
Aivoinfarktipotilaan kuntoutuminen sairaanhoitajan näkö- kulmasta

Opas omaisille



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu, syksy 2013

Sanna Oikari

Maiju Ruotsalainen



Hämeenlinna
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyö

Tekijät	Sanna Oikari Maiju Ruotsalainen	Vuosi 2013
Työn nimi	Aivoinfarktipotilaan kuntoutuminen sairaanhoitajan näkökulmasta – opas omaisille	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä opas aivoinfarktipotilaan omaisille Hämeenlinnan kuntoutuslaitos Ilveskotiin. Pyyntö oppaan tarpeellisuudesta tuli Ilveskodin osastonhoitajalta ja henkilökunnalta. Oppaassa tuodaan esille omaisten osallistumisen tärkeyttä aivoinfarktipotilaan kuntoutukseen. Opas antaa tietoa siitä, kuinka omainen voi aktiivisesti osallistua läheisensä kuntoutukseen ja auttaa omaista kuntoutumaan parhaalla mahdollisella tavalla. Oppaassa kerrottiin, miten aivoinfarktipotilaan kuntoutus etenee ja mitä kaikkea siihen sisältyy. Tarkoituksena oli tuoda esille arkipäiväisiä ja konkreettisia esimerkkejä siitä, kuinka omainen voi tukea läheisensä kuntoutusta.

Aivoinfarktipotilaan kuntoutus valittiin opinnäytetyön aiheeksi siksi, että aihe on kiinnostava ja uutta tietoa sen hoidosta ja kuntoutuksesta tulee koko ajan. Aivoverenkiertohäiriöt ovat kasvava ongelma Suomessa ja on tärkeää jakaa tietoa siitä kaikille.

Opinnäytetyö kertoo yleisesti aivoverenkiertohäiriöistä, mutta perehtyy teoreettisessa viitekehyksessä aivoinfarktiin ja sen kuntoutukseen. Kuntoutusprosessia tarkasteltiin sairaanhoitajan näkökulmasta. Pohdinnan taustaksi tehtiin kysely Ilveskodin hoitajille, joilta kysyttiin heidän tietoaan ja kokemuksiaan aivoinfarktipotilaan hoidosta.

Opinnäytetyön yhtenä tarkoituksena on myös valistaa ihmisiä aivoverenkiertohäiriöistä ja sen aiheuttamista elämänmuutoksista, jotta ihmiset osaisivat kiinnittää paremmin huomiota elämäntapoihinsa ja näin ennaltaehkäistä sairastumista. Aivoinfarktiin sairastuminen muuttaa sairastuneen ja hänen läheistensä loppuelämän. Kuntoutuminen on vaikea ja pitkä prosessi, mutta kuntoutuksella saadaan aikaan hyviä tuloksia. Monipuolinen ja yksilöllinen kuntoutus mahdollistaa elämän, joka on elämisen arvoinen.

Avainsanat Aivoinfarkti, aivoverenkiertohäiriöt, kuntoutuminen, omaiset, opas

Sivut 28 s. + liitteet 1 s.

Hämeenlinna
Degree Programme of Nursing
Nursing

Authors

Sanna Oikari
Maiju Ruotsalainen

Year 2013

Subject of Bachelor's thesis

Rehabilitation of cerebral infarction from nurse's view - guide for the relatives

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to provide Ilveskoti, a rehabilitation centre located in Hämeenlinna, with a guide for the families of cerebral infarction patients. The request for the need of the guide came from the charge nurse and the staff. The guide highlights the importance of relatives' participation in the rehabilitation of cerebral infarction patients. The guide explains how the relatives can take active part in the rehabilitation and help the patient rehabilitate the best way possible. The guide describes the process of rehabilitation and everything it includes. The aim was to bring out practical examples on how the relatives can support the rehabilitation.

Rehabilitation of cerebral infarction patients was chosen as the topic for the thesis because the subject is interesting. Cerebrovascular diseases are a growing problem in Finland and it is important to share the information on it to everyone.

The thesis explains cerebrovascular diseases in general but focuses in the theoretical framework on the cerebral infarction and its rehabilitation. The rehabilitation process is discussed from a nurse's point of view. For the background of the discussion, a survey was conducted among the nurses of Ilveskoti. They were asked about their knowledge and experiences in the treatment of cerebral infarction patients.

One of the purposes of the thesis was to educate people on the cerebrovascular diseases and the changes in life it causes so that people would know how to pay more attention to their way of life and thus prevent ill health. Cerebral infarction changes the life of the patient and their families permanently. Rehabilitation is a difficult and long process but it can achieve excellent results. Versatile, individual rehabilitation enables a life worth living.

Keywords Cerebral infarction, cerebrovasculare diseases, rehabilitation, relatives, guide

Pages 28 p. + appendices 1 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	ILVESKOTI.....	2
3	AIVOVERENKIERTOHAÄIRIÖT.....	3
3.1	TIA.....	3
3.2	Aivoverenvuoto.....	3
3.3	SAV.....	4
4	AIVOINFARKTI.....	5
4.1	Riskitekijät ja oireet.....	5
4.2	Diagnosointi.....	5
4.3	Liuotushoito.....	6
4.4	Akuuttihoito.....	7
5	AIVOINFARKTIN AIHEUTTAMAT HÄIRIÖT.....	7
5.1	Fyysisen toimintakyvyn häiriöt.....	7
5.1.1	Halvaantuminen.....	8
5.1.2	Spastisuus.....	8
5.1.3	Hengittäminen.....	8
5.1.4	Dysfagia.....	9
5.1.5	Erittämisen ongelmat.....	9
5.2	Psyykkisen toimintakyvyn häiriöt.....	10
5.2.1	Afasia.....	10
5.2.2	Tarkkaavaisuuden häiriöt.....	11
5.2.3	Muistihäiriöt.....	11
5.2.4	Visiokonstruktiviset häiriöt.....	11
5.2.5	Havaintotoimintojen häiriöt.....	12
5.2.6	Neglect.....	12
5.2.7	Apraksia.....	12
5.2.8	Tunne-elämän häiriöt.....	13
6	KUNTOUTUS.....	13
6.1	Fyysinen kuntoutus.....	14
6.1.1	Liikkuminen.....	15
6.1.2	Erittäminen.....	16
6.1.3	Hengitys.....	16
6.1.4	Ravitsemus.....	16
6.1.5	Dysfagia.....	17
6.2	Psyykinen kuntoutus.....	17
6.2.1	Afasian kuntoutus.....	18
6.2.2	Havaintotoimintojen kuntoutus.....	18
6.2.3	Masennus.....	19
6.2.4	Seksuaalisuus.....	19
6.3	Apuvälineet.....	20

7	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	20
8	OPINNÄYTETYÖPROSESSI.....	21
8.1	Kyselylomake Ilveskodin henkilökunnalle	21
8.2	Tiedonhakuprosessi	22
8.3	Oppaan laatiminen.....	22
9	POHDINTA.....	23
	LÄHTEET	24

Liite 1 Kyselylomake Ilveskodin hoitajille

1 JOHDANTO

Aivoinfarkti on sairaus, jossa valtimo tukkeutuu äkillisesti ja aivokudos jää ilman verenkiertoa ja happea. Hapen ja veren puutteen seurauksena paikallinen osa aivokudoksesta menee pysyvään kuolioon. Usein tukkeuma johtuu verihyytymästä valtimossa, mutta sen voi aiheuttaa myös esimerkiksi sydäimestä tai kaulavaltimosta lähtöisin oleva hyytymä. Aivoinfarkti iskee usein aivan yhtäkkiä ja varoittamatta. Sen oireet kehittyvät huippuunsa muutamien minuuttien tai tuntien aikana. Sairastunut pysyy yleensä tajuissaan, mutta ei itse välttämättä tunnista tai huomaa oireitaan, joita voivat olla esimerkiksi näkö- ja puhehäiriöt, raajojen voimattomuus tai tunnottomuus taikka suupielen roikkuminen. Oireiden ilmaantuessa on hakeuduttava välittömästi sairaalahoitoon, jotta tarvittaessa verihyytymää voidaan liuottaa. Aivoinfarktin sairastui Suomessa vuonna 2007 noin 14 600 ihmistä. Aivoverenkiertohäiriöihin kuolee Suomessa noin 1 800 miestä ja 2 600 naista vuodessa. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2013.; Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri 2012.)

Mitä nopeammin aivoinfarkti potilaan kuntoutus aloitetaan, sitä parempi kuntoutuksen tulos on. Jokaisen potilaan kuntoutuksen tarve arvioidaan heti akuuttihoiton jälkeen. Sairaalahoiton loputtua kuntoutuksen tarve arvioidaan uudelleen mahdollista jatkokuntoutusta varten. Kuntoutus on pitkä prosessi ja se jatkuu pitkään sairaalahoiton jälkeen. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2013.; Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri 2012.)

Valitsimme aiheeksemme aivoinfarktin, koska se on kiinnostava ja siitä löytyy runsaasti tietoa eri lähteistä. Haluamme tuoda meille opetettua tietoa myös muiden tietouteen. Aihe on kiinnostava myös siksi, että aivoinfarktin akuuttihoidosta sekä kuntoutuksesta tulee koko ajan uutta tietoa.

Teimme toiminnallisen opinnäytetyön, jossa työelämän yhteistyökumppanina toimii Hämeenlinnan kuntoutuslaitos Ilveskoti. Kirjoitimme Ilveskotiin oppaan omaisille aivoinfarkti potilaan kuntoutuksesta. Oppaassa korostamme omaisten osallistumisen tärkeyttä läheisensä kuntoutukseen. Riittävän tiedon antaminen potilaalle ja omaisille on iso osa kuntoutumista. Oppaassa tuomme esiin arkipäiväisiä asioita, joiden avulla omainen voi tukea läheisensä kuntoutumista. Oppaassa kerromme myös yleistä tietoa aivoinfarktista ja sen aiheuttamista muutoksista ihmisessä. Oppaan tavoitteena on tiedottaa ja rohkaista omaisia. Opas jaetaan Ilveskodissa kaikille aivoinfarktipotilaan omaisille.

2 ILVESKOTI

Ilveskoti toimi yhteistyökumppaninamme opinnäytetyöprosessissa. Ilveskoti on Kanta-Hämeen Sairaskotisäätiön ylläpitämä terveydenhuollon laitos. Ilveskoti on toiminut Hämeenlinnassa jo vuodesta 1991. Ilveskoti sijaitsee Ojoisten kaupunginosassa. Ilveskodin alkuperäinen tarkoitus oli hoitaa ja kuntouttaa sotainvalideja. Tänä päivänä Ilveskoti kuntouttaa ja hoitaa sotainvalideja, muita sotaveteraaneja, heidän puolisoitaan ja leskiään sekä muita hämeenlinnalaisia ikäihmisiä. Nykyään Ilveskodissa on myös kaupungin ostamia potilaspaikkoja, joihin tulee asiakkaita jatkokuntoutukseen esimerkiksi Kanta-Hämeen keskussairaalaista.

Ilveskoti tarjoaa erilaisia kuntoutusmuotoja, kuten laitos-, päivä-, avo-, koti- ja ryhmäkuntoutusta. Ilveskodin periaatteisiin kuuluu, että jokainen asiakas saa toimintakykyä ja terveyttä edistävää kuntoutusta, sekä hyvää ja arvokasta hoitoa. Ilveskodissa korostetaan asiakkaan ainutlaatuisuutta ja aitoa kohtaamista sekä sujuvaa ja pätevää palvelua. Laatukäsikirja, jatkuva toiminnan arviointi sekä Valtiokonttorin laatuvaatimusten täyttäminen toimivat Ilveskodin laadun takaajina. Hoidon takaa myös moniammatillinen ja osaava henkilöstö. Kuntoutusta ja hoitoa antava henkilökunta koostuu sairaanhoitajista, lähihoitajista, lääkäreistä, fysioterapeuteista, toimintaterapeuteista ja hierojista. (Ilveskoti 2012b.)

Ilveskodissa seurataan asiakkaiden proteiinin, raudan ja D-vitamiinin saantia. Ilveskoti noudattaa ikääntyneiden ravitsemussuosituksia. Ravitsemustilaa seurataan MNA-testeillä. Ravitsemushoidon tukena konsultoidaan ravitsemusterapeuttia, joka antaa tarvittaessa myös yksilöneuvontaa. Ravitsemusterapeutti käy kerran kuukaudessa haastavien asiakkaiden luona. Ilveskodissa toimii moniammatillinen ravitsemustyöryhmä johon kuuluu lääkäri, hoitajia, laitosapulainen ja keittiön emäntä. Toimintaterapeuttia konsultoidaan esimerkiksi erikoisruokailuvälineiden hankinnassa. Ravitsemustyöryhmän tarkoitus korostuu erityisesti neurologisten asiakkaiden kanssa työskennellessä. Työryhmä kokoontuu neljä kertaa vuodessa, ellei neurologisia asiakkaita ole tavallista enempää. Kokouksessa käydään läpi ravitsemushoidon ongelmien ja onnistumisten arviointia. (Ilveskoti 2012b.)

Virikkeellinen ja motivoiva toiminta, sosiaalinen kanssakäyminen, muistin harjoittaminen ja toimiva vapaa-aika ovat merkittävänä osana kuntoutusta. Toimintamuodot voivat olla hyvin monenlaisia, kuten erilaisten askartelumenetelmien, pelien, keskustelujen, luovan taideilmaisun ja retkien ohjaamista. Viriketoimintaa järjestetään yksittäisille asiakkaille tai ryhmille. Toiminnalla pyritään tarjoamaan asiakkaille mielekkäitä keinoja ja mahdollisuuksia sosiaaliseen vuorovaikutukseen, virkistäytymiseen sekä voimien kokoamiseen. (Ilveskoti 2012c.)

3 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT

Aivoverenkierronhäiriöt liittyvät usein verenkiertoelinten sairauksiin. Aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi yleisin kuolinsyy Suomessa heti sepelvaltimotaudin ja syöpätautien jälkeen. Tavallisimmat aivoverenkiertohäiriöt ovat aivoinfarkti, aivoverenvuoto, TIA ja lukinkalvon alainen verenvuoto. (Jaatinen & Raudasoja 2011, 291–292; Stroke Association 2013c; Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2013; Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri 2013.)

Seuraavassa kappaleessa käsitellään muut aivoverenkiertohäiriöt lyhyesti paitsi aivoinfarkti. Aivoinfarkti käsitellään seuraavassa kappaleessa laajemmin.

3.1 TIA

TIA-kohtaus (transient ischemic attack) tarkoittaa ohimenevää aivoverenkierronhäiriötä. TIA-kohtaukselle altistavia tekijöitä ovat muun muassa arterioskleroosi, ikä, verenpainetauti, ylipaino, tupakointi, diabetes. TIA-kohtaus johtuu ahtauttavasta prosessista aivoverisuonessa kuten paikallisesta tukoksesta tai hyytymästä. Tyypillinen kesto TIA-kohtaukselle on 2–15 minuuttia ja määritelmän mukaan enintään 24 tuntia. TIA-kohtaus ei jätä pysyviä neurologisia oireita. Oireet riippuvat siitä, missä aivojen valtimossa häiriö tapahtuu. Yleensä oireet alkavat äkillisesti. Yleisimpiä, ohimeneviä oireita ovat toisen puolen ylä- tai alaraajan ohimenevä heikkous, toisen kasvopuoliskon alaosan halvausoire, vaikeus puhua tai ymmärtää puhetta, toisen silmän näön hämärtyminen tai huimaus, johon kuuluvat kaksoiskuvat, nielemisvaikeus, muistihäiriöt tai vaikeus muodostaa sanoja. Usein tulleita TIA-kohtauksia pidetään varoituksena mahdollisesta tulevasta aivoinfarktista. (Jaatinen & Raudasoja 2011, 291–292; Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2013.)

Sairaalahoito kuuluu päivystysluontoisesti TIA-kohtaukseen. Lepo on tärkein ensiapu kuten kaikissa muissakin aivoverenkierronhäiriöissä. Lääkehoito on tärkeä osa hoitoa. Potilaan kohtausten sekä muiden sairauksien laatu ja ikä vaikuttavat lääkehoidon aloittamiseen. Mahdollisia lääkkeitä ovat veren hyytymistä estävät lääkkeet eli antikoagulantit ja verihiiutaleiden kasautumista ehkäisevät lääkkeet. Kaulasuonten kirurgista hoitoa voidaan myös harkita. (Jaatinen & Raudasoja 2011, 291–292; Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2013.)

3.2 Aivoverenvuoto

Hoitamaton verenpainetauti, aivoverisuonten epämuodostumat ja verisuonikasvaimet sekä pahanlaatuiset aivokasvaimet altistavat aivoaineen sisään tapahtuvalle verenvuodolle. Aivoverenvuoto syntyy kun aivovaltimo repeää. Aivoverenvuoto tulee usein yllättäen ja potilaan valvellaolon

aikana. Aluksi potilas kuulee päässään humahduksen tai pienen napsahduksen, jota seuraavat oksentelu, erittäin voimakas päänsärky ja pahoinvointi. Tajunta voi myös heikentyä ja kouristuksia ilmetä. (Jaatinen & Raudasoja 2011, 294–295; Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2013; Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri 2013.)

Tyypillisiä oireita aivopuoliskovuodoissa ovat vastakkaisen puolen halvaus ylä- tai alaraajassa tai molemmissa, tuntohäiriöt ja katseen kääntyminen vuotoon päin. Aivosillan alueella aivoverenvuoto kääntää potilaan katseen vuodosta pois päin ja aiheuttaa tajuttomuuden. Pikkuaivoverenvuoto aiheuttaa esimerkiksi toispuoleista haparointia. Puolestaan aivorungon alueen verenvuotoihin liittyy hengityksen säätelyhäiriöitä, tajunnantason laskua ja pupillihäiriöitä. Aivoverenvuoto diagnosoidaan esitietojen ja potilaan oireiden perusteella. Diagnoosi varmistetaan tietokonetomografiatutkimuksella. Hoidossa on tärkeää huolehtia hengityksestä, ravitsemuksesta ja erityksestä. Syvä tajuttomuus, pupillinen pistemäisyys ja epäsymmetrisyys kuorsaava hengitys ja lämmönsäätelyn häiriöt ovat hoidon ennusteen kannalta huonoja asioita. Akuuttivaiheen hoitona on lepo ja verenpaineen hoito. (Jaatinen & Raudasoja 2011, 294–295; Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2013; Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri 2013.)

3.3 SAV

Lukinkalvon alaisesta verenvuodosta eli subaraknoidaalivuodosta (SAV) puhutaan silloin, kun aivoverisuonen seinämässä oleva heikko kohta pulistuu ja repeää. Potilaan ikä, SAV:n esiintyminen suvussa, tupakointi, alkoholin liikakäyttö ja verenpainetauti ovat riskitekijöitä SAV:n syntyyn. Synnynnäinen aneurysma eli aivovaltimopullistuma puhjetessaan aiheuttaa SAV:n. Fyysinen rasitus voi johtaa vuotoon. Tajunnan menetys ja joskus kouristelu ovat merkittävimmät oireet. Muita yleisiä oireita ovat pahoinvointi, oksentelu ja levottomuus. Niskan jäykkyys ja silmien valonarkuus ja potilaan aivo-selkäydinnesteen verisyys ja tasaisen punainen väri kertovat vuodosta. Tietokonetomografiatutkimuksien ja aivoverisuonten varjoainekuvauksen avulla varmistetaan lukinkalvon alainen verenvuoto. (Jaatinen & Raudasoja 2011, 294–295; Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2013.)

Hoitona on leikkaus ja oireiden hoito, johon kuuluu muun muassa vuodelpo, tajuttoman potilaan peruselintoiminnoista huolehtiminen, levottoman potilaan rauhoittaminen lääkkeillä sekä kipulääkkeiden anto tarvittaessa. Valtimopullistuman löytö aivoverisuonten varjoainekuvauksessa on edellytys leikkaushoidolle. Leikkaus pyritään tekemään noin kolmen vuorokauden sisällä vuodosta koska uusintavuodon vaara on suurimmillaan noin viikon kuluttua vuodosta. (Jaatinen & Raudasoja 2011, 294–295; Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2013.)

4 AIVOINFARKTI

Seuraavissa kappaleissa käsitellään aivoinfarktia laajemmin, sen riskitekijöitä, yleisimpiä oireita, diagnosointia ja aivoinfarktin akuuttihoitoa. Aivoinfarkti on kasvava ongelma Suomessa.

Suomessa aivoinfarktiin sairastuu vuosittain noin 14 000 ihmistä ja heistä 5000 ihmistä menehtyy siihen. Kaksi kolmasosaa sairastuneista on yli 65-vuotiaita ja vain noin kolmasosa työikäisiä. Sairastuneiden enemmistöä ovat naiset. Aivoinfarkti on paikallinen ja äkillinen aivoverenkierronhäiriö, jossa aivovaltimoon kehittynyt tukos tai muualta verenkierrosta kulkeutunut verihyytymä tukkii aivovaltimon niin pitkäksi aikaa, että verenhukan seurauksena aivoissa syntyy kudostuhoa. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2009, 393; Lindsberg, Sairanen, Tarnanen & Vuorela 2011; Peräsalo 1990, 634.)

4.1 Riskitekijät ja oireet

Aivoinfarkti ilmaantuu vain harvoin ilman selviä riskitekijöitä. Aivoinfarktiin sairastumiseen suurin altistava tekijä on ikääntyminen. Hoidettavissa olevista riskitekijöistä suurin on verenpainetauti. Alttius sairastumiseen suurenee, mitä enemmän verenpaine ylittää normaalirajat. Toinen vaikuttava altistava tekijä on diabetes. Diabeteksen hyvä hoitotasapaino vähentää riskiä sairastua aivoinfarktiin. Kolmas riskitekijöistä on tupakointi. Kaikki edellä mainitut riskitekijät altistavat aivoverisuonien ateroskleroosille eli kovettumiselle. Riski sairastua aivoinfarktiin on aina sitä suurempi, mitä useampia riskitekijöitä on. (Anttila, ym. 2009, 393; Peräsalo 1990, 634.)

Aivoinfarktin oireet riippuvat aina iskemian, eli veren ja hapen puutteen, sijainnista ja koosta aivoissa. Tavallisimpia ja näkyvimpiä oireita on puhekyvyn heikentyminen ja toispuolihalvaus. Halvausoireet vaihtelevat lievästä toispuoleisen käden ja jalan voimaheikkoudesta täydelliseen toispuoleiseen raajojen halvaukseen. Äkillinen huimaus, näkökentän supistuminen ja hämärtyminen sekä kahtena näkeminen ovat myös tyypillisiä aivoinfarktin oireita. Aivoinfarktista voidaan puhua, kun oireisto on kestänyt yli 24 tuntia. Oireet etenevät tyypillisesti täyteen mittaansa muutaman minuutin tai tunnin sisällä. Joissakin tapauksissa halvausoireet etenevät vielä 72 tunnin jälkeen. Oireet saattavat korjaantua nopeasti tai kokonaan lievässä aivoinfarktissa. Vaikeassa aivoinfarktissa puolestaan oireet saattavat olla korjaantumatta pidemmänkin aikaa. Aivoinfarktin ennuste on aina yksilöllinen, koska siihen vaikuttavat kudostuhoon sijainti ja koko, potilaan ikä sekä muut sairaudet. (Anttila, ym. 2009, 393; National Stroke Association 2013b; Peräsalo 1990, 634.)

4.2 Diagnosointi

Aivoinfarktia diagnosoidessa oireiden kartoitus ja lääkärin tutkimuksessa esille tulleet löydökset ovat erityisen tärkeitä. Lääkärin tutkimuksessa ensimmäisensä lääkäri haastattelee potilasta, haastattelussa käydään läpi ai-

voverenkiertosaireuksien riskitekijät, muut sairaudet sekä sairastumiseen liittyvät tapahtumat ja oireet. Kliinisessä tutkimuksessa hoitaja ja lääkäri seuraavat potilaan tajunnan tasoa, hengitystä, verenkierron toimintaa, pupillien reagointia ja tarkastavat ulkoiset vammat. Potilaan tajunnantason ollessa heikko, tulee hoitajan seurata sitä Glasgow'n kooma-asteikon avulla 15–30 minuutin välein. Glasgow'n kooma-asteikossa on kolme osaa, jotka ovat silmien avaaminen, puhevaste ja liikevaste. Näiden avulla seurataan potilaan tajuttomuuden syvyyttä. Saatujen tietojen perusteella lääkäri arvioi jatkotutkimuksen tarpeen. (Anttila, ym. 2009, 393; Lehtomäki, Ruohomäki, Saastamoinen 2012; Peräsalo 1990, 634.)

Aivoinfarktia epäiltäessä otetaan potilaalta aina keuhkokuva, sydänfilmi ja aivojen tietokonetomografiakuva tai magneettikuva. Aivojen tietokonetomografiakuvauksessa voidaan vahvistaa aivoinfarkti diagnoosi ja sulkea pois aivoverenvuodon mahdollisuus. Aivoverenvuodon mahdollisuuden pois sulkeminen on todella tärkeää jatkohoitoa ajatellen. Tuore aivoinfarkti ei aina näy selkeästi pään TT- kuvauksessa, mutta useimmiten tiettyjä kudostuhon merkkejä on havaittavissa. Hieman vanhempi aivoinfarkti näkyy TT-kuvassa selkeästi. (Anttila, ym. 2009, 393; Lehtomäki, Ruohomäki, Saastamoinen 2012; Peräsalo 1990, 634.)

Aivoverenvuodon pois sulkemiseksi saatetaan potilaalle tehdä joskus myös selkäydinnestetutkimus. Lääkäri arvioi tutkimuksensa aikana myös potilaan sydämen ja keuhkojen toimintaa ja tarkastaa perusverikokeiden tulokset. Aivoinfarktia epäiltäessä on myös pois suljettava kasvaimet ja keskushermoston tulehdukset. (Anttila, ym. 2009, 393; Peräsalo 1990, 634.)

4.3 Liutushoito

Tällä hetkellä Suomen virallinen aivoinfarktin ensihoito on liutushoito. Liutushoito pitää aloittaa ennen kuin oireiden alkamisesta on kulunut neljä ja puoli tuntia. Mitä enemmän aikaa on kulunut oireiden alkamisesta, sitä huonompi liutushoidon vaste on. Liutushoidon tarkoituksena on aukaista verisuonessa oleva tukos. Hyvin onnistunut ja ajoissa aloitettu liutushoito pelastaa aivoinfarktipotilaita kuolemalta tai pysyvältä laitoshoidolta. Jos ahtauma on valtimonkovettumataudin aiheuttama, ei liutushoitokaan auta. (Anttila, ym. 2009, 392–396; Peräsalo 1990, 634.)

Onnistunut liutushoito liuottaa aivovaltimossa olleen verihyytymän ja samalla oireet väistyvät. Liutushoitoon liittyy aina omat riskinsä, noin joka kahdeskymmenes saa liutushoidon seurauksena aivoverenvuodon. Mahdollinen aivoverenvuoto liittyy aina liuotukseen, joten viimeistään vuorokauden jälkeen riskiaika on ohi. Hoidon ensimmäisen vuorokauden ajan potilaan on pysyttävä vuodelevossa, eikä potilaalle anneta mitään veren hyytymiseen vaikuttavia lääkkeitä. Vuorokauden jälkeen liuotetun potilaan hoito jatkuu kuten muillakin aivoinfarktipotilailla. Liutushoito ei vaikuta mitenkään potilaan jatkohoitoon eikä se estä liutushoidon saamista jatkossa. (Anttila, ym. 2009, 392–396; Peräsalo 1990, 634.)

4.4 Akuuttihoito

Aivoinfarktin akuuttivaiheen hoito järjestetään sairaalan aivohalvauksyksikössä, jos sellainen on. Hoitoaika siellä on yleensä noin 1–5 vuorokautta, jonka jälkeen potilas voi siirtyä neurologisella vuodeosastolle ja sieltä jatkohoitoon terveyskeskukseen. Potilas voi siirtyä neurologiselle vuodeosastolle vasta sitten, kun peruselintoinnot ovat saavuttaneet normaalitason ja diagnoosi on täysin varma. Akuuttivaiheessa aivoinfarktipotilaan peruselintoinnoissa on usein häiriöitä. Peruselintoinnot tulee pyrkiä pitämään normaalitasossa, jotta vaurio aivokudoksessa ei kasva entisestään. (Anttila, ym. 2009, 392–396; Peräsalo 1990, 634.)

Aivoinfarkti potilaan lämpötilaa, verensokeria ja verenpainetta tulee seurata tietyin väliajoin ja hoitaa tarvittaessa asianmukaisesti. Kohonnut verensokeri saattaa akuutissa vaiheessa pahentaa aivoturvotusta tai iskeemistä vauriota. Jos verensokeri nousee yli kahdeksan, annetaan lyhytvaikutteista insuliinia. Aivoinfarkti voi aiheuttaa myös häiriötä lämmönsäätelyssä. Kohonnut kehon lämpötila saattaa aiheuttaa kohonneen aivoverenvuodon riskin infarktialueella tai pahentaa iskeemistä soluvauriota tai aivoödeemaa. Yli 37,5 asteen lämpö pyritään laskemaan parasetamolilla tai mekaanisella viilennyksellä ja vaatteiden vähentämisellä. Esteetön hengitys on varmistettava ja tarvittaessa annetaan happilisiä. Potilaan tajunnantaso seurataan ensimmäisen vuorokauden aikana Glasgow'n kooma-asteikolla muutaman tunnin välein. Laskimoveritulpan estämiseksi laitetaan antiembooliasukat heti liuotushoidon jälkeen tilanteen rauhoittuessa. Kuivuminen altistaa infarktin uusiutumiselle sekä pahentaa aivoinfarktia ja liiallinen nesteytys taas pahentaa aivoödeemaa. Suun kautta ei anneta mitään ennen kuin nieleminen on varmistettu turvalliseksi. Akuuttihoiton aikana potilaan nesteytys tapahtuu suonensisäisesti. (Anttila, ym. 2009, 392–396; Junkkarinen 2011; Peräsalo 1990, 634.)

5 AIVOINFARKTIN AIHEUTTAMAT HÄIRIÖT

Seuraavissa kappaleissa tarkastellaan yleisimpiä aivoinfarktin aiheuttamia häiriöitä. Aivoinfarkti aiheuttaa useita fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn häiriöitä, mutta seuraavissa kappaleissa käsitellään vain yleisimmät toimintakyvyn häiriöt.

Aivoinfarktin aiheuttamat häiriöt ovat hyvin yksilöllisiä. Oireet vaihtelevat sen mukaan, onko infarkti kummassa aivopuoliskossa sekä onko se aivojen etu- vai takaosassa. Myös infarktin koolla on vaikutusta siihen, millälaisia oireita aivoinfarkti aiheuttaa. (Forsbom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 28; Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri 2007.)

5.1 Fyysisen toimintakyvyn häiriöt

Aivoinfarkti aiheuttaa aivojen toimintahäiriön, jonka seurauksena ilmenee motorisia tai kielellisiä vaikeuksia. Aivoinfarkti vaikuttaa huomattavasti ihmisen fyysiseen toimintakykyyn. Osa häiriöistä väistyy melko pian ai-

voinfarktin jälkeen, mutta osa saattaa vaatia pitkän kuntoutuksen. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto 2005; Forsbom, ym. 2001.)

Yleisimpiä aivoinfarktin aiheuttamia fyysisen toimintakyvyn häiriöitä ovat muun muassa halvaantuminen, lihaksen kohonnut tai vähentynyt jänneys, hengittämisen ja erittämisen ongelmat sekä nielemisvaikeus. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto 2005; Anttila, ym. 2009, 397–399.)

5.1.1 Halvaantuminen

Aivoinfarkti näkyy ulospäin usein toispuoleisena halvausoireistona. Halvaus heikentää lihasjänteystä, tuntoaistia ja tasapainoa, joita tarvitaan normaalin fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseen. Halvausoireisto näkyy tyypillisesti raajoissa ja kasvojen lihaksissa. Kun kehon toinen puoli on halvaantunut eli toimii huonosti tai ei lainkaan, on aivoilla ja lihaksilla yhteyshäiriö: aivojen käskyt eivät mene perille. Halvaantuminen aiheuttaa vaikeuksia jokapäiväisissä toiminnoissa, kuten pukemisessa, syömisessä ja liikkumisessa. (Anttila, ym. 2009, 397–399; National Stroke Association 2013a.)

Aivoinfarktipotilaan on vaikea säilyttää tukeva istuma-asento, koska lihasjänteisyys puuttuu, myös kyljelle kääntyminen tuottaa vaikeuksia, koska toinen puoli kehosta ei toimi. Jotta ihminen voi toimia motorisesti, vaaditaan lihaksilta lihasjänteystä eli tonusta. Kun lihasjänteys on liiallista tai liian vähäistä, liikkeiden sujuvuus vaikeutuu. Aivoinfarktiin sairastumisen jälkeen on tavallista liian vähäinen lihasjänteys, joka myöhemmin saattaa kohota liialliseksi. Aivoinfarktin aiheuttamissa oireissa ei ole kyse lihasvoiman puutteesta. (Anttila, ym. 2009, 397–399; National Stroke Association 2013a.)

5.1.2 Spastisuus

Lihaskänteys eli spastisuus tarkoittaa lihaksen epänormaalisti kohonnutta jänneystä eli tonusta. Mitä nopeammin liike tehdään, sitä enemmän lihas vastustaa sitä. Spastisessa lihaksessa tuntuu venyttäessä selvä liikkeen tarkertuminen ja liike usein aiheuttaa kipua. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto 2005; Stroke Association 2013b.)

Spastisuus aiheuttaa virheasentoja aivoinfarktipotilaalle. Virheasennot ovat yleisimpiä alaraajoissa nilkan alueella ja yläraajoissa sormissa ja ran-teissa. Spastisuuden tunnistaa usein esimerkiksi sormien vetäytymisenä nyrkkiin. Halvauspuolen vartalolihaksissa saattaa myös esiintyä spastisuutta. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto 2005; Stroke Association 2013b.)

5.1.3 Hengittäminen

Hengityksen vaikeutuminen voi olla yksi aivoinfarktin aiheuttama häiriö. Häiriö ilmenee usein sairastumisen alkuvaiheessa. Hengityksen vaikeutuminen voi johtua huonosta asennosta, joka vaikeuttaa ilmanvaihtoa keuhkoissa, keuhkokuumeesta, sydämen vajaatoiminnasta tai esteistä hengitys-

teissä, kuten limasta. (Heikura, Juopperi & Koivukangas 2011; Kytkehanke 2012; Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos 2004.)

Häiriö voi ilmetä esimerkiksi levottomuutena, sykkeen nousuna, hengenahdistuksena ja poikkeavina hengityksääninä. Happisaturaation mittaaminen voi kertoa, onko hengitys riittävää. (Heikura, Juopperi & Koivukangas 2011; Kytkehanke 2012; Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos 2004.)

5.1.4 Dysfagia

Dysfagia tarkoittaa nielemishäiriötä. Nieleminen on monimutkainen sarja, jossa ruoka tai juoma kulkeutuu suusta nielun kautta ruokatorveen ja sieltä mahalaukkuun. Nieleminen on osittain refleksitoimintaa ja osittain tahdonalaista. Nielemishäiriöstä voidaan puhua jos henkilöllä on vaikeuksia niellä tai sylkeä ruokaa, juomaa tai lääkkeitä missä muodossa tahansa. Ruuan tai juoman kulkeutuminen henkitorveen aiheuttaa aspiraation. Aspiraatio tarkoittaa ruuan vetämistä keuhkoihin. Aivoinfarkti saattaa aiheuttaa nielun automaattisten suojamekanismien toimimattomuuden, jolloin ruoka kulkeutuu henkitorveen. Aspiraatio on hengenvaarallista ja voi aiheuttaa keuhkokuumeen. Jos dysfagia on vaikea ja aspiraatoriski suuri, voidaan ravinto antaa nenämahaletkun tai PEG-letkun kautta. PEG-letku on vatsanpeitteiden läpi mahaan asetettava syöttöletku. Nielemisvaikeutta esiintyy 30–80 prosentilla aivoverenkiertohäiriöpotilailla. Aivorungon alueella oleva infarkti aiheuttaa vaikea-asteisia nielemisvaikeuksia. Vaikea-asteisena dysfagia tarkoittaa lähes täydellistä nielemistoiminnon puuttumista. (Aaltonen, Aherto, Arkkila, Jousimaa & Saarela 2009; Aivoliitto ry 2011.)

Syljellä on tärkeä rooli nielemisessä. Sylki kosteuttaa ruokaa ja tekee ruuasta paremmin nieltävää. Aivoinfarkti voi muuttaa syljen eritystä. Suuta kosteututtavan syljen erityksessä häiriintyy, syljestä tulee paksumpaa ja nieleminen vaikeutuu. Nielemisvaikeuden voi huomata, kun potilas kakoo syödessään, puheääni muuttuu vetiseksi ja suun tyhjentämiseen tarvitsee useita nielaisuja. Ravitsemustilan heikkeneminen, suuri painonlasku ja useat keuhkokuumeet ovat vakavia nielemishäiriön seurauksia, ja niihin tulee puuttua välittömästi. (Aaltonen, ym 2009; Aivoliitto ry 2011.)

5.1.5 Erittämisen ongelmat

Aivoinfarktin aiheuttamia yleisempiä erittämisen häiriöitä ovat virtsapakko, virtsan karkailu, tihentynyt virtsaamisen tarve ja vatsavaivat, kuten ripuli tai ummetus. Rakon ja suolen häiriöitä lisäävät vieras ympäristö, vähäinen nesteys ja poikkeava ravitsemus. (Kytkehanke 2012; Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 64–65.)

Vaipan ja katetrien käyttö häiritsevät rakon toimintaa. Akuuttivaiheessa aivoinfarktipotilailla on virtsakatetri, jotta voidaan seurata elimistöstä tulleen nesteen määrää. Aivoinfarktipotilaalla saattaa ilmaantua tarpeen tunnistamattomuutta. Liikkumiskyvyn heikkeneminen saattaa myös aiheuttaa

häiriötä rakon ja suolen toiminnassa. (Kytke-hanke 2012.; Salmenperä ym. 2002, 64–65.)

5.2 Psyykkisen toimintakyvyn häiriöt

Aivoinfarktipotilaan psyykkisessä toimintakyvyssä ilmenee usein häiriöitä. Häiriöt riippuvat aivovaurion sijainnista ja laajuudesta sekä potilaan erilaisista yksilöllisistä tekijöistä, kuten iästä ja persoonallisuuden piirteistä. (Anttila, ym. 2009, 400–402; Erkinjuntti, Hietanen, Kalska, Pohjasvaara & Ylikoski 2002; Kytke-hanke 2012.)

Sairastumisen alkuvaiheessa on tyypillistä voimakas neuropsykologinen yleisoireisto: potilaan tarkkaavaisuudessa ja muistissa on ongelmia, johdonmukainen ajattelu on vaikeaa ja potilas on usein väsynyt. Myös arkipäiväiset toiminnot ja ajattelu ovat hidastuneet. Yleisoireisto väistyy melko nopeasti, jolloin potilaan erityishäiriöt tulevat selkeästi esiin. (Anttila, ym. 2009, 400–402; Erkinjuntti, ym. 2002; Kytke-hanke 2012.)

Neuropsykologisella erityishäiriöllä tarkoitetaan sitä, että aiemmin automaattisesti sujuneet psyykkiset toiminnot muuttuvat vaikeammiksi ja ne vaativat ponnistelua. Tavallisimpia psyykkisen toimintakyvyn erityishäiriöitä ovat muun muassa neglect, apraksia, afasia, häiriöt muistissa, havaitsemisessa, tarkkavaisuudessa, visuokonstruktiivisessa kokonaisuuden hahmottamisessa ja tunne-elämässä. (Anttila, ym. 2009, 400–402; Erkinjuntti, ym. 2002; Kytke-hanke 2012.)

5.2.1 Afasia

Afasialla tarkoitetaan aivokudoksen vauriosta johtuvaa täydellistä tai osittaista kielellisen toiminnan häiriötä. Afasian syynä on lähes aina vasemman aivopuoliskon vaurio. Puheen ymmärtäminen, tuottaminen, lukeminen ja kirjoittaminen tuottavat afasiasta kärsivälle potilaalle vaikeuksia. Aivojen takaosan vaurio aiheuttaa sananvalinta virheitä ja puheenymmärtämisvaikeuksia. Aivojen etuosan vaurio puolestaan heikentää puheen joustavuutta ja sujuvuutta. Alkuvaiheessa puheen tuottamisen vaikeuden lisäksi potilaalla on vaikeuksia ymmärtää puhetta. Joidenkin potilaiden kohdalla voidaan puhua myös globaalifasiasta, jolloin puheen ymmärtäminen ja tuottaminen puuttuvat täysin. (Anttila, ym. 2009, 400–402; Kytke-hanke 2012.)

Afaattisen henkilön kanssa toimiminen on vaikeaa ja silloin omaisten merkitys hoitotyön apuna korostuu. Omaisilta voidaan kysyä, miten potilas on ennen sairastumistaan toiminut ja he osaavat tulkita läheisensä eleitä paremmin kuin hoitohenkilökunta. Afasiapotilaalla on suuri uhka vaipea epätoivoon ja eristäytyä. Kun ihminen ei pysty tuottamaan puhetta, hän menettää helposti itsetuntonsa ja itsekunnioituksensa. Potilas saattaa tuntea sytjätyneensä omaisistaan ja yhteisöstään. Tällaisessa tilanteessa omaisten tulee muistaa olla läheisensä tukena. (Anttila, ym. 2009, 400–402; Kytke-hanke 2012.)

5.2.2 Tarkkaavaisuuden häiriöt

Tarkkaavaisuus on kykyä keskittyä tavoitteen kannalta oleelliseen asiaan ja valikoida sekä torjua vähemmän tärkeä asia. Erityistä tarkkaavaisuutta tarvitsee esimerkiksi autoa ajaessa: lieväkin tarkkaavaisuushäiriö vaikeuttaa ajamista ja lisää onnettomuusriskiä. Vireys on edellytyksenä hyvälle tarkkaavaisuudelle. (Anttila, ym. 2009, 401; Kytke-hanke 2012.)

Usein aivovauriosta ja sen lääkehoidosta seuraa vireystilan häiriöitä, kuten uneliaisuutta, sekavuutta ja ajan sekä paikan tajun heikkenemistä. Kiinnostus ja motivaatio parantavat tarkkaavaisuutta. Aivoinfarktipotilaalle on kuitenkin tyypillistä, että tarkkaavaisuus häiriintyy nopeasti. (Anttila, ym. 2009, 401; Stroke Association 2013a.)

5.2.3 Muistihäiriöt

Muisti vaikuttaa aivojen kykyyn vastaanottaa, tulkita, tallentaa ja käyttää tietoa. Muisti voidaan jakaa välittömään muistiin, pitkäaikaiseen muistiin ja lyhytaikaiseen muistiin. Välitöntä muistia tarvitaan kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Lyhytaikaista muistia tarvitaan esimerkiksi opeteltaessa tarvittava puhelinnumero. Asiakokonaisuuksien pysyvä tallentaminen edellyttää pitkäaikaisen muistin toimintaa, johon ovat tallentuneet esimerkiksi oman elämänhistorian asiat. (Anttila, ym. 2009, 401; Stroke Association 2013a.)

Lyhytaikaisen muistin häiriö on tyypillinen aivoinfarktin oire. Uusien asioiden oppiminen ja esimerkiksi hoitajan antamien ohjeiden mieleen palautus on vaikeaa. Vaikeassa muistin häiriössä asiat saattavat pysyä mielessä vain hetken, kunnes potilaan huomio kääntyy muualle. Useimmiten vanhat tiedot ja taidot pysyvät muistissa paremmin. (Anttila, ym. 2009, 401; Stroke Association. 2013a.)

5.2.4 Visiokonstruktiiviset häiriöt

Visiokonstruktiivisuus on kokonaisuuksien muodostamista osista, esimerkiksi palapelejä ja piirrostehtäviä. Visiokonstruktiivinen tehtävä edellyttää aivoilta suunnittelua, jäsentelyä, johdonmukaista toteutusta ja lopuksi suorituksen arviointia. (Anttila, ym. 2009, 402; Nyrkkö 2012.)

Monivaiheisuutensa takia tämä toiminta häiriintyy usein niin oikean kuin vasemman aivopuoliskon aivoinfarktissa. Visiokonstruktiivinen häiriö tulee harvoin esille sairaalassa, koska siellä tätä taitoa ei tarvita. Kotioloissa puolestaan häiriö nousee helpommin esiin, muun muassa tietokoneen käytön, käsitöiden ja korjaustöiden teon yhteydessä. Mikäli häiriö on vaikea, on kodin tavallistenkin sähkö- ja kodinkoneiden käyttö hankalaa. (Anttila, ym. 2009, 402; Nyrkkö 2012.)

5.2.5 Havaintotoimintojen häiriöt

Havaintotoimintojen häiriötä kutsutaan useimmiten hahmotushäiriöksi. Häiriössä ei ole kyse aistin heikentymisestä, esimerkiksi näköhavainto muodostuu aina kahdesta päävaiheesta: kuvan muodostumisesta ja sen tunnistamisesta. Potilas, joka kärsii havaintohäiriöstä, ei tunnista esinettä näköhavainnolla vaan esimerkiksi tuntohavainnolla. Hän ei ehkä tunnista television kaukosäädintä, mutta pystyy kuvailemaan, miltä se näyttää. (Anttila, ym. 2009, 401–402; Kytke-hanke 2012.)

Avaruudellinen eli spatiaalinen hahmottaminen on jo lapsuudessa opittu taito. Oikea aivopuolisko hoitaa laajojen kokonaisuuksien hahmottamisen ja vasen puolestaan hoitaa yksityiskohdat. Avaruudellinen hahmotushäiriö on esimerkiksi väärin arvioitu etäisyys tai suunta. (Anttila, ym. 2009, 401–402; Kytke-hanke 2012.)

5.2.6 Neglect

Neglect tarkoittaa kyvyttömyyttä reagoida ja havaita aivovaurion vastakkaisen puolen ärsykkeisiin. Se ilmenee näkö-, kuulo- ja tuntoaistien alueella. Neglect on itsenäinen havaintohäiriö, eikä se johdu muiden aistitoimintojen häiriöistä. Häiriö vaikeuttaa lähiympäristön ja oman kehon hahmottamista. Oikean aivopuoliskon vaurioituessa neglect on yleisempi. Häiriö lievenee ensimmäisten kuukausien aikana, ja se vahvistuu väsyneenä ja rasituksen yhteydessä. (Anttila, ym. 2009, 402; Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri 2010.)

Arjessa häiriö näkyy kehon ja käden tai jalan täydellisenä tai osittaisena unohtamisena, joka ilmenee esimerkiksi pukeutumisen yhteydessä. Aivoinfarktipotilas käyttää vain toimivaa puolta vaikka halvaantunut puoli pystyisi toimimaan. Parta ajetaan ja hiukset kammataan vain toimivalta puolelta. Potilas joutuu pinnistelemaan, jotta käskyt halvaantuneella puolella toteutuvat. Neglectistä kärsivän on vaikea huomata halvaantuneelta puolelta tulevia ärsykeitä. Tämä ilmenee esimerkiksi törmäilynä oviin ja huonekaluihin. Häiriöön liittyy usein oireiden tiedostamattomuus. Neglectin kuntoutus alkaa siitä, että potilas tiedostaa häiriön ja motivoituu kuntoutukseen. (Anttila, ym. 2009, 402; Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri 2010.)

5.2.7 Apraksia

Apraksia tarkoittaa vaikeutta toimia tarkoituksen mukaisesti. Aivoinfarktipotilas ei tiedä kuinka toimia, mitä välineitä tulisi käyttää ja missä järjestyksessä. Potilas voi tehdä asioita väärässä järjestyksessä, esimerkiksi pukea sukan kengän päälle. Osa liikkeistä saattaa kuitenkin onnistua automaattisena suorituksena. (Anttila, ym. 2009, 402–403; Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos 2003b.)

Apraktinen häiriö liittyy useimmiten aivoverenkiertohäiriön alkuvaiheeseen ja lieventyy melko nopeasti, joko itsestään tai kuntoutuksella. Kun-

toutuksen alkuvaiheessa asioita täytyy ohjata sairastuneelle lähes kädestä kiinni pitäen. On tärkeää keskittyä toimintojen opettelussa arkipäiväisiin askareisiin. (Anttila, ym. 2009, 402–403; Pirkanmaan Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013.)

5.2.8 Tunne-elämän häiriöt

Sairastuminen aivoinfarktiin aiheuttaa luonnollisesti kriisioireen, joka tulee erottaa aivoverenkierron häiriöistä. Vasemman puolen aivovaurioon liittyy tavallisesti masennusta. Masennuksen tyypillisiä oireita ovat ärtyneisyys, levottomuus, aggressiivisuus, somaattiset vaivat, mielenkiinnon väheneminen ja kognitiivisten oireiden vaikeutuminen. Jos alakuloisuus on pitkäaikaista ja tuo mukanaan esimerkiksi ruokahaluttomuutta, unettomuutta ja epämääräisiä kipuja, voidaan potilaalle harkita masennuslääkkeitä. Oikean puolen vaurio aiheuttaa puolestaan liiankin hyvää mielialaa. (Anttila, ym. 2009, 403; Erkinjuntti, ym. 2002; Kytke-hanke 2012; Laine 2010.)

Tunneviestien tulkinta ja omien tunteiden ilmaiseminen on vaikeaa aivoinfarktipotilaalle. Potilaan mieliala saattaa vaihdella nopeasti ja voimakkaasti ja alkuvaiheen jälkeen. Tämä katsotaan liittyvän sopeutumisen vaikeuteen. Erityisenä neuropsykologisena oireena aivoverenkiertohäiriöihin voi liittyä vaikeutta kontrolloida tunteiden ilmaisua. Tämä ilmenee muun muassa pakkonauruna tai pakkoitkuna, jolle potilas ei mahda mitään. Myös persoonallisuuden muutokset voivat ovat mahdollisia. Sekä potilas että hänen läheisensä kokevat tämän tyyppiset oireet usein ahdistavana ja on tärkeää, että he ymmärtävät niiden johtuvan sairaudesta. (Anttila, ym. 2009, 403; Erkinjuntti, ym. 2002; Salmenperä, ym. 2002, 154–155.)

6 KUNTOUTUS

Seuraavissa kappaleissa käsitellään aivoinfarktipotilaan kuntoutuksen pääpiirteitä. Tekstissä tulee esille tavallisimpien häiriöiden kuntoutus ja hoitomenetelmät. Kaikkia häiriöitä ei kuntouteta eri menetelmillä, vaan sama kuntoutusmuoto voi vaikuttaa monen eri häiriön kuntoutukseen. Kappaleissa käsitellään ne asiat, joilla kuntoutetaan samaan aikaan monia eri häiriöitä.

Aivojen kyky muovautua ja sopeutua ympäristön aiheuttamiin muutoksiin mahdollistaa aivoinfarktista kuntoutumisen. Aivoinfarktin jälkeen aivojen hermosolut voivat muodostaa uusia hermosoluyhteyksiä ja muovata olemassa olevia hermosoluja kompensoimaan infarktin aiheuttamaa puutosta. Uusia toimivia hermoverkkoja syntyy, kun aivoja opetetaan ja harjoitetaan aktiivisesti. Uuden oppiminen edellyttää, että uusia yhteyksiä muodostuu ja vanhoja poistuu. Hermoston vaurioiden paranemisen kannalta on tärkeää, että harjoittelulla ja hermosolujen aktivoinnilla edistetään aivojen muovautuvuutta. (Laaksonen 2012; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2012; Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri 2013.)

Aivoinfarktipotilaan kuntoutus alkaa kuntoutusarviolla. Se tehdään ensimmäisen viikon kuluessa tai potilaan kokonaistilan salliessa. Jokaiselle aivoinfarktipotilaalle tehdään arvio fyysisen, kognitiivisen ja psykososiaalisen kuntoutuksen tarpeesta. Kuntoutustarve ja kuntoutuksen yksilölliset tavoitteet kirjataan kuntoutussuunnitelmaan, joka laaditaan yhteistyössä hoidosta vastaavan yksikön, moniammatillisen työryhmän, potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Kuntoutumisesta saatavaa hyötyä voidaan arvioida melko luotettavasti 1–3 viikon kuluttua sairastumisesta. (National Stroke Association 2013; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2012; Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri 2013.)

Aivoinfarktipotilaan kuntoutus on moniammatillista yhteistyötä. Yhteistyössä toimivat esimerkiksi lääkärit, sairaanhoitajat, fysio- toiminta- ja puheterapeutit. (Anttila, ym. 2009, 397–399; Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri 2013.)

6.1 Fyysinen kuntoutus

Aivoinfarktipotilaan kuntouttava työtapaperustuu siihen että aktivoidaan aina halvaantunutta puolta. Kehon halvaantunut puoli tuntuu painavalta. Kosketus halvaantuneella puolella saattaa tuntua epämiellyttävältä. (Anttila, ym. 2009, 397–399; Kustannus Oy Duodecim 2013.)

Halvauksen seurauksena olkanivelen asento usein muuttuu. Nivelen lihaskäntäisyys saattaa olla liian korkea tai alhainen. Tämän seurauksena potilas saattaa kokea voimakasta kipua koko yläraajassa. Hoitajan tehtävänä on ehkäistä olkapään roikkumista ja kipua siten, että hän ohjaa potilasta istumaan tasapainoisesti kädet pöydällä, jolloin olkapää ei roiku, ja että lepolasento vuoteessa on huolellisesti rakennettu, jolloin olkapää ei veny. Hoitaja ei koskaan avusta aivoinfarktipotilasta kainalosta nostaen. (Anttila, ym. 2009, 397–399; Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos 2003a.)

Aivoinfarkti vaikeuttaa merkittävästi potilaan tasapainokykyä. Potilas ohjataan aina istumaan selkä- ja käsinojalliseen tuoliin ja suihkussa leveään haara-asentoon. Potilas joutuu keskittymään tasapainon ylläpitämiseen paljon, koska muualle kiinnittynyt huomio voi aiheuttaa tasapainon menettämisen. (Anttila, ym. 2009, 397–399; Stroke Association 2013b.)

Fysioterapiassa harjoitellaan lihasten ja raajojen toimintaa ja tasapainoa fysioterapeutin johdolla. Fysioterapeutti keskittyy lihasvoiman palauttamisen lisäksi virheellisten asentojen ja liikkeiden korjaamiseen. Sähköstimulaatiota käytetään lihastoiminnan aktivoimisessa. Sähköstimulaation tarkoituksena on halvaantuneen raajan tuntokyvyn normalisoituminen. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto 2005; Anttila, ym. 2009, 397–399; Atula 2012; Stroke Association 2013b; Veto ja lepo 2012.)

Aivoinfarktipotilaan kuntoutuksessa hyödynnetään kaikkia päivittäisiä toimintoja. Toimintaterapiassa terapeutti keskittyy kehittämään niitä valmiuksia ja taitoja, joita ihminen tarvitsee arkielämässään. Esimerkiksi pukemisen harjoittelemine ja peseytyminen ovat osa kuntoutusta. Aivoinfarktipotilaan vaatteet ja kengät tulee olla helppokäyttöisiä. Pukeminen ja

riisuminen tulee aina aloittaa halvaantuneelta puolelta. Toimintaterapeutti ohjaa myös asiakkaan lähiympäristöä eli perhettä, avustajia ja hoitajia potilaan arjen omatoimisuuden tukemiseen. (Anttila, ym. 2009, 397–399; Suomen toimintaterapeuttiliitto ry 2012.)

6.1.1 Liikkuminen

Hoitajan tulee tietää, kuinka normaalisti liikutaan, jotta hän voi ohjata aivoinfarktipotilasta liikkumaan ja siirtymään. Liikkumisen mallit vaihtelevat tilanteittain. Ympäristö, olosuhteet ja liikkujan ominaisuudet vaikuttavat liikkumiseen. Tilan ongelmia voivat olla esimerkiksi sisustus, sängyn tai tuolin korkeus ja joustavuus tai muiden ihmisten läsnäolo. (Forsbom, Kärki, Leppänen, Sairanen 2001, 72; Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos 2003b.)

Ihmisen on liikkumisen aikana pakko sopeutua ulkoa tuleviin muutoksiin ja ärsykkeisiin. Aivoinfarktipotilaan kuntoutuksessa suuressa roolissa ovat kääntymisen, istumaan nousun ja seisomaan nousun uudelleen opetteleminen. Nämä tuottavat vaikeuksia, koska toinen puoli saattaa olla halvaantunut osittain tai kokonaan. Liikkuminen aloitetaan potilaan voimavarojen mukaan. Esimerkiksi jo asennon vaihtaminen sängyssä kyljeltä toiselle on hyvä aloitus kuntoutumiselle. Sängyssä voi tehdä myös käsien ja jalkojen liikeharjoituksia, nostelemalla ja venyttelemällä niitä ylöspäin. Halvaantuneen puolen kaikkia niveliä tulee liikutella useita kertoja päivässä, jotta niissä säilyisi mahdollisimman hyvä liikkuvuus siihen asti kunnes aktiivinen liike on taas mahdollista. Erilaisia tyynyjä ja peittoja voi käyttää tukemassa jalkojen ja käsien asentoa potilaan ollessa sängyssä tai tuolissa. Halvaus asettaa kuntoutukselle omat vaatimuksensa. Tois-puolihalvaus potilaan terve puoli joutuu aina kovemmalle rasitukselle, koska halvaantunut puoli ei voi osallistua liikkumiseen. (Forsbom, Kärki, Leppänen, Sairanen 2001, 72; Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos 2003b.)

Aivoinfarktin jättämät oireet, kuten halvaus, tuntuu-utokset ja väsyminen muuttavat ihmisen aiempaa liikuntakykyä. Liikunta kohentaa ja ylläpitää aivojen terveyttä. Se palauttaa toimintakykyä ja ehkäisee lisäsairauksia. Mitä nopeammin aivoinfarktiin sairastunut pääsee liikkeelle, sitä nopeampaa toipuminen ja kuntoutuminen ovat. Sairastumisen jälkeen liikkuminen vie enemmän voimia ja energiaa. Lihäsjänteyden muutokset, tuntuu-utokset, lihasheikkoudet ja tasapainovaikeudet tekevät liikkumisesta vaikeaa. Aivoinfarktiin sairastuneen harjoittelukapasiteetti voi olla yli puolet heikompi kuin muilla samanikäisillä. Harjoittelukapasiteetin palauttamiseksi tarvitaan päivittäistä liikkumista. (Liippola & Lumimäki 2013.)

Aivoinfarktiin sairastuneen liikkumista tulee alkaa arvioimaan jo varhain sairastumisen jälkeen. Liikkumisen kuntoutuminen perustuu liikkeiden ja toimintojen uudelleen oppimiseen. Aivoinfarkti potilasta tulee ohjata liikkumaan ja toimimaan mahdollisimman normaalilla tavalla huomioiden aikaisempi toimintakyky ja nykytilanne. Liikkumiskyvyn kuntoutuminen vaatii aktiivista ja toistuvaa harjoittelua, jonka vuoksi kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden tulee ohjata potilaan toimintaa ja liikkumista yhdenmukaisesti. Liikkuminen aloitetaan fysioterapeutin tai hoi-

tajan arviolla, jolloin arvioidaan liikkumisen ongelmat ja apuvälineiden tarve. Sen jälkeen potilasta ohjataan apuvälineen käytössä, jotta niistä on hyötyä liikkumisessa. (Liippola & Lumimäki 2013.)

6.1.2 Erittäminen

Rakon toimintaa voidaan kuntouttaa harjoittelulla. Harjoitetaan lantiopohjalihaksia, jotta virtsaamisen pidättäminen olisi helpompaa. Apuna rakon toiminnan häiriöissä voi käyttää myös virtsaamispäiväkirjaa, johon merkitään virtsaamisajat, määrät, virtsaamiskerrat ja virtsankarkailun ongelmat. Päiväkirjan avulla voidaan seurata kuinka virtsaamisajat pidentyvät, virtsaamisen väliajat pidentyvät ja karkailuongelmat häviävät. (Kytke-hanke 2012; Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 64–65.)

Vatsavaivojen takana on usein jokin syy, joka tulee selvittää ennen oireiden hoitamista. Koska aivoinfarktipotilaalla on runsaasti lääkkeitä käytössään, tulee suolistoa suojella vatsansuojälääkkeiden avulla ja omaa immuunitettä tulee vahvistaa. Tieto siitä, mistä vatsavaivat johtuvat, on tärkeää kuntoutujalle ja se helpottaa suolen toiminnan säätelyä ja oireiden hallintaa. (Kytke-hanke 2012; Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 64–65.)

6.1.3 Hengitys

Hengitystä voi tehostaa asennon vaihdoilla ja kohoasennolla vuoteessa ollessa. Yläraajojen liikeharjoitteet, kuten käsien nostot, tehostavat ja avustavat hengityksessä. Hengitystä voi tehostaa ulos- ja sisäänhengitysharjoitteiden avulla, esimerkiksi pulloon puhaltamisella. Pulloon puhaltaminen auttaa myös liman irrottamisessa hengitysteistä. Pulloon puhallettaessa potilas tarvitsee itselleen puolentoista litran pullon, letkun pätkän ja pullon puolilleen vettä. Letku laitetaan vedellä täytettyyn pulloon ja potilas puhaltaa veteen kuplia. (Heikura, Juopperi & Koivukangas 2011; Kytke-hanke 2012; Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos 2004.)

Hengenahdistuksen ilmaantuessa istumaan nouseminen helpottaa hengitystä. Hengitystä voi tehostaa myös erilaisilla kävelyharjoitteilla ja seisomaan nousuilla. (Heikura, Juopperi & Koivukangas 2011; Kytke-hanke 2012; Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos 2004.)

6.1.4 Ravitseminen

Monipuolinen ja hyvä ravitseminen edesauttaa kuntoutumista. Hyvään ravitsemukseen kuuluu säännöllinen ruokailurytmi sekä monipuolinen ateria, johon sisältyy hiilihydraatteja, proteiinia ja energiaa. Aivoinfarktin aiheuttamat toimintakyvyn rajoitukset eivät saa estää riittävää energian saantia. (Ojala, Pietilä, Saye & Saarela 2006; He, Liu, Wang, Yang & Zhao 2013.)

Ruokailut ovat tärkeä osa kuntoutusta ja ne rytmittävät päivää. Ruokailutilanteen tulee olla mahdollisimman hyvä ja rauhallinen tilanne. Suun ja hampaiden hoito edesauttaa miellyttävää ruokailutilannetta. (Ojala, Pietilä, Saye & Saarela 2006; He, Liu, Wang, Yang & Zhao 2013.)

6.1.5 Dysfagia

Nielemisvaikeus lievittyy huomattavasti tai joissakin tapauksissa korjaantuu kokonaan akuuttivaiheen jälkeen. Nielemisvaikeutta voi helpottaa tekemällä ruokailutilanteesta kiireettömän ja poistamalla häiriötekijät. Aivoinfarktipotilaan tulee keskittyä nielaisuun ja vireystilan tulee olla hyvä syödessä ja juodessa. Helposti nieltävät ruuat ja juomat ovat dysfagiasta kärsivän potilaan paras apu. Suun ja hampaiden puhdistus on tärkeää ennen ruokailua sekä ruokailun jälkeen. Ryhdikäs ja hyvä istuma-asento helpottavat nielemistä. Ruokaillessa kannattaa nojata hieman eteenpäin. Makuuasennossa syöminen ja juominen saattaa aiheuttaa ruuan kulkeutumisen henkitorveen. On tärkeää kiinnittää huomiota ruuan koostumukseen ja valita itselleen sopivia ja helposti nieltäviä ruokia. Helpommin nieltäviä ruokia ovat pehmeät, sosemaisets ruuat ja paksuhkot nesteet. Nesteet kannattaa juoda jäähtyneinä, koska kylmä aktivoi nielua toimimaan paremmin. Juoksevia nesteitä voi tarvittaessa sakeuttaa sakeutusjauheella. Karkeampien ruokien syöminen aktivoi suun aluetta ja lisää syljen eritystä. Karkeampiin ruokiin tulee siirtyä vasta kun nielemisvaikeus on helpottunut. Ruokailutilanteessa on tärkeää nauttia yksi suupala kerrallaan ja nielaista kunnolla ennen seuraavaa suupalaa. Jos ruoka juuttuu kurkkuun, potilaan tulee yskäistä ja nielaista uudelleen. (Aaltonen, ym. 2009; Aivoliitto ry 2011.)

On olemassa apuvälineitä, jotka helpottavat nielemistä, esimerkiksi muki, joka sallii pään hyvä asennon juodessa ja pieni lusikka, jolla ruoka on helpompi ohjata kielen päälle. Ruokailun jälkeen potilaan kannattaa pysyä istuma-asennossa ainakin 20 minuuttia ennen makuuasentoon menoa. Puheterapeutti kuntouttaa nielemisvaikeudesta kärsivää potilasta. Kuntoutus alkaa kuntoutustarpeen arvioinnilla ja kuntoutuksen menetelmien määrittämisellä. (Aaltonen, ym. 2009; Aivoliitto ry 2011.)

6.2 Psyykkinen kuntoutus

Tarvittaessa potilaan hoidossa käytetään apuna psykiatrissa erityisasiantuntemusta. Neuropsykologisia oireita hoidetaan neuropsykologisella kuntoutuksella. Suurin osa kuntoutuksesta tapahtuu kuitenkin potilaan jokapäiväisen kuntoutuksen yhteydessä. Hoitohenkilökunta tukee potilasta ja hänen läheisiään kriisin läpikäymisessä ja pyrkii kuntouttavan hoitotyön keinoin lievittämään potilaan oireita ja edistämään hänen toimintakykyään. Aktiivinen kuntouttava hoito sekä potilaan ja läheisten riittävä informointi ja kuuntelu tukevat selviytymistä vaikeasta elämäntilanteesta. (Aivoliitto ry 2013; Erkinjuntti, ym. 2002; Salmenperä, ym. 2002, 154–155.)

Surutyölle on annettava aikaa. Sairastuminen aiheuttaa usein suuren elämänmuutoksen niin sairastuneelle kuin hänen läheisilleenkin. Menetyksiä ja muutoksia voi käsitellä esimerkiksi sopeutumisvalmennuskursseilla. Mielialalla on paljon vaikutusta kuntoutumiseen. (Aivoliitto ry 2012; Tuusa 2008.)

6.2.1 Afasian kuntoutus

Hoitajien tulee muistaa afasiapotilaan kanssa keskustellessa kunnioittaa potilasta, vaikka hän ei ymmärtäisi puhetta tai vastaisi siihen. Hoitajan on tärkeä puhua suoraan kasvoista kasvoihin, jotta kuntoutuja näkee suun liikkeet ja kasvon ilmeet. Keskustelun aikana tulee käyttää yksinkertaisia lauseita ja välttää sivulauseita. Afasiapotilaille tulee antaa aikaa sulattaa yksi asia kerrallaan ja odottaa potilaan reaktiota ennen kuin jatkaa seuraavaan asiaan. Hoitajan tulee puhua hitaasti ja normaalilla äänellä, sillä afasia ei aiheuta kuulemisvaikeuksia. Keskustelun aikana afasiapotilaalle tulee antaa aikaa hakea oikea ilmaus ja hoitajan tulee olla takertumatta väärään ilmaisuun. Jos hoitaja ei ymmärrä, mitä kuntoutuja puhuu, tulee asiaa kysyä uudestaan. (Anttila, ym. 2009, 400–402; Atula 2012; Akavatalo 2012.)

Koska afasiapotilaalla on häiriöitä kielellisissä toiminnoissa, tulee muihin aisteihin panostaa enemmän, kuten kuva-, rytmi- tai tuntoaistiin. Keskustelun päätteeksi hoitajan tulee tehdä keskustelusta yhteenveto ja odottaa vahvistusta yhteisymmärryksestä. Puheterapeutti auttaa puheeseen liittyvien häiriöiden kuntoutuksessa eli puheen tuoton tai puheen ymmärryksen häiriöissä. Neuropsykologinen kuntoutus tulee kyseeseen erityisesti silloin, kun esiintyy muistin, tarkkaavaisuuden tai muiden ajatustoiminnan häiriöitä. Puheterapeutin työn kohteena voivat olla seuraavat osa-alueet: puhe, kieli, kommunikaatio, ääni, lukeminen, kirjoittaminen, syöminen, nieleminen ja suun motorinen toiminta. (Anttila, ym. 2009, 400–402; Atula 2012; Akavatalo 2012.)

6.2.2 Havaintotoimintojen kuntoutus

Kaikki toiminnot pyritään toteuttamaan halvaantuneelta puolelta vuoteesta tuolille tai pukeminen pyritään ohjaamaan ja aloittamaan aina halvaantuneelta puolelta. Kaikki hoitotoimet, kuten peseytymisessä avustaminen tai syöttäminen tulee toteuttaa halvaantuneelta puolelta. Kuntoutuja ei aluksi kykene havaitsemaan sinua halvaantuneelta puolelta, mutta kun hän saa riittävän usein ärsykeitä halvaantuneelta puolelta, hän oppii huomioimaan myös sen puolen. (Heikura, Juopperi & Koivukangas 2011; Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri 2010.)

Kodissa tulee huonekalut järjestellä esteettömästi, jotta potilas voi turvallisesti liikkua myös kotona. Myös virikkeet, kuten yöpöytä, tulee sijoittaa halvaantuneelle puolelle. (Heikura, Juopperi & Koivukangas 2011; Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri 2010.)

Akuuttivaiheessa potilaan mahdollisesti ollessa vuodepotilaana asentoa tulee vaihdella riittävän usein, jotta halvaantunut puoli saa ärsykeitä. Halvaantuneelle puolelle saa tukeutua, mutta raajojen virheasentoja on vältettävä. (Heikura, Juopperi & Koivukangas 2011.; Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri 2010.)

6.2.3 Masennus

Masennus heikentää aivoinfarktipotilaan elämänlaatua, häiritsee kuntoutumista ja kognitiivisia toimintoja. Taipumus masennukseen tulee arvioida sairastumisen akuuttivaiheen jälkeen. Kuntoutuja itse ei yleensä tiedosta omaa alakuloisuuttaan tai halua peitellä sitä. On syytä muistaa, että potilas saattaa hyvätuulisesta käytöksestään huolimatta olla samanaikaisesti masentunut, vaikka hän kykenee masennustaan ilmaisemaan. Masentuneisuus saattaa tulla esiin myöhemmin todella voimakkaana. Masennus voi kertoa potilaan edistymisestä ja sairauden tunnettomuuden häviämisestä. Mielialan hoito tulee aloittaa niin varhain kuin mahdollista. Mitä aktiivisemmin masennusta hoidetaan, sitä nopeampaa kognitiivinen toipuminen on. (Kytke-hanke 2012; Erkinjuntti, ym. 2002; Laine 2010; Sairanen 2010.)

Masennuksen seurannan tulee jatkua myös kuntoutuksen jälkeen. Masennuksen arvioinnissa ja diagnosoimisessa käytetään erilaisia depressiokyselyitä kuten GDS tai GDS 15. Depressiokyselyt tehdään 1-2 viikon, 1 kuukauden ja 3 kuukauden kuluttua aivoinfarktista. Masennusta hoidetaan lääkehoidolla ja mahdollisesti potilaan näin halutessa psykologin keskustelujen avulla. (Kytke-hanke 2012; Erkinjuntti, ym. 2002; Laine 2010; Sairanen 2010.)

6.2.4 Seksuaalisuus

Seksuaalisuus on yksi osa kaikkien elämää iästä ja sukupuolesta riippumatta. Sairastuessaan aivoinfarktiin ihminen saattaa kokea, että hänen seksuaalisuutensa muuttuu. Keho saattaa muuttua ja ei välttämättä toimi enää niin kuin ennen. Ihminen joutuu käymään läpi surutyötä siitä, että ei olekaan enää täysin samanlainen kuin ennen. Tämän surutyön läpikäyminen vie aikaa. Sairastumiseen mahdollisesti liittyvä masennus ja jotkut lääkkeet saattavat osaltaan vähentää sukupuolista halua ja kykyä. Parisuhteessa roolit voivat muuttua, kun kumppanista onkin tullut toisen halvaannuttua päivittäisten toimien tekijä. Seksuaalisuuden ilmaiseminen vaatii erilaista ajattelua ja totuttelua. (Färkkilä & Ruutiainen 2003; Sepponen 2011.)

Toimivan parisuhteen perustana on hyvä vuorovaikutus. Vuorovaikutus on omien ajatusten, tunteiden ja läheisyyden tarpeen ilmaisemista. Se on myös toisen kuulemista ja ymmärtämistä. Se, mitä ääneen sanomme, on pieni osa siitä, mitä viestimme itsestämme. Muu viestintä on ei-sanallista, eli sitä mitä ilmaisemme eleillä, teoilla ja ilmeillä. Sairastuneelle ja hänen kumppanilleen on tärkeää saada viestitettyksi, että sairaudesta huolimatta ihmissuhde ja seksuaalisuus ovat tärkeä osa elämää. Kaikilla ihmisillä tulee olla vapaus seksuaalisten tarpeiden tyydyttämiseen. Seksuaalisuus on kykyä vastaanottaa ja jakaa tunteita, läheisyyttä ja hellyyttä sekä ilmaista naiseutta tai miehisyyttä. Seksuaalisuus on iso osa minäkuvaa. Sairastumisenkin keskellä on tärkeää nähdä seksuaalisuus voimavarana, ilona ja energiana. (Färkkilä & Ruutiainen 2003; Sepponen 2011.)

6.3 Apuvälineet

Aivoinfarktipotilaan liikkumisen apuvälineitä ovat pyörätuoli, rollaattori tai kävelykeppi. Halvaantunutta puolta tuetaan usein nilkka-, polvi- tai olkapäätuella. Omatoimisen syömisen tueksi ruokailuvälineissä paksunnetut varret auttavat välineen pysymistä kädessä ja ruokailuvälineen hahmottamista. Hygienian hoidossa auttavat esimerkiksi suihkutuoli ja vessaan kohottautumistelineet. (Atula 2012; Lindsberg, ym. 2011.)

Toimintaterapiassa selvitetään apuvälineiden tarve sekä kotiutustilanteessa tarkastetaan potilaan asunnon muutostöiden tarpeellisuus ja suunnitellaan tarvittavat muutokset, jotta potilas selviytyisi kotona. (Atula 2012; Suomen toimintaterapeuttiliitto ry 2012.)

7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyö tehtiin aivoinfarktipotilaan kuntoutuksesta sairaanhoitajan näkökulmasta. Koska neurologiset sairaudet ovat valittavan yleisiä Suomessa, halusimme opinnäytetyöllämme antaa lisää tietoa hoitajille aivoinfarktipotilaan kuntoutuksesta. Opinnäytetyön tarkoitus oli auttaa hoitajia aivoinfarktipotilaan kuntoutuksessa.

Saimme työelämäkumppaniltamme Ilveskodilta ehdotuksen, että tekisimme heille oppaan aivoinfarktipotilaan kuntoutuksesta, jonka voisi antaa kuntoutujan omaisille. Ilveskodista ei vielä löytynyt materiaalia, jota voisi tarjota aivoinfarktipotilaalle tai heidän omaisilleen. Ilveskodin henkilökunta koki myös oppaan tarpeelliseksi. Opinnäytetyön toiminnallinen osuus oli opas aivoinfarktipotilaiden omaisille. Oppaassa kerrottiin aivoinfarktista ja sen aiheuttamista vaurioista ja oireista ihmisessä. Oppaassa korostettiin omaisten osallistumisen tärkeyttä kuntoutukseen sekä kerrottiin hoidosta. Oppaalla haluttiin jakaa tietoa siitä, kuinka aivoinfarktiin sairastunutta potilasta hoidetaan sekä kuinka omainen voi aktiivisesti osallistua läheisensä kuntoutukseen ja auttaa omaistaan kuntoutumaan parhaalla mahdollisella tavalla.

Opas tullaan jakamaan Ilveskodissa kaikille aivoinfarktipotilaiden omaisille heti kuntoutujan tullessa hoitoon. Näin omaiset saisivat rauhassa tutustua oppaaseen, ja kysellä sitten hoitajilta mieleen tulleita kysymyksiä.

Tavoitteena oli tehdä selkeä opas aivoinfarktipotilaan omaisille aivoinfarktin kuntoutuksesta. Opinnäytetyömme oli tarkoitus vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Mikä on aivoinfarkti?
2. Miten aivoinfarkti vaikuttaa ihmiseen?
3. Miten aivoinfarktipotilasta kuntoutetaan ja kuinka omainen voi osallistua kuntoutukseen?

8 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

Toisena lukuvuotena pohdimme, mistä aiheesta haluaisimme tehdä opinnäytetyömme. Koska olimme molemmat työskennelleet aivoverenkiertohäiriöpotilaiden parissa, päätimme tehdä opinnäytetyön molemmille tutusta aiheesta. Kesällä 2012 Ilveskodin henkilökunnalta tuli ehdotus aivoinfarktipotilaan omaisten oppaasta. Pohdimme aihetta ja innostuimme siitä. Syksyllä 2012 otimme uudelleen yhteyttä Ilveskotiin ja he olivat edelleen kiinnostuneita yhteistyöstä. Aloimme kerätä aineistoa aivoinfarktista.

Talvella 2012–2013 keräsimme tietoa kirjoista ja internetistä. Pidimme ideaseminaarin ja väliseminaarin alkuvuodesta 2013. Olimme yhteydessä Ilveskodin yhteyshenkilöömme ja saimme uutta näkökulmaa työhömmme. Teimme Ilveskodin työntekijöille kyselyn, jossa otimme selvää mitä he tietävät aivoinfarktista ja kuinka aivoinfarkti potilaan omaiset osallistuvat läheisensä kuntoutumiseen. Käytimme kyselyn vastauksia oman pohdintamme tukena opinnäytetyössä.

Keväällä 2013 viimeistelimme teoriaosuuttamme. Oppaan laatiminen vei muutamia viikkoja, ja saimme palautetta Ilveskodilta oppaan eri vaiheissa. Kesän 2013 aikana teimme opinnäytetyömme teoriaosuuden loppuun ja opas valmistui elokuun alussa. Seuraavissa kappaleissa tarkastelemme lisää opinnäytetyöprosessimme eri vaiheita.

8.1 Kyselylomake Ilveskodin henkilökunnalle

Kysely tehtiin alkukeväällä 2013 Ilveskodin henkilökunnalle. Tarkoituksena oli käyttää vastauksia apuna aiheen rajaamisessa. Vastaukset auttoivat käsittelemään opinnäytetyössä ja Ilveskotiin suunnatussa oppaassa tärkeiksi koettuja aihealueita.

Kaikki kyselyyn vastanneista olivat kokeneet haasteita aivoinfarktipotilaan kuntoutuksessa muun muassa seuraavissa asioissa: jatkokuntoutusohjeet, kuntoutumistavoitteet, kommunikointi potilaiden kanssa, potilaiden levottomuus ja masennus, potilaiden raajojen asento- ja liikehoito, lääkehoito, sairauden tunnottomuus, neglect -oireet, käytösoireet ja aivoinfarkti potilaan akuuttivaiheen hoito.

Suurin osa henkilökunnasta oli sitä mieltä, että omaiset osallistuvat vaihtelevasti tai melko vähän kuntoutukseen. Suurimmiksi haasteiksi omaisten kohdalla nousi vähäinen tiedon määrä sairaudesta ja sen aiheuttamista fyysisistä sekä psyykkisistä muutoksista. Toinen ongelma oli, että omaiset tekevät liikaa läheisensä puolesta, jolloin asiakkaan kuntoutus kärsii. Jotkut omaiset kokivat kuntoutuksen kiusaamisena, ja haluaisivat, että heidän läheisensä saisi maata sängyssä koko päivän. Toiset taas vaativat läheiseltään mahdottomia ja tavoitteet kuntoutumiselle ovat epärealistiset.

Kaikki kyselyyn vastanneet halusivat lisää tietoa aivoinfarktipotilaan kuntoutuksesta, koska uutta tietoa tulee koko ajan lisää. Erityisesti henkilökunta kertoi tarvitsevänsä lisätietoa psyykkisen toimintakyvyn oireista ja niiden hoidosta. Jotkut kyselyyn vastanneista pitivät haasteellisena poti-

laan kohtaamisen akuuttivaiheessa, potilaan ollessa levoton, masentunut ja sairauden tunnoton.

Omaisten rooli koettiin tärkeäksi. Omaiset tuntevat läheisensä parhaiten, tukevat sekä auttavat masennuksen ehkäisyssä. Yhteistyön merkitys kuntoutuksessa korostuu asiakkaan etua ajatellessa.

8.2 Tiedonhakuprosessi

Etsimme lähdemateriaalia internetistä, HAMK:n Lahdensivun kirjastosta sekä Hämeenlinnan pääkirjastosta. Haimme tietoa käyttäen eri tietokantoja, kuten Medic, Linda ja Arto. Internetistä etsimme lähdemateriaalia termeillä: ”aivoinfarkti”, ”aivoverenkiertohäiriöt”, ”stroke” ja ”aivoinfarktista kuntoutuminen”. Käytimme internet lähteinä Terveyskirjastoa ja eri ammattiliittojen sivuja. Kirjallisuuslähteemme ovat tieteenalamme eri julkaisuja. Rajasimme lähteiden vuosiluvuksi 2000-luvun. Saimme myös paljon tärkeää tietoa aivoinfarktista ja sen kuntoutuksesta Ilveskodin henkilökunnalta.

Tiedonhaku oli yllättävän haastavaa. Tietoa löytyi, mutta kuntoutuksen näkökulmaa oli käsitelty usein kovin pintapuolisesti. Usein löydettyämme kirjallisia lähteitä, ne eivät olleet vuosiluku rajauksemme sisällä. Kävimme muutaman kerran HAMK:n informaattikko Kari Mikkosen pitämällä luennoilla tiedonhausta, jotta oppisimme lisää ja saisimme opinnäytetyöhömme monipuolisia lähteitä. Mikkosen tunnit opettivat hyvin, kuinka etsiä lähteitä oikeanlaisista tietokannoista. Opinnäytetyöprosessin aikana olimme tutkimaan lähteitä kriittisesti.

8.3 Oppaan laatiminen

Käytimme oppaan laatimisessa opinnäytetyömme teoriapohjaa sekä kyselylomakkeesta kerättyjä tärkeitä koettuja pääkohtia. Kun olimme saaneet opinnäytetyömme teoriaosuuden valmiiksi, aloimme ideoida opasta. Saimme ohjeita Ilveskodin yhteyshenkilöltämme. Luonnoksen tehtyämme, veimme sen Ilveskotiin, jossa saimme kerättyä mielipiteitä ja parannusehdotuksia oppaaseemme niin hoitohenkilökunnalta kuin fysioterapeuteilta ja toimintaterapeutilta.

Teimme Ilveskodin henkilökunnan ideoiden ja omien pohdintojemme pohjalta muutoksia oppaaseen. Ilveskoti hyväksyi oppaan, jonka jälkeen mietimme oppaan ulkoasua ja teimme lopullisen tuotoksen valmiiksi. Ilveskoti oli tyytyväinen lopputulokseen.

9 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa opas aivoinfarktipotilaan omaisille. Teoreettisen viitekehyksen suunnittelu ja tekeminen oli selkeää, koska tietoa löytyi paljon, meillä oli kokemusta aivoinfarktipotilaan hoitopolusta ja aihe oli meidän mielestämme todella mielenkiintoinen. Oppaan laatimista helpotti se, että työelämäkumppanimme Ilveskoti oli aktiivisesti mukana oppaan ideoimisessa. Saimme paljon hyviä ajatuksia ja kokemuksia Ilveskodilta omaan pohdintaamme ja niiden avulla saimme erilaisia näkökulmia koko opinnäytetyöprosessiimme.

Lähteitä löytyi paljon internetistä. Kirjalähteitä löytyi myös paljon, mutta useat teokset olivat liian vanhoja. Rajauksemme oli 2000-luku. Kirjalähteiden haku oli haastavaa. Internet lähteiden hyödyntämisessä oli tärkeää arvioida lähteiden luotettavuutta. Hylkäsimme monet lähteet, koska emme voineet olla varmoja lähteiden alkuperästä. Valitsimme vain lähteet, jotka tiedämme varmasti hyviksi ja joiden tiedot pystyi varmistamaan eri lähteistä.

Aivoinfarktista ja muista aivoverenkiertohäiriöistä oli tehty useita eri opinnäytetöitä. Halusimme tehdä hieman erilaisen opinnäytetyön kuin aiemmin kirjoitetut. Useat aikaisemmat opinnäytetyöt aivoverenkiertohäiriöistä olivat kuvausta aivoinfarktista ja kuntoutuksen pääkohdista, joten tämän opinnäytetyön tarkoitus oli antaa käytännönläheistä tietoa aivoinfarktipotilaan hoidossa. Opinnäytetyömme on myös helppolukuinen ja ymmärrettävä niille, jotka eivät itse ole hoitoalalla, koska asiat on selitetty niin sanotulla arkikielellä.

Opinnäytetyömme teoriaosuus on tarkoitettu hoitajien käyttöön heidän työskennellessään aivoinfarktipotilaiden kanssa. Opinnäytetyömme on kattava tietolähde aivoinfarktipotilaan kuntoutuksesta, ja se antaa varmasti myös uutta tietoa aivoinfarktipotilaan hoidosta.

Omaisten oppaan on tarkoitus auttaa omaisia ymmärtämään sairastuneen läheisensä kuntoutumisprosessia. Tarkoitus on myös aktivoida omaisia osallistumaan potilaan hoitoon, koska läheisten tuki on merkittävä osa aivoinfarktipotilaan kuntoutuksessa.

Yritimme tehdä opinnäytetyöstämme niin selkeän kuin mahdollista. Laaja alue kuitenkin tuotti hankaluuksia esimerkiksi asioiden erittelyssä. Opinnäytetyötämme laatiessa opinnäytetyöpajoista oli meille paljon hyötyä.

Tietoa hakiessamme opimme itsekkin todella paljon uutta ja vanhat tietomme päivittyivät. Yllätyimme, kuinka paljon uutta tietoa saimme. Työn tekeminen oli antoisaa ja mielenkiintoista. Opinnäytetyömme valmistui suunnitelmiamme mukaan aikataulussa.

LÄHTEET

- Aaltonen, L.-M., Aherto, A., Arkkila, P., Jousimaa J. & Saarela, M. 2009. Dysfagia – moniammatillinen haaste. Viitattu 10.4.2013.
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&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98183
- Aivoliitto ry 2013. Neuropsykologiset puutosoireet. Viitattu 26.4.2013.
http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/aivoverenkiertohairio/neuropsykologiset_puutosoireet
- Aivoliitto ry 2012. Kuntoutuminen. Viitattu 15.2.2013.
http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/aivoverenkiertohairio/kuntoutuminen
- Aivoliitto ry 2011. Nielemisvaikeus eli dysfagia. Viitattu 13.1.2013.
http://www.aivoliitto.fi/files/823/Dysfagia_web.pdf
- Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2005. Aivoverenkiertohäiriöt ja spastisuus. Viitattu 27.3.2013.
<http://www.aivoliitto.fi/files/611/spastisuus.pdf>
- Akavatalo 2012. Puheterapia. Viitattu 2.1.2013.
<http://www.puheterapeuttiliitto.fi/fi/puheterapia/>
- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, N. & Puska, E.-L. 2009. Sairaanhoito ja huolenpito. 7. uud. p. Helsinki: WSOY.
- Atula, S. 2012. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Viitattu 2.12.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001&p_haku=aivohalvaus
- Erkinjuntti, T., Hietanen, M., Kalska, H., Pohjasvaara, T. & Ylikoski, R. 2002. Aivoverenkierron häiriöiden jälkeiset kognitiiviset häiriöt. Viitattu 26.4.2013.
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&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo92847&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinumero

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

Färkkilä, M. & Ruutiainen, J. 2003. Seksuaaliongelmät neurologisissa sairauksissa. Viitattu 10.4.2013.

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_acti-on%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo93411&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero

He, Y, Liu, C, Wang, J., Yang, Z. & Zhao, S. 2013. L-carnosine inhibits neuronal cell apoptosis through signal transducer and activator of transcription 3 signaling pathway after acute focal cerebral ischemia. Brain Research. Viitattu 21.4.2013.

<http://www.tritolonen.fi/index.php?page=articles&id=12>

Heikura, J., Juopperi, R. & Koivukangas, M. 2011. Kriittisesti sairaan potilaan kuntoutus. Luento. 8.12.2011.

Ilveskoti 2012a. Hoitotyö. Viitattu 2.1.2013..

http://www.ilveskoti.fi/www/index.php?option=com_content&view=article&id=18&Itemid=21

Ilveskoti 2012b. Kuntoutus. Viitattu 2.1.2013.

http://www.ilveskoti.fi/www/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=4

Ilveskoti 2012c. Virike- ja vapaa-ajan toiminta. Viitattu 2.1.2013.

http://www.ilveskoti.fi/www/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=26

Jaatinen, T.K.M. & Raudasoja, J. 2011. Kansamme taudit. 3.-5.painos. Helsinki: WSOY.

Junkkarinen, A. 2011. Aivoinfarktipotilaan hoito. Sairanhoitajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.1.2013.

http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03612&p_haku=aivoinfarktipotilaan%20hoito%20sairanhoitajan%20k%C3%A4sikirja

Kustannus Oy Duodecim. 2013 Halvaus. Viitattu 21.4.2013.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00018

Kytke-hanke. 2012. AVH-prosessi. Viitattu 27.1.2013.

http://oulu.ouka.fi/kytke/avh/Kuntoutumista_tukeva_hoitoty_o_kansio.pdf

Laaksonen, K. 2012. Brain plasticity and stroke recovery. Helsingin yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 13.3.2013.
http://www.duodecim.fi/terveysportti/uutissorvi_uusi.lue_abstrakti2?iid=16045&iprint=3

Laine, S. 2010. Aivoverenkiertohäiriöiden vaikutukset tunne-elämään. Viitattu 15.2.2013. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2856/5289>

Lehtomäki, T., Ruohomäki, H., & Saastamoinen, T. 2010. Tajunnan tason arviointi. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.1.2013
http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00152&p_haku=teho-%20ja%20valvontahoitoty%C3%B6n%20opas%20tajunnan%20tason%20arviointi

Liippola, P. & Lumimäki V. 2013. Liikunta aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Aivoliitto ry. Viitattu 9.8.2012.
http://www.aivoliitto.fi/files/1089/Aivoliitto_Liikunta_hairion_jalk_V5.pdf

Lindsberg, P., Sairanen, T., Tarnanen, K. & Vuorela, P. 2011. Aivoinfarkti. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 20.1.2013.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../khp00062>

National Stroke Association. 2013a. Paralysis. Viitattu 3.4.2013.
<http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=hemiparesis>

National Stroke Association. 2013b. Recovery & Rehabilitation. Viitattu 27.3.2013. <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=REHABT>

Nyrkkö, H. 2012. AVH, neuropsykologiset oireet ja työelämä. Viitattu 21.4.2013.
http://www.aivoliitto.fi/files/818/AVH_neuropsykologiset_oireet_ja_tyoeelama.pdf

Ojala, E., Pietilä, M-L., Saye, J. & Saarela, M. 2006. Yhtenäisen hoitokäytännön luominen aivohalvauspotilaan nielemisen arviointiin ja ruokailun ohjaukseen moniammatillisena yhteistyönä. Viitattu 27.1.2013.
http://oulu.ouka.fi/kytke/avh/Kuntoutumista_tukeva_hoitoty_o_kansio.pdf

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2013. Aivoverenkiertohäiriöt ja apraksia. Viitattu 19.3.2013.
http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=apraksia&source=web&cd=4&cad=rja&ved=0CEQQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.pshp.fi%2Fdownload.aspx%3FID%3D793%26GUID%3D%257B583E4648-2AD4-4674-956A-093FADD68327%257D&ei=nTZIUZruEMSntAbSsoGABA&usg=AFQjCN_Eb_T0uUiOS5FxeeEzSkwHeBEFXjQ&bvm=bv.43828540,d.Yms

Sairanen, T. 2010. Aivoinfarktin jälkeisen masennuksen hoito. Viitattu 10.4.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00646

Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki:Tammi.

Sepponen, M. 2011. Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut ja seksuaalisuus. Viitattu 13.3.2013.
<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2820/5098/>

Stroke Association. 2013a. Cognitive problems. Viitattu 27.3.2013.
<http://www.stroke.org.uk/about/cognitive-problems>

Stroke Association. 2013b. Physical problems. Viitattu 27.3.2013.
<http://www.stroke.org.uk/about/physical-problems>

Stroke Association. 2013c. Types of stroke. Viitattu 27.3.2013.
<http://www.stroke.org.uk/about/types-stroke>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2012. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Viitattu 13.3.2013.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&dlehtiaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo97774&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero

Suomalainen lääkäri-seura Duodecim 2013. Aivoinfarkti. Viitattu 13.1.2013.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50051>

Suomen toimintaterapeuttiliitto ry 2012. Toimintaterapia. Viitattu 2.1.2013
<http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/toimintaterapia.html>

Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos. 2004. Peruselintoimintojen tukeminen. Viitattu 3.4.2013.
http://koulut.tampere.fi/materiaalit/avh/5_link1.html

Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos. 2003a. Halvaantuneen puolen yläraajan ongelmat. Viitattu 21.4.2013.
http://koulut.tampere.fi/materiaalit/avh/8_4link1.html

Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos. 2003b. Toimintakyvyn tukeminen. Viitattu 19.3.2013. http://koulut.tampere.fi/materiaalit/avh/8_6.html

Tuusa, R. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt, sairastunut ja tieto. Tampereen yliopisto. Psykologia. Pro gradu-tutkielma.

Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri. 2013. Yleistä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutumisesta. Viitattu 10.4.2013. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2816/5081/>

Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri. 2012. Mikä on aivoverenkiertohäiriö? Viitattu 10.4.2013. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2813/5064/>

Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri. 2010. Havaintohäiriöt/Neglect. Viitattu 21.4.2013. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2856/5286>

Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri. 2007. Mikä on aivoinfarkti? Viitattu 3.4.2013. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2813/5065>

Veto ja lepo. 2012. Fysioterapia. Viitattu 2.1.2013. <http://vetojalepo.fi/fysioterapiapalvelut/hoidot/sahkostimulaatio/>

KYSELYLOMAKE ILVESKODIN HOITAJILLE

Kyselylomake Ilveskotiin

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitaja opiskelijoita HAMK:ista. Teemme toiminnallista opinnäytetyötä aiheesta aivoinfarktipotilaan kuntoutus. Toiminnallisessa osuudessa teemme Ilveskotiin oppaan aivoinfarktista kuntoutuvan potilaan omaisille. Oppaassa käsittelemme omaisen osallistumisen tärkeyttä kuntoutukseen. Tähän kyselyyn voi vastata anonyymisti. Käytämme tämän kyselyn vastauksia oman pohdintamme lähteenä. Vastaukset analysoituaamme hävitämme vastauslomakkeet asianmukaisesti. Kiitos vastauksesta!

1. Ammattinimikkeesi:
2. Oletko kohdannut haasteita aivoinfarktipotilaan kuntoutuksessa? Jos olet, min-kälaisia?
3. Kuinka paljon omaiset osallistuvat aivoinfarktipotilaan kuntoutukseen?
 -
 - Millaisia haasteita omaisten osallistuminen voi tuoda potilaan kuntoutukseen?
 - Onko omaisilla riittävästi tietoa aivoinfarktista ja sen kuntoutuksesta?
 -
4. Koetko tarvitsevasi lisätietoa aivoinfarktipotilaan hoidosta ja kuntoutuksesta?
5. Muuta kommentoitavaa ja ajatuksia aiheesta?

Sanna Oikari ja Maiju Ruotsalainen