

Minttu Hautala ja Hilma Oksanen

Aktivoi luonnollisesti

Koulutustilaisuus sairaanhoitajaopiskelijoille toispuolihalvaantuneen AVH-potilaan siirtymisessä avustamisesta nopean kuntoutumisen vaiheen aikana

Opinnäytetyö

Syksy 2013

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Fysioterapian koulutusohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Fysioterapian koulutusohjelma/ Fysioterapeutti (AMK)

Minttu Hautala ja Hilma Oksanen

Aktivoi luonnollisesti - Koulutustilaisuus sairaanhoitajaopiskelijoille toispuolihalvaantuneen AVH-potilaan siirtymisessä avustamisesta nopean kuntoutumisen vaiheen aikana

Ohjaajat: Koulutusohjelmapäällikkö Riitta Kiili ja Lehtori Pia-Maria Haapala

Vuosi: 2013

Sivumäärä: 31

Liitteiden lukumäärä: 2

Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) on yksi maamme yleisimmistä sairauksista ja sairastuneiden määrä uhkaa kasvaa tulevaisuudessa entisestään väestön ikääntymisen myötä. Sairaudesta aiheutuvien neurologisten oireiden vuoksi potilaan toimintakyky heikentyy ja potilas tarvitsee hoitohenkilökunnan ohjausta ja avustusta siirtymisissä. Avustamistilanteet ovat hoitajille usein kuormittavia epäergonomisten työasentojen ja nostojen vuoksi. Potilaan kuntoutuminen ei edisty mikäli potilasta ei aktivoida siirtymistilanteissa ja hoitohenkilökunta tekee työn potilaan puolesta.

AVH-potilaan kuntoutuminen vaatii pitkäjänteistä harjoittelua ja toistoja, jolloin jokaisen potilasta avustavan tulisi tietää AVH-potilaan avustamisen periaatteet ammattiryhmästä huolimatta. Aivoissa tapahtuu aivojen vaurion jälkeen hermoverkoston muovautumista jota nimitetään plastisuudeksi. Nopean kuntoutumisen vaiheessa on tärkeää aktivoida potilasta siirtymisissä tämän omien voimavarojen mukaan yhdenmukaisilla ja toistuvilla harjoitteilla. Yhdenmukainen harjoittelu ja toistot juuri nopean kuntoutumisen vaiheessa lisäävät aivojen plastisuutta ja sen myötä toimintakyvyn palautumista. Avustettaessa potilasta sekä hoitajan että potilaan tulisi käyttää luonnollisia liikemalleja jolloin liikkuminen tapahtuu yhteistyössä, ergonomisesti ja potilasta kuntouttaen.

Käsitlemme opinnäytetyössämme AVH:tä, aivojen plastisuutta, nopean kuntoutumisen vaihetta, sairaanhoitajan työskentelyergonomiaa sekä hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta siirtymisessä avustettaessa. Toiminnallisen opinnäytetyömme tarkoituksena on lisätä sairaanhoitajaopiskelijoiden tietämystä AVH-potilaasta sekä potilaan ergonomisesta ja aktivoivasta avustamisesta ja ohjaamisesta nopean kuntoutumisen vaiheen aikana luonnolliset liikemallit huomioiden. Tavoitteena oli järjestää koulutustilaisuus sairaanhoitajaopiskelijoille toispuolihalvaantuneen AVH-potilaan avustamisesta huomioitavista tekijöistä sekä tuottaa opetusmateriaalia sosiaali- ja terveysalan yksikön opettajien ja opinnäytetyön yhteistyökumppaneiden käytettäväksi.

Avainsanat: aivoverenkiertohäiriöt, sairaanhoitaja, plastisuus, ohjaus, liike

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

School of Health Care and Social Work

Degree Programme in Physiotherapy

Minttu Hautala and Hilma Oksanen

Title of thesis: Activate naturally – Training Session for Nursing Students about Assistance Regarding a Hemiplegic CVA-Patient's Transition during Fast Rehabilitation Phase

Supervisors: Riitta Kiili, Head of Degree Programme in Physiotherapy and Pia-Maria Haapala, Senior lecturer.

Year: 2013

Number of pages: 31

Number of appendices: 2

Cerebrovascular diseases are one of the most common diseases in Finland. Due to the aging of the population, the number of people affected threatens to increase in the future. Cerebrovascular diseases cause neurological symptoms, which weaken patients' performance. Patients need guidance and assistance from nursing staff regarding daily transitions and movements. Assistance situations can be ergonomically poor as wrong working positions and lifts are often used. The rehabilitation of patients does not improve if patients are not activated in transition situations and the nursing staff does all the work on behalf of the patient.

The rehabilitation of a CVA-patient requires persistent exercise and repetition. This means everyone assisting a patient should know the principles of assistance, despite one's occupational group. After a brain damage, the nervous system deforms in the brain, which is called plasticity. During the fast rehabilitation phase it is important to activate the patient with consistent and repetitive exercises within their own capability. Consistent exercise and repetition right during the fast rehabilitation phase increase brain plasticity and thus the recovery of the ability to function. When helping a patient, both the nurse and the patient should use natural movement patterns so the moving happens in cooperation, ergonomically and by rehabilitating the patient. In our thesis, we will handle the following topics: CVA, brain plasticity, the fast rehabilitation phase, nurses' working ergonomics and the interaction between the nurse and the patient when helping with transition.

Our practice-based thesis aims to increase nursing students' knowledge about CVA-patients together with ergonomic and active assistance and guiding patients during the fast rehabilitation phase, taking natural movement patterns into account. The goal was to organize an educational event for nursing students about factors that should be considered when assisting a hemiplegic CVA-patient, together with creating teaching material that could be used by the teachers in health and social care units and the partners of this thesis.

Keywords: stroke, nurse, plasticity, guiding, movement

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	3
1 JOHDANTO.....	1
2 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ.....	3
2.1 AVH:n esiintyvyys ja riskitekijät.....	4
2.2 AVH:n oireet.....	4
3 AIVOJEN PLASTISUUS.....	7
4 NOPEAN KUNTOUTUMISEN VAIHE.....	8
5 SIIRTYMISESSÄ AVUSTAMISEN PERIAATTEET.....	9
5.1 Luonnolliset liikemallit.....	9
5.2 Vuorovaikutus.....	9
5.3 Työskentelyergonomia.....	11
5.4 Turvallisuus.....	12
6 TOISPUOLIHALVAANTUNEEN AVH-POTILAAN SIIRTYMISESSÄ AVUSTAMINEN.....	14
6.1 Tilan tekeminen ennen kyljelle kääntymistä.....	15
6.2 Kyljelleen kääntyminen.....	15
6.3 Istumaan nousu.....	16
6.4 Siirtyminen pyörätuoliin.....	16
7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	17
8 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ.....	18
8.1 Koulutustilaisuuden toteutus.....	19
8.2 Koulutustilaisuuden arviointi.....	21
9 POHDINTA.....	23
LÄHTEET.....	26
LIITTEET.....	31

1 JOHDANTO

AVH:t ovat yleisin vammaisuutta aiheuttava sairaus Suomessa ja väestön ikääntyminen saattaa tulevaisuudessa lisätä entuudestaan sairastuneiden määrää (Sivenius 2009). Vuonna 2009 AVH:den esiintyvyydeksi Suomessa on arvioitu noin 82 000 henkilöä (Aivoinfarkti 2011). Joka kymmenes AVH:ön sairastanut on täysin autettava vuode- tai pyörätuolipotilas (Soinila, Kaste & Somer 2006, 272). Potilaan avustaminen siirtymisessä on hoitotyön fyysisesti raskaimpia työtehtäviä. Käsien tehtävät nostot ja siirrot aiheuttavat hoitajille paljon tuki- ja liikuntaelimestön ongelmia. (Ergonomia 2010.)

Aivoissa tapahtuu AVH:n jälkeen hermoverkoston muovautumista jota nimitetään plastisuudeksi (Randolph & Nudo 2011; Chollet 2013; Huynh ym. 2013). Tutkimusten (Ward, Brown, Thompson & Frackowiak 2003; Sterr & Conforto 2012; Faralli, Bigoni, Mauro, Rossi & Carulli 2013) mukaan plastisuus on edellytys AVH:n jälkeiselle toimintakyvyn palautumiselle. Plastisuutta voidaan edesauttaa varhaisessa vaiheessa aloitetun harjoittelun kautta tapahtuvalla motorisella oppimisella (Rissanen, Kallanranta, Vilkkumaa 2008, 291; Chollet 2013; Faralli ym. 2013). Tutkimukset osoittavat, että etenkin nopean kuntoutumisen vaiheessa, 3-6 kuukauden aikana sairastumisesta AVH-potilaan tulisi tehdä toistuvia harjoituksia aivojen plastisuuden ja toimintakyvyn palautumisen edesauttamiseksi (Kleim & Jones 2008; Korpelainen, Leino, Sivenius & Kallanranta 2008; Faralli ym. 2013; Takeuchi & Izumi 2013).

Sairaanhoitajille tehdyssä tutkimuksessa (Kneafsey & Haigh 2009) kysyttiin heidän näkemyksiään roolistaan potilaiden kuntoutumisessa ja työstään potilassiirroissa. Saatujen tulosten mukaan sairaanhoitajat tiedostavat mahdollisuutensa vaikuttaa potilaan kuntoutumisprosessiin, koska he ovat ammattihenkilöistä eniten tekemisissä potilaan kanssa. He kokevat, ettei heidän koulutuksensa anna riittävästi tietoa ja valmiuksia kuntoutumista edistävän hoitotyön toteuttamiseen. Potilaan hoitotyössä on tehokkaan kuntoutumisen kannalta ensisijaisen tärkeää tiedon jakaminen ja yhteinen hoitolinja eri ammattiedustajien välillä. Potilaan hoitoon ja ohjaukseen osallistuu moniammatillinen tiimi, jolloin hoidon ja ohjauksen tulee olla johdonmukaista ja samansuuntaista ympärivuorokauden riippumatta

siitä, kuka ammattiryhmän edustajista potilaan kanssa työskentelee (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 56).

Käsitlemme opinnäytetyössämme AVH:tä, aivojen plastisuutta, nopean kuntoutumisen vaihetta, sairaanhoitajan työskentelyergonomiaa sekä hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta siirtymisessä avustettaessa. Toiminnallisen opinnäytetyömme tarkoituksena on lisätä sairaanhoitajaopiskelijoiden tietämystä AVH-potilaasta sekä potilaan ergonomisesta ja aktivoivasta avustamisesta ja ohjaamisesta nopean kuntoutumisen vaiheen aikana luonnolliset liikemallit huomioiden. Tavoitteena oli järjestää koulutustilaisuus sairaanhoitajaopiskelijoille toispuolihalvaantuneen AVH-potilaan avustamisessa huomioitavista tekijöistä sekä tuottaa opetusmateriaalia sosiaali- ja terveysalan yksikön opettajien ja opinnäytetyön yhteistyökumppaneiden käytettäväksi.

2 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖ

Aivoverenkiertohäiriö (AVH) on yhteisnimitys kahdelle erityyppiselle tilalle: paikalliselle aivokudoksen verettömyydelle eli iskemialle tai paikalliselle aivovaltimon verenvuodolle. Iskeemisiä aivoverenkierronhäiriöitä ovat ohimenevä iskeeminen kohtaus (TIA) ja aivoinfarkti. Aivovaltimon verenvuoto voi olla aivoaineeseen tapahtuva aivojen sisäinen aivoverenvuoto (ICH, intracerebral hemorrhage) tai subaraknoidaalivuoto (SAV), joka tapahtuu lukinkalvonalaiseen tilaan. (Soinila ym. 2006, 274.)

Aivoinfarktista ja aivoverenvuodoista käytetään yhteisnimitystä aivohalvaus. Aivoinfarktissa äkillisesti tukkeutuneen valtimon alueella aivokudos jää ilman happea, jonka seurauksena paikallinen osa aivokudoksesta menee pysyvään kuolioon. Aivoverenvuodon yhteydessä aivokudoksen sisään vuotaa verta verisuonen seinämän repeytyessä. Tällöin verenkierto vähenee vuotavan suonen alueella ja vuotanut veri aiheuttaa painetta ympäröiviin kudoksiin, jolloin lähellä olevan hermokudoksen toiminta häiriintyy. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2009, 391; Tarnanen, Lindsberg, Sairanen & Vuorela 2011.)

Aivoinfarkteista 75 % aiheutuu kaulavaltimoiden ja kallosisäisten valtimoiden ateroskleroosista ja 25 % sydänperäisistä veritulpista. Aivoverenvuodon yleisin syy on pitkäaikaisen verenpainetaudin aiheuttamasta kohonneesta verenpaineesta heikentyneen aivovaltimon repeäminen. Subaraknoidaalivuodon aiheuttaa tavallisimmin valtimoseinämän heikkoon kohtaan vuosien mittaan kehittynyt valtimoaneurysman eli valtimopullistuman puhkeaminen. Valtimoseinämän heikkous voi olla osin synnynnäistä ja osin elintavoilla hankittua. (Soinila ym. 2006, 316; Sivenius 2009.)

TIA (transient ischemic attack) on ohimenevä ja äkillinen aivojen verenkiertohäiriöstä johtuva paikallinen aivojen toiminnan häiriö, jossa aivovaltimo voi olla hetkellisesti tukkeutunut. TIA-kohtaus voi aiheuttaa samanlaisia oireita kuin aivoinfarkti, mutta se kestää yleensä alle tunnin ja oireet menevät kokonaan ohitse 24-tunnin aikana. TIA-kohtaus enteilee usein varsinaista aivohalvausta. (Anttila ym. 2009, 391; Tarnanen ym. 2011.) Joka kolmas TIA-potilas sairastuu viiden vuoden kuluessa aivoinfarktiin (Sivenius 2009).

2.1 AVH:n esiintyvyys ja riskitekijät

Vuosittain noin 14 000 henkilöä sairastuu Suomessa AVH:hin. Joka päivä sairastuu 38 ihmistä. Kaikista AVH:stä aivoinfarktin aiheuttamia on 70–80 %, aivoverenvuotojen 9-15 % ja lukinkalvonalaisten vuotojen 10 %. (Arokoski, Alaranta, Pohjolainen, Salminen, & Viikari-Juntura 2009, 237; Aivoverenkiertohäiriöt 2010, 3.) Ikääntyminen on yksi AVH:n suurimpia riskitekijöitä ja väestön ikääntymisen myötä aivohalvaustapahtumien määrä uhkaa kasvaa huomattavasti tulevaisuudessa. AVH:t ovat Suomen yksi yleisimmistä kuolinsyistä ja vuosittain niihin menehtyy noin 4 400 henkilöä. (Aivoinfarkti 2011.)

Lähes 50 % sairastuneilla on toimintakykyä haittaavia neurologisia oireita ja pitkäkestoista kuntoutusta tarvitsee 40 % sairastuneista. 10–20 % jää lähes täysin hoivattaviksi ja AVH:hin sairastuneilla on melkein kolminkertainen riski päätyä pitkäaikaiseen laitoshoittoon. (Arokoski ym. 2009, 237.) AVH on mielenterveyshäiriöiden ja dementian jälkeen kolmanneksi kallein tautiryhmä Suomessa johtuen sairauden vaatimista pitkistä sairaalajaksoista ja työkyvyttömyydestä (Aivoinfarkti 2011).

Yleisimpiä AVH:hin liittyviä riskitekijöitä ovat ikääntyminen, kohonnut verenpaine, diabetes, tupakointi ja sydänsairaudet. Kaikki nämä voivat erityisesti altistaa aivo-verisuonten kovettumiselle eli ateroskleroosille. Muita riskitekijöitä ovat rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, runsas alkoholin käyttö, huumeiden käyttö, kohonnut kolesteroliarvot, ylipaino, perinnöllinen taipumus verenkierron häiriöihin, liikunnan puute, miessukupuoli ja ehkäisytablettien käyttö. (Anttila ym. 2009, 392.; Tarnanen ym. 2011.)

2.2 AVH:n oireet

AVH:n oireisiin vaikuttavat infarktin koon ja sijainnin lisäksi hoitoon pääsyn nopeus, halvausoireiden vaikeusaste, kuntoutus sekä kuntoutujan muut sairaudet, motivaatio kuntoutumiseen, toimintakyky ennen sairastumista ja ikä (Forsbom ym. 2001, 28; Korkeila 2006, 160; Anttila ym. 2009, 390–394, 398). Laskimon tukoksia ehkäisevän liuotushoidon nopealla aloittamisella sairaalassa ensimmäisten AVH:n

oireiden ilmaantumisen jälkeen on suuri merkitys toipumiseen. Liutushoito tulisi aloittaa 3-4,5 tunnin sisällä oireiden alkamisesta. (Hacke ym. 2008.)

Keskushermosto on rakentunut siten, että vasen aivopuolisko huolehtii oikean puolen raajojen toiminnasta ja pääosin esim. puheesta, kun taas oikea aivopuolisko huolehtii vasemman puolen raajojen toiminnasta ja esim. asioiden hahmottamisesta. Tiettyjä toimintoja aivopuoliskot säätelevät myös yhdessä, kuten näköä ja muistia. Monissa toiminnoissa toinen aivopuolisko on kuitenkin toista tärkeämpi. Tästä on seurauksena, että aivojen vauriosta aiheutuva oire määräytyy siitä, kummalla aivopuoliskolla vaurio on. (Soinila ym. 2006, 17; Anttila ym. 2009, 389–390; Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie 2011, 128.)

AVH:stä aiheutuva yleinen ulospäin näkyvä motorinen oire on toispuolihalvaus vaurioitunutta aivopuoliskoa vastakkaisella kehon puolella. 70–85 %:lla aivoinfarktipotilaista esiintyy akuutissa vaiheessa toispuolisia halvausoireita. Halvaantuneen raajan alkuvaiheen liian vähäinen lihasjänteys muuttuu yleensä liialliseksi lihasjänteudeksi, spastisuudeksi. Lisäksi AVH voi aiheuttaa tasapainon ja vartalonhallinnan heikkoutta sekä liikkeiden säätelyn ja toimintojen suorittamisen vaikeutta. (Arokoski ym. 2009, 238–239.)

Motoristen oireiden lisäksi muita yleisiä AVH:n oireita ovat toispuolinen näkökenttäpuutos, tuntuu puutokset, puhekyvyn häiriöt, erilaiset kognitiiviset häiriöt ja havainnoimishäiriöt (Jehkonen, Kettunen, Laihosalo & Saunamäki 2007, 17-18; Forsbom ym. 2001, 28). Kognitiiviset häiriöt liittyvät usein toisiinsa ja esiintyvät harvoin yksittäin. Kognitiivisia oireita esiintyy 62–78 %:lla AVH-potilaista. Yleisimmin häiriöitä esiintyy muistissa, orientaatiossa ja keskittymiskyvyssä. (Arokoski ym. 2009, 240.) AVH:n jälkeinen masennus on myös yleinen oire (Sairanen 2010).

Vallitsevan, yleensä vasemman, aivopuoliskon vaurio voi aiheuttaa puheen tuottamisen vaikeuden eli motorisen afasian, tai puheen ymmärtämisen häiriön, sensorisen afasian. Puheen häiriöitä esiintyy 20–38 %:lla sairastuneista. (Soinila ym. 2006, 17, 121; Arokoski ym. 2009, 240.) Oikean aivopuoliskon AVH voi aiheuttaa epävakaisuutta tunne-elämään, toiminnan ja käytöksen epäjohtonmukaisuutta, keskittymisvaikeuksia ja tarkkaavaisuushäiriöitä sekä

vaikeuksia kokonaisuuksien ja suuntien hahmottamisessa (Arokoski ym. 2009, 238). Yleinen oikeaan aivopuoliskon vaurioon liittyvä oire on neglect-havainnoimishäiriö, jossa potilas jättää vaurion vastakkaisen kehonpuoliskon huomiotta. Neglectiin liittyy myös puutteita vauriolle vastakkaisen puolen tilahavainnoissa ja oiretietoisuuden vaikeutta. (Soinila ym. 2006, 17, 124; Jehkonen, Yliranta, Rasimus & Saunamäki 2013, 506.) Neglectin yhteydessä yhtenä oireena saattaa esiintyä Pusher-syndrooma, jolloin potilaan toimiva puoli on yliaktiivinen ja potilas työntää itseään voimakkaasti halvaantuneelle puolelleen. Neglect-havainnoimishäiriö ja Pusher-syndrooma vaikuttavat voimakkaasti potilaan asennonhallintaan. (Davies ym. 2000, 14).

3 AIVOJEN PLASTISUUS

Tutkimusten (Randolph & Nudo 2011; Chollet 2013; Huynh ym. 2013) mukaan aivoissa tapahtuu vamman tai sairauden jälkeen muovautumista, jota nimitetään aivojen plastisuudeksi. Plastisuutta tapahtuu kolmella tavalla: hermosolut voivat järjestäytyä uudelleen, aivot voivat ottaa käyttöön korvaavia aivojen alueita ja hermosoluja vaurioituneiden tilalle ja hermopäätteet voivat myös uusia jonkun verran (Faralli ym. 2013). Nämä prosessit alkavat nopeasti aivojen vaurion jälkeen ja voivat jatkua viikkojen ja jopa useiden kuukausien ajan vauriosta (Nudo 2011).

Aivojen plastisuus on edellytys AVH:n jälkeiselle toimintakyvyn palautumiselle (Ward ym. 2003; Sterr & Conforto 2012; Faralli ym. 2013). Luontaista toimintakyvyn palautumista tapahtuu etenkin ensimmäisen vaurion jälkeisen kuukauden aikana (Nudo 2011). Vaikka AVH:n jälkeen tapahtuu luonnollista toipumista, voidaan harjoittelulla ja sen kautta tapahtuvalla motorisella oppimisella edesauttaa hermoverkoston uudelleenjärjestäytymistä (Rissanen ym. 2008, 291; Chollet 2013; Faralli ym. 2013). Varhaisella kuntoutuksella ja ohjauksella pystytään parhaiten vaikuttamaan hermoston plastisuuteen (Forsbom ym. 2001, 26; Nudo 2011).

4 NOPEAN KUNTOUTUMISEN VAIHE

Potilaan kuntoutuminen jaetaan akuuttiin, nopean kuntoutumisen ja ylläpitävän kuntoutumisen vaiheeseen. Nopean kuntoutumisen vaiheella tarkoitetaan aikaa, jolloin potilaan kuntoutumisessa tapahtuu suurin osa toimintakyvyn palautumisesta. (Rissanen ym. 2008, 258; Arokoski ym. 2009, 241–242.) Yleensä eniten toipumista tapahtuu ensimmäisten 3-6 kuukauden aikana sairastumisesta. AVH:stä toipuminen on kuitenkin yksilöllistä ja oireiden vaikeusaste vaihtelee suuresti. (Potilaan toimintakyvyssä voi esiintyä paranemista vielä vuodenkin kuluttua sairastumisesta. (Korpelainen ym. 2008; Faralli ym. 2013.) Nopean kuntoutumisen vaihe alkaa sairaalassa akuuttivaiheen jälkeen, kun potilaan tilanne on vakiintunut ja lisävaurioiden ja komplikaatioiden syntymisen vaaraa ei enää ole. Ylläpitävään kuntoutukseen siirrytään, kun merkittävää edistymistä motorisissa tai kognitiivisissa toiminnoissa ei enää tapahdu. (Rissanen ym. 2008, 258; Arokoski ym. 2009, 241–243.)

Kuntoutukseen tulisi sisältyä runsaasti toistoja toimintakyvyn palautumisen ja aivojen plastisuuden edesauttamiseksi (Kleim & Jones 2008; Takeuchi & Izumi 2013). Runsaasti toistoja sisältävällä harjoittelulla saadaan aikaan paremmin toimintakyvyn palautumista kuin ei-toistoja sisältävällä harjoittelulla (Salbach ym. 2004; Michaelsen, Dannenbaum & Levin 2006). Etenkin nopean kuntoutumisen vaiheen aikana jatkuvasti toistetut harjoitukset ovat tärkeitä jotta aivot aktivoituvat. Kuntoutumisen onnistumisen edellytyksenä on myös potilaan oma motivaatio aktiiviseen toimintaan, mitä tuetaan koko kuntoutumisen ajan. (Rissanen ym. 2008, 258; Arokoski ym. 2009, 242.)

Harjoittelu tulisi aloittaa heti kun potilaan tilan on vakiintunut sairaalassa. Vaikka harjoittelun aloittaminen myöhästyy, on toimintakyvyn palautuminen mahdollista. Harjoittelun viivästyminen voi kuitenkin lisätä potilaan kompensoivien, virheellisten liikemallien muodostumista ja näin estää luonnollisen liikemallin palautumisen. Osa liikemalleista saattaa myös hävitä aivoista vaurion jälkeen, ellei harjoittelua aloiteta ajoissa. (Kleim & Jones 2008.)

5 SIIRTYMISESSÄ AVUSTAMISEN PERIAATTEET

5.1 Luonnolliset liikemallit

Luonnolliset liikkeet ja liikemallit ovat opittuja liikekaavoja, jotka ovat ihmisen liike-muistissa. Ne palautuvat nopeasti ja tiedostamatta kun ihminen on oikeassa alku-asennossa ja aktivoidaan oikeasta kohdasta. (Tamminen-Peter ym. 2007, 33.) Hoitajan ja potilaan luonnollinen liikkuminen ja aktiivinen toiminta ovat mahdollista kun heidän yhteinen aika, tila ja voimankäyttö ovat tasapainossa ja toiminta lähtee liikkeelle potilaan tarpeista. Näiden ollessa tasapainossa potilas ymmärtää paremmin, mitä hänessä tapahtuu ja mitä hänelle tapahtuu. (Hantikainen 2011, 12, 16.)

Hoitajan avustaessa potilasta siirtymisessä, hoitajan hyvä oman kehon hallinta mahdollistaa sekä turvallisen avustamisen että optimaalisen potilaan omien voimavarojen hyödyntämisen. Tällöin avustaminen aktivoi potilasta, jolloin kuntoutuminen on nopeampaa. Hoitajan avustaessa potilasta siirtymisessä, hän analysoi oman kehonsa kautta potilaan liikkeitä. Näin ollen hyvä oman kehon hallinta tukee sekä hoitajan omaa että potilaan luonnollista liikkumista. Hoitaja pystyy havainnoimaan ja ohjaamaan potilaan siirtymistä mahdollisimman optimaalisesti vasta kun hoitaja on selvillä oman kehonsa liikkeistä ja hankittuaan niistä riittävästi kokemusta. (Tamminen-Peter ym. 2007, 28, 34.)

5.2 Vuorovaikutus

Toiminta lähtee liikkeelle aina potilaan tarpeista, on siis tärkeää, että hoitaja ja potilas ymmärtävät siirtymisen samalla tavalla, kommunikoivat samaa kieltä käyttäen sekä suunnittelevat yhdessä toiminnan sisällön, tavoitteet ja keinot jolla tavoitteeseen päästään (Kyngäs ym. 2007, 38-39, 47-48). Molemmilla täytyy lisäksi olla halu työskennellä yhdessä, heidän odotusten on oltava samalla tasolla ja molempien täytyy uskoa auttamisen mahdollisuuksiin (Kyngäs ym. 2007, 47-48; Hantikainen 2011, 16).

On muistettava, että potilas on itsensä ja hoitaja oman ammattinsa asiantuntija (Kyngäs ym. 2007, 26). Hoitajan on kuunneltava potilaan tahtoa, osoitettava luottamusta, arvostusta ja ymmärrystä sekä rohkaistava potilasta siirtymisessä. Potilaan turvallisuuden tunne lisääntyy, kun hän uskaltaa luottaa hoitajaan ja tämän ammattitaitoon. (Kyngäs ym. 2007, 47-48; Hantikainen 2011, 16.)

Potilasta ohjataan sanallisesti, visuaalisesti ja manuaalisesti. Sanallinen ohjaus on sitä, että hoitaja antaa selkeitä suullisia ohjeita siitä mitä ollaan tekemässä. (Tamminen-Peter ym. 2007, 38–39; Tamminen-Peter & Wickström 2009, 42.) Hoitajan ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta kuitenkin reilusti yli puolet on sanatonta viestintää (Kyngäs ym. 2007, 38-39). Visuaalisella ohjauksella hoitaja voi tarvittaessa havainnollistaa sanallista ohjausta ja näyttää minne ollaan menossa ja mistä voi esimerkiksi ottaa tukea. Mikäli sanallinen ja visuaalinen ohjaus eivät riitä, käytetään lisäksi manuaalista ohjausta. Manuaalisella ohjauksella tarkoitetaan sitä, että hoitaja antaa vain sen verran apua mitä potilas tarvitsee toimiakseen mahdollisimman omatoimisesti ja jotta siirtyminen olisi turvallinen ja miellyttävä. Visuaalista, sanallista ja manuaalista ohjausta vähennetään ja myöhemmin lopetetaan, kun suoritusvarmuus ja taso lisääntyvät. (Tamminen-Peter ym. 2007, 38–39; Tamminen-Peter & Wickström 2009, 42.)

AVH-potilaista 20-38 %:lla esiintyy afasiaa (Arokoski ym. 2009, 240). Potilaalla voi tällöin olla vaikeuksia ilmaista toiveitaan, tunteitaan ja tahtoaan puheen avulla ja vaikeuksia puheen ymmärtämisessä (Mononen 2002, 14). Hoitajan tulee edetä ja puhua hitaasti, jotta potilaalla olisi enemmän aikaa vastaanottaa ja ymmärtää hänelle kerrotut asiat. Lisäksi se antaa potilaalle enemmän aikaa vastata hänelle esitettäviin asioihin ja kysymyksiin. Kasvotusten työskenneltäessä hoitajalla on parempi mahdollisuus käyttää potilaan kanssa myös sanatonta viestintää. (Anttila ym. 2009, 400–401.)

Hoitajan ote voi avata tai lukita potilaan liikeketjun (Tamminen-Peter ym. 2007, 39). Manuaalisesti potilasta avustaessaan tulisi hoitajan avustaa läheltä potilaan kehon painopistettä, eli lantiota tai hartiaseutua. Hoitajan ote on silloin laaja, tukeva ja turvallinen. (Tamminen-Peter, Moilanen & Fagerström 2010, 22.) Otteiden tulee olla kehon luisilla alueilla (pää, rintakehä, käsivarret, lantio, jalat), koska tällöin potilaan liikettä ja liikkumista on helpompi ohjata ja potilas tietää

mihin suuntaan hän on menossa. Otteiden ollessa liikealueilla (kaula, vyötärö, olka- ja lonkkanivelet), liikkeet lukkiutuvat ja potilaan keho muuttuu yhdeksi kappaleeksi, jolloin potilaasta tulee raskas ja jäykkä liikuteltava. (Hantikainen 2011, 27.) Potilasta avustetaan sieltä mistä liike juuttuu. Liikkeen tekeminen hitaasti ja tasaisesti mahdollistaa sen, että potilaalla on aikaa olla tietoinen jokaisesta liikkeen yksityiskohdasta. (Tamminen-Peter ym. 2007, 29, 39.)

Hoitajan tulisi avustaessaan huomioida kuinka lähestyy ja koskettaa potilasta. Kosketuksen kautta potilaalle välittyy monia asioita; mm. hoitajan käsien lämpötila, hoitajan tunnetila, kiire, epävarmuus ja välittäminen. Kovat ja äkkinäiset liikkeet saattavat aiheuttaa potilaalle kipua ja hän voi muuttua pelokkaaksi. Potilas saattaa vastustaa avustamista mikäli kosketus tuntuu epämiellyttävältä tai hoitaja jo potilasta lähestyessään tuntuu uhkaavalta. Potilasta tulisi koskettaa ja lähestyä rauhallisesti hänen yksityisyyttään kunnioittaen. (Tamminen-Peter ym. 2007, 40.)

5.3 Työskentelyergonomia

Potilaan avustaminen siirtymisessä ja käsin tehtävät nostot ja siirrot ovat hoitotyön fyysisesti raskaimpia työtehtäviä. Hoitajilla on paljon tuki- ja liikuntaelimestön ongelmia, korkeat työperäiset selkätapaturmaluvut sekä paljon sairauspoissaoloja. Kuormittavia, vaarallisia ja epämukavia siirtymistapoja hoitajalle ja potilaalle ovat potilasnostot kainaloiden alta ja siirtyminen potilaan tarttuessa hoitajaa niskasta, hartioista tai vyötäröltä. Lisäksi kaikki muut käsin tehtävät potilasnostot, muissa kuin poikkeuksellisissa olosuhteissa ovat kuormittavia ja vaarallisia. (Ergonomia 2010.)

Työskentelyergonomian näkökulmasta hoitajan avustaessa potilasta siirtymisessä on tavoitteena välttää potilaan nostamista ja hoitajan pitkäaikaista työskentelyä huonossa asennossa (Ergonomia 2010). Hoitotyössä nostaminen on perusteltua ja tarpeellista harvoin. Nostamisen sijasta potilasta rullataan ja liu'utetaan. (Ergonomia 2010; Hantikainen 2011, 27.)

Hoitajalla ja potilaalla tulee olla aina tukipinta käytössä, jolloin paino siirtyy tukipinnalta tukipinnalle periaatteella (Hantikainen 2011, 23). Potilaan siirtyessä

suurin osa painosta tulisi olla tukipinnalla, jolloin hoitaja kannattelee vain osan potilaan painosta (Tamminen-Peter 2005, 11). Tukipinnalla tarkoitetaan aluetta, jossa keho ja alusta ovat kosketuksessa sekä kehon osien väliin jäävää aluetta. Potilaan asennon hallinta vaikeutuu siirryttäessä makuulta istumaan, koska vartalon painopiste siirtyy ylemmäs ja tukipinta pienenee. Asennon vakautta voidaan lisätä laajentamalla tukipintaa ja lisäämällä tukipisteitä. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 101.) Avustettaessa vältetään turhalta nostamiselta ja kantamiselta myös silloin, kun annetaan painon siirtyä potilaan luiden varaan. Hoitajan nostaessa potilasta tukipinnat poistuvat ja paino siirtyy ilmaan. (Hantikainen 2011, 23.)

Hoitajan tulee kiinnittää erityistä huomiota työskentelyasentoihin, jotta kehoa käytettäisiin monipuolisesti (Ergonomia 2010). Käyntiasento on optimaalinen työasento. Siinä paino on jalkojen päällä, tasapaino säilyy paremmin ja selkä pysyy suorana. Käyntiasennossa pystytään tekemään polvien jouston avulla turvalliset painon siirrot, jolloin kuormitus on suurilla lihasryhmillä ja työskentelykorkeuksia pystytään käyttämään monipuolisemmin. Näin vältetään kurkottelulta ja kumartelulta. Käyntiasennon ansiosta sekä hoitaja että potilas pystyvät liikkumaan paremmin luonnollisten liikemallien mukaisesti. (Rantsi 2005, 41; Tamminen-Peter 2005, 92; Tamminen-Peter & Wickström 2009, 48.) Hoitajan työskennellessä omien ja potilaan luonnollisten liikemallien mukaisesti, potilaalla on tällöin paremmat mahdollisuudet päästä siirtymään turvallisesti ja miellyttävästi mahdollisimman pienellä avustuksella (Tamminen-Peter ym. 2007, 25).

5.4 Turvallisuus

Potilasturvallisuus on tärkeä osa hyvää hoitoa. Turvallisuus rakentuu oikeasta toiminnasta, asenteista ja kulttuurista. Terveystieteiden tutkimuksessa turvallisuuskulttuuri on yksilöiden ja yhteisön yhteinen arvoihin perustuva tapa toimia aina niin, että varmistetaan potilaiden saaman hoidon turvallisuus. Tällöin jokainen työntekijä ottaa vastuun ja asennoituu arvioimaan tilanteita ja työtään potilaalle liittyvien riskien kannalta sekä kehittämään toimintaa jatkuvasti turvallisemmaksi. (Terveyspalvelut 2013.)

Työturvallisuuslain perusteella työnantajan on huolehdittava työntekijöidensä terveydestä ja turvallisuudesta työssä; selvitettävä työhön liittyvät haitta- ja vaaratekijät, kuten hoitotyössä siirtymisessä avustamisen aiheuttamat kuormitus- ja tapaturmavaara; perehdytettävä työntekijät käyttämään laitteita ja apuvälineitä sekä annettava koulutusta turvallisista työtavoista. Lisäksi työturvallisuuslain mukaan työntekijällä on oltava riittävästi tilaa työn tekemiseen ja mahdollisuus vaihdella työasentoa. Työturvallisuuslain mukaisesti työntekijällä on velvollisuus noudattaa turvallisuusohjeita. (L 738/2002.)

6 TOISPUOLIHALVAANTUNEEN AVH-POTILAAN SIIRTYMISESSÄ AVUSTAMINEN

Opinnäytetyön käytännön osuudessa keskitytään toispuolihalvaantuneen AVH-potilaan siirtymisessä avustamiseen ja siinä huomioitaviin tekijöihin käytännön esimerkin avulla, potilaan siirtymisen avustaminen makuulta pyörätuoliin. Käytännön osuudessa kuitenkin korostetaan siirtymisessä avustamisen periaatteiden soveltamista myös muihin siirtymistilanteissa avustamisiin. Samoja periaatteita voidaan yhdistää kaikkiin potilasryhmiin.

Ennen siirtymistä hoitaja selvittää potilaan voimavarat, toivomukset ja liikuntarajoitukset sekä ottaa huomioon mitä tietoa vastaanottavia aisteja potilas käyttää parhaiten (Tamminen-Peter ym. 2007, 36, 39; Hantikainen 2011, 13). Hoitajan on arvioitava myös avun tarve liikekohtaisesti, sillä jossain siirtymisen kohdassa potilas voi tarvita enemmän avustusta ja ohjausta (Tamminen-Peter ym. 2007, 36, 39). Näitä tietoja apunaan käyttäen hoitaja ohjaa potilaan alkuasentoon, josta potilas pystyy toimimaan mahdollisimman omatoimisesti ja huomioimaan voimavaransa (Tamminen-Peter ym. 2010, 20). Potilaan avustaminen tapahtuu vaiheittain, jolloin voidaan aina välillä varmistaa sekä potilaan että hoitajan hyvä asento (Tamminen-Peter ym. 2007, 40).

Toispuolihalvaantunutta potilasta tulisi aktivoida siirtymisessä niin, että potilas tulee tietoiseksi molemmista vartalonpuolistaan ja kehonsa keskipisteestä. Avustaminen ja keskustelu tulisi aina toteuttaa halvaantuneelta puolelta, jotta se saa mahdollisimman paljon ärsykeitä. Potilasta ohjataan jakamaan painonsa symmetrisesti halvaantuneelle ja terveelle puolelle. Siirtymisessä painon siirtyessä halvaantuneelle puolelle, esim. kyljelleen kääntyessä, edistää tämä halvaantuneen puolen tiedostamista ja ehkäisee halvaantuneen puolen mahdollista spastisuutta. (Anttila ym. 2004, 310–311.)

Toispuolihalvaantunutta potilasta avustettaessa on huomioitava, että potilaan olkanivelen asento on voinut muuttua liiallisen tai liian alhaisen lihasjänteiden vuoksi. Tästä voi olla seurauksena voimakas kipu koko yläraajassa. (Anttila ym. 2009, 396, 398.) Toispuolihalvauspotilaalle kainaloiden alta nostaminen voi

aiheuttaa paitsi kipua, myös olkapääseudun pehmytkudoksen vaurion halvaantuneen yläraajan lihasten huonon lihasaktiiviteetin vuoksi. Tarttumalla potilaan kainaloon tai käsivarteen vaikeutetaan myös potilaan omaa voimankäyttöä, mikäli potilaalla on voimaa yläraajoissa. (Rantsi 2005, 41; Anttila ym. 2009, 396, 398.) Toispuolihalvaantuneen potilaan siirtymisessä hoitajan tulisi ohjata potilasta tasapainoiseen istuma-asentoon molemmat kädet nostettuna syliin tai pöydälle jolloin olkapää ei roiku, tai lepoasentoon jossa olkapää ei veny ja on tuettuna (Anttila ym. 2009, 396, 398).

6.1 Tilan tekeminen ennen kyljelle kääntymistä

Ennen kyljelle kääntymistä potilaan on siirryttävä vuoteessa taaemmaksi sivusuunnassa, jotta kyljelle kääntymiselle jäisi tarpeeksi tilaa. Siirtyessään sivulle potilasta voi ohjata siirtämään ensin ylävartaloaan potilaan kohottaen se alustasta. Alavartaloaan siirtäessään potilasta voi ohjata koukistamaan alaraajat tukevasti alustaa vasten ja ponnistamaan niiden tuella lantiota reunemmalle. Hoitaja tukee tarvittaessa alaraajojen asentoa ja avustaa lantion nostossa ja siirtymisessä. (Anttila ym. 2004, 310–311; Kähäri-Wiik ym. 2007, 106–107.)

6.2 Kyljelleen kääntyminen

Potilaan siirtyessä makuulta istumaan sängyn laidalle ohjataan potilasta kääntymään ensin halvaantuneelle kyljelleen (Anttila ym. 2004, 311; Kähäri-Wiik ym. 2007, 108). Kyljelle kääntyminen tapahtuu joko ojennus- tai koukistusliikkeiden avulla. Toispuolihalvaantunutta potilasta ohjataan kääntymään koukistajalihaksia käyttäen, koska yleisesti toispuolihalvauksessa spastisuus lisääntyy ojennussuuntaan halvaspuolella, eikä ojentajalihaksiin haluta lihasjännitystä. Koukistajilla kääntyessä potilas käyttää kaularangan, olkavarren ja lonkan koukistajien, sekä vatsalihasten voimia liikkeeseen. Potilas kohottaa tällöin ensin päätään, vastakkaisen puolen hartiaansa ja kättään ja lähtee kurkottamaan viistosti eteen kääntymissuuntaan. Potilaan alaraajat voivat olla tällöin koukussa,

koska kääntymissuuntaan kallistuvien raajojen paino auttaa muuta vartaloa tulemaan perässä. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 107-109.)

6.3 Istumaan nousu

Istumaan noustessa potilaan koukussa olevat alaraajat ohjataan vuoteen laidan yli. Potilasta ohjataan painamaan pakaroitaan taakse ja alaspäin kohti patjaa sekä avustamaan ylävartaloaan käsiensä ja alemman käden kyynärpään tuella pystyyn. Siirtyminen tapahtuu vaiheittain ja liikesuoritukset voi jakaa osiin. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 109.) Hoitaja voi tarvittaessa avustaa potilasta istumaan nousussa päällimmäisen lantionpuoliskon viemistä taakse alas ja alemman hartian tuomista eteen ylös (Kähäri-Wiik ym. 2007, 109; Aivohalvauspotilaan avustaminen 2013, 3;).

6.4 Siirtyminen pyörätuoliin

Potilaan siirryessä pyörätuoliin, tulee pyörätuolin olla halvaantuneella puolella. Mikäli potilas tarvitsee tukea siirtymiseen, voidaan apuna käyttää aputuolia. Potilas laittaa ensin kätensä ristiotteeseen ja kurottautuu sitten painoan eteenpäin siirtämällä aputuolia kohti. Potilas voi tukeutua käsillään aputuoliin nostaessaan pakaroita alustasta. (Kähäri Wiik ym. 2006, 122.) Hoitaja voi tarvittaessa kulkea potilaan vierellä ja keinua yhdessä potilaan kanssa eteen ja taakse. Kun potilaan paino siirtyy eteen, voi hoitaja työntää potilasta lantiosta sivullepäin ja avustaa kääntymään tuoliin istumaan. (Avustustapoja eri tilanteissa 2013, 8.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tarkoitus on lisätä sairaanhoitajaopiskelijoiden tietämystä AVH-potilaasta ja potilaan ergonomisesta sekä aktivoivasta avustamisesta ja ohjaamisesta nopean kuntoutumisen vaiheen aikana luonnolliset liikemallit huomioiden.

Tavoite oli järjestää koulutustilaisuus sairaanhoitajaopiskelijoille toispuolihalvaantuneen AVH-potilaan avustamisessa huomioitavista tekijöistä sekä tuottaa opetusmateriaalia Sosiaali- ja terveysalan yksikön opettajien käytettäväksi.

8 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät toiminnallisuus, teoreettisuus, tutkimuksellisuus sekä raportointi. Lisäksi siinä korostuu käytännön toiminnan opastus tai ohjeistus ammatillisessa kentässä. Toiminnallinen opinnäytetyö on alasta riippuen esimerkiksi tapahtuman toteuttaminen tai ammatilliseen käyttöön suuntautuva ohje tai opastus. Toiminnallisen opinnäytetyön lopputuotoksena voi olla esimerkiksi tapahtuma, oppimateriaali tai opas. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9; Hakala 2004, 16.)

Opinnäytetyötämme ohjaa konstruktivistinen oppimiskäsitys. Valitsimme konstruktivistisen oppimiskäsityksen toiminnallisen opinnäytetyömme oppimiskäsitykseksi, koska konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaan ohjaaja ei siirrä tietoa suoraan oppijalle, vaan kannustaa ja tukee oppijaa aktiiviseen toimintaan ja ajatteluun. Lisäksi konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaan tietoa käsitellään omien odotusten ja tavoitteiden sekä aikaisempien tietojen pohjalta. (Rytkönen & Hätönen 2008, 27–28.) Tällöin tieto opitaan valikoiden ja jäsentäen, jolloin asiat hahmotetaan kokonaisuuksina (Uusikylä & Atjonen 2005, 23; Kauppila 2007, 37). Toiminnallinen opinnäytetyö ja konstruktivistinen oppimiskäsitys tukevat toisiaan, koska konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaisesti oppija hankkii tietoa itsenäisesti. Toiminnallisen opinnäytetyön kautta oppija on fyysisessä vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa, jolloin oppija oppii asiat paremmin. (Uusikylä & Atjonen 2005, 23; Kauppila 2007, 37.)

Opinnäytetyöprosessin alussa loppuvuodesta 2012 kiinnostuimme toiminnallisen opinnäytetyön tekemisestä, jonka tuotoksena olisi koulutustilaisuus. Järjestimme syksyllä 2013 valmistuville sairaanhoitajaopiskelijoille koulutustilaisuuden toispuolihalvaantuneen AVH-potilaan siirtymisessä avustamisesta nopean kuntoutumisen vaiheessa. Koska opinnäytetyömme aihe on sairaanhoitajaopiskelijoille tarpeellinen tulevan ammatin vuoksi, pohdimme, että koulutustilaisuuden avulla opinnäytetyössämme käsitellyt asiat saataisiin parhaiten opetetuksi.

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin keväällä 2013 aiheen valinnalla. Aihevalintaan vaikutti ikääntyvien harjoittelun kautta huomattu AVH-potilaiden suuri määrä ja

hoitohenkilökunnan harjaantumattomuus potilaiden ergonomiseen ja aktivoivaan avustamiseen ja ohjaamiseen siirtymisessä. Halusimme opinnäytetyömme kautta herätellä tulevissa sairaanhoitajissa ajatuksia edellä mainituista asioista joita he voisivat ottaa huomioon työssään. Aihevalintaan vaikutti myös hyvien yhteistyökumppaneiden löytyminen. Yhteistyökumppaneina toimivat kuntohoitaja-Kinestetiikka kouluttaja ja fysioterapeutti-Kinestetiikka tutor. Keväällä 2013 teimme tiedonhakuja ja olimme useasti yhteydessä yhteistyökumppaneihimme. Löysimme tietoa hoitotyön fyysisestä kuormittavuudesta, potilassiirroista, yleisesti potilassiirroissa avustamisesta ja eri avustamismenetelmistä sekä aivoverenkiertohäiriöistä. Tiedonhankinnan ja yhteistyökumppaneiden kanssa työskentelyn aikana huomasimme, että aihetta täytyy rajata, jotta saisimme koulutustilaisuudesta parhaiten kohderyhmää palvelevan. Kesän 2013 aikana kirjoitimme opinnäytetyön teoreettista viitekehystä ja suunnittelimme koulutustilaisuuden toteutusta. Syyskuussa 2013 järjestimme koulutustilaisuuden ja tämän jälkeen kokosimme opinnäytetyön lopullisen tuotoksen.

8.1 Koulutustilaisuuden toteutus

Koulutuksen tavoitteena on edistää oppijan oppimista, joten koulutus on suunniteltava huolella ennen sen toteuttamista (Mykrä & Hätönen 2008, 6-7). Suunnitteluvaiheessa tulee kiinnittää erityistä huomiota kohderyhmän valintaan, tiloihin ja välineisiin jota koulutuksessa käytetään, kouluttajan havainnollistamistapoihin sekä koulutuksen arviointiin. Koulutuksen kohderyhmän valinta on yksi suunnittelun tärkeimmistä osista, jotta koulutusmateriaalista tehdään kohderyhmää parhaiten palveleva. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51; Mykrä & Hätönen 2008, 6–7; Kortesus 2010, 128.) Samalla kohderyhmän valinta rajaa opinnäytetyötä, eikä siitä tule liian laaja tai liian suppea (Vilkkä & Airaksinen 2003, 40). Lisäksi suunnitteluvaiheessa valitaan ja varataan koulutukseen tarvittavat tilat ja välineet sekä mietitään koulutuksen järjestämisen ajankohtaa. Paras aika koulutuksen järjestämiseen on aamupäivällä, koska oppijoiden vireystila on silloin parhaimmillaan. (Kortesus 2010, 128; Kupias & Koski 2012, 58.)

Koulutukseen sisältyy tavallisesti luento, joka on toimiva, kun se on jaksotettu oikein. Jaksotus tehostaa oppijan tarkkaavaisuutta, jolloin oppija voi pohtia aktiivisesti luennolla kuultuja asioita. Lisäksi kouluttaja luo aktiivisen ja vuorovaikutteisen luennon, kun hän ottaa oppijan kokemukset ja mielipiteet huomioon. Luennon kesto suunnitellaan niin, että kouluttajan ja oppijan väliselle vuorovaikutukselle ja kysymyksille jää aikaa. Luennon yhteyteen on hyvä yhdistää pari- ja ryhmätehtäviä, jotka tukevat luentoa ja antavat oppijoille mahdollisuuden jakaa omia kokemuksiaan. (Mykrä & Hätönen 2008, 9, 25, 29.)

Monipuolisella esityksen havainnollistamisella, kuten kuvilla, videoilla tai esineillä, kouluttaja selventää koulutuksessa käsiteltyjä asioita (Mykrä & Hätönen 2008, 7; Kupias & Koski 2012, 75). Kouluttajan käytössä oleva hyvä havainnollistamisväline on tietokoneen välityksellä esitettävä Powerpoint-esitys. Sen tarkoitus on tukea luentoa ja sen avulla voidaan konkretisoida kouluttajan kertomat asiat. Hyvässä Powerpoint-esityksessä ei ole liikaa tekstiä, vaan siinä on oleellimmat asiat. (Kupias & Koski 2012, 75–77.)

Koulutustilaisuus toteutettiin Seinäjoen ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä kliinisen hoitotyönluokassa, jossa on hyvin tilaa ja tarvittavat välineet. Koulutustilaisuus sijoittui aamupäivälle ja se sisälsi luennon ja käytännön osuuden, joille oli varattu aikaa yhteensä kolme tuntia. Koulutustilaisuuteen osallistui kahdeksan joulukuussa 2013 valmistuvaa sairaanhoitajaopiskelijaa. Tila varattiin hyvissä ajoin keväällä ja valmistelimme luokan aamulla ennen koulutustilaisuutta. Luento oli rakennettu Powerpoint-esitykseksi teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Luennolla kävimme läpi mm. aivoverenkiertohäiriöitä, sairaanhoitajan tärkeää roolia AVH-potilaan kuntoutumisessa sekä AVH-potilaan siirtymisessä avustamisessa huomioitavia asioita kuten vuorovaikutusta, luonnollisia liikemalleja ja hoitajan työskentelyergonomiaa. Lopuksi kävimme läpi käytännön osuuden. Havainnollitimme esityksessä käytyjä asioita konkreettisen esimerkin ja kuvien avulla. Opiskelijat saivat pareittain harjoitella eri koskettamistapoja. Pyrimme tekemään luennosta dialogimaisen keskustelemalla opiskelijoiden kanssa ja kysymällä heiltä kysymyksiä. Myös opiskelijat rohkenivat luennon edetessä kysyä meiltä heitä askarruttavia asioita.

Käytännön osuudessa toinen meistä toimi hoitajan roolissa ja toisen ollessa potilaana. Demonstroimme ensin, kuinka AVH-potilaan siirtymisessä avustetaan huomioimalla sekä hoitajan että potilaan luonnollisia liikemalleja. Käytimme esimerkkinä potilaan siirtymistä makuulta pyörätuoliin. Annoimme sairaanhoitajaopiskelijoille esimerkkejä avustamistavoista, joissa korostimme toimimista luonnollisten liikemallien mukaisesti sekä näiden soveltuvuutta myös muihin kuin esimerkkitilanteeseen. Tämän jälkeen opiskelijat harjoittelivat pareittain ja heillä oli käytössään vuode, pyörätuoli sekä aputuoli. Opiskelijat harjoittelivat siirtymisessä avustamista makuulta pyörätuoliin ja me ohjasimme opiskelijoita samanaikaisesti. Käytännön osuuden lopussa opiskelijat harjoittelivat oma-aloitteisesti myös siirtymisessä avustamista pyörätuolista takaisin vuoteeseen soveltaen koulutustilaisuudessa oppimiaan avustamisen periaatteita. Lopuksi opiskelijat täyttivät palautekyselyn.

8.2 Koulutustilaisuuden arviointi

Koulutuksen suunnitteluvaiheessa mietitään myös koulutuksen arviointia. Koulutuksesta on hyvä tehdä palautekysely, jonka avulla saadaan tietoa koulutuksen onnistumisesta, oppijoiden omasta oppimisesta sekä siitä, miten oppijat voivat hyödyntää oppimaansa käytännössä. Palautteen avulla saadaan tietoa myös koulutuksen kehittämis ehdotuksista sekä kouluttaja saa itselleen tietoa siitä, miten hän voisi kehittyä kouluttajana. (Mykrä & Hätönen 2008, 7-8; Kupias & Koski 2012, 70.)

Valitsimme palautekyselyyn neljä avointa kysymystä, koska emme halunneet rajata tai poissulkea opiskelijoiden omia mielipiteitä koulutustilaisuuden onnistumisesta. Avoimet kysymykset ovat kysymyksiä, joihin vastaaja saa kirjoittaa vastauksen omin sanoin. Ne ovat joko täysin avoimia tai suuntaa antavia sekä ne ovat usein ehdotuksia ja mielipiteitä johonkin asiaan. Avoin kysymys ei sulje pois mitään vaihtoehtoja ja se voi tuoda esiin sellaista tietoa, jota ei ole huomattu. (Kananen 2011, 32–33.)

Koulutustilaisuuden sisältö vastasi kaikkien kahdeksan sairaanhoitajaopiskelijan odotuksia. He kokivat koulutustilaisuuden olleen mukava ja hyödyllinen sekä

saaneensa hyvät perustiedot aiheesta. Osa opiskelijoista koki saaneensa koulutuksesta enemmän kuin olivat odottaneet. Jokainen opiskelija koki voivansa hyödyntää koulutustilaisuudessa oppimaansa tulevassa työssään. Lisäksi osa kertoi saaneensa hyviä uusia näkökulmia ja ohjeita toimia oikein itsensä ja potilaan hyvinvoinnin turvaamiseksi. Mieleenpainuvinta koulutustilaisuudessa oli luonnolliset liikkeet sekä hoitajan käyntiasento ja sen vaikutus luonnollisiin liikkeisiin. Kokonaisuudessaan opiskelijoiden mielestä esitystapamme oli mielenkiintoinen ja asiantunteva, lisäksi hyvät käytännön esimerkit ja omat kokemukset koettiin hyvänä lisänä. Parannusehdotuksena oli, että aikataulun puolesta olisi voinut olla enemmän teoriaa tai harjoituksia.

9 POHDINTA

Opinnäytetyömme aihe on tärkeä ja siitä puhutaan paljon työpaikoilla ja koulussa. Aihe koskettaa läheisesti juuri sairaanhoitajia, koska he ovat terveydenhoitoalan ammattiryhmien edustajista eniten tekemisissä potilaiden kanssa. Valitsimme koulutustilaisuuden kohderyhmäksi sairaanhoitajaopiskelijat, koska heillä on mahdollisuus viedä tuleville työpaikoilleen uusia työskentelytapoja. Opinnäytetyötämme soveltuu kaikille sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille, opettajille ja opiskelijoille sekä muille henkilöille käytettäväksi. Opinnäytetyössä käsittelemämme siirtymisessä avustamisen periaatteet ovat sovellettavissa myös muihin potilasryhmiin.

Opinnäytetyön viitekehystä varten etsimme tietoa AVH:stä, aivojen plastisuudesta, nopean kuntoutumisen vaiheesta, luonnollisista liikemalleista, potilaan avustamisesta ja ohjaamisesta sekä työskentelyergonomiasta. Käytimme tiedonhankinnassa korkeakoulukirjaston verkkosivuilla olevia eri tietokantoja. Tiedonhaku ja kiireinen aikataulu olivat työn vaikein osio, koska toinen meistä oli keväällä vaihdossa. Tämän vuoksi teoreettisen viitekehysten tekeminen ja tiedonhaku painottui touko-elokuulle.

Ennen tiedonhankintaa listasimme aiheet joista tietoa olisi löydettävää. Tätä pidimme teoreettisen viitekehysten sisällysluettelona. Alussa hakemillamme hakusanoilla löytyi vähän tietoa. Kesän lopussa teoriaosuutta kasatessamme huomasimme, että työn kannalta tärkeimmät kohdat olivat jääneet kovin vajavaisiksi tiedonhaun osalta ja vähemmän tärkeät kohdat olivat nousseet suurempaan rooliin. Tärkeimpien asioiden hahmottumisen myötä löysimme oikeat hakusanat, jonka jälkeen alkoi löytyä paljon uutta tietoa. Aika loppui kuitenkin kesken tiedonhaun osalta, mikä vaikutti teoretietiedon jäämiseen suppeaksi. Tämä jäi meitä suuresti harmittamaan. Meillä oli ajoittain vaikeuksia jäsentää teoreettiseen viitekehykseen kokonaisuutta, mutta valmistellessamme koulutustilaisuuden Powerpoint-esitystä, oivalsimme asioiden loogisen järjestyksen ja saimme työmme teoreettisen viitekehysten oikeaan muotoon. Koulutustilaisuuden Powerpoint-esityksen kokoaminen selkeytti kokonaisuudessaan opinnäytetyötämme.

Olemme äärettömän kiitollisia yhteistyökumppaneillemme siitä, miten paljon olemme saaneet heiltä apua, tukea ja neuvoja sekä teoreettisen viitekehyksen että käytännön osuuden suunnitteluun. Saimme yhteistyökumppaneilta käyttöömmemme myös paljon hyödyllistä materiaalia ja pääsimme harjoittelemaan käytännön osuutta oikeiden potilaiden kanssa. Oikeiden potilaiden kanssa toimiminen toi syvyyttä työhön ja lisäsi varmuuttamme aiheen asiantuntijoina.

Halusimme luoda koulutustilaisuudesta vuorovaikutteisen ja saada aikaan keskustelua käsiteltävästä aiheesta ja opiskelijoiden kokemuksista. Toivoimme saavamme myös tietoa heiltä sairaanhoitajien siirtymisissä avustamisen nykykäytännöistä. Teoriaosuudessa käsitelimme mielestämme hyvin tärkeimmät ja oleellimmat asiat, jotka sairaanhoitajaopiskelijoiden tulee tietää AVH-potilaan siirtymisessä avustamisessa huomioitavissa asioista ja siirtymisen periaatteista. Käytännön osuudessa tavoitteenamme oli herätellä sairaanhoitajaopiskelijoissa ajatuksia siitä, miten potilaan siirtymisessä avustaessa huomioidaan sekä hoitajan että potilaan luonnolliset liikemallit. Rajasimme käytännön osuuden harjoitteeksi potilaan siirtymisen makuulta pyörätuoliin. Konkreettisen esimerkin avulla painotimme harjoitteiden soveltuvuutta myös muihin potilaan siirtymistilanteisiin. Mietimme aiheen rajaamista myös yhteistyökumppaneiden kanssa. He olivat kanssamme samaa mieltä siitä, että työn rajaaminen makuulta pyörätuoliin siirtymiseen on riittävä herättelemään opiskelijoiden ajatuksia teoriaosuudessa läpikäytyistä asioista.

Teimme opiskelijoille koulutustilaisuuden päätteeksi täytettävän palautelomakkeen. Valitsimme avoimet kysymykset, koska emme halunneet sulkea pois mitään palautteesta. Avoimet kysymykset olivat mielestämme tarpeeksi laajoja ja onnistuimme keräämään niistä haluamamme tiedon. Saadun palautteen perusteella saavutimme koulutustilaisuudelle asettamamme tavoitteet. Päällimmäisenä jäi mieleen, että koulutustilaisuus oli kaikkien mielestä todella onnistunut ja hyödyllinen. Sairaanhoitajaopiskelijat toivoivat, että jatkossa sairaanhoitajaopiskelijat ja fysioterapeuttiopiskelijat tekisivät enemmän yhteistyötä keskenään jo opiskeluaikana. Opiskelijat myös ihmettelivät kuinka heidän koulutusohjelmassaan aihetta käsitellään vain pintapuolisesti, vaikka aihe on erittäin tärkeä heidän tulevaa työtään ajatellen.

Onnistuimme mielestämme ensikertalaisiksi erittäin hyvin koulutustilaisuuden järjestämisessä. Teoriaosuuteen oli varattu riittävästi aikaa. Teoriaosuuden sisältämä pariharjoitus tuki teoriaa sekä auttoi opiskelijoita jaksamaan seurata mukana teoriaosuudessa. Toimimme myös hyvin vuorovaikutteisesti opiskelijoiden ja ympäristön kanssa. Havainnollistimme kertomiamme asioita ja otimme koko luokkatilan käyttöön liikkumalla esityksen aikana. Saimme teoriaosuuden edetessä aikaan hyvää keskustelua. Käytännön osuudessa saimme mielestämme ohjattua pareja riittävästi ja annoimme heille myös aikaa harjoitella. Käytännön osuudessa aikaa jäi yli, johon meillä olisi ollut hyvä olla lisäharjoituksia.

Koulutustilaisuuden jälkeen huomasimme miten paljon olemme oppineet koko opinnäytetyöprosessin aikana ja miten paljon meillä on tulevana fysioterapeutteina annettavaa potilastyötä tekeville henkilöille. Opimme, että koulutustilaisuus tulee suunnitella huolella. Mikäli koulutustilaisuus toteutettaisiin uudestaan, teoriaosuuteen emme tekisi muutoksia, koska siinä esittelimme kaiken oleellisen. Käytännön osuutta miettsimme uudelleen. Lisäisimme muutaman harjoitteen ja hyödyntäisimme koko varatun ajan. Opinnäytetyön teon myötä olemme oppineet paljon uutta ja syventäneet aiemmin opittua tietoa. Koemme, että opimme nimenomaan siirtymisessä avustamisesta ja siitä miten tärkeää on huomioida sekä omat että potilaan luonnolliset liikemallit. Koemme myös että moniammatillista yhteistyötä tulee korostaa tulevaisuudessa huomattavasti enemmän, koska sekä sairaanhoitajat että fysioterapeutit pyrkivät samaan päämäärään, potilaan kuntoutumiseen ja hyvinvointiin. Tästä syystä meidän työntekijöinä tulee osata samat toimintamallit.

Koulutustilaisuuden opetusmateriaalin ja opinnäytetyön olemme lähettäneet sähköisesti SeAmkin hoitotyön koulutusohjelman opettajalle. Kaikki materiaali on tarkoitettu vapaasti opetuksessa hyödynnettäväksi.

LÄHTEET

- Aivoverenkiertohäiriöt 2010. Tietoa aivoverenkiertohäiriöstä. [Verkkojulkaisu].
Turku: Aivohalvaus- ja dysfasialiitto. [Viitattu 18.7.2013]. Saatavana:
http://www.aivoliitto.fi/files/795/Selkoesite_avh.pdf
- Aivohalvauspotilaan avustaminen. 2013. Potilaan siirtymisen ergonominen
avustaminen. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Työterveyslaitos. [Viitattu 22.8.2013].
Saatavana:
http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille/terveydenhuolto/potilassiirrot/potilaansiirtyminen/sivut/default.aspx
- Aivoinfarkti. 2011. Käypä hoito. [Verkkosivu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu
18.7.2013]. Saatavana:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50051>
- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2004.
Sairaanhoito ja huolenpito. 3. uud. p. Helsinki: WSOY.
- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2009.
Sairaanhoito ja huolenpito. 7. uud. p. Helsinki: WSOY.
- Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. 2003.
Fysiatría. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim.
- Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. 2009.
Fysiatría. 4. uud. p. Helsinki: Duodecim.
- Avustustapoja eri tilanteissa. 2013. Potilaan siirtymisen ergonominen
avustaminen. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Työterveyslaitos. [Viitattu 22.8.2013].
Saatavana:
http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille/terveydenhuolto/potilassiirrot/potilaansiirtyminen/sivut/default.aspx
- Chollet, F. 2013. Pharmacologic approaches to cerebral aging and neuroplasticity: insights from the stroke model. [Verkkolehtiartikkeli]. Dialogues in Clinical Neuroscience. 15(1), 67–76. [Viitattu 21.8.2013]. Saatavana:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3622470/pdf/DialoguesClinNeurosci-15-67.pdf>
- Davies, P. M. 2000. Steps to follow: The Comprehensive Treatment of Patients with Hemiplegia. Berlin: Springer
- Ergonomia. 2010. Potilassiirrot. [Verkkosivu]. Helsinki: Työterveyslaitos. [Viitattu 16.5.2013].
Saatavana:

http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille/terveydenhuolto/potilassiirrot/sivut/default.aspx

Faralli, A., Bigoni, M., Mauro, A., Rossi, F. & Carulli, D. 2013. Noninvasive Strategies to Promote Functional Recovery after Stroke. [Verkkolehtiartikkeli]. *Neural Plasticity*. [Viitattu 21.8.2013]. Saatavana: <http://www.hindawi.com/journals/np/2013/854597/>

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

Hacke, W., Kaste, M., Bluhmki, E., Brozman, M., Dávalos, A., Guidetti, D., Larrue, V., Lees, K. R., Medeghri, Z., Machnig, T., Schneider, D., von Kummer, R., Wahlgren, N. & Toni, D. 2008. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. [Verkkolehtiartikkeli]. *The New England journal of medicine*. 359, 1317-1329. [Viitattu 18.9.2013]. Saatavana: http://www.kinestetiikka.fi/esitykset/Kinestetiikka_yhteenveto2009.pdf

Hakala, J. T. 2004. Opinnäytetyöopas ammattikorkeakouluille. Helsinki: Gaudeamus.

Hantikainen, V. 2009. Kinestetiikka: mistä on kyse, mihin kinestetiikka perustuu ja mitä sen avulla voidaan saavuttaa. [Verkkolehtiartikkeli]. Sveitsi: Suomen Kinestetiikkayhdistys. [Viitattu 8.12.2012]. Saatavana: http://www.kinestetiikka.fi/esitykset/Kinestetiikka_yhteenveto2009.pdf

Hantikainen, V. 2011. Kinestetiikan peruskurssin työkirja. Sveitsi: Suomen Kinestetiikka yhdistys. Julkaisematon.

Huynh, W., Vucic, S., Krishnan, A. V., Lin, C. S.-Y., Hornberger, M. & Kiernan, M. C. 2013. Longitudinal Plasticity Across the Neural Axis in Acute Stroke. [Verkkolehtiartikkeli]. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 27(3), 219–229. [Viitattu 24.8.2013]. Saatavana: <http://nnr.sagepub.com/content/27/3/219.full.pdf+html>

Jehkonen, M., Kettunen, J., Laihosalo, M. & Saunamäki T. 2007. Oikean aivopuoliskon verenkiertohäiriön jälkeen esiintyvä neglect-oire. [Verkkolehtiartikkeli]. 123:1718–24 Helsinki: Duodecim. [Viitattu 13.7.2013]. Saatavana: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96618.pdf>

Jehkonen, M., Yliranta, A., Rasimus, S. & Saunamäki, T. 2013. Neglect-oire aivoverenkierron häiriön jälkeen. [Verkkolehtiartikkeli]. 129 (5), 506. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 12.9.2013]. Saatavana: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10858

- Kananen, J. 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen oppinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Juvenes Print
- Kauppila, R. A. 2007. Ihmisen tapa oppia: johdatus sosiokonstruktivistiseen oppimiskäsitykseen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kleim, J. A. & Jones, T. A. 2008. Principles of experience-dependent neural plasticity: implications for rehabilitation after brain damage. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 51(1), 225–239. [Viitattu 21.8.2013]. Saatavana: <http://jslhr.asha.org/cgi/reprint/51/1/S225>
- Kneafsey, R. & Haigh, C. 2009. Moving and handling rehabilitation patients: a survey of nurses' views. [Verkkojulkaisu]. International Journal of Therapy and Rehabilitation 16 (8), 431-440. [Viitattu 30.1.2013]. Saatavana EBSCO-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Korkeila, K. 2006. Lääketiedettä läheltä. Helsinki: Edita Prima.
- Korpelainen, J., Leino, E., Sivenius, J. & Kallanranta, T. 2008. [Verkkosivu]. Aivoverenkiertohäiriöihin liittyvät vajaatoiminnat ja haitat. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 21.8.2013]. Saatavana: http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=kun00229&p_haku=avh
- Kortesuo, K. 2010. Avaa tästä: Käytännön käsikirja kouluttajalla. Vantaa: Hansaprint.
- Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kyngas, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Remfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. 5. uud. p. Helsinki: WSOY.
- L 738/2002. Työturvallisuuslaki.
- Michaelsen, S.M., Dannenbaum, R. & Levin, M.F. Task-specific training with trunk restraint on arm recovery in stroke: randomized control trial. [Verkkolehtiartikkeli]. Stroke. 37(1), 186–192. [Viitattu 21.8.2013]. Saatavana: <http://stroke.ahajournals.org/content/37/1/186.full.pdf+html>
- Mononen, T. 2002. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä ohjaus ja opetus neurologian osastolla. Seinäjoki: EPSHP.

- Mykrä, T. & Hätönen, H. 2008. Opas opetusmenetelmistä. Helsinki: Educa-instituutti.
- Nudo, R. J. 2011. Neural bases of recovery after brain injury. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of Communication Disorders. 44(5), 515–520. [Viitattu 21.8.2013]. Saatavana: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3162095/pdf/nihms299599.pdf>
- Rantsi, H. 2005. Potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetus sosiaali- ja terveystieteiden laitoksissa. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.
- Rissanen, P., Kallanranta, T. & Vilkkumaa I. 2008. Kuntoutus. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim.
- Rytkönen, M. & Hätönen, H. 2008. Näkökulmia oppimiseen. 2. p. Helsinki: Edita Prima.
- Sairanen, T. 2010. Aivoinfarktin jälkeisen masennuksen hoito. [Verkkosivu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 11.9.2013]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00646
- Salbach, N. M., Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Hanley, J.A., Richards C.L. & Côté R. A task-orientated intervention enhances walking distance and speed in the first year post stroke: a randomized controlled trial. [Verkkolehtiartikkeli]. Clinical Rehabilitation. 18(5), 509–519. [Viitattu 21.8.2013]. Saatavana: <http://cre.sagepub.com/content/18/5/509.long>
- Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Sand, O., Sjaastad, O.V., Haug, E. & Bjålie, J.G. 2011. Ihminen: Fysiologia ja Anatomia. Suomentaja Raila Hekkanen, 2. p. Helsinki: WSOY.
- Sivenius, J. 2009. Aivoverenkiertohäiriöt. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 4.2.2013]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00006
- Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. 2006. Neurologia. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim.
- Sterr, A. & Bastos Conforto, A. 2012. Plasticity of Adult Sensorimotor System in Severe Brain Infarcts: Challenges and Opportunities. [Verkkolehtiartikkeli]. Neural Plasticity. [Viitattu 21.8.2013]. Saatavana: <http://www.hindawi.com/journals/np/2012/970136/>

- Takeuchi, N. & Izumi, S. I. 2013. Rehabilitation with Poststroke Motor Recovery: A Review with a Focus on Neural Plasticity. [Verkkolehtiartikkeli]. Stroke research and treatment. [Viitattu 21.8.2013]. Saatavana: <http://www.hindawi.com/journals/srt/2013/128641/>
- Tamminen-Peter, L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa: kolmen siirtomenetelmän vertailu. [Verkkajulkaisu]. Turku: Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja C 228. Väitösk. [Viitattu 9.2..2011]. Saatavana: http://www.ergosolutions.fi/tamminen/doc/thesis_fi_pub_ver.pdf
- Tamminen-Peter, L., Eloranta, M-B., Kivivirta, M-L., Mämmelä, E., Salokoski, I. & Ylikangas, A. 2007. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen: opettajan käsikirja. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Tamminen-Peter, L., Moilanen, A. & Fagerström, V. 2010. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Tamminen-Peter, L. & Wickström, G. 2009. Potilassiirrot: Taitava avustaja aktivoi ja auttaa. 6. p. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Tarnanen, K., Lindsberg, P., Sairanen, T. & Vuorela, P. 2011. Aivoinfarkti. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 16.7.2013]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00062>
- Terveyspalvelut. 2013. Potilasturvallisuus. [Verkkosivu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 30.7.2013]. Saatavana: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/potilasturvallisuus
- Uusikylä, K. & Atjonen, P. 2005. Didaktiikan perusteet. 3. uud. p. Helsinki: WSOY.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Helsinki: Tammi.
- Ward, N. S. & Cohen, L. G. 2004. Mechanisms Underlying Recovery of Motor Function After Stroke. [Verkkolehtiartikkeli]. JAMA Neurology. 61(12), 1844–1848. [Viitattu 21.8.2013]. Saatavana: <http://archneur.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=787250>

LIITTEET

LIITE 1. Koulutustilaisuuden Powerpoint-esitys

LIITE 2. Koulutustilaisuuden palaute-/ arviointilomake

TOISPUOLIHALVAANTUNEEN AVH- POTILAAN SIIRTYMISESSÄ AVUSTAMINEN NOPEAN KUNTOUTUMISEN VAIHEEN AIKANA

Hilma Oksanen & Minttu Hautala
Seinäjoen ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma
Syksy 2013

Koulutustilaisuuden sisältö

Teoriaosuus 8.15-9.45

1. Aivoverenkiertohäiriöt
2. Aivojen plastisuus
3. Nopean kuntoutumisen vaihe
4. Siirtymisessä avustamisen periaatteet
5. Siirtyminen makuulta pyörätuoliin

Käytännön osuus 10.00-11.30

- Potilaan siirtymisessä avustamisen harjoittelua
- Palaute

1. AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT (AVH)

a. Paikallinen aivokudoksen verettömyys (iskemia)

→ Ohimenevä iskeeminen kohtaus (TIA)

→ Aivoinfarkti

b. Paikallinen aivovaltimon verenvuoto

→ Aivojen sisäinen aivoverenvuoto (ICH)

→ Subaraknoidaalivuoto (SAV)

Aivohalvaus

Aivoinfarkti

Tukkeutuneen valtimon alueella aivokudos jää ilman happea → kuolio

Aivoverenvuoto

Aivokudoksen sisään vuotanut veri aiheuttaa painetta ympäröiviin kudoksiin → lähellä olevan hermokudoksen toiminta häiriintyy

Aivohalvauksen syyt

Aivoinfarkti

- 75 % kaulavaltimoiden ja kallonsisäisten valtimoiden ateroskleroosista
- 25 % sydänperäisistä veritulpista

Aivoverenvuoto

- **ICH:** pitkäaikainen verenpainetauti → heikentyneen aivovaltimon repeäminen
- **SAV:** valtimopullistuman puhkeaminen

AVH-tilastoja Suomesta

- n. 14 000 hlöä/ v, **38 hlöä/ pv**
 - Aivoinfarkteja 70-80 %
 - ICH 9-15 %
 - SAV 10 %
- yksi yleisimmistä kuolinsyistä
- n. 50 % toimintakykyä haittaavia neurologisia oireita
- 40 % tarvitsee pitkäkestoista kuntoutusta
- 3. kallein tautiryhmä
- Ikääntyminen → aivohalvaustapahtumien määrän kasvu tulevaisuudessa

Riskitekijät

- Kohonnut verenpaine
- Diabetes
- Sydänsairaudet
- Rasva-aineenvaihdunnan häiriöt
- Kohonneet kolesteroliarvot
- Perinnöllisyys
- Tupakointi
- Runsas alkoholin käyttö
- Huumeet
- Kova henkinen ruumiillinen ponnistus
- Ylipaino
- Liikunnan puute
- Ehkäisytablettien käyttö
- Ikääntyminen
- Miessukupuoli

Oireet

- Vas. aivopuoliskon vaurio → oik. raajaparin oireet
- Oik. aivopuoliskon vaurio → vas. raajaparin oireet
- Aivopuoliskot toiminnallisesti erikoistuneet

Oireet

Motoriset

-

Kognitiiviset

-

Sensoriset

-

Puheen häiriöt

-

Näköhäiriöt

Hahmotushäiriöt

Tunne-elämän häiriöt

-

2. AIVOJEN PLASTISUUS

= Aivojen hermoverkoston muovautuvuus vamman tai sairauden jälkeen

• Luonnollinen toipuminen plastisuuden kautta:

1.

2.

3.

• edellytys toimintakyvyn palautumiselle

3. NOPEAN KUNTOUTUMISEN VAIHE

- Akuuttivaihe → **nopean kuntoutumisen vaihe** → ylläpitävän kuntoutumisen vaihe
- tilanne vakiintunut
- kuntoutumisessa eniten edistymistä (3-6 kk)
- Luonnollinen toipuminen → **Harjoittelu + toistot** → Plastisuuden edesauttaminen

4. SIIRTYMISESSÄ AVUSTAMISEN PERIAATTEET

- Luonnolliset liikemallit
- Vuorovaikutus
- Työskentelyergonomia
- Turvallisuus

Luonnolliset liikemallit

= **Opittuja liikekaavoja liikemuistissa** → palautuvat kun oikea alkuasento ja aktivointi oikeasta kohdasta

- Luonnollinen liikkuminen ja aktiivinen toiminta mahdollista
- hoitajan ja potilaan aika, tila ja voimankäyttö ovat tasapainossa
- toiminta lähtee liikkeelle potilaasta

Vuorovaikutus

- Hoitajan ja potilaan on
- Yhteisymmärrys
- Kommunikointi

- **Sanallinen ohjaus=**
- **Visuaalinen ohjaus=**
- **Manuaalinen ohjaus=**

→ potilas toimii mahd. omatoimisesti → siirtyminen turvallinen ja miellyttävä mahd. pienellä avustuksella

Koskettaminen ja ote

- Kosketus avaa/ lukitsee liikeketjun
- Käsien lämpötila
- Tapa koskettaa → tunne ja mieliala
- Tukeva ja turvallinen
- Painopisteellä → lantiolla tai/ ja hartiasseudussa
- Luiset alueet (pää, rintakehä, käsivarret, lantio, jalat)
- Liikealueet (kaula, vyötärö, olka- ja lonkkanivelet) - liikkeet lukkiutuvat

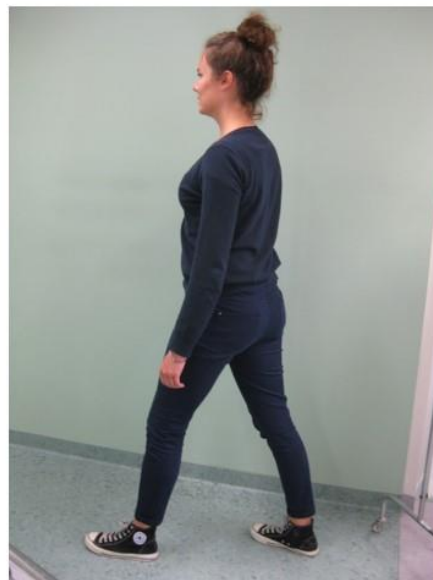
Työskentelyergonomia

- 45 % > 6h huonoissa työasennoissa
- 82 % selkätapaturmista sattuu avustettaessa
- Kuormittavia ja vaarallisia siirtymistapoja hoitajille ja potilaalle ovat
 - Nostot kainalosta
 - Tarttuminen hoitajan niskasta, hartioista tai vyötäröltä
 - Kaikki muut nostot, muissa kuin poikkeuksellisissa olosuhteissa

Käyntiasento

= **Optimaalinen työasento**

- tasapaino ja selkä suorana
- turvallisuus
- Polven joustot
- Työskentelykorkeus
- Ei kurkottelulta ja kumartelulta
- Luonnollinen liikkuminen



Turvallisuus

Työturvallisuus

Työnantaja

- Hoitajan terveys ja turvallisuus
- Haitta- ja vaaratekijät
- Perehdyttäminen → laitteet, apuvälineet, turvalliset työtavat
- Työskentely ympäristö → työasennot

Työntekijä

- Noudattaa turvallisuusohjeita

Potilasturvallisuus

- oikea toiminta, asenteet ja kulttuuri

5. SIIRTYMINEN MAKUULTA PYÖRÄTUOLIIN

Tilan tekeminen ennen kyljelle kääntymistä



- Ennen kyljelleen kääntymistä potilaan on siirryttävä sivusuunnassa jotta kääntymiselle jäisi tarpeeksi tilaa.

Kyljelleen kääntyminen



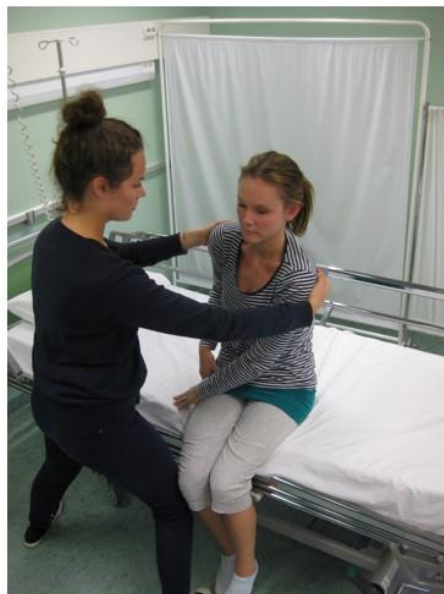
Painon siirtyessä halvaantuneelle puolelle, edistää tämä halvaantuneen puolen tiedostamista ja ehkäisee halvaantuneen puolen mahdollista spastisuutta.

Istumaannousu



Hoitaja avustaa potilasta kehon luisilta alueilta

Käyntiasennossa hoitajan on helpompi myötäillä potilaan liikkeitä ja välttää staattista lihasjännitystä



Avustaminen istualtaan



Siirtyminen pyörätuoliin



Potilaan jalkojen on hyvä olla valmiiksi käyntiasennossa ennen siirtymistä pyörätuoliin. Aputuolilla voidaan lisätä tukipintaa siirryttäessä. Hoitaja voi tarvittaessa avustaa potilasta lantionsiirrossa.

Koulutus toispuolihalvauspotilaan siirroissa avustamisesta
Hilma Oksanen & Minttu Hautala
Seinäjoen ammattikorkeakoulu, Fysioterapian koulutusohjelma
syksy 2013

PALAUTE/ ARVIOINTILOMAKE

1. Vastasiko koulutuksen sisältö odotuksiasi?

2. Koetko että voit hyödyntää oppimaasi tulevana sairaanhoitajana?

3. Mainitse koulutuspäivästä kolme mieleenpainuvinta asiaa?

4. Ruusuja/ parannusehdotuksia?

KIITOS PALAUTTEESTASI JA OSALLISTUMISESTASI KOULUTUKSEEN