
NEUROLOGISTEN PUUTOSOIREIDEN HOITOTYÖ

OPAS OMAISILLE



Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu, syksy 2015

Satu Kallio



HÄMEENLINNA
Hoitotyönkoulutus
Sairaanhoitaja

Tekijä	Satu Kallio	Vuosi 2015
Työn nimi	Neurologisten puutosoireiden hoitotyö – opas omaisille	

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Kanta-Hämeen keskussairaalan neurologian vuodeosaston kanssa. Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tuotoksena on syntynyt opaslehtiset vuodeosastolle. Opaslehtiset käsittelevät neurologisia puutosoireita. Idea opinnäytetyön aiheelle on syntynyt toimeksiantajan pyynnöstä.

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa omaisille lisää tietoa läheisensä sairastumisesta opaslehtisen avulla sekä parantaa omaisten tiedonsaamista. Opaslehtinen on tarkoitettu jaettavaksi omaisille.

Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa on käsitelty neurologisia puutosoireita sekä käsitteenä että niiden hoitotyötä. Teoreettisessa osuudessa käsitellään myös neurologisista puutosoireista kärsivien psykososiaalisia ja emotionaalisia tekijöitä sekä omaisten osallistumista potilaan kuntoutumiseen. Teoreettinen osuus sisältää vielä toiminnallisen opinnäytetyön prosessin eri vaiheet. Tietoa teoriaosuuteen on kerätty erilaisista internet-lähteistä ja kirjoista.

Opinnäytetyön kehitysehdotuksena oli tutkia omaisen osallistumisen vaiheita ja hyötyjä potilaan kuntoutuksessa. Opinnäytetyön toiminnallisen osuuden voisi myös kääntää vieraskielisille potilasryhmille englanniksi.

Avainsanat neurologia, neurologinen puutosoire, afasia

Sivut 23 s. + liitteet 6 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Author	Satu Kallio	Year 2015
Subject of Bachelor's thesis	nursing of the neurological deficiencies- guide for relatives	

ABSTRACT

The thesis was made in collaboration with the central hospital of Kanta-Häme. The output of this practice based thesis was guide leaflets for neurological ward. The leaflets contain information about neurological deficiencies. The idea for this thesis came from the request of the ward.

The aim of this thesis was to give more information about the patient's illness to their relatives and improve the informing of the relatives. The leaflets are made to be handed out for patients' relatives.

The theoretical part of this thesis deals with the neurological deficiencies as concepts and the nursing of the deficiencies. The theoretical part covers also the psychosocial and emotional issues and the importance of the relatives' involvement in the patient's rehabilitation. The end of the theoretical part deals with the process of this thesis. The information was found from different internet sources and books.

The development idea for this thesis was to study patient's relatives' benefits and phases in the patient's rehabilitation. Also the practice based part of this thesis could be translated into English for foreigners.

Keywords neurology, neurological deficiencies, aphasia,

Pages 23 p. + appendices 6 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ	2
3	NEUROLOGISET PUUTOSOIREET	3
3.1	Afasia	3
3.2	Dysfagia	5
3.3	Neglect	5
3.4	Apraksia	6
3.5	Agnosia.....	6
3.6	Toiminnanohjaushäiriö.....	7
4	PUUTOSOIREIDEN HOITOTYÖ	7
4.1	Afasiaa sairastavan potilaan hoitotyö.....	8
4.2	Dysfagiaa sairastavan potilaan hoitotyö.....	9
4.2.1	Nenämahaletku ja PEG-letku	10
4.2.2	Kotona kuntoutumisen erityispiirteitä	11
4.3	Neglect-oireistoa sairastavan potilaan hoitotyö	11
4.4	Apraksiaa sairastavan potilaan hoitotyö.....	12
4.5	Agnosiaa sairastavan potilaan hoitotyö.....	12
4.6	Toiminnanohjaushäiriötä sairastavan potilaan hoitotyö.....	13
5	PSYKOSOSIAALISET JA EMOTIONAALISET TEKIJÄT	14
6	OMAINEN POTILAAN KUNTOUTUKSEN TUKENA	15
7	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	16
7.1	Aiheanalyysi.....	16
7.2	Toimintasuunnitelma.....	17
7.3	Toteutus.....	18
7.4	Hyvän oppaan ominaisuudet	19
8	POHDINTA.....	20
8.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	21
8.2	Jatkotutkimusaiheet ja kehitysehdotukset	21
	LÄHTEET	22
	KUVALÄHTEET.....	23
Liite 1	Mikä on afasia?	
Liite 2	Mikä on dysfagia?	
Liite 3	Mikä on neglect?	
Liite 4	Mikä on apraksia?	
Liite 5	Mikä on agnosia?	
Liite 6	Mikä on toiminnanohjaushäiriö?	

1 JOHDANTO

Aivoinfarkti tai aivoverenvuoto aiheuttaa hermokudosvaurion, jonka korjaaminen ei ole mahdollista, koska hermosolut eivät uusiudu. Ne kykenevät kuitenkin kasvattamaan uusia yhteyksiä ja niiden toiminta voi uudelleen järjestäytyä. Paras tulos saavutetaan varhain aloitetulla kuntoutuksella. Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa otetaan yksilöllisesti huomioon potilaan ja omaisten toiveet ja tahto. Hyviä tuloksia saadaan aikaan yhtenäisillä ohjausmenetelmillä, sekä toistuvilla ohjaustilanteilla ja potilaan omaisten kanssa tehdyllä yhteistyöllä. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002,54.)

Potilaan kannalta kuntoutuminen vaatii siis paljon yhteistyötä hoitohenkilökunnan sekä omaisten välillä. Jotta omaiset pystyisivät osallistumaan potilaiden kuntoutukseen, tulee heidän tietää ja ymmärtää potilaan aivovammasta aiheutuvia oireita.

Virtasen väitöskirjan kyselytutkimus aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedonsaannista päivystyspoliklinikalla paljastaa, että tiedonsaannissa kehitettäviä osa-alueita olivat oireista kertominen. Omaisen näkökulmasta parannettavaa olisi myös omaisen hoitoon osallistumisen kannustamisessa. Omaisen koki aika ajoin itsensä sivulliseksi ollessaan saattamassa potilasta päivystysklinikalle. (Virtanen 2014.)

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostuu pienistä tietopaketeista yleisimmistä neurologisista puutosoireista. Alaluvuissa käsitellään puutosoireen syntyä sekä perustyövälineitä oireen kanssa selviämiseen.

Opinnäytetyöni aihe valikoitui kiinnostuksesta neurologiseen hoitotyöhön. Toiminnallinen opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Kanta-Hämeen keskussairaalan neurologian vuodeosaston kanssa.

Tavoitteeksi opinnäytetyössäni muodostui oppaan tekeminen vuodeosastolle. Oppaan tarkoitus on antaa omaiselle lisää työvälineitä potilaan kanssa kuntoutumiseen. Yhteistyöhenkilön kanssa keskusteltaessa tuli vahvasti esille, että toivottaisiin omaisten ymmärtävän paremmin aivoverenkiertohäiriöstä aiheutuvien oireiden syitä ja seurauksia.

Näiden pohjalta lähdin perehtymään neurologisten puutosoireiden hoitotyöhön. Teoreettisessa viitekehyksessä käsitellen teoriaa hoitotyön kannalta vuodeosastolla ja otan esille asioita, jotka omaisen tulee huomioda vielä erityisesti kotona ja sairaalan ulkopuolella. Oireiden huomioon ottaminen kotona toimii käytännössä samalla tavalla kuin osastolla.

2 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ

Aivoverenkiertohäiriö, eli AVH, jaetaan kahteen eri tilaan: iskemiaan tai hemorragiaan. Iskemialla tarkoitetaan paikallisen aivokudoksen verettömyyttä ja hemorragialla aivovaltimon verenvuotoa. Näistä käytetään yhteistä nimitystä aivohalvaus. Kummassakin tapauksessa aivoissa tapahtuu kudostuhoa. Vaikka ne ovat oireistoltaan samankaltaisia, on tärkeää erottaa niiden erilaisuus hoidon kannalta. (Käypä hoito-suositus 2011; Salmenperä ym. 2002, 27–28.)

Kun radiologisissa kuvauksissa ei näy infarktimuutoksia, sanotaan kohtausta ohimeneväksi aivoinfarkti kohtaukseksi, TIA-kohtaukseksi. TIA-kohtaus kestää tyypillisesti alle tunnin, noin 2–15 minuuttia. TIA-kohtaus ei jätä pysyviä kudosvaurioita. Kohtauksen saaneella potilaalla on suuri aivoinfarkti riski. 10–20 % ensimmäisen TIA-kohtauksen saaneista potilaista saa aivoinfarktin 90 vuorokauden sisällä, joista 50 % on ilmaantunut kahden vuorokauden sisällä TIA-kohtauksesta. (Käypähoito-suositus 2011; Salmenperä ym. 2002, 27–28.)

Aivovaltimoiden verenvuodot ryhmitellään kahteen luokkaan: ICH eli aivojen sisällä aivoaineessa tapahtunut verenvuoto sekä SAV eli lukinkalvonalaisessa tilassa tapahtunut verenvuoto. Hoito ja oireet niissä ovat eroavia. Iskeeminen ICH-kohtaus muistuttaa paljon iskeemistä AVH-kohtausta. SAV:n oireisiin ei lukeudu yleensä halvausoireita vaan oireet johtuvat aivokalvojen ärsytyksestä, jolloin oireena on esimerkiksi niskajäykkyyttä. SAV:n hoito on lähinnä neurokirurgista. (Salmenperä ym. 2002, 27–28.)

Aivoverenkiertohäiriön syntymiseen vaikuttavat tekijät joihin pystymme itse vaikuttamaan kuten tupakointi, lihavuus, korkea verenpaine. Vaikuttajia tekijöitä ovat myös ne, joihin emme pysty vaikuttamaan, kuten ikä, sukupuoli ja perinnöllisyys. Suomen väestössä halvausriskiä ovat ennustaneet voimakkaimmin systolinen verenpaine, diabetes ja tupakointi. (Käypä hoito-suositus 2011.)

Kuntoutuminen on aloitettava kuitenkin tehokkaalla hoidolla, jolla ehkäistään sairauden aiheuttamaa vammaisuutta. Tärkeää hoidon lopputulokselle ovat varhainen diagnostiikka ja hoito, tarvittava liuotushoito, kuntoutustarpeen arviointi AVH-yksikössä ja kuntoutus moniammatillisessa kuntoutukseen erikoistuneessa ympäristössä. (Käypä hoito-suositus 2011.)

3 NEUROLOGISET PUUTOSOIREET

Potilaan neurologisiin puutosoireisiin vaikuttaa aivoinfarktin tai aivoverenvuodon sijainti sekä infarktin tai vuodon laajuus. Neurologisilla puutosoireilla voidaan tarkoittaa muun muassa puheentuottamisen häiriötä tai toiminnanohjaushäiriötä. Infarktin tapahtuessa, sen sijainnista riippuen, tulee aivoihin tälle alueelle iskeeminen alue. Iskeemisen alueen hapensaanti on sivuverenkierron varassa päävaltimon tukkeutuessa, kunnes tukkeutunut valtimo on kokonaan tai osittain auki. Rekanalisaatio eli valtimon kokonaan aukeaminen voi tapahtua muutamassa tunnissa liotushoidolla tai ilman sitä. Halvausoireet ilmenevät usein aivovaurion vastakkaisella puolella, sillä hermoradat kulkevat pääsääntöisesti aina vastakkaiselle puolelle. Aivoverenkiertohäiriöpotilailla oireissa voi olla vaihtelua tai oireet voivat edetä. (Salmenperä 2002, 33–34.)

Neurologisia puutosoireita on monia. Valitsimme opinnäytetyöhöni kyseiset puutosoireet yhteyshenkilön kanssa käydyn keskustelun pohjalta. Valitsimme aiheeksi yleisimmät puutosoireet, jotka ovat myös vaikeimmin hoidettavat. Työssäni tarkasteltavat puutosoireet ovat vaikeasti hoidettavia, myös niihin helposti vaikuttavien psykososiaalisten ja emotionaalisten tekijöiden vuoksi.

Tässä luvussa avaan puutosoiretta käsitteenä ja käyn läpi oireen syntymekanismia. Tekstin ymmärtämiseksi olen liittänyt tekstiin tekstiä selventäviä kuvia.

3.1 Afasia

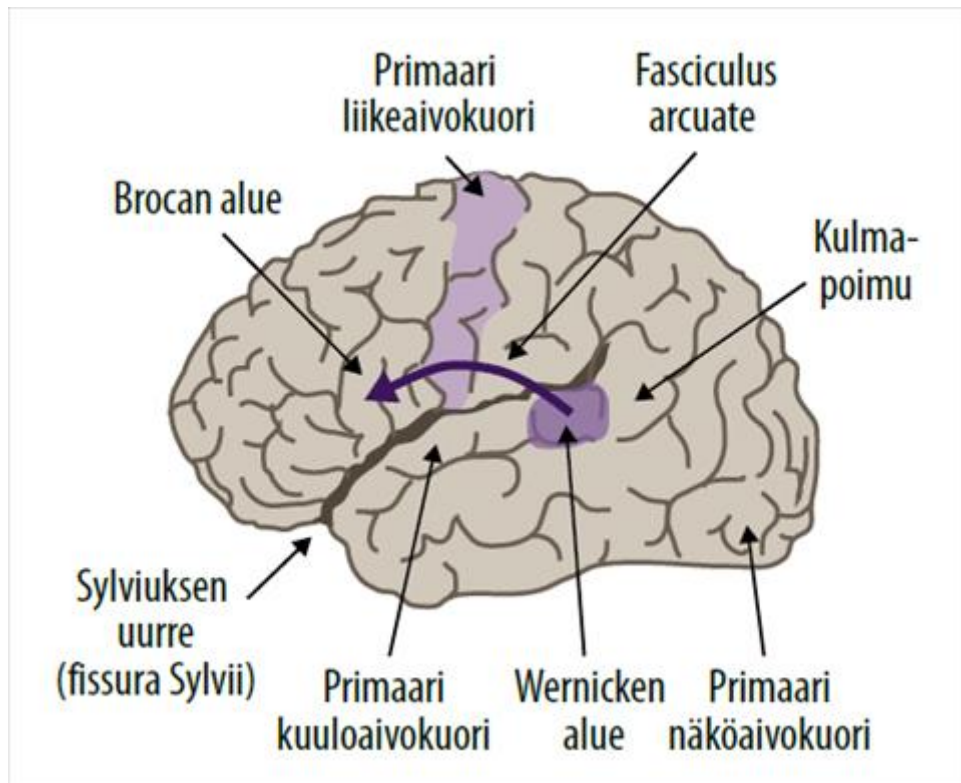
Afasia eli puheen tuoton tai ymmärtämisen häiriö. Afasia ilmenee kun aivojen kielellisillä alueilla ilmenee vaurioita, usein aivoverenkierron erilaisien häiriöiden yhteydessä. Oireet ovat riippuvaisia siitä, mikä osa aivojen kielellisistä alueista on vaurioitunut. Wernicken alueen vaurioituminen johtaa siihen, että potilas ei kykene ymmärtämään puhetta tai kirjoitusta, mutta tuottaa vielä puhetta, joka on sisällöltään kuitenkin hajanaista ja merkityksetöntä. Tämän alueen vaurio on sosiaalisesti vammauttavampaa kuin Brocan alueen vaurioituminen. (Sand, Sjaastad, Haug, Bjälje & Toverud 2013, 129–130; Salmenperä ym. 2002, 36.)

Brocan alueen vauriot johtavat puheen tuottamisvaikeuksiin, jolloin puhe voi olla esimerkiksi puuromaista, vaikka potilas tietää tarkoin, mitä haluaa sanoa. Brocan alueen vaurioituminen ei kuitenkaan vaikuta potilaan kykyyn ymmärtää puhetta tai kirjoitusta. (Sand, Sjaastad, Haug, Bjälje & Toverud 2013, 129–130; Salmenperä ym. 2002, 36.)

Vasen aivopuolisko on päävastuussa ihmisen kielellistä toimintoista. Kielellisen toiminnan alueet on jaettu kahteen osaan: kielen ymmärtämisalueeseen ja puheen tuottamisalueeseen. Brocan alue eli puheen tuottamisalue löytyy otsalohkosta, motorisen aivokuoren alaosan edestä (Kuva 1). Brocan alueen motorisen aivokuoren osat ohjaavat kasvojen ja kielen lihaksia, sekä hengitysilhaksia. Tämä alue hallinnoi siis lihasryhmien toimintaa joiden

avulla pystymme tuottamaan ymmärrettävää puhetta. (Sand ym. 2013, 129–130.)

Kielen ymmärtämisalue on ohimolohkossa kuuloalueen takana ja sitä kutsutaan Wernicken alueeksi (Kuva 1). Aistit keräävät kuuloalueelta ja näköalueelta tietoa joka tulkitaan Wernicken alueella. Wernicken aluetta käytetään myös kun sanoja muodostetaan ymmärrettäviksi lauseiksi. Vasen aivopuolisko on siis kielellisen alueiden kehittyneempi puoli, mutta oikea aivopuolisko toimii tilan hahmottamiseen vaativissa tehtävissä, kuten myös musiikin käsittelyssä. (Sand ym. 2013, 129–130.)



Kuva 1. Wernicken ja Brocan alue. Kuultu puhe vastaanotetaan ensin primaarilla kuuloaivokuorella, josta se menee eteenpäin wernicken alueelle. Wernicken alueella sanojen merkitys tulkitaan, josta fasciculus arcuate syöttää puheen brocan alueelle ja primaarille liikeaivokuorelle puheen tuottamista varten. (Arkkila, Smolander & Laasonen 2013).

Vasemman aivopuoliskon vauriot aiheuttavat miehille vaikeampaa afasiaa kuin naisille, johtuen todennäköisesti siitä että miehillä aivopuoliskojen epäsymmetrinen toiminta on suurempi kuin naisilla. Alle kaksi vuotiaalla vasemmalla aivopuoliskolla tapahtuneet vauriot eivät pahemmin häiritse kielellistä kehitystä, sillä silloin kielelliset toiminnot siirtyvät oikealle aivopuoliskolle. Aivopuoliskojen erikoistuminen on pitkä monien vuosien prosessi, jolloin myöhemmällä iällä vasemman puolen aivovaurio heikentää kielellisiä kykyjä pysyvästi. (Sand ym. 2013, 129–130.)

Afasia on tavallisimmin seuraus vasemman aivopuoliskon aivoinfarktista tai vuodosta. Puhehäiriöitä ilmenee jossain muodossa puolella akuuttiin aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista. Afasia luokitellaan kolmeen vaikeusasteeseen; lievään, kohtalaiseen tai vaikeaan. Jo keskivaikeassa afasiassa on

selkeitä toiminnallisia vaikeuksia, mutta potilas kykenee rajalliseen ilmaisuun, ymmärtäen niin sanottua arkikeskustelua. Vaikeassa afasiassa ja kaikki kielelliset alueet kuten puhuminen, lukeminen sekä kirjoittaminen, ovat hankaloituneet. Tällöin potilas ei selviä kommunikoinnista itsenäisesti. (Kiesiläinen 2013.)

3.2 Dysfagia

Kun aivovamma on vaurioittanut puremis- ja nielemiskykyä, puhutaan dysfagiasta. Tilanteen ollessa vakava voi se johtaa aliravitsemukseen tai ruoka voi mennä hengitysteihin aiheuttaen keuhkokuumeen tai tukehtumisen. Aspiratiokeuhkokuumeella tarkoitetaan keuhkotulehdusta, joka syntyy, kun potilas hengittää ruokaa tai muun vieraan aineen hengitysteihin. (Salmenperä ym. 2002, 410; Duodecim 2015.)

Tilanteen vaatiessa voidaan käyttää nenä-mahaletkua tai mahalaukkuavannetta. Dysgafian hoidossa puheterapeutti on avainasemassa ja pystyy auttamaan potilaan elintärkeiden toimintojen kohentamisessa. Puheterapeuttien vähäisyyden vuoksi on kuitenkin tarpeellista, että hoitotyöntekijät pystyvät myös auttamaan nielemishäiriöstä kärsiviä. (Salmenperä, ym. 2002, 410; Duodecim 2015.)

3.3 Neglect

Neglect eli toispuolinen aistiärsykkeiden huomiotta jättäminen. Neglect oireesta kärsivä potilas on vailla vasemman puolen tuntojärjestelmää. Neglect oireistoa ilmenee 40 %:lla oikean aivopuoliskon verenkiertohäiriöön sairastuneilla. Myös aivojen vasemman puolen vaurioissa ilmenee neglect oireita mutta se on huomattavasti harvinaisempaa. Oireisto on myös vasemman puolen vaurioissa lievempää. Oireisto vaikeuttaa muun muassa liikkumista sisällä ja ulkona, TV:n katselua, syömistä, pukeutumista ja tahdonalaisten liikkeiden toteuttamista. Potilaalla onkin näistä syistä suurempi tapaturmaalttius. Neglect oireisto vaikuttaa myös sosiaalisten tilanteiden, ilmeitä ja eleitä sisältävien havainnoimista. (Salmenperä ym. 2002, 69; Jehkonen, Kettunen, Laihosalo & Saunamäki 2007.)

Neglect oire on todettu olevan oikean aivopuoliskon vaurioissa yleisemmäksi ja vaikeammaksi kuin vasemman puolen vaurioissa. Neglect voi ilmetä samanaikaisesti monella eri aistialueella. Usein neglect on mielletty vain visuaaliseksi, koska sitä on tutkittu eniten. Neglect voi ilmetä myös yhdessä näkökenttäpuutosten (hemianopia) kanssa tai ilman. Useimmiten neglect liittyy päälakilohkon alaosan vaurioon, mutta oireistoa ilmenee myös aivokasvainten yhteydessä. Myös potilaat joilla on ohimolohkon epilepsiaa, on todettu ohimenevää neglect oireistoa kohtauksen jälkeen. (Hokkanen, Laine, Hietanen, Hänninen, Jehkonen & Vilki 2006, 124–125.)

3.4 Apraksia

Apraksia eli kyvyttömyys suorittaa opittuja liikkeitä huolimatta motorististen ja sensoristen järjestelmien toimivuudesta. Ongelmia tulee tilanteissa, joissa potilasta muun muassa pyydetään pesemään hampaat, ilman konkreettisia esineitä, kuten näyttämällä miten hampaat harjataan. Potilas voi pitää hammasharjaa esimerkiksi väärinpäin kädessä. (Hokkanen ym. 2006, 126–127.)

Aivot säätelevät osatoimintoja kuten liikkeen tarkoituksenmukaisuutta, oikeaa järjestystä sekä liikkeiden toistensa seurattavuutta oikeassa järjestyksessä automaattisesti. Aivot säätelevät myös liikkeiden oikea suuntaisuutta avaruudellisesti. Tällöin kerran opitut liikkeet, kuten kävely ja pyöräily, sujuvat niin että näitä osia ei kyetä erottamaan toisistaan. Kun aivoissa tapahtuu toimintahäiriö, osatoiminnot sekaantuvat ja voidaan puhua tahdonalaisien liikesuoritusten häiriöstä, apraksiasta. Apraksia esiintyy aivovammapotilaille enemmän dominantin aivopuoliskon toimintahäiriöissä ja vaikeuttaa silloin vasemman ja oikean käden käyttöä. Taustalta löytyy yleensä keskimäisen aivovaltimon tukos tai aivovamman aiheuttama vaurio vasemmassa päälakilohkossa. Tiedetään myös toispuolisia apraksia oireita, jonka takia molemminpuolisten raajojen tutkiminen on tärkeää. Konkreettisten esineiden käytössä ilmenevät ongelmat liittyvät yleensä dementoiviin sairauksiin kuten Alzheimeriin. (Hokkanen ym. 2006, 126.)

3.5 Agnosia

Agnosialla tarkoitetaan kyvyttömyyttä tunnistaa esineitä. Tästä tyypillinen esimerkki on potilas, joka osaa kuvata esimerkiksi lyijykynän ”pitkänomaiseksi ja teräväkärkiseksi esineeksi” mutta ei tunnista sitä lyijykynäksi eikä tiedä, mikä on sen käyttötarkoitus. Agnosiapotilaalla näkörata tai primaari näköaivokuori ovat vaurioituneet. Tästä seuraa näkökenttäpuutoksia joiden luonne riippuu vaurion laajuudesta sekä sijainnista. (Hokkanen ym. 2006, 122–123.)

Agnosia jaetaan tyypillisesti visuaaliseen agnosiaan, prosopagnosiaan eli kasvosokeuteen, väriagnosiaan tai auditiiviseen agnosiaan. Visuaalinen agnosia jaetaan vielä assosiativiseen eli kuvan tunnistushäiriöön sekä appersemiiviseen eli kuvan muodostushäiriöön. (Hokkanen ym. 2006, 122–123.)

Kynä-esimerkki onkin hyvä esimerkki visuaalisesta agnosiasta, jossa ongelma on tunnistamisprosessissa, ei kielellisessä nimeämisessä. Tässä tapauksessa tuttu kuvahahmo menettää merkityksensä. Assosiativisessa agnosiassa ongelma on kuvion tunnistaminen, ei sen yhdisteleminen tai kopiaaminen, kun taas appersemiivisessä agnosiassa ongelmaksi muodostuvat kuvion jäljentäminen ja näköhavainnon piirteiden yhdistäminen. Appersemiivista agnosiaa harvoin esiintyy puhtaana yksistään vaan se ilmenee usein eriaisteisten näkökenttäpuutosten, putkinäön tai skotoomien, eli paikallisten näkökenttäpuutosten, yhteydessä. Visuaalinen agnosia voi olla tunnistamisen vaikeutta niin kuvamateriaalia kuin konkreettista esinettä kohtaan esimerkiksi liikennemerkkit. (Hokkanen ym. 2006, 122–123.)

Prosopagnosia eli kasvosokeus ilmenee myös harvinaisesti yksin, vaan se liittyy usein molemminpuolisiin ohimo-takaraivo-päälakilohkon vaurioihin. Yleisempää on vaikeus uusien kasvojen mieleen painamisessa ja tämä voi olla seurausta oikean aivopuoliskon takaosien vauriosta. (Hokkanen ym. 2006,123.)

3.6 Toiminnanohjaushäiriö

Toiminnanohjauksella tarkoitetaan erilaisten taitojen yhdistelmää. Toiminnanohjaushäiriöstä kärsivä potilas saattaa suoriutua hyvin vielä strukturoiduista ja tutuista työtehtävistä, joissa hän tietää mitä tekee. Tilanteet, joissa vaaditaan suunnittelua, organisoimista ja aloitteellisuutta ja jotka ovat monimutkaisempia sekä vähemmän strukturoituja, voivat tuottaa vaikeuksia. Toiminnanohjauksen vaikeus näkyy potilaan vaikeutena käsittää kokonaiskuvia, hän takertuu helposti yksityiskohtiin. Ajattelutapa saattaa olla todella suoraviivaista. (Powell 2005, 93–94.)

Toiminnanohjaukseen vaadittavat ajattelu-, suunnittelu- ja organisointitaidot sijaitsevat aivojen otsalohkoissa. Tämän alueen vaurioituminen voi johtaa lieviin häiriöihin, jota kutsutaan nimellä toiminnanohjaushäiriö. (Powell 2005, 93–94.)

4 PUUTOSOIREIDEN HOITOTYÖ

Potilas tarvitsee omien tarpeidensa mukaisen avun. Jokaisen potilaan kuntoutumisen tarve sekä pituus vaihtelevat. Pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevat 40 % aivoverenkiertohäiriötä sairastaneista. Jokaisen potilaan tarve määritellään erikseen, ja potilaan tukena käytetään moniammatillista asiantuntijaryhmää. Potilaan kuntoutumista tukemassa voivat olla neurologian erikoislääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi, toimintaterapeutti, kuntoutusohjaaja ja sosiaalityöntekijä. (Aivoliitto n.d.)

Tämä luku käsittelee valitsemieni neurologisten puutosoireiden hoitotyötä. Kuvailen hoitotyötä osastolla sekä potilaan oireiden kanssa selviytymistä kotona. Omainen tarvitsee potilaan oireiden ymmärtämiseen ja oireiden kanssa selviytymiseen erilaisia hoitotyön auttamismenetelmiä.

4.1 Afasiaa sairastavan potilaan hoitotyö

Afasiasta kuntoutuminen järjestetään potilaan tarpeiden mukaan. Tavoitteena voi olla palauttava kuntoutus, jolla pyritään palauttamaan menetettyjä toimintoja harjoittelun avulla. Kompensoivassa kuntoutuksessa pyritään jäljellä olevien kommunikaatiokykyjen maksimointiin ja sopeutumiseen. Kuntoutusaika on yleensä pitkä ja sen muoto saattaa kuntoutuksen edetessä muuttua. Moniammattilinen yhteistyö kuntoutumisen aikana on tehokkainta, ja selkeintä edistystä kuntoutumisessa tapahtuu ensimmäisen vuoden aikana. (Kiesiläinen 2013.)

Puheterapeutti on keskeinen osa kuntoutusta. Kuntoutus määritellään puhevaikeuden asteen mukaan. Lievässä afasiassa toimitaan puheterapeutin ja neuropsykologin mukaan tavoitteena työhön paluu tai itsenäinen selviytyminen. Keskivaikea puhevaikeus vaatii puheterapeutin kuntoutusta. Apuna käytetään palauttavia ja kompensoivia toimenpiteitä ja tavoitteena potilaan selviytyminen arkisista kommunikointitilanteista. Vaikeassa puhevaikeudessa puheterapeutin kuntoutuksen tavoitteena on löytää jokin kommunikaatiomahdollisuus mahdollisen apuvälineen avulla. Potilas ohjataan myös puhevammaisten tulkkipalvelujen käyttäjäksi. Tärkeää on ympäristön positiivinen kommunikaatioilmapiiri. Vaikeaan afasiaan liittyy myös usein nielemisvaikeus, joka on aina tarkistettava, etenkin potilaan puheäänien kuluessa limaiselta. (Kiesiläinen, 2013.)

Kiesiläinen antaa artikkelissaan myös hyviä neuvoja afasiapotilaan kommunikoinnin kohtaamiseen. Potilaan kommunikoimiselle on tärkeää varata hyvin aikaa ja antaa potilaan itse kertoa asiansa ilman hoitajan jatkuvia arvailuja. Lopussa lausetta voidaan tarkentaa tai varmistaa kysymällä. Oma asiansa on hyvä kohdistaa selkeällä kielellä potilaaseen päin käyttäen tavallista yleiskieltä ääntä korottamatta. Kysymysten tulisi olla yksinkertaisia, ja yksi kysymys tulisi esittää aina kerrallaan useamman sijaan. Rauhallinen ja rento ilmapiiri helpottaa kommunikointia. Lopussa olisi hyvä myös antaa aina kirjalliset ohjeet. (Kiesiläinen 2013.)

Lähes kaikilla afasiaa sairastavilla potilailla on vaikeuksia ymmärtää puhetta. Tämän takia puheen ymmärtämistä pyritään helpottamaan esimerkiksi piirtämällä, puhumalla yhdestä asiasta kerrallaan tai esittämällä kysymyksiä, joihin voidaan vastata kyllä tai ei. Ymmärtämistä voidaan helpottaa myös rauhoittamalla keskustelu tilanne. Minimoidaan ympäristön häiritsevät tekijät, kuten television tai radion ääni, ja keskeytetään muu tekeminen keskustelun ajaksi. Aivotapahtuman aiheuttama vaurio aivoissa on tehnyt potilaan aivoista ärsytysherkät, jonka takia rauhallinen ympäristö helpottaa kommunikointia. (Aivoliitto n.d.)

Afasia on tyypillisesti seuraus vasemman aivopuoliskon aivotapahtumasta. Tämän takia aivot saattavat lisätä aivojen oikean puolen käyttöä, jossa sijaitsevat monet musiikilliset sekä puheen melodian asemat. Joillakin potilailla afasia saattaa ilmetä puhekyvyttömyytenä, mutta tutut sävelmät potilas osaa laulaa. Afasiapotilaan sosiaalisten tilanteiden apuvälineenä voidaan käyttää laulamista. (Americanstroke association 2015.)

4.2 Dysfagiaa sairastavan potilaan hoitotyö

Potilaan tullessa osastolle tehdään hänelle ruokatilaus. Potilaan mahdollisen nielemishäiriön voi ennakoida hänen esitiedoistaan, diagnooseista ja muista aikaisemmista havainnoista. Myös omaisilta voidaan tiedustella, onko nielemiseen mahdollisesti aikaisemmin liittynyt ongelmia. Potilas saattaa myös itse kertoa oman sairautensa etenemisen vaikutuksesta nielemiseen, esimerkiksi pehmeään ruokaan siirtymisenä. (Salmenperä ym. 2002, 417–418.)

Potilasta havainnoidaan tiedon saamiseksi. Potilalla voi posken tai huulten velttouden takia valua kuolaa ja juodessa vesi valuu helposti suupielistä. Kosteaa kurlaava ääni ja puuromainen sekä heikko äänentuotto voivat myös kertoa nielemisongelmasta. Nieleminen vaatii enemmän lihasvoimaa kuin puhuminen, joten riittämätön voima äänentuottamiseen on usein yhteydessä myös nielemisongelmaan. Kroonisiin neurologisiin sairauksiin liittyvät nielemishäiriöt voidaan havaita myös potilaan vuoteen yöpöydälle kerääntyneiden astioiden määrästä. Tämä voi kertoa siitä, että potilas ei ehdi syömään normaalin ruoka-ajan puitteissa. (Salmenperä ym. 2002, 417–418.)

Potilaan nieleminen tarkistetaan ennen ensimmäistä ruokatilannetta. Potilas ohjataan istuma-asentoon lievän etukumaraan, jotta hän saa painettua tarvittaessa leuan lähelle rintakehää. Tarkistetaan huulten sulkeutuminen, hampaiden ja proteesien väljyys. Kielen liikkeet tarkistetaan pyytämällä potilasta liikuttamaan kieltä poskesta toiseen sekä ylös ja alas, samalla voi myös tutkia mahdolliset suun tuntopuutosalueet. Ennen ruokailua potilasta pyydetään yskäisemään ja kerrotaan myös yskimisen vaikutukset hengitysteiden puhdistamiseen. (Salmenperä ym. 2002, 418–419.)

Nielemistä voidaan harjoitella vielä myös kuivaharjoittelulla, jolloin potilasta pyydetään kuivanielaisemaan ja hoitaja tunnustelee kurkunpään liikkettä kevyesti potilaan kaulalta. Nielemisharjoittelu vedellä suoritetaan aluksi vajaalla teelusikallisella, tämän onnistuttua voidaan siirtyä sakeutettuihin nesteisiin kuten kirkkaisiin, siilattuihin kiisseleihin ja mehukeittoihin. Veden nielemisen onnistuminen voidaan testata esimerkiksi pyytämällä potilasta sanomaan ”aa”, josta voidaan kuulla onko ääntäminen vetisen tai kurlaavan kuuloista. Potilaan niellessä on hyvä seurailta hänen mahdollista yskimistä. (Salmenperä ym. 2002, 418–419.)

Sakeutettuihin nesteisiin siirtyminen edellyttää, että potilaalta onnistuu ennen nielemisen testaamista yskeminen. Sakeutetuista nesteistä on huomattu, että helpoiten nieltäviä ovat kylmät nesteet. Kylmä aktivoi lihaksia supistumaan. Suussa on todettu enemmän kylmän kuin lämpimän tunnistavia reseptoreja. (Salmenperä ym. 2002, 419.)

Potilaan omatoimista varsinaista ruokailua on kuitenkin hyvä seurata vielä hetki ruokailun aloittamisesta, sillä erityisesti äkillisen aivotapahtuman saaneen potilaan suun alueella voi olla tuntopuutoksia. Tämä voi johtaa siihen, että potilas ottaa ruokaa liian suurina kerta-annoksina. Potilas ei välttämättä tunnista, kuinka paljon hän voi kerralla laittaa ruokaa suuhun. Suun ollessa liian täysi ja potilaan yrittäessä niellä suurta määrää kerralla voi syntyä tukehtumisen vaara. Jokaisen ruoka suullisen jälkeen on hyvä tarkistaa, että

suu on edellisestä ruoka-annoksesta tyhjä. (Salmenperä ym. 2002, 59, 419–420.)

Pitkäaikaisesti neurologista kroonisesti sairastava potilas tarvitsee ruokailuun avuksi erilaisia hoitomenetelmiä. Esimerkiksi ALS-potilaat saattavat hyötyä nielemisen kylmästimuloinnista, jossa kylmää nielupeiliä painetaan kevyesti kitakaarien molemmille puolille noin 3–4 sekunnin ajan. Parkinson-potilailla taas on tärkeää ruokailuvälineiden valinta. Vapinavaiheessa painavat ruokailuvälineet helpottavat ruoan suuhun vientiä, juomiseen voidaan käyttää pilliä. Parkinson-potilailla voi olla oleellista myös lääkeaikojen muuttaminen lähelle ruokailuaikoja, jolloin vapina pyritään vähentämään ruokailun ajaksi. (Salmenperä ym. 2002, 421–422.)

4.2.1 Nenämahaletku ja PEG-letku

Jos potilaan nieleminen ei onnistu turvallisesti, täytyy potilaan ravinnon saanti varmistaa muilla keinoin. Nenä-mahaletku on suositeltavaa erityisesti jos potilaan dysfagia-oireisto on lievä ja oireiston odotetaan korjaantuvan parin viikon kuluessa sekä potilas on orientoitunut. Esimerkiksi AVH-potilaista huomattava osa kärsii alkuvaiheen nielemisongelmasta, joka korjaantuu spontaanisti parin viikon kuluessa. On muistettava, että nenä-mahaletku parantaa potilaan kuntoutusmahdollisuuksia eikä se estä kokeilemasta nielemisen parantumista ruokailu-aikojen yhteydessä. Nenä-mahaletku tai PEG eivät ole esteenä, jos potilas kykenee nauttimaan osan ruoasta suun kautta. (Salmenperä ym. 2002, 420–421.)

Nenä-mahaletkun epämukavuus saattaa aiheuttaa potilaalle myös haittoja. Sen asettaminen on epämiellyttävää ja se tuntuu nielussa epämukavalta. Potilas, jolla on heikko tajunnantaso, usein myös pyrkii vaistomaisesti poistamaan nenämahaletkun. Tässä vaarana on aspiraatoriski. Myös yskiminen ja oksentaminen voivat nostaa letkua. Ennen ruokailua onkin aina tarkistettava letkun oikean sijainti. Jos voidaan arvioida nenämahaletkun käytön kestävän yli kaksi viikkoa, harkitaan gastrostooman eli PEG-letkun laittoa. PEG-letku on melko helppohoitoinen eikä häiritse potilasta. (Salmenperä ym. 2002, 420–421.)

PEG-letkun laitto voi olla monella kroonisesti sairaalla vaste hyvälle elämälle. Hoitajalla saattaa mennä aikaa potilaan kannustamisessa letkuravitus hoitoon, mutta päätöksentekoa voidaan helpottaa kertomalla, että potilaan ravinnon saanti turvataan ja potilas saa syödä suun kautta vielä niin paljon kuin kykenee. (Salmenperä ym. 2002, 421–422.)

4.2.2 Kotona kuntoutumisen erityispiirteitä

Usein omainen haluaa olla mukana potilaan nielemishäiriön hoitamisessa. Aluksi omaiset voivat katsella hoitotyötä sivusta ja tämän jälkeen osallistua mukaan. Potilaalle on tärkeää antaa tarpeeksi tietoa, mitä oireen helpottamiseksi voidaan tehdä ja miksi näin menetellään, mutta hoidossa eteneminen tapahtuu aina potilaan omien päätösten mukaan. Myös omaisten ottaminen hoitoon tapahtuu potilaan luvalla, omaisia kuunnellen. Potilaalle annettavassa ohjauksessa otetaan jatkuvasti huomioon, että hänen tulee pärjätä myös kotona, jolloin hän joutuu tekemään päätöksiä hänelle sopivista ruoka-aineista. On tärkeää, että potilas oppii tietämään, mitä ruoka-aineita hän pystyy syömään turvallisesti. (Salmenperä ym. 2002, 425–426.)

Kotona on ensisijaista oikean ruokailuasennon löytäminen, mikä on hyvä lähtökohta onnistuneelle ruokailulle. Hyvän ruokailuasennon löytämiseksi tarvitaan sopivan kokoinen pöytä ja tuoli. Nieleminen onnistuu parhaiten kun jalat ylettyvät lattiaan ja asento on hieman etukumarainen. (Järnsted, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela 2009, 27.)

Vuoteessa ruokailua tulisi välttää niin pitkään, kun potilas pystyy syömään pöydän ääressä. Sairaalassa potilas nostetaan aina hänen voinnin sallimissa rajoissa istuma-asentoon pöydän ääreen. Potilaan vuoteessa ruokailua vältetään siis mahdollisuuksien mukaan jo akuutissakin vaiheessa. Vuoteessa syövän potilaan asento tuetaan hyvään istuma-asentoon esimerkiksi tyyntyjen tai kiilatyynyjen avulla. Sängyssä istuvan potilaan puoli-istuva ja takakenoinen asento on nielemisen kannalta hankala, sillä potilas voi helposti nielaista ruoan hengitysteihin. Jos potilaan kunto ei salli istumista vuoteessa tuettuna, voidaan potilas auttaa kylkiasentoon, jossa potilaan paremmin toimiva käsi jää päällimmäiseksi. (Järnsted ym. 2009, 27.)

4.3 Neglect-oireistoa sairastavan potilaan hoitotyö

Oireiston selvittäminen omaisille on ensisijaista, jotta hekin voivat auttaa potilasta systemaattisesti heti alkuvaiheesta asti. Noin puolet neglect-potilaista kuntoutuu vuoden sisällä sairastumisesta. Yleensä neglect on arvioitu yhdeksi tekijäksi joka heikentää potilaan pitkällä aikavälillä toiminnallista kuntoutumista. Vaikea-asteinen neglect on helpompi todeta potilaan käyttäytymisestä kuin lieväästeinen neglect, joka voi usein jäädä helposti diagnosoimatta ilman neuropsykologista tutkimusta. Vaikea-asteisessa neglectissä potilaan havainnoimisessa voi ilmetä esimerkiksi huonekaluihin törmäämistä vasemmalla puolella, lautasen syöminen tyhjäksi vain oikealta puolelta tai vasemman puolen tekstin huomiotta jättämistä. (Hokkanen ym. 2006, 125–126.)

Potilas vaatii kuntoutuakseen johdonmukaista ja pitkäaikaista ohjausta. Kuntoutuksen tarkoituksena on harjoittaa oman kehon ja ympäristön havainnointia, pitää yllä tarkkaavaisuutta, harjoittaa näköhavaintoihin perustuvaa päättelyä ja muistamista. On tärkeää ohjeistaa potilasta tiedostamaan sekä kontrolloimaan omia puutteitaan. (Salmenperä ym. 2002, 69.)

Käytännön hoitotyössä näitä voidaan kehittää monin eri keinoin. Potilas on tärkeää ohjata huomioimaan kehonsa symmetriaan, antamalla esimerkiksi tuntoaistin kautta ärsykeitä. Keskustelut, hoitotoimet ja siirtymiset tulee toteuttaa potilaan huomiotta jäävältä puolelta. Potilassänky sijoitetaan niin että huoneen ovi jää potilaan huomiotta jäävälle puolelle. Erilaisilla ärsykeillä saadaan kehitettyä kehon symmetriaa, havaintotoimintoja sekä ongelmanratkaisukykyä. (Salmenperä ym. 2002, 69.)

4.4 Apraksiaa sairastavan potilaan hoitotyö

Apraksialle on ominaista, että pyydettyä liikesuoritus ei onnistu, mutta konkreettisissa tilanteissa kyseinen toiminto onnistuu. Haastavia ovat kuitenkin vaativaa näppäryyttä ja uusien liikesuoritusten suorittaminen. Vaikeassa apraksiassa toimiminen konkreettisten esineiden kanssa on hankalaa ja potilas saattaa esimerkiksi käyttää hiusten harjaamiseen hammasharjaa tai hän saattaa pitää hammasharjaa väärinpäin kädessä. Pukeutumisessa tulee vastaan tilanteita, joissa potilas pukee vaatteita päälleen väärässä järjestyksessä, rintaliivit saattavat mennä paidan päälle ja housunlahkeita yritetään laittaa käsiin. Vaikeus pukeutumisessa liittyy usein neglectiin ja on osa suurempaa oirevyöhyttä, kuten toiminnanohjaushäiriötä. (Hokkanen ym. 2004, 126–127.)

Koordinaatiovaikeuksien helpottamiseksi potilasta ohjataan toiminnan aikana verbaalisesti tai tarvittaessa manuaalisesti. Sanalliset ohjeet ovat lyhyet, ja harjoittelun on oltavaa toistuvaa ja toimintojen luonnollisia. Erilaisen asento- sekä liiketunto-harjoitusten kautta kehitetään potilaan liikemuitia. (Salmenperä ym. 2002, 71.)

Apraksiasta kärsivällä potilaalla voi siis olla vaikeuksia esimerkiksi istua silmät kiinni huonon liikemuistin ansiosta. Potilas saattaa istuessaan silmät kiinni kaataa vasemmalle tai oikealle.

4.5 Agnosiaa sairastavan potilaan hoitotyö

Kasvosokealle ihmiselle paras apu on ihminen, joka tunnistaa kasvot, ja joka ei sairasta prosopagnosiaa. Läheiset ja puoliset ovat tärkeässä osassa. Läheinen voi helpottaa kasvosokean elämistä muun muassa kertomalla ennen tapaamista, minkä värisiin vaatteisiin hän pukeutuu ja yllättävissä tapauksissa on tärkeää kertoa, kuka on. Kasvosokeiden omaisilta vaaditaan paljon oma-aloitteisuutta, sillä kasvosokea ei esimerkiksi isoissa tilaisuuksissa tunnista välttämättä vanhoja tuttaviansa, jolloin on omaisen hyvä esitellä rohkeasti itsensä. Omaisen ei kannata odottaa, että kasvosokea suorittaisi esittelyn. Vieraan ihmisen lähestyessä ja omaiselle esittäytyessä myös kasvosokea tietää, kenestä on kyse. (Hokkanen ym. 2004, 123; Tiirikainen 2014, 40–42, 84.)

Ongelmia kasvosokea ihminen voi kohdata tavatessaan ihmisiä, joita ei tunnista, jolloin henkilö saattaa loukkaantua. Kasvosokeat kantavatkin suurta huolta toisen loukkaamisesta ja itsensä nolaamisesta. Kasvosokean kohtaa-

misessa on siis tärkeää itsensä esittely tai sovitut yhteiset eleet, jotka helpottavat sosiaalista kanssakäymistä. (Hokkanen ym. 2004, 123; Tiirikainen 2014, 40–42, 84.)

Kasvosokeana oleminen sairaalaympäristössä on erityisen hämmentävää, sillä hoitajien ja lääkärin yhtenäiset työasut vaikeuttavat henkilöiden erottamista toisistaan. Sairaalassa voi myös tulla hämmentävä tilanne, jos lääkäri luulee potilaan kyvyttömyyttä tunnistaa lääkäriään äkilliseksi vammaksi tai sairaudeksi. Tällöin hoitovirheen mahdollisuus kasvaa, erityisesti iäkkäillä ihmisillä, jolloin kasvosokeaa voidaan luulla aiheettomasti demen-toituneeksi. Lääkärille ja muulle henkilökunnalle onkin siis tärkeää kertoa omasta kasvosokeudesta, jolloin hoitohenkilökunta osaa muun muassa tarvittaessa esittäytyä aina huoneeseen tullessa. (Hokkanen ym. 2004, 123; Tiirikainen 2014, 40–42, 84.)

4.6 Toiminnanohjaushäiriötä sairastavan potilaan hoitotyö

Toiminnanohjaushäiriössä keskeinen osa on tehtävän aloittamisen vaikeus. Potilas ei osaa päättää tai ei tiedä, mistä tehtävä tulisi aloittaa, jolloin toiminta ei käynnisty ollenkaan. Omaiset voivat tulkita tämän virheellisesti masennukseksi tai laiskuudeksi. Potilaan on itse vaikea arvioida tehtävän onnistumista. (Jehkonen & Liippola n.d.)

Yleinen yhteinen ongelma toiminnanohjaushäiriössä on juuttuminen, eli persevaraatio, mikä voi ilmetä puheessa, liikesuorituksissa tai muistissa. Potilas saattaa jäädä hämmentämään kahvia niin pitkään, että kahvi on jo kylmää. Potilas voi liikkeissään suorittaa samaa liikettä tai palata edelliseen liikkeeseen. Näissä tilanteissa paras apu on siirtää potilaan huomio selkeästi muualle tai pitää selkeä tauko. (Jehkonen & Liippola n.d.)

Toiminnanohjausta voidaan kehittää jonkin verran, jos ihminen on itse tietoiensa ongelmistaan sekä hyväksyy ne. Toiminnanohjaus taitoja pystyy parantamaan muun muassa sanomalehtiartikkelin lukemisella. Lukemisen jälkeen potilas pyrkii tiivistämään artikkelin pääteeman yhteen lauseeseen, tarkertumatta yksityiskohtiin. (Powell 2005, 92.)

5 PSYKOSOSIAALISET JA EMOTIONAALISET TEKIJÄT

Äkillinen sairastuminen on kriisi potilaalle sekä hänen läheisilleen. Alkuvaihe on hankala kriisin sokkivaiheen vuoksi. Potilaalla voi olla myös kyvyttömyys ymmärtää tai havaita oireitaan sairaudesta johtuen, minkä vuoksi potilas saattaa tiedostaa oman tilanteensa huonosti. (Salmenperä ym. 2002, 71.)

Masennus on yleinen AVH- potilailla. Tutkimusten mukaan jopa 30–40% potilaista kärsii kliinisesti merkittävästä masennuksesta sairastumisen jälkeen. Uudet tutkimukset kertovat, että masennus voi johtua myös aivojen vaurioitumisesta johtuvista biokemiallisista muutoksista, mutta on myös ajateltu, että masennus liittyy vaikean sairauden aiheuttamasta menetyksen tunteesta. AVH:n liittyvää masennuksen syntymekanismia ei siis vielä aivan täysin tunneta. (Salmenperä ym. 2002, 72.)

Masennus on potilaan voimavaroja kuluttavaa ja voi vaikeuttaa kuntoutumista. Tämän vuoksi masennus on hyvä hoitaa asianmukaisella lääkityksellä sekä keskustelulla ja selviytymistä tukevilla terapiamuodoilla. Potilaalle on myös informoitava sairauteen mahdollisesta liittyvästä masennuksesta, mikäli potilas sairastuu masennukseen vasta kotona ja osaa tässä tapauksessa hakea apua. (Salmenperä ym. 2002, 72.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilailla voi esiintyä erityisenä neuropsykologisena oireena vaikeutta kontrolloida tunteiden ilmaisua. Tämä voi ilmetä esimerkiksi pakkonauruna tai pakkoitkuna, jolle potilas ei ole kykeneväinen tekemään mitään. Nämä oireet potilas sekä omaiset kokevat usein ahdistavina ja siksi onkin tärkeää, että he ymmärtävät niiden johtuvan sairaudesta. (Salmenperä ym. 2002, 72.)

Masennus esiintyy kaikkien tavallisimmin kuntoutumisen myöhemmissä vaiheissa. Masennus ilmenee kun potilas tajuaa menetyksensä todellisen laajuuden. Ajankohdallisesti masennus alkaa usein lääkinnällisen kuntoutuksen päättymisen jälkeen, kun potilas siirtyy takaisin kotiin. Potilas oivaltaa, ettei elämä voi olla enää koskaan samanlaista kuin aiemmin. Potilas ei välttämättä enää pysty tekemään asioita, jotka ovat aiemmin tuottaneet mielihyvää, kuten esimerkiksi urheileminen tai työssä pärjääminen. Potilas ei myöskään saata enää kokea olevansa seksuaalisesti puoleensavetävä. (Powell 2005, 133–134.)

Masennusta voidaan kuitenkin pitää hyvänä merkinä, sillä se osoittaa edistymistä. Potilas on edennyt kuntoutuksessa siihen pisteeseen, että hän on tullut tietoisemmaksi tilanteensa todellisuudesta. Todellisen hyväksymisen saavuttamiseksi saattaa olla hyvä käydä läpi kipeä masennuksen kausi. (Powell 2005, 134–135.)

6 OMAINEN POTILAAN KUNTOUTUKSEN TUKENA

Potilaan ja omaisten tuen tarve on suuri. Molemmat tarvitsevat aikaa ja tukea tilanteen hahmottamiseen. Kriisin alkuvaiheessa ihmisen on vaikea ottaa vastaa tietoa, jonka muistaisi myöhemmin. Tämän takia on hyvä varmistaa hoidon myöhemmässä vaiheessa, että tieto on mennyt perille asti. Opinnäytetyöni tuotos opas omaiselle, pyrkii auttamaan tätä tiedon saantia ja tiedon ymmärtämistä. Sairauteen liittyvät kysymykset syntyvät usein myös vasta myöhemmässä vaiheessa ja myös siksi on hyvä käsitellä asioita myöhemmin ja useampaan kertaan. (Salmenperä, ym. 2002, 71.)

Hoitohenkilökunnalta vaaditaan erityistä aktiivisuutta omaisten auttamisessa, koska omaiset ovat usein arkoja esittämään kysymyksiä. Uuden tilanteen vuoksi heidän voi olla vaikea suunnitella elämäänsä uudella tavalla. Omaisille tuleekin tarjota tietoa hoidon jokaisessa vaiheessa, samoin kuin potilaille. (Salmenperä ym. 2002, 72.)

Potilaan lääkinällinen kuntoutusprosessi on ajan rajoittama, mutta perheen jäsenten ja hoitajien toteuttamaa omatoimista kuntoutusprosessia voidaan jatkaa hyvinkin pitkään. Tutkimuksen mukaan parhaiten toipuvat ne potilaat, jotka jatkavat kuntoutusprosessia kauan sairaalasta kotiutumisen jälkeenkin ja joiden perhe on aktiivisesti kuntoutuksessa mukana. (Käypä hoito-suositus 2011; Powell 2005, 50.)

Kuntoutus koostuu kahdesta osasta: varhaisvaiheen kuntoutuksesta sekä myöhäisvaiheen kuntoutuksesta. Varhaisvaiheen kuntoutuksessa on erityisen tärkeää tiedon antaminen potilaille sekä omaisille. Myöhäisvaiheen kuntoutuksessa on tärkeää muistaa, että potilaan toimintakykyä voidaan parantaa vielä ainakin vuosi aivotapahtuman jälkeen avokuntoutuksessa. On todisteita myös siitä, että potilaan toimintakyky heikkenee potilaan kotiutumisessa, jolleivät omaiset ole mukana kuntoutusohjelmassa. (Käypä hoito-suositus 2011; Powell 2005, 50.)

Onnistunut kuntoutuminen näkyy potilaan ja hänen läheistensä hyvässä elämänlaadussa. Elämänlaatu heikkenee, jos sosiaaliset verkot hupenevat ja kaikki perheen voimavarat menevät vamman hoitamiseen. Kuntoutumisen kannalta tärkeät sosiaaliset verkot rakentuvat työnteossa, harrastuksissa sekä arkisessa askartelussa. Onkin siis tärkeää, että esimerkiksi liikuntarajoitteista potilasta rohkaistaan enemmän käyttämään muun muassa julkisia kulkuneuvoja. Tämä lisää näkyvyyttä eri liikennevälineissä ja mahdollistaa niiden toimivuuden parantumisen sekä muokkaa ilmapiriä. (Wikström 2012, 34–35.)

Omaiset tarvitsevat onnistuneeseen kuntoutumiseen myös avuksi asianmukaista tietoa sairauden edellyttämistä terveydenhuollon palveluista, hoidosta ja lääkityksistä ja tiedon siitä, että nämä ovat saatavilla asuinpaikasta, varallisuudesta sekä sosiaalisesta asemasta huolimatta. Omaisilta vapautuu näin huomattavasti voimavaroja muuhunkin kuin vamman käsittelyyn. (Wikström 2012, 35.)

7 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallinen opinnäytetyö tarkoittaa opinnäytetyötä, jolla pyritään vaikuttamaan ammatillisen kentän toiminnan järjestämiseen tai järjeistämiseen. Opinnäytetyö voi olla myös jonkin ammatillisen toiminnan ohjeistamista tai opastamista. Toiminnallinen osuus voi olla esimerkiksi ammatilliseen käyttöön suunnattu ohje. Työ voi olla myös jonkin tapahtuman toteuttaminen, kuten messuosaston järjestäminen tai osastotunnin pitäminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.)

Toiminnallisen opinnäytetyön lopullisena tuloksena on aina jonkinlainen konkreettinen tuote (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51). Minun opinnäytetyöni toiminnallinen osuus on opaslehtiset vuodeosastolle. Koska toiminnallinen osuuteni sisältää tekstiä, on tärkeää suunnitella teksti kohderyhmää palveltavaksi. Tässä tapauksessa opas tulee siis olla maallikko kielellä ja helposti ymmärrettävissä.

Toiminnallinen opinnäytetyö tarvitsee tietoperustaa ja teoreettista viitekehystä. Pelkkä opinnäytetyönä toteutettu tapahtuma tai ohjeistus ei riitä opinnäytetyöksi. Työssä tulee vielä osoittaa että opiskelija onnistuu yhdistämään ammatillisen teoreettisen tiedon ammatilliseen käytäntöön. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 30, 41–42.)

7.1 Aiheanalyysi

Toiminnallinen opinnäytetyö aloitetaan aiheanalyysillä eli aiheen ideoimisella. Aiheen valinnassa on tärkeää, että aihe on kiinnostava ja motivoi tekemään työtä. Monet saavat ideansa entisistä harjoittelupaikoista. Tekijän on hyvä päästä syventämään omaa asiantuntijuuttaan. Aiheen valitsemiseen vaikuttaa myös toimeksiantajan kiinnostus aiheeseen. Aiheen on hyvä olla ajankohtainen ja sellainen, jota voidaan mahdollisesti käyttää myös tulevaisuudessa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 23.)

Yleensä opiskelija haluaa, että opinnäytetyöstä on jollekin jotain hyötyä. Pitkä opinnäytetyöprosessi on motivoivampi kun opiskelija ei tee työtä vain omaksi ilokseen. Aiheen valitsemisella voidaan myös varmistaa mahdollisesti omaa työllisyystilannetta, kun aiheen liittyy esimerkiksi jo sen hetkiin työpäikkaan. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 23–24.)

Idea omalle opinnäytetyölleni lähti kiinnostuksesta neurologiseen hoitotyöhön. Harjoittelujakso Kanta-Hämeen keskussairaalan neurologian vuodeosastolla vahvisti toimeksiantajani. Kävin osaston osastonhoitajan kanssa aiheesta keskustelemassa.

Opinnäytetyön aiheen pohtiminen alkoi keväällä 2014 ja vahvistui syksyllä 2014. Aiheen valikoituminen tuli täysin toimeksiantajan puolesta. Oma kiinnostukseni neurologiseen hoitotyöhön auttoi aiheen rajaamisessa, mutta tarkan aiheen löytämiseen tarvitsin toimeksiantajaa. Työn tekemisen motivaatioon vaikutti vahvasti myös osaston tarve opaslehtisille.

Minulla oli myös ennen opinnäytetyön aiheen valitsemista vahva halu saada opinnäytetyö hyötykäyttöön. Toiminnallinen opinnäytetyö-malli vahvistui opinnäytetyön tavaksi lähinnä tämän takia. Myös omaisten informoiminen ja mukaan ottaminen potilaan hoitoon on mielestäni ollut aina tärkeää. Erityisesti potilas, joka tarvitsee paljon kuntoutusta vaativaa hoitotyötä, vaatii avukseen paljon tukijoukkoja. Mielestäni hoitajan tehtävä on varmistella potilaan tukijoukot, kun potilas on siihen kykenemätön.

Opinnäytetyöni tekeminen yksin oli lopulta helppo päätös. Aiheanalyysin alkuvaiheessa minulla oli vielä työpari. Työparin opintosuunnitelmien muuttuessa päätin tietoisesti tehdä opinnäytetyön yksin. Tiedän oman opiskelutapani ja itsenäisen kirjoittamisen onnistuvan parhaiten omien aikataulujen mukaan.

7.2 Toimintasuunnitelma

Opinnäytetyön toimintasuunnitelma tehdään lähinnä sen takia, että opinnäytetyön idea ja tavoitteet ovat tiedotettuja, harkittuja ja perusteltuja. Toimintasuunnitelmassa pohditaan, mitä tehdään, miksi tehdään ja miten tehdään. Toimintasuunnitelmassa kartoitetaan lähtötilannetta selvittämällä, onko vastaavanlaisia ideoita alalla muita ja mitä uutta oma työ tuo alalle. Tärkeää on myös kartoittaa aiheeseen liittyvät lähteet. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 26–27.)

Toimintasuunnitelmassa pohditaan, millä keinoilla tavoitteet saavutetaan. Jos oppaan ulkomuodon laatimisessa esimerkiksi tarvitsee ulkopuolisia apuja, on nämä hyvä selvittää. Toimintasuunnitelmassa opinnäytetyön idea ja tavoitteet hahmottuvat. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 27.)

Toimintasuunnitelmassa suunnitellaan vielä myös opinnäytetyön aikataulu ja aiheen rajaaminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä toiminnallinen osuus tehdään jollekin tai jonkun käytettäväksi, koska tavoitteena on saada tietty ihmisryhmä osallistumaan toimintaan. Tärkeää onkin pohtia kohde-ryhmää ja sen mahdollista rajaamista. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei esitellä tutkimuskysymyksiä tai tutkimusongelmaa. Poikkeuksen muodostaa, jos toteutukseen liittyy selvityksen tekeminen. Toimintasuunnitelmaan voi kuitenkin liittää kysymysten asettelua jäsentämään omaa tekemistä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 27–30.)

Tämän opinnäytetyön aihe on neurologian yhteen asiaan täsmentyvä ja tämän tyyppisiä muita aiheita löysin vähän. Aivoinfarkti ja muut aivoverenkiertohäiriöt olivat yleisiä opinnäytetyöaiheita. Pelkästään neurologisiin puutosoireisiin oli paneuduttu vähän, jos lainkaan. Aiheeni osoittautui hyväksi.

Opinnäytetyöni aikataulutusta oli alusta asti tarkoituksella oman elämäntilanteen vuoksi tehty joustavaksi. Vaikeuksia alussa tuotti kuitenkin aiheen rajaaminen. Neurologisia puutosoireita on monia, ja niiden rajaaminen erityisesti osaston tarpeiden mukaisesti tuntui haastavalta. Tähän sain kuitenkin paljon selkeyttä toimeksiantajalta ja saimme rajattua aiheen hyvin. Aiheen

rajaamisen jälkeen teorettinen viitekehys selkiytyi ja tietoa oli helpompi etsiä.

7.3 Toteutus

Aiheen pohtiminen alkoi jo keväällä 2014. Syksyllä 2014 yhdessä toimeksiantajan kanssa K-HKS neurologian vuodeosastolla saimme keskusteltua eri aiheista ja päädyimme neurologisiin puutosoireisiin, josta tuotoksena opas omaisille.

Opinnäytetyöni teoriaosuuden kirjoittaminen alkoi keväällä 2015. Kesätyöni tein kesällä K-HKS neurologian vuodeosastolla. Koen, että sain tästä paljon uutta näkökulmaa opinnäytetyöhöni. Myös oman tiedon syventäminen onnistui paremmin, sillä keväällä kerätystä teorettisesta osuudesta oli paljon hyötyä myös käytännön työssä.

Tiedon keruusta käytännössä, sain apua HAMK:n informaatiolta. Parhaiten tietoa löysin manuaalisesti kirjoista, mutta myös Medic-tietokanta osoittautui hyödylliseksi. Hakusanoina käytin muun muassa aivoerenkiertohäiriö sekä jokaisen neurologisen puutosoireen lääketieteellistä nimeä; afasia, dysfagia, neglect, apraksia, agnosia, toiminnanohjaushäiriö.

Väliseminaarin pidin lokakuussa 2015 teoriaosuuden ollessa valmis. Väliseminaarissa esitin työn tarkoituksen ja tavoitteet. Väliseminaarissa sain hyviä korjauksia ja lisäyksiä ehdotuksia työhöni opponenteilta. Toimeksiantajan kanssa kävimme työn vielä väliseminaarin jälkeen tarkasti läpi ja sain todella hyviä lisäyksiä ehdotuksia työhön. Väliseminaarin jälkeen sain koottua opinnäytetyön tuotoksena syntyneet opaslehtiset. Loppuseminaarini sain pidettyä marraskuussa 2015.

Toimeksiantajan kanssa kävin opinnäytetyön prosessin aikana melko tiivistä keskustelua sähköpostin kautta ja sovimme myös osastolle useampia tapaamisaikoja. Lokakuussa kirjoitimme toimeksiantajan kanssa opinnäytetyösopimuksen heti väliseminaarini jälkeen.

Opaslehtisten ideana on antaa omaiselle kyseisestä neurologisesta puutosoireesta tiivis tietopaketti. Toimeksiantajalta tuli erityisesti pyynti opaslehtiin, vihkosena sijaan. Näin jokaiselle omaiselle voidaan jakaa juuri heille hyödynnettävää tietoa. Keskustelimme lehtisten muodosta ja päädyimme konkreettisesti tulostettaviin versioihin. Opaslehtiset olisi myös tarkoitus laittaa hoitajille K-HKS:n tiedostoihin sieltä tulostettavaan muotoon.

7.4 Hyvän oppaan ominaisuudet

Oppaassa on tärkeää mitä opas sisältää, eli mitä oppaassa sanotaan. Yhtä tärkeää on kuitenkin myös se, että miten asia sanotaan. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 11.)

Kotiin annettujen ohjeiden etuna on potilaan ja omaisten mahdollisuus tutustua ohjeisiin rauhassa ja miettiä kysymyksiä hänelle tärkeistä asioista. Ohjeissa asiat ilmaistaan lyhyesti, melkein luettelomaisesti. Näin tärkeät asiat ovat hyvin kiteytettynä esillä. Luettelomainen ohje toimii potilaalla ja omaisella myös ikään kuin muistilistana. (Torkkola ym. 2002, 25.)

Hyvä ohje puhuttelee sen lukijaa. Lukijan puhuttelu voidaan aloittaa hänelle suunnatulla otsikolla ja ohjeen ensimmäisestä virkkeestä tulee ilmetä, mistä on kysymys. Puhuttelutavasta sovitaan yhdessä yksikön kanssa. Lukijaa joko sinutellaan tai teititellään. Suoralla puhuttelulla ei pyritä epäkohteliaaseen käskytykseen, mutta epämääräinen passiivi ei yleensä herätä lukijaa huomaamaan, että teksti on tarkoitettu hänelle. (Torkkola ym. 2002, 36–37.)

Hyvät ohjeet sisältävät myös hyvin valittuja kuvia, joissa on täydentävät tekstit. Kuvat lisäävät ohjeen kiinnostavuutta ja ymmärtävyyttä. Ihmisen anatomiaa sisältävät kuvat ovat hyvä esimerkki onnistuneesta kuvasta. Kuitenkaan mitä tahansa kauniilta näyttävää kuvaa tekstiin ei tulisi liittää. Asista irrallaan olevat kuvat voivat hämmentää lukijaa. Kuva voi antaa eri lukijoille erilaisen, aiheesta harhaanjohtavan mielikuvan. Ohjeessa oleva tyhjä tila voi vain korostaa ohjeen rauhallista ilmettä. (Torkkola ym. 2002, 41.)

Ohjeen leipätekstin tulee olla havainnollista yleiskieltä. Sairaalaslangia ja monimutkaisia virkkeitä vältetään. Kappale jaoissa keskitytään tiivistämään yksi asia yhteen kappaleeseen. Ohjeessa on muistettava myös looginen esitysjärjestys. Esitysjärjestys riippuu ohjeen aiheesta, mutta apuna voidaan käyttää esimerkiksi aikajärjestystä. (Torkkola ym. 2002, 42–43.)

Ohjeessa on viimeisenä liitettynä yhteistiedot, tiedot ohjeen tekijöistä ja viitteet lisätietoihin. Koska kaikkiin lukijaa pohtiviin kysymyksiin ei voida yhdessä ohjeessa vastata, tulee ohjeeseen liittää tuoreita tiedonlähteitä. Näin potilas ja omainen on ohjattu uuden tietolähteen äärelle. Näin lukija ei jää yksin pohtimaan kysymyksiä ja löytää vastaukset luotettavasta tietolähteestä. (Torkkola ym. 2002, 42–43.)

8 POHDINTA

Opinnäytetyön aihe oli kiinnostava ja piti motivaatiota yllä. Viimeiset harjoittelujaksotni kuitenkin leikkausosastolle käänivät kiinnostukseni, mutta työni ollessa jo hyvässä vauhdissa päätin olla vaihtamatta aihetta. Toimeksiantajan kiinnostus opinnäytetyöhöni motivoi erityisen paljon tekemään työtä.

Työn aloittaminen alkoi hitaasti ja tässä omalta osaltani olisi ollut parantamisen varaa. Oppimistyylini on kuitenkin sellainen, että pidän uuden oppimisesta erityisesti, kun pääsen asiaan hyvin sisälle. Teinkin opinnäytetyötäni aina paljon kerrallaan eteenpäin. Opinnäytetyöprosessi sujui mutkattomasti alusta loppuun ja välttin suurimmilta vastoinkäymisiltä.

Opinnäytetyö prosessina on syventänyt asiantuntijuuttani neurologiseen hoitotyöhön. Olen myös kehittänyt samalla ammatillista kasvua ja kehittymistäni. Opinnäytetyön tekeminen on opettanut myös ajankäytön hallintaa. Työn raportoisessa opin opinnäytetyön eri vaiheet, jotka selkiytyivät huomattavasti työn teon aikana. Lähdekriittisyyteni kehittyi myös jatkuvasti prosessin aikana.

Opaslehtisen luominen tuotti rajaamisen vuoksi alussa hieman vaikeuksia. Lehtisten kokoamisessa tärkeintä oli miettiä, mikä on omaiselle tärkeää tietoa ja mikä ei. Turhan tarkka tieto voi olla ajoittain mielenkiintoa ylläpitävää. Lehtisen ollessa rajattu yhden sivun kokoiseksi on tärkeää kuitenkin, että lehtisestä löytyy tarvittava tieto liian tarkan tiedon sijaan.

Hyvän oppaan ominaisuuksiin kuuluvat lukijan puhuttelu, hyvin valitut kuvat sekä luettelomaiset ohjeet (Torkkola ym. 2002, 25, 41, 36–37). Opinnäytetyöni opaslehtisissä pyrin toteuttamaan näitä kaikkia piirteitä. Jokaisen opaslehtisen aloitan lyhyellä tekstillä, jossa puhuttelen omaista. Vaikka opaslehtiset eivät toimi omaisille muistilistana, luettelomaista tietoa on nopeampi ja helpompi lukea. Nykyään kaikki tieto on saatavilla nopeasti ja helposti, joten lehtistenkin tulee olla helposti ja nopeasti luettavissa.

Valtavan tiedon määrän vuoksi hoitajienkin oletetaan omaavan jo paljon tietoa omalta alaltaan. Kaikkea tietoa on kuitenkin mahdoton sisäistää, minkä takia on hyvä, että tieto on tiiviissä muodossa helposti saatavilla. Mielestäni valtavan tiedonmäärän kilpailuun pystytään parhaiten vastaamaan jakamalla tietoa tuoreista lähteistä ja ohjaamalla omaisia uuden tietolähteen äärelle. Opaslehtisiin olen myös liittännyt hyvän oppaan ominaisuuksiin kuuluvan piirteen, potilaan ja omaisen ohjaamisen uuden tietolähteen äärelle. (Torkkola ym. 2002, 42–43).

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Toiminnallisen opinnäytetyön arvo ei määriy lähteiden lukumäärän perusteella, vaan olennaisempaa on lähteiden laatu. Laadukas lähde on luotettava ja palvelee jotenkin kyseistä työtä. Tiedon valitseminen vaatii siis taitoa ja lähteisiin suhtautumista kriittisesti. (Vilka & Airaksinen 2003,72,76,)

Varmana lähdevalintana voidaan käyttää jonkin tunnetun asiantuntijaksi tunnustetun tekijän julkaisua. Lähteen uskottavuutta voidaan perustella esimerkiksi lähteen iän ja tiedonlähteen auktoriteetin mukaan. Joskus saman tekijän voi huomata löytyvän useamman teoksen lähdeluettelosta, jolloin on hyvä tutustua lisää kyseisen auktoriteetin lähteisiin. Saman tekijän toistuminen kertoo yleensä, että häneltä löytyy altaan tunnettavuutta. (Vilka & Airaksinen 2003, 72.)

Omat lähteeni ovat melko tuoreita. Lähteet löytyivät vuosilta 2002–2015. Lähdekritiikin varmistamiseksi tarkastin teoreettista tietoa useammasta lähteestä. Lähteitä löytyi runsaasti ja rajasin lähteet vain luotettavimpiin lähteisiin.

Opinnäytetyöni tuotos pohjautuu opinnäytetyöni teoreettisen viitekehykseen. Opaslehtisiin on merkattu asianmukaisesti lähteet, jotka varmistavat opaslehtisten uskottavuutta.

8.2 Jatkotutkimusaiheet ja kehitysehdotukset

Opinnäytetyön tuotos on suunnattu neurologian vuodeosaston potilaiden omaisille. Ensisijaisesti ohjataan potilasta, joten opaslehtisiä voidaan käyttää myös potilaiden ohjauksen apuna. Onnistuneessa kuntoutumisessa hoitotyö ja omaiset kohtaavat ja kuntoutustyötä tehdään yhdessä potilaan hyväksi.

Jatkotutkimusaiheena opinnäytetyölle on tutkia omaisen osallistumisen vaiheita ja hyötyjä potilaan kuntoutumisessa. Milloin hoitajan olisi parasta lähestyä omaista ja potilasta tiedon kanssa?

Opinnäytetyön kehitysehdotukseksi muodostui opaslehtisten kääntäminen englanniksi, jolloin vieraskielisetkin potilaat ja omaiset saisivat sairaudesta tietoa. Toinen kehitysehdotus voisi olla ohjausmateriaalin saaminen myös muista asioista.

Toimeksiantajan kanssa keskustelimme opaslehtisten muuttamisesta sähköiseen muotoon. Toimeksiantajalla on tarkoitus siirtää opaslehtiset hoitajien käyttöön myöhemmän ajankohtana. Opinnäytetyöni tiukan aikataulun takia lehtisten muuttaminen sähköiseen muotoon jää toimeksiantajalle, koska lehtisten siirtäminen sähköiseen muotoon vaatii media-alan osaajaa.

LÄHTEET

Aivoliitto. n.d. Keskustelu henkilön kanssa, jolla on afasia. Viitattu 22.10.2015.

http://aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/perustieto_avh_sta/afasia/keskustelu_henkilon_kanssa_jolla_on_afasia

Americanstroke association. 2015. From singing to speaking: It's amazing to see. Viitattu 22.10.2015.

http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/LifeAfterStroke/RegainingIndependence/CommunicationChallenges/From-Singing-to-Speaking-Its-Amazing-To-See_UCM_310600_Article.jsp#.ViiP0kbbX2U

Duodecim.2015. Aspiraatiokeuhkokuume. Viitattu 22.10.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00312

Hokkanen, L., Laine, M., Hietanen, M., Hänninen, T., Jehkonen, M. & Vilkki, J. 2006. Kognitiiviset häiriöt ja niiden tutkiminen. Duodecim neurologia. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy.

Jehkonen, M., Kettunen, J., Laihosalo, M. & Saunamäki, T. 2007. Katsaus. Oikean aivopuoliskon verenkiertohäiriön jälkeen esiintyvä neglect-oire. Viitattu 26.10.2015.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96618.pdf>

Jehkonen, M., Liippola, P., Aivoliitto. n.d. Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamat neuropsykologiset häiriöt. Viitattu 26.10.2015.

<http://www.aivoliitto.fi/files/1998/symbook.pdf>

Järnsted, P., Kaivolainen, M., Laakso, T. & Salanko-Vuorela, M. 2009. Omainen hoitajana: Omaishoitajat ja Läheiset Liitto ry. Helsinki: Kirjapaja.

Kiesiläinen, A. 2013. Afasia. Lääkärin käsikirja Duodecim oy. Viitattu 9.3.2015.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00893&p_haku=afasia

Käypähoito – suositus.2011. Aivoinfarkti. Viitattu 22.10.2015.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus?id=hoi50051#NaN>

Lindstam, S., Ylinen, A., (toim.) 2012. Aivovammojen kuntoutus. Porvoo: Bookwell Oy.

Powell, T. 2005. Pään vammat opas aivovammoista potilaille, läheisille ja ammattilaisille. Helsinki: Edita Prima Oy.

Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi Oy.

Sand, O., Sjaastad Ø., Haug, E., Bjålie, J. & Toverud, K. 2013. Ihminen fysiologia ja anatomia. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Tiirikainen, K. 2014. Tunnistatko kasvot? näin selviydyt kasvosokeana. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi: opas potilasohjeiden tekijälle. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Vanni, S. 2004. Näkötidon käsittely aivokuoressa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 20.3.2015.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto;jsessionid=3B7459C8C1920997DC995F851C1530FC?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo94630

Vilka, H., Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virtanen, P. 2014. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedonsaanti päivystyspoliklinikalla. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 10.3.2015. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95190/978-951-44-9432-1.pdf?sequence=1>

KUVALÄHTEET

Kuva 1. Arkkila, E., Smolander, S. & Laasonen, M. Wernicken ja Brockan alueet. Monikielellisyys ja kielellinen erityisvaikeus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 28.10.2015. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto;jsessionid=116D0F209944C44E77D2686442315EF3?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10756

Hyvä omainen,

läheisesi sairastuminen voi herättää monia kysymyksiä. Tiedon saaminen onkin osa onnistunutta kuntoutumista. Kysythän rohkeasti hoitohenkilökunnalta sinua askarruttavia kysymyksiä.

Neurologisiin puutosoireisiin vaikuttaa aivoinfarktiin tai aivoverenvuodon sijainti sekä infarktiin tai vuodon laajuus. Oirekuva voi olla moninainen ja oireet vaihtelevia. Tutkimukset osoittavat, että parhaiten kuntoutuvat potilaat joiden kuntoutus jatkuu myös kotiutuksessa. Toivotan paljon tsemppiä ja voimia kuntoutumiseen läheisesellesi ja sinulle.

MIKÄ ON AFASIA?

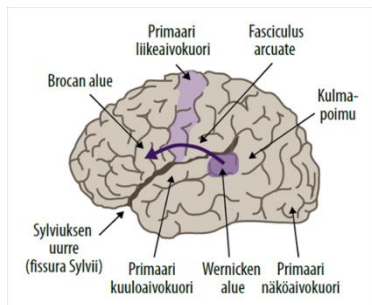
Afasia on tavallisimmin seuraus vasemman aivopuoliskon aivoinfarktista tai vuodosta. Afasiolla tarkoitetaan puheen tuoton ja/tai ymmärtämisen häiriötä. Häiriö ilmenee kun aivojen kielellisillä alueilla ilmenee vaurioita.

Kielelliset alueet on jaettu kahteen osaan;

Brocan alue, joka on puheen tuottamisalue. Brocan alueen vauriot johtavat puheen tuottamisvaikeuksiin, jolloin puhe voi olla esimerkiksi puuromaista, vaikka omaisesi tietää tarkoin mitä haluaa sanoa. Brocan alueen vaurioituminen ei vaikuta omaisesi kykyyn ymmärtää puhetta tai kirjoitusta.

Wernicken alue, joka on puheen ymmärtämisalue. Wernicken alueen vaurioituminen johtaa siihen, että potilas ei kykene ymmärtämään puhetta tai kirjoitusta. Omaisesi tuottaa kuitenkin vielä puhetta, mutta puhe on sisällöltään hajanaista ja merkityksetöntä.

Afasia luokitellaan kolmeen vaikeusasteeseen; lievään, kohtalaiseen ja vaikeaan.



Kuva 1. Wernicken ja Brocan alue. Kuultu puhe vastaanotetaan ensin primaarilla kuuloaivokuorella, josta se menee eteenpäin wernicken alueelle. Wernicken alueella sanojen merkitys tulkitaan, josta fasciculus arcuate syöttää puheen brocan alueelle ja primaarille liikeaivokuorelle puheen tuottamista varten. (Arkkila, Smolander & Laasonen 2013)

Afasiaa sairastavan henkilön kanssa kommunikoinnista voidaan helpottaa monin keinoin. Tässä sinulle vinkkejä kommunikoinnin helpottamiseksi:

1. Varaa hyvin aikaa. Älä pidä kiirettä vaan anna henkilön itse kertoa asiansa ilman jatkuvia arvailuja. Lopussa voit varmistaa asiaa kysymällä.
2. Kysymysten tulisi olla yksinkertaisia, mieluiten sellaisia joihin voidaan vastata kyllä tai ei.
3. Minimoidaan ympäristön häiriöt rauhoittamalla keskustelutilanne. Sammuta televisio ja radio. Aivotapahtuman aivovaurion takia henkilön aivot ovat ärsytysherkät. Rauhallinen tilanne helpottaa kommunikointia.
4. Esitä oma asiasi selkeällä kielellä henkilön kohdistaen käyttäen tavallista yleiskieltä ääntä korottamatta.
5. Keskustele yhdestä asiasta kerrallaan.
6. Käytä apuvälineenä esimerkiksi piirtämistä tai laulamista. Joidenkin henkilöiden kohdalla afasia ilmenee puhekyvyttömyytenä, mutta tutut sävelmät hän osaa laulaa. Musiikilliset ja melodiset asemat sijaitsevat aivojen oikealla puolella, jonka käyttö lisääntyy aivojen vasemman puolen ollessa vaurioitunut.

LÄHTEET: Salmenperä, R., Tuli, S., Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi Oy.

Sand, O., Sjaastad Ø., Haug, E., Bjälle, J., Toverud, K. 2013. Ihminen fysiologia ja anatomia. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kiesiläinen, A. 2013. Afasia. Lääkärin käsikirja Duodecim oy. Viitattu 2.11.2015. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkelid=ykt00893&p_haku=afasia

Aivoliitto. n.d. Keskustelu henkilön kanssa, jolla on afasia. Viitattu 2.11.2015. http://aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/perustieto_avh_sta/afasia/keskustelu_henkilon_kanssa_jolla_on_afasia

Americanstroke association. 2015. From singing to speaking: It's amazing to see. Viitattu 2.11.2015. http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/StrokeAfterStroke/RegainingIndependence/CommunicationChallenges/From-Singing-to-Speaking-Its-Amazing-To-See_UCM_310600_Article.jsp#.ViiP0kbbX2U

KUVALÄHDE: Kuva 1. Arkkila, E., Smolander, S. & Laasonen, M. 2013. Monikielellisyys ja kielellinen erityisvaikeus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 2.11.2015. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto;jsessionid=116D0F209944C44E77D2686442315EF3?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_rmpage=uusinnumero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10756

Lisää tietoa löydät esimerkiksi: aivoliitto.fi aivovaurio.fi

Hyvä omainen,

läheisesi sairastuminen voi herättää monia kysymyksiä. Tiedon saaminen onkin osa onnistunutta kuntoutumista. Kysythän rohkeasti hoitohenkilökunnalta sinua askarruttavia kysymyksiä.

Neurologisiin puutosoireisiin vaikuttaa aivoinfarktin tai aivoverenvuodon sijainti sekä infarktin tai vuodon laajuus. Oirekuva voi olla moninainen ja oireet vaihtelevia. Tutkimukset osoittavat, että parhaiten kuntoutuvat potilaat joiden kuntoutus jatkuu myös kotiutuessa. Toivotan paljon tsemppiä ja voimia kuntoutumiseen läheisesi sinulle.

MIKÄ ON DYSFAGIA?

Kun aivovamma on vaurioittanut puremis-nielemiskykyä, puhutaan dysfagiasta.

Potilaan nieleminen tarkistetaan osastolla ennen ensimmäistä ruokailunnettä. Potilas on autettu lievään etukumaraan, jotta hän voi tarvittaessa painaa leuan lähelle rintakehää. Myös yskäiseminen testataan ja kerrotaan sen hengitysteitä puhdistavat vaikutukset.

Nielemistä voidaan ensin kuiva harjoitella, hoitajan tunnusteltaessa kurkunpäänliikettä kaulalta. Nielemisen harjoittelu vedellä tehdään ensin pienellä määrällä, noin teelusikallista vettä. Sakeutettuihin nesteisiin voidaan siirtyä tämän onnistumisen jälkeen. Ennen sakeutettuihin nesteisiin siirtymistä edellytetään, että potilaalta onnistuu yskiminen. Sakeista nesteistä helpoiten nieltäviä ovat kylmät nesteet, jotka aktivoivat lihaksia suistumaan. Suussa on enemmän kylmiä tunnistavia reseptoreja kuin lämpimän.

Omatomista ruokailua on hyvä seurata ruokailun aloittamisesta kuitenkin hetki, sillä potilaalla voi olla suussa tuntopuutoksia. Hän voi ottaa liian suuria lusikallisia kerrallaan, tunnistamatta tätä itse. Liian suurta määrää nieltäessä voi syntyä tukehtumisriski.

Jos nieleminen ei onnistu turvallisesti, täytyy potilaan ravinnonsaanti turvata toisin keinoin. Nenä-mahaletku laittaminen on suositeltavaa erityisesti, jos oireisto on lievä ja sen odotetaan korjaantuvan parin viikon kuluessa. Aivoverenkiertohäiriö potilaista huomattava osa kärsii nielemisongelmasta, joka korjaantuu spontaanisti parin viikon kuluessa. Nenä-mahaletku parantaa potilaan kuntoutusmahdollisuuksia, eikä estä nielemisen parantumista ruokailu-aikojen yhteydessä.

Nenä-mahaletkun epä mukavuus saattaa aiheuttaa myös haittoja. Letkun asettaminen on epämiellyttävää ja se tuntuu nielussa epä mukavalta. Potilas, jolla on heikko tajunnantaso, usein pyrkii vaistomaisesti poistamaan nenä-mahaletkun. Tässä vaarana on aspiraatoriski. Aspiraatiokeuhkokuume syntyy kun potilas hengittää ruokaa tai muun vieraan aineen hengitysteihin.

Tarvittaessa potilaalle harkitaan PEG-letkun eli gastrostooman laittoa. PEG on melko helppohoitoinen, eikä häiritse potilasta. PEG-letku voi olla monella kroonisesti sairaalla vaste hyvälle elämälle. PEG-letku tai nenä-mahaletku eivät ole esteenä, jos potilas kykenee nauttimaan osan ruoasta suun kautta.

Ruokailtaessa on hyvä huomioida

- ✓ Oikea ruokailuasento. Oikeaan ruokailuasentoon tarvitaan riittävän korkea pöytä ja tuoli. Nieleminen onnistuu parhaiten, kun jalat ylettyvät lattiaan ja asento on etukumarainen. Vuoteessa syömistä pyritään välttämään mahdollisimman pitkään. Potilaan kuntoutus on aloitettu jo sairaalassa auttamalla potilas aina istuma-asentoon ruokailujen ajaksi potilaan voinnin salliessa. Vuoteessa ruokailtaessa potilas tuetaan mahdollisimman hyvin istuma-asentoa matkivaan asentoon.
- ✓ Huulten ja kielten liike. Huulten velttouden takia, vesi valuu helposti suupielistä. Kielen liikkeet on hyvä tarkistaa, esimerkiksi pyytämällä liikuttamaan kieltä poskesta toiseen.
- ✓ Tarkistetaan yskiminen ja kerrataan sen hengitysteitä puhdistava vaikutus.
- ✓ Varaan aikaa ja edetään potilaalle sopivin annosmäärin.

LÄHTEET: Duodecim.2015. Aspiraatiokeuhkokuume. Viitattu 2.11.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=itt00312
Salmenperä, R., Tuli, S., Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi Oy.

Lisää tietoa löydät esimerkiksi:

aivoliitto.fi

aivovaurio.fi

Hyvä omainen,

läheisesi sairastuminen voi herättää monia kysymyksiä. Tiedon saaminen onkin osa onnistunutta kuntoutumista. Kysythän rohkeasti hoitohenkilökunnalta sinua askarruttavia kysymyksiä.

Neurologisiin puutosoireisiin vaikuttaa aivoinfarktin tai aivoverenvuodon sijainti sekä infarktin tai vuodon laajuus. Oirekuva voi olla moninainen ja oireet vaihtelevia. Tutkimukset osoittavat, että parhaiten kuntoutuvat potilaat joiden kuntoutus jatkuu myös kotiutuessa. Toivotan paljon tsemppiä ja voimia kuntoutumiseen läheisesi ja sinulle.

MIKÄ ON NEGLECT?

Neglect-oireistolla tarkoitetaan toispuolista aistiärsykkeiden huomiotta jättämistä. Oireisto ilmenee yleensä vasemmalla, mutta voi huomattavasti harvinaisempana ilmetä myös oikealla. Useimmiten neglect liittyy päälakilohkon alaosan vaurioon, mutta oireistoa ilmenee myös aivokasvainten yhteydessä. Neglect voi ilmetä samanaikaisesti monella eri aistialueella. Usein neglect on mielletty vain visuaaliseksi neglectiksi, koska sitä on tutkittu eniten. Neglect voi ilmetä myös yhdessä näkökenttäpuutosten eli hemianopioiden kanssa tai ilman.

Vaikea –asteinen neglect on helpompi todeta potilaan käyttäytymisestä kuin lievääasteinen neglect, joka voi usein jäädä helposti diagnosoimatta ilman neuropsykologista tutkimusta. Vaikea-asteisessa neglectissä potilaan havainnoimisessa voi ilmetä esimerkiksi huonekaluihin törmäämistä vasemmalla puolella, lautasen syöminen tyhjäksi vain oikealta puolelta tai vasemman puolen tekstin huomiotta jättämistä. Oireisto vaikeuttaa muun muassa liikkumista sisällä ja ulkona, TV:n katselua, syömistä, pukeutumista ja tahdonalaisten liikkeiden toteuttamista. Potilaalla onkin näistä syistä suurempi tapaturma-alttius.

Noin puolet neglect – potilaista kuntoutuu vuoden sisällä sairastumisesta. Kuntoutuksen tarkoituksena on harjoittaa oman kehon ja ympäristön havainnointia, pitää yllä tarkkaavaisuutta, harjoittaa näköhavaintoihin perustuvaa päättelyä ja muistamista. On tärkeää ohjeistaa potilasta tiedostamaan sekä kontrolloimaan omia puutteitaan

Tässä vinekkejä neglect oireiston kanssa toimimiseen:

- ✓ ohjata huomioimaan kehonsa symmetriaa, antamalla henkilölle esimerkiksi tuntoaistin kautta ärsykeitä.
- ✓ Keskustelut, hoitotoimet ja siirtymiset tulee toteuttaa potilaan huomiotta jäävältä puolelta.
- ✓ sänky sijoitetaan niin että huoneen ovi jää potilaan huomiotta jäävälle puolelle.

LÄHTEET:

Hokkanen, L., Laine, M., Hietanen, M., Hänninen, T., Jehkonen, M. & Vilki, J. 2006. Kognitiiviset häiriöt ja niiden tutkiminen. Duodecim neurologia. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy.
Jehkonen, M., Kettunen, J., Laihosalo, M. & Saunamäki, T. 2007. Katsaus. Oikean aivopuoliskon verenkiertohäiriön jälkeen esiintyvä neglect-oire. Viitattu 2.11.2015. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96618.pdf>

Lisää tietoa löydät esimerkiksi:

aivoliitto.fi

aivovaurio.fi

Hyvä omainen,

läheisesi sairastuminen voi herättää monia kysymyksiä. Tiedon saaminen onkin osa onnistunutta kuntoutumista. Kysythän rohkeasti hoitohenkilökunnalta sinua askarruttavia kysymyksiä.

Neurologisiin puutosoireisiin vaikuttaa aivoinfarktin tai aivoverenvuodon sijainti sekä infarktin tai vuodon laajuus. Oirekuva voi olla moninainen ja oireet vaihtelevia. Tutkimukset osoittavat, että parhaiten kuntoutuvat potilaat joiden kuntoutus jatkuu myös kotiutuessa. Toivotan paljon tsemppiä ja voimia kuntoutumiseen läheisellesi ja sinulle.

MIKÄ ON APRAKSIA?

Kun aivoissa tapahtuu toimintahäiriö, osatoiminnot sekaantuvat ja syntyy tahdonalaisten liikesuoritusten häiriö, apraksia. Apraksia esiintyy aivovamma potilailla enemmän dominantin aivopuoliskon toimintahäiriöissä ja vaikeuttavat silloin vasemman ja oikean käden käyttöä. Taustalta löytyy yleensä keskimmäisen aivovaltimon tukos tai aivovamman aiheuttama vaurio vasemmassa päälaklohkossa.

Ongelmia tulee tilanteissa joissa henkilöä muun muassa pyydetään pesemään hampaat, ilman konkreettisia esineitä, kuten näyttämällä miten hampaat harjataan. Henkilö voi pitää hammasharjaa esimerkiksi väärinpäin kädessä.

Vaikeassa apraksiassa toimiminen konkreettisten esineiden kanssa on hankalaa ja henkilö saattaa esimerkiksi käyttää hiusten harjaamiseen hammasharjaa tai hän saattaa pitää hammasharjaa väärinpäin kädessä. Pukeutumisessa tulee vastaan tilanteita, joissa potilas pukee vaatteita päälle väärässä järjestyksessä, rintaliivit saattavat mennä paidan päälle ja housunlahkeita yritetään laittaa käsiin.

Apraksiaa sairastavan henkilön kanssa voit kiinnittää huomiota näihin asioihin:

- ✓ Koordinaatiovaikeuksien helpottamiseksi henkilöä ohjataan toiminnan aikana verbaalisesti tai tarvittaessa manuaalisesti.
- ✓ Sanalliset ohjeet ovat lyhyet ja harjoittelun on oltavaa toistuvaa ja toimintojen luonnollista.
- ✓ Erialaisten asento- sekä liiketunto harjoitusten kautta voidaan kehittää henkilön liikemuistia. Koska apraksiaa sairastavalla henkilöllä on huono liikemuisti, saattaa hän silmät kiinni istuessaan kaataa toiselle kyjelle.

LÄHTEET:

Hokkanen, L., Laine, M., Hietanen, M., Hänninen, T., Jehkonen, M. & Vilki, J. 2006. Kognitiiviset häiriöt ja niiden tutkiminen. Duodecim neurologia. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy.
Salmenperä, R., Tuli, S., Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi Oy.

Lisää tietoa löydät esimerkiksi
aivoliitto.fi
aiovaurio.fi

Hyvä omainen,

läheisesi sairastuminen voi herättää monia kysymyksiä. Tiedon saaminen onkin osa onnistunutta kuntoutumista. Kysythän rohkeasti hoitohenkilökunnalta sinua askarruttavia kysymyksiä.

Neurologisiin puutosoireisiin vaikuttaa aivoinfarktin tai aivoverenvuodon sijainti sekä infarktin tai vuodon laajuus. Oirekuva voi olla moninainen ja oireet vaihtelevia. Tutkimukset osoittavat, että parhaiten kuntoutuvat potilaat joiden kuntoutus jatkuu myös kotiutuessa. Toivotan paljon tsemppiä ja voimia kuntoutumiseen läheisesellesi ja sinulle.

MIKÄ ON AGNOSIA?

Agnosialla tarkoitetaan kyvyttömyyttä tunnistaa esineitä. Tästä tyypillinen esimerkki on potilas, joka osaa kuvata esimerkiksi lyijykynän ”pitkänomaiseksi ja teräväkärkiseksi esineeksi”, mutta ei tunnista sitä lyijykynäksi, eikä tiedä mikä on sen käyttötarkoitus. Agnosia potilaalla näkörata tai primaari näköaivokuori ovat vaurioituneet.

Agnosia on tyypillisesti jaettu neljään erityyppiseen agnosiaan:

1. Visuaaliseen agnosiaan

Ongelma tunnistamisprosessissa, jolloin tuttu hahmo on menettänyt merkityksensä. Ongelma voi olla kuvan tunnistamisessa tai kuvan muodostamisessa. Henkilöllä voi olla vaikeuksia tunnistaa konkreettista esinettä, kuten liikennemerkkiä.

2. Prosopagnosiaan (kasvosokeus)

ilmenee harvinaisesti pelkällään, vaan se liittyy usein molemminpuolisiin ohimo-takaraivo-päälakilohkon vaurioihin. Yleisempää on vaikeus uusien kasvojen mieleen painamisessa ja tämä voi olla seurausta oikean aivopuoliskon takaosien vauriosta.

3. Väriagnosiaan

4. Auditiiviseen agnosiaan

Kasvosokealle ihmiselle paras apu on ihminen joka tunnistaa kasvat, ihminen joka ei sairasta prosopagnosiaa. Läheiset ja puoliset ovat tärkeässä osassa. Läheisenä voit helpottaa kasvosokean elämää:

- ✓ kertomalla ennen tapaamista, että minkä värisiin vaatteisiin hän pukeutuu ja yllättävissä tapaamisissa on tärkeää kertoa kuka on.
- ✓ Kasvosokeiden omaisilta vaaditaan paljon oma-aloitteisuutta, sillä kasvosokea ei esimerkiksi isoissa tilaisuuksissa tunnista välttämättä vanhoja tuttaviaan, jolloin on omaisen hyvä esitellä rohkeasti itsensä, odottamatta että kasvosokea suorittaisi esittelyn.
- ✓ Sopikaa yhteisistä merkeistä ja eleistä

LÄHTEET:

Hokkanen, L., Laine, M., Hietanen, M., Hänninen, T., Jehkonen, M. & Vilki, J. 2006. Kognitiiviset häiriöt ja niiden tutkiminen. Duodecim neurologia. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy.
Tiirikainen, K. 2014. Tunnistatko kasvat? näin selviydyt kasvosokeana. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

Lisää tietoa löydät esimerkiksi
aivoliitto.fi
aivovaurio.fi

Hyvä omainen,

läheisesi sairastuminen voi herättää monia kysymyksiä. Tiedon saaminen onkin osa onnistunutta kuntoutumista. Kysythän rohkeasti hoitohenkilökunnalta sinua askarruttavia kysymyksiä.

Neurologisiin puutosoireisiin vaikuttaa aivoinfarktin tai aivoverenvuodon sijainti sekä infarktin tai vuodon laajuus. Oirekuva voi olla moninainen ja oireet vaihtelevia. Tutkimukset osoittavat, että parhaiten kuntoutuvat potilaat joiden kuntoutus jatkuu myös kotiutuessa. Toivotan paljon tsemppiä ja voimia kuntoutumiseen läheisesi ja sinulle.

MIKÄ ON TOIMINNANOHJAUSHÄIRIÖ?

Toiminnanohjauksella tarkoitetaan erilaisten taitojen yhdistelmää. Toiminnanohjaukseen vaadittavat ajattelu-, suunnittelu- ja organisointitaidot sijaitsevat aivojen otsalohkoissa.

Toiminnanohjaushäiriöstä kärsivä henkilö saattaa suoriutua hyvin vielä strukturoidusta ja tutuista työtehtävistä, joissa hän tietää mitä tekee. Tilanteet joissa vaaditaan suunnittelua, organisoimista ja aloitteellisuutta ja ovat monimutkaisempia sekä vähemmän strukturoituja tilanteita, voivat tuottaa vaikeuksia.

Henkilö voi tarttua helposti kiinni yksityiskohtiin ja hänen ajattelutapansa voi olla suoraviivaista. Toiminnanohjaushäiriö näkyy vaikeutena hahmottaa kokonaisuuksia.

Toiminnanohjaushäiriössä keskeinen osa on tehtävän aloittamisen vaikeus. Henkilö ei osaa päättää tai ei tiedä mistä tehtävä tulisi aloittaa, jolloin toiminta ei käynnisty ollenkaan. Tämä voidaan tulkita virheellisesti masennukseksi tai laiskuudeksi. Henkilön on kuitenkin itse vaikea arvioida tehtävän onnistumista.

Yleinen ongelma toiminnanohjaushäiriössä on myös juuttuminen eli persevaraatio. Ongelma voi ilmetä puheessa, liikesuorituksissa tai muistissa. Henkilö saattaa jäädä hämmentämään kahvia niin pitkään, että kahvi on jo kylmää. Potilas voi liikkeissään suorittaa samaa liikettä tai palata edelliseen liikkeeseen.

Läheisenä paras apu juuttumistilanteessa on ohjata henkilön huomio toisaalle tai pitää toiminnassa selkeä tauko. Läheisenä voit kannustaa myös läheistäsi parantamaan hänen toiminnanohjauskykyään. Sillä toiminnanohjausta voidaan kehittää myös jonkin verran itse, jos henkilö on itse tietoinen ongelmistaan ja hyväksyy ne. Eräänlainen harjoitus voi olla esimerkiksi sanomalehtiartikkelin lukeminen, jonka jälkeen henkilö yrittää tiivistää artikkelin pääteeman yhteen lauseeseen.

LÄHTEET:

Jehkonen, M., Liippola, P., Aivoliitto. n.d. Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamat neuropsykologiset häiriöt. Viitattu 3.11.2015. <http://www.aivoliitto.fi/files/1998/symbook.pdf>

Powell, T. 2005. Pään vammat opas aivovammoista potilaille, läheisille ja ammattilaisille. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lisää tietoa löydät esimerkiksi
aivoliitto.fi
aivovaurio.fi