

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Oili Laukas ja Tiina Nuorivuori

AVH-POTILAAN KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ

- OPAS HENKILÖKUNNALLE

Opinnäytetyö 2015

# TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja

OILI LAUKAS

TIINA NUORIVUORI

AVH-potilaan kuntouttava hoitotyö – opas henkilökunnalle

Opinnäytetyö

53 sivua + 17 liitesivua

Työn ohjaaja

Lehtori Sari Virkki

Toimeksiantaja

Kouvolan kaupunki, Terveyskeskus sairaalan kuntoutusosasto 4.

Maaliskuu 2015

Avainsanat

AVH, aivoverenkiertohäiriö, kuntouttava hoitotyö

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä AVH-potilaan kuntouttavaan hoitotyöhön tiivis ja selkeä opas näyttöön perustuvan tiedon pohjalta Opinnäytetyössä on käsitelty aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat yleiset haitat, jotka vaikeuttavat potilaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Työssä on hyödynnetty FIM - toimintakyvyn mittaria ja keskitytty niihin osa-alueisiin, jotka korostuvat AVH-potilaiden hoitotyössä terveyskeskussairaalan vuodeosastolla.

Hoitotyön opas on tarkoitettu Kouvolan kaupungin terveyskeskussairaalan kuntoutusosasto 4:n henkilökunnalle, uusille työntekijöille ja sijaisille. Opas voidaan sisällyttää osaston perehdytyskansioon. Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat haitat ovat hyvin toisistaan poikkeavia ja hoitohenkilökunnalla tulee olla tarpeeksi tietoa erilaisista seurauksista, jotta voidaan toteuttaa juuri oikeanlaista kuntouttavaa hoitotyötä. Näin potilaan hoidon laatu parantuu.

Tarve AVH-potilaan laadukkaasta hoito-oppaasta tuli Kouvolan terveyskeskussairaalan kuntoutusosasto 4:lta. Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä ja työelämälähtöisenä. Aineisto oppaaseen kerättiin luotettavista lähteistä. Sisältö rajattiin yleisempiin aivoverenkiertohäiriöihin, niiden seurauksiin ja kuntoutettavaan hoitotyöhön.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Kymenlaakso University of Applied Sciences

Health care

Bachelor's thesis

TIINA NUORIVUORI

OILI LAUKAS

Stroke patient's Rehabilitative Nursing Care – a Guide for Nurses

Bachelor's Thesis

53 pages + 12 pages of appendices

Supervisor

Sari Virkki Senior lecturer

Commissioned by

Health care center's hospital of Kouvola, rehabilitative ward 4

June 2015

Keywords

Stroke, cerebral ischaemia, cerebral infarction, rehabilitative way of nursing

The goal of this thesis is the treatment of cerebral ischemia-patient. First, different types of cerebral circulation disturbances will be presented generally and then in more detailed way the damages of the patients will be pointed out. Thirdly, rehabilitative way of nursing work required with treatment of cerebral ischemia will be presented. We used FIM- Functional Independence Measure as a help and we concentrated on these damages where there are the most demands when you look at the nursing work from the point of view of nurse.

The main meaning of this research is to produce an orientation brochure based on research information and good care practices and avail rehabilitative care-grip in the orientation brochure. Also, the basic information of the general types of cerebral circulation disturbances and its consequences were collected in the orientation brochure because the knowledge of treatment of patient is not enough, there must be the knowledge of illness as well in the background. The aim was to produce a clear, easily understandable, compact brochure for the staff (especially new nurses) and substitutes of the Kouvola health care hospital rehabilitative ward 4. Because the disadvantages are so very different from each other, the staff of the ward should have enough information of different consequences to be able to handle the rehabilitation of the cerebral ischemia-patients in exactly the right way, and so improve the quality of treatment.

The brochure is suitable for use in the orientation program portfolio for the ward 4.

The need for a brochure on this subject came from health care hospital of Kouvola, ward 4, and the thesis was implemented using a functional approach and was working life oriented. The data were collected from reliable sources, and content was limited to the usual cerebral circulation disturbances and appropriate rehabilitative treatment for various disorders.

## SISÄLLYSLUETTELO

### TIIVISTELMÄ

### ABSTRACT

JOHDANTO	6
1 YLEISIMMÄT AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT	8
2 AVH:N AIHEUTTAMAT YLEISET HAITAT	10
3 AVH-POTILAAN KUNTOUTUS	14
3.1 Päivittäinen kuntouttava hoitotyö	15
3.2 Neglect-potilaan kuntoutus	17
4 KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ	18
4.1 Ruokailu	23
4.2 Hygienia ja peseytyminen	26
4.3 Pukeutuminen ja riisuutuminen	27
4.4 Erittäminen	30
4.5 Asentohoito ja liikehoito	33
4.6 Lepo ja uni	37
4.7 Kivun hoito	38
5 KOMMUNIKOINTI JA SOSIAALINEN VUOROVAIKUTUS	39
5.1 Afasia	
5.2 Dysartria	44
5.3 Neglect	
6 LAADUKAS OPAS	45
7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE	48
8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	48

8.1 Kehittämistehtävä	48
8.2 AVH-potilaan kuntouttavan hoitotyön opas henkilökunnalle	49
8.3 Palaute oppaasta	50
9 POHDINTA	50

## LIITTEET

Liite 1. Hoitotyön opas

Liite 2. Taulukko käytetyistä tutkimuksista

## JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuu noin 25 000 ihmistä vuosittain ja keskiarvona laskettuina 68 henkilöä per päivä, noin 4 500 ihmistä kuolee tähän tappavaan sairauteen vuosittain. AVH-potilaista joka toiselle jää pysyvä haitta, puolelle heistä vaikea-asteinen. Joka neljäs toipuu täysin oireettomaksi, yli puolet omatoimiseksi ja joka seitsemäs tarvitsee laitoshoidoa. Se on kolmanneksi yleisin kuolinsyy Suomessa. (Aivoliitto). AVH:n aiheuttamat inhimilliset kärsimykset potilaalle ja kustannukset yhteiskunnalle ovat merkittäviä. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 296.) Yksittäinen AVH maksaa yhteiskunnalle noin 85 000 euroa (Jäkälä, 2011). On arvioitu, että AVH-potilaiden määrä ja sairaanhoitopäivien määrä kaksinkertaistuu vuoteen 2030 mennessä väestön ikääntymisen myötä, jollei tapahdu merkittävää asennemuutosta aivoverenkiertohäiriöiden ennaltaehkäisyssä. Ennaltaehkäisy, hoidon ja kuntoutuksen olisi muututtava tehokkaammaksi. Mikäli verenpainepotilaat hoidettaisiin tehokkaasti ja ajallaan, niin AVH-sairastuvuus pienenesi jopa 40 %. Kuntoutus ja kuntouttava hoitotyö on aloitettava niin pian kuin mahdollista, jotta päästään maksimallisiin tuloksiin. (Kaste, Herne-niemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2011, 271; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 300). AVH:n aiheuttamat vuosittaiset kustannukset ovat n. 1.1 miljardia euroa. (Jäkälä, 2011.)

Aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa potilaille hyvinkin erilaisia haittoja, riippuen siitä mikälainen, missä kohtaa aivoja, kuinka suuri aivoverenkiertohäiriö oli, kuinka nopeasti potilas pääsi hoitoon ja erittäin merkityksellistä on potilaan saama varhainen ja jatkokuntoutus, jotta minimoitaisiin potilaalle jäävä haitta. Seuraukset ovat monenlaisia ja aina yksilöllisiä. Oikein toteutettu hoito kuntouttavalla hoitotyöllä on erittäin tärkeää potilaan toimintakyvyn palautumiselle, koska mitä nopeammin hermostoon päästään vaikuttamaan vaurioitumisen jälkeen, sitä suurempi on sen toimintojen palautuminen. AVH-potilaiden toimintakykyä on tarkoituksenmukaista mitata ns. toimintakykymittarilla, aivoverenkiertohäiriöpotilaalle sopii käytettäväksi hyvin Functional Independence Measure (FIM) -toimintakyvynmittari sen herkkyyden vuoksi. (Forsbom, Kärki, Lepänen, Sairanen 2001, 27; Holmia ym. 2006, 315, 330; Seppänen 2013 ).

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, koska AVH-potilaita on paljon ja tulevaisuudessa väestön ikääntyessä tapaukset lisääntyvät voimakkaasti. Valtiovallan, terveydenhuollon ja myös yksittäisten ihmisten (terveiden elämäntapojen vaikutusten tunnistaminen) on tiedostettava tämän sairauden ongelmakokonaisuus, niin että kukin taho yrittää löytää keinoja selviytyä haasteesta osaltaan. (Jäkälä, 2011; Holmia ym. 2006, 297, Käypä hoito suositus 2011.)

Opinnäytetyön tavoitteena on tehdä tiivis ja selkeä hoitotyön opas yleisimmistä aivoverenkiertohäiriöistä ja aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen hoidosta kuntouttavalla hoito-otteella Kouvolan kaupungin terveystieteiden keskuksen kuntoutusosasto 4:lle. Työ toteutetaan työelämälähtöisesti yhteistyössä kuntoutusosasto 4:sen kanssa. Opinnäytetyö toteutetaan kehittämistehtävänä.

# 1 YLEISIMMÄT AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT

AVH eli aivoverenkiertohäiriö tarkoittaa aivojen toimintahäiriötä, joka syntyy aivoinfarktista tai aivoverenvuodosta. Termiä aivohalvaus pyritään välttämään: se on terminä jo vanhanaikainen. (Aivoliitto.) Aivoinfarktin aiheuttaa aivoverisuonen tukos, aiheuttajana hyytymä eli veritulppa, joka tukkii valtimon, jolloin verenvirtaus estyy ja aivokudos kärsii hapenpuutteesta. Sen seurauksena ilman happea ja verta jäänyt aivokudoksen paikallinen osa menee pysyvään kuolioon. Veritulppia on kahta eri lajia: trombosoitunut eli aivovaltimon paikallinen tukkeutuminen valtimon seinässä olevan ahtauman seurauksena tai toinen syy voi olla embolisaatio eli hyytymä, joka on peräisin muualta elimistöstä ja aiheuttaa aivovaltimon tukoksen. Aivoverenvuodossa aivovaltimo repeää, jolloin veri vuotaa joko aivokudokseen (ICH) tai lukinkalvon alaiseen tilaan (SAV). Aivoverenkiertohäiriöihin luetaan myös ohimenevä TIA-kohtaus. (Aivoliitto 2011; Holmia ym. 2006, 296). Merkittävin AVH:n vaaratekijä on kiistattomasti kohonnut verenpaine ja verenpainetauti. Seuraavaksi merkittävimmät ovat tupakointi ja kohonnut veren kolesteroli (Forsbom ym. 2001, 27; Holmia ym. 2006, 296).

## **AIVOINFARKTI**

Aivoinfarkti tarkoittaa puutteellisen tai kokonaan estyneen verenvirtauksen aiheuttamaa pysyvää vauriota aivokudoksessa. Aivovaltimon tukoksia on 4/5 kaikista pysyviä oireita aiheuttavista aivoverenkiertohäiriöistä. 3/4 aivoinfarkteista aiheutuu arterioskleroosista eli valtimokovettumataudista. Muita aiheuttajia ovat sydänperäiset emboliat 1/4 ja pienten suonten vaurioituminen. Aivoinfarktin riskitekijöitä ovat ikä, verenpainetauti, korkea kolesteroli, tupakointi, diabetes ja aiemmin sairastettu aivoverenkiertohäiriö. Aivoinfarktia esiintyy harvoin ilman selviä riskitekijöitä. Esim. kohonneen verenpaineen hoito vähentää riskiä puoleen.

Aivoinfarktin oireita ovat äkillinen toispuolinen halvaus, tuntehäiriöt, puheentuoton häiriöt, suupielen roikkuminen, tasapainovaikeus, sekavuus, muistihäiriöt tai toispuolinen raajojen holtittomuus. Noin 80 % aivoverenkiertohäiriöistä johtuu aivoinfarktista. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska, 2009, 392 - 393; Holmia ym. 2006, 301; Roine 2011; Aivoliitto.)

## **ICH**

ICH tarkoittaa aivojen sisäistä verenvuotoa aivokudokseen, joka johtuu valtimon tai laskimon repeämisestä. Yleisin syy on hoitamaton, pitkään jatkunut korkea verenpaine. Muita ICH-vuodon aiheuttajia ovat antikoagulaatiohoito, hyytymishäiriöt, tapaturmaisesti syntynyt aivoruhje ja aivokasvain. ICH-vuodon oireita ovat oksentelu, tajunnantason aleneminen, hemipareesi, tajuttomuus- ja kouristuskohtaus sekä hengityksen katkonnaisuus. Suomessa sairastuu vuosittain ICH-vuotoon n. 1000 ihmistä. (Holmia ym. 2006, 302, 303; Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 88–90). Noin 30 % potilaista kuolee ensimmäisen kuukauden aikana sairastumisesta (Anttila ym. 2009, 391; Kaste ym. 2011, 276).

## **SAV**

SAV tarkoittaa valtimon pullistuman eli aneurysman puhkeamista ja veren vuotoa lukinkalvon alaiseen tilaan. Aneurysma voi olla valtimossa myös ilman, että se tulee ilmi tai aiheuttaa minkäänlaisia oireita. Aneurysman puhkeamisen riskitekijöitä ovat ikä, verenpainetauti ja sukurasite, tupakointi on merkittävässä roolissa aneurysman muodostumisessa ja runsas alkoholin käyttö sen puhkeamisessa. SAV-vuodon oireita ovat äkillinen, kova ja hellittämätön päänsärky, niskajäykkyys, pahoinvointi ja oksentelu, silmien valonarkuus, hengityksen nopeutuminen, kouristelu ja tajunnan menetys. Suomessa SAV-vuotoon sairastuu vuosittain 1000 ihmistä ja sairastuneista noin 40 % menehtyy. Johdamme maailman SAV- esiintymistilastoa. (Anttila ym. 2009, 391; Holmia ym. 2006, 302, 303.)

## **TIA**

TIA on ohimenevä iskeeminen eli hapenpuutoksesta johtuva aivoverenkiertohäiriö, joka johtuu aivoverisuonen ohimenevästä tukoksesta, jolloin osa aivokudoksesta jää tilapäisesti ilman happea. Yleensä oireet kestävät muutamasta minuutista tuntiin. Määritelmän mukaan TIA luokitellaan aivoinfarktiksi, jos oireet kestävät yli 24 tuntia. TIA:n oireet ovat ohimeneviä neurologisia oireita, kuten tuntohäiriöt, puheen tuottamisen vaikeudet, näköhäiriöt, kaksoiskuvat, nielemisvaikeudet ja hahmotushäiriöt. (Iivanainen

ym. 2010, 88–89.) TIA-kohtauksen saaneista 10 %:lla on riski saada aivoinfarkti viikon kuluessa ja 20 %:lla kolmen kuukauden kuluessa (Roine 2011). TIA-kohtaus on vakava ennakkovaroitus uhkaavasta aivoinfarktista. TIA-potilaan hoito perustuu uusintakohtausta ennalta ehkäisevään lääkehoitoon ja riskien tunnistamiseen ja niiden vähentämiseen. (Anttila ym. 2009, 393; Holmia ym. 2006, 300.)

## 2 AVH:N AIHEUTTAMAT YLEISET HAITAT

AVH:sta aiheutuneet haitat riippuvat siitä, millä aivojen alueella vaurio on ja minkä verran tuhoa on tapahtunut. Myös se vaikuttaa, kuinka nopeasti hoito on aloitettu. (Holmia ym. 2006, 297 - 299; Aivoliitto.) Aivopuoliskot säätelevät kehon vastakkaista puolta, eli kun vaurio tulee aivojen oikeaan aivopuoliskoon, niin oireet ilmenevät kehon vasemmalla puolella ja vasemmanpuoleinen vaurio aiheuttaa oireita kehon oikealla puolella. (Aivoliitto.)

Aivoinfarktin seurauksena potilaalle useimmiten kehittyy yläraajaan painottunut toispuolihalvaus. Motorisia haittoja ovat mm. kehon toisen puolen lihasvoiman heikkous tai kömpelyys, osittainen tai täydellinen toispuolihalvaus. (hemipareesi tai hemiplegia), lihasjänteiden ja spastisuuden esiintyminen, tasapaino- ja hahmotushäiriö, puheen puurroutuminen sekä nielemisen vaikeus. (Holmia ym. 2006, 301.) AVH:t aiheuttavat potilaalle usein erilaisia kognitiivisia häiriöitä ja psyykkisiä suorituskyvyn muutoksia, kuten henkisen tason laskua, oiretiedostamattomuutta, muistin- ja käyttäytymisen häiriöitä. Puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeus, päivittäisten toimintojen vaikeudet, mielialan herkistyminen, yliaktiivisuus, aloitekyvyn ja sosiaalisten suhteiden heikentyminen ovat tyypillisiä häiriöitä AVH-potilaalla. AVH:n jälkeinen masennus on yleinen 25 - 50 %:lla potilaista ja afasiapotilailla se on vielä yleisempää. (Aivoliitto; Forsbom ym. Holmia ym. 2006, 297 - 299, 309.)

Iso elämäntilanteen muutos on raskas prosessi hyväksyä. Mielialat vaihtelevat ja hyvin yleistä on, että ensihämmennyksen jälkeen masentuu. Myös pelko on läsnä sairastumisen alkuvaiheessa, keskeisin pelonaihe on oman elämänhallinnan menettäminen. Itkuherkkyys ja tunnetilojen ailahtelevaisuus ovat yleisiä. (Forsbom ym. 2001, 33; Holmia ym. 2006, 308).

Aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa muutoksia psyykkisessä suorituskyvyssä. Aivoverenkierron aiheuttamaa psyykkistä häiriötä ei lueta psykiatriin sairauksiin tai mielenterveyshäiriöihin. Vaurio voi olla sellaisella alueella, joka vastaa tunne-elämän säätelystä. (Holmia ym. 2006, 308.)

### **Neglect-oire**

Neglect-oire tarkoittaa oikean aivopuoliskon kognitiivista puutosoiretta, tällöin kehon vasemman puoleinen huomioiminen heikentynyt. Neglect-oiretta esiintyy kirjavasti eri aistien, kuten näkö-, kuulo- ja tuntoaistin alueella. Oirekuvaan kuuluu lähes poikkeuksetta myös muita kognitiivisia oireita, kuten hahmottamisen, visuaalisen päättelyn ja visuaalisen muistin vaikeuksia, ei-kielellisen kommunikaation ongelmia sekä tarkkaavuuden säätelyn ja toiminnanohjauksen hankaluuksia (Jehkonen, Yliranta, Rasimus, Saunamäki, artikkeli, 2013,)

Neglectin aiheuttaa aivoinfarkti tai aivoverenvuoto tai muu neurologinen sairaus. Neglect esiintyy 12 - 95 %:lle potilaista tyypillisesti oikean puolen aivoverenkiertohäiriössä, joiden seurauksena on kehon vasemman puolen halvaantuminen ja huomiotta jättäminen. Potilas ei pysty hahmottamaan kehonsa vasenta puolta eikä sillä puolella olevia esineitä. Häiriö voi joskus olla vasemmassa aivopuoliskossa, mutta se on harvinaista. Silloin se on lievempää oikean puolen huomiotta jättämistä. Suurin neglectin aiheuttaja on aivoinfarkti. Yksi selvä tunnusmerkki alussa on se, että potilaan katse haakeutuu vaurion sijaintia päin ja siis pois päin halvaantuneesta kehon puolesta. (Holmia ym. 2006,327,328; Salmenperä ym. 2002,71).

Liikuntakykyinen potilas törmäilee kävellen tai pyörätuolilla helposti vasemmalla puolella oleviin esteisiin, koska hän ei havaitse niitä. Potilas luulee kadottaneensa tavaroitaan, koska hän ei havaitse niitä vasemmalta puoleltaan. Kun hän lukee, hän ei havaitse tekstin vasenta puolta. Kun hän kirjoittaa hän ei täytä koko paperia vaan kirjoittaa ainoastaan paperin oikeaan reunaan. Potilaan piirroksista puuttuu vasen puoli osittain tai kokonaan. Kun potilas liikkuu itsenäisesti hän kertakaikkisesti unohtaa halvaantuneen puolensa ja näin kaatuu herkästi. Hän ei pue kehon vasenta puolta, vaan vaatteet jäävät roikkumaan esim. oikeassa kädessä ja oikeassa jalassa. Samoin tapahtuu partaa ajaessa, hiuksia kammatessa, hampaita pestessä jne. (Holmia ym. 2006, 327, 328; Salmenperä ym. 2002,71).

Potilas ei tiedosta neglect-oireitaan ja sen myötä hän yliarvioi suorituskykyään. Neglect-oireisto esiintyy monenkirjavana: liikkumisen ja havainnoimisen vaikeutena, mielialanvaihteluina, liikkeiden työntämis- ja vastustamispakkona tai useiden aistialueiden samanaikaisina häiriöinä. Neglect-oireet ovat suuri ongelmakimppu potilaan päivittäisissä toiminnoissa. Hän joutuu toimimaan ilman vasemman puolen tuntoaistia, koska se ei sisälly hänen hahmotusalueeseensa ja esiintyy vaikeuksia potilaan tahdonalaisten lihasten toiminnassa kuten liikkumisessa, kehon vasemman puolen tuntojärjestelmässä ruokailussa, pukeutumisessa, riisuutumisessa, tv:n katselussa ja lukemisessa, koska hän ei pysty hahmottamaan niitä kokonaan. Potilaan tapaturmariski on suurentunut. Sosiaalisissa suhteissa tulee vaikeuksia, koska osa ilmeisiin ja eleisiin sisältyvistä viesteistä jää potilaalta huomioimatta. Neglect eli toispuolinen huomiotta jättäminen voi olla arkielämässä iso haitta. Neglect hankaloittaa liikkumista ja tahdonalaisten liikkeiden toimintaa. Se tuo myös haastetta kuntoutumiseen. Potilas ei pysty hahmottamaan omaa tilannettaan. Kuntoutuminen on hitaampaa ja motivaatio kuntoutukseen kärsii. Käytännön hoitotyössä potilaan havainnointia aktivoidaan monella tapaa, mm. neuvotaan potilasta kiinnittämään huomiota kehonsa symmetriaan. (Holmia ym. 2006,327,328;Salmenperä ym. 2002,71).

Pusher-oireisto tarkoittaa sitä, että potilas käyttää toimivampaa puolta yliaktiivisesti. Vuodelevossakin potilas ”työntää” itseään muuttaessaan asentoaan, koska hän kokee turvattomuudentunnetta. Turvattomuus johtuu siitä, että potilas ei hahmota itseään suhteessa ympäristöön. Siirtymätilanteissa potilas usein pelkää putoavansa toimivammalle puolelle ja sen vuoksi työntää helposti halvaantuneelle puolelle itseään. (Salmenperä ym. 2002,70.)

kuva 1 Oikean ja vasemman aivopuoliskon vaurion aiheuttamat seuraukset erikseen sekä muita AVH:n aiheuttamia erityishäiriöitä.

Oikean aivopuoliskon vaurio	Vasemman aivopuoliskon vaurio
Kehon vasemman puolen halvaus	Kehon oikean puolen halvaus
Tuntopuutokset vasemmalla puolella	Tuntopuutokset oikealla puolella
Vasemmanpuoleinen näkökenttäpuutos	Oikeanpuoleinen näkökenttäpuutos
Neglect-oireisto eli toisen puolen huomiotta jättäminen (vasemman puolen) <ul style="list-style-type: none"> <li>Potilaan katse kääntyy halvauksesta pois päin, oikealle.</li> <li>Potilas törmäilee vasemmalla puolella oleviin huonekaluihin ja ovenpieliin.</li> <li>Hän ei huomaa esineitä, jotka ovat vasemmalla puolella.</li> <li>Vasenta puolta ei ole olemassa hänelle!</li> <li>Hän voi itse luulla, että hänellä on vain huono näkö tai huonot silmälasit</li> <li>Sanomalehdestä, kirjasta ja television tekstistä ”puuttuu” vasen puoli</li> </ul>	Afasiat eli kielellisten toimintojen häiriöt <ul style="list-style-type: none"> <li>Puheen tuottamisen (dysfasia) ja ymmärtämisen häiriöt</li> <li>Lukemisen, kirjoittamisen ja laskemisen häiriöt</li> <li>Kielellisen muistin häiriöt</li> </ul>
Anosognosia eli oiretiedottomuus	Apraksiat eli tahdonalaisten liiketoimintojen häiriöt
Tarkkaavaisuushäiriöt	Visuokonstruktiivinen häiriö eli tilasuhteiden käsittelyn häiriöt
Visuokonstruktiivinen häiriö eli tilasuhteiden käsittelyn häiriö	
Näkömuistin häiriöt	
Tilasuhteiden hahmotuksen ja käsittelyn häiriöitä	
<b>Muita AVH:n aiheuttamia erityishäiriöitä</b>	
Agnosiat eli havaitsemisen häiriö - ei tunnista näkemäänsä	Muistin katoaminen osittain tai kokonaan
Preseveraatio eli juuttuminen; toistaa samaa puhetta, liikettä tai ajatusta.	Dysfagia eli nielemishäiriö
Dysartria eli toispuolihalvaukseen liittyen kasvojen toiminta- ja tuntopuutoksia ”puhe puuroutuu”	
Päätelykyvyn ja ongelmanratkaisukyvyn ongelmat	Toiminnanohjaushäiriöt
Mieliala-persoonallisuusmuutokset, -suru, epätoivo, epäily, masennus	

Kuva 1. AVH:n aiheuttamia haittoja (Aivoliitto; Forsbom ym. 2001, 32; International encyclopedia of Rehabilitation). Yleisimmät neglect-oireet (Holmia ym. 2006,327,328; Salmenperä ym. 2002,71).

### 3 AVH-POTILAAN KUNTOUTUS

Kuntoutus-käsitteellä tarkoitetaan prosessia, joka ottaa huomioon ihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kokonaisuuden. Käytännössä kuntoutus on kokonaisuus, jossa määritellään tavoitteet kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden ja elämäntilanteen mukaisesti. Kuntoutuksella pyritään auttamaan kuntoutujaa saavuttamaan ja ylläpitämään toimintakykyä, jolla hän selviää mahdollisimman itsenäisesti elämän eri osa-alueilla. Kuntoutus muodostuu moniammatillisen tiimin yhteistyöstä. Merkityksellisenä eri toimintaympäristöt pitävät sairaanhoitajan roolia kuntoutumisprosessissa. (Duodecim Suomalainen lääkärisseura, 2008; Kaste ym. 2011, 327 - 328; Holmia ym. 2006, 330; Mäntynen, 2007, 35).

Lääkinnällinen kuntoutus tarkoittaa niitä toimenpiteitä, joiden pohjana käytetään lääketieteellisiä tutkimuksia. Niiden tarkoituksena on parantaa kuntoutujan fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista toimintakykyä. (Suvikas, Laurell & Nordman 2010, 33.) Ammatillinen kuntoutus tarkoittaa sitä tukea, joka annetaan, että kuntoutujalla on mahdollisuuksia jatkaa työelämää sekä parantaa tai ylläpitää työkykyä (Suvikas, Laurell & Nordman 2010, 52 ). Kasvatuksellinen kuntoutus tarkoittaa vammaisen tai vajaakuntoisen henkilön kasvatuksen ja koulutuksen erikoisjärjestelyiden huomioimista ja toteuttamista. (Duodecim Suomalainen lääkärisseura, 2008; Järvikoski & Härkäpää 2004, 24.)

Sosiaalisen kuntoutus tarkoittaa sitä että parannetaan kuntoutujan toimintakykyä ja selviytymistä omassa ympäristössään, sosiaalisissa kontakteissa ja vuorovaikutustilanteissa. Se tukee kuntoutujan kykyä selviytyä päivittäisissä toiminnoista. Sosiaalisen kuntoutuksen avulla pyritään helpottamaan asumista ja liikkumista, tukemaan taloudellista turvallisuutta ja sosiaalisia verkostoja. Tarvittaessa se tuo kuntoutujalle mahdollisuuden muuttaa entisiä toimintatapojaan, jotka ovat voineet olla jopa vahingoittavia (Duodecim Suomalainen lääkärisseura, 2008; Järvikoski ym. 2004, 24 ).

Aivoinfarktin Käypä hoito -suosituksen (2011) mukaan tehokkaalla ja hyvin järjestetyllä hoidolla ja kuntoutuksella voidaan vähentää huomattavasti sairauden aiheuttamaa vammaisuutta. Laadukkaan hoidon ja kuntoutuksen vaikutukset näkyvät lyhentyneenä hoitoaikana, vähäisempänä vammaisuutena ja parempana elämänlaatuna. Kuntoutuksen

tarkoituksena on korvata toiminnan vajausta ja vähentää sen haittoja. Hoitotyön tavoitteena on saada potilas osallistumaan aktiivisesti omaan hoitoonsa ja määränpäänä on mahdollisimman omatoiminen potilas. Omatoimisuus edellyttää selviytymistä monenlaisista päivittäisistä toiminnoista kuten riisumisesta, pukeutumisesta, henkilökohtaisesta hygieniasta, ruokailusta ym. Näiden taitojen kuntoutustavoitteet ovat yksilöllisiä ja niihin vaikuttavat potilaan oireiston ohella, hänen aikaisemmat taitonsa ja kotiympäristön asettamat vaatimukset. Samaan päämäärään pyrkii myös potilaan kuntoutukseen osallistuva moniammatillinen työryhmä keinona suunnitelmallisuus ja johdonmukaisuus. Potilas, hänen omaisensa ja moniammatillinen työryhmä suunnittelee yhteistyössä kuntoutuksen päämäärät, tavoitteet ja keinot. ( Leppikangas, 2012, 20.)

### 3.1 Päivittäinen kuntouttava hoitotyö

Päivittäinen kuntoutus sisältyy potilaan päivittäisiin toimintoihin. Potilaan ohjaaminen päivittäisissä toiminnoissa on kokoaikaista kuntouttavaa toimintaa. Kaikki päivittäiset tapahtumat ovat kuntoutusta, myös kannustus ja ohjaus. Hyviä tuloksia saadaan ottamalla potilaan omaiset mukaan kuntoutukseen. Laadukkaan ja kokonaisvaltaisen toimintakyvyn tukemiseen kuuluvat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen sekä hengellinen osa-alue. (Holmia ym. 2006, 315.)

Kuntouttava hoitotyö ei käsitä erillisiä toimintoja vaan on saumattomasti yhteydessä päivittäiseen hoitotyöhön potilaan omatoimisuutta tukevana työtapana. Hoitotyössä tämä tarkoittaa ajan antamista potilaalle ja potilaan auttamista ajallaan. Potilaan selviytymistä kantava, kuntouttava periaate on hoitotyön ja vuorovaikutuksen perusta. (Duodecim Suomalainen lääkärisseura, 2008; Holmia ym. 2006, 308,309).

Aivoverenkiertohäiriö potilaan kuntoutus on osa hänen hoitoaan. Kuntoutuksen paino-alueet suunnitellaan toimintahäiriön laadun, pitkäaikaisuuden, pysyvyyden ja etenemisen mukaan. Kuntoutus suunnitellaan moniammatillisessa työryhmässä ja sen pohjalta laaditaan kuntoutumissuunnitelma. Se koostuu päivittäisestä hoitotyöstä, neurologisista tutkimuksista, fysioterapiasta, puheterapiasta, neuropsykologisesta kuntoutuksesta, toimintaterapiasta ja sosiaalityöstä. Myös omaiset ovat avainasemassa kuntoutuksen suunnittelussa ja kuntoutuksessa. Oikean tiedon ja tuen antaminen omaisille on tärkeä osa kuntouttavaa hoitotyötä. (Duodecim Suomalainen lääkärisseura, 2008; Mäntynen 2007, 34; Holmia ym. 2006, 315,330; Aivoliitto).

Sairaanhoitaja tuo kokonaisuuteen panoksensa potilaan tilanteen osalta hoitotyön asiantuntijana. Kuntouttava hoitotyö tarkoittaa tarpeelliset, potilaan kokonaisvaltaista suorituskykyä aktivoivat, parantavat tai ylläpitävät toiminnot. Potilaan kuntoutumisen kannalta tärkeintä aikaa ovat sairastumista seuraavat pari ensimmäistä kuukautta. Aivoverenkiertohäiriö on aiheuttanut pysyvän hermokudos vaurion, se ei parane eikä uusiudu ennalleen. Hermosolut pystyvät kuitenkin kompensoimaan tilannetta ja kasvattamaan uusia yhteyksiä, jolloin niiden toiminta järjestyy uudelleen. Kompensaatiota voidaan aktivoida toiminnallisilla harjoituksilla, joka tarkoittaa liikkeiden toistamista usein ja vastusharjoittelua. Potilaan motivaatio on ensiarvoisen tärkeässä osuudessa kuntoutuksessa: hyviä tuloksia ei tule ilman kovia ponnisteluja. (Duodecim Suomalainen lääkäriseura, 2008; Holmia ym. 2006, 315,330; Aivoliitto).

Paras mahdollinen tulos saavutetaan varhain aloitetulla kuntoutuksella. Kuntoutus tulee aloittaa heti, kun potilaan tila on riittävän vakaa ja vaara sairauden pahenemisesta on ohi. (Duodecim Suomalainen lääkäriseura, 2008; Holmia ym. 2006, 299.) Asentohoidot aloitetaan heti (poikkeuksena SAV-potilaat, heille on tärkeää erittäin pitkä vuodelepo), mikäli tajunta on normaali, asentohoidolla pyritään ehkäisemään vuodelevon haittoja ja tukemaan potilaan kuntoutusta. Tavoitteena on ehkäistä virheasentoja, spastisuutta, nivelkipuja ja niveljäykkyyttä sekä makuuhaavoja, alaraajojen verisuonitukoksia ja keuhkokuumetta, pyrkimys on se, että potilaan anatominen perusasento säilyy. Jos potilaan tajunta on heikentynyt, hänet pidetään selinmakuulla, pää suorassa ja ylävartalo kevyessä kohoasennossa ad. 30°. Tällä ehkäistään aivopaineen nousua. Myöhemmin kylki-asento on turvallisin asento potilaalle, syljen aspiroiminen estyy ja se osaltaan ehkäisee aspiraatio pneumonian kehittymistä. (Holmia ym. 2006, 320, 322.)

Kuntoutus on tehokkaimmillaan sairastumista seuraavina viikkoina, vaihe alkaa akuutin vaiheen jälkeen ja jatkuu voimakkaana 2 - 3 viikkoa. Ensimmäiset päivät ovat toipumisesta, sitten alkaa kuntoutuminen. Akuuttiosastoilta kuntoutujat siirretään mahdollisimman nopeasti kuntoutusosastoille, keskimäärin 4 - 5 päivän jälkeen. Kuntoutus korjaa toimintavajetta ja pienentää haittoja. Aktiivista kuntoutusta jatketaan niin kauan kuin kuntoutuminen edistyy, minkä jälkeen kuntoutuksella ylläpidetään saavutettua toimintakykyä. (Holmia ym. 2006, 315, 330; Aivoliitto).

On tärkeää antaa potilaalle ja hänen läheisilleen tietoa sairaudesta, jotta he kykenevät ymmärtämään ja hyväksymään muuttuneen tilanteen. Myös tulee kertoa realiteetit: kuntoutuksesta huolimatta on mahdollista, että jonkinasteisia haittoja ja toimintahäiriöitä tulee jäämään. Potilaan elämä ei palaa samanlaiseksi kuin ennen sairastumista. ( Duodecim Suomalainen lääkärisseura, 2008)

Hoitohenkilökunnan tehtävänä on havaita potilaan masennus ja järjestää tarvittava hoito. Masennus sitoo potilaan voimavaroja ja vaikeuttaa kuntoutumista, joten on syytä käyttää lääkehoitoa ja keskustelua sekä erilaisia terapiamahdollisuuksia hyväksi. Myös potilaan tukeminen vaikeassa elämäntilanteessa on erittäin tärkeää. Aktiivinen kuntouttava hoito sekä potilaan riittävä informointi ja läheisten riittävä kuuntelu auttavat selviytymään vaikeasta elämäntilanteesta. (Salmenperä, Tuli ja Virta, 2002, 72 -73.)

### 3.2 Neglect-potilaan kuntoutus

Neglect voi parantua, ja on syytä korostaa nopeasti aloitettua kuntoutusta, koska sillä on tärkeä merkitys paranemiseen. Neglect hidastaa potilaan kuntoutumista, koska potilas ei tunnista sairauttaan eikä tiedosta häiriötään. Potilaan kuntoutuminen neglect-häiriöstä vaatii pitkää sitoutumista, suunnitelmallisuutta ja johdonmukaista potilaan opastusta. Potilas harjoittaa oman kehonsa ja ympäristönsä havainnointia, pitää yllä tietoisesti tarkkaavaisuuttaan ja keskittyy näköhavaintojensa perusteella päättelyyn ja muistamiseen, tämä on perusta neglect- potilaan kuntoutukselle. Yleisesti ottaen pyritään kaikessa toiminnassa, kuten hoitotoimissa ja siirtymisissä siihen, että ne tapahtuvat huomiotta jääneeltä kehon puolelta. Potilas sijoitetaan potilashuoneeseen siten, että huoneen ovi jää sille puolelle vuodetta, joka potilaalta jää huomioimatta. Tarkoituksena on aktivoita tätä kehon puolta (vasenta) aistiärsykeillä. Ne kehittävät potilaan kehon tasapuolisuutta, havainnointia ja ongelmanratkaisukykyä. Oirekuvaan kuuluu lähes poikkeuksetta myös muita kognitiivisia oireita, kuten hahmottamisen, visuaalisen päättelyn ja visuaalisen muistin vaikeuksia, ei-kielellisen kommunikation ongelmia sekä tarkkaavuuden säätelyn ja toiminnanohjauksen hankaluuksia. (Holmia ym. 2006, 327, 328.)

Kuntoutusmuodot ovat neuropsykologinen kuntoutus ja toimintaterapia. Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa otetaan huomioon neglect-oireiston vaikeusaste, muut kognitiiviset häiriöt ja potilaan kuntoutumismahdollisuudet. Päivittäisessä hoitotyössä ohjataan suunnitelmallisesti ylläpitämään keskittyneesti kehonsa tasapuolisuutta ja opetetaan huomioimaan sitä ja kertomaan huomioistaan. Tuntoärsykkeillä aktivoidaan tietoisuutta kehon toisestakin puolesta. Keskustelutilanteissa asetetaan aina potilaan vasemmalle puolelle. (Holmia ym. 2006, 327, 328.)

Potilaan aikaisemmista harrastuksista voi löytyä keinoja, joilla voi tukea kuntoutumista, esimerkiksi sanaristikoiden täyttäminen toisen henkilön avustamana. Hoitaja voi pyytää potilasta lukemaan ääneen sanomalehtiä ja avustaa havaitsemaan myös vasemman puolen. Myös yksinkertainen lukemisen apu on se, että luettavan tekstisivun vasempaan reunaan voi piirtää kirkkaalla värillä viivan, joka toimii potilaan katseen vangitsijana hänen siirtyessään riviltä toiselle, se parantaa vasemmalla olevan tekstin näkyvyyttä. (Holmia ym. 2006, 327, 328.)

Aktiivisten kuntoutushetkien aikaa pidennetään pikkuhiljaa 10 minuutista eteenpäin ottaen huomioon potilaan keskittymiskyky ja jaksaminen. Potilasta hyödyttää suuresti jos omaiset ja läheiset ottavat osaa potilaan kuntoutukseen. Omaisten ja läheisten jaksaminen tulee huomioida, ettei heiltä vaadi liikaa. Ihanteellista olisi jos perheen normaali arkielämä voisi toimia muun kuntoutuksen tukena. Potilaan kuntoutuminen tapahtuu asteittain. Eli tasannevaiheet kuuluvat asiaan eikä niistä tule turhautua. Sitten taas voi tapahtua askel seuraavalle tasolle. Potilaan kuntoutuminen kestää vaikeusasteesta ja kuntoutuksen edistymisestä riippuen kuukausia, jopa vuosia. Neglect-potilaan kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioiminen on vaikeaa, sillä vaikutusta arjen toimintakykyyn ja tulosten pysyvyyttä ei ole tutkittu riittävästi sekä tutkitut menetelmät ovat monenkirjavia ja niiden vertailukelpoisuus heikkoa. ( Holmia ym. 2006, 327, 328; Jehkonen ym. 2013 )

## 4 KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ

Kuntoutuksen suunnittelun kannalta on tärkeää huomioida AVH:n vaikutukset sairastuneen koko persoonaan, ilmaisuun, vastaanottokykyyn ja psyykkiseen tilaan. (Korpe-

lainen ym. 2008, 251, 255; Aivoliitto.) Sairaanhoidajan työssä korostuu tietämys aivo-verenkiertohäiriöiden syistä, oireista, hoidosta ja kuntoutuksesta sekä omaisten ohjauksesta. Sairaanhoidaja arvioi potilaan vointia kaikkina vuorokauden aikoina ja toimii potilaan ohjaajana, avustajana, kannustajana ja tukijana päivittäisissä toiminnoissa. Kaikista sairastuneista kaksi kolmasosaa kuntoutuu siten, että selviytyy kotona omatoimisesti tai omaisen tai kotiavun turvin noin kolmasosa palaa työelämään. (Holmia ym. 2006, 308,309.)

AVH-potilaan hoitotyö perustuu kuntouttavaan hoitoyön periaatteeseen. Päivittäisten toimintojen suoriutumisen avulla mitataan potilaan toimintakyky. Toimintakyvyn mittareita on useita erilaisia jolla mitataan selviytymistä erilaisissa tilanteissa, kuten esim. FIM ja ADS sekä ICF. Näitä mittareita apuna käyttämällä voidaan arvioida potilaan avuntarve. Kun kuntoutuksen periaatteet (tavoitteet ja toteuttamistavat) on potilaan, hänen läheistensä ja hoitohenkilökunnan tiedossa kaikki voivat osallistua tavoitteiden saavuttamiseksi. Tavoite on saavuttaa suurin mahdollinen omatoimivuus ja näin selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Hyvä sosiaalinen suorituskky sisältyy päivittäisistä toimista selviytymiseen. (Holmia ym. 2006, 308; Internation encyclopelia of Rehabilitation; Sysmääläinen. 2013, 28 -32).

Kuntouttava ja turvallinen hoitoympäristö on hoitotyön tavoite. Mahdollisesti syntyvät vaaratilanteet tulisi osata ennakoida. Tuloksellinen hoito ja kuntoutus edellyttävät potilasta hoitavilta yhdenmukaisia toimintatapoja. Hyvä hoito, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, toivon antaminen rehellisesti, aivovammatiedon lisääminen ammattilaisten keskuudessa, kuunteleminen, kohtaaminen ihmisenä sekä rohkaiseminen auttaa aivovammakuntoutujaa hyväksymään vammansa, pyrkimään elämässään eteenpäin ja nauttimaan hetkestä ja päivästä kerrallaan, eikä suremaan menetettyjä tulevaisuudensuunnitelmia. Tämän ymmärrettyään kuntoutujat ovat motivoituneita ja ovat ylpeitä selviytymisestään. He tuntevat kehittyneensä ihmisinä. (Holmia ym. 2006, 308; Internation encyclopelia of Rehabilitation; Sysmääläinen. 2013, 28 -32).

FIM -toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointijärjestelmä on yksi maailman johtavimmista toimintakyvyn ja avuntarpeen seuranta- ja arviointikokonaisuuksista ja sitä käytetään

tetään maailmanlaajuisesti muun muassa kuntoutuksen laadun ja vaikuttavuuden arviointimenetelmänä. FIM -mittarin avulla on mahdollista kerätä valtakunnallisesti paljon tietoa eri vammaryhmistä. Järjestelmä on Suomen oloihin sovellettu ja Suomessa yleisesti käytetty aikuisten toimintakyvyn ja avuntarpeen laadunhallintamenetelmä. Päivittäisiä toimia arvioidaan 18 komponentin (kuva 2) avulla: Ruokailu, siistiytyminen, peseytyminen, pukeminen ja riisuutuminen -ylävartalo, pukeutuminen ja riisuutuminen -alavartalo, wc-toiminnot, rakon hallinta, suolen hallinta, siirtyminen sänkyyn, tuoliin pyörätuoliin, siirtyminen wc:hen, siirtyminen suihkuun ja ammeeseen, kävely ja pyörätuolilla liikkuminen, portailla kulku, ymmärtäminen, ilmaisu, sosiaalinen vuorovaikutus, ongelman ratkaisu, muisti. (FIM - toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari 2010).

Kuntouttavan hoitotyön osa-alueiksi on valikoitunut osa FIM-mittarin 18. päivittäisestä toiminnasta. Joihinkin osa-alueisiin, missä AVH-potilailla on kuntouttavassa hoitotyössä enemmän vaatimuksia, keskitytään enemmän kuin toisiin osa-alueisiin. Joitakin FIM-mittarin osa-alueita ei käsitellä, koska pääpaino on hoitajan kuntouttavalla hoitotyöllä. Jotkut osa-alueet kuuluvat niihin erikoistuneille ammattilaisille kuten esim. ilmaisu puheterapeutille. Lisäksi, tuodaan esiin muutama osa-alue, mitkä tulee ottaa esiin AVH-potilaan kuntouttavassa hoitotyössä, kuten lepo ja uni ja kivunhoito. (FIM-mittari; Stroke. 2013; Holmia ym. 2006,323).

Osa-alueiden taustalla on avuntarve. Kuinka paljon henkilö tarvitsee apua selviytyäkseen päivittäisestä toiminnasta? Selviääkö hän toiminnasta apuvälinettä käyttämällä? Vai tarvitaanko avustajaa? Mittari sopii erinomaisesti AVH-potilaiden päivittäisten toimintojen lähtötilanteen arviointiin ja kuntoutuksen suunnitteluun saavutusten mittaamiseen, koska siinä on tarvittavaa herkkyyttä. FIM-mittari ei ole ikään sidottu ja toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointi voidaan tehdä mittariin kuuluvan vammaryhmäluokittelun perusteella. Koska mittarilla arvioidaan laajasti päivittäisiä toimintoja, niin henkilöt joilla on puutteita usealla toimintakyvyn osa-alueella hyötyvät toimintakyvyn laajasta kartoituksesta. Sen avulla voidaan nopeasti ja selkeästi osoittaa rajoittuneen toimintakyvyn taso sekä määritellä avuntarvetta ja siinä tapahtuvia muutoksia. Mittarilla arvioidaan kahta laajaa päivittäiseen suoriutumiseen vaikuttavaa aspektia: motorinen toimintakyky ja kognitio. (FIM-mittari; Sangha, Lipson, Foley, Salter, Bhogal, Pohani & Teasell. 2005, 135 -139; Seppänen. 2013 ).

FIM-toimintakyky mittarin osa-alueet:

<b>Motoriset toiminnot</b>	<b>Itsestä huolehtiminen</b>  Ruokailu Siistiytyminen Peseytyminen Pukeminen ja riisuminen – ylävartalo Pukeminen ja riisuminen – alavartalo WC-toimet
	<b>Sulkijalihasten hallinta</b>  Rakon hallinta Suolen hallinta
	<b>Siirtyminen</b>  Sänky, tuoli tai pyörätuoli WC Suihku, amme
	<b>Liikkuminen</b>  Kävely tai pyörätuolilla liikkuminen Portaat
<b>Kognition toiminnot</b>	<b>Kommunikointi</b>  Ymmärtäminen Ilmaisu
	<b>Sosiaalinen kognitio</b>  Sosiaalinen vuorovaikutus Ongelman ratkaisu Muisti

Kuva 2. FIM - ITSENÄISEN TOIMINTAKYVYN MITTARI, Functional Independence Measure

Hoitaja auttaa potilasta hoidon alussa tekemällä asioita hänen puolestaan ja auttaa päivittäisissä toiminnoissa. Tärkeä peruspilari hoidossa on, että mikäli potilas suoriutuu

itsenäisesti joistakin toiminnoista, niin häntä ei auteta niissä ja tällä tavoin säilyttää toimintakykynsä sellaisena kuin se oli ennen sairastumista. Menettämiään toimintoja hän opettelee kuntoutuksen avulla uudelleen. Pikkuhiljaa vastuuta siirretään potilaalle itselleen ja tuetaan häntä aluksi osittain ja myöhemmin kokonaan esimerkiksi asennon vaihdosta, sängystä nousemisesta, liikkumisesta sängyn läheisyydessä, pukeutumisesta ja riisuutumisesta, tukan kampaamisesta, parranajosta, hygienian hoidosta, ruokailusta ja wc-toiminnoista. (Holmia ym. 2006, 309 )

Istumatasapainon ja seisomatasapainon harjoittelu on toispuolihalvaantuneen kuntoutuksen tärkeä tavoite. Harjoitukset yhdistetään päivittäisiin toimintoihin. Turvallisuus ja harjoittelun vaatima tila on tärkeää. Aina ohjaus tapahtuu halvaantuneelta puolelta, jotta potilas alkaisi havainnoimaan halvaantuneen puolensa. Istuma- ja seisoma-asennon on oltava tasapainossa, liiallista ponnistamista on vältettävä ettei halvaantunen raajan spastisuus lisäänty. Varotaan vetämistä ja nostamista halvaantuneelta puolelta koska raaja kipeytyy helposti ja luksaation vaara on suuri. (Holmia ym. 2006, 321- 322.) Yksilövastuuisen hoitotyön periaatteen mukaan potilaalle nimetään oma hoitaja, joka ohjaa ja neuvo potilasta, sekä myös hänen omaisiaan hoitoon ja kuntoutukseen liittyvissä asioissa. Potilaan kuntoutumista edistää selkeät ja realistiset tavoitteet. (Mäkinen, Roivas, 2009, Duodecim Suomalainen lääkärisseura, 2008, 9. )

Kuntoutumisen tavoitteena on omatoimisuuden palautuminen, itsenäinen suoriutuminen, hyvä sosiaalinen toimintakyky, siten että potilas tulee toimeen esim. kotiympäristössä tai työikäinen työelämässä. Mikäli häiriöt tai haitta ovat sen asteisia, ettei kotiutuminen ole mahdollista, erilaisten terapeuttien avulla, apu- ja tukitoimilla voidaan helpottaa potilaan kotiutumista ja näin ollen mahdollistaa kotona asuminen. (Duodecim Suomalainen lääkärisseura, 2008, 9. )

Kuntoutumisen edistymistä tarkkaillaan seuraamalla päivittäisten toimintojen kehittymistä. Edistymistä voidaan mitata FIM-mittarilla. Hoitaja arvioi viikoittain peseytymisen, pukeutumisen, syömisen sekä liikkumisen sujumista. Jos kehitys menee eteenpäin eli omatoimisuus paranee, ja potilas toimii turvallisesti kaatumatta ja itseään vahingoittamatta, voidaan jatkokuntoutusta jatkaa myös kotioloissa. (FIM - mittari)

Omatoimisuus edellyttää selviytymistä monenlaisista päivittäisistä toiminnoista kuten riisumisesta, pukeutumisesta, henkilökohtaisesta hygieniasta, ruokailusta ym. Näiden taitojen kuntoutustavoitteet ovat yksilöllisiä ja niihin vaikuttavat potilaan oireiston ohella hänen aikaisemmat taitonsa ja kotiympäristön asettamat vaatimukset. (Holmia ym. 2006, 308, 309, 315.)

## 4.1 Ruokailu

Aivovaurion oireet haittaavat tai jopa estävät syömisen. On siis mietittävä, minkälaisia ongelmia potilaalla voi esiintyä ja miten häntä voidaan auttaa turvallisempaan ja nautinnollisempaan ruokailuun samalla tukien nielemisen paranemista. (Forsbom ym. 2001, 110.) Huulten heikko sulku pistää ruuan ja juoman valumaan suupielestä. Kasvo-  
lihasten ja kielen toimintavaikeudet heikentävät ruuan liikuttelua suussa. Muuttunut lihastoiminta vaikeuttaa leukojen liikuttelua eikä ruuan hienontaminen suju. Heikentyneen suun alueen toiminta jättää ruuantähteitä suuhun pitkäksi aikaa ruokailun päätyttyä. Suun hygienia huonontuu. Ruokailun päättyessä suun ja hampaiden hoito on tärkeää. Sillä varmistetaan, ettei mitään jää suuhun ja huolehditaan suun terveydestä. Potilaan on hyvä istua 20 -30 minuuttia ruokailun jälkeen, jotta varmistetaan ruuan kulkeutuminen nielusta ruokatorveen. (Forsbom ym. 2001, 112- 115.)

Ruokailussa AVH-potilailla on siis paljon ongelmia. Niissä auttaminen vaatii hoitajalta osaamista ja herkkyyttä, ettei potilasta auteta liikaa, jolloin saatetaan tehdä vahinkoa hänen olemassa olevalle toimintakyvyilleen. Potilaan syöminen omatoimisesti käyttäen myös halvaantunutta kättään, pureskeleminen ja nieleminen ja poskien ja kielen liikkeiden hallitseminen on kuntoutuksen tavoite. Opettelemalla itse potilas voi saavuttaa omatoimisuuden. Hoitajan rooli on antaa hyvää palautetta ja kannustusta. Ateriahetken tulee olla rauhallinen ja miellyttävä. Alkuvaiheessa ateriat on hyvä syödä oman huoneen rauhassa, myöhemmin potilaat voivat ruokailla yhdessä saman pöydän ääressä. Tämä edellyttää hoitajalta harkintakykyä, sillä potilas saattaa syödessään sotkea paljon sitä itse tiedostamatta ja siitä häiriintymättä. Väärä istuma-asento estää normaalin syömisen ja nielemisen ja edistää spastisuutta ja virheasentoja. Kun potilas oppii istumaan oikein, kumartumaan eteenpäin, tällöin hän oppii vähentämään lantioli hasten spastisuutta, joka on monen potilaan vaiva. Tässä asennossa potilaalla ei ole mahdollisuutta lepuuttaa päätään tyynyllä, vaan hän joutuu pitämään päänsä pystyssä. Tällä tavoin harjoitellaan pään liikkeiden hallintaa, jota tarvitaan normaalille syömiselle ja nielemiselle. Potilaan

symmetristä ryhtiä autetaan myös asettamalla vuodepöytä siten, että myös halvaantuneen käden kyynärvarsi voidaan tukea siihen. (Holmia ym. 2006, 324.)

### **Dysfagiasta kärsivän potilaan ruokailussa avustaminen**

Yli puolella aivoverenkiertohäiriötä sairastavista potilaista on suun ja nielun alueen toimintaongelmia, jotka aiheuttavat nielemisvaikeuksia (dysfagia). Dysfagiasta saattaa olla kyse, kun potilaan puhe on epäselvää, kasvoissa on epäsymmetrisyyttä, potilas ei pysty sulkemaan suutaan, suusta valuu sylkeä tai potilaan ääni on kostea, vaimea, käheä tai nasaalinen. Yskiminen on ponnetonta ja sitä tapahtuu toistuvasti. Potilaan yskiminen ei ehkä toistuvista yrityksistä huolimatta onnistu. Potilaalla voi olla aspiraatiovaara, koska ruuan käsittely suussa tai nieleminen eivät onnistu normaaliin tapaan. Koska suun sulkeminen ei onnistu normaalisti, ruoka ja juoma valuvat suupielestä. Kasvolihasten ja kielen toimintavaikeudet tekevät vaikeaksi ruuan liikuttamisen suussa. Häiriintynyt lihastoiminta vaikeuttaa leukojen liikuttelua eikä ruuan hienontaminen onnistu. (Forsbom ym. 2001 112 - 115; Holmia ym. 2006, 324.)

Niin kauan, kun nieleminen ei onnistu tai potilaan tajunnan taso on heikentynyt, ravitsemus suun kautta on mahdotonta toteuttaa. Potilaan nielemiskyky tutkitaan kokeneen henkilökunnan ohjauksessa. Tarpeen mukaan potilaan ravinnon ja nesteiden saanti turvataan parenteraalisesti (ulkoisesti) tai enteraalisesti (sisäisesti). Nielemisvaikeuksista kärsivän potilaan juotavat nesteet sakeutetaan ja ruoka soseutetaan sileäksi. Ruoka tarjotaan aina lämpimänä, sen tulee olla maukasta ja kauniisti tarjolle asetettuna, jotta potilaan luonnollinen ruokahalu pysyy häiriöttömänä. Ruokailutilanteeseen kiinnitetään huomiota niin, että se tukee potilaan toimintakykyä ja kuntoutumista. (Holmia ym. 2006,324; Salmenperä ym. 2002, 59.)

Potilaalla, jolla on vireystilassa ongelmia, vaikeuksia tilanteiden ja etäisyyksien arvioimiskyvyssä ja hahmotuksessa sekä kehon liikkeiden ohjauksessa on aspiraatiovaara riski suurentunut. Aspiointia eli ruuan vetämistä henkitorveen voi esiintyä ennen nielemistä tai sen aikana tai jälkeen. (Holmia ym. 2006, 324; Forsbom ym. 2001, 113).

Hiljaista aspiraatiota voi tapahtua makuuasennossa heti ruokailun jälkeen potilaan nielun toimintahäiriöstä johtuen. Tällöin potilaan on hyvä olla istuma-asennossa 15 - 30 minuuttia aterian laskeutumisen ja aspiraatiovaaran ehkäisemiseksi ennen kun hän käy makuuasentoon. (Holmia ym. 2006,325; Forsbom ym. 2001,115).

Hyvä istuma-asento on tärkeä, jotta potilas pystyy syömään mahdollisimman omatoimisesti. Potilas istuu pöydän ääressä tasapainoisessa asennossa, kädet asetettuna pöytätasolle luontevasti pää hieman kallistunut eteenpäin. Potilasta opastetaan istumaan tukevasti ja riittävän perälle tuoliin. Häntä muistutetaan pitämään päätä pystyssä ja hieman eteenpäin taivutettuna ja ylävartaloa kumartuneena eteenpäin. Jalkapohjat asetetaan tasapainoisesti lattiaa vasten. Oikea istuma-asento vähentää potilaan avun tarvetta ja edistää aterioinnin onnistumista. Muistettava että myös vuoteessa ruokaillessa istuma-asennon merkitys on tärkeä. (Holmia ym. 2006, 324.)

Syöminen aloitetaan tarjoamalla potilaalle soseutettua ruokaa ja sakeutettuja nesteitä. Haarukka ja pieni lusikka ovat asianmukaisia ruokailuvälineitä, kun annostellaan suuhun pieniä annoksia kerrallaan. Paras on ohutreunainen juomalasi, josta juodessaan potilaan suu voi toimia normaalisti. Nokkamukin tai pillin käyttöä ei suositella, koska potilaan suuhun tulevan nesteen määrää on etukäteen vaikea ennakoida. Potilaan huulia, poskea ja kieltä voidaan tarvittaessa ohjata varovasti leuan alta. Ennen seuraavaa suullista tarkistetaan, onko potilaan suu tyhjentynyt edellisestä. Syömistä helpottavia muita apuvälineitä käytetään tarvittaessa. Näitä ovat lautasen liukumiseste, paksuvartistet ruokailuvälineet jne. Ruoka-annos asetetaan lautaselle kauniisti, jotta se herättää ruokahalun. Jos potilaalla on hahmotusvaikeuksia, on helpompaa, jos lautaselle asetetaan vain yksi ruokalaji kerrallaan. Avustaja toimii aina sairastuneen halvaantuneelta puolelta. Hän auttaa tarvittaessa potilasta pitämään ruokailuvälinettä kädessään ja tukee tarvittaessa häntä kyynärpästä. Avustaja voi auttaa häntä lasista kiinni pitämisessä tai opastaa potilasta pitämään lasista molemmin käsin. (Holmia ym. 2006, 324.)

### **Neglect-potilaan ruokailussa avustaminen**

Koska neglect-potilas hahmottaa ruokatarjottimestaan ja annoksestaan vain oikean puolen ja hän ei ole tietoinen tästä häiriöstä, niin syömis- ja juomisongelmilta ei voi välttyä. Ruokailuvälineet asetetaan pöydälle niin, että potilas havaitsee ne häiriöstä huolimatta. Jos hän ei pysty hahmottamaan vasenta puoltaan, häntä ohjataan kääntämään katseensa vasemmalle ja autetaan häntä tarvittaessa kädellä kääntämään päätä tai ”autetaan” hänen käsiään löytämään ruokailuvälineet. Jos potilas ei onnistu itse havaitsemaan ruokaansa lautasen vasemmalla puolella, hoitaja kääntää lautasen niin, että ruoka tulee potilaan havaintokenttään. Potilas tarvitsee riittävästi aikaa yrittääkseen itse ja vasta sen jälkeen autetaan. (Holmia ym. 2006,329.)

Potilas niin sanotusti unohtaa käyttää kehon tiedostamattoman puolen yläraajaa, vaikka siinä ei ole halvausta. Hän käyttäytyy niin kuin hänellä olisi vain yksi käsi. Tällöin potilasta autetaan ”löytämään” unohtuneissa oleva käsi ja ottamaan se mukaan kahta kättä vaativiin tehtäviin. Puheterapeutti selvittää potilaan mahdolliset nielemisvaikeudet ja suunnittelee työryhmän kanssa potilaalle juuri ne apuvälineet, mitä potilas tarvitsee ruokailussa. Erilaiset nielupareesit (nieluhalvaus) ja suupielen velttous vaikeuttavat syömistä ja sen vuoksi on mietittävä ruuan koostumus; jos potilas ei pysty syömään kiinteää ruokaa, ruuan täytyy olla helposti nieltävää, sosemaista. (Salmenperä ym. 2002, 59) Keskittymiskyvyn ongelmat voivat aiheuttaa ruoan hotkimista. Ruokalusikka voidaan tällöin korvata pikkulusikalla, tarkoituksena se ettei ruokaa tule suuhun liikaa. Hoitaja opastaa potilasta keskittymään ja kiireettömään syömiseen. (Holmia ym. 2006, 329.)

## 4.2 Hygienia ja peseytyminen

Henkilökohtainen hygienia ja pukeutuminen ovat vaativia päivittäisiä toimintoja. Potilaan omaa toimintakykyä pyritään tukemaan molemmissa toiminnoissa. Vuoteessa olo ja mahdollinen kuumeilu tekevät hygienian hoidon hankaliksi. Vuodepesussa potilaan kuntoutukseen kuuluu potilaan osallistuminen potilaan voinnin mukaan. Hän voi itse pestä kasvonsa ja muita kehon alueita, näin hän saa omasta kehostaan tuntumaa ja aistimuksia. Potilasta ohjataan kääntymään vuoteessa pesujen, lakanan vaihtamisen ja pitovaatteiden pukemisen yhteydessä, koska se tekee hyvää verenkierrolle. Kun hän vaihtelee asentojaan, potilas tunnistaa oman kehonsa eri asennoissa. Potilaan kyetessä istumaan peseytyminen siirtyy tapahtuvaksi pesualtaan luona. Turvallinen ja tukeva istuma-asento on tärkeää. Potilas osallistuu riisuutumiseen, pesuun, ihon kuivaamiseen ja pukeutumiseen. Avustaja auttaa ja tukee potilasta halvaantuneelta puolelta. Potilaan toimintakyvyn parantuessa häntä ohjataan lähtemään suihkuun. Potilasta neuvotaan ottamaan helposti puettavat vaatteet tai kylpytakki mukaansa sekä tukevat, hyvin jalassa pysyvät kengät. Suihkuun mentäessä turvallisuus on huomioitava: liukastumisen estämiseksi suihkuhuoneen lattia kuivataan ja huolehditaan, että potilaalla on kengät jalassa. Jos potilaalla on jäljellä yhtään liikuntakykyä halvaantuneella puolella, asetetaan peseytymisvälineet kehon halvaantuneelle puolelle, sillä sekin harjaannuttaa halvaantunutta puolta. (Salmenperä ym. 2002, 66; Holmia ym. 2006, 315, 316).

Koska neglect-potilas tunnistaa vain kehonsa toisen puolen, niin hoitajan ohjaava rooli on tärkeä; potilas saattaa pestä vain toisen puolensa kehosta ja ei ehkä löydä vesihanaa

toiselta puolelta. Hoitaja opastaa tarvittaessa potilasta kädestä pitäen tai sanallisesti. Peili voi olla hyvä apuväline kehon tiedostamattoman puolen havainnoinnissa. Potilas voi istua käsinojalla varustetulle suihkutuolille, jos seisominen aiheuttaa vaaratilanteen. Reikätuoli on vaarallinen tähän tarkoitukseen, koska siinä tasapainon säilyttäminen on vaikeaa. Potilaan jalkojen tulee olla lattiaa vasten tukevasti. Ohjausta tarvitaan myös vesihanojen ja suihkun käytössä. Potilaalla voi olla tuntohäiriöitä, eikä hän pysty aistiimaan veden lämpötiloja ilman, että häntä autetaan siinä. Kädellä pesemällä potilas tulee paremmin tietoiseksi kehostaan aistinärsykkeiden avulla, siksi pesu suoritetaan ilman pesulappua. Kun peseytyminen on suoritettu, potilasta opastetaan kuivaamaan kehonsa pyyhkeellä ja pukeutumaan. Hoitajan tulee muistaa, että mistä potilas suoriutuu itse, niin niissä toiminnoissa potilasta ei auteta, kannustetaan kyllä tarvittaessa. Missä tarvitaan hoitajan apua, hoitaja avustaa potilasta varovasti ja hienotunteisesti. (Holmia ym. 2006, 309, 316.)

Suun terveydenhuolto on myös suoritettava asianmukaisesti, koska ientulehduksen ja kariuksen vaara lisääntyy. Hoitaja opastaa potilasta tässä toiminnassa. Myös hammasproteesi ja suunlimakalvot pidetään puhtaana. AVH-potilaan suuhygienian tärkeys korostuu seuraavissa sairauden aiheuttamissa ongelmissa:

- Potilas on vaikeuksia hallita kielensä liikkeitä, poskilihaksiaan tai suun tunto on häiriintynyt.
- Potilaalla on ilmennyt nielemisvaikeuksia.
- Potilaalla on selvästi sylkemisvaikeuksia.
- Potilaan suuhun jää helposti ruokaa joka voi aiheuttaa aspiraatiovaaran.

Tarvittaessa täytyy uudelleen arvioida potilaan hammasproteesin sopivuus potilaalle, jolla on suun ja nielun toiminnan häiriöitä tai kasvopareesi (kasvohalvaus) ( Holmia ym. 2006, 315,316, 324.)

### 4.3 Pukeutuminen ja riisuutuminen

Vitaalienelintoimintojen tasaannuttua, vuodelevon päätyttyä ja kun potilaan toiminnallinen taso on siihen riittävä, potilasta opetetaan pukeutumaan ja riisuutumaan. Pukeutuminen ja riisuutuminen on helpointa tehdä tukevassa ja ilman selkänojaa olevassa tuolissa. Vältetään turhia ylösnousemisia. Halvaantuneen raajan turhaa ”roikottamista”

tulee välttää. Halvaantunut raaja asetetaan vapaasti jalkojen väliin tai vartalon sivulle. Pukeminen aloitetaan halvaantuneelta puolelta, kun taas riisuutuminen tapahtuu terveeltä puolelta. Vaatteiden valinnassa kiinnitetään huomiota siihen, että itsenäinen pukeutuminen ja riisuutuminen ovat mahdollisimman helposti tehtävissä ja etteivät ne haittaa potilaan toimimista tai liikkumista. Kevyet, joustavat sekä lämpimät vaatteet ovat tarkoituksen mukaisia. Kengät tulisi olla tukevat ja niiden on tuettava myös nilkkoja. Tarranauhahalliset kengät on helppoja pukea. Potilaan yksilöllisyyttä ja itsemääräämisoikeutta tuetaan kun hän saa itse valita vaatteensa. Potilas voi sairaalassakin käyttää omia vaatteitaan, jos hän niin haluaa. Omien vaatteiden käyttö tukee hänen itsenäisyytään ja suunnitelmallisuuttaan. Sen on todettu myös auttavan virtsarakon hallintaa potilailla, joilla on siinä ongelmia. (Holmia ym. 2006, 316.)

Seuraavassa on ohjeita pukeutumiseen huomioiden halvaantunut puoli.

### **Paidan tai takin pukeminen potilaalle, jolla on vasen puoli halvaantunut**

Potilasta ohjataan asettamaan paita polvien päälle sisäpuoli ylöspäin. Sen jälkeen hänen tulee asettaa halvaantuneen puolen hiha-aukko näkyviin polvien väliin. (hiha jää roikkumaan polvien välistä) (Kuva 3 ja 4).



Pyydetään potilasta pujottamaan halvaantunut yläraaja hiha-aukkoon vartaloa eteenpäin kallistamalla, avustaen toimivalla kädellä. Potilasta ohjataan vetämään toimivalla kädellä hiha ylös olkapäälle (Kuva 5, 6, 7 ja 8)

(Holmia ym. 2006, 316,317; Salmenperä ym.2002.)



## Housujen pukeminen potilaalle, jolla on vasen puoli halvaantunut

Potilasta ohjataan nostamaan halvaantunut alaraaja ristiotteella toimivan polven päälle. Sen jälkeen hänen tulee tarttua toimivalla kädellä housun kauluksesta kiinni sekä pujottamaan lahje halvaantuneeseen alaraajaan. Housunkauluksesta kiinni pitämällä hän pujottaa terveen alaraajan toiseen lahkeeseen. Sen jälkeen hän vetää



toimivalla kädellä housut ylös.

Yllä olevassa kuvasarjassa 9 ohjeistetaan housujen pukeminen  
(Holmia ym. 2006, 316,317; Salmenperä ym.2002)

## Housujen pukeminen vuoteessa

Potilasta opastetaan pukeutumisessa suullisesti että kädestä pitäen näyttämällä. Pukeutuminen alkaa aina potilaan halvaantuneelta puolelta. Hoitaja tukee halvaantunutta alaraajaa alustaa vasten koukkuun ja avustaa potilasta nostamaan ja kannattelemaan toimivaa alaraajaa lahkeeseen pujottamista varten. Hoitaja opastaa potilasta pitämään toimivaa alaraajaa ilmassa ja vetää tarvittaessa sen housun lahkeeseen. Hoitaja opastaa koukistamaan ala-raajat jalkapohjat alustaa vasten ja nostamaan lantion alustasta (hoitaja tukee tarvittaessa halvaantuneen alaraajan asentoa.) (Holmia ym. 2006, 319. )

## 4.4 Erittäminen

On yleistä, että aivoverenkiertohäiriötä sairastavalla potilaalla saattaa olla merkittäviä vaikeuksia virtsaamisessa että ulostamisessa. Liikkumiskyvyn heikentyminen tai puuttuminen kokonaan aiheuttaa rakon ja suolen toiminnan ongelmia: virtsan ja ulosteen pidätyskyvyn heikkenemistä tai virtsaretentiota (jännösvirtsaa). Vuodelepo, vieras ympäristö, hoitajan läsnäolo, alusastia tai virtsapullo voivat myös tehdä ongelmalliseksi tarpeiden teon. Myös ravinnon saanti on erilaista kuin ennen, eri määriä nesteitä ja ravintoa ja eri muodossa. Sekin voi osaltaan vaikeuttaa eritystoimintoja. Kun potilas ei yksin pääse wc:hen, on se eritystoiminnan kannalta ongelmallinen tilanne. Potilas tarvitsee siinä apua; apua ei välttämättä ole tarjolla silloin, kun avun tarve iskee. Myös potilaalla voi olla kommunikaatio- ongelmia, jolloin hän ei osaa kertoa, että täytyisi mennä wc:hen. Tavoite kuitenkin on se, että potilaan virtsaaminen ja ulostaminen tapahtuvat mahdollisimman normaalisti ja normaaliin tiheyteen niin pian kuin mahdollista. Tämä asia vaatii harjoittelua ja harjoittelu yleensä tuottaa tuloksia ja ennusteet näiden toimintojen palautumisesta ovat hyviä. Omatoimisesti suoriutuminen lisää potilaan itsenäisyyttä ja kohottaa itsetuntoa, siksi asia on erittäin tärkeä kuntoutuksen kannalta. (Holmia ym. 2006, 319. )

Virtsamiseen liittyviä ongelmia voi olla
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tahaton virtsaaminen eli kastelu. (Yleisin virtsaamiseen liittyvä ongelma AVH-potilaalla.)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rakon täyttymisen tunteen voi aiheuttaa pienikin virtsamäärä, virtsarakko tyhjenee saman tien.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuntuu puutos rakossa estää rakon täyttymisen tunnetta, seurauksena voi olla virtsaretentio.”</li> </ul>

Kuva 10

Harjoittelu pätee myös virtsarakon toiminnan hallinnassa. Harjoittelu tapahtuu päivittäisten toimien yhteydessä jouhevasti. Harjoitellaan virtsankarkailun vähentämistä, virtsankarkaamisen estämistä, virtsaamisen pidättelyä, virtsaamiskertojen väliaikojen pidentämistä ja rakon tyhjentämistä hallitusti. Vuodepotilaalla harjoittelu alkaa siitä, että vuodepotilasta opastetaan virtsaamaan alusastialle tai virtsapulloon monta kertaa päivässä. Tavoitteena on löytää normaalin virtsaamisen tarpeen rytmi. (Holmia ym. 2006, 319,320.)

Tulee muistaa, että on hyvä opastaa liikuntakykyistä potilasta menemään wc:hen aina ennen hoito- ja terapiatilanteita, jolloin hän voi rauhassa keskittyä kyseiseen tilanteeseen. Virtsamispäiväkirjasta voi myös olla potilaalle hyötyä. Siihen merkitään virtsaamisajat ja arvioidut määrät sekä nautittujen nesteiden määrä. Se antaa potilaalle tietoa omasta edistymisestä ja täten kannustaa jatkamaan harjoittelua. Virtsankarkailusta kärsivän potilaan rakon harjoittelu ja kertakäyttövaipat ovat tärkeimpiä hoitomuotoja. Fyysioterapeutin menetelmistä voi olla myös apua. Virtsankarkailua ei hoideta kestopatruunilla kun pakkotilanteessa. Potilaalle laitetaan kestopatruuni, jos nestetasapainon tarkkailu on tarpeen. Katetri poistetaan heti kun nestetasapainon seurannasta luovutaan. Inkontinenssin takia ei kestopatruunia laiteta, koska se altistaa virtsatietulehduksille. Kertakatruunilla poistetaan virtsaretentioita. Potilaan ollessa vuoteessa, annetaan virtsapullo tai käytetään vaippoja. (Holmia ym. 2006, 320; Salmenperä ym. 2002, 64)

Infektion mahdollisuus on aina pidettävä mielessä kun virtsaamisessa tapahtuu jonkinlaisia muutoksia. Silloin on tarpeen mitata rakkoon jäänyt virtsanmäärä, koska se nimittäin aiheuttaa infektioita. Oikea nesteytysmäärä tulee ottaa huomioon, n. 2 - 3

litraa, ellei lääkäri ole toisin määrännyt. Nesteiden juomisessa on hyvä ajoittaa ne päiväsaikaan. Ei ole hyvä juoda nesteitä paljon ilta-aikaan, virtsaaminen yöllä häiritsee potilaan unta. (Holmia ym. 2006, 319,320).

### Ulosteen pidätyskyvyttömyys

AVH: n aiheuttaa muutoksia suoliston hermotuksessa ja tällainen toiminnan häiriö voi aiheuttaa sen, että suolisto tyhjenee ilman kontrollia. Lääkehoito aiheuttaa puolestaan usein ripulia. Ripulia aiheuttaa myös enteraalinen ravitsemus ennen kuin suolisto on tottunut letkuravintoon. Ulostekontinenssi on potilaalle erittäin nöyryyttävä ja kiusallinen ongelma. Siksi tulisi aina miettiä hoitotyö ottaen huomioon potilaan yksilöllisyys. Hienotunteisuuden tulee olla tässä asiassa erittäin korkealla tasolla. Ulostusinkontinenssista kärsivää potilasta opastetaan harjoittamaan peräsuolen sulkijalihaksen hallintaa, ulosteen karkaamisen vähentämistä ja vähitellen kokonaan estämistä, ulosteen pidätelyä ja ulostamiskertojen väliaikojen pidentämistä ja lopulta ulostamista ns. normaalisti, omalla normaalilla rytmillä. (Holmia ym. 2006, 320, 321.)

<b>Ummetusta voi aiheuttaa</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• AVH: n aiheuttama halvaus lamaannuttaa suoliston peristaltiikkaa ja lantion lihaksia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vuodelevon seurauksena potilaan elintoiminnot ja suoliston toiminta heikkenevät.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Useat lääkkeet aiheuttavat myös suoliston peristaltiikan vaimenemista.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sairastumisen aiheuttama psyykkinen voi olla osa syy ummetukseen.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jos potilas joutuu tukahduttamaan ulostamisen tarpeensa, voi seurauksena olla ummetusta.</li> </ul>

Kuva 11

Ravinto, liikunta ja riittävä nesteytys ovat ensimmäisellä sijalla ummetuksen hoidossa. Kuitupitoinen ruoka on erittäin tärkeää ja myös riittävä nesteiden saanti. Tavoitteena on se, että ulostemassa olisi sopivan löysää ja suoli toimisi normaalisti. Liikunta on tärkeää, koska liikkuminen stimuloi suolen peristaltiikkaa. AVH-potilaan hoidossa (etenkin al-

kuvaiheessa) on ehkä pakko käyttää ulostuslääkkeitä suoliston tyhjentämiseen. Sairauden vaikeusasteesta ja potilaan kunnosta johtuen ulostuslääkitystä voidaan tarvita säännöllisesti. Kuitenkin tarkoitus on se, että ulostuslääkkeiden käyttöä pyritään vähentämään potilaan kuntoutuksen edetessä. (Salmenperä ym. 2002, 66; Holmia ym. 2006, 320, 321).

Tulee pitää mielessä myös se, että ulostaminen saattaa aiheuttaa todellisen vaaratilanteen AVH-potilaalle. Jos aivoverenvuotopotilaalla on ummetusta ja hänen täytyy välttää ponnistelua, on suolen toimintaa pakko auttaa laksatiiveilla ja tarvittaessa peräruiskeilla. Potilasta ohjataan ulostamisen säännöllisyyteen, omaa normaalia rytmiä noudattaen, jotta suoli tottuisi säännöllisyyteen. Potilaan omia toiveita ulostamistilanteessa noudatetaan. Potilaalle pitää järjestää yksityisyys ja rauha hänen ulostaessaan potilas-huoneessa tai vessassa. Potilaan turvallisuus otetaan huomioon esim. käyttämällä turvavyötä. Näin varmistetaan, että tasapaino ja asento pysyvät hallinnassa vaikka hän olisi yksin vessassa. (Salmenperä ym. 2002, 66; Holmia ym. 2006, 320, 321).

#### 4.5 Asentohoito ja liikehoito

Varhaisessa kuntoutuksessa pyritään siihen, että potilaan anatominen perusasento säilyy eikä muodostu virheellisiä asentoja. Heti akuuttivaiheen jälkeen aloitetaan hyvin toteutettu asentohoito yhtenä kuntoutuksen osa-alueena. Se auttaa potilasta hengittämisessä ja verenkierron elpymisessä ja antaa tunnekokemuksia erilaisista kehon asennoista. Asentohoito yksi tavoite on valmentaa potilasta liikkumiseen. Tavoitteena on saada potilas kohoasentoon ja pois vuoteesta heti kun potilaan vointi sen sallii. Alkuvaiheessa asentojen, liikkumisen, ja toiminnan ohjaus on melko passiivista. Joillakin potilailla tämä vaihe voi kestää kuukausia. Potilaan passiivisuus voi vaatia henkilökunnalta arvioida potilaan senhetkiset tarpeet ja kyvyt. Jos kuntouttavaa toimintaa laiminlyödään, siitä voi aiheutua rajoitteita kuten painehaavaumia, jäykistymistä, kipua, hengitys- ja verenkierron toiminnan ongelmia. Yksi haaste on painehaavat. Hoitotyön tavoite on ehkäistä niiden syntymistä kaikilla keinoilla. (Asentojen vaihdot, oikeanlainen lepoasento, ravitseminen, nestehoito, ihon hoito, painehaavaumia estävä patja). (Holmia ym. 2006, 322.)

Selinmakuulla on myös muistettava asentohoidon tärkeys. Tyynyillä voidaan tukea lantiota ja lapaluun aluetta halvaantuneelta puolelta. Lantion alla oleva tyyny tukee alaraajaa keskiasentoon. Pään tukeminen kummaltakin puolelta on tärkeää, että pään asento pysyy hyvänä. Kylkiasento on parempi kuin selinmakuu, koska selinmakuu lisää jäykkyyttä. On tärkeää tiedostaa seuraavat asiat kun potilas makaa lepoasennossa halvaantuneella kyljellä: Molempien alaraajojen pitää olla lievästi koukussa. Ylävartalo on keskiasennossa eikä saa olla kiertynyt huonoon asentoon. Tyynyjä tulee käyttää vartalon tukemiseen. Lepoasennossa toimivalla kyljellä on otettava huomioon että hartia ja lonkka ovat samassa linjassa. Selän taakse ei tyynyä laiteta vaan kyljen alle eteen. Tuetaan halvaantunut yläraaja koukkuun tyynyillä. Alkuvaiheessa vuoteen sijainti on myös oleellista. Potilaan tulee saada mahdollisemman paljon näkö-, kuulo- ja tuntoaistimuksia halvaantuneelta puolelta. Vuode kannattaa sijoittaa siten että halvaantunut puoli on oven suunnalla ja yöpöytä samalla puolella. ( Kähäri-Wiik, Niemi, Rantanen, 2007, 92. )

Kun potilaan vointi sen sallii, häntä ohjataan vaihtamaan asentoa aina kun siltä tuntuu, kuitenkin tarpeeksi usein, että siitä tulisi riittävässä määrin hyötyä. Hän voi tehdä sen itsenäisesti tai tuettuna. Asennon ja paikan vaihto tuo virikkeitä potilaalle ja stimuloi hänen verenkiertoaan. Asennon vaihto tulisi tehdä 1 - 2 tunnein valein, (jossain tapauksissa lyhimmilläkin väleillä.). Mikäli hän ei itse kykene vaihtamaan asentoa, hoitaja auttaa ja kannustaa yrittämään itsenäisesti asennon vaihteluita. Asento- ja liikehoidon tarkoitus on aktivoida potilaan halvaantunutta kehon osaa. Yöaikaan asentoa vaihdetaan harvemmin, jos potilaan uni on rauhallista. Silloin käytetään passiivista asennon vaihtoa, ja mahdollisemman vähän potilasta häiriten. ( Holmia ym. 2006, 322).

Turvallisuus huomioidaan laittamalla potilassänkyyn laidat. Laidat auttavat myös potilasta, kun hän vaihtaa asentoaan. Kun potilaan on mahdollista liikkua vuoteen ulkopuolella, aloitetaan todellinen päivittäisiin toimiin liittyvä ohjaus monella eri saralla. Pyörätuolissa on esimerkiksi tukevampaan istua kuin vuoteessa. Asentojen vaihto on myös tärkeää potilaan istuessa joko tuolissa tai pyörätuolissa. Istuessa paine kohdistuu ristiselän, pakaroiden ja reisien alueelle ja näille alueille voi muuten kehittyä painehaavaumia. (Holmia ym. 2006, 322.)

Liikkumisen tukeminen

Aivoverenkiertohäiriöpotilasta kannattaa kuntouttaa kävelyn osalta sekä halvaantuneen yläraajan käytön sekä päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen parantamiseksi. Myös potilasta opetetaan käyttämään asiaan kuuluvia apuvälineitä. Apuvälineiden tarkoitus on toimia tasapainon varmistajana. Apuväline valitaan käyttöön silloin kun kävelyn valmiuksia on jo löytenyt ja potilas voi ottaa askeleita varmistettuna. Apuvälineeseen ei ole tarkoituksenomaista nojata eikä sen käytössä saisi viedä painoa jaloilta ja siten voi vääristää kehon asentoa, jolloin tasapainon hallinta heikkenee. (Suomen Fysioterapeutit, 2014; Forsbom ym. 2001, 99.)

Kävelyn uudelleen oppiminen on AVH-potilaiden tärkeimpiä tavoitteita. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kyky liikkua, tunnistaa oman kehonsa liikkeitä ja saada tietoa ympäristöstään on usein häiriintynyt. Puutteita voi olla asennon ja tasapainon ylläpitämisessä, lihasjänteudessa ja reaktiokyvyssä. Potilaan liikkumisen ohjaaminen perustuu ihmisen normaalin liikkumisen tuntemiseen. Potilasta ohjataan siten, että hän aktiivisesti opettelee ja toimii ohjaajan kannustamana ja tukemana. Ennen potilaan liikunnallisen kuntoutuksen aloittamista pitää AVH:n aiheuttamat oireet olla stabiilit ja vitaalielintoiminnot häiriöttömät. Myös potilaan sairauden diagnosointi tulee olla tehty. Laajojen aivoinfarktien tai aivoverenvuotojen ollessa kyseessä potilaan mobilisaatio ensimmäisen vuorokauden aikana tulee harvoin kysymykseen, mutta se aloitetaan mahdollisimman nopeasti potilaan tilan sen salliessa. (Suomen Kinestiikkayhdistys ry 2012; 121; Holmia ym. 2006, 322).

Tavoitteet etenevät asteittain: Kääntyminen ja siirtyminen vuoteessa, istumaan nouseminen, istumisasennon hallinta, pyörätuoliin siirtyminen, seisomaan nousu, seisomasennon hallinta ja lopuksi kävely. Potilaan kehon hallintaa, liikkumisen turvallisuutta ja liikkumisen kehittymistä arvioidaan osastolla tiiviisti. Kun potilas on aloittanut kävelyharjoitukset, harjoituksia jatketaan huomioiden hänen kuntoutustavoitteensa. Kyseeseen voi tulla lyhyet arkisiin askareisiin liittyvät kävelyhetket, esim. käynti wc:ssä, kävelyharjoitus käytävällä. Keskittymällä vain yhteen tehtävään kerrallaan henkilökunta voi opastaa potilasta paremmin. Koska kävelyharjoituksista syntyvä rasitus usein aiheuttaa halvaantuneen puolen spastisuutta, on tärkeää että avustaja ja muu hoitotiimi arvioivat tavoitteita ja menetelmiä. (Suomen Kinestiikkayhdistys ry 2012; 121; Holmia ym. 2006, 322).

Kinestiikka on voimavaralähtöinen toimintamalli, joka perustuu luonnollisiin liikemalleihin ja aistitoimintoihin sekä ihmisen kunnioittavaan kohtaamiseen ja niiden merkityksen ymmärtämiseen. Se tukee ihmistä perustoiminnoissa niin että hän kokee toimintansa mielekkäänä ja pystyy aktiivisesti osallistumaan eri toimintoihinsa sairaudestaan huolimatta. Se on käytännössä toimiva lähestymistapa, jonka avulla hoitajat edistävät ja tukevat tuen tarpeessa olevan potilaan omia voimavarojen ylläpitämistä sekä oman tuki- ja liikuntaelimistönsä tukemista. (Suomen Kinestiikkayhdistys ry 2012; 121; Holmia ym. 2006, 322).

AVH-potilaan liikkumisen tukemiseksi käytetään ns. mobilisaatiotasokuvauksia. Ne edistävät potilaan liikkumista turvallisesti ja hallitusti. Ne kertovat potilaan asianmukaisista sovitusta liikkumaluvista ja tarvittavasta avusta ja apuvälineistä. (Holmia ym. 2006, 323.)

<b>Esimerkki mobilisaatiotasoluokituksesta (Holmia ym. 2006, 323)</b>
1. Potilas on vuodelevossa.
2. Potilas voi istua tai siirtyä ohjattuna geriatriseen tuoliin.
3. Potilas voi ohjattuna/omatoimisesti siirtyä pyörätuoliin.
4. Potilas voi käydä WC:ssä.
5. Potilas voi liikkua ilman rajoituksia.

<b>Potilaan liikkumisen ohjaaminen vaiheittain (Holmia ym. 2006, 323)</b>
1. Kääntyminen ja siirtyminen vuoteessa.
2. Istumaan nousu.
3. Istumisasennon hallinta.
4. Pyörätuoliin ja-tuolista siirtyminen.
5. Seisomaan nousu.
6. Seisoma-asennon hallinta.
7. Kävely

Kuva 12

Fysioterapeutti, hoitaja ja potilas osallistuvat liikkumisharjoitusten etenemisen suunnitteluun. Fysioterapeutti ohjaa hoitajaa ja potilasta löytämään juuri tälle potilaalle räätälöidyn etenemissuunnitelman helpoimmista toiminnoista vaikeimpiin toimintoihin. Kävelysimulaattori on tähän tärkeä apuväline. Potilaan painoa kevennetään valjailla, ja niin huonokuntoinenkin potilas voi aloittaa kävelyharjoitukset turvallisesti ilman kaatumisvaaraa. Potilaan jalat on asetettu tukevasti motorisoidulle askellaudoille, jotka liikkuvat jalkoja normaalin kävelyn tapaan. (Holmia ym. 2006,323.)

## 4.6 Lepo ja uni

Potilaalle on lepo ensiarvoisen tärkeää, hän on toipilas sairautensa vuoksi ja myös uusi tilanne, hoidot ja kuntoutus vievät potilaan voimia. Vuodepotilaan vuorokausirytmiiä ei saa häiritä. Potilaan uni-valve rytmi pitää säilyttää mahdollisimman normaalina, niin kuntoutus mahdollistuu parhaiten. Aivoverenkiertohäiriöihin sairautena liittyy potilaan uneliaisuutta, ja hoitajan tulee erottaa normaali nukkuminen epänormaalisti sairauteen liittyvistä tajunnan häiriöistä. Potilaalla tulee olla tilaisuus saada riittävästi lepoa ja unta. Hoitaja huolehtii tästä mahdollisuudesta. Päiväsaikaan on tarpeellista rauhoittaa hetkiä, jolloin potilas saa levätä. Sinä aikana vältetään mahdollisuuksien mukaan hoito- ja kuntoutustoimia sekä vierailuja huoneessa. Kun potilaan vitaalit elintoiminnot ovat vakiintuneet, on yöunen kannalta hyvä että jatkuvat tarkkailutoimet voi jättää pois. ja näin hän saa nukkua rauhassa. (Holmia ym. 2006,323.)

Potilaan nukkumista parantavat seuraavat keinot:

<b>Ympäristö</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potilaan huoneen tuulettaminen.</li> <li>• Potilaan vuoteen mukavuudesta huolehtiminen, tarvittaessa kuivien ja raikkaiden vuodevaatteiden vaihtaminen.</li> <li>• Potilaan huoneen valojen hämärtäminen tai pimentäminen potilaan toivomusten mukaan.</li> <li>• Huoneen lämpötilan säätäminen potilaan toiveiden mukaan.</li> </ul>
------------------	--

<b>Melu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potilaan huoneen oven avaaminen äänettömästi.</li> <li>• Hoitajan äänetön työskentely potilaan huoneessa.</li> <li>• Häiritsevän potilaan siirtäminen tarvittaessa toiseen huoneeseen.</li> <li>• Korvatulppien antaminen potilaalle.</li> </ul>
<b>Tieto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoitaja antaa potilaalle tietoa sairaudesta ja sen hoitamisesta.</li> <li>• Hoitaja kertoo seuraavan päivän toimenpiteistä.</li> </ul>
<b>Tukeminen ja lohdutus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoitaja käy yöllä potilaan huoneessa potilaan toiveiden mukaan.</li> <li>• Hoitaja keskustelee potilaan kanssa ongelmista.</li> <li>• Hoitaja lohduttaa potilasta pitämällä kädestä kiinni tai koskettamalla.</li> </ul>
<b>Toimenpiteet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoitaja tarjoaa kipulääkettä.</li> <li>• Hoitaja tarjoaa unilääkettä.</li> <li>• Hoitaja vaihtaa potilaan asentoa.</li> <li>• Hoitaja antaa yöllä tarvittaessa syötävää ja juotavaa.</li> </ul>

(Kuvainen & Ryhänen A, 1998.) kuva 13

## 4.7 Kivun hoito

Tavoitteena on tehokas kivunlievitys sekä toimintakyvyn palauttaminen. Kivun hoito on aina yksilöllistä ja kivun hoidossa pyritään yhdistelemään eri tavoin vaikuttavia keinoja, esim. lääke, liike ja liikunta- sekä asentohoitoa. Voidaan käyttää kivun hoitoon myös erilaisia stressin- ja affektiivisten reaktioiden keinoja kuten esim. rentoutus sekä sosiaalisia menetelmiä. Kivun kroonistuessa moniammatillinen hoitotyö on usein tarpeen. Siihen voi sisältyä fysioterapeuttista ohjausta ja erityisesti yläraajakivussa myös toimintaterapiaa. Kipupotilas tarvitsee myös psyykkistä tukea. Fysioterapeutin ohjaamina liikeharjoitukset parantavat myös lihas- ja yleiskuntoa. Intensiivisillä ja pitkä- kestoisilla lihasvoimaharjoituksilla sekä yleiskuntoa kohentavilla harjoituksilla voidaan vähentää kroonista kipua ja parantaa toimintakykyä.. (Krooninen kivunhoito-opas, 18.)

Hoitajan on havainnointava potilaan kiputilojen tunnusmerkit jos potilas ei itse kykene sanalliseen kommunikaatioon. Kipu saattaa alentaa potilaan toimintakykyä. Osalla potilaista kipuiluun voi liittyä myös muistin ja muiden kognitiivisten mielen toimintojen heikentymistä. Kipu häiritsee potilaan lepoa. Näiden syiden vuoksi on tärkeää hoitaa kipua. Kivun voimakkuutta voi mitata eri menetelmillä esim. sanallisella viestinnällä ja erilaisilla kipumittareilla. Kipua voidaan hoitaa erilaisilla kipulääkkeillä ja lääkkeettömillä hoidoilla, kuten huomion siirtäminen pois kivusta esim. rentoutuksen avulla. Nykylääkityksen avulla voidaan turvata potilaan kivuttomuus hyvin. ( Stroke 2013 )

Jos aivoverenvuoto tai infarkti vahingoittaa kipurataan kuuluvia alueita, voi syntyä aivoinfarktin jälkeinen toispuolinen hermokipu. Kipu sijaitsee tavallisimmin koko halvautuneessa kehon puolessa, mutta se voi myös rajoittua vain joko käteen tai jalkaan. Aivorungon vaurioissa voi syntyä "risteävä" kipu, joka on joko toisella puolella kasvoja tai vastapuolella kehoa. Kipu voi syntyä jo aivan aivoverenkiertohäiriön alkuvaiheessa, mutta sen kehittymisaika on tavallisimmin viikoista kahteen vuoteen aivoinfarktin jälkeen. Aivoinfarktin jälkeinen kipu on luonteeltaan jatkuvaa, polttavaa, repivää ja usein särkevää. Siihen liittyy lähes aina alentunut lämpötunto. Osalla potilaista kipuiluun voi liittyä myös muistin ja muiden kognitiivisten mielen toimintojen heikentymistä. Aivoverenkiertohäiriön jälkeisessä kivussa paras hoitoteho on saatu trisyklisillä masennuslääkkeillä (esimerkiksi amitriptyliini). Muilla lääkkeillä, TNS-hoidolla ja aivokuoren sähköärsytyshoidolla on saatu vaihtelevia tuloksia. Lääkehoidon tavoitteena on lievittää potilaan kipua ja muita oireita sekä kohentaa hänen toimintakykyään. Kipulääkkeeksi valitaan tehokas ja mahdollisimman turvallinen valmiste. Kipulääkityksellä voidaan vaikuttaa kivun voimakkuuteen. (Duodecim, Terveyskirjasto; Krooninen kivunhoito-opas,18)

## 5 KOMMUNIKOINTI JA SOSIAALINEN VUOROVAIKUTUS

Potilaan kielellinen ilmaisu on yhteydessä sekä hänen psyykkiseen että sosiaaliseen selviytymiseen ja hyvinvointiin. Aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa kullekin yksilölle ominaisen viestintätavan häiriintymisen. On luonnollista, että jos kielellinen ilmaisu muuttuu yhtäkkiä niin se vaikuttaa suuresti potilaan käsitykseen itsestään. AVH-potilaalla voi olla yhtä-aikaisesti sekä kielen tuottamisen häiriö että ääntämiselimistön toimintahäiriö (Holmia ym. 2006, 325,326.)

## 5.1 Afasia

Potilaalle voi ilmentyä ongelmia puheen ymmärtämisessä, puheen tuottamisessa, lukemisessa, ja kirjoittamisessa. Näitä vaikeuksia kutsutaan afasiaksi. Afasiolla käsitteenä tarkoitetaan aikuisiässä syntynyttä kielellistä häiriötä. (Holmia ym. 2006. 325.)

Tutkimuksiin perustuvan arvion mukaan Suomessa afasiaan sairastuu vuosittain 5000 ihmistä ( Anttila ym.2009, 400.) ja heistä noin kolmasosa tarvitsee puheterapeuttista kuntoutusta. Kielellisten aivotoimintojen selvittämiseen käytetään tarkkaa aika- ja paikkatietoa antavaa kuvantamismenetelmää, magnetoenkefalografiaa eli MEG-laitetta. Afasia on aivoihin kohdistuneen trauman tai sairauden kuten AVH: n aiheuttama kielellisen kyvyn häiriö, joka ilmenee puheentuottamisen (motorisen puheen), kuullun ymmärtämisen (sensorisen puheen) tai molempien eriasteisena vaikeutena. Afasia ilmenee myös kirjoittamisessa, lukemisessa ja laskemisessa. Usein häiriö on samanlainen kuin puheessakin. Jos sekä puhuminen että puheen ymmärtäminen ovat kumpikin häiriintyneet, on kysymys täydellisestä afasiasta (globaalinen afasia). Ekspressiivinen afasia on kyseessä kielen tuottamisen vaikeutena. Puheen ymmärtämiseen liittyvää afasiaa kutsutaan reseptiiviseksi. Afasia voi olla lyhykestoinen, mutta pahimmillaan se voi jäädä pysyväksi. Afasian vaikeusaste vaihtelee alkaen lievistä sanan löytämisen ongelmista täydelliseen puhumattomuuteen. Jokainen afasiapotilas on erilainen. (Kortesmaa 1998, 11.) Afasia on oireena hyvinkin monimuotoinen joka rajoittaa esim. kirjoittamista tai puheen tuottamista. Afasiaa on lievää, keskivaikeaa tai vaikeaa muotoa.( Murtomäki. 2011, 5 )

Tyypillistä on kielellisen prosessoinnin hidastuminen ja virheiden riski on kasvanut. Myös muistihäiriöitä ja kielellisen päättelyn vaikeuksia esiintyy. Kaikki puhehäiriöt eivät ole afasiaa. Afasia aiheutuu yleisimmin vasemman aivopuoliskon vaurioitumisesta. Tavallisin afasian aiheuttaja on aivoverenkierronhäiriö. Joskus afasian syynä on aivokudoksen tulehdus, aivokasvain tai aivovamma. Afasia on aina seuraus aivoihin kohdistuneesta vauriosta tai aivojen toimintahäiriöstä. Se ei ole yksittäinen sairaus, joten sen kuntouttamiseen ei ole suoria kuntoutussuosituksia Suomessa. (Holmia ym. 2006, 325; Huttu 2014, 2).

Afasiapotilaan sairastumisen alku ja herääminen kielelliseen ongelmaan on suuri shokki. Hän on täysin järkyttyneessä tilassa, koska ei ehkä ymmärrä kuulemaansa puhetta. Hän ei voi saada tietoa sairaudestaan, tilanteestaan eikä läheisistään. Hän yrittää itse puhua, mutta ei onnistu siinä. Potilas on kuin keskellä pahinta painajaista. Potilas pelästyy, hermostuu, turhautuu ja hämmentyy. Suuri järkytys. Hän voi tulla aggressiiviseksi tilanteessa, joka ei vastaa mitään, mitä hän on kokenut aikaisemmin. Hän ei pysty ilmaisemaan itseään, hahmottamaan ympäristöään eikä ymmärtämään mitä hänelle on tapahtunut. Ulkopuolisen on vaikea arvioida sairauden alkuvaiheessa potilaan ymmärryskykyä, koska monenlaiset häiriöt tulevat esiin ja sotkeutuvat toisiinsa. Tilanteessa on suuri vaara molemminpuolisten väärinkäsitysten ja epäluottamuksen syntyyn. Potilaan läheiset ovat hämmentyneitä ja hädissään. Myös omaisille tilanne on shokki. (11,12; Salmenperä ym. 2002, 67; Holmia ym. 2006, 325; Huttu. 2014, 3).

Esimerkkejä omaisten tuntemuksista afasiaan sairastuneen omaisen kanssa olemisesta:

*”Kyllä se on aika turhauttavaa, kun ei tiedä aina, onko toinen ymmärtänyt vai ei. Tuntuu, että se suuttuu minulle joskus asioista, jotka on itse ymmärtänyt väärin, on epäluuloinen ja mustasukkainen. Kaiken pitäisi tapahtua ihan äkkiä, kuin pienen lapsen kanssa. Vaimo on kova hätäilemään. Alan jo oppia, että on helpompi, kun en kerro asioista liian aikaisin.”*

*”Vaikka olemme aina olleet hyvin yhtenäinen perhe, nykyisin tuntuu siltä, että olisimme pitäneet mykkäkoulua melkein vuoden ajan. Mieheni ei puhu, ei ymmärrä minun puhettani eikä halua toimia yhteistyössä kanssamme. koen raskaana hänen oman aloitekyvyn häviämisen.”*

*”Kiroileminen tuntuu tavattoman rasittavalta. On minulle kerrottu, mistä se johtuu, mutta silti. Tuntuu siltä, että elämä on yhtä perkelettä.*

*Ajattelen, että olisi hyvä kun ei olisi sitäkään sanaa, kun ei kerran muitakaan ole.”* (Kortesmaa. 1998. 12.)

Afasiassa potilaan kielellinen toiminta juuttuu tai takertuu aiempiin mielikuviin ja ajatuksenkulkuihin. Ajatuksen jähmettyessä potilas saattaa tulkita asioita aikaisempien tapahtumien tai hahmotusten mukaan tai tulkita puhetta jonkin hänelle tutun sanayhdistelmän esim. sananlaskun mukaan. (Holmia ym. 2006, 325.)

Hoitohenkilökunnan on ymmärrettävä afaatikon yksilöllistä mielentilaa, että he pystyivät ymmärtämään hänen tarpeitaan ja tukea myös omaisia uudessa tilanteessa. Usein afasiapotilas sanoo ensimmäiset sanansa hänen läheisten tullessa katsomaan häntä. Omaisille kerrotaan puhehäiriöstä etukäteen ja tukikeinoista, joilla he voivat parantaa kommunikaatiomahdollisuuksia potilaan kanssa. Kun potilas on virkeä ja saanut kunnolla levätyä, puhuminen onnistuu silloin paremmin. Myös kommunikointia edistävät tutut ihmiset ja asiat. Potilaan kanssa puhuttaessa on hyvä käyttää suoria, yksiselitteisiä kysymyksiä, joihin potilas voi vastata joko myöntävästi tai kieltävästi. Selkeyttä lisää huomattavasti se, että yhdessä lauseessa esitetään vain yksi kysymys. Koska useimpien afaatikko muistaa laulujen sanoja ja pystyy laulamaan, voi tuttujen laulujen laulaminen yhdessä läheisten ihmisten kanssa helpottaa sairauden tuomaa hätää ja huolta tulevaisuudesta. Jotkut potilaat voivat nauttia kielellisestä häiriöstään huolimatta television katselusta, radion kuuntelusta, lehtien selailusta, ääneen lukemisesta ja tarinoiden kertomisen kuuntelemisesta sekä lehtien silmäilemisestä. Myös ne tukevat potilaan kuntoutumista. (Holmia ym. 2006, 325, 326.)

Potilaan kommunikointikyvyn parantuessa hoitaja voi pikkuhiljaa vaikeuttaa lauseitaan ja siten aktivoida potilasta myös vaativampaan puheen tuottamiseen. Afasiapotilaan kuntoutustavoite on pyrkiä puheterapian avulla kielellisten taitojen palautumiseen, säilyneiden taitojen soveltamiseen ja paranemiseen, korvaavien viestintäkeinojen opetteluun ja tilanteeseen sopeutumiseen. Kuntoutusta toteutetaan sekä yksilö- että ryhmäkuntoutuksena. Afasiapotilaille on olemassa myös tietokoneavusteista kuntoutusta apuvälineenä, mutta ne auttavat harvoin, koska ne perustuvat kirjoitus- ja lukutaitoon. Sen sijaan yksinkertaiset apuvälineet kuten kuvatulkki, omatekoiset kuvat jokapäiväisistä tilanteista, tai kynä ja lehtiö voivat olla tarkoituksenmukaisia apuvälineitä. (Holmia ym. 2006, 325, 326, Aivoliitto. 2013)

Afaatikon kanssa kommunikoitaessa tulee huomioida Kuvassa 14 esitetyt asiat.

Rauhoita ympäristö	Keskeytä muu toiminta keskustelun ajaksi.
Käytä tavallista äänen voimakkuutta.	Poista turhat hälyäänet tai vähennä niitä.
Älä puhu samanaikaisesti muiden kanssa.	Varmista keskustelukumppanisi huomio ennen keskustelun aloittamista.
Kohdista katseesi ja puheesi suoraan afaatikolle.	Puhu selvästi, kasvot kuuntelijaan päin, jotta hän näkee ilmeesi ja suun liikkeet.
Puhu hitaasti, selvästi ja yksiselitteisesti.	Toista asia tarvittaessa ja muuta sen muotoa ja käyttämiäsi sanoja, mikä helpottaa ymmärtämistä.
Vältä liikaa puhumista.	Kuuntele afaatikkoa, anna hänelle aikaa.
Anna afaatikon yrittää, älä auta tai arvaile liian aikaisin.	Älä korjaa virheitä, vaan toista tai kokoa ilmaistu asia, varmista siten, että olet ymmärtänyt oikein.
Myönnä, ettet ole ymmärtänyt, ja kannusta yrittämään uudelleen.	Keskeytä juuttunut puhe ja ohjaa etenevämmään toiminnassa. Käytä tarvittaessa puheessasi säveltä.
Käytä samalla elekieltä; se on tarpeellinen kommunikointikeino, joka vähentää turhautumista	Selvennä puhettasi osoittamalla esinettä tai kuvaa. Käytä ilmeitä, kirjoitusta, piirtämistä apuna.
Puhu kuin aikuiselle.	

Kuva 14. Huomiotavia asioita kommunikoitaessa afaatikon kanssa. (Holmia ym. 2006, 326. Aivoliitto, 2013).

## 5.2 Dysartria

Dysartia tarkoittaa sitä kun kielellinen kyky on normaali, mutta ääntäminen on epäselvää ja artikulointi on vaikeaa. Potilaalla ei ole ongelmia puheen ymmärtämisessä mutta hänellä on ongelmia tuottaa puhetta selkeästi. Puheen motoriikka on häiriintynyt ja ääntämisessä tai äänen tuottamisessa on eriasteisia ongelmia. Vaikeudet juontuvat puhe-elinten lihaskontrollin ongelmista. Koska puhe-elinten motoriikka ei toimi kunnolla, puhe on epäselvää ja puuromaista. Koska puhevaikeus johtuu puhe-elimistä, kuntoutetaan niitä harjoittelun avulla siten, että puheesta tulee vähitellen ymmärrettävää. Tarvittaessa potilaalle opetetaan uusia viestintäkeinoja. Kannettavat puheilmaisun apuvälineet voivat edesauttaa normaalia päivittäistä kommunikointia. (Holmia ym. 2006, 326, 327.)

Dysartria potilaan kanssa kommunikoitaessa tulee huomioida Kuvassa 11 esitetyt asiat

Hyvä, ryhdikäs asento helpottaa kommunikoimista.
Pyydä potilasta puhumaan hitaasti.
Pyydä potilasta käyttämään kirjoittamista puheen apuna

Kuva 15. Huomioitavia asioita kommunikoitaessa dysartria-potilaan kanssa. (Holmia, Murtonen. Myllymäki & Valtonen 2006, 327.)

## 5.3 Neglect

Neglect-potilaan kommunikointihäiriöt tulevat esiin monien aistien kautta: kyvyssä ajatella, puhua, lukea, kuunnella ja kirjoittaa. Esimerkiksi potilas kuulee puheen, mutta hän ei täysin ymmärrä puheen sanomaa. Mielialat vaihtelevat etenkin sairauden alussa. Potilas on ehkä apaattinen, aloitekyvytön ja välinpitämätön ja sitten mieliala voi muuttua euforiseksi, niin että puhe muuttuu puhetulvaksi. Potilas voi olla ilmeetön ja ääni monotoninen. (Holmia ym. 2006, 328, 330; Aivoliitto.)

Keskittymisvaikeuksia esiintyy paljon. Potilas voi olla sairaudentunnon, ei ymmärrä, mitä hänelle sanotaan, eikä näin ollen osaa noudattaa ohjeita. Viestimistä vaikeuttaa osaltaan myös se, että potilaan pää, kaula ja silmät kääntyvät vauriolla vastakkaiseen

suuntaan. Hoitajan ensisijainen auttamisen keino on jatkuva toisto ilmeissä, eleissä ja puheessa. Tarvittaessa hoitaja voi joutua käyttämään voimakasta ääntä, jotta viesti tavoittaisi kuulijansa. Toiminnot ja ärsykkeet tulevat potilaalle tiedostamattomalta puolelta. Kaikki kommunikaatio potilaan ja potilastovereiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä tapahtuu potilaan vasemmalta, tiedostamattomalta puolelta. Tällä tavalla potilasta autetaan tunnistamaan neglect-puolensa. Mikäli potilas ei reagoi vasemmalta puolelta tuleviin ärsykkeisiin, eikä kehotuksista huolimatta katso puhujaan päin, häntä autetaan konkreettisesti kädellä kääntämään päätään. (Holmia ym. 2006, 328, 330; Aivoliitto.)

Potilashuoneen kalusteet, vuode huoneen oveen nähden ja potilaspöytä, asetetaan niin, että potilaan on pakko käyttää tiedostamatonta puoltaan. Neglect-potilaalla on myös lukemisessa, kirjoittamisessa ja piirtämisessä vaikeuksia. Hän piirtää ja kirjoittaa vain paperin oikealle puolelle ja lukemisen hän aloittaa keskeltä sivua eikä huomioi ollenkaan tekstin vasenta puolta. Näissä vaikeuksissa häntä alkavat kuntouttaa neuropsykologi, puheterapeutti ja toimintaterapeutti. Keinoina käytetään piirtämistä, kirjoittamista sekä laskuharjoituksia. (Holmia ym. 2006, 328, 330; Aivoliitto.)

Kuten on edellä tuotu ilmi, niin kuntoutus tulee näissäkin toiminnoissa aloittaa mahdollisimman nopeasti, koska aivoverenkiertohäiriö potilaan tehokkain kuntoutusaika alkaa heti vaurion tapahduttua ja jatkuu pari ensimmäistä kuukautta sairastumisesta. Tänä aikana tapahtuu noin 80 % maksimaalisesta kuntoutumisesta. (Holmia ym. 2006, 328, 330; Aivoliitto).

## 6 LAADUKAS OPAS

Laadukkaassa kirjallisessa oppaassa tulisi olla riittävästi ajanmukaista tietoa hoitoon liittyvistä asiakokonaisuuksista. Hoitaja pystyy ennakoimaan, mitä hoidon aikana tapahtuu, ja mitkä asiat vaikuttavat hoidon onnistumiseen. Kirjallisista ohjeista on myös helppo tarkistaa asioita tarvittaessa. (Kynä, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 124 ).

Tärkeimmät asiat tulisi ilmetä heti ohjeen alussa ja asiajärjestyksen on oltava potilaan hoidon kannalta oleellinen. Oppaan selkeys parantuu kun asiat ovat loogisessa järjestyksessä. Selkeillä otsikoilla ja kuvilla oppaan luettavuus lisääntyy. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 39 – 44 ).

Perehdytys on viestintää, jota työntekijä tarvitsee tehdäksensä työnsä. On jokaisen edun mukaista, että uusi tulokas työpaikalla oppii nopeasti kyseisen työpaikan toiminnot. Tämä osa-alue kuuluu sisäisen koulutuksen työskentelyalueeseen. (Åberg. 1996, 202.)

Tärkeää on varmistaa, ettei työntekijä jää yksin vastuuseen perehdytyksestään, vaan että hänelle on nimetty yksi tai useampia perehdyttäjiä. Hyvin toteutettuna perehdytys tukee työntekijän työhön ja työpaikkaan sisälle pääsemistä sekä tukee niin työntekijöiden hyvinvointia kuin työn tuloksia. ( Työterveyslaitos)

Hyvä perehdytyksen hyödyt innostumisena, kiinnostumisena työtä sekä työpaikkaa kohtaan, sitoutumisena osaamisen lisääntymisenä kiinnostuksena alaa kohtaa sekä halun oppia lisää. Tehokkaalla alkuperehdytyksellä saadaan uusi työntekijä työtehtävien pariin ja osaksi työyhteisöä (Työterveyslaitos-toimialat, Työturvallisuuskeskus TTK)

”Hoitajien opastus on AVH-potilaita hoidettaessa tärkeää. Kun osastolle tulee uusia hoitajia, sijaisia tai alan opiskelijoita niin heidän tulee tietää, miten näitä potilaita tulee hoitaa ja tunnistaa eri potilaiden avun tarpeet. Ilman kunnollista opastusta voidaan tehdä peruuttamatonta vahinkoa potilaille esim. aktiviteetin kohdalla. AVH-potilaiden osuus kasvaa koko ajan ja lisää tietoa tarvitaan ja alan ammattilaisia heitä hoitamaan. Osastonhoitajan mukaan perehdytyskansiosta puuttuu AVH potilaan lyhyt hoitotyönopas ja siksi tähän oppaaseen tuli tarvetta. ” (Terveyskeskus sairaalan os.4:n osastonhoitaja )

<b>Mitä hyötyä on hoitotyön oppaasta potilaalle?</b>
Potilaan hoidon laatu paranee
- oikeaa kuntouttavaa hoitoa, potilasta itseään aktivoivaa
- oikeaan aikaan, kuntoutus tulee aloittaa mahdollisimman nopeasti, jotta päästään maksimaalisiin tuloksiin
- hoito on tasalaatuista eli kuntoutukseen ei tule ns. katkoksia
- potilas saa myös tarvitsemaansa henkistä tukea esim. afasia, masennus ja mieliala-ongelmien kanssa
<b>Mitä hyötyä on hoitotyön oppaasta sairaanhoitajalle?</b>
Sairanhoitaja ymmärtää kuntouttavan hoitotyön tärkeäksi
- Osa toteuttaa juuri oikeaa kuntouttavaa hoito-otetta aivoverenkiertohäiriö-potilaaseen
- sairaanhoitaja saa oppaasta ns. pikaperehdytyksen aivoverenkiertopotilaan hoitotyöhön
- sairaanhoitajan motivaatio lisääntyy, kun hän näkee edistymistä tapahtuvan kuntoutujalle

Kuva 16

## 7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE

Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa hoitotyön opas AVH-potilaan kuntouttavasta hoidosta Kouvolan terveystieteiden keskuksen kuntoutusosastolle. Hoitotyön oppaan tarkoituksena on tuoda yhtenäinen käytäntö AVH-potilaan kuntouttavasta hoidosta osastolle. Tavoitteena on, että kaikki osastolla työskentelevät hoitajat ja sijaiset sekä opiskelijat voisivat hyötyä oppaasta ja ymmärtäisivät kuntouttavan hoito-otteen merkityksen potilaan kuntoutumisen kannalta. Yhtenäisten ohjeiden avulla voidaan parantaa hoidon laatua ja hoidon jatkuvuus on sujuvaa.

## 8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö on kehittämistehtävä jonka toteutimme kirjallisuuskatsauksena perustuen rakenteeltaan luotettavaan kirjallisuuteen. Tämän pohjalta tiivistimme tärkeimmät asiat hoitotyön oppaaseen.

Opinnäytetyön aihe esitettiin tammikuussa 2014. Aineiston keruu aloitettiin tammikuussa 2014 ja se jatkui huhtikuuhun 2015 asti. Huhtikuussa 2015 olimme yhteydessä osasto 4:n osastonhoitajaan jolta halusimme kuulla mielipiteen oppaasta ja mahdollisia parannusehdotuksista siihen. Opinnäytetyön idea- ja suunnitelmaseminaari esitettiin toukokuussa 2015. Päätöseminaari pidettiin kesäkuun alussa 2015.

### 8.1 Kehittämistehtävä

Tilastokeskus määrittelee kehittämistehtävän seuraavasti: ”Tutkimus- ja kehittämistoiminta on systemaattista toimintaa tiedon lisäämiseksi ja tiedon käyttämiseksi ja uusien menetelmien löytämiseksi. Kehittämistehtävän tavoitteena tulee olla jotakin oleellisesti uutta. Tutkimus on tieteellistä toimintaa ja parhaimmillaan tutkimus kytkeytyy tieteelliseen tutkimukseen mutta sitä voidaan tehdä myös ilman kytkentää tieteeseen.” (Heikkilä, Jokinen, & Nurmela 2008, 18 - 19.)

Kirjallisuuskatsaus on tehokas työväline jonka avulla voi syventää tietoja eri aiheista. Kirjallisuuskatsaus muodostaa teoreettisen taustan ja sen tarkoituksena on näyttää aikaisempien tutkimusten tuloksia. Näistä poimitaan keskeisimmät ja tärkeimmät asiat liittyen aiheeseen. (Malmivaara, 2000; 4194-5.)

## 8.2 AVH-potilaan kuntouttavan hoitotyön opas henkilökunnalle

Tarve hoitotyönoppaan tekemiseen tuli osastolta. Osastonhoitajan kanssa järjestettiin tapaaminen tammikuussa 2014. Keskusteltiin siitä, millaisen oppaan hän haluaa meidän tekvän ja hän antoi käytännöllisiä vinkkejä oppaaseen. Oppaan tuli olla yksinkertainen ja helposti luettavissa. Suunniteltiin, että käyttäisimme kuvia mahdollisuuksien mukaan oppaassa. Oppaassa päätimme käyttää riittävän selkeää kirjoitusasua. Kuvien käytössä myös riittävää kokoa, jolloin niitä on helppo katsoa. Kuvat helpottavat oikean kuntouttavan hoitotyön sisäistämistä ja auttavat havainnollistamisessa.

Oppaan tekeminen oli tarkoitus toteuttaa osastonhoitajan toiveiden mukaisesti eli tehdä selkeä, ytimekäs eikä liian pitkä opas. Oppaassa käytetään niitä komponentteja, joita osastolla potilaiden hoidon arvioinnissa käytetään. Käytimme FIM-mittaria komponenttien luomisessa.

Opiskelijat alkoivat päivittää tietämystään aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoidosta hankkimalla kirjallisuutta ja tutustumalla aiheeseen syvemmin. Aihe rajattiin päivittäisissä toimissa tapahtuvaan kuntouttavaan hoitoon erilaisten haittojen yhteydessä, koska kuntoutus on erittäin tärkeää aloittaa mahdollisimman nopeasti jotta päästään maksimaalisiin tuloksiin.

Kuntouttavan hoitotyön toteuttaminen edellyttää teoreettisten perusteiden ymmärtämistä ja sen vuoksi opinnäytetyöhön koottiin tietoa AVH:sta. Hoitotyön oppaassa keskitytään puolestaan hoitotyöhön käytännössä, siksi opas on lyhyt mutta ytimekäs. Tavoitteena on, että opasta voidaan hyödyntää jokapäiväisessä AVH-potilaan hoitotyön toteutuksessa, uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden ohjauksessa.

### 8.3 Palaute oppaasta

Opas esiteltiin toukokuun lopulla hoitajille. Hoitajien palaute oppaasta oli hyvää ja rakentavaa. Osastonhoitajan antaman palautteen mukaan opas oli juuri sellainen mitä hän toivoi meidän tekevän eli mahdollisemman yksinkertainen ja helppolukuinen. Osastonhoitajan palautteesta kävi ilmi, että hän oli tyytyväinen, kun olimme hyödyntäneet niitä komponentteja, joita käytämme potilaan hoidon arvioinnissa osastolla. Kuvat olivat selkeitä ja niiden asiayhteys tuli hyvin esille. Osastolla oli myös paikalla opiskelija, jolle opas annettiin luettavaksi ja myös hänen palautteensa oli tärkeää, sillä opiskelijoiden sekä uusien työntekijöiden tueksi opas on tarkoitettu. Opiskelijan antaman palautteen mukaan opas oli helposti luettavissa ja asiat olivat tuotu esille ymmärrettävästi.

## 9 POHDINTA

Kiinnostuimme aiheesta, koska mielestämme olisi hyödyllistä tuottaa toimiva opas tärkeästä aiheesta ja sitä käytettäisiin aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoidon työn tukena. Lisäksi aihe tuntui meistä tärkeältä, koska aivoverenkiertohäiriöpotilaan mahdollisimman nopeasti aloitettu ja oikein jatkettu kuntoutus on ensiarvoisen tärkeää toipumisen kannalta. Tämä johti siihen miksi päädyimme työelämälähtöiseen opinnäytetyöhön. Aihe oli meille läheinen, koska toinen meistä on ollut työssä kyseisellä osastolla koko opintojensa ajan ja toinenkin meistä oli yhden päivän ajan kyseisellä osastolla syksyllä 2014 hoitaen ainoastaan aivoverenkiertohäiriöpotilasta. Paikan päällä oleminen motivoi kumpaakin opiskelijaa oppaan tekoon. Opinnäytetyömme ei siitä huolimatta edennyt suunnitellun aikataulun mukaisesti, vaan laahasi aikataulusta jäljessä johtuen kiireestä ja yllättävistä ja myöskin traumaattisista tapahtumista kummankin opiskelijan yksityiselämässä.

Maaliskuussa 2015 saimme opinnäytetyön rungon tuotetuksi ja sitten alkoi lopullinen hienosäätö valmiiksi opinnäytetyöksi. Lopuksi teimme hoitotyönoppaan AVH-potilaan kuntouttavasta hoitotyöstä osasto 4:lle. siihen koottiin eri komponentteja eli asioita joita hoitajat työssään käyttävät. Sen teko oli luultua haasteellisempi, koska aivot ovat yhteydessä koko ihmiskehon toimintaan ja aivoissa tapahtuvan vaurion seurauksesta oireet voivat vaikuttaa monella eri tavalla, riippuen siitä mille alueelle vaurio sattuu ja

miten laaja-alaisesta vauriosta on kyse. Sen vuoksi aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa paljon erilaisia haittoja ja myös haittojen kirjo on suuri ja jokaisen haitan variaatioita on monenlaisia. Oli haastavaa tehdä toimivaa hoitotyönopasta johtuen sairauden aiheuttamien haittojen monimuotoisuudesta ja siitä tosiasiaista, että opas ei saa olla liian pitkä ja sen pitää olla helppolukuinen. Mutta toisaalta oli paljon asioita mitkä tuli käsitellä oppaassa, koska tarkoitus oli, että oppaasta olisi todellista hyötyä. Oppaaseen kerättiin tiivistetty teoria, sekä käytimme FIM- mittarin mukaisia komponentteja oppaan tueksi.

Millä tavoin opasta käyttämällä voidaan kuntouttavaa hoitotyötä parantaa? Uusien työntekijöiden tai opiskelijoiden tullessa osastolle, heidän tulee perehtyä ensin perehdytyskansioon ennekuin aloittavat hoitotyön osastolla. Perehdytyskansioon on kerätty tietoa osastolla hoidettavista potilastyypeistä. Hoidon laatu paranee kun hoitajat lukevat ensin oppaasta miten esim. AVH-potilasta hoidetaan ja mitkä asiat ovat tärkeitä näitä potilastyyppejä hoidattaessa. Oppaan myötä heille selkeytyy kuntouttavan hoitotyön periaate. Laadukas ja turvallinen potilaan hoito paranee, kun kaikki hoitajat toimivat kuntouttavalla hoitotyön periaatteella ja hoitavat AVH- potilaita samalla tavalla.

Jatkokehittämissidea voisi olla se, että opasta voitaisiin käyttää myös terveyskeskuksen muilla osastoilla missä on myös AVH-potilaita. Tätä ehdotti osastonhoitaja ensimmäisessä tapaamisessa. Toivomme että opasta tullaan käyttämään apuna AVH-potilaan hoitotyössä

## LÄHTEET

Aivoliitto. perustietoa. Saatavissa: [http://www.aivoliitto.fi/avh/avh\\_sta](http://www.aivoliitto.fi/avh/avh_sta), [viitattu 14.3.2015 ]

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T, Polviander, M & Puska, E.-L. 2009. Sairaanhoido ja huolenpito, Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Duodecim, Terveyskirjasto, , [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), [viitattu 23.4. 2015 ]

Duodecim, Katsaus, Jehkonen, M., Ylirinta, A., Rasimus, S., Saunamäki, T. 2013, artikkeli ,Neglect-oire aivokierron häiriön jälkeen- potilaan neuropsykologinen kuntoutus. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi>, [viitattu 27.5.2015]

Finnish Consulting group, saatavissa: <http://www.fimmittari.fi/fim-mittari>, [viitattu 13.5.2015]

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

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. &Valtonen K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveydenhuolto alalla. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Huttu, H. 2014. Afasian saaneiden henkilöiden ohjautuminen puheterapiaan ja puheterapian toteutuminen. Pro gradu –tutkielma. Oulun yliopisto. Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/thesis/nbnfioulu-201501161023.pdf>, [viitattu 12.5.2014]

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Otava.

International encyclopedia of Rehabilitation [cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/348/](http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/348/), [viitattu 30.3.2015]

Jäkälä P. 2011, Mitä on vaikuttava kuntoutus? Saatavissa:

[http://www.aivoliitto.fi/files/915/Pekka\\_Jakala\\_Mita\\_on\\_vaikuttava\\_avh\\_kuntoutus.pdf](http://www.aivoliitto.fi/files/915/Pekka_Jakala_Mita_on_vaikuttava_avh_kuntoutus.pdf), [viitattu 10.1.2015]

Järvikoski, A., Härkäpää, K., 2008. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki; WSOY

Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R. & Sivenius, J. 2011. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soimila, S., Kaste M. & Somer, H. (toim.) Neurologia. Helsinki: Duodecim. sivut

Korpelainen, J, Leino, E., Sivenius, J. & Kallaranta, T. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Rissanen, P., Kallaranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Otava. sivut

Kortesmaa, M. 1998. Yhteyttä yli sanojen-kirja afasiasta. Aivohalvaus- ja afasialiitto.

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky / Hoitoketjutyöryhmä 2010 Kuntouttava hoitotyö. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix01138](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01138), luettu 9.5.2015

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A., & Rantanen, A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY.

Käypähoito suositus 2011. Aivoinfarkti. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50051#s5>, [viitattu 14.03.2015]

Leppikangas, M. 2012. Aivohalvaukseen sairastuneiden terveyteen liittyvä elämälaatu ja kuntoutuksen vaikuttavuus. Pro gradu –tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa:

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120692/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120692.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120692/urn_nbn_fi_uef-20120692.pdf), [viitattu 13.5.2015]

Murtomäki, S., 2011. Afasiaa sairastavan perheen elämälaatu läheisen näkökulmasta, Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://www.aivoliitto.fi> [viitattu 27.5.2015]

Mäkinen, E. & Roivas, M. (toim.) 2009. Jotta jokaisella olisi hyvä. Metropolia ammattikorkeakoulun julkaisuja.: Saatavissa: [http://www.metropolia.fi/fileadmin/user\\_upload/Julkaisutoiminta/C1\\_Jotta\\_jokaisella\\_olisi\\_hyva.pdf](http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisutoiminta/C1_Jotta_jokaisella_olisi_hyva.pdf), [viitattu 13.5.2015]

Mäkelä, M. Systemoitu kirjallisuuskatsaus väitöskirjan pohjaksi. Suomalainen Lääkärelehti 2000; 55. 4194-5.

Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. <http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2007/isbn978-951-27-0803-1.pdf>, [viitattu 13.5.2015]

Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö, Tampere: Tammer-Paino Oy.

Sangha, H., Lipson, D., Foley, N., Salter, K., Bhogal, S., Pohani, G. & Teasell, R. W. 2005. A comparison of the Barthel Index and the Functional Independence Measure as outcome measures in stroke rehabilitation: patterns of disability scale usage in clinical trials. International Journal of Rehabilitation Res Jun 28 (2), 135-139.

Seppänen, T. 2013. FIM®-mittari AVH potilaiden toimintakyvyn muutoksen seurannassa. Pro gradu –tutkielma, Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/42586/URN:NBN:fi:juu-201312032727.pdf?sequence=1>, [viitattu 12.5.2015]

Suomen Fysioterapeutit.2014. Saatavissa: [www.suomenfysioterapeutit.fi](http://www.suomenfysioterapeutit.fi), [viitattu 8.5.2015]

Suomen kivunhoitoyhdistys. 2012. Kroonisen kivunhoidon-opas [www.skty.org/system/files](http://www.skty.org/system/files) [viitattu 27.5.2015]

Suomen Kinestetiikkayhdistys ry. 2012. Kinestetiikka. Saatavissa: <http://www.kinestetiikka.fi/page8.php>, [viitattu 25.4.2015]

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2006. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita.

Sysmäläinen, M. 2013. Aivovammakuntoutujan osallisuus kuntoutusprosessissa. Pro gradu –tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20131060/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20131060.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20131060/urn_nbn_fi_uef-20131060.pdf), [viitattu 13.5.2015]

Stroke 2013, Uutispalvelu Duodecim, Saatavissa: <http://www.toh-tori.fi/?page=2632093&id=4930708>, [viitattu 23.4.2015]

Työterveyslaitos. Saatavissa: [www.tyoterveyslaitos.fi](http://www.tyoterveyslaitos.fi), [viitattu 23.4.2015]

Työterveyslaitos toimialat. Saatavissa: [www.tyoterveyslaitos.fi](http://www.tyoterveyslaitos.fi), [viitattu 8.5.2015]

Työturvallisuuskeskus TTK. Saatavissa: [www.tyoturva.fi](http://www.tyoturva.fi), [viitattu 8.5.2015]

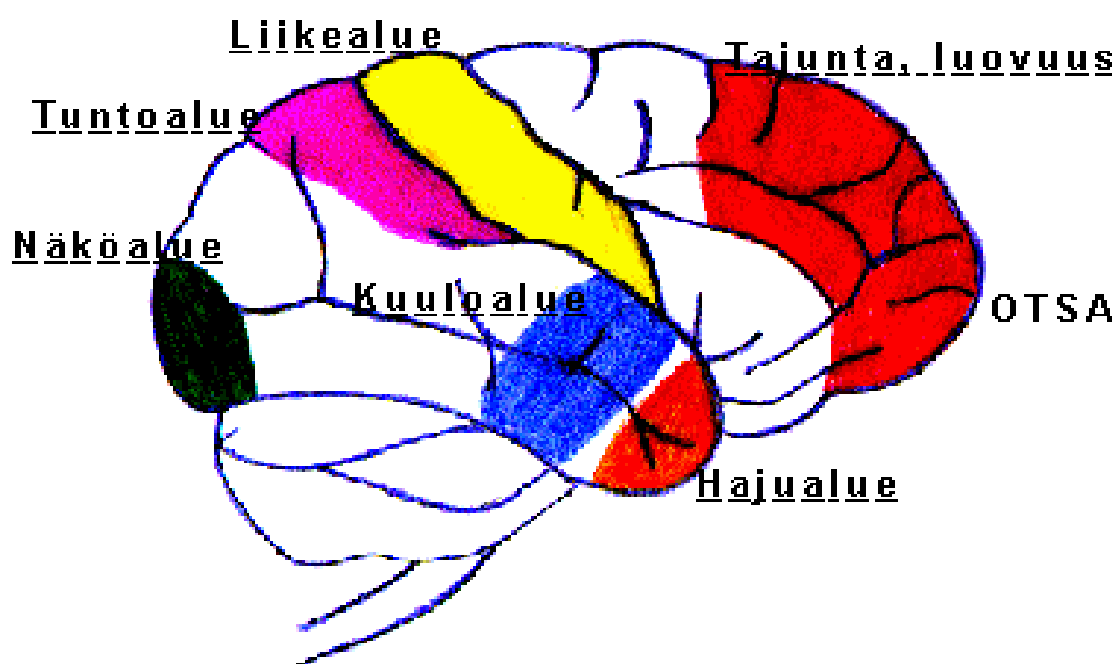
Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammi.

Varsinaissuomen sairaanhoitopiiri, 2012. Saatavissa: <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/6201>, [viitattu 5.5.2015]

Åberg, L. 1996. Viestintä tuloksen tekijänä. Helsinki. Inforviestintä Oy.

# *AVH-POTILAAN*

## *Hoitotyön opas*



Lähde: Internetix /Helena Salo

## SISÄLLYSLUETTELO

JOHDANTO

PÄIVITTÄISET TOIMINNOT 1

RUOKAILU 1

HYGIENIA 3

PUKEUTUMINEN JA RIISUUTUMINEN 4

ERITTÄMINEN 8

AKTIVITEETTI 9

LEPO JA UNI 10

KIVUNHOITO 11

KOMMUNIKOINTI 12

ERITYISPIIRTEET 13

## JOHDANTO

Tämä opas on tarkoitettu liitteeksi Kouvolan terveystieteiden keskuslaitoksen kuntoutuksen jatkohoidon osaston 4:n perehdytyskansioon. Opas auttaa uusia työntekijöitä ja alan opiskelijoita tiedostamaan miten AVH-potilaita hoidetaan tällä osastolla, kun he tulevat jatkohoitoon eri sairaaloista. Osastolle tulee potilaita Kymenlaakson keskussairaalaan, Pohjois-Kymen sairaalasta, sekä myös muualta esim. Helsingistä. Heillä on eriasteisia aivotapahtuman häiriöitä, kuten aivoverenvuoto (**SAV, ICH**) tai **aivoinfarkti**. Aivotapahtuman oireiston mukaan heille määräytyy oireiden mukainen hoito osastolla. Osastolla on käytössä laajasti erilaisia apuvälineitä, joita voidaan käyttää potilaiden hoidossa ja siirroissa ja joilla myös helpotetaan hoitajien ja fysioterapeuttien työtä, ja varmistetaan potilaiden sekä hoitajien turvallisuus.

Tässä oppaassa käsittelemme yleisiä hoitotyöhön kuuluvia asioita. Tummennetut kohdat ovat erikoisesti huomioitavia asioita hoitajan hoitotyössä. Emme käsittele ergonomista kuntoutusta erikseen, koska keskitymme pääosin hoitajien tekemään kenttätyöhön osastolla ja mitä siihen kuuluu. Punaisena lankana oppaassa on **kuntouttava hoitotyö** jonka mukaan hoitajat hoitavat potilaita. Oppaan lopussa on lyhyesti kolmesta AVH potilaan erityispiirteestä.

Osastolla toimii moniammatillinen tiimi, johon kuuluu: Osaston lääkäri, osastonhoitaja, sairaanhoitajat, perus- ja lähihoitajat, fysioterapeutit sekä kuntohoitaja. Moniammatilliseen joukkoon mahtuu myös toiminta- ja puheterapeutti, jotka käyvät osastolla tarpeen mukaan.

Toivomme että tästä oppaasta on hyötyä työyhteisölle, uusille työntekijöille sekä alan opiskelijoille ja opasta tullaan käyttämään AVH potilaita hoidattaessa.

Oppaassa on käytetty mallina FIM-mittarin (Fim-toimintakykymittari) mukaisia komponentteja jotka kuvaavat toimintakykyä sekä päivittäisiä toimintoja.

## PÄIVITTÄISET TOIMINNOT

Oppaaseen on koottu keskeisiä asioita, jotka auttavat hoitajia ymmärtämään miten näitä potilaita hoidetaan. Olemme käsitelleet perusasioista eli päivittäisiä toimintoja mitä hoitotyössä tulee huomioida.

Päivittäisiin toimintoihin kuuluu oleellisesti **puhtaus eli hygienian hoito, pukeutuminen/riisuutuminen, erittäminen ja vatsantoiminta, ravitsemus, kivunhoito, aktiiviteetti ja asentohoito, lääkehoito sekä lääkkeetön hoito**. Näistä kaikista komponenteista hoitajan on kirjattava potilaan hoitokertomukseen päivittäin. Hoitajien työnkuvaan kuuluu tarvittaessa myös erilaiset mittaukset kuten: **verenpaineen mittaustaus, paino, Ekg sekä erittäin tärkeä asia on ihon kunnon seuranta ja turvotukset**. Eli on monenlaisia asioita, joihin tulee kiinnittää huomiota hoidattaessa AVH-potilasta.

## RUOKAILU

Aivovaurion oireet haittaavat tai jopa estävät syömisen. On siis mietittävä minkälaisia ongelmia potilaalla voi esiintyä ja miten heitä voidaan auttaa turvallisempaan ja nautinnollisempaan ruokailuun samalla tukien nielemisen paranemista. Kasvolihasten ja kielen toimintavaikeudet heikentävät ruuan liikuttelua suussa. Muuttunut lihastoiminta vaikeuttaa leukojen liikuttelua eikä ruuan hienontaminen suju.

Erilaiset nielupareesit (nieluhalvaus) ja suupielen velttous vaikeuttavat syömistä ja sen vuoksi on mietittävä ruuan koostumus; jos potilas ei pysty syömään kiinteää ruokaa, ruuan täytyy olla **helposti nieltävää, sosemaista**.

Heikentyneen suun alueen toiminta jättää ruuantähteitä suuhun pitkäksi aikaa ruokailun päätyttyä. Ruokailun päättyessä suun ja hampaiden hoito on tärkeää. Sillä varmistetaan, ettei mitään jää suuhun ja huolehditaan suun terveydestä. Potilaan on hyvä istua **20- 30 minuuttia ruokailun jälkeen**, jotta varmistetaan ruuan kulkeutuminen nielusta ruokatorveen, koska potilas helposti voi aspiroida (vetää ruokaa henkitorveen), joka voi aiheuttaa vaaratilanteen.

**Hyvä istuma-asento on tärkeä**, jotta potilas pystyy syömään mahdollisimman oma-toimisesti. Potilas istuu pöydän ääressä **tasapainoisessa asennossa**, kädet asetettuna pöytätasolle luontevasti pää hieman kallistunut eteenpäin. Potilasta opastetaan istumaan tukevasti ja riittävän perälle tuoliin. Häntä muistutetaan pitämään päätä pystyssä ja hieman eteenpäin taivutettuna ja ylävartaloa kumartuneena eteenpäin. Jalkapohjat asetetaan tasapainoisesti lattiaa vasten. **Oikea istuma-asento vähentää potilaan avun tarvetta ja edistää aterioiden onnistumista**. Hyvä istuma-asento on tärkeä myös potilaan ollessa vuoteessa. Kun potilas syystä tai toisesta joutuu syömään vuoteessa **sängyn pääty kohotettuna**, niin hoitajan on huolehdittava hänelle hyvä asento, niin että syöminen tapahtuu turvallisesti. Potilaan hyvän asennon takaamiseksi voidaan käyttää tyynyjä.

Syöminen aloitetaan tarjoamalla potilaalle soseutettua ruokaa ja sakeutettuja nesteitä. Haarukka ja pieni lusikka ovat asianmukaisia ruokailu välineitä, kun annostellaan suuhun pieniä annoksia kerrallaan. Ohutreunainen juomalasi on paras, josta juodessaan potilaan suu voi toimia normaalisti. **Nokkamukin tai pillin käyttöä ei suositella, koska potilaan suuhun tulevan nesteen määrää on etukäteen vaikea ennakoida**. Syömistä helpottavia muita apuvälineitä käytetään tarvittaessa. Näitä ovat lautasen liukumiseste, paksuvartistet ruokailuvälineet

**Neglect potilaan ruokailu: (potilas joka hahmottaa vain toisen puolen kehostaan.**

Neglect-potilas hahmottaa ruokatarjottimestaan ja annoksestaan vain oikean puolen ja hän ei ole tietoinen tästä häiriöstä, niin syömis- ja juomisongelmilta ei voi välttyä.

**Ruokailuvälineet asetetaan pöydälle niin, että potilas havaitsee ne häiriöstä huoli-**

**matta.** Jos hän ei pysty hahmottamaan vasenta puoltaan, häntä ohjataan kääntämään katseensa vasemmalle ja autetaan häntä tarvittaessa kädellä kääntämään päätä tai ”au-

tetaan” hänen käsiään löytämään ruokailuvälineet. Jos potilas ei onnistu itse havaitse-

maan ruokaansa lautasen vasemmalla puolella, hoitaja kääntää lautasen niin, että

ruoka tulee potilaan havaintokenttään. **Potilas tarvitsee riittävästi aikaa yrittääk-**

**seen itse ja vasta sen jälkeen autetaan.** Potilas niin sanotusti unohtaa käyttää kehon

tiedostamattoman puolen yläraajaa, vaikka siinä ei ole halvausta. Hän käyttäytyy niin

kuin hänellä olisi vain yksi käsi. Tällöin potilasta autetaan ”löytämään” unohduksissa

oleva käsi ja ottamaan se mukaan eri tilanteissa.

## **HYGIENIA**

Vuodepesussa potilaan kuntoutukseen kuuluu potilaan osallistuminen potilaan voinnin mukaan. Hän voi itse pestä kasvonsa ja muita kehon alueita, näin hän saa omasta kehostaan tuntumaa ja aistimuksia. Potilasta ohjataan kääntymään vuoteessa pesujen, laukan vaihtamisen ja vaatteiden pukemisen yhteydessä, koska se tekee hyvää verenkierrolle.

Potilaan kyetessä istumaan peseytyminen siirtyy tapahtuvaksi pesualtaan luona. Turvallinen ja tukeva istuma-asento on tärkeää. **Potilas osallistuu riisuutumiseen, pesuun, ihon kuivaamiseen ja pukeutumiseen vointinsa mukaan. Hoitaja auttaa ja tukee potilasta halvaantuneelta puolelta.** Potilaan toimintakyvyn parantuessa **häntä ohjataan lähtemään suihkuun.** Potilasta neuvotaan ottamaan helposti puettavat vaatteet mukaansa sekä tukevat, hyvin jalassa pysyvät kengät.

**Suihkuun mentäessä turvallisuus on huomioitava: liukastumisen estämiseksi suihkuhuoneen lattia kuivataan ja huolehditaan, että potilaalla on potilaskengät tai jarrusukat jalassa.** Jos potilaalla on jäljellä yhtään liikuntakykyä halvaantuneella puolella, asetetaan **peseytymisvälineet kehon halvaantuneelle puolelle**, sillä sekin harjaannuttaa halvaantunutta puolta.

Suun terveydenhuolto on myös suoritettava asianmukaisesti, koska ientulehduksen ja kariuksen vaara lisääntyy. Hoitaja opastaa potilasta tässä toiminnassa. Myös hammasproteesi ja suunlimakalvot pidetään puhtaana. **AVH-potilaan suuhygienian tärkeys korostuu seuraavissa sairauden aiheuttamissa ongelmissa:**

- **Potilas on vaikeuksia hallita kielensä liikkeitä, poskilihaksiaan tai suun tunto on häiriintynyt.**
- **Potilaalla on ilmennyt nielemisvaikeuksia.**
- **Potilaalla on selvästi sylkemisvaikeuksia.**
- **Potilaan suuhun jää helposti ruokaa joka voi aiheuttaa aspiraatiovaaran.**

Tarvittaessa täytyy uudelleen arvioida potilaan hammasproteesin sopivuus potilaalle, jolla on suun ja nielun toiminnan häiriöitä tai kasvopareesi (kasvohalvaus)

## **PUKEUTUMINEN/RIISUUTUMINEN**

Pukeutuminen ja riisuutuminen on helpointa tehdä tukevassa ja ilman selkänöjää olevassa tuolissa. Vältetään turhia ylösnousemisia. **Halvaantuneen raajan turhaa ”roikottamista” tulee välttää.** Halvaantunut yläraaja asetetaan vapaasti jalkojen väliin tai vartalon sivulle viereen. **Pukeminen aloitetaan halvaantuneelta puolelta, kun taas riisuutuminen tapahtuu terveeltä puolelta.**

Potilaan yksilöllisyyttä ja itsemääräämisoikeutta tuetaan kun hän saa itse valita vaatteensa. Potilas voi sairaalassakin käyttää omia vaatteitaan, jos hän niin haluaa mutta pääsääntöisesti suositetaan osaston vaatteita. Omien vaatteiden käyttö taas tukee hänen itsenäisyyttään ja suunnitelmallisuutta. Sen on todettu myös auttavan virtsarakon hallintaa potilailla, joilla on siinä ongelmia.

**Hoitaja arvioi viikoittain peseytymisen, pukeutumisen, syömisen sekä liikkumisen sujumista.** Jos/kun kehitys menee eteenpäin eli omatoimisuus paranee, ja potilas toimii turvallisesti kaatumatta ja itseään vahingoittamatta, voidaan jatkokuntoutusta jatkaa myös kotioloissa.

Omatoimisuus edellyttää selviytymistä monenlaisista päivittäisistä toiminnoista kuten riisumisesta, pukeutumisesta, henkilökohtaisesta hygieniasta, ruokailusta ym. Näiden taitojen kuntoutustavoitteet ovat yksilöllisiä ja niihin vaikuttavat potilaan oireiston ohella, hänen aikaisemmat taitonsa ja kotiympäristön asettamat vaatimukset.

Seuraavilla sivuilla on kuvien avulla ohjeistettu paidan ja housujen pukeminen



Lähde: ( Salmenperä 2002)



Lähde: (

Salmenperä 2002)

## ERITTÄMINEN

On yleistä, että aivoverenkiertohäiriötä sairastavalla potilaalla saattaa olla merkittäviä vaikeuksia virtsaamisessa että ulostamisessa. **Liikkumiskyvyn heikentyminen tai puuttuminen kokonaan aiheuttaa rakon ja suolen toiminnan ongelmia: virtsan ja ulosteen pidätyskyvyn heikkenemistä tai virtsaretentiota (virtsankertymistä rakoon) tai ummetusta.** Myös ravinnon saanti on erilaista kuin ennen, eri määriä nesteitä ja ravintoa ja eri muodossa. Sekin voi osaltaan vaikeuttaa eritystoimintoja.

Kun potilas ei yksin pääse wc:hen, on se eritystoiminnan kannalta ongelmallinen tilanne. Potilas tarvitsee siinä apua, ja apua ei välttämättä ole tarjolla silloin kun tarve tulee. Myös potilaalla voi olla kommunikaatio ongelmia, jolloin hän ei osaa kertoa, että täytyisi mennä wc:hen. **Tavoite kuitenkin on se, että potilaan virtsaaminen ja ulostaminen tapahtuvat mahdollisimman normaalisti ja normaaliin tiheyteen niin pian kuin mahdollista.**

**Virtsankarkailusta kärsivän potilaan rakon harjoittelu ja kertakäyttövaipat ovat hoidon alussa tärkeimpiä hoitomuotoja.** Virtsankarkailua ei hoideta kestopatetrolla kun pakkotilanteessa Potilaalle laitetaan kestopatetri vain siinä tapauksessa jos nestetasapainon tarkkailu on tarpeen (huono juominen suun kautta) tai jäännösvirtsan määrä on suuri ja normaali virtsaaminen ei onnistu. Virtsankarkailua saattaa esiintyä kun potilaalla on **virtsatientulehdus**, joka taas vastaavasti aiheuttaa potilaalle sekavuustiloja(**delirium**). **Inkontinenssin takia ei kestopatetria laiteta, koska se altistaa virtsatietulehduksille. Kertakatetroimalla poistetaan jäännösvirtsaa.**

AVH: n aiheuttaa muutoksia suoliston hermotuksessa ja tällainen toiminnan häiriö voi aiheuttaa sen, että suolisto tyhjenee ilman kontrollia. **Lääkehoito aiheuttaa puolestaan usein ripulia mutta myös ummetusta.( särkylääkkeet)** Ripulia aiheuttaa myös suun kautta annettava ravitseminen, etenkin jos potilas on ollut esim. suonensisäisellä ravinnolla ennen osastolle saapumistaan. Ulostekontinenssi on potilaalle erittäin nöyryyttävä ja kiusallinen ongelma. Siksi tulisi aina miettiä hoitotyö ottaen huomioon potilaan yksilöllisyys.

Ravinto, liikunta ja riittävä nesteytys ovat siis ensimmäisellä sijalla ummetuksen hoidossa. **Kuitupitoinen ruoka on erittäin tärkeää ja myös riittävä nesteiden saanti.** Tavoitteena on se, että ulostemassa on sopivan löysää ja suoli toimisi normaalisti. Liikunta on tärkeää, koska liikkuminen stimuloi suolen peristaltiikkaa.(fysioterapia)

**Jos aivoverenvuotopotilaalla on ummetusta ja hänen täytyy välttää ponnistelua, on suolen toimintaa pakko auttaa laksatiiveilla ja tarvittaessa peräruiskeilla.** Potilasta ohjataan ulostamisen säännöllisyyteen, omaa normaalia rytmiä noudattaen, jotta suoli tottuisi säännöllisyyteen. Potilaalle pitää järjestää yksityisyys ja rauha hänen ulostaessaan potilashuoneessa tai wc:ssä. Toisinaan potilaan turvallisuus otetaan huomioon esim. käyttämällä turvavyötä. Näin varmistetaan, että tasapaino ja asento pysyvät hallinnassa vaikka hän olisi yksin wc:ssä.

## **AKTIVITEETTI**

Heti akuuttivaiheen jälkeen aloitetaan hyvin toteutettu **asentohoito** yhtenä kuntoutuksen osa-alueena. **Se auttaa potilasta hengittämisessä ja verenkierron elpymisessä ja antaa**

**tunnekokemuksia erilaisista kehon asennoista.** Asentohoito on yksi tavoitteista valmentaa potilasta liikkumiseen. Tavoitteena on saada potilas kohoasentoon ja pois vuoteesta heti, kun potilaan vointi sen sallii. Alkuvaiheessa asentojen, liikkumisen, ja toiminnan ohjaus on melko passiivista. Joillakin potilailla tämä vaihe voi kestää kuukausia. Potilaan passiivisuus voi vaatia henkilökunnalta arvioida potilaan senhetkiset tarpeet ja kyvyt. Kun potilas on tarpeeksi kuntoutunut, mietitään mahdollista apuvälinettä jolla jatketaan kuntoutusta päivittäin.

**Tyynyillä voidaan tukea lantiota ja lapaluun aluetta halvaantuneelta puolelta.**

Lantion alla oleva tyyny tukee alaraajaa keskiasentoon. Pään tukeminen kummaltakin puolelta on tärkeää, jotta pään asentoa pysyy hyvänä. **Kylkiasento on parempi kuin selinmakuu koska selinmakuu lisää jäykkyyttä.** Ylävartalo on keskiasennossa eikä saa olla kiertynyt huonoon asentoon. **Tyynyjä tulee käyttää vartalon tukemiseen.**

Kun potilaan vointi sen sallii, häntä ohjataan vaihtamaan asentoa aina kun siltä tuntuu, kuitenkin tarpeeksi usein, että siitä tulisi riittävässä määrin hyötyä. Hän voi tehdä sen itsenäisesti tai tuettuna. Asennon ja paikan vaihto tuo virikkeitä potilaalle ja stimuloi hänen verenkiertoaan. Asennon vaihto tulisi tehdä 1-2 tunnein vaillein, (jossain tapauksissa lyhimmilläkin väleillä.). **Mikäli hän ei itse kykene vaihtamaan asentoa, hoitaja auttaa ja kannustaa yrittämään itsenäisesti asennon vaihteluita. Asento- ja liikehoidon tarkoitus on aktivoida potilaan halvaantunutta kehon osaa.**

**Yksi haaste on painehaavat. Hoitotyön tavoite on ehkäistä niiden syntymistä kaikilla keinoilla kuten asentojen vaihdot, ravitsemus, nestehoito, ihon hoito, tai painehaavaumia estävä patja. Asentojen vaihto on myös tärkeää potilaan istuessa joko tuolissa tai pyörätuolissa. Istuessa paine kohdistuu ristiselän, pakaroiden ja reisien alueelle ja näille alueille voi myös muuten kehittyä painehaavaumia.**

Monilla AVH-potilaille on **sairaudentunnottomuutta** eli he eivät tiedosta omaa tilaansa ja näin saattaa vaaratilanteita tulla esim. potilas saattaa itse yrittää liikkeelle vaikka jalat eivät kannaa. Turvallisuuteen on siis kiinnitettävä huomiota.

**Turvallisuus huomioidaan myös nostamalla potilassänkyyn laidat.** Sängyn laidat auttavat myös potilasta, kun hän vaihtaa asentoaan. Kun potilaan on mahdollista liikkua vuoteen ulkopuolella, aloitetaan todellinen päivittäisiin toimiin liittyvä ohjaus monella eri saralla. Pyörätuolissa on esimerkiksi tukevampaa istua kuin vuoteessa. Pyörätuolissa turvallisuutta tuo **haaravyö** levottomilla potilaille (Alzheimer).

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kyky liikkua, tunnistaa oman kehonsa liikkeitä ja saada tietoa ympäristöstään on usein häiriintynyt. Puutteita voi olla asennon ja tasapainon ylläpitämisessä, lihasjänteudessa ja reaktiokyvyssä. **Potilaan liikkumisen ohjaaminen perustuu ihmisen normaalin liikkumiseen tuntemiseen. Potilasta ohjataan siten, että hän aktiivisesti opettelee ja toimii ohjaajan kannustamana ja tukevana.**

Apuväline valitaan käyttöön silloin kun kävelyn valmiuksia on jo löytynyt ja potilas voi ottaa askeleita varmistettuna. **Apuvälineeseen ei ole tarkoituksenomaista nojata eikä sen käytössä saisi viedä painoa jaloilta ja siten voi vääristää kehon asentoa, jolloin tasapainon hallinta heikkenee.** Kävelyn uudelleen oppiminen on AVH-potilaiden tärkeimpiä tavoitteita.

## **LEPO JA UNI**

Potilaalle on lepo ensiarvoisen tärkeää, hän on toipilas sairautensa vuoksi ja myös uusi tilanne, hoidot ja kuntoutus vievät potilaan voimia. **Vuodepotilaan vuorokausirytmii ei saa häiritä.** Potilaan uni-valve rytmi pitää säilyttää mahdollisimman normaalina, niin kuntoutus mahdollistuu parhaiten. **Aivoverenkiertohäiriöihin sairautena liittyy potilaan uneliaisuutta, ja hoitajan tulee erottaa normaali nukkuminen**

**epänormaalista sairauteen liittyvistä tajunnan häiriöistä.** Potilasta saattaa vaivata oman sairauden tuomat huolet ja haitat jotka vaikuttavat unen laatuun.

## KIVUNHOITO

Hoitajan on havainnoitava potilaan kiputilojen tunnusmerkit jos potilas ei itse kykene sanalliseen kommunikaatioon. **Kipu saattaa alentaa potilaan toimintakykyä.** Kipu häiritsee myös potilaan lepoa. Näiden syiden vuoksi on tärkeää hoitaa kipua. Kivun voimakkuutta voi mitata eri menetelmillä esim. sanallisella viestinnällä ja erilaisilla kipumittareilla, jos sanallista viestintää ei ole tai se on puutteellista. **Kipua voidaan hoitaa kipulääkkeillä mutta myös lääkkeettömillä hoidoilla kylmähoito, huomion siirtäminen pois kivusta esim. rentoutuksen (fysioterapia) avulla.** Nykylääkityksen avulla voidaan turvata potilaan kivuttomuus hyvin. Aivoverenkiertohäiriön jälkeisessä kivussa paras hoitoteho on saatu trisyklisillä masennuslääkkeillä (esimerkiksi amitriptyliini). Muilla lääkkeillä, TNS-hoidolla ja aivokuoren sähköärsytyshoidolla on saatu vaihtelevia tuloksia.

Aivoinfarktin jälkeinen kipu on luonteeltaan jatkuvaa, polttavaa, repivää ja usein särkevä. On myös tärkeää muistaa, että siihen liittyy lähes aina **alentunut lämpötunto eli potilas ei tunne esim. kuumaa vettä halvaantuneelta puolelta.** Potilas saattaa myös hakata esim. halvaantunutta kättään vuoteen laitaan eikä tunne välttämättä kipua. Osalla potilaista kipuiluun voi liittyä myös muistin ja muiden kognitiivisten mielen toimintojen heikentymistä. Halvaantunut raaja on myös usein erittäin kipeä.

## KOMMUNIKOINTI

**Mielialat vaihtelevat paljon**, etenkin sairauden alussa. **Potilas voi olla apaattinen, aloitekyvytön ja välinpitämätön tai sitten mieliala voi muuttua euforiseksi, niin että puhe muuttuu puhetulvaksi. Potilaalla saattaa esiintyä myös masennusta.** Potilas voi olla ilmeetön ja ääni on monotoninen.

**Keskittymisvaikeuksia esiintyy paljon.** Potilas voi olla **sairaudentunnoton**, ei ymmärrä mitä hänelle sanotaan eikä näin ollen osaa noudattaa annettuja ohjeita esim. liikkeelle lähdetessä. Viestimistä vaikeuttaa osaltaan myös se, että potilaan pää, kaula ja silmät kääntyvät vauriolle vastakkaiseen suuntaan. **Hoitajan ensisijainen auttamisen keino on jatkuva toisto ilmeissä, eleissä ja puheessa.** Tarvittaessa hoitaja voi joutua käyttämään voimakasta ääntä, jotta viesti tavoittaisi kuulijansa. **Toiminnot ja ärsykkeet tulisi tulla potilaalle tiedostamattomalta puolelta.** Pyritään siihen kaikki kommunikaatio potilaan ja potilastovereiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä tapahtuu potilaan vasemmalta, tiedostamattomalta puolelta.

### **Erityispiirteitä AVH potilailla:**

Potilaalle voi ilmentyä ongelmia puheen ymmärtämisessä, puheen tuottamisessa, lukemisessa, ja kirjoittamisessa. Näitä vaikeuksia kutsutaan **Afasiaksi**. Tyypillistä on kielellisen prosessoinnin hidastuminen ja virheiden riski on kasvanut. Myös muistihäiriöitä ja kielellisen päättelyn vaikeuksia esiintyy. **Kaikki puhehäiriöt eivät ole afasiaa.** Afasia aiheutuu yleisimmin vasemman aivopuoliskon vaurioitumisesta. **Tavallisin**

**afasian aiheuttaja on aivoverenkierronhäiriö.** Hoitohenkilökunnan on ymmärrettävä afaatikon yksilöllistä mielentilaa, että he pystyisivät ymmärtämään hänen tarpeitaan ja tukea myös omaisia uudessa tilanteessa. **Myös kommunikointia edistävät tutut ihmiset ja asiat. Potilaan kanssa puhuttaessa on hyvä käyttää suoria, yksiselitteisiä kysymyksiä, joihin potilas voi vastata joko myöntävästi tai kieltävästi.** Afasiapotilaan kuntoutustavoite on pyrkiä puheterapian avulla kielellisten taitojen palautumiseen, säilyneiden taitojen soveltamiseen ja paranemiseen, korvaavien viestintäkeinojen opettelemiseen ja tilanteeseen sopeutumiseen

Potilaalla ei ole ongelmia puheen ymmärtämisessä, mutta hänellä on ongelmia tuottaa puhetta selkeästi. Puheen motoriikka on häiriintynyt ja ääntämisessä tai äänen tuottamisessa on eriasteisia ongelmia. Tätä kutsutaan **Dysartriaksi**. Vaikeudet juontuvat puhe-elinten lihaskontrollin ongelmista. Koska puhe-elinten motoriikka ei toimi kunnolla, puhe on epäselvää ja puuromaista. Kommunikaatiota helpottamalla potilasta kehoitetaan puhumaan hitaasti tai kirjoittamaan paperille.

**Neglect-oire** tarkoittaa **aivovaurion vastakkaisen puolen havainnoinnin huomiotta jättämistä**. Silloin potilas ei pysty havaitsemaan, orientoitumaan eikä reagoimaan vaurioalueen vastakkaisen puolen ärsykkeisiin. **Eli jos vamma aivoissa on oikealla puolella hän jättää huomioimatta kehon vasemman puolen ja/tai asiat mitä on vasemmalla puolella.** Neglect-oiretta esiintyy kirjavasti eri aistien, kuten näkö-, kuulo- ja tuntoaistin alueella. Neglectin aiheuttaa aivoinfarkti tai aivoverenvuoto tai muu neurologinen sairaus. **Potilas ei tiedosta neglect-oirettaan ja sen myötä hän ylliarvioi suorituskykyään.** Neglect-oireisto esiintyy monenkirjavana: liikkumisen ja havainnoimisen vaikeutena, mielialanvaihteluina, liikkeiden työntämisen (**pusher**) ja vastustamispakkona tai useiden aistialueiden samanaikaisina häiriöinä.



<b><u>TUTKIMUKSEN TE- KIJÄ, NIMI JA VUOSI</u></b>	<b><u>Tutkimuksen tarkoitus ja ta- voite</u></b>	<b><u>TUTKIMUSMENETELMÄ</u></b>	<b><u>TULOKSET/POHDINTANA</u></b>
<p>Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa kliinisen hoitotyön alueelta uutta tietoa kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä sairaanhoitajan toiminnan näkökulmasta aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa erilaisissa toimintaympäristöissä.</p> <p>Sairaanhoitajan toimintaa tarkasteltiin sairaanhoitajien itsensä ja kuntoutukseen osallistuvien muiden työntekijöiden sekä kuntoutujien ja heidän läheistensä näkökulmasta.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Teemahaastattelu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 43 työntekijää</li> <li>- 44 kuntoutujaa</li> <li>- 20 omaista</li> </ul> <p>Arviointiin käytettiin BI, RMI, FAG, BDI, RAND-36, GHQ -mittareita</p>	<p>Sairaanhoitajan roolia pidettiin erittäin tärkeänä avh-potilaan kuntoutuksessa.</p> <p>Aivohalvauspotilaiden kuntoutuksen toteuttaminen oli kuitenkin toisistaan poikkeavia kuntoutuskeskuksessa ja terveyskeskuksissa henkilöstöresurssien ja eri yksiköiden toimintakulttuureiden vuoksi.</p>

<p>Suomalainen Lääkärisseura Duodecim-Suomen Akatemia.2008. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus- Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. konsensuskokous 2008.</p>	<p>Konseslausumassa vastataan seuraaviin kysymyksiin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- onko äkillisen aivovaurion saanutta kuntoutujaa kuntoutettava?</li> <li>- Miten tulee kuntouttaa</li> <li>- miten kuntoutuja voimaantuu</li> <li>- Mitkä ovat nykykäytäntöjen kehittämistarpeet</li> <li>- Miten kuntoutuksen tutkimusta edistetään</li> </ul>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lääketieteellisten toimintatapojen arviointi tutkimusnäyttöön perustuen</li> </ul>	<p>Kaikille aivovamma potilaille tulee taatun ammattilainen, oikea-aikainen ja intensiivinen kuntoutus.</p> <p>Toimintasuunnitelma on erittäin tärkeä: tavoitteet-sisältö-kuka arvio vaikuttavuutta</p> <p>Aivovammapotilaiden erityispiirteet on huomioitava kuntoutuksessa</p> <p>Tieteellistä tutkimusta on aiheesta vain vähän</p>
---	---	---	--

<p>Seppänen, T. 2013. FIM – mittari AVH potilaiden toimintakyvyn muutoksen seurannassa. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella FIM® -toimintakyvyn ja avuntarpeen mittarilla mitattua motorista ja kognitiivista toimintakykyä ja toimintakyvyn muutosta AVH potilailla.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus - Tilastoanalyysi, käytetty statistics 20.0 tilastoanalyysiohjelmaa</p>	<p>FIM®- mittari on herkkä mittamaan AVH-potilaiden toimintakykyä ja toimintakyvyssä tapahtuvaa muutosta. Tehokas ja tarkka mittari auttaa suunnittelemaan kuntoutuksen oikeaan aikaan ja takaa näin parhaat mahdolliset tulokset henkilön toimintakyvyn parantumiselle</p> <p>36:n päivän aikana kuntoutuksen aloittamisesta tapahtui tilastollisesti huomattavaa kuntoutumisen edistymistä</p>
---	--	---	--

<p>Murtomäki, S., 2011. Afasiaa sairastavan perheen elämälaatu läheisen näkökulmasta, Pro gradu-tutkielma.</p>	<p>Kuvataan afasiaa sairastavan perheen elämälaatua läheisen näkökulmasta ja tavoitteena tuottaa tietoa ja parantaa elämälaatua ja jonka avulla voidaan kehittää ohjaus ja tukimenetelmiä.</p>	<p>Kvantitatiivinen ja se suoritettiin kyselytutkimuksena. Kohderyhmänä oli viiden eri aivohalvaus- ja dysfasia yhdistyksen asiakkaana olevien afasiaa sairastavien läheiset.</p>	<p>Kyselylomake jaettiin 105 afasiaa sairastavan perheen läheiselle. Kyselyyn vastasi 72 afasiaa sairastavan läheistä. Vastaajien keski-ikä oli 69v joista naisia 36 ja miehiä 33. Tutkimuksella saatiin tietoa afasiaa sairastavien perheiden elämälaadusta. Tutkimus osoitti että elämänlaatu voi olla huono tai hyvä ja tutkimus osoitti että afasiolla on keskeinen asema elämänlaatuun</p>
<p>Sangha, H., Lipson, D., Foley, N., Salter, K., Bhogal, S., Pohani, G. &amp; Teasell, R. W. 2005. A comparison of the Barthel Index and the Functional Independence Measure as outcome</p>	<p>Tieteellinen artikkeli jossa vertailaan Barthel-toimintakyky mittaria sekä Fim-mittaria ja niiden toimivuutta ja erovaisuutta aivohalvauspotilaiden hoidossa.</p>	<p>Tieteellinen ulkomainen tutkimus aivohalvauspotilailla käytettävistä mittareista joka tehtiin Australiassa.</p>	<p>Mittareilla ei ollut paljoakaan eroavaisuuksia. Barthel toimintakyvyn mittarin luotavuutta pidettiin yhtä hyvänä kuin Fim-mittarin. Molemmissa toimintakyvyn arviointomenetelmissä huomattiin edistävän potilaan kuntoutusta.</p>

<p>measures in stroke rehabilitation: patterns of disability scale usage in clinical trials. <i>International Journal of Rehabilitation Res Jun 28 (2), 135-139.</i></p>			
<p>Sysmälinen, M. 2013. Aivovammakuntoutujan osallisuus kuntoutusprosessissa. Pro gradu –tutkielma. Itä-Suomen yliopisto</p>	<p>Tutkimuksella oli tarkoitus tutkia ja analysoida aivovamman saaneiden henkilöiden osallisuutta kuntoutusprosessin eri vaiheissa.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluna. Kohderyhmänä neljä haastateltavaa iältään 34- 45 vuotiaita.</p>	<p>Sairastumisen jälkeen koettiin alussa turvattomuutta. Mutta toisaalta haastateltavat tunsivat luottamusta, omaisten läsnäolon tai elämän muuttumisen hyväksymisen tärkeänä. He arvostivat myös kuuntelemista.</p>
<p>Leppikangas, M. 2012. Aivohalvaukseen sairastuneiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja kuntoutuksen vaikuttavuus. Pro gradu –tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.</p>	<p>Tutkimuksessa tarkastellaan aivohalvaukseen sairastuneiden terveyteen liittyvää elämänlaatua ja kahden kuntoutusmuodon vaikuttavuutta joita arvioidaan erilaisilla mittareilla ( esim. Fim -mittari) Tutkimuksen tavoitteena on</p>	<p>Tutkimuksen analysoinnissa käytettiin ns. Baysin verkkomenetelmää, tutkimuksen aineisto kerättiin Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuronin neurologisen kuntoutuksen kehittämissuunnitelmassa vuosina 2009 -2011.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan ryhmäkuntoutus osoittautui yksilökuntoutusta vaikuttavammaksi kuntoutusmuodoksi. Kuntoutuksesta hyötyivät eniten sairauden akuuttivaiheen ja subakuuttivaiheen kuntoutujat</p>

---

	saada tietoa muutoksista kuntou- tuksen aikana.	ja vasemman puoleisen halvaukseen sai- rastuneet sekä aivoverenvuotoon sairastu- neet
--	--	---

---

