

Elsa Kavaluus & Jenni Mäenpää

KUN SANOJA EI TULE – KIRJALLINEN OHJE AFASIAA SAIRASTAVAN OMAISILLE AFAATIKON PUHEEN KUNTOUTTAMISEN TUKEMISEEN

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Lokakuu 2017**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Lokakuu 2017	Tekijä/tekijät Elsa Kavaluus & Jenni Mäenpää
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn nimi KUN SANOJA EI TULE – KIRJALLINEN OHJE AFAASIA SAIRASTAVAN OMAISILLE AFAATIKON PUHEEN KUNTOUTTAMISEN TUKEMISEEN		
Työn ohjaaja Ulla Timlin yliopettaja ja Kirsi Ahonen	Sivumäärä 40	
Työelämäohjaaja Miia Okkonen-Mäkelä osastonhoitaja		
<p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen ohje afaatikon puheen kuntouttamisen tukemiseen afaatikkojen omaisille. Tavoitteena oli motivoida omaisia tukemaan afaatikon puheen tuottamista sekä ymmärtämistä, ja näin ollen saada omaisia mukaan sairastuneen kuntoutukseen. Omaisat voisivat omalta osaltaan kehittää sairastuneen puheen tuottoa ja ymmärtämistä. Kirjallisen ohjeen oli tarkoitus tulla Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystyö- kuntayhtymä Soiten neurologian osaston käyttöön.</p> <p>Halusimme toteuttaa työmme tuotekehittelyprojektina, koska näin saisimme omaisille kotiin annettavaksi kirjallisen ohjeen josta löytyisi tietoa puheen kuntouttamisesta kotona. Kirjallisen ohjeen työstämisessä hyödynsimme Jämsän ja Mannisen (2000) osaamisen tuotteistamisen prosessin mallia ja projektin vaiheita. Näiden vaiheiden mukaisesti toteutimme projektimme. Projektin vaiheet etenivät seuraavasti: kehittämistarpeen tunnistaminen, ideavaihe, luonnosteluvaihe, kehittäminen ja viimeistelyvaihe. Ohjelehtinen toteutettiin yhteistyössä työelämäohjaajien kanssa ja heiltä saatujen ideoiden sekä toiveiden pohjalta.</p> <p>Tuotekehittelyprojektin lopputuloksena syntyi kirjallinen ohje, jossa on tietoa afasiasta, ohjeita afaatikon kanssa kommunikointiin ja ohjeita puheen kuntoutukseen kotona. Tuotteen ulkoasu on tehty yhteistyössä Keski-Pohjanmaan keskussairaalan viestintäsihteerin kanssa. Opinnäytetyön teoriaosuus sisältää tietoa yleisimmistä afasian aiheuttajista, eli aivoverenkiertohäiriöistä sekä afasiasta, afasian kanssa elämisestä ja siihen liittyvistä asioista.</p>		
Asiasanat Afasia, kuntoutus, tuotekehittelyprojekti, ohjaus, kirjallinen ohje, omaiset.		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date October 2017	Author Elsa Kavaluus & Jenni Mäenpää
Degree programme Nursing		
Name of thesis WHEN WORDS WON'T COME - WRITTEN INSTRUCTION FOR RELATIVES OF A PERSON WITH AFASIA TO SUPPORT THE REHAB OF SPEAKING.		
Instructor Ulla Timlin teacher and Kirsi Ahonen	Pages 40	
Supervisor Miia Okkonen-Mäkelä wards nurse		
<p>This thesis's purpose was to develop written instruction to support the rehab of speaking for the relatives of person with aphasia. Thesis aim was to motivate the relatives to support the family member who has aphasia to produce speech and to understand it and to get the relatives to take part in the rehab. In this way the relatives would do their part in developing the speech of the person with aphasia and getting them understand the speech. We wanted to do our thesis as product development project. Because in this way we can give concretely written instruction to the relatives homes where there would be information about the aphasia and how to rehab the speaking at home. Written instruction was meant to be used for Central Ostrobothnia hospital's neurological ward.</p> <p>We used the book of Jämsä & Manninen about how product development projects process goes and we did our own project based on that information. The phases proceeded as follows: to recognize the need of development, idea phase, draft phase, developing phase and finishing phase. Written instruction was developed in collaboration with our steering group and the ideas and wishes what we got from them.</p> <p>The project's final result was written instruction which has information on aphasia, instruction on how to communicate with people who have aphasia and instructions to rehab the speaking at home. The layout was done by collaboration with the communication secretary of Ostrobothnia Central hospital. The theory part of thesis has included the knowledge of the most common causes of aphasia, which are cerebrovascular accidents. We also told about aphasia in general and how to live with aphasia.</p>		

<p>Key words Aphasia, rehabilitation, product development, control, written instruction, relatives.</p>
--

KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY

Aneurysma = verisuonen seinämän heikkoon kohtaan tullut pullistuma

Sav = aivokalvon alainen verenvuoto. (subaknoidaali vuoto)

ICH = aivoaineeseen vuotanut verenvuoto.

TIA = Ohimenevä aivoverenkiertohäiriö.

AVH = aivoverenkiertohäiriö

Afaatikko = Afasiaa sairastava henkilö

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ ABSTRACT KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
1 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT	3
2.1 Yleisyys ja riskitekijät	5
2.2 Aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutus	6
3 AFASIA	7
3.1 Afasian toteaminen	8
3.2 Afasian kuntoutus	9
4 AFASIAN VAIKUTUS ELÄMÄÄN	12
4.1 Afasian sairastuminen on ihmiselle kriisi	12
4.2 Afasian vaikutus arkeen	13
4.3 Omaiset ja afasia	15
4.4 Kommunikointi afaatikon kanssa	16
5 KIRJALLINEN OHJE.....	18
6 TUOTEKEHITTELYPROJEKTIN TOTEUTTAMINEN.....	19
6.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö.....	19
6.2 Yleistä tuotekehittelyprojektista	20
6.2.1 Ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen.....	20
6.2.2 Ideavaihe.....	22
6.2.4 Tuotteen kehittäminen	25
6.2.5 Tuotteen viimeistely	29
6.3 Tekijänoikeudet.....	32
6.4 Oma ammatillinen kasvu	33
7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	34
LÄHTEET	37

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen ohje afaatikon puheen kuntouttamisen tukemiseen afaatikkojen omaisille. Tavoitteena oli motivoida omaisia tukemaan afaatikon puheen tuottamista sekä ymmärtämistä, ja näin ollen saada omaisia mukaan sairastuneen kuntoutukseen. Omaiset voisivat ohjeen avulla kehittää sairastuneen puheen tuottoa ja ymmärtämistä. Opinnäytetyönämme on tuotekehittelyprojekti, joka sisältää kirjallisen ohjeen afasian sairastuneen omaiselle puheen kuntoutuksen tukemiseksi. Teimme opinnäytetyömme yhteistyössä Keski-Pohjanmaan peruspalvelukuntayhtymä Soiten neurologisen osaston kanssa.

Vuosittain 25 000 suomalaista sairastaa aivoverenkiertohäiriön. Aivoverenkiertohäiriöitä (AVH) ovat aivoinfarkti eli tukos aivojen verisuonissa, aivoverenvuoto, jolloin suonesta pääsee verta suonten ulkopuolelle aivokudokseen tai TIA joka on tilapäinen ohimenevä häiriö. Puolelle AVH-potilaista jää pysyviä haittoja, ja osalle heistä haitat jäävät vaikeasteiseksi. Täysin oireettomaksi toipuu vain joka neljännes sairastuneista. (Käypä hoito-suositus 2016.)

Aivoverenkiertohäiriöiden alkuhoitojen jälkeen on tärkeää saada monipuolista kuntoutusta. Kuitenkin vain kymmenen prosenttia saa tarvitsemansa määrän kuntoutusta, kun 45 prosenttia tarvitsisi sitä enemmän. (Koskinen 2015.) Afasia on yksi mahdollisista vammoista, joita sairaus voi tuoda mukanaan. Afasia on puheen tuoton häiriö, jossa potilaalla voi puheen tuotto puuttua kokonaan, esiintyä sanojen löytämisen hankaluutena tai olla epäselvää ja potilas voi puhua väärillä sanoilla. (Käypä hoito-suositus 2016.)

Aivoverenkiertohäiriöön ja afasiaan sairastuminen vaikuttaa monella osa-alueella niin potilaaseen kuin omaiseenkin. Sairastuminen voi tuoda muutoksia niin puheeseen, lukemiseen kuin puheen ymmärtämiseenkin, fyysisistä muutoksista puhumattakaan. Kommunikoinnin vaikeus ystävien, perheen, läheisten sekä asiointi-ihmisten kanssa voi vaikeuttaa normaalia arkea huomattavasti. Lukemisen, laskemisen sekä rahankäytön mahdolliset ongelmat tuovat lisähaasteita arkeen kommunikoinnin rinnalle. Afasiaan sairastunut henkilö tarvitsee monenlaista tukea omaisilta ja ystäviltä. Tämän vuoksi myös omaiset ja ystävät tarvitsevat tietoa afasiasta sekä siitä, kuinka afaatikon kanssa tulisi kommunikoida.

Afasiaan sairastuu maassamme noin 6 000 henkilöä vuodessa aivohalvauksen ja aivovamman seurauksena (Lehtihalmes & Korpijaakko-Huuhka 2010, 277–278). Puheterapia on apuna puheen kuntoutuksessa (Käypä hoito-suositus 2016). Puheterapiassa käyvistä aikuisista suurimmalla osalla käynnin syynä on afasia (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 226). Tutkimuksissa on todettu, että kuntoutuksella saatu hyöty on pysyvää. Mikäli ihminen oppii puhumaan paremmin, hän saa enemmän voimaa ja pystyy paremmin hahmottamaan asioita, ja näin ollen afaatikko pärjää kuntoutuessaan paremmin omillaan (Koskinen 2015).

Tehokkainta aikaa kuntoutukselle ovat ensimmäiset kuukaudet sairastumisen jälkeen, etenkin heti alkuvaiheen kuntoutus on erityisen merkittävää. Valitettavasti Suomessa kysyntää puheterapialle on enemmän kuin tarjontaa, ja pääkaupunkiseudun ulkopuolella puheterapian jonotusajat voivat olla jopa yli vuoden. (Korpilahti, Aaltonen & Laine 2010, 318; Hautamäki 2017.) Kirjallisen ohjeen avulla puheen kuntoutus voitaisiin aloittaa nopeasti sairastumisen jälkeen kotona, ja näin ollen voitaisiin parantaa afasiasta kuntoutumista.

Kirjallinen ohje tarjoaa omaisille luotettavaan teoriaan pohjautuvaa tietoa ja ideoita, minkä avulla omaisen tukisi puheen kuntoutusta sekä puheen ymmärtämistä. Kirjallisen ohjeen avulla voidaan tehostaa kuntoutusta sekä luoda parempi kommunikointi omaisen ja afaatikon välille. Kirjallisessa ohjeessa olemme avanneet, mikä afasia on. Kirjoitimme myös ohjeita, kuinka kommunikointitilanteessa käyttäytymällä kyetään tukemaan afaatikon puhetta. Kirjallisessa ohjeessa on konkreettisia esimerkkejä siitä, millä tavoin omaisen kotonaan voi tukea puheen kuntoutusta ja puheen ymmärtämistä. Kirjallinen ohje aktivoi omaista tukemaan kuntoutusta ja tätä myöten aktivoi myös afaatikkoa. Tällä kirjallisella ohjeella pyrimme tukemaan sosiaalista toimintakykyä ja afasian kanssa pärjäämistä arjessa.

Kirjallista ohjetta tehdessämme teimme yhteistyötä neurologisen osaston osastonhoitajan, hoitajan, puheterapeutin ja neurologin kanssa. Näin saimme asiaan perehtyneiltä ammattilaisilta tietoa, jotta saimme kirjalliseen ohjeeseen kaiken tarvittavan. Lisäksi esitestasimme kirjallisen ohjeemme omaisilla, jotta saimme tietoon mitä omaiset toivoisivat kirjalliselta ohjeelta, ja mitä heidän mielestään sen olisi tärkeä sisältää. Kirjallisessa ohjeessamme halusimme myös muistuttaa omaisia siitä, että varsinainen kuntoutus kuuluu alan ammattilaisille, eikä omaisten tule sillä liikaa kuormittaa jo raskasta elämäntilannetta.

1 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖT

Vuosittain 25 000 suomalaista sairastaa aivoverenkiertohäiriön (Käypä hoito-suositus 2016). Aivoverenkiertohäiriöihin kuuluvat aivoinfarkti, aivoverenvuoto sekä TIA-kohtaus eli ohimenevä aivoverenkiertohäiriö. Aivoinfarkteja esiintyy näistä eniten. (Laakso 2015.) Aivoinfarkti on sairaus, jossa valtimo tukkeutuu äkillisesti. Syynä valtimon tukkeutumiselle on verenkierrossa oleva hyytymä, jolloin valtimon alueella oleva aivokudos jää ilman happea ja verenkiertoa. Tämän seurauksena paikallinen osa aivokudoksesta menee kuolioon. (Forsbom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 27 - 29.)

Aivoinfarktin oireet tulevat usein yllättäen. Oireet ovat raajojen tunnottomuus ja voimattomuus, puhe- ja näköhäiriöt sekä suupielen roikkuminen. Yleensä aivoinfarktin saanut henkilö on tajuisaan, mutta ei välttämättä huomaa itse itsessään mitään oireita. Oireet ovat voineet kehittyä huippuunsa jo muutamissa minuuteissa tai tunneissa. Hoitoon pitää päästä mahdollisimman nopeasti. Sairaalahoidossa infarkti on mahdollista liuottaa tietyillä kriteereillä. (Tarnanen, Lindsberg, Sairanen & Vuorela 2011.) Liuotushoito aloitetaan, jos oireiden alkamisesta on kulunut enintään neljä ja puoli tuntia. Liuotuksen hyöty vähenee mitä kauemmin liuottamisen aloitus kestää. Liuotushoidosta on todennäköistä hyötyä tilanteeseen, joka vaatii aina aivojen kuvantamisen muiden syiden poissulkemiseksi kuten aivokasvaimet. Vasta-aiheita liuottamiseen on oireiden alkamisajankohdan epäselvyys, kallonsisäinen verenvuoto, lisääntynyt vuotoalttius, aiemmat aivoverenvuodot tai äskettäin tehdyt suuret kirurgiset toimenpiteet. (Käypä hoito suositus 2016.)

Ohimenevä aivoverenkierronhäiriö on TIA, joka on lyhenne englanninkielisistä sanoista Transient Ischemic Attack. Oireet ovat samantyylliset kuin aivoinfarktissa, mutta menevät ohi viimeistään 24 tunnin kuluessa. Useimmilla tapauksista oireet kuitenkin häviävät alle tunnissa. Vaikka oireet ovatkin ohimeneviä, on kohtaus syytä ottaa tosissaan ja hakeutua lääkäriin. Melkein jopa yksi kymmenestä TIA-kohtauksen saaneesta henkilöstä saa viikon sisällä aivohalvauksen. (Atula 2015c.)

Aivoverenvuoto eroaa aivoinfarktista siinä, että verenvuodossa suoni repeää ja infarktissa suoni tukkeutuu (Laakso 2015). Aivoverenvuoto voidaan jakaa kahteen eri osaan sen sijainnista riippuen. Kun aivovaltimo repeää tai vuotaa aivokudoksen ulkopuolella olevasta valtimon

pullistumasta, se on nimeltään SAV-vuoto, joka on lyhenne subraknoidaalivuodosta. Valtimo voi myös revetä tai vuotaa aivokudoksen sisällä, jolloin sitä kutsutaan ICH-vuodoksi, lyhenne tulee sanasta intracerebraalinen hemorragia. (Forsbom ym. 2001, 27 - 29.)

ICH-vuodossa vuotaneen suonien alueella verenkierto vähenee, jolloin alueen aivokudoksen hapen saanti myös vähenee. Aivokudoksessa verenpurkauma aiheuttaa myös painetta ympäröivään aivoalueeseen, joka aiheuttaa alueen hermokudoksen toiminnan häiriintymisen. ICH-vuodossa potilas voi tuntea pään sisällä tapahtuneen jotain outoa. Jotkut potilaat kuulevat pään sisällä eräänlaisen napsahduksen/risauksen, ja jotkut tuntevat myös vuotamisen ja valumisen. Päänsärky ja oksentelu ovat myös yleistä aivoverenvuodossa. Vuodon sijainnista ja suuruudesta riippuu tajunnanhäiriön aste. Aivoverenvuodon yksi havaittava oire voi olla kehon toisen puolen halvaus, ja laajassa vuodossa henkilön katse on kääntynyt vauriokohtaan päin, usein myös mustuaiset pienenevät. Hengitys voi olla kiihtynyttä ja jaksottaista. (Juntura & Kurvi 2008, 18-22.)

Aivokudoksen ulkopuolella olevan valtimon heikko kohta on syynä SAV-vuodolle. Valtimon sisällä on aina kova paine ja seinämän heikkoon kohtaan voi muodostua pullistuma eli aneurysma. Aneurysmia voi olla ihmisellä läpi koko elämän niin, etteivät ne aiheuta oireita. On mahdotonta ennustaa milloin tai kenellä pullistumat puhkeavat. Puhjetessaan veri leviää aivokalvon alle. Arviolta 100 000 suomalaisella on pieni pullistuma aivovaltimossaan, mutta valtaosalla tämä ei kuitenkaan ikinä aiheuta minkäänlaisia oireita. (Mustajoki 2015.) SAV-vuodon oireet alkavat normaalisti todella äkillisesti. Päänsärky on vuodon tärkein oire, särky on yleisimmin pahinta takaraivossa ja niskassa. Yleensä potilaat osaavat sanoa alkamisajan tarkasti, koska kipua alkaa niin äkillisesti. Potilaat myös usein kuvaavat kipua kauheimmaksi mitä ikinä ovat kokeneet. Niskajäykkyys, oksentelu, pahoinvointi ja lievä kuume ovat päänsärlyn lisäksi oireista tavallisimpia. Joissakin tapauksissa potilas menettää tajuntansa, mutta tämä palautuu usein nopeasti lähituntien aikana. Mikäli vuoto on raju, johtaa se syvään tajuttomuuteen ja potilaan ennuste selvitä on huono. Hengityksen muututtua pinnalliseksi ja epäsäännölliseksi, kallonsisäinen paine on lisääntynyt ja tilanne on vakava. (Juntura & Kurvi 2008, 18 - 22.)

Aivoinfarktin, subraknoidaalivuodon (SAV) ja ICH-vuodon erottaminen tapahtuu vasta sairaalassa. Erotus tapahtuu oireiden, sen hetkisen tilanteen, esitietojen, aivo-selkäydinnestetutkimuksen ja viimeistään tietokonetomografian eli TT-tutkimuksen avulla. Diagnoosin varmistuttua verenvuodoksi vuotokohta selvitetään verisuonten varjoainekuvauksella eli angiografialla.

(Juntura & Kurvi 2008, 18 - 22.) Vaurion sijainnin voi päätellä toiminnallisista oireista. Vasemman aivolohkon vauriot aiheuttavat kielellisiä häiriötä, esineiden tunnistamisen vaikeutta sekä tahdonalaisten toimintojen vaikeutumista. Vasemman puolen vaurioissa voi halvaantua oikea puoli vartalosta ja oikean aivopuoliskon vaurioissa taas voi halvaantua vasen puoli vartalosta. Oikean aivopuoliskon vauriot aiheuttavat halvaantuneen puolen huomioimisvaikeutta, mielialojen vaihtelua sekä havainnoinnin häiriöitä. Eri aivolohkoissa tapahtuneet vauriot aiheuttavat myös omanlaisiaan oireita. Esimerkiksi pikkuaivoihin tullut vaurio aiheuttaa tämän lohkon ominaisuuksille, hienomotoriikkaoireita. (Forsbom ym. 2001, 31.)

2.1 Yleisyys ja riskitekijät

Aivoverenkierronhäiriöt ovat sydänkohtauksien ja syövän jälkeen suomalaisten yleisin kuolinsyy. Aivoverenkierronhäiriöihin sairastuu suomalaisista yksi kuudesta ja joka neljäs heistä on vielä työkäinen. Aivoverenkierronhäiriöt ovat myös yleisin syy aikuisten pysyviin vammautumisiin. Aivoverenkiertohäiriöitä aiheutuu noin 15 000 henkilölle vuosittain Suomessa ja heistä menehtyy noin 3 000. Vain 25 % sairastuneista toipuu täysin normaaliksi, 15 % jää täysin laitoshoidon ja lopuille jää eriasteisia pysyviä vammoja. Riskitekijöitä ovat tupakointi, lihavuus, kohonnut verenpaine, diabetes, vähäinen liikunta, hormonikorvaushoidot, runsas alkoholin ja huumeiden käyttö. (Huhtakangas 2014.) Näiden lisäksi riskitekijöitä ovat sydänsairaudet, veren sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, perintötekijät sekä korkea ikä (Käypä hoitosuositus 2011).

Aivoverenkierronhäiriöitä voi näin ollen itse ehkäistä, joten kannattaa hoitaa esimerkiksi omaa kohonnutta verenpainetta. Verenpaine tavoitteisiin pyritään elintavoilla, mutta usein myös lääkitystä tarvitaan tavoitearvojen saamiseksi. (Kauppi 2014.) Kohonneesta verenpaineesta puhutaan silloin, kun yläarvo on 140 tai ala-arvo yli 90 tai näitä korkeampi (Mustajoki 2017). Korkea kolesteroli lisää myös aivoverenkiertohäiriöiden vaaraa ja tavoitteena pidetään, että LDL-kolesteroli on alle 3 mmol/l ja kokonaiskolesteroli alle 5 mmol/l. Näihinkin pätevät terveelliset elämäntavat, mutta löytyy myös lääkehoitoa. Nämä eivät yksistään takaa, ettei aivoverenkiertohäiriöitä tulisi, mutta ovat osa riskitekijöistä, jolloin ne olisi hyvä hoitaa. (Kauppi 2014.)

2.2 Aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutus

Aivoverenkiertohäiriöitä eli aivoinfarkteja ja aivoverenvuotoja ei pysty hoitamaan omin päin, vaan oireiden ilmaantuessa on aina hakeuduttava sairaalahoitoon mahdollisimman pian. Aivo- halvauksiin liittyy usein monia häiriöitä ja sen vuoksi tarvitaan monenlaista kuntoutusta. (Atula 2015b.) Kuntoutumisen perusta on aivojen muovautuvuus eli plastisuus. Kaikki ihmisen muisti, käyttäytyminen ja oppiminen perustuvat hermoverkkojen toimintaan ja niiden muovautuvuuteen. Opetellessa ja harjoitellessa aktiivisesti syntyy uusia hermoratoja. Tämän toiminnan täytyy kuitenkin olla tavoitteellista, koska vain silloin hermoradat kasvavat odotusten mukaisesti. Ilman tavoitteita, pelkällä sattumanvaraisella harjoittelulla, hermoradat kasvavat vain sattumanvaraisesti. Tavoitteellinen kuntoutus oikein ajoitettuna luo perustan edistää aivojen plastisuutta sekä opettaa muovautuvalle hermoverkolle korvattavat toiminnot. Kuntoutuminen on vain aivojen muovattavuuden vuoksi mahdollista. (Lindstam & Ylinen 2012, 32.)

Aivot itse tuottavat kemiallisia aineita, jotka edistävät solujen kasvua, myös vaurioituneiden solujen. Kuntoutuksen tavoitteena on edistää vaurioituneiden solujen kasvua ja maksimoida toipumista. Kuntoutumisella sekä oppimisen perusmekanismeilla on yhteyksiä, plastisuus perustuu synapsien toiminnallisiin muutoksiin. Kuntoutuksen tavoitteena on antaa tukea vammautuneelle tilanteeseen sopeutumiseen ja työ- sekä toimintakyvyn palauttamiseen. (Lindstam & Ylinen 2012, 86.)

Kuntoutukseen osallistuvat eri alojen ammattilaiset. Hoitoalan ammattilaiset pyrkivät kuntouttamaan potilaan vointia sairaalassaoloaikana, toimintaterapeutti keskittyy käsien toimintaan sekä yleiseen arkipäivän toimintaan, ja fysioterapeutti harjoittaa lihasten ja raajojen toimintaa, sekä tasapainoa. Puheterapeutti taas auttaa puheen kuntoutuksessa, muun muassa puheen tuoton ja sen ymmärtämisen kuntoutuksessa. Mikäli sairastuminen on tuonut ongelmia muistin kanssa tai ajatustoiminnan- tai tarkkaavaisuuden häiriöitä, toimii avun ammattilaisena neuropsykologi. (Atula 2015b.)

3 AFASIA

Afasiolla tarkoitetaan aivovaurion aiheuttamaa puheen ymmärtämisen ja puheen tuottamisen häiriötä. Afasia ilmenee erilaisina vaikeusasteina ja erilaisten oireiden yhdistelminä hyvin yksilöllisesti. Sen vaikeusasteet voidaan jakaa kolmeen: lievä, keskivaikea ja vaikea. Afasian oireita ovat puheen tuottamisen ja puheen ymmärtämisen vaikeudet, sekä niiden lisäksi lukemisen, kirjoittamisen ja laskemisen häiriöt. (Soinila, Kaste & Somer 2006, 119.)

Mikä tahansa vaurio tai sairaus, joka on kielellisen toimintaan keskittyneen aivoalueen alueella, voi aiheuttaa afasiaa. Afasia voi syntyä esimerkiksi neurologisen sairauden, dementian, aivovamman tai aivokasvaimen yhteydessä. (Aro-Pulliainen 2013.) Puheen ymmärtäminen, puhuminen, kirjoittaminen ja lukeminen voivat häiriintyä, riippuen vaurion sijainnista sekä laajuudesta (Lindstam & Ylinen 2012, 109). Yleisin afasian aiheuttaja on kuitenkin aivoverenkierto-häiriöt vasemman aivopuoliskon alueella (Aro-Pulliainen 2013).

Suurimmalla osalla ihmisistä kielellisistä toiminnoista aivoissa vastaa vasen aivopuolisko, mutta myös oikea aivopuolisko osallistuu kielelliseen toimintaan. Puheen tuottaminen keskittyy aivojen vasemmalle puoliskolle, kun taas puheen ymmärtämisen alueet ovat sekä oikealla että vasemmalla aivopuoliskolla. Puheen tuottaminen ja ymmärtäminen yhdistyvät toisiinsa vasemmassa aivolohkossa. (Aro-Pulliainen 2013, 3 - 4.)

Afasian vaikeusaste ja tyyppi riippuvat aivovaurion sijainnista ja laajuudesta (Lehtihalmes & Klippi 2015, 54). Toisilla afasia voi ilmetä vain sanojen löytämisen hitautena, kun taas joillakin puhekyky ja puheen ymmärtäminen voi puuttua kokonaan (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 227). Afaatikolla on samat tunteet, mielipiteet sekä ajatukset kuin hänellä oli ennen sairastumistakin, mutta hän ei saa tuotetuksi niitä ulos niin kuin ne ovat ajatuksissa (Aro-Pulliainen 2016, 11).

Afasia ilmenee vaikeutena ilmaista itseään sekä ymmärtää toisia. Puheen tuottamisen vaikeuden huomaa helpoiten afaatikon sanojen löytämisen vaikeudesta, tämä on yleisin afasian oire. Afaattisen henkilön puhe voi olla epäkieliopillista sekä sujumatonta, sekä siinä on käytössä usein sanojen perusmuotoja. Puheessa on myös taukoja sanojen löytämisen vuoksi. Afaatikon on vaikea ilmaista tarpeitaan tai ajatuksiaan. Afaatikolla on oikea sana mielessään, mutta hän

ei saa sitä tuotettua ulos niin kuin se mielessä on. Esimerkiksi afaatikko voi tarkoittaa ”kyllä”, mutta sanoo ”ei”, tai sana voi olla aivan jokin muu kuin ajatuksissa oleva sana. (Laakso 2011, 32, 34; Aro- Pulliainen 2013, 6 - 7; Atula 2015a.)

Afasiassa puheen ymmärtäminen on melkein aina häiriintynyt jonkin asteisesti. Tuttujen juttujen ja asioiden ymmärtäminen on helpompaa afaatikolle. (Hoffström 2014, 16.) Puheen ymmärtämisen ollessa häiriintynyt keskustelu ja ymmärtäminen voi tuntua hankalalta esimerkiksi puhelimesta tai isommassa joukossa (Aro-Pulliainen 2013, 5).

Afasia voidaan luokitella sujuvaan ja sujumattomaan afasiaan. Luokitus sujuvaan ja sujumattomaan afasiaan tapahtuu spontaanin puheen tuoton perusteella. Sujuvassa afasiassa puhe on sujuvalta kuulostavaa, mutta siinä on paljon vääriä sanoja. Siinä myös puheen ymmärtäminen on häiriintynyt ja vaikeutunut. Sujumattomassa afasiassa taas henkilöllä on vaikeuksia saada sanotuksi sanoja ja puhetta on vähän. Puheen ymmärtäminen on sujumattomassa afasiassa yleensä hyvä. (Aro-Pulliainen 2013, 6-7; Hoffström 2014, 21 - 24.)

3.1 Afasian toteaminen

Jos epäillään, että henkilöllä on aivovaurion seurauksena tullut afasia, hänelle tehdään akuutivaiheessa sairaalan vuodeosastolla jo tutkimus, jossa puheterapeutti haastattelee ja tarkkailee potilasta. Tällöin tärkeitä ovat myös omaisten ja henkilökunnan huomiot. Puheterapeutin tekemän tutkimuksen myötä saadaan pohja kuntoutussuunnitelmalle. Puheterapeuttisessa tutkimuksessa selvitetään puhehäiriön luonne. (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 234.)

Afasian diagnosointi ja toimintakyvyn arviointi kuuluvat afasian kliiniseen tutkimukseen. Tutkimuksessa havainnoidaan, onnistuuko afaatikon ilmaista itseään joko puhumalla tai kirjoittaen sekä pystyykö hän tunnistamaan, havaitsemaan ja ymmärtämään puhetta. Tutkimuksessa havainnoidaan myös afaatikon kykyä painaa ja palauttaa mieleensä asioita. Afasian vaikeusastetta voidaan arvioida sillä, kuinka paljon yksilö tarvitsee puhetta tukevia ja korvaavia viestintäkeinoja keskustelussa. (Korpilahti ym 2010, 278.) Kielellisten häiriöiden lisäksi tutkitaan henkilön kommunikaatiotaitoja (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 235). Omaiset osaavat parhaiten arvioida afaatikon viestintätaitojen muutoksia (Korpilahti ym 2010, 278). Afasiaa diagnosoitaessa voidaan tehdä myös erilaisia puheen tuottamista ja puheen ymmärtämistä

arvioivia testejä, joiden mukaan henkilön afasia luokitellaan tietynlaiseen afasiaan (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 235).

3.2 Afasian kuntoutus

Heti aivovammaan sairastumisen jälkeen tärkeintä on sairaalassa tehtävät lääketieteelliset hoitokeinot, joilla pyritään ehkäisemään lisävaurioiden syntyminen sekä hoitamaan potilasta. Aivovaurion jälkeen akuuttiaikana aivojen toiminta tasapainottuu vaurion jälkeen, jolloin myös kielelliset toiminnot järjestäytyvät. Tästä voidaan puhua myös spontaanina paranemisena. (Lehtihalmes & Klippi 2015, 54.) Afasian kuntoutus aloitetaan vasta sitten, kun aivojen fysiologinen toiminta on lääketieteellisesti vakiintunut ja afasia on todettu (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 238).

Kuntoutuksella tarkoitetaan huonontuneen toiminta- ja työkyvyn parantumiseen tähtääviä sekä huononemista ehkäiseviä keinoja. Afasian kuntoutuksessa voidaan katsoa olevan neljä vaihetta. Nämä vaiheet ovat spontaani parantuminen, kuntoutus oman toiminnan kautta, järjestetty kuntouttaminen ja sopeutuminen muuttuneeseen elämäntilanteeseen. Kaikissa vaiheissa pyritään tukemaan ja ohjaamaan afaatikkoa ja hänen omaisiaan. Afaatikon tulisi saada sairautta koskevaa tietoa sellaisessa muodossa, jonka hän pystyy ymmärtämään. (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 23.)

Afasiaan sairastunut voi olla hyvin hämmentynyt ja hätäntynyt, kun hän ei saa puhutuksi tai ymmärrä toisten puhetta (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 238). Afasian kuntoutus tapahtuu puheterapiassa. Kuntoutuksessa pyritään kielellisten toimintojen palauttamiseen, ja sen lisäksi pyritään ylläpitämään sekä kehittämään kommunikaatiotaitoja, ja tukemaan afaatikon sopeutumista muuttuneeseen elämäntilanteeseen (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 236-237). Puheterapia on aina yksilöllistä, sillä jokainen ihminen ja afasia ovat erilaisia (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 23).

Afasian kuntoutus voidaan jakaa suoriin ja epäsuoriin kuntoutusmenetelmiin. Suorat menetelmät ovat menetelmiä, joilla parannetaan afaatikon kielellistä viestintää ja epäsuorat taas sellaisia, jotka kohdistuvat sairauden jälkeisiin seuraamuksiin. Epäsuoria menetelmiä ovat esimerkiksi keskustelukumppanien ohjaaminen, sosiaalisen toiminnan lisääminen ja ihmisten tietoisuuden lisääminen. (Korpilahti ym 2010, 216.) Afasiaan on pyritty keksimään lääkehoitoa jo

pitkään, mutta ainakaan vielä ei ole keksitty läpimurtoa. Afasiasta paranemista voi kuitenkin hidastaa afaatikolla käytössä oleva lääkitys, sillä jotkin lääkkeet voivat hidastaa paranemista. (Lehtihalmes & Klippi 2015, 55.)

Puheterapiaa annetaan oireenmukaisesti. Puheterapiaa jatketaan niin kauan, kun siitä saadaan hyötyä, ja hyöty voidaan jotenkin osoittaa. Useimmiten edistymistä voi tapahtua yli vuodenkin jälkeen. Tarkasti suunnitellulla puheterapialla ja intensiivikuntoutuksella voidaan saada tuloksia vielä paljonkin vuoden jälkeen. Kun puheterapian tasannevaihe saavutetaan eli tulosta puheterapiasta ei enää saada, voidaan puheterapia lopettaa. (Korpilahti ym. 2010, 317 - 318.)

Kun afaatikko on saanut puheterapiaa, pyritään saavutetun toimintakyvyn ylläpitämiseen ja puheterapiassa opittujen toimintojen siirtämiseen afaatikon jokapäiväiseen elämään. Tästä voidaan puhua myös vakiinnuttamisvaiheena. Tällöin kuntoutuksessa pyritään vahvistamaan kommunikaatiokykyä ja siksi myös ryhmäterapia on tässä vaiheessa hyvä. (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 242.) Ryhmäterapiassa harjoitellaan mm. omien puheen aiheiden tuomista keskusteluun sekä puhetta tukevien keinojen käyttämistä. Myös ryhmäterapia voi olla intensiivistä. (Korpilahti ym 2010, 319.)

Sopeutumisvaiheesta voidaan puhua silloin, kun afasian lopullinen laajuus on selvillä ja kun afaattinen henkilö on saanut mahdollisimman paljon jäljellä olevia taitoja ja voimavaroja käyttöönsä. Mitä enemmän ongelmia sairauden myötä on jäänyt, sitä enemmän afaatikon ja läheisten elämä on muuttunut ja he tarvitsevat tukea. Sopeutumisvaiheessa kuntoutuksen tavoitteena on, että afaatikko hyväksyisi sen, ettei kokonaan toipuminen ole mahdollista. Afaatikolle olisi hyvä löytää jotakin mielekästä toimintaa mahdollisen menetetyin toiminnan tilalle. Afaatikoille on myös olemassa sopeutumisvalmennuskursseja sekä ryhmä- ja kurssitoimintaa. (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 243.)

Kuntoutuksen saaminen on tärkeää, mutta on hyvä muistaa kuitenkin myös oma aktiivinen harjoittelu päivittäin (Atula 2015a). Vakiinnuttamisen ja sopeuttavan kuntoutumisen vaiheessa puheterapeutti ohjaa afaatikkoa itsenäisen harjoittelun jatkamiseen (Korpilahti ym. 2010, 318). Afaatikkoa ja hänen omaisia voidaan missä tahansa kuntoutuksen vaiheessa opastaa puhetta tukevien ja korvaavien keinojen käyttämiseen, kuten eleiden- ja kuvien käyttöön, piirtämiseen

ja kirjoittamiseen. On myös keksitty erilaisia menetelmiä, joiden avulla omaiset voivat kommunikoida afaatikon kanssa. Afaattisen henkilön mahdollisuuksia keskusteluun on parannettu kouluttamalla omaisia ja vapaaehtoisia. (Korpilahti ym 2010, 318-319.)

Puheterapian vaikutus kuntoutukseen riippuu sen kestosta, ajoituksesta ja tiheydestä. Aikaisin aloitetulla puheterapialla on todettu olevan selvä yhteys afasiasta kuntoutumiseen. (Korpilahti ym 2010, 318.) Ylen uutisissa (2017) tuli esille, että puheterapian jonotusajat voivat olla pääkaupunkiseudun ulkopuolella jopa yli vuoden. Pitkien jonojen vuoksi joillakin paikkakunnilla pyritään siihen, että puheterapiaa odottavalla ja hänen läheisillään on tieto, miten kotona voidaan harjoitella ja edesauttaa afasiasta kuntoutumista. (Hautamäki 2017). Internetin välityksellä tapahtuvasta puheterapiasta on saatu myös hyviä tuloksia (Simic, Leonard, Laird, Cupit, Höbler & Rochona 2016). Internetin kautta tapahtuvaan etäkuntoutukseen ei voi valita ketä tahansa asiakkaita, sillä esimerkiksi vaikea-asteisessa afasiassa etäkuntoutus on haastavaa. Etäkuntoutusta käyttäneet afaatikot ovat olleet pääasiassa tyytyväisiä kuntoutukseen, mutta valitsisivat kuitenkin kasvokkain tapahtuvan kuntoutuksen etäkuntoutuksen sijaan. (Salminen, Hiekkala & Stenberg 2016, 140 - 141.)

Kuntoutumisen kannalta tärkeää on terapian intensiteetti, eli kuinka usein terapiaa on. Tiivis ja lyhytkestoinen terapia on kuntoutumisen kannalta tehokkaampaa kuin pitkäkestoinen ja harvemmin saatava puheterapia. Puheterapiaa useasti viikossa saavat kuntoutuvat paremmin kuin sitä harvemmin saavat. (Korpilahti ym. 2010, 318.) Sille, kuinka usein ja intensiivisesti puheterapiaa tulisi saada, ei ole mitään tiettyjä määrityksiä. Aina ei kuitenkaan ole välttämättä niin, että suurempi määrä puheterapia käyntejä olisi parempi, sillä afaatikon luonteenpiirteet ja ympäristötekijät vaikuttavat tarvittavaan intensiteettiin sekä puheterapian tuloksiin. (Cherney 2012.)

4 AFASIAN VAIKUTUS ELÄMÄÄN

Afasia voi vaikuttaa paljon sairastuneen elämään, mutta myös läheistenkin elämään. Kotityöt, asioinnit ja aikataulutuksesta sopiminen voi olla afaatikolle vaikeaa, jolloin tämä jää enemmän läheisten vastuulle. Afasia voi myös etäännyttää henkilöä ja hänen läheisiään sosiaalisesti muista ystävistä ja sukulaisista. Joskus afasia voi myös hankaloittaa pahasti lähiomaisen ja afaatikon välistä sosiaalista sekä fyysistä suhdetta. Läheiset voivat jopa tuntea häpeää, kun muut ihmiset eivät ymmärrä tai ymmärtävät väärin afaatikon puheen. (Murtomäki 2011, 31 - 35)

4.1 Afasian sairastuminen on ihmiselle kriisi

Afasian saaminen on ihmiselle kriisi, jota vaikeuttaa entisestään afaatikon puutteellinen kyky käsitellä kokemaansa asiaa ja tunteita puheen avulla (Korpijaakko- Huuhka & Kiesiläinen 2009, 230). Kriisi on äkillinen käänne tai muutos elämässä tai elämäntilanteeseen tullut kohtalokas tai voimakas häiriö. Jotakin entistä voi kadota eikä sen tuomaan uuteen ole ehtinyt totutella, jolloin illuusio haavoittumattomuudesta on särkynyt. Kriisit voivat kehittyä sisäisten tai ulkoisten muutoksien seurauksina. (Halttunen & Tähtinen 2014, 7.)

Jokainen kokee kriisejä yksilöllisesti, mutta kriisin kulussa on yleensä erotettavissa tiettyjä vaiheita. Vaiheilla on omat tehtävänsä toipumisessa ja vaiheet voivat mennä päällekkäin. Sokkivaihe on yleensä ensimmäinen. Se voi kestää tunteja tai jopa muutaman vuorokauden. Reaktiot ovat rajuja kuten muun muassa paniikki, huutaminen, itku ja voihtuminen. Tapahtunut asia voi myös tuntua vielä aivan epätodelliselta. Ihminen voi myös tässä vaiheessa lamaantua tai turtua. (Halttunen & Tähtinen 2014, 13 - 15.) Kriisitilanteet tuovat lisäksi hankaluuksia hoitolliseen puoleen. Kriisissä oleva potilas voi torjua auttamismenetelmiä, muun muassa puheterapian. Tähän on kuitenkin jokaisella oikeus, ja tahtoa tulee kunnioittaa. Tällaisissa tilanteissa olisi hyvä tarjota puheterapiaa myöhemmin uudelleen, kun ajankohta on sopiva ja kun asiat ovat hieman selkeytyneet potilaalle. (Kollanus 2016.)

Reagointivaiheessa ihminen alkaa jo tiedostaa tapahtunutta, sen merkitystä ja kykenee tunnistamaan kriisiin liittyvät tunteet. Tunnereaktiot tässä vaiheessa ovat yleensä pelko, itku, ahdis-

tus, syyllisyys ja itsesyytökset, viha sekä syyllisten etsiminen tapahtuneelle. Myös fyysisiä oireita voi esiintyä, kuten unettomuutta, väsymystä, pahoinvointia, ruokahaluttomuutta, sydänoireita sekä huimausta. (Halttunen & Tähtinen 2014, 13 - 15.)

Työstämis- ja käsittelyvaiheessa prosessi on jo hidastunut. Ajatuksissaan ja toiminnassaan kriisin kokenut saa otettua hieman etäisyyttä tapahtuneeseen. Tässä vaiheessa tapahtunut on tarkoitus saada hallintaan omassa mielessään sekä antaa itselle mahdollisuus toipumiseen ja työstämiseen, on suremisen aika. Uudelleen orientoitumisen vaiheessa tunteita ja ajatuksia aloitetaan käsittelemään läheisten, ammattiauttajien kanssa tai yksin. Sitten kun ihminen pystyy hyväksymään tapahtuneen, hän aloittaa uuden sopeutumisen. Kriisin jälkeen tulevaisuus uudessa tilanteessa voi näyttää aivan erilaiselta, ja kriisin kautta voi myös löytää aivan uuden suunnan elämälle. (Halttunen & Tähtinen 2014, 13 - 15.)

4.2 Afasian vaikutus arkeen

Aivovaurio ja afasia voivat aiheuttaa psyykkisiä oireita, joita ovat mm. väsymys, ärtyvyys, ahdistuneisuus ja itsetuottamuksen puute (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 238). Afasiassa myös oman elämän hallinta vähenee huomattavasti eivätkä arkiset asiat suju välttämättä niin kuin ennen. Tällainen elämänmuutos saa aikaiseksi niin itse afaattiselle henkilölle kuin hänen läheisilleenkin psykologisia ja psykososiaalisia muutoksia. (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 226.) Perheen roolit ja toimintatavat muuttuvat, kun afaatikko ei enää välttämättä pysty vastaamaan tehtävistä niin kuin ennen afasian saamista (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 230).

Vaikeus itsensä ilmaisuun ja muiden ymmärtämiseen rajoittaa myös mahdollisuuksia osallistua esimerkiksi työyhteisön tai yhteiskunnan toimintaan. Afasia voi vaikuttaa sosiaalisten kanssakäymisten vaikeutumiseen ja vähentymiseen ja johtaa jopa sosiaalisista suhteista eristäytymiseen. Myös masennus voi omalta osaltaan vähentää afaatikon kommunikointiyrityksiä. (Aro-Pulliainen 2013, 3; Korpilahti ym. 2010; Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 230 – 231.) Sosiaalisen kommunikaatiokyvyn ollessa heikko on ihmisen tutkitusti vaikeampi luoda uusia ihmissuhteita ja edellisetkin yhteydet muihin ihmisiin vähenee. Sosiaalisten suhteiden vähentyminen on yksi suurimmista arjen haitoista, joka seuraa aivovamman saanutta. (Lindstam & Ylinen 2012, 110 - 111.) Kotona perheenjäsenten kesken voidaan yrittää helpottaa vuorovai-

kutusta keskustelemalla siitä, mitä itse odotetaan ja halutaan tulevalta, ketään kuitenkaan syylistämättä. Kotona voidaan pysähtyä, huomioida toisten kokemukset ja kuunnella. Tämä kuitenkin on vaikea asia toteuttaa myös perheen kesken. Monia tunteita, turhautumista ja surua varmasti esiintyy ja nousee herkästi keskusteluissa pinnalle. (Kumpuniemi 2014, 10.)

Afaatikko saattaa poiketa sosiaalisten sääntöjen noudattamisesta, kuten olla liian tuttavallinen, puhua paljon ja äänekkäästi, sekä sanoa suoraan kaiken, minkä ajattelee. Kysymyksiin afaatikko voi vastata nopeasti eikä tarkemmin ajattele, mitä vastaa. Sosiaalisessa kommunikatiokyvyssä aiheutuvat muutokset aiheuttavat tuolloin usein ristiriitoja, mielipahaa ja hämmennystä. Afasiaa sairastavan on vaikea myös itse havaita toisesta ihmisestä ilmeitä, eleitä, tunnetilaa, tilannevihjeitä ja muita sanattomia viestejä. Tämä voi pahimmillaan johtaa ristiriitoihin, jotka johtavat ihmissuhteiden kärjistymisiin ja yksinäisyyteen. (Lindstam & Ylinen 2015, 110 - 111.)

Kirosanojen käyttö voi myös olla yksi afasian oire, eikä afaattinen henkilö aina pysty tahdonalaisesti kiroilua hallitsemaan. Voimakkaat tunteet kuten hermostuneisuus tai jännittyneisyys, voivat vaikeuttaa entisestään puhumista ja sanojen löytämistä. Kun afaatikko on rentoutunut, puhe ja puheen ymmärtäminen ovat parempaa. (Aro-Pulliainen 2013, 7.) Aivovamman saaneella kielelliseen oirekuvaan voi kuulua monimutkaisen lauserakenteiden ja asiakokonaisuuksien ymmärtämisen vaikeus, häiriöherkkyys ja hidastuminen kielellisessä prosessoinnissa, sanasujuvuuden heikentyminen sekä nimeämisen ja sanojen löytämisen vaikeudet. Edellä mainitut oirekuvat vaikeuttavat selviämistä kielellisissä tilanteissa kuten asioitaessa, töissä ja opiskellessa. Tällöin esimerkiksi puhelinkeskustelut voivat olla sairastuneen kanssa vaikeita ymmärtää, sillä tuolloin puuttuu sanaton informaatio, kuten ilmeet ja eleet. Sanallisesti annetut ohjeet ovat vaikeasti ymmärrettävissä, ja vammautuneella on vaikeuksia kirjoittaa samaan aikaan, kun kuuntelee. (Lindstam & Ylinen 2015, 110.) Afasiaa sairastava luopuu helposti kommunikoinnista, koska hänen sanomisiansa ei ymmärretä. Tämä tuo ongelmia moneen kanssakäymiseen, muun muassa asiakkaan ja hoitajan välille. Ymmärtämättömyys turhauttaa sekä afasiaa sairastavaa, että hänen kanssa kommunikoivaa henkilöä. (Kollanus 2016, 15.)

Kommunikaatioon ja kielenkäyttöön heijastuvat aivovamman saaneilla henkilöillä heidän eriasteiset neuropsykologiset häiriönsä. Tavallisimpia häiriöitä on muistin, tarkkaavaisuuden sekä toiminnanohjauksen häiriöt. Toiminnanohjaus voi näkyä keskustelun aloittamisen, lopettami-

sen tai ylläpitämisen vaikeutena. Ilmaisuu voi olla niukkaa ja kommunikointi passiivista. Puheilmaisuu voi myös olla aivan aiheesta poikkeavaa, epäloogisesti vaihtuvaa ja henkilön voi olla vaikea päästä asian ytimeen. (Lindstam & Ylinen 2015, 110 - 111.) Oiretiedostuksen puute myös vaikuttaa kommunikointiin haastavasti. Henkilö ei tuolloin tiedosta aivoverenkiertohäiriötä ja siitä johtuvaa afasiaa. Tunteiden säätelyn muutoksia voi myös esiintyä. Tuolloin ilmenee tunteiden kontrolloinnin vaikeuksia, jotka myös voivat vaikuttaa kommunikointiin.

Lukemisen ja kirjoittamisen ongelmat voivat näkyä arjessa vaikeutena selviytyä arkisista asioista. Lyhyiden asioiden lukeminen voi onnistua, kuten lehtien otsikoiden lukeminen, mutta kirjojen tai muiden pitkien tekstien lukeminen voi olla hankalaa tai mahdotonta. (Aro-Pulliainen 2013.) Vaikeuksia voi olla myös laskemisessa, ja tämä voi näkyä esimerkiksi rahan käytössä tai kellonaikojen hahmottamisessa. Kaikki nämä vaikeuttavat arjessa selviytymistä ja ajankoh- taisten asioiden seuraamista. (Hoffström 2014, 25.)

4.3 Omaiset ja afasia

Omaiset ovat niitä ihmisiä, jotka ovat läsnä afaatikon elämässä ja tuntevat tämän parhaiten. Omaisten ohjaaminen ja neuvominen ovat tärkeitä afaatikon kuntoutuksen kannalta. Omaisia esimerkiksi ohjataan tukemaan afaatikon puhetta ja viestintää sekä lisäämään hänen osallistumismahdollisuuksiaan. (Korpilahti ym. 2010, 278). Näin saadaan parannettua afaatikon ja omaisen välistä vuorovaikutusta sekä tuettua toipumista (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 238). Omaisten tulisi saada myös tietoa afasiasta ja siihen liittyvistä asioista, kuten afasian vaikutuksista elämään. Tärkeää afaatikon omaisille on saada tietoa siitä, kuinka selviytyä päivittäisistä viestintätilanteista afaatikon kanssa sekä kuinka he voisivat tukea afaatikon kuntoutumista. (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 238.) Murtomäen (2011) tekemässä afaatikkojen omaisiin kohdistuvassa pro gradu -tutkielmassa tuli esille, että omaiset olisivat halunneet saada enemmän tietoa afasian kuntoutuksesta kuin todellisuudessa saivat (Murtomäki 2011, 39).

Afaatikko jaksaa itse henkisesti paremmin, kun omaiset rohkaisevat ja antavat tukea kuntoutukseen. Potilaan omatoimisuudella on kuntouttava merkitys, ja omaisten liiallinen huolehtivuus ja puolesta tekeminen voivat joissain tapauksissa kaventaa potilaan toimintaa. Omaisten osallistuminen afaatikon kuntoutukseen on hienoa, mutta omaisten on varottava myös kuormittamasta itseään liikaa kuntoutusharjoitteita tehdessä. (Kuikka, Pulliainen & Hänninen 2001,

36.) Omaisen tulisi tunnistaa omat rajansa jaksamisen suhteen (Kumpuniemi 2014, 10). Omaisilla on yleensä paljon tekemistä jo pelkästään muuttuneen elämäntilanteen hallinnassa (Kuikka ym. 2001, 36).

Afaatikon ongelmat vaikuttavat ja heijastuvat laajasti myös omaisten elämään (Korpilahti ym 2010, 319). On tutkittu, että omaisista jopa 30 %:lla esiintyi masennusta kuuden kuukauden jälkeen läheisen aivohalvaukseen sairastumisesta. Puolen vuoden jälkeen myös uupumusta esiintyi 38 %:lla omaisista. Afaatikon kuntoutussuunnitelmaan olisi hyvä kuulua myös omaisten hyvinvoinnin arvioimista. (Berg 2010.) Omaisille onkin kehitetty elämänlaatumittareita, joilla saadaan selville afasian vaikutus heidän elämäänsä (Korpilahti ym. 2010, 319).

4.4 Kommunikointi afaatikon kanssa

Afasiasta sanotaan, että se ei ole vain puhujan ongelma vaan myös kaikkien vuorovaikutukseen osallistuvien ongelma. Keskustellessa afaatikon kanssa tulee muistaa, ettei afaatikon puhetta tulisi jatkuvasti korjata. (Aro-Pulliainen 2013, 11 - 12; Laakso 2011, 33.) Afaatikon kanssa keskustellessa keskustelukumppani voi kuitenkin tarjota puuttuvaa sanaa afaatikolle, jos sellaisen huomaa. Näin keskustelukumppani ei vie afaatikolta puheenvuoroa kokonaan, vaan auttaa täydentämään sitä. Tämän vuoksi kotona tai muussa arkisessa keskustelussa afaatikon omien ajatusten ilmaisu onnistuu usein paremmin. Puheterapiassa taas sanojen ja ajatusten löytäminen on vaikeampaa ja keskustelu voi jumittua, koska puheterapiassa puheterapeutti pyrkii välttämään sanojen löytämistä toisen puolesta, ja tällä harjoitellaan itsenäistä sanan löytämistä. Ideologian mukaan afaatikolle tulisi antaa tilaa perusoikeudelle ilmaista itseään ja korjata omaa puhettaan. On olemassa myös ohjeet, joiden mukaan tulisi pyrkiä välttämään tulkin-toja toisen puheesta, mutta kysymyksiä ja vihjeitä voi kuitenkin antaa. (Laakso 2011, 50 - 52.)

Afasia vaikeuttaa ihmisten välistä vuorovaikutusta (Laakso 2011, 32). Vaikka afaatikolla on puhevaikeuksia ja toimintarajoitteita, vuorovaikutustaidot eivät kuitenkaan usein katoa kokonaan. Afaatikko pyrkii vastavuoroiseen vuorovaikutukseen, mutta keskustelukumppanilla voi olla vaikeuksia ymmärtää mitä afaatikko yrittää sanoa. Mitä paremmin keskustelukumppani tuntee afaatikon tai mitä enemmän heillä on yhteistä, sitä helpompaa keskustelukumppanin on tunnistaa afaatikon puhetta ja elekieltä. (Korpijaakko- Huuhka & Kiesiläinen 2009, 231.) Keskustellessa afaatikon kanssa häntä tulee pitää aikuisena, joka on kykenevä tekemään päätök-

siä (Hoffström 2014, 27). Alkuvaiheessa keskustellessa afaatikon kanssa on hyvä esittää helppoja kysymyksiä, joita afaatikko voisi ymmärtää. Etenkin sellaiset kysymykset ovat hyviä, johon voi vastata ”kyllä” tai ”ei” vastauksilla. Aivovaurion vuoksi aivot voivat olla hyvinkin ärsykeherkät, minkä vuoksi keskustelutilanne olisi hyvä rauhoittaa, jotta afaatikko pystyy paremmin keskittymään. (Aro-Pulliainen 2013, 10-11.)

Puhetta ja sen ymmärtämistä helpottaakseen keskustellessa voi käyttää puhetta tukevia keinoja. Tällaisia ovat esimerkiksi kuvat, osoittaminen, kartat, ja kalenterit. Keskustellessa voi myös asioiden piirtämisestä tai alkukirjaimen kirjoittamisesta olla apua. (Aro-Pulliainen 2013, 11 - 12.) Puhetta tukevat ja korvaavat kommunikaatiokeinot voidaan jakaa luonnollisiin ja erityisiin korvaaviin keinoihin. Luonnollisia korvaavia keinoja ovat eleet ja ilmeet, joita käytämme, ja erityisiin korvaaviin keinoihin kuuluvat mm. viittomat. Puhetta tukevia keinoja ovat esimerkiksi graafiset puhetta korvaavat menetelmät, kuten esineet, kuvat tai kehon viestit. Graafisia kommunikaatiokeinoja on hyvä käyttää tukena esimerkiksi silloin, kun puheen kautta on vaikeuksia ilmaista ajatuksiaan. Tällä tavoin keskustelukumppanit pystyvät helpommin ymmärtämään, mitä puhuja tarkoittaa. Keskustelukumppanit voivat myös käyttää apuna graafisia kommunikaatiokeinoja, jos henkilöllä on vaikeuksia puheen ymmärtämisessä. Kuvia voi käyttää myös apuna ymmärtämään kirjoitettua kieltä. (Trygg 2010, 27 - 32.)

Omaiset, läheiset ja ystävät voivat omalta osaltaan auttaa afaatikkoa kommunikointitilanteissa. Afaatikon kanssa keskustellessa on varattava aikaa ja tilanteen tulisi olla rauhallinen ja rento. Äänen käytön tulisi olla normaali ja suunnattu afaattiselle henkilölle itselleen, sekä asiat olisi hyvä kertoa ja kysyä yksi kerrallaan. Tarvittaessa asian tai kysymyksen voi toistaa. Omaisten on hyvä muistaa antaa riittävästi aikaa vastaamiseen eikä hätiköidä ja arvailla heti. (Atula 2015a.) Keskustelutilanteissa afaattista henkilöä tulisi kohdella kuin ketä tahansa muuta aikuista ihmistä, sillä ongelma on vain viestin välityksessä, ei älyn ja tiedon kanssa. Afaattinen henkilö tietää, mitä haluaisi kertoa ja sanoa, muttei onnistu ilmaisemaan asiaa niin kuin haluaisi. (Aro-Pulliainen 2013.)

Afaatikkojen parissa työskentelevien hoitajien tulisi antaa tietoa sellaisessa muodossa, jonka afaatikkokin ymmärtää. Tämä tarkoittaa siis puhetta tukevien ja korvaavien kommunikaatiokeinojen käyttöä. Näin afaatikotkin saavat keinon kommunikoida sekä mahdollisuuden tulla ymmärretyksi. (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2009, 23; Aro-Pulliainen 2013.) Hoitajat voivat käyttää samoja ohjeita keskustelun helpottamiseen, kuin omaisetkin käyttävät.

5 KIRJALLINEN OHJE

Kirjallisia ohjausmateriaaleja ovat erilaiset kirjalliset ohjeet ja oppaat. Pituudeltaan ne voivat olla yhdestä sivusta pieniin kirjasiin. Kirjallinen ohjaus on erityisen hyväkäyttöinen silloin, kun suulliselle ohjaukselle ei ole tarpeeksi aikaa, sekä silloin kun, asiakas tarvitsee tietoja kotona, sillä hän voi helposti tarkistaa ja tukeutua kirjallisiin ohjeisiin. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 124 - 125.)

Kirjallisen ohjeen tulisi olla asiakkaalle sopiva sekä hänen tietojensa ja tarpeidensa mukainen. Sisällön tulee olla kieleltään selkeää ja ymmärrettävää. Jos sisältö on epäselvää, sen ymmärtäminen on hankalaa ja voi syntyä väärintymmärryksiä. Jos kirjallinen ohje on oikein suunniteltu, tehokas, suunnattu oikein ja se huomioi kohderyhmän oppimiskyvyn, voi kirjallista ohjetta käyttää itseopiskeluun. Jos kirjallisessa ohjeessa kerrotaan jostakin sairaudesta, pitäisi siinä huomioida myös se, miten sairaus vaikuttaa mielialaan tai sosiaalisiin suhteisiin. (Kyngäs ym 2007,124 - 126.)

Opettava sisältö tulisi olla esillä pääkohdittain, jottei sisältöä ole liikaa. Ohjeissa tulisi huomioida sairauden vaikutus sosiaalisiin suhteisiin sekä mielialaan. Jos lisätään kuvia, niiden tulisi olla mielenkiintoa herättäviä ja objektiivisiä. Laadukas ohjaus parantaa asiakkaan terveyttä, kuten esimerkiksi kotona selviytymistä, itsehoitoa ja yksinäisyyden tunnetta. (Kyngäs ym. 2007, 126 - 127, 145.)

Kirjallinen ohjaus on yleistynyt. Syitä tälle on, että potilaat haluavat tietää enemmän omasta sairaudesta ja sen hoidosta, sekä potilailta odotetaan enemmän itsehoitovalmiuksia. Myös potilaiden hoitoajat ovat nykyään lyhyempiä, jolloin käynneillä ei jää aikaa kertoa kaikkea. Kun potilas saa hyviä kirjallisia ohjeita, edistää se tutkimusten mukaan valmiuksia itsehoitoon. Tieto myös vähentää sairauteen liittyvää mahdollista ahdistusta ja pelkoa. Jos potilaan ohjaus on onnistunut, oli se sitten kirjallista tai suullista, tämä vähentää potilaan sairaalakäyntejä sekä hoitoaikoja. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7 - 9.)

6 TUOTEKEHITTELYPROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen ohje afaatikon puheen kuntouttamisen tukemiseen afaatikkojen omaisille. Tavoitteena oli motivoida omaisia tukemaan afaatikon puheen tuottamista sekä ymmärtämistä, ja näin ollen saada omaisia mukaan sairastuneen kuntoutukseen. Omaiset voisivat näin omalta osaltaan kehittää sairastuneen puheen tuottoa ja ymmärtämistä. Toteutimme opinnäytetyön tuotekehittelyprojektina. Seuraavaksi kerromme tuotekehittelyprojektimme toteutumisesta ja sen vaiheista.

6.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö

Teimme opinnäytetyön yhteistyössä Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunnan, Soiten, neurologisen osaston kanssa. Soiten neurologian osastolla hoidetaan neurologisia potilaita ja ihotautipotilaita, sekä tuotetaan sisätautien erityisosaamista vaativia lääketieteellisiä ja hoitotyön palveluita. Neurologisille potilaille on osastolla varattu 13 sairauspaikkaa. Suurin osa potilaista on äkillisesti sairastuneita henkilöitä, jotka on otettu osastolle päivystyspoliklinikan kautta. Osastolla toimii myös aivohalvauspotilaiden akuuttihoitoon, kuntoutukseen ja seurantaan tarkoitettu valvontayksikkö. (Soite 2017.)

Aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen kuntoutus käynnistetään osastolla moniammatillisen työryhmän toimesta. Tähän työryhmään kuuluu lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan lisäksi fysioterapeutit, toimintaterapeutti, psykologi, puheterapeutti, kuntoutusohjaaja ja sosiaalityöntekijä. (Soite 2017.) Osastolla ollessa neurologiselle potilaalle, jolla on huomattu afasian oireita, tehdään puheterapeutin arvio. Puheterapia pyritään aloittamaan jo potilaan osasto-oloaikana ja yleensä puheterapiaa ehditäänkin pitää noin 2 - 3 kertaa ennen potilaan siirtymistä jatkohoitopaikkaan tai kotiin. (Okkonen-Mäkelä 2016.)

6.2 Yleistä tuotekehittelyprojektista

Kehittämistyö koostuu yleensä kahdesta osasta, kehittämistyötä kuvailevasta kirjallisesta raportista ja itse kehitettävästä työstä. Kehittämistyön tavoitteena on tuottaa tuloksena jokin uusi työväline, video tai toiminnallinen toteutus. Tuotoksen prosessi tulee esittää kirjallisena raporttina, jossa on kehittämishanke, tuotoksen suunnittelu, toteutus ja arviointi sekä tietoperusta, jota on käytetty työn lähtökohtana. (Liukko 2012.) Kehittely itse tuotteen osalta etenee luonnosteluvaiheesta asiantuntijayhteistyön, ratkaisuvaihtoehtojen, rajausten ja periaatteiden mukaisesti. Monissa sosiaali- ja terveysalan tuotteissa on tarkoituksena informaation välitys asiakkaille, omaisille tai organisaatioiden henkilökunnalle. Tavallisimpia informaatiomuotoja tuotekehittelyprojekteissa ovat ohjelehtiset tai esitteet. Tuote on tärkeää esi-testata valmisteluvaiheissa, jotta saadaan varmuus sopivuudesta kohderyhmälle. (Jämsä & Manninen 2000, 85.)

Ammattikorkeakouluissa tutkimuksellinen opinnäytetyö on saanut itselleen vaihtoehtoisen toiminnallisen opinnäytetyön teon rinnalleen. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on ammattilaisten alan asiasta tehdä käytäntöön esimerkiksi kirjallinen opas, kirjallinen ohje, toiminta, näyttely, konferenssi, kokous yms. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9.) Projekti on tietyn ajanjakson kestävä ja tavoitteellinen prosessi. Se voi olla ison projektin osa-projekti tai pienempi ja tiettyyn kertaluontoiseen tulokseen tähtäävä. Projektissa onnistuminen vaatii perusteellisen suunnittelun ja organisoinnin sekä sitä on valvottava, toteutettava, arvioitava ja seurattava tarkasti. (Vilkka & Airaksinen 2003, 48 - 49.)

Kerromme seuraavaksi tuotekehittelyn eri vaiheet ja miten meidän tuotteemme näiden vaiheiden myötä valmistui. Tuotekehittelyn vaiheet kuvailimme Jämsän ja Mannisen (2000) kirjoittamien vaiheiden mukaisesti: ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen, ideavaihe, luonnosteluvaihe, tuotteen kehittäminen ja tuotteen viimeistely.

6.2.1 Ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen

Pitää olla olemassa jokin tarve tai ongelma, mihin tuotekehittely projekti auttaa tai tuottaa vastauksen (Jämsä & Manninen 2000, 85). Projektit alkavat eri tavoin, jotkut voivat alkaa asiakkaan tilauksesta ja jotkut taas kehitystarpeen tai idean pohjalta. Mikäli projekti tehdään kehitystyönä, osa sen ideoista syntyy tuloksena ideointiyöstä ja osa päivittäisen työn mukana tul-

leiden innovaatioiden myötä. (Kettunen 2009, 48 - 49.) Projektit jaetaan tavanomaisesti ajallisesti peräkkäisiin vaiheisiin (Pelin 2009, 103). Tavoitteena tuotekehittelyprojekteissa on uuden tuotteen kehittäminen (Kettunen 2009, 27).

Sisätautien harjoittelujaksolla vastaan tuli potilas, joka juuri oli saanut aivoverenkiertohäiriön seurauksena afasian. Afaatikon kanssa tuli harjoittelun aikana katseltua kuvia ja nimettyä niissä olevia asioita. Tästä meille syntyi idea, että muillakin tavoilla voisi afaatikon puhetta kuntouttaa. Hoitajien aika ja resurssit eivät riittäisi kuntoutukseen, joten valitsimme kohderyhmäksi omaiset. Omaisilla on usein halua auttaa läheistään ja tukea tämän paranemista. Olimme myös törmänneet sellaiseen ongelmaan, että puheen kuntoutus aloitettiin monissa tapauksissa melko myöhään. Afasian kuntoutus on hyvin tärkeää alussa sairastumisen jälkeen. Koimme tarvetta sellaiselle tuotekehittelyprojektille, jonka avulla voisimme parantaa afasiasta kuntoutumista. Aihe oli sopiva opettajien mielestä, ja esitettyämme ideamme osastonhoitajalle, hänkin sanoi aiheen olevan hyvä ja käytännöllinen.

Määrittelyvaihe olisi hyvä suorittaa ennen kuin jatkaa tästä seuraavaan vaiheeseen. Sen tarkoitus olisi arvioida vaihtoehtoisia toimintamalleja, suoritetaanko projekti sisäisenä vai ulkoisena prosessina ja selkiytetään lopputulosta. Mikäli projekti on kuitenkin pieni ja selkeä tavoitteeltaan, voi tämän vaiheen tehdä myös osana suunnitteluvaihetta. Määritellään omistaja ja toteuttaja projektille, ympäristö mihin tuote tulee, vaatimukset, resurssit, aikataulutukset sekä mihin ongelmaan halutaan tällä työllä vastata. (Kettunen 2009, 51 - 52.)

Idean synnyttyä tiesimme tekevämme sen Soiten neurologisen osaston kanssa yhteistyössä. Projektimme tulisi myös kyseisen osaston käyttöön, ja projektin työympäristö tulisi myös olemaan tämä neurologinen osasto. Lähdimme tällä tuotekehittelyprojektilla tuomaan vastausta ongelmaan, jonka olimme työharjoittelussa havainneet. Olimme täysin yhteysymmärryksessä siitä mihin ongelmaan haluamme tuotekehittelyprojektin tuovan helpotusta. Halusimme antaa ohjeita omaisille afasiaa sairastavan puheen kuntoutuksen tukemiseen sekä näin ollen mahdollistaa puheen kuntoutuksen aikaistamisen.

6.2.2 Ideavaihe

Ongelman löydyttyä siihen täytyy valita mahdollisimman sopiva ratkaisu tai tuote, jolla vastaan tarpeeseen tai ratkotaan ongelma (Jämsä & Manninen 2000, 85). Ideointivaiheessa kuuluu ideoida luovasti, sekä täsmentää ja rajata ideaa. Ideointi on onnistunutta silloin kun se on vapaamuotoista ja spontaania yhteistyötä. Kun idea on varmistunut, kerätään tietoa, jolla varmistetaan hankkeen tarpeellisuus, sekä tarvittaessa rahoitus. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 60 - 62.)

Harjoittelun aikana mieleen tulleesta ongelmasta keksimme ajatuksen tehdä tuotekehittelyprojektin. Potilaan voi olla hankalaa vastaanottaa tietoa sairauden ja siitä johtuvan kriisin vuoksi. Jos potilas ei itse pysty vastaanottamaan tietoa, annetaan tietoa omaisille. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 31.) Parhaiten meistä ongelman ratkaisuksi sopi kirjallinen ohje, jonka voi antaa omaisille, joiden läheinen sairastaa afasiaa. Omaisetsaisivat näin parhaiten tietoa siitä, miten läheistä voi puheen tuotossa kuntouttaa, ja näin ollen omaisia saisi mukaan kuntoutukseen ja sen tukemiseen. Keskusteltaessa osastonhoitajan kanssa tuli myös ilmi, että olisi hyvä saada aikaan konkreettinen tuote, jonka voi antaa omaiselle mukaan. Afaatikon omaisen voi läheisen sairastumisen jälkeen olla shokissa ja elää kriisin keskellä, eikä hän tällöin välttämättä halua eikä pysty sisäistämään ainakaan suullisesti kuultua ohjeistusta tai tietoa.

Projektissa olisi ihanteellista, jos siinä toteutuisi kolmikantaperiaate, eli työelämän edustajien, ohjaajan ja opinnäytetyön tekijän mukana olo jo suunnitteluvaiheesta lähtien (Vilkkä & Airaksinen 2003, 48 - 49). Projektioorganisaatio on projektin toteutusta varten muodostettu joukko ihmisiä, jotka ovat mukana projektissa. Projektissa mukana olevien henkilöiden määrä voi vaihdella projektin eri vaiheissa. Projektioorganisaatiota miettiessä on hyvä pohtia organisaatioon osallistuvien riittävyys ja ammattitaito. (Pelin 2009, 67-68.)

Projektin johtajaa voidaan kutsua projektipäälliköksi. Projektipäällikkö vastaa työn tuloksista sekä projektin johtamisesta. Pienemmissä projekteissa projektipäällikkö osallistuu myös itse projektin tekemiseen. Hän huolehtii projektiryhmästä ja ottaa huomioon jokaisen ryhmäläisen yksilönä. (Kettunen 2009, 157 - 161.) Projektipäällikön tehtävä on laatia projektisuunnitelma, käynnistää projektiryhmän työskentely, varustaa projektiryhmä tarvittavilla tiedoilla ja koulutuksella sekä huolehtia dokumentoinnista ja arkistoinnista. Lisäksi projektin lopussa projektipäällikön tehtäviin kuuluu loppuraportin tekeminen ja projektin päättäminen. (Pelin 2009, 70 - 71.)

Pienissä projekteissa projektipäällikkö voi olla ainut henkilöresurssi, mutta projektiryhmään olisi hyvä kuulua kuitenkin myös ohjausryhmä tai ainakin valvoja (Kettunen 2009, 129). Meidän projektissamme toimimme yhdessä oman projektimme päälliköinä. Toimimme jokaisessa vaiheessa yhdessä ja avoimesti toisillemme. Mikäli toinen meistä teki työhön muutoksia tai hankki lisää tietoa, informoi hän siitä toista välittömästi. Ajatuksia jaoimme joka asiasta. Mikäli olimme eri mieltä asioista, mietimme ja pohdimme sitä niin, että pääsimme aina yhteisymmärrykseen. Kuitenkin nämä tilanteet olivat harvassa, sillä olimme miltei kaikesta samaa mieltä ja yhteistyö meidän kahden projektipäällikön välillä sujui todella hyvin. Näin ollen työnteko ja kommunikointi myös muiden henkilöiden ja ohjausryhmän kanssa onnistui mutkitta.

Projektin valitsemisen jälkeen keskustelimme vielä opettajan sekä ohjausryhmään kuuluvan osastonhoitajan kanssa. He olivat myös ideaan ja projektin valitsemiseen tyytyväisiä. Osastonhoitaja kertoi, ettei ole aikaisemmin törmännyt tällaiseen kirjalliseen ohjeeseen. Hän oli valmis tulemaan opinnäytetyöhömmme mukaan ja keräsi osastolta meille sopivan ohjausryhmän. Ohjausryhmäämme kuului osastolla työskentelevä sairaanhoitaja, osastonhoitaja, puheterapeutti ja neurologi.

Ideointi on luovaa työtä. Ideat saattavat kypsyä hiljalleen tai kehkeytyä nopeasti. Yleensä alkuidean on keksinyt yksittäinen henkilö ja yhteistyössä muutaman muun henkilön kanssa sitä kehitellään. Mikäli kyseessä on pienempi projekti, tämän vaiheen jälkeen yleensä hypätään jo tekovaiheeseen. Mikäli kyseessä on isompi projekti, aloitetaan ideointivaiheen jälkeen vielä laajempi suunnitteluvaihe. Sekä laajojen että pienten projektien suunnittelu keskittyy pohtimaan lopputuloksen tavoittelua ja siihen tarvittavia keinoja. (Paasivaara, Suhonen & Virtanen 2013, 81.) Projekti etenee projektisuunnitelman mukaisesti, mutta usein tämä ei kuitenkaan mene näin, vaan muutoksia tulee matkalla (Kettunen 2009, 44).

Tuotekehittelyprojektin idean valinnassa keskeisintä on asiakaslähtöisyys (Pelin 2009, 3). Projekti kuuluisi sitoa omaan kontekstiinsa eli määriteltyyn kohderyhmään (Vilkkä & Airaksinen 2003, 48 - 49). Toiminnallisessa opinnäytetyössä tehtävä asia tehdään aina jollekin käytettäväksi, tavoitteenahan on joidenkin ihmisten osallistuminen johonkin tapahtumaan/toimintaan tai jonkun oppaan/ohjeen kautta toiminnan selkiyttäminen johonkin toimintaan. Kohderyhmän määrittäminen on tärkeää, koska tuotteen sisällön antia määrittää valtavasti se mille ryhmälle idea on ajateltu. Kohderyhmän täsmällinen määrittäminen rajaa myös työn hyvällä tavalla niin, että työn laajuus pysyy tietyissä mahdollisissa rajoissa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 39 - 40.)

Meidän ideamme oli suunniteltu niin, että kirjallinen ohje tulisi nimenomaan omaisten käyttöön. Tällöin he voisivat tukea sairastuneen omaisensa puheen kuntoutusta ja helpottaa heidän välistä kommunikointia. Näin ollen kuntoutusta saisi toivottavasti myös hieman aikaistettua. Työstimme vielä kahdestaan ideaa ja ajattelimme vähän tulevia tekotapoja ja tietolähteitä. Hahmottelimme itsellemme, millaisen haluaisimme lopputuloksesta ja minkälainen olisi meidän mielestämme hyvä kirjallinen ohje. Vaikka suunnittelimme opinnäytetyömme ja projektin kulun meille selkeäksi, ymmärsimme myös, että muutoksia voi tulla matkalla.

6.2.3 Luonnosteluvaihe

Tuotteen luonnosteluvaiheeseen kuuluu tiedon hankinta niin aiheesta, asiakkaista kuin toimintaympäristöstäkin. Tietoa tulee hakea myös tuotteesta ja sen laatutekijöistä, sekä menetelmistä, joilla tuote valmistetaan. Näitä tietoja käsiteltäessä tarkennetaan, mitä ollaan tekemässä. Luonnosteluvaiheessa valitaan myös työn periaatteet ja vaihtoehtoja toteuttamiseen. (Jämsä & Manninen 2000, 85.) Projektin käynnistämiseen kuuluu tavoitteiden määrittely (Pelin 2009, 79). Suunnitelmassa tulee olla esillä tarkoitus, tavoite ja miten projekti rajataan. (Vilka & Airaksinen 2003, 49.)

Prosessikuvaukseksi vaiheistettu projekti pitää sisällään jatkumon, eli sen, miten vaiheet seuraavat toisiaan ja mitkä ovat osakokonaisuudet. Resursseihin olisi hyvä ottaa kantaa ja aika-aulut sekä tehtävänjako tulisi kuvata mahdollisimman tarkasti projektissa. (Vilka & Airaksinen 2003, 49.) Suunnitelmat ovat hyvin erilaisia eri projekteissa, mutta olennaisinta on selventää projektin tavoite ja keskeiset ideat organisaation perustehtävään suhteutettuna. Tämän perusteella pohditaan, onko projekti järkevä tai mahdollinen toteuttaa. (Paasivaara ym. 2008, 81.)

Teimme opinnäytetyösuunnitelman, jonka tarkastutimme opettajallamme. Täsmensimme muutama otteeseen opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitteita. Tämä helpotti meitä huomattavasti varsinaista opinnäytetyötämme tehdessämme. Onnistuimme suunnitelman teon kautta hahmottamaan itsellemme, toisillemme ja ohjausryhmälle tavoitteet ja tarkoituksen selkeämmin. Lähdimme liikkeelle siitä, että kutsuimme sähköpostitse koko ohjausryhmämme yhteiseen ko-

koontumiseen. Tapasimme ensimmäisen kerran joulukuussa 2016 ja esittelimme heille suunnitelmamme. Ohjausryhmämme ryhmäläiset pitivät työn ideasta ja olivat myös todella innostuneita projektista.

Ohjausryhmämme asiantuntijoilta saimme faktatietoa afasiasta sekä tietoa siitä, miten he ovat kuntoutuksessa osallisena ja kuinka heidän mielestään kirjallinen ohje olisi hyvä rakentaa. Saimme hyviä ohjeita, mistä meidän kannattaisi lähteä etsimään työhömmme teoriaa. Ohjausryhmältä tuli myös ensimmäisessä tapaamisessa hyvin selkeitä ohjeita siitä, mikä olisi heidän näkemyksensä projektin lopputuloksesta. Ajatukset olivat hyvin samanlaiset kuin meillä tulevasta projektista. Ohjausryhmän ensitapaamisessa olivat mukana kaikki paitsi neurologi. Puheterapeutilta saimme valtavan määrän materiaalia ja ohjeistusta luotettavien lähteiden etsintään.

Luonnosteluvaiheessa mietimme yhteistuumin opettajan, ohjausryhmän ja toistemme kanssa kehittelyvaiheessa tehtävää esitestausta. Päätimme käyttää omaisia palautteen antoon ainoastaan esitestaustavaiheessa. Ajatus oli, että ottaisimme muutaman omaisen osaston kautta ja muutaman AVH-liiton kautta. Olimme tuolloin yhteydessä AVH-liiton puheenjohtajaan, ja hän sanoi ilmoittavansa liiton tapahtumissa käyville omaisille, että on mahdollista antaa palautetta työhömmme. Ohjausryhmän kanssa keskustelimme jo siitä, miltä kirjallisen ohjeen kuuluu näyttää, koska sen kohderyhmänä on vakavan sairastumisen saaneen omainen. Tuotteen tekstin tulisi olla todella selkeä ja värityksen ja kuvituksen kuuluisi olla hillittyjä. Resurssiasioista keskustelimme myös jo tässä vaiheessa osastonhoitajan kanssa.

6.2.4 Tuotteen kehittäminen

Terveysalalle kehitetyt tuotteet ovat monesti informaatiota välittäviä. Tuolloin on tärkeää kiinnittää huomio asiasisällön valintaan ja määrään. Huomioitavaa on myös tietojen vanheneminen ja muuttuminen. Tuotteen kehittelyvaiheessa nimensä mukaisesti tehdään tuotetta, sekä kehitellään luonnosteluvaiheessa päätettyjä ratkaisuja. (Jämsä & Manninen 2000, 85.) Projektityössä tässä vaiheessa projektit toteutetaan eli projektin tehtävät hoidetaan. Projektin toteutukseen liittyy väistämättä ohjaus, joka sisältää alakäsitteet johtaminen, seuranta, suunnittelu, päätöksenteko, valvonta sekä arviointi koko projektin tekoajan. (Paasivaara ym 2013, 81.)

Tuotetta kehiteltäessä etsimme luotettavia lähteitä internetistä, kirjoista, lehdistä ja artikkeleista. Näistä löytyvät teoriatiedot pyrimme kertomaan todella täsmällisesti ja ymmärrettävästi. Asiasisältöä jäseneltiin vastaanottajan eli omaisten tiedontarve huomioiden. Selitimme ja avasimme käsitteitä ja pyrimme saamaan tekstistä mahdollisimman ymmärrettävän. Asiasisällön opinnäytetyössämme yritimme keskittää pelkästään aivoverenkiertohäiriöihin sekä afasiaan. Mainitsimme kuitenkin kaikki sairaudet ja vauriot, jotka voi aiheuttaa afasiaa. Emme kuitenkaan avanneet niitä paremmin, jottei tulisi liikaa informaatiota. Kerroimme aivoverenkiertohäiriöistä eniten, koska ne ovat kaikista yleisimpiä afasian aiheuttajia. Kuitenkaan itse kirjalliseen ohjeeseen emme määritelleet ja avanneet, minkälaisesta traumasta afasia voisi johtua. Kerroimme vain, mikä afasia on, ja että sen aiheuttaa aivokudoksen vaurio. Itse kirjallisessa ohjeessa keskityimme pelkkään afasiaan, jotta tiiviys työssä säilyisi.

Aivoverenkiertohäiriöstä löytyi aika hyvin laadullista, uutta ja luotettavaa tietoa. Afasiasta taas oli hieman heikommin tietoa saatavilla, sekä monet lähteet olivat vanhempia. Olemme kuitenkin tyytyväisiä löytämiimme tietoihin. Otimme vanhemmista lähteistä vain sellaisia tietoja, joiden uskoimme olevan työn kannalta tärkeää tietoa ja joita ei muualta löytynyt. Vanhemmista lähteistä saatu tieto oli myös sellaista tietoa, jonka emme uskoneet menneen "vanhaksi". Jäsentelimme tietoperustaa mahdollisimman sujuvaksi. Tietoa haimme myös kriiseistä ja niiden eri vaiheista. Meidän mielestämme siitä kuului kirjoittaa tietoa, koska se kuuluu oleellisena osana aivoverenkiertohäiriöin sairastavan sekä hänen omaistensa elämään.

Jokaisella projektilla on myös asiakas, eli kenelle työ tehdään. On tärkeää kuunnella asiakasta, ja huomioida hänen toiveensa ja mielipiteensä. Asiakkaalle tulisi myös raportoida säännöllisesti projektista. (Kettunen 2009, 36.) Kirjalliseen ohjeeseen kirjoitimme omaisille ohjeita, kuinka he omalta osaltaan pystyisivät kuntouttamaan puhetta ja helpottamaan puheen ymmärtämistä. Näihin saimme hyvin luotettavaa tietoperustaa ja saimme myös todella hyvin ohjausta puheterapeutilta. Tässä vaiheessa myös teimme suurimman osan kirjallisen ohjeen ulkoasusta kuntoon ja ymmärrettävään muotoon. Ulkoasun on oltava hillitty esimerkiksi värien suhteen, koska sairastuminen on omaisille raskas asia. Tekstin tulee olla tarpeeksi selkeää ja isoa. Kappalejaoilla ja väliotsikoilla teimme siitä helppolukuisempaa.

Henkilöitä, joille tuote on tarkoitettu, kutsutaan kohderyhmäksi. Kohderyhmää voi ja kannattaa hyödyntää esitestauksessa. Tuotteen selkeys, käytettävyys, onnistuminen ja merkittävyys ovat

asioita, joista voi pyytää palautetta kohderyhmältä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 39 - 40.) Esitestausta kuuluu tähän tuotekehittelyprojektin vaiheeseen, ja testasimme tuotteemme maaliskuussa 2017 afaatikkojen omaisilla. Testauksen kautta halusimme saada tietää, onko kirjallinen ohje heille ymmärrettävä sekä onko siinä jotain kehitettävää heidän mielestään. Yhteensä neljä omaista antoi meille palautetta kirjallisen ohjeen sisällöstä. Ainoa kriteerimme palautteen antajien valinnassa oli, että heidän omaisellaan oli sillä hetkellä tai oli ollut aikaisemmin afasia. Muuta tietoa emme palautteen antajista halunneet. Veimme kirjallisen ohjeen osastolle esitettäväksi, mutta kolmeen viikkoon ei ollut osastolta tullut yhtään palautetta. Keskustelimme ohjausryhmässämme olevan sairaanhoitajan kanssa, ja hän kertoi, ettei ole hoitanut poikkeuksellisesti yhtään afasiapotilasta eikä näin ollen tavannut omaisiakaan. Lisäksi hoitohenkilökunnan kiire vaikutti asiaan, sillä esitestausta olisi vienyt aikaa muilta hoitotoimenpiteiltä. Totesimme opettajan kanssa, että olisi hyvä yrittää saada kaikki testattavat AVH-liiton kautta, jottei aikaa kuluisi enää kauempaa tähän vaiheeseen.

Esitestausta kautta saamamme palaute oli suurimmaksi osaksi positiivista palautetta. Saimme neljältä omaiselta palautetta työstämme. Heidän mielestään teksti oli ymmärrettävää ja tuote olisi tarpeellinen. Erityisesti he pitivät siitä, kun annoimme konkreettisia, peli-tyyppisiä esimerkkejä, mitä tehdä. Kirjallisessa ohjeessamme kerroimme myös, kuinka afaatikon kanssa olisi hyvä keskustella. Palautteen mukaan nämä olivat hyviä ja todenmukaisia vinkkejä. Palautteista nousi esille, ettei kirjallinen ohje saisi olla ainakaan yhtään pidempi.

Projekti, eli toiselta nimeltään hanke on aikataulutettu, tuloksiin pyrkivä tehtävien kokonaisuus, josta vastaa projektin organisaatio. Hanke on etukäteen suunniteltu asia, jolla on yleensä selkeästi erotettavat vaiheet. Hanke alkaa ja loppuu sovittuna ajankohdalla sovitulla tavalla. Hankkeella on selvä suunnitelma, ja siihen on sovitut toteuttajat, jotka työskentelevät sovitun päämäärän saavuttamiseksi. (Heikkilä ym. 2008, 25.) Aikataulua voi kuitenkin olla vaikeaa suunnitella projektissa tarkkaan, sillä projektiin kuuluu niin sisäisiä kuin ulkoisiakin riippuvuuksia. Sisäisiä riippuvuuksia ovat esimerkiksi työntekijöiden vapautuminen projektiin ja ulkoisia esimerkiksi lupakäsittelyn kesto. (Kettunen 2009, 112 - 120.)

Kehitimme oman aikataulun työhömmme, sillä tämä tuntui realistiselta opettajalle sekä ohjausryhmälle. Huomasimme kuitenkin, ettei kaikki mene aikataulullisesti juuri niin kuin ollaan suunniteltu. Esimerkiksi työmme esitestaukseen meni paljon enemmän aikaa kuin olimme suunnitelleet. Myös opettajien ja luvanantajien kiireet vaikuttivat hieman meidän opinnäytetyömme

etenemiseen. Olemme kuitenkin tyytyväisiä opinnäytetyömme lopulliseen aikatauluun. Opinnäytetyömme valmistuminen venyi suunniteltua pitemmälle, mutta olemme kuitenkin tyytyväisiä lopulliseenkin ajankohtaan.

Kokoonnuimme tämän vaiheen loppusuoralla toukokuussa 2017 vielä ohjausryhmämme kanssa. Tähän kokoontumiseen osallistuivat kuitenkin vain osastonhoitaja sekä viestintäsihteeri, joka tulisi työstämään ohjeen sairaalan säädösten mukaiseksi ulkoasultaan. Puheterapeutti ei tähän tapaamiseen päässyt, joten kävimme seuraavana päivänä tapaamassa häntä henkilökohtaisesti. Olimme edeltä käsin lähettäneet heille luettavaksi versiomme, jota ei ollut vielä ulkoasullisesti laitettu kuntoon. Kerroimme, minkälaisia kommentteja olimme esitestauksesta saaneet. He olivat muuten tyytyväisiä, mutta viestintäsihteeri kertoi haluavansa hieman tiivistää työtä.

Olimme aikaisemmin keskustelleet ohjausryhmän kanssa siitä minkälaista, tietoa ja minkä verran he haluaisivat kirjallisessa ohjeessa olevan. Meidän mielestämme oli siis hyvä kysyä heiltä uudelleen ohjausta siihen, mitä he haluaisivat ottaa siitä pois. Omaisten kommenttien perusteella ja myöskin viestintäsihteerin mielestä tietoa oli vähän liikaa. Jouduimme poistamaan tietoa, jota ohjausryhmä olisi alunperin kirjalliseen ohjeeseen halunnut. Puheterapeutin ohjeistuksella ja yhteistyössä hänen kanssaan saimme poistettua tietoa, joka ei ollut niin tärkeää, sekä jätettyä tärkeimmät tiedot kirjalliseen ohjeeseen. Tiivistimme vielä itsenäisesti sitä mahdollisimman tiiviiksi, mutta niin, että ymmärrettävyys ja selkeys säilyivät. Työn tiivistäminen ja joidenkin asioiden pois ottaminen oli lopulta ohjausryhmänkin mielestä hyvä asia.

Projektitoiminnan perusmääritteet hyvinvointipalveluissa ovat aikajänne, tavoitteellisuus, resurssit, kohdentuminen, suunnitelmallisuus, sektoritoimijuus, osaaminen, johtaminen ja asiakaslähtöisyys. Ajallisesta takarajasta ei ole mitään sääntöä ja jotkin hyvinvointipalvelualojen projektit kestävät jopa vuosia. Jokaisella projektilla kuuluu olla kehittämispäämäärä, jonka saavuttamiseen yritetään projektin avulla vaikuttaa. Projektien ajatus on, että sisällöstä riippumatta toteuttamisessa tulisi aina ottaa huomioon loppukäyttäjien näkökulma. Projektityössä hyvinvointipalveluille kuuluisi aina olla kyse asiakaslähtöisestä toiminnasta. (Paasivaara ym. 2013, 39 - 47.)

6.2.5 Tuotteen viimeistely

Ennen varsinaista projektin päätöstä on tarkistettava saavutettu tulos, onko se mitä tavoiteltiin (Paasivaara ym. 2013, 39 - 47). Projektin päättämisyvaihe alkaa projektin tuloksen varmistuttua. Tässä vaiheessa valmistellaan loppuraportti ja voidaan esittää projektin tuloksen hyväksymistä. Hyväksymistä haetaan usein sisäisesti ja ulkoisesti. Sisäinen hyväksyntä tarkoittaa oman projektiorganisaation hyväksyntää ja ulkoinen hyväksyntä tarkoittaa asiakkaan hyväksymistä tulokselle. (Pelin 2009, 87.) Tuotteen viimeistelyvaihe sisältää tuotteen viimeistelyä sekä mahdollisia korjauksia. Tekijät päättävät, voivatko he hyväksyä projektin. Tässä vaiheessa mietitään myös tuotteen markkinoinnin suunnittelua sekä laaditaan käyttö- ja toteutusohjeet. (Jämsä & Manninen 2000, 85.)

Väistämättäkin projektin teon varrella tulee poikkeuksia aikaisemmin tehtyyn suunnitelmaan (Kettunen 2009, 127). Projektin onnistumista tulisi arvioida niin lopputuotteen kuin tuotantoprosessin näkökulmasta (Ruuska 2012, 276). Keskustelua sidosryhmien ja muiden projektiin kuuluvien kesken pitää olla koko projektin ajan siitä, mihin ollaan pääsemässä ja pyrkimässä. Tämä korostuu etenkin projektin loppupuolella. Toinen tämän vaiheen tehtävistä on henkilöstön mukanaolon varmistus, sekä se, että hanke/projekti saadaan kunnialla päätökseen. Päättämisyvaiheessa projektin toiminta lopetetaan ja sen tulokset otetaan käyttöön. Tässä vaiheessa joutuu vielä pohtimaan, mitä tuloksille tapahtuu jatkossa. (Paasivaara ym 2013, 39 - 47.) Päättämisen jälkeen voidaan projektin tulos siirtää uudelle omistajalle (Pelin 2009, 356).

Viimeistelyvaiheessa on tarkoitus tarkistaa, että tuote on tavoitteiden ja projektisuunnitelman mukaisesti tehty. Tarkistimme tavoitteitamme sekä tehtyä suunnitelmaamme ja vertasimme niitä tekovaiheisiin ja lopputulokseen. Olimme itse tyytyväisiä vaiheidemme kulkuun ja tekota-poihimme. Tuotekehittelyprojekti ei mennyt täysin alkuperäisten suunnitelmien mukaisesti. Esimerkiksi näin kävi esitestauksen kanssa, sillä emme saaneet omaisia osastolta ollenkaan, vaan pelkästään AVH-liitolta. Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut millään tavalla valmiin tuottemme laatuun. Ohjausryhmäämme kuuluva neurologi ei myöskään päässyt tapaamisiin, mutta sähköpostitse hän sai tietoa opinnäytetyömme kulusta. Aikataulu myös venyi suunniteltua pidemmäksi. Kuitenkin todella tyytyväisiä olimme itse tuotokseemme eli kirjalliseen ohjeeseen. Tyytyväisyys vain vahvistui, kun ohjausryhmäkin kertoi olevansa tyytyväinen työhön. Tämän jälkeen jatkoimme varsinaisen opinnäytetyön teoriaosuuden ja vaiheiden tarkistamista ja

hiomista. Jatkoimme yhteydenpitoa opettajaamme sähköpostitse, ja se oli onnistunutta ja vai-
vatonta. Ohjaava opettajamme vaihtui loppusuoralla, kesällä 2017. Saimme kerrottua opetta-
jalle hyvin eri vaiheissa opinnäytetyön kuulumisia ja kysyttyä tarvittaessa pientä ohjausta.

Kirjallisen ohjeen alkuun tulisi sijoittaa tärkein asia eli ydintieto. Pääotsikko ja väliotsikot ovat
tärkeitä. Väliotsikot jakavat tekstiä sopiviin lukupaloihin. Kuvitus voi olla mielenkiinnon herät-
tävää, tekstiä täydentävää, ohjeen luettavuutta lisäävää tai ymmärrettävyyttä lisäävää. Tekstin
tulee olla ymmärrettävää ja oikeakielistä. Siinä olevat lääketieteelliset termit tulee avata. (Tork-
kala ym. 2002, 39 - 40.)

Tarkistimme kirjallisen tuotteen selkeyden, ymmärrettävyyden ja kokonaisuuden. Ulko-
asusta keskustelimme keskussairaalan viestintäsihteerin kanssa ja pääsimme yhteisymmär-
rykseen. Viestintäsihteerin teki kirjallisesta ohjeesta sairaalan säädösten mukaisten, mutta mei-
dän työlle sopivan ulkoasun. Olimme lopputulokseen tyytyväisiä ohjausryhmän, viestintäsih-
teerin ja opettajan kanssa.

Ohjausryhmältä tuli sellainen toive, että esittäisimme opinnäytetyömme tuotoksen eli kirjallisen
ohjeen Soiten neurologian osaston henkilökunnalle tulevana syksynä. Näin heille tulisi tutuksi
tekemämme kirjallinen ohje, ja myös kirjallisen ohjeen antaminen omaisille olisi helpompaa,
kun he ensin itse tietäisivät mitä kirjallinen ohje sisältää. Sovimme, että he ottavat syksyllä
meihin yhteyttä asian tiimoilta. Sovimme sitten yhteisen sopivan ajan tuotekehittelyprojektin
esittämiseksi työntekijöille. Kirjallinen ohje tulee uudistuvan neurologisen osaston sekä puhe-
terapeutin käyttöön.

Projektin epäonnistumiseen vaikuttavat monetkin asiat. Projektin suunnittelu on tärkeä vaihe,
jossa syvennetään näkemystä projektin lopputuloksesta ja varmistetaan yhteisymmärrys ta-
voitteista ja tarkoituksesta. Yksi epäonnistumisen syy voi olla huonosti tehty suunnittelu. Toi-
sena syynä epäonnistumiseen voi olla tavoitteiden ja rajoitusten liiallinen väljyys projektissa.
Syynä voi myös olla projektin tekijöiden osaamattomuus tai yhteistoiminnan pelaamattomuus.
Projektia kuuluu seurata ja valvoa, ja mikäli tästä lipsutaan, saattaa projektin onnistuminen
vaarantua. Projekti voi myös epäonnistua, mikäli yritetään tehdä liian paljon kerralla. Projekti-
henkilöiden ja projektin ympäristön muuttuminen kesken projektin on myös vaarana epäonnis-
tumiselle. Riskejä tulisi huomioida jo suunnitteluvaiheessa ja niihin tulisi osata varautua pro-
jektin aikana. (Kettunen 2009, 51.)

Riskiksi totesimme ainoastaan sen, että molemmat meistä ovat kokemattomia tuotekehittelyprojektin tekijöinä. Suunnittelua tehtiin kuitenkin huolella, varsinkin tavoitteiden ja tarkoituksen kohdalla. Yhteistoiminta pelasi alusta alkaen ohjausryhmämme, opettajan ja meidän välillä. Näimme sekä opettajaa että ohjausryhmää kasvotusten, mutta myös sähköpostitse onnistui yhteydenpito todella hyvin. Koimme onnistuvamme hyvin kahdestaan projektin teossa ja koimme saavamme hyvin tukea sekä koulun että sairaalan henkilökunnan puolelta.

Sähköpostin kautta on hyvä jakaa tietoa projektin eri vaiheissa kaikille projektiin osallistuville. Sähköposti ei kuitenkaan ole yhtä hyvä vaihtoehto kuin henkilökohtaiset tapaamiset, varsinkin projektissa mukana olevien yhteishenkilöiden kanssa. (Kettunen 2009, 142.) Projektipäällikkö vastaa ohjausryhmän koolle kutsumisesta. Koolle kutsumisiin eli kokouksiin tulee lähettää kutsut ajoissa. Kokouksiin kutsutaan projektipäällikkö, projektin omistaja ja ohjausryhmä. Ennen kokouksia tulisi suunnitella siellä käytävät asiat ja aiheet. (Kettunen 2009, 166 - 169.)

Käytimme ohjelehtisen ja opinnäytetyön tietoperustaan vain luotettavia lähteitä. Suurin osa lähteistä on ajantasaisia, muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta. Tarkistimme kuitenkin jokaisesta lähteestä, että itse tieto ei ole "vanhaa". Esimerkiksi halusimme saada vastakkaista näkemystä omaisten mukaan ottamiseen kuntoutuksen tueksi ja löysimme tästä lähteen Kliininen neuropsykologia (Kuikka, P ym 2001). Tämä lähde on yli kymmenen vuotta vanha lähde. Kirjassa oli meidän mielestämme kuitenkin erinomaisesti tuotu esille omaisten muuttuneen elämän tilanteen hallinta, jota ei suositella rasitettavan enempää kuntoutukseen mukaan ottamisella. Tätä ajatusta emme muualta kirjallisuudesta tuoneet esille.

Viimeinen vaihe projektissa on sen päättäminen. Projektin päättämisvaiheessa tehdään loppuraportointi, projektiorganisaation purkaminen sekä jatkoideoiden esille tuomisen. (Kettunen 2009, 45.) Projekti on joukko ihmisiä, jotka on tilapäisesti koottu yhteen suorittamaan jotakin tiettyä tehtävää. Projektilla on selkeät tavoitteet, ja kun ne täyttyvät, niin projekti päättyy. (Ruuska 2012, 19.)

Olemme projektin toteutuksessa pysyneet tuotekehittelyprojektin mukaisissa kehyksissä. Meitä auttoi kovasti hyvin tehty suunnittelu, jotta tiedettiin heti seuraava vaihe edellisen päätyttyä. Eri vaiheiden päällekkäin meneminen huomattiin, mutta järjestys pysyi vaiheissa kuitenkin

kin samana. Pyrimme tekemään työmme koulusta annettujen opinnäytetyön kriteerien mukaisesti. Omaisten ehdottamat korjaukset teimme työhömmе, eli tiivistimme sisältöä. Ymmärsimme itse myös sen, että koska omaiset ovat kohdanneet kriisin, niin tekstin parempi olla tiiviimpi, jotta sen jaksaa lukea ja sisäistää. Kun korjaukset oli tehty ja ulkoasu kunnossa, niin olimme lopputuloksesta ja itsestämme ylpeitä. Tämän kaiken myötä projekti vastaa tarkoituksiaan ja tavoitteitaan.

6.3 Tekijänoikeudet

Kun hankkeen tuotos on saatu aikaan, tekijänoikeudet syntyvät. Ne kuuluvat siis tuotoksen luojalle, ja Suomessa tekijän oikeuksien saaminen ei vaadi erityistä kirjaamista esimerkiksi johonkin rekisteriin. Tuotoksen ei tarvitse olla valmis, jotta tekijänoikeudet syntyvät. Tekijä voi luovuttaa teoksen osittain tai kokonaan toiselle henkilölle. Esimerkiksi teoksen voi luovuttaa osittain toiselle kustannussopimuksella, jolloin kustantajalla on oikeus monistaa ja julkaista tuotos. Sopimuksen voi tehdä joko kirjallisesti tai suullisesti. Opinnäytetyöntekijällä on oikeus omaan työhönsä, kuten kella tahansa tekijällä, ja hän voi päättää sen kaikenlaisesta käyttämisestä. Tekijällä on myös oikeus tulla tunnustetuksi sen tekijänä, silloin kun työ on valmis ja esillä jossain. (Heikkilä ym. 2008, 51 - 52.)

Tekijänoikeudet kirjalliseen ohjeeseen säilyvät meillä tekijöillä, mutta osaoikeuden ja muokausoikeuden saa myös Kokkolan keskussairaalan Soiten neurologinen osasto. Kirjallisen ohjeen voi antaa afaatikolle tai omaisille esimerkiksi kotiutusvaiheessa tai jo osastolla oloaikana. Kirjallista ohjetta voi käyttää myös osastotyössä apuna esimerkiksi omaisten ohjaamiseen keskustelussa afaatikon kanssa, tai puheterapeutin työkaluna esimerkiksi kotiharjoitteiden antamisen tukena.

6.4 Oma ammatillinen kasvu

Opimme valtavan paljon opinnäytetyötä tehdessämme. Tutuimmaksi tuli itse tuotekehittelyprojektin tekeminen, sen vaiheet ja se, miten tuotteita ylipäätään syntyy. Ennen tätä emme olleet aikaisemmin tehneet projekteja emmekä tienneet juuri mitään projektien tekemisestä. Opinnäytetyön tekeminen oli mielestämme haastavaa sen suuren työn vuoksi. Yhteistyö sujui koko projektin ajan todella hyvin keskenään, ohjausryhmän sekä opettajan kanssa, mistä olemme erittäin ylpeitä itsestämme. Saimme itse järjestettyä kaikki tarpeelliset tapaamiset ja yhteydenotot. Pystyimme pitämään kaikki ajan tasalla sekä pitämään ohjat käsissämme. Tämä kasvatti meidän ammatillista vastuun kantoamme ja yhteistyötaitojamme eri ammattiryhmien kanssa. Tämä kasvatti meitä myös johtamiseen ja asioiden hallitsemiseen, jotka ovat erittäin tärkeitä taitoja tulevaisuuden kannalta. Haasteita meille tuotti eniten aikataulutusta. Projektin aikana ei voinut keskittyä pelkkään projektin tekoon vaan meneillään oli paljon muuta kouluun ja henkilökohtaiseen elämään liittyvää asiaa. Saimme kuitenkin suhteellisen hyvin kerättyä tähänkin yhteistä aikaa, mutta tulevaisuudessa voisimme kehittää itsellämme suunnitelmallisuutta ja aikataulutusta.

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Sosiaali- ja terveysalalla ihmisen ja ihmisarvon kunnioitus on koko toiminnan perusta. Se sisällyttää ihmisoikeudet, itsemääräämisoikeuden, perusoikeudet ja valinnanvapauden. Hoidoissa ja palveluissa tulee aina olla potilaan/asiakkaan oma suostumus, ja niiden tulee sisältää omaa osallisuutta sekä heillä tulee olla valinnanvapaus ja oikeus itsenäisiin päätöksiin hyvinvoinnistaan ja elämästään. Tämän tulee myös näkyä potilaan/asiakkaan läheisten ja omaisten kanssa asioidessa ja heidän kohtelussa. (Etene 2011, 5.)

Hyvän tekeminen sekä vahingon välttäminen ovat hoidon ja palvelujen tavoitteina. Hyvän tekeminen tarkoittaa niihin ratkaisuihin ohjaamista, jotka tukevat potilaan/asiakkaan odotuksia, tarpeita ja tavoitteita. Luotettavat ja turvalliset palvelut ja hoidot, joiden toiminta pohjautuu ammattitaitoon sekä perusteltuun tietoon, on hyvän tekemistä. Vahingon välttämällä tarkoitetaan, että toiminnasta on enemmän hyötyä kuin haittaa asiakkaalle/potilaalle. (Etene 2011, 5.)

Meidän työssämme käytimme omaisia apuna vain esitestausvaiheessa. Tässä säilytimme anonymiteetin ja kaikilla vastaajilla oli valinnanvapaus ja oikeus päättää, antaako palautetta. Ketään emme pakottaneet vastaamaan. Ketään emme myöskään syrjineet sillä, että olisimme rajanneet, ketkä saavat antaa palautetta. Kunnioitimme heidän antamaansa palautetta emmekä muokanneet sitä omin sanoin tai omiin ajatuksiin sopiviksi. Otimme palautteen vastaan sellaisena kuin se tulikin. Tavoitteena ja tahtona työssämme on vain ja ainoastaan auttaa afasiaan sairastunutta ja heidän läheisiään.

Etiikalla on pitkä historia. Lääketieteessä tunnetaan edelleen vanha vala, missä sitoudutaan kunnioittamaan elämää ja palvelemaan lähimmäistä ihmisyyttä kunnioittaen. Päämäärä on sairauksien ehkäisy, sairaiden parantaminen ja kärsimysten lieventäminen, sekä terveyden edistäminen sekä ylläpitäminen. Vala sitouttaa myös asettamaan etusijalle potilaan hyvän, sekä se velvoittaa vaitiolovelvollisuuteen. (Etene 2011, 12.) Eettisiin normeihin kuuluu tutkittavia koskevan tiedon luottamuksellisuus ja sen turvaamisen periaate. Ihmistieteissä keskeinen lähtökohta on ihmisarvon kunnioittaminen ja ihmisten itsemääräämisoikeutta pitää pyrkiä kunnioittamaan tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. (Kuula 2006, 59 - 61.)

Tiede ja tieteen tekeminen ovat inhimillistä toimintaa. Tiedettä ja tutkimuksia monesti tehdään määräaikaissä tehtävissä ja keskinäisten kilpailujen keskellä, jolloin sitoutuminen täydelliseen rehellisyyteen ei aina toteudu. Uuden tiedon saantiin liittyy useasti myös riidanaiheita, kateutta sekä väärinkäytöksiä. Tyypillisimmät tutkimuseettiset väärinkäytöt ovat plagiointi ja väärentäminen. On esitetty kahdeksan yleistä eettistä vaatimusta [Pietarinen 1999], jotka tulisi kaikille tutkijoille asettaa: tutkijoiden älyllinen kiinnostus asiaan, tunnollisuus, rehellisyys, ihmisarvon kunnioitus, vaaran eliminoiminen, ammatinharjoituksen edistäminen, sosiaalinen vastuu sekä kollegiaalinen arvostus. (Kuula 2006, 29 - 30.)

Tutkijan tulee myös välttää henkisen ja fyysisen vahingon tuottaminen tutkittavalle. Harvoin fyysisiä vahinkoja tuleekaan, mutta taloudellisia ja sosiaalisia vahinkoja voi aiheutua, mikäli tutkija luovuttaa tutkittavasta tietoja ja ne joutuvat väärin käsiin. Tämän tyyliset vahingot vältetään, kun huolehditaan asianmukaisesta tietosuojan kunnioituksesta. Henkisten vahinkojen välttäminen onnistuu oikeanlaisella ja kunnioittavalla vuorovaikutuksella tutkittavien kanssa sekä huomioimalla tutkimustulosten ulosanti eli muun muassa kirjoitustyyli. Ihmisten yksityisyyttä tulee kunnioittaa. He itse saavat määrittää, mitä tietoja he haluavat antaa, ja tätä yksityisyyttä tulee tutkijan suojella. (Kuula 2006, 62-64.)

Me saimme sähköpostitse omaisilta palautetta työstämme. Emme kuitenkaan kertoneet nimiä kenellekään ulkopuoliselle. Palautteen otimme ylös sanasta sanaan, ettemme muokkaisi sitä mitenkään omannäköiseksi. Kiitimme palautteesta myös sähköpostitse. Tämän jälkeen, kun olimme kopioineet palautteen ylös, poistimme sähköpostit. Varmistimme sen, ettei esitestaukseen osallistuneiden henkilöllisyys paljastu kenellekään.

Yksityisyyden suojasta on meillä Suomessa määrätty monessa laissakin. Perustuslakimme 10§:ssä todetaan: "jokaisen yksityiselämä, kunnia ja kotirauha on turvattu." Henkilötietolaissa on määrätty vielä tarkemmin, että ihmisellä on oikeus päättää itseään koskevista tiedoista, niiden käsittelystä sekä oikeus järjestää oma yksityiselämä ilman ulkopuolisen perusteetonta puuttumista. Mikäli tutkimuksella on riski loukata ihmisoikeutta, se tulee suunnitella niin, ettei riskiä enää ole tai se tulee jättää tekemättä kokonaan. Useissa erityislaeissa sekä viranomais-toiminnan julkisuudesta säädetyssä laissa säädetään vaihtelovollisuus ja salassapitovelvollisuus. (Kuula 2006, 77, 86, 90.)

Tutkimusaineistoja voidaan keräillä monilla eri tavoin, mutta tärkeää on joka tavan kohdalla huomioida, että tutkittavalle tulee antaa tieto aineiston käytöstä. Tutkimuksesta annettava informaatio on tärkeää siinäkin mielessä, että tutkimusta koskevat ihmiset pystyvät ratkaisemaan halunsa osallistua. Olennaista on myös kertoa tutkimuksen tekijät ja antaa heidän yhteystietonsa mahdollisia yhteydenottoja varten. Tutkittavien valintaperusteiden täytyy olla tutkittavien tiedossa. Tutkittavia voidaan myös motivoida kertomalla, miten tutkimusta voitaisiin hyödyntää tulevaisuudessa ja millaista uutta tietoa tässä tutkimuksessa tavoitellaan. Arkaluontoisissa asioissa on erityisen tärkeää, että ihmiset saavat itse arvioida, haluavatko he osallistua. (Kuula 2006, 99, 105.)

Me emme käyttäneet omaisia tutkimuksessa kuin esitestausvaiheessa, jolloin keräsimme palautetta tuotteesta. Silti halusimme korostaa valinnanvapautta vastattaessa. Kerroimme tiivistetysti, mitä olimme tekemässä ja miksi. Annoimme nimeämme ja sähköpostiosoitteemme. Halusimme antaa mahdollisuuden siihen, jos he haluavat kysyä vielä jotain.

Kun käytetään lähteinä internetin resursseja, niin on hyvä miettiä, miten kaiken tarjolla olevan informaation kykenee rajaamaan jäsenneyksi sekä hyvin rajatuksi tutkimusaineistoksi. Tiedon luotettavuus ja asema on myös erittäin tärkeä mietinnän kohde internetin resursseja käytettäessä. (Kuula 2006, 170.) Opinnäytetyön kirjoittajan kuuluu käydä läpi omaan aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja tutkimuksia sekä perehtyä tähän kirjallisuuteen. Opinnäytetyön luotettavuutta tulee arvioida ja luotettavuuskysymykset tulee ottaa esille jo työn suunnitteluvaiheessa. Kaikki opinnäytetyön ratkaisut ja valinnat tulee perustella. Tarkoituksen ja tavoitteiden tulee olla selvästi määritelty ja esitetty. (Kananen 2010, 69, 128, 147 - 149.)

Käytimme paljon aikaa siihen, että pohdimme, minkälaisia lähteitä käytämme työssämme. Halusimme ottaa tietoa vain varmasti luotettavia lähteitä. Katsoimme heti uusia lähteitä löytäessämme meille koulussa opettajien tapojen mukaisesti tekijät, vuodet, kenelle tehty yms. Olemme itse tyytyväisiä lähteisiin, joita löysimme. Käytimme lähteinä kirjallisuutta, lehtiä, artikkeleita, ja tutkimuksia. Luotettavuutta ajattelimme joka tehtävän vaiheissa. Halusimme saada työstämme apua afaatikkojen elämään, joten työn tuloksen pitää olla varmaa ja luotettavaa. Pystymme seisomaan jokaisen päätöksemme takana, mitään tekoa tai päätöstä ei meidän tarvitse työssämme hävetä tai peitellä. Tarkoitus ja tavoitteet määrittelimme alussa selkeästi ja niiden myötä olemme työn saaneet onnistuneesti päätökseen.

LÄHTEET

- Aro-Pulliainen, P. 9/2013. Afasia. Afasia-esite terveydenhuollon ammattilaisille ja asiakkaille. Aivoliitto. Mainostoimisto 2t.
- Atula, S. 2015a. Terveyskirjasto. Afasia. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00557&p_haku=afasia. Viitattu 3.6.2015.
- Atula, S. 2015b. Terveyskirjasto. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001. Viitattu: 10.1.2017.
- Atula, S. 2015c. Terveyskirjasto. Ohimenevä aivoverenkiertohäiriö (TIA). Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00591. Viitattu: 10.1.2017.
- Berg, A. 2010. AVH-päivät. AVH-potilaan masennuksen kulku akuuttivaiheen jälkeen ja omaisen masennusoireilu. Saatavissa: http://www.aivoliitto.fi/files/732/AVHpotilaan_masennuksen_kulku_akuuttivaiheen_jalkeen.pdf. Viitattu: 12.1.2017.
- Cherney, L. 2012. Aphasia treatment: Intensity, dose parameters, and script training. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=40&sid=e326c703-9bb6-4453-be49-83f80e25d598%40sessionmgr4008&hid=4201>. Viitattu 31.5.2017.
- Etene. 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden eettinen perusta. Saatavissa: <http://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-%20julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-%204fa5-8c5f-193cfdce9841>. Viitattu 12.2.2016.
- Forsbom, M., Kärki, E., Leppänen, L. & Sairanen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Helsinki: Tammi.
- Halttunen, U. & Tähtinen, P. 2014. Matka valoon. Lohja: Karas-Sana.
- Hautamäki, M. 2.2.2017. 78-vuotias Mikko Pernu opettelee puhumaan- aikuisten tarve puhe-terapialle kovassa kasvussa. Yle uutiset. Saatavissa: <http://yle.fi/uutiset/3-9434023>. Viitattu: 3.4.2017.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY.
- Hoffström, K. 2014. Aivoverenkiertohäiriöt afasia kommunikointi afaattisen henkilön kanssa. Aivoliitto. AVH-kuntoutus. Joensuun seutukirjasto.
- Huhtakangas, J. 2014. AVH (aivoinfarkti ja TIA, mutta myös aivoverenvuoto) kentällä. Saatavissa: https://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/03314ffec49c5e42114ec5cb0ce8ef2c23c081cd.pdf. Viitattu: 13.1.2017.

Juntura, A. & Kurvi, K. 2008. Aivoverenkiertopotilaan hoidossa tarvittava tiedollinen osaaminen perustason ensihoidossa. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/1479/Aivovere.pdf?sequence=1>. Viitattu: 12.1.2017.

Jämsä, K & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki. Tammi.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Tampereen yliopistopaino oy.

Kauppi, M. 2014. Suurin osa aivoinfarkteista olisi ehkäistävissä mutta sairastumisestakin toipuu. Sairaanhoitaja lehti. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/suurin-osa-aivoinfarkteista-olisi-ehkaistavissa-mutta-sairastumisestakin-toipuu/>. Viitattu:3.6.2017.

Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. Helsinki: WSOY.

Kollanus, S. 2016. Aivohalvaus- ja afasiapotilaan kommunikoinnin tukeminen kotihoidossa. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/105470/Kollanus_Su-sanna.pdf?sequence=1. Viitattu: 12.2.2017.

Korpijaakko-Huuhka, A.-M. & Kiesiläinen, A. 2009. Aikuisiän kielelliskognitiiviset häiriöt. Kommunikoinnin häiriöt syitä ilmenemismuotoja ja kuntoutuksen perusteita. Helsinki: Yliopistopaino

Korpilahti, P., Aaltonen, O. & Laine, M. 2010. Kieli ja aivot. Helsinki: Art-Print.

Koskinen, M. 2015. Ylen artikkeli. AVH:n hoito hyvää, kuntoutus kangertaa. Saatavissa: <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2015/02/09/avhn-hoito-hyvaa-kuntoutus-kangertaa>. Viitattu: 17.6.2017.

Kuikka, P., Pulliainen, V. & Hänninen, R. 2001. 36. Kliininen neuropsykologia. Helsinki: WSOY.

Kumpuniemi, M. 2/2014. Aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti. Saatavissa: https://issuu.com/strokery/docs/avh_2-14. Viitattu: 13.1.2017.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.

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

Käypä hoito suositus. 2011. Aivoinfarkti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50051>. Viitattu: 13.1.2017.

Käypä hoito suositus. 2016. Aivoinfarkti ja Tia. Laskimonsisäinen liotushoito. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=010334A55A468918B19F13D51E75D51A?id=hoi50051#s12>. Viitattu: 20.8.2017.

Laakso, L-K. 2015. Ihmeelliset aivot. Aivoinfarkti. Saatavissa: <http://yle.fi/teos/ihmeelliset-aivot/artikkeli.php?id=124380&title=aivoinfarkti-faktat>. Viitattu: 13.1.2017.

Laakso, M. 2011. Afasia ja yhteistyön mahdollisuudet ja rajat: vertaileva tutkimus afaattisten henkilöiden koti- ja puheterapiavuorovaikutuksesta. Haavoittuva keskustelu. Solver.

Lehtihalmes, M. & Klippi, A. 2015. Mitä uusin aivotutkimus kertoo afasiasta toipumisesta. Teoksessa Lehtihalmes, M., Korpijaakko-Huuhka, A-M. & Pekkala, S. (toim.) Aikuisten neurologisperäiset puheen, kielen ja viestinnän ongelmat. Helsinki: Unigrafia Oy, 54-55.

Lehtihalmes, M. & Korpijaakko-Huuhka, A-M. 2010. Afaattiset häiriöt. Teoksessa Korpilahti, P., Aaltonen, O. & Laine, M. (toim.) Kieli ja Aivot: Kommunikaation perusteet, häiriöt ja kuntoutus. Turun yliopisto: Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus, 277-278.

Lindstam, S. & Ylinen, A. 2012. Duodemic. Aivovammojen kuntoutus. Porvoo: Bookwell oy.

Liukko, S. 2012. Opinnäytetyön raportointi. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Saatavissa: <http://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/tag/toiminnallinen-opinnaytetyo>. Viitattu: 30.5.2017.

Murtomäki, S. 2011. 31-35. Afasiaa sairastavan perheen elämänlaatu läheisen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu- tutkielma. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82651/gradu05154.pdf?sequence=1>. Viitattu: 23.8.2017.

Mustajoki, P. 2015. Terveyskirjasto. Aivokalvon alainen verenvuoto (SAV). Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00002 Viitattu: 12.1.2017

Mustajoki, P. 2017. Kohonnut verenpaine (Verenpainetauti). Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034. Viitattu: 5.6.2017.

Murtomäki, S. 2011. Afasiaa sairastavan perheen elämänlaatu läheisen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: https://www.aivoliitto.fi/files/1888/elamanlaatu_laheisen_nakokulmasta.pdf. Viitattu:3.4.2017.

Okkonen-Mäkelä, M. 2016. Henkilökohtainen tiedonanto, puhelinkeskustelu. 24.4.2016.

Paasivaara, S., Suhonen, M. & Virtanen, P. 2013. Projektijohtaminen hyvinvointi-palveluissa. Helsinki: Tietosanoma oy.

Pelin, R. 2009. Projekti-hallinnan käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Ruuska, K. 2012. Pidä projekti hallinnassa. Vantaa: Talentum media oy.

Soite. 2017. Neurologian osasto. Saatavilla: http://www.soite.fi/sivu/neurologian_osasto. Viitattu: 30.5.2017.

Salminen, A-L., Hiekkala, S. & Stenberg, J-H. 2016. Etäkuntoutus. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/0/Et%C3%A4kuntoutus/4a50ddb8-560c-47b4-94ed-09561f6981df>. Viitattu: 31.5.2017.

Simic, T., Leonard, C., Laird, L., Cupit, J., Höbler, F. & Rochona, E. 2016. A Usability Study of Internet-Based Therapy for Naming Deficits in Aphasia. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=17d16f48-99d9-45be-a1b4-649ac6a951a4%40sessionmgr104>. Viitattu: 31.5.2017.

Soinila S., Kaste, M. & Somer, H. 2006. Neurologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tarnanen, K., Lindsberg, P., Sairanen, T & Vuorela, P. 2011. Terveyskirjasto. Tunnista aivoinfarkti - hoitoon ja heti! (aivoinfarkti ja TIA). Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00062. Viitattu: 13.1.2017.

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

Trygg, B. 2010. Graafinen kommunikointi. Suomennettu painos. Suomentaja: P.Rautakoski. Kouvola: Solver palvelut.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. 2011. Saatavissa: <http://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisu+32+Sosiaali+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841>. Viitattu: 24.4.2017.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

