

---

AIVOHALVAUS- JA AFASIAPOTILAAN  
KOMMUNIKOINNIN TUKEMINEN KOTIHOIDOSSA



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, kevät 2016

Susanna Kollanus



HÄMEENLINNA  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja AMK

---

<b>Tekijä</b>	Susanna Kollanus	<b>Vuosi</b> 2016
<b>Työn nimi</b>	Aivohalvaus- ja afasiapotilaan kommunikoinnin tukeminen kotihoidossa	

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli edistää aivohalvaus- ja afasiapotilaiden kommunikointia kotihoidossa graafisin keinoin. Vuorovaikutus on yksi tärkeä osa-alue ihmisen elämässä. Toisen ihmisen kanssa keskustelemalla potilas kykenee vastavuoroisuuteen ja hoitamaan itsenäisesti omia asioitaan. Puheen vaikeutuessa kommunikoinnin taso heikkenee ja jopa loppuu kokonaan. Tästä voi seurata masennusta ja syrjäytymistä. Tarkoituksena on tuoda esille kommunikointimuoto, jolla pystytään tukemaan potilaan kuntoutumista ja ehkäisemään masennusta ja syrjäytymistä.

Teoreettisessa viitekehyksessä on koottu tietoa aivohalvauksesta, afasiasta, niiden oireista, riskitekijöistä ja ennaltaehkäisystä, sekä kommunikoinnin tukemisesta ja kommunikoinnin apuvälineistä. Tietoa on haettu eri alojen kirjoista ja internetistä.

Tutkimuskysymyksiä ovat ”Miten ikäihmisen puheenkehittymistä voidaan harjoittaa?” ja ”Millä apuvälineillä kommunikointia voidaan edistää?”

Työ on kohdistettu Hämeenlinnan kaupungin kotihoidolle. Siellä esiteltiin graafista kommunikointia ja erilaisia asiakkaalle yksilöllisiä apuvälineitä. Kotihoidolle tehtiin malliksi kommunikointikansio ja esite, josta löytyy vinkkejä kommunikointikansion koostamiseen. Esitteestä löytyy pieni informaatio, mikä on aivohalvaus, sekä oireet, riskitekijät ja ennaltaehkäisy. Lisäksi esitteessä on vinkkejä kuvamateriaalin löytymiseen ja tietoa puhevammaisten tulkkipalvelusta.

Ikäihmisten kommunikoinnin tukemiseen on alettu kiinnittää huomiota vasta viime aikoina. Tätä työtä on tarkoitus viedä eteenpäin omaishoitajille ja tuoda tietoisuuteen myös muistisairaiden hoitamisessa. Tavoitteena olisi tuoda kuvakommunikoinnin käyttö yhdeksi osaksi vanhustyön arkipäivää.

**Avainsanat** Aivohalvaus, afasia, kommunikointi, puheterapia, ikääntyneet

**Sivut** 20 s. + liitteet 6 s.

HÄMEENLINNA  
Degree Programme in Nursing  
Nursing

---

<b>Author</b>	Susanna Kollanus	<b>Year</b> 2016
<b>Subject of Bachelor's thesis</b>	Stroke– and aphasia patient communication supporting in home care	

---

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to contribute to the stroke- and aphasia patients' communication in the home care with graphic ways. The interaction is one of the most important sectors in a person's life. By talking with another person the patient is capable of reciprocity and dealing with their own affairs independently. When speaking comes more difficult the level of communication becomes weaker or runs out completely. This can lead to depression and social exclusion. The aim is to introduce a communication format, that is capable of supporting the patient's rehabilitation and the prevention of depression and social exclusion.

The theoretical frame of reference was compiled from information about stroke, aphasia, their symptoms, risk factors and prevention as well as the support of communication and tools of communication. The information was retrieved in different sectors on the books and on the internet.

Research questions were "How can the aged persons conversational skills be educated" and "Which tools can promote communication?"

The work is targeted to the home care of the city of Hämeenlinna. There was presented a graphical communication and a variety of unique tools for the customer. For home care a model of communication folder and brochure, in which can be found tips for communication when building the folder was made. In the brochure can be found some information of what is stroke, as well as the symptoms, risk, factors and prevention. In addition in the brochure there are tips for image material and about the translator services for speech impaired people.

More attention has been given recently to supporting the communication of older people. This work is intended to be pushed forward to the caregivers and to bring awareness of the memory problems. The aim would be to use graphic communications into the older peoples' care work as part of the day.

**Keywords** Stroke, aphasia, communication, speech therapy, the elderly.

**Pages** 20 p. + appendices 6 p.

---

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KÄSITTEET.....	2
3	AIVOHALVAUS.....	2
4	AFASIA.....	6
5	KOMMUNIKOINNIN TUKEMINEN.....	7
6	PUHEEN APUVÄLINEITÄ.....	11
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET & KYSYMYKSET.....	15
8	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	15
9	POHDINTA.....	15
10	JATKOTUTKIMUSAIHEET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET.....	16
	LÄHTEET.....	17
	HAASTATTELUT.....	20
	KUVAT.....	20

Liite 1	Esite kotihoitoon
Liite 2	Kommunikointikansion kuvia

## 1 JOHDANTO

Vuosittain noin 5000 potilasta Suomessa tarvitsee lääkinnällistä kuntoutusta aivoverenkiertohäiriön vuoksi. Kuntoutuksen tarve alkaa heti ja kestää noin ½ - 1 vuotta intensiivisesti, minkä jälkeen siirrytään ylläpitävään kuntoutukseen. Kuntoutuksen tarve vaihtelee yksilöllisesti toimintaterapian, fysioterapian ja puheterapian osa-alueilla. Perusterveydenhuollon tehtävänä on säilyttää saavutettu kuntoutustaso. Eriasteisia afasiahäiriöitä Suomessa on noin 10 000 potilaalla. (Kotila & Palomäki 2010, 603–604.)

Sairauden aiheuttamaa vammaisuutta voidaan vähentää tehokkaalla hoidolla. Noin kolmen kuukauden jälkeen arviolta 50–70 % on toipunut halvauksesta siten, että he selviytyvät päivittäisissä toiminnoissaan itsenäisesti. 15–30 % ovat pysyvästi halvaantuneita ja heistä laitoshoidoa tarvitsee noin 20 % halvaantuneista. (Käypä hoito –suositus 2011.)

Aivohalvauksen jälkeen potilaalta putoaa pohja elämältä. On muistettava, että potilas käy läpi kriisin eri vaiheita. Lisäksi on haastavaa ja vaikeata aloittaa alusta ja opetella hävinneet taidot uudelleen. Hyvin tärkeää on yhteydenpito läheisiin ja ystäviin sekä heiltä saatava tuki. Myös vertaistuki ja hengellinen tuki ovat tärkeitä. (Joanna Briggs Institute 2009.) Usein potilaan motivaatio on hukassa ja masennustakin on havaittavissa. Masennus heikentää fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti ihmisen toimintakykyä. Masennus myös liitetään aivohalvaukseen. Lisäksi lääkkeet saattavat lisätä masennusta. (Suni 2010, 95.)

Ihmisten välinen vuorovaikutus tarkoittaa tietoista vuorovaikutusta eli viestintää. Näin pystytään ilmaisemaan tavoitteellisesti ajatuksia, tietoja, tunteita ja tarpeita, sekä vastaanottamaan ja tulkitsemaan toisten ilmaisuja. Tällöin käytetään erilaisia keinoja jotka voivat olla kielellisiä tai ei-kielellisiä. Kirjoitus ja puhe ovat tavallisemmat kielelliset viestintäkeinot. Kuitenkin kaikki ihmiset käyttävät puheen ohessa muitakin vuorovaikutuskeinoja esimerkiksi ilmeitä, eleitä, naurua tai äänensävyjä. Jos puhuminen ja havainnointi ovat puutteellisia tai vaikeasti ymmärrettävissä, voidaan käyttää korvaavia tai puhetta tukevia viestintäkeinoja. Viestinnässä olennaisinta on se, että molemmat osapuolet käyttävät yhteistä kieltä ja sellaisia keinoja jota molemmat osaavat käyttää ja ymmärtää. (Launonen 2007, 6–7.) Kommunikaation puute vaikuttaa syrjäytymiseen ja johtaa eristymiseen muusta maailmasta. Omien asioiden hoitaminen vaikeutuu ja osallistuminen tilaisuuksiin vähenee tai loppuu kokonaan. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014 )

Kotihoidon tarkoituksena on tukea asiakasta olemaan mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. Asiakas saattaa tarvita päivän aikana useampiakin käyntejä, jolloin työntekijöiden vaihtuvuus lisääntyy. Myös hoitajien lomat, vapaapäivät ja eri vuorot aiheuttavat vaihtuvuutta. Työntekijöiden vaihtuessa korostuu afaatikon kommunikoinnin vaikeus, jota voidaan helpottaa graafisella kommunikoinnilla.

## 2 KÄSITTEET

**Aivohalvaus** (stroke) on perinteinen kliininen nimitys, jolla tarkoitetaan joko aivoinfarktia tai aivoverenvuotoa. Tällöin aivoihin menevä valtimo joko tukkeutuu äkisti, jolloin syntyy infarkti eli kuolio, tai valtimo alkaa vuotamaan. Tästä syystä verenkierto aivoissa häiriintyy ja aivojen kudokset alkavat tuhoutua. (Atula 2015a; Käypä hoito –suositus 2011.)

**Afasia** tarkoittaa kielellisten toimintojen osittaista tai täydellistä häiriötä aivovaurion jälkeen. Ihmisen puhekeskus sijaitsee aivojen vasemmalla puolella ja näin ollen afasiaan liittyvät vauriot sijoittuvat aivojen vasemmalle puolelle. (Hokkanen, Laine, Hietanen, Hänninen, 2010 118–120.)

**Kotihoito** koostuu kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta, akuutista kotihoitosta, päivätoiminnasta ja palveluasumisesta. Kotihoidon tarkoituksena on tukea asiakasta asumaan ja selviytymään omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Kotihoidossa työskentelee lähihoitajia, kodinhoitajia, sairaanhoitajia, lääkäri ja fysioterapeutti. Säännöllisen kotihoidon asiakkaat ovat kotihoidon piirissä yli 3 kuukautta ja heille tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma. Säännöllisestä kotisairaanhoidosta tekee lähetteen ja päätöksen lääkäri. Se on lääkärin valvomaan sairaanhoitoa ja hoidon tarve on kestoaltan yli 3 kuukautta. Asiakkaalla on myös mahdollisuus tilapäiseen kotisairaanhoidon joko lääkärin tai sairaanhoitajan arvioimana. Akuutti kotihoito vastaa asiakkaan äkillisestä kotihoidon tarpeesta esimerkiksi sairaalasta kotiutumistilanteissa tai äkillisestä terveydentilan muutoksesta johtuen. Akuutti kotisairaanhoidon tapahtuu kotona, on määräaikainen ja korvaa sairaalan osastolla annettavan hoidon. Hoitopäätöksen tekee aina lääkäri. (Hämeenlinnan kaupunki.)

**Kotihoidon asiakas** on henkilö, jonka toimintakyky on alentunut selvästi, eikä kykene toimimaan itsenäisesti, omaisten tukemana tai muiden palveluiden turvin päivittäisissä toiminnoissaan. Omaiset ja läheiset saattavat tarvita hoidon tueksi (omaishoitajat) kotihoidon palveluita asiakkaan alentuneen toimintakyvyn takia. Hoidon tarve on päivittäistä tai useita kertoja viikossa. (Ikäihmisten palvelujen lautakunta 2014.)

## 3 AIVOHALVAUS

Noin 20 % sydämen pumppaamasta veritilavuudesta menee aivoihin. Verenkierron aivoissa on pysyttävä vakiona hermosolujen ja hapensaannin vuoksi. (Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2010, 276). Aivohalvaus (stroke) on perinteinen kliininen nimitys, jolla tarkoitetaan joko aivoinfarktia tai aivoverenvuotoa. Tällöin aivoihin menevä valtimo joko tukkeutuu äkisti, jolloin syntyy infarkti eli kuolio, tai valtimo alkaa vuotamaan. Tästä syystä verenkierto aivoissa häiriintyy ja aivojen kudokset alkavat tuhoutua. (Atula 2015a; Käypä hoito –suositus 2011.)

Kliininen määritelmä aivoinfarktille on äkillisesti kehittyvä löydös tai oire, joka on paikallinen tai yleistynyt aivojen toimintahäiriö. Se on kestoaltan yli 24 h jolleivat oireet lyhemmässä ajassa johda kuolemaan. Tavallisesti

aivoinfarkti johtuu aivovaltimotukoksesta eli riittämättömästä verenkierron aivoissa eli aivoiskemiasta. Yleisimmin tukos on tullut intrakraniaalisuonessa olevasta hyytymästä eli emboliasta. Embolia voi olla sydäimestä, aortan kaaresta tai proksimaalisemmasta valtimoahtaumasta peräisin. Infarkti ei noudata tyypillistä aivovaltimoiden suonitusaluetta kun kyseessä on paikallisesti kehittynyt aivovaltimotukos. Aivoinfarkti voi myös johtua tilapäisestä koko aivoverenkierron heikkenemisestä tai pysähtymisestä, tai jos laskimopuolen virtauksessa on esteitä. Tärkeätä on tunnistaa aivohalvauksen oireet mahdollisimman nopeasti. Liutoshoito (hepariini) on aloitettava mahdollisimman nopeasti, jotta vauriot jäisivät vähäisiksi. (Kaste ym. 2010, 296–299.)

Aivoinfarktin oireina yleisimmin on raajojen toispuoleinen tai molemminpuoleinen toimintahäiriö. Siihen saattaa liittyä puutumista, tuntehäiriöitä tai puheentuoton vaikeuksia. Muitakin oireita voi esiintyä, kuten roikkuva suupieli, kaksoiskuvat, näköhäiriöt, sekavuus tai huimaus, pahoinvointi, oksentelu ja nielemisvaikeudet. Oireet esiintyvät siinä, missä infarktin paikka on. Kuitenkaan päänsärky ei yleensä liity infarktin oireisiin. (Atula 2015b; Käypä hoito –suositus 2011.)

Aivoinfarkti luetaan iskeemisiin aivoverenkiertohäiriöihin, jotka jaetaan etiologian mukaisesti suurten suonien tautiin, pienten suonien tautiin ja sydänperäisiin embolioihin. Läppäproteesi, tuore sydäninfarkti, kammioseinan hypokinesia, aneurysma, systeemiset emboliat, hemorraginen infarkti (kardiogeeniseen emboliaan viittaavia piirteitä) ja sydänleikkaus altistavat aivoinfarktille. (Kaste ym. 2010, 296–297.) Aivoinfarktille on olemassa riskitekijöitä, joihin ei voida vaikuttaa. Tällaisia ovat ikä, sukupuoli, perinnöllisyys ja etniset ominaisuudet (Käypä hoito –suositus 2011).

Eteisvärinä ja sepelvaltimotauti ovat iskeemisen aivoverenkiertohäiriön tärkeimpiä vaaratekijöitä. Eteisvärinää tulisi hoitaa anticoagulanttihoidolla eli verenhennuslääkkeillä tai jos vuotoriski on suuri, asetyylisalisyylihapolla eli ASA:lla. (Sivenius 2009.)

Ateroskleroosi aiheuttaa kaulavaltimon ahtaumaa. Embolia kulkeutuu joko keskimmäistä tai etummaista aivovaltimoa pitkin aiheuttaen suurten suonien ja keskisuurten valtimoiden tukoksen. (Kaste ym. 2010, 297–298.) FinDrink Study–projektin tutkimuksen mukaan humalahakuinen juominen lisää riskiä ateroskleroosin etenemisessä (Rantakömi 2013, 6). Lisäksi riskiä lisää veren korkea kolesterolimäärä (Mustajoki 2014a). Oikeat ruokailutottumukset pienentävät kolesterolin pitoisuutta. Rasvojen laatuun tulisi kiinnittää huomiota. Lääkehoitona käytetään statiineja, mikäli ruokavaliohoito ei auta (Mustajoki 2014b). Veren poikkeavat rasva-arvot muodostavat riskin valtimosairauksille. Huomiota tulisi kiinnittää erityisesti LDL-kolesterolipitoisuuteen. Kokonaiskolesterolin tulisi olla alle 5,0 mmol/l, LDL-kolesterolin alle 3,0 mmol/l, Triglyseridit alle 2,0 mmol/l ja HDL-kolesterolin yli 1,0 mmol/l. (Mustajoki 2014a.)

Endokardiitti on sydänlähän tulehdus, jonka aiheuttajana ovat veressä olevat bakteerit, jotka kiinnittyvät sydämen läppiin. Läpästä bakteerit irtoavat verenkiertoon ja kulkeutuvat aivoihin. Esimerkiksi kirurgiset toimenpiteet

suun, nielun, virtsateiden tai suoliston alueella altistavat tulehdukselle. Näitä voidaan ehkäistä ennen toimenpidettä annettavalla kerta antibiootti-hoidolla eli profylaksialla. (Kettunen 2014.)

Hyvin korkea verenpaine aiheuttaa aivoissa paikallisen itsesäätelymekanismin pettämisen. Esimerkiksi verenpainelääkkeen pois jättäminen, raskausmyrkytys, munuaissairaudet ja jotkut lääkkeet altistavat verenpaineen nousulle. (Kaste ym. 2010, 305–306.)

Ehkäisyvalmisteiden käyttö lisää riskiä aivoinfarktiin ja sinustromboosiin. Etenkin yli 35-vuotiailla tupakoitsijoilla sekä estrogeenikorvaushoitoa saavilla on suurempi riski saada aivoinfarkti. Raskaus ja etenkin loppuraskaus ovat suuren riskin aikaa. Raskausmyrkytys lisää aivoinfarktin riskiä. Lapsivuodeaika on suuren riskin aikaa, sillä tähän on yhdistetty kuivumista ja veren hyytymismekanismien häiriötä eli koagulopatiaa. (Kaste ym. 2010, 303–304.)

Migreeni, etenkin pitkään kestävä ja vaikea saattaa altistaa nuoria aivoinfarktille. Noin 5–25 %:ille nuorten aivoinfarkteista ei ole muuta syytä. Tämä kuitenkin perustuu muiden syiden poissulkemiseen. Se on kuitenkin harvinainen ja geneettinen. (Kaste ym. 2010, 304.)

Aivoverenvuodolla tarkoitetaan sitä, että valtimo repeää ja vuotaa joko aivoaineeseen tai lukinkalvonalaiseen eli subaraknoidaaliseen tilaan. (Kaste ym. 2010, 272.) Yleensä subaraknoidaalisen eli SAV:n syynä on synnynnäisesti heikko kohta aivovaltimossa. Korkeasta verenpaineesta johtuen kohta valtimossa alkaa pullistumaan eli syntyy aneurysma, joka saattaa puhjeta. (Mustajoki 2014b.)

Oireet kehittyvät hitaammin, riippuen vuodon sijainnista ja koosta. Oireet vaihtelevat voimakkaasta päänsärystä laajaan toispuoleiseen halvaukseen ja tajunnantason heikkenemiseen. (Atula 2015b.)

Kaikkia aivoverenkiertohäiriöitä ei voida ehkäistä, ikään ja sukupuoleen ei voida vaikuttaa, mutta terveellisillä elämäntavoilla voidaan ennaltaehkäistä muita riskejä (Fogelholm & Sivenius 2003, 75).

Normaalin verenpaine-arvon tulee olla alle 130/85mmHg. Kohonneen verenpaineen raja-arvoksi on päädytty määrittelemään 140/90 mmHg, koska sydäninfarktin ja aivohalvausriskin todennäköisyys suurentuu jo matalammillakin tasoilla kuin 160/95 mmHg. Verenpaineen alentamiseen voi itse vaikuttaa liikunnalla, alkoholin kulutusta vähentämällä, stressin vähentämisellä sekä oikealla ruokavaliolla. Huomiota tulee kiinnittää kolesterolin LDL-pitoisuuteen ja erityisesti ravinnon rasvojen laatuun sekä natriumin ja kaliumin saannin suhteeseen. Jos natriumin saanti on runsasta, pyrkii elimistö poistamaan ylimääräistä natriumia kohottamalla verenpainetta. Jos kaliumin saanti on riittävää, tasoittaa se kohonnutta verenpainetta. (Tikkanen & Salomaa 2003, 40–45.) Oikeanlainen lääkehoito vähentää riskiä sairastua. Jo 6 mmHg diastolista verenpainetta alentamalla lähtötasosta sairastumisen vaara vähenee 42 %. On myös todettu, että ACE-estäjät vähentävät aivohalvauksen määrää enemmän kuin verenpaineen aleneminen selittää,



joten ACE-estäjien vaikutus perustuu lisäksi johonkin muuhun kuin pelkääntään verenpaineen laskuun. (Kaste ym. 2010, 285.)

Diabetes ja heikentynyt glukoosinsieto aiheuttaa riskin aivoinfarktille (Fogelholm & Sivenius 2003, 77). Diabeteksen huolellinen hoito ja erityisesti siihen liittyvät liitännäissairaudet kuten verisuonisairaudet, rasva-arvojen kohoaminen ja verenpaineen hoito tulisi hoitaa tarkasti ja huolella (Kaste ym. 2010, 287). Diabeteksen ehkäisyyn auttaa säännöllinen liikunta, ruoan rasva-arvojen tarkastelu, riittävä ravintokuitujen saanti, painon hallinta ja kohtuullinen alkoholin käyttö (Uusitupa 2003, 223).

Erilaiset päihtymystilat tai krapula saattavat aiheuttaa mahdollisen aivovamman ja tehdä sen oireet huomaamattomiksi. Kaatumiset ja muut päähän kohdistuvat vammat lisääntyvät, ja siksi ne aiheuttavat etenkin nuorilla lisääntyneen riskin aivohalvauksille. (Hillbom 2010, 579.) Runsas alkoholin käyttö nostaa verenpainetta ja aiheuttaa maksakirroosia, vaikuttaa veren kolesteroliin aineenvaihdunnassa ja vaikuttaa veren hyytymistekijöihin, jotka lisäävät sairastumisen riskiä.

Vitamiinit A, C, E ja karoteeni, sekä luontaiset ja keinotekoiset antioksidantit vähentävät riskiä sairastua (Rantakömi 2013, 16). Kuntoliikunta lisää hyvää kolesterolia ja laskee verenpainetta, painoa ja verensokeria, näin riski sairastua pienenee (Mustajoki 2014a; Kaste ym. 286). Liikunnan puute on itsenäinen riskitekijä, jota voidaan ehkäistä kohtuullisella fyysisellä rasituksella (Fogelholm & Sivenius 2003, 76).

Tupakointi lisää riskiä sairastua 1,9–2,9-kertaisesti tupakoimattomiin verrattuna. Tupakoinnin määrä vaikuttaa riskin suuruuteen. Riski pienenee lopettamisen jälkeen muutamassa vuodessa. Viidessä vuodessa saavutetaan sama riskitaso kuin tupakoimattomilla on. (Fogelholm & Sivenius 2003, 76.)

Antikoagulanttihoito on tärkein ennaltaehkäisy ja hoito aivoinfarkteissa. Varfariini, joka paremmin tunnetaan kauppanimellä Marevan, hidastaa veren hyytymistä. Jos yli 65-vuotiaalla potilaalla on eteisvärinää, tulee hoito aloittaa heti, ellei muita vuotohäiriöitä esiinny. (Kaste ym. 2010, 311.) Tällöinkin tulee hoitovaihtoehtojen riskejä punnita tarkkaan. Hoito voidaan aloittaa myös silloin, jos kyseessä on alle 65-vuotias ja hänellä on taipumusta embolioihin. Varfariinihoitoa seurataan säännöllisesti verikokeilla TT-INR. Tavoitetaso on INR 2,0–3,0. (Kaste ym. 2010, 311). Jos INR-arvo laskee alle 2,0:n kasvaa aivoinfarktin vaara. Yli 4,5:n arvolla aivoverenvuodon riski kasvaa. (Fogelholm & Sivenius 2003, 75.)

## 4 AFASIA

Afasia tarkoittaa kielellisten toimintojen osittaista tai täydellistä häiriötä aivovaurion jälkeen. Ihmisen puhekeskus sijaitsee aivojen vasemmalla puolella ja näin ollen afasiaan liittyvät vauriot sijoittuvat aivojen vasemmalle puolelle. (Hokkanen, Laine, Hietanen, Hänninen 2010, 118–120.) Kommunikoinnin vaikeudet saattavat aiheuttaa potilaalle tunteen eristäytymisestä, jolloin sairastumisen käsittely saattaa vaikeutua (Joanna Briggs Institute, 2009). Kielellisten vaikeuksien lisäksi on huomioitava keskittymisen ja tarkkaavaisuuden puute, muistin huononeminen ja havaintotoimintojen häiriöitä sekä tunne-elämän muutoksia (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2006, 232). Lisäksi kasvojen alueen, suulaen pehmeän osan ja kielen toiminnan häiriöt saattavat aiheuttaa kuolaamista eli sialorraa. Tämä tahaton kuolaaminen saattaa myös lisätä eristäytymistä ja häpeää (Haapanen 2008).

Afasian neurologiseen luokitteluun vaikuttavat aivovaurion sijainti, etiologia ja sairauden kesto. Afasian diagnostiikka määrittää kielen perustointojen mukaan, jotka ovat puheen tuottaminen ja ymmärtäminen, nimeäminen, toistaminen, lukeminen ja kirjoittaminen. (Hokkanen ym. 2010, 119–120.) On kuitenkin huomioitava, että puhehäiriöstä huolimatta saattavat ajattelu ja älykkyys olla normaalit (Atula 2015a).

Täydellisen eli globaalisen afasian taustalla on useimmiten laaja sekä edessä että takana oleva vasemman aivopuoliskon vaurio. Potilaan kielellinen ymmärrys on heikkoa ja puheen tuottaminen, erityisesti tahdonalainen puhe, on rajoittunut tiettyihin sanoihin tai sanoja ei tule lainkaan. Asioiden nimeäminen on heikentynyt vaikeasti. (Hokkanen ym. 2010, 119–120.)

Motorinen afasia tunnetaan myös nimellä Brockan afasia. Vaurio on tyypillisemmin kortikaalinen sekä subkortikaalinen. Vaurioita on otsalohkon taka-alaosissa ja insulassa, eikä pelkästään Brockan alueessa. Puhe on sujuvatonta ja köyhää. Yksittäisiä sanoja ymmärtää, mutta vaativammissa keskusteluissa on ymmärtämisvaikeuksia. Nimeäminen on lievästi heikentynyt. (Hokkanen ym. 2010, 119–121.)

Transkortikaalisen eli motorisen afasian vaurio löytyy Brockan alueelta vasemman puolen etu- tai yläpuolelta otsalohkosta. Puheen tuottaminen spontaanisesti on niukkaa, mutta ajoittain pitkiä normaaleja lauseita esiintyy ja artikulaatio on hyvää eikä sanavääristymiä ole. Potilas ymmärtää puhetta normaalisti tavallisissa keskusteluissa. (Hokkanen ym. 2010, 119–121.)

Sensorisen afasian eli Wernicken afasian vaurioita löytyy Wernicken alueelta eli vasemman ohimon taka-yläosasta, mutta vauriota voi olla myös laajempaan ohimolohkon alueella sekä angularsiaivopuimun lähellä. Potilaan puheen ymmärryskyky on heikkoa, mutta hän tunnistaa kirjoitusta paremmin. Puhe on sujuvaa, nopeaa ja saattaa sisältää sanavääristymiä. Kielellistä häiriötä ei välttämättä tunnista. (Hokkanen ym. 2010, 119–121.)

Konduktioafasian vaurio on supramarginalisaivopoimun, ylimmän temporaalisen aivopoimun ja/tai insulan vaurio. Se aiheuttaa fonologisia sanaväärityksiä, joita potilas tiedostaa ja yrittää korjata. Puheen toistamiskyky on heikkoa, mutta puhe sujuvaa. (Hokkanen ym. 2010, 119–121.)

Anomisen afasian vaurio on useimmiten vasemmanpuoleisen ohimolohkon ja päälakilohkon alueella. Puhe on normaalia, mutta sanojen löytyminen on vaikeaa. Potilas yrittää käyttää kiertoilmaisuja, jolloin sisältösanat hukkuvat ja informaatio ei välity. (Hokkanen ym. 2010, 119–121.)

Transkortikaalinen sensorinen afasia on harvinainen. Vaurio löytyy yleensä vasemmalta päälaki- ja takaraivolohkosta keskimmäisen aivovaltimon suonitusalueen takarajoilta. Puheen tuottaminen on sujuvaa, mutta puheessa voi olla sanaväärityksiä ja epäolennaisia vastauksia. Puheen ymmärtäminen on vaikeaa, samoin sanojen nimeäminen. (Hokkanen ym. 2010, 119–121.)

Jäännösafasiat ovat luokittelemattomia lieviä oireita, jotka eivät sovi mihinkään päätyyppeihin. Samoin aivovauriot vaihtelevat. Puhe on sujuvaa ja puheen ymmärtäminen tavallisissa keskusteluissa on normaalia. Nimeäminen on usein lievästi heikentynyt. (Hokkanen ym. 2010, 119–121.)

Dysartria johtuu puhemekanismin lihaskontrollin häiriöstä eli halvauksesta puhelihaksissa. Syynä on vaurio joko keskushermostossa tai ääreishermostossa. Puhe on epäselvää ja puuromaista, mutta ymmärryksessä ei ole mitään vikaa. (Ahola 1996, 103.)

## 5 KOMMUNIKOINNIN TUKEMINEN

Maailman terveysjärjestö WHO on julkaissut toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen ICF-luokituksen. Siinä määritellään kommunikoinnin tapahtuvan kielen, merkein tai symbolein, johon sisältyy viestien ymmärtäminen, tuottaminen ja keskustelun jatkaminen. Tarvittaessa käytetään kommunikointilaitteita ja -tekniikoita. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Vuorovaikutus on viestinnällistä toimintaa, jossa tietoa jaetaan, tuotetaan ja vastaanotetaan puhumalla ja kuuntelemalla. Lisäksi ilmaisun sävyt, katse, kasvojen ilmeet ja vartalon liikkeet vaikuttavat asian ymmärtämiseen ja tulkitaan. (Helsingin yliopisto 2010.) Asiakassuhteet saattavat olla haasteellisia kommunikointiongelmassa. Tilanteet voivat olla vaikeita sisältäen uhmaa, vihaa, aggressiivisuutta ja keskusteluun osallistumattomuutta. Silloin tulee kiinnittää huomiota siihen, miten asiakas kohdataan oikein, tasavertaisena ja asiakkaasta itsestä lähtöisin olevana. Hyvä palvelu on tärkeintä. Avoin vallankäyttö haastavissa ongelmallisissa vuorovaikutus tilanteissa rajoittaa asiakaskeskeisyyttä ja suhteen luottamusta. (Mönkkönen 2007, 14–29.)

Afasiapotilaan yksi yleisin oire on sananlöytymisvaikeus. Tämä tarkoittaa sitä, että asia josta puhutaan on mielessä, mutta afaatikko ei kykene tuottamaan ajatusta sanoiksi. Hän ei joko pysty tuottamaan sanoja ollenkaan tai ne tulevat viiveellä tai väärin. Afasiapotilas ei aina kykene vaikuttamaan

sanoihin, joita hän tuottaa. Kyse on sanahaun häiriöstä, joka aiheuttaa puheeseen epäröintiä, täytesanoja, taukoja ja korjauksia. Afasiassa kiroilu on tavallista. Se ei ole tahdonalaista eikä ole hallittavissa, vaan se on yksi oire. Joskus kiroilu on ainoa puhekeino ja sillä viestitään eri äänensävyin. (Aro-Pulliainen 2013.) Afasiapotilaan kanssa kommunikoidessa tulee kiinnittää huomiota siihen, että ympäristössä ei ole muuta hälyä ja ympäristö on rauhallinen. Puheen tulee olla selkeää, hidasta, lyhyttä ja lauseet yksinkertaisia. Jos potilas ei ymmärrä, tulee käyttää synonyymejä tai muuta tapaa osoittaa asia esimerkiksi piirtämällä tai kuvilla. Jos keskustelussa on useampia ihmisiä tulee heidän puhua yksi kerrallaan. Potilaille puhutaan niin, että hän näkee puhujan kasvot ja huulten liikkeitä. Potilaille annetaan aikaa puhua ja etsiä oikeita ilmaisuja, eikä potilaille laiteta sanoja suuhun. Tarvittaessa voidaan auttaa. Potilaan juutuessa johonkin sanaan, tulee kierre katkaista ja mennä keskustelussa eteenpäin. Kyllä/ei-kysymyksillä voi täsmentää asiaa, johon potilas voi esittää myönnön tai kiellon. (Ahola 1996, 102.)

Afasiat voidaan luokitella myös puheterapeuttisen eli afaatikon kommunikointikyvyn mukaan. Perusvalinnoilla kommunikoijalla on vaikea kielellis-kognitiivinen häiriö. Peruskommunikoinnin aloitus on vaikeaa ja vastaaminen ei- kielellisillä signaaleilla, osoittamisella tai pään nyökäytyksellä ei onnistu, jos hänelle vain puhutaan. Tällöin kommunikointi tapahtuu keskustelukumppanilähtöisenä kuvin tai esinein tukemalla, aikaa ja maltillisuutta käyttäen. Vastaukseksi voidaan hyväksyä esimerkiksi puhe, äännähdys, nyökkäys tai esineen käteen ottaminen. Vastaus vahvistetaan ääneen puhumalla. (Rautakoski 2001, 124.)

Kontrolloidun tilanteen kommunikoija ilmaisee itseään spontaanisti esineiden tai asioiden osoittamisella. Päivittäiset rutiinit ovat tuttuja ja hän kykenee osallistumaan keskusteluun jos kumppani osaa keinot, miten häntä tuetaan. Rutiinikeskusteluihin osallistuminen onnistuu, jos aiheet ja vastaukset ovat ennustettavissa. Afaatikko tarvitsee graafisia apumenetelmiä, jotta kykenee vastaamaan ohjattuna. Keskustelukumppani toimii helpottajana ja aktivoijana ja keskustelun tavoitteena on vuorovaikutus. Kuvien määrää tulisi rajoittaa, sillä valitseminen liian suuresta määrästä hämmentää. (Rautakoski 2001, 124–125.)

Monipuolisella kommunikoijalla kommunikointikeinot ovat säilyneet. Kuitenkin taidot ovat pirstoutuneet ja käyttö on epäjohdonmukaista. Hän haluaa osallistua keskusteluihin, mutta kykenee puhumaan vain vähän. Valmiiksi kirjoitetut sanat ja alkukirjaimien osoittaminen, kuvat, piirtäminen ja eleet auttavat. Keskustelukumppanin tulisi antaa aikaa ja mahdollisuus käyttää korvaavia menetelmiä, keskeyttämättä tai täydentämättä ilmaisuja. (Rautakoski 2001, 125.)

Tuetun ymmärtämisen kommunikoijalla on puheen ymmärtämisen vaikeuksia, jolloin puheaiheen vaihtuminen ja puheen ymmärtäminen on vaikeaa. Epäonnistuessaan afaatikko hämmentyy, joten kommunikoinnin epäonnistumista pyritään välttämään. Puhetta voidaan täydentää avainsanoilla tai graafisilla keinoilla ja afaatikko ohjataan ilmaisemaan jos hän ei ymmärrä puhujaa. (Rautakoski 2001, 126.)

Erityistarpeiden kommunikoija tarvitsee tukemista tilanteissa, jotka ovat jontekin erityisiä ja vaativat tehokkuutta tai tarkkuutta kuten puhelut ja viralliset asioinnit. Siksi tulee miettiä, mikä apuväline on hyödyllisin potilaalle, esimerkiksi sanelukone vai tulkkauspalvelu. Asian selvittäminen on aikaa vievää, mutta palkitsee lopulta kun asia tulee ymmärretyksi. (Rautakoski 2001, 126.)

Puheterapia luetaan lääkinälliseen kuntoutukseen, joka kuuluu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon (johon neurologia sisältyy) palveluihin. Lääkinälliseen kuntoutukseen puheterapian osalta sisältyvät tutkimukset, kuntoutuksen suunnittelu ja järjestäminen, terapia joko yksilö- tai ryhmäterapiana, omaisten ohjaus ja konsultointi, puhetta tukevien ja korvaavien kommunikointimuotojen suunnittelu ja ohjaus sekä kommunikoinnin apuvälineiden ja palvelujen ohjaus. Puheterapeutin työn sisältöön kuuluvat suun motorisen toiminnan, nielemisen, syömisen, kielen, äänen, puheen, kommunikaation, kirjoittamisen ja lukemisen alueet. Puheterapeutit valmistuvat filosofian maisteriksi pääaineenaan logopedia. Vuoden 2015 alussa Suomessa oli puheterapialiiton jäseniä 1510 ja opiskelijajäseniä 235. Puheterapeutit työskentelevät laillistettuina terveydenhuollon ammattihenkilöinä. (Suomen puheterapialiitto.)

Puheterapia tukee aivoinfarktista johtuvaa dysfagiasta, dysartriasta ja afasiasta toipumista. Varhaisvaiheen kuntoutuksesta afasian hoidossa voi olla hyötyä. Nielemisterapia vähentää komplikaatioiden riskiä ja parantaa toiminnallista nielemistä sekä normaaliin ruokavalioon siirtymistä. (Käypä hoito –suositus 2011.) Aivohalvauspotilaista noin 30–50 % on nielemisongelmia, jotka saattavat johtaa aspiointivaaraan ja aspiraatiopneumoniaan, eli keuhkokuumeeseen, joka aiheutuu henkeen menneestä vatsansisällöstä. Potilaan ruokailutilanne tulee rauhoittaa ja potilaalle on annettava syömiseen keskittymisrauha ilman kiirettä ja keskusteluita. Näin aspiroinnin riskiä pystytään välttämään. (Forsbom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 112.)

Suomessa on kaksi afasiakuntoutusmenetelmää, LET (Language Enrichment Therapy) jonka kehitti puheterapeutti Leena Salonen. Neuropsykologi Ritva Hänninen toi Suomeen L.S. Tsvetkovan yksilöllisen afasiakuntoutuksen menetelmän. Molemmat perustuvat teoriaan afasiasta ja siitä kuntoutumisesta A.R.Lurijan teorian pohjalta, poiketen hieman toisistaan. Salosen menetelmä perustuu aivotoiminnan yleishäiriöiden kuntoutukseen ja Hännisen menetelmä pohjautuu afasiatyyppeihin ja niiden erityispiirteisiin. (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2006, 240.) Haastattelussa Saksa (haastattelu 27.8.2015) kuitenkin kertoo, että kyseisiä menetelmiä ei sinällään käytetä kuntoutuksessa, vaan asiat tehdään asiakkaalle parhaimmaksi soveltuvalla tavalla yhdistellen erilaisia menetelmiä.

Aluksi puheterapeutti selvittää kielelliskognitiivisen häiriön ja puhehäiriön luonteen sekä vaikeusasteen ja kartoittaa taidot, jotka ovat säilyneet. Samalla arvioidaan potilaan muut kommunikaatiotaidot. Tämä tapahtuu haastattelemalla ja havainnoimalla potilasta ja tekemällä erilaisia diagnostisia kokeita. Omaisten ja hoitohenkilökunnan havainnot ovat tärkeitä. Terapian

kaikissa vaiheissa on tärkeää tukea ja ohjata potilasta ja omaisia. Puheterapeutin tehtävä on huolehtia, että potilaan kommunikointi säilyy sellaisessa muodossa, että hän kykenee ymmärtämään ja osallistumaan omaan hoitoonsa ja siihen liittyviin päätöksentekoihin. Potilaan tulee saada tieto kielellisen häiriönsä luonteesta ja puheterapian tavoitteista ja tarkoituksesta. Omaisille tukea ja apua annetaan siitä, miten he selviytyvät potilaan kanssa päivittäisessä viestinnässä, sekä miten omaiset voivat tukea potilasta kuntoutuksen aikana. On muistettava, että potilas ja omaiset reagoivat myös psyykkisesti kuntoutuksen eri vaiheissa ja huomioitava sen johtuvan kriisien eri vaiheista. Lisäksi aivovaurio aiheuttaa psyykkisiä oireita kuten masennusta, väsymystä, ärtymystä, ahdistuneisuutta ja itseluottamuksen puutetta. Rohkaisu ja kannustus tukevat potilaan toipumista, sekä potilaan ja omaisten välistä vuorovaikutusta. (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2006, 234–238.)

Intensiivinen kuntoutus aloitetaan heti, kun potilaan tila on vakiintunut ja oirekuva afasiasta on selvillä. Puheterapia pyrkii tavoitteellisuuteen ja useita kertoja viikossa tapahtuvaan mielellään päivittäin tapahtuvaan harjoitteluun. Kuntoutuksen kesto on yksilöllinen ja noin puoli vuotta sairastumisesta arvioidaan, kuinka pysyviä toimintarajoitteet ja niiden haitat ovat. Kuntoutusta jatketaan perustellusti niin kauan kuin toimintojen kehittymistä on havaittavissa harjaannuttamalla häiriintynyttä toimintaa tai organisoidulla korvaavilla toimintatapoja. (Korpijaakko-Huuhka & Kiesiläinen 2006, 238–24.)

Kun potilaan tilanne ja vointi ovat tasaantuneet, potilaan on hyvä osallistua sopeutumisvalmennuskurssille. Tämä on lakisääteistä toimintaa, jonka rahoittajina ovat KELA, terveydenhuolto sekä RAY. (Streng 2014.) Sopeutumisvalmennuksen tehtävänä on ihmisen auttaminen ja sopeutuminen omaan elämäntilanteeseensa. Sopeutumisvalmennuskurssilla tapaa muita samassa tilanteessa olevia, joten vertaistukea ja mahdollisia uusia ystäviä kurssilta löytyy. Kurssilla toimitaan ja keskustellaan ammattilaisista koostuvan työryhmän johdolla. Ammattilaisten ryhmä koostuu psykologista, neurologista, puhe-, fysio- tai toimintaterapeutista ja ryhmäyöntekijöistä. Kurseilla on aina hoitohenkilökuntaa käytettävissä. Joillekin sopeutumisvalmennuskurssille voi ottaa mukaan omaisen. Kurssien teemat vaihtelevat ja itselleen sopivalle kurssille voi hakea joko KELA:lta tai Aivoliittoa. (Aivoliitto.)

## 6 PUHEEN APUVÄLINEITÄ

Useimmilla afaatikoilla säilyy paljon ei-kielellisiä taitoja, joilla vuorovai-  
kutusta voidaan viedä eteenpäin. On todettu, että he kommunikoivat parem-  
min kuin tuottavat puhetta. Puhetta tukevat ja korvaavat kommunikointime-  
netelmät tulisi ottaa käyttöön mahdollisimman nopeasti sairastumisen jäl-  
keen, jotta afaatikko ei luopuisi kommunikointikyvystään. Luovasti käytet-  
tynä ja hyvin perusteltuina sekä keskustelukumppaneille opastettuna pu-  
hetta tukeva ja korvaava kommunikaatio on hyvä keino tukea puheen kun-  
toutumista sekä toimia hyvänä kommunikointikeinona. (Rautakoski 2001,  
118, 121.)

Spontaaneja, ei-kielellisiä apuvälineitä ovat kehon kieli, osoittaminen, pan-  
tomiimi, kuvaavat eleet, äänenpainot ja -sävyt, kasvojen ilmeet, sekä sano-  
jen tai kirjaimien kirjoittaminen. Lisäksi piirtäminen, erilaiset sanalistat,  
viittomat, kuvakommunikointimenetelmät, tietotekniikka ja puhevammais-  
ten tulkkipalvelutoiminta ovat keinoja puheen tuottamiseen, johon afaa-  
tikko tarvitsee apua ja aktivointia. Valittaessa sopivaa kommunikointikei-  
noa tulee huomioida afasian luonne ja muut mahdolliset aivohalvauksesta  
johtuvat häiriöt, kuten apraksia, hahmotusongelmat ja näkökenttäpuutokset.  
(Rautakoski 2001, 118.) Kommunikoinnin kuntoutus ja tarvittavat apuväli-  
neet kuuluvat terveydenhuollon lääkinälliseen kuntoutukseen. Ottamalla  
yhteyttä joko Keskussairaalan tai terveyskeskuksen puheterapeuttiin, poti-  
las saa tarvittavaa ohjausta, neuvontaa ja kartoitusta tarvittaviin apuvälinei-  
siin. (Saksa 2015.)

Puhetta tukeva kommunikaatio on täydentävää tai tukevaa kommunikointia  
joka edistää ja täydentää puheen ilmaisu (von Tetzchner & Martinsen  
1999, 20–21). Useammat afaatikot tarvitsevat tuettua kommunikointia, jota  
on alettu käyttää jo 1980-luvulla. Niiden käyttö on edelleen kovin vähäistä  
esimerkiksi arkikommunikoinnissa. On huomioitava, että kommunikoinnin  
tehtävänä on auttaa afaatikkoa ymmärtämään muita, orientoitumaan ympä-  
ristöönsä ja hahmottamaan aikaa. (Rautakoski 2001, 118–119.)

Puhetta korvaavia kommunikointi menetelmiä käytetään silloin, kun kom-  
munkointi suorassa vuorovaiikutustilanteessa tapahtuu muilla keinoilla  
kuin puheella, viittomilla, kirjoituksella, morseaakkosilla tai graafisilla  
merkeillä. Puhetta korvaavat kommunikointijärjestelmät jaetaan kolmeen  
pääluokkaan; manuaaliset merkit, joihin sisältyy viittomat sekä muut käsillä  
tehtävät merkit, kosketeltavat merkit eli tunnusteltavat merkit, jotka on  
tehty puusta tai muovista ja graafiset merkit. (von Tetzchner & Martinsen  
1999, 20–21.)

Graafinen kommunikointi tarkoittaa sitä, että käytössä on visuaalisia eli nä-  
kemiseen perustuvia välineitä. Tällaisia ovat erilaiset kommunikointivihot  
tai kommunikointitaulut, jotka saattavat sisältää valokuvia, lehtikuvia,  
PCS-kuvia, piktogrammeja tai sanalistoja. Kuvien tulee olla selkeitä, ym-  
märrettäviä ja liittyä afaatikon elämään. (Heister Trygg 2010, 27.)

Graafinen kommunikointi perustuu signaaliin ja symboliin. Signaali on fyy-  
sinen ilmiö ja ohjaa käyttäytymistä. Sen tarkoituksena on välittää nähtävä

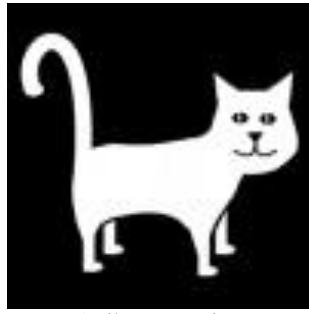
tai kuultava merkki lähettäjältä vastaanottajalle. Esimerkiksi kun näytetään kuva ruokalautasesta tarkoittaa potilaalle ruokailun alkamista. Symboli taas ohjaa ajatuksia ja sitä käytetään sovitusti. Se edustaa abstraktia käsitettä ja rakennetaan mielivaltaisten sääntöjen mukaisesti. Esimerkiksi kuva vessan ovesta kertoo, missä vessa on tai osoittamalla kuvaa asiasta mitä potilas itse haluaa. Kuvia ja esineitä voidaan siis käyttää sekä signaaleina että symboleina. (Heister Trygg 2010, 28.)

Afaatikoille on luotu oma menetelmä tai paremminkin tavoite, jossa käytetään graafisia keinoja. SCA:n (Supported Conversation for Adults with Aphasia) lähtökohta perustuu arkipäivän keskusteluun, jossa afaatikko on kykenevä vuorovaikutuskumppani, mutta asioiden esilletuonti ilman vuorovaikutuskumppanin tukea on hankalaa. Vuorovaikutuskumppanin oikeanlainen suhtautuminen, asenne, tukeminen ja kannustaminen auttavat saamaan afaatikon kyvyt esiin ja uskaltautumaan keskusteluun mukaan. Graafiset keinot helpottavat afaatikkoa ymmärtämään ja tuottamaan paremmin puhetta. (Heister Trygg 2010, 35 & 67.) Valikoitaessa sopivaa merkkijärjestelmää tulisi pohtia vaatimuksia, joita järjestelmä asettaa kielen ymmärtämiselle. Erilaisten graafisten merkkien sekoittaminen on sallittua ja suotavaakin. Jos ihminen kykenee kirjoittamaan hänellä on rajaton määrä sanoja käytettävissä. (Von Tetzchner 1999, 44–46.)

Bliss-symbolijärjestelmä on logografisen kirjoittamisen muoto, joka ei perustu kirjainyhdistelmiin. Se koostuu sadasta perusmerkistä, joita yhdistelemällä voidaan muodostaa sanoja, joilla ei ole perusmerkkiä. Kommunikointitauluissa, jotka on koostettu Bliss-symboleista löytyy sekä perusmerkkejä että yhdistelmiä, joita käyttäjä tarvitsee. Useimpien bliss-symbolien graafinen muoto on monimutkainen ja ne saattavat sisältää useampia samoja perusmerkkejä. Normaalisti näkevät ja hyvät kielelliset ja älylliset taidot omaavilla, joilla on puhehäiriö tai lukemisvaikeuksia hyötyvät bliss-kielistä. Bliss-kieli on kaikkein pisimmälle kehitetty puhumattomien ihmisten graafinen järjestelmä. Se on myös kansainvälinen. (Von Tetzchner 1999, 24–26.)

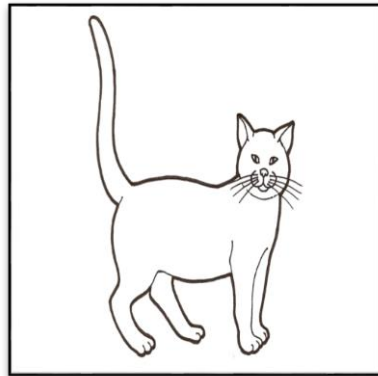
Piktogrammi (Pictogram Ideogram Communication, PIC) on pohjoismaissa suosittu jopa bliss-symbolit ohittanut järjestelmä. Piktogrammit koostuvat piirroksista, jotka ovat valkoisia siluetteja mustalla taustalla. Piirroksen yläpuolella on aina valkoisella kirjoitettuna merkitysvastine. Näistäkin voidaan muodostaa lauseita tai uusia sanoja, mutta muodostaminen ei aina ole helppoa merkkien vähyyden vuoksi. Merkkejä voidaan täydentää muiden toimivien järjestelmien merkeillä. (Von Tetzchner 1999, 30.) Alapuolella kuvassa piktogrammi, joka on tehty Papunetin kuvatyökalulla.





Kuva 1 piktogrammi

PCS eli Picture Communication Symbols koostuu noin 1800 merkistä. Ne ovat mustavalkoisia ääriivapiirroksia ja niiden merkitysvastine on kirjoitettu joko ala- tai yläpuolelle. Jotkin funktiosanat esimerkiksi artikkelit tai prepositiot on kirjoitettu. PCS on laajimmin käytetty järjestelmä ja on kansainvälisessä käytössä. (Von Tetzchner 1999, 31.) Alapuolella PCS-kuva, joka on tehty Papunetin kuvatyökalulla.



Kuva 2 PCS kuva

Kuvat eli valokuvat ja piirrokset ovat tunnistettavia ja niihin voi afaatikko reagoida. Valokuvat toimivat esimerkiksi henkilönimänä tai paikkoina. Kirjoitus toimii sanojen ja lauseiden muodostamisessa. Yksinkertaisten kirjaimien lisäksi on kirjain yhdistelmiä, sanoja tai lauseita. (Von Tetzchner 1999, 35–38.) Näistä voidaan muodostaa erilaisia kommunikointikansioita, joista yksi esimerkki kuvassa kolme.



Kuva 3 Kommunikointikansio koostetaan erilaisista kuvista, jotka yksilöidään asiakkaan tarpeen mukaisesti.

Haastattelussa Saksa (haastattelu 27.8.2015) kertoo, että tietotekniikka, tabletti ja puhelin eivät ole vielä kovin suuressa käytössä kommunikoinnin apuvälineinä. Kuitenkin erilaisia kuvaohjelmia on ostettavissa ja ladattavissa. Esimerkiksi kehitysvammaliiton ja RAY:n rahoittama Tikoteekki ja Papunet.net toimivat hyvinä linkkeinä puheen apuvälineitä etsiessä. Kuvassa näkyy yksi esimerkki tietokoneelle ladattavasta kommunikointi ohjelmasta. Lisäksi Papunetissä voi lukea selkokielistä lehteä ja pelata erilaisia selkopelejä.

Helen kertoi haastattelussa, (haastattelu 4.9.2015) että puhevammaisten tulkkipalvelu, joka on lakisääteinen ja KELA:n myöntämä on myös afaatikojen mahdollista saada. Tämä helpottaa afaatikon asiointia esimerkiksi julkisissa virastoissa.



Kuva 4 Kuva- ja puhekommunikointi ohjelma tietokoneella

## 7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET & KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on löytää keinoja ja apuvälineitä yksilölliseen kommunikoinnin tukemiseen. Tavoitteena on tuoda esiin graafinen kommunikointi ja keinot siihen.

Tutkimuskysymykset:

- Miten ikäihmisen puheenkehittymistä voidaan harjoittaa?
- Millä apuvälineillä kommunikointia voidaan edistää?

## 8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö toteutettiin menemällä työyksiköihin esittelemään graafista kommunikointia. Yksiköihin tehtiin mallikansio kuvitteelliselle asiakkaalle. Hoitajille kerrottiin eri apuvälineistä, eri keinoista toteuttaa kommunikointia ja siitä, miten he voivat tukea asiakasta kommunikoinnissa. Hoitajille tehtiin työyksikköön esite, jossa kerrottiin, mistä eri paikoista löytyy apua kommunikoinnin tukemiseen. Esitteessä on informaatiota aivohalvauksesta, oireista, riskitekijöistä ja ennaltaehkäisystä. Esitteestä löytyi myös tietoa mistä materiaalia löytää kuvakommunikointiin sekä puhevammaisten tulkkipalvelusta, joihin myös afaatikot ovat oikeutettuja.

## 9 POHDINTA

Opinnäytetyö on lähtenyt liikkeelle siitä, että työssäni olen kohdannut aivohalvausasiakkaita, joilla on afasia, mutta kommunikointiin ei asiakkailla ole ollut mitään välineitä. Vieraampia asiakkaita hoitaessa on ollut hyvin vaikeaa saada selville, mitä he pyytävät, tarvitsevat tai haluavat, jotta pärjäisivät seuraavaan käyntiin. Ymmärtämättömyys asiakkaan tarpeista on luonut turhautumista sekä asiakkaalle että hoitajalle. Asiakas luopuu helposti kommunikoinnista, koska toinen ei ymmärrä mitä asiakas yrittää sanoa. Kuvallista kommunikointia ehdotetaan heti toipumisprosessin alussa, jolloin potilaan mielessä myllertävät ajatukset kuntoutumisesta ja pärjäämisestä. Kriisitilanne luo omat hankaluutensa, joten potilas torjuu mahdollisuuden puheterapiaan. Tähän hänellä on oikeus ja yleensä asia jätetään sikseen. Tarpeen olisi tarjota puheterapiaa uudelleen hiukan myöhemmällä ajankohdalla, jolloin asiakkaan ajatukset ovat selkeytyneet. Tässä tilanteessa kotihoidon tuki ja yhteys puheterapeuttiin tulisi eduksi ja asiakkaan vuorovaiikutustaitoja pystyttäisiin parantamaan ja kommunikointia tukemaan.

## 10 JATKOTUTKIMUSAIHEET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Tätä työtä tullaan kehittämään viemällä työ omaishoitajille. Tässä vaiheessa työtä voidaan hyödyntää ja laajentaa koskemaan kaikkia ikäihmisiä, joilla on kommunikointi- tai muistivaikeuksia. Helpottamalla omaishoitajien arkea kuvakommunikoinnilla saadaan yhtenäinen apuväline kotiin, kotihoitoon ja laitoksiin, joissa hoidettavia on. Kuvallinen kommunikointi luo asiakkaalle turvallisuutta, säännöllisyyttä, ennakointia ja vuorovaikutusta. Kuvakommunikointi on vammaistyössä käytössä päivittäin, miksi ei siis vanhusien hoidossakin?

## LÄHTEET

Ahola, T. 1996. Aivoinfarkti ja aivoverenvuoto potilaan hoito. Teoksessa Sora, T., Larkio, M., Manninen-Kauppinen, E. & Vierula, S. (toim.) *Akuutti sairaanhoidon opas*. 1. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 97–110.

Aivoliitto ry. 2015. Viitattu 24.7.2015.

[http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio\\_\(avh\)/kuntoutus/sopeutumisvalmennus/kurssille\\_hakeminen](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/kuntoutus/sopeutumisvalmennus/kurssille_hakeminen)

Aro-Pulliainen, P. 2013. Afasia-esite terveydenhuollon ammattilaisille ja asiakkaille. Aivoliitto ry.

Atula, S. 2015. Afasia. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 3.6.2015

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00557&p\\_haku=afasia](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00557&p_haku=afasia)

Atula, S. 2015b. Aivohalvaus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 3.6.2015.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00001](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001)

Fogelholm, R. & Sivenius, J. 2003. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) *Sairauksien ehkäisy*. 2. Uudistettu painos Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 73–82.

Forsbom, M-B., Kärki, E., Leppänen, L. & Sairanen, R. 2001. Aivovaurio-  
potilaan kuntoutus. Tampere: Tammi.

Haapanen, M-L. 2008. Kuolaava lapsi. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2/2008. Viitattu 25.8.2015.

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=B7C39ADAAB6242B81C2E40A7FA6FE826?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_lifecycle=0&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_p\\_frompage=uusinnumero&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo97000](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=B7C39ADAAB6242B81C2E40A7FA6FE826?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo97000)

Heister Trygg, B. 2010. Graafinen kommunikointi. Esineet, kuvat ja symbolit puhetta tukevassa ja korvaavassa kommunikoinnissa. Kouvola: Solver Palvelut.

Helsingin yliopisto. 2010. Kielijelppi. Vuorovaikutus – puhumista ja kuuntelemista. Viitattu 17.6.2015.

<http://www.kielijelppi.fi/puheviestinta/vuorovaikutus-puhumista-ja-kuuntelemista>

Hillbom, M. 2010. Alkoholin ja huumeiden aiheuttamat neurologiset ongelmat. Teoksessa Soynila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. 2.-4. Painos 2006, 2007, 2010. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 564–584.

Hokkanen, L., Laine, M., Hietanen, M., Hänninen, T., Jehkonen, M., & Viikki, J. 2010. Kognitiiviset häiriöt ja niiden tutkiminen. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. 2.-4. Painos 2006, 2007, 2010. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 117–143.

Hämeenlinnan kaupunki, ikäihmisen palvelut. Kotihoito. Viitattu 13.10.2015.

[http://www.hameenlinna.fi/Palvelut/Ikaihmissen\\_palvelut/Kotihoito/](http://www.hameenlinna.fi/Palvelut/Ikaihmissen_palvelut/Kotihoito/)

Ikäihmisten palvelujen lautakunta 2014. Ikäihmisten kotihoidon ja kotona asumista tukevien palveluiden myöntämisperusteet. Hämeenlinnan kaupunki. Viitattu 13.10.2015.

[http://www.hameenlinna.fi/pages/43554/Ik%C3%A4ihmisten%20kotiin%20annettavien%20palveluiden%20my%C3%B6nt%C3%A4misperusteet\\_IKLA\\_22\\_10\\_2014.pdf](http://www.hameenlinna.fi/pages/43554/Ik%C3%A4ihmisten%20kotiin%20annettavien%20palveluiden%20my%C3%B6nt%C3%A4misperusteet_IKLA_22_10_2014.pdf)

Joanna Briggs Institute. 2009. Aivohalvauksesta toipuvien iäkkäiden henkilöiden psykososiaalis-henkinen kokemus. Viitattu 3.6.2015.

[http://www.hotus.fi/system/files/BPIS\\_ennakko\\_2009-6\\_0.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2009-6_0.pdf)

Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R. & Sivenius, J. 2010. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. 2.-4. Painos 2006, 2007, 2010. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 271–331.

Kettunen, R. Endokardiitti. 7.1.2014. lääkärikirja Duodecim. Viitattu 3.6.2015.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00679&p\\_haku=endokardiitti](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00679&p_haku=endokardiitti)

Korpijaakko-Huuhka, A-M. & Kiesiläinen, A. 2006. Aikuisiän kielelliskognitiiviset häiriöt. Teoksessa Launonen, K. & Korpijaakko-Huuhka, A-M. (toim) *Kommunikoinnin häiriöt syitä, ilmenemismuotoja ja kuntoutuksen perusteita*. 6.muuttamaton painos. Helsinki: Yliopistopaino, 225–251.

Kotila, M. & Palomäki, H. 2010. Neurologisen potilaan kuntoutus ja työkyvyn arviointi. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. 2.-4. Painos 2006, 2007, 2010. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 602–610.

Käypähoito -suositus 2011, Aivoinfarkti. Viitattu 24.7.2015

[http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00889&p\\_haku=aivoinfarkti](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00889&p_haku=aivoinfarkti)

Launonen, K. 2007. Vuorovaikutus, -kehitys, riskit ja tukeminen kuntoutuksen keinoin. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mustajoki, P. 2014a. Kolestroli. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 3.6.2015.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00035&p\\_haku=statiinit](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00035&p_haku=statiinit)

Mustajoki, P. 2014b. Aivokalvon alainen verenvuoto (SAV). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 4.6.2015.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00002&p\\_haku=aivoaneurysma](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00002&p_haku=aivoaneurysma)

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus dialoginen asiakastyö. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Rantakömi, S. 2013. Alcohol consumption, atherosclerosis and stroke. Kuopio: Kopiojyvä. Viitattu 5.6.2015.

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1239-8/urn\\_isbn\\_978-952-61-1239-8.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1239-8/urn_isbn_978-952-61-1239-8.pdf)

Rautakoski, P. 2001. Puhetta tukevien ja korvaavien kommunikointimenetelmien käyttö henkilöiden kanssa, joilla on vaikea afasia. Teoksessa Huuh-tanen, K. (toim.) Puhetta tukevat ja korvaavat kommunikointimenetelmät Suomessa vuosituhannen taitteessa. Helsinki: Hakapaino Oy. 118–134.

Sivenius, J. 2009. Aivoverenkierto häiriöt. Lääkärikirja Duodecim Viitattu 5.6.2015.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00006](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00006)

Streng, H. 2014. Sopeutumisvalmennus, Suomalaisen kuntoutuksen oivallus. Raha-automaattiyhdistys.

[http://www2.ray.fi/sites/default/files/Avustukset/Julkaisut/Sopeutumisvalmennus\\_suomalaisen%20kuntoutuksen%20oivallus\\_RAY2014.pdf](http://www2.ray.fi/sites/default/files/Avustukset/Julkaisut/Sopeutumisvalmennus_suomalaisen%20kuntoutuksen%20oivallus_RAY2014.pdf)

Suni, A. 2010. Masentuneet vanhuksat haavoittuvana ryhmänä. Teoksessa Sarvimäki, A., Heimonen, S-L. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. 1. Painos. Helsinki: Edita Publishing, 90–125.

Suomen puheterapialiitto Ry. Viitattu 28.6.2015.

<http://www.puheterapeuttiliitto.fi/fi/puheterapia/>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Vammaispalveluiden käsikirja. Kommunikaatio. Viitattu 26.8.2015.

<https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/kommunikointi>

Tikkanen, M. & Salomaa, V. 2003. Sydän- ja verisuonitaudit. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. 2., uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 40–46.

Uusitupa, M. 2003. Diabetes. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 216–225.

Von Tetzchner, S. & Martinsen, H. 1999. Johdatus puhetta tukevaan ja korvaavaan kommunikointiin. Helsinki: Hakapaino Oy.

## HAASTATTELUT

Helen, M. 2015. Yhteisön ohjaaja, puhevammaisten henkilöiden tulkki. Avainsäätö. Haastattelu 4.9.2015.

Saksa, T. 2015. Puheterapeutti. Kanta-Hämeen keskussairaala. Haastattelu 27.5.2015.

## KUVAT

Kuva 1 & 2 ja liitteet Papunet kuvatyökalu  
<http://papunet.net/kuvatyoikalu/fi#personal>


Kuva 3 & 4 Susanna Kollanus



Esite Kotihoitoon

**Aivohalvauksen-riskitekijät-joihin-voidaan-vaikuttaa-**

- ✓ Verenpaine alle 140/90
- ✓ LDL-kolesteroli alle 3 mmol/l
- ✓ Diabeteksen hoitotasapaino
- ✓ Oikeanlainen ravinto, ravintorasvat, säännöllinen liikunta, painonhallinta
- ✓ Antikoagulantti hoito
- ✓ Tupakoimattomuus
- ✓ Vähäinen alkoholin käyttö



!!!!!!huono!olo!

**Aivoinfarktin-oireet-**

- ✓ Raajojen toispuoleinen tai molemminpuoleinen tuntohäiriö. (tuntohäiriö, puutuminen, puheentuoton vaikeuksia).
- ✓ Muitakin oireita voi esiintyä, kuten roikkuva suupieli, kaksoiskuvat, näköhäiriöt, sekavuus tai huimaus, pahoinvointi, oksentelu ja nielemisvaikeudet

**Aivoverenvuodon-oireet-**

- ✓ Oireet kehittyvät hitaammin, riippuen vuodon sijainnista ja koosta.
- ✓ Oireet vaihtelevat voimakkaasta päänsärystä laajaan toispuoleiseen halvaukseen ja tajunnantason heikkenemiseen.

Susanna Kollanus © SHHTAI13A8  
Opinmäyttyö  
Hämeen ammattikorkeakoulu



**2016**

Aivohalvaus- ja afasiapotilaan kommunikoinnin tukeminen kotihoidossa!

**Mistä löytää kuvia kommunikointiin!**

**Papunet.net-**

- ✓ Kuvatvokalu. Tässä ohjelmassa voi tehdä räätälöityjä kuvia asiakkaalle. Joko omista kuvista tai kuvapankissa olevista kuvista.
- ✓ Löytyy kansio aikuisille, johon voi valita tarvittavat kuvat, joko isoina tai pieniä. Kansion saa myös liitettyä Ipadiin.
- ✓ Sivuilta löytyy valmiita materiaalia esimerkiksi verikokeen otosta.
- ✓ Hoivalluksia - Muistisairaiden kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta.
- ✓ <http://papunet.net/kuvatvokalu/fi#personal>

**Puheterapeutti-**

Ottakaa rohkeasti yhteyttä joko keskussairaalan tai terveyskeskuksen puheterapeuttiin



**Tulkkipalvelu-**

Afaatikoilla on oikeus saada lakisäiteinen puhevammaisten tulkkipalvelu asioidensa hoitamiseen.

Perusterveydenhuollon tehtävänä on säilyttää saavutettu kuntoutustaso.!

**Kommunikointivoitapahtua-**

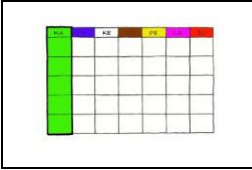


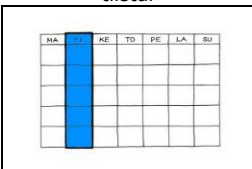


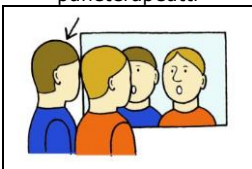






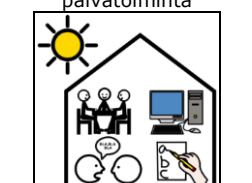
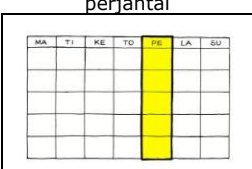


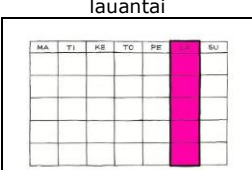




- ✓ Kuvien joko valmiina kuvina tai piirtämällä
- ✓ Esinein
- ✓ Elein
- ✓ Ilmein

**Kommunikoinnin tehtävänä on auttaa afaatikko ymmärtämään muita, orientoitumaan ympäristöönsä ja hahmottamaan aikaa.**

Usein potilaan motivaatio on hukassa ja masennustakin on havaittavissa. Masennus heikentää fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti ihmisen toimintakykyä. Masennus myös liitetään aivohalvaukseen. Lisäksi lääkkeet saattavat lisätä masennusta.

Aivohalvauspotilailla noin 30-50 % on nielemisongelmia, jotka saattavat johtaa aspirointivaaraan ja aspiraatiopneumoniaan. Potilaan ruokailutilanne tulee rauhoittaa ja potilaalle on annettava syömiseen keskittyminen ilman kiirettä ja keskusteluita. Näin aspiroinnin riskiä pystytään välttämään.

Kuvakommunikointikansion kuvia

<p>maanantai</p> 	<p>kotipalvelu 8, 19</p> 	<p>fysioterapia 11</p> 	
<p>tiistai</p> 	<p>kotipalvelu 8, 12, 19</p> 	<p>suihku</p> 	<p>puheterapeutti</p> 
<p>keskiviikko</p> 	<p>kotipalvelu 8,12,19</p> 	<p>sairaanhoitaja</p> 	<p>kävellä ulkona</p> 
<p>torstai</p> 	<p>kotipalvelu 8,19</p> 	<p>päivätoiminta</p> 	
<p>perjantai</p> 	<p>kotipalvelu 8,12,19</p> 	<p>kävellä ulkona</p> 	
<p>lauantai</p> 	<p>kotipalvelu 8,12, 19</p> 		
<p>sunnuntai</p> 	<p>kotipalvelu 8,19</p> 	<p>Tytär</p> 	

Aivohalvaus- ja afasiapotilaan kommunikoinnin tukeminen kotihoidossa

<p>ruokailuvälineet</p> 	<p>lusikka</p> 	<p>lusikka</p> 	<p>veitsi</p> 
<p>haarukka</p> 	<p>muki</p> 	<p>lasi</p> 	<p>kannu</p> 
<p>juomapilli</p> 	<p>mehu</p> 	<p>kahvi</p> 	<p>tee</p> 
<p>maito</p> 	<p>piimä</p> 	<p>kerma</p> 	<p>vesi</p> 
<p>suihku</p> 	<p>vessa</p> 	<p>housuvaippa</p> 	<p>yövaippa</p> 
<p>hammasharja</p> 	<p>hammastahna</p> 	<p>pestä kädet</p> 	<p>kammata hiukset</p> 

**iloinen**



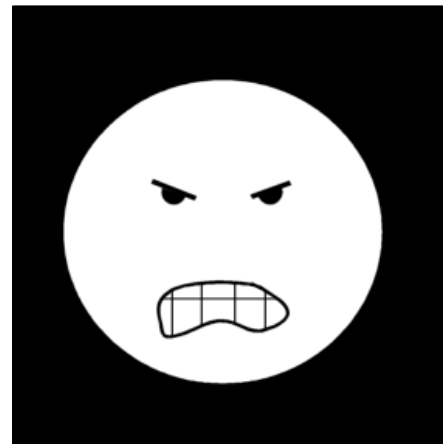
**surullinen**



**kipu**



**vihainen**



**masentunut**



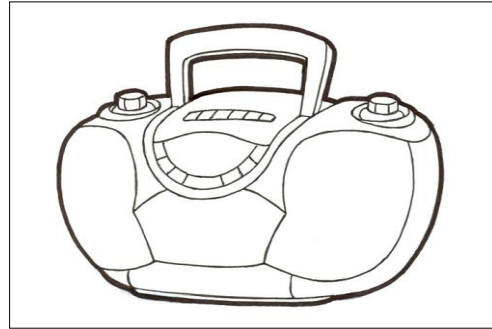
**pelokas**



**televisio**



**radio**



**puhelin**



**tablettitietokone**



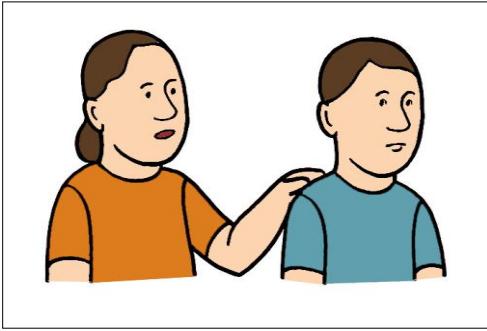
**tekstiviesti**



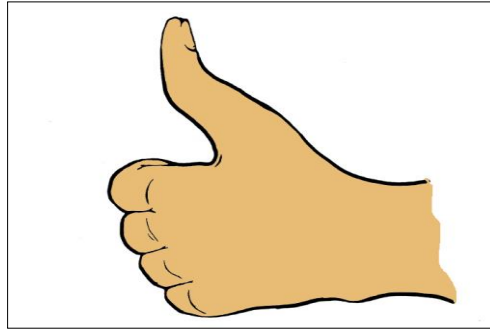
**kirja**



**anteeksi**



**kyllä peukku**



**ei peukku**

