

Jonna Elo

KOULUTUS AIVOINFARKTIN OIREISTA JA SAIRASTUMISEN  
JÄLKEISESTÄ KUNTOUTTAVASTA HOITOTYÖSTÄ  
PALVELUKESKUKSEN HENKILÖKUNNALLE

Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2011

# KOULUTUS AIVOINFARKTIN OIREISTA JA SAIRASTUMISEN JÄLKEISESTÄ KUNTOUTTAVASTA HOITOTYÖSTÄ PALVELUKESKUKSEN HENKILÖKUNNALLE

Elo, Jonna  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Lokakuu 2011  
Pirilä, Ritva  
Sivumäärä: 31

Asiasanat: aivoinfarkti, kuntouttava hoitotyö

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää koulutustilaisuus Häävuoren Palvelukeskuksen henkilökunnalle. Koulutustilaisuuden tarkoituksena oli kertoa niistä oireista, joita potilailla saattaa aivoinfarktiin sairastumisen jälkeen olla ja miksi kuntouttava hoitotyö on tärkeää ja miten sitä tulisi toteuttaa. Tavoitteena oli, että koulutuksen jälkeen hoitajat tunnistavat nopeasti aivoinfarktin oireet ja tietäisivät, miten tärkeää on kuntouttava hoitotyö sairastumisen jälkeen. Opinnäytetyöntekijän henkilökohtaisina tavoitteina oli kehittyä ohjaus- ja opetustilanteissa.

Koulutus oli suunnattu hoitajille, joilla on ammatillinen koulutus. Koulutuksesta oli tiedotettu viikkopalaverissa Häävuoren palvelukeskuksessa ja se oli kirjattu viikko-ohjelmaan kalenteriin. Koulutus järjestettiin yhtenä iltapäivänä Häävuoren palvelukeskuksen tiloissa. Koulutukseen kuului teoriaosuus sekä käytännön harjoitteita. Osallistujia oli kaiken kaikkiaan 13 henkilöä, joista osalla ei ollut sosiaali- tai terveydenhuoltoalan ammatillista koulutusta, vaikka sitä koulutuksesta informoitaessa edellytettiin. Koulutuksen teoriaosuudessa selvitettiin ensin, mikä on aivoinfarkti, mitkä ovat sen oireet ja riskitekijät sekä miksi aivoinfarktiin sairastunut on saatava välittömästi hoitoon. Lyhyesti kerrottiin myös muista aivoverenkiertohäiriöistä. Aivoinfarktiin perehtymisen jälkeen kerrottiin niistä oireista, joita aivoinfarktiin sairastuneella mahdollisesti on sairastumisen jälkeen ja miten niitä huomioidaan kuntouttavassa hoitotyössä. Teoriaosuuden jälkeen opinnäytetyöntekijä havainnollisti itse esittämällä kuntouttavan hoitotyön toteutusta. Koulutuksen jälkeen ammatillisen koulutuksen saaneet antoivat kirjallisen palautteen koulutuksesta.

Palautteista ilmeni, että koulutukseen osallistuneet olivat tyytyväisiä siihen. Opinnäytetyöntekijä oli myös tyytyväinen ja koki koulutuksen onnistuneen. Osallistujat kyselivät aktiivisesti asioista ja halusivat tietää lisää kuntouttavan hoitotyön toteutuksesta. Koulutuksen jälkeen osallistujat halusivat saada lisätietoa aivoinfarktin kuntoutuksesta ja aiheesta syntyi vapaamuotoista keskustelua. Opinnäytetyöntekijä antoi heille lähdemateriaalia lisätiedon hankkimiseksi.

Jatkohaasteena on samanlaisten tilaisuuksien järjestäminen useammin palvelukeskuksessa. Tilaisuuksissa voitaisiin käydä päivitettyt tiedot sairauksista ja niiden hoitamisesta. Myös kuntouttavaa hoitotyötä tulisi harjoitella käytännössä useammin, sillä se koettiin tarpeelliseksi.

## TRAINING FOR SERVICE CENTRE STAFF RESPONSIBLE FOR STROKE SYMPTOMS AND POST STROKE REHABILITATIVE CARE

Elo, Jonna  
Satakunta University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
October 2011  
Pirilä, Ritva  
Number of pages: 31

Keywords: stroke, rehabilitative care

---

The purpose of this thesis was to organise a training session for the staff of Häävuori Service Centre. The purpose of the training session was to inform about the symptoms that the patient may have after a stroke and why rehabilitative care is important and how it should be carried out. The aim was that after the training the nurses would recognise stroke symptoms quickly and would know the importance of rehabilitative care post stroke. The goal of the persons involved in the project was to improve their skills in teaching and guiding situations.

The training was aimed at professional nurses. The availability of the training was made known in the Häävuori Service Centre weekly meeting and it was recorded in the weekly program in the calendar. The training was organised during an afternoon at the Häävuori Service Centre premises. The training consisted of theory and practice. There were 13 participants, all of which were not social or healthcare professionals, even though it was part of the requirements when informing about the training. The theory section began with explaining what a stroke is, what its symptoms and risk factors are and why immediate care is needed in case of a stroke. Other brain circulation disorders were also dealt with briefly. After explaining about stroke, the participants were told about the symptoms that stroke patients may have after the stroke and how they should be addressed in rehabilitative care. After the theory section, the author of this thesis demonstrated rehabilitative care in practise. After the training, the professional participants gave written feedback on the training.

According to the feedback the participants were satisfied with the training. Also the persons writing the thesis considered the training a success. The participants asked questions actively and wanted to know more about the implementation of rehabilitative care. After the training the participants wanted to know more about stroke rehabilitation, which initiated informal discussion on the subject. The author of this thesis gave the participants source materials with which to find out more.

Further challenge is to organise similar sessions at more service centres. The sessions could include updated information on illnesses and their care. Rehabilitative care should also be rehearsed in practise more often, because the participants felt that was needed.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	AIVOINFARKTI .....	5
2.1	Aivoverenkiertohäiriöt.....	6
2.1.1.	Ohimenevä iskeeminen aivoverenkiertohäiriö .....	6
2.1.2	Subaraknoidaalivuoto .....	7
2.1.3	Intracerebraalivuoto .....	7
2.2	Aivoinfarktin riskitekijät.....	8
2.3	Aivoinfarktin oireet.....	9
2.3.1	Aivoinfarktin ensioireet .....	9
2.3.2	Sairastumisen jälkeiset oireet.....	10
2.3.3	Afasia12	
2.3.4	Neglect12	
2.4	Ennaltaehkäisy .....	13
3	KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ.....	14
3.1	Toispuolisen halvauksen huomioiminen .....	16
3.2	Ruokailussa avustaminen.....	17
3.3	Pukeutuminen ja riisuminen .....	18
3.4	Hygieniasta huolehtiminen .....	19
4	TOIMINNALLISEN OSUUDEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS.....	20
4.1	Häävuoren Palvelukeskus .....	20
4.2	Opinnäytetyön vaiheet .....	21
4.3	Taloudelliset kustannukset.....	21
4.4	Riskien kartoitus .....	21
4.5	Koulutuksen suunnittelu ja toteutus.....	22
4.6	Koulutuksen arviointisuunnitelma.....	23
5	PROJEKTIN PÄÄTTÄMINEN JA ARVIOINTI.....	24
	LÄHTEET.....	26
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriö on Suomen neljänneksi yleisin kuolinsyy ja riski sen saamiseen kasvaa iän myötä (Tarnanen, Lindsberg, Sairanen & Vuorela 2011). Mikäli oireet tunnistetaan ajoissa ja potilas pääsee hoitoon nopeasti, on sairastumisesta selviytymiseen ja kuntoutumiseen hyvät edellytykset (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 301). Kaikista pysyviä oireita aiheuttavista aivoverenkiertohäiriöistä neljä viidesosaa on aivovaltimon tukoksia eli aivoinfarkteja. Aivoinfarkti tarkoittaa valtimon tukkeumaa, joka aiheuttaa hapenpuutteen verisuonen alueella ja siihen syntyy kuolio. (Mustajoki 2010a.)

Aivoinfarkti aiheuttaa parantumattomia hermokudosvaurioita. Hermosolut voivat järjestäytyä uudelleen, jolloin ne oppivat uusia toimintamalleja. Hoitajilla on keskeinen rooli aivoinfarktipotilaan kuntoutumisessa. Kuntoutus vähentää sairauden tuomia haittoja sekä korjaa aiheutuneita toiminnanvajauksia. Kuntouttavan hoitotyön tarkoituksena on, että kuntoutus on osa potilaan päivittäisiä toimintoja. Hoitajilla tulisi olla yhtenäinen toimintamalli sen toteuttamisessa. (Holmia ym. 2006, 315.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on järjestää koulutus, jossa teoriaosuudessa kerrotaan, mitä tarkoittaa aivoinfarkti, mitkä ovat sen oireet ja miksi potilaan on päästävä nopeasti hoitoon. Teoriassa käydään myös kuntouttavan hoitotyön tarkoitusta ja tavoitteita sekä kuntoutuksen haastavaksi tekeviä oireita. Teoreettisen tiedon lisäksi käytännössä harjoitellaan aivoinfarktipotilaan kuntouttavaa hoitotyötä. Opinnäytetyön tilasi Häävuoren palvelukeskus Mynämäeltä, joten opinnäytetyö on työelämälähtöinen. Työn keskeisiä käsitteitä ovat aivoinfarkti, sairastumisen jälkeiset oireet sekä kuntouttava hoitotyö.

## 2 AIVOINFARKTI

Aivoverenkiertohäiriöt ovat Suomessa neljänneksi yleisin kuolinsyy sepelvaltimotaudin, syövän ja dementian jälkeen. Vuonna 2007 ensimmäisen kerran sairastuneita

oli 14 600. (Tarnanen, ym. 2011.) Koko maailmassa aivoverenkiertohäiriö on toiseksi yleisin kuolinsyy ja Suomessa niihin kuolee vuosittain noin 5 000 henkilöä (Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2006, 271). Kaikista aivoverenkiertohäiriöistä noin 75 % on aivoinfarkteja (Roine 2009). Aivoverenkiertohäiriöllä tarkoitetaan ohimeneviä tai pitkäaikaisia neurologisia oireita aiheuttavia sairauksia. Perinteisempänä nimityksenä käytetään aivohalvausta. Näillä tarkoitetaan aivoinfarktia, aivoverenvuotoa tai lukinkalvonalaisen verenvuoron aiheuttamaa aivotoiminnan häiriötä. (Käypä hoito 2011.)

Aivoinfarkti tarkoittaa valtimon tukkeumaa, joka aiheuttaa hapenpuutteen verisuonen alueella ja siihen syntyy kuolio. Osa aivoinfarkteista syntyy verihyytymästä eli emboliasta, joka kulkeutuu elimistöstä verenkiertoa pitkin aivovaltimoon tukkien sen. Osa voi syntyä suoraan valtimonseinämään valtimoiden kovettumataudin eli ateroskleroosin seurauksena. (Mustajoki 2010a.) Aivoinfarktiin sairastuneet menettävät enemmän hyväkuntoisia elinvuosia kuin muihin sairauksiin sairastuneet (Käypä hoito 2011).

## 2.1 Aivoverenkiertohäiriöt

Aivoverenkiertohäiriöstä puhuttaessa voidaan tarkoittaa kahta erilaista tilaa, joko paikallista verettömyyttä eli iskemiaa aivokudoksessa tai paikallista verenvuotoa aivovaltimosta eli hemorragiaa. Näitä kahta asiaa voidaan edelleen luokitella. Iskeemisiin aivoverenkiertohäiriöihin kuuluvat aivoinfarkti sekä ohimenevä iskeeminen kohta. Aivovaltimovuotoihin kuuluvat subaraknoidaalivuoto ja intracerebraalivuoto. Potilaan ennusteen kannalta on erittäin tärkeää, että sairastumisen etiologia selvitetään. Sillä on keskeinen merkitys sairauden hoidossa sekä sen uusiutumisen ehkäisyssä. (Soinila ym. 2006, 271.)

### 2.1.1. Ohimenevä iskeeminen aivoverenkiertohäiriö

Ohimenevä aivoverenkiertohäiriö eli TIA tulee englanninkielen sanoista Transient ischemic attack. Kyseessä on aivoverenkiertohäiriö, jossa osa aivokudosta jää ilman happea tilapäisesti. Häiriö luokitellaan tilapäiseksi, kun oireet häviävät vuorokauden

kuluessa eikä tutkimuksissa löydetä kudostuhoa eli infarktia. TIA- potilaalla voi ilmetä muun muassa ohimeneviä tunto-, halvaus-, heikotus- ja muistinmenetystunteuksia. (Holmia ym. 2006, 300.) Oireiden ohimeneminen ei tarkoita, että tilanne olisi vaaraton. Lähes yhdellä kymmenestä potilaasta ilmenee seuraavan viikon sisällä aivoverenkiertohäiriö. TIA- potilaan tulee hakeutua välittömästi hoitoon, vaikka oireet menisivätkin ohi. (Mustajoki 2010b.)

### 2.1.2 Subaraknoidaalivuoto

Subaraknoidaalivuoto (SAV) tarkoittaa, että veri pääsee vuotamaan aivoissa lukinkalvonalaiseen tilaan, kun valtimon pullistuma repeytyy. Tyypillinen oire on voimakas, äkillinen päänsärky. Jotkut potilaat voivat tuntea päässään napsahduksen, vuotamista, valumisen tunnetta tai muuta poikkeavaa. Päänsärky on yleensä niin voimakas, ettei sitä sekoiteta muihin päänsärkyihin kuten migreeniin. Siihen liittyy pahoinvointia ja oksentelua, silmien valonarkuutta ja tajunnan häiriöitä. Potilaan lähellä olevat huomaavat helposti, että sairastunut on vakavasti sairas. (Holmia ym. 2006, 302.)

### 2.1.3 Intracerebraalivuoto

Intracerebraalivuoto (ICH tai ICV) tarkoittaa valtimon tai laskimon repeytymisestä johtuvaa verenvuotoa aivokudokseen. Oireet ja tuntemukset riippuvat vaurion olinpaikasta. Sairastumisen alussa potilas voi kuvata tunteneensa päässään napsahduksen tai rasahduksen. Neurologisten oireiden lisäksi potilaalla voi olla päänsärkyä ja pahoinvointia jopa oksentelua. Vuoto ei välttämättä aiheuta kipua ja oireet voivat kehittyä vähitellen. Aivokudokseen vuotaminen voi aiheuttaa monimuotoisia neurologisia oireita potilaan levottomuudesta aivopaineen häiriöihin asti. Hoito valitaan tilanteen mukaan joko konservatiiviseksi tai kirurgiseksi. (Holmia ym. 2006, 303.)

## 2.2 Aivoinfarktin riskitekijät

Kohonnut verenpaine on tärkein hoidettavissa oleva riskitekijä. Diabetes aiheuttaa sairastumisen riskiä sen mukaan, mitä muita sairauksia diabeetikolla on. Diabeteksen oheissairauksien hoito pienentää sairastumisen riskiä paremmin kuin verensokerin tarkka hallinta. (Käypä hoito 2011.) Potilaan lieväkin hyperglykemia pitää hoitaa jo akuuttivaiheessa, sillä se pahentaa aivojen iskemiaa sekä lisää kuolleisuutta. Hyperglykemia pahentaa lisäksi infarktiödemaa, lisää verenvuotoriskiä sekä vaikuttaa haitallisesti liuotushoitoa saaneen potilaan ennusteeseen. Tavoitteena potilaalla on normaalit verensokerit. (Roine 2009.) Ylipaino on itsessään vaaratekijä, mutta sairastumisen riskit lisääntyvät entisestään lihavuuteen liittyvien monien haittojen kautta. Miehillä vatsan seudun lihavuus lisää riskiä sairastumiseen yli kaksinkertaiseksi. (Käypä hoito 2011.)

Sydänsairaudet, kuten esimerkiksi sepelvaltimotauti tai rytmihäiriöt ovat riskitekijöitä. Rytmihäiriöistä eteisvärinä on yleisin ja voi aiheuttaa embolian irtoamisen. Sydänsairaudet lisäävät riskiä 5- 17- kertaiseksi. Suurentunut pitoisuus kokonaiskolesterolissa, LDL- kolesterolissa ja triglyserideissä sekä pienentynyt HDL- kolesteroli lisäävät kaikki riskiä sairastua aivoinfarktiin. Suurentunut HDL- kolesteroli taas vähentää riskiä sairastua. (Käypä hoito 2011.) Terveellä ihmisellä kokonaiskolesteroliarvon tulisi olla alle 5 mmol/l, LDL- kolesterolin alle 3 mmol/l ja HDL- kolesterolin osuus kokonaiskolesterolista 20- 25 % (Mustajoki 2010c).

Tupakointi kasvattaa sairastumisen riskiä 2- 9- kertaiseksi suorassa suhteessa päivittäiseen savukemäärään. Myös passiivinen tupakointi lisää riskiä sairastua lähes kaksinkertaiseksi. (Käypä hoito 2011.) Alkoholin käytön suhteen riskirajojen ylittäminen lisää mahdollisuutta sairastua aivoinfarktiin. Riskirajoina ovat miehillä 25 ja naisilla 16 annosta alkoholia viikossa. Yhdeksi annokseksi lasketaan 33 cl:n olutpullo, 12 cl mietoa viiniä tai 4 cl väkevää juomaa. Yhdellä käyttökerralla nautittu määrä ei saisi myöskään ylittää yhden promillen humalaa. (Kiiänmaa 2004.)

Ikä on riskitekijä, johon ei voi itse vaikuttaa. Miehillä yksi ikävuosi kasvattaa sairastumisen riskiä 9 % ja naisilla 10 %. Muita riskitekijöitä ovat ehkäisytabletit tai muut



hormonihoidot, sukupuoli, perinnöllisyys, runsas suolan käyttö, D- vitamiinin puute, vähäinen liikunta, henkinen kuormitus, kaulavaltimoahtaus, kuorsaus ja uniapnea sekä erilaiset infektiot kroonistuessaan. (Käypä hoito 2011.)

### 2.3 Aivoinfarktin oireet

Ihmisen elintoiminnot tarvitsevat jatkuvasti happea. Hapensaannin estyessä solut alkavat nopeasti vaurioitua. Heikoimmin hapenpuutetta sietävät aivokudoksen solut. Aivojen alueella veressä on happea 10- 15 sekunnin tarpeeseen, jonka jälkeen alkaa kudostuho. (Sahi, Castrén, Helistö & Kämäräinen 2007.)

Aivot säätelevät ihmisen kaikkia toimintoja ja häiriöt aivoissa heijastuvat usealle elimistön alueelle. Oireet ja toimintakyvyn häiriöt vaihtelevat sen mukaan, millä aivojen alueella häiriö on ja millainen se on. Ensioireet ovat yleensä puutosoireita, jotka potilas tuntee voinnissaan ja jotka myös vieressä olevat ihmiset voivat havaita. (Holmia ym. 2006, 297.)

#### 2.3.1 Aivoinfarktin ensioireet

Oireet alkavat yleensä äkillisesti ja arvaamatta. Aivoinfarkti aiheuttaa ongelmia aivojen vastakkaiselle puolelle. Pääsääntönä on, että aivojen vasen puoli vastaa kehon oikean puolen toiminnasta ja päinvastoin. Usein aivoinfarktin saaneella puhekyky heikkenee osittain tai se voi kadota kokonaan. Näkökenttä kapenee, sairastunut voi nähdä kaksoiskuvia tai näkökyky voi kadota kokonaan. Nieleminen vaikeutuu ja suupieli alkaa roikkua. Kädet ja/ tai jalat voivat tuntua puutuneilta tai tunnottomilta. Potilasta huimaa ja hänen on vaikea ylläpitää tasapainoa. Pahoinvointia voi esiintyä, mutta päänsärky tai äkillinen tajuttomuus eivät yleensä kuulu aivoinfarktin oireisiin. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2006, 306.)

Aivoinfarktin seurauksena on tavallisesti kehon toispuolihalvaus. Halvaus on yksittäisen lihaksen tai lihasryhmän toiminnan lamaantumista ja se voi olla tahdonalaisessa tai tahdosta riippumattomassa lihaksessa. Kehon toispuolista halvausta nimitetään hemipareesiksi tai hemiplegiaksi. Riippuen tukoksen sijainnista potilaalla voi lisäksi

esiintyä kognitiivisia häiriöitä kuten kyvyttömyyttä tunnistaa asioita, esineitä tai ihmisiä, kyvyttömyyttä suorittaa tahdonalaisia liikkeitä tai kyvyttömyys ymmärtää ja/tai tuottaa puhetta. Edellisten lisäksi voi esiintyä tuntoaistihäiriöitä ja pidätyskyvyttömyyttä. (Holmia ym. 2006, 301.)

Aivoinfarktin oireiden ilmaannuttua, tulee hoitoon hakeutua mahdollisimman nopeasti eikä jäädä odottamaan oireiden ohimenumista. Jopa oireiden nopea korjaantuminen on syy hakeutua nopeasti hoitoon. (Anttila ym. 2006, 306.) Jos potilaalle voidaan antaa liuotushoitoa, on se mahdollista antaa vain, jos oireiden alkamisesta on kulunut alle neljä ja puoli tuntia. Liuotushoito on sitä tehokkaampaa, mitä nopeammin se voidaan aloittaa. (Käypä hoito 2011.)

### 2.3.2 Sairastumisen jälkeiset oireet

Yhdellä potilaalla ei esiinny kaikkia oireita, mutta usein ongelmia esiintyy aivojen eri alueilta. Oireet ovat moninaisia riippuen siitä, kummalla puolella aivoja vaurio on tapahtunut. Vaurio voi myös olla aivojen keskellä, jolloin potilaalle tulee oireita kummastakin aivopuoliskon halvauksesta. Kuntoutuminen molemminpuolisesta aivovauriosta on hankalaa, koska oikeaa kuntoutusmenetelmää on vaikea löytää. Oikean aivopuoliskon vauriot heikentävät potilaan kokonaisuuden hahmotusta, tunteiden tulkitsemista ja havainnointia, luovaa ajattelua, paikantajua, kasvojen tunnistamista sekä kuvantajua ja musikaalisuutta. Tällainen potilas käyttäytyy vilkkaasti ja varomattomasti sekä yliarvioi omia kykyjensä. Hänellä on tapana vähätellä ongelmiaan ja sairauttaan, koska tuntee usein vain hyvää oloa. (Anttila ym. 2006, 308.)

Oikean aivopuoliskon infarktiin sairastuneella on vasemmalla puolella aistimushäiriöitä, jotka yleensä häviävät kokonaan tai ainakin osittain muutamassa kuukaudessa. Hänellä on huono kehon keskilinjan tajuaminen. Tästä johtuen potilaalla on vaikeuksia paikallistaa asioita ja hän saattaa törmäillä esimerkiksi oviin tai muihin esineisiin. Hän ei osaa keskittyä tai työskennellä järjestelmällisesti, vaan toimii täysin vaistonvaraisesti eikä osaa varoa tekemisiään. Potilaan tekemistä ja toimintaa pitää jarrutella sekä käytöstä korjailla. Potilas puhuu matalalla, yksitoikkoisella äänellä ja puhe on epäselvää. Syöminen on hotkimista eikä aterian laadulla ole merkitystä. Tunne-

mä on epävakaa ja hänellä on tapana olla euforinen. Pukeutuminen on vaikeaa ja kovista yrityksistä huolimatta lopputulos on usein epäsiisti. (Anttila ym. 2006, 308.)

Hoitotyössä tulee huomata, että potilas tarvitsee runsaasti aikaa kuntoutumiseen sekä asioiden uudelleen oppimiseen. Hän tarvitsee tukea ja kärsivällisyyttä niin omaisilta kuin hoitohenkilökunnalta. On muistettava, että potilaan outo käytös liittyy sairauden oireisiin eikä hän tahallaan tee kiusaa esimerkiksi mennessään väärin huoneisiin. Epäjärjestelmällinen toiminta on oikaistava ja onnistumiset tulee huomata, sillä oppiminen loppuu, jollei potilasta ymmärretä ja häneen hermostutaan. Potilaan käyttäytyminen ei aina kuvaa hänen todellista tilannettaan. Uudet tiedot on annettava pienissä osissa, yksiselitteisesti ja täsmällisesti. (Anttila ym. 2006, 308.)

Vasemman puolen vauriot heikentävät potilaan kykyä analysoida asioita ja ajatella loogisesti. Kielellinen ilmaisu ja lukeminen eivät tahdo sujua sekä kirjoitus- ja laskutaito heikkenevät. Potilas käyttäytyy varovasti, on epäilevä ja pelokas jopa masentunut. Hän hämmentyy uusien tilanteiden ja asioiden kohtaamisessa. Vaikka hänellä on toinen puoli kehosta halvaantunut, on hänen kehon tajuamisensa ja tasapainonsa parempaa kuin sellaisella ihmisellä, joka on saanut oikeanpuolen aivoinfarktin. Potilaalla voi olla oikean puolen näkökentän menetystä sekä oikean ja vasemman puolen sekoittumista keskenään. Potilas kuntoutuu nopeammin kuin oikeanpuolen aivoinfarktin saanut ja omaksuu helpommin kuntoutuksen periaatteet. Hän saattaa olla liian varovainen, minkä vuoksi tulee juuttumista ja hitautta, mikä taas saattaa johtaa alavireisyyteen ja turhautuneisuuteen. (Anttila ym. 2006, 308.)

Hoitotyössä tulee huomata potilaan nopea ruumiillisen tasapainon palautuminen, mikä antaa hyvät mahdollisuudet tulokselliseen kuntoutukseen. Koska potilas on usein toimissaan liiankin varovainen, hän saattaa jättäytyä johonkin kuntoutuksen vaiheeseen, vaikka selviytyisi siitä hieman enemmän yrittämällä. Myös vasemmalle puolelle vaurion saanut potilas masentuu helposti ja hoitohenkilökunnan tulee pitää huolta, ettei se keskeytä hyvin alkanutta kuntoutumista. Hoitohenkilökunnan tulee huomata kaikki onnistumiset kuntoutuksessa, jotta potilas jaksaa jatkaa kuntoutusta eikä se keskeydy. (Anttila ym. 2006, 308.)

### 2.3.3 Afasia

Afasia tarkoittaa aikuisiällä aivoihin kohdistuneen vamman tai sairauden seurauksena syntynyttä kielellistä häiriötä. Usein tämä aiheutuu vasemman aivopuoliskon sairastumisesta. Afasia voi olla tilapäistä ja lyhytkestoista, mutta pahimmillaan se voi jäädä pysyväksi. Sitä esiintyy samankaltaisena lukemisessa, kirjoittamisessa ja laskeutumisessa. Potilas on hermostunut, pelokas ja hämmentynyt. Hän voi olla jopa aggressiivinen sairastuessaan, koska se ei vastaa mitään hänen ennen kokemaansa. Ulkopuolisenkin on hankala arvioida potilaan tilannetta, koska monenlaiset häiriöt nousevat esiin ja sekoittuvat keskenään. Tilanteessa on mahdollisuus molemminpuoliseen väärinymmärrykseen ja sitä kautta epäluottamuksen syntymiseen. Myös potilaan läheiset ovat hämmentyneitä ja hädissään tilanteesta. (Holmia ym. 2006, 325.)

Afasia jaetaan sensoriseen ja motoriseen muotoon. Yleensä jompikumpi muoto on hallitseva ja toisesta muodosta on joitain piirteitä. Täydellisessä eli globaalissa afasiassa puheen tuottaminen ja ymmärtäminen ovat vaikeasti häiriintyneitä. Sensorisessa muodossa vallitsevaa on ymmärtämisvaikeus. Potilas saattaa puhua paljon, mutta puhe on käsittämätöntä, koska keskeiset sanat puuttuvat. Puhe on tyypillisesti harvasanoista ja siinä esiintyy uudissanoja. Myös kirjoitus- ja lukutaito heikentyvät. Motorisessa afasiassa potilas ei kykene muodostamaan sujuvasti sanoja. Hän ei löydä sanaa tai ei osaa lausua sitä oikein. Potilaalla on tallella kaikki sanat ja hän osaa muodostaa lauseita, mutta ulosanti puuttuu. Suun liikkeet voivat olla niukkoja ja sairastumisen alussa puhe voi juuttua, jolloin potilas jää toistamaan samaa tavua pääsemättä jatkaamaan eteenpäin. (Anttila ym. 2006, 315.)

### 2.3.4 Neglect

Neglect tarkoittaa kyvyttömyyttä havaita, orientoitua ja reagoida aivovaurion vastakkaiselle puolelle tuleviin aistiärsykkeisiin silloin, kun huomiotta jättäminen ei johdu liike- tai aistihäiriöstä (Soinila ym. 2006, 124). Neglect on melko tavallinen oire oikean puolen aivoinfarktissa. On mahdollista, ettei potilas käsitä koko vasemman puolen olemassaoloa. Neglectiin liittyy usein sairauden tunnottomuus, vähättely tai sairauden kokonaan kieltäminen. (Anttila ym. 2006, 313.)

Neglect voi esiintyä käden tai jalan ”unohtamisena”, joko osittain tai kokonaan. Se aiheuttaa vaaratilanteita, sillä käsi tai jalka voi jäädä hankalaan asentoon. Potilas voi käyttää vain tervettä puolta kehostaan, vaikka toinenkin puoli pystyisi toimimaan ja siinä olisi tuntoa. Huomiotta voi jäädä myös sairastuneen ympäristö. Usein potilaan on vaikea huomata halvaantuneelta puolelta tulevia aisti- ärsykeitä, kuten puhetta, ihmistä tai esinettä. Potilas saattaa törmäillä oven karmeihin ja huonekaluihin, eikä hän huomaa edessä aukeavaa ovea. Potilas voi toistuvasti kertoa hukanneensa tavaroitaan, vaikka todellisuudessa ne ovat hänen vasemmalla puolellaan. (Laine 2010.)

#### 2.4 Ennaltaehkäisy

Kohonnut verenpaine on tärkein hoidettavissa oleva riskitekijä ja systolisen verenpaineen alentaminen 10mmHg:llä vähentää sairastumisen riskiä viidessä vuodessa 30- 40 %. Verenpainelääkityksen aloittaminen on hyödyksi erityisesti niille, jotka ovat jo sairastuneet aivovaltimotautiin. Lääkehoitoa suositellaan aloitettavaksi niille, joilla on diabetes, munuaissairaus, verenpaineen aiheuttama elinvaurio tai merkittävä sydän- tai verisuonitauti. Verenpaineen tavoite ennaltaehkäisyssä on alle 140/85mmHg, mutta tavoitteet määritetään potilaskohtaisesti huomioiden potilaan perussairaudet ja ikä. (Käypä hoito 2011.)

Tupakoinnin lopettaminen vähentää tehokkaasti sairastumisen riskiä, sillä noin viidesosa aivohalvauksista johtuu tupakasta. Jos 43 tupakoitsijaa lopettaisi tupakoinnin, voitaisiin estää yksi aivohalvaus. Kolesterolin hoidolla voidaan ehkäistä ateroskleroosia ja tavoitteena onkin LDL- pitoisuuden pienentäminen. Ei kuitenkaan ole kontrolloituja tuloksia, joissa dyslipidemiaan elintavoilla vaikuttaen olisi voitu vähentää aivoinfarkteja, ainoastaan lääkehoidolla. (Käypä hoito 2011.)

Diabeetikon kohonneen verenpaineen tehokas alentaminen ehkäisee aivoverenkiertohäiriöitä. Hyperglykemian pitkäaikaishoidon ei ole kuitenkaan todettu vähentävän niitä. Käypä hoidon diabetes- suositus suosittelee pientä ASA- annosta niille diabeetikoille, joilla on todettu valtimosairaus eikä lääkkeen käytölle ole vasta- aiheita. Aivoverenkiertohäiriön jo kertaalleen sairastaneilta seurataan aktiivisesti diabeteksen hoitotasapainoa glukoosirasituskokeella. (Käypä hoito 2011.)

Alkoholin humalahakuiseen käyttöön liittyy selvästi lisääntynyt riski saada aivoverenkiertohäiriö. Alkoholi aiheuttaa verenpaineen nousua, lisää tukostaipumusta sekä vähentää aivojen verenvirtausta. Uusimmissa tutkimuksissa ei ole voitu osoittaa kohtuullisen alkoholin käytön aiheuttavan pientäkään vaaraa sairastua aivoinfarktiin. Kohtuukäyttäjää ei siis tarvitse kannustaa täysin raittiiksi, mutta alkoholia ei kuitenkaan tule suositella kenellekään sen aiheuttamien muiden sairastuvuuksien takia. (Käypä hoito 2011.)

Liikapaino on itsessään vaaratekijä aivoverenkiertohäiriöön sairastumisessa, mutta siihen liittyy myös monia sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijää jotka yhdistävät aivoverenkiertohäiriöön. (Käypä hoito 2011.) Paino määritellään painoindeksillä eli BMI:llä. Sen mukaan normaalipaino sijoittuu painoindeksilukujen 20 ja 24,9 välille. BMI voidaan laskea paino jaettuna pituus kertaa pituus. (Anttila ym. 2006, 125.)

Liikunta auttaa painonhallinnassa sekä vähentää sairastumisen riskiä. Se vaikuttaa useisiin vaaratekijöihin ja on myös itsessään suojatekijä. Liikunta suojaa aivoverenkiertohäiriöltä sitä paremmin, mitä enemmän sitä harrastaa. (Käypä hoito 2011.) Liikuntaa tulisi harrastaa vähintään kolme kertaa viikossa ja puoli tuntia kerrallaan niin, että syke nousee ja tulee pieni hiki. Hyötyliikunnaksi lasketaan esimerkiksi portaiden kävely hissien käytön sijaan ja työ- tai kauppamatkojen kävely. (Anttila ym. 2006, 135.)

### 3 KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ

Kuntouttavan hoitotyön määritelmässä toimintafilosofiana on määrätty toimintatapa, jolla työskennellään. Se liittyy kaikkiin päivittäisiin toimintoihin ja on kokonaisuus, johon kuuluu kuntoutujan fyysinen, psyykinen, henkinen ja sosiaalinen puoli. Lähtökohtana kuntouttavalle hoitotyölle on tervelähtöisyys, moniammatillisuus sekä tavoitteellisuus. Hoitotyöntekijän tulee kuntoutumista edistävästi tukea kuntoutujan omatoimisuutta, auttaa tarvittaessa, aktivoida, ylläpitää ja edistää kuntoutujan fyysi-

siä, psyykkisiä, hengellisiä, älyllisiä sekä sosiaalisia toimintoja ja tukea hänen kokonaisvaltaisuuttaan. (Kelhä 2006, 72.)

Kuntoutus voidaan jakaa fysioterapeutin toteuttamaan erityiskuntoutukseen sekä hoitotyöntekijöiden toteuttamaan yleiskuntoutukseen. Kuntouttava hoitotyö perustuu potilaan itsenäisen selviytymisen tukemiseen. Kuntoutus on osa perushoitotyötä ja siinä pyritään pitämään yllä sekä palauttamaan potilaan toimintakykyä. Hoitajan tulee välttää puolesta tekemistä sekä kannustaa ja ohjeistaa potilasta tekemään oma-toimisesti. Tärkeää kuntouttavassa hoitotyössä on sen toteuttajien yhtenäiset käytännöt sekä kirjaaminen tapahtuneesta toiminnasta ja potilaan edistymisestä. (Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky, 2010.)

Kuntoutuksen periaatteet ovat samat riippumatta aivoinfarktin sijainnista. Kuntoutus aloitetaan jo akuuttivaiheessa erikoissairaanhoidossa. Kun potilas saa diagnoosin, hänet joko kotiutetaan tai siirretään perussairaanhoitoon, jossa jatketaan alkanutta kuntoutusta. Edellytyksenä kuntoutukselle on hyvä oppimiskyky, joten vaikea dementia on este kuntoutumiselle. (Anttila ym. 2006, 307.)

Kun on kyse laaja- alaisesta aivovauriosta, on hoitotyöntekijän ymmärrettävä sen vaikutukset. Hoitotyöntekijän on osattava käyttää sopivia menetelmiä tarkoituksenmukaisesti. Sairaus aiheuttaa ikään kuin palapelin, joka hoitotyöntekijän on osattava koota. Kuntoutuksen monimuotoisuuden takia on haasteellista ymmärtää erilaiset tavat toimia, silti se on tärkeää, jotta potilaan kuntouttaminen sujuisi mahdollisimman hyvin. Kuntouttava hoitotyö on näkyvää ja konkreettista, mutta myös näkymättömtä ohjausta, opetusta ja vaikuttamista. Oleellisinta on ymmärtää perustieto ”miksi” jotain tehdään ja ”mihin” sillä tähdätään. (Forsblom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 61.)

Potilaalle on tärkeä asettaa tavoitteita kuntoutumista ajatellen. Tavoitteet tulisi olla mahdollisimman realistisia ja saavutettavissa olevia. Niitä ei saa asettaa liian korkealle. Suunniteltaessa kuntoutumista tulee huomioida potilaan aiempi toimintakyky. (Puha & Lindström 2010.) Lähitavoitteet voivat olla päivittäisiä tai viikoittaisia, perusliikkumiseen ja päivittäisiin toimintoihin keskittyvää. Pitkän tähtäimen tavoitteena voi olla potilaan kuntoutuminen aiempaa vastaavaan toimintakykyyn. Kuntouttavasta

hoitotyöstä pitäisi kertoa myös omaisille. Potilaille ja omaisille tulisi selittää, miksi ja miten tulee toimia kuntouttavasti. (Holmia ym. 2006, 308.)

Potilaan kuntoutus ei ole sarja erilaisia toimintoja, vaan sen tulee kytkeytyä luontevasti päivittäisiin toimintoihin. Lähtökohtana pidetään, että potilas tekee itse kaiken, mihin pystyy. Hoitotyöntekijä ei tee puolesta, vaan avustaa potilasta tekemään asiat, joihin hän ei itsenäisesti kykene. (Holmia ym. 2006, 308.) Hoitotyöntekijöillä tulisi olla yhdenmukaiset tavat suorittaa kuntouttavaa hoitotyötä, siten saadaan parhaat tulokset, sillä kertaus on potilaalle tärkeää (Puha & Lindström 2010). Hoitotyöntekijän tulee muistaa hienotunteisuus, sillä potilas on usein masentunut ja/ tai kokee tilanteet nöyryyttäväksi. Vähän kerrallaan koetetaan lisätä potilaan omatoimisuutta ja muistetaan, että jo pienetkin edistymiset voivat olla potilaalle merkittäviä. (Holmia ym. 2006, 308.)

Hoitoon osallistuvien tulisi tietää ja tunnistaa keskeisimmät fyysiset ja kognitiiviset oireet. On tärkeä tietää millainen potilaan aiempi toimintakyky on ollut ja suunnata huomio säilyneihin toimintoihin eikä vain puuttuviin. Kaikessa päivittäisessä toiminnassa on pyrittävä tukemaan kuntoutumista ja sopeutumista, sillä vaikka monenlaiset terapiat ovat tärkeitä, on arjen toiminnalla suurin merkitys. (Puha & Lindström 2010.)

### 3.1 Toispuolisen halvauksen huomioiminen

Aivoinfarkti yleensä aiheuttaa toispuolihalvauksen, jonka aste vaihtelee. Tällöin aktiivinen lihastoiminta heikkenee tai häviää. Halvausoireisto johtuu aina keskushermoston liikehermojen vauriosta eikä lihaksiston voimanpuutteesta. Halvaantuneella puolella ei yleensä ole aluksi kosketuksen ja asennon tuntoa, jolloin pään, raajojen ja kehon liikkeet vaikeutuvat tai eivät onnistu ollenkaan. Halvausoireisto voi häiritä myös ympäristön ja oman kehon hahmottamista. Esimerkiksi potilas saattaa tavoitella juomalasia, joka ei kuitenkaan ole tarpeeksi lähellä, jotta hän turvallisesti siihen ylettyisi. Hoitotyöntekijän tulisi muistaa kiinnittää huomiota myös potilaan turvallisuuden ja varmistaa, ettei vaaratilanteita synny. (Anttila ym. 2006, 310.)



Liikkumisen aktiivinen kuntoutus aloitetaan jo erikoissairaanhoidossa aivoinfarktin akuuttivaiheessa. Siellä ohjataan ottamaan halvaantunut käsi mukaan kaikkiin toimiin. Tätä toimintaa pitää jatkaa potilaan kotiutumisvaiheessa ja sen jälkeenkin. Jollei halvaantuneen käden toiminta edisty muutamassa kuukaudessa, ohjataan tervettä kättä korvaamaan sen toimintoja. Apuvälineitä ei suosita, jollei potilas ole niitä ennen sairastumistaankaan käyttänyt. Kävelemään opettelemisen alkuvaiheessa saattaa keppiin tukeutuminen aiheuttaa vääriä asentotottumuksia. Liikkumisen harjoitukset aletaan opettelemalla istumista. Seuraavaksi harjoitellaan seisomaan nousemista ja kävelemistä sekä lopuksi harjoitellaan liikkumaan normaalisti. (Anttila ym. 2006, 310.)

Hoitotyöntekijän pitää muistuttaa potilasta halvaantuneesta puolesta kaikissa toimisissa. Toimintojen yhteydessä hoitotyöntekijä voi ääneen kertoa, mitä seuraavaksi tapahtuu ja miten sekä ohjata potilaan raajoja mukaan liikkeisiin sanomalla ”käsi, jalka, polvi...”. Potilasta ohjataan jatkuvasti ottamaan halvaantunut raaja mukaan. Esimerkiksi sänkyyn mennessään potilas voi terveellä jalallaan avustaa halvaantuneen jalan paikalleen tai terveellä kädellä nostaa halvaantuneen käden ruokapöydälle. Halvauksen lisäksi ongelmia aiheuttavat tuntohäiriöt. Halvaantunut raaja ei tunnista asentoaan suhteessa muuhun kehoon ja siksi raajat voivat jäädä huonoon asentoon. Hoitotyöntekijöiden tulee huomioida avustamisessa, ettei vedä tai väännä halvaantunutta kättä, sillä olkapää voi siirtyä paikoiltaan. (Anttila ym. 2006, 310.)

### 3.2 Ruokailussa avustaminen

Kuntoutumisen tavoitteena on potilaan omatoiminen ruokailu käyttäen myös halvaantunutta kättä. Potilaan tulisi myös hallita suun liikkeet siten, että hän kykenee pureskelemaan ruokansa ja nielemään sen ongelmitta. Osa aivoinfarktipotilaista saattaa sairastaa dysfagiaa. Se tarkoittaa suun ja nielun alueen toimintahäiriötä, joka ilmenee nielemisen vaikeutena. Suun ja nielun toimintahäiriöihin liittyen potilaan aspiraatiovaara on kasvanut. Juomiin voidaan sekoittaa sakeuttamisainetta nielemisen helpottamiseksi. (Holmia ym. 2006, 324.)

Ruokailu aloittaminen tapahtuu hyvästä istuma- asennosta. Potilaan ruokailu tulisi järjestää tavallisen ruokapöydän viereen tavallisella tuolilla istuen. Potilaan asennon tulee olla symmetrinen, jolloin hän on vähän eteenpäin kallistunut ja laitetaan kädet pöydän päälle. Hoitotyöntekijä avustaa potilaan istumaan tukevasti ja riittävän perälle tuoliin molemmilla pakaroillaan. Käsivarret tuetaan pöydän päälle ja jalkapohjat ovat symmetrisesti ja tukevasti lattialla. Oikeanlainen istuma- asento ruokailussa edistää potilaan omatoimisuutta ja edistää ruokailun sujuvuutta. (Holmia ym. 2006, 324.)

Ruokailussa käytetään apuvälineitä tarpeen mukaan. Niitä voivat olla paksuvartistet ruokailuvälineet tai liukuestealusta lautaselle. Juotaville suositetaan tavallista juomalasia, sillä nokkamukista tai pillistä on vaikea nähdä suuhun menevän nesteen määrää. Ruoka- annos tulee asetella houkuttelevasti esille. Toisinaan voi potilaan olla helpompaa ruokailla silloin, jos lautasella on vain yksi ruokalaji kerrallaan. Hoitotyöntekijä avustaa potilasta tarvittaessa halvaantuneelta puolelta. Ruokailussa avustamiseen kuuluu yleensä aterimista tai juomalasista yhdessä kiinni pitäminen tai potilaan kyynänpään tukeminen. Ruokailun jälkeen on hyvä toteuttaa tehostettua suun hoitoa yhdessä potilaan kanssa. (Holmia ym. 2006, 324.)

### 3.3 Pukeutuminen ja riisuminen

Vaatteiden valinnassa noudatetaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Hoitotyöntekijä avustaa potilaan valitsemaan omat vaatteensa ja pukemaan ne päälleen. Vaatteiden olisi hyvä olla väljiä ja kevyitä, joustavia sekä helposti puettavia ja riisuttavia. (Holmia ym. 2006, 316.) Pukeutuminen aloitetaan halvaantuneelta puolelta ja riisuminen terveeltä. Riisuminen on yleensä helpommin toteutettavissa kuin pukeminen. Kengät tulisivat olla helposti jalkaan laitettavat sekä tukevat eikä pohja saa luistaa. Tarra- kiinnitteiset kengät ovat helpoiten käytettäviä. Sukat ja kengät kannattaa pukea ennen housujen ylös nostamista, jolloin voidaan minimoida liukastumisen vaara. (Anttila ym. 2006, 313.)

Paidan pukemista kannattaa harjoitella ensin edestä kiinnitettävällä paidalla. Paita asetetaan polvien päälle sisäpuoli päällepäin. Halvaantuneen käden hiha pudotetaan

polvien välistä. Kallistamalla vartaloa hieman eteenpäin saadaan käsi pujotettua hihaan. Tarvittaessa voi avustaa terveellä kädellä. Kun sormet näkyvät hihansuusta, vedetään terveellä kädellä hiha ylös olkapäälle. Tervettä kättä liu'uttamalla pitkin kaulusta, saadaan paita toisellekin olkapäälle. Terve käsi laitetaan hihaan ja sen jälkeen asetetaan paidan helmat vastakkain ja aloitetaan paidan kiinnittäminen alhaalta ylös. (Anttila ym. 2006, 313.)

Paidan riisuminen aloitetaan avaamalla kiinnitykset ja nostamalla paita alas terveen käden olkapäältä. Terve käsi saadaan pois hihasta vetämällä hihansuuta reiden sivua pitkin ja laittamalla vapautunut hihansuu reiden alle. Paita nostetaan halvaantuneen käden olkapäältä ja sen jälkeen vedetään hiha pois käden päältä. Housut, sukat ja kengät saadaan jalkaan siten, että potilas ristii kätensä, ottaa halvaantuneen jalan polven alta säärestä kiinni ja nostaa sen terveen jalan päälle ristiin. (Anttila ym. 2006, 313.)

#### 3.4 Hygieniasta huolehtiminen

Potilas avustetaan pesualtaan luokse aamu- ja iltapesuille. Hoitotyöntekijä avustaa tarvittaessa halvaantuneelta puolelta. Tavoitteena on, että potilas suoriutuu pesuista mahdollisimman omatoimisesti. Suihkuun mentäessä potilaan kanssa yhdessä kerätään suihkussa tarvittavat tavarat sekä helposti puettavat vaatteet ja liukumattomat kengät. Suihkuun mentäessä hoitotyöntekijän on varmistettava, ettei lattia ole märkä tai siinä on luistamaton matto. Mikäli potilas pystyy käyttämään ollenkaan halvaantunutta puoltaan, asetetaan tarvittavat pesuvälineet halvaantuneella puolelle, jotta sitä saadaan stimuloitua. (Holmia ym. 2006, 316.)

Jollei potilas kykenee seisomaan suihkussa, ohjataan hänet tukevalle käsinojalliselle tuolille. Reikätuolin käyttöä tulee välttää, sillä se heikentää potilaan tasapainon ylläpitoa. Potilasta avustetaan vesihanojen ja suihkun käytössä. Hoitotyöntekijän on hyvä tarkkailla veden lämpötilaa, koska potilaalla saattaa olla tuntohäiriöitä, eikä hän tunne veden lämpötilaa. Hoitotyöntekijä ohjaa pesujen suorittamisessa ja avustaa vain tarvittaessa. Kun potilas pesee itsensä paljaalla kädellä ilman pesulappua, niin hän tiedostaa oman kehonsa helpommin kuin pesulappua käyttäessään. Peseytymisen jäl-

keen ohjataan ja avustetaan tarvittaessa potilasta kuivaamaan itsensä huolellisesti. (Holmia ym. 2006, 316.)

## 4 TOIMINNALLISEN OSUUDEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

### 4.1 Häävuoren Palvelukeskus

Häävuoren palvelukeskus on toiminut Mynämäellä vuodesta 1974. Alun alkaen Häävuorella oli kolme rivitaloa, jotka oli tarkoitettu vanhusten asunnoiksi eikä siellä ollut omaa henkilökuntaa. Sen jälkeen rivitaloille liittyi kotihoidon keskus, josta kodinhoitajat kävivät avustamassa myös Häävuoren asukkaita. Vuonna 1975 perustettiin vanhustentaloyhdistys, joka rakennutti Häävuorelle kaksi rivitaloa lisää. Vuonna 1990 tehtiin alueella saneerausta, jolloin kahteen rivitaloon tehtiin neljän hengen pienryhmäkodit. Toinen taloista oli tarkoitettu vanhuksille ja toinen vammaisille. Silloin alueelle saatiin ensimmäisen kerran omaa henkilökuntaa sekä yöhoitaja. (Karonen puhelinhaastattelu 20.8.2011.)

Nykyään Häävuoren palvelukeskuksessa on 46 asuntoa, joista 20 on palveluasumisen asuntoa ja 26 tehostettua palveluasumista. Henkilökuntaan kuuluu tällä hetkellä 21 perus- ja lähihoitajaa, neljä hoitoapulaista, yksi laitoshoitaja sekä vastaava hoitaja ja vastaava ohjaaja. Häävuoren palvelukeskus ei ole laitos, joten sen toiminta on kodinomaista asumista, jossa asukkaita avustetaan päivittäisissä toimissa selviytymiseen. (Karonen puhelinhaastattelu 20.8.2011.)

Koulutuksen toteuttaja on ammatiltaan lähihoitaja, joka opiskelee työnsä ohella sairaanhoitajan ammattitutkintoa Satakunnan ammattikorkeakoulussa. Ajatus koulutuksen järjestämisestä syntyi marraskuussa 2010, kun opinnäytetyöntekijän esimieheltä tuli pyyntö järjestää koulutusta aivoinfarktin oireiden tunnistamisesta sekä kuntouttavasta työstä.

## 4.2 Opinnäytetyön vaiheet

Esimieheltä tuli pyyntö koulutuksen järjestämiseen marraskuussa 2010. Hän oli miettinyt koulutustarvetta tulevalle vuodelle ja todennut aiheelliseksi kerrata aivoinfarktiin liittyviä asioita. Opinnäytetyöntekijä otti haasteen vastaan ja ilmoitti aiheen ohjaavalle opettajalle. Opinnäytetyön aihe-seminaari pidettiin helmikuussa 2011, jossa aihe esiteltiin. Huhtikuussa 2011 pidettiin keskustelutuokio koulutuksen järjestämisestä ja sovittiin, että se järjestetään 6.6.2011. Monen asian yhteensattumana aikaa jouduttiin vaihtamaan ja koulutus pidettiin 16.9.2011. Kesän aikana koulutuksen pitäjä muokkasi ja paranteli esitystään sekä harjoitteli sitä. Ennen koulutusta opinnäytetyöntekijä oli tehnyt Power Point-esityksen sekä arviointilomakkeet (Liite 1). Koulutustilaisuudessa jaettiin osallistujille tiivistelmä Power point-esityksestä, jotta he saavat tehdä tarpeen vaatiessa muistiinpanoja itselleen. Syyskuun 2011 lopussa alkoi raportointiseminaarin valmistelu, joka on tarkoitus järjestää loka- marraskuun 2011 aikana.

## 4.3 Taloudelliset kustannukset

Kustannuksia koulutuksen järjestäjälle syntyi asioiden hoitamisesta, joita olivat puhelinkulut ja matkakulut paikan päälle. Näiden hintaa on hankala määrittellä. Koulutus järjestettiin Häävuoren palvelukeskuksen tiloissa, joten niistä ei aiheutunut kustannuksia. Osallistujille jaettu materiaali tulostettiin palvelukeskuksessa, joten siitä ei opinnäytetyöntekijälle aiheutunut kuluja. Palvelukeskukselta lainattiin käyttöön käytännön harjoittelua varten pyörätuoli, sänky sekä vaatteita ja ruokailuvälineitä, joten niistä ei erillisiä kustannuksia syntynyt kenellekään.

## 4.4 Riskien kartoitus

Tavoitteena oli, että kaikki ammatillisen koulutuksen saaneet hoitotyöntekijät osallistuisivat koulutukseen. Koulutus oli vapaaehtoinen, mutta palkallinen, joten ei voitu varmuudella tietää osallistujien määrää. Koulutukseen osallistujien määrä oli 13 henkilöä. Vaikka osallistujista toiset olivat hoitoapulaisia tai laitoshuoltajia, he tulivat paikalle vapaaehtoisesti ja varmistivat ennen koulutuksen alkua, että saavat varmasti

osallistua. Osallistujiin liittyviä muita riskejä olivat muun muassa turhautuneisuus, mikäli kouluttaja ei olisi voinut tarjota uutta tietoa aiheesta.

Yhtenä riskitekijänä oli opinnäytetyöntekijä, joka olisi voinut sairastua koulutuksen järjestämisen päivänä tai ei olisikaan saanut koulutusta valmiiksi kyseiseen ajankohtaan mennessä. Riskeihin lasketaan myös laitteiden toimimattomuus, esimerkiksi atk-laitteisto ja kopiokone. Kouluttaja pyrki minimoimaan kyseiset riskit menemällä paikalle riittävän aikaisin, jotta ehti tarkistamaan tarvittavia välineitä.

#### 4.5 Koulutuksen suunnittelu ja toteutus

Häävuoren palvelukeskuksessa järjestettävä koulutus oli keskeinen osa koko opinnäytetyötä. Koulutus järjestettiin syyskuun 16. päivänä 2011. Sen lisäksi koulutus luvattiin järjestää samansisältöisenä toisena päivänä, mikäli halukkaita siihen olisi ollut. Koulutustilaisuus järjestettiin palvelukeskuksen tiloissa, jossa oli teoriaosuuden lisäksi mahdollisuus tehdä käytännön harjoitteita.

Koulutukseen sisältyi siis teoria- ja käytännön osuus. Teoriaa selvennettiin Power point-esityksellä, joista otettiin tiivistelmät osallistujille muistiinpanoja varten. Power point-dioihin kirjattiin vain ydinsanoja tai asioita, joita osallistujat saivat itse täydentää haluamallaan tavalla. Dioista haluttiin tehdä selkeät ja helposti luettavat. Fonttina oli Constantia ja sen koko oli otsikoissa 48 ja tekstissä 26.

Koulutuksen teoriaosuudessa käsiteltiin Power point-esityksen ohella aivoinfarktin oireita sekä siihen kuuluvaa sairastumisen jälkeistä kuntouttavaa hoitotyötä. Esityksen alussa opinnäytetyöntekijä kehotti kuuntelijoita keskeyttämään ja kysymään, mikäli kysyttävää on. Välillä osallistujat pyysivät odottamaan ennen seuraavaa otsaketta, jotta ehtivät kirjaamaan kaiken itselleen ylös. Teoriaosuuden jälkeen osallistujat halusivat tietää, mistä aiheesta voi tarvittaessa lukea lisää ja opinnäytetyöntekijä kertoi heille nettiosoitteita.

Teoriaosuuden jälkeen tehtiin käytännön harjoitteita, joihin kaikki olisivat saaneet halutessaan osallistua. Osallistujat halusivat nähdä käytännön harjoitteiden suoritta-

mista, joten opinnäytetyöntekijä itse muun muassa puki ja riisui vaatteita samalla opettaen osallistujia ohjaamaan aivoinfarktipotilasta kuntouttavan hoitotyön mukaisesti. Lisäksi opinnäytetyöntekijä näytti, miten toispuolihalvaus potilasta siirretään esimerkiksi sängystä tuoliin. Koulutuksen tilat olivat tilavat, joten teoria ja käytännön harjoitteet pystyttiin suorittamaan samassa tilassa. Koulutukseen oli varattu aikaa kaksi tuntia, joka ylittyi hieman osallistujien hyvästä osallistumisesta sekä aiheesta kiinnostumisesta ja kysymyksistä johtuen.

Häävuoren palvelukeskukseen opinnäytetyöntekijä saapui kaksi tuntia ennen tilaisuuden alkua. Aika kului tiivistelmien ja arviointilomakkeiden monistamiseen, esityksen valmiiksi asentamiseen sekä käytännön harjoitteisiin tarvittavien tavaroiden keräämiseen. Esityksen alussa opinnäytetyöntekijä kertoi tekevänsä koulutuksen osana sairaanhoitajan opintoihin kuuluvana opinnäytetyönä. Aiheen valinnasta kerrottiin, että esimies oli katsonut aiheen tarpeelliseksi palvelukeskuksessa sattuvien sairaskohtausten takia. Aivoinfarktin oireista kerrottiin, koska toisinaan niiden tunnistamiseen on kulunut hoitotyöntekijöiltä paljon aikaa. Ensi- ja akuuttihoito sairastumisessa jätettiin kertomatta, koska palvelukeskuksessa ei kumpaankaan voida vaikuttaa eikä sitä siellä tapahdu.

Aivoinfarktin saaneet palaavat yleensä takaisin palvelukeskukseen sairastumisensa jälkeen ja heillä on eriasteisia toiminnanvajauksia. Sairastunut palaa erikoissairanhoidosta palvelukeskukseen pian, jolloin erikoissairanhoidossa aloitettua kuntoutusta ei saa keskeyttää. Opinnäytetyöntekijä halusi tuoda esiin kuntouttavan hoitotyön tarpeellisuuden sekä kertoa, miksi se on tärkeää. Palvelukeskuksen asukkaiden on oltava mahdollisimman omatoimisia, joten he eivät voi palata takaisin, jollei heidän toimintakykyään pyritä säilyttämään mahdollisimman tehokkaasti.

#### 4.6 Koulutuksen arviointisuunnitelma

Opinnäytetyöntekijä toivoi saavansa palautetta koulutuksesta. Kaikilta ammatillisen koulutuksen saaneilta toivottiin saatavan kirjallinen palaute koulutustilaisuudesta. Palautteessa arvioitiin erikseen teoria- ja käytännön osuus valmiiksi annettuihin kysymyksiin vastaten (Liite 1). Arviointilomakkeessa oli myös tilaa vapaamuotoiselle

palautteelle. Lomakkeesta tehtiin lyhyt ja helposti täytettävä, koska osallistujien tiedettiin vaihtavan työvuoroa koulutustilaisuuden loputtua ja samalla pidetään raportti. Lomake jaettiin koulutuksen alussa muistiinpanosivujen kanssa ja sen sai jättää nimettömänä kouluttajalle koulutustilaisuuden jälkeen.

## 5 PROJEKTIN PÄÄTTÄMINEN JA ARVIOINTI

Koulutuksen päätteeksi ammatillisen koulutuksen saaneet hoitotyöntekijät täyttivät koulutustilaisuudesta arviointilomakkeen (Liite 1). Palautteita tuli yhteensä viisi kappaletta, vaikka koulutukseen osallistujia oli 13. Arviointilomakkeet jaettiin vain ammatillisen koulutuksen saaneille, koska opinnäytetyön rajauksessa oli koulutustilaisuus koulutetulle henkilökunnalle. Muut osallistujat antoivat suullista palautetta pyytämättä.

Arviointi suoritettiin asteikolla yhdestä neljään, jossa 1= melko huono ja 4= erittäin hyvä. Lomakkeen ensimmäinen kysymys koski teoriaosuutta, jonka neljä viidestä arvioi onnistuneen erittäin hyvin. Keskiarvo teoriaosuudelle oli siis 3,8. Toisena osallistujat arvioivat käytännön osuutta, johon kaksi viidestä oli antanut arvosanan 3. Kolme lomaketta oli käytännönsuuden kohdasta tyhjiä. Yhdessä arviointilomakkeessa luki ”opastus oli selkeätä” ja toisessa ”en osallistunut”. Lomakkeessa oli paikka vapaaehtoiselle palautteelle, tässä otteita niistä:

”Asiaan hyvin perehdytty ja tietoa enemmän sekä käytännön esimerkkejä. Esitelmä mielenkiintoinen ja käytännönläheinen. Kuntouttava työote otettu erittäin hyvin huomioon.”

”Teoria- osuus meni loistavasti, täydellisesti ja sujuvasti. Ehkä olisi saanut enemmän olla kuntoutuksesta, mitä se todellisuudessa on tällaisessa (Häävuori) paikassa. Asukkaat kuitenkin ovat jo akuutin kuntoutuksen käyneet läpi ja ovat iäkkäitä, joille ei ehkä ole edes annettu sen suurempaa kuntoutusta.”

”Hyvä kokonaisuus ja paljon olet tehnyt töitä esitelmän eteen. Mielenkiintoinen aihe.”



”Erittäin valaiseva ja huolellisesti tehty esitys. Vastasi täydentävästi esitettyihin kysymyksiin. Avasi esitetyt asiat kertomalla mm. esimerkkejä.”

”Aihe mielenkiintoinen ja erittäin tärkeä, koska sairaus yleinen etenkin kun tehdään töitä vanhusten kanssa.”

Kaikki osallistujat antoivat suullisesti palautetta koulutuksen jälkeen, eikä niistä yksikään ollut negatiivinen. Aiheesta kysyttiin paljon lisää sekä haluttiin mahdollisia lähteitä lisätiedon itsenäiseen hakemiseen. Myös hoito- ja laitosapulaiset olivat kiinnostuneita aiheesta ja esittivät kysymyksiä.

Palautteiden perusteella voidaan päätellä, että koulutus onnistui hyvin. Runsas positiivinen palaute yllätti opinnäytetyöntekijän, joka ei olisi voinut toivoa tämän paremmin onnistunutta tilaisuutta. Ketään osallistujista ei haitannut se, että koulutus kesti ilmoitettua hieman kauemmin. Osallistujien ja kiinnostuksen määrä yllätti täysin koulutuksen järjestäjän positiivisesti.

Haasteellisinta koulutuksen järjestämisessä oli kerätä itsevarmuutta ja rohkeutta esiintymiseen. Opinnäytetyöntekijä oli perehtynyt aiheeseen mielestään hyvin, mutta etukäteen oli pelottava ajatella, ettei osakaan vastata mahdollisiin kysymyksiin. Itsevarmuus kasvoi koulutuksen edetessä, sillä kysymyksiin oli helppo vastata. Opinnäytetyöntekijä oli tyytyväinen itseensä myös siksi, että pystyi tarjoamaan uutta tietoa asiasta. Eräs osallistuja sanoi tilaisuuden jälkeen, että oli ajatellut etukäteen tietävänsä kaiken tarpeellisen aiheesta ja saakohan hän koulutuksesta mitään uutta. Hän oli kuitenkin mielissään siitä, että oli päättänyt tulla kuuntelemaan ja saanut paljon uutta tietoa.

Helpointa koulutuksen järjestämisessä oli yhteistyö Häävuoren palvelukeskuksen kanssa. Aihe on opinnäytetyöntekijälle mieluisa ja siksi ei esityksen tekeminen tuntunut missään vaiheessa raskaalta. Toiminnallisena toteutettu opinnäytetyö onnistui kaiken kaikkiaan hyvin. Alkuvaiheiden jälkeen opinnäytetyö edistyi hyvin. Aiheen kiinnostavuus on saanut tekemisen tuntumaan helpolta. Kokemuksena koulutuksen pitäminen oli mielenkiintoinen ja haastava. Se onnistui palautteista päätellen niin hyvin, että opinnäytetyöntekijä ajatteli voivansa pitää sellaisia joskus myöhemminkin.

## LÄHTEET

- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E- L. 2006. Sairaanhoido ja huolenpito. 5. uud. p. Helsinki: WSOY.
- Forsblom, M- B., Kärki, E., Leppänen L. & Sairanen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.- 5. uud. p. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Karonen, R. Vastaava ohjaaja, Häävuoren palvelukeskus. Mynämäki. Puhelinhaastattelu 20.8.2011.
- Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H, Roine, R. & Sivenius, J. 2006. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa S. Soinila, M. Kaste & H. Somer (toim.) Neurologia. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kelhä, P. 2006. Kuntouttavan hoitotyön sisältö sotainvalidien laitoshoidossa. Pro gradu- tutkielma. Oulun yliopisto
- Kiianmaa, K. 1.11.2004. Mitkä ovat turvallisen alkoholin kulutuksen rajat? Viitattu 7.10.2010.  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet\\_2004/8\\_2004/ktl\\_vastaa\\_mitka\\_ovat\\_turvallisen\\_alkoholin\\_kulutuksen\\_rajat](http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2004/8_2004/ktl_vastaa_mitka_ovat_turvallisen_alkoholin_kulutuksen_rajat)
- Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky/ Hoitoketjutyöryhmä 29.4.2010. Kuntouttava hoitotyö. Viitattu 23.5.2011.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix01138](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01138)
- Käypähoito- suositus. 11.1.2011. Aivoinfarkti. Viitattu 8.2.2011, 23.5.2011.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051>
- Laine, S. 8.7.2010. Havaintohäiriöt/ Neglect. Viitattu 20.10.2011.  
<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2856/5286>
- Mustajoki, P. 27.12.2010a. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Viitattu 8.2.2011. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00001](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001)
- Mustajoki, P. 23.8.2010b. Ohimenevä aivoverenkiertohäiriö (TIA). Viitattu 12.9.2011. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00591](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00591)
- Mustajoki, P. 27.10.2010c. Kolesterolit. Viitattu 7.10.2010.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00035](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00035)
- Puha, E. & Lindström, M. 16.4.2010. Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 6.5.2011.  
[http://www.superliitto.fi/datafiles/userfiles/File/ruotsi\\_materiaali/Stuedagar/Superluento.pdf](http://www.superliitto.fi/datafiles/userfiles/File/ruotsi_materiaali/Stuedagar/Superluento.pdf)

Roine, R. 3.7.2009. Aivoinfarkti. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sahi, T., Castrén, M., Helistö, N & Kämäräinen, L. 12.6.2007. Hengityksen, verenkierron ja tajunnan häiriöt. Viitattu 20.10.2011.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=spr00005](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00005)

Tarnanen, K., Lindsberg, P., Sairanen, T. & Vuorela, P. 7.1.2011. Aivoinfarkti. Viitattu 7.10.2011.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00062#s4](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00062#s4)

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.- 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö. Viitattu 15.4.2011.

[http://vilka.fi/hanna/Toiminnallinen\\_ont.pdf](http://vilka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf)

## AIVOINFARKTIN OIREET JA SAIRASTUMISEN JÄLKEINEN KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ

### KOULUTUSTILAISUUDEN ARVIOINTI

Osana sairaanhoitajan opintojani on opinnäytetyö. Toteutan sen toiminnallisena eli pitämällä koulutustilaisuuden aivoinfarktin oireista sekä sairastumisen jälkeisestä kuntouttavasta työotteesta. Tärkeässä osassa opinnäytetyön arviointia ovat koulutustilaisuuteen osallistujat, jotka arvioivat sekä teoria- että käytännön osuutta.

Arvioi koulutuksen sisältöä asteikolla 1- 4 ympäröimällä numero.

1 = melko huono, 2 = kohtalainen, 3 = hyvin, 4 = erittäin hyvin

*1. Miten teoriaosuus mielestäsi onnistui?*

1 2 3 4

*2. Miten käytännön harjoittelu mielestäsi onnistui?*

1 2 3 4

*3. Vapaamuotoinen palaute:*

---

---

---

---

---

---

---

---

## AIVOINFARKTI

Koulutus oireista ja sairastumisen jälkeisestä kuntouttavasta hoitotyöstä palveluskuusea heikki.fi/kuusalle

16.9.2011

## Mikä on aivoinfarkti?

Aivovaltimon tukoksesta aiheuttama aivokudoksen vaurio

### ... mikä on aivoinfarkti?

- Syntyy useimmiten, kun aivoverenkierron estää hyytymä eli veritulppa.
- Kudostuhoon aiheuttaa joko aivovaltimon paikallinen tukkeutuminen valtimon seinämän ahtauman takia
- tai hyytymä, joka on peräisin muualta elimistöstä

### Muita aivoverenkiertohäiriöitä

- TIA = ohimenevä iskeeminen aivoverenkiertohäiriö. Osa aivokudoksesta jää ilman happea tilapäisesti. Oireet häviävät vrk kulussa eikä tutkimuksia löydetä kudostuhoa.
- Potilaalla ilmenee ohimeneviä tunto-, haivus-, muistimenetys-ym. tuntemuksia.

### ... muita aivoverenkiertohäiriöitä

- SAV = subarahnäydälvuoto
- Verenvuoto lukiinkalvonalaiseen tilaan syntyy, kun valtimon pullistuma puhkeaa jolloin veri pääsee vuotamaan sinne.
- Tyypillinen oire äkillinen voimakas päänsärky.

### ... muita aivoverenkiertohäiriöitä

- ICV = intracerebraalivuoto
- Valtimon tai laskimon repeämisestä johtuva verenvuoto aivokudokseen.
- Oireet riippuvaisia vuotoalueesta.
- Vuoto ei aina aiheuta kipua ja oireet voivat kehittyä vähitellen.

### Aivoinfarktin riskitekijöitä

- kohonnut verenpaine
- diabetes
- veren korkea kolesterolipitoisuus
- ikä
- sydänsairaudet
- ylipaino
- tupakointi
- runsas alkoholin käyttö
- ehkäisytabletit
- riski lisääntyy 100-kertaiseksi 25- vuotiaista 75 vuoden ikään mennessä

### Aivoinfarktin oireet

- Ovat riippuvaisia vaurion sijainnista ja laadusta.
- Puhelkyky heikkenee tai katoaa.
- Näkökenttä kapeutuu, voi olla kaksoiskuvia tai näkökyky voi kadota kokonaan.
- Nieläminen vaikeutuu ja suupieli voi rokkua.

### ... aivoinfarktin oireet

- Kätjet ja/ tai jalat tuntevat voimattomilta ja tunnottomilta.
- Potilasta huimaa ja tasapainon ylläpitämisessä voi olla ongelmia.
- Joskus ilmenee pahoinvointia.
- Oireisiin ei yleensä liity päänsärkyä tai äkillistä tajuttomuutta.

### Miksi nopeasti hoitoon?

- Mahdollisimman varhain tehty diagnoosi tu aivoinfarkti parantaa parhaiten.
- Epäiltäessä aivoinfarktia, tule välittömästi soittamaan, vaikka oireet korjaantuisivatkin.
- Mahd. annettava laskimonsisäinen liuotushoito voidaan aloittaa vain, kun oireiden alusta on kulunut alle 4,5 tuntia.

### Oikean ja vasemman puolen aivovauriot

- Vasemmalla;
  - epäilevä, pelokas, masentunut...
  - afasia, nopeampi palautuminen...
  - masennus taipumus ei saa vaikuttaa kuntoutukseen...
- Oikealla;
  - vilkas, varomaton, vähättelevä...
  - neglect, ei osaa keskittyä ja olla järjestelmällinen...
  - tarvitsee aikaa, tukea ja kärsivällisyyttä...

### Aivoinfarktipotilaan kuntoutus

### Kuntouttava hoitotyö

- Perustun potilaan itsenäisen selviytymisen tukemiseen.
- Osa perushoitotyötä jossa pyritään pitämään yllä ja palauttamaan toimintakykyä.
- Vältetään puolesta tekemistä, ohjataan omaehtoisuuteen.
- Tärkeää on hoitajien yhteiset käytännöt sekä kirjaaminen.

### ... kuntouttava hoitotyö

- Kuntoutuksen tavoitteet ja keinot tulee suunnitella realistisesti ottaen huomioon potilaan aiemman toimintakyvyn.
- Yhteistyössä sekä potilaan että omaisten kanssa.
- Kaikki päivittäiset tapahtumat ovat kuntoutusta.

### Lähteet

- Anttila, K., Hirvelli, M., Järvelin, T., Peltolahti, J. & Oksa, E. 2006. Sitoumisohje ja hoitotyö. 3-9 vuot. p. Porvoo: WSOY.
- Heikola, S., Marttunen, L., Myllypää, H. & Valtonen, K. 2006. Sitoumisohje, korjaavien toimien ohje ja ohjeistuksen hoitotyö. 4-9 vuot. p. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Oksa - Peltolahti, M. (toim.) 2009. Elämäntilanteen ja elämäntilanteen muuttamisen ja selviytymisen. Helsinki: Kirjapainot Oy.
- Puhja, R. & Länsmäki, M. 2000. Superhoitotyö. Verkkolehti - Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 05.2011. [http://www.superhoitotyö.fi/taikalehti/taikalehti\\_2010/taikalehti\\_2010\\_duunin/Super\\_hoitotyö\\_05\\_2011/](http://www.superhoitotyö.fi/taikalehti/taikalehti_2010/taikalehti_2010_duunin/Super_hoitotyö_05_2011/)
- Puhja, R. & Länsmäki, M. 2000. Sitoumisohje. Viitattu 05.2011. [http://www.kaypaohje.fi/taikalehti/taikalehti\\_2010/taikalehti\\_2010\\_duunin/Sitoumisohje\\_05\\_2011/](http://www.kaypaohje.fi/taikalehti/taikalehti_2010/taikalehti_2010_duunin/Sitoumisohje_05_2011/)
- Puhja, R. 2009. Aiemmin käsitellyt. Viitattu 05.2011.
- Verkkolehti - Suomen sairaanhoitopiiri. Ohjeistus. MSB - potilaan sitoumisohje. Viitattu 05.2011. <http://ohjeistus.sshp.fi/>

KIITOS!