

Helmi Selamo

**”Tehnyt työtä käskettyä”**

**AIVOHALVAUSKUNTOUTUJIIEN KÄSITYKSIÄ SAADUSTA TUESTA TOI-  
MINTAKYKYÄ YLLÄPITÄVÄN LIIKUNNAN TOTEUTTAMISEEN**

Opinnäytetyö  
Kajaanin ammattikorkeakoulu  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Liikunnan ja vapaa-ajan koulutusohjelma  
Kevät 2013



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Liikunnan ja vapaa-ajan koulutusohjelma
Tekijä(t) Selamo Helmi	
Työn nimi ”Tehnyt työtä käskettyä” - Aivohalvauskuntoutujien käsityksiä saadusta tuesta toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Terveysliikunta	Ohjaaja(t) Katri Takala Toimeksiantaja Risto Lappalainen
Aika Kevät 2013	Sivumäärä ja liitteet 26 + 7
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla aivohalvauskuntoutujien käsityksiä heidän saamasta tuesta toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa siitä millaista tukea ja miltä tahoilta aivohalvauskuntoutujat saavat toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena. Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoitua loma-kehaastattelua, joka sisälsi avoimia kysymyksiä. Haastattelut toteutettiin neljälle aivohalvauskuntoutujalle, joiden toimintakykyyn sairastuminen on vaikuttanut heikentävästi. Heidän sairastumisestaan oli kulunut yhdestä kahdeksaan vuotta. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä induktiivisesti.</p> <p>Aineiston perusteella toimintakykyä ylläpitävään liikuntaan tukea saadaan 1) julkisen terveydenhuollon 2) kolmannen sektorin toimijoiden sekä 3) yksilön oman toiminnan kautta. Käsitykset saadusta tuesta jakaantuivat julkisen tuen määrän ja palveluiden sekä vertaistuen ja omatoimisuuden välillä. Haastateltavat kokivat, että ohjausta ja palvelua saa mutta ohjauksen määrä koettiin riittämättömänä ja palveluihin oltiin tyytymättömiä.</p> <p>Toimintakykyä palautettaessa ennen sairastumista olleelle tasolle, psyykkisen ja kognitiivisen toiminnanvajauksien taso on avainasemassa kuntoutusprosessissa. Tästä huolimatta painopiste on fyysisen toimintakyvyn tukemisessa ja psyykinen puoli huomioidaan kuntoutusprosessissa heikosti. Kuntoutusjärjestelmässä selviäminen, ja avunsaaminen vaatii resursseja, oma-aloitteisuutta sekä kykyä olla vaativa.</p>	
Kieli	suomi
Asiasanat	aivohalvaus, käsitys, kuntoutus, liikunta, toimintakyky
Säilytyspaikka	<input type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School of Health and Sports	Degree Programme in Sports and Leisure Management
Author(s) Selamo Helmi	
Title ”Has Worked as Was Told” – Stroke rehabilitees’ impressions of received support for physical exercise to maintain the capacity to function	
Optional Professional Studies Health-Promoting Physical activity	Instructor(s) Katri Takala
	Commissioned by Risto Lappalainen
Date Spring 2013	Total Number of Pages and Appendices 26 + 7
<p>The aim of this thesis was to describe stroke rehabilitees’ impressions of received support for physical exercises to maintain their capacity to function. The purpose of this thesis was to provide information on what kind of support stroke rehabilitees received for physical exercises to maintain their capacity to function and who provided them this support.</p> <p>This thesis is a qualitative research. An interview structured form which included open questions was used as the method to collect data. Four stroke rehabilitees whose capacity to function was impaired by stroke took part in the interview. Their stroke was diagnosed one to eight years ago. The data was analysed inductively using content analysis.</p> <p>The results indicated that support for physical exercise to maintain the capacity to function was received 1) from public health services, 2) from third sector actors, and 3) from own initiative activity. The experience from support received are divided into the volume of public support and services and own initiative doing and peer groups. The target group experienced that although counselling and services were available, guidance was not sufficient and services were dissatisfying.</p> <p>The weakened psychological and cognitive abilities to function are in a key position when restoring the capacity to function to the pre-stroke level. Despite this fact, the emphasis is in supporting the physical ability to function. The psychological aspect of stroke is not acknowledged sufficiently. The ability to cope in the rehabilitation structure and to receive appropriate help requires rehabilitees’ own resources, own initiative and ability to demand.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	stroke, impression, rehabilitation, physical exercise, capacity to function
Deposited at	<input type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences



## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 AIVOHALVAUS	2
3 TOIMINTAKYKY	4
3.1 Aivohalvauksen vaikutus toimintakykyyn	4
3.1.1 Fyysinen toimintakyky	5
3.1.2 Kognitiivinen toimintakyky	5
3.1.3 Psykkinen toimintakyky	6
3.2 Aivohalvauksen kuntoutusprosessi	6
3.2.1 Aivohalvauuskuntoutujan ohjaus	8
3.2.2 Liikunnan merkitys myöhäisvaiheen kuntoutuksessa	10
4 TUTKIMUSTEHTÄVÄT	11
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	12
5.1 Kohdejoukko	12
5.2 Tutkimusmenetelmä	13
5.3 Aineiston käsittely	14
6 TULOKSET	16
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	19
7.1 Tulosten tarkastelu	19
7.2 Luotettavuus ja eettisyys	21
7.3 Oman asiantuntemuksen kehittyminen	22
7.4 Jatkotutkimusaiheet	23
LÄHTEET	24
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Aivoinfarktiin sairastuu Suomessa vuosittain noin 14 000 henkilöä. Yli puolet näistä ilmaantuu yli 75 -vuotiaille. Aivoinfarktin riskitekijöitä, kuten kohonnutta verenpainetta, keskivartalolihavuutta ja diabetesta, pyritään torjumaan myös terveystoiminnan keinoin. (Aivoinfarkti. Käypähoito 2011; Fogelholm, Vuori & Vasankari 2011, 64-65.) Aivohalvauksella on merkittäviä vaikutuksia kansanterveyteen ja talouteen. Erityisryhmien kysymykset ja toimintakyvyn ylläpito ovat merkittäviä tekijöitä yhteiskunnallisesti ja kansantaloudellisesti tarkasteltuna (Sund 2012).

Aivoinfarktin Käypä hoito -suosituksissa (2011) ilmenee, että aivoinfarktin vuoksi menetetään enemmän laatupainotteisia elinvuosia kuin minkään muun sairauden takia. Noin 850 aivoverenkiertohäiriö (AVH) -potilasta jää vuosittain työkyvyttömyyseläkkeelle. AVH:n aiheuttaman työkyvyttömyyden tai ennenaikaisen kuoleman takia Suomessa menetetään vuosittain 16 500 työvuoden panos. (Aivoinfarkti. Käypähoito 2011, 3.) Tällä hallituskaudella valtio tekee sopeuttamistoimia talouden tasapainottamiseksi. Toimintakykyiset työttömät ovat yksi kivijalka talouden tasapainottamisessa. (Valtionneuvoston rakennepoliittinen kannanotto 2012, 1).

Opinnäytetyö toteutetaan laadullisena tutkimuksena. Tiedonkeruu kohdistetaan aivohalvauskuntoutujien kuntosaliryhmän jäsenille. Ryhmä valikoitui Kajaanin aivoyhdistyksen toiminnan kautta. Tiedonkeruumenetelmänä toimii strukturoitu yksilohaastattelu.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla aivohalvauskuntoutujien käsityksiä heidän saamista tuesta toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa siitä millaista tukea ja miltä tahoilta aivohalvauskuntoutujat saavat toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen. Tätä tietoa voidaan hyödyntää niin aivohalvauskuntoutujien palvelujen suunnittelussa kuin aivohalvauksen sairastuneiden edunvalvontatyössä. Opinnäytetyöni tukee ammatillista kehittymistäni terveystoiminnan, erityisryhmien liikunnan ja terveyden edistämisen osa-alueilla. Opinnäytetyöni kautta vahvistan liikunnanohjaajan työn yhteiskunnallisen ulottuvuuden ymmärtämistä sekä liikunnan mahdollisuuksia kansantaloudellisesti merkittävien sairauksien ehkäisemisessä ja niistä kuntoutumisesta. Tämä työ jatkaa myös Kajaanin ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmassa tehtyjen AVH – opinnäytetöiden sarjaa.

## 2 AIVOHALVAUS

Vuonna 2007 Suomessa aivoinfarktiin sai 14 600 henkilöä. Suomessa yli puolet aivohalvaustapahtumista ilmaantuu yli 75 -vuotiaalle ja joka neljäs ilmaantuu työikäisille. Työikäisistä noin 850 aivoverenkiertohäiriö (AVH) -potilasta jää vuosittain työkyvyttömyyseläkkeelle. Kaiken kaikkiaan AVH:n aiheuttaman työkyvyttömyyden tai ennenaikaisen kuoleman takia Suomessa menetetään 16 500 työvuoden panos sekä eniten laatu painotteisia elinvuosia. Mielen terveydenhäiriöiden ja dementian jälkeen aivoverenkiertohäiriöt ovat kansantaloudellisesti kolmanneksi kallein tautiryhmä. Tähän vaikuttavat pitkät sairaalajaksot sekä edellä mainittu työkyvyn menetys. (Aivoinfarkti. Käypähoito 2011, 2-3; Aromaa, Gould, Hytti & Koskinen 2005, 134, 142.)

Aivohalvaus on aivojen toimintahäiriö, joka johtuu aivokudoksen vaurioitumisesta. Taustalla on useimmiten aivoverisuonten tukkeutuminen (iskemia) tai verenvuoto aivoissa (hemorragia) (Aivoinfarkti. Käypähoito 2011, 2; Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2007, 271; Taylor 2009, 35). Aivojen toimintahäiriö aiheuttaa muun muassa vaikeuksia motorisissa, kognitiivisissa ja kielellisissä toiminnoissa sekä hahmotuksessa. (Laitinen & Pataila 2000, 11). Voinee siis sanoa, että aivohalvaus ja sen kokeminen ovat kokonaisvaltainen elämäkokemus (Soronen 2006, 4).

Aivohalvauksen riskitekijöihin kuuluvat kohonnut verenpaine, diabetes ja tupakointi. (Aivoinfarkti. Käypähoito 2011, 2; Kaste ym. 2007, 282). Ateroskleroosi on usean iskeemisen aivoverenkiertohäiriön taustalla, jolloin ateroskleroosin riskitekijät lisäävät myös aivohalvauksen riskiä. (Kaste ym. 2007. 276, 282). Mikäli henkilöllä yksittäiset riskitekijät eivät olisi-kaan vahvoja mutta niitä on useampi, aivohalvauksen todennäköisyys on varsin suuri. Edellä mainitut riskitekijät ovat elintapatekijöitä, joihin voimme vaikuttaa omalla toiminnallamme. Tekijöistä, joihin emme voi vaikuttaa, ikä on kaikista suurin riskitekijä. Naisilla jokainen ikävuosi suurentaa sairastumisriskiä kymmenellä prosentilla. Miehillä vastaava prosentti on yhdeksän. (Aivoinfarkti. Käypähoito 2011, 4-5.)

Käypähoitosuosituksen (2011) mukaan kohonnut verenpaine on tärkein hoidettavissa oleva riskitekijä (Aivoinfarkti. Käypähoito 2011, 6; Kaste ym. 2007, 282-283). Ennen kaikkea systolinen verenpaine ennustaa aivohalvausriskiä. Aivohalvauksen riski alenee noin 35 %, mikäli systolista verenpainetta alennetaan 10 mmHg. Lihavuus puolestaan on itsenäinen riskitekijä

aivoinfarktissa, joka johtuu lihavuuteen liittyvistä metabolisista haitoista. Miehillä keskivartalolihavuus mahdollistaa jopa yli kaksinkertaisen riskin sairastua aivohalvaukseen. (Aivoinfarkti. Käypähoito 2011, 4-6.) Kaste ym. (2007, 284) puolestaan toteaa, että jotkut tutkimukset ovat osoittaneet ylipainon ja vähäisen fyysisen aktiivisuuden liittyvän suurentuneeseen riskiin sairastua aivohalvaukseen.

Liikunnan vaikutusta aivohalvauksen ehkäisyssä on tutkittu huomattavasti vähemmän kuin esimerkiksi sepelvaltimotaudin. Tämän lisäksi tutkimustuloksissa on suuria vaihteluita. Jos huomioidaan aivohalvauksen riskitekijät, liikunnalla voidaan olettaa olevan merkitystä sairauden ehkäisyssä. (Fogelholm ym. 2011, 144.) Liikunnan avulla voidaan alentaa verenpainetta, pudottaa ja hallita painoa, muuttaa veren rasva-arvoja (HDL -kolesterolipitoisuuden suurentuminen) sekä pienentää diabeteksen ja sepelvaltimotaudin riskiä (Kaste ym. 2007, 286).

On voitu todeta, että liikunnan määrän nousu pienentää riskiä sairastua aivohalvaukseen mutta liikunnan kuormittavuuden suhde riskiin on epävarma. (Fogelholm ym. 2011, 144; Kaste ym. 2007, 286). Kohtalaisen kuormittava liikunta toteutettuna kohtalaisella määrällä pienentää aivohalvauksen riskiä 25 - 30 % (Fogelholm ym. 2001 144). UKK –instituutti suosittelee aivohalvauksen ehkäisyyn sepelvaltimotaudin ehkäisyyn liikunta-annosta, joka vastaa yleistä terveystieteiden suositusta. Kuitenkin liikuntaa, joka on hyvin kovaa ja maksimaalista lihasvoimaa vaativaa, kehoitetaan välttämään. Tällaista liikuntaa harjoitettaessa voimakkaasti kohonnut verenpaine voi lisätä aivohalvauksen akuuttia kehittymistä. (Fogelholm ym. 2011, 145-146.)



### 3 TOIMINTAKYKY

Toimintakyky on ”ihmisen kykyä vastata elinympäristönsä hänelle asettamiin vaatimuksiin, mihin liittyy kyky huolehtia itsestään, hoitaa työnsä ja nauttia vapaa-ajan toiminnasta” (Suvikas, Laurell & Nordman 2010, 77). Toimintakyky voidaan jakaa fyysiseen, kognitiiviseen ja psyykkiseen osa-alueeseen (Aromaa ym. 2005, 138; Vaarama ym. 2001, 58), joilla selviämistä kuvataan toimintakyvyllä (Suvikas ym. 2010, 77). Kehollisen ulottuvuuden (fyysinen) ja yksilön toiminnallisen ulottuvuuden (psyykinen ja henkinen) lisäksi voidaan puhua toimintakyvyn yhteiskunnallisesta ja kulttuurisesta ulottuvuudesta. Yhteiskunnallinen ja kulttuurinen ulottuvuus nostaa keskusteluun yhteiskunnan, asenteiden, kulttuurin, tekniikan ja elinympäristön vaikutukset toimintakykyyn ja sen edistämiseen. (Suvikas ym. 2010, 77.)

Maailman terveysjärjestö (WHO) on laatinut toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden rajoitteiden kansainvälisen luokituksen, ICF:n (International Classification of Functioning). Siinä toimintakyvyn määrittelyssä keskitytään ”kehon toimintojen, toimintakyvyn sekä osallistumisen mahdollisuuksien arviointiin” aiemman vaje- ja vammakeskeisyyden sijaan. (Suvikas ym. 2010, 78.) Myös kuntoutusta määriteltäessä painotus on siirtynyt ihmisen kykyihin ja mahdollisuuksiin. (Mäntynen 2007, 27). Kansainvälinen ”RAND 36-item health survey” (RAND 36) –mittari lähestyy terveyteen liittyvää elämänlaatua kahdeksalla eri ulottuvuudella, joka mahdollistaa tiedonsaannin siitä miten ”sairaudet ja niiden hoito vaikuttavat yksilön omasta näkökulmasta arvioituna jokapäiväisessä elämässä” (Laitinen 2003, 16-17).

#### 3.1 Aivohalvauksen vaikutus toimintakykyyn

Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat usein motorisia häiriöitä sekä kognitiivisia ja psyykkisiä toiminnanvajauksia, kuten tajunnan, puhekyvyn, näön, hahmottamisen, muistin ja raajojen toimintahäiriöitä (Ewan, Kinmond & Holmes 2010; Fogelholm ym. 2011, 143; Laitinen & Pataila 2000, 11). Näiden toiminnanhäiriöiden on todettu vaikuttavan koettuun hyvinvointiin ja elämänlaatuun heikentävästi, sillä toiminnanhäiriöt jäävät usein joko pysyviksi tai korjautuvat hitaasti ja vajavaisesti. (Ewan, Kinmond & Holmes 2010; Fogelholm ym. 2011, 143; Uusitalo, Laine & Puumalainen 2002, 28). Sairastumisen aiheuttamat fyysiset, psyykkiset,

toiminnalliset ja sosiaaliset muutokset vaikuttavat sairastuneen lisäksi myös koko perheeseen ja asettavat heille muutosvaatimuksia (Laitinen 2003, 13; Soronen 2006, 4).

Se, kuinka aivohalvaus vaikuttaa toimintakykyyn riippuu siitä, millä aivoalueella verenvuoto tai tukos tapahtuu. Myös vaurion laajuus ja vaurioitumisaika vaikuttavat toimintakyvyn tasoon ja ennusteeseen sen palautumisesta. (Laitinen & Pataila 2000, 11.) Vaurion laajuuteen vaikuttaa se kuinka nopeasti aivoverenvuodon tai aivoverisuonen tukoksen saanut henkilö saa asiantuntevaa apua. Siihen, kuinka toimintakyky palautuu vaikuttaa paljolti se, millainen kyky aivoilla on sopeutua muutoksiin ja palauttaa jo menetettyjä toimintoja. Eloojääneistä aivohalvauspotilaista noin 70 % selviytyy myöhemmin kotonaan ja työelämään palaa joka viidennes (Kaste ym. 2007, 271.)

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan aivohalvauskuntoutujien saamaa tukea toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen. Toisin sanoen tarkastelukohtana on millaista tukea aivohalvauskuntoutajat ovat saaneet liikuntaan, joka tukee päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, oman elämän hallintaa sekä arjen sosiaalisia ja kognitiivisia ulottuvuuksia.

### 3.1.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky on kykyä selviytyä itsenäisesti päivittäisistä perustoiminnoista, kuten asunnossa liikkumisesta, pukeutumisesta, kaupassa asioinnista, portaiden nousemisesta tai puolen kilometrin kävelystä (Aromaa ym. 2005, 138; Vaarama ym. 2001, 58). Fyysinen toimintakyky käsittää siis fyysisen kunnon ja selviytymisen erilaisista fyysisistä ponnistuksista (Laitinen 2003, 13). Yleisin fyysiseen toimintakykyyn vaikuttava tekijä on hemipareesi eli tosipuolihalvaus. Akuuttivaiheessa halvaus esiintyy 70 - 80 prosentilla sairastuneista. (Kaste ym. 2007, 272; Laitinen 2003, 13). Yleisimmin halvaus kohdistuu yläraajaan (Laitinen 2003, 13).

### 3.1.2 Kognitiivinen toimintakyky

Aivoverenvuodot ja tukokset vaikuttavat korkeammista aivotoinnoista huolehtiviin aivokuoren kerroksiin. Aivohalvaus iskee vasempaan aivopuoliskoon neljä kertaa useammin kuin oikeaan, jolloin kyky käyttää ja ymmärtää kieltä vaarantuu. (Taylor 2009, 35.) Sairastuneista 20 - 30 prosentilla ilmenee afasia eli kielellisten toimintojen häiriöitä. Muita kognitiivisia häi-

riöitä ovat puhehäiriöiden ja kognitiivisten häiriöiden yhdistelmät, sekä muisti ja havainnointihäiriöiden yhdistelmät. Käytännössä nämä tarkoittavat eri asteisia puheen tuottamisen ja ymmärtämisen, kirjoittamisen, lukemisen ja laskemisen vaikeuksia. (Kaste ym. 2007, 327; Laitinen 2003, 14.) Osalla sairastuneilla on vaikeuksia suorittaa tahdonalaisia liikkeitä (apr-kasia), tunnistamisen häiriöitä (agnosia), vaikeuksia hahmottaa oman kehonsa rajoja tai omaa kehoaan suhteessa ympäristöön. (Kaste ym. 2007, 327).

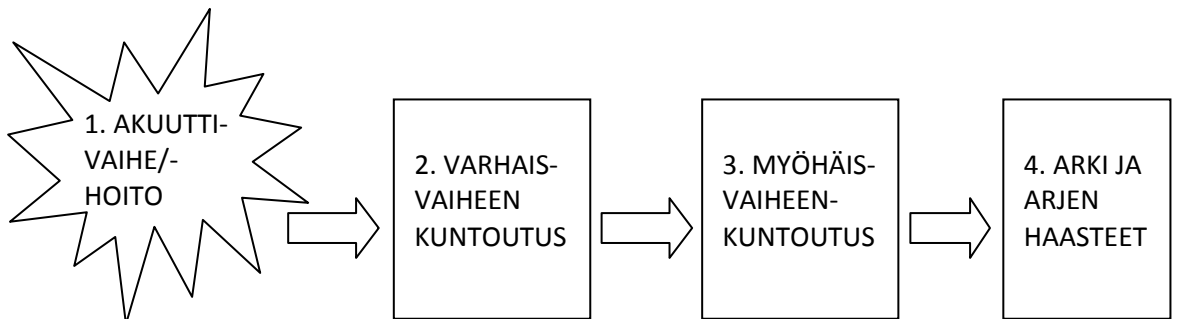
### 3.1.3 Psykkinen toimintakyky

Toimintakyvyn arvioinnin lisäksi on tärkeää arvioida sairastuneen omaa kokemusta terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Psykkiseen toimintakykyyn yleisimmin vaikuttavia tekijöitä ovat masennus ja aloitekyvyttömyys (Laitinen 2003, 14, 40.) Varsinkin toipumisen alussa läheisten tuki ja jaksaminen vaikuttavat merkittävästi sairastuneen toipumiseen (Soronen 2006, 5). Sairastuneista 30 – 40 prosenttia kärsii masennuksesta sairastumisen jälkeen. Masennus sitoo voimavaroja ja näin ollen vaikuttaa kykyyn selviytyä päivittäisistä toimista. Perinteisesti on ajateltu, että masennus johtuu vaikean sairauden aiheuttaman menetyksen kokemuksesta. Uudempien tutkimustietojen mukaan aivohalvauskuntoutujien masennuksen taustalla voivat olla aivojen vaurioitumisesta johtuvat biokemialliset muutokset. (Uusitalo, Laine & Puumalainen 2002, 72.)

## 3.2 Aivohalvauksen kuntoutusprosessi

Aivohalvauksen hoidossa pyritään rajaamaan aivokudosvaurio mahdollisimman pieneksi ja kuntoutus puolestaan pyrkii korjaamaan kudoksen vaurion aiheuttaman vajaatoiminnan ja sen aiheuttaman haitan niin pieneksi kuin mahdollista. Molemmissa prosesseissa on tärkeää tukea sairastuneen ja hänen lähiomaistensa sopeutumista. (Kaste ym. 2007, 327; Uusitalo ym. 2002, 31.) Aivohalvauksen nopea hoidon aloitus on ensiarvoisen tärkeää toipumisen näkökulmasta (Kaste ym. 2007 328; Uusitalo ym. 2002, 29). Ensimmäisten viikkojen ja kuukausien ajan kuntoutuminen on nopeaa. Mikäli kolmen kuukauden kuluttua sairastumisesta ei kuntoutuksen avulla ole saavutettu tuloksia, toimintakyky tuskin palaa. (Kaste ym. 2007, 328.)

Kuntoutumisen kesto ja sopeutumisprosessi on jokaisella sairastuneella yksilöllinen (Mäntynen 2007, 25). Aivohalvauksesta kuntoutuminen voidaan jakaa neljään vaiheeseen:



Kuva 1. Mukaeltu Kainuun afasia- ja aivohalvausyhdistyksen tiedotelehtinen (2011. 4).

Akuuttivaiheen voidaan sanoa kestävän kolmesta viiteen vuorokautta sairastumisesta. Tämän vaiheen hoito on keskitetty aivohalvausyksiköihin. Kun sairauden eteneminen on ehkäisty ja vitaalielintoiminna ovat vakaat, aloitetaan kuntoutus. Hoito aivohalvausyksiköissä perustuu hoito-ohjelmaan. Akuuttivaiheessa laaditaan yksilöllinen jatkohoitosuunnitelma. (Uusitalo, Laine & Puumalainen 2002, 30 - 31, 56.) Varhais- tai alkuvaiheen jälkeisestä kuntoutuksesta puhutaan ajanjaksolla, joka alkaa noin viikko sairastumisesta ja jatkuu kolmesta neljään kuukautta (Mäntynen 2007, 22). Intensiivistä kuntoutusta, joka kestää 6 - 12 kuukautta sairastumisesta, harkitaan, mikäli aivohalvaukseen sairastunut ei akuuttivaiheen jälkeen selviydy kotona mutta edellytykset kuntoutua ovat olemassa (Kaste ym. 2007, 329).

Tässä opinnäytetyössä sairastuneen kokemuksia tarkastellaan myöhäisvaiheen kuntoutuksen ja arjen näkökulmasta. Myöhäisvaiheen kuntoutuksen voidaan sanoa alkavan siitä hetkestä, kun aivohalvauksen sairastunut palaa kotiin tai jatkohoitoon joko hoitoyksikköön tai palveluasumisen piiriin. Vaikka kuntoutuminen on yksilöllistä, voidaan sanoa, että ajallisesti sairastumisesta on tuolloin kulunut noin 3 - 6 kuukautta. Myöhäisvaiheen kuntoutuksen kesto vaihtelee ajallisesti vuodesta kolmeen vuoteen. Tässä vaiheessa omaehtoinen toimintakykyä ylläpitävä liikunta, itsehoito ja harrastaminen ovat hyvin tärkeitä. (Kainuun afasia- ja aivohalvausyhdistyksen tiedotelehtinen 2011, 4, 6 - 8.)

Ylläpitävän kuntoutuksen tavoitteena on saavutetun kuntoutustuloksen ylläpitäminen ja sen toteuttaminen on perusterveydenhuollon tehtävä. Eri potilasjärjestöjen, kuten Kainuun

aivoyhdistyksen, järjestämällä sopeutumisvalmennuskursseilla pyritään sairauden psyykkiseen käsittelyyn. Toisin sanoen kursseilla autetaan sairastuneita hyväksymään oma sairaus ja sen tuomat muutokset omassa elämässä. (Kaste ym. 2007, 329.) Arkeen palatessa aivohalvauksen aiheuttamat muutokset toimintakyvyssä ovat osa uutta hyväksytyä minäkuvaa. Oma vastuu itsestä ja omasta toimintakykyä ylläpitävästä toiminnasta on korostunut. (Kainuun afasia- ja aivohalvausyhdistyksen tiedotuslehtinen 2011, 10.)

Psyykkisten ja kognitiivisten toiminnanvajausten taso, lähiympäristön tuki sekä yksilön sopeutumiskyky ovat avainasemassa kuntoutusprosessissa, kun toimintakyky pyritään palauttamaan tasolle, joka oli ennen aivohalvausta. (Ewan ym. 2010; Somerkivi 2000, 204.) Tästä huolimatta perinteinen kuntoutus keskittyy fyysisen kunnon palauttamiseen ja päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. (Ewan ym. 2010; Linnela, Herranen & Nuutila 2006, 4; Somerkivi 2000, 204.)

### 3.2.1 Aivohalvauskuntoutujan ohjaus

Aivohalvauskuntoutujaa on tärkeää tukea ja ohjata aivohalvauksen saanutta tämän omista lähtökohdista käsin ja harjoittaa aktiivisesti vaurioituneita aivoalueita (Taylor 2009). Ohjauksella pyritään tukemaan sairastuneen kotiutumista, elämän- ja elämäntapamuutosta sekä ymmärtämystä omasta sairaudesta (Haapala 2008, 53 - 54).

Pellikaisen (2000) mukaan aivoinfarktipotilaan hoidon perusta on kuntouttavassa hoitotyössä, jolloin sairastuneen omatoimisuutta tuetaan heti alusta alkaen mahdollisimman paljon. Kuntouttavassa hoitotyössä korostuu myös omaisten aktiivinen rooli (Pellikainen 2000, 1). Mäntylä (2007, 23) puolestaan käsittelee aihetta kuntoutumista edistävän hoitotyön näkökulmasta, jossa sairaanhoitajan toiminta tukee kuntoutujan itsenäistä selviytymistä, kuntoutujan objektiivisen luonteen sijaan. Jotta kuntoutuja itse voi aktiivisesti osallistua kuntoutusprosessiin, tulee hänellä olla mahdollisuus saada sekä tietoa että ohjausta omasta tilanteestaan, sairaudesta ja kuntoutuksesta (Haapala 2008, 53; Pellinen 2000, 1; Somerkivi 2000, 205).

Pelkästään kuntoutujan itsensä tietoisuus ei riitä, vaan myös hänen omaisensa tarvitsevat monipuolista tietoa ja ohjausta. Tätä tietoa hoitohenkilökunnan tulisi kyetä antamaan. (Haapala 2008, 53 - 54.) Aktiivinen rooli, niin sairastuneella kuin hänen omaisillaan, on tärkeä

myös siksi, että he saavat selvää kuntoutusmahdollisuuksista ja pystyvät huolehtimaan, että oma asia etenee myös viranomaisten puolella. Kuntoutusjärjestelmässä selviäminen vaatii resursseja, oma-aloitteisuutta sekä kykyä olla vaativa. (Somerkivi 2000, 12.)

Leväsen (2000) mukaan on viitteitä siitä, ettei jatkohoito-ohjausta saada riittävästi. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tehdyn kyselyn mukaan sekä potilaat että hoitohenkilökunta kokivat suurimmiksi kehittämiskohteiksi hoitohenkilökunnan tietämyksen jatkohoitopaikoista sekä potilaiden ja omaisten ohjauksen sairaudesta (Levänen 2000, 7; Mäntynen 2007, 104, 107; Pellikainen 2000, 3; Soronen 2006, 72).

Ohjauksesta suurin osa toteutetaan suullisesti, vaikka on suositeltavaa yhdistellä eri ohjausmenetelmiä. Ohjauksen tarve on erilainen kuntoutuspolun eri vaiheissa. Myöhäisvaiheen kuntoutuksessa kotikäynnit ja mahdollisuus olla yhteydessä sairaalaan puhelimitse, on koettu tärkeiksi. (Haapala 2008, 54.)

Haapala (2008) näkee aivohalvauskuntoutujan ohjauksen yhteistyönä eri toimijoiden (hoitajat, lääkärit, erityistyöntekijät, potilasjärjestöjen vapaaehtoistyöntekijät) välillä. Useimmiten moniammatillinen kuntoutustiimi koostuu lääkäristä, sairaanhoitajasta, neurologista, fysio-, toiminta- ja puheterapeutista, neuropsykologista sekä sosiaalityöntekijästä (Kaste ym. 2007, 328; Laitinen & Pataila 2000, 11; Mäntynen 2007, 29). 1.5.2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain tavoitteena on vahvistaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tehtävää yhteistyötä. Laki määrittää kunnan vastuulle laatia potilaalle hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelma sekä vastata kuntoutuspalveluiden ohjauksesta ja seurannasta. Tarvittaessa kunta nimeää kuntoutujalle kuntoutuksen yhdyshenkilön. (Eirilä 2012, 5.)

Koska aivohalvaus on myös yhteiskunnallisesti merkittävä sairaus, on sen hoidolla yhteiskunnallinen ulottuvuus. Oikean hoidon ja ohjauksen kautta voidaan vaikuttaa hoidon yhteiskunnallisiin kustannuksiin muun muassa lyhentämällä sairaalassaoloaika. Laajemmin ajateltuna, ohjauksella voidaan vaikuttaa väestön terveyskäyttäytymiseen lisäämällä väestön tietoisuutta aivoverenkiertohäiriöistä ja sen riskitekijöistä. (Haapala 2008, 54.)

### 3.2.2 Liikunnan merkitys myöhäisvaiheen kuntoutuksessa

Mahdollisimman varhaisessa vaiheessa laaditaan kuntoutussuunnitelma, jota muutetaan ja tarkennetaan toipumisen myötä (Erilä 2012, 5; Kaste ym. 2007, 328). Kunnan, jossa aivohalvauskuntoutuja on kirjoilla, veloitteena on laatia yksilöllinen kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmassa määritetään kuntoutuksen tavoitteet, tarve, toteutus ja keinot, seuranta ja päivitys. Suunnitelma laaditaan yhteistyössä aivohalvauskuntoutujan ja tarvittaessa hänen omaisensa kanssa siten, että suunnitelma sopii yhteen hoito- ja palvelusuunnitelmien kanssa. (Erilä 2012, 5.) Suunnitelmaa laatiessa on hyvä huomioida kaikkien osapuolten (kuntoutuja, omaiset ja hoitohenkilökunta) osallistuminen ja motivaatio (Kaste ym. 2007, 329; Laitinen & Pataila 2000, 11; Soronen 2006, 5).

#### 4 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvailla aivohalvauskuntoutujien käsityksiä heidän saamista tuesta toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen.

Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa tietoa siitä millaista tukea ja miltä tahoilta aivohalvauskuntoutajat saavat toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen. Tätä tietoa voidaan hyödyntää niin aivohalvauskuntoutujien palvelujen suunnittelussa kuin aivohalvaukseen sairastuneiden edunvalvontatyössä. Opinnäytetyöni tukee ammatillista kehittymistäni terveysliikunnan, erityisryhmien liikunnan ja terveyden edistämisen osa-alueilla. Samalla vahvistan liikunnanohjaajan työn yhteiskunnallisen ulottuvuuden ymmärtämistä ja liikunnan mahdollisuuksia kansantaloudellisesti merkittävien sairauksien ehkäisemisessä ja niistä kuntoutumisessa. Tämä työ jatkaa myös Kajaanin ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmassa tehtyjen AVH –opinnäytetöiden sarjaa.

Opinnäytetyöni tutkimustehtävänä on:

1. *Millaista tukea* aivohalvauskuntoutajat ovat saaneet toimintakykyä ylläpitävän liikunnan *toteuttamiseen?*
2. *Millaisia käsityksiä* aivohalvauskuntoutujilla on toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen *saadusta tuesta?*



## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyöni on laadullinen tutkimus, jossa korostuu ilmiön tulkinta ja ymmärtäminen syvällisesti. Tutkimuksessani aineisto ohjaa tutkimusta, jossa yksittäisistä havainnoista edetään tuloksiin. (Kananen 2008, 23 – 28, 32, 56.) Pelkistetyimmillään induktiivisen tutkimuksen teoria rakentuu empiirisestä aineistosta (Eskola & Suoranta 1998, 19).

Tämän tutkimuksen tarkoitus on kuvailla aivohalvauskuntoutujien käsityksiä ja sitä kautta saada aiheesta syvälinen näkemys. Tämän työn kautta saadaan perustietoa aivohalvauskuntoutujan käsityksiä omasta sairaudesta ja sen vaikutuksesta toimintakykyyn sekä käsityksiä saadusta tuesta toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen. (Eskola & Suoranta 1998, 19.)

### 5.1 Kohdejoukko

Tässä opinnäytetyössä tiedonkeruu kohdistettiin aivohalvauskuntoutujien kuntosaliryhmän jäsenille. Ryhmä valikoitui Kajaanin aivoyhdistyksen toiminnan kautta. Ryhmässä on mukana yksitoista (11) henkilöä, jotka ovat sairastuneet aivohalvaukseen. Heillä on tasapainovaikeuksia, muistiongelmia, toispuolihalvausta eli hemipareesia sekä puheentuottamisen ongelmia. (Myötätuuli 2012.)

Kanasen (2008) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkittavien valinnassa satunnaistamista ja määrää tärkeämpänä tekijänä on harkinnanvaraisuus, jolloin tutkittavat voidaan valita siten, että he edustavat ilmiön kannalta olennaisia havaintoyksikköjä. Tällöin varmistutaan siitä, että heillä on mahdollisimman paljon tietoa ilmiöstä. (Kananen 2008, 33 – 37.)

Vierailin kuntosaliryhmässä 22.5.2012, jolloin esittelin lyhyesti opinnäytetyöni ja kerroin tiedonkeruumenetelmästä. Jätin tunnille yhteystietolomakkeen (liite 1), johon ryhmän jäsenet halutessaan voivat jättää yhteystietonsa (nimi, osoite, puhelinnumero) 22.5.2012 järjestettävän tunnin aikana. Hain yhteystietolomakkeen tunnin päätyttyä ohjaajilta. Haastattelua varten yhteystietonsa jätti viisi (5) aivohalvaukseen sairastunutta henkilöä ryhmän yhdestätoista jäsenestä.

Haastattelulomakkeessa kysyttiin miten sairastuminen on vaikuttanut haastateltavan toimintakykyyn ja millaisia toiminnanvajauksia heillä on. Tämän pohjalta saatiin yleiskuva haastateltavien toimintakyvystä (liite 2), joka auttoi kuvaamaan kohdejoukkoa.

Haastateltavat olivat iältään 50 - 57 –vuotiaita. Heidän sairastumisestaan oli kulunut yhdestä kahdeksaan vuotta. Sairastuminen aivoverenkiertohäiriöön on vaikuttanut heistä jokaisen toimintakykyyn, niin fyysiseen, kognitiiviseen kuin psyykkiseen toimintakykyyn.

Sairastuminen oli alentanut kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Yksi haastateltavista kuvasi liikkumisen olleen aluksi vaikeaa kehon oikean puolen heikkouden ja hitauden vuoksi. Kaksi haastateltavista totesi liikkumisen sujuvan tällä hetkellä suhteellisen hyvin mutta väsyvänsä helposti. Tätä kuvailtiin sillä, että ”tunnin kävely vaatii päiväunet” tai että yhdellä asiointikerralla voi käydä vain yhdessä paikassa, jonka jälkeen pitää palata kotiin lepäämään ja ”keräämään voimia”, jotta voi käydä saman päivän aikana muualla.

Kaikilla haastateltavilla oli jonkinlaisia kognitiivisia häiriöitä, huonomuistisuutta, keskittymis- ja muistiongelmia sekä puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeuksia eli afasiaa. Eräs haastateltavista kuvasi tilannettaan seuraavasti: ”puhuminen ei ole täydellistä; yritän yhtiä sanoja jotta saisin sanottua. En ymmärrä kaikkia sanoja, sanat pitäisi tulla hitaasti”. Psyykkiseen toimintakykyyn sairastuminen heijastui aloitekyvyttömyytenä ja epävarmuutena asioiden hoidossa.

## 5.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä käytetään yksilöhaastattelua. Haastattelut toteutetaan strukturoituna lomakehaastatteluna. Haastattelussa on ennalta määrätty kysymykset lomakkeella, jotka ovat samat kaikille haastateltaville. Kysymyksissä ei ole vastausvaihtoehtoja, joten kysymykset ovat avoimia. (Eskola & Suoranta 1998, 87; Kananen 2008, 59.) Käyttämällä avoimia kysymyksiä annetaan haastateltaville mahdollisuus nostaa esille asiat, jotka he kokevat teemoissa tärkeiksi. Samalla mahdollistetaan kokemuksien kuvailu. (Ewan ym. 2010, 2099.) Haastattelulomakkeen (liite 3) teemat nousivat Somerkiven (2000) haastattelurungosta (liite 4). Tutkimusluvan ja haastattelulomakkeen muotoilussa on hyödynnetty Silvosen (2010) oppinäytetyön vastaavia dokumentteja.

Yhteystietonsa jättäneille viidelle (5) aivohalvaukseen sairastuneelle henkilölle lähetettiin tutkimuslupa (liite 5), haastattelulomake sekä palautuskuori 5.12.2012. Vastausaika rajattiin 20.12.2012 asti. Vastaamiseen jäi tällöin aikaa 12 - 14 päivää. Viidestä haastateltavasta neljä lähetti suostumuksensa sekä täytetyn haastattelulomakkeen. Muistutusviestiä ei lähetetty aika-  
taulullisista syistä.

### 5.3 Aineiston käsittely

Strukturoidun haastattelulomakkeen avoimia kysymyksiä voidaan käsitellä sekä laadullisesti että määrällisesti. Laadulliseen analyysiin strukturoidun aineiston avovastauksia voidaan soveltaa, mikäli avointen kysymysten määrä ja vastausten laajuus on riittävä. Laadullisessa tutkimuksessa strukturoitua haastattelua käytetään yleensä ennen tutkimuksen toteuttamista, ideoinnin apuna, aineiston tulosten yleistämisen testaamiseksi tai muun tutkimuksen lisäaineistoksi. (Nyström 2007.)

Viidestä haastateltavasta lomakkeen palauttivat neljä, kolme (3) miestä ja yksi (1) nainen, jotka kaikki antoivat suostumuksensa tutkimukseen. Vastaukset kysymyksiin vaihtelivat pituudeltaan yhdestä sanasta useampaan lauseeseen, jolloin laadullista sisällön analyysia voidaan käyttää. Sisällön analyysin avulla pyritään saamaan tiivistetty ja yleinen kuvaus aivohalvaukuntoutujien käsityksistä saadusta tuesta toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen. Kuvauksen tai mallien avulla kokemuksista muodostetaan käsitteitä ja kategorioita, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-5.)

Kirjoitin haastattelun puhtaaksi. Aineisto litteroitiin konekirjoituksella, jolloin aineiston laajuudeksi tuli viisi sivua. Puhtaaksikirjoituksen jälkeen perehtyminen tapahtui lukemalla aineistoa läpi useita kertoja. Tämän jälkeen lajittelin haastattelulomakkeen kysymykset tutkimustehtävien alle taulukon 1 mukaisesti. Analysoin aineiston aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Aineistosta analysoidaan vain se, mikä on ilmaistu selvästi aineistossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Taulukko 1. Haastattelulomakkeen kysymysten ryhmittely tutkimustehtävien alle

<b>1. Millaista tukea aivohalvauskuntoutujat ovat saaneet toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen?</b>	<b>2. Millaisia käsityksiä aivohalvauskuntoutujilla on toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen saadusta tuesta?</b>
Millaista tukea olette saaneet toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen sairastumisen jälkeen?	Millaiseksi koette ohjauksen määrän ja ajoituksen oman kuntoutumisenne kannalta?
Millaista ohjausta/neuvontaa olette saaneet liikuntaan?	Millaisia kokemuksia teillä on saadusta tuesta ja palveluista?
Onko teille laadittu kuntoutussuunnitelma?	Arvioikaa tyytyväisyyttänne saamaanne tukeen.
Miltä tahoilta saatu tuki on tullut?	Kenen aloitteesta ohjausta on annettu?
Miltä taholta/tahoilta saatu ohjaus/neuvonta on tullut?	Miten koette nämä toimet; onko niillä ollut vaikutusta oman toimintakykyne ylläpitämiseen?
Miten olette hyödyntäneet tarjottua tukea?	Millaista tukea olisitte kaivanneet? Miltä tahoilta?

Analyysissa on olevan kolme vaihetta: 1) pelkistäminen, 2) ryhmittely ja 3) abstrahointi. Pelkistämävaiheessa koodasin aineistosta tutkimustehtävään liittyviä ilmaisuja eli etsin aineistolta vastausta tutkimustehtävään. (Kynäs & Vanhanen 1999, 5.) Koodauksessa hyödynsin haastattelurunkoa, jolloin aineistosta seulotaan esille kohtia, jotka nostavat esille tutkimustehtäviä vastaavia asioita. (Eskola & Suoranta 1998, 153).

Ryhmittelin pelkistetyt ilmaukset kategorioihin niiden yhtäläisyyksien mukaan, jonka jälkeen nimesin kategoriat sisältöä kuvaavasti. Näitä kategorioita kutsun alakategorioiksi. Samansisältöiset alakategoriat yhdistin toisiinsa yläkategorioiksi ja jatkoin tätä niin pitkälle, kuin abstrahointi eli käsitteellistäminen oli sisällön kannalta mahdollista (liitteet 6 ja 7). Kategorioiden nimeämisessä hyödynsin deduktiivista päättelyä eli annoin jo tunnetun käsitteen, kuten motoriset häiriöt, kategorialle. (Kynäs & Vanhanen 1999, 5-7.)

## 6 TULOKSET

Haastattelujen perusteella voidaan sanoa, että tukea toimintakykyä ylläpitävään liikuntaan saadaan 1) julkisen terveydenhuollon 2) kolmannen sektorin toimijoiden sekä 3) yksilön oman toiminnan kautta (liite 6). Julkisen terveydenhuollon kautta saatu tuki on tullut fysio- ja toimintaterapiasta. Tuki on ollut ohjausta ja neuvontaa sekä toimintakykyä ylläpitävää liikuntaa. Myös apuvälineet olivat julkisen terveydenhuollon tukimuoto. Kuntoutussuunnitelma, jonka laatiminen on kunnan vastuulla, oli laadittu kahdelle haastateltavista.

”Hetki sairastumisen jälkeen hai ja sain terveystieteiden keskuksen fysioterapeutilta noin 10 kertaa treenausta.”

”Kaksi vuotta sain tukea kävelysauvoista, kun opettelin kävelemään”

”Työterveyshuollon kautta on”

”Ehkä laadittu, muttei ole seuranta”

Kolmannen sektorin toimijoiden antama tuki oli aivoliiton toimintaa ja opiskelijoiden ohjaamaa liikuntaa. Aivoliiton toiminnasta tukea toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen löytyi paikallisen aivoyhdistyksen kuntosalivuoroista, joita on järjestetty kolme kertaa viikossa. Muuta toimintakykyä ylläpitävää toimintaa olivat AVH -kokoukset.

”AVH-toiminta mm. kuntosalivuorot ja kokoukset”

Yksilön oma toiminta ja oman toiminnan merkitys korostuivat useissa varsinkin yhden haastateltavan vastauksissa. Omatoiminen liikunta toteutettuna niin kotona kuin muualla koettiin elinehtona.

”Ammattilaisten apu/ohjaus jäänyt luvattoman vähälle”

”Täytyy itse olla aktiivinen. Yrittää itselle parantaa asioita”

”Itse toimin ja käyn kuntosalilla sekä jumpissa.

Käsitykset saadusta tuesta toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen jakaantuivat julkisen puolen tarjoamien tuen ja palveluiden sekä vertaistuen ja omatoimisuuden välillä (lii-

te 7). Vastauksista nousi esille tyytymättömyys tarjottuun tukeen. Osassa vastauksissa korostui haastateltavan kokemus, että kaikki pitää tehdä itse.

”erittäin huono: sana tukea. Ei ole minulle missään!”

”tukea saa, jos jaksaa hakea”

Tyytymättömyys tuen määrään ja palveluihin nousi esille kokemuksissa, joissa ohjauksen määrä koettiin mitättömänä sekä tuki ja palvelut riittämättöminä. Vastakohtana tähän kahdella vastaajalla nousi esille kokemus, että liikuntapuoli on ollut hyvä, varsinkin kolmannen sektorin toiminnassa. Vaikka vertaistuki oli tärkeää ja kolmannen sektorin toiminta sai myönteisemmän vastaanoton kuin julkisen terveydenhuollon antama tuki, kaivattiin vertaistukea enemmän.

”Työkäinen ei päässyt kertaakaan kuntoutusohjaajalle, vaikka olis ollut tarvis.”

”Olisin kaivannut vertaistukea ja henkistä apua ahdistukseen.”

Toisaalta yksi haastateltavista totesi, että ”alkuvaiheessa toimintakyky ja jaksaminen voi olla aika huonoa”, jolloin keskustelu ja pohdinta eivät ole toimivin tukimuoto. Saatu vertaistuki koettiin hyväksi ja usein ainoaksi toimivaksi tukimuodoksi. Vertaistuen rinnalle yksi haastateltavista nosti lähipiirin tuen ja ohjauksen merkityksen.

”Järjestötoverituki on ollut korvaamatonta.”

”Olen ollut tyytyväinen aivoyhdistyksen toimintaan.”

”Toimintakykyyn vaikuttanut parantavasti oma perhe, oman perheen ohjaus ja opastus.”

Haastateltavat olisivat kaivanneet apua ja tukea psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämiseen. Varsinkin terveyskeskusten toiminta sai kovaa arvostelua henkisen puolen huomioinnista.

”Sairastumisen jälkeen pääsin sairaalasta suoraan kotiin ja kaikki ohjeistus ja seuranta siirtyi terveyskeskukseen. En saanut sieltä mitään tukea ahdistukseen.”

”Sopeutumisvalmennuskurssi 8 vuotta sairastumisen jälkeen oli tosi ”eheyttävä” kokemus.”  
”Jos en olisi päässyt tähän kuntosaliryhmään olisin jäänyt yksin sairauteni kanssa.”

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla aivohalvauskuntoutujien käsityksiä heidän saamasta tuesta toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa siitä millaista ja miltä tahoilta aivohalvauskuntoutajat saavat tukea toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen.

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Tukea toimintakykyä ylläpitävään liikuntaan saadaan 1) julkisen terveydenhuollon, 2) kolmannen sektorin toimijoiden sekä 3) yksilön oman toiminnan kautta. Käsitykset saadusta tuesta jakaantuivat julkisen puolen tarjoamien tuen ja palveluiden sekä vertaistuen ja oma-toimisuuden välille. Aivohalvauskuntoutujan ohjaus onkin yhteistyötä eri toimijoiden välillä (Haapala 2008; Kaste ym. 2007, 328; Laitinen & Pataila 2000, 11; Mäntynen 2007, 29).

Julkinen terveydenhuolto, joka tässä opinnäytetyössä tarkoitti fysio- ja toimintaterapiaa, sen antamia palveluita, apuvälineitä ja kuntoutussuunnitelmaa, on aivohalvauksesta kuntoutumisessa avainasemassa muun muassa ohjauksen ja seurannan toteutuksessa. Kuitenkin terveydenhuollon antamassa ohjauksessa on aivohalvauskuntoutujien mukaan selkeitä puutteita. Jatkohoito-ohjauksessa on puutteita muun muassa tietämyksessä jatkohoitopaikoista sekä potilaiden ja omaisten ohjauksessa sairaudesta (Levänen 2000, 7; Mäntynen 2007, 104, 107; Pellikainen 2000, 3; Soronen 2006, 72).

Tässä opinnäytetyössä haastateltavat kokivat, että ohjausta ja palvelua saa, ainakin osittain. Kuitenkin ohjauksen määrä koettiin riittämättömänä ja palveluihin oltiin tyytymättömiä. Yhtenä syynä tähän voi olla se, ettei kuntoutussuunnitelmaa ole laadittu kaikille ja vaikka suunnitelma oli laadittu, sillä ei ole seurantaa.

1.5.2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki määrittää kunnan vastuulle potilaan hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimisen sekä kuntoutuspalveluiden ohjauksen ja seurannan vastaamisen. Kuntoutussuunnitelma laaditaan asiakaslähtöisesti eli yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa ja sitä päivitetään seurannan mukaan. Tällöin voidaan saavuttaa toiminta-



kyvyn kehittämisen ja tukemisen oikea-aikaisuus sekä kuntoutujan oma aktiivinen rooli kuntoutusprosessissa (Eirilä 2012, 5; Haapala 2008, 53-54; Pellinen 2000, 1; Somerkivi 2000, 205.)

Kuten Somerkivellä (2000), myös haastatteluissa ilmeni, että kuntoutusjärjestelmässä selviäminen ja avunsaaminen vaatii resursseja, oma-aloitteisuutta sekä kykyä olla vaativa. Hoito- ja tukihenkilökunnan tulisikin pystyä antamaan monipuolista tietoa ja ohjausta sairastuneelle ja hänen omaiselleen. (Haapala 2008, 53 - 54; Somerkivi 2000, 12.) Kolmas sektori eli muun muassa aivoliitto pyrkii tuomaan tukea tähän omalla toiminnallaan, muun muassa sopeutumisvalmennuskurssien ja AVH -kokouksien muodossa (Kaste ym. 2007, 329).

Aivohalvaus on yllättävä ja äkillinen sairaus, joka on kriisi, niin sairastuneelle kuin hänen omaisilleen. Tämän vuoksi tarvitaan aikaa ja tietoa hahmottamaan uutta elämäntilannetta ja muuttunutta toimintakykyä. (Ewan ym. 2010; Fogelholm ym. 2011, 143; Uusitalo ym. 2002, 28, 71.) Uusitalo ym. (2002) mukaan 30-40 % kärsii masennuksesta sairastumisen jälkeen. Masennus sitoo voimavaroja ja näin ollen vaikuttaa kykyyn selviytyä päivittäisistä toimista. (Uusitalo ym. 2002, 72.)

Haastateltavat kokivat, että henkinen puoli huomioidaan kuntoutusprosessissa heikosti. Toimintakykyä palautettaessa ennen sairastumista olleelle tasolle, psyykkisen ja kognitiivisen toiminnanvajauksien taso on avainasemassa kuntoutusprosessissa. Tästä huolimatta painopiste on fyysisen toimintakyvyn tukemisessa (Ewan ym. 2010; Linnela ym. 2006, 4; Somerkivi 2000, 204).

Vertaisten ja lähipiirin tuella on psyykkisen toimintakyvyn palauttamisessa aineiston mukaan suuri merkitys. Yksin jääminen sairauden ja oman ahdistuksen kanssa nousivat esille kokemuksissa saadusta tuesta ja palveluista. Tähän kolmas sektori pystyi aineiston mukaan vastaamaan paremmin kuin julkinen terveydenhuolto. Soronen (2006) nostaa esille varsinkin toipumisen alussa, läheisten tuen ja jaksamisen vaikutuksen toipumiseen. Kaste ym. (2007) puolestaan määrittää, että perusterveydenhuollon tehtävänä on ylläpitävä kuntoutus ja potilasjärjestöjen, kuten Kainuun aivoyhdistyksen toiminta tukee sairauden psyykkistä käsittelyä.

## 7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimus on laadullinen ja aineistona toimivat neljän ihmisen subjektiiviset kokemukset. Tämän vuoksi tutkimustulosten siirrettävyys ja yleistettävyys eivät ole mahdollisia, mutta tutkimus antaa lisätietoa aiheesta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa arviointi keskittyy tutkimusprosessin luotettavuuden arviointiin, sillä tutkija itse on pääasiallinen luotettavuuden kriteeri. (Eskola & Suoranta 1998, 211-213.) Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että tutkimusprosessin kulkua on kuvattu tutkimuksen toteutuksessa ja aineiston analyysissä vaihe vaiheelta. Luottamuksellisuus ja anonymiteetti turvataan siten, että opinnäytetyössä esitettävässä aineistossa, tuloksissa ja työn julkaisussa haastateltavat pysyvät nimettöinä.

Opinnäytetyötä varten on kirjoitettu työn toimeksiantajan kanssa toimeksiantosopimus. Kuntosaliryhmän jäsenille on kerrottu opinnäytetyöstä, sen tavoitteesta, tiedonkeruusta ja osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Kaikilta haastateltavilta on pyydetty lupa, jossa he ilmoittavat suostumuksensa haastatteluun ja antavat tutkijalle oikeuden kerättyjen tietojen käyttämiseen. (Eskola & Suoranta 1998, 52-53, 56-57.)

Kananen (2008) mukaan menetelmiä valittaessa tulee huomioida objektiivisuus, julkisuus, korjaavuus, kriittisyys, autonomisuus ja edistyvyys. Tässä työssä objektiivisuus näkyy siinä, että tulokset ovat lähtöisin tutkittavilta eli ne ovat aitoja. Julkisuus, korjaavuus ja kriittisyys ilmenevät tutkimustehtävien kannalta oikeiden menetelmien valinnassa sekä tutkimusprosessin tarkassa dokumentoinnissa ja valintojen perusteluissa. Nämä elementit vaikuttavat myös tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimuksen riippumattomuus ulkoisista sidosryhmistä ilmenee autonomisuutena ja edistyvyys tieteen kehittymisenä. (Kananen 2008, 55-56.) Tutkimuksessa käytettävä lähdeaineisto on tuotu esille asianmukaisin lähdemerkinnöin, jolloin toisten tutkijoiden tekstiä ei ole plagioitu (Hirsjärvi ym. 2008, 26).

Metodologisesti kvalitatiivinen tutkimusote oli oikea, tälle tutkimusaiheelle. Opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmänä lomakehaastattelu oli hieman ontuva. Koen, että opinnäytetyöni aineiston laajuus, konekirjoituksella litteroituna viisi sivua, oli liian suppea. Tiedonkeruumenetelmää valittaessa aikaresurssi oli kaikkein määräävin tekijä. Aineiston syvällisyyden kannalta teemahaastattelu olisi onnistunut lomakehaastattelua paremmin, sillä teemahaastattelu tarjoaa lomakehaastattelua enemmän väljyyttä ja mahdollisuuden pureutua syvemmälle aineis-

toon. (Kananen 2008, 73-74.) Tällöin aineisto olisi ollut laajempi ja sillä olisi saatu lomakehaastattelun kautta saadun aineiston taustoittavia tietoja.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimustehtävät voivat muuttua aineiston myötä, sillä aineisto ohjaa tutkimusta (Kananen 2008, 23 – 28, 32, 56). Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvailla aivohalvauskuntoutujien käsityksiä heidän saamasta tuesta toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen. Työn tavoitteena taas oli tuottaa tietoa siitä millaista tukea ja miltä tavoilta aivohalvauskuntoutujat saavat toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen. Opinnäytetyön aineiston kautta voitiin kuvailla aivohalvauskuntoutujien käsityksiä saadusta tuesta sekä tuoda esille millaista saatu tuki oli ja keitä tukea antaneet tahot olivat.

Tästä huolimatta tutkimustehtäviä olisi voinut perustellusti muuttaa aineiston myötä. Aineisto oli suppea ja välillä aineiston yhteys tutkimustehtäviin tuntui keinotekoiselta. Opinnäytetyössä käytetyn tiedonkeruumenetelmän kautta kerätystä aineistosta olisi saanut laajemman, mikäli analysoinnissa olisi huomioinut kysymysten ja vastausten suhteen, vastaajien kirjoitusvirheet ja aivohalvauksen vaikutukset kognitiiviseen toimintakykyyn. Tällä tarkoitan lähinnä, kykyä ymmärtää kieltä ja tuottaa tekstiä. Koin kuitenkin, että tällöin olisin tulkinnut liikaa ja esittänyt omia oletuksiani, jotka olisivat heikentäneet olennaisesti tutkimuksen objektiivisuutta ja sitä kautta luotettavuutta.

### 7.3 Oman asiantuntemuksen kehittyminen

Omissa liikunnanohjaajaopinnoissani olen suuntautunut terveystuoliin ja painottanut niissä vahvasti ikääntyneiden liikuntaa ja sen vaikutusten merkitystä myös yhteiskunnallisessa kontekstissa. Oma arvomaailmani ja ihmiskäsitystäni, joka ohjasi myös tämän opinnäytetyön tekemistä, valottaa näkökulma, jossa yhteiskuntamme ja toimintaympäristömme mahdollistavat erilaisten yksilöiden yhdenvertaisen toiminnan ja osallisuuden.

Opinnäytetyön tekeminen tuki ammatillista kehittymistäni terveystuoliin, erityisryhmien liikunnan ja terveyden edistämisen osa-alueilla. Pystyin vahvistamaan liikunnanohjaajan työn yhteiskunnallisen ulottuvuuden ymmärtämistä ja laajentamaan sosiaali- ja terveystuoliin osaamista. Ymmärrys liikunnan ja toimintakyvyn tukemisen mahdollisuuksista kansantaloudellisesti merkittävien sairauksien ehkäisemisessä ja niistä kuntoutumisesta vahvistui. Myös tietoisuus siitä, että terveydenhuollon järjestelmien ja resurssien kehittämisellä ja kohdentam-

misella, sekä niitä tukevien kolmannen sektorin toimijoiden yhteistyöllä, voidaan saada kansantaloudellisesti tärkeitä säästöjä, lisääntyä.

#### 7.4 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön kautta saatua tietoa, yhdessä muun aiheesta olevan tutkimustiedon kanssa voidaan hyödyntää niin aivohalvauskuntoutujien palvelujen suunnittelussa kuin aivohalvaukseen sairastuneiden edunvalvontatyössä. Mikäli halutaan saada kestävämmällä pohjalla olevaa tutkimusaineistoa ja tuloksia, koen, että aiheesta on hyvä tehdä useampia laadullisia tutkimuksia mielellään poikkitieteellisesti esimerkiksi liikunnanohjaaja- sekä sairaan- että terveydenhoitajaopiskelijoiden välillä. Tällöin aiheeseen liittyvä neurologinen, epidemologinen sekä liikuntatieteellinen osaaminen saadaan yhdistettyä.

Mielenkiintoisia jatkotutkimusaiheita olisivat tutkimus, tai tutkimukset, joissa kartoitetaan kuntoutuspalveluiden ja kuntoutuspolun tilanne, hoitohenkilökunnan sekä aivohalvauskuntoutujien kokemuksia prosessista. Myös psyykkisen toimintakyvyn yhteys fyysisessä toimintakyvyssä tapahtuviin muutoksiin on kiinnostava aihe. Vähätellä ei pidä myöskään aiheita, joissa tutkittaisiin sairastumisen vaikutuksia lähipiiriin ja lähipiirin toimintakykyyn. Yhteiskunnallisesti, työurakeskusteluihin ja ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin liittyen, olisi mielenkiintoista perehtyä sairastuneiden arkeen paluuta, työllistymistä tai työkyvyttömyyseläkkeelle jääntiä ja niiden vaikutusta niin kansantalouteen kuin ihmisen hyvinvointiin ja toimintakykyyn.

## LÄHTEET

Aivoinfarkti. Käypähoito 2011. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä.

Aivoliiton sivut, viitattu 27.1.2012.

Aromaa, A., Gould, R., Hytti, H. & Koskinen, S. 2005. Toimintakyky, työkyky ja sairauden sosiaaliset seuraukset. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) 2005. Suomalaisten terveys. Saarijärvi. Saarijärven Offset Oy.

Erilä, T. 2012. Miten AVH-kuntoutuksen käy muuttuvassa terveydenhuollossa? AVH - aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti 1/2012, 5.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä. Vastapaino.

Ewan, L. M., Kinmond, K. & Holmes, P. S. 2010. An observation-based intervention for stroke rehabilitation: experiences of eight individuals affected by stroke. *Disability and Rehabilitation* 32(25), 2097-2106.

Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. 2011. Terveyslääkunta. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Haapala, A. 2008. Aivohalvauspotilaan ohjaus. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma.

Kainuun afasia- ja aivohalvausyhdistyksen tiedotelehtinen 2011.

Kananen, J. 2008. Kvali – Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylä. Jyväskylän yliopistopaino.

Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R.O. & Sivenius, J. 2007. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) 2007. Neurologia. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* vol 11, No.1.

- Laitinen, S. 2003. Aivoverenkiertohäiriöistä kuntoutuvien musiikkiterapiaryhmä. Jyväskylän yliopisto. Musiikin laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Laitinen, S. & Pataila, H. 2000. Kuvionuottimenetelmän käyttö aivohalvauspotilaiden kuntoutumisessa. Kokeiluprojekti Asumispalvelukeskus Wilhelmiinassa. Vammala. Vammalan Kirjapaino Oy.
- Levänen, R. 2000. Vuodeosastohoidon laatumittarinsoveltuvuus aivojen verenkiertohäiriöön sairastuneille potilaille. Helsingin yliopisto. Lahden koulutuskeskus. MQ-harjoitustyö.
- Linnela P, Herranen P, Nuutila A. 2006. Aivo-halvauksen sairastuneiden toimintakyvyn mittaaminen. Näyttöön perustuvan kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Suomen Afasiasäätiö
- Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Nyström, A. 2007. Tutkimustoiminnan perusteet. Luento. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Kajaani 25.9.2007.
- Pellikainen, A. 2000. Henkilöstön osaamisen arviointi aivoinfarktipotilaan hoitoprosessissa. Teknillinen korkeakoulu. Lahden keskus. MQ-projektityö.
- Silvonen, S. 2010. Aivohalvauskuntoutujien kokemuksia aktivoivasta fysioterapiasta ja vapaa-ajantoiminnasta kuntoutuskeskus Kruunupuistossa. Mikkelin ammattikorkeakoulu.
- Somerkivi, P. 2000. ”Olen verkon silmässä kala” Vammaisuus, kuntoutuminen ja selviytyminen sosiaalisen tuen verkostossa. Kuopion yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja.
- Soronen, L. 2006. Aivohalvauksen monet eri kasvot, terveyden menetys elämänmuutoksena. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatutkimuksen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Sund, R. 2012. Valtiontalouden tasapainottamistoimien vaikutus koulutukseen. Luento. Suomen ammattikorkeakouluopiskelijakuntien liitto – SAMOK ry. Helsinki 22.1.2012.
- Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2010. Kuntouttava lähihoito. Porvoo. WS Bookwell Oy.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1995. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma. Kirjapaino West Point Oy.

Taylor, J.B. 2009. Elämäni oivallus. Kuinka toivuin aivohalvauksesta. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Uusitalo, M., Laine, T. & Puumalainen, A. 2002. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoito-työ. Helsinki. Tammi.

Vaarama, M., Luomahaara, J., Peiponen, A. & Voutilainen, P. 2001. Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelun kehittämiseen. Saarijärvi. Gummerus.

## LIITTEET

LIITE 1	Yhteystietolomake
LIITE 2	Aineiston analyysi: sairastumisen vaikutus toimintakykyyn
LIITE 3	Haastattelulomake
LIITE 4	Haastattelurunko Somerkivi
LIITE 5	Tutkimuslupa
LIITE 6	Aineiston analyysi: tutkimustehtävä 1
LIITE 7	Aineiston analyysi: tutkimustehtävä 2

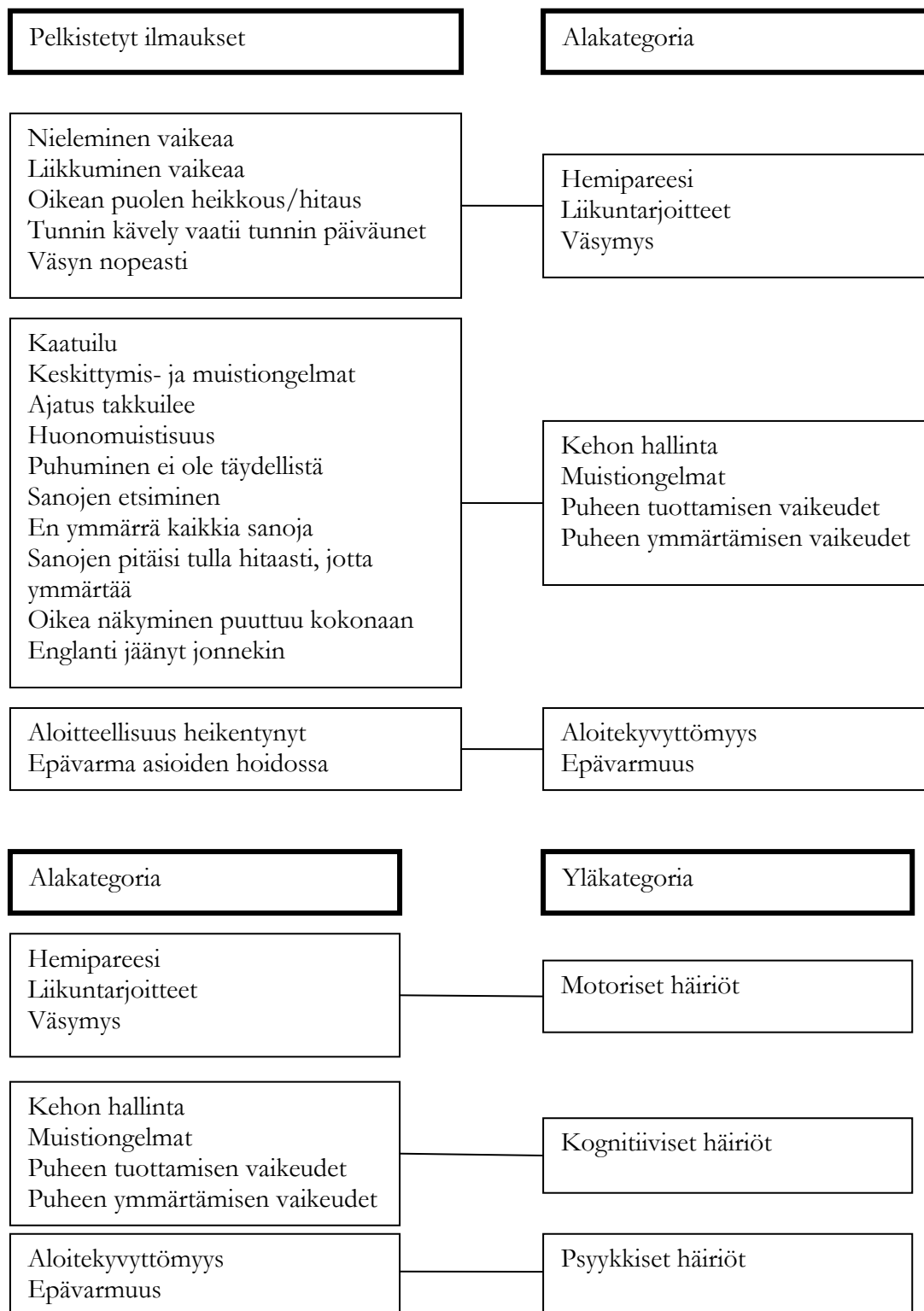


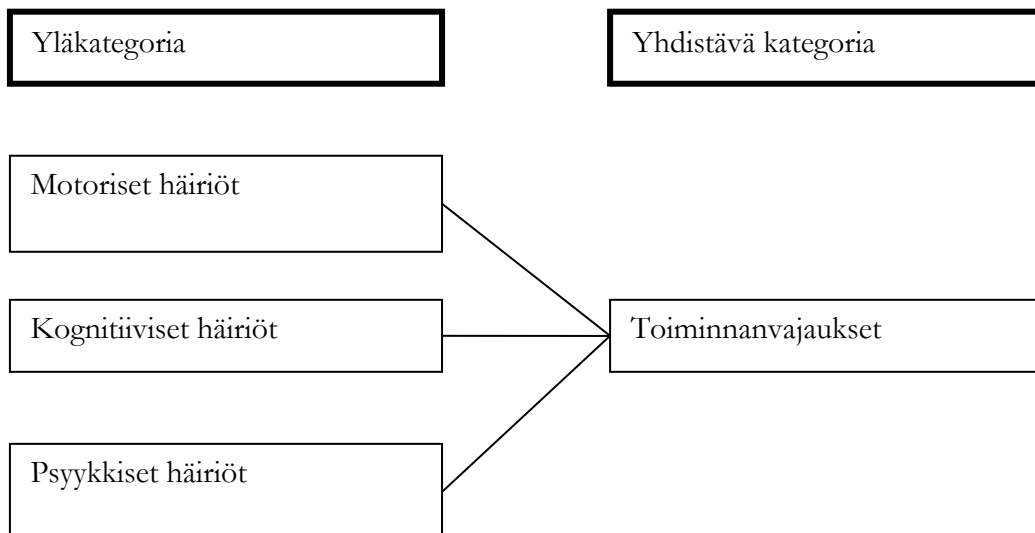
## LIITE 1

NIMI	OSOITE	PUHELIN

## LIITE 2

Sairastumisen vaikutus toimintakykyyn.









6. Miltä taholta/tahoilta saatu ohjaus/neuvonta on tullut?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

7. Kenen aloitteesta ohjausta on annettu?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

8. Miten olette hyödyntäneet tarjottua tukea?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

9. Millaiseksi koette ohjauksen määrän ja ajoituksen oman kuntoutumisenne kannalta?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

10. Millaisia kokemuksia teillä on saadusta tuesta ja palveluista?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

11. Miten koette nämä toimet; onko niillä ollut vaikutusta oman toimintakykyne ylläpitämiseen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

12. Millaista tukea olisitte kaivanneet? Miltä tahoilta?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

13. Arvioikaa tyytyväisyyttänne saamaanne tukeen.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Kiitos vastauksistanne!

Lähetäkää tämä haastattelulomake oheisessa kirjekuoressa.



## LIITE 4

## 1. KUNTOUTUSPROSESSI

## 1) Kuntoutusuran hahmottaminen

- Käydään läpi aikajärjestyksessä, mistä saanut kuntoutusta ja mitä (näkövammaisena + muut sairaudet): varsinainen kuntoutus apuvälineinen, taloudellinen tuki ja muut palvelut
- Kuka ohjasi/oma aloite?
- Mistä maksusitoumus, kuka hankkinut (ks. luettelo)
- Onko kielteisiä päätöksiä? Valitukset=
- Mahdolliset kuntoutusverkoston aukot?
- Päällekkäisyydet?

## 2) Kuntoutuksen arviointi

- Tyytyväisyys em. kuntoutukseen ja tähän kurssiin
- Kokemukset hyvästä / huonosta palvelusta
- Sopivuus: onko tarjottu oikeita (=tarpeellisia) vai turhia, oikeaan aikaan ja riittävästi?
- Mitä hyötyä ollut?
- Ongelmatilanteita kuntoutusprosessissa
- Onko palvelujen saanti helpottunut vai vaikeutunut?
- Minkälainen on näkövammaisten kuntoutus järjestelmänä?
- Miten asiointi useassa paikassa toimii? Yhden luukun periaate?
- Onko vastuuhenkilöä, kuka?
- Muutosehdotuksia kuntoutukseen

## 2. ASIAKASYHTEISTYÖ JA ASIAKKAAN OSALLISUUS

- Kuntoutuksen neuvonnan ja ohjauksen riittävyys
- Kuntoutussuunnitelmat (hoito-, palvelu- jne.)
- Mitä asiakaspalveluyhteistyö tarkoittaa?
- Ovatko viranomaiset tehneet yhteistyötä kuntoutuksessa?
- Tyytyväisyys tähän?
- Asioittesi käsittely asiakastyöryhmässä (+ mikä asia, olitko mukana/aloitteentekijä)
- Pitäisikö virnaomaisten tehdä keskenään asiakasyhteistyötä enemmän, vähemmän vai onko näin hyvä? Miksi?
- Kehittämisehdotuksia asiakasyhteistyöhön
- Mitä mieltä asiakkaan omasta osallistumisesta asiakasyhteistyöhön?
- Asiakkaan vaikutusmahdollisuudet kuntoutuksen suhteen
- Yhteistyön esteet
- Viranomaisten yhteydet asiakkaan omaisiin, ystäviin, työtovereihin

### 3. TUKIVERKOSTO JA SELVIYTYMINEN

#### 1) Verkostokartta

- Tärkeät ihmiset merkitään karttaan lohkoittain tunnepohjaisen läheisyyden-  
etäisyyden mukaisesti kaikkein tärkeimmät keskelle
- Ketkä tuntevat toisensa (merkitään linkeillä)
- Kielteiset suhteet, kuolleet, konfliktit, muutokset
- Tiheys: keitä tapaavat viikoittain?
- Verkoston muuttuminen vammautumisen jälkeen

#### 2) Sosiaalinen tuki, auttaminen

- Vastavuoroisuus (keihin molemmin/yksipuolinen auttamissuhde/saatko enem-  
män tukea vai annatko)
- Avun tarve (missä asioissa, kuka antaa) – tunnetasolla, taloudellinen tuki, neuvot,  
käytännön apu
- Koetko olevasi riippuvainen muista ihmisistä vai itsenäinen suoriutuja?
- Avun riittävyys

#### 3) Elämäntapa

- Työn merkitys
- Kotikeskeisyys, sosiaalinen kanssakäyminen
- Harrastukset, järjestötoiminta
- Kenen kanssa ja kuinka paljon seurustelet (verkoston eri lohkot, näkövammaiset  
jne.)
- Suhteet yhteisöön (heikot siteet)

#### 4) Omat voimavarat

- Miten kokenut näön menettämisen?
- Miten se on vaikuttanut elämäntapaan? Elämäntapojen muutokset
- Mitkä positiiviset asiat ovat mielestäsi eniten auttaneet sinua vaikeuksissa eteen-  
päin: omat vahvuudet, selviytymiskeinot, muut tekijät
- Tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseen, terveyteen, henkiseen hyvinvointiin
- Asennoituminen elämään yleensä
- Suhtautuminen tulevaisuuteen

LIITE 5

## TUTKIMUSLUPA

Hyvä vastaanottaja,

Olen Helmi Selamo, Kajaanin ammattikorkeakoulun liikunnanohjaajaopiskelija. Vierailin aivohalvauskuntosaliryhmän tapaamisessa keväällä 2012, jolloin annoitte yhteystietonne haastattelua varten ja lähestyn Teitä tästä aiheesta.

Pyydän lupaa saada haastatella Teitä opinnäytetyötäni varten. Työni aiheena on ”Aivohalvauskuntoutujien kokemuksia saadusta tuesta toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen”. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, millaista tukea aivohalvauskuntoutujat saavat toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen.

Haastattelu toteutetaan lomakehaastatteluna. Tämän lupa-anomuksen ohessa on haastattelulomake, jonka täytettyänne, lähetätte sen yhdessä tutkimusluvan kanssa tämän kirjeen mukana olevassa kirjekuoressa allekirjoittaneelle.

Kyselylomakkeet ovat luottamuksellista tutkimusaineistoa, joita ainoastaan minä käsittelen. Kyselylomakkeet tuhoetaan niiden analysoinnin jälkeen. Opinnäytetyössä esitettävässä aineistossa, tuloksissa ja työn julkaisussa haastateltavat pysyvät nimettöminä.

Tästä työstä on tehty toimeksiantosopimus Aivoliiton järjestösuunnittelija Risto Lappalaisen kanssa.

Laita rasti vaihtoehtoon, jonka haluat:

Kyllä  suostun haastatteluun ja olen tietoinen työn tavoitteesta.

Ei  en suostu haastatteluun.

---

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Ystävällisin terveisin

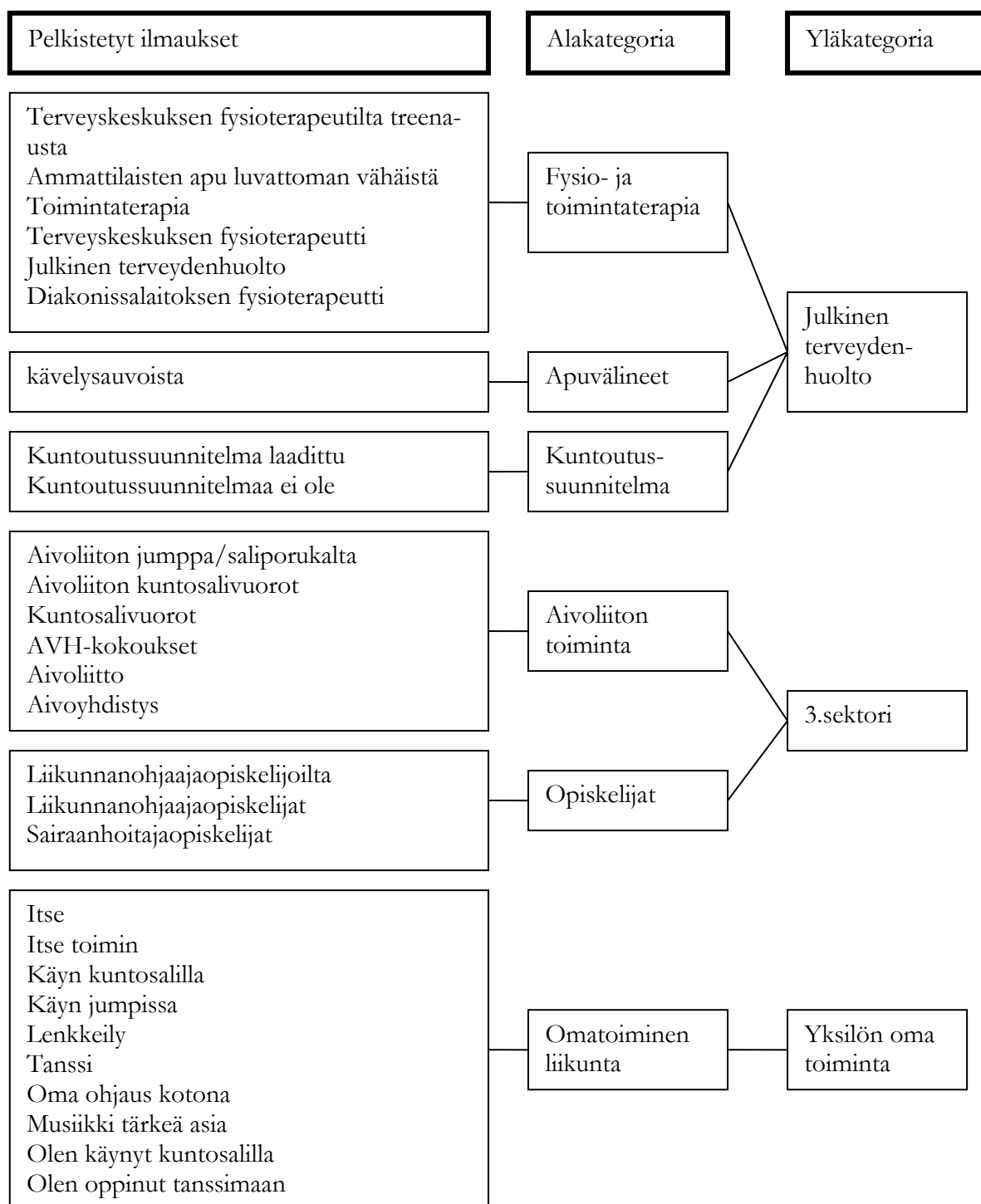
Helmi Selamo

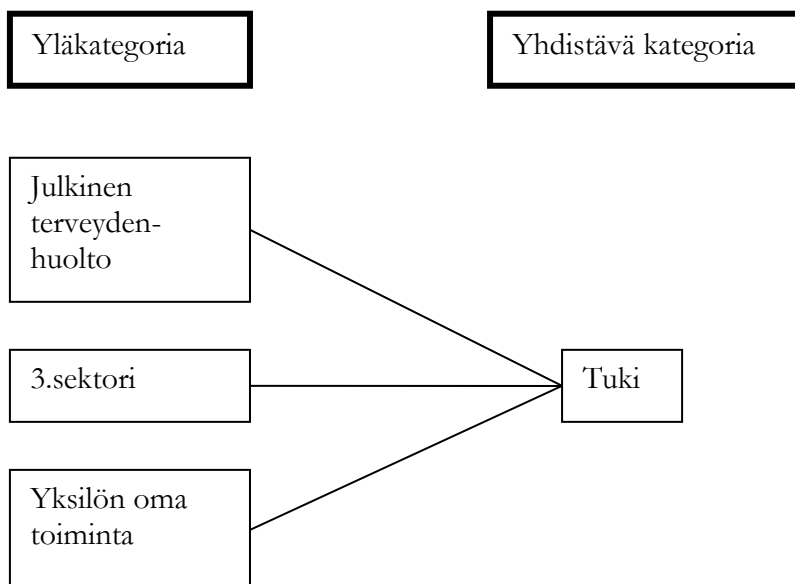
helmi.selamo@kajak.fi

p. 044 508 4385

## LIITE 6

Tutkimustehtävä 1: Millaista tukea aivohalvauskuntoutujat ovat saaneet toimintakykyä ylläpitävään liikuntaan?





## LIITE 7

Tutkimustehtävä 2: Millaiset kokemukset aivohalvauskuntoutujilla on toimintakykyä ylläpitävän liikunnan toteuttamiseen saadusta tuesta?



