunniteltiin yhdessä hoitohenkilökunnan ja potilaan kanssa. Potilaalla tulisi olla aktiivinen rooli hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.

#### 6.3.1 Moniammatillinen yhteistyö hoidon suunnittelussa

Moniammatillinen yhteistyö hoidon suunnittelussa korostui. Moniammatilliseen työryhmään kuului muun muassa lääkäri, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, puheterapeutti ja sairaanhoitaja. Myös *potilas osallistui hoidon suunnitteluun*. Osa potilaista koki, että lääkärin rooli hoidon suunnittelussa oli merkittävä. Osa potilaista koki tärkeäksi sen, että hoidosta tiedotetaan heille ja he tietävät, mitä seuraavaksi tapahtuu.

*”..lääkäri osallistuu, ei muita..”*  
*”..olen keskustellut fysioterapeuttien kanssa, paikalla oli myös toimintaterapeutti ja minä. Puheterapeutti tulee huomenna..”*  
*”..on hyvä tietää, mitä tehdään..”*

Osa potilaista koki, että he eivät ole osallistuneet mitenkään hoitoon ja sen suunnitteluun.

*”..mitään en ole täällä tehnyt..”*  
*”..en mitenkään..”*  
*”..en ole osallistunut mitenkään hoitoon ja sen suunnitteluun..”*

#### 6.3.2 Kokonaisvaltainen jatkohoidon suunnittelu

Kokonaisvaltaisessa jatkohoidon suunnittelussa moniammatillisen työryhmän merkitys korostui. Potilaat toivoivat, että jatkohoitosuunnitelmista tiedotetaan ajoissa ja jatkohoitoa käsitellään monipuolisesti. Hoidon tarkoitus ja tavoitteet otetaan huomioon. Osa potilaista koki lääkehoidon tarkistuksen ja jatkohoitopaikan arvioinnin tärkeäksi osana jatkohoidon suunnittelua. Osa potilaista on ollut tyytyväisiä jatkohoidon suunnitteluun.

*”..hoitajat ja terapeutit osallistuneet jatkohoidon suunnitteluun..”*

*”..tiedotetaan mitä tapahtuu, monipuolisesti käsitellään, potilas näkee, että kuinka se homma etenee ja niin pois päin, ettei siinä tarvii olla ja kysellä..”*

*”..käsiteltyt tarkoitusta ja tavoitteita..”*

*”..lääkkeet katsotaan kaikki uusiks..”*

*”..tyytyväinen jatkohoidon suunniteluun..”*

Osa potilaista koki, ettei jatkohoitoa ole vielä suunniteltu tai se on ollut puutteellista.

*”..en tiedä, miten käy. Ei olla käsitelty mitään..”*

*”..jatkohoitoa ei ole vielä..”*

#### 6.4 Kuntoutumista edistävät ja estävät tekijät

Myönteinen kokemus saamastaan hoidosta sisälsi henkisen tuen, tyytyväisyyden ja viihtyvyyden. *Henkinen tuki* tarkoitti hoitajien ja potilaan omaisten antamaa tukea.

*”..paljon tukea saanut..”*

*”..omaiset tukena, apua hoitajilta ja joka puolelta..”*

*”..henkistä tukea saanut..”*

*Tyytyväisyyteen ja viihtyvyyteen* sisältyi potilaiden kokemus saamastaan hoidosta, mukava hoitohenkilökunta ja muut potilaat. Myös potilaan oma asenne ja huumori liittyivät hoidon myönteiseen kokemukseen. Osa potilaista koki, että hoitajien huolenpito heitä kohtaan ja hoidon sujuvuus edisti kuntoutumista.

*”..oma huumori ja asenne auttaa eteenpäin, ei turhia murehdi..”*

*”..edistäneet ihana henkilökunta ja huonetoveri..”*

*”..kyl mie oon viihtynyt, hoitajat tekee mitä tarvii, hyvin huolta pidetty..”*

Potilaat kokivat, että hoidon aikana ei ole ollut kuntoutumista estäviä tekijöitä.

## 7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Monipuolinen tiedonsaanti niin suullisesti kuin kirjallisestikin on tärkeää. Valtaosa potilaista oli tyytyväisiä saamaansa suulliseen tietoon. He olivat saaneet tietoa aivoinfarktista sairautena ja sen hoidosta. Aivoverenkiertohäiriöpotilaat tarvitsevat tietoa sairaudesta ja yksilöllistä potilaan hoitoon ja toipumiseen liittyvää tietoa (Haapala 2008, 30).

Saatujen tulosten pohjalta osa potilaista koki tiedonsaannin kotiutumisen yhteydessä olevan tärkeää. Haapalan (2008, 30) mukaan potilaat tarvitsevat tietoa myös käytännön asioista liittyen sairaalassa olemiseen ja kotiutumisen jälkeiseen aikaan. Potilaan kysymyksiin vastaaminen on osa potilaan ohjaamista ja tiedonsaantia. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan osa potilaista koki, että heidän mieltä askarruttaviin kysymyksiin vastattiin kiitettävästi. Jumiskon (1998, 41) mukaan potilaat pitivät tärkeänä, että he saivat tietoa ymmärrettävästi ja vaikeistakin asioista kerrottiin rehellisesti.

Monipuoliseen tiedonsaantiin sisältyy kirjallinen tiedonsaanti. Potilaat tarvitsevat myös kirjallista tietoa lääkkeistä. Potilaat ja heidän omaisensa toivovat sairaudesta kertovia kirjoja, ohjauksiansioita ja videoita. (Haapala 2008, 31.) Omaiset keskustelevat harvoin hoitohenkilökunnan kanssa. Omaiset kokevat, että keskusteluja tulisi lisätä heidän tarpeidensa mukaan. (Purola 2000, 115.) Potilaat olivat tutustuneet aivoinfarktista kertoviin hoito-oppaisiin, joita hoitajat olivat heille antaneet. Cowdellin ja Garrettin (2005, 15) tutkimuksen mukaan potilaat tarvitsevat tietoa hoitohenkilökunnalta sekä suullisesti että kirjallisesti. Tutkimuksen mukaan tutkimuskuvien näyttäminen auttaa potilaita ymmärtämään tilanteensa.

Osa potilaista koki tiedonsaannin olevan puutteellista tai he eivät muistaneet saaneensa tietoa. Osa näistä potilaista kuitenkin luotti siihen, että he tulevat saamaan tarvittavaa tietoa ennen kotiutumista. Olisi hyvä, että potilaat kokevat saavansa tarpeellisen tiedon sairaudesta ja sen hoidosta, koska se edistää potilaan kokonaisvaltaista kuntoutumista. Tiedonsaannin turvaaminen vähentää potilaan ja omaisten epävarmuutta ja epätietoisuutta (Kaila 2009, 8). Opinnäytetyön tulosten pohjalta potilaiden tiedonsaantia tulisi kehittää kokonaisvaltaisemmaksi. Kokonaisvaltaisessa tiedonsaannissa tulisi huomioida potilaan yksilölliset tarpeet.

Omatoimisuuden tukemiseen sisältyi sekä hoitajien että omaisten antama tuki. Hoitajat kannustivat potilaita päivittäisissä toiminnoissa. Osa potilaista koki, että omaisten antama apu oli merkittävää omatoimisuuden tukemisessa. Osa potilaista pärjäsi itsenäisesti päivittäisissä toiminnoissa ja osa potilaista koki tarvitsevansa pientä apua. Purolan (2000) tutkimuksessa ilmeni, että aivoverenkiertohäiriöpotilaat olivat tyytyväisiä kyetessään liikkumaan ja selviytyessään päivittäisissä toiminnoissa. Omaisten tarjoama apu ja toimintojen palautuminen olivat myös tyytyväisyyden aiheita. (Purola 2000, 110.) Omatoimisuuden tukeminen on tärkeää. Tällöin hoita-



jan toiminta on vain tarvittavissa toimissa avustamista. (Ilvonen 2004, 36.) Potilaan kannustaminen omatoimisuuteen edesauttaa potilaan kuntoutumista (Mäntynen 2007, 67).

Kokonaisvaltaisen hoidon ja jatkohoidon suunnittelussa korostui moniammatillisen yhteistyön merkitys. Lääkäriin roolia pidettiin merkittävänä. Kuntoutumista edistävä toiminta edellyttää hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa ja moniammatillista osaamista (Ilvonen 2004, 37). Potilaat toivoivat, että hoidosta ja jatkohoitosuunnitelmista tiedotetaan ajoissa. Potilaat odottavat hoitohenkilökunnalta aktiivista otetta tiedon ja ohjeiden antamisessa erityisesti kotihoitoon liittyvissä asioissa. Tiedonpuute vaikeuttaa sekä potilaan että omaisten ratkaisuja ja päätöksentekoa. (Purola 2000, 115.) Potilaan sitoutuminen omaan hoitoonsa lisääntyy, kun potilas tietää, mitä hoidossa tulee tapahtumaan. Routasalon ja Laurin tutkimuksessa (2001, 210) ilmenee, että potilaan kuntoutumisen edellytyksenä on hänen sitoutuminen tavoitteen saavuttamiseksi ja sitä kautta sitoutuminen hoitoon. Mäntynen, Sivenius & Vehviläinen-Julkunen (2008, 26) ovat tutkineet aivohalvauspotilaiden moniammatillista kuntoutusta eri toimintaympäristöissä. Heidän tutkimuksen mukaan kuntoutujan ja hänen omaisensa henkilökohtainen osallistuminen yhteiseen tavoiteasetteluun ei toteutunut täysin missään toimintaympäristössä. Yhteisiä tavoitteita ei voida asettaa, jos potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan välinen vuorovaikutus on vähäistä (Purola 2000, 115).

Potilaat nimesivät henkisen tuen, tyytyväisyyden saamastaan hoidosta ja yleisen viihtyvyyden kuntoutumista edistäviksi tekijöiksi. Tukea potilaat olivat saaneet hoitajilta ja omaisilta. Liponkosken ja Routasalon (2000, 261) mukaan hoitohenkilökunnan antama tuki kohottaa potilaan mielialaa ja edistää potilaan paranemista ja jaksamista. Hoitajien antama tuki lisää potilaan voimia, rohkeutta ja tahtoa. Tämä myös lisäsi potilaan mukavuudentunnetta ja elämänhalua. Tyytyväisyys kuntoutumisen ja hoidon sisältöön vaikuttaa myönteisesti potilaan kuntoutumiseen (Kaunonen, Salonen & Tarkka 2005, 289). Omaisten antama tuki on merkityksellistä, koska omaiset tuntevat potilaan historian ja elämäntilanteen. Tällöin keskustelu tuttujen ihmisten kanssa on luontevaa. (Liponkoski & Routasalo 2000, 261.) Omaisten vierailut potilaan luona ja yhdessäolo, potilaan kannustaminen ja auttaminen omaisten toimesta tukevat potilasta kuntoutumisen tavoitteen saavuttamisessa (Haapaniemi & Routasalo 2007, 41).

Tyytyväisyyteen ja viihtyvyyteen liittyi potilaiden kokemukset saamastaan hoidosta, mukava henkilökunta ja muut potilaat. Hoitohenkilökunnan ominaisuuksilla näyttää olevan yhteys siihen, kuinka potilaat kokevat kuntoutuksen vaikuttaneen heidän psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyynsä. Hoitohenkilökunnalla ja heidän toiminnallaan on tärkeä merkitys potilaan hyvinvoinnin edistämiseksi ja itsenäisen selviytymisen tukemisessa. (Kaunonen ym. 2005, 290.) Potilaan kuntoutumista auttaa hoitajien ystävällinen suhtautuminen sekä reipas ja myönteinen asenne (Arve ym. 2006, 204). Voidaan osoittaa, että sairaanhoitajat asennoituvat myönteisesti iäkkäisiin kuntoutuspotilaisiin ja kuntoutumista edistävään hoitotyöhön (Routasalo 2002, 262).

Osa potilaista koki, että huumorin käyttäminen ja myönteinen asenne edistävät kuntoutumista. Positiivinen mieliala, tulevaisuuteen uskominen ja toivo edistää kuntoutumista ja lisää potilaan voimavaroja (Jumisko 1998, 46). Iloisuus kannustaa potilasta työskentelemään kuntoutumisensa eteen (Arve ym. 2006, 204).

## 7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Koska tämän opinnäytetyön tutkimuskohteena olivat potilaat, se edellytti tutkimusluvan hakemista eettiseltä toimikunnalta. Lupa saatiin helmikuussa 2009, jonka jälkeen haastattelut aloitettiin.

Kun tutkimuskohteena ovat ihmiset ja heidän kokemuksensa, tutkimusaineiston luotettavuuden perusta on tutkittavien yhteistyöhalu (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastateltavia potilaita kohdeltiin kunnioittavasti ja rehellisesti. Ennen haastattelua tutkimukseen osallistuvilta pyydettiin suostumus ja he allekirjoittivat suostumuslomakkeen (Liite 2), ja heillä oli oikeus jäädä pois tutkimuksesta milloin tahansa. Kirjallisen suostumuksen pyytäminen on osa haastateltavan kunnioittamista (Leino-Kilpi & Välimäki, 2009, 367). Kuukaan haastateltavista ei halunnut keskeyttää tutkimusta ja kaikki allekirjoittivat suostumuslomakkeen. Tutkittavilla oli oikeus tietää, mihin tutkimukseen he osallistuivat ja mikä oli tutkimuksen tarkoitus (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 29). Haastateltavien oikeuksista ja velvollisuuksista kerrotaan haastateltaville rehellisesti ja totuudenmukaisesti (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367).

Haastateltavan kertomat asiat olivat luottamuksellisia ja haastatteluaineisto säilytettiin sellaisessa paikassa, joka oli tutkimuksen ulkopuolelle jäävien ulottumattomissa. Haastattelu suoritettiin juuri ennen potilaan kotiutumista, jolloin hänen terveydentila oli vakaa ja haastatteluun osallistuminen ei rasittanut häntä. Haastateltavien anonymiteetti säilyi koko opinnäytetyöprosessin ajan, koska potilaiden henkilötietoja ei tarvittu missään vaiheessa. Tutkittavien anonymiteetti on tärkeää, koska tutkimukseen osallistuvien lukumäärä on pieni (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 29). Haastateltavien ikä ei tullut esiin opinnäytetyön raportissa, koska haastateltavien määrä oli pieni ja heidät olisi helppo tunnistaa. Kun opinnäytetyön raportti oli kirjoitettu valmiiksi, haastatteluaineisto hävitettiin.

## 7.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan tutkimusaineiston keräämisvaiheessa, aineiston analysoinnissa ja tutkimuksen raportointivaiheessa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 216.) Haastateltavat kertoivat omin sanoin kokemuksistaan annettujen teemojen pohjalta eikä haastattelija johdatellut haastateltavien vastauksia. Opinnäytetyön tekijöillä ei ollut oletuksia tutkimustulosten suhteen, jotka olisivat vaikuttaneet haastatteluaineiston analysoinnissa. Opinnäytetyön tulokset raportoitiin haastatteluaineiston pohjalta. Haastattelut suoritettiin haastateltavien ollessa osas-

tohoidossa, joten voimme olettaa, että aineisto on luotettava, koska merkittävää aikaviivettä ei ollut. Tutkimustulokset koskevat vain sitä osastoa, mille tämä opinnäytetyö on tehty, eikä tuloksia voida yleistää muille vastaavanlaisille osastoille.

Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä eli tutkimusmenetelmän kykyä tutkia juuri sitä, mitä on tarkoituskin tutkia (Hirsjärvi & Hurme 2004, 186–187). Tässä opinnäytetyössä validiteetti tarkoitti sitä, että teemahaastattelurunko laadittiin niin, että saatiin vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Koska haastatteluihin osallistuvien määrä oli pieni, opinnäytetyön tuloksia ei voida yleistää. Osaston hoitohenkilökunta sai viitteitä siitä, miten heidän potilaansa kokivat kuntoutumista edistävän hoitotyön ja miten hoitohenkilökunta voisi kehittää kuntoutumista edistävää hoitotyötä.

Potilaille annettiin kirjallisesti kattava tiedote haastatteluista ja opinnäytetyöstä (Liite 1). Näin varmistettiin, että haastateltavat olivat tietoisia tästä tutkimuksesta. Haastateltavien tietoisuus tutkimuksesta lisäsi tämän opinnäytetyön luotettavuutta. Tutkimukseen osallistuvat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen (Liite 2). Ennen haastatteluja selvitettiin tutkimukseen osallistuville, miten haastattelut etenevät.

Kaikki haastattelutilanteet pyrittiin pitämään samanlaisina, jotta opinnäytetyö olisi luotettava. Jokaista tutkimukseen osallistuvaa haastateltiin haastattelurungon pohjalta eikä kysytty haastattelurungon ulkopuolella olevia kysymyksiä.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun ja analyysiin sekä tulosten esittämiseen (Janhonen & Nikkonen 2003, 36). Vaikka tämän opinnäytetyön haastatteluaineiston määrä oli pieni, tutkimuskysymyksiin saatiin vastauksia monessa haastattelussa. Aineistoa analysoitaessa noudatettiin sisällönanalyysin menetelmää tarkasti. Aineisto luettiin useaan kertaan ja se pelkistettiin niin, että se kuvasi mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa aihetta. Aineiston luokittelivat opinnäytetyöntekijät erikseen ja luokittelut osoittautuivat samansuuntaisiksi. Tulokset kirjoitettiin aineiston analysoinnin pohjalta opinnäytetyön raporttiin.

#### 7.4 Opinnäytetyön johtopäätökset

Potilaiden kokemukset kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä olivat pääosin myönteisiä. Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa tietoon ja kokivat sen olevan monipuolista. Pieni osa potilaista koki kuitenkin tiedonsaannin olevan puutteellista ja siksi hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota tiedon antamiseen ja ohjaamiseen. Omatoimisuutta tuettiin monipuolisesti kannustamalla ja ohjaamalla potilasta päivittäisissä toiminnoissa.

Moniammatillisen yhteistyön merkitys korostui hoidon ja jatkohoidon suunnittelussa. Potilaat kokivat lääkärin roolin olevan merkittävä. Potilaat eivät huomanneet omaa rooliaan hoidon suunnittelussa. Hoitohenkilökunnan ja muiden potilaan hoidon suunnitteluun osallistuvien henkilöiden tulisi ottaa potilas paremmin mukaan hoidon suunnitteluun. Jatkohoitoa tulisi suunnitella monipuolisesti ja potilaille tulisi tiedottaa jatkohoitosuunnitelmista ajoissa.

Potilaat kokivat, että myönteinen kokemus hoidosta edisti heidän kuntoutumista. Potilaiden kokema henkinen tuki, viihtyvyys ja tyytyväisyys hoidon sujumisesta olivat kuntoutumista edistäviä tekijöitä. Potilaat eivät nimenneet mitään kuntoutumista estäviä tekijöitä.

## 7.5 Jatkotutkimusehdotukset

Omaisten rooli aivoinfarktipotilaan kuntoutumisessa on merkittävä. Siksi voitaisiin tutkia omaisten kokemuksia aivoinfarktipotilaan kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä tällä samalla osastolla. Samaa aihetta voisi tutkia myös hoitajien näkökulmasta. Samankaltaisia tutkimuksia on aiemmin tehty, mutta olisi mielenkiintoista nähdä, miten omaiset ja hoitajat kokevat aivoinfarktipotilaan kuntoutumista edistävän hoitotyön tällä samalla osastolla. Näin voitaisiin tarkastella, miten eri rooleissa olevien ihmisten kokemukset kohtaavat.

## LÄHTEET

- Aivohalvaus- ja dysfasialiitto. 2008.  
<http://www.stroke.fi/index.phtml?s=31>.  
Viitattu 14.10.2009
- Aivoinfarktin Käypähoitosuositus. 2006.  
<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50051>. Viitattu  
14.10.2009.
- Arve, S, Haapaniemi, H & Routasalo, P. 2006. Sairaanhoidajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä. *Hoitotiede* 18(4), 197–207.
- Cowdell, F & Garrett, D. 2005. Information needs of patients and carers following stroke. *Nursing older people* 17 (6), 14–16.
- Haapala, A. 2008. Aivohalvauspotilaan ohjaus – systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva hoitotyö* 6(4), 2008, 30–31.
- Haapaniemi, H & Routasalo, P. 2009. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämässä sairaanhoidajien näkökulmasta. *Hoitotiede* 21 (1), 34–44.
- Hirsjärvi, S, Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu. Helsinki. Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S, Remes, P & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja Kirjoita. Vantaa. Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Holmia, S, Murtonen, I, Myllymäki, H & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo. WSOY.
- Ilvonen, K. 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö vanhusten lyhytaikais-hoidon yksikön hoitohenkilökunnan kuvaamana. *Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto*.
- Janhonen, S, Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.
- Jehkonen, M, Kettunen, J, Laihosalo, M & Saunamäki, T. 2007. Oikean aivopuoliskon verenkiertohäiriön jälkeen esiintyvä neglect-oire. Viitattu 25.10.2009. <http://www.terveysportti.fi>, lääkärin tietokannat.
- Jones, F, Mandy, A & Partridge, C. 2008. Reasons for recovery after stroke: A perspective based on personal experience. *Disability and Rehabilitation*. 30 (7) 507–516

Jumisko, E. 1998. Aivohalvauspotilaiden kokemuksia sairastumisestaan ja saamastaan hoidosta. Pro gradu-tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto.

Kahri, J. 2006. Sydän – ja verisuonisairaudet. Toim. Kauppinen. Sisätautien ytimessä. 2006. Helsinki. Edita.

Kaila, A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä – metasynteesi. *Hoitotiede* 21(1). 3–12.

Kaunonen, M, Salonen, P & Tarkka, M. 2005. Veteraanien tyytyväisyys kuntoutukseen ja kuntoutuksen vaikutukset heidän toimintakykyynsä. *Hoitotiede* 17(5). 382–392.

Lauri, S & Routasalo, P. 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. *Gerontologia* 3, 207–216.

Leino-Kilpi, H, Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki. WSOY.

Liponkoski, R & Routasalo, P. 2001. Iäkkään kuntoutuspotilaan saama emotionaalinen tuki sairaalahoitajakson aikana. *Hoitotiede* 13(5). 258–264.

Mustajoki, P. 2009. Ohimenevä aivoverenkiertohäiriö (TIA). Lääkärikirja Duodecim. [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi). Viitattu 21.11.2009.

Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Mäntynen, R, Sivenius, J & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Kuntoutumista edistävä hoitotyö näkyväksi – terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä kuntoutuksessa. *Hoitotiede* 21(1). 23–33.

Paunonen, M, Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.

Purola, H. 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Routasalo, P. 2002. Sairaanhoidajan asennoituminen iäkkääseen kuntoutuspotilaaseen ja kuntoutumista edistävään hoitotyöhön. *Hoitotiede* 14(5). 254–262.

Salmenperä, R, Tuli, S. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Toim. Virta. Helsinki. Tammi.

Sarajärvi, A & Tuomi, J. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Uusitalo, M. 2005. Aivohalvauspotilaan kotiutus. Toim. Mustajoki. Sairaanhoidajan käsikirja. 2005. Hämeenlinna. Karisto Oy.

## TUTKIMUSTIEDOTE

### Tiedote tutkimuksesta

Hei,  
olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Hämeen ammattikorkeakoulusta Forssan yksiköstä. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää **aivoinfarktipotilaiden kokemuksia kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä** osastolle, jossa olette hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää aivoinfarktipotilaiden kuntoutumista edistävää hoitotyötä kyseisellä osastolla.

Opinnäytetyötä varten tulemme haastattelemaan osastolle aivoinfarktiin sairastuneita potilaita. Haastattelu kestää noin tunnin ja se nauhoitetaan. Haastattelut suoritetaan yksilöhaastatteluna. Laatimamme teemahaastattelurunko on haastattelun tukena. Haastattelunauhakäytännöt hävitetään, kun olemme käsitelleet ne. Kirjoitamme raportin tuloksista opinnäytetyöhömmemme ja valmis opinnäytetyö on saatavilla sekä Hämeen ammattikorkeakoulun kirjastossa että osastolla.

Tutkimukseen osallistumisenne on vapaaehtoista. Halutessanne voitte keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa. Kertomanne asiat ovat luottamuksellisia ja me olemme vaitiolovelvollisia. Tutkittavien henkilöllisyys ei tule ilmi missään vaiheessa.

Henna Rinnekangas  
Hämeen ammattikorkeakoulu  
henna.rinnekangas@student.hamk.fi

Janika Uusitalo  
Hämeen ammattikorkeakoulu  
janika.uusitalo@student.hamk.fi

Ohjaava opettaja  
Kirsi Puhtimäki  
kirsi.puhtimaki@hamk.fi



SUOSTUMUSLOMAKE

Suostumuslomake

Suostun haastatteluun, jossa selvitetään aivoinfarktipotilaiden kokemuksia kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Olen tietoinen opinnäytetyöstä, sen tarkoituksesta ja tavoitteista. Minulla on milloin tahansa mahdollisuus keskeyttää tutkimus syytä ilmoittamatta, eikä keskeyttäminen vaikuta hoitoon.

---

Tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus

Päiväys

Jos Teille tulee jotain kysyttävää koskien opinnäytetyötä ja sen toteutusta, vastaamme mielellämme.

Henna Rinnekangas  
Hämeen ammattikorkeakoulu  
henna.rinnekangas@student.hamk.fi

Janika Uusitalo  
Hämeen ammattikorkeakoulu  
janika.uusitalo@student.hamk.fi

Ohjaava opettaja  
Kirsi Puhtimäki  
kirsi.puhtimaki@hamk.fi

## HAASTATTELURUNKO

### Taustatiedot

Haastateltavan ikä

Kuinka kauan olette olleet sairaalassa aivoinfarktin vuoksi?

Onko aikaisempia sairauksia tai lääkitystä? Jos on, niin mitä?

1. Kuvailisitteko, millaista tietoa olette saaneet sairaudesta ja sen hoidosta ja keneltä sitä saitte?  
Mistä asioista saitte tietoa?  
Mistä asioista olisitte halunneet saada lisää tietoa?
2. Miten omatoimisuuttanne on tuettu hoitajakson aikana?  
Kuvaile omin sanoin.  
Millaisena koitte hoitajan roolin omatoimisuuden tukemiseen?  
Missä asioissa tarvitsette omatoimisuutenne tukemista?
3. Kertoisitteko, miten olette osallistunut hoitoonne ja sen suunnitteluun?  
Keskä ovat osallistuneet hoitonne suunnitteluun?  
Mitä myönteisiä tai kielteisiä vaikutuksia on ollut osallistuessanne oman hoitonne suunnitteluun?  
Miten on mahdollistettu osallistumisenne oman hoitonne suunnitteluun?
4. Miten olette osallistuneet jatkohoitonne suunnitteluun?  
Keskä muut ovat osallistuneet jatkohoitonne suunnitteluun?  
Mitä asioita olette käsitelleet liittyen jatkohoitonne suunnitteluun?  
Mitä asioita olisitte halunneet käsiteltävän jatkohoitonne suunnittelussa?
5. Mitkä muut asiat ovat edistäneet ja/tai estäneet kuntoutumistanne?  
Miten hoitotyö on edistänyt kuntoutumistanne?