



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

Aivoverenkiertohäiriökuntoutujan toimintakyky

läheisen näkökulmasta -

tarinoita arjesta e-terveyspalveluihin

Salmi Janna ja Yläne Sini

2017 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Aivoverenkiertohäiriökuntoutujan toimintakyky  
läheisen näkökulmasta -  
tarinoita arjesta e-terveyspalveluihin

Salmi Janna, Yläne Sini  
Fysioterapian koulutusohjelma

Salmi Janna, Yläne Sini

**Aivoverenkiertohäiriökuntoutujan toimintakyky läheisen näkökulmasta - tarinoita arjesta e-terveyspalveluihin**

Vuosi 2017 Sivumäärä 104

---

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää millaista on aivoverenkiertohäiriökuntoutujan arki läheisen näkökulmasta sekä saada selville arjen tilanteita, joissa kuntoutuja tarvitsee tukea. Työn tarkoituksena oli tuottaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Terveyskylä.fi-palveluportaaliin, kuntoutumistalo.fi verkkosivustolle materiaalia voimaannuttavien tarinoiden muodossa. Opinnäytetyö tehtiin tiiviissä yhteistyössä Metropolia ammattikorkeakoulun toimintaterapeuttiopiskelijoiden kanssa. Aineiston hankinta, sisällön erittely ja analyysi sekä voimaannuttavat tarinat rakennettiin yhteistyössä. Opinnäytetyö oli jatke Suomisen, Tanskasen ja Dahlbackan (2017) moniammatilliselle opinnäytetyölle (Sähköisen oppaan käsikirjoitus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen läheiselle: Kehittämistyö HUS virtuaalisairaallalle). Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS), jonka Virtuaalisairaala 2.0- hankkeen kehittämisessä opinnäytetyö oli osallisena.

Opinnäytetyössä käytettiin apuna palvelumuotoilumenetelmää sekä tutkimusosiossa laadullista tutkimusotetta. Aineistonkeruu tehtiin osallistavalla ryhmähaastattelulla sekä puolistrukturoiduilla yksilöhaastatteluilla yhteensä kahdeksalle haastateltavalle. Lopulliseen aineistoon hyödynnettiin seitsemän haastateltavan läheisen kokemuksia. Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä. Analyysin kehikkona käytettiin Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta (ICF). Haastatteluaineiston tulokset saatiin ryhmiteltyä ICF:n Suoritukset ja osallistuminen kategorian pääluokkiin sisällön analyysissa. Tuloksissa vastattiin siihen millaista kuntoutujan arki on ja millaisia toimintakyvynrajoitteita ja selviytymiskeinoja arjessa ilmenee. Lisäksi vastattiin tutkimuskysymykseen minkälaista tietoa/palvelua Terveyskylä.fi- palveluportaalilta odotetaan.

Opinnäytetyössä tuotettu materiaali, voimaannuttavat tarinat perustuivat haastatteluaineistoista tiivistettyihin tuloksiin. tarinat perustuivat autenttisiin tilanteisiin arjessa, jotka käsitelivät läheisten kertomia arjen toimintoja. Tuloksista pystyttiin luomaan voimaannuttavat tarinat, jotka toimeksiantajan ja kuntoutujien mukaan kuvasivat aidosti aivoverenkiertohäiriökuntoutujan arkea. HUS tulee jatkossa hyödyntämään voimaannuttavia tarinoita haluamallaan tavalla.

Salmi Janna, Yläne Sini

**The functional ability of a stroke rehabilitee from the perspective of a close relative - stories from everyday life into e-healthcare services**

Year	2017	Pages	104
------	------	-------	-----

---

The aim of the thesis was to find out what the everyday life of a stroke rehabilitee is like. The thesis was written from the perspective of a close relative. The aim was also to find out everyday life situations in which the stroke rehabilitee needs support. Additionally the purpose of the thesis was to produce material of empowering narratives in the Kuntoutumistalo.fi web pages of Terveyskylä.fi service portal of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa. The thesis was written in cooperation with occupational therapy students at Metropolia University of Applied Sciences. The data collection, content classification and analysis and empowering narratives were made in cooperation. The thesis was a continuation of Suominen`s, Tanskanen`s and Dahlbacka`s (2017) multiprofessional thesis (Transcript for an electronic guide book for a relative of a stroke patient-Developmental study for HUS e-hospital).The client of the thesis was the Hospital District of Helsinki and Uusimaa, this thesis participated in the development of Virtual Hospital 2.0 project.

Service design method was used in the thesis and in the empirical part a qualitative research method. The data was gathered by participative group interviews and semi-structured interviews with eight interviewees. In the final data experiences of seven close relatives of stroke rehabilitees were used. The data was analysed with deductive content analysis. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) was used as the analysis framework. In content analysis the findings of the interview data were classified into the main groups of the category "Performance and Involvement" in ICF. The findings revealed what the everyday life of a stroke rehabilitee is like and what kind of disabilities and ways of managing there is in everyday life. Additionally the research question "What kind of information/service is expected by the Terveyskylä.fi service portal" was answered.

The material produced in the thesis, empowering narratives, was based on summarizing the findings of the interview data. The narratives were based on authentic situations in everyday life. The findings enabled the creating of empowering narratives which truly described the everyday life of a stroke rehabilitee from the perspective of the client and the rehabilitees. HUS will be utilising empowering narratives in the way it wants.

Keywords: stroke, everyday life, close relative, rehabilitation

## Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite .....	8
3	HUS ja e-terveyspalvelut .....	9
4	Aivoverenkiertohäiriö .....	11
	4.1.1 Sairauden eri muodot ja oirekuva .....	11
	4.1.2 Riskitekijät ja ennaltaehkäisy.....	14
	4.1.3 Keskeiset neurologiset oireet aivojen eri suonitusalueiden mukaan jaoeltuna .....	15
5	Toimintakyky.....	16
	5.1 ICF-toimintakyvyn luokitus .....	16
	5.2 CMOP-E-malli toiminnan kuvaajana.....	19
6	Kuntoutuminen arjessa.....	20
7	Läheinen .....	24
8	Tarina tukemisen keinona .....	25
9	Toteutus .....	26
	9.1 Opinnäytetyöprosessin aikataulu .....	26
	9.2 Asiakaslähtöisyys .....	29
	9.3 Monialaisuus ja moniammatillisuus .....	29
	9.4 Palvelumuotoilu opinnäytetyöprosessissa.....	30
	9.4.1 Määrittelyvaihe .....	33
	9.4.2 Tutkimusvaihe .....	34
	9.4.3 Suunnitteluvaihe .....	34
	9.4.4 Palvelutuotantovaihe .....	35
	9.4.5 Palvelutuotantoprosessin arviointi vaihe.....	35
10	Menetelmät .....	36
	10.1 Aineiston hankinta .....	36
	10.1.1 Haastateltavien valikoituminen.....	37
	10.1.2 Ryhmähaastattelu .....	37
	10.1.3 Yksilöhaastattelut .....	40
	10.2 Aineiston analyysi .....	41
11	Tulokset.....	43
	11.1 Oppimisen ja tiedon soveltamisen vaikeudet arjessa (Pääluokka 1) .....	43
	11.2 Yleisluonteiset tehtävät ja vaatteet arjessa (Pääluokka 2).....	48
	11.3 Kommunikointi arjessa (Pääluokka 3) .....	50
	11.4 Liikkuminen arjessa (Pääluokka 4) .....	51
	11.5 Itsestä huolehtiminen arjessa (Pääluokka 5) .....	62
	11.6 Kotielämä (Pääluokka 6) .....	63

11.7	Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (Pääluokka 7) .....	66
11.8	Keskeiset elämänaalueet (Pääluokka 8) .....	68
11.9	Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (Pääluokka 9) .....	69
11.10	Haastattelutulosten yhteenveto .....	70
11.11	Kehittämisehdotukset verkkoportaaliin .....	71
12	Tarinoiden kirjoittaminen .....	72
13	Voimaannuttavat tarinat .....	74
14	Pohdinta .....	80
14.1	Haastattelutulokset ja johtopäätökset .....	80
14.2	Luotettavuus ja eettisyys .....	82
14.3	Moniammatillisuus ja yhteistyö toimeksiantajan kanssa .....	86
14.4	Tuotoksen arviointi .....	87
14.5	Jatkokehittämisehdotukset .....	88
	Lähteet .....	89
	Kuviot .....	93
	Taulukot .....	94
	Liitteet .....	95

## 1 Johdanto

Usein fysioterapiassa keskitytään liian kapeasti pelkkään fyysiseen toimintakykyyn. Toimintakyvyn sosiaalinen puoli ilmenee kuitenkin ihmisen toimintatilanteissa sekä elinympäristössä. Fysioterapiassa olisikin välttämätöntä tuntea ihmisten arkitilanteet ja saada tietoa heidän kokemuksistaan. Tällä tavoin tuetaan kokonaisvaltaisemmin sairastuneen paluuta arkeen esimerkiksi vakavan sairauden jälkeen. (Reunanen 2017, 17.)

Opinnäytetyö on välillisesti osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Virtuaalisairaala 2.0- hanketta. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää millaista aivoverenkiertohäiriökuntoutujan arki on läheisen näkökulmasta sekä saada selville arjen tilanteita, joissa tarvitaan tukea. Työn tarkoituksena on tuottaa HUS:n Terveyskylä.fi-palveluportaaliin, Kuntoutumistalo.fi verkkosivustolle materiaalia voimaannuttavien tarinoiden muodossa. Tarinat käsittelevät arjen toimintoja ja niihin liittyviä solmukohtia. Opinnäytetyön tehtävänä on tarinoiden avulla tukea kuntoutujia sekä heidän läheisiään.

Aivoverenkiertohäiriöstä sairautena löytyy paljon tutkittua tietoa. Toisaalta kokemusperäistä tietoa kuntoutujan arjesta ei näytä olevan merkittävästi saatavilla. Opinnäytetyössä kokemusperäinen tieto on keskiössä ja pyrkimyksenä on lisätä ymmärrystä kuntoutujien arjesta. Täten laadullisia tutkimusmenetelmiä on käytetty apuna toteutuksessa. Aineiston hankinta toteutettiin haastatteluilla, joiden kysymysten laatimisessa hyödynnettiin COPM:ia (Canadian Occupational Performance Measure) sekä ICF - luokitusta (The International Classification of Functioning, Disability and Health). Työn toteutusta ohjasivat tutkimuskysymykset millaista kuntoutujan arki on ja millaisia toimintakyvynrajoitteita ja selviytymiskeinoja arjessa ilmenee sekä minkälaista tietoa/palvelua Terveyskylä.fi-palveluportaalilta odotetaan.

Arki on opinnäytetyössä keskiössä, sillä terapeuttien olisi erityisen tärkeää ymmärtää arjen merkitys osana kuntoutusta. Suurin osa kuntoutuksesta tapahtuu juuri kuntoutujan arjessa. Täten kuntoutujan toimintoihin olisi erityisen tärkeää tutustua hänen omissa arjen ympäristöissä.

Työ tehdään moniammatillisesti yhteistyössä Metropolia ammattikorkeakoulun toimintaterapeuttiopiskelijoiden kanssa, jotta kuntoutujan arjesta saadaan laaja-alainen käsitys. Aineiston hankinta, analysointi ja voimaannuttavien tarinoiden kirjoittaminen toteutetaan yhteistyönä. Opinnäytetyön raportit ovat puolestaan erilliset, sillä oman alan osaamisen haluttiin myös näkyvän raportoinnissa. Opinnäytetyössä on täten laajalti yhtäläisyyksiä toimintaterapeuttiopiskelijoiden Andersin, Taskinen, Udd (2017) ”Meistä itestämme se riippuu!” - läheisten kuvauksia AVH-kuntoutujien arjesta - kokemustietoa Kuntoutumistalon kehittämistyöhön - opinnäytetyön kanssa.

Opinnäytetyö on jatke Suominen, Tanskanen ja Dahlbacka (2017) opinnäytetyölle ”Sähköisen oppaan käsikirjoitus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen läheiselle: Kehittämistyö HUS virtuaalisairaalalle”. Heidän työn tavoitteista jäi osaltaan toteutumatta itse kuntoutujan kokonaisvaltaisen kuntoutumisen tukeminen. Niinpä tässä opinnäytetyössä keskitytään selvittämään mitä toimintakyvynrajoitteita kuntoutujan arjessa ilmenee ja miten kuntoutujaa voitaisiin kokonaisvaltaisesti tukea.

Opinnäytetyössä käytetään palvelumuotoilun prosessimallia apuna työskentelyssä. Palvelun mahdolliset tulevat käyttäjät kuntoutujat ja heidän läheisensä ovat olleet täten osallisena voimaannuttavien tarinoiden luomisessa. Lisäksi monialainen yhteistyö palvelumuotoiluprosessissa fysioterapeutti- ja toimintaterapeuttiopiskelijoiden kesken on tärkeässä roolissa rakennettaessa yhteistä näkemystä kuntoutujan arjesta.

## 2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää millaista aivoverenkiertohäiriökuntoutujan arki on läheisen näkökulmasta sekä saada selville arjen tilanteita, joissa tarvitaan tukea.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa HUS:n Terveyskylä.fi-palveluportaaliin, Kuntoutumistalo.fi verkkosivustolle materiaalia voimaannuttavien tarinoiden muodossa.

Opinnäytetyön tehtävänä on tarinoiden avulla tukea kuntoutujia sekä heidän läheisiään.

Opinnäytetyön toteutusta ohjasi seuraavat tutkimuskysymykset:

Millaista aivoverenkiertohäiriökuntoutujan arki on?

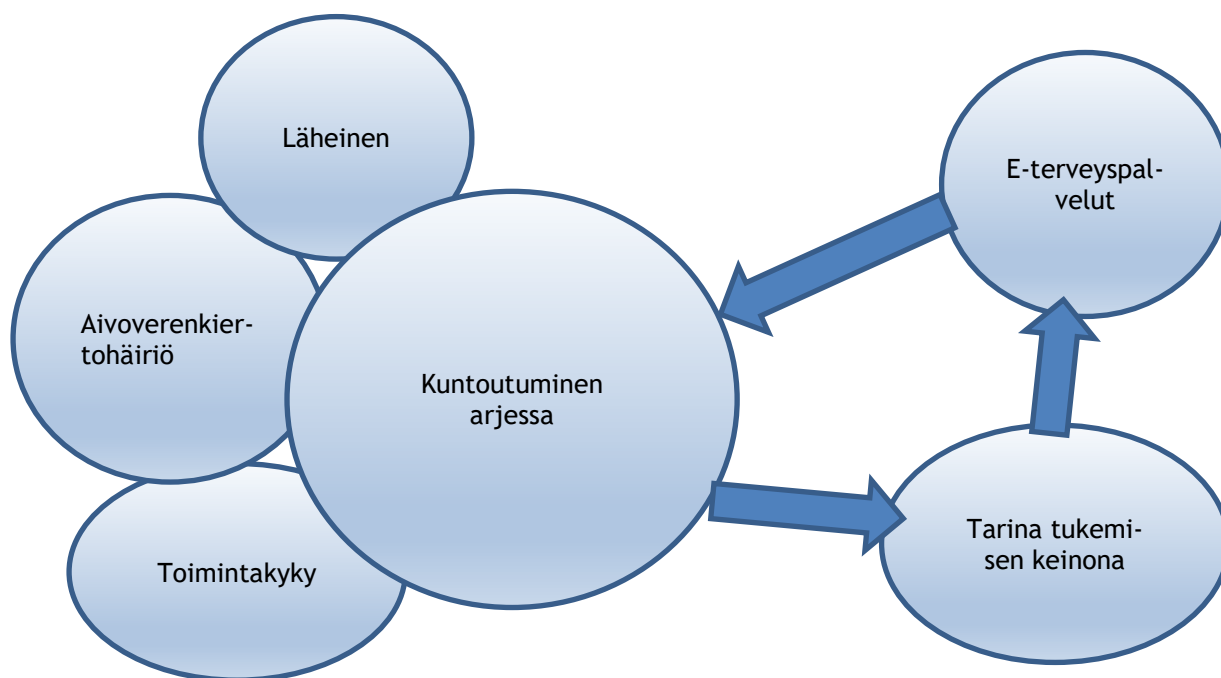
Mitä toimintakyvyn rajoitteita ja selviytymiskeinoja kuntoutujalla ilmenee arjessa?

Minkälaista tietoa/palvelua Terveyskylä.fi-palveluportaalilta odotetaan?

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen muodostavat aivoverenkiertohäiriö, toimintakyky, kuntoutuminen arjessa, läheinen, e-terveyspalvelut sekä tarina tukemisen keinona.

Arki on teoreettisessä viitekehyksessä keskiössä, sillä se muodostaa suurimman osan ajasta jossa kuntoutumista tapahtuu. Kuntoutujan arkeen liittyvät vahvasti käsitteet aivoverenkiertohäiriö, kuntoutujan toimintakyky sekä sairaudesta kuntoutuminen. Lisäksi läheisen rooli kuntoutujan arjessa on merkityksellisessä osassa. Läheisen tuki ja apu ovat huomattavassa osassa kuntoutumisprosessia. Kuntoutujan arjesta on opinnäytetyössä saatu haastattelujen avulla kokemukseräistä tietoa, joista on luotu voimaannuttavia, vertaistuellisia tarinoita. Kyseisiä tarinoita hyödynnetään e-terveyspalvelujen (HUS:n Terveyskylä.fi-palveluportaalin) kehittämiseen, jonka kautta ne voivat olla konkreettisesti luettavissa ja näin tukemassa muiden kuntoutujien arkea.





Kuvio 1: Teoreettinen viitekehys

### 3 HUS ja e-terveyspalvelut

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, jonka Virtuaalisairaala 2.0- hankkeen kehittämiseen opinnäytetyö oli osallisena. Virtuaalisairaala 2.0 -hanke on asiakaslähtöisten digitaalisten terveyspalveluiden kehittämishanke, jonka tavoitteena on tuottaa kansalaisille, kuntoutujille ja ammattilaisille erityisesti erikoistason hoitoon kytkeytyviä digitaalisia terveyspalveluita. Hanke tuo terveydenhuollon palvelut kaikkien suomalaisten ulottuville asuinpaikasta ja tulotasosta riippumatta lisäksi näin kansalaisten tasa-arvoa ja helpottaen heidän tiedonsaantia. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2016.)

Virtuaalisairaala 2.0-hankkeen Terveyskylä.fi-palveluportaali madaltaa potilaan kynnystä hakea apua. Parhaimmillaan tällainen palvelu voi nopeuttaa potilaan hoitoketjua oireesta diagnoosiin ja tehokkaaseen hoitoon. Terveyskylän palvelut sopivat erityisen hyvin elämänlaadun, oireiden ja elintapojen seuraamiseen sekä pitkäaikaisen sairauden kanssa elämiseen. Sähköiset palvelut eivät toimi sellaisenaan vaan täydentävät perinteistä sairaalahoitoa. Terveyskylän palvelu antaa terveydenhuollon ammattilaiselle tukea potilaan hoitoon. Palvelua voi käyttää hoitoon ohjauksen väylänä, hoidon tarpeen arvioinnin tukena ja omahoidon tukemisessa. Lisäksi palvelun ammattilaisten osiossa on ammattilaiselle tarkoitettuja työkaluja ja sisältöjä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2016.)

HUS:lla oli tarve kehittää Virtuaalisairaala 2.0-hankkeen Terveyskylä-palveluportaalia, tarkemmin kuntoutumistalo projektin Kuntotumistalo.fi-sivustoa. Hanke vaikutti meistä innovatiiviselta aiheelta tuottaa uutta hyödyllistä materiaalia kuntoutujille ja heidän läheisilleen. Opinnäytetyössä selvitettiin digitaalisten terveyspalvelujen mahdolliselta kohderyhmältä, tässä tapauksessa kuntoutujan läheisiltä, millaista arki on kotiutumisen jälkeen.

E-terveyspalveluiden eli sähköisten terveyspalveluiden avulla kansalaiset saavat uusia mahdollisuuksia ja välineitä oman terveytensä ja hyvinvointinsa seurantaan. Lisäksi uusia mahdollisuuksia avautuu oman terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitoon, riskien varhaiseen tunnistamiseen ja oikea-aikaiseen palveluun hakeutumiseen. (Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2017.)

Terveydenhuollossa kehitetään ja otetaan käyttöön erilaisia sähköisiä palveluita. Tällä hetkellä asiakas joutuu odottamaan lääkärille aikaa moneen otteeseen. Polkua pyritään muuttamaan helpompaan suuntaan e-terveyspalveluja hyödyntäen. (Larsson 2016, 24.)

Suurin osa terveydenhuollon resursseista menee tällä hetkellä elämäntavoista johtuvien sairauksien hoitoon. Sähköisten palvelujen toivotaan muuttavan tätä ennaltaehkäisevämpään suuntaan. (Larsson 2016, 24.)

E-palveluiden käyttöönotto sosiaali- ja terveydenhuollossa edellyttää välttämätöntä kulttuurimuutosta. Ammattilaisten tulee kyetä näkemään asiakas kokonaisuutena ja ammattilaisten ja eri organisaatioiden tulee kyetä aitoon yhteistyöhön. Lisäksi ammattilaisten tulee osata käyttää erilaisia työkaluja- ja menetelmiä. Asiakkaiden täytyy taas osata ottaa enemmän vastuuta terveydestä ja hyvinvoinnistaan, jokaisen on ymmärrettävä ottaa vastuuta omasta itsestään sekä läheisestään. (Hirvasniemi, Hyvönen, Alalääkkölä, Erkkiä ym. 2014, 4.)

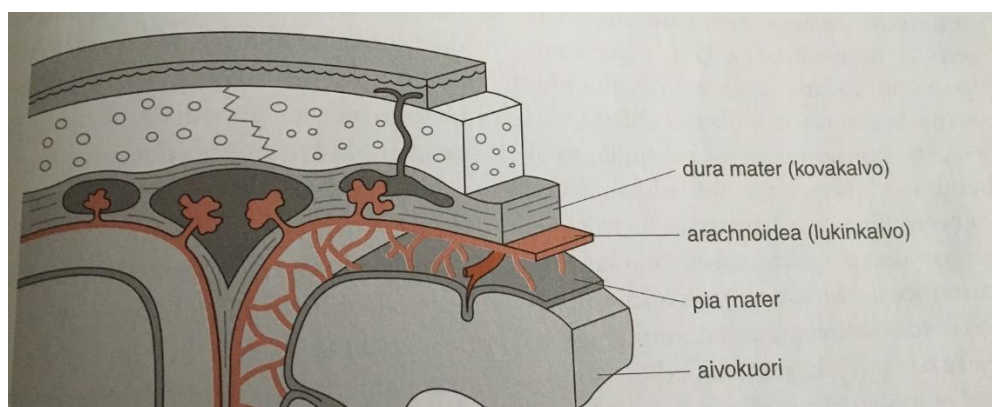
E-palvelujen avulla on saatu hyviä tuloksia omahoidon tukemisessa. Muun muassa astman, diabeteksen, kohonneen verenpaineen, keuhkohtaumataudin ja sydämen vajaatoiminnan hoitoon sähköiset terveyspalvelut ovat vaikuttaneet positiivisesti. Toki ammattilaisia edelleen tarvitaan sairauksien seurannassa ja hoidossa, mutta työ voi yhä enemmän tukeutua sähköiseen viestintään ja toisinaan tapahtuviin vastaanottokäynteihin. (Saarelma 2016, 1210.)

Yleisesti virtuaalisia lääkäri- ja hoitajakäyntejä on vähän saatavilla Suomessa. Sähköiset välineet on integroitava osaksi muuta terveyspalvelua, jotta ne toimisivat vastaanoton korvauksena. Vielä on tehtävä teknisesti paljon töitä, ennen kuin kokonaisuudet ovat kansalaisten kannalta mielekkäitä ja kommunikoivat jouhevasti ammattilaisten käyttämien tietojärjestelmien kanssa. (Saarelma 2016, 1211.)

#### 4 Aivoverenkiertohäiriö

Aivoverenkiertohäiriössä (AVH) aivovaltimo joko tukkeutuu tai vuotaa. Tukkeuma aiheuttaa hapenpuutteen verisuonen suonitusalueella, jolloin kyseiselle aivoalueelle syntyy kuolio, eli infarkti. Aivoverenvuodossa veren vuoto aiheuttaa painetta ympärillä olevaan aivoalueeseen, jolloin kyseisen alueen hermokudoksen toiminta häiriintyy. (Atula 2017.) Valtimovuodot ilmenevät tietyillä aivojen alueilla, joko aivoaineen sisällä (intraserebraalinen alue) tai aivojen pinnalla lukinkalvon alla (subaraknoidaalinen alue) (American Heart Association, 4). Lisäksi aivoverenkiertohäiriöihin kuuluu ohimenevä aivoverenkiertohäiriö, eli TIA (Transient Ischemic attack) (Aivoliitto 2017).

Aivoverenkiertohäiriöistä noin 80% on aivoinfarkteja ja TIA-kohtauksia, yli 10% aivojen sisällä tapahtuvia aivoaine vuotoja ja alle 10% lukinkalvonalaisia vuotoja. Aivoverenkiertohäiriöt ovat neljänneksi yleisin kuolinsyy sepelvaltimotaudin, syöpien ja muistisairauksien jälkeen. Puolelle selvinneistä voi jäädä haittaavia oireita kuten esimerkiksi halvaus, kielellinen häiriö tai muu kognitiivinen häiriö. Kolmen kuukauden kuluttua halvauksesta noin 50-70% toipuu päivittäisissä toiminnoissa itsenäiseksi, 15-30% on jäänyt pysyvästi vammautuneiksi ja noin 20% on laitoshoidon tarpeessa. Noin 40% sairastuneista tarvitsee jatkokuntoutumista ja 10% sairastuu uudelleen vuoden kuluessa. Toistuvat aivoverenkiertohäiriöt lisäävät myös muistisairauksien riskiä, ja 10-20% potilaista sairastuukin etenevään muistisairauteen. (Jehkonen, Nurmi, Nurmi 2015, 182-183.)



Kuvio 2: Aivokalvot (Soinila 2007, 39).

##### 4.1.1 Sairauden eri muodot ja oirekuva

Tavallisimmat valtimoperäiset syyt aivoinfarktissa ovat suurten kaula- ja aivovaltimoiden ateroskleroosi eli valtimonkovettumatauti sekä aivojen pienten suonten tauti. Valtimokovettumataudissa valtimon seinämiin kertyy rasva-ainetta joka ajanmyötä kalkkiutuu. Kalkkiutumisen aiheuttaa puolestaan ajan kanssa suonen ahtautumisen. Noin 15-40% aivoinfarkteista ja TIA:sta on sydänperäisiä. (Strandberg, Mustonen, Taina, Korpela, Vanninen, Hedman 2016.)

Yleensä aivoinfarktin oireet ilmenevät äkillisesti ja oireisto kehittyi huippuunsa muutamissa minuuteissa tai tunneissa (Jehkonen, Nurmi, Nurmi 2015, 184). Oireet riippuvat vahingoittuneesta aivoalueesta, mutta yleensä niihin liittyy jotain seuraavista; äkillistä päänsärkyä, tunnottomuutta, heikkoutta tai halvaus, näkökyvyn häiriöitä, puhumis- ja puheenymmärrysongelmia, sekavuutta, koordinaation katoamista ja huimausta. Vakavimmissa tapauksissa henkilö voi menettää tajunnan, joutua koomaan tai jopa kuolla. (Carter 2009, 221.)

TIA:n oireet muistuttavat aivoinfarktia. Niiden kesto on kuitenkin vain tilapäistä, muutama minuutti tai tunti. Oireet katoavat viimeistään 24 tunnin kuluttua. (Verheyden, Ashburn 2011, 10.) Ensimmäinen TIA-kohtaus on varoitussignaali tulevasta aivohalvauksesta. Paneutumalla taustalla oleviin riskitekijöihin, voidaan mahdollisesti estää varsinaisen halvaantumisen ilmaantuminen. Oireiden ohimeneminen ei tarkoita sitä, että tilanne olisi viaton. On todettu, että melkein yhdellä kymmenestä sairastuneesta ilmenee aivohalvaus viikon sisällä TIA-oireesta. Tämän vuoksi TIA tulisi kiireellisesti selvittää ja hoitaa. Usein pään kuvauksessa todetaan aivoinfarktin merkkejä, mikäli TIA-kohtaus on kestänyt yli 2 tuntia. Tällöin kyse on aivoinfarktista. TIA:n syyt ovat samat kuin varsinaisessa aivoinfarktissa. (Atula 2015.)

Aivoverenvuodossa aivovaltimon seinän repeytyessä verenkierto vähenee vuotavan suonon alueella. Intracerebraalivuodon, eli aivojen sisällä tapahtuvan vuodon taustalla on usein pitkään koholla ollut verenpaine, joka on aiheuttanut muutoksia verisuonen seinämään. Se voi olla seurausta myös vammasta, runsaasta alkoholin käytöstä tai aivovaltimoiden synnynnäisistä muutoksista, jotka lisäävät vuotovaaraa. Yleisempinä oireina esiintyy kovaa päänsärkyä, oksentelua, uneliaisuutta, tajunnan heikkenemistä, kouristuskohtauksia, halvausoireita sekä puhe- ja näköoireita. Vuodon koko ja sijainti vaikuttavat oireisiin ja niiden vaikeusasteeseen. (Jehkonen, Nurmi, Nurmi 2015, 184-185.)

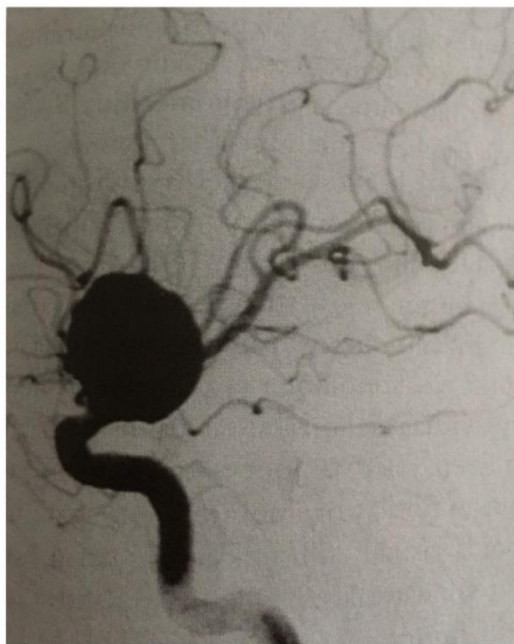
Subaraknoidaalissa, eli lukinkalvonalaisessa vuodossa aivojen pinnalla kulkevat verisuonet repeytyvät. Verenvuodon syynä on tavallisesti aivovaltimopullistuman eli aneurysman puhkeaminen. Harvinaisempia syitä ovat mm. aivovaltimoepämuodostuman vuoto ja keskushermoston kasvaimet. Keskeisimpiä riskitekijöitä ovat tupakointi, korkea verenpaine ja runsas alkoholin käyttö. Muita riskitekijöitä ovat naissukupuoli ja huumausaineiden käyttö. Lukinkalvonalaisen vuodon tyypillisempiä ensioireita ovat kova päänsärky, pahoinvointi, oksentelu sekä niskan jäykkyys ja silmien valonarkuus. Kolmasosa potilaista voi menettää tajuntansa vuodon yhteydessä. (Jehkonen, Nurmi, Nurmi 2015, 184-186.)



Kuvio 3: Verisuonen varjoainekuva kaulavaltimon kalkkeutumisesta (nuolenkärki). (Kaste ym. 2007, 293).



Kuvio 4: Verisuonen varjoainekuva totaalitykuksesta (nuolenkärki). (Kaste ym. 2007, 29).



Kuvio 5: Verisuonen varjoainekuva aivoverenvuotoa enteilevästä kookkaasta valtimon pullistuksesta. (Kaste ym. 2007, 321).

#### 4.1.2 Riskitekijät ja ennaltaehkäisy

Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijät liittyvät suurimmaksi osaksi elintapoihin. Suurin riskitekijä on korkea verenpaine. Kohonneen verenpaineen lukema ja sairauden kesto korreloivat riskiin sairastua aivoverenkiertohäiriöön. Kohonneessa verenpaineessa systolinen verenpaine (työvaihe) on yli 160 mmHg ja diastolinen (lepovaihe) yli 110 mmHg. (Koivunen 2015, 14.) Myös ikä, sukupuoli, perinnölliset tekijät ja vaihdevuosien ilmaantuminen lisäävät sairastumisriskiä. Keskeisiä elintapoihin liittyviä riskitekijöitä ovat kohonneen verenpaineen lisäksi tupakointi, keskivartalolihavuus, huonot ruokailutottumukset, liikunnan vähyys, alkoholin liika-  
käyttö, diabetes, eteisvärinä sekä veren rasva-arvojen poikkeavuus. (Jehkonen, Nurmi, Nurmi 2015,183.)

Meretojan (2012) mukaan aivoinfarktiin sairastuneiden ennuste on parantunut muun muassa akuuttihoidon ja kuntoutuksen ansiota. Edelleen on parannettavaa, sillä kaikki aivoinfarkti-kuntoutujat tulisi akuuttivaiheessa hoitaa sairauteen erikoistuneissa keskuksissa, mutta Suomessa kolmannes kuntoutujista ei niihin pääse.

Ensihoidossa onkin tärkeää tunnistaa kiireellisestä hoidosta hyötyvät välttääkseen pysyvien vammojen syntymistä ja näistä koituvia suuria kustannuksia. Nopea kuljetus suoraan oikeaan hoitopaikkaan ja tehokas hoito lisäävätkin potilaiden selviytymismahdollisuuksia ja vähentävät yhteiskunnalle koituvia kuluja. (Kaste ym. 2011, 306.)

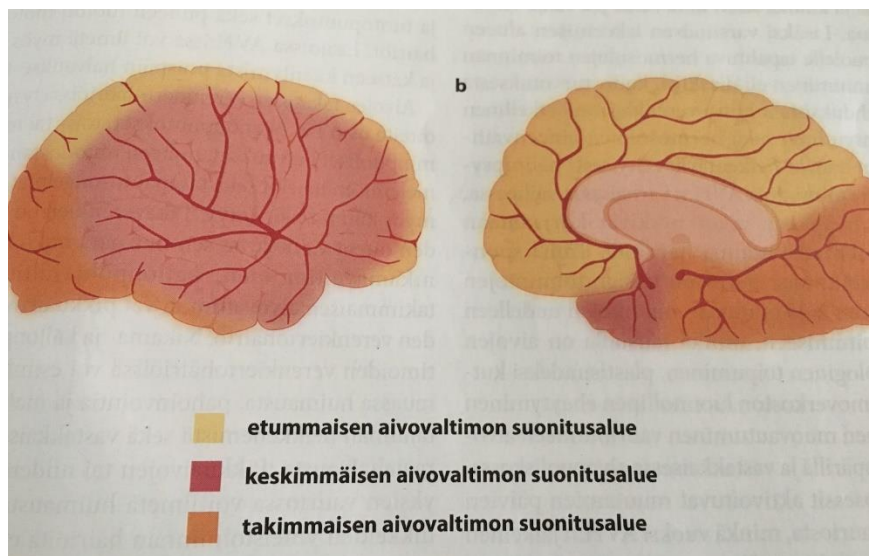
Ennaltaehkäisy perustuu riskitekijöiden haittavaikutusten vähentämiseen ja siten sairastumisriskin pienentämiseen. Riskialttiit henkilöt pyritään löytämään muita sairauksia hoidettaessa sekä erilaisissa terveystarkastuksissa. Vammaisuutta ja sen uusiutumiseriskiä voidaan alkuvaiheessa vähentää riskitekijöiden haittavaikutusten vähentämisellä ja tiedonsaannin tukemisella. Aivoverenkiertohäiriön ennaltaehkäisy ja hoito käsittävät aina elintapamuutokset, joista keskeisiä ovat kohonneen verenpaineen hoito, diabeteksen hoito, tupakoinnin lopettaminen, laihduttaminen, säännöllinen liikunta, kohtuullinen alkoholinkäyttö, suolarajoitus ja terveellinen ruokavalio sekä stressin välttäminen. Myös estolääkehoidolla voidaan vähentää aivoverenkiertohäiriön uusiutumiseriskiä 30-80 %. Tästä huolimatta vain kolmannes aivoverenkiertohäiriön sairastaneista saa kansallisten suositusten mukaista ennaltaehkäisevää lääkehoitoa. Aivoverenkiertohäiriökuntoutujan hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että potilaan tiedonsaantitarve tunnistettaisiin jo päivystyspoliklinikkahoidon vaiheessa. (Virtanen 2014, 26.)

#### 4.1.3 Keskeiset neurologiset oireet aivojen eri suonitusalueiden mukaan jaoltuna

Aivojen verenkierto on monimutkainen järjestelmä. Kaikki aivoihin verta tuovat valtimot ovat yhteydessä toisiinsa aivojen pohjalla sijaitsevan Willisin valtimokehän välityksellä. Elimistö pystyy usein korvaamaan aivojen verenpuutteen tämän valtimorekan avulla, mikäli kaula- tai nikamavaltimo ahtautuu hitaasti. Eli jos yksi reitti tukkeutuu, toinen korvaa sen. Äkillinen tukos aiheuttaa kuitenkin ainakin ohimeneviä oireita. (Jehkonen, Nurmi, Nurmi 2015, 186.)

Aivoverenkiertohäiriöt paikantuvat 80-90%:ssa etuverenkierron alueelle ja 10-20%:ssa takaverenkierron alueelle. Etummaisen verenkierron häiriössä esiintyy vaurion vastakkaisen puolen alaraajapainotteisia halvausoireita ja tuntohäiriöitä, tahdosta riippumattomia tarttumis- ja imemisrefleksejä sekä virtsan- ja ulosteenpidätyskyvyn häiriöitä, yläraajan ja kasvojen halvausoireita sekä puheen tuoton motorisia häiriöitä. Laajoissa verenkiertohäiriöissä voi ilmetä myös pään ja katseen pois päin kääntymistä halvauksesta. (Jehkonen, Nurmi, Nurmi 2015, 188.)

Tyypillisiä oireita takaverenkierron häiriöissä ovat näkökenttäpuutokset, tois- tai molempipuoliset halvaukset, puheen muodostamisen ja nielemisen häiriöt sekä tasapaino-ongelmat. Joskus ilmenee myös tajunnan häiriintymistä. Nikama- ja kallonpohjavaltimoiden verenkiertohäiriöissä voi esiintyä mm. huimausta, pahoinvointia ja tajunnan heikkenemistä sekä vastakkaisen puolen raajahalvausta. Pikku-aivojen tai niiden ratayhteyksien vaurioissa voi ilmetä huimausta, lihasten liikkeiden yhteistoiminnan häiriötä, silmien yhteisliikkeiden häiriöitä, äänihuulien halvausta tai nielupareesista johtuvaa nielemisvaikeutta. Harvinaisissa tapauksissa verenkierron häiriö aiheuttaa sokeuden, jossa kumpikin takimmainen aivovaltimo tukkeutuu. (Jehkonen, Nurmi, Nurmi 2015, 188.)



Kuvio 6: Aivovaltimoiden suonitusalueet ulko- ja sisäpinnalta tarkasteltuna. (Jehkonen, Nurmi, Nurmi 2015, 187).

## 5 Toimintakyky

Opinnäytetyössä tarkasteltiin aivoverenkiertohäiriön vaikutusta toimintakykyyn ja pohdittiin toimintakykyä International Classification of Functioning, Disability and Health -toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (ICF) sekä Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin (CMOP-E) avulla.

Toimintakyky on henkilön fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten taitojen, ominaisuuksien ja hänen arkielämänsä vaatimusten välillä olevaa tasapainoa. Se voi muuttua esimerkiksi sairauden tai vamman vuoksi ja arkielämän asettamien vaatimusten takia. Nykyaikainen toimintakyvyn viitekehys onkin biopsykososiaalinen ja tukeutuu vahvasti kansainväliseen toimintakyvyn ICF-luokitukseen. (Pohjolainen ja Saltychev 2015.)

### 5.1 ICF-toimintakyvyn luokitus

ICF on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Luokituksen tarkoituksena on tarjota yhtenäinen kieli ja tieteellinen perusta yksilön toimintakyvyn ja toiminnallisen terveydentilan kuvaamiseksi eri ammattiryhmien käyttöön. (Hautala, Hämäläinen, Mäkelä, Rusi-Pyykönen 2011, 315-317.)

ICF-luokitus perustuu kokonaisvaltaiseen käsitykseen, jonka mukaan toimintakykyä tarkasteltaessa on otettava huomioon diagnoosin lisäksi myös yksilön sisäiset ja elinympäristöön liittyvät tekijät. Luokituksen avulla toimintakyky ja toimintarajoitteet nähdään vuorovaikutteisena



kehitysprosessina, jossa eri osa-alueet ovat tiivistä yhteydessä keskenään. Luokittelussa kaikkien kategorioiden huomioiminen onkin tärkeää, sillä kuntoutujaa halutaan ymmärtää kokonaisuutena. (Hautala, Hämäläinen, Mäkelä, Rusi-Pyykönen 2011, 315-317.)

ICF:n aivoverenkiertohäiriötä koskevan ydinlistauksen mukaan kuntoutujan toimintakyvyn kuvaus koostuu laajasta valikoimasta kategorioita koskien kehon toimintoja ja rakenteita, suorituksia ja osallistumista sekä ympäristötekijöitä. Kehon toimintojen osalta aivoverenkiertohäiriö vaikuttaa erityisesti proprioseptiikkaan eli kehon eri osien asentojen havainnointiin sekä tuntoaistimuksiin. Lisäksi aivoverenkiertohäiriö vaikuttaa kipuaistimukseen, nivelten liikkuvuuteen, lihasten kestävytyteen, motoriseen refleksiin sekä tahdonalaisten ja tahattomien liikkeiden toimintaan. Kehon rakenteiden osalta muutoksia tapahtuu muun muassa aivojen lisäksi olkapäähän, yläraajan ja alaraajan rakenteissa. (ICF-research branch, 2017.) Aivoverenkiertohäiriökuntoutujan toimintakykyyn vaikuttavia ympäristötekijöitä ovat esimerkiksi läheisten sekä terveydenhuollon henkilökunnan tuki, asenteet, palvelut, hallinta ja politiikka. (ICF-research branch, 2017.)

Opinnäytetyössä perehdyttiin erityisesti ICF-luokituksen Suoritukset ja osallistuminen osa-alueeseen ja sen yhdeksään alaluokkaan. Kyseisen osa-alue valittiin, sillä sen sisältö kuvaa parhaiten kuntoutujien arjen toimintoja. Kehon rakenteita ja toimintoja sekä ympäristötekijöitä sivuttiin myös opinnäytetyössä, sillä ne ovat kontekstuaalisia tekijöitä. Aineiston analyysi vaiheessa luokitusta oli rajattava, joten analyysi toteutettiin painottuen Suoritukset ja osallistuminen osa-alueeseen.

ICF:n suoritukset ja osallistuminen osa-alue luokitellaan yhdeksään eri pääluokkaan; oppiminen ja tiedonsoveltaminen, yleisluonteiset tehtävät ja vaateet, kommunikointi, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, kotielämä, henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, keskeiset elämän alueet (opetus ja koulutus ja työ) sekä yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 123-168.)

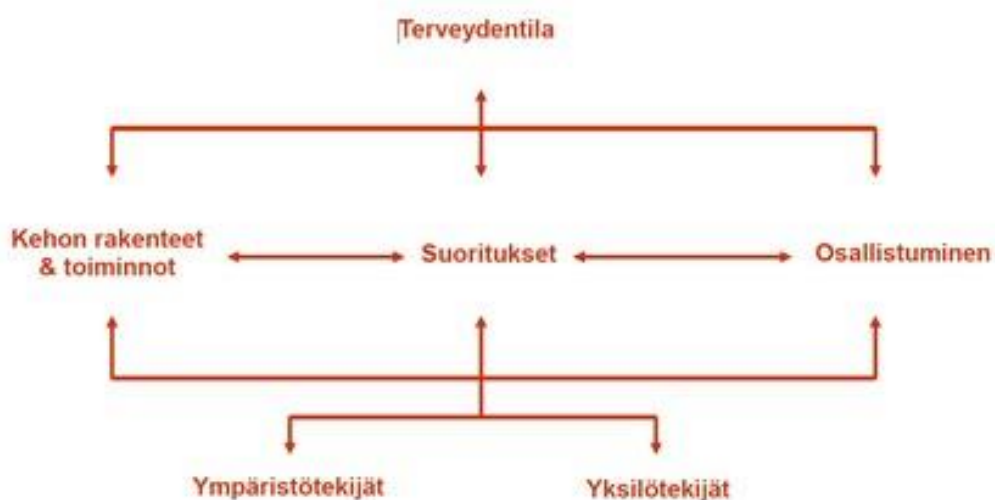
Suoritukset ja osallistuminen osa-alueessa pohdittiin kuntoutujien suorituksia arjessa. Esimerkiksi haastatteluissa esitettiin kysymyksiä koskien muun muassa kuntoutujien itsestä huolehtimista (ruokaileminen, peseytyminen, pukeutuminen), liikkumisesta sisä- ja ulkotiloissa, kauppoissa asioimisesta, kotitaloustehtävien tekemisestä sekä kommunikoinnista.

Taulukko 1: ICF:n Suoritukset ja Osallistuminen osa-alueen pääluokkien keskeinen sisältö

Pääluokka	Keskeinen sisältö
Pääluokka1.Oppiminen ja tiedon soveltaminen	Oppiminen Opitun tiedon soveltaminen Ajatteliminen Ongelmien ratkaiseminen Päätösten tekeminen
Pääluokka 2. Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet	Yksittäisten tai useiden tehtävien tekeminen Päivittäisten rutiinien järjestäminen Stressin käsitteleminen
Pääluokka 3. Kommunikointi	Kielellä, merkeillä tai symboleilla kommunikoiminen Viestien ymmärtäminen ja tuottaminen
Pääluokka 4. Liikkuminen	Asennon vaihtaminen ja ylläpitäminen Esineiden kantaminen, liikuttaminen ja käsitteleminen Käveleminen ja liikkuminen Liikkuminen kulkuneuvoilla
Pääluokka 5. Itsestä huolehtiminen	Peseytyminen Kuivaaminen Kehon ja kehon osien hoitaminen Pukeutuminen Ruokaileminen Juominen Omasta terveydestä huolehtiminen
Pääluokka 6. Kotielämä	Välttämättömyshyödykkeiden ja-tarvikkeiden hankkiminen Kotitaloustehtävät Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen Muiden henkilöiden avustaminen

Pääluokka 7. Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet	Henkilöiden välinen yleisluonteinen ja erityinen vuorovaikutus
Pääluokka 8. Keskeiset elämänaalueet	Opetus ja koulutus Työ ja työllistyminen Taloudellinen elämä
Pääluokka 9. Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä	Toimet ja tehtävät osallistuttaessa järjestettyyn sosiaaliseen elämään perheen ulkopuolella, lähiyhteisössä, sosiaalisessa elämässä ja kansalaistoiminnassa

### ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet

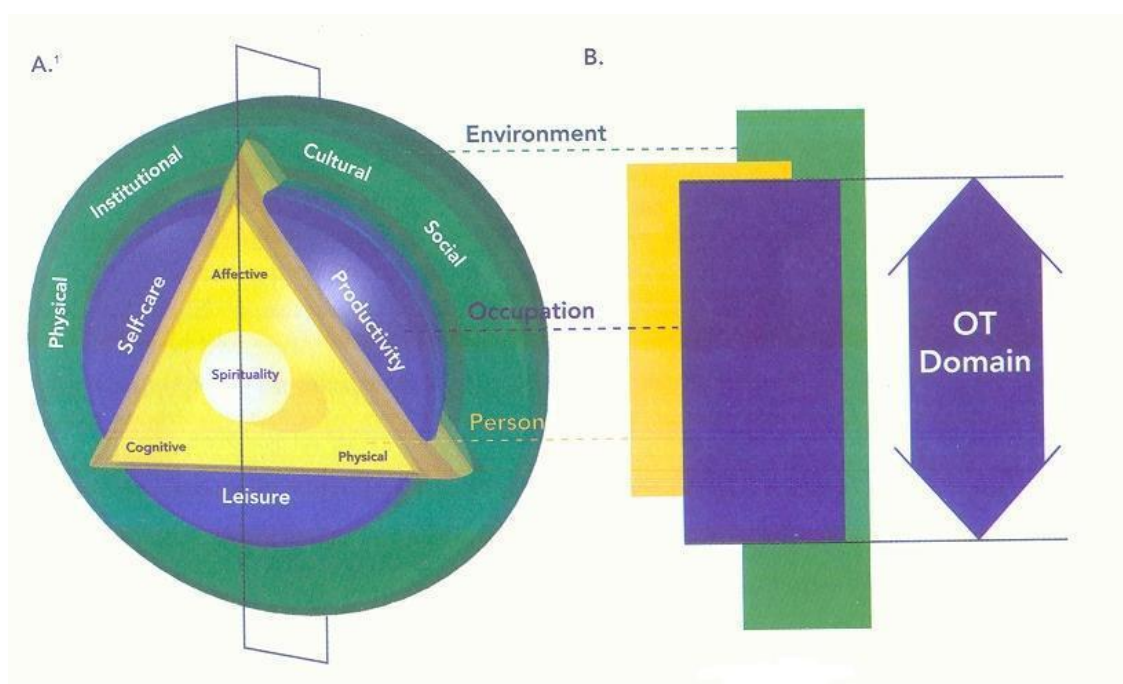


Kuvio 7: ICF-luokitus. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017).

#### 5.2 CMOP-E-malli toiminnan kuvaajana

Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (CMOP-E) on toimintaterapian viitekehys, jonka avulla jäsenetään ihmisen toiminnallisuutta. Malli kuvaa ihmisen, ympäristön ja toiminnan välistä dynaamista suhdetta. Mallin mukaan ihminen on yhteydessä ympäristöönsä

ja toiminta tapahtuu tässä vuorovaikutuksessa. Tämän dynaamisen suhteen tuloksena on toiminnallisuus. CMOP-E -mallissa toiminnan tarkoitus jaetaan itsestä huolehtimiseen, tuottavuuteen ja vapaa-aikaan. Vapaa-aikaan liittyvät toiminnot tuottavat mielihyvää, kun taas tuottavuuteen kuuluvat toiminnot liittyvät sosiaalisen tai taloudellisen pääoman hankkimiseen tai ne edistävät taloudellista toimeentuloa. Itsestä huolehtimiseen liittyvät liikkuminen kulkuvälineillä, henkilökohtaisten asioiden ja velvollisuuksien hoitaminen sekä ajankäytön ja oman tilan organisoiminen. Toiminnalliseen kokonaisuuteen vaikuttavat ajallinen ulottuvuus, itseen ja ympäristöön liittyvät tekijät sekä ihmisestä itsestä riippumattomat tekijät. Erytisen tärkeää on huomioida tuottavuuden, vapaa-ajan ja itsestä huolehtimisen välinen tasapaino. (Hautala, Mäkelä, Rusi, Pyykönen 2013, 209-214.)



Kuvio 8: CMOP-E (The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement 2007, 3).

## 6 Kuntoutuminen arjessa

Arki koostuu erilaisista välttämättömistä toiminnoista ja vapaavalintaisista, esimerkiksi harrastusluontoisista toiminnoista. Toimintojen vuorovaikutus muodostaa arkirytmijä. Arjen rytmisyys voidaan yksinkertaisimmillaan kiteyttää siten, että arjen rytmit muodostuvat, kun toiminnot järjestyvät ajallisesti suhteessa toisiinsa tiettyyn toistuvaan ja säännönmukaiseen järjestykseen. (Korvela 2014, 319.) Yksilöiden ja perheiden arjen rytmeihin vaikuttavat olennaisesti ympäröivät kulttuurit ja yhteisöt, joihin he kuuluvat. Arjen rytmi on siis aina yhteydessä yhteisöön, yhteiskunnan rakenteisiin ja ihmisten toimintaan niissä. (Korvela 2014, 321.)

Kuntouttava arki käsite kuvastaa ajattelutapaa, asennoitumista ja yhteisen toiminnan määrittelyä. Arjessa toimivat ihmiset ja ihmisten välinen toiminta on kuntouttavaa. (Sipari 2008.)

Reunasen (2017, 36) väitöskirjassa mainitut Hochstenbach ja Mulder (1999) sekä Marley (2000) toteavat, että aivoverenkiertohäiriöön sairastunut henkilö kohtaa päivittäiseen selviytymiseen liittyviä ongelmia sekä terapiatilanteissa että kotona. Ratkaisuksi tarvitaankin sekä motorisia taitoja että ajatteluun ja ongelmanratkaisuun tarvittavia kognitiivisia taitoja. Vain näiden taitojen avulla saavutetaan pysyviä kuntoutustuloksia.

Aivoverenkiertohäiriö saattaa usein vaikuttaa suoriutumiseen niissä toiminnoissa, joita pidämme itsestäänselvytenä. Näitä toimintoja kutsutaan päivittäisiksi toiminnoiksi (ADL, activities of daily living). Päivittäiset toiminnot jaetaan päivittäisiin perustoimintoihin ja välillisiin päivittäisiin toimintoihin. Ensimmäinen käsittää huolehtimisen omasta kehosta ja hyvinvoinnista (esimerkiksi peseytyminen, pukeutuminen, riisuutuminen, WC-käynnit), jälkimmäinen liittyy monimutkaisempaan ja vaativampaan tehtävään (esimerkiksi toisesta ihmisestä huolehtiminen). (Hautala ym. 2011, 29.)

Vähitellen kuntoutujat löytävät keinoja selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Ajankuluessa saatetaan oppia uusi tekniikka esimerkiksi vaatteiden pukemiseen. Pukeminen aloitetaan ensin halvaantuneesta raajasta. Lisäksi pukeutumista voidaan helpottaa erilaisilla ratkaisuilla, kuten erilaisilla apuvälineillä. Uusiin ratkaisuihin ja toimintoihin sopeutuminen vie oman aikansa, mutta niistä selviytyminen on tärkeää kuntoutujan itsenäiselle toiminnalle. (Stroke Recovery, 2017.)

Woodin (2010, 24) mukaan kuntoutujalle kotiympäristöön paluun tiedetään olevan hidas prosessi. Vaatii oman aikansa, että tarvittava fyysinen toimintakyky palautuu ja riittävä itsenäisyys saavutetaan eri toiminnoissa. Paluu arkeen edellyttää myös odotusten muokkaamista ja kykyä saada elämä taas raiteilleen.

Reedin (2010) mukaan kuntoutumisen tärkeänä osana on oma ponnistelu, mutta myös ulkopuoliset tukitoimet. Ulkopuolisia toimia ovat vertaistukiryhmät, joissa yhdistyvät tiedonvälitys, sosiaalinen tuki, fyysinen harjoittelu ja tavoitteellisuus.

Aivoverenkiertohäiriö kuntoutuminen jaetaan kolmeen vaiheeseen: akuutti, subakuutti ja krooninen vaihe. Jotkut lähteet puhuvat myös varhaisvaiheesta, jolla tarkoitetaan sekä akuuttia vaihetta että subakuuttia vaihetta. Subakuuttivaihe on kuntoutumisen nopeinta vaihetta, joka tapauskohtaisesti jatkuu 3-6 kuukautta sairastumisesta. (Aivoinfarkti ja TIA 2016).

Aivoverenkiertohäiriö kuntoutuminen on moniammatillista ja monialaista yhteistyötä. Suositusten mukaan moniammatilliseen kuntoutukseen kuuluu vähintään päivittäin fysioterapiaa, kolmesti viikossa toiminta- ja puheterapiaa sekä viikoittain neuropsykologista kuntoutusta. Keskimäärin kuntoutuja tarvitsee ainakin kolmea eri terapiaa. Moniammatillisen kuntoutuksen avulla aivoverenkiertohäiriön sairastaneella on paremmat mahdollisuudet palata kotiin. Selviytyksen mukaan vain noin 15% pääsee tällaiseen kuntoutukseen. Erityisen vaikeaa kuntoutukseen pääsy on eläkeikäisille. (Aivoliitto 2017.)

Neuropsykologisessa kuntoutuksessa keskitytään primaarioireen mukaiseen kuntoutukseen, esimerkiksi neglect-oireesta tai afasiasta kuntoutumiseen. Usein alkuvaiheen kuntoutuksessa on keskeistä tukea kuntoutujan oiretiedostusta. Lisäksi tärkeää on kuntoutujan ja hänen läheistensä ajantasainen informoiminen kuntoutujan oirekuvasta ja siihen mahdollisesti liittyvistä arjen toimintarajoituksista. Erityisen tärkeää on tukea kuntoutujaa muuttuneessa elämäntilanteessa. (Jehkonen, Nurmi, Nurmi 2015, 203.)

Fysioterapia on täten myös merkittävässä roolissa osana aivoverenkiertohäiriökuntoutujan moniammatillista kuntoutusta. Alkuvaiheen kuntoutuksessa pidetään erityisen tärkeänä asentohoidon ja mobilisaation toteutusta. Asentohoidolla aktivoidaan kehon aistimuksia ja ehkäistään vartalon ja raajojen toimintahäiriöitä. Varhainen mobilisaatio on myös tärkeässä osassa fysioterapeuttista kuntoutusta. Mobilisaation on tutkittu vähentävän muun muassa keuhko-kuumeen, syvien laskimotukosten ja keuhkoembolian sekä painehaavojen riskiä. (Aivoinfarkti ja TIA. 2016).

Myöhemmin kuntoutuksen fyysisen harjoittelun tulisi sisältää etenkin kuntoutujan aktiivista osallistumista tukevia toimintoja. Esimerkiksi ongelmanratkaisutaitojen harjoittaminen sekä osallistuminen oman kuntoutuksen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin ovat kirjallisuuden mukaan toimivia käytäntöjä aivoverenkiertohäiriökuntoutujan fysioterapiassa. Täten voidaan todeta, ettei aivoverenkiertohäiriön jälkeisten motoristen taitojen oppiminen merkitse vain lihas- ja liikekontrollin oppimista uudelleen, vaan tärkeintä on sellaisen toimintakyvyn saavuttaminen, joka auttaa selviytymään muuttuvissa ympäristöissä. (Pyöriä ym. 2015, 12.)

Usein kuntoutuksen fysioterapiassa keskitytään liian kapeasti pelkkään fyysiseen toimintakykyyn. Toimintakyvyn sosiaalinen puoli ilmenee kuitenkin ihmisen toimintatilanteissa sekä elinympäristössä. Fysioterapiassa olisikin välttämätöntä tuntea ihmisten arkitilanteet ja saada tietoa heidän kokemuksistaan. Tällä tavoin tuetaan kokonaisvaltaisemmin sairastuneen paluuta arkeen esimerkiksi vakavan sairauden jälkeen. (Reunanen 2017, 17.)

Hyvässä kuntoutus käytänteissä aivoverenkiertohäiriökuntoutujaa ohjataan osallistumaan aktiivisesti oman toimintansa tavoitteiden asettamiseen, suunnitteluun ja toteutukseen. Oleellista on, kuinka kuntoutujaa autetaan luomaan tietoinen suhde kuntouttaviin toimintoihin niin, että hän kykenee käyttämään kognitiivisia taitoja terapian ulkopuolella ja siirtämään tietoisesti harjoitteluaan kotiympäristöön. Kognitiivisilla taidoilla tarkoitetaan kuntoutujan kykyä asettaa toiminnalleen tavoitteita sekä suunnitella, toteuttaa ja arvioida omaa suoriutumistaan. Kognitiivisten taitojen käyttö yhdistettynä fysioterapiassa tehtäviin motorisiin harjoitteisiin sekä tätä kautta kuntoutujan arjen muihin tilanteisiin onkin hyödyllistä koko kuntoutusprosessin kannalta. (Pyöriä ym. 2015, 11.)

Suomessa on arvioitu, että kuntoutujista noin 40% tarvitsee aktiivista lääkinällistä kuntoutusta. Tulevaisuudessa kuntoutustarve todennäköisesti kasvaa edelleen väestön ikääntymisen, työurien pitenemisen ja työn kognitiivisten vaatimusten lisääntymisen takia. Kuntoutustoiminta on kuitenkin kallista ja resurssit ovat jo nyt rajalliset. (Uimonen, Poutiainen & Mustanoja 2014.)

Monesti eläkeikäisen on monin paikoin vaikeaa päästä intensiiviseen kuntoutukseen, vaikka olisi ollut täysin omatoiminen ennen sairastumista (Aivoliitto 2017). Usein ajatellaan, ettei vanhempien ihmisten kuntoutus ole yhtä hyödyllistä kuin nuorten. Kuntoutus on kuitenkin tehokasta kaikille iästä riippumatta. Myös iäkkäämmät ihmiset hyötyvät intensiivisestä kuntoutuksesta. (Knecht 2015, 526, 530.)

Moniammatillisesta kuntoutuksesta hyötävien osuus on kansainvälisissä tutkimuksissa todettu olevan noin 40-50%, mutta tätä ei saavuteta yhdessäkään sairaanhoitopiirissä. Vain neljässä päästään hyvälle, 25% tasolle. Yksiköissä, joissa suositusten mukaista kuntoutusta tapahtuu, kotiutuu 80% entiseen kotiinsa. Muista yksiköistä vain 66% kotiutuu entiseen kotiin. Kotikuntoutuksella on monesti suuri merkitys kuntoutukseen pääsyssä. Lisäksi kuntoutukseen pääsyssä on merkittävä ero sairaanhoitopiirien välillä. Aivoverenkiertohäiriön sairastamisen jälkeinen akuuttihoito sekä kuukauden moniammatillinen kuntoutus on kallista, noin 20 000 euroa. Sen jälkeen päästään kotiin ja pääsääntöisesti mitään laitoshoidoa ei enää tarvita. Yhden vuoden laitoshoidon maksaa puolestaan 50 000 euroa. Kymmenessä vuodessa maksetaan siis puoli miljoonaa euroa yhden henkilön laitospaikasta, joka ei ole saanut moniammatillista kuntoutusta vaan päätenyt suoraan laitospaikkaan. (Aivoliitto 2017).

Tutkimusten mukaan akuuttivaiheen aivoverenkiertohäiriöhoidon järjestelmällinen toteuttaminen erikoistuneissa yksiköissä ja tämän jälkeinen keskitetty jatkokuntoutus on yksi keino hillitä kustannuksia pitkällä aikavälillä. Jos lisäksi aivoverenkiertohäiriökuntoutujien kotiutuminen ja kotona asumista tuetaan tehokkaasti, voidaan kalliiden laitoshoitopaikkojen käyttöä

vähentää ja näin vaikuttaa aivoverenkiertohäiriöstä johtuviin terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin. (Pyöriä ym. 2015, 13).

Aktiivista kuntoutusta jatketaan niin kauan kuin oleellista toipumista tapahtuu. Toimintakykyä voidaan edistää avokuntoutuksella kotiutumisen jälkeen. Kuntoutujille, joilla on pysyvä haitta, suositellaan loppuelämän jatkuvaa säännöllistä, vähintään vuosittaista seuranta ja kuntoutustarpeen arviointia sekä arvion mukaan toteutettavia kuntoutustoimia. Vastuu on perusterveydenhuollolla, tarvittaessa moniammatillista kuntoutusyksikköä konsultoiden. (Riekinen 2016.)

Kuntoutusmenetelmien vaikuttavuutta on arvioitu muun muassa varhais- ja myöhäisvaiheen kävelyharjoittelun, käden tehostetun käytön, kaksikätesen harjoittelun, peiliterapian ja mielikuvaharjoittelun osalta. Lisäksi on tutkittu puheterapiaa afasian ja nielemisvaikeuden lievittämisessä sekä neuropsykologista kuntoutusta visuospatiaalisten häiriöiden, neglectoireyhtymän, toiminnan ohjauksen ja muistihäiriöiden kuntoutuksessa. Oleellista on kuntoutuksen intensiteetti, sillä mitä tehokkaampaa kuntoutus on, sitä nopeampaa ja parempaa se yleensä on. (Käypä hoito 2011.)

## 7 Läheinen

Läheinen tarkoittaa usein kuntoutujan puolisoa. Termi voi tarkoittaa myös lähiomaista kuten lasta tai lastenlasta. Lisäksi ystävä voi merkitä jollekin kuntoutujalle läheistä. (Virtanen 2015, 27-28.)

Läheinen on suuressa osassa aivoverenkiertohäiriökuntoutujan arkea. Kirjallisuuden ja autenttisten kohtaamisten perusteella voidaan todeta ettei kuntoutujan arki onnistu useinkaan ilman läheisten tukea ja turvaa. Opinnäytetyössä päädyttiinkin haastattelemaan kuntoutujien läheisiä, jotta saatiin kokonaisvaltaisempi kuva kuntoutujan arjesta.

Äkillinen sairastuminen aivoverenkiertohäiriöön muuttaa läheisen ja koko perheen elämää usein merkittävästi. Arkiset rutiinit, yhdessä tekeminen ja perheen roolit muuttuvat. Myös arvoissa tapahtuu muutoksia: se, mikä oli ennen tärkeää, saattaa menettää merkityksensä. Tyypillisiä tunteita akuutissa sairastumistilanteessa ovat viha, syyllisyys, avuttomuus ja voimattomuus. Kuntoutujan olotila heijastuu usein myös läheisiin ja monien perheenjäsenten kerrotaankin kärsivän stressistä, syömis- ja nukkumisvaikeuksista sekä masennukseen viittaavista oireista. (Virtanen 2014, 27.)



Sairastuminen ja sairaalahoitoon joutuminen herättävät monenlaisia tunteita ja heijastuvat perheenjäsenten välisiin suhteisiin. Tunteisiin ja kokemuksiin vaikuttavat aivoverenkiertohäiriökuntoutujan ja läheisen aikaisemmat sairaalakokemukset, elämäkokemukset sekä kuntoutujan ja läheisen välisen suhteen toimivuus. Läheiset tarvitsevat aikaa sopeutuakseen perheenjäsenen sairastumiseen ja sen tuomaan uuteen elämäntilanteeseen. Virtasen mukaan läheisten tuen ja tiedon tarpeita ei ole usein riittävästi huomioitu ja läheiset ovat usein arkoja tuomaan esille omia tiedonsaannin tarpeitaan. Tavanomaiset selviytymiskeinot, kuten kommunikaatio ja vuorovaikutussuhteet saattavat muuttua. Tällainen saattaa etäännyttää kuntoutujaa ja läheistä toisistaan. Läheinen voi kokea pelkoa, yksinäisyyttä ja turvattomuutta. (Virtanen 2014, 27-28).

Läheisen tuella on todettu olevan vaikutusta kuntoutujan selviytymisessä uudessa elämäntilanteessa. On tärkeää, että läheisen tiedonsaantia hoitoon liittyvistä asioista tuetaan tarpeeksi. Tiedon saanti terveydenhuolto henkilöstöltä ja potilasyhdistyksiltä lisää läheisen ja kuntoutujan sekä myös yhteiskunnan ymmärrystä aivoverenkiertohäiriötä kohtaan. Tästä huolimatta läheisten tiedon saannin on todettu jäävän terveydenhuoltojärjestelmässä liian vähäiselle huomiolle. (Virtanen 2014, 28, 31.)

Terveydenhuoltohenkilöstöltä odotetaan rehellistä, johdonmukaista sekä selkeäkielistä ja ymmärrettävää tietoa. Tiedonsaannissa keskeistä on se, että tieto on kuntoutujan ja läheisen tilanteen kannalta merkityksellistä. Terveydenhuoltohenkilöstön tulee tunnistaa kuntoutujan ja läheisen yksilölliset tiedon- ja ohjauksen tarpeet, joiden pohjalta se valitsee tarkoituksenmukaiset ja vaikuttavimmat tiedon antamisen menetelmät. (Virtanen 2014, 28, 31.)

Oupra, Grif, Pryor ja Mott (2010) kertovat artikkelissaan kuinka kuntoutujan perhe ja tukiverkosto ovat usein merkittävän paineen alla. Artikkelin mukaan masennusta esiintyy niin tukiverkoston kuin myös kuntoutujienkin keskuudessa ja hoitamaton masennus onkin yhdistetty elämänlaadun heikentymiseen sekä kuntoutujien ja heidän läheisten taakan lisääntymiseen. Lisäksi Winstein, Stein ja Arena (2016) viittaavat amerikkalaiseen tutkimukseen (ks. Choi-Kwon ym. 2009, 141-150), jossa ilmeni tukiverkoston taakan johtuvan läheisten omasta ajanpuutteestaan. (Winstein 2016, 136.)

## 8 Tarina tukemisen keinona

Opinnäytetyön tuote päätettiin luoda lyhyiden tarinoiden muodossa, sillä tarinoiden kertomisella ja jakamisella on useiden lähteiden mukaan voimaannuttavia vaikutuksia sekä lukijalle että kertojalle (Lankinen 2011, 51; Bardy 2005, 42-43; Ihanus 2009, 26-27). Tarinoilla ihminen rakentaa minuuttaan ja omaa elämäkertansa suhteessa toisten elämään. Tarinoiden jaka-

minen voikin olla osana selviytymistä nykyhetkestä, menetysten käsittelyä, muistelua, unelmointia tai tulevaisuuteen suuntautumista. Tarinat usein myös mahdollistavat tunteiden käsittelyä, ongelmien ratkaisua sekä jo olemassa olevien voimavarojen tunnistamista ja hyödyntämistä. (Ihanus 2009, 26-27.)

Omien ja muiden tarinoiden jakaminen on hyvin tärkeää dramaattisissa tapahtumissa, mutta myös merkityksellistä arkisissa tilanteissa. On muistettava ettei tieto yksin vie eletyn lähelle, vaan tarvitaan tunteet tavoittavaa tarinoiden virtaa. Yhteisössä tarvitaankin kaikkien tarinoita, jotta kuva elämästä tulee monipuoliseksi ja ymmärrettäväksi. (Bardy 2005, 42-43.)

Tarinoiden tarkoituksena on Torkin (2014, 117, 46) mukaan kuvata tyypillisiä elämän ongelmia sekä ratkaisuja niihin. Samaistumalla tarinoiden henkilöihin tutkitaan samalla suhdetta omaan elämään. Tämä samaistuminen tuntemattomiin onnistuu omasta itsestä löytyvien piirteiden myötä. (Torkin 2014, 58.)

Opinnäytetyön haastattelut pohjautuivat merkityksellisiin arjen tilanteisiin, sillä ne muodostavat eletyn elämän. Kokemusperäinen tieto antaakin laajemman kuvan kuntoutujan arjesta ja elämästä kuin mitä teoreettinen tieto voisi pelkästään antaa.

## 9 Toteutus

Toteutus osiossa kerrotaan opinnäytetyöprosessin päävaiheista ja aikataulutuksesta sekä havainnollistetaan prosessin kulkua kuvion avulla. Lisäksi kerrotaan opinnäytetyön toteutukseen vahvasti liittyvistä käsitteistä. Näitä käsitteitä ovat asiakaslähtöisyys, monialaisuus ja -ammattisuus.

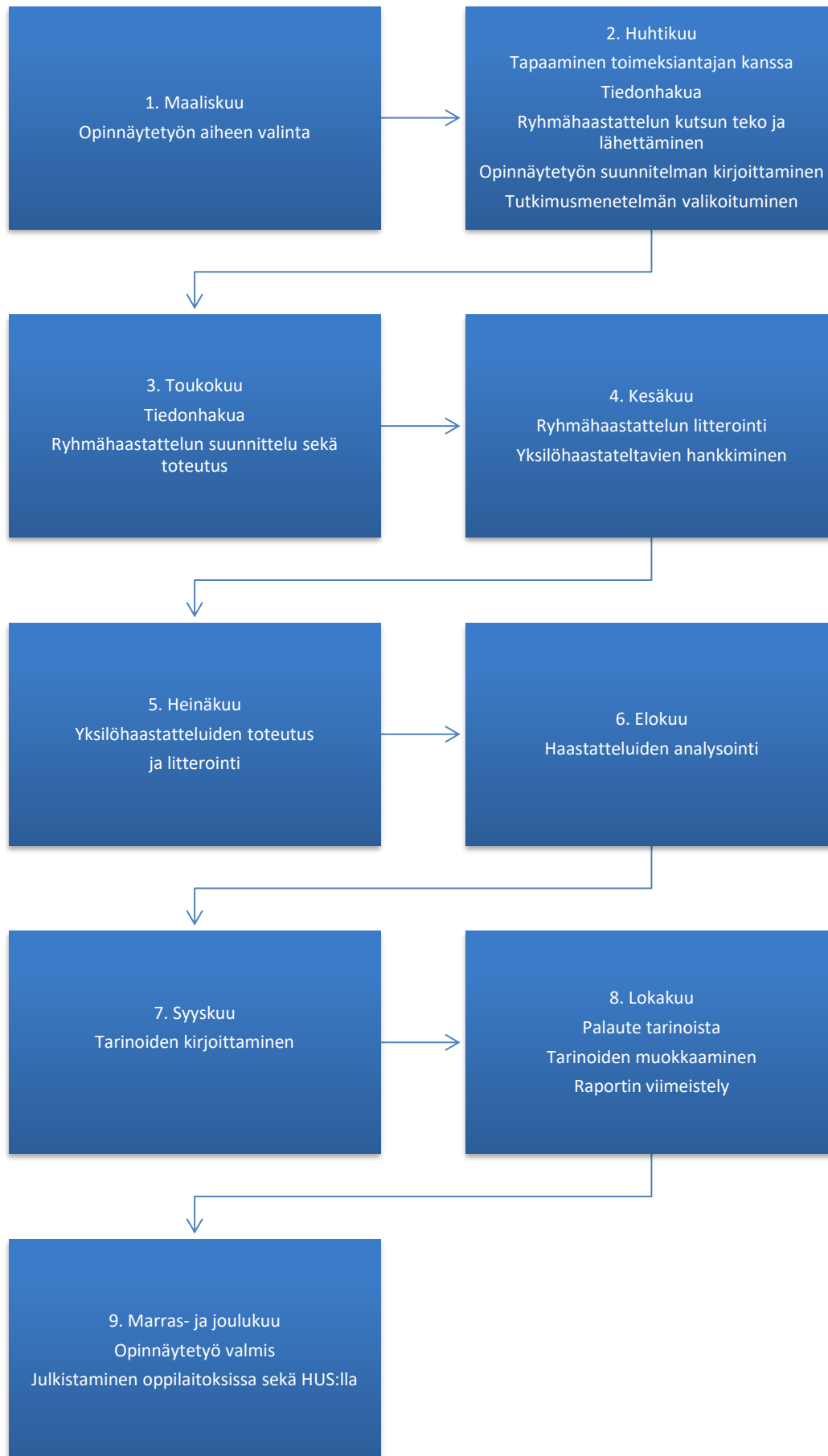
### 9.1 Opinnäytetyöprosessin aikataulu

Opinnäytetyöprosessi alkoi aiheen valinnalla maaliskuussa 2017. Tällöin otettiin yhteyttä opinnäytetyön toimeksiantajaan HUS:n henkilökuntaan. Aiheeksi valikoitui Terveyskylä.fi palveluportaaliin, Kuntoutumistalon aivoverenkiertohäiriötä koskevan materiaalin tuottaminen. Huhtikuussa aihe tarkentui toimeksiantajan tapaamisessa, jossa keskusteltiin Kuntoutumistalo.fi:n kehittämistarpeesta. Laajan ideoinnin pohjalta tarpeeksi muotoutui materiaalin tuottaminen palveluportaaliin, esimerkiksi tarinan muodossa. HUS:n toimeksiantaja toivoi kehittämistyöhön monialaista kuntoutuksen asiantuntijuutta, joten työ päätettiin tehdä yhteistyössä toimintaterapeuttiopiskelijoiden kanssa.

Huhtikuun lopulla kirjoitettiin opinnäytetyösuunnitelma, tutkimusmenetelmäksi valikoitui laadullinen tutkimusote. Lisäksi tutkimuskysymyksiä hahmoteltiin johdattamaan opinnäytetyön-

kulkua ja suunniteltiin ryhmähaastattelukutsu. Toukokuussa jatkettiin tiedonhakua sekä suunniteltiin ja toteutettiin ryhmähaastattelu Metropolian ammattikorkeakoulun tiloissa. Kesäkuussa ryhmähaastattelu litteroitiin (kirjoitettiin sanatarkasti nauhoitetut haastattelut auki) ja päätettiin tehdä jatkossa haastattelut yksilöhaastatteluina, tällöin myös yksilöhaastatteluun otettiin yhteyttä. Heinäkuussa yksilöhaastattelut toteutettiin sekä haastatteluaineistoa litteroitiin. Elokuussa haastatteluaineisto analysoitiin ja sisällön analyysillä haastatteluista muodostettiin tiivistelmät aihealueittain. Syyskuussa tiivistelmistä rakennettiin varsinainen tuote, voimaannuttavat lyhyet tarinat kuntoutujan arjesta. Lokakuussa kerättiin palautetta voimaannuttavista tarinoista kuntoutujilta sekä toimeksiantajalta. Palautteen pohjalta kuvauksia muokattiin sekä aloitettiin opinnäytetyön raportin viimeistely vaihe. Marras- ja joulukuussa opinnäytetyöraportti oli valmis esitettäväksi, arvioitavaksi ja julkaistavaksi oppilaitoksissa sekä HUS:lla. Joulukuussa esitetään opinnäytetyön tuotos vielä toimintaterapeuttiopiskelijoiden kanssa HUS:n tilaisuudessa.

Kuvio 9: Opinnäytetyöprosessin päävaiheet ja aikataulu



## 9.2 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyys on opinnäytetyön keskeinen osa. Asiakaslähtöisyys on koettu olennaisena osana terveydenhuollon laatua. Asiakaslähtöisyydelle on monia määritelmiä, joista jokaisen lähestymistapa on erilainen. CAOT:n (Canadian Association of Occupational Therapists) määritelmän mukaan asiakaslähtöisyys tarkoittaa yhteistyötä asiakkaan toiminnan mahdollistamiseksi, mikä edellyttää terapeutin osoittavan kunnioitusta asiakkaalle, ottavan asiakkaan mukaan päätöksentekoon, toimivan asiakkaan hyväksi heidän tarpeidensa varmistamiseksi sekä tunnustavan asiakkaan kokemukset ja tiedot. Tähän määritelmään sisältyy yhteistyö, yhdessä tehdyt päätökset sekä asiakkaan panoksen arvostaminen. Asiakaslähtöisyys sisältää asiakkaan arvojen, uskomusten sekä kokemusten kunnioittamisen, sekä osallistumiseen vaikuttavat kontekstit; aktiivinen yhteistyö koko terapiaprosessin ajan, vallan jakaminen ja tasavertainen kumppanuus, avoin kommunikointi, perheen sisällyttäminen, osallistumisen tukeminen hoidossa sekä toivon ja mahdollisuuksien tarjoaminen. (Mroz, Pitoyak, Fogelber & Leland 2015, 2, 4.)

## 9.3 Monialaisuus ja moniammatillisuus

Käsitteet moniammatillisuus ja monialaisuus kietoutuvat arkikielessä toisiinsa. Monialaisuudella tarkoitetaan koulutusalojen ylittämistä ja erilaisten osaamisten keräämistä yhteen yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Lisäksi monialainen yhteistyö mielletään usein hallinnonalat ja tieteenalat yhdistäväksi toiminnaksi. (Katisko, Kolkka, Vuokila-Oikkonen 2014, 10.)

Moniammatillisuus on tärkeä osa kuntoutusta ja sen merkitys korostuu työelämässä. Keskeistä moniammatillisuudessa on eri asiantuntijoiden yhteisen tehtävän suorittaminen, kaiken tiedon sekä osaamisen yhteen kokoaminen ja prosessointi. Moniammatillisuus kuvaa kaikkea yhteistyötä rinnakkain työskentelystä tiiviiseen tiimityöskentelyyn, jossa perinteisiä roolirajoja voidaan rikkoa. (Laaksonen 2012, 6,7.) Tässä palvelumuotoiluprosessissa eri osapuolten (HUS:n yhteistyökumppanit, kuntoutujat ja heidän läheisensä ja kuntoutusalan tulevat ammattilaiset: toimintaterapeutit ja fysioterapeutit) osallistaminen monialaiseen kehittämistyöhön on ollut tärkeässä osassa. (Ojasalo 2014, 72).

Moniammatillisuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa on kuvattu asiakaslähtöisenä työskentelynä. Tällaisessa työskentelyssä tulee huomioida asiakkaan elämän kokonaisuus. Eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan tiedonkäsittelyssä yhteen asiakas huomioiden. Rakennetaan yhteinen tavoite ja pyritään luomaan yhteinen käsitys asiakkaan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä tai ongelmanratkaisuisista vuorovaikutuksellisesti. (Laaksonen 2012, 7.) Tässä opinnäytetyössä pyrittiin huomioimaan asiakkaan eli kuntoutujan elämä kokonaisuutena. Toiminta- sekä fysioterapian näkemyksistä aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kuntoutuksesta keskusteltiin työprosessin aikana. Tapaamisissa pohdittiinkin kuinka tavoite kuntoutuksessa tulisi

aina perustua kuntoutujan omiin toiveisiin, eikä terapeuttien omiin alakohtaisiin näkemyksiin. Lisäksi opinnäytetyön tuotos kuntoutujan arjen kuvaus ja voimaannuttavat tarinat koitettiin toteuttaa asiakaslähtöisesti painottamatta haastatteluissa terapeutin ja asiakkaan roolia.

Moniammatillista yhteistyötä tukevassa koulutuksessa on valmistuneilla koulutuksen päättyessä myönteisemmät ja laaja-alaisemmat näkemykset yhteistyöosaamisesta. Moniammatillisen työn osaamista korostetaan eri tutkimuksissa ja samalla puhutaan myös verkosto-osaamisesta. Se on taitoa hakea ja kehittää tietoa yhteistyössä, ei tietää itse. (Laaksonen 2012, 7; Kattisko, Kolkka, Vuokila-Oikkonen 2014, 16.) Tämä opinnäytetyö tukee opiskelijoiden kasvua ja valmiuksia tehdä moniammatillista työtä.

Kaikki aivoverenkiertohäiriökuntoutujat hyötyvät moniammatillisesta kuntoutuksesta. Moniammatillisesti hoidettujen kuolleisuus ja pysyvään laitoshoitoon jäämisen riski ovatkin pienemmät kuin tavallisella vuodeosastolla hoidettujen. Hoidon tehokkuus näkyy myös lyhentyneenä hoitoaikana, vähäisempänä vammaisuutena ja parempana elämänlaatuna. Kuntoutusyksikössä hoidettujen saama lisähyöty säilyy ainakin 10 vuotta. Moniammatilliseen kuntoutusturyhmään voivat kuulua kuntoutujan tarpeista riippuen lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi, sosiaalityöntekijä, aivoverenkiertohäiriöyhdyshenkilö ja myöhemmin myös kuntoutusohjaaja. (Aivoinfarkti ja TIA 2016.)

#### 9.4 Palvelumuotoilu opinnäytetyöprosessissa

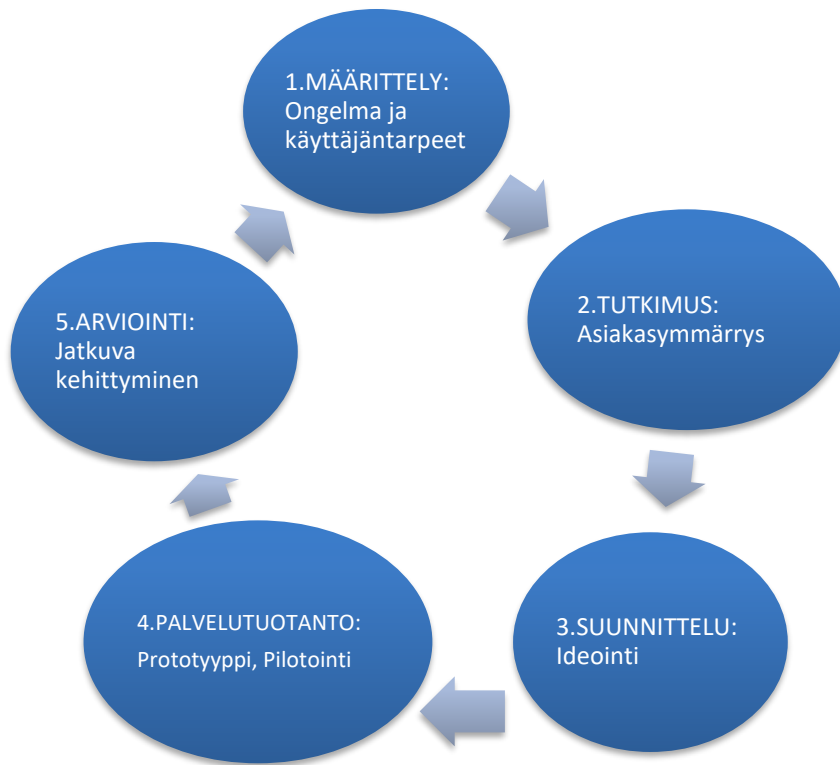
Palvelumuotoilu on työkalu- ja menetelmävalikoima, jonka tavoitteena on ymmärtää paremmin ihmisiä, heidän elämäänsä ja tarpeitaan. Tämän ymmärryksen avulla voidaan havaita uusia mahdollisuuksia, suunnitella ja toteuttaa uusia, toimivia palveluita. Palvelumuotoilu on yhteiskehittämistä; keskeisenä ajatuksena on palvelun eri osapuolten osallistaminen palvelun kehittämiseen. (Tuulaniemi 2011, 111, 116.)

Opinnäytetyö tehtiin palvelumuotoilun periaatteiden mukaisesti. Ennen palvelun kehittämistä ja tuottamista tehtävänä oli tunnistaa asiakkaan tarpeet, tässä tapauksessa sekä Kuntoutumistalo.fi sivuston kehittäjien tarpeet että e-palveluiden tulevien käyttäjien tarpeet. Mahdolliset tulevat palvelunkäyttäjät saatiin osallisiksi kehittämistyöhön haastatteluiden sekä eri vaiheissa kerättyjen palautteiden avulla. Aivoverenkiertohäiriökuntoutujien läheisiä haasteltiin, jotta saatiin selville kuntoutujan arkea ja siihen liittyviä tarpeita. Näin saatiin tärkeää kokemusperäistä aineistoa, joista rakennettiin myöhemmin voimaannuttavia tarinoita aivoverenkiertohäiriökuntoutujien arjesta HUS:n Terveyskylä.fi palveluportaalin Kuntoutumistalo.fi-sivuston käyttöä varten.

Palvelumuotoilun yhteydessä puhutaan asiakkaan palvelukokemuksesta. Palvelukokemus syntyy asiakkaan ja palveluntuottajan vuorovaikutuksessa. Kaikkien palveluiden keskiössä on ihminen, palvelun käyttäjä eli asiakas. Palvelumuotoilun tavoitteena on muodostaa asiakkaalle mahdollisimman positiivinen palvelukokemus. Palveluja kehittäessä asiakasymmärrys on oleellisessa osassa ja on ymmärrettävä, mistä elementeistä palvelun arvo muodostuu asiakkaalle. (Tuulaniemi 2011, 26, 71-73.)

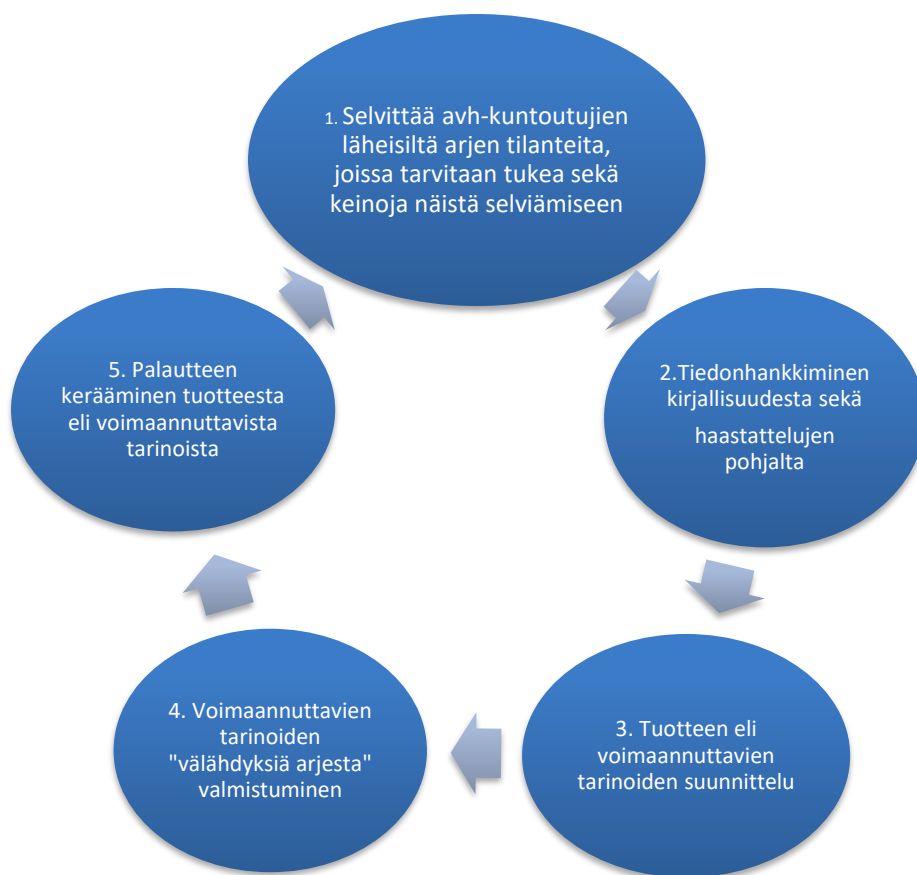
Kehittäminen perustuukin palvelun käyttäjien toiminnan, tarpeiden ja toiveiden ja muiden taustalla olevien tekijöiden syvälliseen ja empaattiseen ymmärtämiseen. Ihmiset pyritään saamaan kertomaan asioita monipuolisesti erilaisin osallistavien menetelmin. Tärkeää palvelumuotoilussa on palvelunkäyttäjien osallistuminen kehitettävään palvelun eri vaiheisiin. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2014, 72.) Opinnäytetyössä pyrittiin saamaan syvempää ymmärrystä aivoverenkiertohäiriökuntoutujien arjesta ja arjen haasteista, läheisen näkökulmasta käsin. Näistä saatiin haastatteluiden avulla kokemuseräistä tietoa. Palvelun tuotteen, voimaannuttavientarinoiden, suunnittelu oli täten asiakkaiden toiveiden mukaista ja perustui teoreettisen tiedon lisäksi kokemuseräiseen tietoon. Palvelunkäyttäjien osallistuminen eri prosessin vaiheisiin huomioitiin niin tutkimus-, suunnittelu- kuin arviointivaiheessakin. Haastatteluiden pohjalta luodut voimaannuttavat tarinat lähetettiin HUS:n toimeksiantajalle sekä aivoverenkiertohäiriökuntoutujille arvioitaviksi, jotta asiakkaan näkökulma ja osallisuus säilyisi koko palvelutuotannon kehittämisen ajan.

Palvelumuotoiluprosessi koostuu seuraavista osioista: määrittely, tutkimus, suunnittelu, palvelutuotanto, arviointi. Palvelumuotoiluprosessissa pyritään kuvaamaan mahdollisimman kattavasti koko työprosessi. Prosessin laajuus ja toteutus vaihtelevat suunnittelukohteen, käytävissä olevan taloudellisten ja ajallisten resurssien mukaan. Tärkeintä on arvioida omat tarpeet, käytettävissä olevat resurssit ja soveltaa prosessimallia tarpeen mukaan. (Tuulaniemi 2013, 130-131.) Opinnäytetyössä käytettiin prosessinkuvauksessa osittain apuna palvelumuotoilun prosessikuvausta. Opinnäytetyön prosessin painonpiste oli tutkimusvaiheessa, jossa käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää.



Kuvio 10: Palvelumuotoilun prosessi (Tuulaniemi 2013, 130 - 131.)





Kuvio 11: Palvelumuotoilun prosessi opinnäytetyössä

#### 9.4.1 Määrittelyvaihe

Opinnäytetyön aihe saatiin Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä (HUS:lta). HUS:lla oli tarve kehittää Virtuaalisairaala 2.0-hankkeen Terveyskylä-palveluportaalia, tarkemmin kuntoutumistalo projektin Kuntoutumistalo.fi-sivustoa.

Tapaaminen sovittiin yhteistyökumppanin kanssa, jossa keskusteltiin verkkosivuston kehittämistarpeesta ja mahdollisesta opinnäytetyön aiheesta. Laajan ideoinnin pohjalta kehittämistarpeeksi muotoutui Kuntoutumistalo-projektin itsehoito-osion jatkokehittäminen. HUS:lla oli tarve luoda materiaalia, esimerkiksi tarinan tai käsikirjoituksen muodossa, aivoverenkiertohäiriökuntoutujien ja heidän läheistensä tueksi. HUS toivoi kehittämistyöhön monialaista kuntoutuksen asiantuntijuutta. Fysioterapeuttipiskelijat ottivat yhteyttä Metropolian toimintaterapeuttipiskelijoihin ja näin saatiin varsinainen monialainen opinnäytetyöryhmä aluilleen.

#### 9.4.2 Tutkimusvaihe

Tutkimusvaiheessa muun muassa haastattelulla ja keskustelulla luodaan yhteinen ymmärrys kehittämiskohteesta, toimintaympäristöstä, resursseista ja käyttäjätarpeista. Tutkimusvaiheessa on kerättävä tietoa käyttäjistä, heidän tarpeistaan ja motiiveistaan, jotta palvelu saadaan vastaamaan käyttäjien todellisia tarpeita. Tiedonhankinta, perehtyminen teorian tietoon ja muuhun käytettävissä olevaan materiaaliin kuuluvat tähän prosessin vaiheeseen. Lisäksi haastattelun keinoin saadaan tietoa käyttäjien tarpeista ja odotuksista. (Tuulaniemi 2013, 142, 146.)

Opinnäytetyössä tiedonhankintaa ja perehtymistä teorian tietoon tehtiin itsenäisesti sekä yhteistyössä. Toimintaterapeutti- ja fysioterapeuttiopiskelijat hakivat tietoa alansa kirjallisuudesta sekä tietokannoista. Lisäksi tiedonhankintaa tehtiin yhteistyönä ja molemmat ammattiryhmät hyödynsivät alojen lähteitä laajentaakseen näin näkemystä aivoverenkiertohäiriöstä sekä kuntoutujien arjesta. Läheisille toteutettiin haastattelut, jotta saatiin selville millaista heidän arkensa todellisuudessa on ja millaista tukea kuntoutujat ja heidän läheisensä tarvitsivat arjessa jaksamiseen.

Kuntoutujien läheisille suunnatuista haastatteluista saatu aineisto käytiin läpi sisällönanalyysin teemoittelun avulla. Näissä haastatteluissa keskeisistä teemoista kerättiin myöhemmin kuntoutujaa sekä heidän läheisiään tukevaa materiaalia HUS:n Virtuaalisairaala hankkeeseen kuuluvalla Terveyskylä.fi palveluportaaliin. Tutkimusvaiheesta ja siinä käytettävistä menetelmistä lisää tarkemmin otsikon 10. Menetelmät alla.

#### 9.4.3 Suunnitteluvaihe

Suunnitteluvaiheessa ideoitiin erilaisia vaihtoehtoja kerätyn materiaalin käyttöön opinnäytetyön tuotokseksi. Ideointivaiheeseen osallistuivat opiskelijoiden lisäksi toimeksiantajan HUS:n yhteistyöhenkilöt. Ideoita karsittiin ja yhtenäistettiin lopullisen tuotoksen hahmottamiseksi.

Suunnitteluvaiheessa on tärkeää kommunikoida tiiviisti toimeksiantajan ja kohderyhmän kanssa (Tuulaniemi 2013, 182, 191, 196-197). Opinnäytetyössä osalta kuntoutujien läheisiltä kysyttiin, minkälaista materiaalia he toivoisivat Terveyskylä.fi-palveluportaalista löytyvän. Näin palvelun loppukäyttäjät osallistettiin suunnitteluvaiheeseen.

Yhteydenpito toimeksiantajaan tapahtui opinnäytetyön edetessä järjestetyillä tapaamisilla, jolloin pohdittiin yhdessä haastatteluiden tuloksia sekä lomakekyselyn tarvetta. Toimeksiantajalle lähetettiin haastatteluista kootut tiivistelmät ennen tapaamista. Toimeksiantaja oli tyytyväinen haastatteluista saadun materiaalin monipuolisuuteen.

Suunnitelmana oli luoda haastatteluiden jälkeen lomakekysely, jotta oltaisiin saatu yleistettyä määrällisen tutkimuksen keinoin laadullisessa tutkimuksessa ilmenneitä arjen haasteita. Toimeksiantajan kanssa keskusteltaessa kyselylomake päätettiin yhteistuumin jättää toteuttamatta, koska yleistettävyyttä ei ollut tutkimuksen kannalta merkityksellistä. Haastatteluissa ilmennyt aineisto oli jo monipuolinen ja se koettiin riittävän kattavaksi.

Suunnitteluvaiheessa opinnäytetyön tuotoksen muoto ja tarkoitus täsmentyivät. Haastatteluista saadun materiaalin pohjalta siirryttiin suunnittelemaan lyhyitä tarinoita aivoverenkiertohäiriökuntoutujien arjesta, joiden tarkoituksena olisi voimaannuttaa ja tukea muita kuntoutujia sekä läheisiä. Työssä päädyttiin kirjoittamaan lyhyitä tarinoita yhden pidemmän sijaan, sillä tuotoksen jatkokäytön kannalta lyhyet tarinat ovat helpommin muokattavissa kuin yksi pitkä tarina. Lyhyillä voimaannuttavilla tarinoilla oli tarkoitus kuvata arjen hetkiä, jolloin yksittäisten oireiden yleisyys ei ollut enää merkityksellistä. Lyhyet tarinat mahdollistivat erilaisen toimintarajoitteiden ja selviytymiskeinojen sekä yksilöllisten kuntoutumisprosessien luontevan kuvaamisen. Lisäksi virtuaalisen käyttökanavan asettamat puitteet suosivat osaltaan lyhyitä katkelmia, kun näytöllä oleva tieto on löydettävä helposti ja kohdistetusti.

#### 9.4.4 Palvelutuotantovaihe

Palvelutuotannon prototyyppiä tulisi testata asiakasryhmällä tuotantovaiheessa. Ensilansseirauksen tarkoituksena on lisätä tietoisuutta palvelusta sekä herättää mielenkiintoa jo ennen palvelun varsinaista julkaisua. (Tuulaniemi 2013, 131). Opinnäytetyössä laadittiin palvelutuotantovaiheessa prototyyppi tuotteesta, voimaannuttavat tarinat. Tuotteen teossa hyödynnettiin autenttisia lainauksia ja kertomuksia läheisten haastatteluista, mutta tuotetta ei varsinaisesti tehty yhteiskehittelyä läheisten kanssa. Voimaannuttavia tarinoita ei testattu asiakasryhmälle (kuntoutujille sekä heidän läheisilleen). Ainoastaan palautetta kerättiin tuotteesta neljältä kuntoutujilta sekä toimeksiantajalta sähköpostitse. Palautteen pohjalta tuotetta muokattiin ja valmiit tarinat lähetettiin lopuksi läheisten luettavaksi sähköpostitse. Tuotetta ei julkaistu vielä verkkosivustolla, vaan yhteistyökumppani hyödyntää luotuja tarinoita haluaamalla tavalla Kuntoutumistalo.fi- sivuston kehittämiseen.

#### 9.4.5 Palvelutuotantoprosessin arviointi vaihe

Arviointiosiossa prosessin onnistumista arvioidaan. Palvelun tuottajat arvioivat omaa tuottamisprosessiaan käyttäjän, henkilökunnan ja itsearviointin avulla. Palvelua hienosäädetään saadun palautteen mukaan. (Tuulaniemi 2013,131.) Opinnäytetyön arvioinnissa aivoverenkiertohäiriökuntoutujien läheisiltä kerättiin palautetta haastatteluista. Lisäksi voimaannuttavien tarinoiden toimivuudesta kerättiin palautetta sähköpostitse tulevilta palvelun käyttäjiltä, eli kuntoutujilta. Saatu palaute tarinoista oli positiivista. Kuntoutujat kehuivat kuinka tarinat oli saatu tiivistettyä hyvin tietyn aihepiirin alle. He myös tunnustivat tarinoista samoja tilanteita

omasta arjestaan ja kokivat ettei tarinoita tarvinnut muokata, vaan ne olivat hyviä sellaisenaan. Tässä yksi esimerkki palautteesta: ”Tarinat on kirjoitettu lämminhenkisesti ja koskettavasti.” Lisäksi toimeksiantajalta saatiin palautetta tuotteesta. Toimeksiantajan mielestä tarinat kuvasivat kuntoutujan arkea aidosti, mutta kaipasivat niihin enemmän voimaannuttavaa näkökulmaa. Täten tarinoita muokattiin vielä palautteen perusteella tuoden positiivisuutta enemmän esiin. Lopuksi valmiit palautteen pohjalta muokatut tarinat lähetettiin vielä haastattaville, jotta he näkivät mitä heidän haastattelujen pohjalta oli luotu.

## 10 Menetelmät

Tutkimusmenetelmän valinta riippuu tutkimusongelman luonteesta (Kananen 2015, 63). Opin- näytetyön tarkoitus oli ymmärtää aivoverenkiertohäiriökuntoutujan arkea, jonka takia opin- näytetyöhön valittiin laadullisen tutkimusote.

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tuottamaan ymmärrystä tutkimuksen kohteesta ja ilmi- östä (Kananen 2015, 29). Laadullisen tutkimuksen aineisto pyritään laittamaan tiiviiseen ja selkeään muotoon ja aineiston käsittelyosa perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan. Aluksi aineistoa luetaan useaan otteeseen läpi, hajotetaan osiin ja kootaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Aineistoa lukemalla tutkijan tulee saada kokonaiskäsitys aineistosta ja mitä sillä halutaan kertoa. (Kananen 2015, 129.)

Opinnäytetyössä käytettiin laadullisen tutkimuksen aineiston hankintamenetelmiä. Näitä oli- vat osallistava ryhmähaastattelu teemahaastatteluna sekä puolistrukturoidut yksilöhaastatte- lut.

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa kerätään niin paljon, että tutkija kokee tutkimusongel- man ratkeavan (Kananen 2015, 128). Opinnäytetyössä haastatteluissa tullut tieto vastasi laa- jalti tutkimuskysymyksiin kuntoutujan arjesta. Aineisto koettiin näin riittäväksi vastaamaan opinnäytetyön tarkoitusta, eikä haastattelutilanteita järjestetty enempää.

### 10.1 Aineiston hankinta

Opinnäytetyössä hyödynnettiin laadullisia tutkimusmenetelmiä aineiston hankinnassa. Aineis- ton hankinta tehtiin ryhmä- ja yksilöhaastattelujen avulla. Seuraavaksi kuvataan haastattelujen vaiheita tarkemmin sekä teoria, johon ryhmä- ja yksilöhaastattelut perustuivat. Lisäksi kerro- taan haastattavien valikoitumisprosessista opinnäytetyöhön.

### 10.1.1 Haastateltavien valikoituminen

Haastatteluun osallistuminen edellytti, että osallistuja oli aivoverenkiertohäiriökuntoutujan läheinen. Tutkimuseettisistä syistä päädyttiin selvittämään kuntoutujien arkea heidän läheisiltään itse kuntoutujien sijaan, sillä aivoverenkiertohäiriö voi alentaa yksilön kognitiivista toimintakykyä. Se voi aiheuttaa häiriöitä mm. tarkkaavuuden, muistin, havaintokyvyn, kielen ymmärtämisessä ja tuottamisessa, praksiassa sekä toiminnanohjauksen alueilla. Aivoverenkiertohäiriö on myös raskas kokemus, jonka käsitteleminen ja josta puhuminen voi olla vaikeaa. Myös oiretiedostamattomuus voi muuttaa kokemusta arjen muutoksista, ja aiheen herkkyydellä voi olla vaikutusta siihen, mitä kuntoutuja itse haluaa sairaudestaan kertoa. Läheisten näkökulma on myös erilainen. He voivat nähdä esimerkiksi lisääntyneen alkoholinkulutuksen johtuvan aivoverenkiertohäiriöstä, mitä kuntoutuja itse ei ole valmis myöntämään. (Edmans, Coupar, Gordon 2010, 144.)

Esteenä haastatteluun osallistumiseen oli aivoverenkiertohäiriö, tai muu kommunikointiin vaikuttava tekijä. Haastateltavia hankittiin Uudenmaan aivoverenkiertohäiriö yhdistysten kautta sekä yhden opinnäytetyöntekijän tuttavapiiristä. Haastatteluihin osallistui yhteensä seitsemän henkilöä: kaksi ryhmähaastatteluun ja viisi yksilöhaastatteluihin. Haastatelluista viisi oli aivoverenkiertohäiriökuntoutujan puolisoita, ja kahden haastateltavan tapauksessa kuntoutuja oli haastatellun äiti. Sairastumisen ajankohta oli suurimmalla osalla vuosien 2006 - 2010 välillä, viimeisin oli tapahtunut vuonna 2015. Kuntoutujat olivat aivoverenkiertohäiriön saadessaan noin 60-70 vuoden ikäisiä, nuorimman ollessa noin 50-vuotias. Kaikki kuntoutujat olivat aivoverenkiertohäiriön jälkeisen kuntoutumisen kroonisessa vaiheessa. Suurimmalla osalla sairastumisesta oli kulunut reilu 7-10 vuotta.

Haastattelukutsuissa ja tutkimustiedotteissa painotettiin haastatteluiden koskevan kuntoutujien läheisiä. Tästä huolimatta kaksi haastatteluun ilmoittautuneista olivat itse kuntoutujia. Heistä toisen sijaan saatiin haastateltua tämän puolisoa, kun taas toisen kuntoutujan haastattelumateriaali jouduttiin hylkäämään. Haastatteluja tehtiin siten yhteensä seitsemän, joista yksi hylättiin. Täten lopullisen aineiston muodosti kuusi haastattelua.

### 10.1.2 Ryhmähaastattelu

Aineistonkeruumenetelmällä tuotetaan tietoa, jolla tutkimuskysymyksiin saadaan vastaus (Kananen 2015, 64). Laadulliseksi aineiston keruumenetelmäksi valittiin haastattelu, sillä haastattelulla saatiin syvällisempää ja laaja-alaisempaa tietoa kuin mitä esimerkiksi kirjallinen avoin kysely olisi tuonut. Aivoverenkiertohäiriöön liittyvistä oireista johtuen, sekä eettisiä valintoja pohdittaessa, päädyttiin haastattelemaan kuntoutujien läheisiä. Tarkoituksena oli saada selville aitoja kokemuksia ja käsitystä kuntoutujan arjen sujumisesta. Läheiset kokevat

aivoverenkiertohäiriöiden vaikutukset etäämmältä kuin itse kuntoutuja, mutta heillä on usein tarkka käsitys kuntoutujan arjesta ja sen muutoksista.

Alussa tarkoituksena oli järjestää toiminnallinen tilaisuus kuntoutujien läheisille, jossa heillä olisi ollut mahdollisuus vertaistuelliseen osallistumiseen. Yhteiskehittelymenetelmän avulla olisi saatu runsaasti tietoa kerralla ja annettu läheisille tilaisuus olla kehittämässä palveluportaalia. Osallistujien määrä jäi kuitenkin liian vähäiseksi yhteiskehittelyn käyttöön. Yhteydenottoihin saatujen vastausten perusteella läheiset olivat kuormittuneita, eikä heillä sillä hetkellä ollut mahdollisuutta tai voimavaroja osallistua toiminnalliseen haastatteluun. Tämän perusteella päätettiin kerätä aineistoa ryhmähaastattelulla.

Ryhmähaastattelu on tehokas tiedonkeruu muoto, tällöin samalla saadaan tietoa usealta henkilöltä yhtä aikaa. Ryhmässä keskustellessa osallistujilla on mahdollisuus saada samalla vertaistukea ja reflektoida omaa tilannettaan. Toisaalta ryhmässä voi olla dominoivia henkilöitä, jotka pyrkivät johdattelemaan keskustelua haluamaansa suuntaan. Yllämainitut seikat on hyvä huomioitava tuloksia tulkittaessa ja johtopäätöksiä tehdessä. (Hirsijärvi, Remes, Sajavaara 2013, 210-211.)

Ryhmähaastattelu toteutettiin teemahaastatteluna. Ryhmähaastattelussa voidaan saada tietoa tavallista enemmän, sillä osallistujat voivat yhdessä muistella, tukea ja rohkaista toisiaan. Tavoitteena on ryhmäkeskustelu halutusta teemasta. Lisäksi ryhmähaastattelun avulla voidaan luoda käsitys mitä yksilöhaastattelulla voidaan saavuttaa. (Eskola, Suoranta 2008, 94-97.)

Teemahaastattelussa kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuu. Teemahaastattelu on vapaampi tapa kerätä aineistoa ja on toimiva keino, kun halutaan kerätä ymmärrystä yhden ilmiön eri puolilta. Kysymykset ovat avoimia, jotta vastaaja kuvailee omia kokemuksiaan. Aineiston keräämisessä tärkeintä on sen laatu. Laadun kriteerinä toimivat aineiston monipuolisuus ja se, kuinka hyvin aineisto vastaa opinnäytetyön sisällöllisiä tavoitteita sekä kohderyhmän tarpeita. (Hirsijärvi, Remes, Sajavaara 2013, 208; Kananen 2015: 150; Vilkkä ja Airaksinen 2003: 63-64.)

Ryhmähaastattelun teema oli ennakkoon määritelty koskemaan aivoverenkiertohäiriön vaikutuksia arjessa. Teeman käsittelemisessä hyödynnettiin ajankäyttöympyrää, joka jäseni ja johdatti keskustelua vuorokauden eri toimintoihin. Tarkoituksena oli että teemat haastatteluihin tarkentuisivat itse haastatelluilta ja etteivät haastattelijat johdattelisi liikaa haastattelun kulkua. Ryhmähaastattelussa tulikin esille paljon teemoja, joita haluttiin vielä tarkentaa yksilöhaastatteluilta. Ryhmähaastattelun teemojen käsitteleminen ja kerätty aineisto auttoivat

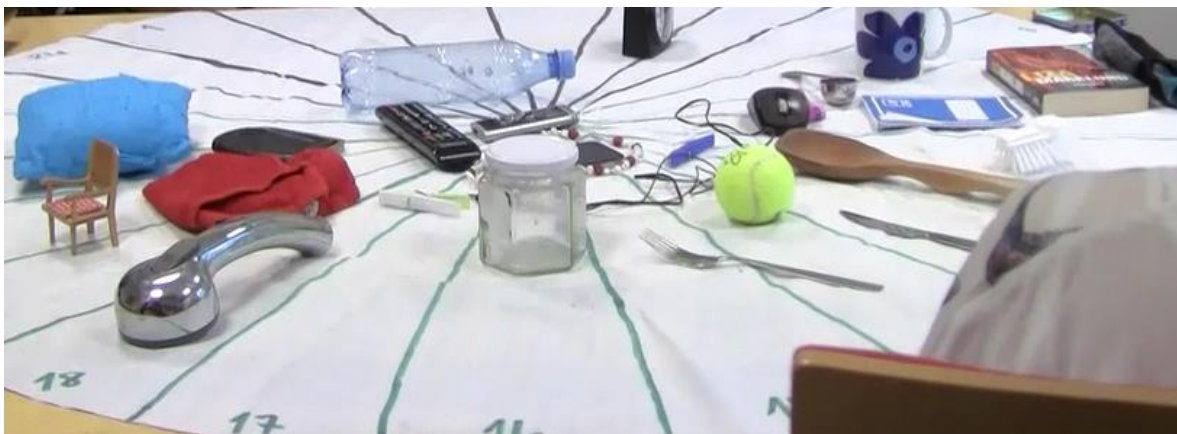
seuraavien yksilöhaastattelujen suunnittelussa. (Kananen 2015,150; Eskola & Suoranta 2008, 94-97.)

Haastatteluihin osallistujien määrän tarkentuessa myös aineistonkeruumenetelmät tarkentui-  
vat yhdeksi ryhmähaastatteluksi sekä yksilöhaastatteluiksi. Haastattelut toteutettiin moniam-  
matillisesti siten, että haastattelijoina toimi sekä toiminta- että fysioterapeuttipiskelijoita.  
Haastatteluiden alussa annettiin haastateltaville täytettäväksi suostumuslomake, jossa he an-  
tavat sekä luvan tilanteen taltioimiseen, että haastattelussa kerätyn materiaalin käyttämi-  
seen opinnäytetyössä. Ryhmähaastattelu tallennettiin videokameralla sekä nauhoitettiin nau-  
hurilla. Yksilöhaastatteluiden äänittämiseen käytettiin haastattelijoiden omia puhelimia. Lit-  
teroinnissa eli haastattelujen aukikirjoittamisessa otettiin huomioon tilanteet, joissa useampi  
henkilö puhui yhtä aikaa (Eskola & Suoranta 2008, 98).

Ryhmähaastattelu kesti noin kolme tuntia ja se toteutettiin Metropolia ammattikorkeakoulun  
tiloissa. Haastatteluun osallistui kaksi haastateltavaa ja kolme opinnäytetyöntekijää. Ryhmä-  
haastattelussa molemmat haastateltavat osallistuivat keskusteluun aktiivisesti. Haastateltavat  
muistelivat yhdessä kuntoutuksen eri vaiheita ja kertoivat hyvinkin tarkasti kuntoutujan ar-  
jesta. Haastattelussa hyödynnettiin toimintaterapeuttipiskelijoiden ajankäyttöympyrää ku-  
vaamaan vuorokauden eri vaiheisiin liittyviä toimia. Ajankäyttöympyrä oli iso ympyrä kan-  
kaasta, jossa oli 24 sektoria vastaten vuorokauden tunteja.

Lisäksi ryhmähaastatteluun oli tuotu paljon esineitä liittyen arjen eri toimintoihin kuten tiski-  
harja, herätyskello, vihko, kaukosäädin ja ruokailuvälineitä. Haastateltavien täytyi jäsentää  
toimintoja esineiden avulla suhteessa vuorokaudessa käytettävissä olevaan aikaan ja pohtia  
mitä toimintaa esine symboloi ja mihin vuorokauden aikaan toiminta sijoittui. Ajankäyttöym-  
pyrän avulla haastateltavat pohtivat miten arjen toiminnot sujuivat, mihin toimiin kuntoutu-  
jalla kului esimerkiksi runsaasti aikaa tai missä toimissa esiintyi vaikeuksia. Esimerkiksi toinen  
haastateltavista sijoitti herätyskellon jo kello kuuteen, sillä heidän aamu lähti käyntiin jo hy-  
vin aikaisin. Kirja sijoitettiin myös aamuun, sillä se symboloi toiselle haastateltavista yhteistä  
aamulehden lukuhetkeä. Haarukka symboloi ruokailua, toinen haastateltavista kertoi kuinka  
hän valmisti heille nykyisin ruuan, sillä kuntoutuja ei enää pystynyt valmistamaan aterioita  
itselleen eikä muille.

Lisäksi keskustelussa tuli ilmi toimintoja, joita kuntoutuja olisi halunnut tehdä, muttei pysty-  
nyt enää yhtäläillä tekemään. Esimerkiksi toinen haastatelluista kertoi kuinka ennen sairastu-  
mista kuntoutuja liikkui aktiivisesti, mutta nykyään pystyi tekemään vain lyhyempiä kävely-  
lenkkejä.



Kuvio 12: Ajankäyttöympyrä vuorokauden eri vaiheiden kuvaamisessa

Huomattavaa oli kuinka suurin osa toiminnoista keskittyi aamuun sekä aamupäivän toimintoihin. Haastateltavista toinen kertoi kuinka aamuuskareisiin kuten pukeutumiseen, peseytymiseen ja aamupalan valmistamiseen kuluvan nykyisin runsaasti enemmän aikaa.

Haastatteluissa aihe ajautui osittain koskemaan enemmän läheisten omaa jaksamista eikä niinkään kuntoutujan arjessa pärjäämistä. Haastateltavien oma jaksaminen korostui haastattelussa ja johdatti näin haastattelua ajoittain ohi sen tavoitteen. Ryhmähaastattelun haittapuolena oli täten avoimen keskustelun ajautuminen haastateltavan itse haluamaan suuntaan eli hänen omaan jaksamiseensa. Täten yksilöhaastattelut päätettiin jatkossa toteuttaa puolistrukturoituna yksilöhaastatteluina, jotta opinnäytetyön tarkoitus toteutuisi.

### 10.1.3 Yksilöhaastattelut

Yksilöhaastatteluiden tavoitteena oli syventää ryhmähaastattelulla aloitettua tiedon keräämistä aivoverenkiertohäiriön vaikutuksista kuntoutujan arkeen. Ryhmähaastattelussa esiintuleiden teemojen ja puheenaiheiden pohjalta muodostuivat kysymykset, jotka toimivat yksilöhaastatteluiden runkona. Mahdollisimman kattavan aineiston saamiseksi hyödynnettiin toimintaterapiassa käytettyä arviointimenetelmä COPM:n (Canadian Occupational Performance Measurement) tarkentavia kysymyksiä sekä ICF:n (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus) Suoritukset ja osallistuminen-osion pääluokkia. Kysymyksissä painotettiin aivoverenkiertohäiriön oireiden vaikutuksia arjen toimintakokonaisuuksiin, arjen toiminnoista suoriutumista sekä toiminnan merkitystä kuntoutujalle. (Liite 5)

Yksilöhaastattelut toteutettiin puolistrukturoituna. Puolistrukturoitu haastattelu sijoittuu strukturoidun lomakehaastattelun ja teemahaastattelun välille. Haastattelulle on mietitty etukäteen teemat ja näiden lisäksi tarkat kysymykset, jotka esitetään kaikille haastateltaville.



Puolistrukturoidussa haastattelussa on päätetty ennakkoon haluttavan tietoa tietyistä asioista, muttei välttämättä käytetä täysin samoja kysymyksiä kaikkien haastateltavien kanssa. (Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka, 2017.)

Kuusi yksilöhaastattelua toteutettiin haastateltavien valitsemissa ympäristöissä, muun muassa haastateltavien kotona. Yksi haastatteluista tehtiin skypen välityksellä. Yksilöhaastatteluissa toimi haastattelijoina pääasiassa myös toimintaterapeutti- ja fysioterapeuttiopiskelija pari. Kolmessa haastattelussa oli paikalla vain yksi haastattelija.

Toistamalla sama runko haastatteluissa ja käyttämällä samoja haastattelijoita pyrittiin varmistamaan yksilöhaastatteluiden luotettavuus. Tarkentavia kysymyksiä esitettiin tilanteen ja haastateltavan mukaan. Aivoverenkiertohäiriön monitahoisten oirekuvien takia puolistrukturoiduilla haastatteluilla pystyttiin saamaan tarkempaa tietoa yksilöllisistä tilanteista.

Jokaisen haastattelun päätteeksi haastateltaville jaettiin palautelomake (liite 6). Palautetta pyydettiin muun muassa haastatteluiden onnistumisesta. Lisäksi palautteeseen pyydettiin kirjaamaan asioita, joita haastateltavat vielä halusivat tuoda esille tai asioita, jotka oli unohdettu mainita itse haastattelussa. Lisäksi palautelomakkeeseen pyydettiin kirjaamaan ajatuksia Kuntoutumistalo.fi sivustosta. Haluttiin kuulla haastateltavien ideoita siitä, miten sivusto voisi tukea läheisten ja aivoverenkiertohäiriökuntoutujien arkea yhä paremmin. Palautteiden avulla haluttiin kehittää yksilöhaastattelun kysymyksiä. Lisäksi niistä saatiin ideoita opinnäytetyön mahdollisille jatkokehitystutkimuksille.

## 10.2 Aineiston analyysi

Analysoitavana aineistona oli kuusi haastattelua: yksi ryhmämuotoisesti toteutettu teema-haastattelu ja viisi puolistrukturoitua haastattelua. Aluksi haastatteluaineisto litteroitiin sanatarkasti tekstimuotoon Google Drive pilvipalvelussa. Litteroitua aineistoa kertyi 105 sivua, riviväli 1, fonttikoko 11. Tämän jälkeen kaikki opinnäytetyöntekijät lukivat aineistoa moneen kertaan läpi, jotta siitä saatiin kokonaiskuva. Aineisto jaettiin analysoitavaksi opinnäytetyöntekijöiden kesken. Ensin tehtiin alustavaa ryhmittelyä aineistosta ICF-luokituksen pääluokkien mukaan eri väreillä koodaten. Ryhmittely toteutettiin Google drive pilvipalvelussa, jossa kaikki opinnäytetyöntekijät pystyivät työstämään samaa dokumenttia samanaikaisesti.

Opinnäytetyön sisällönanalyysi toteutettiin deduktiivista sisällönanalyysia mukailien, jossa aineistoa analysoidaan teoriapohjaisesti. Deduktiivisessa sisällönanalyysissa opinnäytetyö nojaa jo lähtötilanteessa johonkin teoriaan, malliin tai ajatteluun ja sen sisällön analyysin tehtävänä on uudistaa haastateltavien antamien merkitysten avulla aiempaa teoreettista käsitystä tutkittavasta aiheesta. (Vilka 2015, 170-171.) Sisällönanalyysin menetelmänä toimi teemoittelu. Teemoittelun mukaan tekstimassasta on aluksi olennaista löytää keskeiset aiheet ja sen

jälkeen erotella ne teemoittain. Aineiston sisältö analysoitiin lukemalla, ja tiivistettiin luokittelemalla teemoja käsittelevät kommentit ylä- ja alaluokkiin. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013, 224; Eskola & Suoranta 2008,174; Kananen 2015, 83, 130.)

Aineisto redusointiin eli tiivistettiin haastattelujen alkuperäisilmauksista pelkistettyyn muotoon. Alkuperäisilmaukset olivat kokonaisia lauseita, joista voitiin tunnistaa arkea kuvaavia käsitteitä. Pelkistykset tiivistyivät lopulta ICF:n Suoritukset ja osallistuminen pää- ja alaluokkiin (Liite 7).

ICF-luokitus valittiin sisällön analyysin ja tulosten esittämisen kehikoksi, sillä aiemman oman kokemuksen sekä Hautala ym. (2011) kirjallisuuden pohjalta ICF-luokitus on osoittautunut kattavaksi ja monipuoliseksi teoriaksi kuvaamaan ihmisen toimintakykyä kokonaisuutena. Luokitus rajattiin koskemaan ainoastaan Suoritukset ja osallistuminen osiota, sillä tämä osio kuvaa jo kattavasti aivoverenkiertohäiriökuntoutujien arjen toimintoja. Aineiston analysoinnissa käytetty teoria muodostui ICF:n Suoritukset ja osallistuminen-osa-alueen pääluokista, joita käytettiin myös yksilöhaastattelujen teemoina. Tavoitteena oli selvittää aineiston pohjalta millaista arki on sekä arjessa ilmeneviä toiminnanrajoitteita ja selviytymiskeinoja. ICF- luokituksen pää- ja alaluokkien avulla jäsennettiin tiivistetty aineisto pääluokkien mukaisesti tiivistelmiin. (Liite 7).

Kyseiset pääluokat olivat oppiminen ja tiedon soveltaminen, yleisluonteiset tehtävät ja vaatteet, kommunikointi, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, kotielämä, henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, keskeiset elämän alueet sekä yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä. Näiden pääluokkien avulla arki hahmottui monipuolisena ja kaikkiin pääluokkiin tuli runsaasti pelkistyskäsitteitä. Usein sama pelkistys kuului useampaan pääluokkaan.

Aineiston analyysissä pyrittiin myös selvittämään minkälaista tietoa/palvelua Terveyskylä.fi-palveluportaalista odotetaan. Kysymykseen viittaavat ilmaisut ryhmiteltiin aineistosta analyysivaiheessa erikseen.

ICF-luokitus valittiin sisällön analyysin ja tulosten esittämisen kehikoksi, sillä aiemman oman kokemuksen sekä tiedon pohjalta ICF-luokitus on osoittautunut kattavaksi ja monipuoliseksi teoriaksi kuvaamaan ihmisen toimintakykyä kokonaisuutena. Luokitus rajattiin koskemaan ainoastaan Suoritukset ja osallistuminen osiota, sillä tämä osio kuvaa jo kattavasti aivoverenkiertohäiriökuntoutujien arjen toimintoja. Aineiston analysoinnissa käytetty teoria muodostui ICF:n Suoritukset ja osallistuminen-osa-alueen pääluokista, joita käytettiin myös yksilöhaastattelujen teemoina. Tavoitteena oli selvittää aineiston pohjalta millaista arki on sekä arjessa ilmeneviä toiminnanrajoitteita ja selviytymiskeinoja. ICF- luokituksen pää- ja alaluokkien avulla jäsennettiin tiivistetty aineisto pääluokkien mukaisesti tiivistelmiin. (Liite 7).

## 11 Tulokset

Seuraavissa haastattelujen tiivistelmissä, jotka on jaoteltu ICF:n Suoritukset ja osallistuminen osa-alueen yhdeksän pääluokan mukaisesti, ilmenevät vastaukset opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin:

Millaista aivoverenkiertohäiriökuntoutujan arki on?

Mitä toimintakyvynrajoitteita ja selviytymiskeinoja kuntoutujalla ilmenee arjessa?

Tutkimusten tulosten lomassa esitetään alkuperäisiä lainauksia, jotta lukija pystyy näkemään millaisiin alkuperäisilmaisuihin tiivistys perustuu. Kuntoutujan toimintakyvynrajoitteita ja arjessa selviytymiskeinoja ilmeni jokaisessa ICF-toimintakyvyn luokituksen yhdeksässä eri pääluokassa.

### 11.1 Oppimisen ja tiedon soveltamisen vaikeudet arjessa (Pääluokka 1)

Haastatteluissa ilmenneet kuvaukset käsittelivät suurimmaksi osaksi tiedon soveltamista. Viidessä haastattelussa kuvattiin omien tavoitteiden ja motivaation sekä tulevaisuuden suunnittelun merkitystä päätöksen tekemisessä. Lisäksi kaksi haastateltavista sanoi kuntoutujan päättäneen, ettei aio käyttää apuvälineitä. Yksi taas kertoi, ettei puoliso kykene enää osallistumaan pankkiasioiden hoitamiseen.

*“Et siis Hänhän hoiti silloin kaikki silloin meillä, pankki asiat, veroasiat, siis kaiken mahdollisen - et siis ei kyllä ei pystyis siihen..”*

*“...jos et sä yritä, niin mitään sä et voi tietää ja tota jos sä haluat jotain ni sit sun pitää tehdä sen etee jotain töitä. Et se on aina yleensä kysymys, että kumman haluat. Ja yleensä vielä voittanu se et hän halua tehdä..”*

*“...meil on ollu aina tää periaate et hei, meistä itestämme se riippuu..”*

*“...niinkun näkee että itte se pitää ettei kukaan muu itteä paranna jos et itte itteäs paranna niin sinne jäät makkaamaan...”*

Ongelmanratkaisun osa-alueella kaikki seitsemän haastateltavaa toivat esille kuntoutujan kanssa kehittämiään ratkaisuja erilaisista toiminnoista suoriutumiseen, kuten kenkien vaihtaminen toisiin tai uuden apuvälineen kehittäminen pukeutumiseen. Viisi haastateltavaa kertoi itse auttavansa kuntoutujaa niissä tilanteissa, joissa muut keinot eivät toimineet tai kuntoutujan taidot eivät riittäneet. Yksi haastateltavista kuvasi työpaikalla tehtyjä muutoksia.

*“..niihin rintaliiveihin se joku ompelusysteemi sitten niinkun puetaan niinkun päälle eri tavalla..”*

*“..arkipäivässäki ni tiedetään että niit hankaluuksii on, mut okei, keksitään joku ratkaisu siihen. Katotaan toimiiko. Sit me nähään..”*

*“..ku ne portaat oli hankalii ni sit niinku käytettiin sitä että ajettiin auto lähemmäs sinne ylös ja sit hän käytti niinku tämmöst keittiön ovea..”*

*“..kylhän aikalailta sanoo suoraa mulle suoraan on hyvä että sä noi hoidat, ihan myöntää ettei hän kyllä pystyis..”*

Kirjoittamiseen, lukemiseen ja laskemiseen liittyvissä asioissa tuli selkeästi eniten viittauksia lukemiseen liittyen. Eräs kertoi numeroiden menevän sekaisin. Viisi haastateltavaa kertoi lukemisen olevan eri syistä johtuen hankaloitunut, esimerkiksi vasen puoli jää lukematta, ei muista lukemaansa tai lukeminen kestää kauan. Eräs haastateltavista kertoi kuntoutujan kokeilleen lukemiseen käytettäviä apuvälineitä. Haastateltavista eräs kertoi, ettei kuntoutuja lue lapsenlapsilleen ja toinen kertoi, ettei television tekstien lukeminen onnistu.

*“..jotain peliä joskus näiden pienempien lastenlasten kanssa pela, mutta ei hän esimerkiksi rupee lukemaan niille ollenkaan, et vaikka lasten kirjatha nyt aattelee ettei ne olis niin kauhee vaativia..”*

*“..Mun puoliso oli hirvittävän hyvä kaikissa numeroissa ja vuosiluvuissa ja kaikissa se tiesi ja niitä se puhuu yleensä kaikki ihan väärin kaikki semmoset hän sanookin numerot väärin et jos hän esimerkiksi sanoo paljonks kello on ni hän numeroita sekottaa..”*

*“..tää hesarin lukeminenki kun mä aina kysyn et oli kiva juttu että huomaisiks sä sen ja sen? - no ei hän ja niin mä sanon et se on siellä vasemmassa laidassa..”*

Tarkkaavuuden kohdentamisessa ja ajattelemisen aihealueella kokemukset keskittyivät vasemman puolen huomiotta jättämiseen sekä erilaisiin oivalluksiin omassa ajattelutavassa. Kuusi seitsemästä haastateltavasta kertoi ajattelutavan muuttuneen sairastumisen myötä.

Yksi haastateltava kertoi kuntoutujan tarvitsevan enemmän omaa tilaa ajattelulle, jotta toiminta onnistuisi. Kaksi haastateltavaa kertoi kuntoutujan olevan katkera sairastumisestaan.

*“..pystyy hoitamaan tämmöset pienet jutut, mutta tota kyl se vaatii häneltä sitte sitä et hänen pitää ajatella se asia..”*

*“..tietysti sitkeenä ni ajatteli et no hän on tehny jotain väärin ja noi niinku nyt yleensä urheilija ajattelee et ei tää niinku, et kyl täst taas mennä..”*

*“..Ja jotenki niinku se semmonen niinku mustavalkonen ajattelutapa tavallaan niinku et. Semmonen niinku että joko tai. Et joko sä oot mun puolel tai sä et oo mun puolella, tyyppinen niinku kaikessa, ajattelutapa. Ni se on ehkä niinku voimistunu..”*

*“..semmonen katkeruus ehkä niinku kaikkee kohtaan tavallaan niinku et ehkä katkera niinku siitä et hänelle on sattunu just näin, ja sitte niinku et miks just hänelle..”*

*“..Ennen sitä tuli oltuu turhankin tarkka monest sellaisest asiast, mikä tuntuu nyt ihan turhanpäiväiseltä..”*

Kolme haastateltavaa kertoi kuntoutujalla olevan haasteita vasemman puolen huomioinnissa. Kolme taas kertoi, että kuntoutujasta oli tullut entistä tarkempi tietyissä asioissa. Vain yksi kertoi kuntoutujan muuttuneen hätäisemmäksi. Kolmella ilmeni vaikeuksia keskustelun seuraamisessa, osallistumisessa tai mukana pysymisessä. Yksi haastateltavista kertoi kuntoutujan suunnittelevan toimintaansa entistä enemmän.

*“..hän tekee ehkä vähemmän, suunnitellummin, niin valitsee minkä hän jaksaa tehdä missäki vaiheessa, ennen ei oo sitä tehny. Et nyt osaa vähä niinku mieltii sitä et mikä se oma viireystilaki on..”*

*“..meillä mahtuu just se hesari näin et molemmil niinkun osa aina ja heitellään niitä, ni mä aina näytän että hei huomaksiksä ton..”*

*“..hän saatta yhtäkkiä hän niinku seisoo yhtäkkiä selin ja vastalle sieltä, koska hänellä on tää vasemmanpuoli vähän ja jää välillä niinkun tukkeeks johonkin ja me ollaan että tuu vähän sivuun tietysti ei oo kauheen kiva aina sanoa, eikä se oo hänestäkään tietysti kiva ja..”*

*“..hänel on niin kauheen tarkkaa ne kaikki mitä hän tekee..”*

*“..tää mikä on tullu tässä, niinku sairaudessa ni ehkä tämmönen niinku tää hätäily..”*

Perusoppimiseen liittyvät kokemukset painoutuivat taitojen hankkimiseen. Vain kaksi haastateltavaa toi esille jo opitun asian kertaamiseen liittyvän oppimisen. Opitut asiat liittyivät käden kuntouttamiseen ja harjoitusten tekemiseen. Eräs haastateltavista kertoi toimintakyvyn palautuneen normaaliksi. Viisi haastateltavista taas toivoi nykyisen toimintakyvyn säilyvän mahdollisimman pitkään ja yksi kertoi toimintakyvyn parantuneen vielä pitkään sairastumisen jälkeenkin. Neljä haastateltavista kertoi kuntoutujan olevan erittäin motivoitunut kuntoutumaan. Kolme haastateltavaa kertoi itse motivoivansa kuntoutujaa. Yksi haastateltavista kertoi kuntoutujan opiskelevan vapaa-ajallaan. Yksi haastateltavista mainitsi oppimisen ja lukemisen olevan samalla tasolla kuin ennen sairastumista. Vain yksi kertoi apuvälineiden käytön opettelu olleen mielekästä. Lukemaan, kirjoittamaan tai laskemaan oppimisesta ei kerrottu missään haastatteluissa.

*“..vähän niin kun joudun pakottamaan häntä niihin harjoituksiin että hän aina yrittää niin kuin sanoa et ei hän ei hän enempää..”*

*“..Hän oli kyl tosi motivoitunut siihen että hän niinku kuntoutuu tästä..”*

*“..tässä niinku aattelee sitä tulevaisuutta ni tietysti toivoo että pysyis ees tossa kunnossa. Paremmaksi se ei tule. Se on niinku ihan fakta. Mut täytyy vaan toivoo että mahdollisimman pitkään edes näin..”*

*“..hän kävi joka ikinen sunnuntai hän meni tonne jäähallille yleisöluisteluun ja yritti luistella. Ku se ei niinku, ku koko ikänsä tehny sitä, ni ei meinannu antaa periks..”*

*“..Mä sanoin et se on nyt itestäs kiinni, et joko sä istut siinä pyörätuolissa tai sit sä harjottelet nii et sä pääset jaloilles. Et*

*muuta vaihtoehtoo, et mä en pysty tekemään sun puolest. Ja kyl se teki!..”*

Tarkoituksellisten aistikokemusten viittaukset liittyivät katselemiseen ja muuhun aistimiseen. Neljä seitsemästä haastateltavasta kertoi kuntoutujalla olevan näköhäiriöitä tai silmäsairaus, joka vaikeuttaa katselemista. Yksi haastateltavista kertoi näön säilyneen ennallaan. Yksi haastateltavista kertoi puhelimen katsomisen olevan tärkeää ja toinen kertoi television katsomisen olevan iso osa päivää.

*“..Silmään oli jäi jotain tämmösii niinku et siin on semmonen piste toises silmässä niinku et siin on sokee kohta..”*

*“..puhelin on tärkeä, siit katsotaan vähän väliä, et onko tullu viestejä ja laitellaan laitellaan tota katotaan onko tullu lapsenlapsista kuvia ja ja muuta..”*

Muun aistimisen viittaukset toivat ilmi haasteita kuumien astioiden käsittelyssä. Näitä ilmeni kolmella seitsemästä haastateltavasta. Eräs haastateltavista kertoi äkillisten kosketusten aiheuttavan spasmeja. Kosketusherkkyyttä ilmeni yhdellä haastateltavista.

*“..kyl hän niinku tota saa todella niitä spasmeja, jos joku vieras ihminen tulee yhtäkkiä koskettaa..”*

*“..ne on siis kippuras aina ne, ne jalat, vasemman jalan varpaat. Ja sit hänel on viel semmonen kosketusherkkyyys siinä. No varsin-kin nykyisin on siinä isovarpaan päässä..”*

*“..astiat on niin, kaikki on liian kuumaa..”*

Keskustelun seuraamisen vaikeus tuli ilmi kahdessa haastattelussa.

*“..ei hänellä näin niinku sosiaalisessa kanssakäymisessä oo..varsin-kin et jos saa sillai niinku et on pienemmässä, niin hän on niinku aivan niin onnen omiaan siinä niinku keskustelee ja näin sit jos on isompi ryhmä niin sit on vaikea napata mukaan keskusteluun tai kertoa jotain ku kaikki tapahtuu varmaan hirveen nopeesti siinä ympärillä et täytyis olla se oma rauha jutella..”*

## 11.2 Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet arjessa (Päätöskokous 2)

Haastatteluissa viitattiin vaihtelevasti yleisluonteisiin tehtäviin ja vaateisiin. Näiden tehtävien/toimintojen/vaateiden suorittaminen riippuu paljon kuntoutujan toimintakyvystä. Suurin osa haastateltavista viittasi yksinkertaisiin tehtäviin/toimintoihin, jotka sujuvat kuntoutujalta hyvin arjessa. Näitä yksinkertaisia tehtäviä/toimia suurin osa kuntoutujista kykenee suorittamaan melko itsenäisesti. Yhtenä esimerkkinä haastateltava, joka kertoi kuntoutujan kykenevän keittämään itse puuronsa mikrossa.

*”..hän laittaa sit mikrossa omansa. Et kyl hän sillai pystyy siinä kyllä. Välillä tulee sitä sotkua ja läikkyä ja noin mut ei se mitään.”*

Vaikka muutama kuntoutuja suoriutuu tällaisista yksittäisistä tehtävistä, ilmeni, että ainakin kolmella kuntoutujalla tehtävän loppuun suorittamisessa esiintyy jonkinasteisia vaikeuksia. Alla mainituissa esimerkeissä kyseisillä kuntoutujilla ilmenee vaikeutena muun muassa havaitsemisen häiriö, halvaantuneen raajan heikkous sekä muistihäiriö.

*”Astianpesukoneen hän tyhjentää! Että mitä saa sitte laitettua et sit tietysti osa tavaroista jää niinku mun laitettavaks.”*

*”Monet asiat niinku jää ja sit mä et sit ku mulla hermo menee ni sit mä jo sanon nii että millos se huomina tulee...”*

*”Joo o mäki tulin sen jälkeen vielä keittiöön, mut en huomannu sitä sit, mä tulin illal kotii mä huomasin et jaha meil on yks levy jääny ihan täysille päälle. Et onneks oli induktioliesi, joka katkasee sen virran, että se ei oo.. Ja niinku jotain tämmösiä tulee ja muuta.”*

Yhdellä kuntoutujalla ilmeni arjen haasteita melkein kaikissa yksittäisissä toiminnoissa. Hänen toimintakyky oli selvästi muita rajoittuneempi, lisäksi kyseisellä henkilöllä oli myös monia muita liitännäissairauksia.

*”Peittookaan mun puoliso ei pysty itse laittaa päälleen, et se joskus herättää siihen sitte et mun täytyy peittää hänet uudestaan.”*

*”..sukat on pakko laittaa ku hänel on semmoset tukisukat. Niitä ei hän, tai ei hän sais mitään sukkia jalkaan.”*



Kaksi kuntoutujaa seitsemästä kykeni suoriutumaan myös monimutkaisista toiminnoista itsenäisesti.

*”Siis pystyy ajaa autoo ja pystyy tekee kävelylenkkei ja niinku kaikkee tämmöst et siin ei o mitään sellast.”*

*”Pystyy varaamaan netin kautta golffi ajat ja kattomaan veikkaukset ja tämmöset arkipäivän jutut. Ei oo tarvinnu apuu niissä.”*

*”Aamulääkkeet siinä ottaa ja ja tota et hän huolehtii niistäkin et hän laittaa ite dosettinsa.”*

Kysyttäessä kahden toiminnon yhtäaikaista suorittamisesta, kävi ilmi, että ainakin yhdellä kuntoutujalla esiintyy siinä jonkinasteisia arjen haasteita. Hänen solmukohtana on halvaantuneen raajan toimintakyvyn heikkous.

*”Ku hänen ois toisel kädellä pitänyt vääntää sieltä ja toisella kädellä vetää kahvasta, mut ku ei toinen käsi kerran toimi ni et kahta toimintoa ei kyl millään pysty samaan aikaan tekemään.”*

Kysyttäessä vastuun kantamisesta - eli sovittujen tehtävien hoitamisesta, ilmeni, että neljä kuntoutujaa kykenee ottamaan vastuun itsenäisesti. Kyseiset henkilöt huolehtivat esimerkiksi laskujen maksusta, suunnitelluista menoista, lääkkeiden ostopaikoista ja pienistä päivittäistavarojen ostamisesta.

*”Joo dosetti ostettiin kyllä sitte, että siihen hän sunnuntaina ne laittaa viikoks ja hoitaa että.. Se onnistuu.”*

*”Pystyy käymään joo. Ja muistaa jopa ostaakki just sen, etenki jos laittaa lapulle mukaan, ni kyllä se muistaa.”*

Kahdella muulla kuntoutujalla taas ilmeni sovittujen asioiden hoidossa solmukohtia. Heillä haasteeksi muodostui erityisesti kotiliiketarjoitusten suorittaminen. Niihin tarvittiin läheisen patistusta ja kannustamista. Lisäksi haasteina esiintyivät myös tietyt, sovitut päivittäiset toiminnot.

*”Vähän niin kun joudun pakottamaan häntä niihin harjoituksiin että hän aina yrittää niin kuin sanoa et ei hän ei hän enempää.”*

*”Ei sitä tee jos ei oo sellaista määrättyä sovittua hetkeä milloin tekee.”*

*”Ni kyl mä saan aina välillä sanoa, et nostele vaikka vähän jal-koja ja muuta, kun se spastisuus tuppaa vähän tulemaan tähän käteen ja sitte varpaita rupee vetää niin koukkuun. Että se on niinku hankala tässä. Et kyl meillä nää kotivoimistelut on jää-nyt.”*

*”Niin et kyl siin saa aika paljon sillai niinku ite ottaa vastuuta.”*

### 11.3 Kommunikointi arjessa (Pääluokka 3)

Haastatteluissa ilmenneet viittaukset kommunikointiin käsittelivät tasapuolisesti viestien tuottamista, viestien ymmärtämistä ja keskustelua. Viestien tuottamisesta oli eniten mainin-toja; puhuminen ja sanoittaminen tulivat puheeksi useassa haastattelussa.

Seitsemästä haastateltavasta neljä kertoi kommunikointikyvyn pysyneen vahingoittumatto- mana, mikä ilmeni mm. sujuvana keskustelutaitona. Haastatteluissa kerrottiin yhteyden pitä- misestä läheisiin vierailujen lisäksi sähköpostitse, viestein ja soittamalla. Monen aamurutiiniin sisältyi sanomalehden lukeminen, mitä häirtasivat hahmottamisen vaikeudet sekä neglect-häi- riö. Neglect aiheutti hankaluuksia myös keskustelutilanteissa, kun kuntoutuja saattoi kääntyä selin muihin tai ei havainnut muita.

*”Et tota puhelin on tärkeä, siit katsotaan vähän väliä, et onko tullu viestejä ja laitellaan laitellaan...”*

*”Hän niinku näin juttelee, vaikuttaa iha että pystyis vaikka -- monet ihmettelee että eikö oo töissä.”*

*” Ulkonahan on se ongelma monta kertaa ihmisten kanssa, että tota mistä pitää kans aina sanoa että kun tulee joku tuttu ne voi keskustella niin että ne on tän pyörätuolissa olevan selän takana tai sivulla niin ettei nää, niin se on ihan yleinen ongelma.”*

Suurin haastatteluissa ilmennyt kommunikoinnin haaste oli afasia, jonka jälkioireet vaikutti- vat yhä arkeen. Eniten mainintoja kommunikoinnin vaikeuksista oli puheen hitaudesta, sano- jen hakemisesta ja sanoittamisen vaikeuksista. Kirjoitetun kielen ymmärtämisen vaikeutena ilmenivät lukemisen vaikeutena sekä kokonaan loppumisena.

*”...hänellähän oli se afasiakin yhdessä vaiheessa ja hän sai hyvän puheterapian siihen mutta tota, hänhän ei, ei onnistu, on hirveen hidasta enne kun hän löytää ne ja hän sanoo osan puheesta väärin, sitä ei kukaan ulkopuolinen huomaa mutta mä tiedän sen oikein hyvin ettei hän pysty kaikkee kaikkee puhumaan. Et esim. jos hänelle tulee joku puhelu niin hän aina antaa puhelimen mulle ettei hän niinku pysy siinä mukana ja sit ne sanat ei tuu mieleen kun siinä pitäis jotain kertoa, että olkoon mitä tahansa, ei hän esimerkiksi meidän omienkaan lastenkaan kanssa ihan kun muutaman sanan puhuu puhelimesta eikä hän koskaan soita kenellekään et tota...”*

Kommunikoinnin hitaus ja puheen sujumattomuus aiheuttavat sosiaalisten tilanteiden välttelmistä sekä syrjään jäämistä usean ihmisen keskusteluissa. Eräs haastateltava kertoi painottavansa perheelleen kysymysten kohdistamista ja vastauksen odottamista, kun he halusivat keskustella sairastuneen kanssa.

*”...aika huonoksi on niinkun mennyt se niinku et hän paljookaa puhu tai hänen on tosi vaikee puhua ryhmässä koska hänelle ei koskaa jää niinku säkin sanoit hänelle ei oo vuoroa, kun toiset on jo seuraavassa asiassa kun hän vasta miettii sitä asiaa, et mä oon kyllä jos pienemmässä porukassa jos tuttuja tulee niin ne tietää kyllä, ja mä oon kyllä aina sanonut siitä, että jos haluatte että X puhuu niin teidän pitäis hänelle kohdistaa se kysymys ja jäädä odottamaan ja antaa hänen sitten puhua muuten hän ei niinkun puhu, et jos ihan yleisesti näin puhutaan niin ei hän puhu yleensä mitään sitten.”*

#### 11.4 Liikkuminen arjessa (Pääluokka 4)

Kaikissa haastatteluissa ilmeni aivoverenkiertohäiriön vaikuttaneen merkittävästi kuntoutujan liikkumiseen. Haastatteluissa korostuivat aihealueet koskien kävelemistä, liikkumista kulku-neuvoilla, asennon vaihtamista ja ylläpitämistä sekä esineiden kantamista, liikuttamista ja käsittelemistä. Kuntoutujien liikkumiskyvyssä oli eroja. Yleisesti aivoverenkiertohäiriö oli vaikuttanut fyysiseen toimintakykyyn heikentävästi.

Viisi haastateltavaa toi esille liikkumisessa tapahtuneen muutoksia parempaan kuntoutuksen edetessä. Kaksi haastateltavaa seitsemästä kuvasi liikkumisen muuttuneen huonompaan suuntaan. Yhden haastateltavan mukaan siirtymiset onnistuivat kotona yhä itsenäisesti, osittain

tukikahvoihin tukeutuen. Yksi haastateltava toi esille kuinka kuntoutuja aiemmin liikkui kepin kanssa, mutta selkikipujen pahentuessa palasi rollaattorin käyttöön.

*”..tällä hetkellä hän on pyörätuolissa, ei kävele, mutta pystyy nousemaan pyörätuolista ja mennä vuoteeseen ja vaihtaa tuoliin tai no tuoliin hän harvemmin vaihtaa istumaan tai minnekään muualle, mut pääsee kuitenkin siirtymään vuoteeseen. Ja ainoastaan tekee tota kävelyharjoituksia avustajan kanssa. Mut ihan tota täysin pyörätuolissa.”*

*”..makuuhuoneen pariovis on kahva siinä, että hän pystyy sit sen avulla nousee siihen pyörätuoliin.”*

*”..jonkin aikaa se oli niinkun monta vuotta ilman sitä rollaattoria sisällä se liikku niinku kepin kanssa mutta sitten tota sitten tota sil tuli hirveä selkäsärky ja on palannut sitten sen rollaattorin kanssa kulkemiseen.”*

Yksi haastateltavista kertoi kuntoutujan pystyvän liikkumaan nykyään itsenäisesti ilman apuvälineitä, kun sairaalasta kotiutuessaan oli käyttänyt pyörätuolia ja tarvinnut tukea siirtymisessä sekä kävelyssä.

*”Ainii mut oliha sit, ei enää muistakaan et oliha meillä sillo se pyörätuoli kotonaki aina välillä siinä alussa. Nii, et oliha se sitte, oliha se tosiaan että kainaloista ja mistä sitä nyt autettiin. Mut sillai, mut se nyt oli sitä aikaa. Mut et hän nyt kuitenkin on tota nyt niinku omin avuin kävelee .”*

Muutokset liikkumisessa vaihtelivat haastatteluiden välillä. Neljä haastateltavaa kertoi kuntoutujan pystyvän yhä kävelemään varmistettuna tai jopa aivan itsenäisesti ilman apuvälineitä, kuntoutujista kolme tarvitsi yhä välttämätöntä apuvälineen tukea sekä taukoja kävelyn aikana. Kaikilla liikkuminen oli merkittävästi vähentynyt eikä ollut enää niin monipuolista kuin ennen.

*”Mut et tarvii olla niitä taukoja välillä, pääsee istumaan. Et kyl se niinku sillä tavalla rasittuu, mutta kun hitaasti kävelee ni kyl hän ihan kävelee. Et enne hän ois vaikka juossu yhtee, tai iha mitä tahansa siitä, et kyl se ero on niin huomattava että.”*

Haastatteluissa nousi esille, miten kävelyn uudelleen opettelu on vaatinut lähipiirin tukea sekä suurta motivaatiota myös kuntoutujalta.

*”X:llä on semmonen yks tosi hyvä ystävä niin tota hän otti semmoseksi asiaksi häntä kuntouttaa niin he kävi päivittäin tämmösillä rollaattorilenkeillä, mäktivetoja tekemässä..”*

Viidessä haastattelussa korostui halvaantuneen alaraajan vaikutukset kävelykykyyn. Lisäksi ortoosi vaikeutti yhden kuntoutujan kävelyä.

*” Et oli niinku se oli tosi paljon heikompi se vasen puoli et pysty kyl kävelee, mutta niinku jalka laahas perässä.”*

*“ Hänellä ku on semmonen ortoosi siinä vasemmas jalas. Ni ei-hän hän oikeen pystynyt kävelemäänkään kun se puristi niin paljon. Se turpos se jalka niin.”*

*”..kädestä ja jalasta nii se jalka on ehdottomasti se mikä häntä nyt hidastaa elämässä. Ja se on hirveen paljon se jalkaterä on niinkun siinä on sitä spastisuutta ni se on paljon paksumpi kun toi toinen jalka, ja se tuottaa senkin takia vaikeuksia tossa kävelyssä ja kenkien valinnassa ja pukemisessa tota..”*

Kaikki haastateltavat kertoivat kuntoutujan harjoitelleen portaissa kävelyä. Alussa portaissa kävely oli haastavaa kaikille, mutta edelleen viisi kuntoutujaa kertoo pystyvänsä kulkemaan portaissa avustajan/kaiteen turvin. Kahdelle kuntoutujalle portaissa kävely osoittautui niin haastavaksi, että he suosivat nykyään aina vaihtoehtoisia keinoja portaiden välttämiseksi. Yksi haastateltavista kertoi porraskävelyn onnistuneen jopa paremmin kuin tasaisella maalla kävelyn.

*”..portaat on tietysti aina hankalammat sillä tavalla.. Koska harvoin on nii et on molemminpuolin kaiteita ni se rajottaa sil-  
lon sitä..”*

*”..sit jos ollaan niinkun vaikka täällä ja mennään johonkin kaup-  
pakeskukseen niin sitten mennään hissillä aina.. Et tota etitään  
jostain se inva hissi että pääsee sillä rollaattorilla sittenkin me-  
nemään.”*

*”Sehän oli oikeestaan hirvee jännä kun X oppi ensin kävelemään portaita ylös ennen kun kävelemään tasasella..”*

Lyhyiden matkojen kävely kuten käveleminen huoneissa, sisätiloissa sekä lyhyet matkan ulkona onnistuivat ilman apuvälineitä itsenäisesti kolmelta kuntoutujalta. Yksi käveli lyhyet matkat ilman apuvälinettä varmistettuna. Kolme kuntoutujaa oli kävellyt pitkiä matkoja (noin yksi kilometri) ilman apuvälinettä, lopuille neljälle liikkumisen apuväline oli välttämätön pidemmillä matkoilla. Kolme kuntoutujaa vaati apuvälineen turvan lyhyitäkin matkoja liikkessaan.

*”..hän pysty liikkumaan, kotiloissa oikeinkin hyvin. Öö ja ulos mennessä niin vähän autettuna.. ”*

*”..jotain 100 m että jotain tän tyyppistä.. Joo. tai siis varmasti pystyis mut.. Sen jälkeen kipeytyy ja tulee semmosta.. Ettei oo tarkoituksenmukasta.. Jos tulee pidempi matka niin sitten otetaan pyörätuoli mukaan.”*

*”Niin kun heti sen sairastumisen jälkeen se oli tosi tosi tosi huonoa, että sittenhän se käveleminen opeteltiin ihan alusta asti ja sit tota kun hän pääsi kotiin hän liikkui siinä niinkun sisälläkin käytti rollaattoria ja semmosilla pienillä lenkeillä alotti niinkun ihan siinä niinkun asunnon edessä semmosta 20 m ja 50 m..”*

*”Ilman keppiä ei hän kävele yhtään ja sit tota rollaattori on aina tääl sisäkäytössäkin. Koko ajan mukana.”*

Erilaisilla alustoilla käveleminen vaikutti olevan vaikeata kaikille kuntoutujille. Erityisesti epätasaisella alustalla luonnossa kävely sekä talvella liukkaus vaikeuttivat liikkumista.

*”Mut liikkuminen on talviaikaan aivan hirveetä. Et siit ei tule niinku mitään.”*

Yhtä kuntoutujaa haastateltava kehottaa itsenäisesti liikkumaan epätasaisessa maastossa, kun taas toinen haastateltava kertoi, ettei kuntoutuja voi missään tapauksessa liikkua epätasaisessa maastossa.

*”Mä sanoin että päivällä ni sä käyt kävelemässä. Että sitä pitää vaan käydä niinku ylämäkiä alamäkiä ja erilaista maastoo ja muuta että..”*

*”Pitää olla tasasta eikä matka voi olla pitkä, et pitää niin kun sitten olla kunnon väylät. Mut eihän ne matkat sitten, kun eihän sitä jaksaa sillai pitkiä matkoja mennä , että kiertää jotain 500 metrin ympyrää niin ei siinä paljon tunturiin pääse.”*

Kaikki haastateltavat kertoivat kuntoutujien liikkuvan myös muissa rakennuksissa kuin kotona. Haastatteluissa esimerkiksi kerrottiin kaupassa käynnistä, uimahallista ja eri kerhotoimintaan osallistumisen tärkeydestä. Haastateltavat kokivat kotoa lähtemisen erityisen tärkeäksi kuntoutumisen kannalta ja kaikki kuntoutuajat kävivät joko itsenäisesti kävellen, apuvälineen turvin tai julkisilla kulkuneuvoilla kodin ulkopuolella.

*”Yritetään päästä liikkumaan sillai et käydään jossain vaikka jääkaappi ois täynnä ruokaa ni silti mennään kauppaan katsomaan jos sinne joku kurkusiivu mahtuis vielä johonkin väliin vielä. Sillai et ollaan vähän niinku liikkeellä. Et ei ihan jämähdä paikalleen vaikka ei ois tarvettakaan mihinkään mennä.. On se on tosi tärkeetä.”*

*”..joskus mä oon pyytänyt jos hän kävis kun hän pääsee sillä sähköpyörätuolilla siihen meidän pieneen K-kauppaan.”*

*”..tuota mennään kauppaan niin hän kärryyn tukien pystyy sit kulkemaan sielläkin.”*

Erityisesti erään haastateltavan mielestä ilman ryhmätoimintaan osallistumista ei kuntoutuja olisi harjoittanut lihaskuntoaan ollenkaan.

*”Ryhmäkuntoutus on ollut älyttömän tärkeä sille että tokikin siinäkin piti aina välillä pakottaa.. se koee että siellä on hirveen hauskaa, ja sitten tosiaan ei hän olisi ittekseen koskaan mitään kuntosalille mennyt tai jotakin lihaskuntoo harjoittanut..”*

Kuusi haastateltavaa kertoivat kuntoutujien käyttäneen liikkumista helpottamaan eri apuvälineitä jossain vaiheessa kuntoutumista. Vain yksi haastatelluista kertoi ettei kuntoutuja ollut suostunut käyttämään mitään apuvälineitä.

*”Se (rollaattori) on niin kiva kun siihen voi istua ja siihen saa kassinsa, tota sit niinkun jos tulee väsy niin voi istahtaa siihen ja sitten talvella se tykkäs tosi paljon potkurista et sen kanssa oli tosi kiva kävellä.”*

Motivaatio kävelyn opetteluun ja apuvälineestä eroon pääsyyn olivat myös keskeisessä asemassa haastatteluissa. Yksi haastateltavista kertoi kuinka kuntoutuja itse koki ettei tarvitse apuvälineitä ja halusi oppia kävelemään.

*”Et ei halunnu mitään siis rollaattorii eikä mitään keppii eikä mitään mikä ois tukenu niinku tavallaan sitä vasemman puolen. Vaan hän oli päättänyt et hän kävelee täst ittekseen ni sit niinku siis. Tavallaan läheiset oli niitä apuvälineitä silloin. Mutta tota mut et nyt ei niinku tarvii oikeestaa mitään apuvälineitä. Et on kuntoutunu niin hyvin et ei niinku tarvii sellasia apuvälineitä siihen arkeen. ”*

Haastateltavien mielestä ongelmia apuvälineillä liikkumisessa olivat kynnykset ja portaat ulko/sisätiloissa. Esimerkiksi rollaattorilla liikkuminen vaatii esteettömiä tiloja, joita ei ole useinkaan saatavilla. Neljän kuntoutujien asunnoissa olikin jouduttu tekemään muutostöitä muun muassa rampeja sekä tukikahvoja oli asennettu.

*”..luiskan siihen ulko-ovelle että tota se pääsee helpommin sitten, kun siinä oli aikamoinen kynnys siinä niinkun tota ja se oli aika vaikeeta rollaattorin kanssa varsinkin, sitten piti nostaa sitä. Nyt se pääsee ihan suoraan sitten sitä ramppia pitkin ylös.  
”*

Haastattelussa tuli ilmi myös rakkaiden aiempien harrastusten pois jääminen sairauden aiheuttaman toimintakyvyn muutoksen takia. Esimerkiksi luistimilla liikkuminen oli tärkeää eräälle kuntoutujalle. Hän oli fyysiseltä toimintakyvyltään niin hyvässä kunnossa, että päätti kokeilla luistelua kotiuduttuaan sairaalasta. Hän oli koko ikänsä luistellut ja odotti pääsevänsä jäälle. Kokeilu päättyi siihen, että hän itkien tuli takaisin luistelemasta huomattessaan kuinka tasapaino oli sairauden myötä heikentynyt. Hän ei pysynyt pystyssä edes laidasta kiinni pitäen.

*”Niin tota kyl seki on nyt todettu, et tasapaino ei oo niin hyvä että pystyy enää luistelemaan. Pakko jättää sekin homma.”*



Liikkuminen kulkuneuvoilla-kategoriasta nousivat haastatteluissa puheenaiheiksi etenkin kulkuneuvojen käyttäminen ja ajaminen. Kaksi haastateltavista kertoi kuntoutujan ajavan yhä autoa. Ajamiskyvyn heikentymiseen myötävaikuttivat mahdollisesti haastatteluun valikoituneiden kuntoutujien vanhempi ikä sekä laajempi oirekuva ja liittämissairaudet. Jos otantaan olisi valikoitunut nuorempia henkilöitä olisi ajamista käsitelty mahdollisesti enemmän.

Toisen autolla ajavan henkilön ajossa ilmeni haastateltavan mukaan edelleen ongelmia, vaikka kuntoutujalle onkin myönnetty ajolupa:

*”..nyt autolla ajossa, vaikka se on todettu että sen pitäis olla nyt ihan ok, mutta en mä tiedä, oon mä miettiny että onko autonki vika, että hän ei hahmota niinku ihan kaikkii kulmii. Ja sitte se, että no esimerkiks parkkiruutuun ajaminen ni aikasemmin auto oli aina suorassa, nyt se tahtoo jäädä hiukkasen vinoo. Ja sit hänen pitää ottaa uudestaan ja näin niin.. Kyl siinä jotain on, onko se näössä vai onko se jossain muussa.”*

Osiosta liikkuminen julkisilla kulkuneuvoilla käsiteltiin haastattelussa liikkumista lentokoneella, bussilla, taksilla ja junalla. Haastatellut olivatkin tehneet useita matkoja Suomessa, mutta myös ulkomailla yhdessä kuntoutujan kanssa. Lentokoneella matkustamisen toi esille neljä haastateltavaa. Yhden haastatellun mukaan matkustaminen lentokoneella kuntoutujan kanssa vaatii isoja järjestelyjä ja stressinsietokykyä.

*”Vaik me paljon liikutaan yhdessä ja matkusteta Ja kaikki niin kuitenkin ne täytyy tarkasti suunnitella ja. Ja tehdä mahdollisimman helpoksi...Et kyllähän me aika pian jo käytiin ensimmäisellä ulkomaanmatkalla...Tehtiin Kanarian saarille reissu kun oli ryhmä, jossa oli muita samanlaisia liikuntarajotteisia..”*

*”Matkustetaan ihan ulkomaillaki paljon ja kotimaassa jossakin muualla, se jo että pääsee pois kotoa on tärkeätä..”*

Eräs haastateltavista korosti puolestaan lentokoneella matkustamisen helppoutta ja miellekkyyttä.

*”Nii mä tarkotan myös et kui helppoo on se matkustaminen.. Siis siel tulee ihmisiä vastaa jotka hoitaa kaikki asiat sun puolesta. Ei tartte muuta ku viet ittes lentokentälle ni sen jälkee kaikki*

*on ihan helppoo..siel tuuaa pyörätuolit ja kaikki sujuu kuttansi.”*

Kulkuneuvoilla liikkuminen vaihteli suuresti haastateltavien kuntoutujien välillä. Kaikki haastateltavat kertoivat kuntoutujan liikkuneen jollain kulkuneuvolla. Yksi haastateltava kertoi kuinka kuntoutuja ei pysty matkustamaan bussissa itsenäisesti, mutta taksilla hän pääsi kulkemaan itsenäisesti ilman läheisensä apua. Lisäksi kaksi muuta haastateltavaa mainitsivat kuntoutujan käyttävän myös taksia kulkuneuvona. Autoon siirtymisen vaikeuksista kertoivat kaksi haastatelluista. He joutuivat välillä varmistamaan kuntoutujan siirtymistä autoon.

*”Ja sitte kävelee bussille, menee bussilla töihin, on työpäivän siellä, tulee tota neljän jälkeen takasin kotia”*

*”Se on sit taksin kuljettaja joka avustaa, koska ovet voi olla hankalia.. Ja sillan et on luotettava taksi, joka huolehtii sisälle.”*

Yksi haastateltavista kertoi junalla matkustamisesta. Hän koki sen haasteelliseksi kuntoutujan liikkumisen kannalta. Hän toteaaakin junalla matkustamisesta seuraavanlaisesti:

*”..näistä portaista kun se välillä niinkun juuttuu se jalka ja kun pendoliiniin mentiin niin inva-vaunuun, pendoliinin inva-vaunuun on kaksi askelmaa kauheen fiksua, niin jäi jumiin se jalka just siinä kohtaa, sitten se jäi siihen, että minä en pääse, kyllä hän se jalka sitten jumittu siihen ja sitten kyllä me saatiin se sitten puskettua sinne junaan mutta tota se inva vaunu on vähän hankala.”*

Asennon vaihtaminen ja ylläpitämisen kategoriasta painottuivat haastatteluissa asennon vaihtaminen, asennon ylläpitäminen, seisoma-asennon ylläpitäminen ja itsensä siirtäminen osiot. Yhdessä seitsemästä haastattelusta ilmeni kuntoutujalla olevan edelleen vaikeuksia asennon vaihtamisessa kuten seisomaan nousussa ja itsensä siirtämisessä. Vuoteeseen ja vuoteelta ylös hän pääsee ajoittain itsenäisesti tuen avulla, mutta itsensä siirtämisessä esimerkiksi ajoneuvon esiintyi vaikeuksia.

*”..makuuhuoneen pariovis on kahva siinä, että hän pystyy sit sen avulla nousee siihen pyörätuoliin.”*

*”..autoonkin meneminen ni just sanoo et autoki on turhan matala tällä hetkellä et ku on pitkä ihminen vielä niin tota kyl hän joutuu niinku tukemaan itteesä että ei luota sillä tavalla, mutta.. Jonkun verran. ”*

*”Kyl hän joskus nousee ittekseenki, mä en edes tiedä miten. Kyl hän niinku ehkä päivällä ku on virkee, ni voi joskus nousta sängyst iha ittekseenki. Mutta tota sillon ku mä autan nii ei hän siitä ota silloin tukea ku meil on kehittyny iha oma tapa miten mä käännän hänet sitten.”*

Yllä olevassa viittauksessa tuleekin ilmi kuinka läheiset ovat keksineet kuntoutujan kanssa omia keinoja siirtymistilanteisiin helpottamaan arkea:

*”..ku meil on kehittyny iha oma tapa miten mä käännän hänet sitten.”*

Kuuden muun kuntoutujan siirtymiset tapahtuivat itsenäisesti, ei ilmennyt ongelmia itsensä siirtämisessä makuulta istumaan. Sen sijaan asennon vaihtaminen ja sen ylläpitäminen esimerkiksi seisoma-asennossa tai istuma-asennossa olivat ongelmallisia usealle kuntoutujalle. Kyseiset seisoma- ja istuma-asennon hallinnan puutteet aiheuttavat kaatumisia ja tippumisia. Kolme haastateltavista kertoikin heidän kuntoutujillaan esiintyneen kaatumisia johtuen esimerkiksi epilepsiakohtausten aiheuttamista kouristuskohtauksista.

*”Et on ollu istuen tai sängyltä puto- tää viiminen oli että sängyltä tuli, putos.”*

*”Mut että niinku et ku on ollu semmosia tilanteita että on tullu kompastumisia ja noin ni tota.”*

Lisäksi asennon ylläpitäminen ja vaihtaminen etenkin seisten on vaikeaa monille kuntoutujista tasapainon heikentymisen vuoksi. Kuntoutujan tasapainon heikentyminen mainitaankin kaikissa haastatteluissa.

*”Tietysti välillä tuntuu, että pysyykö nyt tasapaino, kun yrittää sitä vähän jännittää mutta.. Et että, et ei tuu vaan semmosia kompuointeja ja kaatumisia ja muita että.. Et semmosee et pääsee niinku hyvi et se keho lähtee niinku rullaamaan ja. Mut kaikkeen menee aikaa. ”*

Yhdessä haastattelussa ilmeni myös miten kehon toisenpuolen huomioimattomuus vaikuttaa edelleen asennon ylläpitämiseen ja hallintaan ja tätä kautta kaatumisriskiin.

*”Hän on kerran kaatunut täällä sillai et hän ei päässyt pystyyn ja puhelin ei tietenkään ollut kourassa et tota. Se kaatuminen on kaikkein pahin kun tuo lonkka on viel ollut synnynnäisesti sillai vajaatoiminen. Sitä pelkää kaikkein eniten.”*

*”No on sillai et ei hän sitä vasenta puolta et jos hän katsoo muualle niin ei hän hallitse sitä yhtään. Se menee ihan mihin satuu.”*

Esineiden kantamiseen, liikuttamiseen ja käsittelemiseen liittyviä haasteita ilmeni kaikilla kuntoutujilla. Haasteita oli erityisesti käden hienomotorisessa käytössä, esineiden nostamisessa ja kantamisessa sekä käden ja käsivarren käyttämisessä. Viisi seitsemästä haastatellusta kertoi kuntoutujan käden hallinnassa ilmenneen suuria ongelmia. Käsi ei ole yleisesti toiminut kunnolla ja motoriikka on ollut heikkoa. Vain yksi haastatelluista mainitsee kuinka kuntoutuja pystyy tekemään kädellä kaikkea, ainoastaan hienomotoriikassa on enää ongelmia. Käden hienomotoriikassa eräs kuntoutujista tarvitsi apua esimerkiksi pilkkomisessa:

*“..kaiken mikä täytyy pilkkoa. Niin mä teen sen..tämmöset mitkä on erittäin hankalia yhdellä kädellä tehtäviä asioita nii mä teen ne hänen puolestaan.”*

Haastattelujen pohjalta käden ja käsivarren käyttämisessä sekä esineiden nostamisessa ilmeni ongelmia esimerkiksi kurkottamisessa, vetämisessä ja raskaiden astioiden käsittelyssä. Osittain käden motoriikan, osittain huomion puutteen takia esineet putoilivat ja eri toimissa tarvittiin avustamista.

*“Peittookaan mun mies ei pysty itse laittaa päälleen”*

*“..uunista niinkun semmosta raskaitten esineiden niinkun joku makaronilaatikko tai sellane, nii niitä se ei mielellään sieltä nosta kun ne on vähän vaikeeta kun pitää kumartua ja sitten tota ne on raskaita, niin siinä se käsi, siinä tulee et tarvis sen tuen jostakin ja pitäs jotenkin pitää itsensä pystyssä ja sitten se oikee käsi ei sillai oikein toimi..”*

*“Et sä et voi lähtee kurottamaa, et jos sä lähdet kurottamaan voi astiaan ni sun täytyy miettiä et hei, se lasi on tos mun pitää nostaa sitä. Täytyy niinku aivot tehdä se työ ja sanottaa et nyt mun täytyy tehdä se näin. Et ku hän välil tuskastu siihen että ku kaatuu ja putoo..”*

Kaupassa asioimisessa oli ilmennyt kuntoutujilla muun muassa seuraavanlaisia käden motorisia haasteita.

*“..joutu niinku oikeesti auttaa kauppakassin kantamisessa ja semmosen.”*

*“Ei hän esimerkiksi jos hän kerää tavaroita, ni tota hän pystyy ne just ja just nostamaan siihen liukuhihnalle. “*

Lisäksi käden ja käsivarren käytössä ilmeni huomioimiseen liittyviä ongelmia.

*“Kyllä siinä sattuu niitä sitte vähän tota voi kaatuu ja mennä näin, et se vasen käsi sit tekee sitä elää sitä omaa elämäänsä. Et välillä aina osuu jonneki.”*

Yksi seitsemästä haastateltavista kertoi kuinka käden kuntoutus oli jäänyt vähemmälle, he olivat keskittyneet enemmän kävelyyn ja alaraajan kuntoutukseen. Yksi kuntoutujista oli puolestaan kokenut tilanteen toisin ja hänen läheisensä kertoi kuntoutujan käden olevan paljon toiminnallisempi kuin alaraaja.

*“..se käsi on paljon toiminnallisempi, ja sitten meidän äiti on sitäkin kauheesti kun se tykkää leipoo pullaa ja sit se rupes kutomaan mutta sitten niinku se sano ettei se niin kauheen hyvin onnistu ku aikasemmin...”*

Kaikissa haastattelussa myös ilmeni hyviä kotona tehtäviä keinoja käden hienomotoriikan ja käden käytön parantamiseksi. Tietokoneen käyttö sekä astianpesukoneen tyhjennys olivat esimerkiksi hyviä harjoitteita. Lisäksi leipominen koettiin hyvänä harjoitteena.

*“Toisaalt se oli hirveen kunt... siis siinä mieles myös kuntouttavaa et ku sä joudut tietokoneel naputtelee ni kaikki niinku semmost sorminäppäryyttä ja semmost joutunu sit niinku myös tekee sillä vasemmal puolel joka oli heikko.”*

*“..hän tykkää et se astianpesukoneen tyhjentäminenki et mä periaatteessa en koske siihen. Se on iha hyvää jumppaakin se semmone vähä. Ja tasapaino harjotusta ja sellasta et tota. “*

#### 11.5 Itsestä huolehtiminen arjessa (Pääluokka 5)

Haastatteluissa ilmenneet kuvaukset itsestä huolehtimiseen liittyen käsittelivät melko tasa-puolisesti pukeutumiseen, peseytymiseen sekä omasta terveydestä huolehtimiseen liittyviä asioita. Eniten haastatteluissa tuli ilmi suihkussa käymiseen, pukeutumiseen sekä lääkkeiden ottamiseen liittyviä asioita. Seitsemästä haastateltavasta neljä kertoi läheisensä pukevan itsenäisesti tai hyvin pienillä avuilla, samoin suihkussa käyminen ja lääkkeitä huolehtiminen onnistuu. Yksi haastateltavista mainitsi pukeutumisen olevan läheiselleen vaikeata ainoastaan talvivaatteiden kanssa.

*“..talvella hän ei pysty pukemaan ulkovaatteita päälle..”*

*“..Ja hän niinku on sängyllä istuen pystyy tai sängyllä istuen niinku pukeutuu..”*

*“..sitte ku mennään tonne suihkuun ja muuta ni siellä sit tarvitaan. Pyyhkeen kanssa ja muuta apua..”*

*“..Mä annostelen ne dosettiin joo ja siin on sitte. Kun tabletteja täytyy puolittaa ja kaikkee ni se ei hänelt onnistu ollenkaan..”*

WC:ssä käymiseen sekä kehon osien hoitamiseen liittyviä viittauksia tuli vain muutamia. Yksi haastateltavista kertoi läheisensä käyttävän virtsapulloa öisin, kun taas päivisin pärjää wc:ssä itsenäisesti. Toinen kertoi parranajon sujuvan, mutta vaativan entiseen verrattuna enemmän aikaa. Yksi haastateltavista toi esille jalkojen hoitoon liittyviä asioita.

*“..Miehellä on käytössä virtsapullo..”*

*“..mä voitelen tolla rasvalla, tolla rasvalla ne jalat sitte siinä ja sen jälkeen laitan sukat hänelle jalkaan..”*

*“..kylhän pystyy kaikki tekemään itte, että se on aina hitaampaa ja työläämpää ja joku parran ajoki ja muuta.. Ni kyl se hinkkaa sitä, mutta mä sanon että no siihen vaan, kaikkeen vaan täytyy nyt saada sitä aikaa mihin aikasemmin ei niinku ollu sitä, että kaikki vaan suju tosta noin vaan..”*

Ruokailuun ja juomiseen liittyviä viittauksia tuli muutamia. Kaksi haastateltavista kertoi itsenäisen ruokailun olevan läheisilleen ongelmallista, koska esimerkiksi mikrossa astiat lämpeävät liian kuumiksi. Valmiiden leipien tai hedelmän syöminen kuitenkin onnistuu. Muut haastateltavat kertoivat lähinnä ruoan valmistukseen liittyvistä asioista. Yksi haastateltava mainitsi toisen puolen huomioimatta jättämisen vaikeuttavan ruokailua.

*“..hän ei pysty oikeestaan, no ihan jotain pientä pystyy jääkaapista itse ottamaan. Semmosta, joka on sopivalla korkeudella, mutta tota ei puoliso esimerkiks pysty lämmittämään mikrossa eikä missään semmoses ku ne astiat on niin, kaikki on liian kuumaa..”*

*“..kyllä hän jotain pientä voi ottaa, hedelmää ottaa kun se on siin ja ei sillä juotavaa hän kyllä ottaa jääkaapista ihan..”*

*“..se oli aika jännä kun hän söi vaan toisen puolen lautasesta, ja sit mä menin ja käänsin sen lautasen toisin päin ni sit hän huomasi sen..”*

## 11.6 Kotielämä (Pääluokka 6)

Kaikki haastateltavat kertoivat aivoverenkiertohäiriön vaikuttaneen kotielämään; kotona päivittäin toteutettuihin toimiin ja tehtäviin. Haastatteluista käy ilmi sairastumisen vaikuttaneen ainakin jaksamiseen, nopeuteen sekä toimintojen määriin.

*”Jos ei tiedä ni aattelee vaan et se on hidas...Ennen ku on ollu suurinpiirtein 100 lasissa aina, ni nyt on ehkä 50.”*

*” Se on muuttunu, mitä se oli ennen sairastumista ni muutos on aivan radikaali. Se on hidastunut ihan hirveesti ja niinkun toiminta on paljon vähempää, mutta kun se pysty niin aivan hirvittävän paljon sillon ennen sairastumista.”*

Seitsemästä haastateltavasta kaksi kertoi, että kuntoutuja ei käy enää ruokaostoksilla, vaan ostokset tekee heidän puolestaan joko puoliso tai ystävä. Ostoksilla käymiseen vaikutti fyysinen kunto. Puhelimitse tai sähköisesti he pystyivät hankkimaan palveluita; esimerkiksi kutsuun huoltomiehen tai hankkimaan internetyhteyden. Loput haastateltavat kertoivat ostoksilla käymisen onnistuvan joko itsenäisesti tai puolison avustuksella.

*”Joskus mä oon pyytännyt, jos hän kävis, kun hän pääsee sillä sähköpyörätuolilla siihen meidän pieneen K-kauppaan. Niin tota kun siellä on niin hyvä palvelu, että kun hän menee kassalle, niin ne hakee hänelle, mitä hän haluaa. Yhden asian, minkä mä annan, hän sit pystyy sieltä tuomaan ja hoitamaan.”*

*” Yhdessä käydään kaupassa. Ei hän esimerkiksi jos hän kerää tavaroita, ni tota hän pystyy ne just ja just nostamaan siihen liukuhihnalle. Ei hän pysty kortilla maksamaan kun ei hän näe niitä tunnuslukunumeroita, mitä painaa. Mun täytyy aina olla mukana, et mä painan niitä ja seuraan muutenkin kaupassa.”*

Aterioiden valmistaminen jäi kolmessa tapauksessa seitsemästä täysin haastateltavan vastuulle. Näistä yhdessä haastateltava kertoi kuntoutujan tekevän kuitenkin joskus avustajan kanssa ruokaa tai leipovan ja toinen kertoi kuntoutujan opastavan haastateltavaa ruoanlaitossa. Ruoanvalmistuksessa esiin nousevia haasteita on kahta kättä vaativat toiminnot sekä raskaiden ja kuumien astioiden käsittely. Kaksi haastateltavaa kertoi kuntoutujan pystyvän valmistamaan yksinkertaisen aterian kuten keittämään kahvia tai tekemään itselleen aamupuuron mikrossa. Kaksi haastateltavaa kertoi kuntoutujan kykenevän valmistamaan monimutkaisia aterioita. Heidän kohdallaan ruoanlaitolla on ollut aiemminkin iso merkitys arjessa. Kaksi haastateltavaa mainitsi erikseen leipomisen toimivan hyvänä käden kuntoutuksena.

*”..ruoanlaitto, että siitä se pitää kynsin ja hampain kiinni kyllä ihan viimisee asti.”*

*”..lataa kahvinkeitin ja sillai... kyl hän siis mikrossa lämmitää, mut ei hän mitenkään ruokaa laita...Hän laittaa sit mikrossa omansa (puuron). Et kyl hän sillai pystyy siinä kyllä. Välillä tulee sitä sotkua ja läikkyy ja noin mut ei se mitään.”*

*”..ihan jotain pientä pystyy jääkaapista itse ottamaan...Semmosta, joka on sopivalla korkeudella, mutta tota ei puoliso esimerkiksi pysty lämmittämään mikrossa eikä missään semmoses ku ne astiat on niin, kaikki on liian kuumaa.”*

*”..mä teen kaiken valmiiks. Valmistan, pilkon ja tarjoilen hänelle.”*



Kolme haastateltavaa seitsemästä kertoi kuntoutujan osallistuvan kotitaloustöihin. Näistä kahdessa tapauksessa kuntoutuja asui yksin ja kotitöistä itsenäisesti selviäminen oli heille tärkeää.

*”..semmoset niinkun kotiasiat on sille tosi tärkeitä...Tiskaa itte ja imuroikin itte vähäsen, mutta tota sillä käy tosiaan se yks kaveri siinä siivoamassa.”*

*”Mikään ei o sellanen mihin hän tarvii apuu. Niinku et on luonteeltaa semmonen...hoitanut siivoukset ja ruoanlaitot ja piha-työt. Sairastumisen jälkeen yrittää vakuuttaa muille, että pystyy toimimaan samalla tavalla, vaikkei pystykään.”*

Neljässä haastattelussa seitsemästä kävi ilmi, että puoliso oli ottanut vastuun kotitaloustöiden tekemisestä. Kuntoutuja saattoi auttaa pölyjen pyyhkimisessä, tiskikoneen tyhjentämisessä tai pyykkihuollossa esimerkiksi ripustamalla pyykkejä kuivumaan tai mankeloinnissa. Kuntoutujan motoriset haasteet, fyysinen kunto ja tasapaino tekivät esimerkiksi imuroinnista liian haastavaa.

*”..sehän (arki) muuttui sitten tietenkin täydellisesti. Puoliso on ennen hoitanut kotityöt ja. Kaikki mitä tähä liittyy. Nii musta tuli sitten kodinhoitaja.”*

*” Ei hän voi ajatellakaan et hän alkais imuroimaan, ni sinne hän kaatuis sitte. Joo ei siit tule mitään.”*

*”kyl ne on niinku mulle jääny (kotiaskareet)...Kyl hän saattaa laittaa, et jos mä vien pyykit, että laita noi t-paidat ja muuta, mutta ne on semmosia myttykasoja sitte.”*

Kaikki haastateltavat kertoivat, että sairastuminen oli muuttanut kuntoutujan roolia auttajasta autettavaksi. Kuusi haastateltavaa seitsemästä kertoi kuntoutujan pitäneen ennen sairastumista huolta toisista ihmisistä, auttaneen konkreettisesti esimerkiksi lapsiaan lasten hoidossa sekä ystäviään kotitöissä. Yksi haastateltava kertoi kotona asuvien lasten ja heidän arjen pysyvyyden olleen kuntoutujan kuntoutumisessa suurin motivoiva tekijä. Useampi haastateltava kertoi kuntoutujan muuttuneen sairastumisen jälkeen entistä huolehtivaisemmaksi.

*”No ehkä se semmonen niinku kaikista huolehtiminen on niinku ollu... yrittää niinku huolehtii kaikista ja ottaa niinku ongelmaa ehkä muittenki ongelmista.”*

*”Siis tämmönen ylihuolehtivaisuus ,et muakin varotellaan aina kaikesta, kun mä lähden, että aja varovasti ja näin ja kuittaa sit kun oot siellä.”*

### 11.7 Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (Pääluokka 7)

Kaikki haastateltavat kertoivat sairastumisen vaikuttaneen jollain tapaa kuntoutujan ihmissuhteisiin ja henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen. Vaikutukset näkyivät hyvin moninaisina ja erilaisina. Kommunikoinnin vaikeudet hankaloittivat ja vähensivät vuorovaikutusta toisten, erityisesti vieraiden henkilöiden, kanssa. Näissä tilanteissa puoliso otti enemmän vastuuta vuorovaikutuksesta ja tärkeiden ihmissuhteiden säilymisestä

*”..ei hän esimerkiksi meidän omienkaan lastenkaan kanssa ihan kun muutaman sanan puhuu puhelimesta, eikä hän koskaan soita kenellekään... Kyllä mä puhun... tietysti lapsien perheille, kun he pitää minuun tietysti yhteyttä, kun puoliso ei kerran puhu heidän kanssaan mitään, ni ne kertoo mulle sitten kaikki ja mä kerroon mun puolisolle.”*

Kommunikoinnin vaikeudet vaikuttivat kahden haastateltavan kohdalla siten, että kuntoutujat jäivät syrjään usean ihmisen keskustelussa.

*”..jos on isompi ryhmä niin sit on vaikea napata mukaan keskusteluun tai kertoa jotain, ku kaikki tapahtuu varmaan hirveen nopeesti siinä ympärillä et täytyis olla se oma rauha jutella...”*

*”Kun toiset on jo seuraavassa asiassa, kun hän vasta miettii sitä asiaa.”*

Useampi haastateltava kertoi sairastumisen vaikuttaneen kuntoutujan luonteeseen ja tapaan olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Yksi haastateltava kuvasi kuntoutujan ajattelutavan muuttuneen mustavalkoisemmaksi, kun taas toinen kuvasi kuntoutujan muuttuneen neuvotte-lukykyisemmäksi ja sosiaalisemmaksi. Eräs haastateltava kertoi, että joutui toppuuttelemaan kuntoutujan intoa olla yhteydessä lähisukulaisiin. Useampi haastateltava toi esiin kuntoutujan roolin muutoksen omatoimisesta ja aiemmin muita ihmisiä auttaneesta avuntarvitsijaksi ja tämän vaikutuksen ihmissuhteisiin. Tosin he korostivat kuntoutujan asenteen tapahtuneeseen muutokseen vaikuttavan suuresti.

*”Aikasemmin se autto kaikkia muita, mut nyt sitten hän on niinkun... mutta ihan kivasti hän on oppinut pyytämään apua.”*

*”Mun puoliso oli hyvinkin sosiaalinen, esim jos me oltiin jossakin semmosella matkalla, missä oli vieraita ihmisiä, niin hänhän hetkessä tunsi kaikki ihmiset. Hän on ihan täysin muuttunut ihmisenä toisenlaiseksi.”*

Sairastuminen oli vaikuttanut kuntoutujan ihmissuhteisiin. Viisi haastateltavaa kertoi kuntoutujan joutuneen jäämään pois töistä ja yksi oli joutunut jättämään rakkaan harrastuksen. Toisaalta menetettyjen ihmissuhteiden ja vuorovaikutuksen tilalle oli tullut jotakin uutta. Kaikki haastateltavat kertoivat kuntoutujan saaneen uusia sekä muodollisia että vapaamuotoisia sosiaalisia ihmissuhteita sairastumisen jälkeen. Muodolliset ihmissuhteet pitivät sisällään eri kuntoutustahoja ja -työntekijöitä (esimerkiksi kuntoutuslaitokset, avustajat, toiminta-, fysio- ja puheterapeutit, lääkärit). Ne haastateltavat, joiden puoliso oli saanut oman avustajan, korostivat avustajan tärkeyttä niin parisuhteen hyvinvoinnin kuin puolison omatoimijuuden kannalta.

*”Tässä taas on sit tutustunut erilaisiin, niinku hoitohenkilökuntaan ja kaikkiin eri paikkoihin ja ihmisiin.”*

Vapaamuotoisissa sosiaalisissa ihmissuhteissa näkyivät erilaiset järjestöjen tai kuntien ylläpitämät kerhot, liikuntaryhmät ja muut vertaistukea mahdollistavat yhteisöt ja siellä luodut ihmissuhteet sekä ystävät ja avioparin yhteiset tuttavat. Kaikki haastateltavat korostivat sosiaalisten suhteiden merkitystä. Kuusi haastateltavaa nosti esiin erityisesti vertaistuen merkityksen sekä kuntoutujalle että itselle puolisona.

*”..omaishoitoperheitä, on saatu yhdessä, löydetty sellasia paljon, joiden kanssa sit taas on sillai helppo olla, koska ne ymmärtää.”*

*”X on aina ollut aktiivinen, kaikenlaisissa kerhoissa ja muissa mukana. Ja nyt on noita aivoverenkiertohäiriö-kerhoja ja niissä hän käy sitten. Ja hirveen hyvä kun käy....joo sieltä kautta löytää sitten tämmösiä vertaisia. Joo ne on ihan.. Ne on tosi hyviä olla olemassa. Vertaistukee...”*

Haastatteluissa kävi ilmi, että sairastumisen jälkeen perheen, lasten ja lastenlasten sekä läheisten ystävien merkitys kasvoi entisestään. Omiin aikuisiin lapsiin pidettiin tiiviisti yhteyttä

ja lapsenlapset toivat vaihtelua elämään. Useat haastateltavat kertoivat arjen piirin pienen-  
tyneen pitkälti kotioloihin. Facebook ja muut sähköiset yhteydenpitomahdollisuudet koettiin  
hyväksi lähes kaikissa haastattelumateriaaleissa.

Haastatteluissa puoliset kertoivat sairastumisen vaikuttaneen myös heidän parisuhteeseensa.  
Puolison rooli oli muuttunut tasavertaisesta kumppanista omaishoitajaksi ja arjen vastuunkan-  
tajaksi. Yksi haastateltavista kertoi puolison sairastumisen vaikuttaneen positiivisesti heidän  
parisuhteeseen tuoden enemmän yhteistä aikaa ja tekemistä.

*”Et se on hirveen iso juttu, et mitä on tehty niinku yhdessä. Ta-  
vallaan sehän on siitä, et miten se parisuhde on, esimerkiksi pa-  
risuhde tai perhe-elämä, et mitä se on ollut se arki. Onhan siinä  
ollut se työnteko, mut sit se kaikki muu aika miten sitä on vie-  
tetty. Kun sehän niin kun tavallaan häviää.”*

*”Emmä ennen hänen perässä oo kulkenut joka askeleella. Et  
kummallakin on ollut oma elämä ja me ollaan aika vapaita oltu  
sen suhteen et kumpikin sai mennä ja olla. Ollaan luotettu toi-  
siimme sil tavalla, mutta nyt kun se ei ole mahdollista ni totta-  
kai se rooli muuttuu.”*

*”Me käydään enemmän nyt kylässä ja käydään erilaisissa kulttuu-  
ritapahtumissa, mihin häntä ei aikasemmin saanu kirveellä-  
kään.... iha niinku ois saanu sen takasin sen ihmisen jonka kans  
sillo joskus alotti.”*

#### 11.8 Keskeiset elämänaalueet (Pääluokka 8)

Haastatteluissa ilmenneet viittaukset keskeisiin elämänaalueisiin, kuten työelämään ja taloudel-  
liseen toimintaan, käsittelivät vaihtelevasti työn päättämistä, työn säilyttämistä, työskentelyä  
jossakin yhteisössä ja osallistumista erilaisiin taloudellisiin toimiin. Useassa haastattelussa kä-  
siteltiin työelämää.

Seitsemästä haastateltavasta kaksi kertoi kuntoutujan palanneen takaisin työelämään. Toinen  
kuntoutujista jatkoi kokopäiväistä työtä, kun taas toinen aloitti ensin neljän tunnin työpäivällä  
ja jaksamisen mukaan siirtyi vähitellen kahdeksan tunnin työpäivään. Haastateltavien läheisistä  
suurin osa sairastui aivoverenkiertohäiriöön yli 50-60-vuotiaana, tämä tietysti osaltaan vaikut-  
taa työelämästä poisjäämiseen.

*”Hän teki ensin neljää tuntii muutaman kuukauden, ja sitte neuvotteli lääkärin kanssa, et kyl hän nyt on jaksanu sen kaheksan tuntii - Että työnantajan kaa on iha semmonen sopimus, että sitte ilmottaa minulleki jos niinku tuntuu siltä että ei jaksa ni sitte minä puhun, puhun että nyt loppuu.”*

Haastatteluista ilmenee, että monella kuntoutujalla on erilainen sairauden muoto, eriasteiset oireet ja erilaiset liitännäisoireet, mitkä ovat vaikuttaneet työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiseen. Eriasteiset oireet vaikuttavat haastateltavien mukaan paljon taloudelliseen toimintaan. Esimerkiksi eräs kuntoutuja ei enää toimintakyvyn heikkenemisen myötä kyennyt hoitamaan raha-asioita, kuten esimerkiksi laskuja. Tämä on jäänyt läheisen hoidettavaksi. Vain pari haastateltavista kertoi kuntoutujan kykenevän hoitamaan kaikki laskut itsenäisesti, muut haastateltavat kertoivat hoitavansa taloudelliset perustoimet itse.

*”Et hänhän jäi työkyvyttömyyseläkkeelle, ne loppu heti sitten tai no siinähen meni melkein vuosi sitten ennen kun oli niinku tolkuissaanki, niin ai että eikö oo töissä vai? -niin vähän niinku sillai niinku mä aattelin että kuvitteleeks ne että se vitsailee ja se juttelee iha niinku ihan sitä entistä hommaaki- että se on niissä IT-alan töissä ollu, ihan jutteli kaikkee niinku niinku ois tehny jotain entistä hommaa.. mut jos annetaan joku paperi eteen tai jotain nii - se,--ei ei todella pysty. Et siis Hänhän hoiti silloin kaikki silloin meillä pankkiasiat, veroasiat, siis kaiken mahollisen - et siis ei kyllä ei pystyis siihen.”*

Eräällä kuntoutujalla ilmeni visuaalisia häiriöitä sairastumisen jälkeen, minkä vuoksi taloudelliset perustoimet ovat jääneet läheisen hoidettavaksi.

*”Ei hän pysty kortilla maksamaan kun ei hän näe niitä tunnuslukunumeroita, mitä painaa.”*

## 11.9 Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (Pääluokka 9)

Haastatteluissa ilmenneet kuvaukset yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään käsittivät melko tasapuolisesti virkistäytymistä ja vapaa-aikaa. Vain yksi kuntoutuja ei kokenut esimerkiksi teatterissa tai konsertissa käyntiä mielekkääksi. Osa haastateltavista mainitsi kuntoutujan osallistuvan johonkin yhteisölliseen toimintaan.

Ilmeni, että suurin osa kuntoutujista nauttii huviaelämyksistä, erilaisista tapahtumista sekä yhteisöllisestä elämästä. Kolme haastateltavista kertoi, että ovat tehneet puolisonsa kanssa yhdessä erilaisia matkoja. Eräs haastateltavista mainitsi, että reissulla sinänsä ei ole kuntoutujalle mitään väliä, kunhan vain saa hetken irtioton arjesta. Yksi haastateltavista mainitsi läheisensä kanssa toteutetusta ulkomaanmatkasta. Haastateltava ihmetteli sitä, kuinka monet aivoverenkiertohäiriö-kuntoutujat ja heidän läheisensä pelkäävät lähteä pidemmälle reissulle. Hän painottikin erityisesti sitä, että itse ulkomaanmatka ei tuota juuri minkäänlaisia haasteita. Täytyy vain jaksaa suunnitella ja järjestellä asioita matkan onnistumiseksi.

*”..se jo että pääsee pois kotoa on tärkeätä, vaikka me mennäänki täällä jonnekin kaupunkiin, toiseen kaupunkiin lähetään niin tota me pikkusen tietysti käydään yhdessä, yhdessä jossakin.”*

*”Et kyllähän me aika pian jo käytiin ensimmäisellä ulkomaanmatkalla.. Tehtiin Kanarian saarille reissu kun oli ryhmä, jossa oli muita samanlaisia liikuntarajoitteisia..”*

*”Me käydää enemmän nyt kylässä ja käydään erilaisissa kulttuuritapahtumissa, mihin häntä ei aikasemmin saanu kirveelläkään. Ja nyt kysyy et voitasko me mennä johonki teatteriin tai johonki, et mä oon et joo, joo, voidaan voidaan, ihan hyvin! Että tota löytyy sitte tasapainoo siinä.”*

Haastatteluissa ilmeni laajasti aivoverenkiertohäiriön vaikutus kuntoutujan arjessa. Haastattelut käsittelivät aivoverenkiertohäiriökuntoutujan arjen kuvausta ja arjessa ilmenevien toimintakyvynrajoitteita laajasti elämän eri osa-alueilla. Toimintakyvynrajoitteita ja arjessa selvitysmiskeinoja ilmeni kaikissa ICF-toimintakykyluokituksen Suoritukset ja osallistuminen kategorian pääluokissa.

#### 11.10 Haastattelutulosten yhteenveto

Toimintarajoitteiden laajuus oli monimuotoista. Kaikki haastateltavat kertoivat motoriikan vaikeuksista. Kommunikoinnin vaikeuksista kertoi kolme haastateltavaa. Vaikeina oireina kerrottiin myös muistiongelmista, näkökyvyn heikkenemisestä sekä psyykkisistä vaikeuksista. Useissa haastatteluissa tuli ilmi teemoja liittyen väsymiseen, toimintojen yksinkertaistamiseen ja pois jäämiseen, elämänpiirin ja sosiaalisten suhteiden kaventumiseen sekä itsenäisyyden vähenemiseen.

Haastatteluissa korostui miten aivoverenkiertohäiriön aiheuttamat toimintarajoitteet ja keskeiset arjen tilanteet, joihin tarvitaan tukea olivat hyvin yksilöllisiä.

Kuntoutujan arki onkin yksilöllistä, eikä yleispäteviä vastauksia selviytymiskeinoiksi arjen haasteellisiin tilanteisiin täten löytynyt. Haastatteluissa korostuivat myös sairauden vaikutusten laajuus toimintakyvyn eri osa-alueilla. Vain yksi haastatelluista koki vaikutusten olevan nykyään hyvin vähäisiä. Vaikutuksia näkyi hänellä vain psyykkisissä tekijöissä. Toisen kuntoutujan toimintakyky oli puolestaan heikentynyt motoriikan ja kommunikoinnin osalta ja muutokset toimintakyvyssä näkyivät edelleen merkittävästi arjessa. Vaikutuksista arkeen löytyi osittain myös yhdistäviä tekijöitä haastateltavien väliltä. Näitä olivat toimintojen hidastuminen ja yksinkertaistuminen. Eroavaisuuksia yksilöiden välillä oli kaikkiaan kuitenkin enemmän kuin yhtäläisyyksiä, näin ollen tutkimuskysymykseen millaista kuntoutujan arki on ei saatu haastattelujen pohjalta selkeää vastausta.

Useat haastateltavat kertoivat kuinka ajan kulumisen sairastumisesta oli auttanut prosessoi-  
maan tapahtunutta. Vuosien kuluessa tiedot ja taidot arjessa pärjäämisen osalta olivat kehittyneet. Lisäksi haasteista puhuttiin useimmiten vaikeuksina, jotka kuuluivat sairauden kuvaan. Ne oli hyväksytty osaksi arkea ja niiden kanssa oli opittu elämään.

#### 11.11 Kehittämisehdotukset verkkoportaaliin

Opinnäytetyössä tehdyissä haastatteluissa pyrittiin myös selvittämään, mihin toimintoihin ja arjen tilanteisiin Terveyskylä.fi:n Kuntoutumistaloon suunniteltavaa materiaalia kaivattaisiin. Osallistujilta kysyttiin millaista tietoa tai palvelua he itse olisivat kaivanneet Terveyskylä.fi -palvelulta, millaisia asioita he haluaisivat jakaa palvelussa ja mitä haittapuolia palvelulla voisi olla.

Haastateltavista useimmat eivät olleet kuulleet aiemmin HUS:n Terveyskyläpalvelusta. Palvelusta kerrottaessa se nähtiin hyvänä tiedon välityksen väylänä, ja tiedon tarve koettiin suureksi. Haastatellut kaipasivat paikkaa, josta saisi tietoa valmiissa paketissa. Nyt haastateltavat olivat saaneet tietoa osina eri lähteistä, pääosin sairaalasta, aivoverenkiertohäiriö kerhoista ja tuttavilta. Kun tieto olisi kerätty yhteen paikkaan, siihen voisi palata myöhemmin. Tietoa kaivattiin erikseen erilaisista kokemuksista, psyykkisen puolen merkityksestä kuntoutumisessa ja sairastumisen vaikutuksista psyykkeeseen, hyvinvointiin sekä kommunikointiin liittyvistä asioista. Asiantuntijoiden ylläpitämä sivusto nähtiin turvallisempana kuin tiedon hakeminen ei-luotettavista tietolähteistä. Esimerkiksi Aivoliiton oppaissa oli haastateltavien mielestä kerrottu hyvin afasiasta ja afaatikon kohtaamisesta.

Toiveina palvelulle mainittiin kuntoutumiseen liittyvien ohjeiden helppo saatavuus sekä saada ohjeita omatoimiseen harjoitteluun. Palvelun kehittämisehdotuksiksi olivat myös etäyhteys lääkäriin tai terapeuttiin, ihmiseen jonka kanssa voisi keskustella. Erityisesti kuntoutumiseen

liittyvien ohjeiden (esimerkiksi liikeharjoitteet tai pukeutumisessa auttaminen) saatavuus myös läheisille koettiin tärkeänä. Etäyhteys lääkäriin helpottaisi huonokuntoisten ja huonosti liikkuvien arkea, kun lääkärikäyntiin ei tarvitsisi varata monta tuntia. Yksi haastatelluista kaipasi palveluun oikeaa ihmistä, keskustelukumppania jonka kanssa olisi mahdollisuus selvittää omia tuntemuksiaan. Haittapuolina nähtiin mahdollisuus terveystietojen leviämisestä ulkopuolisille sekä yleispätevät ohjeet, joita ihmiset eivät osaa suhteuttaa omaan toimintakykyynsä ja jotka voivat siten olla haitallisia.

Yleisesti kaivattiin tietoa siitä mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan ja ohjeita mitä itse voisi tehdä ja mitä kuntoutumisen eteen voisi tehdä jatkossa. Osa haasteltavista koki tiedonsaannin hankalaksi. Tietoa sai heidän mukaansa nykyään vain kysymällä omalääkäriltä. Etuuksista kaivattiin lisäksi enemmän tietoa.

## 12 Tarinoiden kirjoittaminen

Tutkimuksen tuloksia hyödynnettiin tarinoita kirjoitettaessa ja tarinoita luodessa pyrittiin käyttämään mahdollisimman paljon läheisten kertomia asioita sellaisenaan. Täten tarinat ilmentäisivät kuntoutujien aitoja kokemuksia. Tapaamisessa yhteistyökumppanien kanssa päädyttiin yhden tarinan sijaan tekemään useampia lyhyitä katkelmia, eräänlaisia välähdyksiä.

Tarinoista haluttiin tehdä mahdollisimman samaistuttavia ja voimaannuttavia sekä kuntoutujien omaa arkea kuvaavia. Ennen kirjoittamisen aloittamista etsittiin teoriaa tarinoiden merkityksestä kirjoitustyön tueksi. Tietoa haettiin muun muassa kirjallisuuden käytöstä toiminta- ja fysioterapiassa sekä voimaannuttavan tarinan kirjoittamisen oppaista.

Opinnäytetyössä haluttiin teoretiedon lisäksi korostaa kuntoutujan läheisen kokemusta. Myös yhteistyökumppani toivoi tunteita herättävää ja voimaannuttavaa näkökulmaa. Tarinat pyrittiin kirjoittamaan siten, että niistä voisi ammentaa voimavaroja elämään ja hyödyntää niitä vaikeidenkin tunteiden tunnistamisessa ja käsittelemisessä

Tieto on tietämistä, mutta tarinat ovat näkemistä; kuvittelun ja eläytymisen myötä tarinat jäävät mieleen tietoa paremmin (Torkki 201, 48). Arjen kuvaus tarinan muodossa tekee sen sisällöstä mieleenpainuvamman ja välitetystä tiedosta kiinnostavampaa. Koska arki on yksilöllinen käsite, ei tarkka ja informatiivinen kuvaus ole helposti omaksuttavissa. Rakennetuista tarinoista lukija voi tunnistaa itselleen tuttuja seikkoja ja samaistua kertojan tilanteisiin.

Haastatteluista nostettiin esille kuvauksia ja yksityiskohtia, joita hyödynnettiin mahdollisuuksien mukaan sanatakkasti. Lyhyistä kertomuksista rakennettiin vuorokauden ympärille tarina



arjesta aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Tarinoiden sisältö koostui haastatteluissa kerätystä aineistosta, eli merkitykset tulivat suoraan haastatelluilta eikä kirjoittajien oletuksina.

Torkin (2014) määritelmän mukaan tarina muodostuu merkitysten lisäksi tunteesta. Se syntyy valinnoista: mikä on kertomisen arvoista. Tarinan kasvualusta on tunne; ilman tunnetta ei ole tarinaa. (Torkki 2014, 21.) Tarina on keino välittää merkityksiä ihmisten välillä (Torkki 2014, 23). Tarina paitsi koskettaa tunnettamme, myös antaa jotakin mihin uskoa (Torkki 2014, 123). tarinat mahdollistavat myös tunteiden käsittelyä, ongelmien ratkaisua sekä jo olemassa olevien voimavarojen tunnistamista ja hyödyntämistä. (Ihanus 2009, 26-27.)

Torkin (2014) mukaan tarinoiden tarkoitus on kuvata tyypillisiä elämän ongelmia sekä ratkaisuja niihin. Koska tarinat välittävät toimintamalleja, edistävät ne yksilön sekä yhteisön sopeutumista ympäristöön (Torkki 2014, 117, 46). Samaistumalla päähenkilöön voi samalla tutkia omaa suhdetta elämään. Samaistuminen tuntemattomiin käy omasta itsestä tuttujen piirteiden tunnistamisen myötä. Näkemällä samaistuttavan tarinan henkilön katselee siis samalla itseään. (Torkki 2014, 58.)

Tarinoita kirjoittaessa tavoitteena oli, että lukijat, kuntoutujien läheiset ja itse kuntoutujat voivat tarinoita lukiessaan kokea, etteivät ole yksin arjen haasteiden kanssa, vaan niistä on joku selviytynyt jo ennen heitä. Lisäksi yhteistyökumppanin toiveena oli toivon luominen ja välittäminen lukijalle tarinoiden avulla. Tarinoihin pyrittiinkin sisällyttämään positiivinen viesti, joka välittyi myös haastatteluista.

Voimaannuttavien tarinoiden kirjoittamisessa hyödynnettiin ryhmähaastattelussa käytettyä runkoa vuorokaudesta, jonka sisällä arjen merkitykselliset hetken tapahtumat. Näin pyrittiin tekemään arjen kuvauksesta kokonaisvaltainen ja samaistuttava. Haastatteluissa toistuneet teemat, kuten päivän aloittaminen aamukahvilla tai lehden lukemisella muodostivat omia kertomuksiaan. Yksittäisissä haastatteluissa käsitellyt tärkeät teemat, kuten psyykkisten tekijöiden merkitys muodostivat yksittäisiä tai koostettuja katkelmia. Otsikoihin sekä katkelmiin pyrittiin sisällyttämään mahdollisimman paljon suoraa lainauksia, sekä haastatteluissa välitetyjä merkityksiä sellaisenaan. Voimaannuttavissa tarinoissa pyrittiin kuvaamaan arjen eri tilanteita mahdollisimman monipuolisesti. Lyhyet tarinat käsitelivät teemoja, jotka liittyivät muun muassa aamutoimiin, ruokailuun, ihmissuhteisiin, työelämään, vapaa-aikaan ja kommunikointiin.

### 13 Voimaannuttavat tarinat

“Startti päivään!”

“Herään astioiden kolinaan; puolisoni taitaakin olla jo hereillä. Pyydän puolisoni makuuhuoneeseen, jotta hän voisi auttaa minua tukisukkien kanssa. Nousen istumaan vuoteen reunalle ja puen odotellessani paidan päälle. Puolisoni saapuu ja oikoo tuttuun tapaan saumat suoriksi. Autettuaan sukkiensa laitossa hän lähtee jatkamaan lehden lukuaan. Aloitan housujen pukemisen ja nousen nousutuen turvin ylös sängystä sekä nostan housut ylös. Taidankin tänä aamuna ajaa parran ennen aamupalaa, pitäähän lääkäriissä olla siisti! Hetken wc:ssä oltuani, keittiöstä huu-dellaan jo aamupalalle. Enhän minä vielä valmis ole! No, otan oman aikani, jotta saan hommat hoidettua.

“Maittava aamiainen tuttuun tapaan”

Aamun aloitan aina puurolla. Puolisoni ei siitä kovin välitä, joten keitän oman puuron aina mikrossa. Välillä keittiössä sattuu ja tapahtuu - läikkymistä ja tavaran putoamista. Se ei kuitenkaan haittaa, sitten otetaan vain vähän enemmän aikaa ja keskitytään tarkemmin tekemiseen. Kun ensin mietin mitä teen, myös heikompi käsi toimii paremmin. Joskus se tekee aivan omiaan, kun katson muualle.

Puolisoni on laittanut kahvinkeitTIMEN valmiiksi niin, että minä laitan keittimen päälle. Kohta jo istutaankin pöydän ääressä ja luetaan Hesaria, puolisoni lukee toista puolta ja minä toista - ja sitten vaihdetaan. Hesaria olen lukenut jo vuosikymmeniä aina aamuisin. Tuntuu hyvältä jatkaa samoja rutiineja, vaikkei ne kaikki Hesarista luetut asiat niin mieleen jääkään. Jos joku artikkeli on vasemmalla, saattaa se jäädä kokonaan huomaamatta.

“Ennen oli 100 lasissa, nyt ehkä 50”

Aamulääkkeiden otto on tarkkaa puuhaa, kun haluan niistä huolehtia itse. Joskus käy kömmähdyksiä ja jäljellä on toisinaan tyhjä paketti. Näitä tilanteita sattuu kuitenkin harvoin. Puolisoni on sitten tarvittaessa apuna. Jotenkin se aamu siinä aina sitten menee. Kello saattaa olla lähempänä kymmentä, ennen kuin päivämme varsinaisesti lähtee käyntiin. Nuo aamurutiinit vievät sen verran voimia, että usein tarvitsen pienet nokoset ennen muita päivän hommia.

Kaikenlaisia jumppaohjeita olen saanut ison pinon. Niitä ei ole kyllä tullut pahemmin tehtyä, vaikka puoliso yrittää niistä muistutella. Sen sijaan pyrin arjessa tekemään kaikkea pientä puuhastelua. Esimerkiksi leipomisesta pidän kynsin hampain kiinni, vaikka seuraava päivä meneekin sitten levätessä. Se on hyvää jumppaa käsille.

### “Eri päiville eri kotiaskareita”

Minulle riittää, kunhan saan kotini hoidettua. Jaksamista säästääkseni olen jakanut eri päiville eri askareet. Tiistaina imuroidaan, keskiviikkona pyyhitään pölyt ja torstaina on pyykkipäivä. Olen aina tottunut selviytymään asioista itsenäisesti, mutta nykyään on ollut pakko opetella pyytämään apua. Imuroiminen on vaikeaa, kun tasapaino ei ole enää sama mitä ennen, ja samalla on varottava huonekaluja ja mattoja. Imuroin itse jos jaksan ja pystyn, mutta välillä saan ystäviltäni apua. Vastapalveluksena tarjoan heille kahvit. Toisen ystävän kanssa meillä on yhteinen pyykkipäivä. Hän ei osaa käyttää pesukoneita, enkä minä jaksan nostella raskaita pyykkikasoja. Yhteistyöllä pyykinpesu saadaan hoitumaan helposti.

Kun nälkä iskee - lounasaika!

Ihana tuoksu leijailee olohuoneeseen. Puolisoni taitaa olla siellä jo aloittelemassa lounaan valmistusta. Näköni on sen verran huonontunut, ettei minusta ole enää meidän perheen kokiksi, eikä tuo käsikään enää toimi niin, että sillä voisi pilkkoa ja kantaa astioita. Onneksi puolisosta on kehittynyt loistava ruoanlaittaja! Minä olen sitten keittiössä avustamassa ja antamassa välillä ohjeita. Kuitenkin yhdessä tehdään, se on tärkeää. Meillä on vähän hankala hella, kun kaikki toiminnot pitää näppäillä. Enhän minä sitä näe tehdä! Onneksi puolisoni on keksinyt laittaa siihen erilaisia lappuja, joiden avulla hellan käyttö onnistuu myös minulta! Puolisoni myös kattaa pöydän valmiiksi, tarjoilee ruoan ja auttaa kaksikäteisissä toimissa kuten pilkkomisessa. Kaikesta en silti luovu, vaan teen mitä pystyn. Astianpesukoneen täyttö on minun tehtäväni, niin hyvin kuin toimivalla kädellä pystyn - sen täyttö on samalla hyvää tasapainotreeniä.

Vaikka ruoan laittaminen kuuluu nykyään puolisololleni, teen usein itselleni välipalaa. Mikro on liian korkealla ja kuumen astian ottaminen vaikeaa, mutta jääkaapista yletyn ottamaan leipää ja muuta. Tuntuu puutosten takia en aina tiedä miten kovaa tarttua tai jos astia on liian kuuma, mutta sitä on oppinut tunnistamaan ne tilanteet. Vaikeina päivinä voitelemisen on haastavaa, ja silloin laitankin vain juustoa ja leikkeleitä leivän päälle. Ostamme aina sellaisia hedelmiä, jotka pystyn tarvittaessa syömään kuorineen.

### “Halu palata työelämään”

Kuntoutuksen jälkeen halu palata takaisin työelämään oli suuri. Olen aina tottunut menemään ja tulemaan, ja viihdyn muiden ihmisten seurassa. Sairausloma oli raskasta aikaa myös siksi, ettei tekemistä ollut. Sen verran oli kuitenkin muistin kanssa ongelmia, että puoliso alussa toppuutteli ja kehotti vielä jäämään kotiin. Onneksi työnantajani oli harvinaisen reilu ja saimme järjestettyä työt niin, että aloitin ensin neljällä tunnilla ja pikkuhiljaa siirryin kahdeksan tunnin päivään. Tässäkin tehtiin puolison ja työnantajan kanssa sopimus, että jos en jaksaisikaan

täyttä päivää, palaisin takaisin puolikkaaseen. Vaikka motivaatiota riitti, ei jaksaminen ollut enää samalla tasolla. Puolen vuoden päästä olen suunnitellut jääväni eläkkeelle. Vaikka työelämä jääkin kohta taakse, aion pysyä aktiivisena ja vaikka opiskella kotoa käsin. Käden kuntoutuksessa olen kokenut hyväksi tietokoneella kirjoittamisen. Siinä tulee harjoiteltua sorminäppäryyttä - myös tuolla vasemmalla kädellä, joka on heikompi! Yhä edelleen minulla on muistin kanssa ongelmia. Olen oppinut puhumaan asian vierestä niin, ettei toinen sitä huomaa, mutta oma puoliso kyllä huomaa ja lisää keskusteluun kohdat, joita en muista.

“Täytyis olla se oma rauha jutella”

Ennen olin sellainen seuramies, aina kertomassa tarinaa, ihan kenelle vaan. Kyllähän mulla vieläkin tarinaa on mielessä vaikka kuinka paljon, mutta kun toi puhuminen on niin hidasta. Ei sitä oikein vieraassa porukassa ehdi mukaan keskusteluun, kun kaikki tapahtuu niin nopeasti - tilanne on jo mennyt ennen kuin saan avattua suuni. Onneksi tutut jo muistaa ja puoliskokin muistaa muistuttaa, että mulle täytyis antaa se oma rauha juttelulle, kohdistaa kysymys suoraan mulle ja jäädä odottamaan vastausta. Siellä aivoverenkiertohäiriö-kerhossa mä tykkään käydä, kun siellä nää tämmöset asiat on ihan päivänselviä asioita, eikä tunne itseään niin poikkeavaksi, kun on muitakin, joilla on samanlaisia juttuja.

“Kun tuntematon numero soittaa”

Puhelin on minulle tärkeä. Soittelen lapsille ja perheenjäsenilleni usein, puoliso yrittää välillä jopa toppuutella minua. Heidän kanssaan on kuitenkin hyvä keskustella, sillä he ymmärtävät puhua rauhallisesti. Viestejä laittelen ystäville ja sukulaisille saadessani rauhassa kirjoitella. Tuntemattomien kanssa puhelimesta puhumista välttelen viimeiseen asti. Jos tuntematon numero soittaa, annan puhelimen suoraan puolisololle. Jos toinen puhuu nopeasti, en pysy mukana, usein eivätkä sanatkaan tule tällöin mieleen, kun jotain pitäisi kertoa.

“Asiointi - Aika iso juttu!”

Ennen mua ei saatu ruokakauppaan lähtemään - nyt käyn siellä puolisoni mielestä liiankin usein. Käyn ihan yksin siellä ja muistan jopa ostaa sen mitä piti - etenkin jos puolisoni on laittanut muistutukseksi kauppalistan mukaan! Kaupassa voin tarvittaessa tukeutua ostoskärryyn ja onneksi lähimaksulla maksaminen onnistuu kun en meinaa nähdä tunnuslukuja näköpuutosten takia. Hoidan myös muita päivittäisiä asioitamme esim. tietokoneen avulla. Sen kautta onnistuu tänä päivänä kaikki mahdollinen - raha-asiat, huoltomiehen kutsuminen, ajanvaraukset jne. Varsinkin ensimmäistä kertaa päästyäni kotiin sairaalasta tuntui niin ihanalta selvittää itse laskujen maksusta. Se oli aika iso juttu minulle sekä puolisololleni, kun huomattiin, että se sujuu entiseen tapaan!

### “Kahden voimin parempi”

Elämä pyörii kun meitä on kaksi tässä. Voisi olla aika paljon hankalammin asiat, jos ei toista olisi vieressä auttamassa. Arvostan sitä kaikkea, mitä puolisoni tekee vuokseni. Ilman puolisoni positiivista asennetta ja kannustusta en tiedä missä olisin! Viime syksynä oltiin Lapissa reissussa. Puolisoni rakastaa retkeilyä ja hiihtämistä. Minähän nyt tein lähinnä lyhyitä kävelylenkkejä ja vietin kämpillä aikaa. Puolisoni arvosti reissua hirveästi ja on monesti pohtinut, että olisiko hän minun tilanteessa halunnut lähteä Lappiin viettämään aikaa, jotta toinen pääsisi hiihtämään.

### “Myös oma aika on tärkeää”

Meille on tärkeää, että saadaan semmoisia pauseja siihen arkeen. Kun minä olen kuntoutuksessa sen pari viikkoa, niin puolisolalla on silloin sitä omaa aikaa. Pärjään kyllä yksin kotona, onhan minulla läheiset, jotka soittelevat ja pitävät huolta. Samoin, kun käyn kerran viikossa vesijumpassa avustajan kanssa, niin puolison ei tarvitse lähteä sinne. Se on helpottanut paljon elämää. Ei hän ole aiemmin kulkenut perässäni joka askeleella. Kumpikin on saanut aina mennä ja tulla: ollaan luotettu toisiimme sillä tavalla. Nyt roolimme ovat muuttuneet tasavertaisista kumppaneista arjen vastuunkantajaksi ja hoidettavaksi. Sitä suuremmalla syyllä tarvitsemme välillä omia menoja ja omaakin aikaa.

### “Irtiottoja arkeen”

Nykyään tehdään yhdessä enemmän, käydään vaikka teatterissa tai syömässä. Ne tuovat mukavan irtioton arkeen. Omista menoista on nyttemmin tullut yhteisiä. Puolison mielestä roolit on kääntyneet sillä lailla, että minä olen nyt se, joka aina ehdottaa jonnekin menemistä. Hän iloitsee, että ihan kuin olisi saanut takaisin sen ihmisen, jonka kanssa silloin joskus aloitti! Enkä olisi uskonut, mutta lomamatkatkin onnistuvat yhä. Ne pitää vain suunnitella hyvin etukäteen! Mitä enemmän on lähtijöitä sitä turvallisempi olo, jos jotain sattuisi. Ryhmässä matkustaminen on hyvä tapa. Matkoja ollaan tehty kotimaan kaupunkeihin, mutta ulkomaillekin ollaan reissattu.

### “Uusia rutiineja”

Aiemmin ajattelin, että pärjään omin voimin. Nyt olen huomannut, että kaikenlaisten apuvälineiden käyttö kuitenkin sujuvoittaa arkea huomattavasti. Vanhojen rutiinien tilalle on syntynyt uusia, jotka tuovat varmuutta ja turvaa arkeen. Esim.aamupesut teen itse joka aamu. Ajan kanssa se onnistuu ja saan kaiken tehtyä itse, se on vain vähän hitaampaa ja työläämpää.

Vaikka käveleminen on tosi hankalaa, pääsen onneksi pyörätuoliin ja siitä pois itse. WC:n oven kynnys on pyörätuolille liian korkea, mutta tukikahvojen avulla pääsen liikkumaan lopun matkasta wc-tilaan, jossa hoidan kaikki aamurutiinini. Peseydyttyäni otan lääkkeet, joita onkin kertynyt eri vaivoihin mahdottoman paljon. Nykyään minulla on dosetti, jossa lääkkeet on valmiiksi jaettuna. Tähän en olisi aiemmin millään suostunut, mutta ajan myötä olen tottunut ja hyväksynyt senkin asian. Enää ei tarvitse yrittää näyttää kaikille, että kyllä minä pärjään, vaan omaa energiaa voi säästää niihin asioihin, jotka ovat itselle tärkeitä.

“Harrastukset ovat kai hiipuneet - nyt uusia juttuja tilalle”

Aiemmin olin kova harrastamaan, mutta harrastukset ovat tässä sairastumisen myötä jääneet. Rakastin monipuolista liikuntaa, mutta se on vaihtunut kävelyihin. Olen aloittanut uutena juttuna valokuvauksen, mikä tuo mielekkyyttä kävelylenkkeihin. Urheilu ja varsinkin jääkiekko ovat aina olleet lähellä sydäntä... Nykyään, kun aikaa on jäänyt enemmän töiltä ja harrastuksilta, tulee tv:tä katseltua paljon enemmän. Urheilua tulee seurattua tiiviisti, ja ystävien kanssa analysoidaan tarkkaan eri lajeja kauden mukaan. Tv vaihdettiin uuteen tarpeeksi isoon, jotta ehdin saada tekstityksistä selvän. Illat kuluvat pitkälti kotona tv:n ääressä. Harrastusten pois jäädessä, myös sosiaalinen elämä on vähentynyt. Pysin kuitenkin edelleen viettämään aikaa saman porukan kanssa. Yhdessä on yhä mukavaa, vaikken pystykään osallistumaan kuten ennen.

“Oppi suhtautumaan elämään toisella tavalla”

Nykyään sitä suhtautuu ihan eri tavalla elämään kuin aiemmin, ja osaan olla kiitollinen pienistä asioista. Jos sairastumisessa on seurannut jotain hyvää, niin turha kriittisyys on jäänyt pois. Itsepäinen luonteeni on hellittänyt, ja nykyään olenkin kuulemma paljon sopeutuvaisempi. Puoliso on tyytyväinen, kun pystyy nykyään neuvottelemaan kanssani. Elämä on otettava sellaisenaan, turhat itkemiset eivät auta. Ainoa vaihtoehto on yrittää. Joskus mietin mitä sitten käy, kun ei enää halua tehdä töitä kuntoutumisen eteen... Mutta tavoitteet vievät eteenpäin ja tahdonvoima pysyy yllä, kun pysyttelee liikkeellä. Oma perspektiivi on nykyään sellainen, ettei siihen mittakaavaan pienet murheet mahdu. Meitä huvittaa puolison kanssa, miten jotkut meidän tuttavien naapurit jaksaa valittaa vaikka jostain pesutupavuoroista. Välillä nauran puolisolalle, että arvaa mitä niiden pesutuvan seinälle taas on kirjoitettu!

“Elämä on matka”

Kyllä tämän sairastumisen myötä olen oppinut kaikenlaista, suuren osan kokeilemalla. Ensin tehdään pari kertaa väärin, ja kolmannella kerralla menee jo vähän paremmin. Huumori auttaa jaksamaan, kun ei ota asioita liian vakavasti. Olen aina ollut kova tekemään ja itse tehnyt

kaiken alusta loppuun. Ennen ei ole tullut apua kyselyä. Nyt en enää kaikkea pysty kuitenkaan itse tekemään.

Tässä vuosien aikana on paljon nähty ja koettu. Tutustuttu hoitohenkilökuntaan, erilaisiin paikkoihin ja ihmisiin. Aivoverenkiertohäiriö-kerhon kautta ollaan saatu paljon uusia tuttavuuksia ja opittu asioista - tullut eräänlaisiksi asiantuntijoiksi tässä! Ennaltahan ei ole sitä tietoutta, mitä näiden muutosten myötä on tullut.

“Pitäisi puhua enemmän”

Lääkäri määräsi terapiaistuntoja, jotka jätin jonkin ajan kuluttua kesken, koska ne eivät vaan tuntuneet omalta jutulta. Psykylläkkeet jätin ottamatta, kun en halua syödä turhia lääkkeitä. Perheeni on huolissaan, etten tunnista oireita ja jätän asiat käsittelemättä, mutta itse en näe sitä samoin. Sairastumisen jälkeen olen huomannut itsessäni tietynlaista katkeruutta asioita kohtaan. Monesti mietityttää, miksi juuri minä? Myös vanhat ikävät asiat ovat alkaneet muistua mieleen, jotka eivät edes liity tähän. Mustavalkoinen ajattelutapa on voimistunut tosi paljon. Helposti tuntuu, että joko sä oot mun puolella tai sitten olet mua vastaan.

Sairastumiseni tapahtui keväällä. Silloin on kieltämättä vaikeaa, kun kaikki palautuu elävänä mieleen. Alkoholista kuluu enemmän kuin aiemmin, ja puolisoni sanoo sen liittyvän terapiaistuntojen keskeyttämiseen. Hänen mukaansa minun tulisi puhua asiasta enemmän. Sairastumisesta puhuminen on kuitenkin vaikeaa, kun muut eivät ole käyneet läpi samaa kuin minä. Lääkäristä neuvottiin vertaistukiryhmään, ehkä käyn katsomassa, mistä siellä puhutaan.

“Tärkeää pysyä liikkeellä”

Mä oon aina ollut kova liikkumaan ja aattelin et pyörätuoliin en jää, vaikka siinä pyörätuolissakin olin pitkän ajan... Tavoitteena oli, että mä kävelen ja sitkeästi opettelin. Kaikki ponnistelut laitettiin siihen, että mä pääsen liikkeelle ja täten käden kuntoutus jäikin sitten vähemmälle - kaikkeen ei vaan voimat riittänyt. Alussa liikkuminen oli tosi nihkeä. Onneksi tuolloin puolisoni tuli sairaalaan, otti minut iltalomilla autoon ja heitti pyörätuolin auton perään. Niin me vaan lähdettiin rantaan kahville! Nyt pääsen onneksi jo omin avuin kävelemään. On vain muistettava, että kaikkeen menee se oma aikansa.

Kotoa on päästävää ulos vaikka kauppaan tai edes kävelyille. Tärkeää on olla liikkeellä, ettei jämähä paikalleen. Kesäisin pääsen itse menemään miten haluan, mutta talvella on eri tilanne: talvivaatteiden pukemiseen tarvitsen apua, sillä paksut vaatteet on hankala pukea yhdellä kädellä. Talvikenkiä etsittiin kauan, jotta löydettiin sellaiset, jotka saan itse jalkaan. Niiden kenkien on oltava tilavat, mutta tarpeeksi tukevat.

Vaikka ulos mennessä on vain yksi porras, asensimme kaiteet siihen varmuuden vuoksi. Sisällekin asensimme kahvoja ja kaiteita joka paikkaan. Kynnykset ja matot ovat haastavia, mutta niitä olen oppinut varomaan. Kaatuminen onkin se pahin, mikä pelottaa - myös puolisoani. Talvella, kun on liukasta, liikkuminen on erityisen vaikeaa, yksin en uskalla lähteä ulos silloin olenkaan.

“Tärkeintä on, ettei jää yksin”

Perheenjäsenistä on tullut yhä tärkeämpiä, vaikka perheemme onkin aina ollut tiivis. Yritän nykyään tehdä hyvää heidän eteensä aina kun voin. Joskus saankin kuulla olevani ylihuolehtiva ja ottavani muiden huolet omikseni. Arki on kieltämättä pienentynyt pitkälti kotioloihin. Sairasloman ja eläkkeelle jäännin myötä aikaa on paljon enemmän ja läheisten merkitys onkin korostunut. Facebook:iakin olen opetellut käyttämään, kun sillä saa kätevästi pidettyä yhteyttä ja aika kuluu kuin siivillä. Pidän silti tärkeänä poistua kotoa ja laajentaa piiriä myös kodin ulkopuolelle. Esimerkiksi aivoverenkiertohäiriö-kerhoista minä ja puolisoni olemme saaneet uusia ystäviä, joiden kanssa vietämme aikaa, esim terassilla tai teatterissa. Tärkeintä on, ettei jää yksin, vaan voimme kokoontua ja viettää aikaa tuttujen kanssa. Silloin en edes muista niitä hankaluuksia, jotka kotona näkyvät.

## 14 Pohdinta

### 14.1 Haastattelutulokset ja johtopäätökset

Tutkimuskysymyksiin, jotka koskivat aivoverenkiertohäiriön arjen kuvausta sekä toimintarajoitteiden ja selviytymiskeinojen ilmenemistä arjessa, saatiin tulokset osiossa laajat vastaukset. Tutkimuskysymykseen liittyen Terveyskylä.fi palveluportaalin kehittämistä saatiin melko vähän kehittämisehdotuksia, sillä palvelu oli monille vielä tuntematon. Lisäksi haastateltavat kokivat arjen olevan jokaiselle kuntoutujalle niin henkilökohtaista, etteivät he osanneet nimetä suoranaisesti keskeisiä tilanteita arjessa, joihin he tarvitsisivat tietoa palveluportaalista. Palveluportaalin kehittämiseen saatiin ideoita liittyen kuntoutumisohjeiden helppoon saatavuuteen verkosta sekä etäyhteyteen lääkäriin tai terapeuttiin.

Haastatteluissa ilmeni laaja aivoverenkiertohäiriön vaikutus kuntoutujan arjessa. Haastattelut käsittelivät kuntoutujan arjen kuvausta ja arjessa ilmeneviä toimintarajoitteita elämän eri osa-alueilla. Mielenkiintoista oli huomata kuinka toimintakyvyn rajoitteita ja arjessa selviytymiskeinoja ilmeni kaikissa ICF-toimintakykyluokituksen Suoritukset ja osallistuminen kategorian pääluokissa.

Liikkumiseen ja kotielämään liittyviä haasteista esiintyi edelleen kaikkien kuntoutujien arjessa. Liikkumisen ongelmat liittyivät pääasiassa kävelykykyyn, esineiden käsittelyyn ja asen-



non hallintaan. Kotielämän vaikeuksia ilmeni muun muassa kotitöiden teossa, aterioiden valmistamisessa ja kaupoissa asioimisessa. Lisäksi sairastuminen oli vaikuttanut kuntoutujien nopeuteen sekä toimintojen määriin. Kommunikoinnin vaikeuksia oli yhä kolmella seitsemästä kuntoutujasta. Muistiongelmat, näkökyvyn heikkeneminen, psyykkiset vaikeudet ja väsyminen eri toiminnoissa koettiin erityisen vaikeiksi.

Haastatteluissa korostui parisuhteen sekä sosiaalisten suhteiden merkitys. Kaikki haastateltavat korostivat sosiaalisten suhteiden merkitystä. Haastateltavat kertoivat vertaistuen ja muiden ryhmien tärkeydestä osana kuntoutumista. Huomioitavaa oli kuinka puolison rooli oli usein muuttunut arjen vastuunkantajaksi. Haastatteluissa ilmeni myös sosiaalitoimesta saatavan avun tarve. Kaivattiin tietoa kuinka ja mistä hakea apua kuntoutumisen eri vaiheissa.

Haastatteluissa korostuivat sairauden vaikutusten laajuus toimintakyvyn eri osa-alueilla sekä yksilöiden väliset erot. Yksi haastatelluista koki sairauden vaikutusten olevan hyvin vähäisiä. Vaikutuksia näkyi hänellä pääasiassa psyykkisissä tekijöissä. Toisen kuntoutujan toimintakyky oli puolestaan heikentynyt muun muassa motoriikan ja kommunikoinnin osalta ja muutokset toimintakyvyssä näkyivät edelleen merkittävästi. Haastatteluissa ilmeneviä yhtäläisyyksiä kuntoutujien välillä olivat toimintojen hidastuminen ja yksinkertaistuminen. Eroavaisuuksia oli enemmän kuin yhtäläisyyksiä ja näin ollen tutkimuskysymykseen millaista kuntoutujan arki on ei saatu haastattelujen pohjalta selkeää vastausta. Aivoverenkiertohäiriön seurauksena aiheutuneet toimintarajoitteet ja arjen tilanteet, joihin tarvitaan tukea olivat hyvin yksilöllisiä. Kuntoutujan arki on hyvin yksilöllistä, eikä yleispäteviä vastauksia selviytymiskeinoiksi arjen haasteellisiin tilanteisiin täten löytynyt.

Reunanen (2017) kertoo väitöskirjassaan aivoverenkiertohäiriökuntoutujien päivittäiseen selviytymiseen liittyvistä ongelmista. Opinnäytetyön haastattelutuloksissa ilmeni, kuinka arjen toiminnoista suoriutuminen muuttui totaalisesti sairastumisen jälkeen. Esimerkiksi läheinen kuvasi, kuinka kuntoutuja kykeni ottamaan jotain pientä jääkaapista terveellä kädellä. Sen sijaan kaikki muut, kuten ruoanlaitto, kahvin keittäminen, ruoan pilkkominen tai lääkkeen puolittaminen olivat haastateltavan hoidettavana. Turhautumista saivat aikaan paidan napittaminen ja muu käden hienomotoriikkaa vaativa tehtävä. Läheinen saattoi tuskastua jatkuvaan astian läikkymiseen tai putoamiseen esimerkiksi voipakettia kurkotellessa.

Opinnäytetyössä saatiin samansuuntaisia tuloksia kuin mitä Stroke recovery - verkkosivustolla (2017) todetaan. Siellä kuvataan miten vähitellen kuntoutujat löytävät keinoja selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Esimerkiksi eräässä haastattelussa kuntoutujan näkökyvyn heikennettyä pariskunta keksi keinon kiinnittää lappuja lieteen helpottaakseen kuntoutujan omatoimisuutta ruuanlaitossa.

Opinnäytetyön haastatteluissa moni painotti omaishoitajuuden ja läheisen tuen merkitystä aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen. Kuvailtiin esimerkiksi huolta siitä, riittävätkö läheisen ja kuntoutujan motivaatio ja jaksaminen arjessa. Läheisen mukaan arki sujuu niin kauan, kun kuntoutuja itse ponnistaa asioiden eteen ja ottaa ulkopuolista tukea ja rohkaisua vastaan. Mikäli kuntoutujan oma ponnistelu ja yrittäminen lakkaa, ei arjen voi olettaa haastateltavan mukaan olevan enää sujuvaa. Tällöin kaikki alkaa olemaan läheisen vastuulla. Eräs haastateltava kuvailikin Reunasen (2017, 36-37) tavoin tärkeäksi tiedonvälityksen ja sosiaalisen tuen merkityksen.

Opinnäytetyön haastatteluvaiheessa ilmeni läheisten tuen ja tiedon tarpeessa puutteita. Eriyisesti ryhmähaastatteluun osallistuvien läheisten vastauksista välittyi tunne, ettei heidän jaksamistaan oltu tarpeeksi huomioitu ja miten he itse olivat välttämättömässä osassa kuntoutujan pärjäämisessä kotona. Virtanen (2014, 27) toteaaakin, että läheisten tuen ja tiedon tarpeita ei ole usein riittävästi huomioitu ja läheiset ovat usein arkoja tuomaan esille omia tiedonsaannin tarpeitaan.

Tutkimustuloksissa välittyi tunne, että tiedon ja tuen saanti jää liian vähälle. Tiedonhaku riippuu paljon omasta asenteesta ja rohkeudesta. Vaikka terveydenhuollosta saisikin tarvittavaa tietoa ja tukea, hukkuu se helposti tietotulvaan, sillä varsinkin alkuvaiheessa ja kotiutuessa uusi arki on monelle shokki. Silloin monen eri tiedon sisäistäminen voi olla vaikeaa. Tuloksissa ilmenikin että täytyy olla sinnikäs ja periksiantamaton ja yrittää saada tietoa uudestaan jostakin muualta. Virtasen (2014, 28 -31) mukaan terveydenhuollon henkilöstöltä odotetaan rehellistä, johdonmukaista ja ymmärrettävää tietoa. Tiedonsaannissa keskeistä on, että tieto on läheisen ja kuntoutujan tilanteen kannalta merkityksellistä.

Opinnäytetyöprosessissa oli yllättävää huomata kuinka moniulotteinen kuntoutujan arki todella on. Fysioterapia osana aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kuntoutusta on vain pieni osa kuntoutujan koko arkea. Kuntoutujan arkeen tutustuminen ja hänen tarpeeseensa vastaaminen ovat tärkeässä asemassa pyrittäessä kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen, sillä arki on suuri-nosa ajasta, jossa kuntoutumista todella tapahtuu.

## 14.2 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin keinoin. Siihen ei ole olemassa yksiselitteistä ohjetta, mutta työn luotettavuuden arvioinnissa on hyvä tarkastella seuraavia aihepiirejä: tutkimuksen kohde ja tarkoitus, tutkimuksen tiedonantajat, tutkija-tiedonantaja-suhde, aineiston keruu ja analyysi, tutkimuksen kesto, tutkimuksen raportointi. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 140-141.)

Opinnäytetyön kohde kuntoutujan arki ja sen kuvaaminen on pyritty määrittelemään selkeästi alusta pitäen. Opinnäytetyössä toteutui sen tavoite: selvitettiin millaista aivoverenkiertohäiriökuntoutujan arki on läheisen näkökulmasta sekä saatiin selville arjen tilanteita, joissa tarvitaan tukea. Lisäksi tarkoitus eli tuotteen luominen HUS:n Terveyskylä.fi-palveluportaaliin, kuntoutumistalo.fi verkkosivustolle toteutui.

Sen sijaan opinnäytetyön tehtävästä kuntoutujien sekä heidän läheisten tukemisesta tarinoiden avulla ei ole selvitettyä näyttöä. Tarinoita olisi voinut työstää ja arvioida laajemmin kuntoutujien sekä heidän läheistensä kanssa. Voimaannuttavien tarinoiden valmistuttua olisi voitu järjestää uusi tapaaminen läheisten kanssa, missä olisi pohdittu tarkemmin tarinoiden voimaannuttavaa näkökulmaa.

Tutkimuksen tiedonantajaa arvioitaessa on tärkeää perustella miten haastateltavat valittiin, miten heihin otettiin yhteyttä ja montako henkilöä kaikkiaan osallistui projektiin. Lisäksi on huolehdittava, ettei haastateltavien henkilöllisyys paljastu missään vaiheessa tekstiä. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 140-141.) Opinnäytetyössä perustellaan miksi juuri läheisiä haastateltiin. Läheiset kokevat läheltä kuntoutujan arkea ja voivat kertoa arjessa tapahtuvista muutoksista jopa laaja-alaisemmin kuin itse kuntoutujat kykenisivät kertomaan. Lisäksi opinnäytetyössä kerrotaan selvästi että sisällönanalyysi tehtiin seitsemälle henkilölle tehdyistä haastatteluilta.

Tutkija-tiedonantaja suhteen luotettavuutta tarkasteltaessa on kiinnitettävä huomio seuraaviin asioihin jo ennen tutkimuksen aloittamista: kaikkien osapuolten täytyy sopia tutkimusryhmän osapuolten oikeudet, tekijyyttä koskevat periaatteet, vastuut, velvollisuudet ja aineiston säilyttämistä sekä käyttöoikeuksia koskevat kysymykset (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Opinnäytetyön alkuvaiheessa allekirjoitettiin tutkimuslupasopimukset opinnäytetyöntekijöiden ja HUS:n kesken. Myös Metropolia ammattikorkeakoulun ja Laurean ammattikorkeakoulun välinen yhteistyösopimus kirjoitettiin. Myöhemmin opinnäytetyön prosessissa haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen vapaaehtoisesta osallistumisestaan tutkimukseen.

Opinnäytetyössä perustellaan läheisten valintaa kohderyhmäksi ja kerrotaan tarkasti kuinka monta henkilöä haastateltiin. Osallistuvien henkilöiden henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa opinnäytetyöprosessia. Sisällön analyysissa jätettiin pois nimet, asuinpaikkakunnat, ammatit - tiedot, joista voisi paljastua kuntoutujien läheisten henkilöllisyys. Haastatteluihin osallistuneiden määrä sekä haastattelijoiden erilaiset koulutustaustat ja moniammatillisuus ilmenivät tekstistä. Näillä asioilla pyritään myös lisäämään työn luotettavuutta.

Aineiston keräämisen ja analysoinnin tarkka kuvaus opinnäytetyössä viestii tekstin luotettavuudesta (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 140). Opinnäytetyön haastattelut kirjoitettiin auki sanatarkasti ja kerrottiin miten haastattelu toteutettiin. Aineisto pyrittiin keräämään laajasti ja analysoimaan sitä moniammatillisesti, jotta kokonaiskuva aiheesta olisi moniulotteisempi. Moniammatillisuus lisäsi osaltaan työn luotettavuutta, kun haastatteluissa ja tulosten analyysissä huomioitiin sekä fysio- että toimintaterapian näkökulmat.

Aineiston keruumenetelmänä teemahaastattelu mahdollistaa sen, että tarvittaessa johonkin asiaan voi vielä jälkeenpäin palata tutkittavan kanssa. Teemahaastattelussa riskinä on epäeettiset johdattelevat kysymykset, joilla pyritään saamaan haluttu tulos. Lisäksi haastattelut kohdistuvat usein menneeseen aikaan, jolloin haastateltavan muistin rajallisuus saattaa heikentää luotettavuutta. Luotettavuutta lisäävät puolestaan haastattelijan esittämät tarkentavat lisäkysymykset. (Kananen 2015, 151, 339-340.)

Aineiston kerääminen teema- ja yksilöhaastatteluilla onnistui hyvin. Haastateltavat kertoivat kattavasti arjestaan. Välillä haastatteluissa jouduttiin tarkentamaan ja toistamaan samaan asiaan liittyviä kysymyksiä, mutta tämä lisäsi entisestään tutkimuksen luotettavuutta. Haastatteluun kerättiin kattavasti erilaisia kysymyksiä hyödyntäen ICF:n osa-alueita. Haastattelutilanteiden alussa perusteltiin aina haastattelun tarkoitus ja tavoite ja kerrottiin työn etenemisestä. Tilanteissa noudatettiin eettisiä käytäntöjä.

Opinnäytetyön aineiston analyysivaihe oli yksi opinnäytetyön vaikeimmista vaiheista. Aineiston tiivistäminen ja sopivan sisällön analyysimenetelmän löytäminen tuotti vaikeuksia. Sisällön erittely ja analyysi ja tulosten esittäminen niin, että tiivistykset vastaisivat loogisesti tutkimuskysymyksiin oli opinnäytetyön tekijöille ongelmallista.

Opinnäytetyössä käytettiin deduktiivista sisällön analyysia, eli lähestyttiin aineistoa teorialähtöisesti. Induktiivinen lähestymistapa olisi saattanut olla sopivampi ja luotettavampi analyysi menetelmä tähän opinnäytetyöhön, koska tavoitteena oli saada tietoa kuntoutujan läheisen arkeen liittyvistä kokemuksista, ajatuksista ja tunteista. Induktiivisesti käsiteltäessä aineistoa ei olisi pakotettu ennaltamäärättyyn kehikkoon (ICF) ja olisi saattanut syntyä uusia ainutlaatuisia näkökulmia. Sisällön analyysi työssä olisi voinut olla näin syvällisempää ja siten olisi saattanut johtaa paremmin vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Sisällön analyysi on tässä opinnäytetyössä jäänyt paikoitellen sisällön erittelyn tasolle. Toisaalta induktiivista menetelmää käytettäessä ei voida tarkaan edes määritellä etukäteen tutkimuskysymyksiä, koska ei vielä tiedetä, mitä aineistosta muotoutuu tiivistysten avulla.

Lisäksi laadullisen aineiston analyysin luotettavuutta olisi lisännyt se, että olisi tehty ristiinluokittelua eli saman aineiston olisi luokitellut ja analysoinut myös toinen opinnäytetyöntekijä. Näin olisi voitu tarkentaa tutkimustuloksia ja saada uusia näkemyksiä sisällön analyysiin. Yhteistä monialaista keskustelua tuloksista sen sijaan käytiin.

Tutkimuksen kesto on myös yksi luotettavuuden arviointikriteeri (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 141). Koko opinnäytetyöprosessi kesti noin 10 kuukautta. Opinnäytetyö oli prosessina ajoittain katkonaista ja sitä työstettiin monessa jaksossa. Suurimpia syitä jaksottamiseen ja työn etenemisen hitauteen olivat suuri työntekijämäärä ja yhteisten aikataulujen sovittaminen, vaikeus työn rajauksessa, haastateltavien etsiminen sekä tapaamisten ajankohdat toimeksiantajan kanssa. Työn aihe oli kuitenkin niin mielenkiintoinen, että se piti jokaisen opinnäytetyön tekijän motivaatiota yllä.

Tutkimuksen raportoinnin luotettavuutta arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota lukijan riittävään tiedonsaantiin siitä, miten opinnäytetyö on tehty (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 141). Tietoa opinnäytetyön vaiheista on pyritty kertomaan tarkasti opinnäytetyön palvelumuotoilun prosessikuvauksessa. Palvelumuotoilun soveltaminen prosessikuvauksessa oli paikoin hankalaa, sillä opinnäytetyössä ei ollut kyse varsinaisesta palvelun lanseerauksesta. Työssä käytettiin palvelumuotoilun periaatteita ja luotiin voimaannuttavat tarinat tuotoksena, jota toimeksiantaja HUS jatkokäyttää. Työtä ei tehty täysin palvelumuotoilun yhteiskehittelyn mukaisesti osallistaen palvelun eri osapuolia palvelun kehittämiseen kaikissa prosessin vaiheissa. Täten palvelumuotoilun prosessivaiheet eivät toteutuneet kokonaisuudessaan tässä opinnäytetyössä.

Tieteellisen tiedon vaatimukset on täytyttävä, jotta työn luotettavuuskriteerit täytyisivät. Opinnäytetyön teoriaosuudessa on pyritty käyttämään uusimpia tutkimuksia ja tietokantoja aivoverenkiertohäiriöstä ja sairauden kuntoutuksesta. Tiedon hakua, sisäänotto- ja poissulku kriteereitä ja tiedon haun analyysiä olisi voitu kuvata nyt tehtyä tarkemmin.

Eettisesti tutkimuksessa on erityisen tärkeää, että haastateltavat ovat tietoisia tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimuksen aiheesta ja mitä siihen osallistuminen konkreettisesti tarkoittaa. Tutkimuksessa on kunnioitettava haastateltavien itsemääräämisoikeutta ja vapautta valita tutkimukseen osallistumisesta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2017.)

Haastatteluissa henkilöllisyyden salassapito on tärkeää, ja aineistoa tulisikin käsitellä, säilyttää ja myöhemmin hävittää asianmukaisesti. Lisäksi haastattelijan tulisi pysyä objektiivisena, välttää asettamasta ennakoasetelmia esittäessään tarkentavia kysymyksiä. Tutkimus tulisi kokonaisuudessaan suorittaa huolellisesti ja tulokset julkaista asiallisesti. (Kananen 2015, 339-340.)

Tutkimuksen eettisyydestä huolehdittiin läpi opinnäytetyöprosessin. Opinnäytetyössä haastateltaville lähetettiin ennen haastatteluja sähköpostitse tutkimustiedote, jotta he tiesivät mitä tutkitaan ja kuinka haastattelut toteutetaan. Lisäksi haastateltavat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta sekä haastattelumateriaalin jatkokäytöstä. Haastattelut kirjattiin mahdollisimman sanatarkasti. Näin vältettiin vastausten ylitulkittamista. Litteroitaessa eroteltiin selvästi haastateltavan ja haastattelijan roolit. Opinnäytetyössä kunnioitettiin haastateltavien anonymiteettia, niin ettei teksteistä voi erottaa heidän henkilöllisyyttään. Haastateltavat luokiteltiin analysointivaiheessa muun muassa kirjaimilla mikä tuki heidän anonymiyden säilymistä. Haastatteluaineisto hävitetään asianmukaisesti kun opinnäytetyö on hyväksytty. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 125.)

### 14.3 Moniammatillisuus ja yhteistyö toimeksiantajan kanssa

Opinnäytetyö toteutettiin moniammatillisesti toiminta- ja fysioterapeuttipiskelijöiden yhteistyönä. Opinnäytetyöntekijöitä oli viisi, mikä vaikutti merkittävästi työnprosessin kulkuun. Aikataulut pyrittiin sopimaan ottaen huomioon jokaisen opinnäytetyöntekijän harjoittelujaksot ja työt. Tämä osoittautui ajoittain vaikeaksi, sillä suuri osallistujien määrä hankaloitti aikataulujen yhteensovittamista. Lisäksi kahden eri ammattikorkeakoulun välinen yhteistyö aiheutti ajoittain vaikeuksia opinnäytetyöprosessin etenemisessä. Kouluilla oli omat vaatimuksensa ja ohjeistuksensa liittyen työn eri vaiheisiin. Työn alussa kumpikin alkoi kirjoittaa erillistä raporttia painottaen omaa koulutusalaansa työssä. Vasta työn loppusuoralla päädyttiin siihen, että työssä olisi enemmän yhteisiä kirjallisia osioita. Yhteiset osiot koskivat aineiston hankintaa, sisällön analyysia, tutkimustuloksia sekä konkreettista tuotetta voimaannuttavia tarinoita. Teoreettinen tausta eli keskeiset käsitteet sekä opinnäytetyöprosessin kuvaus päätettiin tehdä erillisinä, sillä yhteistyöstä huolimatta oli vaikea yhdistää eri ammattikorkeakoulujen ohjeita sekä molemmat ammattikunnan edustajat halusivat perehtyä teoriaosuudessa myös oman alan näkemykseen aiheesta.

Työnjaossa pyrittiin koko prosessin ajan olemaan tasapuolisia ja huomioimaan opinnäytetyöntekijöiden vahvuudet jakaessa työtehtäviä. Innostava opinnäytetyön aihe, joustavuus, tasaapuolisuus työnjaossa sekä hyvät vuorovaikutus- ja suunnittelutaidot helpottivat yhteistyön kulkua. Vaikeudet kohdattiin joustavasti ja jokaiseen ongelmatilanteeseen löydettiin ratkaisu.

Tapaamisten ajankohdat toimeksiantajan kanssa oli sovittu jo hyvin etukäteen mikä helpotti työprosessin ajallaan etenemistä. Tapaamiskertoja toimeksiantajan sekä opinnäytetyöntekijöiden kesken olisi voinut olla enemmän, mikä olisi edistänyt paremmin työn etenemistä. Toimeksiantajan toive opinnäytetyön tuotoksesta ei ollut ennalta määrätty, mikä mahdollisti innovatiivisen ja yhteiskehittämiseen pyrkivän opinnäytetyön toteutuksen. Täten ideointi-, suunnittelu- ja toteutustaidot kehittyivät opinnäytetyöprosessin aikana. Toimeksiantajalle

opinnäytetyö oli tarpeellinen ja sen tuotosta hyödynnetään Terveyskylä.fi palveluportaalin Kuntoutumistalo.fi verkkosivuston kehittämisessä. Ihmiset voivat saada sieltä tulevaisuudessa arvokasta, kokemusperäistä tietoa aivoverenkiertohäiriökuntoutujan arjesta ja arjen eri tilanteista.

Moniammatillista työskentelyä pyrittiin hyödyntämään koko opinnäytetyöprosessin ajan. Toimintaterapiassa käytetyt ajankäyttöympyrä toiminnan ohjauksen keinona kuten myös arviointimallit COPM:n (Canadian Occupational Performance Measurement) olivat uusia ja mielenkiintoista aihealueita.

Opinnäytetyön toteutuksessa onnistuttiin saamaan monialainen näkökulma kuntoutujan arjesta korostaen kuntoutujan ja heidän läheistensä kokemuksia. Työnjaossa onnistuttiin sujuvasti ja joustavasti. Työnjakoa ja ylipäätään kirjoitusprosessia helpotti Google Drive, jossa kaikki pystyivät samanaikaisesti sekä kirjoittamaan että kommentoimaan jo valmista tekstiä.

Lisäksi opinnäytetyö antoi opinnäytetyöntekijöille mahdollisuuden ymmärtää aivoverenkiertohäiriökuntoutujan arkea paremmin. Suurin osa tekijöistä ei ollut koskaan työskennellyt aivoverenkiertohäiriötä sairastavan henkilön kanssa. Jokainen opinnäytetyöntekijä sai arvokasta kokemusta heidän kanssaan työskentelystä. Tekijät oppivat paljon myös moniammatillisesta työskentelystä ja laadullisen tutkimuksen tekemisestä. Tekijät saivat arvokasta kokemusta aivoverenkiertohäiriöistä, jota kykenevät varmasti hyödyntämään tulevaisuudessa omissa ammateissaan.

#### 14.4 Tuotoksen arviointi

Opinnäytetyöntekijät olivat tyytyväisiä työn lopulliseen tuotokseen, voimaannuttaviin tarinoin. Aluksi ideana oli tehdä yksi tarina, mutta yhteisen pohdinnan jälkeen päätettiin tehdä useampia lyhyitä tarinoita kuntoutujan ja heidän läheisten arjesta. Lyhyet tarinat valittiin myös siksi, että ne olisivat helpompia jatkokäyttää kuin yksi pitkä tarina. Tarinoiden teossa onnistuttiin, sillä niissä kuvattiin aidosti kuntoutujien arkea. Myös vaikeita tilanteita ja näihin kuntoutujien keksimiä selviytymiskeinoja saatiin hyvin tuotua esille tarinoiden kautta.

Tavoitteiden saavuttamisen arvioinnin kannalta on hyvä kerätä palautetta kohderyhmältä, jotta arvio ei jäisi subjektiiviseksi. (Vilka, Airaksinen 2003, 157). Opinnäytetyössä käytettiin palautteen keräyksessä sähköpostia, jossa pyydettiin kuntoutujilta palautetta opinnäytetyön tuotoksesta, voimaannuttavista tarinoista. Lisäksi toimeksiantajalta, HUS:lta, pyydettiin palautetta tarinoiden toimivuudesta. Neljälle kuntoutujalle lähetettiin tarinat arvioitaviksi, joista kahdelta saatiin palautetta tuotoksesta. Palautteen määrä olisi voinut olla laajempi, jotta olisi saatu enemmän kehitysideoita. Palautetta tarinoista olisi voinut kerätä myös haastateltavilta läheisiltä. Nyt palautetta kerättiin vain kuntoutujilta ja läheisille lähetettiin jo

valmiit tarinat luettaviksi. Heillä ei ollut täten mahdollisuutta antaa palautetta voimaannuttavista tarinoista.

Kuntoutujat kertoivat tarinoiden olleen samaistuttavia ja totuudenmukaisia. Ne oli kirjoitettu lämminhenkisesti ja niistä tuli hyvin ilmi arjen keskeisimmät solmukohdat. Kuntoutujien mukaan tarinat olivat hyviä sellaisinaan eivätkä he kaivanneet niihin korjauksia. HUS:n yhteistyökumppanit olivat myös tyytyväisiä kuntoutujan aidon arjen kuvauksiin, mutta kehottivat muokkaamaan tarinoihin vielä tarkemmin voimaannuttavaa näkökulmaa. Tarinoihin tehtiin näiden palautteiden pohjalta muutoksia ja ne ovat nyt valmiina HUS:n hyödynnettäviksi. Toimeksiantaja mainitsi, että tuotosta muokataan Terveyskylä.fi palveluportaaliin sopivalla tavalla. Luodun tuotoksen, voimaannuttavien tarinoiden ympärille on toimeksiantajan mukaan hyvä lähteä rakentamaan omahoito-ohjelmaa tai itsehoito-opasta.

#### 14.5 Jatkokehittämisehdotukset

Opinnäytetyötä voisi jatkokehittää videon tai itsehoito-oppaan luomisella. Opinnäytetyön tuotosta voimaannuttavia tarinoita voitaisiin hyödyntää esimerkiksi arjen tilanteita kuvaavilla vertaistuellisilla videoilla, jotka julkaistaisiin Kuntoutumistalo.fi verkkosivustolla. Myös video-opas tiettyjen kotiaskareiden hoitamiseen konkreettisten neuvojen avulla olisi varmasti kuntoutujille ja heidän läheisilleen hyödyllinen. Video-oppaan avulla läheinen voisi paremmin tukea aivoverenkiertohäiriökuntoutujaa arjessa.

Lisäksi voimaannuttavien tarinoiden vaikutus aivoverenkiertohäiriökuntoutujien ja heidän läheistensä arjen tukemiseen olisi kiinnostava jatkotutkimusaihe. Haastattelujen tai erilaisten työpajojen avulla voitaisiin esimerkiksi kerätä kokemuksia tarinoiden hyödyistä.



## Lähteet

- Aivoliitto. 2017. Aivoverenkiertohäiriöt. [https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio\\_\(aivoverenkiertohairio\)/perustietoa\\_aivoverenkiertohairio\\_sta](https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(aivoverenkiertohairio)/perustietoa_aivoverenkiertohairio_sta) luettu 11.04.2017
- Aivoinfarkti ja TIA. Käypä hoito-suositus. 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50051#NaN>, Luettu 4.5.2017
- American Heart Association. What`s at the heart of my cryptogenic stroke. A patient guide to understanding strokes of unknown cause. [http://www.strokeassociation.org/idc/groups/stroke-public/@wcm/@hcm/@sta/documents/downloadable/ucm\\_477655.pdf](http://www.strokeassociation.org/idc/groups/stroke-public/@wcm/@hcm/@sta/documents/downloadable/ucm_477655.pdf), luettu 15.7.2017
- Atula, S. 2017. Aivohalvaus - aivoinfarkti ja aivoverenvuoto. Kustannus Oy Duodecim.
- Bardy, Marjatta - Känkäinen, Päivi 2005. Omat ja muiden tarinat. Ihmisyyttä vaalimassa. Stakes. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Carter, R., Aldridge, S., Page, M., Parker, S. 2009. Aivot - kuvitettu opas aivojen rakenteseen, toimintaan ja häiriöihin. Hung Hing. Kiina.
- Choi-Kwon S, Mitchell PH, Veith R, Teri L, Buzaitis A, Cain KC, Becker KJ, Tirschwell D, Fruin M, Choi J, Kim JS. 2009. Comparing perceived burden for Korean and American informal caregivers of stroke survivors. *Rehabil Nurs*. 34:141-150.
- Dahlbacka, S., Suominen, J., Tanskanen, L. 2017. Sähköisen oppaan käsikirjoitus aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen läheiselle. [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/124326/Suominen\\_Juuli.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/124326/Suominen_Juuli.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Luettu 1.11.2017.
- Eskola, J., Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Edmans J., Coupar F., Gordon A., teoksessa: Edmans, J. (ed.) 2010. Occupational therapy and stroke. E-kirja. Chichester, West Sussex, U.K.: Malden: Wiley-Blackwell.
- Hautala, T., Hämäläinen, T., Mäkelä, L., Rusi-Pyykönen, M. 2011. Toiminnan voimaa - toimintaterapia käytännössä. EditamPrima. Helsinki.
- Hirsijärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Hietanen, M. 2016. Neuropsykologiset häiriöt. Kustannus Oy Duodecim. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00887&p\\_haku=neuropsykologia](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00887&p_haku=neuropsykologia), luettu 10.5.2017
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2016. Virtuaalisairaala. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/ uutishuone/Sivut/Virtuaalisairaala-2.0-yliopistollisten-sairaanhoitopiirien-yhteistyona.aspx>, luettu 4.5.2017.
- Hirvasniemi, R., Hyvönen, T., Alalääkkölä, T., Erkkiä, E., Vanhatalo, J., Huotari, M., Heiskala, M., & Korkeamäki, H. 2014. Sähköinen asiointi ja oma hoito. <https://www.innokyla.fi/documents/1342711/0/Sähköinen+asiointi+ja+omahoito+1.0.pdf/cb6be122-2394-4fc3-bd0e-81fe511c2999>, luettu 31.8.2017.
- ICF-research branch. 2013. Comprehensive ICF core set stroke. <https://www.icf-research-branch.org/component/jdownloads/send/12-cardiovascularandrespiratoryconditions/199-comprehensive-icf-core-set-stroke>, luettu 5.4.2017.

- Ihanus, Juhani (toim.) 2009. Sanat, että hoitaisimme. Terapeuttinen kirjoittaminen. Helsinki: Duodecim.
- Jehkonen, M., Nurmi, L., Nurmi, M. 2015. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Jehkonen, M., Saunamäki, T., Paavola, L., Vilkki, J.(toim.) Kliininen neuropsykologia. Helsinki: Duodecim.
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja - sarja. Suomen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
- Katisko, M., Kolkka, M., Vuokila-Oikkonen, P. 2014. Moniammatillinen ja monialainen osaaminen sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja liikunta-alojen koulutuksessa. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.
- Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P.J., Palomäki, H., Roine, R.O. & Sivenius, J. 2007. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Neurologia. Soinila, S.; Kaste, M. & Somer, H. Kustannus Oy Duodecim.
- Koivunen, R J. 2015. Intracerebral hemorrhage in young adults. Helsinki <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/157284> luettu 5.7.2017
- Korvela, P. 2014. Arjen rakentumisen ja rytmien kokoavaa tarkastelua. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/153029/14%20Korvela.pdf>, luettu 17.11.2017
- Knecht, S., Robmüller, J., Unrath, M., Klaus-Martin, S., Berger, K., Studer, B.2016. Old Benefit as much as young patients with stroke from high-intensity neurorehabilitation: Cohort analysis. *Neurol neurosurg Psychiatry*. 87:526-530.
- Kristensen, H-K., Persson, D., Nygren, C., Boll, M., Matzen, P. 2011. Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 18 (1). 11-25.
- Laaksonen, M. 2012. Moniammatillisuus ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan opettajan silmin.
- Larsson, J. 2016. Digitaalisuutta hoitoketjuun: säästöjä vai kustannuksia? *Terveys ja talous*. vol 79 no 2. <http://media.mediasepat.fi/Tt022016/#/article/18/page/1-1> luettu 2.5.2017
- Meretoja, A. 2012. Aivohalvaus - kallis kansansairautemme. *Lääketieteellinen Aikakauskija Duodecim*. Nro 2/2012. 128(2):139-46 <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2012/2/duo10040>, Luettu 29.10.2017.
- Mroz, Pitoyak, Fogelberg, Leland 2015. Client Centeredness and Health Reform: Key Issues for Occupational Therapy. 69 (5). *American Journal of Occupational Therapy*.
- Miettinen, S.(toim.) 2011. Palvelumuotoilu. Uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Tammerprint Oy: Teknologiatieto Teknova Oy.
- Ojasalo, K., Moilanen, T., Ritalahti 2014. Kehittämistyön menetelmät- uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. painos. Sanoma Pro Oy.Helsinki.
- Oupra, R., Griffiths, R., Pryor, J., Mott, S. 2010. Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. *Health Soc Care Community*. Vol; 18: 10-20

- Pyöriä, O., Reunanen, M., Nyrkkö, H., Kautiainen, H., Pieninkeroinen, I., Tapiola, P. & Lohikoski, P. 2015. Aktiivisuutta ja osallistumista tukeva fysioterapia aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden alkuvaiheen kuntoutuksessa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuksia. Satunnaistettu seurantatutkimus. Tampere: Juvenes Print. <http://hdl.handle.net/10138/157979> luettu 4.5.2017
- Pohjolainen, T., Saltychev, M. 2015. Toimintakyky. Teoksessa Viikari-Juntura, E., Salminen, J., Pohjolainen T., Mikkelsen, M., Arokoski, J., Alaranta, H., Ahoniemi, E. (toim.). Fysiatría. Verkkojulkaisu. Kustannus Oy Duodecim.
- Polatajko, H.J, Townsend, E.A, Craik, J. 2007. Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMPO-E). [https://vula.uct.ac.za/access/content/group/9c29ba04-b1ee-49b9-8c85-9a468b556ce2/Framework\\_2/pdf/The%20Canadian%20Model%20of%20Occupational%20Performance%20and%20Engagement.pdf](https://vula.uct.ac.za/access/content/group/9c29ba04-b1ee-49b9-8c85-9a468b556ce2/Framework_2/pdf/The%20Canadian%20Model%20of%20Occupational%20Performance%20and%20Engagement.pdf), luettu 10.11.2017
- Reunanen, M. 2017. Toimijuus kuntoutuskokemusten kerronnassa ja fysioterapian kohtaamisissa. Lapin Yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.
- Riekkinen, M. 2012. Aivoverenkierto potilaan kuntoutus. HYKS. Luettu 18.5.2017.
- Reed M., Harrington R., Duggan A. & Wood V. (2010) Meeting stroke survivors, perceived needs: a qualitative study of a community-based exercise and education scheme. *Clinical Rehabilitation*
- Roine, R. 2016. TIA. Lääkärin käsikirja. Artikkelit. Kustannus Oy Duodecim. [http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00888&p\\_haku=tia](http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00888&p_haku=tia), luettu 5.4.2017.
- Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka, 2017. [www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6\\_3\\_3.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_3.html) , luettu 25.10.2017
- Saarelma O. 2016. Sähköiset terveystalvet - lääkäriin avuksi, potilaan parhaaksi. Suomen Lääkärilehti. <http://www.laakarilehti.fi/nelli.laurea.fi/ajassa/nakokulmat/sahkoiset-terveystalvet-ndash-laakarinn-avuksi-potilaan-parhaaksi/> luettu 2.5.2017
- Saunamäki, T., Paavola, L., Vilki, J. (toim.) Kliininen neuropsykologia. Helsinki: Duodecim. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130274/URN\\_ISBN\\_978-952-302-634-6.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130274/URN_ISBN_978-952-302-634-6.pdf?sequence=1)
- Sipari, Salla 2008. Kuntouttava arki lapsen tueksi. Kasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistoiminnan rakentuminen asiantuntijoiden keskusteluissa. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Strandberg, M., Mustonen, P., Taina, M., Korpela, J., Vanninen, S., Hedman, M. 2016. Sydänperäisen aivoverenkiertohäiriön etiologia, diagnostiikka ja hoito. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Katsaus.132: <http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo13305.pdf>, luettu 5.4.2017.
- Soinila, S. 2007. Kliininen neuroanatomia. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M., Somer, H. (toim.) Neurologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Stroke recovery: daily activities and personal care. 2017. Healthtalk. <http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/nerves-brain/stroke/stroke-recovery-daily-activities-and-personal-care>, luettu 29.7.2017
- Torkki, Juhana 2014. Tarinan valta: kertomus luolamiehen paluusta.
- Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut. 2017. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet. Luettu 28.10.2017.  
<http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-suomessa>

Tuulaniemi, J. 2013. Palvelumuotoilu. Helsinki. Talentum Media Oy.

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Helsinki. Talentum Media Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Sade-hanke.  
[https://www.thl.fi/documents/10531/105937/THL\\_SADe\\_esite\\_WEB.pdf](https://www.thl.fi/documents/10531/105937/THL_SADe_esite_WEB.pdf)

THL. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. ICF: toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201303252595>.

Uimonen, J., Poutiainen, E., Mustanoja, S. 2014. Työikäisten aivoinfarktipotilaiden lääkinällinen kuntoutus pääkaupunkiseudulla. Suomen lääkärilehti.  
<http://www.laakarilehti.fi.nelli.laurea.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/tyoikaisten-aivoinfarktipotilaiden-laakinnallinen-kuntoutus-paakaupunkiseudulla/>, luettu 11.5.2017

Vilka, H. 2015. Tutki ja Kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus

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

Virtanen P. 2014. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedonsaanti päivystyspoliklinikalla. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy. <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95190/978-951-44-9432-1.pdf>, luettu 18.5.2017

Verheyden, G., Ashburn, A. 2011. Stroke. Teoksessa Stokes, M., Stack, E. 2011. Physical Management for Neurological Conditions. Elsevier Churchill Livingstone

Winstein, C.J., Stein, J., Arena, R. et al. 2016. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery. Stroke-journal. 47.6. e98-e169.

Wood, J., Connelly, D., Maly, M. 2010. Getting back to real living': a qualitative study of the process of community reintegration after stroke. Research Article.

## Kuviot

Kuvio 1: Teoreettinen viitekehys .....	
Kuvio 2: Aivokalvot (Soinila 2007, 39).....	11
Kuvio 3: Verisuonen varjoainekuva kaulavaltimon kalkkeutumisesta (nuolenkärki). (Kaste ym. 2007, 293). .....	13
Kuvio 4: Verisuonen varjoainekuva totaalitukoksesta (nuolenkärki). (Kaste ym. 2007, 29).13	
Kuvio 5: Verisuonen varjoainekuva aivoverenvuotoa enteilevästä kookkaasta valtimon pullistuksesta. (Kaste ym. 2007, 321). .....	14
Kuvio 6: Aivovaltimoiden suonitusalueet ulko- ja sisäpinnalta tarkasteltuna. (Jehkonen, Nurmi, Nurmi 2015, 187). .....	16
Kuvio 7: ICF-luokitus. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2017). .....	19
Kuvio 8: CMOP-E (The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement 2007, 3). .....	20
Kuvio 9: Opinnäytetyöprosessin päävaiheet ja aikataulu .....	28
Kuvio 10: Palvelumuotoilun prosessi (Tuulaniemi 2013, 130 - 131.).....	32
Kuvio 11: Palvelumuotoilun prosessi opinnäytetyössä.....	33
Kuvio 12: Ajankäyttöympyrä vuorokauden eri vaiheiden kuvaamisessa.....	40

## Taulukot

Taulukko 1: ICF:n Suoritukset ja Osallistuminen osa-alueen pääluokkien keskeinen sisältö 18

## Liitteet

Liite 1: Kutsu ryhmähaastatteluun.....	96
Liite 2: Kutsu yksilöhaastatteluun .....	97
Liite 3: Tiedote haastattelusta .....	98
Liite 4: Suostumuslomake .....	99
Liite 5: Puolistrukturoitu yksilöhaastattelu .....	100
Liite 7: Esimerkki osasta sisällönanalyysia - Liikkuminen arjessa (pääluokka 8) osalta ....	104

## Liite 1: Kutsu ryhmähaastatteluun

Hei,

Olemme toimintaterapeutti- ja fysioterapeuttiopiskelijoita Metropolia sekä Laurea Ammattikorkeakouluista. Teemme opinnäytetyötä yhteistyössä HUS:n kanssa. Opinnäytetyö on välillisesti osana Virtuaalisairaala- hanketta, jossa tuotetaan mm. aivoverenkiertohäiriö-kuntoutujan kuntoutumista tukevaa materiaalia Terveyskylä.fi- verkkosivustolle. Terveyskylä on asiantuntijoiden yhdessä potilaiden kanssa kehittämä erikoissairaanhoidon verkkopalvelu. Terveyskylä tarjoaa tietoa ja tukea kuntoutujille sekä heidän läheisilleen.

Tavoitteenamme on saada läheisten kautta kokemustietoa aivoverenkiertohäiriö-kuntoutujan arjesta sekä siitä, millaista ohjausta ja tukea siihen kaivataan. Hyödynnämme saatua tietoa pohjaksi Terveyskylä.fi- verkkosivustolle tuleville itsehoito-oppaille.

Kutsumme teidät keskustelemaan kanssamme Teidän arjestanne.

### Aika ja paikka

22.5.2017 klo 17-19:30

Sofianlehdonkatu 5B, 00610 Helsinki

(Metropolia Ammattikorkeakoulu)

Ennakoilmoittautumiset sekä kyselyt sähköpostilla 7.5. mennessä

Tervetuloa jakamaan ajatuksia sekä verkostoitumaan muiden läheisten kanssa!

Miisa Andersin, Krista Taskinen, Aili Udd, Janna Salmi ja Sini Yläne





## Liite 2: Kutsu yksilöhaastatteluun

Hei!

Olemme toiminta- ja fysioterapeuttiopiskelijoita Metropolia sekä Laurea Ammattikorkeakouluista. Teemme opinnäytetyötä yhteistyössä HUS:n kanssa. Opinnäytetyö on välillisesti osana Virtuaalisairaala 2.0- hanketta, jossa tuotetaan mm. aivoverenkiertohäiriö-kuntoutujan kuntoutumista tukevaa materiaalia Terveyskylä.fi-palveluportaalin Kuntoutumistalo-osioon. Terveyskylä on asiantuntijoiden yhdessä potilaiden kanssa kehittämä erikoissairaanhoidon verkkopalvelu. Terveyskylä tarjoaa tietoa ja tukea kuntoutujille sekä heidän läheisilleen.

Opinnäytetyön tavoitteena on saada läheisten kautta kokemustietoa aivoverenkiertohäiriö-kuntoutujan arjesta sekä siitä, miten Kuntoutumistalon oppaat voivat olla tukena kuntoutujan ja läheisen arjessa. Hyödynnämme saatua tietoa pohjaksi Kuntoutumistalo.fi-verkkopalveluun tuleville itsehoito-oppaille sekä palvelun kehittämiseksi.

Kutsumme teidät haastatteluun, jonka aiheena on läheisenne aivoverenkiertohäiriön vaikutukset arkeen. Haastattelu on mahdollista toteuttaa valitsemassanne paikassa, esimerkiksi kotonaanne. Haastattelijoina toimii kaksi opiskelijaa, ja haastattelu nauhoitetaan opinnäytetyötä varten.

Haastattelu voidaan järjestää seuraavina ajankohtina:  
30.6., 1.7. sekä 3.7.2017.

Ilmoittautumiset sekä kyselyt sähköpostilla tai puhelimitse 23.6. mennessä:  
toimintaterapeuttiopiskelija Miisa Andersin

Myös lisätietoja opinnäytetyöstä voitte kysyä sähköpostitse tai puhelimitse. Osallistumisenne on meille erittäin arvokasta!

Ystävällisesti

Miisa Andersin, Krista Taskinen, Aili Udd, Janna Salmi ja Sini Yläne

### Liite 3: Tiedote haastattelusta

Hei!

Kiitos ilmoittautumisesta opinnäytetyöhömmme liittyvään tilaisuuteen, joka on suunnattu aivo-  
verenkiertohäiriökuntoutujien omaisille. Tilaisuus, joka toteutetaan ryhmähaastatteluna pide-  
tään 22.5.2017 klo:17-19.30 Metropolia Ammattikorkeakoulun tiloissa. Tarkempi osoite vielä  
alempana. Olemme teitä vastassa ala-aulassa. Tilaisuudessa kahvi/teetarjoilu.

Ryhmähaastattelu on tarkoitus kuvata ja/tai nauhoittaa meidän käyttöömme. Tallenteet ovat  
vain meidän opinnäytetyön tekijöiden käytössä ja ne hävitetään työn ollessa valmis. Ryhmä-  
haastattelusta keräämämme aineisto on luottamuksellista ja osallistujat pysyvät anonyymeina  
opinnäytetyön tuotoksessa.

Osallistumisenne on meille erittäin arvokasta!

Maanantain tapaamistamme innolla odottaen  
Aili, Krista, Miisa, Sini ja Janna  
Osoite: Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sofianlehdonkatu 5B

Lisätietoja opinnäytetyöstä voitte kysyä sähköpostitse tai puhelimitse.

#### Liite 4: Suostumuslomake

Suostumus aivoverenkiertohäiriökuntoutujien läheisten ryhmähaastatteluun 22.5.2017.

Opinnäytetyö on välillisesti osana Virtuaalisairaala 2.0- hanketta, jossa tuotetaan mm. aivoverenkiertohäiriökuntoutujan kuntoutumista tukevaa materiaalia Terveyskylä.fi-palveluportaalin Kuntoutumistalo-osioon. Terveyskylä on asiantuntijoiden yhdessä potilaiden kanssa kehittämä erikoissairaanhoidon verkkopalvelu. Terveyskylä tarjoaa tietoa ja tukea kuntoutujille sekä heidän läheisilleen. Opinnäytetyön tavoitteena on saada läheisten kautta kokemustietoa aivoverenkiertohäiriökuntoutujan arjesta sekä siitä, miten Kuntoutumistalon oppaat voivat olla tukena kuntoutujan ja läheisen arjessa.

Olen saanut riittävästi tietoa tilaisuudesta, jossa pyritään saamaan kokemustietoa aivoverenkiertohäiriökuntoutujan arjesta heidän läheistensä kautta. Tiedän, että tilaisuuden tarkoituksena on toiminnallisen teemahaastattelun keinoin selvittää oireiden vaikutuksia arkeen ja toimintaan sekä arjen haastekohtia ja osallistujien omia ratkaisuja niihin.

Tiedän, että haastatteluaineistoa hyödynnetään opiskelijoiden opinnäytetöissä sekä Terveyskylä.fi-palveluportaalin Kuntoutumistalo.fi-palvelun kehittämisessä. Haastattelussa kerätyn tiedon pohjalta koostetaan fiktiivinen tarina, jonka pohjalta Virtuaalisairaala 2.0-hanke tuottaa kuntoutusmateriaalia Kuntoutumistalo.fi-palveluun.

Minulla on mahdollisuus esittää ryhmähaastatteluun liittyen tarkentavia kysymyksiä milloin tahansa. Ymmärrän, että minulla on mahdollisuus keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Voin myös peruuttaa tämän suostumukseni, jolloin minusta kerättyjä tietoja ei käytetä enää kehittämistarkoituksessa. Tietojani käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolakia ja hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tietoja ei luovuteta ulkopuolisille, eikä niitä käytetä muuhun kuin tämän opinnäytetyön kehittämistyöhön. Tiedot hävitetään opinnäytetyöprojektin päätyttyä. Haastattelussa kerätyt tiedot analysoidaan ja esitetään opinnäytetyön tuloksissa ja tuotoksessa siten, että niistä ei voi tunnistaa henkilöä.

Vahvistan allekirjoituksellani suostumukseni ja vapaaehtoisen osallistumiseni tähän opinnäytetyöhön liittyvään tilaisuuteen.

Osallistujan nimi: \_\_\_\_\_

Sähköposti: \_\_\_\_\_

Puhelinnumero: \_\_\_\_\_

Paikka: Helsinki Päiväys: 22.5.2017

Osallistujan allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Osallistujan nimenselvennös: \_\_\_\_\_

- Olen kiinnostunut lukemaan opinnäytetyössä tuotetun tarinan, jonka sisältöön olen ollut vaikuttamassa osallistumalla haastatteluun. Tähän liittyen minua otetaan yhteyttä puhelimitse tai sähköpostitse tarinan valmistuttua syksyllä 2017, jolloin minulla on mahdollisuus antaa palautetta.

## Liite 5: Puolistrukturoitu yksilöhaastattelu

**Puolistrukturoitu yksilöhaastattelu**

Opinnäytetyön ja haastattelijoiden esittelyt

Kysymykset:

1. Miten kuvailisitte sairastuneen arkea ennen ja jälkeen sairastumisen?
2. Miten aivoverenkiertohäiriön oireet ilmenevät arjessa?/ Missä arjen toiminnassa oireet/ero entiseen näkyy selkeimmin?
  - liikkuminen (rappusissa kävely/tasamaa/kotona)
  - Siirtymiset
  - Yläraaja/alaraaja
  - Tasapaino
  - Tuntohäiriöt
  - Spastisuus
  - Voima/kestävyys
  - Itsestä huolehtiminen
  - Fatiikki
  - Kommunikointi (puheen tuotto/ymmärtäminen)
  - Kognitiiviset toiminnot (oppiminen, tiedon soveltaminen, lukeminen ym.)
  - Visuaaliset häiriöt
  - Neglectit (kaikki muodot)
  - Sosiaalinen kanssakäyminen
  - Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä
4. Millä tavoin kuntoutuja suoriutuu arjen toiminnoista?

**Itsestä huolehtiminen:**

- Henk.koht. toiminnot
  - Wc:ssä käynti
  - Peseytyminen
  - Vaatteiden pukeminen/riisuminen
  - Purkkien avaaminen
  - Lääkkeiden ottaminen
- Liikkuminen
  - Sängyssä kääntyminen
  - Pyörätuolista siirtyminen
  - Kylpyammeeseen / suihkuun meneminen ja sieltä poistuminen
  - Käveleminen (portaissa käveleminen)
  - Autoon, taxiin meneminen ja sieltä poistuminen
- Yhteiskunnassa selviytyminen
  - Autolla ajaminen
  - Julkisten liikennevälineiden käyttö
  - Puhelimen käyttö
  - Tapaamisten sopiminen
  - Raha-asoiden suunnittelu ja hoitaminen (laskujen maksu)
  - Rahan käsitteleminen (ostosten maksaminen)
  - Ostoksilla käynti
  - Tarvittavien asioiden järjestäminen
  -

**Tuottavuus:**

- Palkka-/palkaton työ:
  - Työn hakeminen
  - Työskenteleminen
  - Uusien tehtävien oppiminen
  - Vastuun kantaminen
  - Työkavereiden huomioiminen
- Kodinhoito:
  - Ruokaostosten tekeminen
  - Aterioiden suunnittelu, ruoan valmistaminen, ruokaohjeiden noudattaminen
  - Pöydän pyyhkiminen, keittiön siivoaminen
  - Tiskaaminen
  - Imurointi
  - Roskien vienti
  - Pyykin peseminen
  - Silittäminen
  - Lasten hoitaminen

**Vapaa-aika:**

- Hiljaiset harrastukset:
  - Musiikin kuunteleminen
  - Television katseleminen
  - Kirjojen, sanomalehtien ym lukeminen
  - Neulominen, ompelu, kutominen
  - Keräileminen, taiteelliset harrastukset
  - Korttien, lautapeliä peläminen
- Aktiiviset harrastukset:
  - Liikunnan harrastaminen
  - Lemmikkieläinten hoitaminen
  - Elokuviissa / teatterissa käyminen
  - "Ulkona" syöminen
  - Ravintolassa / baarissa käyminen
  - Matkailu
  - Urheilukilpailuissa käyminen
  - Museoissa, kirjastoissa käyminen
  - Puistoissa ja rannoilla käyminen
- Sosiaalinen toiminta
  - ystävien/perheen luona kyläileminen
  - Puhelimessa puhuminen
  - Juhliin osallistuminen
  - Juhlien järjestäminen
  - Ryhmätoimintaan osallistuminen

3. Minkälaista apua/tukea olette saaneet arkeen?

4. Mikä motivoi, mistä voimia arkeen?

5. Millaisista toiminnoista/tehtävistä on tullut tärkeitä (sairastumisen myötä)?

6. Millaisia asioita läheisenne haluaa tehdä itsenäisesti?

7. Millaiset ratkaisut tukevat arjessa suoriutumista? Millaisia käytännön muutoksia olette tehneet?

8. Millaisia muutoksia ympäristöön (koti, matkat) on tehty?

9. Miten ajankäyttö jakautuu vapaa-ajan, työn ja itsestä huolehtimisen suhteen?

10. Kuvailisitko normaalin arkipäivän aamusta iltaan?

11.Mitä terveyskylä.fi-palveluportaalilta odotetaan? Minkälaista tietoa/palvelua tarvitaan? Koetut hyödyt palvelusta? Mahdolliset riskit/haitat palvelusta?  
12.Onko jotain muuta mitä haluaisitte kertoa?

Liite 6: Palautelomake

**Palaute aivoverenkiertohäiriö-kuntoutujien läheisten yksilöhaastattelusta**

Miten koit haastatteluun osallistumisen?

Oliko haastatteluun osallistumisesta hyötyä?

Miten haastattelussa käsitellyt asiat kuvasivat arkeanne?

Jäikö haastattelusta puuttumaan jotain, jota olisit halunnut käsitellä?

Millaista tietoa tai ohjausta olisit kaivannut / kaipaisit arjen tueksi (jota Kuntoutumistalo.fi-palvelu voisi tarjota)?

Muita kommentteja? 😊

Kiitos osallistumisesta! Ystävällisin terveisin Aili, Janna, Krista, Miisa & Sini

## Liite 6: Esimerkki osasta sisällönanalyysia - Liikkuminen arjessa (pääluokka 8) osalta

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
<i>"No meil tietysti mies ku on päässy hän on nyt koko ajan päässy nyt sit ku on kotona ollu sit sillo sairaalajaksonki jälkeen ite ni, et. Ainii mut oliha sit, ei enää muistakaan et oliha meillä sillo se pyörätuoli kotonaki aina välillä siinä alussa. Nii, et oliha se sitte, oliha se tosiaan että kainaloista ja mistä sitä nyt autettiin. ..nyt kuitenkin on tota nyt niinku omin avuin kävelee."</i>	Mies on koko ajan päässyt itse siirtymään kotona, alussa hän oli p-tuolissa. Tuolloin häntä autettiin kainaloista. Nyt hän kävelee kuitenkin jo itsenäisesti.	Asennon vaihtaminen ja ylläpitäminen muuttunut	Asennon vaihtaminen ja ylläpitäminen (d410-d429)	Liikkuminen (Pääluokka 8)
<i>"Jos hän seisoi ni hän kaatuis mut ku hän ei nyt onneks seisoi ni tota ei pyörätuolist yleensä kaadu."</i>	Jos hän seisoi niin hän kaatuisi. Hän istuu nyt p-tuolissa mistä ei yleensä kaadu.	Asennon ylläpidon ongelmat	Asennon vaihtaminen ja ylläpitäminen (d410-d429)	Liikkuminen (Pääluokka 8)
<i>"No on sillai et ei hän sitä vasenta puolta et jos hän katsoo muualle niin ei hän hallitse sitä yhtään. Se menee ihan mihin sattuu."</i>	Jos hän katsoo muualle niin ei hän hallitse vasenta puolta, se menee miten sattuu.	Asennon ylläpidon ongelmat	Asennon vaihtaminen ja ylläpitäminen (d410-d429)	Liikkuminen (Pääluokka 8)
<i>"...niin kun helposti rupesi tuuttaamaan että niinkun vetämään toiseen suuntaan mutta sekin on kuntoutunut siitä tosi hyvin."</i>	Helposti rupesi kaatumaan toiseen suuntaa, mutta hän on kuntoutunut siitä todella hyvin.	Asennon ylläpidon ongelmat	Asennon vaihtaminen ja ylläpitäminen (d410-d429)	Liikkuminen (Pääluokka 8)