

LIUOTUSHOIDETUN AIVOINFARKTIPOTILAAN KOKEMUKSET JA  
SELVIYTYMINEN ARJESSA

Markus Viskari  
Teija Virtanen  
Liuotushoidetun  
aivoinfarktipotilaan  
kokemukset ja  
selviytyminen  
arjessa  
Diakonia-  
ammattikorkeakoulu  
Diak. Porin  
Toimipaikka  
Hoitotyön  
koulutusohjelma  
sairaanhoitaja(AMK)  
Sairaanhoitaja-  
diakonissa(AMK)

## TIIVISTELMÄ

Viskari, Markus ja Virtanen, Teija. Liutushoidetun aivoinfarktipotilaan kokemukset ja selviytyminen arjessa.

65 sivua, 5 liitettä. Pori, syksy 2013

Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidtaja (AMK); Diakonisen hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidtaja-diakonissa (AMK)

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää liutushoidetun aivoinfarktipotilaan kokemukset ja selviytyminen arjessa. Työ toteutettiin kvalitatiivisen tutkimuksen periaattein, puolistrukturoitua haastattelua käyttäen, haastattelemalla kolmea kriteerit täyttävää henkilöä. Kriteereinä olivat aivoinfarktiin sairastuminen, hoitona liutushoito sekä kotona asuminen. Haastateltavat henkilöt etsittiin aivoliiton kautta.

Tavoitteena oli saada tietoa tapahtumista, muistikuvista, tuntemuksista ja selviytymisestä arjesta sairastumisen jälkeen.

Tutkimuksessa huomattiin, että liutushoidon aivoinfarktiin saaneita henkilöitä ei ole monia. Usein vasta-aihe estää liutushoidon. Kuntoutusvaihe jakoi mielipiteitä, mutta pääasiassa henkilöt kokivat liian pitkäaikaiseksi kuntoutusjakson. Kuntoutusjakso jatkuu vielä mahdollisesti pitkään sairaalasta poispääsyn jälkeen. Hoitohenkilökunnallekin tuli palautetta potilaan ja omaisten kohtelusta. Kävi ilmi, että potilaat tai omaiset eivät uskalla kysyä asioista vaan toivovat hoitohenkilökunnan ottavan kontaktia enemmän.

Tutkimuksessa löytyi myös yhtenäisiä tekijöitä aivoinfarktiin sairastuneille, joista yksi oli nopeasti hermostuminen. Tutkittavien henkilöiden ystäväpiiri oli muuttunut ja syventynyt sairauden jälkeen.

Avainsanat: aivoinfarkti, liutushoito, potilaan kokemukset, potilaan selviytyminen, aivoinfarktipotilaan kuntoutus

## ABSTRACT

Viskari, Markus and Virtanen, Teija.

Thrombolytic therapy and everyday life experienced by stroke unit.

65 p, 5 appendices.

Language: Finnish

Pori, Autumn 2013

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Diaconal Nursing and Nursing. Degree: Nurse+Deaconess; Nurse.

---

The purpose of this study was to examine the experiences of brain stroke patients after thrombolytic therapy functioning in everyday life. The work was carried out as qualitative researches methods, using a half structured interviewed, by interviewing three persons who fills up the criteria's. The criteria's were cerebral infarction, the treatment consisted of thrombolytic therapy and living at home. The interviewee's persons were found via via the Aivoliitto Ry.

The aim was to obtain information from the stroke patient's recollections of events, feelings, and how they coped after falling ill.

The research showed that the persons, who got the cerebral infarct thrombolysis treatment, aren't many. Often the contraindication prevents thrombolytic therapy. Rehabilitation time divided opinions, but people mainly thought that it was too long time period. Rehabilitation time will continue for a long time period after discharging from the hospital. Nurses also got feedback from the treatment of the patients and their families. It was revealed, that Patients and their families are afraid of ask for things, but more likely hoping for the nursing staff to take more of a contact.

The study also found the same factors for cerebral infarct patients, one of whom was rapid irritation. Persons who were in the study, had changes in their circle of friends and their friendships had deepened after this illness.

Keywords: cerebral infarction, thrombolytic therapy, patient's copeing, rehabilitation of stroke patients

## Sisältö

TIIVISTELMÄ.....	2
JOHDANTO .....	7
1. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	8
2. AIVOINFARKTI .....	8
2.1 Kustannukset.....	10
2.2 Hoitoketju lyhyesti .....	10
2.3 Liuotushoito .....	11
2.4 Jälkitila.....	12
3. KUNTOUTUS.....	13
3.1 Tarkoitus ja tavoitteet .....	13
3.2 Aivovamman oireisto, toiminnallisuus ja kuntoutus aivovamman jälkitiloissa .....	14
3.3 Neuropsykologinen kuntoutus .....	18
3.4 Toimintaterapia.....	20
3.5 Puheen, kielen ja kommunikoinnin häiriöt, puheterapia .....	22
3.6 Fysioterapia.....	25
4. DIAKONISEN HOITOTYÖN NÄKÖKULMA .....	26
5. TUTKIMUKSEN AINEISTO JA ANALYYSI .....	31
5.1 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu .....	32
5.2 Sisältöanalyysin teoreettinen perusta .....	33
6.1 Sairauden tiedot ja muistikuvat aivoinfarktin tapahtumatilanteesta .....	34
6.2 Muistikuvat tilanteen etenemisestä.....	36
6.3 Tiedon saaminen ja omaisten huomioiminen .....	38
6.4 Ohjaus osastolla.....	40
6.5 Jatkotoimenpiteet ja kuntoutus .....	41
6.6 Ongelmat toimintakyvyssä ja niiden ratkaiseminen .....	43
6.7 Uni ja lepo .....	44

6.8 Kommunikaatio ja aistit.....	46
6.9 Muisti.....	47
6.10 Omaisten ja ystävien kokemus ja suhtautuminen tapahtuneeseen .....	47
6.11 Seksuaalisuus .....	48
6.12 Kuntoutus sairaalasta pääsyn jälkeen .....	48
6.13 Tukiverkosto .....	49
6.14 Mieliala ja tunteet tapahtuman jälkeen ja nyt.....	50
6.15 Turhautuneisuus.....	50
6.16 Ärsyyntyvyys .....	50
6.17 Pettymys.....	51
6.18 Väsymys.....	51
6.19 Eristäytymisen halu .....	51
6.20 Masennus.....	52
6.21 Oma tahto, innostus ja mielekkyys .....	53
6.22 Hengelliset tarpeet .....	54
6.23 Oma kuva.....	54
6.24 Elämäntapa muutokset.....	55
6.25 Toivo ja jaksaminen.....	55
6.26 Tulevaisuuden näkymät ja haaveet .....	55
6.27 Uusia näkökulmia elämään ja vapaasana .....	56
7. SISÄLTÖANALYYSI JA TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	57
8. LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS .....	63
LÄHTEET.....	66
LIITE 1 Kuva aivojen lohkoista.....	69
LIITE 2 Aivoinfartkin luokittelu.....	70
LIITE 3 Akuuttivaiheen hoito .....	73
LIITE 4 Suostumuskaavake .....	76

LIITE 5 Haastattelurunko .....77

## JOHDANTO

Aivohalvaukseen sairastuu vuosittain noin 14 000 henkilöä, joista suurin osa 75 % johtuu aivoinfarktista. Yli puolet sairastuneista on eläkeikäisiä ja neljäsosa tästä on työikäisiä. Kehittyneen ja tehostuneen aivoinfarktin hoitaminen antaa parempia ennusteita ja yhä useampi toipuu omatoimiseksi ja jopa oireettomiksi. Infarktin uudelleen saaminen on moninkertaisesti mahdollista ilman asianmukaista hoitoa ja elintapamuutosta. Aivoinfarktin hoitamiseen tarvitaan moniammatillinen asiantunteva hoitoketju. Aivoinfarktin mahdollisena hoitona on liotushoito, mikäli ei vasta-aiheita ilmene.

Päädyimme ottamaan tutkimusmenetelmäksi puolistrukturoidun haastattelu menetelmän. Sen avulla saimme selvennettyä vastauksia ja muutoinkin haastattelutilanteista saatiin muodostettua vapaamuotoinen ja välitön tilanne. Kysymykset on laajamittaisia ja monesta eri osa-alueesta rakennettu kokonaisuus. Haastattelun rungoksi otimme osin mallia Maila Ovaska-Pitkäsen teoksen Elämän uusi painos sivun 78 Jorvin sairaalan itsenäisen toimintakyvyn mittarista. Tutkimuksessa on haastateltu kolmea kriteerit täyttävää henkilöä. Kriteerit ovat aivoinfarktiin sairastuminen ja siihen saatu liotushoito. Aivoinfarktiin sairastuneita on paljon mutta liotushoidettavia aivoinfarktipotilaita huomattavasti vähemmän.

Ensimmäisessä osiossa käsitellään pinnallisesti läpi aivoinfarktin tekijät ja liotushoito. Terapiamuodoista käydään pääpiirteittäin läpi neuropsykologinen kuntoutus, toimintaterapia, puheterapia ja fysioterapia. Emme paneudu muihin harvinaisempiin terapiamuotoihin, kuten musiikki- tai kirjallisuusterapia, koska työ olisi laajentunut liikaa. Nostamme esiin myös diakonisen työn näkökulman. Tutkimuksen aineistoa käymme yksityiskohtaisesti läpi melko paljon siteeraamalla haastateltavien vastauksia. Tutkimustuloksista teimme tiivistelmän ja samassa yhteydessä pohdimme yhtenäisiä ja eroavaisia kokemuksia. Lopussa käsittelemme tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä.

## 1. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on vastata tutkimuskysymykseen ”Millaiset kokemukset aivoinfarktipotilaalla on liuotushoidosta ja erityisesti miten hän on selviytynyt tapahtuman jälkeen arjessa?”

Tavoitteena oli puolistrukturoidulla haastattelulla selvittää ja kartoittaa muistikuvia, tunteita, tuntemuksia, käytännön eteen tuomia ongelmia ja elämäntilanteen muutosta sekä sitä, miten niistä on selviydytty. Pääpaino on potilaan selviytymisessä arjessa. Haastattelujen sisällöstä löytyy myös palautetta hoitohenkilökunnalle oman työn kehittämiseksi.

## 2. AIVOINFARKTI

AVH eli aivoverenkierron häiriö, josta kärsii jokainen suomalainen jossakin kohtaan elämässään. Tällä tarkoitetaan ohimenevää neurologista häiriötilannetta, jossa aivojen verenkierto kärsii hetkellisestä hapenpuutteesta. TIA – kohtaus on aivohalvauksen ensioire, joka varoittaa mahdollisesta vaarallisesta neurologisesta tapahtumasta. TIA – kohtaus on ohimenevä, eikä aiheuta kudsvauriota. Tavallisesti TIA – kohtaus menee ohi alle tunnissa. Aivoinfarkti tarkoittaa verenvirtauksen hidastumista tai puuttumista eli iskemiaa, jossain aivojen lohossa. Tällöin jokin aivojen lohkoista ei saa happea tarpeeksi tai ollenkaan, jolloin alkaa syntyä kudsvaurioita aivoissa. Tämä ilmenee motorisen tai kognitiivisella alueen, jonkin osa-alueen esimerkiksi muisti-, puhe-, näkö-, kuulo-, tunto- tai liike – rajoituksena tai vakavimmissa tapauksissa menettää monien osa-alueiden toiminnan. Tilanne voi mahdollisesti korjaantua lähes kokonaan asianmukaisella hoidolla ja kuntoutuksella. Aivojen alueesta lisää LIITE 1 (Duodecim, 2011)



Monet sairaudet johtuvat ihmisen elintavoista ja sen seurauksista. Verisuonissa liikkuvaan embolian eli tukoksen syntymiseen aiheuttaa tai lisää suuresti riskiä välinpitämätön elintapa. Ikä, sukupuoli, perinnöllisyys sekä etninen ominaisuus ovat tekijöitä, joihin ei itse pysty vaikuttamaan. Muut lisäävät tekijät kuten Tupakointi, alkoholi ja huumeidenkäyttö, lihavuus, suolan runsas käyttö, jatkuva D-vitamiinin puute, sydän sairaudet, homokysteiinin suurentunut pitoisuus plasmassa, vähäinen liikunta, hormonien käyttö, matala koulutustaso, huono menestys ja henkinen kuormitus ovat tekijöitä, jotka altistavat mahdolliselle aivoinfarktille. Hoidoilla voidaan vaikuttaa mm. kohonneeseen verenpaineeseen, diabetekseen, dyslipidemiaan, sydänsairauksiin, kaulavaltimon ahtaumaan, protromboottiseen tilaan, kuorsaus ja uniapneaan sekä infektioihin pystyttään ehkäisemään tai ylläpitämään arvot kontrollissa lääkehoidolla sekä elintapa muutoksella. (Duodecim, 2011)

Etiologian mukaan aivoinfarkti jaetaan ryhmiin: Brain infarct = suurten suonten tautiin, lacunar infarct = pienten suonten tautiin ja cardiac embolism = sydänperäisiin embolioihin LIITE 2 . (Soinila, Kaste, Somer 2007, 272).

Aivoinfarktin mahdolliseen syntymiseen on ihmisen elintavoilla suuri merkitys. Anne-Marin mukaan kyseessä on kansantauti. Hänen mukaansa suurempiin riskitekijöihin kuuluvat tupakointi, korkea hoitamaton verenpaine, ylipaino, korkea jatkuva kolesteroli, tyypin II diabetes ja ikääntyminen. (Anne-Mari Kantanen, 45-minuuttia, 18.10.2012)

Aivoinfarkti koskee peräti kymmeniä tuhansia suomalaisia. Nuorten liikalihavuus on näkynyt heidän kasvaessa aikuisikään, jolloin heidän riskinsä on moninkertaistunut. Tällöin sairaus johtaa toiseen sairauteen ja lopulta mahdolliseen aivoinfarktiin. Ravinto ja liikunta eli terveelliset elämäntavat ehkäisevät aivohalvausta, aivoinfarktia ja aivoverenvuotoa.

(Mikael Ojala, Aamu-tv, 19.8.2010)

## 2.1 Kustannukset

Aivoinfarktiin sairastuminen ja sen hoitokulut ensimmäisen vuoden aikana ovat arvioitu kustantavan 21 000€ joista yli puolet on akuuttivaiheessa tapahtuvista testeistä diagnoosin saamiseksi sekä lääkkeistä. Työkyvyttömyys eläkkeelle vuosittain jää jopa 850 henkilöä. Kun tästä lasketaan työpanos, menetetään jopa 16500 työvuoden panos halvaantumisen tai kuolemaan johtaneen aivoinfarktin vuoksi. Pitkät sairaalajaksot kuntoutuksineen pitää aivoinfarktipotilaan pitkään poissa työelämästä. Tätä pidetäänkin kolmanneksi kalleimpana tautiryhmänä. Tämä on neljänneksi yleisin kuolinsyy. Yksi aivoinfarktin riskitekijöistä on korkea ikä, joten on ennustettu, että vuoteen 2030, jolloin suurin ikäryhmä on eläköitymässä, sairastuu aivohalvaukseen 20 000 ihmisistä vuodessa. Ehkäisy tähän on mahdollista jos sitä vain tehostetaan esimerkiksi säännöllisin väliajoin otettavat verikokeet. (Duodecim, 2011).

## 2.2 Hoitoketju lyhyesti

Yleisesti ensimmäinen tieto aivotapahtumasta esidiagnosoidaan hätäkeskuksessa, jolloin lähettävät lähimpänä vapaana olevan hoitotason ambulanssin sekä mahdollisesti lääkärin. Ambulanssin miehistö ja mahdollisesti paikalle lähetetty lääkäriyksikkö tutkivat ja haastattelevat potilaan tehden ensiarvion eli ensidiagnoosin. Mikäli epäillään aivoinfarktia lääkäri tai ensihoitaja tekee ennakoilmoituksen sairaalaan, jolloin valmistaudutaan ottamaan potilasta vastaan. Mikäli lääkäriyksikköä ei ole kohteessa, tekevät ensihoitajat ensidiagnoosin ja toimivat toimintaohjeiden mukaan. Tähän kuuluu mm. ennakoilmoituksen tekeminen erikoissairaanhoidon ensiapuun, jolloin valmistaudutaan ottamaan potilas vastaan. Koska sairaala on tietoinen potilaan tulosta, on siellä valmiina lääkäreitä, hoitajia, verinäytteenottaja sekä kuvantamishuone ovat vapaana ottamaan potilaasta pään röntgen kuvan eli pään – TT kuvan. Mikäli potilaalla ei ole vasta-aiheita liuotushoidolle todettu jo alku anamneesissa tai sairaalaan täydennetyssä anamneesissa on liuotushoitoon tarvittavat valmiudet tehty. Neurologian lääkäri varaa potilaalle

paikan jatkohoitoon yksikköön STROKE UNIT, jossa osataan ottaa potilas vastaan mahdollisen liuotushoidon jälkeen tarkkailtavaksi. Mikäli liotushoidolle on vasta-aihe, voidaan hänet siirtää tarkkailuun neurologian osastolle STROKE UNIT -yksikköön. Siellä toimivat neurologian erikoislääkäri, sairaanhoitajat, fysio-, toiminta- ja puheterapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijä. Akuuttihoitosta lisää tietoa LIITE 3 (Duodecim 2011)

### 2.3 Liuotushoito

Liuotushoito suoritetaan, mikäli vasta-aiheita ei ole. Pääsääntöisesti liuotushoito suoritetaan aina sairaalassa. Tämä edellyttää jo ambulanssissa sekä sairaalassa hyvää akuuttihoitoketjun toimivuutta ja osaamista. Diagnoosin tarvitaan ensisijaisesti pään TT-kuvaus tai tietokoneangiografia, magneettitutkimus sekä verikokeita (Finnanest, 2009)

Liuotusaineita on kauppanimeltään Actilyse, Metalyse ja Rapilysin, joista Actilysea käytetään pääsääntöisesti aivoinfarktipotilaan liotushoitoon. Actilysen vaikuttava aine on alteplaasi, joka annetaan mahdollisimman pian oireiden jälkeen, mikäli ei vasta-aiheita. (Duodecim, l.a)

Liuotushoidon mahdollistamiseen on oltava varmuus, ettei vasta-aiheita ole. Liotushoito on mahdollista ennestään omatoimiselle potilaalle, jonka oireiden tarkka alkamisaika on tiedossa ja aikaa kulunut alle neljä ja puoli tuntia. Selviä oireita, jotka viittaavat aivoinfarktiin LIITE 2. (Mäkijärvi, Harjola, Päivä, Valli, 2012, 381).

Mikäli vasta-aiheita ilmenee, ei tällöin liuotushoitoa voida aloittaa lisähaittojen syntymisen vuoksi. Vasta-aiheita on seuraavanlaisia: alle kuukausi vartalon tai päänalueen leikkauksesta, merkittävä vamma tai suolisto vuoto, kallonsisäinen verenvuoto, hallitsematon hypertensio, sairaus johon liittyy verenvuoto ongelma, aivokasvain, aortan dissekaatio epäily, alle kaksi kuukautta

aikaisemmasta infarktista, aiempi aivoverenvuoto, tuore silmänpohjan laserhoito, varfariini lääkehoito ja raskaus, laaja alaiseksi todettu aivoinfarkti. Lisäksi oireiden alkamisesta pitää olla alle neljä ja puolituntia kulunutta aikaa. (Mäkijärvi ym. 2012, 384–386; Duodecim, 2011).

## 2.4 Jälkitila

Aivoinfarktin saamisen ja liotushoidon aikana ihmisen elimistö käy epätasaisesti. Elimistön tila on kovassa kuormituksessa kuten esimerkiksi ihmisen psyykkinen tasapaino. Lisäksi hoitoon liittyy aina riskejä kuten liotushoidon jälkitilassakin. Siksi on syytä tarkkailla potilasta seuraavilta oireilta: Hengitys ja keuhkokomplikaatiot, kohonnut verenpaine, hyperglykemia, kuume, aivoödeema ja kallon sisäisen paineen kohoaminen, neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöt, ravitsemis- ja nielemishäiriöt, liikkumiskiellon ja liikkumisen haitat, rytmihäiriöt ja sydänlihaksen vaurio, keuhkoembolia ja syvä laskimotromboosi, delirium ja psyykkiset oireet. (Duodecim, 2011)

Aivoinfarktin saaneista joka toinen masentuu ja sen hoitaminen on vaikeaa. Masennus on yhteydessä huonoon toiminnalliseen ennusteeseen. On todettu myös, että omaiset varsinkin puolison masennusoireet ovat jopa yleisempiä potilaisiin nähden. (Duodecim, 2011)

Ajokielto on yleensä kolmen-kuusi kuukautta aivoinfarktin vakavuuden mukaan. Tilannetta tarkastetaan moniammattillisen työyhteisön kanssa kontrollikäynneillä. Voi olla, että vain osa ajokorttiluokista poistuu mutta tämä voi olla juuri työn menetys potilaalle kuten esimerkiksi rekan kuljettaja. (Duodecim, 2011)

Pitkäaikaiseen seurantaan kuuluvat riskiryhmässä olevat henkilöt, joilla on mahdollisuus sairastua uudestaan aivoinfarktiin tai sydäninfarktiin. Tähän luokkaan kuuluvat verenpainesairaudet, diabetes, aineenvaihdunta häiriö eli dyslipidemian hoito, nykyisten sairauksien pahenemisen ehkäisy eli

sekundaaripreventiosta huolehtiminen ja antikoagulaatiohoito joka estää veren hyytymistä ja näin uusien tukoksien syntymistä ja tämän säännöllinen seuranta esimerkiksi kaupananimeltä Marevan. (Duodecim, 2011)

Henkilöt, joille on tapauksesta jäänyt pysyvä haitta kuuluvat suurten riskin potilaisiin eli he ovat alttiita masennukseen ja sosiaaliseen eristäytymiseen. Suuret riskiryhmät käyvät vuosittain tarkastuksessa perusterveydenhuollossa. (Duodecim, 2011)

### 3. KUNTOUTUS

#### 3.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Aivovammapotilaan kuntoutuksen tavoitteena on löytää ratkaisuja arkielämän muutoksiin ja haasteisiin ja päätyä mahdollisimman itsenäiseen toimintakykyyn ja elämänhallintaan (Lindstam, Ylinen 2012, 93).

Kuntoutuksen avulla rohkaistaan ja ohjataan kuntoutujaa ottamaan vastuuta sekä olemaan aktiivinen toimija mahdollisimman realistisessa suhteessa omiin tavoitteisiinsa, voimavaroihinsa, terveyteensä sekä muuttuneeseen liikkumis- ja toimintakykyynsä (Lindstam, Ylinen 2012, 93).

Kuntoutuksen ja ohjauksen tavoitteena ei tule olla kuntoutujan käyttäytymisen muuttaminen, vaan hänen tietoisuutensa lisääminen. Voimavarakeskeisyys edistää osallistumista omaan elämään vaikuttavien tekijöiden hallitsemiseen. Kun kuntoutuja saavuttaa henkilökohtaisen tuntuman omiin voimavaroihinsa, hänen mahdollisuutensa vaikuttavat näihin vahvistuvat. Elämänhallinnan tunne on sisäinen voimavara, jonka avulla ihminen selviytyy eri tilanteissa. Elämänhallinnan tunteen on todettu olevan yhteydessä hyvään terveyteen. Tätä tunnetta voidaan pitää tärkeimpänä terveyttä edistävänä ja ylläpitävänä

voimana, joka luo perustan hoitaa itseä ja ottaa itsestään vastuu. Elämänhallinnan tunne on yksi kuntoutumisen ylimpiä päämääriä. (Forsbom ym. 2001, 64.)

Aivovammaan liittyy monenlaisia aivojen toiminnan häiriöitä. Tutkimista, hoitoa ja kuntoutusta ei voida jakaa jäykästi erikoisaloihin, vaan ratkaisuja on haettava eri alojen yhteistyönä. Yksilölliset tekijät on otettava huomioon toipumisen suhteen. Tällaisia tekijöitä ovat mm. ikä, fyysiset ja psyykkiset ominaisuudet, lahjakkuus sekä ammatilliset ja sosiaaliset seikat. Yksi lähtökohtatekijä on kuntoutujan henkilökohtaisen historian kunnioittaminen. Kuntoutuksen mittarina on kuntoutujan hyvinvointi. (Forsbom, Kärki, Leppänen, Sairanen 2001, 52–53.)

Kuntoutujaa ei pidä rasittaa turhilla toimenpiteillä tai tutkimuksilla. Kuntoutuminen on itsessään jaksamista ja työtä. Turhat kokeilut ovat kuntoutujalle vaaraksi mikäli ne johtavat ponnisteluihin yli omien rajojen. (Forsbom 2001, 55.)

### 3.2 Aivovamman oireisto, toiminnallisuus ja kuntoutus aivovamman jälkitiloissa

Aivovamma voi olla oirekuvaltaan laaja. On tärkeää ymmärtää haitan suhde toimintaan koko toimintakyvyn kannalta. Fyysinen kyky on omatoimisuuden tukipilari. Ilman liikettä ei ole toimintaa. Lievällä tai täysin toipuneella fyysisellä toimintakyvyllä ei välttämättä saavuteta itsenäistä elämää esim. psykososiaalisten ongelmien takia. Toimintarajoitteita arvioidaan suhteessa hänen koti- ja toimintaympäristöönsä. Eri ammattiryhmät kuntouttavat samankaltaisin keinoin, mutta oman erityisosaamisensa mukaan. Kuntoutuksen kokonaistavoitetta on tärkeää tarkastella moniammatillisesti. (Lidstam, Ylinen 2012, 93.)

Kuntoutuksessa käytettävät keinot voivat olla mekaanisia, yksittäiseen osa-alueeseen keskittyviä tai toiminnallisia ja kokonaisuuteen pyrkiviä. Vamman oireisto muodostuu jälkitilan vaikeusasteesta eli siitä missä toiminnoissa on

muutoksia tai vaikeuksia. Nämä määrittävät kuntoutuksen tavoitteet ja valittavat menetelmät. (Lindstam, Ylinen 2012, 97.)

Aivoinfarktin ennalta ehkäisyssä ja uusiutumisen estämisessä on tärkeimpänä seikkana elintapamuutokset, joilla voidaan vaikuttaa kohonneen verenpaineen ehkäisyyn ja hoitoon. Keskeisiä seikkoja tässä ovat suolarajoitus, enintään kohtuullinen alkoholinkäyttö, laihdutus ja painonhallinta, terveellinen ravinto, säännöllinen liikunta, tupakoimattomuus ja liiallisen stressin välttäminen. (Duodecim 2011.)

Kuntoutujan kohdalla oireiden ilmeneminen ja niihin tarttuminen on motivoiva tekijä. Oireiden taustan selvittäminen ja perustelu virittävät motivaatiota. Kuntoutujan tietoisuus mahdollisuudesta vaikuttaa oireisiin lisää elinvoimaa. Kun ohjattava asia on sisäistetty, haetaan uutta toimintatapaa. Sisäistäminen johtaa käyttäytymiseen ja toimimiseen, jossa oireet eivät enää ole hallitsevia, vaan kuntoutuja kontrolloi ja hallitsee oireita ja tulee toimeen niiden kanssa tai lieventää niitä. Ohjaustilanteiden ajankohdan suunnittelussa on otettava huomioon vireystila, keskittyminen ja jaksaminen. Ohjaajalta vaaditaan myös taitoa olla tarttumatta seikkoihin, joita kuntoutuja hallitsee (Forsbom ym. 2001, 65–67.)

Yksittäinen rakenteellinen tekijä (esim. lihasvoima) vaikuttaa toimintaan (kävely) ja arkielämään (asiointi) osallistumiseen. Yksittäisen rakenteellisen tekijän muutos (lihasheikkous) saattaa laukaista myös toisen tekijän (kipu) ja synnyttää kehämäisen tilanteen sekä toimintavajauksen (kömpelyys), jota aivovammautunut henkilö ei itse kykene hallitsemaan. Kehämäinen tilanne saattaa ajan kanssa synnyttää yksittäisten ja erillisten rakenteellisten tekijöiden ja toiminnan häiriökierteen, jonka kuntouttaminen tilan kroonistuessa, on erittäin haastavaa. Yleensä seurauksena on toiminta- ja osallistumiskyvyn heikkeneminen. Yksittäiseen osatekijään vaikuttaminen saattaa tehdä osatekijöiden kokonaisuudesta hallittavan. Yksi tärkeimpiä kuntoutumista edistäviä asioita on, että kuntouttaja ja kuntoutuja yhdessä huomaavat ja

oivaltavat osatekijöitä, jotka heikentävät toimintakykyä. (Lindstam, Ylinen 2012, 94).

Merkittäviä tuntojärjestelmän osia toimintojen kannalta ovat kosketus-, liike- ja asentotunto. Tuntojärjestelmä antaa tietoa keskushermostolle, jotta voidaan saavuttaa tasapainoinen, tarkka liike ja liikkumiskyky. Käsien toiminnassa tarvitaan tuntoa kontaktin tunnistamiseksi, oikean otteen ja toiminnan takaamiseksi. Aistittaessa raajojen ja kehon toimintaa tarvitaan liike- ja asentotuntoa. Aivovamman seurauksena voi olla kyvyttömyyttä tunnistaa esineitä tuntoaistin avulla. (Lindstam, Ylinen 2012, 95.)

Hahmotushäiriöt voivat liittyä näkemisen, hahmottamisen ja ymmärtämisen ongelmiin sekä tuntojärjestelmän häiriöihin, jolloin kehon ja raajojen tilaa suhteessa ympäristöön ei tunnisteta oikealla tavalla. (Lindstam, Ylinen 2012, 95–96).

Hahmottamisen ja havainnoinnin häiriöt voivat lisätä kömpelyyttä. Koordinaatio on kykyä liikuttaa kehoa oikeassa ajassa ja järjestyksessä haluttuun kohteeseen. Fyysisen suorituskyvyn muutokset eivät ilmene välttämättä neurologisessa tai fysioterapeuttisessa tutkimuksessa. Ne voivat tulla esiin vasta esimerkiksi, kun vammautunut yrittää palata entisen harrastuksensa pariin. Tarkkaavaisuuden jakaminen useampaan kuin yhteen toimintoon samaan aikaan voi olla vaikeutunut. Erityyppisiä toimintoja tulee havaita yhteisvaikutuksen. Liikkeen kohdistamisen ja koordinoinnin häiriö voi ilmetä haparointina, tasapainovaikeutena, leveäraiteisena kävelynä tai liikesarjan suorittamisen vaikeutena. Tasapainojärjestelmän häiriö ilmenee huimauksena tai pystyasennon epävarmuutena. (Lindstam, Ylinen 2012, 95–96.)

Liitännäisvammojen vuoksi saattaa kehittyä kipuoireita. Kokonaisoireisto on yhteydessä kiputiloihin. Kivun merkitys on huomioitava kuntoutuksessa. Neuropsykologisia oireita ovat oiretiedostamattomuus, muistiongelmät, vireystilan vaihtelut, toiminnanohjauksen ongelmat ja tarkkaavaisuuden vaikeus. (Lindstam, Ylinen 2012, 96.)



Eriyisesti aivovammoihin liittyviä oireita ovat käyttäytymisen ja emotionaalisen säätelyn ja luonteen muutokset, kuten luonteenpiirteiden korostuminen tai latistuminen, aloitekyvyn ja suunnittelukyvyn muutokset, arviointikyvyn ja kriittisyyden heikkeneminen, toimintojen ja emotionaalisen kontrollin vaikeus, impulsiivisuus, toimintatavan tai ajatusmaailman juuttuminen, häiriytymisalttius, ajattelun konkreettisuus ja oiretiedostuksen puute. (Forsbom ym. 2001, 60).

Omaisille ja hoitohenkilökunnalle on haastavaa ja ehkä vaikeaa kohdata mielialoihin, tunteisiin ja persoonallisuuteen liittyviä muutoksia. Tieto siitä, että muutokset liittyvät sairauteen helpottaa ymmärtämistä. (Forsbom ym. 2001, 60.)

Sairastuminen aiheuttaa usein suuren muutoksen elämässä ja kuntoutuja kykenee tavoitteelliseen työskentelyyn yleensä vasta tilanteen tasaannuttua. Kuntoutuksen tarjonnan ja etenemisen tulee olla joustavaa. Jollekin voi sopia intensiivinen kuntoutuksen aloitus nopeasti ja toinen vaatii enemmän aikaa työskentelyn liikkeelle lähtöön. (Ovaska-Pitkänen 1999, 119.)

Kuntoutumiseen ja paranemiseen liittyy lepo. Taukojen ja levon avulla palaudutaan ja kuntoutujan ylikuormittuminen estyy. (Ovaska-Pitkänen 1999, 169.)

Hoidon tarjoajan on myös omalla alueellaan kyettävä tarjoamaan hoitotyön menetelmistä sopivin ja tarkoituksenmukaisin. Oireiden monimuotoisuus ja monitasoisuus muodostaa ikään kuin hajallaan olevan palapelin, josta on osattava rakentaa oikea kokonaisuus. Myös oikeat palat on löydettävä. Koska kehonkielen viestit ovat subjektiivisia tuntemuksia, niiden sanallinen välittäminen on aina puutteellista ja karkeaa. Sen vuoksi, vaikka ihmistä tarkastellaankin ”paloina”, on samanaikaisesti hahmotettava ilmiöiden väliset yhteydet ja erilaiset lähestymistavat. Vaatii taitoa nähdä työalueen keskeiset vaikuttamiskohdat, asettaa tavoitteita ja valita keinot. (Forsbom ym. 2001, 61).

### 3.3 Neuropsykologinen kuntoutus

Neuropsykologiselle kuntoutukselle on tarve erityisesti silloin, kun esiintyy muistin, tarkkaavaisuuden tai muiden ajatustoiminnan häiriöitä ja tarvitaan esimerkiksi työkykyisyysarviota. (Terveyskirjasto 2012)

Neuropsykologinen kuntoutus perustuu neuropsykologiseen tutkimukseen ja haastatteluihin. Näissä kartoitetaan henkilön oirekuvan piirteet ja vaikeusaste. Kuntoutujan taustojen selvittäminen ja ymmärtäminen ovat oleellinen osa tutkimusta, jotta kuntoutuja voidaan kohdata yksilönä ja hoitosuhteesta tulee luottamuksellinen. Aivovamma aiheuttaa muutoksia moniin toimintoihin, esim. kognitiiviseen toimintakykyyn, tunne-elämään ja käyttäytymiseen sekä minäkuvaan. Muutoksia tapahtuu kommunikaatiossa, vuorovaikutuksessa toisten kanssa, ihmissuhteissa, harrastuksissa, opiskelussa ja työelämässä. Fyysiset ja kognitiiviset häiriöt tunnistetaan helpommin. Vaikeammin tunnistettavia ovat muutokset käyttäytymisessä ja tunne-elämässä. Psykologinen tutkimus pitää sisällään myös vammautuneen läheisten haastattelun. Potilaan persoonallisuuden piirteiden selvittäminen ennen vammautumista ja sen seurauksena syntyneet muutokset vaikuttavat käyttäytymiseen ja tunne-elämään. Vamman jälkeen peruspersoonallisuuden piirteet saattavat korostua ja voi syntyä sekundaarisia psyykkisiä oireita tai sairauksia. Neuropsykologi auttaa kuntoutujaa löytämään keinoja elämän hallintaan ja ehkäisemään psyykkisiä seurannaisongelmia. (Lindstam, Ylinen 2012, 86–87.)

Tieteelliseen näyttöön perustuvissa tutkimuksissa on osoitettu, että kuntoutuja hyötyy eniten kokonaisvaltaisesta eli holistisesta moniammatillisesta kuntoutuksesta. Holististen kuntoutusohjelmien tärkeimmät osa-alueet ovat terapeutin ympäristö, psykoterapia, kognitiivisten häiriöiden kuntoutus, tuetut työkokeilut, perheen ohjaaminen ja tukeminen sekä kuntoutuksen seuranta. (Lindstam, Ylinen 2012, 88.)

Kuntoutumisympäristön pitäisi olla jäsentynyt, ennakoitavissa oleva ja suojeleva siten, että hän voi puhua rehellisesti ja tukea saaden. Tähän liittyy myös kokemusten vaihtaminen toisten vertaisten kanssa. Alkuvaiheessa fyysiset ongelmat saattavat peittää psyykkiset tarpeet ja toipumisen edetessä kuntoutuja alkaa huomata ongelmiansa seuraukset ja pohtia tulevaisuuttaan. Terapeuttinen työskentely aloitetaan tarjoamalla ymmärrettävä selitys, jotta kuntoutuja ymmärtää, mikä on vialla. Opetellaan uusia toimintatapoja, joiden tavoitteena on sosiaalinen selviytyminen. Kuntoutustyöryhmän pitää tarjota kuntoutujalle ja hänen läheisilleen toivon tunne realistisuutta unohtamatta. Pitkällä tähtäyksellä tavoitteena on kuntoutujan tietoisuus ja ymmärrys toimintakyvystään ja siitä, että hän kykenee säätämään toimintaansa. Hänen tulisi pystyä esim. hallitsemaan väsymystään, tunnereaktioitaan ja käyttäytymistään siten, että psyykkinen tasapaino säilyisi. Onnistunut terapia johdattaa kuntoutujaa siirtymään riippuvaisuudesta ja hämmennyksestä kohti itsenäisyyttä ja elämän hallintaa kykenemällä tekemään arvioita, sitoumuksia ja suunnitelmia ihmissuhteiden, perheen ja työn suhteen. (Lindstam, Ylinen 2012, 88–89.).

Kognitiivisten häiriöiden tavoitteena on parantunut selviytyminen arkielämässä. Menetelmät pitävät sisällään häiriintyneiden toimintojen harjaannuttamista ja niiden uudelleen järjestelyä, säilyneiden toimintojen vahvistamista, korvaavien toimintojen oppimista, apuvälineiden käyttöä (kalenteri- ja muistustoiminnot) ja kuntoutujan tukemista sopeutumisessa häiriöihinsä. (Lindstam, Ylinen 2012, 89.)

Työkokeilu on osa holistista kuntoutusta. Työkyvyn sijasta puhutaan usein tuotteliaisuudesta eli produktiivisuudesta. Tällä tarkoitetaan kokopäiväistä palkkatyötä, opiskelua, osa-aikatyötä, tuettua työtä tai vapaaehtoistyötä. Työhön paluulla on merkitystä taloudelliselle tilanteelle, sosiaalisille suhteille ja elämän laadulle. Kaikille työhön paluu ei ole realistinen tavoite. Työ tulee mitoittaa kuntoutujan voimavarojen suhteeseen siten, että myös muuhun riittää voimia (Lindstam, Ylinen 2012, 90.)

Kuntoutuksen perusta on moniammatillinen työskentely. Toinen voi tarvita kuntoutustyöryhmän kaikkien erikoisalojen asiantuntemusta, kun taas toisen kuntoutus voi painottua tiettyyn kuntoutusmenetelmään. Kuntoutujan oma näkökulma ja verkosto otetaan huomioon ja tavoitteet asetetaan yhteisesti. Tulosten toteutumista arvioidaan ja suunnitelmien eteenpäin meno varmistetaan. (Lindstam, Ylinen 2012, 90.)

Neuropsykologi on työryhmässä erityisalansa asiantuntija ja valottaa oirekuvan vähemmän ilmeisiä osa-alueita ja kuntoutujan persoonalliseen reagointiin liittyviä tekijöitä, jotka eivät välttämättä tule esiin päivittäisissä tilanteissa (Lindstam, Ylinen 2012, 90).

### 3.4 Toimintaterapia

*Toimintaterapiassa huomio keskitetään sekä käsien toimintaan että yleiseen toimintaan arkipäivän tilanteissa, esim. keittiössä, ja kuntoutus suunnataan havaittuihin ongelma-alueisiin. (Terveyskirjasto, 2012)*

Toimintaterapiassa tutkitaan toimintaa eri ympäristöissä ja siihen vaikuttavia tekijöitä ja vuorovaikutussuhteita. Pyrkimyksenä on toiminnallisuus, johon pyritään kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä kanssa. Toiminnallisuutta tarkastellaan eri tasoilla. Kohteena voi olla toiminta (lounaan valmistus) tai yksittäinen liike (sormen koukistus). Eri tasoilla analysoidaan toiminnan edellytyksenä vaadittavia valmiuksia ja taitoja (tunto, voima, tarkkaavaisuus). (Lindstam, Ylinen 2012, 102–103.)

Toimintaterapian näkökulmasta ihmisen toiminnallisuus syntyy ihmisen, ympäristön ja toiminnan vuorovaikutuksessa ja se on toiminnan tekemistä ja kokemista. (Lindstam, Ylinen 2012, 103). Toimintaterapia lisää kuntoutujan omaa aktiivisuutta ja sosiaalista osallistumista. (Duodecim 2011)

Vammautuksessa totutut toiminnot ja arkirutiinit muuttuvat ja niitä joudutaan opettelemaan uudestaan. Rutiineihin kuluu myös enemmän aikaa. Kuntoutuja voi kiukustua ja turhautua arkirutiinien sujumattomuuden takia. Vammautuneella voi olla vaikeuksia ymmärtää, miksi toiminnot ei suju, ovat aikaa vieviä ja tulos ei ole yhtä hyvä kuin aiemmin. Moniammatillinen työryhmä arvioi toiminnallisuutta oman ammattinsa viitekehystä. Tavoitteet asetetaan kuntoutujan kanssa yhdessä. Lähipiiri voi tarkentaa arviointia kuntoutujan historiasta. Toimintaterapeutti tekee havaintoja ja kuntoutuja saa palautetta onnistumisestaan. Arvioinnissa käytetään apuna vapaata toimintaa ja eri arviointimenetelmiä. Näitä ovat esimerkiksi kuntoutujan itsearviointi, haastattelumenetelmät, havainnointi sekä eri taitoja ja valmiuksia mittaavat menetelmät. (Lindstam, Ylinen 2012, 103–104.)

Toiminnallisuuden harjoittamiseen valittavissa toiminnoissa otetaan huomioon kuntoutujan mielenkiinnon kohteet. Siihen vaikuttavat myös ympäristö ja analyysin perusteella arvioitu soveltuva toiminnan taso suhteessa kuntoutujan valmiuksiin. Toimintoja voidaan helpottaa tai vaikeuttaa tilanteen mukaan. Alusta alkaen on tärkeää, että kuntoutuja saa onnistumisen kokemuksia siten, että hänen oma toiminnallinen identiteettiinsä rakentuu uudelleen. Myös läheisten on hyvä nähdä onnistumisen kokemuksia. Aivovammapotilaan kuntoutuksen alkuvaiheessa keskitytään itsestään huolehtimisen taitoihin ja harjoitteluun. Vaiheittain siirrytään vaativampiin toimintoihin ja kuntoutujan omaan ympäristöön. On tärkeää löytää toimintoja, jotka liittyvät hänen oman elämänsä tärkeimpiin rooleihin (esim. äidin rooli ja pullan leipominen). Toiminnan valitsemisen jälkeen valitaan askeleet, miten tavoitteisiin päästään. Kaikkia toimintoja ei ehkä pysty vammautumisen jälkeen tekemään, mutta voidaan löytää uusi korvaava tapa. Saattaa myös löytyä aivan uusia osaamisen alueita, joita ei ole ennen havainnut. (Lindstam, Ylinen 2012, 105–106.)

Kuntoutuksella pyritään normaaliin liikkeeseen ja toimintaan. Tueksi voidaan ottaa käyttöön myös apuvälineitä. Vammautuneella henkilöllä voi olla vaikeuksia toiminnan aloittamisessa tai ohjaamisessa. Tällöin voidaan käyttää toiminnallisuutta tukevia keinoja esimerkiksi kalentereita, muistuttimia

(matkapuhelimen hälytys), kodinkoneiden eri ominaisuuksia ja kuvia. Kuvissa voidaan esittää toiminnan vaiheet oikeassa järjestyksessä. Edistyessään kuntoutuja keksii myös itse uusia tapoja ja kekseliäs läheinen on hyvä tuki. Joissakin tapauksissa tarvitaan kodin fyysisiä muutostöitä. (Lindstam, Ylinen 2012, 106–107.)

### 3.5 Puheen, kielen ja kommunikoinnin häiriöt, puheterapia

Puheterapia on lääkinnällistä kuntoutusta, johon kuuluvat tutkimukset, kuntoutuksen suunnittelu, yksilö- ja ryhmäterapia, omaisten ohjaus, puhetta tukevien ja korvaavien kommunikaatiokeinojen suunnittelu ja apuvälinepalvelut. Tavoite on kohentaa parantaa asiakkaan toiminta- ja kommunikaatiokykyä jokapäiväisessä elämässä. Lähtökohta on vuorovaikutussuhde asiakkaan ja terapeutin välillä. Monissa puheeseen liittyvissä häiriöissä terapia on pitkäaikaista. Terapeutin työn kohteena voivat olla puhe, kieli, kommunikaatio, ääni, lukeminen ja kirjoittaminen, syöminen ja nieleminen ja suun motorinen toiminta. Työkenttä on laaja ja tästä syystä monet puheterapeutit ovat keskittyneet tiettyihin ryhmiin. (Puheterapeuttiliitto i.a)

Kommunikaatio käsitteenä kattaa keinoja, joilla ihminen on yhteydessä toiseen ihmiseen. Hyvän kommunikaation perusta on toimiva vuorovaikutus. (Lindstam, Ylinen 2012, 109). Aivovamman vaikeusasteen mukaan vammautuneella voi olla kielellisten toimintojen häiriöiden lisäksi muutoksia kommunikaatiokyvyssä tai puheentuotossa tai nielemis- ja syömisvaikeuksia. Näitä tutkitaan ja kuntoutetaan puheterapissa. Afasia (a = `puuttuminen`, phasis=`puhe`) on termi, joka tarkoittaa kehittyneen kielellisen kyvyn menetystä. Afasia voi olla sanojen löytämisen vaikeutta, täydellistä puhumattomuutta tai puheen ymmärtämisen häiriö. (Lindstam, Ylinen 2012, 110.)

Subkliinisella kielellisellä oirekuvalla tarkoitetaan sitä, että aivovamman yhteydessä ilmenee usein kognitiivisia häiriöitä, jotka heijastuvat kielenkäyttöön ja kommunikaatioon. Oirekuvan piirteitä ovat lauseiden ja asiakokonaisuuksien

ymmärtämisen vaikeus, kielen prosessoinnin hidastuminen ja häiriöherkkyys, sanojen löytämisen vaikeus ja puheen sujuvuuden heikentyminen. Tämä näkyy esimerkiksi vaikeutena käydä puhelinkeskustelua, koska ilmeet ja eleet puuttuvat, muistiin kirjoittaminen ja kuunteleminen samanaikaisesti eivät onnistu. Lukeminen ja tekstirivin seuraaminen voi olla hankalaa. Luetun tekstin ja kokonaisuuden hahmottaminen ja muistaminen voi tuottaa vaikeuksia. Lyhytkestoinenkin keskittyminen tuottaa päänsärkyä ja väsymystä. (Lindstam, Ylinen 2012, 110.)

Kielellisten taitojen kohentuessa ilmenee usein myös sosiaalisen kommunikaatiokyvyn kuntouttamisen tarve. (Lindstam, Ylinen 2012, 110).

Kommunikointi edellyttää mukauttaa kielenkäyttö ja toiminta tilanteiden tasalle.. Vammautuneelle tämä voi olla vaikeaa kognitiivisten häiriöiden vuoksi. Tästä syystä sosiaalisen kommunikaatiokyvyn muutokset ovat aivovamman seurauksena tavallisia. Vammautunut ei itse sitä välttämättä huomaa, ellei asiaa käsitellä. Läheiset useimmiten tunnistavat vaikeuden helpommin. Kommunikaatiokyvyn muutokset saattavat aiheuttaa hämmennystä, riitaa ja mielipahaa.(Lindstam, Ylinen 2012, 110–111.)

Sairastuminen muuttaa usein ihmisen oman kuvan ja roolin. Myös sairauden hyväksyminen on toiselle helpompaa kuin toiselle. Osa meistä on jo alun perinkin hiljaisempia ja toiset puheliaampia. Vaikeasti afaattisen kuntoutujan paras tulkki on yleensä omainen. Yksi tavoite on vähentää kuntoutujan riippuvuutta omaisista ja taata hänelle mahdollisuuksia päättää itse omista asioistaan. (Ovaska-Pitkänen 1999, 123.)

Puheterapiassa käydään kommunikaatiokyvyn muutoksia läpi kuntoutuja ja hänen läheistensä kanssa. Puheterapiaryhmässä voidaan harjoitella kommunikaatitilanteita. Ryhmässä harjoitellaan myös kuuntelemista. Kuntoutujan on yritettävä ryhmässä esittää ajatuksensa loogisesti ja ottaa huomioon kuulijat. Hänen on myös tarkkailtava kuulijoiden reaktioita ja

arvioitava omaa tuotostaan. Kuulijoiden on vastaavasti keskityttävä kuuntelemaan ja annettava palautetta. (Lindstam, Ylinen 2012, 2012, 111.)

Hedelmällisintä on käydä keskusteluja kuntoutujan kanssa hänen ollessa virkeä ja häiriöttömässä ympäristössä. Yksi asia kerrallaan ja rauhallisesti auttaa vammautunutta ymmärtämään. Asioita on hyvä toistaa tarvittaessa ja käyttää konkreettisia kielikuvia. Tärkeää on muistaa, että vammautunut tarvitsee aikaa aloittamiseen ja turha keskeyttäminen voi johtaa siihen, että hän unohtaa, mitä oli sanomassa. (Lindstam, Ylinen 2012, 112.)

Kuntoutujalla on myös keinoja kompensoida kommunikaatiokykynsä muutoksia, kun hän on itse oivaltanut asian. Väsymys vaikuttaa ja siksi on hyvä asioida virkeänä. Lompakossa voi säilyttää lappua, jossa kerrotaan tärkeimmät tiedot kommunikaatiovaikeudesta. Tilanteisiin voi myös valmistautua etukäteen kirjoittamalla ne paperille. Keskustelukumppania voi myös pyytää näyttämään pienellä eleellä, jos oma puhe rönkyilee ja muut eivät saa vuoroa. Hyviä keinoja ovat myös lyhyiden kertomusten lukeminen, sanaristikot tai sanapelit. Puhetta tukevana keinoina voidaan käyttää esimerkiksi kirjaintauluja, silmien räpyttelyä, käden puristamista, kuvia, sanalistoja tai tietoteknisiä ratkaisuja. (Lindstam, Ylinen 2012, 112.)

Toimivan kommunikaatiokeinoon löytäminen, sen harjoittelu ja lähiympäristön ohjaus kuuluvat puheterapeutin toimenkuvaan. Keinojen monipuolisuus ja sujuva käyttäminen riippuvat muun muassa kuntoutujan kielellisistä taidoista, vireydestä, muistista ja toiminnanohjauksesta. (Lindstam, Ylinen 2012, 113).

Usealla aivovamman kohdanneella todetaan myös alkuvaiheessa nielemisvaikeus eli dysfagia. Tätä tutkitaan mahdollisesti myös instrumentaalisesti. Myös puheterapiassa harjoitellaan nielemistä ja kokeillaan erilaisten ruokakoostumusten, makujen ja lämpötilan vaikutusta nielemiseen. (Lindstam, Ylinen 2012, 114.)



### 3.6 Fysioterapia

Fysioterapian yleisiä menetelmiä ovat terveyttä, liikkumista ja toimintakykyä edistävä ohjaus, neuvonta, terapeuttinen harjoittelu, manuaalinen ja fysikaalinen terapia sekä liikkumiseen tarvittavien apuvälineiden arvio, hankinta ja käytön opetus. (Lindstam, Ylinen 2012, 93).

*Fysioterapiassa harjoitellaan raajojen ja lihasten toimintaa ja tasapainoa fysioterapeutin avustuksella. Lihasvoiman lisäksi tarvitaan usein virheellisten asentojen ja liikkeiden korjaamista. Lihastoiminnan aktivoimisessa voidaan käyttää apuna sähköstimulaatiota. (Terveyskirjasto, 2012).*

Fysioterapiassa käytetään hyväksi sitä, että ihminen on jo kertaalleen oppinut liikkumaan. Vanhoja taitoja opetellaan uudelleen. Parhaan tuloksen takaa mahdollisimman varhain aloitettu liikkuminen ja toimintojen opettelu. Opettelu ei ole irrallista voimistelua. Liikkeelle lähtöön tarvitaan järkevä syy. . Ruokailuun meno, pukeutuminen ja riisuutuminen vaativat liikkumista. Liikkeiden opetteluun tarvitaan osavaiheita (Ovaska-Pitkänen 1999, 147–148.)

#### 4. DIAKONISEN HOITOTYÖN NÄKÖKULMA

Tässä osiossa käsittelen ensin kirjallisuuden pohjalta lyhyesti kristinuskon ihmis- ja elämänkäsitystä, sielunhoitoa, auttavaa vuorovaikutusta sekä uskoa ja siitä puhumista yleensä. Lopussa tuon esille näiden pohjalta omia ajatuksia peilaten niitä tekemiimme haastatteluihin. Yleisiä hoitotyön keskeisiä asioita käsitellään kohdassa *sisältöanalyysi ja tutkimuksen tulokset*.

Kristinuskon ihmiskäsityksen mukaan ihminen on luotu Jumalan kuvaksi. Ihminen on hengen ja ruumiin ykseys, elävä sielu, Jumalan yhteyteen kutsuttu, luovuuteen kykenevä vastuullinen ja vapaa persoona, joka omatuntonsa kautta sitoutuu vastuuseen ympäristöstään ja lähimmäisestään. Ihminen on kuitenkin rajallinen, kärsivä, viallinen ja katoava olento, joka ei voi olla oma pelastajansa.. Elämässä ihmisyyttä näkyy ruumiillisuuden, sosiaalisuuden, henkisyiden ja hengellisyyden alueilla.. Kristillisen elämänkäsityksen mukaan ihminen on myös itsellensä salaisuus. Kenelläkään ei ole täydellistä määrittely- tai määräysvaltaa toiseen ihmiseen. Ihmisarvo on saatu luomisessa, sitä ei ole voitu hankkia. Siksi ihmisarvoaan ei voi myöskään menettää. Jumalan kaikkiin kohdistuva luomistarkoitus ja rakkaus tekevät kaikista arvokkaita, ainutlaatuisia ja täydet ihmisoikeudet omaavia persoonia. (Aalto, Esko, Virtaniemi 1997, 33–34.)

*Uskonnolliset kysymykset koskettavat ihmiselämän kokonaisuutta. Uskonnon näkökulma edustaa erästä keskeistä tapaa kohdata olemassaolo ja vastaantulevat kriisit ja muutostilanteet. Jotta uskonnolliset kysymykset palvelisivat auttavaa vuorovaikutusta, on tärkeää luoda kosketuspinta keskustelukumppanin tunne- ja kokemusmaailmaan. Sielunhoito ei ole eikä saa olla tyrkyttämistä, käännättämistä keskustelukumppanin parhaan nimissä. (Aalto ym. 1997, 290).*

Emme voi tietää, minkälainen on kohtaamamme ihmisen arvomaailma, mitä hän ajattelee Kristuksesta, Raamatusta tai ehtoollispöydästä. Sielunhoitajan on hyvä olla tasapainossa omien arvojensa kanssa, jotta hän jaksaa auttaa muita..

Hän ei silti voi vaatia, että näillä arvoilla olisi sama paino apua hakevalle ihmiselle. (Kilpeläinen 1977, 21.)

Kristillisen sielunhoidon keskeisenä toteuttamisvälineenä on vuorovaikutus. Aarno Sainio kuvaa kyseisessä kirjassa Jumalasuhdetta olemassaolon perusvuorovaikutussuhteeksi. Sielunhoitaja ottaa vastaan vaikutteita ja suodattaa asioita oman persoonansa ja omien kokemustensa kautta. (Aalto ym. 1997, 274–275.) Auttavan vuorovaikutuksen keskeisin elementti on kuunteleminen. Se ei kohdistu ainoastaan sanoihin, vaan myös äänen sävyihin, painotuksiin, ruumiin liikkeisiin eli ihmisen koko olemukseen.. Auttajan on pyrittävä ymmärtämään kerronnan merkityssisältö. Johonkin sivulauseeseen voi sisältyä monin verroin merkityksellisempi ohikiitävä ajatus. (Aalto ym. 1997, 283.)

Jokaisen ihmisen sielunelämässä toimii puolustusmekanismi. Ihmisellä on kyky suojautua seinän taakse, jos tunnevaikutteet pyrkivät nousemaan liian suuriksi. (Kilpeläinen 1997, 79.) Kuunteleminen on myös sen kielen kuuntelemista, jota äännettömyys puhuu. Ihminen kertoo itsestään koko olemuksellaan, liikkeillä, itkulla, suuttumuksella. Kaikki ilmaisee jotain, jota on kuunneltava. Tätä ilmaisun tulkintaa on opiskeltava. (Kilpeläinen 1997, 65.)

Sielunhoitajan on hyvä huomioida omat rajoituksensa. Samalla on kuitenkin tiedostettava myös se, että annettu apu, voi olla juuri kyseessä olevalla hetkellä paras. Kaikkien sielunelämää ei ole tarve mullistaa pohjaa myöden. Ammatillisuus edellyttää ammattitaidon ja vastuun lisäksi työn jatkuvaa kehittämistä. Toisen ihmisen auttaminen ei suju itsestään rutiininomaisesti. Ammatillisuus ei merkitse kankeutta ja virallisuutta, vaan asiallista ja lämmintä suhtautumista toisen ongelmiin. Tämä säilyy oikein ymmärretyn ammatillisuuden puitteissa. (Kilpeläinen 1997, 31–35.)

Seurakunnan sielunhoitoa tekevän työntekijän ja sairaanhoitajan työ poikkeaa toisistaan huomattavasti, vaikka sairaanhoitajana kuinka yrittäisi soveltaa diakonisen hoitotyön periaatteita. Tätä harvemmin mietittyä potilaan

näkökulmaa valaisee hyvin Owe Wikströmin pohdinnat. Sairaalassa ei ole mitään ihailtavaa. Täällä eivät viulut soi. Täällä on tukahdutettua huolta ja hiljaisia keskusteluja. Vuoteita siirretään huoneista huoneisiin. Kengät kopisevat. Jonkinlainen vaimea surina kuuluu taustalla. Kun makaa täällä, tulee suojattomaksi. Yhä uudestaan hänen ystävänsä sanoo: En uskonut, että tällaista sattuisi minulle. Sairaalassa ihminen pakotetaan hidastamaan vauhtia, kylläkin kovakouraisesti, mutta asiallisesti ja tunteilematta. Eikö sairaala olekin ihmettelyn ja ihmeiden tehdas? Sairaala on elämän - ei vain kuoleman - eteishalli. (Wikström 2012, 153–159).

Aarno Sainio kirjoittaa: *Uskonnollisten kysymysten kohtaamisessa on huomattava, ettei uskonnollisen kielen ja uskonnollisten käsitteiden käyttäminen vielä välttämättä ruoki keskustelukumppanin uskoa. Usko tai uskon puute ovat kokemuksia, joilla on hyvin vahva sidos elämänhistoriaamme ja kokemuksiimme. Auttavassa vuorovaikutuksessa uskon ulottuvuus verhoutuu esimerkiksi hädän, pelkojen, toivon, ilon, rauhan ja lohdutetuksi tulemisen kokemuksiin. Tärkeämpää kuin Jumalasta puhuminen on Jumalalle puhuminen keskustelukumppanin kautta. Erityisesti psalmit ja Jobin kirja ovat tulvillaan esimerkkejä tästä. Jumalan läsnä- ja poissaoloa, hänen puhettaan ja vaikenemistaan kuulostellaan konkreettisten elämäntilanteiden läpi.* (Aalto ym. 1997, 292).

Owe Wikström tulkitsee kirjassaan Läsnäolon taito Dostojevskin romaaneja ja niiden teemoja. Hän kirjoittaa: *Elämän keskellä on jumalallinen voima. Mutta siihen ei voi päästä käsiksi loogisin perustein, vaan sen voi vain kokea kaipuuna. Sen voi kohdata ja se voi koskettaa meitä ainoastaan epäitsekkään myötätunnon muodossa. Sen objektiivinen ilmentymä on historiallinen Jeesus Kristus, hän, joka kärsii omiensa kanssa.* (Wikström 2012, 200). Wikström toteaa myös, että: *Vain lempeys voi torjua tämän tuskaisten ajatusten synnyttämän kivun. Hyvyys pelastaa maailman, ei järki.* (Wikström 2012, 201). Meidän tulisi myös joskus hakeutua järkeämme syvemmille lähteille, koska ”sydämellä on joskus syynsä, jota järki ei voi ymmärtää”. (Wikström 2012, 205.)

Kirjoittaessaan hyvyyden voimasta Wikström siteeraa Dostojevskin kirjaa Karamazovin veljekset: *Mutta mitään ei voida todistaa, ihminen voi vain vakuuttua, harjoittamalla aktiivisesti rakkautta. Yrittäkää lakkaamatta ja väsymättä rakastaa lähimmäisiänne. Sitä mukaa, kun edistytte rakkaudessa, tulette vakuuttuneeksi Jumalan olemassaolosta ja sielunne kuolemattomuudesta. Väsymätön rakkaus vaatii työtä ja kestävyyttä ja joillekuille se on vuorostaan tiedettä.* (Wikström 2102, 203).

Pohdinnoissaan Wikström päätyy muun muassa siihen, että ihmisen tulisi luoda itselleen yksinkertainen henkilökohtainen elämänohje. Ohjeen tulisi olla käytännöllinen ja järkeä puhutteleva ja se voi koskea päivärytmiä, viikkoa tai koko elämää. Ohje johtaa sisäiseen keskittymiseen. Ohje voi antaa sisäistä ryhtiä ajan myötä ihminen voi seurata omaa tietään enemmän tahdon kuin tunteen voimasta. (Wikström 2012, 249.)

Kirjassaan Wikström palauttaa mieleensä kohdan Tomas Tranströmerin teoksen Svarta vykort i Det vilda torget (1983), joka on hyvin koskettava ja pysäyttävä: *Keskellä elämää voi kuolema tulla ottamaan mittaa ihmisestä. Ihminen unohtaa vierailun ja elämä jatkuu. Mutta pukua ommellaan hiljaisuudessa.* (Wikström 2012, 163). Elämänilosta hän toteaa, että se on sisäänrakennettu, leviää kaiken elävän kanssa ja on ilmaista. Kristillisessä uskossa tämä elämä ei ole ainoa, vaan ihminen on osallinen ikuisesta elämästä. Elämänilon lähteenä on tietoisuus tämän lahjaksi saadun elämän väliaikaisuudesta. (Wikström 2012, 246–250.)

Haastattelujen loppupuolella otimme esiin kysymyksen suhtautumisesta hengellisyyteen. Tavatessamme ensimmäisen haastateltavan kerroimme, että toinen meistä opiskelee sairaanhoitaja-diakonissaksi. Jää pohdittavaksi, johtuiko kyseisen haastateltavan vastaus tästä. Vastauksen sisältö oli, että ihan normaali uskonnollisia ovat ja käyvät silloin tällöin kirkossa. Infarktitaipautumaa, hän ei ollut miettinyt hengellisestä tai uskonnollisesta näkökulmasta. Toinen haastateltavissa kertoi pitkään ja kiinnostavan monisanaisesti käynneistään äitinsä haudalla. Hän sanoo uudeksi harrastukseksi iltamyöhään haudalla

käynnin ja äidille puhumisen itsekseen ja ääneen varsinkin silloin, kun tapahtuu jotain ”ylitsepääsemättömän järkähtävää”. Käynnit hän ajoittaa iltamyöhään, jotta muita kuulijoita ei olisi. Hän pohdiskelee myös sitä uskooko mihinkään. Hänen toteamuksensa edesmenneistä vanhemmistaan, että jossakinhan ne ovat, on mielenkiintoinen ja osoittaa lausahduksena hengellisyyteen liittyvää luottamusta. Hänellä on nykyään oma yksityinen merkityksensä hautausmaalla käymiseen ja tämä tuo hänelle selvästi tietynlaista levollisuutta. Kolmannen haastateltavan vastaus kysymykseen oli yksiselitteinen, ei. Kommunikointia haittasi hänen kohdallaan melko vaikea afasia. En kuitenkaan usko siihen, että vastaus olisi ilman puhevaikeutta toinen, koska hän pyrki vastaamaan kaikkiin kysymyksiin ja selvensi tarvittaessa vastauksiaan. Toinen asia on oliko kysymys ja lisäkysymykset asetettu oikein. Kahden haastateltavan kohdalla ei käytetty paljon aikaa aiheeseen. Vastaukset olivat kunkin kohdalla tulkittavissa rehellisen selkeiksi. Vältin myös niin sanottua tivaamista ja liikaa johdattelua, minkä uskon olleen oikea tapa.

Haastattelun lopussa oli kysymyksiä uusista oivalluksista, elämänmuutoksista ja vapaa sana. Tarkemmat yksilölliset vastaukset näihin kysymyksiin selviävät tutkimuksen tuloksista. Kaikkien vastauksia yhdisti punaisena lankana se seikka, että elämä on nyt. Jokainen toi esille positiivisen elämänasenteensa. Katkeroitumisen tunnetta ei ollut havaittavissa. Tätä voi pitää ja tulkita kristinuskoon liittyvänä toivona ja kiitollisuutena. Voimavaroina tärkeimpinä olivat rakkaat ihmissuhteet ja mieluisat harrastukset. He selvisivät omalla sitkeydellään, jota joltakin vaadittiin enemmän kuin toisilta, ja läheistensä tuella. Tämäkin seikka liittyy täysin kristilliseen elämäkatsomukseen, vaikka Jumalan tai Jeesuksen nimeä ei mainittu. Meiltä näkymätön oli ollut läsnä ja antanut voimaa.

Edellä otin esille Owe Wikströmin kuvauksen sairaalasta. Tämä siitä syystä, että työskentelen sairaalassa ja halusin itsenikin pysäytettävän.

Omia tuntemuksia hengellisyydestä kysyttäessä ja keskusteltaessa voi kuvailla ohuiksi. Kysyinkö oikein, olisiko pitänyt olla toisenlainen tyyli? Kuulostiko

kysymys yhtä arkipäiväiseltä kuin kysymys pukeutumisesta tai riisuutumisesta? Tunnustan, että opiskelusta huolimatta uskon ja hengellisyyden puheeksi ottaminen oma-aloitteisesti on edelleenkin vaikeaa. Tuhat kertaa helpompaa on kysyä potilaalta päihteiden käytöstä. Ehkä taustalla on pelko altavastaajan asemaan joutumisesta ja siitä, että en osaa selittää epäröivälle. Uskon kuitenkin, että tiukan paikan tullen saan siihen avun Jumalasta. Ateistille tai muuten vaan epäröivälle on hyvä esittää siemeneksi Owe Wikströmin kirjoittama lause: *Mutta jäljelle jää Selittämätön – alun ja lopun salaisuus.* (Wikström 2012, 159).

## 5. TUTKIMUKSEN AINEISTO JA ANALYYSI

Tutkittavilta henkilöiltä vaadittiin kolme kriteeriä täyttävää kohtaa. Henkilön piti olla sairastunut aivoinfarktiin saaden siihen liuotushoidon, sekä on kuntoutunut itsestään huolehtivaksi ja kotona pärjääväksi henkilöksi. Pääpainona oli tutkia miten henkilöt ovat selviytyneet kotona arjesta tapahtuneen jälkeen. Tutkimuksella kerättiin myös haastateltavien kokemuksia hoitotyöstä sairaalassa, kuntoutuksesta sekä omaisten huomioimisesta. Kyselyt suoritettiin puolistrukturoidun haastattelumenetelmää käyttäen. Tämä tutkimusmenetelmään päädyttiin, koska se antaa aiheesta laajan ja tarkan kuvan asioista. Käytimme kyselykaavaketta, jota itse täytimme ja etenimme kysymyksissä sen mukaan. Haastateltavat sai puhua vapaasti, jolloin saimme arvokasta lisätietoa esimerkiksi jo kysytyihin asioihin. Teimme myös lisäkysymyksiä täsmentääksemme ja varmentaaksemme asioita.

*”Menetelmässä haastattelija on päättänyt käsiteltävät teemat ja laatinut osan kysymyksistä. Kysymysten sanamuotoja ja järjestystä voidaan kuitenkin vaihtaa keskustelun aikana ja tarkentavia kysymyksiä voidaan tehdä. Haastattelun aikana vaihtelevat strukturoidut*

*osat ja vapaamuotoisempi keskustelu.” (Ok-opintokeskus, i.a)*

### 5.1 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu

Tutkimukseen osallistui kolme haastateltavaa, jotka olivat saaneet liotushoidon johtuen aivoinfarktista. Otimme yhteyttä Aivoliittoon, josta saimme paikallisyhdistysten yhteystiedot. Paikalliset yhdistykset ottivat yhteyttä jäsenistönsä ja tiedustelivat heidän halukkuudestaan osallistua tutkimukseen. Haastateltavia olisi ollut runsaasti, mutta ehtona ollut liotushoito rajoitti tutkittavien määrään vain muutama henkilöön. Ongelmana oli juuri se seikka, että paikallisyhdistyksien käsityksen mukaan liotushoitopotilaat kuntoutuvat yleensä hyvin, eivätkä he tästä syystä osallistu yhdistyksen toimintaan. Maantieteellisesti haastateltavat asuivat Satakunnan ja Varsinais-Suomen alueella.

Paikalliset yhdistykset antoivat haastateltavien yhteystiedot ja otimme heihin puhelimitse yhteyttä ja sovimme haastatteluajat. Haastattelut tehtiin haastateltavien kotona. Haastateltavista kaksi oli nais- ja yksi mieshenkilö. Mies henkilön vaimo osallistui myös haastatteluun.

Ensimmäisenä haastateltavana ollut mieshenkilö (myöhemmin haastateltava 1) oli 70-vuotias ja ollut eläkkeellä jo infarktin saatuaan työelämästä. Haastatteluhetkellä infarktista oli kulunut vajaa vuosi. Perheeseen kuului vaimo. Kaksi aikuista lasta asuivat omillaan. Pariskunta asui edelleen omakotitalossa.

Toinen haastateltavana ollut naishenkilö oli 43-vuotias yksin asuva (myöhemmin haastateltava 2) ja seurustelee edelleen saman miehen kanssa, kuin ennen sairastumista. Aivoinfarktista oli kulunut noin yksi vuosi. Hän oli sairaslomalla työelämästä noin neljä kuukautta ja teki tämän jälkeen lyhennettyä työpäivää kesän ajan ja nykyään on työelämässä



kokopäivätoiminen. työelämässä hän on työskennellyt 10 vuotta. Hän asuu edelleen samassa paikassa, kuin ennen.

Kolmas haastateltava oli 50-vuotias naishenkilö (myöhemmin haastateltava 3). Aivoinfarktista oli kulunut noin kahdeksan vuotta. Hänen perheeseensä kuuluu aviomies ja kolmesta tyttärestä yksi asuu edelleen kotona. Perhe asuu maatilalla omakotitalossa. Hänen kohdallaan afasian vuoksi oli tarpeen tehdä lisäkysymyksiä, jotta vastauksen sisältö saatiin varmennettua.

Kukaan haastateltavista ei ollut joutunut tekemään mitään konkreettisia muutoksia asunnossa liikkumisen tai muun sellaisen suhteen.

## 5.2 Sisältöanalyysin teoreettinen perusta

Se, että haastateltavia on pieni määrä, ei silti merkitse sitä, että aineistoa olisi vähän. Jos haastattelu on kestänyt pitkään, on aineistoa yleensä kertynyt runsaasti. Kertynyt materiaali on sitä runsaampi mitä syvempi dialogi haastattelijan ja haastateltavan välillä on käyty. Runsaan aineiston käsittely on työlästä mutta tekee analyysivaiheen mielenkiintoiseksi elämänläheisyydellään. Laadullisen analyysin pääpiirteisiin kuuluu, että analyysi alkaa jo itse haastattelutilanteessa. Haastateltava voi haastattelussa tehdä havaintoja ja kerätä lisää aineistoa tarkistaakseen eri seikkoja. (Hirsijärvi, Hurme 2011, 135–136.)

Tulokset voidaan esittää sanallisessa muodossa, jolloin teksti voi olla tutkijan kuvausta aiheesta tai suoranaista tekstiä ja tekstiin voi sisältyä haastattelun otteita. Analyysi vaiheessa tarkastellaan sellaisia aiheesta nousevia seikkoja, jotka ovat yhteisiä haastateltaville. Aineistosta esiin nousevien aineistojen tarkastelu suhteessa toisiinsa on analyysin olennainen osa. (Hirsijärvi, Hurme 2011, 169–174.)

## 6. TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 6.1 Sairauden tiedot ja muistikuvat aivoinfarktin tapahtumatilanteesta

Haastateltava 1 ei osannut kertoa, oliko kysymys oikean tai vasemman puoleisesta infarktista. Aivoinfarkti oli johtunut eteisvärinästä. Aikaisemmin ei ollut tuntemuksia sydänoireista. Viisi – kuusi vuotta sitten oli hoidettu närästystä, joka saattoikin olla sydänperäistä. Hänen isänsä oli kuollut sydäninfarktiin 60-vuotiaana. Haastateltava oli hoitanut kuntoaan tunnollisesti ja säännöllisesti. Haastateltavan vaimo kertoi, että n. kuukautta ennen oli ollut näköhäiriöitä. Haastateltava itse täsmentää asiaa niin, ettei itse pystynyt lukemaan sanomalehteä. Hän oli käynyt terveyskeskuksessa, mutta syytä ei löytynyt. Tapahtumahetkeä hän kuvailee seuraavasti:

*Mä olin silloin justiinsa niin ajoin pyörällä 20km lenkin. Ja syötiin tässä näin pöydän ääressä ja sit me vähän levättiin ja siinä ku kahvia juotiin, niin sit hän huomasi yhtäkkiä , että mun puhe ei toimi ja siitä hän sitte soitti heti ambulanssin. Ei mulle tullu muuta, ku se puhe meni. Että ei mulle tullut fyysisesti kertakaikkisesti yhtään mitään semmosta, että mä olsin huomannu , että olis jääny taikka ollu sillo mitää vaurioita.*

Haastateltava 2 kertoi kyseessä olleen vasemman puoleinen aivoinfarkti. Aivoinfarktin syytä ei lopullisesti tiedetä. Hän on aikaisemmin sairastanut rintasyövän, johon lääkityksensä on ollut antiestrogeninen valmiste. Syöpäkontrollissa myöhemmin on lääkäri kertonut, että tämän lääkityksen hyvin harvinainen sivuvaikutus voi olla aivoinfarkti ja lääkitys lopetettiin tapahtuman jälkeen. Hän huomasi oireista mikä hänellä oli. Tavarat eivät pysyneet toisessa kädessä ja suupieli roikkui hymyillessä peiliin. Hän pystyi itse soittamaan ambulanssin, kun puhekyky ja alaraajojen toiminta oli vielä tallella. Vasta ambulanssissa puhekyky muuttui huonoksi, jolloin kommunikointi tapahtui päätä

nyökkäilemällä. Tapahtuma hetki on hänellä tarkkaan muistissa ja kuvailee sitä mm. näin:

*Mää olin tota tullut töistä perjantai iltana ja olin ollu jonkun aikaa sit menin suihkuun ja suihkussa se suihku niinku lähti mun käsistä sillai oudosti ja mä et apua, mitä mulle nyt tapahtuu et ku se jotenki sillai lipes, että ei oo ikinä aikasemmin tapahtunu sillai ja sit tippu jotenki käsistä ja jostain mulle tuli niinku sellanen ahaa-elämys, että nyt oikeesti täytyy mennä pois täältä ja pistää vaatetta päälle ja sit mä kattoin tos matkalla peiliin ja tota noin hymyilin terävänä, koska sairaanhoitaja oon, niin heti näki, että toinen suupieli roikkuu ja sitte mää avasin oven lukosta, että ambulanssimiehet pääsevät sisälle, koska ei tänne muuten ketään pääse, jos tiä mitä täs kerkiää tapahtuun ennen ja tota noin niin soitin 112 ja tota noin niin siel niinku nainen rauhotteli mua kovin niin ja sano, että ihan nyt vaan rauhassa ja kyllä täältä on apua tulossa jaa että kyllä sun puheesta saa ihan hyvin selvän.*

Haastateltava 3 osoittaa kädellään pään vasentapuolta kysyttäessä kummanpuolen infarkti oli kyseessä. Hän sai kerrottua olleensa lasten sydän poliklinikalla kolme - viisi vuotiaana ja tuolloin on tehty joitakin sydänoperaatioita eteisen väliseen seinämään. Muutoin hän on ollut terve. Haastateltava ei itse osannut arvioida aivoinfarktin oireita. Häneltä meni puhekyky ja oikean raajaparin toimintakyky. Tilanne yllätti nopeudellaan ja hän kuvailee tilannetta näin:

*Vessassa kävin ja ...tuffa oli eiku oli vielä täällä, öö on kuollu, ja öh ja sitte päässä ja halvaus vessassa. Öö-ö, oli oli 21.päivä toukokuuta, öö sitte silloin ja tytär oli kans... poikaystävänsä kanssa, öö ja sitte öö tuo hmm tytär soitti.*

## 6.2 Muistikuvat tilanteen etenemisestä

Haastateltava 1 muistaa itse kävelleensä ambulanssiin ja hoitotoimenpiteiden alkaneen heti. Verenpaineesta oli mainittu, että se oli kovin korkea. Hänet vietiin kertomansa mukaan Turun Yliopistolliseen keskussairaalaan neurologian osastolle. Hänellä ei ole muistikuvaa siitä koska ja missä sai liotushoidon. Hän muistaa myös, että päätä on kuvattu ja niskaa tutkittu. Tapahtumapäivä oli torstai ja hän pääsi pois seuraavan viikon tiistaina. Ambulanssin matkasta ja saapumisesta sairaalaan hänellä on seuraavanlainen kuva:

*Ei ollu, ku sielä oli kolme henkilöä, oli kuljettaja ja sitte oli kaks sielä minun kanssani. Siinä oli nais- ja mieshoitaja mut mä en tiä. minun mielestäni he oli kauhean pätevän tuntuisia ja ja heti tiesi, et mistä on kysymys ja sit olivat TYKS:iin heti yhteydessä.*

*Heti mut vietiin sinne osastolle sitte ja siitä se lähti sitte kaikki liikkeelle. Ja ambulanssihenkilökunta, molemmat oli ammattilaisia. Ettei he ollu mitää niinku tämmösiä normaalisti pienen kurssin käyneitä vaan.*

Haastateltava 2 kuvailee tilanne etenemistä ambulanssissa ja sen jälkeistä tilannetta tarkasti mm. seuraavasti:

*sit soitti tonne Poriin, että oisko siä joku neurologi. Mutta eihän sielä ollut tietenkään ollu mitään hullua. Niin sit ne arpo tossa, mä en oo ihan varma, että misä kohtaa me niinku tönötettiin, sit niin kun jossain tosa bussipysäkillä odotettiin ja sit pojat arpoi, että viedäänkö Turkuun vai Tampereelle. Ku Turussa olis ollu se sairaala sillai lähempänä ja mähän olisin kuulunu niinku sinne sairaanhoitopiirin mukaan, mut ne vei mut kumminki Tampereelle sitten, mistä lie johtuen sitten.*

*Ku päästiin siihen Kekkosen tielle, ni mun mielestä ne pisti vilkukki päälle, ku sit alko oleen oikeesti aika vähä sillai täpärässä sen*

*liuotuksen kanssa. Seittemän aikaan ne oli ne oireet alkanu ja me oltiin sitten joskus vähä jälkeen yhdeksän sielä.*

*mää menin sit ihan suoraan sinne mis ne ottaa niinku sen CT-kuvan, niin suorin vartaloin sinne. Mun mielestä se ambulanssimatka oli ihan ok. Ne oli kivat pojat eli, jos ne näkisin jossain niin voisin ihan kiitelläkin. Ne meni sillai, ihan ku kuuluukin. ne pisti sitte tossa lisää kaikkia tiputusjuttuja minulle ja sanoi, että sitte kun päästään sinne sairaalaan, niin älä sitte pelästy, sielä alkaa ihan kauhee touhu, että ne ottaa kaikanmaailman verikoetta ja kaikkia, että älä pelästy, tilanne ei oo sillai paniikki, mutta että nillä on kumminki omat rutiininsa, systeemisä ja kiireensä että ihan sillai vaan kaikessa rauhassa ja sillai tota noin ja kyllä sielä sitte tapahtu.*

*Minusta otettiin jonku syyn takia kahteen kertaan ne kuvat. Eka ilman varjoainetta ja sit varjoaineen kans ja sit sama uudetsaan jonkun ajan päästä.*

*mä olin sielä stroke-unitissa sen eka vuorokauden ihan tönösä, kun ei saanu liikkua minkään ja tota niin. Mutta siitä sitte niin sunnuntain ja maanantain välisenä yönä mut sitte siirrettiin sinne osastolle ja sielä sitte tehtiin saman tien kaiken näköset suunnitelmat, että mitä niinku ruvetaan tutkiin ja tutkittiin.*

Haastateltava 2 kertoi, että hänet siirrettiin Tampereelta Poriin ja sieltä Satalinnaan Harjavaltaan, jossa hän oli kuntoutettavana neljä viikkoa. Satalinnasta hän kävi kotilomilla viikonloppuisin, mistä ajasta hän kertoi mm. näin:

*Mut siä Satalinnassa sitte tapahtui. Sielä niinku kuntoutettiin sitte alusta alkaen ihan kaiken aikaa.*

*Ja sit oli semmonen, kun mä kerran asun yksin, mä ajattelin, että mä en kyllä tänne jumalauta uskalla tulla ikinä. En voi tulla yksin tänne olemaan. Että voi apua. Mutta kyllä mä sitte tulin heti ekana viikonloppuna.*

*Veljen vaimo kävi hakemassa mut tänne ja oli mun kanssa sitte. Ja tosiaan mun kans oltiin täälä jatkuvalla syötöllä, mut sit kun mä tulin toisena viikonloppuna kotiin, niin mä olin sit täälä ihan yksin. En mä sitte enää tarvinnu niinku sillain tääl ketään, kun kyl mää siitä sitte.*

Haastateltava 3 muistaa ambulanssimatkan ja päänkuvauksen, mutta ei osaa kuvailla tapahtumia tarkemmin afasian takia. Hän saa selvitettyä, että on menty keskussairaalaan Poriin ja mies on ollut matkalla mukana. Kysyttäessä muistaako hän milloin liotushoito on aloitettu ja missä tilanteessa mennään, hän vastaa:

*Ei kerrottu, no ei ei, no ku öö 42-vuotiaana ei oo ollu mitään... eikä ollu puhevika taka.*

Haastateltava kertoi olleensa Satakunnan keskussairaalassa osastolla kaksi viikkoa ja sen jälkeen Harjavallan sairaalassa mielenterveyden ongelmien vuoksi noin kuukauden.

### 6.3 Tiedon saaminen ja omaisten huomioiminen

Haastateltava 1 kertoi sairaalassa saaneensa lääkäriltä tiedon heti siitä, että kysymyksessä on aivoinfarkti. Vaimo kävi päivittäin katsomassa miestänsä ja oli myös soitellut sairaalaan. Haastattelun alussa hän sanoo, että häntä oli huomioitu hyvin ja saaneensa tietoja. Haastattelun lopussa hän kuitenkin luonnehtii asiaa seuraavasti:

*Se sairaalass olo oli. Vähä anto huonot pinnat niille ihmisille. Sit ku ei meikäläinenkään oikeen uskaltanu mennä kysymään. Mä sain ainaki semmosen käsityksen, että ei ollu hyvä se osasto. Kai sitä on liian vaativainen sitä ku on omainen.*

*Kyllä sieltä jälkikätkteenkin sitte muute soitettiin, että mitä kuuluu.*

Haastateltava 2 kertoi tiedon saamisestaan ja kokemuksestaan liuotushoidosta:

*Ja sit tulee lääkäri ja sanoo, että ei täälä kyllä näy minkäänlaista tukosta. Se ei kai useinkaan näy siinä heti. Mut sano, että ku oireet on kumminki noi eikä näy mitään vuotoakaan, niin ymmärrätkö sää, että jos he pistää nyt tän liuotusaineen, niin siitä saataa seurata vuoto. Et joo, ymmärrän, kyllä. Koko ajan kumminki ymmärsin puheet siis. No, annatko luvan pistää. No, juu juu, että tänne nyt sitä jo ja sit se alkokin jo ihan saman tien. Se oli niinku valmiina siinä jo se tiputuspuski ja se alko ihan saman tien ja melkeen saman tien siitä sitte niin alko tuntuun, että käden liike rupes totteeleen.*

Haastateltava 2 kertoo, että hänellä on kolme veljeä ja Yksi veljistä kävi aikuisten lastensa kanssa häntä katsomassa sairaalassa. Hän kuvailee veljen käyntiä ja omaisten huomioon ottamista:

*veli asuu ihan ... ja se oli sielä sitten tota niin hetimiten sitte sielä seuraavana aamuna silmät seljällänsä, että miten herran jumala täälä tapahtuu.*

*ne kävikin sielä kaikki ja tota niin, että kyllä mä luulen, että veli oli sitte käynyt kyselemäs, että mikä niinku on tilanne. Ja kyllä sielä oli mun mielestä niinku kauheen semmosta niinku asiallista se henkilökunta ja kyllä sielä oli henkiökuntaa tosi paljon. Että kun ne näki, kun tuli joku niin kyllä ne sinne aina kurvas, että onko jotain kysyttävää tai sanottavaa tai jotain. Et sielä kyllä huomioitiin omaiset.*

Haastateltava 3 ei pysty omin sanoin tarkasti määrittelemään sitä kuka ja miten häntä informoitiin ja koska. Vastaukset ovat epämääräisiä. Hän sanoo koko ajan ymmärtäneensä mitä hänelle itselleen puhuttiin. Puhekyvyn vaikeus lisäsi epätietoisuutta. Omaisten huomioimisessa hänellä ei ole mitään moitittavaa.

Hän antaa kuitenkin ymmärtää, että lääkärit, hoitajat ja omaiset olivat hänen tiedon lähteensä.

#### 6.4 Ohjaus osastolla

Haastateltava 1 kuvailee toimintakykynsä arviointia ja ohjausta seuraavasti:

*Fysioterapeutti (hakee sanaa) niin se kävi päivittäin sitte siinä ja kaiken näköstä kyseli tietysti ja sitten, se vei mun kerran vietiin uloski tohon kadulle kävelemään ja huomioi että mä en jää auton alle ja tämmösiä asioita, että oonks mää sielun ja ruumiin voimissa että. Ja mua harmittikin se, että mä menin semmosta lentoo sen lenki ko siel tehtiin ja sanoin, ettei mu oo mittään hätää, ettei mulla oo mikään toimimaton ja ymmärrän mitä kaikkee sä puhut mulle ja mää en oo menossa auton alle, enkä mihinkään mitää semmosta. Ja sit hän teki semmosenkin testin, että hän pisti keittää kahvia.*

Haastateltava 2 kuvailee toimiensa ohjausta Stroke -yksikössä:

*Kun se alkoi se kuntoutus myöskin sitte ihan samantien ja sen verran nostettiin sangyn päätyä, että mä sain pestyä hampaat ja niinku ruvettua mukamas aamupuurolle  
Mutta sanottiin, että toi vasen käsi sinne takapuolen alle ja oikeella kädellä otat siitä lusikasta kiinni ja siitä lähtee.*

Hän kertoi Tampereen ja Porin osaston hoidosta:

*Osastolla oli kyllä sitte hiljaset huminat sitte kun mä sinne siirryin. Ensinnäkin oli ihan jäätävä tilanne mun mielestäni, kun oli semmonen kolmen hengen huone, missä oli yks semmonen nuori tyttö, minä ja sit semmonen ehkä mun ikänen jannu oli sit se kolmas. Siinä kävi kyllä se puheterapeutti siinä sängyn vieres*



*olemassa vähän aikaa, ja sitte siinä kävi niinku toi fysioterapeutti sen verran, että se anto mulle kävelyluvan ja kai siinä sitte kävi visiin toimintaterapeutinkin. Mutta kun mä olin väärästä sairaanhoitopiiristä, niin mut siirrettiin mitä pikimmin Poriin ja kun on tää MRSA touhu, niin mä jouduin siä sit tietysti niinku eristyshuoneeseen, kunnes saadaan vastaukset. Ja sielä vasta olikin niin tosi hiljasta. Sielä ei käyny ketää. Ne huuteli siitä oven raosta, että onko kaikki hyvin. Niin ku, että sielä ei tapahtunu sitten siinä eka viikkona niinkun osaston olosuhteissa sitte yhtään mitään. perjantaina, kun tuli sitte ne MRSA-vastaukset ja joku tuli ilosesti, että jippiijaijee, sää pääset tänne ihan osastolle ja sitte oli toinen jippii, että sää pääset ny samantien ku kävelet tosta ovesta tonnepäin ja sit vasemmalle ja oikeelle ja sinne niin sielä on puheterapeutti, joka oli kiva.*

Haastateltava 3 ei osannut täsmällisesti kertoa ohjauksesta sairaala jaksosta.

## 6.5 Jatkotoimenpiteet ja kuntoutus

Haastateltava 1 muistelee, että kuukauden kuluttua sairaalasta pääsystä oli tapaaminen, jossa selvitettiin toimintakykyä ja kotiasioiden toimivuutta. Hän arvioi käyneensä puheterapiassa noin kuukauden ajan kerran viikossa, mutta haastattelun loppupuolella vaimo täsmentää, että puheterapeuttia olisi tavattu 15 kertaa. Haastateltava 1 uskoo, että puheterapiassa oli alussa hyötyä mutta tylsistyi nopeasti ja piti sitä turhanaikaisena. Haastateltava 1 kertoi myös, että edelleenkin joskus joutuu hakemaan sanoja, jonka asian vaimo vahvistaa. Vaimo kertoi terveyskeskuksessa myöhemmin tehdystä tasapainotestistä, josta haastateltava oli suoriutunut täydellisesti.

Haastateltava arvioi nopean toipumisen ansiota olevan hyvän peruskunnon:

*Varmasti autto mua, kun mulla on aika hyvä kunto. Ja kun mää on kova mettämies. Mää käyn hirvimettällä. Mä oon sielä ajomiehenä*

*kaiken lisäksi että kuljen sielä. mä muistan että se fysioterapeutti sitten sano että sää et sitte mee tänä syksynä mihinkään hirvimetälle ja mää sanoin oikeen tuimasti että saat olla ihan varma että meen.*

Haastateltava 2 kertoi tavanneensa puheterapeutin hoitajaksolla Satakunnan keskussairaalassa. Tällöin oli todettu, että puheessa ei ole varsinaisesti mitään vikaa ja kehoitettu vain puhumaan ja puhumaan kirjoitetut tekstit ääneen. Satalinnassa hän sai toiminta ja fysioterapiaa hyvinkin paljon. Hän arvioi saamiensa terapioiden merkitystä:

*Ehkä eniten mulle oli hyötyä siitä toimintaterapiasta tai ehkä mä tuln hyvin juttuun sen toimintaterapeutin kanssa. Niin meillä jotenki sillai suju se yhteistyö ja mä jotenkin pystyin ymmärtään, että miksi mun täytyy niitä jotakin nappeja siirrellä siinä. kyllä se fysioterapia oli kans tosi niinkun sillain paikallansa. Kun kyllä mulla sillai, vaikka mä pysyin jaloillani ihan tosi hyvin, niin kyllä mua silti koko ajan jännitti, että jos mä nyt kumminki kaadun. Vaikka en mä tiedä, kun en mä ollu kaatunu ollenkaan.*

Kotona selviytymiseen hän sai rohkaisua:

*Niin sitte tuli, että millä mää kauppaankaan, kun ei tota autookaan saa ajaa. No kuule, mee vaikka polkupyörällä, sanottiin sitte. Ai jaha. Oli jo valmiiks se, että jos mä kaadun. Mutta kyllä mää sit menin. Mää talsein. Eihän tästä ny pitkiä matkoja tartte talsiakaan. Talsin tota kauppaan ja melkein joka päivä kävinkin. Eihän sitä paljo jaksanu kantaakkaan silloin kerrallansa.*

Ennen työhön paluutaan hän kävi kontrolli testeissä, jotka pitivät sisällään muisti ja hahmottamistehtäviä.

Haastateltava 3 saa selvitettyä, että sairaalassa hän pystyi kävelemään ja käsi toimi eli toiminta- ja fysioterapiaan ei ollut tarvetta. Puheterapiaa hän kertoi saaneensa kaksi vuotta ja useaan otteeseen haastattelun aikana tuo ilmi harmituksen puhekykynsä ja ilmaisun vajavaisuudesta. Hän myöntää käyneensä tarkastuksessa neurologian poliklinikalla myöhäisemmässä vaiheessa.

#### 6.6 Ongelmat toimintakyvyssä ja niiden ratkaiseminen

Haastateltavat 1 ja 3 eivät kärsineet ongelmista nielemisen ja syömisen suhteen. Samoin pukeutuminen ja riisuminen onnistui heiltä omatoimisesti. Haastateltava 2 kertoi, että alkuun kärsi nielemisvaivasta sekä käden toiminta heikkoudesta ja tästä syystä hänellä oli jonkin aikaan sakeuttamisaine juomissa sekä soseutettu ruoka syömisen helpottamiseksi.

Pukeutuminen ja riisuminen tuottivat omat ongelmansa käden heikon toimintakyvyn vuoksi alussa, jolloin tarvitsi hoitajan apua. Hän kertoo alkuhankaluuksista näin:

*”Niin kun ekanahan mä en edes niinku saanu tehdä itte mitään ja sit tota niin sit ku jotenkin niin ku ei noi rintsikoitten hakaset, ei meinannu saada osumaan. Se oli järjettömän hankalaa. Pinsettiote oli ihan hävinny. Tuli semmonen ihmeellinen, että mä ihan koko kädellä yritin ottaa kaikesta kiinni oudosti, mutta kyllä se alkoi siitä jotenkin sujumaan. Kun ei ne sielä Satalinnassa paljo auttele. Kun se on niin kuntouttavaa”.*

## 6.7 Uni ja lepo

Haastateltava 1 kertoi edelleen tulevansa toimeen kuuden tunnin yönä. Eläkepäivillä hänellä on muodostunut tavaksi ottaa päivätorkut. Näissä ei ole tapahtunut muutoksia aivoinfarktin jälkeen. Uni- tai nukahtamislääkkeitä ei ole tarvinnut ollenkaan. Jonkun aikaa tapahtuman jälkeen päivätorkut olivat vähän pidempiä kuin normaalisti.

Haastateltava 2 sai Satalinnan kuntoutusjaksolla diabamia, mikä johtui lähinnä siitä, että uneen rauhoittuminen kolmen hengen huoneessa oli helpompaa. Kotiuduttuaan hän ei sitä tarvinnut. Hän kertoo väsymyksen olleen voimakasta kotiuduttuaan. Hän oli pohtinut töihin palaamista, koska kahdeksan tunnin valveilla olo oli jo haastavaa.

Haastateltava 3 sanoi, että uni ja lepo eivät ole samanlaista, kuin aiemmin. Hän joutui turvautumaan unilääkkeeseen ja oli huomattavasti väsyneempi, kuin ennen ja edelleenkin ponnistellessa ja touhutessa väsymys tulee nopeasti. Hän kuvailee unen ja valveilla oloa seuraavasti:

*”Juu väsyneempi olin. Ja öö tuo kaks tuntia ja nukkumaan ja kaks tuntia ja nukkumaan”*

Haastateltavilta 1 ja 3 ei ollut ongelmia wc-toimintojen suhteen. Haastateltavalla 2 oli sen sijaan alkupäivinä ongelmia virtsaamisessa. Asia ei onnistunut alusastialle vaan jouduttiin turvautumaan katetrointiin. Ongelma poistui, kun hän pääsi pystyyn.

Haastateltavat 1 ja 3 eivät kohdanneet ongelmia liikkumisen suhteen ja se on samanlaista kuin ennen.

Haastateltavan 2 kävely onnistui. Ongelmia tuotti aluksi oikean käden toimimattomuus. Sen toimintaa alettiin harjoittaa saman tien:

*”Mulle sanottiin, että toi vasen käsi sinne takapuolen alle ja oikealla kädellä otat lusikasta kiinni ja siitä lähtee.*

*”ja eihän se käsi nyt, ja sitä puuuroa oli jokapuolella, ku veli siihe saapu.”*

Tuntemuksistaan liikkumisen suhteen hän kertoo seuraavasti:

*”Kyllähän mulla sillai jotenki tuntui, että mulla viiraa. Mutta se sanoi se fysioterapeutti jo sielä Tampereella, että kyl sää ihan suoraan kävelet, vaikka musta koko ajan tuntui siltä, että se jotenkin sillai kaartuu. Mut en mä menny kyllä sillai. En mä ainakaan mitään päin menny. Mut se vaan tuntui siltä. Ja nykyään liikun ihan normaalisti autolla ja kaikilla.”*

Haastateltava 1:llä oli aluksi ongelmia lukemisen ja kirjoittamisen suhteen. Käsi ala oli huonompaa. Tähän hän sai apua puhe terapiasta:

*”kun mä sielä terapiassa rupesin käymään niin, kyl sen huomasi, kun siel kaikkia tehtäviä teki, niin sinä aikana kyllä se muuttu, sinäkin aikana kun mää sielä kävin niin. Ens alkuun oli vähä vaikeempi sanoja löytää ja kun ne pisti sieltä kirjottamaan ihan niin ku ainekirjotusta, niin huomasi kyllä et siinäkin kehitty sit taas.*

Tänä päivänä niin lukeminen ja ristisanatehtävät sujuvat.

Haastateltavan 2:n lukeminen onnistui mutta kirjoittaminen tuotti vaikeuksia.

Kirjoittamisesta hän kertoo:

*”Ei toiminut. Eikä myöskään kynällä kirjoittaminen. Ei siitäkään tullu siis mitään. Satalinnassa toimintaterapeutti toi sudokuja mulle, semmosia tosi isoja A4-kokosia. Mä alotin sen kirjottamistouhun ihan alusta tavallaan. Tuli kauheen isoja. Ei ne mahtunu ikinä semmosen tavallisen sudokun kokoon mun numerot. Ihan osasin täyttää niitä kyllä, kunhan sain semmosia ruutuja, mihin mun numeroni mahtu. Jotenkin se käytännön, että kuinka se tapahtuu, kuinka saa sen numeron tuleen oikeen kokoseks, siinä oli töitä*

*kans. Enkä mä vielääkään kirjota lähes tulkoonkaan sen näkösiä kirjaimia. Käsiälä on erilainen. Tietokoneella kirjoitetaan pääosin töis, mutta jos nykyään kirjoitettas käsin enemmän, niin kyllä kai se siitä tokenis.”*

Myös matkapuhelimen käyttö tuotti ongelmia vaikka hän kertoi olleensa hyvin aktiivinen tekstiviestien kirjoittaja. Hän lähetti tekstiviestejä mutta niiden sisältö ei ollut lainkaan ymmärrettävässä muodossa.

Haastateltava 3:lla on edelleen ongelmia kirjoittamisessa ja lukemisessa. Kirjoittaessa kirjaimia jää pois ja lukiessa luettu teksti unohtuu nopeasti.

## 6.8 Kommunikaatio ja aistit

Haastateltava 1:n kuulo, näkö ja tuntoaistit toimivat normaalisti.

Haastateltava 2:n kuulo on normaali. Samoin tuntoaisti. Näön suhteen on joskus ongelmia, joiden hän uskoo liittyvän väsymiseen:

*” Se, että jos kattelee vaikka elokuvan, joka kestää 2 h 40 min, vaikka james Bondin käy kattomassa, niin kyllä siinä lopussa jo alkaa olla se lukeminen huonoo. Mutta kyllä tällai normaali oloissa se on ihan samanlaista ku ennenkin. Väsyminen vaan tapahtuu huomattavasti aikasemmin kun ennemmin.”*

Haastateltava 3 kertoo kuulo ja tuntoaistin olevan normaalit. Näön suhteen hänellä on ongelmana silmämpainetauti.

## 6.9 Muisti

Haastateltava 1 arvelee, että muistissa ole tapahtunut mitään muutoksia lukuun ottamatta sitä, että nimimuisti on iän myötä huonontunut.

Haastateltava 2 arvioi muistissa tapahtuneita muutoksia seuraavalla tavalla:

*”Mulla oli aikasemmin ihan törkeen hyvä nimimuisti. Tosi hyvä. Meillähän käy tosi paljo opiskelijoita, niin mä muistin kyllä nimet, vaikken naamaa. Nyt ei nimet kyllä tuu, täytyy oikeen nähdä vähä vaivaa. Puhelinumeroita muistin. Töissä on semmosia samoja, niin kyllähän mä ne nyt muistan, ne kyllä palautuikin. Mä vaan muistelen”*

Haastateltava 3 sanoo muistinsa toimivan kuten ennen lukuun ottamatta aiemmin selitettyä luetun tekstin muistamista.

## 6.10 Omaisten ja ystävien kokemus ja suhtautuminen tapahtuneeseen

Haastateltavan 1 omaisten sekä kaveripiirin suhtautuminen on pysynyt samanlaisena:

*”Se on toi mettästys, kun on mulle ollu tärkeä. Ei sen oo väliä tuleeko saalista. Mutta se kaveripiiri. Siinä on mukava kokoontuu. Nää on jääny normaalisukulaissuhteiden lisäksi. Ne on monen kymmenen vuoden ajalta.”*

Haastateltava 2 Kertoo, että kaveripiirissä on tapahtunut muutosta:

*”Mulle on täs nyt tapahtunu niin kauheesti kaikkia niin. On täs nyt muutamia semmosia, joista ei oo kuulunu sen koommin, varsinkaan sen syöpäjutun jälkeen. Lähti ja hävis puhelimestaki muutamia*

*numeroita sen jälkeen, kun ei koskaan soita niin mitä helvettiä, ei munkaan tartte heille soitella väkisin. Kyllä muuten on ihan sillai. Mä oon tua facebookissa semmottes aivohalvausryhmässä niin sielä jotkut sanoo, että ärsyttävää, kun jotkut tulee kyttämään, kuis huono sä nyt oot. Niin mun mielestä, jos kokee sen sillai, että kyttää. No ehkä sitte joo. Mun mielestä on kiva, että on käyty.”*

Hän käy edelleen ulkona ystäviensä kanssa ja käyttää alkoholia ehkä varovaisemmin kuin aiemmin. Nykyään yhteisiä illanviettoja vietetään välittömästi eikä kavereiden suhtautumisessa ole mitään erityistä:

*”Ehkä ne oli sillon, kun oli se syöpäpolitiikka päällä ja oli se tukka lähti ja kaikki. Sillon ne oli ehkä varovaisempia, mutta ei mun mielestäni nytte. En huomaa kyllä”.*

Haastateltava 3:n perhe on säilynyt entisellään. Ystäväpiiri on kaventunut ja hän saa ilmaistua sen johtuvan oman puhumisensa vaikeudesta.

### 6.11 Seksuaalisuus

Kaikki haastateltavat kertoi seksuaalisuutensa säilyneen ennallaan. Jokainen eli edelleen saman kumppanin kanssa, kuin ennen sairastumista.

### 6.12 Kuntoutus sairaalasta pääsyn jälkeen

Haastateltava 1 kävi vaimon kertoman mukaan noin viisitoista kertaa puheterapiassa, johon hän kertoi tylsistyneensä. Hän uskoo kuitenkin, että puheterapiasta oli alkuun apua. Lisäksi hän kertoo, että terveyskeskuksessa oli tehty tasapaino testi.



Haastateltava 2 kertoi saamista ohjeista kuntoutuksen suhteen seuraavaa:

*” Kyllä mulle annettiin semmosia. Siellä oli sillä fysioterapeutilla opiskelija. Ne ohjeet oli niinku semmosia, että jos mä olisin joku 70 v, niin ehkä mä olisin niistä hyötyny. Et kyllä mä sitte ihan nyt käyn semmosissa normaalissa harrastuksissa, liikunnassa ja jumpissa ihan normisti. Mä olin kuitenkin jonkun verran nuorempi ku joku keskivertoasiakas siellä Satalinnassa, niin ne piti mua sillai, että kyllä toi ny ittekin ymmärtää. Mut se opiskelija pisti mulle jonkun näköset systeemit, että millai kuuluu. Ja me tehtiin semmonen ulkonaolo-ohjelma, jota mun piti kyllä ihan noudattaa, koska muuten mä en olis ulos lähteny. Se oli vaikee, se mennä ulos.”*

Haastateltava 2 harrastaa omaehtoista liikuntaa kuntosalilla. Motivoimana tekijänä on ollut töihin paluu sairaalajakson jälkeen sekä työkaverit. Hän on myös rajoittanut tupakointiaan tahdonvoimalla. Haastateltava 3 kertoo käyneensä puheterapiassa kaksi vuotta.

### 6.13 Tukiverkosto

Haastateltava 1 tukiverkoston kuuluu vaimo ja lapsetkin jonkin verran. He ovat pärjänneet keskenään.

Haastateltava 2 tukiverkoston kuuluu tärkeimpinä veljet, jota hän itse pitää hieman uskomattomana. Veljistä on sairastumisen jälkeen ollut iso apu vaikka yhteydenpito ei ole aikaisemmin ollut mitenkään erityistä vaan ihan arkista. Hän uskoo, että äidinkin kuoleman kautta he ovat tulleet läheisemmäksi. Tiivistä yhteyttä pitävä miesystävä on järjestyksessä seuraava ja parasta työkaveria hän kuvaa korvaamattomaksi. Haastateltava 3 nimeää tärkeämmäksi tukiverkostoksi oman perheensä.

#### 6.14 Mieliala ja tunteet tapahtuman jälkeen ja nyt

Haastateltavat 1 ja 3 eivät tunteneet pelkoa tulevaisuuden tai uuden infarktin suhteen. Haastateltava 2 sanoi pelänneensä todella kauankin ja varmistellut selustaansa tietämällä missä puhelin on ja säilyttämällä lääkelistansa kassissa. Häntä oli hieman rauhoittanut neurologin sanat *”yhtä todennäköistä se, että hän saa ensimmäisen, on se, että mä saan toisen”*

Haastateltava 1 kertoi tunteneensa avuttomuutta parina ensimmäisenä päivänä sairaalassa lähinnä käden liikkeiden tottelemattomuuden vuoksi, mutta ei sen jälkeen. Haastateltava 2 tunsu avuttomuuden tunnetta ja pelkoa pärjäämisestään siinä vaiheessa, kun työhön paluu lähestyi. Pelkonsa hän voitti. Haastateltava 3 tunsu avuttomuutta, kun toisen joutuivat auttamaan. Toimertumattomuus vaivasi.

#### 6.15 Turhautuneisuus

Haastateltava 1 turhautui puheterapiasta, jonka hän koki turhaksi. Haastateltava 2 kertoi turhautuneensa tunnettuaan työkavereiden tarkkailevan häntä:

” Silloin sen aluksi sielä töissä varsinkin niin. Sielä kyllä aluksi huomas, että mun tekemisiä katottiin, se koiranomistaja, se kolleegani kaikki lähes tulkoon. Ne katteli ja kuunteli, mitä mä puhuin ja olinko mä asiassa ja muistinko mä ja mistä puhutaan edes ja sillai.”

#### 6.16 Ärsyyntyvyys

Kaikki kolme haastateltavaa kertoivat ärsyyntyvyyskynnyksensä madaltuneen aiemmasta.

### 6.17 Pettymys

Haastateltavat 1 ja 2 eivät ole suuremmin tunteneet pettymystä tai katkeruutta. Tätä näkökulmaa he ovat miettineen vain vähän ja lähinnä ihmetellä miksi tällainen piti tulla. Haastateltava 3 on edelleen pettynyt puhekyvyn heikentymiseen.

### 6.18 Väsymys

Haastateltava 1 kertoi ottaneensa hieman pidempiä päivätorkkuja, kuin ennen. Samoin haastateltava 2 maistui uni enemmän. Ajan myötä hän päätti lopettaa torkkumiset. Edelleenkin hänen on pakko nukkua pidemmät yöunet ja mennä aikaisin nukkumaan. Haastateltava 3 unirytmii on edelleen sekava. Hänen kohdallaan parin tunnin toimiminen vaatii jo päivätorkut ja yölliset heräilyt vaivaavat häntä.

### 6.19 Eristäytymisen halu

Haastateltava 1 ei ole tuntenut eristäytymisen halua. Harrastuskaverit ja sosiaaliset suhteet ovat säilyneet ennallaan. Haastateltava 2 kertoi tunteneensa aluksi halua olla yksin ja jännitystä lähteä muiden seuraan. Yksittäisenä pelkona hänellä oli kaatuminen, jostain kummallisesta syystä. Haastateltava 3 on tuntenut alusta asti eristäytymisen halua ja sosiaaliset suhteet ovat kaventuneet. Syynä siihen on kommunikoinnin vaikeus. Hän kokee virikkeenä aivoliiton kokouksissa käymisen.

## 6.20 Masennus

Haastateltava 1 kertoi, ettei ole tuntenut masennusta missään kohtaan. Kotiin tultuaan sairaalasta, hän on lähtenyt aamulenkille niin, kuin ennenkin ollut tapana. Haastateltava 2 myöntää olleensa masentunutkin ja saaneensa siihen apua:

*Muistan silloin, kun mun isäni 20 vuotta sitten halvaantui, niin nille aloitettiin silloin ihan rutiinisti joku masennuslääke. Kyllä mullekin tarjottiin ja varmaan reseptikin kirjoitettiin. Mutta mä en sitä koskaan oo hakenu. Mä sitte sen sijaan kävin tossa mielenterveystoimistossa ton psykologin pakeilla. Eka mä kävin, kun sielä Satalinnassa oli toi neuropsykologi, ja hän teki semmosen lähetteen, koska mulle oli tapahtunu kaks semmosta isoo ja äiti oli kuollu just ennen. Sen mielestä se oli niin paljon tapahtumia lyhyellä aikaa, että kuuluu mennä juttelemaan jollekin ja minä menin sitte tietystikin. Eka ajattelin kyllä, että onkohan tääkään nyt mistään kotosin tää jaarittelu. Vaikka oon ite töissä niitten mieleterveyskuntoutujien kanssa, mutta ne on niin, että ne ei kauniisti sanottuna juttelusta parane. Ne ei siitä parane vaikka juttelis päivät pääksytysten, se on sitä toimintakyvyn ylläpitoa. Mutta kyllä siitä oli jotain hyötyä siitä psykologin luona käynnistä, kun se oli sillai aika lailla mun ikänen nainen ja tosi kiva ja se oli kun se sanoi heti ihan alkuunsa. Kun alkukokoonpano oli, että siinä oli lääkäri ja sosiaalityöntekijä ja sitten hän ja minä. Niin tossa alussa ne ajatteli, että voi olla vaikka kuinka paljon kaikenlaista ongelmaa, mutta hänen mielestään tää on tämmönen reaktiivinen tilanne vaan ja nyt käydään läpi nää sun sairautes ja tää sun äitis kuolema ja katotaan sitte tilannetta. Mä kävin sielä ehkä joku kolmisen kuukautta ehkä joka toinen viikko ja tota noin sitten mä kävin sielä varmaan joskus kuukauden päästä ja sitte taas kuukauden päästä. Mun mielestä siitä oli kyllä hyötyä.”*

Aiemmin on jo käynyt ilmi, että haastateltava 3 oli infarktin jälkeen hoidossa harjavallan sairaalassa masennuksen vuoksi. Hänellä on edelleen mieliala lääkitys, jonka hän tuntee hyväksi, eikä tarvitse muuta hoitoa vaan oma lääkäri uusii reseptit.

#### 6.21 Oma tahto, innostus ja mielekkyys

Haastateltava 1 ja 2 kertoi, että oma tahto on säilynyt samanlaisena. Asiasta keskusteltaessa hän liittyy omaan tahtoon ärsyyntyvyyskynnyksen madaltoitumisen. Haastateltava 1 mainitsi innoituksen lähteeksi rakkaan harrastuksensa metsästyksen ja metsästysporukan. Haastateltava 2 kuvailee mielenkiinnon lähteitään mm. seuraavasti:

*” Sillä miehellä on koira. Ollu pari vuotta. Se on ajokoira. Mä en ihan hirveesti tykänny siitä aluks. Sillä on metsästysharrastus ja mua hiukan ärsyttää se ampuminen ja pupujussit mun lautasella. Mutta mä oon nyt huomannut, että koirahan on ihan kiva. Mä oon sen kans tosi paljo käyny lenkillä iltapäivisin ja muutenkin on semmonen, mitä mä en oo koskaan oikeen harrastunu, on liikunta. Mikä tuli silloin sen fyssarin ja sen opiskelijan kautta, että nyt kävelet sinne ja tänne. Sen syöpätilanteen aikana mä unohdin koko liikunta-asian, kun mä olin silloin vaan niin huonovointinen. Se psykologi sano siitäkin, että ku se kysy, mitä sä teet vapaa-ajalla. Mä sanoin, että en mitään. Mä vaan makaan ja luen. Siis, lukemista harrastaa. No niin no joo. Hänen mielestään se oli harrastus. Mun mielestä se oli joutoajan viettoo. Mutta on se harrastus sekin. Ja on se, enhän mä silloin alus pystynyt lukeen kirjaa, ei jaksanu keskittyä niin pitkään. Mutta se koirapolitiikka on ollu mulle ittekin ylläri ja liikunnan löytäminen.*

Haastateltava 3 ei osaa vastata omaan tahtoon liittyvään kysymykseen suoraan vaan tuo ilmi innostuksensa kotieläimiä kohtaan.

## 6.22 Hengelliset tarpeet

haastateltava 1 kertoo, että pariskunta on normaali uskonnollinen ja käyvät kirkossa silloin tällöin kodin perintönä. Kysyttäessä kiitollisuudesta, hän kuvailee oloaan helpottuneeksi, koska oli saanut apua nopeasti ja päässyt asiassa vähällä. Monen muun on käynyt huonommin.

Haastateltava 2 arvioi hengellisyytensä ilmaantuvuutta seuraavasti:

*”Ehkä on tullu mieleen. Ja tää on semmonen tää asia, minkä mä vois in äitini kans keskustella, mutta sekään ei oo mahdollista. Mulla on nyt semmonen, tuli tossa tota noin, että mun äitini viimeinenkin sisko, niitä on ykstoista, kuoli tänä vuonna tossa tammikuussa ja mä kävin sen sitten kertomassa sen mun äidilleni sielä hautausmaalla, ja ääneen puhuin epähuomiossani, olin niin tohkeissani tästä asiasta ja puhuin sitä sitten töissä, että nyt mä oon tullu hulluksi, puhehn ittekseni pitkin hautausmaita. Sitte ne katto mua kaikki ja sanoj, että eksää ennen sitte oo. No, en. No, et ees jouluna, kun viet kynttilöitä, niin et sano hyvää joulua. Joo, en. Niin ja et kuuluisko ja siinä kävikin ilmi, että kaikki puhuu. Tää on nyt sitte tämmönen uus harraste, että mä käyn sitte sillai aina joskus kun tapahtuu jotain ylitsepääsemättömän järkähtävää, niin mä käyn sitte sielä haudalla.”*

Haastateltava 3 ei ole tullut mieleen hengellisyyteen tai uskonnollisuuteen liittyviä asioita.

## 6.23 Oma kuva

Kaikki haastateltavat näkevät oman kuvansa ja itsensä samanlaisina, kuin aiemmin.

## 6.24 Elämäntapa muutokset

Haastateltava 1 elämäntavat ovat olleet ennen infarktiakin terveelliset niin liikunnan kuin syömisen suhteen.

Haastateltava 2 on aiemmin tuonut ilmi, että nykypäivänä liikunta kuuluu elämäntapoihin oleellisena osana. Tupakointia hän on roimasti vähentänyt. Ruokailutottumukset ovat samat. Kummalakaan heistä ei ole rajoitteita liikkumisen suhteen.

Haastateltava 3 kertoo, että painoa on tullut 10kg lisää. Hän ei ole koskaan tupakoinut, eikä käyttänyt alkoholia. Nykyään suurempi levon tarve on rajoitteena erilaisille suorituksille.

## 6.25 Toivo ja jaksaminen

Haastateltava 1 antoi toivoa nopea toipuminen ja kykeneminen normaaliin elämään. Haastateltava 2 vastaus on hieman vaikeasti tulkittava mutta sen perusteella nuori ikä oli toivoa antava. Haastateltava 3 ei osaa vastata kysymykseen mutta hymyilee tyytyväisenä.

## 6.26 Tulevaisuuden näkymät ja haaveet

Haastateltava 1 elämän katsomuksena on mennä eteenpäin etukäteen murehtimatta. Haastateltava 2 toivoo pysyvänsä jatkossa terveenä. Hän pitää työstään ja haaveilee jonkinlaisista jatko-opinnoista siitä huolimatta, että arvioi oppimisen olevan ehkä hieman vaikeampaa, kuin aiemmin. Haastateltava 3 haaveet liittyvät kotitilaan. Haaveena on, että tytär jatkaisi.

## 6.27 Uusia näkökulmia elämään ja vapaasana

Haastateltava 1 kiteyttää ajatuksensa aiheesta seuraavasti:

*” Se kannattaa pitää vaan mielessä, että elää terveesti kaikella tavalla ja positiivisesti ajatella asioita. Niin.”*

Haastateltava 2 kuvailee näkökulmaansa seuraavin sanoin

*” No ihan se, että kannattaa elää tätä päivää. Ei kannata ihmetellä ja miettiä niinku sillai, että ei kannata ajatella, että ehkä mä sitte huomenna. Että, jos on joku ihan valmis ajatus, minkä mä voisin tehdä, niin se kyllä kannattaa vaan mennä ja tehdä. Ei kannata jäädä ihmettelemään, että voinko ja en taida ja katotaan sitte. Kannattaa vaan tehdä.”*

Haastateltava 3 ei osannut koota ajatuksia vapaan sanan suhteen. Haastattelu oli hänen mielestään hyvä.



## 7. SISÄLTÖANALYYSI JA TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kaikilla kolmella haastateltavalla on hyvin selvä kuva tapahtumatilanteesta. Kaikilla on myös eri syy siihen, mikä aivoinfarktin on aiheuttanut. Haastateltavista mieshenkilö oli ollut perusterve ja aina huolehtinut kunnostaan ja ollut tarkka ruokavaliostaan. Toisella naisista oli taustalla jo lapsena rakenteellinen vika sydämessä ja kolmannella taustalla sairastettu rintasyöpä. Muistikuvat tilanteen etenemisestä sen sijaan vaihtelee. Kaksi haastateltavista ei osaa tarkkaan yksilöidä sitä, mitä alkuvaiheessa tapahtui ja mitä tehtiin. Haastateltavista yhdellä on sen sijaan tarkka kuva eri vaiheista.

Tiedon saamisen ja omaisten huomioimisen suhteen molemmat naishenkilöt olivat tyytyväisiä. Afasiasta edelleenkin kärsivän haastateltavan vastauksesta voi päätellä sen, että jonkinlaista epätietoisuutta hänellä on ollut, johtuen oman puhekyvyn rajoituksesta. Mieshenkilö sanoo olleensa tyytyväinen hoitoon sairaalassa. Hänen vaimonsa sen sijaan tuo esille tyytymättömyytensä ja epävarmuutensa sekä pelkonsa lähestyä henkilökuntaa.

Kokemukset henkilökunnasta kuvaavat potilaan, omaisen ja henkilökunnan välistä suhdetta ja hoitajien kykyä kohdata heitä. Suhteita hoitohenkilökuntaan pidetään usein pinnallisina. Keskustelu koskee arkipäivän tapahtumia ja yleistä tietoa. Henkilökunnan valmiutta keskustella syvällisemmin epäillään. Omainen kokee loukkaavana kuulematta jäämisen ja hänen näkymättömyyttään ei huomata. Aloitetta keskusteluun odotetaan henkilökunnalta. Konkreettisen avun tarpeen ylittää tiedon saanti ja henkinen tuli. (Purola 2000, 86–89.)

Mieshenkilö ja toinen naisista kertovat saaneensa hyvin ohjausta toimiinsa osastolla. Kolmannen haastateltavan vastaus jää epämääräiseksi, mutta koko haastattelun aikana, hän ei tuo esille minkäänlaista tyytymättömyyttä hoidon suhteen. Tampereella aluksi hoidettu haastateltava tuo myös hyvin esille sen, miltä hänestä tuntui jouduttuaan eristykseen Poriin siirryttyään. Tämä seikka

tulisi vastaisuudessa johdattaa ajattelemaan hieman enemmän eristyksessä olevan potilaan hoitoa. Tässä kohdin resursseja pitäisi olla enemmän.

Jatkotoimenpiteet ja kuntoutus ovat perustaltaan kaikilla samat. Niiden kesto ja tulokset ovat tietysti vaihdelleet aivoinfarktin vaikeusasteen vuoksi. Vaihtelevasti ja tapauskohtaisesti haastateltavat ovat saaneet niin fysio-, toiminta- kuin puheterapiaa. Kaksi haastateltavista on saanut myös mielenterveyteen liittyvää keskusteluapua ja hoitoa. Näiden yhteydessä haastateltavien vastauksista on pääteltävissä, että myös henkistä rohkaisua tulevaan ja jatkossa selviytymiseen on saatu. Mitä ilmeisimmin kaikkien tervehtyminen on ollut liuotushoidon ja sen jälkeisen kuntoutuksen ansiota. Ilman niitä seuraukset olisivat varmaankin olleet lohduttomammat.

Kuntoutujan oma aktiivisuus on välttämätön kuntoutumiselle. Kuntoutuksen laatuun ollaan oltu tyytyväisiä siitä huolimatta, että kuntoutus on koettu irralliseksi arkielämästä. Kuntoutuskäytännön on koettu painottuvan fyysiseen kuntoon. Kuntoutuksen on myös koettu olevan osin riittämätöntä tai väärin suunnattua. (Purola 2000, 95–96.)

Haastateltavista kaksi kertoi selviytyneensä hyvin nopeasti pukeutumisen, riisumisen ja syömisen arkirutiineista. Haastateltava 2 kertoo hyvinkin tarkasti niiden suhteen alussa olleista hankaluuksista sekä siitä, miten häntä ohjattiin toiminaan.

Unen ja levon suhteen tapahtuman jälkeen mieshenkilöllö ei ole ongelmia. Molemmat naiset tuovat esille väsymyksen lisääntymisen. Nuorempi haastateltava kertoo väsymyksen olleen aluksi voimakkaampaa. Asia helpottui ajan myötä, mutta edelleenkin aikainen nukkumaan meno on välttämätöntä. Vanhempi naishenkilö kärsii edelleenkin uniongelmista. Touhuaminen väsyttää nopeasti ja yönikin on katkonaista.

*Hitaus ja väsyvyys heikentävät kykyä ajatella ja muistaa.* (Purola 2000, 63).

Wc-toimintojen suhteen pieniä alkuongelmia oli yhdellä haastateltavista. Muilla asia sujui. Liikkuminen lähti käyntiin kaikilla nopeasti. Toinen naishenkilö kärsi aluksi oikean käden toimimattomuudesta, mutta tähän kiinnitettiin ohjauksessa heti huomio.

Kaikki haastateltavat kohtasivat alkuvaiheessa ongelmia kirjoittamisen ja lukemisen suhteen. Näitäkin jatkohoidoissa harjoiteltiin. Mieshenkilö kertoo sanojen vaikeuden löytämisestä, mutta nykyään kirjoittaessa ongelma on poistunut. Toinen naishenkilöistä toteaa, että käsiala ei vielääkään ole kuin ennen. Samoin hän tuo esille ne alkuvaikeudet tekstiviestien kirjoittamisessa, mikä nykypäivänä on monesti yleisempää kuin käsin kirjoittaminen. Puhevaikeudesta eniten kärsivällä on edelleen ongelmia kirjoittaessa ja luettu teksti unohtuu nopeasti.

Haastateltavien kuulo- ja tuntoaistit toimivat normaalisti. Näköaisti on kaikilla normaali. Yhdelle haastateltavista näön suhteen on pieniä ongelmia lukiessa, jonka hän uskoo johtuvan siitä, että väsymys tulee helpommin tarkkaavaisuutta vaadittaessa. Kolmatta vaivaa silmänpainetauti ja edellä mainittu luetun unohtaminen.

Muistin suhteen ongelmat ovat pääosin vähäisiä. Kaksi kertoo nimimuistinsa heikentyneen, minkä he arvelevat johtuvan osin iästäkin. Yhdellä muistin suhteen ongelmana on tämä luetun tekstin muistamisen vaikeus.

Puheeseen, liikkumiseen, muistiin, vireyteen ja tunnetilojen säätelyyn liittyvät vaikeudet aiheuttavat tyytymättömyyttä. Puheeseen ja kirjoittamiseen liittyvät ongelmat vaikeuttavat sosiaalista ja psyykkistä selviytymistä. Vireystilan ja muistin huonontuminen vaikeuttaa myös uusien asioiden oppimista ja mieleen painamista. (Purola 2000, 62–63.)

Mieshenkilön ystäväpiiri metsästysharrastuksen suhteen ja läheisiin on säilynyt samana. Molempien naisten ystäväpiiri on kaventunut. Toisen naishenkilön ystäväpiiri on pienentynyt jo hänen sairastuttuaan rintasyöpään. Toinen arvioi

ystäväpiiriin pienentyneen hänen afasiansa vuoksi. Hän on kuitenkin lähtenyt Aivoliiton toimintaan mukaan ja viihtyy siinä vertaistensa kanssa. Molemmille on jäljelle jäänyt ns. parhaat ystävät. Kaikkien perhesuhteet ja niiden tärkeys ovat samat kuin ennenkin, mikä seikka haastattelun aikana korostuu. Tärkeimpänä tukiverkostona on ollut kaikilla oma elämänkumppani ja perhe. Seksuaalisuuden suhteen ei ole tapahtunut muutoksia.

Tyytyväisyys liittyy kotiin, ihmissuhteisiin, harrastuksiin ja terveydentilaan. Oman kodin merkitys on vapaus ja rauha. Sisällölliset ja mielekkäät harrastukset ovat tyytyväisyyden lähteitä. Omien asioiden hoitaminen itse lisää vireyttä. (Purola 2000, 86.)

Haastateltavien kertomukset eroavat avuttomuuden tunteen suhteen. Mieshenkilö pääsi parissa päivässä tästä tunteesta eroon nopean toipumisen ansiosta. Työelämään sairaanhoitajana palaava kertoi epävarmuudestaan ja peloistaan eri vaiheissa. Kotona yksin oleminen pelotti, hän tarvitsi rohkaisua yksin liikkeelle lähtemisessä ja varmisteli asioita mm. pitämällä matkapuhelinta lähettyvillä. Myös työelämään palaaminen pelotti alkuun. Haastateltava 3 kertoi tunteneensa avuttomuutta alun oman avuntarpeensa takia. Huolta aiheuttivat myös maatilan työt, jotka selvästi ovat hänelle rakkaita. Turhautuneisuutta aiheutti yhdelle ajan myötä puheterapia ja yhdelle työhön paluun jälkeen työkavereiden tarkkailu, jonka hän oli kokenut epämiellyttäväksi.

*Pelot liittyvät terveydentilan muutoksiin, itsenäisyyden menettämiseen ja omaan jaksamiseen. Omaiset tiedostavat, että heidän oman tai potilaan terveydentilan heikkeneminen vaikeuttaa selviytymistä. Ikäännyttäessä sairauksien tai uusien ilmaantuminen on mahdollista. Myös potilaan kaatumisen ja tapaturmien pelko on yleistä.* (Purola 2000, 92).

Kaikki kertoivat ärsyyntyvyyksynsä madaltuneen. Pettymyksen tai katkeruuden tunnetta kertoo kokeneensa vain afaasian vaivaava haastateltava. Eristäytymisen halu on kaikilla ollut eriasteinen. Yksi ei ole kokenut sitä lainkaan. Toisella oli alkuun halua olla yksin ja jännitystä muiden seurassa,

minkä hän on voittanut. Yksi haastateltavista on eristäytynyt osasta entisiä sosiaalisia suhteitaan. Tähän on johtanut kommunikoinnin vaikeus. Sama eriateisuus tulee ilmi masennuksesta puhuttaessa. Mieshenkilö ei ole tuntenut masennusta. Toinen naisista otti vastaan mielenterveystoimiston palvelut ammattiauttajineen ja kävi siellä läpi elämäntapahtumiaan. Lääkitystä hän ei tarvinnut. Kolmannella oli hoitajakso Harjavallan sairaalassa ja käytössä edelleen mielialalääkitys, minkä hän kokee hyväksi.

*Tunteet ja niiden osoittaminen olivat sekä AVH-potilaille että omaisille yksi selviytymiskeinoista. (Purola 2000, 113).*

Oman tahdon suhteen ei ole kenelläkään tapahtunut muutosta entiseen. Tosin kaikki toteavat pikaistumisen tapahtuvan nykyään herkemmin. Innostuksen kohteena ja mielekkyyden lähteenä ovat entiset asiat, harrastukset ja työ. Yksi haastateltavista on löytänyt liikunnan uutena asiana elämäänsä.

Työhön liittyy selviytymistä edistäviä seikkoja. Sitä vastoin työstä selviytymättömyys turhauttaa. Erityisesti naisille kotityöt ovat tärkeitä. Miehille ovat merkityksellisiä kodin ulkotyöt. (Purola 2000, 67.)

Hengellisyydestä keskusteltaessa asiaa joudutaan kysymään auttavien lisäkysymyksin. Kahdella haastateltavista ei ole tullut mieleen sen enempää hengelliset kysymykset kuin ennekään sen enempää suuremman kiitollisuuden tai kovemman katkeruuden suhteen. Yhtä koskettaa sairastumisen lisäksi oman äidin kuolema samoihin aikoihin. Hengellisyyden ja kaipuun tunnetta hän osoittaa juttelemalla äidilleen haudalla.

Elämäntapojen suhteen kaksi haastateltavista ei ole tehnyt muutoksia. Yhdellä oli uutena aiemmin mainittu liikunnan ilo ja pyrkimys tupakoinnin lopettamiseen. Molemmat naishenkilöt ovat pakon sanelemana muuttaneet tottumuksiaan nukkumisen suhteen, koska unen tarve on lisääntynyt. Ruokailutottumukset ovat kaikilla samat.

Mieshenkilölle antoi toivoa nopea toipuminen ja toiselle naishenkilölle nuori ikä. Kolmas ei osannut yksilöidä ajatustaan.

Kaikilla on omanlaisensa ajatus tulevaisuuden näkymistä ja haaveista. Yhteistä on oman terveyden korostaminen. Tärkeänä pidetään sitä, että eletään positiivisesti tätä päivää. Haastateltava 2 haaveilee jatko-opinnoista ja haastateltava 3 työn jatkumisesta omassa yrityksessä.

*Tulevaisuus nähdään useimmiten valoisana. Aikaisemmat kokemukset, elämäntehtävän saaminen valmiiksi (esim. lapset omaan elämäänsä) ja omaisen tuki edistävät myönteistä tulevaisuuskuvaa. Myös usko ja toivo paremmasta huomisesta sekä kiitollisuus auttavat selviytymään. (Purola 2000, 71).*

Arkisten käytännön asioiden suhteen kaikki ovat selviytyneet hyvin. Kunkin koti on entisellään. Tärkeimmät ihmissuhteet ovat säilyneet ja kaikkien maailmankuva ja suhtautuminen huomiseen on valoisa. Sairaus on pysäyttänyt kaikkia ja tilanteen tullessa ihmisestä löytyy voimaa, jonka olemassaoloa ei muutoin olisi ymmärtänyt olevan olemassa.

## 8. LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Laadukkuus on tavoitettavissa hyvällä haastattelu rungolla. Haastateltavat teemat mietitään ennalta ja haastattelun aikana voidaan syventää asiaa lisäkysymysten muodossa. Laadusta huolehditaan myös siten, että tekninen välineistö on kunnossa. Haastattelun aikana voidaan tehdä muistiinpanoja. Laadukasta on myös litteroida haastattelu niin nopeasti, kuin mahdollista. (Hirsijärvi, Hurme 2011, 184–185.)

Tässä tutkimuksessa haastattelut suoritettiin henkilöiden kotona. Haastateltavat antoivat kirjallisen suostumuksen haastatteluun. Kaikissa kolmessa haastattelussa käytimme samaa kysymysrunkoa ja tilanteen mukaan lisäkysymyksiä tarkensimme sitä mitä haastateltava halusi tuoda asiassa esille. Haastattelut nauhoitettiin ja purettiin tekstinkäsittelyohjelmalla kahden – neljän päivän sisällä. Haastateltavat olivat varanneet ja tutkimusympäristö soi sen, että haastateltavat pystyivät häiriöttä, tutussa ympäristössä, puhumaan vapaasti ja avoimesti.

*”Tutkittava voi antaa suostumuksensa suullisesti tai kirjallisesti, tai hänen käyttäytymisestään voi olla muutoin tulkittavissa hänen ilmaisseen suostuneensa tutkimukseen. Esimerkiksi kohteliaaseen haastattelupyyntöön myöntyminen taikka kyselyyn tai kirjoituspyyntöön vastaaminen osoittavat tutkittavan suostuneen tutkittavaksi. Henkisten haittojen välttämiseen kuuluu tutkittavia arvostava kohtelu sekä tutkittavia kunnioittava kirjoittamistapa tutkimusjulkaisuissa. Yksityisyyden suoja kuuluu perustuslailla suojattuihin oikeuksiin ja on myös tutkimuseettisesti tärkeä periaate. Tutkimusaineistojen keruun, käsittelyn ja tulosten julkaisemisen kannalta tärkein yksityisyyden suojan osa-alue on tietosuoja.” (uta.fi)*

## POHDINTA

Me molemmat opinnäytetyöntekijät olemme opiskelun alkuvaiheessa olleet harjoittelussa Satakunnan Keskussairaalan Neurologian osastolla M1. Kiinnostuksemme neurologisten potilaiden hoitoon heräsi jo tuolloin. Opinnäytetyön tekemistä helpotti juuri tämä seikka, koska harjoittelun kautta pääsimme konkreettisesti osallistumaan AVH- sairauksista kärsivien potilaiden hoitoon. Haastattelujen tekeminen pelkästään teoreettiselta pohjalta olisi ollut huomattavasti ty pistetym pi. Tällä hetkellä toinen meistä tekee työtä neurologisen potilaan kanssa. Toisen työ liittyy kirurgiaan mutta siinäkin kohdataan myös potilaita, jotka ovat kohdanneet neurologisia sairauksia. Opinnäytetyön tekeminen tuki ja tukee edelleen molempien ammatillista kehittymistä.

Suurempana ongelmana alussa oli haastateltavien löytäminen, josta olemme tarkemmin kertoneet kohdassa: tutkimukseen osallistujat. Haastateltavat olivat pitkien matkojen päässä ja yhteen haastatteluun saimme varata koko päivän. Opinnäytetyön suurin anti olikin haastatteluhetket. Mieltämme lämmitti todeta, että kaikkien haastateltavien elämä oli hallinnassa, tärkeimmät ihmissuhteet nousut esiin ja raskainkin alkuvaihe ohi. Pääasiassa haastateltavat olivat tyytyväisiä hoitohenkilökunnan työntekoon. Pieniä ajatuksia tuli kuitenkin ilmi arjen hoitotyöhön. Nämä tulisi huomioida siitä huolimatta, että hoitotyö on useimmiten kiireistä ja, kuten tunnettua, hoitohenkilökuntaa liian vähän.

Opinnäytetyön tekeminen parityöskentelynä on ollut mukavaa ja kehittävää. Olemme sopuisasti useiden kahvikuppien kera tehneet työnjakoa molempien kiinnostuksen kohteiden perusteella. Markus Viskari on syventynyt aivoinfarktin ja liuotushoidon kliiniseen puoleen ja Teija Virtanen kuntoutuksen ja diakonisen hoitotyön osuuteen. Muut jäljelle jäävät osuudet olemme tehneet yhdessä. Aihe on ollut laaja ja osin meillä on ollut ongelmia sen rajaamisessa. Tämän lyhyemmäksi emme pysty opinnäytetyötä ty pistämään.



Tähän loppuun emme voi olla ottamatta esille opinnäytetyön kustannuksia. Ne kertyvät polttoainekuluista n. 550 kilometrin matkalta, hieman vajaan 100€ kirjaston sakkomaksuista, haastateltaville viedyistä kahvipakettien kustannuksista sekä omista ruokailuista ja useista kahvilitroista. Onneksemme kustannuksia ei kertynyt haastattelumatkalla kameratolpan välähdyksestä. Kuljettaja pääsi varoituksella, eikä sakkoja tullut ☺. Työtunteja emme vaivautuneet edes laskemaan.

Kiitämme haastateltavia henkilöitä, jotka mahdollistivat tämän opinnäytetyön tekemisen. Kiitämme myös pitkämielisiä perheitämme, jotka ovat tukeneet ja kannustaneet meitä koko opiskeluajan.

## LÄHTEET

45-minuuttia: Neurologian erikoislääkäri Anne-Mari Kantasen haastattelu.  
Esitetty 18.10.2012. MTV3.

Aamu-Tv: Neurologian erikoislääkäri Mikael Ojalan haastattelu,  
Esitetty 19.8.2010 MTV3.

Aalto, Kirsti; Martti, Esko; Virtaniemi, Matti-Pekka (toim.) 1997. Sielunhoidon  
käsikirja. Porvoo; Kirjoittajat ja Kirjapaja Oy.

Finnanest, Bendel, Stepani 2009. Viitattu 11.7.2013  
[http://www.finnanest.fi/files/bendel\\_neuromonitorointi.pdf](http://www.finnanest.fi/files/bendel_neuromonitorointi.pdf)

Duodecim 2011: Käypähoitosuositus - Aivoinfarkti, viitattu 13.7.2013.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051>.

Duodecim 2011, Lääketietokanta, Actilyse, i.a, viitattu 22.7.2013.  
[http://anna.diak.fi:2078/terveysportti/!laake.dlr\\_laake.NaytaArtikkeli?p\\_artikkeli\\_id=9969&p\\_toiminnot=1](http://anna.diak.fi:2078/terveysportti/!laake.dlr_laake.NaytaArtikkeli?p_artikkeli_id=9969&p_toiminnot=1).

Duodecim 2011, Lääketietokanta, Metalyse, i.a, viitattu 22.7.2013.  
[http://anna.diak.fi:2078/terveysportti/dlr\\_laake.koti?p\\_hakuehto=metalyse](http://anna.diak.fi:2078/terveysportti/dlr_laake.koti?p_hakuehto=metalyse)

Forsbom; Maj-Britt; Kärki, Erja; Leppänen, Liisa; Sairanen, Riitta. 2001  
Aivovauriopotilaan kuntoutus, Tampere; Kustannusosakeyhtiö  
Tammi ja tekijät.

Hirsijärvi, Sirkka; Hurme, Helena 2011; Tutkimushaastattelu.

Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Kilpeläinen, Irja 1973. Osaammeko kuunnella ja auttaa. Lähimmäiskeskeisen sielunhoitomenetelmän opas. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

Lindstam, Sirkku; Ylinen, Aarne (toim.) 2012. Aivovammojen kuntoutus. Helsinki Kustannus Oy Duodecim.

Mäkijärvi, Markku; Harjola; Veli-Pekka; Päivä Hannu; Valli Juha;

Vaula Eija (toim.) 2012 Akuuttihoito opas. Duodecim, uudistettu painos, Porvoo: Bookwell Oy.

Ok-opintokeskus i.a, Viitattu 25.9.2013

<http://ok-opintokeskus.fi/node/120>

Ovasta-Pikänen, Maila 1999. Elämän uusi painos. Aivohalvaukseen

sairastuminen, kuntoutuminen ja selviytyminen. Tampere: Maila Ovaska-Pitkänen ja kirjoittajat sekä Kirjayhtymä Oy.

Puheterapeuttiliitto i.a Viitattu 3.8.2013

<http://www.puheterapeuttiliitto.fi/fi/puheterapia/>

Purola, Helena 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen

omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Oulun Yliopisto. Hoitotieteen ja- terveyshallinnon laitos. Lääkinnällisen kuntoutuksen yksikkö. Oulun Yliopistollinen sairaala. Oulu: University Press. Väitöskirja.

Soinila, Seppo; Kaste, Markku; Somer, Hannu (toim.) 2007.

Neurologia, 2-3 painos, Jyväskylä Duodecim, Gummeruksen kirjapaino Oy.

Tampereen yliopisto 2011. Viitattu 1.8.2012

<http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/periaatteet/yksit.html>

Terveyskirjasto, Atula, Sari 2012. Terveyskirjasto:

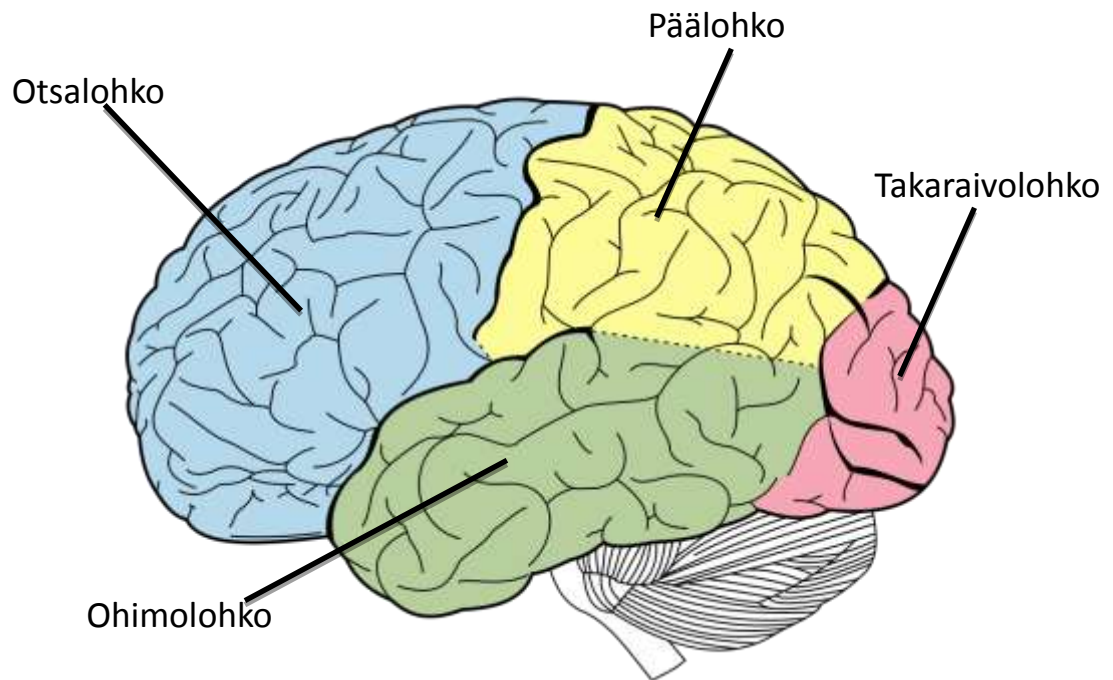
Aivohalvaus (aivoinfarkti, aivoverenvuoto) Viitattu 24.8.2013

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00001](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001)

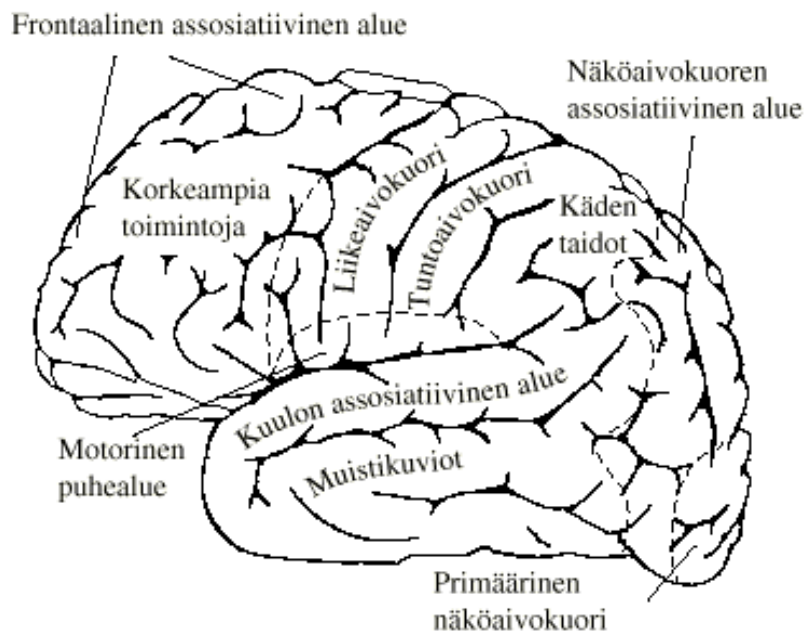
Wikström, Owe 2012. Läsnaolon taito. Johdatus kiireettömään elämään.

2.painos. Jyväskylä; Bookwell Oy.

## LIITE 1 KUVA AIVOJEN LOHKOISTA



(<http://www.biomag.hus.fi/braincourse/L1.html>) Lisätty lohkojen nimet.



(<http://www.biomag.hus.fi/braincourse/L1.html>)

## LIITE 2 AIVOINFARTKIN LUOKITTELU

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix00604](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00604)

### **Aivoinfarttien luokittelu aivoverenkiertoalueen mukaan**

#### **Arteria cerebri median (MCA) suonitusalueen infarkti**

Arteria cerebri median suonitusalue on aivoinfarttin tavallisin sijaintipaikka. Oirekuvaan kuuluu motorinen tai sensorinen hemipareesi tai niiden yhdistelmä, yläraaja on halvaantunut alaraajaa vaikeammin. Usein distaaliset toiminnot ovat selvemmin häiriintyneitä kuin proksimaaliset. Potilaan yläraaja saattaa olla täysin paralyttinen, mutta alaraajapareesi sallii kävelyn. Lievissä tapauksissa voi toisaalta ainoana kliinisenä poikkeavuutena olla yläraajan vähäinen heikkous tai hienomotoriikan kömpelyys samalla kun alaraaja toimii täysin normaalisti. Usein on todettavissa alafacialisheikkous, dysartria ja pareettisten raajojen puoleinen homonyymi hemianopia.

Keskimmäisen aivovaltimon hallitsevan, yleensä vasemman, aivopuoliskon laaja infarkti johtaa vaikeaan kielelliseen häiriöön, globaaliin dysfasiaan sekä tahdonalaisten liikkeiden hallinnan vaikeutumiseen, apraksiaan. Etuhaaroihin painottuvaan infarktiin liittyy tyypillisesti sujumattomana puheena ilmenevä kielellinen häiriö, ekspressiivinen dysfasia. Tyypillisenä piirteenä tällöin havaitaan myös aiempaan toimintamaliin juuttumista, perseveraatiota. Kielen ymmärtämisen häiriö, reseptiivinen dysfasia, taas liittyy keskimmäisen aivovaltimon taaempien haarojen tukokseen. Puheilmaisuus on tällöin usein sujuvaa, mutta virheellistä, parafaattista. Oireistoon liittyy yleensä myös kielellisen muistin ja ongelmanratkaisun heikkoutta, nimeämisen vaikeutta (anomiaa) sekä lukemisen, kirjoittamisen ja laskemisen häiriöitä.

Ei-hallitsevan, usein oikean aivopuoliskon infarktiin liittyy usein halvaantuneen kehonosan huomioimisen vaikeus, neglect-oire (toispuoleinen tarkkaavaisuushäiriö, huomiotta jättäminen) sekä tilasuhteiden hahmottamisen häiriöitä. Neglect-oire voi esiintyä sekä kehon, kuten halvaantuneen raajan, huomiotta jättämisenä että puutteina vauriolla vastakkaisen puolen tilahavainnossa. Tilasuhteiden häiriöt voivat ilmetä etäisyyksien, suuntien, suhteiden ja kokonaisuuksien arvioinnin vaikeutena. Usein esiintyy myös oiretiedostuksen vaikeutta.

## Arteria cerebri anteriorin (ACA) suonitusalueen infarkti

Harvinaisemmassa a. cerebri anterior – alueen infarktissa alaraaja halvaantuu yläraajaa vaikeammin. Virtsan- ja ulosteenpidätyskyvyssä voi esiintyä häiriöitä. Tarttumis- ja imemisheijasteet saattavat liittyä etenkin valtimon proksimaaliseen tukokseen.

Etumaisen aivovaltimon infarktiin liittyy usein myös eriasteisia aloitteisuuden ongelmia, käytöskontrollin höltymistä ja muita toiminnanohjauksen häiriöitä. Oiretiedostus on usein heikentynyt. Joskus edellä mainitun alueen infarktin jälkitilana voi esiintyä myös anterogradinen muistihäiriö (amnesia).

## Vertebrobasilaarialueen infarkti

Oirekuva voi olla hyvin vaihteleva. Kuten TIA:ssa, myös infarktissa on tunnusomaista huimaus, pahoinvointi ja oksentelu. Tajunnantaso voi olla alentunut. Vaurionpuoleinen aivohermo-oireisto yhdessä vastakkaisen puolen raajapareesien kanssa on tyypillinen aivorungon vaurioille. Vaikeassa aivorunkoinfarktissa voi kehittyä tetrapareesioireisto.

Pikkuaivojen tai sen ratayhteyksien vaurioitumisesta seuraa infarktin puoleinen ataksia.

Joskus aivorungon alaosan vaskulaariseen vaurioon liittyy katseen suunnan poikkeama, jossa silmät kääntyvät vauriosta poispäin – päinvastoin kuin hemisfääritasoisissa verenkiertohäiriöissä. Sympaattisten ratojen vaurioon voi liittyä samanpuoleinen Hornerin oireyhtymä: mioosi, ptoosi ja kasvojen anhidroosi.

Suonitusalue	Oireet ja löydökset
1. toispuoleinen tarkkaavaisuushäiriö (huomiotta jättäminen)	
Arteria cerebri media	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motorinen hemipareesi (yläraajapainotteinen)</li> <li>• Sensorinen hemipareesi (yläraajapainotteinen)</li> <li>• Sentraalinen facialispareesi</li> <li>• Dysfasia</li> <li>• Dysartria</li> <li>• Neglect <sup>1)</sup></li> <li>• Homonyymi hemianopia</li> </ul>
Arteria cerebri anterior	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motorinen hemipareesi (alaraajapainotteinen)</li> <li>• Sensorinen hemipareesi (alaraajapainotteinen)</li> <li>• Virtsa- ja ulosteinkontinenssi</li> <li>• Tarttumis- ja imemisrefleksi</li> <li>• Toiminnanohjauksen ja käyttäytymisen säätelyn häiriöt</li> </ul>
<b>Taulukko 2. Vertebrobasilaarialueen infarktin oireet ja löydökset.</b>	
<b>Oireet ja löydökset</b>	
Huimaus, pahoinvointi, oksentelu, tajunnanhäiriö	
Aivohermo-oireet	

Taulukko 2. Vertebrobasilaarialueen infarktin oireet ja löydökset.

**Oireet ja löydökset**

- Diplopia
- Dysartria
- Dysfagia
- Kasvojen tuntohäiriö
- Perifeerinen facialispareesi

Motorinen hemipareesi (myös molemminpuolinen)

Sensorinen hemipareesi (myös molemminpuolinen)

Hemiataksia

Hornerin syndrooma

Homonymi hemianopia

Agnosia

Amnesia

### Arteria cerebri posteriorin (PCA, takimmainen aivovaltimo) infarkti

Homonymi hemianopia. Takimmaisen aivovaltimon infarktiin voi liittyä erityyppistä havaintoinformaation tunnistamisen vaikeutta kuten visuaalista agnosiaa tai tuttujen kasvojen tunnistamisen vaikeutta (prosopagnosiaa). Vasemmanpuoleisessa infarktissa havaitaan usein esineiden tai värien nimeämisen vaikeutta. Usein mukana on myös vaurion puolisuudesta riippuen visuaalista tai kielellistä muistivaikeutta.

Etenkin takimmaisten aivovaltimoiden molemminpuolisissa infarkteissa esiintyy myös vaikeaa anterogradista muistihäiriötä, amnesiaa.

### Basilaaritromboosi

bilateraaliset raajaoireet / tetrapareesi, alkuvaiheessa myös hemipareesi

tajunnanhäiriö, dysartria, bulbaaripareesi

silmien liikehäiriö, katseen dyskonjugaatio, internukleaarinen oftalmoplegia

ekstensiotyyppinen raajajäykistely

ataksia

näköhäiriö

bilateraalinen positiivinen Babinskin merkki.



## LIITE 3 AKUUTTIVAIHEEN HOITO

Kopioitu

[http://anna.diak.fi:2078/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00889&p\\_haku=aivoinfarkti](http://anna.diak.fi:2078/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00889&p_haku=aivoinfarkti)

Aivoinfarkti, lääkärin käsikirja, Risto Roine, 3.7.2009

Viitattu 14.7.2013

### Akuuttivaiheen hoito

- Kaikki ennestään omatoimiset potilaat siirretään erikoissairaanhoidon lähimpään keskussairaalaan, jossa potilaat sijoitetaan ensisijaisesti aivohalvausyksikköön.
- Hoito aivohalvausyksikössä vähentää kuolleisuutta, parantaa mahdollisuuksia toipua omatoimiseksi ja säästää kustannuksia.
- Yleishoito
  - Hengitystiet pidetään auki, tarvittaessa asetetaan nieluputki tai intuboidaan. Lisähappea annetaan ensihoidossa ja myöhemminkin, jos hengityksessä tai hapetuksessa on ongelmia.
  - I.v.-nestehoito aloitetaan aina akuuttivaiheessa, ei anneta mitään per os, aloitetaan EKG-monitorointi ja verenpaineen seuranta.
- Verensokerin ja nestetasapainon hoito
  - Lieväkin hyperglykemia ( $> 8$  mmol/l) on syytä hoitaa jo akuuttivaiheessa; se pahentaa aivoiskemiaa ja lisää kuolleisuutta.
  - Hyperglykemia pahentaa myös infarktiedeemaa, lisää verenvuotoriskiä ja vaikuttaa haitallisesti myös liuotushoitoa saavan potilaan ennusteeseen. Verensokerin alentamisen edullisesta vaikutuksesta ei kuitenkaan ole toistaiseksi näyttöä. Tavoitteena on normoglykemia.
  - Suurentunut hematokriittiarvo viittaa kuivumiseen, joka on korjattava i.v.-nesteytyksellä. Suurin osa aivohalvauspotilaista on akuuttivaiheessa kuivuneita, mikä huonontaa ennustetta.
- Lämpötila
  - Lämpötilan alennus on tehokkain neuroprotektiivinen hoito aivoiskemiassa, mutta viilennyshoidon eli terapeuttisen hypotermian tehoa ja turvallisuutta aivoinfarktin hoidossa ei ole toistaiseksi osoitettu kuten sydänpysähdyksen jälkeen. Kuume pahentaa iskeemistä vauriota, lisää verenvuotoa ja turvotusta sekä kuolleisuutta, joten normaali kehon lämpötila on tavoite.
  - Normotermia tai lievä hypotermia voidaan parasetamolilla ohella saavuttaa ulkoista tai endovaskulaarista viilennyslaitteistoa tai säädettävää potilashuoneen lämpötilaa käyttäen. Hypotermia edellyttää vähintään valvontatasoista hoitoa ja myös kylmänvärinän lääkkeellistä estoa.
- Verenpaine
  - Aivoinfarktiin liittyy yleensä akuutti verenpaineen nousu, joka on suojamekanismi. Verenpaineen alennus ei pääsääntöisesti ole suotavaa kahden ensimmäisen hoitovuorokauden aikana, jolloin sen käyttö on tällä hetkellä tutkimusasteella.

- Jos diastolinen paine on alle 120 mmHg ja systolinen alle 220 mmHg, verenpainelääkitystä ei tarvita, mutta liuotushoitoa tai antikoagulaatiota käytettäessä verenpaineen ylärajana voidaan pitää n. 185/110 mmHg.
- Ensisijaisia verenpainelääkkeitä ovat [labetaloli](#) tai [enalapriili](#) i.v. Vasodilataattoreita ja äkillistä verenpaineen laskua tulee välttää (ei pureskeltavaa nifedipiiniä).
- Jos systolinen paine on yli 220 mmHg, alennetaan verenpainetta jo akuuttivaiheessa, samoin jos kardiovaskulaarinen tilanne sitä edellyttää.
- Aivoturvotus
  - Infarktiturvotus on laajoissa aivoinfarkteissa henkeä uhkaava tilanne, jonka hoitoon voidaan käyttää lämpötilan alennusta, verensokerin kontrollointia, osmoottisia lääkkeitä, asentohoitoa, levottomuuden ja kouristusten estoa, optimaalista verikaasutasapainoa ja vaikeimmissa tapauksissa hemikraniektomiaa, joka on liuotushoidon ja aivohalvausyksikössä tapahtuvan hoidon lisäksi ainoa näyttöön perustuva tehokas akuuttihoitomuoto.
- Sydämen vajaatoiminta hoidetaan.
- Rytmihäiriöt
  - Aivoinfarktipotilailla on usein rytmihäiriöitä ja sydänlihaskemiamia akuuttivaiheessa, mukaan lukien ST-muutokset EKG:ssä. Ne viittaavat sydänlihaskemian vaurioon, ja [beetasalpaus](#) on useimmiten aiheellinen.
- Keuhkokuumeen ehkäisy
  - Aspiraatoriski on suuri ja nieleminen aloitetaan testauksen jälkeen valvotusti. Profylaktinen i.v. antibioottihoito aloitetaan oksentaneille, pidempään paikallaan maanneille tai tajuttomana löydetyille potilaille mahdollisen aspiraation vuoksi.
- Syvien laskimotukosten ja keuhkoembolian ehkäisy
  - Pienimolekyylinen hepariini: [daltepariini](#) 2 500 KY × 1–2 s.c. tai [enoksapariini](#) 40 mg × 1–2
- [Antikoagulaatiohoito](#)
  - Voidaan toteuttaa [pienimolekyylisellä hepariinilla](#) anti-FXa-tason mukaan tai fraktioimattomalla [hepariinilla](#) APTT-seurannassa.
  - Antikoagulaatiohoidon indikaatioita: kardiogeeninen embolisaatio, valtimodissekoituma, sinustromboosi, basilaarivaltimon tai muun valtimon etenevä tromboosi, tiheä TIA-oireisto
  - [Varfariini](#) aloitetaan vasta n. 2 vrk myöhemmin [hepariinisuojuksessa](#) ja jatketaan yleensä 6 kk, kun aiheena on kaulavaltimon dissekoituma. Sydänperäisten embolioiden hoito jatkuu, kunnes embolialähde on hävinnyt.
  - Jos AK-hoito aloitetaan dissekaatioon ja kontrollitutkimuksessa (ultraääni tai magneettiangiografia) valtimo on täysin auki tai täysin tukkeutunut, vaihdetaan [ASA](#)an. Muissa tapauksissa [varfariini](#) jatkuu. Erikoistapauksissa voidaan harkita verisuonikirurgiaa.
  - AK-hoitoa aloitettaessa on punnittava vasta-aiheet ja indikaatio.
- Liuotushoito [plasminogeenin kudosaaktivaattorilla](#)
  - Indisoitu iskeemisen aivoinfarktin hoidossa 4.5 tunnin kuluessa oireiden alusta yksityiskohtaisia valintakriteerejä noudattaen. Liuotushoidon on näin

ollen oltava kaikkien kansalaisten saatavissa asuinpaikasta ja kellonajasta riippumatta jokaisessa keskussairaalassa. Syrjäseuduilla tämä voi olla mahdollista pelastushelikopteria tai telestroke-palvelua hyväksi käyttäen.

- Basilaarivaltimon tukoksen hoidossa noudatetaan erilaisia valintakriteereitä ja pidempää aikaikkunaa.
- Hoitoa antavilla keskuksilla on mm. ensihoitoyksiköille omat hoito- ja toimintaohjeet, joihin kuuluu oma ensihoitokoodi ja ennakoilmoitus vastaanottavaan keskussairaalaan.
- Kuntoutus
  - Aloitetaan heti varhaisvaiheessa ja on tuloksellisinta moniammatillisessa aivohalvausyksikössä, jossa jokainen potilas saa kuntoutusarvion viikon kuluessa sairastumisesta. Potilaiden mobilisaatio tapahtuu kontrolloidusti, kun epästabiili vaihe on sivuutettu. Osa potilaista tarvitsee intensiivistä, moniammatillista kuntoutusta akuuttivaiheen jälkeen.

### Sekundaaripreventio

- Alkaa akuuttivaiheessa yksilöllisen riskitekijäkartoituksen jälkeen.
  - Jos kyseessä on aterotromboottinen tai mikroangiopaattinen infarkti, aloitetaan antitromboottiseksi hoidoksi [ASA-dipyridamolilyhdistelmä](#) tai [klopidogreeli](#), joiden teho on yhtä suuri. Eteisvärinän aiheuttaman aivoinfarktin estohoitoon käytetään uusia peroraalisia antikoagulantteja tai varfariinia pysyvänä hoitona.
  - Vaikuttavinta hoitoa on verenpainetaudin hoito, josta suurimman hyödyn näyttävät saavan diabeetikot.
  - [Statiinien](#) käyttö on aiheellista oireisessa valtimosairaudessa kolesteroliarvoista riippumatta.
- Kirurginen hoito (endarterektomia)

## LIITE 4 SUOSTUMUSKAAVAKE

SUOSTUMUS

Haastateltavan suostumus opiskelijoiden pitämään opinnäytetyön haastatteluun. Haastattelu nauhoitetaan ja aineisto käytetään kyseisten opiskelijoiden opinnäytetyötä varten. Nauhoitus hävitetään poistamalla nauhoitetiedosto, kun sitä ei enää tarvita. Haastattelut ja sen raportointi suoritetaan anonyymisti. Tämä lupalappu liitetään opiskelijoiden opinnäytetyön liitteeksi.

---

Teija Virtanen  
Sh-diak.opisk.

---

Markus Viskari  
Sh. opisk

---

Haastateltava

## LIITE 5 HAASTATTELURUNKO.

1

## Haastattelulomake aivoinfarktipotilaan kokemuksista liuotushoidosta ja arjessa selviytymisestä (LIITE 5)

**Perustiedot**

Sukupuoli: Mies   
Nainen

Ikä: >30  >40  >50   
>60  >70  >80  >90

Ammatti: \_\_\_\_\_

Perhe: \_\_\_Aikuista\_\_\_ lasta

**Asumismuoto**

Ennen tapahtumaa: \_\_\_\_\_

Tapahtuman jälkeen: \_\_\_\_\_

Muutokset asunnossa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sairauden tiedot**

Kumman puolen infarkti: Vasen  Oikea

Miten päässyt hoitoon:

Mistä sai apua: \_\_\_\_\_

Oliko auttajia: \_\_\_\_\_

Tunnistiko oireita: Ei  Kyllä

**Muistikuvat hoitotilanteista:**

Ambulanssi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Päivystys: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Neurologian osastolla:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tiedon saaminen**

Miten ja keneltä sait tietoa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Huomioitiinko omaisia: Kyllä  Ei

Millä tavalla: Hyvin

Kohtalaisesti

Huonosti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Millaista ohjausta sait osastolla: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Millaista tietoa sait jatkotoimenpiteistä: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Haastattelulomake aivoinfarktipotilaan kokemuksista liuotushoidosta ja arjessa selviytymisestä (LIITE 5)

**Mieliala ja tunteet tapahtuman  
jälkeen ja nyt**

Pelko: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avuttomuus: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Turhautuneisuus: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ärsyyntvyys: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pettymys: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Väsymys: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eristäytymisen halu: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Masennus: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Oma tahto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Innostus ja mielekkyys: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hengelliset tarpeet: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Oma kuva tällä hetkellä: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Elämäntapa muutokset infarktin jälkeen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mikä antoi toivoa ja auttoi jaksamaan kotiin  
pääsyn jälkeen?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tulevaisuuden näkyvät ja haaveet?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Uusia näkökulmia elämään?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vapaa sana:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_