

Hanna Näpänkangas, Johanna Pääkkölä ja Katri Uusitalo

**AIVOINFARKTIIN SAIRASTUNEEN POTILAAN JA HÄNEN LÄHEISTENSÄ
OHJAAMINEN JA TIEDONTARVE**

- Opas aivoinfarktiin sairastuneelle ja hänen läheisilleen

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Syksy 2008



**Kajaanin
ammattikorkeakoulu**

OPINNÄYTETYÖ TIIVISTELMÄ

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Hanna Näpänkangas, Johanna Pääkkölä ja Katri Uusitalo	
Työn nimi AIVOINFARKTIIN SAIRASTUNEEN JA HÄNEN LÄHEISTENSÄ OHJAAMINEN JA TIEDONTARVE – Opas aivoinfarktiin sairastuneelle ja hänen läheisilleen	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Mielenterveystyö Pitkäaikaissairaahan hoitotyö Kirurginen hoitotyö	Ohjaaja(t) Juha Oikarinen ja Arja Kettunen Toimeksiantaja Kainuun maakunta –kuntayhtymä Teho-osasto
Aika Syksy 2008	Sivumäärä ja liitteet 40 + 1
<p>Aivoverenkiertohäiriöt ovat yleinen kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen ongelma. Ensimmäiseen aivoinfarktiinsa sairastuu vuosittain noin 10 000 suomalaista, ja jos mukaan lasketaan uudelleen sairastuneet, ilmaantuvuus on noin 14 000. Sairastuvuuteen vaikuttavat elämäntapoihin yhteydessä olevat asiat, kuten esimerkiksi korkea verenpaine ja ylipaino. Kaksi kolmasosaa sairastuneista on yli 65-vuotiaita. Sairastuminen vaikuttaa merkittävästi ihmisen toimintakykyyn ja kuntoutuminen on pitkä prosessi. Aivoinfarktipotilaan hoitotyö on haastavaa ja sen yksi tärkeä osa-alue on potilaan ja hänen läheistensä ohjaaminen.</p> <p>Opinnäytetyömme on muodoltaan teorialähtöinen tuotteistamisprosessi. Tarkoituksena on antaa potilaalle ja hänen läheisilleen ajankohtaista tietoa aivoinfarktiin sairastumisesta, syy-seuraussuhteista ja kuntoutumisesta. Taivoitteenamme on kehittää kirjallinen opas aivoinfarktiin sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Tarve oppaalle nousi työelämästä ja opas tulee käytettäväksi Kainuun keskussairaalan teho-osaston aivohalvausyksikköön. Aiheena oppaassa ovat: aivoinfarkti, riskitekijät, ensioireet, AVH-yksikkö, seuraukset ja kuntoutuminen.</p> <p>Opinnäytetyömme tutkimustehtävät ovat:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kuvata näyttöön perustuvan tiedon avulla aivoinfarktiin sairastuneen ja hänen läheistensä keskeiset ohjaustarpeet ja tukea heitä selviytymisessä sairastumisen jälkeen.2. Tuottaa kirjallinen opas aivoinfarktiin sairastuneelle potilaalle sekä hänen läheisilleen. <p>Oppaan sisältö muodostui aiemmin tutkitun näyttöön perustuvan tiedon pohjalta. Sisällössä on otettu huomioon potilaiden ja läheistensä tiedontarve. Opinnäytetyömme tuloksena syntyi opas aivoinfarktiin sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Opas on tarkoitettu aivohalvausyksikössä hoidettaville potilaille ja heidän läheisilleen ikään ja sukupuoleen katsomatta. Jatkotutkimusaiheita voisi olla oppaan toimivuuden testaaminen käytännössä ja sen mahdollinen hyödynnettävyys jatkohoitopaikoissa.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Aivoinfarkti, hoitotyö, potilasopas, potilaan ohjaaminen, tiedontarve
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun Kaktus-tietokanta <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Hanna Näpänkangas, Johanna Pääkkölä and Katri Uusitalo	
Title Counselling and Information Needs of Patients with Cerebral Infarction and Their Significant Others -a guide for cerebral infarction patients and their significant others	
Optional Professional Studies Mental Health Care Long-term Nursing Surgical Nursing	Instructor(s) Juha Oikarinen and Arja Kettunen
	Commissioned by Joint Authority of Kainuu Region
Date Autumn 2008	Total Number of Pages and Appendices 40 + 1
<p>Cerebral circulation disorders are a common public health and national-economic problem in Finland. Things related to the way of life, for example high blood pressure and overweight, increase the risks of cerebral infarction. Two of three persons who have cerebral infarction are over sixty-five years old. Getting sick affects significantly the ability to function and recovering is a long process. Nursing cerebral infarction patients is challenging, and one of the most important areas is patient counselling.</p> <p>The purpose of this thesis was to give topical information of getting cerebral infarction, its causes and consequences and recovery for the patient and his significant others.</p> <p>The goal of the thesis was to make a guide for cerebral infarction patients and their significant others. The thesis was commissioned by the stroke unit of the Joint Authority of Kainuu Region which is located in the intensive care unit. The guide contains the following themes: cerebral infarction, risk factors, symptoms, stroke unit, causes and recovery.</p> <p>The research tasks were:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Describe the essential counselling needs of a cerebral infarction patient and his significant others using evidence-based knowledge. Support them to manage after the infarction. 2. Produce a guide for cerebral infarction patients and their significant others. <p>The content of our guide was composed by earlier evidence-based knowledge. The result of this thesis is a guide for cerebral infarction patients and their significant others. The guide is intended for patients who are treated in the stroke unit. Follow-up research would be to test how the guide works and if it could be used in some other units of further treatment.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Cerebral infarction, nursing, patient guide, patient counseling, information need
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Kaktus Database at Kajaani University of Applied Sciences <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	2
2 AIVOINFARKTIIN SAIRASTUMINEN	4
2.1 Aivoinfarkti ja elämäntavat	4
2.2 Aivoinfarktin akuuttihoito	6
2.3 Aivoinfarktiin sairastumisen vaikutus ihmisen toimintakykyyn	7
2.4 Aivoinfarktin kuntoutus ja terapiamuodot	10
3 AIVOINFARKTIPOTILAAN HOITOTYÖ JA OHJAAMINEN	13
3.1 Aivoinfarktiin sairastuneen potilaan hoitotyö	13
3.2 Aivoinfarktipotilaan ja hänen läheistensä tiedontarve ja tiedonsaanti	16
3.3 Kirjallinen potilasohje sairaanhoitajan toteuttaman potilasohjauksen tukena	18
3.4 Toimeksiantajan kuvaus	20
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	22
5 TUOTTEISTAMISPROSESSI	23
5.1 Aiheen valinta ja prosessin suunnittelu	23
5.2 Prosessin toteutus	24
5.3 Prosessin arviointi	25
6 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	27
7 POHDINTA	30
7.1 Tulos ja johtopäätökset	30
7.2 Jatkotutkimusaiheet	32
7.3 Oman ammatillisuuden kehittyminen opinnäytetyöprosessin aikana	33
LÄHTEET	36
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi yleisin kuolinsyy Suomessa sepelvaltimotautien ja syöpäsairauksien jälkeen. Terveystieteiden tutkimuskeskukselle eniten kustannuksia maassamme aiheuttaa valtimosairauksista juuri aivoverenkiertohäiriöt. Aivohalvauksia ilmaantuu kaikkiaan noin 14 000 vuodessa, joista ensimmäistä kertaa sairastuneita on noin 10 000. Aivoverenkiertohäiriöistä hieman alle 80 % on aivoinfarkteja ja noin 20 % aivoverenvuotoja. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista kuolee vuosittain noin 5000 henkilöä. Kuolleisuuden on kuitenkin todettu laskeneen noin puoleen viimeisen 20 vuoden aikana ja niistä aivoinfarktin akuuttivaiheen kuolleisuuden vähentyneen eniten. (Aivoinfarkti. Käypä hoito 2006; Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2008)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan akuuttivaiheen hoito on pääasiassa vitaalielintoimintojen eli verenkierron, hengityksen ja tajunnan turvaamista ja seuraamista. Tavoitteena on ehkäistä komplikaatioiden syntyminen. Kuntoutuksella on tärkeä osuus potilaan hoidossa ja se aloitetaan heti potilaan sairastuttua. Kuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn säilyttäminen mahdollisimman hyvänä ja hyvän elämänlaadun turvaaminen. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 31,54; Satakunnan sairaanhoitopiiri 2008)

Aivoinfarktipotilaan hoitotyö alkaa ensihoidon yksiköstä, jonka tehtävänä on tunnistaa potilaan oireet ja kuljettaa hänet päivystyspoliklinikalle, jossa varmistetaan diagnoosi ja aloitetaan oireidenmukainen hoito. Potilaan hoito etenee aivohalvausyksikköön, jossa vitaalielintoimintojen turvaaminen ja monitorointi jatkuu tehostetusti. AVH-yksiköstä potilas siirtyy neurologiselle vuodeosastolle, jossa komplikaatioita ja aivovaurioiden pahenemista ehkäistään sekä tehdään lisätutkimuksia. Laitoskuntoutusta tarvitsevat potilaat jatkavat hoitoaan perusterveydenhuollon kuntoutusyksikössä ja osa potilaista kotiutuu suoraan osastolta. Potilaan kuntoutus on pitkä prosessi, joka jatkuu myös laitoshoidon jälkeen. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2008)

Sairastuminen aivoinfarktiin tulee yllättäen ja on aina kriisi potilaalle ja hänen omaisilleen. Sekä potilas itse että omaiset tarvitsevat tukea ja tietoa sairastumisen jälkeen. Omaiset ovat olleet tyytymättömiä saamansa tiedon määrään ja laatuun. He kokevat tarvitsevansa ajankoh- taista ja konkreettista tietoa sairaudesta, oireista, saatavilla olevista palveluista ja kuntoutumi- sesta. Tieto lisää potilaan ja omaisten turvallisuuden tunnetta ja potilas on hoitomyyöntyyvä-

sempi ja motivoituneempi kuntoutumaan. (Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 10-11; Johansson 2007)

Opinnäytetyömme aiheena on aivoinfarktiin sairastuneen ja hänen läheistensä ohjaaminen ja heidän tiedontarpeensa tukeminen. Opinnäytetyömme tarkoituksena on antaa potilaalle ja hänen läheisilleen ajankohtaista tietoa aivoinfarktiin sairastumisesta. Tavoitteena on suunnitella ja tuottaa kirjallinen opas aivoinfarktiin sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Oppaaseen kokoamamme tieto perustuu aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen. Opinnäytetyömme tuloksena on tuote eli opas, joka tulee käytettäväksi teho-osaston aivohalvausyksikköön. Työelämän tavoitteena oppaan tekemiselle on potilaan ja hänen läheistensä tiedonsaannin lisääminen. Oppaan suuntaaminen suoraan myös potilaan läheisille noudattaa yhtä hoitotyön keskeistä periaatetta; perhekeskeisyyttä. Opas selkiyttää ja yhtenäistää aivohalvausyksikön toimintaa ja varmistaa sen, että jokainen potilas saa tasavertaisesti kirjallista materiaalia sairaudestaan. Aiheemme on työelämälähtöinen ja toimeksiantajamme on Kainuun maakunta- kuntayhtymän teho-osaston aivohalvausyksikkö, josta käytämme jatkossa lyhennettä AVH-yksikkö. Työelämän ohjaajamme on teho-osaston sairaanhoitaja, joka toimii yhtenä AVH-yksikön vastuuhenkilönä.

Oppaalle on tarvetta, koska heillä on käytössä tällä hetkellä vain aivohalvaus- ja dysfasialiiton oppaita, jotka ovat maksullisia. Opas voisi olla toimiva ja käyttökelpoinen annettavaksi myös sisätautien osasto 8:lle aivoinfarktiin sairastuneille potilaille. Työyksikkö monistaa itse tarvittavan määrän oppaita käyttöönsä ja henkilökunnanohjeistaminen oppaan käyttämiseen jää toimeksiantajan vastuulle.

Valitsimme aiheen, koska se on ajankohtainen ja mielenkiintoinen. Halusimme tehdä jotain konkreettista ja hyödyllistä, joten siksi päädyimme tuottamaan potilasoppaan. Ensimmäistä aihetta työstäessämme tutustuimme aivoverenvuotopotilaan hoitoprosessiin kokonaisuudessaan ja ymmärsimme, kuinka kokonaisvaltaisesti aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen vaikuttaa ihmisen elämään.

2 AIVOINFARKTIIN SAIRASTUMINEN

Vuosittain ensimmäiseen aivoinfarktiin sairastuu noin 10 000 suomalaista, ja jos lasketaan aivoinfarktiin uudestaan sairastuneet, ilmaantuvuus on kokonaisuudessaan jopa 14 000 tapausta. Aivoinfarktiin sairastuneista kaksi kolmasosaa on yli 65 -vuotiaita. Suomessa elää yhteensä noin 41 000 aivohalvaukseen sairastunutta henkilöä. Aivoinfarktin esiintyvyydestä on tehty vain vähän tutkimuksia. Aivoinfarktin kuolleisuus on pienentynyt Suomessa, kuten muissakin länsimaissa ja suunta näyttää jatkuvan. Vuonna 1997 tehdyn Finstroke-tutkimuksen mukaan kuolleisuus on pienentynyt keskimäärin 3,9 %. (Aivoinfarkti. Käypä hoito 2006)

Noin puolella aivoinfarktiin sairastuneista potilailla esiintyy neurologisia häiriöitä, jotka vaikuttavat alentavasti heidän toimintakykyyn. Jopa 10 – 20 % sairastuneista jää lähes täysin hoivattaviksi. Kaikista sairastuneista noin 40 % tarvitsee pitkäkestoista kuntoutusta. Potilaat elävät keskimäärin seitsemän vuotta aivoinfarktiin sairastumisen jälkeen. (Sivenius, Puurunen, Tarkka & Jolkkonen 2002, 2569) Aivoinfarkti on yleisin syy aikuisiässä tapahtuvaan vammautumiseen ja juuri siihen sairastumisen vuoksi menetetään eniten laatu-painotteisia elinvuosia. (Sivenius & Kinnunen 2006, 64-65)

2.1 Aivoinfarkti ja elämäntavat

Aivoinfarktilla tarkoitetaan aivokudoksen palautumatonta vauriota, joka syntyy aivovaltimon tukkeuman seurauksena. Tukkeuma aiheuttaa hapenpuutteen verisuonen alueella, jolloin syntyy kuolio eli infarkti. Aivoinfarkti voi syntyä trombin, eli paikallisen ahtauman, tai emboluksen, eli muualta elimistöstä tulevan hyytymän, seurauksena. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2008)

Käypä hoito –suosituksen mukaan aivoinfarkti on joko kokonaan puuttuvan tai vaillinaisen verenvirtauksen aiheuttama pysyvä vaurio aivokudoksessa. Aivoinfarktista voidaan puhua myös käyttämällä vanhaa termiä aivohalvaus (engl. stroke), joka kuitenkin sisältää myös aivo-verenvuodon ja lukinkalvonalaisen verenvuodon. (Aivoinfarkti. Käypä hoito 2006)

Suurin aivoinfarktin riskitekijä on kohonnut verenpaine, joka lisää sairastumisriskiä selvästi. Sairastumisriski on noin kolminkertainen, jos verenpaine nousee yli 160/95 mmHg:hen. (Kaste, Hernesniemi, Järvinen, Kotila, Lindsberg, Palomäki, Roine, & Sivenius 2001, 258-259.) Korkea veren kolesterolipitoisuus nostaa huomattavasti aivoinfarktiin sairastumisen vaaraa. Korkean verenpaineen ja kolesterolin hoidossa ensisijaisen tärkeitä ovat elämäntapa-muutokset. Ylipaino, epäterveelliset ruokailutottumukset, tupakointi ja vähäinen liikunta nos-tavat verenpainetta ja kolesterolipitoisuutta veressä, joten näihin on syytä kiinnittää huomio-ta. Jo pienikin määrä liikuntaa ehkäisee sairastumisriskiä ja auttaa painonhallintaa. (Dyslipi-demiat. Käypä hoito 2004; Aivoinfarkti. Käypä hoito 2006)

Humalahakuinen alkoholinkäyttö ja alkoholin suurkulutus lisäävät aivoinfarktiin sairastumi-sen riskiä (Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito 2005). Tupakoinnin lopettaminen vähentää aivoinfarktiriskiä. Tupakoivalla henkilöllä aivoinfarktin riski voi kasvaa jopa kaksinkertaisek-si. Myös passiiviset tupakoitsijat ovat riskiryhmässä hengittämällä tupakansavua. (Aivoinfark-ti. Käypä hoito 2006)

Eteisvärinä on rytmihäiriöistä yleisin pitkäkestoinen sairaus. Aivoinfarktiin sairastumisen vaara on eteisvärinäpotilailla suuri, jopa 2-7-kertainen. (Käypä hoito –suositus. Eteisvärinä 2005) Tyyppin 2 diabetes lisää aivoinfarktiriskiä huomattavasti. Riski voi olla jopa kolminker-tainen. Kohonnut verenpaine ja diabetes ovat vaarallinen yhdistelmä aivoinfarktin riskiä ar-voitaessa. Jos veren sokeripitoisuudet ovat koholla aivoinfarktiin sairastuessa, tämä pahentaa oireita ja seuraamuksia. Joka viidennellä potilaalla verensokeripitoisuus on koholla ja se lisää kuolleisuutta sairastumisen akuuttivaiheessa. (Roine, Herrala & Sotaniemi 2002, 2545-2547)

Aivoinfarkti on pääasiassa ikääntyneiden henkilöiden sairaus. Esiintyvyys lisääntyy melko tasaisesti siirryttäessä nuoremmista ikäluokista vanhuksiin. Kaksi kolmasosaa sairastuneista on yli 65-vuotiaita. Riski sairastua aivoinfarktiin kaksinkertaistuu aina iän lisääntyessä kym-menellä vuodella. Miehillä sairastuvuus on suurempaa etenkin alle 65-vuoden iässä. Van-hemmissa ikäluokissa sukupuolten välisiä eroja ei enää juurikaan ole. (Kaste ym. 2001, 249, 258.)

Aivoinfarktin uusimisen ehkäisyssä on tärkeintä pyrkiä poistamaan todetut riskitekijät. Kes-keisin ennaltaehkäisevä keino on kohonneen verenpaineen hoito. Potilaan kanssa keskustel-laan ja hänelle annetaan ohjausta olemassa olevista riskitekijöistä jo hoidon akuuttivaiheessa.

Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää potilaan oma motivaatio elämäntapamuutoksiin. (Salmenperä ym. 2002, 32-33)

2.2 Aivoinfarktin akuuttihoito

Aivoinfarktin oireisto tulee yhtäkkiesti ja kehittyy nopeasti, muutamassa minuutissa tai tunneissa. Aivoinfarktin oireet ovat yleensä kivuttomat. Potilas säilyttää yleensä tajuntansa, mutta tajuttomuus tai sen asteittainen heikkeneminen viittaavat laajaan tai sydänperäiseen aivoinfarktiin. Tyypillistä on, ettei potilas itse tunnista ensioireita. Oireita ovat raajojen voimattomuus ja tuntuu puutokset, suupielen roikkuminen ja/tai häiriöt puheessa tai näkökyvyssä. Nopea hoitoon hakeutuminen oikeaan hoitopaikkaan, sairaalan päivystysyksikköön, parantaa potilaan ennustetta. (Aivoinfarkti. Käypä hoito, potilasversio 2007)

Diagnostiikan keskeinen tavoite on selvittää soveltuuko potilas liuotushoitoon. Aivoinfarktin diagnosointiin kuuluvat aivojen tietokonetomografia (TT) tai magneettikuvaus ja neurologiset oireet ja löydökset. Aivoinfarktin ja aivoverenvuodon oireisto voi olla hyvinkin samankaltainen, joten kuvantamistutkimukset ovat diagnoosin varmistamisen kannalta korvaamattomia. Kuvantamisella pyritään myös selvittämään aivoinfarktin sijainti. Tutkimuksilla halutaan selvittää mahdolliset muut sairaudet ja komplikaatiot, jotka ovat liitettävissä aivoinfarktiin. (Aivoinfarkti. Käypä hoito 2006; Therapia Fennica. Aivoverenkierron häiriöt)

Diagnoosin varmistuttua aivoinfarktiksi voidaan mahdollisesti aloittaa liuotushoito, jossa aivovaltimon tukos avataan. Liuotushoito on tehokkain akuutin aivoinfarktin hoitomuoto, joka on toteutettava kolmen tunnin kuluessa oireiden alkamisesta. Tärkeimmät liuotushoidon vasta-aiheet ovat verenvuototaipumukset, korkea verenpaine tai juuri ennen infarktia suoritetut kirurgiset toimenpiteet. (Roine 2007, 11) Liuotushoidon maksimaalisen hyödyn saamiseksi hoitoketjun tulee toimia hyvin hälytyskeskuksesta lähtien. Tavallisin este liuotushoidolle on liian myöhäinen hoitoon saapuminen. Liuotushoidon voi aloittaa vain neurologiaan erikoistunut lääkäri. (Kaste 2003, 491) Liuotushoitoa on saatavilla kaikissa maamme keskussairaaloissa tiettyinä vuorokaudenaikoina. (Roine 2007, 11)

Hoidon alkuvaiheessa turvataan vitamielintoiminnot, joita ovat tajunta, hengitys ja verenkierto. Potilaan neste- ja sokeritasapaino, eritystoiminta ja lämpötila pyritään normalisoimaan. Keinoja hengityksen ja hapetuksen turvaamiseen ovat: happisaturaation seuranta, intubaatio, nielutuubin käyttö, liman imeminen pois hengitysteistä ja respiraattorihoito. Nesteytystä hoidetaan laskimonsisäisesti ja eritystoimintaa avustetaan kertakatetroinnein ja laksatiiveilla. Tavoite on, että ravinto saataisiin suun kautta, mutta jos nieleminen ei onnistu, ravitseminen turvataan nenä-mahaletkulla. Tilanteen pitkittyessä voidaan päätyä tekemään mahalaukkuavanne eli gastrostomia. (Therapia Fennica. Aivoverenkierron häiriöt)

2.3 Aivoinfarktiin sairastumisen vaikutus ihmisen toimintakykyyn

Aivoinfarktin seuraukset ovat hyvin yksilöllisiä. Lievässä aivoinfarktissa toipuminen on nopeaa ja oireet saattavat korjaantua jopa täysin. Vaikeasta infarktista pysyviä oireita jää paljon ja kuntoutuminen on hidasta. Ennusteeseen vaikuttavat aivoinfarktin sijainti ja koko sekä potilaan ikä, muut sairaudet ja kuntoutus. Oireet vaihtelevat sen mukaan, onko infarkti aivojen etu- vai takaosassa, ja siitä kummassa aivopuoliskossa infarkti on. Oikean aivolohkon vaurio voi aiheuttaa mielialojen vaihtelua, vaikeutta huomioida halvaantunut puoli ja oireiden tiedostamisen puutteellisuutta. Vaurio vasemmassa aivolohkossa voi johtaa esineiden tunnistamisen vaikeuteen, kielellisiin häiriöihin ja tahdonalaisen toiminnan vaikeutumiseen. (Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri 2007; Forsbom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 28)

Aivoinfarktiin sairastuminen aiheuttaa erilaisia toiminnallisia oireita. Lihasten aktiviteetin heikkeneminen aiheuttaa lihasten veltostumista, joka voi pahimmillaan olla lihasten täydellinen toimimattomuus eli hypotonia. Vaikka potilaalla olisi lihasaktiiviteettia, hänellä voi esiintyä toiminnan ja tahdonalaisen liikkeen suorittamisen vaikeutta, jota sanotaan apraksiaksi. Kovasta yrityksestä huolimatta, potilas ei kykene suorittamaan pyynnöstä lihasliikettä, jonka hän pystyy muutoin tekemään. Useimmille potilaille kehittyy ajan kuluessa lihasjäykkyyttä. Potilaalla voi olla myös tiettyyn liikkeeseen tai toimintaan juuttumista, perseveraatiota. Ataksiassa eli koordinaatiohäiriössä potilaan kehon hallinta on puutteellista, esimerkiksi tasapainossa voi olla vakavia häiriöitä. Myös suun ja nielun liikkeet voivat jäädä vajaaksi. (Forsbom ym. 2001, 31-32)

Aivoinfarkti voi aiheuttaa tuntopuutoksia. Pintatuntopuutoksessa (taktiilinen tuntopuutos) kosketuksen tunteminen on epätarkka tai puuttuu kokonaan. Syvätuntopuutoksessa (kinesiteettinen tuntopuutos) potilaan liikkeen ja asennon tuntemisessa on muutoksia, erityisesti vartalossa ja raajoissa. Halvaantuneelta puolelta tulevan aistitiedon havaitseminen ja huomiointi on vaikeutunut, vaikka näkö, kuulo ja tunto olisivatkin normaaleja (neglect- oireisto). Potilaan pää on usein kääntyneenä pois halvaantuneelta puolelta. (Forsbom ym. 2001, 31-32)

Tuttujen käyttöesineiden tunnistaminen ja käyttötarkoituksen ymmärtäminen voi olla vaikeutunut. Tätä kutsutaan agnosiaksi. Oman sairauden ja jopa tuttujen kasvojen tunnistaminen voi olla vaikeutunut laajemmassa aivovauriossa. Tämä puolestaan on anosognosia. Näön hermotuksen katkeaminen vaurioituneella puolella saa aikaan halvaantuneen puolen näkökenttäpuutoksen tai sokeutumisen. (Forsbom ym. 2001, 31-32)

Puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeutta kutsutaan afasiaksi, joka voidaan jakaa sujumattomaan ja sujuvaan afasiaan. Sujumattomassa afasiassa puheen tuottaminen on vaikeutunut niin, että potilas voi esimerkiksi toistaa yhtä tavua. Sujuvassa afasiassa potilaan puhe on vaikeaa ymmärtää, vaikka potilas puhuukin sujuvasti. Muita kielellisiä häiriöitä ovat kirjoittamisen, laskemisen ja lukemisen vaikeutuminen, sekä dysartria, jossa puheen tuottamista vaikeuttavat suun ja nielun toiminnan häiriöt. (Forsbom ym. 2001, 32-33)

Aivoinfarktiin sairastuneella potilaalla esiintyy usein muistihäiriöitä. Muisti voi kadota pidemmältä aikaväliltä tai ongelman muistamisessa voi liittyä uusien asioiden oppimiseen. Muita tyypillisiä toiminnallisia oireita ovat tunnetilojen ailahtelut, ärtyvyys, itkuherkkyys ja masentuneisuus. (Forsbom ym. 2001, 33)

Masennus on ongelma, josta noin puolet aivoinfarktiin sairastuneista kärsivät akuutin vaiheen jälkeen. Masennus on yhteydessä toiminnallisuuden huonoon ennusteeseen sekä riskiin joutua laitoshoitoon. On tärkeää huomata masennuksen oireet ja aloittaa hoito. Masennusta hoidetaan useimmiten lääkkeillä. (Roine 2007, 13) Uusimpien tutkimustulosten mukaan masennus voi olla seurausta aivojen vaurioitumisesta johtuvista biokemiallisista muutoksista. Masennus vaikeuttaa kuntoutumista ja vie sairastuneen voimavaroja. Sen on myös todettu

vaikeuttavan sairastuneiden selviämistä päivittäisistä toiminnoista. Hoitohenkilökunnan tukeminen kuntouttavan hoitotyön keinoin pyrkii edistämään potilaan toimintakykyä ja lievittämään potilaan oireita. Sairastuneen sekä hänen läheistensä kuuntelu ja informointi sekä kuntouttava hoito tukevat vaikeasta elämäntilanteesta selviytymisessä. (Salmenperä ym. 2002, 72-73)

Sairastuminen on aina kriisi potilaalle ja hänen läheisilleen. Aivoinfarktiin sairastuminen tulee eteen odottamatta. Sairastumiseen sopeutuminen edellyttää psyykkistä työtä. Aluksi jokainen potilas on järkyttynyt ja hämmentynyt tilanteestaan, sekä sairaus herättää pelkoa. Potilas joutuu kohtaamaan toimintakykynsä ja henkisen suoriutumiskykynsä erilaisuuden. Elämänmuutokset koskettavat koko perhettä. Potilaan huomataan olevan erilainen kuin ennen. Siitä nouseekin huoli, mistä on oikein kysymys, ja kuinka voimme jatkaa normaalia elämää sairastumisen jälkeen. (Kuikka, Pulliainen, & Hänninen 1990, 198-199)

Aivoinfarkti voidaan luokitella traumaattiseksi kriisiksi. Se on psyykinen tilanne, joka uhkaa sairastuneen ja hänen läheistensä henkistä tasapainoa. Traumaattinen kriisi syntyy silloin, kun ihminen sairastuu ennustamatta. Psykiatrian professori ja psykoanalytikko Johan Cullberg on määrittänyt traumaattisen kriisin neljään eri vaiheeseen. Tämä kuvastaa hyvin, kuinka traumaattisen kriisin vaiheet etenevät psyykkisellä tasolla. Kriisin vaiheet käy läpi, sekä potilas, että myös hänen omaisensa. (Pohjolan-Pirhonen, Poutiainen & Samulin 2007, 13)

Sokki on ensimmäinen vaihe sairastumisen jälkeen. Siinä mieli on suunnattu pois sellaisista kokemuksista, joita ihminen ei kykene tiedostamaan ja ottamaan vastaan. Ajattelukyky ja tilanteen vakavuuden hahmottaminen on heikentynyt. Psyykkisen sokin aikana emme tiedosta, mitä on tapahtunut. (Pohjolan-Pirhonen ym. 2007, 16) Sökkivaihe kestää yleensä muutaman tunnin, tai jopa vuorokauden. (Saari 2000, 49)

Reaktiovaiheessa ihminen tuntee uhkatilanteen olevan ohi. Se kestää kahdesta neljään vuorokauteen. Hän ymmärtää, mitä on tapahtunut ja reagoi kokemaansa. Tunteet nousevat pintaan ja sairauden merkitys elämään selkenee. Reaktiovaiheessa erilaiset masennusreaktiot ja stressireaktiot ovat yleisiä, joihin liittyy myös ahdistusta. (Saari 2000, 52–60)

Käsittelyvaihe alkaa kun ihminen vähitellen tottuu tapahtuneeseen. Hän käsittelee tapahtu-

maa itse mielessään niin, ettei se hallitse hänen elämäänsä. Tähän vaiheeseen voi liittyä sosiaalisten suhteiden ylläpidon vähäisyys, jonka vaarana on masennus. Käsittelyvaihe voi kestää monta kuukautta. (Pohjolan-Pirhonen ym. 2007, 17) Käsittelyvaiheen kuluessa tunteiden hallinta ja vastuunkantaminen paranee. Arkipäivän askareet ja paluu työelämään ovat ajankohdallisia. Näillä on merkitys myös trauman kokeneen kuntoutumiseen ja jaksamiseen. (Saari 2000, 60-65)

Uudelleen suuntautumisen vaiheessa tapahtuman ja kokemuksen tunteet ovat hallittavissa. Trauma pysyy muistoissa aina ja on osa elämää. Ihmissuhteiden ylläpitäminen ja itsestään huolehtiminen paranee. Tässä vaiheessa tapahtuu lopullinen toipuminen, ja ihminen on usein valmiimpi kohtaamaan vastoinkäymisiä kuin ennen. (Pohjolan-Pirhonen ym. 2007, 17-18)

Traumaattiset kokemukset tulee käsitellä. Ne voivat muuten jättää persoonallisuuteemme psyykkisiä häiriöitä. Sosiaalisen verkoston tuki kriisissä on erittäin tärkeää ja se luo turvallisuutta. Traumasta täytyy oppia keskustelemaan. Tunteiden ja ajatuksien käsittelyyn täytyy varata aikaa ja mahdollisuuksia. Omaiset voivat auttaa kriisin kokenutta olemalla läsnä. Jos sanoja ei osaa rakentaa oikeiksi, on kuitenkin tärkeämpää kuunnella ja koskettaa. (Saari 2000, 69, 72, 142-143)

2.4 Aivoinfarktin kuntoutus ja terapiamuodot

Aivoinfarktipotilaan kuntouttaminen aloitetaan heti, kun potilaan tila on riittävän vakaa. Potilaille laaditaan moniammatillisessa työryhmässä yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, johon kuuluvat fyysinen ja kognitiivinen kuntoutus. Aivoinfarktia seuraavat 2-3 kuukautta ovat nopeinta kuntoutumisen aikaa, joten kuntoutuksen pääpaino tulee olla tällä aikavälillä. Kuntoutuksesta hyötyvät kaikki potilaat, ja mitä varhaisemmassa vaiheessa kuntoutus aloitetaan, sen parempi on tulos. Aktiivista kuntouttamista tulee jatkaa niin kauan, kuin edistymistä on havaittavissa. (Therapia Fennica. Aivoverenkierron häiriöt)

Vaikka yksilöllisen kuntoutumisen ennustaminen on usein vaikeaa, voidaan melko luotettavaa ennustetta antaa jo kolmen ensimmäisen viikon perusteella. Ennusteeseen vaikuttaa ratkaisevasti aivoinfarktin vaikeusaste. Jos potilaan tajunta on alentunut ja hänellä on täydellinen velttohalvaus, toiminnallinen ennuste on huono. Normaalin toimintakyvyn palaaminen

on epätodennäköistä jos halvausoireisto on edennyt nopeasti maksimiinsa ja pysyy muuttumattomana ensimmäiset 3-4 vuorokautta. Jo vähäinenkin liike alaraajassa viikon kuluttua sairastumisesta ennustaa kävelykyvyn palautumista. Pienikin liike yläraajassa kuukauden kuluessa on merkki siitä, että käsi tulee kuntoutumaan hyvin. (Aivoinfarkti. Käypä hoito 2006; Sivenius 2001, 4743-4749)

Kuntoutuksen toteutus vaihtelee Suomessa, vaikka sen vaikuttavuudesta on vakuuttavaakin näyttöä (Sivenius & Jolkkonen 2004, 2369). Vaikka terveyskeskuksissa kuntoutushenkilöstö on riittämätön ja kuntouttavan hoitotyön mahdollisuudet ovat vähäiset, aivoinfarktipotilaita silti siirretään jatkohoitoon terveyskeskuksen vuodeosastoille. Aivoinfarktipotilaan kuntouttaminen erikoistuneessa kuntoutusyksikössä on kannattavinta ja sillä saavutetaan paras tulos, koska siellä työskentelee moniammatillinen hoitotiimi, jolla on ammatillista erikoisosaamista ja yhteistyö on sujuvaa. Tällöin sairastuneiden kuolleisuus ja laitoshoitoon jäämisen riski pienenee. Tämä lyhentää myös hoitoaikaa, lieventää vammautumista sekä parantaa elämänlaatua. (Sivenius 2007, 12) Yksiköissä keskeinen osa toimintaa on kuntouttava hoitotyö. Kuntoutuksen aloittamisen viive voi heikentää merkittävästi sen vaikuttavuutta. (Sivenius & Kinnunen 2006, 64)

Aivohalvauspotilaiden aktiivisen kuntoutuksen vaikuttavuus perustuu näyttöön sekä vahvaan tutkimusperustaan (Sivenius ym. 2002, 2576) On tutkittu, että aivojen toimintaan voidaan vaikuttaa kuntoutuksen avulla. Aivojen uudelleen muovautuminen ja hermoverkoston uudelleen rakentuminen on mahdollista sairastumisen jälkeen. (Sivenius & Kinnunen 2006, 64; Sivenius 2001, 4743) Kuntouttaminen aloitetaan asentohoidolla, jolla aktivoidaan kehon aistimuksia ja pyritään estämään vartalon ja raajojen toimintahäiriöt. Potilas mobilisoidaan, eli pyritään saamaan liikkeelle mahdollisimman nopeasti, koska näin vähennetään mahdollista painehaavojen, laskimotukosten, keuhkoembolian ja -kuumeen riskiä. (Aivoinfarkti. Käypä hoito 2006) Kuntoutuksen osa-alueet ovat toimintaterapia, fysioterapia, puheterapia ja neuropsykologinen kuntoutus. (Sivenius 2007, 13)

Fysioterapia on aivoinfarktipotilaan kuntoutuksen keskeisin menetelmä (Sivenius ym. 2002, 2573). Sillä halutaan säilyttää potilaan tyydyttävä toimintakyky rajoitteista huolimatta ja saavuttaa menetetyt taidot niin hyvin, kuin mahdollista. Tärkeää on aloittaa fysioterapia heti sairastumisen jälkeen ja sitä toteutetaan päivittäin. Päivittäisissä ohjatuissa harjoituksissa opetel-

laan esimerkiksi vuoteessa kääntymistä ja istumaan nousua, istuma- ja seisoma-asennon hallintaa, sekä nielemistä. Liikkumisen harjoittelu vähentää jäykkyyttä, parantaa tuntoaistimuksia, halvaantuneen puolen huomiointia ja lihastoimintaa. Fysioterapiassa pyritään kehon symmetriseen käyttöön. (Numminen 1998, 36; Aivoinfarkti. Käypä hoito 2006)

Toimintaterapiassa pyritään auttamaan potilasta selviytymään päivittäisistä toiminnoistaan. Potilasta ohjataan halvautuneelta puolelta, jotta hän oppisi huomioimaan halvaantuneen raajan ja oppisi käyttämään sitä ”apuraajana”. Toimintaterapeutti harjoittelee potilaan kanssa pukeutumista, riisuutumista, henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimista sekä ruokailemista. Toimintaterapia lisää potilaan yleistä aktiivisuutta. (Numminen 1998, 46-47; Aivoinfarkti. Käypä hoito 2006)

Puheterapeuttinen kuntoutus on tiivistä ja toteutetaan yksilöterapiana sairauden alkuvaiheessa. Intensiivisellä terapialla parannetaan potilaan viestintätaitoja. Afasiapotilaan kuntoutukseen kuuluu säilyneiden kielellisten taitojen palauttaminen ja niiden parantaminen. Omaiset voivat osallistua potilaan ilmaisutaitojen kuntouttamiseen, koska myös he tarvitsevat tietoa potilaan häiriöstä ja viestintäongelmista. (Numminen 1998, 78–81; Aivoinfarkti. Käypä hoito 2006)

Psyykkisen suorituskyvyn ja persoonallisuuden muutoksia pyritään lieventämään neuropsykologisen kuntoutuksen avulla. Muuttunut toimintakyky jäsennetään uudelleen ja opetellaan sopeutumaan sairauden tuomiin muutoksiin. Yleensä neuropsykologisessa kuntoutuksessa hoidetaan useaa häiriötä samanaikaisesti, mutta siinä voidaan keskittyä myös yksittäiseen häiriöön. Omaisten osallistumisen tärkeys korostuu myös neuropsykologisessa kuntoutuksessa. (Numminen 1998, 66-67; Aivoinfarkti. Käypä hoito 2006)

3 AIVOINFARKTIPOTILAAN HOITOTYÖ JA OHJAAMINEN

Aivoinfarktiin sairastuneen potilaan akuuttivaiheen hoito on pääasiassa vitaalielintoimintojen eli verenkierron, hengityksen ja tajunnan turvaamista ja seuraamista. Tavoitteena on ehkäistä komplikaatioiden syntyminen. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitoon osallistuu moniammatillinen hoitotiimi, joka koostuu monen eri alan ammattiryhmistä. Heitä ovat neurologian erikoislääkäri, hoitohenkilökunta mm. sairaanhoitajat ja lähihoitajat, toiminta-, fysio- ja puhe-terapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijä. (Salmenperä ym. 2002, 31,54 ; Satakunnan sairaanhoitopiiri 2008)

Kuntoutuksella on tärkeä osuus potilaan hoidossa ja se aloitetaan heti potilaan sairastuttua. Hermokudosvaurioista johtuvaa toiminnan vajautta ja sen aiheuttamaa haittaa pyritään korjaamaan kuntoutuksen avulla. Ympäri vuorokautisen kuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn säilyttäminen mahdollisimman hyvänä ja hyvän elämänlaadun turvaaminen. Hoitohenkilökunta ohjaa potilasta tarvittaessa kaikissa päivittäisissä toiminnoissa, jotka ovat kaikki kuntouttavia tapahtumia. (Salmenperä ym. 2002, 56)

3.1 Aivoinfarktiin sairastuneen potilaan hoitotyö

Aivoinfarktipotilaan hoitotyö alkaa ensihoidon yksiköstä, jonka tehtävänä on tunnistaa potilaan oireet ja kuljettaa potilas mahdollisimman nopeasti jatkohoitopaikkaan eli päivystyspoliklinikalle. Päivystyspoliklinikalla varmistetaan diagnoosi ja aloitetaan oireidenmukainen hoito. Tutkimuksiin kuuluu aivojen tietokonetomografia eli TT-tutkimus. Potilaan hoito etenee aivohalvausyksikköön, jossa vitaalielintoimintojen turvaaminen ja monitorointi jatkuu tehostetusti. Tarvittaessa potilaalle täytyy järjestää respiraattori- eli hengityskonehoito. AVH-yksiköstä potilas siirtyy neurologiselle vuodeosastolle, jossa komplikaatioita ja aivovaurioiden pahenemista ehkäistään sekä tehdään etiologisia tutkimuksia, kuten aivojen magneettikuvaus (MRI). Tilanteen vakaannuttua arvioidaan kuntoutustarve ja laaditaan alustava kuntoutussuunnitelma. Laitoskuntoutusta tarvitsevat potilaat jatkavat hoitoaan perusterveydenhuollon kuntoutusyksikössä ja osa potilaista kotiutuu suoraan osastolta. Potilaan kuntoutus on pitkä prosessi, joka jatkuu myös laitoshoidon jälkeen. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2008)

Sairaanhoitaja -lehdessä kirjoitetussa artikkelissa on kuvattu hoitotyön haasteita ja vaatimuksia aivoverenkiertohäiriöpotilaan sairauden akuuttivaiheessa. Artikkelissa esitetään hoitotyön käytäntöjä liittyen päivittäisiin toimintoihin, kuten: tajunnantaso, hengitys, verenkierto, persoonallisuus, liikkuminen, ympäristö, kognitiiviset häiriöt, ravitsemus, erittäminen, pukeutuminen ja riisuuntuminen. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitotyön keskeisimpiä haasteita ovat potilaan omaisten huomiointi sekä oireiden tunnistaminen ja niihin nopea reagoiminen. (Hietanen, Hopia & Kallio 1999, 12-13)

Hyvä ja huolellinen perushoito on keskeinen tekijä kuntoutumista edistävässä hoitotyössä, hoidettaessa aivoinfarktipotilasta. Aivoinfarktin heikentämissä taidoissa, kuten ruokailussa ja peseytymisessä, potilasta ohjataan omatoimisuuteen ja hoitaja auttaa vain tarvittaessa. Hoitaja on tukena, kun harjoitellaan esimerkiksi kävelyä. Potilaan voimavarojen huomioon ottaminen parantuu, kun hoitajilla on yhtenäiset käytännöt perushoidosta. Kuntoutumista hoitajat edistävät vuorovaikutuksen kautta, ohjaamalla ja tukemalla, sekä myönteisellä asenteella potilasta kohtaan. Potilaslähtöisellä kirjaamisella saadaan kuvattua paremmin hoitotyötä ja kerrottua, kuinka potilaan kuntoutuminen edistyy. (Haapaniemi, Routasalo, Arve, Mannonen & Nieminen 2004, 15)

Liikkeen tuottaminen ja vastaanottaminen häiriintyy aivoinfarktipotilaalla. Liikkumisen ohjaamisen tulee olla johdonmukaista ja potilas osallistuu aktiivisesti kuntoutukseen. Hoitotyöllä ymmärretään usein auttamista, mutta aivoinfarktipotilaan hoitotyö onkin enimmäkseen potilaan ohjaamista. Sairaanhoitajan on pystyttävä arvioimaan potilaan toimintakykyyn ja liikkumiseen liittyviä ongelmia, jotta hän pystyy avustamaan ja ohjaamaan potilasta turvallisesti. (Salmenperä ym. 2002, 56)

Asentohoidolla pyritään vaikuttamaan potilaan hengitykseen ja verenkiertoon parantavasti sekä asennonvaihdoilla annetaan keholle aistimuksia, jotka antavat valmiuksia liikkumiseen. Suositeltavimmat asennot aivoinfarktipotilaalla ovat kylkiasennot. Asennon vaihtoon ohjataan lyhyin aikaväleihin ja potilaan sitä itse tahtoessa. Tällä pyritään myös ehkäisemään painehaavaumien syntymistä. (Salmenperä ym. 2002, 57-58)

Nielemishäiriöt ovat hyvin yleisiä aivoinfarktipotilailla. Syömistä ja nielemistä testataan ennen kuin potilaalle annetaan ruokaa suun kautta. Nielemisen helpottamiseksi nesteitä voidaan sakeuttaa ja ruoka voidaan tarjoilla soseutettuna. Ruokailtaessa on otettava huomioon potilaan hyvä istuma-asento. Aivoinfarktipotilas tarvitsee valvontaa ja ohjausta ruokailun yhteydessä. Ruokailuvälineiden käytön helpottamiseksi voidaan esimerkiksi lusikan varteen asettaa paksunnos, joka edistää potilaan omatoimisuutta ruokaillessa. Suun hoitoon on kiinnitettävä erityistä huomiota, koska aivoinfarktipotilaalla ruokaa jää helposti suuhun. Hoitajan tehtävänä on ohjata potilasta hyvään suuhygieniaan. (Salmenperä ym. 2002, 59-61)

Riisuutuminen, pukeutuminen ja peseytyminen vaativat potilaalta oman toimintatason kuntoutuneisuutta. Vaikka potilas olisi vielä vuodelevossa, hoitaja pyrkii ottamaan potilaan mukaan toimintoihin ja kunnioittaa samalla hänen itsemääräämisoikeuttaan esimerkiksi antamalla hänen itse valita vaatteensa. Hoitajat ohjaavat ja opettavat potilaalle, kuinka pukeutuminen ja riisuutuminen tapahtuvat ottaen mukaan myös mahdolliset halvaantuneet raajat. Hoitajia tukee toiminnan ohjaamisessa muun muassa fysio- ja toimintaterapeutit. (Salmenperä ym. 2002, 64-65)

Virtsan ja ulosteen tulon hallinta ja säätely on usein vaikeutunutta. Virtsan ja ulosteen pidätyskyky on opittu taito, joka voi hävitä aivoinfarktiin sairastumisen myötä. Tuntopuutokset vaikeuttavat osaltaan ongelmaa. Potilasta ohjataan ja avustetaan usein WC-käynneille. Ongelmana voi olla myös virtsan tai ulosteen tulon vaikeutuminen. Potilasta autetaan erilaisin hoitotoimenpitein, kuten katetroimalla, peräruiskeilla tai ulostuslääkkeillä. (Salmenperä ym. 2002, 64-65)

Aivoinfarktipotilaalla esiintyy yleisesti ongelmia puheen tuottamisessa ja ymmärtämisessä. Yksinkertaisilla kysymyksillä, joihin potilas voi vastata myöntävästi tai kieltävästi yhdellä sanalla tai pään liikkeellä, autetaan afasiaa sairastavaa kommunikoimaan. Afasia on yleinen vasemmanpuolisen aivoinfarktin seuraus, jossa ennen kaikkea potilaan puheen tuottaminen on vaikeutunutta, joskin puheen ymmärtäminen on tavallisella tasolla. Afaatikolle kannattaa puhua vain yhden henkilön kerrallaan ja käyttää apuna eleitä, ilmeitä ja kuvia. Afaatikon puhetta kuunnellessa hoitajan tulee olla teeskentelemättä, jos hän ei ymmärrä puhetta, vaan antaa afaatikon ajan kanssa löytää asioille oikeat sanat. (Salmenperä ym. 2002, 66–68)

Potilas sekä hänen omaisensa tarvitsevat tukea ja tietoa sopeutuakseen uuteen elämäntilanteeseensa. Kuuntelu ja keskustelu ovat yksi hoitajan tärkeimmistä auttamismenetelmistä. Sairastuminen herättää monia kysymyksiä, joihin hoitohenkilökunnan tulisi tarjota vastauksia aktiivisesti. Omaisia tulee informoida potilaan mahdollisista vaihtelevista tunnetiloista ja persoonallisuuden muutoksista, jotka voivat olla seurausta aivoinfarktista. Tarvittaessa voidaan käyttää apuna psykiatrista erityisosaamista, esimerkiksi neuropsykologista kuntoutusta. (Salmenperä ym. 2002, 71–73)

Aivohalvauspotilaan hoitotyön tarpeenmäärittystä akuutihoidossa on tutkinut Mariitta Kaltea vuonna 1993. Tutkimuksessa määritellään aivohalvauspotilaaksi henkilö, joka on saanut joko aivoinfarktin tai valtimovuodon. Tutkimuksen viitekehyksenä käytettiin Royn adaptaatiomallia, jonka mukaan ihminen on biopsykososiaalinen kokonaisuus. Tutkimuksessa on kuvattu aivohalvauspotilaiden akuuttivaiheen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tarpeita. Tutkimus toteutettiin haastatteleamalla potilaita ja analysoimalla hoitajien kirjauksia potilaiden hoitoasiakirjoista. Tulosten mukaan potilaat odottivat saavansa enemmän tietoa sairaudestaan ja kaipasivat lisää keskustelua ja yksilöllistä hoitoa. Potilaat ovat kärsineet ahdistuksesta ja masennuksesta, ja tärkeimpänä tukena ovat olleet potilastoverit ja omaiset. Hoitajien kirjauksissa painottuivat selkeästi fyysisten tarpeiden huomioiminen. (Kaltea 1993)

3.2 Aivoinfarktipotilaan ja hänen läheistensä tiedontarve ja tiedonsaanti

Sairaanhoitaja-lehdessä on kirjoitettu artikkeli vuonna 2004, jossa kerrotaan siitä, kuinka suuri on omaisen tiedontarve ja tiedonsaanti, kun perheenjäsen sairastuu aivoverenkiertohäiriöön. Sari Johansson on taas tutkinut kirjallisen potilasohjeen vastaavuutta aivovammapotilaiden ja heidän läheistensä tiedon odotuksiin hoidon alkuvaiheessa. Aivovammapotilaiden ohjauksessa on paljon samankaltaisuutta kuin aivoverenkiertohäiriöpotilaan. (Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 10; Johansson 2007)

Molempien tutkimuksien mukaan sekä potilas että omaiset tarvitsevat tietoa sairaudestaan. Läheisen tiedontarpeen on todettu olevan jopa suurempi kuin sairastuneella itsellään ja potilaat ovat itse toivoneet, että tietoa annettaisiin myös omaisille. He ovat kokeneet saamansa tiedon puutteelliseksi ja ovat kaivanneet kirjallista materiaalia suullisen ohjauksen tueksi. Omaiset ja sairastuneet, joille ei aivoinfarktista ollut jäänyt näkyviä vaurioita, kokivat jää-

neensä ilman tukea ja tietoa sairaalasta pääsyn jälkeen. (Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 10; Johansson 2007)

Omaisets ovat myös useammin tyytymättömiä tiedon määrään ja laatuun. Sairastuneiden omaisilla ei ollut etukäteen juurikaan minkäänlaista tietoa aivoverenkiertohäiriöistä, vaan he saivat tietoa vasta sairaalassa. Omaisets keskittyivät sairaalassa ollessaan lähinnä näkyviin oireisiin ja mahdollisten puutosoireiden palautumiseen. Kaikkia oireita omaisets eivät osanneet yhdistää edes aivoverenkiertohäiriöön ja tämä tietysti aiheutti hämmennystä ja ristiriitaisia tilanteita. (Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 11; Johansson 2007)

Molempien tutkimuksien mukaan tiedon haluttiin olevan konkreettista, selkeää ja potilaan tuntemuksiin liittyvää. Se tulisi esittää potilaan ja omaisen kielellä. Tietoa kaivattiin erilaisista oireista, toimintakyvystä ja jatkohoidosta. Pelkästään diagnoosin kertominen ei riittänyt, vaan he tarvitsivat myös tietoa, jossa kerrotaan perusasioita sairaudesta, selviytymisestä ja kuntoutumisesta. (Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 11; Johansson 2007)

Tutkimuksissa korostui omaisten kokemus siitä, että tieto taloudellisista asioista, kuten erilaisista tarjolla olevista palveluista ja tuista, oli puutteellista tai sitä ei tarjottu lainkaan. Omaisets kokivat työlääksi kaikkien erilaisten paperiasioiden hoitamisen. Suurta apua ja tukea potilaille oli tuonut aivovammaliitto, joten toimivista järjestöistä tiedottaminen on ensiarvoisen tärkeää. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto oli koettu merkittäväksi kanavaksi saada tietoa asioista ja myös hyväksi paikaksi saada vertaistukea. (Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 11; Johansson 2007)

Käytännön asioista kertominen koettiin omaisten parissa myös tärkeäksi asiaksi. He halusivat tietoa osaston toimintatavoista, omaisten roolista hoidossa ja siitä miten he voivat parhaiten tukea sairastunutta läheistään. Potilaan kotiutuminen oli monille jännittävä tilanne, kun omaisets eivät oikein tieneet mitä odottaa. Tärkeänä asiana pidettiin myös sitä, että kotiutumisen jälkeen oli mahdollisuus ottaa yhteyttä sairaalaan, jos tarve vaati. (Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 11)

Tapa, jolla omaisille annettiin tietoa, oli koettu pinnalliseksi, kiireiseksi ja suunnittelemattomaksi. Tiedon vastaanottamiseen vaikuttaa potilaan vastaanottokyky ja läheisten järkytys tapahtuneesta. Tiedon vastaanottamista edistää sen tarjoaminen vähitellen. Omaisets olisivatkin

toivoneet, että hoitajat olisivat varanneet aikaa ja rauhallisen tilan keskustelujen ajaksi, jotta he saisivat rauhassa keskustella. (Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 11-12; Johansson 2007)

Erityistyöntekijöiden ja lääkäreiden saavuttaminen oli omaisten mielestä vaikeaa. Omaiset toivoivatkin, että sairaanhoitajat olisivat voineet järjestää keskusteluajoja näiden työntekijöiden kanssa. Myös yhteyshenkilö sairaalan puolelta oli toivottu, jotta häneen voisi ottaa yhteyttä kotiutumisen jälkeen mieltä askarruttavissa asioissa. (Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 11)

Omaisen kokemuksia tiedonsaannista ja tiedontarpeesta aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen läheisen sairaalahoidon aikana, on tutkinut Pro gradu -tutkielmassaan Anneli Luoma-Kuikka. Tutkimuksesta käy ilmi, että tunne riittämättömästä tiedonsaannista oli vallitsevana omaisten keskuudessa ja ohjaustilanteisiin liittyi kiire. (Luoma-Kuikka 2001)

Tiedonsaanti painottui fyysisen toimintakyvyn ja muutosten seuraamiseen. Aivoverenkiertohäiriössä on laajasti erilaisia oireita, joista vain fyysisistä oireista omaiset kokivat saaneensa tietoa. Lisätietoa omaiset olisivat halunneet kognitiivisista ja emotionaalisista ongelmista, koska joidenkin ongelmien yhdistäminen aivoverenkiertohäiriöön oli muutoin mahdotonta ilman niistä saatua tietoa. Myös tiedot ja taidot käytännöstä selvitäkseen, olisivat olleet tärkeitä. Kotiutusvaiheessa yhteiskunnalta saaduista palveluista tieto koettiin myös vähäiseksi. Sairaalan omasta sosiaalityöntekijästä eivät kaikki omaiset edes tienneet. Aivohalvaus- ja dysfasialiiton yhdistystoiminnasta ei omaisille juurikaan kerrottu, vaan suurin osa oli tiedon saanut itse tietoa aktiivisesti etsimällä. (Luoma-Kuikka 2001)

3.3 Kirjallinen potilasohje sairaanhoitajan toteuttaman potilasohjauksen tukena

Potilaan ohjaaminen on tavoitteellista ja aktiivista toimintaa hoitajan ja potilaan välillä. Ohjaus voidaan jakaa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Onnistuakseen ohjaustilanne edellyttää potilaalta aktiivisuutta, motivaatiota ja tavoitteellisuutta. Keskeistä on, että hoitaja omaa riittävät tiedot ohjattavasta asiasta. Ohjauksessa annettavan tiedon tulisi olla näyttöön perustuvaa tutkimustietoa, ja ohjattavan taustatekijät ja elämäntilanne tulisi ottaa huomioon. Samanlainen ohjaus ei käy esimerkiksi kaiken ikäisille. Ohjausta tulisi antaa siihen varatussa rauhallisessa tilassa. (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 27-28)

Potilaan ja hoitajan välisen ohjaussuhteen tulee olla tasa-arvoinen. Ohjauksen asiantuntijana toimii hoitaja, kun taas potilas on tilanteessa oman elämänsä asiantuntija. Hoitaja ei esitä valmiita ratkaisuja ongelmiin, vaan tukee potilasta päätöksenteossa. Ohjaus on tavoitteellista toimintaa ja parhaan mahdollisen tuloksen saavuttamiseksi voidaan tarvita useita ohjauskerroja. Ohjaus sisältää sekä sanatonta, että sanallista viestintää. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25)

Ohjaustarpeen tunnistamiseksi potilaalta voi kysyä, mistä hän kaipaa tietoa ja mitä hän ohjaukselta odottaa. Jokainen ohjaustilanne on potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutustilanne, jolta potilaat odottavat luottamuksellisuutta ja turvallisuutta. Hoitajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja osoittaa arvostusta potilaan tilaa kohtaan. Onnistunut vuorovaikutus vaatii sekä potilaan, että hoitajan halua työskennellä yhdessä. (Kyngäs ym. 2007, 47–48)

Potilaiden sairaalassaoloajan lyhentymisen takia kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö suullisen ohjauksen tukena on todella tarpeellista. Kun ohjeet ovat luettavissa myös kirjallisena, potilas voi tarkastella ja tukeutua ohjeeseen myös itsekseen. Kirjallisen ohjausmateriaalin tulee olla potilaan tietoja ja tarpeita vastaava. (Kyngäs ym. 2007, 124)

Yleisesti ottaen potilasohjeen tekemisestä ei ole laadittu tarkkoja ja yksityiskohtaisia käyttöohjeita, vaan jokaisella hoitolaitoksella on oma tapansa kirjoittaa potilasohje. Käytössä voi olla myös valmis ohjepohja potilasohjeen tekemiselle. On voitu sopia etukäteen myös esimerkiksi lääkeaineiden, lääkkeiden kaupallisten nimien ja lääketieteellisten termien käytöstä. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34)

Se, miten potilasta ohjeessa puhutellaan, on hyvä sopia etukäteen. Hyvän potilasohjeen tulisi puhutella potilasta itseään. Teitittely sopii melkein ohjeeseen kuin ohjeeseen, mutta ohjeessa voidaan myös sinutella. Käskytystä olisi hyvä välttää potilasohjeessa. Asioita on tärkeää selittää konkreettisesti ja selkeästi, jotta potilas ymmärtää niiden tärkeyden. (Torkkola ym. 2002, 37) Asioiden tärkeyttä voidaan korostaa erilaisin tehokeinoin, kuten alleviivauksin ja korostuksin. (Kyngäs ym. 2007, 126)

Jo ensimmäisellä silmäyksellä potilaan tulisi saada käsitys siitä, mitä teksti sisältää. Jo ensimmäisestä virkkeestä tulisi käydä ilmi pääasia ja kappaleessa esitetään vain yksi asia. (Kyngäs

ym. 2007, 127) On siis tärkeää löytää potilasohjeelle hyvä ja kuvaava otsikko, joka herättää potilaan mielenkiinnon ohjetta kohtaan. Myös väliotsikoiden olemassa oleminen on potilasohjeessa tärkeää, koska ne kertovat lyhennetyksi sen, mitä teksti tuo tullessaan ja jakavat koko tekstin sopiviin lukukappaleisiin. Väliotsikot ovat toimivampia yhden tai kahden sanan mittaisina. (Torkkola ym. 2002, 39-40)

On tärkeää, että ohjeen kieli ja sisältö on sopivaa ja ymmärrettävää. On tutkittu, että usein ohjeet ovat kirjoitettu liian vaikeasti ymmärrettäviksi. Tällöin potilas ei saa ohjeesta olennaisista tietoa, ja huonosti ymmärrettävä kirjallinen ohje voi huonontaa muuten hyvin onnistunutta ohjausta. Se voi lisätä potilaan pelkoa ja huolestuneisuutta sairauttaan kohtaan. (Kyngäs ym. 2007, 126) On myös järkevää laittaa asiat loogiseen järjestykseen, esimerkiksi tapahtumajärjestykseen. Kuvat konkretisoivat ja selventävät sitä, mitä ohjeessa ohjataan. Kuvat ovatkin siis tärkeä lisä potilasohjeessa. Kuvia käyttäessä on hyvä muistaa myös tekijänoikeudet, mitä tahansa kuvaa ei voi käyttää potilasohjeessa ilman kuvaajan lupaa. On kuitenkin myös kuvia, joita voi käyttää ilmaiseksi. (Torkkola ym. 2002, 40-43)

Potilasohjeen loppuun lisätään yhteystietoja ja tietoa siitä, mistä potilaat voivat hankkia lisätietoja (Kyngäs ym. 2007, 126). Yksikään potilasohje ei anna vastauksia kaikkiin kysymyksiin. Jos lisätietojen lähteeksi laittaa WWW-sivuston, on tarkastettava, että sivustolla oleva tieto on oikeaa ja reaaliaikaista. (Torkkola ym. 2002, 44-45)

3.4 Toimeksiantajan kuvaus

Kainuun maakunta -kuntayhtymä on Kainuun suurin työnantaja, joka työllistää yhteensä yli 3900 henkilöä. Kainuun maakunta -kuntayhtymään kuuluu 9 kuntaa, joita ovat Hyrynsalmi, Kajaani, Kuhmo, Paltamo, Puolanka, Ristijärvi, Sotkamo, Vaala ja Suomussalmi. Kuntayhtymä järjestää kuntien osalta sosiaali- ja terveydenhuollon, toisen asteen koulutuksen sekä Kainuun keskussairaalan palvelut. Vaalan kunnan osalta maakunta vastaa vain alueidenkäyttö- ja hanketoimialaan sekä aluekehitykseen liittyvistä asioista. Maakunta järjestää kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut lasten päivähoitoa lukuun ottamatta. Maakunta vastaa myös nuorten ja aikuisten ammatillisesta koulutuksesta sekä lukiokoulutuksesta. (Selvitys Kainuun maakuntakokeilun tietotekniikan kustannuksista ja hyödyistä 2007)

Toimeksiantajamme on Kainuun maakunta-kuntayhtymän Kainuun keskussairaalan teho-osaston yhteydessä toimiva AVH-yksikkö. Työelämänohjaajamme toimii yhtenä AVH-yksikön vastuuhenkilönä. AVH-yksikön on todettu toimivan parhaiten teho-osaston yhteydessä, koska silloin erityistason toimenpiteet ovat helpoimmin saatavilla. Kainuun keskussairaalan teho-osastolla AVH-potilaita varten on erillinen huone, joista kaksi vuodepaikkaa on yksikön käytössä.

AVH-yksikkö eli aivohalvausyksikkö on tärkeä osa akuuttivaiheen hoidossa. Sen tärkein erityispiirre on monialainen työryhmä, johon kuuluu sairaanhoitajia, perushoitajia, lähihoitajia, fysioterapeutti ja neurologi. Työryhmällä on valmiudet hoitotyöhön, lääketieteelliseen hoitoon, koulutukseen, akuuttivaiheen kuntoutukseen sekä omaisten ohjaukseen. Suurin osa AVH-yksiköistä toimii neurologisten osastojen yhteydessä. Aivoinfarktipotilaan hoito AVH-yksikössä on tutkimuksien mukaan vähentänyt kuolleisuutta, hoitajaksojen pituutta ja yhä useampi toipuu omatoimiseksi. (Roine ym. 2002, 2541–2550)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on antaa potilaalle ja hänen läheisilleen ajankohtaista tietoa aivoinfarktiin sairastumisesta, syy-seuraussuhteista ja kuntoutumisesta. Tieto on tiivistetyssä muodossa ja opas sisältää vain olennaisen tiedon ymmärrettävästi ja selkeästi. Oppaasta löytyy, mistä lisätietoa aiheesta on saatavilla. Potilaan saadessa tietoa sairaudestaan turvallisuuden tunne lisääntyy ja potilas on hoitomyöntyväisempi. Läheisten apu ja tuki on sairastuneelle tärkeää, joten myös he tarvitsevat ajankohtaista tietoa, jotta he voivat osallistua potilaan hoitoon. Tieto motivoi potilasta kuntoutumaan.

Opinnäytetyömme tavoitteena on kehittää kirjallinen opas aivoinfarktiin sairastaneelle ja hänen läheisilleen. Työelämän tavoitteena oppaan tekemiselle on lisätä potilaan ja hänen läheistensä tiedonsaantia sairaudesta. Opas on tarkoitettu antamaan kirjallisena versiona potilaalle. Potilas ja/tai läheiset voivat tutustua siihen jo hoidon aikana ja se on tarkoitettu myös kotiin vietäväksi. Oppaan toteutuksessa on otettava huomioon hyvän potilasohjeen tunnusmerkit.

Opinnäytetyömme tutkimustehtävät ovat:

1. Kuvata näyttöön perustuvan tiedon avulla aivoinfarktiin sairastuneen ja hänen läheistensä keskeiset ohjaustarpeet ja tukea heitä selviytymisessä sairastumisen jälkeen.
2. Tuottaa kirjallinen opas aivoinfarktiin sairastuneelle ja hänen läheisilleen.

5 TUOTTEISTAMISPROSESSI

Opinnäytetyömme on muodoltaan tuotteistettu prosessi, joka pyrkii kehittämään jotain uutta ja hyödynnettävää tietoa työelämän käytettäväksi. Se mukaillee deduktiivista eli teorialähtöistä opinnäytetyön prosessia. Ensimmäinen prosessin vaihe on toimeksiantajan tarve ja aiheen valinta rajauksineen. Sitten luodaan tavoitteet ja tarkoitus sekä tehdään synopsis. Sen jälkeen perehdytään kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin, luodaan teoreettinen viitekehys ja määritellään keskeiset käsitteet sekä kehittämistehtävät eli tutkimusongelmat. Siitä prosessi etenee tuotteen käsikirjoitukseen ja tuotantosuunnitelmaan, jonka jälkeen valmistetaan itse tuote eli opinnäytteen tulos. Tuote täytyy vielä testata ja arvioida, kirjoittaa pohdintaa ja miettiä eettisyyteen ja luotettavuuteen vaikuttavia asioita, kunnes on päästy valmiiseen dokumenttiin. (Opinnäytetyöpakki 2008)

5.1 Aiheen valinta ja prosessin suunnittelu

Tarve oppallemme tuli työelämästä. Tutustumiskäynnillä Kainuun keskussairaalan teho-osastolle tuli keskustelun aihetta opinnäytetyöstä ja AVH-yksikön sairaanhoitajat ehdottivat opinnäytetyöksi opasta aivoinfarktiin sairastuneelle. Meistä oppaan laatiminen kuulosti mielenkiintoiselta, joten päätimme ottaa yhteyttä osastoon uudelleen keväällä 2008. Kävimme pitämässä palaverin AVH-yksikössä, jolloin mukanaamme oli ohjaava opettajamme ja työelämän ohjaajamme. Saimme oppallemme ”vapaat kädet” eli saimme itse valita oppaan sisällön aiemmin tutkittuun kirjallisuuteen perustuen. Kohderyhmämme on Kainuun maakuntakuntayhtymän teho-osaston aivohalvauksyksikössä hoidettavat aivoinfarktiin sairastuneet potilaat ja heidän läheisensä. Kohderyhmän ikää, sukupuolta tai sosiaalista asemaa ei oteta huomioon, vaan opas käy kaikille aivoinfarktiin sairastuneille.

Syksyllä 2008 etsimme tutkimuksia ja teorian tietoa aiheesta, joiden pohjalta suurin osa teoriatiedostamme saatiin koottua. Teorian ja oppaan pohjalta asetimme tutkimustehtävät. Tutkimussuunnitelmamme työstämisen aikana pidimme ohjaavaan opettajaan yhteyttä sähköpostitse ja pidimme pari palaveria. Olimme kaikki tällöin käytännön harjoittelussa. Työelämänohjaajalta saimme vinkkejä oppaan tekemiseen ja palautetta tekemästämme suunnitelmasta. Käytännön harjoittelun lomassa keskustelimme työelämäohjaajamme kanssa opinnäy-

tetyöstä. Hänen mielestään opinnäytetyösuunnitelma oli hyvä, mutta joitain pieniä korjauksia teimme työhön yhdessä. Tämän jälkeen aloitimme oppaan suunnittelun ja allekirjoitimme toimeksiantosopimuksen.

5.2 Prosessin toteutus

Ensimmäiseksi oppaan toteutuksessa täytyi suunnitella oppaan sisältö. Sisältöön saimme ideoita lukemalla muita potilasohjeita ja oppaita. Käytimme myös hyödyksi tekemäämme teoreettista viitekehystä ja sen runkoa. Oppaan asettelumallin päätimme olevan vaakatasossa oleva A4-arkki. Oppaan teimme Microsoft Word -tekstinkäsittelyohjelmalla. Jaoimme A4 arkin kahdeksi palstaksi ja muotoilimme tekstin palstojen sisälle. Potilasohjeissa kaksi palstaa on useimmiten toimivin ratkaisu (Torkkola ym. 2002, 58).

Päätimme sisällyttää oppaaseen tekstin lisäksi muutaman kuvan. Mielestämme se tuo vaihtelevuutta oppaan sisältöön, eikä tee oppaasta liian asiallista ja yksinkertaista. Kuvat herättävät lukijan mielenkiinnon ja auttavat ymmärtämään (Torkkola ym. 2002, 40). Kuvat oppaaseen otti yksi opinnäytetyön tekijöistä omalla kamerallaan. Kuvien täytyi olla neutraaleja, eikä niiden tarkoitus ollut liittyä suoranaisesti aivoinfarktiin. Päädyimme oppaan kuvien valinnassa syksy aiheisiin kuviin puista ja puiden lehvistöstä. Mielestämme kuvat ovat rauhoittavia, kauniita ja tuovat oppaaseen tyyliin ulkoasun. Halusimme muokata kuvat mustavalkoisiksi, koska silloin ne sopivat hyvin oppaan tyyliin. Kuvia voi katsoa pelkkinä kuvina, eikä niihin täydy sisällyttää ajatuksia sairastumisesta. Oppaan väriksi valitsimme tavallisen valkoisen paperin, koska valkoiselta pohjalta on helppo lukea musta teksti ja tavallinen valkea paperi on virallinen. Toimiyksikössä on aina saatavilla valkoista paperia, mutta myös värilliselle paperille tulostaminen on heidän niin halutessaan mahdollista.

Opaslehtisen tekstin tulee olla selkeää ja helposti luettavaa. Kirjainten tulee erottua toisistaan, eikä teksti saa olla liian ahdasta (Torkkola ym. 2002, 59). Fontiksi päätimme valita Batang, koska emme halunneet aivan tavallista fonttia, mutta kuitenkin sen täytyi olla selkeälukuinen. Fontin kooksi valitsimme 14, koska se on tarpeeksi suurta ja helppoa lukea. Riittävä kirjaskoko kirjallisessa ohjeessa on vähintään 12 (Kynge ym. 2007, 127). Aivoinfarktiin sairastuneista kaksi kolmasosaa on yli 65 -vuotiaita, joten sairastuneilla ja läheisillä voi olla vaikeuksia lukea liian pientä tekstiä, koska heillä voi olla lukemisvaikeuksia tai näön heikkenemistä. Op-

paan kielen täytyy olla helposti ymmärrettävää, koska opas on tarkoitettu kaikille ihmisille, eikä ainoastaan hoitoalan ammattilaisille. (Torkkola ym. 2002, 62)

Oppaan kannessa ylälaidassa on syksyisen vaahteran kuva ja oppaan otsake on kuvan alapuolella isoin kirjaimin kirjoitettuna fontilla 24. Otsake on opas aivoinfarktiin sairastuneelle ja hänen läheisilleen ja teksti on lihavoituna. Poimimme opinnäytetyöstämme tärkeimmän asiasällön ja kirjoitimme sen tiiviisti oppaaseen. Oppaan alussa tulee esille, kenelle se on tarkoitettu. Heti ensimmäisellä sivulla kerrotaan oppaan tarkoitus ja sisältö. Seuraavaksi oppaassa kerrotaan, mitä aivoinfarkilla tarkoitetaan. Sen jälkeen tulevat riskitekijät ja aivoinfarktin ensioireet, joiden yhteydessä korostetaan nopean hoitoon hakeutumisen tärkeyttä. Samalta sivulta löytyy myös yleinen hätänumero, 112, jonka lihavoimme ja suurensimme, jotta se erottuisi. Riskitekijät ja oireet päätimme rajata laatikkoon. Laatikosta ne ovat helposti löydettävissä ja niiden tärkeys painottuu.

Oppaassa on kerrottu keskeisimmät asiat aivoinfarktin seurauksista ja siitä kuntoutumisesta. Eri terapiamuodot esittelemme vain lyhyesti. Lisäksi sisällytimme oppaaseen tietoa AVH-yksiköstä, joka on aivoinfarktipotilaan yksi hoitoyksiköistä. Oppaan loppuun laitoimme pienen kuvan vaahteran oksasta ja saman sivun alalaidassa kerrotaan myös oppaan tekijät. Takakanteen laitoimme sairastuneelle ja omaiselle tärkeitä yhteystietoja, jotta ne olisivat helposti löydettävissä.

Oppaan toteutuksesta vastasimme alusta loppuun itse. Teimme oppaan käyttäen Microsoft Word –ohjelmaa. Kokeilimme erilaisia asetteluja ja päädyimme väljään aseteltuun, koska se selkiyttää opasta. Tulostimme oppaasta useita versioita ja näin päädyimme valmiiseen taitettavaan versioon. Taitoimme myös oppaan itse. Lähtökohtana hyvälle ohjeelle on kuvien ja tekstin onnistunut asettelu. Ohje, joka on hyvin taitettu, lisää ymmärrettävyyttä sekä houkuttelee lukijaa. Liian täysi ohje/opas näyttää sekavalta, joten väljyys ei ole pahasta. (Torkkola ym. 2002. 53)

5.3 Prosessin arviointi

Tuotteistamisprosessiin kuuluu tärkeänä osana tuotteen arvioiminen. Tuotteen onnistumisesta arviointia voivat antaa sekä tuotteen tekijät itse, että tuotteen tilaajat eli toimeksiantaja.

Myös kuka tahansa ulkopuolinen henkilö voi antaa palautetta tuotteesta, koska tuote tulee olemaan käyttäjilleenkin ennalta tuntematon. (Jämsä & Manninen 2000, 80) Esitestasimme opastamme ohjaajillamme, sekä omilla läheisillä, kuten vanhemmillamme sekä ystävillämme.

Tuotettamme esitesti noin kaksikymmentä henkilöä. Osalla ei ollut juurikaan aikaisempaa tietopohjaa aivoinfarktiin liittyen. Muutamalla esitestaajalla oli aivoinfarktiin sairastunut läheinen ja yksi heistä on itse sairastunut aivoinfarktiin. Myös oppaamme kohderyhmällä, eli aivoinfarktipotilailla ja heidän läheisillä, voi olla aikaisempaa tietoa aivoinfarktista tai sitä ei ole juuri lainkaan. Halusimme, että oppaamme esitesti erilaiset henkilöt, jotka vastaavat kohderyhmäämme. He voivat edustaa mitä ikäryhmää tahansa ja olla kumpaa tahansa sukupuolta.

Otimme esitestaajilta välitöntä palautetta vastaan suullisesti, emmekä tehneet arviointilomaketta kiireisen aikataulumme vuoksi. Esitestaajat kokivat oppaan ulkoasun asialliseksi ja selkeäksi. Tekstiä oli helppo lukea ja kuvat olivat miellyttäviä. Oppaan sisältö on tarpeeksi kattava ja se on kirjoitettu helposti ymmärrettävästi. Tieto on riittävän tiiviisti kirjoitettu, joten opas ei ole liian pitkä. Oppaan sisältämä tieto on tarpeellista perustietoa. On hyvä, että oppaasta löytyy myös, mistä lisätietoa aiheesta on saatavilla sitä tarvitseville. Ulkoasua sanottiin viralliseksi, mutta mustavalkoinen värimaailma herättää luotettavuutta. Saimme muutamia pieniä korjausehdotuksia lähinnä sanamuotoihin, mitkä käytimme hyödyksi. Esitestaajilta saatu palaute oli samankaltaista, eikä eroja esimerkiksi aivoinfarktiin sairastaneen ja täysin asiasta tietämättömän välillä juurikaan ollut. Aivoinfarktiin sairastuneelle opas antoi uutta tietoa. Tämä lisää luotettavuutta oppaan hyödyntämiselle käytännössä.

Meidän mielestämme oppaasta tuli hyvä ja selkeä. Oppaan ulkoasuun olemme erittäin tyytyväisiä, koska saimme sen vastaamaan omaa mielikuvaamme asiallisesta ja tyylikkäästä oppaasta. Oppaan sisältö muotoutui vähitellen lopulliseen muotoonsa. Aluksi tuntui hankalalta kertoa niin paljon asiaa tiivistetyssä paketissa, mutta lopputulos oli kuitenkin onnistunut. Tuotteen arviointi kertoo tuotteen laadusta. Laadukas tuote vastaa käyttäjän tarpeita ja mainostaa itse itseään. Sisällytimme oppaaseen tietoja, joita aikaisempien tutkimuksien mukaan aivoinfarktiin sairastuneet ja heidän omaisensa ovat jääneet kaipaamaan. (Jämsä & Manninen 2000, 127)

6 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tuotteistetulle prosessille ei ole olemassa omia selkeitä arviointikriteerejä, joten olemme käyttäneet opinnäytetyömme luotettavuuden arviointiin laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteerejä. Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta vaikuttaa opinnäytetyön onnistumiseen ja sen arviointiin. Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on mahdollisimman luotettavan tiedon tuottaminen tutkittavasta ilmiöstä (Juvakka & Kylmä 2007, 127).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei ole olemassa yksiselitteistä ohjetta (Sarajärvi & Tuomi 2002, 135). Luotettavuuden kriteereihin kuuluu uskottavuus, siirrettävyys, varmuus ja vahvistuvuus. Työntekijän on kyettävä puolustamaan myös oman työnsä merkittävyyttä. Työmme merkittävyyden takaa se, että työllämme on tilaaja ja vastaavanlaista ilmaista opasta ei Kainuun maakunta –kuntayhtymässä ollut. Luotettavuuden arviointi koskee koko opinnäytetyöprosessia, koska pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkijat itse. (Eskola & Suoranta 1998, 211)

Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että vastaavatko käsitteellistäminen ja tulkinta lähdeaineistosta saatua tietoa. (Eskola & Suoranta 1998, 12) Työmme uskottavuutta parannamme siten, että oppaamme on lukenut ja arvioinut aivoinfarktiin sairastuneiden parissa toimineita ammattihenkilöitä, kuten ohjaava opettajamme ja työelämän ohjaaja. Olemme kiinnittäneet uskottavuuteen huomioita valitsemalla lähteet siten, että ovat mahdollisimman uusia ja ne on julkaissut merkittävä ja tunnettu taho.

Lähteiden luotettavuuteen vaikuttaa niiden ikä, laatu ja auktoriteetti (Vilkka & Airaksinen 2003, 72). Lähteiden tuoreus ja ajankohtaisuus on tärkeää luotettavuuden arvioinnin kannalta, koska opinnäytetyömme tuloksena syntyvä opas ei ole uutta tutkimaamme tietoa, vaan perustuu ainoastaan aikaisemmin tutkittuun tietoon. Olemme pyrkineet käyttämään opinnäytetyössämme 2000-luvulta lähtien tehtyjä tutkimuksia, koska tieto muuttuu nopeasti ja uusimpiin tutkimuksiin liittyy aikaisempien tutkimuksien voimassa oleva tieto. Käyttämämme

lähteet ovat pääasiassa kirjallisia lähteitä. Sähköiset lähteet joita käytämme, ovat tunnettuja, asiantuntijoiden tuottamia ja suhtaudumme niihin varauksella.

Lähdeviitteiden ja lähdeluettelon perusteella voidaan arvioida tiedonlähteen auktoriteettia. Jos jonkun henkilön/tutkijan nimi toistuu useasti, on hänellä tunnettavuutta alalla ja hyödyllistä on etsiä lisää kyseisen henkilön julkaisuja. Luotettavuutta lisää se, että tutkija ilmaisee nimensä, arvonsa ja lähteet selkeästi ja tarkasti. Lähteiden laatua parantaa niiden ensisijaisuus eli se, että pyrimme käyttämään alkuperäisiä julkaisuja. Toissijainen lähde sisältää aina ensisijaisen tiedon tulkintaa, mikä lisää tiedon muuttumisen mahdollisuutta. Vältämme käyttämästä oppikirjoja ja käsikirjoja, koska niissä tieto on tulkittua ja usein lähdeviitteet ovat puutteellisia. (Vilka & Airaksinen 2003, 72–73)

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä muissa vastaavissa tilanteissa (Juvakka & Kylmä 2007, 127). Opinnäytetyön tuloksena syntyi opas aivoinfarktiin sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Se on suunniteltu niin, että sisällön tietoa voidaan päivittää tarpeen mukaan sekä opasta voidaan hyödyntää toisten aivoinfarktipotilaan hoitoon osallistuvissa toimintayksiköissä.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan, että tehdyt tulkinnat saavat tukea vastaavista tutkimuksista. Vahvistettavuus näkyy työssämme siten, että olemme käyttäneet kirjallisuuden hankinnassa kyllästeisyyttä. (Eskola & Suoranta 1998, 213) Nostamme esille kirjallisuudesta ja aikaisemmista tutkimuksista olennaiset asiat, jolloin ne alkavat toistaa itseään ja samalla lähteet tukevat toisiaan.

Toistettavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen kulku kerrotaan niin tarkasti ja yksiselitteisesti kuin mahdollista. Toisen tutkijan pitäisi pystyä toistamaan tutkimus ja päätyä samoihin tulkintoihin. (Eskola & Suoranta 1998, 217) Olemme kuvanneet opinnäytetyöprosessin yksityiskohtaisesti ja raportoineet sen jokaisen vaiheen.

Moraalisena näkökulmana etiikka on osa jokapäiväistä elämää. Se on mukana tilanteissa, joissa ihminen pohtii suhtautumistaan eri tilanteisiin. (Kuula 2006, 21) Tutkimus sisältää lukuisia eri päätöksiä, ja tämän myötä tutkijan etiikka on koetuksella useita kertoja (Eskola & Suoranta 1998, 52). Eettiset seikat ovat merkittäviä opinnäytetyön tekemisessä. Eettisten kysymysten epäonnistuminen voi viedä siltä pohjan. (Juvakka & Kylmä 2007, 137)

Tutkimusaiheen valinta on eettinen kysymys. Aiheen valintaan ja sen eettisyyden pohdintaan kuuluu se, että kenen ehdoilla tutkimusaiheen valinta tehdään, sekä miksi tutkimukseen ryhdytään. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 126) Kainuun maakunta –kuntayhtymän aivohalvauksyksiköllä oli tarvetta aivoinfarktiin sairastuneen potilaan ohjaukseen liittyvään oppaaseen. Aivoinfarktin yleisyydestä huolimatta ihmisten tietämys aivoinfarktista on vähäistä ja ohjaus sairastumisen jälkeen on koettu puutteelliseksi.

Tutkimuslupaan liittyvistä lomakkeista täytimme toimeksiantosopimuksen työelämäohjaajamme kanssa. Opinnäytetyöhömmme ei liittynyt haastatteluja tai kyselyjä, joten tutkimuslupia emme tarvinneet. Tutkimusaineiston keruuseen liittyviä ongelmakysymyksiä työssämme olivat plagioimattomuus ja rehellisyys. Plagiointi on toisen tutkijan ideoiden ja tutkitun tiedon varastamista sekä niiden esittämistä omana tietonaan. Lähdeviitteet tulee merkitä erittäin tarkasti, jotta tieto on tarkistettavissa. Olemme pyrkineet olemaan tarkkoja lähdeviitteiden merkitsemisessä ja tarkistaneet niiden saatavuuden.

Osallistumiseen liittyvät ongelmat ratkaisimme esitestauksen suorittaneiden henkilöiden anonymiteetin säilyttämisellä ja kerroimme heille sen. Tutkijan tulee ottaa jokaisen ihmisen perusoikeudet myös esitestauksessa huomioon. (Juvakka & Kylmä 2007, 140) Oppaan pyrimme toteuttamaan sairastuneen ihmisarvoa kunnioittavaa periaatetta noudattaen. (Juvakka & Kylmä 2007, 140)

Tutkimuksen tekemisessä on kyse tiedon tuottamisesta, joka palvelee ihmistä. Tutkija näkee vaivaa työnsä aikana, jota usein vähätellään. Tutkija pyrkii useisiin vaikeisiin eettisiin ratkaisuihin. Tutkimuksen tekijä on ihminen ja altis virheille ja liialliselle työn kuormittavuudelle. Tekijän jatkuva tietoisuus eettisten ratkaisujen seurauksista kuuluu tutkimuksen hyvään laatuun. Tutkimuksen tekeminen parhaimmillaan on oivaltamisen ja löytämisen iloa. (Juvakka & Kylmä 2007, 155)

7 POHDINTA

Tässä luvussa pohdimme opinnäytetyöprosessia ja sen vaikutusta oman ammatillisuutemme kehittämiseen. Tarkastelemme tulosta ja johtopäätöksiä ja esitämme mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

Aivoverenkiertohäiriöt, joista aivoinfarkteja on noin 80 %, ovat suuri kansanterveydellinen ongelma Suomessa. Se lukeutuu nykyään yhdeksi kansantaudeistamme ja aiheuttaa enemmän pysyvää toimintakyvyn laskua kuin mikään muu sairaus. Ihmisten tietämys aivoinfarktista on suhteellisen vähäistä verraten sen yleisyyteen. Tietoa sairaudesta saadaan vasta, kun joku läheinen sairastuu. Sairastuneelle itselleen jää useinkin epäselväksi sairauden seuraukset, vaikka tietoa niistä tarjotaan. Sairastumisen jälkeen ihmiset eivät osaa välttämättä yhdistää kaikkia seurauksia aivoinfarktiin. Esimerkiksi persoonallisuuden muutoksia ja masentuneisuutta ei osata yhdistää seuraukseksi aivoinfarktista.

7.1 Tulos ja johtopäätökset

Tutkimustehtäviämme olivat: Kuvata näyttöön perustuvan tiedon avulla aivoinfarktiin sairastuneen ja hänen läheistensä keskeiset ohjaustarpeet ja tukea heitä selviytymisessä sairastumisen jälkeen. Tuottaa kirjallinen opas aivoinfarktiin sairastuneelle ja hänen läheisilleen.

Tiedon tarjoaminen aivoinfarktipotilaalle ja läheisille on tärkeää jokaisessa hoidon vaiheessa. Tietoa tulee antaa riittävästi ja tiedon antamisen ajankohtaa tulee pohtia tarkasti. Hoidon alkuvaiheessa aivoinfarktipotilas voi olla todella kriittisessä tilassa, joten tällöin läheisen tiedontarve on suurin. Tässä vaiheessa potilas ei itse pysty vastaanottamaan informaatiota. Hoitohenkilökunta tukee sairastumisen aiheuttamaa kriisiä tarjoamalla ajankohtaista tietoa potilaan läheisille. Hoitajan tehtäviin kuuluu keskusteleminen ja kuunteleminen, joiden tärkeyttä ei tule aliarvioida. Kun potilaan tila on riittävän vakaa, tarvitsee hän paljon tietoa ja ohjausta, jotta toipuminen voisi alkaa.

Aivoinfarktipotilaan hoitaminen ja ohjaaminen on haastavaa. Sairastumisen seuraukset ovat hyvin yksilöllisiä, joten yhtä tarkkaa hoitolinjaa ei voida antaa hoitotyön toteuttamiseksi. Hoi-

tajan tulee osata suunnitella jokaisen potilaan hoito yksilöllisesti, koska aivoinfarktipotilas voi olla kaikkea tajuttomuuden ja omatoimisuuden väliltä. Useat potilaat ovat ikääntyneitä, joten heillä voi olla myös paljon perussairauksia ja muistin heikkenemistä. Potilaan ohjauksessa tulee ottaa huomioon potilaan kyky vastaanottaa tietoa ja pohtia, millä tavalla ja missä muodossa ohjausta tulisi antaa. Aikaisempien tutkimuksien mukaan kohtuullisen hyväkuntoiset aivoinfarktipotilaat ovat saaneet vähemmän tietoa ja ohjausta kuin huonompikuntoisemmat potilaat (Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 11). Myös heille tulee tarjota tukea selviytymiseen.

Aivoinfarktipotilaan hoitotyön keskeisin menetelmä on kuntouttava hoitotyö, joka on pääasiassa potilaan ohjaamista ja avustamista päivittäisissä toiminnoissa. Sen hallitseminen on tärkeää hoitohenkilökunnalle. Potilaan kuntoutussuunnitelma laaditaan yhdessä moniammatillisen työryhmän kesken, mutta sairaanhoitaja on yksi tärkeimmistä henkilöistä sen toteuttajana. Hoitohenkilökunta tarvitsee jatkuvaa koulutusta aivoinfarktipotilaan hoitotyöhön.

Aivoinfarktipotilaat tulisi hoitaa niihin erikoistuneissa yksiköissä. Alkuvaiheen hoitoketjun on todettu toimivan tehokkaasti, mutta jostain syystä jatkohoito ei toteudu parhaalla mahdollisella tavalla. Kaikkia potilaat eivät pääse jatkohoitoon kuntoutusyksikköön, vaan heitä hoidetaan terveyskeskuksien vuodeosastoilla, joissa ei ole tarvittavaa ammattitaitoa. Varsinkin ikääntyneiden potilaiden kuntoutus jää vaillinaiseksi. Kuitenkin kuntoutuksesta hyötyisivät kaikki potilaat. Onko syynä se, että hoitopaikkoja tai hoitohenkilökuntaa on liian vähän? Ehkä jatkohoito vuodeosastoilla nähdään taloudellisempänä ratkaisuna, vaikkei se sitä todellisuudessa ole. Vaikka hoito erikoisyksikössä on kalliimpaa, niin tutkimukset osoittavat, että kuntoutus on tehokkaampaa siihen erikoistuneessa yksikössä, mikä vähentää ratkaisevasti hoitovuorokausien määrää. Kuntoutumisen tulos on myös arvioitu paremmaksi. (Sivenius ja Kinnunen 2006, 64–65)

Luimme eri tutkimuksia koskien aivoinfarktiin sairastuneen ja hänen läheistensä tiedontarvetta ja tiedonsaantia. Potilaat ja läheiset jäivät kaipaamaan tietoa aivoinfarktin oireista, taloudellisista asioista, seurauksista, jatkohoidosta ja kuntoutuksesta. Pyrimme kokoamaan oppaaseen heidän toivomiaan asioita. Taloudellisista asioista emme itse lähteneet hankkimaan tietoa, koska tuet ja etuudet määräytyvät yksilöllisesti. Päädyimme laittamaan oppaaseen yhteystiedot, josta he voivat tavoittaa oikeat ammattihenkilöt. Tieto sairaudesta ja siitä selviytymisestä tukee potilasta ja läheistä arjessa jaksamisessa.

Opinnäytetyömme tuloksena syntyi opas aivoinfarktiin sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Opas on painettuna versiona liitteenä tässä opinnäytetyössä ja käytössä kopioitavaksi tehosaston aivohalvausyksikössä. Se on saatavana myös tietokoneelle tallennettuna. Oppaamme sisältö perustuu teoreettiseen viitekehykseen, johon olemme käyttäneet mahdollisimman uutta ja ajankohtaista kirjallisuutta ja tutkimuksia.

Oppaan suuntaaminen suoraan myös potilaan läheisille noudattaa yhtä hoitotyön keskeistä periaatetta; perhekeskeyttä. Opas selkiyttää ja yhtenäistää aivohalvausyksikön toimintaa sekä varmistaa sen, että jokainen potilas saa tasavertaisesti kirjallista materiaalia sairaudestaan. Tavoitteena on lisätä potilaan tietämystä ja kiinnostusta omaan sairastumiseensa, mikä osaltaan motivoi potilasta kuntoutumiseen ja hoito-ohjeiden noudattamiseen. Tämä taas edistää hoitotyön jatkuvuutta. Toimeksiantajan omalle vastuulle jää henkilökunnan ohjeistaminen oppaan käyttämiseen. Työyksikkö monistaa itse tarvittavan määrän oppaita käyttöönsä, joten siitä ei varsinaisesti aiheudu meille tekijöille kustannuksia. Tällä tuotteella ei tavoitella minkäänlaista taloudellista hyötyä, kuten ei opinnäytetöillä yleensä.

Aivoinfarktiin sairastuneen hoitotyössä tulee miettiä, kuinka mielenterveystyö on yhteydessä sairauteen. Monikaan hoitaja ei muista huomioida psyykkisiä oireita vaan keskittyy fyysisten oireiden hoitamiseen. Haluamme painottaa, että sairastuminen on aina kriisi ja sen vuoksi hoitajan on hyvä tukea, kuunnella ja keskustella potilaan ja läheisten kanssa. Potilaan persoonallisuus ja kognitiivinen käyttäytyminen muuttuu, mikä voi olla vaikea asia sekä potilaalle itselleen, että läheisille. Masennus on yleistä aivoinfarktiin sairastumisen jälkeen. Jos potilas ja/tai läheinen tuntevat tukemisen riittämättömäksi, tulee heidät ohjata mielenterveystyön piiriin.

7.2 Jatkotutkimusaiheet

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, millaiseksi opas on koettu käytännössä. Aihetta voitaisiin tutkia hoitohenkilökuntaa tai omaisia ja potilaita haastatteleamalla. Oppaan käyttämistä voitaisiin kokeilla osastolla 8 tai muissa jatkohoitopaikoissa ja tutkia, kuinka toimiva se olisi heidän käytössään. Potilaita ja omaisia voitaisiin haastatella oppaan sisällöstä, onko sisältö ollut odotuksia vastaava.

Toiseksi olisi kiinnostavaa tietää, millaiseksi aivoinfarktipotilaat ovat kokeneet saamansa suullisen ohjauksen ja missä hoidon vaiheessa ohjausta olisi parasta antaa. Kenen toteuttama ohjauksen pitäisi olla? Minkälainen tulisi olla suhde suullisen ja kirjallisen ohjauksen välillä? Kumman potilaat kokevat tärkeämmäksi?

7.3 Oman ammatillisuuden kehittyminen opinnäytetyöprosessin aikana

Opinnäytetyöprosessi kehittää valmiuksiamme tietojen ja taitojen soveltamisessa ammatitopintoihin liittyvissä käytännön tehtävissä. Prosessin aikana syvennämme yhteistoiminnallisia taitojamme toimimalla prosessiin osallistuvien kanssa yhteistyössä. Asiantuntijuutemme kehittyy kriittisen, tutkimuksellisen ja eettisen ajattelun osalta. (Kajaanin ammattikorkeakoulun opinto-opas 2007 - 2008)

Vertasimme omaa ammatillisuuden kehittymistä opinnäytetyöprosessin aikana opetusministeriön vuonna 2006 laatimiin sairaanhoitajan ammattiosaamisvaatimuksiin. Osaamisvaatimusten osa-alueet ovat: eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, kehittämis- ja tutkimustyö sekä johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö ja lääkehoito. (Opetusministeriö 2006)

Oppaan suunnittelussa on pitänyt pohtia eettisyyttä. Pyrimme tekemään oppaan kunnioittaen sairastuneen ihmisarvoa. Opas on kirjoitettu realistisesti, mutta silti se antaa toivoa kuntoutumisesta. Opinnäytetyöprosessi antoi meille uutta näkökulmaa terveyden edistämiseen. Aivoinfarktipotilaan hoitotyö on kokonaisuus, jossa tulee ottaa huomioon ihmisen fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet. Potilaan itsensä ohjaaminen ei riitä vaan tärkeää on huomioida myös omaiset. Oppaan tekemisellä tuemme yksilöä ja hänen perhettään ottamaan vastuuta heidän oman terveyden edistamisestä ja ylläpitämisestä.

Kriittinen ajattelumme on kehittynyt opinnäytetyöprosessin aikana. Olemme suhtautuneet käyttämäämme lähdekirjallisuuteen kriittisesti ja valinneet valtavasta määrästä tietoa oppaaseen olennaisen tiedon, jonka olemme arvioineet luotettavaksi. Prosessin aikana on vastaan tullut ongelmia, jotka olemme ratkaisseet. Tämä on parantanut ongelmanratkaisukykyämme.

Opinnäytetyö on itsellään dokumentti, jonka tekeminen on kehittänyt dokumentointitaitojamme.

Eniten opinnäytetyöprosessi on kehittänyt ohjaus- ja opetustaitojamme. Sairaanhoidajalta vaaditaan suunnitelmallista potilaan ja omaisten ohjaamista. Oppaan tekeminen ja tutkimuksiin perehtyminen muistutti meitä ohjauksen tärkeydestä hoitotyössä. Olemme itse onnistuneesti tuottaneet ohjausmateriaalia oppaan muodossa suullisen ohjauksen tueksi. Yhteistyötaitoja olemme harjoittaneet läpi koko opinnäytetyöprosessin. Olemme tehneet tiivistä yhteistyötä keskenämme ja olleet yhteydessä toimeksiantajaan, ohjaavaan ja koordinoivaan opettajaan.

Suurimpana haasteena on ollut yhteisen ajan löytäminen opinnäytetyön työstämiseen. Aikaa ja voimavaroja ovat vieneet myös muut koulutehtävät ja käytännönharjoittelut. Kesäajan opinnäytetyöprosessin työstäminen oli kokonaan jäissä, koska olimme jokainen eri paikkakunnilla kesätöissä. Näemme kolmen hengen ryhmässä tekemisessä myös positiivisia puolia. Yksi tärkeimmistä on ollut vertaistuki, jota olemme toteuttaneet tiedostamattomasti ja tiedostetusti. Aina joku meistä on ottanut vuorollaan vastuun prosessin etenemisestä ja motivoinut samalla muita. Vaikka välillä on ollut myös ristiriitoja, on niistä selvitty tekemällä kompromisseja.

Useampi tekijä antaa prosessiin enemmän näkökulmia ja ulottuvuutta, varsinkin kun jokainen meistä suuntautuu eri vaihtoehtoihin ammattiopintoihin. Ryhmässä herää helposti keskustelua, joka on selkiyttänyt ajatuksia prosessin aikana. Jos opinnäytetyötä tekisi yksin, tulisi ”sokeaksi” omalle työlleen ja virheilleen. Jo opintojen alussa alkanut ystävyys lujitti prosessin aikana tarvittavaa luottamussuhdetta.

Aloittaessamme opinnäytetyömme prosessia olimme jo jonkin verran tutustuneet aivoinfarktipotilaan hoitotyöhön, mutta teoriatietomme aiheesta oli vähäistä. Teoriatietoa hankkiesamme perehdyimme laaja-alaisesti erilaisiin aiheita käsittelevään kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Se lisäsi omaa tietämystämme aiheesta ja herätti mielenkiinnon.

Heti alusta lähtien oppaan tekeminen tuntui meille oikealta vaihtoehdolta, koska halusimme tehdä jotain konkreettista. Alussa tuntui, että materiaalin määrä on valtava, mutta aikamme pyöriteltyä materiaaleja olennaisin tieto aiheesta alkoi hahmottua. Tuotteistettuprosessi oli

meille täysin vieras asia, johon tutustuminen ja perehtyminen veivät paljon aikaa ja voimavaroja. Opinnäytetyöprosessimme alku oli hankala, koska jouduimme vaihtamaan aihetta ja toimeksiantajaa. Kun saimme uuden aiheen ja toimeksiantajan, ja päädyimme tekemään oppaan, prosessi lähti etenemään vauhdilla ja vaivattomasti. Koko opinnäytetyöprosessi on järjestynyt mieleemme selkeästi vasta loppuvaiheessa. Osasyynä siihen oli aluksi liian laaja aihe, jota olisi pitänyt rajata huomattavasti suppeammaksi.

Olemme kaikki suuntautuneet eri vaihtoehtoisiin ammattiopintoihin. Somaattiset sairaudet ja mielenterveys kulkevat käsi kädessä. Mielenterveyteen suuntautunut opiskelija kasvattaa tietopohjaansa somaattisten sairauksien osalta ja toisinpäin. Koemme, että opinnäytetyö palvelee yhtä hyvin sekä kirurgiseen hoitotyöhön, pitkäaikaispotilaan hoitotyöhön että mielenterveyshoitoon suuntautunutta opiskelijaa.

LÄHTEET

- Aivoinfarktin hoito aivohalvauksyksikössä. 2002. *Duodecim*. 118(24):2541-50
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Eteisvärinä. 2005. *Duodecim*. Käypä hoito –suositus
- Forsbom, M., Kärki, E., Leppänen, L. & Sairanen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Tammi. Tampere.
- Haapaniemi, H., Routasalo, P., Arve, S., Mannonen, P. & Nieminen, T. 2004. Iäkkään aivoinfarktipotilaan kuntoutumisen edistäminen. *Sairaanhoitaja* 3, 15
- Hietanen, H., Hopia, H. & Kallio, A. 1999. Aivoverenkiertohäiriö –Potilaan akuuttivaiheen hoitotyön haasteet. *Sairaanhoitaja* 1, 12-13.
- Johansson, S. 2007. Kirjallisen potilasohjeen vastaavuus aivovammapotilaiden ja heidän läheistensä tiedon odotuksiin hoidon alkuvaiheessa. *Hoitotiede*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. *Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla*. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy.
- Kajaanin ammattikorkeakoulun opinto-opas, 2007 - 2008
- Kaltea, M. 1993. Aivohalvauspotilaan hoitotyön tarpeenmäärittäminen akuuttihoidossa. Helsingin yliopistollinen keskussairaala – tutkimusjulkaisu 6/93. Helsinki (HYKS).
- Kaste, M. 2003. Aivoinfarktin liuotushoito saatava kaikkien tarvitsevien ulottuville. *Lääkäri-lehti* 5, 491
- Kaste, M., Hernesniemi, J., Järvinen, A., Kotila, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R. & Sivenius, J. 2001. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa *Neurologia*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Kaste, M., Palomäki, H. & Lönnqvist, R. 1991. Aivohalvauspotilaan hoitokäytännön kehittäminen. Helsingin yliopistollinen keskussairaala – tutkimusjulkaisuja 1/91. Helsinki.
- Kuikka, P., Pulliainen, V. & Hänninen, R. 1990. Neuropsykologian perusteet. Juva. WSOY.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.
- Kylmä, M. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta M., Johansson K., Hirvonen E. & Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. WSOY.
- Kääriäinen M., Lahdenperä T. ja Kyngäs H. 2005. Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 3, 27-28
- Laki Kainuun hallintokokeilusta 9.5.2003/343
- Luoma-Kuikka, A. 2001. Omaisen kokemuksia tiedonsaannistaan ja tiedontarpeestaan aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen läheisen sairaalahoidon aikana. Hoitotiede. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Luoma-Kuikka, A. ja Hupli, M. 2004. Kun perheenjäsen sairastuu aivoverenkiertohäiriöön. Sairaanhoidtaja 3, 10-12.
- Mantsinen, P.1994. Psykkinen ensiapu. Helsinki. Punamusta Oy
- Numminen, H. 1998. Aivoverenkiertohäiriöt ja kuntoutus – opas potilaille ja heidän omaisilleen. Tikkurilan Paino Oy.
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriö.
- Pohjolan-Pirhonen, C. Poutiainen, K. & Samulin, H. 2007. Kriisityön käsikirja. Helsinki. Karisto Oy:n, kirjapaino.

- Pyysalo, S. & Suominen, T. 1998. Haavoitetaanko aivohalvauspotilasta? Potilaat kertovat kokemuksistaan ja niiden vaikutuksesta elämäänsä. Turun yliopisto. Turku. Unipaps.
- Roine, R. 2007. Aivoinfarktin Käypä hoito –suositus: Akuuttihoito. AVH 07, 11.
- Roine, R., Herrala, L. & Sotaniemi K. 2002. Aivoinfarktin hoito aivohalvausyksikössä. Duodecim 24, 2541-2549.
- Saari, S. 2000. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy
- Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.
- Sivenius, J. 2001. Aivohalvauspotilaan kuntoutuksen vaikuttavuus ja käytännön periaatteet. Suomen lääkärilehti 46, 4743-4749
- Sivenius, J. 2007. Aivoinfarkti Käypä hoito –suositus: Kuntoutus. AVH 1, 12-14
- Sivenius, J. & Jolkkonen, J. 2004. Uutta näyttöä aivohalvauskuntoutuksen vaikutuksista. Duodecim 20, 2369
- Sivenius, J. & Kinnunen, J. 2006. Aivoinfarktin hyvä kuntoutus kannattaa. Sairaala 8, 64-65.
- Sivenius S., Puurunen K., Tarkka I. & Jolkkonen J. 2002. Aivohalvauspotilaiden kuntoutusmahdollisuudet tulevaisuudessa. Duodecim 24. 2569-2576.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – opas potilasohjeiden tekijöille. Tammi. Tampere.
- Vilka H. & Airaksinen T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Sähköiset lähteet:

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt numerotietoina. Saatavilla:
http://www.stroke.fi/files/178/Numerotietoja_AVH_2008.pdf (Luettu: 12.2.2008)

Aivoinfarkti. Käypä hoito. 2006. Saatavilla:
<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50051> (Luettu 15.2.2008)

Aivoinfarkti. Käypä hoito. Potilasversio. 2007. Saatavilla:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00062 (Luettu: 14.5.2008)

Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito. 2005. Saatavilla:
<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50028> (Luettu: 15.2.2008)

Dyslipidemiat. Käypä hoito. 2004. Saatavilla:
<http://www.terveysportti.fi/pls/kh/kaypahoito?suositus=H50025> (Luettu 15.2.2008)

Eteisvärinä. Käypä hoito. 2005. Saatavilla:
<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50036> (Luettu: 16.2.2008)

Opinnäytetyöpakki 2008. Tuotteistettu prosessi. Kajaanin Ammattikorkeakoulu. Saatavilla:
<http://193.167.122.14/Opari/ont/TukiToimTuoteSynopsis.aspx>,
<http://193.167.122.14/Opari/ont/TukiLuotettavuus.aspx> luettu 8.9.2008.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Aivoinfarkti 2008. Saatavilla:
<http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=763&GUID={4D0683ED-AC26-4FE5-9CBC-5A25F2219BCC}> luettu 1.9.2008

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjaus 2008. Saatavilla:
<http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=763&GUID=4d0683ed-ac26-4fe5-9cbc-5a25f2219bcc> (Luettu: 1.9.2008)

Sairaanhoitopiirien hoito-ohjelmat. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2008. Aivoverenkiertohäiriöt (AVH). Saatavilla:
http://www.terveysportti.fi/pls/ltk/ltk.koti?p_artikkeli=shp00321 (Luettu 17.3.2008)

Satakunnan sairaanhoitopiiri. Aivoverenkiertohäiriöiden (Aivoiskemia ja aivoverenvuoto) hoitokäytäntö Satakunnan sairaanhoitopiirissä 2008. Saatavilla:

<http://www.satshp.fi/ale.fi/Public/default.aspx?nodeid=8459#esh> (Luettu 17.3.2008)

Selvitys Kainuun maakuntakokeilun tietotekniikan kustannuksista ja hyödyistä. 2007. Saatavilla: www.kunnat.net/attachment.asp?path=1;55264;122868;354;117772 (Luettu: 8.9.2008.

Therapia Fennica. Aivoverenkierron häiriöt. Saatavilla:

http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Aivoverenkierron_h%C3%A4iri%C3%B6t#Aivoinfarkti (Luettu 9.9.2008)

Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri. Mikä on aivoinfarkti? 2007. Saatavilla:

<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2813/5065> (Luettu: 9.9.2008)

LIITTEIDEN LUETTELO

LIITE 1 Toimeksiantosopimus



**TOIMEKSIANTOSOPIMUS
OPINNÄYTETYÖT
MUUT OPPIMISPROJEKTIT**

Päiväys
10.11.2008

**TOIMEKSIANTOSOPIMUS OPISKELIJATYÖNÄ TEHTÄVISTÄ OPINNÄYTETÖISTÄ JA
MUISTA OPPIMISPROJEKTEISTA**

TOIMEKSIANTAJAN TIEDOT

Toimeksiantaja	<u>Kainuun maakunta –kuntayhtymä, teho-osasto, AVH-yksikkö</u>
Osoite ja puhelinnumero	<u>Sotkamontie 13, 87140 Kajaani. Puh. 08 6156 2260 kanslia</u>
Työn ohjaaja toimeksiantajan puolelta	<u>Sairaanhoitaja Arja Kettunen</u>

TOIMEKSIANNON KUVAUS

Toimeksiannon kuvaus (mahdollinen liite, projek- tikuvaus yms)	<u>Syventää tietoa aivoinfarktiin sairastuneelle ja hänen omaiselleen tuotetun oppaan avulla</u>
Aikataulu	<u>Huhtikuu 2008-Marraskuu 2008</u>
Kustannusarvio ja kustan- nusvastuu	<u>Normaalit tulostus- ja monistuskustannukset</u>
Lopputuotoksen muoto	<u>Opas aivoinfarktiin sairastuneelle ja hänen omaisilleen</u>

TOIMEKSIANNON TEKIJÄT KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULUSSA

Toimeksiannon tekijät ja yhteystiedot (opiskelijat)	<u>Näpänkangas Hanna, Pääkkölä Johanna ja Uusitalo Katri</u>
Toimeksiannon ohjaaja Kajaanin amk:ssa	<u>Oikarinen Juha</u>
Työstä tehdään	<input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö <input type="checkbox"/> muu, mikä

Hanna Näpänkangas
Hanna Näpänkangas

Arja Kettunen

Tekijöiden allekirjoitukset

Toimeksiantajan allekirjoitus

HYVINVOINTI
Sairaanhoitajakoulutus
Terveystieteidenkoulutus
PL 52, (Kerunpolku 4)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9612
Faksi (08) 6189 9620

PALVELUT
Restonomikoulutus
PL 52, (Kerunpolku 3)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9610
Faksi (08) 6189 9620

PALVELUT
Tradenomikoulutus
PL 52, (Kuntokatu 5)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9454
Faksi (08) 6189 9424

TEKNOLOGIA
Insinöörinkoulutus
PL 52, (Kuntokatu 5)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9611
Faksi (08) 6189 9620