

OPINNÄYTETYÖ

Arja Nikkarinen

Katri Ylitalo

2013

**AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN
KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN OPAS
HOITOHENKILÖKUNNALLE**



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences
LUC

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences
LUC

ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU

TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

**AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN
KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN OPAS
HOITOHENKILÖKUNNALLE**

Arja Nikkarinen
Katri Ylitalo
2013

Toimeksiantaja Rovaniemen kaupunki,
Terveyspalvelukeskus/Terveyskeskussairaala os K3
Ohjaaja Susanna Kantola

Hyväksytty _____ 2011 _____



Tekijä	Arja Nikkarinen Katri Ylitalo	Vuosi	2013
Toimeksiantaja	Rovaniemen kaupunki, Terveyskeskussairaala os. K3		
Työn nimi	Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavan hoitotyön opas hoitohenkilökunnalle		
Sivu- ja liitemäärä	48 + 1		

Toiminnallinen opinnäytetyö käsittelee aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavaa hoitotyötä, jota toteuttavat sairaanhoitajat ja lähihoitajat. Hoitajien toteuttamaa kuntouttavaa hoitotyötä kutsutaan ns. yleiskuntoutukseksi. Työn toimeksiantaja on Rovaniemen kaupungin terveystieteiden keskus sairaala os. K3, joka on kuntoutusosasto. Opinnäytetyön tavoitteena on tukea aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoitoon osallistuvien hoitajien ammattitaitoa sekä asiantuntijuutta. Opas on tarkoitettu uusille työntekijöille sekä kaikille hoitotyötä aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kanssa tekeville hoitajille. Oppaan tavoitteena on yhtenäistää hoitotyön toimintoja sekä parantaa kuntouttavan hoitotyön laatua. Opinnäytetyön tekijöiden tavoitteena on lisätä ja syventää omaa ammatillista tietoutta ja asiantuntijuutta aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntouttavasta hoitotyöstä.

Opinnäytetyön aloitimme kokoamalla teoreettisen viitekehyksen, jonka jälkeen valitsimme oppaaseen niitä hoitotyön auttamismenetelmiä, joita hoitajat toteuttavat päivittäin aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntouttavassa hoitotyössä. Oppaan sisällön suunnittelussa hyödynsimme omaa työkokemusta aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavasta hoitotyöstä ja kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan toiveita oppaan sisällön suhteen. Opinnäytetyössä käsittelemme aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitotyötä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen elämisen toimintojen kautta, koska sairastuminen vaikuttaa potilaan toimintakykyyn, kokonaispersoonaan ja elämänhallintaan. Oppaassa painotamme kuntouttavan työotteen kautta fyysisen toimintakyvyn tukemista ohjaamalla, opettamalla, tukemalla ja auttamalla.

Opinnäytetyömme on kaksiosainen sisältäen raportin ja oppaan. Oppaan kuvat on otettu os. K3:lla yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa, johon kuului fysioterapeutteja, toimintaterapeutti, puheterapeutti ja hoitajia. Moniammatillisen tiimin kanssa toteutetulla yhteistyöllä varmistimme oikeanlaiset ergonomiset työasennot ja kuvien mukana olevat ohjeistukset os. K3:n olosuhteissa.

Toivomme oppaan yhtenäistävän hoitotyön toimintoja kuntouttavassa hoitotyössä, jotta aivoverenkiertohäiriöpotilaat saavat tarkoituksenmukaista ja laadukasta hoitoa ja kuntoutusta.

Avainsanat Aivoverenkiertohäiriö, hoitotyön toiminnot, kuntouttava hoitotyö
Muita tietoja Työhön sisältyy kuntouttavan hoitotyön opas uudelle työntekijälle

Author	Arja Nikkarinen Katri Ylitalo	Year	2013
Commissioned by	Rovaniemi Town, Health Centre Hospital, Ward K3		
Subject of thesis	Rehabilitative Nursing Work with Patients with Cerebrovascular Disorders – A Guidebook for Nurses		
Number of pages	48+1		

This functional study deals with cerebrovascular patient's rehabilitation care, carried out by the nurses and assistant nurses. The rehabilitation care executed by nurses is called 'general rehabilitation'. The client is the city of Rovaniemi Health Centre Hospital ward K3, which is a rehabilitation ward. The aim of this study is to foster the skills and expertise of nurses participating in the treatment of cerebrovascular patients. The guide is intended for new employees, as well as for all nurses working in the area of treatment of cerebrovascular patients. The guide aims to unify the nursing interventions, as well as to improve the quality of rehabilitative health care. The writers of this study look to increase and deepen their professional knowledge and expertise of the ischemic patients' rehabilitative care.

The thesis work began by assembling a theoretical framework and then by choosing the methods that the nurses execute on a daily basis while nursing ischemic attack patients. While planning the contents of this guide we used our own experience on ischemic patient rehabilitative care and we also considered the wishes of the staff of ward K3.

In this thesis we approach the treatment of patient from physical, psychological and social directions, because getting ill affects the patient's functional capacity, personality as a whole and their sense of control of life.

In this guide we emphasize the support of physical functions through rehabilitative work methods by guidance, teaching, supporting and helping.

Our study has two parts: a report and a guide. The photos of this manual have been taken at ward 3 in collaboration with a multidisciplinary team which included physical therapists, occupational therapists, speech therapists and nurses. By collaborating with a multi-professional team in the ward. K3 we ensured the right kind of ergonomic postures and images considering the actual working conditions of the department.

We hope this guide help in standardizing the nursing functions of rehabilitative nursing in order for the ischemic attack patients to receive appropriate and high-quality treatment and rehabilitation.

Keyword: Ischemic attack, functions of nursing, rehabilitating nursing

Other information: The thesis includes a guide of rehabilitative nursing for new employee.

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	3
3 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖ	4
3.1 AIVOJEN NORMAALI RAKENNE	4
3.2 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖÖN SAIRASTUMINEN	6
4 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖPOTILAAN KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN AUTTAMISMENETELMÄT	11
4.1 FYYSISET TOIMINNOT	11
4.2 PSYKKISET TOIMINNOT	22
4.3 SOSIAALISET TOIMINNOT	24
4.4 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖPOTILAAN KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN MERKITYS	25
5 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROSESSI	37
5.1 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	37
5.2 OPPAAN LAATIMINEN	40
6 POHDINTA	42
LÄHTEET	46
LIITTEET	50

1 JOHDANTO

”Olin halvaantunut ja syynä oli aivoverenvuoto. Sitten alkoi kuntouttaminen. Se oli erikoisen hyvä juttu. Tiesivät oikeat hoitomuodot alusta loppuun ja palvelu oli ensiluokkaista.” (Lyytinen 2012, 49.)

Suomalaisista saa ensimmäisen aivoinfarktin vuosittain noin 14 600, aivoverenvuodon 2 600 (ICH) ja lukinkalvonalaisen verenvuodon (SAV) 1 300 henkilöä, joista aivoinfarkti uusiutuu vuoden sisällä noin 2 500 henkilöllä. Vuosittain noin 25 000 henkilöä sairastaa aivoverenkiertohäiriön eli joka päivä 68 henkilöä. Vuonna 2009 sairastuneita arvioidaan olleen 82 000 henkilöä ja väestön ikääntyessä ennustetaan sairastavuuden lisääntyvän merkittävästi, jos ennaltaehkäisyä ei pystytä tehostamaan. Aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi kallein kansantautimme, jotka aiheuttavat noin 7 % terveydenhuollon kokonaismenoista. Aivoverenkiertohäiriöpotilaista joka toiselle jää pysyvä haitta, puolelle heistä vaikea-asteinen ja joka seitsemäs tarvitsee laitoshoidon. Hyvällä ja nopealla akuuttihoitolla ja kuntoutuksella saadaan hyviä ja pitkäkestoisia tuloksia. (Aivoliitto 2012a.)

Opinnäytetyössämme käsittelemme aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavaa hoitotyötä ja hoitotyön tueksi valitsimme Roper, Logan, Tierneyn elämisen toimintojen mallin. Kokemuksemme on, että tämä hoitotyön malli on hyvä pohja kaikessa hoitotyössä, koska se huomioi kaiken sen, mitä elämiseen kuuluu. Hoitotyötä voidaan suunnitella, toteuttaa ja arvioida yksilöllisesti kokonaistilanne huomioiden hoitotyön mallin mukaan. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttava hoitotyö on toimintakyvyn arvioimista, opastamista, ohjaamista, sekä auttamista ja tukemista, jossa kuntoutujaa tuetaan kuntoutumisprosessissa hoitotyön keinoin. (Talvela 2006, 68.) Osastotyössä potilaiden kuntoutumisprosessissa saadaan moniammatillisessa tiimissä hyviä tuloksia, jossa sairaanhoitajan työ moniammatillisessa tiimissä on haastavaa keskeisen roolin vuoksi (Mäntynen 2007 ;Takala – Peurala – Erilä – Huusko – Viljanen – Ylinen – Sivenius

2010). Opinnäytetyömme keskittyy kuntouttavaan hoitotyöhön, jota tekevät sairaanhoitajat sekä lähihoitajat. Päämääränä meillä on saada ajankohtaista tietoa hoitotyöhön aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttamisesta hoitohenkilökunnalle oppaan muodossa. Toimeksiantaja opinnäytetyöllemme on Rovaniemen kaupungin terveyskeskussairaalan kuntoutusosasto K3, missä potilaista suurin osa on aivoverenkiertohäiriöpotilaita, ja joiden kuntoutuminen ja toipuminen riippuvat aivoverenkiertohäiriön tyypistä ja vaikeusasteesta. Kuntoutumiseen vaikuttavat myös sairastuneen ikä, aikaisempi toimintakyky, perussairaudet, sosiaalinen verkosto ja sairastuneen motivaatio. (Aivoliitto 2012a.)

Kuntouttava hoitotyö on tärkeää kaikessa hoitotyössä, ei vain yksistään kuntoutusosastolla. Väestön ikääntyessä toimintakyvyn merkitys korostuu, koska toimintakyvyn säilyminen ja palautuminen mahdollistaa kotona asumisen, mikä on mielekkäämpää henkilölle itselleen, että halvempaa yhteiskunnalle. Olemme molemmat kiinnostuneita kuntouttavasta hoitotyöstä ja työskennelleet aikaisemminkin kuntouttavalla työotteella omilla työpaikoillamme kuntoutusosastolla sekä vanhusten palveluasumisessa. Opinnäytetyön idea lähti toimeksiantajaltamme, mikä oli heti ensihetkestä lähtien kiinnostava aihe. Opinnäytetyö syventää jo aikaisempia tietoja ja taitoja aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutuksesta ja tuo varmasti uusia näkökantoja hoitotyöhön. Tulevina sairaanhoitajina haluamme olla ammattitaitoisia kuntouttavan hoitotyön asiantuntijoita moniammatillisissa työyhteisöissä.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä kuntouttavan hoitotyön opas aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoitotyöhön. Opas on tarkoitettu uusille työntekijöille sekä kaikille hoitotyötä aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kanssa tekeville hoitajille.

Oppaan tavoitteena on saada tiivis ja selkeä tietopaketti aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavasta hoitotyöstä, joka auttaisi hoitajia käytännön hoitotyössä. Oppaan tavoitteena on myös yhtenäistää hoitotyön toimintoja. Opinnäytetyön tavoitteena on tukea aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoitoon osallistuvien hoitajien ammattitaitoa sekä asiantuntijuutta, jotta aivoverenkiertohäiriöpotilaat saavat laadukasta ja tarkoituksenmukaista hoitoa ja kuntoutusta. Kuntouttavan hoitotyön opas mahdollistaa yhtenäiset käytänteet kuntouttavassa hoidossa sekä parantaa kuntouttavan hoitotyön laatua terveyskeskussairaalan kuntoutusosastolla K3:lla.

Henkilökohtaisena tavoitteenamme on lisätä ja syventää omaa ammatillista tietoutta aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntouttavasta hoitotyöstä. Tavoitteenamme on myös oppia opinnäytetyön muodossa keräämään tietoa erilaisista lähteistä teoreettiseen viitekehykseen sekä hallitsemaan asiakokonaisuuksia.

3 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ

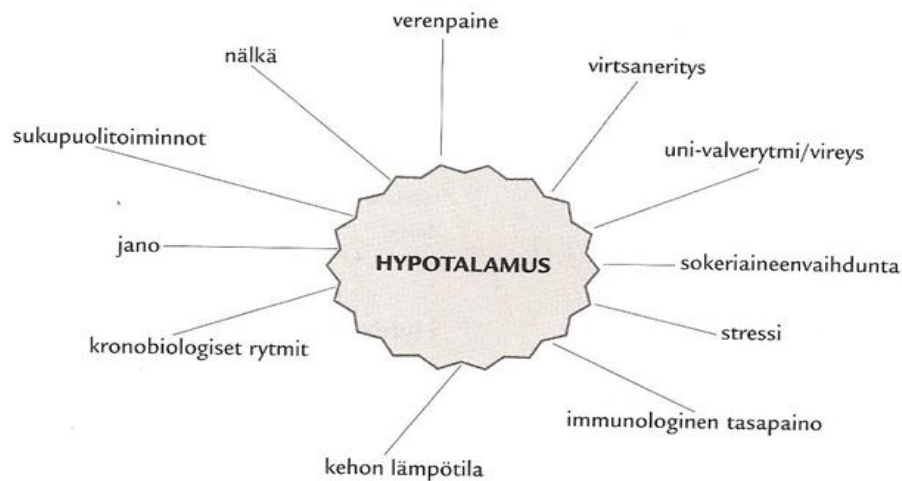
3.1 Aivojen normaali rakenne

Keskimäärin ihmisaivot painavat 1 375 g, joista miesten aivot painavat hieman enemmän kuin naisten. Aivoissa on aivohermosoluja eli neuronia ja määrättömästi tuki- eli gliasoluja, joiden hermokudoksista erottuvat selvästi ns. harmaa ja valkea alue. Harmaata ainetta on aivokuoressa ja siinä sijaitsevat varsinaiset hermosolut, joka on isojen aivojen pinnalla kallon sisäpuolella. Valkea alue taas koostuu hermosyistä, joka täyttää suurimman osan aivoista. Hermosyyt kuljettavat tietoa aisteista harmaan aineen hermosoluille ja erityisesti eri aivoalueiden välillä. Synapsit eli neuronit toimivat verkkona, jossa on pieniä rakoja. (Forsbom – Kärki – Leppänen – Sairanen 2001,19.)

Aivot ovat työtä tekeväälle työkyvyn ja jaksamisen kannalta tärkein työkalu. Olemme älykkäitä, viisaita, loogisia ja luovia kognitiivisen toiminnan ansiosta. Ihmisen hyvinvoinnin kannalta terveet aivot ovat tärkeitä, mutta aivojen terveys ei ole yksiselitteistä. Jo kehityksen aikana aivot muotoutuvat yksilöllisesti ja ihmisellä on syntymästään asti hänelle ominaiset yksilölliset aivot. Ihmisen aivot ovat monimuotoiset ja niiden toimintaan vaikuttavat erilaiset sairaudet ikääntyessään. Sellaiset ominaisuudet kuten plastisuus eli muovautuvuus, motivaatio, tieto, taito, joustavuus, viisaus, älykyys, oppiminen, muistaminen ja luovuus ovat aivan välttämättömiä. (Juntunen 2008, 200.)

Eräiden arvioiden mukaan käytämme aivoistamme vain pientä osaa, ehkä alle kymmentä prosenttia kerrallaan. Sen vuoksi aivojen käyttämättömän kapasiteettinsa ansiosta, aivot pystyvät muun muassa toipumaan erilaisista sairauksista verraten hyvin ja reagoimaan herkästi ulkoisiin, että sisäisiin olosuhteiden muutoksiin. Ikääntymisen myötä ihmisen aivoissa tapahtuu monia biologisia vanhenemisilmiöitä kuten muissakin elimissä. Aivoista tuhoutuu jatkuvasti aivosoluja ehkä noin 200 kappaletta tunnissa. Tuhoutuneet solut eivät uusiudu enää, ja tällä vauhdilla aivot surkastuvat kymmenen prosenttia sadassa vuodessa. (Juntunen 2008, 200–201.)

Kolmannen aivokammion molemmin puolin sijaitsee aivojen keskellä hypotalamus, jota pidetään kehityso pillisest i aivojen vanhimpana osana. Sen tehtäväkenttä on laaja (kuvio 1) ja niinpä monet psykoke mialliset tapahtumat liittyvät hypotalamuksen toimintaan. Se kuuluu ns. limbiseen järjestelmään eli sisätila-aivoihin, jotka ovat monista hermosolujärjestelmistä ja niiden välisistä yhteyksistä muodostunut kokonaisuus. Hormonien eritystä aivolisäkkeen kautta ohjaavat hypotalamuksen neuronit, jonka merkitys tätä kautta itse säätävän hermoston ja sisäerityksen säätelyjärjestelmän toiminnalle on keskeistä. (Forsbom ym. 2001, 20.)



Kuvio 1. Hypotalamuksen vaikutukset (Forsbom ym. 2001, 20.)

Ikääntyvän ihmisen toiminnoissa tapahtuu vanhenemismuutoksia siten, että uuden oppiminen hidastuu jossain määrin, mutta ikääntymiseen liittyvät muutokset ovat kuitenkin yksilöllisiä ja niihin voimme itse kukin vaikuttaa. Ikääntyneen aivot ovat monessa suhteessa paremmat kuin nuorella, koska ikääntyneen aivojen tietokehikkoihin on kertynyt elämän aikana runsaasti pysyviä muistijälkiä ja joiden hyödyntäminen on mahdollista. Ikääntyneen aivot pystyvät paremmin hahmottamaan monimutkaisia asiakokonaisuuksia kuin nuoret aivot ja tämä kyky on valttia monessa tehtävässä. (Juntunen 2008, 200–201.)

Aivojen sairauden ja monimuotoisuuden ymmärtäminen on haaste ihmiskunnalle. Tutkimusten mukaan aivojen hyvä hoito mahdollistaa aivojen kaikkien toimintojen optimoinnille ja ehkäisee ikääntymiseen liittyvää aivosolujen rappeutumisen aiheuttamia haittoja. Aivojen hyvä hoito on tärkeää erityisesti aivosairauksien kohdalla, kuten aivoverenkierron häiriöiden, aivovammojen ja alkoholin aiheuttamien aivosairauksien yhteydessä. Käytä aivojasi, suojaa aivojasi, säästä aivojasi ja hoida aivojasi ovat hyviä hoito-ohjeita, joita voidaan suositella sekä terveille, että aivosairauksia sairastaville. (Juntunen 2008, 206.)

3.2 Aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen

Aivoverenkiertohäiriö (AVH) on yhteisnimitys ohimeneviä tai pitkäaikaisia neurologisia oireita aiheuttaville aivoverisuonten tai aivoverenkierron tai molempien sairauksille. Sairastuminen aivoverenkiertohäiriöön tapahtuu useimmiten äkillisesti, jossa oireet kehittyvät minuuttien tai muutamien tuntien kuluessa maksimiinsa. Oireista on pääteltävissä kehittyvän tai kehittyneen vaurion sijainti sekä suonitusalue. Yleisimmät oireet tulevassa aivoverenkiertohäiriössä voivat olla toispuoleinen raajahalvaus (motorinen hemipareesi), kasvohermon alahaaran heikkous (alafasialispareesi), puhehäiriö (dysfasia, dysartia), yhden silmän näön ohimenevä hämärtyminen (amaurosis fugax), näkökenttäpuutos (homonyymi hemianopia), huimaus, pahoinvointi, oksentelu, molempien silmien näön hämärtyminen, nielemisvaikeudet (dysfagia), ja kaksoiskuvat (diplopia). Oireena voi olla myös vaikeus käsitellä, tuottaa ja ymmärtää puhuttua ja kirjoitettua kieltä. (Käypähoito 2011.)

Aivokudoksen paikallinen verettömyys sekä aivovaltimon verenvuoto luetaan aivoverenkiertohäiriöihin, jossa verettömyyden syynä on hyytymän tukkima aivovaltimo. Erilaisia verettömyyteen johtavia aivoverenkierron häiriöitä ovat TIA (ohimenevä kohtaus, jossa oireet kestävät alle 24 h), aivoinfarkti (aiheuttaa paikallista kudostuhoa) ja valtimoiden trombosoituminen, joka aiheuttaa tukoksen tai ahtauman. Kaulavaltimon dissektoituma on usein seuraus kaularangan nopeasta kierrosta, joka voi aiheuttaa kallonpohjavaltimon seinämän repeämän, jonka kohdasta veri pääsee suonen seinämän väliin aiheuttaen hyytymää ja josta seurauksena on

ahtauma tai tukos. Aivoverenkierronhäiriöitä on myös sinustrompoosi, jossa laskimohyytymä on laskimoviemäreissä ja mikroangiopatia, joka on pienten suonten tauti ja syntyy usein aivojen syviä osia suonittavien pienten valtimoiden paksuuntumisen aiheuttamasta ahtaumasta. Aivoverenvuodot taas aiheutuvat joko aivokudoksen ulkopuolella olevien suonien haarautumakohdan pullistuman repeämästä (SAV) tai aivokudoksen sisällä olevien suonten repeämästä (ICH). (Forsbom ym. 2001, 27–28.)

Keskushermostovaurioissa hermokudos vaurioituu nopeasti, oli se spontaanisti sisäisesti syntynyttä tai ulkoisen väkivallan aiheuttamaa. Jokaiseen hermosolutuhoon liittyy muutoksia muuallakin aivoissa, myös vastakkaisella aivoalueella. Uusiutumiskyky vaurioituneelle hermokudokselle on rajallinen. Useimmat kehon solut tuhoutuvat ja korvautuvat uusilla, mutta poikkeuksena ovat aivojen neuronit, jotka eivät korjaudu, vaan muuttuvat oppimisen kautta. Oikeakätisillä yleensä dominoiva aivopuolisko on vasen, mutta jos aivoverenkiertohäiriössä tullut vaurio on vasemmassa aivolohkossa se voi aiheuttaa kielellisiä häiriöitä, tahdonalaisen toiminnan vaikeutumista ja esineiden tunnistamisen vaikeutta. Oikeassa aivolohkossa oleva vaurio voi aiheuttaa havainnoinnin häiriöitä, varsinkin halvaantuneen puolen huomioonvaikeutta, oiretiedotuksen puutetta sekä mielialojen vaihtelua. Aivovamma ei merkitse yksistään käyttäytymisneurologisia ongelmia ja mahdollisesti liikuntakykyyn liittyviä ongelmia, vaan aivoihin kohdistuvat voimat kohdistuvat myös niihin aivojen rakenteisiin, jotka ohjaavat elimistön biologisia säätelymekanismeja. Niitä ovat esimerkiksi uni, vireys, lämmönsäätely, hormonitoiminta ja ruokahalu. (Forsbom ym. 2001, 19,28.)

Aivoverenkiertohäiriö vaikuttaa lihasten toimintaan, jolloin puhutaan hypotoniasta. Lihasten toiminta voi olla heikkoa tai ne ovat toimimattomia ja pahimmillaan lihakset voivat olla täysin veltot halvaantuneelta puolelta. Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kohdalla lihastoiminnasta puhutaan lihasaktiiviteettina. Todellisuudessa kyse on voimattomista lihaksista, mutta pyydetessä potilasta puristamaan kättä voimakkaasti, voi puristusvoima ollakin patologista tonuksen kohoamista eli spastisuutta. (Forsbom ym. 2001, 31.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan koordinaatiohäiriöissä eli ataksiassa, potilaalla on vaikea hallita pään, vartalon, raajojen ja jopa suun ja nielun liikkeitä. Lihasten toiminta voi näyttää makuuasennossa kohtuulliselta, mutta siirtymiset asennosta toiseen tai tasapaino voi olla vaikeasti häiriintynyt. Sensoriset häiriöt eli tuntopuutokset voivat olla pinnallisia (taktiilinen) tai syvätuntopuutoksia (kinestesia). Pintapuutostunto voi olla häiriintynyt aivoverenkiertohäiriöpotilaalla, jolloin hän ei välttämättä tunne kosketusta tai se voi olla epätarkka. Syvätuntopuutos vaikuttaa asento- ja liiketuntoon, jolloin aivoverenkiertohäiriöpotilas ei tunne vartaloa eikä raajoja, kun taas liiketuntohäiriössä hän ei tiedä miten raajat tai vartalo liikkuvat. (Forsbom ym. 2001, 32.)

Havainnoinnin vaikeuden häiriö on tyypillistä aivoverenkiertohäiriöpotilaalle, jolloin oman kehon halvaantuneen puolen hahmottaminen (inattention) on vaikeaa tai se puuttuu (neglet). Havainnoinnin häiriöihin voi lukea myös tahdonalaisen liikkeen tai toiminnan suorittamisen vaikeuden, jolloin puhutaan apraksiasta. Potilas ei tuolloin välttämättä ymmärrä pyydettyä tai käskystä tehdä, vaan suoritus voi onnistua automaattisesti. Samoihin häiriöihin kuuluu myös juuttuminen johonkin liikkeeseen tai toimintaan osaamatta jatkaa toimintaa eli perseveraatio. (Forsbom ym. 2001, 32 – 33.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilaalla voi akuuttivaiheessa esiintyä myös agnosiaa eli vaikeus tunnistaa tuttuja esineitä. Laajemmissa aivoverenkiertohäiriöissä potilaalla voi olla mahdotonta tunnistaa edes omaa sairauttaan (anosognosia). Näkökyvyn häiriöt ja kielelliset häiriöt ovat myös tyypillisiä aivoverenkiertohäiriöpotilaalle. Näkökyvyn häiriintymisessä molempien silmien halvaantuneella puolen on näkökenttäpuutos (homonyymi hemianopsia) ja kielellisissä häiriöissä puheen ymmärtämisen ja – tuottamisen vaikeutta (afasia) sekä myös lukeminen (aleksia), kirjoittaminen (agrafia) ja laskeminen (akalkulia) vaikeutuvat. (Forsbom ym. 2001, 32 – 33.)

Aivoverenkiertohäiriöihin kuuluva dysfagia eli nielemishäiriö, johtuu yleensä suun ja nielun alueen toimintapuutoksista tai toimimattomuudesta. Aivoverenkiertohäiriöpotilas ei voi käsitellä ruokaa suussa ja juoman ja ruoan

nielemisen vaikeutuvat. Oireina ovat yskittäminen juodessa ja syödessä tai ruoka tai juoma menee ”väärään kurkkuun”. (Käypähoito 2011.)

Dysartialla eli puhehäiriöllä tarkoitetaan motorista puhehäiriötä, joka johtuu tarvittavien liikkeiden poikkeavasta toiminnasta puheen tuotossa, esim. halvauksesta. Erilaisia artikulaation, äänen tuoton, puhenopeuden ja hengityskontrollin ongelmia liittyy dysartiaan. Artikulaatio voi olla kankeaa, epätarkkaa ja puhe kuulostaa puuromaiselta. Ääni voi olla heikko tai karhea ja puhenopeus on hidastunut. Dysartisessa vaikeudessa ei puhtaasti ole kielellisiä ongelmia, vaan puheen ymmärtäminen, sanojen löytyminen ja lauseiden muodostaminen ovat normaalia. Dysartiaan liittyy yleensä nielemisvaikeus, dysfagia. (Aivoliitto 2012c.)

Akuuttivaiheessa esiintyy yleensä lihasten velttoutta, mutta useimmille kehittyy ajan myötä jäykkyyttä ja kipua, joka yleisimmin esiintyy olkapään ja käden kipeytymisenä. Nämä ongelmat tarvitsevat erityishuomiota, koska oikein suunnatulla fyysisellä ohjauksella estetään tai ainakin niiden ilmaantumista voidaan heti lieventää. Aivohäiriöpotilaalla heikko lihasjänteys voi tehdä olkanivelestä holtittoman tai sitten liiallinen lihasjänteys lukitsee sen yleensä virheelliseen asentoon. Myös turvonneeseen käteen tulee reagoida heti. (Forsbom ym. 2001, 34–37.)

Masennus on vakava ongelma, josta kärsii jossain muodossa puolet aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista potilaista. Muistihäiriöt, masennus, itkuisuus, tunnetilojen ailahtelut ja ärtyisyys ovat yleisiä oireita aivoverenkiertohäiriöpotilailla sekä myöhemmin myös epileptiset kohtaukset. Aivoinfarktin käypähoito - suosituksessa on todettu, että aivoverenkiertohäiriön jälkeinen masennus on alidiagnosoitua ja alihoidettua. Akuutin vaiheen masennus voi liittyä elimelliseen muutokseen aivoissa, josta voi parantua kuukauden aikana, mutta on ilmeistä, että vakavan masentuneisuuden ilmaantuvuus tapahtuu ensimmäisen vuoden aikana sairastumisesta. Masennus vaikuttaa huomattavasti toiminnalliseen ennusteeseen ja lisääntyneeseen riskiin joutua pitkäaikaiseen laitoshoitoon. (Käypähoito 2011.)

Elämänlaatu aivoverenkiertohäiriön jälkeen heikentää sairastuneen selviytymistä selvästi ja pitkäaikaisesti. Työkyvyn lisäksi itsenäisyys menetetään ja lisäksi vapaa-ajan ja sukupuolielämän tyydyttävyyks vähenee. Passiivisuus heikentää aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen aviopuolisoiden keskinäisiä suhteita, perheenjäsenten terveyttä ja sosiaalisia toimia. Usein vaikeudet liittyvät tunteiden ilmaisuun, kommunikointiin ja roolimutoksiin. Sairastuneen riippuvuus omaisten avusta lisääntyy ja voi kuormittaa lähipiiriä. Lähiomaisen elämänlaatu, tyytyväisyys ja mieliala vaikuttavat oleellisesti aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumiseen ja selviytymiseen. (Korpelainen ym. 2008, 256.)

4 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN AUTTAMISMENETELMÄT

4.1 Fyysiset toiminnot

Hoitajat ovat potilaan luona ympäri vuorokauden, jolloin he näkevät potilaan toimintakyvyn, toimintakyvyn mahdolliset muutokset, toteuttavat ja arvioivat hoitotyötä. (Routasalo - Lauri 2001.) Hoitotyön käytännön tukena voidaan käyttää hoitotyön teoriaa, jotka kulkevat käsikädessä ja tukevat toisiaan. Hoitotyön teoriaksi valitsimme Roperin, Loganin, Tierneyn elämisen toimintojen mallin. Malli jakautuu 12 elämisen toimintoon, turvallisen ympäristön ylläpitäminen, viestiminen, hengittäminen, syöminen ja juominen, erittäminen, henkilökohtainen puhtaus ja pukeutuminen, kehon lämmöstä huolehtiminen, liikkuminen, työskenteleminen, harrastaminen, leikkiminen, sukupuolisuuden ilmaiseminen, nukkuminen ja kuoleminen. (Roper – Logan – Tierney 1992, 26 - 28.)

Roperin, Loganin, Tierneyn hoitotyön malli on meille molemmille tuttu ennestään lähihoitajakoulutuksien myötä. Kokemuksemme on, että tämä hoitotyön malli on hyvä pohja kaikessa hoitotyössä. Elämisen toiminnot huomioivat kaiken sen, mitä elämiseen kuuluu. Hoitotyötä voidaan suunnitella, toteuttaa ja arvioida yksilöllisesti kokonaistilanne huomioiden hoitotyön mallin mukaan.

Yksilöllisen hoitotyön päämäärän saavuttamiseen käytetään hoitotyön prosessia, johon kuuluu tilanteen määrittäminen, suunnitteleminen, toteuttaminen ja arvioiminen. Tilanteen määrittämiseen kuuluu tietojen kerääminen potilaasta, kerätyn tiedon tarkastelu, potilaan ongelmien tunnistaminen ja ongelmien asettaminen tärkeysjärjestykseen. Hoitotyön suunnitelmassa asetetaan olemassa oleville ongelmille lyhyen ja pitkän aikavälin tavoite yhdessä potilaan kanssa, jotka kirjataan hoitosuunnitelmaan. Hoitotyön suunnitelman mukaan toteutettu hoitotyön toiminto kirjataan hoitosuunnitelmaan ja samalla arvioidaan asetetun tavoitteen saavuttaminen. Hoitotyössä arvioimista voidaan tehdä haastattelemalla, havainnoimalla, mittaamalla ja testaamalla, jolloin saadaan

myös potilaan oma arvio, eikä pelkästään hoitajan mielipide ja tuntemus. Hoitotyön prosessiin kuuluva kirjaaminen on hoidon raportointia, millä informoidaan myös muita potilaan hoitoon osallistuvia. Kirjallinen hoitosuunnitelma on hoidon ja sen kehittämisen apuväline, minkä vuoksi se on pidettävä ajan tasalla. (Roper ym. 1992, 335-344; Rautava - Nurmi – Westergård – Henttonen – Ojala – Vuorinen 2012, 46-47.)

Käsitlemme tarkemmin opinnäytetyössämme kahdestatoista elämisen toimintojen mallista turvallisuus, viestiminen, hengittäminen, syöminen ja juominen, erittäminen, henkilökohtainen puhtaus ja pukeutuminen, liikkuminen, sukupuoliuus, nukkuminen ja kuoleminen. Nämä elämisen toiminnot olemme jakaneet fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintoon. Mielestämme nämä elämisen toiminnot ovat keskeisiä aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavassa hoitotyössä. Työskenteleminen, harrastaminen ja leikkiminen ovat myös tärkeitä elämisen toimintoja, mutta valitsemamme toiminnot ovat mielestämme aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen ensisijaisia. Tavoitteena kuntouttavassa hoitotyössä on, että aivoverenkiertohäiriöpotilas selviytyy mahdollisimman itsenäisesti päivittäisistä toimista, niin kuntoutusosastolla kuin myöhemmin kotiuduttuaan. Olemme jakaneet myös kuntouttavan hoitotyön oppaassa hoitotyön toiminnot fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintoon.

Elämisen mallia voidaan tarkastella elämisen toimintojen, elämäntyyli, riippumattomuus-riippuvuus-jatkumo, elämisen toimintoihin vaikuttavat tekijät ja elämän yksilöllisyys näkökulmasta. Elämäntyyli tapahtuu jatkuvasti muutoksia syntymästä kuolemaan. Ihmisen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kehitys vaikuttavat elämisen luonteeseen ja keston. Riippuvuus-riippumattomuus-jatkumo tarkastelee ihmisen elämän vaiheita, jolloin ihminen ei vielä tai ei enää pysty suorittamaan joitain elämisen toimintoja riippumattomasti. Elämisen toimintoihin vaikuttavia tekijöitä voivat olla myös fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, ympäristölliset ja poliittis-taloudelliset tekijät. (Roper ym. 1992, 26 - 33.)

Mielestämme kuntouttavassa hoitotyössä riippuvuus – riippumattomuus – jatkumon tarkastelu on paikallaan. Aivoverenkiertohäiriön vaikeusaste,

sairastuneen ikä, aikaisempi toimintakyky, perussairaudet ja motivaatio vaikuttavat sairastuneen riippuvuuteen. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavassa hoitotyössä riippuvuus – riippumattomuus – jatkumoa tarkasteltaessa huomaa kuinka sairastuminen vaikuttaa ihmisen riippuvuus – riippumattomuus- jatkumoon.

Fyysiseen toimintoon elämisen toiminnoista valitsimme turvallisuus, hengittäminen, syöminen ja juominen, henkilökohtainen puhtaus ja pukeutuminen, liikkuminen, erittäminen ja nukkuminen. Psykkiseen toimintoon valitsimme seksuaalisuus ja kuoleminen. Aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa suuren elämänmuutoksen, joka aiheuttaa ahdistusta, vaikuttaa itsetuntoon ja voi aiheuttaa useille sairastuneille masennusta, jolloin psyykinen hyvinvointi järkkyy. Sosiaaliseen toimintoon elämisen toiminnoista valitsimme viestiminen, koska ihminen on luonnostaan sosiaalinen, joka kommunikoi ja on vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ongelmat kommunikoinnissa ja vuorovaikutuksessa vaikuttaa sairastuneen ihmissuhteisiin.

Fyysiseen toimintoon kuuluva turvallisen ympäristön ylläpitäminen aivoverenkiertohäiriöpotilaalla on mielestämme tärkeää. Turvallisuudessa keskitymme tapaturmien ehkäisemiseen. Turvallisen ympäristön ylläpitämiseen tarvitaan näkö-, kuulo-, tunto-, maku- ja hajuaistia. Aivoverenkiertohäiriön jälkeen aistitoimintojen heikkeneminen voi johtua reseptoreista, impulsseja reseptoreista aivoihin kuljettavista hermoradoista tai aivojen kyvystä tulkita impulsseja. Vaikka aivoverenkiertohäiriöön sairastunut kykenee havaitsemaan vaaran, ei hän välttämättä pysty toimimaan halvauksen vuoksi tapaturman ehkäisemiseksi. Myös psyykkiset tekijät voivat vaikuttaa turvallisuuteen. Masentuneisuus, väsymys, motivaation puute sekä itseluottamuksen puute voivat altistaa tapaturmille. (Roper ym. 1992, 104.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilaalla turvallista liikkumista voi vaikeuttaa kognitiivisiin häiriöihin kuuluvat neuropsykologiset erityishäiriöt, kuten toimintojen ohjauksen häiriöt, motoristen tahdonalaisten liikkeiden häiriöt ja kielto- eli neclit – oireyhtymä. Yleisiin kognitiivisiin häiriöihin kuuluvat

henkisen tason lasku, oiretiedostamattomuus, muistin sekä käyttäytymisen häiriöt. Kognitiiviset häiriöt vaikeuttavat päivittäisistä toimista suoriutumista, jolloin sairastunut voi altistua erilaisille tapaturmille, kuten kaatumisille, vuoteesta putoamisille, aspiraatiolle, halvaantuneen ylä- tai alaraajan tapaturmille. (Korpelainen ym. 2008, 254.) Tapaturmien ehkäisemiseksi voidaan aivoverenkiertohäiriöpotilaan liikkumista rajoittaa erilaisin keinoin (Rautava - Nurmi ym. 2012, 387.)

Liikkumista rajoittavista turvavälineiden käytöstä on aina tehtävä hoitopäätös, jonka tekee aina lääkäri ja joka tulee aina kirjata potilaspapereihin. Turvaliivien, turvavöiden tai muiden liikkumista rajoittavien menetelmien käytöstä ei ole normeja psykiatrisessa hoidossa eikä sosiaalihuollossa. (Valvira 2013.) Valtakunnallisen terveydenhuollon neuvottelukunnan (ETENE) raportissa Vanhuus ja hoidon etiikka todetaan, myös ettei somaattisesta sairaudesta kärsivän potilaan vapauden rajoittamisesta ole nimenomaisia säännöksiä. ETENE -raportissa on myös terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen näkökanta, jossa todetaan vanhuksen liikkumisen rajoittamista pakkokeinoin turvallisuuden vuoksi vain siinä määrin kuin se on välttämätöntä. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008.)

Kirjoituksessaan Ihmisoikeudet dementiahoidossa (2005) eduskunnan oikeusasiamies R.L. Paunio kirjoittaa hyväksyvänsä vaikeasti dementoituneiden hoidossa potilaan oman turvallisuuden perusteella toteutettavia rajoitustoimia. Pääperiaatteena R.L. Paunio pitää potilaan sitomista ainoastaan potilaan turvallisuuden takaamiseksi ja ainoastaan siinä määrin kuin se kulloinkin on välttämätöntä. Rajoituksia on tarkasteltava aina potilaskohtaisesti, mietittävä muita vaihtoehtoja ja punnittava rajoitusten hyödyt sekä haitat. Hoitopäätöstä tehdessä lääkäri voi hyödyntää hoitajan ja hoitotyön asiantuntijoita. Hoitotyössä turvavälineiden käyttö tulee olla asianmukaista ja potilaan valvonta tulee olla riittävää. (Valvira 2013.)

Hoitaja voi vaikuttaa turvallisen ympäristön ylläpitämiseen opettamalla ja ohjaamalla yksilöllisesti toimintakyvyltään erilaisia aivoverenkiertohäiriöpotilaita. Hoitajan toiminnassa korostuu yksilöllisyys,

mikä näkyy tietojen keräämisessä potilaan tavoista ja tottumuksista, missä hän tarvitsee apua ja mistä selviytyy itsenäisesti sekä kartoittamalla potilaan sen hetkiset ongelmat. (Roper ym. 1992, 108.) Mielestämme turvallisuuteen panostaminen on potilaan terveyden edistämistä sekä lisäkomplikaatioiden ehkäisemistä.

Hengittäminen on fyysistä toimintaa, jota ei voi ohittaa elämisen toiminnoissa, koska kyky hengittää on elinehto. Kaikki muut elämisen toiminnot ja elämä ovat täysin riippuvaisia hengittämisestä, koska hengitys- ja sydän-verenkiertojärjestelmät huolehtivat hapen kuljetuksesta kaikkialle elimistöön (Roper ym.1992, 27,137). Hengittäminen on fysiologinen toiminto, joka ei vaadi paljon ihmisen omaa aktiivisuutta. Hengittämiseen voivat vaikuttaa fyysiset, ympäristölliset sekä psyykkiset tekijät. Hengitykseen liittyvät ongelmat voivat johtua keuhkojen- tai ylempien hengitysteiden sairauksista tai sydän- verisuonijärjestelmän toiminnasta, jolloin hengityksen muutokset voivat näkyä nopeudessa, rytmissä tai luonteessa. (Roper ym. 1992, 143,144.)

Ihmisen aivojen toiminta tapahtuu veren varassa, jolloin aivojen jatkuvasta ja riittävästä verensaannista on huolehdittava (Forsbom ym. 2001, 21). Aivot vastaanottaa sydämen pumppaamasta verimäärästä 20 % ja hermosolujen suuren hapen tarpeen vuoksi aivoverenkierron on pysyttävä vakiona, vaikka verenpaine vaihtelee (Kaste ym. 2007, 276). Aivojen suuren hapen tarpeen vuoksi hengitys on turvattava. Aivoverenkiertohäiriöpotilaalle hengitys voidaan akuutissa vaiheessa turvata trakeostomiolla, jossa henkitorveen tehtyyn viiltoon asetetaan kanyyli. Kanyyli ei ole yksistään riittävä turvaamaan hengitystä, vaan tarvitaan osaamista myös trakeostomian hoitoon ja liman imemiseen hengitysteistä. (Roper ym. 1992, 147). Aivoverenkiertohäiriöpotilaan tullessa kuntoutukseen kanyyli voi olla vielä alkuvaiheessa, josta luovutaan kuntoutuksen edetessä.

Hengittämisen tavoin syöminen ja juominen ovat ehdottoman välttämättömiä ja kuuluvat näin myös fyysiseen toimintaan. Kehon painosta on noin kaksi kolmas osaa vettä ja se on hapen jälkeen tärkeintä elämän ylläpitämiseksi (Roper ym. 1992. 156). Ravinnosta saadaan elimistöön tarvittavia

ravintoaineita kudosten rakentamiseen, elintoimintojen ylläpitoon ja liikuntaan (Rautava - Nurmi ym. 2012, 242). Ravitseminen on merkittävä terveyden osatekijä, jolla voidaan ehkäistä uusien sairauksien syntymistä tai olemassa olevan sairauden oireiden pahenemista. Hyvällä ravitsemuksella voidaan parantaa elämänlaatua, auttaa kestävästi sairauden tuoman rasituksen paremmin, joten toipuminen on nopeampaa. Hyvä ravitsemustila estää myös mahdollisten lisäkomplikaatioiden syntymisiä. (Rautava - Nurmi ym. 2012, 244.)

Akuuttivaiheessa aivoverenkiertohäiriöpotilaan nielemiskyky on tutkittava ennen kuin ravintoa annetaan suun kautta. Nielemishäiriöisen potilaan tutkimiseen voidaan saada apua puheterapeutilta. Aspiraatiovaaran vuoksi potilaan syöttämisessä on noudatettava suurta varovaisuutta. (Korpelainen ym. 2008, 257.) Akuuttivaiheessa voidaan nesteyttää 2-3 päivää suonensisäisesti. Jos nieleminen ei onnistu turvallisesti voidaan ravitsemuksen turvaamiseksi laittaa nenä-mahaletku tai PEG – letku vatsanpeitteiden läpi. (Forsbom ym. 2001, 115.)

Mikä voi mennä pieleen aivoverenkiertohäiriöpotilaan ruokailussa? Nieleminen on toimintasarja, joka sisältää tahdonalaisia, että refleksiivisiä toimintoja. Nieleminen voi häiriintyä yhdessä tai useammassa vaiheessa. Ruokailun onnistumiseen voi vaikuttaa ruoan ja juoman koostumus, maku tai määrä. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ruokailu voi sujua välillä hyvin ja välillä huonosti. Vaihtelut vaikeuttavat nielemisvaikeuksien huomaamista. (Raappana 2010.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilaalla ravitsemukseen liittyvä ongelma voi olla nielemishäiriö eli dysfagia. Nielemishäiriön voi aiheuttaa lihasten toimimattomuus suun ja nielun alueella, tunnon alentuminen, nielemisrefleksien toimimattomuus, suun kuivuus sekä hampaiston puutteet. Ravitsemukseen liittyvä ongelma voi aivoverenkiertohäiriöpotilaalla olla myös agnosia eli havaitsemisen häiriö, joka vaikeuttaa aivoverenkiertohäiriöpotilaan havainnointia, mitä ruokailutilanteessa tai ruokailuvälineillä tulisi tehdä. Agnosia voi myös vaikeuttaa ruoka-annoksen näkemistä ja huomioimista. Kognitiivisten toimintojen heikkeneminen

vaikeuttaa ruokailutilannetta esimerkiksi keskittymisen vaikeutena ruokailutilanteeseen. (Raappana 2010.)

Toispuoleinen halvaus sekä havainnoinnin vaikeus aiheuttaa usein vinon asennon. Jos halvaantunut käsi jää syliin ruokailun aikana, aiheuttaa se hartian ja lapaluun vetäytymisen taakse, jolloin potilaan leuka nousee ylös. (Forsbom ym. 2001, 112.) Ylös nousevassa leuan asennossa kurkunkansi jää helposti auki, jolloin neste tai ruoka-aine kulkeutuu henkitorveen ja sitä pitkin keuhkoihin ja voi aiheuttaa aspiraatoriskin. Nesteen tai ruoka-aineen päästessä henkitorven kautta keuhkoihin aiheuttaa se aspiraatiopneumonian eli keuhkokuumeen.(Raappana 2010; Rautava - Nurmi ym. 2012, 252.)

Yskiminen ruokaillessa on yksi merkki nielemisongelmasta ja aspiraatoriskistä. Hoitajana tulee kuitenkin muistaa, että kaikki eivät yski vaikka neste tai ruoka menisi henkitorveen. Nielussa olevasta tuntopuutoksesta johtuen voi tapahtua hiljaista aspiraatiota, jolloin henkitorveen menevä aine ei aiheuta yskimistä eikä oksentamista. (Raappana 2010; Forsbom ym. 2001, 112.) Normaali nieleminen ei aiheuta ääntä ja jos aivoverenkiertohäiriöpotilaan nieleminen sekä hengitys ovat äänekästä ja esiintyy lisäksi hengityskatkoksia, voidaan epäillä aspiraatiota. Lämmön nousu ja limaisuus, etenkin paksu kellertävä lima voivat olla merkkejä aspiroinnista. (Raappana 2010.) Aspiroinnin vaara voi olla ennen nielemistä, nielemisen aikana tai nielemisen jälkeen. Nielemisen jälkeistä aspiraatoriskiä voidaan vähentää ruokailun jälkeen potilaan kohoasennolla Rautava - Nurmi ym. 2012, 253).

Jos aivoverenkiertohäiriöpotilas aspiroi 10 % nielemästään, ei silloin suositella ruokailua suun kautta (Forsbom ym. 2001, 115). Ravitsemuksen turvaamiseksi voidaan laittaa nenä-mahaletku tai PEG – letku vatsanpeitteiden läpi. Nenämahaletkua sekä PEG – letkua voidaan käyttää nesteiden, ravinnon sekä lääkkeiden antamiseen suoraan mahalaukkuun. Nenämahaletkun käyttöä suositellaan noin kuukaudeksi. PEG – letku eli perkutaaninen endoskooppinen gastrostooma on yleisin mahalaukkuavanne ja sillä tarkoitetaan mahantähystyksen eli gastroskopian yhteydessä tehtyä gastrostoomaa. Syöttöletku viedään silloin vatsanpeitteiden läpi

mahalaukkuun. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ravitsemustilaa tulee hoitajan arvioida säännöllisesti päivittäin, jolloin silmämääräisesti voidaan havaita lihavuus tai laihtuminen. Pitkäaikainen ravintoaineiden puute voi näkyä muutoksina hiuksissa, silmissä, limakalvoilla, ihossa, kynsissä, lihaksissa, luustossa ja eri elinten toiminnoissa. Painon seuranta on yksinkertainen ja tehokas tapa arvioida ravitsemuksen tilaa, jossa voidaan havaita myös potilaan mahdolliset turvotukset sekä kuivuminen. (Rautava - Nurmi ym. 2012, 256 – 263, 246.)

Erittäminen on myös fyysistä toimintaa, joka on luonnollinen ja päivittäinen elämisen toiminto ja sitä suorittavat kaikki ihmiset koko elämänsä ajan. Ihminen reagoi aina erittämisen tarpeeseen, se on keino poistaa elimistöstä ylimääräisiä aineita ja liiallisia nesteitä. Erittäminen on vastasyntyneellä refleksinomainen toiminto, josta opitaan vähitellen tahdonalaiseksi toiminnoksi. Virtsan erittämisen tarkoituksena on poistaa elimistöstä se neste, jota elimistö ja solut eivät tarvitse. Ulostaiden erittämisessä elimistö poistaa sulamatonta selluloosaa ja imeytymätöntä ruokaa sekä sisäelinten eritteitä ja bakteereja. Erittämisen toiminto on elämisen toiminnoista ainoa, joka suoritetaan normaalisti yleensä yksin. Erittämisen toiminnossa hoitaja työskentelee aivoverenkiertohäiriöpotilaan kanssa hänen henkilökohtaisella alueellaan, missä korostuu yksilöllisyys, hienotunteisuus, itsemääräämisen kunnioittaminen, tasavertainen suhtautuminen, suvaitsevaisuus ja eettisten toimintatapojen noudattaminen. (Roper ym. 1992, 175; Rautava - Nurmi 2012, 268.)

Aivoverenkiertohäiriön sairastumisen alkuvaiheessa on usein tuntopuutosten, kommunikaatiohäiriöiden, muisti – ja hahmottamisvaikeuksien takia virtsaamis- ja ulostamisvaivaa (Talvela 2006, 267), jotka näkyvät rakon ja suolen toiminnan ongelmina, joita lisäävät liikkumiskyvyn heikentyminen tai puuttuminen (Forsbom ym. 2001, 121). Suolen toiminnan ongelmina voi olla toistuvia vatsavaivoja, jotka voivat olla joko kipuja tai toiminnallisia vaivoja, jotka esiintyvät ummetuksena tai ripulina. Vatsavaivojen syy voi olla autonomisen hermoston häiriöt, jotka säätelevät maksan, haiman ja suoliston toimintaa. Toistuvien vatsavaivojen syitä voivat olla myös ravitsemustila, ruokailutottumukset, lääkitys, suonensisäisten hoitojen pituus, rajoittunut tai

hidastunut liikkumiskyky tai rajoittunut kyky pyytää apua. Hoitotyössä onkin tärkeää selvittää oireiden syy ja taustaongelmat, ennen kuin pelkkää oiretta aletaan hoitaa. (Forsbom ym. 2001, 118.) Aivoverenkiertohäiriöpotilaalla virtsaamisen häiriöt voivat ilmetä virtsatieinfektiona, tihentyneenä virtsaamisen tarpeena, virtsapakkona ja virtsankarkailuna. Virtsaamiseen liittyvät muutokset riippuvat aivoverenkiertohäiriön sijainnista sekä aivoverenkiertohäiriön vaikeusasteesta. (Forsbom ym. 2001, 120 -121.)

Henkilökohtaiseen puhtauteen ja pukeutumiseen tarvitaan monia fyysisiä taitoja. Henkilökohtainen puhtaus ja pukeutuminen ovat kautta aikojen olleet ihmiselle tärkeää ja niistä on huolehdittava koko elämänsä ajan (Roper ym. 1992, 194,196). Puhtaudesta ja pukeutumisesta huolehtimisen tavat vaihtelevat ja niihin vaikuttavat monet fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, ympäristölliset ja poliittistaloudelliset tekijät. (Roper ym. 1992, 197.) Fyysinen kehitysvaihe, fyysiset kyvyt, ihon kunto, käsien ja kynsien kunto, suun ja hampaiden kunto, hiusten kunto, pukeutuminen ja biologiset tekijät vaikuttavat siihen, miten ihminen pystyy suoriutumaan henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta. Psykkisenä tekijänä voi vaikuttaa sukupuolierot, persoonallisuus, tiedot hygieniasta sekä älykkyys. Masentunut ei ole kiinnostunut omasta ulkonäöstään ja laiminlyö hygieniasta huolehtimisen. Sosiaaliset tekijät voivat vaikuttaa kuten arvot, normit, kulttuuri ja uskonto. (Roper ym. 1992, 200.)

Henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta huolehtiminen edellyttää tervettä hermojärjestelmää sekä lihas- ja luustojärjestelmän yhteistoimintaa, jotta tarvittavat taidot pystytään oppimaan (Roper ym. 1992, 205- 206). Aivoverenkiertohäiriöpotilaalla kyky ja varsinkin jaksaminen akuuttivaiheessa vaikeuttavat ja tekevät mahdottomaksi valita vaatteita ja pukeutua. Istumatasapaino voi olla huono ja havainnoinnin häiriöt voivat vaikeuttaa vaatteiden tunnistamista ja ymmärtämistä mitä vaatteilla tulisi tehdä. Tavoitteena on, että potilas oppii uudelleen pukeutumisen taidot. Peseytymisessä aivoverenkiertohäiriöpotilaalla voi olla ongelmia tunnistaa tilanne tai tapaa toimia pesutilanteessa. Miten suihku toimii sekä mitä pesutilanteessa tehdään. Peseytymistä voi lisäksi vaikeuttaa

hahmottamishäiriöt, potilaan heikko asennon hallinta sekä heikko tasapaino. (Forsbom ym. 2001, 100,109.)

Liikkuminen on fyysistä toimintaa ja liittyy useisiin elämisen toimintoihin ja on tärkeä perusvietti koko elämisen ajan. Motoristen taitojen oppiminen on monimutkainen prosessi, jossa hermojärjestelmän kehittymisen myötä ihmisen koordinaatio ja tasapaino kehittyvät, jolloin kävely, seisominen ja istuminen onnistuvat. Liikkumista arvioitaessa on huomioitava yksilöllisyys sekä elämänsä vaihe, jolloin otetaan huomioon sairastuneen ikä ja aikaisempi liikkumiskyky. (Roper ym. 1992, 236, 241.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan liiketoimintojen kuntoutuksen ja toipumisen kannalta haasteellista on kielto- eli neglect – oireyhtymä, jossa oman kehon halvaantuneen puolen hahmottaminen puuttuu kokonaan. Liikkumista voi hankaloittaa lisäksi näkökentän puutos, havainnoimishäiriö, toimintojen suorittamisvaikeus, liikkeiden säätelyn, tarkkuuden ja sujuvuuden sekä tasapainon ja kävelyn häiriöt. Lihastoimintoihin kehittyviä haittoja voivat olla lihasvoiman heikkous, raajaparin kömpelyys, lihasjänteiden ja spastisuuden esiintyminen sekä pinta-, asento- ja hahmotunnon heikkenemisen vuoksi tasapainon säätely, vartalon hallinta sekä raajojen käyttö. (Korpelainen 2008, 253.) Aivoverenkiertohäiriöpotilaan motoristen häiriöiden ja haittojen aste riippuu, missä kohdassa aivoja vaurio sijaitsee. Aivoverenkiertohäiriöpotilaalla liikkumista voi rajoittaa toispuoli halvaus, joka voi kehittyä velttohalvauksesta spastiseksi muutaman päivän tai viikon aikana (Korpelainen 2008, 253; Aivoliitto 2011, 5). Spastisuuden aste voi vaihdella vauriopaikan mukaan. Spastisuus on lihaksen liikenoiteen liittyvää venytysrefleksin aktiivisuutta, jolloin nopea lihasvenytys tuottaa liiallista lihaspistusta. Spastinen lihas voi ärsyntyä kosketuksesta, asennon muutoksesta, lämpötilan muutoksesta tai muiden lihasten toiminnasta. Spastisuus voi tuottaa kipua ja kouristuksia, eikä sitä voi tahdonalaisesti hallita. Spastisuus voi haitata päivittäisiä toimintoja, kuten pukeutumista, syömistä, oman hygienian hoitamista ja liikkumista. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan liiallinen ponnistelu, yrittäminen tai kiirehtiminen sekä kaatumisen tai kivun pelko lisäävät spastisuutta. Spastisuuden

lisääntyminen voi altistaa erilaisiin virheasentoihin, mikä taas vaikeuttaa liikkumista (Aivoliitto 2011, 4, 8,11).

Liikuntakyvyttömän tai tajuttoman potilaan asentohoito kahden tunnin välein vuorokauden ympäri on äärimmäisen tärkeää. Asentohoidolla ehkäistään painehaavojen syntymistä, nivelten liikerajoituksia sekä edistetään hengitysteiden tyhjenemistä limasta. Asentohoidon yhteydessä tarkistetaan ihon kunto, erityisesti haavaumille herkiltä alueilta, joita ovat ristiselkä, kantapäät, kehräsluut, lavat, takaraivo ja kyljet isojen sarvennoisten alueilla. Aivoverenkiertohäiriöpotilaalla voi olla vaikeuksia siirtyä vuoteessa sivusuuntaan sekä kääntyä kylkiasentoon, jolloin hoitaja auttaa asentojen vaihdoissa. Asentojen, liikkumisen ja toiminnan ohjaus on silloin passiivista potilaan ohjausta, aktivointia ja puolesta tekemistä. Joillakin aivoverenkiertohäiriöpotilailla tämä vaihe voi kestää kuukausia. (Korpelainen ym. 2008, 257; Aivoliitto 2011, 10; Forsbom ym. 2001, 77 - 83).

Nukkuminen kuuluu yhtenä osana elämisen toimintoihin jo pelkästään ajan käytön kannalta. Aikuiset nukkuvat elämänsä aikana kolmasosan elämästään. Nukkumisen aikana ihmisen solut uusiutuvat ja kasvavat ja nukkumisen aikana ihminen vapautuu jokapäiväisen elämän stressistä ja vaatimuksista. Nukkumisen tarkoitus on virkistää, jolloin suoriutuminen jokapäiväisistä elämän vaatimuksista paranee. (Roper ym. 1992, 28-29.)

Vuorokausirytmii eli kronobiologinen rytmi perustuu luonnon rytmikkaan. Vuorokausirytmien vaihtelu vaikuttaa ihmisen vireystilaan, jonka säätelyyn osallistuu aivorungon aivoverkosto, joka aivoverenkiertohäiriö potilaalla näkyy herkkänä väsymisenä, vireystilan suurena vaihteluna, uneliaisuutena ja tokkuraisuutena. Vaikka muu keho pärjäisi ilman unta, aivojen suorituskyyvylle se on välttämätöntä. (Forsbom ym. 2001, 123-124.) Aivoverenkiertohäiriön aiheuttaman uni- ja valverytmien häiriö lisää myös muiden häiriöiden voimakkuutta. Hoitotyössä tuleekin kiinnittää päiväohjelman suunnittelussa huomiota uni- ja valverytmiin sekä vireystilaan. Oikein rytmitetty päiväohjelma auttaa oppimaan potilasta ajoittamaan omaa jaksamistaan ja jaksamisen ehdoilla toimimista. (Forsbom ym. 2001, 123.)

4.2 Psyykkiset toiminnot

Sukupuoli määräytyy hedelmöitymisessä ja on koko elämänkulun ajan merkittävä persoonallisuutta ja käyttäytymistä määräävä tekijä. Sukupuolisuuden ilmaisemistapa vaihtelee elämänkulun eri vaiheessa kuin myös sukupuolisuuden tarkoituskin. Sukupuolisuuden ilmaisemisessa voi tulla vaikeuksia fyysisen sairauden tai ulkonäköön vaikuttavien vammojen vuoksi (Roper ym. 1992, 279, 291). Fyysisellä ulkonäöllä miellytetään vaatteilla, kampauksella, koruilla ja hajuilla. Sukupuolisuus ei ole vain fyysisistä toimintaa vaan siihen kuuluu läheisyys, hellyys, rakkaus ja välittäminen, jotka vaikuttavat muuhun terveyteen. Sairauden jälkeen jatketaan elämisen toimintoja helposti muilta osin, kuten hengittäminen, syöminen ja juominen ja henkilökohtaisesta pukeutumisesta huolehtiminen, vaikka sairastunut ei lakkaa olemasta mies tai nainen. Sukupuolisuuden ilmaiseminen unohtuu ja keskitytään muihin elämisen toimintoihin. Hoitotyössä sukupuoliongelmista keskusteleminen on usein vaikeaa. Keskusteleminen vaatii tahdikkuutta, herkkyyttä, suvaitsevuuutta ja tietoja. (Roper ym. 1992, 289.)

Seksuaalisuus, sukupuolisuus ja tunne-elämä kuuluvat aivojen ns. limbiseen järjestelmään ja sen vuoksi suurin osa aivoverenkiertohäiriön saaneista kokee jonkinlaista seksuaalisen toimintakyvyn häiriötä. Aivoverenkiertohäiriön sijainti vaikuttaa seksuaalikäyttäytymisessä ilmeneviin muutoksiin. (Forsbom ym. 2001, 124.) Seksuaaliseen toimintakykyyn ja seksuaalikäyttäytymiseen voi vaikuttaa keskushermoston vaurio, mikä voi alentaa seksuaalihaluja, heikentää aisteista hajua ja makua sekä aiheuttaa hormonaalisia muutoksia. Seksuaalisuuteen vaikuttavia muutoksia voi olla myös kontrolloimaton seksuaalinen käyttäytyminen, tuntopuutokset ja liikkeiden hallinnan vaikeus. Vuorovaikutukseen liittyvinä ongelmina voi olla heikkous tulkita omia ja muiden tunnetiloja, jotka voivat aiheuttaa ongelmia parisuhteessa. Forsbomin ym. (2001) teoksessa mainitaan Clar - Wilson & Giles aivovammaisen henkilön seksuaaliongelmien luokitus. Aivovammaisen henkilön seksuaaliongelmia voivat olla muutoksia erektio- ja orgasmihäiriöissä, muutoksia seksuaalivietissä, -toiminnoissa, -suuntautumisessa, seksuaalisissa puheissa, itsekäs seksuaalikäytös sekä lapsenomainen seksuaalinen käytös. Seksuaalielämän ongelmia voivat lisätä

aloitekyvyttömyys, väsymys, tunne-elämän latistuminen ja mielikuvien luomisen vaikeus. (Forsbom ym. 2001, 125.)

Seksuaalisuus kuuluu jokaisen ihmisen elämään ja sitä tarvitsee jokainen. Seksuaalisuuden toteuttaminen ja sen kokeminen on yksilöllistä. Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut joutuu muuttamaan toimintatapoja, mikä koskettaa myös sairastuneen puolisoa sekä läheisiä. Akuutissa vaiheessa seksuaalisuus ei ole tärkein asia vaan toipumisen edetessä se tulee ajankohtaiseksi. Seksuaalisuutta on pidetty tärkeänä osa-alueena kuntoutumisessa. Seksuaalisuus vaikuttaa sairastuneen itsetuntoon, itseluottamukseen ja motivaatioon. (Aivoliitto 2004, 3.) Hoitotyössä ammattitaitoon kuuluu olla tietoinen aivoverenkiertohäiriön aiheuttamista muutoksista, oikeanlainen suhtautuminen ilmeneviin poikkeamiin ja kyky ohjata aivoverenkiertohäiriöön sairastunut asiantuntijalle. Varsinaisen seksuaalineuvonnan ja ohjauksen suorittaa seksuaaliterapeutti. (Forsbom ym. 2001, 125.)

Kuoleminen sisällyttäminen elämisen toimintoihin on joidenkin mielestä kyseenalaista. Kuoleminen on elämän päättymistä samoin kuin syntyminen on elämän alkamista. Kuoleminen on prosessi, joka päättää kaikki elämisen toiminnot. Ihmisen elämässä vain kuoleminen on varma asia, josta ollaan tietoisia koko elämän ajan. Ihmiset ovat lisäksi tietoisia heidän läheistensä mahdollisesta kuolemasta, mikä aiheuttaa surua, ja jota sanotaan sitoutumisen hinnaksi. Sureminen liittyy kuolemiseen, minkä kautta ihminen hyväksyy kuoleman ja saa voimia jatkaa täysipainoista elämää. (Roper ym. 1992, 29.)

Valitsimme elämisen toiminnoista kuolemisen, koska aivoverenkiertohäiriöt ovat neljänneksi yleisin kuolinsyy Suomessa. Kuukauden sisällä ensimmäisestä aivoverenkiertohäiriöstä itse aivoverenkiertohäiriö on tärkein kuolinsyy. Aivoverenkiertohäiriö potilaat tulisi sen vuoksi hoitaa ja kuntouttaa moniammatillisessa hoitotiimissä. Moniammatillisessa hoitotiimissä toteutettu hoito vähentää kuolleisuutta, jossa kuntouttavalla hoitotyöllä on yksi tärkeä osa osaston toimintaa. (Käypähoito 2011.)

Aivoverenkiertohäiriö tulee yleensä äkillisesti ja aiheuttaa sairastuneessa pelkoa ja epävarmuutta. Läheinen voi myös kokea pelkoa ja ahdistusta sairastuneen puolesta ja läheisensä menettämisestä. Sekä sairastunut että hänen läheisensä kohtaavat kriisin. (Aivoliitto 2009.) Kriisin sokkivaihe voi kestää minuuteista muutamiin vuorokausiin, jonka jälkeen tulee reaktiovaihe, minkä pituus vaihtelee ja voi näkyä erilaisina reaktioina. Reaktiovaihe voi näkyä esimerkiksi henkilökunnan syyttelynä sairaudesta. Hoitajan ammattitaitoon kuuluukin käyttäytymisen syyn ymmärtäminen sekä kuunteleminen. Kriisin läpityöskentelyvaiheen kesto on yksilöllistä tosiasioiden hyväksymistä. Tosiasioiden hyväksymisen jälkeen ihminen voi suunnata elämää uudelleen. (Forsbom ym. 2001, 15.)

4.3 Sosiaaliset toiminnot

Viestiminen on yksi elämisen toimintojen tärkeä osa-alue, koska ihminen on sosiaalinen olento ja viestii tavalla tai toisella muiden ihmisten kanssa. Viestiminen ei tapahdu vain sanoin puhuttaessa ja kirjoittaessa, vaan viestejä välitetään myös sanattomasti ilmein, elein, asennolla sekä katseyhteydellä. Viestimisen päätarkoituksia ovat inhimillisten suhteiden luominen ja ylläpitäminen. Ihmisten väliseen viestimiseen tarvitaan monia fyysisiä ja psyykkisiä toimintoja, jossa hermojärjestelmällä on keskeinen koordinoititehtävä. (Roper ym. 1992, 119 -121.)

Aivohalvauspotilaan viestimisen ongelmat voivat olla puheen tuottamisen- ja/tai ymmärtämisen vaikeus, näkökyvyn häiriöt, tuntuu puutokset, koordinaatiohäiriö ja muistihäiriö (Forsbom 2001, 32). Aivohalvauspotilaan kuntouttavassa hoitotyössä on haastavaa tunnistaa esimerkiksi kipua, jos jossakin viestimisen toiminnossa on ongelmaa. Viestimisen ongelmaan aivohalvauspotilaalla on mahdollisuus saada moniammatillisessa kuntoutuksessa apua puheterapeutilta.

Afasia voi ilmetä monin eri tavoin. Vaikeusaste voi vaihdella vähäisestä puheen- ja ymmärtämisvaikeudesta tilaan, jossa kaikki kielelliset toiminnot ovat huomattavasti vaikeutuneet. Afasia voi aiheuttaa sosiaalisen kanssakäymisen vähenemisen ja sosiaalisista suhteista vetäytymisen. Hoitotyössä hoitajan onkin tärkeää kohdella afaattista potilasta

puhevammasta huolimatta aikuisena ihmisenä. Potilasta arvostava suhtautuminen, yhdessä tekeminen ja osallistuminen ovat afaattiselle henkilölle tärkeää. Sairastumisen alkuvaiheessa on hyvä käyttää yksiselitteisiä ja suoria kysymyksiä, joihin voi vastata myöntämällä tai kieltämällä. Puheen tuottamiseen sekä puheen ymmärtämiseen afaattisella potilaalla vaikuttaa myös vireystila, tutut henkilöt, tutut toiminnot ja tavat. Kommunikoinnin apuna voidaan käyttää eleitä ja ilmeitä, kuvia ja esineitä, piirtämistä, kirjoittamista, valokuvia, kelloa, kalenteria tai karttaa. (Aivoliitto 2012b.)

4.4 Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavan hoitotyön merkitys

Alkuvaiheen kuntoutus aivoverenkiertohäiriöpotilaan kohdalla ennusteen kannalta on tärkeää aloittaa välittömästi potilaan tultua sairaalaan. Alkuvaiheen kuntoutus toteutetaan limittäin hoidon ja sairauden diagnostiikan kanssa, jossa potilaan tiiviin seurannan tavoitteena on ennaltaehkäistä lisävaurioita ja komplikaatioita. Alkuvaiheen hoito ja kuntoutus toteutetaan erityiskoulutetun henkilökunnan avulla AVH - potilaiden yksikössä erikoissairaanhoidossa, josta sairastuneen kuntoutus jatkuu, joko kotona tai terveyskeskuksessa. (Korpelainen ym. 2008, 257,260.)

Subakuutti vaihe eli nopean kuntoutumisen vaihe, josta käytetään myös nimitystä intensiivisen kuntoutuksen vaihe. Subakuutti vaihe alkaa heti alkuvaiheen jälkeen ja kestää 3-6 kuukautta, joskus pitempäänkin. Intensiivinen kuntoutus aloitetaan, kun aivoverenkiertohäiriöpotilaan elintoiminnot ovat tasaantuneet ja potilas jaksaa osallistua eri terapioihin. (Korpelainen ym. 2008, 258.) Aivoissa on joustavuutta, johon kuntoutuminen ja oppiminen eri muodoissaan perustuvat. Hermopäätteet uusiutuvat, tapahtuu versomista ja syntyy uusia kulkureittejä ja yhteyksiä hermosolujen välille. Hermoston muotoutuvuus on tärkein tekijä toimintojen palautumiseen. Mitä nopeammin päästään vaurion jälkeen aloittamaan, sen parempi on muotoutuvuus ja johon parhaiten vaikuttaa varhainen ohjaaminen. Nopeimmillaan ensimmäisten viikkojen aikana muutokset tapahtuvat aivojen rakenteissa ja aineenvaihdunnassa, mutta välittäjäainemuutokset voivat jatkua kuukausia tai jopa vuosia. (Forsbom ym. 2001, 26.) Intensiivisen

kuntoutuksen ominaispiirteisiin kuuluu tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus, prosessinomaisuus, monialaisuus ja moniammatillisuus. Kuntoutus ei ole pelkästään haittoja korjaavaa toimintaa vaan myös haittojen ehkäisyä, jossa otetaan huomioon yksilön lisäksi myös ympäristö sekä kuntoutujan ja hänen ympäristönsä suhde. (Järvikoski - Härkäpää 2011, 33.)

Tavoitteiden asettelun lisäksi on tehtävä suunnitelma, jonka myös lainsäädäntö velvoittaa tekemään. Suunnitelmaan kirjataan millaisia muutoksia halutaan ja millaisin keinoin muutoksiin on mahdollista päästä. Tavoitteiden asettelu ja kokonaissuunnitelma ja sen etenemisen seuranta kuuluvat kuntoutukseen. (Järvikoski ym. 2011, 33.) Kuntoutussuunnitelma tehdään subakuutissa vaiheessa, jossa muodostetaan realistinen kuva potilaan ennusteesta ja kuntoutustavoitteista. Subakuutissa vaiheessa myös syvennetään potilaan ja hänen läheistensä ensitietoja sairaudesta ja kuntoutumisesta, sairastuneen tukijärjestelmästä ja pyritään saamaan myös omaiset mukaan kuntoutukseen. (Korpelainen ym. 2008, 258.)

Prosessinomaisuudessa korostuu monenlaiset vaiheet ja palvelut, joista kuntoutujan tulisi tietää. Kuntoutusprosessi koostuu ohjauksesta, suunnittelusta, oppimisesta, kokeiluista, harjoitteluista ja toimenpiteistä. (Järvikoski ym. 2011, 32 - 33.) Subakuutin vaiheen kuntoutuksen loppuvaihe toteutetaan tavallisesti polikliinisesti, jolloin potilas käy erilaisissa terapioiden kotoansa käsin. Kun mainittavaa toiminnallista edistymistä kuntoutuksessa ei enää havaita, siirrytään toimintakykyä ylläpitävään kuntoutusvaiheeseen, jossa tavoitteena on ylläpitää ja mahdollisesti parantaa saavutettuja taitoja. Ylläpitävään vaiheeseen voi kuulua polikliinisen kuntoutuksen lisäksi myös laituskuntoutusjaksoja terveyskeskuksessa. (Korpelainen ym. 2008, 259.)

Monialaisuus ja moniammatillisuus näkyy kuntoutuksessa eri ammattien edustajien asiantuntemuksena. Kuntoutukseen sisältyy hoidollista, ohjaavaa, valmentavaa, sopeuttavaa ja opettavaa toimenpidettä. Kuntoutus on myös toimintaympäristöön ja sosiaaliseen yhteisöön vaikuttamista. (Järvikoski ym. 2011, 33.) Moniammatillisessa aktiivisessa kuntoutuksessa on tärkeää kokonaisvaltainen ote. Fyysisen ja psyykkisen tilanteen mukaan toimintatapana voi olla häiriintyneen toiminnon suora harjaannuttaminen, jolla

pyritään toiminnon palauttamiseen mahdollisimman lähelle lähtötasoa. Jo olemassa olevan haitan minimointiin käytetään kompensoivia toimintoja tai apuvälineitä ja elämänhallintaa ja tulevaisuuden suunnittelua tuetaan psyykkisellä ja psykososiaalisella kuntoutuksella. (Korpelainen ym. 2008, 261.)

Routasalon ja Laurin artikkeli läkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli (2001) mainitsee ruotsalaisen Iwarsson ym. (1999) jakavan kuntoutuksen erityiskuntoutukseen, jota toteuttavat erityistietoa omaavat toiminta- ja fysioterapeutit, sekä yleiskuntoutukseen, jota toteuttavat hoitajat. Routasalon ja Laurin läkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön mallin (2001) kehittämisen lähtökohdat ovat olleet hoitotyön ja hoitajan roolin epäselvyys potilaan kuntoutuksessa sekä hoitajien kuvauksesta, miten he toteuttavat läkkään henkilön kuntouttavaa hoitotyötä. läkkään henkilön kuntouttava hoitotyö ei ole vain ” kävelyttäminen kolme kertaa päivässä vessaan”. (Routasalo - Lauri 2001.)

Malli on kehitetty kirjallisuuden sekä hoitotieteen ja hoitotyön lähtökohtien pohjalta. Mallissa korostetaan hoitajien asenteen muutosta kuntoutukseen ja oman aktiivisen roolin omaksumista moniammatillisessa työryhmässä. Mallissa korostuu myös kuntoutuksen suunnittelun tavoitteellisuus, omaisen rooli sekä itse kuntoutujan mielipide ja päätöksenteko. Suunnittelun pohjana tulisi olla realistiset pitkän ja lyhyen aikavälin kuntoutumistavoitteet, jotka on laadittu yhteistyössä kuntoutujan, omaisten ja kuntoutusryhmän jäsenten kanssa. (Routasalo - Lauri 2001.)

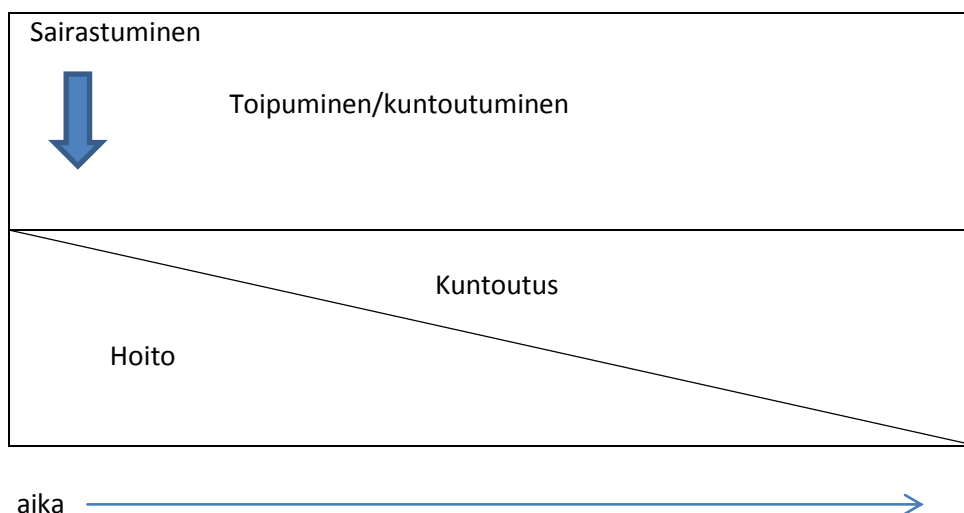
Mäntynen (2007) väitöskirjassa Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa korostaa myös sairaanhoitajan roolia keskeiseksi potilaiden kuntoutumisprosessissa. Sairaanhoitajat ovat kuntoutujan läsnä useimmin päivittäisissä toimissa. Hoitotyön lähtökohtana on, että hoitajat tukisivat kaikessa toiminnassa itsenäistä selviytymistä ja ottaisivat huomioon kuntoutujan jäljellä olevat voimavarat. Moniammatillisessa tiimissä sairaanhoitajien asiantuntijuus ja kokonaisvaltainen vastuunotto aivohalvauspotilaiden kuntoutuksessa oli merkityksellistä. Tutkimuksessa

korostui omahoitajan rooli kuntoutujan tukemisessa kriisissä, tiedonvälittäjänä toimimisessa, sekä kuntoutujan tukemisessa tavoitteiden asettamisessa ja toteuttamisessa. Fyysistä kuntoutumista edisti kaikkien kuntoutumisprosessiin osallistuvien osallistuminen kuntoutumisen tavoitteiden asettamiseen. Kuntoutujien tuli saada riittävästi tietoa kuntoutumisesta, kannustusta omatoimisuuteen ja riittävästi ohjausta jatkohoitoon. Merkittävänä huomiona tuli ilmi, että läheisten osallistuminen kuntoutumisen tavoitteiden asettamiseen ei toteutunut. Läheiset olivat myös huolissaan omasta jaksamisestaan. (Mäntynen 2007.)

Joanna Briggs Instituutin julkaisema parhaaseen tutkimusnäyttöön perustuva hoitosuositus (JBI-suositus) Aivohalvauksesta toipuvien iäkkäiden henkilöiden psykososiaalis-henkinen kokemus, korostaa huomioimaan iäkkään henkilön kokonaisvaltaisen tunteen kauhusta ja pelosta, mitä esiintyy toipumisen varhaisessa vaiheessa. Suosituksessa korostetaan myös hengellisyyttä, yhteydenpidon tärkeyttä läheisiin ja ystäviin eristäytymisen ehkäisemiseksi. Hoitosuunnitelmassa tulisi huomioida niin fyysinen kuin psyykinen puoli elämän uudelleen järjestämisessä. Suosituksessa mainitaan myös terveydenhuoltojärjestelmän oikeanlaista suhtautumista sekä keinoja, jotka tukevat aivohalvauksesta toipumassa olevia iäkkäitä henkilöitä. Iäkkäille henkilöille tulisi tarjota mahdollisuus keskustella omasta paranemisestaan ja edistymisestään sekä elämän muutoksestaan. (JBI-suositus 2009.) Minäkuvan ja identiteetin muutos aivoverenkiertohäiriön jälkeen muuttuu, joka näkyy negatiivisempana suhtautumisena itseään kohtaan kuin ennen sairautta. Sairastuneet kokevat itsensä vähemmän kiinnostaviksi, osaaviksi, itsenäisiksi, vähemmän tyytyväisiksi ja aktiivisiksi. Hoitajien tulee olla tietoisia minäkuvan ja identiteetin muutoksesta sairauden jälkeen. (Ellis-Hill - Horn 2000.)

Mikä on kuntoutuksen ja hoidon ero? Kun aivoverenkiertohäiriöön sairastunut potilas alkaa kuntoutua ja pystyy ilmaisemaan oman tahtonsa, hänestä tulee kuntoutuja, aktiivinen toimija. Hoidossa potilas on pääasiassa objekti, kuntoutuksessa pääasiassa subjekti. Sairauden alussa objekti on suuremmissa roolissa ja toipumisen edetessä subjekti tulee vallitsevaksi. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoidossa ja hoitotyössä tarvitaan kuntouttavaa

otetta, potilaan oman tahdon huomioon ottamista ja tavoitteiden asettamista yhdessä hänen ja omaisten kanssa (Kuvio 2). (Lindstam - Ylinen 2012, 8.)



Kuvio 2. Aivoverenkiertohäiriön jälkeen hoito on alussa keskeistä, hoidossa kuntouttavan otteen merkitys kasvaa ajan kuluessa kunnes kuntoutus muuttuu hoitoa keskeisemmäksi. (Lindstam - Ylinen 2012, 8.)

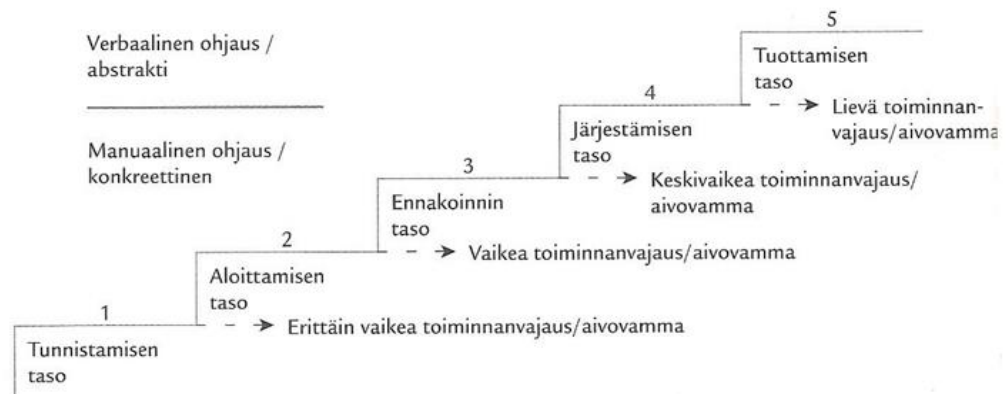
Kuntouttavaa tai kuntoutumista tukevaa työtettä pidetään periaatteena ja toimintatapana kaikessa hyvässä hoidossa ja hoivassa. Kuntouttavalla tai kuntoutumista tukevalla työotteella tarkoitetaan yleensä työntekijän tai ammattilaisen työtapaa tai toimintaotetta, jonka periaatteena on huomioida potilaan subjektiivisuus, osallisuus ja vaikutusmahdollisuudet. Kuntouttavassa työotteessa käytetään erilaisia selviytymistä ja elämänhallintaa edistäviä tai potilaan omatoimisuutta sallivia työtapoja. (Järvikoski ym. 2011, 23.)

Kuntouttavan työotteen tarkoitus on tukea ja kannustaa potilasta selviytymään mahdollisimman itsenäisesti omien voimavarojensa ja toimintakykynsä mukaan. Toimintakyvyllä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä fyysistä toimintakykyä, terveydentilaa ja henkistä toimintakykyä. Kuntouttavassa työotteessa korostuu yhdessä tekeminen, ei toisen puolesta tekeminen, jossa lähtökohtana on, että potilas voi tehdä valintoja arkipäivän toimista ilman, että työntekijä päättää arkitoimien toteutuksesta ja aikataulusta kiireeseen tai työpaineisiin vedoten. Potilaalle annettu aika suoriutua itsenäisesti tukee hänen omatoimisuuttaan ja toimintamahdollisuuksiaan. Kuntouttavassa työotteessa on muistettava, että ei pakoteta suoriutumaan itsenäisesti, vaan apua ja ohjausta tulee tarjota jos

potilas ei selviydy yksin tai hän itse haluaa apua. Kuntouttavassa työotteessa on muistettava huomioida myös psyykkiset ja sosiaaliset seikat, ei vain fyysisistä puolta. (Järvikoski ym. 2011, 23.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksen kannalta merkittäviä ovat jäännösoireiden pysyvyys ja pitkäaikaisuus sekä laaja-alainen vaikutus sairastuneen kokonaispersoonaan siksi, että mukana usein on neuropsykologisia muutoksia, erityishäiriöitä tai vaikutuksia, jotka voivat vaikuttaa ja muuttaa henkilön yleisiä toimintamalleja. Henkinen jaksaminen ja pitkäjänteisyys ovat yleensä merkittäviä vaikuttajia. Aivoverenkiertohäiriöt vaikuttavat sairastuneen koko persoonaan, persoonalliseen ilmaisuun, vastaanottokykyyn ja psyykkiseen prosessointiin, jonka huomioon ottaminen on kuntoutustarpeen ja kuntoutusmahdollisuuksien kannalta merkityksellisempää kuin liikunta- ja toimintakyvyn puutokset sinänsä. Aivoverenkiertohäiriön aiheuttama vammaisuus on monisäikeinen uusi kokonaisuus kognitiivisten kykyjen, persoonallisen ilmaisun sekä liikunnan vajeiden takia, jonka omaiset, lähiyhteisö ja myös kuntouttajat kohtaavat ja jonka kanssa he ”joutuvat” elämään. (Korpelainen ym. 2008, 251.)

Kuntoutus vaatii laajaa ymmärrystä aivojen normaalitoiminnasta, tietoa ihmisen käyttäytymisestä aivovaurion jälkeen sekä taitoa hoitaa ja ohjata kuntouttavasti. Kuntoutuminen on uudelleen oppimista. Sairastuminen vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn, jossa oireet ja häiriöt voivat olla näkyviä fyysisesti ja/tai näkymättömiä oireita, ja jotka vaikuttavat sairastuneen elämään ja toimimiseen. Oireiden ja häiriöiden perusteella arvioidaan sairastuneen oppimisen taso, joka ohjaa käyttämään oikeita kuntouttavan hoidon ja ohjauksen menetelmiä. (Forsbom ym. 2001, 6.)



Kuvio 3. Oppimisen tasot, aivovamman vaikeusaste ja ohjauksen laatu (Forsbom ym. 2001, 62.)

Forsbom ym.(2001) kirjassaan käyttää Felicie Affolterin lähestymistavan mukaan potilaan oppimisen tasoa kuvaavaa porrasteikkoa (Kuvio 3). Potilaan oppimisen tasoa arvioidessa on tiedettävä mitkä eri syyt vaikuttavat siihen, että potilas on tietyllä oppimisen tasolla. Tunnistamisen tasolla henkilö ei ymmärrä mitä esineillä tehdään. Aloittamisen tasolla henkilö tunnistaa tilanteen, osaa aloittaa toiminnan, mutta ei osaa valita eri mahdollisuuksista loogisesti. Edellä mainitut oppimisen tasot kuuluvat vaikean ja erittäin vaikean aivovammapotilaan oppimisen tasoihin, jolloin oppimiseen tarvitaan kinesteettis - taktilisen kanavan. Oppiminen tapahtuu silloin tunnon, kosketuksen ja liikkeen avulla. Ennakoinnin tasolla henkilö osaa valita esillä olevista tavaroista, mutta ei osaa hakea puuttuvia esineitä. Järjestämisen tasolla henkilö taas selviytyy tutusta tilanteesta ja tuottamisen tasolla henkilö pystyy suunnittelemaan ja soveltamaan toimintoja erilaisissa tilanteissa. Lievän ja keskivaikean aivovamman saaneen kohdalla ohjauksessa käytetään auditiivista ja visuaalista kanavaa. (Forsbom ym. 2001, 61 - 62.)

Opettaminen ja ohjaus hoitotyössä ovat humanistista, kokonaisvaltaista ja dynaamista vuorovaikutusta ja oppimista. Parhaimmillaan ohjaus on dialogi eli vuoropuhelu, jossa kuntoutujan ja hoitajan elämän todellisuudet kohtaavat. (Talvela 2006, 72.) Kuntouttaja ei tee omia tulkintojaan vaan

kuntoutuja on subjekti, oman elämänsä asiantuntija (Malm 2006, 48). Hyvä ohjaussuhde kestää myös erimielisyydet opettamisessa ja ohjaamisessa. (Talvela 2006, 72.) Kuntouttava ohjaus edellyttää hoitajalta pitkäjänteisyyttä kestää hitaus ja toistaa samoja asioita yhä uudelleen, sietokykyä kohdata oireiden aiheuttamaa käyttäytymistä ja lujutta pitää yllä rajoja silloin, kun niitä vaaditaan (Forsbom ym. 2001, 61).

Voimavarakeskeisessä vuorovaikutuksessa huomio kohdistuu ongelmien sijaan kuntoutujan voimavaroihin. Voimavarakeskeisessä ajattelumallissa kuntoutujan itsemäärääminen, vaikutusmahdollisuudet ja elämänhallinta lisääntyvät, jossa korostuu usko kuntoutujan arvokkuuteen ja mahdollisuuksiin, ja missä kuntoutuja on oman elämänsä päähenkilö. (Malm 2006, 48.) Aivoverenkiertohäiriön jälkeen elämänmuutos aloittaa uuden oppimis – ja kasvuprosessin (Talvela 2006,72).

Kuntouttavassa hoitotyössä fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen on tärkeää. Aivoverenkiertohäiriö vaikuttaa ihmissuhteisiin, työhön ja harrastuksiin, jotka kuuluvat kaikkien inhimilliseen elämään. Läheisten ja omaisten kanssa tehty yhteistyö ja tukeminen auttavat myös sairastuneen kuntoutumista ja toipumista. (Forsbom ym. 2001, 150 - 151).

Kuntouttavassa hoitotyössä ohjaaminen ja opettaminen liittyvät fyysisiin, psyykkisiin että sosiaalisiin tarpeisiin. Läheisten ja omaisten ohjaaminen ja opetus kuuluvat myös aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen hoitotyöhön. Päivittäisessä hoitotyössä ohjaus – ja opetustilanteet liittyvät ihon ja hygienian hoitoon, pukeutumiseen ja riisuuntumiseen, erittämiseen, lääkehoitoon, ravitsemukseen ja ruokailuun, tapaturmien ennaltaehkäisyyn ja turvallisuuteen, liikkumiseen, päivittäisissä toiminnoissa käytettävien apuvälineiden käyttöön, tutkimuksiin ja hoito-ohjeisiin ja omaisten tapaamiseen, neuvontaan ja ohjaamiseen. (Talvela 2006, 73.) Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavassa hoitotyössä keskeistä on hyvä ja huolellinen perushoito. Potilaalle siirretään asteittain vastuuta päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen, kuten liikkuminen, wc-käynnit, syöminen, peseytyminen ja pukeutuminen. (Syväoja 2011, 92.)

Alkuvaiheessa aivoverenkiertohäiriöpotilaan turvallisuuteen panostaminen on tärkeää, koska kognitiiviset ja motoriset häiriöt vaikeuttavat päivittäisistä toimista suoriutumista. Hoitajan tai hoitajien tuki sekä liikkumisen apuvälineet kuuluvat aivoverenkiertohäiriöpotilaan turvalliseen liikkumiseen kognitiivisten ja motoristen häiriöiden vuoksi. Turvallisuuden vuoksi voidaan käyttää myös erilaisia liikkumisen rajoittamisen keinoja, kuten turvavöitä sekä magneettivöitä ja vuoteen reunojen ylös nostaminen, joilla estetään kaatumiset ja putoamiset. Ruokailu kuuluu päivittäisten toimintojen ohjaamiseen ja opettamiseen, jossa ruoan koostumus, ruokailuasento ja ruokailutila ovat merkityksellisiä. Aspiraation ehkäisemiseksi ruokailua on seurattava ja tarvittaessa säännösteltävä. (Rautava - Nurmi ym. 2012, 387; Forsbom ym. 2001, 112 -114.) Ruoan ja juoman koostumuksella voidaan auttaa aivoverenkiertohäiriöpotilaan ravitsemukseen liittyvissä nielemisongelmissa. Tuntopuutoksesta ja nielemisrefleksin puutoksesta johtuvasta nielemishäiriöistä potilasta voidaan auttaa kylmästimuloinnilla tai tuntoärsykkeillä. Jos nielemishäiriö vaikeuttaa riittävän ravinnon saantia, voidaan käyttää lisänä myös lisäravinteita.(Raappana 2010.)

Pukeutuminen, peseytyminen ja erittäminen kuuluvat päivittäisiin toimintoihin, joita tulee vuorokauden aikana useita. Näiden päivittäisten toimintojen suorittamiseen aivoverenkiertohäiriöpotilas tarvitsee monia taitoja, motorisia ja kognitiivisia. Tavoitteena kuntouttavassa hoitotyössä on, että potilas oppii uudelleen itsestä huolehtimisen taidot. Hoitajan on arvioitava potilaan voimavarat, jotta hän ei tee asioita potilaan puolesta. Tavoitteiden saavuttamiseksi erittämisen toiminnot tulisi tehdä wc:ssä, jolloin kuntouttavassa hoitotyössä korostuu hoitajien ohjaus, opetus ja auttaminen, missä samalla aivoverenkiertohäiriöpotilas oppii motorisia ja kognitiivisia taitoja (Forsbom ym. 2001, 100.) Erittämisen ongelmassa tavoitteeksi asetetaan normaali virtsaneritys sekä vatsan toiminta wc:ssä (Rautava-Nurmi 2012, 274; Forsbom ym. 2001,121). Itsetunnon sekä sosiaalisen elämän kannalta itsenäinen selviytyminen on tärkeää. Rakon toiminnan hallinnan harjoittelu, virtsamäärien seuranta, riittävä nesteytys ja tieto siitä miksi oire esiintyy auttavat virtsaamisen ongelmassa. (Forsbom ym. 2001, 121).

Asentohoidon aloittaminen heti akuuttivaiheessa aktivoi kehon aistimuksia ja ehkäisee vartalon ja raajojen toimintahäiriöitä. Varhaisella mobilisoinnilla vähennetään myös painehaavojen, keuhkokuumeen, syvien laskimotukosten ja keuhkoembolian riskiä. Määrätietoinen asentohoito on äärimmäisen tärkeää, koska se edistää hengitysteiden tyhjenemistä limasta. Myös passiivinen liikehoito edistää hengitys – ja verenkiertoelinten toimintaa. Hyvään hoito – ja kuntoutukseen kuuluu potilaan hengitys – ja verenkiertoelinten tilan seuranta ja toiminnasta huolehtiminen. Halvaantuneella kyljellä makuu on suositeltavaa alkuvaiheessa, jolloin aktivoidaan halvaantuneiden raajojen käyttöä ja ehkäistään spastisuutta. Asentohoidossa on kiinnitettävä myös huomiota aikaisemmin vaurioituneiden nivelten asento- ja liikehoitoon (Käypähoito 2011; Korpelainen ym. 2008, 257- 258; Aivoliitto 2011, 10.)

Potilaan mobilisointi aloitetaan mahdollisimman varhain jos neurologinen tilanne on vakaa. Potilas voidaan kohottaa istumaan jo sairastumista seuraavana päivänä. Istumatasapainon saavuttamisen myötä voidaan alkaa tehdä seisomaan nousu ja kävelemisen harjoitteita. Pystyasento vähentää komplikaatoriskiä, piristää potilasta, auttaa tiedostamaan puutosoireet, hahmottamaan omaa kehoaan ja edistää kuntoutumista (Korpelainen ym. 2008, 257 - 258.)

Aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa riippuvuutta yhdessä tai useammassa elämisen toiminnossa. Riippumattomuus aikuisella ihmisellä on hallitseva piirre ja monien sairastuessa onkin vaikea hyväksyä sairauden aiheuttamaa pakollista riippuvuutta. Jos sairaus aiheuttaa jossakin elämisen toiminnoissa riippuvuutta pysyvästi, tarvitsee hän aikaa ja tukea sopeutua tilanteeseen. Kuntouttavassa hoitotyössä on tärkeää arvioida mihin potilas kykenee, jotta ei riistettäisi riippumattomuutta niistä elämisen toiminnoista, joista sairastunut pystyy suoriutumaan. Riippuvuuden astetta on tarkasteltava ja arvioitava kaikissa elämisen toiminnoissa. (Roper ym. 1992, 81.) Kuntouttavan hoitotyön tavoitteena onkin vähentää aivoverenkiertohäiriöpotilaan riippuvuutta toisen ihmisen avusta.

Hoitotyön sisällön määrittelyssä on etsittävä ongelma-alueet ja tarpeet, joihin hoitotyön keinoin pystytään vastaamaan. Keskeistä on ongelma-alueiden tunnistaminen ja eri ongelma-alueilla ilmenevien oireiden tunnistaminen. Ongelma-alueet voivat ilmetä fyysisellä alueella, terveydentilan ja henkisen alueen häiriöinä, joista toimintakyky muodostuu. Vaikeusasteen määrittää oireiden määrä ja laatu. (Forsbom ym. 2001, 57.)

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen valmiuksia selviytyä jokapäiväisen elämän tehtävistä kotona, työssä ja vapaa-ajalla. Lääketieteessä toimintakykyä tarkastellaan fyysisestä ja psyykkisestä, että terveyden ja sairauden näkökulmasta. Toimintakyvyn arviointi on perusta kuntoutuksen suunnittelulle, kuntoutumismuotojen valinnoille (Malm 2006, 58), että kuntoutuksen tulosten arvioinnille. Toimintakykyä ja sen eri osa-alueita arvioidaan yksilön oman kokemuksen pohjalta sekä objektiivisena asiantuntija-arviona. Kuntoutuksessa toimintakyvyn arviointi painottuu toimintakyvyn rajoituksiin kuin hyvään toimintakykyyn, johon vaikuttaa ihmisen ikä, sukupuoli ja koulutus. (Järvikoski – Härkäpää 2011, 92 - 93.) Perustarpeiden tyydyttämisen näkökulmasta arvioidessa tarkastellaan ihmisen kykyä itsehoitoon, henkilökohtaisiin perustarpeisiin ja niiden tyydyttämiseen. (Malm 2006, 57.)

Kuntoutumisprosessissa kuntoutujan toimintakyky tulee arvioida itse kuntoutujan, että hänen omaisten kanssa yhdessä. Toimintakyvyn arviointi tulee tehdä myös ennen apuvälineiden hankintaa, kodin ja lähiympäristön muutostöitä. Yhteistyö kuntoutujan ja omaisten kanssa lisää motivaatiota ja sitoutumista kuntoutumiseen. (Malm 2006, 58.) Toimintakykyä voidaan arvioida erilaisilla mittareilla, joiden tarkoituksena on antaa tutkittuun ja testattuun tietoon perustuvaa objektiivista tietoa eri alueilta. Mittari on työväline, jolla pystytään hyödyntämään saatua tietoa käytännössä potilaalle, että hoitajalle. Mittareita tulisi hyödyntää arkipäivän työssä työ- ja apuvälineenä, jotka parantavat yhteisen kielen ja käsitteiden käyttöä ja toimivat vertailupohjana tutkimukselle ja kehitykselle sekä moniammatillisessa tiimissä, että eri laitosten välillä. (Forsbom ym. 2001, 144.)

Opinnäytetyöhömmme valitsimme FIM (Functional Independence Measure) mittarin. FIM-mittari painottuu perustoimintakyvyn tason muutosten mittaamiseen. Mittarissa on 13 motorisia toimintoja ja 5 kognitiivisia toimintoja mittavaa kohtaa. Jokaisesta toiminnosta kuntoutuja saa 1-7 pistettä siten, että korkein pistemäärä 7 tarkoittaa kykyä selvitä yksin ja alhaisin pistemäärä 1 tarkoittaa täydellistä avun tarvetta. Arvioinnin voi tehdä joko kuntoutuja itse, hänen omainen tai hoitaja. FIM-mittarin motorisen toiminnon alueeseen kuuluu; ruokailu, siistiytyminen, peseytyminen, ylä- ja alavartalon pukeminen, wc:ssä käyminen, virtsarakon hallinta, peräsuolen hallinta, siirtyminen, ja liikkuminen. Kognitiivisen toiminnon alue tarkastelee ymmärtämistä, ilmaisukykyä, vuorovaikutuskykyä, ongelmien ratkaisemista ja muistia. Arviointi tulisi tehdä kuntoutusjakson alussa, keskivaiheella ja lopussa. FIM-mittari painottuu fyysisen toiminnan alueelle ja henkisen alueen arvioinnissa mittari on suppea. (Forsbom ym. 2001, 144; Malm 2006, 61.)

5 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROSESSI

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö. Opinnäytetyömme koostuu kahdesta osasta raportista eli teoreettisesta viitekehystä sekä toiminnallisesta osasta oppaasta. Raporttimme koostuu aivojen normaalista rakenteesta, aivoverenkiertohäiriöstä sekä hoitotyön auttamismenetelmistä aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavassa hoitotyössä. Opinnäytetyön toiminnallinen osa opas sisältää eri päivittäisiä hoitotyötoimintoja, joita toteutetaan kuntouttavalla työotteella. Päivittäisissä toiminnoissa hoitaja voi auttaa tai ohjata esimerkiksi liikkumisessa, pukeutumisessa tai ruokailussa. Oppaan tarkoituksena olisi yhtenäistää hoitotyön käytännöt sekä uusille työntekijöille, että jo kokeneille työntekijöille. Vähäkangas (2010) tutkimuksessa ilmeni, että kuntoutumista edistävän toiminnan mieleen palauttaminen koettiin tärkeäksi, silloin toiminta oli tavoitteellista ja systemaattista kuntouttavaa hoitotyötä.

Toiminnallisen opinnäytetyö tavoitteena on käytännön toimintojen ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen. Se voi olla ohje, ohjeistus tai opastus. Tuotteena se voi olla kirja, kansio, vihko, opas, cd-rom, portfolio, kotisivut tai johonkin tilaan järjestetty näyttely tai tapahtuma. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja tutkimusraportointi tutkimusviestinnän keinoin. Opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella tehty ja riittävästi alan tietoja ja taitoja hallitseva. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on suositeltavaa olla toimeksiantaja. Opinnäytetyöllä voi luoda suhteita työelämään, aikaisempiin harjoittelupaikkoihin, herättää kiinnostusta itseesi, kehittää omia taitoja sekä mahdollisesti työllistyä toimeksiantajalle. (Vilkka - Airaksinen 2003, 9,10,16.)

Opinnäytetyön ensimmäinen vaihe on aiheanalyysi eli aiheen ideointi. Ensisijaisen tärkeää on, että aihe motivoi tekijäänsä, joten aihe voi syventää jo aikaisempaa asiantuntemusta. Aiheen tulee olla ajankohtainen sekä toimeksiantajaa kiinnostava. (Vilkka - Airaksinen 2003, 23.) Opinnäytetyömme aiheen idea lähti toimeksiantajaltamme kuntoutusosaston

osastonhoitajalta. Tavoitteena on kehittää sekä parantaa hoitajien ammattitaitoa kuntouttavassa hoitotyössä. Kehittäminen kohdistuu toimintakäytäntöihin ja henkilöstön osaamiseen. Kehittäminen koostuu jo olemassa olevasta sekä uudesta tiedosta, mutta tärkeää on myös hoitajien työkokemuksen kautta saatu kokemustieto. (Heikkilä – Jokinen - Nurmela 2008, 55.) Jokainen hoitaja, niin sairaanhoitaja kuin lähihoitaja saa perusopinnoissaan valmiudet toteuttaa hoitotyötä. Hoitotyö voi kuitenkin olla erilaista erilaisissa paikoissa, jolloin asiantuntijan rooli korostuu juuri kyseisessä paikassa. Hoitajien yhtenäiset käytänteet työyhteisössä ovat tehokkaampia ja tuovat parempia tuloksia.

Aiheen ajankohtaisuuden koemme tärkeäksi, koska aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita on paljon ja se voi aiheuttaa sairastuneelle muutoksia toimintakykyyn sekä elämänhallintaan. Opinnäytetyömme myös syventää aikaisempaa osaamistamme aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoitotyössä. Aikaisempi kokemuksemme on, että kuntouttavaa työtettä eivät kaikki hoitajat aina käytä, joko kiireen, kokemattomuuden tai tietämättömyyden vuoksi. Kuntouttavan hoitotyön oppaalla voidaan saada ratkaisuja työssä havaittuihin käytännön ongelmiin tai rakentaa kokonaan uusia toimintatapoja (Heikkilä ym. 2008, 27).

Kuntoutusosaston potilasaines koostuu pääasiassa aivoverenkiertohäiriö-, lonkka-, ja polvileikatuista potilaista. Ideointi vaiheessa mietimme millaisia potilaita kuntouttavan hoitotyön opas käsittelee. Päätimme rajata aiheen pelkästään aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoitotyöhön, koska opinnäytetyöstämme olisi tullut niin laaja ja halusimme paneutua aiheeseemme hyvin, rajaamalla se pelkästään aivoverenkiertohäiriöihin. Opinnäytetyömme tilaaja terveyskeskussairaala osasto K3 on perusterveydenhuollon kuntouttavanhoidon osasto, jossa potilaspaiikkoja on 27. Aivoverenkiertohäiriöpotilaat tulevat kuntoutusosastolle jatkokuntoutukseen pääasiassa erikoissairaanhoidosta Lapin keskussairaalaan tai terveyskeskussairaalan akuuttiosastoilta. Aivoverenkiertohäiriöpotilailla on usein ongelmia fyysisessä, psyykkisessä sekä sosiaalisessa toimintakyvyssä. Ideointivaiheessa keskustelimme myös toimeksiantajan kanssa oppaan sisällöstä. Toimeksiantajan toive oli, että

opas suunnataan hoitohenkilökunnalle ja erityisesti uusille työntekijöille. Ideointivaihetta ja aiheen rajausta helpotti aikaisempi työkokemus aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntouttavasta hoitotyöstä.

Aiheen ideoinnin jälkeen aloitimme suunnitelman tekemisen. Suunnitelma tehdään toiminnallisessa opinnäytetyössä siksi, että opinnäytetyön idean ja tavoitteiden tulee olla tiedostettuja, harkittuja ja perusteltuja. Suunnitelmassa vastataan kysymyksiin mitä tehdään, miksi tehdään ja miten tehdään. Suunnitelmassa jäsennetään itselle mitä ollaan tekemässä, osoitetaan johdonmukaista päättelyä ideasta ja tavoitteista. (Vilkk-Airaksinen 2003,26.) Suunnitelmavaiheessa keskustelimme kuntoutusosaston hoitajien sekä eri terapeuttien kanssa. Toiveina heillä oli yhtenäistää hoitotyön toimintoja, kuntouttavan työotteen lisääntyminen, aivoverenkiertohäiriöpotilaiden omatoimisuuden ja jäljellä olevien voimavarojen hyödyntäminen.

Työstimme aiheitamme ensin teoria osuudella, jonka jälkeen aloitimme oppaan suunnittelun, johon valitsimme niitä hoitotyön toimintoja, joita hoitajat toteuttavat päivittäin hoitotyössään os. K3:lla. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu itse produkti eli tuotos (Vilkk-Airaksinen 2003, 65), joka meillä on opas. Oppaan tekstissä puhutellaan sen kohde- ja käyttäjäryhmää. Oppaan tekstin toimivuutta on hyvä testata kohderyhmällä. (Vilkk-Airaksinen 2003, 129.)

Teoreettista viitekehystä sekä itse opasta testasimme osastonhoitajalla. Opasta, josta puuttuivat vielä kuvat, testasimme yhdellä perushoitajalla sekä fysioterapeutilla. Heidän mielestään opas kaipasi kuvia, mikä helpottaa oppaan ymmärtämistä ja toiveina heillä oli myös, ettei oppaasta tulisi liian pitkä, jotta se houkuttelisi kaikkia hoitajia perehtymään sen sisältöön. Valokuvat otettiin kuntoutusosastolla yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa. Näin varmistimme, että käytämme oikeita tekniikoita ja, että oppaasta tulisi moniammatillisen yhteistyön vuoksi luotettava.

5.2 Oppaan laatiminen

Oppaan olemme suunnitelleet kansioksi, jolloin se on helppolukuinen, selkeä ja on helposti löydettävissä osastolla. Oppaaseen suunnittelimme erilaisia valokuvia hoitotyön toimista ja ohjaustilanteista, joita hoitajat tekevät yksin tai pareittain. Opas huomioi kuntoutujan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn, jossa painopiste on fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. Liikkuminen, asentohoito, pukeutuminen, peseytyminen, erittäminen ja ruokailu kuuluvat päivittäisiin toimintoihin, joissa hoitajat ohjaavat sekä auttavat päivittäin useita kertoja. Opas sisältää myös aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitotyön prosessin, toimintakyvyn arviointia, potilaan sijoittumista osastolla, psyykkisen toimintakyvyn tukemista ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemista. Oppaaseen halusimme tuoda myös valokuvia erilaisista apuvälineistä, joita osastolla käytetään kuntouttavassa hoitotyössä potilaiden siirroissa, ruokailussa, pukeutumisessa ja peseytymisessä.

Ideavaiheessa tekijöiden omat kokemukset ja toiminta niin työssä kuin arjessa ovat tärkeitä työn ratkaisuvaihtoehtojen löytymiselle. (Vilka-Airaksinen 2003,7). Ensimmäinen toiveemme oli, että teemme sellaisen toiminnallisen työn mikä on molempia kiinnostava ja mistä on hyötyä tulevaisuudessa. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustapa valittiin omien resurssien, toimeksiantajan toiveiden, kohderyhmän ja opinnäytetyötä koskevien vaatimusten kompromissina. Siinä oli hyvä kartoittaa ajalliset ja taloudelliset resurssit (Vilka – Airaksinen 2003, 57). Tuotteen muotoa valitessa piti ottaa huomioon, mikä on kohderyhmä ja minkälainen on tuotteen ympäristö missä tuotetta käytetään, jotta se palvelisi kohderyhmää parhaiten (Vilka – Airaksinen 2003, 51). Päädyimme tekemään selkeän oppaan, jossa olisi valokuvia, jonkin verran tekstiä ja se olisi muovitetussa kansiossa, jotta se kestäisi kovempaakin kulutusta. Ohjaavalta opettajaltamme saimme aluksi hyviä vinkkejä, että pääsimme työssämme alkuun.

Oppaan kehittämissä vaiheissa mietimme mitä kaikkea sisältyy aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavaan hoitotyöhön, kun sairastunut

tulee osastolle kuntoutukseen. Mietimme aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitotyön prosessia alusta loppuun, johon kuuluu hoitosuunnitelma, tavoitteet, toteutus ja arviointi. Haasteellista meille oli saada kokonaisuus oppaan muotoon, jossa tavoitteena oli tiivis ja selkeä tietopaketti. Halusimme, että oppaasta tulisi niin ulkonäöltään, tekstitykseltään että kuviltaan selkeä ja sisällöltään jäsenelty kokonaisuus, ja johon kiinnitettäisiin huomiota. Lähdimme työstämään itse opasta kirjoittamamme teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Tekstin kirjoittaminen kävi sujuvasti hyvin tehdyn teorian pohjalta, mutta itse oppaan jäsentely oli haasteellista. Oppaan valokuvat suunnittelimme niistä päivittäisistä hoitotyön toimista, joita hoitajat toteuttavat päivittäin os. K3:lla. Suunnitteluvaiheen aikana teimme yhteistyötä moniammatillisen tiimin kanssa, jotta varmistimme oikeanlaiset potilaiden siirtotilanteet, siirtotilanteiden- ja asentohoidon ohjeistukset ja hoitajan ergonomian. Valokuvat halusimme ottaa os. K3:lla, joka on tuttu ympäristö osastolla työskenteleville hoitajille ja jossa myös osaston käytettävissä olevat apuvälineet ovat tiedossa. Kuvaustilanteiden aikataulua jouduimme joskus muuttamaan, koska osasto oli välillä niin täynnä potilaita, ettei meille löytynyt suunniteltuja tiloja sekä itse kuvaaja joutui aloittamaan työvuoron aikaisemmin.

Jouduimme kiinnittämään huomiota niin oppaan ulkoasuun kuin asiasisältöön, mutta myös luotettavuuteen, käytettävyyteen, kuvien laatuun kuin oppaan tuotteistamisesta aiheutuviin kustannuksiin. Tavoitteena oli, että tuottemme erottuisi edukseen muista vastaavanlaisista oppaista. (Vilka-Airaksinen 2003, 52–53). Käyttämämme lähdemateriaalit olivat uusimpia ja luotettavia tutkimuksia, väitöskirjoja, artikkeleita, alan kirjoja kuin myös päivitettyjä Käypähoito-ohjeita. Luotettavuus ja eettisyys ovat olleet koko ajan tärkeimpiä arviointikriteereitä mitä olemme pitäneet mielessämme työn edetessä. Tämä näkyi jatkuvana valintojen ja rajausten tekemisenä, kuin myös arviointina ja lähdekritiikkinä. Lopullisen oppaan toteuttaminen oli kaiken kaikkiaan työmme palkitsevin osuus. Oli ilo nähdä lopultakin työ siinä kokonaisuudessa mitä ei osannut kuvitellakaan työn alkuvaiheessa ja minkä työmäärän siihen on saanut kumpikin omalla panoksellaan tehdä. Tuotoksemme on valmis ja opas löytyy opinnäytetyön liitteenä.

6 POHDINTA

Opinnäytetyönaihe varmistui meille helmikuussa 2013, jonka jälkeen aloimme suunnitella työmme aikataulua ja tavoitteeksi asetimme opinnäytetyön suunnitelman valmistumisen toukokuulle 2013. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen seuraava tavoitteemme oli saada työmme valmiiksi elokuussa 2013. Aineiston keruun aloitimme jo heti keväällä sekä kirjallisen osuuden työstämisen, jota jatkoimme kesän ajan, aina elokuun loppuun saakka. Opinnäytetyötä olemme työstäneet muiden opintojaksojen sekä työmme ohessa, mikä on ollut välissä aika raskasta. Opinnäytetyöhön käytetty aika ja työmäärä ovat olleet suuria, mutta palkitsevia.

Aloitimme opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen tekemisellä, jonka jälkeen meille selkeytyi paremmin oppaaseen valittavat asiat ja hoitotyön toiminnot. Teoreettista viitekehystä tehdessä haastavinta oli yhdistää hoitotyön auttamismenetelmät ja kuntouttava hoitotyö ja jäsentää ne järkevästi. Työkokemuksemme aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavasta hoitotyöstä auttoi ymmärtämään sairastuneiden hoitotyötä, mutta haastavaa oli saada se järkevästi jäsenneltyä kirjalliseksi asiakokonaisuudeksi. Teoreettiseen viitekehykseen valitsemamme Roperin, Loganin, Tierneyn hoitotyön malli oli hoitotyön kokemuksemme vuoksi helpoimpia valintoja opinnäytetyössä. Valinnasta keskustelimme myös toimeksiantajan kanssa ja he olivat myös valintamme kannalla, koska Roperin, Loganin, Tierneyn hoitotyön malli on tuttu myös osastolla työskenteleville hoitajille. Mielestämme valintamme oli oikea, koska oppaan tekstissä tulee ottaa huomioon kohderyhmän ikä, asema ja tietämys aiheesta, oppaan käyttötarkoitus sekä erityisluonne (Vilka-Airaksinen 2003, 129).

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavan hoitotyön auttamismenetelmiä käsitelimme melko laajasti, koska aivoverenkiertohäiriö vaikuttaa useisiin elämisen toimintoihin ja sen vuoksi myös sairastuneen elämänlaatuun. Kaikilla aivoverenkiertohäiriöpotilailla os. K3:lla on jonkin asteinen toimintahäiriö sairauden vuoksi, koska ihmisen tärkein elin on aivot, jotka säätelevät lähes kaikkia elintoimintoja ja ovat inhimillisen elämän keskus (Juntunen 2008, 200.) Hoitotyössä tuleekin osata huomioida miten tärkeää

on tuntea aivoverenkiertohäiriöpotilaan fyysiseen terveyteen vaikuttavat yleisimmät biologisten säätelymekanismien häiriöt, jotka peittyvät usein käyttäytymisen, ajattelu- ja liikuntakyvyn yms. häiriöiden diagnostiikan ja hoidon alle. Potilaan terveydentilan kannalta niihin on välttämätöntä kiinnittää huomiota. (Forsbom ym. 2001, 19.) Potilaan terveydentilaan ja kuntoutumiseen vaikuttavat sairastuneen ikä, aikaisempi toimintakyky, perussairaudet, sosiaalinen verkosto ja motivaatio. Os. K3:lla olevat potilaat ovat yleensä iäkkäitä henkilöitä, joilla on aikaisempia perussairauksia.

Routasalon ja Laurin artikkeli läkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli (2001) hoitaja joutuu arvioimaan omaa näkemystään ikääntymiseen ja ikääntyneen mahdollisuuksiin kuntoutua sekä yleisellä tasolla, että yksilötasolla huomioiden myös omaiset. Mallissa edellytetään hoitajan omien asenteiden tarkastelua sekä tietojen ajan tasalla pitämistä. Malli korostaa myös sairaanhoitajien aktiivista roolia koordinoijana muiden ammattiryhmien kanssa, tilanteen tarkastelua kokonaisuutena ja tilanteesta ja tapahtumista tiedottamista. (Routasalo - Lauri 2001.) Mäntynen (2007) korostaa tutkimuksessaan myös sairaanhoitajien roolia omaisten tukemisessa ja heidän osallistumisesta kuntoutumisen tavoitteiden asetteluun sekä koko kuntoutumisprosessin eri vaiheisiin. Tutkimuksessa käy ilmi, että aivohalvauspotilaiden fyysinen kuntoutuminen edistyi merkittävästi sekä kuntoutuskeskuksessa että terveyskeskuksessa. Routasalon ja Laurin läkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön mallia (2001) voidaan hyvinkin hyödyntää os. K3:lla kuntouttavassa hoitotyössä. Moniammatillisessa tiimissä sairaanhoitaja toimii koordinoijana sairastuneen, lääkärin, omaisten, terapeuttien, sosiaalihoitajan ja mahdollisesti eri hoitoyksiköiden välillä. Kuntoutumisprosessi on tavoitteellista toimintaa, jossa korostuu hoitotyön kirjaaminen, millä informoidaan myös muita potilaan hoitoon osallistuvia, ja joka näkyy aivohalvauspotilaiden kuntoutumisena myös terveyskeskuksessa, niin kuin Mäntynen (2007) tutkimuksessa kävi ilmi.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut haasteellista kokonaisuudessaan, mutta haastavinta ehkä on tulevaisuudessa saada hoitajat yhtenäistämään hoitotyön toiminnot kuntouttavalla työotteella jokaisessa työvuorossaan.

Ajankäyttö, kiire, hoitajien resurssit ja potilasainees tekevät osastolla kuntouttavasta työotteesta haasteellisen toteuttaa. Oppaaseen otettujen valokuvien yhteydessä kuvauksessa mukana olevat hoitajat saivat jo informaatiota etukäteen ja toteuttivat kuvaajan ja eri terapeuttien kanssa erilaisia ohjaus ja auttamistilanteita. Näin tuli myös kuvaukseen osallistuville hoitajille koulutustilanteita, joista he saivat uusia ideoita hoitotyöhön. Moniammatillisessa tiimissä toteutetut valokuvat hyödyntävät myös hoitotyössä hoitajien ergonomiaa, koska os. K3:lla on suunnitteilla hoitajille ergonomiakansio, jossa hyödynnetään oppaaseen otettuja valokuvia erilaisista siirtotilanteista. Ergonomiakansion suunnittelevat ja toteuttavat osastolla työskentelevät fysioterapeutit. Oppaan toteuttamisvaiheessa näytimme opasta välillä eri terapeuteille ja hoitajille, ja he olivat tyytyväisiä, koska heidän mielestä opas on käytännönläheinen. Hyvä opinnäytetyö on käytännönläheinen ja se on yhteydessä työelämään, ja joka osoittaa asiantuntijuutta sekä on toiminnan kehittämiseksi tuloksekas. (Hakala, 2004,31). Terapeutit kannustivat ja kiittelivät, kun kuntouttavan hoitotyön opas tulee hoitajan tekemänä.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme saaneet samalla itsekkin lisää tietoa ja oppia käytännön hoitotyöhön. Työn edetessä tieto on syventynyt ja mielenkiinto aihetta kohtaan kasvanut. Ohjausta olemme saaneet niukasti, johtuen aikataulutuksista ja ohjaavan opettajan kesälomasta, mutta olemme hyvin tyytyväisiä työhömme. Olemme myös tyytyväisiä tietotekniikkaan, jota ilman emme olisi selvinneet. Sähköposti oli oiva keksintö meidän tekijöiden yhteistyön kannalta, koska välimatkat olivat pitkät. Vähäisen valokuvaustaustan omaavina kameran käyttöä piti opetella, mikä oli ensimmäisiä valokuvia otettaessa haastavaa. Saimme kuvat otettua suunnitelmien mukaan ja pysyimme suunnitellussa aikataulussa. Toimeksiantajamme osastonhoitaja, toimintaterapeutti, puheterapeutti ja fysioterapeutit ovat olleet meille työssämme suureksi avuksi, joten suuri kiitos kuulu heille, samoin niille vapaaehtoisille hoitajille, jotka tulivat valokuvattavaksi oppaan kuviin. Toivomme, että tämän oppaan avulla hoitajien yhtenäiset käytännöt aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoidossa saadaan toteutumaan ja sitä myötä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden

potilaiden kuntoutumista saataisiin nopeutettua ja sitä myötä laitostumista vähennettyä.

LÄHTEET

- Aivoliitto, 2012a. Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) lukuina. Osoitteessa http://www.aivoliitto.fi/files/1091/avh_lukuina2012_web.pdf 28.3.2013
- Aivoliitto, 2012b. Kommunikointi afaattisen henkilön kanssa. Osoitteessa http://www.aivoliitto.fi/files/606/kommunikointi_afasia.pdf 17.7.2013
- Aivoliitto 2012c. Neuropsylogogiset puutosoireet. Osoitteessa [http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/aivoverenkiertohairio/afasia/dysartria](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/aivoverenkiertohairio/afasia/dysartria) 10.9.2013
- Aivoliitto, 2011. Aivoverenkiertohäiriöt ja spastisuus. Osoitteessa http://www.aivoliitto.fi/files/825/Aivoverenkiertohairiot_ja_spastisuus_web.pdf 10.9.2013
- Aivoliitto, 2004. Rakastatko minua tänäänkin? Aivoverenkiertohäiriöt ja seksuaalisuus. Osoitteessa http://www.aivoliitto.fi/files/1059/Rakastatko_minua_seksiopas_netty_EliLilly_2012.pdf 10.9.2013
- Aivoliitto, 2009. Tietoa sinulle, jonka omainen on sairastunut aivoverenkiertohäiriöön. Osoitteessa http://www.aivoliitto.fi/files/612/tietoa_omaiselle.pdf 10.9.2013
- Ellis-Hill, CS. – Horn, S, 2000. Chance in identity and self-concept: a new theoretical approach to recovery following a stroke. Clinical Rehabilitation. Academic Journal, University of Southampton. Osoitteessa <http://ez.ramk.fi:2270/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=1a1e2b41-f88c-4790-b5c8-3ac47b8201ce%40sessionmgr198&hid=118> 13.8.2012
- Forsbom, M-B. – Kärki, E. – Leppänen, L. – Sairanen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Helsinki: Tammi.
- Heikkilä, A. – Jokinen, P. – Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. WSOY.
- Joanna Briggs Instituutti. (JBI-suositus) 2009. Aivohalvauksesta toipuvien iäkkäiden henkilöiden psykososiaalis-henkinen kokemus. Osoitteessa http://hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2009-6.pdf 21.2.2013
- Juntunen, J. 2008. Kliininen Kognitiivinen neurotiede. Aivot ja ajattelu. Klaukkala. Recallmed Oy.
- Järvikoski, A. – Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

- Karhapää, M. 2012. Valmistuvien sairaanhoitajien käsityksiä iäkkään henkilön kuntoutumista edistävistä hoidosta. Fysioterapian Pro Gradu. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Osoitteessa <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/38028/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-201206131863.pdf?sequence=1> 10.4.2013
- Kaste, M.- Hernesniemi, J.- Kotila, M- Lepäntalo, M.- Lindsberg, P.- Palomäki, H. - Roine, R – O. - Sivenius, J. 2007. Aivoverenkiertohäiriöt - Teoksessa (Soinila, S. - Kaste, M. - Somer, H.) Neurologia. 271 - 329. 2.-3. painos. Jyväskylä: Duodecim.
- Korpelainen, J. – Leino, E. – Sivenius, J. – Kallanranta, T. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt - Teoksessa (Rissanen, P.- Kallanranta, T. – Suikkanen, A.) Kuntoutus. 251 - 273. 2.painos. Keuruu. Duodecim.
- Käypähoito. 2011. Aivoinfarktin Käypähoito-suositus. Osoitteessa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051> 10.4.2013
- Lindstam, S. – Ylinen, A. 2012. (toim.) Aivovammojen kuntoutus. Helsinki: Duodecim.
- Lyytinen, P. 2012. Terveiseni. Kun kohtalo kuljettaa. AVH - Aivoliitto. Aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti 1/2012. Osoitteessa http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/julkaisu/avh-lehti/lehtiarkisto 28.3.2013
- Malm, M. 2006. Toimintakyky ja sen arviointi - Teoksessa (Malm, M. – Matero, M. – Repo, M. – Talvela, E-L.) Esteistä mahdollisuuksiin. Vammaistyön perusteet. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.
- Meretoja, A.2011.Perfect Stroke.PERFORMANCE, Effectiveness, and Costs of treatment episodes in Stroke. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, kliininen laitos. Viitattu 11.3.2012. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26460/perfects.pdf>
- Meriranta. P. 2009. Kohonneen verenpaineen hoito – Hyvää hoitoa etsimässä. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede, ISBN 978- 951-27-1371-4. www.uku.fi/vaitokset/2009/ISBN978-951-27-1371-4pmeriranta.htm
- Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa.

Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion Yliopisto. Osoitteessa http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0514-6/urn_isbn_978-951-27-0514-6.pdf 10.9.2013

- Raappana, T. 2010. Nielemisvaikeudet ja niiden huomioiminen vuodepotilailla. Puheterapeutti. Luento. Lapin keskussairaala. Rovaniemi. 16.3.2010.
- Rautava - Nurmi, H. – Westergård, A. – Henttonen, T. – Ojala, M. – Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro.
- Roper, N. – Logan, W. – Tierney, A. 1992. Hoitotyön perusteet. Tampere: Kirjayhtymä.
- Routasalo, P. - Lauri, S. 2001. Iäkkään kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. Gerontologia. 3/2001, 207 – 216.
- Syväoja, P. 2011. Aivoverenkiertohäiriöt - Teoksessa (Iivanainen, A. – Jauhiainen, M. – Syväoja, P.) Sairauksien hoitaminen. Terveyttä edistäen. 87 - 93. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.
- Takala, T. – Peurala, S-H. – Erilä, T. – Huusko, T. – Viljanen, T. – Ylinen, A. – Sivenius, J. Aivoverenkiertohäiriön alkuvaiheen kuntoutuksessa suuria vaihteluja. Selvitys AVH:n sairastaneiden kuntoutuspalveluista Suomessa. 2010. Lääkärilehti. Terveystieteiden tutkimuskeskus 5/2010. vsk 65. 399 - 405. Osoitteessa <http://ez.ramk.fi:2598/cgi-cuq/brs/artikkeli.cgi?docn=000033475> 27.3.2013
- Talvela, E-L. – Matero, M. 2006. Aivohalvaus eli aivoinfarkti - Teoksessa (Malm, M. – Matero, M. – Repo, M. – Talvela, E-L.) Esteistä mahdollisuuksiin. Vammaistyön perusteet. 259 – 269. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) raportti. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. 2. painos. Vantaa. Osoitteessa http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf 17.7.2013
- Valvira 2013. Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö. Sosiaali – ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Osoitteessa http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/liikkumista_rajoittavien_turvavälineiden_kaytto 17.7.2013
- Vilka, H. – Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Osoitteessa <http://herkules oulu.fi/isbn9789514262319/isbn9789514262319.pdf> 10.4.2013

LIITTEET

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavan hoitotyön opas Liite 1