

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Toimintaterapian koulutusohjelma

Laura Heikari

**”Ohjeet ei mene perille”
Opas hoitohenkilökunnalle aivoverenkiertohäiri-
öiden aiheuttamien yleisimpien neuropsykologis-
ten erityishäiriöiden kuntoutuksesta**

Opinnäytetyö 2012

Tiivistelmä

Laura Heikari

”Ohjeet ei mene perille” -opas hoitohenkilökunnalle aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamien yleisimpien neuropsykologisten erityishäiriöiden kuntoutuksesta, 43 sivua, 3 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta

Toimintaterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2012

Ohjaajat: lehtori Tuula Hämäläinen, toimintaterapeutti Else Malmberg

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tukea kuntouttavaa hoitotyötä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön neuropsykologisten erityishäiriöiden osalta. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Kouvolan terveyskeskuksen toimintaterapeutin ja kuntouttavan jatkohoidon osaston kanssa. Tehtävinä oli työstää opas hoitohenkilökunnalle aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen neuropsykologisista erityishäiriöistä, arvioida oppaan käytettävyyttä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön hoitotyön tukena ja esitellä opas osaston hoitohenkilökunnalle.

Opinnäytetyön teoriaosuus koostuu aivoverenkiertohäiriöistä ja niiden kuntoutuksesta sekä syventää tietämystä neuropsykologisista erityishäiriöistä ja niiden vaikutuksista kuntoutujan arkeen. Neuropsykologisista erityishäiriöistä tarkemmin käsiteltäviksi valittiin toiminnanohjaus, näönvarainen hahmottaminen sekä tarkkaavuuden säätely ja siihen kuuluva neglect.

Kirjallisuuden avulla koostettiin pilottiopas, joka annettiin käyttöön kolmelle hoitohenkilökunnan jäsenelle. He käyttivät pilottiopasta kuusi viikkoa, jonka jälkeen heitä haastateltiin ryhmänä teemahaastattelulla. Teemahaastattelulla arvioitiin pilottioppaan käytettävyyttä. Haastattelu nauhoitettiin ja analysoitiin teoriasidonnaisella sisällönanalyysillä. Analyysin perusteella pilottioppaaseen tehtiin tarvittavat muutokset ja koostettiin viimeistely versio oppaasta. Opas esiteltiin ja jätettiin käyttöön osaston koko hoitohenkilökunnalle.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että opasta voi käyttää kuntouttavan hoitotyön tukena. Hoitohenkilökunnan jäsenet pitivät opasta tärkeänä, sillä he kokivat, ettei heillä ollut paljoakaan tietoa neuropsykologisista erityishäiriöistä. Oppaan konkreettiset esimerkit tuntuivat auttavan heitä tilanteissa, joissa ei tiedä, mitä tehdä. Opas otettiin käyttöön osastolla välittömästi sen esittelyn jälkeen.

Mielenkiintoista olisi jatkossa tehdä opas kuntoutujille ja heidän omaisilleen. Opas voisi olla tarpeellisempi osastoilla, joilla harvoin on aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita. Muut ammattiryhmät, kuten fysioterapeutit tai puheterapeutit taas voisivat tehdä oppaan esimerkiksi fyysisistä oireista tai afasiasta.

Asiasanat: aivoverenkiertohäiriöt, neuropsykologiset erityishäiriöt, toiminnanohjaus, näönvarainen hahmottaminen, tarkkaavuuden säätely, neglect

Abstract

Laura Heikari

A guide for the nursing staff for rehabilitating stroke patients with the most common neuropsychological disorders, 43 Pages, 3 Appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Degree Programme in Occupational Therapy

Bachelor's Thesis 2012

Instructors: Ms Tuula Hämäläinen, Lecturer, Ms Else Malmberg, Occupational Therapist, The city of Kouvola

The purpose of this thesis was to support and develop the care of people suffering from a stroke and the neuropsychological disorders caused by it. The goal was to create a neuropsychological disorder guide for the nursing staff, evaluate its use in practice and finally to present the guide for the whole staff of the nursing unit. The thesis was done in co-operation with the staff of the Kouvola health center and its occupational therapist.

The theory part of this thesis consisted of strokes, their rehabilitation and neuropsychological disorders and the affects they have on the patient. Executive functions, visuo-spatial functions, attention and neglect were selected for closer examination.

The material collection was done by putting together a pilot version of the guide which was given to three staff members. They used the pilot version for 6 weeks after which they were all interviewed as a group. The interview was used to examine the practicality of the guide. The interview was recorded and analyzed using theory-based evaluation. Based on this analysis the proper changes were made for the final version of the guide. The guide was then presented to the staff.

The results of this thesis show that the guide can be used to support and develop the care of people suffering from a stroke and the neuropsychological disorders caused by it. The staff considered the guide to be helpful since they had little information about neuropsychological disorders. The specific examples in the guide seemed to help in situations where the staff didn't know what to do. The guide was taken into use immediately.

In the future it would be interesting to put together a guide for the patients and their family members. The guide could be more useful in units which rarely have stroke patients. Other professionals could put together a guide to help with physical symptoms or aphasia.

Keywords: stroke, neuropsychological disorders, executive functions, visuo-spatial functions, attention, neglect

Sisältö

1 Johdanto	5
2 Aivoverenkiertohäiriöt ja niiden kuntoutus.....	6
2.1 Aivoverenkiertohäiriöt, niiden oireet ja hoito	6
2.3 Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön kuntoutuksen vaiheet.....	8
2.4 Motoriset oireet.....	10
2.5 Kognitiiviset oireet.....	12
2.6 Kuntouttava hoitotyö	13
3 Neuropsykologisten erityishäiriöiden vaikutukset arjessa toimimiseen	14
3.1 Toiminnanohjaus	16
3.2 Näönvarainen hahmottaminen.....	18
3.3 Tarkkaavuuden säätely.....	20
4 Opinnäytetyön tavoite ja tehtävät.....	23
5 Opinnäytetyön toteuttaminen	23
5.1 Oppaan tekeminen	24
5.2 Aineistonkeruu	26
5.3 Teemahaastattelun analysointi	27
6 Tulokset	29
6.1 Valmis opas	33
7 Pohdinta.....	34
7.1 Luotettavuus ja eettisyys	34
7.2 Tulosten pohdinta	36
7.3 Jatkokehitysehdotuksia.....	38
Kuvat.....	40
Kuviot.....	40
Taulukot.....	40
Lähteet.....	41
Liitteet	
Liite 1 Pilottiopas	
Liite 2 Alustus oppaaseen	
Liite 3 Valmis opas	

1 Johdanto

Aivoverenkiertohäiriöt ovat Suomessa kolmanneksi yleisin kuolinsyyryhmä ja jopa puolelle eloonjääneistä jää jokin pysyvä haitta (Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2007). Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden määrän arvioidaan kaksinkertaistuvan vuoteen 2030 mennessä, ellei ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa edistytä huomattavasti (Kaste ym. 2007). Aivoverenkiertohäiriöt ovat myös kolmanneksi kallein kansantautimme (Kaste ym. 2007), joten sekä terveydenhuollon kokonaiskustannuksien pienentämisen että aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön elämän mielekkyyden kannalta hoidon ja kuntoutuksen olisikin oltava mahdollisimman tehokasta.

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen neuropsykologiset erityishäiriöt saattavat joskus vaikuttaa välinpitämättömyydeltä tai laiskuudelta, eikä niihin osata tällöin suhtautua henkilön kuntoutumisen edistymisen kannalta oikein. Koko opinnäytetyön ajatus lähti tilanteesta, jossa hoitaja pyysi aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta henkilöä pukemaan paidan päälle, mutta mitään ei tapahtunut. Hoitajan näkökulmasta henkilön kohdalla ”ohjeet eivät menneet perille”. Kyseessä saattoi olla tilanne, jossa aivoverenkiertohäiriön aiheuttamien toiminnanohjauksen vaikeuksien vuoksi henkilö ei tiennyt, miten paidan pukeminen toteutetaan ja olisikin tarvinnut erilaista ohjausta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuntoutettavan henkilön edun lisäksi tuoda mielekkyyttä hoitajankin arkeen. Jos hoitohenkilökunta ymmärtää epäloogisen toiminnan taustatekijät, sen on helpompi niiden perusteella edistää aivoverenkiertohäiriön sairastaneen henkilön kuntoutumista. Näin välttyttäisiin tilanteilta, jotka aiheuttavat turhautumista molemmille osapuolille. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tukea kuntouttavaa hoitotyötä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön neuropsykologisten erityishäiriöiden osalta.

Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Kouvolan terveyskeskuksen toimintaterapeutin ja kuntouttavan jatkohoidon osaston henkilökunnan kanssa vuonna 2011.

2 Aivoverenkiertohäiriöt ja niiden kuntoutus

Keskushermosto saa jatkuvasti tarvitsemansa hapen ja glukoosin verenkierron välityksellä. Häiriöt verenkierrossa aiheuttavat nopeasti pysyviä vaurioita keskushermostossa. (Kaste ym. 2007.)

Suomessa aivoverenkiertohäiriöön sairastuu vuosittain noin 14 000 henkilöä. Aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi yleisin kuolinsyyryhmä, ja niihin kuolee vuosittain noin 5 000 henkilöä. Noin puolelle eloonjääneistä jää jokin pysyvä haitta: halvaus, afasia tai muu kognitiivinen häiriö. (Kaste ym. 2007; Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2009a.) Aivoverenkiertohäiriön sairastaneella on usein vaikeuksia arkielämässä, kuten liikkumisessa, syömisessä, pukeutumisessa ja sosiaalisten suhteiden luomisessa ja ylläpitämisessä (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2009b).

Aivoverenkiertohäiriön tyypillisin fyysinen oire on hemipareesi eli toispuolinen heikkous tai kömpelyys. Kognitiivisista häiriöistä yleisimpiä ovat muistihäiriöt, tarkkaavuuden, toiminnanohjauksen, suunnittelun ja päättelytoimintojen häiriöt sekä hidastuminen yleisessä kognitiivisessa prosessoinnissa. Kolmasosalla sairastuneista esiintyy afasiaa ja sen lisäksi mahdollisesti lukemis-, kirjoittamis- ja laskemishäiriöitä. Hyvin tavallinen oire on neglect, joka tarkoittaa toisen kehonpuolen ja havaintokentän huomiotta jättöä. Tunne-elämän muutokset, erityisesti mielialan vaihtelut, masennus ja herkkyyks liittyvät aivoverenkiertohäiriön jälkitilaan. (Kaste ym. 2007.)

2.1 Aivoverenkiertohäiriöt, niiden oireet ja hoito

Aivoverenkiertohäiriöihin luetaan iskeemiset aivoverenkiertohäiriöt, joita on aivoinfarkti eli aivovaltimotukos ja ohimenevä aivoverenkiertohäiriö TIA (=transient ischemic attack) sekä valtimovuodot, joita on aivoverenvuoto ICH (=intracerebral hemorrhage) ja lukinkalvonalainen verenvuoto SAV (=subaraknoidaalivuoto) (Kaste ym. 2007; Aivohalvaus – ja dysfasialiitto ry 2009b).

Aivoverenkiertohäiriöiden oireet alkavat yleensä nopeasti. Oireita voivat olla päänsärky, pahoinvointi, toispuolinen raajojen heikkous tai halvaus, suupielen roikkuminen, puheen puuroutuminen ja epäselkeys sekä huimaus ja liikkumisvaikeudet. Äkillinen tajunnantason lasku ja pitkäaikaiset tai pysyvät neurologiset puutosoireet ennakoivat aivoverenkiertohäiriöiden alkua. (Korpelainen, Kallanranta & Leino 2001; Kaste ym. 2007; Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2009b; Roine 2009.)

Iskeemiset aivoverenkiertohäiriöt TIA ja aivoinfarkti johtuvat tavallisesti aivovaltimotukoksen aiheuttamasta aivoiskemiasta. Aivoverisuonen tukos aiheutuu yleensä valtimosuonten kovettumisesta ja ahtautumisesta. Tukos estää verenkierron, mikä taas aiheuttaa tietyille kudokselle hapenpuutteen. Aivoinfarktista selviytymisen ja toipumisen kannalta ratkaisevaa on nopea hoitoon pääsy. Tukoksen liuotushoito tulisi aloittaa kolmen tunnin sisällä oireiden ilmaantumisesta, muutoin hoitona on konservatiivinen hoito. (Kaste ym. 2007; Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2009b.)

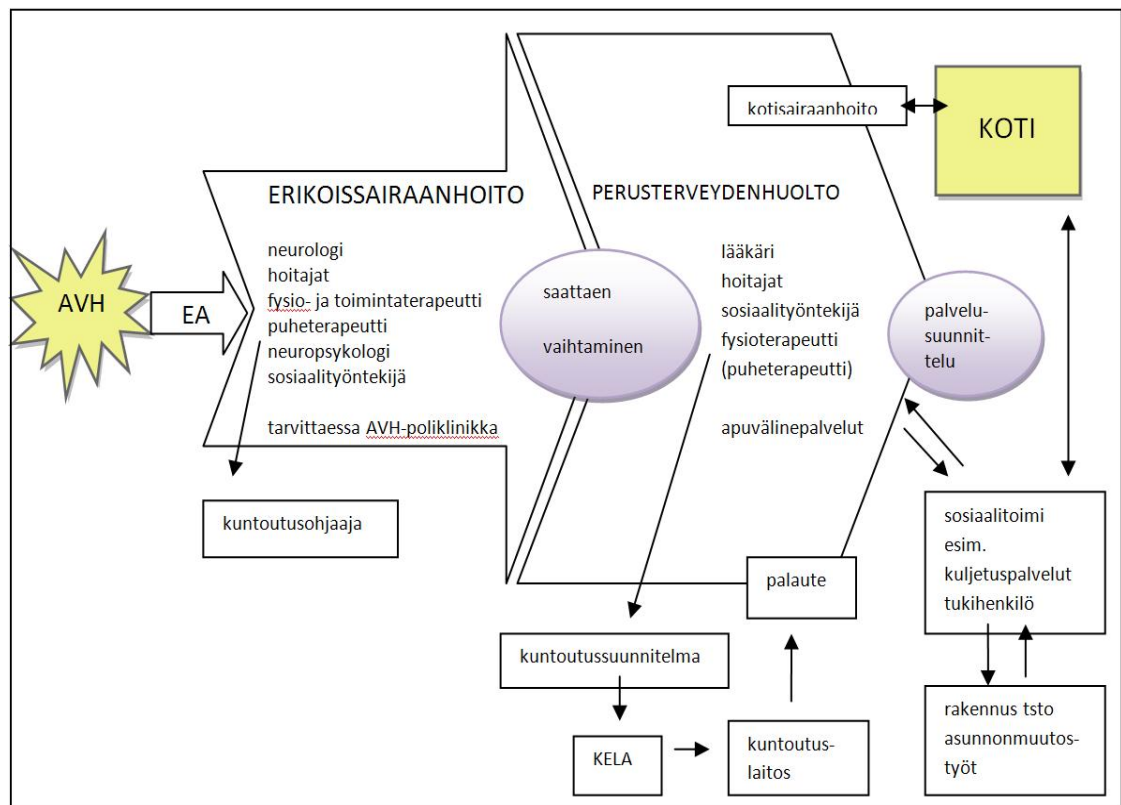
TIA-kohtaus (transient ischemic attack) on nimensä mukaisesti ohimenevä verenkiertohäiriö. TIA:n oireet ovat samanlaiset kuin aivoinfarktissa, mutta ne kestävät lyhyen aikaa: korkeintaan noin 15 minuuttia. TIA on usein vakava varoitus alkavasta tai tulevasta aivoinfarktista, ja siksi TIA vaatii kiireellistä diagnostiikkaa ja hoitoa. (Kaste ym. 2007.)

Valtimovuodot tarkoittavat valtimon repeämisestä johtuvaa verenvuotoa (Kaste ym. 2007, 316). Aivoverenvuodolla tarkoitetaan valtimon vuotamista aivokudoksen sisään, ja sen tärkein aiheuttaja on pitkäaikainen hoitamaton verenpaine- tauti. Aivovammat, aivokasvaimet, verisairaudet ja antikoagulanttihoito lisäävät aivoverenvuodon riskiä. Aivoverenvuodon hoito on lähes aina konservatiivinen. Joissain tapauksissa vuoto hoidetaan kirurgisesti, jolloin kallo avataan ja verenvuotokauma poistetaan. (Kaste ym. 2007; Roine 2009.)

Subaraknoidaalivuodon (SAV) tärkein aiheuttaja on synnynnäinen tai hankittu rakenneheikkous. Vuosien mittaan aivovaltimoiden haarautumiskohtaan kehittyy säkkimäinen pullistuma eli aneurysma, joka kasvaa vähitellen ja pahimmas- sa tapauksessa puhkeaa ja vuotaa. Subaraknoidaalivuoto hoidetaan tyypillisesti sulkemalla aneurysman kaula klipsillä. (Kaste ym. 2007.)

2.3 Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön kuntoutuksen vaiheet

Kuntoutus käsitteenä tarkoittaa suunnitelmallista, monialaista ja pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa selviytymään itsenäisestä elämästä halliten elämäntilanteensa. Kuntoutuksen perimmäisiä arvoja ovat onnellisuus, vapaus, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo. Nämä tarkoittavat sitä, että kuntoutuksen pyrkimyksenä on vähentää kärsimystä ja toiminnanrajoituksia niin, että kuntoutujan itsemääräämisoikeutta ja valinnanmahdollisuuksia kunnioitetaan. Kaikilla tulisi olla oikeus tasapainoiseen elämään ja jokaisella tulisi olla samat mahdollisuudet saada kuntoutusta. (Järvikoski & Härkää 2006.) Terveystieteissä kuntoutus esiintyy monessa kohdassa, ja se velvoittaa kuntoutujan järjestämään kuntoutuspalveluita ja laatimaan kuntoutujalle kuntoutussuunnitelman (Terveystieteilaki 30.12.2010/1326). Kuvassa 1 havainnoidaan aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kuntoutusprosessia.



Kuva 1. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön kuntoutuspolku (Korpelainen ym. 2001, 232).

Aivoverenkiertohäiriökuntoutujan ennusteen kannalta on tärkeää, että kuntoutus aloitetaan välittömästi jo akuuttivaiheessa. Akuutin vaiheen tärkein kuntoutuksen tavoite on huolehtia sairastuneen peruselintoiminnoista ja ehkäistä lisävaurioiden ja komplikaatioiden syntyminen. Tavallisimpia akuutin vaiheen komplikaatioita ovat alaraajojen syvät laskimotukokset ja keuhkoembolia, painehaavaumat sekä hengitys- ja virtsatieinfektiot. (Korpelainen ym. 2001.)

Liikuntakyvyttömän tai tajuttoman henkilön asentohoito on kuntoutusennusteen kannalta tärkeää, jotta hänelle ei kehittyisi niveliin liikerajoituksia, eikä ihoon syntyisi painehaavaumia. Akuuttivaiheessa sairastuneen asentoa pyritään vaihtamaan parin tunnin välein vuorokauden ympäri. (Korpelainen ym. 2001.)

Fysioterapeutti aloittaa alkuvaiheessa passiivisen liikehoidon, jonka tarkoituksena on ylläpitää raajojen liikelaajuuksia sekä edistää hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintaa. Suositeltavaa on mahdollisimman pian, jopa jo seuraavana päivänä sairastumisesta, alkaa totuttaa sairastunutta pystyasentoon, sillä pystyasennon tiedetään edistävän kuntoutusta, piristävän häntä sekä auttavan häntä tiedostamaan puutosoireet. Tämän lisäksi pystyasennossa komplikaattoriski pienenee. (Korpelainen ym. 2001.)

Akuuttivaiheen jälkeen alkaa subakuutti vaihe, jota kutsutaan myös nopean kuntoutumisen vaiheeksi. Tämä kestää yleensä 3-6 kuukautta ja alkaa välittömästi akuutin vaiheen jälkeen elintoimintojen tasaannuttua. Subakuutissa vaiheessa kuntoutus on intensiivistä, ja sen tavoitteena on muodostaa mahdollisimman realistinen kuva kuntoutujan sairaudesta, kuntoutumisesta, ennusteesta ja kuntoutustavoitteesta. Omaiset ja muu tukiverkko tulisi huomioida ja integroida kuntoutukseen mukaan. Subakuutissa vaiheessa usein alkaa näkyä merkkejä masennuksesta niin sairastuneessa kuin omaisissakin. Masennuksen tiedetään hidastavan kuntoutuksen etenemistä, joten siihen olisi hyvä kiinnittää huomiota. (Korpelainen ym. 2001.) Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut henkilö joutuu rakentamaan maailmansa ja elämänsä uudelleen jäljelle jääneistä palasista, ja hän voi tuntea olonsa voimattomaksi ja tarpeettomaksi (Ollila 2005). Kuntoutuksen lähtökohtana tulisikin olla kuntoutujan jäljellä olevat voimavarat ja säilynyt toimintakyky (Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2010).

Muutaman kuukauden kuluttua sairastumisesta kuntoutuja tyypillisesti on oppinut kävelemään tai liikkumaan apuvälineen turvin. Afasiaoireiston saaneen henkilön kielelliset vaikeudet alkavat helpottua ja erilaiset kognitiiviset puutosoireet ovat lieventyneet. Intensiivistä kuntoutusta ei kuitenkaan ole mielekäs-tä jatkaa, jos oireisto ei tämän vaiheen aikana ole merkittävästi lieventynyt. Täl-löin sairastuneen ennustetta voidaan pitää huonona. (Korpelainen ym. 2001.) Subakuutin vaiheen loppupuolella 50–70 % sairastuneista on toipunut itsenäi-seksi päivittäisissä toiminnoissa, 15–30 %:lle on jäänyt pysyvä vamma ja 20 % tarvitsee laitoshoidon (Tarnanen, Lindberg, Sairanen & Vuorela 2011).

Nopean kuntoutumisen loppuvaihe toteutetaan usein poliklinisesti ja mahdolli-suuksien mukaan mieluiten kuntoutujan omassa kotiympäristössä, jotta opitut asiat saataisiin siirrettyä käytäntöön (Korpelainen ym. 2001). Tässä vaiheessa on tärkeää arvioida henkilön selviytymistä kotiympäristössä ja muutostöiden tarvetta. Lisäksi erilaisten kotiapujen tarve on kartoitettava. (Käypä hoito 2011.)

Noin kolmen kuukauden päästä sairastumisesta alkaa ylläpitävä vaihe. Tällöin keskitytään ylläpitämään intensiivisellä kuntoutuksella saavutettua toimintaky-kyä. Vaiheeseen siirrytään pikkuhiljaa, kun motorisissa tai kognitiivisissa tai-doissa ei enää tapahdu toiminnallista edistystä. Erilaiset laituskuntoutusjaksot voivat tulla kyseeseen vaikeasti vammautuneiden kohdalla. Terveystieteiden ja Kelan järjestämät sopeutumisvalmennuskurssit ovat tärkeitä niin sairastuneil-le kuin heidän omaisilleenkin. Kurssien tarkoitus on tukea sairastuneita omaisi-neen kaikissa aivoverenkiertohäiriön aiheuttamissa kysymyksissä sekä antaa vertaistukea. (Korpelainen ym. 2001; Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2011.)

2.4 Motoriset oireet

Raajojen hermotus lähtee isoista aivoista raajan vastakkaiselta isoavokuorelta, minkä vuoksi halvausoireet ilmenevät aivoissa tapahtuneen vaurion vastakkai-sella puolella (Korpelainen ym. 2001). Aivoverenkiertohäiriön jälkeen aiemmin automaattisesti tapahtuneet liikkeet vaativat ponnistelua eivätkä välttämättä on-

nistu aluksi lainkaan. Liikkeiden uudelleenoppiminen vaatii intensiivistä harjoittelua ja systemaattista terapiaa.

Aivoverenkiertohäiriöllä on monenlaisia vaikutuksia liikkumiseen. Aktiivinen lihastoiminta voi heiketä tai hävitä tai lihaksiin voi tulla spastisuutta. Häiriöt tunnossa, kylmä-kuumaerottelussa ja liikkeiden ohjelmoinnissa ovat yleisiä. Tasapainohäiriöt vaikeuttavat monia toimintoja kuntoutuksen alussa. Hyvin tyypillistä on toispuolihalvausoireisto, hemiplegia. Isojenaivojen aivoverenkiertohäiriön sairastaneista jopa 85 %:lla todetaan toispuolihalvaus. Tämä tarkoittaa kehon toisen puolen raajojen velttoutta, heikkoutta ja kömpelyyttä. Usein toispuolihalvaus painottuu yläraajaan tai on ainakin vaikeampi yläraajassa. (Korpelainen ym. 2001; Kaste ym. 2007.)

Tärkeintä on aloittaa asentohoito heti sairastumisen alussa ja mobilisaatio mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Fysioterapeutti ohjaa kuntoutujaa tiedostamaan omia perusliikkumistaitojaan. Alkuvaiheessa riittävän haasteellisia ovat pystyasennon tasapainon ylläpitäminen, painonsiirtoharjoitukset ja kaatumispelellön voittaminen. Vuoteesta kääntyminen, istumaan nousu, seisomaan nousu ja ruokaillessa nieleminen ovat alkuvaiheen perusharjoituksia. Kaiken ohjauksen pitäisi tapahtua halvaantuneelta puolelta, jotta se tulisi huomioitua paremmin. (Forsbom ym. 2001; Korpelainen ym. 2001; Ikonen & Rautio 2009.)

Aiemmin itsestään selvät toiminnot eivät aivoverenkiertohäiriön jälkeen olekaan enää itsestäänselvyksiä. Esimerkiksi terveellä ihmisellä ajattelematta tapahtuva kävely vaatii onnistuakseen muun muassa rytmisiä kävelyliikkeitä, tasapainon hallintaa, ympäristön havainnoimista, oman kehon tuntemusta ja lihasten voimaa. Liikkumisen apuvälineenä käytetään alussa pyörätuolia, josta pyritään siirtymään pian rollaattoriin, sitten kävelykeppiin ja lopulta mahdollisuuksien mukaan kävelyyhin ilman apuvälinettä. (Forsbom ym. 2001.)

Spastisuus voi kehittyä halvaantuneisiin raajoihin viikkojen kuluessa. Se on yleensä uuvuttavaa kuntoutujalle. Spastisuus ilmenee kohonneena lihasjänteytenä, eikä henkilö pysty sitä itse hallitsemaan. Liiallinen ponnistelu, yrittäminen, kiiirehtiminen ja epäonnistumisen pelko usein lisäävät spastisuutta. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2005.)

Toisinaan kuntoutujalle kehittyy pusher-oireisto. Oireiston aiheuttavat kehonkuvan hahmotuksen ongelmat, jolloin kuntoutuja käyttää tervettä puolta yliaktiivisesti ja kallistuu sekä työntää itseään kumoon halvaantuneelle puolelle. (Jokelainen & Jokelainen 2000.) Hoitohenkilökunnan on oltava tietoinen oireistosta, sillä etenkin siirtymisissä voimakas pusher voi yllättää monet.

Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut henkilö tarvitsee usein apua monissa päivittäisissä toiminnoissa, kuten pukemisessa, peseytymisessä, ruokailussa ja WC-asioinnissa. Tässä neuvonantajana on toimintaterapeutti. Moniammatillinen kuntoutus kulkee kuntoutujan sairauden mukana alusta asti jatkuen usein osastotyyppisen kuntoutuksen jälkeen myös polikliinisesti.

2.5 Kognitiiviset oireet

Kognitiivisilla toiminnoilla tarkoitetaan aivojen moninaista tiedonkäsittelyä - tiedon vastaanottamista, käsittelyä, säilyttämistä ja jakamista. Kognitiivisia toimintoja ovat mm. havaitseminen, kielelliset toiminnot, ajattelu, päättely ja ongelmanratkaisu, muisti ja oppiminen.

Aivoverenkiertohäiriön jälkeiset muutokset kognitiivisissa toiminnoissa ovat erittäin yleisiä, ja ne vaihtelevat vaurion sijainnin, koon ja aivotoimintojen muiden muutosten mukaan. Jopa yli puolet aivoinfarktin saaneista saa kognitiivisia häiriöitä (Pohjasvaara, Ylikoski, Hietanen, Kalska & Erkinjuntti 2002). Kognitiiviset häiriöt (joita kuvataan Taulukossa 1) jaetaan kahteen ryhmään: neuropsykologisiin erityishäiriöihin ja yleisiin kognitiivisiin häiriöihin. Yleisiin kognitiivisiin häiriöihin kuuluvat aivoverenkiertohäiriön jälkeinen henkisen tason lasku, oireiden tiedostamattomuus sekä muistin ja käyttäytymisen häiriöt. Neuropsykologisiin erityishäiriöihin katsotaan kuuluvan afasiat, toiminnanohjauksen häiriöt, motoristen tahdonalaisten liikkeiden häiriöt, tunnistamishäiriöt ja havainnoimishäiriöt. (Korpelainen ym. 2001, Pohjasvaara ym. 2002.) Luvussa 3 käsitellään tarkemmin toimintakykyä alentavia tyypillisimpiä neuropsykologisia erityishäiriöitä.

Taulukko 1. Tavallisia kognition häiriöitä oikean ja vasemman aivopuoliskon vaurioitettua (Kuikka, Pulliainen & Hänninen. 2001, 63).

Oikea aivopuolisko	Vasen aivopuolisko
Oheisviestinnän ymmärtämisen häiriöt	Kielellisen viestinnän ymmärtämisen häiriöt
Oheisviestinnän tuottamisen häiriöt	Kielellisen viestinnän tuottamisen häiriöt
Tilasuhteiden hahmotuksen ja käsittelyn häiriöt vaikeita	Tilasuhteiden käsittelyn häiriöt
Kehon ja ympäristön vasemman puolen huomiotta jättäminen ja muita tarkkaavuusongelmia	Heikentyneisyyttä kehon ja ympäristön oikean puolen huomioinnissa
Pukeutumisen ja paikkojen löytämisen vaikeuksia	Tahdonalaisten liiketaitojen häiriöitä molemmissa käsissä
Ei-kielellisen muistamisen häiriöt	Kielellisen muistamisen häiriöt
Sairaudentunto usein heikentynyt	Sairaudentunto jopa korostunut
Tyypillisiä muita muutoksia:	
Kehon vasemman puolen halvaus ja tuntopuutoksia	Kehon oikean puolen halvaus ja tuntopuutoksia
Näkökenttävajauksia vasemmalla	Näkökenttävajauksia oikealla

Kognitiivisten oireiden kuntoutukseen osallistuvat pääsääntöisesti neuropsykologi, toimintaterapeutti ja hoitohenkilökunta. Afasiakuntoutuja tarvitsee lisäksi puheterapiaa. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön ohjauksen ja neuvonnan tulisi olla kognition tason mukaista. Tavoitteena on lieventää kognitiivisia häiriöitä, jäsentää muuttunutta toimintakykyä uudelleen ja tukea sairauteen sopeutumista. Kognitiiviselle kuntoutukselle tyypillistä on alkuvaiheen tehtäväkeskeisyys. Jossain vaiheessa on kohdattava toimintakyvyn palautumisen rajat ja siihen liittyvät tunteet. (Pohjasvaara ym. 2002.)

2.6 Kuntouttava hoitotyö

Kuntouttavalla hoitotyöllä on tarkoitus rohkaista ja kannustaa kuntoutujaa tekemään itse sekä ylläpitämään kuntoutujan sosiaalista statusta. Pyrkimyksenä on, että kaikki toiminta tukee sairastuneen itsenäistä selviytymistä. Kuntouttava hoitotyö toteutetaan kunnioittaen henkilön yksilöllisiä toimintatapoja. (Duodecim 2008.)

Kuntoutus ei tarkoita ainoastaan kuntoutushenkilöiden (fysioterapeutit, toimintaterapeutit) tekemää työtä vaan kaikkea potilastyötä, josta suurimman osan tekee nimenomaan hoitohenkilökunta. Tätä kutsutaan yleiskuntoutukseksi. (Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2010.) Sairastuneen kuntoutumisen kannalta edukkainta on, että kuntoutuksessa sairastunut, omaiset ja kuntoutus- sekä hoitohenkilökunta noudattavat samoja toimintatapoja ja -ohjeita (Kuikka ym. 2001).

3 Neuropsykologisten erityishäiriöiden vaikutukset arjessa toimimiseen

Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut henkilö voi liikkua hyvin, mutta muu toiminta voi vaikuttaa erikoiselta. Henkilö ei välttämättä tiedosta tekevänsä mitään erikoista, mutta ulkopuoliselle toiminta näyttäytyy epäloogisena, jäsentymättömänä touhuiluna. Puhutaankin neuropsykologisista erityishäiriöistä. Neuropsykologiset puutosoireet ovat usein hämmentäviä, koska häiriö ilmenee sellaisissa perustoiminnoissa, jotka sairastunut on aiemmin kyennyt suorittamaan rutiininomaisesti (Jehkonen, Hänninen, Norvasuo-Heilä&Ylikoski 2009). Häiriöt ovat usein paitsi henkilön itsensä, myös hoitohenkilökunnan vaikeimpia ymmärtää.

Pohjasvaaran ym. (2002) mukaan selvästi yli puolet aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista sai kognitiivisia häiriöitä. Pohjasvaara ym. (2002) viittaavat tutkimukseen, jonka mukaan tarkkaavuuden häiriöitä ilmeni jopa 39 %:lla sairastuneista, ja muistin, näönvaraisen toiminnan, kielellisten toimintojen ja laskemisen vaikeuksia taas yli 40 %:lla sairastuneista. Neuropsykologiset puutosoireet harvoin esiintyvät kapea-alaisina yksinään, vaan ne ilmenevät usein ryppäinä – neuropsykologisina oireyhtyminä (Pohjasvaara ym. 2002). Taulukossa 2 on esitetty tavallisimpia aivoverenkierron häiriöön liittyviä neuropsykologisia häiriöitä.

Taulukko 2. Tavallisimmat aivoverenkierron häiriöön liittyvät neuropsykologiset häiriöt (Pohjasvaara ym. 2002).

Kognitiivinen alue	Keskeisimmät häiriöt
Muistitoiminta	Orientaatiovaikeus
	Lähimuistihäiriö (episodinen muisti)
	Kielellisen muistin häiriö
	Visuaalisen muistin häiriö
	Amnesia (vaikea muistihäiriö)
Kielellinen toiminta	Kielen tuoton häiriö (afasia)
	Kielen ymmärtämisen häiriö (afasia)
	Lievempi kielellisen prosessoinnin työläys (esim. sanojen löytämisen vaikeus, anomia)
Näönvarainen toiminta	Visuaalinen agnosia (kyvyttömyys tunnistaa näkemäänsä)
	Avaruudellisen hahmottamisen häiriö
	Konstruktionaalisen (osista koostuvan kokonaisuuksien) hahmottamisen häiriö
Psykomotoriikka	Käsien tahdonalaisten liikkeiden häiriö (apraksia)
Tarkkaavuuden säätely	Hidastuneisuus
	Tarkkaavuuden ylläpito ja kohdentaminen on vaikeutunut
	Usean asian samanaikainen käsittely vaikeutunut
	Neglect (huomiotta jättäminen)
Toiminnanohjaus	Toiminnan jäsentämisen vaikeus
	Toiminnan kontrolloinnin vaikeus
	Juuttuvuus
	Suunnittelun, ongelmanratkaisun ja loogisuuden vaikeudet
Perustaidot	Oman tilan arvioinnin vaikeus
	Lukemisen häiriö (aleksia)
	Laskemisen häiriö (akalkulia)
	Kirjoittamisen häiriö (agrafia)

Häiriöt kognitiossa voivat näkyä monella eri alueella. Häiriöitä voi ilmetä monissa perustaidoissa, kuten lukemisessa ja laskemisessa tai psykomotorisissa taidoissa. Tyypillistä monelle ovat jonkinasteiset häiriöt muistitoiminnoissa. Aivoverenkiertohäiriön vasemmalle aivopuoliskolle saaneet kärsivät usein kielellisistä vaikeuksista, kuten puheentuoton tai puheen ymmärtämisen häiriöistä. Näönvarainen toiminta käsittää mm. avaruudellisen hahmottamisen ja nähtyjen asioiden tunnistamisen. Tarkkaavuuden säätelyyn liittyy vaikeutta ylläpitää ja kohdentaa tarkkaavuutta, käsitellä useita samanaikaisia asioita sekä toisen puolen huomiotta jättö eli neglect-häiriöt. Toiminnanohjauksen häiriöissä sairastuneen voi olla vaikeaa jäsentää, suunnitella, toteuttaa ja kontrolloida toimintaa. (Pohjasvaara ym. 2002.)

Tarkemmin käsiteltäviksi alueiksi valittiin toiminnanohjauksen vaikeudet, näönvaraisen hahmottamisen vaikeudet sekä tarkkaavuuden säätelyyn liittyvät häiriöt, koska häiriöt näillä alueilla ovat yleisiä ja hankaloittavat arjessa toimimista sekä alentavat toimintakykyä huomattavasti. Ne tulevat usein esille erikoisena toimintana ja saattavat näyttää joltain, mitä eivät ole, jolloin niitä on vaikein ymmärtää. Vaikka sairastunut voi näyttää omatoimiselta, hänelle saattaa tulla arkielämässä yllättäviä vaikeuksia, jotka täytyisi mieltää kuntoutusta ja toimintakykyä tukevalla tavalla oikein (Jehkonen ym. 2009).

Duodecimin julkaiseman konsensuslausuman (2009) mukaan aivoverenkierto-häiriöön sairastuneen henkilön kotona tapahtuva kuntoutus lisää päivittäisten toimintojen itsenäisyyttä. Kuntoutujan luonnollisessa toimintaympäristössä arkielämän toimintojen harjoittelu on vaikuttavaa. Koska osasto ympäristö ei ole kuntoutujan luonnollinen toimintaympäristö, olisi tärkeää kiinnittää erityishuomiota hankaluuksiin, jotka voivat muodostua ylitsepääsemättömiksi kuntoutujan kotiutuessa.

3.1 Toiminnanohjaus

Kuten Grieve ja Gnanasekaran (2010) kuvaavat, suurimman osan päivästäimme toimimme automaattisesti ja päivittäiset rutiinit eivät vaadi erityisen paljon huomiota. Tällöin ihminen pystyy säätelemään kognitiivisia toimintojaan niin, että ne jäsentyvät mielekkäiksi kokonaisuuksiksi ja toiminta on rutiininomaista ja hallittua. Tätä kutsutaan toiminnanohjaukseksi. (Kuikka ym. 2001.)

Toiminnanohjausjärjestelmä (engl. executive functions) ohjaa kognitiivisia prosesseja niin, että pystymme asettamaan tavoitteita ja toimimaan sekä käyttäytymään järkevästi saavuttaaksemme ne. (Grieve & Gnanasekaran 2010). Käytöksen yleisestä ohjauksesta vastaavat otsalohkojen etuosat. Jos sairastuneen molempien aivopuoliskojen etuosat ovat vaurioituneet, toiminnanohjauksen häiriöt ovat silmiinpistäviä. Kuitenkin useimmiten vauriot ovat niin pieniä, että osastohoidon aikana niitä ei huomata. Todelliset vaikeudet tulevatkin esille

sairastuneen kotiuduttua, kun häneltä vaaditaan itsenäistä ja oma-aloitteista toimintaa. (Kuikka ym. 2001).

Tyypillisiä oireita etuotsalohkojen vaurioitumisesta ja toiminnanohjauksen häiriöistä ovat vaikeus suunnitella, toteuttaa ja pitää yllä tavoitteellista toimintaa sekä aloitekyvyttömyys. Tyypillistä on se, että ulkoinen ärsyke tai mieleen tullut ajatus vie herkästi huomion pois päätehtävästä ja toiminta on kaavamaista sekä juuttuvaa. Toiminnan joustava muuttaminen tai virheiden korjaaminen on vaikeaa, vaikka sairastunut huomaisi virheensä. (Kuikka ym. 2001, 171; Grieve & Gnanasekaran 2010, 195–196.)

Toimintaterapiassa toiminnanohjauksen vaikeudet voidaan jaotella neljään ryhmään: toiminnan aloittaminen ja päättäminen, tavoitteellinen toiminta, toiminnan suunnittelu ja järjestäminen sekä toiminnan mukauttaminen ja joustavuus. (Grieve & Gnanasekaran 2010).

Toiminnan aloittaminen ja suunnittelu voi olla sairastuneelle ylivoimaista. Hän saattaa pystyä kertomaan, mitä osatehtäviä esimerkiksi paidan pukemiseen kuuluu, mutta ne eivät välttämättä jäsenny mielekkääksi kokonaisuudeksi. Käytännön toteuttaminen voi olla henkilölle mahdotonta. Aamutoimissa eteneminen voi olla vaikeaa, sillä monivaiheiset tehtävät hajoavat ja jäävät kesken. Kuntoutuja saattaa yrittää tehdä toiminnon osatehtävät väärässä järjestyksessä tai olla tekemättä mitään, jolloin hänen toimintansa tulkitaan laiskuudeksi tai kykenemättömyydeksi ymmärtää ohjeita. Toiminnanohjauksen häiriöstä kärsivää tulisi ohjeistaa niin, että monivaiheiset tehtävät jaettaisiin mahdollisimman pieniksi osatehtäviksi ja niitä toteutettaisiin järjestelmällisesti, jopa kädestä pitäen neuvon. (Kuikka ym. 2001; Grieve & Gnanasekaran 2010; Banich & Compton 2011.)

Yksi tyypillinen toiminnanohjauksen häiriö on juuttuminen eli perseveraatio. Se voi näkyä toiminnassa tai puheessa. Juuttumiselle tyypillistä on se, että sairastunut henkilö jää tekemään samaa asiaa eikä pääse irrottautumaan siitä. Usein tietoinen ponnistelu juuttumisen lopettamiseksi pahentaa tilannetta. Sairastunut saattaa itse tiedostaa juuttumisen, muttei kykene korjaamaan tai lopettamaan meneillään olevaa toimintaansa ja siirtymään seuraavaan. Esimerkiksi hahmotustehtäviä tehdessään sairastunut saattaa jäädä piirtämään edellisessä tehtä-

vässä ollutta kuviota. Hampaita pestessään hän saattaa laittaa hammastahnaa hammasharjaansa kerta toisensa jälkeen, sillä hän on kyvytön siirtymään seuraavaan osatehtävään eli hammastahnaputkilon sulkemiseen. (Kuikka ym. 2001; Grieve & Gnanasekaran 2010.)

3.2 Näönvarainen hahmottaminen

Näköhahmotus on terveelle ihmiselle nopeaa ja automaattista, ja hän pystyy antamaan havaitsemalleen kohteelle nimen. Jos henkilöllä on selvästi vaikeuksia havaitsemisessa, vaikka näkökentät, näöntarkkuus, kirkkausasteiden erotteleminen, värinäkö ja silmien liiketoiminnot ovat normaaleja, voidaan puhua näön erityishäiriöistä. (Kuikka ym. 2001.)

Näönvaraisen toiminnan lähtökohdat ovat näöntarkkuus, näkökenttä ja silmän liikkeen kontrollointi. Näöntarkkuudella tarkoitetaan kykyä nähdä yksityiskohtia ja tarkentaa katsetta niin, että tietty kohde erottuu taustasta. Näkökenttä on alue, jonka silmät näkevät vaikkei henkilö liikuttaisi päätään. Päätä liikuttamalla näkökenttä laajenee ja näyttäytyy eri näkökulmasta. Silmän liikkeen kontrollointi taas vaikuttaa kykyyn havaita ympärillä oleva tila. (Grieve & Gnanasekaran 2010.)

Tyypillisesti oikean aivopuoliskon vaurioituttua sairastuneelle tulee erilaisia tilasuhteiden ja suuntien hahmottamisen vaikeuksia. Tavallinen aivoverenkierto-häiriöiden jälkeinen näönvaraisen toiminnan häiriö on visuo-spatiaalinen agnosia. Siihen liittyy vaikeus tunnistaa tuttuja esineitä ja paikkoja, hahmottaa esineitä ja asioita suhteessa tilaan sekä hankaluuksia kehonkuvan hahmottamisessa ja ympäristössä liikkumisessa ja paikkojen löytämisessä. Visuospatiaaliset agnosiat esiintyvät harvoin puhtaina yksinään. Ne muodostavat usein ryppäitä yhdessä muiden neuropsykologisten häiriöiden, kuten neglect-häiriön, kanssa. (Kuikka ym. 2001; Grieve & Gnanasekaran 2010.)

Esineiden ja paikkojen tunnistamisen vaikeudet ilmenevät useilla eri tavoilla. Sairastunut voi kyllä kyetä sanomaan, ovatko kaksi kuvaa samanlaisia vai erilaisia, ja hän saattaa pystyä yhdistämään kuvan ja aidon esineen toisiinsa. Silti

hän ei välttämättä osaa kertoa, miten kyseistä esinettä käytetään tai miksikä sitä kutsutaan. Tätä kutsutaan assosiatiiviseksi visuaaliseksi agnosiaksi. Apperseptiivinen agnosia eroaa assosiatiivisesta visuaalisesta agnostiasta niin, että henkilö ei kykene vertailemaan kahden kuvion eroja. Toisinaan sairastuneella voi olla vaikeuksia tunnistaa kasvoja (prosopagnosia), jolloin hän kyllä tunnistaa kasvot kasvoiksi, mutta ei osaa yhdistää henkilöä kasvoihin. (Kuikka ym. 2001.)

Visuokonstruktiivista taitoa on kyky hahmottaa kaksi- ja kolmiulotteisia kokonaisuuksia, kuten esineitä ja piirroksia. Visuokonstruktiivista taitoa tarvitaan useissa arjen toiminnoissa, kuten pukemisessa, kahvinkeitämisessä ja ruuanlaitossa. Visuokonstruktiivisista vaikeuksista kärsivälle voi olla ylivoimaista lukea karttoja, kaavioita tai piirroksia. Hänelle voi olla jopa vaarallista liikkua jalankulkijana saati autoilijana liikenteessä, sillä etäisyyksien hahmottaminen ja yksityiskohtien paikantaminen voi olla heikkoa. (Kuikka ym. 2001; Grieve & Gnanasekaran 2010.)

Suomenkielinen ilmaisu kehonkuva pitää sisällään psykososiaalisen ja emotionaalisen merkityksen (vrt. englanniksi body image – body scheme). Tässä kuitenkin sanalla on tarkoitus ilmaista nimenomaan fyysistä olemista (body scheme) ilman sanan syvempää merkitystä. Kehonkuvan hahmottamisella tarkoitetaan tietoisuutta kehon osien asennoista ja tilasuhteista niiden välillä. Tietoisuus pohjautuu näköhavaintojen, proprioseptiikan ja taktiilisen aistin väliseen yhteistyöhön. Määritelmät eri suunnista (oikea-vasen, eteenpäin-taaksepäin, ylhäällä-alhaalla) kuuluvat kehonkuvan hahmottamiseen. Kehonkuvan hahmottamisen häiriöiden luokittelu ei ole yksiselitteistä, sillä usein ne liittyvät johonkin muuhun neuropsykologiseen erityishäiriöön, kuten neglectiin. Kuitenkin niitä voi suurpiirteisesti jaotella. Somatoagnosia tarkoittaa kyvyttömyyttä tunnistaa kehon osia ja aistia niiden asento suhteessa tilaan. Oikea/vasen-erottelukyky taas voi heikentyä niin, että sairastuneen on vaikea tiedostaa kehonpuoliskot ja niiden välinen yhteistyö. Anosognosiasta (=sairaudentunnon puuttumisesta) kärsivä voi unohtaa tai jopa kieltää halvaantuneen raajan olemassaolon, ja hän usein loukkaakin raajaa helposti. Autopagnosia on kyvyttömyyttä nimetä ruumiinosia, mutta tällainen oirehdinta voi liittyä afasiaankin. (Kuikka ym. 2001; Grieve & Gnanasekaran 2010.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet henkilöt saattavat eksyä helposti erityisesti sairaalassa ollessaan. Usein syynä on uuden oppimisen vaikeus, neglect tai tarkkaavuuden häiriö, mutta toisinaan kyse voi olla topografisesta agnosiasta. Tällöin ympäristö menettää tuttuutensa, ja jopa tutussa ympäristössä henkilö eksyy helposti. (Kuikka ym. 2001.)

Ihmisen kyky liikkua paikasta toiseen riippuu monimutkaisesta ”sisäisestä navigointijärjestelmästä” yhdistettynä spatiaaliseen hahmottamiseen. On kyettävä erottamaan itsensä ympäristöstä ja aistittava, missä suhteessa keho on ympäristöön nähden. Työmuisti kerää tietoa ympäristöstä ja pitää sitä tallessa sen ajan, kunnes pitkäkestoinen muisti lähettää informaation miten tilassa kuuluu liikkua. Tärkeimmät ja eniten käytetyt kartat tallentuvat pitkäkestoiseen muistiin skeemoiksi – eräänlaisiksi sisäisiksi kartoiksi, joiden avulla osataan liikkua tutuissa paikoissa ilman kummempaa ajattelua. (Grieve & Gnanasekaran 2010.)

3.3 Tarkkaavuuden säätely

Tarkkaavuudella tarkoitetaan kykyä suunnata kognitio mielekkääseen kohteeseen. Tarkkaavuus on kaiken tiedonkäsittelyn perusta, sillä pääsääntöisesti ihminen pystyy keskittymään vain yhteen asiaan kerrallaan. Erityistä ponnistelua ja kontrolloitua tarkkaavuutta tarvitaan uusissa, yllättävissä tilanteissa, kun taas tutut, rutiininomaiset asiat sujuvat usein automaattisesti. Tarkkaavuus jaetaan tarkkaavuuden suuntaamiseen, ylläpitämiseen ja jakamiseen. Yleinen vireystaso, kohteiden näönvarainen etsiminen sekä tapahtumien ennakointi kuuluvat tarkkaavuuteen. (Kuikka ym. 2001; Grieve & Gnanasekaran 2010).

Banichin ja Comptonin (2011, 303-318) mukaan tarkkaavuutta on neljää eri tyyppiä. Valppaus ja vireys ovat perusta tarkkaavuudelle, sillä ilman niitä on mahdotonta valikoida tärkeää tietoa ympäristöstä. Vigilanssi on tarkkaavuuden ylläpidon erityistilanne. Se tarkoittaa valppauden ylläpitoa pitkästyttävässä, vähävirikkeisessä tilanteessa. Tärkeää on eräänlaisen ennakoivan valmiustilan säilyttäminen, jonka pystyy tilanteen vaatiessa muuttamaan tarkaksi, nopeaksi reaktioksi (Kuikka ym. 2001).

Kolmas tarkkaavuuden tyyppi on valikoiva tarkkaavuus, joka nimensä mukaisesti auttaa runsaasta tietomäärästä valikoimaan oleellisen tiedon. Tarkkaavuuden kohdistamisen tulee suuntautua kontrolloidusti sekä ympäristöön että omaan mieleen. Tärkeintä on, että tavoitteen kannalta tärkeät mielikuvat suodattuvat tarkempaan käsittelyyn. (Kuikka ym. 2001; Banich & Compton 2011.)

Neljättä tyyppiä kutsutaan jaetuksi tarkkaavuudeksi. Jaetulla tarkkaavuudella tarkoitetaan sitä, että huomio pystytään kohdistamaan kahteen eri asiaan yhtä aikaa. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneella on usein suuria vaikeuksia nimenomaan tarkkaavuuden jakamisessa, mikä pitäisi aina terapiatilanteessa ja -ympäristössä ottaa huomioon. (Kuikka ym. 2001; Grieve & Gnanasekaran 2010; Banich & Compton 2011.)

Tyypillisesti tarkkaavuuden säätelyn häiriöstä kärsivä henkilö voi olla väsynyt ja unelias ja vaikuttaa jopa henkisesti hidastuneelta. Hidastunut toiminta voi ilmetä niin, että ennen automaattisesti sujuneet toiminnot vievätkin sairastumisen jälkeen paljon enemmän aikaa. Kun sairastuneelta vaatii aktiivista toimintaa, hän jaksaa toimia vain hetken, jonka jälkeen toiminta alkaa hidastua ja hiipua. Sairastuneen keskittymiskyky on epävakaata, ja hän hermostuu helposti keskittymiskykyä vaativissa tehtävissä. Hän voi kyllästyä nopeasti. Erilaiset keskeytykset ja ulkopuoliset häiriötekijät häiritsevät hänen toimimistaan. Tarkkaavuus muuttuu kapea-alaiseksi, ja se voi näkyä muun muassa huomiokyvyssä. (Kuikka ym. 2001.)

Neglect

Neglect-häiriöstä voidaan käyttää termiä huomiotta jättäminen. Sillä tarkoitetaan sitä, että aivoverenkiertohäiriöön sairastunut toimii aivan kuin olisi unohtanut toisen puolen kehostaan ja ympäristöstään. Neglect voi ilmetä visuaalisella, taktilisella, auditiivisella tai jopa hajuaistin alueella. (Grieve & Gnanasekaran 2010.) Neglect-häiriöt ovat yleisempiä oikean aivopuoliskon vaurioissa, mutta ei ole täysin tavatonta havaita niitä vasemman aivopuoliskon vaurioissa (Kuikka ym. 2001; Grieve & Gnanasekaran 2010). Neglectiä esiintyy jopa yli 40 %:lla

oikean aivopuoliskon verenkiertohäiriön saaneista (Jehkonen, Kettunen, Laihosalo & Saunamäki 2007).

Neglect-oireyhtymän luokittelu jakaa mielipiteitä. Korpelainen ym. (2001) ja Juntunen (2008) luokittelevat neglectin kuuluvaksi havainnoimishäiriöihin, kun taas uudemmat lähteet pitävät neglect-oireyhtymää tarkkaavuuden säätelyn häiriönä. Grieve ja Gnanasekaran (2010) pohtivatkin erikseen, onko neglect tarkkaavuuden häiriö. Siinä neglect-oireyhtymän kuulumista tarkkaavuuden häiriöihin perustellaan sillä, että sen oireet liittyvät tilaan liittyvään tarkkaavuuteen. Uusimman tiedon mukaan neglect-oireyhtymää siis pidetään nimenomaan tarkkaavuuden säätelyn häiriönä.

Tyypillinen neglect-häiriön saanut henkilö ei kiinnitä huomiota toisen puolen ärsykkeisiin. On tavallista, että sairastunut törmäilee toisella puolella oleviin esineisiin tai ihmisiin. Hän voi jättää pesemättä, pukematta tai hoitamatta toisen puolen kehostaan. Lautaselta jää syömättä toinen puoli, ja monet esineet tarjotimen toisella puolella voivat ikään kuin kadota. Sairastunut voi kummastella toiselta puolelta tulevan äänen lähdettä ja kääntyä vastaamaan terveelle puolelle. Hänen voi olla hankalaa lukea, sillä rivien alut eivät hahmotu. Tavallista on se, että sairastunut vierastaa toisen puolen raajoja ja saattaa jopa tuntea vastenmielisyyttä raajoja kohtaan. Hän voi säikähtää yöllä toisen puolen yläraajaa. Neglect voi ilmetä jopa mielikuvien tasolla. Kun sairastunutta pyydetään kuvailemaan tuttua huonetta sanoin tai piirtäen, huoneesta jää toinen puoli kokonaan kuvailematta. (Kuikka ym. 2001.)

Neglect on usein vaikeimmillaan sairauden alkuvaiheessa ja lievittyy pikkuhiljaa (Kuikka ym. 2001). Kuntoutumisessa olisi tärkeää keskittyä toisen puolen tietoisuuteen esille tuomiseen. Koska kuntoutuja ei spontaanisti esimerkiksi käännä katsettaan toiselle puolelle, olisi tärkeää viedä mahdollisimman monet ärsykkeet sille puolelle. (Banich & Compton 2011.) Neglect-häiriö vaihtelee yleisen vireystilan mukaan, joten kuntoutujan ollessa väsynyt se voi korostua. Neglect-häiriön kuntouttamista voi vaikeuttaa usein oikean aivopuoliskon vaurioitumisesta johtuva sairaudentunnon heikkous, jolloin sairastunut vähättelee puutosoireita eikä koe tarvitsevänsä kuntouttamista. (Kuikka ym. 2001.)

4 Opinnäytetyön tavoite ja tehtävät

Opinnäytetyön tavoite on tukea kuntouttavaa hoitotyötä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön neuropsykologisten erityishäiriöiden osalta

Opinnäytetyön tehtäviä on

- työstää opas hoitohenkilökunnalle aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen neuropsykologisista erityishäiriöistä
- arvioida oppaan käytettävyyttä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön hoitotyön tukena
- esitellä opas osaston hoitohenkilökunnalle.

5 Opinnäytetyön toteuttaminen

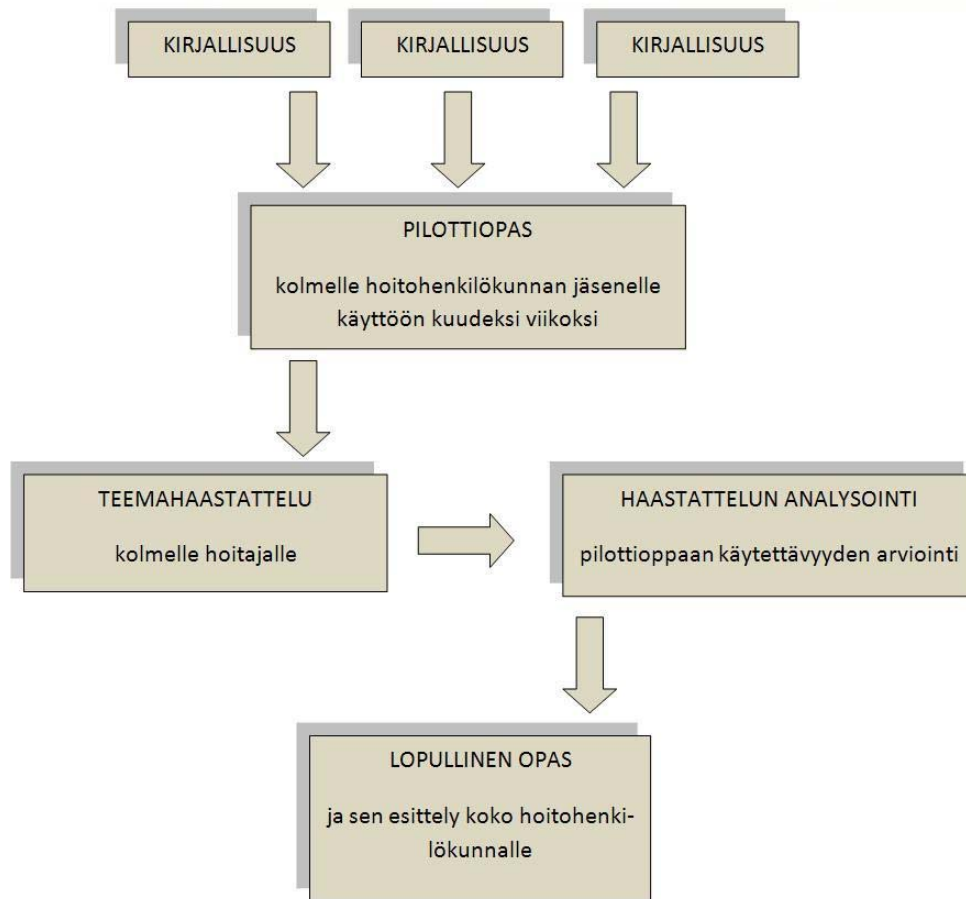
Opinnäytetyö on tyypiltään toiminnallinen. Toiminnallisella opinnäytetyöllä tarkoitetaan työtä, jossa yhdistyvät toiminnallisuus, teoreettisuus, tutkimuksellisuus ja raportointi.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä oleellista on taustatiedon rajaaminen. Aineiston valinnassa huomioidaan se, mitä tietoa opinnäytetyöhön tarvitaan ja onko taustatieto laadukasta. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluvat toiminnallinen osuus ja raportointi. Tässä työssä toiminnallinen osuus tarkoittaa oppaan työstämistä. Tavoitteena on luoda jotain sellaista, joka on uutta ja kehittävää.

Kuviossa 1 on esitetty opinnäytetyön rakentuminen. Se on rakentunut niin, että ensin kirjallisuuden avulla on koostettu pilottiopas, joka on annettu kuuden viikon käyttökokeiluun kolmelle hoitohenkilökunnan jäsenelle. Heitä on haastateltu teemahaastattelulla oppaan käytettävyydestä. Haastattelu on toteutettu ryhmähaastatteluna, jonka jälkeen aineisto on analysoitu teoriasidonnaisella sisällönanalyysillä. Käytettävyyden arviointiin valittiin teemoiksi sisältö ja ulkoasu.

Opasta on korjattu ehdotusten mukaisesti ja valmis opas esitelty koko hoitohenkilökunnalle ja jätetty sen käyttöön.

Kuvio 1. Oppaan rakentaminen.



5.1 Oppaan tekeminen

Oppaasta koostettiin aluksi pilottiopas, joka esiteltiin kolmelle etukäteen valitulle hoitohenkilökunnan jäsenelle 16.9.2011. Pilottioppaan koostamiseen käytettiin apuna monipuolista kirjallisuutta. Aivoverenkiertohäiriöistä ja niiden aiheuttamista neuropsykologisista erityishäiriöistä etsittiin mahdollisimman kattavasti ja syväällisesti tuoretta ja luotettavaa kirjallisuutta. Koostamista varten etsittiin jonkin verran tutkimustietoa siitä, kuinka moni aivoverenkiertohäiriön läpikäyneistä henkilöistä saa neuropsykologisia erityishäiriöitä.

Omien kokemusten pohjalta pystyttiin jonkin verran hahmottamaan yleisimpiä neuropsykologisia erityishäiriöitä, joita aivoverenkiertohäiriöihin sairastuneilla esiintyy. Runsaasti apua yleisten neuropsykologisten erityishäiriöiden kartoitukseen saatiin Kuvon terveysaseman toimintaterapeutilta, joka kohtaa työsään päivittäin aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita henkilöitä.

Tärkeimpiä kirjallisia lähteitä pilottioppaan koonnissa olivat Kliininen neuropsykologia (Kuikka ym. 2001), Neuropsychology for Occupational Therapists (Grieve & Gnanasekaran 2010) ja Aivoverenkierron häiriöiden jälkeiset kognitiiviset häiriöt (Pohjasvaara ym. 2002). Nämä lähteet ovat tunnettujen, asiantuntevien ammattihenkilöiden tekemiä, tiedot syvällisiä, perusteellisia ja pohjautuvat tieteelliseen näyttöön.

Pilottiopas (liite 1) rakentui neljälle erilliselle A4-kokoiselle paperille: yksi toiminnanohjailun vaikeuksille, yksi näönvaraiselle hahmottamiselle, yksi tarkkaavuuden säätelylle ja yksi neglectille. Vaikka neglect-häiriö on osa tarkkaavuuden säätelyä, sen oli hyvä olla omalla paperillaan, sillä sen ohjaamisessa kiinnitetään huomiota eri asioihin kuin muissa tarkkaavuuden säätelyn häiriöissä.

Pilottiopas rakentui pääosin lyhyistä teksteistä, ja niiden esittämiseen käytettiin kahta erilaista kuvaa. Toinen kuva oli kysymysmerkillä varustettu hymiö, jonka alle oli kuvailtu kyseisen neuropsykologisen erityishäiriön näkymistä arjen toiminnoissa. Toinen kuva taas oli peukaloa näyttävä hymiö, jonka alla annettiin ehdotuksia siihen, kuinka tietynlaisista hankaluuksista kärsivää voitaisiin arjessa ohjata.

Pilottiopas jätettiin kolmen hoitohenkilökunnan jäsenen käyttöön kuudeksi viikoksi, minä aikana he käyttivät opasta oman työnsä tukena. Kuuden viikon jälkeen heitä haastateltiin oppaan käytettävyydestä ja haastattelun perusteella pilottioppaaseen tehtiin muutoksia. Näin tehtiin valmis opas.

Oppaan materiaali annettiin sähköisessä muodossa terveyskeskuksen toimintaterapeutille lisäsivujen tulostamista varten. Tämän lisäksi hoitohenkilökunnalle tehtiin flippikansioon pöytämallinen opas, jonka kuusi sivua laminoitiin. Tämä oli sellainen malli oppaasta, jonka se koki toimivan parhaiten osastolla. Opas esiteltiin osaston hoitohenkilökunnalle joulukuussa 2011 pidetyllä osastotunnilla.

Tekijänoikeudet säilyvät tekijällä, mutta oppaan muutosoikeudet annettiin terveyskeskuksen toimintaterapeutille, jotta opasta voi päivittää ajan tasalle tarpeen mukaan.

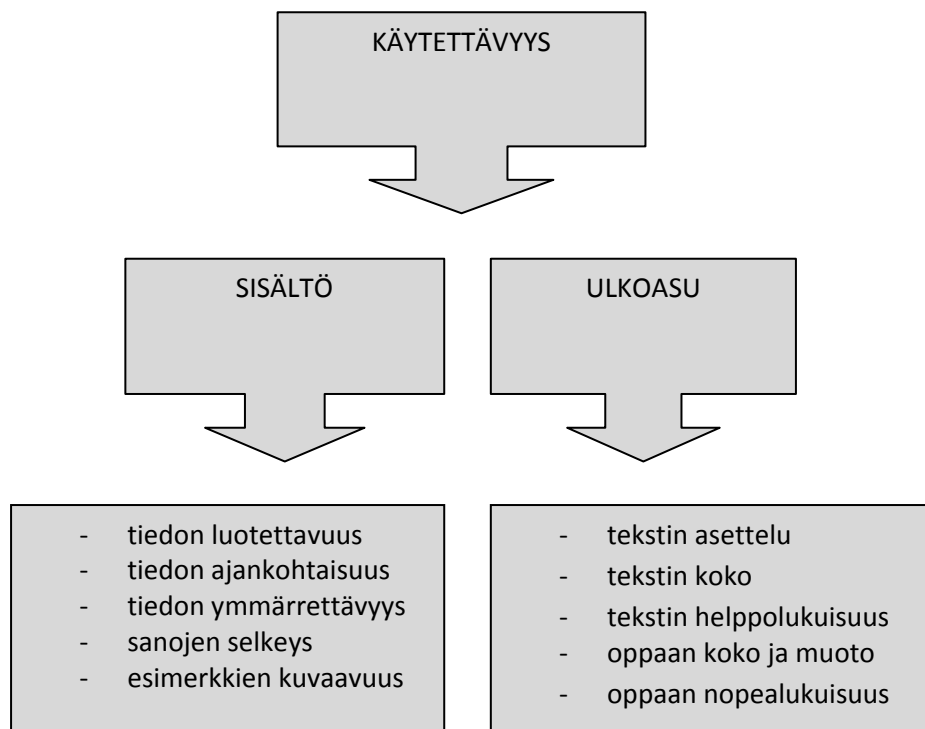
5.2 Aineistonkeruu

Pilottiversio oppaasta esiteltiin kolmelle etukäteen valitulle hoitohenkilökunnan jäsenelle syyskuussa 2011. Henkilöt olivat noin 40-vuotias sairaanhoitaja, noin 25-vuotias sairaanhoitaja ja noin 35-vuotias lähihoitaja. He valikoituivat sillä perusteella, että lähetetyn sähköpostikyselyn jälkeen he ilmoittautuivat vapaaehtoisina mukaan.

Kuuden viikon kuluttua pilottioppaan esittelystä valittuja hoitohenkilökunnan jäseniä haastateltiin teemahaastattelulla. Haastattelun avulla arvioitiin oppaan käytettävyyttä, johon kuuluvat sisältö ja ulkoasu. Haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna, joka nauhoitettiin.

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu tarkoittaa sitä, että siinä edetään tiettyjen aiemmin valittujen teemojen mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2006). Teemoiksi valittiin käytettävyyden arviointiin kuuluvat sisältö ja ulkoasu. Teemoihin liitettiin tarkentavia kysymyksiä. Sisällön alateemoja olivat tiedon luotettavuus, ajankohtaisuus ja ymmärrettävyys sekä sanojen selkeys ja esimerkkien kuvaavuus. Ulkoasun alateemoja olivat tekstin asettelu, koko ja helppolukuisuus, oppaan koko ja muoto sekä oppaan nopealukuisuus. Teemat alateemoineen on kuvattu kuviossa 2. Kuvio annettiin pilottiversiota käyttäville hoitohenkilökunnan jäsenille samalla, kun heille annettiin pilottiopas. Näin he osasivat kiinnittää huomiota asioihin, jotka ovat oppaan kehittämisen kannalta olennaisia.

Kuvio 2. Teemahaastattelun teemat ja alateemat.



Teemahaastattelu toteutettiin lokakuussa 2011, jolloin pilottiopas oli ollut hoitohenkilökunnan jäsenten käytössä kuusi viikkoa. Haastattelu tehtiin ryhmämuotoisena, mikä mahdollisti sen, että aikaa säästettiin. Tämän lisäksi ryhmähaastattelun etuna oli se, että hoitohenkilökunnan jäsenet saivat yhdessä muistella käytännön työssä esiin tulleita asioita, jolloin saatiin kattava aineisto.

5.3 Teemahaastattelun analysointi

Teemahaastattelu nauhoitettiin ja sen jälkeen koko haastattelu litteroitiin kaikkine täytesanoineen, taukoineen, naurahduksineen ja hyminöineen. Litteroinnin jälkeen saatu aineisto pelkistettiin ja tämän jälkeen luokiteltiin. Seuraaviin taulukoihin (Taulukko 3 ja Taulukko 4) on kerätty haastatteluaineiston analyysin kautta saatuja vastauksia.

Taulukko 3. Sisältöön liittyviä ilmaisuja.

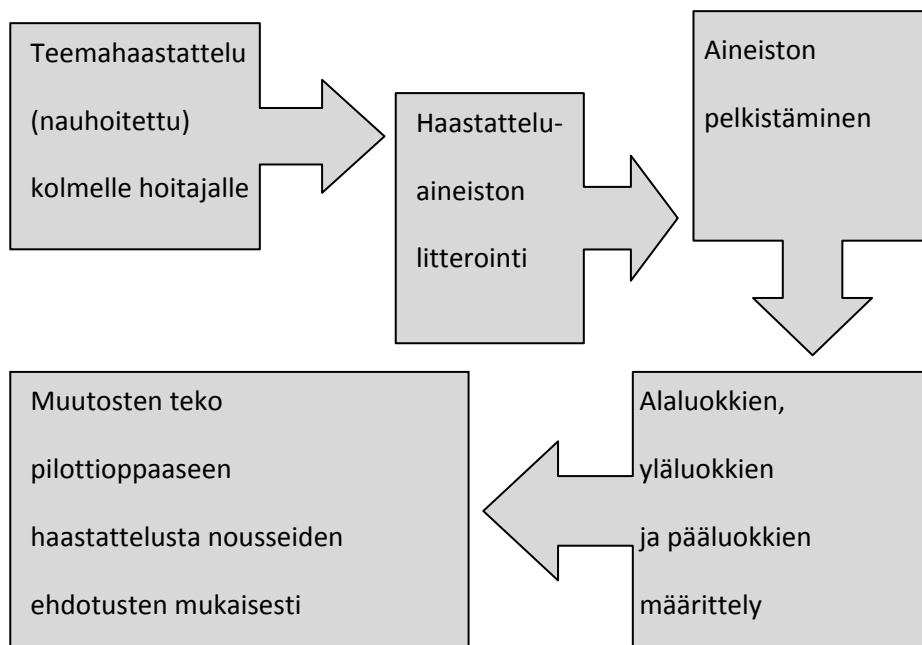
Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Se oli.. hetkinen.. se oli tuosta neglectistä. Siinä oli, että on vasemmalla puolella. Vois mainita että voi olla myös oikealla puolella, vaikka se on niinku aika harvinainen	Neglectistä voisi mainita, että sitä voi olla myös oikealla puolella vaikka se on harvinaista.	Tiedon luotettavuus	Sisältö	Käytettävyys
ja sit mikä esimerkiksi niinku vois olla siihen asiaan niinku sellanen ohje, kun opiskelija tulee ja ehkä uusille työntekijöillekin, että ne ymmärtää että kun törmäilee vasemmalle puolelle niin mitäs mie voisin silloin tehdä, ahaa se ois heti suoraan siitä.	Opiskelijat ja uudet työntekijät ymmärtäisivät heti esimerkin kautta että mitä tilanteessa voisi tehdä.	Tiedon ymmärrettävyys	Sisältö	Käytettävyys
(puhuttaessa tarvitsee olla ammattisanastoa) Ei ei, selkeet ohjeet vaan. Taas, jos eniten mietitään, niin käytetään just uudet työntekijät... se on helpompi et hyö ymmärtää sen sitte. Ei tarvi ettiä ja googletella että mitäköhän tässä oot tarkoittanut.	Uusille työntekijöille on helpompaa, että ei ole käytetty ammattisanastoa.	Sanojen selkeys	Sisältö	Käytettävyys

Taulukko 4. Ulkoasuun liittyviä ilmaisuja.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Mun mielestä näistä kaikista neljästä kaikkein selkein on tää näönvarainen hahmottaminen, että tää oli niinku lyhyt ja ytimekäs.. vaikka nääkään ei ihan kohtaa toisiaan, mutta, siis sillee niinku mie tarkotin alkuun... et ois se ongelma ja ratkaisu. Silleen niinku helppo lukee. Et se on niinku muutamalla sanalla laitettu: "tue henkilön ympärille tyynyjä". Et se oli tosi semmonen simppele.	Näistä neljästä kaikista selkein on tämä näönvarainen hahmottaminen. Se oli lyhyt ja ytimekäs ja helppolukuinen, kun asiat oli muutamalla sanalla kuvattu.	Tekstin helppolukuisuus + oppaan nopealukuisuus	Ulkoasu	Käytettävyys
Laminoitu tällänen, mikä ois opas siinä sä ku teet hoisua niin se töröttää tossa ja senkus siitä vaan katot.	Tämä voisi olla laminoitu tietokoneen vieressä.	Oppaan koko ja muoto	Ulkoasu	Käytettävyys

Litteroitu aineisto analysoitiin teoriasidonnaisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin tavoite oli saada tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus objektiivisesti ja systemaattisesti analysoituna. Sisällönanalyysitavaksi valittiin teoriasidonnainen sisällönanalyysi. Tällöin teoreettiset käsitteet tuotiin esiin valmiina, ilmiöstä jo tiedettyinä käsitteinä (Tuomi & Sarajärvi 2006). Tässä tapauksessa teoreettiset käsitteet olivat sisältö, ulkoasu ja niiden alateemat. Analysoidun aineiston perusteella pilottioppaaseen tehtiin tarvittavat muutokset ja näin koostettiin viimeistely versio oppaasta. Kerätyn aineiston käsittely eteni kuvion 3 mukaisesti.

Kuvio 3. Aineistoanalyysin eteneminen.



6 Tulokset

Haastattelusta saadut tulokset olivat monipuolisia ja rakentavia. Tiedon luotettavuudesta keskusteltiin lyhyesti. Tiedonantajilta tuli ehdotus kuvailla neglectiä toisen puolen huomiotta jättämisenä eikä pelkästään vasemman puolen huomiotta jättämisenä. He olivat selvittäneet asiaa ja kertoivat, että neglectiä voi olla oikeanpuoleisena.

Se oli.. hetkinen.. se oli tuosta neglectistä. Siinä oli, että on vasemmalla puolella. Vois mainita että voi olla myös oikealla puolella, vaikka se on niinku aika harvinainen.

Tiedon ajankohtaisuudesta ei tullut palautetta lainkaan. Tiedon ymmärrettävyydestä sen sijaan saatiin hyvää palautetta ja hyviä kehitysehdotuksia. Tiedonantajat ehdottivat, että ymmärrettävyyttä lisäisi jonkinlainen alustus aiheeseen. He kuvailivat sitä, millaista tietoa alustuksessa täytyisi olla ja heidän mielestään sen pitäisi olla lyhyttä ja ytimekästä perustietoa aivoverenkiertohäiriöistä ja niiden kuntoutuksesta. Tiedonantajat ehdottivat, että alustuksessa kerrottaisiin, miksi opas alun perin päätettiin tehdä.

Joo, mietin just että tonne osastoille missä harvemmin ois näitä (avh-kuntoutujia)... elikkä suurin piirtein että mitä aivoinfarkti – vuoto tarkoittaa ja tällä lailla.. ja sitte lyhyesti vielä käyä että nää on ohjeet.. että esimerkiks jaaha, potilaalla on neglect, mitäs ongelmaa siinä on.. niille tulee potilas jolle lääkäri on kirjoittanu että on neglect ja että nää pitää tietää siitä.

Sanojen selkeydestä tiedonantajat antoivat hyvää palautetta kertoen sanojen olevan yksinkertaisia maallikonkin ymmärrettävissä olevia. He sanoivat, että ammattisanasto ei ole tarpeen, sillä kaikki hoitohenkilökunnasta eivät sitä välttämättä ymmärtäisi ja sen vuoksi turhaa työtä tuottaisi sanojen selvittäminen. Tiedonantajat eivät olleet ammattisanaston kannalla senkään takia, että he toivoivat voivansa käyttää opasta kuntoutujan ja hänen omaistensa parissa.

Keskustelua herätti esimerkkien kuvaavuus ja se, miten kukin esimerkit ymmärtää. Tiedonantajat toivoivat mahdollisimman yksinkertaisia esimerkkejä tilanteista, joita osastolla näkee usein. He totesivat oppaassa olevan kuvaavia tilanteita, mutta heiltä tuli hyviä ehdotuksia muistakin arjen tilanteisiin liittyvistä esimerkeistä. Moneen kohtaan opasta sopi heidän ehdottamansa ratkaisu kuntoutujan koskettamisesta tarkkaavuuden kohdistamiseksi meneillään olevaan tehtävään. Kirjalliset lähteet tukivat tätä hoitohenkilökunnan kokemusta toiminnan pysäyttämistä.

No semmonen mulle tuli mieleen että tossa kun on toi tarkkaavuuden säätely... se neuvo mikä on täällä toiminnanohjauksessa tää "neuvo kädestä pitäen".. niin tarkkaavuuden säätelyssä kun oli tää että keskittymiskyky ja tarkkaavuuden säätely on epävakaa, ole rauhallinen ja tee ympäristöstä mahdollisimman rauhallinen ja ohjeista aina vain yksi vaihe kerrallaan niin tota tää nimenomaan kaipaa sitä, että monesti se fyysinen kosketus, elikkä sen kosketuksen kautta sä saat sen kontaktin. Eli mun mielestä tää kaipas sitä.. emmä tiä onks se esimerkki mutta monesti sen jotenkin sen huomion saa... että sä kosket, sitte tulee se katsekontakti ja sä alat sen selkokieli-ohjeistuksen.

Paljon keskustelua aiheuttivat ulkoasuun liittyvät seikat. Tiedonantajat pohtivat paljon sitä, miten teksti kannattaisi asetella, jotta se olisi mahdollisimman nopea- ja helppolukuista. Heistä epäselvyyttä oli tuottanut se, että sivun vasemmalla puolella oleva esimerkki arjessa näkyvästä toimimisesta ei ollut kohdakkain oikealla puolella olevien ratkaisuehdotusten kanssa. He toivoivat, että näitä saataisiin kohdakkain, mutta toisaalta he pohtivat, että ohjausehdotuksista yksi saattaa sopia moneen vasemmalla puolella esitettyyn hankaluuteen.

Mun mielestä näistä kaikista neljästä kaikkein selkein on tää näönvarainen hahmottaminen, että tää oli niinku lyhyt ja ytimekäs.. vaikka nääkään ei ihan kohtaa toisiaan, mutta, siis sillee niinku mie tarkotin alkuun... et ois se ongelma ja ratkaisu. Silleen niinku helppo lukee. Et se on niinku muutamalla sanalla laitettu: "tue henkilön ympärille tyynyjä". Et se oli tosi semmonen simppele.

Tekstin koosta sanottiin, että se on hyvä. Toivottiin kuitenkin erilaista fonttia väliotsikoille ja mahdollisesti tikkukirjaimia otsikoiden tehostamiseksi. Otsikon word art-muotoilu toivottiin poistettavaksi, sillä muutamat ajattelivat sen olleen vain painovirhe.

Tiedonantajat pohtivat, esitettäisiinkö vasen ja oikea puoli kuvaavilla hymiöillä vai tulisiko niihin sanallinen kuvaus. Sanalliseksi kuvaukseksi tiedonantajat ehdottivat muun muassa "ongelma" ja "ratkaisu" sekä "hankaluus" ja "keinot". Mielipiteet jakautuivat, mutta lopulta kaikki totesivat hymiöiden olevan hyviä kuvaamaan asiaa. Tiedonantajat ehdottivat ulkoasusta sellaista, että kaikkiin vasemmalla puolella oleviin esimerkkeihin tulisi otsikon mukaisesti kysymysmerkki ja oikealla puolella oleviin ohjausehdotuksiin otsikon mukainen peukalo.

Oppaan kokoa ja muotoa pohdittiin monesta eri näkökulmasta. Hyvänä ajatuksena pidettiin sitä, että opas on vaakaversio, jolloin arjessa näkyvät vaikeudet ja tilanteiden ohjaaminen saadaan aseteltua vierekkäin. Oppaan koko oli tiedonantajien mukaan hyvä, sillä pienemmässä mallissa teksti menisi liian pieneksi. Pienempää, ”taskukokoista” versiota tiedonantajat pohtivat tulevaisuudessa omaisten käyttöön.

Pohdittavaa aiheutti se, minne neliosainen opas osastolla sijoitetaan – olisiko se hoitohenkilökunnan tiloissa vai laitettaisiinko oppaita esille seinälle lähelle sellaista henkilöä, jolla on kyseisiä oireita. Ongelmaksi muodostui kuntoutujien tietosuoja ja se, että kuka kyseisen osan oppaasta aina huolehtisi paikalleen. Usein tapahtuvat huonevaihdot eivät tukeneet ajatusta oppaista potilashuoneissa. Tiedonantajat olivat sitä mieltä, että parhaiten tarkoitustaan opas palvelisi hoitajien tiloissa. He toivoivat, että opas olisi aina esillä, jotta siitä voisi tarpeen mukaan tarkistaa asioita. He kertoivat, että opas toimisi parhaiten kirjaimisen tukena, joten sen vuoksi oppaan sijoittaminen hoitohenkilökunnan tiloihin olisi luonteva valinta.

Niin aivan. Kun mä sit taas sanoin sitä, että.. täst me ehkä eniten keskusteltiin, et kun meillä on näitä papereita ihan tolkutta, meillä on oppaita ihan tolkutta tuolla kirjahyllyissä, meil on kansioita, meil on myös matskua tietsikalla ihan tolkuttomasti niin mä sanoin et jos ois kerranki semmonen konkreettinen.. kun meillä on seinällä noita tämmösiä käännettäviä... mut oiski semmonen pöytäversio, mistä sä vaan käännät tälle.. tiiätsä mitä mä tarkotan.

Aineistonkeruumenetelmä osoittautui käytettävyyden arvioinnissa runsaasti tietoa antavaksi. Ryhmähaastattelulla saavutettiin se, mitä sillä tavoiteltiin: tiedonantajat innostivat toisiaan kertomaan teemoista alateemoineen paljon ja monipuolisesti. Heistä joku muisti jotain, jota toinen ei muistanut, jolloin kaiken tarvittavan tiedon saaminen oli mahdollista.

6.1 Valmis opas

Muutokset valmiiseen oppaaseen (liite 3) tehtiin analysoidun aineiston perusteella. Oppaaseen kirjoitettiin tiedonantajien ehdottama alustus (liite 2), jossa kuvailtiin lyhyesti aivoverenkiertohäiriöt, niiden kuntoutus ja perusteltiin oppaaseen valikoituneet neuropsykologiset erityishäiriöt. Lisäksi oppaaseen tehtiin kansilehti, jossa oli oppaan nimi ja tekijä.

Jokaisen erityishäiriön otsikko muutettiin vihertävästä varjostetusta word art-muodosta tikkukirjaimilla olevaksi mustaksi tavalliseksi muodoksi. Neglect-sivuun lisättiin huomautus siitä, että sitä voi esiintyä vasemman lisäksi oikealla puolella. Tarkaavuuden säätelyyn lisättiin ehdotus ohjata henkilöä kosketuksen kautta. Lauseita muutettiin yksinkertaisimmiksi ja yritettiin saada vasen ja oikea puoli kohdakkain. Toiminnanohjaus-monisteessa muutettiin väliotsikkoja tikkukirjaimin kirjoitetuksi. Kaikkiin sivuihin lisättiin kehykset tuomaan yhtenäistä ilmettä. Oikeaan alareunaan lisättiin tekijän nimi ja vuosiluku. Oppaan sivut laminoitiin ja asetettiin flippikansioon.

Opas luovutettiin sähköisessä muodossa terveysaseman toimintaterapeutille. Opas esiteltiin hoitohenkilökunnalle joulukuussa 2011 pidetyllä osastotunnilla. Opas otettiin myönteisesti ja innolla vastaan. Hoitohenkilökunta piti opasta tärkeänä oman tietämyksensä lisäämiseksi, sillä moni kertoi, ettei tiedä paljoakaan aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön kognitiivisista häiriöistä. Jotkut sanoivat, että he kaipaisivat nimenomaan oppaassa olleita konkreettisia esimerkkejä, miten toimia, kun tulee jokin hankala tilanne aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön kanssa. Osa totesi oppaan olevan hyödyllinen kuntoutujan omaisten kanssa keskusteltaessa. Joidenkin mielestä oppaan suurin hyöty on kirjaamistilanteessa, jolloin siitä voi tarkistaa kyseisen erityishäiriön oireita ja ohjausehdotuksia arjen tilanteisiin. Moni piti hyvänä ajatusta siitä, että opas otettaisiin käyttöön terveyskeskuksen kaikilla osastoilla – erityisesti niillä, missä harvoin on aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita kuntoutujia. Osastonhoitaja ja muu henkilökunta kertoivat ottavansa oppaan heti käyttöön työnsä tueksi.

Haastattelun ja oppaan esittelyn perusteella voisi sanoa, että opasta voi käyttää kuntouttavan hoitotyön tukena. Opas auttaa ymmärtämään erikoiselta näyttävän

toiminnan taustoja sekä ohjaamaan neuropsykologisista erityishäiriöistä kärsivää henkilöä kuntoutusta edistävällä tavalla. Opas tukee aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön saamaa kognitiivista kuntoutusta ja takaa kuntoutujalle laadukkaimman mahdollisen kuntoutuksen. Oppaan nopea- ja helppolukuisuus sekä sen sijoittelu osastolla motivoivat hoitohenkilökuntaa käyttämään sitä. On tärkeää, että opas voi olla auttamassa kognitiivisen kuntoutuksen käytöjen yhtenäistämässä.

7 Pohdinta

Opinnäytetyölle asetetut tehtävät toteutuivat hyvin. Tehtävänä oli työstää opas hoitohenkilökunnalle aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen neuropsykologisista erityishäiriöistä, arvioida oppaan käytettävyyttä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön hoitotyön tukena sekä esitellä opas osaston hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön tavoitteena oli olla mukana tukemassa kuntouttavaa hoitotyötä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön neuropsykologisten erityishäiriöiden osalta.

7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Kuten kaikissa tutkimuksissa, laadullisenkin aineiston tutkimuksessa pyritään välttämään virheitä. Luotettavuutta osoitti se, että terveyskeskus myönsi opinnäytetyön tekijälle tutkimusluvan sitä haettaessa.

Yksi eettinen seikka oli aiheen valinta ja muotoilu. Eettinen kannanotto olisi voinut tulla esille aiheen muotoilussa tahattomastikin. Eettisyys on taattu muun muassa sillä, että opinnäytetyön aihe on mahdollisimman neutraali. Työssä ollaan kuntoutujan puolella, mutta ei varsinaisesti asetuta ketään vastaan.

Luotettavuutta lisäsi se, että oppaan taustatieto seulottiin huolella useisiin tietolähteisiin tutustumalla ja niitä vertailemalla. Luotettavuuden takaamiseksi käytet-

tiin mahdollisimman tuoreita tietolähteitä kattavasti. Se, että mukana oli aiheeseen liittyvää tutkimustietoa, antoi lisäarvoa työlle. Lisäksi se tuki kirjallisten lähteiden tietoa ja näin lisäsi luotettavuutta. Kirjalähteissä mukana oli muutama vanhempi teos, joiden käyttöä arvioitiin kriittisesti. Tiedot, joita kyseisistä lähteistä käytettiin, ovat kuitenkin sellaisia, jotka löytyivät muistakin lähteistä. Valikointuneiden oleellisimpien lähteiden luotettavuutta arvioitiin useaan kertaan.

Hankaluuksia tuotti ajoittain yksi tärkeimmistä lähteistä, joka oli englanninkielinen. Monet sanat aiheuttivat päänvaivaa, sillä ne olisi voitu kääntää eri tavoin jolloin hyvä suomen kieli olisi kärsinyt. Oli oltava varma omasta kielitaidostaan, jotta ymmärtäisi asiat oikein. Asioita tarkastettiin useista eri lähteistä, jotta voitiin olla varmoja asioiden paikkansapitävyydestä.

Yhdeksi pohdittavaksi seikaksi nousi tutkijan ja tiedonantajien välinen suhde ja se, miten se vaikutti opinnäytetyön tuloksiin. Opinnäytetyön tekijä oli ollut aiemmin tekemisissä koko osaston hoitohenkilökunnan kanssa muun muassa pitkällä harjoittelujaksolla. Tämä olisi voinut vaikuttaa luotettavuutta alentavalla tavalla, sillä huolena oli, etteivät tiedonantajat olisi uskaltaneet antaa tarpeeksi kriittistä palautetta. Toisaalta tilanne olisi voinut mennä toisinkin päin, jolloin palaute olisi ollut pelkästään kritisovaa tai työ olisi otettu osastolla välinpitämättömästi vastaan. Kuitenkin työn edetessä huomattiin, että palaute oli kaikin puolin rakentavaa ja tiedonantajilta tuli niin kehitysehdotuksia kuin kannustusta jo hyvin tehdyistä asioista.

Laadullisen analyysin ongelmaksi olisi voinut muodostua tiedon rajoittamaton tuottaminen. Koska haastattelumenetelmä oli puoliavoin, se olisi voinut mahdollistaa sellaisten asioiden ilmaisemisen, jotka eivät välttämättä opinnäytetyön tekijälle kuulu. Kuitenkaan tällaista tietoa ei tullut esille, sillä haastattelussa pyrittiin pysymään aiheessa niin tiiviisti kuin mahdollista.

Etiikkaan kuuluu haastateltavien suoja (Tuomi & Sarajärvi 2006). Haastateltaville selvitettiin opinnäytetyön ja haastattelun tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit sekä heille selitettiin, mistä työssä oli kyse. Ennen pilottioppaan luovuttamista haastateltaville esiteltiin teemahaastattelun teemat ja kerrottiin tarkasti työn tavoite. Haastateltavat olivat vapaaehtoisia, ja täten heillä oli oikeus kieltäytyä osallistumisensa ja keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Mukana olleet

kolme hoitohenkilökunnan jäsentä ilmoittautuivat haastateltaviksi vapaaehtoisina sähköpostikyselyn perusteella, ja heille kerrottiin mahdollisuudesta keskeyttää osallistumisensa. Haastateltavien kanssa sovittiin, että he jäävät anonyymeiksi. Opinnäytetyössä mainittiin heidän ikänsä ja koulutustaustansa, muttei esimerkiksi nimiä tai sukupuolta.

Haastateltavien hyvinvointi turvattiin niin, että heitä haastateltiin omassa, turvalisessa työympäristössä työaikana. Haastattelun tietoja ei luovutettu ulkopuolisille, eikä tuloksia käytetty mihinkään muuhun kuin mihin oli luvattu. Haastateltavien nimiä ei kirjattu mihinkään ylös ja opinnäytetyöstä käydyt sähköpostikeskustelut ja nauhoitettu haastattelu poistettiin.

Aineistoanalyysin teossa tuli vastaan monia luotettavuuteen liittyviä seikkoja. Aluksi ajateltiin, ettei koko aineistoa tarvitse litteroida vaan ainoastaan olennaiset lauseet. Hyvin pian huomattiin, että tekijä ei voi puolueettomasti määritellä, mikä on oleellista tietoa ja mikä ei. Tämän vuoksi päädyttiin litteroimaan koko nauhoitettu aineisto kaikkine hymähdyksineen, naurahduksineen ja täytesanoineen. Tällöin teksti oli varmasti juuri sitä, mitä tiedonantajat olivat tuottaneet, eikä opinnäytetyön tekijän tulkitsemaa. Aineiston pelkistämiseen käytettiin runsaasti aikaa ja lauseisiin palattiin useita kertoja, millä pyrittiin takaamaan tiedonantajien tuottamien lauseiden objektiivinen tarkastelu.

Kaiken kaikkiaan työn teossa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä (Tuomi & Sarajärvi 2006). Työssä ei vähätelty muita tutkijoita, aiempiin tutkimustuloksiin viitattiin oikealla tavalla, opinnäytetyön tulokset raportoitiin huolellisesti ja vanhoja tuloksia tai tietoja ei julkaistu uusina.

7.2 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyöprosessi oli mielenkiintoinen ja antoisa kokemus. Moniammatillinen yhteistyö osaston henkilökunnan kanssa lisäsi yhtenäisen kuntoutuksen ajatusta.

Aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi yleisin kuolinsyyryhmä Suomessa, ja niiden ennustetaan kaksinkertaistuvan kahdessakymmenessä vuodessa (Kaste

ym. 2007). Kun noin puolelle eloonjääneistä jää jokin pysyvä haitta, olisi kuntoutujan etujen mukaista antaa hänelle sairastumisen alusta alkaen kokonaisvaltaista kuntoutusta pysyvien haittojen vähentämiseksi ja jäljelle jääneen toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Tämän opinnäytetyön avulla oli mahdollista olla mukana tukemassa kuntouttavaa hoitotyötä neuropsykologisten erityishäiriöiden osalta jo heti sairastumisen alusta alkaen. Moninaiset hyödyt niin hoitohenkilökunnan tietojen ylläpitämisessä, opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdyttämisessä kuin kuntoutujan edun tavoittelussa olivat havaittavissa opinnäytetyöprosessin edetessä ja näin motivoivat opinnäytetyön teossa.

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön kuntoutuksessa oleellista on se, että kaikki kuntoutukseen osallistuvat henkilöt toimivat samojen peruseriaatteiden mukaisesti (Kuikka ym. 2001). Opinnäytetyön tavoitteena oli tukea kuntouttavaa hoitotyötä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön neuropsykologisten erityishäiriöiden osalta. Hoitohenkilökunnalta saadun palautteen perusteella voikin todeta, että konkreettisen tuotoksen, oppaan, avulla kuntouttavaa hoitotyötä on mahdollista tukea. Koostetun oppaan avulla oli mahdollista olla mukana yhtenäistämässä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön kuntoutuskäytäntöjä, jolloin kuntouttavan hoitotyön kohde, aivoverenkiertohäiriöön sairastunut henkilö, saa mahdollisimman tehokasta ja pitkäkantoista kognitiivista kuntoutusta.

Kuntoutukseen keskittyvä osasto on ollut terveystieteiden keskuksessa edelläkävijä kuntouttavan hoitotyön laadussa ja monipuolisen kuntoutuksen tarjoamisessa. Koostetun oppaan avulla osasto sai uuden lisän, jolla kehittää edelleen tarjoamaansa kuntoutusta. Kuntouttavan hoitotyön pyrkimystä lisätä kaikella toiminnalla kuntoutujan itsenäistä selviytymistä (Duodecim 2008) on mahdollista monipuolistaa kiinnittämällä huomiota neuropsykologisiin erityishäiriöihin ja niistä kärsivän henkilön ohjaamiseen.

Tiedonantajien huolellinen perehtyminen pilottioppaaseen mahdollisti sen, että oppaan kehittäminen oli yhteistyötä. Toimintaterapian näkökulman yhdistäminen hoitohenkilökunnan kokemuksiin on parhaimmillaan juuri sitä monipuolista, eri alojen yhteistyöllä toteutettua kuntoutusta, jonka Kuikka ym. (2001) kirjoittavat

olevan erittäin tärkeää parhaan mahdollisen kuntoutustuloksen saavuttamisessa.

Osa hoitohenkilökunnasta kuvaili tilanteita, joissa heiltä loppuvat keinot kesken kuntoutujan toimiessa kummallisesti. Mahdollisesti kyse on ollut nimenomaan neuropsykologisten erityishäiriöiden aiheuttamista oireista, joita usein on vaikein ymmärtää (Jehkonen ym. 2009). Koostetussa oppaassa olleet esimerkit koettiin kuvaaviksi, ja hoitohenkilökunta koki saavansa lisää työvälaineitä kohdatessaan neuropsykologisista erityishäiriöistä kärsivän henkilön. Molempien osapuolien kannalta turhauttavien tilanteiden välttämiseksi opas on hyödyllinen.

Terveydenhuollon kokonaiskustannusten pienentämiseksi kokonaisvaltaisen kuntoutuksen ja yhtenäisen kuntoutuskäytännön toteuttaminen olisi tehokkain vaihtoehto. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön kuntoutus noudattaa tiettyä kaavaa (Korpelainen ym. 2001), ja kyse on enää eri alojen hienosäädöstä. Neuropsykologiset erityishäiriöt hankaloittavat sairastuneen elämää ja näkyvät usein rajulla tavalla henkilön arjessa. Niiden huomaaminen osastokuntoutuksen aikana ei aina ole mahdollista, eikä niistä kärsivää henkilöä ole helppo ohjata kuntoutusta edistävällä tavalla. Kuitenkin kuntoutujan arjen itsenäisyyden kannalta olisi tärkeää kiinnittää huomiota juuri niihin seikkoihin, jotka arjessa aiheuttavat hankaluuksia. Tämän opinnäytetyön suurin hyöty oli tarjota askel kohti yhtenäistä kuntoutuskäytäntöä neuropsykologisten erityishäiriöiden kuntouttamisessa ja taata kuntoutujalle parasta mahdollista kuntoutusta.

7.3 Jatkokehitysehdotuksia

Jo prosessin varhaisessa vaiheessa alkoi jalostua jatkokehitysideoita ja samankaltaisia ehdotuksia tuli hoitohenkilökunnan jäseniltä. Osastoilla olisi tarvetta oppaaseen, joka olisi suunnattu aivoverenkiertohäiriöön sairastuneille sekä heidän omaisilleen. Opas voisi olla samantapainen kuin nyt tehty, jolloin omaiset huomaisivat, että kummallinen toiminta voi kuulua johonkin sairauden oireista. Olisi tärkeää opastaa omaisia ohjaamaan aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta kuntoutumista edistävällä tavalla, jolloin kaikki kuntoutukseen osallistuvat tahot

toimisivat samojen ohjeiden mukaisesti. Omaisille taas olisi tärkeää saada kirjoitettua konkreettista tekstiä paperilla, johon voi palata uudestaan.

Tällä hetkellä opas on jätetty vain yhteistyöosaston käyttöön, mutta se olisi todennäköisesti vielä tarpeellisempi osastoilla, joilla harvoin on aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita henkilöitä. Opasta voisi käyttää vakiohenkilökunnan, sijaisien sekä opiskelijoiden kouluttamisessa ja tietojen päivittämisessä.

Lisäksi muut ammattiryhmät voisivat tehdä vastaavanlaisen oppaan. Mielenkiintoinen olisi fysioterapeuttien tekemä opas esimerkiksi fyysisistä oireista tai puheterapeuttien tekemä tietoisuus afasiasta.

Kuvat

Kuva 1. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön kuntoutuspolku, s. 8

Kuviot

Kuvio 1. Oppaan rakentaminen, s. 24

Kuvio 2. Teemahaastattelun teemat ja alateemat, s. 27

Kuvio 3. Aineistoanalyysin eteneminen, s. 29

Taulukot

Taulukko 1. Tavallisia kognition häiriöitä oikean ja vasemman aivopuoliskon vaurioitettua, s. 13

Taulukko 2. Tavallisimmat aivoverenkierron häiriöön liittyvät neuropsykologiset häiriöt, s. 15

Taulukko 3. Sisältöön liittyviä ilmaisuja, s. 28

Taulukko 4. Ulkoasuun liittyviä ilmaisuja, s. 28

Lähteet

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2005. Aivoverenkiertohäiriöt ja spastisuus. <http://www.stroke.fi/files/611/spastisuus.pdf> Luettu 15.1.2011

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2009a. Aivoverenkiertohäiriöt numerotietoina. http://www.stroke.fi/files/410/Numerotietoja_AVH_2009.pdf Luettu 29.12.2010

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2009b. Tietoa sairauksista. <http://www.stroke.fi/index.phtml?s=2> Luettu 4.1.2011

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2011. Sopeutumisvalmennus. <http://www.stroke.fi/index.phtml?s=36> Luettu 13.1.2011

Banich, T. M. & Compton, J. R. 2011. Cognitive Neuroscience. 3. painos. S4Carlisle Publishing Services.

Duodecim. 2008. Terveyskirjasto. Kuntouttava hoitotyö. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01138 Luettu 14.1.2011

Duodecim. 2009. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtiha-ku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkel-2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo97774&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=haku&dlehtiha-ku_view_article_WAR_dlehtihaku_hakusana=aivoverenkiertoh%C3%A4iri%C3%B6 Luettu 29.12.2011

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

Grieve, J. & Gnanasekaran, L. 2010. Neuropsychology for Occupational Therapists – Cognition in Occupational Performance. 3. painos. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Ikonen, H. & Rautio, H. 2009. Ohjaa aktivoiden – opas hemiplegia-potilaan siirtymisen ohjauksista. Metropolia ammattikorkeakoulu. Fysioterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Jehkonen, M., Kettunen, J., Laihosalo, M. & Saunamäki, T. 2007. Oikean aivo-
puoliskon verenkiertohäiriön jälkeen esiintyvä neglect-oire. Lääketieteellinen
aikakauskirja Duodecim.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkelili%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo96618&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero Luettu 30.12.2011

Jehkonen, M., Hänninen, R., Norvasuo-Heilä, M-K. & Ylikoski, R. 2009. Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat neuropsykologiset puutosoireet. Turku: Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry.

Jokelainen, L. & Jokelainen, M. 2000. Työntöoireyhtymä.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo91292.pdf> (Luettu 17.1.2011)

Juntunen, J. 2008. Kognitiivinen neurologia. Teoksessa Castrén, E., Hänninen, T., Hämäläinen, H., Juntunen, J., Koponen, H., Korhonen, T., Müller, K., Nybo, T., Saarinen, P., Soininen, H., Sulkava, R., Taajamaa, B., Tamminen, T. & Vanni, S. Kliininen kognitiivinen neurotiede. Aivot ja ajattelu. Klaukkala: Recallmed Oy.

Järvikoski, A. & Härkää, K. 2006. Kuntoutuksen perusteet. 1.-3. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Kaste, M., Hernesniemi J., Kotila M., Lepäntalo M., Lindsberg P., Palomäki H., Roine, O. R. & Sivenius, J. 2007. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) Neurologia. 2.-3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 271 – 329.

Korpelainen, J., Kallanranta, T. & Leino, E. 2001. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 223 – 242.

Kuikka, P., Pulliainen, V. & Hänninen, R. 2001. Kliininen neuropsykologia. 1.-2. painos. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2010. Hoitoketjutyöryhmä. Kuntouttava hoitotyö.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01138#s2 Luettu 6.1.2012

Käypä hoito 2011. Aivoinfarkti

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051#s18_5 Luettu 13.1.2011

Ollila, E. 2005. Rajalta rajalle: aivoverenvuoto ja aivohalvaus lääkintävoimistelijan kokemana ja kertomana. Helsinki: Art-Print Oy.

Pohjasvaara, T., Ylikoski, R., Hietanen, M., Kalska, H. & Erkinjuntti, T. 2002. Aivoverenkierron häiriöiden jälkeiset kognitiiviset häiriöt. Aikakauskirja Duodecim.
http://157.24.202.67:2066/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo92847&p_haku=aivoverenkiertoh%E4iri%F6%20kognitiivinen%20kuntoutus Luettu 17.1.2011

Roine, O. R. 2009. Aivoinfarkti. Lääkärin käsikirja.
http://157.24.202.67:2066/dtk/ltk/koti?p_haku=aivoinfarkti Luettu 19.12.2010

Tarnanen, K., Lindberg, P., Sairanen, T. & Vuorela, P. 2011. Aivoinfarkti. Käyvän hoidon potilasversiot.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00062> Luettu 13.1.2011

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-4. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Näönvarainen hahmottaminen



- Istuessaan henkilö alkaa kallistua toiselle puolelle
- Vartalon liikkeet ovat epävarmoja
- Henkilö eksyy jatkuvasti väärin huoneisiin
- Tuttujen esineiden ja ihmisten tunnistaminen ja/tai nimeäminen on vaikeaa



- Neuvo ottamaan kiintopiste seinästä!
- Tue henkilön ympärille tyynyjä!
- Käytä pyörätuolissa istumavyötä.
- Aseta henkilö istumaan pöydän ääreen.
- Merkitse selkeästi värejä hyödyntäen tärkeät kaapit ja laatikot.



- Kehon vasemman puolen hoitaminen jää puutteelliseksi.
- Henkilö törmäilee vasemmalla puolella oleviin esineisiin ja ihmisiin.
- Henkilö kokee vasemman puolensa vieraaksi ja saattaa satuttaa sen helposti.
- Lukeminen on hankalaa, koska rivien alut eivät hahmotu.



- Ohjaa henkilöä aina vasemmalta puolelta.
- Aseta tavarat ruokailutilanteessa vasemmalle puolelle.
- Aseta huoneessa henkilöille mielenkiintoiset esineet hänen vasemmalle puolelleen.
- Ohjaa henkilöä aina ottamaan myös vasen käsi mukaan eri toimintoihin.

Neglect

Tarkkaavuuden säätely



- Keskittymiskyky ja tarkkaavuuden säätely on epävakaa
- Toiminta on uneliasta ja hidasta
- Tarkkaavuuden ylläpito vaatii ponnisteluja
- Aktiivinen toiminta kestää vain hetken
- Ulkoinen ärsyke vie nopeasti huomion toisaalle



- Ole rauhallinen ja tee ympäristöstä mahdollisimman rauhallinen!
- Ohjeista aina vain yksi vaihe kerrallaan.
- Pyydä toistamaan juuri kertomasi ohje.
- Varmista, että olet tullut ymmärretyksi.
- Tee vaaditusta toiminnasta mahdollisimman yksinkertainen.

Toiminnanohjaus



Toiminnan aloittaminen on vaikeaa/ei onnistu lainkaan

- tuntuu ettei ohjeistusta noudateta
- kehotuksista huolimatta mitään ei tapahdu

Toiminta on epäloogista

- paita puetaan väärinpäin
- hammasharjalla kammataan hiuksia

Toiminnan eri vaiheet tapahtuvat väärässä järjestyksessä

- ensin aletaan harjata hampaita ja sitten vasta laitetaan hammastahna

Toiminta on kaavamaista, juuttuvaa

- lusikalla saatetaan yhä kauhoa soppaa vaikka lautanen olisi jo tyhjä



- Koeta tehdä tilanteesta mahdollisimman häiriötön ja rauhallinen.
- Ohjeista selkeästi ja rauhallisesti.
- Kerro aina vain yksi toiminnan vaihe kerrallaan!
- Varmista, että jokainen vaihe on ymmärretty.
- Neuvo "kädestä pitäen"!

OPAS AIVOVERENKIERTOHAIRIÖÖN SAIRASTUNEEN HENKILÖN YLEISIMMISTÄ NEUROPSYKOLOGISISTA ERITYISHAIRIÖISTÄ

© toimintaterapeuttiopiskelija Laura Heikari
Saimaan ammattikorkeakoulu
2011

Ajatus oppaasta lähti tilanteesta, jossa hoitaja pyysi aivoverenkiertohäiriön sairastanutta henkilöä pukemaan paidan päälle, mutta mitään ei tapahtunut. Hoitajan näkökulmasta henkilön kohdalla "ohjeet eivät menneet perille" ja lopulta hoitaja puki paidan henkilön päälle. Kyseessä saattoi olla tilanne, jossa aivoverenkiertohäiriön aiheuttamien toiminnanohjauksen vaikeuden vuoksi henkilö ei tiennyt miten paidanpukeminen toteutetaan ja henkilö olisikin tarvinnut erilaista ohjausta.

Oppaan tavoitteena on tukea kuntouttavaa hoitotyötä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön neuropsykologisten erityishäiriöiden osalta. Oppaaseen on valikoitu kolme yleisintä neuropsykologista erityishäiriötä: tarkkaavuuden säätely ja siihen liittyvä neglect, toiminnanohjaus sekä näönvarainen hahmottaminen. Nelisivuisessa oppaassa kuvaillaan vasemmalla puolella sitä, miltä kyseisestä häiriöstä kärsivän henkilön toiminta näyttää ja oikealla puolella on ehdotus, miten tilanteissa henkilöä kannattaisi ohjata. Oppaan kehittämisessä on ollut mukana ja suurena apuna terveysaseman toimintaterapeutti sekä osaston hoitohenkilökunnan jäseniä.

AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖT

Iskeemiset aivoverenkiertohäiriöt

- Aivoinfarkti
- Ohimenevä aivoverenkiertohäiriö (TIA=transient ischemic attack)

Valtimovuodot

- Aivoverenvuoto (ICH= intracerebral hemorrhage)
- Lukinkalvonalainen verenvuoto (SAV = subaraknoidaalivuoto)

Tyypillisiä oireita

- Hemipareesi, eli toispuolinen heikkous tai kömpelyys
- Muistihäiriöt, tarkkaavuuden, toiminnanohjauksen, suunnittelun ja päättelytoimintojen häiriöt
- Kognitiivisen prosessoinnin hidastuminen
- Afasia, lukemis-, kirjoittamis- ja laskemishäiriöitä
- Tunne-elämän muutokset, erityisesti mielialan vaihtelut, masennus ja herkkyyys

AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖÖN SAIRASTUNEEN HENKILÖN KUNTOUTUS

Akuuttivaihe

- peruselintoiminnoista huolehtiminen
- passiiviset liikehoidot

Subakuutti vaihe (ns. nopean kuntoutumisen vaihe)

- kuntoutus on intensiivistä
- tavoitteena muodostaa mahdollisimman realistinen kuva kuntoutujan sairaudesta ja kuntoutumisesta
- kielellisten vaikeuksien helpottaminen
- kognitiivisten puutosoireiden lievittäminen
- kävelyn opettelu, apuvälineen turvin liikkuminen
- aistiärsykkeiden antaminen halvaantuneelle puolelle
- opittujen taitojen siirtäminen kuntoutujan kotiympäristöön

Ylläpitävä vaihe

- saavutetun toimintakyvyn ylläpitäminen
- sopeutumisvalmennus

NÄÖNVARAINEN HAHMOTTAMINEN



- Istuessaan henkilö alkaa kallistua toiselle puolelle.
- Vartalon liikkeet ovat epävarmoja.
- Henkilö eksyy jatkuvasti vääriin huoneisiin.
- Tuttujen esineiden ja ihmisten tunnistaminen ja/tai nimeäminen on vaikeaa.
- Neuvo ottamaan kiintopiste seinästä.
- Tue henkilön ympärille tyynyjä.
- Käytä pyörätuolissa istumavyötä.
- Aseta henkilö istumaan pöydän ääreen.
- Merkitse selkeästi värejä hyödyntäen tärkeät kaapit ja laatikot.

NEGLECT

HUOMAA, ETTÄ NEGLECT VOI OLLA MYÖS OIKEALLA PUOLELLA!



- Kehon vasemman puolen hoitaminen jää puutteelliseksi.
- Henkilö törmäilee vasemmalla puolella oleviin esineisiin ja ihmisiin.
- Henkilö kokee vasemman puolensa vieraaksi ja saattaa satuttaa sen helposti.
- Vasen käsi menee pyörätuolin pintojen väliin, jää siirroissa henkilön alle tai roikkuu liikkussa holtittomasti.
- Lukeminen on hankalaa, koska rivien alut eivät hahmotu.
- Ohjaa henkilöä aina vasemmalta puolelta.
- Aseta tavarat ruokailutilanteessa vasemmalle puolelle.
- Aseta huoneessa henkilölle mielenkiintoiset esineet hänen vasemmalle puolelleen.
- Ohjaa henkilöä aina ottamaan myös vasen käsi mukaan eri toimintoihin.
- Ole huolellinen siirtotilanteissa – henkilö ei välttämättä muista huomioida kättään! Hyödynnä apuvälineitä, kuten olkatukea!
- Pelkkä sanallinen ohjaus ei välttämättä riitä, neuvo kädestä pitäen!

TARKKAAVUUDEN SÄÄTELY



- Keskittymiskyky ja tarkkaavuuden säätely on epävakaata.
- Toiminta on uneliasta ja hidasta.
- Tarkkaavuuden ylläpito vaatii ponnisteluja.
- Aktiivinen toiminta kestää vain hetken.
- Ulkoinen ärsyke vie nopeasti huomion toisaalle.
- Ole rauhallinen ja tee ympäristöstä mahdollisimman rauhallinen!
- Ohjeista aina vain yksi vaihe kerrallaan.
- Pyydä toistamaan juuri kertomasi ohje.
- Varmista, että olet tullut ymmärretyksi.
- Tee vaaditusta toiminnasta mahdollisimman yksinkertainen.
- Tarvittaessa pysäytä toiminta ja siirrä huomio takaisin asiaan.
- Kosketa. Neuvo kädestä pitäen!

TOIMINNANOHJAUS



TOIMINNAN ALOITTAMINEN ON VAIKEAA TAI

EI ONNISTU LAINKAAN

- tuntuu, ettei annettua ohjeistusta noudateta
- kehotuksista huolimatta mitään ei tapahdu

TOIMINTA ON EPÄLOOGISTA

- paita puetaan väärinpäin
- hammasharjalla kammataan hiuksia

TOIMINNAN ERI VAIHEET TAPAHTUVAT ERI

JÄRJESTYKSESSÄ

- ensin aletaan harjata hampaita ja sitten vasta laitetaan hammastahna

TOIMINTA ON KAAVAMAISTA TAI JUUTTUVAA

- lusikalla saatetaan yhä kauhoa soppaa vaikka lautanen olisi jo tyhjä

- Koeta tehdä tilanteesta mahdollisimman häiriötön ja rauhallinen.

- Ohjeista selkeästi ja rauhallisesti.

- Pilko toiminta pieniksi palasiksi.

- Kerro aina vain yksi toiminnan vaihe kerrallaan!

- Varmista, että jokainen vaihe on ymmärretty.

- Neuvo "kädestä pitäen"!