



**SAVONIA**

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

# KUN LÄHEINEN SAIRASTUU AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖÖN

Opas sopeutumisesta läheisille

TE -

Iina Partanen

KIJÄ/T:

Susanna Ritvanen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Iina Partanen	
Työn nimi Kun läheinen sairastuu aivoverenkiertohäiriöön- opas sopeutumisesta läheisille	
Päiväys	6.4.2018
Sivumäärä/Liitteet	50/10
Ohjaaja(t) Iire Paula, lehtori, terveysala	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Harjulan sairaala osasto 4, osastonhoitaja Kortelainen Kirsi	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tutkimuksissa on todettu aivoverenkiertohäiriön vähentävän laadukkaita elinvuosia enemmän kuin mikään muu sairaus. Vuosittainen määrä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita Suomessa on noin 25 000 henkilöä. Näistä henkilöistä noin 18 000 suomalaista saa vuosittain aivoinfarktin ja 1800 aivoverenvuodon. Lisäksi TIA-kohtauksen saa noin 5000 suomalaista. Sairastuvuuden ennustetaan lisääntyvän, kun väestö vanhenee, ellei ennaltaehkäisyä pyritä tehostamaan merkittävästi. (Aivoliitto 2013.)</p> <p>Sairastuminen aivoverenkiertohäiriöön koskettaa niin sairastunutta kuin läheisiä. Läheisellä on suuri rooli potilaan kuntoutumisessa sekä myös psyykkisen hyvinvoinnin kehittymisessä. Monesti kuitenkin itse läheisen jaksaminen unohtuu sekä se, kuinka läheinen tilanteeseen sopeutuu. Tämä kaikki saa aikaan stressiä ja erilaisia tunteita, joita voi olla vaikea käsitellä. Läheinen voi ajatella, ettei hänellä ole oikeutta tuntea näin, vaan hänen täytyy olla läheisen tukena.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää millaista tukea läheiset tarvitsevat ja millä keinoilla heidän tukena voidaan olla sekä kehittää aivoverenkiertohäiriö potilaiden läheisten tukemista sairauteen sopeutumisen eri vaiheissa. Opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa Harjulan sairaalan neurologiselle kuntoutusosastolle konkreettinen opas potilaiden läheisille. Opas tulee toimimaan hoitajien työkaluna tukien läheisiä kohtamaan muuttunut arki.</p> <p>Selvitimme opinnäytetyössämme, sitä miten läheinen kokee sairastumisen? Millaista apua ja tukea he kokevat saavansa ja millaista tukea he toivoisivat saavansa. Näiden kysymysten pohjalta tuotoksemme syntyi. Tuotoksen kohderyhmänä on aivoverenkiertohäiriö potilaan läheiset. Opas on myös hoitohenkilökunnalle työmenetelmä läheisten tukemiseen. Oppaan tavoitteena on kuvata selkeästi yleisimmät aivoverenkiertohäiriöt sekä niiden jälkeiset oireet. Lisäksi käymme läpi elämänlaatua ja tunne-elämää, jota läheinen sairastumisen aikana käy läpi.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä Harjulan sairaalaan. Työn lähteinä on käytetty tieteellisiä artikkeleita sekä tutkimuksia. Lisäksi olemme käyttäneet näyttöön pohjautuvaa tietoa, joka on asiantuntija lähtöistä. Opinnäyte-työmme jälkeen on mahdollisuus laajempaan katsaukseen läheisten sopeutumisesta, juuri aivoverenkiertohäiriö potilaille. Tässä työssä emme itse keränneet tutkimusaineistoa.</p>	
Avainsanat Aivoverenkiertohäiriöt, läheiset, sopeutuminen	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Iina Partanen and Susanna Ritvanen			
Title of Thesis When you relative fall ill with cerebrovascular disorder - guide for adaptation to relatives of patient			
Date	6.4.2018	Pages/Appendices	50/10
Supervisor(s) Paula Iire			
Client Organisation /Partners Harjula Hospital, Neurological ward, Head Nurse Kortelainen Kirsi			
<p>Abstract</p> <p>Researches have found that a cerebrovascular disorder reduces the quality of life more than other illnesses. About 25 000 people are affected with cerebrovascular disorder in Finland. About 18 000 of these people will get a stroke and 1800 people will get bleeding in the brain. And also 5000 Finnish people get transient ischemic attack. When population get older also morbidity is increasing unless prevention is significantly enhanced.</p> <p>When a patient is ill with cerebrovascular disorder it will also affect his relatives. Relatives have a great importance of rehabilitation and psychological well-being. Very often we do not remember to help and support relatives. And we do not look at how relatives adapt to illness. This will cause a lot of stress and some different feelings. These feelings can be difficult to handle. Relatives might think that he is not allowed to feel confused and he must be supporting the patient.</p> <p>The aim of the thesis is to research what kind of support relatives need and how nurses can support them. The aim is to develop relatives' support. The purpose of the thesis is get a concrete guide to relatives of Harjula hospital neuro-logical department. The guide should be helping nurses to face and support relatives.</p> <p>We wanted answers to the following questions: "How do relatives experience the brain illness? What kind of support do they think they get now and what kind of help they want to get?" Through these questions we implemented a guide. The target group of the output is the relatives of a patient with cerebrovascular disorder. The guide is supposed to be helping relatives to adapt to the disorder and to support the patient.</p> <p>This guide is also nurses' working method for supporting relatives. The aim of the guide is to describe the most common cerebrovascular disorder and symptoms after that. In addition, the guide talks about the quality of life in emotional life. The subscriber of the guide is the neurological rehabilitation department at Harjula hospital. The guide is aimed at them but it is also useful for other people who are working with a cerebrovascular disorder patients.</p> <p>The thesis was implemented as a development work for Harjula hospital. We used literature sources as scientific articles and researches. We have used evidence-based information, which is expert-driven. In the future it is possible to widen a review of the adaptation of relatives and just target the cerebrovascular disorder patients.</p>			
Keywords cerebrovascular disorder, relative, adapt oneself to			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	5
2	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖÖN SAIRASTUNUT POTILAS.....	7
2.1	Aivoinfarkti .....	8
2.2	Aivoinfarktin hoito.....	10
2.3	Aivoverenvuoto.....	11
2.4	Aivoverenvuodon hoito.....	12
2.5	Lukinkalvonalainen verenvuoto .....	12
2.6	TIA- kohtaus .....	13
2.7	Aivoverenkiertohäiriön jälkeiset ongelmat.....	13
2.8	Aivoverenkiertohäiriö potilaan kuntoutuminen.....	15
3	LÄHEISEN SOPEUTUMINEN MUUTTUNEeseen ARKEEN.....	17
3.1	Sopeutuminen .....	17
3.2	Tunteet ja muuttunut arki .....	19
3.3	Läheisen sopeutumisen tukeminen.....	21
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	24
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	26
5.1	Ideointi ja suunnittelu .....	26
5.2	Toteutus .....	26
5.3	Arviointi.....	28
5.4	Hyvän oppaan kriteerit.....	28
6	POHDINTA.....	30
6.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	30
6.2	Tuotoksen arviointia.....	31
6.3	Ammatillinen kasvu .....	33
6.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	34
	LÄHTEET .....	35
	LIITE 1: SWOT- ANALYYSI .....	40
	LIITE 2: OPAS AIVOVERENKIERTOHAIRIÖÖN SAIRASTUNEEN LÄHEISELLE .....	41

## 1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöt ovat Suomessa hyvin yleinen neurologinen sairaus, johon sairastuu päivittäin noin 68 henkilöä. Vuosittainen määrä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita Suomessa on noin 25 000 henkilöä. Näistä henkilöistä noin 18 000 suomalaista saa vuosittain aivoinfarktin ja 1 800 aivoverenvuodon. Lisäksi TIA-kohtauksen saa noin 5 000 suomalaista. Sairastuvuuden ennustetaan lisääntyvän, kun väestö vanhenee, ellei ennaltaehkäisyä pyritä tehostamaan merkittävästi. (Aivoliitto 2013.)

Aivoverenkierron häiriöt ovat Suomessa myös kolmanneksi yleisin kuolinsyy. Aivoverenkiertohäiriöön kuolee Suomessa noin 5000 henkilöä vuosittain. Aivoverenkiertohäiriöistä johtuva kuolleisuus on vähentynyt viimeisen 20 vuoden aikana alle puoleen. Akuuttivaiheen hyvällä hoidolla ja oireiden tunnistamisella esimerkiksi aivoinfarktin kuolleisuus akuuttivaiheessa on enää 19 %. Aivoverenkierron häiriöiden esiintyvyys on vähentynyt 70–90-luvuilta miesten kohdalla noin 30 % ja vastaavasti naisten kohdalla 25 %. Noin puolelle aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista jää jokin pysyvä haitta. Tutkimuksissa on todettu, että aivoverenkiertohäiriöt vähentävät laadukkaita elinvuosia enemmän kuin mikään muu sairaus. Stakesin tilastojen mukaan aivoverenkiertohäiriöihin ja niiden hoitoon kuluu eniten hoitovuorokausia akuuttihoidon vaiheessa verraten muihin sairauksiin. (Aivoliitto 2013; Soinila & Kaste 2015.)

Lähimmäisen sairastuminen aivoverenkiertohäiriöön herättää jokaisessa läheisessä erilaisia tunteita. Pelkoa aiheuttaa muun muassa se, näemmekö lähimmäistämme enää hereillä. Hetket läheisen sairastuessa vakavasti ovat ihmiselle todellisia epätoivon hetkiä. Epätoivo sanana tiivistävää ihmisen ajatukset sairauden kohdatessa (Koistinen 1997). Viha, turhautuminen, hätä, ahdistus, eristäytyneisyys sekä toivottomuus, ovat normaaleja tunne reaktioita vakavan sairauden kohdatessa (Nevalainen 2006). Jokaisen läheisen sopeutuminen on yksilöllinen prosessi, johon liittyy selviytymisen ja kriisin eri vaiheet. Sairastuminen aivoverenkiertohäiriöön koskettaa niin sairastunutta kuin läheisiä. Trevor Powell on teoksessaan Pään vammat pohtinut, kuinka aivovamma voidaan nähdä koko perheen tapahtumana ja on aivoihin vammautuneita perheitä. Tämä sama ajatus koskee aivoverenkiertohäiriö potilaan läheisiä, sairaus koskettaa koko perhettä. Tätä ajatusta voimme käyttää myös aivoverenkiertohäiriö potilaan läheisten kohdalla, sairaus on koko perheen asia. Hoitotyössä helposti unohtuvat läheiset, heillä on kuitenkin suuri rooli sairastuneen kuntoutuksessa ja sairauteen sopeutumisesta. Omaiset tarvitsevat tietoa ja tukea, jotta he pystyvät olemaan sairastuneen tukena ja apuna. (Powell 2005)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa opas aivoverenkiertohäiriö potilaan läheisille. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Harjulan sairaalan neurologisen kuntoutusosaston kanssa. Aihe on ajankohtainen, sillä omaistyön tärkeyteen on viime aikoina pyritty kiinnittämään huomiota. Läheiset sairastuneen vierellä ja heidän tukeminen unohtuvat hyvin usein. Olemme kaikki työssämme huomanneet, että työkalut omaisten tukemiseen ovat aina hyödyllisiä. Tulevan työmme kannalta aihe on tärkeä, koska näin saamme itsellemme ja muille hoitoalan työntekijöille, etenkin Harjulan sairaalan neurologisen kuntoutusosaston henkilökunnalle, avaimia ja työkalun omaisten tukemiseen.

Opinnäytetyömme toimeksiantajana ja aiheen ideoijana on Harjulan sairaalan osaston 4 eli neurologisen kuntoutusosaston osastonhoitaja Kirsi Kortelainen. Osastonhoitaja Kortelainen kertoo, kuinka osastolla on keskusteltu omaisten tukemisesta ja siihen oppaan saamisesta. Opas toimii yhtenä hoitajien työkaluna läheisten tukemisessa. Opinnäytetyömme on toteutustavaltaan kehittämistyö, jolla tuotamme tilaajan tarpeisiin materiaalia eli oppaan, joka tulee avuksi käytännön työhön.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, millaista tukea omaiset tarvitsevat ja millä keinoilla omaisten tukena voidaan olla. Haluamme saada työssämme vastauksia kysymyksiin: Miten omainen kokee sairastumisen? Millaista apua ja tukea he kokevat saavansa ja millaista tukea he toivovat saavansa. Näiden kysymysten pohjalta rakennamme oppaan ja nämä ovat opinnäytetyömme kysymykset, joihin vastaamme.

## 2 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖÖN SAIRASTUNUT POTILAS

Potilaan sairastaessa aivoverenkiertohäiriötä eli AVH:ta, tarkoitetaan sillä TIA-kohtauksia eli ohimenevää aivoverenkiertohäiriötä tai pysyvää vauriota aiheuttavaa aivoinfarktia tai aivoverenvuotoa. Sairastuminen aivoverenkiertohäiriöön tapahtuu äkillisesti ja kyseessä on pitkäaikainen krooninen sairaus, joka vaatii kuntouttavaa hoitoa (Soinila & Kaste 2015). Uudelleen sairastumisen todennäköisyys vähenee murto-osaan tehokkaalla hoidolla. Lääkitys ja elämäntapamuutokset kuuluvat potilaan hoitoon, ja joskus tarvitaan myös leikkaushoitoa. Uudelleen sairastumiseen voidaan oleellisesti vaikuttaa syömällä terveellisesti, liikkumalla riittävästi ja ottamalla lääkkeitä säännöllisesti. Alkoholia ja tupakkaa tulisi välttää. Verensokerin, verenpaineen ja kolesterolin pysymisestä hoitotasolla olisi huolehdittava. Aivoverenkiertohäiriön seurauksena ilmenee usein erilaisia vaikeuksia päivittäiseen elämään, niitä voi olla muun muassa liikkumisen vaikeus, afasia ja motoriset vaikeudet. (Aivoinfarkti ja TIA, Käypä hoito -suositus 2016)

Aivoverenkiertohäiriöstä 79 % ovat iskemisiä ja 21 % kallon sisäisiä vuotoja. Aivoinfarktin vuoksi menetetään eniten laadukkaita elinvuosia verraten kaikkiin muihin sairauksiin. Aivoverenkiertohäiriöllä on myös suuri taloudellinen merkitys. AVH:n kustannukset terveydenhuollolle tekevät vuodessa noin 570 miljoonaa euroa. Aivoinfarktin uusiutuminen lisää vuosikustannuksia 46 %, kun uusiutuminen tapahtuu vuoden kuluessa sairastumisesta. Terveystieteen aineiston mukaan AVH-potilaan elinikäisten kustannusten arvioitiin olevan vuonna 2003 noin 86 000 euroa. (Aivoinfarkti ja TIA, Käypä hoito -suositus 2016.) Ensimmäistä kertaa aivoinfarktiin sairastuneiden määrä on 2000-luvulla pienentynyt tasaisesti. Aivoinfarktiin sairastuneiden keski-ikä vuonna 2010 oli 72,2 vuotta ja miehiä sairastuneista oli 51,2 %. Alle 65 vuotiaita sairastuneista oli 21 %. (Kuisma & Puolakka 2013, 397; Aivoinfarkti ja TIA, Käypä hoito -suositus 2016). Suomessa 2009 vuoden alussa aivoverenkiertohäiriön esiintyvyyden on arvioitu olevan 1,5 % väestöstä eli noin 82 000 sairastunutta. Aivoverenkiertohäiriö kuuluu yleisimpiin kuolinsyihin, se on kolmanneksi yleisin kuolinsyy Suomessa. Aivoverenkiertohäiriöiden osuus kaikista kuolemista maailmanlaajuisesti on 12 %. Toipuminen aivoinfarktista on parantunut prosentuaalisesti vuosien kuluessa, 50–70 % on toipunut kolmen kuukauden kuluessa sairastumisesta itsenäisiksi päivittäisissä toiminnoissa. (Aivoinfarkti ja TIA, Käypä hoito – suositus 2016.)

Akuuttihoito on erityisen suuressa roolissa aivoverenkiertohäiriön hoidossa. Oireiden aikainen tunnistaminen ja potilaan nopea hoitoon pääsy ovat avain asemassa tarkasteltaessa potilaan ennustetta. Aivoinfarktin sekä aivoverenvuodon varhaisten oireiden tunnistaminen riittävän aikaisin on tutkitusti tärkeää tehokkaan ja toimivan hoitopolun käynnistymiseen. (Kuisma & Puolakka 2013, 396.) Ikä lisää riskiä sairastua kaikkiin valtimotauteihin, myös aivoverenvuotoon ja aivovaltimotukokseen. Miesten sairastumisen riski on suurempi kuin naisten. Sairastumisen riski suurenee, mikäli lähisuussa on valtimotauteja kuten sepelvaltimotautia, verenpainetauti, diabetesta tai aivoverenkiertohäiriöön runsaasti sairastuneita. Suomalaisten riski sairastua aivoverenkiertohäiriöihin on suurempi kuin esimerkiksi eteläeurooppalaisilla, johtuen elintapa sairauksien kasvavasta määrästä. (Lääkäri-lehti 2008, 9-51.)

Aivoverenkiertohäiriön riskitekijät liittyvät elämäntapoihin ja niistä aiheutuviin riskeihin. Riskitekijöihin kuuluvat muun muassa tupakointi, alkoholin liikakäyttö, hormonikorvaushoito ja e-pillerit, ylipaino ja vähäinen liikkuminen, miessukupuoli ja myös ikä kuuluvat näihin yleisiin riskitekijöihin. Elinmellisistä sairauksista kuuluu myös osa AVH:n riskitekijöihin, nämä sairaudet ovat tosin myös liitännäisiä elintapa riskitekijöihin. Kohonnut verenpaine, diabetes, uniapnea, flimmeri ja hyperkolesterolemia sekä sepelvaltimotauti kuuluvat selkeästi ja tutkitusti näihin sairauksiin. (Soinila & Kaste 2015.) Aivoverenkiertohäiriöiden ehkäisyyn liittyy primaari ehkäisy, ja sen tavoitteena on vähentää oireettomien henkilöiden riskiä sairastua aivoverenkiertohäiriöön. Ehkäisyssä pyritään siihen, että näiden sairauksien hyvä hoitotasapaino ehkäisee AVH:ta. (Lääkärilehti 2008, 9-51.)

## 2.1 Aivoinfarkti

Aivoinfarkti eli aivoverisuonen tukos on yleisin todettavissa oleva aivoverenkiertohäiriö. Tällöin potilaan aivojen verisuonessa on tukos, joka estää hapen kulkemisen aivokudokseen. Jos tukos ei aukea nopeasti, osa potilaan aivokudoksesta jää ilman happea ja kuolee. Aivoinfarkti esiintyy akuutisti ja potilaan oireisto kehittyy nopeasti muutamista minuuteista muutamiin tunteihin. Yleisimpiä aivoinfarktin oireita ovat: motorinen hemipareesi, suupielen/kasvojen roikkuminen. (Soinila & Kaste 2015.) Potilaalla voi olla myös puhehäiriötä, näkökenttäpuutoksia ja nielemisvaikeuksia. Tukos voi johtua useista eri syistä, ja näitä syitä hoidetaan eri tavoin. Alla olevaan taulukkoon (Taulukko 1) on kootuna yleisimpiä aivoinfarktin aiheuttajia ja niiden hoito.

TAULUKKO 1. Aivoinfarktin aiheuttajat

<b>SYY</b>	<b>TAVALLISIN HOITO</b>
Ateroskleroosi eli valtimotauti	Taudin etenemisen hidastaminen ja komplikaatioiden ehkäisy
Sydänperäinen veritulppa	Pysyvä verenhennuslääkitys
Kaulavaltimoahtauma	Riskitekijöiden hoito ja leikkaushoito
Kaulavaltimon dissektoituma	Verenhennuslääkitys 6-12 kk
Kallonpohjan valtimontukos eli basilaaritromboosi	Pysyvä verenhennuslääkitys
Aivolaskimotukos eli sinustromboosi	Verenhennuslääkitys 6-12 kk

**Ateroskleroosi eli valtimotauti** on yleisin syy aivoinfarktiin. Verisuonet ahtautuvat hitaasti ja johtuvat seuraavista hoidettavista tekijöistä: tupakointi, verenpaineauti, korkea kolesteroli, diabetes sekä selkeä obeseetti. Lisäksi korkea ikä, perintötekijät ja mies sukupuoli lisäävät riskiä sairastua valtimotautiin. (Hyks Neurologian klinikka 2012.)



**Sydänperäinen veritulppa** on toiseksi yleisin syy aivoinfarktiin. Veritulppa pääsee muodostumaan kulkeutumaan aivoverenkiertoon. Veritulppa johtuu lähes aina flimmeristä eli eteisvärinästä. Eteisvärinä on yleisin sydänperäisen embolisaation eli tukoksen syy. (Strandberg, Mustonen, Taina, Korpela, Vanninen & Hedman 2016.)

Myös sydämen läppien vika ja sydämen rakenne voivat aiheuttaa veritulppia. Sydänperäisiä tukoksia hoidetaan yleensä verenohennuslääkkeillä, joilla saadaan ehkäistyä veren hyytymistä. Näitä verenhiittymiseen vaikuttavia lääkkeitä ovat muun muassa Marevan (varfariini) tai Pradaxa (dabigatranani). (Hyks Neurologian klinikka 2012.)

**Kaulavaltimon ahtauma** johtuu valtimotaudista, ja ahtaumaa voidaan ehkäistä hoitamalla valtimotaudin riskitekijöitä. Leikkaus on joskus tarpeellinen, mikäli kaulavaltimoon on kehittynyt hyvin vaikea ahtauma ja, joka aiheuttaa potilaalle oireita. Leikkauksessa ahtauma poistetaan valtimon sisältä. (Hyks Neurologian klinikka 2012.)

**Kaulavaltimon dissekoituma**, kaulavaltimon seinämässä on heikko kohta, josta veri virtaa valtimon seinämän sisään, pullistuttua seinämän ja voi tukkia valtimon (Terveyskylä 2018). Tästä tukoksesta puhutaan nimellä dissekoituma. Dissekoitumaa ei voida leikata, mutta verenohennuslääkitys estää sen aiheuttamat uudet aivoinfarktit. Dissekoituma korjaantuu usein 6-12 kuukauden aikana itsestään. (Hyks Neurologian klinikka 2012.)

**Kallonpohjan valtimon tukos eli basilaaritromboosi.** Kallonpohjan valtimon tehtävänä on veren tuominen aivorungon alueelle, joka on välttämätöntä muun muassa tajunnan ja hengittämisen kannalta. Mikäli tähän valtimoon tulee tukos, riski kuolla on suuri. Basilaaritromboosin saaneista potilaista puolet voidaan pelastaa liuotushoidolla. Alkuvaiheessa kallonpohjan valtimon tukosta hoidetaan useilla verta ohentavilla lääkkeillä. Verenohennuslääke jää potilaalle usein pitkäaikaishoidoksi sekä pysyväksi lääkitykseksi. (Hyks Neurologian klinikka 2012.)

**Aivolaskimotukos eli sinustromboosi.** Aivovaltimoiden lisäksi myös aivolaskimot saattavat tukkeutua. Laskimon tukoksille altistavia syitä ovat muun muassa: tupakointi, obesiteetti, raskaus, epillit, tulehdukset sekä kuivuminen. Aivolaskimotukoksen hoitona käytetään verenohennuslääkitystä, jonka kesto on joko 6-12 kuukautta tai pysyvä hoito, riippuen tukoksen aiheuttajasta. (Hyks Neurologian klinikka 2012.)

Suurin osa aivoinfarkteista on mahdollista ehkäistä, tähän pystytään vaikuttamaan hoitamalla tehokkaasti riskitekijöitä, kuten keskivartalolihavuutta, korkeaa verenpainetta, diabetesta, eteisvärinää ja dyslipidemiaa. Lisäksi riskitekijänä on vähäinen liikunta, tupakointi sekä epäterveellinen ruokavalio. (Aivoinfarkti ja TIA, Käypä hoito- suositus 2016.) Aivoinfarktien osuus AVH tapahtumista oli peräti 79 % vuonna 2013 THL:n rekisterin mukaan. Aivoinfarktin riskitekijöinä ovat siis elintapatekijät joihin voi itse vaikuttaa. Sekä tekijät joihin emme voi itse vaikuttaa mutta, joita voimme hoitaa. (Häkkinen, Meretoja, Roinne, Koskinen, Jurvanen, Kuronen & Peltola 2017.)

## 2.2 Aivoinfarktin hoito

Oireisto aivoinfarktissa voi olla potilaasta riippuen hyvinkin monimuotoinen, ja tästä syystä on tärkeää ennaltaehkäisevästi tuoda ihmisille tietoon AVH:n ensioireita. Varhaiset oireet tunnistaa useimmiten joko potilas itse tai hänen omainen. (Soinila & Kaste 2015, Käypä hoito suositus 2016.)

Tarkastellessa tukkeutuneiden suonien sijaintia aivoalueella noin 80 % tukoksista on huomattu sijaitsevan karotiskierron alueella. Karotiskierron alue käsittää sisempien kaulavaltimoiden yhdessä muodostamaa verenkiertoa. Lisäksi takakierron alueella todetaan noin 10–20% tukoksista, näin ollen potilaan oireisto on osittain riippuvaista siitä missä alueella aivojen suonitusta tukos sijaitsee. Oireiston ilmaantumisesta hoitoon pääsyyn tulisi olla mahdollisimman nopeaa. (Soinila & Kaste 2015, Soinila 2011, 44.)

Todetessa potilaalla ensi oireistoa AVH:n liittyen täytyy tehdä soitto viipymättä hätäkeskukseen, josta ensihoito lähetetään viipymättä paikalle. Hätäkeskus soitosta alkaa katkeamaton ja tarkoin suunniteltu hoitoketju. Potilaan hoito alkaa jo ambulanssissa, jossa pyritään pitämään potilaan peruselintoiminnot vakaina. Potilas kuljetetaan lähimpään keskus- tai yliopistosairaalaan, jossa on mahdollisuus välittömään kuvantamiseen ja liuotushoitoon. (Kantanen ym. 2017.) Ennakoilmoituksen perusteella päivystyksen hoitaja antaa informaatiota tulevasta potilaasta päivystävälle neurologille, joka aloittaa suunnittelemaan potilaan hoitopolkua (Soinila & Kaste 2015).

Potilaan saapuessa hoitoon tehdään ensimmäisenä oirekuvan vaikea-asteisuutta kuvaava NIH Stroke Scalen eli neurologisten löydösten arviointiin käytettävä lomake. Tietokonetomografia kuvantamisessa todetaan potilaan mahdollinen aivoinfarkti ja sen sijainti. Kuvantaminen on ennen liuotushoitoa välttämätön, koska sillä suljetaan pois oireistoltaan samankaltainen aivoverenvuoto. Neurologin todetessa aivoinfarktin aloitetaan potilaalle saman tien laskimonsisäinen liuotushoito. (Kantanen ym. 2017.) Liuotushoito laskimonsisäisesti on ollut vakiintuneessa käytössä lyhyen aikaa vuodesta 2003 lähtien. Liuotushoito on aloitettava potilaalle mahdollisimman pian oireiden alkamisesta. Tähän syynä on se, että lääkkeen hyöty tukoksen liuottamisessa on tutkittu olevan vähäisempi, kun viiveaika on pidempi. Neljän ja puolen tunnin kuluttua oireiden alkamisesta on liuotushoito vielä turvallista ja etenkin tehokasta, tästä syystä oireiden tarkka alkamisaika on tärkeä tieto jo ensihoidolle. (Kantanen ym. 2017.)

Liuotushoidon lääkkeenä käytetään alteplaasia, joka annostellaan potilaalle painokilojen mukaan. Alkuun potilaalle annetaan alteplaasia boluksena 10 % annoksesta ja tunnin kestoisena infuusiona loput 90 % annoksesta. Vasta-aiheita alteplaasin käyttöön voi olla antikoalugaatio tai varfariinihoito, myös hallitsematon verenpaine reaktio. Liuotushoidon tehokkuutta tarkastellessa on huomattu, että laskimonsisäinen liuotushoito on tehokkaimmillaan pienten perifeerisesti sijaitsevien suonten tukoksissa. (Kantanen ym. 2017, Aivoinfarkti ja TIA- käypähoito.)

Suurempien suonten hoidossa liuotushoito voi olla tehotonta, jolloin tukoksen poistamiseksi tarvitaan tukoksen mekaanista poistoa. Tätä menetelmää kutsutaan trombektomiaksi. Trombektomiassa-kin hoidon teho liittyy oireiden kestoon ja nopeaan hoitoon pääsyyn ja diagnoosiin. TT kuvauksella saadaan selville myös suurempien suonten tukos mutta kuvauksen tukena käytetään useimmiten myös kaula- ja aivovaltimoiden varjoainekuvausta eli TTA:ta. Kuopion yliopistollisen sairaalan kuvausprotokollaan kuuluu myös perfuusiokuvaus, jolla saadaan lisätietoa aivoinfarktin laajuudesta ja sijainnista. (Kuisma & Puolakka 2013, 405; Kantanen ym. 2017.)

### 2.3 Aivoverenvuoto

Aivoverenvuoto on aina potilaalle välitöntä ja kiireellistä hoitoa vaativa akuutti tilanne. Aivoverenvuodossa on verraten aivoinfarktiin hyvin suuri prosentuaalinen määrä kuolleisuutta 30 vuorokauden aikana sairastumisesta. Aivoverenvuoto johtuu useimmiten verenpainetaudista, mutta sen ilmaantuvuus on kuitenkin ollut viime vuosina hyvin laskussa korkean verenpaineen tehokkaan hoidon ansiosta. Korkeaan verenpaineeseen myös puututaan herkemmin ja ihmisillä on tietoa sairaudesta, sen seurauksista ja verenpaineen seurannasta. (Soinne 2015.)

Verenpainetautiin liittyvä aivoverenvuoto on yleensä sijainniltaan tyvitumakkeiden, talamuksen alueella. Toinen hyvin yleinen syy on amyloidi angiopatia, jossa amyloidi-niminen aine kertyy valtimon seinämiin ja seinämät heikkenevät. Tavallisia aiheuttajia ovat myös tupakointi, runsas alkoholin käyttö, verenhennuslääkitys, aivovaltimoiden sairaudet ja epämuodostumat, verenhyytymisen häiriöt, tuumorit. Kallon sisäisen aivoverenvuodon oireina ovat riippuen vuodon sijainnista ja laajuudesta erilaiset neurologiset puutosoireet, päänsärkyä ja pahoinvointia sekä nopeaa tajunnantason laskua. Neurologisia puutosoireita voivat olla muun muassa hemipareesi, dysfasia ja hemianopia. Akuuttivaiheessa oireiden eteneminen nopeasti on yleisempää kuin aivoinfarktissa, hyvin yleistä on myös, että verenpaine kohoaa huomattavasti vuodon alkuvaiheessa. Vuodon ollessa potilaalla massiivinen ja laaja, tai jos vuoto on sijainniltaan aivorungon alueella, on selvästi suurentunut riski kallon sisäisen paineen nousuun. Tämä tila on potilaalle hengenvaarallinen ja voi kehittyä sellaiseksi, jopa muutamassa tunnissa ja aiheuttaa seurauksena aivoherniaation. (Soinne 2015; Tanskanen & Niskakangas 2017.)

Aivokudos vaurioituu heti kun aivokudoksen sisään vuotaa verta, mutta imeytyy pois itsestään viikkojen aikana, kuten mustelma ihona alta. Veren poistaminen leikkauksella tuo harvoin mitään hyötyä. Aivoverenvuodon jälkeen on erityisen tärkeää verenpaineen tehokas hoitaminen. (Roine 2016.) Massiivinen vuoto sekä tajuttomalla potilaalla oleva laaja vuoto aivorunko alueella on yleensä syy siihen, että aktiivisista hoidoista pidättäydytään, koska ennuste tällaisella potilaalla on hyvin heikko. Muissa tapauksissa akuuttivaiheessa valitaan aina aktiivinen hoitolinja, jonka mukaisesti toimitaan. Useimmiten hoitolinja on kuitenkin konservatiivinen eikä kajoavaan leikkaushoitoon ryhdytä. (Soinila & Kaste 2015; Roine 2016.)

## 2.4 Aivoverenvuodon hoito

Aivoverenvuoto potilaan hoito tapahtuu ensisijaisesti aivohalvauksyksikössä, kuten myös muidenkin aivotapahtuma potilaiden hoito. Ensisijaisesti lääkäri tekee statusta eli sen hetkistä tilannekatsausta ennakkotietojen ja oireiden perusteella, mutta diagnostisesti ensisijainen asia on tässäkin tilanteessa aivojen TT- kuvaus sekä tarvittaessa käytetään aivovaltimoiden TT-angiografiaa. Ensimmäisenä asiana, jolla ehkäistään vuodon jatkuminen, ovat antikoagulantti hoidon tai muun aiheen kumoaminen, joka aiheuttaa vuototaipumusta. (Roine 2016; Soinne 2015.) Verenpaine voi potilaalla olla korkea akuuttivaiheessa, jolloin eurooppalaisessa hoitosuosituksessa on mainittu, että verenpaineen alentaminen voisi olla akuuttivaiheessa hyödyllistä. Verenpaineen lasku on aiheellista, kun systolinen paine on potilaalla yli 140 mmHg. Verenpaineen laskussa täytyy kuitenkin olla hyvin varovainen, sillä se ei saa tapahtua äkillisesti. Aivoverenvuoto potilailla voi esiintyä akuuttivaiheessa myös epileptisiä kohtauksia, joiden hoito tapahtuu suonensisäisesti annetuilla epilepsialääkkeillä. (Roine 2016.)

Aivoverenvuoto potilas on aina akuuttivaiheessa vuodepotilas, joten hoitoon täytyy kuulua myös tromboosiprofylaksia. Tähän käytetään pienimolekyylisiä hepariinia, joka annetaan subkutaanisesti tai vaihtoehtoisesti käyttämällä tukisukkia. Hepariinin voi aloittaa aikaisintaan kahden vuorokauden kuluttua vuodosta ja sitä ennen on täytynyt ottaa kontrolli TT-kuva. Operatiivinen hoito ei ole ensisijainen hoito ICH potilailla. Verenvuodon ollessa pikkuaivoissa sekä, jos vuotoon liittyy selkeä tajunnantason lasku, operatiivisella hoidolla saadaan hyvä vaste ja toipumisennuste. (Roine 2016; Soinne 2015.)

## 2.5 Lukinkalvonalainen verenvuoto

Lukinkalvonalainen verenvuoto, johtuu yleensä aneurysmasta eli aivovaltimon pullistumasta. Voidaan puhua myös SAV:sta. Pullistuman uusintavuoto voidaan estää joko tukkimalla se suonensisäisesti tai sulkemalla pullistuma leikkauksessa. Erityisen tärkeää pullistuma hoidon jälkeen on tupakoinnin lopettaminen, koska tupakointi aiheuttaa helposti uusia pullistumia. Korkean verenpaineen hoito on myös tärkeää, koska paine aiheuttaa pullistuman repeämän. Pullistumat voivat joskus olla myös perinnöllisiä. Oireettoman henkilön aivovaltimot voidaan kuvata seulontamielessä, mikäli hänen kahdella lähisukulaisellaan (sisarukset tai vanhemmat) on todettu aivovaltimon pullistuma. (Jääskeläinen 2016.)

Lukinkalvonalaisessa vuodossa eli subaraknoidaalisessa vuodossa myös ensisijainen diagnoosi menetelmä on aivojen TT-kuvaus. Kliinisen tutkimuksen ja sen pohjalta heräneen epäilyn ja TT-kuvan avulla varmistetaan, että kyseessä on SAV. Tällaisen potilaan hoidosta täytyy heti konsultoida neurokirurgista yksikköä ja potilaan hoito tapahtuu aina tilanteesta riippumatta teho-osastolla. Siirron neurokirurgian puolelle täytyy tapahtua välittömästi, jos kyseessä on kookas hematooma tai potilaan yleistila on huono, muutoin siirto täytyy tehdä viimeistään seuraavana aamuna.

Todettaessa SAV aloitetaan antifibrinolyttinen hoito, joka on lyhyt, mutta tällä voidaan estää tehokkaasti uusintavuoto siihen saakka, kunnes vuotava aneurysma saadaan korjattua. (Jääskeläinen 2016.)

Neurokirurgisessa yksikössä aneurysma tai useammat sellaiset todetaan neljän suonen angiografi-alla. Ennen leikkaushoitoa SAV potilaan hoito on oireenmukaista lääkehoitoa, kuten verenpaineen, päänsäryn, pahoinvoinnin ja epilepsia-kohtausten hoitoa. SAV potilas hoidetaan aina kirurgisesti neurokirurgin yksikössä. Vaihtoehtoina aneurysman eristämisessä ovat: aneurysman kaulan sulku mikrokirurgisella klipsillä tai aneurysmapussin sulku esim. stentillä endovaskularisesti. Jossain tapauksissa suuri hematooma voi vaatia välitöntä leikkaushoitoa ja sen tyhjentämistä. (Jääskeläinen 2016; Kuisma & Puolakka 2013, 410–411.)

## 2.6 TIA- kohtaus

TIA- kohtauksella tarkoitetaan ohimenevää iskemistä kohtausta. Se on kohtausmainen ohimenevä oire, joka johtuu aivojen verenkiertohäiriöstä tai verkkokalvon verenkiertohäiriöstä. TIA ei jätä yleisesti pysyviä kudosaivourioita. Kestoltaan TIA-kohtaus on lyhyt 2-15 min, enimmillään alle tunnin pituinen. Kliininen diagnoosi perustuu yleensä anamneesiin, koska potilaan oireet ovat ohimeneviä eikä kuvantamisessa ole yleisesti nähtävissä iskemistä muutosta. Tyypillisin oire ohimenevässä karetaalialueen TIA:ssa on hemipareesi, joka on yleisimmin hallitsevampi yläraajassa, lisäksi oirekuvaan kuuluvat kasvohermon heikkous, toispuolinen tunnottomuus, puhehäiriö, yhden silmän näön hämärtyminen. (Aivoinfarkti ja TIA, Käypä hoito- suositus 2016; Atula 2015; Forss & Soinne 2015.)

Vertebrobasilarialueen ohimenevässä kohtauksessa oireina voivat olla: huimaus, oksentelu, pahoinvointi, aivohermo-oireet, toispuolinen halvaus tai tunnottomuus, lyyhistyminen, ataksia sekä näön hämärtyminen. Jos ohimenneen kohtauksen kuvantamisessa on havaittavissa vielä iskemiaa, myös uusimisriski suurenee. TIA-kohtaus potilaalla on myös aina suurentunut riski sairastua aivoinfarktiin. Seuraavien 24 tunnin aikana TIA- kohtauksesta potilaalla aivoinfarktirisiko on 5 %. TIA:n diagnosointiin päivystyksellisesti kuuluvat pään TT-kuvaus tai magneettikuvaus, kaulasuonten kaikututkimus sekä laboratoriotestit, jotka otetaan AVH-potilailla rutiininomaisesti. (Atula 2015; Klinkke ym. 2015; Forss & Soinne 2015.)

## 2.7 Aivoverenkiertohäiriön jälkeiset ongelmat

Ihmisen toimintaa säätelevät aivot. Molemmilla aivopuoliskoilla on omat tehtävänsä. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneella potilaalla voi olla erilaisia ongelmia sairastumisen jälkeen. Vasemman aivopuoliskon vaurioon liittyviä oireita ovat: kehon oikean puolen tuntomuutos, kehon oikean puolen halvaus, puheen tuottamisen vaikeus (afasia), puheen ymmärtämisen vaikeus, lukemisen ja kirjoittamisen vaikeudet, näkökenttäpuutos oikealla puolella, laskemisen vaikeudet sekä tahdonalaisten liikkeiden häiriö. Muun muassa neglect oire vaikeuttaa potilaiden kykyä oppia uusia päivittäisiä toimia. (Hyks Neurologian klinikka 2012; Klinkke ym. 2015.)

Aivoverenkiertohäiriö aivojen vasemmalla puolella aiheuttaa oireita potilaan kehon oikealla puolella. Aivoverenkiertohäiriö aivojen oikealla puolella aiheuttaa sen sijaan oireita potilaalle kehon vasemmalla puolella. Oikean aivopuoliskon vaurioon liittyviä oireita ovat muun muassa kehon vasemman

puolen halvaus, kehon vasemman puolen tuntopuutos, tarkkaavaisuushäiriöt, vasemman puolen jääminen huomiotta eli neglect, sairauden tunnottomuus eli on vaikea ymmärtää olevansa sairas sekä näkökentän puutos vasemmalla puolella. (Hyks Neurologian klinikka 2012.)

**Tiedonkäsittelyn vaikeudet** muistin, tarkkaavaisuuden, hahmottamisen, ajattelun tai kielellisen toiminnan alueella liittyy usein aivoverenkiertohäiriön jälkeisiin ongelmiin. Vaikeuden aste tiedonkäsittely ongelmissa voidaan katsoa olevan riippuvainen aivoverenkiertohäiriön koosta ja sijainnista. (Hyks Neurologian klinikka 2012.)

**Puheen häiriöt eli afasia**, puheen tuottaminen ja / tai ymmärtäminen vaikeutuu. Kirjoittaminen ja lukeminen myös hankaloituvat. Afasioita on eriasteisia ja erityyppisiä. Afasian muoto on aina yksilöllinen, kahta samanlaista ei ole. Kommunikointi ja osallistuminen keskusteluihin vaikeutuvat sairastuneella. Kielelliset vaikeudet helpottuvat usein toipumisen ja kuntoutuksen myötä. Myös puheen selkeys saattaa kärsiä aivoverenkiertohäiriön jälkeen, kyseessä on silloin **puhemotorinen häiriö eli dysartia**. (Hyks Neurologian klinikka 2012.)

**Huomioimattomuus eli neglect** on haasteellinen oire, koska potilas ei sitä helposti itse tunnista. Toisen puolen huomioimattomuus voi esiintyä oven karmiin törmäilynä tai ruokalautasen toisen puolen syömättä jättämisenä. Voi myöskin olla niin, ettei potilas havaitse omaa toista vartalonpuoliskoaan. Tämä oire voi johtaa vaikeuksiin omatoimisessa hygienian hoidossa sekä kuntoutuksessa. Huomioimattomuus korjaantuu muutamassa kuukaudessa, joissakin tapauksissa korjaantuminen kestää kauemmin. (Hyks Neurologian klinikka 2012.)

**Masennus** voi olla oire tai reaktio sairastumiseen. Osa aivoverenkiertohäiriö potilaista masentuu pian sairastumisen jälkeen. Masennusta esiintyy noin 30 %:lla AVH-kuntoutujista. Sairastuminen vaikuttaa aina mielialaan, mutta mikäli masennus kestää pitkään ja vaikuttaa toimintakykyyn, sitä on syytä hoitaa. Masennus voi olla kuntoutumisen este. **Uupumus** liittyy yleisesti masennukseen. **Fatikki eli uupumus** voi esiintyä myös erillään masennuksesta. Toipumisen edistyessä väsymys vähenee, mutta joillakin potilailla se voi jäädä myös pysyväksi oireeksi. (Hyks Neurologian klinikka 2012.)

**Apatia eli ponnettomuus** on keskushermostoperäinen oire, joka kehittyy osalle aivoverenkiertohäiriö potilaista. Masennusta ja apatiaa esiintyy niin yhdessä kuin erikseen. Apatia eroaa masennuksen ponnettomuudesta niin, ettei henkilö itse lainkaan kärsi tai ole surullinen oireesta, vaan siitä kärsivät omaiset. Kiinnostuksen ja motivaation puute liittyy yleisesti apatiaan. Ponneton ihminen saattaa istua tuolissa tuntikausia tekemättä mitään ja olla täysin tyytyväinen. Apatia vaikeuttaa kuntoutumista motivaation puutteen vuoksi. (Hyks Neurologian klinikka 2012.)

**Nielemisvaikeus eli dysfagia** on vaarallinen, koska siihen voi liittyä syljen ja ruoan valumista henkitorveen, ja tätä kautta altistaa keuhkokuumeelle. Nielemisvaikeus voi jatkua pitkäänkin ja on tärkeä tunnistaa. Yskiminen, kurkun selvittely ja / tai äänen muuttuminen ”vetiseksi” ruokailun yhteydessä ovat oireita nielemisvaikeudesta. Hoitajat ja / tai puheterapeutit arvioivat nielemistä ja antavat tarvittavat ohjeet juomien ja ruokien koostumuksen muokkaamisesta. Joskus nenämahaletkun

(NML) tai vatsapeitteiden läpi mahalaukkuun menevän letkun kautta tapahtuva ravitseminen (PEG) ovat ravitsemuksen turvaamiseksi tarpeen. (Hyks Neurologian klinikka 2012.)

**Näkökenttäpuutos eli hemianopia** on tavallisesti toispuolinen. Näkö voi näkökenttäpuutoksen lisäksi olla häiriintynyt monella muullakin tavalla, esim. värien tai kasvojen tunnistus voi olla häiriintynyt. Näkökenttäpuutoksissa on se huono puoli, että ne korjaantuvat yleensä huonommin kuin muut aivoverenkiertohäiriön jälkitilat, niiden kuntoutumiseen ei juurikaan voida vaikuttaa. (Hyks Neurologian klinikka 2012.)

**Jäykkyys eli spastisuus** eli raajan jäykistyminen on yleinen oire aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Spastisuuden esiintyvyys todetaan, jopa puolella potilaista. Spastisuuden hoito tapahtuu pääosin fysioterapeuttien ohjeiden mukaisesti. Spastisuuden ollessa hankalaa voidaan lääkkeitä käyttää tai botuliinipistoksia, joita annetaan muutaman kerran vuodessa. Osa aivoverenkiertohäiriö potilaista saa myöhemmin elämässään toistuvia kouristuskohtauksia, jotka alkavat tavallisimmin 6 kuukauden – 2 vuoden kuluessa aivoverenkiertohäiriöstä. **Epilepsia** kehittyy kolmasosalle kouristuskohtauksen saaneista. Mikäli kouristelua ilmenee aivoverenkiertohäiriön jälkeen, on epilepsialääkitys tarpeen. Kouristelun ja epilepsian ilmaantumista voidaan estää hyvällä riskitekijöiden hoidolla. (Hyks Neurologian klinikka 2012.)

## 2.8 Aivoverenkiertohäiriö potilaan kuntoutuminen

Potilaan hoidolla AVH yksikössä saadaan hallintaan akuuttitilanne ja pystytään vaikuttamaan paljon potilaan ennusteeseen. Tästä huolimatta ennen kuntoutusta vain alle kolmannes potilaista toipuu täysin. Kuntoutuksen avulla pyritään saavuttamaan potilaan kohdalla se toiminnan taso, jonka aivojen vauriot antavat myöten. Tähän kuuluvat niin fyysinen, älyllinen, sosiaalinen kuin psykologinen taso. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneella potilaalla voi olla moninaisia oireita ja vaikeuksia, jotka vaativat kuntoutustoimenpiteitä. Kuntoutuminen on pitkä prosessi, johon liittyy niin fyysistä, psyykkistä kuin sosiaalista osa-aluetta. Tutkimuksissa on todettu, että sairastumisen jälkeiseen toimintakykyyn ja päivittäisten toimintojen muuttuminen ennen sairastumista olevasta toimintakyvystä ei ole sairastuneelle helppoa. Tähän liittyy myös psyykinen työ siinä, että sairastunut hyväksyy nykyisen toimintakyvyn, johon kuntoutuksella on päästy (Kuokkanen 2009). Sairastuneet ovat myös kokeneet, että oman toiminnan adaptoiminen uudelleen toimintakyvyn muuttuessa tarvitsisi tukea, mutta siihen ei juurikaan kuntoutuksessa keskitytä. Kuntoutuksen jatkuminen sairastumisen alkuvaiheista on tärkeää ja merkityksellistä. (Hyks Neurologian klinikka 2012.)

Kuntoutus on tärkeässä roolissa jo AVH-yksikössä hoidon aikana, sillä mahdollisimman aikaisessa vaiheessa aloitettu kuntoutus edesauttaa potilaan kuntoutumista. Tutkimuksissa on verrattu varhaisessa vaiheessa sekä myöhäisemmässä vaiheessa aloitetun kuntoutuksen tuloksia niin eläinkokeiden kuin aivokuvantamisen pohjalta antaman tiedon perusteella. Potilaan ennusteen kuntoutumisen suhteen on huomattu parantuvan, kun kuntoutus on aloitettu 20–30 vuorokauden kuluessa sairastumisesta. Komplikaatioiden ehkäisyssä kuntoutuksella on suuri merkitys. Mobilisointi heti sairastumisen

alussa varhaisessa vaiheessa ehkäisee komplikaatioita, kuten syvä laskimotukos, ummetusta, ihorikoja ja hypostaattista pneumoniaa. Tämä selittyy sillä, että näiden komplikaatioiden esiintyminen liittyy immobilisaatioon. (Aivoinfarktin ja TIA:n hoitosuositus, Lääkärilehti 2008, 9-51.) Moniammatillisen kuntoutuksen aloittaminen varhaisessa vaiheessa voi vaikuttaa oleellisesti toipumiseen. Myös potilaan oma kiinnostus kuntoutumista kohtaan on tärkeää. Moniammatillisessa kuntoutustyöryhmässä työskentelee lääkäreitä, hoitajia, fysioterapeutti, puheterapeutti ja toimintaterapeutti. Tarvitessa kuntoutukseen osallistuvat myös neuropsykologi, sosiaalityöntekijä sekä kuntoutusohjaaja. Tämän moniammatillisen työryhmän yhteisen arvon perusteella päätetään jatkokuntoutus tarpeesta sekä -hoitopaikasta. Toimintaterapeutti arvioi potilaan selviytymistä päivittäisissä toiminnoissa, kuten peseytymisessä, pukeutumisessa, aterioinnissa ja ruoanlaitossa. Moniammatillisen tiimin lisäksi kuntoutuksen edistymisessä on suuri rooli sairastuneen läheisillä. Perheen osallistuminen kuntoutukseen on tuonut hyviä tuloksia. (Hyks Neurologian klinikka 2012; Tosun, Mahallesi 2017.)

Fysioterapeutti arvioi liikkumisen ja puheterapeutti arvioi nielemisen sekä kielelliset vaikeudet. Kuntoutusyksiköstä riippuen neuropsykologi tai hoitajat arvioivat huomiotta jättämisen oireita eli neglettiä, muistia, keskittymistä, kirjoittamista, lukemista ja toiminnanohjauksen vaikeuksia. Sosiaalityöntekijä arvioi potilaan elämäntilannetta esim. taloudellisesti sekä kotona pärjäämistä kokonaisvaltaisesti selviytymismahdollisuuksien ja kuntoutuksen näkökulmasta. (Hyks Neurologian klinikka 2012.) Potilaalle tehdään kuntoutussuunnitelma, johon kirjataan kuntoutuksen sisältö ja tavoitteet. Kuntoutus prosessin edetessä suunnitelmaa tarkistetaan ja päivitetään. Jatkokuntoutusta ei välttämättä tarvita, mikäli potilas toipuu nopeasti oireettomaksi esimerkiksi onnistuneen liuotushoidon jälkeen. Kun oireet ovat vaikeita, potilas tarvitsee moniammatillista kuntoutusta pitkään ja se voi jatkua viikkoja tai kuukausia. Kuntoutus tapahtuu erikoissairaala hoidon jälkeen neurologisella kuntoutusosastolla, terveyskeskuksen vuodeosastolla tai neurologisiin ongelmiin erikoistuneessa kuntoutusyksikössä. Kuopiossa tämä kyseinen kuntoutusketju etenee yleensä kaavalla: KYS -> Harjula -> Neuron. Aivoverenkiertohäiriön saaneista potilaista noin 70 % asuu vuoden päästä kotona ja vain alle viidennes joutuu pysyvästi laitoshoidon. (Hyks Neurologian klinikka 2012.)

Kotona asumisen helpottamiseksi ja mahdollistamiseksi on kotiin mahdollista tehdä muutostöitä. Potilaan tarvitessa kuntoutusta kotona selviytymisen ja päivittäisten toimintojen tueksi, voidaan hänet ohjata terveyskeskuksen kuntouttavien palveluiden piiriin. KELA eli kansaneläkelaitos voi tietyin edellytyksin korvata kuntoutusta harkinnanvaraisena, elleivät vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen kriteerit täyty. Vaikeavammaisuuden perusteella avo- tai laitoshoidon kuntoutus on mahdollista julkisessa terveydenhuollossa 1-3 vuodeksi tehtävällä kuntoutussuunnitelmalla (SVB-lausunto), tämä voidaan laatia aikaisintaan noin puolen vuoden päästä sairastumisesta. (Hyks Neurologian klinikka 2012, Kansaneläkelaitos 2018.)



### 3 LÄHEISEN SOPEUTUMINEN MUUTTUNEeseen ARKEEN

Sairastuneen läheisen tilanteen käsittelyn prosessi ja sopeutuminen tilanteeseen alkaa yleensä jo lääkärin todetessa sairaus. Sairaudesta kertominen on ainutkertainen tapahtuma potilaalle sekä hänen läheisilleen ja siinä muodostetaan käsitys uutisen kertojasta ja siitä, kuinka läheistä ihmistä tullaan hoitamaan (Laaksovirta 2017). On myös ajateltu, että tässä yhteydessä on erinomainen mahdollisuus tehdä hyvä ensivaikutus potilaaseen sekä läheiseen ja näin ollen saada pohjaa hyvälle hoitosuhteelle. Kun lääkäri on kertonut potilaalle vakavasta sairaudesta ja keskustellut hoidoista, ennusteesta ja hoitojen haittavaikutuksista, voisi luulla, että potilas on saanut tarvittavan tiedon. Sairauden toteamisen jälkeen alkaa läheisen ja potilaan sopeutuminen muuttuneeseen arkeen ja selviytyminen sairaudesta. (Laaksovirta 2017.) Sairastuminen on koko perheen asia. Aura, Paavilainen, Asikainen, Heikkilä, Lipponen ja Åsted-Kurki (2010) ovat tutkimuksessaan kuvanneet, kuinka sairastuminen on koko perheen kriisi, ja samalla yksilön ja perheen hyvinvointi ovat toisiinsa selkeästi sidonnaisia. Potilaan omaiset tarvitsevat sopeutuakseen konkreettista tietoa sekä tukea sairauteen ja siihen, kuinka hoito ja toipuminen etenevät. Läheisten sopeutuminen on myös omanlaisena prosessi, joka kulkee sairauden vaiheiden mukana, ja näihin vaiheisiin omaiset tarvitsevat tukea.

#### 3.1 Sopeutuminen

Hämmennys, avuttomuus, epävarmuus, pelko, kuolemapelko, huoli tulevaisuudesta ovat jokaiselle vakavasti sairastuneen potilaan läheisen kokemia tunteita. Läheinen voi kokea negatiivisten tunteiden lisäksi oman identiteettinsä hajoamista sekä itseluottamuksen heikkenemistä. (Halme, Paavilainen, Åsted-Kurki 2007.) Sopeutuminen sairauteen ja selviytyminen läheisen ihmisen vakavasta sairaudesta on prosessi. Ihminen käsittelee ajatusta pitkäaikaisen sairauden aiheuttamista muutoksista, vaatimuksista ja sitä mitä sairauden tuoma stressi tuo elämälle. Ihminen huomaa itsessään näitä asioita ja siitä alkaa sopeutumisprosessi, jota voidaan kutsua myös selviytymiseksi. Sopeutumisen alkuvaiheessa huoli sairastuneesta sekä samaan aikaan arjen sujumisesta, voi saada myös läheisen uupumaan hyvin nopeasti. Uupumisen ohella läheisellä on tutkimuksissa todettu voivan olla tunne siitä, että hän etäänny läheisestään ja tuntee näin ollen selittämätöntä tyhjyyden tunnetta (Halme ym. 2007). Tutkimuksissa on myös todettu muun muassa syöpään sairastuneen potilaan läheisen voivan tuntea sairastumisen alkuvaiheissa vihaa, turhautumista, hätää, ahdistusta, eristäytyneisyyttä sekä toivottomuutta. Tämän lisäksi läheisen tuntemukset voivat esiintyä, jopa fyysisinä oireina kuten ruokahaluttomuus, unettomuus sekä vatsavaivat. (Nevalainen 2006.) Samat tunteet ja tuntemukset esiintyvät myös aivoverenkiertohäiriö potilaan läheisillä sopeutumisen alkuvaiheessa. Sopeutuminen on kuitenkin jokaisen ihmisen kohdalla yksilöllistä ja vaihtelee läheisen aiemman elämäntilanteen mukaan. Näin ollen myös koetut tunteet ja ajatukset ovat jokaisen kohdalla yksilöllisiä. Vakavan sairauden kohdalla sopeutuminen lähtee liikkeelle kriisireaktiosta. (Duodecim 2010.)

Tähän kriisiin reaktioon kuuluvat sokki-, reaktio-, käsittely- sekä sopeutumisvaihe. Sokkivaihe liittyy sairauden alkuvaiheeseen, johon saattaa liittyä sekä läheisen, että potilaan puolelta sairauden kieltäminen. Reaktiovaiheessa ihminen ymmärtää vähitellen häntä kohdanneen kriisin tai sairauden ja

siitä saadun tiedon. Tähän vaiheeseen liittyy usein voimakkaita tunteita kuten vihaa, pelkoa ja ahdistusta. Käsittely vaiheessa ihminen alkaa ymmärtämään todella mitä on tapahtunut ja mihin tapahtunut vaikuttaa. Tässä vaiheessa ihminen kuitenkin elää vielä surren tilannetta menneeseen. Käsittely vaiheessa ihminen on vastaanottavainen tiedolle ja haluaa lisätietoa sairaudesta. Sopeutumisvaiheessa sairaus on tullut osaksi elämää ja ihminen pystyy vähitellen luomaan katsetta tulevaisuuteen. Sopeutumisvaiheessa ihminen pystyy olemaan sosiaalisempi ja vertaistuki voi olla tässä vaiheessa sopivaa (Duodecim 2010). Sopeutumista edeltää läheisen kokema selviytymisprosessi, jonka aikana läheinen muodostaa tunteidensa pohjalta käsitystä tilanteesta (Purola).

Selviytyminen määritellään sairastuneen ja hänen läheisensä kognitiivisina yrityksinä hallita vaatimuksia, jotka kuormittavat ja jopa ylittävät yksilön olemassa olevat voimavarat. Selviytyminen näkyy myös käyttäytymisyriksinä. Selviytyminen muodostuu stressaavien tapahtumien ja kuormittavien seurausten ja asioiden välillä. Tunteet ovat osa selviytymisprosessia ja ovat tutkittu, että selviytymisprosessi saa alkunsa emotionaalisesta ympäristöstä, jonka tavoitteena on negatiivisten tunteiden säätely ja hallinta. (Salminen- Tuomaala 2013.) Tutkimuksissa läheisistä on muodostettu viisi erilaista selviytymistyyppiä. Näihin selviytymistyyppihin luetaan uudelleen orientoitunut, luottavainen, pakenija, sinnittelijä sekä luovuttaja (Purola 2000.) Selviytymistapa ja selviytymistyyppi on yksilön tapa kohdata negatiivinen ja stressaava tilanne. Selviytymistavan muodostumiseen vaikuttaa usein se voidaanko tilanteeseen ja sen muuttumiseen vaikuttaa. (Salminen- Tuomaala 2013.)

Uudelleen orientoituneen sopeutuminen lähtee ajatuksesta, että hän muuttaa toimintatapojaan tämän hetkisen elämäntilanteen mukaiseksi. Luottavainen läheinen haluaa nähdä muuttuneessa tilanteessa sekä positiivisia, että negatiivisia asioita. Positiivisia asioita voi olla muun muassa arvomaailman uudelleen järjestäminen ja negatiivista tulevaisuuden suunnitelmien muuttuminen. Selviytymistyyppinä voi olla myös pakenija, joka haluaa elää, joko menneisyydessä tai tulevaisuudessa. Sinnittelijä, joka muuttaa elämäänsä ja elämäntapojansa vasten tahtoaan ja pakon edestä. Huonoimmillaan selviytymistyyppi voi olla luovuttaja, jolloin myös läheisen oma terveydentila ja elämäntilanne voi olla huono. Läheinen on tyytymätön elämäntilanteeseen, mutta ei pysty siihen parantavasti vaikuttamaan. (Purola 2000.)

Läheinen alkaa muodostamaan omaa selviytymistyyppiään heti kuulleessaan uutisen sairastumisesta jääden prosessoimaan uutista (Purola 2000). Uusia kysymyksiä herää sekä tunteita, joita ei ehkä yksin osaa käsitellä. Tässä yhteydessä sairaanhoitajalla on iso rooli siinä, että kaikkiin kysymyksiin annetaan vastauksia siinä määrin, mitä hoitaja pystyy niitä antamaan. (Laaksovirta 2017.) Tieto tulisi aina välittää potilaalle ymmärrettävästi. Potilas ei välttämättä lääkärin käyttämiä termejä ymmärrä ja hän kääntyy hoitajan puoleen. Jotta hoitaja voi antaa ja välittää tiedon potilaalle ymmärrettävästi, siihen tarvitaan myös ihmisläheistä lähestymistapaa kokonaisvaltaisesti. Tämän lisäksi on tärkeää huomioida missä vaiheessa tietoa voidaan antaa ja läheinen sitä pystyy vastaanottamaan. (Powell 2005, 143–147.)

### 3.2 Tunteet ja muuttunut arki

Aivoverenkiertohäiriön akuuttivaiheessa läheinen kokee sokkivaiheen sairastumisen johdosta ja sairauden ensimmäiset viikot ovat omaiselle henkisesti hyvin raskaita. Läheinen tekee parhaansa, jotta tulisi toimeen taustalla olevan sokin kanssa ja samalla olla sairastuneen tukena. Tutkimuksissa on todettu aivohalvauspotilaiden kohdalla läheisillä olevan sairauden alkuvaiheessa haavoittuvuuden ja avuttomuuden tunteita. Lisäksi tutkimuksissa on todettu läheisten tarvitsevan tietoa sairastuneen voinnista sekä apua ja tukea omaan jaksamiseen. (Lehto 2015, 20–29.) Läheisille on tärkeää saada olla sairastuneen vierellä myös hoitotoimenpiteissä, jotta he voivat näin säilyttää yhteyden sairastuneeseen ja samalla osallistua potilaan hoitoon. Läheisen osallistuminen hoitoon saa heidät tuntemaan itsensä tarpeellisiksi ja samalla tämän on todettu edistävän perheen pysymistä koossa. (Lehto 2015, 20–29.) Läheisellä voi olla tahto sekä halu auttaa potilaan hoidossa ja osallistua siihen, mutta läheiselle tulee antaa lupa myös olla poissa (Halme ym. 2007).

Läheinen kokee suurta stressiä tilanteesta johtuen muun muassa sairauden ennusteesta, roolimuu- toksista, rahahuolista sekä normaalin elämän muuttumisesta. Tunteet voivat olla hyvin sekavia, joita läheinen tuntee. Pelkoa tilanteesta ja siitä, että he menettävät kontrollin, ahdistusta ja pelkoa, jonka on todettu voivan johtua sairauden uusiutumisen pelosta. (Lehto 2015, 20–29.)

Läheisten ja perheen emotionaalisen reaktion vaiheet voidaan luokitella viiteen vaiheeseen. Ensimmäiseen vaiheeseen kuuluvat sokki, paniikki ja kieltäminen. Toinen vaihe tulee vastaan, kun potilaan tila tasoittuu. Tällöin läheisissä herää helpotuksen ja voitonriemun tunne. Usein läheiset saattavat tässä vaiheessa kieltää todellisuuden. Tämän vaiheen katsotaan olevan sellainen, jossa läheinen ei halua tietoa sairaudesta, eikä käytännön apua helpottamaan arkea. Kuntoutuksen alkaessa tulee samalla kolmas vaihe, jossa päällimmäisenä tunteena läheisellä on toivo parantumisesta ja kuntoutumisesta. Alkuun läheinen voi olla hyvinkin toiveikas. Mikäli kuntoutuminen etenee hitaasti, läheisten toivo hiipuu ja tilanne saattaa aiheuttaa masennusta. Neljännessä vaiheessa edessä voi olla kotiutuminen, siirtyminen laituskuntoutukseen tai laitosasumiseen. Tässä vaiheessa läheinen tunnustaa asian ja tiedostaa pysyvät haitat. Samaan aikaan saattaa esiintyä vihaa ja surua. Viidennessä vaiheessa läheiset ovat jo hyväksyneet tilanteen sekä tapahtuneen ja osaavat elää asian kanssa. Läheiset kokevat sairastumisen alussa ja kuntoutuksen aikana erilaisia tunteita. Alkuun läheisen voi olla vaikea käsitellä tunteitaan. Jokainen ihminen reagoi ja käy vaiheet läpi omalla tavallaan. Sairastuminen voi pelottaa, ahdistaa ja samalla myös hämmentää. Sairastuminen on aina perheelle kriisi, jonka he kohtaavat. (Lehto 2015, s.20–29; Powell 2005, 146–147)

Empatia ja potilaan emootioiden kohtaaminen ja tulkinta ovat haastavia, kun keskustellaan potilaan vakavasta tilasta tai sairaudesta. Läheiset kohtaavat paljon erilaisia emotionaalisia reaktioita ja näillä tunnereaktioilla on omat vaiheensa. Läheisillä ei ole selkeää tietoa siitä, johtaako tämä sairastuneen kuolemaan vai toipuuko hän ennalleen. Sairastuneen tila saattaa vaihdella päivästä riippuen paljon. (Laaksovirta 2017.) Kokemuksemme mukaan potilaan epävakaa tilanne ja voinnin vaihtelut heikentävät läheisen uskoa tulevaan ja vaikuttavat negatiivisesti toiveikkaaseen ajatteluun. Hyvät ja huonot hetket vuorottelevat, tällöin myös läheisten tunteet ailahtelevat sairauden mukana. Ihmisen on

vaikea hyväksyä asiaa, että läheinen ihminen ei ehkä palaa sellaiseksi kuin hän aiemmin oli. Tässäkin suhteessa hoitajalla on suuri rooli empatiassa ja läheisten emootioiden kohtaamisessa. Käytännön elämässä myötäeläminen ei ole helppoa lääkäreille eikä myöskään hoitajille. (Laaksovirta 2017.) Sairastunut odottaa lääkäriltä tai hoitajalta välittävää ja myötäelävää kohtaamista. Tilanteesta vaikean tekee se, että sairastunut voi reagoida eri tavoin ja tunteiden tulkinta voi olla hyvinkin haastavaa. Sairastuneen lisäksi sairastumisessa on usein myös asiaa kokemassa ja elämässä läheiset. Aivan yhtä lailla läheisen kohdalla sairastuminen herättää tunteita ja pelkoa siitä, kuinka sairastuneelle käy. (Laaksovirta 2017; Powell 2005, 145–147)

Läheinen kokee vakavan sairauden niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin. Jokaisen läheisen kohdalla on erikseen arvioitava tuen tarve ja se, kuinka he sopeutuvat sairastumiseen. Sairastuneen lähipiiri tarvitsee apua, ja tällöin hoitohenkilökunnan haasteena on tunnistaa riittävän avun määrä ja laatu. Kuten aiemmin jo mainittua, ensimmäinen kohtaaminen antaa suunnan hoitosuhteelle. Läheisten tunne siitä, että he saavat riittävää tukea, kehittyy läheisten sekä potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksesta. Vuorovaikutus koostuu siitä, että hoitaja osaa antaa informaatiota, tunnistaa tuen tarpeet ja osaa antaa tukea. (Mattila 2011, 24–26.) Tuki määritelmänä kuvaa resursseja ja asioita, jotka syntyvät vuorovaikutuksesta ihmisen ja ympäristön välillä. Sairaanhoidajan antama sosiaalinen tuki voi tapahtua esimerkiksi jonkin konkreettisen hoitotoimenpiteen aikana. (Mikkola 2006, 12–13.) Tällöin hoitaja antaa empatiaa ja ohjausta sekä potilaalle, että hänen omaiselleen. Hoitajan olisi hyvä pystyä antamaan aikaansa ja ohjausta omaiselle myös hoitotoimenpiteiden aikana. Osallistumien potilaan hoitoon jo osastolla, on osa omaisen sopeutumista ja tätä olemme huomanneet käytettävien osastoilla.

Kirsi Halme (2010) on Pro gradu tutkielmassaan pohtinut, kuinka riittävä ja ymmärrettävä tieto edistää myös voimaantumista sekä sairastuneella, että läheisillä. Voimaantuminen potilaan kohdalla Halmeen teoksessa ymmärretään hoidon päämääränä, johon kommunikaatio ja ohjaus ovat johdattaneet. (Halme. 2015, 10–12.) Tätä samaa ajatusta voidaan hyödyntää myös läheisten sopeutumisen kohdalla. Myös tunteet ovat tiedon saannin ohella yhteydessä voimaantumiseen. Tuen ja tiedon tarpeen lisäksi läheinen saattaa tarvita käytännön apua, sekä tietoa esimerkiksi Kelan tukihakemusten täyttämässä. Käytännön apujen järjestäminen läheiselle ja potilaalle voi olla myös kriisiapua, yhteisneuvotteluja tai sosiaalityöntekijän apu (Aura ym. 2010). Omaiset odottavat käytännön avun rinnalla yhteistyössä apua tunteiden ymmärtämiseen, tieto ja tuki omaan jaksamiseen. Nämä kaikki asiat on nivouduttava yhteen ja pyrimme tuomaan ne tietoon läheisille suunnatun oppaan avulla. (Mattila 2011, 24–26; Powell 2005, s 147–149.) Emotionaalinen tuki ja selkeä tieto saavat tukea toisilleen käytännön asioista, tällöin tilanne voi vaikuttaa omaisellekin jo huomattavasti selkeämmältä (Mattila 2011, 24–26).

Sairastumisen yhteydessä myös läheisen elämä muuttuu sairaalan ja kodin välille. Elämänlaatu saattaa kärsiä hyvinkin paljon. Läheisillä on suuri rooli sopeutumisessa erilaiseen elämään. Elämänlaatu voi kuitenkin alkuvaiheen jälkeen parantua, kun sairastunut saa voimaantumista edistävää tietoa siitä, kuinka elämä muuttuu ja kuinka selviytyä muuttuneesta elämänlaadusta sekä elämäntilanteesta. Sopeutuminen uuteen elämäntilanteeseen ja elämänlaatuun edellyttää läheisiltä sitä, että he

ovat hyväksyneet muuttuneen elämäntilanteen sekä sairastuneen hoitamisen. Elämänlaadun myötä myös perheen roolimalli usein muuttuu ja se aiheuttaa läheisissä tunteiden kirjon seassa myös hämmennystä. Kaikki omaksutut roolit ja tavat sekä yleinen arki muuttuvat ja häiriintyy erilaiseksi ja tähän olisi läheisen kaiken tunnemyrskyn keskellä sopeuduttava. Roolimallien muuttumiseen he tarvitsevat emotionaalista tukea, jotta sairastunut ja läheinen voivat ylläpitää keskinäisiä suhteita (Lehto 2015). Myöskin sosiaaliset- ja perhe suhteet voivat muuttua sairauden myötä. Vaikeudet ja haasteet eivät siis rajoitu pelkästään sairastuneen sairauden hoitoon vaan läheiset kokevat vaikeuksia myös elämän muutoksen myötä. Läheisten rooli voi muuttua sairastuneesta huolehtijaksi, joka yrittää parantaa sairastuneen elämänlaatua. (Antczak-Komoterska, Filipiska ja Raszka 2017; Halme 2015; Powell 2005, s.148–149; Mattila 2011, 22–23.) Samaan aikaan läheisen tulisi muistaa kuitenkin huolehtia myös itsestään roolien vaihtuessa. Tässä tilanteessa läheisen hämmennys voi olla suurta ja läheinen voi pohtia, kuinka osaa toimia uudessa roolissa ja olla samalla tarpeeksi potilaan tukena.

Läheisten arvomaailma voi kääntyä aivan päinvastaiseksi kuin aiemmin. Huomaa, että jokin asia on nyt tärkeämpää kuin ennen. Yhtäkkiä puoliso on kaiken keskipiste ja vaikuttaa niin arkeen kuin ajankäyttöön ja yhteiseen tekemiseen. Läheinen voi myös huomata, että sairastunut itse sopeutuu tilanteeseen paremmin hyväksyen tilanteen. (Halme 2015.) Tällöin läheinen saattaa jäädä tunteidensa kanssa yksin eikä ole päässyt käsittelemään asiaa. Sairastuneen ja läheisten tuen tarpeessa voi olla iso ero. Mattila kuvaa väitöskirjassaan, kuinka läheisellä tai perheenjäsenellä voi olla jopa suurempi emotionaalisen tuen tarve, kuin itse sairastuneella. Hän myös toteaa, että läheisten emotionaalisen tuen tarve liittyy etenkin ymmärryksen, myötätunnon, rohkaisun ja lohdutuksen saamiseen hoitohenkilökunnalta. (Powell 2005, 148–149; Mattila 2011, 22–23)

### 3.3 Läheisen sopeutumisen tukeminen

Potilaiden kokemuksia tuesta, jota he ovat saaneet hoitotyöntekijöiltä, on tutkittu eri näkökulmista. Minna Auran ym. tutkimuksessa vuodelta 2007 on tutkittu, sitä kuinka aikuispotilaat ovat kokeneet hoitajilta saadun tuen ja millaista tukea he toivovat saavansa. Monet potilaat ovat kokeneet ja kokevat hoitajan kohtaamisen ja yhteistyön heidän kanssaan myönteisenä, turvallisena ja potilasta kunnioittavana. Tutkimuksessa on myös huomattu, että omahoitajuudella on suuri merkitys kohtaamiseen ja etenkin siihen, kuinka potilas sen kokee. Tiedon saannista potilaan terveydentilasta ja hoidosta saatu tieto on yleisesti riittävää, mutta omaiset kokevat, että heidän jaksamistaan tukeva ja auttava tieto ei ole riittävällä tasolla. Läheiset ovat tuoneet myös esiin, sitä, että tilanteessa, jossa omainen on sairastunut vakavasti he kokevat, että eivät välttämättä osaa tai ymmärrä kysyä mitään. (Aura ym. 2010.) Läheisen tukeminen ja tiedon saanti lähtevät liikkeelle hoitohenkilökunnan, potilaan ja läheisen kohtaamisesta ja keskinäisestä vuorovaikutuksesta. Tutkimuksissa on todettu, että omaiset ovat eniten tyytyväisiä potilaan hoidossa (73 %) tietoon sekä kohtaamistilanteisiin (80 %). Auran ym. (2010) tutkimuksen mukaan eniten tyytymättömyyttä on aiheuttanut läheisten jaksamiseen liittyvä tiedon tarve. (Aura ym. 2010). Tutkimuksessa on kuvattu myös läheisten kuvaamia toiveita tiedon saannista. Näihin lukeutuvat tiedon luotettavuus, tiedonsaanti sairaudesta sekä hoidosta, tieto

mahdollisesta osastosiirrosta, ja tiedonkulusta sekä kirjallisen tiedon lisäksi suullista ohjausta. Läheisten kokemia negatiivisia asioita ovat muun muassa vastuuhenkilön puute sekä ristiriita kirjallisen ja suullisen tiedon välillä. (Aura ym. 2010.)

Perheenjäsenen kohtaaminen jaetaan neljään kategoriaan. Kohtaamisen eri asteiksi on määritelty: ohittava, varauksellinen, vahvistava kohtaaminen. On tutkittu, että jopa puolet kokee jäävänsä ilman tukea, jolloin läheisen pelko on eniten läsnä arjessa. Hengellisen tuen taito koetaan riittämättömäksi hoitohenkilökunnan keskuudessa. Kokemuksemme mukaan hoitajat eivät koe pystyvänsä tukemaan potilaita ja läheisiä riittävällä henkisellä tuella, koska jokaisen hengellinen puoli on yksilöllinen. (Halme ym. 2007.)

Ohittavalla kohtamisella hoitajat piiloutuvat vähäisten resurssien taakse, jolloin on niin sanotusti syy olla huomioimatta läheisiä ja toteuttamatta omaistyötä, kun aikaa ei ole resurssien vuoksi. Resurssien puutetta näkee kenttä työssä, ja sitä kautta ohittavaa suhtautumista läheisiin. Varauksellinen kohtaaminen ilmenee hoitoyössä yleisesti suojeluna sekä hyväntahtoisena kyräilynä. Sen sijaan vahvistava kohtaaminen on hyväksymistä, rauhallisuutta ja välittämistä tähän kohtamiseen hoitotyön tulisi pyrkiä. (Halme ym. 2007.) Läheisen kohtaaminen on laaja kokonaisuus ja hoitajan olisi hyvä tiedostaa, mitkä asiat vaikuttavat vakavasti sairastuneen potilaan läheisen kohtamiseen. Läheisillä on tilanteessa nykyisyys ja menneisyys, joiden välillä elämä on muuttunut nopeasti ja hyvin äkillisesti. Läheisillä voi olla sanattomia tunteita, jotka purkautuvat kriittisessä tilanteessa, jossa ei ole varmuutta tulevaisuudesta. (Halme ym. 2007.)

Hoitotyön toiminta tapahtuu yhteistyössä ja hyvässä vuorovaikutuksessa niin sairastuneen kuin läheisen kanssa (Padberg ym. 2016). Tämä yhteistyö sairastuneen ja läheisen välillä on kuvattu auttavaksi kanssakäymiseksi, jossa hoitava henkilö on läsnä ja lisää omaisen voimia. (Lehto 2015.) Kohtamisessa ja kanssakäymisessä on hoitajalla sekä läheisellä lupa jakaa kokemuksia, lupa puhua, mutta mahdollisuus myös kuunnella ja oppia. (Halme ym. 2007). Sairastuneen ja läheisen tukeminen on myös monipuolista yhteistyötä, johon kuuluu lääketieteen, hoitotyön ja terapeuttisen sekä sosiaalisen tuen ammattilaisia. Sosiaalinen työ ja yhteistyö sairastuneen ja läheisten kanssa alkaa jo heti sairastumisen jälkeen ja jatkuu pitkään kuntoutumisen edetessä. Auttavan kanssakäymisen lopputuloksena on lähes aina, joko luottamus esimerkiksi sairaanhoitajaan tai epäluottamus, riippuen siitä, kuinka toimimme yhteistyössä (Lehto 2015). Hoitotyön ammattilaisen tulee olla läsnä, joka tarkoittaa herkkyyttä ja taitoa tulkita toista ihmistä, sekä olla tälle inhimillinen. Samaan aikaan hoitajan on annettava tietoa ja tukea, sekä osata kohdata ja tulkita omaista. (Potinkara 2004, 4-5.) Kokemuksemme mukaan tämä vaatii hoitajalta kykyä tulkita sekä potilasta, että omaisia, taito tähän kehittyy työn kautta. Hoitajan tulee myös tiedostaa omat tunteensa, jotta hän voi avoimesti tulkita omaisia ja sitä kautta luomaan heihin luottamusta.

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen on ennalta arvaamatonta ja tapahtuu hyvin nopeasti, jolloin läheinen ei ehdi käsitellä vakavaa sairautta. Se mitä läheiset tarvitsevat heti sairastumisen alussa on selkeää informaatiota sairastuneen tilasta. Lisäksi tuki ja ymmärrys hoitajan puolelta koetaan alku-

vaiheessa tärkeänä. Kun läheinen saa alusta saakka miellyttävän kokemuksen kohtaamisesta osaston henkilökunnan kanssa, voi läheinen kokea hoidon aivan eri tavalla, kuin jos kohtaaminen ei olisi positiivinen kokemus. (Laaksovirta 2017) Negatiivinen informaatio sairastuneen tilanteesta tai hoidosta saattaa saada läheiset helposti epäuskoiseksi kaikkea muutakin tietoa ja tukea kohtaan, jota ammattilaiset antavat (Mattila 2011). Ei ole väärin sanoa sairastuneen läheisille, että tätä asiaa en tiedä, pahempaa luottamuksen kannalta on se, että antaa tietoa, joka ei pidä paikkaansa (Powell 2005). On havaittu myös, että hoitajien määrä organisaatio lähtöisenä tekijänä voi olla myös vaikuttava asia positiivisen tai negatiivisen hoitosuhteen kokemiselle. (Mattila 2011). Tämän havainnon pohjalla on resurssien antama aika myös omaistyölle. On hyvin yleistä, että yksikössä, jossa hoitajia on enemmän, omaisten kohtaamiselle on myös enemmän aikaa ja halua kehittää omaisten tukemista. Pienellä hoitaja resurssilla hoitajien aika menee usein välttämättömiin työtehtäviin ja potilaiden hoitoon.

Läheisen tuen tarve on pääosin emotionaalista ja tiedollista. Emotionaalisen tuen tarvetta läheiselle tuovat esiin sairauden alkuvaiheen intensiivisyys, elämäntilanteen järkkäytyminen, ahdistuneisuus ja huolestuneisuus (Lehto 2015). On tutkittu, että läheisen tiedon ja tuen tarve voi olla suurempaa kuin sairastuneella. Tuki ja tieto läheisille ovat annettava sen vaiheen mukaan, missä he ovat asian käsittelyssä menossa. Hoitajan tulisi havainnoida läheisten tuen tarvetta tunnistamalla läheisen vaikeuksia sekä selvittämällä millainen elämäntilanne sairastumisen hetkellä on. (Lehto 2015.) Läheisille on annettava myös lupa tunteiden näyttämiseen ja saada heidät ymmärtämään, että on oikein reagoida tilanteeseen jollakin tavalla. Kaikkien tunteiden kohtaaminen, niistä keskustelu, sekä konkreettisen tiedon saanti sairaudesta on läheisille ensisijaista, kun puhumme läheisen sopeutumisesta sairauteen. (Mattila 2011, 24–26.) Tunteiden kohtaamisen ja ymmärtämisen kautta omainen voi lähteä käsittelemään tapahtunutta ja luomaan omaa selvitystyyppiä. Tunteiden kohtaamatta jättäminen voi muodostaa niin sanotusti tunteiden padon, joka jossain vaiheessa purkautuu usein negatiivisella tavalla. (Mattila 2011, 24-26.)

Tunteiden käsittelyn ja emotionaalisen tuen rinnalla kulkee tiiviisti tiedon tarve ja halu olla tietoinen sairastuneen tilanteesta. Läheiset haluavat selkeää tietoa itse sairaudesta mutta myös sen hetkisestä tilanteesta ja hoidosta. Hoidon kulku tulevaisuudessa kiinnostaa myös läheisiä. Annetun tiedon ja tiedonsaannin tulee olla läheisille perusteltua ja tiedon täytyy pohjautua johonkin. Tässä yhteydessä voimme puhua näyttöön perustuvasta hoitotyöstä. Läheinen haluaa saamansa tiedon olevan rehellistä sekä avointa ja etenkin selkokielistä. Hoidon tavoitteet ja tieto sairastuneen tilanteesta tulee olla realistista, eikä herättää liikoja toiveita ja kuvitelmia läheisissä. (Lehto 2015; Mattila 2011, 24–26.)

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä Harjulan sairaalan neurologiselle kuntoutusosastolle opas aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen läheisille. Oppaan on tarkoitus olla hoitajien tukena sekä apuna kohdatessa ja tukeessa sairastuneiden läheisiä. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millaista tukea läheiset tarvitsevat ja millä keinoilla läheisten tukena voidaan olla. Tarkoituksena on tehdä konkreettinen opas, joka tulisi osastolle käyttöön aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan läheisille jaettavaksi ja tukemisen avuksi. Opinnäytetyön tavoitteet määräytyvät tilaajan tarpeista ja toiveista. Tarve on selkeä, luottavuudeltaan helppo opas aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen läheisille jossa sairaus ja sen tuomat arkielämän haasteet käydään läpi lyhyesti mutta ytimekkäästi.

Opinnäytetyömme tavoitteena on kehittää aivoverenkiertohäiriö potilaiden läheisten tukemista sairauteen sopeutumisen eri vaiheissa. Lisäksi tavoitteenamme on lisätä tietoa läheisten tukemisen tärkeydestä osana sairastuneen hoito- ja kuntoutusprosessia.

Hoitajat kokevat usein käytännön työssä, ettei aikaa jää omaistyölle tarpeeksi. Kiireisemmän ajan keskellä hoitaja pystyy huomioimaan omaista, alkuun antamalla oppaan, jonka pohjalta voi keskustella, kun hoitajalla on aikaa olla läsnä ja kuunnella. Hoitajat kokevat tarvitsevansa eräänlaisen työkalun, jonka avulla saada yhteyttä läheiseen. Omaistyö on tärkeä osa potilaan hoitoa, mutta se on usein aikaa vievää kiireen keskellä mutta hoitajat haluaisivat antaa sille enemmän aikaa.

Haluamme saada työssämme vastauksia kysymyksiin: kuinka läheinen kokee sairastumisen? Millaista apua ja tukea he kokevat saavansa ja millaista tukea toivoisivat saavansa. Näiden kysymysten pohjalta rakentaisimme opasta. Tavoitteena olisi, että hoitajat pystyisivät antamaan oppaan sairastuneen läheisille ja he pystyisivät rauhassa tutustumaan sen sisältöön ja saamaan sitä kautta tiedollista tukea ja ymmärrystä omiin tunteisiinsa.

Monesti työmme ohessa puhumme helposti lääketieteellisillä termeillä ja läheinen ei ymmärrä mistä on kyse. Tämän vuoksi oppaassa on tarkoituksena kertoa selkokielellä ilman lääketieteellisiä termejä sairaudesta ja sen hoidosta, sekä kuntoutuksesta. Oppaassa on myös käsitelty sitä, millaisia tunteita läheisen sairastuminen herättää ja kuinka sopeutua elämään sairastumisen jälkeen.

Ajatuksena on myös se, että läheisen olisi helpompi kysyä ja keskustella asiasta hoitajien kanssa, kun hän on itse ensin perehtynyt oppaan sisältöön. Oppaan pohjalta saattaa herätä kysymyksiä, joihin haluaa selvennystä tai herää mieleen asia, josta haluaa keskustella.

Työmme merkitys tilaajalle on suuri. He ovat toivoneet ja odottaneet, että opasta aloitettaisiin kehittämään. Työn tarve on merkittävä, koska heillä ei ole enempää kuin yhden A4 verran materiaalia omaisten tukemisesta. Tarkoituksenamme on tuottaa kiireisen osaston arkeen, konkreettinen opas, joka tuo suuren avun omaisten huomiointiin. Oppaan avulla omaiselle saattaa herätä ajatuksia ja hän saattaa saada jopa vastauksia, ja näistä kaikista hän pystyy sitten keskustelemaan hoitajan kanssa, jos haluaa.



Käytännön työn kehittämisen kannalta opinnäytetyössämme on mielestämme merkitys siinä, että se antaa hoitajille työkalun omaisten tukemiseen. Omaan osaamistamme opinnäytetyö mahdollisesti kehittää etenkin omaisten kohtaamisessa ja heidän tukemisessaan, sekä antaa ymmärrystä siitä, kuinka omaiset kokevat läheisen sairastumisen ja kuinka he reagoivat siihen. Näistä taidoista on hyötyä tulevaisuuden työssä, akuuttihoiton puolella, johon meistä jokainen suuntaa loppuvaiheen opintonsa. Neurologisia potilaita ja heidän omaisiaan tulee varmasti vastaan niin päivystys työssä, kuin erilaisilla osastoilla.

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 5.1 Ideointi ja suunnittelu

Toteutustapa opinnäytetyössämme on toiminnallinen opinnäytetyö ja toteutimme sen kehittämistyönä. Toiminnallinen opinnäytetyö on pääasiallisesti työelämälähtöinen ja perustuu sieltä saatuun toimeksiantoon. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tilaajan käyttöön tuotos tai/ja kehittämissuunnitelmia. Kehittämistyön tuotoksen lisäksi kuuluu työhön myös kirjallinen osuus, joka on tutkimustietoon perustuvaa. Kehittämistyötä tehdessämme hyödynsimme jo tutkittua sekä olemassa olevaa tietoa. (Anttila 2008; Jamk 2018.)

Kehittämistyön lähtökohtana pidetään jonkin tiedossa olevan asian kehittämistä tai uusien asioiden tuomista esiin sekä ratkaisua ongelmiin. Kehittämistyön hankkeissa pyritään löytämään edistyneitä työkäytäntöjä sen hetkiseen tilanteeseen. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 60.) Usein puhutaan kehittämistyön menetelmistä, joiden avulla työ pystyy kehittämään tilaajan toimintaa. Kehittämistyö toteutetaan yhteistyössä tilaajan kanssa. Työn kehittäminen toisten tahojen kanssa antaa opiskelijalle valmiuksia toimia tiimi- ja verkosto työskentelyssä. (Lindholm, Kylmäkoski, Rainò ja Viitanen 2013.) Opinnäytetyön ollessa kehittämistyö sen tavoite pohjautuu ongelman ratkaisuun, joka tilaajalla on. (Heikkilä ym. 2008, 60) Opinnäytetyömme kohdalla tämä ongelma on ohjauksen puute omaisille ja läheisille, ja etenkin kirjallisen materiaalin puute.

Opinnäytetyömme prosessi alkoi syksyllä 2016, kun saimme idean Harjulan sairaalan osasto 4 osastonhoitaja Kirsi Kortelaiselta. Pidimme ensimmäisen palaverin Harjulassa tammikuussa 2017, jossa kävimme läpi vielä ideaa ja sitä, millaista tuotosta osastonhoitaja hakee. Tämän jälkeen jäimme pohtimaan, millaista opasta alkaisimme rakentamaan sekä sisältöä opinnäytetyön rungolle. Huhtikuussa 2017 esitimme aihekuvauksen opetussuunnitelman mukaisesti ja tämän jälkeen alkoi työsuunnitelman rakentaminen.

### 5.2 Toteutus

Alkuperäinen suunnitelmamme oli, että työsuunnitelma esitettäisiin syksyllä 2017 opinnäytetyön suunnittelun seminaarissa. Alkuperäisenä tarkoituksenamme oli saada työsuunnitelma valmiiksi jo alkukesästä. Aloitimme keväällä 2017 työsuunnitelman koostamisen ja tiedon keruun. Tiedon hankinnan katsotaan olevan tavoitteellinen ja etenkin systemaattinen prosessi, johon liittyy vahvasti myös kerätyn tiedon arviointi. (Heikkilä ym. 2013)

Aikaisempaa tietoperustaa on etenkin yhden ryhmäläisemme kautta, koska hän työskentelee Harjulan osastolla, joka on työmme tilaaja. Työmme ja työharjoitteluiden kautta, olemme olleet tekemisissä aivoverenkiertohäiriö potilaiden sekä heidän läheistensä kanssa. Aikaisempi tietoperustamme vaatii syvällisempää oppimista ja asioiden ymmärtämistä. Aloitimme tiedonhaun informaation luennoilla, jossa kävimme läpi erilaisia tiedonhaku lähteitä. Omassa työssämme käytimme tiedonhaun

menetelminä Medic-, Pubmed- sekä Chinal-tietokantoja. Hakusanoina käytimme sanoja aivoverenkiertohäiriö, aivoinfarkti, omaiset/läheiset, perhe, sopeutuminen ja elämänlaatu. Aivoverenkiertohäiriön sairastuneiden läheisten sopeutumisesta löysimme vähän tutkittua tietoa, joten käytimme lähteinä muiden vakavien sairauksien läheisten sopeutumista kuvaavia tutkimuksia ja artikkeleita. Tutkin, oivallan ja kehittä- kurssin yhteydessä teimme miniopinäytetyön. Tässä työssä tavoitteena oli myös saada tehtyä opas.

Työstimme suunnitelmaa eteenpäin loppukevään aikana. Kesällä olimme töissä ja suunnitelman kirjoittaminen oli jäissä kiireisten töidemme vuoksi. Loppukesästä ja syksyn alussa saimme tehtyä työsuunnitelmaa paljon eteenpäin. Työsuunnitelmaan teimme oikeastaan jo koko teoria osuuden, koska ilman sitä oppaan tekeminen olisi ollut vaikeaa. Esitimme valmiin työsuunnitelman syksyllä 2017 kuten oli suunniteltu.

Työ toteutettiin kehittämistyönä yhdessä neurologisen osaston kanssa. Kehittämistyössä tärkeää on yhteistyö tilaajan kanssa, jonka tarpeisiin tuotos pohjautuu (Lindblom ym. 2013).

Pohjustimme jo olemassa olevaa tietoa luotettavaan teoria tietoon. Läheisten kokemuksista, tuesta ja sen tarpeesta, sekä tunteista on tehty paljon tieteellisiä artikkeleita sekä joitakin tutkimuksia. Nämä ovat haastatteluja tai lomakkeella tehty kysely läheisille. Näiden tietojen pohjalta saimme läheisten näkökulmaa oppaan sisältöön.

Kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa opas osaston käyttöön. Oppaan ideana on, että läheiset saavat rauhassa perehtyä sen sisältöön, pohtia sen herättämiä kysymyksiä ja saada niihin vastauksia oppaasta, tai hoitajien kanssa keskustellen, kun läheisen mielestä aika on kypsä keskustelulle. Oppaan sisällön rakensimme aiemman tutkimustiedon pohjalta. Emme lähteneet haastattelemaan tai tekemään kyselylomaketta läheisille, jotta yksityisyyden suoja säilyisi.

Oppaan tekemisen aloitimme heti työsuunnitelman esittämisen ja siihen tehtävien muutosten jälkeen. Työn etenemistä ja onnistumista arvioimme tilaajan eli työelämäohjaajan kautta. Palautteen kerääminen tuotoksesta tekemisen vaiheiden aikana antaa mahdollisuuden arvioida kehittämistyön onnistumista ja suuntaa, jonne työ on menossa (Lindblom ym. 2013). Tammikuussa 2018 pidimme palaverin ohjaavan opettajan kanssa, jossa kävimme läpi oppaan sisältöä sekä lauserakenteita. Pidimme samalla myös palaverin tilaajan kanssa. Tilaaja oli oppaan sisältöön ja runkoon tyytyväinen, sekä muutosehdotuksiin, joita olimme opettajan kanssa käyneet läpi. Tästä jatkoimme oppaan sisällön muokkaamista ja rakentamista kohti lopullista muotoa.

Suunnitelma oppaan sisällöstä oli se, että oppaassa on työkaluja ja ohjeita siitä, kuinka suhtautua läheisen sairauteen ja millaisia tunteita sairastuminen herättää. Opas tarjoaa tukea ja apua läheisille heidän käsitellessään tapahtunutta. Oppaassa on myös selkokielistä teoriatietoa sairaudesta. Toiveena tilaajalla oli, että opas on kirjoitus tyyliiltään selkeää, helppoa luettavaa. Kooltaan A5 vihko, pystymallinen. Työhön sisältyy kirjallisuuteen perustuva teoria osuus, jossa käsitelimme aivoverenkiertohäiriöitä. Tämä teoria osuus on kuvattuna hoitotyön ja lääketieteen näkökulmat yhdistettynä. Oppaan arviointi tapahtui osastonhoitajan, ylilääkärin ja osaston hoitajien kautta.

### 5.3 Arviointi

Opinnäytetyöprosessia ja siihen liittyviä riskejä arvioimme SWOT- analyysin mukaan. SWOT- analyysi on tehty arvioimaan ja analysoimaan tapahtuvaa oppimista ja toimintaympäristöä, jossa oppiminen tapahtuu. SWOT-analyysin nimi tulee englanninkielisistä sanoista Strengths, Weaknesses, Opportunities ja Threats. Strengths eli vahvuudet ja Weaknesses eli heikkoudet voidaan ajatella olevan organisaation sisäisiä tekijöitä. Vahvuudet ovat positiivisia asioita, jotka edesauttavat jonkin prosessin etenemistä ja onnistumista. Heikkoudet ovat taas negatiivisia tekijöitä prosessissa, jotka tässä analyysissä pyritään tunnistamaan, jotta näihin voidaan vaikuttaa. Opportunities eli mahdollisuudet sekä Threats eli uhat kuuluvat prosessin ja organisaation ulkoisiin tekijöihin. Mahdollisuudet voivat olla tekijöitä, joilla pystymme parantamaan toimintaamme, esimerkiksi edistynyt teknologia tai uusien kontaktien luominen. Uhat ovat uhatekijöitä, jotka voivat ulkoisesti vaikuttaa prosessiin, tästä esimerkkinä voisi olla vastakohtana mahdollisuuksille vanhentunut teknologia ja kontaktien menettäminen. (Opetushallitus 2017).

Opinnäytetyötä varten teimme SWOT- analyysin jo työsuunnitelman tekovaiheessa, koska näin pystymme valmistautumaan ja huomioimaan mahdollisia tulevia uhkia ja tunnistamaan heikkouksia (Liite 1). Analyysin tuella pystymme puuttamaan mahdollisiin ukiin ja heikkouksiin ja muuttamaan toimintaamme sen mukaisesti prosessin eri vaiheissa. Vahvuuksien ja mahdollisuuksien tunnistamisessa saamme rohkaisua ja tietoa siitä, mitä meidän ei tarvitse muuttaa ja osaamme toimia näiden mukaisesti. (Opetushallitus 2017)

### 5.4 Hyvän oppaan kriteerit

Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä toiminnallinen opinnäytetyö oppaan muodossa. Oppailla on suuri merkitys potilasohjauksessa sekä henkilökunnan toteuttamassa omaistyössä. Se on konkreettinen tapa tuoda esille asiaa ja myös keskeinen osa opettamista tai ohjaamista. Potilaat kokevat saavansa ohjausta kohtalaisesti, mutta kokevat hoitajien asenteen potilasohjausta kohtaan negatiivisina. Jopa noin kolmannes potilaista ei Maria Kääriäisen väitöskirjassa esitetyn tutkimuksen mukaan ole saanut minkäänlaista kirjallista ohjausmateriaalia. Ohjauksen ajatellaan olevan tiedon antoa, neuvontaa tai opastusta. Potilaat toivovat, että heidän omaisiaan otetaan mukaan yhteistyöhön ja ohjaukseen. Ohjauksen on todettu myös vähentävän omaisten kokemaa epätietoisuutta ja ahdistuneisuutta. Omaiset haluavat ohjausta, mutta he eivät sitä välttämättä osaa pyytää ja hakea. Suullisen ohjauksen rinnalla käytetään terveydenhuollossa paljon kirjallista materiaalia. Osa kirjallisesta materiaalista omaiset eivät koe selkeäksi. Kirjallinen ohjausmateriaali auttaa potilaita ja omaisia lisäämään tietoa ja samalla se toimii suullisen ohjauksen kanssa yhdessä tukien suullista ohjausta. (Kääriäinen 2007, 34–35.)

Hyvän oppaan tulee olla lyhyesti ja ytimekkäästi kirjoitettu, näin asia tulee selkeästi esille. Oppaassa tulee olla kerrottu, kenelle opas on suunnattu ja millaiselle kohderyhmälle. Kieliasultaan sen tulee olla selkeä ja helposti ymmärrettävä. Oppaan pituus riippuu aiheesta ja sen rajaamisesta. Opas voi olla yhden sivun mittainen tai jopa pieni kirjanen. Potilasohjeet ovat usein lyhyitä ja ytimekkäitä.

(Kyngäs ym. 2007, 124–126.) Ohjeistusta tai opasta suunniteltaessa täytyy miettiä tarkkaan kohde-ryhmä ja mihin käyttötarkoitukseen se on suunnattu. Suunnitteluvaiheessa on hyvä ottaa huomioon kysymykset mitä, miten, miksi, milloin ja missä. Näiden kysymysten avulla saadaan oppaan rakenne haltuun. Opasta ja ohjetta suunnitellessa on tärkeää huomioida tilaajan tarpeet ja toivomukset. Näiden pohjalta tekijä lähtee luomaan opasta ja tuo siihen omaa näkökulmaa. (Kyngäs ym. 2007, 125–126.)

Selkeän ja ymmärrettävän sisällön lisäksi oppaan ulkonäöllä ja tekstin asettelulla on lukemiseen suuri merkitys. Luettavuuteen hyvässä oppaassa on huomioitu otsikot ja väliotsikot. Opas on aina kirjallinen opastus ja sen luettavuus on hyvin tärkeää. Luettavuuteen vaikuttaa isosti fontin koko ja tyyli. Teksti tulee olla fontin suhteen selkeästi luettavaa sekä kirjaimet tarpeeksi erillään toisistaan. Sopivan kokoinen fontti helpottaa lukijaa lukemaan ohjetta. (Kyngäs ym. 2007, 127.)

Otsikoiden lihavoinnilla tai alleviivauksella saadaan lukijan huomio kiinnittymään otsikkoon ja sen sisältöön. Tästä syystä otsikointi oikealla tavalla on tärkeää. Otsikko antaa lukijalle paljon tietoa. Se saa lukijan huomion kiinnittymään ja lukijan kiinnostumaan. Pelkkää tekstiä sisältävä opas voi olla lukijalle tylsä ja huomiota herättämätön. Kuvien avulla saadaan tuettua ja täydennettyä tekstiä. Kuvien valinnassa täytyy olla myös tarkka. Hyvällä tavalla valittuna ne tuovat tekstile lisää luotettavuutta. (Torkkola ym. 2002, 39–40.)

Johdannon on hyvä olla lyhyt ja ytimekäs, joka kiinnittää lukijan huomion saaden kokonaiskuvan oppaasta sekä sen antamasta sisällöstä. Oppaan kirjoitusasu ja luonne voi olla käskevä. Se ei tarkoita, että opas olisi kirjoitettava käskymuodossa. Käskävällä tyylillä saadaan tunne, että ohjetta on noudatettava. Vieritutkimuksien oppaassa on käytetty käskevää sävyä, koska tietynlaiset asiat vieritutkimuksien tekemisessä ovat erityisen tärkeitä esimerkiksi potilasturvallisuudelle sekä tutkimuksen laadulle. Kieleltään oppaan tulee olla asiakielistä ja yleiskielellä kirjoitettu. Pitkiä ja monimutkaisia lauserakenteita on vältettävä. (Torkkola ym. 2002, 35–38.)

## 6 POHDINTA

### 6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Toiminta potilastyössä on perustuttava eettisesti oikeaan tapaan toimia. Tätä periaatetta pyrimme käyttämään myös opinnäytetyössämme. Tulemme olemaan ja olemme opinnäytetyötä tehdessä vastuussa eettisyyden toteutumisesta. Luotettavuus tulee olemaan myös tärkeä osa työtämme, pyrimme perustamaan tiedon luotettavuuteen, koska opas tulee omaisten käyttöön, luettavaksi. Pyrimme käyttämään tietoa hakiessa ja työtä koostaessa kriittistä ajattelua lähteitä yms. kohtaan. Kriittisyys ja kriittinen asenne työssä kuuluvat hyvin selkeästi myös eettisyyden toteutumiseen. (Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä 2010, s.11–12.)

Opinnäytetyössämme on pyritty saavuttamaan se, että antamamme tieto perustuu rehellisyyteen, tarkkaavaisuuteen ja huolellisuuteen. Tämä koskee myös sitä, että lähdeviitteet sekä lähteiden valinta on tapahtunut eettisten ohjeiden mukaisesti. Emme käytä toisen tekstiä omanamme vaan olemme tuoneet ilmi, mistä lähteestä tiedon olemme löytäneet ja näin kunnioitamme tiedon lähdeä. Lähdeviittaukset on merkitty tutkimuseettisesti oikealla tavalla. Työssämme emme tule käyttämään keinoja, jotka olisivat vastaan hyviä tapoja sekä hoitotieteellistä käytäntöä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tiedonlähteinä pyrimme käyttämään työssämme ajantasaisia ja tuoreimpia tieteellisiä julkaisuja sekä kirjallisuutta. Valitsemissamme lähteissä on myös otettu huomioon tunnettujen asiantuntijoiden osuus tiedosta sekä tiedon oikea-aikaisuus. Kirjallisuus lähteissä käytimme aikajanaa, jotta luotettavuus ei kärsisi vanhoista lähteistä, joissa tieto on voinut muuttua. Valitsimme kirjallisuus lähteet ajallisesti sen perusteella, että ne olivat noin viimeisen kymmenen vuoden aikana tuotettuja. Tämä koski myös tieteellisiä julkaisuja, mutta niistä pyrimme erityisesti ottamaan tuoreimmat julkaisut. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Toissijaisina lähteinä käytimme oppikirjoja, hoitosuosituksia, sekä muita julkaistuja hoito-ohjeita. Valitessa näitä lähteitä vertailimme niitä tutkimus julkaisuihin emmekä löytäneet niistä ristiriitoja vaan tieto oli ilmaistu samalla tavalla. Emme ole käyttäneet työssämme vilppiä tai piittaamattomuutta.

Vilpiksi katsotaan se, kun tekstin tuottaja on harhauttanut ja johtanut harhaan tiedeyhteisöä tai jopa päätöksentekijöitä. Vilpiksi katsotaan myös väärin tietojen tai tulosten antamista eteenpäin. Toisen työn esittäminen omana tuotoksena tai osina omaa tuotosta katsotaan myös tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaisesti vilpiksi. Jos emme ottaisi huomioon työmme etiikan kannalta hyvää tieteellistä käytäntöä, katsottaisiin se väistämättä piittaamattomuudeksi. Tähän kategoriaan kuuluu muun muassa lähteiden merkitsemättä jättäminen tai niiden puutteellisuus tai huolimaton raportointi esimerkiksi tulosten esittämisessä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Eettisiä ongelmia opinnäytetyössämme on tähän mennessä ollut ja tulee olemaan lähteiden luotettavuus, johon olemme pyrkinneet kiinnittämään huomiota. Lähteiden paikkansapitävyden katsomme myös eettiseksi ongelmaksi. Pyrimme työssämme olemaan tarkkoja lähdeviittausten ja lähdemerkintöjen

kanssa, jolla huomioimme eettistä ongelmaa luotettavuuden kannalta. Työssämme emme missään vaiheessa tule plagoimaan toisen tekstiä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

## 6.2 Tuotoksen arviointia

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden määrä on Suomen väestölukuun katsottuna suuri. Tähän vakavaan neurologiseen häiriöön sairastuu päivittäin 68 henkilöä. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoito ja ennuste on viime vuosikymmenien aikana parantunut huomattavasti (Aivoliitto 2013). Aikainen reagointi ensioireisiin on tärkeää ja aikaa ei ole hukattavaksi. Sairastumisen alkuvaiheessa kaikki on sekavaa, ja sekä potilas, että läheiset voivat olla shokissa. Kriittisimmän vaiheen jälkeen potilas ja omaiset saavat useastikin oppaita ja lehtisiä, joissa kerrotaan sairaudesta ja sen aiheuttamista ongelmista. Kaikki tämä alku erikoissairaanhoidossa on kuitenkin sekavaa ja myös pelottavaa, että annettu tieto voi olla sellaista, että potilas ja omaiset eivät pysty sitä siinä hetkessä käsittelemään. Kokemuksemme mukaan potilaan siirtyessä jatkohoito paikkaan läheisten tiedon saanti potilaan tilanteesta jatkohoidosta on hyvin puutteellista. Usein läheiset ovat potilaan siirtyessä jatkohoitoon vielä sokkivaiheessa, eivätkä ole mahdollisesti ymmärtäneet tilannetta täysin. Tämän vuoksi on tärkeää, että myös akuuttihoiton jälkeen potilaan ja läheisten on mahdollisuus saada tietoa ja tukea.

Oppaat, joita sairastunut ja hänen läheisensä saavat, eivät kuitenkaan ole suunnattu täysin läheiselle ja sisällöltään käsittelee hänen sopeutumistaan. Potilaan siirtyessä jatkohoitoon neurologiselle kuntoutusosastolle, tulee läheinen mukana ja hänellä on suuri merkitys potilaan kuntoutuksessa. Herää kuitenkin ajatus, että läheinen ja hänen tunteensa sekä reagointinsa unohtuvat hoidon ollessa potilaan ympärillä. Emme hoida läheistä, mutta voimme hoitajina tukea hänen jaksamistaan ja antaa tietoa. Tiedon saanti on tärkeää sopivissa määrin sekä kansankielellä kerrottuna. Tämän lisäksi läheisen on hyvä tietää, että erilaiset tunteet ovat sallittuja sekä normaaleja. Näiden ajatusten pohjalta lähdimme rakentamaan oppaan rakennetta.

Tavoitteenamme oli tehdä oppaasta mahdollisimman maanläheinen ja selkokielinen, koska opas tulee omaisten luettavaksi. Oppaan rakenne on tehty selkeäksi sekä lukijaa puhuttelevaksi. Opas lähtee liikkeelle jo kansilehdestä, jossa on kuva. Tämän jälkeen johdanto osiossa tulee esiin oppaan sisältö lyhyesti. Tilaajan logo sekä tekijöiden nimet ovat oppaan etusivulla esillä. Oppaan sisältö on perustettu näyttöön perustuvaan tietoon, joka on suunnattu luettavaksi maallikoille. Värimaailmana käytimme kuvioissa sekä kansilehdessä rauhallista oranssia väriä. Väri ei ole liian räikeä, mutta tumman värin sijaan antaa lukijalle tunteen positiivisuudesta kaikesta huolimatta. Kannen kuvan ideoimme itse sekä kuva on meidän itse kuvaamamme, tällöin luotettavuus ei kärsi.

Faktaan perustuva tieto sairaudesta ja sen hoidosta sekä kuntoutuksesta on tärkeä osa läheisen prosessia sairauteen sopeutumisessa. Oppaan alkuun laitoimme läheisille tietoa aivoverenkiertohäiriöstä ja erittelimme aivoinfarktin, aivoverenvuodon sekä TIA-kohtauksen. Näin ollen läheinen ei hämäännä, jos puhutaan aivoverenkiertohäiriöstä yhtenä sairautena ja samaan aikaan sanotaan potilaalla olevan aivoverenvuoto. Tutkittu ja ajantasainen tieto on tärkeää, jotta läheinen pystyisi hyväksymään sairauden. Halusimme tuoda esiin oppaassa myös yleisimpiä jälkioireita kuten neglectiä ja

dysartriaa. Näin ollen läheinen voi lukiessaan opasta saada käsityksen siitä, miksi hänen sairastunut läheinen käyttäytyy tai toimii tietynlaisella tavalla. Oireiden syyn lisäksi on tuotu esiin konkreettisia esimerkkejä siitä, kuinka tietty oire voi potilaalla esiintyä. Näin läheinen voi ymmärtää esimerkiksi sen, miksi potilas käyttäytyy tietynlaisella tavalla.

Oppaan pääteemana sekä yhtenä otsikoista on muuttunut arki, joka kuvastaa läheisen kokonaisvaltaista sopeutumista. Tämän otsikon alle kokosimme tietoa kuntoutuksesta sekä siitä, kuinka läheinen voi olla mukana kuntoutuksessa ja tämän myötä tukea sairastunutta. Käymme läpi myös elämäntapa- ja muuttumista ja reagoimista tapahtuneeseen. Oppaassa tuomme esiin tunteita, joita läheisellä voi olla, sekä sitä mistä jokin tietty tunne voi johtua. Tämän myötä läheinen voi saada merkityksen ja syyn sille, miksi hän kokee joitakin asioita toisella tavalla kuin ennen. Lisäksi läheinen pystyy tunnistamaan itsestään tunteita ja saaden tunteille merkityksen. Tunteiden tunnistamisen lisäksi on tärkeää löytää keinoja käsitellä tunteita ja tätä kautta auttaa itseään. Oppaassa toimme esiin asioita, joilla läheinen voi auttaa itseään tunteiden ja vaikeiden asioiden kanssa. Näitä asioita oppaassa ovat muun muassa hyväksyminen, puhuminen, asioiden selvittäminen sekä päivärutiineista huolehtiminen. Oppaan sisältö rakentui meidän alustavan suunnitelman pohjalta yhteistyössä tilaajan ja ohjaavan opettajan kanssa. Myös kolme osastolla työskentelevää hoitajaa tutustui oppaan sisältöön antaen palautetta. Näin saimme ulkopuolista näkökantaa siihen, onko oppaan sisältö tilaajan toiveiden ja aiheen mukainen. Sisällön oli tarkoitus olla selkeä, helposti luettavissa sekä yksilölähtöinen. Emme halunneet oppaasta liian laajaa tai paljon tekstiä sisältävää, jotta lukijan mielenkiinto aiheeseen säilyisi. Jäsensimme tekstiä selkeäksi sekä korostimme tärkeitä asioita erilaisilla laatuilla. Näiden avulla lukijan on helppo löytää ne asiat, joilla on suurin merkitys sopeutumisessa. Oppaan on myös tarkoitus tuoda lukijalle ajatusta siitä, että sympatiamme ovat lukijan puolella ja haluamme tämän oppaan kautta tukea hänen sopeutumistaan.

Tavoitteenamme oli myös, että läheiselle käy ilmi, kuinka tärkeä myös hän on ja sairaus koskettaa koko perhettä. Oppaassa puhutellaan lukijaa, sanoilla Te ja Teille. Näin lukija saa tuntea, että tämä opas on todellakin haluttu suunnata juuri hänelle ja opas puhuttelee juuri häntä läheisenä. Oppaan suunnitteluvaiheessa pohdimme myös, puhummeko oppaassa läheisestä vai omaisesta. Alkuun oli käytössä käsitteenä omainen, mutta tilaajan kanssa pohdimme asiaa ja muutimme sen läheiseksi. Tämän muutoksen teimme, koska nykyaikana ydinperhe ei ole itsestään selvä ja usean ihmisen kohdalla se omainen ei ole henkilö, joka kulkee rinnalla. Tämän vuoksi päädyimme neutraalimpaan ja suurempaa ihmisryhmää puhuttelevaan läheinen käsitteeseen. Tämä käsite kulkee mukana oppaassa. Asiasisältöisen ja lukijalle suunnatun tekstin lisäksi halusimme vaikuttaa lukijan tunteisiin ja ajatuksiin kuvan avulla. Kannessa on kuva henkilöiden pitävän toisiaan kädestä. Tämä kuva kuvastaa läheisen suhdetta sairastuneeseen ja läheisen ihmisen tärkeyttä. Tarkoituksena on se, että opas puhuttelee lukijaa jo kannesta lähtien ja herättää mielenkiinnon lukea lisää. Nykyään internet ja media ovat arkipäivää myös vanhempien ihmisten elämässä, joten oppaan loppuun kokosimme muutama internetsivun tiedot, mikäli lukija haluaisi lisätietoa muun muassa vertaistuesta tai omaishoidosta.



### 6.3 Ammatillinen kasvu

Sairaanhoidajan tutkinto-ohjelma perustuu osaamistavoitteisiin, jotka määräytyvät kompetenssien mukaan. Sairaanhoidajan ammatillisen osaamisen arvioinnin kompetensseihin kuuluvat itsensä kehittäminen, eettinen-, viestintä- ja vuorovaikutus osaaminen sekä kehittämistoiminnan-, kansainvälisyys-, organisaatio- ja yhteiskunta osaaminen. (Erikson ym. 2015). Terveystyön edistäminen, hoitotyön päätöksenteon osaaminen, kliininen osaaminen, moniammatillinen yhteistyöosaaminen sekä ohjaus- ja opetusosaaminen ovat Savonia ammattikorkeakoulun painottamia kompetensseja, joiden mukaisesti omaa osaamistamme olemme arvioineet ja kehittäneet. Olemme koulutuksen aikana perehtyneet kompetensseihin ja muodostaneet niiden mukaisesti omaa ammatillista kasvua muun muassa harjoitteluiden ohessa. (Savonia ammattikorkeakoulu 2011.)

Näihin samoihin kompetensseihin perustamme ammatillisen kasvun arvioinnin myös opinnäytetyön kohdalla. Opinnäytetyö on ammatillista kasvua kohti tulevaa ammatillista osaamistamme. Ammatillinen kasvu on oppimisprosessi, jonka aikana yksilö hankkii itsellensä vaatimuksien mukaista tietoa ja taitoa ammattia kohtaan. Ammatillinen osaaminen sekä ammatillinen kasvu ovat myös ongelmanratkaisukykyä sekä luovuttaa. Näitä kumpaakin kykyä olemme harjoittaneet opinnäytetyötä tehdessä. Opinnäytetyön edetessä opiskelijan ammatillinen asiantuntijuus kehittyy prosessin myötä. (Timonen 2008.) Opinnäytetyössämme ammatillista kasvua kehitti moniammatillisuus, eli yhteistyö tilaajan kanssa ja heidän ammattitaitonsa hyödyntäminen ja sitä kautta oma oppimisemme kehittyminen työmme aiheesta. Oppaan suunnittelu ja koostaminen kehitti ohjaus- ja opetusosaamistamme. Kehitimme ymmärrystämme selkeän ja laadukkaan potilasohjauksen sekä läheisten ohjaamisen näkökulmasta. Ohjaus voi olla kasvotusten tapahtuvaa tai juurikin oppaan tai muun lehtisen välityksellä.

Opinnäytetyön edetessä oppimisen taitomme kehittyivät kaikilla osa-alueilla, mutta erityisesti tiedon hankinnan taito sekä kriittinen suhtautuminen tietoon kehittyivät. Näyttöön perustuvan tiedon hankinta ja sen tärkeyden ymmärtäminen kehittyivät myös prosessin aikana. Näyttöön perustuva tieto on sairaanhoidajan yksi tärkeimmistä osaamisen alueista. Opinnäytetyön prosessin alkaessa tiedon etsiminen ja tiedon keruu tuntuivat hyvin vaikealta, eikä osannut yhdistää oikeita asioita tiedon keruuseen. Opinnäytetyön edistyessä myöskin tämä tiedon hankinnan taito karttui ja osaaminen tällä osa-alueella loppua kohden alkoi olla vahvempaa. Kansainväliseen tiedonhakuun saimme myös valmiuksia tämän opinnäytetyön kautta. Kaiken kaikkiaan tärkeintä prosessin etenemisessä oli ottaa vastuuta omasta oppimisestaan ja työn etenemisestä. Tämän asian kehittyminen on hyvä asia tulevan työelämän suhteen. Työelämässä omasta toiminnasta on otettava vastuu ja ymmärrettävä oman osaamisen ja tiedon määrä sekä tarvittaessa hankkia lisää tietoa tukemaan ammatillisuutta.

Kerätessämme tietoa opinnäytetyötä varten kasvoi myös oman tiedon määrä. Saatua tietoa voimme käyttää hyväksi sairaanhoidajina työskennellessä. Saatua tietoa ei kohdistu vain neurologisten potilaiden hoitamiseen, kohteluun ja läheisten kohtaamiseen. Tietoa voidaan hyödyntää ihan kaikkien potilaiden kohdalla sairaudesta riippumatta. Työskentely sairaanhoidajana ei ole pelkästään potilaan fyysisistä hoitamista. Potilaan henkinen tasapaino voi olla pahastikin kärsinyt sairastumisen myötä ja tämän tasapainon löytämisen suhteen hoitotyön ammattilaisilla on iso rooli.

Osaamisemme aivoverenkiertohäiriöistä ja niiden hoidosta kehittyi tiedon hakemisen myötä. Samaan aikaan kuitenkin myös osaamisen omaisen tukemisen ja omaisen kokeman prosessin suhteen lisääntyi. Omaistyö on kasvava osa-alue päivittäisessä hoitotyössä ja uskomme, että tämän työn kautta saamme hyötyä toimiessamme omaisten kanssa. Saamme tämän kautta osaamista juuri läheisen sopeutumiseen ja läheisen huomioimiseen. Lisäksi syvällisempi tieto ja ymmärrys aivoverenkiertohäiriö potilaan hoidosta antaa paremmat valmiudet hoitaa juuri näitä potilaita sekä olla läheisen tukena.

Opinnäytetyön tekeminen ei ollut missään vaiheessa helppoa vaan kaiken muun koulussa olevien kurssien, harjoitteluiden ja tehtävien ohessa hyvin haastavaa ja ajoittain myös rankkaa. Työskentelimme opintojen ohessa, joka samaan aikaan antoi työelämän näkemystä, mutta vei aikaa opinnäytetyöhön keskittymiseltä. Työelämä kokemuksemme auttoi pohtimaan millaista tukea läheiset tarvitsevat sekä miten ja millaista tukea meidän hoitajina on mahdollisuus antaa. Prosessin aikana myöskin ryhmämme dynamiikka muuttui ja teimme tämän työn lopulta kahdestaan. Opinnäytetyön tekeminen oli kuitenkin silmiä avaavaa ja omaistyötä alkoi katsoa eri näkökulmasta. Läheisten sopeutuminen tutkimuksena oli mielenkiintoista. Palkitsevinta oli huomata, että saimme tuotettua oppaan, jolla on käytännön merkitystä ja se tulee käyttöön potilastyöhön. Aiheesta innostunut tilaaja antoi meille puhtia jaksaa prosessia eteenpäin ongelmista ja jaksamisesta huolimatta.

#### 6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen ja kehittämistyön jälkeen on mahdollisuus jatkotutkimukselle, jossa aiheeseen perehdytään sekä aihetta tutkitaan lisää. Opinnäytetyöllemme ja oppaalle on jatkossa kehittymismahdollisuuksia. Jatkotutkimuksena on mahdollisuus tehdä tutkimus juuri aivoverenkiertohäiriö potilaan läheisiä koskien. Näin saataisiin juuri tätä kohderyhmää koskevaa tietoa ja, jota sitä kautta voidaan hyödyntää muun maussa oppaan kehittämisessä. Jatkotutkimuksessa voisi mahdollisesti keskittyä enemmän sopeutumisen näkökulmaan. Monissa tutkimuksissa on pohdittu omaisen tai läheisen suhtautumista juuri sairastumisen hetkellä. Jatkossa voisi kohdentaa tiedon keruun sopeutumiseen ja, jota voisi käsitellä myös pidemmällä olevan kuntoutuksen osalta.

## LÄHTEET

AIVOLIITTO 2017. Aivoverenkiertohäiriö (AVH). [Viitattu 2017-09-18]. Saatavissa: [https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio\\_\(avh\)](https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh))

AIVOLIITTO 2017. Lehtiarkisto. [Viitattu 2017-09-18]. Saatavissa: [https://www.aivoliitto.fi/aivoliitto\\_ry/lehdet/aivoterveys/lehtiarkisto](https://www.aivoliitto.fi/aivoliitto_ry/lehdet/aivoterveys/lehtiarkisto)

HYKS NEUROLOGIAN KLINIKKA 2012. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan seurantakansio. 3. painos 2/2012

ANTCZAK-KOMOTERSKA, A., FILIPSKA, K., RASZKA, A. Problems of Families of Patients after Ischemic Stroke. *Journal of Neurological & Neurosurgical Nursing* 6(3), 126-129. [Viitattu 2018-03-15]. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=98866874-9b79-4f9d-9a9d-f86608fdb118%40sessionmgr103>

AURA, M., PAAVILAINEN, E., ASIKAINEN, P., HEIKKILÄ, A., LIPPONEN, V & ÅSTED-KURKI, P. 2010. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. *Tutkiva Hoitotyö* 8 (2), 14–21

ATULA, S. 2015. Ohimenevä aivoverenkiertohäiriö (TIA). *Terveyskirjasto. Aikauskirja Duodecim*. [Viitattu 2017-06-27]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00591](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00591)

DUODECIM. 2010. Äkillisen kriisin vaiheet. [Viitattu 2018-03-16]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00128](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00128)

ERIKSON, E., KORHONEN, T., MERASTO, M., MOISIO, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus – hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Bookwell Oy. [Viitattu 2018-04-04]. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

FORSS, N., SOINNE, L. 2015. TIA (transient ischaemic attack), ohimenevä aivoverenkiertohäiriö. *Terveysportti*. [Viitattu 2017-08-31]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/aho/koti?p\\_haku=spontaani%20aivoverenvuoto](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/aho/koti?p_haku=spontaani%20aivoverenvuoto)

HALME, K. 2015. Aivoverenvuodon (SAV) sairastaneiden henkilöiden voimaantuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Pro gradu- tutkielma, Turun yliopisto, Turku. [Viitattu 2017-10-05]. Saatavissa: [http://www.doria.fi.ezproxy.savonia.fi/bitstream/handle/10024/120178/gradu\\_hoitotiede\\_Halme.pdf?sequence=3](http://www.doria.fi.ezproxy.savonia.fi/bitstream/handle/10024/120178/gradu_hoitotiede_Halme.pdf?sequence=3)

HALME, N., PAAVILAINEN, E., & ÅSTED- KURKI, P. 2007. Aikuisen perheenjäsenen kohtaaminen sairaalassa – kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva Hoitotyö* 5 (1), 18–24.

HEIKKINEN, LAINE. *Hoitava kohtaaminen*. Kirjayhtymä Oy, 1997

HEIKKILÄ, A., JOKINEN, P., NURMELA, Tiina 2008. *Tutkiva kehittäminen*. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

HÄKKINEN, U., MERETOJA, A., ROINE O R., KOSKINEN, M., JURVANEN, H., KURONEN, M., PEL-TOLA, M. 2017. PERFECT- Stroke. Hoitoketjun toimivuus, vaikuttavuus, ja kustannukset aivoverenkiertohäiriöpotilaille. [Viitattu 2017-10-05]. Saatavissa: [https://www.thl.fi/documents/10531/617516/stroke\\_perfect\\_+9\\_2\\_2017.pdf/09a5bd4d-fe62-4aa9-b37e-5e21986c6d8c](https://www.thl.fi/documents/10531/617516/stroke_perfect_+9_2_2017.pdf/09a5bd4d-fe62-4aa9-b37e-5e21986c6d8c)

PADBERG, I., KNISPEL, P., ZÖLLNER, S., SIEVEKING, M., SSHNEIDER, Alice. STEINBRINK, J., HEUSCHMANN, P., WELLWOOD, I., MEISEL, A. Social work after stroke: identifying demand for support by recording stroke patients' and carers' needs in different phases after stroke. *BMC Neurology* 7 (20), 1-8. [Viitattu 2018-03-15]. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=98866874-9b79-4f9d-9a9d-f86608fdb118%40sessionmgr103>

JÄÄSKELÄINEN, J. 2016. Aivoaltimoaneyrysmä ja subraknoidaalivuoto (SAV). *Terveysportti*. [Viitattu 2017-06-05]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=ich](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=ich)

KANTANEN, A., NERGG, O., KOKKONEN, T., JÄKÄLÄ, P. 2017. Aivoinfarktin nykyhoito- toteamisesta toimintaan. *Finnanest* 50 (2), 108–114. [Viitattu: 2017-09-04]. Saatavissa: [http://www.finnanest.fi/files/kantanen\\_nerg\\_aivoinfarkti.pdf](http://www.finnanest.fi/files/kantanen_nerg_aivoinfarkti.pdf)

KLINKE, M., HAFSTEINSDÓTTIR, T., HJALTASON, H., JÓNSDÓTTIR, H. 2015. Ward-based interventions for patients with hemispatial neglect in stroke rehabilitation: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies* 52(8), 1375-1403. 29p. [Viitattu 2018-03-15]. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=9161ecca-3dcc-4cb6-b7c2-b3e0195bf917%40sessionmgr103>

KUISMA, M., PUOLAKKA, T. 2013. *Ensihoito. Aivoverenkiertohäiriöt*. SanomaPro.

KUOKKANEN, M. 2009. *Elämä aivohalvauksen jälkeen - tuliko sairaus osaksi elämää vai onko elämä sairastamista?* Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos. Pro Gradu. English abstract. [Viitattu 2018-02-28]. Saatavissa: [https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/21719/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu200908143556.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/21719/URN_NBN_fi_jyu200908143556.pdf?sequence=1)

KYNGÄS, H., KÄÄRIÄINEN, M., POSKIPARTA, M., JOHANSSON, K., HIRVONEN, E. & RENFORS, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY oppimateriaalit.

KÄÄRIÄINEN, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Acta universitatis Ouluensis D Medica 937. Väitöskirja, Oulun Yliopisto, Oulu. [Viitattu 2017-10-05].

Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>

KÄYPÄ HOITO- suositus. 2016. Aivoinfarkti ja TIA. [Viitattu 2017-06-27]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50051>

LAAKSOVIRTA, H. 2017. Vakavasta sairaudesta keskusteleminen potilaan ja omaisten kanssa. Lääketieteellinen aikauskirja Duodecim 133 (11), 1076–80. [Viitattu 2017-09-27]. Saatavissa:

<http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.savonia.fi/lehti/2017/11/duo13743>

LEHTO, B. 2015. Huolehtiva kanssakäyminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. [Viitattu 2018-02-28]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98153/978-951-44-9952-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

LINDHOLM, A., KYLMÄKOSKI, M., RAINÒ, P., VIITANEN, R. 2013. Opinnäytetyöopas.

[verkko-opas]. [Viitattu 2018-03-02]. Saatavissa: <https://pro.humak.fi/humakpro/humak/390799/opinnaytetyoopas.pdf>

LÄÄKÄRILEHTI 2008. Aivoinfarktin ja TIA:n hoitosuositus 2008. Lääkärilehti 63 (23), 9-51

[Viitattu 2017-08-31]. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.savonia.fi/liite/aivoinfarktin-ja-tia-n-hoitosuositus-2008/>

MATTILA, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Univeristas Tamperensis. Väitöskirja, Tampereen yliopisto, Tampere.

[Viitattu: 2017-09-27]. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66790/978-951-44-8541-1.pdf?sequence>

MIKKOLA, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylä Studies in Humanities. Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä. [Viitattu: 2017-10-04].

Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13414/9513927288.pdf?sequence=1>

NEVALAINEN, A. 2006. Syöpäpotilaan läheisen henkilökunnalta saama tiedollinen ja emotionaalinen tuki polikliinisessä hoidossa. Tampereen yliopisto. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. [Viitattu 2018-04-01]. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93078/gradu00809.pdf?sequence=1>

OPETUSHALLITUS 2017. SWOT- analyysi. [Viitattu 2017-09-25]. Saatavissa: [http://www.oph.fi/saadokset\\_ja\\_ohjeet/laadunhallinnan\\_tuki/wbl-toi/menetelmia\\_ja\\_tyovalineita/swot-analyysi](http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi)

POTINKARA, H. 2004. Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Universita Tamperensis. Väitöskirja, Tampereen yliopisto, Tampere. [Viitattu 2017-10-05]. Saatavissa: <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/67395/951-44-5989-X.pdf?sequence=1>

POWELL, T. Pään vammat, Opas aivovammoista potilaille, läheisille ja ammattilaisille. EDITA 2005

PUROLA, H. 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto, Oulu. [Viitattu 2018-03-15]. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514255550.pdf>

ROINE, R. 2016. Aivoverenvuoto. Terveysportti. [Viitattu: 2017-08-31]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=ich](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=ich)

SALMINEN- TUOMAALA, M. 2013. Sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa selviytyminen prosessina. Psykososiaaliseen tasapainoon pyrkiminen. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja. [Viitattu 2018-04-01]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/68202/978-951-44-9122-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

SOINILA, S. 2011. Kliininen neuroanatomia. Teoksessa: Soinila, S. Kaste, M. Somer, H. (toim.) Neurologia. Porvoo. Bookwell Oy

SOINILA, S., KASTE, M. 2015. Neurologia. Aivoverenkiertohäiriöt. [Viitattu 2017-09-18]. Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/neu00127/do>

SOINNE, L. 2015. ICH Aivoverenvuoto. Terveysportti, Akuuttihoito- opas. [Viitattu 2017-08-31]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/aho/koti?p\\_haku=ich](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/aho/koti?p_haku=ich)

STANDBERG, M., MUSTONEN, P., TAINA, M., KORPELA, J., VANNINEN, S., HEDMAN, M. 2016. Sydänperäisen aivoverenkiertohäiriön etiologia, diagnostiikka ja hoito. Duodecim lehti. 132 (18), 625–33. [Viitattu 2018-04-06]. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2016/18/duo13305>

TERVEYSKYLÄ. 2018. Kaulavaltimon dissektoituma. [Viitattu 2018-04-06]. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivoverenkiertohäiriöt/aivoinfarkti-ja-tia/kaulavaltimon-dissekoituma>

TANSKANEN, P. NISKAKANGAS, T. 2017. Spontaani aivoverenvuoto (ICH). Terveysportti. [Viitattu 2017-08-31]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/aho/koti?p\\_haku=sontaani%20aivoverenvuoto](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/aho/koti?p_haku=sontaani%20aivoverenvuoto)

TIMONEN, P. 2008. Opiskelijan ammatillisen kehittymisen edistäminen opinnäytetyön tekemisen avulla. Licensiaatin tutkinto. Tampereen yliopisto. [Viitattu 2018-02-28]. Saatavissa: <https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/76490/lisuri00083.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA TENK 2012. Vilppi ja piittaamattomuus. [Viitattu 2017-09-28]. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/vilppi-ja-piittaamattomuus>

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. [Viitattu 2017-09-28]. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Viitattu 2017-09-28]. Saatavissa: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

TORKKOLA, S., HEIKKINEN, H., TIAINEN, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere. Tammi.

TOSUN, Z., TEMEL, M. Burden of Caregiving for Stroke Patients and the Role of Social Support Among Family Members: An Assessment Through Home Visits. *International Journal of Caring Sciences*. 10 (3), 1696-1704. [Viitattu 2018-03-18]. Saatavissa: <http://web.b.ebsco-host.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=9161ecca-3dcc-4cb6-b7c2-b3e0195bf917%40sessionmgr103>

## LIITE 1: SWOT- ANALYYSI

**Vahvuudet**

- Työskentely tulevaisuudessa neurologisten potilaiden parissa
- Kiinnostus aihetta kohtaan

**Heikkoudet**

- Ajanpuute (työt, muut opinnot)
- Eri asuinpaikkakunnat
- Tiedon saanti omaisten kokemuksista
- Aikataulujen sovittaminen

**Mahdollisuudet**

- Omaistyön laadun parantuminen
- Opas konkreettisesti käyttöön osastolla
- Oma oppiminen ja tiedon lisääntyminen

**Uhat**

- Aikataulun toteutuminen
- Tiedon saanti/oikean tiedon löytäminen
- Aiheen laajuus/ rajaus



## LIITE 2: OPAS AIVOVERENKIERTOHAIRIÖÖN SAIRASTUNEEN LÄHEISELLE



c lina Partanen

KUN LÄHEINEN SAIRASTUU AIVOVERENKIER-  
TOHAIRIÖÖN – OPAS SOPEUTUMISESTA LÄ-  
HEISILLE



Kuopion kaupunki

Harjulan sairaalan osasto 4

Neurologinen kuntoutusosasto

# Lukijalle

Läheistänne on kohdannut neurologinen sairaus, ja tämä koettelee läheisenne ja Teidän voimia. Elämä voi sairastumisen vuoksi olla tunteiden vuoristorataa, rimpuilua tilanteen hyväksymistä vastaan, hätäntymistä, pettymistä ja väsymistä. Epävarmuus tulevasta vaikuttaa arkeen ja elämään. Toivomme, että erilaiset tunteet, ajatukset ja pelot helpottuvat, kun luette tätä opasta. Tämä opas on tehty Teitä varten

## Harjulan sairaalan neurologinen kuntoutusosasto

Osasto on erikoistunut neurologiseen hoitotyöhön, kuntoutukseen ja tutkimukseen. Osastonlääkäreinä toimivat neurologi ja neurologiaan erikoistuva lääkäri. Toimintaa toteutetaan moniammatillisen yhteistyöverkoston avulla siten, että potilaiden kuntoutuminen ja sopeutuminen neurologiseen sairauteen tai sen aiheuttamaan vammautumiseen onnistuu parhaalla mahdollisella tavalla.

Läheisten osuus potilaan kuntoutumisessa ja hyvinvoinnissa on tärkeää. Läheiset saattavat tarvita henkilökunnan tukea muuttuneessa elämäntilanteessa. Tavoitteena on potilaan selviytyminen kotona tai jatkohoitopaikassa.

## Mikä on AVH?

Läheistänne on kohdannut äkillinen, odottamaton sairaus, aivoverenkiertohäiriö, josta puhutaan myös lyhenteellä AVH. Aivoverenkiertohäiriöllä tarkoitetaan aivojen toimintahäiriötä. Tämä aivojen toimintahäiriö johtuu siitä, että aivoissa oleva aivokudos on vaurioitunut. Tällainen vaurioalue on voinut syntyä aivoinfarktista tai aivoverenvuodosta. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuu joka päivä noin 68 ihmistä, joten ette ole sairauden kanssa yksin.

### Aivoinfarkti

- Aivoinfarkti on aivoverisuonitukos, jossa aivojen valtimo on tukkeutunut ja tämä alue jää ilman verenkiertoa sekä happea. Tämän vuoksi aivokudos tällä alueella menee kuolioon

### Aivoverenvuoto

- Aivoverenvuodossa on kyse valtimoverisuonen repeämästä, jonka johdosta veri vuotaa aivoihin aiheuttaen aivovauriota.

### TIA-kohtaus

#### Transient ischemic attack

- TIA-kohtauksella tarkoitetaan ohimenevää aivoverenkiertohäiriötä. TIA-kohtauksen oireet ovat hyvin samankaltaisia kuin aivoinfarktissa, mutta ne ovat ohimeneviä ja usein hyvin lyhytkestoisia. Oireet kestävät yleensä alle tunnin, noin 2-15 minuuttia.

## Oireet aivoverenkiertohäiriön jälkeen

Teistä saattaa tuntua, että läheisenne on sairastumisen jälkeen hyvin erilainen kuin ennen. Kaikesta huolimatta hän on juuri se sama Teille tärkeä ihminen. Aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa useimmiten erilaisia oireita ja vaikeuksia, jotka vaikuttavat elämänlaatuun ja itsenäiseen toimintaan. Toiminnanhäiriöistä puhutaan nimellä neuropsykologiset häiriöt. Häiriöt voivat olla Teille ja läheisellenne hyvin hämmentäviä ja ehkä hieman pelottaviakin. Ne ilmenevät elämän perustoiminnoissa, joita läheinen on aikaisemmin pystynyt suorittamaan itse rutiininomaisesti. Seuraavilla sivuilla on lueteltuna neuropsykologisia häiriöitä, joita läheisellänne voi olla.

### Apraksiat eli tahdonalaisten liikkeiden häiriöt

- Apraksiat aiheuttavat sen, että sairastuneen on vaikea tehdä sellaisia liikkeitä, joita hän itse haluaisi tehdä. Tuttujen ja arkisten liikkeiden suorittaminen voi olla vaikeaa ja häiriö ilmenee yleensä kummassakin kädessä.

### Neglect eli huomiotta jättämisen häiriö

- Neglect oire aiheuttaa sairastuneelle sen ettei hän kykene huomioimaan toista puoltaan, joka yleensä on vasen puoli. Hän voi satuttaa itsensä helposti, koska ei huomaa esimerkiksi vasemman jalan olevan huonossa asennossa. Hiuksia pestessä hän voi jättää vasemman puolen pesemättä. Ruokaillessa havannoi astiat vain oikealta puolelta.

### Amnesia eli muistihäiriö

- Muistihäiriö vaikuttaa lähimuistiin. Yleensä sairastunut muistaa ennen sairastumistaan tapahtuneet asiat hyvin. Muistihäiriö esiintyy yleensä lievänä, mutta voi vaikuttaa toimintaan ja esimerkiksi työntekoon.

### Dysartria eli motorinen puhehäiriö

- Dysartria johtuu puheen tuotossa tarvittavien liikkeiden häiriöstä. Tähän liittyy artikulaation eli ihmisen tavasta ääntää sanoja, äänen tuoton ja puhenopeuden säätelyn vaikeuksia.

### Dysfagia eli nielemishäiriö

- Nielemishäiriöt johtuvat useimmiten nielun alueen tuntuuutoksista tai halvauksesta. Tästä johtuen nieleminen voi olla vaikeutunutta.

### Anosognosia eli oiretietoisuuden puutteellisuus

- Sairastunut ei tunnista omia oireitaan, joita sairastuminen on hänelle aiheuttanut, voi olla, että hän ei esimerkiksi ymmärrä/tiedosta olevansa halvaantunut oikealta puolelta kehoa.

## Yleisluontoiset häiriöt

Näitä häiriöitä ovat muu muassa tarkkaavaisuuden huononeminen ja aloitekyvyn vaikeutuminen.

## Muutoksia mielialassa

Hyvin usein sairastumisen jälkeen sairastuneella voi esiintyä ahdistuneisuutta. Mielialanvaihtelut voivat olla suuria. Nämä mielialanvaihtelut eivät johdu Teistä läheisistä, vaan ovat yleinen oire sairastumisen jälkeen. Sairastunut voi myös masentua, mutta masennusta voidaan hoitaa ja siihen läheisenne voi tarvita muiden apua ja tukea.

# Muuttunut arki

## Kuntoutuminen

Tällä osastolla toiminta perustuu kuntouttavaan työotteeseen ja toimimme kuntouttavan työotteen mukaisesti. Hoitajat hyödyntävät kuntoutuksessa sairastuneen omia olemassa olevia voimavaroja.

Jokaisen sairastuneen kohdalla kuntoutumisen edistyminen on yksilöllistä ja se vaihtelee paljon. Kuntoutuksen etenemiselle ei pystytä antamaan tarkkaa ennustetta. Hyvin pienetkin asiat ja onnistumiset ovat askel eteenpäin kuntoutuksen polulla ja lisäävät kuntoutujan motivaatiota. Kuntoutumisen etenemisen kannalta on tärkeää, että asioita toistetaan useamman kerran päivässä. Teidän läheisellenne antama aktiivinen tuki ja osallistuminen läheisenne kuntoutukseen ovat erittäin tärkeää.

Kuntoutus toteutetaan yhteistyössä fysioterapeuttien, sekä puhe- ja toimintaterapeuttien kanssa. Tämän lisäksi hoitajat tukevat kuntoutumista päivän aikana kaikissa päivittäisissä toiminnoissa.

## Tunteet ja elämänlaatu

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen muuttaa niin sairastuneen kuin Teidän läheisten elämänlaatua. Muutokset ovat yllättäviä ja voivat tuntua ylitsepääsemättömiltä. Voidaan puhua, että AVH on koko perheen sairaus. Sairastuminen heikentää konkreettisesti elämänlaatua ja selviytyminen elämän eri osa-alueilla heikkenee. Sairastuneen elämänlaatua voidaan edistää hoitajien ja teidän läheisten antamalla sosiaalisella tuella. Elämänlaadun paraneminen etenee kuntoutuksen mukaan, kun toimintakyky alkaa hiljalleen parantua. Tämä vaikuttaa suoraan myös elämänlaatuun. Suuri muutos elämänlaadussa ja elämässä saattaa aiheuttaa myös Teille läheisenä erilaisia tunteita ja ajatuksia.

Saatat tuntea paljon erilaisia tunteita, jotka voivat hämmentää ja ahdistaa. Sairastuminen aiheuttaa myös läheiselle henkistä ja fyysistä kuormitusta. Kommunikaation puute oman läheisen kanssa voi aiheuttaa yksinäisyyttä ja voitte kokea, että arjen pyörittäminen jää yksin teidän harteillenne. Alla on tuotu esiin tunteita, joita myös Te olette ehkä voineet kokea ja tai koette tällä hetkellä. Tunteiden tunnistaminen ja niiden syyn tiedostaminen voi auttaa käsittelemään niitä.



Kaikki nämä edellä mainitut tunteet ovat aivan normaaleja ja luonnollisia tässä tilanteessa. Läheisenä saatat myös huomata reagoivasi tilanteen stressaavuuteen fyysisesti. Teillä voi esiintyä esimerkiksi kipuja ja vatsavaivoja.

Viereisellä sivulla on lueteltuna asioita, joilla voit auttaa itseäsi vaikeiden tunteiden ja ajatusten kanssa



Hyväksy se, että tilanne herättää myös sinussa tunteita ja saakin herättää.

Asioiden selvittäminen on tärkeää, kysy ja puhu, hae tietoa tilanteesta. Selvitä itsellesi tosiasiat läheisesi sairaudesta ja tilanteesta.

Puhu tilanteesta osaston henkilökunnan, ystävien tai tukipiirien, sekä vertaistuen avulla.

Päiväritiinit ovat edelleen tärkeitä, noudata tavallista päiväritiiniäsi, jotta pysyt kiinni normaalissa elämässä.

Perustarpeet ovat tärkeitä läheisesi mutta myös Sinulle. Muista levätä ja syödä hyvin, nukkuminen alentaa stressi tasoasi. Muista myös liikkua.

Anna itsellesi omaa aikaa ja aikaa toipumiseen! Läheisesi huolehditaan täällä.

**AVH ei kosketa vain sairastunutta vaan myös Teitä läheisiä!**

## Linkkejä ja lisää tietoa

Aivoliitto <https://www.aivoliitto.fi>

Terveyskylä <https://www.terveyskyla.fi>

Aivovaurio <http://www.aivovaurio.fi>

KELA, kuntoutus <http://www.kela.fi/neuropsykologinen-kuntoutus>

## LÄHTEET

AIVOLIITTO. 2018. Aivoverenkiertohäiriö (AVH). [Viitattu 2018-04-04]. Saatavissa: [https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio\\_\(avh\)](https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh))

AIVOLIITTO. 2014. Tietoa sinulle, jonka läheinen on sairastunut aivoverenkiertohäiriön. [Viitattu 2018-04-10]. Saatavissa: [https://www.aivoliitto.fi/files/2249/Tietoa\\_sinulle\\_jonka\\_omainen\\_on\\_sairastanut\\_AVH.pdf](https://www.aivoliitto.fi/files/2249/Tietoa_sinulle_jonka_omainen_on_sairastanut_AVH.pdf)

MURTOMÄKI, S. 2011. Afasiaa sairastavana elämänlaatu läheisen näkökulmasta. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. [Viitattu 2018-04-10]. Saatavissa: [https://www.aivoliitto.fi/files/1888/elamanlaatu\\_laheisen\\_nakokulmasta.pdf](https://www.aivoliitto.fi/files/1888/elamanlaatu_laheisen_nakokulmasta.pdf)