

SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU

Päivi Hirsikangas, Hanna Joukamaa

OPINNÄYTETYÖ

**”Akustikusneurinoomapotilaan
leikkauksen jälkeinen
kuntoutuksentarve ja
kuntoutusmahdollisuudet”**



Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2003

Hirsikangas Päivi
Joukamaa Hanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Sosiaali- ja terveysalan Porin yksikkö,
Maamiehenkatu 10, 28500 PORI

Opinnäytetyö, sivumäärä 47, liitteitä 6 kpl
Joulukuu 2003
Ohjaajat Kangassalo Ritva, THM
Keppola Outi-Kaisa, THM

Asiasanat: akustikusneurinooma, kuntoutus, kuntoutuksen tarve.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää akustikusneurinoomapotilaan kasvaimen poistoleikkauksen jälkeiset kuntoutusmahdollisuudet ja kuntoutuksentarve.

Akustikusneurinooma on kuulohermon hyvänlaatuinen kasvain, jonka pääasiallinen hoito on leikkaus.

Opinnäytetyön aineiston hankinta tapahtui kesällä 2003 kyselylomakkeiden avulla. Kyselylomakkeita lähetettiin kolmellekymmennelle Satakunnan alueella asuvalle Suomen akustikusneurinoomayhdistyksen jäsenelle. Kyselylomakkeita palautui kaksikymmentä. Tulokset analysoitiin tilastollisesti Tixel-ohjelmalla, avointen kysymysten vastauksissa käytettiin sisällön analyysiä.

Tutkimustulokset osoittivat, että akustikusneurinoomapotilaat eivät ole juurikaan saaneet leikkauksen jälkeistä kuntoutusta. Potilaat eivät myöskään tienneet millaisia kuntoutusmahdollisuuksia on olemassa. Potilailla esiintyy runsaasti leikkauksenjälkeisiä oireita, joita ovat mm kuulon menetys leikatusta korvasta, tasapainohäiriöt ja kasvohalvaus.

Vastauksista nousi esiin tasapainokuntoutuksen ja henkisen tuen tarve.

Tutkimustuloksia voidaan käyttää apuna akustikusneurinoomapotilaan kuntoutusta kehitettäessä.

NEEDS OF REHABILITATION AND POSSIBILITIES TO REHABILITATE ACOUSTIC NEUROMA PATIENTS AFTER SURGERY.

Hirsikangas Päivi

Joukamaa Hanna

Satakunta Polytechnic

Health Care Studies

Degree Programme in Nursing

Unit of Social Services and Health Care in Pori, Maamiehenkatu
10, 28500 PORI

December 2003

Tutors Kangassalo Ritva, MSc

Keppola Outi-Kaisa, MSc

Key words: neuroma acoustic, rehabilitation, need of rehabilitation

The purpose of this study was to find out what possibilities there are to rehabilitate acoustic neuroma patients after the resection of the tumour. Another aim was to find out what are acoustic neuroma patients needs of rehabilitation. Neuroma acoustic is a benign tumor of the acoustic nerve and the main method in its treatment is surgery.

The material of this study was gathered with questionnaires in summer 2003. The questionnaires were sent to the members of Finnish Acoustic Neuroma Association in Satakunta. Twenty questionnaires were returned. The results were analysed with Tixel-programme. The open questions were analysed with content analysis.

The results indicated that rehabilitation was not given to acoustic neuroma patients after surgery. The study also showed that

the patients did not know what kind of rehabilitation possibilities exist. The patients have plenty of postoperative symptoms such as hearing loss in the operated ear, disturbance of equilibrium and unilateral facial paralysis.

The results showed that patients needed rehabilitation of equilibrium and emotional support. The results of this study may be used when rehabilitation acoustic neuroma patients is developed.

ESIPUHE

Yhdeksän kuukauden odotusajan jälkeen olemme vihdoinkin saaneet tämän opinnäytetyön kivutta maailmaan. Opinnäytetyöprosessimme osoittautui yllättävän haastavaksi ja mielenkiintoiseksi. Suuret kiitokset opinnäytetyömme ohjaajalle Ritva Kangassalolle. Nopeasta aikataulustamme huolimatta jaksoit uskoa työmme valmistumiseen.

Kiitokset myös ATK- tuellemme Niko ”dirty Harry” Granforsille. Ilman sinua ei opinnäytetyömme olisi valmistunut.

Kiitos Tuomakselle siitä, että olet jaksanut rakentaa tulevaa kotiamme.

Kiitos Suomen Akustikusneurinoomayhdistykselle Seppo Lehtosesta, joka on jaksanut olla kiinnostunut opinnäytetyöstämme loppuun asti.

Kiitollisia olemme myös Juhanille skannaus avusta.

Porissa 4.12.03

Päivi Hirsikangas

Hanna Joukamaa

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

ESIPUHE

SISÄLLYS

1.	Johdanto	11
2.	Aikaisemmat tutkimukset	13
3.	Korvan rakenne ja toiminta	15
4.	Akustikusneurinooma sairautena	17
4.1	Akustikusneurinooman oireet	17
4.2	Akustikusneurinooman diagnostiikka.	18
4.3	Akustikusneurinooman hoito	19
4.3.1	Akustikusneurinoomapotilaan preoperatiivinen hoitotyö	20
4.3.2	Leikkauksen jälkeen.	21
4.3.3	Akustikusneurinoomapotilaan postoperatiivinen hoitotyö	22
5.	Kuntoutuksen määrittelyä	25
5.1	Kuntoutus käsitteenä	25
5.2	Lait ja asetukset	26
5.3	Kuntoutusmenetelmät	27
5.3.1	Psyykkinen kuntoutus	28
5.3.2	Lääkinnällinen kuntoutus	29
5.3.3	Sosiaalinen kuntoutus	30
5.3.4	Ammatillinen kuntoutus.	30
5.4	Kuntoutustarve käsitteenä.	31
6.	Akustikusneurinoomapotilaan leikkauksen jälkeinen . kuntoutus	33
6.1	Akustikusneurinoomapotilaan kuntoutusprosessi. . .	33
6.2	Akustikusneurinoomayhdistys kuntoutuksen tukena .	36

7.	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat	39
8.	Tutkimus menetelmä	41
8.1	Tutkimusote ja tutkimustyyppi	41
8.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	41
8.3	Tutkimusaineiston hankinta	42
8.4	Tutkimusaineiston analysointi	43
9.	Tutkimustulokset	45
9.1	Akustikusneurinoomapotilaan leikkauksen jälkeinen . kuntoutuksentarve	50
9.2	Akustikusneurinoomapotilaiden saama kuntoutus . .	55
9.3	Akustikusneurinoomapotilaan kuntoutuksen kehittä- minen potilaan näkökulmasta	59
10.	Johtopäätökset ja pohdinta	62
11.	Akustikusneurinoomapotilaan leikkauksen jälkeiset . . kuntoutussuosituksat	67

LÄHTEET	68
-------------------	----

LIITTEET	
Liite 1 Saatekirje kyselylomakkeeseen	
Liite 2 Kyselylomake	
Liite 3 Kasvovoimisteluoohjelma	
Liite 4 Puheharjoitusohjeistoa	
Liite 5 Kielenliikkeen harjoituksia	
Liite 6 Kutsu Akustikusneurinoomayhdistyksen kokoukseen .	

1. Johdanto

Suomen Akustikusneurinoomayhdistykseltä tuli koulullemme tutkimuspyyntö, jossa kaivattiin tietoa erityisesti Satakunnan alueen kuulohermokasvainpotilaiden leikkauksen jälkeisestä kuntoutuksesta ja kuntoutuksen tarpeesta. Kiinnostuimme aiheesta, koska emme olleet aikaisemmin kuulleet akustikusneurinoomasta ja tutkimukselle tuntui olevan todellista tarvetta, koska akustikusneurinoomapotilaan kuntoutusta käsitteleviä aikaisempia tutkimuksia ei ole tehty.

Akustikusneurinooma eli kuulohermokasvain on hyvänlaatuisen kasvain kallon sisällä, mutta aivojen ulkopuolella. Paras hoito on kasvaimenpoistoleikkaus. Hankalan sijaintinsa takia kasvainta on kuitenkin vaikeaa poistaa aiheuttamatta potilaalle vaurioita kasvo-, tasapaino- ja kuulohermoon. Leikkauksen jälkeen potilailla esiintyy useita kuntoutusta vaativia oireita, joita ovat mm. kasvohalvaus, tasapainohäiriöt ja toispuoleinen kuulonalenema tai -menetys.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa akustikusneurinoomapotilaan leikkauksen jälkeinen kuntoutuksen tarve ja kuntoutusmahdollisuudet, sekä arvioida miten nykyinen palvelurakenne vastaa potilaiden odotuksia ja tarpeita.

Opinnäytetyömme tavoitteena on etsiä akustikusneurinoomapotilaille uusia kuntoutusmahdollisuuksia sekä kehittää nykyisiä kuntoutusmuotoja ja -palveluja vastaamaan potilaiden odotuksia ja tarpeita. Opinnäytetyön avulla haluamme selvittää onko akustikusneurinoomapotilaan saamalla kuntoutuksella hänen oman kokemuksensa mukaan merkitystä leikkauksen jälkeisten oireiden lievittymisessä. Lisäksi haluamme selvittää minkälaisia kuntoutusmuotoja akustikusneurinoomapotilaille tulisi tarjota.

Tutkimusaineisto kerätään kyselylomakkeiden avulla Satakunnan alueen akustikusneurinoomapotilailta kesä-heinäkuun 2003

aikana. Opinnäytetyön tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää akustikusneurinoomapotilaan kuntoutusta suunniteltaessa.

2. Aikaisemmat tutkimukset

Akustikusneurinoomapotilaan kuntoutusta käsitteleviä aikaisempia tutkimuksia emme tekemiemme hakujen perusteella löytäneet. Englanninkielisiä tutkimuksia akustikusneurinoomasta löysimme useita. Tutkimukset olivat lääketieteellisiä ja käsittelivät lähinnä diagnosointia ja leikkaushoitoa.

Esa Vastamaa on tehnyt opinnäytetyön Tampereen terveydenhuolto-oppilaitoksessa akustikusneurinoomasta vuonna 1999. Hän käsitteli opinnäytetyössään akustikusneurinoomapotilaan hoitotyötä Roperin hoitotyön mallin mukaan.

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla. Opinnäytetyössä tutkittiin akustikusneurinoomapotilaiden selviytymistä eri elämän toiminnoissa. Emme kuitenkaan pystyneet hyödyntämään tätä opinnäytetyötä omassa työssämme, koska siinä ei käsitelty akustikusneurinoomapotilaan leikkauksen jälkeistä kuntoutusta.

Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet **Hilla Levon**, Helsingin yliopistossa vuonna 2001 tekemää englanninkielistä väitöskirjatutkimusta **Vestibular schwannoma: postoperative recovery**. Levon tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja arvioida akustikusneurinoomapotilaiden leikkauksen seurauksia, joita olivat mm. päänsärky ja toispuoleinen kuulonmenetys. Tutkimukseen oli otettu mukaan 384 Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa leikattua akustikusneurinoomapotilasta. Lisäksi yhteen osatutkimukseen oli otettu mukaan 97 Sahlgrenskan sairaalassa Göteborgissa Ruotsissa leikattua potilasta.

3. Korvan rakenne ja toiminta

Korvan aisteja ovat kuuloaisti sekä liike- ja tasapainoaisti. Molempien aistireseptorit sijaitsevat sisäkorvassa. Korvan rakenne on jaettu kolmeen osaan, jotka ovat ulkokorva, välikorva ja sisäkorva. (Nienstedt, Kallio 1995, 46).

Ulkokorvaan kuuluvat korvalehti ja korvakäytävä. Korvalehti kerää ääniaaltoja ja se on muodostunut rustosta ja ihosta. Korvakäytävä vie ääniaallot 0,1 millimetrin paksuiseen tärykalvoon, joka erottaa ulkokorvan ja välikorvan. Tärykalvon takana sijaitsee välikorvaontelo eli täryontelo (cavitas tympanica). Ääniaallot saavat tärykalvon värähtelemään. Tämä liike siirtyy kuuloluuketjun liikkeiksi, ensin tärykalvossa kiinni olevaan vasaraan (malleus) ja siitä edelleen alasimeen (incus) ja jalustimeen (stapes). Nämä kolme pikkuluuta sijaitsevat ilman täyttämässä välikorvan ontelossa. (Nienstedt, Kallio 1995, 46; Nienstedt, Hänninen, Arstila, Björkqvist 1999, 492-493).

Välikorvasta lähtee nielua kohti korvatorvi, joka avautuu mm. nielemisen aikana, jolloin välikorvan ilmanpaine tasoittuu kehon ulkopuolisen ilmanpaineen kanssa. Jalustin on kiinni sisäkorvaan rajoittuvassa kaivossa, eteisikkunassa. Välikorvan ja sisäkorvan välissä on toinenkin aukko, simpukan ikkuna. Kuulo- ja tasapainoreseptorien sijaintipaikka sisäkorva on nesteen täyttämä. Sokkeloisessa käytäväjärjestelmässä on kaksi erillistä osaa, kuuloreseptoreita sisältävä simpukka sekä tasapaino- ja liikerseptoreita sisältävä osa, johon kuuluvat pyöreä ja soikea rakkula sekä kolme kaarikäytävää. Soikeasta ja pyöreästä rakkulasta sekä kaarikäytävistä alkunsa saava tasapainohermo yhtyy simpukasta tulevaan kuulohermoon. Tämä kuulo-tasapainohermo eli kahdeksas aivohermo vie kaikki hermoimpulssit sisäkorvan alueelta aivoihin. (Nienstedt, Kallio 1995, 46-47).

4. Akustikusneurinooma sairautena

Suomessa akustikusneurinooma eli kuulohermokasvain on harvinainen, mutta kaikista kallonsisäisistä kasvaimista kolmanneksi yleisin. Leikkauksia tehdään vuosittain noin 50. Vuonna 1913 **Arthur af Forselles**, Helsingin Yliopistollisen keskussairaalan ensimmäinen korva-, nenä- ja kurkkutautien professori, suoritti Suomessa ensimmäisen onnistuneen kuulohermokasvaimen poistoleikkauksen. (Lesonen, 2000, 4; Levo, 2001).

Kuulohermokasvain on aina hyvänlaatuinen ja hitaasti kasvava ja voi seurannassa pysyä ennallaan, kasvaa tai joskus jopa pienentyä. Keskimääräinen kasvaimen kasvunopeus on 2 millimetriä vuodessa. Kasvain on kallon sisällä, mutta aivojen ulkopuolella. Se saa alkunsa schwannin soluista. Se on yleensä kokonaan poistettavissa ja kasvaa harvoin uudelleen, mutta vaikean sijaintinsa takia sitä on usein mahdotonta saada kokonaan pois aiheuttamatta potilaalle vauriota, kuten esimerkiksi kuulon menetystä. Yhtenä riskitekijänä kuulohermokasvaimen kehittymiselle pidetään kuuloaistiin kohdistuvaa traumaa. (Lesonen, 2000, 4 ;Herdman, 1994, 194; Asplund., Siponen, Tikkakoski, Tuominen, 2002, 2639; Black, De La Cruz, Park, Vernick, 2003, 1-2).

4.1 Akustikusneurinooman oireet

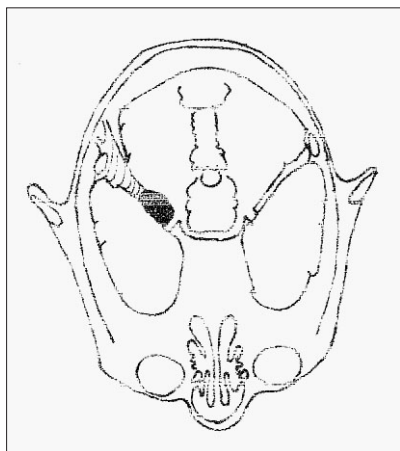
Akustikusneurinooman ensioireita ovat selvä kuulon heikkeneminen ja huimaus. Seuraavassa vaiheessa kaikenlainen liikunta vaikeutuu, voi esiintyä kompurointia ja äkilliset käännökset vievät paljon tilaa. Tasapainovaikeudet ja liikkeiden hallitsemattomuus syntyvät kasvaimen painaessa pikkuaivoja ja nämä oireet lisääntyvät kasvaimen suuretessa. Ilmenee väsymystä ja levottomuutta. Päänsärky on kasvaimen myöhäisimpiä oireita, joka alkaa vaivata jo usein aamusta. Kasvain painaa viidettä aivohermoa, jonka seurauksena voi esiintyä kasvojen tunnottomuutta. Oire yleistyy kasvaimen suuretessa. Häiriöitä voi olla silmissä, puhumisessa

ja sukupuolituntemuksissa. (Lesonen, 2000, 5-6; Asplund ym. 2002, 2640). Lisääntyvä huimaus ja korvien soiminen eli tinnitus hankaloittavat elämää. Potilaita epäillään usein luulosairaksi. Oireet saatetaan yhdistää stressiin tai Menieren tautiin, jossa oireet ovat samankaltaiset. Menieren tauti on sisäkorvan häiriö, joka aiheuttaa huimausta, korvan soimista tai huminaa, paineen tai täyteen tunnetta korvassa sekä vaihtelevaa kuuloa. Oireet ovat taudissa jaksottaisia, joiden aiheuttajaksi epäillään sisäkorvan nestetasapainon vaihtelua. Todellista taudin aiheuttajaa ei tunneta. Jos potilaalta löytyy selvä toispuoleinen kuulon alenema johtaa se heti lisätutkimuksiin. (Soiniemi, 1995, 8-9; Lesonen, 2000, 5-6; Asplund ym. 2002, 2640).

4.2 Akustikusneurinooman diagnostiikka

Kasvohermo, tasapainohermo ja kuulohermo lähtevät aivorungosta ja kulkevat kallon sisällä. Ne kulkevat kallon pohjassa olevan luuaukon läpi sisäkorvaan. Akustikusneurinooma saa usein alkunsa hermon pintasuojasolukosta luuaukon kohdalla ja alkaa täyttää tätä aukkoa. Useimmiten potilaat ovat iältään yli 50-vuotiaita ja tulevat tutkimuksiin korvalääkärin tai neurologin lähettämänä.

Nykyään magneettitietokonetomografia helpottaa ja aikaistaa diagnosointia, myös oireettomia kasvaimia löydetään sivulöydöksinä. Lääketieteen kehityksen myötä yhä suurempi osa kasvaimista todetaan nykyisin pieninä. Diagnoosin valmistuttua hoitovaihtoehtoja on kolme: seuranta, gammaveitsihoito ja kirurginen leikkaus. (Lesonen, 2000, 4, 6 Herdman, 1994. 195. Asplund ym. 2002, 2640)



Kuvio 1.
Kuulohermokasvain sijaintipaik-
saan. Piirros mukailtu M. Millerin
piirroksesta teoksessa Vestibular
Rehabilitation.

4.3 Akustikusneurinooman hoito

Paras akustikusneurinooman hoito on leikkaus ja siinä on tärkeää nimenomaan lääkäreiden yhteistyö. Jos kasvain on suuri ja potilas on huonossa kunnossa, hänelle saatetaan tehdä kallonsisäistä painetta alentava leikkaus. Jos kasvain on pieni ja oireita vähän voi joidenkin potilaiden kohdalla tulla kyseeseen kasvaimen säännöllinen seuranta. Vielä nykyisinkin kasvaimen poiston jälkeen kuuloa on vaikea säilyttää. Jos kasvain on pieni ja irtoaa helposti, kuulon säilyminen on mahdollista. (Lesonen, 2000, 4; <http://anausa.org/treat.htm> Acoustic Neuroma Association USA).

Uutena hoitomuotona on kehitetty täsmäsädehoitoa eli gammaveitsiteknikkaa. Tämä hoito on potilaalle helpompi, mutta se soveltuu vain pieniin kasvaimiin. Täsmäsädehoidosta on käyty paljon keskustelua, koska sädehoidon jälkeen voi toispuoleinen kuurous tai kuulon alenema ilmetä vasta jonkin ajan kuluttua. Suomessa tätä menetelmää käytetään vain silloin kun kasvain jatkaa kasvamista. Noin viidellä prosentilla akustikusneurinoomapotilaista on kasvain kummassakin kuulohermossa. Kysymyksessä on eri sairaus, jossa tavallisesti on useita muitakin kasvaimia. (Lesonen, 2000, 4-5).

4.3.1 Akustikusneurinoomapotilaan preoperatiivinen hoito-työ

Lääkäri ja potilas päättävät yhdessä leikkaustoimenpiteestä. Potilaan kieltäytyessä elintärkeästä leikkauksesta, tehdään tästä merkintä sairauskertomukseen, jonka potilas vahvistaa nimikirjoituksellaan. (Vaittinen, 1996, 29-30).

Potilaalle annetaan sekä suullisia että kirjallisia ohjeita leikkaukseen valmistautumiseen. Hänelle tehdään etukäteen tarvittavat leikkausta edeltävät tutkimukset. Potilaan hyvä fyysinen ja psyykinen kunto ennen leikkausta nopeuttaa kuntoutumista operaation jälkeen sekä vähentää leikkauksen riskejä. Asiallinen ja riittävä tieto sairaudesta sekä leikkauksesta lisää luottamusta ja antaa turvallisuuden tunnetta potilaalle.

Asennoituminen hoitoon ja kuntoutukseen paranee riittävän tiedon myötä. Mahdollisia leikkauksesta johtuvia pelkoja ei tule vähätellä. Ne pyritään poistamaan rauhallisesti keskustellen. Hoitajan empaattisuus auttaa potilaan tunteiden ymmärtämisessä. Näin syntyy hyvä vuorovaikutussuhde potilaan ja hoitohenkilökunnan välille. (Vaittinen, 1996, 31; Iivanainen, Jauhiainen, Korkiakoski, 1996, 23).

Potilas kutsutaan sairaalaan kaksi päivää ennen leikkausta. Anestesiaalääkäri ja leikkaava kirurgi tutustuvat potilaaseen. Potilas tapaa myös korvalääkärin, joka tekee hänelle vielä kuulon-tutkimuksia. Hoitaja haastattelee potilasta ja täyttää samalla esitietolomakkeen, jossa otetaan huomioon potilaan erikoistoiveet. Vuorovaikutustilanteessa luodaan avoin ja luottamuksellinen hoitosuhde. Leikkaus voi olla potilaalle psyykkisesti raskas kokemus, johon hän tarvitsee hoitohenkilökunnalta tukea. (Vaittinen, 1996, 33; Lesonen, 2000, 7).

Leikkauspäivän aamuna potilaalta mitataan lämpö, verenpaine ja pulssi ja kirjataan nämä tiedot anestesiakaavakkeeseen. Potilas ohjataan suihkuun ja hänelle annetaan puhtaat vaatteet sekä

anestesiaalääkärin määräämä esilääkitys, jonka tarkoituksena on rauhoittaa potilasta. (Vaittinen, 1996, 35).

4.3.2 Leikkauksen kulku

Leikkaus tehdään yleisanestesiassa. Leikkauksen suorittaa yleensä kaksi lääkäriä, jotka ovat neurokirurgi ja korvalääkäri. Leikatavaa kohdetta voidaan lähestyä kolmea tietä: takaraivon kautta korvan takaa, korvan kautta tai korvan edestä. Korvan kautta mentäessä on pakko poistaa sisäkorva, josta seuraa kuulon menetys. Leikkauksen pituus määräytyy sen mukaan, irtoaako kasvain helposti. Leikkaus kestää viidestä kymmeneen tuntia. (Lesonen, 2000, 7-9).

Leikkauksen aloittaa neurokirurgi. Kasvaimen kylkeen tehdään reikä ja siitä imetään kudosta pois niin paljon, että leikkaava lääkäri näkee pitkin kasvaimen kylkiä, erityisesti kohti aivorunkoa. Tämän toimenpiteen aikana mitataan usein kasvohermon toimintaa, koska leikkaava lääkäri haluaa tietää, paljonko kasvainta uskaltaa liikuttaa. Toiminta tapahtuu leikkausmikroskoooin alla ja millimetrikin on hyvin merkityksellinen. Vähitellen löytyvät tasapainohermo, kuulohermo ja kasvohermo, jolloin kasvain irrotetaan näistä. (Lesonen, 2000, 7-9).

Leikkauksessa pyritään yleensä säilyttämään kuulohermo, jos sen toiminta on ollut ennen leikkausta hyvä ja näyttää siltä, että se irtoaa hyvin kasvaimen kyljestä. Eniten aikaa kuluu yleensä kasvaimen irrottamiseen kasvohermosta. Kun neurokirurgi on poistanut kasvainta runsaasti hermokimppujen seasta, leikkausta jatkaa korvalääkäri. Korvalääkäri avaa sisäkorvakäytävän ja poistaa sen osan kasvainta välttäen koskemasta kuulo- ja kasvohermoon. Pienessä kasvaimessa hermojen rakenteet näkyvät hyvin. Se näkyy sisäkorvakäytävässä ohuen, kermanvärisen langan paksunnoksena. Neurinoma kasvaa yleensä hitaasti, joten se harvoin uusiutuu. (Lesonen, 2000, 7-9).

4.3.3 Akustikusneurinoomapotilaan postoperatiivinen hoitotyö

Potilas pyritään herättämään ja ekstuboimaan leikkauspäivänä. Leikkauksen jälkeen potilas joutuu noin vuorokaudeksi teho-osastolle. Jos leikkaus on kestänyt pitkään, potilaan hemodynaamiikka vaatii tehostettua seurantaan tai ilmenee vuotoja.

Leikkauksen aikana potilaan ruumiinlämpö laskee 35°C:een. Ruumiinlämmön hidasta kohoamista pidetään tehohoidon indikaationa. Potilaan nesteytyksestä ja erityksestä huolehditaan ja tarkkaillaan haava-aluetta. Kipulääkettä annetaan tarvittaessa. (Vaittinen, 1996, 35; Lesonen, 2000, 9; T. Elomaa, henkilökohmainen tiedonanto 21/11/2003).

Potilas siirretään jatkohoitoon vuodeosastolle, jossa hän on hoidettavana noin 7-10 päivää. Potilas siirretään myöhemmin jatkohoitoon oman alueen keskussairaalaan. Leikkauksesta toipuakseen potilas tarvitsee riittävästi lepoa ja rauhallisen ympäristön. Potilasta rohkaistaan omatoimisuuteen liikkeelle lähdössä, usein kuitenkin hoitajan tuki on tarpeen ensimmäisellä kerralla. Potilaalla on mahdollisuus keskustella kokemuksistaan leikkauksen jälkeen, samalla hoitaja tarkkailee potilaan fyysistä ja psyykkistä kuntoa. (Vaittinen, 1996, 37- 42; Lesonen, 2000, 9; M. Wahlsten, henkilökohtainen tiedonanto, 21/11/2003)

Leikkauksen jälkeen potilas alkaa usein pohtia menetyksiään, vaikka leikkaus onkin poistanut sairauden. Kuulo menetetään usein toisesta korvasta, yleensä tämä tapahtuu kahden viikon kuluessa leikkauksesta. Tasapainohermo kärsii aina leikkauksesta. Huimausta esiintyy lähes kaikilla leikatuilla.

Tasapaino paranee aikaa myöten ja sitä voi harjoittaa päivittäin. Ihminen pystyy kuitenkin tulemaan toimeen muilla tasapainoa ylläpitävillä taidoilla. Korvien soimista eli tinnitusta esiintyy kaikilla, mutta vaiva asettuu yleensä hitaasti itsestään.

Levon (2001) tutkimuksen mukaan päänsärky oli yleisin leikkauksen jälkeinen vaiva ja se saattoi jäädä pysyväksi. (Lesonen, 2000, 10; Levo, 2001).

Suuren leikkauksen jälkeen esiintyvä masennus ja ärtyneisyys ovat yleensä kuntoutusvaiheessa häviäviä vaivoja. Jos kasvain on ollut suuri tai pahasti kiinnittynyt kasvohermoon, se on saattanut vaurioitua tilapäisesti leikkauksessa ja seurauksena on toispuoleinen kasvohalvaus. Joskus kasvohalvaus kehittyy vasta leikkauksen jälkeen. Potilaan on hyvä tietää, että useimmiten kasvohermo alkaa toimia myöhemmin ja kasvot palautuvat entiselleen. Kasvohermo- ja kasvohalvaus aiheuttaa silmän kuivumista, josta voi syntyä haavaumia sarveiskalvoon. Tätä voidaan ehkäistä käyttämällä silmätippoja tai -voiteita säännöllisesti. Monelle potilaalle asennetaan halvauksen ajaksi kultapaino tai -jousi yläluomeen, jotta silmä sulkeutuisi. (Lesonen, 2000, 9-11).

Kotiutustilanteessa potilaan kanssa sovitaan tarkastuskäynneistä ja hänelle annetaan jatkohoito-ohjeet. Leikannut kirurgi lähettää epikriisin lääkärille, joka on lähettänyt potilaan leikkaukseen. Hän järjestää jatkohoidon, jos siihen on tarvetta. Mahdollinen jatkohoito tapahtuu lähinnä olevan keskussairaalan neurologisella osastolla. Sosiaalihoitaja järjestää tarvittavan sosiaalisen avun. Potilaalle annetaan häntä hoitaneiden henkilöiden yhteystiedot, joihin hän voi ottaa yhteyttä tarvittaessa. (Vaittinen, 1996, 43; Lesonen, 2000, 11).

5. Kuntoutuksen määrittelyä

5.1. Kuntoutus käsitteenä

Kuntoutuksen määrittelyyn vaikuttaa yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset. Kuntoutus nähdään sekä yksilön että yhteiskunnan hyötynä. Usein korostetaan, että kuntoutuksen perustana on yksilön oikeus ihmisarvoiseen elämään: onnellisuuteen, hyvinvointiin, vapauteen, itsenäisyyteen sekä oikeudenmukaiseen kohteluun, mutta samalla kuntoutus on keino vähentää mm. vaikeavammaisen ja ikääntyvän väestön hoidon ja huollon tarvetta ja kustannuksia. (Järvikoski & Härkäpää, 2001, 30).

Yhdistyneiden Kansakuntien vuoden 1993 yleiskokouksessa kuntoutuksen perimmäiseksi tavoitteeksi määriteltiin mahdollisimman itsenäinen elämä; Kuntoutus tarkoittaa prosessia, jonka avulla vammaisia (tai vajaakuntoisia) henkilöitä autetaan itse saavuttamaan ja ylläpitämään mahdollisimman hyvä fyysisen, aistimuksellisen, älyllisen, psyykkisen tai sosiaalisen toiminnan taso, jolloin heillä on mahdollisuus elää mahdollisimman itsenäistä elämää. Kuntoutus voi sisältää toimenpiteitä, joilla erilaiset toiminnot mahdollistetaan tai palautetaan, tai sen avulla voidaan korvata jonkin toiminnan menetys, puuttuminen tai rajoitus. Kuntoutus ei sisällä alkuvaiheen lääketieteellistä hoitoa. Se käsittää suuren joukon toimenpiteitä ja toimintaa perus- ja yleiskuntoutuksesta aina tavoitteelliseen toimintaan saakka, josta esimerkkinä on ammatillinen kuntoutus (United Nations 1994). (Järvikoski & Härkäpää, 2001, 31-32).

Järvikosken ja Härkäpään mukaan kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, jonka yleistavoitteena on auttaa kuntoutujaa toteuttamaan elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämänhallintaansa tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa sosiaaliseen selviytymiseen ja integraatioon ovat (sairauden tai muiden syiden vuoksi) uhattuina tai heikentyneet. (Järvikoski & Härkäpää, 2001, 36).

Kuntoutus perustuu kuntoutujan ja kuntouttajien yhteisesti laatiin suunnitelmaan ja jatkuvaan prosessien arviointiin. Kuntoutus sisältää yksilön voimavaroja, toimintakykyä ja hallinnan tunnetta lisääviä sekä ympäristön tarjoamia toimintamahdollisuuksia parantavia toimenpiteitä. Kuntoutus voi perustua sekä yksilö että ryhmäkohtaiseen työskentelyyn, ja siinä käytetään hyväksi lähiyhteisöjen sosiaalisia verkostoja. (Järvikoski & Härkäpää, 2001, 36).

Kuntoutuksen ja ylläpitävien hoitojen rooli korostuu silloin kun, yksilöllä on sairaus tai vamma, johon ei ole parantavaa lääketieteellistä hoitoa. Yleensä lääketieteen kehitys on merkinnyt kuntoutuslähtöisen hoitotavan vähenemistä. Mitä enemmän sairaus tai vamma on vaikuttanut yksilöön ja hänen ympäristöönsä, sitä enemmän hoitoon on nähty olevan tarvetta liittää myös hoitotuloksia ja arkielämässä selviytymistä tukevia eiläketieteellisiä toimenpiteitä. Akustikusneurinoomapotilaat hakeutuvat usein itsenäisesti näihin ei-lääketieteellisiin hoitoihin, jotka käsitetään kuntoutukseksi. Kuntoutuksen lähivuosien kehittämishaasteina on pidetty mm. hoidon saatavuuden paranemista sekä kuntoutuksen lisäämistä. (Puumalainen & Vilkkumaa, 2001, 21-23)

5.2 Lait ja asetukset

Kansanterveyslain kolmannessa luvussa kunnan tehtäväksi on säädetty sairaanhoitoon kuuluvan lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen siltä osin kun sitä ei ole säädetty kansaneläkelaitoksen tehtäväksi. Lääkinnälliseen kuntoutukseen luetaan kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi kuuluvaksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta ja muut näihin rinnastettavat toiminnot siten kuin asetuksella tarkemmin säädetään. (<http://finlex1.edita.fi/>; Rissanen, 2001, 606).

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan tässä laissa lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinnälliseen pelastustoimintaan sekä lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. (<http://finlex1.edita.fi/>).

Jos erikoissairaanhoidon potilas tarvitsee kuntoutusta, jota ei ole säädetty sairaanhoitopiirin tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää erikoissairaanhoitona, sairaanhoitopiirin tehtävänä on huolehtia siitä, että asianomaiselle annetaan tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista ja että hänet ohjataan tarpeen mukaan terveystieteiden, sosiaali-, työvoima- tai opetusviranomaisen taikka Kansaneläkelaitoksen tai muun palvelujen järjestäjän palveluiden piiriin yhteistyössä niitä järjestävien tahojen kanssa. (<http://finlex1.edita.fi/>).

5.3 Kuntoutusmenetelmät

Kuntoutus on moniammatillista ja kokonaisvaltaista, siinä huomioidaan yksilön kehollisuus, tajunnallisuus ja situationaalisuus. Kuntoutus on jaettu perinteisesti neljään tehtäväalueeseen: lääkinnälliseen, ammatilliseen, kasvatukselliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen. Kuntoutuksen keskeisiä arvoja ovat onnellisuus ja terveys. Nämä merkitsevät kivun ja epätoivon vähenemistä, jolloin fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi lisääntyy kuntoutuksen myötä. Vapaus ja oikeudenmukaisuus ovat myös tärkeitä arvoja kuntoutustoiminnassa. Vapaus merkitsee itsemääräämisoikeutta, yksilön mahdollisuutta tehdä valintoja elämässään. Oikeudenmukaisuuden merkitys korostuu kuntoutukseen valinnassa ja kuntoutustoimenpiteiden valinnassa. (Härkäpää & Järvikoski, 1995, 72-73, 86).

Kuntoutuksen päämääränä on yksilön sosiaalinen selviytyminen, itsenäinen elämä ja itsensä toteuttaminen sekä fyysisen- ja psyykki-

sen toimintakyvyn parantaminen. Kuntoutustavoitteet ja mahdollisuudet on aina määriteltävä yksilöllisesti, sillä samankin diagnoosin omaavat henkilöt saattavat kokea sairautensa tai vammansa erilaisina. (Tossavainen, 1995, 42; Härkäpää & Järvikoski, 1995, 89).

5.3.1 Psyykkinen kuntoutus

Sairauden tai vamman merkitys yksilön elämässä vaihtelee hänen voimavarojensa, tavoitteidensa, sosiaalisen tilanteensa ja verkostojensa mukaan. Vammautuminen voidaan kokea tulevaisuuden suunnitelmien romahtamisena. Tämä edellyttää elämäntilanteen ja oman identiteetin syvällistä työstämistä. Vammautuminen voidaan myös kokea yksinkertaisena tapahtumasarjana, joka edellyttää käytännön järjestelyjä. (Härkäpää & Järvikoski, 1995, 129).

Psyykkisen kuntoutuksen keskeisenä kiinnostuksen kohteena ovat henkistä hyvinvointia ja toimintakykyä tuottavat ja tukevat tekijät, joille tyypillistä on, että ne löytyvät yleensä pienistä ja tavallisista arkielämän asioista ja tilanteista. Psyykkisesti toimintakykyinen ihminen kykenee ottamaan vastaan tietoa ja käsittelemään sitä. Hän muodostaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta, tuntee ja kokee. Psyykkisen kuntoutuksen menetelmiä ovat mm. psykoterapia, sopeutumisvalmennus ja vertaistukitoiminta. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen, 1997, 13; Riikonen, 2001, 86).

Kuntoutussuunnitelman teon kannalta keskeiset ongelmat ja vaikeudet saadaan selville kuntoutujan psyykkisen kokonaistilanteen kartoituksella ja arvioinnilla. Kuntoutuminen voidaan ymmärtää kasvu- ja oppimisprosessiksi. (Härkäpää & Järvikoski, 1995, 128).

Fink (1967) kuvaa ihmisen sairastumista tai vammautumista kriisinä, jossa yksilön psyykkiset selviytymiskeinot eivät yleensä riitä tilanteen asettamien vaatimusten välittömään hallintaan. Hän erottaa sopeutumisprosessissa neljä perättäistä vaihetta:

1. Järkytys- eli sokkivaihe (primaarinen räsitus tilanne), jossa yksilö kokee sairauden ensimmäiset psyykkiset seurausvaikutukset

2. Puolustus- tai vetäytymisvaihe, jossa yksilö puolustautuu kriisin seurauksia vastaan.

3. Hyväksymisvaihe (sekundaarinen rasisitustilanne), jossa ihminen kohtaa ja joutuu hyväksymään todellisuuden.

4. Sopeutumisvaihe, jossa ihminen käsittelee tilannetta aktiivisesti ja rakentavasti. (Härkäpää & Järvikoski, 1995, 130).

5.3.2 Lääkinnällinen kuntoutus

Lääkinnällinen kuntoutus edellyttää lääketieteellisiä tutkimuksia, joiden pohjalta käynnistetään yksilön fyysistä tai psyykkistä toimintakykyä parantavia tai ylläpitäviä toimenpiteitä, joiden tavoitteena on kuntoutujan itsenäinen suoriutuminen. Avohoidossa lääkinällisen kuntoutuksen tehtävänä on ylläpitää ja parantaa vajaakuntoisen henkilön mahdollisuuksia elää ja toimia omassa elinympäristössään. (Härkäpää & Järvikoski, 1995, 73; Haataja, 1994, 34).

Lääkinnälliseksi kuntoutukseksi ymmärretään kuntoutumista ja kuntoutuspalveluja koskeva neuvonta ja ohjaus, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, kaikki toimintakykyä parantavat ja ylläpitävät terapiat, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus, kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa sekä muut näihin rinnastettavat palvelut. Myös elinten toimintakykyä parantavilla leikkauksilla on kuntoutuksellinen tehtävä. (Kivekäs, Paatero & Vilkkumaa 2001, 113).

Lain mukaan lääkinällisen kuntoutuksen saajalle tehdään yhdessä hänen ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmaa pitää seurata ja arvioida määräajoin. Lisäksi asetuksessa edellytetään, että kuntoutujan kanssa sovitaan tarpeellisesta yhteydenpidosta. Kuntoutujalle nimetään tarvittaessa yhdyshenkilö, joka huolehtii osapuolten välisestä tiedonkulusta ja kuntoutuksen etenemisestä. Terveystieteidenhuollossa tehty kuntoutussuunnitelma voi olla myös ehtona muiden tahojen kuntoutukselle tai etuuksien maksamiselle. Työ-

eläkelaitosten kuntoutustukihakemuksissa edellytetään, että lääkärinlausuntoon sisältyy hoito- ja kuntoutussuunnitelma. (Kivekäs, Paatero & Vilkkumaa, 2001, 113-114).

5.3.3 Sosiaalinen kuntoutus

Sosiaaliseksi kuntoutukseksi luetaan usem m. sosiaalityö, jonka tavoitteena on asumis- ja kuljetuspalvelut, jolloin liikkuminen ja yleinen osallistuminen helpottuvat, sekä ne konkreettiseen rakentamiseen, liikenteeseen ja kulttuurielämään liittyvät ratkaisut, jotka tukevat vajaakuntoisen henkilön osallistumis- ja liikkumismahdollisuuksia, joskus myös suojatyön eri muodot. Sosiaalisen kuntoutuksen palveluja ovat lisäksi kotiapu, päivähuolto, toimintaterapia, perheneuvonta, erimuotoinen valmennus ja sosiaaliturvan erityismuodot sekä asumisen muutostyöt ja apuvälinepalvelut. (Härkäpää & Järvikoski, 1995, 75).

Sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutettavan sosiaalisen toimintakyvyn parantaminen tai ylläpitäminen. Kuntoutuksessa on otettava huomioon kuntoutettavan rooli yhteiskunnassa sekä rajoitusten ja ympäristön välinen suhde. (Haataja, 1994, 29).

5.3.4 Ammatillinen kuntoutus

Ammatillisen kuntoutuksen ja tavanomaisen jatko-, täydennys- tai aikuiskoulutuksen rajaa on vaikea määrittää. Kuntoutukseen liittyviä piirteitä koulutuksessa ovat työkyvyn heikkeneminen tai sen uhka sekä tavoite estää heikentyneen työkyvyn aiheuttama ennenaikainen työelämästä luopuminen. Ammatillinen kuntoutus käsittää ne toimenpiteet, jotka tukevat kuntoutujan mahdollisuuksia saada tai säilyttää hänelle soveltuva työ. (Härkäpää & Järvikoski, 1995, 74; Kivekäs, Paatero & Vilkkumaa, 2001, 111).

Työkyvyn ja ansiomahdollisuuksien heikentymistä pidetään ehdonä ammatillisen kuntoutuksen saamiselle. Tätä arvioitaessa otetaan huomioon sairauden tai vamman aiheuttamat rajoitukset ja niistä aiheutuvat vaikeudet suoriutua työstä ja työllistyä. Työkyky

on olennaisesti heikentynyt silloin, kun työstä suoriutuminen on selvästi vaikeutunut. (Kivekäs, Paatero & Vilkkumaa, 2001, 115).

5.4 Kuntoutustarve käsitteenä

Jokaisella ihmisellä on yksilöllinen kyky sietää terveydentilansa vaihteluja ja elämän kriisejä hänelle sopivissa rajoissa. Yksilö saattaa kestää hyvin satunnaisia sairauksia, kipua, stressiä ja muita elämän ristiriitoja, jos hän kokee edelleen säilyttävänsä otteen elämästä ja pystyvänsä vielä palaamaan normaali-tilanteeseen. Vajaakuntoisuutta syntyy vasta silloin, kun tilanne muodostuu pitkäaikaiseksi eikä palautumista normaalin rajoihin tapahdu. Syntyy tilanne, jolloin yksilön fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen suorituskyky ei enää vastaa ympäristön hänelle asettamia odotuksia tai hänen omia tavoitteitaan. (Tossavainen, 1995, 23).

Motivaatiopsykologia ymmärtää yksilön tarpeet yleensä teki-
jöiksi, jotka käynnistävät ja virittävät toimintaa. Tarve yhdistetään toisaalta puutteisiin, ristiriitoihin tai jännitystiloihin, jotka antavat aiheen muutokseen sekä sellaisiin pyrkimyksiin ja tavoitteisiin, jotka merkitsevät puutteista vapautumista tai ristiriitojen ratkaisua. Tarpeet aktivoivat ihmistä tavoitehakuiseen toimintaan, jonka lopputuloksena on tyydyttynyt tarve ja tavoiteltu tilanne. (Härkäpää & Järvikoski, 2001, 37).

Kuntoutumistarpeessa lähtökohtana on yksilön itsensä kokema ongelma ja halu vapautua siitä. Yksilö on oman ongelmansa ja pyrkimyksensä paras asiantuntija. Hänellä ei sen sijaan ole useinkaan selkeätä käsitystä tarjolla olevista kuntoutuspalveluista, niiden sisällöistä tai tuloksellisuudesta. Yhteiskunnallisen kuntouttamistarpeen senhetkiset säädökset perustuvat käsityksiin yhteiskunnan velvollisuuksista kansalaisia kohtaan. Yhteiskunnan taloudellinen tilanne ja työmarkkinatilanne määrittelee kuntouttamistarpeen luonnetta. (Härkäpää & Järvikoski, 2001, 38).

Kuntoutuksen ammattihenkilöstö käyttää yhteiskunnan määrittelemiä kuntoutustarpeen kriteereitä työnsä perustana. Käytännössä nämä tarpeet kiteytyvät asiantuntijoiden arvioon siitä, onko yksilön kokema ongelma sellainen, että se vaatii yhteiskunnan palvelujärjestelmän apua. Kokonaisarviossa otetaan huomioon sekä ongelman aiheuttama epämukavuus tai työ -ja toimintakyvyn rajoitus yksilölle että kuntoutuksen tuottama hyöty. Kuntouttamistarpeen edellytyksenä on yleensä oleellinen työ- tai toimintakyvyn heikkeneminen tai sen uhka. Kuntoutustoimenpiteet kohdennetaan ensisijaisesti niille henkilöille, joiden toiminta- tai työkyky tai hyvinvointi paranee. Kuntoutus on sujuvaa silloin, kun kuntoutujan ja kuntouttajan tilannearvio on samanlainen. (Härkäpää & Järvikoski, 2001, 38- 40).

Kuntoutustarpeen arviota voidaan kuvata myös asiantuntijan ja asiakkaan välisenä neuvotteluna. Näissä neuvotteluissa erilaiset näkemykset kuntoutuksen tavoitteista, tausta-arvoista, edellytyksistä sekä hyödyistä ja haitoista arvioidaan ja molemmilla osapuolilla on mahdollisuus laajentaa omaa näkökulmaansa. Yksilö ja asiantuntija voivat myös arvioida kuntoutusmahdollisuudet eri tavalla. Kuntoutusprosessi suunnittelusta toteutukseen etenee parhaiten silloin kun asiakas itse on aktiivisesti siinä mukana. (Härkäpää & Järvikoski, 2001, 38-40).

6. Akustikusneurinoomapotilaan leikkauksen jälkeinen kuntoutus

Hankalan sijaintinsa takia kuulohermokasvainta on vaikeaa poistaa aiheuttamatta potilaalle vaurioita kasvo-, tasapaino- ja kuulohermoon. Vaativan leikkauksen jälkeen potilailla esiintyy useita kuntoutusta vaativia oireita, joista toipuminen on pitkä prosessi.

6.1 Akustikusneurinoomapotilaan kuntoutusprosessi

Leikkauksen jälkeen potilaalla tulisi olla keskustelumahdollisuus lääkärin, sairaanhoitajan tai muun hoitoon osallistuvan henkilön kanssa. Usein potilailla on mahdollisuus tavata myös aiemmin leikattu henkilö, joka toimii ns. vertaistukihenkilönä. Potilaalle tulisi tarjota mahdollisuus keskusteluun psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa ennen ja jälkeen leikkauksen. Hoitohenkilökunta ottaa tarvittaessa yhteyttä psykiatrian poliklinikkaan, joka varaa keskusteluajan. Psykologin vastaanotolle tarvitaan psykiatrian erikoislääkärin lähete. Sosiaalihoitaja kutsutaan tarvittaessa osastolle tapaamaan potilasta. (A. Halmela, henkilökohtainen tiedonanto 5/11/2003).

Leikkauksen jälkeen lääkärin tulisi liittää loppulausuntoon kuntoutussuunnitelma, joka laaditaan yksilöllisesti yhteistyössä potilaan kanssa. Kuntoutussuunnitelman toteutuksesta vastaa lähettävä lääkäri. Suunnitelman tekemisessä tulee huomioida se, että osalle potilaista kuntoutusta vaativat oireet kehittyvät vasta viikkojen kuluessa leikkauksesta. Kuntoutussuunnitelman tulee sisältää kuntoutuksen tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi. Kuntoutussuunnitelman pitää olla sisällöllisesti joustava, jotta epäonnistumisten sattuessa on mahdollisuus nopeaan tilanteen uudelleen arviointiin. Toisaalta taas kuntoutujan oma elämäntilanne voi vaikeuttaa tiivistä sitoutumista suunnitelmaan. (Härkäpää & Järviskoski, 1995, 179; T. Kari- Saarinen, henkilökohtainen tiedonanto 14/10/2003; Rissanen, 2001, 503).

Kuntoutussuunnitelmaa pitää seurata ja arvioida määräajoin. Kuntoutujalle nimetään tarvittaessa yhdyshenkilö, joka huolehtii osapuolten välisestä tiedonkulusta ja kuntoutuksen etenemisestä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa tehty kuntoutussuunnitelma voi olla myös ehtona muiden tahojen kuntoutukselle tai etuuksien maksamiselle. Työeläkelaitosten kuntoutustukihakemuksissa vaaditaan, että lääkärinlausuntoon sisältyy hoito- ja kuntoutussuunnitelma. (Kiväkäs, Paatero & Vilkkumaa, 2001, 113-114).

Kotiutustilanteessa potilaalle annetaan suullisesti ja kirjallisesti tietoa mahdollisista leikkauksen jälkeen ilmenevistä oireista, jälkitarkastusaika leikkaukseen lähettäneelle lääkärille sekä lähimmän akustikusneurinoomayhdistyksen yhteystiedot. Yhdistyksen jäsenet kokoontuvat säännöllisesti vaihtamaan tietoa ja kuulumisia. Akustikusneurinoomapotilaalla on leikkauksen jälkeen edessään sairausloma, jonka kesto määräytyy yksilöllisesti kuntoutujan voinnin mukaan. (Lesonen, 2000, 11).

Lähes kaikki akustikusneurinoomapotilaat kärsivät jonkinasteisesta tasapainohäiriöstä leikkauksen jälkeen, koska tasapainohermo vaurioituu. Akustikusneurinoomaan liittyvä huimaus on luonteeltaan useimmiten epämääräistä, keinuttavaa. Fysioterapialla pyritään helpottamaan tasapainohäiriötä sekä niska- ja hartiasseudun särkyä, joka usein tuntuu leikatulla puolella. Tarvittaessa potilas saa myös lähetteen neurologin vastaanotolle. Tasapainokuntoutuksessa pyritään saamaan huimaus esiin, jotta aivot voivat sopeutua uuteen tilanteeseen. Huimauksen välttäminen, rauhoittavien lääkkeiden ja alkoholin käyttö estävät luonnollista paranemista. Tasapainokuntoutus tulee aloittaa jo sairaalassa ja potilaan tulee jatkaa sitä myös kotiuduttua. Tasapainoa parantavia harjoitteita potilas saa fysioterapeutilta. (Levo, 2001; T. Heikkilä, henkilökohtainen tiedonanto 6/11/ 2003 ; Eroon huimauksesta luonnollisella tavalla 2002; Ojala & Ramsay, 8).

Lähes kaikki akustikusneurinoomapotilaat kärsivät toispuoleisesta kasvohermohalvauksesta, joka voi kehittyä heti leikkauksen jälkeen tai vasta viikkojen kuluttua. Osa toipuu kasvohermohalvauksesta kokonaan, toisilla se jää pysyväksi. Potilas saa puhe- tai toimintaterapeutilta kasvojen lihaksia kuntouttavia voimisteluohjeita, joita tulee harjoitella vähintään kolme kertaa päivässä peilin edessä. Peili on tärkeä apuväline, jolla potilas näkee, että liikkeiden suorittaminen tapahtuu oikein. Kasvohermohalvaus aiheuttaa myös silmän kuivumista, josta voi syntyä haavaumia sarveiskalvoon. Tätä voidaan ehkäistä käyttämällä silmätippoja tai – voiteita säännöllisesti. Monelle potilaalle asennetaan halvauksen ajaksi kultapaino tai jousi yläluomeen, jotta silmä sulkeutuisi. (Lesonen, 2000, 9-11; L. Roiko-Jokela, henkilökohtainen tiedonanto 5/1112003) LIITE 3.

Kasvojen tuntoaistia voi harjoittaa seuraavin tavoin:

- kasvoja rasvaamalla
 - kasvoja pestessä huomioidaan lämpötilaerot ja pesun jälkeen kasvot kuivataan korostetusti
 - kasvojen tunnotonta puolta harjataan meikkisudeilla, pullasudilla tai maalipensseleillä.
 - kasvoja tärisytetään esimerkiksi sähköhammasharjalla.
- (H. Kupiainen, henkilökohtainen tiedonanto 6111 / 2003).

Kasvohermohalvaus aiheuttaa myös tunnottomuutta huulissa ja kielessä. Tämän seurauksena puheen tuottaminen ja syöminen vaikeutuu. Syödessä tulee pureskella myös heikommalla puolella ja on keskityttävä erityisesti nielemiseen. Puhe- tai toimintaterapeutin johdolla potilas harjoittelee äänteitä sekä huulten- ja kielen liikkeitä. (H. Kupiainen, henkilökohtainen tiedonanto 6/11/2003). LIITTEET 4 ja 5.

Lähes kaikilla akustikusneurinoomapotilailla esiintyy tinnitusta eli korvien soimista. Tinnitus on krooninen vaiva, jota voi lie-

vittää, mutta ei parantaa. Tinnituksen sietäminen on yksilöllistä ja riippuu paljon elämäntilanteesta ja muista ulkoisista tekijöistä. Tinnituspotilaat ovat usein psyykkisesti huonokuntoisia, jolloin kuntoutusohjaajan tulisi suositella korvalääkärää tekemään lähte psykologille, joka tarvittaessa lähettää potilaan psykiatrille. Usein potilaille määrätään sairauslomaa ja lääkitys tilannetta rauhoittamaan. Psykologi kartoittaa potilaan elämäntilannetta kokonaisvaltaisesti ja pyrkii auttamaan häiriötekijöiden poistamisessa, jonka jälkeen parantuminen on mahdollista. Rentoutushypnoosin avulla potilasta autetaan rentoutumaan ja sopeutumaan tilanteeseen. Hoidon päämääränä on opettaa potilasta itsenäiseen rentoutumiseen ja tilanteen hallitsemiseen. (P. Simonen, henkilökohtainen tiedonanto 26/11/2003).

Kuulonhuoltoliitto ja Suomen akustikusneurinoomayhdistys järjestävät vuosittain sopeutumisvalmennuskursseja jäsenilleen. Kursseilla on mahdollisuus saada lisätietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Sopeutumisvalmennuskursseilla tutustutaan muihin kuulohermokasvain leikattuihin henkilöihin sekä vaihdetaan kokemuksia ja tunteita. Sopeutumisvalmennuksella tarkoitetaan ohjausta ja neuvontaa, jolla autetaan ja opetetaan kuntoutujaa, hänen perhettään ja lähiyhteisöään sopeutumaan sairauden mukanaan tuomiin elämänmuutoksiin. Sopeutumisvalmennusta voidaan toteuttaa sekä yksilö- että ryhmäohjauksena. Sopeutumisvalmennus on osa kuntoutumisprosessia tavoitteenaan tukea ja parantaa kuntoutusedellytyksiä ja sosiaalista toimintakykyä. (Mäkinen, Niinistö, Salminen & Karjalainen, 1997, 83; Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen, 1997, 35; www.kuulonhuoltoliitto.fi).

6.2 Akustikusneurinoomayhdistys kuntoutuksen tukena

Suomen Akustikusneurinoomayhdistyksen eli SANY:n perusti helsinkiläinen professori Henry Trupp vuonna 1989. SANY on valtakunnallinen kuulonhuoltoliiton alainen toimialayhdis-

tys, jolla on noin 300 jäsentä. Yhdistyksellä on erittäin merkittävä tehtäväkenttä leikattujen kuntoutus- ja vertaistukitoiminnan ylläpitämisessä sekä kehittämisessä. Vertaistukikokoontumiset järjestetään vapaaehtoistyönä. Tällä hetkellä aktiivisia vertaistukikaupunkeja ovat Pori, Helsinki ja Turku. Leikkauksesta toipuminen on ihmiselle valtava henkinen prosessi, josta toipumiseen tarvitaan perheenjäsenten ja lähiympäristön tukemisen lisäksi kasvainleikattujen erityistarpeiden huomioonottamista sekä mahdollisuutta saada yksilöllistä kuntoutusta omalla paikkakunnalla. (S. Lehtonen, henkilökohtainen tiedonanto 24/11/2003; www.kuulonhuoltoliitto.fi).

SANY järjestää Raha-automaattiyhdistyksen tuella vuosittain vähintään kolme sopeutumisvalmennuskurssia, mutta nämä eivät riitä kattamaan jatkuvasti kasvavaa kuntouttamistarvetta. Sopeutumisvalmennuskursseista yksi on ns. teemakurssi, jonka aihe vaihtuu vuosittain. Vuoden 2004 sopeutumisvalmennuskurssin teemana ovat tasapainohäiriöt. Julkisen terveydenhuollon tulisi osallistua nykyistä enemmän leikattujen ensitieto- ja sopeutumisvalmennuskurssien rahoittamiseen. (S. Lehtonen, henkilökohtainen tiedonanto 24/11/2003; www.kuulonhuoltoliitto.fi).

7. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa akustikusneurinoomapotilaan leikkauksen jälkeinen kuntoutuksen tarve ja kuntoutusmahdollisuudet, sekä arvioida miten nykyinen palvelurakenne vastaa potilaiden odotuksia ja tarpeita. Opinnäytetyömme tavoitteena on etsiä akustikusneurinoomapotilaille uusia kuntoutusmahdollisuuksia sekä kehittää nykyisiä kuntoutusmuotoja ja -palveluja vastaamaan potilaiden odotuksia ja tarpeita. Opinnäytetyön avulla haluamme selvittää onko akustikusneurinoomapotilaan saamalla kuntoutuksella hänen oman kokemuksensa mukaan merkitystä leikkauksen jälkeisten oireiden lievittymisessä. Lisäksi haluamme selvittää minkälaisia kuntoutusmuotoja akustikusneurinoomapotilaille tulisi tarjota. Opinnäytetyölle oli tarvetta, koska aikaisempia tutkimuksia aiheesta ei ole ja tutkimusta voi jatkossa hyödyntää potilaan kuntoutusta suunniteltaessa.

Tutkimuskysymykset:

1. Millainen on akustikusneurinoomapotilaan leikkauksen jälkeinen kuntoutuksen tarve?
2. Millaista on akustikusneurinoomapotilaiden saama kuntoutus leikkauksen jälkeen?
3. Miten akustikusneurinoomapotilaiden leikkauksen jälkeistä kuntoutusta tulisi kehittää leikkauksen kokeneiden käsityksen mukaan?

8. Tutkimusmenetelmä

Menetelmäosassa kerrotaan miten tutkimus suoritettiin, jotta lukija pystyy arvioimaan opinnäytetyömme luotettavuutta. Tässä pyritään selvittämään kaikki ne seikat, jotka ovat välttämättömiä tutkimuksen kulun ymmärtämiseksi. (kts. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 1997, 248).

8.1 Tutkimusote ja tutkimustyyppi

Tässä opinnäytetyössä käytettiin sekä määrällistä että laadullista tutkimusotetta, koska tämä auttaa asioiden syvempää ymmärtämistä. Tutkimus suoritettiin puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla, johon laadittiin paljon avoimia kysymyksiä yksilöllisten kokemusten esiin saamiseksi. (kts. Salmela, 1997, 27).

Tutkimusongelmat hahmottuivat heti opinnäytetyön alkuvaiheessa. Suomen akustikuneurinoomayhdistys lähetti koulullemme tutkimuspyynnön, jossa he toivoivat kartoitusta erityisesti Satakunnan alueen kuulohermokaasvainpotilaiden leikkauksen jälkeisestä kuntoutuksesta ja kuntoutuksen tarpeesta. Kiinnostuimme aiheesta, koska emme olleet aikaisemmin kuulleet akustikusneurinoomasta ja lisäksi aihe oli jo tutkimuspyynnössä selkeästi rajattu.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Suunnitteluvaiheessa tutkimustulosten validiutta parannettiin perehtymällä huolellisesti akustikusneurinoomaan kirjallisuuden avulla sekä tutustumalla tutkimukseen osallistuviin henkilöihin akustikusneurinoomayhdistyksen järjestämässä vertaistukitapaamisessa. Vastaajien anonymiteetin säilyminen varmistettiin siten, että akustikusneurinoomayhdistys lähetti kyselylomakkeet palautuskuorineen tutkittavalle joukolle. Kyselylomakkeen saatekirjeessä (LIITE 1) painotettiin henkilötietojen salassa pysymistä ja sitä, ettei yksilöitä voi tunnistaa tutkimustuloksista. (kts. Salmela, 1997, 105). Sairauden harvinaisuuden vuoksi tutkimuksen perus-

joukko oli pieni. Kyselylomakkeeseen laadittiin 29 kysymystä. Syvällisemmän ja luotettavamman tiedon saaminen varmistettiin useilla avoimilla kysymyksillä, joita oli 14 kappaletta. Strukturoitujen ja puolistrukturoitujen kysymysten vastaukset analysoitiin tilastollisesti. Avointen kysymysten vastaukset luokittelimme molemmat tahoillamme sisällön erittelynä ja sen jälkeen yhdistimme analysoinnin tulokset keskustellen. Suurimmassa osassa sisällön erittelyä olimme tehneet samanlaiset ratkaisut. Analyysin yksimielisyys lisää tulosten luotettavuutta.

8.3 Tutkimusaineiston hankinta

Suomen Akustikusneurinoomayhdistykseltä saamamme tutkimuspyynnön jälkeen otimme yhteyttä (maaliskuu 2003) yhteyshenkilöihin Seppo Lehtoseen, joka toimii Suomen Akustikusneurinoomayhdistyksen puheenjohtajana ja Tiina Kari-Saariseen, joka työskentelee Satakunnan keskussairaalassa kuntoutusohjaajana osastolla B2. Kari-Saariainen kertoi meille tulevasta akustikusneurinoomayhdistyksen vertaistukitapaamisesta, jossa läsnä olisi Satakunnan alueella leikattuja potilaita. Tapaaminen oli 11.3.2003 Satakunnan keskussairaalan koulutustiloissa. Ennen tapaamista saimme kirjeitse Seppo Lehtosen lähettämän Kuulonhuoltoliitto ry:n julkaiseman akustikusneurinoomapotilaan oppaan. Vertaistukitapaamisessa paikalla oli n. 20 potilasta, jotka kertoivat omat tarinansa sairauden ensioireista nykypäivään saakka.

Tutustuimme kirjallisuuden perusteella sairauteen ja kasvaimen poistoleikkauksen jälkeen ilmeneviin ongelmiin. Kirjallisen materiaalin ja akustikusneurinoomayhdistyksen vertaistukitapaamisen pohjalta laadittiin kyselylomake yhteistyössä akustikusneurinoomayhdistyksen kanssa. Yhdistys lähetti kyselylomakkeet kahdelle valitsemalleen henkilölle esitestaukseen. Kyseiset henkilöt eivät osallistuneet lopulliseen tutkimukseen. Koekäytöllä varmistettiin se, että kyselyyn osallistujat ymmärtäisivät mitä kunkin käsitteen ja kysymyksen kohdalla tarkoitetaan ja, että

kysely toimii tarkoitetulla tavalla. Saamamme palautteen perusteella muotoiltiin lopullinen kyselylomake (LIITE 2). Vastaajien taustatietoja kartoitettiin kysymyksillä 1-8. Taustatietoja olivat: sukupuoli, ikä, elämäntilanne, miten pitkään kärsi oireista ennen sairauden toteamista, mitä oireita oli ennen leikkausta, ikä leikkauksen aikaan ja millainen leikkaus tehtiin. Loput 21 kysymystä liittyivät leikkaukseen, leikkauksen jälkeiseen aikaan ja kuntoutukseen. (kts. Salmela, 1997, 95).

Kyselylomakkeet ja saatekirjeet (LIITE 1) toimitettiin akustikusneurinoomayhdistyksen puheenjohtajalle, joka lähetti ne vastauskuorineen tutkittavalle joukolle. Kyselylomakkeita lähetettiin 30. Tutkittava joukko koostui Satakunnan alueen akustikusneurinoomayhdistyksen jäsenistä. Kyselylomakkeet lähetettiin kesäkuun lopussa 2003 ja niitä palautui täytettynä 11.7.2003 mennessä 20 kappaletta.

8.4 Tutkimusaineiston analysointi

Uusintatutkimuksen tekemistä harkittiin, koska vastausprosentti jäi matalaksi. Otimme yhteyttä akustikusneurinoomayhdistyksen puheenjohtajaan, joka kertoi lähettäneensä kyselylomakkeen kolmellekymmenelle Satakunnan alueen akustikusneurinoomapotilaalle, vaikka me olimme saaneet käsityksen, että niitä lähetettiin neljäkymmentä. Vastausprosentiksi muodostuikin näin ollen 67, eikä uusintakyselyä tarvittu.

Tutkimusaineiston käsittely aloitettiin numeroimalla lomakkeet yhdestä kahteenkymmeneen ja vastaukset luettiin useaan kertaan, jolloin muodostui alustava käsitys tutkimustuloksista. Varsinaisen tulosten analysointi aloitettiin tekemällä strukturoitujen ja puolistrukturoitujen kysymysten vastauksista havaintomatriisi tietokoneelle. Vastaukset analysoitiin tilastollisesti tekemällä niistä yksiulotteiset jakaumat.

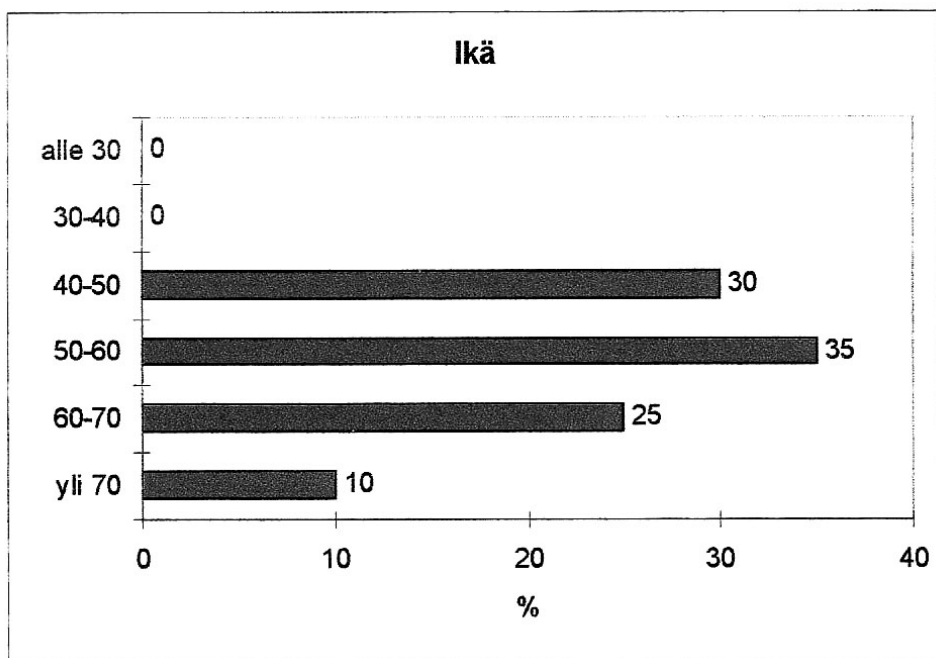
Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin manuaalisesti sisällön analyysinä. Vastaukset kirjoitettiin sanatarkasti tietoko-

neelle, jonka jälkeen ne tulostettiin kahtena kappaleena. Samanarvoisiksi katsotut vastaukset luokiteltiin, jonka jälkeen ne koottiin omiksi ryhmikseen. Analyysin luotettavuuden parantamiseksi tämä vaihe tehtiin yksilötyönä. Lopuksi vastaukset yhdistettiin ja analysoinnin samanmielisyyss tarkistettiin.

9. Tulokset

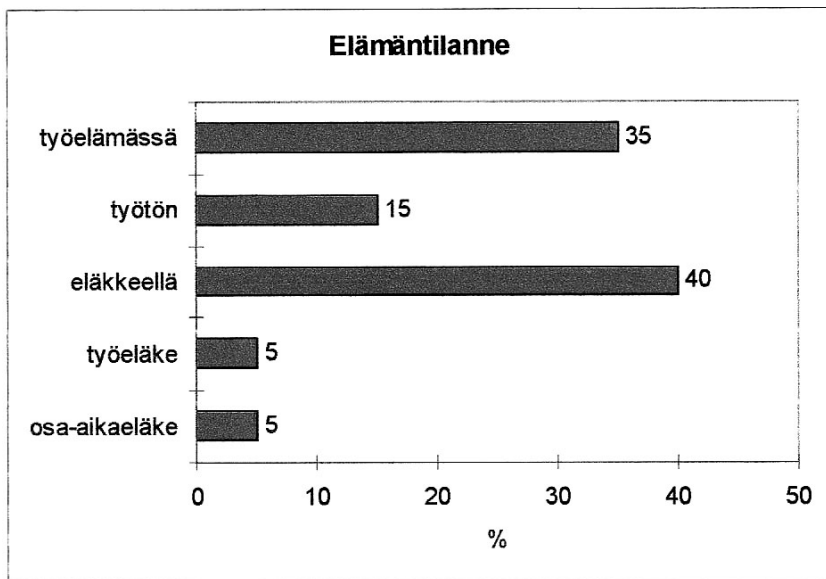
Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa akustikusneurinoomapotilaan leikkauksen jälkeinen kuntoutuksen tarve sekä selvittää minkälaista kuntoutusta akustikusneurinoomapotilaat ovat saaneet. Lisäksi selvitämme miten akustikusneurinoomapotilaan kuntoutusta tulisi potilaiden mielestä kehittää. Ensin olemme selvittäneet kyselyyn vastaajien taustatietoja, jonka jälkeen olemme jaotelleet tutkimustulokset vastaamaan tutkimusongelmiin.

Kyselyyn vastanneista 55 % oli naisia ja 45 % miehiä. Suurin osa vastaajista (35 %) oli 50-60 -vuotiaita. Vastaajien ikäjakauma esitetään kuviossa 2.

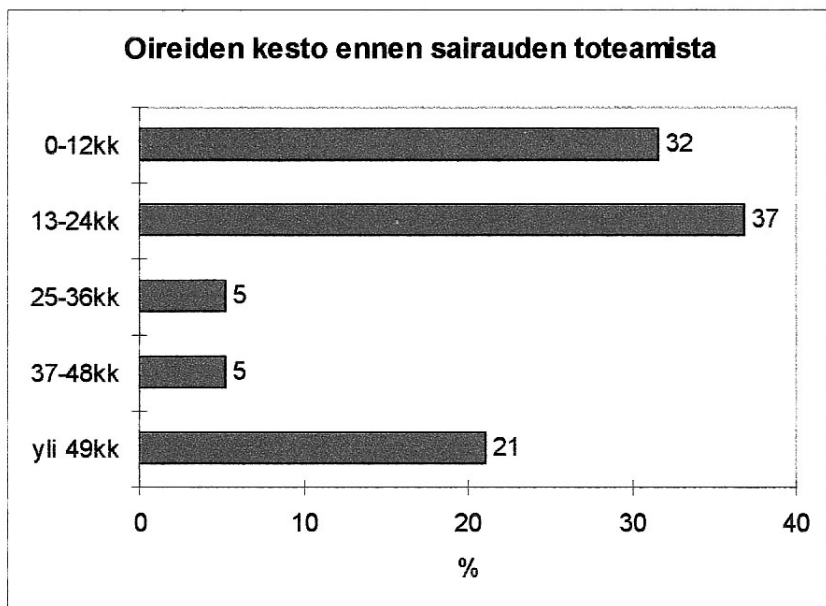


Kuvio 2. Vastaajien ikäjakauma.

Puolet vastaajista oli eläkkeellä (50%), työelämässä (35 %) oli hieman enemmän kuin joka kolmas.



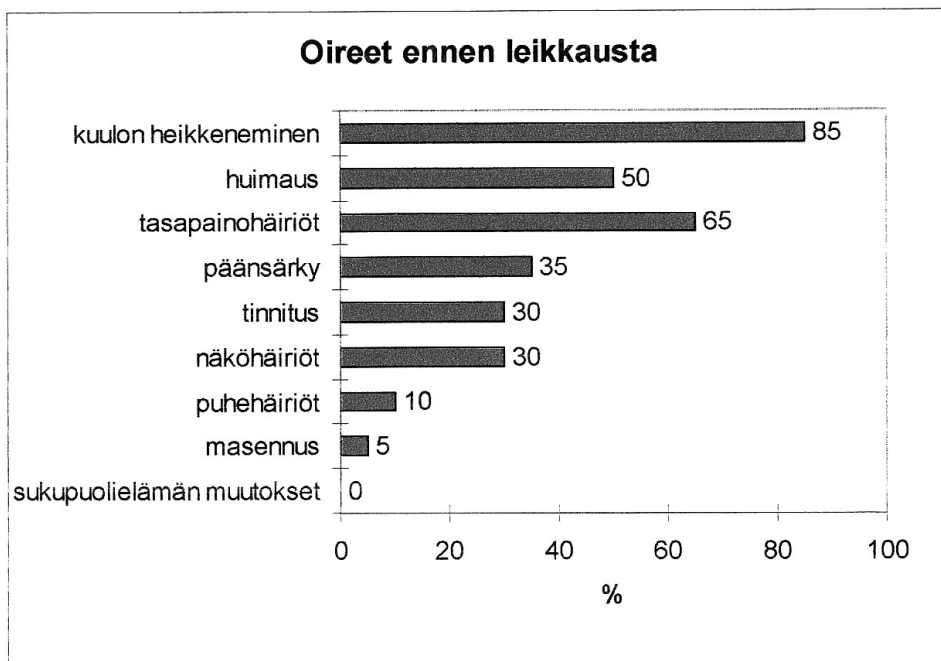
Kuvio 3. Vastaajien elämäntilanne.



Kuvio 4. Oireiden kestoajoja ennen sairauden toteamista.

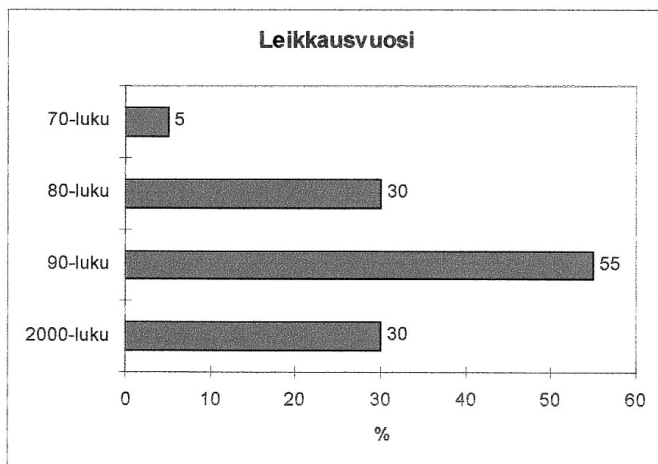
Suurimmalla osalla oli akustikusneurinoomalle tyypillisiä oireita 0-2 vuotta ennen diagnoosin varmistumista. Joka viidennellä oireet olivat kestäneet yli neljä vuotta ennen diagnosointia (kuvio 4).

Vastaajista 85 % kärsi kuulonheikkenemisestä ennen kasvaimenpoistoleikkausta. Tasapainohäiriöt (65 %) sekä huimaus (50 %) olivat myös yleisiä oireita ennen leikkausta. (Kuvio 5).



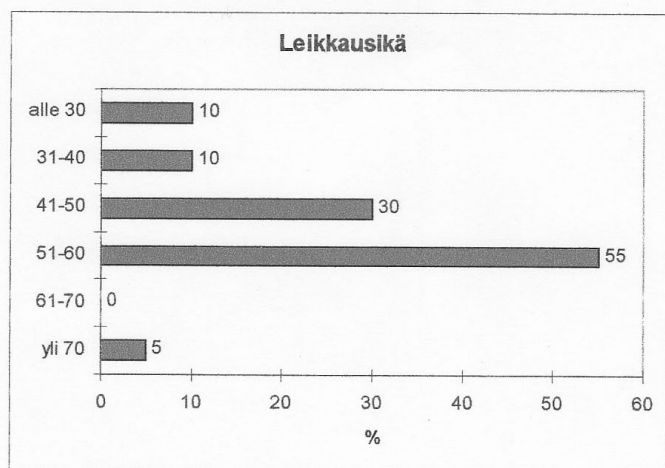
Kuvio 5. Yleisimmät oireet ennen leikkausta.

Hieman yli puolet vastaajista (55 %) oli ollut kuulohermokasvaimen poistoleikkauksessa 1990-luvulla. Noin kolmasosa vastaajista (30 %) oli leikattu 1980-luvulla ja kolmannes (30 %) on leikattu 2000-luvulla.(kuvio 6)



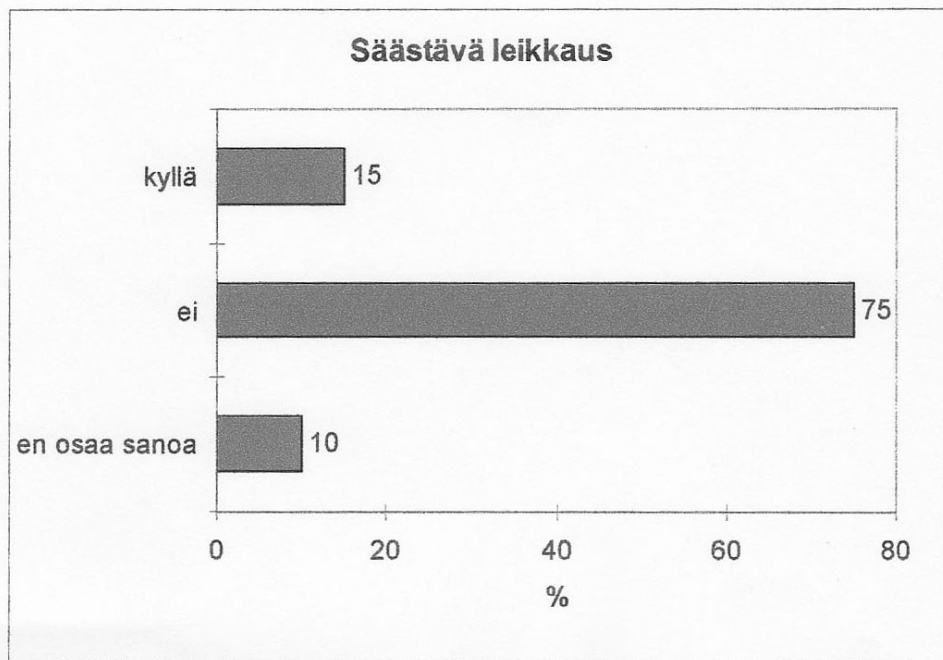
Kuvio 6. Vastaajien leikkausajankohta.

Noin puolet vastaajista (55%) oli ollut leikkauksessa 51-60-vuotiaana. 30% vastaajista oli ollut leikkauksessa 41-50- vuotiaana.



Kuvio 7. Ikä leikkauksen aikaan.

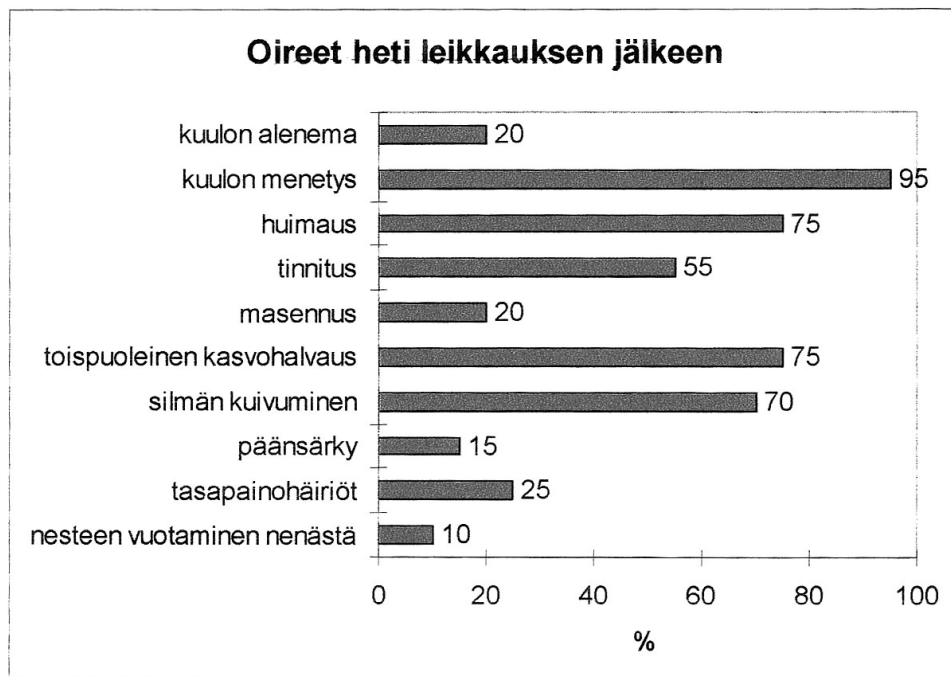
Vain 15 % vastaajista oli läpikäynyt ns. säästävän leikkauksen, jossa osa kasvainta jätetään paikoilleen muiden hermojen säästämiseksi. 75 %:lle ei tehty säästävää leikkausta ja 10 % ei osannut sanoa, oliko tehty säästävä leikkaus. (kuvio 8)



Kuvio 8. Säästävän kuulohermokasvainleikkauksen kokeneet vastaajat.

9.1 Akustikusneurinoomapotilaan leikkauksen jälkeinen kuntoutuksentarve

Lähes kaikki vastaajat (95 %) kärsivät kuulonmenetyksestä heti leikkauksen jälkeen. Muita yleisiä oireita olivat huimaus (75 %), toispuoleinen kasvohalvaus (75 %) ja siitä johtuva silmän sarveiskalvon kuivuminen (70 %) sekä tinnitus (55%). (kuvio 9).



Kuvio 9. Kuulohermokasvainleikkauksen jälkeisiä oireita.

Vastaajista noin puolet koki toipuneensa leikkauksesta kolmen kuukauden sisällä. Neljäsosalla vastaajista toipuminen kesti yli kolme kuukautta, mutta kuitenkin alle vuoden. Lopuilla eli neljäsosalla toipuminen vei vuosia tai jatkuu edelleen.

”3-4 päivää pahoinvointia, muutaman päivän jälkeen kävelyä hoitajan avulla ja vähitellen yksin.” (V13)

”fyysisesti kolme vuotta, psyykkisesti kymmenen vuotta.” (V8)

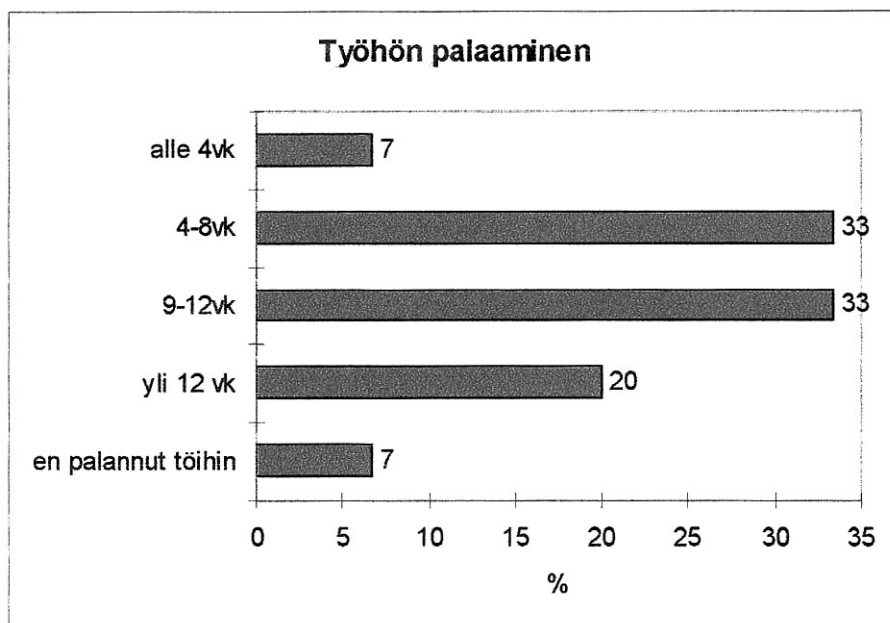
” Parin viikon sairaalassaolon jälkeen kolmen kuukauden sairas/oma. Henkinen toipuminen vei vuosia. Hiuksenikaan eivät ehtineet kasvaa kuin 2-3 senttimetriä. Vaati rohkeutta mennä ihmisten pariin.” (V17)

Vastauksista ilmeni kuntoutuksen tarpeen olevan psyykkisellä puolella sekä tasapaino-ongelmissa. Lisäksi noin neljännes kaipasi kuntoutusta kasvohalvaukseen ja sen aiheuttamiin silmäoireisiin.

”Tasapainokuntoutus, toispuoleinen kasvohalvaus aiheuttaa sen, että pitää nukkua toisella kyljellä, selkä ja niskat kipeytyvät, hieronta tarpeellinen. Keskustelua psykologin kanssa, kuntoutusta silmäoireisiin ja kasvohalvaukseen.” (V1)

”Henkistä tukea elämän muutokseen.” (V6)

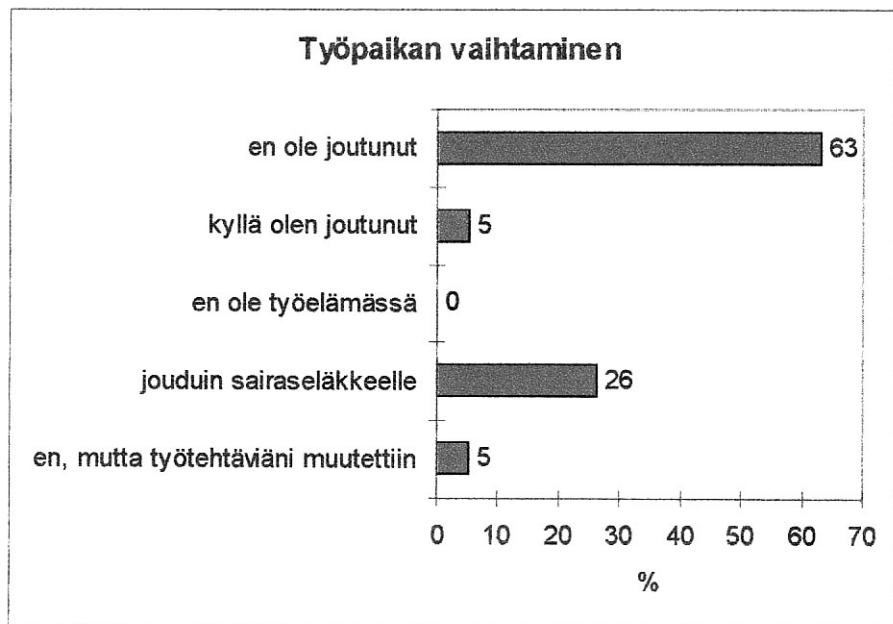
”Apua tinnituksen käsittelyyn.” (V7)



Kuvio 10. Vastaajien työhön palaaminen leikkauksen jälkeen.

Vain 7% työssäkäyvistä vastaajista pääsi palaamaan työhönsä alle kuukauden kuluttua leikkauksesta. Saman verran (7 %) oli niitä, jotka eivät päässeet palaamaan työhön. Kolmasosa vastaajista palasi työhönsä 4-8 viikon sairausloman jälkeen ja kolmasosalla sairausloma venyi 9-12 viikon mittaiseksi. Yli 12 viikon sairausloman jälkeen työhön palanneita oli 20 %. (kuvio 10).

Yli puolet (63 %) vastaajista ei ollut joutunut vaihtamaan työpaikkaansa sairaudesta johtuvien haittojen takia. Vajaa kolmasosa (26 %) joutui sairaseläkkeelle sairaudesta johtuvien haittojen takia. 5 % vastaajista joutui vaihtamaan työpaikkaa ja 5 %:lla työtehtäviä muutettiin sairaudesta johtuvien haittojen takia.

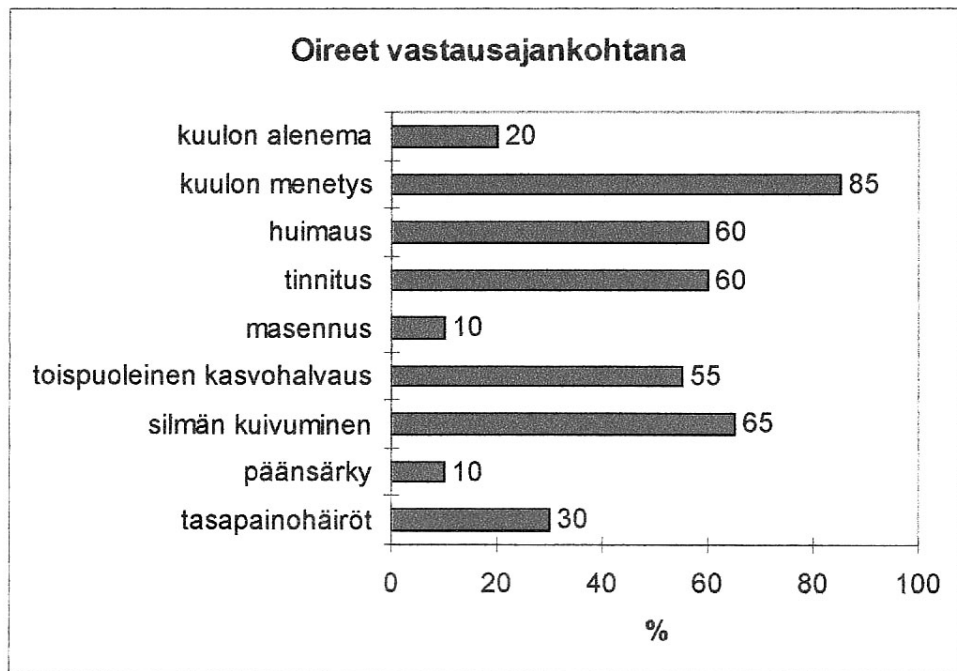


Kuvio 11. Työpaikan vaihtaminen sairaudesta johtuvien haittojen takia.

Puolet (50%) koki olleensa työkuntoisia työelämään palatesaan. Ongelmia koettiin kuulon aleneman, kasvohalvauksen ja tasapainovaikeuden vuoksi. Kahdessa vastauksessa työhön palaaminen sujui hyvin, mutta sosiaalisella puolella koettiin ongelmia.

”Olin heikko ja väsynyt, en työkuntoinen puoleen vuoteen.” (V1)
”En ollut täysin kunnossa, mutta halusin työhön jossa työtehtäviäni muutettiin puolen vuoden ajan. Tällä hetkellä olen jotakuinkin normaalityötehtävissä.” (V14).

Vastaajista 85 % kärsii toispuoleisesta kuulon menetyksestä. Yli puolet (55 %) vastaajista kärsii toispuoleisesta kasvohalvauksesta, ja siitä johtuvasta silmän sarveiskalvon kuivumisesta kärsi 65 %. Huimausta ja tinnitusta ilmeni 60 %:lla. Myös muita oireita esiintyi. (kuvio 12).



Kuvio 12. Vastaajien oireet vastausajankohtana.

9.2 Akustikusneurinoomapotilaiden saama kuntoutus

Noin puolet vastaajista koki saaneensa jonkinlaista tukea tai jonkinlaisia neuvoja sairaalassa ollessaan. He saivat sairaalasta esimerkiksi kasvohalvaukseen ja tasapainoon liittyviä kuntoutusohjeita sekä kirjallista tietoa sairaudesta. Kahdella vastaajista oli mahdollisuus tutustua aikaisemmin leikattuun henkilöön. Muutama vastaajista olisi kaivannut henkistä tukea hoitohenkilökunnalta. Yksi ilmoitti saaneensa henkistä tukea. Puolet koki jääneensä ilman tukea tai neuvoja. Hoitoa ja hoitohenkilökuntaa kiitti noin neljäsosa.

”En minkäänlaisia, makasin 12 päivää yksin yksinäisessä huoneessa.” (V1)

”Akustikusneurinoomapotilaan opas annettiin leikkausta edeltävänä iltana ja anestesiahoitaja kertoi leikkauksen kulun jotenkin, tauti hoidettiin, mutta ihminen joka sairastaa tautia jätettiin hoitamatta.” (V11)

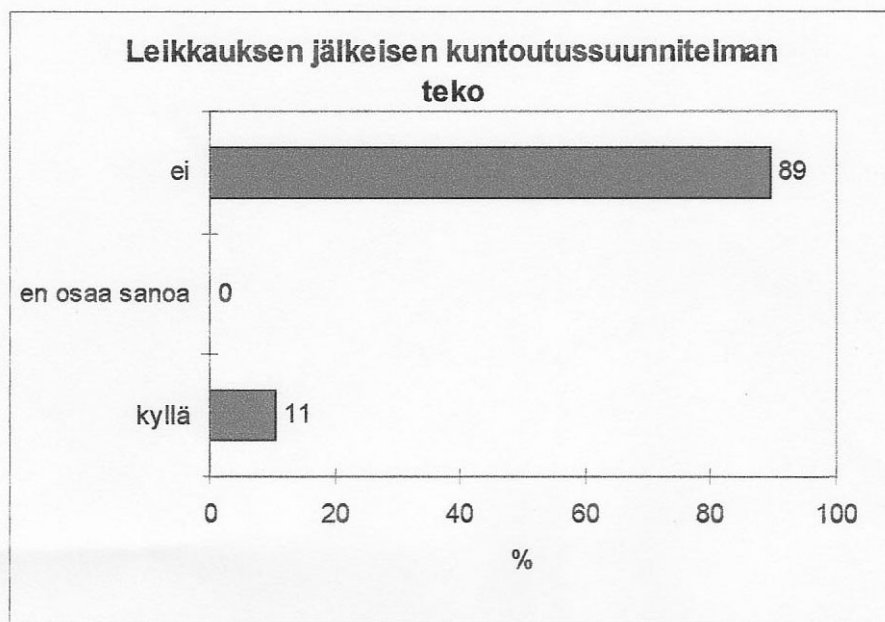
”Ulkona kävelyä suositeltiin tasapainon parantamiseksi.” (V19)
Vastaajista kolmanneksen mielestä kotiuttaminen toteutui hyvin. Kolmasosa kotiutettiin heikoilla tiedoilla. Vastauksista nousi esiin potilaan oma-aloitteellisuuden merkitys jatkokuntoutuksen saamisessa. Monissa vastauksissa mainittiin vain jälkitarkastusajat.

”Mielestäni hyvin heikoilla tiedoilla kotiutettiin. Sain ensimmäisenä yönä kotona kasvohalvauksen, jota ei ollut mitenkään selvitetty. Soitin aamulla sairaalaan, josta luvattiin lähettää kasvohalvauksen kuntoutustietoa.” (V19)

”Varsinainen kotiuttaminen toteutui hyvin. Tukea ja neuvoja sai lähiviikoille, ei kuitenkaan pitemmälle ajalle.” (V7)

”Huonosti, ei minkäänlaisia ohjeita.” (V8)

Vain 11 %:lle tehtiin leikkauksen jälkeen kuntoutussuunnitelma joko leikkauksen lääkärin tai neurologin toimesta. Toinen suunnitelma sisälsi lääkärin tarkastuksia Turussa muutaman kerran vuodessa ja toinen pääsyn fysiatrielle osastolle Satalinnan sairaalaan kymmeneksi vuorokaudeksi sekä kuntoutusta Rauman aluesairaalan fysiatrian yksikössä. Jouduimme hylkäämään yhden vastauksen, jossa ilmoitettiin, että kuntoutussuunnitelma sekä oli että ei ollut tehty.



Kuvio 13. Kuntoutussuunnitelman tekeminen vastaajille leikkauksen jälkeen.

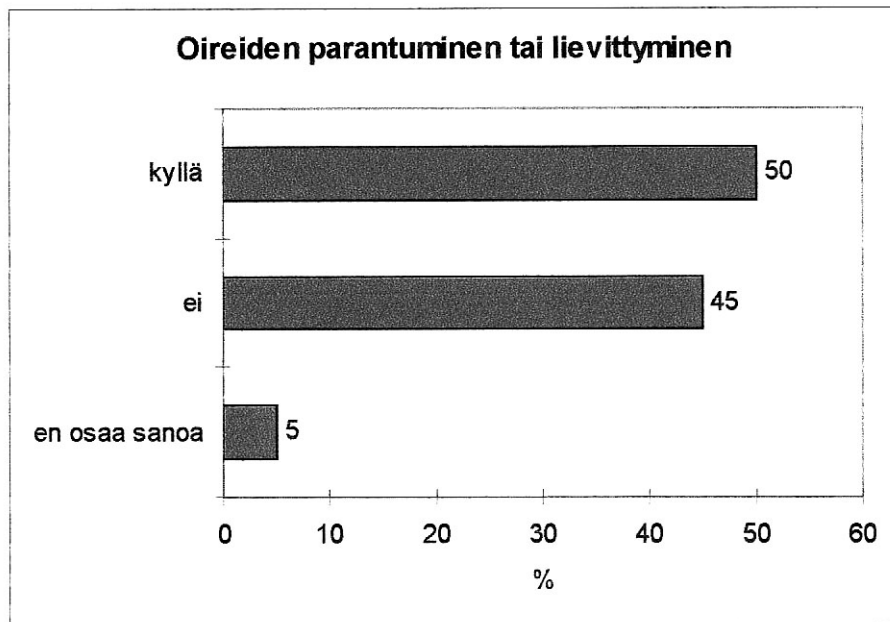
Yli puolet vastanneista oli hakeutunut itse hoitoon tai kuntoutukseen. Eniten oli käytetty erilaisia fysikaalisia hoitoja, kuten esimerkiksi hierontaa ja lymfaterapiaa. Lisäksi vastaajat harjoittivat omatoimista tasapainokuntoutusta ja kunnon ylläpitoa. Kuudesosa vastaajista oli käynyt kuolonhuoltoliiton järjestämän akustikusneurinoomapotilaan sopeutumiskurssin. Kolmasosa ei ollut hakeutunut hoitoihin tai kuntoutuksiin.

”Minulla ei ollut tietoa mihin olisin voinut hakeutua, kukaan ei neuvonut.” (V6)

”Fysikaalista hoitoa, kuntosalilla käynti, hölkkä.” (V8)

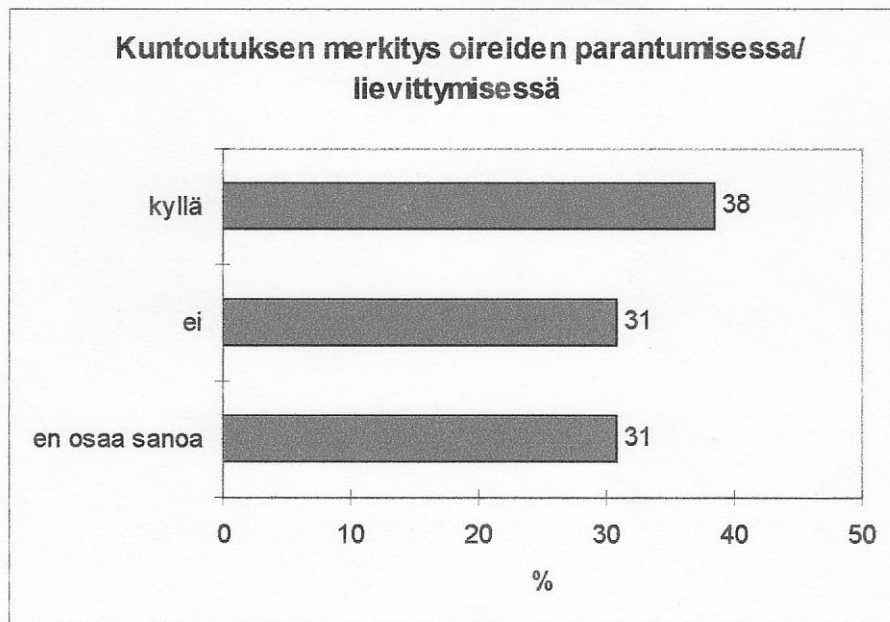
”Lymfa, hieronta, erilaiset fysikaaliset hoidat.” (V11)

Puolet vastaajista (50 %) koki oireidensa parantuneen kokonaan tai lievittyneen. 45 %:lla oireet olivat pysyneet muuttumattomina.



Kuvio 14. Oireiden parantuminen tai lievittyminen.

Noin kolmasosalle (38 %) kuntoutuksella oli merkitystä oireiden parantumisessa/lievittymisessä. Tähän kysymykseen vastanneita oli vain kolmetoista.



Kuvio 15. Kuntoutuksen merkitys oireiden parantumisessa/lievittymisessä.

9.3 Akustikusneurinoomapotilaan kuntoutuksen kehittäminen potilaan näkökulmasta

Kolme vastaajaa ei kokenut tarvitsevansa kuntoutusta. Kolme vastaajaa ei osannut sanoa tai ei tiennyt minkälaista kuntoutusta olisi ollut mahdollista saada. Lopuista seitsemästä vastauksesta nousi esiin keskustelun tarve hoitohenkilökunnan kanssa. Henkisen tuen puute koettiin ratkaisevana. Vastaajat kokivat tarvitsevansa lisää tietoa eri hoitotavoista. Kysymykseen vastasi kolmeista kahdestakymmenestä vastaajasta.

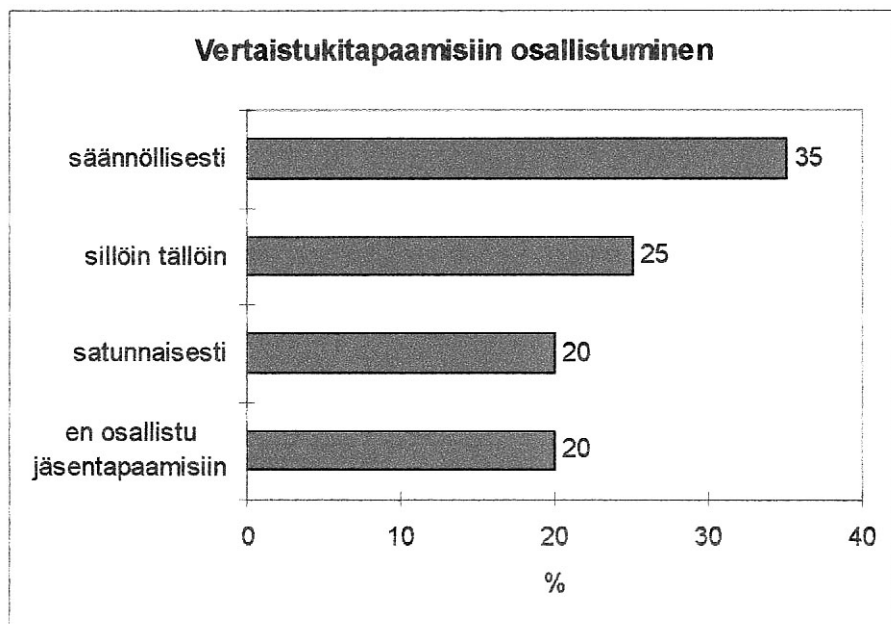
”Olisi ollut hyvä, että joku sairaalassa olisi puhunut kanssani, eikä se oikeastaan vieläkään ole myöhäistä. Fyysisesti toivuini suht äkkiä, mutta koko asian käsitteleminen, puhuminen, sitä olisin tarvinnut.”(V10)

”Asiapitoista tietoa eri hoitotavoista. Esimerkiksi kuulolaittehankintaan, kasvoleikkaukseen, luomipainoon liittyvää, jatkoseurantaa liittyvää, voiko kasvain uusia?” (V15)

”En ole huomannut, että olisin jäänyt kuntoutuksen puutteeseen silloin leikkauksen jälkeen.” (V20)

Kysyttäessä parannusehdotuksia potilaiden saamaan kuntoutukseen, vastanneita oli vain viisi. Yhden vastauksen jouduimme hylkäämään, koska se ei liittynyt kyseiseen kysymykseen. Vähäisistä vastauksista esiin nousi ilman kuntoutusta jääminen ja psyykkisen tuen tarve.

Noin kolmasosa (35 %) vastanneista osallistuu säännöllisesti akustikusneurinoomayhdistyksen järjestämiin jäsentapaamisiin, jotka ovat luonteeltaan vertaistukitapaamisia. Silloin tällöin osallistuvia on 25 %.



Kuvio 16. Vertaistukitapaamisiin osallistuminen.

Lähes kaikki vastaajat kokivat akustikusneurinoomayhdistyksen vertaistukitapaamiset mielenkiintoisiksi ja tarpeellisiksi. Vastauksista nousi esiin vertaistuen tärkeys. Kokouksiin tullaan kuulemaan esimerkiksi muiden kokemuksia ja tunteita sekä saamaan uusinta tietoa sairaudesta.

"Ihan hyvinä. Ne ovat tavallaan "lieventäneet" omaa tuskaa ja epävarmuutta." (V9)

"Erittäin myönteisenä (ystäviä)." (V16)

Kysyttäessä miten akustikusneurinoopotilaan hoitoa ja kuntoutusta tulisi kehittää, saimme paljon monipuolisia vastauksia.

Kolmasosa vastaajista piti tärkeänä psyykkistä kuntoutusta. Tukihenkilötoiminta, säännölliset kokoontumiset muiden leikattujen kanssa sekä psykologin että sosiaalihoitajan vastaanotot koettiin tarpeellisina. Hieman alle kolmasosan mielestä potilaille tulisi antaa enemmän tietoa sairaudesta, sen oireista sekä hoidosta. Vastauksista nousi esille hoitohenkilökunnan tietämättömyys kyseisestä sairaudesta ja sen hoidosta. Fyysistä kuntoutusta ja fysikaalisia hoitoja kaipasi noin neljäsosa vastaajista. Vain pari vastaajaa korosti henkilökohtaisen kuntoutussuunnitelman tärkeyttä. Yhden vastauksen jouduimme hylkäämään, koska se ei liittynyt kyseiseen kysymykseen.

”Jo sairaalassa pitäisi tehdä selkeä kuntoutussuunnitelma, joka antaa myös varmuutta ja rauhoittaa potilasta. Selkeyttää asioita elämässä eteenpäin.” (V9)

”Tukihenkilötoiminta on hyvä: juuri kasvaimesta tiedon saanut saisi puhua leikkauksen jo kokeneen kanssa. Lääkärin kertomat tiedot ovat totta kai tärkeitä, mutta asian käytännössä kokenut antaa ensiarvoista käytännön tietoa. En tiedä tehdäänkö näin, mutta sairaalasta jossa leikkaus on tehty otettaisiin yhteyttä potilaan paikkakunnan terveydenhuoltoon, josta sitten otettaisiin yhteyttä juuri leikattuun eli aloite tulisi sieltä. Joskus ihminen on arka ja voimaton aika pitkäänkin leikkauksen jälkeen, joten lievä pakottaminenkin voi tulla kysymykseen.” (V10)

”Leikkauksen jälkeen sairaalassa psykologin ja sosiaalihoitajan vastaanotot, neurologin ja silmälääkärin vastaanotto. Kotona tasapainokuntoutus, kasvojumppahoitoa, silmälääkärikäynnit, hierontaa pakolliseksi.” (V1)

”Tinnituksen hoitoon tulisi kiinnittää enemmän huomiota.” (V7)

10. Johtopäätökset ja pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa akustikusneurinoomapotilaan leikkauksen jälkeinen kuntoutuksen tarve. Tutkimustulosten mukaan akustikusneurinoomapotilaat kärsivät kasvaimen poistoleikkauksen jälkeen monenlaisista kuntoutusta vaativista oireista kuten esimerkiksi huimauksesta ja tasapainohäiriöistä, toispuoleisesta kasvohalvauksesta ja siitä johtuvasta silmän sarveiskalvon kuivumisesta sekä tinnituksesta.

Lisäksi opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää minkälaista kuntoutusta akustikusneurinoomapotilaat ovat saaneet ja miten kuntoutusta tulisi heidän mielestään kehittää. Tulosten perusteella vain kahdelle vastaajista oli tehty leikkauksen jälkeen kuntoutussuunnitelma. Yli puolet vastaajista hakeutui oma-aloitteisesti hoiteihin ja kuntoutukseen. Kehittämistarvetta koettiin olevan erityisesti psyykkisen kuntoutuksen puolella. Potilaat kokivat tukihenkilötoiminnan sekä säännölliset kokoontumiset muiden leikattujen kanssa tärkeiksi. Potilaat kaipasivat myös lisää tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta sekä fyysistä kuntoutusta.

Suomen akustikusneurinoomayhdistyksen lähettämässä tutkimuspyynnössä aihe oli rajattu koskemaan Satakunnan alueen akustikusneurinoomapotilaita. Käyttämämme tutkimusmenetelmä soveltui hyvin tähän tutkimukseen, koska tutkittavat asuvat hajallaan ympäri Satakuntaa. Pitkien välimatkojen vuoksi haastattelu ei tullut kysymykseen. Yksilöllisten kokemusten kartoittamiseksi kyselylomakkeessa oli useita avoimia kysymyksiä.

Akustikusneurinoomasta on tehty useita lääketieteellisiä tutkimuksia koskien mm. diagnostiikkaa ja hoitoa. Leikkauksen jälkeistä kuntoutusta koskevia tutkimuksia emme löytäneet. Tällä hetkellä Suomessa ei ole akustikusneurinoomapotilaan leikkauksen jälkeistä kuntoutusta koskevia hoitosuosituksia. Helsingissä 21.-22.11.2003 pidetyssä akustikusneurinoomayhdistyksen halli-

tuksen kokouksessa suunniteltiin vuoden 2004 kuntoutuskurssien sisältöä ja ohjelmaa. Akustikusneurinoomayhdistyksen puheenjohtaja esitteli opinnäytetyön alustavat tulokset siellä. Osallistujat vertailivat keskustellen tutkimustuloksia ja olivat sitä mieltä, että tulokset ovat paikkansapitäviä ja yleistettäviä. Kokoukseen osallistuneiden mielestä tulokset olisivat olleet todennäköisesti samanlaisia, vaikka tutkimus olisi kattanut koko Suomen akustikusneurinoomapotilaat. (Henkilökohtainen tiedonanto: Puhelin-keskustelu 24/112003, Seppo Lehtonen, akustikusneurinoomayhdistyksen puheenjohtaja).

Tutkimustulosten mukaan vastaajien kuulo-ongelmat vaikeutuivat leikkauksen seurauksena. Ennen leikkausta 85 % heistä kärsi kuulon heikkenemisestä, leikkauksen jälkeen kuulon menetti 85 %. Tinnitusta esiintyi ennen leikkausta 30 %:lla vastaajista, pysyväksi se jäi 60 %:lle.

Huimausta esiintyi ennen leikkausta 50 %:lla vastaajista, vastaamishetkellä siitä kärsii 60 %. Tasapainohäiriöt sitä vastoin helpottuivat. Tasapaino-ongelmista kärsii vastaamishetkellä 30% tutkimukseen osallistuneista. Vastaajat ovat mahdollisesti käsittäneet huimauksen ja tasapainohäiriöt yhdeksi ja samaksi asiaksi, toiset heistä taas saattoivat pitää niitä eri asioina. Kyselylomakkeen vastausvaihtoehdoissa mainittiin vain huimaus. Tasapainohäiriöt oli kuitenkin useassa vastauksessa lisätty kohtaan ”muuta, mitä?”. Vertaistukitapaamisessa lokakuussa -03 keskustelimme potilaiden kanssa huimauksen ja tasapainohäiriöiden erilaisesta kokemisesta ja he pitivät näitä eri asioina. Levon (2001) tutkimukseen osallistuneista potilaista 68 %:lla tasapaino oli huono. Levon mukaan naisten tasapainon paranemiselle oli huonommat ennusteet. Vanhemmilla potilailla oli suurempi riski huonoon tasapainoon leikkauksen jälkeen.

Tutkimustulosten perusteella päänsärky vaivasi 35 % vastaajista ennen leikkausta. Leikkauksen seurauksena vaiva jäi 10 %:lle

heistä. Levon tutkimuksessa 60 % akustikusneurinoomapotilaista kärsi leikkauksen jälkeen päänsärystä. Vuotta myöhemmin päänsärkyä esiintyi 40 %:lla, ja särky oli yleisempää potilailla, joilla oli esiintynyt päänsärkyä jo ennen leikkausta. Tässä opinnäytetyössä tutkittavia oli 20, Levon tutkimukseen osallistuneita oli moninkertaisesti enemmän, tästä huolimatta molemmissa tutkimuksissa tulokset ovat samansuuntaisia.

Kasvohalvausta ei esiintynyt ennen leikkausta, mutta heti leikkauksen jälkeen siitä kärsi 75 % vastaajista ja pysyväksi kasvohalvaus jäi 55 %:lle. Vaikka kuntoutusta vaativia oireita esiintyi näin runsaasti, kuntoutussuunnitelma tehtiin vain kahdelle henkilölle.

Suurin osa vastaajista pääsi palaamaan entiseen työhönsä 1-3 kuukauden sairasloman jälkeen. Vastauksista ilmeni, että sairauseläkkeellä olevia on yhtä paljon kuin niitä joiden sairasloma kesti yli 3 kuukautta tai jotka eivät palanneet enää työhönsä.

Puolet vastaajista koki olleensa työkeltoisia töihin palatessaan. Useat vastaajista kuitenkin kokivat henkisen toipumisen olevan vuosien prosessi.

Puolet vastaajista koki saaneensa jonkinlaista tukea tai jonkinlaisia neuvoja sairaalassa ollessaan, kuitenkin vain kolmasosa kotiutui mielestään hyvien neuvojen kera. Vastauksista ilmeni, että potilaiden mielestä hoitohenkilökunnalla ei ollut riittävästi tietoa sairaudesta. Tämä on voinut vaikuttaa tuen puutteeseen.

Puolet vastaajista oli hakeutunut itse hoitoihin tai kuntoutukseen. Vastausten perusteella osa vastaajista ymmärsi hoidat ja kuntoutuksen päivittäisiksi askareiksi. Tässä kysymyksessä tarkoitettiin kuitenkin organisaatioiden tarjoamia palveluita, joten tutkimustulosta ei voida pitää täysin pätevänä.

Vastaajista 50 % koki oireidensa parantuneen tai lievittyneen. Suurimmalla osalla kyse oli mahdollisesti oireiden lievittymisestä, koska leikkauksenjälkeisiä oireita esiintyy vastaajilla edelleen

runsaasti. 40 % vastaajista oli sitä mieltä, että kuntoutus oli auttanut oireisiin.

Harva vastaaja osasi antaa parannusehdotuksia kuntoutuksen kehittämiseksi. Tähän vaikutti mahdollisesti tiedon puute erilaisista kuntoutusmahdollisuuksista, joka nousikin esiin muutamasta vastauksesta.

Kolmasosan mielestä akustikusneurinoomapotilaan psyykkinen kuntoutus on tärkeää. Henkisen tuen merkitys korostuu tämän sairauden kohdalla, koska se on harvinainen ja ihmiset tietävät siitä vähän. Vertaistukitapaamiset ja vertaistuki koettiin tärkeiksi, joiden ylläpitäminen ja kehittäminen ovat tärkeää jatkossakin. 20 % vastaajista ei osallistunut vertaistukitapaamisiin. Tähän mahdollisia syitä ovat välimatkojen pituus, hankalat liikkumismahdollisuudet ja potilaiden korkea ikä.

Tutkimustuloksia tulisi hyödyntää jatkossa akustikusneurinoomapotilaan leikkauksen jälkeistä kuntoutusta suunniteltaessa. Toivomme, että tutkimustulokset tuodaan myös akustikusneurinoomapotilaiden tietoon maanlaajuisesti. Keväällä 2004 Satakunnan alueen akustikusneurinoomapotilaiden vertaistukikoontumisessa esittelemme valmiin opinnäytetyömme. Potilaat saavat tuoretta tietoa kuntoutusmahdollisuuksista. Joulukuussa 2003 pidettävään raportointiseminaariin kutsumme Satakunnan keskussairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan henkilökuntaa, jolloin he saavat tietoa sairaudesta ja leikkauksen jälkeisistä oireista sekä kuntoutuksesta.

Opinnäytetyötämme varten haastattelimme useita en alojen ammattilaisia ja keskustelimme akustikusneurinoomapotilaiden kanssa, koska kirjallista materiaalia aiheesta löytyi erittäin vähän ja sekin oli suureksi osaksi vieraskielistä (englanti, saksa). Käytimme työssämme Akustikusneurinoomapotilaanopasta, joka sisälsi osaksi jo vanhentunutta tietoa. Olemme olleet yhteydessä yliopistollisiin sairaaloihin eri puolille Suomea ja näin päivittä-

neet tietomme puhelinkeskustelujen ja haastattelujen avulla.

Mielestämme kyselylomake antoi vastaukset tutkimusongelmiin. Yritimme laatia mahdollisimman selkeitä ja helposti vastattavia kysymyksiä. Jotkut avoimet kysymykset olisi kuitenkin pitänyt muotoilla tarkemmin, koska vastauksista ilmeni, että joitain kysymyksiä oli ymmärretty toisin kuin oli tarkoitettu.

Tutkimustuloksia voidaan pitää luotettavina, koska vastausprosentti oli melko korkea. Joidenkin kuntoutusta koskevien kysymysten kohdalla saimme niukasti vastauksia, koska akustikusneurinoomapotilaita ei ole juurikaan kuntoutettu leikkauksen jälkeen. Vastauksista ilmeni, että he eivät myöskään tienneet kuntoutusmahdollisuuksista. Helsingissä 21.-22.11.2003 pidetyssä Akustikusneurinoomayhdistyksen hallituksen kokouksessa oltiin sitä mieltä, että tulokset ovat paikkansapitäviä ja yleistettäviä. Kokoukseen osallistuneiden mielestä tulokset olisivat olleet todennäköisesti samanlaisia, vaikka tutkimus olisi kattanut koko Suomen akustikusneurinoomapotilaat.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme olleet aktiivisessa yhteistyössä Akustikusneurinoomayhdistyksen kanssa. Yhdistys on saanut esittää toiveitaan mm. kyselylomaketta laadittaessa ja tuloksia esiteltäessä. Yhteistyö on ollut tärkeää, koska opinnäytetyö tehtiin vastaamaan Akustikusneurinoomayhdistyksen tarpeita.

Jatkotutkimusmahdollisuuksia on paljon, koska akustikusneurinoomasta on vain vähän aikaisempia tutkimuksia. Tämän opinnäytetyön tuloksista on käynyt ilmi, että hoitohenkilökunnan tietämys akustikusneurinoomasta on heikko. Jatkossa voisi kartoittaa hoitohenkilökunnan tietoa sairauden oireista, hoidosta ja kuntoutuksesta. Toisena jatkotutkimusmahdollisuutena olisi syventää tästä opinnäytetyöstä saatuja tuloksia haastattelemalla esimerkiksi vain muutamaa akustikusneurinoomapotilasta. Tällä tavoin saataisiin monipuolisempaa ja kokemuseräistä tietoa leikkauksen jälkeisestä kuntoutustarpeesta.

11. Akustikusneurinoomapotilaan leikkauksen jälkeiset kuntoutussuositukset.

Akustikusneurinoomapotilaalle ei ole vielä tähän päivään mennessä tehty valmista kuntoutusohjelmaa, joten tutkimustulosten pohjalta laadimme suositukset, joita voi hyödyntää akustikusneurinoomapotilaan leikkauksen jälkeistä kuntoutusta suunniteltaessa. Suositukseen on koottu leikkauksen jälkeiset keskeiset oireet ja niihin soveltuvat kuntoutusmahdollisuudet.

12. Lähteet

Asplund R., Siponen P., Tikkakoski T., Tuominen H. (2002) Milloin potilaalla tulee epäillä vestibulaarihermon schvannoomaa ja tehdä aivojen magneettikuvaus? Suomen Lääkärilehti. 5(24) 2639-2642

Black P., De La Cruz A., Park J., Vernick D. 2003. UpToDate. Vol 11 . No. 3

Haataja M. Toim. (1994) Lääkinnällinen Kuntoutus. Helsinki. Suomen Kuntaliitto

Herdman S. J. (1994). Vestibular Rehabilitation. Philadelphia. F.A. Davis Company.

Hirsjärvi S., Remes P., Sajavaara P. (1997) Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kirjayhtymä Oy

<http://anausa.org/treat.htm> Acoustic Neuroma Association USA
<http://finlex1.edita.fi>

Härkäpää K., Järvikoski A. (1995). Kuntoutuksen seitsemän kehitysaluetta, Psykykinen sopeutuminen, selviytyminen ja hallinta. Teoksessa Kuntoutuksen ulottuvuudet. Juva. WSOY. 49-92, 128-160.

Iivanainen A., Jauhiainen M., Korkiakoski L.(1996). Hoitotyön käsikirja. Helsinki. Kirjayhtymä OY

Järvikoski A., Härkäpää K. (2001) Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarvekuntoutujan, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulmat, Teoksessa Kuntoutus. Kailanranta T., Rissanen P., Vilkkumaa I. Toim. Kuntoutus. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 30-41.

Kivekäs J., Paatero H., Vilkkumaa T. (2001) Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa Kuntoutus. Kailanranta T., Rissanen P., Vilkkumaa I. Toim. Kuntoutus. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 109-126.

Kähäri-Wiik K., Niemi A., Rantanen A. (1997). Kuntoutuksella toimintakykyä. Porvoo. WSOY.

Laitila R., Salmi J. (1998) Tinnitus, Korvan soiminen, Opasvihkonen potilaalle. Kuulonhuoltoliitto ry. Pihtipudas. JR- Team.

Lesonen R. Toim. (2000) Akustikusneurinooma, Kuulohermokaivain, potilaan opas. Kuulonhuoltoliitto ry. Suomen akustikusneurinoomayhdistys.

Levo H. (2001). Vestibular Schwannoma: Postoperative recovery Academic dissertation. Helsinki University Central Hospital.

Mäkinen E., Niinistö L., Salminen P., Karjalainen P. (1997). Kotihoito. Porvoo. WSOY

Nienstedt W., Hänninen O., Arstila A., Björkqvist S -E.(1999). Ihmisen fysiologia ja anatomia. Porvoo. WSOY.

Nienstedt W., Kallio S.(1995). Luut ja ytimet, Ihmiselimistö lyhyesti. Porvoo. WSOY

Ojala M., Ramsay H. Huimauspotilas avohoidossa, opaslehtinen. Espoo. Algol Lääkeosasto.

Puumalainen J., Vilkkumaa I.(2001). Kuntoutuksen historia, nykypäivä ja tulevaisuus. Teoksessa Kuntoutus. Kailanranta T., Rissanen P., Vilkkumaa I. Toim. Kuntoutus. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 16-29

Riikonen E. (2001) Henkinen hyvinvointi, voimanlähteet ja kuntoutuminen. Teoksessa Kuntoutus. Kailanranta T., Rissanen P., Vilkkumaa T. Toim. Kuntoutus. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 86-93.

Rissanen P. (2001). Artikkelit Hoito- ja kuntoutussuunnitelma, Keskeinen kuntoutuslainsäädäntö. Teoksessa Kuntoutus. Kailanranta T., Rissanen P., Vilkkumaa I. Toim. Kuntoutus. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 502-509, 601-621.

Salmela T. (1997) Asiakaspalautteen haaste. Menetelmiä ja esimerkkejä. STAKES. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Soiniemi J. Toim. (1995) Menieren tauti. Lääkärit ja potilaat kertovat. Uudenmaan Meniere Yhdistys ry.

Solvay Human Health. (2002) Eroon huimauksesta luonnolli-

sella tavalla.

Harjoitusohjelma huimauksen voittamiseksi. Helsinki.

Tossavainen A. (1995) Kohti asiakaslähtöistä kuntoutusta. Helsinki. Sairaanhoitajien koulutussäätiö.

www.kuulonhuoltoliitto.fi

Henkilökohtainen tiedonanto: Puhelinkeskustelu 21/11/2003, Anestesiologian erikoislääkäri Teemu Elomaa, Turun Yliopistollinen Keskussairaala, Aikuisten teho-osasto.

Henkilökohtainen tiedonanto: Puhelinkeskustelu 21/11/2003 Sairaanhoitaja Maarit Wahlsten, Turun Yliopistollinen Keskussairaala, Korva-, nenä- ja kurkkutautien vuodeosasto 516.

Henkilökohtainen tiedonanto: Haastattelu 5/11/2003. Osastonhoitaja Anne Halmela, Satakunnan Keskussairaala, yleissairaalapsykiatrian osasto MO

Henkilökohtainen tiedonanto: Akustikusneurinoomayhdistyksen vertaistukitapaaminen 14/10/2003, Kuntoutusohjaaja Tiina Kari-Saarinen, Satakunnan Keskussairaala osasto B2.

Henkilökohtainen tiedonanto: Haastattelu 5/11/2003. Puheterapeutti Liisa Roiko-Jokela, Satakunnan keskussairaala

Henkilökohtainen tiedonanto: Haastattelu 6/11/2003. Toimintaterapeutti Heidi Kupiainen Satakunnan keskussairaala.

Henkilökohtainen tiedonanto: Haastattelu 26/11/2003, Psykologi Paula Simonen, Satakunnan keskussairaala Yleissairaalapsykiatrian poliklinikka.

Henkilökohtainen tiedonanto: Puhelinkeskustelu 24/11/2003, Seppo Lehtonen Suomen Akustikusneurinoomayhdistyksen puheenjohtaja.



SANY ry
Suomen Akustikusneurinoomayhdistys ry