
**AIVOVERENKIERTOHAIRIÖÖN SAIRASTUNEEN
KUNTOUTUS
- omaisen opas**

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu, työn hyväksymispäivä

Eija Latvateikari

Regina Aaltonen

HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijät	Eija Latvateikari Regina Aaltonen	Vuosi 2012
Työn nimi	Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutus - omaisen opas	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä omaisten tietoa aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutuksesta. Opinnäytetyömme liitteenä olevassa AVH-kuntoutujan omaisen oppaassa selvitetään omaisille aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutuksen keskeinen sanasto ja ne hoitotyön menetelmät, joilla päästään mahdollisimman hyvään tulokseen kuntoutuksessa.

Tutkimus oli kvalitatiivinen eli laadullinen ja tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla hoitajia, jotka työskentelevät aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden ja heidän omaistensa parissa. Haastattelut suoritettiin parihaastatteluina syksyllä 2011. Vastaukset käsiteltiin sisällön analyysimenetelmää apuna käyttäen.

Oppaan laatimisessa hyödynnettiin haastatteluvastauksia sekä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Haastatteluvastauksista ilmeni, että hoitajat kokevat omaisen oppaan tarpeelliseksi, koska omaiset kysyvät heiltä usein kuntoutukseen liittyviä asioita. Opas laadittiin Osaamiskeskuksen intensiivikuntoutusyksikön käyttöön tukemaan ohjausta ja kuntoutusta. Hoitajat voivat käyttää opasta suullisen tiedon tukena omaisen ohjauksessa.

AVH-kuntoutujan omaisen opasta voidaan myös tarvittaessa muokata käytettäväksi muissa erikoissairaanhoidon yksiköissä.

Avainsanat aivoverenkiertohäiriö, kuntoutus, ohjaus, omainen

Sivut 21 s. + liitteet 6 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Authors

Eija Latvateikari
Regina Aaltonen

Year 2012

Subject of Bachelor's thesis

Rehabilitation of a Person Suffering from
Cerebrovascular Disorder – a guide for the family

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to provide information to the family about the rehabilitation of a patient with a cerebrovascular disorder. The guide in one of the appendices of the thesis explains to the family the main vocabulary used in the rehabilitation of a patient with a cerebrovascular disorder and the methods of treatment that give the best possible results in rehabilitation.

The research was qualitative and the research material was gathered by interviewing nurses who work with patients with a cerebrovascular disorder and their families. The interviews were carried out as pair interviews in the autumn of 2011. The answers were analyzed using contents analysis method.

When compiling the guide the interview answers as well as literature on the subject were utilized. The interview answers showed that the nurses find the guide for the family necessary, because families have many questions about the rehabilitation. The guide was made to be used by the intensive rehabilitation unit to support guidance and rehabilitation. Nurses can use the guide to support the spoken information when instructing the family.

The CVD rehabilitant guide can be modified when necessary to be used in other specialized nursing units.

Keywords Cerebrovascular disorder, rehabilitation, guidance, family

Pages 21 p. + appendices 6 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	2
2.1	Aivoverenkiertohäiriöt ja aivohalvaus sairautena	2
2.1.1	Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijät, oireet ja vaurion sijainti	2
2.1.2	Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat toiminnalliset oireet.....	3
2.2	Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutus.....	5
2.2.1	Kuntoutumisen tavoitteet.....	5
2.2.2	Kuntoutumisen toteuttaminen	6
2.2.3	Kuntoutumisen kulku	7
2.3	Aivoverenkiertohäiriöpotilaan omaisen ohjaus.....	8
2.3.1	Omaisen tiedollinen tukeminen.....	9
2.3.2	Omaisen emotionaalinen tukeminen	9
2.3.3	Omaisen osallistuminen potilaan hoitoon	9
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE.....	10
4	TUTKIMUSMENETELMÄ	11
4.1	Tutkimusaineiston kerääminen.....	11
4.2	Tutkimusaineiston käsittely.....	12
5	TUTKIMUSTULOKSET	14
6	TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	16
7	POHDINTA.....	18
	LÄHTEET	20

LIITTEET

Liite 1: Saatekirje

Liite 2: Haastattelukysymykset

Liite 3: AVH-kuntoutujan omaisen opas

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriö (AVH) on usein äkillinen, jolloin sairastuneen omaiset ovat hädissään eivätkä kykene käsittelemään suullisesti saatua tietoa. Omista kokemuksistamme sairaanhoitajina tiedämme, että kirjallisessa muodossa annettu informaatio tukee suullisesti annettua tietoa kuntoutukselta. Se antaa omaiselle konkreettista tietoa siitä, miten toimitaan sairastuneen kanssa ja mihin kuntoutuksella pyritään. Sairastuminen muuttaa hetkessä koko perheen elämän. Hoitajalta edellytetään tällöin kykyä kohdata myös kriisissä oleva perhe.

Työssämme kohtaamme usein tilanteita, joissa omaisen mieltää kuntoutuksen kuuluvan ainoastaan fysioterapeuteille. Näin ollen he odottavat hoitajan vain palvelevan ja hoivaavan kuntoutujaa. Omaiset eivät ehkä aina ajattele, että hoitajien kuntouttava työote sairastuneen kuntoutumisessa on erittäin merkittävä. Hoitajat kuntouttavat päivittäin esimerkiksi tukemalla olemassa olevia voimavaroja ja ohjaamalla kuntoutujaa löytämään uudeleen kadotetut toiminnot. Kuntouttavan työotteen tavoitteena on se, että kuntoutuja sopeutuu tilanteeseen sekä sairauteen löytääkseen motivaation kuntoutukseensa ja toipuakseen mahdollisimman omatoimiseksi.

Oleellista on, että kuntouttavaa hoitotyötä kehitetään jatkuvasti. Ohjaus on kuntouttavassa hoitotyössä keskeinen osa kuntoutujan hoitoa. Ohjauksen avulla autetaan kuntoutujaa löytämään omia voimavarojaan. Kuntoutujan rohkaisu ja motivointi omatoimisuuteen edistää hänen kuntoutumistaan. Ohjausta tarvitsevat myös kuntoutujan omaiset.

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksen. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli lisätä omaisten tietoa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutukselta. Tavoitteena oli laatia omaisille opas, jossa selvitetään mitä kuntoutus on ja mikä on hoitajien osuus kuntoutumisprosessissa. Opas mahdollistaa henkilökunnalle ja omaisille yhteisen kielen, jolla pyritään yhdessä auttamaan kuntoutujaa. Punaisena lankana on, että omaisille pystytään antamaan selkokielistä tietoa sairauden aiheuttamista muutoksista sekä siitä, miten asiaan perehtynyt hoitohenkilökunta tukee kuntoutumista.

Saadaksemme tietoa oppaan laatimiseen haastattelimme erään Etelä-Suomessa sijaitsevan Osaamiskeskuksen intensiivikuntoutustiimin hoitajia. Yksikössä on 12 asiakaspaikkaa ja kuntoutus tapahtuu kuntoutussuunnitelman mukaisesti moniammatillisen tiimin yhteistyönä. Yksikön tavoitteena on potilaan onnistunut kotiutus turvalliseen ja toimivaan asuinympäristöön, potilaan mielekkään elämän turvaaminen kotona ja kodin ulkopuolella omaisten, ystävien tai kotihoidon turvin sekä potilaan selviytyminen toimintakykyisenä mahdollisimman pitkään. (Forssan seudun terveydenhuollon ky 2011.)

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Aivoverenkiertohäiriöt ja aivohalvaus sairautena

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) Neurologian klinikan seurantakansion mukaan aivoverenkiertohäiriöillä (AVH) tarkoitetaan aivoinfarkteja, aivoverenvuoto- ja TIA-kohtauksia. Iskeemisiä aivoverenkiertohäiriöitä, jotka johtuvat paikallisesta aivokudoksen verettömyydestä ovat lyhytaikainen TIA-kohtaus ja aivoinfarkti. Hemorragisia ovat verenvuoto aivoaineeseen tai lukinkalvon alaiseen tilaan. Puhekielessä usein käytetty aivohalvaus-termi käsittää aivoinfarktit ja aivoverenvuodot. Oireiden samankaltaisuudesta johtuen, kyseessä on kuitenkin kaksi erilaista tilaa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 296.)

Aivohalvaus on aivoverenkierron häiriö, jossa veren virtaus johonkin aivojen osaan estyy, seurauksena kudოსvaurio. Aivohalvauksen aiheuttaa joko aivoinfarkti tai aivovaltimon verenvuoto. Verenvuodot jaetaan aivoverenvuotoihin, jossa veri vuotaa aivokudoksen sisälle ja lukinkalvon alaisiin verenvuotoihin (subaraknoidaalivuoto eli SAV). (Marttila 2009.)

Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuessaan nopea hoitoon hakeutuminen ja välittömästi aloitettu osaava, tehokas hoito on ensiarvoisen tärkeä potilaan selviytymisen ja toipumisen kannalta (Holmia 2006, 296). Vaikka sairastuminen tapahtuu äkillisesti, kyseessä on kuitenkin pitkäaikainen, krooninen sairaus, joka vaatii pysyvää hoitoa (HYKS Neurologian klinikka 2009).

2.1.1 Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijät, oireet ja vaurion sijainti

Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijöitä ovat verenpainetauti, sydänsairaudet (mm. koronaaritauti, sydämen vajaatoiminta, rytmihäiriöt ja läppäviat), verensokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, estrogeenipitoiset e-pillerit, tupakointi ja vahva humalatila. Aivoverenkiertohäiriöiden mahdollisuutta lisää myös perintötekijät ja korkea ikä. Liikunnan puutteella, ylipainolla sekä stressillä voi olla yhteyttä sairastuvuuteen. (Forsbom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 27.)

Aivoverenkiertohäiriön oireet ja vaikutukset toimintakykyyn vaihtelevat sen mukaan, kummalla aivopuoliskolla vaurio on. Vasemman aivolohkon vaurio voi aiheuttaa kielellisiä häiriöitä, tahdonalaisen toiminnan vaikeutumista sekä esineiden tunnistamisen vaikeutta. Oikean aivolohkon vaurio voi aiheuttaa havainnoinnin häiriöitä, varsinkin halvaantuneen puolen huomioimisen vaikeutta, oiretiedostuksen puutetta sekä mielialojen vaihtelua. (Forsbom ym. 2001, 28.)

Holmian ym. (2006, 297–298) mukaan aivoverenkiertohäiriöön sairastuneella voi olla toispuolinen raajaheikkous, joka tuntuu jalan tai käden puu-

tumisena ja voimattomuuden sekä heikkouden tunteena. Nielun ja suun alueen toimintahäiriö ilmenee lähinnä suupielen roikkumisena, kasvojen puutumisenä sekä nielemisvaikeutena. Aivoverenkiertohäiriö voi vaikuttaa myös tasapainoon tai kävelyyn, joka aiheuttaa huimausta, kaatumisen tunnetta sekä jalkojen pettämistä. Puheen tuottaminen ja ymmärtäminen voivat vaikeutua ja puhe voi puuroutua eikä sanoja löydy. Erilaiset näköhäiriöt, kuten kaksoiskuvat ovat myös mahdollisia. Päänsärky ja oksentelu ovat yleisiä oireita, samoin virtsan tai ulosteen pidätyskyvyttömyys. Harvinaisia oireita ovat epileptiset kohtaukset sekä tajuttomuus.

2.1.2 Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat toiminnalliset oireet

Hypotonia tarkoittaa lihasten heikkoa toimintaa tai toimimattomuutta. Pahimmillaan halvaantuneen puolen lihakset voivat olla täysin veltot. Toisinaan lihasten toiminta heikkenee siten, että eriytyneiden liikkeiden suorittaminen vaikeutuu. (Forsbom ym. 2001, 31.)

Aivoverenkiertohäiriön seurauksena potilaalla voi olla lihasten jännitystä eli spastisuutta, joka tarkoittaa lihaksen liikenoiteen liittyvää venytysrefleksin aktiivisuutta, jolloin nopea lihasvenytys tuottaa liioitellun lihassupistuksen. Spastisen lihaksen jänteys lisääntyy vähäisestäkin ärsytyksestä. Kosketus, asennon muutos, muiden lihasten toiminta tai lämpötilan muutos aikaansaa lihaksen supistumisen. (Aivoliitto 2011)

Koordinaatiohäiriöissä eli ataksiassa potilaan on vaikea hallita pään, vartalon, raajojen tai suun ja nielun liikkeitä. Vaikka lihasten toiminta makuuasennossa näyttää kohtuulliselta, voivat siirtymiset asennosta toiseen tai tasapaino olla vaikeasti häiriintyneet. (Forsbom ym. 2001, 32.)

Tuntopuutokset jaetaan pintatuntopuutoksiin ja syvätuntopuutoksiin. Pintatunto voi häiriintyä niin, ettei potilas tunne kosketusta tai kosketustunto on muuttunut. Syvätunnossa puhutaan asento- ja liiketunnosta. Asentotunnon häiriöissä potilas ei tunne vartalon ja raajojen asentoa, kun taas liiketunnon häiriöissä potilas ei tiedä miten vartalo ja raajat liikkuvat. (Forsbom 2001, 32.)

Havainnoinnin häiriöihin kuuluu oman kehon halvaantuneen puolen hahmottamisen puuttuminen eli neglect. Näkeminen, kuuleminen tai tunteminen ei välttämättä ole muuttunut, mutta kyky huomioida näitä halvaantuneelta puolelta puuttuu. Potilaan katse ja pää ovat koko ajan kääntyneenä pois päin halvaantuneelta puolelta. Myös tilan, suuntien ja kolmiulotteisuuden hahmottaminen saattaa häiriintyä. (Forsbom 2001, 32.)

Pusher eli ylityöskentely tarkoittaa työntämisoiretta, joka liittyy usein neglect-oireeseen. Kaikki toiminta ohjautuu terveelle puolelle, kuntoutuja ei ole tietoinen liian suurella voimalla työskentelystään terveellä puolella. Potilaan terve puoli ottaa molempien puolien tehtävät hoitaakseen. Potilas ei tiedosta kehoaan kokonaisuutena, koska potilaan aivot antavat virheellistä informaatiota keskilinjasta. Potilas ei useinkaan ole tietoinen itse siitä, miten hän käyttää kehoaan. (Hiltunen & Savukoski 2011.)

Apraksia eli tahdonalaisen liikkeen ja toiminnan suorittamisen vaikeus on myös yksi havainnoinnin häiriöistä, joka voi esiintyä potilaalla niin, ettei hän pyydettyä tai kovasti yrittäessään onnistu suorituksessa, mutta automaattisena suoritus voikin onnistua. Havainnoinnin häiriöihin kuuluu myös juuttuminen johonkin liikkeeseen tai toimintaan osaamatta jatkaa toimintaa eli perseveraatio (Forsbom 2001, 32).

Laajemmissa vaurioissa potilaan on mahdotonta tunnistaa omaa sairautaan. Hän saattaa kokea, että hänen kotinsa on muutettu sairaalamaiseksi. Ahdistusta lisää vaikeus tunnistaa kasvoja. Toisinaan potilaan on vaikea tunnistaa tuttuja esineitä ja tietää mitä niillä tehdään, jolloin on kyseessä agnosia. Akuutissa vaiheessa potilaat saattavat viedä suuhunsa hiusharjan, vaikka tarkoitus olisi kammata hiuksia (Forsbom 2001, 32). Myös samantapaisesta asiasta kertoo Hurri (2011, 10–13). Hänen artikkelinsa mukaan monella aivoinfarktipotilaalla on kognitiivisia ongelmia, mutta harva on niin sekava kuin asiaan vihkiytymätön kuvittelee. Jos potilas yrittää syödä banaania kuorineen, ei hän välttämättä ole sekava. Hän ei vain tiedä enää, miten banaania syödään.

Näkökentän toisen puoliskon puuttumista tai kaventumista tarkoittaa hemianopia. Homonymi hemianopia tarkoittaa kummankin silmän saman puoleista näkökenttäpuutosta. Käytännön toiminnassa näkökenttäpuutos vaikuttaa useimmiten lukemiseen ja liikkumiseen. Tavaroiden etsiminen voi viedä tavallista enemmän aikaa, koska tilan näkeminen on muuttunut. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009.)

Kielellisiä häiriöitä on erilaisia, mm. puheen ymmärtämisen vaikeus ja/tai tuottamisen vaikeus eli afasia. Puheen tuottamista voi myös haitata suun ja nielun alueen toiminnan häiriöt, jotka vaikeuttavat sanojen muodostusta. Afasia jaetaan sujumattomaan tai sujuvaan afasiaan. Sujumattomassa afasiassa puheen tai äänen tuottaminen on vaikeutunut. Puhe voi jäädä yhden tavun toistamisen tasolle tai lievempänä muotona lauseiden muodostaminen vaikeutuu. Äänteet ja sanat voivat vaihtaa paikkaa. Sujuvassa afasiassa potilas puhuu sujuvasti, mutta puhe on vaikeasti ymmärrettävää. Potilaan voi olla myös vaikea ymmärtää puhetta. Kielellisiin häiriöihin kuuluu myös lukemisen, laskemisen ja kirjoittamisen vaikeus. (Forsbom 2001, 33.)

Muistihäiriöitä esiintyy yleensä uusien asioiden muistamisessa, vaikeammassa vaurioissa muisti katoaa myös pidemmältä ajalta ja potilas pystyy muistamaan vain useamman vuoden takaisia tapahtumia ja elää siten menettänyt aikaa. Masennus, itkuherkkyys, tunnetilojen ailahtelut tai ärtyvyys saattavat olla yleisiä oireita AVH- potilailla. (Forsbom 2001, 33.)

Edellä mainittujen toiminnallisten oireiden lisäksi potilaat voivat kärsiä jäykkyydestä ja kivusta, joista yleisimpiä ovat halvaantuneen puolen olkapään ja käden kipeytyminen. Nämä ongelmat voidaan toisinaan estää tai ainakin niitä voidaan lieventää oikeanlaisella fyysisellä ohjauksella. (Forsbom 2001, 33.)

2.2 Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutus

Sosiaali- ja terveysministeriön (2011) mukaan kuntoutuksella tarkoitetaan sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen ihmisen toimintakyvyn edistämistä, itsenäisen selviytymisen tukemista, hyvinvoinnin, osallistumismahdollisuuksien ja työllistymisen edistämistä.

Kuntoutuksen tavoite on kudosvaurion aiheuttaman vajaatoiminnan korjaaminen ja sen aiheuttaman haitan saaminen niin vähäiseksi kuin mahdollista. Tärkeää on myös potilaan ja hänen omaistensa sopeutumisen tukeminen. (Soinila, Kaste, Launes & Somer 2001, 296.)

2.2.1 Kuntoutumisen tavoitteet

Kuntoutumisen tavoitteena on omatoimisuuden palautuminen, itsenäinen suoriutuminen ja hyvä sosiaalinen toimintakyky siten, että kuntoutuja tulee toimeen aikaisemmassa ympäristössään kotona ja töissä (Muuronen 1999, 81). Jo vuonna 1957 Kalervo Kinanen on sanonut kuntoutuksesta seuraavaa: ”Kuntouttaminen yksilöllisenä merkitsee sitä, että kuntouttamistoimenpiteet sovelletaan kunkin henkilön erikoistarpeita silmällä pitäen ja niiden mukaisesti. Yksilöllinen kuntouttaminen on tarpeellista monesta eri syystä.” Kinanen näkökulmasta ihmiset ovat erilaisia ja heillä on erilaisia tarpeita. Vamman tai sairauden merkitys on eri ihmisille erilainen. Päästäksemme tähän tavoitteeseen tulee meidän mieltää, että jokaisen kuntouttamisen kohteeksi tulevan henkilön asiat ovat yksilöllisiä ja ainutlaatuisia. (Järvikoski & Vilkkumaa 1995, 99.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutus aloitetaan sairaalassa heti ensimmäisinä hoitopäivinä. Kuntoutuksella ei tarkoiteta ainoastaan kuntoutushenkilöstön ohjaamaa työtä, vaan kaikkea potilastyötä, josta suurimman osan tekee hoitohenkilökunta. Siksi on tärkeää, että hoitajat, omaiset ja potilas itse tuntevat kuntoutuksen periaatteet ja noudattavat niitä alusta alkaen. Kuntoutuksen alkuvaiheessa henkilökunta tekee paljon työtä potilaan hyväksi, mutta vähitellen vastuu siirtyy yhä enemmän potilaalle itselleen. (Numminen 1991, 30.)

Vastuun ottaminen omasta kuntoutumisestaan saattaa olla aluksi potilaalle vaikeaa, sairautta ja sen seurauksia ei kukaan voi poistaa. Kuntoutumiseen tarvitaan voimavarojen tunnistamista, omaa tahtoa ja kykyä. Epäonnistumiset aiheuttavat pettymyksiä, siksi kuntoutumisen tavoitteiden tulee olla kannustavia ja mahdollisia saavuttaa. (Numminen 1991, 30.)

Kun potilas, omainen ja hoitohenkilökunta tuntevat kuntoutuksen periaatteet, tavoitteet ja toteuttamistavat, kaikki voivat toimia tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoidon alkuvaiheessa hoitaja tekee asioita potilaan puolesta ja auttaa potilasta päivittäisissä toiminnoissa. Lähtökohta auttamiselle on se, mistä potilas ei itse suoriudu. On tärkeää, että potilas säilyttää terveenä säilyneen toimintakykynsä samanlaisena kuin se oli ennen sairastumista. Kuntoutuksen edetessä hän joutuu opettelemaan menetettyjä toimintoja. (Holmia ym. 2006, 309.)

Hoitaja kannustaa potilasta ja auttaa häntä vain sen verran kuin potilas inhimillisesti katsottuna tarvitsee. Auttamisessa on hyvä muistaa hienotunteisuus. Potilas voi kokea avuntarpeensa masentavaksi ja nöyryyttäväksi. Hoitaja suojelee potilasta nöyryyttäviltä kokemuksilta kannustaen ja tukien häntä yrittämään uudestaan. (Holmia ym. 2006, 309.)

Holmian ym. (2006, 309) teoriaa tukee Järvikosken ja Härkäpään (2011, 23) määritelmä kuntouttavasta työotteesta. Heidän mukaansa kuntouttavan työotteen katsotaan kuuluvan periaatteena ja toimintatapana kaikkeen hyvään hoitoon ja hoivaan. Hoitajien kuntouttavan työotteen tarkoituksena on tukea sekä kannustaa asiakasta selviytymään mahdollisimman itsenäisesti omien voimavarojensa ja toimintakykynsä mukaan. Sen avulla pyritään ylläpitämään ja parantamaan asiakkaan toimintakykyisyyttä sekä arkielämän hallintaa. Hurrin (2010, 10–13) kertomana henkilökunnan kuntouttava työote tarkoittaa AVH-potilaan kohdalla paitsi potilaan aktivoimista myös sitä, että potilaan kanssa toimiessaan pitää osata pysähtyä, rauhoittua ja olla tilanteessa läsnä.

Jaakonsaaren (2010) mukaan FIM® -toimintakyvyn ja avuntarpeen mittaria on käytetty vuodesta 1997 lähtien. Mittari on osoittautunut monipuoliseksi työvälineeksi. Sen avulla voidaan kartoittaa henkilön toimintakyky ja avuntarve välttämättömien päivittäisten toimintojen osalta huomioiden sekä motorisen että kognitiivisen osa-alueen. Mittari on selkiyttänyt kuntoutujan toimintakyvyn tavoitteiden määrittämistä ja seurantaan sekä luonut yhteisen kielen moniammatilliseen työskentelyyn. Toimintakyvyn mittarilla arvioidaan 18 toimintaa, joista 13 mittaa motorisia toimintoja ja 5 kognition toimintoja. Jokaisesta toiminnosta korkein pistemäärä on 7 ja alhaisin pistemäärä on 1. FIM® -toimintakykymittarin kokonaispistemäärä voi vaihdella välillä 126–18 pistettä. Tämän tuloksen avulla voidaan arvioida kuntoutujan avuntarvetta ja toimintakykyä. Tuloksia käytetään myös hoidon yksilölliseen suunnitteluun ja arviointiin sekä muutosten seurantaan. (Jaakonsaari 2011.)

Kuntouttavalle työotteelle on ominaista yhdessä tekeminen sen sijaan, että tehdään potilaan puolesta. Potilaalla tulee olla mahdollisuus tehdä valintoja omaan selviytymiseensä ja arkielämään liittyvissä asioissa. Potilaille annetaan aikaa omaan suoriutumiseen, tuetaan samalla hänen toimintamahdollisuuksiaan sekä omatoimisuuttaan. Kuntouttava työote ei tarkoita sitä, että potilas pakotetaan suoriutumaan itsenäisesti. Apua ja ohjausta tulee olla tarjolla aina, kun potilas ei selviydy yksin tai hän itse haluaa apua. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23.)

2.2.2 Kuntoutumisen toteuttaminen

Kuntoutujalla tulee säilyä vastuu ja päätösvalta omasta elämästään ikänsä ja toimintakykynsä edellyttämällä tavalla. Keskeinen väline kuntoutuksessa on yksilöllinen kuntoutussuunnitelma. Se on sopimus, johon kuntoutuja sekä kuntoutukseen osallistuvat asiantuntijat ja organisaatiot sitoutuvat. Kuntoutussuunnitelma laaditaan kuntoutujan ja moniammatillisen työryhmän yhteistyönä. Se perustuu kuntoutujan jäljellä olevaan toimintaky-

kyyn sekä hänen motivaatioonsa ja kuntoutumista koskeviin tavoitteisiin. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2006, 23–29.)

Yksinkertaisimmillaan kuntoutussuunnitelmasta pitää ilmetä kuntoutustarpeen perusteet nykyisen elämäntilanteen pohjalta ja kuntoutukselle asetetut tavoitteet sekä toimenpiteet, joilla tavoitteisiin on tarkoitus pyrkiä ja päästä. Kuntoutussuunnitelman tulee sisältää myös suunnitelma siitä, miten tilannetta seurataan. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 196.)

Omaisten ja läheisten rooli korostuu jo kuntoutuksen alkuvaiheessa tärkeäksi. Kuntouttavan hoidon ytimenä tulisi olla oikeiden asioiden tekeminen. Aivovauriopotilaan kuntoutuksessa hoitotyön toiminta on laajaa. Oleellista on, että sillä on päämäärä. Ongelmien ja oireiden tunnistaminen on lähtökohtana kuntoutukselle. Ohjaus on aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttavassa hoitotyössä keskeinen menetelmä ja keino. Ohjaus on joko verbaalista tai fyysistä. (Forsbom ym. 2001, 57, 150.)

Verbaalinen ohjaus on tiedon jakamista vamman aiheuttamista muutoksista fyysisen toimintakyvyn ja terveydentilan sekä henkisen toimintakyvyn alueella. Tiedon on todettu antavan kuntoutujalle turvaa ja varmuutta ja se auttaa hallinnan tunteen saavuttamiseen. Elämönhallinnan tunne on sisäinen voimavara, jonka avulla potilas selviytyy erityistä sopeutumista vaativissa tilanteissa. (Forsbom ym. 2001, 63.)

2.2.3 Kuntoutumisen kulku

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ennusteen kannalta tärkeää on kuntoutuksen aloittaminen välittömästi potilaan tultua sairaalaan. Alkuvaiheen kuntoutuksen tavoitteena on ehkäistä lisävaurioita ja komplikaatioita. Tämä edellyttää potilaan tiivistä seurantaa. Hyvään hoito- ja kuntoutuskäytäntöön kuuluvat potilaan hengitys- ja verenkiertoelinten tilan, nestetasapainon, ravitsemuksen ja suoliston toiminnan seuranta. Tavallisimpia akuutin vaiheen komplikaatioita ovat hengitys- ja virtsateiden infektiot, jalkojen syvät laskimotukokset sekä keuhkoembolia, painehaavaumat sekä rytmihäiriöt ja muut verenkiertoelinten toimintahäiriöt. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 257.)

Etenkin alkuvaiheessa vuoteen sijainti huoneessa on oleellista. Potilaan tulee saada mahdollisimman paljon näkö-, kuulo- ja tuntoaistimuksia halvaantuneelta puolelta. Vuode kannattaa sijoittaa niin, että potilaan halvaantunut puoli on ovelle päin ja yöpöytä samalla puolella. Henkilökunnan ja omaisten lähestyminen sekä toimiminen halvaantuneella puolella vahvistavat toivottujen aistiärsytysten saantia. (Forsbom ym. 2001, 77)

Liikuntakyvyttömän tai tajuttoman potilaan asentohoito on kuntoutumisen kannalta äärimmäisen tärkeää. Asentohoidon tarkoituksena on estää nivelten liikerajoitukset ja ihon painehaavaumat sekä edistää hengitysteiden tyhjenemistä limasta. Alkuvaiheessa potilaan asentoa vaihdetaan kahden tunnin välein ympäri vuorokauden ja samalla tarkistetaan ihon kunto erityisesti haavaumille herkiltä alueilta. Suositeltavin asento alkuvaiheessa on halvaantuneella kyljellä makuu, jolla parhaiten edistetään kuntoutumis-

ta ja aktivoidaan halvaantuneiden raajojen käyttöä. (Rissanen ym. 2008, 257.)

Akuutille aivoverenkiertohäiriöpotilaalle annetaan ravinto suun kautta, mikäli mahdollista. Nielemiskyky on tutkittava ennen varsinaisen ravinnon antamista. Nielun toimintahäiriöistä kärsivän potilaan syöttämisessä on noudatettava aspiraatiovaaran vuoksi varovaisuutta. (Rissanen ym. 2008, 257). Hoitotyössä korostuukin omaisten ohjaaminen niin, että potilaan turvallisuus ei vaarannu. Esimerkiksi sitä voi olla vaikea ymmärtää, että potilas ei saa syödä mitään, ennen kuin nieleminen onnistuu varmasti. (Hurri 2011, 10–13.)

Akuutti aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa lähes aina myös virtsarakon toimintahäiriön, joka voi ilmetä pidätyskyvyttömyytenä tai virtsaumpena aiheuttaen usein virtsateiden tulehduksia. Kuntouttavan hoidon periaatteisiin kuuluu seurata rakon tyhjenemistä ja tarvittaessa kertakatetrointi 4-6 kertaa vuorokaudessa. Kestokatettrin käyttöä on vältettävä. (Rissanen ym. 2008, 258.)

Rissanen ym.(2008, 258) mukaan pystyasennon tiedetään vähentävän komplikaatoriskiä ja edistävän kuntoutumista. Pystyasento myös piristää potilasta auttaen häntä tiedostamaan puutosoireet ja hahmottamaan kehoaan. Jos tila on vakaa, voidaan potilas usein turvallisesti kohottaa istumaan jo sairastumista seuraavana päivänä.

Hoidon ja kuntoutuksen lisäksi annetaan potilaalle ja hänen läheisilleen alkuvaiheessa tietoa sairaudesta, ennusteesta sekä kuntoutusmahdollisuuksista luoden samalla uskoa ja motivaatiota jatkokuntoutukseen. Nopean kuntoutumisen vaiheesta käytetään nimitystä intensiivikuntoutuksen vaihe. Intensiivikuntoutus aloitetaan tavallisesti potilaan elintoimintojen tasaannuttua ja potilaan jaksassa osallistua terapiaoihin. Vaihe alkaa välittömästi alkuvaiheen jälkeen kestäen 3 - 6 kuukautta, joskus pitempäänkin. Tässä vaiheessa laaditaan ensimmäinen kuntoutussuunnitelma, jonka mukaan edetään seuraavat viikot. (Rissanen ym. 2008, 258.)

Masennuksesta kärsii 20–60 % aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista potilaista. Se on erityisen tavallinen afaasiapotilailla. Intensiivikuntoutumisen vaiheessa nähdään usein ensimmäiset merkit potilaan masennuksesta ja sairauden aiheuttamasta henkisestä kriisistä, joka koskettaa koko lähipiiriä. (Rissanen ym. 2008, 258.)

2.3 Aivoverenkiertohäiriöpotilaan omaisen ohjaus

Kyngäksen, Kääriäisen, Poskiparran, Johanssonin ja Hirvosen (2007, 25) mukaan ohjaus määritellään mm. ohjauksen antamiseksi, kuten käytännöllisen opastuksen antamiseksi tai hoitajan ohjauksen alaisena toimimiseksi. Lisäksi ohjauksella voidaan tarkoittaa esim. asiakkaan johtamista tai johdattamista johonkin tai hänen toimintaansa vaikuttamista. Ohjaus on rakenteeltaan muita keskusteluja suunnitelmallisempaa, mutta se sisältää myös tiedon antamista, ellei asiakas ole itse kykenevä ratkaisemaan tilan-

netta. Ohjaussuhde on tasa-arvoinen. Tuloksellinen ohjaus voi vaatia useita ohjauskertoja.

Anttilan (2006, 45) mukaan omaisella tarkoitetaan oman perheen jäsentä tai lähisukulaista. Omaisella voidaan tarkoittaa myös muuta läheistä ihmistä, naapuria tai työtoveria. Sukulaisuussuhde ei nykyään ole omaiskäsitteen ainoa kriteeri. Terveystieteissä aikuispotilaan kohdalla käytetään usein ilmaisua omainen puhuttaessa potilaan läheisimmästä ihmisestä.

Läheisen sairastuminen koettelee omaisia monin eri tavoin. Monet kärsivät sekä fyysisesti että psyykkisesti läheisen sairastuttua. Omaiset tarvitsevat hoitohenkilökunnalta tiedollista, emotionaalista ja konkreettista tukea yksilöllisesti. Ohjaus auttaa heitä jaksamaan senhetkessä elämäntilanteessa ja mahdollistaa osallistumisen läheisensä hoitoon hänen ollessaan hoito-organisaatiossa. (Anttila 2006, 45.)

2.3.1 Omaisen tiedollinen tukeminen

Omaiset odottavat hoitohenkilökunnalta useimmiten tiedollista tukea, joka tarkoittaa tietojen antamista. Tieto auttaa omaista ongelmien ratkaisemisessa ja läheisen sairauden aiheuttaman stressin käsittelyssä. Omaisen saama tieto vaikuttaa myös potilaan kokemuksiin ja voi vähentää ahdistusta. Tieto lisää sekä potilaan että omaisen kokemaa tyytyväisyyttä ja turvallisuuden tunnetta. (Anttila 2006, 45.)

Anttilan (2006, 45–46) mukaan omaiset odottavat saavansa tiedollista tukea henkilökunnalta jatkuvasti, rehellisesti ja pyytämättä. Tiedon puute aiheuttaa vihaa ja pelkoa omaisissa, sillä epävarmuus potilaan tilasta vaikuttaa negatiivisesti omaisen henkiseen tasapainoon. Omaiset odottavat saavansa tietoa potilaan sairaudesta, hoidosta, ennusteesta ja mahdollisesta jatkohoidosta. Tiedon välittämistä tulee kehittää sivuuttamatta ja loukkaamatta potilaan itsemääräämisoikeutta sairauttaan koskevaan tietoon.

2.3.2 Omaisen emotionaalinen tukeminen

Emotionaalisen tuen lähtökohtina ovat omaisen tilanteen ymmärtäminen ja hoitajien kyky arvioida omaisen sopeutumisen vaihe. Emotionaalisen tuen muotoja ovat kuunteleminen, keskusteleminen, toisen ihmisen tunteiden hyväksyminen, lähellä oleminen ja realistisen toivon ylläpitäminen. Hoitotyöntekijöillä tulee olla tilanneherkkyttä tunnistaa omaisten tarpeet kohtaamistilanteessa. Omaista emotionaalisesti tukiessaan hoitohenkilökunnan tulisi rohkaista häntä puhumaan tunteistaan, mikäli omainen tuntee siihen tarvetta. Kysymyksillä ”Miten te jaksatte?” ja ”Mitä kotiin kuuluu?” annetaan omaiselle tunne siitä, että hänestä välitetään. (Anttila 2006, 46.)

2.3.3 Omaisen osallistuminen potilaan hoitoon

Aikuispotilas on juridisesti täysivaltainen. Omaisen osuus hoidossa on olta-
tava potilaan itsensä hyväksymä. Omaisen osallistuminen potilaan hoitoon saattaa joskus aiheuttaa rasitteita paitsi omaiselle itselleen myös hänen sai-

raalle läheiselleen ja hoitohenkilökunnalle. Silloin on kysymys lähinnä ylihuolehtivista, ylisuojelevista ja ahdistuneista omaisista, jotka käytöksellään ja epärealistisilla odotuksillaan hidastavat tai ehkäisevät potilaan paranemista. (Anttila 2006, 46.)

Vieraillessaan sairaalassa omaiset saattavat tuntea itsensä ulkopuolisiksi. Hoitohenkilökunta voi helpottaa omaisten tilannetta kutsumalla heidät mukaan yhteistyöhön ja ottamalla heidät mukaan potilaan hoitoon. Kommunikaation olisi oltava avointa yhteistyön alusta saakka ja hoitohenkilökunnan olisi toimittava aktiivisena osapuolena ja osoitettava kiinnostusta omaisten tiedoille ja kysymyksille. (Anttila 2006, 47–48.)

Hoitohenkilökunnalla tulisi olla riittävästi aikaa omaisen ohjaukseen. Ohjaustilanteet syntyvät usein spontaanisti eikä niitä voi suunnitella etukäteen. Siksi jokainen ohjaustilanne onkin aina erilainen. Omaista ohjattaessa on otettava huomioon omaisen tarpeet ja hänen taustansa, aikaisemmat tietonsa ja kokemuksensa. (Anttila 2006, 49.)

Hoitajan antaman ohjauksen on oltava konkreettista ja selkeää. Kuuntelemalla potilasta ja omaista sekä tarkistamalla heidän tietonsa, saadaan ohjaus vastaamaan heidän tarpeitaan. Omaisen ohjaus ei saa olla ylhäältä tulevaa tiedon jakamista. Ohjauksen tulee olla tasavertaista ja kaksisuuntaista vuorovaikutusta. Ohjaus ei ole ainoastaan tiedon jakamista vaan siihen sisältyy vuoropuhelua ohjattavan kanssa. Omainen on hoitotyössä voimavara sekä potilaan että hoitajankin näkökulmasta. Potilaille omaiset ovat tärkeimpiä tukijoita ja hoitajille yhteistyökumppaneita. (Anttila 2006, 51.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä omaisten tietoa aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutuksesta. Tavoitteemme oli laatia opas, jossa selvitetään omaisille aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutuksen keskeinen sanasto ja ne hoitotyön menetelmät, joilla päästään mahdollisimman hyvään tulokseen kuntoutuksessa.

Tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Millaiset asiat omaisia askarruttavat potilaan saapuessa kuntoutusyksikköön?
2. Minkälaisia asioita omaisen on vaikea ymmärtää kuntoutuksessa?
3. Minkälaisia kysymyksiä omaiset tekevät hoitajalle kuntoutuksen alkessa?
4. Minkälaisia asioita omaisen oppaan pitäisi käsitellä?

4 TUTKIMUSMENETELMÄ

4.1 Tutkimusaineiston kerääminen

Tutkimuksemme on kvalitatiivinen eli laadullinen, joka on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti ja käytetään metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat tulevat esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.) Laadullisen tutkimusmenetelmän aineiston keräämisen keinona toimii joko yksilö- tai ryhmähaastattelu riippuen siitä, millaista tietoa selvityksellä halutaan oman idean sisällöksi tai tueksi (Vilka & Airaksinen 2003, 63).

Haastattelu on siinä suhteessa ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, että siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Haastateltavat voivat tuoda esille itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti. Koska tutkimuksen aihe tuottaa vastauksia monitahoisesti ja moniin suuntiin, on haastattelun avulla helppo heti selvittää saatavia vastauksia. Kun halutaan syventää saatavia tietoja, voidaan pyytää perusteluja esitetyille mielipiteille ja tehdä lisäkysymyksiä tarpeen mukaan. Haastateltavat on myös mahdollista tavoittaa myöhemminkin, jos halutaan täydentää aineistoa tai tehdä esimerkiksi seurantatutkimus. Parihaastattelu on yksi ryhmähaastattelun alamuoto ja siihen pätevät pitkälti samat ohjeet kuin ryhmähaastatteluunkin. Tutkimuksissa on todettu, että haastateltavat ovat paljon luontevampia ja vapautuneempia, kun useampia henkilöitä on paikalla. (Hirsjärvi ym. 2009, 205–206, 210.)

Hirsjärven ym. mukaan (2009, 207–208) haastattelu on yhdenlaista keskustelua. Tavallisessa keskustelussa molemmat osapuolet ovat yleensä tasa-arvoisia kysymysten asettamisessa ja vastausten antamisessa. Haastattelussa haastattelijalla on ohjat. Tutkimustarkoituksia varten haastattelu on systemaattinen tiedonkeruun muoto. Sillä on tavoitteet ja sen avulla pyritään saamaan mahdollisimman päteviä ja luotettavia tietoja. Haastattelut jaetaan strukturoituihin ja strukturoimattomiin haastatteluihin. Strukturoidussa haastattelussa on ennalta laaditut kysymyssarjat ja ne esitetään tiettyssä järjestyksessä. Strukturoimattomassa haastattelussa on haastattelijalla mielessään vain tietty aihe tai alue ja keskustelu käydään vapaasti rönsyillen aihepiirin sisällä.

Haastateltavien valinnassa on Vilkan (2005, 112–114) mukaan muistettava, mitä ollaan tutkimassa. Tutkimusongelmasta riippuen on mielekästä valita haastateltavat joko teeman tai tutkittavaa asiaa koskevan asiantuntemuksen tai kokemuksen perusteella. Tärkeä kriteeri tällöin on, että haastateltavalla on omakohtainen kokemus tutkittavasta asiasta. Käsitusten muotoutumiseen vaikuttavat myös yhteisön perinteet sekä tyypillinen ajattelutapa. Myös haastateltavan motivointi omien käsitystensä ja kokemustensa jakamiseen tulee aina ottaa huomioon. Vaikka haastateltava on antanut suostumuksensa saatekirjeen luettuaan, voi hän vielä empiä ennen tutkimushaastattelun alkamista. Siksi haastattelutilanteen aluksi kannattaa

varmistaa, että haastateltava on tietoinen tutkimuksen tarkoituksesta ja on edelleen suostuvainen haastatteluun.

Avoimet kysymykset antavat vastaajille mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä on mielessään. Avoimet kysymykset sallivat vastaajien ilmaista itseään omin sanoin ja osoittaa asiaan liittyviä voimakkaita tunteita. Avoimilla kysymyksillä vastaajat pystyvät osoittamaan tietämyksensä aiheesta. Vastaajat pystyvät osoittamaan, mikä on keskeistä ja tärkeää heidän ajattelussaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.)

Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen ja Saari (1996, 86) ovat sitä mieltä, että haastattelija ei saa olla lukkiutunut omiin teemoihinsa. Hänen täytyy hyväksyä tosiasia, että useimmat haastateltavat puhuvat asioiden vierestä ja jotkut eivät saa sanotuksi juuri mitään. Haastattelijan tulee tarkkailla haastateltaviaan. Joku haastateltavista voi osoittautua todelliseksi tietolähteeksi, jolloin ajankäyttöä kannattaa lisätä. Jotkut taas osoittautuvat tutkimuksen kannalta huonoiksi tiedonantajiksi, jolloin aikaa voi säästää.

Toteutimme tiedonkeruun parihaastatteluna erään Etelä-Suomessa sijaitsevan Osaamiskeskuksen intensiivikuntoutustiimissä. Haastattelut toteutettiin haastateltavien työvuorojen aikana kahtena eri päivänä. Haastatelimme neljää hoitajaa. Toivoimme haastateltaviksemme tiimistä sellaisia hoitajia, jotka ovat työskennelleet pitkään aivoverenkiertohäiriöpotilaiden sekä heidän omaistensa parissa. Osastonhoitaja järjesti haastateltavien hoitajien työvuorot niin, että ensimmäisellä kerralla haastatelimme lähihoitajia ja toisella kerralla sairaanhoitajia. Haastatteluajankohta valittiin niin, ettei se häirinyt osaston normaalia toimintaa ja haastattelupaikkana oli osaston toimisto. Haastatteluun osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Haastateltavat antoivat suostumuksensa saatekirjeen (Liite1) luettua.

Haastattelut kirjattiin tarkasti haastattelutilanteissa siten, että haastateltavien henkilöllisyys ei tullut esiin. Haastattelumuistiinpanot hävitettiin käsittelyn jälkeen. Haastattelukysymyksiä (Liite2) oli neljä, ja annoimme ne haastateltaville viikkoa ennen haastattelua. Haastattelukysymyksistä kolme ensimmäistä koski omaisia. Viimeiseksi kysyttiin hoitajien toivomuksia oppaan sisältämistä asioista. Haastattelukysymykset olivat avoimia kysymyksiä.

4.2 Tutkimusaineiston käsittely

Käytimme sisällönanalyysimenetelmää tutkimusaineiston käsittelyssä. Se soveltui työhömmä siitä syystä, että toivoimme haastatteluista tulevan esille asioita, jotka hoitajien mielestä ovat tärkeitä oppaassa. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2009, 133–134) mukaan sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jonka ideaa käytetään useissa eri kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmissä ja lähestymistavoissa. Sisällönanalyysi on perinteinen menetelmä, jota on käytetty paljon hoitotieteen tutkimuksissa aineistojen analysoinneissa. Siihen liittyy useita vahvuuksia, kuten esimerkiksi sisällöllinen sensitiivisyys ja tutkimusasetelman joustavuus.

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tut-

kittavien ilmiöiden väliset suhteet tulevat selkeinä esille. Olennaista on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavat luokat ovat toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Sisällönanalyysi voi olla induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Jos asiasta ei juuri tiedetä tai aikaisempi tieto on hajanaista, on hyvä käyttää induktiivista lähtökohtaa. Kategoriat johdetaan aineistosta sekä tutkimusongelmien ohjaamana. Aineiston analyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

Tuomen & Sarajärven (2009, 109–110) mukaan aineiston pelkistämisessä eli redusoinnissa analysoitava tieto voi olla aukikirjoitettu haastatteluai-
neisto, joka pelkistetään siten, että aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistäminen voi olla joko tiedon tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Pelkistäminen tapahtuu siten, että aukikirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja, jotka voidaan esimerkiksi merkitä erivärisillä kynillä.

Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa aineistosta merkityt alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi. Aineistosta etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi sekä nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelussa aineisto tiivistyy, koska yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Käsitteiden ryhmittelystä käytetään nimitystä alaluokka ja alaluokkien ryhmittelyä kuvataan yläluokkina. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Teoreettisten käsitteiden luomisessa eli abstrahoinnissa erotetaan Tuomen ja Sarajärven (2009, 111) mukaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Aineiston ryhmittelyn katsotaan olevan osa teoreettisten käsitteiden luomisprosessia. Käsitteellistämässä edetään alkuperäistiedon käyttämisestä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Haastattelut suoritettiin kahtena iltapäivänä. 7.10.2011 haastattelimme lähi- ja perushoitajia ja 15.10.2011 haastattelimme sairaanhoitajia. Haastattelimme hoitajia seuraavien kysymysten pohjalta:

Ensimmäisellä kysymyksellä kysyttiin millaiset asiat omaisia askarruttavat potilaan saapuessa kuntoutusyksikköön?

Hoitajat kertovat, että omaisia kiinnostaa se, minkälainen paikka kuntoutusyksikkö on. Esimerkiksi päiväohjelmaa ja ulkoilua kysytään: ”Pääseekö ulkoilemaan sään salliessa?”

Haastatteluista kävi ilmi, etteivät omaiset varsinkaan alussa osaa kysyä kuntoutumiseen liittyvistä asioista. Heitä kiinnostavat enemmän yleiset asiat, kuten arvio hoidon kestosta ja lopputuloksesta sekä potilaan tulevan elämän ennusteesta. Tämä tuli esiin vastauksissa seuraavanlaisina kommentteina ja kysymyksinä: ”Ei paljon osaa kysyä.”, ”Miten toipuminen tyypillisesti edistyy?” tai ”Onko loppuikäinen ongelma?”

Hoitajat vastasivat, että yleisin omaisen tekemä kysymys potilaan huoneeseen saapuessaan on se, miksi huoneessa ei ole televisiota. ”Miksi täällä ei ole joka huoneessa TV:tä, koska sairaalassa oli?”

Hoitajien mukaan omaisia askarruttaa kuntoutujan persoonallisuuden muuttuminen, itkuisuus, puheliaisuus, hätäisyys. Kuntoutuja hermostuu nopeasti, voi tulla aggressiiviseksi, kun väsyy. Hän saattaa uhkailla hoitajia ja omaisia sanallisesti ja jopa fyysisestikin. Vastauksista ilmeni, että omaiset pohtivat seuraavanlaisia asioita: ”Miten siitä on tuollainen tullut, on aina ollut niin kiltti?” tai ”Ei ole koskaan aiemmin kiroillut.”

Toisella kysymyksellä kysyttiin, minkälaisia asioita omaisen on vaikeaa ymmärtää kuntoutuksessa?

Haastattelussa tuli ilmi, että omaiset sekä potilas mieltävät kuntoutuksen ainoastaan fysioterapeutin suorittamaksi toiminnaksi. Hoitajien ympärivuorokautista kuntouttavaa hoitotyötä ei mielletä kuntoutukseksi.

Hoitajien mukaan omaisen usein toistuva lausahdus kuuluu seuraavasti: ”Olet sitten ahkera, kun fysioterapeutti tulee.”

Hoitajien kertoman mukaan omaiset ihmettelevät sitä, miksi hoitajat eivät auta potilasta heti, vaan kannustavat potilasta yrittämään itse ja kokeilemaan omia voimavarojaan. Kaikki haastateltavat ilmaisivat lähes samoin sanoin sen, että omaiset syyttävät hoitohenkilökuntaa hoitamatta jättämisestä: ”Miksi hoitajat jättävät heitteille, eivät auta?”

Omaisten on usein vaikea ymmärtää sitä, etteivät he saa tehdä asioita potilaan puolesta. Tästä hyvänä esimerkkinä ovat ruokailutilanteet, joissa omaisen haluaa syöttää, vaikka potilas pystyisi suoriutumaan ruokailusta itsenäisesti. Hoitajat ovat havainneet seuraavanlaisia: ”Omaiset ihmettelevät miksi hoitajat eivät auta, vaan katsovat vierestä, vaikka huomaa, että toinen ei saa tai pysty laittamaan.”

Hoitajat kertovat omaisten olevan huolissaan, kun kuntoutuminen on niin hidasta eikä edistymistä huomaa.

Kolmannella kysymyksellä haluttiin selvittää minkälaisia kysymyksiä omaiset tekevät hoitajalle kuntoutuksen alkaessa?

Hoitajien mukaan seuraavanlaisia kysymyksiä esitetään usein kuntoutuksen alkaessa: ”Miten kuntoutus tästä lähtee?” ja ”Miksi potilaan vuode ja yöpöytä ja muut aktiviteetit ovat halvaantuneella puolella, kun potilas ei pysty niitä käyttämään”.

Omaiset kysyvät usein miksi potilaan pitää istua ruokailun jälkeen noin puoli tuntia ennen kuin pääsee takaisin vuoteeseen. Ruoan koostumuksesta omaiset ovat kiinnostuneita, miksi potilaalle tarjotaan vain nestemäistä tai muhennettua ruokaa. Omaiset kysyvät hoitajilta usein myös sitä, miten he voisivat auttaa potilasta ja kysyvät asiaa hoitajilta seuraavanlaisin kysymyksiin: ”Miten he voisivat auttaa, että nopeammin kuntoutuisi?” tai ”Mitä he voisivat tehdä omaisen kuntoutuksen avuksi?”

Hoitajat kertovat, että omaiset miettivät jo kuntoutuksen alkuvaiheessa sitä, mihin potilas sijoitetaan kuntoutusyksikön jälkeen. Herää monenlaisia kysymyksiä potilaan jatkohoidosta: Pitääkö usein iäkkäänkin omaisen jaksoa hoitaa potilasta kotona? Miten arjesta selvitään ja minkälaisia apuja kotiin tarvitaan? Omaiset kysyvät seuraavanlaisia kysymyksiä hoitokokouksen ajankohtaa pohdittaessa: ”Apua, laitetaanko jo nyt kotiin?” tai ”Jouduunko ottamaan jo nyt kotiin, en pysty ottamaan vastuuta?”

Neljännellä kysymyksellä kysyimme, minkälaisia asioita omaisen oppaan pitää käsitellä?

Molemmissa haastatteluissa tuli esille se, että hoitajat toivovat oppaan kannustavan omaisia kysymään mieltä painavista asioista: ”Omaisen voisi kysyä reippaasti mieltä painavista asioista.”

Hoitajat toivovat, että oppaassa selvitetään mitä asioita hoitokokouksessa käsitellään, mitä tarkoittaa kuntoutussuunnitelma ja mitä toimintakykymitarilla mitataan. Tärkeiksi asioiksi oppaassa hoitajat kokevat kuntouttavalla työotteella tehtävien potilassiirtojen, asentohoidon ja levon merkityksen sekä sen, että omaiset mieltävät hoitajien työtoiminnot kuntoutukseksi. Myös ruokailun ja siihen liittyvien nielemisvaikeuksien tiedetään aiheuttavan ongelmatilanteita tiedonpuutteesta johtuen. Kaikki haastateltavat pitivät tärkeinä oppaaseen kuuluvina seuraavia asioita: ”Asentohoito”, ”Siirrot halvaantuneelta puolelta”, ”Omaiset mukaan siirtoihin”, ”Ruokailu, suun puhdistaminen” sekä ”Levon tärkeys”.

Haastatteluissa tuli ilmi myös se, että hoitajat kokivat tärkeäksi korostaa sitä, että potilaan kannustaminen yrittämään itse on kuntoutumisen kannalta tärkeää. Tämä tuli esiin vastauksissa seuraavanlaisina kommentteina: ”Kannustetaan omatoimisuuteen” tai ”Pitäisi korostaa, että omaiset eivät auta kuntoutujaa pukemisessa ja ruokailussa”.

Potilaan persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutoksista sairastumisen seurauksena on hoitajien mielestä tärkeää mainita oppaassa. Myös vertaistuesta potilaan toipumisen edistäjänä on hyötyä ja omaisten toivotaan pyytävän erilaisia esitteitä hoitajilta.

Lisäksi haastatteluissa tuli ilmi, että opas koetaan tarpeelliseksi siksi, että omaiset ovat alkuvaiheessa niin sokissa, ettei kerrottu tieto mene perille tai sitä ei pystytä ottamaan vastaan. Eräs haastateltavista ilmaisi asian näin: ”Ei muista sellaista tietoa saaneenkaan tai askarruttavia asioita voi kerrata.”

Haastatteluista ilmeni myös asioita, joita omaiset ilmaisevat kuntoutuksen edetessä: ”Tulevaisuus ei välttämättä ole synkkää, tehokas kuntoutuminen vaatii panostusta kaikilta. Kuntoutus jatkuu myös kotona.” tai ”Hyvä kun on päässyt tänne, erilaista kuin sairaalassa.”

Näihin tuloksiin pääsimme, kun kirjoitimme sana sanalta hoitajien vastaukset paperille. Jaottelimme haastattelusta saadun aineiston sisällön analyysia apuna käyttäen. Sen jälkeen jaottelimme vastaukset kysymyksittäin. Saimme käytännönläheisiä vastauksia, joiden avulla aloitimme oppaan laatimisen.

6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että sen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Ohjeiden mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimustyössä noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–24.)

Tuomen ja Sarajärven (2009, 129) mukaan tutkimusaiheen eettiseen pohdintaan kuuluu selkeyttää se, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Nämä eettiset kannanotot tulevat esille tahtoen tai tahtomatta tutkimuksen julkilausutussa tarkoituksessa ja tutkimusongelman tai tutkimustehtävän muotoilussa.

Epärehellisyyttä on vältettävä tutkimustyön jokaisessa vaiheessa. Tutkija ei lainaa luvattomasti toisen tekstiä eikä aikaisempia omia tutkimuksiaan. Tuloksia ei yleistetä kriiikkittömästi eikä niitä kaunistella. Raportointi ei

saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Tutkimuksen puutteetkin on tuotava julki. (Hirsjärvi ym. 2009, 25–26.)

Tuomen ja Sarajärven (2009, 125) mukaan on yllättävää, kuinka vähän laadullisen tutkimuksen oppaissa painotetaan tutkimuksen etiikkaa ja tutkijan moraalialia. Mielenkiintoista on se, että mitä vapaamuotoisempia tiedonhankintakeinot ovat, sitä enemmän ne muistuttavat arkielämän vuorovaikutusta. Johdonmukaista on ajatella, että juuri tällöin tutkimuseettiset kysymykset korostuvat. Mitä avoimempi tiedonkeruumenetelmä on, sitä vaikeampaa on etukäteen punnita tutkimusasetelman mahdollisia eettisiä ongelmia.

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen voi sanoa olevan luotettava, kun tutkimuksen tutkimuskohde ja tulkittu materiaali ovat yhteensopivia eikä teoriamuodostukseen ole vaikuttaneet epäolennaiset tai satunnaiset tekijät. Tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, koska arvioinnin kohteena on tutkijan tutkimuksessaan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Tutkimusta ei käytännössä voi toistaa koskaan sellaisenaan, koska jokainen laadullisella tutkimusmenetelmällä tehty tutkimus on kokonaisuutena ainutkertainen. (Vilkkä 2005, 158–159.)

Hirsjärvi ym. (2009, 232–233) toteavat, että laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Tarkkuus koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Aineiston tuottamisen olosuhteet on kerrottava selvästi ja totuudenmukaisesti. Samoin kerrotaan haastatteluihin käytetty aika, mahdolliset häiriötekijät, virhetulkinnat haastattelussa ja myös tutkijan oma arviointi tilanteesta. Laadullisessa aineiston analyysissä on keskeistä luokittelujen tekeminen. Lukijalle on kerrottava luokittelujen perusteet.

Kvalitatiivisen tutkimuksen raporteissa esitetään usein autenttisia, suoria lainauksia. Näin pyritään varmistamaan tutkimuksen luotettavuus ja antamaan lukijalle mahdollisuus pohtia aineiston keruun kulkua. Tutkijan on myös varmistettava, ettei tutkimukseen osallistuja ole tunnistettavissa esimerkiksi murreilmausten perusteella. Suositeltavaa on, että alkuperäislainaukset kuvataan yleiskielelle muokattuina. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160 – 161.)

Tuomen ja Sarajärven (2009, 135–136) mukaan tutkimuksen luotettavuuspohdinnoissa pitää pyrkiä huomioimaan myös tutkijan puolueettomuusnäkökulma. Puolueettomuus nousee kysymykseksi esimerkiksi siinä, pyrkiikö tutkija ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajia itsenään vai vaikuttaako tutkijan sukupuoli, ikä, uskonto, poliittinen asenne, kansalaisuus, asema tms. siihen, mitä hän kuulee ja havainnoi. Periaatteessa laadullisessa tutkimuksessa myönnetään, että näin saattaa olla, koska tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija.

Pohdimme ennen haastatteluja, miten opinnäytetyömme luotettavuuteen vaikuttaa se, että tutkijoista toinen on työskennellyt vuosia haastateltavien työtoverina. Koska hän koki hankalaksi haastatella työtovereitaan, pää-

dyimme ratkaisuun, että hän vain kirjasi ylös haastatteluvastaukset ja toinen tutkija haastatteli. Tämä mielestämme lisäsi myös tutkimuksemme objektiivisuutta. Haastattelun aikana edellä kerrottu asia ei kuitenkaan vaikuttanut haastattelun kulkuun. Tutkimuksemme luotettavuutta lisäsi myös se, että haastattelut tehtiin haastateltaville tutussa ympäristössä. Haastattelutilanne oli leppoisa eikä haastateltavien tarvinnut jännittää. Vastaukset poimittiin aihepiiriin sisällä käydystä vapaasta keskustelusta, tutkimuksemme luotettavuutta lisäsi se, että pystyimme tekemään tarkentavia kysymyksiä keskustelun aikana. Lopuksi kirjoitetut vastaukset luettiin haastateltaville, jolloin heillä oli vielä mahdollisuus tarkentaa vastauksia.

Haastatteluvastauksien auki kirjoittaminen tehtiin niin, ettei haastateltavia tunnisteta vastausten perusteella. Vastauksia ei koodattu, koska haastateltavia oli neljä ja heidän työyhteisönsä on pieni. Haastateltavien henkilötiedot eivät missään vaiheessa tulleet esiin ja haastatteluvastaukset hävitettiin polttamalla.

Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että omaisen opas on luetettu yhdellä 65-vuotiaalla tuttavapiiriin kuuluvalla miehellä. Teoriaosio ja tutkimusluokset on luetettu kahdella ulkopuolisella henkilöllä.

Tutkimuksen toteuttamiseen on haettu lupa kuntayhtymän yhtymähallitukselta ja lupa myönnettiin 22.8.2011. Tutkimusaineiston keruu suoritettiin lokakuussa 2011.

7 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli lisätä omaisten tietoa aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutuksesta. Opinnäytetyöprosessin lopputuloksena syntyi omaisten opas, jossa selvitetään omaisille aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutuksen keskeinen sanasto ja ne hoitotyön menetelmät, joilla päästään mahdollisimman hyvään lopputulokseen.

Koska aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutuksella varsinkin sairauden alkuvaiheessa on todettu olevan ratkaiseva merkitys potilaan toipumiseen, on yhteinen linja kuntoutujan, moniammatillisen hoitotiimin ja omaisten kanssa välttämätön. Tärkeää on myös kuntoutujan oma suhtautuminen sairastumiseen ja sen tuomiin rajoitteisiin sekä motivaatio kuntoutumiseen. Omaisten halu auttaa ja tehdä puolesta on ymmärrettävää, mutta se ei tue kuntoutujan toimintakykyä. Siksi koemme, että oppaamme auttaa omaisia mieltämään paremmin, miksi hoitohenkilökunta toimii tietyissä tilanteissa tietyllä tavalla.

Tehdessämme tätä opinnäytetyötä, olemme varmistuneet siitä, että kyseisellä omaisten oppaalla on käyttöä. Idea opinnäytetyön aiheesta tuli työyhteisöltä, joka työskenteli aivoverenkiertohäiriöihin sairastuneiden ja heidän omaistensa parissa. Opinnäytetyön edetessä kyseisen osaston toiminta lakkautettiin ja tilalle perustettiin intensiivikuntoutusyksikkö. Sinne valittiin henkilökuntaa, joilla kaikilla ei ollut aikaisempaa työkokemusta aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutuksesta ja ohjauksesta. Koska

osasto on vasta muotoutumassa, heidän yhteinen toimintalinjansa on vielä osittain löytymättä. Laatimaamme AVH-kuntoutujan omaisen opasta (Liite 3) voidaan käyttää paitsi omaisen sanallisen ohjauksen tueksi myös uusien hoitajien perehdytyksessä.

Tutkimusta tehdessä ilmeni monia ongelmia. Haastattelukysymysten laatimisen koimme hankalaksi. Huomasimme haastattellessamme, että kysymyksiin 1 ja 3 saimme samansuuntaisia vastauksia. Itse haastattelutilanteenkin koimme vaikeaksi, koska kummallakaan ei ollut aikaisempaa kokemusta haastattelusta.

Tutkimuksen teoriaosuus on riittävä ja tutkimustulokset ovat samansuuntaisia. Esimerkiksi teoria AVH-potilaan persoonallisuuden muuttumisesta sairauden myötä (Forsbom ym. 2001) tuki saamiamme haastatteluvastauksia. Rissasen ym. (2008) teoria on samansuuntainen kuin tutkimustulokset kuntoutumisen kulusta. Yleensä tutkimustuloksissa ilmeni, että omaisilla on kysymyksiä monenlaisista asioista. Tätä tukee Anttilan (2006) teoria siitä, että omaiset odottavat henkilökunnalta tiedollista tukea.

Tutustuimme erilaisiin oppaisiin opinnäytetyötämme tehdessämme. Suurin osa oppaista oli kohdistettu sairastuneelle. Muistisairauksiin sairastuneiden ja saattohoitopotilaiden omaisille löytyi joitakin oppaita, jotka sisälsivät samantyyppisiä asioita kuin laatimamme omaisen opas. AVH-kuntoutujan omaisen opas on laadittu osaamiskeskuksen intensiivikuntoutustiimin tarpeita ajatellen. Olemme tyytyväisiä oppaaseen.

Opinnäytetyön kirjoittamisprosessi on ollut haasteellista, mutta opettavaisia. Aihe oli mielenkiintoinen ja ajankohtainen ja vaikka kirjallisen tuotoksen laatiminen olikin vaikeaa, pääsimme alkuun luennoista ja kirjallisuudesta saamiemme tietojen avulla. Opinnäytetyön prosessissa tuli muutama pitempi tauko johtuen työaikojen erilaisuudesta sekä kesäloma-ajoista. Opinnäytetyön ohjaajalta saamamme myönteinen palaute sekä kannustus motivoivat meitä kuitenkin jatkamaan työn tekoa. Yhteistyömme sujui loistavasti ja olemme oppineet paljon uusia asioita opinnäytetyön tekemisestä.

Opinnäytetyömme antaa hyvät lähtökohdat aiheen jatkotutkimukselle. Aiheena voisi olla AVH-kuntoutujan kotiutusvaiheeseen liittyvät asiat. Tarvetta tällaiselle oppaalle haastateltavien hoitajien mielestä olisi.

LÄHTEET

- Aivoliitto 2011. Aivoverenkiertohäiriöt ja spastisuus. Viitattu 31.1.2012. http://www.aivoliitto.fi/files/825/Aivoverenkiertohairiot_ja_spastisuus_web.pdf
- Anttila, Marjo. 2006. Omaisten ohjaus. Teoksessa Kaija Lipponen, Helvi Kyngäs & Maria Kääriäinen (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala, 44–56.
- Forsbom, M-B., Kärki, E., Leppänen, L. & Sairanen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Helsinki: Tammi.
- Forssan seudun terveydenhuollon ky. 2011. Osaamiskeskuksen intensiivikuntoutusyksikkö. Forssa: Forssan seudun terveydenhuollon ky.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009. Potilasohje. Neurologinen näkökenttäpuutos.pdf-tiedosto. Viitattu 31.1.2012. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,621,2501,2729>
- Hiltunen, V. & Savukoski, K. 2011. Potilasohjaus-hanke. Ohjauksen lähestymistavat. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjaus. Viitattu 10.1.2011. <http://www.vete.fi/raportit/PO/PPT-esitykset/PPT1.pdf>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- HYKS Neurologian klinikka. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan seurantakansio 2009. Helsinki.
- Hurri, S. 2011. Aivoinfarkti haastaa neurologisen hoitajan. Sairaanhoitaja 11/2011.
- Jaakonsaari, M. 2010. FIM® -toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari. Versio 5.2. FCG Finnish Consulting Group Oy. Luentomateriaali (painamaton).
- Jaakonsaari, M. 2011. FIM® /RehabFIM™ - toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointijärjestelmä. FCG Finnish Consulting Group Oy. Luentomateriaali (painamaton).
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WS Bookwell Oy.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.

Järvikoski, A. & Vilkkumaa, I. (toim.) 1995. Kuntoutus hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Painatuskeskus.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K. & Hirvonen, E. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY.

Marttila, J. 2009. Viitattu 27.1.2012.
<http://www.poliklinikka.fi/?page=99755588&id=6820201>

Muuronen, A. 1999. Alkuvaiheen kuntoutus. Teoksessa: Ovaska-Pitkänen, M. (toim.) 1999. Elämän uusi painos. Aivohalvaukseen sairastuminen, kuntoutuminen ja selviytyminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Numminen, H. (toim.) 1991. Aivoverenkiertohäiriöt ja kuntoutus – opas potilaille ja heidän omaisilleen. Helsinki: Fagepaino.

Rissanen, P., Kallanranta T. & Suikkanen, A. (toim.) 2008. Kuntoutus. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.

Soinila, S., Kaste M., Launes, J. & Somer, H. (toim.) 2001. Neurologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Kuntoutuksella parannetaan toimintakykyä. Viitattu 29.12.2011.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kuntoutus

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen E. & Saari, S. 1996. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Saatekirje

Hyvä intensiivitiimin hoitaja!

Sairaanhoitaja (AMK) –tutkimomme Hämeen ammattikorkeakoulussa Hämeenlinnassa on siinä vaiheessa, että tarvitsemme tietoa opinnäytetyötämme varten.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on laatia opas aivoverenkiertohäiriöpotilaan omaisille. Opasta laatiessamme tarvitsemme tietoa asioista, joita omaiset kysyvät henkilökunnalta, kun heidän omaisensa siirtyy kuntoutusyksikköön. Valmista opasta voidaan käyttää aivoverenkiertohäiriöpotilaan suullisen ohjauksen tueksi.

Olemme valinneet Sinut haastateltavaksemme. Haastattelun suoritamme parihaastatteluna syyskuun 2011 aikana. Aineisto käsitellään luottamuksellisesti. Haastatteluaikakohta sovitaan yksilöllisesti. Halutessanne toimitamme oppaan yksikköönne. Valmis opinnäytetyömme on luettavissa ammattikorkeakoulujen verkkokirjastojulkaisuissa ja HAMK:n kirjastossa.

Kiitos avustasi!

Yhteystietomme:

Eija Latvateikari
puh. 040 7284681

Regina Aaltonen
puh. 0500 774018

Opinnäytetyön ohjaava opettaja :

Lehtori, työnohjaaja THM Merja Vanhanen
sähköpostiosoite: merja.vanhanen@hamk.fi
puh. työ +358 3 6467201

Haastattelukysymykset

1. Millaiset asiat omaisia askarruttavat potilaan saapuessa kuntoutusyksikköön?
2. Minkälaisia asioita omaisen on vaikea ymmärtää kuntoutuksessa?
3. Minkälaisia kysymyksiä omaiset tekevät hoitajalle kuntoutuksen alkaessa?
4. Minkälaisia asioita omaisen oppaan pitäisi käsitellä?

AVH-KUNTOUTUJAN OMAISEN OPAS



Hyvä omainen!

Tämä opas on tarkoitettu Sinulle, jonka läheinen on sairastunut aivoverenkiertohäiriöön. Oppaassa on tietoa läheisesi kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä termeistä/sanoista, joita kuulet hoitohenkilökunnan käyttävän.

Hoitokokous

Noin 3 vuorokauden kuluessa läheisesi tehdään FIM® -toimintakyvyn ja avuntarpeen mittausta. Mittaustuloksia apuna käyttäen tehdään kuntoutussuunnitelma, joka tukee yksilöllistä kuntoutumista.

FIM® -toimintakyky- ja avuntarpeen mittarilla mitataan 18 päivittäistä avuntarpeen kohdetta. 13 niistä mittaa päivittäisiä toimintoja, joita ovat mm. ruokailu, pukeutuminen, siistiytyminen, peseytyminen, WC-toimet, liikkuminen sekä siirtyminen. Viidellä kohdalla arvioidaan ymmärtämistä, ilmaisua, sosiaalista vuorovaikutusta, ongelmanratkaisukykyä sekä muistia.

Moniammatilliseen kuntoutustiimiin kuuluvat lääkäri, hoitajat, fysioterapeutti, puheterapeutti, toimintaterapeutti sekä sosiaalihoitaja. Kuntoutussuunnitelmalla tarkoitetaan yksilöllistä sopimusta, johon osallistuvat ja sitoutuvat kuntoutuja itse ja moniammatillinen kuntoutustiimi. Kuntoutussuunnitelmasta ilmenee kuntoutustarpeet kuntoutujan nykyisen elämäntilanteen pohjalta. Siitä ilmenee kuntoutukselle asetetut realistiset tavoitteet ja keinot, joilla tavoitteisiin päästään sekä seurantasuunnitelma.

Ensimmäisten viikkojen aikana pidetään hoitokokous, jossa ovat läsnä moniammatillinen kuntoutustiimi sekä omaiset ja kuntoutuja itse.

Hoitokokouksessa lääkäri selvittää mitä on tapahtunut ja mihin kuntoutumisella pyritään. Sinulla on mahdollisuus kysyä mieltä askarruttavista asioista. Mieltä painavat asiat on hyvä laittaa paperille muistiin.

Hoitokokouksessa käydään läpi mm. seuraavia asioita:

- kuntoutuuko läheisesi kotona pärjääväksi vai tarvitseeko hän palveluasumista?
- mahdollinen hoitotahto ja saattohoitotoiveet
- kotilomat

Kuntoutus

Kuntoutuksessa on tärkeää edetä pienin askelin. Läheisesi menetetyn toimintakyvyn takaisin saamiseksi hänen on tehtävä asioita moneen kertaan. Avainsana on sitkeä harjoittelu. Siksi kannustaminen on tärkeää ja se, että antaa hänen itse yrittää, vaikka aikaa menisi paljon. Näin päästään mahdollisimman omatoimiseen lopputulokseen.

Kuntoutumisen tukeminen on koko moniammatillista tiimiä koskevaa toimintaa. Kaikki päivittäiset normaalit asiat ja niiden suorittaminen hoitajien avulla ja opastuksella on merkittävää.

Aivoverenkiertohäiriön näkyvimpiä oireita ovat jalan ja käden toimimattomuus. Jos vaurio on oikealla aivopuoliskolla, halvausoireet näkyvät kehon vasemmalla puolella ja päinvastoin. Halvaus vaikuttaa myös kehon kaikkiin muihin toimintoihin esim. liikkumiseen, nielemiseen, puheeseen, näkemiseen, virtsarakon ja suolen toimintaan.

Kuntoutuminen alkaa jo siitä, että läheisesi vuode on sijoitettu huoneeseen siten, että hänen halvaantunut puolensa on ovelle päin. Näin kaikki toiminta tapahtuu halvaantuneelta puolelta vahvistaen sitä. Myös istumapaikka valitaan niin, että terve puoli on seinän vieressä.

Riittävä lepo auttaa läheisesi toipumisessa. Kuntoutusosaston toiminta on suunniteltu siten, että lounaan jälkeen kaikilla on vähintään tunnin mittainen päivälepo.

Riittävän levon mahdollistaa myös se, että televisiot on sijoitettu päiväsaleihin. Kuntoutumista edistää myös, että läheisesi menee päiväsalin keskustelemaan muiden kanssa ja katselemaan televisiota.

Kuntoutuksen termejä

Asentohoidon tarkoituksena on estää nivelten jäykistyminen raajojen virheasentoihin sekä vähentää liikerajoitusten syntymistä. Raajojen oikea tukeminen tyynyjen avulla pitää raajat hyvässä asennossa ja auttaa tiedostamaan halvaantuneen puolen. Suositeltavin asento on halvaantuneella kyljellä makuu. Selinmakuuta tulee välttää. Asentohoito vähentää myös ihon painehaavaumien syntymistä.

Nielemisvaikeuksilla tarkoitetaan sitä, että nielemisrefleksi on hidastunut. Tämän takia ruoka on aluksi rakenteeltaan nestemäistä, mutta nielemisrefleksin palaututtua ruoan rakenne muutetaan. Syöt-

tämisessä on noudatettava varovaisuutta, ettei ruoka menisi ”väärään kurkkuun”. Varsinkin leivät ja hedelmät ovat kiellettyjä. Ruokailun jälkeen suun puhdistus on tärkeää, koska halvaantuneen puolen poskeen jää usein ruokaa. Ruokailun jälkeen läheisesi tulisi istua vähintään puoli tuntia, jotta ruoka ehtii vatsaan.

Siirtyminen aina halvaantuneelta puolelta. Aluksi kaikki siirrot tapahtuvat henkilökunnan avustamana ja ohjaamana. Sinä voit osallistua siirtoihin henkilökunnan ohjauksessa.

Neglect tarkoittaa kehon halvaantuneen puolen hahmottamisen puuttumista. Esimerkiksi ruokailutilanteessa läheisesi huomioi vain terveellä puolella olevat astiat.

Pusher tarkoittaa työntämisoiretta. Läheisesi ei tiedosta kehoaan kokonaisuutena, koska aivot antavat virheellistä tietoa keskilinjasta. Tämä vaikeuttaa istumistasapainoa, jonka takia läheisesi istumista tuetaan apuvälineillä.

Apraksia tarkoittaa tahdonalaisen liikkeen ja toiminnan suorittamisen vaikeutta. Esimerkiksi pyydettyä tai kovasti yrittäessä hän ei onnistu nostaa kättään, mutta huomaamatta käden nosto onnistuu.

Afasiolla tarkoitetaan puheen ymmärtämisen ja/tai tuottamisen vaikeutta.

Muistihäiriöitä esiintyy yleensä uusien asioiden muistamisessa. Vaikeimmissa vaurioissa muisti katoaa myös pidemmältä ajalta.

Masennus, itkuherkkyys, tunnetilojen ailahtelu ja ärtyvyys saattavat olla yleisiä oireita. Sairastuminen aiheuttaa läheisesi tunne-elämän ja persoonallisuuden muutoksia. Läheisesi tuntee olevansa riippuvainen muista ja kokee menettäneensä oman elämänhallintansa. Tämä saattaa ilmetä myös hätäisyytenä, kiroiluna, keskittymiskyvyn sekä sietokyvyn puutteena

Kuntoutusyksikössä on paljon tietoa ja materiaalia **vertaistuesta**. Kysy rohkeasti hoitajilta.