

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma

Pakarinen Katja, Silventoinen Sanna

AVH-potilaan asentohoito sairauden akuuttivaiheessa

Esite E-KKS:n neurologian osaston henkilökunnalle

Tiivistelmä

Katja Pakarinen & Sanna Silventoinen

AVH-potilaan asentohoito sairauden alkuvaiheessa

– Esite E-KKS:n neurologian osaston henkilökunnalle, 23 sivua, 2 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali ja terveysala Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

Opinnäytetyö 2012

Ohjaajat: lehtori Birgitta Lehto, Saimaan ammattikorkeakoulu, sairaanhoitajat

Ritva Kapanen ja Tanja Lehtonen, Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri

Tämän opinnäytetyön aiheena oli aivoverenkiertohäiriö (AVH)-potilaan asentohoito sairauden akuuttivaiheessa. Tarkoituksena oli tuottaa esite Etelä-Karjalan keskussairaalan neurologian osastolle AVH-potilaan asentohoidosta. Esitteen tarkoituksena oli tuoda yhtenäinen käytäntö AVH-potilaan asentohoidosta neurologian osastolle ja parantaa hoidon laatua. Raporttiin koottiin tietoa yleisimmistä aivoverenkiertohäiriöistä ja osaston hoitokäytännöistä. Raporttia voidaan käyttää osana perehdytyskansiota.

Tarve AVH-potilaan asentohoito-esitteelle tuli neurologian osastolta. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena ja työelämälähtöisenä. Aineisto raportoitiin kerättiin ajankohtaisista ja luotettavista lähteistä. Sisältö rajattiin yleisempiin aivoverenkiertohäiriöihin ja vuoteessa tapahtuvaan asentohoitoon.

Asiasanat: aivoverenkiertohäiriöt (AVH), asentohoito, kuntoutus

ABSTRACT

Katja Pakarinen and Sanna Silventoinen

Stroke---Positional treatment of ischemic attack patients in the early stage,a brochure for South Karelia Central Hospital's Neurology Department ,23 pages, 2 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, LappeenrantaHealth Care and Social Services, Degree Programme in Nursing

Bachelor's Thesis 2012

Instructors: Senior Lecturer Birgitta Lehto, Nurses Ritva Kapanen and Tanja Lehtonen of the South Karelia District of Social and Health Services

The theme of this thesis was positional treatment of stroke patient during the acute stage. The aim was to produce a functional brochure for the South Karelia Central Hospital's Neurology Department. The main goal was to bring consistency to practice and improve the quality of treatment. The report is suitable for use in the orientation program portfolio for the Neurology Department.

The need for a brochure on this subject came from Neurology Department, and the thesis was implemented using a functional approach and was working life oriented. The data were collected from up to date and reliable sources, and the content was limited to the usual cerebral circulation disturbances and to the positional treatment in bed.

Keywords: cerebral circulation disturbance, stroke, positional treatment, rehabilitation

Sisältö

1 Johdanto.....	5
2 AVH-potilaan hoito ja hoitotyö.....	6
2.1 AVH eli aivoverenkiertohäiriöt sairautena.....	6
2.2 AVH:n aiheuttamat yleiset haitat.....	7
2.3 AVH-potilaan akuuttivaiheen hoito.....	8
3 Kuntoutus.....	9
3.1 Kuntoutuksen määritelmä.....	9
3.2 AVH-potilaan kuntoutus.....	11
3.3 AVH-potilaan kuntouttava hoitotyö.....	12
3.4 AVH-potilaan asentohoito.....	14
4 Osaston käytäntö	16
5 Opinnäytetyöprosessi.....	18
5.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	18
5.2 Toiminnallinen opinnäytetyö.....	18
6 Aikataulu ja rahoitus.....	20
7 Pohdinta.....	21
Lähteet.....	22
Scandinavian Stroke Scale.....	24
AVH-potilaan asentohoito -esite.....	25

1 Johdanto

Opinnäytetyön tavoitteena on tehdä tiivis ja selkeä tietopaketti aivoverenkiertohäiriöistä (AVH) ja aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen asentohoidosta. Työ toteutetaan työelämälähtöisesti yhteistyössä Etelä-Karjalan keskussairaalan (E-KKS) neurologian osaston kanssa. Opinnäytetyö toteutetaan toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyöprosessin aikana tuotetaan esite aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan asentohoidosta sairauden akuuttivaiheessa, joka on toiminnallinen osuus opinnäytetyössämme.

Opinnäytetyön aihe on tärkeä, koska aivoverenkiertohäiriöön sairastuu 14 000 ja kuolee noin 5000 ihmistä vuosittain. Se on kolmanneksi yleisin kuolinsyy Suomessa. AVH:n aiheuttamat inhimilliset kärsimykset potilaalle ja kustannukset yhteiskunnalle ovat merkittäviä. (Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2011, 271.) Jokainen uusi aivohalvaus maksaa yhteiskunnalle noin 85 000 euroa (Jäkälä, 2011). AVH:den hoitoon kuluu vuosittain noin 400 000 sairaalahoitopäivää erikoissairaanhoidossa ja 1,5 miljoonaa hoitopäivää perusterveydenhuollossa. Ellei AVH:den ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa saavuteta huomattavaa edistystä, sairastuneiden ja sairaanhoitopäivien määrä kaksinkertaistuu vuoteen 2030 mennessä väestön ikääntymisen myötä. (Kaste ym. 2011, 271.)

AVH:t aiheuttavat potilaalle monenlaisia haittoja, joista yleisin on hemipareesi eli toispuolihalvaus. Varhainen kuntoutus perustuu terapioiden lisäksi oikein toteutettuun asentohoitoon. Potilaan lepoasennot voivat joko edistää tai haitata kuntoutumista. (Korpelainen, Leino, Sivenius & Kallanranta 2008, 257.) Oikein toteutetulla asentohoidolla on tärkeä merkitys potilaan toimintakyvyn palautumiselle (Roine 2005, 3). Lyhytkin aika hyvässä lepoasennossa on merkityksellinen potilaan toipumisen kannalta (Forsbom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 77).

2 AVH-potilaan hoito ja hoitotyö

2.1 AVH eli aivoverenkiertohäiriöt sairautena

AVH eli aivoverenkiertohäiriö tarkoittaa aivojen toimintahäiriötä, joka syntyy aivoverenvuodosta tai aivoinfarktista. Aivoverenvuodossa aivovaltimo repeää, jolloin veri vuotaa joko aivokudokseen (ICH) tai lukinkalvon alaiseen tilaan (SAV). Aivoinfarktin aiheuttaa aivoverisuonen tukos, jolloin verenvirtaus estyy ja aivokudos kärsii hapenpuutteesta. Sen seurauksena ilman happea ja verta jäänyt aivokudoksen paikallinen osa menee pysyvään kuolioon. Aivoverenkiertohäiriöihin luetaan myös ohimenevä TIA-kohtaus. (Aivoliitto 2011.)

ICH eli intracerebraalivuoto tarkoittaa aivoverenvuotoa aivokudokseen, jonka yleisin syy on hoitamaton, pitkään jatkunut korkea verenpaine. Muita ICH-vuodon aiheuttajia ovat antikoagulaatiohoito, hyytymishäiriöt, tapaturmaisesti syntynyt aivoruhje ja aivokasvain. ICH-vuodon oireita ovat oksentelu, tajunnantason aleneminen, hemipareesi, tajuttomuus- ja kouristuskohtaus sekä hengityksen katkonaisuus. Suomessa sairastuu vuosittain ICH-vuotoon n. 1000 ihmistä. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 88–90.) Noin 30% potilaista kuolee ensimmäisen kuukauden aikana sairastumisesta (Kaste ym. 2011, 276).

SAV eli subaraknoidaalivuoto tarkoittaa aivoverenvuotoa lukinkalvon alaiseen tilaan, jonka aiheuttajana on aivovaltimoaneurysman puhkeaminen. Aneurysma voi olla valtimossa myös ilman, että se tulee ilmi tai aiheuttaa minkäänlaisia oireita. Aneurysman puhkeamisen riskitekijöitä ovat ikä, tupakointi, runsas alkoholin käyttö, verenpainetauti ja sukurasite. SAV-vuodon oireita ovat äkillinen, kova ja hellittämätön päänsärky, niskajäykkyys, pahoinvointi ja oksentelu, silmien valonarkuus, kouristelu ja tajunnan menetys. Suomessa SAV-vuotoon sairastuu vuosittain 1000 ihmistä ja sairastuneista noin kolmasosa kuolee vuoden sisällä. (Jääskeläinen 2011.)

Aivoinfarktilla eli infarctus cerebrilla tarkoitetaan puutteellisen tai kokonaan estyneen verenvirtauksen aiheuttamaa pysyvää vauriota aivokudoksessa. Puolet aivoinfarkteista aiheutuu ateroskleroosista eli valtimokovettumataudista. Muita aiheuttajia ovat sydänperäiset emboliat ja mikroangiopatia eli pienten suonten vaurioituminen. Aivoinfarktin riskitekijöitä ovat ikä, verenpainetauti, korkea kolesteroli, tupakointi, diabetes ja aiemmin sairastettu aivoverenkiertohäiriö. Aivoinfarktin oireita ovat äkillinen toispuolihalvaus, tuntohäiriöt, puheentulon häiriöt, suupielen roikkuminen, tasapainovaikeus, sekavuus, muistihäiriöt tai toispuoleinen raajojen holtittomuus. Noin 75% aivoverenkiertohäiriöistä johtuu aivoinfarktista. (Roine 2011.)

TIA eli transient ischemic attack on aivoverenkiertohäiriö, joka johtuu aivoverisuonen ohimenevästä tukoksesta. Yleensä oireet kestävät muutamasta minuutista tuntiin. Määritelmän mukaan TIA luokitellaan aivoinfarktiksi, jos oireet kestävät yli 24 tuntia. TIA:n oireet ovat ohimeneviä neurologisia oireita, kuten tuntohäiriöt, puheen tuottamisen vaikeudet, näköhäiriöt, kaksoiskuvat, nielemisvaikeudet ja hahmotushäiriöt. (Iivanainen ym. 2010, 88–89.) TIA:in saaneista 10%:lla on riski saada aivoinfarkti viikon kuluessa ja 10–20%:lla kolmen kuukauden kuluessa (Roine 2011).

2.2 AVH:n aiheuttamat yleiset haitat

AVH:stä aiheutuneet haitat riippuvat siitä, millä aivojen alueella vaurio on tapahtunut. Oikeanpuoleinen vaurio aiheuttaa motorisia oireita kehon vasemmalla puolella ja vasemmanpuoleinen vaurio kehon oikealla puolella. (Iivanainen ym. 2010, 89.) Yläraajaan painottunut toispuolihalvaus todetaan AVH:n akuuttivaiheessa 70–85%:lla potilaista. Motorisia haittoja ovat mm. lihasvoiman heikkous, raajaparin kömpelyys, lihasjänteiden ja spastisuuden esiintyminen, tasapaino- ja hahmotushäiriöt. (Korpelainen ym. 2008, 253.)

AVH:t aiheuttavat potilaalle usein erilaisia kognitiivisia häiriöitä, kuten henkisen tason laskua, oiretiedostamattomuutta, muistin- ja käyttäytymisen häiriöitä. Puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeus, päivittäisten toimintojen vaikeudet, mielialan herkistyminen, yliaktiivisuus, aloitekyvyn ja sosiaalisten suhteiden heikentyminen ovat tyypillisiä häiriöitä AVH-potilaalla. AVH:n jälkeinen

masennus on yleinen 20–60%:lla potilaista. Kuntoutustarpeen ja -mahdollisuuksien kannalta on merkityksellistä huomioida AVH:den vaikutukset sairastuneen koko persoonaan, ilmaisuun, vastaanottokykyyn ja psyykkiseen prosessointiin. (Korpelainen ym. 2008, 251–255.)

2.3 AVH-potilaan akuuttivaiheen hoito

Akuuttihoidolla tarkoitetaan hoitoa, joka tapahtuu 1–5 vuorokauden aikana sairastumisesta. Akuuttivaiheen hoito keskitetään pääasiassa erityisiin aivohalvausyksiköihin (stroke unit), jonka on todettu vähentävän potilaiden kuolleisuutta ja lisäävän todennäköisyyttä toipua omatoimiseksi. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 30.)

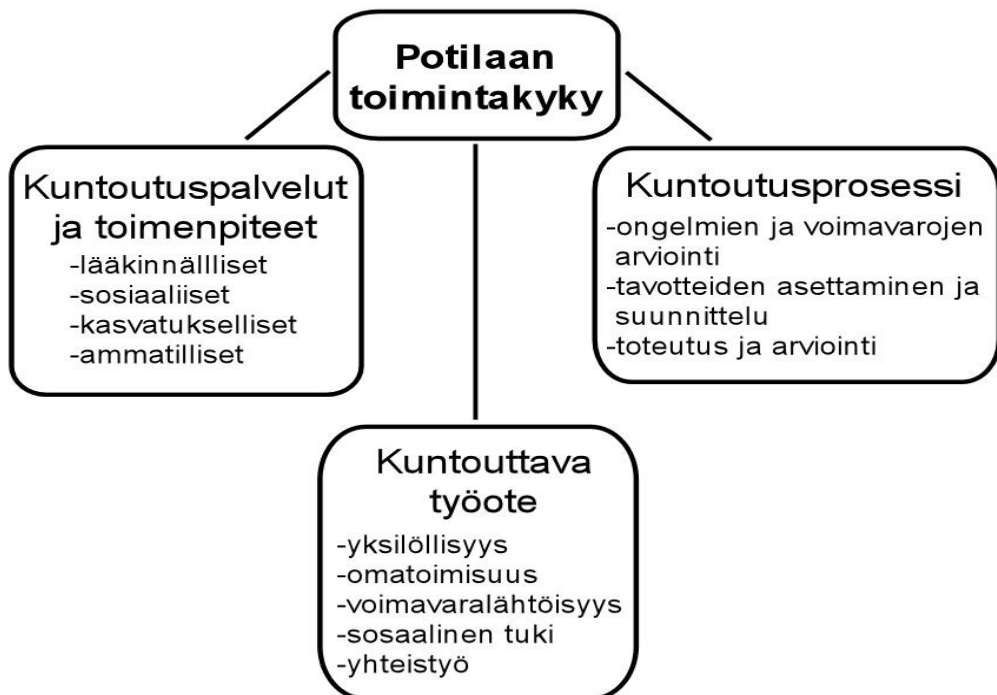
AVH-potilaan nopea hoidon aloitus on erityisen tärkeää hoidon ja toipumisen kannalta. AVH:n oireita voi olla vaikea havaita, koska niihin ei aina liity kipua ja oireet voivat vaihdella. Tärkeää on tiedostaa oireiden alkamisajankohta ja niiden eteneminen. (Salmenperä ym. 2002, 29.) Aivoinfarktissa laskimonsisäinen liuotushoito on aloitettava mahdollisimman pian oireiden alkamisesta (alle neljä ja puoli tuntia), koska liuotushoidon hyöty heikkenee mitä pidemmän aikaa oireiden alkamisesta on (Käypä hoitosuositus 2011). Hoidon nopealla aloituksella voidaan ehkäistä potilaan oireiden eteneminen ja näin vaikuttaa toipumisennusteeseen (Salmenperä ym. 2002, 30).

Akuuttihoidon tavoitteena on vitaalielintoimintojen turvaaminen, sairauden etenemisen ehkäisy ja hoito. Seurantamonitorin ja AVH- eli Scandinavian stroke scale -kaavakkeen (liite 1) avulla havainnoidaan tehokkaasti muutoksia oireissa ja vitaalielintoiminnoissa, joihin tulee puuttua mahdollisimman nopeasti. Flimmeri eli eteisvärinä on yleinen AVH-potilailla ja se voidaan havaita monitoriseurannassa. Kuntoutus tulee aloittaa heti, kun potilaan tila on riittävän vakaa ja vaara sairauden pahenemisesta on ohi. (Salmenperä ym. 2002, 30.) Sairaanhoitajan työssä korostuu neurologisella osastolla tietämys AVH:den syistä, oireista, hoidosta ja kuntoutuksesta sekä omaisten ohjauksesta. Sairaanhoitaja arvioi potilaan vointia kaikkina vuorokauden aikoina ja toimii potilaan ohjaajana, avustajana, kannustajana ja tukijana päivittäisissä toiminnoissa. (Kaste ym. 2011, 310.)

3 Kuntoutus

3.1 Kuntoutuksen määritelmä

Kuntoutus-käsitteellä tarkoitetaan prosessia, joka ottaa huomioon ihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kokonaisuuden. Käytännössä kuntoutus on kokonaisuus, jossa määritellään tavoitteet kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden ja elämäntilanteen mukaisesti. Kuntoutuksella pyritään auttamaan kuntoutujaa saavuttamaan ja ylläpitämään toimintakykyä, jolla hän selviää mahdollisimman itsenäisesti elämän eri osa-alueilla. Kuntoutus muodostuu moniammatillisen tiimin yhteistyöstä, jossa fysioterapia on yksi tärkeä osa kokonaisuutta. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 45.) Moniammatillisen tiimin yhteistyö on eri ammattihenkilöiden toimintaa, jossa henkilöillä on toisiaan täydentäviä taitoja. Jokainen tiimin jäsen tuo oman koulutuksensa ja ammattitaitonsa osaksi kuntoutusta ja toimii yhteisen päämäärän hyväksi. (Forsbom ym. 2001, 149.) Kuvassa 1 selviävät kuntoutuksen osa-alueet ja kuntoutusprosessin kulku.



Kuva 1. Kuntoutuksen osa-alueet (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 25).

Talvitien ym. (2006, 46) mukaan kuntoutus voidaan luokitella neljään eri toimintalohkoon: lääkinälliseen, ammatilliseen, kasvatukselliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen.

Lääkinällinen kuntoutus tarkoittaa toimenpiteitä, jotka käynnistetään lääketieteellisten tutkimusten perusteella. Niiden tarkoituksena on parantaa kuntoutujan fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista toimintakykyä. Siihen kuuluvat kuntoutusohjaus, apuvälinehuolto, laitospääntoutus, sopeutumisvalmennus, kuntoutustutkimus ja terapiat. (Suvikas, Laurell & Nordman 2010, 33.)

Ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksena on tukea kuntoutujan mahdollisuuksia jatkaa työelämässä, parantaen tai ylläpitäen työkykyä. Se mahdollistaa työhön uudelleen sijoittumisen tai kouluttautumisen uuteen vastaavantasoiseen ammattiin. Sillä pyritään ehkäisemään syrjäytymistä ja ansionmenetystä. Ammatillisen kuntoutuksen muotoja ovat mm. ammatinvalinnan ohjaus, kuntoutustutkimus, työ- ja koulutuskokeilut, työhön valmennus ja ammatillinen koulutus. (Suvikas ym. 2010, 52.)

Kasvatuksellinen kuntoutus on vammaisen tai vajaakuntoisen aikuisen kasvatuksen ja koulutuksen erikoisjärjestelyiden huomioimista ja toteuttamista. Lähtökohtana ovat kuntoutujan yksilölliset tuen tarpeet. Sen tavoitteena on kehittää yksilöllisyyttä ja elämänhallintaa yhdistämällä kasvatuksen, opetuksen, oppilashuollon ja kuntoutuksen keinoja. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 24.)

Sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteena on parantaa kuntoutujan toimintakykyä ja selviytymistä omassa toimintaympäristössään, sosiaalisissa rooleissa ja vuorovaikutussuhteissa. Sen avulla pyritään saavuttamaan kuntoutujan kyky selviytyä arkipäivän välttämättömistä toiminnoista. Sosiaalisen kuntoutuksen avulla pyritään helpottamaan asumista ja liikkumista, tukemaan taloudellista turvallisuutta ja sosiaalisia verkostoja. Tarvittaessa se tuo kuntoutujalle mahdollisuuden muuttaa entisiä toimintatapojaan, jotka ovat voineet olla jopa vahingoittavia. (Järvikoski ym. 2004, 24.)

Kettusen ym. (2009, 23) mukaan kuntouttava työote on potilaan omatoimisuuden vahvistamista niin, ettei potilaan puolesta tehdä sellaista, mistä hän voi suoriutua itse. Kuntouttavalla työotteella pyritään potilaan omien voimavarojen ja mahdollisuuksien vahvistamiseen ja riippumattomuuden tukemiseen. Forsbomin ym. (2001, 138) mukaan ei ole oikeaa tai väärää tapaa toteuttaa kuntouttavaa työtettä, on vain eri mahdollisuuksia. Kuntouttavan työotteen toteuttaminen riippuu hoitajan omasta ihmiskäsityksestä. Hoitajan laaja ihmiskäsitys antaa mahdollisuuksia monipuolisiin lähestymistapoihin, kapea ihmiskäsitys tuottaa kapea-alaisia hoidollisia ratkaisuja.

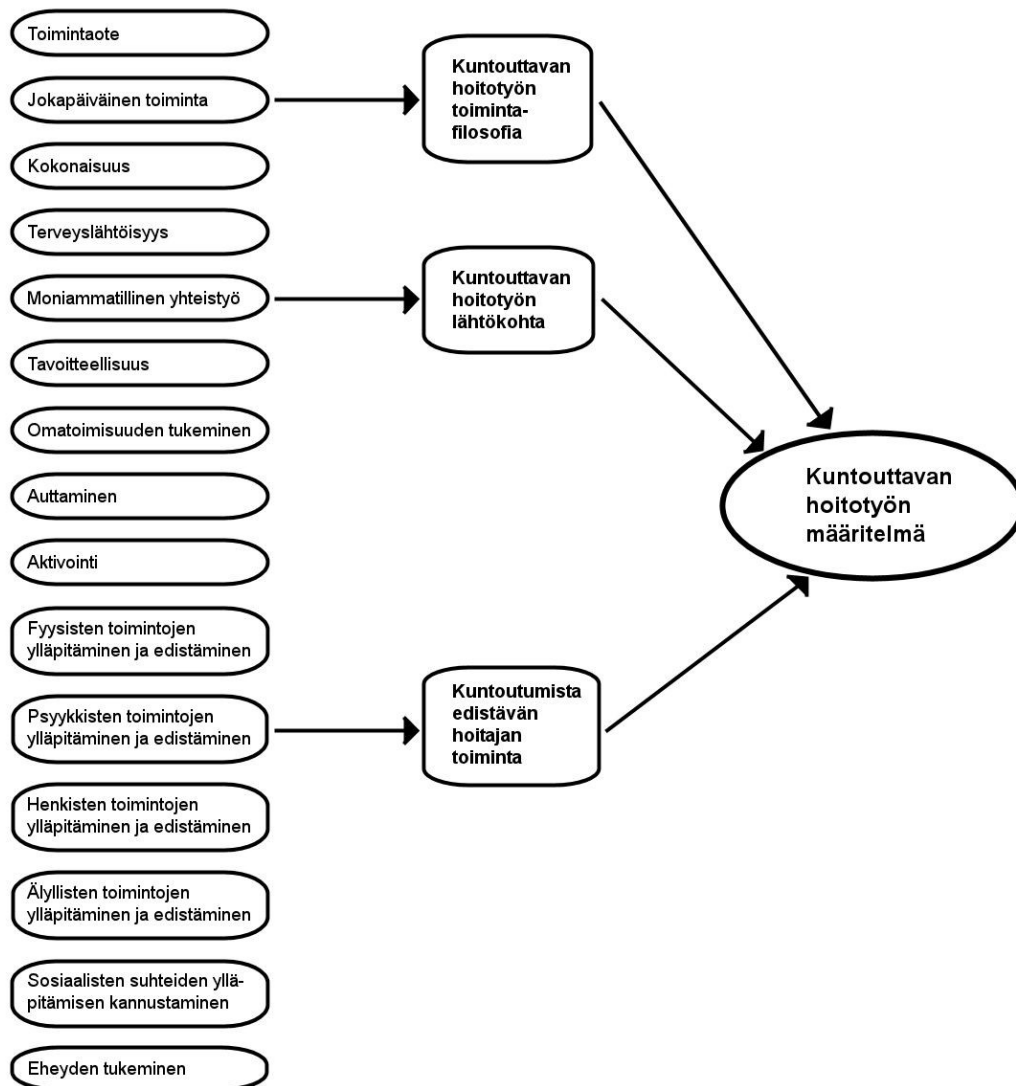
3.2 AVH-potilaan kuntoutus

AVH-potilaan kuntoutuksen tavoitteena on vaurion aiheuttamien haittojen saaminen mahdollisimman vähäiseksi, auttaa potilasta ja hänen omaisiaan sopeutumaan pysyviin haittoihin. Potilaista noin 10% on niin huonokuntoisia, että kuntoutus ei ole heidän kohdallaan mahdollista, 10% taas toipuu nopeasti oireettomiksi. Lääkinnällistä kuntoutusta tarvitsee noin 40% ja loput 40% potilaista menehtyy vuoden sisällä sairastumisesta. Paras tulos saadaan kuntoutuksella, joka aloitetaan jo akuuttivaiheessa, kun potilaan tila on vakiintunut. Kuntoutuksesta hyötyvät yhtä paljon ikääntyneet kuin nuoret potilaat. Kuntoutuminen on nopeaa ensimmäisten viikkojen ja kuukausien aikana, koska oireiden nopea lievittyminen liittyy aivovaurioalueen toimintaa lamaavan turvotuksen häviämiseen. (Kaste ym. 2011, 327–328.) Aivomme eivät ole muuttumattomia rakenteita, vaan ne muokkautuvat sen mukaan, miten niitä käytetään. Aivoissa tapahtuu plastisia muutoksia ja hermosolujen uudelleen järjestäytymistä, jolloin terveet hermosolut ottavat vaurioituneiden hermosolujen tehtäviä hoitaakseen. Plastisuutta voidaan aktivoida toiminnallisilla harjoituksilla, joka tarkoittaa liikkeiden toistamista usein ja vastusharjoittelua. Potilaan motivaatio on kuntoutuksen kannalta erityisen tärkeää: hyviä tuloksia ei ole odotettavissa ilman rasittavaa ponnistelua. Kolme ensimmäistä kuukautta ovat aikaa, jolloin kuntoutumisen mahdollisuudet ovat suurimmillaan. Tämän jälkeen kuntoutusta ei yleensä jatketa, jos sillä ei ole saavutettu mitään tuloksia. (Sivenius, Puurunen, Tarkka & Jolkkonen 2002.)

AVH-potilas tarvitsee yleensä useantyyppistä kuntoutusta, koska vajaatoiminnot ja oirekuva ovat laajat. Tyypillisin oire on hemipareesi, jonka vuoksi fysioterapia on tavallisin kuntoutusmuoto. Fysioterapia aloitetaan, kun potilaan tila on vakaa, lääkäri on arvioinut fysioterapian tarpeen ja tehnyt fysioterapialähetteen. Asentohoito aloitetaan kuitenkin heti sairastumisesta. Potilaan tilan vakiinnuttua arvioidaan apuvälineiden ja muun kuntoutuksen, kuten puheterapian tarve. Kuntoutusta toteutetaan aluksi päivittäin ja sairaalavaiheen jälkeen yksilöllisen kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Edistymisen lakattua siirrytään ylläpitävään kuntoutukseen, jonka lähtökohtana on kuntoutujan aktiivisuus ja vastuu kuntoutumisestaan. Sen tarkoituksena on ylläpitää saavutettu toimintakyky. Kuntoutus on moniammatillista yhteistyötä, johon kuuluvat potilaan ja hänen omaistensa lisäksi lääkäri, sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti ja neuropsykologi. Kuntoutusryhmässä potilaalle tehdään kuntoutussuunnitelma, joka sisältää kuntoutuksen yksilölliset tavoitteet. Kuntoutussuunnitelmaa tarkistetaan ja muutetaan kuntoutumisen edetessä. (Kaste ym. 2011, 327–328.)

3.3 AVH-potilaan kuntouttava hoitotyö

Kelhä (2006, 72–73) määrittää kuntouttavan hoitotyön määrätynlaisena toimintatapana, jolla työskennellään (kuva 2). Lähtökohtana kuntouttavassa hoitotyössä on terveyslähtöisyys, moniammatillinen yhteistyö ja tavoitteellisuus. Kuntouttava hoitotyö on kokonaisuus, johon kuuluu fyysinen, psyykinen, henkinen ja sosiaalinen puoli. Forsbomin ym. (2001, 138) mukaan kuntouttava hoitotyö on ihanteellista ja haastavaa silloin, kun eri vaikuttamistapoja pystytään yhdistelemään samanaikaisesti ja näkemään niiden toisiaan tukeva vaikutus.



Kuva 2. Kuntouttavan hoitotyön määritelmä (Kelhä 2006, 29).

Kuntouttavan hoitotyön toteutus aloitetaan välittömästi potilaan tultua sairaalaan. Tämän on todettu parantavan potilaan ennustetta. Alkuvaiheen kuntoutuksen ja akuuttihoiton tavoitteena on vitaalielintoimintojen turvaaminen, sairauden etenemisen, komplikaatioiden ja lisävaurioiden ehkäisy ja hoito. Ravitsemuksesta, nestetasapainosta, erittämisestä ja puhtaudesta huolehtiminen ovat osa hoitokäytäntöä. Hengitys ja virtsateiden infektiot, alaraajojen syvät laskimotukokset, keuhkoembolia, painehaavaumat, sydämenrytmihäiriöt ja muut verenkiertoelinten toimintahäiriöt ovat tavallisimpia akuuttivaiheen komplikaatioita. (Korpelainen ym. 2008, 257.)

Varhainen kuntoutus perustuu terapioiden lisäksi oikein toteutettuun asentohoitoon. Potilaan lepoasennot voivat joko edistää tai haitata kuntoutumista. Asentohoito tulee aloittaa heti potilaan tultua sairaalaan. Asentohoidon merkitys on edistää keuhkotuuletusta, sydän- ja verenkiertoelimistön toimintaa, estää syvien laskimotukosten, keuhkoembolioiden ja painehaavojen syntyä ja nivelten liikerajoituksia. (Korpelainen ym. 2008, 257.) Oikein toteutetulla asentohoidolla on tärkeä merkitys potilaan toimintakyvyn palautumiselle. Nivelten virheasennot ja niiden käyttämättömyys voivat aiheuttaa pysyviä lihasten ja faskioiden eli sidekudoskalvojen lyhenemiä, jotka vaikeuttavat potilaan toimintakyvyn palautumista. (Roine 2005, 3.) Väärin toteutettu asentohoito aiheuttaa raajojen spastisuutta. Spastisuutta voidaan estää raajojen mobilisaatiolla ja oikein toteutetun asentohoidon avulla. Lyhytkin aika hyvässä lepoasennossa on merkityksellinen toipumisen kannalta. (Autti-Rämö 1999.) Potilaan asentoa tulee vaihtaa päiväsaikaan kahden tunnin välein, öisin asentoja vaihdetaan harvemmin ja se toteutetaan passiivisesti potilaan unta häiritsemättä (Forsbom ym. 2001, 77). Onnistuneen asentohoidon perustana ovat säädettävä sänky, tukeva, joustava patja ja tarpeellinen määrä asentotyynyjä. Vuodelepovaiheen tulee olla mahdollisimman lyhyt, jotta vältytään paikallaan olon aiheuttamilta haitoilta. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2006, 88–89.)

3.4 AVH-potilaan asentohoito

Toispuolihalvauksen seurauksena potilas ei huomioi halvaantunutta puolta, vaan toimii yksipuoleisesti. Tämän vuoksi toimivamman puolen on ponnisteltava sitäkin enemmän. Usein seurauksena on halvaantuneen jalan jäykistyminen suoraksi, halvaantuneen lapaluun vetäytyminen taakse ja käden koukistuminen. (Forsbom ym. 2001, 80.) Kylkiasennot ovat suositeltavimpia asentoja, koska niissä potilas voi aistia kehoaan ja ympäristöään laajemmin. Kylkiasennoilla ehkäistään myös potilasta aspiroimasta sylkeään. Potilaan tulee olla vuorotellen kummallakin kyljellään, jolloin kehoa kuormitetaan tasaisesti ja potilas aistii eri asentoja. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 92–94.)

Halvaantuneella puolella makuu stimuloi koko halvaantuneen puolen toimintaa. Se ehkäisee halvaantuneen puolen koukistumista ja antaa potilaalle mahdollisuuden käyttää tervettä puolta ympäristönsä hallintaan. Asennossa on tärkeää huomioida halvaantuneen käsivarren ja olkapään oikea asento. (Christensen 1993, 77.) Halvaantuneen puolen hartia tuetaan eteen ja lapa pois päin selkärangasta, käsi lepää vartalon edessä tai koukistettuna eri asteisesti pään viereen. Halvaantuneen puolen alaraajan tulee olla lonkasta suorana, polvi lievästi koukistuneena ja nilkka suorassa kulmassa. Vartalo on hieman taaksepäin kallistuneena, jolloin reisiluun pää ei kuormitu liikaa. Toimiva alaraaja on koukussa tyynyjen päällä. Tarvittaessa voidaan asentoa tukea selän taakse asetettavalla tyynyllä. Pää on keskiasennossa. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 94.)

Terveellä kyljellä maatessa tuetaan halvaantunut yläraaja tyynyillä eteen, irti vartalosta ja kyynärnivel hieman koukkuun. Tyynyjen tulee olla vartalossa kiinni, ja halvaantuneen yläraajan ranne suorana. Halvaantunut alaraaja tuetaan lonkasta, polvesta ja nilkasta koukkuun koko jalan mitalta. Jalkapohjaa ei tarvitse tukea. Asento on puoliksi vatsamakuu. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 94.)

Potilaat haluaisivat usein olla selinmakuulla, koska siihen on helpoin päästä. Se on kuitenkin kaikista epäedullisin asento, koska se voi aiheuttaa yksipuolisuudellaan lihasjänteitä. Lihasjänteiden seurauksena lantio kallistuu halvaantuneelle puolelle kiertäen lonkkaa ulos ja halvaantuneen puolen lapaluu kääntyy taakse lisäten kyynärnivelen koukistumista. (Forsbom ym. 2001, 84.) Tämä voidaan estää asettamalla tyyny lonkkanivelen sivulle. Halvaantuneen puolen hartia asetetaan keskiasentoon tyynyllä, jotta hartia ei vetäydy taakse. Yläraaja ojennetaan suoraksi vartalon vierelle, irti vartalosta ja kämmenpuoli ylöspäin. Yhtenäinen tuki yläraajalle saadaan hartian ja lonkkanivelen asentoa korjaavista tyynyistä. Pään tulee olla suorassa vartalon jatkeena ja katse suuntautuneena halvaantuneelle puolelle. Päänalustyyyny ei saa olla hartioiden alla, vaan sen tulee tukea päätä ja niskaa. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 92.)

Ennen kuin potilaan vointi sallii vuoteenlaidalla tai tuolilla istumisen, ruokailu tapahtuu vuoteen päätä kohotettuna. Potilaan tulee istua mahdollisimman

suorassa kulmassa (90°) ja tasapainossa niin, että paino jakautuu tasaisesti molemmille pakaroille. Asento tuetaan selän taakse asetetuilla tyynyillä oikeaksi. Halvaantunut alaraaja kääntyy usein ulospäin, taipuu ja nilkka on kiinni patjassa. Tämä voidaan estää asettamalla kiila halvaantuneen puolen lantion alle. Väärä istuma-asento estää normaalin syömisen ja nielemisen, edistää spastisuutta ja virheasentoja. Oikeasta istuma-asennosta potilas oppii kumartumaan eteenpäin ja murtamaan lantiolihasien spastisuutta, josta moni potilas kärsii. Tässä asennossa potilas ei pääse lepuuttamaan päätään tyynyllä, vaan hän joutuu pitämään päänsä pystyssä. Näin hän oppii pään liikkeiden hallintaa, joka on edellytyksenä normaalille syömiselle ja nielemiselle. Potilaan symmetristä ryhtiä edistetään asettamalla vuodepöytä siten, että myös halvaantuneen käden kyynärvarsi voidaan tukea siihen. (Christensen 1993, 94.)

4 Osaston käytäntö

E-KKS:ssa akuutisti sairastuneet AVH-potilaat tulevat neurologian osastolle A3 päivystyksestä päivystävän lääkärin läheteellä. Potilaat sijoitetaan osastolla olevaan stroke unit -yksikköön, jossa on viisi potilaspaikkaa. Stroke unit -yksikössä on aina yksi vastuuhoidtaja. Aamuvuorossa vastuuhoidtajalla on työparinaan sairaanhoitaja tai lähi-/perushoitaja.

Stroke unit -yksikössä hoidetaan kaikki aiemmin itsenäisesti selvinneet potilaat, joiden oireiden alusta on kulunut enintään kolme vuorokautta. Hoito stroke unit -yksikössä parantaa potilaan ennustetta, vähentää kuolleisuutta, pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta ja ei-omatoimiseksi jäämisen riskiä. Potilaat hyötyvät yksikössä annetusta hoidosta riippumatta sukupuolesta, iästä, oireiston vaikeudesta tai aivoverenkiertohäiriön syystä. (Jäkälä 2011.)

Akuuttivaiheessa kaikki AVH-potilaat ovat vuodelevossa. Asentohoidot aloitetaan heti, mikäli tajunta on normaali. Jos potilaan tajunta on alentunut, hänet pidetään selinmakuulla, pää suorassa ja ylävartalo kevyessä kohoasennossa ad. 30°. Tällä ehkäistään aivopaineen nousua. Lääkäri arvioi potilaan kunnon, jonka mukaan mobilisoinnin ja fysioterapian aloittaminen määräytyy. Kaksi ensimmäistä vuorokautta potilasta mobilisoidaan hyvin

rauhallisesti. Potilastietoihin kirjataan lääkärin antama lupa, minkä asteista räsitystä potilaan kohdalla voidaan toteuttaa. Vuodelevolla tarkoitetaan kaikkien hoitotoimenpiteiden suorittamista vuoteessa, räsittämättä potilasta. Ruokailu tapahtuu vuoteenpääty kohotettuna ja potilas voidaan käyttää suihkussa suihkulaverilla. Istumaluvalla potilasta voidaan käyttää esimerkiksi wc:ssä pyörätuolilla. Kunnan sallimissa rajoissa potilas voi ruokailla pyörätuolissa tai vuoteenlaidalla istuen. Potilaan aktiivinen mobilisointi aloitetaan, kun lääkäri on antanut vapaat luvat. Silloin potilas voi liikkua itsenäisesti tai avustettuna esimerkiksi wc-käynnit. Luvista riippumatta on tarkoitus, että potilas on pääasiallisesti monitorivalvonnassa ja liikkuu vain välttämättömimmät valvontahuoneen ulkopuolella. Pääasiallisesti hoito stroke unit -yksikössä keskittyy kolmeen ensimmäiseen vuorokauteen sairastumisesta. Sen jälkeen potilas siirretään tavalliselle osastopaikalle. (Numminen & Sipari 2004.)

Kun potilas tulee stroke unit -yksikköön, hänelle aloitetaan jatkuva EKG-monitorointi. Tällä seurataan potilaan vitaalielintoimintoja ja sen avulla voidaan havaita AVH-potilaille yleinen flimmeri. Halvausoireiston, verenkierron ja hengitystoiminnan seurantatiedot kirjataan AVH-kaavakkeeseen (liite 1). AVH-kaavaketta täytetään kuuden tunnin välein vähintään kolmen vuorokauden ajan. Kaikilta AVH-potilailta otetaan rutiinisti EKG ja tietyt laboratoriokokeet. Lääkehoito toteutetaan lääkärin ohjeiden mukaisesti. Jos potilaan verenpaine, verensokeri tai ruumiinlämpö ylittävät neurologiselle potilaalle asetetut raja-arvot, ne hoidetaan lääkkeillä osaston ohjeiden mukaisesti. Lisäksi huolehditaan potilaan ravitsemuksesta, nesteytyksestä, erittämisestä, puhtaudesta ja turvallisuudesta. Sairastuminen on aina kriisi potilaalle ja hänen omaisilleen. He tarvitsevat psyykkistä tukea oiretiedostuksen lisäämiseen, muuttuneen elämäntilanteen hallintaan ja tulevaisuuteen suuntautumiseen. (Numminen ym. 2004.)

5 Opinnäytetyöprosessi

5.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa esite AVH-potilaan asentohoidosta sairauden akuuttivaiheessa E-KKS:n neurologiselle osastolle. Kiinnostus aiheeseen heräsi sisätautien hoitotyön työharjoittelun myötä, jonka me molemmat suoritimme neurologian osastolla. Kysyimme osastolta ehdotusta opinnäytetyön aiheesta ja idea esitteen tekemisestä syntyi osaston hoitajien toimesta. Esitteen tarkoituksena on tuoda yhtenäinen käytäntö AVH-potilaan asentohoidosta neurologian osastolle. Tarkoitus on, että kaikki osastolla työskentelevät hoitajat toteuttaisivat asentohoitoa oikein ja ymmärtäisivät asentohoidon merkityksen potilaan kuntoutumisen kannalta. Yhtenäisten ohjeiden avulla voidaan parantaa hoidon laatua ja hoidon jatkuvuus on sujuvaa.

Rajasimme aiheen vuoteessa tapahtuvaan asentohoitoon, koska sen merkitystä potilaan kuntoutumisen kannalta ei ole tuotu riittävästi esille. Akuuttivaiheen asentohoitoa toteuttavat pääasiassa hoitajat ja tavoitteena on palauttaa mieleen asentohoidon merkitys osana AVH-potilaan hoitotyötä. Asentohoidon toteutus edellyttää teoreettisten perusteiden ymmärtämistä ja sen vuoksi olemme koonneet tiiviin raportin ajantasaista tietoa AVH:stä. Tavoitteena on, että esitettä voidaan hyödyntää jokapäiväisessä AVH-potilaan hoitotyön toteutuksessa, uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden ohjauksessa. Sijaisten ja opiskelijoiden kautta tieto jakaantuu myös muihin yksiköihin.

5.2 Toiminnallinen opinnäytetyö

Vilkkä & Airaksinen (2003, 9) määrittävät toiminnallisen opinnäytetyön seuraavasti:

Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Se voi olla alasta riippuen esimerkiksi ammatilliseen käyttöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus, kuten perehdyttämisoapas, ympäristöohjelma tai turvallisuusohjeistus.

Toiminnallista opinnäytetyötä aloittaessa aiheen valinnassa on tärkeää tekijöiden motivaatio valittua aihetta kohtaan. Opiskelija ei tee opinnäytetyötään omaksi iloksi, vaan toivoo, että työtä voidaan hyödyntää esimerkiksi työelämässä. (Vilka ym. 2003, 23–24.) Toiminnalliseen ja työelämälähtöiseen opinnäytetyöhön päädyttiin oman kiinnostuksen ja työkokemuksen kautta. Tarve esitteen tekemiseen tuli osastolta. Osastolta saimme työhömme kaksi työelämäohjaajaa, lisäksi fysioterapeutti oli mukana esitteentekoprosessissa.

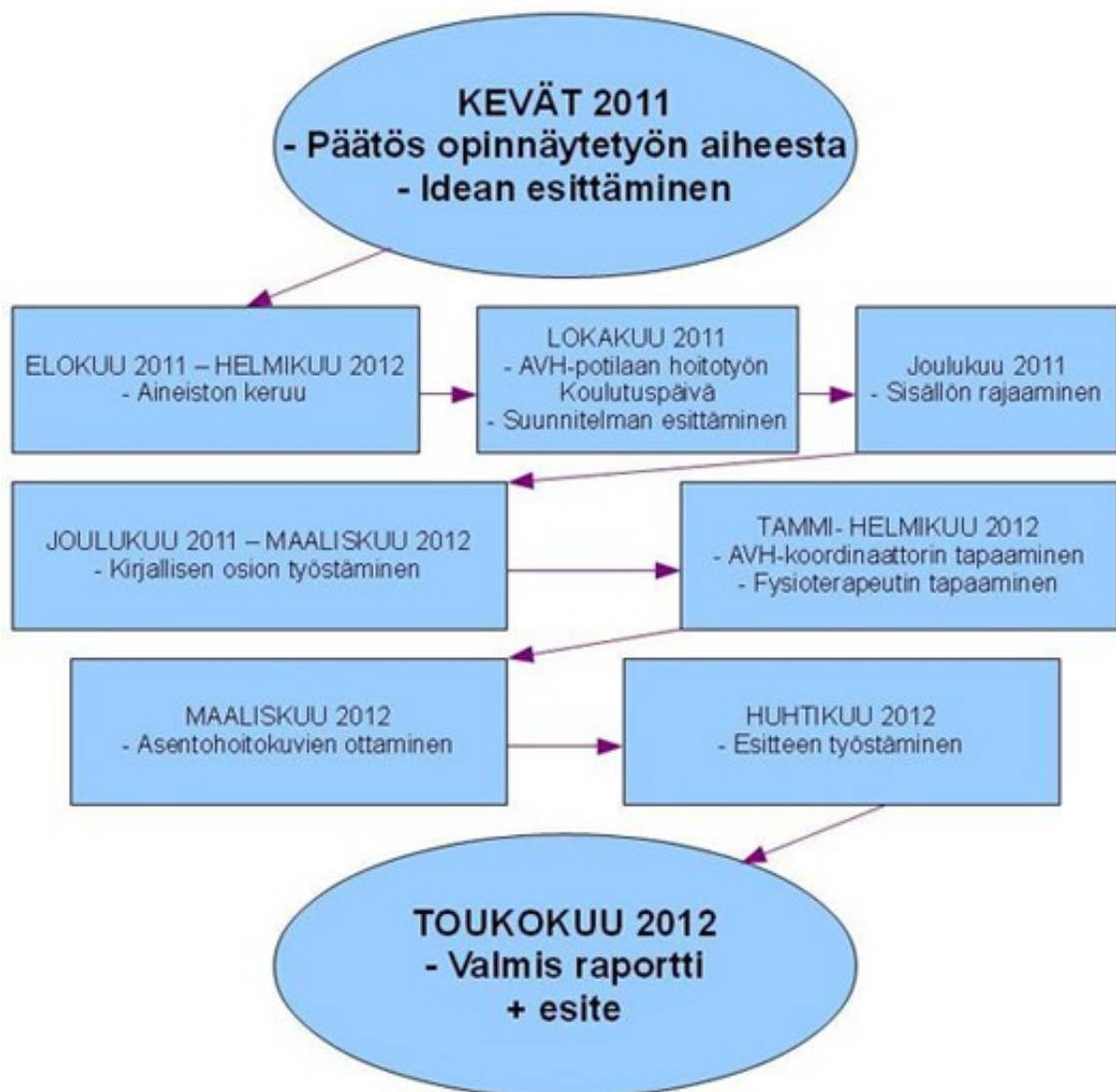
Opinnäytetyössä noudatimme eettisiä periaatteita ja vaitiolovelvollisuutta. Ilmoitimme opinnäytetyön aiheesta Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (EKSOTE) koulutuspäällikölle, tutkimuslupaa työlle emme tarvinneet. Esitteeseen tulevat valokuvat otettiin neurologian osastolla ja kuviin saimme ulkopuolisen henkilön esittämään potilasta. Hänen kasvonsa peitettiin tunnistamisen estämiseksi. Huomioimme, ettei valokuvissa näkynyt potilaita eikä henkilökuntaa.

Esitteen ulkoasussa huomioimme riittävän suuren esitekoon, jolloin kuvat saatiin riittävän isoiksi ja selkeiksi. Saimme käyttöön EKSOTE-esitepohjan, johon teimme esitteen. Värikuvat herättävät lukijan kiinnostuksen aiheeseen ja tekevät esitteestä mielenkiintoisen luettavan. Kuvateksteihin valitsimme selkeän ja helppolukuisen fontin. Esitteen asiasisältö on koottu luotettavista, ajanmukaisista lähteistä ja fysioterapeutin avulla varmistettiin esitteeseen tulleiden kuvien oikeellisuus.

Aikaisempia opinnäytetöitä AVH-potilaan asentohoidosta on tehty Lahden ammattikorkeakoulusta vuonna 2011 fysioterapiaopiskelijoiden toimesta. Tässä työssä toiminnallinen osuus oli opas Sysmän terveystieteiden vuodeosaston hoitohenkilökunnalle. Etelä-Karjalan alueelle vastaavia opinnäytetöitä ei ole aiemmin tehty.

6 Aikataulu ja rahoitus

Opinnäytetyön idea esitettiin seminaarissa huhtikuussa 2011. Aineiston keruu aloitettiin elokuussa 2011 ja se jatkui helmikuuhun 2012 asti. Osallistuimme EKSOTE:n järjestämään AVH-potilaan hoitotyön koulutuspäivään lokakuussa 2011, jossa käsiteltiin kuntouttavaa ohjaamista, kielen, puheen, syömisen ja nielemisen ongelmia. Opinnäytetyön suunnitelma esitettiin seminaarissa lokakuussa 2011. Helmikuussa 2012 olimme yhteydessä EKSOTE:n AVH-koordinaattoriin ja fysioterapeuttiin, jotka toivat oman näkemyksensä AVH-potilaan hoitoon. Esitteen työstäminen aloitettiin maaliskuussa 2012 valokuvien ottamisella. EKSOTE rahoittaa esitteen teosta aiheutuneet kulut, kuten tulostuksen ja laminoinnin. Muut opinnäytetyöstä aiheutuneet kulut rahoitimme itse.



Kuva 3. Opinnäytetyön aikataulutus.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön aihetta valitessa oli selvää, että työn aihe liittyy neurologisten potilaiden hoitoon ja hoitotyöhön. Kiinnostus aihetta kohtaan syntyi sairaanhoitajaopintojen ensimmäisen työharjoittelun myötä, jonka me molemmat suoritimme neurologian osastolla. Olemme tehneet sijaisuuksia koko opintojen ajan osastolla, jonka vuoksi päädyimme työelämälähtöiseen opinnäytetyöhön. Aihe täsmentyi AVH-potilaan asentohoitoesitteen tekemiseen osaston henkilökunnan toiveesta.

Alussa meitä oli kolme tekijää, joista yksi keskeytti opinnot opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa. Tämä osaltaan helpotti työn sujuvaa etenemistä, koska lukuisat tapaamiset oli helpompi järjestää kahden ihmisen kesken. Työn tekemistä on helpottanut se, että olemme saaneet tukea ja ohjausta ohjaavalta opettajalta, osastolta, työelämäohjaajilta ja fysioterapeutilta. Esitteen tekemistä helpotti osastolta saadut tilat ja fysioterapeutin ohjaus valokuvaustilanteessa. Yhdellä kuvauskerralla otimme kahdella kameralla lukuisia valokuvia eri kulmista, joista valitsimme parhaat. Tämän vuoksi kuvauskertoja ei tarvinnut järjestää enempää.

Opinnäytetyömme on edennyt suunnitellun aikataulun mukaisesti. Pystyimme vastaamaan opinnäytetyön tavoitteeseen tekemällä esitteen AVH-potilaan asentohoidosta neurologian osastolle. Koska osastolla ei vastaavaa ohjetta aikaisemmin ole ollut, toivomme että esitettä tullaan käyttämään apuna AVH-potilaan hoitotyössä ja osana perehdytyskansiota. Esitettä voitaisiin hyödyntää myös muissa yksiköissä, joissa hoidetaan AVH-potilaita. Jatkotutkimusaiheena voidaan selvittää, miten AVH-potilaan asentohoito toteutuu neurologian osastolla ja kuinka esite on otettu osastolla käyttöön. AVH-potilaan siirtymistä koskeva esite, jossa käsiteltäisiin esimerkiksi siirtymisiä vuoteesta pyörätuoliin, voisi olla myös yksi jatkotutkimuksen aiheista.

Lähteet

Aivoliitto 2011. Aivoverenkiertohäiriö.

[http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)aivoverenkiertohairio](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)aivoverenkiertohairio) Luettu 14.9.2011

Autti-Rämö, I. 1999. Spastisuuden hoito. Duodecim.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action Luettu 8.3.2012

Christensen, D. 1993. Elämä paremmaksi aivohalvauksen jälkeen. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

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

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

Jäkälä, P. 2011. AVH-päivät 27.10.2011. Tampere.

Järvikoski, A. & Härkää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.

Jääskeläinen, J. 2011. Aivovaltimoaneurysma ja subarahnoidaalivuoto (SAV) 3.8.2010. Lääkärin käsikirja. Duodecim.

http://157.24.202.67:2066/dtk/ltk/koti?p_haku=sav Luettu 14.9.2011

Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R. & Sivenius, J. 2011. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soimila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) Neurologia. Helsinki: Duodecim, 271–331.

Kelhä, P. 2006. Kuntouttavan hoitotyön sisältö sotainvalidien laitoshoidossa. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4. painos. Helsinki: WSOY.

Korpelainen, J., Leino, E., Sivenius, J. & Kallanranta, T. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Otava, 251–273.

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Käypähoito suositus 2011. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Aivoinfarkti.

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051#s13_1 Luettu 19.9.2011

Numminen, H. & Sipari, H. 2004. Aivoverenkiertohäiriöisten potilaiden akuuttihoito-ohjeet hoitohenkilökunnalle osastolla A3. E-KKS.

Roine, R. 2011. Aivoinfarkti. Lääkärin käsikirja. Duodecim.
http://157.24.202.67:2066/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00889&p_haku=aivoinfarkti
Luettu 14.9.2011

Roine, R. 2005. Aivoverenkiertohäiriöt ja spastisuus. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. <http://www.aivoliitto.fi/files/611/spastisuus.pdf> Luettu 8.3.2012

Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. 2002. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. (toim.) Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi, 27 – 216.

Sivenius, J., Puurunen, K., Tarkka, I. & Jolkkonen, J. 2002. Aivohalvauspotilaiden kuntoutusmahdollisuudet tulevaisuudessa. Duodecim.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action Luettu 8.3.2012

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2010. Kuntouttava lähihoito. 1–4., uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2. painos. Helsinki: Edita.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Scandinavian Stroke Scale

	SCANDINAVIAN STROKE SCALE, prognostic score										NIMITARRA					
PVM																
KELLO																
TAJUNTA																
SILMIEN LIIKKEET																
YLÄRAAJA																
ALARAAJA																
RR																
PULSSI																
RYTMI																
HENGITYS- TIHEYYS																
O ₂ -SAT-%																
LÄMPÖ																

TAJUNTA

täysin tajuisaan=6

unelias, heräteltävissä, jolloin tajunta normaali=4

reagoi puheelle, muttei ole täysin tajuisaan=2

tajuton=0

SILMIEN LIIKE

ei katsepareesia=4

katsepareesi=2

konjugoitu silmien deviaatio=0

YLÄRAAJA

normaali=6

heikentynyt, mutta nousee suorana ylös=5

voittaa painovoiman, mutta koukistuu

kyynärtaipeesta=4

liikkuu, muttei voita painovoimaa=2

täysin halvautunut=0

ALARAAJA

normaali=6

heikentynyt, mutta nousee suorana ylös=5

nousee ylös, mutta polvi koukistuu=4

liikkuu, muttei voita painovoimaa=2

täysin halvautunut=0

AVH-potilaan asentohoito -esite



AVH-POTILAAN ASENTOHOITO

Katja Pakarinen & Sanna Silventoinen (AMK)
Ohjaava opettaja: Lehtori Birgitta Lehto

KYLKIMAKUU HALVAANTUNUT PUOLI ALLA



- Halvaantuneen puolen hartia tuetaan eteen ja lapa poispäin selkärangasta.
- Halvaantunut yläraaja lepää suorana vartalon edessä tai koukistettuna eri asteisesti pään viereen.
- Halvaantunut alaraaja on lonkasta suorana, polvi lievästi koukistettuna ja nilkka suorassa kulmassa.
- Toimiva alaraaja on koukussa tyynyjen päällä.
- Pää on keskiasennossa.
- Asento tuetaan selän taakse asetetulla tyynyllä.

KYLKIMAKUU HALVAANTUNUT PUOLI YLLÄ



- Halvaantunut yläraaja tuetaan tyynyillä eteen, irti vartalosta, kyynärnivel hieman koukkuun. Tyynyjen tulee olla kiinni vartalossa ja halvaantuneen yläraajan ranne suorana.
- Halvaantunut alaraaja tuetaan lonkasta, polvesta ja nilkasta koukkuun koko jalan mitalta.
- Asento on puoliksi vatsamakuu.

SELINMAKU



- Halvaantuneen puolen hartia asetetaan keskiasentoon lapaluun ja koko yläraajan alle laitetuilla tyynyillä.
- Halvaantunut yläraaja ojennetaan suoraksi vartalon viereen, irti vartalosta ja kämmenpuoli ylöspäin.
- Halvaantuneen puolen lantion ulkosyrjälle asetetaan tyyny.
- Lantion ja lapaluun alla olevat tyynyt muodostavat yhtenäisen tuen halvaantuneelle yläraajalle.
- Pää on suorassa vartalon jatkona.
- Päänalustyyny tukee päätä ja niska, tyyny ei saa olla hartioiden alla.

ISTUMA-ASENTO VUOTEESSA



- Istuma-asento tuetaan 90° asteen kulmaan sängynpäätä kohottamalla ja lapaluiden alle asetettujen tyynyjen avulla.
- Paino jakautuu molemmille pakaraille.
- Halvaantuneen puolen lantion alle voidaan asettaa tyyny, jolla estetään halvaantuneen alaraajan ulospäin kääntyminen.
- Halvaantunut yläraaja asetetaan vuodepöydälle.