



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Sähköinen portfolio

- tietoa aivohalvauksesta mielenterveystyöhön

Pikkumäki Minna, Pråhl Annika

2012 Laurea Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Paikallisyksikkö

Sähköinen portfolio
- tietoa aivohalvauksesta mielenterveyskuntoutujille

Minna Pikkumäki, Annika Pråhl
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2012

Minna Pikkumäki, Annika Pråhl

Sähköinen portfolio
- tietoa aivohalvauksesta mielenterveyskuntoutujille

Vuosi 2012 Sivumäärä 51

Opinnäytetyömme on tehty osana Laurea ammattikorkeakoulun ja Keski-Uudenmaan sopimuskodin LDP-projektia. LDP-projekti koostuu kolmesta opinnäytetyöstä jotka käsittelevät diabetestä ja lihavuutta, verenpainetautiä sekä aivohalvausta. Tarkoituksena oli parantaa Keski-Uudenmaan Sopimuskodin mielenterveyskuntoutujien sekä hoitajien tietämystä yllä mainituista aiheista. Opinnäytetyömme tavoitteena oli tehdä Sopimuskodin mielenterveyskuntoutujille sekä henkilökunnalle sähköinen portfolio aivohalvauksesta sekä sen ennaltaehkäisystä. Toisena tavoitteena oli pitää suullinen esitys sopimuskodissa aivohalvauksesta. Sähköisen portfolioon ja suullisen esityksen avulla halusimme saada heidät ymmärtämään kuinka elämäntapamuutoksilla voidaan ennaltaehkäistä aivohalvauksen syntyä. Tieto on tärkeä koska mielenterveyskuntoutujilla on suurempi riski sairastua aivohalvaukseen, sillä heidän elämäntapansa ovat yleensä huonot ja heidän somaattinen oireilu liitetään herkästi heidän psyykkiseen sairauteensa.

Opinnäytetyömme oli kaksivaiheinen prosessi, joka sisälsi sekä kirjallisen että toiminnallisen osuuden. Toiminnallisessa osuudessa teimme kyselylomakkeet, joihin Keski-Uudenmaan sopimuskodin mielenterveyskuntoutujat sekä henkilökunta saivat vastata. Kyselylomakkeiden perusteella kartoitimme heidän tietämyksensä aivohalvauksesta, ja sen perusteella loimme pohjan suulliselle esityksellemme, jonka kävimme esittämässä Sopimuskodissa helmikuussa 2012. Esitys koostui aivohalvauksen yleisyydestä, syistä, riskitekijöistä ja ennaltaehkäisystä. Toiminnallisessa osuudessa kävimme myös tutustumassa Keski-Uudenmaan Sopimuskotiin ja sen toimintaan.

Kirjallisessa osuudessa käsittelemme aivohalvausta, sen yleisyyttä, riskitekijöitä, hoitoa, kuntoutusta ja ennaltaehkäisyä. Tämän lisäksi teimme mielenterveyskuntoutujille sähköisen portfolioon, jonka tarkoituksena oli koota oleellimmat asiat aivohalvauksesta yhteen. Sähköisessä portfolioon painottuu aivohalvauksen ennaltaehkäisy ja riskitekijät. Se on muodostettu yksinkertaisesti kysymys- ja vastausmuotoon. Sen tarkoituksena on palvella mielenterveyskuntoutujia ja henkilökuntaa siten, että he voivat helposti löytää portfolioon avulla vastauksia aivohalvauksesta. Kirjallisen osuuden lähteinä käytimme kirja- sekä Internet-lähteitä, jotka olivat suurimmaksi osaksi Duodecim-tietokannasta.

Asiasanat: mielenterveyskuntoutujat, Keski-Uudenmaan Sopimuskoti, aivohalvaus, aivohalvauksen ennaltaehkäisy

Minna Pikkumäki, Annika Pråhl

An electronic portfolio - Information about stroke for mental health rehabilitants

Year	2012	Pages	51
------	------	-------	----

This thesis was done as part of an LBD project between Laurea University of Applied Sciences and Keski-Uudenmaan Sopimuskeskus care home. This project comprises three theses which study diabetes and obesity, high blood pressure and stroke. Their aim was to improve the knowledge of the abovementioned subjects among the patients and nurses of Keski-Uudenmaan Sopimuskeskus. The aim of this thesis was to create an electronic portfolio for the nurses and patients about stroke and its prevention. The aim was also visit the care home to give a presentation about stroke. Through the portfolio and the presentation the author wanted to help them understand how making healthy lifestyle choices can prevent having a stroke. This information is important because these patients with mental illnesses are more prone to strokes as their lifestyle choices are usually not that good and their somatic symptoms are easily linked to their mental illnesses.

The thesis was conducted in two parts, a theoretical part and a functional part. The functional part includes a questionnaire for the patients and staff of the care home. The authors used this questionnaire to find out the respondents' knowledge of strokes. With this information was created the basis of the presentation given at the care home in February 2012. The presentation discussed the causes of strokes, risk factors and prevention of stroke. The functional part included also a visit to the care home and studying its activities.

The theoretical part discusses stroke, how common it is, the risk factors, care and prevention of stroke. The authors also created an online portfolio for the patients which presented all the main facts related to a stroke. It consists of simple questions and answers to provide the patients and staff with an easy access to information on strokes. The authors based their study on both literary and Internet sources mainly found in Duodecim database.

Keywords: Mental health rehabilitant, Keski-Uusimaan Sopimuskeskus, stroke, prevention of stroke

Sisällys

1	Johdanto	7
2	LDP-projektinympäristön kuvaus.....	9
2.1	Keski-Uudenmaan sopimuskoti ry	9
2.2	Keski-Uudenmaan sopimuskodin asumispalveluyksiköt ja asumismuodot	9
2.3	Keski-Uudenmaan sopimuskodin työvalmennus	10
2.4	Keski-Uudenmaan sopimuskodin ruokala Sopuska	10
3	Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus	11
4	Opinnäytetyön tekoprosessi ja tietokantojen kuvaus	11
4.1	Opinnäytetyön tekoprosessin aloitus	11
4.2	Alkukartoitus	12
4.3	Tietokantojen keräys ja prosessointi	12
4.4	Opinnäytetyön tekoprosessin suullinen vaihe	13
4.5	Opinnäytetyön tekoprosessin kirjallinen vaihe	14
5	Kuntouttava mielenterveystyö	15
6	Teoriatietoa aivohalvauksesta	16
6.1	Yleistä tietoa aivohalvauksesta	16
6.2	Iskeminen aivoverenkiertohäiriö	16
6.3	Aivoaltimoiden verenvuodot	17
6.4	Aivohalvauksen oireet	17
6.4.1	Aivohalvauksen akuuttivaiheen oireet	17
6.4.2	Aivohalvauksen pysyväisoireet	18
6.5	Aivohalvauksen hoito	18
6.5.1	Aivohalvauksen akuuttihoito	18
6.5.2	Aivohalvauksen toteaminen ja tutkinta	19
6.6	Aivohalvauksen lääkehoito	20
6.7	Aivohalvauksen riskitekijät	22
6.8	Aivohalvauksen ennaltaehkäisy	24
6.8.1	Liikunta ja painonhallinta	24
6.8.2	Tupakointi ja alkoholi	24
6.8.3	Ravitsemus	25
6.8.4	Lääkkeellinen ennaltaehkäisy	26
6.9	Aivohalvaukseen sairastuneiden kuntoutus	26
6.9.1	Alkuvaiheen kuntoutus	26
6.9.2	Intensiivinen kuntoutus	27
6.9.3	Ylläpitävä kuntoutus	28
6.9.4	Ruokailu	28
6.9.4	Wc-toiminnot.....	29

6.9.5	Hygienia.....	30
6.9.6	Riisuminen ja pukeminen	30
6.10	Aivohalvauksen hoidossa käytettävät terapiat	30
6.11	Aivohalvauspotilaan kuntoutustahot	31
7	Pohdinta	32
7.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	32
7.2	Opinnäytetyön tavoitteiden saavuttaminen	33
7.3	Opinnäytetyön prosessin pohdinta ja laatukriteerit kirjallisesta potilasohjeesta	34

1 Johdanto

Mielenterveyskuntoutuksella pyritään edistämään mielenterveyskuntoutujan hyvinvointia, terveyttä sekä sosiaalista osallisuutta. Tarkoituksena on, että kuntoutujat pärjäisivät mahdollisemman hyvin ja itsenäisesti elämän eri osa-alueilla esimerkiksi työssä ja yhteiskunnan toimintaan osallistumisessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.) Mielenterveyskuntoutuksessa on tärkeää ottaa huomioon kuntoutujan elämäntilanne, taloudellinen tilanne, läheisten reaktiot, ihmisen oma persoona, kuntoutumisvalmius sekä vertaistuki. (Koskisuus 2004, 11) Parhain tulos saavutetaan jatkuvuudella ja pienillä askeleilla tavoitetta kohden. (Rissanen 2001, 20-25.) Kuntoutus on pitkäaikainen prosessi, jolla pyritään parantamaan kuntoutujan itsetuntoa sekä elämänlaatua. Kuntoutukseen kuuluu tärkeänä osana kuntoutujan psyykinen sekä fyysisen tilan parantaminen. (Lähteenlahti 2001, 173-175.)

Mielenterveyspotilaiden fyysisiä sairauksia ei välttämättä aina hoideta, sillä niiden uskotaan johtuvat psyykkisestä sairaudesta tai niiden ajatellaan olevan lääkkeiden sivuvaikutuksia (Huttunen 2008, 75). Sairauden tunnistamisessa, sekä hoidossa on siis suuria puutteita. Mielenterveyspotilaat kuolevat myös jopa 10-20 vuotta aiemmin kun henkilöt joilla ei ole mielen-terveysongelmia (Oinaala 2009, 23). Tämän lisäksi heidän elintapansa ovat usein huonot. He syövät epäterveellisesti sekä epäsäännöllisesti, he käyttävät paljon alkoholia sekä polttavat tupakkaa. Monet mielenterveyspotilaat ovat myös ylipainoisia. (Duodecim 2012.) Näiden lisäksi suuri osa psykiatrisista potilaista sairastaa diabetesta sekä sydän- ja verisuonitautia (Sauri 2010).

Aivohalvauksessa aivojen verenkierto heikkenee tai estyy kokonaan, aiheuttaen näin aivojen hapenpuutteen sekä aivokudoksen tuhoutumista. Aivohalvaukseen sairastuu Suomessa noin 14 000 henkeä joka vuosi. Sen riskitekijöinä ovat muun muassa tupakointi, runsas alkoholin käyttö, ylipaino, diabetes sekä sydän- ja verisuonitaudit. Mielenterveys potilailla on siis suuri riski sairastua aivohalvaukseen. He eivät myöskään ole aina tietoisia siitä, kuinka pienillä elämäntapamuutoksilla saadaan suuria muutoksia aikaan. Aivohalvausta ei voi hoitaa itse, siksi onkin tärkeää tunnistaa oireet ja hakeutua välittömästi sairaalaan hoitoon. (Duodecim, 2012.)

Toiminnallinen opinnäytetyömme on tehty Keski-Uudenmaan Sopimuskodin mielenterveyskuntoutujille sekä henkilökunnalle. Se on tehty yhdessä kolmen muun ryhmän kanssa ja on osana LDP-projektia, jossa on mukana sekä Laurea-ammattikorkeakoulu sekä Keski-Uudenmaan Sopimuskoti. Opinnäytetyömme tarkoitus oli tehdä Keski-Uudenmaan Sopimuskodin mielenterveyskuntoutujille sekä henkilökunnalle sähköinen portfolio aivohalvauksesta, ja näin ollen parantaa heidän tietämystään aivohalvauksesta, sen oireista, riskitekijöistä sekä ennaltaehkäisystä. Opinnäytetyömme oli kaksivaiheinen prosessi, joka sisälsi toiminnallisen sekä kirjallisen osuuden. Toiminnallinen osuus painottui suullisen esityksen pitämiseen Keski-Uudenmaan sopimuskodissa. Suullinen esitys tukee sähköistä portfolioa siten, että samat asi-

at ovat esitelty sekä suullisessa, että kirjallisessa muodossa. Kirjallisessa osuudessa esittelemme Keski-Uudenmaan Sopimuskotia ja sen palveluita, työmme tavoitteita ja tarkoitusta sekä koko työn tekoprosessia. Kirjallinen osuus sisältää myös laajan teoreettisen osuuden aivohalvauksesta sekä sähköisen portfolion.

2 LDP-projektitympäristön kuvaus

2.1 Keski-Uudenmaan sopimuskoti ry

Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry perustettiin vuonna 1983 mielenterveyskuntoutujien omaisten perustamana. Sopimuskoti ry:n päivä- ja toimintayksiköt sijaitsevat suurimmaksi osaksi Keravalla, Saviolla. Toiminta alkoi Keravalta aluksi päiväkeskustoimintana, mutta vuosien saatossa se on laajentunut tarjoamaan kokonaisuutta, joka sisältää sekä monipuolista asumispalvelua että sosiaalista kuntoutusta. Yhteistyötä tehdään myös Nurmijärven, Tuusulan, Vantaan ja Keravan sosiaali- ja terveystoimen kanssa. (Esittely.)

Asiakkaaksi Sopimuskoti ry:n hakeudutaan oman asuinpaikkansa sosiaali- ja terveystoimen kautta. Jokaisen mielenterveyskuntoutujan kanssa tehdään oma ja juuri kuntoutujan omiin tarpeisiin vastaava kuntoutussuunnitelma, joka avulla seurataan ja ohjataan kuntoutujan kuntoutumista. (Esittely.) Kuntoutujilla on myös mahdollisuus tavata kahden viikon välein psykiatria. (Erikoislääkäripalvelut.) Henkilöstönä toimii terveys-, sosiaali- ja ravitsemusalan työntekijöitä, jotka ovat motivoituneita omaan työhönsä sekä työhönsä sitoutuneita ammattilaisia. Toukokuussa 2012 henkilökuntaa oli yhteensä 17. (Henkilöstö.)

2.2 Keski-Uudenmaan sopimuskodin asumispalveluyksiköt ja asumismuodot

Asumispalveluita Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry tarjoaa erilaisia vaihtoehtoja mielenterveyskuntoutujilleen. Asumispalvelu Satakieli on perustettu vuonna 2001 ja se sijaitsee Saviolla, lähellä Sopimuskodin palveluita. Satakielessä on 11 asuntoa sekä yhteiset tilat, joita asukkaat voivat yhdessä käyttää. Asumispalveluyksikön henkilökunta on saatavilla ympärivuorokautisesti sekä Satakielessä toimii puhelinpäivystys kaikille Sopimuskodin asukkaille. (Asumispalvelu Satakieli)

Kuntoutumiskoti Ratamo on seitsemälle kuntoutujalle tarkoitettu asumismuoto. Se on jaettu kahteen erilaiseen osaan, jossa toisella puolella asuu kaksi asukasta jotka tarvitsevat vähemmän tukea ja toisella puolella on viisipaikkainen osa, jossa asukkaat tarvitsevat enemmän tukea ja yhteisöhoitoa. Ratamon tarkoitus on tukea sen asukkaita omaan itsenäisempään elämään. Arjessa harjoitellaan päivittäisten arkiasioiden hoitoa kuten esimerkiksi raha-asioita. (Kuntoutumiskoti Ratamo.)

Sopimuskoti tarjoaa myös kuntoutujillensa tuettua asumista jossa kuntoutus tapahtuu heidän omassa kotona. Kotikäyntejä tehdään kuntoutujille heidän tarpeittensa mukaan esimerkiksi

tuki- ja valmennusasuntoihin 1-2 kertaa viikossa ja kuntoutujille, jotka asuvat itsenäisesti käyntejä tehdään harvemmin. Kotikäynnit muodostuvat kuntoutujan tarpeiden mukaan. Yhdessä voidaan esimerkiksi siivota, tehdä ruokaa, opetella huolehtimaan henkilökohtaisesta hygieniasta ja raha-asioista. Kotikäynneillä voidaan myös viettää mukavaa aikaa yhdessä. (Tuttu asuminen)

Päivätoimintakeskus Villa tarjoaa kuntoutujillensa monipuolista päivätoimintaa. Siellä kuntoutujat voivat osallistua toiminnallisiin pienryhmiin sekä yhdessä harjoitella joko Villan tiloissa tai lähiympäristössä arkipäivän toimintoja. Villan tarkoitus on lisätä ja ylläpitää mielenterveys kuntoutujien kykyä selvitä arkielämän toiminnoista. Myös Villassa jokaisen kuntoutujan kanssa tehdään oma kuntoutumissuunnitelma. (Päiväkeskus Villa)

2.3 Keski-Uudenmaan sopimuskodin työvalmennus

Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry tarjoaa työhön valmennusta, jonka tavoitteena on työllistää jatkossa mielenterveyskuntoutuja joko tukityöpaikkaan tai avoimille työmarkkinoille. Kuntoutuja, joka on siinä vaiheessa omaa kuntoutustaan että pystyy työllistymään, hänelle voidaan etsiä harjoittelupaikka. Työkeskus Sapluuna tekee yhteistyötä eri yritysten kanssa. Siellä kuntoutujilla on mahdollisuus ylläpitää ja kehittää arjen hallintaa erilaisten työtehtävien parissa. Sapluunassa on esimerkiksi mahdollista tehdä tarroitustyötä, pieniä onnittelukortteja, huonekalujen entisöintiä tai esimerkiksi onnittelukortteja ja adresseja. Sapluuna työllistää noin 60 kuntoutujaa jotka ovat eri-ikäisiä. Kuntoutujat tekevät työtään huolellisesti ja suurella ammattitaidolla. Työtoimintaa Sapluunan lisäksi tarjotaan muissakin muodoissa. Kuntoutujat voivat osallistua työtoimintaan myös Sopimuskodin erilaisissa muodoissa. Kaikista työstä joka tehdään kuntoutustyönä, maksetaan kuntoutujalle kannustusrahaa. (Työkeskus Sapluuna)

2.4 Keski-Uudenmaan sopimuskodin ruokala Sopuska

Ruokala Sopuska on henkilöstöravintola, jossa työntekijätiimi koostuu sekä kuntoutujista että ohjaajista. Ravintola valmistaa kuntoutujille sekä henkilökunnalle aamupalan, lounaan sekä päiväkahvin. Päivittäin Sopuskan keittiössä valmistetaan 50-80 herkullista lounasta. Ruoan tavoite on olla monipuolinen ja terveellinen. Tavoitteensa Sopuskassa on ylläpitää kuntoutujan toimintakykyä sekä työelämäntaitoja. Kuntouttava työ ei vaadi kuntoutujalta aikaisempaa ravintola-alan kokemusta vaan ohjaajat perehdyttävät kuntoutujat ammattitaidolla ja huolellisesti omiin työtehtäviinsä. Työtehtäviä Sopuskassa voivat olla esimerkiksi asiakaspalvelu, leipominen, puhtaanapito, astia- ja vaatehuolto tai ravitsemustieto. Tehtävät ovat kaikki sellaisia jotka tukevat heitä jatkossa omissa kotitöissään ja niissä selviytymisessä. Sopuskassa kuntoutujalle tehdään oma kuntoutumissuunnitelma ja ahkeran työn lisäksi kuntoutujilla on mahdollista osallistua myös ryhmiin, ravitsemusalan koulutuksiin sekä retkille. Jatkossa kun-

toutujien on mahdollista työllistyä ravintola-alalle esimerkiksi työpalvelun kautta. (Ruokala Sopuska)

3 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus

Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa Keski-Uudenmaan Sopimuskotiin sähköinen portfolio aivohalvauksesta. Sen tarkoituksena on palvella Sopimuskodin mielenterveyskuntoutujia sekä hoitohenkilökuntaa, antaen selkeää ja ajankohtaista tietoa aivohalvauksesta, sen oireista, riskitekijöistä sekä ennaltaehkäisystä. Tavoitteenamme oli, että sähköinen portfolio lisää mielenterveyskuntoutujien sekä henkilökunnan tietoisuutta aivohalvauksesta ja etenkin sen ennaltaehkäisystä. Halusimme heidän ymmärtävän kuinka omilla elämäntapamuutoksilla voidaan pienentää aivohalvauksen riskiä. Porfolion tarkoituksena on olla mahdollisimman selkeä ja yksinkertainen sekä helposti saatavilla, jotta mahdollisimman moni lukisi sitä ja saisi siten lisää tietoutta aivohalvauksesta. Näistä syistä portfolio on koottu kysymys-vastaus muotoon ja portfolioissa käytetty kieli on mahdollisimman selkeää ja yksinkertaista. Portfolio tullaan antamaan Sopimuskotiin sähköisessä muodossa, jolloin sitä on helppo lukea ja päivittää. Tarkoituksena on, että mielenterveyskuntoutajat ja henkilökunta voivat halutessaan etsiä ajankohtaista tietoa aivohalvauksesta.

Opinnäytetyömme toisena suurena tavoitteena oli pitää suullinen esitys aivohalvauksesta Keski-Uudenmaan Sopimuskodin asukkaille sekä hoitohenkilökunnalle. Tarkoituksena oli, että suullinen esitys tukee sähköistä portfolioa. Halusimme tuoda samat asiat sekä suullisesti, että kirjallisesti esille, näin ollen myös suullinen esitys painottui aivohalvauksen riskitekijöihin ja ennaltaehkäisyyn.

Ennen opinnäytetyön tekoa asetimme tutkimuskysymykset, joihin työstämme olisi tarkoitus löytää vastaus. Tutkimuskysymyksiämme olivat seuraavat kysymykset, mikä aivohalvaus on, mitkä ovat aivohalvauksen oireet, miten aivohalvausta voi ennaltaehkäistä, miten aivohalvausta hoidetaan, miten aivohalvauksesta voi kuntoutua.

4 Opinnäytetyön tekoprosessi ja tietokantojen kuvaus

4.1 Opinnäytetyön tekoprosessin aloitus

Opinnäytetyömme tekoprosessi alkoi huolellisella suunnittelulla, jossa huomioimme Keski-Uudenmaan sopimuskodin toiveet ja opinnäytetyön vaatimukset. Suunnittelimme alustavan rungon koko työlle ja mietimme kuinka työmme palvelisi parhaiten Keski-Uudenmaan sopimuskodin mielenterveyskuntoutujia ja heidän työntekijöitään. Kun opinnäytetyön alustava suunnitelma oli tehty, otimme yhteyttä Keski-Uudenmaan sopimuskodin toiminnanjohtajaan,

joka työskentelee sopimuskodissa ja oli projektin tilaaja ja yhteyshenkilömme. Sovimme, että tulemme tutustumaan Keski-Uudenmaan Sopimuskotiin ja samalla keskustelisimme lisää heidän toiveistaan työmme suhteen. Kävimme tutustumassa sopimuskodissa, jossa toiminnanjohtaja kertoi meille sopimuskodin ideologiasta, asiakkaista ja työntekijöistä. Samalla pääsimme tutustumaan koko rakennukseen, ja mietimme yhdessä tulevaa esitystämme.

4.2 Alkukartoitus

Opinnäytetyömme tavoitteena oli tehdä sähköinen portfolio aivohalvauksesta Keski-Uudenmaan Sopimuskotiin. Sähköisen portfolion tarkoituksena olisi antaa mahdollisimman paljon ajankohtaista ja kattavaa tietoa aivohalvauksesta Sopimuskodin mielenterveyskuntoutujille sekä henkilökunnalle. Oli tärkeää, että tuleva esityksemme ja Sopimuskotiin jäävä kirjallinen portfolio palvelisi mahdollisimman hyvin juuri heidän tarpeitaan. Siksi halusimme selvittää mitä mielenterveyskuntoutajat ja sopimuskodin työntekijät tietävät jo ennestään aivohalvauksesta, ja mitä he haluaisivat aiheesta tietää.

Laadimme kyselylomakkeen jonka avulla kartoitimme heidän tietämystään. Kyselylomakkeessa kerättiin ensimmäiseksi vastaajien profiili: sukupuoli ja vastaajan ikä. Tämän jälkeen kysymme monivalintakysymyksinä mistä syistä aivohalvaus voi johtua, kuinka monta henkilöä vuosittain Suomessa sairastuu aivohalvaukseen, mitkä ovat aivohalvauksen yleisimmät oireet, mitä tulee tehdä oireiden ilmaantuessa ja mitä aivohalvauksen riskiä voidaan pienentää. Näiden lisäksi asukkaat saivat vastata omin sanoin kysymyslomakkeiden loppuun mitä he haluavat tietää aivohalvauksesta. Kyselylomakkeet lähetettiin sopimuskotiin ja jäimme odottelemaan vastauksia. Kyselyyn oli vastannut 78 henkilöä ja saimme hyvän kuvan siitä, mitä aivohalvauksesta jo ennestään tiedettiin ja mitä olisi hyvä kertoa suullisessa esityksessämme. Avoimessa kysymyksessä selvisi, että moni halusi tietää miten aivohalvauksen oireet voidaan tunnistaa ja miten sitä voi ennaltaehkäistä. Myös alkoholin käyttö huolestutti monia. Kyselylomake laadittiin yhdessä toisen ryhmän kanssa, jotka tekivät samassa hankkeessa opinnäytetyötä verenpainetaudista. Kyselylomake löytyy opinnäytetyömme liitteistä. (LIITE 2)

4.3 Tietokantojen keräys ja prosessointi

Prosessin kolmas vaihe alkoi, kun aloimme kerätä lähteitä, jotta pystyisimme rakentamaan kattavan tietokannan aivohalvauksesta, sen hoidosta, kuntoutuksesta ja ennaltaehkäisystä. Halusimme käyttää ajankohtaista ja luotettavaa tietoa. Aloimme etsiä alan kirjallisuutta koulumme kirjastosta. Erilaisia kirjoja oli paljon ja useasta kirjasta löytyi samankaltaista tietoa. Näin ollen valitsimme parhaimmat, luotettavimmat ja ajankohtaisimmat kirjat. Kaikki käyttämämme kirjat olivat kirjoitettu viimeisen kymmenen vuoden aikana. Käytimme kirjoja, jotka käsittelevät vain aivohalvausta tai neurologisia sairauksia. Näiden lisäksi käytimme myös

kirjoja jotka käsittelivät laajalti erilaisia sairauksia ja niiden hoitoa esimerkkinä Sairaanhoidajan käsikirja. Etsimme myös kirjoja jotka käsittelivät oikeaa ja terveellistä ravitsemusta, jotta saisimme tarkkaa tietoa siitä, kuinka konkreettisesti aivohalvausta voidaan ennaltaehkäistä. Kirjalähteiden löydyttyä aloimme tutkia Internet-lähteitä. Internet-lähteinä käytimme lähinnä Duodecim-tietokantaa, sillä sieltä löytyi hyvää ja luotettavaa tietoa aivohalvauksesta ja tietoa päivitetään jatkuvasti. Lisää tietokantojen luotettavuudesta voi lukea opinnäytetyön pohdinnasta.

Muina Internet-lähteinä käytimme erilaisten järjestöjen sivuja, esimerkiksi aivoliiton sivuilta löysimme hyvää ja kattavaa tietoa aivohalvauksesta. Internet-lähteitä aloimme etsiä suoraan terveystieteen sivuilta ja muut Internet-lähteet löysimme hakukonetta käyttäen. Tietokantamme pohjautuvat siis Internet- ja kirjalähteisiin. Tietokantamme perustuvat laajaan tietoon aivohalvauksesta, sen oireista, hoidosta, kuntoutuksesta ja ennaltaehkäisystä. Tietokantamme luotettavuudesta voi lukea lisää pohdinnasta. Kun sopivat ja luotettavat lähteet oli valittu, aloimme prosessoida keräämämme tietoa ja kokosimme yhteen tärkeimmät asiat aivohalvauksesta, jonka jälkeen pystyimme kokoamaan laajan tietopohjan. Tietopohjan avulla tulimme kokoamaan mielenterveyskuntoutujille sähköisen portfolion ja suunnittelemaan suullisen esityksemme.

4.4 Opinnäytetyön tekoprosessin suullinen vaihe

Tietokantojen keräyksen ja prosessoinnin jälkeen otimme yhteyttä Keski-Uudenmaan Sopimuskodin toiminnanjohtajaan ja sovimme esityspäivän. Myös verenpainetaudista opinnäytetyönsä tekevä ryhmä esittäisi oman esityksensä samana päivänä. Sovimme toisen ryhmän kanssa esityksen kulun ja päätimme, että esitystemme jälkeen halukkaat voisivat tulla myös mittauttamaan verenpaineensa. Sovimme myös, että verenpainetautia koskeva esitys esitetäisiin ensin, sillä korkea verenpaine voi johtaa aivohalvaukseen. Näin ollen järjestys olisi looginen. Varasimme aikaa molemmille esityksille ja kysymyksille noin tunnin, jotta kuuntelijat jaksaisivat keskittyä molempiin esityksiin.

Esitys pidettiin 15.2.2012 Keski-Uudenmaan Sopimuskodin tiloissa. Paikalla oli noin 30 henkilöä, joista suurin osa oli mielenterveyskuntoutujia. Paikalla oli myös henkilökuntaa ja toiminnanjohtaja. Esitys pohjautui tietokantojen perusteella tehtyyn kattavaan tietopohjaan aivohalvauksesta. Olimme suunnitelleet esityksen mahdollisimman selkeäksi ja mielenkiintoiseksi, jotta mielenterveyskuntoutajat jaksaisivat seurata esitystä, ja saisivat siitä mahdollisimman paljon tietoa. Teimme esityksestä Power Pointin, joka tukisi esitystämme ja selkeyttäisi sen seuraamista. Päätimme käydä läpi suullisessa esityksessä seuraavat asiat: Aivohalvauksen yleisyys, mitä aivohalvaus tarkoittaa, aivohalvauksen oireet eriteltyinä aivoinfarktin- aivoveren-

vuodon- ja Tila-kohtauksen oireisiin, aivohalvauksesta johtuvat pysyväisoireet, riskitekijät sekä ennaltaehkäisy. Suullinen esityksemme painottui riskitekijöihin ja ennaltaehkäisyyn.

Oman esityksemme jouduimme pitämään ilman Power Pointtia, sillä se ei toiminut. (Tästä syystä Power Pointtia ei löydy opinnäytetyömme liitteistä.) Osa kuuntelijoista poistui kesken esityksen, koska eivät jaksaneet enää keskittyä päivän toiseen esitykseen. Esitys sujui kuitenkin hyvin ja saimme paljon kysymyksiä esityksen loputtua. Kysymykset koskivat lähinnä sitä, kuinka aivohalvauksen oireet voidaan tunnistaa. Osa kuuntelijoista mietti, voisiko heillä olla aivohalvaus, koska olivat kärsineet esimerkiksi kovasta päänsärystä silloin tällöin. Myös elämäntapamuutokset ja niiden vaikutus aivohalvauksen syntyyn ihmetytti monia. Keskustelimme asiasta ja lopulta monet ymmärsivät elintapojen merkityksen ja sen kuinka oireet voidaan helposti tunnistaa. Monet halusivat myös tulla mittauttamaan verenpaineensa esitysten jälkeen. Saimme vielä myöhemmin kiitosta Keski-Uudenmaan sopimuskodin toiminnanjohtajalta ja kirjallisen palautteen, joka löytyy opinnäytetyömme liitteistä. (LIITE 3.)

4.5 Opinnäytetyön tekoprosessin kirjallinen vaihe

Lopuksi opinnäytetyömme prosessi siirtyi kirjalliseen vaiheeseen. Aluksi oli vaikeaa hahmottaa työmme tuleva rakenne, sillä se oli selvästi muuttumassa alkuperäisestä suunnitelmasta. Tapasimme opinnäytetyön ohjaavan opettajan muutamaan otteeseen, ennen kuin lopullinen runko sai muotonsa. Kirjallinen osuus painottui sähköisen portfolion tekemiseen. Portfolion tarkoitus on, että Sopimuskodin mielenterveyskuntoutujat sekä henkilökunta voivat halutessaan lukea selkeää ja kansankielistä tekstiä aivohalvauksesta ja saada itselleen näin lisää tietämystä aiheesta. Portfolio tukee suullista esitystämme, mutta on myös tarkoitettu niille, jotka esitystä ei ollut kuuntelemassa.

Kokosimme portfolion aikaisemmin tekemämme tietokannan pohjalta. Halusimme portfolion olevan mahdollisimman selkeää, sillä se on tarkoitettu myös mielenterveyskuntoutujille, jotka eivät välttämättä jaksaa lukea vaikealukuista tekstiä. Siten päädyimme toteuttamaan portfolion selkeiden kysymyksien ja vastauksien muodossa, jolloin tietoa on helpompi etsiä. Portfolion sisältää myös kuvia, jotka havainnollistavat aihetta syvemmin ja tekevät portfoliosta mukavamman seurata. Olemme sisällyttäneet portfolioon myös erilaisia internet-lähteitä, joidein avulla lukija pääsee tutustumaan halutessaan esimerkiksi FINNRISK- sivustoon.

Portfoliossa käymme läpi kysymysten ja vastauksien muodossa seuraavat asiat: Mitä aivohalvaus tarkoittaa, kuinka yleinen aivohalvaus on, mitkä ovat aivohalvauksen riskitekijät, mitä oireita aivohalvaus aiheuttaa, mitä hoitoa aivohalvaukseen on, mitä jälkiseuraamuksia aivohalvaus voi aiheuttaa ja voiko siitä kuntoutua sekä miten aivohalvausta voidaan ennaltaehkäistä. Portfolioon laitoimme myös linkin FINRISKI-laskuriin, jonka avulla voi käydä laskemassa oman

riskinsä sairastua aivohalvaukseen. Portfoliosta löytyy myös linkki terveystieteen Internet-sivuille, jossa voi laskea oman BMI:n. Näiden lisäksi löytyy Internet-sivu, josta aivohalvauksesta saa halutessaan tarkempaa tietoa. Sähköinen portfolio löytyy opinnäytetyömme liitteistä. (LIITE 1.) Tämän lisäksi teimme kirjalliseen osuuteen opinnäytetyömme johdannon sekä LDP-projektitympäristön kuvauksen. Näiden lisäksi kerroimme opinnäytetyömme tavoitteet ja tarkoituksen, työn tekoprosessin sekä pohdinnan.

5 Kuntouttava mielenterveystyö

Mielenterveyskuntoutus pyrkii edistämään kuntotujan itsenäisyyttä siten, että kuntoutuja selviytyisi mahdollisimman itsenäisesti elämän eri osa-alueilla. Mielenterveyskuntoutus pitää sisällään kuntotujan terveyden, hyvinvoinnin ja sosiaalisuuden. Se on vuosia kestävä prosessi, jossa tuen määrän suuruus vaihtelee jatkuvasti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.)

Kuntoutuksessa on tärkeää huomioida ihmisen persoona, elämäntilanne, läheisten reaktiot, taloudellinen tilanne, vertaistuki sekä kuntotutumismotivointi. Olisi tärkeää, että mielenterveyskuntoutus ymmärrettäisiin laajana käsitteenä jossa pyritään vaikuttamaan sekä yksilöön että hänen ympäristöönsä. Näin voidaan painottaa kuntotujan omia resursseja sekä voimavaroja kuntoutuksessa. (Koskisuus 2004, 11.) Kuntotutukseen tulisi sisällyttää sekä psyykkisen että fyysisen tilan hoito (Lähteenlahti 2001 173-175).

Mielenterveyskuntoutujilla esiintyy usein fyysisiä sairauksia joihin he eivät kuitenkaan saa riittävää hoitoa. Mielenterveyspotilaiden somaattisia sairauksia ei välttämättä aina tunnisteta, niitä ei tutkita riittävästi, eikä niitä hoideta. Mielenterveyspotilaiden on vaikeampi päästä hoitoon ja oireet saatetaan liittää joko psyykkiseen sairauteen tai esimerkiksi lääkkeiden sivuvaikutuksiksi. Sairaudet tulisi hoitaa kuitenkin kunnolla. (Sauri 2010.)

Sähköinen portfolio on osoitettu juuri mielenterveyskuntoutuksen käyttöön. Sitä voidaan hyödyntää aivohalvauksen oireiden tunnistamisessa ja mahdollisessa hoidossa. Se palvelee sekä henkilökuntaa että mielenterveyskuntoutujia. Hoitohenkilökunta voi esimerkiksi yhdessä kuntotujan kanssa opetella mistä portfolion löytää ja miten siinä olevia internet-linkkejä voidaan hyödyntää. Näin huomioidaan kuntotujan ympäristö ja kuntotujan voi huomata omat voimavaransa. Myös hoitajien käsitys mielenterveyskuntoutuksesta voi laajentua portfolion avulla, sillä he voivat ymmärtää kuinka tärkeää on nähdä kuntoutuja fyysisenä ja psyykkisenä kokonaisuutena. Tämä on tärkeää myös siksi, että aivohalvauksen oireita ei liitetä psyykkiseen sairauteen tai luulla esimerkiksi lääkkeiden sivuvaikutuksiksi. Portfolio tukee siis omalta osaltaan mielenterveyskuntoutustyötä.

6 Teoriatietoa aivohalvauksesta

6.1 Yleistä tietoa aivohalvauksesta

Aivohalvaus on maailmanlaajuinen sairaus johon sairastui vuonna 2004 noin yhdeksän miljoonaa ihmistä. Näistä tapauksista noin kaksi miljoonaa tapahtui Euroopassa ja 600 000 Yhdysvalloissa. Aivohalvaus on koko maailman kolmanneksi yleisin kuolinsyy, aiheuttaen noin 5,7 miljoonaa kuolemantapausta, joka on 10 % kaikista maailmassa tapahtuneista kuolemantapauksista. (Meretoja 2011, 16-37)

Vuonna 2009 mennessä Suomessa oli sairastunut noin 82 000 henkilöä aivohalvaukseen. Suomessa tautiin kuolee vuosittain 1800 miestä ja 2600 naista. Se on Suomessa neljänneksi yleisin kuolinsyy. Noin 50 -70 % sairastuneista toipuu lähes täysin. 15-30 % sairastuneista jää vammautuneeksi ja 20 % sairastuneista tarvitsee laitoshoidon loppuelämäkseen. (Suomalainen lääkäriseuran Duodecimin ja suomen neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä 2011) Suomessa aivoverenkiertohäiriöiden hoito vaatii eniten sairaalapäiviä kun mikään muu sairaus, ja se vaikuttaa sairastuneen elämänlaatuun voimakkaasti. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 28)

Aivohalvaus voidaan jakaa kahteen päätyyppiin: iskemiaan, eli aivokudoksen verettömyyteen tai hemorragiaan eli aivovaltimon verenvuotoon. Näistä tiloista puhutaan yleensä nimellä aivoverenkiertohäiriö. Nämä aiheuttavat pysyviä vaurioita aivoissa ja kudostuho muodostuu nopeasti. (Salmenperä ym. 2002, 27)

6.2 Iskeminen aivoverenkiertohäiriö

Iskeeminen aivoverenkiertohäiriö pitää sisällään aivoinfarktin sekä TIA-kohtauksen. Iskeemisessä aivoverenkiertohäiriössä verettömyys aiheuttaa hapen puutteen, jonka seurauksena osa aivojen hermosoluista tuhoutuu. Mikäli oireet häviävät vuorokauden kuluessa on kyseessä TIA-kohtaus. Tila-kohtaus on siis ohimenevä iskeeminen kohtaus aivoissa. (Salmenperä ym. 2002, 27.) Kohtauksen oireet menevät viimeistään ohitse 24 tunnissa, mutta useimmilla ne häviävät jo tunnin sisällä. Yleensä oireet alkavat nopeasti. Oireena voivat olla toisen puolen raajan ohimenevä heikkous, puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeus, näön hämärtyminen tai huimaus. Myös kasvoissa voi esiintyä toispuolista halvausta. (Mustajoki 2011)

Aivoinfarkti taas voidaan jakaa kahteen eri tyyppiin: trombosoitumiseen eli aivovaltimon paikalliseen tukkeutumiseen valtimon seinämässä olevan ahtauman vuoksi tai embolisatioon eli aivovaltimon tukokseen jonka aiheuttaa muualta elimistöstä peräisin oleva hyytymä. (Sal-

menperä ym. 2002, 27) Emboliassa verihyytymä kulkeutuu veren mukana aivoihin kunnes se kiinnittyy johonkin aivovaltimon haaraan. Tästä johtuen tässä aivojen osassa syntyy kuolio. Trombosoitumisessa taas valtimo tukkeutuu pikkuhiljaa ja lopulta suoneen syntyy verihyytymä, joka tukkii suonen. (Mustajoki 2010) Aivoinfarktin oireina voivat olla esimerkiksi toispuoleinen raajahalvaus, huimaus, pahoinvointi, puhehäiriöt ja näkökentän puutos. Sairaus vaatii välitöntä hoitoa. (Suomalainen lääkäriseuran Duodecimin ja suomen neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä 2011)

6.3 Aivovaltimoiden verenvuodot

Aivoverenvuodossa aivovaltimeen syntyy heikko kohta, joka vuotaa joko aivojen sisään aivoaineeseen, jolloin puhutaan ICH:sta tai lukinkalvon alaiseen tilaan josta käytetään nimitystä SAV. (Salmenperä ym. 2002, 28) Valtimon repeytymisen voi aiheuttaa valtimon kohonnut paine, joka johtuu esimerkiksi korkeasta verenpaineesta. Vuodon aiheuttamia oireita voivat olla äkillinen ja kova päänsärky, johon liittyy yleensä voimakas pahoinvointi ja oksentelu. (Suomalainen lääkäriseuran Duodecimin ja suomen neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä 2011)

6.4 Aivohalvauksen oireet

6.4.1 Aivohalvauksen akuuttivaiheen oireet

Aivohalvauksen oireet ilmaantuvat yleensä äkillisesti ja ennalta arvaamattomasti. Alkuvaiheessa oireet uhkaavat henkeä ja voivat olla erittäin vaikeita. Oireet aiheuttavat potilaalle toimintakyvyn muutoksia. (Salmenperä ym. 2002, 71) Oireet kehittyvät huippuunsa muutamista minuuteista tuntiin. Tärkeimpinä oireina aivoinfarktissa ovat toispuolinen raajahalvaus, kasvohermoston alahaaran heikkous, toispuolinen tunnottomuus, puhehäiriö, yhden silmän näön ohimenevä hämärtyminen, näkökenttäpuutos, huimaus, pahoinvointi, oksentelu, molempien silmien näön hämärtyminen, nielemisvaikeudet ja kaksoiskuvat. Aivoverenvuodossa tärkeimpiä oireita ovat taas äkillinen voimakas päänsärky, pahoinvointi ja oksentelu, niska-jäykkyys ja valon arkuus silmissä. TIA-kohtauksen yleisimmät akuuttioireet ovat toisen puolen ylä- tai alaraajan ohimenevä heikkous, toisen kasvopuoliskon alaosan halvausoire, vaikeus ymmärtää tai tuottaa puhetta, toisen silmän näön hämärtyminen, huimaus, kaksoiskuvat, nielemisvaikeus ja vaikeus muodostaa sanoja. (Suomalainen lääkäriseuran Duodecimin ja suomen neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä 2011)

Oireet vaihtelevat sen mukaan missä vuoto tai tukos sijaitsee ja kuinka laaja se on. Esimerkiksi aivoaineeseen tapahtunut verenvuoto johtaa melkein aina kuolemaan sillä sitä ei pysty leikkauksella parantamaan, kun taas lukinkalvonalainen vuoto saadaan usein hoidettua. Kun

tukos sijaitsee aivojen karotisuusalueella voivat oireet olla erilaisia, kun silloin jos se sijaitsee aivojen basilaarivaltimon alueella. Aivohalvauksen oireet ovat kuitenkin aina yksilöllisiä eivätkä mitkään oireet yksinään välttämättä merkitse aivohalvausta. Oireisiin vaikuttavat myös se, kuinka nopeasti hoitoon päästään. Jos oireena ovat halvausoireet, ilmenevät ne aina vastakkaisella puolella missä vaurio on tapahtunut. Muita oireita voivat olla esimerkiksi tunteenmuutokset, hahmotushäiriöt, koordinaatiovaikeudet ja häiriöt silmissä. (Salmenperä ym. 2002, 33-37)

6.4.2 Aivohalvauksen pysyväisoreet

Aivohalvauksen oireet eivät aina poistu vaan oireista voi tulla pysyviä, hoidosta riippumatta. Tällaisia pysyväisoreita voivat olla esimerkiksi erilaiset kielelliset häiriöt kuten afasia eli puheen tuottamisen häiriö, dysfasia eli puheen ymmärtämisen häiriö, dysleksia eli kirjoittamisen häiriö, perseveraatio eli juuttuminen sekä jargonia eli käsittämätön puhe. Muita pysyväisoreita oireita voivat olla erilaiset halvausoireet, tunteenhäiriöt, tasapainohäiriöt, koordinaatiohäiriöt, havainto ja toimintakyvyn häiriöt kuten vaikeudet hahmottaa kehoa ja ympäristöä, orientaatio ja tarkkaavaisuushäiriöt, ongelmaratkaisuhäiriöt, uuden oppimisen vaikeus, ajattelu ja muistiongelmat sekä agnosia eli esineiden tunnistamisen vaikeus. Havainto ja toimintakyvyn häiriöinä voi esiintyä myös neglect, jossa henkilö on kyvytön huomioimaan halvaantunutta puoltansa tai apraksia joka on tahdonalaisten liikkeiden suorittamisen vaikeus. (Salmenperä ym. 2002, 33-38)

Myös erilaiset näköhäiriöt voivat jäädä pysyväksi kuten kaksoiskuvat, molempien silmien näkökenttien puutos tai toisen silmän näön menetys. Joskus pysyväisoreiksi saattavat jäädä päänsärky tai epileptiset kohtaukset. Myös suun ja nielun alueen toimintahäiriöt voivat olla mahdollisia. Joillekin jää psyykkisiä suorituskyvyn muutoksia esimerkiksi muistivaikeuksia, ajantajun häiriöitä, apatiaa, aloitteenhäiriöitä, hitautta, sietokyvyn laskua, keskittymiskyvynhäiriöitä, vireystilan vaihteluita, depressio, tunteiden ailahtelua, sekä pakkoitua- ja nau-rua. (Salmenperä ym. 2002,33-38)

6.5 Aivohalvauksen hoito

6.5.1 Aivohalvauksen akuuttihoito

Kun potilas tuodaan hoitoon, aloitetaan välittömästi vitaalielintoimintojen turvaaminen ja sairaus todennetaan erilaisilla tutkimuksilla. Akuuttihoitossa on tärkeää tehdä oire seuranta ja ehkäistä mahdollisia komplikaatioita. Sairauden hoidossa akuuttihoito kestää 3-5 vuorokautta, jolloin erilaiset oireidenmuutokset, häiriöt vitaalielintoiminnassa ja tajunnantasossa ovat mahdollisia. (Salmenperä ym. 2002, 29-30) Siksi onkin tärkeää tarkkailla potilaan hengittämis-

tä eli hengitysäiniä, hengitystapaa ja hengitystiheyttä sekä potilaan levottomuutta ja tuskaisuutta. Näiden lisäksi tarkkaillaan potilaan ihon väriä, lämpöä ja verenpainetta sillä verenpaine kohoaa yleensä aivohalvauksen yhteydessä. Lisäksi on myös tarkkailtava sydämen sykettä ja tajunnan tasoa jatkuvasti. (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2010, 628)

Aivohalvauksen akuuttihoitossa tutkitaan myös, ettei potilaan kallonsisäinen paine ole kohonut. Tätä voidaan tarkkailla oireseurannalla. Merkkejä kallonsisäisestä kohonneesta paineesta voivat olla esimerkiksi verenpaineen nousu, hidas pulssi, kouristelu, päänsärky, pahoinvointi ja näköhäiriöt. Myös nestetasapainoa on hyvä tarkkailla akuutin vaiheen aikana. Sitä seurataan laboratorio-tutkimuksilla sekä erittämisen tarkkailulla. Potilaan sydämenrytmiä ja pulssifrekvenssiä seurataan jatkuvasti sydänmonitorin avulla, sillä eteisvärinä on yleinen aivohalvauksessa. Potilaan hengitystiet on pidettävä auki imemällä limaa tai oksennusta, hänet voidaan myös asettaa kylkiasentoon vuoteessa. Eli akuuttihoitossa tärkeää on siis seurata ja turvata henkeä ylläpitäviä elintoimintoja. Tavoitteena on myös ennaltaehkäistä erilaisia komplikaatioita kuten keuhkoemboliaa, infektioita, aspiraatiopneumoniaa ja laskimotromboosia. (Salmenperä ym. 2002, 29-46) Akuuttihoiton aikana aloitetaan myös usein lääkehoito. (Suomalainen lääkäriseuran Duodecimin ja suomen neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä 2011)

Joskus akuuttihoitona käytetään laskimonsisäistä liotushoitoa. Sitä käytetään yleensä aivoinfarktissa, jonka oireet ovat alkaneet alle neljän ja puolen tunnin sisällä. Se parantaa paranemisen ennustetta iskeemisessä aivoinfarktissa. Hoidon hyöty vähenee mitä myöhemmin liotushoito on aloitettu ja se toimii yleensä paremmin etuverenkierron infarktissa. Liotushoito toteutetaan antamalla alteplaasia 0,9 mg/kg 10 % boluksena ja loppu yhden tunnin laskimosisäisenä infuusiona. Samanaikaisesti aloitetaan hepariini-infuusio. Kun potilas tai hänen omaisensa havaitsevat kotioiloissa mahdollisia aivohalvauksen oireita, on välittömästi otettava yhteyttä hätäkeskukseen, sillä omahoito ei ole mahdollinen. (Suomalainen lääkäriseuran Duodecimin ja suomen neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä 2011)

6.5.2 Aivohalvauksen toteaminen ja tutkinta

Potilaan hoito alkaa hänen esitietojen keräämisellä. Tärkeäksi seikaksi nousee oireiden alkamisajankohdan selvittäminen, koska se vaikuttaa tulevaan hoitoon. Lääkäri tekee niin sanotun neurologisen statusarvioinnin, jossa hän tutkii potilaan motoriikkaa, tuntoaistia, aivohermojen toimintaa, puheen ymmärtämistä ja tuottamista, refleksejä, orientaatiota, tajunnantasoja, muistia ja silmälöydöksiä. (Salmenperä ym. 2002, 39-40) Aivohalvauspotilaalta otetaan aina EKG, verenpaine, lämpö ja thorax-kuva, jossa selvitetään sydämen ja keuhkojen toimintaa. Potilaalta otetaan myös perus laboratorio-tutkimukset. (Mustajoki ym. 2010, 629) Jotta riskitekijöitä saadaan kartoitettua, tutkitaan rasva-arvot sekä veren hyytymiseen vaikuttavat tekijät. Arvoja seurataan jopa useita kertoja päivän aikana. Tärkeä päivystyksessä tehtävä

tutkimus on pään tietokonetomografia-tutkimus, josta selvitetään, onko kyseessä infarkti, aivoverenvuoto vai jokin muu syy. Mikäli potilaalla epäillään infarktia, on tutkimus hyvä uusia vuorokauden kuluttua, jotta voidaan selvittää infarktin laajuus ja sijainti. Iskeeminen muutos ei aina välttämättä näy ensimmäisessä TT-kuvassa. (Salmenperä ym. 2002, 39-40)

Tutkimuksessa on tärkeää selvittää sairastumisen syy, jotta voidaan ehkäistä sairauden uusiutuminen. Mikäli potilaalla epäillään embolista infarktia, yritetään aina löytää embolian lähtöpaikka erilaisilla valtimoiden ja sydämen ultraäänitutkimuksilla. Potilaan toimintakykyä mitataan myös tutkimusten yhteydessä käyttämällä erilaisia toimintakyvyn mittareita. (Salmenperä ym. 2002, 40-41)

Tärkeimmät hoidon lopputulosta parantavat tekijät ovat oireiden varhainen diagnostiikka ja hoito, varhainen akuuttihoito siihen erikoistuneessa neurologisessa yksikössä, liotushoito, kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutus moniammatillisessa työryhmässä kuntoutukseen erikoistuneessa yksikössä. (Suomalainen lääkäriseuran Duodecimin ja suomen neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä 2011)

6.6 Aivohalvauksen lääkehoito

Aivohalvauksessa lääkehoito on monimuotoista. Yleisesti lääkehoito voidaan jakaa seitsemään eri hoitomuotoon: Antigulaatioon, antitromboottiseen hoitoon, verenpaineen hoitoon, kivunhoitoon, pahoinvoinnin hoitoon, vuotokomplikaatioiden hoitoon sekä kallonsisäisen paineen alentamiseen. Se, mitä lääkitysmuotoa käytetään, riippuu missä vaurio on tapahtunut ja kuinka laaja se on. (Salmenperä ym. 2002, 50-53)

Antiagulaatio-hoidon tarkoituksena on ehkäistä sekundaarista tromboosia ja uusia aivoverenkiertohäiriöitä. Ennen kuin hoito voidaan aloittaa, on suljettava pois mahdollinen vuoto ja verenpaineen on oltava alle 180/100mmHg. (Salmenperä ym. 2002, 50) Antigulaatio-hoitoa voidaan antaa joko oraalisesti tai suonensisäisesti. Oraalista antigulaatiota käytetään yleensä, jos kyseessä on sydänperäinen, laskimoperäinen tai valtimo dissekaatio. (Mustajoki ym. 2010, 630) Yleensä kiireellisessä tapauksessa hoito aloitetaan hepariini-hoidolla suonensisäisesti. Se alkaa boluksella joka jatkuu ympärivuorokautisella infuusiolla. Hoidon aikana aptt-arvoa seurataan kuuden tunnin välein kunnes arvo on hoitotasolla. Heparinihoitoa voidaan toteuttaa yksin tai siihen voidaan aloittaa rinnalle varfariinihoito, joka tapahtuu yleensä oraalisesti, vaikkakin akuuttivaiheessa sitä voidaan antaa myös suonensisäisesti. Annostus määräytyy INR-arvon mukaan, jonka normaali hoitotasoarvo on 2-3. Varfariinihoito on yleensä tehokasta ja hoitotasolle päästäänkin muutamassa vuorokaudessa. Joissain tapauksissa varfariinihoitoa voidaan jatkaa pysyvästi esimerkiksi kardiogeenisessä embolisatiossa. Antigulaatiohoidossa voidaan käyttää myös dalteparaania ja enoksapariinia, jonka annostelu tapahtuu subkutaanis-

ti. Vaikutus on nopeaa sillä se alkaa jo 2-3 tunnissa. Daltepariinia ja enoksopariinia käytetään hepariinin sijasta syvän laskimotrombin estoon. (Salmenperä ym. 2002, 50)

Mikäli aivohalvaus johtuu kaula ja aivovaltimon ateroskleroosista, voidaan lääkehoitona käyttää asetyylisalisyylihappoa joko dipyridamolin tai klopidoogreelin kanssa. (Sivenius 2009) Klopidoogreeliä voidaan käyttää myös yksin, mikäli potilaalle ei sovi asetyylisalisyylihappo tai asetyylisalisyylihapon ja dipyridamolin yhdistelmä ei ole tarpeeksi tehokas hoitomuoto. Annostuksena klopidoogreelissä voi olla esimerkiksi 75mgx1. Näillä lääkeaineilla voidaan ehkäistä uusia aivoverenkiertohäiriöitä, jonka vuoksi hoito jatkuu loppu elämän ajan. Lääkehoitoa kutsutaan antitromboottiseksi hoidoksi, sillä lääkkeet vaikuttavat verihiiutaleisiin estämällä verihiiutaleiden toimintaa. (Salmenperä ym. 2002, 50-51)

Verenpainetta ei alenneta kaikissa tapauksissa sillä se vaatii tarkkaa verenpaineen seuranta ja riskinä on hypotonia. Jos verenpainetta kuitenkin halutaan alentaa, voidaan se toteuttaa labetalolilla tai enalapriilillä, jotka yleensä annetaan suonensisäisesti. (Mustajoki ym. 2010, 630) Näiden lisäksi verenpaineen alentamiseksi voidaan käyttää myös nifedipiiniä ja muita kalsiumsalpaajia, jotka annetaan tabletteina tai kapseleina. Kaikki lääkeaineet alentavat verenpainetta ja yleisesti systolisen paineen tulee olla alle 220mmHg:tä. Lääkäri kuitenkin määrittää aina yksilölliset verenpainerajat. (Salmenperä ym. 2002, 51-52)

Kipua on myös tärkeä hoitaa mahdollisen aivohalvauksen yhteydessä. Yleisin kipu jota potilaat kokevat on päänsärky, johon on hyvä käyttää parasetamolia tai tramadolia. (Mustajoki ym. 2010, 630) Oksikodonia ja morfiinia voidaan käyttää, jos muilla kipulääkkeillä ei ole vastetta. Jos näitä lääkeaineita täytyy käyttää on tarkkailtava jatkuvasti potilaan vitaalielintoimintoja. Parasetamolin annostus on yleensä noin 500mg-1000mg 1-3/vrk. Tramadolia käytetään yleensä 50mg-100mg 1-3/vrk. Tulehduskipulääkkeitä ei tule käyttää jos potilaalla on vuotoriski tai anticoagulaatiohoito. (Salmenperä. R 2002, 53.) Ensimmäisen vuorokauden aikana sairastumisesta on vältettävä myös sedaatiivisia lääkkeitä (Mustajoki ym. 2010, 630). Pahoinvoinnin hoitoon käytetään metoklopramidia, granisetronia tai droperidolia. (Mustajoki ym. 2010, 630). Pahoinvointia on tärkeä hoitaa sillä se voi altistaa potilaan aspiraatiolle ja kohottaa kallonsisäistä painetta. Droperidolia ja metoklopramidia käytetään suonensisäisesti tai injektiona lihakseen. Metoklopramidia voidaan käyttää myös suun kautta sekä peräpuikkona. (Salmenperä ym. 2002, 53)

Joissain tapauksissa on myös hoidettava vuotokomplikaatioita ja hoitomuoto riippuu mikä vuotokomplikaation aiheuttajana on. Mikäli aiheuttajana on trombolyyysi, käytetään hoitona traneksaanihappoa ja jääplasmaa. Myös kallonsisäistä painetta täytyy jossain tapauksissa alentaa. Alentaminen tapahtuu 15 % mannitolilla, 10 % glyserolilla, kortikosteroideilla tai nimodipiinillä. Kaikki lääkeaineet annetaan suonensisäisesti. (Salmenperä ym. 2002, 51-52)

Lääkehoitona voidaan myös sairauden toteamisen jälkeen käyttää diureetteja, angiotensiini-konvertaasin estäjiä, beetasalpaajia tai kalsiumsalpaajia, jotka kaikki vähentävät sydän ja verisuoni-tapahtumia, joka taas vähentää aivohalvausriskiä. Joillekin on tarpeen aloittaa kolesterolin ja masennuslääkehoito. (Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja suomen neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä 2011)

6.7 Aivohalvauksen riskitekijät

Aivoverikiertohäiriöiden riskitekijät ovat seuraavat: verenpainetauti, sydänsairaudet, tupakointi, hyperkolesterolemia, diabetes, runsas alkoholin käyttö, ylipaino ja liikunnanpuute. Näistä jokainen edellä mainittu riskitekijä lisää riskiä sairastua aivoinfarktiin. Kun taas aivo-verenvuotoon vaikuttavat lähinnä vain verenpainetauti ja runsas alkoholin käyttö. Lukinkalvon alaisen verenvuodon riskitekijät ovat myös verenpainetauti, runsas alkoholin käyttö ja tupakointi. Elämäntavoilla voidaan ennaltaehkäistä aivohalvauksen syntymistä. (Sivenius 2009)

Kohonnut verenpaine on kaikista merkittävin riski aivohalvauksen synnyssä. Se lisää enemmän aivohalvauksen kuin sydäninfarktin riskiä. Tutkimuksissa on todettu, että aivohalvauksen riski kasvaa suorassa suhteessa verenpaineen nousuun nähden. Jokainen 7-8mmHg:n nousu kaksinkertaistaa aivohalvauksen vaaran. Siksi verenpaineen alentaminen on suuressa roolissa aivohalvauksen ennaltaehkäisyssä. (Sivenius 2009)

Sydänsairaudet ovat myös merkittävä tekijä aivohalvausten synnyssä (Sivenius 2009). Esimerkiksi eteisvärinä altistaa hyytymien kehittymiselle sydämen eteiseen ja sitä kautta riskin aivohalvaukseen (Mustonen ym.) 2010, 58). Lisäksi myös sydämen vajaatoiminta, sepelvaltimotauti ja läppäviat lisäävät riskiä sairastua aivohalvaukseen (Aivoliitto 2010). Hyperkolesterolemia ja aivohalvauksen yhteyttä ei ole voitu selvästi osoittaa, mutta on huomattu, että kolesterolipitoisuuden alentaminen on pienentänyt aivoverenkiertohäiriön noin 25 % (Sivenius 2009).

Diabetes ja heikentynyt glukoosin sieto altistavat iskeemiselle aivoinfarktille. Diabeetikoilla on muita suurempi riski saada aivoinfarkti. Riski on jopa 2-3 kertainen jopa terveisiin ihmisiin nähden. Syitä ei vielä täysin tunneta, mutta epäillään, että diabetes kiihdyttää suonissa olevaa ateroskleroosia. (Koivula 2010)

Alkoholin suurkuluttajat ovat myös vaarassa sairastua aivohalvaukseen. Pienin riski sairastua on alkoholin säännöllisellä kohtuukäyttäjällä. Tutkimusten mukaan verenpainetaudin, sydäntautien ja aivoverenvuodon riski kasvaa merkittävästi, kun alkoholin määrä on suurempi kuin 25g/vrk. Alkoholi aiheuttaaakin noin 4 % kaikista maailman sairauksista ja se on viidennellä sijalla eniten sairastavuutta aiheuttavien riskitekijöiden luettelossa. (Huttunen & Mustajoki 2007, 97) Tupakka puolestaan lisää lukinkalvon alaisen verenvuodon sekä aivoinfarktin riskiä.

Joka viides aivoinfarkti johtuu tupakonnista ja tupakointi kaksinkertaistaa aivohalvauksen riskiä lisäämällä tukostaipumusta. (Tarninen, Lindsberg, Sairanen & Vuorela 2011)

Liikalihavuus ja liikunnan puute lisäävät myös omalta osaltaan aivohalvauksen syntymisen riskiä. Ihmisten joiden painoindeksi on suurempi kuin 30, on merkittävä riski sairastua, riskiä lisää myös keskivartalo lihavuus. Naisilla on todettu suora yhteys riskin ja painon lisääntymisen välillä. Kun painoindeksi ylittää 27:n, riski sairastua suurentuu jyrkästi. Lisäksi liikunnan puute on itsenäinen riskitekijä, siksi kohtuullinenkin liikunta vähentää sairastumisen vaaraa. (Tarninen ym. 2011)

Riskitekijöitä ovat myös ikä, jokainen ikävuosi suurentaa aivohalvauksen riskiä. Myös sukupuolella on väliä, koska alle 75v miehillä on kaksinkertainen riski sairastua aivohalvaukseen kuin naisilla. Perinnöllisyyttä epäillään myös yhdeksi riskitekijäksi. Hormonien käyttö lisää riskiä, esimerkiksi ehkäisytablettien käyttö nostaa aivoinfarktin riskin 1.9-2,7-kertaiseksi. Myös menopausi jälkeinen hormonihoito ja anabolisten steroidien väärinkäyttö kohottaa riskiä, riski kasvaakin kolmen vuoden käytön jälkeen. On huomattu, että alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevien sairastavuus ja aivoinfarkti kuolleisuus on suurempi kuin suurituloisilla. Myös masennus lisää aivohalvausriskiä, eteenkin jos kyseessä on vanhus. Infektioilla sekä kuorsauksella ja uniapnealla näyttää olevan vaikutusta aivohalvauksen syntyyn, koska krooniset infektiot lisäävät verisuonien seinämuutoksia. Kuorsaus on taas aivoinfarktin itsenäinen riskitekijä ja riski on 1-3 kertainen muuhun väestöön verrattuna. (Suomalainen lääkäriseuran Duodecimin ja suomen neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä 2011)

On hyvä muistaa kuitenkin, että mikään yksittäinen riskitekijä ei välttämättä aiheuta aivohalvausta, sillä se on aina yksilöllistä. Uudet aivohalvaukset esiintyvät yleensä henkilöille, joilla yksittäiset riskitekijät eivät ole erityisen vahvoja. Mikäli henkilöllä on useita riskitekijöitä lievänsäkin, on suurempi todennäköisyys, että hän sairastuu aivohalvaukseen. Kansainvälisissä tutkimuksissa taas on todettu, että yleisimmät riskitekijät ovat hypertensio, tupakointi, keskivartalolihavuus, ruokailutottumukset ja vähäinen liikunta. (Suomalainen lääkäriseuran Duodecimin ja suomen neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä 2011)

Suomessa on laadittu riskilaskuri, joka arvioi henkilön riskin sairastua vakavaan aivohalvaukseen 10v kuluessa. Riskilaskuri on laadittu FINRISKI-aineiston perusteella. Suomalaisilla korkea systolinen verenpaine, diabetes ja tupakointi ennustavat voimakkaimmin aivohalvausta. (Suomalainen lääkäriseuran Duodecimin ja suomen neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä 2011) Riskilaskuria tehdessä on huomioitu nimenomaan suomalaisten riskiä sairastua aivohalvaukseen. Vuosina 1982, 1987 ja 1992 tehtiin FINRISKI-väestötutkimus, jossa selvitettiin 30-64-vuotiaiden kuolleisuutta ja sairastavuutta sepelvaltimotautiin tai aivohalvaukseen. Sen jälkeen riskitekijöiden vaikutus laskettiin logistisella regressioanalyysillä kummallekin

tautiryhmälle. Saadulla riskinlaskukaavalla analysoitiin vuoden 2002 FINRISKI-tutkimuksien osallistuneiden riskit. Tämän perusteella tehtiin riskilaskuri, joka kaikkien käytettävissä kansanterveyslaitoksen nettisivuilla. (Vartiainen, Laatikainen, Salomaa, Jousilahti, Peltonen, Puska 2007) Riskilaskurissa selvitetään muun muassa henkilön sukupuoli, ikä, tupakointitottumukset, HDL-kolesterolipitoisuus, systolinen verenpaine, mahdollinen diabetes ja mahdollinen suvussa esiintyvä sairaus (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010).

6.8 Aivohalvauksen ennaltaehkäisy

6.8.1 Liikunta ja painonhallinta

Painonnousu, ylipaino ja liikunnan vähäisyys heikentävät elämänlaatua ja ne lisäävät riskiä sairastua aivohalvaukseen. Tutkimuksien mukaan 5-10 % pysyvä painon alentaminen tuo terveydellisiä etuja, mikäli kyseessä on ylipainoinen ihminen. Liikunnan lisääminen ja normaali painoindeksi vaikuttavat myös osaltaan diabeteksen hoitotasapainoon, joka taas ennaltaehkäisee riskiä sairastua aivohalvaukseen. Ne myös vähentävät sydän ja verisuonitauteja, sillä painon aleneminen ja liikunta parantaa sokeriainevaihduntaa, korjaa veren rasva-arvoja, hyytymistäipumusta sekä tulehdusarvoja. Normaaliksi painoksi luokitellaan ihminen, jonka painoindeksi 18.5-24.9. Painonhallinta on helpointa oikealla ruokavaliolla, mutta siihen vaikuttaa myös liikunta. (Huttunen & Mustajoki 2007, 45-68)

Liikunnassa pätee sääntö, että mitä enemmän sitä parempi. Tutkimukset osoittavat, että liikumattomuus on terveydelle haitallisempaa kuin liikapaino. Jo tunti rasittavaa liikuntaa viikossa tai kaksi tuntia kohtuullisen kuormittavaa liikkumista parantaa terveystuntoa. Suosituksena kuitenkin olisi, että kohtuullisen kuormittavaa liikuntaa esimerkiksi reipasta kävelyä harrastettaisiin päivittäin vähintään 30 minuuttia tai kuormittavaa liikuntaa esimerkiksi hölkkää harrastetaan vähintään kolme kertaa viikossa noin 20-60 minuutin ajan. Liikunta pienentää kohonnutta verenpainetta, korkeaa kolesterolia, liikapainoa ja sydän ja verisuonisairauksia eli ennaltaehkäisee aivohalvauksen syntymistä. Arkiliikunta on myös suuressa roolissa. Sitä voidaan lisätä esimerkiksi kävelemällä portaat hissin sijaan, kävellä työmatkat, tai siivota reippaasti. (Huttunen & Mustajoki 2007, 45-51)

6.8.2 Tupakointi ja alkoholi

Alkoholi ja tupakointi ovat suuria terveyshaittoja ja niiden käyttö lisää riskiä sairastua aivohalvaukseen. Tämän takia ennaltaehkäisyssä tärkeää olisikin tupakoinnin lopettaminen ja kohtuullinen alkoholin käyttö. Tupakoinnin lopettamisen terveyshyöty on valtava. (Huttunen & Mustajoki 2007, 77-81) Jo 2-5v tupakoimattomuus vähentää riskiä sairastua aivohalvaukseen pitkäänkin jatkuneesta tupakoinnista huolimatta (Sivenius 2009). Keuhkojen toiminta paranee

merkittävästi 2-3kk kuluttua lopettamista, sepelvaltimotautiin sairastumisen riski puolittuu vuodessa, sydänkohtauksien viidessä vuodessa ja aivoinfarktin riski vähenee tupakoimattomien tasolla taas 5-15 vuodessa. Tupakoinnin lopettaminen on yleensä vaikeaa, mutta vieroitustoireita voidaan vähentää nikotiinikorvaushoidolla. (Huttunen & Mustajoki 2007, 82-86)

Aivohalvauksen ehkäisyssä ei tarvitse lopettaa alkoholin käyttöä kokonaan, vaan riittää, että se saadaan kohtuulliselle tasolle. Suomalaisen tutkimuksen mukaan pieni alkoholimäärä vähentää vaaraa sairastua sepelvaltimotautiin ja joihinkin muihin sydäntauteihin. Pieni määrä alkoholia hidastaa myös pahan LDL-kolesterolin suurenemista ja se vähentää veren hyytymistä, joka osaltaan ehkäisee aivohalvauksen syntymistä. Edut kuitenkin häviävät, jos juodaan liian paljon ja liian nopeasti. Alkoholin käyttöä ei myöskään suositella, mikäli haluaa pudottaa painoa ja sitä kautta ennaltaehkäistä aivohalvausta, koska alkoholi sisältää paljon turhaa energiaa. (Huttunen & Mustajoki 2007, 96-97)

Alkoholin terveyshaitat suurenevat kulutuksen mukaan ja alkoholin määrästä riippuu se, onko alkoholi terveyshaitta vai ei. Edullisin alkoholimäärä vuorokaudessa on noin 10-30g miehillä ja 5-15g naisilla. Yksi ravintola-annos sisältää noin 11-15g alkoholia. Kuitenkaan alkoholin turvallista määrää ei koskaan voida määrittellä, sillä luvut ovat yksilöllisiä ja siihen vaikuttavat monta eri tekijää. (Huttunen & Mustajoki 2007, 96-100)

6.8.3 Ravitseminen

Koska ravitsemuksella on suuri merkitys verenpaine sekä sydänsairauksien syntyyn, on oikeanlainen ruokavalio tärkeää aivohalvauksen ennaltaehkäisyssä. (Sivenius 2009) Ruokavaliolla, jolla ennaltaehkäistään aivohalvauksen syntyä, on muutamia peruseräiteitä. Näitä ovat ruokavaliion monipuolisuus, kohtuullinen rasvan käyttö, tyydyttyneen rasvan käytön välttäminen, vähäsuolaisuus, runsas kuitupitoisuus, vähä-kolesterolisuus, kasvisrasvojen käyttö ja sopiva energiamäärä suhteessa kulutukseen. Esimerkiksi suolaa tulisi käyttää enintään 5g eli 1tl/vrk, ravintokuituja vähintään 25g vuorokaudessa ja kovia tyydyttyneitä rasvoja enintään 10 % kokonaisenergiasaannista eli noin 60-90g/vrk. Kovia tyydyttyneitä rasvoja saa esimerkiksi runsasrasvaisista maitovalmisteista, rasvaisesta lihasta ja voista. Kun taas tyydyttämättömiä rasvahappoja saa kalasta, margariinista ja ylipäättänsä juoksevasta rasvasta. Kuituja saa ruokavaliionsa viljavalmisteista, esimerkiksi täysjyväleivästä ja puurosta. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 97-99)

Ruokavaliolla voidaan myös vaikuttaa kolesterolipitoisuuteen. Siihen voidaan vaikuttaa syömällä tyydyttymättömiä rasvoja ja välttämällä tyydyttyneitä rasvoja. Kolesterolipitoisuutta alentaa myös riittävä kuidun saanti ja kolesterolin saannin vähentäminen esimerkiksi kananmunien syönnin välttäminen. Pääsääntönä voidaan pitää, että kolesterolin saanti ei saa ylittää

300mg/vrk. Myös laihduttaminen vaikuttaa kolesterolitasoon alentavasti. (Ravitsemusterapeutinen yhdistys ry 2009, 98-101) Pääsääntöisesti ruokavalion tulisi koostua hiilihydraateista, hyvistä rasvoista, proteiineista, kasviksista ja hedelmistä sekä täysjyvätuotteista (Huttunen & Mustajoki 2007, 40-41).

6.8.4 Lääkkeellinen ennaltaehkäisy

Joissakin tapauksissa mikäli ennaltaehkäisy ei onnistu pelkästään elämäntapamuutosten avulla, voidaan ottaa käyttöön lääkehoito, joka osaltaan ennaltaehkäisee esimerkiksi verenpainetauti, diabetesta sekä korkeaa kolesterolia. Eli lääkehoito pienentää riskiä sairastua aivohalvaukseen. (Sivenius 2009)

Korkean verenpaineen lääkkeellinen hoito voidaan toteuttaa diureeteilla, beetasalpaajilla, kalsiumestäjillä, ACE-estäjillä tai ATR-salpaajilla. Lääkehoito aloitetaan yleensä silloin kun toistetuissa mittauksissa todetaan verenpaineen kohonneen, jolloin arvot ovat yli 160/100 mmHg. Lääkehoito toteutetaan aina yksilöllisesti lääkärin ohjeiden mukaisesti. (Mustajoki ym. 2010, 53-54)

Korkeaa kolesterolia voidaan myös alentaa lääkehoidolla, mikäli sitä ei muuten saada paranemaan. Lääkehoitona voidaan käyttää statiileja, jonka hoito on yleensä turvallista. Jossain tapauksissa voidaan ottaa käyttöön fibraattilääkitys. (Sivenius 2009) Sydänsairauksissa käytetään yleisesti samoja lääkkeitä kuin verenpainetaudin hoidossa (Mustajoki ym. 2010, 58-77).

6.9 Aivohalvaukseen sairastuneiden kuntoutus

6.9.1 Alkuvaiheen kuntoutus

Aivohalvauspotilaat tarvitsevat yleensä aina jonkinlaista kuntoutusta sairastuttuaan. Kuntoutuksen laatu ja määrä riippuvat oirekuvasta. Aivohalvauspotilaan kuntoutus voidaan jaotella karkeasti kolmeen eri osaan: alkuvaiheen kuntoutukseen, intensiiviseen kuntoutukseen ja ylläpitävään kuntoutukseen. (Soinila, Kaste & Somer 2006, 327-329)

Alkuvaiheen kuntoutus aloitetaan heti potilaan saapuessaan sairaalaan. Kuntoutus aloitetaan tarkkailemalla potilaan hengitystä, verenkiertoa, ravitsemusta, suoliston toimintaa ja nestetasapainoa, ja sen tavoitteena on lähinnä ennaltaehkäistä komplikaatioita sekä lisävaurioita. Asentohoito aloitetaan myös heti kun se on mahdollista, sillä se on kuntoutumisen kannalta erittäin tärkeää. Potilaan asentoa tulee vaihtaa parin tunnin välein, jos hän ei itse pysty liikumaan. On myös tärkeää samalla tutkia ihon kunto mahdollisten painaumien tai haavaumien varalta, etenkin alueilta jotka ovat herkkiä haavaumille. Kylkimakuu on kaikista suositeltavin

asento, jos potilas on halvaantunut, sillä se edistää parhaiten kuntoutumista ja aktivoi halvaantuneita raajoja. Alkuvaiheen kuntoutuksessa on myös heti huomioitava kärsiikö henkilö nielemisvaikeuksista ja otettava se huomioon ruokailussa. Jotkut potilaat kärsivät myös virtsarakon toimintahäiriöistä. Siksi kuntoutukseen kuuluu seurata rakon tyhjenemistä ja katetroida rakko tarvittaessa 4-6 kertaa vuorokaudessa. (Kallanranta, Rissanen & Vilkkumaa 2003, 229)

Potilas tulee heti kun mahdollista nostaa pystyasentoon, sillä pystyasento vähentää komplikaatioriskiä ja auttaa häntä hahmottamaan mahdolliset puutosoireet. Kuitenkin istumaan nousu, seisominen ja kävely toteutetaan aina yksilöllisesti ja ne etenevät pikkuhiljaa. Alkuvaiheen kuntoutuksessa tärkeäksi seikaksi nousee myös ensitietojen antaminen sairaudesta, ennusteesta ja kuntoutumismahdollisuuksista sekä potilaalle, että omaisille. (Kallanranta ym. 2003, 229-230)

Alkuvaiheessa hoitohenkilökunta muodostaa kuntoutustyöryhmän, jotka omalta osaltaan auttavat potilasta saavuttamaan mahdollisimman hyvän tuloksen kuntoutuksen myötä. Parhaissa tapauksissa työryhmään kuuluu lääkäri, hoitohenkilökunta, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti ja neuropsykologi. Jokaiselle potilaalle suunnitellaan yksilöllinen kuntoutussuunnitelma ja tavoitteet. (Soinila ym. 2006, 328)

6.9.2 Intensiivinen kuntoutus

Alkuvaiheen kuntoutuksen jälkeen alkaa intensiivinen kuntoutus, joka tapahtuu osastolla. Potilas aloittaa erilaisia terapioiden ja kuntoutus on lähes päivittäistä. Tässä vaiheessa siis edellytyksenä on, että potilas jaksaa ja pystyy osallistumaan erilaisiin terapioihin. Asentohoito vaihtuu erilaisiin liikehoitoihin, jos kyseessä on halvaantunut potilas. (Soinila ym. 2006, 328-329) Intensiivivaiheessa tulisi huomioida mahdolliset masennuksen merkit. Masennuksesta kärsiikin noin 20-30% sairastuneista, joille on jäänyt joku pysyvä oire. (Kallanranta ym. 2003, 230)

Intensiivivaiheen kuntoutus kestää yleensä noin 3-6 kuukautta, mutta se voi kestää joissain tapauksissa jopa vuodenkin. Yleensä muutaman kuukauden kuluttua sairastumisesta kuntoutuminen alkaa pikkuhiljaa hidastua. Jos potilas ei vielä tässä vaiheessa ole saavuttanut tiettyä kuntoutumisen tasoa, ei hän luultavasti tule sitä koskaan saavuttamaan. Esimerkiksi jos potilas on edelleen vuodepotilas, tai afasiasta kärsivän potilaan puhe tai kognitiiviset puutosoireet eivät ole parantuneet, on kuntoutusta yleensä hyödytöntä jatkaa. Intensiivikuntoutus jatkuu poliklinikalla ja potilas käy eri terapioiden, mutta asuu jo esimerkiksi kotona. Kuntoutus siirretään siis perusterveydenhuoltoon. (Kallanranta ym. 2003, 230-231)

6.9.3 Ylläpitävä kuntoutus

Intensiivikuntoutuksen jälkeen on hyvä toteuttaa vielä ylläpitävää kuntoutusta, jonka tarkoituksena on ylläpitää jo saavutettu tulos. Siinä potilas käy esimerkiksi puheterapiassa tai fysioterapeutin vastaanotolla. Joka kuntoutuksen vaiheessa on tärkeää, että potilaalla on hyvä tuki esimerkiksi omaisien kautta. Noin 70 % sairastuneista, jotka ovat jääneet eloon, kuntoutuu omatoimisiksi. Kuntoutuminen riippuu aivohalvauksen laajuudesta ja paikasta. Siihen vaikuttaa myös potilaan ikä ja henkinen primaaritaso. (Soinila ym. 2006, 328- 329)

5.2 Kuntouttava ohjaus

6.9.4 Ruokailu

Tutkimuksien mukaan 30 -50 % aivoverenkiertohäiriöpotilaista kärsii häiriintyneestä nielemisestä, tästä johtuen ruokailu on heillä usein hankalaa. (Forsblom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 112) Ruoan pureskelu sekä nieleminen voi olla potilaalle erittäin vaikeaa tai se ei onnistu potilaalta ollenkaan. (Salmenperä ym. 2002, 58) Oraalisessa vaiheessa potilaan heikko sulku aiheuttaa juoman ja ruoan valumisen suupielistä. Lisäksi kielen ja kasvolihasten toimintavaikeudet vaikeuttavat ruoan liikuttelua suussa, jolloin syljen sekoittuminen heikontuu ja alentaa makukykyä. Oraalisen vaiheen ongelmat johtuvat yleensä tunnon alentumisesta, toiminnan tunnistamisesta tai lihasten toimimattomuudesta. (Forsblom ym. 2001, 112)

Faryngeaalisessa vaiheessa potilaalla voi olla heikkoutta nielurefleksin toiminnassa sillä nielussa olevat takaseinämän lihakset eivät toimi potilaalla normaalisti. Tässä tapauksessa ruoka ja varsinkin juoma menee ruokatorven sijasta henkitorveen, jolloin ruoka tai juoma voi kulkeutua keuhkoihin aiheuttaen aspiraation. Preoraalisessa vaiheessa potilaan on vaikea mennä asentoon, jossa hänen ruokailunsa onnistuisi. Potilas ei kykene hallitsemaan päänsä sekä vartalonsa asentoa. Lisäksi potilas ei välttämättä muista enää, mitä ruokailutilanteessa tapahtuu. Nielemisvaikeuteen liittyy olennaisesti myös potilaan asento. (Forsblom ym. 2001, 112-113)

Potilaan syömis- ja nielemishäiriö voidaan tunnistaa, mikäli potilaalla on toistuvaa tai ponnentonta yskimistä, potilaan ääni on vaimea, käheä, kostea tai nasaalinen. Oireita voivat olla myös puheen epäselvyys, kasvojen epäsymmetrisyys, potilaalla voi olla vaikeuksia avata tai sulkea suutansa tai potilaan suusta valuu sylkeä. (Salmenperä ym. 2002, 58-59)

Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden nielemisvaikeudet sekä mekaaniset häiriöt ruoan käsittelyssä vaikuttavat siihen, mitä ruokaa heidän olisi hyvä syödä. Sairaala-olosuhteissa potilaalle voidaan valmiiksi soseuttaa ruoat valmiiksi sekä huolehtia siitä, että ruoka-annos on aina houkut-

televan näköinen, lämmin ja maukas. Lisäksi juotava neste olisi hyvä paksuntaa. Myös ruokailutilanne on tärkeää potilaalle. Sen tulisi olla ohjaavaa ja valmiiksi suunniteltua, jotta potilas saisi ruokailusta mahdollisemman paljon irti. Potilaan tulisi olla ruokailutilanteissa vireä. Asento olisi hyvä olla symmetrinen istuma-asento sekä pään asento pitäisi olla hieman eteenpäin kallistunut. Hoitajan on tärkeää valvoa potilaan ruokailua sekä varata imulaite potilaan viereen mahdollisen aspiraation varalle. Ruokailuvälineinä olisi hyvä käyttää pientä lusikkaa tai haarukkaa, joilla voidaan säännöstellä ruokamäärää, jonka potilas saa yhdellä kerralla suuhunsa. Juomisen yhteydessä ei ole hyvä käyttää nokkamukia tai pilliä, koska silloin ei pystytä arvioimaan potilaan saamaa nestemäärää. Hoitaja voi auttaa potilasta ohjaamalla tämän huulia, poskea tai kieltä leuan alta. Ruokailun jälkeen suu huuhdellaan huolellisesti ja hampaat pestään. Potilaan olisi hyvä olla istuma-asennossa 15-30 minuuttia ruokailun jälkeen, jotta aspiraatiota ei tapahtuisi. (Salmenperä 2002, 59-60)

6.9.4 Wc-toiminnot

Monesti aivoverenkiertohäiriöpotilaalla on vaikeuksia ulosteen sekä virtsan säätelyssä että hallinnassa. Ne ilmenevät joko niin, että potilas ei tunnista rakon tai suolen täyttymistä tai ei kykene tunnistamaan virtsaamisen ja ulostamisen tarvetta. Potilaan ollessa vuodepotilas, karkea virtsaa varten voidaan potilaalle asettaa virtsapullo tai käyttää potilaalla kertakäyttövaippoja. Vaippa on tärkeää vaihtaa säännöllisesti, jotta vältettäisiin ulosteen ja virtsan aiheuttamista ihorikoista. Kestokatetreja pyritään välttämään, koska ne altistavat potilaan infektioille. (Salmenperä ym. 2002, 64)

Jotta potilas pystyy hallitsemaan ja selviytymään itsenäisesti virtsaamisesta, tulisi hänen osata ennakoida virtsaamisen tarvetta, kyetä pidättämään virtsaa, pystyä löytämään itsenäisesti wc ja käyttämään sitä vaikeuksitta. Potilaan tulisi itsenäisesti kyetä avata wc:n ovi sekä päästä wc:hen, kyetä riisuuntumaan ja säilyttää tasapaino virtsaamisen aikana. Lisäksi potilaan tulisi kyetä aktivoimaan virtsaamiseen käytettävät lihakset, kyetä pyyhkimään alapäänsä, kyetä pukeutumaan, pystymään huuhtelemaan wc-pönttö, pesemään kädet, sekä avaamaan ja sulkemaan ovi lähtiessään. Näitä osatekijöitä potilaan tulisi harjoitella päivittäin ja potilasta tulisikin ohjata wc:hen alussa 2-3 tunnin välein. (Salmenperä ym. 2002, 65)

Aivoverenkiertohäiriöpotilas voi kärsiä ummetuksesta tai pidätyskyvyttömyydestä ulosteen suhteen. Myös ripulia voi esiintyä, varsinkin aluksi, kun potilaalle aloitetaan enteraalinen ravitsemus. Ummetusta voidaan ehkäistä ruokavaliolla, jolloin potilaan ravinnossa olisi hyvä olla paljon kuituja sekä heidän tulisi nauttia paljon nesteitä vuorokauden aikana. Joskus voidaan potilaalla käyttää myös laksatiiveja tai peräruiskeita. Ulostamisen ajaksi olisi hyvä rauhoittaa ympäristö ja potilasta ohjataan hoitajan avustuksella wc:hen. Luontevinta potilaan on ulostaa niin, että hän on lievässä etunojassa istuessaan wc-pöntöllä. (Salmenperä ym. 2002, 65-66)

6.9.5 Hygienia

Potilaalla saattaa olla aluksi vaikea hahmottaa, kuinka itsenäinen pesu suoritetaan. Pelkääntään jo pyörätuolista siirtyminen suihkussa olevaan suihkutuoliin saattaa tuottaa potilaalle hankaluuksia. Potilaan on vaikeaa hallita omaa tasapainoa sekä asennon hallintaa. Hoitajan rooli onkin peseytymistilanteissa auttaa potilasta pysymään pystyssä. (Forsbom ym. 2001, 109)

Potilaan on hyvä varata peseytymisvälineet valmiiksi jo hyvissä ajoin ennen suihkuun menemistä. Suihkussa peseytymisvälineet on hyvä laittaa sille puolelle, joka on halvaantunut, jotta potilas saisi samalla harjoittelua. Halvaantunutta kättä olisi myös pesutilanteessa hyvä käyttää. Suihkussa ollessa on tärkeää kiinnittää huomiota veden lämpötilaan, koska potilas ei välttämättä aisti sitä. Turvallisuus pesutiloissa on tärkeää, joten potilaan olisi hyvä mennä esimerkiksi kylpyhuoneeseen kengät jalassa. (Salmenperä ym. 2002, 66)

Suuhygienian suhteen tulisi olla tarkkana. Karies sekä ientulehdus ovat erittäin yleisiä aivoverenkiertohäiriöpotilaille, mikäli heidän suunhoitoa laiminlyödään. Myös tajuttoman potilaan suunhoito on tärkeää, heidän suitansa tulee hoitaa päivittäin ja tämän lisäksi suun limakalvoja tulee kostuttaa säännöllisesti. (Salmenperä ym. 2002, 61)

6.9.6 Riisuminen ja pukeminen

Riisuminen ja pukeutuminen edellyttävät potilaalta paljon (Salmenperä ym. 2002, 62). Alkuvaiheessa potilaan jaksaminen ja kyky pukemista ja riisuuntumista kohtaan saattaa olla heikkoa. Potilaat eivät välttämättä pysty edes istumaan paikallaan istumatasapainon puutteellisuuden vuoksi. Lisäksi potilaat eivät tiedä aina, mitä vaatteille pitäisi tehdä. (Forsbom ym. 2001, 100) Pukeutuminen aloitetaan aina potilaan halvaantuneelta puolelta ja riisuuntuminen terveeltä puolelta. Hoitaja voi auttaa potilasta ohjaamalla häntä joko manuaalisesti tai suullisesti tai käyttäen molempia keinoja yhtäaikaaisesti. Myös potilaan ollessa tajuton tulee häntä stimuloida esimerkiksi niin, että ohjataan hänen raajojaan manuaalisesti pesun yhteydessä. (Salmenperä ym. 2002, 63-64)

6.10 Aivohalvauksen hoidossa käytettävät terapiat

Aivohalvauspotilaiden kuntoutuksessa suuressa roolissa ovat erilaiset terapiat. Potilaan on mahdollista saada fysioterapiaa, toimintaterapiaa, puheterapiaa ja tavata neuropsykologia. Fysioterapiassa keskitytään ihmisen fyysiseen kuntouttamiseen erilaisten menetelmien avulla. Menetelmät aktivoivat toimimattomia liikkeitä, estävät häiritseviä liikkeitä, palauttavat kak-

sipuolista kehonkuvaa ja ylläpitävät niitä. Aivohalvauspotilaan fysioterapia alkaa aina haastattelulla ja tutkimuksilla, joissa arvioidaan liikkumiskyky ja omatoimisuus. Fysioterapeutti tekee potilaan ja muun hoitohenkilökunnan kanssa yhdessä kuntoutussuunnitelman ja tavoitteet. Kuntoutukseen osallistuu myös muu hoitohenkilökunta. Fysioterapiaan voi kuulua asento-ohitoja, hengitysharjoituksia ja liikeharjoittelua. Siinä voidaan myös tarvittaessa kehittää perusliikkumistaitoja esimerkiksi vuoteesta kääntymistä, istuma-asennon hallintaa, siirtymiä, seisoma-asentoa, kävelyä ja päivittäisiä toimintoja. (Kallanranta ym. 2003, 234-235)

Toimintaterapiassa edistetään potilaan selviytymistä päivittäisissä toiminnoissa. Aivohalvauspotilas hyötyy yleensä toimintaterapiasta sillä se kehittää silmä-käsikoordinaatiota ja lievittää kognitiivisia häiriöitä. Toimintaterapiassa muun muassa arvioidaan apuvälineiden tarve ja ohjataan niiden käyttöä. Siinä arvioidaan myös toimintakykyä ja toteutetaan spastisten yläraajojen lastahoitoja. Terapeutti tekee kodinmuutostöiden arvioinnin. Fysioterapeutti ja toimintaterapeutti toimivat kiinteässä yhteistyössä. (Kallanranta ym. 2003, 235)

Jossain tapauksissa aivohalvauspotilas saattaa kärsiä puheen tuottamisen tai ymmärtämisen vaikeudesta, vaikeudesta kirjoittaa tai vaikeudesta lukea ja laskea. Puheterapiassa saadaan apua näihin kaikkiin ongelmiin ja sen tavoite on parantaa kommunikointikykyä. Puheterapiassa käydään läpi myös toiminnallisia, sosiaalisia ja tunne-elämän ongelmia. Olemassa on ryhmä- ja yksilö puheterapiaa. Puheterapia sisältää kielellisiä stimulaatioita ja erilaisia harjoituksia. (Kallanranta ym. 2003, 236-237)

Kuntoutuksessa potilas voi tavata myös neuropsykologia, jos hän kärsii kognitiivisista yleis- tai erityishäiriöistä kuten muisti-, tarkkaavaisuuden-, havaintokyvyn- ja loogisenajattelunhäiriöistä. Neuropsykologiassa tavoitteena on muuttaa kognitiivisen toiminnon sisäistä järjestystä tai rakentaa toiminto kokonaan uudelleen. Neuropsykologinen kuntoutus voidaan aloittaa missä vaiheessa tahansa, mutta yleensä se alkaa jo heti akuutissa vaiheessa. (Kallanranta ym. 2003, 237-238)

6.11 Aivohalvauspotilaan kuntoutustahot

Aivohalvauspotilaan kuntoutus on terveys- ja sosiaalitoimen vastuulla. Kelalle vastuu siirtyy kuitenkin toimintakykyä ylläpitävässä vaiheessa, jos aivohalvaus on aiheuttanut potilaalle pysyvän vamman. Potilas siirtyy yleensä ensiavun kautta erikoissairaanhoidon ja siitä edelleen perusterveydenhuollon piiriin. Potilaasta riippuen hän voi olla myös sosiaalitoimen tai kotihoidon asiakas jossain vaiheessa. Koska aivohalvauspotilaan kuntoutus on aloitettava välittömästi, on ensihoidosta vastaavan sairaalan aloitettava kuntoutus. Erikoissairaanhoidossa kuntouttava työryhmä on laaja, kun taas aluesairaaloissa työryhmä muodostuu lähinnä resurssien mukaan. (Kallanranta ym. 2003, 231-232)

Nykyisin potilaat pyritään siirtämään mahdollisimman nopeasti erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Kuitenkin potilaalla tulee olla hyvä jatko- ja kuntoutussuunnitelma, ennen kuin hänet voidaan siirtää eteenpäin. Potilaan kuntoutussuunnitelma laaditaan aina erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhoidossa, ja potilaan tilaa tulee seurata säännöllisesti. Jatkohoito ja seuranta toteutuvat terveyskeskuksissa. Siellä seurataan verenpainetta, veren rasva-aineita ja elämäntapoja. Terveyskeskuksesta voidaan järjestää kotihoitoa ja fysioterapiaa tarvittaessa. Myös keskussairaalan kuntoutushoitaja voi olla mukana potilaan elämässä, kun hän on siirtynyt avohoidon puolelle. (Kallanranta ym. 2003, 233)

Jotkut potilaat voivat käydä avohoitovaiheessa neurologian poliklinikalla keskus- tai aluesairaalassa. Terveyskeskuksessa voidaan muodostaa myös kuntouttava työryhmä, johon voi kuulua esimerkiksi lääkäri, omahoitaja, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Potilaalla tulee olla aina selvät jatko- ja kuntoutussuunnitelmat ja ne on arvioitava yksilöllisesti. (Kallanranta ym. 2003, 233)

Kela voi tarjota aivohalvauspotilaalle neuropsykologista kuntoutusta, jos sairaus on aiheuttanut aivovaurion. Jotta kuntoutukseen pääsee, Kela vaatii neuropsykologin arvion ja lääkärin lausunnon, jossa selvitetään vaurion laajuus, luonne, vaikeusaste, ennuste ja haitat. Kuntoutus toteutetaan avohoitona noin 2-3 kertaa viikossa. Kela korvaa myös tietyt lääkkeet ja apuvälineet, jos aivohalvaus on aiheuttanut pysyvän vamman. On mahdollista saada myös muuta kuntoutusta ja kuntoutusrahaa. Kelan etuudet riippuvat vamman laadusta ja pysyvyydestä. (Kela 2011)

7 Pohdinta

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Koko opinnäytetyömme pohjautuu kattavaan tietoon aivohalvauksesta, sen hoidosta, kuntoutuksesta ja ennaltaehkäisystä. Keräsimme tietopohjan eri lähteitä käyttäen ja niiden avulla teimme yksinkertaisen kirjallisen tietopaketin mielenterveyskuntoutujien käytettäväksi. Teimme myös suullisen esityksemme keräämäämme tietopohjaa käyttäen, joka löytyy opinnäytetyöstämme. Kaikki keräämämme lähteet olivat luotettavia ja niistä löytyi ajankohtaista tietoa. Käyttämämme kirjalliset lähteet eivät olleet yli kymmentä vuotta vanhoja ja kirjat olivat erilaisten tutkimustulosten perusteella kirjoitettuja. Käytimme myös paljon Internet-lähteitä, kaikki Internet-lähteemme olivat joko erilaisten järjestöjen ylläpitämiä tai ne olivat Duodecim-tietokannasta.

Suomalainen lääkäriseura Duodecim on tieteellinen yhdistys, joka kehittää lääkäreiden ammattitaitoa apurahojen, julkaisujen ja täydennyskoulutuksien avulla. Duodecim-seuraan kuuluu 20 000 lääketieteen opiskelijaa ja lääkäriä sekä 100 jäsenyhdistystä. Lisäksi Duodecim julkaisee terveydenhuollon ammattilaisille suunnattuja oppikirjoja sekä tietokantoja työnteon avuksi. Duodecimin tarjoamia tietokantoja ovat terveystietokanta, oppiportti, Käypä-hoito sekä Duodecim-lehti. Duodecimin perusarvoja ovat eettisyys, luotettavuus, yhteisöllisyys, suomalaisuus ja tieteellisyys. (Duodecim) Näin ollen opinnäytetyöstämme löytävä tieto ja kaikki mielenterveyskuntoutujille esittämämme tieto on oikeaa, ajankohtaista ja luotettavaa.

Opinnäytetyömme on tehty eettisiä periaatteita noudattaen. Olemme noudattaneet vaitiolovelvollisuuttamme ja huomioineet yksilöllisyyden. Tekemämme kyselylomakkeet olivat myös toteutettu eettisestä näkökulmasta ja kaikkien kyselyyn vastanneet saivat vastata anonyymisti ja vapaaehtoisesti kyselyyn.

7.2 Opinnäytetyön tavoitteiden saavuttaminen

Opinnäytetyömme päätavoitteena oli tehdä sähköinen portfolio aivohalvauksesta Keski-Uudenmaan Sopimuskotiin. Tarkoituksena oli, että Sopimuskodin mielenterveyskuntoutujat sekä henkilökunta voivat lukea portfolioista luotettavaa ja ajankohtaista tietoa aivohalvauksesta, sen yleisyydestä ja ennaltaehkäisystä. Tarkoituksena oli tavoittaa mahdollisimman monta ihmistä ja saada sitä kautta tietoa aivohalvauksesta eteenpäin. Valitettavasti emme voi arvioida kuinka moni tulee lukemaan Sopimuskodille antamamme portfolion aivohalvauksesta, mutta toivomme kuitenkin, että se tulisi olemaan asiakkaiden käytössä ja lähettyvillä.

Esitystämme oli kuuntelemassa karkeasti arvioiden noin 30 henkilöä, sisällyttäen hoitohenkilökuntaa ja mielenterveyskuntoutujia. Olisimme toivoneet, että paikalle olisi tullut enemmänkin kuuntelijoita, jotta asiamme olisi tavoittanut mahdollisimman monta ihmistä. Kuitenkin paikalla olevat henkilöt tuntuivat aidosti kiinnostuneen aiheesta ja saimmekin monta kysymystä esityksen jälkeen. Moni halusi vielä tulla mittauttamaan oman verenpaineensa ja tuntui, että eteenkin oireiden huomaaminen herätti paljon keskustelua ja mielenkiintoa. Esityksen jälkeen monet tuntuivat ymmärtäneen kuinka yleinen sairaus aivohalvaus on, kuinka oireet voidaan tunnistaa ja mikä merkitys omilla elintavoilla on. Näin ollen yksi tärkeimmistä tavoitteistamme toteutui.

Jälkikäteen ajatellen koimme opinnäytetyömme tavoitteiden täyttyneen ja luulemme, että olemme saaneet edes muutaman ihmisen miettimään omia elintapojaan ja sitä kautta ennaltaehkäisemään aivohalvauksen syntyä. Koemme myös onnistuneen opinnäytetyössämme siinä, että olemme antaneet uutta tietoa aivohalvauksen hoidosta, oireista ja synnystä myös Keski-Uudenmaan sopimuskodin henkilökunnalle, joka oli myös yksi tavoitteistamme. Se, kuinka

moni todellisuudessa tulee tietoa vielä saamaan, riippuu siitä onko tekemämme työ kaikkien tavoitettavissa ja kuinka moni sen lukee.

7.3 Opinnäytetyön prosessin pohdinta ja laatukriteerit kirjallisesta potilasohjeesta

Opinnäytetyömme tekeminen oli monivaiheinen ja pitkä prosessi, joka kesti karkeasti ottaen puolitoista vuotta. Prosessin aikana saimme tutustua lähemmin mielenterveyskuntoutukseen, Keski-Uudenmaan sopimuskotiin ja tietenkin aivohalvaukseen sairautena, sen yleisyyteen, hoitoon, oireisiin, kuntoutukseen ja ennaltaehkäisyyn. Koska opinnäytetyömme oli niin laaja ja monivaiheinen, koimme ammatillista kasvua pikkuhiljaa prosessin aikana. Sen lisäksi saimme valtavasti tietoutta aivohalvauksesta. Koska molemmat valmistuvat terveydenhoitajiksi, pidimme eteenkin tärkeänä saada lisää tietoutta kansanterveysongelmista ja niiden ennaltaehkäisystä. Pystymme varmasti tulevaisuuden työssämme hyödyntämään oppimaamme ja olemme ymmärtäneet prosessin aikana ennaltaehkäisyn ja terveellisten elämäntapojen merkityksen, joka on etenkin terveydenhoitajan työssä tärkeää.

Opinnäytetyömme auttoi meitä myös ymmärtämään eri asiakasryhmien huomioimisen ja sen, kuinka tärkeää on niin sanotusti puhua ymmärrettävää kieltä, jolloin asia ja tavoitteet saavuttavat kuulijan tai lukijan. Kirjallisille ohjeille on myös omat laatukriteerinsä, joita pyrimme toteuttamaan mielenterveyskuntoutujille suunnatussa portfolioissa. Otimme huomioon laatukriteerit myös suunnittelessamme mielenterveyspotilaille tarkoitettua suullista esitystä aivohalvauksesta.

Kirjallisissa ohjeissa olennaista on, miten asiat niissä kerrotaan sekä niiden oikeellisuus. Ohjeiden tulee ensisijaisesti tukea potilaan itsemääräämisoikeutta perusterveydenhuollossa, eivätkä ne saa olla käskynjakoa. Potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu vain, mikäli tällä on käytettävänä kaikki olennainen tieto itse asiasta. Kirjallisilla ohjeilla pyritään vastaamaan potilaan tiedon tarpeisiin sekä korjaamaan ja välttämään väärinkäsityksiä. (Lipponen, Kyngäs, Kääriäinen 2006, 76-77)

Potilasohjeen ollessa hyvä, tulee sen sisältää pohdinta kenelle ohje on kirjoitettu ja kuka sitä ensisijaisesti lukee. Tutkimuksien mukaan potilasohjausmateriaali on usein kirjoitettu liian vaikeaselkoisesti. Potilaan ollessa vieraskielinen tai aistivammainen, tulee huolehtia tiedon tulkittamisesta niin paljon kuin mahdollista. Kirjoittaessa potilasohjeita, on hyvä aloittaa tärkeimmästä asiasta ja edetä vähemmän tärkeisiin asioihin. Kuvien käyttäminen potilasohjeissa on suotavaa, sillä se auttaa ymmärtämään sekä herättää mielenkiintoa. (Lipponen 2006, 76-77)

Pidämme opinnäytetyön tekoprosessia tärkeänä ammatillisen kasvun kannalta. Uskomme myös oppineemme ryhmätyötaitoja, sillä kahden ihmisen näkemykset eroavat toisistaan ja jouduimme tekemään kompromisseja puolin ja toisin. Saimme kaiken lisäksi valtavasti irti itsellemme ja toivon mukaan myös Keski-Uudenmaan sopimuskoti ry hyötyi heille tekemästämme työstä. Olemme erittäin tyytyväisiä lopputulokseen, tavoitteiden saavuttamiseen ja yhteistyöhömmme.

Lähteet

- Aivohalvaus. 2011. Aivoverenkiertohäiriön riskitekijät. Viitattu 19.12.2011.
http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/aivoverenkiertohairio/riskitekijat.
- Asumispalvelu Satakieli. Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry. Viitattu 15.7.2012.
<http://www.sopimuskoti.fi/>
- Atula, S. 2012. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto).Duodecim. Viitattu 5.8.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=..
- Duodecim viitattu 5.8.202. <http://www.duodecim.fi/web/kotisivut>
- Erikoislääkäripalvelut. Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry. Viitattu 15.7.2012.
<http://www.sopimuskoti.fi/>
- Esittely. Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry. Viitattu 15.7.2012. <http://www.sopimuskoti.fi/>
- Forsbom, M., Kärki, E., Leppänen, L., Sairanen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Tammi Tammerpaino oy: Tampere.
- Haataja, J., Karjalainen, P., Kauppila, I., Kulju, A. & Laakso, K. 2001. Sopimusvuoren rinteillä. Kokemuksia terapeuttisista yhteisöistämme. Sopimusvuori ry: Tampere.
- Henkilöstö. Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry. Viitattu 15.7.2012. <http://www.sopimuskoti.fi/>
- Huttunen, J., Mustajoki, P. 2007. Elämä pelissä. Gummerus: Jyväskylä.
- Härkäpää, K., Järvikoski, A. 1995. Kuntoutusmotivaatio, suunnitelma ja prosessin ohjaus. Teoksessa: Suikkanen, A., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Kallanranta, T., Piirainen, K., Repo, M., Wikström, J. Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY: Juva.
- Järvikoski, A., Härkäpää, K. 1995. Kuntoutuksen seitsemän kehitysaluetta. Teoksessa: Kuntoutuksen ulottuvuudet: Suikkanen, A., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Kallanranta, T., Piirainen, K., Repo, M., Wikström, J. Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY: Juva.
- Kallanranta, T., Rissanen, P., Vilkkumaa, I.2001. Toim. Gummerus: Jyväskylä.
- Kallanranta, T., Rissanen, P., Vilkkumaa, I. 2003. Kuntoutus. 1.painos. Gummerus oy: Jyväskylä.
- Kela. 2011. Neuropsykologinen kuntoutus. Viitattu 19.12.2011.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160801132308EH>.
- Koskisu, J. 2004. Eri teitä perille. Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry toimintasuunnitelma 1997 ja toimintakertomus 1995.
- Koivula, L. 2010. Diabetes ja muut sairaudet. Viitattu 14.01.2012.
http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/diabetes_ja_muut_sairaudet/aivoinfarkti_iskee_ilmoittamatta_-_hoitoon_ja_heti!.html.
- Kuhanen, C.,Oittinen, P., Kanerva, T. Seuri, T. , Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö.
- Kuntoumiskoti Ratamo. Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry. Viitattu 15.7.2012.
<http://www.sopimuskoti.fi/>

Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. Potilasohjauksen haasteet. 2006. Viitattu 18.7.2012
http://www.pppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Lähteenlahti, Y. 2001. Vaikeat mielenterveyshäiriöt. Teoksessa: Kallanranta, T, Rissanen, P., Vilkkumaa, I. 2001. Kuntoutus.

Mattila, E. 2002. Miten ohjata mielen kuntoutujaa? Yksityinen mielenterveystyön hoito- tai palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopiston. Kasvatustieteen laitos.

Matthies, A-L. Hyvinvoinnin sekatalous ja suomalaiset välittävät verkostot. Teoksessa: Matthies, A-L., Kotakari, U., & Nylund, M. (toim.) Välittävät verkostot. Gummerus: Jyväskylä.
 Meretoja, A. 2011. PERFECT Stroke : PERFormance, Effectiveness, and Costs of treatment episodes in Stroke. Viitattu 15.10.2012.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26460/perfects.pdf?sequence=1>

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M. 2010. Sairaanhoidajan käsikirja 5. painos WS bookwell OY:Porvoo.

Mustajoki, P. 2010. Halvaus. Viitattu 12.12.2011.
http://www terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00018.

Mustajoki, P. 2011. Ohimenevä aivoverenkiertohäiriö. Viitattu 12.12.2011.
http://www terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00591.

Oinaala, M.2007. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980- 2000. STM 2007

Päiväkuntoutuskeskus Villa, Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry. Viitattu 15.7.2012.
<http://www.sopimuskoti.fi/>

Ravitsemusterapeuttien yhdistys RY. 2009 7.painos. Erytisyruokavaliot-opas ammattilaisille. Dieettimedia OY:Vammala

Rissanen, P.2000. Miten kuntoutuksen tulosta ja laatua ohjataan. Kuntoutus 2/2000. Kuntoutussäätiö.23 vuosikerta.

Ruokala Sopuska. Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry. Viitattu 15.7.2012.
<http://www.sopimuskoti.fi/>

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

Sauri, P.2010. Mielenterveysbarometri. Mielenterveyden keskusliitto.

Sivenius.J.2009.Aivoverenkiertohäiriöt.Viitattu 12.12.2011.
http://www terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00006.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001.Helsinki. Viitattu 6.7.2012.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita, terveyden edistämisen laatusuositus 2006. Helsinki. Viitattu 12.7.2012. <http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>.

Soinila, S., Kaste, M., Somer, H. 2006. Neurologia. 2.painos. Gummerus oy: Jyväskylä.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Kuntoutusta tutkitaan. Kuntoutusasiain neuvottelukunnan tutkimusjaoston raportti 2000.

Suomalainen lääkäriseuran duodecimien ja suomen neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. 2011. Aivoinfarkti. Viitattu 19.12.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50051>.

Tarnainen, K. Lindberg, P. Sairanen, T. & Vuorela, P. 2011. Aivoinfarkti. Viitattu 1.12.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00062>.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2010. Finriski-laskuri. Viitattu 19.12.2011.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveyden_riskitestit/finriski-laskuri
Tuettu asuminen. Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry. Viitattu 15.7.2012.
<http://www.sopimuskoti.fi/>

Työkeskus Sapluuna. Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry. Viitattu 15.7.2012.
<http://www.sopimuskoti.fi/>

Vartiainen, E. Laatiakainen, T. Salomaa, V. Jousilahti, P. Peltonen, M. Puska, P. 2007. Sydäninfarktin ja aivohalvausriskin arviointi FINRISKI-tutkimuksessa. Viitattu 19.12.2011.
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/osastot/eteo/finriski-laskuri_artikkeli_sll482007-4507.pdf.

30.1.2013

Tietoa aivohalvauksesta

Mitä tarkoittaa aivohalvaus?

Aivohalvaus on tila, jossa aivot kärsivät hapen puutteesta. Hapenpuute voi johtua joko tukkeutuneesta aivojen verisuonesta tai siitä, että jokin aivojen verisuonista vuotaa. Aivohalvaukset voivat olla eriasteisia. Toiset niistä ovat lyhyitä, ohimeneviä kohtauksia kun taas toiset voivat pahimmillaan tappaa.

Kuinka yleinen sairaus aivohalvaus on?

Aivohalvaukseen sairastuu joka vuosi noin 14 000 ihmistä ja siihen kuolee noin 1800 miestä ja 2600 naista vuosittain. Aivohalvaus onkin suomessa 4. suurin kuolinsyy. Vuonna 2009 Suomessa oli noin 82000 henkilöä jotka olivat sairastuneet aivohalvaukseen.

Mitkä ovat aivohalvauksen riskitekijät?

Aivoverikiertohäiriöiden riskitekijät ovat seuraavat: verenpainetauti, sydänsairaudet, tupakointi, korkea kolesteroli, diabetes, runsas alkoholin käyttö, ylipaino ja liikunnanpuute. Näistä jokainen edellä mainittu riskitekijä

lisää riskiä sairastua aivohalvaukseen. Kohonnut verenpaine on kaikista merkittävin riski aivohalvauksen synnyssä.

On hyvä muistaa kuitenkin, että mikään yksittäinen riskitekijä ei välttämättä aiheuta aivohalvausta, sillä se on aina yksilöllistä. Uudet aivohalvaukset esiintyvät yleensä henkilöille, joilla yksittäiset riskitekijät eivät ole erityisen vahvoja. Mikäli henkilöllä on useita riskitekijöitä lievänäkin, on suurempi todennäköisyys, että hän sairastuu aivohalvaukseen.

Suomessa on laadittu finnriskilaskuri, joka arvioi henkilön riskin sairastua vakavaan aivohalvaukseen 10v kuluessa. Voit laskea oman riskisi sairastua aivohalvaukseen osoitteessa: www.ktl.fi ja sieltä hakukenttään teksti **finnriski**.

http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveyden_riskitesti_t/finnriski-laskuri

Mitä oireita aivohalvaus aiheuttaa?

Aivohalvauksen oireet ilmestyvät yleensä äkillisesti ja ennalta arvaamattomasti. Oireita ovat esimerkiksi toispuoleinen raajahalvaus, kasvojen puuttuminen, toispuoleinen kasvojen tunnottomuus, puhehäiriö, huimaus, pahoinvointi, oksentelu, näköhäiriöt, kaksoiskuvat, päänsärky, niskajäykkyys. Nämä oireet yksinään eivät kuitenkaan yleensä ole aivohalvauksen merkkejä, vaan aivohalvauksen tullessa oireet ovat erittäin voimakkaita ja oireita on useampi kuin yksi edellä mainituista oireista. Yleisimmät oireet ovat kova päänsärky ja toispuolinen tunnottomuuden tunne jommallakummalla puolella kasvoja sekä kehon toispuolinen halvaantuminen. Oireet ovat kuitenkin aina yksilöllisiä.



Mitä hoitoa aivohalvaukseen on?

Ensisijaisen tärkeää aivohalvauksen hoidossa on ottaa yhteys välittömästi oireiden ilmaannuttua yleiseen hätänumeroon 112. Aivohalvauksen hoito on sitä tehokkaampaa, mitä nopeammin potilas hakeutuu sairaalahoitoon.

Sairaalassa potilas voi saada ensihoitona liuotushoitoa joka liottaa tukoksen tai leikkaushoitoa, jolla pyritään tyrehdyttämään vuoto. Myös lääkehoitoa käytetään sairaalaloissa.

Mitä jälkiseuraamuksia aivohalvauksesta voi syntyä ja voiko siitä kuntoutua?

Noin 50 -70 % sairastuneista toipuu lähes täysin. 15-30 % sairastuneista jää vammautuneeksi ja 20 % sairastuneista tarvitsee laitoshoidon loppuelämäkseen. Aivohalvauksesta voi jäädä pysyväisoireeksi toispuoleinen halvaus, erilaiset kielelliset häiriöt esimerkiksi afasia, joka on puheentuottamisen häiriö tai dysfasia, joka on puheen ymmärtämisen häiriö. Muita pysyväisoireita voivat olla esimerkiksi tuntohäiriöt, muistiongelmien, ongelmaratkaisuhäiriöt ja vaikeus oppia uusia asioita. Myös erilaiset näköhäiriöt ja muistivaikeudet voivat jäädä pysyväisoireiksi.

Nykyään aivohalvauksesta kärsineillä järjestetään hyvää ja pitkäaikaista kuntouttavaa hoitoa esimerkiksi toimintaterapiaa, fysioterapiaa ja puheterapiaa riippuen potilaan oireista.

Miten aivohalvausta voidaan ennaltaehkäistä?

Aivohalvausta voidaan ehkäistä omilla terveellisillä elämäntavoilla. Terveellisiin elämäntapoihin kuuluu olennaisesti oikeanlainen ruokavalio. Ruokavaliolla, jolla ennaltaehkäistään aivohalvauksen syntyä, on muutamia peruseriaatteita. Näitä ovat ruokavalion monipuolisuus, kohtuullinen rasvan käyttö, tyydyttyneen rasvan käytön välttäminen, vähäsuolaisuus, runsas kuitupitoisuus, vähä-kolesterolisuus, kasvisrasvojen käyttö ja sopiva energiamäärä suhteessa kulutukseen. Esimerkiksi suolaa tulisi käyttää enintään 5g eli 1tl/vrk, ravintokuituja vähintään 25g vuorokaudessa ja kovia tyydyttyneitä rasvoja enintään 10 % kokonaisenergiasaannista eli noin 60-90g/vrk. Kovia tyydyttyneitä rasvoja saa esimerkiksi runsasrasvaisista maitovalmisteista, rasvaisesta lihasta ja voista. Kun taas tyydyttämättömiä rasvahappoja saa kalasta, margariinista ja ylipäättänsä juoksevasta rasvasta. Kuituja saa ruokavalioonsa viljavalmisteista, esimerkiksi täysjyväleivästä ja puurosta.

Painonnousu, ylipaino ja liikunnan vähäisyys heikentävät elämänlaatua ja ne lisäävät riskiä sairastua aivohalvaukseen. Tutkimuksien mukaan 5-10 % pysyvä painon alentaminen tuo terveydellisiä etuja, mikäli kyseessä on ylipainoinen ihminen. Normaaliksi painoksi luokitellaan ihminen, jonka painoindeksi 18.5-24.9. Voit laskea oman painoindeksi osoitteessa:

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/pgr/bmilaskuri.htm>



Painonhallinta on helpointa oikealla ruokavaliolla, mutta siihen vaikuttaa myös liikunta. Liikunnassa pätee sääntö, että mitä enemmän sitä parempi. Tutkimukset osoittavat, että liikkumattomuus on terveydelle haitallisempaa kuin liikapaino. Jo tunti rasittavaa liikuntaa viikossa tai kaksi tuntia kohtuullisen kuormittavaa liikkumista parantaa terveystilaa. Suosituksena kuitenkin olisi, että kohtuullisen kuormittavaa liikuntaa esimerkiksi reipasta kävelyä harrastettaisiin päivittäin vähintään 30 minuuttia tai kuormittavaa liikuntaa esimerkiksi hölkkää harrastetaan vähintään kolme kertaa viikossa noin 20-60 minuutin ajan. Liikunta pienentää kohonutta verenpainetta, korkeaa kolesterolia, liikapainoa ja sydän ja verisuonisairauksia eli ennaltaehkäisee aivohalvauksen syntymistä. Arkiliikunta on myös suuressa roolissa. Sitä voidaan lisätä esimerkiksi kävelemällä portaat hissien sijaan, kävellä työmatkat, tai siivota reippaasti.

Alkoholi ja tupakointi ovat suuria terveyshaittoja ja niiden käyttö lisää riskiä sairastua aivohalvaukseen. Tämän takia ennaltaehkäisyssä tärkeää olisi-

kin tupakoinnin lopettaminen ja kohtuullinen alkoholin käyttö. Tupakoinnin lopettamisen terveyshyöty on valtava. Jo 2-5v tupakoimattomuus vähentää riskiä sairastua aivohalvaukseen pitkäänkin jatkuneesta tupakoinnista huolimatta vuodessa. Tupakoinnin lopettaminen on yleensä vaikeaa, mutta vieroitusoireita voidaan vähentää nikotiinikorvaushoidolla.



Aivohalvauksen ehkäisyssä ei tarvitse lopettaa alkoholin käyttöä kokonaan, vaan riittää, että se saadaan kohtuulliselle tasolle. Suomalaisen tutkimuksen mukaan pieni alkoholimäärä vähentää vaaraa sairastua sepelvaltimotautiin ja joihinkin muihin sydäntauteihin. Edut kuitenkin häviävät, jos juodaan liian paljon ja liian nopeasti. Alkoholin käyttöä ei myöskään suositella, mikäli haluaa pudottaa painoa ja sitä kautta ennaltaehkäistä aivohalvausta, koska alkoholi sisältää paljon turhaa energiaa.

Alkoholin terveyshaitat suurenevät kulutuksen mukaan ja alkoholin määrästä riippuu se, onko alkoholi terveyshaitta vai ei. Edullisin alkoholimäärä vuorokaudessa on noin 10-30g miehillä ja 5-15g naisilla. Yksi ravintola-annos sisältää noin 11-15g alkoholia. Kuitenkaan alkoholin turvallista määrää ei koskaan voida määrittellä, sillä luvut ovat yksilöllisiä ja siihen vaikuttavat monta eri tekijää.

Jos haluat enemmän tietoa aivohalvauksesta käy katsomassa lisätietoja Duodecimin terveyskirjastosta www.terveyskirjasto.fi tai aivoliiton sivuilta www.aivoliitto.fi

Lähteet:

Aivohalvaus. 2011. Aivoverenkiertohäiriön riskitekijät. Viitattu 19.12.2011.
http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/aivoverenkiertohairio/riskitekijat

Suomalainen lääkäriseuran duodecimin ja suomen neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. 2011. Aivoinfarkti. Viitattu 19.12.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50051>
Ravitsemusterapeuttien yhdistys RY. 2009 7.painos. Erityisruokavaliot-opas ammattilaisille. Dieettimedia OY:Vammala

Keski-Uudenmaan Sopimuskoti saa käyttää ja päivittää sähköistä portfolioa tarpeittensa mukaisesti.

Hyvä Vastaaja,

19.10.2011

Opiskelemme terveydenhoitajiksi Laurea-ammattikorkeakoulussa, Tikkurilan yksikössä ja opintoihimme kuuluu opinnäytetyö. Opinnäytetyömme aiheena on verenpainetauti sekä aivohalvaus. Opinnäytetyömme tarkoituksena on lisätä Sopimuskoti ry:n työntekijöiden ja kuntoutujien tietoisuutta näistä sairauksista. Toivomme Teidän osallistuvan kyselyymme.

Oheisen kyselylomakkeen tarkoituksena on saada tietoa Teidän tietämyksestänne liittyen verenpainetautiin ja aivohalvaukseen. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Kaikki kyselyssä kirjoittamanne tieto on luottamuksellista

Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan kysymyksiin 1-13 ympyröimällä vaihtoehdon a, b tai c ja kysymyksiin 7 ja 13 voitte kirjoittaa vastauksenne vapaamuotoisesti. Tulemme lisäksi alkuvuodesta 2012 pitämään Teille esityksen verenpainetaudista ja aivohalvauksesta.

Kiitos ajankäytöstänne!

Ystävällisesti kiittäen,

Selina Vanhanen, Niina Temonen, Annika Pråhl ja Minna Pikkumäki
Terveystenhoitajaopiskelijat

Kyselylomake

Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin 1-13 ympyröimällä Teidän mielestänne sopivin vaihtoehto. Kysymyksissä 7 ja 13 voitte vapaasti vastata omin sanoin.

Perustiedot:

1. Sukupuoli
 - a) Nainen
 - b) Mies
2. a) Kuntoutuja
b) Hoitaja
3. Ikä
 - a) < 20
 - b) 20-29
 - c) 30-39
 - d) 40-49
 - e) 50-59
 - f) 60-69
 - g) 70-79
 - h) >80

Verenpainetauti:

4. Mitkä ovat normaalin verenpaineen viitearvot?
 - a) 120-129 mmHg/ 80-84 mmHg
 - b) 140-159 mmHg/ 90-99 mmHg
 - c) ≥ 180 mmHg/ ≥ 110 mmHg
5. Mitkä ovat verenpainetaudin riskitekijät?
 - a) lihavuus, tupakointi ja stressi
 - b) laihtuminen, janon tunne ja ihottuma
 - c) suun kuivuminen, alkoholi ja hengenahdistus
6. Mitä kohonnut verenpaine voi aiheuttaa?
 - a) kolesteroliarvon nousun
 - b) diabeteksen
 - c) valtimotaudin, joka voi aiheuttaa sydäninfarktin tai aivohalvauksen
7. Mitä haluaisitte tietää verenpainetaudista?

Aivohalvaus:

8. Mistä syystä/syistä aivohalvaus voi johtua?
 - a. Aivovaltimo tukkeutuu tai vuotaa
 - b. Kaulavaltimot tukkeutuvat, eikä aivoihin virtaa enää happea
 - c. Kalloon on kohdistunut voimakas isku, jolloin aivot halvaantuvat

9. Kuinka monta henkilöä Suomessa vuosittain sairastuu aivohalvaukseen?
 - a. 25 000
 - b. 14 000
 - c. 8000

10. Mikä/mitkä ovat aivohalvauksen yleisin oire?
 - a. Voimakas pahoinvointi
 - b. Pyörtyminen
 - c. Toisen tai molempien raajojen halvaus toisella puolella kehoa

11. Aivohalvauksen oireiden ilmaantuessa
 - a. Soitetaan välittömästi hätäkeskukseen
 - b. Odotetaan 12 tuntia, jos oireet eivät häviä soitetaan hätäkeskukseen
 - c. Hakeudutaan omalle terveysasemalle

12. Aivohalvauksen riskiä voidaan pienentää
 - a. Kehittämällä aivoja
 - b. Omilla elintavoilla
 - c. Riskiä ei voida pienentää

13. Mitä haluaisitte tietää aivohalvauksesta?

PALAUTE

Kiitos vielä kerran esityksestänne, joka sai tosi myönteisen vastaanoton. Hyvää palautetta tuli myös ohjaajilta, aihe koettiin hyödylliseksi ja saimme paljon hyvää tietoa. Esitys oli ”kansantajuinen”, ytimekäs ja selkeä. ”Punainen lanka” erottui ja korostui hyvin. Vaikka kyse on suorastaan hengenvaarallisista sairauksista, niin aina voidaan (yrittää) tehdä jotain myös sairastumisen jälkeen eli aina on toivoa. Ei siis ollut pelottelun makua, vaikka vakavasta asiasta kyse onkin. Ja mikä tärkeintä: ennakolta voidaan tehdä paljonkin. Juuri ennaltaehkäisy eli positiivinen näkökulma tuli hyvin esille. Hyvää oli myös se, että tuotiin lohdullista näkökulmaa, ettei ihan kaikista elämän nautinnoista tarvitse luopua esim. kohtuullinen alkoholin käyttö perusteltiin hyvin. Kuntoutujat jaksoivat olla mukana hyvin ja se kertoo siitä, että he pitivät aihetta tärkeänä ja myös esitystä kiinnostavana. Oikeastaan kaikkein hienointa oli se, ettei kuntoutujia osoiteltu tai syyllistetty, vaan heille puhuttiin kunnioittavasti ja leimaamatta kuin mille tahansa ihmisryhmälle.

Hyvää jatkoa ja kiitos vielä kerran!!

Terveisin

Sirkka

Sirkka Väistö

Toiminnanjohtaja