

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Sinna Korhonen 1300150

AIVOVERENKIERTOHAIRIÖOIREIDEN TUNNISTAMINEN JA
KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ
Koulutustilaisuus hoivakoti Koivupihan henkilökunnalle

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2016



OPINNÄYTETYÖ
Maaliskuu 2016
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijä

Sinna Korhonen

Nimeke

Aivoverenkiertohäiriöoireiden tunnistaminen ja kuntoutumista edistävä hoitotyö - Koulutustilaisuus hoivakoti Koivupihan henkilökunnalle.

Toimeksiantaja

Joensuun kaupunki, hoivakoti Koivupiha

Tiivistelmä

Aivoverenkiertohäiriö on Suomessa kolmanneksi yleisin kuolinsyy. Suomessa aivoverenkiertohäiriöön sairastuu vuosittain 25 000 henkilöä. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneilla noin joka toisella jää pysyviä haittoja ja puolelle heistä vaikea-asteinen haitta. Aivoverenkiertohäiriöissä on tärkeää tunnistaa oireet mahdollisimman pian, jotta aivoissa tapahtuva vaurio jäisi mahdollisimman vähäiseksi. Kaksi kolmasosaa sairastuneista on yli 65-vuotiaita, ja aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden keski-ikä on arvioitu olevan 75 vuotta. Ikä on yksi tärkeimmistä riskitekijöistä aivoverenkiertohäiriössä, joten on arvioitu aivoverenkiertohäiriöiden lisääntyvän ikääntyneiden määrän kasvaessa väestössä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä ja päivittää hoivakoti Koivupihan hoitohenkilökunnan tietoutta aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä ja oireiden tunnistamisesta. Opinnäytetyön tehtävänä oli kahden koulutustilaisuuden pitäminen. Koulutustilaisuuksissa käsiteltiin aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumista edistävää hoitotyötä ja aivoverenkiertohäiriöoireiden tunnistamista. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa hoitohenkilökunnalle valmiuksia tunnistaa aivoverenkiertohäiriö mahdollisimman pian sekä antaa ideoita hoitajille aivoverenkiertohäiriöpotilaan päivittäiseen hoitotyöhön.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toimeksiantona Joensuun kaupungille hoivakoti Koivupihan. Koulutustilaisuudessa käytetty Prezi -esitys jätettiin hoivakotiin työyhteisön käyttöön. Jatkokehittämissuhteena nousi syvempi tutustuminen tiettyyn osa-alueeseen esimerkiksi halvaantuneen potilaan kuntoutumista edistävään hoitotyöhön.

Kieli

Suomi

Sivuja 49

Liitteet 3

Liitesivumäärä 23

Asiasanat

aivoverenkiertohäiriö, kuntoutumista edistävä hoitotyö, ikääntynyt, koulutustilaisuus



THESIS
March 2016
Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9

FI-80200 JOENSUU
FINLAND
+358 50 405 4816

Author
Sinna Korhonen

Title
Recognition of Cerebrovascular Disorders and Rehabilitative Nursing - Educational Event at Nursing Home Koivupiha.

Commissioned by
City of Joensuu, Nursing Home Koivupiha

Abstract

Cerebrovascular disorders are the third common cause of death in Finland. Each year 25,000 people have a cerebrovascular disorders in Finland. Every second cerebrovascular disorders sufferer will have a permanent handicap and half of them have a serious handicap. When a stroke occurs, it is important to recognize the symptoms as soon as possible to minimize brain damages. Two out of three cerebrovascular disorders sufferers are over 65-year-old. The average age of cerebrovascular disorders sufferers is 75 years. Age is one of the most important risk factors causing the stroke. Thus, it has been estimated that the number of cerebrovascular disorders sufferers will increase as the proportion of older people increases in the population.

The main ideas of the thesis were to increase and update the knowledge of the staff of Koivupiha Nursing Home related to the recognition of cerebrovascular disorders symptoms and rehabilitative nursing. The assignment was to arrange two separate educational events. In these events, the main theme concentrated on rehabilitative nursing in cerebrovascular disorders patients and the recognition of cerebrovascular disorders symptoms. The aim of the thesis was to give the staff of Koivupiha tools for paying attention to these aspects.

This thesis was commissioned by the City of Joensuu and the Nursing Home Koivupiha. The Prezi presentation used in the educational events was left for the staff of the nursing home. Based on feedback concerning the thesis, a further study could focus on a specific aspect, for example on the rehabilitative nursing of the stroke patient.

Language

Finnish

Page 49

Appendices 3

Pages of Appendices 23

Keywords

Cerebrovascular disorders, rehabilitative, nursing, aged, educational event

Sisältö

1	Johdanto	5
2	Aivoverenkiertohäiriöt	7
2.1	Yleistä aivoverenkiertohäiriöistä	7
2.2	Aivoverenkiertohäiriöiden esiintyvyys	8
2.3	Aivoverenkiertohäiriöoireiden tunnistaminen	10
2.4	Aivoverenkiertohäiriöpotilaan tutkiminen	11
2.5	Hoitopolku ja moniammatillisuus.....	13
2.6	Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat vauriot toimintakyvyssä	14
3	kuntoutumista edistävä hoitotyö.....	17
3.1	Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö.....	17
3.2	Ikääntyneen kuntoutuminen.....	19
3.3	Kuntoutujan motivoiminen	20
3.4	Neglect-oireyhtymän kuntoutuminen	22
3.5	Masennus	23
3.6	Asentohoidot.....	25
3.7	Päivittäisissä toiminnoissa avustaminen	26
3.8	Musiikin hyödyt kuntoutumisessa	29
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät.....	31
5	Koulutuksen tietoperusta	32
5.1	Hyvä koulutus	32
5.2	Koulutustilaisuuden materiaali	33
6	Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus	34
6.1	Opinnäytetyön menetelmät	34
6.2	Kohderyhmänä hoivakoti Koivupiha.....	35
6.3	Alkukartoituksen tekeminen.....	36
6.4	Koulutustilaisuuden järjestäminen	37
6.5	Koulutustilaisuuden palaute ja arviointi.....	38
7	Pohdinta.....	40
7.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	40
7.2	Opinnäytetyöprosessin kuvaus	41
7.3	Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkokehitysehdotukset	43
7.4	Opinnäytetyön oppimisprosessi	44

Lähteet

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Koulutusmateriaali
Liite 3	Koulutuksen muistilista

1 Johdanto

Aivoverenkiertohäiriö on Suomessa kolmanneksi yleisin kuolinsyy. Suomessa aivoverenkiertohäiriöön sairastuu vuosittain 25 000 henkilöä. Aivoverenkiertohäiriön sairastaneille noin joka toisella jää pysyviä vaurioita toimintakykyyn ja puolelle heistä vaikea-asteinen haitta. Yli puolet sairastuneista toipuu kuntoutumisen myötä omatoimiseksi ja noin joka neljäs sairastuneista toipuu täysin oireettomiksi. Sairastuneista noin joka seitsemäs tarvitsee pitkäaikaista laitoshoidtoa. (Aivoliitto 2015a.) Aivoverenkiertohäiriöt ovat yhteiskunnallisesti kallis sairaus, koska aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa laadukkaiden elinvuosien menettämistä. Aivoverenkiertohäiriöiden suorat kustannukset ovat vuosittain 570 miljoonaa euroa. Valtaosa kustannuksista tulee työvuosien menettämisestä toimintakyvyn rajoittumisen vuoksi sekä toimintakyvyn menettäneiden laitoshoidosta ja sairastuneista, jotka tarvitsevat päivittäisissä toiminnoissa apua. Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuneista noin kolmasosa on työikäisiä. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 397–398.) Kaksi kolmasosaa sairastuneista on yli 65-vuotiaita ja aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden keski-ikä on arvioitu olevan 75 vuotta. (Viitanen 2010, 146).

Opinnäytetyössä käsiteltiin aivoverenkiertohäiriöoireiden tunnistamista ja sairastuneen kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Valitsin kyseisen aiheen opinnäytetyölleni, koska halusin perehtyä syvemmin aivoverenkiertohäiriöiden seurauksena tulleisiin vaurioihin ja kuinka aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumista voidaan edistää hoitotyössä. Erityisesti tarkastelen opinnäytetyössäni neglect-oireyhtymän ja masennuksen kuntoutumista edistävää hoitotyötä, koska kyseiset häiriöt esiintyvät noin puolella sairastuneista. Lisäksi käsitelin opinnäytetyössäni asentohoitoja, päivittäisissä toiminnoissa avustamista sekä musiikin vaikutuksista kuntoutumiseen. Halusin myös käsitellä opinnäytetyössäni aivoverenkiertohäiriöiden tunnistamista, koska sairastuneen vaurioiden laajuus riippuu siitä, miten nopeasti oireiden alkamisesta sairastunut saa asiaan kuuluvaa hoittoa.

Opinnäytetyöni on toiminnallinen opinnäytetyö ja toimeksiantajana toimi Joensuu kaupungin hoivakoti Koivupiha. Opinnäytetyön tehtävänä oli toteuttaa kaksi koulutustilaisuutta hoivakoti Koivupihaan sekä tehdä koulutusmateriaalia työyhteisön käyttöön. Koulutustilaisuudet olivat sisällöltään samanlaisia. Koulutustilaisuudessa käsiteltiin aivoverenkiertohäiriöiden tunnistamista ja sairastuneen kuntoutumista edistävää hoitotyötä hoivakodissa. Koivupihan hoitohenkilökunta pääsi vaikuttamaan koulutuksen sisältöön. Pidin henkilökunnalle keskustelutilaisuuden, jossa hoitohenkilökunta pystyi kertomaan omia toiveitaan koulutuksen sisältöä koskien. Koulutuksessa otin huomioon hoitohenkilökunnan toiveet ja muodostin teoriapohjan henkilökunnan toiveiden mukaisesti. Koulutuksen tarkoituksena oli päivittää ja lisätä hoivakoti hoitohenkilökunnan tietoutta aivoverenkiertohäiriön tunnistamisesta ja aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa hoitohenkilökunnalle valmiuksia tunnistaa aivoverenkiertohäiriö mahdollisimman pian ja antaa ideoita hoitohenkilökunnalle aivoverenkiertohäiriöpotilaan päivittäiseen kuntoutumiseen. Tavoitteeksi halusin nostaa aivoverenkiertohäiriön nopean tunnistamisen, koska mahdollisimman nopea tunnistaminen parantaa sairastuneen ennustetta (Aivoliitto 2015b).

Vastaavanlaisia opinnäytetöitä on tehty myös muilla paikkakunnilla. Aivoverenkiertohäiriöiden tunnistamisesta ja sairastuneen kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä löytyy paljon tutkittua tietoa. Pyrin käyttämään opinnäytetyössäni mahdollisimman uutta tietoa, jotta hoivakoti Koivupihan henkilökunta saisi mahdollisimman uuden tiedon aivoverenkiertohäiriöiden tunnistamisesta ja sairastuneen kuntouttavasta hoitotyöstä. Hoivakoti Koivupihassa on ollut aikaisemmin vastaavanlaisia koulutuksia, mutta kyseisistä koulutuksista on kulunut jo useampi vuosi.

2 Aivoverenkiertohäiriöt

2.1 Yleistä aivoverenkiertohäiriöistä

Aivoverenkiertohäiriö on tila, jossa aivojen verenkierto on häiriintynyt. Aivoverenkiertohäiriöistä yleisesti käytetään lyhennettä AVH. (Aivoliitto 2015b.) Aivoverenkiertohäiriö termi sisältää kaikki aivoissa tapahtuvat verenkierron häiriöt, joita ovat aivoinfarkti, aivovaltimon verenvuoto, aivokudoksen sisäinen verenvuoto eli ICH (intracerebral hemorrhage) ja lukinkalvonalainen verenvuoto eli SAV (subarachnoidal hemorrhage) ja ohimenevä aivoverenkierronhäiriö eli TIA (transient ischemic attack). (Lindsberg, Sarainen, Häppölä, Kaarisalo, Numminen, Peurala, Poutiainen, Roine, Sivenius, Syväne, Vikatmaa & Vuorela 2011.)

Aivoverenkiertohäiriöstä käytettiin aikaisemmin nimitystä aivohalvaus. Aivohalvaus-termiä kuitenkin pidetään vanhanaikaisena ja harhaanjohtavana. Aivohalvaus-termi voi aiheuttaa mielikuvan halvausoireista oireiden ilmaantuessa, vaikka kyseisiä oireita ei esiinny jokaisella sairastuneella. Ja tämä mielikuva voi aiheuttaa avun hakemisen lykkäämistä, koska oireita ei osata tunnistaa ilman halvausoiretta. Tämän lisäksi aivohalvaus-termin käyttäminen on harhaanjohtavaa myös hoitotyössä, koska hoito määräytyy aivoissa tapahtuvan vaurion mukaan, ja aivohalvaus-terminä ei anna tarpeeksi informaatiota aivoissa tapahtuvan verenkierron häiriön laadusta. (Aivoliitto 2015c.)

Aivoverenkiertohäiriöt voidaan jakaa karkeasti iskemiaan ja hemorragiaan. Iskeemialla tarkoitetaan aivokudoksen paikallista verettömyyttä, ja hemorragialla tarkoitetaan aivovaltimon verenvuotoa. Iskemia ja hemorragia aiheuttavat vaurioita aivojen kudokseen, ja ne voivat aiheuttaa pysyviä vaurioita aivoissa. Iskeemiset aivoverenkiertohäiriöt voidaan jaotella aivoinfarktiin ja TIA:n eli ohimenevään iskeemiseen kohtaukseen. Aivoinfarktin voi aiheuttaa embolisaatio eli verihyytymä, joka on peräisin jostain muualta kehosta tai trombosoituminen

eli aivovaltimoon muodostunut tukkeuma. Embolisaatio tai trombosoituminen voivat aiheuttaa tukoksen aivoissa olevaan verisuoneen, jolloin osa aivoista jää ilman verta, jonka jälkeen aivokudos alkaa kuolioitua eli nekrotisoitumaan. Aivovaltimoiden verenvuodot voidaan jaotella Intracerebral hemmorrhageaan (ICH) eli aivojen sisäiseen verenvuotoon, joka sijaitsee aivoaineessa tai subarachnoidal hemmorrhageaan (SAV) eli verenvuotoon, joka tapahtuu lukinkalvon alaisessa tilassa. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 27–28.) TIA eli transient ischemic attack kestää yleisimmin 2-15 minuuttia, harvemmin yli tuntia. TIA:ssa aivoissa on paikallinen verettömyys, joka kuitenkin ei ole ollut pitkäkestoinen. (Tarnanen, Lindsberg, Sairanen & Vuorela 2011.)

Aivoinfarktin yksi tärkeimmistä riskitekijöistä on ikä. Korkean iän lisäksi muita riskitekijöitä ovat kohonnut verenpaine, keskivaratalolihavuus, tupakointi, eteisvärinä, sydän - ja verisuonistosairaudet, dyslipidemiat ja diabetes. (Lindsberg ym. 2011.) Edellä mainittujen riskitekijöiden lisäksi vähäinen liikunta, runsas alkoholin käyttö ja perinnölliset tekijät ovat riski saada aivoverenkiertohäiriö (Salmenperä ym. 2002, 33). Maailmanlaajuisesti tärkein riskitekijä iän lisäksi on korkea verenpaine. Joka kymmenes aivoverenkiertohäiriöön kuolleista olisi voinut selvitä, jos verenpaine olisi ollut hoitotasapainossa. Alle 65-vuotiaista aivoverenkiertohäiriöön kuolleista kahdella viidestä on ollut taustalla tupakointi. Kuoleman riski aivoverenkiertohäiriössä pitkälti riippuu verenkierron häiriön tyypistä. (World health organization 2015a.)

2.2 Aivoverenkiertohäiriöiden esiintyvyys

Suomessa aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu noin 25 000 henkilöä vuosittain. Vuonna 2009 on arvioitu olleen 82 000 aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta. 82 000:sta noin 14 600 sairastui aivoinfarktiin, ja aivoverenvuotoon sairastui noin 4 000. (Aivoliitto 2015b.) Suomen sydänliiton tietojen mukaan vuonna 2012 Suomessa aivoinfarktin sairasti ensimmäistä kertaa 14 600 henkilöä ja sairastuneista noin 2500:lla aivoinfarkti uusiutui. Aivoverenvuotoa eli ICH:ta esiintyi Suo-

messa joka vuosi 2 600 henkilöllä ja lukinkalvonalaista vuotoa eli SAV:a ilmeni 1 300 henkilöllä vuonna 2012. (Suomen Sydänliitto ry 2012.) Arvion mukaan aivoverenkiertohäiriöt lisääntyvät vuoteen 2030 mennessä jopa 20 000 uudella tapauksella. Aivoverenkiertohäiriötapauksien lisääntymisen arvio perustuu ikääntyvän väestön määrän kasvuun, koska aivoverenkiertohäiriöiden tärkeimmäksi riskitekijäksi luokitellaan korkea ikä. (Lindsberg ym. 2011.)

Maailmanlaajuisesti 15 miljoonaa ihmistä sairastuu aivoverenkiertohäiriöön vuosittain. Sairastuneista noin viisi miljoonaa kuolee aivoverenkiertohäiriöön vuosittain. Noin viiden miljoonan ihmisen toimintakyky heikkenee huomattavasti aivoverenkiertohäiriön seurauksena ja he tarvitsevat päivittäin apua joko perheeltään tai yhteisöltä. Maailmanlaajuisesti katsottuna alle 40- vuotiailla aivoverenkiertohäiriötä ilmenee harvemmin. Nuoremmilla voi myös esiintyä aivoverenkiertohäiriöitä, mutta silloin yleensä pääsyyinä verenkierron häiriöön on korkea verenpaine. (World Health Organization 2015b.)

Vuosittain aivoverenkiertohäiriöihin kuolee Suomessa noin 2 600 naista ja 1 800 miestä. Kuolleisuus on vähentynyt puolella viimeisen parinkymmenen vuoden aikana. (Suomen sydänliitto ry 2012). Vielä 1990- luvulla aivoverenkiertohäiriöpotilaita ei pidetty kiireellistä hoitoa vaativina potilaina. Aivoverenkiertohäiriöpotilaille otettiin kliniseen käyttöön liutushoito 2000-luvun alussa, jolloin aivoverenkiertohäiriöpotilaista tuli neurologisia hätätilannepotilaita. Liutushoidon aloittaminen vähensi kuolleisuutta, koska hoitoon pääsemisen aika lyhentyi huomattavasti. Ensihoitoyksiköissä aivoverenkiertohäiriöpotilas siirtyi kiireellisyysluokituksessa loppupäästä kiireellisimpiin tehtäviin. (Kuisma ym. 2013, 396.)

2.3 Aivoverenkiertohäiriöoireiden tunnistaminen

Aivoverenkiertohäiriöissä oirekuvassa on pieniä eroavaisuuksia sen mukaan, missä aivovaltimossa vuoto tai tukos on, tai missä kohdassa aivoja sisäinen vuoto sijaitsee. Aivoverenkiertohäiriöissä oirekuva on yleensä toispuoleinen. Toispuoleinen oirekuva voi ilmetä toisen puolen raajojen osittaisena heikkoutena, osittaisena halvauksena eli hemipareesina tai toisen puolen täydellisenä halvaantumisena eli hemiplegiana. Toispuoliset oireet ilmenevät yleensä aivoissa sattuneen vaurion vastakkaisella puolella. Muita mahdollisia oireita ovat paikoittaiset puutumiset tai tuntohäiriöt, puheen tuottamisen tai ymmärtämisen vaikeus sekä roikkuva suupieli. Oirekuvaan voi kuulua myös näköhäiriöitä, kaksoiskuvia, huimausta, tasapainohäiriöitä tai sekavuutta. (Atula 2015a.) Aivoverenkiertohäiriössä oireena voi olla pupillin epänormaali reagoiminen valolle. Pienet pistemäiset pupillit voivat viestiä laajasta aivorungon vuodosta. Toispuolinen tai molempien silmien katsedeviaatio voi olla oire aivoverenvuodosta tai aivoinfarktista. Toisen pupillin katsedeviaatio voi viitata aivorunkovaurioon. (Kuisma ym. 2013, 157.) Oireet voivat olla fluktoivia eli vaihtelevia tai progredisoivia eli eteneviä, joten oirekuvassa voi tapahtua muutoksia koko ajan (Salmenperä ym. 2002, 34).

Aivoinfarktissa oireet syntyvät yleensä äkillisesti, kun taas aivoverenvuodon oirekuva voi kehittyä hitaammin. (Atula 2015a.) Yleisin oire iskeemisessä aivoinfarktissa on kehon toispuolinen heikkous ja puheen tuottamisen vaikeutuminen. Aivoverenvuoto aiheuttaa yleensä päänsärkyä. Päänsärky on oireena epätyypillisempää muilla aivoverenkiertohäiriöillä. Aivoverenkiertohäiriöoireet voivat olla joskus harhaanjohtavia oireiden monipuolisuuden ja vaihtelevuuden vuoksi. (Yew & Gheng 2009.)

TIA:n eli ohimenevän aivoverenkiertohäiriön oireet ovat samankaltaisia kuin muissa aivoverenkiertohäiriöissä, mutta oireet ovat ohimeneviä. TIA:n oireet alkavat äkisti niin kuin aivoinfarktissakin. Kaikissa aivoverenkiertohäiriöepäilyissä pitää hakeutua sairaalaan, vaikka oireet menisivät ohi ennen sairaalaan pääsyä. Sairaalaan on tärkeää hakeutua, vaikka oireet menisivätkin ohi, koska tut-

kimuksen mukaan melkein yhdellä kymmenestä ilmenee aivoverenkiertohäiriö viikon sisällä TIA-oireiden alkamisesta. (Atula 2015.) Suositusten mukaan hätänumeroon tulisi soittaa heti, kun oireita ilmenee. Yleensä oireita jäädään seurailemaan, mikä on virhe, koska liuotushoidon aikaikkuna on kuitenkin suhteellisen lyhyt aika jos hoitoon ei hakeuduta välittömästi. (Yew ym. 2009.)

2.4 Aivoverenkiertohäiriöpotilaan tutkiminen

Neurologisen potilaan tutkiminen vaatii apuvälineitä, ja se vaatii aikaa. Tutkimuksella pyritään selvittämään vaurion sijaintia. Neurologiset oireet voivat olla nopeasti ohimeneviä tai oireet voivat olla eteneviä, joten on erityisen tärkeää havainnoida jokainen vaihe mahdollisimman tarkasti ja kirjata omat havainnot huolellisesti potilaan tietoihin. Aivoverenkiertohäiriöissä on ensiarvoisen tärkeää, että epäily verenkiertohäiriöstä heräisi mahdollisimman pian oireiden alkamisesta. (Kuisma ym. 2013, 151–153.)

Hoitokodissakin on ensiarvoisen tärkeää, että oireiden alkamisen ajankohta kirjataan ylös huolellisesti ja oireiden luonne kuvaillaan mahdollisimman tarkasti. Neurologinen potilas voi olla jo täysin oireeton ennen kuin hän pääsee neurologin luokse. Huolellisen kirjaamisen ja havainnoinnin myötä sairaalassa osataan verrata, ovatko oireet muuttuneet oireiden alkamisesta siihen hetkeen, kun potilas on päässyt sairaalahoitoon. (Kuisma ym. 2013, 151–153.) On myös tärkeää hakea apua riittävän ajoissa aivoverenkiertohäiriötä epäiltäessä, jotta potilas saataisiin sairaalaan mahdollisimman pian liuotushoitoon. Liuotushoito tulisi aloittaa neljän ja puolen tunnin sisällä oireiden alkamisesta. (Salmenperä ym. 2002, 49.) Liuotushoidon teho heikkenee kyseisen neljän ja puolen tunnin aikaikkunan jälkeen (Lindsberg ym. 2011).

Oireiden tunnistamiseksi hoitajan tulisi havainnoida asiakkaan tajunnantaso, puolieroja, puheen tuottamista ja pupillien valoreaktiota. Kyseisten toimintojen häiriöt ovat helposti testattavissa nopeasti. Tajunnantason laskusta voi kertoa epätavallinen unettomuus tai henkilö on hankalasti heräteltävissä. Tajunnanta-

son voi varmistaa tarkistamalla, reagoiko asiakas puheelle tai kosketukselle, noudattaako potilas kehoituksia, onko asiakas orientoinut aikaan ja paikkaan. Jos henkilö ei reagoi kosketukseen tai puheeseen, tulisi kokeilla reagoiko henkilö kipuun. (Salmenperä ym. 2002, 29, 44–45.)

Aivoverenkiertohäiriötä epäiltäessä henkilöä voidaan pyytää puristamaan hoitajan kumpaakin kättä. Näin voidaan arvioida asiakkaan käsien puristusvoimia. Puristusvoimissa voidaan mahdollisesti havainnoida toisen käden heikentynyt tai olematon puristusvoima, jolloin voidaan todeta asiakkaalla olevan puolieroja käsien voimissa. Puolieroja testatessa voidaan myös pyytää henkilöä nostamaan molemmat kädet suorana eteensä ja pyydetään laittamaan samalla silmät kiinni. Edellä mainitun testin aikana havainnoidaan, alkaako toinen käsistä laskeutua tai kiertyä sisäänpäin. Käden laskeutuminen on yksi neurologinen oire, joka voi kertoa kehon toisen puolen heikkoudesta. (Kuisma ym. 2013, 154–158.)

Aivoverenkiertohäiriötä epäiltäessä voidaan myös pyytää asiakasta hymyilemään. Näin nähdään selkeämmin suupielen roikkuminen, jos kyseiselle henkilölle ilmaantuu puolieroja kasvoihin. Aivoverenkiertohäiriötä epäiltäessä on hyvä tarkistaa potilaan pupillit jo hoitokodissa jos jää aikaa ennen ensihoitoyksikön saapumista. Normaalit pupillit reagoivat valoon ja ovat symmetriset. Jos voidaan havaita pupillien olevan pistemäiset, niin kyseessä voi olla mahdollisesti verenvuoto aivorungossa. Vamman aiheuttamassa aivoverenvuodossa pupillit voivat olla laajat ja valojäykät. Katsedeviaatio vasemmalle tai oikealle voi mahdollisesti tarkoittaa laajaa aivoverenvuotoa tai aivoinfarktia. Toisen pupillin deviaation taustalla voi olla aivorunkovaurio. (Kuisma ym. 2013, 154–158.)

Aivoverenkiertohäiriöiden oireisto voi muistuttaa hypoglykemiaa samankaltaisten oireiden vuoksi. Viimeistään ensiavussa voidaan mitata verensokeria hypoglykemian poissulkemiseksi. Alhainen verensokeri voi aiheuttaa samankaltaisia oireita kuten puheen puuroutumista ja sekavuutta. (Tyrell, Rudd, Cullen, Richards, Swain, Turner, Wonderling, Bowmaster, Day, Ford, Hatton, Korner, McManus, Molyneux, Potter, Allison, Parker, Kickpatrick, Lamont, Morse, Rothwell, Baldwin & Willis 2008, 28.) Jos hoitokodissa jää aikaa ennen ambulanssin saapumista, olisi hyvä tarkistaa asukkaan verensokeri.

2.5 Hoitopolku ja moniammatillisuus

Aivoverenkiertohäiriöiden hoidossa on erityisen tärkeää hoitoketjun toimivuus. Toimiva hoitoketju takaa myös nopean hoitoon pääsemisen. Aivoverenkiertohäiriön oireiden alkaessa tulisi kutsua ambulanssi paikalle. Ensihoitoyksikkö kuljettaa aivoverenkiertohäiriöpotilaan ensiapuun. Ensiavussa suoritetaan lääkärin määräämät tutkimukset ja lääkäri varmistaa diagnoosin. Diagnoosin varmistamisen jälkeen aivoverenkiertohäiriön voi esimerkiksi hoitaa liuotushoidolla, jos hoidolle ei ole vasta-aiheita. Hoidon jälkeen aivoverenkiertohäiriöpotilaat siirretään yleensä AVH-yksikköön tarkkailuun. AVH-yksikössä aloitetaan myös varhaiskuntoutus. AVH-osastolla on moniammatillinen tiimi, joka on erikoistunut aivoverenkiertohäiriöiden hoitoon. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 355–358.) Moniammatillisessa kuntoutuksessa kuntoutukseen osallistuu eri ammattiryhmien edustajia. Eri ammattiryhmän edustajat yhdessä suunnittelevat kuntoutussuunnitelman ja toteuttavat kuntoutusta. Moniammatilliseen työryhmään voivat kuulua muun muassa lääkäri, sairaanhoitaja, puheterapeutti, sosiaalityöntekijä, neuropsykologi, fysioterapeutti ja kuntoutusohjaaja. (Wikström, Meretoja, Hietanen, Huusko, Ihalainen, Järvikoski, Karhuvaara, Kivekäs, Lindstram, Niinistö, Nyfos, Peurala, Pohjolainen, Vainikainen & Ylinen. 2008, 2.)

Kuntoutus aloitetaan aivoverenkiertohäiriöön erikoistuneella osastolla. Kuntoutus aloitetaan heti aivoverenkiertohäiriöpotilaan saavuttua sairaalaan. Alkuvaiheen kuntoutukseen tavoitteena on ehkäistä lisävaurioita sekä mahdollisia komplikaatioita. (Korpelainen, Leino, Sivenius & Kallanranta 2008, 257–260.) Kansainvälisen suosituksen mukaan aivoverenkiertohäiriöpotilas tulisi saada liikkeelle vuorokauden sisällä aivoverenkiertohäiriön alkamisesta. Varhaisen liikkumisen estää aivoverenkiertohäiriöpotilaan epävakaata tilaa. Ennen liikkeelle lähtöä on kuitenkin oltava varmoja, ettei se aiheuta komplikaatioita. (The intercollegiate stroke working party 2012, 134–135.) Alkuvaiheen kuntoutuksen jälkeen alkaa nopean kuntoutuksen vaihe eli intensiivinen kuntoutus. Intensiivinen kuntoutus kestää noin 3-6 kuukautta. Intensiivisen kuntoutuksen loppuvaiheessa te-

rapioissa pyritään käymään kotoa käsin ja kotiin voidaan järjestää mahdollisesti apua. Intensiivisen kuntoutuksen jälkeen alkaa ylläpitävä kuntoutuksen vaihe. Ylläpitävässä vaiheessa pyritään pitämään opittuja taitoja yllä. Ylläpitävässä vaiheessa kuntoutuja tarvitsee edelleen jatkuvaa motivointia, tukea ja ohjausta. Aivoverenkiertohäiriöpotilaille järjestetään myös sopeutumisvalmennuksia. Tiedon saaminen on tärkeää koko kuntoutumisprosessin aikana. (Korpelainen ym. 2008, 257–260.)

Aivohalvaus- ja dysfasialiiton teettämän tutkimuksen mukaan akuuttiosastolla saadun hoidon jälkeen noin puolet potilaista kotiutuu ja noin 35 prosenttia potilaista siirtyy terveyskeskuksiin, muihin sairaanhoitopiirin kuntoutusosastoille tai aluesairaaloihin. Tutkimuksessa on haastateltu Suomen kaikkia terveyskeskuksia sekä sairaanhoitopiirien yliopistollisia sairaaloita ja keskussairaaloiden aivoverenkiertohäiriön kuntoutuksesta vastaavia henkilöitä. Tutkimuksen mukaan ikääntyneet siirretään akuuttivaiheen jälkeen yleisimmin terveyskeskuksiin ja yksityisiin kuntoutuslaitoksiin kuntoutumaan, kun taas nuorempi väestö kuntoutetaan erikoissairaanhoidon kuntoutusosastoilla. Tutkimuksessa todetaan, että kuntoutumiseen pääsyssä on myös paikkakuntakohtaisia eroja. Tutkimuksen mukaan Joensuun alueella aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista yli 25 prosenttia pääsee moniammatilliseen kuntoutukseen. Tutkimuksessa tehdyn arvion mukaan vuonna 2006 moniammatilliseen kuntoutukseen pääsi kaiken kaikkiaan Suomessa 15–20 prosenttia sairastuneista. (Takala 2010, 9-19.)

2.6 Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat vauriot toimintakyvyssä

Aivoverenkiertohäiriö voi mahdollisesti aiheuttaa aivokudokseen hermokudosvaurioita, joita ei voi korjata. Aivoissa tapahtuvien vaurioiden laajuus ja sijainti määrittävät toimintakyvyssä tapahtuvien vajavuuksien määrän. Aivoista tuhoutuneet keskushermoston solut eivät uusiudu, mutta keskushermoston toiminta voi järjestäytyä uudelleen. Keskushermoston solut voivat luoda uusia yhteyksiä

hermosolujen välillä, joten on mahdollista oppia uusia toimintamalleja vanhojen tilalle. (Salmenperä ym. 2002, 54.)

Aivoverenkiertohäiriön sairastaneelle voi jäädä akuuttivaiheen jälkeisiksi vaurioiksi fyysisiä toimintakyvyn puutoksia. Näitä fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavia muutoksia voivat olla halvausoireet, jotka voivat ilmetä raajan aktiivisen liikkeen puuttumisena tai liikkeen heikentymisenä. Mahdollisesti voi myös esiintyä tuntohäiriöitä, esimerkiksi pintatunto voi muuttua, heikentyä tai puuttua kokonaan jostain kohdasta kehoa, yleisimmin raajoista. Aivoverenkiertohäiriön jälkitilana voi esiintyä lihastonusta eli lihasjänteyttä. Lihaspääntäisy voi lisääntyä tai laskea lihaksistossa. Sairastuneella voi myös esiintyä pusher- oireistoa eli työntämisen pakkoa, joka yliaktivoi toimivampaa puolta kehosta. Sekä voi olla myös vaikeuksia suorittaa tahdonalaisia liikkeitä, tätä oiretta nimitetään apraksiaksi. (Salmenperä, ym. 2002, 37)

Aivoverenkiertohäiriön jälkitilassa voi myös ilmetä erilaisia koordinaatiohäiriöitä tai tasapainohäiriöitä. Sairastumisen jälkitilana voi olla vaikeuksia tarkkaavaisuuden sekä paikkaan ja aikaan orientoitumisen kanssa sekä voi ilmetä muistin, ajattelun tai ongelmanratkaisunhäiriöitä. Sekä voi olla hankaluuksia oppia uusia asioita. Aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa toimintahäiriöitä suun ja nielun alueella sekä voi esiintyä dysfagiaa eli nielemisen vaikeuksia tai kasvojen pareesia, joka vaikeuttaa kasvojen ja suun liikkeiden hallintaa. (Salmenperä ym. 2002, 38.)

Aivoverenkiertohäiriöt voivat aiheuttaa sairastuneelle kognitiivisia häiriöitä tai neuropsykologisia erityishäiriöitä. Erityishäiriöihin kuuluvat puhehäiriöt eli afasia tai jargonia. Jargonia ilmenee niin, että puhe saattaa olla sujuvaa, mutta täynnä sanavääristymiä ja puheesta ei saa kunnolla selkoa. Afasiassa potilaan puhe voi olla sujuvaa, mutta sanojen hakemisessa on hankaluuksia. Afasiaa voi olla eriasteista (Atula 2015c). Neurologisiin erityishäiriöihin kuuluvat myös kirjoittamisen häiriö eli agrafia, laskemisen häiriö eli dyskalkulia, lukemisen häiriö eli dysleksia, toimintojen häiriöitä, esimerkiksi perseveraatiota eli juuttumista ja motoristen toimintojen häiriö eli apraksia, agnosia eli tunnistamisen häiriö ja havainnoimisen häiriö. Neglect-oireyhtymä kuuluu myös neuropsykologisiin erityishäiriöihin. Neglect-potilas ei kykene havainnoimaan ympäristöään eikä kehoaan halvaantuneelta puolelta eikä neglect potilas pysty havainnoimaan tois-

puoleisia ärsyksiä ollenkaan. Yleisiin kognitiivisiin häiriöihin kuuluvat aivoverenkiertohäiriön jälkeinen henkisen tason lasku, oiretiedottomuus, muistihäiriöt ja käyttäytymisen häiriöt. (Korpelainen ym. 2008, 253–254.) Käyttäytymisen häiriöihin kuuluvat muun muassa apatia, aloitekyvyttömyys, hitaus, sietokyvyn laskeeminen, keskittymisen häiriö, vireystilan vaihtelu, depressio, tunteiden ailahtelu sekä pakkoitkua ja pakkonaurua. Aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa myös ääntämisen tai äänen tuottamisen häiriöitä. (Salmenperä ym. 2002, 38.)

Kognitiiviset häiriöt dementiaa lukuun ottamatta ovat yleisin häiriö 65–84-vuotiaiden aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden keskuudessa. Aivohalvauksen jälkeen on kuitenkin suuri riski dementiaan. Tutkimuksessa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista 32 prosentilla 75–85 vuotiaista ilmeni dementiaa vuonna 2002 aivoverenkiertohäiriön seurauksena. Neuropsykologiset oireet esiintyvät yleensä yhdessä. Yhdellä potilaalla saattaa olla monta erilaista kognitiivista häiriötä samanaikaisesti, jolloin voidaan puhua neuropsykologisesta oireyhtymästä. Tutkimuksen mukaan 451 potilaan joukosta 62 prosentilla ilmeni yksi tai useampi kognitiivinen häiriö. Yleisimmin esiintyvät kognitiiviset häiriöt ovat muisti-, orientaatio-, kielellisten toimintojen ja tarkkaavaisuuden häiriöt. (Pohjasvaara ym. 2002, 593–595.)

Aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa myös näköhäiriöitä. Näköhäiriöt voivat ilmetä kummankin silmän näkökenttäpuutoksena eli homonyymi hemianopiana tai diplopiana eli kaksoiskuvina. Aivoverenkiertohäiriön seurauksena voi ilmetä toisen silmän sokeutumista tai näkö voi huonontua huomattavasti toisesta silmästä. Sairastuneella voi myös edellä mainittujen oireiden lisäksi ilmetä tajunnantason muutoksia, raajojen jäykistymistä, päänsärkyä, pahoinvointia ja oksentelua sekä sairastuneella voi olla epileptisiä kohtauksia aivoverenkiertohäiriön jälkeen. (Salmenperä ym. 2002, 38.)

Neuropsykiatrisista oireista yleisin haitta aivoverenkiertohäiriön jälkeen on masennus. Muita neuropsykiatrisia haittoja voivat olla ahdistuneisuus, apatia, ahmimistaipumus, hyperseksuaalisuus ja persoonallisuuden muutokset. Harvinaisempia neuropsykiatrisia haittoja aivoverenkiertohäiriön seurauksena ovat mania ja kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä psykoottiset häiriöt. Sairauden seurauksena voi ilmetä aloitekyvyn puuttumista, hitautta ja sairastuneen sietokyky voi laskea. Masennusta voi ilmetä otsalohkopiirin vasemmanpuolen alueella tapah-

tuneessa verenkiertohäiriössä. Masennusta ilmenee noin 40 prosentilla, joilla vaurio sijaitsee otsalohkossa. (Vataja 2011, 152–157.)

3 Kuntoutumista edistävä hoitotyö

3.1 Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö

Rajasin opinnäytetyöni käsittelemään tarkkaavaisuuden häiriöihin kuuluvan neglect- oireyhtymän sekä masennuksen, koska kyseiset oireet ilmenevät noin puolella sairastuneista. Näiden kyseisten aiheiden lisäksi otin lähempään tarkasteluun kuntoutujan motivoimisen, asentohoidot ja halvaantuneenpotilaan avustamisen päivittäisissä toiminnoissa. Kyseiset aiheet valitsin alkukartoituksen perusteella. Tulen käsittelemää opinnäytetyössäni myös musiikin vaikutuksia kuntoutumisessa, koska kyseinen aihe on ajankohtainen ja itseäni erityisesti kiinnostava. Tarkastelen myös ikääntyneen kuntoutujan erityispiirteitä.

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutuksen tavoitteena on vähentää aivoverenkiertohäiriön seurauksena tulleen aivokudostuhon vaikutuksia toimintakyvyssä. Aivoverenkiertohäiriön kuntoutumisessa voidaan käyttää erilaisia terapeuttisia ja ongelmanratkaisua keskeisiä toimintatapoja. Kuntoutumisessa tulisi huomioida myös potilaan läheiset. (Wikström ym. 2008, 2.) Keskeistä kuntoutumista edistävässä hoitotyössä on hyvä perushoito ja kulmakivenä toimii kuntoutujan kannustaminen omatoimisuuteen (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 92).

Kuntoutumista edistävällä työtavalla tarkoitetaan työtappaa, jossa hoitajan tehtävänä on kannustaa ja tukea kuntoutujaa omatoimisuuteen. Hoitajan tehtävänä on opastaa kuntoutujaa, kuinka tulisi toimia esimerkiksi halvaantuneen raajan kanssa sekä antaa vinkkejä ja ohjeita kuinka kuntoutuja kykenee toimimaan arjessaan mahdollisimman itsenäisesti. Kuntoutumista edistävässä hoitotyössä

kulmakivenä toimii yhdessä tekeminen, hoitaja ei tee potilaan puolesta mitään vaan mahdollistaa kuntoutujalle itsenäisen toiminnan tilanteen sallimissa rajoissa. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 19.) Kuntoutumista edistävässä hoitotyössä hoitajan tehtävänä on sitoutua toimintakykyä ylläpitävään toimintaan ja toimia terveyslähtöisesti (Routasalo 2003, 129).

Jokaisella aivoverenkiertohäiriö kuntoutujalla tulisi olla kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmassa tulisi olla kuntoutujalle yksilöllinen suunnitelma kuntoutuksesta kokonaisuudessaan. Kuntoutussuunnitelma sisältää kuntoutuksen tavoitteen, tarpeen, kuntoutujan toimintakyvyn, sosiaalisen tilanteen, aiemman kuntoutuksen, kuntoutuksen seurannan sekä arvioinnin. Kuntoutussuunnitelmassa tulisi näkyä myös kuntoutukseen osallistuvat tahot. Terveystieteiden ammattilaisten tehtävänä olisi valvoa kuntoutussuunnitelman toteutumista ja toteuttaa kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Kuntoutussuunnitelman etenemisestä voi huolehtia kuntoutujan omahoitaja. Moniammatillinen työryhmä laatii kuntoutussuunnitelman akuuttivaiheen jälkeen kuntoutusyksikössä. Kuntoutussuunnitelmaa on laatimassa lääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi, sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitaja. (Sairanen 2011.)

Hoitajan rooli moniammatillisessa työryhmässä on arvioida ja tiedottaa muille kuntoutusprosessiin osallistuville kuntoutujan voinnista. Hoitaja ohjaa myös kuntoutujaa päivittäisissä toiminnoissa. Hoitaja on säännöllisesti läsnä aivoverenkiertohäiriöpotilaan arjessa, joten hoitaja tekee säännöllisin väliajoin arviota kuntoutumisen etenemisestä. Hoitajalla on myös tärkeä rooli kuntoutujan kannustajana sekä auttamassa motivoitumaan kuntoutumisprosessiin. (Stroke recovery association NSW 2014.)

Aivoverenkiertohäiriöiden laajan oirekirjon vuoksi kuntoutuja tarvitsee monipuolista ja moniammatillista kuntoutumista (Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2007, 327). Aivoverenkiertohäiriön akuuttivaiheen jälkeen kuntoutus tulisi aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, koska tutkimusten mukaan johdonmukainen kuntoutus edesauttaa korjaamaan toiminnan vajautta. Mahdollisimman varhain aloitettu kuntoutus tukee keskushermoston hermosolujen uusien yhteyksien luomista, jotka ovat välttämättömiä hyvän toimintakyvyn säilyttämiseksi. Kuntoutumisen tulisi toteutua ympärivuorokautisesti. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuminen tu-

lisi suunnitella jo erikoissairaanhoidossa sairauden akuuttivaiheen jälkeen. Kuntoutuksen tavoitteena on saada luotua kuntoutujalle mahdollisimman hyvä toiminta- ja liikkumiskyky, jotta kuntoutuja kykenisi toimimaan mahdollisimman itsenäisesti aivoverenkiertohäiriön tuomista vaurioista huolimatta. (Salmenperä ym. 2002, 54.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutuksessa tulisi ottaa huomioon kuntoutuja yksilöllisenä persoonana. Aivoverenkiertohäiriöt vaikuttavat persoonalliseen ilmaisuun, vastaanottokykyyn sekä henkiseen prosessointiin. Aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutuksessa tulee ottaa huomioon kuntoutujan kokonaisvaltainen tilanne. Ei kuntouteta vain yhtä tiettyä häiriötä, vaan kuntoutetaan kokonaisvaltaisesti yksilöä. (Korpelainen ym. 2008, 251.)

3.2 Ikääntyneen kuntoutuminen

Tutkimusten mukaan ikääntyneet hyötyvät kuntoutuksesta yhtä paljon kuin nuoremmatkin. Ikääntyneiden kuntoutuksessa on kuitenkin syytä huomioida ikääntyneen aikaisempi kunto ennen aivoverenkiertohäiriöön sairastumista. (Sairainen 2011.) Kuntoutuksesta hyötyvät kaikki iästä tai sairauden vaikeusasteesta riippumatta. Tutkimuksen mukaan iäkkäiden on vaikeampi päästä moniammatilliseen kuntoutukseen. Moniammatilliseen kuntoutukseen pääsi heti sairastumisen jälkeen 15–20 prosenttia aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista vuonna 2006. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista kolme neljästä sairastuneista on ikääntyneitä. Joten ikääntyneiden kuntoutumiseen tulisi panostaa samalla tavalla kuin nuorempienkin kuntoutukseen. On arvioitu, että tehokkaalla kuntoutuksella kunta voisi säästää 50 000 euroa potilasta kohden, jos kuntoutus aloitetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa mahdollisimman tehokkaasti. (Jäkälä 2011, 332.)

Ikääntyneen kuntoutumisessa tulee ottaa huomioon kuntoutujan ikä, terveysongelma sekä aikaisemmin todetut sairaudet. Iäkkään kuntoutumisessa on tärkeää luoda tavoitteita. Iäkkään tavoitteet perustuvat yleensä konkreettisiin toimiin,

jotka auttavat ylläpitämään päivittäisiä toimintoja sekä parantaa elämänlaatua. läkkäät asettavat tavoitteet nykyisyyteen kun taas nuorten tavoitteet sijoittuvat yleensä enemmän tulevaisuuteen. Kuntoutumisprosessissa tärkeintä on, että kaikki kuntoutumisprosessiin osallistuvat ovat tietoisia tavoitteista ja henkilökunta työskentelee tavoitteiden saavuttamiseksi. (Routasalo 2003, 117–118, 125.)

Ikääntynyt Kuntoutuja tarvitsee yleensä kovia ja pehmeitä kuntoutumisen muotoja. Koviin kuntoutumisen muotoihin liittyvät kaikki erilaiset terapiat kuten esimerkiksi musiikkiterapia tai puheterapia. Pehmeisiin kuntoutumisen muotoihin sisältyy potilaan kuunteleminen, ohjaaminen, neuvominen ja rohkaisu. Pehmeistä muodoista vastaa yleensä hoitajat. Joillekin potilaille riittää pehmeä kuntoutus, mutta yleensä käytössä ovat molemmat. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2010, 448.)

Jos kuntoutumisen ympäristönä toimii hoivakoti, hoitajien olisi hyvä kiinnittää huomiota aktiiviseen päivärytmiin, sängyssä oloajan minimointiin, erilaisen toiminnan järjestämiseen sekä sosiaalisten kontaktien luomiseen muualla kuin omassa huoneessa. Riittävä lepo on kuitenkin tärkeää ikääntyneen kuntoutumisessa. Kuntoutuksen jatkuvuuden vuoksi on tärkeää, että hoivakotiin saapuessa omahoitaja perehtyy kuntoutusosastolla tehtyyn kuntoutussuunnitelmaan ja soveltaa sitä kuntoutujan ympäristön mukaiseksi. (Suvikas, Laurell & Nordman 2013, 354–356.)

3.3 Kuntoutujan motivoiminen

Kuntoutujaa voi auttaa motivoitumaan kuntoutumisenprosessiin tavoitteiden avulla. Yhdessä kuntoutujan kanssa voidaan asettaa välitavoitteita ja pitkän aikavälin tavoitteita. Tavoitteiden tulee olla saavutettavissa ja konkreettinen. Esimerkiksi kuntoutujalla voidaan asettaa tavoitteeksi vuoteesta nouseminen ja ruokapöydän ääreen käveleminen. Edellä mainitun tavoitteen voi jakaa välitavoitteiksi. Esimerkiksi ensimmäinen välitavoite voi olla vuoteesta nouseminen ja sen jälkeen pienien matkojen käveleminen tuen kanssa. Tavoitteiden laadin-

nassa on kuitenkin erityisen tärkeää, että tavoite on kuntoutujalta lähtöisin eikä muiden asettama vaatimus. (Routasalo 2003, 126.) Kuntoutuminen vaatii uudelleen orientointumista tilanteeseen ja omaan elämäntilanteeseen. (Suvikas ym. 2013, 117).

Kuntoutujan motivaatiota edistää myönteinen hoitosuhde, tukea antava ja ymmärtäväinen ilmapiiri, tyytyväisyys hoitoon ja hoitoympäristöön. Kuntoutuminen vaatii myös selkeän vuorovaikutuksen hoitajan ja kuntoutujan välillä. Onnistunut kuntoutumisprosessi vaatii kuntoutujan uskomisen tulevaisuuteen ja omaan itseensä. Ilman toivoa ja uskoa itseensä kuntoutujaa voi olla hankala saada motivoitumaan omaan kuntoutumiseen. Motivaatiota lisääviä tekijöitä voivat olla myös hoitajan ja kuntoutujan tasavertainen huumorin käyttö, kuntoutujan persoonallinen suhtautuminen, onnistumisen kokemukset, hoitajien osoittama huolenpito sekä välittäminen, luottamus hoitajiin, hoitajien rohkaisevat sanat sekä yhteistyö muiden kuntoutusprosessiin osallistuvien kanssa. Motivaation kehittymistä hankaloittavat kivun tuntemukset. Kaikki kuntoutuksessa tapahtuvat harjoitteet tulisivat olla kivuttomia tai harjoituksia edeltävästi tulisi huolehtia asianmukaisesta kipulääkityksestä. (Routasalo 2003, 124–128.)

Kuntoutuksen onnistumiseen tarvitaan myös ikääntyneen voimavarojen kartoittamista. Voimavarat auttavat ikääntynyttä motivoitumaan kuntoutukseen. Voimavaraksi voidaan käsittää mikä tahansa asia, minkä kuntoutuja itse kokee itselleen tärkeäksi. Voimavarat voivat liittyä kuntoutujan ympäristöön tai omaan itseensä. Ympäristön tuomia voimavaroja voi olla esimerkiksi esteettömän liikumisen mahdollisuus ja asunnon toimivuus. Sosiaalisia voimavaroja voivat olla ihmiskontaktit. Ihmiskontakteilta voi saada emotionaalista tukea, tietoa sekä konkreettista avustusta. Hoivakodissa hoitaja on yksi tärkeimpiä sosiaalisen voimavaran antajia, koska on kuntoutujan kanssa tekemisissä päivittäin. On tärkeää myös luoda kuntoutujalle tunne yhteenkuuluvuudesta sekä kokemuksesta ettei ole yksin. Itsestään lähteviä voimavaroja voi olla esimerkiksi huumorin käyttö tai hyvä fyysinen kunto. (Suvikas ym. 2013, 112–117, 358.)

3.4 Neglect-oireyhtymän kuntoutuminen

Kognitiivisten häiriöiden kuntoutumisen on todettu olevan nopeinta ensimmäisen kuuden kuukauden aikana sairastumisesta. Kognitiivisten häiriöiden kuntoutuminen tapahtuu hitaammin kuin esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn kuntouttaminen. (Korpelainen ym. 2008, 254.) Neuropsykologisessa kuntoutumisessa keskitytään pääasiassa lieventämään kognitiivisia haittoja kuten esim. neglectiä. Neglect potilas ei kykene huomioimaan toispuoleisia aistiärsykyitä. Neglect vaikuttaa huomattavasti päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. (Salmenperä ym. 2002, 69.)

Neglect- oireita ilmenee keskimäärin 45 prosentilla sairastuneista. Kyseiset oireet ennustavat yleensä heikkoa toimintakyvyn palautumista. Neglect on yleinen haitta oikeanpuoleisen aivopuoliskon verenkiertohäiriöille, mutta sitä voi ilmetä myös vasemman aivolohkon vaurioissa. Vasemman aivolohkon vaurioissa diagnosoimista hankaloittaa vasemman aivopuoliskon vaurioille tyypillinen kielellinen häiriö esimerkiksi afasia. (Jehkonen, Nurmi & Kuikka 2015, 65–66.)

Neglect oireet voidaan jakaa visuaaliseen, auditiiviseen, taktiiliseen ja motoriiseen muotoon. Visuaalisissa oireissa kuntoutujalla on näön tarkkaavaisuuden häiriöitä, auditiivisissa oireissa kuulonvaraisia häiriöitä, motorinen tarkkaavaisuuden puute liittyy oman kehon hallitsemiseen ja taktiinen häiriö liittyy tuntoärsykyiksiin. Kyseiset oireen muodot voivat esiintyä yhdessä tai erikseen. (Jehkonen ym. 2015, 64–66.) Neglect - oireet vaativat neuropsykologista kuntoutumista, mutta kuntoutumista edistävällä työotteella on myös merkitystä tarkkaavaisuus häiriöiden kuntoutumisessa. Neglect hidastaa potilaan kuntoutumista myös fyysisellä osa-alueella esimerkiksi yleensä halvaantuneen raajan aktivointi ja kuntoutuminen on hitaampaa jos potilaalle todetaan myös neglect oireita. Alkuvaiheessa neglect oireisella potilaalla voi olla vaikeuksia hahmottaa ja hyväksyä sairauttaan, joka voi myös vaikeuttaa potilaan motivoitumista kuntoutumiseen. (Jehkonen, Yliranta, Rasimus & Saunamäki, 2013.)

Neglect -oireinen potilas tarvitsee pitkäaikaista ja johdonmukaista ohjausta päivittäin. Kyseisten oireiden kuntoutumisessa pyritään harjoittamaan potilaan ympäristön havainnoimista ja oman kehon tunnistamista. Kuntoutumista voidaan edistää pyytämällä säännöllisesti potilasta kiinnittämään huomiota oman kehon symmetriaan sekä hänelle voidaan antaa tuntoärsykeitä. Hoitajan tulisi tehdä kaikki toiminnot huomiotta jäävältä puolelta esimerkiksi keskustelu ja hoito-toimenpiteet. Erilaiset aistiärsykkeet, jotka tulevat huomiotta jäävältä puolelta edesauttavat potilaan havainnointia, ongelmanratkaisukykyä ja kehon symmetrian huomioimista. (Salmenperä ym. 2002, 69.)

3.5 Masennus

Ikääntyneen masennukseen liittyy usein sairaus kuten aivoverenkiertohäiriö tai sydäninfarktiin. Somaattisen sairauden aiheuttama toimintakyvyn heikkeneminen vaikuttaa masennustilan vakavuuteen. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 159.) Masennusta esiintyy aivoverenkiertohäiriöön sairastuneille noin puolella. Akuuttivaiheen masennus voi parantua ensimmäisten kuukausien aikana ilman hoitoa, koska se voi liittyä elimellisiin muutoksiin aivoissa. Masennus hidastaa myös muuta toiminnallista kuntoutumista ja masennus kasvattaa riskiä joutua pitkäaikaiseen laitoshoitoon hitaan edistymisen vuoksi. (Sairanen 2011.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen on yleensä potilaalle kriisi. Potilas joutuu sopeutumaan uudenlaiseen elämään, jossa hän ei kykene toimimaan kuten ennen. Shokkivaiheessa sairastunut ei vielä kykene ymmärtämään kuinka paljon oma elämäntilanne voi muuttua sairauden myötä. Sairastunut voi joutua, esimerkiksi vaihtamaan kotiaan heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. Sairauden tuoma oiretiedottomuus voi myös hankaloittaa uuteen tilanteeseen orientoitumista. Oiretiedottomuus myös hankaloittaa avun tarpeen hyväksymistä. Kriisi voi aiheuttaa sairastuneelle ahdistuneisuutta ja unettomuutta sekä masennusta eli depressiota. Kriisin vuoksi sairastuneen ja omaisten on vaikea ottaa tietoa

vastaan sairaudesta, joten sen vuoksi olisi tärkeää, että tietoa tarjotaan myös myöhemmässä vaiheessa. (Salmenperä ym. 2002. 71–72.)

Aivoverenkiertohäiriön sairastaneella ikääntyneellä saattaa ilmetä vakavaa masennusta jopa 2-3 vuoden jälkeen sairastumisesta. Vakavasta masennuksesta kärsivä ikääntynyt voi tarvita jopa psykiatrista sairaalahoitoa. Aivoverenkiertohäiriön sairastaneilla ikääntyneillä voi olla hankalaa motivoitua kuntoutukseen tai masennus voi heikentää huomattavasti kuntoutumisen tuloksia. Masennuksen tunnistaminen ja hoito on tärkeää, jotta kuntoutuminen voisi edetä. Masennuksen ilmentyminen kasvattaa ikääntyneiden muistisairauden riskiä. (Santala & Juva 2011, 322–323.)

Masennuksessa hoitajan tärkein tehtävä on tunnistaa masennuksen oireita, jotta masennuksen hoito voitaisiin aloittaa. Masennuksen eli depression tunnusmerkkejä ovat energisyyden lasku, epätavallinen väsymys, mielialan lasku, mielihyvä tuntemuksen häviäminen, toimintakyvyn väheneminen, alakuloisuus, turtuneisuus, ärtyneisyys, elämänilon väheneminen, voimattomuus, aloitekyvyttömyys, mielenkiinnon menettäminen asioihin, henkilökohtaisen hygienian laiminlyönti, vaikeudet tulla muiden kanssa toimeen, aiheettomat syyllisyyden tunnot, tunteiden ilmaisun kyvyttömyys, keskittymisvaikeudet, muistin heikkeneminen, unihäiriöt, motorinen hitaus ja kuoleman ajattelu. (Hietaharju & Nuutila 2010, 40–41.) Ikääntyneillä on samanlaisia yllämainittuja oireita kuin nuorillakin, mutta ikääntyneiden masentuneisuus saattaa tulla myös ilmi somaattisen sairauden oireiden valittamisena. Ikääntyneillä voi eritoten ilmentyä ruokahaluttomuutta, painonlaskua, psykomotorista kiihtyneisyyttä, itsetuhoisuutta sekä rangaistustai köyhyysarhaluuloja. (Tilvis ym. 2010, 159.) Masentunut ihminen voi vältellä sosiaalisia kontakteja. Erityisesti masentunut voi vältellä ihmisiä, jotka yrittävät auttaa häntä. Vakavassa masennuksessa on suuri itsetuhoisuuden riski. (Ahmad, Brashear, Cherney, Johnson, Johnston, Lennihan, MaCDonell, McLaughlin, Miller, Moore, Naylor, Page, Prvu-Bettger, Schaetzle, Schneiders, Sisto, Tarvestad, Whitney & Zorowitz 2010, 22–23.)

Hoitajan tehtävänä on luoda turvallista ja luottamusta herättävää ilmapiiriä. Hoitajan tehtävänä on kannustaa masentunutta huolehtimaan itsestään, koska masentuneella itsellään ei ole yleensä halua huolehtia ruokailuista, peseytymisestä ja muista päivittäisistä toiminnoista. Masentuneella voi olla vahva tunte-

mus siitä, ettei hän ansaitse hoitajan antamaa hoitoa ja huolenpitoa. Hoitaja voi omalla asenteella osoittaa masentuneelle kunnioitusta ja arvostusta. Hoitajan on hyvä osoittaa kiinnostusta kuntoutujaa kohtaan, koska masentunut voi olla todella passiivinen. Tärkeää on antaa kuntoutujalle aina toivoa ja antaa masentuneelle tunne siitä, ettei hän ole yksin tilanteessa. (Hietaharju ym. 2010, 128–129.)

3.6 Asentohoidot

Asentohoitoon tulisi kiinnittää huomiota, koska hyvin toteutettu asentohoito edistää verenkiertoa ja helpottaa hengittämistä. Kunnollinen asentohoito auttaa myös kuntoutujaa aistimaan kehoaan, joka edesauttaa kuntoutujan liikkumista. (Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 175.) Halvaantuneissa raajoissa alkaa ilmetä vähitellen alkuvaiheen lihasvelttouden jälkeen jäykistymistä eli spastisuutta. Spastisuus voi aiheuttaa raajoihin virheasentoja ja näin spastiseen raajaan tulee kipuja. Kuntoutus olisi hyvä aloittaa ennen spastisuutta, koska spastisuus voi aiheuttaa hankalia virheasentoja, jotka vaikeuttavat kuntoutusta. Halvauksen jälkeen kuntoutujalla voi ilmetä liike- ja asentotunnon heikkoutta. Halvaantuneet raajat voivat olla hankalissa asennoissa, koska kuntoutuja ei kykene aistimaan virheasentoja. (Medina ym. 2006, 173–175.)

Yleisimmin kipua saattaa esiintyä halvaantuneen puolen olkapäässä tai kädessä. Kipua halvaantuneeseen raajaan aiheuttaa erityisesti spastisuus tai velttous. Käden spastisuutta, ja kipua voidaan ehkäistä oikein ohjatulla fyysisellä ohjauksella. Tärkeintä kipeän olkapään huomioimisessa on kivunhoito. On tärkeää selvittää kivun syntymekanismi, jotta kipua voidaan hoitaa. Syntymekanismien paikantamisessa on hyvä hyödyntää fysioterapeutin osaamista. Olkapään kipu voi muun muassa johtua virheasennosta. Virheasentoja ja kiputiloja voidaan korjata tukemalla nivel vapaaseen ja kivuttomaan asentoon. (Forsbom, Kärki, Leppänen & Sarainen 2001, 33, 37.)

Halvaantuneen tulee kiinnittää huomiota lepoon ja erityisesti lepoasentoihin. Aivoverenkiertohäiriöpotilaalle paras asento on kylkiasento. Kylkiasento voi olla

kummalla kyljellä tahansa. Kylkiasennossa syljen aspiroimisen riski vähenee. (Salmenperä ym. 2002, 57–58.) Hyvällä lepoasennolla voidaan ehkäistä makuuhaavojen syntymistä, parantaa nivelten liikkuvuutta, edesauttaa hengitystä sekä parantaa kehon tuntoaistimuksia. Valveillaoloaikana lepoasentoja tulee vaihtaa vuodepotilaalla kahden tunnin välein. Asentojen vaihdon yhteydessä ikääntynyttä tulisi aktivoida mahdollisimman paljon omatoimisuuteen. Yöllä asentoja tulee vaihtaa harvemmin, jotta ikääntynyt saisi mahdollisimman paljon yhtenäistä unta. (Forsbom ym. 2001, 77.)

Selällään makaaminen lisää spastisuuden kehittymisen riskiä. Selällään ollessa asentoa tulee tukea tyynyillä, jotta esimerkiksi hartialinja pysyisi samalla tasolla. Kuntoutuja voi oppia aistimaan kehoaan paremmin, jos hän makaa myös halvaantuneella kyljellä. Tyynyjä tulee käyttää apuna hyvän kylkiasennon saamiseksi. Tyynyillä asennosta saadaan mahdollisimman miellyttävä ja tukeva. Kylkiasennossa tarvitaan kolme tyynyä, yksi pään alle, toinen selän taakse ja kolmas koukussa olevan jalan alle. Kuntoutujaa tulisi ohjata aina halvaantuneelta puolelta. Istuessa tulisi huomioida halvaantuneiden raajojen asento. Kättä voidaan tukea tyynyillä tai pöytälevyllä hyvään asentoon, jotta olkapään nivel saataisiin vapaaseen asentoon. Istuma-asennossa asentoa voidaan tukea suoremaksi laittamalla tyyny kyljen ja käsinojan väliin, jottei asento ala kallistumaan halvaantuneelle puolelle. (Medina ym. 2006, 174–176.)

3.7 Päivittäisissä toiminnoissa avustaminen

Kognitiivisen, psyykkisen ja fyysisen suorituskyvyn muutokset vaikuttavat paljon päivittäisissä toiminnoissa selviytymiseen. Päivittäisistä toiminnoista selviytymisen tarkoittaa sitä, että on kykeneväinen hoitamaan arjen askareita, ja kykenee selviytymään päivittäin tapahtuvista toiminnoista kuten pukeutumisesta, peseytymisestä ja ruokailusta. Aivoverenkiertohäiriön jälkeen päivittäisistä toiminnoista selviytymisen kyky laskee. Arvion mukaan päivittäin apua tarvitsevat noin 8–28 prosenttia sairastuneista. Kuntoutumisessa ohjataan ja neuvotaan kuntoutu-

jalle uusia toimintatapoja päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. (Korpelainen ym. 2008, 254–255.) Suositusten mukaan jokaiselle kuntoutujalle tulisi ohjata päivittäisistä toiminnoista selviytyminen, jotta kuntoutuja kykenisi toimimaan omatoimisesti mahdollisimman monipuolisesti. Kyseisen ohjauksen tulisi tapahtua aivoverenkiertohäiriöihin erikoistuneella osastolla. (The Intercollegiate stroke working party 2012, 104.)

Kommunikointi ja ohjaus voi olla haastavaa, jos ikääntyneellä on kielellinen häiriö. Kielellinen häiriö voi esiintyä muun muassa afasiana tai apraksiana. Apraksia ilmenee usein samanaikaisesti afasian kanssa. Afasia voi ilmetä eriasteisina puheen ymmärtämisen tai tuottamisen vaikeutena. Apraksiaan liittyy tahdonalaisten liikkeiden suorittamisen vaikeus, esimerkiksi ikääntynyt ei kykene tuottamaan ääntä haluamallaan tavalla. Apraksiapotilaat voivat saada ilmaistua itseään helpommin esittämällä asiansa laulamalla. Kommunikointia helpottavia asioita ovat: tilanteen rauhallisuus, annetaan ikääntyneelle tarpeeksi aikaa keskittymiseen sekä sanojen muodostamiseen. Muita tukevia tekijöitä ovat katsekontakti, ilmeet, eleet, puolesta puhumisen välttely, palautteen antaminen ja selkokieliisyys. Selkokieliisyydessä on tärkeää muistaa sanoa lyhyitä lauseita selkeästi. Keskusteluun tulee osallistua vain yksi henkilö kerrallaan, se tuo selkeyttä keskusteluun ja kuntoutujan on myös helpompi keskittyä. Ikääntyneelle on tärkeää antaa palautetta onnistumisesta, jotta hän saisi lisää motivaatiota harjoitteluun. (Medina ym. 2006, 176–177.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilailla voi ilmetä nielemisen häiriötä eli dysfagiaa. Nielemishäiriöt korjaantuvat yleensä parissa viikossa. Pysyvissä nielemisenhäiriöissä kuntoutujaa voidaan ohjata nielemään toimivamman puolen kautta. Kokeilussa pyydetään painamaan leuka kohti rintakehää ja kääntämään pää kohti halvaantunutta puolta. Tällä asennolla suljetaan hieman halvaantuneen puolen nielua, ja ruoka menee nielussa terveeseen puoleen kautta ruokatorveen. Nielemistä tulisi ohjata kokenut hoitohenkilökunta tai toimintaterapeutti, koska nielemisen häiriöissä on suuri riski aspiroida ruokaa henkitorveen. (Salmenperä ym. 2002, 425.)

Aspiraatio riskin vuoksi on hyvä kiinnittää huomiota ruoankoostumukseen. Nielemisen häiriöistä kärsivän ruoan koostumuksen tulisi olla sileää ja helposti nieltävää. Juomia voidaan sakeuttaa, joka helpottaa juomien nielemistä. Aivove-

renkiertohäiriöpotilaan ruokailussa tulee kiinnittää huomiota erityisesti hyvään ruokailuasentoon. Ruokailuasennossa tulee pyrkiä kunnolliseen istuma-asentoon, ja parhaiten asennon saa tukevaksi istumalla tukevalla tuolilla. Ruokailuasennossa tulee huomioida halvaantuneen tai halvaantuneiden raajojen tukeminen. Istuma-asento tulee olla hieman eteenpäin kallistettu ja pää taivutettuna hieman halvaantuneelle puolelle. (Salmenperä ym. 2002, 425.)

Neglect-oireesta kärsivillä potilailla voi olla vaikeuksia hahmottaa ruokalautasen toinen puoli. Neglect-oireiselle on hyvä huomauttaa lautasella olevan vielä ruokaa tai kääntää lautasta ruokailun edetessä. Ruokailun jälkeen on hyvä tarkistaa suu. Aivoverenkiertohäiriöpotilailla jää helposti ruokaa halvaantuneen puolen poskeen. (Salmenperä ym. 2002, 57–60.) Kuntoutujan ruokavalioon tulee kiinnittää huomiota toimintakyvyn muutoksen vuoksi. Toimintakyky laskee aivoverenkiertohäiriön myötä, joten kuntoutujalla on suurempi riski kerryttää painoa lisää. Ylipainon kertymistä voidaan ehkäistä aikaisella puuttumisella, ja kuntoutujan kanssa keskustelemisellä. Ylipaino vaikeuttaa liikkumista ja vaikuttaa siten kuntoutumisprosessiin. On kuitenkin huolehdittava, että energiaa saadaan tarpeeksi ruoasta. (Ahmad ym. 2010, 7)

Istumatasapaino on tärkeää olla hallussa ennen kuin pukeutuminen ja riisuuntuminen voi onnistua ohjattuna. Havainnoimisen häiriöt voivat hankaloittaa pukeutumista ja riisumista. Osaston kiire ja kuntoutujan puutteet aktiiviseen toimintaa pukeutumisessa ja riisumisessa voi olla haaste omatoimisuuden ohjaamiseen. Tällöin on kuitenkin hyvä antaa kuntoutujalle aistituntemuksia pukeutumisen yhteydessä. Hoitaja voi antaa aistituntemuksia pukemalla ja riisumalla vaatteet ihoa pitkin. Vaatteiden liu'uttaminen ihoa pitkin auttaa kehon hahmottamisessa. Kuntoutujaa neuvotaan käyttämään tervettä kättä apunaan, ja kannustetaan pukeutumaan mahdollisimman pitkälle omatoimisesti. Pukeutumisessa voidaan käyttää apuna myös pöytää, jolloin kuntoutuja voi asettaa pöydälle paidan sekä halvaantuneen käden. Kuntoutuja voi auttaa halvaantunutta kättä terveellä kädellä. Hoitajan tulee auttaa kumpaakin kättä pukeutumisessa, jotta terve käsi ei yliaktivoituisi. (Forsbom ym. 2001, 102, 106–107.)

Paitaa voidaan ohjata pukemaan myös toisella tavalla. Ohjataan kuntoutuja istumaan ja autetaan kuntoutujaa asettelemaan paita polvien päälle. Paita asetellaan sisäpuoli ylöspäin polvien päälle ja asetetaan halvaantuneen puolen hiha

polvien väliin näkyviin. Näin kuntoutuja voi pujottaa halvaantuneen käden hihaan, ja auttaa toimivammalla kädellä kiskomaan hihaa kohti hartiaa. Toimivammalla kädellä voi liu'uttaa kättä kaulusta pitkin niin, että paidan pystyisi vetämään toimivamman puolen olkapäälle. Jonka jälkeen terveen käden saa liu'utettua hihaan. Housujen pukemisessa ohjataan kuntoutuja istumaan tuolille, ja nostamaan halvaantuneen jalan toimivamman päälle ristiin ristiotteella. Jalkojen ollessa ristissä kuntoutuja voi helpommin auttaa housut jalkaan pujottamalla halvaantuneen jalan ensimmäisenä lahkeeseen. Halvaantuneen jalan voi samalla laskea toimivamman jalan vierelle, jolloin voi laittaa toimivamman jalan lahkeeseen. Hoitaja toimii housujen laitossa apukätenä eli auttaa halvaantunutta kättä liikkumaan. (Salmenperä ym. 2002, 62–63.)

3.8 Musiikin hyödyt kuntoutumisessa

Tutkimusten mukaan musiikki aktivoi aivoja laajasti. Aivojen aktivoiminen musiikin avulla auttaa hermoverkostojen korjautumista. Musiikin on todettu auttavan kognitiivisten häiriöiden, motoriikan säätelyn ja afasian kuntoutumisessa. Musiikin on myös todettu vähentävän dementiaa sairastavan käytöshäiriöitä. (Sihvonen, Leo, Särkämö & Soinila, 2014.) Musiikki vaikuttaa laaja-alaisesti aivoissa. Musiikin käsittely aivoissa vaikuttaa myös muihin rinnakkaisiin prosesseihin, kuten motorisiin, auditiivisiin, lingvistisiin, kognitiivisiin sekä emotionaalisiin prosesseihin. Musiikkia käyttämällä voidaan luoda erilainen kuntoutusmuoto. (Särkämö 2015, 144).

Musiikkiterapiasta on todettu olevan hyötyä aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutumisessa. Musiikkiterapiassa koulutettu terapeutti käyttää musiikin erilaisia elementtejä hyödykseen. Musiikkiterapiassa voidaan hyödyntää musiikin monipuolisuutta laulamalla, soittamalla tai kuuntelemalla. Kuntoutumista tukee myös hoitohenkilöstön järjestämät musiikin kuuntelu tai lauluhetket. Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa voidaan eritoten hyödyntää musiikin rytmiä ja melodiaa. Rytmipohjaisessa kuntoutuksessa hyödynnetään rytmistä musiikkia

ja harjoitetaan samanaikaisesti ylä- tai alaraajojen motoriikkaa. Motoriikan kuntoutumista voidaan edesauttaa myös soittamalla ja laulamalla. Rytminen liikkuminen musiikin tahtiin voi parantaa aivoverenkiertohäiriöpotilaan askeleen pituutta, kävely nopeutta, rytmisyyttä, liikkeiden ajoitusta, symmetrisyyttä ja liikkeiden laajuutta. Aktiivisen musiikkiterapian on todettu vähentävän ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. Musiikki voi auttaa käsittelemään erilaisia tunnetiloja ja vaikeita asioita. (Särkämö 2015, 148–150.)

Laulaminen aktivoi oikean aivopuoliskon otsa-, päälaki- ja ohimolohkon alueita. Laulaminen voi auttaa afasia- tai apraksipotilasta tuottamaan sanoja laulamalla. Afasiapotilaan kohdalla hyödynnetään rytmistä ja melodista musiikkia. (Särkämö 2015, 149.) Musiikilla voidaan vaikuttaa yksinäisyyden tunteen vähenemiseen. Yhteiset laulu- ja soittohetket edesauttavat sosiaalisten suhteiden luomista. Yhteiset laulu- ja soittohetket vähentävät eristyneisyyttä ja yksinäisyyden tunnetta. Musiikki auttaa myös ikääntynyttä muistelemaan omaa menneisyyttä, ja musiikki voi auttaa orientoitumaan nykyhetkeen. (Medina ym. 2006, 79–81.) Musiikin on havaittu myös mahdollisesti helpottavan hetkeksi neglect-oireita. Musiikin myötä vireystila parantuu ja sen seurauksena tarkkaavaisuus voi hetkeksi lisääntyä. (Särkämö 2015, 148–150.)

Musiikkiterapiasta on hyötyä kaiken ikäisille. Laitisen tekemän tutkimuksen mukaan 38–82 -vuotiaiden fyysinen ja psyykinen toimintakyky parantui musiikkiterapiassa. Kyseisessä musiikkiterapiassa oli pieni bändi, joka kokoontui soittamaan yhdessä säännöllisin väliajoin. Musiikkiterapian rinnalla kulki samanaikaisesti muitakin terapiamuotoja. Tutkimukseen osallistuvien sairastumisesta oli kulunut 1-20 vuotta. Musiikkiterapiajakson aikana todettiin kivuttomuuden kohentuvan sekä psyykkisen hyvinvoinnin lisääntyvän. Tutkimuksessa huomattiin myös, että soittaminen paransi käsien karkeamotoriikkaa sekä käsien tuntoaistit paranivat. (Laitinen 2003, 7, 38–39.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät

Opinnäytetyö toteutettiin yhdessä Joensuun kaupungin hoivakoti Koivupihan kanssa. Opinnäytetyön tehtävänä oli toteuttaa kaksi koulutustilaisuutta Koivupihan hoitohenkilökunnalle aivoverenkiertohäiriöoireiden tunnistamisesta ja sairastuneen kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Pidin hoivakoti Koivupihan hoitohenkilökunnalle alkukartoituksen, jotta henkilökunta sai tuoda omia ehdotuksiaan esille. Alkukartoituksen avulla sain tehtyä koulutuksesta mahdollisimman hyödyllisen ja työyhteisöä palvelevan. Pitämästäni alkukartoituksesta selvisi osallistujien halukkuus kerrata aihepiiriä laaja-alaisesti, sekä toivottiin vinkkejä päivittäiseen hoitotyöhön. Hoivakoti Koivupihassa on tällä hetkellä asukaina useita henkilöitä, jotka ovat sairastaneet aivoverenkiertohäiriön, ja myös tämän seikan vuoksi kyseistä koulutusta pidettiin tarpeellisena kyseiseen yksikköön.

Opinnäytetyöni tuotoksena syntyi koulutusmateriaali. Laadin Prezi-esityksen, jonka pohjalta pidin kaksi koulutustilaisuutta hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä ja päivittää hoitohenkilökunnan tietoutta aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä ja oireiden tunnistamisesta. Opinnäytetyön tuotoksena tullut Prezi-esitys jätettiin hoivakoti Koivupihan käyttöön, jotta he voivat käyttää sitä tarvittaessa perehdyttämiseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa hoitohenkilökunnalle valmiuksia tunnistaa aivoverenkiertohäiriö mahdollisimman nopeasti, jotta potilas pääsisi mahdollisimman pian sairaalahoitoon, ja antaa ideoita hoitajille aivoverenkiertohäiriöpotilaan päivittäiseen hoitotyöhön.

5 Koulutuksen tietoperusta

5.1 Hyvä koulutus

Koulutustilaisuuden tarkoituksena on yleensä saada aikaan muutosta koulutukseen osallistuvien toiminnassa tai herättää uusia ajatuksia, joita voitaisiin hyödyntää konkreettisessa työssä. Koulutukseen osallistuvien toiminnan muuttuminen voi koskea yksittäistä taitoa tai kokonaisvaltaisempaa osaamista, johon vaikuttavat taidot, asenteet ja tiedot. Toiminnan muuttumisella voi olla pidempiä tai lyhytaikaisempia tavoitteita. Toiminnan muuttumista tavoiteltaessa on tärkeää, että koulutuksessa esitetään mahdollisimman paljon konkreettisia esimerkkejä. On tärkeää, että koulutuksessa otetaan nimenomaan huomioon koulutukseen osallistuvien tavoitteet, eikä keskitytä kouluttajan omiin tavoitteisiin. Kuitenkin loppujen lopuksi vastuu oppimisesta on koulutukseen osallistuvilla. Koulutuksessa tulee olla jokin tavoite, minkä vuoksi koulutustilaisuus järjestetään. Koulutustilaisuuden tavoite voi olla uusimman tiedon tuominen osallistujille. Tällöin asiantuntija kouluttajalle jää vapaat kädet päättää mikä on uusinta tietoa. (Kupias & Koski 2012, 14–17.)

Koulutustilaisuudessa tulee ottaa huomioon kohderyhmän ikä, asema sekä heidän tietämyksensä koulutuksen aiheesta. Aiheen tulisi olla kohderyhmää puhutteleva sekä koulutuksen tulisi olla tarkoituksenmukainen. (Vilka & Airaksinen 2003, 129). Hyvässä koulutustilaisuudessa kouluttaja on osannut arvioida kohderyhmänsä tasoa. Koulutuksessa pitää osata valita käyttämänsä termit, jotta puhuu ymmärrettävästi, muttei kuitenkaan kerro itsestäänselvyyksiä. (Lammi 2009, 27.)

Koulutustilaisuuden järjestämiseen liittyy valmisteluja, esityksen harjoittelua ja esiintymisen jännittämistä. Esitystä on hyvä harjoitella ennakkoon, joko videomalla oma esitys tai saamalla joku kuuntelija, jolta voi sitten kerätä palautetta.

(Lammi 2009, 29.) Harjoittelin koulutustilaisuutta etukäteen kaksi kertaa. Ensimmäisellä harjoituskerralla minulla oli yleisönä opetus- ja hoitoalan ammattilainen. Heiltä sain suullista palautetta omasta esiintymisestä ja koulutuksen rakenteesta. Ensimmäisen esiintymisen jälkeen muutin esitystä johdonmukaisemmaksi. Ensimmäisen esiintymisen jälkeen lisäsin koulutukseen hoitopolusta kertovan dian, koska ilman sitä tuntui, ettei esitys edennyt loogisesti. Toisen kerran harjoittelin esitystä itsekseni ja keskityin lähinnä tarkkailemaan puheeni selkokieliisyyttä. Toiselle harjoituskerralle tein myös muistin tueksi koulutusrunkomuistilapun, josta pystyisin koulutustilaisuudesta vilkaisemaan olinko muistanut sanoa kaikki haluamani asiat, jotka eivät tulleet ilmi dioista (Liite 3).

5.2 Koulutustilaisuuden materiaali

Materiaalin valmistaminen koulutustilaisuutta varten on yleensä työläin ja aikaa vievin vaihe. Materiaalien on tarkoitus tukea koulutustilaisuuteen osallistuvien oppimista. Materiaalit auttavat myös havainnollistamaan koulutuksen sisältöä. (Kupias 2012, 74–75.) Hyvän esityksen valmistelu on haasteellista ja luovaa työtä. Esitykseen tulisi valita taustamateriaalista oleellisin tieto, joka palvelee parhaiten koulutukseen osallistuvia. Esityksissä ei pidä olla liikaa tietoa. Diaesitysten on tarkoitus tuoda oleellinen esille, joten kaikkea mielessä olevaa ei tule kirjoittaa ylös dioihin. (Lammi 2009, 16, 28–29.) Diaesitykset sopivat havainnollistamaan, mutta ne eivät sovellu yksityiskohtaisemmaksi koulutusmateriaaliksi. Hyvän diaesityksen tarkoituksena on tukea koulutusta. Hyvä diaesitys on selkeä, lyhyt ja informatiivinen. (Kupias ym. 2012, 75–76.)

Kuva tehostaa esityksen viestiä ja voi auttaa osallistujaa hahmottamaan koulutuksen aiheen paremmin. Kuva tulisi kuitenkin olla huolella valittu, jotta se vahvistaisi tekstin sisältöä. Kuva jää paremmin mieleen kuin pelkkä teksti. (Lammi 2009 148,154) Valitsin esitykseeni kolme kuvaa medina ym. (2009 ,175) kirjasta, jossa kuvattiin hemiplegia potilaan asentohoitoja. Otin mallia kyseisten kuvien asennoista ja piirsin käsin omat versiot kuvista, alkuperäisten kuvien ideaa muuttamatta. Kuvat ovat nähtävissä koulutusmateriaalista (Liite 2).

Alunperin suunnittelin tekeväni havainnoimisen helpottamiseksi PowerPoint-esityksen, mutta päädyin kuitenkin tekemään Prezi-esityksen. Prezi-esitys on visuaalisempi kuin perinteinen PowerPoint-esitys. Prezi-esityksen tekemisessä voin käyttää enemmän omaa luovuutta. Prezi-ohjelma oli minulle uusi, joten sain myös kehitettyä itseäni esityksen luomisen saralla.

6 Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus

6.1 Opinnäytetyön menetelmät

Tein toiminnallisen opinnäytetyön. Toiminnallisen opinnäytetyön kuuluu olla työelämälähtöinen ja sen tulisi kehittää työelämän toimintaa. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei riitä pelkkä tietopaketin kasaaminen tai koulutuksen pitäminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä täytyy osoittaa kykenevänsä yhdistää teoria tieto ammatilliseen käytäntöön. Teoria kannattaa rajata keskeisten käsitteiden käsittelyyn, koska ajallisesti voi olla mahdotonta käsitellä koko teorian näkökulmasta. (Vilkkä ym. 2003, 42–43 48.)

Toiminnalliseen opinnäytetyöhöni kuuluu kirjallinen osio ja tuotoksena koulutusmateriaali, jonka pohjalta pidin kaksi koulutustilaisuutta. Koulutuksen sisältö perustuu kirjallisen osion tuotokseen. Pidin hoivakoti Koivupihan henkilökunnalle kaksi koulutustilaisuutta. Koulutuksessa käsitellään aivoverenkiertohäiriöoireiden tunnistamista ja ikääntyneen aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Pidin hoivakoti Koivupihan henkilökunnalle keskustelutilaisuuden, jossa he saivat tuoda esille toiveitaan koulutuksen sisällöstä.

6.2 Kohderyhmänä hoivakoti Koivupiha

Pidin opinnäytetyöni toiminnallisen osion hoivakoti Koivupihassa. Pidin kaksi koulutustilaisuutta hoivakoti Koivupihan hoitohenkilökunnalle aivoverenkiertohäiriöiden tunnistamisesta ja sairastuneen kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Koivupihassa asuu tällä hetkellä useita ikääntyneitä, jotka ovat sairastaneet aivoverenkiertohäiriön (Myllynen 2015). Hoivakoti Koivupihan hoitohenkilökunnan lisäksi koulutukseen sai osallistua myös halutessaan Kotilahden sairaalan osasto Raitatuulian henkilökuntaa.

Hoivakoti Koivupiha sijaitsee Joensuussa ydinkeskustassa. Hoivakoti Koivupiha on nelikerroksinen kerrostalo. Osastoja sijaitsee toisessa, kolmannessa ja neljännessä kerroksessa. Osastoja on yhteensä viisi, ja ne on jaettu kahteen eri tiimiin. Alatuvan tiimiin kuuluvat Ahola- ja Kotola-osastot. Ylätuvan tiimiin kuuluvat Kurkela- ja Metsola-osastot. Koivupihassa on myös tukiasuntoja sekä Kotola-osastolla on neljän hengen ryhmäasunto. Yhteensä asukkaita mahtuu hoivakoti Koivupihaan 53 henkilöä. Hoivakoti Koivupihassa työskentelee yhteensä 28,5 henkilöä. Sairaanhoidajia Koivupihassa on 3, lähihoitajia 23,5, yksi fysioterapeutti sekä asumispalveluvastaava. (Myllynen 2015.)

Hoivakoti Koivupihassa asuu ikääntyneitä. Hoivakoti Koivupihassa on henkilökuntaa paikalla ympärivuorokautisesti. Koivupihassa työskennellään kuntoutumista edistävällä työotteella. Koivupihassa hoito suunnitellaan yhdessä asukkaan ja asukkaan omaisten kanssa. Koivupihassa toimii omahoitajamalli, jolloin jokaiselle asukkaalle on nimetty omahoitaja. Omahoitajamallilla pyritään löytämään asukkaan yksilölliset voimavarat, joita voi hyödyntää arjessa jaksamisessa. Koivupihassa on asukkaille tarjolla myös viriketoimintaa, joka lisää sosiaalista kanssa käymistä sekä yhteisöllisyyttä. (Joensuun kaupunki 2013.)

6.3 Alkukartoituksen tekeminen

Koulutustilaisuutta suunniteltaessa on hyvä kartoittaa koulutukseen osallistuvien odotuksia, jotta koulutuksesta saataisiin osallistujalähtöinen. Koulutuksessa voidaan keskitetysti käsitellä niitä asioita, joita ennakkotehtävässä tai alkukartoituksessa on tullut ilmi. Hyvä kartoitus auttaa ymmärtämään osallistujien tiedon määrän, ja kartoitusta voidaan hyödyntää koulutusta suunniteltaessa. Alkukartoituksen jälkeen on myös helpompi miettiä koulutuksen tavoitteita. (Kupias ym. 2012, 53,109.)

Kävin pitämässä keskustelutilaisuuden hoivakoti Koivupihan hoitohenkilökunnalle tiimipalaverin yhteydessä 18.8.2015. Keskustelutilaisuudessa keskustelimme siitä, mitä henkilökunta toivoisi koulutuksen sisältävän. Keskustelussa kävi ilmi halukkuus kerrata aivoverenkiertohäiriöpotilaan asentohoitoa ja aivoverenkiertohäiriöoireiden tunnistamista. Kertauksena voitaisiin myös käydä läpi päivittäisiä toimintoja, kuten pukeutumista ja ruokailussa avustamista. Henkilökunta toivoi koulutuksen sisältöön myös asukkaan motivoinnin keinoja. Henkilökunnalta ei tullut muita toiveita koulutuksen sisältöön.

Hoitohenkilökunnan esittämien toiveiden jälkeen ehdotin itse lisäaiheita koulutuksen sisältöön. Minulla oli mukana opinnäytetyön suunnitelman alustava sisällysluettelo, jonka pohjalta kerroin ajatuksiani koulutuksen sisällöstä. Hoitajat hyväksyivät ehdotukseni neuropsykiatrisista haitoista, joista loppujen lopuksi valitsin masennuksen sen yleisyyden vuoksi. Lisäksi keskustelutilaisuudessa ilmeni henkilökunnan olevan kiinnostunut musiikin vaikutuksista kuntoutumisessa. Koulutuksen pääpaino pysyi kuntoutumisesta edistävässä hoitotyössä ja siinä, kuinka aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta voidaan ohjata omatoimisuuteen. Hoitajat toivoivat käytännön vinkkejä hoitotyöhön. Keskustelutilaisuudessa ilmeni toivomus vinkkeihin, joita voi toteuttaa päivittäisessä hoitotyössä. Osaston ajoittaisen kiireen vuoksi hoitajilla voisi olla hankaluuksia järjestää erillisiä virike-
tuokioita.

6.4 Koulutustilaisuuden järjestäminen

Sisältöä mietittäessä ei pidä takertua omiin mielenkiinnon kohteisiin, vaan tulisi kuunnella koulutukseen osallistuvia. Koulutuksen ajankäyttö tulee näkyä jo tavoitteissa. Tunnin pituisella koulutuksella ei voi olla samanlaisia tavoitteita kuin päivänmittaisella koulutuksella. (Kupias 2012, 53.) Koulutustilaisuus järjestettiin hoivakoti Koivupihan tiloissa.

Koulutustilaisuutta varten aikaa oli varattu puolitoista tuntia. Rajallisen ajan vuoksi päädyin tekemään koulutuksen dia-esityksen ympärille. Havainnoinnin apuvälineenä käytin Prezi-esitystä ja kerroin samalla omin sanoin lisätietoa aiheesta. Ilmaisin heti koulutuksen alussa, että keskustelu olisi erittäin tervetullutta ja minut saisi tarvittaessa keskeyttää. Varasin myös loppuun aikaa keskustelulle ja palautteelle.

Koulutusta tehdessä tulee miettiä, miten koulutus palvelisi parhaalla mahdollisella tavalla koulutukseen osallistuvia. Osallistujien tavoitteita ja odotuksia voidaan kartoittaa esimerkiksi ennakkotehtävällä. Kun koulutuksessa opitaan jotain uutta vanhan osaamisen päälle, on tärkeää aloittaa kyselemällä ja keskustelemällä. Tällöin koulutuksessa voidaan hyödyntää osallistujien osaamista. On tärkeää antaa uusia näkökulmia vanhojen tilalle. (Kupias ym. 2012, 29.)

Koulutustilaisuuksia järjestettiin hoivakoti Koivupihassa kahtena eri päivänä. Näin varmistettiin, että mahdollisimman moni pääsi osallistumaan koulutustilaisuuteen. Koulutustilaisuudet järjestettiin henkilökunnan työaikana. Olin sopinut koulutustilaisuuksien päivistä hyvissä ajoin toimeksiantajan kanssa. Näin toimeksiantaja pystyi ottamaan koulutukset huomioon henkilökunnan työvuorolistoja suunniteltaessa.

6.5 Koulutustilaisuuden palaute ja arviointi

Ihminen tarvitsee palautetta, jotta voi tapahtua kehitystä. Palaute voi olla peräisin itseltä tai muilta. Palautetta täytyy osata ottaa vastaan ja palautetta tulee osata käsitellä, jotta siitä voi oppia. (Kupias ym. 2012,164.)

Ennen koulutustilaisuutta sain suullista palautetta pitämästäni harjoitusesiintymisestäni opetus- ja hoitoalan ammattilaiselta. Palaute keskittyi koulutuksen rakenteeseen ja esiintymiseeni. Palaute oli pääasiassa positiivista. Esiintymiseni oli palautteen mukaan luonnollista ja esitykseni eteni sopivalla tahdilla. Palautteesta tuli ilmi, että koulutus tuntui hyppäävän oireista suoraan kuntoutumiseen. Palautteen vuoksi päädyin lisäämään dian aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitopolusta, ja samalla kerroin lyhyesti aivoverenkiertohäiriöpotilaan protokollasta. Näin sain koulutuksesta johdonmukaisemman.

Varsinaisiin koulutustilaisuuksiin olin varannut aikaa kirjallisen palautteen keräämiseen. Keräsin koulutustilaisuudessa osallistujilta palautetta lyhyellä kyselylomakkeella. Kyselylomakkeeseen valitsin kysymyksiä tavoitteiden pohjalta. Koulutuksen tavoitteena oli tuoda uutta tietoa työntekijöille sekä kerrata aikaisemmin opittuja tietoja aivoverenkiertohäiriöistä. Selvitin kyselylomakkeella, tuliko työntekijöille uutta tietoa ja kokivatko he koulutuksen sisällön mielekkääksi. Koulutuksen tavoitteena oli myös saada valmiuksia tunnistaa aivoverenkiertohäiriöiden oireet sekä antaa työntekijöille ideoita kuntoutumista edistävään hoitotyöhön. Halusin kyselylomakkeen myös sisältävän vapaa sana -osion. Lomakkeessa oli seuraavat neljä kohtaa:

- Mitä uutta opit koulutuksesta?
- Mitä hyötyä koulutuksesta on työtäsi ajatellen?
- Mitä olisit lisännyt koulutukseen? Mitä olisit jättänyt pois?
- Ruusuja tai risuja.

Ensimmäisessä koulutuksessa osallistujia oli yhteensä 13. Ensimmäisestä koulutuksesta saamani palautteen mukaan suurimmalle osalle osallistujista aihe tuli kertauksena, mutta yksittäisistä osioista tuli uutta tietoa. Uutta tietoa tuli asento-

hoidoista, oireista, oireiden tunnistamisesta, erityisesti kasvojen toispuolisuuden tarkistamisesta, kuntoutumista edistävästä toimista, musiikin merkityksestä kuntoutumisessa, halvaantuneen puolen posken tarkistamisesta ruokailun jälkeen ja kirjaamisen tärkeyden merkityksestä. Palautteen mukaan osallistujat kokivat koulutuksen hyödyllisenä. Palautteen mukaan koulutus oli tiivis ja laaja paketti aivoverenkiertohäiriöstä. Osallistujien mielestä koulutuksen sisältöä ei tarvinnut muokata. Yksittäisissä palautteissa toivottiin lisää keskustelua ja tietoa lääkityksestä. Lääkitystä en kuitenkaan lisännyt koulutukseen, koska halusin pitää koulutuksen enemmän hoitajan näkökulmassa. Palautteen vapaa sana -osiossa tuli ilmi, että osallistujien mukaan esiintymiseni oli selkeää. Videot ja kuvat koettiin kivana lisänä koulutuksessa. Aihe koettiin ajankohtaiseksi ikäänntyneiden määrän kasvun vuoksi. Ensimmäisen koulutuksen jälkeen en muokannut koulutusmateriaalia ollenkaan. Muokkasin hieman muistilistaani. Muistilistaani laitoin ylös muutamia välikysymyksiä keskustelun luomiseksi sekä lisäsin muutaman tosielämän esimerkin. Esimerkiksi kerroin oman kokemukseni afasiapotilaan hoitamisesta. Esimerkin kerroin koulutuksessa, niin ettei kertomuksestani voinut kyseistä afasiapotilasta tunnistaa.

Toisessa koulutustilaisuudessa osallistujia oli yhteensä 15. Toisesta koulutustilaisuudesta saamani palautteen mukaan uusina asioina osallistujille tuli musiikin merkitys kuntoutumisessa, oireiden tunnistaminen, asentohoidoista tuli lisätietoa ja neglect-oire. Pääasiassa musiikin hyödyistä koettiin saavan eniten uutta tietoa. Koulutustilaisuudesta saamani palautteen mukaan koulutus koettiin hyödyllisenä kertauksena sekä se antoi vinkkejä päivittäiseen hoitotyöhön. Toisen koulutustilaisuuden palautteesta ei noussut esiin muutosehdotuksia koulutuksen sisältöön. Vapaa sana -osiossa tuli ilmi, että koulutus oli osallistujien mukaan selkeä ja kattava

7 Pohdinta

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön luotettavuudesta kertoo tutkijan huolelliset ja asianmukaiset lähdemerkinnät sekä lähdeviittaukset. Huolellisten lähdemerkintöjen myötä lukija tietää, mitkä tekstin osista on kirjoittajan omaa tuotantoa, ja mitkä teksti osiot ovat peräisin muilta tekijöiltä. Lähdeviittaukset tulee olla kunnossa, jottei kirjoittaja plagioi toisen kirjoittajan tekstiä. Plagiointi on erittäin tuomittavaa tieteellisissä tutkimuksissa. Asianmukaiset lähdemerkinnät kertovat myös tutkijan eettisyydestä. Eettisen käytännön mukaisesti lähdemerkinnöillä kunnioitetaan tutkijoiden saavutuksia. (Vilka ym. 2003, 78.)

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa myös lähteiden laatu. Uusimmat lähteet lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Lähteiden luotettavuudesta kertoo myös lähteen tunnettavuus, julkaisuvuosi ja lähteen uskottavuus. Tutkimustieto saattaa muuttua, joten on tärkeää käyttää ajantasaista tietoa. Ajantasaisen tiedon ja alan tunnettujen lähteiden käyttäminen viittaa kirjoittajan olevan tietoinen oman alan tapahtumista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2009, 23, 72.) Pysin käyttämään opinnäytetyössäni lähdeaineistoja mahdollisimman laajasti. Lähteenäni käytin lääketieteen ja hoitotyön ammattilaisten laatimia tutkimuksia ja artikkeleita. Lähteeni hain Internetistä sekä kirjallisuudesta. Opinnäytetyössäni ei korostu yksi lähde liikaa.

On hyvä huomioida kirjoittaessa, ettei yksi lähde korostu liikaa. Näin tekstistä saa enemmän oman kaltaisen, kun lähteet ovat riittävän monipuolisia ja lähteitä on käytetty laajasti. Omaan aiheeseen perehtyneisyydestä kertoo lähteiden laatu. Monipuolinen lähteiden käyttö ja huolella valitut viittaukset kertovat oman alan tutkimuksiin ja keskusteluun perehtymisestä. Lähteiden tarkoituksena on olla tiedon rakentamisen ja perusteluiden väline. Ensisijaisia lähteitä ovat tutki-

mukset, viranomaislähteet, tietokannat sekä ammattijulkaisut. Tieteelliseen kirjoittamisen periaatteisiin kuuluu käyttää alkuperäisiä lähteitä. Alkuperäisten lähteiden käyttäminen lisää luotettavuutta. (Roivas & Karjalainen 2013, 54–55.) Luotettavuuteen vaikuttaa oleellisesti myös kirjoittajan oma rehellisyys. Luotettavuudesta ja eettisyydestä kertoo myös kirjoittajan omat valinnat. Opinnäytetyönprosessiin liittyvät valinnat tulee olla opinnäytetyössä esille perusteluineen. Perusteluilla kirjoittaja tuo esille sen, ettei epäolennaisten asioiden ole annettu vaikuttaa valintojen tekemiseen. (Vilka 2015, 196.)

Opinnäytetyötä tehdessä on otettava huomioon eettisyys. Kirjoittajan tulee ottaa huomioon monia eettisiä kysymyksiä opinnäytetyötä tehdessään. Eettisesti hyvässä työssä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi ym. 2009, 23.) Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan hyvästä eettisestä tutkimuksesta viestii myös asianmukaisten tutkimuslupien voimassaolo ja tutkimukseen osallistuvien yhteysymmärrys tutkimuksen käyttöoikeuksista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Suomessa valvotaan tutkimushankkeiden eettisyyttä sekä tutkimusten asianmukaisuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 23).

7.2 Opinnäytetyöprosessin kuvaus

Opinnäytetyön prosessini alkoi tammikuussa 2015, jolloin ilmoitauduin opinnäytetyön tekijäksi. Aloin alun perin tekemään opinnäytetyötä eri aiheesta, mutta vaihdoin aiheeni alkuperäisen toimeksiantajan vetäytyttyä. Otin huhtikuussa yhteyttä Joensuun kaupungin hoivakoti Koivupihan osastonhoitajaan ja kysyin olisiko heillä tarvetta aivoverenkiertohäiriöistä kertovaan koulutukseen. Ehdotin aivoverenkiertohäiriö aiheista koulutusta hoivakoti Koivupihaan, koska aihe kiinnosti minua kovasti. Tarkoitukseni oli etsiä sopiva hoivakoti, jossa kyseiselle koulutukselle olisi tarvetta. Onnekseni sain nopeasti uuden toimeksiantajan. Osastonhoitajan mielestä kyseiselle koulutukselle oli tarvetta, joten sain opinnäytetyölleni toimeksiantajan toukokuussa 2015.

Aloin tekemään tästä aiheesta opinnäytetyön suunnitelmaa toukokuussa. Toimeksiantajan saatua hain tutkimuslupaa Joensuun kaupungilta. Joensuun kaupunki toivoi, että hakisin tutkimuslupaa, vaikka kyseessä olikin toiminnallinen opinnäytetyö. Kesä- ja heinäkuun ajan tutustuin aiheeseen tarkemmin ja aloin kirjoittamaan aihesuunnitelmaa. Kesälomien vuoksi alkukartoituksen pitäminen venyi elokuuhun saakka. Pidin alkukartoituksen hoivakoti Koivupihassa elokuussa 2015. Alkukartoituksessa hoivakoti Koivupihan hoitohenkilökunta sai esittää toiveita koulutuksen sisältöön.

Elokuussa osallistuin opinnäytetyön pienryhmä tapaamiseen. Pienryhmä tapaamisesta sain paljon neuvoja opinnäytetyön suunnitelmaani ja sain selkeämmän suunnan opinnäytetyön tekemiselle. Elokuussa rajasin aiheeni paljon, koska opinnäytetyöstäni olisi tullut todella laaja, jos en olisi tehnyt rajausta. Opinnäytetyön suunnitelman esitin syyskuussa. Opinnäytetyön ohjaaja ja toimeksiantajan yhteyshenkilö hyväksyivät opinnäytetyön suunnitelmani syyskuussa 2015.

Elo-, syys- ja lokakuun ajan hain lisää lähteitä opinnäytetyöhöni sekä kirjoitin raporttia eteenpäin. Lokakuun aikana aloin tekemään koulutusmateriaalia. Tein koulutusmateriaalin Prezi-esityksen muotoon. Lokakuun aikana pidin myös harjoitusesitykseni, jossa sain varmuutta omaan esiintymiseen. Ensimmäisen koulutustilaisuuden pidin lokakuussa. Koulutuksen jälkeen analysoin palautetta ja muokkasin muistilistaani, jota hyödynsin koulutustilaisuuksissa. Ensimmäisestä koulutustilaisuudesta saamani palaute oli positiivista ja palautteesta ei noussut muutosehdotuksia. Muistilistaani lisäsin vain muutaman esimerkin omista kokemuksista aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoidosta sekä lisäsin keskustelua lisääviä kysymyksiä. Toisen koulutustilaisuuden pidin marraskuussa.

Marras-tammikuun ajan työstin opinnäytetyön raporttia eteenpäin. Maaliskuussa 2016 esitin opinnäytetyöni seminaarissa. Esitys meni hyvin. Sain positiivista palautetta esityksestäni. Vertaisarvioijani oli tehnyt huolellista työtä opinnäytetyöni kanssa, ja sain häneltä paljon arvokasta palautetta. Ohjaajalta sain myös positiivista palautetta esityksestäni. Äidinkielenopettajalle lähetin opinnäytetyöni väliluentaan maaliskuussa. Maaliskuussa aloin korjaamaan kirjoitusvirheitä ja tekemään saamiani muokausehdotuksia. Maaliskuussa 2016 opinnäytetyöni oli valmis ja jätin sen tarkastettavaksi.

7.3 Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkokehitysehdotukset

Koulutuksessa käytetty Prezi-esitys jätettiin hoivakoti Koivupihan käyttöön. Työyhteisö voi hyödyntää koulutuksessa käytettyä materiaalia opiskelijoiden tai uuden työntekijän perehdytyksessä. Hoivakoti Koivupihalle jätettiin koulutusmateriaali sähköisessä muodossa sekä tulostettiin kolme paperiversiota. Paperiversiot päätettiin tulostaa sen vuoksi, jotta opiskelijoilla olisi myös mahdollisuus tutustua materiaaliin.

Aivoverenkiertohäiriöt on laaja-aihe, johon kuuluu paljon eri osa-alueita. Opinnäytetyössäni käsittelin laaja-alaisesti aihetta, mutta keskityin työssäni vain muutamiin toimintakyvyn häiriöihin, joita voi ilmetä aivoissa tapahtuvan kudostuhon vuoksi. Jatkokehitysehdotukseni olisi tarkempi syventyminen yksittäisiin osa-alueisiin aivoverenkiertohäiriöistä, esimerkiksi tarkempi syventyminen fyysisiin toimintakyvyn muutoksiin, joita esiintyy aivoverenkiertohäiriön vuoksi. Jatkossa voisi myös tutkia aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttamista, kun kyseessä on ikääntynyt henkilö. Kyseistä aiheesta löytyi jonkun verran tietoa, mutta olisi mielenkiintoista tietää paikkakuntakohtaisista eroista. Esimerkiksi kuinka ikääntyneiden aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutus toteutetaan Joensuussa. Olisi myös mielenkiintoista tietää miten moniammatillinen yhteistyö jatkuu erikoissairaanhoidosta kotiutumisen jälkeen iäkkäiden kohdalla, jos kotina on tehostetun palveluasumisen yksikkö.

Opinnäytetyötä tehdessä kiinnostuin erityisesti musiikin vaikutuksista. Olisi myös mielenkiintoista tietää lisää musiikin merkityksestä hoitotyössä. Musiikki-terapiasta löytyi paljon tutkittua tietoa, mutta olisi mielenkiintoista tietää tarkemmin, miten musiikin kuuntelu tai laulaminen vaikuttaa ikääntyneiden toimintakykyyn.

7.4 Opinnäytetyön oppimisprosessi

Opinnäytetyöprosessi on ollut opettavainen prosessi. Olisin tehnyt muutamia asioita eri tavalla prosessin aikana, jos saisin aloittaa työni nyt alusta. Olisin pitänyt alkukartoituksen heti prosessin alussa, jotta olisin saanut rajattua aihetta alkuvaiheessa. Aihetta olisi ollut hyvä rajata jo heti alussa, jotta olisin voinut keskittää lähteiden etsimisen heti tiettyyn osa-alueeseen. Sekä olisin rajannut aihetta vielä tiiviimmäksi, esimerkiksi olisin voinut käsitellä musiikin vaikutuksia kuntoutumista edistävässä hoitotyössä. Kaiken kaikkiaan koen opinnäytetyöprosessini menneen hyvin siihen nähden, etten ollut aikaisemmin tehnyt näin pitkän aikavälin prosessia. Opin erityisesti opinnäytetyöprosessin suunnittelun tärkeyden. Omaan opinnäytetyön aiheeseen on tärkeää tutustua huolellisesti ennen kuin opinnäytetyötä aloittaa kirjoittamaan. Opinnäytetyöprosessini on kestänyt yli vuoden, joten sinä aikana olen oppinut aikatauluttamaan ja priorisoimaan prosessin kulkua. Olen myös kehittynyt alan asiantuntijana vuoden aikana. Prosessin aikana olen myös päässyt syventymään ajankohtaisiin lääketieteellisiin ja hoitotieteen julkaisuihin. Osaan etsiä nyt paremmin omaan alaan liittyviä tietoja luotettavista lähteistä.

Opinnäytetyöprosessin aikana opin paljon uutta tietoa aivoverenkiertohäiriöistä ja kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Teoriatietoa etsiessäni opin myös huomioimaan teoriatiedon varmentamisen eri lähteistä. Teoriatietoa löytyi hyvin ja aluksi haasteellisinta oli aiheen rajaus ja sen myötä oleellisen tiedon käyttäminen itse opinnäytetyön raporttiin. Opin paljon myös erilaisista tutkimusmenetelmistä. Olen oppinut myös soveltamaan teoriatietoa käytännön hoitotyöhön.

Olen saanut paljon tietoa tämän tasoisen prosessin suorittamisesta ja pystyn hyödyntämään saamiani tietoja käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyön laaja-alaisuuden vuoksi sain laajankuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan matkasta, joka alkaa oireiden alkamisesta kotiutumiseen saakka. Ja kaiken lisäksi opin paljon tehostetussa palveluasumisyksikössä tapahtuvasta kuntoutumista edistävästä

hoitotyöstä aivoverenkiertohäiriöpotilaan kohdalla. Opin myös käyttämään Prezi-ohjelmaa sekä tekemään koulutusmateriaaleja. Sain paljon uutta tietoa koulutuksessa käytettävän materiaalin sisällön työstämisestä. Omat esiintymistaitoni harjaantuivat ja sain arvokasta kokemusta koulutustilaisuuden järjestämisestä.

Lähteet

- Ahmad, E., Brashear, A., Cherney, L., Johnson, J., Johnston, C., Lennihan, L., MaCDonell, C., McLaughlin, L., Miller, K., Moore, S., Naylor, D., Page, S., Prvu-Bettger, J., Schaetzle, L., Schneiders, J., Sisto, S., Tarvestad, D., Whitney, F. & Zorowitz, R. 2010. A stroke recovery guide. National Stroke Association.
<https://www.stroke.org/sites/default/files/resources/NSA-Hope-Guide.pdf>. 16.10.2015.
- Ahonen, O., Blek- Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö: sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Aivoliitto. 2015a. Aivoverenkiertohäiriö.
http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/perustietoa_avh_sta. 28.6.2015.
- Aivoliitto. 2015b. Aivoverenkiertohäiriöiden oireita.
http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/perustietoa_avh_sta/oireet. 25.6.2015.
- Aivoliitto. 2015c. Ajankohtaista AVH:sta.
http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/ajankohtaista_avh_sta/ala_kayta_aivohalvaus-sanaa.4267.news. 17.10.2015.
- Atula, S. 2015a. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001. 3.7.2015.
- Atula, S. 2015b. Ohimenevä aivojenverenkiertohäiriö (TIA). Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00591. 3.7.2015.
- Atula, S. 2015c. Afasia (aivolähtöinen puhehäiriö). Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00557. 22.8.2015.
- Forsbom, M., Kärki, E., Leppänen, L. & Sairanen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Tampere: Tammi.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kehitä. Tampere: Tammi.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Jehkonen, M., Nurmi, L. & Kuikka, P. 2015. Tarkkaavuuden häiriöt ja neglect-oire eli huomiotta jääminen. Teoksessa Jehkonen, M. Saunamäki, T., Paavola, L. & Vilkki, J. (toim.). Kliininen neuropsykologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 58–72.
- Jehkonen, M., Yliranta, A., Rasimus, S. & Saunamäki, T. 2013. Neglect-oire aivoverenkierto häiriön jälkeen -potilaan neuropsykologinen kuntoutus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim.
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.
25.7.2015.
- Joensuun kaupunki. 2013. Koivupihan hoivakoti.
<http://www.joensuu.fi/koivupihan-hoivakoti1>. 16.10.2015.
- Jäkälä, P. 2011. Kuinka kauan kuntoutusta kannattaa jatkaa aivoverenkiertohäiriön jälkeen? Suomen lääkärilehti (5). Helsinki: Suomen lääkäriliitto. 332.
- Kaste, M., Hernesniemi, J. Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R. & Sivenius, J. 2007 Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.). Neurologia. Helsinki; Kustannus Oy Duodecim, 271–331.
- Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen. 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki: Sanoma Pro.
- Korpelainen, J., Leino, E., Sivenius, J. & Kallanranta. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta. & Suikkanen, A. (toim.). Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 251-273.
- Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.
- Laitinen, S. 2003. Aivoverenkiertohäiriöistä kuntoutuvien musiikkiterapiaryhmä. Pro –gradu tutkielma.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/9950/G0000363.pdf?sequence=1>. 28.6.2015.
- Lammi, O. 2009. Vaikuta visuaalisesti. Laadi selkeä esitys. Jyväskylä: WSOY-pro Oy.
- Lindberg, P., Sarainen, T., Häppölä, O., Kaarisalo, M., Numminen, H., Peurala, S., Poutiainen, E., Roine, R., Sivenius, J., Syväne, M., Vikatmaa, P. & Vuorela, P. 2011. Aivoinfarkti. Suomen lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi50051. 28.6.2015.
- Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, V. & Kivelä, S.L. 2006. Vanhustenhoito. Helsinki: Werner Söderström osakeyhtiö.
- Myllynen, R. 2015. Opinnäytetyöstä, Koivupihan esittely. SinnaKorhonen. 15.10.2015.
- Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2010. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.). Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 438–456.
- Pohjasvaara, T., Ylikoski, R., Hietanen, M., Kalska, H. & Erkinjuntti, T. 2002. Aivoverenkierron häiriöiden jälkeiset kognitiiviset häiriöt. Lääketieteen Aikakauskirja Duodecim. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo92847.pdf>. 15.7.2015.
- Roivas, M & Karjalainen A., 2013. Sosiaali- ja terveysalan viestintä. Porvoo: Bookwell Oy.
- Routasalo, P. 2003. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön suositusten lähtökohdat ja edellytykset. Teoksessa Lauri, S (toim.). Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 117-136.
- Sairanen, T. 2011. Aivoinfarkti. Käypä hoito -suositus.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=D85>

- 6889E121495A6CFC9417B2CD85EC8?id=hoi50051#NaN.
5.8.2015.
- Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Santala, M. & Juva, K. 2011. Vanhuspsykiatrisen erityiskysymyksiä. Teoksessa Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P. & Vataja, R. (toim.). Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 321-325.
- Sihvonen, A., Leo, V., Särkämö, T. & Soinila, S. 2014. Musiikin vaikuttavuus aivojen kuntoutuksessa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11845&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_member=JPPpRX9**SdU.
24.8.2015.
- Suomen Sydänliitto ry. 2012. Aivoinfarkti ja aivoverenkiertohäiriöt <http://www.sydanliitto.fi/faktaa#.VbXKQPnFWaU..> 27.7.2015.
- Stroke recovery association NSW. 2014. The stroke team. <http://www.strokensw.org.au/initial-stroke-what-now/the-stroke-team/>.
17.9.2015.
- Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2013. Kuntouttava lähihoito. Porvoo: Bookwell Oy.
- Särkämö, T. 2015. Musiikilliset häiriöt. Teoksessa Jehkonen, M., Saunamäki, T., Paavola, L. & Vilkki, J. Kliininen neuropsykologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 144-151.
- Takala, T. 2010. AVH:n sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen 2006-2009. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto Ry. http://www.aivoliitto.fi/files/751/AVH-kuntoutusprojekti_loppuraportti.pdf. 8.10.2015.
- Tarnanen, K., Lindsberg, P., Sairanen, T. & Vuorela, P. 2011. Aivoinfarkti - Käyvän hoidon potilasversio. Duodecim Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00062. 26.10.2015.
- Tilvis, R., Pitkälä, K., Stranberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim.
- The intercollegiate stroke working party. 2012. National clinical guideline for stroke. Royal college of physician. https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/national-clinical-guidelines-for-stroke-fourth-edition_0.pdf. 10.10.2015.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. 26.2.2016.
- Tyrell, P., Rudd, A., Cullen, K., Richards, A., Swain, S., Turner, C., Wonderling, D., Bowmaster, A., Day, D., Ford, G., Hatton, S., Korner, J., McManus, R., Molyneux, A., Potter, J., Allison, R., Parker, J., Kickpatrick, P., Lamont, P., Morse, M., Rothwell, P., Baldwin, N. & Willis, S. 2008. stroke. Royal college of physician.
- Vataja, R. 2011. Aivoverenkiertosairaudet. Teoksessa Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P. & Vataja, R. (toim.). Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 152–159.

- Viitanen, M. 2010. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Tilvis, R, Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 146-148.
- Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS -kustannus.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Wikström, J., Meretoja, A., Hietanen, M., Huusko, T., Ihalainen, R., Järvikoski, A., Karhuvaara, A., Kivekäs, J., Lindstram, S., Niinistö, L., Nyfors, H., Peurala, S., Pohjolainen, T., Vainikainen, T. & Ylinen, A. 2008. Konsensuslausuma Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim Suomen Akatemia.
<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f231511789/kuntoutuksenkonsensuslausuma2008.pdf>. 25.7.2015.
- World Health Organization. 2015a. Deaths from stroke.
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_16_death_from_stroke.pdf. 16.10.2015.
- World Health Organization. 2015b. Global burden of stroke.
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf. 17.10.2015.
- Yew, K. & Cheng. E. 2009. Acute stroke diagnosis. American academy of family physician. <http://www.aafp.org/afp/2009/0701/p33.html>. 12.10.2016.

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Kaivupihan hoivakeskus
Toimeksiantajan edustaja:	Riitta Myllynen, v.s. sosiaalipalvelujen vastaava
Osoite:	Kirkkoentie 13
Puhelinnumero:	010 500 0000
Sähköposti:	riitta.myllynen@jas.fi
Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoivatyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1300150 Sinna Korhonen
Puhelinnumero:	050 552 7326
Sähköposti:	1300150@edu.karelia.fi
Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Aivoverenkierto sairauksien tunnistaminen ja selvittämisen kunnollisuus ja hoivatyön -koulutusohjelma Kaivupihan hoivakeskukselle
Toteutusmuoto	teoreettinen
Aikataulu	iltapäiväkoulutukset 6.10.2015 klo 13.30-15.00 27.10.2015 klo 13.30-15.00
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	keppopaperit
Toimeksiantajan sitoumukset	
<ul style="list-style-type: none"> • keppopaperit • yhteistyö • saatavat koulutusajat 	
Opiskelijan sitoumukset	
<ul style="list-style-type: none"> • saatava aikataulu • opinnäyte työ ohjeiden ja eettisten periaatteiden mukaan • tarvittavat tutkimusluvut 	

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa

Ohjaaja(t): Hanish Bhurtun

Opinnäytetyön julkisuus

Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.

Allekirjoitukset

Päiväys

17.6.2015

Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys

Sanna Korhonen
Sanna Korhonen

Päiväys

17.6.2015

Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Riitta Myllynen
Riitta Myllynen

Päiväys

17/8/2015

Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Hanish Bhurtun

Koulutusmateriaali

Sinna Korhonen
Opinnäytetyö
Karelia-ammattikorkeakoulu

Koulutusmateriaali



Aivoverenkiertohäiriö (AVH)

- Suomessa kolmanneksi yleisin kuolinsyy
 - ➔ Vuosittain sairastuu 25 000 (Aivoliitto 2015)
 - ➔ Kaksi kolmesta ikääntyneistä (Viitanen 2010)
- Maailmanlaajuisesti 15 miljoonaa ihmistä kuolee vuosittain (WHO 2015)

Aivoverenkiertohäiriön oireet

- Toispuoleinen heikkous tai halvaus
- Suupielen roikkuminen
- Puheen tuottamisen/ymmärtämisen vaikeus
- Sekavuus
- Huimaus
- Puutumiset tai tuntohäiriöt
- Kaksoiskuvat
- Näköhäiriö
- Tasapainohäiriöt



Nopea tutkiminen



Tajunta

- Reaktiot puheelle
- Kosketukselle
- Heräteltävissä? Reaktiot kivulle?

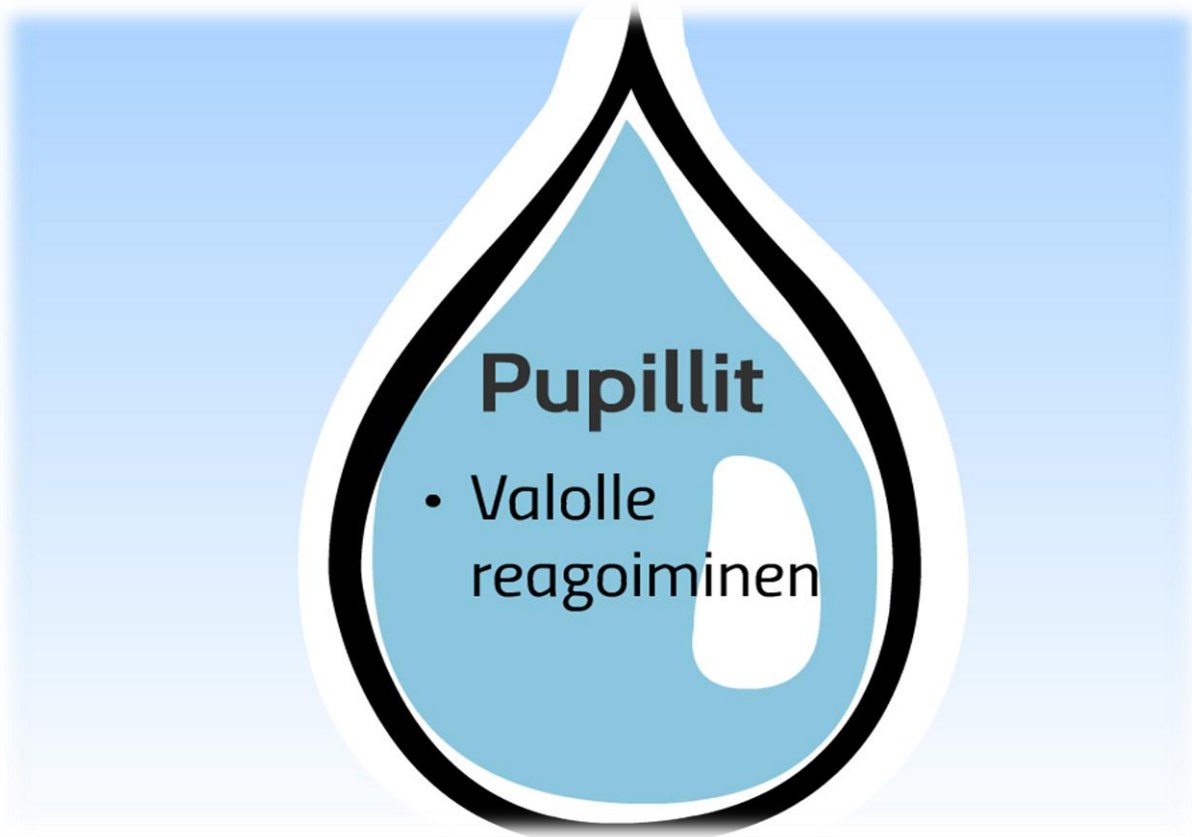
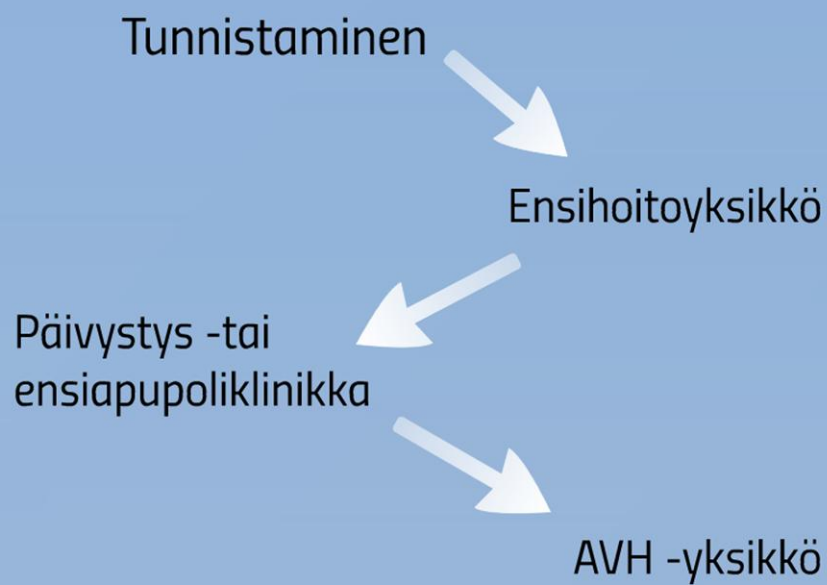


Puolierot

- Puristusvoimat
- Hymyily
 - Suupielen roikkuminen



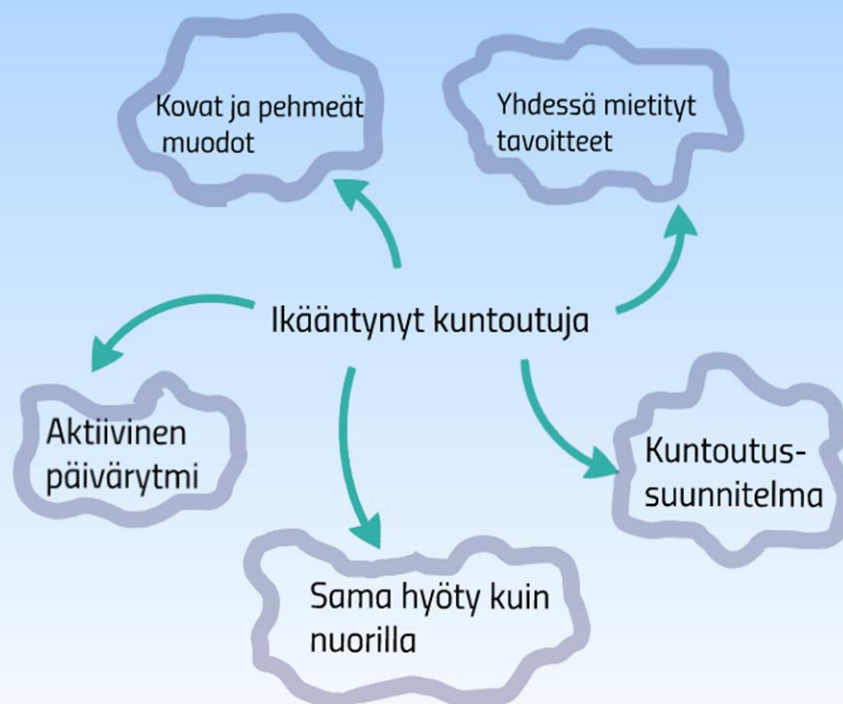
Koulutusmateriaali

**Hoitopolku**

Koulutusmateriaali

AVH:n aiheuttamat vauriot toimintakyvyssä

- Fyysinen toimintakyky
Halvaus, tuntepuutokset, spastisuus
- Kognitiivinen toimintakyky
Afasia, neglect, juuttuminen, tarkkaavaisuuden häiriöt
- Psyykkinen toimintakyky
Masennus, ahdistus, apatia, pakkoitku/nauru, keskittymisen häiriöt
- Sosiaalinen toimintakyky
Eristäytyminen



Koulutusmateriaali**Kuntoutujan motivoiminen**

- Emotionaalinen tuki
- Voimavarat
- kivuttomuus
- konkreettiset tavoitteet
- Onnistumisen kokemukset
- myönteinen hoitosuhde

**Neglect -oire**

- Neglect- oireinen ei kykene huomioimaan toiselta puolelta tulevia ärsykeitä
- Oireet vaikuttavat hidastavasti myös fyysisen puolen kuntoutumiseen

Hoitotyön keinot Neglect -oireisella

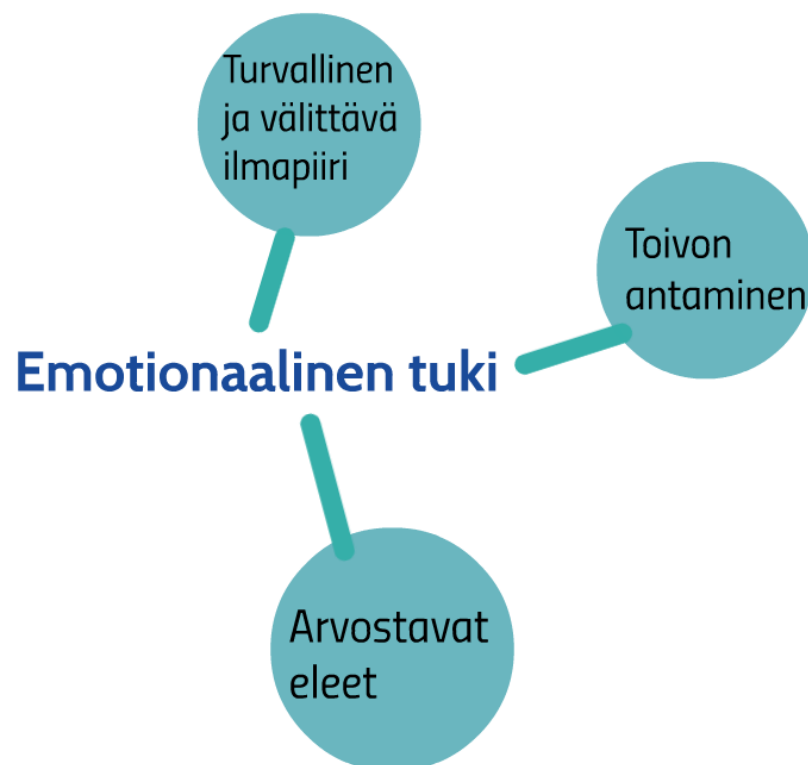
- Kaikki toimet tehdään huomioimattomalta puolelta
- Tuntoärsykeitä huomiotta jäävälle puolelle
- Tarvitsee ohjausta ja muistutusta kehon symmetrian huomioimiseen

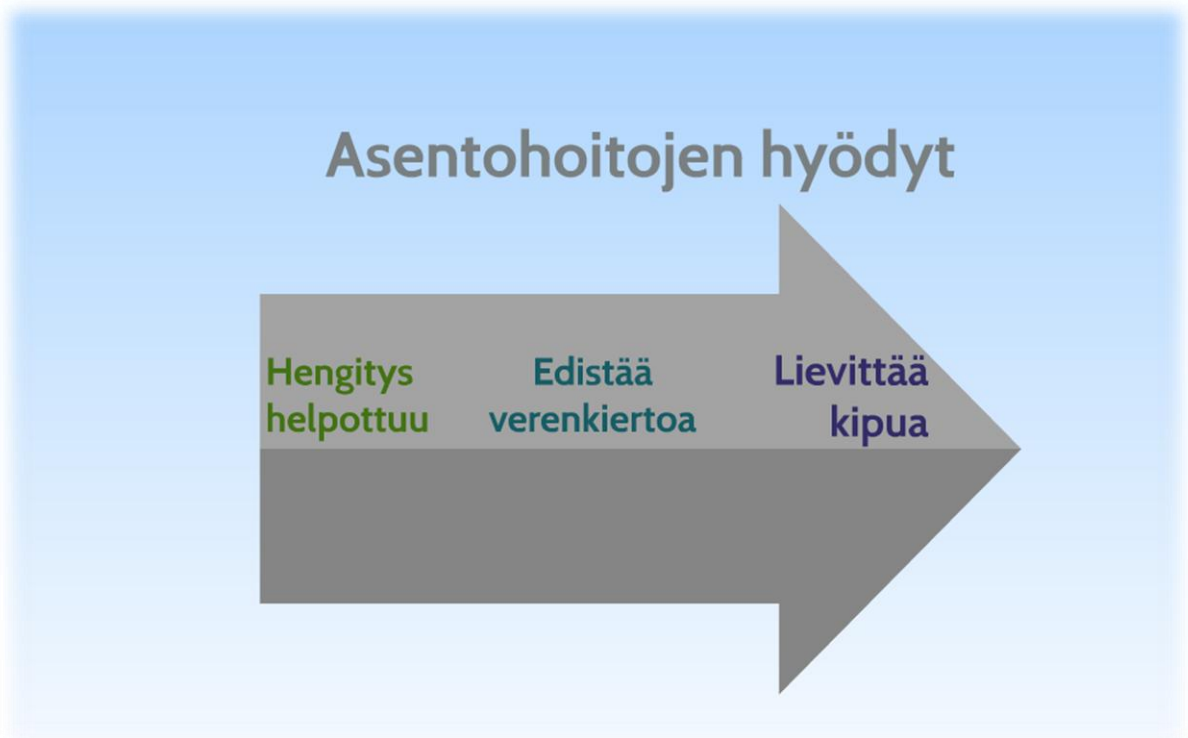
Masennuksen hoitotyön keinot



Oireiden tunnistaminen:

Väsymys, ruokahaluttomuus,
apatia, mielihyvä tuntemuksen
katoaminen, ärtyneisyys,
turtuminen, toimintakyvyn
lasku, alakuloisuus



Koulutusmateriaali

Asentohoidossa huomioitavaa

- Halvaantuneen puolen raajojen asento
- Kylkiasento on paras lepoasento
- Istualtaan ollessa halvaantuneen käden asennon huomioiminen
- Asentojen tukeminen tyynyillä

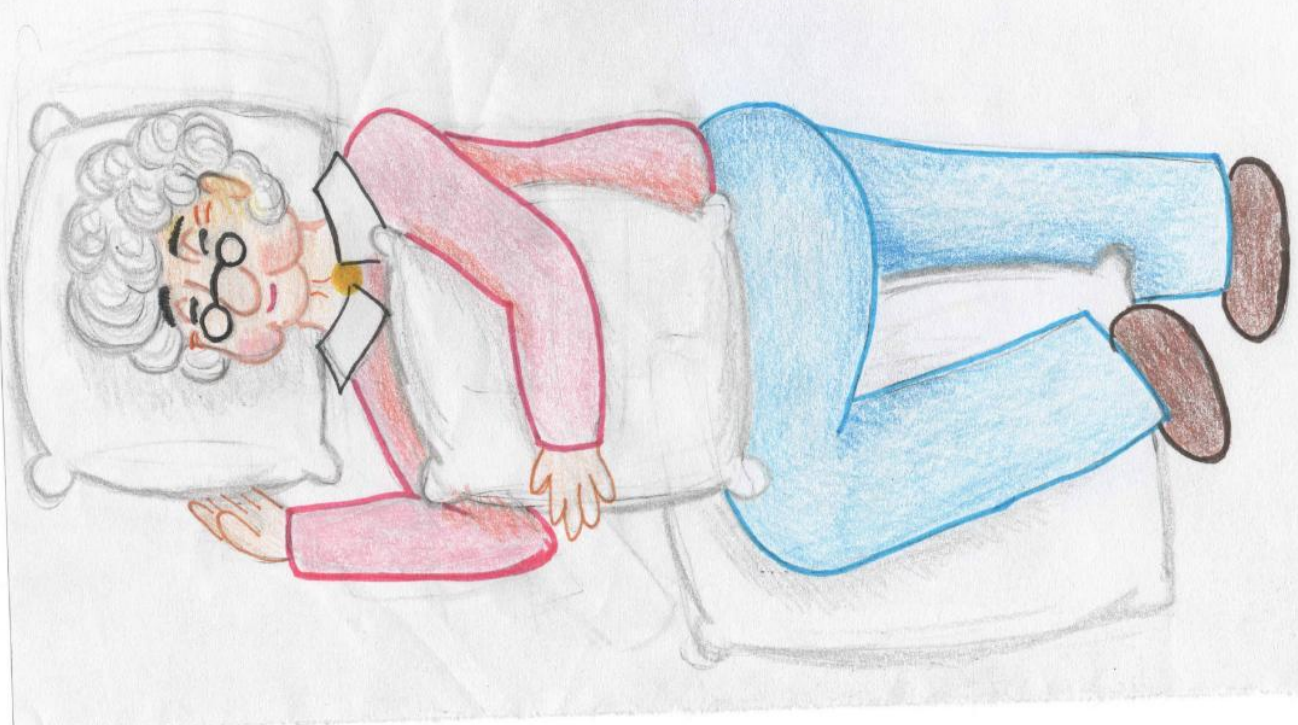
Koulutusmateriaali

Halvaantuneella kyljellä



© Prezi

Toimivalla kyljellä



Koulutusmateriaali

Selinmakuu



Päivittäiset toiminnot

Pukeutuminen

- Aistituntemuksien antaminen
- Terveen käden hyödyntäminen pukeutumisessa

Ruokailu

- Hyvä istuma-asento: Mahdollisuuksien mukaan istuminen tukevalla tuolilla
- Nielemishäiriö: Sileä ruoka ja sakeutettu juoma
- Suun tarkistaminen ruokailun jälkeen

Koulutusmateriaali

Kommunikoiti vaikeudet

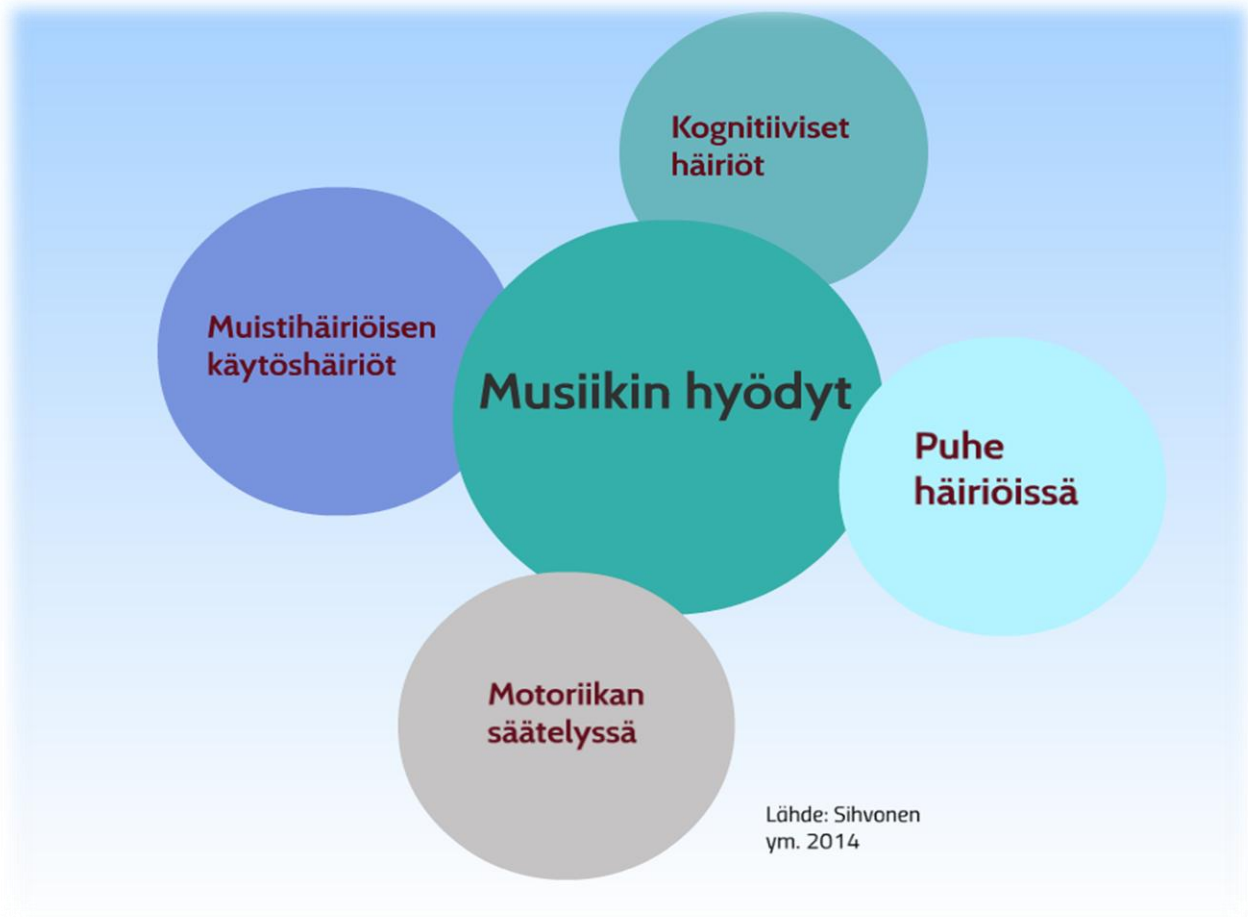
- Afasia potilaalla voi ilmetä puheen tuottamisen tai ymmärtämisen vaikeuksia
- Apraksia potilaalla on vaikeuksia suorittaa tahdonalaisia liikkeitä esim. vaikeus tuottaa ääntä



Kommunikaatio vaikeuksissa huomioitavaa:

- Rauhallinen tilanne kommunikoitaessa
- Annetaan ikääntyneelle aikaa keskittymiseen
- Yksi henkilö keskustelussa mukana
- Ilmeet, eleet
- Lyhyitä ja selkeitä ilmaisuja
- Katsekontakti
- Omahoitaja ja omaisten hyödyntäminen



Koulutusmateriaali

Musiikin hyödynnettävyys hoitotyössä

- Yhteiset laulu- ja soittohetket
 - Lisäävät sosiaalista kanssakäymistä
 - Vähentää yksinäisyyden kokemuksen tunnetta
 - Laulu aktivoi aivojen eri osa-alueita
- Musiikin kuuntelu
 - Auttaa käsittelemään tunteita
 - Auttaa orientoitumaan aikaan ja paikkaan
 - Auttaa muistelemaan

Lähde: Medina ym.2006,
Särkämö 2015

Koulutusmateriaali

Lähteitä

- Aivoliitto. 2015. Aivoverenkiertohäiriö. http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/perustietoa_avh_sta
- Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhus-tenhoito. Helsinki: Werner söderström osakeyhtiö
 - Asentohoitokuvien malli Medina ym. (Piirtänyt Sinna Korhonen)
- Sihvonen, A., Leo, V., Särkämö, T. & Soinila, S. 2014. Musiikin vaikuttavuus aivojen kuntoutuksessa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11845&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_member=IPPPRX9**SdU
- Särkämö, T. 2015. Musiikilliset häiriöt. Teoksessa Jehkonen, M., Saunamäki, T., Paavola, L. & Vilkki, J. Kliininen neuropsykologia. Helsinki: Kus-tannus Oy Duodecim.
- Viitanen, M. 2010. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Tilvis, R, Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- World Health Organization. 2015b. Global burden of stroke. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf



Tämä koulutus materiaali on osa
opinnäytetyötä
"Aivoverenkiertohäiriöoireiden
tunnistaminen ja kuntoutumista edistävä
hoitotyö hoitokodissa- koulutustilaisuus
hoivakoti Koivupihan henkilökunnalle."

Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan
nähtävissä osoitteessa [www. theseus.fi](http://www.theseus.fi)

Opinnäytetyön on tehnyt Sinna Korhonen
yhteistyössä Joensuun Kaupungin kanssa
vuonna 2015.

Koulutuksen muistilista

Koulutuksen muistilista

Aloitukset & esittely

AVH yleistä:

- Tila, jossa aivojen verenkierto häiriintynyt
- Voidaan karkeasti jakaa iskeemisiin häiriöihin tai hemorragiaan
- Iskeemisen verenkiertohäiriön taustalla voi olla embolisaatio eli verihyytymä (peräisin muualta kehosta) tai trombosoituminen (aivojen verisuoni tukkeutuu)
- TIA- transient ischemic attack. Ohimenevä paikallinen verettömyys, joka kestää yleensä 2-15min.
- ICH- intracerebral hematoma- aivokudoksen sisäinen vuoto
- SAV- subaraknoidaalivuoto- vuoto sijaitsee lukinkalvon alla
- Riskitekijöitä: Korkea ikä, kohonnut verenpaine, keskivartalo lihavuus, tupakointi, eteisvärinä, sydän- ja verisuonisairaudet, dslipidemiat, diabetes, runsas alkoholin käyttö, vähäinen liikunta, perinnöllinen tekijä

Esiintyvyys:

- Aivoinfarkteja 14 600 uutta tapausta ja uusiutuneita n. 2500 henkilöä/vuosi
- ICH:ta 2600/vuosi ja 1300/vuosi
- Luvut peräisin Suomen sydänliitolta vuodelta 2012

Oireet: video (aivoliiton :hätä on tämän näköinen,
<https://www.youtube.com/watch?v=5CWqNQ16qyk>)

- Videossa on kuvattu aivoverenkiertohäiriön yleiset oireet
- Oireet ovat samankaltaisia eri tyypeissä --> vaihtelee häiriön sijainnin mukaan

Koulutuksen muistilista

Oireet voivat olla eteneviä tai vaihtelevia (TIA:ssa ohimeneviä)

- Nopea oireiden tunnistaminen tärkeää liuotushoidon aikaikkunan vuoksi ja aivojen kudostuho on sitä laajempi, mitä pidempää hoitoon pääseminen kestää
- Liuotushoito on mahdollinen 4h 30 min. oireiden alkamisesta
- Aivoverenvuodoissa kirurginen hoito

Onko sattunut kohdalle AVH oireiden esiintymistä? Oma esimerkki TIA - oireesta

Nopea tutkiminen:

- Tajunta (GCS):
 - Silmien avaus: Avaako silmät spontaanisti, puheelle, kivulle vai ei avaa ollenkaan
 - Puhevaste: orientoitunut, sekava, irrallisia sanoja, ääntelyä, ei puhevastetta
 - Liikevaste: Noudattaa kehoituksia, torjuu kivun, paikallistaa kivun, fleksoi kivun, ekstensoi kivun, ei liikevastetta
- Puolierot:
 - Käsien puristusvoimat
 - Käsien nostaminen suoraksi eteen, silmät kiinni --> laskeeko toinen käsi
 - Hymyily/irvitys --> roikkuuko toinen suupieli
- Pupillit:
 - Pupillien valoreaktiot
 - reagoiko valolle
 - Pistemmäiset pupillit --> voi viitata verenvuotoon aivorungossa
 - Katsedeviaatio
 - normaalisti pupillit reagoivat valoon ja ovat symmetriset
- Epäilyksen herätessä yhteys heti hätäkeskukseen

Koulutuksen muistilista

Hoitopolku:

- Ensihoitoyksikkö tekee myös oman neurostatuksen ja kuljettaa potilaan erikoissairaanhoidon
- päivystyspoliklinikalla tai ensiavussa varmistetaan diagnoosia --> hoito
 - Käypä hoito: Liutushoito aloitettava mahdollisimman pian jos hoidolle ei ole vasta-aiheita
 - Liutushoidon hyöty vähenee hoidon viivästyisestä
 - Liutushoidon aikaikkunan mentyä umpeen tai muiden vasta-aiheiden vuoksi liutushoito ei ole aina mahdollinen, muitakin hoito vaihtoehtoja on
 - TIA -potilaat myös tutkimuksiin vaikka oireet menisivät ohi --> noin 5% aivoinfarkti 24h sisällä ja 10-20 % TIA -oireesta kärsivät saavat aivoinfarktin 90 vuorokauden kuluessa
- AVH -yksikössä aloitetaan kuntouttaminen

Vauriot toimintakyvyssä:

- Ikääntyneillä yleisempiä kognitiiviset toimintakyvyn häiriöt ja suurentunut riski muistihäiriöön
- Tuhoutuneen aivokudoksen määrästä riippuen toimintakyvyn muutokset
- Myöhemmissä dioissa käsittelen tarkemmin neglect- oiretta, masentuneisuutta, kommunikointi vaikeuksia, halvaantuneen potilaan hoitoa
- Kuntouttaminen aloitetaan heti kun mahdollista, suositus vuorokauden sisällä
- 3-6kk aikana kuntoutus tehokkainta
- Moniammatillinen kuntoutus vaurioiden laajuudesta riippuen--> moniammatillinen ryhmä arvioi AVH- yksikössä kuntoutumisen tarpeen (neurologi, sairaanhoitaja, puheterapeutti, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja kuntoutusohjaaja

Koulutuksen muistilista

Ikääntynyt kuntoutuja:

- Tarvitsee kovia ja pehmeitä kuntoutumisen muotoja:
 - Pehmeät: kuuntelu, kannustus, ohjaus, tukeminen, rohkaisu ym.
 - Kovat: puheterapeutti, fysioterapia toimintaterapia ym.
- Tavoitteet konkreettisempia kuin nuoremmilla ja lähitulevaisuuteen sijoituvia
- Kuntoutussuunnitelma: hoitoon osallistuvien tietoisuus kuntoutumisen tavoitteista, jotta kuntoutuminen olisi yhteneväistä
- Tulee sisältää tavoitteet, kuntoutujan aikaisempi toimintakyky, tarve, seuranta ja arviointi
- Useassa eri tutkimuksessa tuli ilmi, että ikääntyneet hyötyvät moniammatillisesta kuntoutumisesta samalla tavalla kuin nuoremmatkin
- Aktiivinen päivärytmi tärkeää --> sängyssä olon minimointi

Kuntoutujan motivoiminen:

- Annetaan tukea ja kannustetaan omatoimisuuteen. Annetaan huolenpitoa ja ymmärrystä
- Hyödynnetään ikääntyneen voimavarat: itselle tärkeät asiat. Esimerkiksi jos on aikaisemmin neulonut, niin kannustetaan harjoittelemaan käden hienomotoriikkaa
- Kivuttomuuden huomioiminen
- Konkreettiset tavoitteet motivoivat ja tavoitteet ikääntyneeltä lähtöisin
- vastavuoroinen ja myönteinen hoitosuhde

Neglect -oire:

- Esiintyy vähän vajaalla puolella sairastuneista, joilla vaurio sijaitsee aivojen oikealla puolella

Koulutuksen muistilista

- Hoitotyön keinoja: aistiärsykkeiden antaminen, auttaa potilasta huomioimaan oman kehon symmetria

oma esimerkki neglect-oireisesta potilaasta

Masennus:

- Sairastuminen aina iästä riippumatta kriisi
- AVH:n liittyvä oiretiedottomuus voi hankaloittaa masennusta
- Masennusta ilmenee yleisesti jonkin asteisena yli puolella sairastuneista
- Hidastaa kuntoutumista
- Ikääntyneillä samoja oireita kuin nuorilla, mutta ikääntyneillä esiintyy useimmin: somaattisen sairauden oireiden valittamisena, painon laskuna, psykomotorinen kiihtyneisyys, köyhyys- tai rangaistusharhaluulot
- Tunnistaminen tärkeää
- Annetaan emotionaalista tukea: osoitetaan kunnioitusta
- Masentunut voi kokea ettei ansaitse hoitajan antamaa huomiota
- Antaa kokemus ettei masentunut ole yksin

Asentohoidot:

- Auttaa myös hahmottamaan oman kehon symmetriaa
- Huom. Suositus --> lepoasentoja tulee vaihtaa päiväaikaa 2 tunnin välein, yöllä harvemmin, jotta mahdollistetaan yhtenäinen uni
- Ehkäisee makuuhaavojen syntymisen
- Runsas selällään oleminen lisää raajojen spastisuutta

Koulutuksen muistilista

Päivittäiset toiminnot ja kommunikointihäiriöt:

- Ohjaus haasteellista jos potilaalla on kommunikointihäiriö
- Kommunikointihäiriöitä voi esiintyä eri asteisina
- Huom. apraksiapotilaalla voi auttaa sanojen laulaminen

Oma esimerkki afaasiapotilaan kanssa työskentelystä

Musiikin merkitys:

- Tutkimusten mukaan aktivoi aivoja laajasti
- Musiikkiterapiasta todettu olevan hyötyä AVH -potilaan kuntoutumisessa
- Kuntoutumista tukee myös hoitohenkilökunnan pitämät laulu/soittohetket
- Rytmisen musiikin kuunteleminen edesauttaa tahdissa kävelemistä, askeleen pituutta, nopeutta ja rytmiä
- Musiikki auttaa käsittelemään tunnetiloja
- Auttaa muistelemaan menneisyyttä sekä auttaa orientoitumaan nykyhetkeen

Oma esimerkki musiikin vaikutuksista. Onko huomattu musiikilla olevan merkitystä päivittäisessä hoitotyössä?

Video: Aamutohtori: Vieraana fysiatri Jukka Pekka Kouri (3.57 eteenpäin noin 5min.)

Keskustelu ja palautteen kerääminen