

Opinnäytetyö (AMK)
Fysioterapeuttikoulutus
2018

Anna Arasola ja Pauliina Palkén

AFAATTISTEN HENKILÖIDEN OHJAUSKEINOT FYSIOTERAPEUTTISESSA ALLASHARJOITTELUSSA

– Kuvalliset ohjekortit ohjaamisen tukena

Anna Arasola ja Pauliina Palkén

AFAATTISTEN HENKILÖIDEN OHJAUSKEINOT FYSIOTERAPEUTTISESSA ALLASHARJOITTELUSSA

- kuvalliset ohjekortit ohjaamisen tukena

Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu Suomessa vuosittain n. 25 000 henkilöä, joista kolmanneksella esiintyy afasiaa. Afasia on kielellinen häiriö, joka ilmenee puheen tuotossa tai ymmärtämisessä sekä kirjoittamisessa. Afasia vaikeuttaa kommunikointia muiden ihmisten kanssa, minkä seurauksena sosiaalinen kanssakäyminen voi vähentyä ja riski syrjäytymiseen kasvaa. Afaattisen henkilön kommunikointiin on olemassa erilaisia tukikeinoja, kuten eleet, kirjoittaminen, piirtäminen sekä kuvat. Erilaisten tukikeinojen käyttö tukee vuorovaikutusta ja kommunikointia, mikä edistää afaattisen henkilön toimintakykyä.

Opinnäytetyö tehtiin kehittämistyönä Aivoliitto ry:lle ja sen tavoitteena oli kehittää Erityisosaimiskeskus Suvituudessa toimivan AVH-asiakkaiden allasryhmän tunnin sisältöä, ottaen huomioon afasia-asiakkaiden oireet ohjauksen näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota afasia-asiakkaiden ohjaamisessa huomioon otavat asiat ja toimia tietopakettina perehdyttäessä Aivoliittoon harjoitteluun tulevia opiskelijoita ennen allasryhmän ohjaamista.

Allasryhmän toimintaa kehitettiin muuttamalla tunnin rakenne kiertoharjoittelutyypiseksi kuvallisten ohjekorttien avulla. Opinnäytetyö toteutettiin havainnoimalla ja ohjaamalla AVH-asiakkaiden allasryhmää ilman kuvallisia ohjekortteja sekä niiden kanssa. Ohjaukertojen jälkeen haastateltiin afasia-asiakasta kuvallisten ohjekorttien toimivuudesta sekä keinoista, joita tulisi ottaa huomioon afasia-asiakasta ohjattaessa. Opinnäytetyön tuotoksena on allasryhmien kiertoharjoitteluun suunniteltu kuvapankki, jonka ohjeet huomioitiin afasia-asiakkaiden näkökulmasta.

Havainnoinnin ja haastattelun perusteella voidaan todeta, että visuaalinen ohjaus on afaattisille henkilöille tärkein ohjauskeino. Verbaalisten ohjeiden tulee olla mahdollisimman selkeitä, ja osa asiakkaista kertoi, että verbaalinen ohjaus on heille lähes merkityksetöntä. Manuaalinen ohjaus oli allasohjauksessa mahdotonta toteuttaa, kun ohjaaja oli altaan reunalla. Kuvakorteista oli hyötyä erityisesti niille asiakkaille, joilla oli muistivaikeuksia ja ne antoivat ohjaajalle enemmän aikaa henkilökohtaiseen ohjaamiseen.

ASIASANAT:

Afasia, ohjaamisen keinot, fysioterapia, allasharjoittelu, kommunikointi

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in physiotherapy

2018 | 39 pages, 38 pages in appendices

Anna Arasola, Pauliina Palkén

COMMUNICATION TECHNIQUES WITH APHASIA CLIENTS IN AQUATIC PHYSIOTHERAPY GROUPTRAINING

- Methods to support the communication

There is approximately 25 000 people who have a stroke in Finland each year and one third of these people have aphasia. Aphasia is a communication disorder which might affect speaking, reading, writing or understanding of speech. Due to difficulties in social situations aphasia may also cause social isolation. There is different methods to support communication with a person who has aphasia, these methods might be for example gestures, pictures, drawing or writing. The goal of this bachelor's thesis was to get to know to different communication techniques used in physiotherapeutic group training and with clients with aphasia, and to create an exercise program with pictures that takes the special needs of aphasia in communication into consideration. This was done in co-operation with Aivoliitto ry, and it might also help students on internships who might not have any experience of aphasia.

The methods to support the communication were created based on our research of different communication techniques, aphasia, aquatic training and applied sports. The methods chosen were evaluated in practice by comparing two group training sessions. Both of the classes had the same content, but first time was without the methods and the second one with the methods to support the communication. After that these two classes were compared and analyzed from the perspective of the communication and a client who participated in these classes was interviewed and the interview was analyzed.

The results of the observations and the interview are that visual information is the most important way to instruct people with aphasia. When it comes to verbal instructions, the instructions should be as clear as possible, and some clients told that verbal instructions are totally irrelevant for them. Manual instructing is very difficult in these circumstances when the therapist isn't in the pool. Pictures of the exercises helped especially customers with memory difficulties and gave the instructor more time to focus on individuals.

KEYWORDS:

Aphasia, physiotherapy, aquatic training, communication skills

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	8
2.1 Toimeksiantajana Aivoliitto	8
2.2 AVH-kuntoutujien allasharjoitteluryhmä	9
3 AFASIA	10
3.1 Afasia ja sen oireet	10
3.2 Afasian luokittelu	10
3.3 Neuropsykologiset oireet	11
3.4 Kommunikointi afaattisen henkilön kanssa	13
4 FYSIOTERAPEUTTISEN OHJAAMISEN KEINOT	14
4.1 Visuaalinen ohjaaminen	14
4.2 Manuaalinen ohjaaminen	15
4.3 Verbaalinen ohjaaminen	15
4.4 Ohjaamistilanne afaattisen henkilön kanssa	16
5 LIIKUNNAN NÄKÖKULMA	17
5.1 Terveysliikunta soveltavasta näkökulmasta	17
5.2 Vesivoimistelu	17
5.3 Vesivoimistelun tuntirakenne	18
5.4 AVH ja allasharjoittelu	18
6 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	20
6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö kehittämistehtävänä	20
6.2 Tiedonkeruumenetelmät	20
6.2.1 Haastattelu tutkimusmenetelmänä	21
6.2.2 Havainnointi tutkimusmenetelmänä	22
6.3 Analysointimenetelmät	22
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	24
7.1 Kuvallisten ohjekorttien työstäminen	26
7.2 Havainnoinnin toteutus	26
7.3 Havainnoinnin tulokset	27

7.4 Haastattelun toteutus	29
7.5 Haastattelun tulokset	30
7.6 Johtopäätökset tuloksista	31
8 POHDINTA	33
8.1 Pohdinta jatkotutkimusehdotuksista	35
8.2 Opinnäytetyön eettiset ratkaisut	35
LÄHTEET	37

LIITTEET

- Liite 1. Suostumuslomake
- Liite 2. Havainnointilomake
- Liite 3. Haastattelulomake
- Liite 4. Kuvalliset ohjekortit

KUVIOT

Kuvio 1. Opinnäytetyön vaiheet ja aikataulu	25
---------------------------------------------	----

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu Suomessa vuosittain n. 25 000 henkilöä, joista kolmanneksella esiintyy afasiaa. Yhteensä afaattisia henkilöitä arvioidaan olevan n. 16 000- 17 000. (Aivoliitto 2013.) Aivoverenkiertohäiriöt ovatkin afasian yleisin aiheuttaja. Afasialla tarkoitetaan erilaisia kielellisiä vaikeuksia, afaattisen henkilön voi olla vaikea puhua, sekä ymmärtää puhetta tai kirjoitettua tekstiä. Afasia vaikeuttaa kommunikointia muiden ihmisten kanssa, minkä seurauksena sosiaalinen kanssakäyminen voi vähentyä ja riski sosiaaliseen syrjäytymiseen kasvaa. Vaikeudet lukemisessa ja kirjoittamisessa vaikeuttavat myös arjen käytännön asioita sekä esimerkiksi ajankohtaisten asioiden seuraamista. (Aro-Pulliainen 2013, 3.)

Afasia vaikuttaa myös lähiympäristöön ja ympäristö vaikuttaa afaattisen henkilön suoriutumiseen erilaisissa viestintätilanteissa ja vuorovaikutukseen osallistumisessa. ICF-luokituksessa ympäristötekijöillä tarkoitetaan sitä sosiaalista, fyysistä ja asenneympäristöä missä ihminen elää. Tekijät voivat olla joko yksilön toimintakykyä rajoittavia tai edistäviä. Afaattisen henkilön kommunikointia tukevat ihmiset edistävät afaattisen henkilön toimintakykyä, kun taas tällaisen tuen puuttuminen rajoittaa sitä. (Klippi ym. 2017, 122.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota ohjaamisen keinot, joita voidaan hyödyntää afasia-asiakkaan ohjaamisessa. Tavoitteena oli niiden perusteella kehittää kuvapankki, joka ottaa huomioon afasian erityispiirteitä. Kuvapankki kehitettiin Erityisosaamiskeskus Suvituudessa toimivan AVH-asiakkaiden allasryhmän asiakkaille, helpottamaan kommunikaatiota ohjaajan ja asiakkaiden välillä kiertoharjoittelussa. Opinnäytetyötä voi hyödyntää myös perehdyttäessä Aivoliitto ry:n harjoitteluun tulevia fysioterapeuttiopiskelijoita ennen allasryhmän ohjaamista. Uusien harjoitteluun tulevien fysioterapeuttiopiskelijoiden tietämys afasiasta edesauttaa kommunikointia ja ohjaustilanteita, jolloin se edistää ohjaustilanteen tasa-arvoisuutta afasia-asiakkaiden näkökulmasta sekä voi edistää yksilön toimintakykyä ja sosiaalisuutta allasryhmään osallistuessa (Klippi ym. 2017, 122).

Kiertoharjoittelutyypisessä ohjelmassa jokaisella pisteellä liikkeet suoritetaan 2-3 hengen ryhmissä, jolloin kuntoutujat voivat saada tukea liikkeen suoritukseen myös toisiltaan. Yhdessä olo ja yhteiset kokemukset lievittävät yksinäisyyden tunnetta ja syrjäy-

tymistä, mikä vaikuttaa merkittävästi elämänlaatuun. Yksilön kokemuksessa psykososiaalinen merkitys voi olla jopa fyysistä harjoittelua tärkeämpää. (Tulasalo ym. 2008, 6.) Yhteinen toiminta lisää yhteisöllisyyttä. Liikunnassa tulisi kehittää yhteisöllisyyttä, sillä se lisää hyvinvointia ja fyysistä terveyttä. Hyvät vuorovaikutustaidot auttavat kommunikoimisessa ja yhteisöllisyyden kehittämisessä. (Rovio ym. 2009, 203.)

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyö oli toiminnallinen ja se tehtiin kehittämistehtävänä Aivoliitto ry:lle. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Erityisosaamiskeskus Suvituudessa toimivan AVH-kuntoutujien allasryhmän käyttöön kuvapankki, ottaen huomioon afasia-asiakkaiden oireet ohjauksen näkökulmasta. Aivoliitto ry:n fysioterapeuttien toiveesta tunnin sisältöä kehitettiin suunnitteleamalla kiertoharjoittelutyypinen harjoitusohjelma sekä kehitettiin allasryhmän jo käytössä olleita kuvallisia apuvälineitä afasia-asiakkaiden näkökulmasta toimivammaksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota ohjaamisen keinot, joita voidaan hyödyntää afasia-asiakkaiden ohjaamisessa ja toimeksiantaja voi hyödyntää työtä perehdytettäessä Aivoliittoon harjoitteluun tulevia opiskelijoita ennen allasryhmän ohjaamista. Opinnäytetyön tuotoksena on allasryhmien kiertoharjoitteluun suunnitellut kuvalliset ohjekortit, jonka ohjeet on huomioitu afasia-asiakkaiden näkökulmasta.

Tavoitteena oli saada tunnin sisältöä monipuolisemmaksi erilaisella harjoittelumuodolla eli kiertoharjoittelulla, hyödyntäen liikkeissä erilaisia vesivoimisteluvälineitä sekä jakamalla liikekortit teemoihin. Ohjaaja voi koota eri liikkeistä mahdollisimman monipuolisia harjoituksia. Liikkeet tehdään 2-3 henkilön ryhmissä, joten samalla se lisää ryhmässä olevien asiakkaiden kommunikaatiota toistensa välillä. Tarkoituksena oli ohjata suunniteltu tunti ensin ilman kommunikaation apuvälineitä ja toisella kerralla niiden kanssa. Tarkoituksena oli myös vertailla kertoja oman kokemuksemme sekä asiakkaan kokemuksen kautta, ja näin arvioida kommunikaatiokeinojen merkitystä afaattisten henkilöiden allasharjoittelun ohjauksessa.

2.1 Toimeksiantajana Aivoliitto ry

Aivoliitto on rekisteröity yhdistys aivoverenkiertohäiriöihin sairastuneille sekä henkilöille, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia. Aivoliitto ry toimii maanlaajuisesti, paikallisyhdistyksiä on yli 100 paikkakunnalla, ja se pyrkii tukemaan jäseniään elämään mahdollisimman hyvää arkea. Aivoliitto ry:ssä tehdään kansanterveystyötä ja ennaltaehkäisevää työtä mm. järjestämällä koulutuksia terveysalan ammattilaisille, sopeutumisvalmennuksia sairastuneille, sekä puhevaikeuksista kärsiville ja heidän perheilleen, puhe- ja fysioterapiapalveluita ja muita palveluita sekä vertaistoimintaa jäsenilleen. (Aivoliiton toiminta 2017.)

2.2 AVH-kuntoutujien allasharjoitteluryhmä

Turun Seudun AVH-yhdistys ry järjestää yhteistyössä Aivoliitto ry:n kanssa Erityisosaamiskeskus Suvituulella AVH-kuntoutujille suunnattua allasvoimistelua maanantaisin ja tiistaisin. Ryhmä on terveysliikunta ryhmä, jossa otetaan huomioon afasian ja neuropsykologisten oireiden erityispiirteitä. Ryhmää ohjaavat Aivoliitto ry:n fysioterapeutit. Opinnäytetyö toteutettiin maanantaisin toimivassa allasryhmässä, mutta valmista opinnäytetyötä voidaan hyödyntää molemmissa ryhmissä. Ryhmissä on maksimissaan 15 osallistujaa.

Kohderyhmässä ohjauskerroilla paikalla oli 6-7 osallistujaa. Ikähaarukka ryhmässä oli noin 50-84 vuotta ja aivoverenkiertohäiriöön sairastumisesta oli yhdestä vuodesta yli kymmeneen vuoteen. Kohderyhmässä yksi asiakkaista oli aloittanut vuoden sisällä, muut olivat käyneet ryhmässä jo useita vuosia. Kaikki asiakkaat olivat AVH-asiakkaita, joista osalla oli afasia sekä muita neuropsykologisia oireita.

3 AFASIA

3.1 Afasia ja sen oireet

Afasia on aivokudoksen vauriosta syntynyt kielellinen häiriö, jonka seurauksena henkilöllä on vaikeuksia ymmärtää ja tuottaa puhuttua tai kirjoitettua kieltä. Afasian yleisin syy on aivoverenkiertohäiriö, joka on yleensä vasemman aivopuoliskon alueella. (Atula 2015.) Afasiaan johtava vaurio sijaitsee yleensä aivojen kuorikerroksissa tai syvissä osissa kielellisiin toimintoihin keskittyneillä alueilla. Muita syitä afasialle voi olla mm. aivovamma, dementia tai jokin muu etenevä neurologinen sairaus. (Aro-Pulliainen 2013, 3.)

Afasia voi tulla ilmi monin eri tavoin puheen tuottamisessa tai ymmärtämisessä, kirjoittamisessa sekä lukemisessa riippuen vaurion sijainnista ja laajuudesta (Aro-Pulliainen 2013, 5). Afasia voi ilmetä myös eleiden käytössä sekä viittomakielisen henkilön kommunikoimisessa (Klippi ym. 2017, 27). Afasian vaikeusaste vaihtelee yksilöllisesti melkein huomaamattomista puhe- ja ymmärtämisvaikeuksista huomattavasti vaikeutuneisiin kielellisiin toimintoihin. Afasiasta huolimatta henkilön älykkyys ja ajattelu voivat olla täysin normaalit. (Atula 2015.)

Henkilö jolla on afasia voi kärsiä kielellisten ongelmien lisäksi muista aivoverenkierron häiriöiden oireista, kuten muistinongelmista, tarkkaavuuden ja keskittymiskyvyn puutteista, hahmottamisvaikeuksista, tunne-elämän muutoksista sekä halvausoireista. (Launonen & Korpijaakko-Huuhka 2009, 232.)

3.2 Afasian luokittelu

Afasiasta on olemassa useita eri luokituksia, joissa päätyypit jaetaan kuitenkin samankaltaisesti. Täydellinen afasia ja jäännösafasia ovat kliinisessä työssä yleisimmin näkyvät afasiatyyppit ja edustavat klassisessa luokituksessa afasian vaikeusluokituksen ääripäitä. Jokainen afasia on kuitenkin oireiltaan yksilöllinen, joten afasialuokitus on suuntaa antava kunkin yksittäisen potilaan oireenkuvan kohdalla. (Soinila ym. 2006, 120.)

Klassisessa luokituksessa afasiat jaetaan kahdeksaan eri afasia tyyppiin. Täydellisessä eli globaalissa afasiassa kielellinen ymmärrys on hyvin heikkoa ja kaikki kielelliset toiminnot ovat vaikeasti häiriintyneet. Tahdonalainen puhe voi olla rajoittunutta tai täysin

saavuttamatonta. Motorisessa eli Brocan afasiassa esiintyy kielen tuottamisen ongelmia, kuten puheen sujumattomuutta ja kieliopillista köyhyyttä. (Soinila ym. 2006, 120.) Brocan afasiassa kommunikointia vaikeuttaa puheilmaisun katkeilu ja juuttuminen, mikä tekee kommunikoinnista hidasta ja vaivalloista (Launonen & Korpijaakko-Huuhka 2009, 230). Transkortikaalisessa eli motorisessa afasiassa on tyypillistä spontaanin puheen tuottamisen vähäisyys. Ajoittain saattaa esiintyä myös pitkiäkin kieliopillisesti normaaleja ilmaisuja sekä artikulaatio on yleensä varsin sujuvaa. Sensoriselle eli Wernicken afasialle on tyypillistä heikko puheen ymmärtämiskyky sekä sujuva puhe, jossa esiintyy kuitenkin erityyppisiä sanaväärityksiä. Niitä esiintyy myös nimeämis- ja toistamisyrityksissä. Puheliasuus voi olla tavanomaista vilkkaampaa ja henkilö ei välttämättä tiedosta itse kielellistä häiriötään. Konduktioafasiassa esiintyy puheen tuottamisessa ilmeneviä fonologisia sanaväärityksiä (spontaani puhe, toistaminen sekä nimeäminen). Henkilö tiedostaa usein nämä ja yrittää korjata niitä. Anomisessa afasiassa puheen tuotto on sujuvaa, artikulaatio ja kielioppi on normaalia, mutta sanojen löytämisessä on vaikeuksia. Henkilö ei pysty ilmaisemaan informaation kannalta tärkeitä sisältösanoja, kuten substantiiveja ja verbejä ja hän voi korvata sanoja kiertoilmaisuilla. Transkortikaalinen sensorinen afasia on harvinainen oireisto ja kielelliset häiriöt muistuttavat Wernicken afasiaa. Kertovassa puheessa ja nimeämisessä voi ilmaantua epäoleellisia ja satuilun kaltaisia vastauksia. Jäännösafasia on yhteisnimitys henkilöille, joiden kielelliset häiriöt ja oireet ovat lieviä ja niitä ei pystytä luokittelemaan päätyyppeihin. Tyypillisiä aivovaurioiden jälkioireita voivat olla lievä sanojen löytämisen vaikeus sekä luku- ja kirjoitushäiriöt. (Soinila ym. 2006, 120-122.)

3.3 Neuropsykologiset oireet

Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat usein neuropsykologisia häiriöitä. Afasian lisäksi sairastuneella voi olla vaikeuksia muistamisessa, hahmotuksessa, tarkkaavaisuudessa, ajattelussa sekä päättelyssä. Neuropsykologiset oireet ilmaantuvat usein rutiininomaisissa perustoiminnoissa, jotka ovat aiemmin sujuneet ilman sen suurempaa ponnistusta tai ajattelua. Oireiden vaikeusaste vaihtelee aivovaurion laajuuden ja sijainnin mukaan. Osa oireista lievittyy sairaudesta toivuttaessa puolen vuoden kuluessa. (Jehkonen ym. 2015, 3.)

Oikean aivopuoliskon vaurio voi aiheuttaa tarkkaavuuden, sairauden tiedostamisen, havaitsemisen ja näkömuistin vaikeuksia. Yleisin tarkkaavuuden häiriö on huomiotta

jättäminen, eli neglect. Tällöin sairastunut ei huomioi ympäristöä tai omaa kehoa vasemmalta puolelta. (Jehkonen ym. 2015, 6.) Käytännössä potilas saattaa esimerkiksi törmäillä vasemmalla puolella oleviin huonekaluihin, kammata hiuksensa tai syödä vain lautasen oikealta puolelta. Lieväasteinenkin neglect-häiriö vaikeuttaa sairastuneen selviytymistä vaikeammista päivittäisistä toiminnoista, kuten liikenteessä liikkumisesta. (Soinila ym. 2006, 125-126.) Sairauden tiedostamisen vaikeutta kutsutaan anosognosiaksi. Tällöin sairastunut ei ymmärrä miksi hän on sairaalassa ja voi tuntea itsensä täysin terveeksi esimerkiksi halvauksesta huolimatta. Visuospatiaalinen häiriö eli avaruudellisen hahmottamisen häiriö ilmaantuu vaikeuksina erottaa oikeaa ja vasenta tai arvioida etäisyyksiä. Visuokonstruktivisessa häiriössä eli tilasuhteiden hahmottamisen häiriössä sairastuneella on vaikeuksia havaita tilasuhteita tai käsitellä esineitä. (Jehkonen ym. 2015, 6.)

Vasemman aivopuoliskon vauriossa ilmaantuu kielellisten toimintojen häiriöitä, kuten vaikeuksia lukemisessa, kirjoittamisessa ja laskemisessa, tahdonalaisten liikkeiden häiriöitä sekä kielellisen muistin häiriöitä. (Jehkonen ym. 2015, 6.) Tahdonalaisten liikkeiden häiriössä, eli apraksiassa sairastuneella on vaikeuksia suorittaa aiemmin opittuja ja liikkeitä motoristen ja sensoristen järjestelmien toimivuudesta huolimatta. Apraksia ilmenee pyydettyä sairastunutta tekemään liike mallin mukaan tai suorittamaan perustoimintoja ilman konkreettista esinettä (esimerkiksi kampaamaan hiukset ilman kampa). Apraksialle on tyypillistä, että liikkeen suoritus ei onnistu pyydettyä, mutta konkreettisissa tilanteissa sama liike onnistuu spontaanisti. (Soinila ym. 2006, 126-127.) Muistihäiriöitä voi ilmaantua aivoverenkiertohäiriön yhteydessä eriasteisina ja usein ne kohdistuvat vain jollain muistin osa-alueilla. Ne voivat vaikuttaa sairastuneen kykyyn esimerkiksi keskustelutilanteissa, uuden oppimisessa tai nähdyt asiat eivät jää mieleen. Säännöllisyys arjessa helpottaa muistiongelmista kärsivää ja luo turvallisuuden tunnetta. Toiminnanohjauksen häiriössä henkilöllä on vaikeuksia toiminnan suunnittelussa, aloittamisessa sekä toteuttamisessa. Se voi näkyä myös toiminnan osalta olennaisen osan tekemättä jättämisellä. Juuttuminen eli perseveraatio on yleinen piirre toiminnan ohjauksen häiriöissä. Tällöin sairastunut juuttuu toistamaan tiettyä toimintaa kykenemättä lopettamaan sitä. (Jehkonen ym. 2015, 14-15.) Agnosiassa eli nähdyn tunnistamisen häiriössä sairastunut näkee, mutta ei kykene tunnistamaan näkemäänsä. Nähdyn tunnistamisessa vaikeuksia voi olla konkreettisten esineiden tai kuvamateriaalin tunnistamisessa. Sairastuneelle voidaan antaa käteen jokin tavallinen esine, jota hän osaa kuvailla adjektiiveilla, mutta ei tunnista esinettä tai osaa kertoa mitä sillä teh-

dään. Vaikeuksia voi esiintyä myös esimerkiksi tunnistaessa värejä. (Soinila, ym. 2006, 122-123.)

3.4 Kommunikointi afaattisen henkilön kanssa

Afasia ei useinkaan vie kaikkia henkilön kielellisiä taitoja. Esimerkiksi arkisen keskustelun ymmärtäminen ja itsensä ilmaiseminen voivat jossain määrin onnistua. Kielellisten häiriöiden kuntoutuksen tavoitteet ovat monitahoisia, joiden avulla pyritään palauttamaan kielelliset toiminnot, kehittämään monipuolisia kommunikointitaitoja sekä tukemaan henkilöä jolla on afasia uudessa elämäntilanteessa. (Launonen & Korpijaakko-Huuhka 2009, 226-227.)

Keskustelutilanteissa afaattista henkilöä tulisi kohdella aikuisena, omiin päätöksiinsä kykenevänä ihmisenä. Afaattinen henkilö tietää mitä haluaisi sanoa, mutta afasia vaikeuttaa asian ilmaisua. Aivovaurion seurauksena aivot saattavat olla ärsykeherkät, joten keskustelutilanteet afaattikon kanssa tulisi rauhoittaa ja suosia ympäristöä missä ei olisi häiriötekijöitä. (Aro-Pulliainen 2013, 10-11.)

Afaattisella henkilöllä saattaa olla toistuvia vaikeuksia sanojen hakemisessa, puheessa voi esiintyä paljon virheellisiä lausumia tai puheentuotto voi olla ylipäättänsä vaikeaa. Afaattinen henkilö voi saada puheeseensa tukea eleillä, piirtämisellä ja kirjoittamisella. Puheentuoton vaikeuksissa voidaan asia ilmaista esimerkiksi piirtämällä tai kirjoittamalla numeroita tai kirjaimia. Afaattisten henkilöiden kanssa kommunikoidessa voi hyvin hyödyntää konkreettisia apuneuvoja, kuten kalenteria, kuvia ja karttoja. (Klippi ym. 2017, 84-87.)

Kysyttäessä afaattiselta henkilöltä jotain, keskustelukumppanin tulisi varmistaa, että afaattinen henkilö kykenee vastaamaan siihen. Apuna voi käyttää erilaisia puheentuoton tai viestimisen keinoja. Sopivat keinot ovat kuitenkin yksilöllisiä ja löytyvät yleensä ajan kuluessa kuntoutuksessa puheterapeutin avustuksella. Helppo keino aloittaa on kyllä- tai ei- kysymyksillä. Afasian oire voi kuitenkin olla kyllä- ja ei-sanojen sekaantuminen, joten kannattaa varmistaa vastaus joko peukalolla ylös (kyllä) tai peukalolla alas (ei). Tätä keinoa ei tulisi kuitenkaan käyttää usein, sillä se voi vähentää afaattikon puheyhteyksiä. (Aro-Pulliainen 2013, 10,12.)

4 FYSIOTERAPEUTTISEN OHJAAMISEN KEINOT

Sosiaali- ja terveysalalla asiakkaan ohjaamista kuvataan yksinkertaistettuna käytännöllisen opastuksen antamisena ja ohjauksen alaisena toimimisena. Ohjaaminen on hyvin pitkälle yhteiskunnallisesti määriteltyä sekä lain ja asetuksin säädelyä. Ohjaustyön kuvaukset poikkeavat sen mukaan korostetaanko niissä menetelmää, ohjaajan ja ohjattavan välistä vuorovaikutusta, prosessia, omaa kokemusta, toimintaympäristöä, käsitteellistä viitekehystä vai kulttuurisia näkökulmia. (Vänskä ym. 2011, 15.) Ohjaus etenee sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla. Tavoitteena asiakkaan ja ammattilaisen yhteisymmärrys käydyin keskustelun tuloksena. (Kyngäs ym. 2007, 38.) Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta on asiakkaiden, ryhmien, yhteisöjen ja yhteiskunnan toimintakykyä ja terveyttä edistävää toimintaa. Fysioterapeuttiseen ohjaukseen kuuluu asiakkaan ohjauksen lisäksi lähipiirin ja muiden sosiaali- ja terveyshuollon ammattilaisten sekä eri sidosryhmien ohjaaminen. (Suomen fysioterapeutit 2007.)

Fysioterapeutin ohjauskeinoja terapiassa ovat visuaalinen, verbaalinen ja manuaalinen ohjaaminen sekä niiden yhdistelmät. Ohjaustavat perustuvat eri aistien vastaanottojärjestelmiin. Ohjaamisen tarkoitus on antaa asiakkaalle mahdollisimman selkeä tieto halutusta suorituksesta. Mallintamisen avulla kuntoutuja pyrkii jäljittelemään ohjaajan suoritusta pyrkien itse samanlaiseen toimintaan. (Talvitie ym. 2006, 179, 181.)

4.1 Visuaalinen ohjaaminen

Visuaalinen ohjaaminen on hyödyllistä eri-ikäisten opettamisessa. Siitä hyötyvät etenkin 5-6 vuotiaat lapset ja ikääntyneet, joiden kehon asennon hallinta on heikentynyt. Visuaalinen mallintaminen on merkittävämpi ohjauskeino, kuin manuaalinen ohjaaminen tai kuntoutujan omien asento- ja liikeaistien välittämä tieto. (Talvitie ym. 2006, 180-182.)

Visuaalisessa ohjaamisessa terapeutti tai ohjaaja näyttää halutun suorituksen. Liikkeen alussa ohjaaja näyttää halutun suorituksen tuoden selkeästi esiin kaikki suorituksen vaiheet mahdollisimman luonnollisella nopeudella ja suoritusrytmillä. Kuntoutujalle tulee varata aikaa liikkeen havainnointiin ja käsittelyyn ennen suoritusta. Liikkeen aikana ohjaaja voi tehdä liikkeen asiakkaan kanssa tai asiakas voi olla peiliin päin, jolloin saadaan peilin kautta palautetta suorituksesta. Liike voidaan myös videoida, jolloin suoritusta voidaan analysoida myöhemmin. Suorituksen lopussa ja jälkeen voidaan palau-

tetta antaa näyttämällä liike uudelleen ja painottaa vaikeita kohtia. (Talvitie ym. 2006, 184, 190-191.)

4.2 Manuaalinen ohjaaminen

Manuaalisella ohjauksella tarkoitetaan joko vähäisen fyysisen avun antamista suorituksen aikana tai voimakkaampaa ohjaamista halutun liikkeen toteuttamiseksi oikeaoppisesti. Se on tehokas ohjauskeino etenkin silloin, kun kuntoutujalla on puheen ymmärtämisen vaikeuksia. Tavoitteena on ohjata asiakas oikeisiin liikemalleihin ja välttää vammat. Manuaalista ohjausta käytetään tarvittaessa liikkeen alussa ja se lopetetaan, kun kuntoutuja on oppinut liikkeen niin hyvin, että se on turvallista suorittaa itsenäisesti. (Talvitie ym. 2006, 183, 187-188.)

Harjoittelun alkuvaiheessa manuaalinen ohjaaminen voi olla tukemista, käsin ohjaamista sekä ympäristön järjestämistä. Suorituksen aikana se voi olla myös liikkeen vastustamista sekä venytystä. Suorituksen lopussa palaute voidaan antaa manuaalisesti hyväksyvällä kosketuksella. (Talvitie ym. 2006, 184.)

4.3 Verbaalinen ohjaaminen

Verbaalisella ohjauksella tarkoitetaan sanallista ohjaamista. Sanallista ohjausta hyödynnetään eniten oppimisen alkuvaiheessa ja sen käyttöä vähennetään sitä mukaan, kun kuntoutuja oppii halutun suorituksen. Sanallisten ohjeiden on tärkeä olla asiakkaalle mahdollisimman selkeitä ja ymmärrettäviä. Kuntoutujaa ohjataan sanallisesti koko harjoituksen ajan. Harjoittelun alussa haluttu suoritus kuvataan mahdollisimman lyhyesti, sillä liian pitkä sanallinen ohje ennen suoritusta voi olla vaikeaa muistaa. Harjoittelun aikana voidaan antaa lisää yksityiskohtaisempia ohjeita painottaen liikkeen kriittisiä kohtia. Suorituksen lopussa sanallinen ohjaaminen voi olla mm. informatiivista, ohjaavaa, korjaavaa tai motivoivaa. (Talvitie ym. 2006, 182, 184-185.)

4.4 Ohjaamistilanne afaattisen henkilön kanssa

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen tavalla viestiä vuorovaikutustilanteissa on merkittävä vaikutus asiakkaan kokemukseen hoidon laadusta ja tuloksista (Vänskä ym. 2011, 35). Ohjaamiskeinot korostuvat sellaisten henkilöiden kanssa, joilla kommunikaatio on haasteellista. Vaikeasti afaattiset henkilöt tarvitsevat erilaisia ei-sanallisia ohjauskeinoja, jotta kommunikointi ja osallistuminen sosiaaliseen vuorovaikutukseen onnistuu. Eisanallisia ohjauskeinoja ovat esimerkiksi eleet, piirtäminen, kirjoittaminen, kuvat ja erilaiset apuvälineet ja muistutukset eli pikkuesineet tai kuvat, jotka kuvaavat sellaisia asioita tai tapahtumia, joista afaattinen henkilö haluaa keskustella. (Klippi ym. 2017, 276.)

Erilaisia keskustelua edistäviä keinoja on esimerkiksi kysyä yhtä asiaa kerrallaan, esittämällä suljettuja kyllä/ei-kysymyksiä, pysyä yhdessä asiassa kerrallaan, odottaa vastausta rauhassa sekä kysyä uudestaan toisin sanoin, jos vastausta ei saada. Myös eisanallinen viestintä sekä kynä ja paperi tukevat ymmärrettävyyttä afaattisen henkilön välillä. (Klippi ym. 2017, 271.)

5 LIKUNNAN NÄKÖKULMA

5.1 Terveysliikunta soveltavasta näkökulmasta

Liikunta vaikuttaa olennaisesti ihmisen elämänlaatuun ja toimintakykyyn vammasta tai sairaudesta riippumatta. Terveysliikunnalla tarkoitetaan terveyttä ylläpitävää liikunta harjoittelua. (UKK-instituutti 2016.) Sen vaikutukset ovat fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia. Liikunnalla voidaan kohentaa päivittäisistä toimista selviytymistä, mikä edesauttaa itsenäistä elämää. Liikkuminen ylläpitää myös kognitiivisia toimintoja, kuten muistin toimintaa ja etenkin ryhmämuotoiset liikuntamuodot lisäävät sosiaalista kanssakäymistä. (Rintala ym. 2012, 24-25.)

Liikuntavammaisella henkilöllä tulisi olla tasa-arvoisesti samanlaiset mahdollisuudet liikunnan harrastamiseen kuin vammattomallakin. Liikunnan avulla voidaan ylläpitää jo olemassa olevaa toimintakykyä sekä ehkäistä ja tukea monenlaisia sairauksia ja toimintakyvyn rajoitteita. Näin ollen olisi tärkeää edistää ja tukea erityisryhmiin kuuluvien henkilöiden osallistumista liikuntaharrastuksiin sekä fyysiseen elämäntapaan. (Rintala ym. 2012, 25,38.)

5.2 Vesivoimistelu

Vesivoimistelu on suosittu aikuisten ryhmäliikuntamuoto. Vesivoimistelulla voidaan saavuttaa samoja hyötyjä kuin muillakin liikuntamuodoilla käyttäessä monipuolisesti notkeus-, lihasvoima, ja kestävyysharjoittelun peruseriaatteita. Vesivoimistelulla voidaan kehittää monipuolisesti yleis- ja lihaskuntoa, lihasten venyvyyttä, ryhtiä, nivelten liikkuvuutta, lihastasapainoa sekä maksimaalista hapenottokykyä. Tehokkuutta harjoitteluun voidaan saada lisäämällä liikkeen nopeutta, suuntaa sekä vastuspintaa avonaisella kämmenellä tai erilaisilla vesivoimisteluvälineillä. (Rintala 2012, 508-410; Torres-Ronda & Alcazar 2014.) Veden nosteen vuoksi on mahdollista toteuttaa kävely-, juoksu- ja hyppyharjoituksia myös sellaisille henkilöille, jotka eivät pysty niitä kuivalla maalla tekemään. Myöskään uimataito ei ole välttämätöntä, jos harjoittelu tapahtuu hartiansyvyisessä vedessä, mutta se on suotavaa. (Rintala 2012, 508-410.)

Veden nosteen vaikutus voi tulla yllätyksenä henkilöille, joiden toimintakyky on alentunut. Vartalolla on taipumus nousta irti pohjasta veden nosteominaisuuden johdosta,

etenkin jos lihasvoima on heikentynyt. Liikkeitä harjoitellessa on tärkeää huomioida vartalon hallinta, alkuasento sekä asiakkaalle sopiva harjoittelusyvyyys. Liikkeiden opettelun voi aloittaa hitaalla tempolla, jolloin harjoittelu on jatkossa tehokkaampaa. (Tulasalo ym. 2008, 7.)

5.3 Vesivoimistelun tuntirakenne

Kiertoharjoittelutyypinen tuntirakenne rakentuu alkulämmittelystä, lihaskuntoharjoittelusta sekä loppujäähdyttelystä. Lämmittelyn sopiva kesto on noin 10 minuuttia, jolloin aktivoidaan hengitys- ja verenkiertoelimistö, lihakset, nivelet ja kognitio harjoitteluun. Alkulämmittely aloitetaan asteittain huomioiden asiakkaiden kunto. Huonokuntoisemmassa ryhmässä olisi suositeltavaa pidempi alkulämmittely. (Tulasalo ym. 2008, 9.)

Lihaskuntoharjoittelu voidaan toteuttaa kiertoharjoitteluna, jolloin yhdessä pisteessä harjoitellaan minuutin ajan. Harjoittelu-aikaa pisteessä voidaan pidentää kunnon kohotessa. Pisteeltä toiseen siirtymiseen ja lepoon tulisi varata riittävästi aikaa, etenkin jos ryhmä on huonokuntoisempi. Kiertoharjoittelussa voi tehdä useampia kierroksia, jos käytettävissä olevaa aikaa on riittävästi ja asiakkaiden kunto on riittävä. (Tulasalo ym. 2008, 9.)

Loppujäähdyttelyyn olisi hyvä varata aikaa noin 10 minuuttia. Sen tarkoituksena on elimistön palautuminen. Aikaa palautumiseen kannattaa varata enemmän, jos ryhmä on huonokuntoisempi. (Tulasalo ym. 2008, 9.)

5.4 AVH ja allasharjoittelu

Ryhmämuotoinen allasharjoittelu tarjoaa mahdollisuuden antaa tehokasta kuntoutusta suuremmalle asiakasmäärälle lisäämättä kuitenkaan henkilökunnan määrää. Asiakkaan voi olla helpompi päästä ryhmämuotoiseen kuntoutukseen kuin yksilöterapiaan, jos aivoverenkiertohäiriöstä on jo aikaa. (English ym. 2017.) Ryhmämuotoisella kuntoutuksella on saatu aikaan yhtä hyviä tuloksia kuin yksilökuntoutuksessa (English ym. 2007).

AVH-kuntoutuja hyötyy veden ominaisuuksista. Vesi mahdollistaa kuivalla maalla mahdollisimman liikkeitä- ja asentoja, kuten pystyasennon ilman apuvälineitä. Veden noste sekä liike voivat vaikeuttaa raajojen hallintaa halutuissa liikkeissä myös myöhemmin,

mutta kehon hallinta vedessä kehittyy harjoitellessa. Vedessä harjoittelu voi aluksi lisätä spastisuutta kehon hallinnan ollessa vaikeaa. Altaassa spastisuutta voidaan lievittää pitkillä venytyksillä, kiertoilikkeillä, dynaamisilla vuorottaisilla liikkeillä kuten nyrkkeily tai polkeminen sekä lisäämällä kehon symmetrisiä liikkeitä. Myös lämmin vesi vaikuttaa lieventävästi spastisuuteen. Veden tulisi olla yli 27 astetta, jolloin se voi lievittää myös kipua. (Anttila 2009.)

6 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö kehittämistehtävänä

Opinnäytetyö oli toiminnallinen eli tavoitteena oli kehittää jokin konkreettinen toimeksiantajaa hyödyntävä tuotos (Salonen 2013, 6). Toiminnallisissa opinnäytetyöissä on usein tavoitteena sanallistaa ns. hiljaista tietoa, jota ammattilaisilla sekä asiakkailla on erityisesti käytännönläheisillä aloilla sekä opastaa ja järjestää toimintaa ammattikunnissa (Vilka 2003, 7-9). Opinnäytetyön tuotos oli toimeksiantajan toiveesta kuvapankki afasia-asiakkaiden tarpeet huomioon ottaen. Opinnäytetyössä hiljaista tietoa saatiin haastattelemalla ja havainnoimalla asiakkaita. Toiminnallinen opinnäytetyö eroaa tutkimuksellisesta opinnäytetyöstä huomattavasti myös sen takia, että se työn eri vaiheissa täytyy olla myös muita toimijoita opiskelijoiden lisäksi. Käytännön työskentely on siis jatkuvaa dialogia ja palautteen antoa toimijoiden välillä, joka etenee kohti tuotosta. (Salonen 2013, 6.) Tässä työssä sosiaalista vuorovaikutusta oli toimeksiantajan eli Aivoliiton henkilökunnan lisäksi havainnoitavan ryhmän sekä haastateltavan asiakkaan kanssa. Ammattikorkeakoulun toiminnallisessa opinnäytetyössä käytännön toteutuksen lisäksi on aina tärkeää myös raportoida opinnäytetyöprosessi tutkimusviestinnän keinoin (Vilka, 2003, 9).

6.2 Tiedonkeruumenetelmät

Opinnäytetyössä käytettiin laadullisia tutkimusmenetelmiä eli haastattelua ja havainnointia. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimus- ja tiedonkeruumenetelmät ovat samankaltaiset kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä, mutta niiden merkitys on väljempi. Toiminnallisessa opinnäytetyössä keskitytään myös käytännön toteutukseen. Tutkimusmenetelmät toimivat toiminnallisissa opinnäytetyöissä lähinnä tiedonkeruun menetelminä erityisesti aiheista, josta on vasta vähän julkaistua tutkimustietoa. (Vilka 2003, 57.) Lomake- ja teemahaastattelu ovat laadullisia tutkimusmenetelmiä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä laadullisin tutkimusmenetelmin kerättyjen aineistojen analyysiä ei ole välttämätöntä tehdä yhtä tarkasti ja järjestelmällisesti kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä. Tietoa voidaan kerätä haastatellen esimerkiksi alan asiantuntijoita. Tällöin haastattelut ovat konsultaatioita ja ne tulee merkitä lähdeluetteloon. (Vilka 2003, 58.)

6.2.1 Haastattelu tutkimusmenetelmänä

Aineistoa voidaan kerätä joko yksilö- tai ryhmähaastattelulla. Yksilöhaastattelussa suositeltavat haastattelumenetelmät ovat lomake- tai teemahaastattelu. Lomakehaastattelussa käytössä on strukturoitu haastattelulomake, jossa on kaikille haastateltaville samat avoimet kysymykset samassa järjestyksessä. (Vilkkä 2003, 63.) Lomakehaastattelu on yleinen, kun halutaan määrällistä tietoa. Lomakehaastattelua ei useimmiten käytetä laadullisissa tutkimuksissa sellaisenaan, koska teemahaastattelu antaa mahdollisuuden vastata kysymyksiin laajemmin. Lomakehaastattelussa on tärkeää, että haastattelu on tarkasti suunniteltu ennalta ja kysymysten tulee olla opinnäytetyön tavoitteen kannalta merkityksellisiä. (Tuomi 2013, 75.) Teemahaastattelu on puolistrukturoitu, eli se on vapaampi tapa kerätä tietoa esimerkiksi tietystä teemasta tai asiantuntijan haastattelussa. Toiminnallisissa opinnäytetöissä tärkeintä on keskittyä tietoon sisällön tuottamisen näkökulmasta, tämän takia haastattelujen puhtaaksi kirjoittaminen tai litterointi ei ole välttämätöntä (Vilkkä 2003, 63-64).

Afaattinen henkilö kykenee kommunikoimaan keskustelukumppaninsa kanssa vastaavuoisesti oireiden vaikeustasosta huolimatta sekä tuntee keskustelun säännönmukaisuudet ja osaa noudattaa näitä. Keskustelussa konteksti saattaa auttaa afaattista henkilöä ymmärtämään tiettyjä ilmaisuja helpommin kuin esimerkiksi testautilanteissa, joissa kartoitetaan kielen häiriöitä. (Ruusuvuori 2005, 168.) Haastattelutilanteessa haastattelijan tulee ottaa huomioon, että afasia aiheuttaa puheessa sanojen hakemista, taukoja ja puheenvuorojen uudelleen aloittamista. Tämä vaatii haastattelijalta kärsivällisyyttä, kykyä sietää hiljaisuutta ja taitoa kuunnella. (Ruusuvuori 2005, 173.) Haastattelijan on tärkeää kiinnittää huomiota myös eleisiin. Eleet, äänen paino sekä sävy korostuvat kommunikoinnissa puheen ollessa haastavaa (Ruusuvuori 2005, 175.)

Haastattelulomaketta suunniteltaessa konsultoitin Aivoliiton puheterapeutti Marjut Riihiluomaa, joka ohjeisti: *”Kyselylomakkeen täyttäminen afaattisen henkilön kanssa onnistuu varmaan parhaiten tuetusti, yhdessä hänen kanssaan. Tällöin asioita voi selvittää, jos näyttää siltä, ettei asiakas ole jotain ymmärtänyt. Voihan olla, ettei asiakas pysty lukemaan ja kirjoittamaan itse, minkä vuoksi toisen apu on siksikin välttämätön. Kysymykset kannattaisi olla yksinkertaisia ja kysyä yhtä asiaa kerrallaan. Asiakkaan olisi helpompaa vastata suljettuihin kuin avoimiin kysymyksiin. Annetut vaihtoehdot ja vaikka rasti ruutuun - menetelmä toimii paremmin. Kuvallinen kyselylomake on aina afaat-*

tisystävällisempi, eli vaihtoehdot ovat esitettynä myös kuvin” (Marjut Riihiluoma, 19.9.2018.)

Opinnäytetyössä käytettiin tiedonkeruumenetelmänä haastattelua, koska haluttiin selvittää asiakkaiden kokemus kuvallisista ohjekorteista kiertoharjoittelun tukena sekä mitä asioita afasia-asiakas pitää tärkeänä ohjaamisessa. Haastattelu tehtiin lomakehaastatteluna (Liite 3), koska valmiit vastausvaihtoehdot, symbolit, teksti ja kirjoittaminen tukee afaattisen henkilön kommunikointikeinoja.

6.2.2 Havainnointi tutkimusmenetelmänä

Tieteellinen havainnointi on systemaattista tarkkailua ja sitä voidaan käyttää itsenäisenä menetelmänä tai haastattelun tukena. Havainnointi on hyvä menetelmä laadullisissa tutkimuksissa ja se sopii erinomaisesti vuorovaikutuksen tutkimukseen. Sitä voidaan käyttää hyvin myös silloin, kun tutkittavilla on kielellisiä vaikeuksia. Havainnoinnissa kiinnitetään huomiota verbaalisen ilmaisun lisäksi eleisiin, ilmeisiin, asentoihin sekä liikehdintään. (Saaranen-Kauppanen & Puusniekka, 2006).

Havainnoinnin riskinä on, että havainnoija häiritsee tai muuttaa tutkittavaa tilannetta läsnäolollaan. Asiaa voi lieventää sillä, että havainnoija vierailee tutkittavassa tilanteessa etukäteen ennen varsinaisen tutkimustiedon keräämisen aloittamista, jolloin tutkittavat tottuvat havainnoijan läsnäoloon. (Saaranen-Kauppanen & Puusniekka, 2006).

Toisena tiedonkeruumenetelmänä käytettiin havainnointia, jotta saatiin kerättyä tietoa myös ohjaajan näkökulmasta. Havainnointi suoritettiin osallistuvana havainnointina aktiivisesti ja passiivisesti, jolloin tutkijat olivat aktiivisessa vuorovaikutuksessa tutkittavien kanssa. Osallistuvan havainnoinnin tarkoituksena oli toimia aktiivisena toimijana saaden kokemus afaattisen henkilön ohjaamisesta sekä havainnoida passiivisesti ryhmää ja ohjaamista, jolloin toimija pystyi keskittymään enemmän havainnointiin. (Saaranen-Kauppanen & Puusniekka 2006.) Toiminnallisessa tutkimuksessa tutkijoiden aktiivinen vaikuttaminen on perusteltua (Tuomi ym. 2009, 82).

6.3 Analysointimenetelmät

Analysointikeinoiksi riittää toiminnallisessa opinnäytetyössä teemoittelu tai tyyppittely (Vilkkä 2003, 57). Teemoittelu ja tyyppittely ovat osa sisällönanalyysiä, jolla voidaan

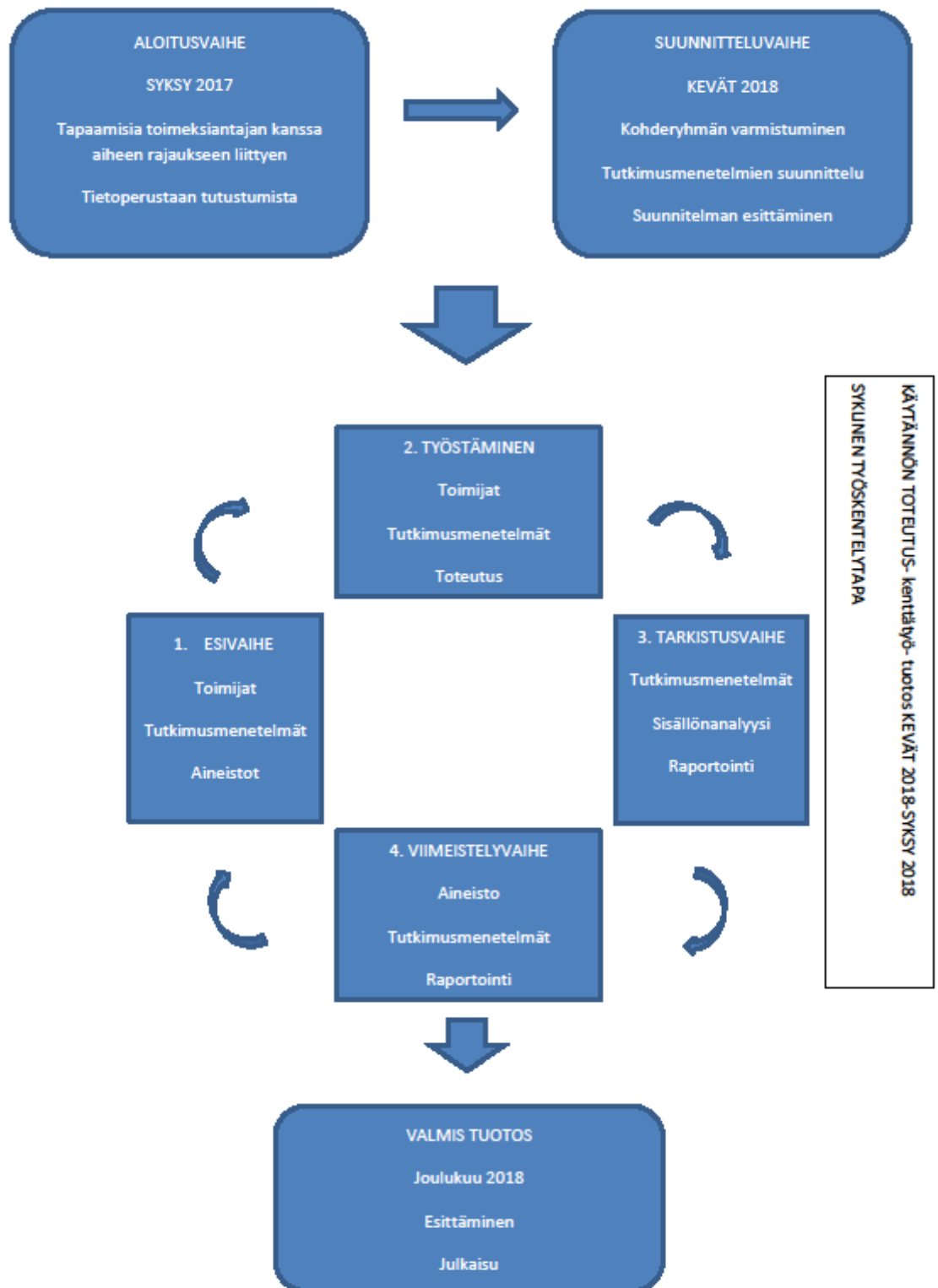
arvioida laadullisia tutkimuksia. Sisällönanalyysissä valitaan ensin mitä aineistosta haetaan, aineistosta poimitaan sovitut asiat ja kaikki muut jätetään pois. Aineistosta esille nousseet asiat kerätään erikseen muusta aineistosta, teemoitetaan tai tyypitellään ja näiden perusteella kirjoitetaan yhteenveto laadullisesta tutkimuksesta. (Tuomi 2013, 92.) Haastattelun ja havainnoinnin analysointimenetelmiksi valittiin teemoittelu.

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö eteni konstruktivisen mallin mukaan, joka on yhdistelmä lineaarisista mallista sekä spiraalimallia. Malli sisältää samankaltaiset vaiheet ja vaiheiden tehtävät kuin lineaarisessa mallissa, mutta sen erona on spiraalimallille tyypillisempi pysähtyminen sekä reflektointi ja dialogi sekä niiden perusteella eteneminen (Salonen 2013, 16). Työ sisälsi aloitusvaiheen, jossa saatiin toimeksiantajalta aihe opinnäytetyölle koulun kautta loppusyksystä 2017. Tämän jälkeen alkoi suunnitteluvaihe, joka aloitettiin tutustumalla ilmiöön ja viitekehyksen luomisella. Tietoa haettiin afasiasta, ohjaamisen keinoista, kommunikoinnista afaattisen henkilön kanssa, allasharjoittelusta sekä soveltavasta liikunnasta. Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite muodostuivat vasta useiden dialogien jälkeen toimeksiantajien ja ohjaavan opettajan kanssa suunnitteluvaiheen edetessä, jonka jälkeen muodostettiin lopullinen kirjallinen opinnäytetyösuunnitelma keväällä 2018. Konstruktivisessa mallissa korostetaan usein osallistavaa työtettä ja näin ollen tasavertainen vuoropuhelu toimijoiden välillä on tärkeä osa työn edistymistä (Salonen 2013, 16-17).

Suunnitteluvaiheen jälkeen loppukeväästä 2018 siirryttiin esivaiheeseen, jolloin käytiin tutustumassa ryhmään kaksi kertaa osallistumalla tunnille sekä tarkkailemalla altaan reunalla. Tällöin tutustuttiin kohderyhmään sekä ryhmässä olevat asiakkaat tottuivat toimijoiden läsnäoloon. Samalla tutustuttiin tiloihin ja käytössä oleviin vesivoimisteluvälineisiin. Tuotoksen suunnitteluun siirryttiin kesän 2018 aikana.

Suunnitelman ollessa valmis, siirryttiin käytännön toteutukseen syksyllä 2018. Käytännön toteutus sisälsi kuvallisten ohjekorttien suunnittelun ja toteuttamisen sekä havainnoinnin ja haastattelun toteuttamisen. Toteutuksen jälkeen siirryttiin tarkistusvaiheeseen, joka sisälsi oman työn arvioinnin sekä haastattelun ja havainnoinnin analysoimisen. Lopuksi siirryttiin viimeistelyvaiheeseen eli oman työn raportointiin sekä oman tuotoksen viimeistelyyn. Tämä vaihe sisälsi dialogia ohjaavan opettajan kanssa. Konstruktivisen mallin viimeinen vaihe on valmiin työn esittäminen koulun opinnäytetyöseminaarissa, sen toimittaminen toimeksiantajalle ja julkaisu. Työ esitettiin marraskuun lopussa 2018. (Salonen 2013, 17-18.)



Kuvio 1. Opinnäytetyön vaiheet ja aikataulu (Mukaien Salonen 2013, 20.)

7.1 Kuvallisten ohjekorttien työstäminen

Kuvallisten ohjekorttien tekeminen aloitettiin suunnittelemalla kiertoarjoittelun liikkeet. Harjoittelusta haluttiin mahdollisimman monipuolista terveysliikunnan näkökulmasta. Liikkeet jaettiin ylä-, keski- ja alavartalon lihasvoimia lisääviin sekä sykettä kohottaviin liikkeisiin, joista ohjaaja voi koota monipuolisen harjoituksen. Korteissa otettiin huomioon joitain AVH-asiakkaille tyypillisiä oireita kuten puolierot, tasapainovaikeudet sekä mahdolliset spastisuudet, joihin voidaan altaassa vaikuttaa mm. kiertoliikkeillä, dynaamisilla vuorottaisilla liikkeillä sekä lisäämällä kehon symmetrisiä liikkeitä. (Anttila 2009.) Pääasiassa liikkeet suunniteltiin kuitenkin terveysliikunnan näkökulmasta, sillä AVH-asiakkaille soveltuvat liikkeet olivat opinnäytetyön aiheen rajauksen ulkopuolella.

Päähuomio korteissa oli afasia-asiakkaiden ohjaaminen, jolloin keskityttiin ohjeiden selkeyteen ja ymmärrettävyyteen. Ohjekorttien kirjalliset ohjeet pyrittiin pitämään mahdollisimman selkeinä ja kirjaisintyyppi yksinkertaisena, jotta ohje olisi ymmärrettävämpi afasia-asiakkaan näkökulmasta.

Kuvat otettiin Erityisosaamiskeskus Suvituulen allastiloissa. Mallin pukeutuminen oli tumma, mikä erottui vaaleasta taustasta. Pukeutumisessa huomioitiin myös tarpeeksi peittävä asu. Kuvien taustalta pyrittiin siirtämään kaikki ylimääräiset vesivoimisteluvälineet ym. pois, jotta kuvissa ei olisi ylimääräisiä häiriötekijöitä.

7.2 Havainnoinnin toteutus

Havainnoinnin tarkoituksena oli kerätä tietoa, millaisia asioita tulisi huomioida ohjatessa afaattisia henkilöitä sekä miten kuvalliset ohjekortit vaikuttavat kiertoarjoittelun ohjaamiseen. Havainnoitavat asiat suunniteltiin etukäteen lomakkeelle (Liite 2). Allasryhmää käytiin seuraamassa kaksi kertaa sekä tutustumassa asiakkaisiin ennen ensimmäistä havainnointikertaa, jotta asiakkaat tottuivat havainnoijiin. Ennen ensimmäistä harjoittelukertaa asiakkailta pyydettiin kirjallinen suostumus opinnäytetyön havainnointiin osallistumisesta. Asiakkaille kerrottiin opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus, sekä painotettiin, ettei yksittäisen henkilön suoritusta arvioitaisi tai pystyisi tunnistamaan opinnäytetyön raportista.

Havainnointi tapahtui ohjaamalla kahdella kerralla AVH-asiakkaiden allasryhmää kiertoharjoittelutyypisesti. Kiertoharjoittelutyypinen harjoittelumuoto oli osalle asiakkaista ennestään tuttu. Alku- ja loppuverryttelyssä ryhmää ohjasi yksi ohjaaja kerrallaan, jolloin sivussa oleva ohjaaja havainnoi ryhmää. Kiertoharjoittelun aikana ryhmää ohjasi kumpikin ohjaaja, jotta molemmat saisivat kokemuksen ohjaamisesta. Ensimmäisellä kerralla ryhmää ohjattiin ilman kommunikoinnin apuvälineitä, käyttäen pelkästään visuaalista ja verbaalista ohjaamista. Ajatuksena kuin ohjaisi mitä tahansa liikuntaryhmää. Toisella kerralla visuaalisen ja verbaalisen ohjaamisen lisäksi käytössä oli kuvalliset ja kirjalliset ohjekortit jokaisella harjoittelupisteellä. Kiertoharjoittelupisteet oli numeroitu ja kiertosuunta merkitty nuolin. Lisäksi asiakkaiden rasitustasoa arviointiin asteikolla 1-5, niin että 1 oli kevyin mahdollinen ja 5 raskain mahdollinen, johon asiakkaat vastasivat näyttämällä sormilla. Taustamusiikkia hiljennettiin ohjeistuksen ajaksi. Jotta havainnoinnin tulokset olisivat mahdollisimman vertailukelpoiset, tunti toteutettiin molemmilla kerroilla samalla tavalla. Kummallakin kerralla kiertoharjoittelun liikkeet, taustamusiikki ja tunnin ajankohta olivat samat, jotta myös asiakkaiden vireystilan voisi olettaa olevan samankaltainen. Myös tunnin ohjausvastuut kahden ohjaajan kesken olivat samat molemmilla kerroilla. Havainnointilomake (Liite 2) täytettiin molemmilla kerroilla heti ryhmänohjauksen jälkeen.

Havainnointilomakkeet analysoitiin sisällönanalyysin keinoin teemoitellen havainnoituja asioita yläluokassa ohjaamisen keinot kategorioihin, jotka oli poimittu teoriapohjamme perusteella havainnointilomakkeeseen. Sisällönanalyysi oli deduktiivinen. Käsitteiksi valittiin visuaalinen ohjaaminen, verbaalinen ohjaaminen, manuaalinen ohjaaminen ja muut ohjaamiseen vaikuttavat asiat, eli kuvakortit ja muut kommunikaatiota tukevat asiat. Sisällönanalyysin perusteella esiin nousseita asioita vertailtiin ohjauksetojen kesken ja niiden perusteella koottiin havainnoinnin johtopäätökset.

7.3 Havainnoinnin tulokset

Havainnointikertojen perusteella voidaan todeta, että visuaalinen malli on useille afaattisille henkilöille tärkein ohjaamisen keino ryhmäliikunnassa. Erityisesti liikkeen alussa, varsinkin ilman kuvallisia ohjeita visuaalinen mallintaminen oli asiakkaille välttämätöntä. Parhaiten toimi peilikuvana tai sivuttaissuunnasta näytetty visuaalinen malli, erityisesti

alkulämmittelyssä, joka koostui erilaisista kävelyharjoituksista, suunnat olivat monille vaikeita hahmottaa ja näissä visuaalinen malli peilikuvana oli tärkeä.

Verbaalisessa ohjeistuksessa tärkeää oli mahdollisimman lyhyt ja selkeä ohjeistus. Esimerkiksi ohjatessa ”vielä 30 sekuntia jäljellä ennen taukoa” sai monet asiakkaat pysähtymään heti käyttäessä tauko sanaa kesken harjoituksen. Suljetut kysymykset joihin asiakkaan on helppo vastata kyllä/ei sekä vaihtoehtoisesti vastaus peukku ylös/alas toimivat ryhmässä hyvin, varsinkin kun ryhmä on uusi ja vieras eikä tiedä asiakkaiden rajoituksia. Ohjaajan on tärkeä varmistaa, että asiakkailta on mahdollisuus vastata kysymyksiin. (Aro-Pulliainen 2013). Kohderyhmässä kaikki eivät pystyneet vastaamaan avoimiin kysymyksiin.

Harjoittelussa mitattiin myös rasituksen tasoa kysymällä asiakkailta asteikolla 1-5, kuinka raskaaksi he kokivat harjoittelun. Asteikossa 1 oli todella kevyt ja 5 todella raskas. Toisella kerralla 4/6 asiakasta pystyivät näyttämään sormilla vastauksen. Asteikkoon 1-5 päädyttiin sen vuoksi, että osalla ryhmäläisistä oli yläraajan halvausoireita, jolloin koettua rasitusta pystyi näyttämään vain yhdellä kädellä.

Verratessa ohjauksetoimia toisiinsa, toisella ohjauksekerralla ohjaajalla oli enemmän aikaa keskittyä liikkeen laatuun ja kognitiiviseen ohjaamiseen sekä yksilöllisiin korjauksiin. Toisella ohjauksekerralla kuvallisten ohjauksetoimien lisäksi edistäviä asioita oli myös tutut liikkeet ja asiakkaat kertoivat tunnin aikana liikkeiden tuntuvan helpommilta. Toisella kerralla asiakkaat ottivat selkeästi enemmän kontaktia toisiinsa kiertoharjoittelun aikana. Asiakkaat jaettiin toisella ohjauksekerralla pisteille pareittain, jolloin oli mahdollista saada parilta tukea harjoitukseen sekä sosiaalinen aspekti tunnille. Yhteinen toiminta lisää yhteisöllisyyttä ja sosiaalisuutta ryhmässä (Rovio ym. 2009, 203).

Kognitiivisessa ohjaamisessa käytettiin samalla mahdollisuuksien mukaan visuaalista ohjaamista, esimerkiksi ”liike tuntuu käsivarsissa ja yläselässä” samalla näyttäen visuaalisesti missä liikkeen kuuluisi tuntua. Manuaalista ohjausta ryhmässä oli ainoastaan altaassa olevan henkilökohtaisen avustajan toimesta. Manuaalista ohjaamista ryhmässä oli vaikea toteuttaa ohjaajan ollessa kuivalla maalla ja asiakkaiden vedessä. Ohjaaja voi tarvittaessa ohjeistaa myös avustajaa manuaaliseen ohjaamiseen, mutta tässä tapauksessa siihen ei ollut tarvetta.

Toisella ohjauksekerralla huomioitiin myös musiikin voimakkuus. Ohjeita annettaessa kierrosten välissä musiikkia hiljennettiin ja harjoituksen aikana laitettiin kovemmalle.

Musiikki oli taustamusiikkia ja sen rytmiä sai hyödyntää halutessaan, yksi asiakkaista halusi tehdä musiikin tahtiin.

Ohjausta helpotti asiakkaiden vähäinen määrä molemmilla kerroilla. Ensimmäisellä ohjauskerralla asiakkaita oli seitsemän ja toisella kuusi. Alku- ja loppulämmittelyssä oli yksi ohjaaja kerrallaan, mutta kiertoharjoittelussa oli ajoittain kaksi ohjaajaa samaan aikaan. Yhdellä asiakkaalla oli myös henkilökohtainen avustaja. Henkilökohtaiseen ohjaamiseen jäi enemmän aikaa, sillä normaalisti ryhmässä on yksi ohjaaja ja yli 10 asiakasta.

7.4 Haastattelun toteutus

Haastattelu tapahtui toisen havainnointikerran jälkeen haastatteleamalla afasia-asiakasta, joka osallistui molemmilla havainnointikerroilla allasryhmään. Haastattelu järjestettiin rauhallisessa tilassa, jossa oli mahdollisimman vähän häiriötekijöitä ja paikalla oli työn tekijöiden lisäksi toimeksiantaja seuraamassa haastattelua. Haastattelussa hyödynnettiin kommunikointikeinoja, jotka tukevat afaattisen henkilön kommunikointia. Haastattelulomakkeessa oli huomioitu kirjaisintyyppi, symbolit sekä valmiit vastausvaihtoehdot. Haastattelulomakkeessa oli myös avoimia kysymyksiä, jotta vastausvaihtoehdot eivät olisi olleet liian rajattuja ja asiakkaalla oli mahdollisuus kertoa omia näkemyksiään. Haastattelu toteutettiin lomakehaastatteluna tuetusti, jotta afasia-asiakkaalla oli mahdollisuus kommunikoida kirjoittamalla sekä puhumalla tarpeen mukaan. Haastattelua varten järjestettiin rauhallinen tila, jotta haastattelutilanne saatiin rauhoitettua ylimääräisiltä ärsyketekijöiltä.

Haastattelutilanteessa haastateltava ei pystynyt juurikaan kirjoittamaan, joten haastattelija kirjasi vastaukset lomakkeelle. Haastateltava luki kysymykset, jonka jälkeen hän vastasi toimintakykynsä mukaan. Haastateltava ei aina löytänyt sanoja, jolloin hän käytti kiertoilmaisuja- ja sanoja. Joitain vastauksia ja kiertoilmaisuja tarkennettiin kysymyksillä, joihin pystyi vastaamaan kyllä tai ei. Haastattelija näytti kirjoittamansa vastaukset asiakkaalle, joka kuittasi nyökkäyksellä. Näin varmistettiin, että haastattelija oli ymmärtänyt asian oikein kiertoilmauksista- ja sanoista huolimatta. Muut asiakkaat täyttivät lomakkeen itsenäisesti tai avustajan kanssa.

Haastattelun sisällönanalyysiksi valikoitui teemoittelu. Haastattelun sisällönanalyysi oli induktiivinen, tarkoittaen että teemat nousivat opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteen

pohjalta suunnitellun lomakehaastattelun kysymyksistä sekä afasia-asiakkaan haastattelusta nousseista asioista poimimalla lomakkeista yhtenevät asiat. Teemoiksi nousivat kuvalliset ohjekortit, pareittain harjoittelu, ohjaamisen keinot sekä käyttäytymisen/kommunikointi. Haastattelulomakkeista kerättiin teemojen alle sopivat vastaukset, joiden perusteella koottiin haastattelun tulokset sekä johtopäätökset.

Lomakehaastattelun täytti haastateltavan asiakkaan lisäksi 4 asiakasta itsenäisesti tai henkilökohtaisen avustajan kanssa, jotta saatiin laajempaa näkemystä kuvallisten ohjekorttien toimivuudesta asiakkaan näkökulmasta. Itsenäisesti lomakehaastattelun täyttäneistä osalla oli afasia tai muita neuropsykologisia oireita. Tuloksissa huomioitiin siis myös sellaisten asiakkaiden vastaukset, joilla ei ollut afasiaa.

7.5 Haastattelun tulokset

Afasia-asiakas piti ohjaamisessa tärkeimpänä asiana ohjaajan iloisuutta ja elekieltä. Ilmainen ohjaustapa tekee harjoittelusta mukavampaa ja motivoi käymään liikuntaryhmässä. Tärkeimpänä ohjauskeinona asiakas piti ohjaajan visuaalista mallia, ja se korostui useita kertoja haastattelun aikana. Kuvallisista ohjekorteista ei tuntunut olevan ylimääräistä apua, vaikka asiakas koki ne ohjeiden kannalta ymmärrettäviksi. Asiakas ei pitänyt myöskään verbaalista ohjausta merkittävänä, koska sen ymmärtäminen on joskus vaikeaa. Tästä esimerkkinä asiakas kertoi vaihto-opiskelijoiden ohjaamista tunteista, jotka opiskelija ohjaa välillä omalla äidinkielellään ja tunnin seuraaminen on silti ymmärrettävää visuaalisen mallin ansiosta. Musiikkia asiakas piti hyvänä lisänä, eikä kokenut sen häiritsevän ohjeisiin keskittymistä. Asiakas halusi vielä painottaa, että afasia ei tee ihmisestä tyhmää, eikä afaattiselle henkilölle tarvitse huutaa.

”Tykkään että ohjaaja näyttää. En kuule ja ymmärrä, ohjaajan malli on paras keino”.

Kaikki vastaajista kokivat kuvallisten ohjeiden olevan ymmärrettäviä, mutta yksi asiakasta olisi toivonut isompaa ohjetta.

”En näe ohjeita kovin hyvin. Isommat laput olisivat ihan ok”.

Kuvien koettiin helpottavan harjoittelua ja ne auttoivat muistamaan liikkeen. Yksi vastaajista piti kuvallisten ohjekorttien ja ohjaajan näyttämää mallia parhaana yhdistelmänä. Vuorovaikutusta ryhmän välille pyrittiin tuomaan pareittain tai ryhmässä tehtävillä

liikkeillä. Kolme vastaajaa koki pariharjoittelun hyödylliseksi ja kaksi vastaajaa ei kokenut saavansa parilta tukea liikkeen suorittamiseen.

”Kortit auttoivat muistamaan liikkeen”.

7.6 Johtopäätökset tuloksista

Opinnäytetyössä oli tarkoituksena selvittää millaisia asioita tulisi huomioida afasia-asiakkaan ohjauksessa. Havainnoinnissa ja afaattisen henkilön haastattelussa tärkeimmäksi ohjauskeinoksi nousi visuaalinen mallintaminen. Haastateltava afasia-asiakas ei kokenut verbaalista ohjausta tärkeäksi. Ryhmää ohjatessa havainnoitiin kuitenkin lyhyiden ja selkeiden ohjeiden olevan hyödyllisiä visuaalisen näytön tukena mallintamisen alussa sekä ohjatessa yksilöllisesti liikkeen laatua. Afaattisia henkilöitä ohjatessa verbaalisessa ohjeistuksessa olisi hyvä huomioida oleelliset asiat ytimekkäästi, koska afaattisen henkilön voi olla vaikea ymmärtää puhetta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää myös, oliko kuvallisista ohjekorteista apua afasia-asiakkaan ohjaamisessa ryhmässä. Kohderyhmässä oli ensimmäisellä kerralla 7 osallistujaa ja toisella kerralla 6. Kohderyhmässä vain muutamalla asiakkaalla oli afasia, joten pienen otannan vuoksi lomakehaastattelun tuloksia ei voida yleistää. Haastattelulomake annettiin kaikille ryhmässä toisella kerralla paikalla olleille, lukuun ottamatta yhtä, joka unohti jäädä täyttämään lomakkeen tunnin jälkeen. Vastauksissa huomioitiin myös sellaisten asiakkaiden vastaukset, joilla ei ole afasiaa, koska vastauksista nousi muuta hyödyllistä tietoa, jota voidaan hyödyntää kohderyhmän tai vastaavan ryhmän ohjaamisessa. Lomakehaastattelun ja havainnoinnin tuloksissa tuli enemminkin ilmi kuvallisten ohjekorttien hyödyllisyys liikkeen muistamisessa. Tämä saattaa korostua etenkin silloin kun ohjaajia on vain yksi, eikä visuaalista mallia pysty antamaan jokaisella pisteellä samanaikaisesti. Muistivaikeudet ovat yksi aivoverenkiertohäiriöiden neuropsykologinen oire, joten tällaiset henkilöt voivat saada tukea kuvallisista ohjekorteista kiertoharjoittelussa. Kuvallisten ohjeiden avulla ja asiakkaiden oppiessa liikkeet ohjaajalla oli myös enemmän aikaa henkilökohtaiseen ohjaukseen allasryhmässä.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää afaattisille henkilöille soveltuvia ohjauskeinoja fysioterapeutin ohjaamassa allasharjoitteluryhmässä ja luoda näitä tukeva kuvapankki. Toimeksiantajan toiveena oli hyödyntää opinnäytetyötä allasryhmissä sekä opiskelijoiden perehdyttämiseen ennen allasharjoittelun ohjaamista. Opinnäytetyön tekijät toimivat itse materiaalin koehenkilöinä ohjaamalla ryhmää ilman aiempaa kokemusta afasiasta perehtymällä laadittuun viitekehykseen ja sen lähteisiin. Viitekehyksen pohjalta laadittua kuvapankkia testattiin käytännössä ohjaamalla ilman kuvallisia ohjekortteja, kuten mitä tahansa terveysliikunta ryhmää, sekä niiden kanssa, jolloin kommunikaatiossa otettiin huomioon afasian erityispiirteitä. Tämän jälkeen kertoja vertailtiin keskenään. Raportoinnissa analysoitiin omia havaintoja ryhmän ohjaamisesta havainnointilomakkeen pohjalta ja asiakkaan haastattelun ja kyselylomakkeiden perusteella saatuja kokemuksia kuvallisten ohjekorttien käytöstä. Havainnointikertojen ja haastattelulomakkeen perusteella voidaan päätellä, että useimmille henkilöille, joilla on afasia kielelliset ohjeet liikunnallisen harjoittelun aikana eivät ole tärkeitä. Tämä kävi ilmi erityisesti haastattelun yhteydessä, kun asiakas kertoi, että ryhmää ovat ohjanneet myös vaihtopilaat omilla kotikielillään ja tunti on siitä huolimatta sujunut hyvin, kun ohjaaja on käyttänyt visuaalista ohjaamista. Tämä tukee myös kuvapankin käyttöä ohjaamisen ja muistin tukena, koska osalla ryhmästä oli afasian lisäksi myös neuropsykologisia oireita, kuten muisti- ja keskittymisvaikeuksia. Afaattisella henkilöllä voi olla vaikeuksia ymmärtää puhetta ja näin ollen verbaalista ohjausta (Jehkonen ym. 2015, 3). Kaikki asiakkaat ymmärsivät visuaalisia ohjeita ja suurin osa koki kuvakortit hyödyllisiksi harjoittelun tukena.

Opinnäytetyön tekemisessä onnistuttiin hyvin tietoperustan laatimisessa, ottaen huomioon tutkimusten vähäisen määrän aiheesta. Tietoperustasta saatiin myös toimeksiantajalta positiivista palautetta. Kuvapankista oli hyötyä erityisesti niille asiakkaille, joilla oli muistivaikeuksia ja nämä asiakkaat käyttivätkin niitä aktiivisesti hyödykseen. Opinnäytetyö onnistui tarkoituksessaan ja opinnäytetyötä voi hyödyntää tämän toimeksiantannon kohderyhmän lisäksi soveltaen myös muissa vastaavissa ryhmissä ja näiden uusien opiskelijoiden tai työntekijöiden perehdyttämisessä.

Työtä olisi voinut kehittää vielä useammilla ohjauskerroilla, jolloin oltaisiin saatu nykyistä laajempi kokemus kohderyhmän ohjaamisesta. Useammilla ohjauskerroilla olisi voinut ilmetä asioita, joita kahdella ohjauskerralla ei vielä havaittu. Ohjauskertojen ohjauskeinoista keskusteltiin paljon. Kummallakin ohjauskerralla käytettiin jonkin verran visuaalista ohjausta ja tämän vaikutusta pohdittiin lopputuloksiin. Ero olisi varmasti ollut radikaalimpi, jos ensimmäisellä ohjauskerralla olisi ollut vain verbaalista ohjausta. Pohdinnassa päädyttiin kuitenkin siihen tulokseen, että terveysliikuntaryhmän ohjaamisessa visuaalinen mallintaminen on käytössä yleisesti, eikä ainoastaan afasia-asiakkaiden käytössä oleva keino. Visuaaliset ohjeet on todettu tehokkaimmiksi ohjauskeinoiksi myös tavallisissa ryhmissä (Talvitie ym. 2006, 184). Niiden pois jättäminen olisi hankaloittanut vertailua ja vähentänyt luotettavuutta, kun ajatus oli verrata tavallista terveysliikunnan ryhmän ohjausta ja soveltavaa ohjausta keskenään. Kiertoharjoittelu päädyttiin tekemään pareittain tai pienryhmissä, jotta pystyttäisiin vahvistamaan sosiaalista aspektia. Yhdessä olo ja yhteiset kokemukset lievittävät yksinäisyyden tunnetta ja syrjäytymistä, mikä vaikuttaa merkittävästi elämänlaatuun. On myös todettu, että yksilön kokemuksessa psykososiaalinen merkitys voi olla jopa fyysistä harjoittelua tärkeämpää. (Tulasalo ym. 2008, 6.) Myös asiakashaastattelussa sosiaalisuus tuli ilmi, kun asiakas korosti positiivisen ohjaustavan ja ilmapiirin motivoivan harjoittelemaan. Asiakkaat hyödynsivät parin tukea ja ottivat kontaktia pariin enemmän etenkin toisella havainnointikerralla.

Tutkimusmenetelmät havainnointi- ja haastattelu toimivat kohderyhmän kanssa hyvin. Tutkimusmenetelmillä pystyttiin sanallistamaan ns. hiljaista tietoa, joita ammattilaisilla ja asiakkailla on käytännönläheisillä aloilla (Vilkkä 2003, 7-9). Erityisesti haastattelussa kävi ilmi monia asioita, joita viitekehyksen lähteissä ei ollut mainittu. Täytyy tietysti ottaa huomioon, että kyseessä vain yhden henkilön mielipide. Haastattelulomakkeiden avointen kysymysten vastaukset olivat erittäin niukkoja. Kaikki asiakkaat olivat kuitenkin vastanneet myös avoimiin kysymyksiin. Päätös toteuttaa lomakehaastattelu koko ryhmälle tuli vasta toteutuskerralla suunnitelmasta poiketen, joten lomake oli suunniteltu yhden afasia-asiakkaan haastatteluun. Muiden vastaukset käsiteltiin nimettömästi, joten tutkimustuloksista ei käy ilmi kunkin asiakkaan henkilökohtaisia oireita. Lomakehaastattelun vastauksia päätettiin kuitenkin hyödyntää, koska niistä saatiin paljon hyödyllistä tietoa kuvapankin toimivuudesta. Jos lomakehaastattelu toteutettaisiin uudelleen, lomaketta muokattaisiin niin, että se sisältäisi kysymyksen mahdollisesta afasias-

ta ja neuropsykologisista oireista. Tällöin voitaisiin kartoittaa tarkasti, kuinka monella ryhmästä on todettu näitä oireita ja verrata niitä vastauksiin.

Havainnointi toteutettiin ohjaamalla pareittain niin että toinen toimija havainnoi samalla kun toinen toimija ohjasi. Heti ohjaamisen jälkeen havainnoinnin tulokset kirjoitettiin havainnointilomakkeeseen. Tutkimuksen luotettavuutta ajatellen etukäteen suunniteltu havainnointilomake lisää luotettavuutta, mutta videointi olisi voinut olla vielä luotettavampi taltiointikeino. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös ryhmän pieni koko ja afasian yksilöllisesti esiintyvät oireet. Jos tuloksia haluaa soveltaa muissa kuin kohde-ryhmässä, tulee ottaa huomioon afasian yksilölliset oireet, jolloin sopivat ohjauskeinot voivat olla erilaiset henkilöstä riippuen.

Ammatillisen kehittymisen kannalta työtä tehdessä saatiin kokemusta erilaisista tutkimusmenetelmistä sekä tutkimuksen tekemisestä. Käytännön tasolla opittiin uutta afasiasta, allasryhmän ohjaamisesta, soveltavasta liikunnasta ja soveltavista kommunikatio- sekä ohjauskeinoista fysioterapeuttisessa ohjaamisessa.

8.1 Pohdinta jatkotutkimusehdotuksista

Opinnäytetyötä voisi jatkaa tekemällä asiantuntijahaastattelut afaattisen henkilön ohjaamisesta ryhmässä, jolloin saataisiin ns. hiljaista tietoa ammattilaisen näkökulmasta. Tällainen tieto olisi hyödyllistä perehdytettäville opiskelijoille, koska tutkimuksia aiheesta ei juurikaan ole. Kirjallisista lähteistä löytyy tietoa afaattisen henkilön kohtaamisesta kahden kesken, mutta ei juurikaan ryhmätilanteissa ohjaamisen näkökulmasta.

Opinnäytetyön rajauksen vuoksi ohjekortit suunniteltiin afasia-asiakkaiden kommunikoinnin näkökulmasta. Liikkeiden sopivuudet AVH-asiakkaille ovat opinnäytetyön rajauksen ulkopuolella, ja niitä käyttäessä liikkeet tulee soveltaa jokaisen asiakkaan yksilöllisen toiminta- ja liikkumiskyvyn mukaan. Opinnäytetyötä voisi kehittää suunnittelemalla liikkeet muiden aivoverenkiertohäiriöiden oireiden näkökulmasta, kuten halvauksien ja yhdistää niihin afasia-asiakkaille sopivat ohjeet.

8.2 Opinnäytetyön eettiset ratkaisut

Tutkimuksen luotettavuus perustuu siihen, että työssä on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön periaatteita (Tuomi ym. 2009, 132). Koko opinnäytetyöprosessissa nouda-

tettiin hyvän tutkimustyön käytäntöjä eli rehellisyyttä ja huolellisuutta tutkimustyön suunnittelussa sekä raportoinnissa. Tutkimuksessa käytettiin tieteellisesti hyväksyttäviä tiedonhankinta menetelmiä eli haastattelua sekä havainnointia ja näistä saadut tulokset raportoitiin vaatimusten edellyttävällä tavalla. Havainnoitavilta ja haastateltavilta henkilöiltä pyydettiin asianmukaiset luvat kirjallisesti ja tulokset käsiteltiin luottamuksellisesti sekä nimettömästi. Haastattelun ja havainnoinnin tuloksissa ja raportoinnissa ei tuotu ilmi yksittäisen ihmisen henkilöllisyyttä. Opinnäytetyön valmistuttua kaikki henkilöiden nimitietoja sisältävä materiaali tuhottiin asianmukaisesti. Raportoinnissa käytetyt lähteet merkittiin asianmukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

LÄHTEET

Anttila, E. 2009. Vesivoimistelu: vedestä vetreyttä, voimaa ja elämäniloa. Viitattu 14.11.2018. https://www.aivoliitto.fi/files/666/Vesivoimistelu_AVH22009.pdf

Aro-Pulliainen, Piia. 2013. Afasia. Aivoliitto. Viitattu 1.1.2018 https://www.aivoliitto.fi/files/1878/afasia2013_web.pdf

Atula, S. 2015. Afasia (aivolähtöinen puhehäiriö). Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 7.11.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00557

Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) lukuina. 2013. Aivoliitto. Viitattu 2.1.2018. https://www.aivoliitto.fi/files/1091/avh_lukuina2013_web.pdf

Eettinen toimikunta: Kulju K., Lähteenmäki M-L., Mesiäinen H., Myyryläinen R., Rautonen A. 2014. Fysioterapeuttien eettiset ohjeet. Suomen Fysioterapeutit ry.

.

English C, Hillier S, Lynch EA. Circuit class therapy for improving mobility after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6.

English C., Hillier S., Stiller K., Warden A., 2007. Circuit class therapy versus individual physiotherapy sessions during inpatient stroke rehabilitation: a controlled trial,

Jehkonen, M. & Liippola, P. 2015. Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamat neuropsykologiset häiriöt -opas. Aivoliitto.

Klippi, A., Korpijaakko-Huuhka, A-M., Lehtihalmes, M. & Rautakoski, P. 2017. Afasia - Aikuisiän kielihäiriöiden aivoperusta ja kuntoutus. Gaudameus Oy.

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

Launonen, K. & Korpijaakko-Huuhka, A-M. 2009. Kommunikoinnin häiriöt – syitä, ilmenemismuotoja ja kuntoutuksen perusteita. Gaudameus Helsinki University Press. Yliopistopaino, Helsinki.

Riihiluoma, M. 2018. Puheterapeutti Marjut Riihiluoman konsultointi sähköpostitse 19.9.2018. Aivoliitto, Turku.

Rintala, P., Huovinen, T. & Niemelä, S. 2012. Soveltava liikunta. Liikuntatieteellinen Seura ry. Liikuntatieteellisen Seuran julkaisu nro 168. Tammerprint Oy, Tampere.

Rovio, E., Lintunen, T. & Salmi, O. 2009. Ryhmäilmiöt liikunnassa. Liikuntatieteellinen Seuran julkaisu nro 163. Esa Print Oy, Tampere.

Ruusuvuori J. & Tiittula J. 2005. Haastattelu- Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Gummerus

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekkia, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 26.1.2018. <http://menetelmaopetuswww.fsd.uta.fi/>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 11.11.2018. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön - opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Viitattu 30.6.2018. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

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

Suomen fysioterapeutit. Viitattu 20.12.2017.

<http://www.suomenfysioterapeutit.fi/ydinosaaminen/ammattillinen-osaaminen/ohjaus-ja-neuvontaosaaminen.html>

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Edita Publishing.

Torres-Ronda, L. & Alcazar, X. 2014. The Properties of Water and their Applications for Training. Journal of Human Kinetics of volume 44/2014. Viitattu 14.11.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4327375/>

Tulasalo, P. & Vihervaara, T. 2008. Toimintakykyä vedestä-opas. Virikkeitä vertaisohjaajalle. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 211. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES. PunaMusta Oy 2008. Jyväskylä.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. 6. uudistettu painos.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Viitattu 28.2.2018.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

UKK-instituutin www-sivut. Viitattu 6.11.2018.

http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikkumaan/aloittajan_liikuntaopas/terveysliikuntaa_ ja_kuntoliikuntaa_2016.

Vilka H. & Airaksinen T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Gummerus kirjapaino Oy.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus – Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Edita Publishing.

Liite 1: SUOSTUMUSLOMAKE

SUOSTUMUSLOMAKE

Teemme fysioterapian koulutusohjelman (AMK) opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kehittää Erityisosaamiskeskus Suvituulella toimivan AVH-asiakkaiden allasryhmän toimintaa. Opinnäytetyön tavoitteena on tehdä uusi kiertoharjoittelutyypinen ohjelma allasharjoitteluun, jossa huomioidaan erilaisia fysioterapeuttisia ohjaamisen keinoja erityisesti afasia-asiakkaiden ja neuropsykologisista oireista kärsivien asiakkaiden näkökulmasta.

Kartoitamme ryhmän toimintaa ja ohjaajan käyttämiä ohjaamisen keinoja havainnoimalla allasryhmän tunteja. Havainnoinnissa tarkastellaan erilaisten ohjaamisen keinojen toimivuutta ja vaikutusta asiakkaiden liikkumiseen. Kenenkään yksittäisen asiakkaan liikkumista tai suoriutumista ei arvostella, vaan pyrimme löytämään toimivat ohjaamisen keinot uutta tuntikonseptia varten. Havainnointiin osallistuminen on vapaaehtoista ja huomioimme vain sellaisia asiakkaita, joilta olemme saaneet luvan havainnointiin. Asiakkaiden henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa ilmi.

Suostun että minua saa havainnoida osana opinnäytetyötä, jossa kehitetään AVH-asiakkaiden allasryhmän tuntikonseptia huomioiden erityisesti afasia ja muut neuropsykologiset oireet ohjaamisen näkökulmasta. Olen tietoinen havainnoinnin tarkoituksesta ja saan milloin vaan kieltäytyä havainnoinnista.

_____ / _____ 2018

Osallistuvan asiakkaan allekirjoitus

Päiväys

Vastaamme mielellämme opinnäytetyötä koskeviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin,

Anna Arasola

Fysioterapeuttiopiskelija

Turun ammattikorkeakoulu

anna.arasola@edu.turkuamk.fi

Pauliina Palkén

Fysioterapeuttiopiskelija

Turun ammattikorkeakoulu

pauliina.palken@edu.turkuamk.fi

Kati Kulju

Ohjaava opettaja

Turun ammattikorkeakoulu

kati.kulju@turkuamk.fi

Liite 2: HAVAINNOINTILOMAKE

Havainnointilomake

Ohjaajia: _____ hlö

Asiakkaita: _____ hlö

Ensimmäinen ohjauskerta (ilman kuvallisia ohjekortteja)

Toinen ohjauskerta (kuvalliset ohjekortit)

1. Visuaalinen ohjaaminen

Kyllä Ei

a) Visuaalisen ohjaamisen näyttö:

Liikkeen alussa

Koko liikkeen ajan

b) Visuaalisen ohjaamisen suunta:

Asiakkaisiin päin

Asiakkaisiin päin, peilikuvana

Selkä asiakkaisiin päin

Sivuttain

2. Verbaalinen ohjaaminen

Kyllä Ei

a) Verbaalisen ohjeistuksen ajoitus:

Liikkeen alussa

Liikkeen aikana

b) Muuta huomioitavaa:

3. Manuaalinen Ohjaaminen

Kyllä Ei

a) Manuaalisen ohjauksen ajoitus:

Liikkeen alussa

Koko liikkeen ajan

a) Muuta huomioitavaa:

1. Kognitiivinen ohjaaminen

Kyllä Ei

Kognitiivinen ohjaaminen ilmenee (esimerkki):

2. Musiikki

Kyllä Ei

a) Musiikin merkitys:

Liikkeet musiikin rytmiin

Taustalla

b) Musiikin volyyymi:

Koko ajan samalla volyyymilla

Verbaalisen ohjeistuksen aikana hiljemmalla

3. Liikkeen yksilöllinen ohjaaminen

Kyllä Ei

Yksilöllinen ohjaaminen tapahtui:

Verbaalisesti

Manuaalisesti

Visuaalisesti

Kognitiivisesti

Muuta huomioitavaa ohjaamisesta yleisesti:

Liite 3: HAASTATTELULOMAKE

SUOSTUMUSLOMAKE

Teemme fysioterapian koulutusohjelman (AMK) opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kehittää Erityisosaamiskeskus Suvituulessa toimivan AVH-asiakkaiden allasryhmän toimintaa. Opinnäytetyön tavoitteena on tehdä uusi kiertoharjoittelutyypinen ohjelma allasohjoitteluun, jossa huomioidaan erilaisia fysioterapeuttisia ohjaamisen keinoja erityisesti afasia-asiakkaiden ja neuropsykologisista oireista kärsivien asiakkaiden näkökulmasta.

Toteutamme asiakashaastattelun osana opinnäytetyötämme, suunnittelemme haastattelulomakkeen pohjalta, jonka täytämme asiakkaan kanssa yhdessä. Käytämme haastattelun tuloksia, sekä mahdollisesti lainauksia siitä, opinnäytetyön raportissamme nimettömänä. Haastateltavan henkilöllisyys ei tule esiin missään vaiheessa.

Suostun että haastatteluni tuloksia saa käyttää osana opinnäytetyötä, jossa kehitetään AVH-asiakkaiden allasryhmän tuntikonseptia huomioiden erityisesti afasia ja muut neuropsykologiset oireet ohjaamisen näkökulmasta. Olen tietoinen haastattelun tarkoituksesta ja saan milloin vaan keskeyttää haastattelun halutessani.

____/____ 2018

Osallistuvan asiakkaan allekirjoitus

Päiväys

Vastaamme mielellämme opinnäytetyötä koskeviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin,

Anna Arasola

Fysioterapeuttiopiskelija

Turun ammattikorkeakoulu

anna.arasola@edu.turkuamk.fi

Pauliina Palkén

Fysioterapeuttiopiskelija

Turun ammattikorkeakoulu

pauliina.palken@edu.turkuamk.fi

Kati Kulju

Ohjaava opettaja

Turun ammattikorkeakoulu

kati.kulju@turkuamk.fi

HAASTATTELULOMAKE

1. VASTAAJAN IKÄ: _____ VUOTTA

2. KUINKA MONTA VUOTTA AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖSTÄ ON?

- 0-1 V.
- 1-5 V.
- 5-10 V.
- YLI 10 V.

3. KUINKA MONTA VUOTTA OLETTE KÄYNEET TOIMINTAKESKUS SUVITUULEN ALLASRYHMÄSSÄ?

- 0-1 V.
- 1-3 V.
- 3-5 V.
- YLI 5 V.

4. MILTÄ HARJOITTELU TUNTUI ILMAN KUVALLISIA OHJEKORTTEJA SEKÄ OHJEKORTTIEN KANSSA?

5. OLIVATKO KUVALLISET OHJEET YMMÄRRETTÄVIÄ?

- KYLLÄ 
- OSITTAIN 
- EI 

6. MITÄ OLISIT TOIVONUT LISÄÄ KUVALLISIIN OHJEISIIN?

- LISÄÄ KIRJALLISIA OHJEITA

- SELKEÄMMÄT KUVAT
- SYMBOLEITA/MERKKEJÄ
- NUMEERISIA OHJEITA
- MUUTA, MITÄ:

7. OLIVATKO LIIKKEET TARPEEKSI HAASTAVIA?

- KYLLÄ 
- OSITTAIN 
- EI 

8. SAITKO PARILTASI TUKEA LIIKKEEN SUORITTAMISEEN?

- KYLLÄ 
- OSITTAIN 
- EI 

9. MITÄ OLISIT KAIVANNUT LISÄÄ TUNNIN SISÄLTÖÖN?

- HAASTAVEMPIA LIIKKEITÄ
- HELPOMPIA LIIKKEITÄ
- ENEMMÄN SYKKEEN KOHOTUSTA
- VÄHEMMÄN SYKKEEN KOHOTUSTA
- MUUTA, MITÄ:

10. MITÄ PIDÄT TÄRKEÄNÄ AFASIA-ASIAKKAAN OHJAAMISESSA?

KIITOS VASTAUKSESTANNE! 😊

Liite 4: KUVALLISET OHJEKORTIT

KOSKETA KYYNÄRPÄÄLLÄ
VASTAKKAISEEN POLVEEN



RUTISTA VATSALIAKSA JALKOJA KOUKISTAEN JA OJENTAEN



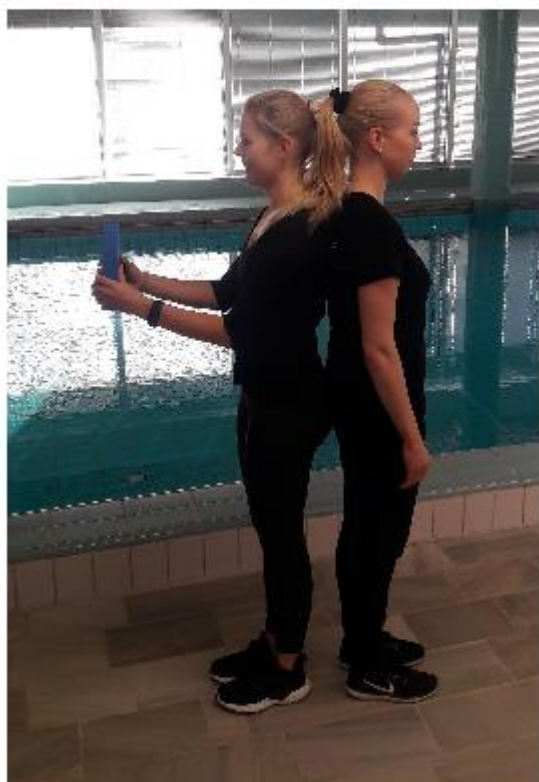
TAIVUTA VARTALOA X-ASENNOSSA PUOLELTA TOISELLE



KIERRÄ KESKIVARTALOA PUOLELTA TOISELLE – PIDÄ SELKÄ KIINNI SEINÄÄ VASTEN



KESKIVARTALON KIERTO PARIN KANSSA SELÄT VASTAKKAIN



ASKELLA STEPPILAUDALLE SIVUTTAIN



ASKELLA STEPPILAUDALLE VUOROJALLOIN POLVEA NOSTAEN



POTKUTTELE KAITEELLA – SELKÄ KOHTI KAIDETTA



OJENNA JA KOUKISTA JALKAA JÄNNITTÄEN SAMALLA VATSALIHAKSIA



OJENNA JALKA SUORANA TAAKSE JÄNNITTÄEN PAKARALIAKKSIA



PAINA PÖTKYLÄ POHJAAN REISILIIHAKSIA KÄYTTÄEN



ASKELKYYKKY



NYRKKEILE ETEENPÄIN



NYRKKEILE SIVULLE



NYRKKEILE RISTIIN



VEDÄ RINTAKEHÄ KOHTI KAIDETTA



AVAA JA RUTISTA RINTAA VIEMÄLLÄ KÄDET SIVULTA ETEEN



PUNNERRA POHJAAN VARTALON EDESSÄ MOLEMMAT KÄDET SAMAAN AIKAAN



PUNNERRA POHJAAN VARTALON EDESSÄ VUOROKÄSIN



HIIHTOHYPPY



HAARAHYPPY



AVAUS SIVULLE ASKELTAEN



KIERTOHYPPY



KIERTOSUUNTA



SEIS



1

2

3

4