

Potilasohje toimintakykyä tukevasta toiminnasta AVH-potilaille

Heli Sipiläinen

Opinnäytetyö
Syyskuu 2017
Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijä(t) Sipiläinen, Heli	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Syyskuu 2017
	Sivumäärä 50	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Potilasohje toimintakykyä tukevasta toiminnasta AVH-potilaille		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Lehto, Siru ja Paalanen, Kaisu		
Toimeksiantaja(t) Äänekosken terveyskeskussairaala		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu vuosittain noin 12000 henkilöä. Suomessa AVH on kolmanneksi yleisin kuoleman syy ja merkittävin invaliditeetin aiheuttaja aikuisiällä. Sairauden varhaisella ja tehokkaalla kuntoutuksella pystytään kuitenkin huomattavasti vähentämään sairauden aiheuttamaa vammaisuutta ja laitoshoidon tarvetta sekä parantaa elämän laatua.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä potilasopas toimintakykyä tukevasta toiminnasta AVH-potilaille yhteistyössä Äänekosken terveyskeskussairaalan kanssa. Tavoitteena oli lisätä potilaiden toimintakykyä lisäämällä heidän tietojaan toimintakyvyn tukemisesta selkeillä ja konkreettisilla ohjeilla, joita oppaaseen sisällytettiin. Opinnäytetyössä pyrittiin selvittämään keinoja, joilla pystytään edistämään AVH-potilaan toimintakykyä, sekä miten potilas voi itse edistää kuntoutumistaan.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Tiedonhaussa hyödynnettiin sähköisiä tiedonhakukoneita sekä koulun kirjastoa. Opinnäytetyön aineisto koostui pro gradu-tutkimuksista, väitöskirjoista, tieteellisistä artikkeleista sekä oppikirjojen teksteistä. Opinnäytetyöhön otettiin mukaan 16 eri julkaisua.</p> <p>Opinnäytetyöstä saatujen tulosten mukaan varhain aloitetulla kuntoutuksella on suuri merkitys AVH-potilaan toimintakyvylle. Tavoitteet tulee myös asettaa varhaisessa vaiheessa, jotta jokainen taho pystyy työskentelemään niiden toteutumiseksi. Kuntoutujalta vaaditaan motivaatiota ja ponnisteluja, jotta edistymistä kuntoutumisessa tapahtuu. Kuntoutumisen lähtökohdat tulevat potilaan jokapäiväisestä elämästä. Oppaaseen koottiin tietoa siitä, miten toimintakykyä pystytään edistämään päivittäisissä toiminnoissa. Lisäksi esiteltiin kuntoutuksessa käytetyt tärkeimmät terapiamuodot.</p>		
<p>Avainsanat (asiasanat) Aivoverenkiertohäiriö, AVH, aivoinfarkti, kuntoutus, potilasohje, kirjallisuuskatsaus</p>		
<p>Muut tiedot Liitteenä opas (9 sivua)</p>		

Author(s) Sipiläinen, Heli	Type of publication Bachelor's thesis	Date September 2017 Language of publication: Finnish
	Number of pages 50	Permission for web publication: x
Title of publication Patient instruction to support of ability of function for cerebral infarction patients		
Degreeprogramme Degree Programme in Nursing		
Supervisor(s) Lehto, Siru and Paalanen, Kaisu		
Assignedby Äänekoski Healthcare Centre		
Abstract <p>Every year about 12000 people suffer from cerebral infarctions, which are the third most common cause of death and the most significant reason for adulthood disability in Finland. Early and effective rehabilitation can reduce the patients' disability and need of hospital care as well as improve their quality of life.</p> <p>The purpose of this thesis was to compile a patient guidebook on how to support function in co-operation with the Äänekoski Healthcare Centre. The aim was to increase the patients' ability of function with clear and concrete instructions in the guidebook. The thesis aimed to find methods for improving the patients' ability to function and for how they could enhance their rehabilitation by themselves.</p> <p>The thesis was implemented as a literature review. All the information was found in medical databases and the school's library. The sources included Master's theses, Doctoral dissertations, scientific articles and course books. 16 different publications were selected for the thesis.</p> <p>Based on the results of the thesis, early rehabilitation has a great significance to the patients' recovery. Moreover, the aims of rehabilitation need to be set in its early stages so that every party involved can work for their attainment. Motivation and effort are needed from the patients so that they can make progress in their rehabilitation. Everyday life is the key factor the patients' rehabilitation. The guidebook contains information about how to improve function in the daily activities. The thesis also introduces the most widely used therapies in rehabilitation.</p>		
Keywords/tags (subjects) cerebral infarction, stroke, rehabilitation, patient instruction, literature review		
Miscellaneous Appendix: Guidebook (9 pages)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Toimintakyky.....	3
3	Aivoverenkiertohäiriöt (AVH).....	5
4	AVH:n vaikutukset toimintakykyyn	7
5	Potilasohje	9
6	Tarkoitus, tavoitteet ja tuotokset.....	11
7	Opinnäytetyön toteuttaminen.....	11
	7.1 Opinnäytetyön tilaaja	11
	7.2 Menetelmät.....	12
8	Tutkimuksen tulokset	16
	8.1 Kuntoutumisen edellytykset	16
	8.2 Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen.....	19
	8.2.1 Hygienia	20
	8.2.2 Pukeutuminen ja riisuutuminen	21
	8.2.3 Ruokailu	21
	8.2.4 Erittäminen	22
	8.2.5 Lepo ja uni.....	23
	8.2.6 Erittämisarpeiden huomioiminen.....	24
	8.3 Kuntoutuksessa käytetyt terapiat	25
9	Pohdinta.....	27
	9.1 Tulosten tarkastelu.....	27
	9.2 Eettisyys ja luotettavuus	29
	Lähteet	31
	Liitteet.....	35
	Liite 1. Vaatteiden pukeminen	35
	Liite 2. Tiedonhaun tulokset.....	37
	Liite 3. Toimintakykyopas.....	40

Taulukot

Taulukko 1. Mukaanotto kriteerit	12
Taulukko 2. Tietokantahaun tuloksia	13

Kuviot

Kuvio 1. Aineiston ryhmittely	15
-------------------------------------	----

1 Johdanto

Aivoverenkierohäiriöihin (AVH) sairastuu vuosittain noin 12000 henkilöä (Viitanen 2016). AVH on Suomessa kolmanneksi yleisin kuoleman syy ja merkittävin invalideetin aiheuttaja aikuisiällä. Aivoverenkiertohäiriöillä on myös suuri kansantaloudellinen merkitys, koska pitkien sairaalajaksojen ja työkyvyttömyyden vuoksi se on kolmanneksi kallein tautiryhmämme. (Kauhanen 2015.) Tutkimuksen mukaan AVH-potilas käyttää ensimmäisen vuoden aikana sairastumisestaan keskimäärin terveydenhuollon resursseja 21300 € arvosta (Meretoja 2012). Sairauden varhaisella ja tehokkaalla hoidolla ja kuntoutuksella voidaan huomattavasti vähentää sairauden aiheuttamaa vammaisuutta ja laitoshoidon tarvetta sekä parantaa elämänlaatua (Kauhanen 2015).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä potilasopas toimintakykyä tukevasta toiminnasta aivoverenkiertohäiriö potilaille yhteistyössä Äänekosken terveyskeskussairaalan vuodeosaston henkilökunnan kanssa. Tavoitteena oli lisätä potilaiden toimintakykyä lisäämällä heidän tietojaan toimintakyvyn tukemisesta selkeillä ja konkreettisilla ohjeilla, joita oppaaseen sisällytetään. AVH-potilaille on olemassa paljon erilaista materiaalia ja tietoa, joita löytyy eri lähteistä. Kuitenkin selkeitä ja konkreettisia ohjeita toimintakyvyn tukemisesta on hankala löytää. Tämän vuoksi oli tarpeen, että monesta eri lähteestä löytyvät tiedot koottiin yhdeksi oppaaksi.

2 Toimintakyky

Toimintakyky käsittää ihmisen kaikki ruumiin tai kehon toiminnot, suoritukset ja osallistumisen (Pohjalainen & Saltychev 2015). Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (2016) määrittelee toimintakyvyn tarkoittavan ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä niistä jokapäiväisen elämän toiminnoista, jotka ovat hänelle itselleen merkityksellisiä ja välttämättömiä siinä ympäristössä, jossa hän elää esimerkiksi opiskelussa, työssä, vapaa-ajassa, harrastuksissa tai itsestä ja toisista huolehtimisessa. Toimintakyvyllä on hyvin keskeinen merkitys ihmisten hyvinvoinnissa. Hyvä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä niitä tukeva ympäristö auttavat ihmisiä voimaan hyvin, selviytymään arjessa, jaksamaan työelämässä ja löytämään paikkansa yhteiskunnassa. Toimintakykyä voidaan kuvailla tasapainotilana kykyjen,

elin- ja toimintaympäristön sekä omien tavoitteiden välillä. (Mitä toimintakyky on? 2016.) Tämä tasapainotila voi muuttua esimerkiksi jonkun sairauden tai vamman vuoksi (Pohjalainen & Saltychev 2015).

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. WHO:n yleiskokouksessa vuonna 2001, ICF hyväksyttiin kansainväliseksi standardiksi väestön toimintakyvyn edellytysten kuvaamiseen. ICD (International Classification of Diseases) taas määrittelee terveydentilan etiologisen viitekehyksen esimerkiksi vamman tai taudin. Yhdessä käytettynä ne täydentävät toisiaan. (Pohjalainen & Saltychev 2015.)

ICF-luokituksessa toimintakyky jaetaan kolmeen osa-alueeseen:

1. Ruumiin tai kehon rakenteet ja toiminnot
2. Suoritukset ja osallistuminen
3. Ympäristötekijät (Pohjalainen & Saltychev 2015.)

Luokituksessa huomioidaan koko tapahtumaketju, joka on johtanut muutokseen. Vamma tai sairaus kohdistuu ruumiin tai kehon rakenteisiin ja toimintoihin, joiden muutos taas aiheuttaa muutoksia suorituksessa, mikä taas vaikuttaa henkilön osallistumiseen. Koko ketju taas on riippuvainen henkilön yksilötekijöistä sekä ympäristötekijöistä. (Pohjalainen & Saltychev 2015.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) taas jakaa toimintakyvyn seuraavasti:

1. Fyysinen toimintakyky
2. Psyykinen toimintakyky
3. Kognitiivinen toimintakyky
4. Sosiaalinen toimintakyky (Toimintakyvyn ulottuvuudet 2015.)

Fyysinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen fyysisiä edellytyksiä selviytyä niistä tehtävistä, jotka ovat hänelle arjessa tärkeitä. Fyysinen toimintakyky on esimerkiksi ihmisen kyky liikkua tai liikuttaa itseään, aistitoiminnot, näkö ja kuulo. Tärkeitä elimistön fysiologisia ominaisuuksia fyysisen toimintakyvyn kannalta on muun muassa lihasvoima- ja kestävyys, kestävyyskunto, nivelten liikkuvuus, kehon asennon ja liikkeiden

hallinta, sekä näitä hallinnoivan keskushermoston toiminta. (Toimintakyvyn ulottuvuudet 2015.)

Psyykkinen toimintakyky taas tarkoittaa ihmisen voimavaroja, joiden avulla hän pystyy selviytymään arjen haasteista ja erilaisista kriisitilanteista. Se liittyy elämän hallintaan ja mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluu myös oma persoonallisuus ja selviytyminen sosiaalisen ympäristön haasteista. Psyykkinen toimintakyky on kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoa ja kykyä tuntea. Lisäksi se on kykyä suunnitella elämäänsä ja tehdä sitä koskevia ratkaisuja. Psyykkiseen toimintakykyyn liittyy lisäksi kyky kokea ja muodostaa käsityksiä omasta itsestä ja ympäröivästä maailmasta. (Toimintakyvyn ulottuvuudet 2015.)

Kognitiivinen toimintakyky käsittää muun muassa muistin, oppimisen, keskittymisen, tarkkaavuuden, hahmottamisen, orientaation, tiedon käsittelyn, ongelmien ratkaisun, toiminnanohjauksen ja kielellisen toiminnan. Kognitiivinen toimintakyky on tiedon käsittelyn eri osa-alueiden yhteistoimintaa, joka mahdollistaa selviytymisen arjessa. Kognitiivinen toimintakyky liitetään joissain määrittelyissä kuuluvaksi psyykkiseen toimintakykyyn. (Toimintakyvyn ulottuvuudet 2015.)

Sosiaalinen toimintakyky kattaa ihmisten vuorovaikutussuhteet sekä ihmisen aktiivisen osallistumisen ja toiminnan yhteiskunnassa. Sosiaalinen toimintakyky muodostuu yksilön ja sosiaalisen verkoston, ympäristön, yhteisön ja yhteiskunnan välisessä muuttuvassa vuorovaikutuksessa niiden tarjoamissa rajoissa. Sosiaalinen toimintakyky ilmenee erilaisissa vuorovaikutustilanteissa, rooleista suoriutumisenä, sosiaalisena aktiivisuutena sekä yhteyden ja osallisuuden kokemuksina. (Toimintakyvyn ulottuvuudet 2015.)

Tässä opinnäytetyössä toimintakykyä tullaan jatkossa tarkastelemaan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaisen määrittelyn pohjalta, johon kuuluvat fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky.

3 Aivoverenkiertohäiriöt (AVH)

Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu noin 12000 henkeä vuodessa, joista 2/3 on iäkkäitä. AVH on myös kolmanneksi yleisin kuolemansyy. AVH:n hoitoon kuluu kaikista eniten sairaalahoitovuorokausia kuin minkään muun sairauden. Ne heikentävät iäk-

käiden toimintakykyä äkillisesti ja johtavat usein ulkopuolisen avun tarpeeseen. Aivoverenkiertohäiriöt voidaan jakaa iskemiseen ja paikalliseen aivovaltimon verenvuotoon. (Viitanen 2016.) Iskeemiset aivoverenkiertohäiriöt voidaan jakaa edelleen ohimenevään iskemiseen kohtaukseen (TIA) ja aivoinfarktiin, joka taas jaetaan etiologiansa mukaan suurten suonten tautiin, pienten suonten tautiin ja sydänperäisiin embolioihin. Valtimovuodot jaetaan aivoverenvuotoon, jossa valtimovuoto tapahtuu aivoaineeseen, ja subaraknoidaalivuotoon eli vuoto tapahtuu lukinkalvon alaiseen tilaan (SAV). (Kaste ym. 2015.)

Aivoverenkiertohäiriöistä yli 80 % johtuu aivoinfarktista. Aivoinfarktin suurimpia riskitekijöitä ovat ikä, verenpainetauti, diabetes, korkea kolesteroli, tupakointi, aiemmin sairastetut aivoverenkiertohäiriöt ja muut verisuonisairaudet. Yleisimmin aivoinfarkti aiheuttaa äkillisen toispuolihalvauksen ja/tai tuntohäiriön sekä puheen tuottamisen häiriön. Oireena voi olla toispuolinen halvaus, näön ja silmien liikkeen häiriö, suun pielen roikkuminen, huimaus, nielemisvaikeus, motoristen toimintojen koordinaatiohäiriö, muistihäiriö tai sekavuus. (Roine 2013a.)

Yleisin syy aivoverenvuodolle on verenpainetauti, joka aiheuttaa muutoksia pienten aivoverisuonien seinämiin. Siksi verenpaineen hyvä hoito on keskeinen osa aivoverenvuodon ehkäisyssä. Aivoverenvuotojen ilmaantuvuus on vähentynyt viime vuosina hyvän hoidon ansiosta. Muita syitä aivoverenvuodolle ovat alkoholin runsaskäyttö, valtimo-laskimoepämuodostuma, amyloidi angiopatia, onteloiset verisuoniluomet ja pahanlaatuiset aivokasvaimet. Oireena esiintyy nopeasti kehittyvä toispuolihalvaus, johon voi liittyä tajunnantason heikkeneminen, oksentaminen tai tajuttomuuskouristuskohtaus. Neurologiset oireet ovat samanlaisia kuin aivoinfarktissa, riippuen vuodon paikasta ja määrästä. Pikkuaivojen verenvuodossa esiintyy huimausta, oksentelua, ataksiaa ja silmänliikehäiriöitä. Tajunnan tason lasku ja hengityspysähdys voivat kehittyä hyvinkin nopeasti myös vähäoireisilla potilailla. (Roine 2013b.)

TIA (transient ischemic attack) on lyhyt kestoinen neurologinen toimintahäiriö, joka johtuu paikallisesta aivojen tai verkkokalvon verenkiertohäiriöstä. Siihen liittyvät oireet kestävät yleensä alle tunnin, tavallisimmin 2-15 minuuttia. Jos oireet kestävät tunteja, on todennäköisesti kyseessä aivoinfarkti. Ensimmäisen TIAN jälkeen noin 10 %:lle potilaista kehittyy aivoinfarkti viikon kuluessa ja 10-20 %:lle 3 kuukauden kuluessa. (Roine 2016.) Yleisimpiä TIAN oireita ovat toisen puolen raaja ohimenevä heik-

kous, toisen kasvonpuoliskon alaosan halvausoire, toisen silmän näön hämärtyminen, vaikeus puhua tai ymmärtää puhetta sekä huimaus, johon liittyy kaksoiskuvat, nielemisvaikeutta tai vaikeutta muodostaa sanoja. (Atula 2015b.)

4 AVH:n vaikutukset toimintakykyyn

AVH on yleisin fyysistä vajaatoimintaa aiheuttava sairaus yli 60-vuotiailla. Noin 70-85 %:lla sairastuneista esiintyy toispuolihalvausta. (Kauhanen 2015.) Halvaus painottuu useimmiten yläraajoihin, koska verenkiertohäiriön tavallisin sijainti on arteria cerebri median suonitusalueella (Matikainen ym. 2004, 229). AVH aiheuttaa myös usein neuropsykologisia häiriöitä, joilla tarkoitetaan esimerkiksi vaikeuksia puheen tuottamisessa ja ymmärtämisessä, kirjoittamisessa, havainnoimisessa ja toimintojen ohjaamisessa. Lisäksi häiriöt jaotellaan niin sanottuihin yleisiin kognitiivisiin häiriöihin, joita ovat esimerkiksi henkisen tason lasku, oiretiedostamattomuus sekä muistin ja käyttäytymisen häiriöt. (Korpela, Leino, Sivenius, & Kallanranta 2008.) Aivoverenkiertohäiriön jälkeinen masennus on yleisin psyykinen ongelma ja sitä esiintyy eritutkimusten mukaan 20–65 %:lla sairastuneista (Kauhanen 2015).

Kielelliset häiriöt eli afasiat merkitsevät vaikeutta ymmärtää ja tuottaa puhuttua tai kirjoitettua kieltä. Syynä on yleensä vasemman aivopuoliskon alueella tapahtunut aivojen vaurioituminen. Afasia voi ilmetä monin eri tavoin ja vaihdella hyvin pienestä puhe- ja ymmärtämisvaikeudesta tilaan, jossa kaikki kielelliset toiminnot ovat huomattavasti vaikeutuneet. Puhe voi olla hyvin sujuvaa, mutta sanojen löytäminen voi tuottaa vaikeuksia. Toisaalta puhe voi olla hidasta ja työlästä, jolloin taas puheen ymmärtäminen on yleensä säilynyt paremmin. Puhetta voi joissakin tapauksissa tulla hyvinkin vuolaasti, mutta se sisältää paljon outoja tai vääriä sanoja. Tällöin usein potilaan puheen ymmärtämisessä on huomattavia vaikeuksia. Samanaikaisesti voi lisäksi myös muut aivohalvauksesta johtuvat toiminnan häiriöt vielä vaikeuttaa puheen tuottamista, kuten muistiongelmat ja puhe-elin vauriot. (Atula 2015a.)

Tahdonalaisten liikkeiden häiriöt eli apraksiat tarkoittavat vaikeutta suorittaa opittuja tahdonalaisia liikkeitä. Samaan aikaan kuitenkin automaattiset eleet toimivat kuten ennenkin. Apraksioita on erilaisia ja niitä esiintyy usein afasioiden yhteydessä. Apraksia ilmenee esimerkiksi käsien, kasvojen tai suun liikkeissä ja vaikuttaa näin potilaan

kykyyn ilmaista itseään puhumalla, elehtimällä tai osoittamalla. (Aivoliitto N.d.) Huomiotta jäämisen häiriöt eli neglect on tarkkaavuuden häiriö, jossa vaurion vastakkaisen kehonpuoliskon ja toimintatilan huomioiminen on puutteellista tai se ei onnistu ollenkaan. Tätä esiintyy yli 40 %:lla oikean aivopuoliskon verenkiertohäiriöön sairastuneilla. Neglect-häiriötä esiintyy myös vasemman aivopuoliskon verenkiertohäiriöissä, mutta huomattavasti harvemmin ja lievempänä. Neglect heikentää työ- ja toimintakykyä ja on esteenä autolla ajamiselle. (Jehkonen, Kettunen, Laihosalo, Saunamäki 2007.)

Muistihäiriöt eli amnesiat ovat yleisimpiä aivohäiriön oireita. Amnesia tarkoittaa täydellistä tai osittaista, tilapäistä tai pysyvää, etenevää tai samanlaisena pysyvää muistamattomuutta. (Hietanen 2013.) Muistihäiriötä voi esiintyä esimerkiksi vain joissain tietyissä asioissa ja ennen sairastumista tapahtuneet asiat taas ovat yleensä hyvin muistissa. (Aivoliitto N.d.) Havaintotoiminnan häiriöt eli agnosiat tarkoittavat vaikeutta tunnistaa ja tulkita aistinelimistä tulevaa tietoa, vaikka aistinelin toimii moitteettomasti. Havaintotoiminnan häiriöissä voi olla vaikeutta tunnistaa nähtyä (visuaalinen agnosia), kuultua (auditiivinen agnosia) tai kosketettua (somasensorinen agnosia). (Hietanen 2013.) Sairastunut ei välttämättä tunnista ystävän kasvoja tai ei osaa arvioida kuinka kaukana jokin esine on tai hän ei osaa enää esimerkiksi keittää kahvi. (Aivoliitto N.d.)

Oiretiedostuksen puutteellisuutta eli anosognosiaa esiintyy noin 30 %:lla aivoverenkiertohäiriö potilailla. Sairastunut ei tiedosta välttämättä ollenkaan sairautta ja sen aiheuttamia oireita. Anosognosia altistaa potilaan vaaratilanteille, heikentää sitoutumista kuntoutukseen ja hidastaa sitä, sekä ennustaa toimintakyvyn heikkoa palautumista. (Nurmi & Jehkonen 2015.) Dysartria eli motorinen puhehäiriö johtuu puhe- mekanismin lihaskontrollin häiriöstä. Syynä tähän on keskus- tai ääreishermoston häiriö, joka aiheuttaa puhelihasten halvauksen, heikkouden tai väärän koordinaation. (Saastamoinen 2010.) Dysartriaan voi liittyä erilaisia äänen tuoton, artikulaation, puhenopeuden ja hengityskontrollin ongelmia. Puhe voi olla epäselvää ja puuromaista. Dysartian yhteydessä voi esiintyä myös nielemisvaikeutta eli dysfagiaa. (Aivoliitto N.d.)

Dysfagiassa eli nielemishäiriössä ruoka ei etene suusta tai nielusta tai se tarttuu nielemisen jälkeen ruokatorveen (Mäkitie, Sihvo & Atula 2016). Usein nielemisvaikeudet

helpottavat pian akuutin AVH:n jälkeen, mutta joskus oireet voivat jäädä pitkäaikaisiksi. Lisäksi on olemassa niin sanottuja yleisluonteisia häiriöitä, jotka ilmenevät usein sairauden akuutissa vaiheessa. Ne vaikuttavat yleisluonteisesti kognitiiviseen toimintakykyyn, niitä ovat esimerkiksi väsymys, tarkkaavaisuuden ja keskittymisen heikentyminen ja prosessoinnin hitaus. (Aivoliitto N.d.)

Mielialan muutokset ovat tavallisia sairastumisen jälkeen. Sairastunut voi olla ahdistunut ja jännittynyt ja hänen mielialansa voi muuttua tiuhaan. Sureminen auttaa käsittelemään sairauden aiheuttamia menetyksiä, joskus kuitenkin masennus voi ottaa vallan. (Aivoliitto N.d.) Masennus on yleisin ja usein liian vähän huomioitu psyykinen ongelma AVH-potilailla. Masennus lievittyy usein ensimmäisen kahden vuoden aikana, mutta joillekin tilanteeseen sopeutuminen on vaikeampaa ja masennus voi jäädä pysyväksi. Kognitiiviset häiriöt monesti hidastavat masennuksesta toipumista ja taas toisaalta masennus voi heikentää kognitiivisia taitoja, kuten esimerkiksi muistia ja keskittymiskykyä. (Kauhanen 2015.)

5 Potilasohje

Ymmärrettävät ja potilaat huomioon ottavat kirjalliset hoito-ohjeet ovat tulleet yhä tärkeämmäksi osaksi hyvää hoitoa. Hoitoajat ovat lyhentyneet entiseen verrattuna ja aikaa suulliseen ohjaukseen on entistä vähemmän. Kirjalliset ohjeet tukevat suullista ohjausta ja toimivat potilaiden muistilistana. Lisäksi potilaat haluavat tietää enemmän sairauksistaan sekä omasta hoidostaan ja heiltä nykyään odotetaan entistä parempia itsehoitovalmiuksia. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7.)

Potilasohjeiden ensisijaisena tarkoituksena on vastata potilaan kysymyksiin ja toissijaisena tarkoituksena taas on välittää heille muita neuvoja tai ohjeita. On tutkittu, että tiedon saaminen mahdollistaa ja rohkaisee potilaita osallistumaan enemmän itseään koskeviin päätöksiin, sekä edistää heidän valmiuksiaan omaan hoitoon. Tämän lisäksi on tutkittu, että potilaiden sekä omaisten saama ohjaus vähentää sairautteen liittyvää ahdistusta ja pelkoa. Onnistuneen potilasohjauksen on todettu lyhentävän hoitoaikoja ja vähentävän potilaan sairaalakäyntejä. (Torkkola ym. 2002 15,24.)

Torkkolan ym. (2002) mukaan hyvän potilasohjeen tulisi puhutella potilasta. Ohjeen lukijan tulisi ymmärtää heti ensimmäisellä vilkaisulla, että ohje on tarkoitettu juuri

hänelle. Otsikon lisäksi ohjeen ensimmäisestä virkkeestä tulee ilmetä, mistä ohjeessa on kysymys. Ohjetta kirjoittaessa tulee miettiä teititelläkö vai sinutellaanko potilaita. Jos on epävarma, kannattaa aina teititellä. Te-sanaa suositellaan kirjoitettavan isolla, mutta pientäkin alkukirjainta voi käyttää. Ohjeessa ei myöskään sovi käyttää käskymuotoja, koska se antaa epäkohteliaan kuvan eikä se edistä hyvää ja luottamuksellista hoitosuhdetta. (Torkkola ym. 2002, 36, 37.)

Hyvässä potilasohjeessa kannattaa aloittaa ohje tärkeimmillä asioilla ja edetä siitä vähemmän tärkeisiin. Jos potilaat eivät jaksakaan lukea ohjetta loppuun, he saavat ohjeen alkuosasta kaikkein välttämättömimmän tiedon. (Torkkola ym. 2002, 39.) Hyvärinen (2005) mukaa tärkeysjärjestys on yleensä toimivin. Tällöin oppaaseen muodostuu juoni, jota lukija on helppo seurata. (Hyvärinen 2005.) Luettavuuden kannalta tärkeitä ovat otsikot ja väliotsikot. Otsikko herättää potilaan kiinnostuksen ja väliotsikot jakavat tekstin sopivan kokoihin paloihin. Väliotsikot auttavat lukijaa tekstissä eteenpäin ja saavat hänet lukemaan ohjeen loppuun. Näiden jälkeen yksi tärkeistä tekijöistä on kuvat. Hyvät tekstiä täydentävät ja selittävät kuvat lisäävät ohjeen luettavuutta, kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä. Ohjeessa ei kuitenkaan kannata käyttää kuvia vain kauniina tilanjakajina, vaan niillä pitää olla aina jokin tarkoitus. On myös tärkeää että, ohjeesta löytyvät yhteystiedot henkilöihin, jotka voivat antaa aiheesta lisätietoa ja vastata potilaan kysymyksiin. (Torkkola ym. 2002, 39-41, 44.)

Itse tekstin on hyvä olla kirjoitettu yleiskielellä, sillä vieraat termit etäännyttävät lukijan tutustakin asiasta. Jos asiasta on mahdotonta kirjoittaa ilman lääketieteellisiä termejä, tulee ne selittää tekstissä. (Hyvärinen 2005.) Tekstin tulee olla loogisesti etenevä ja kappalejaon selkeä. Ohjetta kirjoitettaessa tulee ottaa huomioon marginaalit, kirjasinkoko ja riviväli, jotta teksti on ilmavaa ja helppolukuista. Esimerkiksi 12 pisteen fontilla sopiva riviväli olisi puolitoista. Ohjeen voi asetella joko vaakaan tai pystyyn, usein monisivuisissa käytetään enemmän vaakamallia. Potilasohjeissa käytetään usein kahta palstaa, jolloin vasemman puoleinen on kapea otsikkopalsta ja oikea palsta on varsinainen leipäteksti, joka on noin 2/3 sivun leveydestä. Hyvä ulkoasu palvelee ohjeen sisältöä, houkuttelee lukemaan ja parantaa tekstin ymmärrettävyyttä. (Torkkola ym. 2002, 44, 53, 56-58.)

Potilasohjeelle ei ole olemassa mitään suosituspituutta. Usein kuitenkin lyhyempi teksti voi olla lukijalle mukavampi. Ohjeeseen ei kannata laittaa liian yksityiskohtaisia

tietoja, sillä ne voivat ahdistaa ja sekoittaa lukijaa. Lisätietoja aiheesta voi tarjota esimerkiksi oppaan lopussa olevan kirjallisuusosion alla. Kun teksti julkaistaan myös Internetissä, on virkkeiden ja kappaleiden lyhydestä huolehdittava vielä tarkemmin, jotta tekstiä on helppo lukea. (Hyvärinen 2005.)

6 Tarkoitus, tavoitteet ja tuotokset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä potilasopas toimintakykyä tukevasta toiminnasta aivoverenkiertohäiriöpotilaille. Työn tilaaja oli Äänekosken terveyskeskussairaalan vuodeosaston henkilökunta. Tavoitteena oli tiedon välityksellä pyrkiä lisäämään AVH-potilaiden toimintakykyä selkeiden ja konkreettisten ohjeiden avulla. Oppaasta hyötyvät myös omaiset, jotka saavat vinkkejä kuinka voivat omalla toiminnallaan tukea läheisensä toimintakykyä. Lisäksi hoitajat voivat saada oppaasta inspiraatiota omaan toimintaansa.

7 Opinnäytetyön toteuttaminen

Työn toteutus tapahtui kevään 2017 aikana. Tuolloin syvennettiin tiedonhakua aiheesta ja koottiin yhteen eri lähteistä saadut tulokset. Näitä tuloksia analysoimalla saatiin tarvittavat tiedot oppaan sisältöön. Kun sisältö oli saatu hahmoteltua, täytyi pohtia kuinka oppaasta saadaan selkeä ja käyttäjälleen sopiva, käyttäen taustaineistoa hyvästä potilasoppaasta. Opinnäytetyön raportti ja opas saatiin valmiiksi syyskuun loppuun mennessä.

7.1 Opinnäytetyön tilaaja

Opas on tarkoitettu Äänekosken terveyskeskussairaalan vuodeosaston aivoverenkiertohäiriöpotilaille. Terveyskeskussairaalassa on 40 vuodepaikkaa. Osastolla hoidetaan lyhytaikaisia sairaalahoitoa tarvitsevia, kuntoutuvia- sekä saattopotilaita. Hoitotyötä osastolla toteutetaan kolmessa tiimissä potilaan voimavaroista lähtevällä, toimintakykyä ylläpitävällä ja kuntouttavalla työotteella. (Terveyskeskussairaala N.d.)

7.2 Menetelmät

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta, jonka tietoperustana on käytetty tutkimuksia, suosituksia ja ohjeistuksia AVH-potilaiden kuntoutuksesta ja toimintakyvyn edistämisestä. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kirjallisuuskatsaus, koska tutkijoita oli vain yksi ja työhön ei ollut välttämätöntä löytää kaikkea materiaalia, jota aiheesta oli tehty. (Lehtiö & Johansson 2016, 35). Kirjallisuuskatsauksen avulla pystytään muodostamaan kokonaiskuva tietystä asiakokonaisuudesta tai aihealueesta. Kirjallisuuskatsauksen tulee pohjautua aihealueen kattavaan tuntemukseen sekä ilmiön ajassa kehittymisen tuntemiseen. Aivan kuten tutkimuksenkin, tulee kirjallisuuskatsauksen olla toistettavissa. (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7.)

Tavoitteena oli tehdä kattava tiedonhaku siitä, miten AVH vaikuttaa toimintakykyyn sekä pyrkiä löytämään keinoja, joilla toimintakykyä pystytään ylläpitämään. Opinnäytetyössä pyrittiin hyödyntämään aiempia tutkimuksia ja selvityksiä AVH-potilaiden toimintakyvyn tukemisesta. Tietoa haettiin suomalaisista ja englanninkielisistä artikkelitietokannoista kuten Cinahl, Medic, Aleks ja PubMed. Lisäksi hyödynnettiin Duodecimin tietokantoja ja oppikirjoja sekä Käypä hoito -suosituksia. Näiden lisäksi tutustuttiin kirjaston tarjontaan ja etsitään sieltä aihetta käsittelevää kirjallisuutta. Näistä lähteistä etsittiin julkaisuja, jota täyttivät vaaditut mukaanotto kriteerit (Taulukko 1.). Kaikissa tietokannoissa, joissa rajausta pystyttiin asettamaan, käytettiin vuotta 2010 takarajana. Lisäksi hakua rajattiin tekstin saatavuuden mukaan niin, että mukaan hyväksyttiin ainoastaan ilmaiset ja kokonaiset artikkelit. (Taulukko 2.)

Taulukko 1. Mukaanotto kriteerit

Mukaanotto kriteerit	
Julkaisuvuosi 2010-2017	Liittyy tutkittavaan aiheeseen
Suomen- tai englanninkielinen	Koko teksti saatavilla
Tieteellinen tutkimus, artikkeli tai kirja	Ilmainen JAMKin opiskelijoille

Koska aineisto jäi näiden rajausten johdosta suppeaksi, käytettiin myös manuaalista tiedonhakua. Kun huomattiin, että tiedonhaun ulkopuolelle jää vuosirajauksen joh-

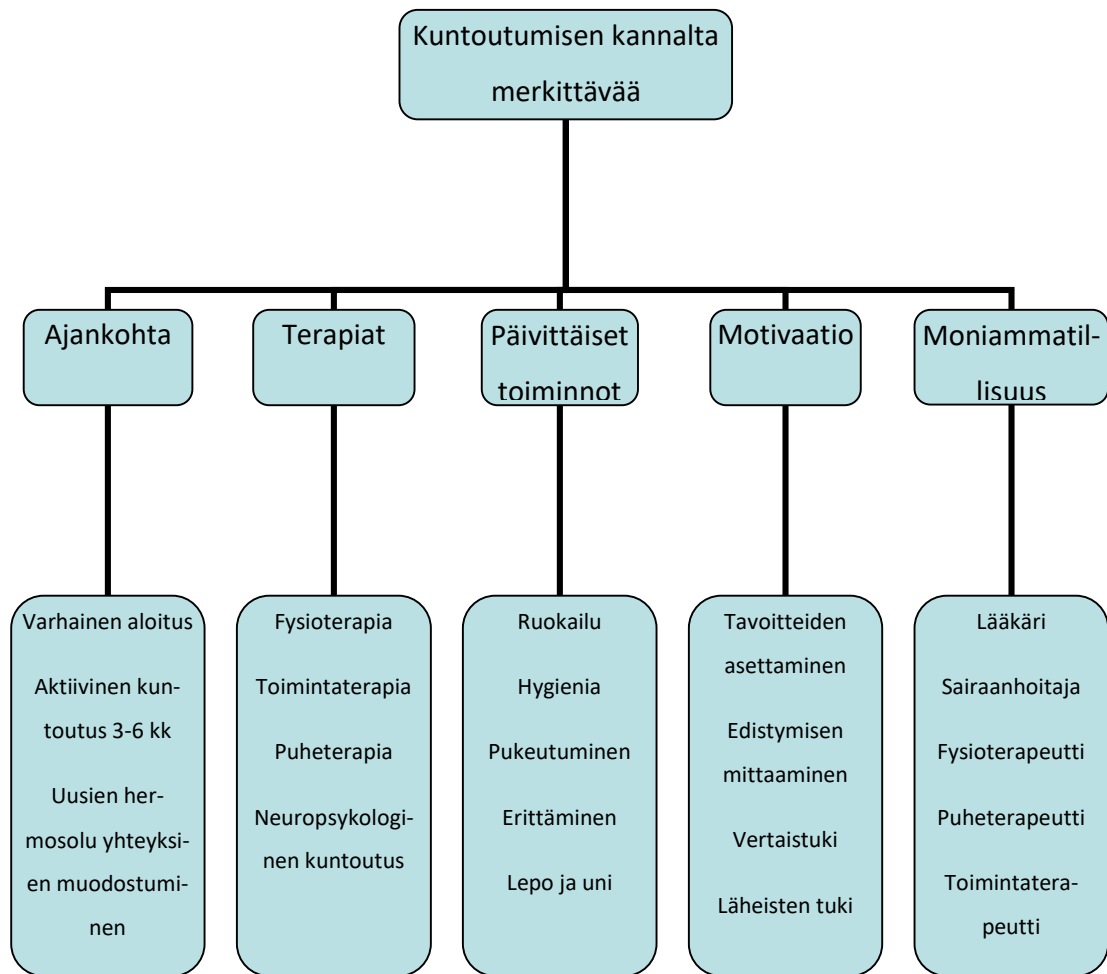
dosta oleellista tietoa, otettiin tutkimukseen mukaan myös vuotta 2010 vanhempaa aineistoa. Tiedonhaun tulokseksi saatiin lopulta 4 tutkimusta ja 8 artikkelia. Lisäksi aineistoksi valittiin 4 kirjaa (Liite 2.).

Taulukko 2. Tietokantahaun tuloksia

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulos	Otsikon perusteella valitut	Lopulliset
Terveysportti	AVH AND toimintakyky	-	71	9	1
	AVH AND kuntoutus	-	96	17	2
	AVH	-	432	28	2
	AVH AND masennus	-	75	6	1
Medic	aivo* AND toimintaky*	Vain koko teksti, 2010-2017	20	2	1
	aivo* AND kuntoutu*	Vain koko teksti, 2010-2017	71	13	1
	Stroke AND rehabilitation	Vain koko teksti, 2010-2017	14	4	1
Janet	Aivoverenkiertohäiriö AND Toimintakyky	-	18	2	0
	Toimintakyky	Kirja, 2010-2017	160	4	1
	Neurologinen hoitotyö	Kirja	9	2	1
	Sisätautien hoitotyö	Kirja	10	2	1

Eri lähteistä saatua tietoa analysoimalla pyrittiin löytämään keskeisimmät asiat, jotka koottiin oppaaseen. Tulosten analysointimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Sisältöanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavaa asiaa voidaan kuvailla yleistävästi ja lyhyesti tai, että asioiden suhteet saadaan selkeästi esille. Tällä menetelmällä voidaan analysoida niin kirjoitettua, kuin suullista kommunikaatiota sekä tarkastella asioiden ja tapahtumien seurauksia, aikomuksia, merkityksiä ja niiden välisiä yhteyksiä. Sisältöanalyysissä tarkastellaan aineistoista nousevia merkityksiä, tarkoituksia, seurauksia sekä yhteyksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21, 23.)

Pelkistäminen on aineistolähtöisen sisältöanalyysin ensimmäinen vaihe, jossa aineistosta löytyvät vastaukset eli pelkistetyt ilmaisut kirjoitetaan aineiston termein. Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään eli yhdistetään samaa tarkoittavat asiat yhdeksi luokaksi ja niille annetaan sisältöä kuvaava nimi. Kolmannessa vaiheessa samansisältöisiä luokkia yhdistetään yläluokiksi, tätä kutsutaan aineiston abstraktoinniksi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26-29.) Aineistoa lukiessa nousi esiin aiheita, jotka liittyivät jollain tapaa toisiinsa. Tulostettua tutkimukset ja artikkelit paperille, oli tekstistä helppo alleviivata samaan aihepiiriin liittyvät asiat tietyllä värillä. Kun aineisto oli jaettua eri luokkiin, pystyttiin siitä helposti poimimaan asiat, jotka liittyvät tiettyyn aihealueeseen ja näin muodostamaan aiheesta ehjän kokonaisuus (Kuvio 1).



Kuvio 1. Aineiston ryhmittely

Oppaasta oli tarkoitus saada käyttäjälleen mahdollisimman selkeä ja konkreettinen. Opasta tehdessä tuli ottaa huomioon myös AVH:n aiheuttamat toimintakyvyn vaja-
uudet, jotta opas olisi lukijalleen helppokäyttöinen. Tekstin tuli olla selkeä ja helppo-
lukuinen. Lisäksi oppaaseen oli alkuperäisenä tarkoituksena lisätä kuvia, mutta ne
päädyttiin jättämään pois, jottei oppaasta tulisi liian pitkä. Oppaasta oli tarkoitus
tehdä sähköisen version, jonka voi halutessaan tulostaa paperiversioksi. Opasta oli
tarkoitus testata muutamilla potilailla ennen lopullista versiota, jotta nähtäisiin onko
se toimiva, mutta testausvaiheessa ei ollut saatavilla ketään potilasta, joka olisi voi-
nut arvioida sitä käytännössä. Palautetta oppaasta ja opinnäytetyöstä pyydettiin työn
valmistuttua myös tilaajilta.

8 Tutkimuksen tulokset

Tutkimusaineistosta kävi ilmi, että kuntoutujalla itsellään on suuri rooli kuntoutumisessa tapahtuvan edistymisen kannalta. Tärkeää on myös asettaa tavoitteet varhaisessa vaiheessa, jotta kaikki pystyvät työskentelemään niiden eteen. Potilaan kuntoutumisen perusta on jokapäiväisissä arkisissa toiminnoissa, joten kuntoutustoimenpiteet tulee kohdentaa niihin. AVH-potilaiden kuntoutumista pystytään tukemaan tarpeen vaatiessa myös erilaisten terapioiden avulla.

8.1 Kuntoutumisen edellytykset

Varhain aloitetulla tehokkaalla kuntoutuksella on suuri merkitys aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden toimintakyvyn paranemiselle (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 257; Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2009, 104; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 330; Sivenius, Puurunen, Tarkkala & Jolkkonen 2002). Toipumisen on todettu olevan nopeinta tapauksesta riippuen ensimmäisien 3-6 kk aikana AVH:öön sairastumisesta (Riekkinen 2016). Ensimmäiset kuukaudet sairastumisen jälkeen ovat kuntoutumisen kannalta otollisimpia ja AVH-potilaiden on todettu hyötyvän kuntoutuksesta riippumatta iästä, sukupuolesta tai infarktin vaikeusasteesta. Kuntoutumista edistävä asentohoito tulee aloittamaan heti, jotta ehkäistään vartalon ja raajojen toimintahäiriöt riittävän ajoissa. Aktiivinen kuntoutus taas aloitetaan, kun potilaan tila on riittävän vakaa. Viikon kuluessa sairastumisesta aloitetulla kuntoutuksella on selvästi parempi vaikutus toimintakykyyn, kuin myöhemmin aloitetulla. (Aivoinfarkti ja TIA 2016.) Aktiivista kuntoutusta tulee jatkaa niin kauan kuin kuntoutumisessa tapahtuu edistystä, minkä jälkeen siirrytään toimintakykyä ylläpitävään kuntoutukseen (Rissanen ym. 2008, 259; Holmia ym. 2004, 330).

Aivoinfarktin jälkeen kuntoutuksessa hermosolut muodostavat uusia hermosoluyhteyksiä tai muovaavat jo olemassa olevia, joilla pystytään kompensoimaan vaurion aiheuttamaa puutosta. Jotta uusia hermoverkkoja syntyisi, on edellytyksenä, että niitä harjoitetaan ja opetetaan aktiivisesti. (Sihvonen, Leo, Särkämö ja Soinila 2014; Sivenius ym. 2002.) Kuntoutumisen on todettu olevan tehokkaampaa moniammatillisissa aivohalvauksiin erikoistuneissa kuntoutusyksiköissä kuin tavanomaisilla vuodeosastoilla (Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2009, 106; Sivenius ym. 2002).

Kuntoutusyksiköissä hoitoajat ovat lyhyempiä ja potilaat voidaan kotiuttaa useammin suoraan. Lisäksi heidän motoriikan ja päivittäisten toimintojen tasonsa on tutkitusti parempi. (Aivoinfarkti ja TIA 2016; Sivenius ym. 2002.) Moniammatilliseen tiimiin tulisi kuulua lääkäri, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, fysio-, toiminta- ja puheterapeutti, neuropsykologi, AVH-yhdyshenkilö sekä kuntoutusohjaaja (Aivoinfarkti ja TIA 2016). Moniammatillisessa kuntoutusyksikössä annettu hoito lisää alkuvaiheessa kustannuksia, mutta maksaa itsensä takaisin, kun potilas tarvitsee jatkossa vähemmän apua ja laitoshoidoa. Kuntouttavaa työtettä tulee käyttää kaikessa hoitotyössä läpi hoitoketjun. (Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2009, 104, 106.)

Kuntoutumisen onnistumiseen vaaditaan kuntoutujalta motivaatiota, omien kykyjen tunnistamista sekä ympäristöltä muutosta tukevia mahdollisuuksia (Autti-Rämö, Mikkelsen, Lappalainen, Leino 2016, 56). Kuntoutuksessa toistojen, kuntoutusjaksojen lukumäärä sekä harjoitteluun käytetty kokonaisaika ovat keskeisessä asemassa (Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2009, 104). Laaksosen (2012) mukaan kuntoutuksen tulee olla riittävän haastavaa, jotta aivoissa tapahtuu uudelleen järjestäytymistä. Tämän vuoksi potilaan oma motivaatio ja työskentely kuntoutumisen eteen ovat merkittäviä. Ilman rasittavia ponnisteluja ei ole odotettavissa myöskään hyviä tuloksia. (Sivenius ym. 2002.)

Tavoitteet on syytä asettaa varhaisessa vaiheessa, jotta kaikki kuntoutujan hoitoon tai kuntoutukseen osallistuvat osaavat toimia yhdenmukaisesti. On tärkeää, että potilas pääsee itse osallistumaan kuntoutussuunnitelman ja tavoitteiden laadintaan. Potilaan on helpompaa sitoutua kuntoutuksen, kun tavoitteet ovat hänelle itselleen merkityksellisiä. (Autti-Rämö ym. 2016, 64.) Potilaan ja hänen läheistensä mukanaolo lisää potilaan motivaatiota kuntoutumiseen, kun hänen kokemuksensa ja mielipiteensä otetaan huomioon. Uudelleen oppimisen perusta on potilaan jokapäiväisessä elämässä ja arkipäivän rutiineissa, jotka on hyvä huomioida kuntoutussuunnitelmaa tehdessä. Kuntoutuja oppii näin tuntemaan vamman vaikutukset elämäänsä ja hän oppii käyttämään voimavarojaan sekä löytämään uusia toimintatapoja. (Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2009, 108.)

Edistymistä on myös muistettava seurata, jotta AVH-potilas pystyisi paremmin saavuttamaan tavoitteensa, esimerkiksi erilaisten mittareiden avulla. AVH-potilailla on paljon käytetty FIM (Functional Independence Measurement) -mittaria sekä Barthe-

lin indeksiä mittaamaan kuntoutuksen vaikuttavuutta (Rissanen ym. 2008, 268). FIM on toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari, joka on tutkitusti luotettava ja tarpeeksi herkkä mittaamaan AVH-potilaan toimintakykyä ja toimintakyvyn muutoksia akuutissa, subakuutissa sekä kroonisessa vaiheessa (Seppänen 2013, 43). Barthelin indeksi taas on FIM-mittaria vanhempi sekä yksinkertaisempi, lyhyempi ja nopeampi käyttää (Rissanen ym. 2008, 268). Mittarit auttavat kuntoutussuunnitelmien laadinnassa ja sen toteutuksen seurannassa. Toimintakyvyn mittaamisen on tutkittu tuovan tehokkuutta hoitoon sekä kuntoutukseen, mikä puolestaan näkyy lyhempinä hoitoaikoina, parantuneena toimintakyynä, vähempänä vammaisuutena ja parempana elämänlaatuna. FIM-mittarilla pystytään havaitsemaan myös nopeasti toimintakyvyssä tapahtuvat negatiiviset muutokset, joten kuntoutus ja hoitotoimenpiteet pystytään näin helposti kohdentamaan oikeaan toimintakyvyn osa-alueeseen. (Seppänen 2013, 37,39.)

Siveniuksen ym. (2002) mukaan AVH-potilaat voisivat hyötyä virikkeellisestä ympäristöstä. Erilaisia tutkimuksia aiheesta on tehty eläinkokein, joissa virikkeellisen ympäristön on havaittu muokkaavan aivoja, esimerkiksi aivokuoren paksuuden sekä aivojen koko on huomattu kasvavan. Lisäksi on saatu tuloksia, että virikkeellisessä ympäristössä eläimet ovat toipuneet paremmin erilaisista aivovaurioista. Tämän vuoksi olisi tärkeää, että potilaat pidetään aktiivisina ja heitä kannustetaan kuntoutumaan. Ihanteellisen kuntoutuksen tulisi sisältää paljon virikkeitä, sosiaalista kanssakäymistä sekä mielekästä ja monipuolista kuntouttavaa toimintaa. (Sivenius ym. 2002.) Musiikin vaikutusta AVH-potilaiden kuntoutumiseen on myös tutkittu viime vuosina. Musiikin kuuntelun lisääminen tavanomaiseen kuntoutukseen on todettu tehostavan motoriikan säätelyä ja nopeuttavan aivohalvauksen jälkeisen puhehäiriön ja kognitiivisten vaurioiden paranemista. Tutkimusten mukaan musiikki tehostaa potilaiden kuntoutumista parantamalla keskittymiskykyä, muistia, motoriikan säätelyä, puhehäiriöstä toipumista sekä vähentämällä ahdistuneisuutta ja sekavuutta. Musiikin kuuntelun on todettu vaikuttavan aivojen rakenteeseen lisäämällä harmaan aineen ja hermoratojen tilavuutta. Aivotapahtuman jälkeen aloitetun musiikin kuuntelun positiiviset vaikutukset näkyvät vielä kuuden kuukauden kuluttua sairastumisesta. (Sihvonen ym. 2014)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen on suuri muutos ihmisen elämässä ja vaikuttaa suuresti potilaan läheisiin. Sairastuneen voinnissa ja toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset voivat hämmentää omaisia ja onkin tärkeää, että hoitaja antaa heille tietoa ja tukea. Heille on hyvä kertoa siitä, kuinka he voivat tukea läheistään kuntoutumisessa. (Holmia ym. 2004, 309.) On tutkittu, että sosiaalisen verkoston tuki on merkittävässä asemassa potilaiden selviytymisen kannalta. Lisäksi sosiaalisen ja fyysisen ympäristön säilyminen entisellään auttaa AVH potilaita sopeutumaan tilanteeseen helpommin. (Kuokkanen 2009, 37, 40-41.) On myös saatu tutkimustuloksia ryhmäkuntoutuksesta, jossa toimintakyvyn ja elämänlaadun muutokset ovat olleet suurempia ja kestävämpiä kuin yksilökuntoutuksessa. Tulokseen on todennäköisesti osittain vaikuttanut kuntoutujien toisiltaan saama vertaistuki. (Leppikangas 2012, 58.)

Tunne-elämän vaihtelu ovat yleisiä aivoverenkiertohäiriöiden jälkeen. Eri tutkimusten mukaan masennusta esiintyy 20-65 %:lla sairastuneista (Kauhanen 2015, Rissanen ym. 2008, 258). AVH:n jälkeisen masennuksen on todettu olevan alidiagnosoitua ja alihoidettua (Aivoinfarkti ja TIA 2016). Psykkisiin oireisiin vaikuttaa aivojen toimintahäiriön paikka ja laajuus, sairastuneen persoonallisuus, sekä erilaiset psykososiaaliset ja elämäntilanteeseen liittyvät tekijät. Kuntoutuksen ja sopeutumisvalmennuksen avulla potilas toipuu, sekä pystyy hyväksymään vajavuutensa ja kohdistamaan toimintansa sellaisiin asioihin, joissa ei ole ylitsepääsemätöntä vaikeutta. Tutkimusten mukaan masennus huonontaa merkittävästi elämän laatua ja vaikeuttaa kuntoutumista. (Huttunen 2015.) On huomattu, että mitä vaikeampi on häiriön aiheuttama päivittäisten toimintojen sekä neurologinen haitta, sitä useammin potilaalla esiintyy masentuneisuutta (Rissanen 2008, 255). Vaikeissa tapauksissa tarvitaan usein masennuslääkitystä, mutta lievemmissä tapauksissa psykoterapiasta on usein apua (Huttunen 2015).

8.2 Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ihmisen toimintakyvystä puhuttaessa tarkoitetaan yleensä kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista (Holmia ym. 2004, 307). Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen on yleisnimitys, joka käsittää perustoiminnoista ja asioiden hoidosta selviytymisen (Rissanen ym. 2008, 255). Potilaan toimintakyky arvioidaan akuutissa vaiheessa kolme vuorokautta sairaallaan tulosta ja sen jälkeen

viikoittain hoitajakson aikana. Toimintakyvyn arvioinnissa voidaan käyttää esimerkiksi FIM-mittaria. Tämän toimintakyvyn arvioinnin pohjalta laaditaan yksilöllinen hoitotyön ja kuntoutuksen suunnitelma päivittäisistä toiminnoista selviytymiseksi. (Holmia ym. 2004, 307.)

Potilaan kuntoutus aloitetaan ensimmäisinä hoitopäivinä. Se ei pidä sisällään mitään erillisiä toimintoja, vaan kytkeytyy päivittäiseen hoitotyöhön potilaan omatoimisuutta tukevana työtapana. Potilaan yleistilan ja jaksamisen mukaan kuntoutukseen aletaan mukaan liittää fysio-, toiminta- ja puheterapiaa sekä neuropsykologista kuntoutusta. On tärkeää, että potilas, hänen läheisensä sekä häntä hoitavat hoitajat tuntevat kuntoutuksen periaatteet ja tavoitteet, jotta kaikki osaavat toimia niiden saavuttamiseksi. Se mistä potilas suoriutuu itse, on lähtökohtana potilaan auttamiselle. On tärkeää, että potilas säilyttää terveenä säilyneen toimintakyvyn samanlaisena kuin se on aikaisemmin ollut. (Holmia ym. 2004, 308,309.)

Hoitotyön tarkoituksena on, että potilas osallistuu aktiivisesti omaan hoitoonsa ja tavoitteena on mahdollisimman omatoiminen potilas. Potilaan ohjaaminen päivittäisissä toiminnoissa on jatkuvaa kuntouttavaa toimintaa. Kun potilaan yleiskunto ja suorituskunto kasvaa hän motivoituu ja sitoutuu kuntoutukseen paremmin. (Holmia ym. 2004, 315.)

8.2.1 Hygienia

Hygieniasta huolehtiminen on hyvin henkilökohtainen asia ja ihmisillä on hyvin yksilöllisiä tapoja huolehtia siitä. Aikuisesta toisen pestäväksi ja puettavaksi joutuminen voi tuntua hyvin oudolta. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 195.) Potilaan ollessa vuoteessa tulee häntä aktivoida pesuissa voinnin mukaan. Potilas voi esimerkiksi pestä omat kasvonsa sekä kykynsä mukaan muita kehon alueista. Näin potilas saa aistiärsykeitä ja tuntumaa omaan kehoonsa. Potilasta tulee ohjata kääntymään vuoteessaan pesujen ja vaatteiden vaihdon aikana. Asentoa vaihtaessa verenkierto elpyy ja potilas pystyy tunnustelemaan, kuinka hänen kehonsa toimii tällaisessa tilanteessa. (Holmia ym. 2004, 315.)

Kun potilas on toipunut niin, että hän pystyy istumaan, autetaan hänet peseytymään pesualtaan luo. Tärkeää on, että istuma-asento on turvallinen ja tukeva. Potilas osal-

listuu riisuutumiseen, pesemiseen, kuivaamiseen ja pukeutumiseen niin paljon kuin hän kykenee. Kun taas potilas pystyy lähtemään suihkuun, häntä ohjataan ottamaan peseytymisvälineet, puhtaat vaatteet sekä tukevat kengät mukaan. Jos potilaan peseytyminen ei ole turvallista seisten, ohjataan hänet istumaan suihkutuoliin. Reikätuoli ei ole hyvä, koska se vaikeuttaa asennon pysymistä tasapainossa. Jos halvaantuneella puolella on yhtään toimintakykyä jäljellä, kannattavat pesuvälineet asettaa sille puolelle, jotta halvaantunut puoli saa harjoitusta. Pesu on hyvä tehdä ilman pesulappuja, koska kädellä koskettamalla potilas tulee tietoiseksi omasta kehostaan. (Holmia ym. 2004, 315.)

8.2.2 Pukeutuminen ja riisuutuminen

Potilas voi sairaalassa käyttää halutessaan omia vaatteitaan, mikä tukee häntä itsenäisyyteen ja suunnitelmallisuuteen (Holmia ym. 2004, 316). On tehty tutkimuksia, joiden mukaan omat vaatteet ovat potilaalle merkityksellisiä ja ne tuovat mielihyvää. Lisäksi ne vahvistavat sukupuoliisuutta ja omaa identiteettiä. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 201.) Omien vaatteiden käytön on todettu tukevan myös virtsarakon hallintaa niillä, joilla siinä on ollut vaikeuksia. (Holmia ym. 2004, 316.)

Potilasta ohjataan pukeutumaan ja riisumaan heti kun hänen vointinsa on tasaantunut. Vaatteiden vaihto onnistuu parhaiten tukevassa käsinojattomassa tuolissa, jossa istuma-asento on tukeva ja tasapainoinen. (Holmia ym. 2004, 316.) Vaatteiden tulee olla tarkoituksen mukaisia ja mukavia. Vaatteiksi kannattaa valita joustavia ja hiositamattomia materiaaleja, jotka on helppo pukea. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 201.) Kunkin vaatteen pukemiseen on olemassa potilasta helpottavia tapoja (Liite 1).

8.2.3 Ruokailu

Ruokailussa AVH potilailla on yleensä paljon hankaluutta. Tavoitteena kuitenkin on, että potilas syö omatoimisesti ja käyttää myös halvaantunutta kättään. Potilaan tulee pystyä pureskelemaan, nielemään sekä hallitsemaan poskiensa, huuliensa ja kielensä liikkeit. Vain yrittämällä itse potilas voi saavuttaa omatoimisuuden ruokailussa ja hoitajan tulee kannustaa häntä yrittämään. (Holmia ym. 2004, 324.) Ruokailu ympäristö tulee järjestää viihtyisäksi huolehtimalla huoneilman raikkaudesta. Potilaalle tulee lisäksi järjestää mahdollisuus ruokailla halutessaan muiden seurassa. Jotta ruo-

kailutilanne olisi miellyttävä, tulee potilaalla olla silmälasit, hammasproteesit ja kuu-
lokoje paikallaan, mikäli hän niitä tarvitsee ruokailun aikana. (Rautava-Nurmi ym.
2015, 254.)

On tärkeää, että potilaalla on hyvä ja tukeva istuma-asento, jotta hän pystyy syö-
mään itsenäisesti. Pöydän ääressä potilaan asennon tulee olla symmetrinen ja hiukan
eteenpäin kallistunut sekä molemmat kädet pöydällä ja pää taivutettuna eteenpäin.
Juomisessa ohutreunainen juomalasi on paras vaihtoehto, jotta potilaan suu pystyy
toimimaan normaalisti. Nokkamukia tai pillin käyttöä ei suositella, koska suuhun tu-
levan nesteen määrää on vaikea arvioida etukäteen. Syömistä voi helpottaa apuväli-
neillä, kuten lautasen liukumisesteellä ja paksuvartisilla ruokailuvälineillä. Ruoka-
annokset tulee asetella kauniisti esille. Jos potilaalla on hahmottamisvaikeuksia, voi
olla helpompaa, että lautasella on vain yksi ruokalaji kerrallaan. (Holmia ym.
2004,324.)

Aterian päätteeksi on tärkeää huolehtia suuhygieniasta. Erityisesti silloin, jos potilas
ei hallitse kielen liikkeitä, poskilihaksia tai suun tunto on häiriintynyt. Potilaalla voi
olla nielemis- tai sylkemisvaikeuksia ja suuhun jää helposti ruokaa, joka voi aiheuttaa
aspiraatiovaaran. Nielun toimintahäiriöistä johtuen voi tapahtua hiljaista aspiraatiota
heti ruokailun jälkeen. Tämän vuoksi on hyvä, että potilas olisi istuma-asennossa 15 -
30 minuuttia ruokailun jälkeen. (Holmia ym. 2004, 324-325.)

8.2.4 Erittäminen

AVH potilailla voi olla vaikeuksia sekä virtaamisessa, että ulostamisessa. Liikuntaky-
vyn heikentyminen tai puuttuminen aiheuttaa niin suolen, kuin rakon toiminnan häi-
riöitä. Potilas voi nauttia liian vähän nestettä tai neste ja ravinto voivat olla erilaista
mihin on normaalioloissa tottunut. Sairaus voi aiheuttaa virtsan ja ulosteen pidätys-
kyvyn heikkenemistä tai rakon tyhjenemisongelmia sekä ummetusta. Tavoitteena
olisi, että potilaan virtsaaminen ja ulostaminen tapahtuisivat mahdollisimman nor-
maalisti, kun vain potilaan vointi sen sallii. Ennuste rakon ja suolen hallinnan ongel-
missa on yleensä hyvä. Omatoiminen eritystoiminnoista suoriutuminen lisää potilaan
itsenäisyyttä ja kasvattaa itsetuntoa. (Holmia ym. 2004, 319.)

Virtsarakon toiminnan hallintaa pystyy harjoittelemaan. Aluksi potilasta ohjataan virtsaamaan riittävän usein. Tavoitteena on, että virtsaamisen tarpeen normaali rytmistö löytyy vähitellen. (Holmia ym. 2004, 320.) Virtsaaminen on hyvin intiimi tilanne, joten potilaan olisi aina hyvä päästä WC:hen, jos vain mahdollista. Alusastiaa tai portatiivia käytettäessä tulee potilaalle järjestää yksityinen ja rauhallinen tila. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 277.) Liikkumiskykyisen potilaan on hyvä käydä vessa noin 2-3 tunnin välein ja aina ennen hoito- ja terapiatapahtumia. Potilaan omien vaatteiden käytön on todettu lisäävän rakon hallintaa. Potilas voi lisäksi pitää virtsaamispäiväkirjaa, mikä antaa potilaalle kuvan edistymisestään ja kannustaa jatkamaan harjoittelua. Potilaiden hyvä muistaa juoda nesteitä 2-3 litraa vuorokaudessa, ellei lääkäri ole toisin määrännyt. Nesteiden juominen kannattaa ajoittaa päivälle, ettei yöni häiriinny virtsaamisen takia. (Holmia ym. 2004, 320.)

Ulostamisen pidättämiskyvyttömyys tai ummetus on hyvin tavanomaisia vaivoja AVH-potilailla. Pidätyskyvyttömyyteen voi vaikuttaa moni seikka, joten jokaisen potilaan kohdalla se hoidetaan yksilöllisesti. Potilasta ohjataan harjoittelemaan peräsuolen sulkijalihaksen hallintaa ja näin vähentämään ulosteen karkailua. Vähitellen potilas pystyy kokonaan estämään karkailun ja pidentämään ulostamiskertojen väliä. Potilasta tuetaan noudattamaan omaa aikaisempaa ulostamisrytmiään, jotta suoli tottuu säännöllisyyteen. (Holmia ym. 2004, 321.) Ummetuksen ensisijainen hoito on kuitupiitoisen ruoan ja riittävän nesteiden saannin turvaaminen sekä liikunta. Potilaan olisi hyvä noudattaa aiempia ulostamistottumuksiaan sekä säännöllistä ruokailurytmiä. Ummetuksesta kärsivän on syytä välttää ulosteen pidättämistä ja hakeutua WC:hen välittömästi tarpeen tullen. Vuodepotilailla passiivinen vatsaontelon painetta lisäävä liikunta edistää suolen toimintaa. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 293.) Kun AVH-potilas ei saa ponnistella, on suolen toimintaa autettava laksatiiveilla tai peräruiskeilla. Potilaalle pitää antaa ulostamisrauha ja yksityisyys. Hänen turvallisuutensa voidaan varmistaa esimerkiksi käyttämällä turvavyötä. (Holmia ym. 2004, 321.)

8.2.5 Lepo ja uni

AVH-potilas tarvitsee lepoa hoidon, kuntoutuksen ja sairaudesta toipumisen aiheuttaman rasituksen vuoksi (Holmia ym. 2004, 323). Jokaisella potilaalla on omat lepoon ja uneen liittyvät tavat ja tottumukset. Säännöllistä nukkumaan meno aikaa kannat-

taa noudattaa ja nukkumaan kannattaa käydä vasta kun potilas tuntee itsensä väsyneeksi. Nukkumista voi edistää tuulettamalla huoneen ja huolehtimalla vuoteen kunnosta sekä WC:ssä käynneistä. Ennen nukkumaan menoa voi syödä kevyen iltapalan ja kannattaa välttää piristäviä aineita, kuten kahvia, vahvaa teetä ja tummaa suklaata. (Rautava-Nurmi 2015, 182-183.) Säättämällä huoneen lämpötilaa sopivaksi ja hämärtämällä valaistusta voidaan myös edesauttaa unta (Holmia ym. 2004, 323). Jos valoisuus häiritsee, voi kokeilla silmälappuja tai pimennysverhoja. Korvatulpista taas voi olla apua, jos äänet ja melu häiritsevät. Ennen nukkumaan menoa on hyvä rentoutua ja ajatella miellyttäviä asioita, koska mielipaha estää unen tuloa. Potilaan kanssa on lisäksi hyvä keskustella mieltä askarruttavista asioista ennen nukkumaan käyntiä, etteivät ne jää painamaan mieltä. (Rautava-Nurmi 2015, 182-183.) Kipulääkkeistä sekä unilääkkeistä voi olla tarvittaessa apua unen saantiin. (Holmia ym. 2004, 323.)

8.2.6 Erityistarpeiden huomioiminen

Afasia ilmenee puheen tuottamisen, kuullun ymmärtämisen tai molempien eriasteisena vaikeutena. Puhuesssa afaatikolle kannattaa käyttää suoria ja yksiselitteisiä kysymyksiä, joihin potilas pystyy vastaamaan myöntävästi tai kieltävästi. Yhdessä lauseessa tulee esittää vain yksi kysymys. Afaatikon ollessa levännyt ja virkeä, puheen tuottaminen onnistuu parhaiten. Samoin tutuista asioista puhuminen läheisten kanssa edesauttaa puheen muodostamista. Ympäristön on hyvä olla rauhallinen, jotta afaatikko saa hyvin puheesta selvää. Puhujan on hyvä puhua normaalilla äänenvoimakkuudella hitaasti, selvästi ja kasvot kuulijaan päin. Afaatikolle tulee antaa aikaa ja kuunnella mitä hän sanoo. Hänen tulee antaa yrittää rauhassa eikä kuulija saa lähteä arvailemaan sanoja liian aikaisin. Virheitä ei tule korjata vaan koota ilmaistu asia ja varmistaa onko ymmärtänyt asian oikein. Jos ei ymmärrä, mitä afaatikko tarkoittaa, tulee se sanoa hänelle ja kannustaa yrittämään uudestaan. Puheen apuna voi käyttää elekieltä, kuvia, kirjoittamista ja piirtämistä. (Holmia ym. 2004, 325-326.)

Dysartriassa kielellinen kyky on normaali, mutta puhe on epäselvää ja artikulointi on vaikeutunut. Potilaalla on vaikeuksia puheen tuottamisessa, muttei sen ymmärtämisessä. Dysartripotilan kanssa kommunikoidessa on hyvä huomioida, että potilaan asento on ryhdikäs, jotta puhuminen helpottuu. Potilasta voi pyytää puhumaan hi-

taammin tai käyttämään esimerkiksi kirjoittamista puheen apuna. (Holmia ym. 2004, 326-327.)

Neglect-oire tarkoittaa kyvyttömyyttä havaita tai reagoida vaurioalueen vastakkaisen puolen ärsykkeisiin. Potilas ei hahmota kehonsa toista puolta eikä myöskään sillä puolella olevia esineitä. Kuntoutuminen neglect-häiriöstä vaatii suunnitelmallista, pitkäjänteistä ja johdonmukaista potilasohjausta. (Holmia 2004, 327.) Akuuttivaiheessa kuntouttava hoitotyö ja potilaan aktivointi päivittäisissä toiminnoissa ovat keskeisimmässä osassa (Jehkonen, Yliranta, Rasimus & Saunamäki 2013). Kaikki toiminta tulee tapahtua huomiotta jääneeltä puolelta. Neglect-häiriössä käytetyt kuntoutusmuodot ovat toimintaterapia ja neuropsykologinen kuntoutus. Päivittäisessä hoitotyössä taas pyritään saamaan potilas kiinnittämään huomionsa eri toiminnoissa tiedostamattomaan puoleensa. Keskustelutilanteissa asetetaan huomiotta jätetyille puolelle ja kaikki hoitotoimenpiteet tehdään myös tältä puolelta. Ohjauksessa voi apuna käyttää esimerkiksi peiliä, jonka avulla potilas pystyy hahmottamaan tiedostamattoman puolensa. (Holmia ym. 2004, 327-329.)

8.3 Kuntoutuksessa käytetyt terapiat

AVH-potilaan kuntoutuksessa keskeisin menetelmä on fysioterapia (Sivenius ym. 2002). AVH:n akuuttivaiheessa fysioterapiaan kuuluu asento-, liike- ja hengitysharjoituksia. Kun yleiskunto sallii, edetään mobilisaatio vaiheeseen. (Rissanen ym. 2008, 264.) On tutkittu, että AVH potilaat hyötyvät kävely- ja tasapainoharjoituksista, käden ja yläraajojen harjoituksista sekä aerobisen kunnon ja lihasvoimien harjoittamisesta (Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2009, 106). Painotetulla kävelykuntoutuksella on saatu hyviä tuloksia. Painotetussa kävelymattokuntoutuksessa potilaan painoa kevennetään tukiliiveillä hänen kävellessä kävelymatolla. Toinen käytetty menetelmä on kävelysimulaattori, jonka avustamana potilas tekee kävelyliikettä. (Sivenius ym. 2002.) Kävelyharjoittelun on todettu edistävän kävelykykyä vielä yli 6 kuukautta AVH:n jälkeen (Riekkinen 2016). Näiden lisäksi käytetään sähköstimulaatiota, jossa tuntohermoja aktivoidaan ihon läpi sähköllä (Sivenius ym. 2002). Yläraajan toimintakyvyn edistämiseksi käytetään kaksikäätistä harjoittelua, minkä on todettu lisäävän yläraajan toimintakykyä (Riekkinen 2016). Useiden akuutissa ja sub-

akuutissa vaiheessa käytettyjen menetelmien on todettu edistävän toimintakykyä myös myöhäisvaiheessa sairautta (Aivoinfarkti ja TIA 2016).

Toimintaterapeutti arvioi akuutissa vaiheessa AVH potilaan taitoja, kotona selviytymistä sekä kuntoutustarvetta. Subakuutissa vaiheessa taas edistetään itsenäistä selviytymistä päivittäisissä toiminnoissa ja osallistumista mielekkääseen arkeen potilaan tavanomaisessa ympäristössä. Toimintaterapeutti tukee kuntoutujan aktiivista roolia ja omaa vastuuta kuntoutumisessaan. Toimintaterapeutti käyttää osittain samoja menetelmiä kuin fysioterapeutti. Käytettyjä menetelmiä ovat muun muassa tehtäväkeskeinen toistoharjoittelu, mielikuvaharjoittelu, käden pakotetun käytön kuntoutus, peiliterapia, virtuaalitodellisuudessa harjoittelu, toiminnan tarkkailu sekä voimaharjoittelu. (Riekkinen 2016.) Käden pakotetun käytön kuntoutuksella on tutkitusti saatu aikaan hyviä tuloksia. Käden pakotetun käytön ohjelmassa potilaan huomio ja ponnistukset kohdistetaan vammautuneeseen yläraajaan, estämällä terveen raajan käyttö. (Sivenius ym. 2002.)

Puheterapialla voidaan vaikuttaa dysartriaan, nielemisvaikeuksiin sekä puheentooton vaikeuksiin (Riekkinen 2016). Puheterapiassa voidaan edistää kommunikointitaitoja sekä opetella erilaisten kommunikointivälineiden käyttöä (Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2009, 106). Puheterapialla pystytään vaikuttamaan havaintotoimintoihin, muistiin ja puhe-elinten toimintaan (Rissanen ym. 2008, 266). Siitä voi olla hyötyä lisäksi afasian varhais- ja myöhäisvaiheen kuntoutuksessa. Intensiivisen puheterapian on myös huomattu edesauttavan normaaliin ruokavalioon siirtymistä. (Riekkinen 2016.)

Neuropsykologinen kuntoutus on vaikuttavaa apraksiassa, laskemisvaikeuksissa, neglect, visuaalisissa ja visuopatiaalisissa häiriöissä. Lisäksi siitä on hyötyä tarkkaavaisuuden, muistin, ongelmaratkaisun, oiretiedostuksen ja toiminnan ohjauksen häiriöissä. (Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2009, 106-107.) Neuropsykologisessa kuntoutuksessa kuntoutus kohdennetaan kognitiivisiin häiriöihin, käyttäytymismuutoksiin sekä oiretiedostukseen. Samanaikaisesti otetaan huomioon potilaan emotionaalinen ja psykososiaalinen vointi. On todettu, että visuospatiaalisten häiriöiden ja neglect-oireiden kuntoutuksessa strategiaharjoittelu ja oireen suora harjoittaminen on tuloksellista, kun siihen sisältyy oiretiedostuksen lisäämistä. (Riekkinen 2016.) Neuropsykologisesta kuntoutuksesta on todettu olevan hyötyä jopa vuosia

AVH:n jälkeen, kun potilaan kuntoutumiskyky ja motivaatio ovat harjaantuneet (Risänen ym. 2008, 267).

9 Pohdinta

9.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön aihe on hyvin tärkeä, koska AVH on Suomessa kolmanneksi yleisin kuolemansyy ja merkittävin invaliditeetin aiheuttaja aikuisiällä. Lisäksi sairauden varhaisella ja tehokkaalla hoidolla sekä kuntoutuksella pystytään huomattavasti vähentämään sairauden aiheuttamaa vammaisuutta ja laitoshoidon tarvetta sekä parantamaan sairastuneiden elämänlaatua (Kauhanen 2015). On tärkeää, että kuntoutukseen panostetaan riittävästi, koska sillä on valtava merkitys sairastuneen elämän laatuun.

Opinnäytetyön tiedonhaun myötä huomattiin, että AVH:n jälkeisestä kuntoutuksesta ei ole tehty viime vuosina kovinkaan paljoa tutkimuksia. Myös Konsensuslausumassa (2009) on tähän asiaan kiinnitetty huomiota. Konsensuslauman mukaan tarvittaisiin enemmän kotimaisia tutkimuksia aiheesta, koska ulkomaalaisia tutkimustuloksia pystyy vain harvoin suoraan soveltamaan Suomessa, muun muassa terveydenhuolto- ja sosiaaliturvajärjestelmien eroavaisuuksien vuoksi. (Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2009.) Tutustuttuani AVH:stä tehtyihin tutkimuksiin ja analysoituani niitä, päädyttiin etsimään tarkempaa tietoa analyysin pohjalta nousseita aiheista. Kun tietokantahaut eivät tuottaneet juuri tulosta, turvauduttiin kirjoihin. Joistakin aihealueista ei löytynyt kovinkaan tuoretta tietoa, joten opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään myös paria hieman vanhempaa teosta, mitä alun perin oli suunnitelmassa.

Opinnäytetyön tutkimusten tuloksista nousi esille, että kuntoutuksessa tärkeää on varhainen aloitus. Moniammatillisten tiimien myötä kuntoutujan mahdollisuudet saavuttaa riittävä toimintakyky kasvaa. Moniammatilliseen tiimiin tulisi kuulua lääkäri, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, fysio-, toiminta- ja puheterapeutti, neuropsykologi, AVH-yhdyshenkilö sekä kuntoutusohjaaja (Aivoinfarkti ja TIA 2016). Tavoitteet on myös hyvä asettaa heti kun mahdollista, jotta kaikki voivat työskennellä niiden eteen. Jotta kuntoutuja pystyy saavuttamaan tavoitteensa, tutkimuksien mukaan on

tärkeää, että hän on motivoitunut ja tavoitteet on tehty hänen omiin toiveisiin ja omaan toimintaympäristöön pohjautuen. Myös masennuksen hyvällä hoidolla on merkitystä kuntoutukseen, koska se huonontaa elämänlaatua ja vaikeuttaa kuntoutusta (Huttunen 2015). Opinnäytetyön myötä nousi myös esiin, että potilaan läheisten tukeminen on tärkeää. Potilaan voinnissa ja toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset voivat hämmentää läheisiä, joten heille on hyvä antaa tietoa, jotta he voivat olla läheisensä tukena (Holmia ym. 2004, 309).

Hoitotyön ja kuntoutuksen lähtökohdat perustuvat potilaan päivittäisiin toimintoihin ja siihen, että potilas tekee niin paljon itse kun vain pystyy (Holmia ym. 2004, 307-309). Kuntoutuksen perustana on potilaan jokapäiväisen elämän ja siinä toimiminen, lisäksi voidaan käyttää erilaisia terapioida tilanteesta riippuen. Keskeisin AVH-potilaan kuntoutuksessa käytetty menetelmä on fysioterapia (Sivenius ym. 202). Ihmisille on voinut myös muodostua mielikuva, että AVH:stä kuntoutumiseen tarvitaan paljon erilaisia terapioida. Vaikka todellisuudessa paljon suuremmassa osassa on hoitotyön ohessa toteutettu kuntouttava hoitotyö ja potilaan omassa arjessa toimiminen ja siinä toimintakyvyn harjoittaminen. Useiden eri terapioida käytettyjen menetelmien, on kuitenkin todettu edistävän toimintakykyä myös sairauden myöhäisvaiheessa (Aivoinfarkti ja TIA 2016). Joten toimintakyvyn harjoittelua ei kannata lopettaa subakuutin vaiheen jälkeen, vaan toimintakykyä ylläpitävää harjoittelua on hyvä edelleen jatkaa.

Opinnäytetyötä tehdessä pidettiin kiinni hoitotyön näkökulmasta, ja siksi työssä ei käsitellä mitään erillisiä harjoitteita, joilla toimintakykyä voisi parantaa. Tällöin olisi ollut riskinä, että aiheesta mennään liikaa fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien osaamisen puolelle. Jatkotutkimus aiheena voisikin olla AVH-potilaiden toimintakyvyn tukeminen fysio- tai toimintaterapeutin näkökulmasta. Työ voisi sisältää erilaisia harjoitteita, joilla AVH-potilas pystyy itsenäisesti tai omaisten tuella harjoittamaan toimintakykyään hoitotyön toimintojen lisäksi. Toinen mielenkiintoinen aihe voisi olla tehdä tutkimus hoitajien kuntouttavasta työotteesta AVH-potilaiden parissa. Kuinka paljon hoitajat panostavat kuntouttavaan työotteeseen? Millaisilla asioilla he pyrkivät lisäämään potilaiden toimintakykyä? Mitkä asiat edesauttavat kuntouttavaa työotetta ja mitkä taas estävät?

Tämän opinnäytetyö saa miettimään, kuinka merkittävää kuntouttavan hoitotyön toteuttaminen on potilaan toimintakyvyn kehittymisen kannalta ja kuinka pienilläkin teoilla pystytään vaikuttamaan. Opinnäytetyön tuloksena syntyneitä opasta voidaan hyödyntää kuntoutuvan potilaan ohjauksessa ja myös hoitajat voivat saada siitä vinkkejä omaan toimintaansa.

9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Hirsjärven ym. (2009) mukaan kaikissa tutkimuksissa pyritään aina arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä, niin myös tässä opinnäytetyössä. Luotettavuus liittyy tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Aineiston keräämisessä saatu tieto on riippuvainen siitä, miten tutkija on saavuttanut tutkittavan ilmiön. Tässä myös aineiston laatu korostuu. Analysointivaiheessa taas korostuvat tutkijan taidot, arvostukset sekä kyky oivaltaa. Lisäksi sisältöanalyysin haasteena on, miten tutkija on pystynyt pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa asioita mahdollisimman luotettavasti. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta nostaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen eri vaiheista. Tutkimusten tulosten tulkinnassa on kerrottava, millä perusteella tutkija esittää tulkintoja ja mihin nämä päätelmät perustuvat. (Hirsjärvi ym. 2009, 232,233)

Opinnäytetyötä tehdessä pyrittiin yleisesti olemaan rehellisiä ja huolellisia. Luvaton lainaaminen eli plagiointi on hyvien tieteellisten käytänteiden vastaista ja tämän voi välttää merkitsemällä lähdeviitteet asianmukaisesti (Hirsjärvi ym. 2009, 122). Opinnäytetyötä kirjoitettaessa kiinnitettiin huomiota siihen, ettei teoriataustaa kirjoitettaessa tekstiä plagioitu lähteistä, vaan asia pyrittiin selittämään omin sanoin ja viittaukset merkittiin tekstiin asianmukaisesti. Lähteiksi valittiin vain luotettavista tietokannoista löytyneitä tekstejä ja niiden tuli myös perustua tutkittuun tietoon. Lähteistä saatuja tietoja ei pidä tulkita myöskään väärin. Esimerkiksi vieraskielisiä lähteitä käytettäessä tuli varmistua siitä, että ymmärsi tekstin oikein.

Saatuja tuloksia ei esitetty kritiikittömästi, vaan asiat oli syytä perustella hyvin. Oppaaseen kirjoitettu toimintaohjeet valittiin myös tarkoin perustein tutkimusten analysoinnin pohjalta. Oppaan ulkopuolelle jätettiin AVH:n aiheuttamien erityistarpeiden huomiointi, koska oppaasta oli tarkoitus saada informatiivinen ja tarpeeksi lyhyt,

että potilaat jaksavat lukea sen loppuun. Jos jollakin on tarve saada aiheesta tarkempaa tietoa, voi hän tutustua tähän opinnäytetyöhön, jossa asiat on selitetty laajemmin. Myös opinnäytetyön lähdeluettelosta löytyviin teoksiin tutustumalla voi saada lisätietoa aiheesta.

Lähteet

Aivoinfakti ja TIA. 2016. Käypä hoito.

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=hoi50051&p_haku=avh%20kuntoutus#s17 Viitattu 5.3.2017

Aivoliitto. N.d. Neuropsykologiset häiriöt.

[http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/perustietoa_avh_sta/neuropsykologiset_hairiot](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta/neuropsykologiset_hairiot) Viitattu 18.10.2016

Atula, S. 2015a. Tietoa potilaalle: Afasia (aivolähtöinen puhehäiriö). Lääkärikirja Duodecim.

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=dlk00557&p_haku=afasia Viitattu 18.10.2016

Atula, S. 2015b. Ohimenevä aivoverenkiertohäiriö. Lääkärikirja Duodecim.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00591 Viitattu 8.3.2017

Autti-Rämö, I., Mikkelsen, M., Lappalainen, T. & Leino, E. 2016. Kuntoutumisen prosessi. Julkaisussa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. 2016. Kuntoutuminen. Duodecim.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö.

Huttunen, J. 2015. Aivoverenkierron häiriöt ja masennus. Pitkäaikaissairaudet. Masennus.

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/pit/koti?p_artikkeli=mas00029&p_haku=avh%20kuntoutus Viitattu 8.3.2017

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje?. Duodecim.

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf> Viitattu 8.4.2017

Jehkonen, M., Kettunen, J., Laihosalo, M. & Saunamäki, T. 2007. Oikean aivopuoliskon verenkiertohäiriön jälkeen esiintyvä neglect-oire. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim.

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00892&p_haku=neglect Viitattu 4.11.2016

Jehkonen, M., Yliranta, A., Rasimus, S. & Saunamäki, T. 2013. Neglect-oire aivoverenkierron häiriön jälkeen – potilaan neuropsykologinen kuntoutus. Duodecim.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/xmedia/duo/duo10858.pdf> Viitattu 10.3.2017

Kaste, M., Hernesniemi, J., Juvela, S., Lindsberg, P. Palomäki, H. Rissanen, A., Roine, R., Sivenius, J. & Vikatmaa, P. 2015. Aivoverenkiertohäiriöt. Neurologia. Duodecim oppiportti. <http://www.oppiportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/op/neu00127/do> Viitattu 11.10.2016

- Kauhanen, M-L. 2015. Aivoverenkiertohäiriöt. Fysiatría. 4.8.2015.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=fys00016&p_haku=apraksia Viitattu 18.10.2016
- Korpela, J., Leino, E., Sivenius, J. & Kallanranta, T. 2008. Aivoverenkiertohäiriöihin liittyvät kognitiiviset häiriöt ja haitat. Kuntoutus. 1.6.2008.
<http://www.oppiportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/op/kun00231/do> Viitattu 18.10.2016
- Kuokkanen, M. 2009. Elämä aivohalvauksen jälkeen - tuliko sairaus osaksi elämää vai onko elämä sairastamista?. Pro gradu-tutkielma, Toimintaterapia, Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos.
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/21719/URN_NBN_fi_jyu-200908143556.pdf?sequence=1
- Laaksonen, K. 2012. Brain plasticity and brain recovery. Brain Research Unit O.V. Lounasmaa Laboratory, Aalto University.
<https://helda.helsinki.fi.ezproxy.jamk.fi:2443/bitstream/handle/10138/37108/brainpla.pdf?sequence=1>
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Julkaisussa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Toim. S. Janhonen & M. Nikkonen.
- Lehtiö, L. & Johansson, E. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen.
- Leppikangas, M. 2012. Aivohalvaukseen sairastuneiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja kuntoutuksen vaikuttavuus. Pro gradu-tutkielma, Kansanterveystiede, Itä-Suomen yliopisto, Kansanterveystieteiden yksikkö ja Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120692/urn_nbn_fi_uef-20120692.pdf
- Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. 2004. Toimintakyky, Arviointi ja kliininen käyttö. Duodecim.
- Meretoja, A. 2012. Aivohalvaus – Kallis kansansairautemme. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo10040&p_haku=avh%20kuntoutus
- Mitä toimintakyky on?. 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on> Viitattu 19.9.2016
- Mäkitie, A., Sihvo, E. & Atula, S. 2016. Nielemisvaikeus (dysfagia) ja palan tunne (globus). Lääkärin käsikirja.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00219&p_haku=dysfagia Viitattu 4.11.2016.
- Nurmi, M. & Jehkonen, M. 2015. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan oiretiedotuksen puutteellisuuden eli anosognosian tunnistaminen ja kuntoutus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo12089&p_haku=anosognosia Viitattu 4.11.2016

- Pohjolainen, T. & Saltychev, M. 2015. Toimintakyky.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=fys00002&p_haku=toimintakyky Viitattu 18.10.2016
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Hentonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot.
- Riekkinen, M. 2016. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutus. Lääkärin käsikirja.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00892&p_haku=avh%20kuntoutus Viitattu 8.3.2017
- Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2008. Kuntoutus. Duodecim.
- Roine, R. 2013a. Aivoinfarkti. Lääkärin käsikirja.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00889&p_haku=aivoinfarkti 17.10.2016.
- Roine, R. 2013b. Aivoverenvuoto. Lääkärin käsikirja.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00891&p_haku=aivoverenvuoto Viitattu.17.10.2016
- Roine, R. 2016. TIA. Lääkärin käsikirja.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00888&p_haku=tia Viitattu 8.3.2017
- Saastamoinen, T. 2010. Kognitiiviset häiriöt ja kommunikointi. Teho ja valvontatyön opas.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00153&p_haku=dysartria Viitattu 4.11.2016.
- Seppänen, T. 2013. FIM[®]-mittari AVH potilaiden toimintakyvyn muutoksen seurannassa. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu-tutkielma, Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/42586/URN:NBN:fi:jyu-201312032727.pdf?sequence=1>
- Sihvonen, A., Leo, V., Särkämö, T. & Soinila, S. 2014. Musiikin vaikuttavuus aivojen kuntoutuksessa. Duodecim.
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/xmedia/duo/duo11845.pdf>
- Sivenius, J., Puurunen, K., Tarkkala, I. & Jolkkonen, J. 2002. Aivohalvauspotilaiden kuntoutumismahdollisuudet tulevaisuudessa. Duodecim 2002.
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/xmedia/duo/duo93342.pdf> Viitattu 9.2.2017
- Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen.
- Terveyskeskussairaala. N.d. Äänekoski.
<https://www.aanekoski.fi/palvelut/terveyspalvelut/sairaala>. Viitattu 11.10.2016
- Toimintakyvyn ulottuvuudet. 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet> Viitattu 19.9.2016

Viitanen, M. 2016. Aivoverenkiertohäiriöt. Geriatria. Duodecim oppiportti.
<http://www.oppiportti.fi/op/ger00001/do> Viitattu 11.10.2016

Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. 2009. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. Konsensuslausuma.
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/xmedia/duo/duo97774.pdf>
Viitattu 9.2.2017

Liitteet

Liite 1. Vaatteiden pukeminen

Paidan/takin pukeminen

1. Paita asetetaan polvien päälle sisäpuoli ylöspäin
2. Halvaantuneen puolen hiha laitetaan roikkumaan polvien välistä ja hiha-aukko jää polvien väliin.
3. Pujotetaan halvaantunut käsi hihaan vartaloa eteenpäin kallistamalla ja toimivalla kädellä avustamalla.
4. Toimivalla kädellä hiha vedetään ylös olkapäälle.
5. Toimivalla kädellä vedetään kaulusta pitkin liuttamalla paita toisen puolen olkapäälle.
6. Laitetaan toinen käsi hihaan.
7. Asetetaan paidan helmat vastakkain ja aloitetaan paidan kiinnitys alhaalta päin. (Holmia ym. 2004, 317.)

Housujen pukeminen

1. Halvaantunut jalka nostetaan ristiotteella toimivan jalan päälle.
2. Tartutaan toimivalla kädellä housun kauluksesta.
3. Pujotetaan lahje halvaantuneeseen jalkaan.
4. Siirretään ristiotteella halvaantunut jalka takaisin alas.
5. Pujotetaan housun kauluksesta kiinni pitäen terve jalka toiseen lahkeeseen.
6. Nostetaan housut reisien korkeudelle.
7. Noustaan tuettuna seisomaan ja vedetään housut ylös. (Holmia ym. 2004, 318.)

Paidan/takin riisuminen

1. Aloitetaan avaamalla napit/vetoketju.
2. Lasketaan paita alas toimivan puolen olkapäältä.
3. Vedetään hihaa hihansuusta kiinni pitäen reiden sivua alas ja tuetaan hihansuu reiden alle.
4. Vedetään toimiva käsi pois hihasta.
5. Lasketaan paita alas halvaantuneen käden puolelta. (Holmia ym. 2004, 319.)

Housujen riisuminen

1. Avataan housun nappi ja vetoketju.
2. Nouseaan seisomaan tuettuna ja lasketaan housut polvien tasolle.
3. Istutaan ja vedetään toimiva jalka pois lahkeesta.
4. Nostetaan halvaantunut jalka toimivan polven päälle ristiotteella.
5. Vedetään housun lahje pois jalasta. (Holmia ym. 2004, 319.)

Liite 2. Tiedonhaun tulokset

TEKIJÄT, VUOSI	OTSIKKO	TULOKSET
Kuokkanen Merja, 2009, Pro gradu	Elämä aivohalvauksen jälkeen – tuliko sairaus osaksi elämää vai onko elämä sairastamista?	Tuloksien mukaan osa sairastuneista pystyy muuttamaan tapaansa toimia päivittäisissä toiminnoissa itseään tyydyttävällä tavalla. Uudenlaisten toimintamallien luominen on vaikeinta heille, joiden identiteetti on ollut vahvasti sidoksissa menetettyihin toimintamahdollisuuksiin, kuten työhön. Säilynyt toiminnallinen rooli auttaa sairastunutta säilyttämään oman persoonallisen identiteettinsä ja edistää tasapainon saavuttamista sairastumisen jälkeisessä elämässä.
Laaksonen, Kristina 2012, Väitöskirja	Brain plasticity and brain recovery	Tuloksissa huomattiin, että edustusalue laajenee ensimmäisen kuukauden aikana, mikä saattaa olla yhteydessä motorisen taidon uudelleen oppimiseen. Suurimmat neurofysiologiset muutokset oli havaittavissa kuukauden sisällä sairastumisesta, mikä korostaa ensimmäisten neljän viikon tärkeyttä.
Leppikangas Manu, 2012, Pro gradu	Aivohalvauksen sairastuneiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja kuntoutuksen vaikuttavuus	Tutkimuksen mukaan intensiivisellä laitospääntoutuksella voidaan parantaa elämänlaatua ja toimintakykyä. Ryhmäkuntoutus osoittautui yksilökuntoutusta vaikuttavammaksi kuntoutusmuodoksi lievien ja kohtalaisen halvausoireiden kuntoutuksessa. Ryhmäkuntoutukseen osallistuneilla elämänlaadun ja toimintakyvyn muutokset olivat suurempia ja pysyvämpiä.
Seppänen Tytti, 2013, Pro gradu	FIM-mittari AVH-potilaiden toimintakyvyn muutoksen seurannassa	Tutkimuksessa ilmeni, että FIM-mittarilla arvioidussa toimintakyvyssä tapahtui positiivista muutosta alku- ja loppuarvioinnin välillä motorisella ja kognitiivisella osa-alueella. Mittari on herkkä mittaamaan AVH-potilaiden toimintakykyä ja toimintakyvyssä tapahtuvaa muutosta akuutissa, subakuutissa ja kroonisessa vaiheessa. Mittari auttaa kohdentamaan kuntoutuksen oikeaan aikaan.
Jehkonen Mervi, Yliranta Aino, Rasimus Susanna ja Saunamäki Tiia, 2013, Katsausartikkeli	Neglect-oire aivoverenkierron häiriön jälkeen – potilaan neuropsykologinen kuntoutus	Neuropsykologinen kuntoutus edistää toimintakyvyn palautumista, mutta tehokkainta kuntoutusmenetelmää tai mallia ei ole vielä osoitettu. Visuaalisesta estintä harjoittelusta ja prismalesien kätöstä on saatu suhteellisen pitkäaikaista hyötyä. Tehokkainta on todennäköisesti yhdistelmä kuntoutus. Keskeistä on intensiivinen ja kokonaisvaltainen kuntoutus.
Sihvonen, A., Leo, V., Särkämö, T. & Soinila, S. 2014, Katsausartikkeli	Musiikin vaikutavuus aivojen kuntoutuksessa	Musiikki aktivoi laajasti aivoja, mikä edistää hermostokostojen korjaantumista. Musiikin kuuntelun lisääminen tavanomaiseen kuntoutukseen tehostaa motoriikan säätelyä ja nopeuttaa aivohalvauksen jälkeisen puhehäiriön ja kognitiivisten vaurioiden paranemista. Lisäksi musiikki lisää keskittymiskykyä, kohottaa mielialaa, parantaa muistia sekä vähentää ahdistuneisuutta ja sekavuutta.
Sivenius Juhani, Puurunen Kirsi, Tarkkala Ina M. ja Jolkkonen	Aivohalvauspotilaiden kuntoutusmahdollisuudet tulevaisuudessa	Kuntoutuksen on oltava kokopäivä työtä ja potilaan oma rooli on kuntoutuksessa ratkaisevassa asemassa. Aivohalvauksiin keskittyneissä yksiköissä on potilaiden todettu toipuvan paremmin ja nopeammin. Uudet

Jukka, 2002, Katsausartikkeli	desa	tehokuntoutusmenetelmät antavat mahdollisuuksia kävelyn ja tasapainon tehokkaaseen harjoittamiseen sekä sairauden alkuvaiheessa, että kroonistuneissa tilanteissa.
Suomalainen lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia, 2009, Konsensuslausuma	Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus	Kaikille aivovaurion saaneille tulee taata mahdollisuus moniammatilliseen, oikea-aikaiseen ja riittävän intensiiviseen kuntoutukseen. Aivovaurioiden kuntoutus tulisi keskittää suuriin yksiköihin osaamisen varmistamiseksi. Jokaiselle potilaalle tulee tehdä kuntoutussuunnitelma potilaan ja hänen läheisten kanssa. Kuntoutus tulee järjestää katkeamattomana palveluketjuuna. Kuntoutuksen rahoituksen painopistettä tulee siirtää enemmän akuuttivaiheen kuntoutukseen.
Huttunen, J. 2015, Artikkel	Aivoverenkierron häiriöt ja masennus	Masentuneisuudella voi olla tutkimusten mukaan merkitystä aivoverenkierron häiriöiden synnissä. Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että masennus huonontaa merkittävästi elämänlaatua ja vaikeuttaa AVH:stä kuntoutumista.
Kauhanen, M-L, 2015, Artikkel	Aivoverenkiertohäiriöt	Aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi kallein tautiryhmämme. Sairauden varhaisella hoidolla aivoverenkiertohäiriöihin erikoistuneessa yksikössä voidaan vähentää huomattavasti sairauden aiheuttamaa vammaisuutta. Jokaiselle potilaalle tehdään kuntoutusarvio ja sen pohjalta toteutetaan moniammatillinen kuntoutus.
Riekkinen, M. 2016, Artikkel	Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutus	Paras tulos saavutetaan varhaisella kuntoutuksella. Nopein kuntoutumisen vaihe on tapauksesta riippuen 3-6 kk. Olennaista on moniammatillinen yhteistyö ja tavoitteiden asettaminen.
Lääkietieteellinen aikakauskirja Duodecim, 2016, Käypä hoito -suositus	Aivoinfarkti ja TIA	Aivoinfarkteista suurin osa on ehkäistävissä hoitamalla keskeisimmät riskitekijät. Hoidon lopputulosta parantavat tekijät ovat TIA:aan viittaavien oireiden viiveetön diagnostiikka ja hoito, aivoinfarktin varhainen akuuttihoito siihen erikoistuneessa neurologisessa AVH-yksikössä, kuntoutustarpeen arviointi AVH-yksikössä, soveltuville potilaille kuntoutus, josta huolehtii moniammatilliseen kuntoutukseen erikoistunut yksikkö.
Autti-Rämö, I., Mikkelsen, M., Lappalainen, T. & Leino, E. 2016. Julkaisussa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. 2016. Kuntoutuminen, Kirja	Kuntoutumisen prosessi	Kuntoutuminen edellyttää kuntoutujan omia voimavaroja sekä motivaatiota. Kuntouttamisen tulee toteutua ihmisen omassa arjessa ja ympäristössä. Kuntoutumisen tavoitteita ja kuntoutustoimenpiteitä tulee arvioida säännöllisin väliajoin.
Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2008. Kirja	Kuntoutus	AVH-potilaan ennusteen kannalta on tärkeää, kuntoutus aloitetaan välittömästi potilaan tultua sairaalaan ja toteutetaan akuuttivaiheessa limittäin hoidon ja taudin diagnostiikan kanssa. Subakuutissa vaiheessa mu-

		kaan otetaan erilaisia kuntoutusmenetelmiä, kuten fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia ja neuropsykologinen kuntoutus. AVH-potilaiden kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioimiseksi on kehitetty erilaisia mittareita.
Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004, Kirja	Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö	AVH:öön sairastuneen toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista ja se on tärkeä elementti potilaan kuntoutumisessa. Toimintakyvyn arvioinnin pohjalta laaditaan kuntoutussuunnitelma päivittäisistä toiminnoista selviytymiseksi.
Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015, Kirja	Hoitotyön taidot ja toiminnot	Kirjasta löytyy perustiedot potilaslähtöisestä, turvallisesta ja näyttöön perustuvasta hoitotyöstä.



Toimintakyvyn tukeminen

Potilasohje AVH-potilaille

Heli Sipiläinen

30.8.2017

Sisältö

AVH-potilaan kuntoutus.....	1
Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen	2
Hygienia.....	2
Pukeutuminen ja riisuutuminen	3
Ruokailu.....	5
Erittäminen.....	6
Lepo ja uni	7
Kuntoutuksessa käytettävät terapiat	8

AVH-potilaan kuntoutus

Aivoverenkiertohäiriön jälkeen kuntoutumisen on todettu olevan nopeinta ensimmäisten 3-6 kk aikana. Kuntoutuksen myötä hermosolut muodostavat uusia hermoyhteyksiä tai muovaavat jo olemassa olevia, joilla pystytään kompensoimaan vaurion aiheuttamaa puutosta. Kuntoutus on tutkitusti vaikuttavaa riippumatta iästä, sukupuolesta tai infarktin vaikeusasteesta. Aktiivista kuntoutusta tulee jatkaa niin kauan kuin edistystä tapahtuu, minkä jälkeen siirrytään toimintakykyä ylläpitävään kuntoutukseen.

Kuntoutus on tutkitusti vaikuttavaa riippumatta iästä, sukupuolesta tai infarktin vaikeusasteesta.

Jotta kuntoutumisessa tapahtuu edistystä, vaaditaan kuntoutujalta motivaatiota ja ponnistelua kuntoutumisen eteen. Tavoitteet tulee asettaa varhaisessa vaiheessa, jotta kaikki pystyvät antamaan panoksensa niiden saavuttamiseksi. On tärkeää, että kuntoutuja itse saa osallistua tavoitteiden laadintaan, koska silloin hänen on helpompi myös sitoutua niihin. Uudelleen oppimisen perusta on kuntoutujan jokapäiväisessä elämässä ja arkipäivän rutiineissa. Sen myötä kuntoutuja oppii tuntemaan vammankäytökset elämäänsä ja hän pystyy löytämään uusia toimintatapoja.

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen on suuri muutos ihmisen elämässä ja vaikuttaa myös potilaan läheisiin. On tärkeää, että läheisille tarjotaan tukea ja tietoa sairaudesta. Sosiaalisen verkoston tuella on tutkittu olevan merkitystä potilaan selviytymisen kannalta. Potilas voi hyötyä myös ryhmäkuntoutuksesta, jossa hän saa muilta kuntoutujilta vertaistukea.

Tunne-elämän vaihtelut ovat hyvin yleisiä aivoverenkiertohäiriöiden jälkeen. Eri tutkimusten mukaan masennusta esiintyy 20-65 %:lla sairastuneista. Lisäksi on tutkittu, että masennus huonontaa merkittävästi elämänlaatua ja vaikeuttaa kuntoutumista. Näissä tapauksissa psykoterapiasta ja masennuslääkityksestä on usein apua.

Masennus huonontaa merkittävästi elämänlaatua ja vaikeuttaa kuntoutumista.

Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ihmisen toimintakyvystä puhuttaessa tarkoitetaan yleensä kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista, mikä tarkoittaa perustoiminnoista ja asioiden hoidosta selviytymistä. Kuntoutus aloitetaan jo ensimmäisinä hoitopäivinä. Se ei pidä sisällään mitään erillisiä toimintoja, vaan kytkeytyy päivittäiseen hoitotyöhön. Tavoitteena hoitotyössä on, että potilas tekee itse sen minkä pystyy. Tässä luvussa kerrotaan kuinka kuntoutujaa voi tukea erilaisissa päivittäisissä toiminnoissa.

Hygienia

Potilaan ollessa vuoteessa voi hän osallistua pesuihin vointinsa mukaan. Hän voi esimerkiksi pestä omat kasvonsa sekä muita kehon alueita. Näin potilas saa aistiärsykeitä sekä tuntumaa omaan kehoonsa. Vuoteessa ollessa on potilaan hyvä vaihtaa asentoa, jotta verenkierto elpyy ja samalla pystyy tunnustelemaan oman kehonsa toimintaa. Kun kuntoutuja

pystyy istumaan, voi hän peseytyä pesualtaan luona. Istuma-asennon tulee olla turvallinen ja tukeva. Kuntoutujan on hyvä osallistua riisumiseen, pesemiseen, kuivaamiseen ja pukemiseen niin paljon, kun vain hän itse kykenee.

Kun vointi on niin hyvä, että potilas pystyy lähtemään suihkuun, voi hän itse ottaa tarvittavat pesuvälineet ja puhtaat vaatteet mukaan. Suihkussa kannattaa käyttää suihkutuolia, jos

Kuntoutujan on hyvä osallistua pesemiseen ym. niin paljon, kun vain hän itse kykenee

seisominen ei ole tukevaa. Reikätuoli ei ole kuitenkaan hyvä, koska siinä asennon tasapainossa pitäminen on haastavaa. Jos halvaantuneella puolella on yhtään toimintakykyä jäljellä kannattaa pesuvälineet asettaa sille puolelle, jotta heikompi puoli saa harjoitusta. Pesu kannattaa tehdä paljain käsin, koska näin kuntoutuja tulee tietoisemmaksi kehostaan.

Pukeutuminen ja riisuutuminen

Vaatteiden vaihto onnistuu parhaiten tukevassa käsinojattomassa tuolissa, jossa istuma-asento on hyvä ja tasapainoinen. Vaatteiksi kannattaa valita tarkoituksen mukaisia, joustavia ja hiostamattomia vaatekappaleita, jotka on helppo pukea.

Paidan/takin pukeminen

1. Paita asetetaan polvien päälle sisäpuoli ylöspäin
2. Halvaantuneen puolen hiha laitetaan roikkumaan polvien välistä ja hiha-aukko jää polvien väliin.

4

3. Pujotetaan halvaantunut käsi hihaan vartaloa eteenpäin kallistamalla ja toimivalla kädellä avustamalla.

4. Toimivalla kädellä hiha vedetään ylös olkapäälle.

5. Toimivalla kädellä vedetään kaulusta pitkin liuttamalla paita toisen puolen olkapäälle.

Housujen pukeminen

1. Halvaantunut jalka nostetaan ristiotteella toimivan jalan päälle.

2. Tartutaan toimivalla kädellä housun kauluksesta.

3. Pujotetaan lahje halvaantuneeseen jalkaan.

4. Siirretään ristiotteella halvaantunut jalka takaisin alas.

5. Pujotetaan housun kauluksesta kiinni pitäen terve jalka toiseen lahkeeseen.

6. Nostetaan housut reisien korkeudelle.

7. Noustaan tuettuna seisomaan ja vedetään housut ylös.

Paidan/takin riisuminen

1. Aloitetaan avaamalla napit/vetoketju.

2. Lasketaan paita alas toimivan puolen olkapäältä.

3. Vedetään hihaa hihansuusta kiinni pitäen reiden sivua alas ja tuetaan hihansuu reiden alle.

4. Vedetään toimiva käsi pois hihasta.
5. Lasketaan paita alas halvaantuneen käden puolelta.

Housujen riisuminen

1. Avataan housun nappi ja vetoketju.
2. Noustaan seisomaan tuettuna ja lasketaan housut polvien tasolle.
3. Istutaan ja vedetään toimiva jalka pois lahkeesta.
4. Nostetaan halvaantunut jalka toimivan polven päälle ristiotteella.
5. Vedetään housun lahje pois jalasta.

Ruokailu

On hyvin tavanomaista, että aivoverenkiertohäiriöön sairastuneella on hankaluutta ruokailussa. Hyvä ja tukeva istuma-asento on ensisijaisen tärkeää, jotta potilas pystyy syömään itsenäisesti. Pöydän ääressä asennon tulee olla symmetrinen ja hieman eteenpäin kallistunut. Molemmat kädet tulee olla pöydällä ja pää eteenpäin taivutettuna. Juomisessa ohutreunainen juomalasi on paras vaihtoehto, jotta suu pystyy toimimaan normaalisti. Nokkamukin tai pillin käyttöä ei suositella. Syömistä voi helpottaa myös erilaisilla apuvälineillä, kuten lautasen liukusteellä ja paksuvartisilla ruokailuvälineillä.

*Hyvä ja tukeva
istuma-asento on
ensisijaisen tärkeää,
jotta potilas pystyy
syömään itsenäisesti*

Aterian päätteeksi on tärkeää muistaa huolehtia suuhygieniasta. Erityisesti silloin, jos potilaalla on hankaluutta kielen liikkeiden, poskilihasten kanssa tai suun tunto on häiriintynyt. Lisäksi voi esiintyä nielemis- tai sylkemisvaikeutta, jolloin suuhun jää helposti ruokaa, mikä voi aiheuttaa aspiraatiovaaran eli ruoka joutuu henkitorveen. Potilaan olisi myös hyvä olla istuma-asennossa 15-30 minuuttia ruokailun jälkeen, ettei hiljaista aspiraatiota pääse tapahtumaan.

Erittäminen

Liikuntakyvyn heikentyminen aiheuttaa sekä suolen, että rakon toiminnan häiriöitä. Lisäksi potilas voi nauttia liian vähän nestettä tai neste ja ravinto voivat olla erilaista mihin normaaliolosuhteissa on totuttu. Sairaus voi aiheuttaa virtsan ja ulosteen pidätyskyvyn heikkenemistä tai rakon tyhjenemisongelmaa sekä ummetusta. Tavoitteena on, että virtsaaminen ja ulostaminen tapahtuvat mahdollisimman normaalisti, kun potilaan vointi vaan sallii.

Virtsarakon toiminnan hallintaa pystyy harjoittelemaan. Aluksi potilaan tulee virtsata riittävän usein, jotta virtsaamisen normaali rytmi löytyy vähitellen. Liikku- miskykyisen potilaan on hyvä käydä

*Tavoitteena on, että
virtsaaminen ja
ulostaminen tapahtuvat
mahdollisimman
normaalisti, kun
potilaan vointi vaan sallii.*

WC:ssä noin 2-3 tunnin välein ja aina ennen hoito- tai terapiatapahtumia. Omien vaatteiden käytön on huomattu lisäävän rakon hallintaa. Lisäksi voi pitää myös virtsaamispäiväkirjaa, mikä antaa kuvan edistymisestä ja kannustaa jatkamaan harjoittelua. Nesteitä olisi hyvä muistaa juoda

2-3 litraa vuorokaudessa, ellei lääkäri ole toisin määrännyt. Nesteiden juominen kannattaa ajoittaa päivälle, ettei yöni häiriinny.

Ulosteen karkailu tilanteissa harjoitellaan peräsuolen sulkijalihaksen hallintaa ja näin vähennetään ulosteen karkailua. Vähitellen edistymistä tapahtuu ja potilas pystyy kokonaan estämään karkailun ja pidentämään ulostamiskertojen väliä. Oma aikaisempaa ulostamisrytmiä on hyvä noudattaa, jotta suoli tottuu säännöllisyyteen. Jos potilas kärsii ummetuksesta, ensisijainen hoito on kuitupitoinen ruoka, riittävä nesteen saanti sekä liikunta. Vuodepotilailla passiivinen vatsaontelon painetta lisäävä liikunta edistää suolen toimintaa. Lisäksi on hyvä noudattaa säännöllistä ruokailurytmiä ja aiempia ulostamistottumuksia. Jos AVH-potilas ei saa ponnistella, suolen toimintaa voidaan auttaa esimerkiksi laksatiiveilla.

Lepo ja uni

Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut tarvitsee lepoa hoidon, kuntoutuksen ja sairaudesta toipumisen aiheuttaman rasti-
tuksen vuoksi. Jotta riittävä unen saanti pystytään turvaamaan, potilaan on hyvä noudattaa säännöllistä vuorokausirytmä.
Nukahtamista voi edistää tuulettamalla

*Sairastunut tarvitsee
lepoa hoidon,
kuntoutuksen ja
sairaudesta toipumisen
aiheuttaman rasti-
tuksen
vuoksi.*

huoneen ja huolehtimalla vuoteen kunnosta sekä WC käynneistä. Ennen nukkumaan menoa voi syödä kevyen iltapalan, mutta piristäviä ruoka-aineita kannattaa välttää. Säättämällä huoneen lämpötila sopivaksi ja hämärtämällä valaistusta voidaan myös edesauttaa unta. Ennen nukku-

maan menoa on hyvä rentoutua ja ajatella miellyttäviä asioita, koska mielipaha estää unen tuloa. Kipulääkkeitä ja unilääkkeitä voi tarvittaessa käyttää apuna unen saantiin.

Kuntoutuksessa käytettävät terapiat

Kun potilaan yleistila ja jaksaminen kohenee, aletaan mukaan liittää fysioterapiaa, toimintaterapiaa, puheterapiaa sekä neuropsykologista kuntoutusta tarpeen mukaan. **Fysioterapia** on keskeisin kuntoutuksessa käytetyistä menetelmistä. Akuuttivaiheessa fysioterapiaan kuuluu erilaisia asento-, liike- ja hengitysharjoituksia. Kun yleiskunto sallii, siirrytään mobilisointivaiheeseen. On tutkittu, että AVH potilaat hyötyvät kävely- ja tasapainoharjoituksista, käden ja yläraajojen harjoituksista sekä aerobisen kunnan ja lihasvoimien harjoittamisesta.

Toimintaterapiassa arvioidaan akuutissa vaiheessa AVH potilaan taitoja, kotona selviytymistä sekä kuntoutustarvetta. Subakuutissa vaiheessa taas edistetään itsenäistä selviytymistä päivittäisissä toiminnoissa ja osallistumista mielekkääseen arkeen potilaan tavanomaisessa ympäristössä. Toimintaterapeutti käyttää osittain samoja menetelmiä kuin fysioterapeutti. Käytettyjä menetelmiä ovat muun muassa tehtäväkeskeinen toistoharjoittelu, mielikuvaharjoittelu, käden pakotetun käytön kuntoutus, peiliterapia, virtuaaliodellisuudessa harjoittelu, toiminnan tarkkailu sekä voimaharjoittelu.

Puheterapialla voidaan vaikuttaa dysartriaan, nielemisvaikeuksiin sekä puheentuoton vaikeuksiin. Puheterapiassa voidaan edistää kommunikointitaitoja sekä opetella erilaisten kommunikointivälineiden käyttöä. Puheterapialla pystytään vaikuttamaan havaintotoimintoihin, muistiin ja

puhe-elinten toimintaan. Intensiivisen puheterapian on myös huomattu edesauttavan normaaliin ruokavalioon siirtymistä.

Neuropsykologisessa kuntoutuksessa kuntoutus kohdennetaan kognitiivisiin häiriöihin, käyttäytymismuutoksiin sekä oiretiedostukseen. Samanaikaisesti otetaan huomioon potilaan emotionaalinen ja psykososiaalinen vointi. Neuropsykologisesta kuntoutuksesta on todettu olevan hyötyä jopa vuosia AVH:n jälkeen, kun potilaan kuntoutumiskyky ja motivaatio ovat harjaantuneet.

Lisätietoja:

Sipiläinen, H. 2017. Potilasohje toimintakykyä tukevasta toiminnasta AVH-potilaille. Opinnäytetyö