

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / Sairaanhoidaja

Maiju Pekkola

AIVOINFARKTIPOTILAAN OHJAUKSEN KEHITTÄMINEN

- POTILASOPPAAN LAATIMINEN

Opinnäytetyö 2009

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

PEKKOLA, MAIJU

Aivoinfarktipotilaan ohjauksen kehittäminen

- potilasoppaan laatiminen

Opinnäytetyö

44 sivua + 13 liitesivua

Työn ohjaaja

yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen

Toimeksiantaja

Kymenlaakson sairaanhoitopiiri

Marraskuu 2009

Avainsanat

aivoinfarkti, aivoverenkiertohäiriö, ohjaus, potilasopas

Tämä kehittämistehtävä on tehty yhteistyössä Kymenlaakson keskussairaalan kanssa. Kehittämistehtävän tarkoituksena on kehittää aivoinfarktia sairastaneen potilaan saamaa ohjausta laatimalla potilasopas, joka annetaan aivoinfarkti potilaalle ja hänen omaisilleen ohjauksen yhteydessä.

Aivoinfarktiin sairastuu Suomessa n. 14 000 ihmistä vuodessa. Hoitoajat ovat lyhentyneet ja näin ollen potilaat joutuvat ottamaan enemmän vastuuta omasta hoidostaan ja tarvitsevat riittävästi ohjausta selviytyäkseen kotona. Aivoinfarktiin sairastuminen tulee yllättäen ja sairastuminen aiheuttaa kriisin sekä potilaalle että hänen omaisilleen. Siksi on tärkeää, että suullisen ohjauksen lisäksi annetaan kirjallista materiaalia, josta voi myöhemmin kerrata keskeisiä tietoja.

Kirjallisuudesta ja tutkimuksista selvisi, että aivoinfarktiin sairastaneet potilaat sekä heidän omaisensa kaipaavat lisää tietoa ja etenkin kirjallista materiaalia. Tavoitteena on laatia selkeä ja helposti luettava potilasopas, joka sisältää keskeisimmät aivoinfarktiin liittyvät asiat. Opas tulee käyttöön Kymenlaakson keskussairaalan ensiapupoliklinikalle sekä neurologian vuodeosastolle.

Tässä opinnäytetyössä on käytetty sisällönanalyysiä, jolla on nostettu näyttöön perustuvasta tiedosta keskeisimmät asiat teoriaosaan. Sisällönanalyysiä on käytetty myös teoriaosan tietojen tiivistämiseksi oppaaseen. Teoriaosasta laadittiin käsitekarttoja, joiden pohjalta laadittiin potilasopas.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

PEKKOLA, MAIJU

Developing a Stroke Patient´s Counseling

-

- drawing up a patient guide

Bachelor´s Thesis

44 pages + 13 pages of appendices

Supervisor

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, PhD

Commissioned by

Kymenlaakso central hospital

November 2009

Keywords

stroke, counseling, patient guide

This development assignment was made with Kymenlaakso central hospital and its purpose was to develop a stroke patient´s counseling by drawing up a patient guide, which can be given to the patient and to his/her relatives during the counseling.

Every year 14 000 people come down with a stroke in Finland. The treatment periods have been reduced and therefore the patients need to take more responsibility for their treatments and needs to cope at home. The stroke occurs without warning and it is a shock to the patient and his/her relatives. It is important that the patient gets written materials in addition to oral counseling so that he/she can review the information later.

The literature and the results of the studies tell that stroke patients and their relatives need more information, especially written materials. The goal is to make a clear, easily read patient guide, containing central information about the stroke. The guide will be used in the emergency room and the neurological ward at Kymenlaakso central hospital.

In this Bachelor´s thesis content analysis has been used and with it central information from evidence based information has been lifted and put into theory part. Content analysis has also been used to condense information into a patient guide. Mind maps were made from the theory part and they were used for making the patient guide.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	YHTEISTYÖTAHO	8
3	AIVOINFARKTI POTILAAN OHJAUKSEN KEHITTÄMINEN JA KEHITTÄMISEN TAVOITTEET	9
4	AIVOINFARKTIPOTILAAN NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TIETO-SISÄLLÖNANALYYSI	10
5	PALAVERTI TYÖELÄMÄN EDUSTAJIEN KANSSA	12
6	OHJAUS KÄSITTEENÄ	13
7	AIVOINFARKTI POTILAAN OHJAUKSEN NYKYTILA	14
8	AIVOINFARKTI POTILAAN OHJAUKSEN SISÄLTÖÄ	15
	8.1 Aivoinfarktin määrittelyä	16
	8.2 Aivoinfarktin riskitekijät ja ennaltaehkäisy	17
	8.3 Aivoinfarktin oireet	20
	8.4 Aivoinfarktipotilaan tutkimukset	21
	8.5 Aivoinfarktipotilaan hoito	22
	8.5.1 Komplikaatioiden ehkäisy	24
	8.5.2 Liuotushoito	25
	8.5.3 Muu lääkehoito	26
	8.6 Aivoinfarktista toipuminen	27
	8.6.1 Kuntoutus	27
	8.6.2 Psykkinen selviytyminen	29
9	HYVÄN POTILASOHJEEN OMINAISUUDET	34
10	NÄYTTÖÖN PERUSTUVASTA TIEDOSTA OPPAAKSI – SISÄLLÖNANALYYSI	35
11	OPPAAN SISÄLLÖN RUNKO	36
12	OPPAAN LAADINTAPROSESSIN LUOTETTAVUUSTEKIJÄT	38
13	POHDINTA	39

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Tutkimuslupa/ sopimus opinnäytetyöstä

Liite 3. Tietoa aivoinfarktista – potilasopas

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Aivoinfarkti on yksi aivoverenkiertohäiriöistä, jotka jaetaan kahteen erityyppiseen tilaan: iskemiaan eli aivokudoksen paikalliseen verettömyyteen ja hemorragiaan eli aivovaltimon verenvuotoon. Näistä tiloista käytetään yhteistä nimitystä aivohalvaus eli stroke. (Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2006, 271.)

Suomessa sairastuu aivoinfarktiin vuosittain n. 14 000 ihmistä, joista n. 25 % on työikäisiä (Roine 2007). Aivoinfarkilla on suuri kansanterveydellinen merkitys, sen takia menetetään enemmän laatu-painotteisia elinvuosia kuin minkään muun sairauden takia. N. 40 % potilaista menehtyy vuoden sisällä sairastumisesta, n. 10 % potilaista jää niin huonokuntoisiksi ettei kuntoutusta voida antaa, n. 10 % toipuu oireettomiksi, loput n. 40 % tarvitsee lääkinnällistä kuntoutusta (Kaste ym. 2006, 327). Suurin osa aivoinfarkteista on ehkäistävissä tunnistamalla riskitekijät ja vaikuttamalla niihin. Aivoverenkierronhäiriöt ovat Suomessa ja muuallakin länsimaissa kolmanneksi yleisin kuollisyys. Aivoverenkiertohäiriöt ovat kallein valtimotauti Suomessa. (Aivoinfarkti käypähoito suositus 2006.)

Aivohalvauksen oireiden ja merkkien tunnistamisen opettaminen väestölle on tärkeä asia väestön terveysvalistuksessa (European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management - Update 2003). Aivohalvaus on mahdollista ennaltaehkäistä ja siitä on mahdollista toipua. Väestö tulisi saada tietoisemmaksi aivohalvauksen ennaltaehkäisystä ja riskitekijöiden hoidosta sekä oireiden tunnistamisesta. (Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies.) Aivoinfarktin suurimpia riskitekijöitä ovat ikä, verenpaine-tauti, diabetes, veren korkea kolesteroli, tupakointi, sairastettu aivoverenkiertohäiriö sekä muut verisuonisairaudet. (Roine 2007.)

Aivoinfarkti aiheuttaa äkillisen toispuolihalvauksen, toispuoleisen tuntohäiriön, heikkouden tai voimattomuuden tai puheen tuoton ja ymmärryksen häiriön. Muita oireita ovat esim. suupielen vinous, näön ja silmän liikkeiden häiriöt, nielemisvaikeus, hui-maus ja tasapainovaikeus. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 297 – 298.)

Jos aivoinfarktia voidaan hoitaa liuotushoidolla, liuotushoito aloitetaan mahdollisimman pian, oireiden alkamisesta, viimeistään 4,5 tunnin sisällä (Hacke, Kaste, Bluhmki, Brozman, Dávalos, Guidetti, Larrue, Lees, Medeghri, Machnig, Schneider, von Kummer, Wahlgren & Toni; 2008.<http://content.nejm.org>). Kaikissa sairaaloissa ei ole päivystävää neurologia, joten joudutaan käyttämään apuna teleyhteyttä, jonka avulla voidaan konsultoida toisessa sairaalassa olevaa neurologia. Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirit ovat mukana Telestroke - hankkeessa. Hankkeen tarkoituksena on videoyhteyden avulla saada liuotushoito tasavertaisesti kaikkien Etelä- Suomen läänin asukkaiden ulottuville. (Hursti 2007.)

Kuntoutus aloitetaan sairaalassa mahdollisimman pian aivoinfarktin jälkeen. Kuntoutuksella pyritään vähentämään aivoihin syntyneen vaurion aiheuttamaa haittaa. Kuntoutuksen tavoitteena on mahdollisimman hyvän toimintakyvyn saavuttaminen sekä potilaan selviytyminen toimista mahdollisimman itsenäisesti. Kuntoutuksella tuetaan myös kuntoutujan sekä hänen läheistensä selviytymistä sairastumisen aiheuttamasta uudesta elämäntilanteesta. (Uusitalo, Laine & Puumalainen 2002, 31.)

Sairastuminen on kriisi sekä potilaalle että hänen omaisilleen. Potilaan on mahdollista osallistua sopeutumisvalmennukseen ja erilaisiin vertaistukiryhmiin. Kuntoutuvan potilaan hoitaminen on raskasta ja myös omainen tarvitsee tukea. (Saari 2003, 41; Kiuru 2005, 53 – 55.)

Aivoinfarkti potilaat sekä heidän omaisensa kaipaavat tutkimuksien mukaan lisää tietoa sekä kirjallista materiaalia aivoinfarktista. Potilaat eivät välttämättä muista hoidon alkuvaiheessa annettuja tietoja. Kirjallisten ohjeiden etu on, että tietoja voidaan lukea uudelleen ja uudelleen. (Johansson 2007, 30 - 49.)

Tämä opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Kymenlaakson keskussairaalan ensiavun ja neurologian vuodeosaston kanssa. Tarkoituksena on tehdä opas aivoinfarktista, joka hyödyttää potilasta ja omaisia. Opinnäytetyössä kehitetään potilasopas aivoinfarkti potilaille. Opas sisältää tietoa aivoinfarktista, sen riskitekijöistä, ennaltaehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta.

2 YHTEISTYÖTAHO

Opas tehdään yhteistyössä Kymenlaakson Keskussairaalan ensiapupoliklinikan sekä neurologian vuodeosaston kanssa. Yhteistyökumppanien kanssa on sovittu, että opasta käyttävät molemmat yhteistyöosastot. Ensiapupoliklinikalla opasta voidaan antaa aivohalvauspotilaan omaiselle, joka voi halutessaan perehtyä siihen.

Aivohalvauspotilaat viedään suoraan ensiapupoliklinikalle. Keskussairaalan ensiapupoliklinikalla hoidetaan kaikkien erikoisalojen päivystyspotilaita. Ensiapuun hakeudutaan lääkärin läheteellä. Ambulanssit voivat viedä potilaan ensiapuun ilman lääkärin lähetettä. Ensiapupoliklinikka sijaitsee keskussairaalan ensimmäisessä kerroksessa pääoven lähellä. Ensiavussa on hätätilapotilaan hoitotilat, toimenpidehuoneita sekä tarkkailutila. Osa ensiavun tiloista esim. kipsaushuone ovat yhteisiä kirurgian poliklinikan kanssa. (Kymenlaaksonsairaanhoidopiiri.)

Tutkimuksen mukaan ensiapupoliklinikalla omaisensa saattajana olleista 71 % oli tyytyväisiä saamiinsa tietoihin potilaan sairaudesta sekä tehdyistä tutkimuksista ja toimenpiteistä. Saattajat toivoivat saavansa kirjallisia ohjeita muistinsa tueksi. Erityisen tärkeäksi saattajat koettiin se, että hoitajat pitäisivät heidät ajan tasalla heidän ollessaan päivystyspoliklinikalla. (Salminen- Tuomaala, Kurikka, Korkiamäki & Paavilainen 2008, 261 – 263.)

Kun aivohalvauspotilasta on hoidettu ensiapupoliklinikalla, hänet siirretään aivohalvausyksikköön tai neurologiselle vuodeosastolle hoidettavaksi. Neurologian vuodeosaston potilaista suurin osa on aivoverenkiertohäiriö potilaita. Hoito on kokonaisvaltaista, moniammatillista, kuntouttavaa erikoissairaanhoidoa, sisältäen potilaan tarpeista lähtevän hyvän perushoidon. Neurologiset sairaudet ovat usein pitkäaikaisia, ja siksi potilaita ja omaisiaan ohjataan ja tuetaan sairauden eri vaiheissa. Osaston tiloissa sijaitsee myös vuonna 2006 aloitettu aivohalvausyksikkö, jossa hoidetaan akuutit tarkkailua vaativat potilaat. Neurologian vuodeosasto sijaitsee keskussairaalan seitsemännessä kerroksessa. (Kymenlaaksonsairaanhoidopiiri.)

3 AIVOINFARKTI POTILAAN OHJAUksen KEHITTÄMINEN JA KEHITTÄMISEN TAVOITTEET

Tässä opinnäytetyössä kehitetään aivoinfarktipotilaan ohjausta. Tutkimus- ja kehittämistoiminnalla tarkoitetaan tilastokeskuksen määritelmän mukaan systemaattista toimintaa, jolla lisätään tietoa tai käytetään tietoa uusien sovellusten löytämiseksi. Kriteerinä on, että toiminnan tavoitteena on tehdä jotain uutta. Kehittämistyö on toimintaa, jonka tavoitteena on luoda uusia menetelmiä aiempien tutkimusten pohjalta. Kehittämisellä pyritään parantamaan olemassa olevia käytäntöjä olennaisesti. Kehitys on erilaisten asioiden, ilmiöiden ja toimintojen muutoksia, jotka voivat olla myös sattumien seurausta. Kehittämisen ei tarvitse olla aina aktiivisen toiminnan seurausta vaan kehitystä voi tapahtua itsekseen tai passiivisestikin. Kehittyminen on muutosta parempaan. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 18 - 21)

Tutkiva kehittäminen voi luonnehtia ihmistä, ryhmää tai toimintatapaa. Tutkivaan kehittämiseen liittyy kriittinen ajattelu ja tutkimuksellisuus. Tutkimus voidaan ymmärtää useilla tavoilla. Tutkimus voi olla asenne, tarkastelutapa tai oman toiminnan tai asioiden tarkastelua ja pohdintaa. Tutkimus voi olla myös uuden tieteellisen tiedon tai uusien sovellutuksien tavoittelua. Tutkiva kehittäminen on työskentelytapa, jossa tutkimus, tutkimustieto tai tiedontavoittelu kehittämisen yhteydessä on keskeisessä roolissa. (Heikkilä ym. 2008, 22 - 23) Keskeisistä uusimmista tutkimuksista on tehty taulukko, joka esitellään liitteessä 1. Seuraavassa On aivoinfarktipotilaan ohjauksen kehittämiseen liittyviä tavoitteita:

1. Tutustua aivoinfarktiin liittyvään teoriatietoon

1.1 selvittää millainen sairaus aivoinfarkti on

1.2 tutustua ja raportoida aivoinfarktin riskitekijät ja niiden ennaltaehkäisy, oireet, hoitotoimenpiteet, komplikaatioiden ehkäisy sekä kuntoutus

2. Laatia laadukas potilasopas

2.1 kehittää potilasoppaan avulla potilaan saaman ohjauksen laatua

2.2 parantaa potilaan ymmärrystä sairaudestaan

2.3 laatia selkokielen, helposti luettava potilasopas

3. Parantaa aivoinfarkti potilaan ja omaisten tiedon saantia

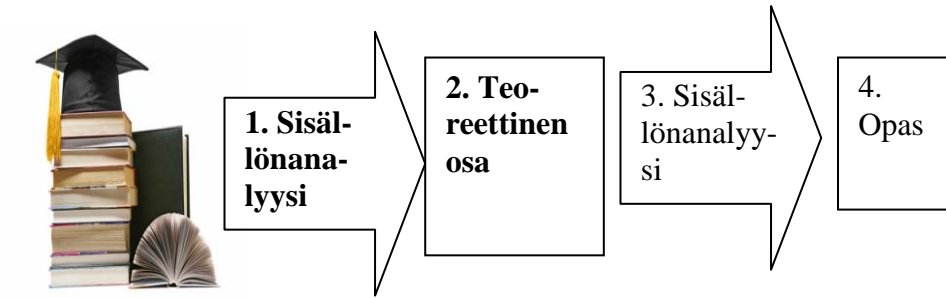
4 AIVOINFARKTIPOTILAAN NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TIETO – SISÄLLÖNANALYYSI

Tässä opinnäytetyössä nostetaan sisällönanalyysin avulla näyttöön perustuvasta tiedosta keskeisimmät asiat teoriaosaan. Sisällönanalyysiä käytetään myös teoriaosan tietojen tiivistämisessä oppaaksi.

Sisällönanalyysi on menetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen muodoissa ja joskus myös määrällisissä tutkimuksissa. Sisällönanalyysin voi kuvata monella eri tavalla. Aluksi tehdään päätös mikä aineistossa on kiinnostavaa. Kiinnostavia asioita saattaa tulla lisää tutkimuksen aikana, mutta täytyy muistaa, ettei yhdessä tutkimuksessa pysty käsittelemään kaikkea. Tutkimus kohteeksi kannattaa valita tarkasti rajattu, kapea ilmiö. Seuraavaksi käydään aineisto läpi ja merkitään kiinnostuksen kohteet, erotetaan merkityt kohteet muusta aineistosta ja jätetään muu aineisto pois. Sitten luokitellaan tai teemoitetaan aineisto. Teemoittelu on vaihe, jossa aineisto jaetaan pienempiin osiin ja ryhmitellään eri aihepiirien mukaisesti. Ennen varsinaista järjestelyä teemojen mukaan, aineisto voidaan ryhmitellä alustavasti. Lopuksi kirjoitetaan yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91 – 95.)

Sisällönanalyysia tehdään koko tutkimuksen ajan, eikä vain siinä vaiheessa, kun aineisto on jo kerätty ja järjestetty, niin kuin usein luullaan. Aineistoa voidaan analysoida monella eri tavalla ja monivaiheisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 209 – 215.)

Seuraavassa kerrotaan sisällönanalyysin käyttö kuvan 1 kohdissa 1. ja 2:

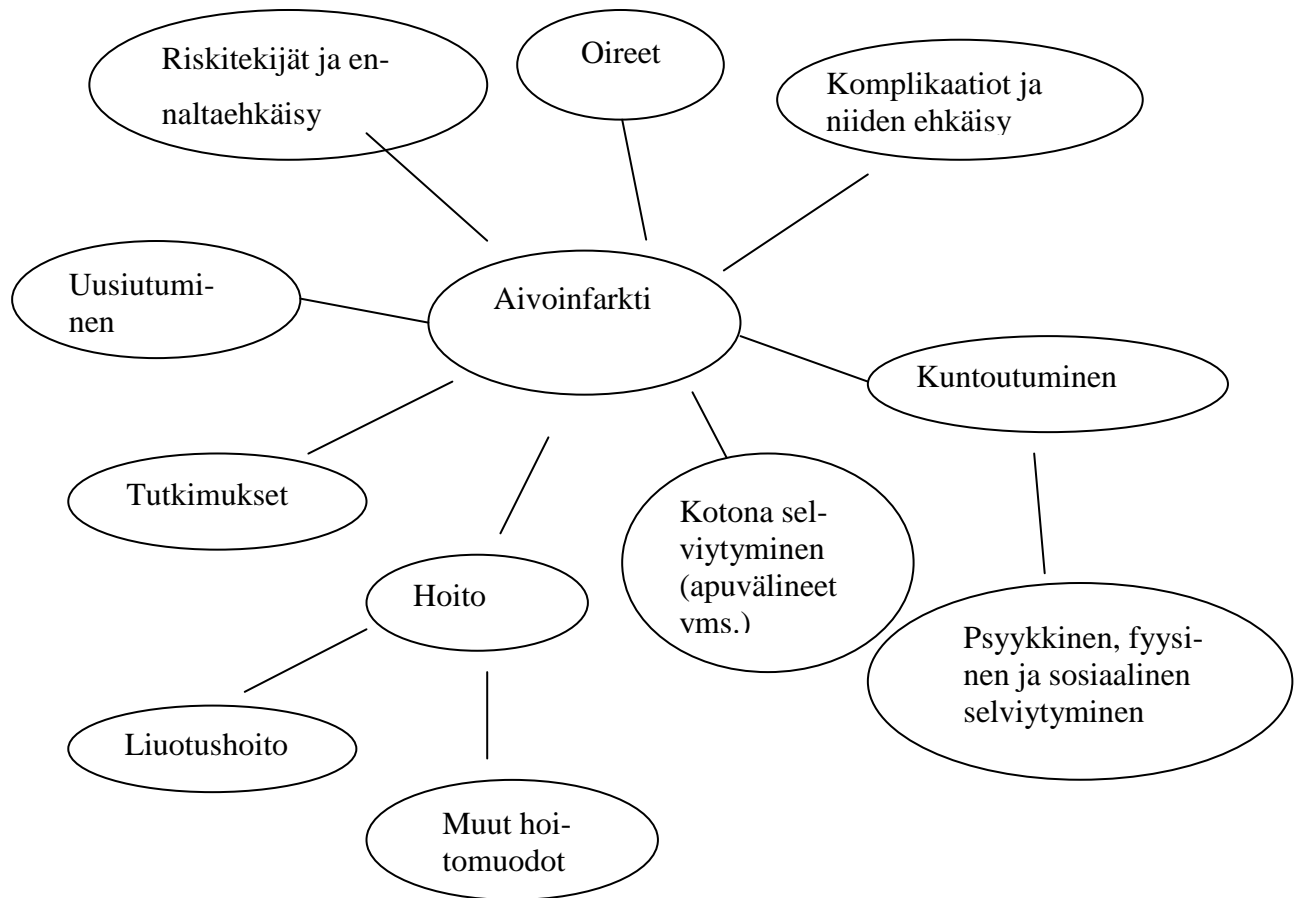


Kuva 1. Sisällönanalyysin käyttö

Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysiä on käytetty seuraavasti. Prosessi on muodostunut Tuomen ja Sarajärven (2009) suositteleman prosessin mukaisesti.

1. Tietoa haettiin aiheeseen liittyvien hakusanojen avulla ja materiaalit luettiin.
2. Tehtiin käsitekarttoja (kuva 2).
3. Tavoitteet laadittiin keskeisimpien näyttöön perustuvien tietojen pohjalta.
4. Materiaalit luettiin uudelleen ja aihealueeseen kuulumaton aineisto jätettiin pois.
5. Aineisto lajiteltiin pienempiin osiin aihepiireittäin.

Sisällönanalyysiä apuna käyttäen tässä opinnäytetyössä käytetään käsitekarttoja tiivistämään asioita. Näyttöön perustuvaan tietoon perehtymisprosessissa syntyi käsitekartta, joka on laitettu myös tähän kohtaan viitekehykseksi lukijalle.



Kuva 2. Käsitekartta aivoinfarktista. (Uusitalo ym. 2002; Holmia ym. 2004; Kaste ym. 2006)

5 PALAVERIT TYÖELÄMÄN EDUSTAJIEN KANSSA

Kävin tapaamassa työelämän edustajia ensimmäistä kertaa maaliskuussa 2008 Kymenlaakson keskussairaalan ensiapupoliklinikalla. Tapaamisessa olivat ensiapupoliklinikan apulaisosastonhoitaja Tiina Vierula sekä osastonhoitajan sijainen Tiina Holm. Keskustelimme mahdollisista aivoverenkiertohäiriöihin liittyvistä opinnäytetyön aiheista.

Seuraava tapaaminen oli ensiapupoliklinikalla toukokuussa 2008 Tiina Vierulan kanssa. Tarkensimme aihetta ja keskustelimme siitä, minkälaisia asioita opinnäytetyössä voisi käsitellä.

Seuraavassa tapaamisessa marraskuussa 2008 olivat mukana Tiina Vierula, neurologisen vuodeosaston sairaanhoitaja Saara Kumpunen sekä ohjaava opettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen. Keskustelimme opinnäytetyön sisällöstä sekä potilasoppaan sisällöstä.

Seuraava tapaaminen oli neurologian vuodeosastolla sairaanhoitaja Satu Sillanpään kanssa lokakuun 2009 alussa. Keskustelimme opinnäytetyön sisällöstä ja tarkensimme sitä. Lokakuun 2009 lopussa oli tapaaminen ensiapupoliklinikalla Tiina Vierulan kanssa. Kävimme lävitse potilasoppaan sisältöä yksityiskohtaisesti ja korjasimme sisältöä. Marraskuun 2009 alussa oli vielä yksi tapaaminen neurologian vuodeosastolla Satu Sillanpään kanssa. Tapaamisessa keskustelimme potilasoppaan sisällöstä ja oppaan käyttöönotosta.

Tapaamisien lisäksi olen pitänyt yhteyttä Tiina Vierulaan ja Satu Sillanpään sähköpostin avulla. Ohjaavan opettajan kanssa on ollut myös useita ohjauksia.

6 OHJAUS KÄSITTEENÄ

Ohjaus voidaan määritellä monella eri tavoin. Ohjaus on asiakkaan ja hoitajan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä. Nykikäsitteen mukaan ohjaus pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjaus on suunnitelmallisempaa kuin muut keskustelut. Ohjauksessa asiakas on aktiivinen ongelman ratkaisija ja hoitaja tukee asiakasta päätöksen teossa, eikä anna valmiita ratkaisuja. Ohjaussuhde on tasa-arvoinen ja vuorovaikutuksellinen. Asiakas on oman elämänsä asiantuntija. Ohjaus rakentuu niille tekijöille, jotka asiakas nostaa esiin ja jotka ovat tärkeitä hänen terveydelleen, sairautelleen ja hyvinvoinnilleen. Hoitajan tehtävä on tunnistaa asiakkaan ohjaustarpeet yhdessä asiakkaan kanssa. Jokaisella asiakkaalla on yksilölliset ohjaustarpeet ja se tuo hoitajalle suuria haasteita, sillä asiakkaan tulisi saada yksilöllistä ohjaus-

ta. Asiakkaan taustatekijöiden lisäksi hoitajan täytyy huomioida omat taustatekijänsä. Taustatekijöitä ovat esim. ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi sekä terveydentila. Myös terveysuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, motivaatio sekä oppimistavat ovat taustatekijöitä. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25 – 49.)

Ohjaustilanne ja -ympäristö vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. Paras ympäristö ohjaukselle on paikka, jossa voidaan keskeytyksettä ja häiriöttä keskittyä asiaan. Ohjaukseen pitää myös varata riittävästi aikaa. Ohjaus sisältää sekä sanallista että sanatonta viestintää. Hoitajalla on vastuu ohjauksen etenemisestä. Hoitajan ja asiakkaan tulee molempien olla aktiivisia ja tavoitteellisia, jotta ohjaus onnistuu. Hoitajan tehtävänä on rohkaista asiakasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja motivoida asiakasta. Onnistunut ohjaus rakentuu riittävien taustatietojen varaan. Asiakkaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista parantaa se, että ohjaus perustuu asiakkaan ja hoitajan yhteisiin näkemyksiin hoidosta. (Kyngäs ym. 2007, 25 – 49.)

7 AIVOINFARKTI POTILAAN OHJAUKSEN NYKYTILA

Aivoinfarkti potilaan saamaa ohjausta on tutkittu viime vuosina jonkin verran. Joenpellon (2001, 39 - 84) tutkimuksessa käy ilmi, että aivoverenkiertohäiriö potilaiden ohjauksessa on puutteita. Potilaat eivät mielestään saaneet riittävästi tietoa ja olisivat halunneet ohjausmateriaalin kirjallisena. Sairastuminen tulee usein yllätyksenä, ja tilanne voi olla vakava ja aiheuttaa paljon muutoksia elämään. Potilaat kaipasivat lisää tietoa etenkin kotiutumisvaiheessa ja parempia ohjeita miten selvitä päivittäisistä toimista kotona.

Leinosen (2000, 28 - 29, 80 – 83) tutkimuksen mukaan aivohalvauspotilaan arkielämästä selviytyminen ja elämän todellisuus konkretisoituvat vasta siinä vaiheessa kun potilas kotiutuu sairaalasta. Sairaalassa on aina apua lähellä, ja tilat on suunniteltu helpoiksi liikkua, mutta kotona selviytyminen on vaikeampaa, sillä tiloja ei ole suunniteltu vajaakuntoisille. Kotiutumisvaiheessa monet asiat alkoivat mietittyä potilaita ja he olisivat kaivanneet lisätietoa siitä, mikä aivohalvaus on ja miten selviytyä arki-

elämästä. Potilaat kokivat saaneensa uutta tietoa kerralla niin paljon, ettei sitä pystynyt jäsentämään ja omaksumaan kunnolla.

Stenbäckin (2005, 21 - 45) tutkimuksessa selvisi, että hoitohenkilökunnalla on liian vähän aikaa ohjaukseen ja kirjallisesta ohjausmateriaalista on pulaa. Ohjauksen laatu on pääosin hyvää, mutta sekä potilaat että omaiset toivoisivat saavansa enemmän tietoa sairaudesta. Tärkeänä pidetään ohjausta sairauteen liittyvistä asioista kuten hoito, lääkitys yms.

Johanssonin (2007, 30- 49) tutkimuksessa käy ilmi, että muistihäiriöt, sekavuus sekä väsymys saattavat estää aivovammapotilaan tiedon vastaanottamista. Potilaat eivät välttämättä muista hoidon alkuaikaa eikä heille kerrottuja tietoja. Myös kotiutusvaiheessa saatua tietoa oli vaikea käsitellä ja muistaa. Haastatellut potilaat olivat sitä mieltä, että tietoa tulisi antaa pikkuhiljaa, kun potilas on valmis sitä vastaanottamaan. Tietoa toivottiin annettavan omaisten läsnä ollessa. Potilaat kaipasivat myös kirjallista tietoa. Tiedot pitäisi potilaiden mielestä kertoa yksinkertaisesti ja kerrata uudelleen ja uudelleen. Läheiset ovat järkyttyneitä ja shokissa potilaan sairastuttua. Läheiset kaipaavat tietoa pikkuhiljaa sairastumisen alkuvaiheesta lähtien. Läheiset kokivat tiedon antavan tukea ja tietoa pitäisi heidän mielestään tarjota enemmän. He kaipaavat tietoa myös kirjallisena. Kirjallisen ohjeen etuna on läheisten mukaan se, että niitä voi lukea uudelleen ja uudelleen ja palauttaa mieleen mahdollisesti unohtuneita asioita.

Hoffmannin ja McKennan (2003) tutkimuksen mukaan tutkimukseen osallistuneista potilaista 22,8 % ja omaisista 41,7 % olivat saaneet kirjallista materiaalia aivohalvauksesta. Materiaaleista 89 % olivat olleet sisällöltään ja ulkoasultaan hyviä.

8 AIVOINFARKTI POTILAAN OHJAUKSEN SISÄLTÖÄ

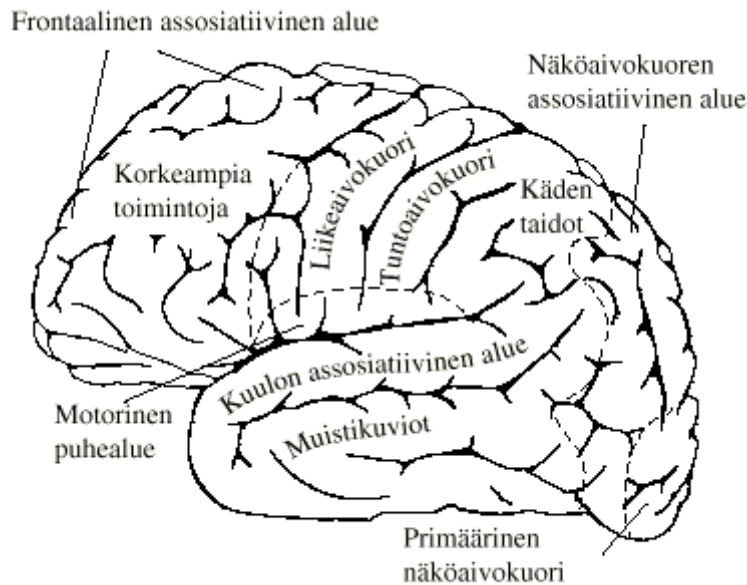
Seuraavassa tarkastellaan teoreettisesti keskeistä sisältöä, joka tulee oppaaseen. Ensin käsitellään näyttöön perustuvan tiedon varassa aivoinfarktipotilaan ohjauksen keskeistä sisältöä. Teoreettisen tarkastelun jälkeen tiivistetään teoreettinen tieto yhteenvedoksi, joka esitetään käsitekartta muodossa.

8.1 Aivoinfarktin määrittelyä

Aivoverenkiertohäiriöt ovat Suomessa, kuten myös monessa muussakin maassa, suuri kansanterveydellinen ongelma. Suomessa sairastuu aivoverenkiertohäiriöön vuosittain n. 14 000 henkilöä, joista n. 10 000 sairastuu ensimmäiseen ja n. 3000 uudistuneeseen aivoverenkiertohäiriöön. Aivoinfarkti on yksi aivoverenkiertohäiriöistä, jotka jaetaan kahteen erityyppiseen tilaan: iskemiaan eli aivokudoksen paikalliseen verettömyyteen ja hemorragiaan eli aivovaltimon verenvuotoon. Näistä tiloista käytetään yhteistä nimitystä aivohalvaus eli stroke. Aivoverenkiertohäiriöiden takia menetetään enemmän laatu-painotteisia elinvuosia kuin minkään muun sairauden takia. Puolelle aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista jää pysyvä haitta. (Kaste ym. 2006, 271.)

Aivot tarvitsevat jatkuvasti happea ja glukoosia ja saavat niitä verenkierron välityksellä. Jokaisella aivovaltimolla on oma alueensa, jonne se toimittaa happea. Aivoinfarktissa jokin näistä valtimoista tukkeutuu ja sen seurauksena osa aivoista ei saa happea. Aivosoluja alkaa tuhoutua jo muutaman minuutin hapenpuutteen jälkeen, ja siksi nopea hoitoon hakeutuminen on erittäin tärkeää. Aivoinfarkti on lääketieteellisesti hätätilanne aivan niin kuin sydäninfarktinkin. Nopea hoitoon hakeutuminen ja hoidon aloitus ovat tärkeitä potilaan toipumisen kannalta. Oireet voivat olla aluksi lieviä ja vaihdella, eikä hoitoon hakeuduta aina tarpeeksi nopeasti. Aivoinfarktissa aivoihin syntyy paikallista kudostuhoa, jonka aiheuttaa aivovaltimon paikallinen tukkeutuminen valtimon seinämässä olevan ahtauman vuoksi, tai hyyttymä, joka on peräisin muualta elimistöstä ja aiheuttaa aivovaltimon tukoksen. Hapenpuutteesta johtuvassa aivoverenkiertohäiriössä tuhoutuu osa aivojen hermosoluista verettömyydestä aiheutuvan hapenpuutteen seurauksena. Jos oireet häviävät vuorokauden kuluessa eikä radiologisissa tutkimuksissa havaita infarktimuutoksia, on kyseessä ohimenevä verenkiertohäiriö (TIA). (Uusitalo ym. 2002, 27- 28.)

Oireet antavat viitteitä siitä missä osassa aivoja infarkti sijaitsee. Vasemmalla ja oikealla aivopuoliskolla on omat tehtävänsä ja tiettyjen oireiden tunnistetaan tulevan toiselta puoliskolta. (Forsbom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 28.) Kuvassa 3 näkyy aivojen alueiden tehtävät.



Kuva 3 Aivot (Hyks, lääkitätekniikan keskus, www.hus.fi)

8.2 Aivoinfarktin riskitekijät ja ennaltaehkäisy

Riski sairastua aivoverenkiertohäiriöön on sitä suurempi, mitä useampi riskitekijöitä on yhtä aikaa. Merkittävin aivoverenkiertohäiriön riskitekijä on kohonnut verenpaine. Sydän- ja verisuonitaudit aiheuttavat riskin hyytymän aiheuttamiin aivoinfarkteihin. Kohonnut veren kolesterolipitoisuus on myös merkittävä riskitekijä. Rasva-aineenvaihdunnan häiriö aiheuttaa verisuonten ahtautumista. Myös diabetes ja taipumus korkeisiin verensokereihin on riskitekijä. Elintavoista riskitekijöitä ovat tupakointi, ylipaino, liikunnan puute ja runsas alkoholin käyttö. Myös perinnölliset tekijät lisäävät sairastumisen riskiä. Aiemmin sairastettu TIA - kohtaus tai muu aivoverenkiertohäiriö lisäävät myös sairastumisen riskiä. (Uusitalo ym. 2002, 32 - 33)

Ikä lisää aivoinfarktiriskiä: riski kaksinkertaistuu kymmentä ikävuotta kohti. Miehet sairastuvat aivoinfarktiin useammin kuin naiset alle 65 vuoden ikää, siitä vanhempien ikäryhmien välillä erot tasaantuvat. Myös trombi, migreeni sekä hormonihoitot lisäävät aivoinfarktiriskiä. (Kaste ym. 2006, 282 – 284, 304.)

Jopa 80 % aivohalvauksista on ennaltaehkäistävissä. Riskiä saada aivohalvaus voidaan pienentää elintapoja muuttamalla. Terveellinen ruokavalio, joka sisältää mahdollisimman vähän kolesterolia aiheuttavia kovia rasvoja, vähentää riskiä. Elintarvikkeet sisältävät näkyvän rasvan lisäksi piilorasvaa. Kokonaiskolesteroli arvon tulisi olla alle 5mmol/l. Täysjyvävalmisteet sekä kasvikset, marjat ja hedelmät ovat terveellisiä ja sisältävät paljon kuituja. Terveellisen ruokavalion kokoamisen apuna voi käyttää esim. lautasmallia (kuva 4). Lautasmallin mukaan kasattu ateria sisältää puoli lautaselista kasviksia ja vihanneksia, yhden neljäsosalautasellisen lihaa, kalaa tai kanaa sekä yhden neljäsosalautasellisen perunaa, riisiä tai pastaa. Ruokasuolan käyttöä rajoitetaan, sillä runsas suolan käyttö nostaa verenpainetta. Verenpaine ja paino laskevat myös elämäntapa muutosten avulla. Normaali paino on painoindeksiarvojen 18,5 – 24,9 välissä. Aikuisilla tavoiteltava verenpaine arvo on alle 140/85mmHg. Riski pienenee jo jos verenpaine alenee lähtötasosta 6 mmHg:ä (Kaste ym. 2006, 283 - 286). (Haglund, Hakala- Lahtinen, Huupponen & Ventola 2003,136 – 137, 173- 182.)



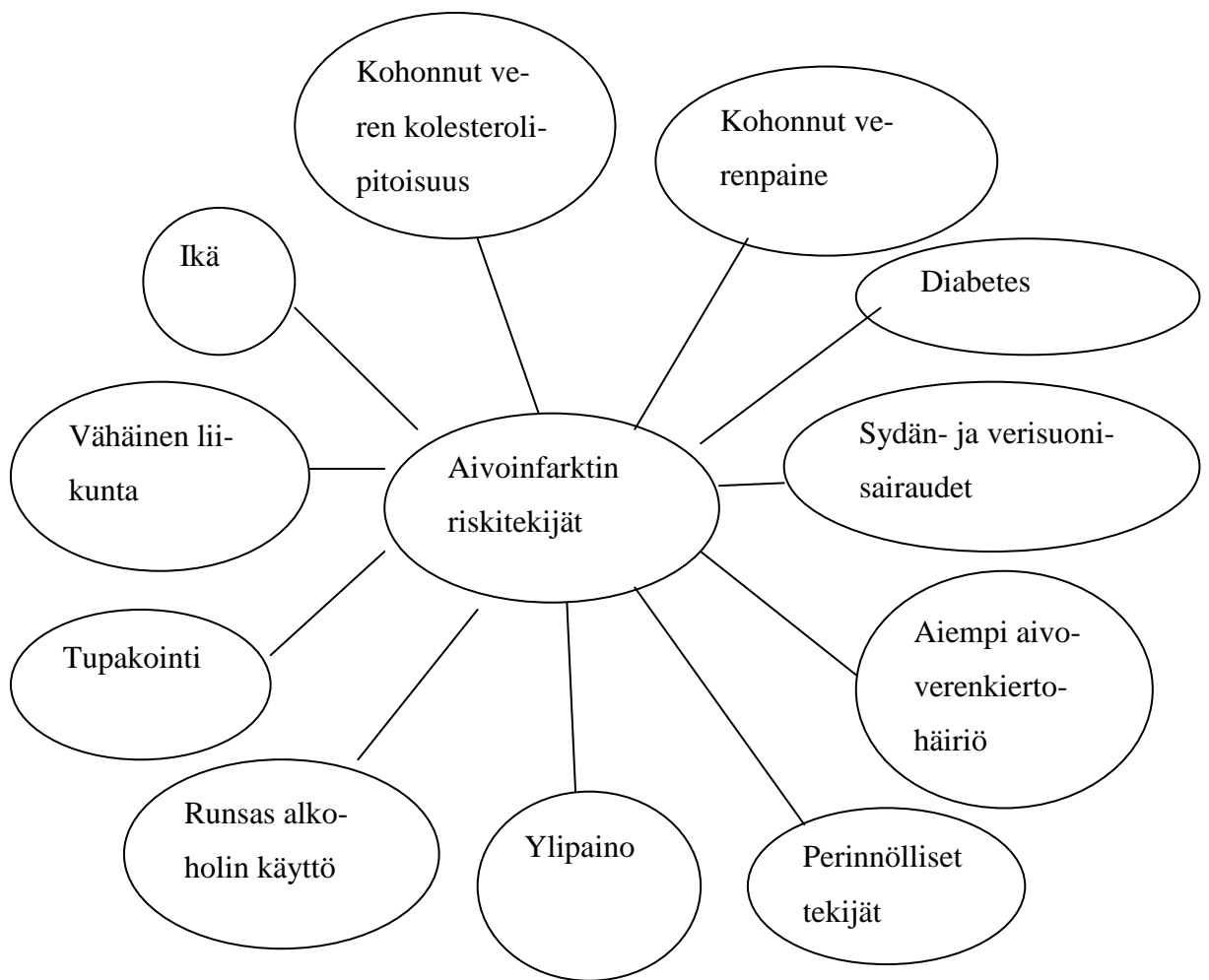
Kuva 4. Lautasmalli (Ruokatieto.)

Säännöllinen liikunta on tärkeää. Liikunta alentaa verenpainetta, lisää veren HDL- kolesterolin pitoisuutta, laihtuttaa sekä pienentää diabetes- ja sydän- ja verisuonitautien riskiä. Tupakoinnin lopettaminen ja alkoholin käytön vähentäminen vähentävät riskiä.

Jo parin vuoden kuluttua tupakoinnin lopettamisesta riski aivoverenkiertohäiriöön sairastumiseen on samaa tasoa kuin tupakoimattomilla. (Kaste ym. 2006, 283 - 286)

Runsas alkoholin käyttö nostaa verenpainetta ja lisää aivohalvausriskiä (Meretoja, Sairanen, Tatlisumak & Kaste 2008, 22).

Seuraavassa on aiheesta käsittekartta, joka on tehty näyttöön perustuvan tiedon pohjalta:



Kuva 5. Käsittekartta aivoinfarktin riskitekijöistä

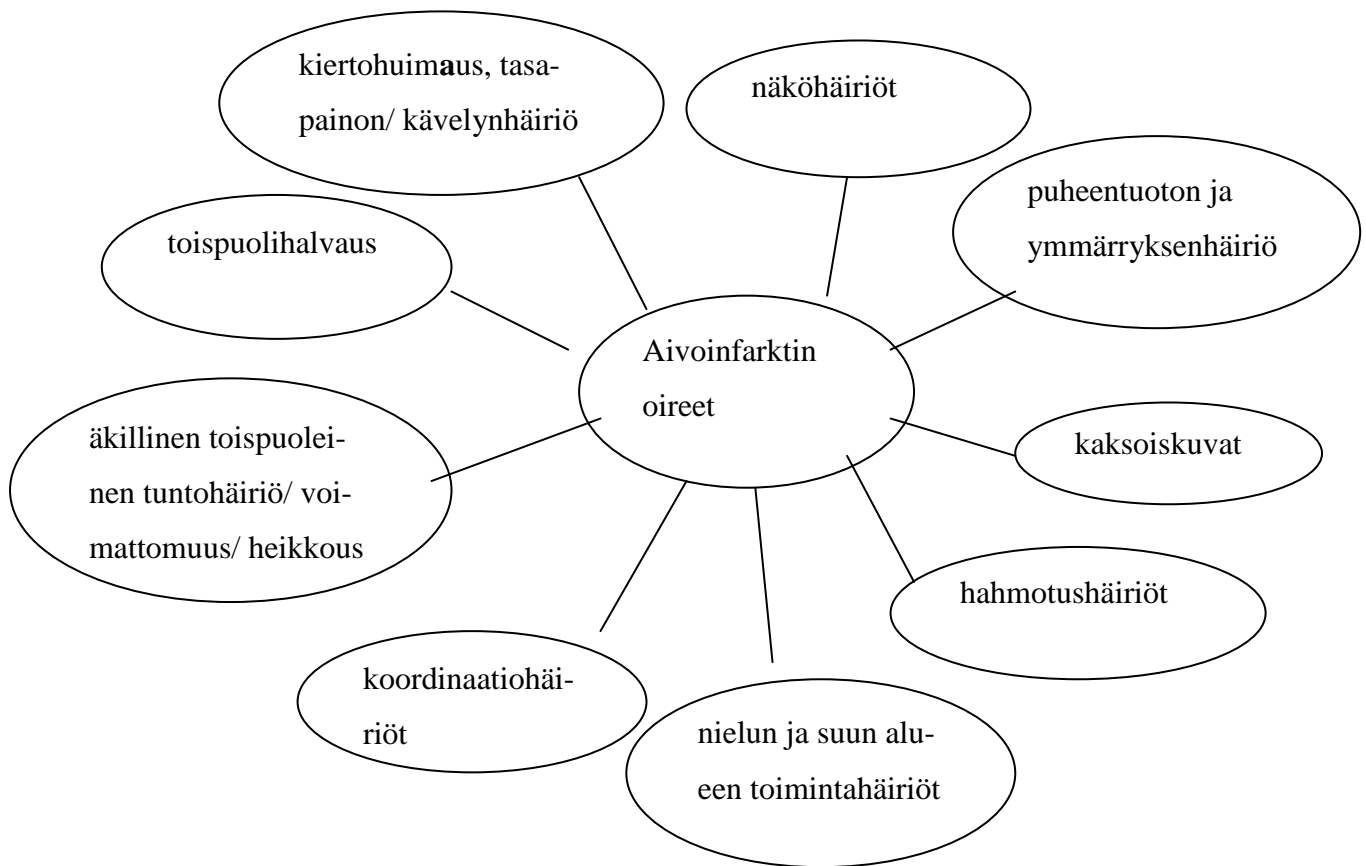
8.3 Aivoinfarktin oireet

Oireet voivat vaihdella aivoinfarktin laajuudesta ja sijainnista riippuen. Oireisiin vaikuttaa myös vaurioituneen verisuonen suonitusalue. Vasemman aivolohkon vaurio aiheuttaa kielellisiä häiriöitä, tahdonalaisen toiminnan vaikeutumista ja esineiden tunnistamisvaikeuksia. Oikean aivolohkon vaurio aiheuttaa havainnoinnin häiriöitä, halvaantuneen puolen huomioonvoinnin vaikeutta, oiretiedostuksen vaikeutta ja mielialojen vaihteluita. (Forsbom ym. 2001, 28.)

Aivoinfarktin ensioireet ovat äkillisiä puutosoireita, jotka potilas tuntee voinnissaan ja ulkopuoliset voivat havaita. Yleisimpiä aivoinfarktin oireita ovat äkillisesti ilmenevä toispuoleinen tai molemminpuolinen heikkous/ tuntohäiriö, puheen ymmärtämisen ja muodostamisen häiriö (afasia), silmän tai näkökentän osan näköhäiriö, kaksoiskuvat, nielun ja suun alueen toimintahäiriöt, ataksia (tahdonalaisten liikkeiden koordinaatiohäiriö), koordinaatiovaikeus, kiertoaiheutus, hahmotushäiriöt, dyspraksia (motoristen toimintojen koordinaatiohäiriö) ja apraksia (kykenemättömyys suorittaa liiketoimintoja). (Uusitalo ym. 2002, 33 – 38; Kaste ym. 2006, 296 - 297.)

Yleisin aivoinfarktin ilmentymä on toispuolihalvaus. Se voi olla osittainen toispuolihalvaus eli hemipareesi tai täydellinen toispuolihalvaus eli hemiplegia. (Holmia ym. 2004, 301) Halvausoireet ilmenevät yleensä vastakkaisella puolella kuin aivoissa tapahtunut vaurio, sillä liike- ja tuntoaistimuksia kuljettavat hermoradat risteävät vastakkaiselle puolelle. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 301.)

Seuraavassa on aiheesta käsittekartta näyttöön perustuvan tiedon pohjalta:



Kuva 6. Käsittekartta aivoinfarktin oireista.

8.4 Aivoinfarktipotilaan tutkimukset

Aivoverenkierronhäiriön laatua ja laajuutta selvitetään erilaisten neurologisten tutkimusten avulla. Aivoverenkiertohäiriö potilaan diagnosoimisessa on tärkeää tietää oireiden alkamisajankohta ja eteneminen. Havainnoidaan tajunnantasonhäiriöt, yläraajojen lihasvoimien puolierot, puheentuoton häiriöt ja pupillien valoreaktiot. Lääkäri tekee kliinisen tutkimuksen, jossa tutkitaan potilaan motoriikka, tuntoaisti, aivohermojen toiminta, puheen tuotto ja ymmärtäminen, silmät, refleksit, orientaatio, tajunnantaso ja muisti. Tajunnantason määrittelyssä voidaan käyttää apuna Scandinavian Stroke

Scale- mittaria, joka on kehitetty aivoverenkiertohäiriö potilaiden hoitoa varten. (Uusitalo ym. 2002, 39- 40; Meretoja yms. 2008, 17- 20.)

Potilaalle tehdään myös kiireellinen aivojen tietokonetomografia tutkimus (CT, TT). CT tutkimuksella erotetaan aivoinfarkti ja aivoverenvuoto toisistaan ja paikallistetaan vaurioitunut kohta ja näiden tietojen avulla osataan valita oikea hoito. CT - kuvaus uusitaan yleensä vuorokauden kuluttua sillä muutokset eivät aina näy heti. Tietokonetomografiasta voidaan käyttää myös nimitystä viipalekuvaus tai kerroskuvaus. CT on röntgentutkimus, mutta säteilyannos on merkittävästi pienempi. CT:n avulla voidaan tarkastella myös kehon pehmytosia. Tutkimus on nopea ja vaivaton, röntgenputki kiertää tutkimuslaitteen sisällä makuulla olevaa potilasta. Tietokonetomografiaa tarkempi aivojen kuvantamistutkimus on magneettikuvaus. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan perustutkimuksiin kuuluvat aina myös EKG ja thorax- kuva sydämen ja keuhkojen toiminnan tutkimiseksi. (Uusitalo ym. 2002, 39- 40; Meretoja ym. 2008, 17- 20.)

Laboratoriotutkimuksilla selvitetään potilaan yleistilaa, seurataan vointia ja kartoitetaan riskitekijöitä. Peruslaboratoriotutkimuksiin kuuluvat verenkiva, veren elektrolyytit, asrupalu, verensokeri, tulehdusarvot (CRP, LA), lihasvauriossa nousevat kreatiiniini (CK) ja sen alamuoto (CK-MB), munuaistentoiminnasta kertova kreatiiniini, maksa- ja munuaisarvot, kilpirauhashormonit ja veren hyytymisarvot ja veren rasva-arvot. INR – arvo voidaan mitata pikamittarilla, jotta tulos saadaan nopeasti. Myös virtsakoe puhtaasti lasketusta virtsasta (PLV) otetaan. (Uusitalo ym. 2002, 39 - 40; Meretoja ym. 2008, 15 – 20.)

8.5 Aivoinfarktipotilaan hoito

Halvausoireisen potilaan on päästävä nopeasti hoitoon. Oireiden varhainen tunnistaminen sekä nopea kuljetus sairaalaan ovat tärkeitä. Aivoinfarkti potilas viedään ambulanssilla ensiapupoliklinikalle, jossa tehdään välittömästi tutkimuksia diagnoosin varmistamiseksi. Ensiapupoliklinikalta potilas siirretään diagnoosin varmistuttua hoitoon aivohalvausyksikköön tai neurologiselle vuodeosastolle. Akuuttihoiton tulisi tapahtua aivohalvausyksikössä, jonka henkilökunta on perehtynyt aivohalvauspotilaiden hoi-

toon. (Uusitalo ym. 2002, 30- 32; Meretoja ym. 2008, 14 – 16, 29 – 31, 35 – 36; Kaste 2006, 306 – 311.)

Akuutissa vaiheessa hoidon tavoitteena on vitaalielintoimintojen turvaaminen ja sairauden etenemisen ja komplikaatioiden ehkäisy ja hoito. Elintoimintoja (verenpaine, pulssi, veren happikyllästeisyys eli happisaturaatio, veren sokeri pitoisuus, kehon lämpötila) monitoroidaan ja seurataan tarkasti ja oireiden muutoksiin ja häiriöihin vitaalielintoiminnoissa puututaan välittömästi. Lievästi kohonnutta verenpainetta ei alenneta, sillä verenpaineen nousu on suojamekanismi hapenpuutetta vastaan silloin kuin itsesäätely on puutteellinen. Neurologista tilaa voidaan seurata neurologisten asteikkojen, National Institutes of Health Stroke Scale eli NIHSS, Scandinavian Stroke Scale ja Glasgow Coma Scale, avulla. Tarvittaessa potilaalle annetaan happilisiä happiviiksillä. (Uusitalo ym. 2002, 30- 32; Meretoja ym. 2008, 14 – 16, 29 – 31, 35 – 36; Kaste ym. 2006, 306 – 311.)

Monet aivohalvaus potilaat ovat kuivuneita hoitoon tullessaan ja siksi on syytä aloittaa suonensisäinen nestehoito. Suonensisäinen keittosuolaliuos pienentää myös veren sokeripitoisuutta. Kipu ja pahoinvointi hoidetaan oireen mukaisesti. Aivoinfarkti potilaalle ei anneta suun kautta mitään, ennen kuin on varmistettu, ettei nielemisongelmia ole. Lievä lämmön nousu on tavallista aivoinfarkti potilailla, myös silloin kun ei ole infektioita. Lämmön noustessa 37,5:een on jo syytä alentaa sitä vähentämällä peitteitä tai käyttämällä tuuletinta tai lääkehoidon esim. Parasetamolien avulla. (Uusitalo ym. 2002, 30- 32; Meretoja ym. 2008, 29 – 31; Kaste ym. 2006, 306 – 311.)

Aivoinfarktipotilas on vuodepotilas akuuttivaiheen ajan. Aivohalvauspotilaan hoito on moniammatillista yhteistyötä, johon osallistuvat lääkärin ja hoitajien lisäksi mm. fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja neuropsykologi. Kuntouttavan hoidon periaatteita noudatetaan hoidon alusta lähtien. Aivoinfarktin hoidon tärkeä osa on uusimisen ehkäisy. Potilaan riskitekijät kartoitetaan ja pyritään poistamaan. Tarvittavat lääkitykset aloitetaan ja annetaan ohjausta elämäntapamuutoksiin. Riskitekijöiden hoito ja seuranta on vuosia kestävää pitkäjänteistä toimintaa. (Uusitalo ym. 2002, 30- 32; Meretoja ym. 2008, 14 – 16, 29 – 31, 35 – 36; Kaste ym. 2006, 306 – 311.)

Aivoinfarktipotilaan kyky käsitellä tietoa ja ärsykeitä omasta kehostaan ja ympäristöstään voi olla puutteellista. Liikkeiden tuottaminen voi olla myös puutteellista.

Asennon ja paikan vaihtaminen stimuloi potilasta. Asentohoito parantaa hengitystä ja verenkiertoa ja antaa potilaalle aistimuksia eri asennoista valmistaen liikkumiseen. Potilas pääsee liikkumaan kun vitaalielintoiminnot ovat vakaat ja oireet ovat tasoittuneet. (Uusitalo ym. 2002, 56- 58.)

Hoitotyön auttamismenetelmiä aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja omaisen tukemisessa ja ohjauksessa ovat kuntoutumista edistävän ympäristön järjestäminen, rohkaiseminen ja rajoittaminen, tiedon antaminen, potilaan omien voimavarojen vahvistaminen, opastaminen ja opettaminen, kuntoutumista edistävän hoitosuhteen luominen sekä potilaslähtöinen tavoitteellinen työskenteleminen. Turvallinen ympäristö toimintojen uudelleen opettelua varten sekä ilmapiiri, joka sallii epäonnistumiset, edistävät kuntoutumista, kuten myös perheen mukaan ottaminen, kotilomat sekä vertaistuki. Aivohalvauspotilas tarvitsee rohkaisua menetyksen suremiseen sekä aktiiviseen toimintaan, mutta liikaa aktiivisuutta tulee rajoittaa. Tiedon saanti vähentää epävarmuutta ja epä-tietoisuutta. Potilaalla sekä omaisilla on tarve olla ajan tasalla sairauteen liittyvistä asioista sekä sairauden kulusta. Potilaan omia voimavaroja voidaan vahvistaa auttamalla potilasta uuden opettelussa ja sairauteen sopeutumisessa, motivoimalla omaehtoiseen harjoitteluun sekä antamalla palautetta kuntoutumisen edistymisestä. (Kaila 2009, 5 – 9.)

8.5.1 Komplikaatioiden ehkäisy

Komplikaatioita ehkäistään monin tavoin. Asentohoidolla ehkäistään painehaavaumien aiheutumista, ylläpidetään nivelten liikkuvuutta, annetaan tuntoaistimuksia sekä edesautetaan keuhkojen tasaisempaa tuulettumista. Riittävästä ravitsemuksesta huolehtiminen ehkäisee esim. painehaavaumien syntymistä, tarvittaessa potilaalle laitetaan nenä- mahaletku. Syvä laskimotromboosi ja keuhkoembolia ovat mahdollisia komplikaatioita vuodelevon takia ja niitä pyritään estämään lääkityksen sekä antiemboliasukkien avulla. Kohonnut verensokeripitoisuus huonontaa ennustetta, siksi pyritään pitämään verensokeri normaaleissa lukemissa. Kohonnut kehon lämpötila voi lisätä aivojen kudonvaurioita ja huonontaa ennustetta, siksi lämpötila pyritään pitämään normaalina. (Uusitalo ym. 2002, 30- 32; Meretoja ym. 2008, 35 – 36; Kaste 2006, 306 – 311.)

Aivoinfarktin jälkeen on tyypillistä, ettei rakko tyhjene kunnolla vaan sinne jää jäännösvirtsaa. Tämän takia potilaalle laitetaan kestopatetri, jonka avulla voidaan myös tarkkailla nestetasapainoa. Neste- ja elektrolyyttitasapainosta huolehtiminen on tärkeää, sillä liian plasmatilavuus voi aiheuttaa aivoihin turvotusta tai munuaisten toiminnan ongelmia (European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management - Update 2003). Ensimmäisen vuorokauden ajan potilaalla on liikkumiskielto ja liikkumattomuus lisää monien komplikaatioiden esiintyvyyttä. Liikkuminen aloitetaan asteittain potilaan tilan mukaan. Akuutti delirium on yleinen aivoinfarktin alkuvaiheessa. Delirium tulisi tunnistaa ja hoitaa nopeasti. (Roine, Herrala & Sotaniemi; 2002.)

8.5.2 Liutushoito

Liutushoito pelastaa joka seitsemännen aivoinfarkti potilaan hengen. Liutushoito voidaan antaa potilaalle joka täyttää vaaditut kriteerit. Vasta-aiheita ovat potilaan vuototaipumus (antikoagulaatiohoito, hallitsematon korkea verenpaine, alle kaksi viikkoa sitten tehty suuri kirurginen toimenpide), aiempi aivoverenvuoto, vahva halvausoireisto, lievä oirekuva tai oireiden alkamisajankohtaa ei tiedetä tai oireet ovat alkaneet yli 3 tuntia ennen liuotuksen aloittamista. Uuden tutkimuksen mukaan liutushoito Alteplasilta voidaan aloittaa, jos oireet ovat kestäneet alle 4,5 tuntia (Hacke ym. 2008). Liutushoidon kriteeri on myös se, että potilas on ollut ennen aivoinfarktia omatoiminen ja hänellä on edellytykset toipua hyvin. (Uusitalo ym. 2002, 49; Meretoja yms; 2008, 31- 32; Aivoinfarkti käypähoitosuositus 2006.) Poikkeuksena liutushoidon aloittamisessa on harvinainen basilaaritromboosi, jonka hoidossa voidaan käyttää liutushoitoa jopa 48 tuntia oireiden alkamisen jälkeen (Kaste 2006, 309).

Liutushoito annetaan päivystyspoliklinikalla tai aivohalvausyksikössä. Liutushoitoon tarvitaan aina potilaan lupa (Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies). Lääkeaine, jota käytetään on kudon plasminogeenin aktivaattori, yleisimmin Alteplasi (Kaste ym. 2006, 309). Lääkäri laskee annettavan lääkemäärän potilaan painon mukaan. Laskimoon annetaan nopeana kerta-annoksena aloitusannos, sen jälkeen lääkeainetta annetaan tunnin kestäväenä infuusiona eli tiputuksena. Potilas on vuodepotilaana seuraavan vuorokauden ajan. Verenpainetta seurataan toistuvasti, sillä sen pitää olla alle 185/110mmHg ennen liuotusta ja 24 tuntia liuotuksen aloittamisen

jälkeen. Verenpainetta mitataan säännöllisesti liuotuksen aloittamisen jälkeen ja korkea verenpainetta hoidetaan välittömästi. (Meretoja ym. 2008, 31- 32; Aivoinfarkti käypähoitosuositus 2006.)

Monista keskus- ja aluesairaaloista puuttuu vielä päivystysvalmiudet neurologin päätöksellä annettavaan liuotushoitoon. Kymenlaakson sairaanhoito piiri on mukana telerstroke - hankkeessa, jonka tarkoituksena on ulottaa videoyhteyden avulla liuotushoito kaikkien saataville. Videoyhteyden avulla kokenut neurologi seuraa potilaan tutkimista ja tekee päätöksen liuotushoidon tarpeesta ja hoidon toteutuksesta. Videoyhteys on Kymenlaakson keskussairaalaista Hyksin neurologian klinikalle Meilahteen. (Hursti 2007.) Mahdollisuus liuotushoitoon on arkisin virka – aikana, sekä videoyhteyden avulla arkisin klo. 15 – 22 ja viikonloppuisin klo. 9 – 18.

8.5.3 Muu lääkehoito

Aivoinfarkti potilaille aloitetaan antikoagulaatio hoito, jonka tarkoituksena on ehkäistä uusien tukoksien sekä uusien aivoverenkiertohäiriöiden syntyminen. Kiireellisissä tapauksissa aloitetaan suonensisäinen Heparin lääkitys, joka kestää muutaman päivän. Ennen Heparin lääkityksen aloitusta tulee tarkistaa potilaan veren hyytymisarvot. Varfariini (Marevan) hoito voidaan aloittaa Heparin hoidon kanssa samaan aikaan. Varfariini annostellaan INR- arvon mukaisesti suun kautta, tarvittaessa suonensisäisesti. INR- arvon hoitotaso on 2-3 ja se saavutetaan muutaman päivän kuluessa. Varfariini hoidon pituus riippuu käyttötarkoituksesta ja lääkitys voi olla myös pysyvä. Hepariniin hoidon sijaan voidaan käyttää ihonalaisena injektiona annettavia daltepariini (Fragmin) tai enoksapariini (Klexane) lääkeaineita, jotka estävät syvän laskimotromboosin muodostumista. (Uusitalo ym. 2002, 50; Nurminen 2006, 170- 181.)

Uuden aivoverenkiertohäiriön ennaltaehkäisyä varten aloitetaan antitromboottinen lääkehoito, joka jatkuu usein koko loppuelämän. Antitromboottisia lääkkeitä ei käytetä yhdessä antikoagulantti hoidon kanssa. Antitromboottisia lääkeaineita ovat asetyylisalisyyli (ASA, Asperin Cardio, Disperin, Primaspan) ja dipyridamoli (Persantin, Dipyryn). On olemassa myös yhdistelmä lääke, jossa on asetyylisalisyyli ja dipyridamoli yhdessä (Asasantin Retard), se on tutkitusti tehokkaampi kuin kumpikaan lääkeaineista yksinään. Jos ASA lääkkeitä eivät sovi potilaalle, voidaan käyttää klopidogreeliä (Plavix). (Uusitalo ym. 2002, 50- 51; Kaste ym. 2006, 288- 291.)

8.6 Aivoinfarktista toipuminen

Aivoinfarktista toipuminen vie paljon aikaa. Aivot säätelevät ihmisen sisäistä ja ulkoista toimintakykyä ja sisäinen toimintakyky ilmenee ulkoisina oireina. Aivot säätelevät käytännöllisesti katsoen kaikkia elintoimintoja ja aivoinfarkti voi olla laajalaisesti vaikuttava. (Forsbom ym. 2001, 58.)

8.6.1 Kuntoutus

Kuntoutus aloitetaan sairaalassa mahdollisimman pian aivoinfarktin jälkeen. Jokaiselle potilaalle tehdään henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma, jonka laatii moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijä (Aivoinfarktin käypähoito suositus). Kuntoutuksella pyritään vähentämään aivoihin syntyneen vaurion aiheuttamaa haittaa. Kuntoutuksen tavoitteena on mahdollisimman hyvän toimintakyvyn saavuttaminen sekä potilaan selviytyminen toimista mahdollisimman itsenäisesti. Kuntoutuksella tuetaan myös kuntoutujan sekä hänen läheistensä selviytymistä sairastumisen aiheuttamasta uudesta elämäntilanteesta. Kuntoutus voidaan järjestää avohoitona tai laituskuntoutus jaksoina. Kuntoutusjakson aikana tehdään tarvittaessa kotikäynti, jonka aikana kartoitetaan apuvälinetarve ja tarve kodin muutostöille. Onnistunut kuntoutus on moniammatillista toimintaa, jossa kuntoutuja ja hänen omaisensa ovat mukana aktiivisesti. (Uusitalo ym. 2002, 31.)

Kuntoutus jaetaan eri vaiheisiin, intensiivinen kuntoutus tapahtuu akuuttivaiheessa sairaalassa ja sairaalavaiheen jälkeen polikliinisesti. Intensiivisen kuntoutuksen jälkeen siirrytään ylläpitävään kuntoutukseen, yleensä n. 6 – 12 kuukauden kuluttua sairastumisesta. Kuntoutus muotoja ovat fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia sekä neuropsykologinen kuntoutus. Fysioterapian tavoitteena on itsestään tapahtuvan paranemisen edistäminen sekä virheellisten asento- ja liiketottumusten ehkäiseminen. Toimintaterapiassa pyritään siirtämään fysioterapiassa opitut liiketoiminnot jokapäiväisiin toimintoihin. Fysioterapeutti ja toimintaterapeutti arvioivat apuvälineiden tarpeen ja opastaa niiden käyttämistä. Puheterapiassa selvitetään puhehäiriön tarkempi

luonne sekä suunnitellaan yksilöllinen puheterapia ja tarvittaessa mietitään korvaavia viestintämenetelmiä. (Kaste ym. 2006, 327 – 329.)

Kuntouttavassa hoitotyössä toiminta on laajaa. Hoitotyön toteuttajan on valittava hoitotyön menetelmistä sopivin ja tarkoituksenmukaisin ja otettava huomioon potilaan yksilölliset ominaisuudet sekä oireet. Ohjauksen lähtökohta on ongelmien ja oireiden tunnistaminen. Täytyy osata arvioida vaurion vaikeusaste ja valittava potilaalle sopiva ohjauskeino. Kuntouttavalla ohjauksella pyritään antamaan potilaalle mahdollisimman hyvät edellytykset kuntoutua, vaikkei potilas itse tiedostaisikaan tarvettaan siihen. Potilas ei välttämättä ymmärrä mitä jollakin esineellä pitäisi tehdä ja joku toinen potilas saattaa selviytyä toiminnoista lähes itsenäisesti. Kuntoutus suunnitellaan aina potilaan tarpeiden mukaan. (Forsbom ym. 2001, 61- 62, 72- 110.)

Kuntoutus aloitetaan päivittäisistä toiminnoista selviytymisellä, jos potilaan tila niin vaatii. Päivittäisiä toimintoja ovat siirtymiset esim. wc:hen meneminen, syöminen, pukeutuminen sekä peseytyminen. Liikeharjoituksia voi tehdä sängyllä, jos potilas ei vielä kykene nousemaan sängystä ylös. Asennon vaihtaminen sängyssä esim. kyljeltä toiselle on hyvä aloitus harjoittelulle. Silloin kun potilas ei itse vielä kykene vaihtamaan asentoa on tärkeää muistaa asentohoito. Myös käsien ja jalkojen liikeharjoituksia voi tehdä sängyllä. Halvaantuneen puolen kaikkia niveliä pitää liikuttaa passiivisesti useita kertoja päivässä, jotta niissä säilyisi jonkinlainen liikkuvuus siihen asti kunnes aktiivinen liike on taas mahdollista (European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management - Update 2003.). Istumaan nousua harjoitellaan ensin pään ja hartioiden kohottamisella alustasta ja myöhemmin voi istumista harjoitella sängyn laidalla istuen. Seisomista ja kävelyä harjoitellaan potilaan voinnin salliessa. Myös potilaan lepoasennot on osa kuntoutusta. Tyynyjä voi käyttää tukemassa esim. jalkojen ja käsien asentoa. Halvaus asettaa kuntoutukselle omat vaatimuksensa. Toispuolihalvaus potilaan terve puoli joutuu kovemmalle rasitukselle, kun toinen puoli ei osallistu. (Forsbom ym. 2001, 61- 62, 72- 110) Aivoinfarkti potilas saa ajokiellon, jonka pituus riippuu infarktin vaikeusasteesta. Ajokiellon pituus on n. 3 – 6 kuukautta (Aivoinfarktin käypähoitosuositus2006).

Raija Mäntysen (2007) tekemän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajilla on suuri rooli aivohalvauspotilaiden kuntoutumisessa, sillä he osallistuvat päivittäin kuntoutujien päivittäisiin toimintoihin. Hoitajien pitäisi tukea kuntoutujien itsenäistä selviytymistä ottaen huomioon kuntoutujien sen hetkiset voimavarat. Toipumista edistää riittävä tiedon saaminen, omatoimisuuteen kannustaminen ja riittävä ohjaus jatkohoidosta.

Potilas saattaa tarvita apua ja erilaisia apuvälineitä liikkumiseen (esim. pyörätuoli, rollaattori, keppi) tai päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen eli peseytymiseen, syömiseen ja pukeutumiseen (Forsbom ym. 2001, 61- 62, 72- 110). On olemassa paljon erilaisia apuvälineitä. Tarttumapihettä (kuva 7) on kehitetty avuksi keveiden tavaroiden nostamiseen ja siirtämiseen. Syömisen avuksi on olemassa erityismuotoiltuja astioita ja aterimia. Myös peseytymistä varten on kehitetty erityismuotoiltuja, pidempiä välineitä. On myös olemassa suihkutuoleja, wc:n korokkeita, erilaisia tukikahvoja yms. apuvälineitä päivittäisistä toimista selviämiseen. (Respecta 2009.)



Kuva 7. Tarttumapihdit (Respecta.)

8.6.2 Psykkinen selviytyminen

Aivoinfarktiin sairastuminen tulee usein yllättäen, kuin salama kirkkaalta taivaalta, ja siitä aiheutuu kriisi sairastuneelle. Ihmiset reagoivat kriisiin tietyn kaavan mukaan, mutta yksilöllisiäkin eroja on. Kriisi jaetaan neljään vaiheeseen:

1. Sokkivaihe
2. Reaktiovaihe
3. Työstämis- ja käsittelyvaihe
4. Uudelleen suuntautumisvaihe

Psyykinen sokki on ensimmäinen reaktio kun ihmiselle tapahtuu jotain järkyttävää. Koettu tai kuultu asia ei tunnu todelta, vaikka olisi itse ollut tapahtumassa mukana. Psyykinen sokki suojaa mieltä sellaiselta tiedolta ja kokemukselta, jota mieli ei kestä. Psyykkisessä sokissa aivojen kapasiteetista on käytössä suurempi osa kuin normaalisti. Myös aistit vastaanottavat vaikutteita herkemmin ja ne menevät suoraan aivoihin ilman tavanomaista valikoitumista ja muokkaantumista. Siksi aistivaikutelmat ja mielikuvat ovat erittäin voimakkaita, yksityiskohtaisia ja selkeitä. Nämä aistihavainnot saattavat palautua mieleen myöhemmin niin sanottuina ”flashbackeina”. Myös ihmiset ja heidän sanomisensa tekevät voimakkaan vaikutuksen sokissa olevaan henkilöön. Ne sanat, jotka ihminen kuulee sokkivaiheessa, ovat tärkeitä sanoja. Sokissa tehdyt havainnot ovat tarkkoja, mutta käsitys ajasta muuttuu. Mitä järkyttävämpi kokemus on, sitä varmemmin tunteet puuttuvat. Jälkeenpäin on usein huono oma tunto tunteettomuudesta. Sokkivaiheessa päätösten tekeminen on vaikeaa. (Saari 2003, 41 – 49.)

Reaktiovaiheeseen siirrytään pikkuhiljaa sokkivaiheesta. Sokkivaiheessa on tyypillistä suuri ristiriita ulkoisen käyttäytymisen ja toimintakyvyn ja pohjalla olevan psyykkisen kaaoksen välillä. Sokkivaiheen aikana voi tulla reaktiopiikkejä, jolloin tunteet tulevat hetkeksi voimakkaasti pintaan ja peittyvät jälleen tunteettomuuteen. Siirtyminen reaktiovaiheeseen edellyttää, että vaara on ohi ja ihminen tuntee olevansa turvassa. Oma koti on useimmiten turvallisin paikka ihmisille ja reaktiovaiheeseen siirtyminen tapahtuu yleensä vasta kotona. Reaktiovaiheessa tullaan tietoisiksi tapahtuneesta ja tapahtuneen merkityksestä omalle elämälle. Myös tunteet tulevat sen myötä. Suru, epätoivo, tyhjyyden tunne, ahdistus, itsesyytökset ja syyllisyydentunnot ovat reaktiovaiheelle tyypillisiä tunteita. Itkeminen ja syyllisen etsiminen ovat tyypillisiä reaktioita. Syyttäminen ja syyllisten etsiminen suojaa omilta vaikeilta tunteilta. Viha, aggressio, pelko ja häpeä ovat myös tyypillisiä reaktiovaiheelle. Reaktiovaiheessa voi tulla myös fyysisiä reaktioita kuten vapinaa, pahoinvointia, lihassärkyjä, sydänvaivoja, huimausta

tai väsymystä. Reaktiovaiheeseen liittyviä voimakkaita tunteita on vaikea kestää, mutta kaikkein vaikein vaihe menee ohi yllättävän nopeasti. Reaktiovaiheessa omat tunteet ja reaktiot eivät ole aina hallittavissa ja se voi tuntua pelottavalta. (Saari 2003, 52 – 60.)

Sokki- ja reaktiovaiheessa ihmiset ovat yleensä halukkaita puhumaan kokemuksistaan, mutta työstämis- ja käsittelyvaiheessa eivät enää haluakaan. Työstämis- ja käsittelyvaiheessa ihminen käsittelee tapahtunutta itsekseen mielessään. Voimakkaat tunteet eivät häviä ja mikä tahansa saattaa tuoda mieleen sokin aiheuttaneen tapahtuman. Tässä vaiheessa on tyypillistä muisti- ja keskittymisvaikeudet. Joustokyky häviää ja se purkautuu raivokohtauksina ulkopuoliselle esim. kaupan kassalle. Ärtynisyys saattaa jatkua useita viikkoja. Käsittelyvaiheessa ihminen haluaa olla yksin ja työstää kokemustaan rauhassa. Käsittelyä voi tehostaa kuuntelemalla musiikkia, lukemalla kirjoja tai kirjoittamalla esim. runoja. Töihin paluu on suositeltavaa suhteellisen pian traumaattisen tapahtuman jälkeen, jos fyysinen kunto sen sallii. (Saari 2003, 60 – 65.)

Traumaattiset tapahtumat aiheuttavat yleensä suuria muutoksia elämään. Tapahtuneen hyväksymisen kautta alkaa sopeutuminen muutoksiin. Luopuminen on vaikeaa, mutta luopumisen ja surun kautta avautuu tilaa uudelle. Tapahtunutta ei haluta hyväksyä tapahtuneeksi. Kehitys tapahtuu vähitellen, huomaamatta. Uudelleensuuntautumisvaiheessa traumaattisesta kokemuksesta tulee tietoinen ja levollinen osa itseä. Tapahtumaa tai kokemusta voi ajatella tai olla ajattelematta. Se ei ole jatkuvasti mielessä eikä ole päällimmäisenä ja ainoana mielessä kuten prosessin alussa. Tavoitteena on, että kokemusta ei torjuta tai kielletä vaan se käydään läpi ja työstetään. (Saari 2003, 63 – 64.)

Aivoinfarktiin sairastuminen on suuri elämänmuutos sairastuneelle ja kriisi sekä sairastuneelle että omaisille. Psykkiset oireet ovat yleisiä vakavan sairauden yhteydessä, masennusta on n. 25 % aivohalvaus potilaista. Omat tavarat ja valokuvat läheisistä toimivat sairaalassa yhdyssiteinä kotiin ja perheeseen ja luovat myös todellisuuden tuntua. Oloa helpottaa myös se, että tiedostaa, tunnustaa ja käy läpi sairautensa. Omaisen on tärkeää huolehtia omasta jaksamisestaan, sillä sairastunut kokee helposti syyllisyyttä siitä, jos omainen uupuu hänen takiaan liikaa. (Ovaska - Pitkänen 1999, 74, 279- 288.)

Kuntoutuvaan potilaan hoitaminen on raskasta omaiselle. Läheinen saattaa tuntea riittämättömyyttä, tietämättömyyttä ja osaamattomuutta, kuten Kiuru (2005, 53 - 55) kertoo kokeneensa hänen vaimonsa sairastumisen jälkeen. Myös omainen tarvitsee tukea jaksakseen auttaa sairastunutta. Omaishoitajat ja läheiset – liitto ry on omaishoitajien ja heidän hoidettaviensa edunvalvonta- ja tukijärjestö, joka järjestää esim. omaishoitajien kuntoutuksia ja lomiam (Omaishoitajat ja läheiset – liitto ry.)

Helena Purolan (2000, 49 - 64, 66 – 67, 72.) tutkimuksessaan haastattelemat AVH-potilaat kertoivat kokemuksiaan selviytymisestä. Jokainen ihminen kokee sairastumisensa eri tavoin ja myös sairastumista edeltävä elämäntilanne vaikuttaa sairauteen sopeutumiseen. Useimmille sairastuminen aivoverenkiertohäiriöön tulee yllättäen. Sairastuminen aiheuttaa monille masennusta, vähentää ihmissuhteita ja aiheuttaa erilaisia rajoitteita toimintoihin ja pelkoja terveydentilan heikkenemisestä, selviytymisestä, sairauden uusiutumisesta ja omaisten jaksamisesta ja joillekin aiheutuu sairauden seurauksena mielialavaihteluita ja itkuherkkyyttä. Pelkoja vähentävät esim. apuvälineet, tieto, että sairaudesta selviää, hyväkuntoinen ja sijainniltaan hyvä asunto ja turvapuhelin. Kunnan järjestämä kotisairaanhoido ja kotiapu lisäävät turvallisuuden tunnetta ja ovat monelle välttämättömiä kotona selviytymisen tukia. Monet potilaista käyvät potilasyhdistyksien tilaisuuksissa, mieliala virkistyy kun näkee muita ihmisiä ja voi keskustella asioista. Vertaistuki ja vertaisten tapaaminen edistävät selviytymistä. Saman sairauden kokenut ymmärtää ja antaa voimaa ja rohkeutta, yhdessä on helpompi mennä julkisiin tilaisuuksiin.

Sopeutumisvalmennuskurssit ovat hyvä apu sairauden käsittelyyn psyykkiseltä kannalta. Niiden tavoitteena on auttaa potilasta hyväksymään vajavaisuutensa ja suuntaamaan toimintansa niille alueille, joista potilas selviää ilman ylitsepääsemättömiä vaikeuksia. (Kaste yms. 2006, 329.) Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry järjestää sopeutumisvalmennusta, jonka tarkoituksena on tukea sairastuneen arjessa selviytymistä. Aivohalvaus liitto järjestää myös monenlaista vertaistuki toimintaa. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2009.)

Kelasta on mahdollista saada erilaisia tukia tilanteesta riippuen. Kela maksaa sairauspäivärahaa korvauksena ansiotulon menetyksestä 16 – 67 vuotiaille, jos asiakas on sairauden takia työkyvytön, omavastuu-aika on kymmenen päivää. Sairauspäivärahaa maksetaan enintään 300 päivää eli noin vuoden ajan. Osasairauspäivärahaa voi saada

sairausloman jatkeeksi tukemaan töihin paluuta pitkän sairausloman jälkeen. Osasairauspäivärahaa voi saada, jos sairausloma on kestänyt vähintään 60 arkipäivän ajan. Osasairauspäivärahaa saadakseen täytyy olla kokoaikaisessa työsuhteessa, johon asiakas palaa osa-aikaisesti. Kun on saanut sairauspäivärahaa 60 arkipäivän ajan ja sairausloma jatkuu edelleen, on mahdollista päästä Kelan maksamaan kuntoutukseen. (Kansaneläkelaitos 2009.)

Kela järjestää ammatillista, vaikeavammaisen lääkinnällistä kuntoutusta sekä harkinnanvaraista kuntoutusta. Kuntoutuksen ajalta Kela maksaa kuntoutusrahaa. Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluu fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia, psykoterapia, musiikkiterapia ja neuropsykologinen kuntoutus. Harkinnanvaraiseen kuntoutukseen kuuluu esim. sopeutumisvalmennukset. Ammatillinen kuntoutus on tarkoitettu työikäisille työkyvyn parantamiseen ja ylläpitoon. Ammatillisena kuntoutuksena on mahdollista saada myös apuvälineitä, kuten teknisiä erityislaitteita esim. lukutelevisioita yms. Jokapäiväiseen selviytymiseen liittyvät apuvälineet saa julkisen terveydenhuollon kautta. (Kansaneläkelaitos 2009.)

Vammaistukea voi saada vammaisen tai pitkäaikaisesti sairas henkilö. Vammaistuen saaminen edellyttää, että toimintakyky on heikentynyt vähintään vuoden ajan. Työkyvyttömyyseläkettä on mahdollisuus saada sairauspäivärahan jälkeen, jos sairaus ei ole parantunut. Vanhuuseläkettä voi saada 65 vuotiaana. Eläkettä saavan hoitotuella tuetaan pitkäaikaisesti sairaan tai vammaisen kotona asumista. Hoitotukea voi saada eläkkeen lisäksi, jos toimintakyky on heikentynyt vähintään vuoden ajan ja sairaus tai vamma aiheuttaa avuntarvetta. Lääkkeistä saa korvausta ja suurista lääkekuluista voi saada lisäkorvausta. Lisäkorvauksen saa, jos korvattujen lääkekustannusten omavastuuosuus ylittyy, omavastuu osuus on vuonna 2009 672,70 euroa. Omavastuuosuuden täytyttyä jokaisesta lääkkeestä tarvitsee maksaa vain 1,5 euroa jokaisella ostokerralla. Kela korvaa myös sairauden hoitoon liittyvien matkojen kustannuksia, eli asiakas voi saada korvausta matkasta julkiseen sairaalaan tai terveyskeskukseen. Korvaus riippuu asiakkaan terveydentilasta ja sen vaatimista erityiskulkuneuvoista. Yhden suuntaisen matkan omavastuu on vuonna 2009 9,25 euroa. Jos matkakustannukset ylittävät kalenterivuoden aikana 157,25 euroa Kela maksaa ylittävän summan kokonaan. (Kansaneläkelaitos 2009.)

Jos potilaan liikkuminen kodin ulkopuolella on heikentynyt huomattavasti sairauden tai vamman takia, on hänellä oikeus saada kuljetustukea. Kuljetustukea haetaan kaupungilta tai kunnalta, jossa potilas asuu. Kotkassa tukea voi hakea vammaispalvelutoimiston kautta. Kuljetuspalveluiden maksuvälineenä on sote- kortti. Potilas saa matkustaa kuljetustuella virkistys- ja asiointimatkoja ja mukana saa olla yksi omainen tai tuttava saattajana. Kuljetustuki korvaa 18 yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa, mutta eri paikkakunnilla on eri käytännöt. (Kotkan kaupunki.)

9 HYVÄN POTILASOHJEEN OMINAISUUDET

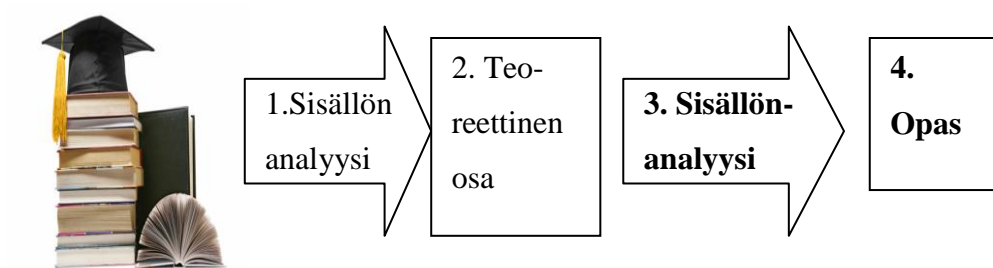
Potilasohjeen tarkoituksena on antaa ohjausta ja neuvontaa. Ohjeet kertovat aina teki- jästään. Hyvälle ohjeelle ei ole yksiselitteisiä kriteerejä. Hyvä potilasohje on sellainen, joka palvelee sitä paikkaa ja tarkoitusta johon se on tehty ja lähtökohtana ovat hoito- työn tarpeet eli laitoksen tarpeet antaa potilaalle ohjausta sekä potilaiden tarpeet saada tietoa. Potilas voi olla sitä itsenäisempi mitä enemmän hän tietää hoitoonsa liittyvistä asioista. Ohjeen sisältö määrittyy sen mukaan kenelle ohje on tarkoitettu. Hyvä ohje on potilasta puhutteleva. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34- 36.)

Potilasohje kannattaa kirjoittaa siten, että tärkein asia tulee ensin, koska silloin myös vain alun lukeneet saavat tietää olennaisimmat asiat. Hyvä tapa varsinaisen tekstin kirjoittamiseen on kirjoittaa havainnollista yleiskieltä. Voi miettiä miten kertoisi asiat potilaalle kasvojen ja mitä potilas mahdollisesti kysyisi. Aihe määrää tekstin rakenteen. Ohjeen otsikot ovat tärkeitä luettavuuden kannalta. Kuvat houkuttelevat lukemiseen ja lisäävät ohjeen luettavuutta. Ohjeen loppuun on hyvä laittaa yhteystiedot, mihin ottaa yhteyttä, jos on jotain kysyttävää. Ohjeeseen voi myös laittaa vinkkejä siitä, mistä saa lisää tietoa aiheesta. (Torkkola ym. 2002, 39- 45.)

Potilasohjeita tulisi päivittää riittävän usein, sillä tiedot muuttuvat jatkuvasti. Sisältö tulee esittää kielellisesti ja rakenteellisesti loogisesti. Ohjeessa tulee myös ilmetä selvästi kenelle ohje on tarkoitettu. Tutkimuksen mukaan neurologian ohjeet kielellisesti, rakenteellisesti ja ulkoasultaan huonoimpia kerätyistä ja vertailluista ohjeista. Lisäksi kaikkien vertailtujen ohjeiden sisällöt olivat yksipuolia. Ohjeissa oli eniten kehitettävää sisällöllisesti. (Salanterä, Virtanen, Johansson, Elomaa, Salmela, Ahonen, Lehtikunnas, Moisander, Pulkkinen & Leino – Kilpi 2005, 221 – 225.)

10 NÄYTTÖÖN PERUSTUVASTA TIEDOSTA OPPAAKSI – SISÄLLÖNANALYYSI

Tässä opinnäytetyössä käytettiin sisällönanalyysiä toisen kerran tiivistämään teoreettisen osan tiedot oppaaksi. Tässä selostetaan kuvan 8. kohdat 3. ja 4.

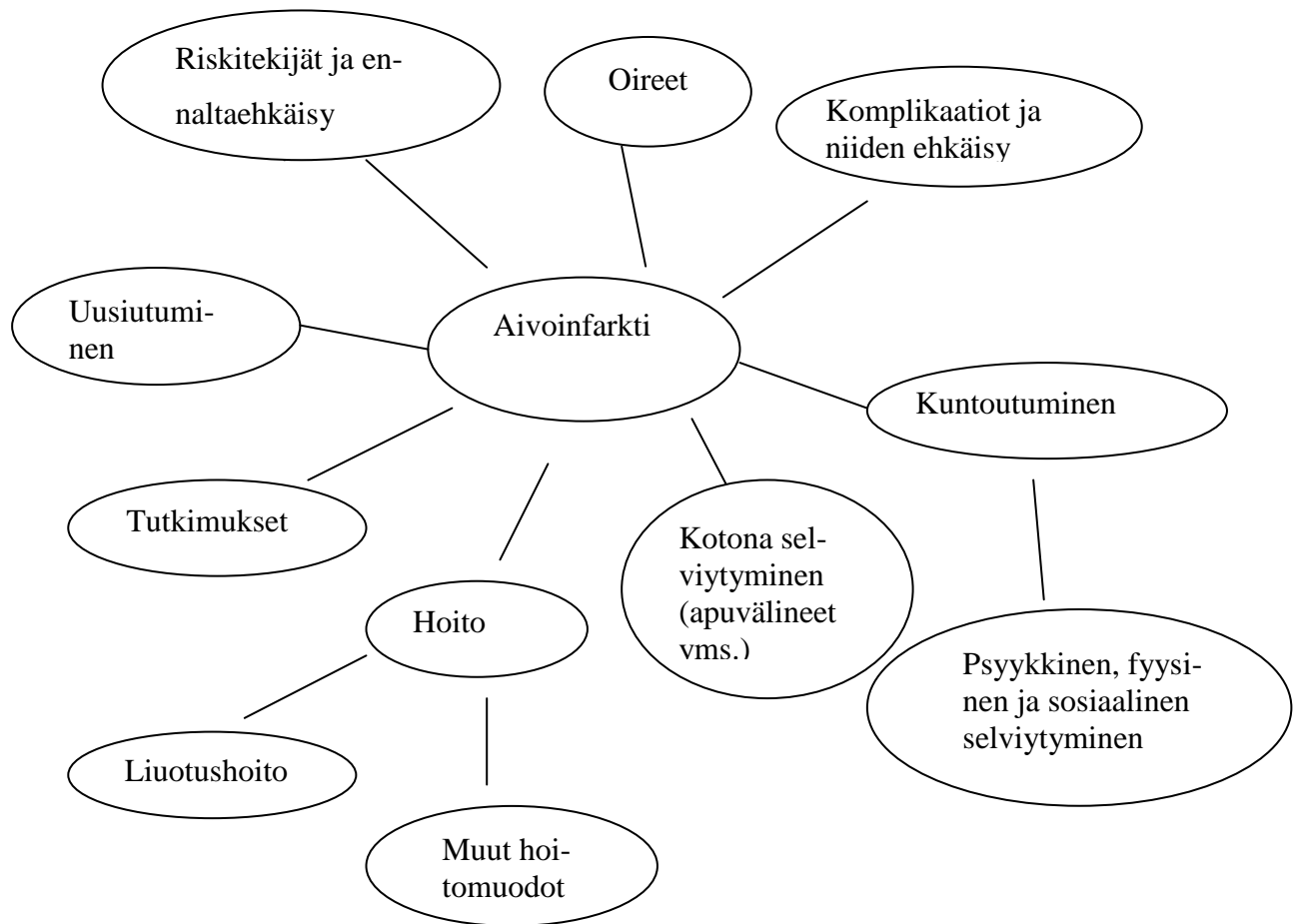


Kuva 8. Sisällönanalyysin käyttö

Sisällönanalyysiä teoreettisesta tarkastelusta oppaaksi on käytetty seuraavasti:

1. Teoriaosan tiedot luettiin läpi useamman kerran. Samalla muodostettiin paperille yhteenveto käsitekartta muodossa laadittujen tavoitteiden mukaisesti.
2. Teoriaosan tiedot tiivistettiin oppaaseen aihealueittain käsitekartan avulla.

Seuraavassa on prosessissa muodostunut käsitekartta, joka on laitettu myös työn alkuun viitekehykseksi lukijalle.

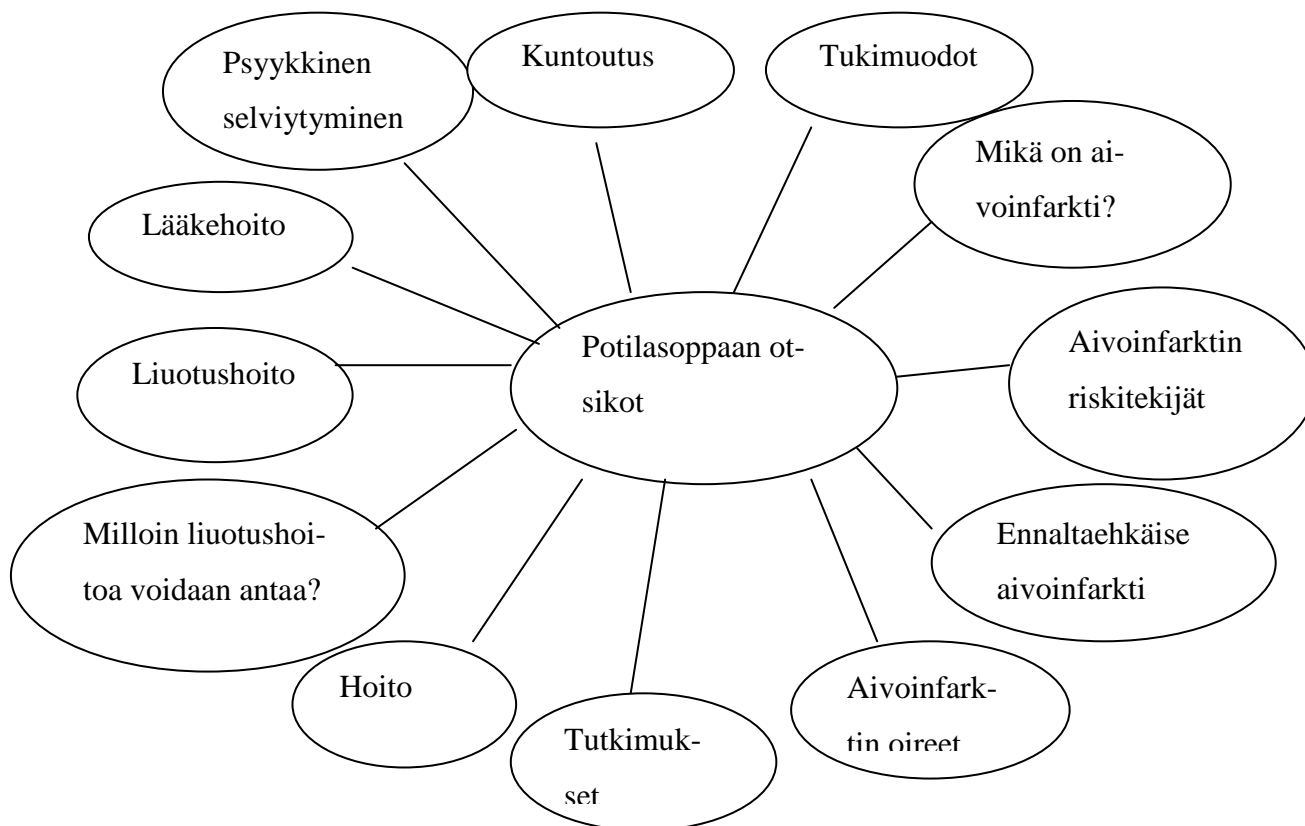


Kuva 9. Käsitekartta aivoinfarktista.

11 OPPAAN SISÄLLÖN RUNKO

Aivohalvaukseen sairastuminen vaikuttaa potilaan koko perheeseen, kuten Haapalan (2008, 30 – 46) tekemässä tutkimuksessakin ilmenee. Sairastuminen muuttaa potilaan sekä hänen perheensä elämään monin tavoin. Ohjaus ja monipuolisen tiedon saaminen on tärkeää uudessa sairauden aiheuttamassa uudessa elämäntilanteessa. Ohjauksen avulla potilaan elämänlaatu paranee. Tehokas ja riittävä ohjaus vaikuttavat myös sairaalassaoloaikaan ja vähentää hoitokustannuksia. Ohjausta tarvitaan jo heti sairaalaan tullessa. Ohjaaminen on myös omaisten tukemista.

Seuraavassa esitellään oppaan sisällön pääkohdat, tarkempi sisältö on liitteessä 3.



Kuva 10. Käsitekartta potilasoppaan sisällöstä

Oppaaseen on tiivistetty sisällönanalyysillä teoriaosan sisältämät tiedot. Oppaaseen on valittu tietoja laajasti aivoinfarktiin liittyvistä asioista, jotta opasta voi käyttää laajasti ja monella tavoin. Opas sisältää tietoa sekä potilaalle että omaiselle.

Opas on tarkoitettu käytettäväksi Kymenlaakson keskussairaalan ensiapupoliklinikalla sekä neurologisella vuodeosastolla. Opasta voi käyttää aivoinfarktipotilaiden sekä heidän omaistensa ohjauksen tukena. Seuraavassa muutama ohje oppaan käyttöön liittyen:

1. Hoitajat tutustuvat oppaan sisältöön.
2. Opasta käytetään mahdollisuuksien mukaan kaikkien aivoinfarktipotilaiden ohjauksessa.

3. Opas käydään potilaan kanssa läpi omaisen läsnä ollessa, jos mahdollista.
4. Hoitajat kirjaavat huolellisesti ohjauksen sisällön potilaan tietoihin.

12 OPPAAN LAADINTAPROSESSIN LUOTETTAVUUSTEKIJÄT

Tutkimuksissa pyritään välttämään virheitä ja sen takia tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta. Jos kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen, voidaan tutkimusta pitää reliaabelina. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkka selostus siitä mitä on tehty. (Hirsjärvi ym. 2004, 216 – 218.)

Laadullisessa tutkimuksessa ei ole yhtenäisiä käsityksiä tutkimuksen luotettavuudesta ja tämä selittää sen, miksi laadullisten tutkimusten luotettavuuden arvioinnit ovat hyvin erilaisia (Tuomi ym. 2009, 134). Sisällönanalyysin luotettavuutta pyrittiin tässä työssä lisäämään käsittekarttojen avulla. Luotettavuutta lisää myös se, että alussa määritellyt käsitteet kulkevat oppaaseen asti. Hirsjärvi ym. (2004, 26 – 28) mukaan tutkimuksen luotettavuutta lisää lähteiden huolellinen merkitseminen sekä tietojen huolellinen raportointi. Tämän työn luotettavuutta heikentää se, että alussa kaikkia lähteitä ei merkitty huolellisesti ja ne jouduttiin etsimään myöhemmin uudelleen.

Lähdemateriaalin valinnassa ja tulkinnassa täytyy olla kriittinen ja lähdemateriaalin valinnassa on hyvä kiinnittää huomiota lähteen ikään, kirjoittajan tunnettavuuteen ja arvovaltaan ja lähteen uskottavuuteen (Hirsjärvi ym. 2004, 101 – 102). Tässä opinnäytetyössä on käytetty lähteitä, jotka ovat tunnettujen kirjoittajien ja kustantamoiden tekemiä. Lähteiksi on pyritty ottamaan uusinta tietoa sisältäviä teoksia, jotka liittyvät tämän opinnäytetyön aiheeseen.

Tiedonhakuja on tehty useasta eri tietokannasta (Medic, Linda, Medline, Cinahl) monella eri hakusanalla. Aineistoa oli saatavissa runsaasti. Aineistosta karsiutuivat pois ne, jotka eivät liittyneet aiheeseen, eli lähteinä on käytetty vain teoksia, jotka liittyvät tämän opinnäytetyön aiheeseen.

13 POHDINTA

Aihe on ollut alusta asti mielenkiintoinen ja hyödyllinen, sillä tutkimusten mukaan potilaat kaipaavat lisää kirjallista materiaalia suullisen ohjauksen lisäksi. Kirjallista ohjausmateriaalia on saatavilla aika vähän, ja opas tulee tarpeeseen. Kehittämistehtävän teoriaosuuteen löytyi hyvin aivoinfarktiin liittyvää tietoa. Aluksi laadittiin teoriaosuus ja sen pohjalta potilasopas.

Lyhentyneet hoitoajat ja hoitajien kiireisyys ovat vähentäneet ohjaukseen käytettävissä olevaa aikaa. Aivohalvaus heikentää potilaan muistia ja sen takia asioita pitäisi toistaa riittävän monta kertaa, että potilaalle jää asiat mieleen. Jos suullisen ohjauksen yhteydessä annetaan kirjallista materiaalia, potilaalla ja omaisilla on mahdollisuus kerrata keskeisimpiä asioita myöhemmässä vaiheessa.

Ohjaus on oleellinen osa hoitotyötä. Tiedonsaanti vähentää epävarmuutta ja auttaa sopeutumaan uuteen elämäntilanteeseen. Riittävä tiedon saanti auttaa potilasta ottamaan enemmän vastuuta omasta hoidostaan ja osallistumaan hoitoonsa vointinsa mukaisesti. Ohjauksella tuetaan myös omaisen selviytymistä uudesta elämäntilanteesta.

Teoriaosassa on tutustuttu monipuolisesti näyttöön perustuvaan tietoon aivoinfarktista. Teoriaosassa on käsitelty myös ohjausta käsitteenä sekä hyvän potilasoppaan ominaisuuksia. Oppaasta on pyritty tekemään selkeä ja ymmärrettävä kokonaisuus, jota on helppo käyttää ohjauksessa apuna.

Kaikki aivoinfarktiin liittyvät perusasiat on pyritty mainitsemaan tässä työssä. Jokaisella potilaalla on yksilölliset oireet, hoidot yms., mutta tietyt asiat toistuvat jokaisen aivoinfarktipotilaan kohdalla. On mahdotonta tehdä opasta, joka sisältäisi kaikki yksityiskohtaiset tiedot aiheeseen liittyen.

Riskitekijöitä ja ennaltaehkäisyä on pyritty käsittelemään laajalti, sillä aiempien tutkimuksien perusteella väestö pitäisi saada tietoisemmaksi aivoinfarktin riskitekijöistä, jotta ihmiset osaisivat kiinnittää huomiota niihin ja alkaisivat noudattaa terveellisempiä elintapoja. Hoito osiossa on keskitetty liuotushoitoon sen vuoksi että se on ollut käytössä vain muutaman vuoden eikä se ole siksi vielä kovin tunnettu hoitomuoto.

Muuta lääkettä on myös käsitelty melko pinnallisesti, sillä jokaiselle aivoinfarkti-potilaalle määrätään yksilöllinen lääkitys.

Oppaasta tehtiin selkeä, laaja kokonaisuus, josta aiheeseen perehtymätön henkilö saa kaikki tarvittavat perustiedot aivoinfarktiin liittyen. Opas on laadittu tiiviissä yhteistyössä yhteistyötahojen edustajien kanssa, joten opas sisältää sellaista tietoa, joka on tarpeellista. Opas lisää varmasti sekä potilaan että omaisen tiedonsaantia aivoinfarktiin liittyen ja kirjallisesta oppaasta on mahdollista kerrata asioita myöhemmin.

LÄHTEET

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. Saatavissa: www.stroke.fi. [Viitattu: 20.5.2009].

Aivoinfarktin käypähoito- suositus 2006. Saatavissa: www.kaypahoito.fi. [Viitattu: 30.8.2009].

European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management - Update 2003. Cerebrovascular Diseases (Official Journal of the European Stroke Council) Vol. 16, No. 4, Year 2003. European stroke organization. Saatavissa: www.eso-stroke.org. [Viitattu: 20.10.2009].

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

Haapala, A. 2008. Aivohalvauspotilaan ohjaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu - tutkielma. Oulun yliopisto.

Hacke, W., Kaste, M., Bluhmki, E., Brozman, M., Dávalos, A., Guidetti, D., Larrue, V., Lees, K., Medeghri, Z., Machnig, T., Schneider, D. von Kummer, R., Wahlgren, N. & Toni, D. 2008. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. The New England Journal of Medicine. 25.9.2008. Number 13. Saatavissa: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/359/13/1317>. [Viitattu: 16.9.2009].

Haglund, B., Hakala- Lahtinen, P., Huupponen, T., Ventola, A- L. 2003. Ihmisen ravitsemus. Porvoo: WSOY.

Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies. Saatavissa: www.euro.who.int. [Viitattu: 18.10.2009].

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008 Tutkiva kehittäminen. WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu laitos. Jyväskylä: Tammi.

Hoffmann, T. & McKenna, K. 2003. Analysis of stroke patients' and carers' reading ability and the content and design of written materials: Recommendations for improving written stroke information. *Patient education and counseling, an international of communication in healthcare*. Volume 60, Issue 3, Pages 286-293 (March 2006). www.pec-journal.com. [Viitattu: 12.10.2009].

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. Porvoo: WSOY.

Hursti, A-M. 2007. Telestroke -hankkeessa liuotushoito tuodaan aivoinfarktipotilaan luokse. Saatavissa:

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,548,2718,4909,18041>. [Viitattu: 27.4.2009].

Joenpelto, L. 2001. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen selviytyminen kotona – kolme ensimmäistä kuukautta. Pro Gradu - tutkielma. Turun yliopisto.

Johansson, S. 2007. Kirjallisen potilasohjeen vastaavuus aivovamma potilaiden ja heidän läheistensä tiedon odotuksiin hoidon alkuvaiheessa. Pro Gradu - tutkielma. Turun yliopisto.

Kaila, A. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä – metasynteesi. *Hoitotiede* 1/2009, vol 21.

Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine R. & Sivenius, J. 2006. *Aivoverenkiertohäiriöt*. Teoksessa: Soinila, S., Kaste, M. & SomerH. (toim.). *Neurologia*. Jyväskylä: Duodecim.

Kansaneläkelaitos 2009. www.kela.fi. [Viitattu: 30.9.2009].

Kiuru S. 2005. *Sairauden satuttaessa*. Helsinki: Edita.

Kotkan kaupunki 2009. www.kotka.fi. [Viitattu: 5.10.2009].

Kyngäs H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Leinonen, S. 2000. Sosiaalinen tuki ja aivohalvauspotilaan arkielämän selviytyminen. Pro Gradu - tutkielma. Turun yliopisto.

Meretoja, A., Sairanen, T., Tatlisumak, T. & Kaste, M. 2008. Aivoinfarktin ja TIA:n hoitosuositus 2008. Suomen Lääkärilehti 23/2008 vsk 63.

Mäntynen, R 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Nurminen, M- L. 2006. Lääkehoito. 7. uudistettu painos. WSOY.

Ovaska- Pitkänen, M. (toim.). 1999. Elämän uusi painos. Tampere.

Purola, H. 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Pro Gradu. Oulun yliopisto.

Respecta Oy. www.respecta.fi. [Viitattu 23.10.2009].

Roine, R. 2007. Aivoinfarkti. Lääkärin tietokannat, www.terveysportti.fi. [Viitattu 16.5.2009].

Roine, R., Herrala, L. & Sotaniemi, K. 2002. Aivoinfarktin hoito aivohalvausyksikössä. Lääkärin tietokannat, www.terveysportti.fi. [Viitattu: 18.9.2009].

Ruokatieto 2009. Lautasmalli. Saatavissa: <http://opetus.ruokatieto.fi>. [Viitattu: 20.9.2009].

Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M – L., Pulkkinen, M – L. & Leino- Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalaan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. Hoitotiede 4/2005, vol. 17.

Saari, S. 2003. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Keuruu: Otava.

Salminen -Tuomaala, M., Kurikka, S., Korkiamäki, K. & Paavilainen, E. 2008. Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede* 5/2008, vol. 20.

Stenbäck, J. 2005.. Neurologisen potilaan ohjaus hoitohenkilöstön, potilaan ja omaisten arvioimana. Pro Gradu - tutkielma. Oulun yliopisto.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Uusitalo, M., Laine, T. & Puumalainen, A. 2002. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa: Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi.

Tutkimus, tekijä, missä tehty ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimustapa	Tulokset
Purola, Helena. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Oulun yliopisto 2000. Pro Gradu.	Kuvata kotona asuvien AVH potilaiden ja heidän omaisten kokemuksia selviytymisestä.	AVH potilaista muodostettiin kuusi selviytymistyyppiä, omaisista viisi.	Potilaiden ja omaisten kokemuksissa on samankaltaisuuksia että eroja.
Leinonen, Saira. Sosiaalinen tuki ja aivohalvauspotilaan arkielämän selviytyminen. Turun yliopisto 2000. Pro Gradu.	Selvittää sairastumisen aiheuttaman kriisin prosessointia.	Kvalitatiivinen teema-haastattelu.	3 viikkoa kotiutumisen jälkeen he vaikuttivat pessimistisiltä, 3 kuukauden jälkeen he olivat paremmalla mielellä ja tunsivat selviytyvänsä paremmin.
Joenpelto, Liisa. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen selviytyminen kotona, kolme ensimmäistä kuukautta. Turun yliopisto 2001. Pro Gradu.	Kuvata aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden ja heidän läheistensä kotona selviytymistä.	Teemahaastattelut.	Suurin osa potilaista kaipaa lisää tietoa/tukea/apua kotiutumisasiheessä. Päivittäisistä toiminnoistakin selviytyminen saattaa olla hankalaa.
Stenbäck, Johanna. Neurologisen potilaan ohjaus hoitohenkilöstön, potilaan ja omaisten arvioimana. Oulun yliopisto 2005. Pro Gradu.	Kuvata Oys:n neurologian klinikan hoitohenkilöstön ohjausvalmiuksia, ohjaustapah-tumia ja ohjauksen puitteita sekä tuottaa tietoa neurologisen potilaan ohjauksesta.	Kvantitatiivinen kyselylomake	Sairauteen liittyvä ohjaus on tärkeää. Suurin osa potilaista kokee saaneensa hyvää ohjausta. Ohjaus on yleensä suullista, kirjallisesta ohjausmateriaalista on pulaa.
Mäntynen, Raija. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Kuopion yliopisto 2007.	Kuvata kuntoutumista edistävää hoitotyötä sairaanhoitajan näkökulmasta aivohalvauspotilaiden moniammatillisessa kuntoutuksessa.	Haastattelut kuntoutuskeskuksessa ja kahdes-sa terveyskeskuksessa.	Sairaanhoitajan kokonaisvaltainen vastuu aivohalvauspotilaiden kuntoutumisen tukemisessa oli merkityksellistä.
Johansson, Sari. Kirjallisen potilasohjeen vastaavuus aivovamma potilaiden ja heidän läheistensä tiedon odotuksiin hoidon alkuvaiheessa. Turun yliopisto 2007. Pro Gradu.	Kuvata aivovammapotilaiden ja heidän läheistensä tietoon kohdistuvia odotuksia hoidon alkuvaiheessa sairaalassa.	4 täsmäryhmähaastattelua, kaksi aivovammapotilaille, kaksi heidän läheisilleen.	Kirjalliset potilasohjeet vastasivat parhaiten tiedon odotuksiin aivovammasta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Konkreettisempaa tietoa kaivattiin.

KYMENLAAKSON SAIRAANHOITOPIIRI

HAKEMUS / LUPA
Lupa opinnäyte- ja tutkimustyöt

1 (1)

(Hoito- tai sosiaali-alan opinnäytetyö tai muu vastaava ammattikorkeakoulu- tai toisen asteen opiskeluun/koulutukseen liittyvä tutkimus)

Lupaa opinnäyte- ja tutkimustyöhön ei pääsääntöisesti myönnetä potilaisiin/asiakkaisiin kohdistuviin tutkimuksiin eikä rekisteritutkimuksiin, jotka kohdistuvat KYMSHP:n salassa pidettäviin potilas/asiakasrekisteritietoihin.

Dnro TUTKIMUS	Päätös § / 20
---------------	---------------

Opiskelija / tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

1. Opinnäytetyön / tutkimuksen tiedot

Oppilaitos / koulutusohjelma / suuntautumisvaihtoehto Kyamk/ Hoitotyö/ Sairaanhoidaja	Oppilaitoksen osoite Takojaantie 1 Kotka
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi Aivoinfarkti potilaan kotihoitoon ohjaus - potilasoppaan laatiminen	
Opinnäytetyön / tutkimuksen alkamispvm syksy 2008	Opinnäytetyön / tutkimuksen päättämispvm
Opinnäytetyön / tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta (esim. aineiston keruu, kohderyhmä) tehdä selkeä potilasoppas, josta selviää keskeisimmät aivoinfarktiin liittyvät asiat ja siitä hyötyvät sekä potilas että omaiset	

2. Hakija / hakijat

Opiskelijan / opiskelijoiden nimet	Osoite	Sähköposti	Puhelin
Maiju Pekkola		maiju.pekkola@student.kyamk.fi	

3. Opinnäytetyön / tutkimuksen kustannuksista vastaava

<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija / tutkija	<input type="checkbox"/> KYMSHP:n tulosityksikkö, josta sovittu (pvm ja nimi) kanssa (hankesopimus liitteenä?)
<input type="checkbox"/> joku muu, mikä	

4. Opinnäytetyön / tutkimuksen raportointi

<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö / raportti toimitetaan ylihoitajalle	<input type="checkbox"/> Raportti toimitetaan julkaisusarjan toimituskunnalle
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä / raportista pidetään osastokokous / koulutus	<input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä
Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus, mikäli hankkeistamissopimuksessa ei toisin sovita. Kymenlaakson sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan.	

KYMENLAAKSON SAIRAANHOITOPIIRI

HAKEMUS / LUPA
Lupa opinnäyte- ja tutkimustyöt

2 (2)

(Hoito- tai sosiaalialan opinnäytetyö tai muu vastaava ammattikorkeakoulu- tai toisen asteen opiskeluun/koulutukseen liittyvä tutkimus)

Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota.

5. Allekirjoitukset

Oppilaitos	
Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys Eeva-Liisa Finlander-Paavilainen EVA-LIISA FINLANDER-PAAVILAINEN	Puhelin / sähköposti 084/70 28721 eeva-liisa.finlander@kyamk.fi
Tulosalue/yksikkö	
Yhteishenkilötyöelämäohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys Tiina Viereola Tiina Viereola	Puhelin / sähköposti 044-2231671 tiina.viereola@kyamk.fi
Osastonhoitajan / esimiehen allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin / sähköposti
Pvm sekä hakijan tai ryhmästä yhden henkilön allekirjoitus ja nimenselvennys 7.4.2009 Maija Peckola MAIJA PEKKOLA	

6. Luvan myöntäjän viranhaltijapäätös

<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty lupa opinnäyte / tutkimustyöhön hakemuksen mukaisesti		
<input type="checkbox"/> Lupa edellyttää eettisen toimikunnan käsittelyn	<input checked="" type="checkbox"/> Pyydetään tarkennusta / lisäselvityksiä	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätty
Perustelut / pyydetävät lisäselvitykset Patiliasoppaan sisältä tulee neljä muuttu- -ohjaajan kaks os. PA:ltä		
Aika ja paikka Kokous	Allekirjoitus ja nimenselvennys, arvo / tehtävänimike Maija Silvanen yll Maija SILVANEN	
Tulosyksikkö ja yhteystiedot Kymppipolku kaks p. 05-2205522		
Pyydetty lisäselvitykset toimitettu: aika ja paikka	Allekirjoitus ja nimen selvennys, arvo / tehtävänimike	
Tulosyksikkö ja yhteystiedot		

7. Liitteet

- Tutkimussuunnitelma (hyväksytty oppilaitoksessa)
 Hankkeistamissopimus
 Selvitys tutkimuksen kustannuksista ja rahoituksesta
 Muut liitteet, mitkä:

Kopio myönnetystä luvasta lähetetään:

- yksikön osastonhoitajalle/esimiehelle
- koulutuskoordinaattorille

OPISKELIJA

Nimi Maiju Pekkola	Opiskelijanumero 0600687
Sähköposti maiju.pekkola@student.kyamk.fi	Puhelinnumero
Osoite	
Toimipiste ja koulutusohjelma Terveysala Kotka, Hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus Sairaanhoitaja HO06S	

TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja yritys/yhteisö Kymshp/ Koks EA / neurologian osasto 7A	
Yrityksen/yhteisön yhteyshenkilö Tiina Vierula/ Satu Sillanpää	Puhelinnumero
Osoite Kotkantie 41 48210 Kotka	
Sähköposti	

OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

- Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista
- Opinnäytetyöllä on toimeksiantaja puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
- Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan

OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen
Sähköposti eeva-liisa.frilander. [redacted]@kyamk.fi
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t) Tiina Vierula/ Satu Sillanpää
Sähköposti tiina.vierula@kymshp.fi satu.sillanpaa@kymshp.fi

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 150 merkkiä) Aivoinfarkti potilaan kotihoidon ohjaus - potilasoppaan laatiminen	
Kehittämisen- tai tutkimustavoite ja tulos Tiivistetysti (max. 300 merkkiä) Jos teksti ruilautuu yli näkyvän kentän, osa tekstistä jää tulostettaessa piiloon! Tehdä selkeä opas josta on hyötyä potilaalle ja omaisille ja jota hoitajat voivat käyttää apuna potilaan ohjauksessa osastolla	
Keskeiset menetelmät Tiivistetysti (max. 300 merkkiä) Jos teksti ruilautuu yli näkyvän kentän, osa tekstistä jää tulostettaessa piiloon! Kehittämistehtävä / potilasoppaan laatiminen	
Opinnäytetyön aloitus 2008	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K -määritelmän *) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen.</p> <p>Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle.</p> <p>Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyöntekijän kanssa.</p> <p>Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p> <p>Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen.</p>	<p>Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön osia voidaan julkaista myös Internetissä sopimalla niistä erikseen.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
--	---

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

ALLEKIRJOITUKSET

Paikka ja aika Kotka 7.4.09	Toimeksiantajan edustaja Mikael Sjöberg
Paikka ja aika 7.4.2009	Opiskelija Mikael Pekola
Paikka ja aika 7.4.2009	Ohjaava opettaja Eeva-Liisa Hilonen

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintiä varten.

TIETOA AIVOINFARKTISTA



Maiju Pekkola

Kymenlaakson ammattikorkeakoulu

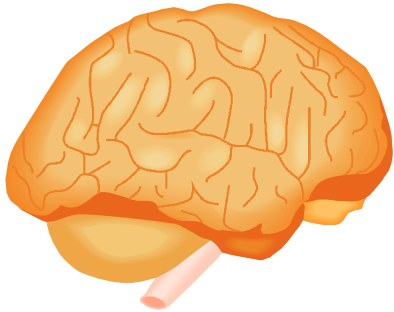
Opinnäytetyö 2009

Yhteistyössä Kymenlaakson keskussairaalan ensiapupoli-
klinikan ja neurologisen vuodeosaston kanssa

Kymenlaakson keskussairaala

MIKÄ AIVOINFARKTI ON?

Aivot tarvitsevat jatkuvasti happea ja glukoosia ja saavat niitä verenkierron välityksellä. Jokainen aivovaltimo kuljettaa happea tietylle alueelle. Aivoinfarktissa jokin näistä valtimoista tukkeutuu ja sen seurauksena osa aivoista ei saa happea. Aivosoluja alkaa tuhoutua jo muutaman minuutin hapenpuutteen jälkeen ja siksi nopea hoitoon hakeutuminen on erittäin tärkeää.



Aivoinfarktin aiheuttaa aivovaltimon paikallinen tukkeuma tai muualta elimistöstä peräisin oleva hyytymä.

Lisää tietoa aivoinfarktista saatavissa esim.

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry www.stroke.fi

Kymenlaakson afasia ja aivohalvausyhdistys ry

Käypähoito www.kaypahoito.fi

SAATAVISSA OLEVIA TUKIMUOTOJA

Aivohalvausyhdistys järjestää aivohalvaukseen sairastuneille sopeutumisvalmennuksia. Aivohalvausyhdistyksen kautta voi myös osallistua erilaisiin ryhmiin ja saada vertaistukea. Omaiset voivat saada vertaistukea omaishoitajat ja läheiset liitto ry:stä.

Kelasta on mahdollisuus saada erilaisia tukia esim.

- sairauspäiväraha
- työkyvyttömyyseläke
- eläkkeensaajan hoitotuki
- kuntoutus
- lääkekorvaukset
- matkakorvaukset esim. lääkärikäynneistä

Kaupungilta/ kunnalta on mahdollista saada kuljetustukea eli sote - kortti, jota voi käyttää asiointi- ja virkistysmatkoihin.



AIVOINFARKTIN RISKITEKIJÄT

- kohonnut verenpaine
- kohonnut veren kolesterolipitoisuus
- diabetes
- tupakointi
- ylipaino
- liikunnan puute
- runsas alkoholin käyttö
- sydän – ja verisuonitaudit
- aiemmin sairastettu TIA- kohtaus tai muu aivoverenkiertohäiriö
- perinnölliset tekijät
- migreeni
- hormonihoitot
- miehet sairastuvat naisia useammin

ENNALTAEHKÄISE AIVOINFARKTI!

Jopa 80% aivohalvauksista on ennaltaehkäistävissä. Aivoinfarktin riskiä voi pienentää elintapoja muuttamalla.

- terveellinen ruokavalio, jossa on mahdollisimman vähän kolesterolia aiheuttavia kovia rasvoja
- lisää liikuntaa mahdollisimman paljon
- lopeta tupakointi
- vähennä alkoholin käyttöä
- laihduta
- alenna verenpainetta



KUNTOUTUS

Kuntoutus aloitetaan sairaalassa mahdollisimman pian aivoinfarktin jälkeen. Kuntoutuksella pyritään vähentämään aivoihin syntyneen vaurion aiheuttamaa haittaa. Tavoitteena on mahdollisimman hyvän toimintakyvyn saavuttaminen sekä potilaan selviytyminen toimista mahdollisimman itsenäisesti. Kuntoutuksella tuetaan myös kuntoutujan sekä hänen läheistensä selviytymistä sairastumisen aiheuttamasta uudesta elämäntilanteesta.

Kuntoutusmuotoja ovat:

- fysioterapia
- toimintaterapia
- puheterapia
- neuropsykologinen kuntoutus

Kuntoutus voidaan järjestää avohoitona tai laitospotilastusjaksona.

Terveyskeskuksesta tai apuvälinelainaamosta on mahdollista saada eri tarkoituksiin tarkoitettuja apuvälineitä, jos niitä tarvitsee. Apuvälineitä ovat esim. pyörätuoli, rollaattori, suihkutuoli, tukikahvat sekä tarttumapihdit.

PSYKKINEN SELVIYTYMINEN

Aivoinfarktiin sairastuminen on suuri elämänmuutos sairastuneelle ja kriisi sekä sairastuneelle että omaisille. Jokainen ihminen kokee sairastumisensa eri tavoin ja myös sairastumista edeltävä elämäntilanne vaikuttaa sairauteen sopeutumiseen. Useimmille sairastuminen aivoverenkiertohäiriöön tulee yllättäen. Myös omaisen on tärkeää huolehtia omasta jaksamisestaan, sairastunut kokee helposti syyllisyyttä siitä, jos omainen uupuu hänen takiaan liikaa. Kuntoutuvan potilaan hoitaminen on raskasta omaiselle ja myös omainen tarvitsee tukea.

Psyykkiset oireet ovat yleisiä vakavan sairauden yhteydessä, masennusta on n. 25 %:lla aivohalvauksen sairastaneista potilaista. Omat tavarat ja valokuvat läheisistä toimivat sairaalassa yhdyssiteinä kotiin ja perheeseen ja luovat myös todellisuuden tuntua.

Kotiutumisvaiheessa pelkoja vähentävät esim. apuvälineet, tieto, että sairaudesta selviää, hyväkuntoinen ja sijainniltaan hyvä asunto ja turvapuhelin. Kunnan järjestämä kotisairaanhoido ja kotiapu lisäävät turvallisuuden tunnetta ja ovat monelle välttämättömiä kotona selviytymisen tukia.

AIVOINFARKTIN OIREET

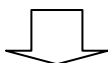
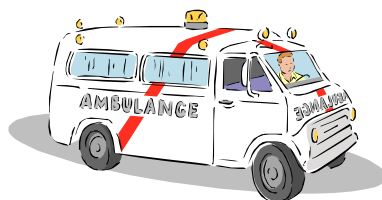
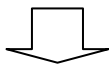
Oireet vaihtelevat aivoinfarktin laajuudesta ja sijainnista riippuen.

Yleisimpiä oireita ovat:

- äkillinen toispuoleinen tai molemmin puoleinen heikkous/ tuntohäiriö
- puheen tuottamisen ja ymmärtämisen häiriöt
 - afasia eli kielellinen häiriö
- silmän tai näkökentän osan näköhäiriö
- kaksoiskuvat
- nielun ja suun alueen toimintahäiriöt
- koordinaatiohäiriöt, liikkeiden hallitsemattomuus
 - ataksia eli liikkeiden koordinaatiohäiriö
 - dyspraksia eli motoristen toimintojen häiriö
 - apraksia eli kykenemättömyys suorittaa liikkeitä
- kiertoaiheisuus
- hahmotushäiriöt

**JOS HAVAITSET ITSELLÄSI TAI LÄHEISELLÄSI
JONKIN AIVOINFARKTIN OIREEN HAKEUDU
NOPEASTI HOITON!**

SOITA 112!!



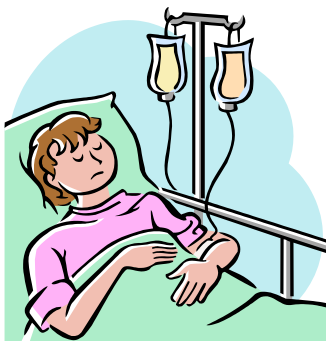
**LÄÄKEHOITONA VOIDAAN KÄYTTÄÄ ESIM.
SEURAAVIA**

- Antikoagulaatiohoito varfariini (Marevan)
- Heparini tai ihonalaisena injektiona annettava Klexane tai Fragmin
- Antitromboottinen lääkitys asetyyლისისიyli (ASA , Asperin Cardio, Disperin, Primaspan) tai dipyridamoli (Persantin, Dipyryn) tai yhdistelmä (Asasantin Retard)
- jos ASA ei sovi niin voidaan käyttää klopidogreeliä (Plavix)

LIUOTUSHOITO

Liutushoito annetaan päivystyspoliklinikalla tai aivohalvausyksikössä. Liutushoidon määrää neurologian erikoislääkäri ja liutushoitoon tarvitaan aina potilaan lupa.

Lääkeaineena käytetään alteplaasia. Lääkeaine annetaan laskimoon tiputuksena.



TUTKIMUKSET

Aivoverenkiertohäiriön laatua ja laajuutta selvitetään monien eri tutkimusten avulla. Diagnoosinnin kannalta on tärkeää tietää oireiden alkamisajankohta ja eteneminen.

- tutkitaan ja havainnoidaan tajunnantasonhäiriöt, yläraajojen lihasvoimien puolierot, puheentuoton häiriöt ja pupillien valoreaktiot.
- aivojen tietokonetomografia tutkimus (CT, TT)
- EKG eli sydänfilmi
- thorax röntgen eli röntgenkuva rintakehän alueesta
- laboratoriotutkimuksia esim. perusverenkuva, verensokeri, tulehdusarvot, veren hyytymisarvot ja veren rasva-arvot sekä virtsanäyte puhtaasti lasketusta virtsasta

HOITO

Aivoinfarktipotilas siirtyy ensiapupoliklinikalta aivohalvausyksikköön tai neurologian vuodeosastolle hoidettavaksi.

Aivoinfarkti potilas on ensimmäisen vuorokauden vuodepotilas eikä saa liikkua, joten asentohoito on tärkeä osa alkuvaiheen hoitoa. Potilaalle laitetaan kanyyli nesteytystä ja lääkehoitoa varten. Virtsakatetri laitetaan, jotta voidaan seurata esim. nestetasapainoa.

Akuutti vaiheen hoito:

- turvataan verenkierto ja hengitys
- pyritään ehkäisemään sairauden eteneminen ja lisäongelmat

Elintoimintoja monitoroidaan jatkuvasti ja muutoksiin ja häiriöihin puututaan välittömästi.

Aivoinfarktin hoidon tärkeä osa on uusimisen ehkäisy, riskitekijät kartoitetaan ja pyritään poistamaan.

MILLOIN LIUOTUSHOITOA VOIDAAN ANTAA?

- potilaan oireet ovat alkaneet aikaisintaan 4,5 tuntia ennen hoidon aloitusta ja oireiden alkamisajankohta on tarkasti tiedossa
- potilaalla ei ole vuototaipumusta
- potilas ollut omatoiminen ennen aivoinfarktia ja hänellä on edellytykset toipua hyvin

LIUOTUSHOITOA EI VOIDA ANTAA, JOS

- potilaalla on vuototaipumus (Marevan tms. hoito, alle kaksi viikkoa sitten tehty suuri kirurginen toimenpide, aiempi aivoverenvuoto)
- potilaan halvausoireisto on vaikea tai oirekuva on lievä tai ohimenevä
- potilaan oireiden alkamisajankohtaa ei tiedetä