

Opinnäytetyö AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2012

Siiri Lehtiö ja Henna Vanhatalo

TIETOA IKÄIHMISILLE AIVOINFARKTISTA JA ALZHEIMERISTA HYVINVOINTITEKNOLOGIAA HYÖDYNTÄEN



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Opinnäytetyö: Toukokuu 2012 | Sivumäärä: 33 + 7 liitettä

Ohjaaja: Sari Asteljoki

Tekijä(t): Siiri Lehtiö & Henna Vanhatalo

TIETOA IKÄIHMISILLE AIVOINFARKTISTA JA ALZHEIMERISTA HYVINVOINTITEKNOLOGIAA HYÖDYNTÄEN

Opinnäytetyömme oli osa Turun ammattikorkeakoulun hyvinvointipalveluiden VIRTU-hanketta. Palvelun tarkoituksena on parantaa saaristossa ja sen ympärillä asuvien ikäihmisten asumis- ja toimintaedellytyksiä hyödyntämällä hyvinvointiteknologiaa. Tässä opinnäytetyössä ei tehty varsinaista tutkimusta vaan työ toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä kirjallisuuspohjaisen selvityksen avulla ja sen pohjalta toteuttamalla neljä vuorovaikutteista potilasohjaustilannetta virtuaalivälitteisesti. Kirjallinen osuus koostuu alan kirjallisuudesta sekä verkkojulkaisuista saadulla informaatiolla.

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsausta ohjasivat seuraavat kysymykset: Mitkä ovat Alzheimerin taudin oireet ja ehkäisykeinot? Mitkä ovat aivoinfarktin oireet ja ehkäisykeinot? Miten ikäihmisille voidaan antaa hyvää vuorovaikutuksellista ohjausta?

Toiminnallisen opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa neljä vuorovaikutuksellista ohjelmaa VIRTU-kanavalle. Ohjelmien aiheina oli aivoinfarkti ja Alzheimerin tauti. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa meitä kuunteleville ihmisille ajankohtaista ja käyttökelpoista tietoa Alzheimerista ja aivoinfarktista, jota he voivat hyödyntää omassa elämässään. Keskityimme aiheissa pääosin oireisiin ja ehkäisyyn, sillä koimme niiden olevan merkityksellisiä kohderyhmällemme. Ohjelmat suunnattiin omaishoitajille, kuntoutujille ja yksin asuville ikäihmisille. Heidän osallistumisensa ohjelmiin oli vapaaehtoista. Henkilökohtaisena tavoitteena oli kehittyä opetus- ja ohjaustilanteissa sekä onnistua luomaan mahdollisimman hyödyllinen ja monipuolinen ohjelma.

Onnistuimme hyvin rajaamaan laajan aiheemme sekä saimme tehtyä tiiviin tietopaketin aivoinfarktin ja Alzheimerin taudin oireista ja ehkäisystä. Lähetyksistä loimme vuorovaikutteisia kysymällä osallistujilta kysymyksiä aiheistamme ja annoimme heille mahdollisuuden kertoa omista kokemuksistaan. Osallistujat olivat innokkaita kertomaan kokemuksistaan ja se loi tilanteista vapautuneemman.

ASIASANAT : AIVOINFARKTI, ALZHEIMER, HYVINVOINTITEKNOLOGIA, IKÄIHMINEN,
POTILASOHJAUS

TURUN AMK:N OPINNÄYTETYÖ | Siiri Lehtiö & Henna Vanhatalo

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health care | Degree Programme in nursing
Nurse

May 2012 | Total number of pages : 33 + 7

Instructor(s): Sari Asteljoki

Author(s): Siiri Lehtiö & Henna Vanhatalo

KNOWLEDGE FOR SENIOR CITIZENS ABOUT CEREBRAL INFARCTION AND ALZHEIMER BY EXPLOITING WELFARE TECHNOLOGY

Our thesis was part of VIRTU-program which was developed by welfare services of Turku University of applied sciences. The purpose of this service is to enhance senior citizens living and operation requirements in archipelago and around it by exploiting welfare technology. There was no intention to do a proper research but the work was being implemented by functional thesis based on literature and on the basis to accomplish four interactive patient control virtually. The literature part consists of the literature of the field and also the information gathered from web publications.

The review of the literature was directed by the following questions: What are the symptoms of Alzheimer's and the methods to prevent it? What are the symptoms of cerebral infarction and the methods to prevent it? How to offer good interactive guidance to senior citizens?

The aim of this functional thesis was to produce four interactive programs to VIRTU-channel. Cerebral infarction and Alzheimer were the topics in these programs. Purpose for this thesis was to offer current and useful information about Alzheimer and cerebral infarction to people who are willing to listen and then benefit the information in their own lives. We focused on in our subjects mostly on symptoms and prevention because we experienced these two topics to be relevant to our target group. These programs are oriented to caregivers, rehabilitees and senior citizens who live alone. Their participation to these programs was optional. The personal ambition for the authors of this thesis was to develop in teaching and control situations and also to create as useful and versatile program as possible.

We succeeded well to limit our wide subject and also we were able to form compact information package about symptoms and prevention in Alzheimer and cerebral infarction. We created interactive expeditions for participants by asking questions about our topics and also we offered a possibility to share their own experiences. Participants were eager to tell about their experiences and that created more emancipated atmosphere.

KEYWORDS:Cerebral infarction, Alzheimer disease, healthcare technology, patient education, senior citizens.

1 JOHDANTO	5
2 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	7
3 HYVINVOINTITEKNOLOGIA HOITOTYÖSSÄ	10
3.1 Virtu-hanke	10
3.2 KOTIIN- hanke	12
4 AIVOINFARKTI	14
4.1 Aivoinfarktin oireet	14
4.2 Aivoinfarktin hoito	15
4.3 Aivoinfarktin ehkäisy	16
4.4 Aivoinfarktipotilaan kuntoutus	17
5 ALZHEIMER	19
5.1 Alzheimerin taudin vaiheet	20
5.2 Alzheimerin taudin riskitekijät	22
6 POTILASOHJAUS	24
7 VIRTUAALI LÄHETYKSET	27
7.1 Lähetysten kohderyhmä	27
7.2 Lähetykset aivoinfarktista	29
7.3 Lähetykset Alzheimerin taudista	31
8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	32
9 POHDINTA	34
LÄHTEET	37

LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyön toimeksiantosopimus

Liite 2. Alzheimerin taudin potilastapaus

Liite 3. Alzheimerin taudin ohjelman suunnittelurunko

Liite 4. Aivoinfarkti ohjelman suunnittelurunko

Liite 5. Alzheimerin taudin ohjelman muistipeli

Liite 6. Alzheimerin taudin ohjelman havainnollistava kuva

Liite 7. Aivoinfarkti ohjelman tietovisa

1 JOHDANTO

Teknologian avulla voidaan saada uusia ratkaisuja ikääntyvän yhteiskunnan haasteisiin ja sen käyttö on koko ajan laajenemassa terveydenhuollossa. (STM 2010,3.) Siksi myös VIRTU- hanke on kehitetty. Sen avulla ikäihmiset saavat lisäpalveluita jo olemassa olevien palveluiden lisäksi. (VIRTU 2011c.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa virtuaalilähetyksiä, jotka esitetään ikäihmisille virtuaalisesti Turun Ammattikorkeakoulun tiloissa. Ryhmämme pitää yhteensä 24 ohjelmaa, joista neljä kuuluu tähän opinnäytetyöhön. Yksi ohjelma kestää noin tunnin. Kohderyhmänämme on saaristossa ja sen lähialueilla asuvat kuntoutujat, omaishoitajat sekä yksinasuvat ikäihmiset. Naantalin kaupungin ja Turun ammattikorkeakoulun Virtu-hankkeeseen kuuluvat henkilöt olivat opettajan kanssa sopineet opinnäytetyön alustavat aiheet. Aiheeksi saimme neurologiset sairaudet. Aiheet ovat laajoja, joten rajasimme aiheen kahteen neurologiseen sairauteen. Valitsimme ensin neljä meitä kiinnostavaa aihetta, jotka hyödyttäisivät meitä myös ammatillisessa kasvussa ja tulevaisuuden työelämässä. Näistä neljästä aiheesta VIRTU- asiakkaat saivat valita, mitkä kiinnostavat heitä eniten. Aiheiksemme muodostuivat aivoinfarkti ja Alzheimer. Rajasimme aiheita vielä lisää ja päätyen Alzheimerin ja aivoinfarktin oireisiin ja ehkäisyyn.

Opinnäytetyömme on osa VIRTU- hanketta (Virtual Elderly Care Services on the Baltic Islands). VIRTU- hankkeen on kehittänyt Turun Ammattikorkeakoulun hyvinvointipalvelut. VIRTU- kanava on ikäihmisille suunnattu uudenlainen sosiaalinen media ja hyvinvointipalvelu. Kyseisen palvelimen avulla pystytään pitämään yhteyttä muihin käyttäjiin sekä keskustelemaan esimerkiksi hoitohenkilökunnan, kuten sairaanhoitajan ja fysioterapeutin kanssa. Eri ammattikorkeakoulut tekevät VIRTU- ohjelmaa yhteistyössä sosiaali- ja terveysalojen ammattilaisten kanssa. (VIRTU 2011a.)

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle ammattikorkeakouluissa. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjeistämistä tai järjestämistä. (Vilka ym. 2003, 9.) Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on luoda ikäihmisille ajankohtainen sekä mielenkiintoinen virtuaalikanavan kautta esitettävä ohjelma.

2 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle ammattikorkeakouluissa. Tärkeää on, että toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjeistämistä tai järjestämistä. Alasta riippuen se voi olla esimerkiksi käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus, kuten perehdyttämisopas, turvallisuusohjeistus tai ympäristöohjelma. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla myös alasta riippuen jonkin tapahtuman toteuttaminen, kuten messuosaston, konferenssin, kansainvälisen kokouksen järjestäminen tai näyttely. Kohderyhmän perusteella toteutustapana voi olla esimerkiksi kirja, opas, kotisivut, portfolio, näyttely tai jokin tapahtuma. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.)

Opinnäytetyön tekeminen aloitetaan aiheen ideoinnista eli aiheanalyysistä. Tärkeää on pohtia, millaiset asiat kiinnostavat oman alan opinnoissa ja mikä aihe motivoi kirjoittajaa. Tärkein pohdittava osa-alue on kohderyhmä, kenelle työ on tarkoitettu osoitettavan. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tapahtuma, ohjeistus tai tuote tehdään aina jollekin tai jonkun käytettäväksi, koska tavoitteena on toiminnan selkeyttäminen ohjeistuksen avulla tai jonkin ihmisen osallistuminen toimintaan tai tapahtumaan. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tehdään toimintasuunnitelma, koska opinnäytetyön idean ja tavoitteiden tulee olla tiedostettuja, harkittuja ja perusteltuja. Toimintasuunnitelmassa on tarkoitus vastata kysymyksiin, mitä tehdään, miten tehdään ja miksi tehdään. Toimintasuunnitelman tekemisessä on kolme merkittävää tavoitetta, jäsentää mitä ollaan tekemässä, osoittaa kykyä johdonmukaiseen päättelyyn ideoissa ja tavoitteissa sekä, antaa lupaus siitä mitä aijotaan tehdä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 23-38.) Opinnäytetyöprosessiimme kuului aihe- ja ideointiseminaari sekä ohjelmien suunnittelu. (liite 3)

Tämän työn tarkoituksena on tuottaa neljä ohjelmaa VIRTU- kanavalle. Ohjelmien aiheena ovat Alzheimer ja aivoinfarkti. Tavoitteena on myös antaa meitä kuunteleville ihmisille ajankohtaista ja käyttökelpoista tietoa Alzheimerista ja aivoinfarktista, jota he voivat hyödyntää omassa elämässään. VIRTU-ohjelman avulla heillä on mahdollisuus myös pitää yhteyttä muihin käyttäjiin, keskustella esimerkiksi sairaanhoitajan kanssa, ja saada ajankohtaista tietoa terveyteen liittyvissä asioissa. Työn tavoitteena on myös parantaa terveyspalveluiden laatua ja saatavuutta kotoa käsin. VIRTU-ohjelman tarkoitus ei ole korvata jo olemassa olevia terveyspalveluita vaan tukea niitä. (VIRTU 2011c.) Henkilökohtaisena tavoitteena on kehittyä opetus- ja ohjaustilanteissa.

Kirjallisuuskatsausta ohjasivat seuraavat kysymykset:

1. Mitkä ovat Alzheimerin taudin oireet ja ehkäisykeinot?
2. Mitkä ovat aivoinfarktin oireet ja ehkäisykeinot?
3. Miten ikäihmisille voidaan antaa hyvää vuorovaikutuksellista ohjausta?

VIRTU- lähetyksen ja opinnäytetyön aineistomme keräsimme hoitotieteellisten tietokantojen avulla sekä alan kirjallisuutta käyttäen. Tietokantoina käytettiin Cinahl, Medic sekä käypähoitosuosituksia. Hakusanat, millä etsimme suomalaisista tietokannoista olivat Alzheimer, aivoinfarkti, ohjaus, ehkäisy, hoito, oireet, vuorovaikutus, korkea kolesteroli, verenpaine ja ruokavalio. Englannin kielellä hakusanoina käytimme brain attack, Alzheimer, prevention, patient education, symptoms, interaction, cholesterol, blood pressure, ja näiden yhdistelmiä.

VIRTU- lähetyksistä pyrimme kehittämään vuorovaikutteisen tilanteen, jossa myös ohjelmaan osallistuvilla on mahdollisuus saada äänensä kuuluviin ja mahdollisuus esittää mieltä askarruttavia kysymyksiä. Lähetyksessä puhuimme ikäihmisille, kuntoutujille ja omaishoitajille heille sopivalla tavalla, huomioon ottaen heidän aikaisemmat tietämyksensä kyseisestä aiheesta. Esitimme lähetyksiin osallistuville kysymyksiä, jotta saisimme luotua tilanteesta

vuorovaikutteisen. Pohdimme kysymyksiä perusteellisesti jo ennen lähetyksiä, jotta välttyimme liian henkilökohtaisten kysymysten esittämiseltä.

3 HYVINVOINTITEKNOLOGIA HOITOTYÖSSÄ

Sosiaali- ja terveydenhuollossa teknologian käyttö on jatkuvasti laajenemassa. Teknologian käytön tarvetta lisää väestön vanhenemisen aiheuttama hoidon ja hoivan tarpeen kasvu. Ihmisiä yritetään hoitaa mahdollisimman pitkään kotona, joten teknologian merkitys korostuu. (STM 2010,3.)

Teknologian avulla voidaan saada uusia ratkaisuja ikääntyvän yhteiskunnan haasteisiin, mikä aiheuttaa samalla paljon kysymyksiä suunnittelusta, soveltamisesta ja seurauksista. Siksi teknologian käyttöä on tarkasteltava myös eettisistä näkökulmista. (STM 2010, 8.) Tulevaisuudessa virtuaalisten palveluiden avulla voidaan ennakoida sairastumisriskiä ja ottaa yhteyttä tarvittaessa muun muassa verkkosairaanhoidajaan (Hägg ym. 2007, 190). Teknologian käyttö ei missään nimessä saa kuitenkaan korvata kasvokkain käytyä sosiaalista kanssakäymistä, vaan sen tarkoitus on tukea muita palveluita (STM 2010, 8).

3.1 Virtu-hanke

Lainsäädäntö velvoittaa kunnat järjestämään sosiaali -ja terveyspalvelut, mutta se ei määrittele yksityiskohtaisesti palvelujen sisältöä eikä järjestämistapaa, vaan toiminnassa voi olla kuntakohtaisia eroja. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat valmistelleet uuden ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen, joka painottaa kotona asumisen tukemista sekä palveluvalikoiman monipuolistamista neuvonta- ja muilla ehkäisevillä palveluilla. (Kuntaliitto 2008, 20, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 23–25.) Kotona asumisen tukeminen onkin suomalaisen ikääntymispolitiikan tärkeimpiä tavoitteita. Ikäihmisten palveluiden tulee olla kattavia, ikääntyneiden omia

tarpeita vastaavia ja niiden vaikuttavuuden arviointiin tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota. (Voutilainen ym. 2008, 17–18.)

Ikääntyneiden palvelurakenteessa on 1990-luvulta alkaen tapahtunut merkittäviä muutoksia. Laitoshoidon tilalle on tullut entistä enemmän erilaisia palveluasumisen muotoja. Kotihoidossa olevien ikääntyneiden määrä on myös nousussa. Vuonna 2005 oli säännöllisen kotihoidon piirissä 54 316 yli 65-vuotiasta. (Heikkilä ym. 2007, 162–163,166.)

VIRTU eli ”Virtual Elderly Care Services on the Baltic Islands” on kolmivuotinen EU-projekti, jota toteutetaan vuosina 2010–2013. Kokeilukuntina Suomessa ovat Naantali, Länsi- Turunmaa, Kemiönsaari, Sipoo ja Eckerö. Virossa kokeilussa mukana ovat Kuressaaren, Kaarman, Kärlan, Leisin, Lymadan, Orissaaren ja Ruhnun kunnat. Palvelua toteuttavat eri ammattikorkeakoulut yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten sekä muiden julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Virtu-palvelun tavoitteena on tuottaa uusi kotihoitoa ja kotona asumista tukeva palvelumalli olemassa olevien palveluiden rinnalle. Tarkoituksena on parantaa itämeren saaristo-alueilla asuvien ikäihmisten asumis- ja toimintaedellytyksiä sekä saariston elinvoimaisuutta hyödyntämällä hyvinvointiteknologiaa palveluiden järjestämisessä. Hankkeen taustalla ovat monet yhteiskunnalliset haasteet, kuten väestön ikääntyminen, hoitoalan työvoimapula, pitkät välimatkat ja palveluiden saatavuus sekä saaristoalueiden elinvoimaisuus. Hanke toteutetaan samanaikaisesti Suomessa, Ahvenanmaalla ja Virossa. (VIRTU 2011a.)

Teknologian kehittyminen on tuonut uusia mahdollisuuksia kehittää sähköisiä menetelmiä tukemaan terveydenhuollon palveluiden tarjontaa ja saatavuutta. Enää ei ole välttämätöntä, että kaikissa palvelutapahtumissa potilas ja terveydenhuollon ammattilainen ovat samassa tilassa. Informaatio- ja kommunikaatioteknologian avulla voidaan huomattavasti parantaa erityisesti syrjäseutujen asukkaiden palvelujen saatavuutta. (Lillrank & Venesmaa 2010, 185–187.)

Virtu-palvelussa käytetään HyvinvointiTV – ratkaisua. HyvinvointiTV toimii helppokäyttöisellä video- ja kuvapuheluteknikoihin perustuvalla laitteella, jonka avulla käyttäjät saavat näkö- ja keskusteluyhteyden toisiinsa. Laite tuodaan kotiin ja asennetaan käyttövalmiiksi ja samalla sen käyttöön opastetaan. (VIRTU 2011b.) Virtu-kanavalla voi osallistua eri aiheisiin keskustelu- ja kyselytuokioihin sekä liikunta- ja lauluhetkiin. Lähetykset suunnitellaan yhdessä käyttäjien kanssa. Kanavalla on myös mahdollista pitää yhteyttä ikätovereihin tai hoitohenkilökuntaan lähetysten ulkopuolella. Käyttäjien osallistuminen palveluun on vapaaehtoista ja perustuu käyttäjien omaan aktiivisuuteen. Palvelu ei korvaa ihmiskontaktia, vaan täydentää olemassa olevia ja tarjoaa lisäpalveluja henkilölle, joilla ei syystä tai toisesta ole mahdollisuutta päästä perinteisten palvelujen äärelle. (VIRTU 2011c.)

3.2 KOTIIN- hanke

KOTIIN- hanke on kehitetty korkeakoulujen, kuntien, yritysten ja kolmannen sektorin toimijoiden sekä ikäihmisten kanssa yhteistyössä. Se on kehitetty vuosina 2006-2008, ja se on VIRTU- hankkeen edeltäjä. Kotiin- hankkeessa HyvinvointiTV:n palveluita kehitettiin sairaalasta kotiutuville ja kotihoidon asukkaille. (HyvinvointiTV 2012.)

HyvinvointiTV kehitettiin tarkoituksena auttaa ikäihmisiä ja heidän läheisiään. Sen tarjoamat palvelut tukivat ikäihmisten kotona asumista, lisäsi heidän toimintakykyä sekä sosiaalista kanssakäymistä. HyvinvointiTV toi myös vaihtelua ikäihmisen elämään, turvaa ja luo osallistumisen mahdollisuuksia, joita ikäihminen tarvitsee selviytyäkseen itsenäisesti kotona. Tarkoituksena oli aktivoida esimerkiksi liikkumaan. Kanavan ohjelmaan kuului ikäihmisille tarkoitettuja jumppia ja rentoutumisharjoituksia. Erilaisissa tietoisuuksissa ikäihmiset saivat tietoa toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja tietoa muista elämän riskialueista. HyvinvointiTV:n avulla pystyi myös ottamaan yhteyden lääkäriin tai proviisoriin. (HyvinvointiTV 2012.)

HyvinvointiTV toimii television yhteyteen laitetulla helppokäyttöisellä kosketusnäytöllä ja pienellä kameralla. Kaksisuuntaisella laajakaistayhteydellä voidaan luoda reaaliaikainen yhteys asiantuntevaan henkilökuntaan. Kanavan etuna on vuorovaikutteinen tunnelma neuvonta- ja ohjaustilanteessa. (HyvinvointiTV 2012.)

4 AIVOINFARKTI

Aivoinfarkti on suuri maailmanlaajuinen terveysongelma ja yleisin kuolinsyy teollisuusmaissa heti sydäntautien ja syövän jälkeen. Aivoverenkiertohäiriöt ovat Suomessa neljänneksi yleisin kuolinsyy. Joka vuosi niihin kuolee noin 1800 miestä ja 2600 naista. Aivoverenkiertohäiriöistä 80 % on infarkteja, runsas 10 % aivoverenvuotoja, ja loput lukinkalvonalaisia vuotoja. Vuonna 2007 Suomessa aivoinfarktiin sai 14 600 potilasta, osa potilaista sai samana vuonna uuden aivoinfarktin, joten kokonaismäärä oli kaikkiaan 17 100. (Duodecim 2011.) Todennäköisyys saada aivoinfarkti kasvaa iän myötä voimakkaasti, joten väestömme ikääntyessä aivoinfarktipotilaiden määrä tulee kasvamaan, ellei ehkäisytyössä onnistuta paremmin kuin nykypäivänä (Jacobsson 2000, 13.)

Aivoinfarkti on iskeeminen aivoverenkiertohäiriö, ja se jaetaan etiologiansa mukaan suurten suonten tautiin, pienten suonten tautiin ja sydänperäisiin embolioihin. (Soinila ym. 2006, 272.) Aivoinfarktissa tukkeutuneen valtimon alueella aivokudos jää ilman verenkiertoa ja happea. Tästä johtuen paikallinen osa aivokudoksesta menee pysyvään kuolioon. Tukkeuma voi johtua esimerkiksi sydämestä tai kaulavaltimosta tulleesta hyytymästä, mutta useimmiten äkillinen tukkeuma johtuu veri hyytymästä ahtautuneessa valtimossa. (Käypähoito 2011.)

4.1 Aivoinfarktin oireet

Aivoinfarkti tulee usein yllättäen, ja oireet kehittyvät huippuunsa jo muutamissa minuuteissa tai tunneissa. Aivoinfarktiin saanut ei välttämättä tunnista oireitaan, koska yleensä sairastunut pysyy tajuissaan. (Käypähoito 2011.) Aivoinfarkti voi aiheuttaa äkillisen motorisen hemipareesin eli toispuolihalvauksen ja näköhäiriöitä. Potilaalla voi ilmetä puhehäiriöitä, kuten vaikeuksia käsitellä, tuottaa ja ymmärtää puhuttua ja kirjoitettua kieltä tai hänellä voi olla motorisia häiriöitä puheen tuottamisessa. Muita oireita voivat olla suupielen roikkuminen,

raajojen toispuoleinen holtittomuus, nielemisvaikeudet, huimaus, pahoinvointi, tasapainovaikeus sekä tuntohäiriöt. Voi esiintyä myös neuropsykologista puutosoireistoa, kuten muistihäiriötä tai sekavuutta. (Duodecim 2011.) Jos oireet kestävät vain muutamista sekunneista muutamaan minuuttiin, on kyseessä niin sanottu ohimenevä aivoverenkiertohäiriö eli TIA -kohtaus. Myös silloin tulee viipymättä lähteä hoitoon, koska se voi olla myös varoitus tulevasta aivoinfarktista. Jopa yhdeksällä kymmenestä tulee viikon sisällä TIA-kohtauksesta aivohalvaus eli TIA-kohtaus vaatii ehdottomasti jatkoselvittelyä. (Hathaway 2005, 49; Duodecim 2012.)

4.2 Aivoinfarktin hoito

Aivoinfarktin hoitona käytetään veritulpan liuotushoitoa joka tehdään sairaalassa. Tällöin verihyytymän tukkima verisuoni avataan liuottamalla. Sairaalaan tulon jälkeen on selvitettävä ensin, onko kyseessä aivoinfarkti, koska aivoverenvuodolla voi olla samankaltaisia oireita. Aivojen kuvantamistutkimuksilla voidaan erottaa taudinkuvat toisistaan. Pään natiivitetokonetomografiakuva on nopeasti saatavilla ja se tehdään jokaiselle mahdolliselle liuotuspotilaalle. Pään natiivi-TT on tärkein ja usein riittävä tutkimus. Jokaisella sairastuneella hoito aloitetaan estämällä uusien tukkeutumien syntyä, joko tulpan syntyä estävillä tai veren hyytymistä vähentävillä lääkkeillä, esimerkiksi aspiriini tai varfariini. Lisäksi tarvitaan usein myös kolesteroli- ja verenpainelääkitystä. (Käypähoito 2011.)

Aivoverenkiertohäiriötä epäillessä tulee välittömästi soittaa hätänumeroon, nopea hoitoon pääsy on tärkeää, jotta mahdollinen liuotushoito voitaisiin aloittaa. Potilas tulee viedä ambulanssikuljetuksella akuuttisairaalan päivystyspoliklinikkaan, ei avoterveydenhuoltoon. Liuotushoito voidaan aloittaa kun oireet ovat kestäneet alle neljä ja puoli tuntia, eikä siihen ole muita vasta-aiheita. Potilaan sopivuus liuotushoitoon perustuu aikaisempaan sairashistoriaan, toimintakykyyn ja lääkärin tutkimukseen. Apua tarvitseva hoitokodissa asuva dementoitunut vanhus ei sovellu liuotushoitoon, mutta

esimerkiksi palvelutalossa asuva, perussairauksia sairastavalle vanhukselle liuotushoito voi soveltua. Jos potilas ei ole ennen aivoinfarktia ollut omatoiminen, ei liuotushoidolla pystytä potilaan tilaa palauttamaan ja silloin ei ole myöskään syytä ottaa liuotushoitoon liittyviä riskejä. (Järvi U. 2010, 3472-3474.)

Liuotushoito parantaa toipumisen ennustetta iskeemisessä aivoinfarktissa. Ennen liuotushoitoa aivot pitää kuitenkin kuvata, jotta voidaan sulkea muut syyt pois, kuten kallonsisäisen verenvuodon. Liuotushoidon vasta-aiheita ovat kallonsisäinen verenvuoto, aktiivinen verenvuoto, lisääntynyt vuotoalttius, hallitsematon hypertensio, alle 2 viikkoa sitten olleet suuret kirurgiset toimenpiteet, aiempi aivoverenvuoto, aiempi SAV, laajaksi kehittynyt aivoinfarkti ja se jos oireiden alkamisajankohtaa ei tiedetä. Jos laskimonsisäinen liuotushoito on tehoton, harkitaan valtimonsisäisiä hoitoja. (Käypähoito 2011.)

Suomessa toimii AVH- yksikkö, joka on erikoistunut aivoverenkiertohäiriöiden hoitoon ja varhaiskuntoutukseen. Siellä potilasta hoidetaan moniammatillisessa hoitoympäristössä. AVH- yksikköön tulee aivoinfarktin saaneet ennestään omatoimiset potilaat. AVH- yksikössä toimii neurologi, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijä, jotka ovat erikoistuneet juuri aivoverenkiertohäiriö potilaisiin. Yhdessä he toteuttavat arvioinnin, hoidon ja varhaiskuntoutuksen. Hoito AVH- yksikössä lyhentää aivoinfarktipotilaan sairaalahoitoa, edesauttaa omatoimista toipumista ja vähentää kuolleisuutta. (Käypähoito 2011.)

4.3 Aivoinfarktin ehkäisy

Aivoinfarktin riskitekijöitä, joihin itse voi vaikuttaa elämäntavoilla on kohonnut verenpaine, korkea kolesteroli, tupakointi, ylipaino. Muita riskitekijöitä on ikä, diabetes, miessukupuoli, perinnölliset tekijät ja vaihdevuodet, sekä aikaisemmin sairastettu aivoverenkiertohäiriö tai muu verisuonisairaus. (Duodecim 2011; Käypähoito 2011.) Tärkeä ehkäisykeino on ruokavalio, sillä pystytään ainakin

välillisesti vaikuttamaan mm. verenpaineeseen, kolesteroliin ja ylipainoon (Hakala P. 2003).

Tupakoinnin lopettaminen pienentää riskiä sairastua aivoinfarktiin, jo 2-4 vuoden kuluttua saavutetaan tupakoimattomien taso. Tupakoinnilla on myös suuri merkitys muiden aivoverenkiertohäiriöiden ehkäisyssä. (Soinila ym. 2006, 285.) Liikapaino ja liikunnan puute voivat myös olla itsenäisiä tekijöitä aivoinfarktin synnyssä. Jo kohtuullinen liikunta useamman kerran viikossa vähentää riskiä saada aivoinfarkti. (Soinila ym. 2006, 285- 286.)

Verenpaine on ehkä suurin riskitekijä aivoinfarktiin (Meadows M. 2005, 3.). Verenpaineen tuntuva alentaminen lääkkeettömästi on mahdollista. Toimet ovat itsessään helppoja, mutta toteuttaminen voi kuitenkin olla haastavaa. Ensimmäisenä tavoitteena on ylipainoisten laihduttaminen normaalipainoon, säännöllinen liikuntaharrastus, alkoholinkäyttö kohtuudella, ruokasuolan ja tyydyttyneiden rasvojen käytön vähentäminen sekä hedelmien ja vihannesten määrän lisääminen ruokavaliossa. Tutkimukset ovat myös osoittaneet verenpainelääkityksen vähentävän aivoinfarktin riskiä 38% :lla. (Soinila ym. 2006, 285.)

Ruokavalion avulla voidaan alentaa myös kolesterolipitoisuutta, jos pelkällä ruokavalion muutoksella ei saada tarpeeksi hyviä tuloksia aikaan, voidaan korkea kolesterolia hoitaa myös tehokkaalla lääkityksellä. Tutkimusten mukaan korkean riskin potilailla lääkehoidon on todettu vähentävän aivoinfarkteja. (Soinila ym. 2006, 285.)

4.4 Aivoinfarktipotilaan kuntoutus

On todettu, että viikon kuluessa sairastumisesta aloitettu aktiivinen kuntoutus on selvästi tehokkaampaa kuin vasta myöhemmin aloitettu kuntoutus. Kolmen viikon kuluttua voidaan nähdä jo kuntoutuksen hyödyt. Aktiivista kuntoutusta jatketaan niin kauan kuin toipuminen jatkuu, sen jälkeen sitä jatketaan ylläpitävänä kuntoutuksena yksilöllisten tavoitteiden mukaisesti. Myös

kognitiivinen kuntoutus tulee jo aloittaa varhain kuntoutusosastolla, fyysisen kuntoutumisen rinnalla. (Käypähoito 2011.)

Kuntoutus on moniammatillista yhteistyötä, aivoinfarkti potilas voi tarvita fysioterapeutin, toimintaterapeutin, puheterapeutin ja nielemisterapian apua. Apuvälineet helpottavat potilaan päivittäistä selviytymistä, ajan kuluessa niiden tarve muuttuu, joten tilannetta tulee arvioida säännöllisesti. Kolmen kuukauden kuluttua halvauksesta 50- 70 % on toipunut täysin itsenäiseksi päivittäisissä toimissaan, 15- 30 % on pysyvästi vammautuneita ja 20% tarvitsee laitoshoidoa. Niille, joille on jäänyt pysyvä haitta, suositellaan läpi elämän kestäväää säännöllistä seurantaa. (Käypähoito 2011.)

5 ALZHEIMER

Dementia on oireyhtymä, ei erillinen sairaus. Oireyhtymään liittyy muistihäiriön lisäksi laajempi henkisen toiminnan ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikentyminen henkilön omaan aiempaan tasoon verrattuna. Dementia voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä tila. Dementiaoireiden aiheuttajana voi olla useita etiologisia ja toisistaan poikkeavia aivomuutoksia. (Erkinjuntti 2010, 86.) Dementiasairauksista yleisin on Alzheimerin tauti. Se on tyypillisesti hitaasti ja tasaisesti etenevä aivosairaus ja siihen liittyy aivoalueiden sekä neurokemiallisten järjestelmien valikoiva eli selektiivinen vaurioituminen. Alzheimerin taudissa hermosoluja häviää alussa mediaalisen eli sisemmän ohimolohkon alueelta. On arvioitu, että patologiset muutokset aivoissa alkavat jo 20 - 30 vuotta ennen ensimmäisiä oireita (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 129 - 130.) Ensimmäisiä oireita ovat uusien asioiden mieleen painamisen vaikeutuminen ja etenkin mieleen palauttamisen vaikeudet. Taudinkuvaa hallitsee kognitiivisen eli tiedonkäsittelyn toiminnan lisääntyvä heikentyminen ja muistitoiminnot ovat vaikeimmin vaurioituneita kognitiivisen toiminnan osalualueita. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121-123; Sulkava 2010, 123.)

Käyttöoireilla tarkoitetaan muistisairaudesta johtuvia haitallisia muutoksia käyttäytymisessä tai tunne-elämässä. Oireina ovat muun muassa aggressio, apatia, depressio, harha-aistimukset ja harha-luulot, itsensä vahingoittaminen, poikkeava motorinen käytös, karkailu, tarkoitukseton pukeutuminen ja riisuminen, tavaroiden kätkeminen ja keräily sekä ärtyneisyys. Yleisiä käyttöoireita ovat myös levottomuus ja psykoottiset oireet kuten näkö- ja kuulo harhat, persoonallisuuden muutokset, uni-valverytmin häiriöt sekä seksuaaliset käyttöoireet. Kun tauti etenee, omatoimisuus heikentyy ja käyttöoireet lisääntyvät ja vaikeutuvat. Oirekuva voidaan jakaa seuraaviin vaiheisiin: oireeton eli prekliininen vaihe, varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea Alzheimer. (Erkinjuntti ym. 2010, 86; Käypä-hoitosuositus 2010.) Käyttöoireiden ilmaantumisesta tulee seurata ja niitä pitää hoitaa, kun ne heikentävät kykyä

huolehtia itsestä, sosiaalista vuorovaikutusta tai toimintakykyä tai rasittavat potilasta. Käyttösoireiden hoito on aiheellista myös silloin, kun oireet aiheuttavat vaaratilanteita potilaalle tai muille. (Käypähoito 2006.)

5.1 Alzheimerin taudin vaiheet

Alzheimerin taudin ensimmäiset muutokset aivoissa alkavat jo 20-30 vuotta ennen kuin tautia pystytään diagnosoimaan (Valkonen 2011, 7.) Suurin osa potilaista on oireettomia, mutta osalla voidaan jo tässä vaiheessa todeta lievä kognitiivinen heikentyminen. Tarkoissa neurologisissa tutkimuksissa voidaan osoittaa lievää heikentymistä tapahtuma muistin tehtävissä henkilöillä, joilla on merkittävä riski sairastua Alzheimerin tautiin. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 130-131.)

Varhaisessa Alzheimerin taudissa tyypillisiä oireita ovat lisääntyvät muistivaikeudet, asiakokonaisuuksien oppimisen vaikeutuminen, uusien nimien muistamisen vaikeus, vieraan kielen hallitsemisen työläisyys, epävarmuus ja hidastuminen työssä, vaikeudet erityisesti uusissa tilanteissa, uupumus ja stressioireet. Oireet liittyvät muistin kannalta tärkeään alueeseen, sisemmän ohimolohkon vaurioon, joka alkaa näkyä myös magneettikuvauksessa enteronaalisen kuorikerroksen ja hippokampuksen atrofiana eli aivojen surkastumisena. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 134-136; Käypä hoito-suositus 2010.)

Tässä vaiheessa esiintyy käytöshäiriöitä, masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja lisääntyneitä ärtyneisyyttä. Aluksi ihminen pystyy itse tiedostamaan ja kuvaamaan muistitoimintojensa muutoksia. Tilan edetessä ja sairaudentunnon heikentyessä muistisairas yleensä kuvaa muistivaikeuksia olevan vähän ja pyrkii vähättelemään niitä. Läheisten mielestä muistivaikeudet ovat jatkuvia ja pahenevat ajan myötä. Muistivaikeudet aiheuttavat ajoittain avun tarvetta, kuten muistuttamista ja tarkistamista. Lähiomaiset ovat lisänneet yhteydenottoja

tarkistaakseen asioiden sujumisen, vaikka muistisairas pystyy asumaan vielä yksin. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 134-136.)

Oppimisen työläisyys ja unohtamisen korostuminen ilmaantuvat useimmille jo varhaisessa vaiheessa. Osalla sairastuneista luokitellaan tässä vaiheessa vielä lievä kognitiivinen heikentyminen ja osalla potilaista voi olla jo lievä Alzheimerin taudin dementia. Oireet liittyvät muistin kannalta tärkeään alueeseen, sisemmän ohimolohkon vaurioon. Neuropsykologisissa tutkimuksissa pystytään havaitsemaan selvää heikkenemistä erityisesti kielellisen muistin tehtävissä, kuten loogisen kertomuksen ja sanojen mieleen palauttamisen viivästy misenä. Merkittävä muutos on mieleenpainetun materiaalin unohtaminen. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 134-136.)

Keskivaihe, jota kutsutaan myös keskivaikeaksi Alzheimeriksi, kestää noin 2-4 vuotta. Tämän vaiheen aikana tapahtuu monia muutoksia itsenäisen selviytymisen kannalta. Paikan hahmottaminen alkaa olla vaikeampaa ja tutussakin ympäristössä sattuu eksymisiä. Sanat voivat olla kateissa ja pukeutumisessa tarvitaan apua. Potilaalla voi esiintyä harhaluuloja ja - näkyjä, hän on altis sekavuustiloille ja oireilee lahtumalla, vaikka ravinto olisikin monipuolista ja riittävää. Fyysinen kunto on usein hyvä ja liikuntakyky on säilynyt. Myös sosiaaliset kyvyt sekä persoonallisuus säilyvät entisellään. Potilas ei itse tunne sairastavansa vaan sairaudentunne häviää. (Erkinjuntti 2010, 87-88)

Vaikea muoto eli Alzheimerin loppuvaihe kestää 1-5 vuotta. Yksinkertaiset asiat, kuten muistamista tai päättelyä vaativat tehtävät eivät onnistu itsenäisesti. Potilas tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa, kuten peseytymisessä ja pukeutumisessa. Hygieniasta on huolehdittava, koska potilaan virtsan- ja ulosteenpidätyskyvyn säätely ei enää toimi normaalilla tavalla. Potilas toistelee sanoja ja puhuminen on vaikeaa sekä puheen ymmärtäminen hankaloituu. Keho on entistä jäykempi ja kävelykyky katoaa pikku hiljaa. Paikan ja ajantaju häviää, eikä potilas enää tunnista läheisiään. (Erkinjuntti 2010, 88-89.)

5.2 Alzheimerin taudin riskitekijät

Pienellä osalla (1-2%) kaikista Alzheimerin tautia sairastavista on kromosomeissa vallitseva periytyvä sairaus. Periytyvän Alzheimerin taudin taustalla on löydetty kolmen eri geenin virheet. Satunnainen Alzheimerin tauti on monitekijäinen sairaus, jonka syntyyn vaikuttavia tekijöitä on tunnistettu useita. Useissa tutkimuksissa on käynyt ilmi, että suurimpia riskitekijöitä ovat suvussa esiintynyt dementia, ikä ja Downin syndrooma. Riski sairastua Alzheimerin tautiin on lisääntynyt henkilöillä, jonka lähisuvussa on useampi kuin yksi Alzheimerin tautiin sairastunut henkilö. Muita riskitekijöitä voi olla aivovammat, aikaisemmin sairastettu masennus, runsas alkoholinkäyttö ja matala koulutustaso. Perinteiset sydän- ja verisuonitautien riskitekijät, kuten korkea verenpaine, diabetes, kohonnut kolesterolipitoisuus, metabolinen oireyhtymä ja ylipaino ovat uusimpien tutkimusten mukaan myös Alzheimerin taudin todennäköisiä riskitekijöitä (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121-122.) Tutkimuksissa on todettu, että Alzheimerin taudin riskitekijöitä ovat myös aivoverisuonisairaudet, rikkiptoinen aminohappo, tupakointi ja liikunnan puute (Valkonen 2011, 7; Duodecim 2011.)

5.3 Alzheimerin taudin ehkäisy ja lääkehoito

Väestön ikääntyessä on arvioitu, että 50 vuoden kuluessa Alzheimerin tautia sairastavien potilaiden määrä tulee nelinkertaistumaan. Interventiotutkimuksia muistioireiden ja -sairauksien ehkäisystä on tehty vielä suhteellisen vähän. Siten kontrolloitu tutkimusnäyttö puuttuu, ja tieto pohjautuu suurimmaksi osaksi lääketieteellisiin tutkimuksiin. Kuitenkin monipuolinen aivojen käyttö kaikissa ikävaiheissa, aivojen suojaaminen vammoilta, terveellinen ja monipuolinen ravinto sekä liikunta ovat suositeltavia dementiaoireiden ja Alzheimerin taudin ehkäisyssä. (Kivipelto ym. 2010, 453.)

Alzheimerin taudin oireita voidaan lievittää lääkkeillä. Lääkkeet lisäävät keskittymiskykyä, kohentavat toimintakykyä ja vähentävät käytösoireita. Ne eivät kuitenkaan pysäytä sairauden etenemistä, mutta hidastavat sitä. Lääkitys tulisi aloittaa mahdollisimman varhain, kun diagnoosi on selvinnyt. (Pirttilä ym. 2010, 477-480.) Alzheimerin taudin ensisijaiseksi lääkkeeksi suositellaan asetyylikoliiniesteraasin estäjää (AKE) tai memantiinia. Pitkälle edenneessä Alzheimerin taudissa AKE:n estäjän rinnalle liitetään usein memantiinia (Käypähoito-suositus 2010.) Lääkkeen vaikutuksesta potilas aktivoituu ja toimintakyky paranee 30-40%:ssa tapauksissa. Tämän takia kotihoidon jatkaminen on mahdollista useimmilla potilailla (Sulkava ym. 2010, 125-126.) Lisäksi on olemassa runsaasti erilaisia lääkkeettömiä hoitoja ja yhteiskunnan tukipalveluja. (Duodecim 2011.)

6 POTILASOHJAUS

Potilaiden ohjaus on tärkeä osa hoitotyötä. Potilaan ohjauksessa keskinäinen kunnioitus näkyy hoitajan ystävällisyytenä ja asiallisuutena. Myös kunnollinen valmistautuminen, kuten kirjalliset ohjausmateriaalit näyttävät ohjattavalle, että häntä kunnioitetaan. (Kyngäs ym. 2007, 48.) Kirjalliset ohjeet edesauttavat myös tiedonkulkua potilaan omaisille (Kääriäinen ym. 2006, 11). Puheen rytmittäminen ja tauottaminen antavat ohjattavalle mahdollisuuden tuoda esiin omia mielipiteitään ja mahdollisia kysymyksiä aiheesta. Hoitajan tulee esittää asiansa selkeästi, ja ymmärtää ja rohkaista asiakasta ja tehdä kysymyksiä. (Kyngäs ym. 2007, 48.) Hoitajan tulee huomioida potilaan ikä miettiessään ohjauksen sisältöä ja puhuttelutapaansa. Luottamuksellinen ohjaussuhde luodaan olemalla rehellinen ja ammatillinen. (Lipponen ym. 2006, 29-30.)

Ennen ohjaustilannetta tulee määritellä ohjauksen tarve ja suunnitella ohjauksen kulku. Sen jälkeen toteutetaan ohjaustilanne ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen ja vaikuttavuus. Tiedon saaminen edesauttaa potilasta itsensä hoitamiseen, ja vähentää samalla ahdistusta ja pelkoa. Potilasohjauksen lähtökohtana ovat aina potilaan tarpeet, ja tulee ottaa huomioon myös hänen aikaisemmat tietonsa. (Lipponen ym. 2006, 10-11.)

Ohjaustilanteelle tulee varata riittävästi aikaa ja rauhallinen ympäristö. Näin ohjattavalle syntyy mielikuva turvallisesta ja yksilöllisestä ohjaustapahtumasta. Hyvä potilasohjaus ilmenee johdonmukaisena esittämisenä, jolloin potilaalle syntyy kokonaiskuva tilanteesta. Kokonaisuudessaan hyvä potilasohjaus syntyy, kun hoitajalla on hyvät vuorovaikutustaidot hyvän teorian lisäksi ja hän on valmistautunut tilanteeseen hyvin. (Lipponen ym. 2006, 29-30.)

Onnistunut ohjaustilanne vaatii asiakkaalta ja hoitajalta halua työskennellä yhdessä, samoja odotuksia, ja uskoa auttamisen mahdollisuuksiin. Tavoitteena on saada asiakas tutkimaan käyttäytymistään, uskomuksiaan ja asenteitaan,

jotta asiakas ehkä huomaisi nykyisen toimintatavan ja terveyden kannalta tavoiteltavan toiminnan välistä ristiriitaa. Siksi motivointi on tärkeää, ja motivoivan ohjauksen tulee perustua hoitajan empatian ilmaisemiseen, ristiriidan tuottamiseen, väittelyn välttämiseen, vastarinnan myötäilyyn ja pystyvyyden tunteeseen. (Kyngäs ym. 2007, 48-49.)

Jotta ohjaus olisi hyvää ja siitä jäisi potilaan mieleen mahdollisimman paljon, tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä. Nykyarvioiden mukaan asiakkaat muistavat näkemästään 75 % ja kuulemastaan vain 10 %, mutta he taas muistavat 90 % siitä, minkä he ovat kuulleet sekä nähneet. Jokainen asiakas on yksilöllinen, ja vastaanottokyky on kaikilla erilainen, joten hoitajan tehtävänä on osattava tunnistaa, mikä tapa on asiakkaalle ominaisin. Tärkeää on kuitenkin aina kerrata lopuksi asiat, koska ihmiset pystyvät vastaanottamaan vain rajallisen määrän asioita. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Kieli on tärkeä osa vuorovaikutustilanteessa, sillä luodaan ja rakennetaan merkityksiä ohjaustilanteessa. Kieli voidaan määritellä sekä kirjoitetuksi että puhutuksi, sanalliseksi tai sanattomaksi toiminnaksi. Jokaisen vuorovaikutustapa on yksilöllinen ja oma persoonallisuutemme on siinä vahvasti mukana. Hyvä vuorovaikutus syntyy sanallisesta ja sanattomasta viestinnästä. Sanaton viestintä on vahvempaa, joten ohjaajan on tiedostettava oma sanattoman viestinnän tapansa, vaikka sanaton viestintä on useimmiten tiedostamatonta. Sanaton viestintä säätelee ohjaustilanteen vuorovaikutusta, kuten puheenvuoron vaihtumista. Sanaton viestintä voi olla silmin havaittavaa toimintaa tai myös kuullen havaittavaa. Jo esimerkiksi asento, vartalon liikkuminen ja ohjaajan sijoittuminen asiakkaasta voivat vaikuttaa ohjaustavoitteen ja viestin perillemenoon. Harhaileva katse, huokailu ja haukottelu voivat viestiä asiakkaalle ohjaajan keskittyminen ja kiinnostuksen puutteesta. (Vänskä ym. 2011, 36-37, 47.)

Ohjaajan kysymysten avulla saadaan selville asiakkaan näkökulmaa ja siirtää asiakkaalle vuoron ohjaustilanteessa. Kysymysten avulla voidaan suunnata ja johdatella keskustelua oikeaan aiheeseen. Kysymyksiä voidaan käyttää monipuolisesti ja vaihdellen niitä tilanteen ja tavoitteen mukaan. Avoimien

kysymysten avulla erityisesti saadaan asiakkaan oma näkökulma aiheeseen ja mahdollisuus vastata omin sanoin. Ohjaajan tarkentavilla kysymyksillä voidaan vielä tarkentaa ja selventää vielä vastausta. Tärkeää vuorovaikutuksellisessa ohjauksessa on aktiivinen kuuntelu, siten ohjaaja viestii kuuntelevansa ja olevansa kiinnostunut asiakkaan näkökulmasta. Pienellä palautteella esimerkiksi sanomalla ”ihan totta”, kannustetaan asiakasta jatkamaan puhettaan. Aktiivisen kuuntelun aikana on myös aikaa havainnoida potilasta ja luoda hänestä kuvan kokonaisuutena. (Vänskä ym. 2011, 37, 50.)

7 VIRTUAALI LÄHETYKSET

Virtu- hankkeessa tullaan käyttämään HyvinvointiTV – ratkaisua. HyvinvointiTV toimii helppokäyttöisellä video- ja kuvapuhelutekniikoihin perustuvalla laitteella, jonka avulla käyttäjät saavat näkö- ja keskusteluyhteyden toisiinsa. Laite tuodaan kotiin ja asennetaan käyttövalmiiksi ja samalla sen käyttöön opastetaan. Virtu-kanavalla voi osallistua eri aiheisiin keskustelu- ja kyselytuokioihin sekä liikunta- ja lauluhetkiin. Lähetykset suunnitellaan yhdessä käyttäjien kanssa. Kanavalla on myös mahdollista pitää yhteyttä ikätovereihin tai hoitohenkilökuntaan lähetysten ulkopuolella. Palvelu ei korvaa ihmiskontaktia, vaan täydentää olemassa olevia ja tarjoaa lisäpalveluja henkilölle, joilla ei syystä tai toisesta ole mahdollisuutta päästä perinteisten palvelujen äärelle. (Virtu 2011.)

VIRTU -lähetyskiä pidetään pääsääntöisesti maanantaisin ja torstaisin. Meidän ohjelmamme pidettiin Turun Ammattikorkeakoulun tiloissa. Pieni luokkahuone, jossa pidimme esitykset sisälsi sohvan, television ja yhteydenpitolaitteet. Apunamme lähetyksissä oli VIRTU- hankkeen työntekijä, joka avusti meitä tarvittaessa teknisissä ongelmissa. Olimme pukeutuneet neutraalisti valkoiseen, jotta asiakkaiden keskittyminen ei kiinnittyisi epäolennaisiin asioihin.

7.1 Lähetysten kohderyhmä

Ohjelmien kohderyhmää ovat omaishoitajat, kuntoutujat ja yksinasuvat ikäihmiset. Lain mukaan omaishoitajalla tarkoitetaan ” hoidettavan omaista tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen” (L 2005/937). Omaishoitajat ja Läheiset – liitto ry:n mukaan ”omaishoitaja on henkilö, joka pitää huolta perheenjäsenestään tai muusta läheisestään, joka sairaudesta, vammaisuudesta tai muusta erityisestä hoivan tarpeesta johtuen ei selviydy arjestaan omatoimisesti” (Salanko-Vuorela 2008). Yleensä hoidettava tarvitsee jatkuvaa hoitoa ja huolenpitoa omassa kodissaan alentuneen

toimintakykynsä vuoksi. Omaishoitajaa ei saa jättää yksin taakkansa kanssa, vaan hänen tulee saada tukipalveluita, joita on muun muassa sijaishoitajärjestelmä, koti- ja tukipalvelut sekä lakisääteiset vapaapäivät (Ihalainen & Kettunen 2011, 154.)

Kuntoutuja on henkilö, joka hakee, tarvitsee tai käyttää kuntoutuspalveluja. Kuntoutuja tarvitsee kuntoutusta työ- tai toimintakyvyn palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi. Laissa on määritetty, että viranomaisten, muiden yhteisöjen ja laitosten on sitä järjestettävä. (L 2003/497.) Kuntoutus mielletään toimenpiteeksi, jotka tähtäävät sairaudesta, viasta tai vammasta johtuvan toimintakyvyn laskun ennaltaehkäisyyn, korjaamiseen, lievittämiseen tai kompensointiin. Hyvän kuntoutumistuloksen saamiseksi on tärkeää huomioida oikea potilasvalinta, kuntoutuksen ajoitus, oikein valitut toimenpiteet, suunnitelmallinen ja tavoitteellinen työskentely sekä kuntoutustiimin osaamisen. Ikäihmisten itsenäisen toimintakyvyn ylläpitämiseen tulee panostaa, sillä väestörakenteen vanhenemisesta ei selviydytä pelkästään passiivisia hoitopalveluja lisäämällä. Kuntoutujan tulee olla aktiivinen toimija, jonka panostus ja motivaatio ovat tärkeitä lopputuloksen kannalta. Kuntoutujan kodin muutostöillä voidaan lievittää toimintakyvyn vajeita, ja myös kotona toimimisesta tulee helpompaa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 278- 279.)

Työssämme käytämme ikääntyvälle ihmiselle käsitettä ikäihminen. Tällainen on henkilö, jonka toimintaan alkavat huomattavasti vaikuttaa iän myötä tapahtuvat fyysiset ja psyykkiset sekä sosiaaliset muutokset. Näitä edellä mainittuja fyysisiä muutoksia ovat esimerkiksi aistien heikkeneminen, kuulon sekä näön huonontuminen, suoritusnopeuden hidastuminen ja voimien väheneminen. Psyykkisiä muutoksia ovat esimerkiksi muistin ja oppimis- sekä asioiden omaksumiskyvyn heikkeneminen. Sosiaalisia muutoksia aiheuttavat mm. puolison ja ystävien menetys ja siihen liittyvä yksinäisyys. Ihmisen elämä on usein jaettu eri ikäkausiin. Ikäkaudet perustuvat ikään, vaikka ihmisten vanhenemisen biologiset muutokset ovat hitaita ja ne vaihtelevat henkilöiden välillä. Virallisesti ihmisestä tulee aikuinen 18-vuotiaana ja vanhuuden usein katsotaan alkavan 65 vuoden iässä. Vanhuutena pidetään ihmisiän

lähestymistä keskimääräistä elinikää. Vanhuksilla on myös suurempi riski sairastua erilaisiin sairauksiin ja tauteihin kuin muilla aikuisilla. Kronologinen ja funktionaalinen ikä eivät ole sama asia ja näin ollen iäkkäiden välillä voi olla suuriakin eroja. Vanheneminen on jokaiselle yksilöllistä. Siihen vaikuttavat sisäiset eli geneettiset tekijät ja ulkoiset tekijät eli elintavat ja ympäristö. (Vallejo-Medina ym. 2006, 22-34.)

7.2 Lähetykset aivoinfarktista

VIRTU- ohjelmia pidetään pääsääntöisesti maanantaisin ja torstaisin. Meidän lähetyksemme oli tiistaina, joten aluksi oli vaikeaa saada ihmisiä ohjelman ääreen. Pienen soittelun jälkeen saimme kuitenkin mukavasti ihmisiä mukaan. Ennakkoon ei ollut tiedossa, kuinka monta ihmistä lähetykseen osallistuu, joten suunnitelmaa tehdessä meidän piti varautua siihen, että siellä voi olla pieni määrä, suuri määrä tai ei ketään paikalla.

Kahden ensimmäisen ohjelman aiheena meillä oli aivoinfarkti. Lähetysten suunnitelman tuli olla yksityiskohtainen ja varalle olimme suunnitelleet käsittelevämme aivoinfarktin kuntoutumista, jos jokin ei esimerkiksi tekniikan vuoksi toimi. Kirjallisen tietoperustan lisäksi olimme suunnitelleet näyttävämmä videopätkän aivoinfarktin etenemisestä aivoissa. Ennen lähetyksen alkua kuitenkin kävi ilmi, että videoita ei ole mahdollista näyttää. Koska meillä oli varasuunnitelma kuntoutuksesta, videon pois jättäminen ei tuottanut meille ongelmia. Alun teknisten ongelmien jälkeen saimme linjoille seitsemän ihmistä.

Olimme keränneet tietoa aivoinfarktista eri lähteistä, jotta meillä olisi ajankohtaista ja monipuolista tietoa. Aloitimme ohjelman esittelemällä itsemme ja myös asiakkaat saivat tutustua toisiinsa muutaman minuutin ajan. Esitimme lähetyksen sisällön luentotyyppisesti powerpointia hyväksikäyttäen. Suullisen esityksen onnistumisen varmistamiseksi on suotavaa tehdä muistio, mistä puhuja osaa kertoa tarvittavat asiat oikein. Kokonaan kirjoitettu teksti ei suullisen esityksen pohjaksi sovi, koska silloin on vaarana, että puhumisesta

tulee suoraan lukemista. Hyvin tehdyn muistion merkki on se, että puhuja pystyy luomaan kontaktin yleisöön. (Repo & Nuutinen 2003 142- 145.)

Ohjelmamme aihe painottui aivoinfarktin ehkäisyyn ja oireisiin. Aihetta rajatessa ajattelimme näiden olevan kuulijoillemme mielenkiintoisimmat. Teoriatiedon lisäksi, olimme kehittäneet kysymyksiä, jotta saisimme kuuntelijat osallistumaan, kiinnostumaan sekä antamaan palautetta. Palaute tekee viestinnästä vuorovaikutteisen, se voi olla kysymys, vastaväite, kysyvä ilme tai nyökkäys (Repo ym. 1998, 18).

Lähetyksen sisällöksi ei riitä vain asiantieto, vaan pitää olla myös havainnollistavia keinoja. Havainnollistamisella tarkoitetaan keinoja, joilla syvennetään sanomaa, konkretisoidaan asiaa tai käsitteitä, helpotetaan hahmottamista, ymmärtämistä ja muistamista, kohdistetaan ja ylläpidetään vastaanottajan tarkkaavuutta, herätetään kiinnostusta ja annetaan virikkeitä ja helpotetaan esittämistä. Näiden avulla saadaan aikaan jotakin, mikä synnyttää havaintoja, elämyksiä ja vetoaa erilaisiin vastaanottajatyyppeihin. (Repo ym. 1998, 58.) Havainnollistimme aivoinfarktin syntyä kuvilla, jotta kuuntelijoiden olisi helpompi seurata ja ymmärtää taudin kulkua. Lähetyksen lopuksi pidimme pienen tietovisan, joka oli kertausta kerrotusta faktatiedosta. Tietovisassa kysyimme kysymyksiä ja ikäihmiset saivat vastata, onko kyseinen väittämä totta vai tarua. Tietokilpailun (liite 7) avulla kertosimme vielä esityksessämme läpikäytyt tiedot. Sen avulla pystyimme arvioimaan oliko teksti selkeää ja ymmärrettävää. Tekstiä tuottaessa tulee ottaa huomioon, että sanat ovat tuttuja, virkkeet lyhyitä ja adjektiiveja ja adverbeja on vähän (Repo ym. 1998, 60). Pitkin lähetystä esitimme kysymyksiä jokaiselle osanottajalle, ylläpitääksemme mielenkiinnon ja keskustelunomaisen ohjelman.

Haastetta lähetykseen toi myös asiakkaiden oma persoona ja aktiivisuus osallistumiseen. Osa oli hyvinkin puheliaita, joten he ehkä veivät liikaa huomiota. Suoriuduimme onnistuneesti ensimmäisestä ohjelmasta ja pystyimme luomaan mielenkiintoisen keskustelun asiakkaiden kanssa sekä heidän välilleen. Ohjelman pituus ei aivan täyttänyt meille varattua aikaa, joten lisäsimme seuraaviin lähetyksiin enemmän sisältöä.

Toiseen aivoinfarkti lähetykseen osallistui vain kolme ihmistä. Koimme, että oli helpompi ohjata virtuaalisesti pientä ryhmää kuin isoa. Isommassa ryhmässä ihmiset puhuivat päällekkäin ja keskittyminen herpaantui välillä aiheesta. Lähetys eteni samalla tavalla kuin ensimmäinen. Ohjaaminen sujui toisessa lähetyksessä luontevammin ja vapautuneemmin, koska alun jännitys oli lieventynyt. Luultavasti kuulijoidenkin oli mielekkäämpää seurata esitystä.

Tehtävänäimme oli pitää huoli, että jokainen asiakas pääsee osallistumaan keskusteluun tasavertaisesti, eivätkä vain puheliaimmat ihmiset vie koko huomiota. Ohjasimme keskustelun kulkua johdattelevilla kysymyksillä. Lähetykseen osallistujat olivat sitä mieltä, että aihe oli hyvä ja he saivat siitä uutta tietoa, sillä aivoinfarkti oli heille entuudestaan melko tuntematon.

7.3 Lähetykset Alzheimerin taudista

Ensimmäisessä lähetyksessä oli kolme osallistujaa ja toisessa oli aluksi vain yksi. Onneksi jälkimmäiseen lähetykseen saapui kuitenkin myöhässä myös toinen kuuntelija. Alzheimer- ohjelman aloitimme lukemalla case- tapauksen (liite 2), josta heidän tuli arvata, mikä sairaus voisi olla kyseessä. Osa osallistujista arvasi case- tapauksen heti, osalle sairaus oli tuntematon, eikä sen vuoksi osannut arvata mistä on kyse. Jatkoimme lähetystä kyselemällä, onko jollain omakohtaista kokemusta aiheesta. Aihe herätti paljon keskustelua, ja monella oli paljon kysyttävää ja kerrottavaa.

Omassa lähetyksessämme havainnollistavina käytimme selkeyttäviä kuvia (liite 6), joiden kautta on helpompi ymmärtää esitettävä asia. Lähetyksen pidimme luentotyypillisesti, ja välillä pidimme taukoja, joiden aikana kuuntelijat saivat esittää kysymyksiä ja ajatuksiaan. Lopuksi pidimme muistitestin (liite 5), jossa he saivat katsoa yhden minuutin ajan kuvia ja sanoja, ja sen jälkeen näytimme dian, josta yksi sana tai kuva puuttui ja heidän tuli arvata mikä se oli. Muistitesti oli riittävän haasteellinen ja he joutuivat hetken pohtimaan, mikä kuva tai sana puuttui. Kerroimme lähetyksessä myös miten he voisivat joka päivä pitää aivot virkeinä, kuten tekemällä ristikoita ja käymään kaupassa ilman muistilistaa.

8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimusaihetta valittaessa on kysyttävä, miksi tutkimukseen ryhdytään ja miksi juuri kyseinen tutkimusaihe valitaan. Tutkimusaiheen valinta on jo itsessään eettinen ratkaisu. Tutkimuksen kohdentuessa ihmisiin, on selvitettävä heidän suostumus, millaista tietoa heille annetaan ja liittyykö heidän osallistumiseensa jotain riskejä. On otettava huomioon, että henkilöillä joihin tutkimus kohdistuu, on selkeä tieto, mitä tapahtuu ja mitä tutkitaan. (Hirsjärvi ym. 26.) Tutkijan tulee suojella tutkimukseen osallistuvien yksityisyyttä mahdollisimman hyvin ja koko prosessin ajan. Tutkijan tehtävänä on myös minimoida kaikki mahdolliset haitat ja kerrottava mahdolliset negatiiviset seuraamukset osallistujille. Osallistuvilla henkilöillä tulee olla mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietojaan ja keskeyttää halutessaan tutkimus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176-178.) VIRTU- hankkeeseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, eikä asiakkaiden ole pakko kertoa henkilökohtaisia asioita, jos eivät halua. Kaikki mielipiteet ja asiakkaiden kertomat asiat jäävät kuuntelijoiden ja esittäjien välille. Ja otimme huomioon salassapitovelvollisuuden, vaikka tämä ei varsinainen hoitotilanne ollutkaan.

Tutkimusetiikan periaatteena on, että tutkimus tuottaa hyötyä. Hyöty voi kohdistua tutkittavana olevaan henkilöön tai sen hyödyt voivat kohdistua tulevaisuudessa potilaisiin tai asiakkaisiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177-178.) Tällaisten tietopakettien avulla asiakkaat saadaan rohkaistua tekemään terveydelle hyödyksi olevia ratkaisuja (Heikkinen ym. 2006, 20.) Opinnäytetyön hyöty esiintyy myös niin, että asiakkaat saavat lisää tietoa terveydestä ja miten he voivat ehkäistä elämäntavoilla esimerkiksi aivoinfarktia.

Tutkimustyössä tulee välttää epärehellisyyttä kaikissa sen vaiheissa. Tärkeimmät periaatteet ovat, että toisen työtä ei saa plagioida eikä raportointi saa olla puutteellista. Toisen tekstiä lainattaessa on lainaus osoitettava asianmukaisin lähdemerkinnöin. Tutkimuksessa käytettävät menetelmät ja tutkimuksen mahdolliset puutteet on tuotava julki kokonaisuudessaan. (Hirsjärvi

ym. 28.) Opinnäytetyöhön on merkitty kaikki lähteet kokonaisuudessaan, mitä työssä on käytetty.

9 POHDINTA

Toiminnallisen opinnäytetyön aiheena oli vanhusten hyvinvointiteknologia. Tarkoitus oli pitää neljä virtuaalista lähetystä ikäihmisille television välityksellä. VIRTU- lähetysten aiheet olivat Alzheimer ja aivoinfarkti, ja se oli opinnäytetyömme suurin sisältö. Virtuaalisten lähetysten tarkoitus oli antaa ikäihmisille hyödyllistä ja ajankohtaista tietoa.

Ohjelmat sujuivat ennako-odotusten mukaisesti ja onnistuimme luomaan vuorovaikutteisen ohjaustilanteen ikäihmisten kanssa. Sitä edesauttoi rauhallinen tila, jossa ei ollut muita kuin me ja VIRTU- hankkeen työntekijä. Tämän vuoksi pystyimme keskittymään olennaiseen ilman lisäjännitystä muusta yleisöstä. Lähetykset olivat hieman liian lyhyitä, joten olisi ollut mahdollisuus esittää vielä enemmän tietoa aivoinfarktista ja Alzheimerista. Kerroimme lähetyksissä myös hieman kuntoutumisesta, koska aikaa jäi yli. Olikin siis hyvä, että olimme varautuneet siihen etukäteen. Asiakkaiden määrä virtuaalilähetyksissä oli verrannollinen meidän kuluttamaamme aikaan. Mitä enemmän ihmisiä oli osallistujina, sitä enemmän saimme keskustelua aikaan. Sen vuoksi opimme, kuinka tärkeää on ennakkosuunnittelu ja varasuunnitelmien luominen. Tarvitsemme vielä lisäharjoitusta, luodaksemme avoimemman sekä leppoisamman ilmapiirin ja saadaksemme aikaan enemmän keskustelua. Tämän kaltaiset lähetykset olivat meille kuitenkin ensimmäisiä, joten onnistuimme mielestämme hyvin ensikertalaisiksi.

Haastetta esityksen pitämiseen loi kuuntelijoiden omat persoonat ja välillä katkeilevat yhteydet. Hieman esityksen kulkua ajoittain häiritsi yhteyden katkeaminen asiakkaaseen tai uuden asiakkaan tuleminen linjoille kesken lähetysten. Sen vuoksi jouduimme välillä kertaamaan jo läpikäytyjä asioita. Ongelmia välillä tuottivat myös, että ihmiset eivät kuulleet meitä ja heidän osallistumisensa keskusteluun hankaloitui. Välillä karkasimme aiheesta, sillä

kuuntelijat olivat innokkaita kertomaan omista asioistaan niin toisilleen kuin meille. Se kuitenkin loi tilanteesta vapautuneemman ja ei niin luentomaisen.

Alzheimer- lähetyksissä onnistuimme paremmin, sillä ihmiset olivat jo tuttuja ja näin ollen ilmapiiri rennompaa, ja asiakkaat uskalsivat tuoda esille enemmän omia mielipiteitään. Kehittämisehdotuksena voisi olla nimikyltit, koska olisi helpompaa ja kohteliaampaa puhutella ihmisiä nimellä. Kirjoitimme kuitenkin nimet ylös, mutta vaikeuksia tuotti, kun paikat ruudussa muuttuivat ihmisten lisääntyessä ja heidän saapumisensa kesken lähetykseen.

VIRTU- lähetyksistämme onnistuimme luomaan vuorovaikutteisen. Kuuntelijoiden oli mielestämme tällöin mielekkäämpää olla osallisena ja kuuntelijana. Omassa lähetyksessämme loimme vuorovaikutteisen tilanteen siten, että esitimme kuuntelijoille kysymyksiä ja annoimme heille mahdollisuuden kertoa omista kokemuksistaan. Käytimme myös havainnollistavia keinoja, kuten kuvia. Niiden avulla onnistuimme elävöittämään esitystä sekä lisäämään esityksen mielenkiintoisuutta.

Onnistuimme hyvin rajaamaan laajan aiheen ja saimme tehtyä tiiviin tietopakettin aivoinfarktin ja Alzheimerin taudin oireista ja ehkäisystä. Aiheen valinta oli helppoa, sillä nämä aiheet kiinnostivat meitä. Pystyimme vastaamaan kirjallisuuskatsausta ohjaaviin kysymyksiin kattavasti ja löysimme monipuolista tietoa eri lähteistä. Työn avulla opimme paljon, niin esityksistä kuin kirjallisesta osuudesta. Työn tekeminen oli mielekäästä, koska hyvinvointitekniikka on alati kasvussa ja virtuaalivälitteiset laitteet kehittyvät koko ajan. Mielestämme onkin tärkeää pysyä kehityksessä mukana.

Laadimme opinnäytetyömme kirjoitukselle aikataulun sekä välitavoitteita, jotta pysyisimme aikataulussa. Aikataulumme eivät aivan pitäneet koko prosessin ajan paikkaansa, joten se olisi vaatinut vieläkin suunnitelmallisempaa aikataulua. Yhteistä aikaa oli vaikea löytää, joten työtä olisi pitänyt jakaa vielä pienempiin osiin, jotta erikseen työskentely olisi ollut helpompaa.

Ohjelmien tekeminen oli mukavaa ja mielekäästä, ja oli hienoa olla mukana VIRTU- hankkeessa. Olemme sitä mieltä, että ikäihmiset saavat paljon hyötyä

tämänkaltaisista hankkeista, varsinkin yksinasuville, joilla voi olla vain vähän sosiaalisia tilanteita ja vaikeuksia liikkua paikasta toiseen asuinpaikan vuoksi. Koimme, että itse saimme lähetysten avulla lisää varmuutta esitystilanteisiin, joka on hyödyksi ammatillisen kasvumme kannalta.

LÄHTEET

- Duodecim 2011. Aivoinfarkti. Viitattu 21.9.2011.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00889&p_haku=aivoinfarkti.
- Duodecim 2011. Alzheimer. Viitattu 21.9.2011.
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=alzhaimer.
- Duodecim 2012. Ohimenevä aivoverenkiertohäiriö. Viitattu 11.4.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00591#s2.
- Erkinjuntti Timo 2010. Dementian käsite. Teoksessa Erkinjuntti T., Rinne J. & Soininen H. Muistisairaudet. Helsinki: WS Bookwell Oy.
- Hakala P., 2003. Ruokavalion merkitys aivoverenkiertohäiriöiden ehkäisyssä. Suomen lääkärilehti, 37/2003, vsk 58.
- Hartikainen S., Lönnroos E. 2008. Geriatria- arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima.
- Hathaway L., 2005. Stroke (brain attack). Clinical editor, nursing. November.
- Heikkilä, M., Lahti, T. 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki:Stakes.
- Heikkinen H., Rovio E. & Syrjälä L. 2006. Toiminnasta tietoon. Vantaa:Dark Oy.
- Hirsjärvi S., Remes P., & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tammi.
- Hyvinvointi- TV 2012. Viitattu 3.5.2012. <http://kotiin.laurea.fi/kotiinhanke>.
- Hägg T., Rantio M., Suikku P., Vuori A., Ivanoff-Lahtela P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki:WSOY.
- Ihalainen, Jarmo & Kettunen, Terttu 2011. Turvaverkko vai trampoliini. Sosiaali- turvan mahdollisuudet. Helsinki:WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Jacobsson C. 2000. Eating training after stroke and its cost-effectiveness. Sweden: Umeå.
- Järvi U., 2010. Miksi pillit eivät jo soi?. Suomen Lääkärilehti. 43/2010 vsk 65.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1-2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kuntaliitto 2008. Kunnalliset sosiaali- ja terveyspalvelut. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Kyngäs, H., Kaariainen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki:WSOY.
- Käypähoito 2011. Aivoinfarkti. Viitattu 21.9.2011
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00062>.
- Käypähoito 2006. Alzheimer. Viitattu 21.9.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/kht00049?hakusana=alzheimer>.
- Käypähoito 2006. Alzheimer. Viitattu 21.9.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/kht00049?hakusana=alzheimer>.

Käypähoito 2010. Alzheimerin lääkehoito. Viitattu 27.4.2012.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/kht00049?>

Käypähoito 2011. Alzheimerin tauti. Viitattu 24.4
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50044>.

Kääriäinen M., Kyngäs H., Ukkola L., Torppa K. 2006. Terveystenhoitohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede. 1/2006, vol 18.

Lillrank, P., Venesmaa, J. 2010. Terveystenhoillon alueellinen palvelujärjestelmä. Helsinki: Talentum.

L 2005/937. Viitattu 5.5.2012.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937?search\[type\]=pika&search\[pika\]=omais](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937?search[type]=pika&search[pika]=omais).

L 2003/497. Viitattu 5.5.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030497>.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja.

Meadows M. 2005. Brain attack- look at stroke prevention and treatment. FDA consumer magazine. March-april.

Niemi T., Nietosvuori L. & Virikko H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.

Pirttilä Tuula & Erkinjuntti Timo 2010 Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Erkinjuntti T., Rinne J. & Soininen H. Muistisairaudet. Helsinki:WS Bookwell Oy.

Pirttilä T., Suhonen J., Rahkonen T & Erkinjuntti T. 2010 Muistisairauslääkkeet ja niiden käyttö. Teoksessa Erkinjuntti T., Rinne J. & Soininen H. Muistisairaudet. Helsinki:WS Bookwell Oy.

Repo I., Nuutinen T., 2003. Viestintätaito. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Salanko-Vuorela, M. 7.10.2008. Esitys ”Kuinka lakia luetaan”. Helsinki: Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry.

Sosiaali- ja terveystministeriö 2008. Ikäihmistien palvelujen laatusuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisuja 2008/3.

Sosiaali- ja terveystministeriö 2010. Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveystalan hoidossa ja hoivassa. Helsinki: Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisuja 2010/30.

Sulkava R. 2010 Geriatria. Teoksessa Tilvis R., Pitkälä K., Strandberg T., Sulkava R. & Viitanen M., 2010. Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Tilvis R., Pitkälä K., Stranberg T. & Viitanen M. 2010. Geriatria. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim.

Vallejo-Medina, A., Haukka, U-M., Kivelä, S-L., Vehviläinen, S., Pyykkö, V. 2006. Vanhusten hoito. Helsinki: WSOY.

Valkonen Leena 2011. Voiko Alzheimerin tautia ehkäistä elämäntapamuutoksilla? Vanhustyö 1. 6-7.

Vilka H. & Airaksinen T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

Virtu 2011a. Mikä Virtu on? Viitattu 22.9.2011. http://www.virtuproject.fi/fi/?page_id=33.

Virtu 2011b. Tekniikka. 22.9.2011. http://www.virtuproject.fi/fi/?page_id=27.

Virtu 2011c. Yleistä. Viitattu 22.9.2011. http://www.virtuproject.fi/fi/?page_id=25.

Voutilainen, P., Raassina, A-M., Nyfors, H. 2008. Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit.

Vänskä K., Laitinen- Väänänen S., Kettunen T., Mäkelä J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Helsinki: Edita Prima.

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Henna Vanhatalo, Siiri Lehtio
 Osoite Eerikinkatu 22 B b 28, 20100 Turku
 Puhelin koti 050 3537834 Puhelin työ _____
 Sähköposti henna.vanhatalo@students.turkuamk.fi
 Koulutusohjelma Hortotyön ko

OPINNÄYTETYÖ

Alhe/ työnimi Virtu-kannan ohjelmatietote: Aivoinfarkti ja Alzheimer
 Aikataulu 29.8.2011 - 31.5.2012

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio TURUN AMK / Hyvinvointipalvelut / Virtu-
 Työn ohjaaja / yhteyshenkilö (Helena Yli-knuutila) Anu Kivikangas Vangasta
 Osoite Puistik. 8, 20220 TURKU P.016-3550 520
 Puhelin 044-9074526 Sähköposti helena.yli-knuutila@turkuamk.fi

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Sari Astegölvi
 Puhelin 044-9075455 Sähköposti sari.astegolvi@turkuamk.fi

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki-osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (eli viranomaisen toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiotun julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETTYLLÄ TAVALLA

19.12.2011

15.1.2012

Kari Vauhanniemi
Opiskelija

Markku Järvelin
Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

Tulosta lomake

ALZHEIMERIN POTILASTAPAUS

LIITE 2

CASE: Liisa oli hyväkuntoinen, kunnes eräänä päivänä hänen miehensä alkoi huomata muutoksia hänen käytöksessään. Hän huomasi Liisan luonteen muuttuneen mukavasta vähemmän mukavaksi. Hän unohteli viimeaikaisia keskusteluja, poltti ruokaa pohjaan ja eksyi kotimatkoilla. Ennen niin näppäränä ristikon ratkojana, Liisalla oli vaikeuksia tehdä niitä, koska kirjoittaminen ei onnistunut normaalilla tavalla, vaan saattoi tulla paljon kirjoitusvirheitä. Tavaratkaan eivät enää löytyneet, vaan pitkän etsinnän jälkeen mitä ihmeellisimmistä paikoista.

1. LÄHETYKSEN TAVOITE

- Tuoda esille hyödyllistä tietoa Alzheimer- taudista kuuntelijoille. Onnistua luomaan mielenkiintoinen ja vuorovaikutteinen lähetys.

2. TAVOITTEEN TAUSTALLA OLEVAN TEORIAN PÄÄKOHDAT

- Alzheimerin oireet ja tunnistaminen
- Alzheimerin kanssa eläminen ja selviytyminen

3. TOTEUTUS JA SISÄLTÖ (koko prosessi: suunnittelu, toteutus, aikataulu)

- esittely ja case 5min
- Alzheimerin oireet ja tunnistaminen + yleistä tietoa 10 min
- Alzheimerin kanssa eläminen 10 min
- pieni muistitesti 3min ja loppu kevennys (vitsi) 2 min
- loppu kysymykset + palaute 8 min

4. KÄYTETTÄVÄT MENETELMÄT

- Power point esitys, havainnollistavien kuvien näyttäminen, muistitesti kuvien avulla ja suullisen tiedon jakaminen

5. LÄHETYKSEN TEKIJÄN / TEKIJÖIDEN OPPIMISTAVOITTEET

- Onnistua luomaan ja toteuttamaan mahdollisimman selkeä kokonaisuus. Harjoittaa ohjaustaitoja ja suullista kanssakäymistä virtuaalivälitteisesti.
- kehittyä opetus- ja ohjaustilanteissa

6. LÄHETYKSEEN OSALLISTUVIEN KÄYTTÄJIEN SAAMA HYÖTY

- Saavat tietoa Alzheimerin taudista ja voivat jakaa kokemuksia muiden kanssa ja kysyä heitä askarruttavia asioita asiantuntijoilta.
-

7. MAHDOLLISET RISKITEKIJÄT OHJELMALÄHETYKSESSÄ

- Kukaan ei tule paikalle, tekniikka ei toimi, suunnitelma ei pidä.

LIITE 3 (2)**8. LÄHETYSPROSESSIN ITSEARVIOINTI JA RAPORTOINTI**

- ohjelma sujui suunnitelmien mukaan

9. KEHITTÄMISIDEAT (esimerkiksi opiskelijoiden, käyttäjien ja hankkeen kannalta)

- videoiden näyttäminen

1. LÄHETYKSEN TAVOITE

- Luoda vuorovaikutteinen ohjaustilanne, ja antaa tietoa aivoinfarktin oireista ja ehkäisystä.

2. TAVOITTEEN TAUSTALLA OLEVAN TEORIAN PÄÄKOHDAT

- Aivoinfarktin oireet ja ehkäisy

3. TOTEUTUS JA SISÄLTÖ (koko prosessi: suunnittelu, toteutus, aikataulu)

- esittely ja aiheeseen johdattelu 5min
- kysely aikasemmista kokemuksista ja tiedoista aivoinfarktista 5min
- aivoinfarktin oireet ja ehkäisy 15 min
- kertaava tietovisa 10 min
- kysymykset ja palaute 10 min

4. KÄYTETTÄVÄT MENETELMÄT

- Power point esitys, havainnollistavien kuvien näyttäminen, ja suullisen tiedon jakaminen, power pointin avulla tehty tietovisa

5. LÄHETYKSEN TEKIJÄN / TEKIJÖIDEN OPPIMISTAVOITTEET

- kehittyä opetus- ja ohjaustilanteissa

6. LÄHETYKSEEN OSALLISTUVIEN KÄYTTÄJIEN SAAMA HYÖTY

- ajankohtaista tietoa aivoinfarktista ja saavat virikkeitä ja sosiaalista kanssakäymistä arkeen

7. MAHDOLLISET RISKITEKIJÄT OHJELMALÄHETYKSESSÄ

- Kukaan ei tule paikalle, tekniikka ei toimi, suunnitelma ei pidä.

8. LÄHETYSPROSESSIN ITSEARVIOINTI JA RAPORTOINTI

- ohjelma sujui hyvin kokonaisuudessaan hyvin ja lähes suunnitelmien mukaisesti
- ohjelman sisältö olisi voinut olla kestoaltaan pidempi, sillä aikaa jäi vielä yli

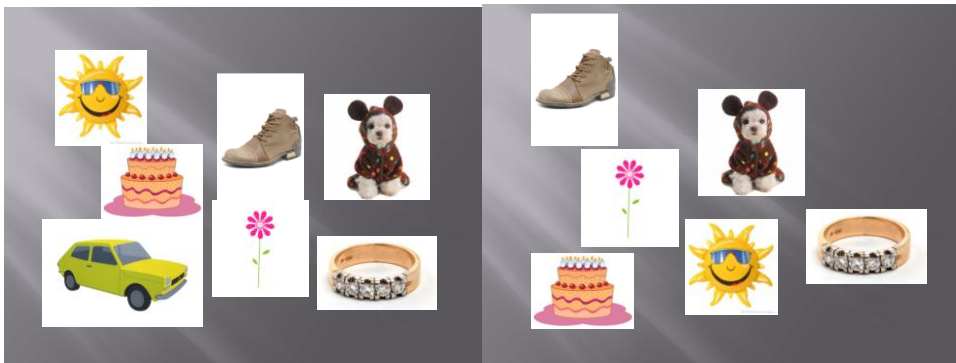
- **LIITE 4 (2)**

- 9. **KEHITTÄMISIDEAT (esimerkiksi opiskelijoiden, käyttäjien ja hankkeen kannalta)**

- videoiden näyttäminen

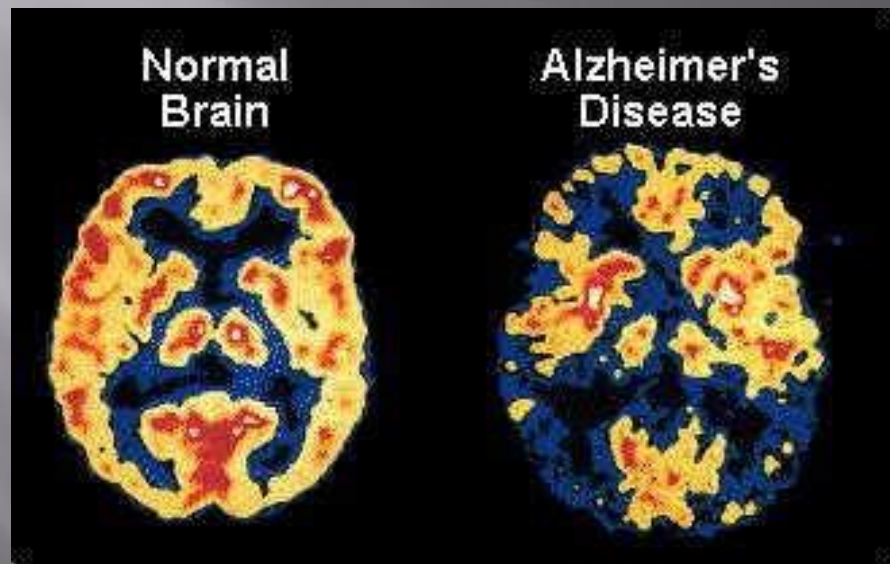
ALZHEIMERIN TAUDIN OHJELMAN MUISTIPELI

LIITE 5



- ▣ RUUSU
- ▣ KIRJA
- ▣ TIETOKONE
- ▣ KELTAINEN
- ▣ HOUSUT
- ▣ AUTO

- ▣ RUUSU
- ▣ KIRJA
- ▣ TIETOKONE
- ▣ KELTAINEN
- ▣ PAITA
- ▣ AUTO



AIVOINFARKTI OHJELMAN TIETOVISA

LIITE 7

Aivoinfarktin yleisyys

- ▶ Suomen neljänneksi yleisin kuolinsyy
- ▶ Joka vuosi niihin kuolee noin 1800 miestä ja 2600 naista
- ▶ Vuonna 2007 Suomessa 17 100 ihmistä sai aivoinfarktin

Aivoinfarkti tietovisa:

- ▶ 1. Aivoverenkiertohäiriö on neljänneksi yleisin kuolinsyy Suomessa?
- ▶ 2. Aivoinfarkti on sairaus, jossa tukkeutuneen valtimon alueella aivokudos jää ilman verenkiertoa?
- ▶ 3. Yleisin oire on päänsärky?
- ▶ 4. Tärkein ennaltaehkäisykeino on terveelliset elämäntavat?
- ▶ 5. Aivoinfarktin oireet kehittyvät huippuunsa jo muutamissa minuuteissa tai tunneissa?
- ▶ 6. Aivoinfarkti on tarttuvaa?