

Piia Oksa

Kristiina Saarinen

NEGLECT ARJESSA KUNTOUTUSOPAS


Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma

Joulukuu 2014




MAMK
University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

		Opinnäytetyön päivämäärä 16.12.2014
Tekijä(t) Piia Oksa, Kristiina Saarinen		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, Terveystieteiden ja terveysalan koulutusohjelma
Nimeke Neglect arjessa Kuntoutusopas		
Tiivistelmä Tämä opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kuntoutusopas aivoverenkiertohäiriön myötä neglectiin sairastuneille, heidän omaisilleen ja jatkohoitopaikkoihin. Työ tulee Mikkelin keskussairaalan neurologisen kuntoutusosaston käyttöön. Opas on kehitetty tuotekehitysprojektin mallin mukaisesti. Neglect tarkoittaa toisen puolen huomiotta jättämistä. Neglectin yleisin aiheuttaja on aivoinfarkti ja sen tuottamat vauriot aivojen oikealle puolelle. Neglect-kuntoutuksesta on katsottu olevan hyötyä toimintakyvyn palautumisen kannalta. Kuntouttaminen tapahtuu pääasiassa osastojaksoilla, mutta neglect-oiretta esiintyy vielä kotiuduttuakin. Omaisat ja jatkohoitopaikkojen hoitajat saavat oppaasta kuntoutuskeinoja arkeen. Opas sisältää teoretietoa neglectistä ja sen aiheuttajista sekä ohjausta käytännön tilanteisiin, esimerkiksi ruokailuun ja hygienian ylläpitämiseen. Aiheesta ei ole tehty vastaavanlaisia oppaita ainakaan hoitotyön alalta. Neglect käsitteenä on myös monille maallikoille melko tuntematon. Neglectin kuntoutuksesta kotiympäristössä tietoa löytyi hyvin vähän, eikä sitä ollut tutkittu. Suurin osa neglect-kuntoutuksesta kertovasta materiaalista on moniammatilliseen osastokuntoutukseen tai neuropsykologian näkökulmaan keskittyneitä. Toiveita oppaan toteuttamisesta on tiedusteltu neurologiselta kuntoutusosastolta ennen sen aloittamista. Opasta tehdessä saatiin lisätietoa käytännön keinoista osaston asiantuntijoiden kanssa pidetyllä tapaamiskäynnillä. Tällöin tiedusteltiin myös mielipidettä oppaaseen valittuihin tilanteisiin ja niiden mahdolliseen lisäämiseen. Valmis opas oli osastolla henkilökunnan arvioitavana viikon ajan. Palautteiden pohjalta työtä korjailtiin ja korjattuja oppaita tuotettiin suurempi määrä. Opas toimitettiin osastolle paperiversioiden lisäksi myös PDF-versiona, jotta he pystyisivät jatkossa tulostamaan oppaita itsekin.		
Asiasanat (avainsanat) neglect, kuntoutus, aivoverenkiertohäiriö		
Sivumäärä 28+3	Kieli suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Paula Iire		Opinnäytetyön toimeksiantaja Mikkelin keskussairaala, neurologinen kuntoutusosasto 11

DESCRIPTION

	Date of the bachelor's thesis 16.12.2014	
Author(s) Piia Oksa, Kristiina Saarinen	Degree programme and option Degree programme in Nursing	
Name of the bachelor's thesis Neglect as a part of everyday life - rehabilitation guidebook		
Abstract The purpose of this thesis was to develop a rehabilitation guidebook for people who have had neglect caused by transient ischaemic attack, to their relatives and to places where persons' follow-up treatment is arranged. The guidebook is going to be used at neurological rehabilitation ward of the central hospital of Mikkeli. The guidebook is developed by the pattern of product development project. The word neglect means inability to use the other side of the body even though its functionality is not damaged. The main cause of neglect is brain infarct and the damages it has produced to the right side of the brain. The investigations have shown that rehabilitation is very useful in neglect when considering the recovery. Rehabilitation usually takes place in neurological wards, but neglect symptoms are very general also at home. The guidebook gives relatives and the nursing staff at follow-up treatment places rehabilitation techniques to use in everyday situations. The guidebook includes knowledge based in theory and everyday situations such as eating and maintaining personal hygiene. No other guidebooks have been made about the matter at any rate in the nursing field. Neglect as a concept is quite unknown to many laymen. There were not so many articles or researches about neglect-rehabilitation in home environment. The main focus in material about rehabilitation of neglect is in ward rehabilitation or neuropsychological rehabilitation. Wishes about the carrying out of the guidebook were enguired from the neurological rehabilitation ward before starting. While developing the guidebook, more information was gained in a visitation where professionals of the ward were involved. During that same visitation opinions were also asked about the situations that were chosen for the guidebook and the possibility of adding some situations into it. The guidebook was evaluated at the ward during one week. Based on the feedback mistakes in the guidebook were made correct and then produced a bigger amount. In addition to the paper-version of the guidebook, it was also delivered as a PDF version to the ward. This made possible for them to print more guidebooks, if they would run out of the original ones.		
Subject headings, (keywords) neglect, rehabilitation, transient ischaemic attack		
Pages 28+3	Language finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Paula Iire	Bachelor's thesis assigned by Central hospital of Mikkeli, Neurologigal rehabilitation ward 11	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	2
3	AIVOJEN RAKENNE JA TOIMINTA.....	2
4	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT	4
	4.1.1 Aivoinfarkti.....	4
	4.1.2 Aivoverenvuoto.....	5
5	NEGLECT.....	5
	5.1 Oireet	6
	5.2 Diagnosointi.....	8
	5.3 Kuntoutus.....	9
	5.3.1 Kuntoutusmotivaatioon vaikuttavat tekijät	9
	5.3.2 Ohjaaminen ja palautteen antaminen	10
	5.4 Kuntoutusmenetelmiä eri tilanteissa.....	11
6	POTILASOHJAUS	13
7	HYVÄ POTILASOHJE	14
8	OPPAAN TOTEUTTAMINEN TUOTEKEHITYSPROJEKTINA	16
	8.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen	17
	8.2 Ideavaihe.....	18
	8.3 Suunnitelmavaihe	19
	8.4 Kehittelyvaihe.....	20
	8.5 Tuotteen viimeistely	22
9	POHDINTA	23
	9.1 Oppaan eettisyys ja luotettavuus	24
	9.2 Oma oppiminen	25
	9.3 Jatkotutkimusaiheet	25
	LÄHTEET.....	27

LIITEET

- 1 Kyselylomake
- 2 Palautelomake
- 3 Kuvankäyttösopimus

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena on neglect-oireyhtymä, joka on aivovaurion aiheuttama häiriö (Soinila ym. 2001, 102). Tarkoituksenamme on kehittää opas, jonka avulla voimme auttaa neglect-potilaita, heidän omaisiaan ja mahdollisia jatkohoitopaikkoja huomioimaan neglectin tuomat arjen haasteet. Oppaamme sisältää teoretietoa neglectistä ja sen aiheuttajista. Tämän lisäksi oppaassa on kuvallisia tilanteita, jotka sisältävät joko eri kuntoutusmenetelmiä tai tilanteita, joihin tulee kiinnittää erityisen paljon huomiota. Etenemme oppaan tekemisessä tuotekehitysprojektin vaiheita mukailen. Etsiessämme emme löytäneet vastaavanlaista kotiympäristöön tarkoitettua neglect-opasta ainakaan hoitotyön opiskelijoiden tekemänä.

Idea aiheeseen tuli työelämälähtöisesti toisen meistä ollessa harjoittelussa Mikkelin neurologisella kuntoutusosastolla. Tarvetta ohjeelle tiedusteltiin osaston hoitajilta ja fysioterapeuteilta, jotka olivat sitä mieltä, että tällaiselle oppaalle voisi olla tarvetta. Osastolla oli henkilökunnan käytössä oma neglect-kansio, mutta potilaille ei ollut mukaan annettavaa ohjetta tai opasta. Koimme sellaisen tarpeelliseksi, sillä ongelmia esiintyy myös kotiutumisen jälkeen. Neurologiseen kuntoutukseen erikoistuneella henkilökunnalla on paras mahdollinen alan osaaminen neglect-kuntoutuksen tiimoilta. Pidämme huolestuttavana, että jatkohoitopaikoissa tai omaisilla ei välttämättä ole samanlaista alan tai käytännön kokemuksen tuomaa osaamista, jolloin heillä ei ole edellytyksiä jatkaa kuntoutusta osastojakson jälkeen.

Aivoverenkiertohäiriön saa arviolta noin 25 000 suomalaista vuosittain ja niistä suurin osa on aivoinfarkteja (Aivoliitto 2014), jotka ovat neglectin yleisimpiä aiheuttajia (Kuikka ym. 2002, 284). Neglect on oireyhtymänä hyvin vaikea ja moninainen. Sen yhteydessä tapahtuu spontaaniakin kuntoutumista, mutta moninaisen oirekuvansa vuoksi kuntoutuksesta on katsottu olevan hyötyä, sillä se vauhdittaa toipumista. Halusimme kehittää käytännönläheisen ja edullisen tuotteen, joka tarjoaa tarpeeksi tietoa toisen puolen aktivoinnista arjen tarpeisiin.

Perehdyimme opinnäytetyötä tehdessämme myös potilasohjaukseen. Potilasohjausta olemme käsitelleet erityisesti kotiutustilanteisiin keskittyen, sillä opasta voi käyttää hyödyksi kyseisissä tilanteissa. Potilasta voidaan kotiutettaessa tutustuttaa oppaan sisältämään materiaaliin, jotta hänen on helpompi käyttää sitä kotona. Hyvän potilas-

ohjeen kriteerit ovat pohjana oppaалlemme. Haluamme tehdä oppaasta mahdollisimman selkeän ja käytännössä toimivan, jotta siitä olisi apua kohderyhmällemme.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tarkoituksenamme on tehdä opas neglect-potilaille, heidän omaisilleen ja jatkohoitopaikkoihin. Jatkohoitopaikoilla tarkoitamme esimerkiksi asumispalveluyksiköitä. Jatkohoitopaikoissa saattaa olla hoitotyötä tekevää henkilökuntaa, joilta ei kuitenkaan löydy hoitoalan koulusta. Haluamme tarjota oppaassa tietoa neglectistä ja sen aiheuttajista maallikoille ymmärrettävällä kielellä. Päätimme sisällyttää oppaaseen helppoja harjoitteita ja käytännön menetelmiä, joita henkilö voisi tehdä päivittäin. Oppaassa on tarkoitus kiinnittää huomiota erityisesti arjen haasteisiin, joita neglect aiheuttaa. Tällaisiksi tilanteiksi katsoimme ihmisen päivittäiset perustoiminnot, kuten hygienia-, ruokailu- ja vuorovaikutustilanteet.

Yhtenä tavoitteenamme haluamme tarjota Mikkelin keskussairaalan neurologiselle kuntoutusosaston työntekijöille apuvälineen kotiutumistilanteisiin, joita he voisivat käydä läpi potilaan ja tämän omaisten kanssa. Tavoitteenamme on jatkaa sairaanhoitajan opinnäytetyötämme terveydenhoitajan kehittämistyössä artikkelin muodossa, jonka kautta aihe saisi näkyvyyttä. Mikäli opas onnistuu hyvin, ajattelimme tarjota sitä Aivoliitolle, jonka kautta opas saataisiin laajempaan jakeluun. Pohdimme artikkelin tuoman näkyvyyden lisäävän myös Aivoliiton kiinnostusta. Neglect on monille tuntematon käsite sen yleisyydestä huolimatta. Koimme, ettei neglectistä ole välttämättä kokemuksia tai tietämystä edes jatkohoitopaikoissa. Erityisesti pienillä paikkakunnilla neglect-potilaita on hyvin vähän, eikä henkilökuntaa kannata siksi kouluttaa asian tiimoilta. Oppaamme tavoitteena oli tarjota käytännön hoitotyötä tukevaa perustietoa.

3 AIVOJEN RAKENNE JA TOIMINTA

Ihmisen aivot muodostuvat kolmesta pääosasta, jotka ovat isoavot, pikkuaivot ja aivorunko. Aivorunkoon kuuluvat keskiaivot, aivosilta, ydinjatke ja väliaivot. Aivorunko vastaa ihmisen peruselintoimintojen säätelystä, kuten verenkierrosta ja hengityksestä. Myös muut elämisen kannalta tärkeät toiminnot, kuten unirythmi, mieliala ja vi-

reystila, ovat aivorungon säätelyn alaisia. Pikkuaivojen päätehtävä on säädellä lihaskäyttöä. Pikkuaivoilla on hyvä yhteys sisäkorvan tasapainoelimiin, minkä vuoksi niillä on vaikutuksia myös kehon tasapainoon. Aivojen pääosa muodostuu isoavoista, joissa tapahtuu kaiken tietoisien toiminnan säätely. (Erkinjuntti ym 2010, 34–36.)

Isoaivot ovat jakautuneet oikeaan ja vasempaan aivopuoliskoon, jotka molemmat jakautuvat vielä erikseen. Molemmissa aivopuoliskoissa on otsalohko, päälakilohko, ohimolohko sekä takaraivolohko. Otsalohko mahdollistaa oman käytöksen suunnittelun, ylläpidon ja arvioinnin. Oma toimintaa on myös mahdollista muuttaa sen avulla. Mikäli otsalohko vaurioituu, siitä voi aiheutua häiriöitä toiminnanohjauksessa. Päälakilohko vaikuttaa suuntien sekä kolmiulotteisen tilan hahmottamiskykyyn. Päälakilohkolla on tärkeä rooli myös esimerkiksi tuntoaistin tai muun aistitiedon tunnistamisessa. Mikäli päälakilohko vaurioituu, voi ongelmia esiintyä suunnistamisessa ja nähdyn tunnistamisessa. Tämän myötä oma kotikin voi tuntua täysin vieraalta. Ohimolohkon sisällä sijaitsee hippokampus, joka on muistitoimintoihin vaikuttava aistialue. Vaurio hippokampus aiheuttaa vaikeuksia muistissa ja oppimisessa. Ohimolohko on tärkeä myös kuulohavaintojen ja kielen ymmärtämisen sekä tunnereaktioiden näkökulmasta. Takaraivolohkossa tapahtuu näköinformaation käsittely. Sen vaurioituessa ihmisen kyky nähdä saattaa säilyä entisenlaisena, mutta kykyä ymmärtää nähtyä, ei enää ole. (Erkinjuntti ym. 2010, 34–36.)

Ihmiselle tavalliset toiminnot, kuten päättely, muisti ja havaitseminen riippuvat isoavojen suorituskyvystä. Jotta isoaivot voisivat kehittyä, niitä täytyy jatkuvasti rasittaa työtä tehden. Isoavoissa syntyy lähes kaikilla ihmisillä esiintyviä taitoja, joita ovat muisti, tunteet, puhuttu ja kirjoitettu kieli. Lisäksi yksilökohtaisesti vaihtelevat taidot, kuten laskutaito, musiikki ja luovuus, ovat isoavojen säätelyn alaisia. (Erkinjuntti ym. 2010, 34–36.)

Aivot tarvitsevat toimintansa ylläpitämiseksi ravintoaineita, joita ovat happi ja glukoosi. Ravintoaineet kulkeutuvat aivoihin verenkierron välityksellä. Veri kulkeutuu aivoihin kahta nikama- ja kaulavaltimoa pitkin. Kaulavaltimo jakautuu sisempään ja ulompaan haaraan, minkä vuoksi se on erittäin altis ateroskleroottisille muutoksille, jotka tarkoittavat valtimon kovettumista. Kaulavaltimoiden sisimmät haarat sekä nikamavaltimot muodostuvat aivojen pohjassa valtimokehäksi. Kyseinen kehä toimii ruokkivien suonten lähtöpaikkana. Aivojen terveyteen vaikuttavat olennaisesti niiden

verenkiertoon negatiivisesti vaikuttavat tekijät, joita ovat kohonnut kolesteroli ja verenpaine sekä häiriöt sokeriaineenvaihdunnassa. (Erkinjuntti ym. 2010, 49 - 50.)

4 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖT

Aivoverenkiertohäiriö tarkoittaa vajausta aivoverenkierrossa. Vajauksen aiheuttajia ovat verisuonten ahtauma, tukos, vuoto tai yleinen häiriötila verenkiertossa, joita ovat muun muassa matala verenpaine tai rytmihäiriö. (Soinila 2009, 411.) Aivoverenkiertohäiriö voi olla myös ohimenevä, jolloin puhutaan TIA-kohtauksesta (transient ischemic attack) (Erkinjuntti ym 2010, 56). TIA:n kesto on alle 24 tuntia, ja oireiden kesto vaihtelee minuuttien ja 15 minuutin välillä. (Soinila ym. 2007, 296.)

Aivoverenkiertohäiriöiden esiintyvyys Suomessa on huomattavan suuri, arviolta noin 25 000 vuosittain (Aivoliitto 2014). Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat eniten vammautumista aikuisiällä ja saavat aikaan satojen miljoonien vuosittaiset menot valtiolle. Nämä kustannukset koostuvat muun muassa sairaspäivärahoista, työkyvyttömyydestä sekä hoito- ja vammaistuksista. Aivoverenkiertohäiriöistä suurin osa, noin 75 %, on aivoinfarkteja. Toiseksi suurin esiintyvyys on aivoverenvuodoilla, joita tapauksista on 15 %. Loput 10 % ovat subaraknoidaalivuotoja eli lukinkalvonalaisia vuotoja. Aivojen toiminta voi kuitenkin häiriintyä myös aivovamman, aivokasvaimen tai aivotulehduksen vuoksi. (Aivoliitto 2014.) Ihmisen iän katsotaan olevan suurin riskitekijä aivoverenkierron häiriöiden synnylle. Tästä huolimatta keski-ikäisenä sairastuneiden joukko on runsas, sillä sairastuneiden joukosta joka kolmas on alle 65-vuotias. (Soinila ym 2007, 273.)

Aivoverenkiertohäiriön vaikutukset koskevat yleensä fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista toimintakykyä. Siitä aiheutuvia oireita esiintyy sekä pysyvinä että väliaikaisina. Oireita ovat erilaiset halvausoireet, tuntuu puutokset ja kielelliset häiriöt. Myös henkinen toiminta voi häiriintyä. (Aivoliitto 2014.)

4.1.1 Aivoinfarkti

Aivoinfarkti tarkoittaa yksinkertaisimmillaan aivoverisuonitukosta. Aivoinfarktissa valtimo tukkeutuu, minkä seurauksena verenkierto ja hapen kulku estyvät valtimon

alueella olevaan aivokudokseen. Tästä johtuen osa aivokudoksesta joutuu pysyvästi kuolioon. Aivoinfarktin yleisin aiheuttaja on verihyytymän aiheuttama tukkeuma jo valmiiksi ahtautuneessa valtimossa. Tukoksen voi aiheuttaa kuitenkin myös sydämetä tai kaulavaltimosta lähtöisin oleva hyytymä. (Aivoliitto 2014.) Aivoinfarktin aiheuttajista 75 % on ateroskleroottisia eli kovettuneita muutoksia kaulavaltimoissa sekä kallonsisäisissä valtimoissa. Embolukset eli sydänperäiset veritulpat aiheuttavat tapauksista 25 %. (Sivenius 2009.)

Aivoinfarkti jaetaan etiologiansa mukaan suurten suonten tautiin (brain infarct) ja pienten suonten tautiin (lacunar infarct) ja sydänperäisiin embolioihin (cardiac embolism). Toisinaan aivoinfarktin syy piilee tilapäisessä, koko aivoverenkierron pysähtymisessä tai heikkenemisessä. Syynä voi olla myös laskimopuolen virtauseste. Verenkierto estyy suonen ruokkimalla alueella ja halvausoireet ilmenevät välittömästi. Jos verenkierto ei palaudu, hermosolut vaurioituvat muutamassa minuutissa. Ensiapuna on aivohalvausyksikössä aloitettu liuotushoito, mikä on käynnistettävä mahdollisimman pian. (Soinila ym. 2007, 296.)

4.1.2 Aivoverenvuoto

Aivoverenvuoto on tila, jossa valtimosuoni repeää ja verta pääsee vuotamaan joko aivoaineeseen tai lukinkalvonalaiseen tilaan. Vuotanut veri imeytyy vähitellen pois aivoista, mutta vuodon aiheuttamat kudonvauriot jäävät. (Aivoliitto 2014.) Aivoverenvuodoissa yleisin aiheuttaja on korkea verenpaine. Tämän lisäksi yleistä on vanhuksilla esiintyvä amyloidangiopatiaksi kutsuttu verisairaus, jossa kudoksiin kertyy liukenemattomia valkuaisaineita, jotka vaikuttavat aivovaltimoon heikentävästi johtaen lopulta aivoverenvuotoon. Lukinkalvonalaiset vuodot johtuvat useimmiten aivojen pinnalla sijaitsevan valtimoaneurysman, eli pullistuman puhkeamisesta. (Sivenius 2009.)

5 NEGLECT

Neglect tarkoittaa yksinkertaisimmillaan vartalon toisen puolen huomiotta jättämistä (Soinila ym. 2007, 126). Neglect tulee ilmi kyvyttömyytenä reagoida tiedostamattomalta puolelta tuleviin kosketuksiin sekä kuulo- ja näköärsykkeisiin. Tämän lisäksi

vaikeuksia on tarkkaavuudessa ja olemus saattaa olla yleisesti jähmeä. (Kuikka ym. 2002, 86.) Neglectin aikainen diagnosointi on tärkeää spontaanin palautumisen seurannan ja kuntoutuksen järjestämisen vuoksi. Erityisen tärkeään asemaan nousee häiriön selvittäminen potilaan omaiselle sekä hoitavalle taholle, jotta heidän antamansa apu potilaalle on parasta mahdollista. (Soinila ym. 2007, 126.)

Neglectiä esiintyy molemmilla aivopuoliskoilla, mutta oikean aivopuoliskon aiheuttama oire on yleisempi. Henkilön katse suuntautuu tyypillisesti sille puolelle, missä aivovaurio sijaitsee. (Kuikka ym. 2002, 86.) Vasemman puoleinen neglect aiheutuu, kun oikeassa aivopuoliskossa keskimmäisen tai takimmaisen aivovaltimon suonittamalla alueilla tulee laaja kudosaivovaurio. Oikean puolen neglectin aiheuttaa aivovaurio vasemmalla puolella. Oireet oikean puolen neglectissä ovat kuitenkin vasemman puoleiseen verrattuna paljon lievemmät. (Levón 2014, 7.) Tämän katsotaan johtuvan siitä, että vasen aivopuolisko ei osallistu niin vahvasti ihmisen spatiaaliseen tarkkuuteen, joka tarkoittaa kykyä mieltää tilan etäisyyksiä ja suuntia (Soinila ym. 2007, 123). Oikean aivopuoliskon on mahdollista kompensoida menetystä niin, että huomio on mahdollista suunnata molemmille puolille (Levón 2014, 7).

Neglect aiheutuu useimmin laajasta keskimmäisen aivovaltimon infarktista (Kuikka ym. 2002, 284). Päälakilohkon sekä otsa- ja ohimolohkojen vaurioita on pidetty keskeisinä neglectin aiheuttajina. Valtaosa neglectiin sairastuneista on saanut vaurioita posteriorisen, eli takana sijaitsevan päälakilohkon alempiin osiin. Vaurioita esiintyy myös ohimo- ja päälakilohkon liitoskohdassa. (Levón 2014, 6.) Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamien vaurioiden lisäksi neglectiä on havaittu esiintyvän myös aivokasvainten ja epilepsian yhteydessä. Epilepsian on todettu aiheuttavan ohimeneviä neglect-oireita, mikäli sairaus on oikeassa ohimolohkossa. Muita aiheuttajia ovat Parkinsonin ja jotkin aivovammat. (Soinila ym. 2007, 125.)

5.1 Oireet

Neglectin oirekuva riippuu siitä, missä vaurio on ilmennyt, sillä eri aivoalueet vastaavat erilaisista tarkkaavuuteen liittyvistä kyvyistä. Vaikea neglect näkyy vahvasti arjen toiminnoissa. Haasteita ilmenee liikkumisessa, pukeutumisessa, ruokailemisessa, siistiytyemisessä, lukemisessa ja kirjoittamisessa. Pelkästään liikkueensa henkilö saattaa joutua erilaisiin vaaratilanteisiin tai satuttaa itseään törmäilemällä. Pukeutumiseen ja

hygieniaan liittyvät haasteet liittyvät useimmiten siihen, että jotain jää tekemättä. Esimerkiksi pukeutuessa oikea hiha saatetaan jättää pukematta. Siistiytyemisessä esi-merkkinä miespuolinen henkilö saattaa jättää parran ajamatta tiedostamattomalta puo- lelta. Ruokaillessa henkilö saattaa jäädä nälkäiseksi, sillä hän ei tiedosta toisella puo- lella olevaa ruokaa. Lukeminen ja kirjoittaminen voivat vaikeutua, koska molemmissa toinen reuna jää kokonaan huomiotta. Erityisen haastavia ovat tarkkuutta vaativat teh- tävät, kuten liikenne tai ruoan valmistaminen. (Kuikka ym. 2002, 88 - 89.)

Neglect voi esiintyä eri aistialueilla, joita ovat visuaalinen, auditiivinen, taktilinen ja motorinen. Oireita voi esiintyä myös samanaikaisesti. Eriteltyinä nämä eri aistialuei- den häiriöt ovat persoonallinen, peripersonallinen, ekstrapersonallinen ja represen- tationaalinen neglect. Persoonallinen neglect koskee omaa kehoa, kun taas periper- soonallinen neglect käsittää käden ulottuvilla olevaa tilaa. Ekstrapersonallinen neg- lect koskee ulkoista toimintatilaa ja representationaalisessa neglectissä kyseessä on häiriö mielikuvissa. (Soinila ym. 2007, 125 - 126.)

Vaikka potilaalla ei olisi raajoilleen käyttöesteitä, toisen käden käyttö unohtuu neglec- tistä kärsivillä toistuvasti. Tätä ilmiötä kutsutaan hemiakinesiaksi. Henkilö toimii yk- sikätisen tavoin, ja toisen käden siirtäminen voi olla hänelle vaikeaa. Osalla neglectis- tä kärsivistä esiintyy vierastamista omia raajojaan kohtaan. Omia raajoja kohtaan saat- taan esiintyä vihamielisyyttä ja niitä voidaan nimitellä. Vierastaminen saattaa myös näkyä esimerkiksi oman käden säikähtämisenä herätessä ylös kesken unien. (Kuikka ym. 2002, 91.)

Neglectiin liittyy yleensä muita neurologisia oireita, joita kutsutaan liitännäisoreiksi. Tällaisista oireista yleisimpiä ovat hemiplegia eli toispuoleinen raajahalvaus, tunto- puutokset, näkökenttäpuutokset ja dysartria. Dysartrialla tarkoitetaan motorista puhe- häiriötä, jonka syynä on puheeseen tarvittavien liikkeiden toiminnan häiriö esimerkik- si halvauksen seurauksena. (Aivoliitto 2014.)

Neurologisten oireiden lisäksi oireita on myös neuropsykologisia sekä -psykiatrisia. Neuropsykologisia oireita ovat avaruudellisen hahmottamisen ja tilasuhteiden hahmot- tamisen häiriöt, visuaalisen muistin sekä näönvaraisen päättelyn vaikeudet. Oiretie- dostus on puutteellista, minkä lisäksi puheen tunnesävyjen, ilmeiden ja eleiden tunnis- taminen ei onnistu tavalliseen tapaan. Neuropsykiatrisiin liitännäisoreisiin kuuluu yli-

iloisuus, tunnereagoinnin latistuminen ja apaattisuus. Henkilö ei myöskään pysty aina tulkitsemaan sosiaalisia tilanteita oikein. (Jehkonen ym. 2013.)

Neglect voi aiheuttaa puutteita, niin henkilön kehon alueella kuin sen ulkopuolellakin. Tämän lisäksi vaikutuksia voi olla myös mieli- sekä muistikuviin. Neglect-oireinen saattaa näkyvästi suunnata silmiä, päätä ja koko kehoaan oikealle puolelle. Oireisto voi potilaasta riippuen olla hyvin vaihtelevaa. Häiriöitä saattaa esiintyä myös yhdistelminä. (Jehkonen ym. 2013.)

Neglectin on katsottu olevan esteenä autolla ajamiselle näönvaraisen tarkkaavuushäiriön vuoksi, mutta asiaa ei ole vielä tutkittu tarpeeksi. Ajolupa on kuitenkin joissain tapauksissa mahdollista saada takaisin, mutta tämä vaatii moniammatillisen arvion, johon osallistuvat muun muassa neurologi ja neuropsykologi. Tutkimuksessa arvioidaan liikennenäköä, motoriikkaa sekä harkinta- ja havainnointikykyä. Ajoluvan takaisin saaminen edellyttää neglect-oireista kuntoutumista, joten oireita on seurattava riittävän pitkään. Sairastumisen jälkeen on pitänyt kulua vähintään puoli vuotta, jotta ajokoetta voidaan harkita. Ajoluvan takaisin saamiseksi on tehtävä ajokoe. (Jehkonen ym. 2009.)

5.2 Diagnosointi

Neglectin tunnistamiseen tarvitaan neuropsykologinen tutkimus, eikä pelkkä henkilön tarkkaileminen riitä. Neglectin arvioimisessa käytetään apuna erilaisia testejä. Testien avulla mitataan neglectin eri komponentteja ja määritetään oireyhtymän vaikeusaste. Testitehtäviä ovat erilaiset etsimis-, piirtämis-, kopiointi- ja viivanpuolitustehtävät. Näiden testien lisäksi kliinisellä puolella käytetään BIT-testiä, joka tulee sanoista Behavioural Inattention Test. BIT sisältää kuusi kynä-paperitehtävää sekä yhdeksän toiminnallista osatestiä, jossa kartoitetaan erityisesti päivittäisten toimintojen haasteellisuutta. Lievä neglect ei aina ilmene sitä mittaavissa testeissä. Testattava henkilö on saattanut oppia kompensoimaan tarkkaavuuttaan strukturoiduissa tilanteissa. Toisinaan voi olla, että neglect ilmenee vain tilanteissa, joissa henkilö on väsynyt tai tehtävät ovat vaikeita. (Levón 2014, 8 - 10.)

5.3 Kuntoutus

Neglectin oireet ilmenevät usein heti aivoinfarktin jälkeen ja ovat vakavimmillaan akuuttivaiheessa. Tutkimuksien mukaan henkilöillä, jotka ovat saaneet liuotushoidon, on pienempi riski saada neglect-oireita. Suurimmalla osalla ihmisistä, joilla neglectiä esiintyy, oireet häviävät joko osittain tai täysin kahdesta kuuteen kuukauteen mennessä. Neglectiin sairastuneista noin puolet kuntoutuu vuoden kuluessa (Soinila ym. 2007, 125). Kuntoutuminen tapahtuu nopeimmin ensimmäisen kuukauden kuluessa. Oireet lievittyvät, kun tarkkaavuutta säätelevä hermoverkko elpyy. Todennäköisyys neglectiin sairastumiselle kasvaa, mikäli aivoinfarktit toistuvat. Nopeasta spontaanista kuntoutumisesta huolimatta tulee ottaa huomioon erityisesti visuaalisen neglectin heikko toiminnallinen kuntoutuminen. Ongelmat piilevät erityisesti tarkkaavuuden vaikeuksissa ja jäännösoireissa. Myös kuntoutuksen onnistumista mitataan samankaltaisilla testitehtävillä kuin sairastumisen alussa. (Levón 2014, 13.)

Vaikka neglectin oireet olisivat sairaalassa lieventyneet merkittävästi tai niitä ei enää esiintyisi, on todella yleistä, että oireita esiintyy henkilön kotiuduttua (Robertson & Halligan 1999, 98). Kuntoutuksella voidaan vaikuttaa kykyyn tiedostaa oireita sekä palauttaa toimintakykyä entisenlaiseksi. Neglectin kannalta kuntoutus muodostuu erittäin tärkeäksi, sillä useiden tutkimusten mukaan sen pitkittyminen hidastaa aivoverenkiertohäiriön jälkeistä kuntoutumista sekä pidentää sairaalassaoloa. Kuntoutuksella voidaan mahdollistaa tulevaisuuden itsenäinen toimiminen. Neglect aiheuttaa kuitenkin monia arjen haasteita, joihin kaikkiin ei kuntoutuksella pystytä saamaan apua. (Jehkonen ym. 2013.)

5.3.1 Kuntoutusmotivaatioon vaikuttavat tekijät

Seurauksena jo aiemmin mainitusta oireiden tiedostamattomuudesta voi ilmentyä kognitiivisia oireita sekä puutteellista motivaatiota kuntoutusta kohtaan. Tästä huolimatta kuntoutuksen jatkuessa oireitiedostus yleensä kohenee, minkä myötä kuntoutuksen hyödyt tulevat paremmin esiin. Tavoitteet kuntoutukselle tulee huomioida henkilön itsensä ja läheisten tarpeet huomioiden. Tällaisia asioita ovat yleensä arkiset asiat, kuten lukemisen ja kotiympäristössä liikkumisen helpottuminen. Kuntoutuksen hyötynä pidetään myös sitä, että vaikka täysin itsenäinen toimiminen ei enää onnistuisi, neglect-henkilö voi asua kotona edelleen omaisen avustamana. (Jehkonen ym. 2013.)

Mikäli neglect-oireesta kärsivällä esiintyy muistiongelmia, voi niillä olla vaikutusta kuntoutumisen onnistumiseen. Muistin ongelmassa on pidentäviä vaikutuksia oppimiseen ja taitojen siirtymiseen osaksi päivittäistä toimimista. Myös vireystila voi häiriintyä, minkä vuoksi kuntoutushetken keston tulee olla maltillinen. Ulkopuolinen ohjaus on tärkeässä roolissa tarkkaavuudessa ja toiminnanohjauksessa esiintyvien ongelmien vuoksi. (Jehkonen ym. 2013.)

Henkilön siirtyessä kotiin kannattaa muistaa, ettei kuntoutus voi jatkua samanlaisena kuin osastolla. Koti on ihmiselle ominaisin ympäristö, jossa hänen tulee voida rentoutua. Kuntouttavaan toimintaan voidaan sopia myös tiettyjä rutiineja. Tällainen voi tarkoittaa joitain tiettyihin tilanteisiin sidottuja toimintatapoja. Kuntoutuksessa on hyvä muistaa myös tilannesidonnaisuus, joka korostuu erityisesti vuorovaikutustilanteissa. On hyvin eri asia pyrkiä aktivoimaan tiedostamatonta puolta esimerkiksi kahdestaan puolison kanssa kotona kuin vaikka juhlatilanteessa, jossa kaikki vieraat lähestyisivät henkilöä tiedostamattomalta puolelta. Eri tilanteiden kannalta tuleekin miettiä, mikä on tarpeellista ja hyödyllistä. (Nortala ym. 2014.)

5.3.2 Ohjaaminen ja palautteen antaminen

Kuntoutuksessa eniten käytetään tahdonalaisia harjoituksia, jotka tarkoittavat tahdonalaista huomion ja liikkeiden ohjaamista tiedostamattomalle puolelle. Tämä on Suomen käytetyin kuntoutusmuoto ja menetelmän on havaittu toimivaksi myös ohjattuna omaisille. Yksinkertaisimmillaan menetelmä voi tarkoittaa ohjaamista ja muistutteleminen huomion kiinnittämisestä tiedostamattomalle puolelle. Henkilöä voidaan kehottaa etsimään kadonneita esineitä huomiotta jääneeltä puolelta. Lisäksi henkilöä kannattaa ohjauksen yhteydessä muistuttaa, ettei tämä satuta tiedostamattoman puolen raajoja liikkeessään. Parhaisiin tuloksiin päästään, kun harjoituksia suoritetaan mahdollisimman luonnollisessa ympäristössä ja monipuolisesti. Ongelmia saattaa syntyä, jos huomioitavaa on samaan aikaan liikaa. (Luukkainen-Markkula 2009, 9.)

Neglect-oireisen tiedostamattoman puolen aktivointia voidaan lisätä myös tilanteiden jälkeisellä välittömällä palautteella (National stroke foundation 2010). Palaute voi olla kuulo-, näkö- tai kosketuspalautetta. Myös paineen tunne esimerkiksi jossakin raajassa voi välittää henkilölle tietoa. Palaute jaetaan ulkoiseen ja luonnolliseen palautteeseen.

Luonnollinen palaute tarkoittaa henkilön omaa aistien tuomaa informaatiota, kun taas ulkoinen palaute käsittää ulkopuolisen henkilön antaman palautteen. Virheiden esiintuomisen sijaan tiedon antaminen oikeasta toimintavasta on katsottu hyödyllisemmäksi jo neglect-henkilöiden kuntoutusmotivaationkin kannalta. (Van Vliet & Wulf 2006.) Kotiympäristössä tämä seikka on tärkeää huomioida niin, ettei palaute ole pelkkää kritiikkiä, vaan myös onnistumisista annetaan kannustavaa palautetta. Mikäli kritiikkiä tarvitsee esittää, kannattaa muistaa hienotunteisuus. Kritiikki ei saa olla jatkuvaa ja päivän mittaan monesti toistuvaa. (Nortala ym. 2014.)

5.4 Kuntoutusmenetelmiä eri tilanteissa

Huomattavia tuloksia on saatu, kun neglect-oireisen tiedostamattomalle puolelle on asetettu jotain, joka vaatii häntä kääntämään koko vartalonsa esineen tai asian suuntaan. Tämän on havaittu parantavan päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. (Karnath ym. 2002, 367.) Toistoja tekemällä voidaan toiminnoista saada automaattisia (Karnath ym. 2002, 380). Tiedostamattoman puolen käden aktivointia on tutkittu ja huomattu sen vaikeutuvan, mikäli molempia käsiä käytetään samanaikaisesti. Tiedostamattoman puolen käden käytöllä pidempinä jaksoina on todettu olevan aktivoivia vaikutuksia oikeaan aivopuoliskoon. Menetelmä on osoittautunut hyödylliseksi erityisesti neglect-potilaille, joilla esiintyy myös raajojen halvausoireita. (Robertson & Halligan 1999, 125 - 126.)

Lennonin 1994 tekemässä tutkimuksessa saatiin merkittäviä tuloksia laitoshoidossa olevien potilaiden kyvyssä väistää asioita ja esineitä, kun heidän huomiotaan ohjamaan oli asetettu värikkäitä tarroja. Kyseisessä tutkimuksessa käytetyt tarrat olivat punaisia, koska se on huomiota herättävä väri. Siirryttäessä kotiolosuhteisiin törmäily kuitenkin jatkui, minkä myötä sama terapiamuoto siirrettiin myös kotiympäristöön. Kun potilaat olivat oppineet väistämään tarroja, he väistivät törmäysalttiit alueet myös tarrojen poistamisen jälkeen. Potilaiden on myös mahdollista oppia väistämään esineitä toistuneiden kipukokemusten ja kehotusten kautta. Nämä esimerkit parantavat yksittäisissä tilanteissa toimimista, mutta niillä ei ole merkittäviä vaikutuksia yleiseen toiminnan paranemiseen. (Robertson & Halligan 1999, 99.)

Vuorovaikutustilanteet voivat aluksi olla todella vaativia ja jopa kiusallisiakin henkilölle, jolla on neglect. Keskusteltaessa neglect-henkilön kanssa on hyvä asettautua

henkilön tiedostamattomalle puolelle ja pyytää häntä ottamaan katsekontakti itseensä. Tällainen menetelmä sopii parhaiten tilanteisiin, joissa henkilö on esimerkiksi kahden omaisensa kanssa. Muutoinkin sosiaalisissa tilanteissa on tärkeää huomioida tilanesisidonnaisuus. Mikäli henkilölle on järjestetty vaikkapa juhlat, joihin osallistuu useampia ihmisiä, ei ole hyvä pyytää vieraita lähestymään tiedostamattomalta puolelta, sillä tilanteen seuraaminen vaikeutuu ja aiheuttaa nöyryytetyn olon. Tilanteet, joihin osallistuu useampia ihmisiä, kannattaa hoitaa niin, että muut ihmiset lähestyvät henkilöä tiedostavalta puolelta. (Nortala ym. 2014.)

Prismalaseikuntoutuksella on saatu hyviä tuloksia. Lasien avulla näkökenttää saadaan muutettua niin, että katsetta täytyy kääntää vasemmalle. Mikäli laseja pidetään pitempään, saadaan aikaan automaattista harjoitusta. (Luukkainen-Markkula 2009, 9.) Prismalaseikuntoutus on kuitenkin pääasiassa tutkimuksissa käytetty muoto, joka ei välttämättä ole sovellettavissa kotioloihin. Prismalaseit eivät välttämättä sovi myöskään taloudellisesta näkökulmasta katsoen kaikille. (Nortala ym. 2014.)

Peiliä voidaan käyttää hyödyksi pukeutumis- ja hygieniatilanteissa. Peilin avulla henkilö voi tarkistaa, onko esimerkiksi toinen puoli puettu puutteellisesti tai parta jäänyt ajamatta tiedostetulta puolelta. (Nortala ym. 2014.) Peilin käytöstä on katsottu olevan hyötyä niille neglect-oireisille, jotka kykenevät peilin kautta hahmottamaan laiminlyönnin. Mikäli laiminlyönti ei tule henkilölle ilmi edes peilin kautta, on tilanne ongelmallisempi. (Ramachandran ym. 1999.) Pukeutumisessa ja hygieniatilanteissa on syytä muistaa myös se, että tiedostamaton puoli kannattaa huomioida aina ensin. Näin tehdessä tiedostamaton puoli aktivoituu enemmän, sillä tiedostetun puolen pukeminen käy henkilöltä kuin itsestään. (Nortala ym. 2014.)

Jo aiemmin mainittua kuntoutusmenetelmää, jossa henkilöä ohjataan kiinnittämään huomiota tiedostamattomalle puolelle, voidaan soveltaa myös niin, että potilas käyttää käsiään apuna huomion kiinnittämisessä. Käsillä tunnustellen voidaan etsiä esimerkiksi ruokaillessa tarjottimen keskiosa tai lukiessa kirjan keskiaukeama, ja jättää sormi merkiksi löydetystä alueesta. Näin neglect-oireinen löytää haluamansa ruokatarjottimen tai sivun helpommin. (Robertson & Halligan 1999, 108–109.)

Ruokailutilanteita voidaan helpottaa erilaisin tavoin. Astiat voidaan asetella normaalilla tavalla, mutta ruokailutilannetta voidaan ohjata ja antaa siitä palautetta. Mikäli ruo-

ka sisältää useampaa eri lajia, esimerkiksi juomaa, leipää, lihaa, salaattia ja perunaa, voidaan henkilölle antaa palautetta tiedostamattomalle puolelle unohtuneista ruoista. Häntä voidaan kehottaa etsimään loput ruoat tiedostamattomalta puolelta. Tällöin henkilö tietää etsiä vaikkapa syömättä jäänyttä leipää. Kaksikäätiseen toimintaan, jossa käytetään haarukkaa ja veistä, on hyvä kannustaa. Henkilöä voidaan pyytää myös kääntämään lautasta, jolloin hän havaitsee syömättä jääneet ruoat. (Nortala ym. 2014.)

Lukemista helpottaa merkittävästi, jos saatavilla on isommalla fontilla ja pidemmällä riviväleillä kirjoitettua tekstiä. Pitkien tekstien lukemista voidaan helpottaa asettamalla värikäs merkkiviiva vasemmalla olevan tekstin alkuun. Jotta henkilö saa varmistettua, että on tekstin vasemmassa laidassa, hänen täytyy etsiä värikäs merkki ja hän saa aloittaa lukemisen vasta löydettyään merkkiviivan. Opeteltaessa eroon merkin käytöstä sitä voidaan esimerkiksi haalentaa vähän kerrassaan. Vaihtoehtoisesti tekstin rivit voidaan numeroida, jolloin potilas löytää helpommin rivin, jota oli lukemassa. Tämä estää rivien huomiotta jättämisen, jota neglectissä usein ilmenee. (Robertson & Halligan 1999, 111.)

Ulkona liikkuminen voi olla aluksi yksi suurimmista haasteista henkilölle, jolla on neglect. Oireiden huomiointi vaikeutuu, kun virikkeet ympärillä lisääntyvät tai vauhti kiihtyy esimerkiksi pyöräillessä. Alussa onkin siis hyvä, että henkilöllä on ulos mennessään aina joku henkilö mukana opastamassa häntä. Paikat, joissa käydään yhdessä, kannattaa valita niin, että mahdollisimman vähävirikkeisestä ympäristöstä siirrytään pikkuhiljaa kohti virikkeellisempää ympäristöä. Ulkona liikuttaessa kannattaa muistuttaa, että kääntelemällä päätä saadaan aikaisiksi laajempi näkökenttä, jolloin suurin osa vaaratilanteista voidaan nähdä ajoissa. Ulos mennessä voidaan tiedostamattomalle puolelle, esimerkiksi käteen, laittaa jokin sensorinen ärsyke, kuten huivi tai heijastin. (Nortala ym. 2014.)

6 POTILASOHJAUS

Potilasta voidaan ohjata eri tavoin. Ohjaus voi tapahtua verbaalisesti tai fyysisesti. Verbaalisen ohjaustyyppin onnistuminen on vahvasti kiinni vamman tasosta ja sopii parhaiten lievän tai keskivaikean aivovamman saaneen potilaan ohjaukseen. Ohjauksessa voidaan asettaa niin sanottuja välitavoitteita pitäen mielessä päätavoite. Tiedon

tarve ja tilannesidonaisuus tulee huomioida potilaskohtaisesti. Potilaalle on hyvä selventää hänen oireensa ja se mistä ne johtuvat; täten on mahdollista saada potilas huomioimaan omat oireensa ja tarttumaan niihin. Oireiden havaitseminen voi motivoita potilasta vaikuttamaan niihin. (Lindstam & Ylinen 2012, 93 - 95.)

Kun ohjausta suunnitellaan, tulee huomioida tarkasti ajankohta ja eri tekijät, joita ovat muun muassa ohjattavan vireystila, keskittymiskyky ja jaksavuus. Tärkeää on huomioida myös kertauksen hyödyt aivovauriopotilaan kohdalla. Ohjauksen aikana ympäristön on oltava rauhallinen ja ohjaustilanteeseen tulee keskittyä. Kannattaa huomioida, ettei pelkkä informaation jakaminen ole hyödyllistä potilaalle, vaan hänen on saatava aktiivisesti osallistua oman tilanteensa pohtimiseen. Ympäristön ja vireystilan huomiointin lisäksi ohjaajalle haasteelliseksi muodostuu kärsivällisyys antaa ohjattavan tehdä ne asiat itse, joita hän jo hallitsee. Ohjaajan on hyvä tukea kuntoutujaa toimimaan mahdollisimman normaalisti heti sairastumisen jälkeen. (Lindstam & Ylinen 2012, 97.)

Potilaan lähtiessä sairaalasta tulee varmistaa potilaan ohjauksen jatkuvuus. Tämä johtuu siitä, että muuttuneen elämäntilanteen prosessointi voi kestää todella pitkään, eikä potilas sairaalasta lähtiessään vielä täysin ymmärrä uusia toimintamalleja. Mikäli potilas jatkaa avohoidon piiriin, on sairaanhoitajan tehtävänä varmistaa ohjauksen jatkuvuus. Jatko-ohjauksessa käytetään hyödyksi erilaisia kirjallisia ohjeita, verkostoitumista sekä yhteyshenkilötoimintaa avoterveydenhuollon ja potilasjärjestöjen kanssa. Mikäli potilaan tarvitsee olla yhteydessä johonkin tahoon, hänelle annetaan siihen tarvittavat yhteystiedot. Jos potilaalla on kysymyksiä tai jokin on jäänyt epäselväksi, käydään mietityttämään jääneet asiat läpi. Potilaalle ja omaisille kerrotaan vertaistuesta ja ohjataan, mistä sitä voi löytää. Lopuksi arvioidaan yhdessä potilaan kanssa se, miten hyvin ohjaus on palvellut juuri hänen tarpeitaan. (Lipponen ym. 2006, 15.)

7 HYVÄ POTILASOHJE

Oppaan teossa käytämme teoriapohjana hyvän potilasohjeen kriteereitä. Tutkimukset ovat osoittaneet, että tiedon saanti on lisännyt potilaiden valmiuksia itsensä hoitamiseen sekä rohkaissut heitä tuomaan ilmi mielipiteitään omaa elämäänsä koskevissa

päätöksissä. Myös potilaiden ja omaisten ahdistuksen ja pelkojen on huomattu lievit-
tyvän selkeän ohjauksen ja opetuksen kautta. (Torkkola ym. 2002, 24.)

Neuvonta on tärkeä osa potilaan hoitoa. Hyvällä neuvonnalla voidaan saada potilas
hoitamaan itseään ja selviytymään sairautensa kanssa parhaansa mukaan. Joskus tähän
tavoitteeseen voidaan päästä yksinkertaisen ohjeen kautta, joka neuvoo potilaalle, mi-
ten hänen kannattaa missäkin tilanteessa toimia. Ohjeen tueksi on useimmissa tapauk-
sissa hyvä tarjota myös henkilökohtaista ohjausta, josta olemme tässä työssä aiemmin
kertoneet. Onnistuneella potilasohjauksella vähennetään parhaimmassa tapauksessa
potilaiden tarvetta sairaalassa käynneille. Hoitoajat ovat lyhentyneet merkittäväksi,
minkä vuoksi potilaat joutuvat ottamaan vastuun omasta hoidostaan entistä aikaisem-
min. Tästäkin syystä täsmälliset ohjeet ja ohjaus muodostuvat todella tärkeiksi. (Tork-
kola ym. 2002, 24.)

Potilasohjeessa voidaan soveltaa uutisteksteissäkin käytettävää mallia, jossa tärkein
asia esitetään ensin. Tärkeimmistä uutisesta kehoitetaan etenemään kohti vähemmän
tärkeää siksi, että nekin, jotka ovat lukeneet vain alun, saavat tietoonsa tekstin olen-
naisimmat asiat. (Torkkola ym. 2002, 39.) Potilasohjeen pitää olla helposti luettava.
Luettavuutta helpottaa otsikoiden ja väliotsikoiden käyttö. Onnistunut ohje alkaa otsi-
kolla, jossa kerrotaan, mikä on ohjeen aihe. Hyvä otsikointi herättää lukijan mielen-
kiinnon. Väliotsikoiden tehtävänä on jakaa tekstiä osioihin ja paljastaa, mitä mikäkin
osio pitää sisällään. Väliotsikoiden avulla teksti on helpompi lukea loppuun ja saada
selkoa siitä, mitä on lukenut. (Torkkola ym. 2002, 39–40.)

Hyvän ohjeen täytyy puhutella lukijaa, varsinkin silloin, kun ohje sisältää käytännön
toimintaa koskevia ohjeita. Ohjeen lukijalle on selvittävä heti aluksi se, että teksti on
tarkoitettu hänelle. Jo ensimmäisen virkkeen täytyy selvästi kertoa potilaalle, mitä
ohje käsittelee. Ohjeen kirjoittajien tehtävänä on päättää, onko ohje sinutteleva vai
teitittelevä. Mikäli on epävarma lukijoiden suhtautumisesta sinutteluun, kannattaa
valita teitittely. Passiivimuotoa ei suositella käytettäväksi, sillä se ei puhuttele potilas-
ta suoraan. Ohjeen kirjoittajat eivät saa käsittää suoraa puhuttelua liian jyrkästi. Suora
puhuttelu ei nimittäin tarkoita epäkohteliaasti esitettyä käskymuotoa, jossa potilasta
käsketään toimimaan tietyllä tavalla. Käskevä muoto saattaa johtaa siihen, että lukija
kokee olevansa vailla ymmärrystä. Mikäli lukija kokee itsensä huonoksi, ohje ei pal-
vele luottamuksellisen hoitosuhteen muodostamista. Ohjeen luonne voi olla käskevä,

vaikka varsinaista käskymuotoa ei käytettäisikään. Käskyn tehtävänä on painottaa ohjeiden tärkeyttä. (Torkkola ym. 2002, 36–37.)

Jos suoria määräyksiä ei käytetä, voidaan ymmärrettävyyttä helpottaa hyvillä perusteluilla siitä, miksi eri menettelytapoja käytetään. Kun valitut menettelytavat on kunnolla perusteltu, potilas saa tunteen siitä, että hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioitetaan. Perustelujen kautta lukija tietää, miksi kannattaa toimia, kuten ohjeistetaan. Terveystieteiden tutkimus hyötyy perusteluista niissä tapauksissa, joissa potilas ei halua noudattaa ohjeita. Tällöin potilas ei voi vedota omaan tietämättömyyteensä. (Torkkola ym. 2002, 38.)

Kuvat ovat tärkeä osa potilasohjetta, ja ne kannattaa asettaa järjestykseen sen perusteella, miten ne houkuttelevat jatkamaan lukemista. Hyvä kuvitus lisää ymmärrettävyyttä ja herättää mielenkiintoa. Kuvien luentaa voidaan helpottaa kuvatekstien avulla. Kuvatekstin tulisi sen lisäksi, että se nimeää kuvan, kertoa siitä myös jotain, mikä ei aukea lukijalle heti ensisilmäyksellä. (Torkkola ym. 2002, 40.)

Valmista asettelumallia kannattaa käyttää, sillä se helpottaa yksittäisen ohjeen tekemistä. Asettelumalli määrää kirjasintyyppit ja -koon, rivivälin, rivien suljennan, palstamäärien, marginaalien ja tekstin korostusten valintaa. Valmiin pohjan ansiosta ohjeen tekijän ei tarvitse muotoilla pohjaa itse. Potilasohjeet toteutetaan tyypillisesti pysty- tai vaakasuorissa oleville A4-arkkeille. Mikäli ohjeen toteutustavaksi on valittu vaakasuorinen asettelu, kannattaa suunnitella molempien sivujen taitto samaan aikaan, jotta sivut näyttävät lukijan silmään yhteneviltä. Jos ohje on monisivuinen, on suositeltavaa käyttää vaakasuorista. Vaakasuorisissa etusivu toimii kansilehtenä, ja siihen sijoitetaan ohjeen otsikko sekä laitoksen nimi ja yhteystiedot. (Torkkola ym. 2002, 55–56.)

8 OPPAAN TOTEUTTAMINEN TUOTEKEHITYSPROJEKTINA

Toteutimme tekemämme kuntoutusoppaan tuotekehitysprojektin mukaisesti, joka on yksi toiminnallisen opinnäytetyön muodoista (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51). Suunnittelua ja kehittämistä käydään läpi tuotekehityksen perusvaiheita seuraten. Mikäli päätös tuotteesta ja sen ominaispiirteistä on tehty jo alussa, pääpaino on tuotteen valmistamisessa. Jos tuote on kuitenkin sellainen, jossa sosiaali- ja terveysalan toimintaa

tulee jollain tapaa kehittää, täytyy käydä läpi pitkä selvitys- ja analyysiprosessi ennen suunnittelun aloittamista. (Jämsä & Manninen 2000, 28.) Meidän työssämme oli jo alusta asti selvää, millaista tuotetta lähdemme kehittämään, minkä myötä painotamme tuotteen valmistamista.

Tuotekehitysprojektissa on viisi vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa tunnistetaan ongelma tai kehittämistarve, minkä jälkeen siirrytään ideoimaan niitä keinoja, joita ongelman ratkaisemiseksi voitaisiin käyttää. Kahden ensimmäisen vaiheen jälkeen tuote luonnostellaan, minkä jälkeen siirrytään kehittelemään sitä. Kun tuotekehitys on saatu hyvään vaiheeseen, aloitetaan viimeistely. Tuotekehitysprosessissa ei ole välttämätöntä, että edellisen vaihe on päättynyt, jotta voi siirtyä seuraavaan vaiheeseen. (Jämsä & Manninen 2000, 28.)

8.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen

Sosiaali- ja terveystalvveluita kehitettäessä täytyy kerätä tietoa siitä, mitä ovat senhetkiset palvelut. Tilaavalle taholle voidaan kehittää myös uusi palvelu, joka vastaa nykyisen tai uuden asiakaskunnan tarpeita. Mietittäessä tarkemmin kehittämistarpeita täytyy selvittää ongelman laajuus, joka käsittää asiakasryhmän ja esiintyvyyden yleisyyden määrittelyn. Myös olosuhteet, joissa ongelmia esiintyy, on hyvä tunnistaa. (Jämsä & Manninen 2000, 29 - 31.)

Idea opinnäytetyölle tuli toisen opinnäytetyön tekijän suorittaessa harjoittelua Mikkelin keskussairaalan alaisuudessa toimivalla neurologisella kuntoutusosastolla. Osastolla oli paljon aivoinfarktin saaneita potilaita, joista osalla esiintyi neglect-oiretta. Henkilökunnalla itsellään oli käytössä niin kutsuttu neglect-kansio, joka sisälsi teoriatietoa neglectistä sekä joitain kuntoutusmenetelmiä. Keskusteltaessa aiheesta henkilökunnan kanssa ilmeni, ettei heillä ollut käytössään opasta, joka olisi suunnattu potilaille, omaisille tai jatkohoitopaikkoihin apuvälineeksi. Tarvetta tällaiselle oppaalle tiedusteltiin osaston sairaanhoitajilta sekä fysioterapeuteilta, ja heidän mielestään idea olisi hyvä eikä sellaista ollut aiemmin toteutettu Mikkeliissä.

Osaston henkilökunnalta tiedustelun lisäksi etsimme samankaltaisia opinnäytetöitä Theseuksesta. Emme kuitenkaan löytäneet neglectiä koskevia potilasohjeita, vaikka aivoverenkiertohäiriön kuntoutuksesta vastaavanlaisia ohjeita löytyi runsaasti. Neglec-

tiä koskevat työt olivat suurimmaksi osaksi joko toimintaterapeuttien tai fysioterapeuttien tekemiä ja koskivat pääosin neglectin akuutimpaa vaihetta.

8.2 Ideavaihe

Opinnäytetyön varsinainen työstäminen alkaa aiheanalyysistä, joka tarkoittaa aiheen ideointia. Aihetta valittaessa tulee kiinnittää huomiota siihen, kiinnostaako aihe teki-jöitä. Aiheen täytyy olla sellainen, jossa omaa asiantuntemustaan on mahdollista sy-ventää. Aiheen kannattaa olla ajankohtainen, tulevaisuuden kannalta tärkeä tai toi-meksiantajaa kiinnostava. (Vilka & Airaksinen 2003, 23.)

Rajasimme opinnäytetyön aiheen heti alusta asti koskemaan neglectin kuntoutusta kotona arjen keinoja käyttäen. Oppaan kohderyhmänä ovat neglectin saaneet ja heidän omaisensa. Mikäli neglect-potilas ei kykene kotiutumaan, kohderyhmämme on laajen-nettu koskemaan myös jatkohoitopaikan henkilökuntaa, joka toimii potilaan kanssa päivittäin. Oppaan avulla koemme kohderyhmämme hyödyiksi hoitoisuuden vähene-misen ja arjen toimien rutinoitumisen. Mielestämme oppaan avulla ymmärrystä aiheen tiimoilta voidaan lisätä. Jatkohoitopaikoissa, joissa koulutusmahdollisuuksia ei tiukan taloustilanteen vuoksi välttämättä ole, voidaan oppaan avulla saada henkilökunnalle käytännön tietoa. Koemme myös, ettei neglectin tiimoilta kouluttaminen jatkohoi-to-paikkoja ajatellen välttämättä kannata, sillä kyseisten potilaiden kohtaaminen on mel-ko harvinaista.

Valitsimme toteutustavaksi oppaan, sillä koimme sen palvelevan parhaiten osaston tarpeita. Alusta asti oli selvää, että toteutamme oppaan kuvitettuna. Opas sisältää ku-via eri arjen tilanteista ja ohjeita niihin. Opasta voi käyttää apuna kotiutustilanteessa käyden läpi siinä olevia asioita potilaan ja omaisen kanssa. Tarkoituksena on, että opas lähtee potilaan mukana kotiin, mikä mahdollistaa ohjeiden noudattamisen jatku-misen. Oppaasta potilas pystyy nopeasti tarkistamaan asioita käytännön tilanteista, koska se on kuvitettu.

Otimme ideointivaiheessa yhteyttä Aivoliittoon ja tiedustelimme sieltä mahdollisia lähteitä. Aivoliiton kautta saimme neuropsykologian ammattihenkilön yhteystiedot, joka suostui työelämänohjaajaksemme. Tarkoituksena oli saada ajanmukaista materi-aalia työhömmme.

8.3 Suunnitelmavaihe

Syksyn 2013 aikana saimme hyväksynnän opinnäytetyön toteuttamiselle koulultamme sekä Moision neurologisen kuntoutusosaston osastonhoitaja Tuula Lahtiselta. Aiheen hyväksynnän jälkeen aloimme työstämään opinnäytetyön suunnitelmaa. Suunnitelmaa tehdessä keräsimme lisää lähteitä aiheesta, ja työn tarkoitus sekä tavoitteet selkenivät meille tarkemmin. Suunnitelmaseminaarin pidimme toukokuussa 2014. Suunnitelmavaiheessa tutustutaan aiheeseen liittyvään lähdekirjallisuuteen, tutkimuksiin, ajankoh- taiseen keskusteluun ja muihin lähteisiin. (Vilka & Airaksinen 2003, 38–39.)

Saatuamme suunnitelman hyväksytyä ja esitettyä aloimme työstää raporttia. Ke- räsimme teoretietoa raporttia varten, jota hyödynsimme myös oppaaseen. Koimme, että neglectin ymmärtämiseksi raportin täytyy sisältää kattavaa tietoa myös aivoista ja niiden häiriöistä. Kirjoittaessamme aivoverenkiertohäiriöstä pohdimme erityisesti ai- voinfarktien yleisyyttä ja niiden yhteyttä neglectiin. Tästä syystä aivoinfarkti on työmme alkuosassa suuremmassa roolissa kuin esimerkiksi aivoverenvuoto.

Materiaalia juuri meidän näkökantaamme koskien oli haasteellista löytää. Aivoveren- kiertohäiriöistä, neglectistä sekä kuntoutuksen hyödyistä löytyi yleisesti paljonkin tietoa, mutta halusimme tarkkaa tietoa käytännön kuntoutuskeinoista kotioloissa. Kun- toutuksen jatkuvuus kotona on tärkeää, sillä monilla neglect-potilailla oireet jatkuvat myös osastojaksojen jälkeen, kuten olemme maininneet myös aiemmin työssämme. Kuntoutusmenetelmät, joita löysimme, keskittyivät pääosin osastokuntoutukseen ja neuropsykologiseen kuntoutukseen. Suunnitelmavaiheessa tarkoituksenamme oli käyt- tää vain 2000-luvun jälkeen ilmestyneitä lähteitä, mutta jouduimme kuitenkin turvau- tumaan myös 90-luvulla tuotettuihin teoksiin. Olemme arvioineet vanhempiakin läh- teitä kriittisesti ja kysyneet joidenkin kuntoutusmenetelmien toimivuudesta yhteistyö- henkilöltämme.

Talven ja kevään aikana olimme useasti yhteydessä Aivoliiton kautta saamaamme yhteyshenkilöön. Opiskelutilanteen vuoksi emme saaneet työtä etenemään samalla aikataululla kuin olimme toivoneet, ja yhteydenpito jäi vähemmälle kesän aikana. Yri- timme ottaa yhteyshenkilöön yhteyttä loppukesästä lähtien, mutta hän ei toistuvista

yrittäjästä huolimatta vastannut. Tämän vuoksi emme saaneetkaan hänen kauttaan materiaalia, kuten olimme toivoneet.

Suunnitelmavaiheessa toimitimme henkilökunnalle kyselylomakkeet (liite 1), joissa tiedustelimme toiveita opaslehtisen toteutuksesta. Käytimme kyselylomakkeessa avoimia kysymyksiä, joihin henkilökunnan oli mahdollista vastata vapaamuotoisesti. Pyrimme pitämään lomakkeen lyhyenä, jotta siihen vastaaminen ei veisi liikaa työaikaa. Henkilökunnan mielipidettä kysymällä saimme hyvän kuvan siitä, millaiselle materiaalille käytännön hoitotyössä on tarvetta. Toimitimme osastolle useampia kappaleita kyselylomakkeita, jotka olivat heidän täytettävinaan useamman viikon. Tarkoituksena oli, että jokainen henkilökunnan jäsen olisi täyttänyt yhden lomakepaperin. Henkilökunta ehdotti, että he pitäisivät palaverin, jossa käsittelevät lomakkeemme kysymyksiä ja hoitajat sekä fysioterapeutit täyttäisivät oman lomakkeensa. Tämä menettely kävi myös meille hyvin.

Hoitajien ja fysioterapeuttien lomakkeet olivat yhteneväisiä opasta koskevien toiveiden kannalta ja vastasivat myös meidän alkuperäisiä näkemyksiämme. Henkilökunta toivoi oppaan tietoiskun sisältävän tietoa sairaudesta ja sen oireista sekä sairauden vaikutuksista arjen toimintoihin. Molemmat kokivat ruokailu-, pukeutumis-, liikku- ja vaaratilanteet eniten ohjausta kaipaavina arjen tilanteina neglect-potilailla. Fysioterapeuttien lomakkeessa oli mainittu enemmän arjen tilanteisiin sopivia kuntoutuskeinoja, joita olivat esimerkiksi visuaalinen palaute, videointi, visuaaliset ärsykkeet ja lisäpainot raajoissa.

8.4 Kehittelyvaihe

Ohjelehtisten ja esitteiden kehittämisessä täytyy huomioida sisältöä ja ulkoasua koskevat valinnat. Molempiin seikkoihin vaikuttaa olennaisesti se, onko oppaan tarkoitus tulla potilaan omaan käyttöön vai ammattihenkilön kanssa läpikäytäväksi. Tekstin on alettava potilaalle ensimmäisellä lukemalla ja oltava selkeää. Jäsentelyllä ja otsikoiden muotoilulla voidaan helpottaa luettavuutta. (Jämsä & Manninen 2000, 56.)

Kehittelyvaiheessa ratkaistaan oppaan painoasu. Nykyaikaiset tekstinkäsittelyohjelmat tarjoavat paljon eri vaihtoehtoja. Tekijä voi valita eri kirjaintyypeistä ja niiden koosta aina palstoitus- ja kuvitusmahdollisuuksiin asti. Eri organisaatioilla voi olla käytös-

sään tietty linja tai tyyli, joilla tuotevalikoimaa pyritään yhtenäistämään. Organisaatiokohtaiset linjaukset voivat omalta osaltaan niin helpottaa kuin vaikeuttaa uuden paino-tuotteen luomista. (Jämsä & Manninen 2000, 57.)

Oppaan kehittelyvaiheessa havaitsimme, ettei meillä ollut riittävästi käytännönläheistä tietoa oppaaseen. Materiaalin löytämisen haasteellisuuden vuoksi yritimme ottaa yhteyttä eri neurologian parissa toimiviin yksiköihin ja henkilöihin, mutta emme saaneet vastauksia. Tiedustelimme lisäksi toimeksiantajaltamme eri terapeuttien sekä neuropsykologin yhteystietoja ja laitoimme heille sähköpostia. Osaston terapeutit sekä neuropsykologi ehdottivat meille yhteistä tapaamista, jossa voisivat vastata kysymyksiimme. Aihealueet, joista halusimme tietoa, olivat niin laajoja, ettei niihin voinut vastata sähköpostilla. Sovimme Moision neurologiselle kuntoutusosastolle tapaamisen, johon osallistuivat neuropsykologi, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti.

Ennen tapaamista kokosimme yhteen kysymyksiä, joihin tarvitsimme vastauksia, ja toimitimme ne osallistujille ennen tapaamista. Äänitimme tapaamisen äänityslaitteella, johon pyysimme etukäteen luvan. Äänittämisen lisäksi teimme muistiinpanoja olennaisimmista asioista. Keskustelu oli hyvin kattava ja antoi meille paljon kallisarvoista käytännön tietoa. Saimme keskustelun aikana myös vahvistusta sille, että aiheemme on hyvä ja tärkeä. Myös asiantuntijat olivat sitä mieltä, ettei kotiympäristöön soveltuvaa neglectin kuntoutusta ole paljoakaan tutkittu ja että monet tutkitut kuntoutusmenetelmät eivät ole suoraan sovellettavissa käytäntöön kotona.

Asiantuntijoiden antaman tiedonannon jälkeen aloitimme kokoamaan opasta. Jo ennen tapaamista olimme hahmotelleet oppaan ulkoasua ja koonneet siihen teorian tietoa neglectistä raporttimme pohjalta, joten pääpaino oli tässä vaiheessa kuvien ottamisessa ja käytännön ohjeiden tekemisessä. Raporttia kirjoittaessa meille oli jo selkeytynyt, kuinka haluamme oppaamme rakentaa, joten sen kokoaminen tuntui helpolta. Valmis opas sisältää teorian tietoa neglectistä ja sen aiheuttajista sekä käytännön ohjeita arjen tilanteisiin, joita ovat ruokailu, sosiaaliset tilanteet, hygienia ja pukeutuminen, ulkona liikkuminen ja vaaratilanteet.

Toimeksiantajallamme ei ollut toiveita oppaan ulkoasusta, joten saimme sen toteuttamisessa vapaat kädet. Päätimme koota oppaan A4-kokoisista papereista, jotka on taitettu keskeltä ja näin ollen oppaan koko on A5. Aluksi suunnittelimme opasta au-

keama kerrallaan, mikä helpotti kokonaisuuden hahmottamista. Toteutimme oppaan Word-ohjelmalla ja tallensimme sen PDF-muotoon. Word-ohjelman valitsimme, koska se oli helppokäyttöinen ja mahdollisti PDF-tallennuksen kautta automaattisen opastulostuksen. Tarkoituksenamme on toimittaa opas toimeksiantajallamme paperiversioiden lisäksi myös tiedosto-muodossa. PDF-muodon ansiosta heidän on helppo tulostaa oppaita tarvittaessa lisää niin, etteivät sivunasettelut kärsi. Valmis opas sisältää 18 sivua etu- ja takakannen lisäksi.

Oppaamme sisältää paljon kuvia eri arjen tilanteista. Kuvien avulla lukija ymmärtää paremmin ohjeet. Oppaan kaikki kuvat otimme itse tai piirsimme ne. Kuvissa esiintyvän henkilön kanssa teimme sopimuksen kuvien käyttöoikeudesta (liite 3). Sopimuksen kirjoitimme itse, sillä Mikkelin ammattikorkeakoulun verkkosivuilla ei ollut kuvankäytösopimukselle valmista pohjaa. Olemme ottaneet suurimman osan kuvista kotiympäristössä. Ajattelimme lukijan näin pystyvän samaistumaan kuvien tilanteisiin paremmin. Jokainen kuva sisältää myös tekstilaatikon, johon on sisällytetty ohjeiden tärkein sanoma.

Oppaan alussa olemme osoittaneet neglect-henkilöille sekä omaisille omat tekstit, jotka on kirjoitettu lukijaa puhuttelevassa muodossa. Alkuteksteissä halusimme muistuttaa lukijaa kuntoutuksen tilannesidonaisuudesta kotona ja oireiden vaikeudesta. Lukijaa on puhuteltu myös ohjeissa. Ohjeet on kirjoitettu yksinkertaisessa ja lyhyessä muodossa.

Opas sisältää teoriaa oppaan alussa sekä myös kuvien ja toimintaohjeiden alussa. Alun teoria on tehty lisäämään tietoa neglectistä ja sen aiheuttajista sekä moninaisesta oirekuvasta. Teoriaosuuden pyrimme kirjoittamaan mahdollisimman selkeästi ja ymmärrettävästi ilman ammattitermistöä niin, että jokainen lukija ymmärtää. Olemme jaotelleet teoriaosuutta väliotsikoilla, minkä koimme helpottavan lukemista. Väliotsikoiden avulla lukija myös tietää, mitä mikäkin osio pitää sisällään. Luettavuutta olemme hällunneet helpottaa myös tarpeeksi suurilla riviväleillä.

8.5 Tuotteen viimeistely

Kaikki tuotteet vaativat palautetta kehittelyn eri vaiheissa. Parhaimmaksi keinoksi on osoittautunut tuotteen esitetaus jo valmisteluvaiheessa. Koekäyttäjinä voivat tällöin

olla tilaajat ja asiakkaat. (Jämsä & Manninen 2000, 80.) Viimeistelyvaiheessa voi ilmetä tarvetta korjauksille ja työn lisäämiselle. Kyseisiä asioita voidaan pohtia jo suunnitteluvaiheessa, jolloin vaaditun lisätyön toteutuminen tulee todennäköisemmäksi. (Jämsä & Manninen 2000, 92.)

Saimme oppaan valmiiksi marraskuun lopussa 2014. Oppaan valmistumisen jälkeen olimme puhelimitse yhteydessä toimeksiantajaan ja sovimme tuovamme oppaat osastolle arvioitavaksi. Toimitimme osastolle kolme opasta sekä useita kappaleita palautelomakkeita (liite 2). Palautelomakkeet sisälsivät kolme avointa kysymystä sekä numeraalisen arviokysymyksen oppaasta. Kysymysten avulla tiedustelimme asiantuntijoiden mielipiteitä valmiin oppaan onnistumisesta sekä kehittämisehdotuksia sen parantamiseksi. Opas oli osastolla arvioitavana viikon verran. Ennen oppaiden toimittamista osastolle kysyimme myös ohjaavan opettajamme mielipiteitä oppaasta.

Saimme osastolta rakentavaa palautetta, jossa oli parannusehdotuksia, jotka meidän oli mahdollista toteuttaa. Positiivista palautetta tuli oppaan kunnioittavasta ja ymmärtävästä sävystä potilasta kohtaan ja kuvat piristivät heidän mielestään tekstiä. Arjen tilanteet ja ohjeet olivat heidän mielestään käytäntöön sopivia ja päivittäin toistuvia. Numeraalisesti asteikolla 1-5 osasto arvioi oppaamme 3-4 arvoiseksi. Kritiikkiä saimme terminologiasta neglect-luokittelussa. Heidän mielestään termit olivat vieraita ja vaikeaselkoisia ajatellen kohderyhmää. Joitain ilmaisuja pidettiin hieman voimakaina, ja ne oli mainittu, minkä myötä meidän oli helpompi paikallistaa ne oppaasta ja korjata. Myös ajokyvyn mainitsemista oppaassa oli toivottu ja lisäsimme sen ulkona liikkumista käsittelevään osioon. Palautteiden pohjalta teimme oppaaseen korjauksia ja toimitimme viimeisimmän version osastolle sekä paperiversioiden että PDF-muodossa.

9 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa opas neglect-henkilöille, heidän omaisilleen ja jatkohoitopaikkoihin. Tavoitteenamme oli, että opas sisältää tietoa neglectistä ja sen aiheuttajista maallikoille ymmärrettävällä kielellä sekä käytännön harjoitteita. Oppaaseen valitsimme sellaisia arjen tilanteita, joita lähes jokainen ihminen tekee päivittäin kotioloissa. Opas toimii kuntoutuksen jatkuvuuden takaajana, jota toimeksiantajamme voi jakaa kotiutumistilanteissa neglect-potilaille ja heidän omaisilleen.

Toivomme, että opinnäytetyömme avulla tieto neglectistä lisääntyy, sillä se on monille tuntematon käsite.

Aihe oli mielestämme mielenkiintoinen ja tärkeä. Neglectiä on tutkittu melko vähän meidän näkökulmastamme ja tiedonhaussa meillä ilmenikin eniten ongelmia. Suunnitelmavaiheessa kuvittelimme tietoa löytyvän aiheesta enemmän kuin sitä todellisuudessa oli. Kaipasimme löytyneestä materiaalista nimenomaan käytännön esimerkkejä pelkän termien luetteloinnin sijaan. Suurimpana epäonnistumisena lähdemateriaalien kannalta koimme, kun emme saaneetkaan materiaalia alkuperäiseltä yhteyshenkilöltämme, kuten oli aiemmin sovittu. Otimme tämän lisäksi yhteyttä muihin neurologiaan erikoistuneihin tahoihin, joilta emme saaneet paluuviestejä. Olimme ongelmien tiimoilta yhteydessä toimeksiantajaamme ja saimme apua heidän asiantuntijoiltaan, joilta saadun tiedon koemme yhdeksi tärkeimmistä lähteistä.

Aiheesta löytyneeseen tietoon nähden olemme tyytyväisiä työhön. Valmis opas on mielestämme selkeä, kannustava ja käytännönläheinen. Koemme, että saavutimme opinnäytetyölle asetetut tavoitteet ja teimme jotakin uutta, sillä vastaavanlaista opinnäytetyötä ei ole tehty hoitotyön koulutusohjelmassa eikä vastaavanlaisia oppaita ole juurikaan käytössä. Tarkoituksenamme on vielä jatkaa tätä työtä terveydenhoitajan kehittämistyössä artikkelin muodossa, jonka kautta aihe ja opas saavat toivottavasti näkyvyyttä.

9.1 Oppaan eettisyys ja luotettavuus

Tiedonhaussa käytimme useita eri tietokantoja. Tarkoituksenamme oli aluksi käyttää vain 2000-luvun lähteitä, mutta lähteiden vähyyden vuoksi jouduimme turvautumaan myös vanhempiin lähteisiin. Vanhempia lähteitä olemme tutkineet kriittisesti ja kysyneet niistä saaduista tiedoista mielipidettä asiantuntijoilta. Tiedonhaun ongelmiin nähden lähdeluettelo on mielestämme kattava ja sisältää myös ulkomaalaisia lähteitä.

Raportissa olemme kertoneet tuotekehitysprosessin vaiheiden etenemisestä rehellisesti ja teoriaan perustuen sekä tuoneet esille ongelmia, joita työn aikana ilmeni. Olemme raportissa myös kertoneet hyvän potilasohjeen kriteerit, joiden mukaisesti oppaan toutimme. Oppaan luotettavuutta lisää neurologisen kuntoutusosaston henkilökunnalta

saatu rehellinen mielipide ja arviointi. Myös lähteenä käytetty ammattihenkilöiden tiedonanto lisää työn luotettavuutta.

9.2 Oma oppiminen

Opinnäytetyön tekeminen on ollut meille mieleinen ja opettavainen kokemus. Teoriatiedon läpikäyminen ja raportin kirjoittaminen on lisännyt omaa osaamista ja tietämystä aiheesta. Opimme opinnäytetyötä tehdessämme, miten paljon vaikeuksia neglect voi tuottaa ja kuinka laaja sen oirekuva on. Neglect ei ole pelkkää toisen puolen huomiotta jättämistä, vaan siihen kuuluu esimerkiksi muistiin ja mielentilaan vaikuttavia oireita. Yllätyksenä tuli myös se, miten yleinen neglect on aivoverenkiertohäiriön jälkeen, vaikka useimmat henkilöt, joille kerroimme opinnäytetyöstämme, eivät tuntuneet tietävän, mitä neglect tarkoittaa. Huomasimme, että neglectin merkitystä ei ollut helppoa selittää muille, ainakaan kovin lyhyesti. HavaitSIMME selittämisen onnistuvan paremmin kuvien avulla. Opimme erilaisia kuntoutusmenetelmiä ja sen, ettei niiden käyttö kotiympäristössä ole välttämättä ihan niin selkeää kuin osastolla.

Opinnäytetyön menetelmänä tuotekehitysprosessi oli mielestämme monipuolinen, sillä se ei ole vain pelkkää raportin kirjoittamista, vaan myös tuotteen kehittämistä ja tekoa. Opinnäytetyön edetessä olemme oppineet aikatauluttamaan työskentelyämme. Työn alussa koimme ongelmalliseksi opinnäytetyön ja muun opiskelun yhteensovittamisen, mutta olemme kehittyneet siinä työn edetessä ja saimme opinnäytetyön valmiiksi siinä ajassa, kuin suunnittelimme. Teoriatietoa kerätessä kehityimme lähteiden kriittisessä tutkimisessa sekä erilaisten tietokantojen käytössä. Opinnäytetyön tekeminen on näiden lisäksi opettanut meille myös yhteistyön tekemistä toimeksiantajan ja muiden asiantuntijoiden kanssa.

9.3 Jatkotutkimusaiheet

Tekemämme Neglect arjessa -kuntousopas sisältää käytännön ohjeita kotioloihin. Neglect vaikuttaa myös merkittävästi kodin ulkopuolella asiointiin, kuten esimerkiksi kaupassa käyntiin. Pohdimmekin yhdeksi jatkotutkimusaiheeksi oppaan tuottamista, joka sisältäisi meidän oppaamme tavoin käytännönohjeita kodin ulkopuolella asioimisesta. Samassa yhteydessä voitaisiin laajemmin käsitellä neglectin vaikutuksia ajokykyyn, sillä se on monille henkilöille tärkeää. Monille kaukana asuville oma autoilu on

saattanut olla ainoa asiointimahdollisuus ennen sairastumista. Mielestämme omasta oppaastamme olisi tullut liian laaja, mikäli olisimme sisällyttäneet siihen myös kodin ulkopuolisen asioinnin.

Neglectin yhteydessä esiintyy paljon erilaisia liitännäisoireita, joista yleisimpiä ovat näkökenttäpuutokset ja hemiplegia. Neglectin lisäksi liitännäisoireista kärsiviä varten voitaisiin tehdä tutkimus tai opas, jossa keskityttäisiin liitännäisoireiden huomiointiin neglect-kuntoutuksen ohella. Tutkimuksessa voitaisiin keskittyä siihen, miten eri liitännäisoreet vaikeuttavat neglectin havaitsemista. Oppaassa sen sijaan voitaisiin pohdita sitä, miten eri kuntoutusmenetelmiä voidaan soveltaa, kun neglect-henkilöllä on liitännäisoreena esimerkiksi näkökenttäpuutos.

Yhdeksi jatkotutkimusaiheeksi pohdimme myös neglectin arjen kuntoutustilanteista tehtävää videota. Videon avulla menetelmät saataisiin esiteltyä paremmin vaihe vaiheelta. Video voisi olla käytössä hoitajien koulutusmateriaalina jatkohoitopaikoissa, joissa tietämystä aiheesta ei ole niin paljon. Oman oppaamme kohdalta olemme ajatelleet jatkohoitopaikat käsittämään asumispalveluyksiköitä, mutta videota voitaisiin levittää myös esimerkiksi pienten paikkakuntien terveyskeskusten vuodeosastoille.

LÄHTEET

Aivoliitto 2014. Aivoverenkiertohäiriö. WWW-dokumentti.

http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/aivoverenkiertohairio

Ei päivitystietoja. Luettu 4.9.2014.

Erkinjuntti, Timo, Hietanen, Marja, Kivipelto, Miia, Strandberg, Timo & Huovinen, Maarit 2010. Pidä aivosi kunnossa. Juva: WS Bookwell Oy.

ESSHP 2007. Kuntoutusyksikkö 11. WWW-dokumentti
http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=132 Päivitetty 24.2.2009 Luettu
 26.09.2014.

Hämäläinen, Heikki, Laine, Matti, Aaltonen, Olli & Revonsuo, Antti (toim.) 2006. Mieli ja aivot – Kognitiivisen neurotieteen oppikirja. Turun yliopisto - Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus. Turku: Gummerus Kirjapaino Oy.

Jehkonen, Mervi, Saunamäki, Tiia, Laihosalo, Mari, Alzamora, Anna-Kaisa & Kuikka, Pekka 2009. Neglectin jälkeen voi kuntoutua ajokykyiseksi. WWW-dokumentti.
https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66269/neglectin_jalkeen_voi_2009.pdf?sequence=1 Ei päivitystietoja. Luettu 3.12.2014.

Jehkonen, Mervi, Kettunen, Jani, Laihosali, Mari & Saunamäki, Tiia 2013. Neglectoire aivoverenkierron häiriön jälkeen – potilaan neuropsykologinen kuntoutus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 5/2013. WWW-dokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96618.pdf> Ei päivitystietoja. Luettu 9.9.2014.

Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Karnath, Hans-Otto, Milner, David & Vallar, Giuseppe 2002. The Cognitive and Neural Bases of Spatial Neglect. United States: Oxford University Press Inc.

Kuikka, Pekka, Pulliainen, Veijo & Hänninen, Ritva 2002. Kliininen neuropsykologia. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Lipponen, Kaija, Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (toim.) 2009. Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu No 4/2006. WWW-dokumentti. https://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf Päivitetty 8.5.2006 Luettu 17.9.2014.

Levón, Ella 2014. Oikean aivopuoliskon infarktipotilaiden visuaalisen neglectin spontaani kuntoutuminen kuuden kuukauden seurannassa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Psykologian pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95570/GRADU-1402041190.pdf?sequence=1> Päivitetty 22.5.2014 Luettu 14.9.2014.

Lindstam, Sirkku & Ylinen, Aarne 2012. Aivovammojen kuntoutus. Porvoo: Bookwell Oy.

Luukkainen-Markkula, Riitta 2009. Neglectin kuntoutus kannattaa. Aivoverenkierohäiriöiden erikoislehti AVH 2/2009, 8 - 10.

National stroke foundation 2010. Clinical guidelines for stroke management. PDF-dokumentti. http://strokefoundation.com.au/site/media/clinical_guidelines_stroke_managment_2010_interactive.pdf Ei päivitystietoja. Luettu 5.11.2014.

Nortala, Riitta, Multaharju, Pirkka & Lahikainen, Johanna 2014. Henkilökohtainen tiedonanto 6.11.2014. Neuropsykologi, fysioterapeutti & toimintaterapeutti. Mikkelin keskussairaala, neurologinen kuntoutusosasto.

Ramachandran, V.S., Alschuler, E.L., Stone, L., Al-Aboudi, M., Schwartz, E. & Siva, N. 1999. Can mirrors alleviate visual hemineglect? PDF-dokumentti. http://ac.els-cdn.com/S0306987797906514/1-s2.0-S0306987797906514-main.pdf?_tid=3f2754aa-6b2b-11e4-8193

00000aacb360&acdnat=1415879601_3f7318f6331c4805432d2d08b306018f Ei päivitystietoja. Luettu 13.11.2014.

Robertson, Ian H. & Halligan Peter W. 1999. Spatial Neglect: A Clinical Handbook for Diagnosis and Treatment. UK: Psychology Press Ltd, Publishers.

Sivenius, Juhani 2009. Aivoverenkiertohäiriöt. Duodecim Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00006 Päivitetty 19.1.2009 Luettu 11.9.2014.

Soinila, Seppo, Kaste, Markku & Somer, Hannu 2007. Neurologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Soinila, Seppo 2009. Aivot – Pidä huolta pääomastasi. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Torkkola, Sinikka, Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi – Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Van Vliet, Paulette M. & Wulf, Gabriele 2006. Extrinsic feedback for motor learning after stroke: What is the evidence? PDF-dokumentti. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=24312a10-9a91-4a1c-bb35-6d92b71c0fdd%40sessionmgr4001&hid=4101> Päivitetty 15.6.2006 Luettu 20.11.2014.

Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kyselylomake

Olemme tekemässä opinnäytetyötä aivoverenkiertohäiriön aiheuttamasta neglect-oireesta. Tuotamme opaslehtisen, jonka kohderyhmänä ovat itse neglect-potilaat, heidän omaisensa ja mahdolliset jatkohoitopaikat. Oppaan tarkoituksena on kuvien ja kirjallisin ohjein antaa keinoja vasemman puolen aktivoimiseksi tavallisissa arjen toiminnoissa. Teidän osastoanne ajatellen opasta voisi käyttää esimerkiksi neglect-potilaan kotiutustilanteessa. Oppaan alkuun teemme niin sanotun tietoiskun, jossa kerrotaan lyhyesti aivoverenkiertohäiriöstä ja neglectistä. Toivomme teiltä palautetta, jotta saamme oppaasta mahdollisimman hyvin käytännön hoitotyötä palvelevan. Kiitos jo etukäteen vastauksistanne!

1. Mitä asioita tietoiskun olisi hyvä sisältää ajatellen kohderyhmää? Luettele lyhyesti.
2. Millaisia arjen tilanteita oppaaseen kannattaisi sisällyttää? Mitkä tilanteet kaipaavat eniten ohjausta?
3. Mitkä arjen tilanteisiin sopivat kuntoutuskeinot ovat osoittautuneet tehokkaimmiksi?

Palautelomake

Osastollenne on toimitettu Neglect arjessa -opas. Toivomme saavamme rehellistä ja rakentavaa palautetta siitä, miten opas on onnistunut. Mikäli teillä on parannusehdotuksia, toivomme teidän mainitsevan niitä, jotta voimme kehittää oppaasta paremman. Kiitos yhteistyöstä, jota teitte kanssamme opinnäytetyömme mahdollistamiseksi!

1. Mikä oppaassa on hyvää?
2. Ovatko arjen tilanteet ja ohjeet mielestänne käytäntöön sopivia?
3. Mitä voisimme parantaa oppaassa?
4. Miten arvioisit oppaan onnistumista asteikolla 1-5?

Kristiina Saarinen ja Piia Oksa
Terveystieteiden tutkimuskeskus, Mikkelin ammattikorkeakoulu

VALOKUVIEN KÄYTTÖOIKEUDEN LUOVUTUSSOPIMUS

Sopijaosapuolet:

Käyttöoikeuden haltuun ottajat: Piia Oksa ja Kristiina Saarinen, terveydenhoitotyö, Mikkelin ammattikorkeakoulu

Luovutan oikeuden käyttää minusta otettuja valokuvia mediasta riippumatta ennalta määrittelemättömäksi ajaksi. Oikeudet koskevat valokuvieni käyttöä Neglect arjessa – kuntoutusoppaassa ja niiden levitystä Mikkelin keskussairaalan alaisuudessa toimivan neurologisen kuntoutusosaston käyttöön sekä oppaan mahdollista jatkolevitystä eri medioissa, kuten internetissä.

Tätä sopimusta on tehty kaksi kappaletta.

Käyttöoikeuden haltuun ottajat:

Allekirjoitus ja nimenselvennys: _____

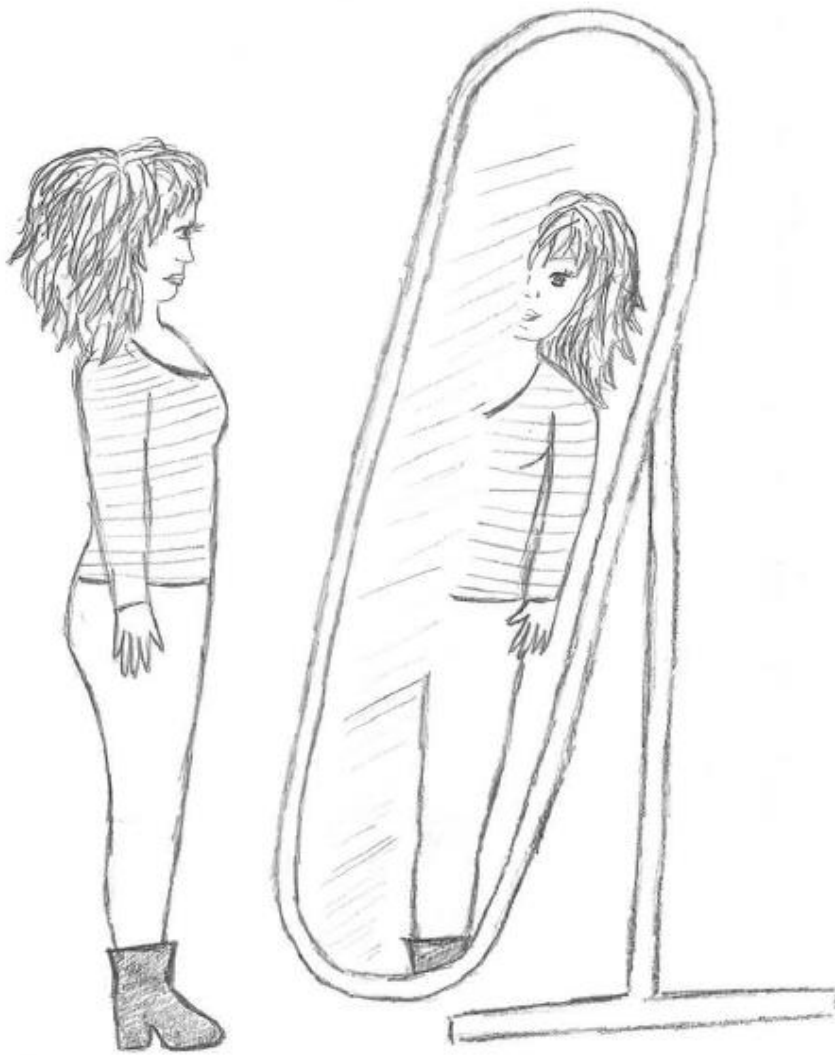
Allekirjoitus ja nimenselvennys: _____

Käyttöoikeuden luovuttaja:

Allekirjoitus ja nimenselvennys: _____

Tämä sopimus on allekirjoitettu _____

Neglect arjessa - kuntoutusopas



Sinulle

Neglect on moninainen oirekuva, joka aiheuttaa sellaisia haasteita, joiden syytä muiden, ja joskus ehkä itsesikin, on vaikea käsittää. Tämä opas on tehty lisäämään ymmärrystä siitä, miksi aiemmin arkisilta tuntuneet asiat eivät onnistu samalla tavalla kuin ennen kokemaasi aivotapahtumaa.

Oppaan tarkoituksena on myös auttaa sinua ja kanssasi päivittäin olevia ihmisiä huomioimaan, miten toimintakykyäsi voidaan kuntoutuksen avulla kohentaa. Oppaaseen on kerätty harjoitteita joiden avulla voit aktivoida puolta, jonka tiedostamisessa sinulla on vaikeuksia. Harjoitteet on valittu niin, että voit hyödyntää niitä kotona päivittäin toistuvissa tilanteissa.

Toivomme, että oppaasta on sinulle hyötyä ja pystyt soveltamaan harjoitteita käytännössä. Haluamme kuntoutumisen tuntuvan kotioloissa mielekkäältä eikä pakotetulta. Toivomme myös, että teet harjoitteita itsesi vuoksi. Silloin, kun sinulla on motivaatiota ja harjoitteiden tekeminen tuntuu mielekkäältä, niistä on sinulle hyötyä. Harjoittelun ei myöskään pidä tehdä tavallisista toimistasi epämiellyttäviä. Kaikilla on huonoja päiviä ja toisinaan on parempi olla itselleen armollinen ja levätä vähän.

Omaiselle

Läheiselläsi on neglect, joka voi tuntua sinusta joskus hämmentävältä. Ennen itsestäänselvyyksiltä tuntuneet asiat tarvitsevat nyt enemmän huomiointia.

Joskus saattaa jopa tuntua, että läheisesi tekee jotkin asiat tahallaan.

Tilanteen tekee haasteellisemmaksi vielä se, että vaikka sinä ymmärtäisit läheisesi oireyhtymän, se voi jäädä muille epäselväksi selitysyriyksistä huolimatta.

Opas pyrkii lisäämään tietoa läheisesi oirekuvasta sekä siitä, millaisin keinoin voitte yhdessä vaikuttaa hänen tiedostamattoman puolensa käyttöön.

Keräämiemme harjoitteiden avulla arjen toimintoihin voidaan vähitellen saada parannusta tai ainakin helpotusta kotiympäristössä.

Neglect on läheisellesi jokapäiväinen haastava asia, jonka hyväksyminenkin vaatii työtä. Voit omalta osaltasi antaa läheisellesi palautetta sekä auttaa ja tukea häntä kuntoutumisessa. Palautetta antaessa kannattaa muistaa, että myös kehuilla onnistuneesta toiminnasta saadaan tuloksia, ei vain kritiikillä.

Muista antaa läheisellesi ja itsellesi aikaa. Kuntoutuminen kotona on pieniä päivittäisiä tekoja, ei jatkuvaa taistelua.

Aivot – mihin ne vaikuttavat?

Ihmisen aivot muodostuvat kolmesta pääosasta, jotka ovat isoaivot, pikkuaivot ja aivorunko. Isoaivot vaikuttavat tietoisien toiminnan säätelyyn. Isoaivot jakautuvat oikeaan ja vasempaan aivopuoliskoon. Molemmat puoliskot jakautuvat vielä eri osiin, joilla on omat tehtävänsä:

Otsalohko ansiosta ihminen voi suunnitella omaa toimintaansa. Jos otsalohko vaurioituu, oman toiminnan suunnittelu ei enää onnistu samalla tavalla.

Päälakilohko auttaa hahmottamaan muun muassa suuntia. Vaurio päälakilohkon alueella saattaa tehdä kodista vieraan tuntuisen eikä suunnistaminen enää onnistu.

Ohimolohko säätelee kuulohavaintoja ja tunnereaktioita ja sen vaurio vaikeuttaa näitä toimintoja. Ohimolohkossa sijaitsee hippokampus, jolla on merkittävä vaikutus ihmisen muistiin.

Takaraivolohko auttaa ihmistä ymmärtämään näkemäänsä. Jos takaraivolohko vaurioituu, voi näkökyky olla ennallaan, mutta ihmisen on vaikea ymmärtää kaikkea näkemäänsä.

Aivot – mihin ne vaikuttavat?

Aivoverenkiertohäiriö

Aivoverenkiertohäiriö tarkoittaa vajausta aivoverenkierrossa. Sen aiheuttajia voivat olla verisuonten ahtauma, tukos, vuoto tai jokin muu häiriö verenkielrossa. Häiriö voi olla myös ohimenevä (TIA-kohtaus).

Aivoverenkiertohäiriön oireita ovat muun muassa neglect, halvaukset, tuntepuutokset ja kielelliset häiriöt.

Aivoinfarkti tarkoittaa tilaa, jossa valtimo on tukkeutunut eikä aivokudos saa happea. Hapettomuuden aiheuttaa tukos valtimossa. Aivoinfarktin syy on yleisimmin valtimonrasvoittumistauti. Toiseksi eniten aivoinfarkteja aiheuttavat sydänperäiset veritulpat.

Aivoverenvuoto tarkoittaa tilaa, jossa valtimosuoni repeää. Repeämisen johdosta verta vuotaa aivoaineeseen tai lukinkalvon alaiseen tilaan. Yleisin aiheuttaja on korkea verenpaine.

Neglect - mikä se on?

Neglect tarkoittaa tilaa, jossa henkilö jättää toisen puolen huomiotta ja käyttäytyy kuin toinen puoli olisi lakannut olemasta. Huomioimattomuus voi ilmetä näkö-, kuulo- ja tuntoaisteissa. Henkilö, jolla neglect on, käyttää monesti vain toista kättä, vaikka käyttöesteitä, kuten halvausta ei olisikaan. Omat raajat voivat tuntua vierailta, niitä saatetaan säikähtää yöllä herätessä ja niitä kohtaan voi esiintyä jopa negatiivisia tunteita.

Neglectiä esiintyy ihmisen eri alueilla:

Persoonallinen neglect koskee omaa kehoa. Esimerkki: henkilö jättää vaatteiden pukematta tiedostamattomalta puolelta.

Peripersonallinen neglect koskee käden ulottuvilla olevaa tilaa. Esimerkki: henkilö syö lautasella olevan ruoan vain toiselta puolelta.

Ekstrapersonallinen neglect koskee ulkoista toimintatilaa. Esimerkki: vuorovaikutustilanteessa henkilö ei pysty vastaanottamaan tiedostamattomalta puolelta tulevia puhutteluyrityksiä.

Representationaalinen neglect tarkoittaa häiriötä mielikuvissa. Esimerkki: henkilö kuvailee aiemmin näkemäänsä tilaa jättäen kuvailusta toistuvasti pois tiedostamattomalle puolelle jääneet asiat.

Neglect - mikä se on?

Neglectin muita oireita:

Neglect on oireyhtymänä hyvin vaikea, sillä se aiheuttaa toisen puolen tiedostamattomuuden lisäksi muitakin oireita. Ongelmia on usein tarkkaavuudessa, hahmottamisessa, muistissa sekä vireystilassa. Lisäksi henkilön olemus saattaa olla yleisesti jähmeä. Neglectille tyypillistä on myös oireiden tiedostamattomuus, joka saattaa kuntoutuksen kannalta osoittautua erittäin ongelmalliseksi. Kaikki mainitut häiriöt voivat omalta osaltaan vaikuttaa kuntoutusmotivaatioon, jonka vuoksi ne on huomioitava esimerkiksi kuntoutuksen ajankohdassa ja kestossa.

Neglectiin kuuluvien oireiden lisäksi tavanomaisia ovat niin kutsutut liitännäisoireet, joita ovat toispuoleinen raajahalvaus, näkökenttäpuutokset ja motorinen puhehäiriö dysartria. Myös liitännäisoireet vaikuttavat omalta osaltaan kuntoutukseen ja kykyyn havaita neglect.

Neglect - mikä se on?

Neglectin aiheuttajia:

Vaikka neglect aiheutuu useimmin aivoverenkiertohäiriöstä, sen voi aiheuttaa myös parkinson, epilepsia tai aivokasvain. Neglect on yleisempi oikean aivovaurion yhteydessä, jolloin tiedostamattomuus suuntautuu vasemmalle puolelle. Oikean aivopuoliskon oire aiheuttaa suurempia vaikeuksia, sillä se hallitsee tarkkaavuuden säätelyä. Vasemman puolen vauriossa oikea aivopuolisko pystyy kompensoimaan menetystä.

Neglect-kuntoutus:

Oireita esiintyy hyvin usein vielä kotona, vaikka ne osastojaksolta kotiuduttaessa vaikuttaisivatkin olevan hyvin hallinnassa. Runsaasti ärsykeitä tarjoava ympäristö, esimerkiksi liikenne saattaa saada henkilön hämilleen ja aiheuttaa oireita. Myös väsymyksellä on samanlaisia vaikutuksia. Puolet neglectiin sairastuneista kuntoutuu vuoden kuluessa, mutta vaurioiden ollessa laajoja voi jäädä pysyviä oireita. Tästä syystä kuntoutus on tärkeää. Kuntoutuksen toteutuksessa on huomioitava yksilöllisesti henkilön itsensä ja omaisten tarpeet.

Käytännön ohjeita eri tilanteisiin

Seuraavilla sivuilla on esitelty keinoja, miten voit huomioida neglectiä päivittäisissä toiminnoissa.

Ruokailu.....	9
Sosiaaliset tilanteet.....	10
Hygienia ja pukeutuminen.....	11
Lukeminen.....	13
Ulkona liikkuminen.....	15
Vaaratilanteet.....	17



Ruokailu



Normaali ruokailutilanne siitä näkökulmasta, miten henkilö, jolla ei ole neglectiä näkee sen.



Henkilö, jolla on neglect, ei tiedosta vasemmalla olevia ruokia, joten ne ovat jääneet syömättä.

Ruokailutilanteessa astiat voidaan asetella normaalisti. Kaksikäteseen toimintaan esimerkiksi ruokailuvälineiden käytössä on hyvä kannustaa. Ruokailun alussa voidaan käydä läpi, mitä osia aterialla sisältää. Mikäli joitain osia aterialla jää syömättä, henkilön on tällöin helpompi etsiä niitä.

Ohjeita ruokailuun:

- Muista kääntää katsetta tiedostamattomalle puolelle löytääksesi sinne jääneet ruoat
- Käytä haarukkaa ja veistä kaksikätesesti
- Muistele aterian eri osia, unohtuiko jotain?
- Tarvittaessa voit kääntää lautasta niin, että huomaat loputkin

Sosiaaliset tilanteet



Puhutellessa tiedostamattomalta puolelta kannattaa ottaa katsekontakti.

Sosiaaliset tilanteet ovat aluksi haasteellisia ja ehkä jopa kiusallisiakin, kun kaikkea ei pystytä havaitsemaan. Tiedostamattomalta puolelta lähestyttäessä kannattaa huomioida tilannesidonnaisuus. Parhaiten se sopii tilanteisiin, joissa vaikkapa pariskunta on kahden. Kun henkilöitä on useampia, kannattaa lähestyminen suorittaa tiedostavalta puolelta. Esimerkiksi vieraiden tapaamisen ja juhlatilanteiden pitäisi tuntua miellyttäviltä, eikä hämmentäviltä.

Ohjeita sosiaalisiin tilanteisiin:

- Pyydä keskustelukumppaniasi asettumaan tiedostamattomalle puolelle
- Käännä itseäsi niin, että katseesi kohtaa keskustelukumppanin kanssa

Hygienia ja pukeutuminen

Hygienia- ja pukeutumistilanteissa on tyypillistä, että jotain jää tekemättä, jos toinen puoli jää kokonaan huomiotta. Tällaisia asioita ovat esimerkiksi takin hihan pukematta jääminen tai parran ajamatta jääminen tiedostamattomalta puolelta.



Hygieniatilanteissa unohtukset välttää parhaiten aloittamalla tiedostamattomalta puolelta.



Unohtukset voivat ilmetä esimerkiksi naisten meikkaamisessa ja miesten parranajossa.



Hygienia ja pukeutuminen

Ohjeita hygienia- ja pukeutumistilanteisiin:

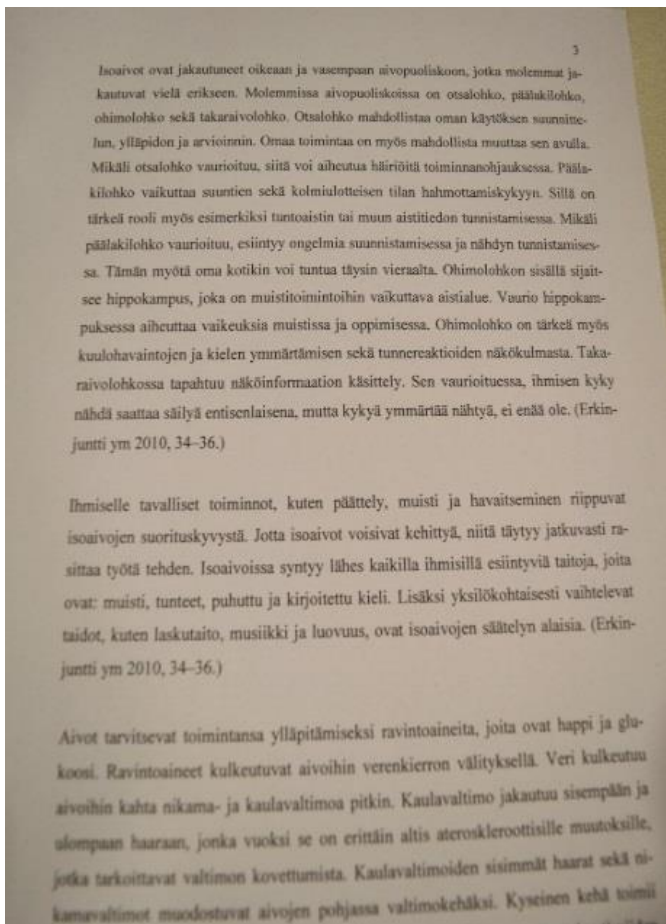
- Aloita pukeutuminen, peseytyminen tai muu siistiytyminen aina tiedostamattomalta puolelta
- Suorita kyseiset toiminnot peilin edessä, saat siitä hyvää palautetta
- Pyri toimimaan kaksikäteisesti
- Pyydä läheistäsi muistuttamaan, mikäli pukeutumisesi on jäänyt joltain osin puutteelliseksi



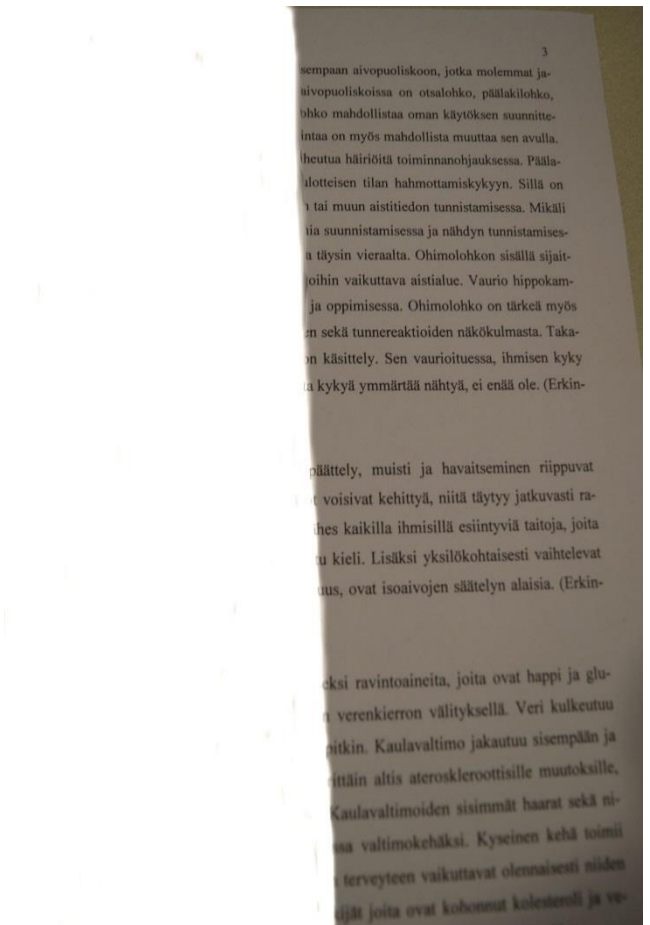
Pukeutuminen kannattaa aloittaa tiedostamattomalta puolelta. Toimintaa on hyvä tarkistaa samanaikaisesti peilistä.

Lukeminen

Pitkien tekstien lukeminen voi olla aluksi hankalaa. Haastetta lisää tekstifontin pieni koko ja kapeat rivivälit. Näitä suurentamalla voidaan helpottaa lukemista.



Tältä teksti näyttää normaalisti.

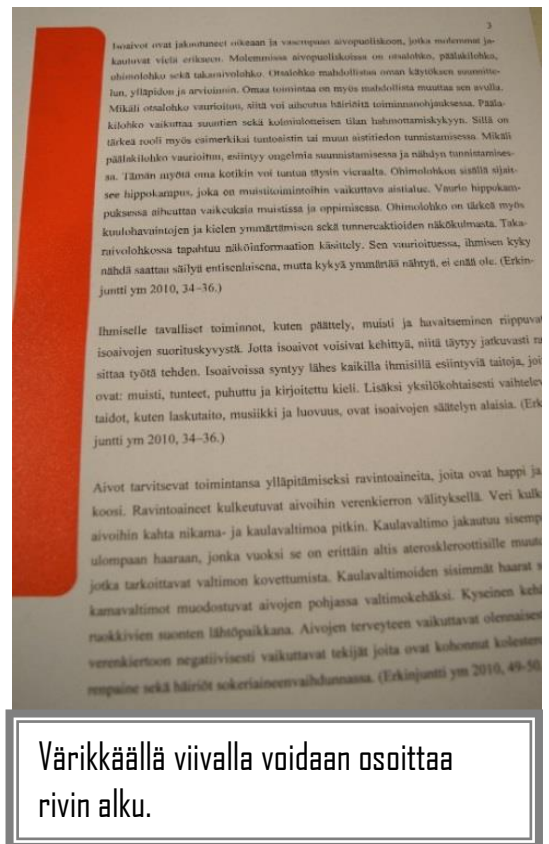


Näin henkilö, jolla on neglect, hahmottaa tekstin.

Lukeminen

Ohjeita lukemiseen:

- Aseta tekstin alkureunaan värikäs viiva
- Aloita lukeminen vasta, kun olet paikallistanut viivan katseellasi
- Kun lukeminen alkaa sujua, voidaan värikästä merkkiä haalentaa tai pienentää vähän kerrassaan
- Vaihtoehtoisesti voit helpottaa lukemista asettamalla viivoittimen luettavana olevan rivin alle
- Tai voit käyttää tiedostavan puolen sormeja avuksi rivin alun löytämisessä
- Aloita lukeminen vasta, kun olet löytänyt rivin alun sormella
- Pyydä läheistäsi kuuntelemaan, kun luet ääneen → Läheisesi antaa palautetta siitä, miten lukeminen onnistui



Ulkona liikkuminen

Ulkona liikkuminen on yksi suurimmista haasteista kotiuduttaessa sairaalasta. Varsinkin liikenteessä tulee noudattaa erityistä varovaisuutta, sillä se tarvitsee monenlaista tarkkaavuutta ja hyvän vireystilan. Tarkkaavuuden häiriöt aiheuttavat sen, ettei autolla ajaminen enää onnistu, josta seuraa ajokielto. Ajoluvan voi saada takaisin, kun neglect-oireet ovat hallinnassa. Luvan takaisin saaminen edellyttää neurologin ja neuropsykologin arviota sekä ajokoetta. Ajokyvyn seuranta-ajan tulee tapahtua pidemmällä aikavälillä.



Henkilö, jolla on neglect, ei havaitse vasemmalta tulevaa autoa. Liikenteen nopeus ja eri vaaratilanteet vaativat tarkkaa huomiointikykyä.

Ulkona liikkuminen

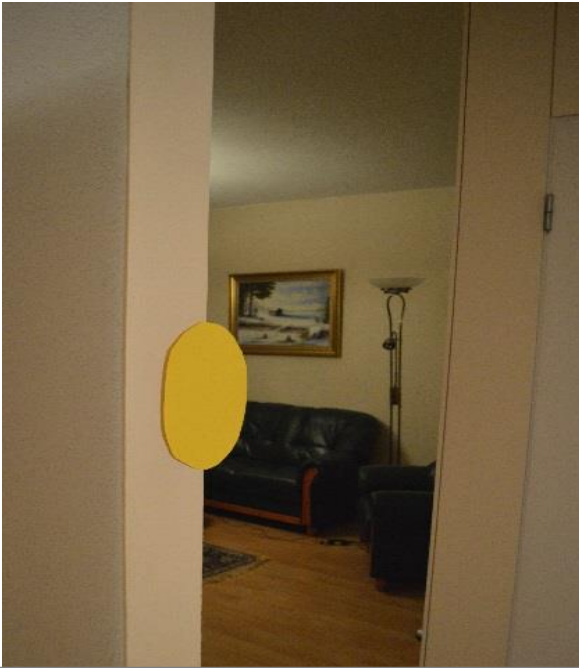
Ohjeita ulkona liikkumiseen:

- Älä lähde yksin ulos ainakaan alussa
- Liiku ensin mahdollisimman vähä-ärsykeisessä ympäristössä
- Tottuessasi liikkumaan ympäristössä, jossa on vähän ärsykeitä, voit vähitellen siirtyä vilkkaampaan ympäristöön
- Liiku ulkona ja erityisesti liikenteessä aluksi pelkästään kävellen → kasvava vauhti, esimerkiksi pyörällä ajaminen, lisää oireita
- Laajenna näkökenttäsi kääntelemällä usein päätä
- Aseta tiedostamattoman puolen raajaan jokin ärsyke, esimerkiksi huivi tai heijastin



Ärsyke tiedostamattomalla puolella helpottaa sen huomiointia.

Vaaratilanteet



Värikäs merkki muistuttaa törmäysvaarasta.



Teräviä esineitä käytettäessä tulee noudattaa erityistä varovaisuutta.

Toisen puolen tiedostamattomuus lisää vaaratilanteita, joista yleisin on törmäily. Kotona saattaa olla huonekaluja tai nurkkia, joihin on helppo törmätä. Myös ruoanlaitto, portaikot, kiipeäminen, aseet sekä erilaiset koneet ja laitteet saattavat aiheuttaa vaaratilanteita.

Ohjeita törmäilyn ehkäisyyn:

- Lisää huoneen valaistusta, kohdistuen valoa erityisesti törmäyskohtiin
- Aseta värikkäitä merkkejä vaaranpaikkoihin
- Kun törmäily on vähentynyt, voidaan merkit ottaa pikkuhiljaa pois

Tekijät:

Piia Oksa ja Kristiina Saarinen,

Terveystyö

Mikkelin ammattikorkeakoulu 2014

Kuvitus:

Piia Oksa ja Kristiina Saarinen

Olet uuden edessä ja se vaatii sopeutumista ja aikaa.

Suo niitä molempia itsellesi!

~ Tekijät ~