

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

õenduse õppetool

Ragnar Jänes

Raimo Veemaa

**ÕENDUSABI INSULDIJÄRGSELE PATSIENDILE**

Lõputöö

Tallinn 2019

Oleme koostanud käesoleva lõputöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Lõputöö autorite allkirjad:

Ragnar Jänes: .....

Raimo Veemaa: .....

Kuupäev "....." ..... 20..... a.

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja: .....

/nimi ja akadeemiline kraad/  
.....

/allkiri/

Kuupäev "....." ..... 20..... a.

## KOKKUVÕTE

Ragnar Jänes ja Raimo Veemaa (2019). Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õenduse õppetool. Käesoleva lõputöö teema on õendusabi insuldijärgsele patsiendile. Uurimistöös on 27 lehekülge ja 41 kirjandusallikat.

Lõputöö eesmärk on kirjeldada õendusabi insuldijärgsele patsiendile. Uurimismeetodiks on kirjanduse ülevaade ning kirjanduse leidmiseks kasutati Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli raamatukogu admebaasi Riksweb. Artiklite otsinguks kasutatud andmebaasid: EBSCOhost Web elektroonilistest andmebaasidest (MEDLINE, *CINAHL®Complete*, *Academic Search Complete*, *ERIC*, *Health Source: Nursing/Academic Edition*, *Cochrane Clinical Answer*) ning PubMed. Otsingu piiranguteks oli määratud: täistekst, rakenda seotud sõnu, viited saadaval ning aastad 2008 – 2018. Töös on kasutatud ühte 2005. aasta artiklit teemakohasuse tõttu.

Insult on raskelt invaliidistav haigus ning on maailmas üks peamisi puude põhjustajaid. Insuldi taasturavi on pikk ja aeganõudev protsess, mille eesmärgiks on patsiendi parima võimaliku funktsionaalse seisundi, paranemise, toimetulekuvõime ning sõltumatuse saavutamine kõrvalabist ja/või olemasolevate funktsioonide taandarengu vältimine, puude minimeerimine ning tüsistuste vältimine, võimaldades seeläbi haigele paremat elukvaliteeti ning aidates kaasa patsiendi pereliikmete/hooldajate koormuse vähenemisele.

Õendusprotsess koosneb tervises seisundi hindamisest, diagnooside määramisest, planeerimisest, tulemuste püstitamisest, sekkumisest ja hindamisest.

Õendusdiagnoosid NANDA-I II taksonoomia põhjal insuldijärgsel patsiendil on aspiratsiooni risk, kukkumiste risk, häiritud kehaline liikuvus, häiritud sotsiaalne interaktsioon, häiritud verbaalse suhtlemine ning olukorrast tingitud madal enesehinnang.

Insuldijärgsele patsiendile õendusabi osutamisel on õendussekkumised sageli puudulikud, millest tuleneb õendussekkumiste vähene efektiivsus taastusravis. Õdede roll ja ülesanded insuldi taastusravi meeskonnas jäävad sageli ebaselgeks, õdede sekkumised on tihti määratlemata ja välja arendamata, kuna insuldi ravijuhendid ei keskendu piisavalt õendusabile.

**Võtmesõnad:** insult, patsient, õde, õendusabi.

## SUMMARY

Ragnar Jänes and Raimo Veemaa (2019). Tallinn Health Care College, Chair of Nursing. The topic of this graduation thesis is nursing care for post-stroke patient. The research has 27 pages and 41 literary sources.

The aim of the graduation thesis is to describe a nursing care for post-stroke patient. The research methodology is a literature review and to find literature was used Tallinn Health Care Colleges library database Riksweb. Databases used to search for articles: EBSCOhost Web electronic database (MEDLINE, *CINAHL®Complete*, *Academic Search Complete*, *ERIC*, *Health Source: Nursing/Academic Edition*, *Cochrane Clinical Answer*) and PubMed. Search restrictions were set: fulltext, apply related words, references available and year 2008 – 2018. One article from 2005 were used due to its relevance.

The stroke is a seriously disabling disease and is one of the main causes of disability in the world. Stroke rehabilitation is a long and time-consuming process aimed at achieving the patient's best possible functional state, healing, livelihood and independence by avoiding ancillary and/or abstinence of existing functions, minimizing disability and avoiding complications, enabling a patient to have a better quality of life and helping the patient's family members/caregivers load reduction.

The nursing process consists of an assessment of the state of health, diagnosis, planning, setting out the results, interventions and assessments.

The main nursing diagnoses in post-stroke patient based on Nursing Diagnosis NANDA-II taxonomy are risk for aspiration, risk for falls, impaired physical mobility, impaired social interaction, impaired verbal communication and situational low self-esteem.

In nursing care for a post-stroke patient, nursing interventions are often inadequate, which leading in poor efficacy in nursing interventions in rehabilitation. The role and tasks of nurses in a rehabilitation team of stroke are often unclear, nursing interventions are often unspecified and not developed, because stroke guidelines is not sufficiently focused on nursing care.

**Keywords:** stroke, patient, nurse, nursing care.

## **SISUKORD**

KOKKUVÕTE .....	3
SUMMARY .....	4
SISSEJUHATUS .....	6
1. UURIMISTÖÖ METOODIKA .....	9
2. INSULDIJÄRGSE PATSIENDI PEAMISED ÕENDUSDIAGNOOSID NANDA-I II ALUSEL .....	11
3. ÕENDUSSEKKUMISED INSULDIJÄRGSELE PATSIENDILE. ....	15
ARUTELU .....	20
JÄRELDUSED .....	23
KASUTATUD KIRJANDUS .....	24

## SISSEJUHATUS

Insult on levinuim ajuveresoonkonna haigus, mis on kõrge suremusega ning üks peamisi puude põhjustajaid (Alghadir jt 2018: 1). Maailmas haigestub igal aastal insulti ligi 15 miljonit inimes (Loft jt 2018: 2). Ligikaudu 1/3 patsientidest sureb esimese aasta jooksul peale insulti, 1/3 paraneb täielikult ning 1/3 jääb suuremal või vähemal määral sõltuvaks kõrvalabist (Pürg jt 2011: 7). Maailma Terviseorganisatsiooni andmetel jäävad ligi 80% insulti haigestunutest pärast haiglast välja saamist igapäevategevustes sõltuvaks oma pereliikmetest või hooldajatest (Goudarzian jt 2018: 248). Insulti haigestumus Eestis on 230/100 000 elaniku kohta, kellest insuldi järgset taastusravi vajab u 60% patsientidest (Pürg jt 2011: 7).

Insuldi taastusravi algab juba esimesel päeval peale insulti haigestumist (Pürg jt 2011: 7). Taastusravi peamiseks eesmärgideks on patsiendi parima võimaliku funktsionaalse seisundi, paranemise, toimetulekuvõime ning sõltumatus saavutamine kõrvalabist ja/või olemasolevate funktsioonide taandarengu vältimine, puude minimeerimine ning tüsistuste vältimine, võimaldades seeläbi haigele paremat elukvaliteeti ning aidates kaasa patsiendi pereliikmete/hooldajate koormuse vähenemisele. (Pürg jt 2011: 7). Insuldist taastumine on kõige kiirem esimesel aastal, seega on kvaliteetne taastusravi sellel perioodil olulise tähtsusega (Mahak jt 2018: 462). Taastusraviprotsessi tuleb varakult aktiivselt kaasata nii patsient ise, kui tema pereliikmed/hooldajad, kus on väga tähtis patsiendi pereliikmetele/hooldajatele nõustamise tagamine (Pürg jt 2011: 7).

Õendusel on insuldi taastusravis oluline roll (Bjartmarz jt 2017: 2). Õendusel on patsiendist tervikülevaade, kus õed tegelevad reaktsioonidega, mida terviseprobleemid ja/või eluprotsessid on inimeses esile kutsunud, ning kasutavad NANDA Internatsional, Inc. II (NANDA-I II) õendusdiagnooside taksonoomiat. NANDA-I II taksonoomia võimaldab klassifitseerida ja kategoriseerida probleemkohti, mida õendus käsitleb (Herdman jt 2018: 34-35). NANDA-I II taksonoomia on standardiseeritud keel, mida õed saavad kasutada omavahel suhtlemiseks, läbi mille võimaldades rakendada patsientidele ühtset õendusabi (Diniz jt 2017: 80).

Õendusprotsess koosneb tervise seisundi hindamisest, diagnooside määramisest, planeerimisest, tulemuste püstitamisest, sekkumisest ja hindamisest (Herdman jt 2018: 36). Õendusprotsess on instrument, mida õed kasutavad õendusabi organiseerimiseks, eristudes

teistest tervishoiutöötajatest. Süstemaatiline õendusprotsessi metoodika mõjutab oluliselt õendusabi kvaliteeti. (Frazao jt 2015: 120-212). Õed hindavad terviseseisundit ning langetavad kliinilisi otsuseid, et püstitada hüpoteese või selgitada välja tegelikke või võimalikke probleeme, riske ja/või terviseedenduse võimalusi. Igas etapis tuleb tugineda õendusteaduslikele mõistetele, et tuvastada seaduspärasusi kliinilistes andmetes või määrata täpseid diagnoose (Herdmann jt 2018: 36). Insuldijärgse patsiendi õendusprotsessi diagnostiliseks etapiks on tõhusa individuaalse õendusplaani koostamine (Lima jt 2016 : 739).

Õendusdiagnoos on kliiniline otsus, mis käsitleb üksikisiku, pere, grupi või elanikkonna reaktsiooni terviseseisunditele/eluprotsessidele või selle reaktsiooni ohtu (Herdman jt 2018: 38).

Lima jt (2016: 739) uuringust selgub, et peamised õendusdiagnoosid insuldijärgsetel patsientidel on: aspiratsiooni risk, kukkumiste risk, häiritud kehaline liikuvus, häiritud sotsiaalne interaktsioon, häiritud verbaalse suhtlemine ning olukorrast tingitud madal enesehinnang.

**Uurimisprobleem:** Insuldijärgsele patsiendile õendusabi osutamisel on õendussekkumised sageli puudulikud, millest tuleneb õendussekkumiste vähene efektiivsus taastusravis (Loft jt 2018: 2). Lofti jt (2018: 2) uuringust selgub, et õdede roll ja ülesanded insuldi taastusravi meeskonnas jäävad sageli ebaselgeks, õdede sekkumised on tihti määratlemata ja välja arendamata (Loft jt 2018: 2), kuna insuldi ravijuhendid ei keskendu piisavalt õendusabile (Bjartmarz jt 2017: 2). Lofti jt (2018: 2) uurimistöö näitab, et puuduliku õendusabi osutamisega on tekkinud vajadus tõenduspõhise õendusabi strateegia arendamiseks insuldi taastusravis.

**Lõputöö eesmärk** on kirjeldada õendusabi insuldijärgsele patsiendile.

Püstitati järgnevad uurimisülesanded:

- Kirjeldada peamisi õendusdiagnoose insuldijärgsele patsiendile.
- Kirjeldada õendussekkumisi insuldijärgsel perioodil.

### **Kesksed mõisted:**

**Insult** (*stroke*) - Insult on aju verevarustuse häire, mis tekib aju veresoone sulgumisest (isheemiline insult) või aju veresoone lõhkemisest (hemorraagiline insult). Mõlemal juhul on aju töö häiritud, kuid kahjustuste mehhanismid on erinevad. Isheemilise insuldi korral on ajus vere perfusioon takistatud, hemorraagilise insuldi korral on tekkinud veresoone lõhkemisest ajukahjustus, kus vererakud puutuvad kokku ajurakkudega. Kõige sagedamini esineb isheemilist insulti (80%), võrreldes hemorraagilisega (15%). (Lima jt 2016: 739).

**Patsient** (*patient*) - füüsiline isik, kes on avaldanud soovi saada või kes saab tervishoiuteenust. (Tervishoiuteenuste korraldamise... 2013: §3)

**Õde** (*nurse*) – isik, kes on lõpetanud õendusala põhikoolituse ning talle on Terviseameti pool antud õigus praktiseerida õendusosalal oma riigis. (Tervishoid ja... 2018).

**Õendusabi** (*nursing care*) - ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutavad õed koos arstiga või iseseisvalt (Tervishoiuteenuste korraldamise... 2001: § 24).



# 1. UURIMISTÖÖ METOODIKA

Lõputöö on koostatud kirjanduse ülevaadena, mille puhul on tegemist kvalitatiivse uurimismeetodiga. Kvalitatiivses uurimismeetodis keskendub kirjanduse ülevaade uurimisprobleemi seisukohalt olulisele kirjandusele ja võimaldab kriitiliselt analüüsida erinevatest allikatest pärinevat teavet, seda oma töös kasutada ning kriitilise analüüsi põhjal jõuda uute teadmiseni. (Hirsjärvi jt 2010: 111).

Autorid uurisid teemakohaseid ja teaduspõhiseid kirjandusallikaid, analüüsisid varasemate uuringute tulemusi ja kasutasid neid käesoleva töö kirjutamiseks. töö koostamisel on kasutatud eesti- ja inglisekeelseid, eelretsenseeritud ja tõendus põhiseid täistekstis kättesaadavaid teadusartikleid, erialaseid raamatuid ja õpikuid ning riiklikke registreid.

Lõputöö kirjutamisel valiti esmalt töö teema ja tutvuti teemakohaste teaduslike materjalidega. Käesoleva töö teema idee tekkis autoritel praktilisel viibimise ajal. Küsimusi tekkis insuldijärgse patsiendi õendusdiagnooside püstitamise ja õendussekkumiste määramise osas, millele praktilisel viibimise ajal vastuseid ei saanud. Tuginedes kirjandusele püstitati uurimisprobleem, millest lähtusid lõputöö eesmärk ja ülesanded. Lõputöös püstitatud eesmärgile ja ülesannetele sobivaid kirjandusallikaid analüüsiti ja refereeriti. Töö põhiosa valmimise järgselt toimus järelduste tegemine ja arutelu.

Andmete kogumiseks on kasutatud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli raamatukogu admebaasi Riksweb. Artiklite otsinguks kasutatud andmebaasid: EBSCOhost Web elektroonilistest andmebaasidest (MEDLINE, *CINAHL®Complete*, *Academic Search Complete*, *ERIC*, *Health Source: Nursing/Academic Edition*, *Cochrane Clinical Answers*) ning PubMed.

Kirjanduse otsimisel kasutati otsingusõnu ja nende kombinatsioone: *aspiration risk and nursing*, *mobility and stroke and nursing*, *immobility and nursing*, *fall prevention and nursing*, *psychosocial factors and stroke and nursing*, *stroke and rehabilitation*. Leiti 1357 artiklit, millest kasutati 41.

Otsingu piiranguteks oli määratud: täistekst, leia kõik terminid, rakenda seotud sõnu, viited saadaval ning aastad 2008 – 2018. Töös on kasutatud ühte 2005. aasta artiklit

teemakohasuse tõttu. Artiklite töös kasutamise oluliseks kriteeriumiks oli nende teaduspõhisus, usaldusväärsus ja kaasaegsus.

Lõputöös on kokku kasutatud 41 allikat, nendest 33 teaduspõhist artiklit, 3 raamatut, 1 ravijuhendit ning 4 internetiallikat.

Töö vormistamisel ja kasutatud kirjandusallikate viitamisel on lähtutud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli üliõpilastööde koostamise ja vormistamise juhendist. Kõik kasutatud artiklid on tõenduspõhised, eelretsenseeritud, kaasaegsed ja pärinevad tunnustatud andmebaasidest. Otsetõlget ei ole kasutatud, tekst on kohandatud eesti keelele sobivaks, kaotamata teksti algset mõtet.

## 2. INSULDIJÄRGSE PATSIENDI PEAMISED ÕENDUSDIAGNOOSID NANDA-I II ALUSEL

Lima jt (2016: 739) uuringust selgub, et peamised õendusdiagnoosid insuldijärgsetel patsientidel on: aspiratsiooni risk, kukkumiste risk, häiritud kehaline liikuvus, häiritud sotsiaalne interaktsioon, häiritud verbaalse suhtlemine ning olukorrast tingitud madal enesehinnang.

**Aspiratsiooni risk** (00039) on oht mao-sooletrakti ja suu-neelu sekreetide ning tahkiste ja vedelike sattumiseks trahheasse või bronhidesse, mis võib tervist kahjustada. Riskitegurid: vähenenud suutlikkus neelata. (Herdman jt 2018: 385).

Tavaliselt seostatakse insuldijärgset aspiratsiooni riski ajutüve kahjustusega, kuigi uuringutes pole veel otsest seost leitud insuldi lokalisatsiooni ja aspiratsiooni või düsfaagia vahel (Galovik jt 2013: 2760). Vahetult peale insuldi esineb düsfaagiat 27-64% insuldihaigetel. Kahe nädalaga paranevad spontaanselt ligi pooled insuldihaigetel, ühe kuu möödudes esineb düsfaagiat ligi 15%-l. (Bath jt 2018: 6). Püsivalt esineva düsfaagiaga tõuseb pneumoonia, alatoitumise, dehüdratsiooni või isegi surma risk. Uuringud on näidanud, et düsfaagia esinemine langetab insuldihaigete paranemise tulemusi. (Zhao jt 2018: 1-2). Düsfaagia sagedaseks komplikatsiooniks on aspiratsioon, mis võib põhjustada hingamisteede infektsiooni. Uuringud on näidanud, et düsfaagia varajane tuvastamine ja sekkumine vähendab oluliselt pneumoonia esinemissagedust. (Bath jt 2018: 6).

**Häiritud kehaline liikuvus** (00085) on kogu keha või ühe või mitme jäseme iseseisva eesmärgipärase liigutamise piiratus. Seonduvad tegurid: aktiivsuse talumatus, kognitiivse toimimise muutus, lihaskontrolli nõrgenemine, lihaskõhu vähenemine, vähene keskkondlik toetus (nt füüsiline või sotsiaalne), närvi- ja lihaskahustus, aistingu- ja tajuhäire. Määravad tunnused: peenmotoorse võimekuse langus, üldmotoorse võimekuse langus, liikumisulatus vähenemine, loiid liigutused, reaktsioonikiiruse langus, ebakindel kehaasend. (Herdman jt 2018: 219).

Insult põhjustab püsivaid tasakaalu ja liikumise piiranguid, mis soodustavad funktsionaalset sõltuvust ja inaktiivsust. (Salbah jt 2018: 1). Liikuvuse häired on insuldihaigetel ühed levinumatest probleemidest. Ligi 1/5 insuldihaigetel on liikuvus märkimisväärselt halvenenud ning koguni 50% ei suuda ise liikuda. (Qurat-ul-Ain jt 2018: 1300). Häiritud

liikuvuse põhjuseks on enamasti ataksia või hemiplegia. Liikuvuse funktsiooni taastamiseks vajab insuldihaike intensiivset taastusravi, mis on efektiivsema tulemuse saavutamiseks individualiseeritud ning kohandatud just temale. (Masse jt 2015: 2).

Enamusel insuldihaigetel on motoorse kontrolli häiretest häiritud liikumisvõime, lihasnõrkus, liigutuste kohmakus. Vähemalt pooltel patsientidest esineb peale insulti erinevat liiki tundlikkuse häireid. (Pürg jt 2011: 23).

**Kukkumiste risk** (00155) on oht sagedaseks kukkumiseks, mis võib põhjustada kehavigastusi ja kahjustada tervist. Riskitegurid: tasakaaluhäire, liikumishäire, nägemishäire. (Herdman jt 2018: 390-391).

Kukkumine on insuldihaigetel peamiselt levinumaid komplikatsioone. On oluline määrata kindlaks kukkumise risk ning võtta kasutusele ettevaatusabinõud, kuna kukkumise tõttu on igapäevased tegevused piiratud, lisaks tõuseb luumurdude risk 23-50%. Insuldijärgsetest patsientidest 14-65% kukuvad haiglas olles ning 37-73% kukuvad kodus (Külcü jt 2015: 296).

Insuldijärgselt on väga suur kukkumise risk vanematel inimestel, põhjustades elukvaliteedi langust, kuna liikumine on piiratud. Ligi 90% geriaatrilistest vigastustest on kukkumistest põhjustatud. Kukkumise tagajärjel on sagedasemateks vigastusteks vaagna või reieluukaela murd. Insuldijärgsetel patientidel on vaagna või reieluukaela murru oht ligi 4 korda suurem üldisest populatsioonist. (Divani jt 2009: 2). 40-70% kukuvad insuldijärgselt esimese 12 kuu jooksul. Insuldihaigetel on suurem tõenäosus korduvalt kukkuda kui vanematel inimestel üldises populatsioonis. Insuldi taastusravi peamine eesmärk on parandada liikuvust ja tõsta kehalist aktiivsust, millega langeb oluliselt kukkumise risk. Uuringud on näidanud, et taastusravis soovitatakse kõndimisele ka jõu ja tasakaalu harjutusi, kuna kõnnitreening üksinda võib tõsta kukkumise riski. (Tilson jt 2012: 2).

**Häiritud sotsiaalne interaktsioon** (00052) on liiga harv või ülemäära sage või ebatõhus sotsiaalne suhtlemine. Seonduvad tegurid: liikumishäire, häiritud enesekäsitlus. Määravad tunnused: häiritud sotsiaalne toimimine. (Herdman jt 2018: 301).

Insuldihaike kogevad tihti sotsiaalset isoleeritust, mis on tingitud nende tervises seisundist. Insuldijärgne aktiivne sotsiaalne interaktsioon tõstab elukvaliteeti ja langetab suremust, kuid samas kogevad insuldihaike tihti sotsiaalset isoleeritust. Sotsiaalne isoleeritus on

tingitud paljudest terviseseisunditest, sh insulti haigestumisest. (Craft jt 2005: 2006). Sotsiaalne isoleeritust ja üksindust on seostatud suremuse riskiga. Sotsiaalse isolatsiooni vähenemisega taastusravis, väheneb oluliselt suremuse risk. Suure sotsiaalse tugisüsteemiga ja sotsiaalse võrgustikuga insuldihaigetel on kiirem taastumine nendest, kes on sotsiaalselt isoleeritud. Insuldihaigetel, kellel puudub sotsiaalne tugi, on suurem võimalus korduvaks insuldiks, kehvemad tulemused taastumisel ning suurenenud suremuse risk. (Venna jt. 2015: 2). Insuldihaigetel, kes kogevad vähest sotsiaalset tuge või isolatsiooni, on suur tõenäosus saada uut insulti, neil on kehvemad tulemused taastusravis ning suurem suremus. (Venna jt 2014: 2).

**Häiritud verbaalne suhtlemine (00051)** on vähenenud, mahajäänud või puuduv võime vastu võtta, töödelda, edasi anda ja/või kasutada sümbolite süsteemi. Seonduvad tegurid: taju muutus, kesknärvisüsteemi kahjustusajuvereringe halvenemine. Määravad tunnused: raskused mõtete sõnalise väljendamisega, raskused lausete moodustamisega, raskused sõnade moodustamisega, raskused rääkimisega, osaline nägemisvaegus, suutmatus rääkid. (Herdman jt 2014: 263).

Insuldihaigetel on keele- ja kõneprobleemid, eriti afaasia ja düsartria, üheks levinumateks probleemideks. Afaasia on verbaalse kommunikatsiooni häire, kus on raskendatud kõne moodustamine või kõnest aru saamine, lugemine ja kirjutamine. Düsartria on motoorne kõnehäire, mida iseloomustab nõrk, aeglane, ebatäpne või koordineerimata kõne. Afaasia ei põhjusta ainult kommunikatsioonihäireid, vaid võib olla suureks koormuseks ja stressitekitajaks ka insuldihaike hooldajale. Düsartria on samuti seotud füsioloogilise funktsionaalse halvenemisega, sotsiaalsete ja emotsionaalsete häiretega ning tunnete stigmatiseerimisega. Tulemuseks on mõlema, nii afaasia kui düsartria, mõju funktsionaalsele taastumisele ja kliinilistele tulemustele. (Kim jt 2016: 1011).

Kroonilise puudena vajab afaasia pikaajast teraapiat, mis võimaldab funktsionaalset ja sotsiaalset suhtlemist (Power jt 2015: 2).

**Olukorrast tingitud madal enesehinnang (00120)** on konkreetsetes olukorras kujunenud enese väärtusetuse tajumine. Seonduvad tegurid: kehataju muutus, sotsiaalse rolli muutus, talitlushäired, ebaõnnestumised, ebareaalsed enese ootused. Määravad tunnused: abitus, olukorra halb mõju eneseväärikusele, ebakindel käitumine. (Herdman jt 2018: 274).

Insuldi taastusravi uurimistööde kirjanduses on hakatud alles hiljuti rohkem tähelepanu pöörama enesehinnangule. Enesehinnangut peetakse üheks olulisemaks teguriks, mis mõjutab emotsionaalseid ja funktsionaalseid tulemusi insuldijärgsel patsiendil. Tervihoiutöötajad, kes tegelevad insuldijärgsete patientidega, peaksid teadma, et madal enesehinnang on sooses madala motivatsiooniga ja vähenenud pingutusega. (Park jt 2016: 159). Üldiselt peetakse insulti negatiivseks elusündmuseks, mis võib põhjustada depressiooni. Depressiooni võib võrrelda leinaga, mis võib põhjustada madalat enesehinnangut, süütunnet, suhteprobleeme, ning somaatilisi häired, nagu une- ja/või söömishäireid. Üldiselt seostatakse depressiooni tekkimist insuldi negatiivsete füüsiliste, psühholoogiliste ning sotsiaalsete tagajärgedega. (Ibeme jt 2016: 2).

### 3. ÕENDUSSEKKUMISED INSULDIJÄRGSELE PATSIENDILE

**Aspiratsiooni risk** (00039). Aspiratsioon on haiglate ja hooldekodude üks tõsisemaid tüsistusi ja surmade põhjusi patsientide seas ning on seotud oluliselt kõrgemate haiglakuludega. Kuna see haigus on ennetatav, selle esinemise vähendamiseks on tehtud jõupingutusi Ameerika Ühendriikide asutustes. Soovitatavad ennetusmeetmed on kahesugused: tuvastada kõrge riskiga patsiendid ja rakendada tõenduspõhiseid tavaid ja tegevusi, et vähendada aspiratsiooni esinemist. (Echevarria jt 2012: 303).

Õendussekkumiste eesmärgiks seada, et aspiratsiooni ei esine. Patsiendile selgitada millised toidud ja joogid on kõrge riskiga ja soodustavad aspiratsiooni teket. Hoida patsiendil külili asendit, kui see ei ole vigastustega vastunäidustatud. Külili asendi sobimatuse puhul, tagada vabad hingamisteed, võimalusel tõsta voodi pea osa kõrgemale. Pidevalt tuleb jälgida, et ei oleks tekkinud sekreeti, kui on, tuleb see eemaldada vabade hingamisteede tagamiseks. (Carpenito 2016: 327-328).

Patsiendi voodi päis peab olema tõstetud 30 kuni 45° nurga alla, kui see pole vastunäidustatud. On tõendeid selle kohta, et püsiv lamamisasend (0° nurk) suurendab gastroösofageaalset refluksi ja aspiratsiooni tõenäosust. Sedatiivsete vahendite kasutamine peab olema minimaliseeritud. Sedatsioon põhjustab köha ja gaaside vähenemist ning võib segada orofarüngaalset sekretsiooni ja reflukhaiguse ravimist. Lisaks võib sedatsioon põhjustada mao tühjenemist. Patsientidel, keda toidetakse nasogastraalsondi kaudu, hinnatakse seedetrakti ärritatust toidu suhtes 4-tunnise intervalliga. Nasogastraalsondiga patsientidel tuleb vältida booluseid, kuna see tõstab aspiratsiooni tekke riski. Nasogastraalsondiga patsiendid, kellel sageli esineb regurgitatsiooni ehk maosisalduse aspiratsiooni, on suurem tõenäosus hingamisprobleemide tekkeks. Enne suukaudet toitmist, hiljuti ekstubeeritud patsiendi puhul, tuleb konsulteerida arstiga ning hinnata patsiendi neelamisfunktsiooni. (Prevention of ... 2012: 71-72).

**Häiritud kehaline liikuvus** (00085). Kahjuks, rehabilitatsiooni sekkumised, mis on teostatud peale patsiendi välja kirjutamist haiglast, ei ole efektiivsed. Vastupidiselt aga, varajased ja progresseeruvad mobiliseerimisprotokollid meditsiinilistes ja kirurgilistes sekkumistes näitasid ohutuid ja tõhusaid tulemusi patsientide elukvaliteedi paranemisel. Oluline on arvestada varajase progresseeruva mobiliseerimise võimalikke kõrvaltoimeid. Mobiliseerimisel võivad tekkida kõrvaltoimed, mis hõlmavad kukkumist, kateetri

eemaldamist, ekstubatsiooni, hüpotensiooni ja saturatsiooni langust. (Negro jt. 2018: 26, 29).

Õendussekkumiste peamiseks eesmärgiks on edendada optimaalset liikuvust läbi patsiendi motivatsiooni ja jälgimise. Õde peab teadma probleemi olemust ja millisel määral on võimalik patsiendi liikuvust parandada. Esmased eesmärgid olgu pigem tagasihoidlikud ja jõukohased. (Carpenito 2016: 360).

Riski hindamist peab läbi viima patsiendi iseseisvuse ja võimete taseme kindlakstegemisega. Need hinnangud peavad kindlaks määrama, kui palju patsient vajab abi ning täpsustama kõige sobivamat pakutavat lahendust. Viis peamist tegurit, mida tuleb arvestada on keskkond (nt ruum, valgustus) ja elanik (iga isiku tunnus, mis tõenäoliselt mõjutab ohutu käitlemise strateegiaid ja tehnikaid). Sellised tunnused hõlmavad endas füüsilisi võimeid, kognitiivset funktsiooni, nägemist, valu, hirmu ning samuti ka tasakaalu, nõrkust, kaalu, pikkust ja suurust. Järgmisteks teguriteks on õdede individuaalsed võimekused (näiteks nende oskused ja teadmised), ülesanded (millised on tegelikud õe kohustused) ja varustus ehk seadmed (mida on vaja ning kuidas ja millal seda tuleks kasutada). On oluline meeles pidada, et patsiendi võimeid ja väärikust tuleb alati edendada. Toetuseprogrammi kavandamisel tuleb arvestada patsiendi valikuid ja eelistusi. (Chadwick 2010: 280).

Harjutused, millega alustatakse, peaksid olema lihtsad ja vajama minimaalset pingutust. Raskemate harjutuste juurde saab minna, kui eelmised ülesanded on täidetud. Ülesandeid õpetades õde demonstreerib, mida ta patsiendilt ootab ja vajadusel annab ka kohese tagasiside. Õendussekkumiste eesmärgid ja arengud on vaja dokumenteerida, et oleks näha edusamme, mis patsienti motiveerivad. Jälgida tuleks depressiooni taset ja vajadusel kaasata teisi spetsialiste. Liikuvuse paranemisel tuleb lisada tavapärasele harjutustele juurde igapäeva elulisi tegevusi. Vajadusel kaasata abivahendeid liikuvuse parandamiseks, selgitada nende kasutamist läbi demonstratsiooni. (Carpenito 2016: 363-365).

Jalutuskeppe ja jalutusradasid kasutatakse sageli minimaalsete liikumiskustega patsientide jaoks. Õed peavad alati teadma, kui kaua patsient suudab seista, kui kaugele saab kõndida ning hindama, kas need oskused muutuvad või mitte. Õel võivad tekkida seljavigastused, kui ta abistab patsienti vanni sisse ja välja minekul, soovitatav on paigaldada kohandatud vann. Duši all pesemist tuleb eelistada vannis käigule. Kui patsient



ei suuda seista libedal põrandal, siis dušitooli kasutamine on hea lahendus. Väga sõltuvatel patsientidel on vann tõesti ainus turvaline võimalus. Istumine madalal WC potil muutub problemaatiliseks, seega tõstetud WC pott võib olla mõistlikum. Lisaks sellele, tooli käetugede olemasolu ja kasutamine aitavad patsiendi tasakaalu hoidmisel ja stabiliseerimisel. Liikuvus ei seisne mitte ainult jalutuskäigus, vaid ka liigutamises voodis. Patsiendid, kes vajavad abi voodis liikumiseks, võivad vajada voodi panekut istuvasse või poolistuvasse asendisse. Patsiendi keeramiseks võib aidata libelina kasutamine, sõltuvalt patsiendi individuaalsetest võimetest. (Chadwick 2010: 281).

**Kukkumiste risk** (00155). On olemas kukkumiste tõhusad ennetusprogrammid. Ennetusprogrammid on suunatud kukkumiste vähendamisele, võimaldades samal ajal patsiendil jääda sõltumatuks ja aktiivseks. Mitmed uuringud on välja toonud ka seda, kuidas õdede koolitamise puudused võivad põhjustada puudulikku hoolduse ja õendussekkmise ning soodustada patsientide sagedasema kukkumise. Patsientide kukkumine avaldab mõju ka õdedele, põhjustades neil ärevust, suurendades töökoormust ja kaebuste esinemise sagedust. Seega, personali korralik koolitamine on ennetamisprogrammi üks olulisematest eesmärkidest. (Pourtney 2009: 618, 619).

Seoses keskkonnariskidega, mis on esile tõstetud 100%-l patsientidest, väärib mainimist, et patsiendi muutumine haigla keskkonnas nõuab füüsilist, sotsiaalset ja keskkonnaalast kohanemist. On vajalik, et kukkumisriski tegurid oleksid minimaliseeritud selleks, et tagada ohutu ja organiseeritud keskkond. Lisaks, on oluline rõhutada, et kõik keskkonnariskifaktorid on seotud palati ja vannitoaga. Seda informatsiooni kinnitavad ka teised uuringuid, milles mainitakse neid kahte ala kõige sagedasemateks kukkumiste esinemise kohtadeks. Seega vajavad sellised patsiendid õdede ja hooldajate erilist tähelepanu. Lisaks teatud ravimite kasutamine võib põhjustada kukkumise riski suurenemist. (Araújo jt 2018: 1846).

Keskenduda tuleb patsienti ümbritsevatele ohutule, keskkonnale ja meetmetele, mida saab patsient ise teha kukkumise riski vähendamiseks. Tuleb hinnata patsiendi voodi ohutust, kasutada voodi küljes olevaid kõrgendusi ja lasta voodi madalaimasse asendisse. (Carpenito 2016: 330).

Koolitamine ja teadlikkus ei pea olema suunatud ainult töötajatele. Patsiendid võivad saada kasu informatsioonist, mis puudutab kukkumiste ennetavaid programme ning see aitab neil

ennetada kukkumist. (Pourtney 2009: 620).

Tuleb õpetada patsiendile, kuidas ta saab voodi asendeid juhtimissüsteemi abil muuta kui selleks on vajadus. Tuleb teha patsiendile selgeks, kuidas ta saab kasutada häirenuppu. Selgitada vajadust kanda kinniseid jalatseid, et vältida komistamist. Õde selgitab ja näitab, kus asub tualett ning eemaldab seal asuvad takistused, kui neid peaks esinema. Tuleb jätta tualeti valgus ööseks põlema, et patsiendil oleks selgelt näha, kuhu on vaja minna. Tagada patsiendi korralik järelevalve, kuna see on tõhus kukkumiste ärahoidmise meetod. Koos füsioterapeutiga tuleb selgitada abivahendite kasutamishendideid. Kaasata perekond ja vestelda nendega ohtudest ja ennetavatest meetmetest, et kodus oleks ohutus tagatud. (Carpenito 2016: 331-332).

**Häiritud sotsiaalne interaktsioon (00052).** Õed ja teised tervishoiutöötajad peavad kasutama oma oskuseid, et edendada patsientide vaimset vastupidavust nende hooldamisel. Need strateegiad hõlmavad tegevust ja kaalutlust varase sekkumise korral, positiivset sotsiaalset ja perekondlikku õhkkonda, enesehinnangut ja toetuste loomist, haridust, eakaaslaste kaasamist (suunamine konkreetse kroonilise haiguse tugirühmadesse). Perekonnaliikmed, kes on patsiendi hooldaja rollis, võivad olla koormatud, kui nende pereliige, kellel on krooniline seisund, on jõudnud koju. Sellisel juhul võivad õed pakkuda individuaalset koolitust, mis on pühendatud nii patsiendile kui ka nende perekonnaliikmetele. (Edward 2013: 744).

Toetada tuleks põhilisi sotsiaalseid oskusi, et vältida isolatsiooni sattumist. Oluline on patsiendile selgitada ja õpetada oma elu ise juhtima, keskendudes praegu toimuvale ja reaalsusele. Selgitada stressi olemust ja selle tagajärgi, kuna sotsialiseerumisega tekkivad probleemid võivad stressi tekitada. Reaalselt olukorda hinnates aidata patsiendil leida alternatiivseid tegevusi ning analüüsida tegevusi mis toimivad paremini. Tuleb aidata patsiendile näha, kui on paranemise märke ja mis selleni on viinud. Patsiendile selgitada, et tema vastutab oma paranemise ja valikute eest. Püüa tagada sotsiaalsete oskuste arendamine, selgitades välja enim järele aitamist vajavad oskused. Alustada enese hooldusest ja isiklikust hügieenist ja liikudes edasi samm sammult. Tuleb kaasata perekonda, kes saavad olla suureks abiks sotsiaalsete oskuste arendamisel kuna on pidevalt patsiendi kõrval. Õde selgitab perekonnale haiguse olemust ja selle tagajärgi, et nad oskaksid nendega arvestada. (Carpenito 2016: 587-589).

**Häiritud verbaalne suhtlemine (00051).** Mitteverbaalne suhtlemine suunab õdesid keha keele jälgimisele, näiteks näoilmed, silmside ja hoiakud. Mitteverbaalse käitumise jälgimine võib avaldada palju informatsiooni patsiendi kohta, kuid võib juhtuda ka nii, et patsient väitel on tal kõik hästi, aga ta on mureliku väljanägemisega ja ei suuda luua silmsidet. Patsientide reaktsioonide jälgimine nendega suhtlemise ajal on oluline, selleks, et analüüsida mitteverbaalseid ja verbaalseid vastuseid. See võimaldab tõlgendada emotsionaalseid seisundeid ja aitab sageli avastada, kas informatsioon on arusaadav. Kui õel ei õnnestu mõista patsienti, siis võib muuta või kohandada oma kommunikatsioonimeetodit. (Ashurst 2008: 408; Weaver 2011: 60).

Tuleb paluda patsienti korrata ebaselgeid sõnu, jälgides mitteverbaalseid žeste, mis parandavad patsiendist arusaamist. Kõne arusaamatuse korral õpetada patsiendile žestide või kirjalike sõnumite kasutamist enda arusaadavaks tegemisel. Kui patsient on väsinud, tuleks esitada küsimusi, mis nõuavad ainult lühikesi vastuseid. Õde selgitab patsiendile, et ta peab olema kannatlik ja õppimine on pikk protsess. Kaasata võimalusel perekonda, et parandada nende omavahelist suhtlusviisi. (Carpenito 2016: 126-128).

**Olukorrast tingitud madal enesehinnang (00120).** Õendussekkumiste eesmärgiks on patsiendi positiivne suhtumine tulevikku. Võimalusel leida samalaadse haigusega inimeste grupp või ühing, kes toetavad ning kust saab tuge ja mõistmist. Vältida tuleb üleliigse pinge tekitamist ja anda patsiendile aega muutustega kohanemiseks. Ärgitada iseseisvalt liikuma hakkamist, mis annab juurde enesekindlust ise hakkama saamise suhtes. Uurige patsiendi tugevaid külgi ja tooge need välja, võimalusel pakkuge endistele tugevustele alternatiive, õpetades uusi oskusi. Kaasake psühholoogi ja perekonda. (Carpenito 2016: 547-548).

## ARUTELU

Käesoleva töö eesmärgiks oli kirjeldada õendusabi insuldijärgsele patsiendile.

Lima jt (2016) kvalitatiivsest uuringust selgub, et peamised õendusdiagnoosid insuldijärgsetel patsientidel on: aspiratsiooni risk, kukkumiste risk, häiritud kehaline liikuvus, häiritud sotsiaalne interaktsioon, häiritud verbaalse suhtlemine ning olukorrast tingitud madal enesehinnang.

Bath jt (2018) toovad välja, et 27-64% insuldihaigetel esineb düsfaagiat, mille sagedaseks komplikatsiooniks on aspiratsioon. Zhao jt (2018) uuringust selgub, et püsivalt esineva düsfaagiaga tõuseb pneumoonia, alatoitumise, dehüdratsiooni või isegi surma risk, ja et düsfaagia esinemine langetab insuldihaige paranemise tulemusi. Echavarría jt (2012) leiavad, et õendussekkumistes on soovitatavad kahesugused ennetusmeetmed: tuvastada kõrge riskiga patsiendid ja rakendada tõenduspõhiseid tavaid ja tegevusi, et vähendada kopsu aspiratsiooni esinemist. Carpenito (2016) toob välja eesmärgi seadmist aspiratsiooni mitteesinemiseks, kus oluline on patsiendi asend.

Salbah jt (2018) toovad välja, et insult põhjustab püsivaid tasakaalu ja liikumise piiranguid, mis soodustavad funktsionaalset sõltuvust ja inaktiivsust. Masse jt (2015) uuringust selgub, et insuldijärgsel patsiendil on häiritud liikuvus, mille põhjuseks on enamasti ataksia või hemipleegia. Liikuvuse funktsiooni taastamiseks vajab insuldihaige intensiivset taastusravi. Carpenito (2016) leiab, et õendussekkumiste peamiseks eesmärgideks on edendada optimaalset liikuvust läbi patsiendi motivatsiooni ja jälgimise. Õde peab teadma probleemi olemust ja millisel määral on võimalik patsiendi liikuvust parandada.

Külçü jt (2015) toovad välja, et insuldihaigetel peamiseks levinumaks komplikatsiooniks on kukkumine. Oluline on määrata kindlaks kukkumise risk ning võtta kasutusele ettevaatusabinõud, kuna kukkumise tõttu on igapäevased tegevused piiratud, lisaks tõuseb luumurdude risk 23-50%. Insuldijärgsetest patsientidest 14-65% kukuvad haiglas olles ning 37-73% kukuvad kodus. Divani jt (2009) toovad välja, et väga suur kukkumise risk on vanematel inimestel, põhjustades elukvaliteedi langust, kuna liikumine on piiratud. Ligi 90% geriaatrilistest vigastustest on kukkumistest põhjustatud, mille tagajärjel on sagedasemateks vigastusteks vaagna või reieluukaela murd. Carpenito (2016) kirjutab, et õendussekkumistes tuleb keskenduda patsienti ümbritsevale ohutule keskkonnale ja

meetmetele, mida saab patsient ise teha kukkumise riski vähendamiseks. Pourtney (2009) uuringust selgub, et õdede koolitamise puudused võivad põhjustada puudulikku hooldust ja sekkumist ning soodustada patsientide sagedasemat kukkumist. Patsientide kukkumine avaldab mõju ka õdedele, põhjustades neil ärevust, suurendades töökoormust ja kaebuste esitamist. Seega personali korralik koolitamine on ennetamisprogrammi üks olulisematest eesmärkidest.

Craft'i jt (2005) toovad välja, et insuldihaigeted kogevad tihti sotsiaalset isoleeritust, mis on tingitud nende terviseseisundist. Venna jt (2015) toovad välja, et sotsiaalne isoleeritust ja üksindust on seostatud suremuse riskiga. Sotsiaalse isolatsiooni vähenemisega taastusravis, väheneb oluliselt suremuse risk. Venna jt (2014) uuringust selgub veel, et insuldihaigetel, kes kogevad vähest sotsiaalset tuge või isolatsiooni, on suur tõenäosus saada uut insulti, neil on kehvemad tulemused taastusravis ning suurem suremus. Carpenito (2016) toob välja, et õendussekkumistes tuleb toetada põhilisi sotsiaalseid oskusi, et vältida isolatsiooni sattumist. Oluline on patsiendile selgitada ja õpetada oma elu ise juhtima, keskendudes hetkel toimuvale ja reaalsusele. Selgitada stressi olemust ja selle tagajärgi, kuna sotsialiseerumisega seonduv probleem võib stressi tekitada. Reaalselt olukorda hinnates aidata patsiendil leida alternatiivseid tegevusi ning analüüsida tegevusi, mis toimivad paremini. Edward (2013) toob välja, et õdedel tuleb kaasata olemasolevaid spetsialiste, et edendada patsientide vastupidavust nende taastumisel, samuti kaasata pereliikmeid. Õed võivad pereliikmetele pakkuda individuaalset koolitust, mis on pühendatud nii patsiendile kui ka nende perekonnaliikmetele.

Kim jt (2016) toob välja, et insuldihaigetel on levinumateks komplikatsioonideks keele- ja kõneprobleemid, eriti afaasia ja düsartria. Power jt (2015) toob välja, et kroonilise puudena vajab afaasia pikaajast teraapiat, mis võimaldab funktsionaalset ja sotsiaalset suhtlemist. Pürg jt (2011) toob välja Insuldi taastusravijuhendis, et taastusravi perioodil on oluline afaasia ja düsartria puhul pereliikmete nõustamine. Ashurst (2008), Weaver (2011) ning Carpenito (2016) kirjutavad, et taastusperioodil tuleb kasutada patsiendiga suhtlemiseks mitteverbaalset suhtlemist.

Park jt (2016) uuringust selgub, et enesehinnangule insuldi taastusravis on hakatud alles hiljuti rohkem tähelepanu pöörama ning enesehinnangut peetakse üheks olulisemaks teguriks, mis mõjutab emotsionaalseid ja funktsionaalseid tulemusi insuldijärgsel patsiendil. Ibeme jt (2016) toovad välja, et insult võib põhjustada depressiooni, mille tekkimist

seostatakse insuldi negatiivsete füüsiliste, psühholoogiliste ning sotsiaalsete tagajärgedega. Carpenito (2016) toob välja, et sekkumiste eesmärgiks on patsiendi positiivne suhtumine tulevikku, ärgitada iseseisvalt liikuma hakkamist, mis annab juurde enesekindlust ise hakkama saamise suhtes.

Bjartmarz jt (2017) toob välja, et insuldi ravijuhendid ei keskendu piisavalt õendusabile. Loft'i jt (2018) kirjutab, et õendussekkumised insuldijärgsele patsiendile on sageli puudulikud, millest tuleneb õendussekkumiste vähene efektiivsus taastusravis. Õdede roll ja ülesanded insuldi taastusravi meeskonnas jäävad sageli ebaselgeks, õdede sekkumised on tihti määratlemata ja välja arendamata. Puuduliku õendusabi osutamise on tekkinud vajadus tõenduspõhise õendusabi strateegia arendamiseks insuldi taastusravis.

Käesoleva töö teema idee tekkis autoritel praktilisel viibimise ajal. Küsimusi tekkis insuldijärgse patsiendi õendusdiagnooside püstitamise ja õendussekkumiste määramise osas, millele praktilisel viibimise ajal vastuseid ei saanud. Kirjandusallikaid analüüsid selgus, et õdede informeeritus või koolitus õendusabi osutamise ja patsiendiõpetuse osas on sageli puudulik ning riigiti erinev. Uuringutest nähtus, et insuldijärgsetel patsientidel ja nende lähedastel puudub tihti informatsioon probleemide lahendamise kohta. Praktilisel selgus, et erinevates Eesti tervishoiuasutustes on NANDA õendusdiagnooside püstitamine ja rakendamine erinev, sõltudes osakonna töökorraldusest ja personali pädevusest.

Käesoleva lõputöö edukal kaitsmisel teevad autorid järgmised ettepanekud:

- Tutvustada käesolevat lõputööd Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õenduse õppetooli üliõpilastele peaaaju veresoonte haiguste uurimuse raames.
- Esitada käesolevat lõputööd pereõdedele teadmiste täiendamiseks, kuna insuldijärgsed patsiendid ja nende lähedased saavad informatsiooni haigusega toimetulekuks just perekeskuse pereõdedelt.
- Jätkata teema arendamist magistriõpingute käigus, viies läbi empiirilise uuringu õdede seas, selgitades välja Eestis tegutsevate õdede insuldijärgse patsiendi õendusdiagnooside püstitamise ja õendussekkumiste määramise teadmised ja oskused.

## JÄRELDUSED

Lähtudes uurimistöö eesmärkidest ja ülesannetest, jõudsid autorid järgmiste järeldusteni:

1. Insuldijärgse patsientide levinumateks õendusdiagnoosideks aspiratsiooni risk, kukkumiste risk ning häiritud kehaline liikuvus, häiritud sotsiaalne interaktsioon, häiritud verbaalne suhtlemine ning olukorrast tingitud madal enesehinnang.
2. Õendussekkumistel seatud eesmärkide saavutamiseks insuldijärgsele patsiendile tuleb esmalt tagada turvaline keskkond, kaasates patsienti, perekonda ja oma ala spetsialiste tagamaks parim võimalik õendusabi. Oluline on probleemide kaardistamine ja pidev jälgimine, mille kaudu saab hiljem patsienti motiveerida. Õendussekkumiste eesmärgid, mille edendamiseks tuleb tegeleda, on liikumine, enesekindluse tõstmine, sotsiaalsete oskuste arendamine.

## KASUTATUD KIRJANDUS

**Alghadir, A.H., Al-Eisa. E.S., Anwer, S., Sarkar, B.** (2018). Reliability, validity, and responsiveness of three scales for measuring balance in patients with chronic stroke. *BMC Neurology*. 18(141): 1-7.

**Araújo, J. N. M., Fernandes, A. P. N. L., Silva, A. B., Moura, L. A., Ferreira Júnior, M. A., Vitor, A. F.** (2018). Clinical validation of fall prevention behavior in a hospital environment. *Rev Bras Enferm*, 71 (4):1841-1849.

**Ashurst, A.** (2008). Career progression: improving communication. *Nursing & Residential Care*, 10 (08): 406-408.

**Bath, P.M., Lee, H.S., Everton, L.F.** (2018) Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 10: 1-152.

**Bjartmarz, I., Jónsdóttir, H., Hafsteinsdóttir, T.B.** (2017). Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study. *BMC Nursing*. 16(72): 1-17.

**Carpenito, L.J.** (2013) Handbook of Nursing Diagnosis 14 Edition. *Lippincott Williams ja Wilkins*.

**Chadwick, M.** (2010). Providing excellent service for those with mobility impairment. *Nursing & Residential Care*, 12 (6): 278-282.

**Craft, T.K.S., Glasper, E.R., McCullough, L., Zhang, Nobuo Sugo, N., Otsuka, T., Hurn, P.D., DeVries, A.C.** (2005). Social Interaction Improves Experimental Stroke Outcome. *Stroke*. 36: 2006-2011.

**Diniz, C.M., Ferreira, G.L., Martins, M.C.** (2016). Nursing diagnoses associated with the national policy for health promotion. *Invest Educ Enferm*. 35(1): 78-85.

**Divani, A.A., Vazquez, G., Barrett, A.M., Asadollahi, M., Luft, A.R.** (2009). Risk factors associated with injury attributable to falling among elderly population with history of stroke. *Stroke*. 40(10): 3286–3292.

**Echevarria, I. E., Schwoebel, S. A.** (2012). Development of an Intervention Model for the Prevention of Aspiration Pneumonia in High-Risk Patients on a Medical-Surgical Unit. *MEDSURG Nursing*, 21 (5): 303-308.

**Edward, K.** (2013). Chronic illness and wellbeing: using nursing practice to foster resilience as resistance. *British Journal of Nursing*, 22 (13): 741-746.

**Frazão, C.M.F.Q., Medeiros, A.B.A., Paiva, M.G.M.N., Enders, B.C., Lopes, M.V.O., Lira, A.L.B.C.** (2015). Nursing diagnoses and adaptation problems among chronic renal patients. *Invest Educ Enferm*. 33(1): 119-127.



**Galovic, M., Leisi, N., Müller, M., Weber, J., Abela, E., Kägi, G., Weder, B.** (2013). Lesion Location Predicts Transient and Extended Risk of Aspiration After Supratentorial Ischemic Stroke. *Stroke*. 44, 2760-2761.

**Goudarzian, M., Fallahi-Khoshknab, M., Dalvandi, A., Delbari, A., Biglarian, A.** (2018). Effect of Telenursing on Levels of Depression and Anxiety in Caregivers of Patients with Stroke: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 23: 248-252.

**Herdman, T.H., Kamitsuru, S.** (2018). NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses : Definitions & Classification 2018-2020. *Wiley-Blackwell*.

**Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajuvaara, P.** (2010). Uuri ja kirjuta. Tallinn: Medicina.

**Ibeneme, S.C., Anyachukwu, C.C., Nwosu, A., Ibeneme, G.C., Bakare, M., Fortwengel, G.** (2016). Symptoms of Poststroke Depression among Stroke Survivors: An Appraisal of Psychiatry Needs and Care during Physiotherapy Rehabilitation. *Hindawi Publishing Corporation Scientifica*. 1-6.

**Kim, G., Min, D., Lee, E., Kang, E.K.** (2016). Impact of Co-occurring Dysarthria and Aphasia on Functional Recovery in Post-stroke Patients. *Ann Rehabil Med*. 40(6): 1010-1017.

**Külcü, D.K.** (2015). Fall Risk Evaluation in Stroke. *Turk J Phys Med Rehab*, 61:296-297.

**Lima, A.C.M.A.C.C., Silva, A.L., Guerra, D.R., Barbosa, I.V., Bezerra, K.C., Oriá, M.O.B.** (2016). Nursing diagnoses in patients with cerebral vascular accident: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 69(4): 738-745.

**Loft, M.I., Esbensen, B.A., Kirk, K., Pedersen, L., B. Martinsen, B., Iversen, H., Mathiesen, L.L., Poulsen, I.** (2018). Nursing staffs self-perceived outcome from a rehabilitation 24/7 educational programme – a mixed-methods study in stroke care. *BMC Nursing*. 17(17): 1-13.

**Mahak, C., Shashi, Yashomati, Hemlata, Manisha, N., Sandhya, G., Dheeraj, K., Dhandapani, M., Dhandapani, S.S.** (2018). Assessment of Utilization of Rehabilitation Services among Stroke Survivors. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 9: 461-467.

**Massé, F., Gonzenbach, R.R., Arami, A., Paraschiv-Ionescu, A., Luft, A.R., Aminian, K.** (2015). Improving activity recognition using a wearable barometric pressure sensor in mobility-impaired stroke patients. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*. 12(72): 1-15.

**McEwen, D., Taillon-Hobson, A., Bilodeau, M., Sveistrup, H., Finestone, H.** (2014). Virtual Reality Exercise Improves Mobility After Stroke An Inpatient Randomized Controlled Trial. *Stroke*. 45: 1853-1855.

**Negro, A., Cabrini, L., Lembo, R., Monti, G., Dossi, M., Perduca, A., Colombo, S., Marazzi, M., Villa, G., Manara, D., Landoni, G., & Zangrillo, A.** (2018). Early

progressive mobilization in the intensive care unit without dedicated personnel. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 29 (3), 26-31.

**O'Shea, R., Goode, D.** (2013). Effects of stroke on informal carers. *Nursing Standard*, 28 (15): 43-47.

**Park, E-Y., Kim, J-H.,** (2016). An analysis of self-esteem in stroke survivors: the interaction between gender, income, and the presence of a spouse. *Journal of Mentalhealth*. 25(2): 159-164.

**Pountney, D.** (2009). Identifying and managing the risks of falls in the nursing home. *Nursing & Residential Care*, 11 (12): 618-620.

**Power, E., Thoma, E., Worrall, L., Rose, M., Togher, L., Nickels, L., Hersh, D., Godecke, E., O'Halloran, R., Lamont, S., O'Conno, C., Clarke, K.** (2015). Development and validation of Australian aphasia rehabilitation best practice statements using the RAND/ UCLA appropriateness method. *BMJ Open*. 5: 1-15.

Prevention of Aspiration. (2012). *Critical Care Nurse*.  
<http://ccn.aacnjournals.org/content/32/3/71.full> (16.11.2018).

**Pürg, K., Laukmann, A., Tammik, T.** (2011). Insuldi taastusravi Eesti ravijuhend 2011. Eesti Taastusrstide Selts.

**Qurat-ul-Ain, Malik, A.N., Haq U., Ali S.** (2018). Effect of task specific circuit training on Gait parameters and mobility in stroke survivors. *Pak J Med Sci*. 34(5):1300-1303.

**Salbach, N.M. , Howe, J-A., Baldry, D., Merali, S., Munce, S.E.P.** (2018). Considerations for expanding community exercise programs incorporating a healthcare-recreation partnership for people with balance and mobility limitations: a mixed methods evaluation. *BMC Rec Notes*. 11(214): 1-9.

**Tervishoid ja tervishoiuteenust osutajad. Eesti Haigekassa.**  
<https://www.haigekassa.ee/kontaktpunkt/tervishoiusteemi-korraldus-eestis/tervishoid-ja-tervishoiuteenuste-osutajad> (18.11.2018).

**Tervishoiuteenuste korraldamise seadus.** (RT, 2001, 50, 284, 11.11.2018).  
<https://www.riigiteataja.ee/akt/110112018003> (18.11.2018).

**Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise ja sellega seonduvalt teiste seaduste muutmise seadus.** (RT, 2013, 1, 09.12.2013).  
<https://www.riigiteataja.ee/akt/129112013001>(18.11.2018).

**Tilson, J.K., Wu, S.S., Cen, S.Y., Feng, Q., Rose, D.R., Behrman, A.L., Azen, S.** (2012). Characterizing and indentifying risk for falls in the leaps study: a randomized clinical trial of interventions to improve walking post-stroke. *Stroke*. 43(2): 446-452.

**Venna, V.R., McCullough, L.D.** (2015). Role of social factors on cell death, cerebral plasticity and recovery after stroke. *Metab Brain Dis*. 30(2): 1-17.

**Venna, V.R., Xu, Y., Doran, S.J., Patrizz, A., McCullough, L.D.** (2014). Social interaction plays a critical role in neurogenesis and recovery after stroke. *Transl Psychiatry*. 4: 1-9.

**Weaver, D.** (2011). Introduction to communication in social care. *Nursing & Residential Care*, 13 (2): 60-64.