



LAUREA

Toimintamalliehdotus aivoverenkiertohäiriöitä sairastavan potilaan tukemiseksi kotihoidossa



Kuisma, Anne

Tekijä: Anne Kuisma

Opinnäytetyön nimi: Toimintamalliehdotus aivoverenkiertohäiriöitä sairastavan potilaan tukemiseksi kotihoidossa

Vuosi 2009

Sivumäärä 38

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan hoitoketjua sekä antaa ajankohtaista tietoa aivoverenkiertohäiriöistä ja niiden vaikutuksista. Tavoitteena oli, että aiheeseen liittyvä teoreettinen toimintamalli helpottaisi kotihoidon työntekijöiden työtä teoriapohjan vankentumisen kautta sekä antaisi kokonaisvaltaisemman käsityksen aivoverenkiertohäiriöiden vaikutuksista sairastuneen mielenterveyteen. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa ehdotus teoreettisesta toimintamallista aivoverenkiertohäiriöistä kuntoutumisen edistämiseksi ja sairastuneen mielenterveyden tukemiseksi kotihoidossa. Teoreettisen toimintamalliehdotuksen tavoitteena oli parantaa kotihoidon työntekijöiden valmiuksia kohdata aivoverenkiertohäiriöön sairastunut kuntoutumista ja mielenterveyttä edistävällä tavalla.

Opinnäytetyön teoreettinen perusta perustui ajankohtaiseen kirjallisuuteen, artikkeleihin sekä tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta koottiin keskeiset menetelmät, joiden avulla voidaan tukea aivoverenkiertohäiriöihin sairastuneen kuntoutumista ja mielenterveyttä. Teoreettisen tiedon taustalla oli käsitys ihmisestä kokonaisuutena, johon kuuluvat fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen puoli. Näillä kaikilla on vaikutuksensa toisiinsa, jonka perusteella kuntoutumisen ja mielenterveyden tukemista käsiteltiin tämän kokonaisuuden kautta.

Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuneen kuntoutumista ja mielenterveyttä voidaan tukea erilaisin hoitotyön menetelmin. Kuntoutumista ja mielenterveyttä edistävä hoitosuhde edellyttää vastavuoroisuuden ja luottamuksen rakentamista. Ehdotetussa toimintamallissa kuntoutumisen ja mielenterveyden tukeminen sisältää kuusi osa- aluetta, joita ovat kriisissä olevan ihmisen kohtaaminen, mielenterveyden tukeminen, kuntoutumista edistävä hoitotyö, asiakaslähettäisyys, voimavarat sekä toivon ylläpitäminen.

Kotihoidon työntekijöillä on tärkeä merkitys aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kokonaisuudessa, joka käsittää psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin huomioimisen. Työntekijöiden tärkeänä tehtävänä on toivon ylläpitäminen sekä auttaa sairastunutta mahdollisimman omatoimiseen selviytymiseen ja tyytyväisyyteen elämässään. Kirjallisuuskatsaukseen perustuva toimintamalliehdotus jäi teorian tasolla, eikä sen käyttökelpoisuutta arvioitu työelämälähtöisesti.

Opinnäytetyötä voisi laajentaa keräämällä kotihoidon työntekijöiltä palautetta toimintamallin käyttökelpoisuudesta sekä tarvittavia muutos/ lisäyksiä.

Asiasanat: aivoverenkiertohäiriö, kotihoito, kuntoutuminen, mielenterveys, pitkäaikaissairaus, tukeminen

Name: Anne Kuisma

Thesis: Proposal for a plan of action in supporting the homecare of a patient with a stroke

Year 2009 Pages 38

The purpose of the thesis was to map out the chain of treatment for a patient suffering from a stroke. It was also meant to give up-to-date information about the condition, as well as the effects on each situation. The purpose was that the theoretical model of action on the subject would ease up the work load of the home take-carers; mainly by strengthening the basis of theoretical understanding of a stroke, and to give more sufficient understanding of the mental health concerning patients with a stroke. Also, one of the goals was to make a proposal about theoretic model of action in rehabilitating patients, and how to support them mentally in homecare. Purpose for the theoretical model of action was to improve the readiness of caretakers to confront the patients in rehabilitative and mentally strengthening way.

The theoretical basis of the thesis is based on current literature, articles and research. On the basis of the case literature, essential methods were collected, which can help to rehabilitate both mental and physical health of the patient suffering from a stroke. Behind the theoretic knowledge was the thought of a human as one whole entity, including physical, mental and social parts. All these parts affect each other, which gave the reason to study physical and mental rehabilitation as a whole.

Stroke patient's rehabilitation and mental health can be supported with different caretaking methods. To have the kind of caretaker-patient relationship that supports both the physical and mental rehabilitation, the patient and the caretaker need to build trust on both sides, as well as be able to "give and take". Proposed model of physical rehabilitation and supporting mental health includes six areas. These are meeting the person in crisis, supporting mental health, action prior to the actual rehabilitation, looking at the situation from a customer's point of view, current resources and keeping up the hope.

Home-caretakers have a crucial significance in stroke patient's treatment, enclosing paying attention to the well-being of the mental, physical and social sides. One of the most important parts in caretaker's job is to keep the patient's hope up, to help the patient to live self-sufficiently and to make the patient happy in life.

Model of action based on literature available on cerebral ischemia was left on the theory basis, and it was not tried or proved in a working environment.

This thesis could be expanded by getting feedback and suggestions from caretakers on how they would find the model of action in work situation, and also to receive possible ideas on changing of, or adding to the thesis.

Keywords: stroke, homecare, rehabilitation, mental health, long term illness, support

Sisällys

1 Johdanto	9
2 Teoreettinen tietoperusta	11
2.1 Aivoverenkiertohäiriöt.....	11
2.1.1 Aivoverenkiertohäiriö käsitteenä.....	11
2.1.2 Iskeemiset aivoverenkiertohäiriöt	12
2.1.3 Aivoverenvuodot.....	14
2.2 Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen hoitoketju	14
2.2.1 Kotihoito	17
2.3 Pitkäaikaissairaus ja sairaus kriisinä.....	18
2.3.1 Pitkäaikaissairauden vaikutukset.....	18
2.3.2 Sairaus kriisinä	19
2.3.3 Sairauteen sopeutuminen ja sen kanssa selviytyminen.....	21
2.4 Mielenterveys.....	22
2.4.1 Mielenterveys käsitteenä.....	22
2.4.2 Aivoverenkiertohäiriöiden jälkeiset mielenterveydenhäiriöt	24
3 Kuntoutumisen ja mielenterveyden tukeminen kotihoidossa.....	26
3.1 Kriisissä olevan ihmisen kohtaaminen.....	27
3.2 Kuntoutumista edistävä hoitotyö.....	27
3.3 Mielenterveyden tukeminen	28
3.4 Asiakaslähtöisyys.....	29
3.5 Voimavarat.....	30
3.6 Toivon ylläpitäminen.....	30
4 Toimintamalliehdotus kuntoutumisen ja mielenterveyden tukemiseksi.....	32
5 Johtopäätökset.....	34
Lähteet	36

1 Johdanto

Aivoverenkiertohäiriöt ovat kasvava ongelma ja toiseksi yleisin kuolinsyy Suomessa (Pohjasvaara, Ylikoski, Hietanen, Kalska & Erkinjuntti 2002, 593). Aivoverenkiertohäiriöllä tarkoitetaan aivojen toimintahäiriötä, joka johtuu aivokudoksen vaurioitumisesta. Vaurioitumisen syynä on aivoverenkiertohäiriö, joka johtuu aivoverisuonitukoksesta tai aivoverenvuodosta. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2008.)

Aivoverenkiertohäiriöiden hoidossa tulisi erityisesti kiinnittää huomiota niiden ennaltaehkäisyyn sekä nopeaan hoidon aloitukseen (Merivuori & Valkeapää 2002, 1 - 2). Nopealla alkuvaiheen hoidolla on huomattava vaikutus myöhempään toimintakykyyn (Kauppi 2007, 31).

Pitkäaikaissairaudella on pysyvä vaikutus ihmisen elämään. Aivoverenkiertohäiriöt vaikuttavat arkipäiväiseen selviytymiseen muuttamalla sairastuneen kognitiivisia eli tiedonkäsittelyjärjestelmään liittyviä toimintoja. Näihin toimintoihin kuuluvat muistitoiminta, kielellinen toiminta, näönvarainen toiminta, psykomotoriikka, tarkkaavaisuus, toiminnan ohjelmointi ja perustaidot. (Pohjasvaara ym. 2002, 593 - 595.)

Aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuminen on koko eliniän kestävä prosessi. Sairastunut tarvitsee tukea selviytyäkseen arkipäiväisistä toiminnoista. Sairastuminen aiheuttaa psyykkisen kriisin, joka ilmenee monilla elämän osa-alueilla. Aivoverenkiertohäiriöiden jälkeiset mielenterveydenhäiriöt ovat yleisiä, mutta alidiagnosoituja. Suuri osa sairastuneista kärsii masennuksesta ja univaikeuksista. (Kauppi 2007, 33.)

Aivoverenkiertohäiriöillä on vaikutus sairastuneen psyykkiseen hyvinvointiin, jonka vuoksi mielenterveyden tukeminen on eräs kotihoidon tärkeistä tehtävistä. Masennuksen ja muiden mielenterveyden häiriöiden hoitamisella tuetaan myös aivoverenkiertohäiriöistä kuntoutumista, sillä psyykinen hyvinvointi ja toiminnallinen kuntoutuminen ovat yhteydessä toisiinsa. (Kauppi 2007, 33.)

Opinnäytetyö oli aluksi osana Kehke ja Ahjoke projektia, mutta työn viivästyessä projekti ehti loppua, joten päädyttiin tekemään kirjallisuuteen pohjautuva työ aivoverenkiertohäiriöistä, kuntoutumisesta ja mielenterveyden tukemisesta kotihoidossa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan hoitoketjua ja antaa ajankohtaiseen tietoon pohjautuvaa materiaalia aivoverenkiertohäiriöistä ja niiden vaikutuksista sairastuneen elämään sekä mielenterveyteen. Lisäksi työn tavoitteena on tuottaa teoreettinen toimintamalliehdotus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutumisen ja mielenterveyden tukemiseksi kotihoidossa.

Henkilökohtainen oppimistavoitteeni liittyy työhön liittyvän teoreettisen tiedon valintaan ja sen pohtimiseen sekä materiaalin kokoamiseen ja jäsentelyyn. Myös aivoverenkiertohäiriöiden jälkeisten mielenterveydenhäiriöiden huomioiminen on mielestäni tärkeää sairastuneen elämänlaadun paranemisen kannalta.

2 Teoreettinen tietoperusta

2.1 Aivoverenkiertohäiriöt

2.1.1 Aivoverenkiertohäiriö käsitteenä

Aivoverenkiertohäiriöillä on vaikutus sairastuneen ja hänen läheistensä loppuelämään. Sen oireet ilmaantuvat usein yhtäkkiä ilman varoitusta aiheuttaen muutoksia toimintakykyyn elämän eri osa-alueilla. Aivoverenkiertohäiriöiden seurauksena sairastunut joutuu opettelemaan uudelleen jo opittuja toimintoja sekä sopeutumaan elämään sairauden kanssa. (Kaila 2009, 4.)

Aivoverenkiertohäiriöt jaetaan iskeemisiin aivoverenkiertohäiriöihin (TIA ja aivoinfarkti) sekä spontaaneihin aivoverenvuotoihin (aivoverenvuoto ja lukinkalvonalainen vuoto) (Vauhkonen & Holmström 2005, 630). Verenkiertohäiriö kehittyy nopeasti ja usein myös yllättäen. Vaurion laajuus ja sijainti vaikuttavat sen seurauksiin. (Suomen afasiasäätiö 2007.) Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttama hermokudosvaurio ei korjaannu, mutta hermosolut voivat luoda uusia yhteyksiä, jolloin niiden toiminta järjestyy uudelleen (Duodecim 2008).

Aivokudoksen vaurioituminen vaikuttaa niin fyysisiin, psyykkisiin kuin sosiaalisiin toimintoihin. Yleisiä vaikeuksia ovat vaikeudet liikkumisessa, syömisessä, pukeutumisessa ja hygienian hoidossa. Myös sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen voi olla vaikeaa. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2008.)

Aivoverenkiertohäiriöiden osalta on laadittu käypä hoito- suositus, jonka tavoitteena tehostaa sairauden ehkäisyä, tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta (Kauppi 2007, 31). Aivoverenkiertohäiriö on seurausta monen tekijän yhteisvaikutuksesta. Sen riski kasvaa iän myötä ja miehillä on suurempi riski sairastua (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2008).

Sairastumisen riskiin on kuitenkin mahdollista vaikuttaa terveellisillä elämäntavoilla sekä sairauksien hyvällä hoidolla (Kauppi 2007, 31). Aivoverenkiertohäiriön suurin riskitekijä on kohonnut verenpaine. Tupakointi, ylipaino, sydänsairaudet, diabetes ja korkeat veren rasva-arvot lisäävät myös sairastumisen riskiä. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2008.) Vähäisellä liikunnalla, rasvaisella ruoalla ja perinnöllisellä taipumuksella on myös vaikutusta verisuonten kalkkeutumiseen ja näin aivoverenkiertohäiriön kehittymiseen (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2005, 706).

Aivoverenkiertohäiriöt vaikuttavat arkipäiväiseen selviytymiseen muuttamalla sairastuneen kognitiivisia eli tiedonkäsittelyjärjestelmään liittyviä toimintoja. Näihin toimintoihin kuuluvat

muistitoiminta, kielellinen toiminta, näönvarainen toiminta, psykomotoriikka, tarkkaavaisuus, toiminnan ohjelmointi ja perustaidot. Kognitiivisten häiriöiden laatuun vaikuttavat vaurion sijainti, laajuus ja muut aivotoimintojen muutokset. (Pohjasvaara ym. 2002, 593 - 595.)

Aivoverenkiertohäiriön oireita ovat käden tai jalan äkillinen voimattomuus tai tunnottomuus, puheen vaikeutuminen tai katoaminen, näön katoaminen tai kahtena näkeminen, nielemisen vaikeutuminen, suupielen roikkuminen, pahoinvointi, huimaus ja tasapainon menetys (Aivo- halvaus- ja dysfasialiitto ry. 2008). Aivoverenkiertohäiriöiden tavallisia seurauksia ovat toispuolihalvaus, johon liittyy lihasjäykkyys halvaantuneella puolella, kasvohermohalvaus, näkökenttäpuutos sekä puhehäiriöt (Mäkinen, Niinistö, Salminen & Karjalainen 1998, 138 - 140).

2.1.2 Iskeemiset aivoverenkiertohäiriöt

Iskeemisiin aivoverenkiertohäiriöihin kuuluvat TIA ja aivoinfarkti. Nämä johtuvat aivokudoksen hapenpuutteesta, jonka aiheuttajana on tukos tai ahtauma. Syynä tähän on useimmiten aivovaltimon ahtautuminen vähitellen valtimon seinämän kovettumisen takia. Aiheuttajana voi myös olla verihütaletulppa, joka useimmiten on sydänperäinen. Tulpan aiheuttama tukos aivovaltimossa on joko ohimenevä tai pysyvä. Hapenpuutteen kestäessä pitkään aiheuttaa se aivokudoksen tuhoutumista. (Vauhkonen & Holmström 2005, 630 - 631.)

Aivoverenkiertohäiriöille altistavia tekijöitä ovat ikääntyminen, korkea verenpaine, sydänsairaudet, korkeat veren rasva- arvot, diabetes ja tupakointi. Myös perinnöllisyydellä on vaikutusta. Alkoholin käytön vaikutusta on tutkittu, vähäinen käyttö saattaa suojata iskeemisiltä verenkiertohäiriöiltä, kun taas alkoholin runsas käyttö lisää sairauden vaaraa. Lihavuuden ja vähäisen liikunnan kohdalla ei ole saatu selviä tuloksia joskin ne altistavat muiden riskitekijöiden kehittymiselle. (Vauhkonen & Holmström 2005, 630 - 631.)

TIA:lla tarkoitetaan ohimenevää kohtausta, joka aiheutuu paikallisen kudoksen verettömyydestä. TIA:n kesto on alle 24 tuntia, jonka jälkeen oireet ovat täysin korjaantuneet. (Iivanainen ym. 2005, 706 - 707.) Verenkiertohäiriön sijainti vaikuttaa siihen minkälaisia oireita potilaalla on. Oireisiin ei yleensä liity kipua. (Vauhkonen & Holmström 2005, 631.) Oireina ovat toispuoleinen tai molemminpuoleinen heikkous ja/tai tuntohäiriö, näköhäiriö, kaksoiskuvat, nielemisvaikeus, ataksia, kierto huimaus, hahmotushäiriöt tai dyspraksia. Oireet ilmaantuvat äkillisesti. TIA- potilaan verenpaineen seuranta on tärkeää, sillä TIA johtaa usein aivoinfarktiin, jonka merkinä voi olla verenpaineen kohoaminen. Hoidon perustana on lääkehoito, jolla pyritään ehkäisemään uusia kohtauksia. (Iivanainen ym. 2005, 706 - 707.)

Aivoinfarktista puhutaan, kun aivojen toimintahäiriö on kestänyt yli 24 tuntia. Aiheuttajana on yleensä tukos tai ahtauma, joka voi olla aivoihin verta vievässä valtimossa, aivovaltimossa

tai aortassa. Syynä voi olla myös sydäimestä liikkeelle lähtenyt tukos. Tukos aiheuttaa verenkierron estymisen, jolloin aivot eivät saa happea ja ravinteita. Tämän seurauksena syntyy pysyvä aivokudoksen vaurio. (Iivanainen ym. 2005, 707.)

Vaurion ollessa vasemmassa aivopuoliskossa, seurauksena on oikean puolen halvaus, josta potilas on tietoinen. Tällöin liikkuminen on hidasta ja työlästä, mieliala on masentunut sekä potilaalla on vaikeuksia kielellisessä muistissa ja suoriutumisessa. Oikean puolen vauriossa oireena on vasemman puolen halvaus. Tällöin potilas liikkuu kiireisesti ja hätäisesti. Hän ei myöskään huomaa eikä huomioi halvaantumusta puolta. Potilaalla on visuaalisen muistin häiriöitä, hän on euforinen ja vitsaileva. Aivorunkoalueella oleva vaurio aiheuttaa huimausta, pahoinvointia, oksentelua, ataksiaa infarktin puoleisissa raajoissa. Vaurion vastakkaisella puolella oireina on halvaus ja tuntohäiriöitä. Pikkuaivoissa olevan vaurion oireita on vaurion suuntaan kaatava huimaus ja ataksiaa sekä häiriöitä hienomotoriikassa. (Iivanainen ym. 2005, 707.)

Tutkimuksissa vaurion sijainnin vaikutuksesta masennuksen kehittymiseen on saatu vaihtelevia tuloksia (Pohjasvaara, Vataja, Leppävuori & Erkinjuntti 2001, 397 - 398). Heti infarktin jälkeisen masennuksen voi selittää anatomiset ja fysiologiset seikat. Tällöin masennus paranee yleensä ensimmäisen kuukauden kuluessa fyysisen tilan kohentumisen johdosta. Myöhemmin ilmenevä masennus on taas yleensä seurausta aivoinfarktin aiheuttamasta muutoksesta. (Kuikka, Pulliainen & Hänninen 2001, 289 - 290.)

On todettu, että vasemman aivopuoliskon vaurion aiheuttama tunnetilan muutos on tavallisimmin masentuneisuus ja herkkyyys katastrofireaktioon, kun taas oikean puolen vaurio aiheuttaa pääosin välinpitämättömyyttä tai oireiden vähäistä tiedostamista. Vaurion koko ja sen sijainti otsalohkon etuosissa on yhteydessä akuuttivaiheen masennukseen. Myöhemmin ilmenevä masennus liittyy enemmän oikean takaosan vaurioon. Laajat valkean aineen muutokset lisäävät masennusoireiden riskiä. (Kuikka ym. 2001, 289 - 290.)

Vasemman puolen aivovaurion aiheuttama afasia aiheuttaa suuren ongelman sairastuneelle. Afasialla tarkoitetaan kykenemättömyyttä ymmärtää ja käyttää kielellisiä ilmaisuja. Tämän seurauksena sairastunut herkästi alistuu ja eristäytyy, koska hän ei pysty ilmaisemaan itseään kielellisesti. Sairastunut menettää itsekunnioituksensa ja itsetuntonsa, jonka seurauksena on syvä masennus. (Christensen 1993, Pyysalon ja Suomisen 1998, 10 - 11 mukaan.)

Potilaan verenpaineen, lämmön, erityksen ja tajunnan tason seuranta kuuluu akuutin vaiheen hoitoon. Näiden seuranta on tärkeää, sillä korkean verenpaineen seurauksena on lisävaurioita infarktialueella, infarkti saattaa laajentua, jos potilaalla on lämpöä. Myös asentohoidosta on

huolehdittava, jos potilas itse ei pysty asentoa vaihtamaan. Liikunnallinen kuntoutus aloitetaan heti potilaan kunnon sen salliessa. (Iivanainen ym. 2005, 707 - 708.)

Hoidon aloituksella on kiire, koska mahdollinen liuotushoito tulee aloittaa viimeistään 4,5 tuntia ensioireiden ilmaantumisen jälkeen (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2005). Lääkehoidon avulla ehkäistään päänsärkyä, pahoinvointia sekä verenpaineen nousua. Verensokeritasoa on seurattava ja nestetasapainosta huolehdittava, sillä kohonnut sokeripitoisuus ja kuivuminen pahentavat vaurioita. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005.)

2.1.3 Aivoverenvuodot

Aivoverenvuodoissa vuoto voi tapahtua aivokudoksen sisään pienistä aivovaltimoista tai vuotaa lukinkalvonalaiseen tilaan aneurysmasta tai aivovaltimon epämuodostumasta (Vauhkonen & Holmström 2005, 630). Verenpainetauti on suurin aivoverenvuodon aiheuttaja. Aivovammat, verisairaudet, hyytymishäiriöt, antikoagulanttihoito ja aivokasvaimet lisäävät aivoverenvuodon riskiä. Oireina on päänsärky, oksentelu, katseen kääntyminen vaurion suuntaan, hengityksen kiihtyminen ja kasvojen punakkuus. Vuodon alkaessa potilas saattaa kuulla napsahduksen päässä, jonka jälkeen alkaa vuotamisen ja valumisen tunne. Vuodon suuruus ja sijainti vaikuttavat tajunnan tason laskuun. Vakavimmillaan vuoto aiheuttaa tajuttomuuden. (Iivanainen ym. 2005, 709.)

SAV:lla tarkoitetaan lukinkalvonalaista vuotoa, jossa valtimon repeämän seurauksena veri vuotaa lukinkalvonalaiseen tilaan. Vuodon syynä on useimmiten valtimoseinämän heikkoon kohtaan kehittyneen pullistuman puhkeaminen verenpaineen noustessa äkillisesti. Oireina ovat äkillisesti niskassa ja takaraivossa alkava kova päänsärky, niskajäykkyys, pahoinvointi ja oksentelu. Potilaalla voi olla myös lievää kuumetta, sekavuutta ja levottomuutta tai hän saattaa menettää tajuntansa. (Iivanainen ym. 2005, 710.) Vuotava aneurysma hoidetaan kirurgisesti ja akuuttivaiheen keskeisiä tavoitteita ovat uusintavuodon ehkäisy ja peruselintoimintojen ylläpitäminen sekä kivun ja pahoinvoinnin hoito (Duodecim 2008).

2.2 Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen hoitoketju

HUS:in alueella Lohjalla on annettu suositukset aivoverenkiertohäiriöiden hoidossa. Suositeltavimpana ja tehokkaimpana menetelmänä hoidossa on aivoverenkiertohäiriöiden ennaltaehkäisy. Päivystyksessä on välittömästi tutkittava kaikki itsenäisesti kotona toimeen tulevat henkilöt. Laitoksessa olevien osalta konsultoidaan Lohjan sairaalan neurologian poliklinikkaa tai päivystystä jatkotoimenpiteiden suhteen. Meilahden sairaalaan lähetetään suoraan kaikki selkeät SAV- epäilyt, työikäiset sekä liuotushoitoon soveltuvat henkilöt. Muiden potilaiden osalta tilanne arvioidaan Lohjan sairaalassa. Osastolle siirtyvät jatkotutkimuksia ja kuntoutus-

ta odottavat potilaat, joiden tilanne on vakaa. Myös muualle lähetetyt potilaat siirtyvät Lohjan sairaalaan jatkokuntoutusta varten. (Merivuori & Valkeapää 2002, 1 - 2.)

Hoitoketju alkaa ensioireiden tunnistamisesta. Ensioireet vaihtelevat vähäoireisuudesta tajuttomuuteen. Oireina ovat jalan ja käden puutuminen, äkilliset puutosoireet, toispuoleinen raajaheikkous, toisen kehonpuoliskon velttous ja tunnottomuus, suupielen roikkuminen ja ruuan valuminen suupielestä, tasapainohäiriöt, huimaus ja kaatumisen tunne. Muita oireita ovat sanojen etsiminen tai puuromainen puhe, osaamattomuus tutuissakin asioissa ja näköhäiriöt, toisen silmän näköpuutos tai sumentuminen, kaksoiskuvat sekä joskus päänsärky, oksentelu ja pahoinvointi. (Tampereen kaupunki 2007.)

Ensioireiden tunnistamisen jälkeen tulisi välittömästi hakeutua hoitoon. Toipumisennustetta ja tehoa heikentää hoidon aloituksen viivästyminen, minkä vuoksi hoitoon tulisi hakeutua jo vähäistenkin oireiden takia. Hätänumeroon tulisikin soittaa, sillä he tekevät puhelinriskiarvion, jonka perusteella määräytyy kuljetuksen kiireellisyys. Puhelinriskiarviossa kartoitetaan puolieroja yläraajojen lihasvoimassa, puheen tuottamishäiriöitä ja oireiden alkamisajankohtaa. (Tampereen kaupunki 2007.)

Alustavan diagnoosin tekee sairaankuljettaja. Samalla selvitetään myös sairastuneen perustiedot, tehdään perustutkimus, kirjataan oireiden alkamisen ajankohta ja kesto. Jos potilaalla on tajunnan häiriöitä tai sekavuutta, otetaan verensokeri, tarvittaessa annetaan happea maskilla, potilaan ollessa tajuton laitetaan nielutuubi tai intubaatioputki, sydämen rytmi monitoroidaan, tärykalvolämpö mitataan, suoniyhteys avataan ja tarvittaessa aloitetaan hengityksen elvyttäminen. Päivystyspoliklinikalle tehdään ennakoilmoitus. Potilas tulee kuljettaa alle kolmen tunnin sisällä erikoissairaanhoidon yksikköön, joka määräytyy alueellisen hoitoketjun mukaan. Vapaa hengitys varmistetaan ja sydämen toiminnat monitoroidaan. Happoemästatapaino pyritään korjaamaan ja vitamielintoiminnot turvataan. (Tampereen kaupunki 2007.)

Nopea diagnoosin teko on tärkeää. Diagnoosi tulisi tehdä 4,5 sisällä ensioireista (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2005), mutta enintään 24 tunnin sisällä. Diagnoosi tehdään kliinisen kuvan ja neurologisen statuksen, pään kuvantamistutkimuksen, aivoperfuusiotutkimusten, sydämen toimintatutkimusten ja verensokerin sekä lumbaalipunktion perusteella. Diagnoosin varmistuttua päätetään hoitokeino, joita ovat liuotushoito, lääkehoito, leikkaushoito, konservatiivinen hoito sekä komplikaatioiden ehkäisy ja hoito. Lääketieteellisin perustein päätetään hoitopaikka, joka voi olla erikoissairaanhoidon yksikkö, perusterveydenhuollon yksikkö tai koti. (Tampereen kaupunki 2007.)

Akuutin vaiheen hoito kestää 1-5 vuorokautta. Tällöin tavoitteena on kallonsisäisen paineen alentaminen, komplikaatioiden ehkäisy, mobilisointi varovasti voinnin mukaan, neurologisen tilan ja vitaalitoimintojen seuranta ja toimintakyvyn alustava arviointi. Tarkoituksena on kuntoutumisedellytyksien parantaminen. Akuutin vaiheen hoitoon kuuluu fysio-, toiminta- ja puheterapia potilaan tarpeiden mukaan sekä neuropsykologinen kuntoutus. (Tampereen kaupunki 2007.)

Akuutin vaiheen jälkeen alkaa intensiivisen vaiheen hoito ja kuntoutumisen ohjaus, joka kestää niin kauan kuin edistymistä tapahtuu. Jäljellä olevan toimintakyvyn luotettava kartoittaminen voidaan tehdä vasta tilanteen vakiinnuttua, sillä alkuvaiheessa vaurio saattaa laajentua prosessin etenemisen, tulehdusreaktion ja turvotuksen vuoksi. Samoin tapahtuu toimintakyvyn spontaania palautumista. (Tampereen kaupunki 2007.)

”Kuntoutuja ymmärretään tavoitteellisena, omia pyrkimyksiään ja tarkoitusperiään toteuttavana ihmisenä, joka myös pyrkii tulkitsemaan, ymmärtämään ja hallitsemaan omaa elämäänsä ja sen perustaa.” Kuntoutuksen perustana on kuntoutujan oma aktiivisuus, itsemääräämisyky sekä ihmisen jatkuva oppiminen ja kehitys. Keskeistä on myös ihmisten välinen vuorovaikutussuhde, jonka vuoksi aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen omaiset ja sosiaalinen verkosto tulisi ottaa mukaan kuntoutukseen. (Suikkanen, Härkäpää, Järvikoski, Kallanranta, Piirainen, Repo & Wikström 1995, Pyysalon ja Suomisen 1998, 12 mukaan.)

Jokaiselle potilaalle laaditaan kuntoutussuunnitelma toimintakyvyn kartoituksen jälkeen. Kuntoutussuunnitelma sisältää kuntoutumistarpeen arvioinnin, päätavoitteen, osatavoitteet, ohjaamiskeinojen suunnitelman ja arviointisuunnitelman. Toimintakykyä ylläpitävä kuntoutus jatkuu koko elämän ajan, jonka tarkoituksena on ylläpitää opittuja taitoja ja sopeutumisen tukeminen. (Tampereen kaupunki 2007.)

Kuntoutuksella pyritään korjaamaan toimintavajavuutta ja se on pitkäaikainen prosessi. Tehokas kuntoutus tulisi aloittaa jo alkuvaiheessa. Siihen osallistuu moni ammatillinen työryhmä, johon kuuluvat neurologi, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi, toimintaterapeutti, kuntoutusohjaaja ja sosiaalityöntekijä. Kuntoutukseen voidaan liittää myös sopeutumisvalmennus. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2008.) Kuntoutuksen tavoitteena on elämänhallinnan saavuttaminen, joka ei merkitse kärsimyksen ja ristiriitojen poistamista, vaan sen perustana on omien fyysisten ja psyykkisten rajojen tunnistaminen ja hyväksyminen (Tossavainen 1995, Pyysalon ja Suomisen 1998, 12 mukaan).

Asentohoito voidaan aloittaa heti ja kuntoutus potilaan voinnin sen salliessa. Kuntoutuminen edellyttää potilaalta omaa aktiivisuutta. Potilasta ohjataan ympärivuorokautisesti päivittäisissä toiminnoissa, jotka kaikki ovat kuntouttavia tapahtumia. Fysioterapeutti arvioi potilaan

toimintakykyä, kehon hallintaa ja liikkumisen turvallisuutta sekä kartoittaa samalla apuvälineiden tarvetta ja ohjaa niiden käytössä. Puheterapeutti selvittää mahdollisten puhehäiriöiden luonnetta ja neuvoo keskeisiä kommunikaatiotapoja. Tarvittava puheterapia suunnitellaan yksilöllisesti. Toimintaterapian tavoitteena on opittujen taitojen siirtäminen päivittäisiin toimintoihin. Neuropsykologinen kuntoutus aloitetaan akuuttivaiheen jälkeen. Tarkoituksena on selvittää ja suunnitella tarvittava kuntoutus. Potilaan mahdollisuuksia palata työelämään kartoitetaan työkyvynarvioinnissa. (Merivuori & Valkeapää 2002.)

2.2.1 Kotihoito

1990-luvulla sosiaali- ja terveydenhuoltoa on muutettu entistä avohoitopainotteisemmaksi, jonka seurauksena hoitoa ja seurantaa tarvitsevien asiakkaiden määrä on lisääntynyt hoitopalvelujen piirissä (Itkonen, Kiviharju- Rissanen, Tolkki & Valvanne 2002, Paasivirran 2004, 29 mukaan). Kotona selviytymisestä ovat pääasiassa vastuussa asiakas itse sekä hänen läheisensä. Heidän avukseen on kehitetty erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja samoin kuin palveluja, jotka auttavat kotona selviytymisessä. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 22 - 26.)

Kotihoidolla tarkoitetaan hoitoa, joka tapahtuu asiakkaan kotona, jonne kotihoidon työntekijä tulee. Kotihoidon asiakaskunta koostuu hyvin erilaisista ihmisistä, joiden tarpeet ovat erilaisia. Yhteistä heille on kotona selviytymisen vaikeutuminen, jonka vuoksi he tarvitsevat kotihoidon apua kotona asumiseen. Kotihoidon tavoitteena on tukea toimintakykyä, joka sairauden jälkeen on jäänyt jäljelle, jotta asiakas selviytyisi kotona mahdollisimman pitkään. (Mäkinen ym. 1998, 10.)

Kotihoidon tavoitteena on itsenäisyys, joka pohjautuu ihmiskäsitykseen. Ihmiskäsityksellä tarkoitetaan käsitystä ihmisen perusolemuksesta, elämän merkityksestä ja ihmisen tarpeista. Jokaisella on omanlainen ihmiskäsitys ja se on pohjana asiakkaan kohtaamisessa. Suomalaisen ihmiskäsitys sisältää seuraavia perusarvoja: ihmisarvon kunnioittaminen, ehjyys, itsenäisyys ja itsemääräämisoikeus. Kotihoito pyrkii ylläpitämään ihmisen itsenäisyyttä, jotta hän itse voi toteuttaa tarpeitaan. (Mäkinen ym. 1998, 15.) Yhteiskunnallisena kotihoidon tavoitteena ovat asiakaslähtöisyys, omatoimisuuden vahvistaminen, hoidon jatkuvuuden turvaaminen, moni ammatillisuus ja vaikuttavuus (Paasivaara 2004, 32).

Sairaus tai vammautuminen aiheuttaa uhan toimintakyvylle ja turvallisuudelle. Asiakkaan omatoimisuuden tukeminen ja edistäminen ovat kaiken toiminnan ensisijainen tavoite. Tavoitteet asetetaan kuitenkin asiakkaan senhetkisen toimintakyvyn mukaan ja asiakkaan henkilökohtaiset tarpeet ovat palvelujen lähtökohta. Kaiken toiminnan lähtökohtana on itsenäisen selviytymisen tukeminen sekä pyrkimys yhteiskunnalliseen tasa- arvoon ja oikeudenmukaisuuteen. Tällöin toiminnan perusarvoihin kuuluvat asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja valinnan-

vapauden kunnioittaminen ja tukeminen, myötätuntoinen ja ymmärtävä hyväksyntä, yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioittaminen sekä asiakkaiden tasa- arvoinen kohtelu. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 22 - 26.)

Kotihoitoa toteutetaan kuntouttavan työtteen pohjalta, joka ottaa huomioon asiakkaan toimintakyvyn ja voimavarat (Paasivaara 2004, 33). Kotihoito auttaa asiakasta jokapäiväisissä toiminnoissa, joista hän itse ei pysty selviytymään. Kotihoidon tehtäviin kuuluvat esimerkiksi ruokailun järjestäminen, puhtaudesta, hygieniasta ja kodin siisteydestä huolehtiminen. Tarkoituksena on kuitenkin tehdä asioita yhdessä asiakkaan kanssa eikä hänen puolesta. Näin pyritään ylläpitämään asiakkaan omatoimisuutta. (Mäkinen ym. 1998, 66.)

Sairaus ja toimintakyvyn heikkeneminen aiheuttavat kriisitilanteen, jossa kotihoidon asiakas elää (Mäkinen ym. 1998, 12). Kotihoidon tarkoituksena on pyrkiä palauttamaan aivoverenkiertohäiriön aiheuttamia puutteita elintoiminnoissa, toimintakyvyssä ja kotona selviytymisessä. Hoidossa keskeistä on pyrkiä ehkäisemään spastisuutta, toteuttaa asentohoitoa ja liikeharjoituksia. Asunto järjestetään niin, että se mahdollistaa kotihoidon. Tärkeää on, että asiakas saa riittävää apua ja turvaa. (Mäkinen ym. 1998, 138 - 140.)

Kohdattaessa aivoverenkiertohäiriöön sairastunut, on otettava huomioon hänen mahdollinen kommunikaatiovaikeus. Afasia on tavallinen aivoverenkiertohäiriön seuraus, jolloin ongelma on puheen tuottamisessa tai sen ymmärtämisessä. Ongelmia voi olla myös oman kehon hahmottamisessa ja asennon tunnistamisessa, jotka on huomioitava keskusteltaessa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kanssa. Tärkeää on puhua selvästi ja rauhallisesti sekä pyrkiä säilyttämään katsekontakti. Siirroissa on huomioitava kehon ja asennon hahmotushäiriö, sillä ne lisäävät tapaturmien riskiä. Siirroissa on myös kiinnitettävä kuntoutuksen kannalta huomiota siihen, että ne tehdään oikein. (Mäkinen ym. 1998, 141.)

2.3 Pitkäaikaissairaus ja sairaus kriisinä

2.3.1 Pitkäaikaissairauden vaikutukset

Pitkäaikaissairaudella on pysyvä vaikutus ihmisen elämään. Muuttunut elämäntilanne asettaa erilaisia haasteita ja vaatimuksia, joiden pohjalta potilas antaa tapahtumalle merkityksen. Uudessa tilanteessa suhteet läheisiin ja ystäviin ovat merkityksellisiä. Sairaus vaikuttaa jokapäiväisiin toimintoihin ja sen myötä potilaan on sopeuduttava uusiin elämäntapoihin sekä opeteltava itsehoidossa tarvittavia tietoja ja taitoja. (Miller 1986, Purolan 2000, 27 - 31 mukaan.) Sairaus vaikuttaa toimintakykyyn, itsetuntoon ja vuorovaikutussuhteisiin aiheuttaen näin aina jonkin asteista psyykkistä kärsimystä (Kyyrönen, Mäenpää & Pohjavirta- Hietanen 1992, 42 - 43).

Sairaudella on aina vaikutus ihmisen elämänkulkuun. Sairaus aiheuttaa avuttomuuden tunnetta, jolloin potilas usein taantuu ja toimintakyky lamaantuu myös asioissa, joita potilas yhä itse pystyisi tekemään. Tällöin riippuvuus hoitohenkilökunnasta ja muista ihmisistä kasvaa. Hoitohenkilökunnan on tärkeää tukea potilasta selviytymään mahdollisimman omatoimisesti, jolloin myös hänen itseluottamuksensa palautuu vähitellen ja hän pystyy alkamaan ottamaan vastuuta hoidostaan ja elämästään. (Kyyrönen ym. 1992, 75 - 78.)

Sairaus aiheuttaa muutoksia kehonkuvaan. Kehonkuva huononee, jolloin potilas jää helposti vuoteeseen. Tämä eristää potilaan normaalista elämästä. Syrjäytyminen aiheuttaa ulkopuolisuuden, tarpeettomuuden ja hylätyksi tulemisen tunteita. Potilas saattaa myös syyttää itseään sairastumisesta ja kokea sairastumisen rangaistuksena jostakin asiasta. Nämä johtavat helposti masennukseen. Hoitotyöntekijöiden on tärkeää tukea potilasta aktiivisuuteen sosiaalisissa kontakteissa. (Kyyrönen ym. 1992, 78.)

2.3.2 Sairaus kriisinä

Sana kriisi on peräisin kreikankielisestä sanasta ”krisis” eli ratkaisu. Kriisin olemus sisältyy kahteen merkkiin, joilla sitä merkitään kiinan kielessä: vaara ja toinen mahdollisuus. Suomenkielessä kriisi merkitsee käänteentekevää muutosta, vaarallista tai tärkeää taitekohtaa, ratkaisuvaihetta, murrosta kehityksessä, äkillistä häiriötilaa tai taudin käännettä. (Salo & Tuunainen 1996, 273.)

Kriisi voi olla lähtökohdiltaan fyysinen, psyykkinen tai sosiaalinen, mutta se heijastuu ihmiseen aina kokonaisuutena. Ominaista kriisille on menetys tai sen uhka. Ihmisen aiemmat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset kokemukset vaikuttavat aina nykyhetkeen ja myös kriisiin. Psyykkinen kriisi syntyy elämäntilanteesta, jonka hallitsemiseen eivät riitä aiemmat kokemukset ja opitut toimintatavat. Kriisiin liittyy fyysisen olemassaolon, sosiaalisen minuuden, turvallisuuden tai perustarpeiden uhka. (Salo & Tuunainen 1996, 273 - 280.)

Sairaus aiheuttaa aina akuutin psyykkisen kriisin uhatessaan turvallisuutta ja riippumattomuutta. Sairauden ollessa pitkäkestoinen, on se myös psykologinen haaste, jolloin sairastuneen on löydettävä keinot sopeutua siihen. (Kyyrönen ym. 1992, 151 - 156.)

Sairastuessaan ihminen joutuu kohtaamaan oman kuolevaisuutensa ja elämän rajallisuuden (Miller 1986, Purotan 2000, 27 - 31 mukaan). Sairauden aiheuttaessa toimintakyvyn menetyksiä, ovat masennusoireet tavallisia. Tästä on usein myös seurauksena kuntoutumisen heikentyminen ja hidastuminen. (Kuikka ym. 2001, 213.) Tärkeää onkin, että ihminen pystyy sure-

maan sairauden aiheuttamia menetyksiä ja käymään ne läpi siten, että toivon saavuttaminen ja ylläpitäminen olisi mahdollista (Miller 1986, Purotan 2000, 27 - 31 mukaan).

Kriisin läpi käymiseen kuuluu neljä vaihetta: shokkivaihe, reagoituvaihe, korjaamisvaihe ja uuden suunnan vaihe. Shokkivaiheessa ihminen on kohdannut kriisin. Tässä vaiheessa hän kohdistaa voimavaransa omaan olemassaoloon ja itsensä koossa pitämiseen. Tapahtunut saatetaan kieltää ja sitä ei uskota. Hän voi myös kokea voimakkaita tunteita, mutta ei pysty vielä niitä ymmärtämään ja käsittelemään. Ulkopuolisesti ihminen voi olla erittäin rauhallinen vaikka hänen sisällään on täysi kaaos. Shokkivaiheessa on tyypillistä epävarmuus itsestä tai läheisistä sekä tulevaisuudesta. Samoin oma identiteetti horjuu ja itsearvostus laskee ja hän saattaa kokea voimakkaita syyllisyyden, tuskaisuuden ja paniikin tunteita. Kriisissä ihminen käyttää defensejä suojataksaan itseään. Kieltäminen ja torjunta ovat yleistä ja ne suojaavat asioilta, joita ei pysty hyväksymään. Pitkään jatkuessaan ne kuitenkin estävät kriisiprosessin etenemisen ja kasvun sen kautta kuluttaen samalla henkisiä voimavaroja. Kriisissä oleva voi myös taantua, hänen käyttäytyminen voi olla kontrolloimatonta, lapsenomaista ja takertuvaa. Voimakkaat tunteet purkautuvat usein myös ruumiillisina oireina. (Salo & Tuunainen 1996, 282 - 284.)

Reaktiovaiheessa kriisissä tapahtuneet asiat ja tunteet tulevat esiin käsiteltäviksi. Tämä herättää voimakkaita tunteita kuten surua, vihaa, ahdistunteisuutta, pettymystä tai apatiaa. Tunteiden kohtaaminen ja käsittely on tärkeää, mutta myös voimavaroja kuluttavaa. Kriisin kokenut ei kuitenkaan välttämättä usko kaikkea tapahtunutta todeksi. Hän saattaa etsiä syyllistä tapahtuneelle, mutta lopulta syyllisyys on kuitenkin kohdattava, suru ja ahdistus on eletävä läpi ja kokea vihan tunteet. Keho reagoi tavallisesti pahaan oloon. Reaktiovaihe kestää muutamasta viikosta useisiin kuukausiin. (Salo & Tuunainen 1996, 285 - 286.)

Korjaamisvaiheessa pyritään löytämään uusi tasapaino. Siihen kuuluu tapahtumien hyväksyminen ja tunteiden kohtaaminen. Mieleen on rakennettu todellisuutta vastaava kuva tapahtuneesta ja siihen johtavista tekijöistä. Elämän arvot voivat saada uuden suunnan, samoin tavoitteet elämässä. Korjaamisvaiheessa ihminen ei ole enää kiinni kriisissä, vaan hän suuntautuu tulevaisuuteen mahdollisesti uusista lähtökohdista alkaen. (Salo & Tuunainen 1996, 286 - 287.)

Uudelleen suuntautumisen vaiheessa ihminen kokee elämänsä uudella tavalla. Omat arvot ovat selkiytyneet, ihminen on hyväksynyt todellisuuden ja hänellä on mahdollisuus kasvaa kriisissä. Kriisi ei ole enää päällimmäisenä mielessä ja sen mukana tuoma kipu hallittavissa. Hänellä on mahdollisuus voimaan ja kypsyyteen kriisin kautta. Toisaalta jos kriisi on huonosti ratkaistu ja sen mukana tuomat tunteet ja kokemukset ovat jääneet käsittelemättä, voi ihmi-

nen ulkoisesti näyttää selvinneen hyvin kriisistä vaikka sisäisesti hänellä on jatkuva pelko ja epävarmuus elämää kohtaan. (Salo & Tuunainen 1996, 287 - 288.)

Kriisi on olennainen osa elämää. Kriisit vaikuttavat ihmisen persoonallisuuteen ja häiriintyneisyyteen. Jokaisella on oma elämysmaailma, joka vaikuttaa hänen selviytymiseensä elämän eri vaiheissa. Akuutti kriisi ilmenee ihmisen mielessä, elämässä ja käyttäytymisessä. Sen aiheuttaja on yleensä jokin laukaiseva tekijä, joka voi olla sisäsyntyinen tai jonkin ulkopuolisen aiheuttama. (Kyyrönen ym. 1992, 126.)

Kriisitilanne aiheuttaa monia psyykkisiä ja käyttäytymiseen liittyviä oireita sekä vaikeita tunteita kuten ahdistusta, levottomuutta ja tuskaisuutta joiden kanssa selviytyminen kuluttaa voimavaroja. Tällöin usein kyky selvitä arjesta ja itsestä huolehtiminen on heikentynyt. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 171.)

Jokainen reagoi kriisiin hänelle luonteenomaisella tavalla. Tunne- elämän muutokset ovat yksilöllisiä reaktioita johonkin elämäntilanteeseen. Reagointitapaan vaikuttavat luonteenomainen tunneherkkyys, elämäkokemukset sekä elämänarvot. Tulkinta tilanteesta tehdään aiempien kokemusten kautta. Ihmisillä on käytössään erilaisia psyykkisiä puolustusmekanismeja, jotka aktivoituvat kriisissä. Nämä puolustusmekanismit eivät ole suoraan tiedostettavissa, mutta niillä on vaikutus tunteisiin. Huomiota on erityisesti kiinnitettävä hoitomyönteisyyttä ja kuntoutusmotivaatiota aiheuttaviin tunne-elämän muutoksiin. Tunne-elämää kuormittavat niin aivoperäiset kuin tilannetekijät. Luonne tai persoonallisuus voi muuttua pysyvästi aivoperäisistä syistä. (Kuikka ym. 2001, 206 - 207.)

Ihmisen elämys on suuntautunut päämäärään, jonka vuoksi se on myös altis kriiseille, sillä jos jokin osa päämäärästä häviää, joutuu ihminen kriisiin. Elämykset aiheuttavat kriisejä, mutta kriisit saattavat myös tuhota tai pysäyttää elämyksiä. (Kyyrönen ym. 1992, 126.) Kriisi voi lamauttaa ja estää kehityksen, jos se kielletään, torjutaan tai sivuutetaan (Salo & Tuunainen 1996, 273 - 280). Tämän voi kuitenkin välttää, jos ihminen kokee kriisin haasteeksi tai tasa-painottavia tekijöitä löytyy riittävän ajoissa (Kyyrönen ym. 1992, 126). Aikaisemmat käsittelemättömät kriisit aktivoituvat uudessa kriisissä ja tulevat näin uudelleen käsiteltäviksi (Salo & Tuunainen 1996, 273 - 280).

2.3.3 Sairauteen sopeutuminen ja sen kanssa selviytyminen

Sairastunut tarvitsee psyykkisiä voimavaroja ja erilaisia keinoja pystyäkseen sopeutumaan muuttuneeseen tilanteeseen ja selviytymään sen kanssa. Sairauteen sopeutuminen voidaan jakaa kolmeen perusratkaisuun: haasteeseen, antautumiseen ja välttämiseen. Sairauden haasteena kokeva henkilö pyrkii tutustumaan sairauteensa ja hallitsemaan sitä. Antautues-

saan sairastunut on passiivinen, vetäytyvä ja avuton sekä kokee riippuvuutta hoitosuhteessa. Välttävästi sairauteen suhtautuva kieltää sairauden ja sen merkityksen sekä kokee sairauden ja sen hoidon uhkana. Hoitohenkilökunnan tavoitteena on pyrkiä tukemaan sairastunutta kohtaamaan sairaus haasteena, jonka kanssa on mahdollista oppia selviytymään. (Salo & Tuunainen 1996, 364 - 365.)

Selviytymiseen vaikuttaa olennaisesti oma kokemus tilanteesta, ihmissuhteet, pelot, odotukset, ajankäyttö sekä kokemukset hoidosta ja kuntoutuksesta. Näihin liittyy niin edistäviä kuin estäviä tekijöitä. Omaan kokemukseen tilanteesta vaikuttaa se, millaiseksi ihminen kokee itsensä sekä mitä hän ajattelee tilanteestaan ja sairastumisestaan. Ihmissuhteilla on merkittävä vaikutus selviytymiseen. Tärkeimmät ihmissuhteet muodostuvat perheestä ja sukulaisista, potilastovereista, ystävistä, asuinympäristön ihmisistä ja ammattiauttajista. Näiden puute heikentää selviytymistä. (Purola 2000, 62 - 72, 113.)

Pelkojen sisältö koostuu terveydentilan heikkenemisestä, kuolemasta, liikuntakyvystä, omaisten jaksamisesta sekä kodin ja itsenäisyyden menettämisen pelosta. Pelkojen tiedostaminen on tärkeää samoin kuin tieto avun saamisen mahdollisuudesta. Elämän mielekkyys on tärkeä selviytymistä edistävä tekijä, jonka vuoksi harrastukset, mielekäs työskentely ja muistelu ovat tärkeitä. (Purola 2000, 62 - 72, 113.)

2.4 Mielenterveys

2.4.1 Mielenterveys käsitteenä

Mielenterveyden määritelmiä on useita, eikä sen määrittelemine koskaan ole täysin yksiselitteinen. Freud määritteli aikoinaan mielenterveyden kyvyksi rakastaa ja tehdä työtä, johon usein lisätään kyky luopua ja surra. (Salo & Tuunainen 1996, 269.) WHO:n määritelmän mukaan terveys ei ole vain sairauksien tai vammojen puuttumista vaan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Hyvään mielenterveyteen voidaan liittää kyky ihmissuhteisiin, toisista välittäminen ja rakkaus, kyky ja halu vuorovaikutukseen. Kyky tehdä työtä voidaan liittää myös mielenterveyteen. Muita tekijöitä ovat todellisuudentaju, ahdistuksen hallinta, menetysten sietäminen ja valmius muutoksiin. Psykkinen joustavuus ja kyky suojautua haitallisilta tekijöiltä liitetään myös hyvään mielenterveyteen. (Lönqvist, Heikkinen, Henrisson, Marttunen & Partonen 2006, 13 - 17.)

Suomen Akatemian työryhmän määritelmä mielenterveydestä taas on seuraava: ”Mielenterveys on inhimillinen resurssi, joka muistuttaa eräissä suhteissa uusiutuvia ja ilmeisesti lisääntyviä luonnonvaroja. Resurssina se on ihmisen psykofyysiseen olemukseen liittyvä suure, jolla on kolme perusulottuvuutta: biologinen, psyykinen ja sosiaalinen. Niiden välillä vallitsee vuoro-

vaikutus, joka säätelee mielenterveydellisten voimien kehitystä lapsuudessa samoin kuin psyykkistä tasapainoa myöhemmälläkin iällä. Kysymyksessä on prosessin kaltainen kehitystahtuma, joka jatkuu läpi koko elämän. Vaiheet seuraavat toisiaan ja edellisten saamat ratkaisut vaikuttavat seuraaviin.” (Salo & Tuunainen 1996, 270.)

Positiivisella mielenterveydellä tarkoitetaan yleistä hyvinvoinnin kokemusta, yksilöllisiä voimavaroja, tyydyttäviä ihmissuhteita sekä kykyä kohdata vastoinkäymisiä (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 13 - 16). Yleisesti mielenterveyden voidaan katsoa olevan minän eheyttä, johon kuuluu epävarmuudensietokyky. Lisäksi kyky elää tätä päivää ja avoin suuntautuminen tulevaisuuteen kuuluvat osanaan mielenterveyteen. Keskeistä on kyky tulla toimeen elämän moninaisuuden, ennustamattomuuden ja vaikeuksien kanssa sekä realiteettitaju. Mielenterveys on siis kykyä selviytyä ongelmista. (Salo & Tuunainen 1996, 269.)

Koska ihminen on fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen kokonaisuus, on myös mielenterveyttä tarkasteltava tämän kokonaisuuden kautta, sillä ne vaikuttavat jatkuvasti toisiinsa. Kaikkien kognitiivisten tapahtumien perustana on hermoston toiminta, joka toisaalta kehittyäkseen vaatii psyykkisiä ja sosiaalisia kokemuksia. (Salo & Tuunainen 1996, 261.)

Mielenterveyden biologisena pohjana on elimistön kunto ja toiminnot. Keho, mieli ja ympäristö ovat kiinteässä vuorovaikutuksessa toisiinsa. Jossakin esiintyvällä häiriöllä on aina vaikutus myös toisiin. (Kyyrönen ym. 1992, 42 - 43.)

Sosiaalisena perustana ovat henkinen ja aineellinen ympäristö. Huonot ihmissuhteet sekä tervettä kasvua, kehitystä ja tasapainoista elämää rajoittava ympäristö aiheuttavat vakavan uhan mielenterveydelle. (Salo & Tuunainen 1996, 262 - 264.) Mielenterveyttä suojaavat sosiaaliset tekijät liittyvät sosiaaliseen tukeen, positiivisiin ihmissuhteisiin sekä vuorovaikutustaitoihin. Sosiaalisiin suojaaviin tekijöihin kuuluvat myös turvallinen ympäristö sekä henkilökohtainen elämänpiiri. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 48.)

Mielenterveyden psyykkisenä pohjana ovat tunne, tahto ja ymmärrys, jotka määrittävät psyykkisiä voimavaroja. Kaikella kognitiivisella toiminnalla on merkityksensä ongelmien ja vaikeuksien kohtaamisessa sekä psyykkisessä kehityksessä. (Salo & Tuunainen 1996, 262 - 264.) Psyykkiset mielenterveyttä suojaavat tekijät ovat hyvä itsetunto, itsearvostus, realistinen minäkäsitys sekä hyväksytyksi tulemisen tunteet. Ongelmanratkaisutaidoilla, sopeutumiskyvyllä ja oppimiskyvyllä on myös mielenterveyttä suojaava vaikutus. (Noppari ym. 2007, 48.)

2.4.2 Aivoverenkiertohäiriöiden jälkeiset mielenterveydenhäiriöt

Usea aivoverenkiertohäiriöihin sairastunut kokee sairauden huonontavan elämänlaatua. Yleisin aivoverenkiertohäiriöiden jälkeinen mielenterveyden häiriö on masennus. Usea potilas kärsii väsymyksestä, hermostuneisuudesta ja alakuloisuudesta. Unihäiriöt ja ahdistus ovat myös yleisiä. Potilaat, jotka olivat ennen aivoinfarktia sairastaneet masennusta tai olivat riippuvaisia muiden avusta päivittäisissä toiminnoissa, sairastuivat masennukseen helpommin aivoinfarktin jälkeen. (Kuikka ym. 2001, 293, Pohjasvaara ym. 2001, 397 - 399.)

Masennus on alidiagnosoitu sekä sen hoito on vähäistä. Masennus ei ole vain psykologinen reaktio sairastumiseen, vaikka se on liitetty heikentyneeseen suorituskyykyyn ja fyysiseen vammautumiseen. (Pohjasvaara ym. 2001, 397 - 398.) Masennus vaikuttaa ihmisen jokaisella elämäntilanteella ja on yksilöllinen ja kokemuksellinen ilmiö (Kokkonen, Rissanen, Kylmä, Miettinen & Pelkonen 2004, 15). Masennus ilmenee ihmisen mielessä, kehossa ja toiminnoissa. Masennuksella on vaikutus ihmisen mielialaan, tunteisiin, ajatuksiin, toimintakykyyn ja sosiaalisiin suhteisiin sekä arjen elämään ja mielikuviin tulevaisuudesta. (Noppiari ym. 2007, 197.)

Masennuksen vakavuus voidaan arvioida esiintyvien oireiden laadun ja vaikeusasteen perusteella. Tyypillisiä oireita ovat masentunut mieliala, mielihyvän menetys, uupumus, itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys, syyllisyydentunteet, itsetuhoiset ajatukset tai käyttäytyminen, päättämättömyys ja keskittymiskyvyttömyys, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys, unihäiriöt sekä ruokahalun ja painon muutokset. (Lönqvist ym. 2006, 134 - 136.) Masennukseen voi liittyä myös erilaisia somaattisia vaivoja, kuten kipuna ja uupumuksena (Noppiari ym. 2007, 200).

Masennukseen liittyy kärsimystä ja ristiriitaisuutta ja se on yhteydessä toivottomuuteen. Toivottomuutta pidetään vakavan masennuksen oireena, joka lisää itsemurhariskiä ja ajattelua sekä vaikeuttaa toipumista. Masennukseen liittyvät suru, yksinäisyys, avuttomuus, voimattomuus ja haavoittuvuus sekä itsetunnon lasku, syyllisyyden tunteet, unettomuus, ruokahaluttomuus ja psykomotorinen kiihtyneisyys tai hitaus. (Kokkonen ym. 2004, 15.)

Masentunut ihminen kokee usein menettäneensä arvokkuutensa ja koko elämisen arvon. Myös oma tarpeellisuus ja turvallisuuden tunne saattaa hävitä samalla kun tunne omasta puutteellisuudesta, vajavaisuudesta ja kyvyttömyydestä lisääntyy. Ihmissuhteet vähenevät ja masentunut tuntee jäävänsä yksin ja kokee etteivät muut ymmärrä. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 52.)

Lääkityksen aloittaminen on tarpeellista masennuksen jatkuessa pidempään tai siihen liittyy vakavan masennuksen piirteitä. Masennus hidastaa fyysistä kuntoutumista heikentämällä kun-

toutusmotivaatiota. (Pohjasvaara ym. 2001, 400 - 402.) Potilaiden, joita on masennuksen takia hoidettu aktiivisesti, on todettu toipuvan kognitiivisesti nopeammin verrattuna hoitamattomaan masennukseen (Kuikka ym. 2001, 289 - 290).

Masentuneisuuden vastakohtana on välinpitämättömyys. Tällöin potilaan reaktio suuriinkin menetyksiin on vähäinen tai olematon sekä häneltä puuttuu masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden tunne, jotka ovat tavallisia toimintakyvyn menetysten yhteydessä. Välinpitämättömyyttä ilmenee tavallisimmin ensimmäisinä viikkoina infarktin ollessa oikealla aivopuoliskolla, mutta myös vaurion ollessa etuotsalohkojen molemminpuolinen. Potilas voi myös suojautua vaikealta tilanteelta kieltämällä sen. (Kuikka ym. 2001, 215 - 217.)

Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuneilla yleisiä ovat ahdistuneisuushäiriöt (Pohjasvaara ym. 2001, 400). Ahdistuneisuudella tarkoitetaan sisäistä jännitystä, levottomuutta ja kauhun tai paniikin tunnetta, joihin ei liity ulkoista todellista vaaraa. Lievä ahdistus ja pelko ovat normaaleja arkipäiväisiä tunteita kun taas ahdistuneisuushäiriössä ahdistus on voimakasta ja pitkäkestoista rajoittaen toimintakykyä. (Lönqvist ym. 2006, 196.)

Ahdistuneisuuden syntymiseen vaikuttaa potilaan tulkinta tilanteen vaarallisuudesta ja omista kyvyistään tilanteesta selviytymiseen. Ahdistuneisuutta lisää epätietoisuus, jonka vuoksi potilaalle on tärkeää antaa toimintakyvyn muutoksia koskevaa neuvontaa. (Kuikka ym. 2001, 220.)

Pyysalon ja Suomisen (1998, 22 - 23) tutkimuksen mukaan liikuntakyvyn menettäminen oli eräs ahdistusta ja avuttomuutta aiheuttava tekijä varsinkin sairauden alkuvaiheessa. Ahdistusta aiheuttavia tilanteita olivat oman kehon toimimattomuuden toteaminen itse tai muiden huomaamana. Tämän seurauksena sairastunut pyrki salaamaan fyysisiä oireita tai yritti kuntoutua liian nopeasti. Liikkuminen muiden ihmisten parissa ja kaatumisen pelko aiheuttivat ahdistusta vielä vuosienkin jälkeen. Avuttomuuden tunne saattoi myös motivoida kuntoutumaan sitkeästi, jotta selviäisi mahdollisimman hyvin yksin. Tämä vähensi ahdistuksen tunteita, lisäsi itsetuntoa ja kohensi mielialaa. (em. 1998, 22 - 23.)

Unen merkitystä ei voida liittää mihinkään yksittäiseen biologiseen tai psykologiseen määritelmään. Unen tehtävänä on elimistön rasituksen korjaantuminen ja se on keskeistä hermoston ja mielen toiminnan kannalta. Unen laatuun vaikuttavat stressi, masennus ja muut mielenterveyden häiriöt sekä somaattiset sairaudet. Pitkäaikaissairauteen liittyvä unettomuus voi selittyä psyykkisellä ahdistuksella. (Lönqvist ym. 2006, 323 - 326.)

Unettomuudella tarkoitetaan kyvyttömyyttä nukkua. Se voidaan jakaa nukahtamisen vaikeuteen ja unesta kesken heräämiseen. Tällöin unettomuudesta kärsivä ihminen ei virkisty unesta

ja kärsii väsymyksestä myös päiväsaikaan. Väsymys aiheuttaa haittaa useilla elämän osa-alueilla sekä kuluttaa ihmisen voimavaroja. (Lönnqvist ym. 2006, 328.)

Unettomuudella on vaikutus mielialaan sekä se altistaa masennukselle, ahdistukselle ja päiheteiden väärinkäytölle. Unettomuudesta kärsivän potilaan hoidossa tärkeää on tunnistaa unettomuuden taustalla olevat tekijät ja pyrkiä niiden asianmukaiseen hoitoon. (Lönnqvist ym. 2006, 326 - 330.)

Säännöllinen elämänrytmi ja terveelliset elämäntavat lievittävät unettomuutta. Ennen nukkumaanmenoa tulisi välttää alkoholin ja kofeiinin nauttimista ja tupakan polttoa. Liikunnan harrastus on tärkeää, mutta illalla tulisi välttää raskasta rasitusta. Ennen nukkumaanmenoa voi nauttia kevyen hiilihydraattipitoisen aterian. Mukava makuuhuone ja miellyttävät vuodevaatteet edistävät unen saantia. (Lönnqvist ym. 2006, 332 - 334.)

Unilääkkeiden käyttöön tulisi turvautua vain tilapäisesti (alle 2 viikkoa). Unilääkkeen pitkäaikainen käyttö voi haitata toimintakykyä ja johtaa sietokyvyn kehittymiseen. Pitkäaikainen käyttö aiheuttaa lisäksi riippuvuutta ja lääkkeiden käytön lopettaminen aiheuttaa tilapäistä unettomuuden pahenemista. (Lönnqvist ym. 2006, 333 - 334.)

3 Kuntoutumisen ja mielenterveyden tukeminen kotihoidossa

Mielenterveys käsittää psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin. Hyvän elämän voimavara on psyykinen hyvänolon tunne, joka vaihtelee elämäntilanteen mukaan. Hyvää oloa lisäävät onnistumisen kokemukset, koettu mielihyvä ja tyydyttävät ihmissuhteet kun taas ahdistus, suru ja kriisit vähentävät sitä. Mielenterveyteen vaikuttavat fyysinen hyvinvointi sekä psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Mielenterveyden vahvistaminen on mahdollista kaikkien näiden kautta. Lähtökohtana on olemassa olevien voimavarojen vahvistaminen sekä ongelmien tunnistaminen ja ennaltaehkäisy. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 170 - 171.)

Hoitavalla henkilöllä on aina velvollisuuksia potilasta kohtaan, jonka parasta on aina ajateltava. Tällöin etiikalla tarkoitetaan mahdollisimman hyvää hoitoa, joka on juuri tietylle potilaalle sopivaa ja hänen parhaaksi. Potilaan paras voi kuitenkin olla erilainen eri näkökulmista, jonka vuoksi sen määrittelemine on ongelmallista. Tässä on otettava huomioon myös potilaan näkemys hänelle parhaasta vaihtoehdosta, joka voi olla erilainen kuin hoitohenkilöstöllä. Koska hoitavalla henkilöllä on paljon vaikutusvaltaa potilaaseen, on hänen varottava johdattelemasta potilasta tärkeissä päätöksissä. (Achte´ 1992, 226 - 227.)

3.1 Kriisissä olevan ihmisen kohtaaminen

Ihminen tarvitsee tietoa ja tukea selviytyäkseen kriisistä. Tärkein tuki on toinen ihminen, jonka kanssa hän voi käydä läpi kriisiä ja sen herättämiä ajatuksia, tunteita ja kysymyksiä. Auttajan tärkeä tehtävä on välittää ymmärrystä, empatiaa, turvallisuutta ja rehellisyyttä. (Salo & Tuunainen 1996, 282.) Kriisissä olevalle on tärkeää luoda ympäristö, jossa puhuminen, hiljaisuus, ajattelu, kuulluksi tuleminen sekä mielikuvien ja tunteiden läpikäyminen on mahdollista. Olennaista on keskustelu kriisissä olevan ehdoilla sekä hänen kysymyksiinsä vastaaminen. Tavoitteena on eheyden tunteen palautuminen, entisistä ajatus- ja toimintamalleista luopuminen tarvittaessa sekä muutokseen suuntaaminen. (Noppari ym. 2007, 165.)

Kriisin läpikäymiseen vaaditaan voimavaroja ja henkistä energiaa. Läpikäytyt kriisit, joiden kautta on ollut mahdollisuus kasvaa, auttavat selviytymään uusista kriiseistä. Kriisi sisältää aina muutoksen ja se on kasvun ja kehityksen edellytys. (Salo & Tuunainen 1996, 273 - 280.)

3.2 Kuntoutumista edistävä hoitotyö

Kuntoutumisen lähtökohtana ovat asiakkaan omat voimavarat ja halu kuntoutua. Tämä edellyttää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kartoitusta. Asiakas tarvitsee onnistumisen kokemuksia, jotta hän pystyisi luottamaan omiin kykyihinsä. Yhdessä tekeminen on eräs kuntoutumista edistävä työtapo, joka samalla antaa työntekijälle mahdollisuuden arviointiin ja ohjaukseen. (Hägg 2007, 31 - 32.) Hoitajan tehtävä on auttaa asiakasta sopeutumaan sairauden aiheuttamiin kehonkuvan muutoksiin sekä tulemaan toimeen mahdollisten toimintarajoitteiden kanssa (Kohonen, Kylmä, Juvakka & Pietilä 2007, 70 - 71).

Sairastuneen kannalta on tärkeää saada asianmukaista tietoa sairauden vaikutuksista sekä riittävää ohjausta ja neuvontaa häiriöiden kanssa selviytymiseen (Pohjasvaara ym. 2002, 599). Ohjausta, tietoa ja tukea annettaessa on tärkeää myös omaisten ja läheisten huomiointi (Pyy-salo & Suominen 1998, 25).

Kuntoutumista edistävää hoitotyötä toteutetaan hoitotyön menetelmillä, jotka tukevat asiakasta omatoimisuuteen. Menetelmät vaihtelevat ja ovat sidoksissa asiakkaan terveydentilaan, toimintakykyyn, elämäntilanteeseen ja ympäristöön. Tämä edellyttää hoitajalta sitoutumista kuntoutumisen edistämiseen. Kuntouttava työote kannustaa asiakasta yrittämään itse puolesta tekemisen sijasta. Yritteliäisyyttä ja omatoimisuutta lisää myös psyykkisen tuen saanti, jota ei tule unohtaa. (Arve, Haapaniemi & Routasalo 2006, 198 - 199.)

Kuntoutumista edistävän hoitotyön menetelmiä voidaan kuvata hoitajan toimintatapoina, joita ovat koordinoija, tiedonantaja, kanssakulkija, kannustaja ja auttaja. Koordinoijana hoi-

taja selvittää asiakkaan taustatietoja, toimintakykyä ja voimavaroja. Toimintakykyä arvioidaan ja havainnoidaan jatkuvasti. Tiedon antajana hoitaja antaa tietoa kuntoutumisesta ja sen edistämisestä niin asiakkaalle, omaisille kuin muille ammattihenkilöille. Kanssakulkijana hoitaja huomioi asiakkaan katsekontaktilla, tervehdyksellä, kosketuksella sekä voinnin ja kuumisten kysymisellä. Omaisten kanssa keskustellaan ja heitä ohjataan osallistumaan hoitoon. Kannustajana hoitaja rohkaisee asiakasta ja huomioi kuntoutumisen edistymisen sekä vahvistaa asiakkaan toivoa elämän jatkumisesta sairastumisen jälkeen. Auttajana hoitaja tukee kuntoutumista yhteisesti sovitulla toimintatavoilla. (Arve ym. 2006, 202 - 204.)

Kuntoutumista edistävä hoitosuhde edellyttää vastavuoroisuuden ja luottamuksen rakentamista. Kuntoutuminen ja sairauteen sopeutuminen vievät aikaa ja asiakas tarvitsee apua yksilöllisten ja realististen tavoitteiden asettamisessa. Kuntoutuksessa tavoitteena on hyödyntää ja vahvistaa asiakkaan omia voimavaroja. (Kaila 2009, 9.)

3.3 Mielenterveyden tukeminen

Hoitajan tehtävänä on auttaa asiakasta selviytymään arjesta tukemalla ja vahvistamalla mielenterveyteen ja selviytymiseen vaikuttavia tekijöitä (Lappalainen & Turpeinen 1998, 171). Mielenterveyttä voidaan edistää tukemalla sen osatekijöitä, kuten itsetuntoa, ongelmanratkaisutaitoja, stressinhallintakykyä sekä elämänhallinnan tunnetta ja ihmissuhteita (Lavikainen ym. 2004, 61).

Yksinäisyys on eräs mielenterveyteen vaikuttavista tekijöistä. Mielenterveyden häiriöistä kärsivä ihminen myös helposti eristäytyy muista ihmisistä, joka lisää yksinäisyyttä entisestään. Yksinäisyys lisää masennusta ja ahdistuneisuutta sekä muita psyykkisiä oireita, jonka vuoksi hoitajan on tärkeää kiinnittää huomio asiakkaan ihmissuhteisiin ja kannustaa häntä niiden ylläpitoon. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 173.)

Yksinäisyys voi olla sekä henkistä että fyysistä. Yksinäisyyden tunteet aiheutuvat tuen ja lohduttamisen sekä fyysisen läsnäolon ja koskettamisen puutteesta tai syrjäytymisestä. Sairastuneen yksinäisyyttä voi vähentää tiedon ja ohjauksen avulla, keskusteluilla, kannustuksella sekä sairastuneen asioihin paneutumisella. Fyysisen kosketuksen, kuten kädestä pitämisen kautta on mahdollista osoittaa välittämistä. (Pyysalo & Suominen 1998, 25 - 35.)

Masentunut kokee, ettei kukaan ymmärrä häntä. Jotta häntä voidaan auttaa, on perusedellytyksenä se, että masentunut kokee tulevaisuutta ymmärretyksi. (Välimäki ym. 2000, 52 - 55.) Masentunut ihminen tarvitsee kokemuksen nähdyksi, kuulluksi ja hyväksytyksi tulemisesta. Tärkeää on myös tunne siitä, että hänen tunnekokemuksensa jaetaan. Hoitajan tehtävänä on luottamuksen ja turvallisuuden välittäminen. (Noppi ym. 2007, 198 - 202.)

Auttavan hoitosuhteen syntymisen perusedellytys on hoitajan pyrkimys ymmärtää asiakasta. Hoitosuhteen onnistuminen vaatii hoitajalta herkkyyttä ja ammattitaitoa, jonka pohjana on hoitajan oma persoonallisuus ja itsetuntemus. Vuorovaikutuksen kautta hoitajalla on mahdollisuus auttaa asiakasta näkemään toivoa tilanteen muuttumisesta. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 175 - 179.)

Tärkeää on tukea asiakkaan itsearvostusta ja myönteistä minäkäsitystä läsnäololla, aktiivisella kuuntelulla, kannustuksella ja rohkaisulla (Lappalainen & Turpeinen 1998, 175 - 179). Hoitosuhteessa tärkeää on myös kokonaisvaltainen huolenpito. Potilasta tuetaan ihmissuhteisiin sekä autetaan elämänilon etsimisessä. Mielenterveyttä pyritään lisäämään kuulemalla, näkemällä, aistimalla, arvostamalla, hyvää tahtomalla ja läsnäololla. (Agge 2006a, 17 - 18.)

Masentuneen ihmisen hoidon tärkeimpiä asioita on toivon ylläpitäminen. Asiakkaan näkökulmasta auttavat yhteistyösuhteen elementtejä ovat kokemus avun saamisesta ja välittämisestä, arvostuksesta ja hyväksymisestä, kuulemisesta, kannustamisesta, turvautumisen mahdollisuudesta sekä voimavaroja vahvistavista kokemuksista. Tärkeää on pyrkiä vahvistamaan autettavan elämänhallintaa sekä vahvistaa sosiaalisia verkostoja. (Noppari ym. 2007, 202 - 207.)

”Hoitotyössä ei saa muodostaa ennakkoon käsitystä masentuneesta ja hänen ongelmistaan, vaan kärsivää ihmistä autetaan yksilö- ja tilannekohtaisesti ” tässä ja nyt” - hetkestä alkaen.” Tärkeää on muistaa, että hoidetaan potilasta eikä sairautta. Hän tarvitsee hyvän ja turvallisen hoitosuhteen, samoin säännölliset tapaamiset. (Välimäki ym. 2000, 52 - 55.) Riittävän pitkällä hoitosuhteella varmistetaan masennuksesta toipuminen sekä ehkäistään sen uusiutumista (Noppari ym. 2007, 209).

3.4 Asiakaslähtöisyys

Hoitotyön lähtökohtana on asiakaslähtöisyys, johon kuuluu työntekijän käsitys ihmisestä yksilönä sekä käsitys terveydestä, ympäristöstä ja hoitotyön toiminnoista. Näihin käsityksiin vaikuttavat kulttuuriset arvot, yhteiskuntarakenteet sekä sosiaaliseen tukeen sisältyvät vuorovaikutussuhteet. Asiakaslähtöinen työskentelytapa perustuu yhdenvertaisuuden, rehellisyyden ja jatkuvuuden turvaamiseen, ihmisen yksilölliseen huomioimiseen, kohtaamisen ainutkertaisuuteen ja dialogisuuteen. Lisäksi työtavassa korostuu aito välittäminen ja auttamisenhalu sekä työntekijän motivaatio. (Noppari ym. 2007, 32 - 33.)

Asiakaslähtöinen toiminta lähtee aina asiakkaasta itsestään ja hänen tarpeistaan. Tavoitteena on itsemääräämisoikeuden toteutuminen sekä omatoimisuuden vahvistaminen. Vuorovaikutussuhde perustuu yhteiseen sopimukseen, jolla on päämäärät ja tavoitteet, joihin työntekijä

tietoisesti pyrkii toiminnallaan ja vuorovaikutuksellaan. Työntekijältä vaaditaan herkkyyttä nähdä, kuulla ja kokea asiakkaan todellisuutta hänen kanssaan. Työntekijän pyrkimyksenä on ymmärtää tilanteen merkitys asiakkaalle. Tämä on mahdollista silloin, kun ihminen nähdään ainutkertaisena yksilönä, jolla on ainutlaatuinen elämäntarina, ja jonka sisäinen maailma on hoitotyön perusta. (Noppi ym. 2007, 34 - 36.)

3.5 Voimavarat

Voimavarat voidaan jakaa psyykkisiin, henkisiin ja fyysisiin voimavaroihin. Näiden lisäksi voimavaroja ovat myös sosiaaliset suhteet, palvelut ja yhteistyösuhde, mielekäs tekeminen, ympäristö ja talous. (Hokkanen, Häggman- Laitila & Eriksson 2006, 12 - 15.) Positiivinen mielenterveys on ihmisen merkittävä voimavara (Lavikainen ym. 2004, 13 - 16).

Voimavarojen käyttöönotto edellyttää niiden tunnistamista sekä asiakkaan omaa halua ja kykyä niiden käyttöönottoon. Voimavaroja voidaan tukea ja vahvistaa myös ulkopuolelta. Voimavarojen tunnistamisen ja tukemisen kannalta paras ympäristö on asiakkaan koti. (Hokkanen ym. 2006, 12 - 15.)

Voimavaroja voidaan tukea useilla eri menetelmillä. Voimavarakeskeisellä neuvonnalla hoitaja pyrkii vahvistamaan asiakkaan voimavaroja. Tämä edellyttää kykyä kuunnella, jolloin voimavarojen tunnistaminen mahdollistuu. Neuvonta kannustaa asiakasta aktiivisuuteen sekä edistää itsetuntemusta. Terveyttä edistävää käyttäytymistä voidaan tukea sosiaalisten ja hengellisten voimavarojen huomioinnilla. Elämönhallinnan tunteeseen voidaan vaikuttaa vähentämällä sairauden aiheuttamia fyysisiä rajoitteita siten, että apuvälineet ja asunnon muutostyöt tukevat kotona asumista. Läheiset ihmissuhteet tukevat kotona selviytymistä. Tämän vuoksi voimavarojen tukemisen kannalta merkityksellistä on läheisten ihmisten osallistuminen hoitoon. (Hokkanen ym. 2006, 17 - 18.)

3.6 Toivon ylläpitäminen

Toivo on ihmisen perusvoimavara, joka on yhteydessä terveyteen ja hyvinvointiin, mutta myös sairauteen ja kärsimykseen. Toivo on oleellinen osa ihmisen elämää. Sen määritelmässä kuvastuu positiivinen kuva tulevaisuudesta, luottamus sekä elämän tarkoituksellisuus. Toivon ylläpitäminen on hoitotyön perusarvoja ja näin oleellinen osa hoitotyötä. Toivoa vahvistamalla edistetään samalla myös terveyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 5.)

Sairaus ja kärsimys aiheuttavat epätoivoa ja toivottomuutta, joihin liittyy myös masentuneisuutta. Toivoa voidaankin kuvata sairastuneen ihmisen keskeisenä tarpeena, joka vaikuttaa sairauden sopeutumiseen sekä sen kanssa selviytymiseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 5 - 6.)

Masentuneet ihmiset kuvaavat toivoa elämää ylläpitävänä voimana, jota on vaikea hahmottaa ja sen määrä vaihtelee päivittäin. Toivon perustan he kuvaavat löytyvän omasta itsestään ja se ilmenee itsestä huolehtimisena, itsensä ymmärtämisenä ja hyväksymisenä. Toivon ilmeneeseen ovat yhteydessä mielekäs toiminta sekä toiset ihmiset. Onnistumisen kokemukset olivat eräs toivoa lisäävä tekijä. (Agge 2006b, 19.)

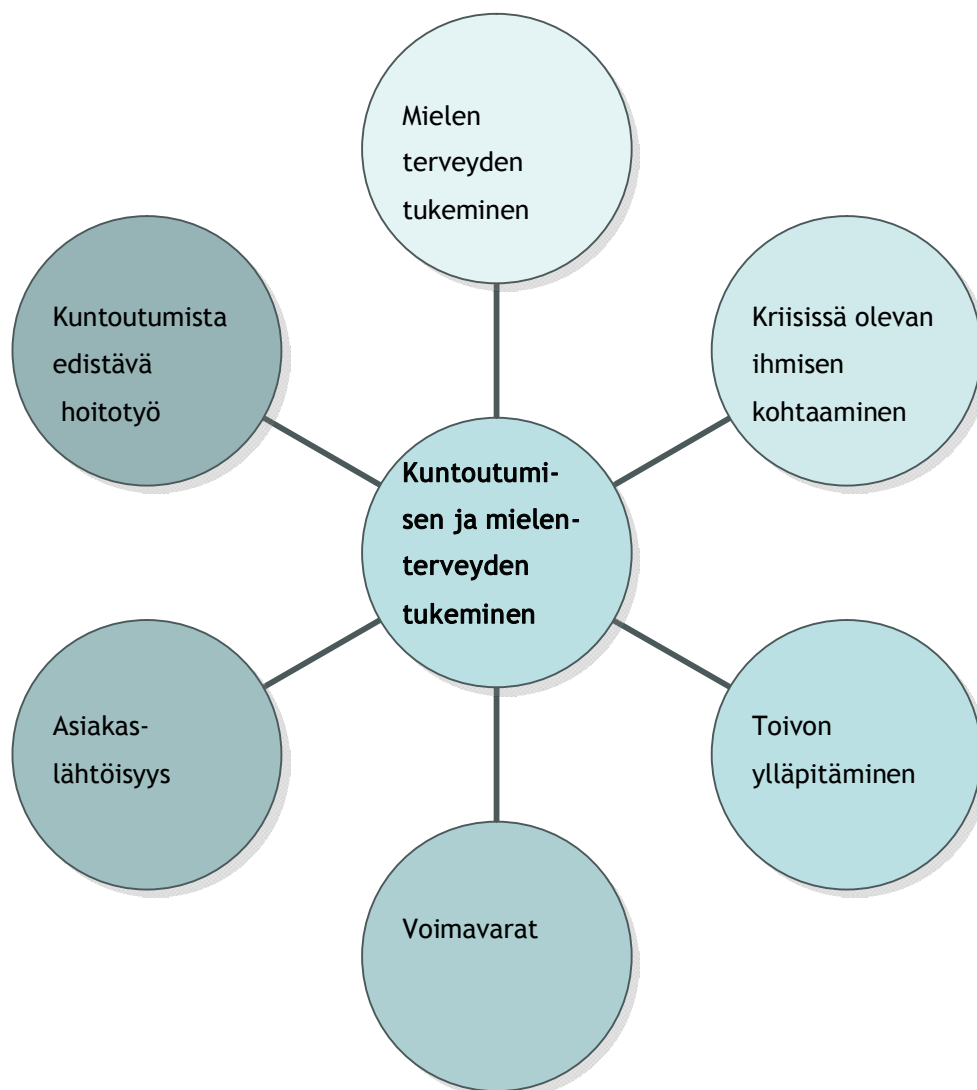
Keskeinen hoitotyön auttamismenetelmä masennuksen lievittämisessä on omahoitajasuhde, jonka avulla pyritään toivottomuuden vähenemiseen ja toivon ylläpitämiseen. Tämä mahdollistaa myös kriisin kohtaamisen, menetysten läpikäymisen ja helpottaa selviytymiskeinojen löytämistä. Hoitosuhteessa keskeisiä asioita ovat aito yhdessäolo ja todellinen välittäminen sekä elämäntarkoituksen, toivon, voiman ja mahdollisuuksien etsiminen ja löytyminen. (Kokkonen ym. 2004, 15 - 17.)

Toivon ylläpitäminen on hoitotyöntekijän tärkeä tehtävä (Välimäki ym. 2000, 52 - 55). Asiakaslähtöinen työskentelytapa on toivoa vahvistava menetelmä. Keskustelulla on toivoa vahvistava vaikutus. Tällaisen keskustelun ominaispiirteitä ovat aktiivinen kuunteleminen sekä hyväksyvä ja kunnioittava ilmapiiri. Keskustelun tärkeitä aiheita ovat asiakkaan tunteet, joka-päiväinen elämä ja sen toiminnot sekä hoidon tarjoamat mahdollisuudet. Pelkojen käsittely ja jakaminen ovat tärkeitä, sillä peloilla on toivoa heikentävä vaikutus. (Kohonen ym. 2007, 68 - 70.)

Sosiaalisten suhteiden tukeminen on tärkeää, sillä perheellä ja ystävillä on suurivaikutus asiakkaan toivoon. Myös vertaistuen mahdollisuus kannustaa ihmisten pariin sekä auttaa sairastunutta eteenpäin. (Kohonen ym. 2007, 70 - 71.)

Toivon ylläpitäminen edellyttää välillä sen etsimistä ja rakentamista sekä toivoa vahvistavien tekijöiden tunnistamista. Hoitavan henkilön omalla toiveikkuudella on myös vaikutus asiakkaan toivoon. Vaikka muistelu ja mielikuvitus ovat toivoa vahvistavia voimavaroja, tuetaan asiakasta elämään nykyisyydessä sekä suuntaamaan ajatuksensa tulevaisuuteen ja sen suunnitteluun. (Kohonen ym. 2007, 69 - 70.)

4 Toimintamalliehdotus kuntoutumisen ja mielenterveyden tukemiseksi



Kuntoutumisen ja mielenterveyden tukeminen sisältää kuusi osaluuetta, joita ovat kriisissä olevan ihmisen kohtaaminen, mielenterveyden tukeminen, kuntoutumista edistävä hoitotyö, asiakaslähtöisyys, voimavarat sekä toivon ylläpitäminen. Kriisissä oleva ihminen tarvitsee tietoa ja tukea. Tärkeää on kriisin ja sen herättämien ajatusten, tunteiden ja kysymysten läpikäyminen. Keskustelu tapahtuu kriisissä olevan ehdoilla. Kohtaamisessa on tärkeää välittää ymmärrystä ja empatiaa sekä turvallisuuden tunteen luominen ja rehellisyys. Kuntoutumista edistävän hoitotyön lähtökohtana ovat asiakkaan omat voimavarat ja halu kuntoutua. Kuntoutuminen edellyttää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kartoitusta. Työkentelyssä korostuvat yhdessä tekeminen, tiedon antaminen, ohjaus, arviointi ja havainnointi sekä omatoimisuuden tukeminen. Tärkeää on lisäksi psyykkisen tuen ja rohkaisun antaminen.

Kuntoutuminen edellyttää vastavuoroista ja luottamuksellista hoitosuhdetta. Mielen terveyden tukemiseen liittyy keskeisesti vuorovaikutus. Hoitotyössä pyritään tukemaan asiakkaan itsetuntoa, ongelmanratkaisutaitoja, stressinhallintakykyä ja elämänhallinnan tunnetta sekä ihmissuhteita. Hoitotyötä toteutetaan asiakaslähtöisesti, jolloin lähtökohtana on asiakas ja hänen tarpeensa. Asiakaslähtöisessä työtavassa korostuvat yhdenvertaisuus, rehellisyys, jatkuvuus ja dialogisuus sekä aito välittäminen ja auttamisen halu. Ihminen huomioidaan yksilöllisesti ja kohtaaminen on ainutkertainen. Pyrkimyksenä on omatoimisuuden vahvistaminen sekä itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Kuntoutumista ja mielen terveyttä tukeva hoitotyö huomioi asiakkaan omat voimavarat pyrkien niiden tukemiseen. Tavoitteena on tukea terveyttä edistävää käyttäytymistä, lisätä elämänhallinnan tunnetta sekä pyrkiä ylläpitämään läheisiä ihmissuhteita. Toivoa ylläpitäviä tekijöitä ovat omahoitajasuhde, asiakaslähtöisyys, keskustelu, mielekäs toiminta ja onnistumisen kokemukset. Läheisillä ihmissuhteilla on myös toivoa ylläpitävä vaikutus. Pelkojen käsittely ja niiden jakaminen on tärkeää, sillä pelot heikentävät toivon tunnetta.

5 Johtopäätökset

Aivoverenkiertohäiriöt ovat kasvava ongelma. Ne aiheutuvat usean tekijän yhteisvaikutuksesta, mutta riski sairastua kasvaa iän myötä. Nykyisen yhteiskunnan elämäntapa altistaa ja lisää aivoverenkiertohäiriöiden riskiä, joskin siihen vaikuttaa myös perinnöllinen alttius. Terveillä elämäntavoilla on mahdollista pienentää sairastumisen riskiä, jonka vuoksi ennaltaehkäisyyn ja tiedon antoon tulisi kiinnittää huomiota. Riittävä tiedonsaanti on tärkeää myös nopean hoitoon hakeutumisen kannalta, jolloin myös hoito voidaan aloittaa mahdollisimman pian. Parantuneiden hoitomahdollisuuksien myötä joudutaan myös kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen kiinnittämään entistä enemmän huomiota. Koska aivokudoksen vaurioituminen aiheuttaa fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin toimintoihin, on myös kuntoutuksen oltava kokonaisvaltaista, eikä keskittyä vain fyysiseen puoleen. Psykkinen ja sosiaalinen puoli ovat yhtä tärkeitä elämänlaadun paranemisen kannalta.

Käsitykset mielenterveydestä ovat muuttuneet vuosikymmenien aikana, kuitenkin se edelleen saa osakseen vähemmän huomiota kuin somaattinen terveys. Ihmisen kokonaisterveys koostuu kuitenkin kolmesta osa-alueesta sosiaalisesta, fyysisestä ja psyykkisestä, jonka vuoksi mielenterveys on perusteltua ottaa huomioon ihmisen kokonaishoidossa.

Kotihoidon tehtävänä on auttaa sairastunutta selviämään kotona asumisesta mahdollisimman omatoimisesti. Avun tarve lähtee asiakkaan tarpeista ja toimintakyvyn vajavuuksista. Kuten muussakin hoitotyössä on myös kotihoidossa kiinnitettävä huomiota asiakkaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin sekä mahdollisimman hyvään elämänlaatuun. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen asiakkaan omaisilla ja muulla sosiaalisella verkostolla on myös tärkeä osa kokonaishoidossa. Tämän vuoksi kuntoutumisessa tulisi huomioida asiakkaan lisäksi koko hänen lähiverkostonsa.

Opinnäytetyöprosessi alkoi vuonna 2006, jolloin se oli osana KEHKE ja AHJOKE projektia. Tuolloin tarkoituksena oli kartoittaa kotihoidon työntekijöiden käsityksiä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen mielenterveyden häiriöistä sekä niiden tukemisesta. Työn viivästyessä projekti ehti loppua, jonka vuoksi päädyttiin tekemään kirjallisuuskatsaukseen pohjautuva toimintamalli ehdotus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutumisen ja mielenterveyden tukemiseksi kotihoidossa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ajankohtaista tietoa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ihmisen ongelmista ja niihin vaikuttavista tekijöistä, huomioiden myös sairastuneen psyykkisen hyvinvoinnin. Kotihoidon osalta toimintamalli ehdotus käsitti kuntoutumisen edistämisen, psyykkisesti sairastuneen kohtaamisen ja tukemisen sekä mahdollisimman kokonais-

valtaisen asiakkaan auttamisen. Tämän tavoitteena on asiakkaan mahdollisimman hyvä kyky toimia itsenäisesti, omaa elämää halliten.

Kirjallisuuskatsaukseen perustuva toimintamalliehdotus jäi teorian tasolla, eikä sen toivuutta arvioitu työelämälähtöisesti. Opinnäytetyötä voisi laajentaa keräämällä kotihoidon työntekijöiltä palautetta toimintamallin käyttökelpoisuudesta sekä tarvittavia muutos/ lisäys ehdotuksia.

Henkilökohtainen oppimistavoitteeni liittyi teoreettisen työn lisäksi materiaalin kokoamiseen, sen jäsentelyyn ja pohtimiseen. Teorian kokoaminen oli haastavaa ja aikaa vievää sekä itseskuria vaativaa työtä. Välillä oli taukoja, jolloin työ ei tuntunut etenevän yhtään. Materiaalin jäsentely ja pohtiminen olivat aikaa vievää ja työnteko oli vaikea sovittaa omaan aikatauluun, jonka vuoksi työn aikataulu venyikin tavoitetta pidemmälle. Samoin aiheen muuttuminen työn myötä asetti haasteita aineiston rajaamisessa, jonka vuoksi jouduin karsimaan jo tehtyä työtä. Kokonaisuudessaan työ on antanut paljon tietoja ja valmiuksia kohdata aivoverenkiertohäiriöön sairastunut kokonaisvaltaisesti huomioimalla kaikki ihmisen olemisen puolet.

Yhteenvetona työstä kotihoidon työntekijöillä on tärkeä merkitys aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kokonaishoidossa, joka käsittää psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin huomioimisen. Kuntoutumisen ja mielenterveyden tukeminen sisältää kuusi osa- aluetta, joita ovat kriisissä olevan ihmisen kohtaaminen, mielenterveyden tukeminen, kuntoutumista edistävää hoitotyö, asiakaslähtöisyys, voimavarat sekä toivon ylläpitäminen. Työntekijöiden tärkeänä tehtävänä on toivon ylläpitäminen sekä auttaa sairastunutta mahdollisimman omatoimiseen selviytymiseen ja tyytyväisyyteen elämässään.

Lähteet

- Achte', K. 1992. Tukea antava psykoterapia. Porvoo: WSOY.
- Christensen, D. 1993. Elämä paremmaksi aivohalvauksen jälkeen. Helsinki: Valtion painatus keskus.
- Hirsjärvi, A., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2005. Sisätauti- kirurginen hoito ja hoitotyö. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Itkonen, T., Kiviharju- Rissanen, U., Tolkki, P & Valvanne, J. 2002. Kodin hoitoa vai hoitoa kotona. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Kuikka, P., Pulliainen, V. & Hänninen, R. 2001. Kliininen neuropsykologia. Porvoo: WSOY.
- Kyyrönen, K., Mäenpää, O. & Pohjavirta- Hietanen, A. 1992. Kliininen psykologia. Juva: WSOY.
- Lappalainen, T. & Turpeinen, A. 1998. Auttamistyö kotona. Tampere: Tammer- Paino Oy.
- Laurea- ammattikorkeakoulu. 2008. Laurea- ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeisto. Espoo.
- Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004: 17. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henricsson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2006. Psykiatria. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Miller, J. 1986. Coping with chronic illness overcoming powerlessness. Philadelphia: FA Davis Company.
- Mäkinen, E., Niinistö, L., Salminen, P. & Karjalainen, P. 1998. Kotihoito. Porvoo: WSOY.
- Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Purola, H. 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Oulu: Oulun yliopisto.
- Pyysalo, S. & Suominen, T. 1998. Haavoitetaanko aivohalvauspotilaita? Potilaat kertovat kokemuksistaan ja niiden vaikutuksesta elämäänsä. Turku: Turun yliopisto.
- Salo, O. & Tuunainen, K. 1996. Da Capo- alusta uudelleen. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Suikkanen, A., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Kallanranta, T., Piirainen, K., Repo, M. & Wikström, J. 1995. Kuntoutuksen ulottuvuudet. Juva: WSOY.
- Tossavainen, A. 1995. Kohti asiakaslähtöistä kuntoutusta. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2005. Sisätaudit. Helsinki: WSOY.
- Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY.

Artikkelit:

Agge, E. 2006a. Herättele, kylvä, tartuta ja vaali mielenterveyttä. *Sairaanhoitaja* 5/2006, 17 - 18.

Agge, E. 2006b. Masentuneen potilaan toivo - miten tukea sitä hoitotyössä? *Sairaanhoitaja* 5/2006, 19 - 20.

Arve, S., Haapaniemi, H. & Routasalo, P. 2006. Sairaanhoitajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä. *Hoitotiede* 18 (4)/2006, 197 - 207.

Hokkanen, H., Häggman- Laitila, A. & Eriksson, E. 2006. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat ja niiden tukeminen - katsaus tutkimuskirjallisuuteen. *Gerontologia* 1/2006, 12 - 20.

Hägg, T. 2007. Kuntoutumista edistävän työtavan kehittäminen Vantaan kotihoidossa. *Sairaanhoitaja* 3/2007, 30 - 33.

Kaila, A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä - metasynteesi. *Hoitotiede* 21 (1)/2009, 3 - 12.

Kauppi, M. 2007. Suurin osa aivoinfarkteista olisi ehkäistävissä mutta sairastumisestakin toipuu. *Sairaanhoitaja* 1/2007, 31 - 33.

Kohonen, M., Kylmä, J., Juvakka, T. & Pietilä, Anna- Maija. 2007. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät - metasynteesi. *Hoitotiede* Vol. 19, 2/2007, 63 - 73.

Kokkonen, M., Rissanen, S., Kylmä, J., Miettinen, S & Pelkonen, M. 2004. Toivottomuus ja omahoitajasuhde masentuneen potilaan arvioimana sairaalahoidon aikana. *Hoitotiede* Vol. 16, 1/2004, 14 - 22.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Toivo hoitotyössä ja hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena. *Tutkiva hoitotyö* 5 (4)/2007, 4 - 7.

Paasivaara, L. 2004. Kotihoito hoitotieteellisten opinnäytetöiden perusteella. *Tutkiva Hoitotyö* 2 (1)/2004, 29 - 33.

Pohjasvaara, T., Vataja, R., Leppävuori, A. & Erkinjuntti, T. 2001. Aivoverenkierron häiriöiden jälkeinen depressio. *Duodecim* 117, 397 - 404.

Pohjasvaara, T., Ylikoski, P., Hietanen, M., Kalska, H. & Erkinjuntti, T. 2002. Aivoverenkierron häiriöiden jälkeiset kognitiiviset häiriöt. *Duodecim* 118, 593 - 599.

Sähköiset lähteet:

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt eli AVH. Viitattu 28.3.2008. <http://www.stroke.fi/index.phtml?s=31>

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2008. Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijät. Viitattu 28.3.2008. <http://www.stroke.fi/index.phtml?s=32>

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2008. Aivoverenkiertohäiriöön viittaavia oireita. Viitattu 28.3.2008. <http://www.stroke.fi/index.phtml?s=33>

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2008. Nopeus on aivojesi pelastus. Viitattu 28.3.2008.
<http://www.stroke.fi/index.phtml?s=34>

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2008. Kuntoutus on pitkäaikainen prosessi. Viitattu 28.3.2008.
<http://www.stroke.fi/index.phtml?s=35>

Duodecim. 2008. Neurologisen potilaan hoito. Viitattu 10.3.2008.
http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=shk

Merivuori, H. & Valkeapää, P. 2002. Hoito- ohjelmat: Hoitoketju aivoverenkiertohäiriöissä. HUS- Lohja. Viitattu 8.3.2008.
<http://www.terveysportti.fi>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim/Käypä hoito. 2005. Aivoinfarktin trombolyyssihoito. Viitattu 16.2.2009.
http://www.kaypahoito.fi/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=shp00590

Suomen Afasiasäätiö: Afasia- ja aivohalvausyhdistys. 2007. Afasiasta lyhyesti. Viitattu 7.5.2007.
<http://www.aivohalvaus.net>

Tampereen kaupunki. 2007. Viitattu 7.5.2007.
<http://info2.info.tampere.fi/eta/avh/>

