

**AFAATTISILLE HENKILÖILLE VALITTUJEN AAC-MENETELMIEN  
TOIMIVUUS KOKONAISVALTAISESSA KOMMUNIKAATIOSSA JA  
VUOROVAIKUTUKSESSA**

Maria Lämpsä & Elli Ojala

Pro gradu -tutkielma

Marraskuu 2015

Oulun yliopisto

Humanistinen tiedekunta

Logopedia

Pro gradu -tutkielma, elokuu 2015, 63 sivua + 5 liitettä  
Oulun yliopisto, Humanistinen tiedekunta, Logopedia

### **AFAATTISILLE HENKILÖILLE VALITTUJEN AAC-MENETELMIEN TOIMIVUUS KOKONAISVALTAISESSA KOMMUNIKAATIOSSA JA VUOROVAIKUTUKSESSA**

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli tutkia yksilöllisesti valittujen puhetta tukevien menetelmien (AAC-menetelmien) toimivuutta afaattisten henkilöiden kokonaiskommunikaatiossa. Tutkimuksessa keskityttiin selvittämään, kuinka hyvin puheterapeutin AAC-kuntoutusprosessi on toteutunut sekä tarjoaako valittu AAC-menetelmä tarvittavaa tukea afaattisille henkilöille.

Tutkimukseen osallistui seitsemän koehenkilöparia, jotka koostuivat afaattisesta henkilöstä sekä yhdestä heidän lähi-ihmisestään. Afaattisten koehenkilöiden iät vaihtelivat tutkimushetkellä 46–73 vuoden välillä. Tutkimus suoritettiin puolistrukturoitua teemahaastattelumenetelmää käyttäen. Afaattisten henkilöiden puheen ymmärtämisen tasoa arvioitiin Token-testillä sekä keskustelutilanteita observoiden. Haastattelut tehtiin tutkimuspari kerrallaan ensin lähi-ihmiselle ja tämän jälkeen afaattiselle henkilölle, jotta samoihin kysymyksiin saatiin molempien omat näkökannat.

Tuloksista kävi ilmi, että AAC-menetelmää käytettiin pääosin vasta viimeisenä kommunikointikeinona, vaikka AAC-menetelmästä nähtiin kokonaisuudessaan olevan hyötyä kommunikoinnissa. Valitut AAC-menetelmät tarjosivat melko hyvin tarvittavaa tukea kommunikoinnin ongelmiin, mutta suurella osalla oli parannusehdotuksia AAC-menetelmänsä suhteen. Lisäksi AAC-menetelmää koskevat valinta-, ohjaus- ja kuntoutusprosessit oli toteutettu afaattisten henkilöiden kohdalla hyvin eri tavoin ja tyytyväisyys kuntoutuksen laatuun sekä määrään vaihteli tutkittavien kesken.

Tutkimuksessa saadut tulokset osoittavat, että AAC-kuntoutuskaaren toteuttamisen yhtenäistämiseen olisi tarvetta. Myös AAC-menetelmien jatkuva kehittäminen on tärkeää, jotta puhetta tukevien menetelmien käyttöastetta afaattisten henkilöiden arjessa voitaisiin nostaa. Kuitenkin tutkimusjoukon pienuuden vuoksi saadut tulokset jäävät suuntaa antaviksi ja lisää tutkimusta aiheesta tarvittaisiin.

Avainsanat: afasia, AAC-menetelmä, puhetta tukeva menetelmä, kokonaiskommunikaatio, vuorovaikutus

## ESIPUHE

Pro gradu -tutkielman tekeminen tästä aiheesta oli meille erittäin motivoivaa. Pidimme tärkeänä nostaa esille AAC-kuntoutuksen onnistumiseen ja tätä kautta puhetta tukevan menetelmän toimivuuteen liittyviä näkemyksiä, sillä ne ovat tärkeitä kuntoutuksen laadun kannalta. Opintojemme aikana on selvinnyt, kuinka AAC-menetelmät usein jäävät puheterapian ulkopuolella toivottua vähäisemmälle käytölle, ja päätimmekin tutkia tätä asiaa syvällisemmin.

Kiitoksemme haluaisimme osoittaa ensisijaisesti tutkimuksemme ohjaajille FT, yliopistonlehtori Terhi Hautalalle sekä FM, yliopisto-opettaja Elisa Heikkiselle, jotka ottivat meidän ohjaukseensa ja määrätietoisesti auttoivat meitä edistymään työssämme sekä kehittymään sellaisiksi tutkijoiksi, joita tämän tutkimuksen tekeminen vaati. Lisäksi kiitämme Aivoliiton järjestösuunnittelija Risto Lappalaista neuvonannosta tutkimuksen suorittamista koskevissa kysymyksissä. Haluamme kiittää myös puhetulkki Pirre Oikarista sekä Aivoliiton järjestämien Juttu-tupien vetäjiä Johanna Estamaa ja Armi Parviaista, jotka vastasivat aina puhelimeen ja auttoivat tutkimuksemme etenemisessä suuresti. Kiitokset myös kaikille tutkimukseen osallistuneille koehenkilöpareille, jotka olivat erittäin motivoituneita osallistumaan tutkimukseemme. Rahallista elintärkeää tukea tutkimuksemme toteuttamiseen saimme Suomen Puheterapeuttiliitolta, iso kiitos siitä. Lisäksi kiitos kuuluu useille logopediopiskelijatovereille, jotka osallistuivat tutkimuksemme tekoon.

Lopuksi tutkijaparina haluamme kiittää toinen toistamme siitä, että olemme tukeneet toisiamme niin myötä- kuin vastamäessä tätä tutkimusta tehdessä. Kiitos kuuluu myös omille läheisillemme, niille tärkeille taustajoukoille, jotka kannustivat meitä tutkimustyön lomassa.

Haapajärvellä 1.8.2015

Maria ja Elli

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ESIPUHE

<b>1 JOHDANTO</b> .....	1
1.1 Afasia .....	2
1.2 Afasian vaikutukset .....	3
1.2.1 Yksilön vaikeudet kommunikaatiossa .....	4
1.2.2 Osallistuminen ja sosiaalinen ympäristö .....	7
1.3 AAC-menetelmät .....	9
1.3.1 Ei-avusteiset kommunikointimenetelmät .....	11
1.3.2 Avusteiset kommunikointimenetelmät .....	12
1.3.3 Yleisimmät AAC-menetelmät afaattisilla henkilöillä Suomessa .....	13
1.4 AAC-menetelmien vaikutus kokonaiskommunikaatioon afaattisilla henkilöillä ..	14
<b>2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET</b> .....	16
<b>3 MENETELMÄT</b> .....	17
3.1 Tutkimukseen osallistujat .....	17
3.2 Menetelmät ja aineistonkeruu .....	18
3.3 Aineiston käsittely ja analysointi .....	22
<b>4 TULOKSET</b> .....	24
4.1 Afaattisten henkilöiden käyttämät kokonaiskommunikoinnin keinot .....	24
4.2 Afaattisten henkilöiden yksilölliset kommunikoinnin tarpeet ja niiden täytyminen AAC-menetelmää hyödyntäen .....	26
4.3 AAC-menetelmän käyttö kommunikointistrategioiden apuna afaattisilla henkilöillä .....	31
4.4 AAC-menetelmän valinta- ja ohjausprosessin riittävyys ja onnistuneisuus .....	36
<b>5 POHDINTA</b> .....	45
5.1 Tutkimustulosten arviointi .....	45
5.1.1 Afaattisten henkilöiden käyttämät kokonaiskommunikoinnin keinot .....	45
5.1.2 Afaattisten henkilöiden yksilölliset kommunikoinnin tarpeet ja niiden täytyminen AAC-menetelmää hyödyntäen .....	46
5.1.3 AAC-menetelmän käyttö kommunikointistrategioiden apuna afaattisilla henkilöillä .....	48
5.1.4 AAC-menetelmän valinta- ja ohjausprosessin riittävyys ja onnistuneisuus ..	49
5.2 Tutkimuksen toteuttamisen ja luotettavuuden arviointi .....	51
5.3 Johtopäätökset ja tulosten kliininen merkitys .....	53
5.4 Jatkotutkimusaiheet .....	55
<b>LÄHTEET</b> .....	57
<b>LIITTEET</b>	

## 1 JOHDANTO

Afaattisella henkilöllä puheen vastaanotto, ymmärtäminen sekä kommunikaatiokyky ovat heikentyneet niin, ettei hän kykene hyödyntämään kielenkäyttötaitojaan, kuten puhetta ja kirjoittamista tai viittomia, samaan tapaan kuin ennen (Beukelman & Mirenda, 1998, s. 466; LaPointe, Murdoch & Stierwalt, 2010, s. 85–86; Lehtihalmes & Korpijaakko-Huuhka, 2010). Kommunikointitaidot ovat heikentyneet vaihtelevasti henkilölle tulleen aivovaurion vuoksi, jolloin henkilö voi menettää täysin tai osittain kykynsä ymmärtää tai käyttää kieltä (La Pointe ym., 2010, s. 85–87). Afasian yleisin taustasy on aivoverenkierron häiriö, mutta myös mikä tahansa muu keskushermostoa vaurioittava tapahtuma, kuten aivoruhje, voi olla syynä afasian syntyyn (LaPointe ym., 2010, s. 78–79).

Afasia vaikeuttaa henkilön ja hänen ympäristönsä yhteistoimintaa ja kommunikoinnin sekä vuorovaikutuksen onnistumista arkipäiväisissä tilanteissa: itsensä ilmaisemisen ja/tai toisten puheen ymmärtämisen vaikeutuessa myös lähiomaisilla on hankaluuksia ymmärtää afaattista henkilöä (Klippi, 2009; Lehtihalmes & Korpijaakko-Huuhka, 2010; Murdoch, 2010, s. 39). Vaikeuksien vähentämiseksi afaattisten henkilöiden kohdalla puheterapeutin työn tavoitteena on moniammatillista yhteistyötä tehden mahdollistaa kommunikoinnin onnistuminen, esimerkiksi puhetta tukevien ja korvaavien AAC-menetelmien (Augmentative and Alternative Communication) käyttöönoton avulla (Beukelman & Mirenda, 1998, s. 467; Ohtonen, Huuhtanen & Ylätupa, 2010). Tavoitteen tärkeyttä korostaa tieto siitä, että kommunikointikyvyllä on havaittu olevan suora yhteys afaattisen henkilön kokemaan elämänlaatuun ja henkiseen hyvinvointiin (Cruice, Worrall, Hickson & Murison, 2003).

Tässä tutkimuksessa selvitetään, onko afaattisille henkilöille onnistuttu kuntoutuksen yhteydessä valitsemaan yksilöllisesti sopiva AAC-menetelmä. Tutkimuksessa keskitytään erityisesti afaattisten henkilöiden sekä heidän läheistensä näkemyksien tarkasteluun kokonaiskommunikoinnin ja vuorovaikutuksen onnistumisesta. Afaattisten henkilöiden on heidän läheistensä lisäksi havaittu olevan melko luotettavia arvioimaan omaa kommunikointikykyään (Rautakoski, Korpijaakko-Huuhka & Klippi, 2008). Tutkimuksen aihe on tärkeä, sillä näin voidaan tarkastella puheterapeutin ja

moniammatillisen työn tulosta, eli sitä, kuinka hyvin kuntoutuksessa on suoriuduttu. Tutkimuksen avulla voidaan siis nähdä, ovatko afaattisille henkilöille valitut kommunikoinnin ratkaisut vastanneet heidän tarpeitaan. Afaattisten henkilöiden on havaittu hyödyntävän ensisijaisesti jäljellä olevaa puhekykyään sekä eleitä, kun taas käytettävissä olevilla AAC-keinoilla on ollut pienempi rooli heidän kommunikoinnissaan (Kraat, 1990; Rautakoski, 2011a). Käytettävän AAC-menetelmän lisäksi on syytä tarkastella myös muita afaattisen henkilön käytössä olevia kommunikointimenetelmiä, kuten puheen sekä eleiden käyttöä, kokonaiskommunikointikyvyn kartoittamiseksi.

### 1.1 Afasia

Lyhyesti määriteltynä afasialla viitataan kielellis-kognitiiviseen häiriöön, joka voi ilmaantua henkilölle kielenoppimisiän jälkeisen aivovaurion seurauksena (Lehtihalmes & Korpijaakko-Huuhka, 2010; Salonen, 1998a). Afasia vaikeuttaa kielellisten toimintojen, kuten puheen tuottamisen ja ymmärtämisen sekä lukemisen ja kirjoittamisen, sujuvaa toimintaa, muttei vaikuta ihmisen älykkyyteen heikentävästi (Aphasia, 2015; Kukkonen, 1998; Parr, Byng & Gilpin, 1997, s. 1, 3). Kielellisten vaikeuksien lisäksi afaattisilla henkilöillä voi esiintyä muun muassa nielemisen vaikeuksia, eriasteisia toispuolisia halvauksia ja näkökenttäpuutoksia sekä muistin ongelmia (Aphasia, 2015; Laine & Marttila, 1992; La Pointe ym., 2010, s. 89). Myös tarkkaavaisuuden ja keskittymiskyvyn ongelmat, aloitteellisuuden väheneminen, väsyminen sekä perseveraatiotaipumus eli ajatusten ja toiminnan juuttuminen voivat omalta osaltaan haitata sujuvaa kielellistä toimintaa, jos henkilöllä afasian lisäksi tällaisia oireita ilmenee (Frankel, Penn & Ormond-Brown, 2007; Pohjasvaara, Ylikoski, Hietanen, Kalska & Erkinjuntti, 2002).

Yleisimmin afasia on seurausta aivoverenkiertohäiriöistä, mutta myös progressiiviset eli etenevät neurologiset sairaudet, aivokasvaimet sekä aivovammat, jotka kohdistuvat kielellisistä toiminnoista vastaaville aivoalueille, voivat saada aikaan afasian ilmenemisen (Aphasia, 2015; Davis, 2007, s. 19–27; Laine & Marttila, 1992). Suomessa aivoinfarktin saa vuosittain noin 14 600 henkilöä ja aivoverenvuodon noin 4

000 henkilöä (Aivoverenkiertohäiriö, 2014). Kaikista aivoverenkiertohäiriön saaneista henkilöistä noin 40 prosentilla todetaan afasian kaltaisia oireita (Nuutila & Sarmas, 2000). Tulevaisuudessa afasian ilmaantuvuus tulee vielä todennäköisesti lisääntymään aivoverenkiertohäiriöiden yleistyessä väestön ikääntymisen ja odotetun eliniän kasvun myötä (Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus, 2011).

Yleisin syy afasian syntyyn on vaurio kielellisesti dominantissa aivopuoliskossa, joka useimmilla ihmisillä on vasen aivopuolisko (Aphasia, 2015; Murdoch, 2010, s. 153–154). Vain harvoissa tapauksissa afasiaa esiintyy oikean aivopuoliskon vaurioissa (Pedersen, Jørgensen, Nakayama, Raaschou & Olsen, 1995; Wade, Hower, David & Enderby, 1986). Aivovaurion aiheuttamista afaattisista häiriöistä ja niiden oirekuvista on tehty luokituksia eri tieteenalojen ja teorioiden pohjalta (Murdoch, 2010, s. 54–69). Näistä yleisimmin käytetyt Suomessa ovat neurologiseen teoriaan perustuvat bostonilainen ja lurialainen luokitus (Lehtihalmes & Korpijaakko-Huuhka, 2010; Murdoch, 2010, s. 51–52, 57). Tässä kirjallisuuskatsauksessa ei kuitenkaan paneuduta näihin teorioihin ja luokituksiin syvällisemmin, vaan tarkastelun kohteena ovat afasian vaikutukset kommunikaatioon ja vuorovaikutukseen.

## 1.2 Afasian vaikutukset

Afasian piirteet ja vaikeusaste määräytyvät paljolti aivoissa tapahtuneen vaurion laajuudesta sekä sijainnista riippuen, minkä vuoksi kyseisen kielellisen häiriön ilmenemismuoto voi vaihdella hyvinkin yksilöllisesti sairastuneiden välillä (Aphasia, 2015; Parr ym., 1997, s. 3–5). Salosen (1998b) mukaan sairastuneet henkilöt ovat kokeneet afasian mukanaan tuomien vaikutusten muuttaneen heidän elämäntilannettaan suoralinjaisesti: mitä enemmän afasia on vaikeuttanut arkielämän sujumista, sitä enemmän afaattiset henkilöt sekä heidän läheisensä ovat kaivanneet tukea terveydenhuollon ammattilaisilta arkeensa. Yleisesti ottaen afasian vaikutus elämän muuttumiseen koettiin merkitykseltään suurena.

Ajan kuluessa afasian ilmenemismuoto voi myös muuttua: taitoja voi palautua päivien, viikkojen ja kuukausien kuluessa, mutta afasian tila voi myös pahentua etenkin

etenevien aivosairauksien kohdalla (Laine & Marttila, 1992; Parr ym., 1997, s. 5; Salonen, 1998a). Afasiasta toipumisen ja kuntoutuksen perustana on aivojen neurobiologinen toipuminen ja plastisiteetti eli hermoverkoston kyky organisoida toimintoja uudelleen (Klippi, Korpijaakko-Huuhka & Lehtihalmes, 2010; Raymer ym., 2008). Vaikka aivovaurio voi aluksi aiheuttaa vakavia vaikeuksia kommunikaatioon, jää sairastuneelle kuitenkin kielellistä kapasiteettia, jonka pohjalle alkuvaiheen ja sitä seuraavan tiiviin kuntoutusvaiheen puheterapia voidaan rakentaa (Damasio, 1998; Klippi ym., 2010). Usein kuntoutuminen ja taitojen palautuminen on aktiivisinta reilun vuoden ajan sairastumisesta, minkä jälkeen taitojen palautuminen hidastuu (Klippi ym., 2010). Kuitenkin intensiivisen ja tuloksekkaan puheilmaisuun painottuvan puheterapian on osoitettu vaikuttavan positiivisesti kielellisten taitojen kuntoutumiseen myös henkilöillä, joiden afasia on jo kroonistunut (Pulvermüller & Berthier, 2008).

Maailman Terveysjärjestö (WHO) on julkaissut ICF-luokituksessaan (International Classification of Functioning, Disability and Health) biopsykososiaalisen mallin, jonka avulla voidaan tarkastella afasian vaikutuksia henkilön toimintakyvyn ja -rajoitteiden sekä terveyden osalta (ks. Stakes, 2007). Tarkemmin sanottuna ICF-luokitus kuvaa afasiaa ja sen aiheuttamia seurauksia henkilön elämään (Thompson & Worrall, 2008, s. 12–14). Tällöin afasia huomioidaan laajempänä ongelmana kuin pelkkänä sairautena. Mallissa otetaan huomioon itse häiriön ja sairauden lisäksi afaattisen henkilön kehon toiminnot ja rakenteet, aktiviteetit ja osallistuminen sekä persoonallisuuden ja ympäristön osa-alueet. Terveystieteiden alan työntekijät hyödyntävät kyseistä ICF-luokitusta enenevässä määrin kuntoutuksen ja hoidon suunnittelussa mallin tarjoamien monipuolisten tarkastelukulmien ansiosta (Elman, 2005; Threats, 2006).

### 1.2.1 Yksilön vaikeudet kommunikaatiossa

Afasian tuomat vaikeudet voivat näkyä esimerkiksi puheen tuotossa, ymmärtämisessä, kirjoittamisessa ja lukemisessa (Aphasia, 2015; Hillis, 2007). Yleisesti ottaen kielelliset toiminnot kokonaisuudessaan muuttuvat afasian myötä hitaammiksi niin, etteivät eri tilanteissa tarvittavat kielelliset osatoiminnot muodosta enää kokonaisuuksia yhtä nopeasti kuin ennen sairastumista (Klippi, 2009; Salonen, 1998a). Afasia vaikuttaa



usein muun muassa verbaalisen työmuistin kapasiteettiin ja sujuvaan toimintaan heikentävästi (Martin, Kohen, Kalinyak-Fliszar, Soveri & Laine, 2012; Frankel ym., 2007). Tämä voi näkyä hidastumisena kuullun viestin ymmärtämisessä tai oman ilmauksen tuottamisessa (La Pointe ym., 2010, s. 87). Afaattisella henkilöllä voi esimerkiksi olla vaikeuksia omien ajatustensa kohdistamisessa, päätösten ja valintojen tekemisessä sekä vastausten muotoilemisessa (Rautakoski, 2012). Toimintojen hidastuminen voi näkyä ajatustasolla myös niin, että puheessa ilmenee perseveraatiota eli juuttumista samoihin sanoihin, vastauksiin ja keskustelunaiheisiin (Kaplan, Gallagher & Glosser, 1998; Salonen, 1998a).

Puheen tuotto ja sen ymmärrettävyys voivat osaltaan vaikeutua afaattisilla henkilöillä myös sananlöytämisen ongelmien takia, mikä tarkoittaa, että halutun sanan hakeminen muistista on henkilölle hankalaa (Davis, 2007, s. 6; Laine & Marttila, 1992). Sananlöytämisen ongelmat ilmenevät lauseen sisällön kannalta tärkeiden sanojen puuttumisena sekä tarkoitettujen sanojen korvautumisena toisilla sanoilla (Damasio, 1998). Vaikeudet sananlöytämisessä näkyvät usein spontaanipuheessa, mutta myös nimetessä haluttuja kohteita, esimerkiksi kuvia (Hegde & Freed, 2011, s. 134; Laine & Martin, 2006, s. 8; Raymer, 2005).

Kokonaisia sanoja koskevien ongelmien lisäksi, vaikeuksia voi ilmetä myös yksittäisten sanojen sisällä parafasioina eli vääristyminä (Damasio, 1998; Laine & Marttila, 1992). Äänteellisen vääristymisen yhteydessä sanojen sisäiset äänteet voivat vaihtaa paikkaa, niitä voi tulla lisää tai äänteitä voi puuttua, jolloin sanojen ymmärtäminen voi viestin kuulijalle olla hankalaa. Afaattinen henkilö voi tuottaa myös merkitykseltään vääristyneitä sanoja, jolloin kohdesana muuttuu puheessa kokonaan toiseksi, mitä henkilö alun perin tarkoitti (Hegde & Freed, 2011, s. 134; La Pointe ym., 2010, s. 87). Sanat voivat vääristyä myös niin paljon, että henkilö muodostaa uudissanoja, jotka eivät vastaa merkitykseltään enää mitään tunnistettavaa kohdetta. Kun puhetta on mahdoton ymmärtää runsaasti esiintyvien parafasioiden ja uudissanojen vuoksi, voidaan puhe luokitella jargoniksi (Damasio, 1998; Davis, 2007, s. 8).

Afasian yhteydessä lauseiden muodostaminen sekä kieliopilliset taidot vaikeutuvat yleisesti: henkilö saattaa puhua vain yksittäisin sanoin tai pirstaleisin lausein (Damasio, 1998; Hegde & Freed, 2011, s. 134; La Pointe ym., 2010, s. 86–87). Henkilön

tuottamiin yksittäisiin kyllä/ei -vastauksiin ei aina täysin voi luottaa, sillä puheen ymmärtäminen on voinut jossain määrin heikentyä (La Pointe ym., 2010, s. 87; Salonen, 1998a). Vaikka ymmärtäminen olisikin afaattisella henkilöllä sujuvaa, saattavat edellä mainitut vastaukset silti olla automatismeja tai henkilö on ilmaissut ne juuttumistaipumuksen vuoksi (Davis, 2007, s. 8; Salonen, 1998a). Heikentyneestä ymmärtämisestä kertoo se, että afaattinen henkilö ei kykene seuraamaan ja ymmärtämään pitkiä lauseita tai ohjeita, ja siksi puhelinkeskustelut sekä asiaohjelmien seuraaminen televisiosta eivät välttämättä onnistu (La Pointe ym., 2010, s. 87; Parr ym., 1997, s. 23).

Lukemisen ja kirjoittamisen taidot voivat myös usein osaltaan heiketä afasian yhteydessä (Davis, 2007, s. 2; Kaplan, Gallagher & Glosser, 1998). Afaattisilla henkilöillä voi olla vaikeuksia kirjainten ja numeroiden tunnistamisessa sekä tuottamisessa ja laskemisessa (Aphasia, 2015; Kaplan, Gallagher & Glosser, 1998; La Pointe ym., 2010, s. 87). He eivät voi välttämättä lukea tai tuottaa kirjoitettua tekstiä: henkilö ei välttämättä pysty kirjoittamaan edes omaa nimeään tai sanoja annetusta mallista (La Pointe ym., 2010, s. 87). Kuitenkin joillakin afaattisilla henkilöillä työläs kirjain kirjaimelta lukeminen voi onnistua (Garcia, 2008). Kielellisen häiriön lisäksi lukemisen ja kirjoittamisen taitoja voi vaikeuttaa myös mahdollinen toispuoleinen näkökenttäpuutos, joka häiritsee kokonaisuuksien hahmottamista (Laine & Marttila, 1992).

Puheen tuoton ongelmat voivat esiintyä myös neurologisperäisinä toimintahäiriöinä, kuten änkytyksenä, puheen apraksiana tai dysartriana (Duffy, 1995, s. 363; Laine & Marttila, 1992; La Pointe ym., 2010, s. 89). Puheen apraksialla tarkoitetaan puhemotorista häiriötä, jossa puheen tahdonalainen tuotto on vaikeutunut, joskin automaattiset puhejaksot onnistuvat artikulaatioltaan paremmin (La Pointe ym., 2010, s. 179–180). Apraksian vaikeudet keskittyvätkin puheen osa-alueista ensisijaisesti artikulaatioon ja toissijaisesti prosodiaan (Murdoch, 2010, s. 231). Dysartria puolestaan on moniulotteisempi häiriö, joka voi vaikuttaa puheen kaikkiin osa-alueisiin: hengitykseen, fonaatioon, resonaatioon, artikulaatioon ja prosodiaan (Duffy, 1995, s. 4, 356; Murdoch, 2010, s. 235). Vaikeudet ja äännevirheet esiintyvät dysartriassa samankaltaisina sekä automaattisessa että tahdonalaisessa puheen tuotossa, kun taas

apraksiassa virheet ovat hyvin epäjohdonmukaisia (La Pointe ym., 2010, s. 180; Murdoch, 2010, s. 231). Lisäksi yksi erotusdiagnostinen piirre näille puhehäiriöille on se, että dysartriksen henkilön puheentuohtolimistön rakenteissa, liikkeissä ja tonuksessa on havaittavissa poikkeavuutta, kun taas apraktisen henkilön puheentuohtolimistössä vastaavasti ei ole (Duffy, 1995, s. 4–5, 259; La Pointe ym., 2010, s. 179–180; Murdoch, 2010, s. 235). Huomioon otettava asia on kuitenkin se, että kyseessä ovat itsenäiset puhehäiriöt, jotka voivat esiintyä afasian yhteydessä tai siitä erillään (Duffy, 1995, s. 259, 357).

Afasian vaikutukset yksilön kielellisiin taitoihin voivat ilmetä vaihtelevasti: vaikka yleensä useat kielen osa-alueet ovat häiriintyneet afasiaan sairastumisen myötä, on jäljelle jäänyt taitotaso voinut säilyä toisilla osa-alueilla paremmin kuin toisilla (Hegde & Freed, 2011, s. 134; La Pointe ym., 2010, s. 87). Voi esimerkiksi olla, että lukeminen ja kirjoittaminen ovat säilyneet paremmin kuin puheen ymmärtäminen ja tuottaminen, jolloin kirjallinen viestintä jää henkilölle tehokkaimmaksi kommunikointiväyläksi.

### 1.2.2 Osallistuminen ja sosiaalinen ympäristö

Afasian muuttaa yksilön totuttua arkielämää usein paljon. Vuorovaikutussuhteet muuttuvat ystävyysuhteista asiantuntijapainotteisiksi, ja sosiaaliset roolit perheen sisällä ja muussa lähiympäristössä sekä yhteiskunnassa saavat uuden muodon (Dalemans, de Witte, Wade & van den Heuvel, 2008). Myös Rautakosken (2014) mukaan afaattisten henkilöiden kommunikointi ja sosiaalinen kanssakäyminen vähenee selkeästi muiden kuin perheenjäsenten tai lähi-ihmisten kanssa. Ystävyysuhteiden ylläpito vaikeutuu kielellisten vaikeuksien vuoksi (Northcott & Hilari, 2011). Afasian heikentäessä mahdollisuuksia käyttää aiemmin opittuja kielellisiä taitoja vastaavasti kuin ennen, vaikuttaa se väistämättä henkilön kommunikointitarpeiden täyttymiseen: kielen avulla pidetään yhteyttä toisiin ihmisiin, esimerkiksi pyydetään apua, keskustellaan, vitsaillaan ja riidellään (Northcott & Hilari, 2011; Parr ym., 1997, s. 44). Kyky keskusteluun on ihmissuhteita ylläpitävä voima (Elman, 2005). Kommunikointitarpeen voidaan siis ajatella olevan yksi ihmisen perustarpeista. Kuitenkin kommunikointitarpeissa voi esiintyä yksilöiden välillä vaihtelua: esimerkiksi

persoonallisuustekijät sekä sosiaalinen elinympäristö ja siellä vallitsevat odotukset voivat osaltaan vaikuttaa yksilöllisten kommunikointitarpeiden muotoutumiseen.

Afasia on kommunikoinnin häiriö vaikuttaen siten aina vähintään kahteen ihmiseen (Afasia, 2015). Sairastuneen henkilön itsensä lisäksi afasia vaikuttaa koko hänen lähipiiriinsä vaikeutuneen kielellisen kommunikaation ja vuorovaikutuksen kautta (Lyon ym., 1997). Johanssonin, Carlssonin, Östbergin ja Sonnanderin (2012) tutkimuksessa selvitettiin läheisten kokemuksia kommunikaatiotilanteiden sujumisesta afasian ilmenemisen jälkeen. Afasian myötä läheiset olivat kokeneet vuorovaikutus- ja keskustelutilanteiden vaikeutuneen ja muuttuneen vähemmän antoisiksi ja miellyttäväiksi verrattuna tilanteeseen ennen sairastumista. Läheiset kokivat oman roolinsa kommunikaatiotilanteissa muuttuneen vastuullisempaan suuntaan. Läheisistä 70 prosenttia oli muuttanut kommunikointityyliään tukeakseen viestintätilanteiden onnistumista ja sujumista. Myös Rautakosken (2011b) tutkimuksessa läheisten ihmisten todettiin muuttavan kommunikointistrategioitaan tukeakseen keskusteluiden sujumista afaattisten henkilöiden kanssa.

Ympäristötekijöillä, ja etenkin läheisten toiminnalla, on merkitystä afaattisen henkilön mahdollisuuksiin osallistua sosiaalisiin tilanteisiin. Selkeän kielen ja sopivan puhenopeuden käyttö sekä taustamelun minimointi helpottavat ymmärtämistä ja osallistumista sosiaalisissa tilanteissa (Howe, Worrall & Hickson, 2004; Rautakoski, 2012). Afaattinen henkilö voi tarvita keskustelukumppanilta usein tukea ajatustensa kohdistamisessa ja valintojen tekemisessä sekä keinoja omien vastaustensa luomisessa (Rautakoski, 2012).

Afasian sekä fyysisten toimintarajoitteiden myötä riippuvuus muista ihmisistä kasvaa ja vuorovaikutuksen sisältö voi siten muuttua perustarvepainotteisemmaksi (Beukelman & Mirenda, 1998, s. 468). Vuorovaikutuksen sisältö saattaa siis yksinkertaistua entiseen verrattuna, koska jo perustarpeidenkin ilmaisuun kuluu kommunikoinnin vaikeutuessa enemmän aikaa. Kielellisten toimintojen hidastumisen myötä on tärkeää, että sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa afaattiselle henkilölle annetaan riittävästi aikaa prosessoida ja käyttää kieltä (Howe ym., 2004, 2008; Korttesmaa, 1996). Esimerkiksi aloitteiden tekoon sekä oman vuoron ottamiseen kommunikoinnissa afaattinen henkilö tarvitsee usein aikaa ja ymmärrystä kommunikointikumppanin puolelta. Vaikka tiedon

poimiminen keskusteluista on afaattisille henkilöille hankalaa, on heillä silti halua tietää, mistä puhutaan ja mitä ympärillä tapahtuu (Dalemans, de Witte, Wade & van den Heuvel, 2010). Siksi tiedon muokkaaminen ymmärrettävämpään muotoon yksilöllisiä tarpeita vastaavaksi on lisäksi huomioitava kommunikointitilanteiden mielekkyyden ylläpitämisen kannalta (Howe ym., 2004, 2008).

Myös ihmisten asennoituminen afaattista henkilöä ja kommunikointia kohtaan vaikuttaa olennaisesti vuorovaikutuksen onnistumiseen. Vaikka rooli ja asema afaattisella henkilöllä ovat ympäristössä ja yhteiskunnassa muuttuneet, haluavat he silti saada osakseen kunnioitusta ja arvostusta kanssaihmisiltä (Dalemans ym., 2010). Afaattisen henkilön mahdollisuuksia osallistua kommunikointitilanteisiin heikentävätkin lähiympäristön ihmisten mahdollinen haluttomuus, sekä tietojen ja taitojen puute tukea sekä vahvistaa afaattisen henkilön kommunikointia (Dalemans ym., 2010; Howe ym., 2008). Toisaalta myös kommunikointikumppanin tuttuudella voi olla merkitystä afaattisen henkilön viestien välittymiseen, kuinka helposti nämä viestit huomioidaan ja osataan tulkita (Oakander Bolton & Dashiell, 1991, s. 8). Tutkimuksissa on käynyt ilmi, kuinka tärkeää puheterapeuttien olisi jakaa tietoa läheisille eri kuntoutusmuodoista, ja keskittyä kuntoutuksessa kielellisten taitojen harjoittamisen lisäksi tukemaan afaattisten henkilöiden sekä heidän kommunikointikumppaneidensa välisen viestinnän onnistumista (Hilton, Leenhouts, Webster & Morris, 2014; Johansson ym., 2012). Kuntoutumisen edesauttamiseksi ja nopeuttamiseksi omaiset olisikin tärkeää ottaa mukaan heti kuntoutuksen alkumetreiltä lähtien (Johansson ym., 2012; Salonen, 1998a).

### 1.3 AAC-menetelmät

AAC-menetelmien eli puhetta tukevien ja korvaavien kommunikointimenetelmien sekä kommunikoinnin apuvälineiden avulla yritetään luoda paremmat edellytykset vuorovaikutuksen ja kommunikaation sujuvuuteen toisten ihmisten kanssa silloin, kun henkilön kielellis-kognitiiviset taidot, kuten puheentuotto ja ymmärtäminen, ovat heikentyneet kehityksellisen tai hankitun häiriön myötä (Beukelman & Mirenda, 1998, s. 13; von Tetzchner & Martinsen, 2014, s. 80). Puhetta tukevan tai korvaavan kommunikointimenetelmän tarve voi vaihdella käyttäjien kesken: osa tarvitsee

menetelmiä vain lyhytaikaisesti, osa elinikäisesti (Ohtonen, Huuhtanen & Ylätupa, 2010). Yhteistä kaikille afaattisille henkilöille kuitenkin on, että sopiva AAC-menetelmä tulisi ottaa mahdollisimman pian käyttöön sairastumisen jälkeen (Rautakoski, 2012). Näin vältetään, ettei halu kommunikoida ehdi heiketä kommunikointiväylän puuttumisen myötä. Ammattihenkilöiden lisäksi afaattisen henkilön ja tämän läheisten osallistuminen kommunikointimenetelmien valintaan, kuntoutuksen suunnitteluun, toteutukseen ja seurantaan on olennaista mahdollisimman mielekkään kuntoutuksen sekä toimivan kommunikaation takaamiseksi (Huuhtanen, 2012; Ohtonen, Huuhtanen & Ylätupa, 2010).

AAC-menetelmien käyttöönoton tarkoituksena on luoda sitä tarvitsevalle henkilölle keino osallistua kommunikaatioon ja keskusteluihin kuten ennenkin erilaisissa arjen tilanteissa (Beukelman & Mirenda, 1998, s. 13; Hough & Johnson, 2009). Kraatin (1985), Lightin, Collierin ja Parnesin (1985) sekä Lightin (1988) mukaan kommunikaatiokykyä arvioidessa ja AAC-menetelmän avulla kohentaessa tulisi keskittyä vuorovaikutustaitojen arviointiin ja kehittämiseen eri kommunikointistrategioiden osalta (Oakander Bolton & Dashiell, 1991, s. 7). Kommunikoinnin strategiat ovat vuorovaikutuksessa käytettäviä kommunikoinnin menettelytapoja, valmiuksia, joista vuorovaikutus koostuu ja joita tarvitaan vuorovaikutustilanteiden onnistumiseen (Oakander Bolton & Dashiell, 1991, s. 8). Vuorovaikutuksen aikana voikin esiintyä yhteensä neljää erilaista päästrategiaa. Päästrategiat ovat aloitus-, tuki-, säätely- sekä lopetusstrategiat, jotka jakaantuvat edelleen pienempiin osastrategioihin (Oakander Bolton & Dashiell, 1991, s. 13). Näitä pienempiä osastrategioita ovat esimerkiksi kuulijan huomion saanti, keskusteluaiheen ylläpitäminen ja keskustelun kohtelias lopettaminen (Oakander Bolton & Dashiell, 1991, s. 8, 17). Mahdolliset puutteet kommunikointistrategioiden käytössä luovat ongelmia vuorovaikutuksen onnistumiseen, minkä vuoksi AAC-menetelmän tehtävänä puheen tukea tarvitseville henkilöille on mahdollistaa yksilöllisesti puutteellisten kommunikoinnin strategioiden toteutus.

Kommunikointivaikeudesta huolimatta ihmisillä usein säilyy tarve ja halu kokea sosiaalista läheisyyttä, ja AAC-menetelmät tarjoavat osaltaan keinon toteuttaa tätä perustarvetta (Beukelman & Mirenda, 1998, s. 468). Uusi kommunikointiväylä tarjoaa

afaattiselle henkilölle lisäksi mahdollisuuden säilyttää omat sosiaaliset roolinsa elinympäristössään ja edellytykset rakentaa uutta identiteettiään (Beukelman & Mirenda, 1998, s. 13; Dietz ym., 2013). Yksi tärkeistä tarkoituksista on myös, että jokaiselle henkilölle valitaan sopivin AAC-menetelmä heidän yksilöllisiä tarpeitaan ja kielellisiä kykyjään ajatellen (Beukelman & Mirenda, 1998, s. 13; van de Sandt-Koenderman, 2004). Usein afaattisten henkilöiden kanssa käytetään kuitenkin monia AAC-menetelmiä tai niiden yhdistelmiä, sillä vaikeudet esiintyvät yleensä monilla kielen eri osa-alueilla (Ahlsén, 1996). Yhteenvetona voidaan todeta, että yksilön tarpeisiin mukautettuna sekä vuorovaikutusympäristölle ohjattuna AAC-menetelmät toimivat parhaimmillaan tukena puheen kuntoutukselle sekä kommunikoinnin onnistumiselle (Rautakoski, 2012).

### 1.3.1 Ei-avusteiset kommunikointimenetelmät

AAC-menetelmät voidaan jaotella eri ryhmiin, mutta tunnetuin on jako avusteisiin ja ei-avusteisiin kommunikointimenetelmiin (Huuhtanen, 2012). Ei-avusteisessa kommunikaatiossa henkilö tuottaa ilmaisut itse, esimerkiksi puheen, viittomien, eleiden, katseen ja osoittamisen avulla (Augmentative and Alternative Communication (AAC), 2015; Huuhtanen, 2012; Silverman, 1980, s. 57; von Tetzchner & Martinsen, 2014, s. 21).

Ei-avusteisessa viestinnässä kommunikointikumppanin on tunnettava afaattisen henkilön käyttämät ilmaisut, jotta viestien tulkitseminen onnistuu (Launonen, 2010; Silverman, 1980, s. 56). Lisäksi henkilön kommunikoinnissaan käyttämien ei-avusteisten merkkien valikoima riippuu opetuksesta sekä muistin toiminnasta (Launonen, 2010). Jokainen henkilö käyttää arjessaan tiedostamattaankin paljon ei-avusteista kommunikointia, kuten eleitä, osoittamista, ilmeitä ja äänenpainoja (Beukelman & Mirenda, 1998, s. 41–46). Koska eleiden ja ilmeiden käyttäminen on ihmisille luonnollista, on afaattisten henkilöiden kohdalla tällaisten jäljelle jääneiden ei-avusteisten menetelmien vahvistaminen tärkeää (Rautakoski, 2012).

### 1.3.2 Avusteiset kommunikointimenetelmät

Avusteinen kommunikointimenetelmä puolestaan on käyttäjästäan fyysisesti erillään, kuten kuvataulut ja -kansiot, piirustuslehtiö ja kynä, tablettitietokone sekä muut tekniset kommunikointilaitteet (Huuhtanen, 2012; Launonen, 2010; von Tetzchner & Martinsen, 2014, s. 21). Avusteisessa kommunikaatiossa henkilö valitsee itse, esimerkiksi osoittamalla, valmiit viestit ja symbolit, joita haluaa viestissään käyttää (Silverman, 1980, s. 58). Kirjoittaminen sekä muut graafiset merkkijärjestelmät, kuten bliss-symbolit, kuuluvatkin avusteisten kommunikointimenetelmien ryhmään, sillä näissä menetelmissä kommunikatiivisissa tarkoituksissa toimivat symbolit (Huuhtanen, 2012; von Tetzchner & Martinsen, 2014, s. 21). Kuvien käyttö on perusteltua kommunikoinnin selkeyttämisessä ja tukemisessa, sillä ne ovat entuudestaan tuttuja arjen viestinnästä ja toiminnanohjauksesta, kuten esimerkiksi liikennevalojen ja -merkkien noudattaminen (Kukkonen, 1998). Kuvat voivat toimia itsenäisenä viestinä ilman puhetta tai selkeyttää ilmaisua ja edesauttaa sen ymmärtämistä. Kuvat voivat lisäksi toimia apuna keskustelun aloituksessa sekä muistivihjeinä sanojen löytämisessä sekä yleisesti muistin tukena esimerkiksi tarinoiden kerronnassa (Griffith, Dietz & Weissling, 2014; Korttesmaa, 1996).

Teknologian osalta tablettitietokoneet ovat olleet markkinoilla ja käytössä yleisesti jo useampia vuosia, mutta vasta viime vuosina on enenevässä määrin alettu hyödyntää tablettitietokoneisiin ja älypuhelimiin ladattavien sovellusten käyttöä puheterapeuttisessa kuntoutuksessa (Szabo & Dittelman, 2014). Kliinisessä työssä hyödytään uusimmasta teknologiasta ja sovelluksista, joita voidaan tehokkaasti yhdistää perinteisiin harjoituksiin (Ramsberger & Messamer, 2014). Tablettitietokoneet ja älypuhelimet sovelluksineen tarjoavatkin uusia ja monipuolisia mahdollisuuksia afaattisten henkilöiden puheen ja kielen kuntoutukseen (Hoover & Carney, 2014). Tablettien ja älypuhelimien käyttö on joustavaa useissa kuntoutuksen vaiheissa sekä eri elämäntilanteilla laitteiden muokattavuuden vuoksi.

Oma haasteensa on kuitenkin saada yksinkertaistenkin kommunikoinnin apuvälineiden käyttö osaksi arjen sosiaalisia tilanteita, sillä ne vaikuttavat väistämättä vuorovaikutustilanteiden luonnollisuuteen ja helppouteen (Finne, 1996). Mikään AAC-



menetelmä, oli se sitten perinteinen menetelmä (esim. kuvataulut,-kansiot, kirjoittaminen, piirtäminen) tai tekninen kommunikointilaite (esim. puhe-, kirjoituslaite, tabletti), ei täysin korvaa menetettyä luonnollista kieltä, mikä afaattisen henkilön ja tämän lähiympäristön tulisikin ymmärtää ja hyväksyä (van de Sandt-Koenderman, 2004). Huomioitava asia AAC-menetelmien avulla kommunikoinnissa on, että viestien välittäminen hidastuu entiseen puheen avulla tapahtuvaan kommunikointiin verrattuna, sillä haluttu viesti täytyy muodostaa toisen, ei-automatisoituneen, järjestelmän avulla (Oakander Bolton & Dashiell, 1991, s. 27–28; Rautakoski, 2012). AAC-menetelmän pitäisi olla räätälöity afaattisen henkilön tarpeita vastaaviksi niin hyvin, että henkilö kokee menetelmän oppimisen ja käyttämisen olevan kaiken vaivan arvoista (van de Sandt-Koenderman, 2004).

### 1.3.3 Yleisimmät AAC-menetelmät afaattisilla henkilöillä Suomessa

Kartoittavaa tutkimusta käytössä olevien puhetta tukevien ja korvaavien kommunikointimenetelmien käytöstä Suomessa mutta myös maailmanlaajuisesti on tehty hyvin vähän (Marjomaa, 2010, s. 34). Suomen Tikoteekkien tarjoamista kommunikoinnin ratkaisuksista afaattisille henkilöille on tehty kartoittava tutkimus, jonka tulokset perustuvat vuosilta 2006–2007 kerättyihin tietoihin (Marjomaa, 2010, s. 37, 44–45). Tutkimukseen otettiin mukaan 43 afaattisen henkilön tiedot kommunikoinnin apuvälineiden kokeilusta.

Yleisimmät kommunikoinnin ratkaisut olivat kommunikointilaite sekä -kansiot: kommunikointilaitetta kokeiltiin 81 prosentille ja kommunikointikansiota 56 prosentille (Marjomaa, 2010, s. 45, 47). Suosituin kommunikointiratkaisujen yhdistelmä puolestaan oli edellä mainittujen keinojen yhteiskokeilu. Toiseksi suosituin yhdistelmä oli kommunikointilaite yhdistettynä irtokuva- ja sanamateriaaliin. Muita tutkimuksessa käytettyjä kommunikoinnin ratkaisuja olivat irtokuvamateriaali kirjoituksen kanssa tai ilman (30 %) sekä pelkästään kirjallinen materiaali (12 %). Myös piirtämistä ja viittomia oli joidenkin afaattisten henkilöiden kohdalla kokeiltu.

#### 1.4 AAC-menetelmien vaikutus kokonaiskommunikaatioon afaattisilla henkilöillä

Henkilön luonnollisesti käyttämiä ei-kielellisiä kommunikointimenetelmiä, kuten eleitä ja ilmeitä, tulee kehittää kommunikatiivisemmiksi samalla, kun uusia kommunikointimenetelmiä otetaan käyttöön. Tämä on Rautakosken (2012) mukaan kommunikoinnin kokonaisratkaisu, josta afaattisten henkilöiden kohdalla voidaan puhua. Afaattisten henkilöiden kanssa keskustelu on lähestulkoon aina kokonaiskommunikaatiota. Kokonaiskommunikaatiolla tarkoitetaan kaikkia mahdollisia keinoja, joita henkilö pyrkii hyödyntämään viestinnässään tullakseen ymmärretyksi (Rautakoski, 2011a, 2012). Kokonaiskommunikaatioon kuuluvat afaattisen henkilön jäljellä oleva puhe, ei-kielellinen kommunikointi sekä erilaiset AAC-menetelmät (Rautakoski, 2011a).

Koulin ja Corwinin (2003) mukaan useita kommunikoinnin keinoja hyödyntävä AAC-terapia vaikuttaa lisäävän afaattisen henkilön kommunikoinnin tehokkuutta. Lukuisat tutkimukset puoltavatkin AAC-menetelmien yleisesti ottaen parantavan ja tehostavan afaattisten henkilöiden kommunikointikykyä (Kraat, 1990; Silverman, 1980, s. 30, 32–35). Dietzin tutkimusryhmä (2013) osoittaa tutkimuksellaan erilaisista AAC-menetelmistä ja -laitteista sekä kommunikointistrategioista olevan hyötyä riippumatta siitä, onko henkilöllä keskivaikea vai vaikea afasia. On kuitenkin yksilökohtaista, miten hyvin henkilöt voivat hyödyntää näitä menetelmiä opetuksesta huolimatta (Silverman, 1980, s. 31). Esimerkiksi henkilöiden, joilla on vaikea krooninen afasia, kielelliset rajoitukset koskettavat myös AAC-menetelmien sisällön ja käytön oppimista, mikä puolestaan voi vaikeuttaa kommunikaatiotarpeiden täyttymistä (Garret & Lasker, 2013). Kuitenkin vaikeasti afaattiset henkilöt tarvitsevat väistämättä kommunikointinsa tueksi AAC-menetelmiä voidakseen toimia osallistuvana ja kokonaisvaltaisena vuorovaikutuskumppanina ympäristössään (Beukelman, Fager, Ball & Dietz, 2007).

AAC-menetelmät tulisi nähdä luontevana osana afasiakuntoutusta enemmän kuin viimeisenä oljenkortena. Tätä näkemystä puoltavat useat AAC-menetelmien hyödyllisyyttä tarkastelleet tutkimukset (Beukelman ym., 2007; Dietz ym., 2013; Koul & Corwin, 2003; Kraat, 1990; Silverman, 1980, s. 32–35). Näiden tutkimusten kanssa samassa linjassa ovat Houghin ja Johnsonin (2009) sekä Johnsonin, Strauss Houghin,

Kingin, Vosin ja Jeffsin (2008) muutaman henkilön tapaustutkimukset, joissa AAC-kuntoutuksen on havaittu vaikuttavan positiivisesti kroonisesti afaattisilla henkilöillä kielellisiin taitoihin ja sitä kautta kokonaiskommunikaation tehostumiseen. Kuntoutuksen myötä afaattiset henkilöt oppivat AAC-menetelmässä käytettävien symboleiden merkityksen ja käytön kielellisessä tarkoituksessa. Kommunikoinnin haitan vähennyttyä myös aktiivisuus ja osallistuminen arjessa lisääntyivät (Johnson ym., 2008).

Samaa myönteistä vaikutusta AAC-menetelmien käytöstä afaattisilla henkilöillä kokonaiskommunikaation tehostamisessa havaittiin Hon, Weissin, Garrettin ja Lloydin (2005) tutkimuksessa, jossa kahden kroonisesti afaattisen henkilön kanssa käytettiin kommunikointia tukevia kirjoja (leike- ja kuvakommunikaatiokirjat). Tutkittavat olivat herkempiä reagoimaan ja vastaanottamaan sosiaalisia ärsykejä sekä aloitteellisempia kommunikointikumppaneita, kun kommunikoinnin tukena olivat edellä mainitut kirjat verrattuna tilanteisiin ilman kommunikaatiokirjoista saatavaa tukea. Kommunikointikirjat vaikuttivat lisäävän keskustelutilanteiden mielekkyyttä, sillä kirjojen käytön yhteydessä ei ilmennyt samanlaista turhautumista kuin ilman kirjoja kommunikoitaessa. Kommunikaatiokirjoja käytettäessä kokonaiskommunikaatio sekä jaetun tarkkaavuuden tilanteet tehostuivat tutkittavilla henkilöillä myös aktiivisen osoittamisen kautta, jota muutoin ei ilmennyt.

Afaattisten henkilöiden puheen ja kommunikoinnin kuntoutukseen sekä sen kehitykseen on perusteltua kiinnittää huomiota, koska afasian ilmaantuvuus todennäköisesti kasvaa tulevaisuudessa (ks. kappale 1.1). Koska AAC-menetelmien on usein havaittu jäävän yleistymättä arkipäiväiseen käyttöön (Kraat, 1990; Rautakoski, 2011a), on myös syytä selvittää afaattisten henkilöiden ja heidän lähiympäristön käyttökokemusten kautta, ovatko valitut AAC-menetelmät olleet toimivia ja tarkoituksenmukaisia heidän tarpeidensa ja kykyjensä näkökulmista tarkasteltuna.

## 2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tämän Pro gradu -tutkielman tarkoituksena on selvittää, ovatko afaattisille henkilöille tehdyt kommunikointiratkaisut olleet onnistuneita. Tarkemmin sanottuna tutkimuksessa keskitytään siihen, ovatko puhetta tukevat ja korvaavat menetelmät (AAC-menetelmät) vastanneet henkilöiden kommunikoinnin tarpeisiin osana kokonaiskommunikaatiota. Jokaista tutkimuskysymystä tarkastellessa huomioidaan sekä afaattisten henkilöiden että heidän lähi-ihmistensä näkökulmat.

Tutkimuksella etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia kokonaiskommunikoinnin keinoja afaattiset henkilöt käyttävät?
2. Millaisia afaattisten henkilöiden yksilölliset kommunikoinnin tarpeet ovat, ja miten ne täyttyvät AAC-menetelmää hyödyntäen?
3. Miten AAC-menetelmä auttaa afaattisia henkilöitä kommunikointistrategioiden käytössä?
4. Kuinka riittävä ja onnistunut AAC-menetelmän valinta- ja ohjausprosessi on ollut?

### 3 MENETELMÄT

#### 3.1 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimukseemme osallistui yhteensä seitsemän koehenkilöparia, joista jokainen koostui afaattisesta henkilöstä ja hänen lähi-ihmisestään. Afaattinen henkilö ja hänen lähi-ihmisensä ovat tärkeitä henkilöitä ottaa mukaan puhetta tukevan keinon toimivuutta selvittävään tutkimukseen, sillä he tuntevat omat kommunikoinnin tarpeensa ja vuorovaikutusympäristönsä parhaiten (Huuhtanen, 2012, s. 20, 22). Tästä syystä nämä henkilöt osaavatkin kertoa puhetta tukevan apukeinon valinta- ja kuntoutusprosessin onnistumisesta: vain he pystyvät arvioimaan ja kertomaan, onko heidän näkemyksensä otettu huomioon riittävästi valintaa tehdessä sekä sitä, miten valittu apukeino on toiminut arkisessa vuorovaikutuksessa. Afaattinen henkilö ja hänen lähi-ihmisensä ovatkin oman sosiaalisen arkensa asiantuntijoita, ja kykenevät näin antamaan tarkkaa ja arvokasta tietoa siitä, onko puhetta tukeva keino vastannut heidän henkilökohtaisiin tarpeisiinsa, ja onko se ollut toimiva heidän yksilöllisiin vaatimuksiinsa nähden.

Tutkimukseen osallistumisen kriteerit afaattisten koehenkilöiden kohdalla olivat kielellisten vaikeuksien painottuminen puheen tuoton puolelle, ja että henkilölle on tämän vuoksi otettu käyttöön jokin puhetta tukeva menetelmä. Lisäksi afaattisten henkilöiden puheen ymmärtämiskyvyn tuli olla tarpeeksi hyvä, jotta haastattelun toteuttaminen oli mahdollista. Osallistujat saatiin hankittua tutkimukseen pääasiassa Aivoliitto ry:n afaattisille henkilöille järjestämien Juttu-tupa-kurssien yhdyshenkilöiden kautta. Nämä yhdyshenkilöt arvioivat antamiemme kriteerien perusteella omilta kursseiltaan tutkimukseemme mahdollisesti sopivia vapaaehtoisia koehenkilöehdokkaita, joihin olimme henkilökohtaisesti yhteydessä. Tutkittavat osallistuivat tutkimukseen yksityishenkilöinä, minkä vuoksi heidän antamansa henkilökohtaiset luvat riittivät tutkimuksen toteuttamiseksi. Jokainen tutkimuspari sai etukäteen luettavakseen tutkimustiedotteen (Liite 1) sekä suostumusasiakirjan (Liite 2), jonka allekirjoittivat kaikki osapuolet. Tutkittavien taustatiedot on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneet tutkittavat

Afaattinen henkilö	Afaattisen henkilön sukupuoli	Afaattisen henkilön ikä	Afasian ilmenemisaika	Lähi-ihminen	Lähi-ihmisen sukupuoli	Lähi-ihmisen läheisyyden laatu
AH1	Nainen	73	2012	LI1	Nainen	Tytär
AH2	Nainen	62	2013	LI2	Nainen	Veljen vaimo
AH3	Mies	66	2005	LI3	Nainen	Aviopuoliso
AH4	Mies	68	2/2011	LI4	Nainen	Avopuoliso
AH5	Nainen	67	2012	LI5	Mies	Aviopuoliso
AH6	Mies	50	6/2014	LI6	Nainen	Aviopuoliso
AH7	Mies	46	10/2010	LI7	Nainen	Aviopuoliso

### 3.2 Menetelmät ja aineistonkeruu

#### *Puheen ymmärtämisen tason arviointi*

Tutkimuksen aluksi afaattisten koehenkilöiden puheen ymmärtämisen taso arvioitiin puheen ymmärtämisen tasoa kartoittavaa Token-testin lyhennettyä versiota käyttäen. Lyhennetty versio sisältää 36 asteittain vaikeutuvaa toimintaohjetta, jotka afaattisen henkilön tuli suorittaa edessä olevilla erivärisillä ja erikokoisilla neliöillä sekä ympyröillä (De Renzi & Faglioni, 1978). Lyhennetyt version tekeminen kestää ajallisesti vain puolet (noin 10–15 minuuttia) kokopitkän version tekemiseen verrattuna. Todellisuudessa Token-testin suorittaminen tutkimustilanteessa kesti keskiarvoisesti hieman kauemmin kuin kirjallisuudessa arvioitu aika. Lyhyempi versio on kuitenkin soveltuvampi afaattisille henkilöille, sillä heillä voi esiintyä väsymysalttiutta (De Renzi & Faglioni, 1978; Moreira ym., 2011). Kyseinen lyhennetty versio on myös yleisemmin käytössä kliinisessä työssä (De Renzi & Faglioni, 1978). Lyhennetyt version käyttäminen oli tutkimuksessamme perusteltua myös siksi, että afaattiset henkilöt osallistuivat vielä haastatteluun saman tutkimuskerran aikana.

Token-testin lisäksi afaattisten henkilöiden puheen vastaanoton tasoa arvioitiin siten, että tutkijat havainnoivat tutkittavan puheen ymmärtämistä yleisen keskustelun ja haastattelun yhteydessä koko tutkimuskertojen ajan. Token-testistä saatujen tulosten mukaan yhdellä afaattisista henkilöistä puheen ymmärtämisen ongelmat olivat lieviä (AH1), kolmella seitsemästä puheen ymmärtämisen ongelmat olivat kohtalaisia (AH2,

AH4, AH5) ja lopuilla kolmella puheen ymmärtämisen ongelmat olivat vaikeita (AH3, AH6, AH7). Viimeksi luetellussa ryhmässä yhden koehenkilön kohdalla Token-testin suorittamista haittasi näkövamma, mikä olennaisesti vaikutti hänen saamiinsa pisteisiin. Tutkittavien afaattisten henkilöiden jaottelu eri ryhmiin saatujen Token-tulosten osalta tehtiin De Renzin ja Faglioniin (1978) puheen ymmärtämisen vaikeuksien luokittelun mukaan, joka laajan afaattisten henkilöiden tutkimusjoukon (N=200) johdosta on yleistettävissä kliiniseen käyttöön.

Kuitenkin tutkijoiden omat havainnot afaattisten henkilöiden puheen ymmärtämisen tasosta poikkesivat olennaisesti Token-testin antamista tuloksista: afaattisten henkilöiden arkikeskustelun ymmärtäminen oli jokaisella heistä sujuvampaa kuin abstrakteja käsitteitä sisältävän sekä tilannevihjeettömän Token-testin tulokset antavat ymmärtää. Näin ollen Token-testin tuloksia pidettiin tässä tutkimuksessa tapauskohtaisesti lähinnä suuntaa antavana tietona afaattisten henkilöiden puheen ymmärtämisen tasosta, eikä henkilöitä testipisteiden vuoksi esimerkiksi rajattu pois tutkimuksesta. Perustuen tutkijoiden omaan havainnointiin afaattisten henkilöiden riittävästä arkikeskustelun ymmärtämisen tasosta, kaikkien haastateltujen vastausten katsottiin olevan riittävän luotettavia käytettäväksi tässä tutkimuksessa.

#### *Haastattelu tutkimusmenetelmänä*

Tässä tutkimuksessa aineistonkeruun tutkimusmenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Puolistrukturoidun teemahaastattelun avulla pystyttiin parhaiten hankkimaan tietoa abstraktimmista ilmiöistä, kuten haastateltavien arvostuksen kohteista ja perusteluista niille (Hirsjärvi & Hurme, 1993, s. 35). Nämä ovat asioita, joista haastateltavat eivät välttämättä olleet päivittäin tottuneet keskustelemaan. Puolistrukturoidun haastattelun ja spesifien kysymysten avulla voitiin käsitellä emotionaalisesti arkoja aiheita sekä selvittää sellaisia muuttujia, joita ei testeillä voida tutkia, esimerkiksi omia kokemuksia ja mielipiteitä (Hegde & Freed, 2011, s. 155; Hirsjärvi & Hurme, 1993, s. 35). Juuri nämä ilmiöt olivat selkeästi läsnä tutkimuksessamme. Haastattelumenetelmän avulla minimoitiin myös tutkittavien henkilöiden kato, kun tutkijat tapasivat jokaisen koehenkilön henkilökohtaisesti (Hirsjärvi & Hurme, 1993, s. 15).

Teemahaastattelun luonne on tehdä tarkoituksenmukaisia kysymyksiä halutun teeman/teemojen ympäriltä (Hirsjärvi & Hurme, 1993, s. 41–42). Tätä luonnetta mukaillen tutkimuksemme haastattelukysymykset jaettiin neljään eri teemakokonaisuuteen tutkimuksen tavoitteita mukaillen. Kolmannen tutkimuksen tavoitteen osalta haastattelukysymykset on luotu INCH-arviointimenetelmän (Vuorovaikutuksen arviointimenetelmä puhetta tukevaan kommunikaatioon) (Oakander Bolton & Dashiell, 1991) pohjalta, jonka avulla tehtiin kommunikoinnin strategioiden eli vuorovaikutustaitojen onnistumisen arviointi. Olennaiset puutteet minkä tahansa kommunikoinnin päästrategian (aloitus-, tuki-, säätely- ja lopetusstrategiat) alueella voivat vaikuttaa haitallisesti kommunikointiin, mutta haitta on huomattavin etenkin tuki- ja säätelystrategioiden alueella, sillä ne muodostavat yleensä suurimman osuuden kommunikointitilanteista (Oakander Bolton & Dashiell, 1991, s. 8, 13, 47, 49). Mahdollisista puutteellisista taidoista koituvat vuorovaikutuksen sujumisen ongelmat myös usein lisääntyvät vieraiden keskustelukumppaneiden kanssa. Kolmannen tutkimuksen tavoitteen kohdalla selvitämme siis minkälaista yksilöllisesti tarvittavaa tukea puhetta tukeva menetelmä afaattisille henkilöille tuo kommunikointistrategioiden käytön osalta eli minkälaiset valmiudet heillä on päivittäiseen vuorovaikutukseen ja sen onnistumiseen.

Puolistrukturoitu haastattelu sisälsi avoimia kysymyksiä, joihin haastateltavilla oli mahdollisuus kertoa aiheesta vapaasti, sekä valmiita vastausvaihtoehtoja. Valmiiden vastausvaihtoehtojen avulla vastaamista helpotettiin ja yhtenäistettiin mielipidekysymysten kohdalla sen jälkeen, kun avoin kysymys oli esitetty. Haastattelukysymykset pyrittiin muotoilemaan siten, että ne ovat mahdollisimman ymmärrettäviä haastateltaville. Kysymysten muotoilun osalta huomioitiin myös, etteivät ne johdatelleet tutkittavia vastauksissaan. Haastattelulomakkeet pilotoitiin kaksi kertaa ennen varsinaista tutkimuskäyttöä logopedian opiskelijoiden avulla. Pilotointeja varten haastatteluun osallistui yhteensä kaksi opiskelijaa, joita haastateltiin yksittäin. Pilotoinneilla pyrittiin kasvattamaan haastattelun luotettavuutta. Pilotointien avulla tutkijat saivat myös kokemusta haastattelijoina varsinaista tutkimusta varten sekä palautetta ja hyödyllisiä muokkausehdotuksia haastatteluun.



### *Tutkimuksen suorittaminen*

Tutkimus suoritettiin maalisi- ja huhtikuun aikana keväällä 2015. Tutkimus järjestettiin jokaisen tutkimusparin kohdalla kertaluontoisesti. Puheen ymmärtämisen tason arviointi sekä haastattelut suoritettiin tutkimukseen osallistuvien henkilöiden valitsemana ajankohtana ja rauhallisessa paikassa, yleensä heidän kotonaan. Jokainen tutkimustilanne videokuvattiin myöhempää tutkimuksessa tarvittavaa tarkastelua varten.

Kullekin afaattisen henkilön lähi-ihmiselle suoritettiin haastattelu ennen itse afaattisen henkilön haastattelua. Tämän jälkeen lähi-ihminen oli mahdollisuuksien mukaan afaattiselle henkilölle suoritettavan haastattelutilanteen aikana erillisessä tilassa, jotta afaattinen henkilö kykeni keskittymään rauhassa omiin vastauksiinsa. Puheen tuoton rajoituksista johtuen sekä väärinymmärrysten välttämiseksi afaattisia henkilöitä haastatellessa lähi-ihminen oli kuitenkin tavoitettavissa siten, että hän pystyi osallistumaan keskusteluun tutkijoiden sitä pyytäessä. Afaattisten henkilöiden käytössä oleva(t) puhetta tukevat apukeino(t) (esimerkiksi tabletti, kuvat/kuvakansio, paperia ja kynä) olivat haastattelutilanteessa mukana. Tutkimuskertoihin kokonaisuudessaan varattiin riittävästi aikaa (3h), ja tarkkailtiin afaattisen henkilön mahdollista väsymysalttiutta hänen ollessaan haastateltavana. Perättäisissä lähi-ihmisen ja afaattisen henkilön haastatteluissa (Liite 3 ja 4) esitettiin samat kysymykset molemmille osapuolille, jotta tutkittaviin asioihin saatiin molempien henkilökohtaiset näkemykset asioista.

Haastattelun aikana afaattisille henkilöille tarjottiin tarpeen mukaan mielipidekysymyksissä suullisesti kerrottujen asteikollisten vastausvaihtoehtojen ohella myös kuvamateriaalia vastaamisen helpottamiseksi (Liite 5). He saivat osoittaa sopivaa kohdetta kuvien joukosta pelkän suullisen vastauksen antamisen sijaan. Näin menetellen sekä järjestelmällisesti jo saatuja vastauksia varmistaen eliminoitiin mahdollisen juuttumistaipumuksen ja väärinymmärrysten vaikutusta kunkin afaattisen henkilön vastauksiin.

Tutkijat vuorottelivat Token-testin ja haastatteluiden suorittajina eri tutkimuskerroilla. Toinen tutkijoista, joka kulloinkin oli vapaa puheen ymmärtämisen testin suosittamisesta tai haastattelusta, toimi observoijana tutkimustilanteissa kirjoittaen

muistiinpanoja ylös. Observoija osallistui myös mahdollisesti vireneeseen keskusteluun sekä haastatteluun olennaisten mieleen tulevien lisäkysymysten esittäjänä. Observoija myös varmisti afaattisen henkilön puheen ymmärtämisen onnistumista sekä jo saatujen vastausten oikeellisuutta uudelleen muotoilluin kysymyksin. Näillä keinoin haastattelutilanteista saatiin mahdollisimman luonnollisia ja rentoja, keskustelunomaisia, mikä sai helpommin aikaan laajempaakin asioista puhumista etenkin lähi-ihmisten kohdalla.

### 3.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Tutkimuksessa kerättyä aineistoa käsiteltiin ehdottoman luottamuksellisesti yksityisyyden suojaamiseksi. Tämän vuoksi muun muassa tutkimukseen osallistuneet henkilöt on koodattu nimikkein AH (afaattinen henkilö) ja LI (lähi-ihminen) (ks. myös taulukko 1, s. 17). Lisäksi toisiinsa liittyvät koehenkilöparit on koodattu kirjainten yhteyteen myös numeroin (esim. AH1 ja LI1) yhteenkuuluvuuden selventämiseksi.

Tutkimustilanteista nauhoitettuja videoita tarkasteltiin aineiston analysointivaiheessa uudelleen. Videolta tarkasteltiin muun muassa haastateltavien puhetta, puhetta tukevan menetelmän mahdollista käyttöä, eleitä, ilmeitä sekä läsnäoloa ja olemusta keskustelun aikana. Tämän avulla loimme tutkijoina omat havaintomme afaattisten henkilöiden puheen ymmärtämisestä sekä heidän kommunikointikyvystään. Videoiden tarkastelu auttoi meitä huomaamaan itse tutkimustilanteessa vähemmälle havainnoinnille jääneitä asioita sekä varmistamaan näkemyksiä, joita olimme haastattelusta saaneet.

Aineiston laadullista sisällön analyysia varten käytettiin temahaastattelun sekä etnografisen tutkimusten menetelmiä. Etnografiseen tutkimukseen kuuluu ilmiön monipuolinen tarkastelu erilaisia aineistoja yhdistämällä (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen, 2010, s. 43). Tutkimuksessa saatuja aineistoja luettiin sekä rinnakkain että ristiin, jolloin aineistot saattoivat täydentää mutta myös kyseenalaistaa tai selittää toisiaan. Tässä tutkimuksessa aineistot koostuvat tutkijoiden omasta havainnoinnista sekä afaattisten henkilöiden ja lähi-ihmisten näkökulmista. Näiden aineistojen yhdistämisen ja ristiinluennan avulla etsittiin vastauksia asetettuihin tutkimuksen

tavoitteisiin. Tulosten analyysia esitetään pääasiassa sanallisesti aineistoja tulkiten sekä sopivia ilmiöitä kuvaavia taulukoita ja litteraatteja hyödyntäen. Aineistoa avataan myös prosentuaalisesti, vaihdellen joko koko ryhmän kesken tai AH- ja LI-ryhmien sisäisesti laskettuna, jotta tulokset tulevat esitetyiksi mahdollisimman havainnollistavasti käsiteltävää asiaa ajatellen sekä suhteellisen pienen koehenkilöjoukon vuoksi.

## 4 TULOKSET

### 4.1 Afaattisten henkilöiden käyttämät kokonaiskommunikoinnin keinot

Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla afaattisilla henkilöillä oli käytössään jossain määrin jäljellä olevaa puhetta, eleitä, katsetta ja ilmeitä. Yhden haastatteluparin mukaan (AH4 ja LI4) mukaan afaattinen henkilö ei käyttäisi lainkaan ilmeitä kommunikoinnissaan. Kuitenkin haastattelutilanteesta tehtyjen havaintojen perusteella afaattinen henkilö selvästi käytti ilmeitä esimerkiksi varmistaessaan vastauksiaan (kulmien kohottaminen ja kysyvä katse) sekä hymyili ja naurahteli tutkimustilanteiden aikana.

Piirtämistä yhtenä kokonaiskommunikointikeinona käytti viisi afaattista henkilöä, kuten myös kirjoittamista sekä tietokonepohjaista apuvälinettä (tablettitietokone tai kannettava tietokone), mutta nämä henkilöt eivät kaikissa kommunikointimuodoissa olleet samat (ks. Taulukko 2). Kuvakansioita tai irtokuvia kommunikoinnissaan käytti ainoastaan kaksi henkilöä. Edellä mainittujen kommunikoinnin keinojen lisäksi muita kommunikoinnin keinoja käytti kolme afaattista henkilöä. Teknisiä kommunikointilaitteita eli painikkeellisia puhelaitteita ei ollut käytössä yhdelläkään afaattisella henkilöllä. Parien keskinäiset näkemykset afaattisten henkilöiden arjessaan käyttämistä kokonaiskommunikointikeinoista olivat haastattelussa yhtenevät, siksi tulokset voitiin koota yhteen taulukkoon 2.

Viidelle afaattisista henkilöistä (5/7 (71 %)) oli valittu puhetta tukevaksi menetelmäksi puheterapeutin suosituksesta puheohjelma tablettitietokoneelle tai kannettavalle tietokoneelle. Yleisin puheohjelmista oli RollTalk, joka oli neljällä henkilöllä (AH1, AH2, AH3, AH6). GoTalk-ohjelma oli puolestaan valittu yhdelle afaattiselle henkilölle (AH7). Kahdelle afaattiselle henkilölle oli koottu käyttöön kuvakansiot (AH4, AH5 (29 %)). Afaattisten henkilöiden puhetta tukevien kommunikointikeinojen suositukset ovat kokonaisuudessaan ajoittuneet aikavälille 2005–2014. Useimmilla haastatelluista afaattisista henkilöistä oli puheterapeuttisessa ohjauksessa valittujen puhetta tukevien kommunikointikeinojen lisäksi käytössään myös omakehitteisiä apuvälineitä

kommunikointitilanteiden tueksi, kuten esimerkiksi kalenteri, puhelin sekä valokuvakansio tai sanalista.

Taulukko 2. Afaattisten henkilöiden käyttämät kokonaiskommunikointikeinot

	AH1	AH2	AH3	AH4	AH5	AH6	AH7
Puhe	x	x	x	x	x	x	x
Ilmeet	x	x	x		x	x	x
Eleet	x	x	x	x	x	x	x
Katse	x	x	x	x	x	x	x
Piirtäminen		x	x	x		x	x
Kirjoittaminen	x	x	x			x	x
Kuvakansiot/irtokuvat			x		x		
Tietokoneohjelmat (tabletilla, kannettavalla..)	x	x	x			x	x
Tekninen kommu- nikointilaite esim. painikkeellinen puhelaite							
Muu		x*		x**			x***

x\* = sanalistat, x\*\* = huuliluku, x\*\*\* = voimakkaat äänenpainot, valokuvien ottaminen tabletilla tai puhelimella kulloinkin tarvittavasta kohteesta ja näiden kuvien käyttäminen kommunikointitarkoituksissa

Kokonaisuudessaan valittujen puhetta tukevien kommunikointimenetelmien käyttö oli jäänyt vähäiseksi afaattisten henkilöiden omassa arjessa. Valittuja puhetta tukevia keinoja he käyttivät pääasiassa tietyissä tilanteissa, kuten asiointikäynneillä tai sukujuhlissa. Lähimpien ihmisten, kuten perheenjäsenten kanssa afaattiset henkilöt suosivat muita keinoja. Lisäksi erityisesti yhden puolison (LI5) aktiivisuus kommunikointitilanteissa heikensi merkittävästi afaattisen henkilön (AH5) puhetta tukevan keinon käyttömahdollisuuksia.

Haastattelutilanteessa ainoastaan yksi afaattinen henkilö (AH3) turvautui järjestelmällisesti hänelle valitun puhetta tukevan apukeinon käyttöön. Pääosin tutkittavat kommunikoivat ensisijaisesti ei-avusteisin kommunikointikeinoin, kuten jäljellä olevan puheen ja eleiden avulla. Kun sanat ja eleet eivät enää riittäneet, afaattiset

henkilöt käyttivät tarjottaessa hyväksi tutkijoiden tuomaa kuvamateriaalia ja turvautuivat itse kehittelemiensä ja suosimiensa keinojen, kuten kalenterin, piirtämisen, puhelimen tai internetin käyttöön. Vain yksi koehenkilöistä (AH3) käytti Roll Talkia spontaanisti ja sujuvasti kommunikointinsa tukena.

#### 4.2 Afaattisten henkilöiden yksilölliset kommunikoinnin tarpeet ja niiden täytyminen AAC-menetelmää hyödyntäen

Kaikki afaattiset henkilöt ilmaisivat haluavansa olla ainakin jossain määrin sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja yhteydessä toisiin ihmisiin. Myös lähi-ihmisten näkemykset vastasivat afaattisten henkilöiden mielipidettä tästä. Vaikka afaattisilla henkilöillä oli halua olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, selvisi haastattelussa kuitenkin, että tämä halu oli muuttunut afasian myötä lähes kaikilla. Suurimmalla osalla (6/7 (86 %)) muutokset olivat negatiivissävytteisiä: afaattisten henkilöiden ryhmässä ilmeni sosiaalisten tilanteiden välttelyä ja sosiaaliset suhteet sekä aktiviteetit olivat vähentyneet verrattuna aikaan ennen afasiaa. Yleisenä huomiona oli myös, että afasian tuomat kommunikaation rajoitteet toimivat yhtenä suurena syynä näihin muutoksiin, sillä kukaan tutkittavista afaattisista henkilöistä ei pystynyt ilmaisemaan itseään siinä määrin kuin haluaisi. Kolmella afaattisella henkilöillä halu olla muiden ihmisten kanssa tekemisissä oli suurempi kuin mitä he mahdollisuuksiltaan kykenivät olemaan. Kaikki koehenkilöparit kokivat, että afaattisen henkilön nykyinen kommunikointikyky rajoittaa mahdollisuuksia osallistua sosiaaliin tilanteisiin ja tarve toisen ihmisen tuelle sosiaalisissa tilanteissa on kasvanut. Toisaalta kahden afaattisen henkilön kohdalla kävi puolestaan ilmi, että heidän sosiaalisten suhteiden arvostuksensa ja halu niihin oli kasvanut: he yrittivät nykyään muun muassa pitää yllä ihmissuhteitaan ja puhutella itsenäisesti tuttuja ihmisiä arjen tilanteissa.

Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla afaattisilla koehenkilöillä oli arjessaan asiointikäyntejä (mm. kaupassa ja apteekissa) joko yksin tai yhdessä lähi-ihmisen kanssa, lääkäri- ja/tai terapiakäyntejä (fysio-, toiminta- ja puheterapia), ystävien tapaamista ja harrastuksia (Afasiakerho, Juttu-tupa, vertaistukiryhmä, kuntoilu). Yksi afaattisista koehenkilöistä jopa opiskeli korkeakoulussa avoimia opintoja. Viikoittaisten

sosiaalisten tapahtumien määrä vaihteli afaattisilla henkilöillä välillä 2–10. Näihin tapahtumiin laskettiin mukaan sellaiset, joissa afaattinen henkilö itse kommunikoi toisten ihmisten kanssa, eikä mukaan laskettu päivittäistä kotona tapahtuvaa kommunikointia lähimpien perheenjäsenten kanssa.

Suurin osa haastatelluista henkilöistä (9/14 (64 %)) arvioi afaattisten henkilöiden kommunikoinnin tarpeiden täyttyvän kohtalaisesti. Heikoksi kommunikoinnin tarpeiden täyttymisen arvioi puolestaan neljä haastateltavaa (4/14 (29 %)) ja hyväksi yksi (1/14 (7 %)). Tutkimusparien keskinäiset näkemykset vastasivat lähestulkoon toisiaan, vain kolmella parilla vastaukset poikkesivat hienoisesti toisistaan. Kaikki afaattiset henkilöt pystyivät jossain määrin kertomaan omista päivittäisistä tarpeistaan, kuten nälästä, janosta, kivuista ja seuran kaipuusta sekä ilmaisemaan tunteitaan ja harjoittamaan leikin laskua ja huumoria. Lähi-ihmisten haastatteluissa tuli ilmi, että afaattisilla henkilöillä olisi tarvetta ja halua keskustella enemmän ja syvällisemmin, mutta erilaisista rajoituksista johtuen nämä tarpeet eivät täyty.

Tuloksista oli havaittavissa selkeää tendenssiä siihen, että keskustelutilanteissa tuttujen ihmisten kanssa afaattisten henkilöiden ymmärretyksi tulemisen taso arvioitiin suurimmaksi osaksi kohtalaiseksi ja vähiten heikoksi. Vieraiden henkilöiden kanssa ymmärretyksi tulemisen taso arvioitiin pääasiassa heikoksi ja vähiten hyväksi haastateltavien osalta. Kun kysyttiin, kuinka suuri merkitys puhetta tukevalla menetelmällä oli ymmärretyksi tulemiseen tuttujen henkilöiden kanssa, oli näissä vastauksissa havaittavissa suoraan verrannollista yhteyttä afaattisen henkilön ymmärretyksi tulemiseen tutun ihmisen kanssa keskustellessa. Eli mitä enemmän AAC-menetelmää käytettiin tuttujen kanssa kommunikoidessa, sitä enemmän siitä koettiin olevan hyötyä. Näitä yhteneväisyyksiä voi havainnoida taulukoista 3 ja 5 (s. 28–29). Samanlaista vastaavuutta ei puolestaan ollut havaittavissa puhetta tukevan menetelmän merkityksessä vieraan henkilön kanssa keskustellessa (Taulukot 4 ja 6). Tutkittavat kokivat tulevansa useimmin heikosti ymmärretyksi vieraan kanssa keskustellessa, eikä AAC-keinon merkityksestä näissä tilanteissa voinut vetää yhtenäistä linjaa tutkittavien vastausten osalta. Kaksi haastateltua henkilöä (LI5, LI6) kertoi, että sellaisia keskustelutilanteita, joissa afaattiset henkilöt olisivat yksin ilman lähi-ihmisen tukea, ei juurikaan ole. Lisäksi tutkimuspari AH4 ja LI4 eivät käyttäneet juurikaan puhetta

tukevaa menetelmää kommunikointinsa tukena. Näiden syiden vuoksi edellämainitut henkilöt arvioivat, että puhetta tukevalla keinolla ei ole merkitystä ymmärretyksi tulemisen kannalta kommunikointitilanteissa. Taulukoissa 3, 4 ja 6 vastauksia on runsaammin kuin tutkimushenkilöiden lukumäärä, sillä haastateltavat saattoivat antaa kaksi vierekkäistä vastausta (esim. hyvin/kohtalaisesti tai kohtalaisesti/heikosti) osaamatta rajata selkeästi vastaustaan vain yhteen vastausvaihtoehtoon.

Taulukko 3. Afaattisen henkilön ymmärretyksi tuleminen tutun ihmisen kanssa keskustellessa.

	Hyvin	Kohtalaisesti	Heikosti	Ei ollenkaan
LI1			x	
AH1		x	x	
LI2	x			
AH2		x	x	
LI3	x	x		
AH3		x		
LI4	x			
AH4		x		
LI5		x		
AH5	x			
LI6		x		
AH6		x	x	
LI7		x		
AH7	x			

Taulukko 4. Afaattisen henkilön ymmärretyksi tuleminen vieraan ihmisen kanssa keskustellessa

	Hyvin	Kohtalaisesti	Heikosti	Ei ollenkaan
LI1			x	
AH1			x	
LI2	x	x		
AH2			x	
LI3	x	x		
AH3			x	
LI4	x			
AH4		x		
LI5			x	
AH5*				
LI6			x	
AH6			x	
LI7			x	
AH7		x		x

\* = kato

Afaattisista henkilöistä 57 prosenttia (AH1, AH2, AH3, AH6) näki puhetta tukevalla keinolla olevan kohtalainen merkitys kommunikointitarpeiden täyttymisessä. Yhden



afaattisen henkilön kommunikointitarpeiden täyttymisessä puhetta tukevalla keinolla oli suuri merkitys silloin, kun keinoon turvautuu (AH5 (14 %)) ja yhdelle henkilölle puhetta tukevalla keinolla ei ollut merkitystä (AH4 (14 %)). Yhden afaattisen henkilön kohdalla vastausta ei saatu (AH7). Myös enemmistö lähi-ihmisten ryhmän vastauksista (LI1, LI5, LI7 (43 %)) keskittyi valintaan, jossa puhetta tukevan keinon katsottiin hyödyttävän kohtalaisesti kommunikointitilanteita. Kaksi lähi-ihmistä (2/7 (29 %)) puolestaan oli sitä mieltä, että puhetta tukevan keinon merkitys oli suuri kommunikoinnissa ja kaksi heistä (29 %) totesi, ettei puhetta tukevalla keinolla ole merkitystä lainkaan. Arvio puhetta tukevan keinon merkityksestä afaattisen henkilön omassa ilmaisussa oli puolestaan enimmäkseen kohtalainen (7/14 henkilöä (50 %)) ja suuri (4/14 (29 %)) laskettaessa yhteen sekä afaattisten henkilöiden että lähi-ihmisten näkemykset. Yksi lähi-ihminen (LI2) ei osannut tähän kysymykseen vastata ja yksi ihminen koko tutkimusjoukosta (LI4 (7 %)) arvioi merkityksen vähäiseksi.

Taulukko 5. Puhetta tukevan keinon merkitys tutun henkilön kanssa keskustellessa.

	Suuri	Kohtalainen	Vähäinen	Ei merkitystä
LI1		x		
AH1		x		
LI2*				
AH2	x			
LI3	x			
AH3		x		
LI4				x
AH4				x
LI5	x			
AH5	x			
LI6	x			
AH6		x		
LI7			x	
AH7		x		

\* = kato

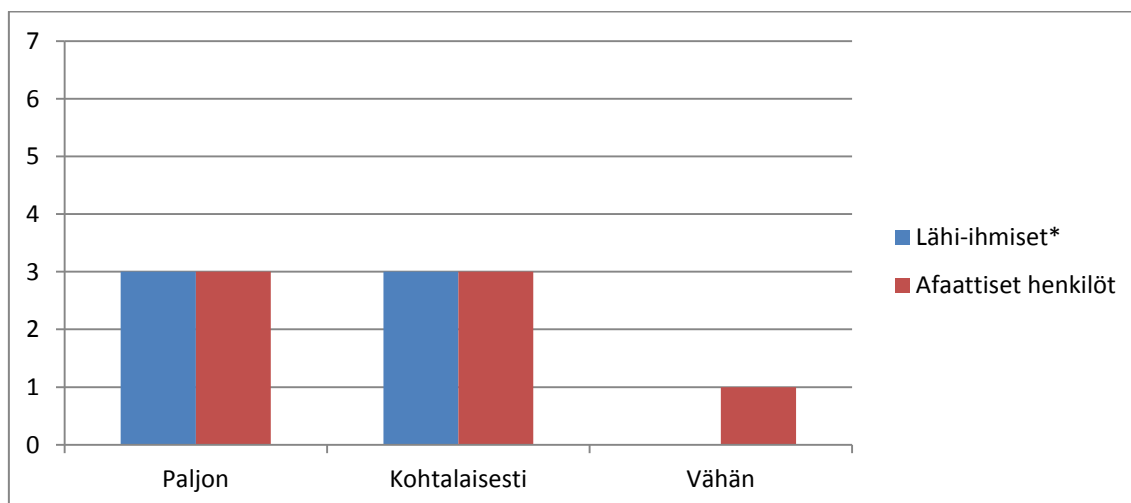
Taulukko 6. Puhetta tukevan keinon merkitys vieraan henkilön kanssa keskustellessa.

	Suuri	Kohtalainen	Vähäinen	Ei merkitystä
LI1		x		
AH1		x		
LI2*				
AH2	x			
LI3	x			
AH3	x			
LI4				x
AH4				x
LI5				x
AH5*				
LI6				x
AH6			x	
LI7	x			
AH7		x	x	

\* = kato

Suurin osa kaikista haastatelluista (12/14 (86 %)) olivat sitä mieltä, että valitusta puhetta tukevasta menetelmästä on ollut heille suurta tai kohtalaista hyötyä. Yksi afaattinen henkilö kertoi puhetta tukevan menetelmän olevan vielä kohtalaisen uusi hänelle, minkä vuoksi hyötyä menetelmästä tässä vaiheessa oli hänelle vasta vähän. Hän oli kuitenkin motivoitunut harjoittelun alla olevaa menetelmää (RollTalk) kohtaan ja näki, että hänelle tulee jatkossa olemaan menetelmästä enemmän hyötyä. Yksi lähi-ihmisistä (LI2) puolestaan ei osannut tätä asiaa arvioida, sillä hän ei ole päivittäin näkemässä afaattisen henkilön (AH2) päivittäisiä sosiaalisia tapahtumia. Kuviosta 1 on nähtävissä vastausten tarkempi määrällinen jakautuminen haastateltujen arvioidessa puhetta tukevan menetelmän hyötyä viestinnässä kokonaisuudessaan.

Kuvio 1. Puhetta tukevan menetelmän tuoma hyöty kokonaisuudessaan viestinnässä.



\* = yksi katotapaus lähi-ihmisten vastauksissa

Haastateltavia pyydettiin myös kuvailemaan käyttökokemuksia ja tilanteita, joissa puhetta tukevasta keinosta on ollut hyötyä. Yleisesti ottaen arjen tilanteiden koettiin helpottuneen, esimerkiksi kuulumisten vaihto tuttujen ihmisten kanssa oli puhetta tukevan menetelmän avulla sujuvoitunut. Menetelmästä koettiin olevan hyötyä muun muassa perheenjäsenten, ystävien, terapeuttien ja lääkäreiden, parturin, lastenlasten sekä muiden sukulaisten kanssa käytävissä keskustelutilanteissa. Myös kaikki yleinen asioiden varmistelu, huolehtiminen sekä selvittely koettiin muuttuneen helpommaksi puhetta tukevan menetelmän avulla. Eräs afaattinen henkilö oli esimerkiksi pystynyt kertomaan läheisille ja lääkärilleen silmätulehduksestaan puhetta tukevan menetelmän avulla. Lisäksi tietokonepohjainen kommunikointiohjelma (Roll Talk tai GoTalk) mahdollisti niihin laitettujen kokonaisten lauseiden avulla esimerkiksi itsestä kertomista sekä puheluiden välityksellä hoidettavia ajanvarauksia tai taksin kutsumista, mihin sekä afaattiset henkilöt että läheiset olivat tyytyväisiä. Viidellä seitsemästä afaattisesta henkilöstä oli mahdollisuus kertoa jossain määrin omista tarpeistaan (AH1, AH2, AH3, AH6, AH7 (71 %)) sekä ilmaista omia tunteitaan (AH1, AH2, AH3, AH5, AH7 (71%)) puhetta tukevan menetelmän avulla. Kolmella seitsemästä afaattisesta henkilöstä oli mahdollisuus myös leikin laskun ja huumorin harjoittamiseen (AH1, AH3, AH7 (43 %)) menetelmänsä avulla.

#### 4.3 AAC-menetelmän käyttö kommunikointistrategioiden apuna afaattisilla henkilöillä

##### *Aloitusstrategiat*

Kommunikoinnin aloitusstrategioiden kohdalla selvitettiin afaattisten henkilöiden kykyä tervehtiä, hakea keskustelukumppanin huomiota, esitellä itsensä sekä aloittaa keskustelu. Kaikki afaattiset henkilöt pystyivät tervehtimään sekä hakemaan keskustelukumppanin huomiota ilman AAC-menetelmänsä tukea, eikä heillä ollut tarvetta käyttää AAC-menetelmänsä näiden strategioiden toteuttamiseksi. Tervehtimisen ja huomion hakemisen käyttömahdollisuutta puhetta tukevassa keinossa ei myöskään löytynyt kuin kahdelta afaattiselta henkilöltä seitsemästä (AH1, AH3 (29 %)).

Jokainen tutkimukseen osallistunut afaattinen henkilö kykeni keskustelun aloitukseen ilman AAC-menetelmänsä tukea yhdenmukaisesti niin lähi-ihmisten arvioinnin kuin tutkijoiden haastattelutilanteissa tekemien havaintojen mukaan. Afaattisista henkilöistä puolestaan viisi seitsemästä (71 %) arvioi voivansa aloittaa keskusteluita ilman puhetta tukevan menetelmän tukea. Neljällä afaattisella henkilöllä seitsemästä (AH1, AH3, AH6, AH7 (57 %)) oli lisäksi mahdollisuus keskustelun aloitukseen myös puhetta tukevan menetelmänsä avulla. Yksi afaattisista henkilöistä (AH3 (14 %)) koki henkilökohtaisesti kuitenkin, ettei kyennyt keskustelun aloitukseen ilman AAC-keinonsa tukea. Yhden afaattisen henkilön (AH5) omaa arviota ei tähän kysymykseen saatu.

Selvitettäessä afaattisten henkilöiden kykyä esitellä itsensä vuorovaikutustilanteissa lähi-ihmisten ja afaattisten henkilöiden näkemykset vastasivat järjestelmällisesti toisiaan. Afaattisista henkilöistä 57 prosenttia (AH1, AH3, AH6, AH7) käytti AAC-menetelmää itsensä esittelemiseen, kun taas kaksi afaattista henkilöä (AH2, AH4) kykeni esittelemään itsensä suullisesti ilman puhetta tukevaa keinoa. Yksi afaattinen henkilö puolestaan ei kyennyt laisinkaan esittelemään itseään. Osa afaattisista henkilöistä käytti hallussaan olevaa afasiakorttia itsensä esittelemiseen esimerkiksi asioidessaan apteekissa. Tätä keinoa ei kuitenkaan tutkimuksessa laskettu mukaan varsinaisena AAC-menetelmänä.

### *Tukistrategiat*

Kommunikoinnin tukistrategioista tutkimukseen valikoituivat avun pyytäminen, kysyminen, kohteliaisuuksien ilmaiseminen, keskustelunaiheen ylläpitäminen ja muuttaminen sekä ajankäsitteiden ilmaiseminen. Näkemykset avun pyytamisestä olivat varsin yhteneväiset lähi-ihmisten ja afaattisten henkilöiden välillä: kuusi afaattista henkilöä kykeni niin omasta kuin lähi-ihmisen arvioimana pyytämään apua ilman AAC-keinoa, ja yksi afaattinen henkilö (AH1) tarvitsi avun pyytämiseksi puhetta tukevaa keinoa. Kuitenkin neljällä (AH1, AH3, AH6, AH7 (57 %)) ilman AAC-keinoa apua pyytävällä afaattisella henkilöllä oli mahdollisuus käyttää tarvittaessa myös AAC-keinoa tähän tarkoitukseen.

Selvitettäessä kykyä kysymysten esittämiseen neljän parin yhteneväisen näkemyksen mukaan nämä neljä afaattista henkilöä (AH2, AH3, AH4, AH7 (57 %)) kykenivät

kysymään ilman puhetta tukevan keinon apua. Kaksi paria puolestaan kertoi afaattisen henkilön kysymysten esittämisen tapahtuvan vain AAC-keinon avulla (AH1, AH6 (29 %)). Yhteensä viidellä afaattisista henkilöistä (AH1, AH2, AH3, AH6, AH7 (71 %)) oli kuitenkin mahdollisuus esittää kysymyksiä puhetta tukevan keinonsa avulla. Yksi tutkittavista afaattisista henkilöistä (AH5 (14 %)) ei arvionsa mukaan kyennyt esittämään kysymyksiä lainkaan. Tutkijoiden tekemien havaintojen mukaan tällä henkilöllä (AH5) olisi ollut mahdollisuus kysymysten esittämiseen AACi-kansionsa avulla, mutta hän ei kuitenkaan käyttänyt kansiota tähän tarkoitukseen.

Kohteliaita ja ystävällisiä ilmauksia ilman puhetta tukevan keinon apua pystyi ilmaisemaan viisi afaattista henkilöä seitsemästä (AH1, AH2, AH4, AH6, AH7 (71 %)). Neljällä seitsemästä afaattisesta henkilöstä (AH1, AH3, AH5, AH6 (57 %)) oli mahdollisuus kohteliaisiin ja ystävällisiin ilmauksiin AAC-keinonsa tuella. Näistä neljästä henkilöstä yksi (AH3) kykeni kohteliaisiin ja ystävällisiin ilmauksiin vain AAC-keinonsa välityksellä, ja toinen (AH5) ei kyennyt laisinkaan kunnollisiin kohteliaisiin ja ystävällisiin ilmauksiin vuorovaikutustilanteissa. Tutkijoiden arvioimana AH5 kykeni lähinnä pieniin eleisiin ja ilmeisiin, kuten hymyyn ja pään nyökkäykseen. Kyseisellä henkilöllä olisi kuitenkin ollut mahdollisuus AACi-kansionsa avulla näihin ilmauksiin, mistä myös kyseinen haastattelupari oli tietoinen. Arviot kyvystä kohteliaisiin ja ystävällisiin ilmauksiin olivat yhdenmukaiset tutkimusparien sisällä.

Keskustelunaihetta ylläpitämään pystyi ilman puhetta tukevaa keinoa kolme afaattista henkilöä seitsemästä (AH2, AH3, AH4 (43 %)), joista yksi (AH3) turvautui lisäksi AAC-keinonsa tarjoamaan tukeen keskusteluissa. Yhteensä neljä afaattista henkilöä seitsemästä (AH1, AH3, AH6, AH7 (57 %)) käytti keskusteluaiheen ylläpitämiseksi AAC-keinoa, mutta kaksi heistä (AH6, AH7) käytti AAC-keinoa pääasiallisena kommunikointimuotona tähän tarkoitukseen. Erään afaattisen henkilön (AH1) itsearvioinnin mukaan hän kykenisi ylläpitämään keskustelunaihetta ilman puhetta tukevaa keinoa, mutta tutkijoiden sekä lähi-ihmisen arvioimana kyseinen henkilö ei kyennyt ylläpitämään keskustelunaihetta ilman AAC-keinon tukea. Eräs lähi-ihmisistä (LI5) kertoi, ettei afaattiselle henkilölle tule arjessa niin pitkiä keskusteluja, että keskustelunaiheen ylläpitäminen olisi tarpeen.

Keskusteluaiheiden muuttamiseen puolestaan ilman AAC-menetelmän tukea pystyi neljä afaattista henkilöä seitsemästä (AH2, AH3, AH4, AH7 (57 %)). Heistä kaksi (AH3, AH7) turvautui myös puhetta tukevaan menetelmäänsä. Kaiken kaikkiaan neljällä afaattisella henkilöllä seitsemästä (AH1, AH3, AH6, AH7 (57 %)) oli mahdollisuus keskusteluaiheen muuttamiseen AAC-keinonsa avulla. Yksi tutkittavista afaattisista henkilöistä (AH5 (14 %)) ei kyennyt ylläpitämään ja muuttamaan keskustelunaihetta laisinkaan vuorovaikutus-tilanteissa. Arviot kyvyistä keskusteluaiheen ylläpitämiseen ja muuttamiseen olivat parien sisällä yhteneväiset lukuun ottamatta kahta haastatteluparia keskusteluaiheen ylläpitämisen osalta, missä kohdin tutkijat joutui turvautumaan enenevissä määrin omiin havaintoihin ja tulkintoihin.

Ajankäsitteitä kykeni ilmaisemaan ilman puhetta tukevaa keinoa kaksi afaattista henkilöä seitsemästä (AH4, AH6 (29 %)). Kuudella afaattisella henkilöllä seitsemästä (AH1, AH2, AH3, AH5, AH6, AH7 (86 %)) oli puolestaan mahdollisuus käyttää puhetta tukevaa keinoa ajankäsitteiden ilmaisussa, mutta pääasiallisesti henkilöt turvautuivat AAC-keinon sijasta kalenteriin, koska kokivat sen yksinkertaisemmaksi ja kätevämmäksi keinoksi. Yhdellä afaattisella henkilöllä seitsemästä (AH4 (14 %)) ei ollut AAC-keinon tarjoamaa tukea ajankäsitteiden ilmaisemiseksi. Näkemykset vastauksissa olivat yhteneväisiä haastatteluparien sisällä.

### *Säätelystrategiat*

Kommunikoinnin säätelystrategioiden kohdalla selvitettiin afaattisten henkilöiden kykyä selventää omaa viestiään tarvittaessa sekä kykyä ilmaista, ettei ole vielä lopettanut asiaansa. Tarkasteltaessa kykyä selventää viestiä mainittiin haastattelussa esimerkkinä viestin laajentaminen ja yksityiskohtien lisääminen. Lisäksi haastattelussa tarkasteltiin omana kohtanaan kykyä selventää viestiä toiston avulla, mutta kyseisen kohdan tuloksia ei kuitenkaan raportoida huonosta kysymyksenasettelusta johtuen ja tästä johtuen saadut vastaukset eivät olleet relevantteja tutkimuksen tavoitteen kannalta. Yleisesti viestiään pystyi selventämään ilman puhetta tukevan keinon apua kolme afaattisista henkilöä seitsemästä (AH2, AH3, AH4 (43 %)). Näistä henkilöistä yksi (AH4) ei käyttänyt viestin selventämiseen lainkaan AAC-keinoa. Kokonaisuudessaan AAC-keinon avulla viestiään pystyi selventämään yhteensä kuusi afaattista henkilöä

seitsemästä (86 %). Kaikki afaattiset henkilöt (100 %) kykenivät tarvittaessa ilmaisemaan ilman puhetta tukevien keinojen apua, etteivät ole lopettaneet asiaansa. Kaksi afaattista henkilöä seitsemästä (AH1, AH3 (29 %)) saattoi ilmaista myös AAC-keinoon avulla haluavansa jatkaa vielä keskustelua aiheesta.

### *Lopetusstrategiat*

Kommunikoinnin lopetusstrategioista tutkittiin kykyä ilmaista halunsa lopettaa keskustelu sekä kykyä käyttää hyvästelyn ilmauksia. Keskustelun lopettamiseen kukaan afaattisista henkilöistä (100 %) ei tarvinnut AAC-keinoa, vaikka yhdellä henkilöllä (AH1 (14 %)) olikin AAC-keinossaan tällainen mahdollisuus. Keskustelun lopettaminen sujui jokaiselta luonnostaan joko suullisesti tai vähintään eleiden ja ilmeiden avulla ilmaistuna, esimerkiksi poistumalla tilanteesta tai sammuttamalla tabletin. Hyvästelyn ilmauksissakaan afaattisten henkilöiden ei tarvinnut turvautua AAC-keinojen tukeen, vaan jokainen pystyi tähän puheen tai eleiden avulla. Kahdella afaattisella henkilöllä seitsemästä (AH1, AH3 (29 %)) oli kuitenkin hyvästelyn fraaseja käytettävissä AAC-keinossaan. Näkemykset tutkimusparien sisällä olivat yhteneväiset.

Taulukkoon 7 on kuvattuna AAC-menetelmien tarjoama tuki edellä käsiteltyjen kommunikointistrategioiden osalta tutkimukseen osallistuneille henkilöille. Rastit taulukossa merkitsevät, keillä tutkittavilla henkilöillä on mahdollisuus kyseisten kommunikointistrategioiden toteuttamiseen hallussaan olevien valittujen AAC-keinojensa avulla. Tyhjät kohdat selittyvät osittain sillä, että afaattisten henkilöiden ei-avusteinen kommunikointi sekä jäljelle jäänyt puheilmaisuus riittivät joidenkin strategioiden käyttöön ilman AAC-menetelmän tukea, jolloin näihin strategia-mahdollisuuksiin ei ollut koettu tarvetta. Jotkut tyhjät kohdat voidaan selittää puolestaan sillä, että osalla haastatelluista afaattisista henkilöistä AAC-kuntoutus oli vielä kesken, joten myöskään AAC-menetelmää ei mahdollisesti ollut saatettu lopulliseen muotoonsa, vaikka tarvetta joidenkin strategioiden avustamiseen puhetta tukevan menetelmän avulla huomioitiin olevan.

Taulukko 7. AAC-menetelmän tuoma apu kommunikointistrategioissa

		AH1	AH2	AH3	AH4	AH5	AH6	AH7
<i>Aloitustrategiat</i>	Tervehtiminen	x		x				
	Huomion hakeminen	x		x				
	Itsensä esittely	x		x			x	x
	Keskustelun aloitus	x		x			x	x
<i>Tukistrategiat</i>	Avun pyytäminen	x		x			x	x
	Kysyminen	x	x	x			x	x
	Kohteliaisuuksien ilmaiseminen	x		x		x	x	
	Keskusteluaiheen ylläpitäminen	x		x			x	x
	Keskusteluaiheen muuttaminen	x		x			x	x
	Ajankäsitteiden ilmaiseminen	x	x	x		x	x	x
<i>Säätelystrategiat</i>	Viestin selventäminen	x	x	x		x	x	x
	Keskustelun jatkamishalun ilmaiseminen	x		x				
<i>Lopetusstrategiat</i>	Keskustelun lopettamisen ilmaiseminen	x						
	Hyvästelyn ilmaiseminen	x		x				

#### 4.4 AAC-menetelmän valinta- ja ohjausprosessin riittävyys ja onnistuneisuus

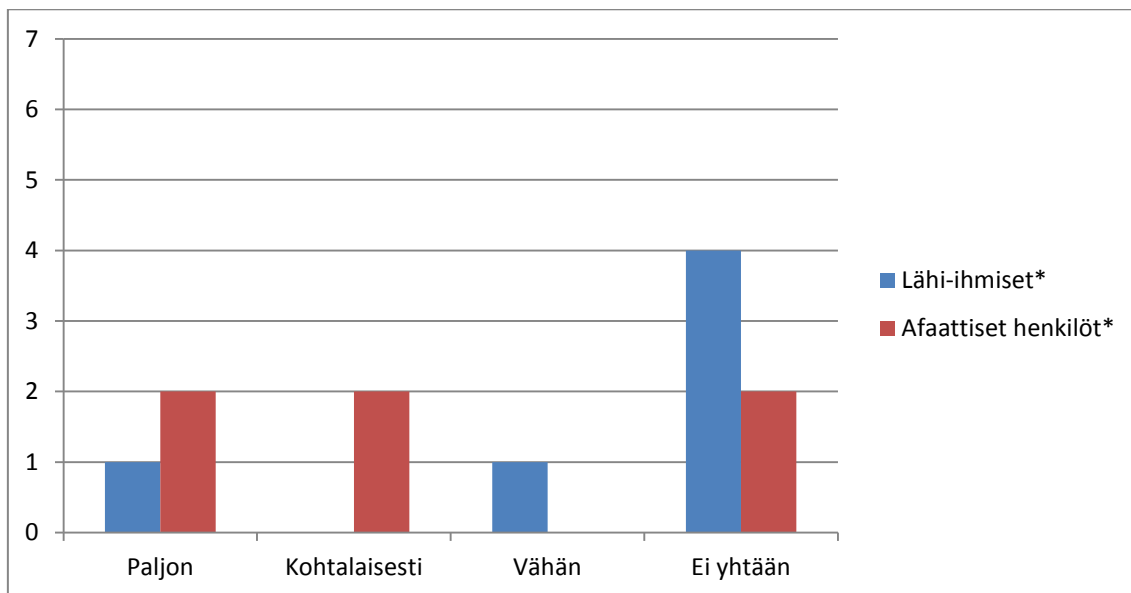
##### *Omat vaikutusmahdollisuudet AAC-menetelmän valintaan ja päätöksentekoon*

Suurin osa afaattisista henkilöistä (4/7 (57 %)) oli saanut mielestään mahdollisuuden vaikuttaa paljon tai kohtalaisesti puhetta tukevan menetelmänsä valintaan. Kaksi afaattista henkilöä koki puolestaan, etteivät olleet saaneet vaikuttaa tähän lainkaan. Sen sijaan enemmistö lähi-ihmisistä (4/7 (57 %)) ei ollut mielestään saanut vaikuttaa ollenkaan AAC-menetelmän valintaan ja päätöksentekoon. Vain yksi henkilö lähi-ihmisistä (14 %) koki saaneensa vaikuttaa vähän päätöksentekoon ja yksi puolestaan



paljon (14 %). Kuviossa 2 on esitettyä vastausten jakaantuminen näissä kahdessa ryhmässä.

Kuvio 2. Vaikutusmahdollisuudet puhetta tukevan menetelmän valintaan ja päätöksentekoon.



\* = Yksi katotapaus molemmissa ryhmissä

Haastateltavat, jotka eivät olleet saaneet vaikuttaa päätöksentekoon (6/14 (43 %)), kertoivat, ettei heiltä ollut kysytty mielipidettä ollenkaan, vaan valmiiksi valittu puhetta tukeva menetelmä oli otettu suoraan käyttöön. Yksi lähi-ihmisistä totesi, että hänelle oli jäänyt hieman epäselväksi puhetta tukevan keinon, tässä tapauksessa tablettitietokoneen, hankinnan perimmäinen tarkoitus. Yleisesti ottaen niin afaattiset kuin lähi-ihmisetkin pitivät tärkeänä, että heiltä edes kysytään mielipidettä ja halukkuutta ottaa käyttöön ehdolla oleva puhetta tukeva menetelmä. Eräs haastatelluista lähi-ihmisistä (LI7) toi myös esille, että tietoa eri puhetta tukevista menetelmistä olisi hyvä saada, jotta itse voisi vaikuttaa enemmän valintaprosessissa:

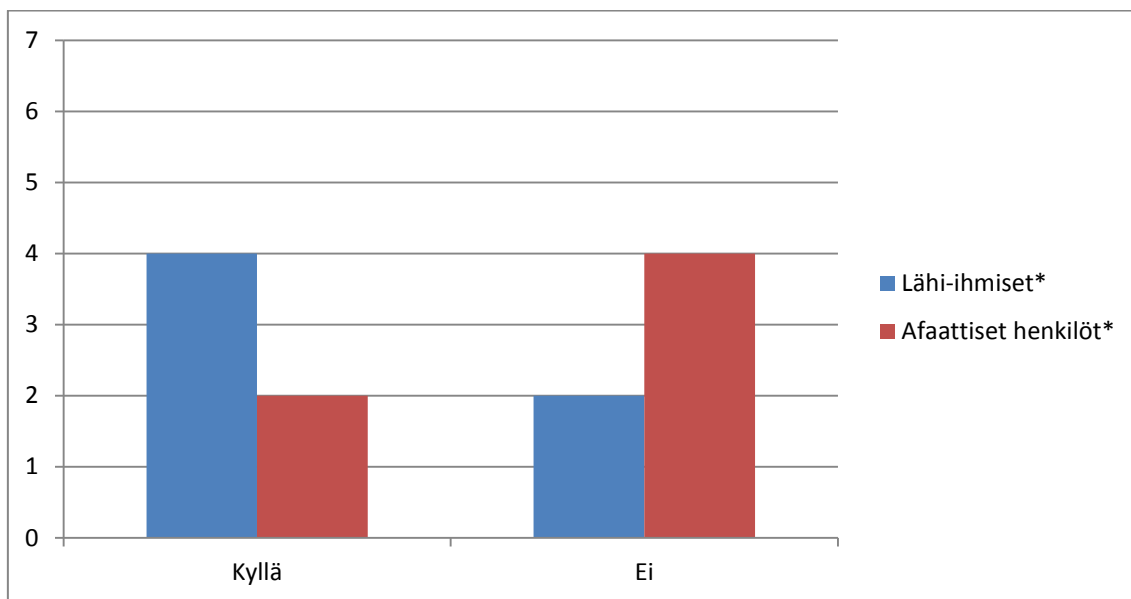
*”Mulle jäi vähän epäselväksi tämän laitteen (tabletti) hankinta ... Täytyy sanoa, että mä en oikein tiedä, mitä muuta se vois olla.”*

### *Ohjauksen ja kuntoutuksen määrä ja laatu*

Kysyttäessä haastateltavilta tyytyväisyyttä puhetta tukevaa menetelmää varten saadun ohjauksen ja kuntoutuksen määrään suurin osa lähi-ihmisistä (4/7 (57 %)) oli tyytyväisiä, kuten myös ohjauksen ja kuntoutuksen laatuun (4/7 (57 %)). Kuitenkaan tyytyväisyys määrään ja laatuun ei näissä tapauksissa ollut yhtenäistä, vaan yksilötasolla saatettiin olla tyytyväisiä joko määrään tai laatuun, ei välttämättä molempiin yhtä aikaa. Yhden tutkimushenkilön (LI2) osalta tuli katoa. Afaattisten henkilöiden osalta ohjauksen ja kuntoutuksen määrään suurin osa (4/7 (57 %)) oli puolestaan tyytymättömiä. Yksi henkilö (AH2) jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Myös laatuun tyytymättömiä afaattisia henkilöitä (3/7 (43 %)) oli enemmän kuin tyytyväisiä (2/7 (29 %)). Kahdelta haastateltavalta (AH2, AH5) ei saatu vastausta laadun arvioinnin osalta. Afaattisten henkilöiden kohdalla ilmeni tyytymättömyyttä tai tyytyväisyyttä ohjauksen ja kuntoutuksen laatua ja määrää kohtaan siten, että he joko olivat tyytyväisiä molempiin tai eivät olleet tyytyväisiä kumpaankaan. Arvioon ei kuulunut kahta katotapausta. Haastateltujen tyytyväisyys AAC-menetelmää koskevaan ohjauksen ja kuntoutuksen määrään ja laatuun ilmenee kuvioissa 3 ja 4 (s. 38–39).

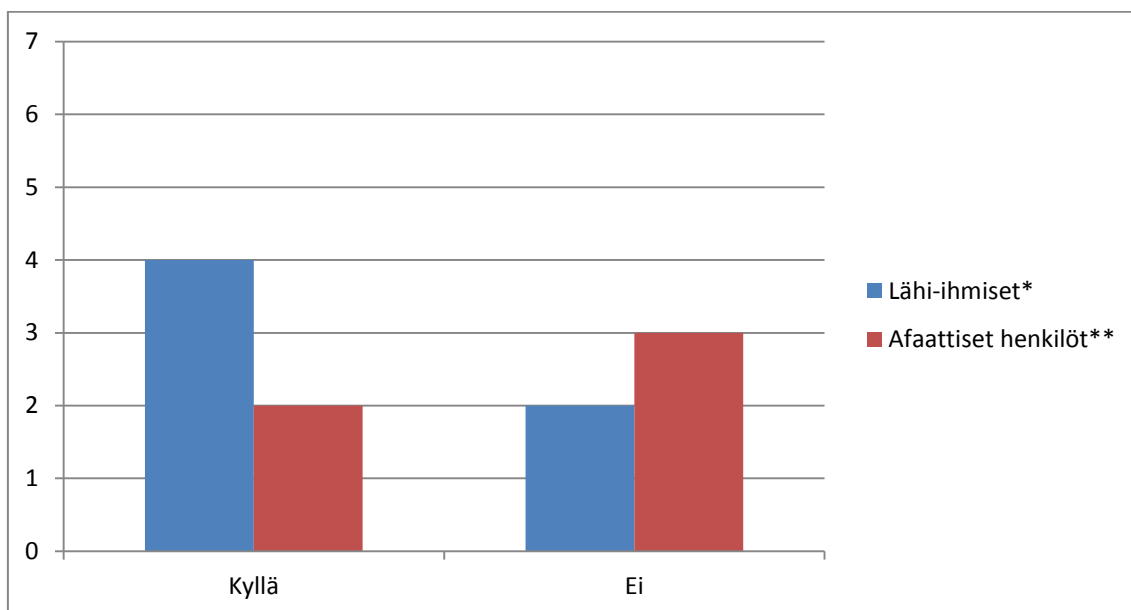
Neljä afaattista henkilöä seitsemästä (AH1, AH3, AH5, AH7 (57 %)) oli saanut arviolta 7–30 kertaa AAC-menetelmän käytön harjoitteluun painottuvaa puheterapiakertaa. Osalla (AH2, AH6) kuntoutus oli vielä kesken ja tulossa oli useampi terapiakerta. Yksi afaattinen henkilö (AH4) oli saanut kokonaisuudessaan vain yhden tunnin ohjauksen kuvien käyttöön, eikä kokenut tätä riittäväksi. Hänen kohdallaan kuntoutus painottui puheharjoituksiin. Haastatteluissa ilmeni yleisesti, että ohjaus- ja terapiakertoja olisi saanut olla määrällisesti enemmän ja puheterapia olisi saanut olla intensiivisempää paremman kommunikointikyvyn takaamiseksi. Eräs haastatelluista lähi-ihmisistä (LI1) korosti lisäksi yksilöllisen ohjaus- ja kuntoutustavan merkitystä puhetta tukevan menetelmän käytön opettelussa, jotta asiakkaan ja lähiympäristön motivaatio harjoittelua ja keinon käyttöä kohtaan saataisiin säilymään ja suurin mahdollisin hyöty laitteesta. Hänen mukaansa asiaa auttaa, kun harjoittelussa lähdettäisiin pienistä asioista ja lyhyistä henkilökohtaisista viesteistä, eikä aloiteta suurista epäolennaisista sanalistaista ja pelkästä mekaanisesta harjoittelusta, millä tavoin heidän tapauksessaan juuri oli aloitettu. Tämä oli alkanut laskea motivaatiota harjoitteluun jo alkutekijöissään.

Kuvio 3. Yleinen tyytyväisyys AAC-menetelmää varten saatuun ohjauksen ja kuntoutuksen määrään.



\* = Yksi katotapaus molemmissa ryhmissä

Kuvio 4. Yleinen tyytyväisyys AAC-menetelmää varten saatuun ohjauksen ja kuntoutuksen laatuun.



\* = Yksi katotapaus, \*\* = Kaksi katotapausta

Saadun ohjauksen ja kuntoutuksen kerrottiin olleen huonolaatuista kolmen tutkimusparin osalta. Ohjauksesta ja kuntoutuksesta oli tehnyt huonolaatuista puheterapeutin epävarmuus tablettitietokoneen käytön osalta ja puheterapian sisältö tavoitteineen tuntui jäävän epäselväksi kuntoutettavalle ja tämän läheisille, mikä vaikutti motivaatioon käydä puheterapiassa. Kuntoutuksen huonolaatuisuuteen vaikutti

myös se, ettei kuntoutuksessa osallisena oleville ammattihenkilöille heidän poissa ollessaan saatu korvaavaa työntekijää, mikä puolestaan harvensi terapiakertojen välejä ja pitkitti kuntoutusjakson kestoja. Erään tutkimusparin kokemukset lähi-ihmisen (LI1) sanoin RollTalk-kommunikointiohjelman käyttöönotosta olivat seuraavat:

*”Ensimmäinen vuosi oli ihan onnetonta. Aloitus meni silleen, että opastusta ei ollut, ja yritys, joka teki tätä koulutusta, niin ... opastus oli mitä sattuu. Sitten oli puoli vuotta, ettei täällä käynyt kukaan.”*

Esille tuotiin kuntoutuksen laadun osalta myös henkilökemioiden kohtaaminen kuntoutettavan asiakkaan sekä puheterapeutin välillä: eräs haastateltavista oli ollut hyvin tyytyväinen aikaisempaan häntä kuntouttaneeseen puheterapeuttiin mutta nykyiseen ei, vaikka kuntoutuksen tavoitteet ja sisältö eivät olleet muuttuneet puheterapeuttien vaihdoksen myötä. Tyytyväisyys edeltäneeseen puheterapeuttiin johtui tämän motivoituneisuudesta, innostuneisuudesta omaa työtään kohtaan sekä perehtyneisyydestä kyseisessä terapiassa toteutettaviin kuntoutusmenetelmiin. Tyytymättömyys nykyiseen puheterapeuttiin juontui puolestaan terapeutin kaavoihin kangistumisesta työnsä suhteen, riittämättömästä ulosannista sekä suppeista artikulaatioliikkeistä. Yksi haastateltu pari toi esille myös, kuinka heitä ei informoitu kuntoutuksen mahdollisuudesta ja saatavuudesta riittävästi ja ajoissa, jolloin he olivat aluksi pitkän aikaa tietämättömiä asioista ja tyhjän päällä. Tämän vuoksi kuntoutusta saatiin myöhään ja liian vähän kuntoutettavan henkilön saavuttaessa Kelan myöntämän kuntoutuksen yläikärajan eli 65-vuotta. Heidän mielestään tämä ikäraja on täysin riittämätön. Myönteistä palautetta yhden tutkimusparin osalta annettiin kuntoutusjakson päättymisen jälkeen tapahtuneesta kuvakansion säännöllisestä päivittäisestä kuntouttaneen puheterapeutin toimesta.

#### *Kokemukset valitusta AAC-menetelmästä*

Kaiken kaikkiaan, kysyttäessä onko afaattiselle henkilölle valittu puhetta tukeva menetelmä ollut sopivin, oli afaattisten henkilöiden ryhmässä havaittavissa yhdenmukaista hyväksyntää heille yksilöllisesti valittuja menetelmiä kohtaan (6/7 (86 %)). Vain yksi seitsemästä afaattisesta henkilöstä ilmaisi puhetta tukevan keinon olevan kohtalaisen sopiva (AH1 (14 %)). Myös suurin osa, 71 prosenttia, lähi-ihmisistä pitivät kyseisiä menetelmiä sopivina (LI1, LI3, LI4, LI5, LI6). Yksi lähi-ihmisistä ei osannut

kommentoida kantaansa asiaan. Toinen lähi-ihminen (1/7 (14 %)) puolestaan oli hieman epävarma siitä, olisiko jokin toinen menetelmä voinut olla sopivampi afaattiselle henkilölle.

AAC-menetelmiä sopivina pitäneet lähi-ihmiset uskoivat ryhmänä varsin yhdenmukaisesti kyseisten menetelmien olleen myös valittu afaattisille henkilöille parhaan asiantuntemuksen ja tietämyksen mukaan (5/7 (71 %)). Nämä kyseiset lähi-ihmiset luottivat laajaan ja moniammatilliseen työryhmään sekä ammattitaitoiseen puheterapeuttiin. Yksi lähi-ihmisistä (LI7) osoitti epävarmuutta, mutta ilmaisi kuitenkin luottamuksensa ammattihenkilöitä kohtaan:

*”...hirveen vaikea sanoa, kuka on paras asiantuntija. Sitä luottaa siihen, joka on sitä suositellut, eikä silleen kyseenalaista semmosia asioita.”*

Yksi lähi-ihminen ei vastannut kysymykseen. Afaattisten henkilöiden joukossa puolestaan oli havaittavissa vähemmän luottamusta kuin lähi-ihmisten ryhmässä: 57 prosenttia (AH1, AH2, AH5, AH6) afaattisista henkilöistä uskoi AAC-menetelmän valinnan tapahtuneen parhaan asiantuntemuksen ja tietämyksen mukaan. Yksi afaattinen henkilö seitsemästä (AH4 (14 %)) epäili parhaan asiantuntemuksen ja tietämyksen toteutumista kohdallaan, sillä hän koki alkuvaiheessa kuvien käyttöönoton olleen turhan nopea ratkaisu. Hänen mukaansa kuvat vain ”lykättiin käyttöön”. Kahden afaattisen henkilön kohdalla vastausta ei saatu.

Selvitettäessä yleistä tyytyväisyyttä puhetta tukevaa keinoa kohtaan kävi ilmi, että kaikki tutkittavat olivat joko kohtalaisesti tai hyvin tyytyväisiä (ks. kuvio 5). Kuitenkin tutkittavilla oli runsaasti parannusehdotuksia kulloinkin kyseessä olleen puhetta tukevan keinon suhteen. Yleisimmin esille nousseita kehityskohteita tutkittavien joukossa olivat sisällön laajuus ja helppokäyttöisyys. Haastateltavista 71 prosenttia (10/14) kaipasi lisää henkilökohtaista ja tarkoituksenmukaista sisältöä, esimerkiksi kuvia ja sanastoa, puhetta tukevaan keinoonsa. Yksi lähi-ihmisistä (LI1) toi sisällön osalta oman yksilöllisen kokemuksensa kautta esille, että AAC-menetelmässä pitäisi olla enemmän arkipäiväiseen henkilökohtaiseen käyttöön sopivia kokonaislauseita, ei vain yksittäisiä sanoja. Kokonaiset lauseet ja fraasit helpottaisivat heidän kohdallaan

kommunikointia, sillä hänen tutkimusparinsa kohdalla (AH1) arki pyöri usein samojen asioiden ympärillä tutuissa kotiooloissa.

Kaikkiaan neljä tutkimusparia oli siis yhdenmukaisesti samaa mieltä siitä, että puhetta tukevassa keinossa tulisi olla lisää omiin käyttötarpeisiin sopivaa sisältöä. Näiden lisäksi kahden muun tutkimusparin kohdalla afaattinen henkilö toivoi myös lisää sisältöä. Kaiken kaikkiaan 86 prosenttia (6/7) afaattisista henkilöistä olivat tämän sisällöllisen parannusehdotuksen kannalla, lähi-ihmisistä puolestaan 57 prosenttia (4/7). Sisällön kehittämisen osalta tutkittavat toivat lisäksi esille, että kommunikointisivuja voisi olla enemmän ja toivoivat lisäksi sivujen olevan valikoitavissa etusivulta/päävalikosta, mikä helpottaisi myös keinon käyttöä. Tällöin tarvittavia sivuja ei tarvitsisi etsiä portaittain eri teemojen ja sivujen alta.

Yleisesti ottaen sisällön henkilökohtaisuus nousi vahvasti esille parannusehdotusten joukossa: kaikkiin tilanteisiin ei ole käytettävissä kuvia ja painikkeita, toisaalta kommunikointisivuilla on turhia kuvia, jotka voisi karsia pois selkeyden parantamiseksi. Eräs lähi-ihminen (LI1) toi esille, että käytössä olevalla RollTalk-kommunikointiohjelmalla on potentiaalia kommunikoinnin tukemiseen, kunhan ohjaus kyseisen ohjelman käyttöön sekä kuntoutus on järjestetty hyvin:

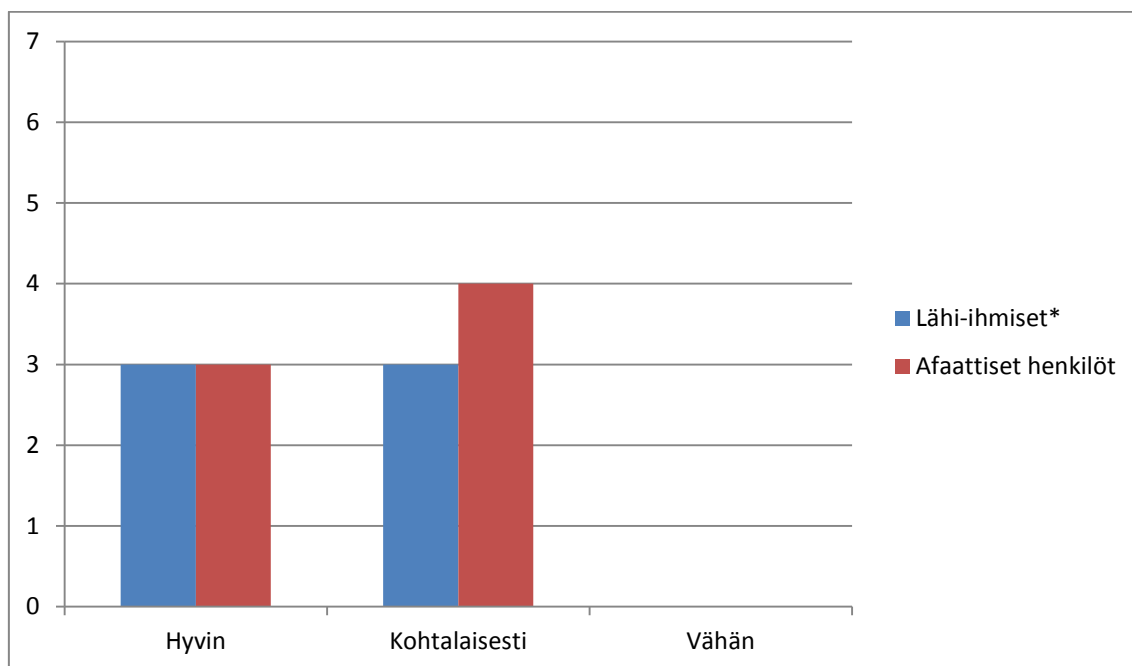
*”Älyttömän hyvä laite, jos se opetettas silleen, että siitä lähdetään, että ‘Minä olen..’ -esittelyt ja yleiset puhelinkeskustelut ... ja siitä eteenpäin.”*

Toinen lähi-ihminen (LI6) kehui samaista kommunikointiohjelmaa helppokäyttöisyytensä ansioista. RollTalk-kommunikointi-ohjelman osalta useampi haastateltava toivoi kuitenkin koneesta kuuluvan äänenlaadun olevan luonnollisempi ja rauhallisempi tempoltaan. Kaksi afaattista henkilöä (AH3, AH6) toivoivat lisäksi, että RollTalk-ohjelmaan saisi kahden jo olemassa olevan valintanapin lisäksi paluunapin tai siirtymispainikkeen, jonka avulla voisi palata järjestelmällisesti edellisiin sivuihin, eli aiemmin kuljettu reitti olisi säilynyt ohjelman muistissa. Eräs afaattinen henkilö (AH7) toivoi myös, että tabletti voisi olla pienempi kooltaan.

Toiseksi yleisin tutkittavien keskuudessa esille tullut parannusehdotus liittyi puhetta tukevan keinon käytettävyyteen: 36 prosenttia (5/14) toivoi valitun puhetta tukevan keinon olevan nykyistä helppokäyttöisempi. Yhdenmukaisuutta tämän parannus-

ehdotuksen kohdalta havaittiin yhden tutkimusparin osalta. Tätä parannusehdotusta kannattivat lähinnä afaattiset henkilöt, heistä 57 prosenttia (4/7). Lähi-ihmisistä puolestaan 14 prosenttia (1/7). Yksi tutkimuspari (LI7, AH7) toi esille, että joku muu puhetta tukeva keino voisi olla mahdollisesti nykyistä käytössä olevaa keinoa parempi, mutta muita keinoja koskevan tiedon puutteen vuoksi eivät osanneet arvioida, mikä voisi olla toimivampi puhetta tukeva keino.

Kuvio 5. Tyytyväisyys puhetta tukevaa keinoa kohtaan.



\* = Yksi katotapaus lähi-ihmisten ryhmässä

### *Ympäristön ohjaus*

Kuntoutukseen liittyvän puhetta tukevan keinon käytön ohjaus oli vastausten mukaan puutteellista lähi-ihmisten osalta: viiden afaattisen henkilön kohdalla (71 %) ohjaukseen ei ollut osallistunut kukaan hänen lähi-ihmisistään afaattisen henkilön lisäksi. Osalle lähi-ihmisistä tätä osallistumismahdollisuutta ei ollut edes tarjottu. Yksi lähi-ihmisistä toi esille, että hänelle puheterapeutti lähinnä kertoi puheterapiakertojen päätteeksi, mitä terapiassa oli kulloinkin tehty. Kuitenkin kolmen afaattisen henkilön tulkit olivat saaneet ohjausta puhetta tukevan keinon käyttöön.

Kolmen afaattisen henkilön kohdalla heidän tulkkinsa olivat saaneet ohjausta puhetta tukevan keinon käyttöön, ja vain kahdella afaattisella henkilöllä ohjaukseen oli

osallistunut tämän lähi-ihmisiä. Yhdessä näistä tapauksista afaattisen henkilön mukana ohjaukseen oli osallistunut hänen puolisonsa, ja heidän osaltaan ohjaus menetelmän käyttöön oli sujunut moitteetta. Toisessa tapauksessa puolestaan sovituille ohjauskerralle (1 krt) osallistui kolme afaattisen henkilön lähintä ihmistä, mutta tämä kerta ei käytännössä kuitenkaan toteutunut, sillä puhetta tukevan menetelmän ohjaustoiminnasta vastaavan firman työntekijä ei saapunut paikalle. Tämän kyseisen firman kanssa tehtyyn yhteistyöhön olivat tyytymättömiä niin kyseinen tutkimuspari kuin myös Tikoteekki sekä kuntouttava puheterapeutti. Yhdelle afaattisista henkilöistä varsinainen kuntoutusjakso puhetta tukevaa menetelmää varten oli vasta tuloillaan, joten heiltä ei tähän saatu vastauksia.



## 5 POHDINTA

### 5.1 Tutkimustulosten arviointi

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena oli selvittää, kuinka hyvin afaattisille henkilöille on puheterapeuttisen kuntoutuksen yhteydessä onnistuttu valitsemaan heille yksilöllisesti soveltuvat AAC-menetelmät. Tutkimuksessa keskityttiin tarkastelemaan erityisesti afaattisten henkilöiden ja heidän lähi-ihmisensä näkemyksiä AAC-menetelmien toimivuudesta arjessa sekä arvioita kokonaiskommunikaation ja vuorovaikutuksen onnistumisesta. Tutkimuksella selvitettiin, mikä merkitys AAC-menetelmällä kullekin afaattiselle henkilölle on.

#### 5.1.1 Afaattisten henkilöiden käyttämät kokonaiskommunikoinnin keinot

Kokonaiskommunikoinnin osalta afaattiset henkilöt käyttivät pääasiassa ei-avusteisia kommunikoinnin muotoja, kuten jäljellä olevaa puhetta, eleitä ja ilmeitä. Kaikki käyttivät kuitenkin puheensa tukena jossain määrin myös avusteisia keinoja. Tutkimukseen osallistuneet afaattiset henkilöt olivat lisäksi kehittäneet itselleen henkilökohtaisesti sopivia menetelmiä kommunikaationsa tueksi varsinaisten puheterapeuttisen kuntoutuksen ulkopuolella. Tutkimustuloksista on kuitenkin nähtävissä, etteivät afaattiset henkilöt käyttäneet heille valittuja AAC-menetelmiä järjestelmällisesti kommunikoinnin tukena, vaan turvautuivat ensisijaisesti säilyneisiin ei-avusteisiin kommunikoinnin muotoihin. Lähi-ihmisen kanssa kommunikoidessa AAC-keinoon turvauduttiin vasta tilanteissa, joissa he eivät muilla keinoin tulleet ymmärretyiksi. Tulokset eivät ole yllättäviä, sillä samansuuntaisia havaintoja on tehty myös aiemmissa tutkimuksissa (Kraat, 1990; Rautakoski, 2011a). Aineistosta oli lisäksi havaittavissa, että afaattiset henkilöt turvautuivat enemmän AAC-keinojen käyttöön tilanteissa, joissa keskustelivat kodin ulkopuolisten henkilöiden kanssa.

Puhetta tukevan keinon käytön vähyyteen tässä tutkimuksessa vaikutti kuitenkin se, että neljä seitsemästä afaattisesta henkilöstä oli harjoitellut heille valitun AAC-menetelmän

(RollTalk) käyttöä vasta suhteellisen vähän aikaa. Tämän vuoksi menetelmä ei ollut ehtinyt vakiintua kommunikatiiviseen käyttöön niin hyvin kuin mahdollisesti säännöllisen ja hyvin kohdennetun kuntoutuksen myötä voisi. RollTalkin toimivuutta kommunikoinnin tukena puoltaa yhden tutkimukseen osallistuneen lähi-ihmisen (LI6) näkemys siitä, että RollTalk on looginen ja helppokäyttöinen. Kyseinen haastattelupari (AH6, LI6) olikin saanut mielestään hyvän ohjauksen ja kuntoutuksen kommunikointiohjelman käyttöön, mikä saattoi vaikuttaa kommunikoinnin apuvälineestä muodostettuun mielipiteeseen.

Kaikkiaan tietokonepohjaisia AAC-keinoja käytti siis tutkimukseen osallistuneista afaattisista henkilöistä viisi seitsemästä. Tietokonepohjaiset kommunikointiohjelmat olivat siten tässä tutkimuksessa yleisimpiä AAC-menetelmiä. Suuntaus tietokonepohjaisten kommunikointiohjelmien lisääntyneestä käyttöönotosta puheterapeuttisessa kuntoutuksessa on nähtävissä uusimmassa tutkimuskirjallisuudessa (Szabo & Dittelman, 2014; Ramsberger & Messamer, 2014; Hoover & Carney, 2014), ja tämä trendi oli havaittavissa myös tässä tutkimuksessa.

### 5.1.2 Afaattisten henkilöiden yksilölliset kommunikoinnin tarpeet ja niiden täytyminen AAC-menetelmää hyödyntäen

Afasian myötä kommunikoinnin tarpeet sekä sosiaaliset roolit olivat muuttuneet sekä kommunikoinnin tarpeiden täytyminen oli heikentynyt haastatelluilla afaattisilla henkilöillä. Näitä huomioita puoltaa myös aiempi aiheesta kertova kirjallisuus (Parr ym., 1997, s. 44; Dalemans, de Witte, Wade & van den Heuvel, 2008). Aineistosta oli myös havaittavissa, että kommunikointitilanteet tutkimukseen osallistuneilla afaattisilla henkilöillä olivat varsin asiantuntijapainotteisia. Afaattisten henkilöiden sosiaalisten suhteiden muuttuminen ystävyysuhteista enemmän asiantuntijapainotteisiksi on havaittu myös Dalemansin ym. (2008) tutkimuksessa. Aineistosta kävi lisäksi ilmi, että kommunikaatorajoitteiden vuoksi kukaan afaattisista henkilöistä ei pystynyt ilmaisemaan itseään siinä määrin kuin haluaisi, vaikka heillä oli mahdollisuus AAC-keinonsa käyttöön. Kuitenkin afaattiset henkilöt kokivat, että puhetta tukevalla keinolla oli heille positiivista merkitystä, mikä voi selittyä sillä, että AAC-keino tarjoaa

mahdollisuuden toteuttaa kommunikoinnin tarpeitaan paremmin ja toisaalta tehostaa afaattisten henkilöiden kommunikointikykyä (Beukelman & Mirenda, 1998, s. 468; Kraat, 1990; Silverman, 1980, s. 30, 32–35).

Tutkimukseen osallistuneilla henkilöillä oli edelleen tarvetta ja halua kommunikoida toisten ihmisten kanssa ja he kokivatkin AAC-menetelmällä olevan positiivista merkitystä kommunikointitarpeiden täyttämiseksi. Sama huomio on luettavissa myös Beukelmanin ja Mirendan (1998, s. 468) kirjoituksista. Myös Houhg & Johnson (2009), Johnson ym., (2008) totesivat kommunikaation tehostumisen AAC-menetelmää koskevan kuntoutuksen myötä afaattisilla henkilöillä, mikä on yhtenevää tämän tutkimuksen tulosten kanssa. Parin afaattisen tutkimushenkilön osalta kommunikoinnin halu ja sen tärkeys henkilölle itselleen oli jopa kasvanut, ja he olivat entistä aktiivisempia vuorovaikutuskumppaneita arjessaan niin kotona kuin kodin ulkopuolella. Tämä on myönteinen ja jopa hieman poikkeavakin tulos taustakirjallisuuteen verrattuna, jossa usein mainitaan sosiaalisen maailman pienenemisestä afaattisilla henkilöillä (esim. Dalemans ym., 2008; Rautakoski, 2014).

Muutaman tutkimushenkilön mielestä heille valitulla puhetta tukevalla keinolla ei juuri ollut merkitystä heidän ymmärretyksi tulemisessaan vieraiden ihmisten kanssa keskustellessa (ks. taulukko 6 s. 28). Kahden henkilön osalta nämä tulokset voivat johtua tutkimuksessa esiin tulleesta seikasta, että afasia vaikuttaa sosiaalisen kanssakäymisen vähenemiseen selkeästi kodin ulkopuolella, jolloin keskustelua vieraiden ihmisten kanssa ei juuri pääse syntymään ja tulosta oli sen vuoksi hankala tulkita. Sosiaalisen kanssakäymisen vähenemisestä etenkin kodin ulkopuolella on aiemmin havainnut muun muassa Rautakoski (2014). Kahden muun henkilön osalta (AH4, LI4) sosiaalinen kanssakäyminen puolestaan tapahtui kodin ulkopuolella myös afaattisen henkilön osalta lähinnä puheen avulla, eikä AAC-keino ollut näissä tilanteissa mukana. Tämän vuoksi AAC-keinolla ei näin ollen heidän osaltaan ollut merkitystä vieraiden kanssa keskustellessa.

Tutkittavat kokivat yleisesti itse, ettei AAC-keino luonut samanlaista sujuvuutta kommunikointiin kuin mitä heidän kommunikointikykynsä taso oli ollut ennen sairastumista, vaan pikemminkin teki vuorovaikutuksesta hitaampaa, kun esimerkiksi haluamaansa kuvaa täytyy mekaanisesti etsiä kommunikointilaitteesta ja oman

viestinnän onnistuminen vaatii enemmän keskustelukumppanin tukea. Tutkimushenkilöiden näkemykset eivät sinänsä ole yllättäviä, sillä vastaavia tuntemuksia on aikaisemminkin raportoitu afaattisilla henkilöillä AAC-keinojen käytön yhteydessä (Oakander Bolton & Dashiell, 1991, s. 27–28; Rautakoski, 2012). Osaltaan vuorovaikutuksen hidastumisen ja hankaloitumisen vuoksi entiseen tilanteeseen verrattuna kommunikoinnin sisältö ei jollain tutkimuspareilla ollut enää yhtä syvällistä kuin ennen. Tämä tulos on linjassa aiemman tutkimuskirjallisuuden kanssa (Beukelman & Mirenda, 1998, s. 468).

Kun kysyttiin, missä tilanteissa menetelmästä on hyötyä, nähtiin selvästi että menetelmästä hyödyttiin lähinnä tuttujen ihmisten kuten sukulaisten ja ystävien sekä ammatti-ihmisten kanssa keskustellessa. Tässä voi olla syynä kommunikointikumppanin tuttuus: tuttu keskustelukumppani osaa helpommin huomioida ja tulkita viestit afaattisen henkilön tuntemuksen perusteella verrattuna vieraaseen henkilöön (Oakander Bolton & Dashiell, 1991, s. 8). Tutkimusaineistosta kävikin ilmi, että afaattisten henkilöiden ymmärretyksi tulemisen taso tuttujen ihmisten seurassa oli parempaa kuin vieraiden ihmisten kanssa. Asiaa voi selittää osaltaan tutkimushenkilöiden näkemykset siitä, että usein afaattisilla henkilöillä voi olla omakohtaista negatiivista kokemuksia vieraiden ihmisten turhautumisesta viestien välityksen aikana sekä ennakkoluuloista afaattista henkilöä ja AAC-menetelmää kohtaan. Vieraat henkilöt eivät myöskään välttämättä osaa tukea kommunikointia tarpeen vaatimalla tavalla (Dalemans ym., 2010; Howe ym., 2008). Negatiiviset mielleyhtymät voivat aiheuttaa välttelykäyttäytymistä sosiaalisia tilanteita kohtaan kodin ulkopuolella afaattisilla henkilöillä. Kokonaisuudessaan AAC-keinot kuitenkin nähtiin tutkimuksessa kommunikointia helpottavana ja osallistumista lisäävänä tekijänä, minkä esimerkiksi myös Johnson ym. (2008) ovat tutkimuksessaan todenneet.

### 5.1.3 AAC-menetelmän käyttö kommunikointistrategioiden apuna afaattisilla henkilöillä

Kommunikointistrategioiden käyttöä sekä AAC-menetelmän niihin tarjoamaa tuen tasoa kartoitettiin selvittämällä, mihin kommunikointistrategioihin afaattisilla henkilöillä oli

mahdollisuus AAC-menetelmäänsä käyttää, ja mihin niistä he sitä tarvitsivat. Kootun aineiston sekä tulosten pohjalta voidaan päätellä, että monipuolisimmin AAC-keinot tarjosivat käyttömahdollisuuksia ja tukea kommunikointistrategioihin henkilöille, jotka myös käyttivät kyseisiä puhetta tukevia keinoja aktiivisemmin arjessaan kuin AAC-keinoja vähemmän käyttävät henkilöt. Toisaalta tuloksiin on voinut vaikuttaa henkilöiden erilainen tuen tarve kommunikointiin: henkilöillä, jotka pärjäsivät paremmin ei-avusteisilla keinoillaan, avusteisia AAC-keinoja ei ollut päivitetty mahdollisesti yhtä kattaviksi käyttömahdollisuuksiltaan. Tämä ei kuitenkaan todennäköisesti ole selittävä tekijä kaikkien näennäisesti puhetta tukevasta keinosta vähän hyötyvien tutkittavien henkilöiden kohdalla. Osalla näistä afaattisista henkilöistä puhetta tukevan keinon tarve oli ilmeinen, mutta kuntoutus oli vielä keskeneräinen tai muutoin toteutukseltaan puutteellinen. Tämän osion keskeisin anti tutkimuksessa oli, että AAC-keinoilla on selvästi potentiaalia tarjota laajasti käyttömahdollisuuksia eri kommunikointistrategioiden toteuttamiseksi. Täysi potentiaali on mahdollista saada käyttöön, kunhan AAC-keinojen päivittämiseen ja kehittämiseen panostetaan ja henkilön yksittäiset tarpeet ja kyvyt kommunikointistrategioiden toteuttamiseen otetaan tarkasti huomioon.

#### 5.1.4 AAC-menetelmän valinta- ja ohjausprosessin riittävyys ja onnistuneisuus

AAC-menetelmän valinta- ja ohjausprosessin riittävyttä sekä onnistuneisuutta tutkittavien osalta kartoitettiin selvittämällä afaattisten henkilöiden ja heidän lähi-ihmistensä näkemyksiä aiheesta. Valinta-, ohjaus- ja kuntoutusprosessia koskevista vastauksista ei kyetty muodostamaan yhtenäistä linjaa tutkittavien erilaisista kokemuksista johtuen.

Selvitettäessä tutkittavien mahdollisuuksia vaikuttaa AAC-menetelmän valintaan ja päätöksentekoon oli tuloksissa havaittavissa selkeää hajontaa; arviot omista vaikutusmahdollisuuksista vaihtelivat hyvän ja olemattoman välillä tutkittavien kesken. Toisinaan itse afaattisiltakaan henkilöiltä ei ollut kysytty edes mielipidettä tai halukkuutta tietyn AAC-menetelmän käyttöön, vaan menetelmä oli heidän mukaansa vain otettu käyttöön. Kuitenkin afaattiset henkilöt haluavat kommunikoinnin ongelmista

ja asiakkaan roolistaan huolimatta saada osakseen arvostusta kanssaihmisiltä (Dalemans ym., 2010), joten tällaisetkin pieneltä vaikuttavat asiat vaikuttavat tyytyväisyyteen ja motivaatioon kuntoutusta kohtaan.

Myös saadun ohjauksen ja kuntoutuksen määrä sekä intensiteetti vaihtelivat afaattisilla henkilöillä paljon, ja haastatteluissa tuli yleisesti ilmi toivomus, että puheterapiakertoja olisi saanut olla enemmän ja tiheämmin. Määrän ohella tutkimushenkilöiden tyytyväisyydessä ohjaus- ja kuntoutusprosessin laatuun esiintyi vaihtelua. Eräs tutkimuspari (AH4, LI4) ei muun muassa saanut kunnollista tiedotusta kuntoutusmahdollisuuksistaan, ja usein tutkittavien tietous erilaisista kommunikoinnin tuen mahdollisuuksista oli puutteellista. Hiltonin ym., (2014) sekä Johanssonin ym., (2012) tutkimukset kuitenkin korostavat, kuinka tärkeää kuntoutuksesta olisi jakaa tietoa ja ohjata lähiympäristöäkin.

Ohjaus- ja kuntoutusprosessia kritisoitiin myös osaltaan siitä, ettei lähi-ihmisiä otettu tarpeeksi osalliseksi kuntoutukseen. Tämä puute ympäristönohjauksessa ilmeni usean parin osalta, vaikka afaattisen henkilön läheisten osallistuminen AAC-menetelmän valinta-, ohjaus- ja kuntoutusprosessiin olisi ensiarvoisen tärkeää mahdollisimman toimivan kommunikointikyvyn takaamiseksi (Huuhtanen, 2012; Ohtonen, Huuhtanen & Ylätupa, 2010). Lähi-ihmisten parempaa osallistumismahdollisuutta pidettiin tutkimuksessa tärkeänä niin afaattisten henkilöiden kuin lähi-ihmisten itsensä osalta. Vaikka tutkimuksen otoskoko oli pieni, voi kyseiset vaihtelut kappaleessa mainituissa kuntoutuksellisissa käytänteissä antaa viitteitä siitä, kuinka vaihtelevasti ohjaus- ja kuntoutusprosessit toteutetaan. Kaikki edellä mainitut huomiot herättävät kysymyksen siitä, voisiko kuntoutuksen suunnittelun ja kuntoutuskäytänteiden yhdenmukaistamisella saada parempia tuloksia aikaiseksi niin kuntoutettavien tyytyväisyyden kuin toimintakyvynkin osalta.

Sekä afaattisten henkilöiden että lähi-ihmisten ryhmässä valittua puhetta tukevaa menetelmää pidettiin pääosin sopivana keinona kommunikoinnin tukemiseen yksilöllisesti. Molemmat ryhmät olivat myös varsin tyytyväisiä heille valittua AAC-keinoa kohtaan, mikä selkeästi kertoo siitä, että menetelmät ovat olleet sopivia näille henkilöille. Yleisestä tyytyväisyydestä huolimatta haastatelluilla tutkimushenkilöillä oli parannusehdotuksia heille valittujen puhetta tukevien menetelmien suhteen.

Tutkittavien keskuudessa tuli esille, että laitteet ja menetelmät saisivat olla yleisemmin helppokäyttöisempiä, mikä puoltaa menetelmien kehittämistarvetta. Tutkimushenkilöt kaipasivat eniten kuitenkin lähinnä sisältöön liittyviä muutoksia, kuten tarkoituksenmukaisemman kuvaston ja sanaston luomista ja muokkaamista. Nämä tulokset herättivät tutkijoita pohtimaan sitä, johtuvatko eniten esille tuodut sisältöä koskevat parannusehdotukset siitä, ettei lähi-ihmisiä ole otettu mukaan AAC-menetelmän ohjaukseen ja kuntoutukseen, kuten edellä mainittu. Ottamalla lähi-ihmiset paremmin mukaan AAC-ohjaukseen ja -kuntoutukseen olisi heillä mahdollisuus ja taidot muokata AAC-menetelmän sisältöä tarpeisiin sopivammaksi, jolloin sisällön muokkaamiseen liittyvä parannusehdotus ei enää olisi listan kärjessä. Samalla vaikutettaisiin myönteisesti kuntoutumisen edistymiseen, asiakkaiden motivaatioon ja tyytyväisyyteen sekä säästettäisiin puheterapiaresursseja. Pienillä muutoksilla lähiympäristön ohjauksessa nämä asiat olisi mahdollista muuttaa.

Yleisesti ottaen sisällön henkilökohtaisuus nousi vahvasti esille, mihin myös puheterapeuttien tulisi siis kiinnittää huomiota. Yksilöllisellä sisällön räätälöinnillä vaikutettaisiin helposti motivaatioon, siihen, että afaattinen henkilö kokisi AAC-menetelmän käytön olevan hitauden ja vaivan arvoista (van de Sandt-Koenderman, 2004). Yksilöllisyys puolestaan tätä kautta tehostaisi afaattisten henkilöiden kommunikointi ja toimintakykyä, kun puhetta tukevaa menetelmää käytettäisiin enemmän puheterapian ulkopuolellakin. Sisällön järjestelmällisyyden ja yksilöllisyyden tuoma motivaatio AAC-menetelmän käyttöön näkyi selkeästi tutkimuksessamme muun muassa tutkimushenkilö AH3 osalla.

## 5.2 Tutkimuksen toteuttamisen ja luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen toteuttamisen luotettavuutta lisäsivät, että tutkimusmenetelmien pohjana käytettiin laadulliseen tutkimukseen, teemahaastatteluuun sekä haastattelun analyysiin liittyvää kirjallisuutta (Hirsjärvi & Hurme, 1993; Hirsjärvi & Hurme, 2001; Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen, 2010). Lisäksi haastattelulomakkeen tarkoituksenmukaisten kysymysten luomisen pohjalla käytettiin aiheeseen sopivaa tieteellistä lähdekirjallisuutta (Beukelman & Mirenda, 1998; Hirsjärvi & Hurme, 1993; Hirsjärvi &

Hurme, 2001; HUUHTANEN, 2012; OAKANDER BOLTON & DASHIELL, 1991; VON TETZCHNER & MARTINSEN, 2014). Haastattelulomaketta myös muokattiin tehokkaasti tutkimuksen ohjaajilta saadun palautteen myötä ja haastattelu pilotoitiin kaksi kertaa ennen varsinaista tutkimuskäyttöä. Pilotointi auttoi osaltaan tutkimuskysymysten muotoilussa ja valmisti tutkijoita tutkimustilanteita varten.

Tutkimustilanteet pyrittiin toteuttamaan samankaltaisesti jokaisen tutkimusparin kohdalla. Tutkimustilanteet toteutettiin pääosin tutkittavien omassa kotona, mikä teki ilmapiirin mahdollisesti rentoutuneemmaksi haastateltavien henkilöiden kannalta. Kuitenkin kotiympäristö vaikutti tutkimusten sujuvuuteen, kun kodin luonnollisesta toiminnasta saattoi aiheutua pieniä häiriöitä ja keskeytyksiä haastatteluiden kulkuun. Koska kotiympäristössä oli hankala täysin rajata lähi-ihminen pois afaattiselle henkilölle suoritetusta haastattelusta jo haastattelun keston vuoksi, joissain paikoissa lähi-ihminen osallistui enemmän afaattisen henkilön haastatteluun kuin toisissa paikoissa. Lähi-ihmisten osallistuminen oli pääosin kuitenkin tarpeellista luotettavan kokonaiskuvan sekä yhteisymmärryksen luomiseksi. Lähi-ihmisten huomautukset varmistettiin aina afaattiselta henkilöltä itseltään tietojen paikkansapitävyyden sekä omien mielipiteiden varalta. Tällä tavoin tutkimuksessa huomioitiin molempien osapuolten omat näkemykset kulloinkin kyseessä olevista eri teemoihin liittyvistä kysymyksistä myös näissä tilanteissa.

Tutkimuksen luotettavuutta haastattelujen osalta kasvatti tutkijoiden toimesta tarpeen mukaan tehdyt kysymysten uudelleenmuotoilut sekä käsitteiden merkitysten selventäminen. Tämä helpotti kysymysten ymmärtämistä sekä mahdollisti oikeellisten vastausten saamisen haastatelluilta henkilöiltä. Afaattisten henkilöiden haastatteluissa tukena ollut kuvamateriaali helpotti myös osaltaan tilannetta, havainnollistaen ja kielellistäen heidän omia mielipiteitään. Lisäksi toisen, observoijan roolissa toimineen, tutkijan mukaan tuleminen keskusteluun tarvittaessa auttoi tilanteissa, joissa haastattelijan ja haastateltavan välillä oli ymmärtämisen ongelmaa. Luotettavuutta lisäsi tutkijoiden roolien vaihtaminen säännöllisesti eri tutkimustilanteissa. Tutkimustilanteita myös sujuvoitti ja tulosten luotettavuutta lisäsi tutkijoiden logopedinen koulutustausta, joka auttoi afaattisen henkilön kommunikoinnin tukemisessa ja sitä kautta henkilön tarkoittamien vastausten muodostamisessa. Kunkin tutkimuskerran jälkeen tutkijat



keskustelivat tutkimuksen sujumisesta ja rakensivat siten yhtenäisen kokonaiskuvan testi- ja haastattelutilanteista sekä näiden perusteella saaduista tiedoista. Tämän yhtenäisen kokonaiskuvan luomisen avulla tutkijat kehittivät myös itseään tutkijoina.

Tutkimusta yleisesti helpottavana tekijänä toimi tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden motivoituneisuus aihetta kohtaan ja halu kertoa laajasti omista kokemuksistaan. Tämä auttoi huomattavasti tutkimusaineiston keruussa. Luotettavuutta tulosten osalta lisää koehenkilöparien läheisyyden laadun melko hyvä yhteneväisyys, kun suurin osa pareista (5/7 (71 %)) oli puolisoita keskenään. Näin heillä oli antaa tarkkaa, luotettavaa ja yhdenmukaista tietoa kysymyksiin. Tutkimustilanteissa ei myöskään huomattu afaattisten henkilöiden osalta väsymystaipumusta, jolloin vastausten voidaan arvioida olleen melko luotettavia.

Tutkimuksen tulosten luotettavuuteen ja yleistettävyyteen heikentävästi vaikutti tutkimuksen otoskoon pienuus, jolloin tulokset eivät ole helposti yleistettävissä, vaan enemmänkin ajatuksia herättäviä ja suuntaa antavia sekä jatkotutkimusideoita tarjoavia. Lisäksi afaattiset henkilöt olivat eri tasoisia niin afasian osalta kuin AAC-menetelmän käyttökokemuksiltaan. Luotettavuuteen ja yleistettävyyteen saattoivat vaikuttaa myös tutkittavien suuri iän vaihteluväli (46–73 vuotta) sekä afasian erilainen etiologia. Henkilöiden välillä oli eroavaisuutta muun muassa sen suhteen, kuinka kauan afasia on kestänyt. Myös sosiaalinen ja yleinen aktiivisuus vaihteli hyvin paljon afaattisten henkilöiden välillä, mikä puolestaan on voinut vaikuttaa AAC-menetelmän käyttöasteeseen ja tätä kautta näkemyksiin sen toimivuudesta. Tulosten yleistettävyyttä vaikeutti myös kuntoutusvaiheiden erilainen ajoittuminen: osalla tutkittavista kuntoutuksesta oli kulunut jo useampi vuosi ja osalla kuntoutus oli puolestaan vielä kesken.

### 5.3 Johtopäätökset ja tulosten kliininen merkitys

Tulosten mukaan puheterapeuttisessa kuntoutuksessa on osattu kaiken kaikkiaan varsin hyvin valita sopivat puhetta tukevat menetelmät afaattisille asiakkaille. Vain yhden parin osalta ilmeni epätietoisuutta siitä, voisiko joku muu keino olla parempi.

Tutkimuksessa ilmenneen jonkinasteisen AAC-menetelmiä sekä kuntoutusmahdollisuuksia koskevan epätietoisuuden vuoksi korostuu tarve tiedon jakamiselle kaikista olennaisista AAC-kuntoutukseen liittyvistä asioista. Puheterapeuttien olisi hyvä jakaa tietoa eri puhetta tukevista menetelmistä enemmän sekä perustella sitä, miksi kyseinen AAC-keino olisi paras mahdollinen juuri kyseiselle henkilölle. Näin varmistettaisiin, että afaattiset henkilöt ja lähi-ihmiset olisivat vaikuttamassa keinojen valintaan ja päätöksentekoon. Mitä enemmän henkilöt saavat mahdollisuuden vaikuttaa itseään koskeviin asioihin, sitä motivoituneempia he todennäköisesti ovat kuntoutukseen. Lisäksi ottamalla lähi-ihmisiä järjestelmällisesti mukaan voitaisiin lisätä sekä tyytyväisyyttä AAC-menetelmiä kohtaan että niiden käytön määrää, kun menetelmiä osattaisiin tarvittaessa itse muokata ja päivittää omia tarpeita vastaaviksi.

Osalla tutkimukseen osallistuneista afaattisista henkilöistä kuntoutus oli ollut riittämätöntä ja jäänyt jopa keskeneräiseksi, mikä luonnollisesti vaikutti siihen, ettei heille valittu AAC-keino vakiintunut jokapäiväiseen käyttöön. Yhtenä huomion arvoisena tekijänä kuntoutuksen riittämättömyyteen vaikutti Kelan asettama yläikäraja (65 vuotta) oikeuteen saada vaikeavammaisen lääkinnällistä kuntoutusta. Ikäraja on alhainen nykypäivänä, kun ihmisten elinikä on melko korkea ja ihmiset ovat yleensä aktiivisia hyvin korkeaan ikään asti. Harvalla kansalaisella on varaa kustantaa itselleen tarvitsemaansa kuntoutusta. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta tarkasteltuna ikärajan nostamisella voitaisiin vaikuttaa ihmisen toimintakyvyn säilymiseen ja sitä kautta tuottavuuteen. Myös kotona asuminen hoitolaitosten sijaan olisi pitempään mahdollista korkeamman kuntoutusikärajan myötä.

Lisäksi ryhmän kesken oli nähtävissä, että AAC-menetelmän valinta-, ohjaus- ja kuntoutusprosessi oli toteutettu varsin heterogeenisesti, eikä näiden prosessien kulussa ollut nähtävissä selkeää yhdenmukaisuutta. Puhetta tukevaa menetelmää koskeviin prosesseihin olisi hyvä saada yhdenmukainen protokolla, jota puheterapeuttisessa toiminnassa voitaisiin noudattaa. Näiden edellä mainittujen epäkohtien osalta herää kysymys, voisiko yhdenmukaisen, mutta yksilöllisesti kohdennetun kuntoutuksen avulla saada AAC-menetelmän merkitystä kommunikoinnissa suuremmaksi. Tällä hetkellä AAC-menetelmän merkitys arjessa vaikuttaa jääneen myös tämän tutkimuksen tulosten

pohjalta yhtä vähäiseksi eritasoisesti afaattisten henkilöiden kesken lukuun ottamatta yksittäisiä tutkittavia.

Tutkimuksen tulosten pohjalta on nähtävissä, että puhetta tukevilla menetelmillä on kuitenkin selkeä paikka ja hyöty afasiakuntoutuksessa. Tästä johtuen AAC-menetelmien kehittämistä kommunikoinnin tukemiseen tulee jatkaa tehokkaasti, jotta menetelmät pääsisivät ajan hermolle. Tämä puolestaan voisi alentaa afaattisten henkilöiden kynnystä käyttää puhetta tukevia keinoja arjessa. Etenkin tablettitietokoneille ja kannettaville tietokoneille luoduissa kommunikointiohjelmissa on nähtävissä potentiaalia afaattisten henkilöiden AAC-kuntoutuksessa, mutta uusimpina puheterapeuttisina keinoina niissä on vielä päivitettävää ja kehitettävää etenkin käytettävyyden suhteen. Kommunikointiohjelmat ovat erittäin varteenotettavia puhetta tukevia keinoja muun muassa sen vuoksi, että kynnys käyttää tablettia julkisesti ei ole hyvin korkea tablettien ollessa käytössä yleisesti.

Tutkimuksessa tehdyn havainnon mukaan ihmiset luottavat asiantuntijoiden tekemiä päätöksiin ja toimintaan, eivätkä he suuremmin kyseenalaista asiantuntijoiden tietämystä. Afasiakuntoutuksen parissa työskentelevien onkin tärkeää tehdä perusteellista ja tunnollista työtä asiakkaidensa luottamuksen arvoisesti. Tehdun kuntoutustyön laatu vaikuttaa afaattisten henkilöiden toimintakykyyn sekä heidän lähipiirinsä kanssa elämänlaatuun. Tämän vuoksi puheen ja kommunikoinnin kuntoutuksen vaikuttavuuden ja kuntoutusmenetelmien tutkiminen on olennaista. Myös yhteisten kuntoutuskäytänteiden luominen olisi ensisijaisen tärkeää paitsi kuntoutettavien oikeuksien toteuttamiseksi, mutta myös kuntoutuksen parissa työskentelevien ihmisten työn helpottamiseksi ja laadun takaamiseksi.

#### 5.4 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksessa nousi esille useampia tärkeitä huomioitavia tuloksia, mutta luotettavien johtopäätösten tekemiseksi jatkotutkimusta kyseisistä aiheista olisi hyvä tehdä muun muassa suuremmalla otoskoolla. Lisätutkimuksena tulisi selvittää esimerkiksi parannusideoita AAC-menetelmiä kohtaan niin afaattisilta henkilöiltä kuin myös lähi-

ihmisiltä. He ovat keskinäisen kommunikointinsa parhaita asiantuntijoita, ja osaavat kertoa, kuinka menetelmiä voisi vielä kehittää eteenpäin. Nykymaailmassa kommunikoinnin vaatimukset ovat korkeat, mikä vaatii puhetta tukevien menetelmien kehittämistä jatkuvasti. Lisäksi AAC-menetelmien kehitys ei vielä kulje täysin nykyajan hermolla muun muassa tablettiteknologian osalta (ks. esim. Szabo & Dittelman, 2014), mikä osaltaan luo jatkuvaa edistämisen tarvetta puhetta tukevia keinoja koskien. Myös afaattisten henkilöiden tyytyväisyyttä AAC-menetelmää kohtaan sekä AAC-menetelmän sopivuutta yksilöllisesti heidän tarpeisiinsa suhteutettuna tulisi tutkia enemmän ja mahdollisuuksien mukaan suuremmalla otoskoolla. Näin tuloksista voitaisiin rakentaa luotettavampaa kuvaa siitä, kuinka onnistunutta AAC-kuntoutus yleisesti ottaen on.

Varsinaisen tutkimusaiheen ulkopuolelta tutkimusprosessin aikana heränneenä pohdintana tutkijat ehdottavat jatkotutkimusta aikuisille suunnatun puheen ymmärtämisen testin luomiseksi. Tutkimuksessa käytetty Token-testi ei tutkijoiden mielestä antanut todellista kuvaa tutkittavien puheen ymmärtämisen tasosta todellisissa vuorovaikutustilanteissa, sillä kyseinen testi sisältää paljon abstrakteja käsitteitä ja vaatii paljon työmuistin kapasiteettia. Haastattelutilanteissa afaattisten henkilöiden puheen ymmärtämisen taso vaikutti olevan huomattavasti parempitasoista kuin mitä Token-testin tulosten perusteella olisi voinut olettaa. Ymmärrettävästi tilannevihjeet haastatteluissa helpottivat vuorovaikutusta ja viestien välittymistä, mutta keskusteluissa käsitellyt asiat olivat kuitenkin tutumpia ja arkipäiväisempiä Token-testin käsitteisiin verrattuna, mikä osaltaan auttoi afaattisia henkilöitä puheen ymmärtämisessä. Token-testillä on sijansa puheen ymmärtämisen arvioinnissa, mutta arkipäiväisempiä asioita käsittelevän puheen ymmärtämisen testin luominen voisi auttaa kokonaiskuvan muodostamisessa henkilön puheen ymmärtämisen tasosta.

## LÄHTEET

Afasia. (2015). Haettu 20.1.2015 osoitteesta [http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio\\_\(avh\)/perustietoa\\_avh\\_sta/afasias](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta/afasias)

Ahlsén, E. (1996). Aphasia as a challenge to AAC. Teoksessa M. Korttesmaa (toim.), *Aphasia as a challenge to AAC* (s. 17–24). Turku: The Stroke and Aphasia Federation.

Aivoinfarkti (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011 (viitattu 20.1.2015). Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Aivoverenkiertohäiriö. (2014). Haettu 17.11.2014 osoitteesta [http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio\\_\(avh\)/perustietoa\\_avh\\_sta](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta)

Aphasia. (2015). Haettu 20.1.2015 osoitteesta <http://www.asha.org/public/speech/disorders/Aphasia.htm>

Augmentative and Alternative Communication (AAC). (2015). Haettu 2.2.2015 osoitteesta <http://www.asha.org/public/speech/disorders/AAC.htm>

Beukelman, D. R., Fager, S., Ball, L. & Dietz, A. (2007). AAC for adults with acquired neurological conditions: a review. *Augmentative and Alternative Communication*, 23, 230–242.

Beukelman, D. R. & Mirenda, P. (1998). *Augmentative and alternative communication: Management of severe communication disorders in children and adults*. Baltimore (Md.): Brookes.

Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L. & Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology*, 17, 333–353.

Dalemans, R. J. P., de Witte, L., Wade, D. & van den Heuvel, W. (2008). A description of social participation in working-age persons with aphasia: a review of the literature. *Aphasiology*, 22, 1071–1091.

Dalemans, R. J. P., de Witte, L., Wade, D. & van den Heuvel, W. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45, 537–550.

Damasio, A. R. (1998). Signs of aphasia. Teoksessa M. T. Sarno (toim.), *Acquired aphasia* (s. 25–41). San Diego (Calif.): Academic Press.

Davis, G. A. (2007). *Aphasiology. Disorders and clinical practice*. Boston: Pearson/Allyn and Bacon.

De Renzi, E. & Faglioni, P. (1978). Normative data and screening power of a shortened version of the Token test. *Cortex*, 14, 41–49.

Dietz, A., Thiessen, A., Griffith, J., Peterson, A., Sawyer, E. & McKelvey, M. (2013). The renegotiation of social roles in chronic aphasia: Finding a voice through AAC. *Aphasiology*, 27, 309–325.

Duffy, J. R. (1995). *Motor speech disorders. Substrates, differential diagnosis, and management*. St. Louis: Mosby.

Elman, R. J. (2005). Social and life participation approaches to aphasia intervention. Teoksessa L. L. La Pointe (toim.), *Aphasia and related neurogenic language disorders* (s. 39–50). New York: Thieme.

Finne, T. (1996). Aphasics and communication aids. A method and a case report. Teoksessa M. Korttesmaa (toim.), *Aphasia as a challenge to AAC* (s. 25–33). Turku: The Stroke and Aphasia Federation.

Frankel, T., Penn, C. & Ormond-Brown, D. (2007). Executive dysfunction as an explanatory basis for conversation symptoms of aphasia: A pilot study. *Aphasiology*, 21, 814–828.

Garcia, L. J. (2008). A case of letter-by-letter reading. Teoksessa N. Martin, C. K. Thompson & L. Worrall (toim.), *Aphasia rehabilitation. The impairment and its consequences* (s. 225–229). San Diego: Plural Publishing.

Garret, K. L. & Lasker, J. P. (2013). Adults with severe aphasia and apraxia of speech. Teoksessa D. R. Beukelman & P. Mirenda (toim.), *Augmentative & alternative communication: supporting children and adults with complex communication needs* (s. 405–446). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing, co.

Griffith, J., Dietz, A. & Weissling, K. (2014). Supporting narrative retells for people with aphasia using augmentative and alternative communication: photographs or line drawings? Text or No Text? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 23, 213–224.

Hegde, M. N. & Freed, D. (2011). *Assessment of communication disorders in adults*. San Diego: Plural Publishing, Inc.

Hillis, A. E. (2007). Aphasia: Progress in the last quarter of century. *Neurology*, 69, 200–210.

Hilton, R., Leenhouts, S., Webster, J. & Morris, J. (2014). Information, support and training needs of relatives of people with aphasia: evidence from the literature. *Aphasiology*, 28, 797–822.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (1993). *Teemahaastattelu*. Kuudes painos, Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2001). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.

Ho, K. M., Weiss, S. J., Garrett, K. L. & Lloyd, L. L. (2005). The effect of remnant and pictographic books on the communicative interaction of individuals with global aphasia. *Augmentative and Alternative Communication*, 21, 218–232.

Hoover, E. L. & Carney, A. (2014). Integrating the iPad into an intensive, comprehensive aphasia program. *Seminars in Speech and Language*, 35, 25–37.

Hough, M. & Johnson, R. K. (2009). Use of AAC to enhance linguistic communication skills in an adult with chronic severe aphasia. *Aphasiology*, 23, 965–976.

Howe, T. J., Worrall, L. E. & Hickson, L. M. H. (2004). Review: What is an aphasia-friendly environment? *Aphasiology*, 18, 1015–1037.

Howe, T. J., Worrall, L. E. & Hickson, L. M. H. (2008). Interviews with people with aphasia: environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, 22, 1092–1120.

Huuhtanen, K. (2012). Mitä kommunikointi on? Teoksessa K. Huuhtanen, (toim.), *Puhetta tukevat ja korvaavat kommunikointimenetelmät* (s. 12–25). Helsinki: Kehitysvammaliitto, oppimateriaalikeskus Opike.

Johansson, M. B., Carlsson, M., Östberg, P. & Sonnander, K. (2012). Communication changes and SLP services according to significant others of persons with aphasia. *Aphasiology*, 26, 1005–1028.

Johnson, R. K., Strauss Hough, M., King, K. A., Vos, P. & Jeffs, T. (2008). Functional communication in individuals with chronic severe aphasia using augmentative communication. *Augmentative and Alternative Communication*, 24, 269–280.

Kaplan, E., Gallagher, R. E. & Glosser, G. (1998). Aphasia-related disorders. Teoksessa M. T. Sarno (toim.), *Acquired aphasia* (s. 309–339). San Diego (Calif.): Academic Press.

Klippi, A. (2009). Aikuisiän aivovaurion aiheuttamat kommunikoinnin ja vuorovaikutuksen ongelmat. Teoksessa O. Aaltonen, R. Aulanko, A. Iivonen, A. Klippi & M. Vainio, (toim.), *Puhuva ihminen. Puhetieteiden perusteet* (s. 261–267). Helsinki: Otava.

Klippi, A., Korpijaakko-Huuhka, A-M. & Lehtihalmes, M. (2010). Afasiakuntoutus. Teoksessa P. Korpilahti, O. Aaltonen & M. Laine (toim.), *Kieli ja aivot* (s. 316–320). Turku: Turun yliopisto, Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus.



Koul, R. K. & Corwin, M. (2003). Efficacy of AAC intervention in individuals with chronic severe aphasia. Teoksessa R. W. Schlosser (toim.), *The efficacy of augmentative and alternative communication* (s. 449–470). Amsterdam: Academic Press.

Kortesmaa, M. (1996). Hindrances of participation. Teoksessa M. Kortesmaa (toim.), *Aphasia as a challenge to AAC* (s. 47–53). Turku: The Stroke and Aphasia Federation.

Kraat, A. W. (1990). Augmentative and alternative communication: does it have a future in aphasia rehabilitation? *Aphasiology*, 4, 321–338.

Kukkonen, T. (1998). Yhteyttä yli sanojen – puhetta tukevia ja korvaavia kommunikaatiokeinoja. Teoksessa M. Kortesmaa (toim.), *Yhteyttä yli sanojen. Kirja afasiasta* (s. 41–48). Turku: Aivohalvaus- ja afasialiitto ry.

Laine, M. & Marttila, R. (1992). Aikuisen afasia. *Duodecim*, 108, 1039–1047.

Laine, M. & Martin, N. (2006). *Anomia: theoretical and clinical aspects*. Hove: Psychology Press.

La Pointe, L. L., Murdoch, B. E. & Stierwalt, J. A. G. (2010). *Brain-based communication disorders*. San Diego (Calif.): Plural Publishing.

Launonen, K. (2010). Puhetta tukeva ja korvaava kommunikointi kuntoutuksen tavoitteena ja keinona. Teoksessa P. Korpilahti, O. Aaltonen & M. Laine (toim.), *Kieli ja aivot* (s. 337–344). Turku: Turun yliopisto. Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus.

Lehtihalmes, M. & Korpijaakko-Huuhka, A.-M. (2010). Afaattiset häiriöt. Teoksessa P. Korpilahti, O. Aaltonen & M. Laine (toim.), *Kieli ja aivot* (s. 277–284). Turku: Turun yliopisto, Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus.

Lyon, J. G., Cariski, D., Keisler, L., Rosenbek, J., Levine, R., Kumpula, J., Ryff, C., Coyne, S. & Blanc, M. (1997). Communication partners: enhancing participation in life and communication for adults with aphasia in natural settings. *Aphasiology*, 11, 693–708.

Marjomaa, L. (2010). *Tikoteekkien tarjoamat kommunikoinnin ratkaisut afaattisille henkilöille vuosina 2006–2007*. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto, humanistinen tiedekunta, logopedia.

Martin, N., Kohen, F., Kalinyak-Fliszar, M., Soveri, A. & Laine, M. (2012). Effects of working memory load on processing of sounds and meanings of words in aphasia. *Aphasiology*, 26, 462–493.

Moreira, L., Schlottfeldt, C. G., de Paula, J. J., Daniel, M. T., Paiva, A., Cazita, V., Coutinho, G., Salgado, J. V. & Malloy-Diniz, L. F. (2011). Normative study of the Token test (short version): preliminary data for a sample of Brazilian seniors. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 38, 97–101.

Murdoch, B. E. (2010). *Acquired speech and language disorders: A neuroanatomical and functional neurological approach*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Northcott, S. & Hilari, K. (2011). Why do people lose their friends after a stroke? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46, 524–534.

Nuutila, A. & Sarmas, K. (2000). Afasian kartoituksessa puuttuu yhteinen kieli. *Suomen Lääkärilehti*, 34, 3370–3371.

Oakander Bolton, S. & Dashiell, S. E. (1991). *INCH. Vuorovaikutuksen arviointimenetelmä puhetta tukevaan kommunikaatioon* (2. painos). Kehitysvammaliitto ry.

Ohtonen, M., Huuhtanen, K. & Ylätupa, M. (2010). Kommunikointi. Teoksessa A.-L. Salminen (toim.), *Apuvälinekirja* (s. 98–110). Helsinki: Kehitysvammaliitto, oppimateriaalikeskus Opike.

Parr, S., Byng, S. & Gilpin, S. (1997). *Talking about aphasia. Living with loss of language after stroke*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Pedersen, P. M., Jørgensen, H. S., Nakayama, H., Raaschou, H. O. & Olsen, T. S. (1995). Aphasia in acute stroke: incidence, determinants, and recovery. *Annals of Neurology*, 38, 659-666.

Pohjasvaara, T., Ylikoski, R., Hietanen, M., Kalska, H. & Erkinjuntti, T. (2002). Aivoverenkierron häiriöiden jälkeiset kognitiiviset häiriöt. *Duodecim*, 118, 593–599.

Pulvermüller, F. & Berthier, M. L. (2008). Aphasia therapy on a neuroscience basis. *Aphasiology*, 22, 563–599.

Ramsberger, G. & Messamer, P. (2014). Best practices for incorporating non-aphasia-specific apps into therapy. *Seminars in Speech and Language*, 35, 17–24.

Rautakoski, P. (2011a). Training total communication. *Aphasiology*, 25, 344–365.

Rautakoski, P. (2011b). Partners' self-perceptions of the use of different communication strategies during total communication intervention. *Aphasiology*, 25, 1523–1542.

Rautakoski, P. (2012). AAC-keinojen käyttö henkilöiden kanssa, joilla on vaikea afasia. Teoksessa K. Huuhtanen, (toim.), *Puhetta tukevat ja korvaavat kommunikointimenetelmät* (s. 99–107). Helsinki: Kehitysvammaliitto, oppimateriaalikeskus Opiké.

Rautakoski, P. (2014) Communication style before and after aphasia: A study among Finnish population. *Aphasiology*, 28, 359–376.

Rautakoski, P., Korpijaakko-Huuhka, A.-M. & Klippi, A. (2008). People with severe and moderate aphasia and their partners as estimators of communicative skills: A client-centred evaluation. *Aphasiology*, 22, 1269–1293.

Raymer, A. M. (2005). Naming and word-retrieval problems. Teoksessa L. L. La Pointe (toim.), *Aphasia and related neurogenic language disorders* (s. 68–82). New York: Thieme.

Raymer, A. M., Beeson, P., Holland, A., Kendall, D., Maher, L. M., Martin, N., ... Gonzales Rothi, L. J. (2008). Translational research in aphasia: from neuroscience to neurorehabilitation. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 51, 259–275.

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (2010). *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino.

- Salonen, L. (1998a). Afasian puheterapia – sanakirjaston järjestämistä ja aivohölkää. Teoksessa M. Korttesmaa (toim.), *Yhteyttä yli sanojen. Kirja afasiasta* (s. 27–40). Turku: Aivohalvaus- ja afasialiitto ry.
- Salonen, T. (1998b). Elämätilanteen muutos. Teoksessa M. Korttesmaa (toim.), *Yhteyttä yli sanojen. Kirja afasiasta* (s. 53–55). Turku: Aivohalvaus- ja afasialiitto ry.
- Sarno, M. T. (1998). Recovery and rehabilitation in aphasia. Teoksessa M. T. Sarno (toim.), *Acquired aphasia* (s. 595–631). San Diego (Calif.): Academic Press.
- Silverman, F. H. (1980). *Communication for the speechless*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, Inc.
- Stakes. (2007). *Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus: ICF*. Helsinki: Stakes.
- Szabo, G. & Dittelman, J. (2014). Using mobile technology with individuals with aphasia: native iPad features and everyday apps. *Seminars in Speech and Language*, 35, 5–16.
- Thompson, C. K. & Worrall, L. (2008). Approaches to aphasia treatment. Teoksessa N. Martin, C. K. Thompson & L. Worrall (toim.), *Aphasia rehabilitation. The impairment and its consequences* (s. 3–24). San Diego: Plural Publishing.
- Threats, T. T. (2006). Towards an international framework for communication disorders: use of the ICF. *Journal of Communication Disorders*, 39, 251–265.
- van de Sandt-Koenderman, M. (2004). High-tech AAC and aphasia: widening horizons?. *Aphasiology*, 18, 245–263.
- von Tetzchner, S. & Martinsen, H. (2014). *Johdatus puhetta tukevaan ja korvaavaan kommunikointiin*. Helsinki: Kehitysvammaliitto, oppimateriaalikeskus Opike.
- Wade, D. T., Hewer, R. L., David, R. M. & Enderby, P. M. (1986). Aphasia after stroke: natural history and associated deficits. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 49, 11-16.

## TUTKIMUSTIEDOTE

Olemme puheterapeuttiopiskelijoita Oulun yliopiston Humanistisen tiedekunnan logopedian oppiaineesta, ja teemme maisteriopintoihin kuuluvaa Pro gradu -tutkielmaa. Tutkimme afaattisille henkilöille valittujen puhetta tukevien menetelmien toimivuutta kokonaisvaltaisessa vuorovaikutuksessa ja viestinnässä.

Pyydämme ystävällisesti lupaanne arvioida ja haastatella Teitä tutkimustamme varten. Tutkimuksemme on tärkeä, sillä sen avulla voimme selvittää, ovatko afaattisille henkilöille valitut puhetta tukevat menetelmät vastanneet heidän sosiaalisiin viestinnän tarpeisiinsa. Tutkimuksesta saadaan afasian kuntoutusprosessia edistävää arvokasta tietoa, jolla voidaan vaikuttaa afaattisten henkilöiden kommunikointikykyyn edistävästi. Kommunikointikyvyllä on havaittu olevan suora yhteys henkilön kokemaan elämänlaatuun sekä henkiseen hyvinvointiin.

Tutkimukseemme kuuluu afaattisen henkilön puheen ymmärtämisen arviointi testiä käyttäen sekä haastattelutilanne. Arviointi kestää 10–15 minuuttia ja suoritetaan ennen varsinaista haastattelua. Myös afaattisen henkilön yhdelle lähi-ihmiselle suoritetaan haastattelu allekirjoittaneiden opiskelijoiden toimesta ennen afaattisen henkilön haastattelua. Tämän jälkeen lähi-ihminen on afaattiselle henkilölle suoritettavan haastattelutilanteen aikana erillisessä tilassa ja siten tavoitettavissa osallistumaan keskusteluun, jos tutkijat sitä pyytävät. Pyytäisimme, että afaattisen henkilön käytössä oleva(t) puhetta tukevat apukeino(t) (esimerkiksi tabletti, kuvat/kuvakansio, paperia ja kynä) olisivat haastattelutilanteessa mukana. Haastatteluun olisi hyvä varata riittävästi aikaa, ja tarvittaessa voimme myös pitää taukoja haastattelun aikana.

Tutkimus suoritetaan kevättalvella 2015. Tutkimus pyritään järjestämään kertaluontoisena, tai sovitusti tapauskohtaisesti. Arviointi ja haastattelut suoritetaan tutkimukseen osallistuvien henkilöiden valitsemana ajankohtana ja valitsemassa rauhallisessa paikassa. Tutkimustilanne videokuvataan myöhempää tarkastelua varten. Videolta tarkastelemme muun muassa haastateltavien puhetta, puhetta tukevan menetelmän mahdollista käyttöä, eleitä, ilmeitä sekä läsnäoloa ja olemusta keskustelun aikana.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voitte halutessanne jättäytyä pois tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa syytä ilmoittamatta, eikä tämä vaikuta Teidän saamiinne palveluihin tai hoitoon nyt eikä tulevaisuudessa. Käsittelemme tutkimuksesta saamiamme tietoja täysin luottamuksellisesti, eivätkä mitkään tutkimusta koskevat tiedot paljastu ulkopuolisille. Tutkimusta varten kerätyt tiedot ja aineistot hävitetään asianmukaisesti.

Jos Teillä heräsi kysymyksiä, vastaamme niihin mielellämme. Tutkimustamme ohjaavat filosofian tohtori Terhi Hautala sekä filosofian maisteri Elisa Heikkinen Oulun yliopistosta.

Mikäli olette suostuvaisia osallistumaan tutkimukseemme, pyydämme Teitä kohteliaimmin täyttämään suostumuksenne tutkimukseen osallistumisesta Teille erillisesti annettuun suostumusasiakirjaan. Toivoisimme Teidän lähettävän suostumusasiakirjan allekirjoituksineen palautuskirjekuoren mukana pikimmiten, mutta viimeistään kahden viikon kuluessa kirjeen vastaanottamisestanne. Postimaksu on jo maksettu. Otamme Teihin puhelimitse yhteyttä vastauksenne saatuaamme sopiaksemme tutkimuksen ajankohdasta ja paikasta.

Ystävällisesti,

Elli Ojala  
logopedian opiskelija  
elli.ojala@student.oulu.fi  
050 360 7373

Maria Lämpsä  
logopedian opiskelija  
maria.lampsa@student.oulu.fi  
0400 737 441

Terhi Hautala  
filosofian tohtori  
terhi.hautala@oulu.fi  
0294 48 3389

Elisa Heikkinen  
filosofian maisteri  
elisa.heikkinen@oulu.fi  
0294 483387

**SUOSTUMUSASIAKIRJA**

Afaattinen henkilö \_\_\_\_\_  
 Syntymäaika \_\_\_\_\_  
 Osoite \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Lähi-ihminen \_\_\_\_\_  
 Syntymäaika \_\_\_\_\_  
 Osoite \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Olemme tutustuneet meille annettuun tutkimustiedotteeseen ja olemme saaneet tarvittavat tiedot tutkimuksen toteuttamisesta. Tiedämme, että logopedian opiskelijat Elli Ojala ja Maria Lämpsä käsittelevät tutkimuksesta saamiaan tietoja luottamuksellisesti ja hävittävät tiedot asianmukaisesti. Olemme myös tietoisia, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja voimme jättäytyä pois tutkimuksen missä vaiheessa tahansa.

Tällä kirjallisella suostumuksella annamme luvan tutkimuksen suorittamiseen sekä tarvittavien tietojen keräämiseen.

Suostumusasiakirjoja täytetään kolme kappaletta, joista yksi jää tutkijoille ja kaksi muuta menevät tutkimukseen osallistuvalla parille.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/2015 \_\_\_\_\_  
 paikka

Allekirjoitukset:

\_\_\_\_\_  
 Afaattinen henkilö

\_\_\_\_\_  
 Lähi-ihminen

\_\_\_\_\_  
 Elli Ojala

\_\_\_\_\_  
 Maria Lämpsä

**HAASTATTELULOMAKE: LÄHI-IHMINEN****Haastateltavan taustatiedot**

Haastateltavan nimi: \_\_\_\_\_

Suhteenne afaattiseen henkilöön: \_\_\_\_\_

**Afaattisen henkilön taustatiedot**

Nimi: \_\_\_\_\_

Ikä: \_\_\_\_\_

Koulutus: \_\_\_\_\_

Ammatti: \_\_\_\_\_

Onko afaattisella henkilöllä ollut vaikeuksia lukemisessa ja kirjoittamisessa ennen sairastumista? \_\_\_\_\_

Onko afaattisella henkilöllä ollut muita kielellisiä vaikeuksia ennen sairastumista? Jos on, mitä? \_\_\_\_\_

Onko afaattinen henkilö saanut puheterapiaa ennen sairastumista? Jos on, miksi?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Milloin henkilö sairastui afasiaan? \_\_\_\_\_

**Tutkimuskysymys 1**1. Mikä puhetta tukeva keino afaattisella henkilöllä on käytössään? Milloin kyseinen keino on saatu käyttöön?  
\_\_\_\_\_



2. Käyttääkö afaattinen henkilö kyseistä puhetta tukevaa keinoa? Jos ei, miksi?

---



---

*Seuraavaksi kysymme afaattisen henkilön kokonaiskommunikoinnista. Kokonaiskommunikoinnilla tarkoitetaan kaikkia mahdollisia keinoja, joita henkilö käyttää tullakseen ymmärretyksi. Kohdat kysytään yksitellen ja vastauksena voitte antaa kyllä tai ei.*

3. Mitkä ovat afaattisen henkilön käytössä olevat kokonaiskommunikointikeinot?

- Puhe
- Ilmeet
- Eleet (esim. osoittaminen)
- Katseen käyttö
- Piirtäminen
- Kirjoittaminen
- Kuvien käyttö (kansio, taulu..)
- Tietokoneohjelma(t) (tabletillla, älypuhelimessa, kannettavalla tietokoneella)
- Tekninen kommunikointilaite (painikkeellinen puhelaite)
- Muu, mikä? \_\_\_\_\_

## **Tutkimuskysymys 2**

*Seuraavaksi kysymme afaattisen henkilön kommunikoinnin tarpeista. Kommunikoinnin tarpeilla tarkoitetaan yksilöllistä tarvetta ja halua olla yhteydessä toisiin ihmisiin. Näitä tarpeita toteutetaan erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa, kuten harrastuksissa ja muita ihmisiä tapaamalla.*

4. Haluaako afaattinen henkilö olla toisten ihmisten kanssa tekemisissä? Kuinka paljon?

---

5. Onko tämä asia muuttunut sairastumisen myötä? \_\_\_\_\_

6. Onko afaattisen henkilön arjessa tilanteita, joihin sisältyy keskustelua muiden ihmisten kanssa? Millaisia?

---



---



---

- Asiointikäyntejä (esim. kaupassa ja apteekissa)*
- Lääkärikäyntejä*
- Terapioita (esim. fysio-, toiminta-, puheterapia)*
- Ystävien/tuttavien tapaamisia*
- Harrastuksia, mitä ne ovat?*

---



---

*Jotain muuta, mitä?* \_\_\_\_\_

7. Kuinka monta tällaista edellä mainittua sosiaalista tilannetta afaattisella henkilöllä on keskimäärin viikossa? \_\_\_\_\_

8. Vaikuttaako afaattisen henkilön nykyiset kokonaiskommunikointikeinot mahdollisuuksiin osallistua sosiaalsiin tilanteisiin? Jos kyllä, miten?

*Kokonaiskommunikoinnilla siis tarkoitetaan kaikkia mahdollisia keinoja, joita afaattinen henkilö käyttää tullakseen ymmärretyksi.*

---



---

9. Pystyykö afaattinen henkilö ilmaisemaan itseään siinä määrin kuin haluaisi?

---



---

Kuinka suuri merkitys puhetta tukevalla keinolla on tähän?

- Suuri
- Kohtalainen
- Vähäinen
- Ei merkitystä

10. Kuinka hyvin afaattinen henkilö tulee ymmärretyksi keskustellessaan tutun kanssa?

---

---

Tuleeko hän ymmärretyksi tutun kanssa Teidän mielestänne:

- Hyvin
- Kohtalaisesti
- Heikosti
- Ei ollenkaan

Kuinka suuri merkitys puhetta tukevalla keinolla on tähän?

- Suuri
- Kohtalainen
- Vähäinen
- Ei merkitystä

11. Kuinka hyvin afaattinen henkilö tulee ymmärretyksi keskustellessaan vieraan kanssa?

---

---

Tuleeko hän ymmärretyksi vieraan kanssa Teidän mielestänne:

- Hyvin
- Kohtalaisesti
- Heikosti
- Ei ollenkaan

Kuinka suuri merkitys puhetta tukevalla keinolla on tähän?

- Suuri
- Kohtalainen
- Vähäinen
- Ei merkitystä

*Seuraavissa kolmessa kysymyksessä selvitetään, mitä afaattinen henkilö pystyy tekemään ilman puhetta tukevaa keinoa ja mitä keinon avulla, vai pystyykö näihin ollenkaan. Ilman puhetta tukevaa keinoa -vaihtoehdolla tarkoitetaan kaikkia muita käytössä olevia keinoja, kuten jäljellä olevaa puhetta, eleitä, ilmeitä, näyttämistä.*

Pystyykö afaattinen henkilö:

12. Kertomaan tarpeista (esim. jano, seuran kaipuu, ostokset, säryt..)

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

13. Ilmaisemaan tunteita

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

14. Harjoittamaan leikin laskua ja huumoria

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

15. Kuinka hyvin afaattisen henkilön kommunikoinnin tarpeet täyttyvät?

- 
- Hyvin  
 Kohtalaisesti  
 Heikosti  
 Ei ollenkaan

16. Mikä merkitys puhetta tukevalla keinolla on kommunikointitarpeiden täyttymisessä?

- 
- Suuri  
 Kohtalainen  
 Vähäinen  
 Ei merkitystä

17. Onko valitusta puhetta tukevasta keinosta kokonaisuudessaan ollut hyötyä viestinnässä?

Jos kyllä, valitse:  Paljon  
 Kohtalaisesti  
 Vähän

Jos ei, miksi?

---



---



---

18. Millä tavoin puhetta tukevasta keinosta on ollut hyötyä? Kuvaile käyttöä ja kokemuksia eri tilanteissa (esim. kotona ja kodin ulkopuolella).

---



---



---

### Tutkimuskysymys 3

*Seuraavaksi kysymme afaattisen henkilön yksittäisistä kommunikointikyvyistä. Tarkoituksena on selvittää, mitä afaattinen henkilö pystyy tekemään ilman puhetta tukevaa keinoa ja mitä keinon avulla, vai pystyykö näihin ollenkaan. Ilman puhetta tukevaa keinoa -vaihtoehdolla tarkoitetaan kaikkia muita käytössä olevia keinoja, kuten jäljellä olevaa puhetta, eleitä, ilmeitä, näyttämistä.*

Pystyykö afaattinen henkilö:

*Aloitusstrategiat*

19. Tervehtimään

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

20. Esittelemään itsensä

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

21. Hakemaan keskustelukumppanin huomiota

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

22. Aloittamaan keskustelun

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

#### *Tukistrategiat*

23. Pyytämään apua

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

24. Kysymään

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

25. Ilmaisemaan kohteliaita ja ystävällisiä ilmauksia (esim. ”Ole hyvä” ja ”Kiitos”)

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

26. Ylläpitämään keskusteluaihetta

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

27. Muuttamaan keskustelun aihetta

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

28. Ilmaisemaan ajankäsitteitä (esim. ”eilen”, ”tänään”, ”ensi viikolla”)

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

#### *Säätelystrategiat*

29. Selventämään omaa viestiään tarvittaessa (esim. lisää yksityiskohtia, laajentaa viestiä)

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

30. Toistamisen avulla selkeyttämään viestiään

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

31. Ilmaisemaan, että ei ole vielä lopettanut asiaansa

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

*Lopetusstrategiat*

32. Osoittamaan, että haluaa lopettaa keskustelun

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

33. Käyttämään hyvästelyn ilmauksia

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

**Tutkimuskysymys 4**

*Seuraavaksi kysymme puhetta tukevan keinon valintaan ja ohjaukseen liittyviä kysymyksiä.*

34. Onko mielestänne kyseinen puhetta tukeva keino sopivin afaattiselle henkilölle?

---

35. Uskotteko, että puhetta tukeva keino on valittu parhaan asiantuntemuksen ja tietämyksen mukaan?

---

36. Millaista ohjausta on saatu puhetta tukevan keinon käyttöön?

---



---

Kuinka monta kertaa:

alle 5 kertaa

yli 5 kertaa

37. Oletteko ollut tyytyväinen saatuun kuntoutuksen ja/tai ohjauksen

- määrään? \_\_\_\_\_

- laatuun? \_\_\_\_\_

Jos ette, miksi?

---



---

38. Osallistuitteko itse puhetta tukevan keinon käytön ohjaukseen? \_\_\_\_\_

39. Onko kukaan muu lähi-ihminen osallistunut kyseiseen ohjaukseen? Kuka?

---

40. Saitteko vaikuttaa päätöksentekoon ja puhetta tukevien keinojen valintaan? Jos kyllä, paljonko?

---



---

- Paljon
- Kohtalaisesti
- Vähän
- Ei yhtään

41. Oletteko tyytyväinen puhetta tukevaan keinoon? \_\_\_\_\_

- Jos kyllä, valitse:
- Paljon
  - Kohtalaisesti
  - Vähän

42. Onko Teillä parannusehdotuksia puhetta tukevan keinon suhteen?

---



---

- Lisää sisältöä, esim. kuvia, sanastoa tms.*
- Pitäisi olla helppokäyttöisempi*
- Kokonaan joku toinen keino voisi olla parempi*
- Jotain muuta, mitä? \_\_\_\_\_*



**Avoim kysymys**

43. Tuleeko mieleen jotain lisättävää aiheeseen liittyen, mitä emme ole kysyneet?

---

---

---

---

**HAASTATTELULOMAKE: AFAATTINEN HENKILÖ****Haastateltavan taustatiedot**

Haastateltavan nimi: \_\_\_\_\_

Ikä: \_\_\_\_\_

Koulutus: \_\_\_\_\_

Ammatti: \_\_\_\_\_

Onko Teillä ollut vaikeuksia lukemisessa ja kirjoittamisessa ennen sairastumista?

\_\_\_\_\_

Onko Teillä ollut muita kielellisiä vaikeuksia ennen sairastumista? Jos on ollut, mitä?

\_\_\_\_\_

Oletteko saaneet puheterapiaa ennen sairastumista? Jos olette, miksi?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Milloin sairastuitte afasiaan? \_\_\_\_\_

**Tutkimuskysymys 1**

1. Mikä puhetta tukeva keino Teillä on käytössänne?

\_\_\_\_\_

2. Käytättekö kyseistä puhetta tukevaa keinoa? Jos ette, miksi?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Seuraavaksi kysymme kokonaiskommunikoinnista. Kokonaiskommunikoinnilla tarkoitetaan kaikkia mahdollisia keinoja, joita käytätte tullaksenne ymmärretyksi. Kohdat kysytään yksitellen ja vastauksena voitte antaa kyllä tai ei.*

3. Mitkä ovat käytössänne olevat kokonaiskommunikointikeinot?

- Puhe
- Ilmeet
- Eleet (esim. osoittaminen)
- Katseen käyttö
- Piirtäminen
- Kirjoittaminen
- Kuvien käyttö (kansio, taulu..)
- Tietokoneohjelma(t) (tabletilla, älypuhelimessa, kannettavalla tietokoneella)
- Tekninen kommunikointilaite (painikkeellinen puhelaite)
- Muu, mikä? \_\_\_\_\_

## **Tutkimuskysymys 2**

*Seuraavaksi kysymme kommunikoinnin tarpeistanne. Kommunikoinnin tarpeilla tarkoitetaan yksilöllistä tarvetta ja halua olla yhteydessä toisiin ihmisiin. Näitä tarpeita toteutetaan erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa, kuten harrastuksissa ja muita ihmisiä tapaamalla.*

4. Haluatteko olla toisten ihmisten kanssa tekemisissä? Kuinka paljon?

\_\_\_\_\_

5. Onko tämä asia muuttunut sairastumisen myötä? \_\_\_\_\_

6. Onko arjessanne tilanteita, joihin sisältyy keskustelua muiden ihmisten kanssa?

Millaisia?

---



---



---

- Asiointikäyntejä (esim. kaupassa ja apteekissa)*
- Lääkärikäyntejä*
- Terapioita (esim. fysio-, toiminta-, puheterapia)*
- Ystävien/tuttavien tapaamisia*
- Harrastuksia, mitä ne ovat?*

---



---

*Jotain muuta, mitä?* \_\_\_\_\_

7. Kuinka monta tällaista edellä mainittua sosiaalista tilannetta Teillä on keskimäärin viikossa? \_\_\_\_\_

8. Vaikuttavatko Teidän nykyiset kokonaiskommunikointikeinonne mahdollisuuksiin osallistua sosiaalsiin tilanteisiin? Jos kyllä, miten?

*Kokonaiskommunikoinnilla siis tarkoitetaan kaikkia mahdollisia keinoja, joita käytätte tullaksenne ymmärretyksi.*

---



---

9. Pystyttekö ilmaisemaan itseänne siinä määrin kuin haluaisitte?

---



---

Kuinka suuri merkitys puhetta tukevalla keinolla on tähän?

- Suuri
- Kohtalainen
- Vähäinen
- Ei merkitystä

10. Kuinka hyvin tulette ymmärretyksi keskustellessanne tutun kanssa?

---

---

Tuletteko ymmärretyksi tutun kanssa mielestänne:

- Hyvin
- Kohtalaisesti
- Heikosti
- Ei ollenkaan

Kuinka suuri merkitys puhetta tukevalla keinolla on tähän?

- Suuri
- Kohtalainen
- Vähäinen
- Ei merkitystä

11. Kuinka hyvin tulette ymmärretyksi keskustellessanne vieraan kanssa?

---

---

Tuletteko ymmärretyksi vieraan kanssa mielestänne:

- Hyvin
- Kohtalaisesti
- Heikosti
- Ei ollenkaan

Kuinka suuri merkitys puhetta tukevalla keinolla on tähän?

- Suuri
- Kohtalainen
- Vähäinen
- Ei merkitystä

*Seuraavissa kolmessa kysymyksessä selvitetään, mitä pystytte tekemään ilman puhetta tukevaa keinoa ja mitä keinon avulla, vai pystyttekö näihin ollenkaan. Ilman puhetta tukevaa keinoa -vaihtoehdolla tarkoitetaan kaikkia muita käytössänne olevia keinoja, kuten jäljellä olevaa puhetta, eleitä, ilmeitä, näyttämistä.*

Pystyttekö:

12. Kertomaan tarpeista (esim. jano, seuran kaipuu, ostokset, säryt..)

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

13. Ilmaisemaan tunteita

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

14. Harjoittamaan leikin laskua ja huumoria

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

15. Kuinka hyvin kommunikoinnin tarpeenne täyttyvät?

- 
- Hyvin
  - Kohtalaisesti
  - Heikosti
  - Ei ollenkaan

16. Mikä merkitys puhetta tukevalla keinolla on kommunikointitarpeidenne täyttymisessä?

- 
- Suuri
  - Kohtalainen
  - Vähäinen
  - Ei merkitystä

17. Onko valitusta puhetta tukevasta keinosta kokonaisuudessaan ollut hyötyä viestinnässä?

Jos kyllä, valitse:  Paljon  
 Kohtalaisesti  
 Vähän

Jos ei, miksi?

---



---

18. Millä tavoin puhetta tukevasta keinosta on ollut hyötyä? Kuvailekaa käyttöä ja kokemuksia eri tilanteissa (esim. kotona ja kodin ulkopuolella).

---



---



---

### Tutkimuskysymys 3

*Seuraavaksi kysymme Teidän kommunikointikyvyistänne. Tarkoituksena on selvittää, mitä pystytte tekemään ilman puhetta tukevaa keinoa ja mitä keinon avulla, vai pystyttekö näihin ollenkaan. Ilman puhetta tukevaa keinoa -vaihtoehdolla tarkoitetaan kaikkia muita käytössänne olevia keinoja, kuten jäljellä olevaa puhetta, eleitä, ilmeitä, näyttämistä.*

Pystyttekö:

*Aloitusstrategiat*

19. Tervehtimään

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

20. Esittelemään itsenne

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

21. Hakemaan keskustelukumppanin huomiota

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

22. Aloittamaan keskustelun

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

*Tukistrategiat*

23. Pyytämään apua

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

24. Kysymään

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

25. Ilmaisemaan kohteliaita ja ystävällisiä ilmauksia (esim. ”Ole hyvä” ja ”Kiitos”)

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

26. Ylläpitämään keskusteluaihetta

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

27. Muuttamaan keskustelun aihetta

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

28. Ilmaisemaan ajankäsitteitä (esim. ”eilen”, ”tänään”, ”ensi viikolla”)

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

*Säätelystrategiat*

29. Selventämään omaa viestiänne tarvittaessa (esim. lisäämään yksityiskohtia, laajentamaan viestiä)

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

30. Toistamisen avulla selkeyttämään viestiänne

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan



31. Ilmaisemaan, että ette ole vielä lopettaneet asiaanne

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

*Lopetusstrategiat*

32. Osoittamaan, että haluatte lopettaa keskustelun

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

33. Käyttämään hyvästelyn ilmauksia

ilman puhetta tukevaa keinoa  puhetta tukevan keinon kanssa  ei ollenkaan

**Tutkimuskysymys 4**

*Seuraavaksi kysymme puhetta tukevan keinon valintaan ja ohjaukseen liittyviä kysymyksiä.*

34. Onko mielestänne kyseinen puhetta tukeva keino sopivin Teille?

---

35. Uskotteko, että puhetta tukeva keino on valittu parhaan asiantuntemuksen ja tietämyksen mukaan?

---

36. Millaista ohjausta on saatu puhetta tukevan keinon käyttöön?

---



---

Kuinka monta kertaa:  alle 5 kertaa  yli 5 kertaa

37. Oletteko ollut tyytyväinen saamanne kuntoutuksen ja/tai ohjauksen

- määrään? \_\_\_\_\_

- laatuun? \_\_\_\_\_

Jos ette, miksi?

---



---

38. Osallistuitteko itse puhetta tukevan keinon käytön ohjaukseen? \_\_\_\_\_

39. Onko kukaan muu lähi-ihminen osallistunut kyseiseen ohjaukseen? Kuka?

---

40. Saitteko vaikuttaa päätöksentekoon ja puhetta tukevien keinojen valintaan? Jos kyllä, paljonko?

---



---

- Paljon
- Kohtalaisesti
- Vähän
- Ei yhtään

41. Oletteko tyytyväinen puhetta tukevaan keinoon? \_\_\_\_\_

- Jos kyllä, valitse:
- Paljon
  - Kohtalaisesti
  - Vähän

42. Onko Teillä parannusehdotuksia puhetta tukevan keinon suhteen?

---



---

- Lisää sisältöä, esim. kuvia, sanastoa tms.*
- Pitäisi olla helppokäyttöisempi*
- Kokonaan joku toinen keino voisi olla parempi*
- Jotain muuta, mitä? \_\_\_\_\_*

**Avoim kysymys**

43. Tuleeko mieleen jotain lisättävää aiheeseen liittyen, mitä emme ole kysyneet?

---

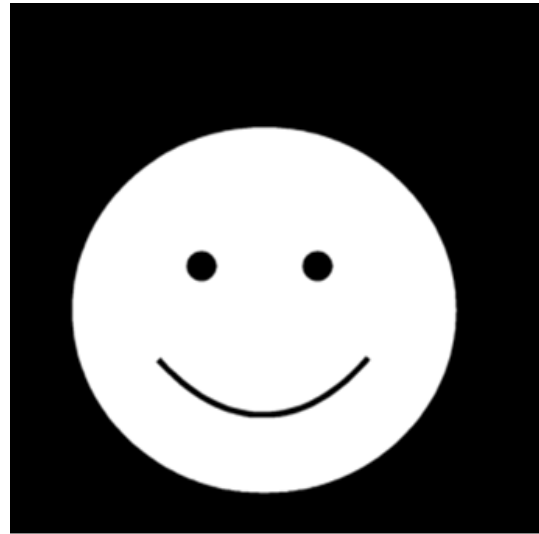
---

---

---



(hyvin/suuri/paljon)



(kohtalainen/kohtalaisesti)



(vähän/vähäinen/heikosti)



(ei ollenkaan/ei merkitystä/ei yhtään)