

**TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISTEN JA AFAATTISTEN IHMISTEN
VÄLINEN KOMMUNIKOINTI JA SEN TUKEMINEN**

Heli Rönty
Kandidaatintutkielma
Huhtikuu 2019
Oulun yliopisto
Humanistinen tiedekunta
Logopedia

TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISTEN JA AFAATTISTEN IHMISTEN VÄLINEN KOMMUNIKAATIO JA SEN TUKEMINEN

WHO:n ICF-mallin mukaisesti afaattisen ihmisen keskustelukumppani voi olla joko toimintakykyä edistävä tai rajoittava tekijä, riippuen keskustelukumppanin taidoista (Korpijaakko-Huuhka & Rautakoski, 2017). Kommunikointikumppanikoulutuksilla voidaan keskustelukumppaneille opettaa keinoja ja strategioita kompensoida afasian tuomia keskustelun vaikeuksia (Kagan, 1998). Tässä kandidaatintutkielmassa olikin tavoitteena selvittää millaista terveydenhuollon ammattilaisten ja afaattisten ihmisten välinen kommunikointi on ja voidaanko sitä tukea kouluttamalla ammattilaisia.

Tutkielma perustuu kahdeksaan kansainvälisissä tieteellisissä aikakauslehdissä vuosina 2009–2018 julkaistuihin artikkeleihin, joista neljä käsitteli jonkin terveydenhuollon ammattiryhmän ja afaattisten ihmisten välistä kommunikointia ja loput neljä ammattilaisten kouluttamista CPT-menetelmillä.

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että afaattisten ihmisten ja terveydenhuollon ammattilaisten kommunikoinnissa keskustelua hallitsee ammattilainen. Ammattilaisilla ei juurikaan ole käytössä kommunikointia tukevia ja korvaavia keinoja (AAC-keinoja) tai kommunikointia tukevia strategioita. Ajanpuute tai ajatus siitä, että tietää mitä kommunikointikumppani tahtoo, voivat ajaa afaattisen ihmisen mielipiteen ilmaisemisen tärkeyden ohitse. Tutkimusten tulokset olivat keskenään samansuuntaisia ja tukevat myös muissa tutkimuksissa tehtyjä havaintoja.

Terveydenhuollon ammattilaisia kouluttamalla voidaan lisätä tietoa afasiasta ja erilaisista kommunikointia tukevista strategioista. Koulutus näyttäisi lisäävän henkilökunnan luottamusta omiin kommunikointitaitoihinsa ja mahdollisesti lisäävän kommunikoinnin ja eri strategioiden käytön yrittämistä. Ajanpuute ja vaikea afasia saattavat estää kommunikoinnin onnistumisen. Lisää tutkimusta erityisesti taitojen yleistymisestä käytäntöön tarvittaisiin, mutta näiden tulosten perusteella näyttäisi olevan kannattavaa kouluttaa ammattilaisia.

Avainsanat: *afasia, CPT, kommunikointi, kommunikointikumppani, SCA, terveydenhuollon ammattilaiset, tuettu keskustelu*

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO	1
1.1 Afasian vaikutus kommunikointiin	2
1.2 Kommunikointi terveydenhuollossa.....	3
1.3 Toiminnallinen kommunikaatio ja osallistuminen	7
1.4 Kommunikointikumppanikoulutukset (CPT).....	8
2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET	12
3 MENETELMÄT	13
3.1 Tiedonhaku.....	13
3.2 Koehenkilöt ja menetelmät	13
3.2.1 Terveydenhuollon ammattilaisten ja afaattisten ihmisten kommunikointi....	14
3.2.2 Terveydenhuollon ammattilaisten kouluttaminen CPT-menetelmin.....	16
4 TULOKSET	19
4.1 Terveydenhuollon ammattilaisten ja afaattisten ihmisten kommunikointi.....	19
4.2 Terveydenhuollon ammattilaisten kouluttaminen CPT-menetelmin.....	21
5 POHDINTA	26
5.1 Tutkimustulosten arviointi	26
5.1.1 Terveydenhuollon ammattilaisten ja afaattisten ihmisten kommunikointi....	26
5.1.2 Terveydenhuollon ammattilaisten kouluttaminen CPT-menetelmin.....	28
5.2 Tutkimuksen toteuttamisen ja luotettavuuden arviointi	29
5.3 Tutkimuksen kliininen merkitys ja jatkotutkimusaiheita.....	30
LÄHTEET	34

1 JOHDANTO

Afasiaan sairastuu vuosittain Suomessa arviolta 4200–7600 ihmistä pelkästään aivoverenkiertohäiriöiden seurauksena, akuuttien aivovammojen seurauksena noin 4000 ja lisää sairastumisia voi aiheutua esimerkiksi aivokasvainten seurauksena (Lehtihalmes, 2017). Nämä luvut tarkoittavat, että Suomessa on noin 200 000 afaattista ihmistä. Afasiaan sairastuminen muuttaa kommunikointia radikaalisti (Rautakoski, 2014). Kommunikointi vähenee ja tapahtuu pääasiassa kotona lähipiirissä. Kommunikoinnin muoto voi muuttua enemmän eleitä tai muita puhetta korvaavia keinoja käyttäväksi ilman kuntoutustakin. Vieraille puhuminen voi olla erityisen hankalaa sekä turhauttavaa ja afaattiset ihmiset saattavat helposti luopua keskustelun yrittämisestä. Kommunikointi terveydenhuollossa on tärkeää tehokkaan ja oikean hoidon varmistamiseksi (Verhaak, Bensing & van Dulmen, 1998).

Kagan (1998) vertaa kommunikoinnin esteettömyyttä fyysiseen esteettömyyteen. Ihmisillä on oikeus esteettömään kommunikointiin ja yhteisön tulee tarjota siihen välineitä, niin kuin fyysiseen esteettömyydenkin saavuttamiseksi käytetään pyörätuoleja sekä rampeja. Taitava kommunikointikumppani on afaattisen ihmisen ramppi. Maailman terveysjärjestön (WHO) luoma toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF) tarjoaa viitekehyksen, joka huomioi niin yksilöön kuin ympäristöön liittyvät tekijät toimintakyvyssä (Stakes, 2004, s. 3–4). Kommunikointikumppani on ICF-mallin mukaisesti tärkeä ympäristötekijä (Korpijaakko-Huuhka & Rautakoski, 2017). Taitava kommunikointikumppani on afaattisen ihmisen arjen toimintakykyä edistävä, sellaisen puute taas on rajoite. Kouluttamalla yhden henkilön taitavaksi kommunikointikumppaniksi voidaan siis vaikuttaa monien afaattisten ihmisten kanssa käytyihin keskusteluihin. Afaattiset ihmiset tapaavat monia eri terveydenhuollon ammattilaisia haittojen määrän ja vakavuuden mukaan, esimerkiksi hoitajia, lääkäreitä ja fysioterapeutteja (Kaste ym., 2007)

Tämän kandidaatintutkielman tarkoituksena on selvittää, millaista terveydenhuollon ammattilaisten ja afaattisten ihmisten välinen kommunikaatio on ja voidaanko sitä parantaa kouluttamalla ammattilaisia kommunikoinnin tukemiseen. Mielestäni tämä on tärkeä aihe tutkia, sillä yhä useammat terveydenhuollon ammattilaiset tulevat kohtaamaan afaattisia ihmisiä. Jokaisella on oikeus tulla kuulluksi omaa hoitoaan koskien, mutta myös

ymmärrettävien hoito-ohjeiden antaminen on ensiarvoisen tärkeää laadukkaan hoidon takaamiseksi.

1.1 Afasian vaikutus kommunikointiin

Afasia on aivoperäinen, kielellis-kognitiivinen häiriö, joka syntyy kielenoppimisen jälkeen (Lehtihalmes, 2017). Afasia voidaan jakaa eri alatyyppeihin ja jaotteluja on olemassa useita. Eräs paljon käytetty jaottelu on Bostonin koulukunnan jaottelu, jossa afasiat jaetaan karkeasti sujumattomiin ja sujuviin afasioihin ja edelleen alatyyppeihin oireiden perusteella. Afasia voi näkyä kaikilla kielen osa-alueilla ja jaottelussa käytetään hyväksi viittä piirrettä: sujuvuus, ymmärtäminen, toistaminen, nimeäminen ja spontaani puhe. Afasiatyyppejä ovat esimerkiksi sujumaton Brocan afasia, sujuva Wernicken afasia, lieväksi luokiteltu anominen afasia sekä globaali afasia, jossa kaikki kielellinen toiminta on erittäin vaikeasti häiriintynyt.

Erityisen tärkeää sujuva kommunikointi olisi varmistaa afasian yhteydessä, sillä aivojen vaurioitumisen seurauksena afasiaan liittyy monesti muita terveysongelmia, kuten halvausoireita, muita kognitiivisia oireita, tunne-elämän häiriöitä tai näkökenttäpuutoksia (Kaste ym., 2007). Aivovammat aiheuttavat erilaisia kielellisiä ja kognitiivisia ongelmia kuin aivoverenkierronhäiriöt, ja myös liitännäisongelmat ovat erilaisia (Palomäki, Öhman & Koskinen, 2007; Raukola-Lindblom & Vartiainen, 2017). Huomionarvoista on myös se, että puheen, lukemisen tai muut kielen ongelmat, jotka ovat ilmestyneet esimerkiksi aivohalvauksen jälkeen, eivät välttämättä johdu afasiasta, vaan voivat olla seurausta esimerkiksi visuaalisesta agnosiasta tai puheen motoriikan häiriöistä kuten dysartriasta (Davis, 2007, s. 2).

Tutkimuksista tiedetään, että afaattisten henkilöiden elämänlaatu heikkenee kommunikoinnin vaikeutuessa verrattaessa ihmisiin, joiden kommunikoinnissa ei ole ongelmia (ks. esim. Hilari ym., 2009). Afasian tuomat kommunikoinnin vaikeudet näkyvät afaattikon omassa lähiympäristössä ja jopa afaattikkojen mukaan ottamisessa tutkimuksiin (Dalemans, Wade, van den Heuvel & de Witte, 2009; Winkler, Bedford, Northcott & Hilari, 2014). Afaattisen ihmisen kommunikointi muuttuu paljon ja se vaikeuttaa kommunikointia (Rautakoski, 2014). Se voi aiheuttaa kommunikoinnista vetäytymistä, vaikuttaa

ihmissuhteiden ylläpitoa ja läheistenkin kanssa saatetaan puhua vain hoidosta (Kagan & Gailey, 1993). Puhe voi olla hidasta ja kankeaa, sisältää virheellisiä lausumia tai rakenteita, sitä ei välttämättä tule ollenkaan tai sitten se voi olla soljuvaa, mutta kuulijan korvaan järjetöntä (Klippi, 2017). Kommunikointi on toki myös muutakin kuin pelkkää puhetta. Afaattiset ihmiset usein käyttävät puhetta kompensoivia keinoja keskustelun ylläpitämiseksi. Afasia kuitenkin vähentää mahdollisuuksia osallistua keskusteluun. Afasian vaikeusaste ei pelkästään vaikuta keskustelun onnistumiseen, vaan erittäin tärkeää on afaattisen ihmisen motivaatio keskustelun yrittämiseen (Kagan & Gailey, 1993).

1.2 Kommunikointi terveydenhuollossa

Potilaslähtöinen hoito korostaa ammattilaisen sekä potilaan välistä suhdetta, joka perustuu kunnioitukseen, hyvään tiedonvaihtoon sekä luottamukseen (Verhaak ym., 1998). Potilaslähtöinen hoitotapa takaa hyvän hoidon laadun, sillä potilastyytyväisyys, ohjeiden noudattaminen, ymmärtäminen ja yleiset vaikutukset terveyteen ovat tutkitusti todistettuja vaikutuksia. Moni asia vaikuttaa potilaslähtöiseen hoidon toteutumiseen, ja yksi tärkeimmistä tekijöistä on kommunikoinnin onnistuminen tai epäonnistuminen. Kommunikoinnin epäonnistumisen syynä ovat usein potilaan sairauksista johtuva kommunikoinnin vaikeus tai vääränlainen kommunikointitapa.

Potilaslähtöisen hoidon lähtökohta on yhteinen tai jaettu päätöksenteko (*shared decision-making*) (Elwyn ym., 2012). Yhteisen päätöksenteon tarkoituksena on osallistaa potilas omaan hoitoonsa ja antaa hänelle mahdollisuus tehdä omat päätöksensä riittävällä ammattilaisen tarjoamalla tuella. Yhteisen päätöksenteon hyötyinä voidaan erityisesti nähdä potilaiden suurempi sitoutuminen hoitoon, mahdollisten väärinymmärrysten väheneminen ja yksilöllisten ratkaisujen löytäminen (Edwards, Davies & Edwards, 2009). Esteiksi voivat helposti muodostua molempien osapuolten odotukset lääkärin ja potilaan rooleista, kommunikaation epäonnistuminen sekä stereotyyppit potilaista.

Keskusteluanalyysissa puhutaan arkikeskustelun lisäksi institutionaalisesta keskustelusta, jolla tarkoitetaan jonkin sosiaalisesti vakiintuneen instituution tehtävien ja roolien vaikutusta vuorovaikutukseen, esimerkiksi ammattilaisten välisiä keskusteluja tai ammatilaisen ja asiakkaan välisiä keskusteluja (Peräkylä, 1998; Raevaara, Ruusuvoori & Haa-

kana, 2001). Tällainen keskustelun rakenne löytyy yleensä myös terveydenhuollon puitteissa. Eroja arkikeskusteluun on monia, lähtien sanavalinnoista ja kielen muotoilusta vuorovaikutuksen epäsymmetrisyyteen sekä ammatilliseen neutraaliuteen. Keskustelun rakenne on yleensä hyvin jäsentynyt ja vakiintunut terveydenhuollossa. Instituutionaalissa rakenteessa ammattilaisten ja asiakkaiden tai potilaiden välillä vallitsee tietynlainen epäsymmetrisyys ja ammattilaiset pääasiassa hallitsevat keskustelua ja sen kulkua. Ammattilaiset ovat eräänlaisessa auktoriteettiasemassa, sillä heillä on tietoa ja instituutio sekä sen käytänteet ovat heille tuttuja. Tämä voi näkyä esimerkiksi niin, että vuorovaikutustilanteissa lääkäri yleensä esittää kysymyksiä potilaan kysymysten ollessa harvinaisempia.

Institutionaalista rakennetta saattaa ilmentää se, että hoitotapahtumissa hoitohenkilökunnan kommunikointi voi olla pitkälti tehtäväkeskeistä. McCaben (2004) tutkimuksessa hoitajien kommunikointia leimasi hoitajien tehtäväkeskeisyys, mutta hoitajiin liitettiin myös mielikuvia huolehtimisesta, empatiasta ja ystävällisyydestä sekä huumorista. Samansuuntaisia tuloksia on saatu muitakin (esim. Fakhr-Movahedi, Salsali, Negharandeh & Rahnavard, 2011). On kuitenkin tärkeä huomata, että institutionaalisen rakenteen lisäksi muu kulttuuri voi vaikuttaa hoitaja-potilas-kommunikointiin, esimerkiksi Iranissa hoitajan toivotaan olevan samaa sukupuolta, mikä voi aiheuttaa haastavia tilanteita samaa sukupuolta olevia hoitajia ei ole saatavilla (Fakhr-Movahedi ym., 2011).

Erilaisten kommunikoinnin vaikeudet, kuten afasia tai dysartria lisäävät kommunikaatio-ongelmia terveydenhoitohenkilökunnan ja potilaan välillä (Hemsley, Werninck & Worrall, 2013; Stans, Dalemans, Roentgen, Smeets & Beurskens, 2018). Ammattilaiset harvoin käyttävät puhetta tukevia ja korvaavia keinoja (AAC) tai muita kommunikoinnin tukemisen menetelmiä työssään (Morris, Clayman, Peters, Leppin & LeBlanc, 2015; Stans ym., 2018; Stans, Dalemans, Witte & Beurskens, 2013). Yhdessä ruotsalaisessa tutkimuksessa hoitajat osasivat kuitenkin tukea potilaidensa kommunikointia tuntemillaan strategioilla (Forsgren, Skott, Hartelius & Saldert, 2016). Strategioiden käyttö on tehokkainta silloin, kun hoitaja tuntee potilaan ja hänelle yksilöllisesti sopivat strategiat, mutta se ei ole aina mahdollinen tilanne. Kommunikoinnin rajoitteet liittyivät lähinnä ympäristöön, erityisesti käytettävissä olevan ajan vähäisyyteen. Myös kommunikointiympäristö voi tukea institutionaalista ja hoitoon keskittyvää puhetta, jos

kommunikointi tapahtuu hoitotapahtuman yhteydessä tai yleisissä tiloissa, joissa on useita potilaita yhtä aikaa.

Puhevammaiset ihmiset saattavat syyttää itseään kommunikoinnin epäonnistumisesta (Stans ym., 2018). Afasia ja muut kommunikoinnin vaikeudet koetaan usein haastaviksi sekä potilaiden, omaisten että hoitavan tahon puolesta (Hemsley ym., 2013; Forsgren ym., 2016; Morris ym., 2015; Stans ym., 2018; Stans ym., 2013). Haasteista huolimatta potilaat voivat kuitenkin olla tyytyväisiä hoitoonsa (Morris ym., 2015). Usein keskustelun osapuolet tunnistavat rauhallisen ympäristön ja huolellisen valmistautumisen vaikutukset keskustelun onnistumiseen (Forsgren ym., 2016; Stans ym., 2018; Stans ym., 2013). Tutkimuksia ihmisistä, joilla on kommunikointivaikeuksia kuten afasia ja heidän kommunikaatiostaan terveydenhuollon ammattilaisten kanssa on koottu taulukkoon 1.

Taulukko 1. Tutkimuksia terveydenhuollon ammattilaisten ja afaattisten tai muuten kommunikoinnin haasteista kärsivien ihmisten välisestä kommunikoinnista

Tutkijat	Tutkimuksen tarkoitus	Koehenkilöt	Menetelmät	Päätulokset
Forsgren ym. (2016)	Ruotsalaisten hoitokotien hoitaja-potilaskommunikointi	N=8 hoitajaa 6 hoitokodista, joissa puhevammaisia asukkaita	Puolistrukturoidut haastattelut, sisällön analyysi	Ympäristön vaikutus kommunikointiin: tila, aikarajoitteet, puhujien roolit ja suhteet. Hoitajat osasivat tukea kommunikointia
Hemsley ym. (2013)	Afaattisten ihmisten ikävät kokemukset sairaalassa	N=20: n=10 kroonisesti afaattista ihmistä n=10 puolisoa	Syvähaastattelu, narratiivinen analyysi	Monet tilanteet liittyivät afasiaan: yleisin keskustelun rikkoutuminen, ei keinoja saada huomiota, tietokatkokset
Morris ym. (2015)	Afaattisten ihmisten ja lääkäreiden välinen kommunikaatio	n=13 afaattista ihmistä, joilla mahdollisesti läheinen mukana n=25 lääkäriä	Lääkärikäynnin videointi, potilaiden haastattelu, lääkäreille kysely	Lääkäreistä kukaan ei kirjoittanut, yksi käytti kuvatukea, mutta eleiden käyttö oli runsaampaa. Läheisiin turvautuminen sekä puheen muokkaaminen ja katseen käyttö olivat yleisiä. Potilaat pääasiassa tyytyväisiä.
Stans ym. (2018)	Puhevammaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten välinen kommunikaatio	N=22 n=11 potilasta n=11 ammattilaista	Havainnointi, haastattelu, sisältöanalyysi	Potilaat syyttävät itseään kommunikoinnin epäonnistumisesta. Valmistautuminen ja rauhallinen ympäristö tärkeää, AAC-/kommunikointistrategiat ei käytössä, nonverbaalisen kommunikoinnin merkitys
Stans ym. (2013)	Puhevammaisten ja ammattilaisten kommunikaatio pitkäaikaishoidossa	N=38 n=14 potilasta, joista 4 afaattista n=13 hoitajaa n=5 puheterapeuttia n=6 yksikön johtajaa	Ryhmähaastattelut	Kommunikointi koetaan haastavaksi, mutta tärkeäksi. AAC-keinoja käytetään harvoin. Potilaiden yksilöllisyys, aika, ammattilaisten tietotaito ja asenne vaikuttavat kommunikointiin

Huom. AAC = Alternative and augmentative communication

1.3 Toiminnallinen kommunikaatio ja osallistuminen

Toiminnallinen kommunikaatio viittaa riittävään kommunikointikykyyn kussakin tilanteessa, vaikka termi onkin määritelty useilla eri tavoilla (Rautakoski, 2012). Toiminnallinen kommunikaatio liittyy läheisesti ICF-malliin, joka painottaa ihmisen osallistumista (Korpijaakko-Huuhka & Rautakoski, 2017). Ihmisen viestinnällistä toimintakykyä arvioidessa ei ole mielekäästä rajata kommunikoinnin arvioimista vain puheeseen. Arkipäiväisen selviytymisen lisäksi kommunikoinnin tulisi kuitenkin olla myös vuorovaikutusta (Worrall, McCooley, Davidson, Larkins & Hickson, 2002). Vuorovaikutus sisältää viestin muodostamisen ja vastaanottamisen lisäksi ne keinot, joita keskustelun käymiseen tarvitaan. Keinot tulee valita yksilöllisesti, niin henkilön itsensä kuin tilanteen mukaan ja ne sisältävät kaikki mahdolliset tavat puheen lisäksi saada viesti perille. Afaattisen ihmisen keskustelutaidot ovat puutteelliset, joten kommunikointikumppanin tulisi pystyä kompensoimaan omilla taidoillaan afasian tuomia keskustelun haasteita (Kagan, 1998).

Kuntoutuksen näkökulma siirtyy afaattisen ihmisen osallistumisen tukemiseen (LPAA, *the Life Participation Approach to Aphasia*), jolloin voidaan myös ottaa ympäristö huomioon kuntouttamisessa (Hinckley & Holland, 2015). Tämä tarkoittaa niin kouluttamista, sopeutumisvalmennuksia, mutta myös materiaalien ja opasteiden päivittämistä afaattisille ihmisille sopivimmaksi. Afaattisen keskustelun kuntoutukseen on kehitetty useita menetelmiä, joissa koulutetaan afaattisen henkilön keskustelukumppania (Simmons-Mackie, Savage & Worrall, 2014). Useat näistä menetelmistä nojaavat toiminnallisen kommunikoinnin ideaan ja edustavat sosiaalista kuntoutuksen mallia. *Communication Partner Training* (CPT) tarkoittaa afaattisen ihmisen kommunikointikumppanin kouluttamista tehokkaampaan kommunikointiin (Cruice, Blom Johansson, Isaksen & Horton, 2018).

Rautakosken (2002) tutkimus kommunikaatiokurssien vaikutuksesta afaattisen henkilön toiminnalliseen kommunikointikykyyn oli lupaava. Yhdeksi syyksi kommunikoinnin lisääntymiseen hän arvelee kommunikointikumppanin koulutuksen, sillä niin afaattinen henkilö pääsee hyödyntämään erilaisia kommunikointikeinoja ja osallistumaan keskusteluun taitavan kumppanin avulla. Tutkimuksen pitkäaikaisseurannassa tapahtui kuitenkin notkahdus: eivätkö taidot yleistyneetkään riittävästi? Vaikutusta saattoi olla myös esimerkiksi terveydentilan muutoksilla tai muilla syillä. Taitojen yleistymisen

kannalta olisi kuitenkin merkittävää, että mahdollisimman moni osaisi keskustella afaattisen henkilön kanssa, jolloin hän pääsisi käyttämään eri kommunikointikeinoja ja saisi enemmän hyviä kommunikointikokemuksia. Yksi koulutettava ryhmä voisi siis olla terveydenhuollon ammattilaiset, sillä se saattaisi edistää sekä afaattisen henkilön toiminnallista kommunikointikykyä sekä parantaa hoidon laatua kommunikoinnin muuttuessa sujuvammaksi.

1.4 Kommunikointikumppanikoulutukset (CPT)

CPT-termi on eräänlainen yläkäsite, eikä sille ole luotu tarkkoja kuvauksia esimerkiksi sisällöstä tai koulutustavasta. Esimerkiksi koulutuksessa voidaan kouluttaa pelkästään kommunikointikumppaneja yksitellen, ryhmänä tai sitten ottaa koulutukseen mukaan myös afaattinen ihminen, jolloin koulutetaan kommunikointipareja (Simmons-Mackie ym., 2014). CPT-menetelmiä ovat ainakin *Communication Partners*, *Supported Conversation for Adults with Aphasia* (SCA), *Conversation Partner Scheme* ja *Conversation Partner Training* (Cruice ym., 2018). Ne kaikki perustuvat ajatukseen, että keskustelu on keskustelijoiden yhteistyötä. Myös Arja Nykäsen kehittämä APPUTE-terapia on suunniteltu afaattisen ihmisen ja hänen lähi-ihmisensä ohjaamiseen kohti onnistuneempaa arjen kommunikointia (Brunou, Klippi & Rautakoski, 2017). Seuraavaksi esittelen näistä metodeista yhden tarkemmin.

Kaganin (1998) kehittämä menetelmä afaattisen aikuisen tuettu keskustelu (SCA) on eräs CPT-menetelmäksi luokiteltu metodi (Cruice ym., 2018). Keskustelu nähdään afaattisen ihmisen taitojen, hänen keskustelukumppaninsa taitojen sekä saatavilla olevien materiaalien yhdessä muodostamaksi lopputulokseksi (Kagan & Gailey, 1993). Menetelmä yhdistelee toiminnallisen kommunikoinnin, kontekstin hyödyntämisen, AAC-menetelmien sekä tehokkaan tiedon vaihtamisen näkökulmia ja pyrkii luomaan keinon, jolla afaattinen ihminen voi käydä keskusteluja aikuismaisesti – ei siis pelkästään tiedonvaihdon takia, vaan jotta afaattinen ihminen voisi osallistua kommunikointiin aktiivisena osapuolena (Kagan, 1998; Kagan, Black, Duchan, Simmons-Mackie & Square, 2001). Tarkoitus on kouluttaa afaattisen ihmisen keskustelukumppania kompensoimaan afasian tuomia kommunikoinnin vaikeuksia. Koulutettavat keskustelukumppanit

voivat olla vapaaehtoisia, eri alojen ammattilaisia kuten puheterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä tai lääkäreitä sekä afaattisten ihmisten läheisiä.

Koulutus tapahtuu yksipäiväisessä työpajassa pienissä ryhmissä (Kagan, 1998). Menetelmään kuuluu afasiaan sekä SCA-tekniikoihin tutustumista ja niiden harjoittelua. Tekniikoiden tarkoituksena on saada keskustelukumppani tunnustamaan sekä tuomaan esiin afaattisen ihmisen keskustelukyvyyt. Kykyjen esiintuomisessa varmistetaan ymmärtäminen, annetaan afaattiselle ihmiselle keinoja ja tilaa vastata sekä tarkistetaan vielä ymmärtäminen kokoamalla asioita yhteen ja varmistamalla vastaukset ja niiden ymmärtäminen. Tekniikoita ovat avainsanojen kirjoittaminen, kyllä/ei-kysymykset, eleet, vastausajan antaminen, vaihtoehtojen tarjoaminen sekä saatavilla olevien materiaalien kuten kaulentereiden ja karttojen käyttäminen. Tärkeää on käyttää kaikkia tekniikoita joustavasti ja mahdollisesti yhtä aikaa.

CPT-menetelmien käyttöä on tutkittu niin omaisten, vapaaehtoisten kuin terveydenhuollon ammattilaisten kuin opiskelijoidenkin kanssa (Cruice ym., 2018). Vähiten menetelmien tutkimista on tehty ammattilaisten kohdalla. Cruice ym. (2018) kokosivat kahdesta aiemmasta kokooma-artikkelista yhteensä 56 tutkimusta, joista vain kahdeksan koski terveydenhuollon ammattilaisia tai opiskelijoita. Tutkimuksia ammattilaisten kouluttamisesta kaivattaisiin lisää, mutta jo olevassa olevia tutkimuksia on koottu taulukkoon 2.

Opiskelijoita kouluttaessa on saatu lupaavia tuloksia (Doherty & Lay, 2019; Legg, Young & Bryer, 2005; Welsh & Szabo, 2011). Opiskelijoilla oli koulutuksen jälkeen enemmän tietoa afasiasta ja heidän kykynsä kommunikoida afaattisen ihmisten kanssa näytti paranevan. Ammattilaisten kouluttaminen näyttää parantavan kommunikointia afaattisten ihmisten kanssa (Heard, O'Halloran & McKinley, 2017; McGilton ym., 2018; Simmons-Mackie ym., 2007). Heard ym. (2017) vertailivat kasvotusten tapahtuvaa koulutusta nettikoulutukseen ja molemmat tavat näyttäisivät olevan yhtä vaikuttavia. Akuutti-osastolla työskentelevien ammattilaisten näyttäisi olevan vaikeampaa soveltaa koulutuksesta saatuja oppeja käytäntöön kuin pitkäaikaishoidossa ja kuntoutuksessa työskentelevien (Simmons-Mackie ym., 2007). Se voi johtua henkilöstön suuresta vaihtuvuudesta ja osaston nopeatempoisesta työn luonteesta sekä siitä, että potilaat vaihtavat nopeasti paikkaa muualle. Koulutuksilla näyttäisi olevan myös positiivista vaikutusta afaattisen ihmisten psyykkiseen hyvinvointiin (McGilton ym., 2018; Welsh & Szabo, 2011).

Erikoinen havainto koulutuksen merkityksestä on saatu muutamasta tutkimuksesta (Kagan, Simmons-Mackie & Victor, 2018; Legg ym., 2005). Jos henkilö, joka ei saa CPT-koulutusta, mutta saa afasiasta tietoa, saattaa suoriutua afaattisen ihmisen kanssa kommunikoinnista huonommin kuin jos afasiasta ei ole saanut tietoa. Kyseessä saattaa olla nosebo- eli pahennusvaikutus, jolloin ihmisen odotukset huonosti suoriutumisesta saavat oikeasti suoriutumaan heikommin.

Taulukko 2. Tutkimuksia terveydenhuollon ammattilaisten kouluttamisesta afaattisten ihmisten kanssa kommunikointiin

Tutkijat	Tutkimuksen tarkoitus	Koehenkilöt	Menetelmät	Päätulokset	
Doherty & Lay (2019)	Kehittää ja arvioida toimintaterapeuttiopiskelijoille SCA-koulutus	N = 14 opiskelijaa n = 8 vaihe I n = 6 vaihe II	I vaiheessa kehitettiin SCA:n pohjalta koulutusohjelma, II vaiheessa sitä testattiin 1. vuoden opiskelijoilla	Mitattaessa opiskelijoiden afasiatietämystä kyselyllä, olivat koulutuksen jälkeiset pisteet paremmat. MSC-pisteet olivat koulutuksen jälkeen hyvät. Koulutus näytti valmistavan opiskelijat taitavaan kommunikointiin.	
Heard ym. (2017)	Onko e-kurssi CPT:stä yhtä vaikuttava kuin SCA-koulutus, kun koulutetaan kuntoutusosaston ammattilaisia	N = 48: n = 21 SCA n = 27 e-kurssi	Molemmat ryhmät itsearvioivat ennen, heti jälkeen ja 3-4 kk:n jälkeen luottamuksensa ja tietonsa ja heidän tietonsa testattiin	Kummatkin menetelmät olivat vaikuttavia.	
Legg ym. (2005)	Parantaako SCA 6. vuoden lääkäriopiskelijoiden anamneesin ottoa afaattisilta potilailta?	N = 21: n = 11 testiryhmä n = 10 kontrolliryhmä	Kontrolliryhmä sai teoriatietoa afasiasta; testiryhmä kävi SCA-koulutuksen. Molemmat ryhmät haastattelit afaattisen potilaan kahdesti ja haastattelut arvioitiin.	SCA-ryhmä kehittyi merkittävästi verrattuna kontrolliryhmään. Kontrolliryhmä suoriutui koulutuksen jälkeen huomattavasti anamneesin otosta, mutta heilläkin MSC-pisteet paranivat.	
McGilton ym. (2018)	PCCI:n vaikutus kuntoutusyksikössä	N = 34 potilasta	Ennen ja jälkeen intervention arvioitiin potilaiden elämänlaatua (QOL), masennusoireita sekä hoitoon tyytyväisyyttä	QOL nousi, masennusoireet vähenivät ja he olivat tyytyväisempiä.	
Simmons-Mackie ym. (2007)	Parantaa afaattisten ihmisten mahdollisuuksia tiedon saamiseen sekä päätöksentekoon kouluttamalla moniammatilliset tiimit akuutti-, kuntoutus- ja pitkäaikaishoidossa.	N = 37 n = 11 akuutti n = 15 kuntoutus n = 11 pitkäaikaishoito	Kaikille tiimeille CAIP-koulutus, jossa 2 päivää SCA-koulutusta sekä koulutuksen jälkeinen tuki ja seuranta	Kaikkien tiimien taidot kommunikoinnin tukemiseen sekä afasia tietoisuus nousivat. 4 kk:n jälkeen akuuttitiimin tulokset poikkesivat huomattavasti kahden muun positiivisesta kehityksestä.	
Welsh & Szabo (2011)	Hoiva-avustajaopiskelijoiden kouluttaminen afasiasta sekä kommunikoinnin tukemisen strategioihin afaattisten ihmisten toimiessa kouluttajina yhdessä puheterapeutin kanssa.	N = 265 n = 256 opiskelijaa n = 9 afaattista ihmistä	haastatteluissa	Kaksi opetuskertaa, joilla molemmilla kerättiin kysely opiskelijoiden afasiatietämyksestä sekä mielipiteistä koulutukseen liittyen	Opiskelijoiden oppimistulokset olivat positiivisia ja koulutukseen osallistumisella saattoi olla positiivista vaikutusta afaattisten ihmisten psykososiaaliseen hyvinvointiin.

Huom. CAIP = Communicate Access Improvement Project; CPT = Communication partner training; e-kurssi = verkkokurssi; MSC = Measure of skill in Supported Conversation; PCCI = Patient-centered communication intervention; QOL = Quality of Life; SCA = Supported Conversation for Adults with Aphasia

2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tässä kandidaatintutkielmassa tavoite on kirjallisuuskatsauksen avulla tutkia, millä tavalla terveydenhuollon ammattilaiset kommunikoivat afaattisten henkilöiden kanssa. Lisäksi mielenkiinnon kohteena on, voidaanko terveydenhuollon ammattilaisten sekä afaattisten henkilöiden välistä kommunikointia tukea ammattilaisia kouluttamalla.

Tutkimuksella etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millä tavoin terveydenhuollon ammattilaiset kommunikoivat afaattisen henkilön kanssa?
2. Voidaanko kommunikointia tukea kouluttamalla terveydenhuollon ammattilaisia CPT-menetelmällä?

3 MENETELMÄT

Tässä kandidaatintutkielmassa etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin kirjallisuuden avulla. Seuraavaksi kuvataan tiedonhaun prosessi sekä esitellään tutkimusten koehenkilöt sekä menetelmät. Tutkimukset käsitellään tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä niin, että ensin esitellään ammattilaisten ja afaattisten ihmisten välistä kommunikointia koskeneet tutkimukset ja toisena ammattilaisten kouluttamista CPT-menetelmin käsittelevät tutkimukset.

3.1 Tiedonhaku

Tässä kandidaatintutkielmassa käytetään kahdeksaa vuosina 2009–2018 kansainvälisissä tieteellisissä aikakauslehdissä julkaistua tutkimusartikkelia. Tiedonhaku suoritettiin EBSCO-, ProQuest-, Scopus-, Oula-Finna- ja Google Scholar -tietokannoissa käyttäen hakusanoina esimerkiksi *aphasia, communication, conversation, health professional, nursing staff, nurses, intervention, supported conversation, SCA* ja *CPT*. Artikkeleita etsittiin myös keskeisten julkaisujen viittauksia apuna käyttäen.

Käytettävät tutkimusartikkelit valikoituivat aiheenrajauksen jälkeen pääasiassa saatavuuden ja uutuuden mukaan. Kumpaankin tutkimuskysymyksiin vastaaviin artikkeleihin valittiin tutkimuksia, joissa oli erityisesti afaattisia ihmisiä, mutta primaariprogrestiivinen afasia (PPA) rajattiin pois. Kaikkien kommunikointikumppanien piti olla terveydenhuollon ammattilaisia, ja he eivät olleet koulutuksissa vapaaehtoisen roolissa. CPT-koulutuksen tuli tapahtua kasvotusten ja perustua suurin piirtein samoihin menetelmiin kuin SCA-koulutus.

3.2 Koehenkilöt ja menetelmät

Seuraavaksi esitellään tässä kandidaatintutkielmassa käytettävien tutkimusten koehenkilöt ja menetelmät tarkemmin. Tutkimukset on jaoteltu tutkimuskysymysten mukaan niin, että ensiksi esitellään neljä terveydenhuollon ammattilaisten ja afaattisten ihmisten

välisitä kommunikaatiota käsitteleviä tutkimuksia, jonka jälkeen esitellään neljä tutkimusta, joissa terveydenhuollon ammattilaisia koulutetaan CPT-koulutuksilla.

3.2.1 Terveydenhuollon ammattilaisten ja afaattisten ihmisten kommunikointi

Kahdessa tutkimuksista, joissa tutkittiin terveydenhuollon ammattilaisten ja afaattisten ihmisten välistä kommunikaatiota, ammattilaiset olivat hoitajia (Gordon, Ellis-Hill & Ashburn 2009; Hersh, Godecke, Armstrong, Ciccone & Bernhardt, 2016). Tanskalainen tutkimus käsitteli afaattisten ihmisten ja puheterapeuttien yhteistä päätöksentekoa (Isaksen, 2018) ja yhdysvaltalainen tutkimus afaattisten ihmisten ja heidän omaistensa välistä kommunikaatiota lääkäreiden kanssa avohoidossa (Burns, Baylor, Dudgeon, Starks & Yorkston, 2015). Hershin ja kumppaneiden (2016) tutkimus oli toteutettu australialaisen sairaalan akuuttiosastolla, jossa hoidettiin aivohalvauspotilaita, kun taas toinen hoitajia koskettava tutkimus oli brittiläisen sairaalan aivohalvausten hoidon erikoisosastolta sekä kuntoutusosastolta (Gordon ym., 2009). Taulukkoon 3 on koottu tutkimusten koehenkilöt sekä menetelmät.

Taulukko 3. Kommunikointia koskevien tutkimusten koehenkilöt ja menetelmät

Tutkijat	Tutkimuksen kohde	Koehenkilöt	Menetelmät
Burns ym. (2015)	Afaattisten ihmisten ja heidän omaistensa kommunikointi lääkäreiden kanssa	N = 18 n = 6 afaattista ihmistä n = 6 omaista n = 6 lääkäriä	Puolistrukturoidut haastattelut, narratiivinen analyysi
Gordon ym. (2009)	Hoitaja-potilaskommunikointi sairaalassa	N = 19 n = 14 hoitajaa n = 3 afaattista potilasta n = 2 dysartrista potilasta	Videointi, keskusteluanalyysi
Hersh ym. (2016)	Akuutin AVH-yksikön hoitaja-potilaskommunikointi	n = 3 AVH-potilasta, joista kahdella afasia. Jokaisella potilaalla 5-6 hoitajaa.	Videointi, analyysi (<i>speech function analysis</i>)
Isaksen (2018)	Puheterapeutin ja afaattisen ihmisen yhteinen päätöksenteko	N = 40 n = 28 afaattista ihmistä n = 12 puheterapeuttia	Videointi, puheterapeuttien haastattelu, teema-analyysi

Huom. AVH = aivoverenkiertohäiriö

Burnsin ym. (2015) tutkimuksessa viidellä potilaalla oli tarkemmin määrittelemätön afasia ja yhdellä primaariprogrediivinen afasia (PPA). Potilaat olivat kaikki yli 50-vuotiaita ja afasian saamisesta oli kulunut 3–10 vuotta. Potilaissa oli kaksi naista ja neljä

miestä. Gordonin ym. (2009) tutkimuksessa oli viisi potilasta, joista kolmella oli afasia ja kahdella dysartria. Afasiapotilaista kaksi oli miehiä, yksi nainen ja heidän ikänsä vaihteli 43 vuodesta 71 vuoteen. Kaksi potilaista oli saanut aivohalvauksen noin kuukautta aiemmin ja olivat akuuttiosastolla, kun taas nuorimmalla miespotilaalla oli kulunut aivohalvauksesta noin puoli vuotta ja hän oli kuntoutusosastolla. Kuntoutusosastolla olevalla potilaalla oli ekspressiivinen afasia, kahdella muulla oli vakava ekspressiivinen afasia ja sen lisäksi ymmärtämishäiriöitä.

Hershin ym. (2016) tutkimuksessa oli vertaileva asetelma, sillä kaksi potilaista oli saanut afasian vasemman aivopuoliskon halvauksen vuoksi, toisella oli sujuva Wernickin afasia ja toisella sujumaton globaali afasia. Yhdellä potilaista ei ollut kielellisiä ongelmia halvauksen tultua oikeaan aivopuoliskoon. Afaattiset potilaat olivat molemmat 68-vuotiaita, ja heidän afasiansa olivat kohtalaisen vakava ja vakava. Kolmas potilas oli vasta 48-vuotias. Kaikki olivat sairastuneet 16–17 päivää aiemmin. Isaksenin (2018) tutkimuksessa oli 28 afaattista ihmistä, jotka saivat puheterapiaa avohoidossa, mutta heidän afasiatyyppinsä, sairastumisestaan kulunut aika sekä afasiansa vaikeusaste vaihtelivat, eikä niitä tarkemmin määritelty. Videonauhoitukset tapahtuivat terapian loppuarviointikerroilla, näistä 33 terapiakerrasta 15 kerralla afaattisen ihmisen läheinen oli mukana.

Isaksenin (2018) tutkimuksessa oli yhteensä 12 puheterapeuttia, joiden taustatietoja ei sen tarkemmin eritelty. Burns ym. (2015) haastattelivat kuutta lääkäriä, joista viisi olivat naisia. Lääkärien erikoisalajat vaihtelivat, samoin ammatinharjoittamisvuodet kahdesta vuodesta yli 20 vuoteen. Kaikki kohtasivat säännöllisesti potilaita, joilla oli kommunikoinnin vaikeuksia, mutta vain osa oli saanut tarkempaa koulutusta potilasvuorovaikutukseen. Gordon ja kumppanit (2009) analysoivat yhteensä 14 eri hoitajan keskustelua viiden potilaan kanssa. Hershin ym. (2016) tutkimuksessa kunkin potilaan kanssa kommunikoi viidestä kuuteen hoitajaa tai hoitajia avustavia työntekijöitä, joista kaikki olivat naisia.

Hershin ym. (2016) sekä Gordonin ym. (2009) tutkimukset käyttivät hoitotapahtumien videointia ja sen pohjalta tehtyä keskusteluanalyysiä. Keskusteluanalyysi on vuorovaikutuksen tutkimuksen väline, jossa pyritään mahdollisimman neutraalisti, mutta tarkasti litteroimaan aidon vuorovaikutuksen verbaalinen ja nonverbaalinen kommunikointi tutkimusta varten (Raevaara ym., 2001; Seppänen, 1998). Sitä on käytetty paljon

myös afaattisten ihmisten kanssa (Klippi, 2017; Laakso, 2005). Puheterapeutteja koskenut tutkimus käytti terapian loppuarviointikeskustelun videointia, sen pohjalta tehtyä keskusteluanalyysiä ja puheterapeuttien puolistrukturoituja haastatteluja (Isaksen, 2018). Tutkimus oli kuitenkin alun perin suunniteltu vastaamaan eri tutkimuskysymyksiin, ja analysointi yhteisestä päätöksenteosta tehtiin vasta myöhemmin. Sen sijaan Burns ym. (2015) tutkimuksessa aineisto oli kerätty vain puolistrukturoiduilla haastatteluilla, jotka videoitiin ja analysoitiin. Afaattiset henkilöt haastateltiin sekä yksin että omaisten kanssa ja lääkärit haastateltiin yksitellen.

3.2.2 Terveystieteiden ammattilaisten kouluttaminen CPT-menetelmin

Kommunikoinnin tukemista koskevista tutkimuksista Cameron ym. (2017) ja Finch ym. (2017) käyttivät samaa CPT-koulutusta, yhdessä tutkimuksista oli SC-koulutus (Horton, Lane & Shiggins, 2016) ja yksi SCA-menetelmää (Jensen ym., 2015). Lukuun ottamatta Finchin ym. tutkimusta, koulutettiin tutkimuksissa moniammatillisia tiimejä sairaalaympäristöissä.

Taulukko 4. CPT-koulutuksia koskevien tutkimusten koehenkilöt ja menetelmät

Tutkijat	Tutkimuksen tarkoitus	Koehenkilöt	Menetelmät
Cameron ym. (2017)	CPT:n soveltaminen australialaiseen metropoli-sairaalan subakuuttiin yksikköön.	N = 52 terveydenhuoltoalan ammattilaista moniammatillisista tiimeistä	CPT-koulutus, ennen ja jälkeen kyselyt strategioiden tuntemisesta ja itseluottamuksesta.
Finch ym. (2017)	Parantaako CPT-koulutus puheterapeuttiopiskelijoiden kommunikointia afaattisten henkilöiden kanssa?	N = 38: n = 19 testiryhmä n = 19 kontrolliryhmä	Keskusteluista PWA:n kanssa MSC- ja MPC-pisteet sekä strategioiden ja keskustelujen epäonnistumisten ja niiden korjausten määrittäminen.
Horton ym. (2016)	SC:n soveltaminen moniammatilliseen halvausyksikköön.	n = 28 ammattilaista, joista 11 kohderyhmässä videoissa: n = 6 PWA n = 8 ammattilaista	SC-koulutus ja materiaalien käyttöön-otto yksikköön. Ammattilaisten oppimispäiväkirjojen, kohderyhmän haastattelujen sekä hoivatilanteista kuvattujen videoiden analysointi.
Jensen ym. (2015)	Moniammatillisen aivohalvausosaston SCA-koulutus ja -materiaalien teko.	N = 31 terveydenhuoltoalan ammattilaista n = 7 osallistujaa syvähaastatteluissa	SCA-koulutuksen soveltaminen tanskaksi. Ammattilaisten koulutus ja kyselyt sekä haastattelu menetelmien tuntemisesta ennen ja jälkeen koulutuksen.

Huom. CPT = Conversation partner training; PWA = Person with aphasia; MPC = Measure of participation conversation; MSC = Measure of skill in supported conversation; SC = Supported conversation; SCA = Supported conversation for adults with aphasia

Cameronin ym. (2017) tutkimus sijoittui australialaiseen metropolisairaalaan, jossa koulutettiin 52 terveydenhuollon ammattilaista moniammatillisista tiimeistä. Ammattilaisiin kuului hoiva-avustajia, audiologeja, ravitsemuksen ammattilaisia, toimintaterapeutteja, farmaseutteja, fysioterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä sekä hoitajia. Ammattilaiset täyttivät omia tietojaan, taitojaan ja luottamustaan koskevan kyselyn sekä ennen että jälkeen CPT-koulutuksen. Avoimet kysymykset analysoitiin käyttämällä sisällön analyysiä.

Finchin ym. (2017) koehenkilöinä oli 38 australialaista puheterapeuttiopiskelijaa, jotka olivat jo saaneet luentoja afasioista, mutta eivät olleet opinnoissaan kohdanneet afaattista ihmistä (muutama oli kohdannut opintojen ulkopuolella). Opiskelijat jaettiin kahteen ryhmään, joista toinen kävi noin 20 minuutin pituisella CPT-luennolla ennen afaattisen ihmisen kanssa keskustelua. Afaattisia ihmisiä oli yhteensä kymmenen ja heidän afasiansa vaihteli lievästä kohtalaisen vakavaan. Heidän keski-ikänsä oli 61 vuotta ja sairastumisajankohdasta kulunut keskimääräisesti 48 kuukautta. Afaattiset ihmiset saivat myös koulutusta kommunikoinnin tukemisesta, mutta he eivät tieneet osan opiskelijoista saaneen myös koulutusta. Keskustelut tapahtuivat 2–3 opiskelijan arvotuissa ryhmissä. Keskustelut arvioitiin sokkona käyttäen Kaganin ym. (2004) kehittämää MSC- ja MPC-menetelmiä ja lisäksi keskusteluanalyysiä käyttäen (ks. Finch ym., 2017). MSC-skaalaa (*Measure of skill in Supported Conversation*) koostuu kahdesta osiosta: ensiksi tietojen ja kykyjen tunnustaminen (*acknowledge competence*) ja toiseksi tietojen ja kykyjen esiintuomisesta (*reveal competence*). Tunnustamisella tarkoitetaan sitä, että keskustelukumppani oikeiden keinojen hyödyntämisellä osoittaa arvostuksen afaattisen henkilöä kohtaa sekä osoittaa tietävänsä, että afaattisen henkilön kognitiiviset ja sosiaaliset taidot ovat tallessa. Esiintuomisella tarkoitetaan sellaisten keinojen hyödyntämistä, että varmistetaan afaattisen ihmisen osallistuminen keskusteluun sekä ymmärtämisen varmistamista. MPC-skaala (*Measure of Participation in Conversation*) koostuu niin ikään kahdesta osa-alueesta, vuorovaikutuspisteistä (*interaction score*) sekä tietojen vaihtamispisteistä (*transaction score*) ja näillä pisteillä arvioidaan nimenomaan afaattisen henkilön osallistumista keskusteluun. Pisteet sijoittuvat välillä 0–4, niin että nolla on täysin sopimatonta ja neljä erinomainen.

Hortonin ym. (2016) tutkimuksessa brittiläisen sairaalan moniammatillisen tiimin 28 jäsentä koulutettiin CPT-menetelmiin kuuluvalla SC-menetelmällä. Yksitoista koehenkilöä osallistuivat tutkimukseen tiiviimmin muun muassa haastatteluihin. Tuloksia kerättiin

ammattilaisten pitämällä oppimispäiväkirjoilla, ryhmä- ja yksilöhaastatteluilla sekä videoimalla potilaskohtauksia. Tuloksia kerättiin sekä heti koulutuksen jälkeen että jonkin ajan kuluttua, jotta saataisiin selville taitojen siirtyminen käytäntöön. Videot litteroitiin ja analysointiin vuorovaikutuksen näkökulmasta.

Jensenin ym. (2015) tutkimuksessa koulutettiin tanskalaisen sairaalan aivohalvausyksikön ammattilaisia. Kyselyt hoitajien tiedoista, taidoista ja luottamuksesta saatiin takaisin 31 hoitajalta sekä ennen että jälkeen koulutuksen. Kyselyn vastauksista saatiin sekä laadullista että määrällistä. Lisäksi seitsemää hoitajaa haastateltiin tarkemmin. Osa hoitajista oli koulutettu SCA-menetelmän ”superkäyttäjiksi”, jolloin he olivat saaneet hieman pidemmän koulutuksen. Koulutus oli yksi- tai kaksipäiväinen. Samaan aikaan kun henkilökuntaa koulutettiin käyttämään SCA-menetelmää, sairaalan puheterapeutti opetti saman metodin afaattisille ihmisille.

4 TULOKSET

Tämän kandidaatintutkielman tulokset perustuvat edellä esiteltyihin tutkimus-artikkeleihin. Tulokset esitellään tutkimuskysymyksiä vastaavassa järjestyksessä: ensiksi esitetään terveydenhuollon ammattilaisten ja afaattisten ihmisten kommunikointiin keskittyvät tulokset, sitten tulokset terveydenhuollon ammattilaisten kouluttamisesta CPT-menetelmin.

4.1 Terveydenhuollon ammattilaisten ja afaattisten ihmisten kommunikointi

Puheterapeutit ja hoitajat hallitsivat afaattisten ihmisten kanssa käytyjä keskusteluja (Gordon ym., 2009; Hersh ym., 2016; Isaksen, 2018). Lääkäreitä koskevassa tutkimuksessa kukaan haastateltavista ei suorainaisesti tuonut tätä asiaa esille, mutta afaattisilla ihmisillä ja omaisilla oli joskus jäänyt tunne, että lääkäri yrittää vain hoitaa potilastapaamisen nopeasti pois alta (Burns ym., 2015). Eräs haastatelluista lääkäreistäkin kuvasi tätä ilmiötä toteamalla, että ajanpuutteen vuoksi hän saattaa omalla puheellaan ohittaa potilaan.

Ajanpuute kommunikointiin vaikuttavana tekijänä nousikin esille erityisesti Burns ym. (2015) tutkimuksessa. Lääkäreiden tulee hoitaa potilaat tietyssä ajassa, jolloin afaattisen ihmisen tarvitsemaa aikaa ei välttämättä ole saatavilla. Sen sijaan Gordonin ym. (2009) sekä Isaksenin (2018) tutkimuksissa nostettiin esille niin sanottu institutionaalinen konteksti, joka vaikutti kommunikointiin. Nämä rakenteet aiheuttavat kommunikoinnin tehtäväkeskeisyyttä, jota havaittiin myös toisessa hoitajia koskevassa tutkimuksessa (Hersh ym., 2016). Puheterapeuttien haastatteluista yksi esille noussut teema oli se, että yhteistä päätöksentekoa saattoivat haitata keskustelijoiden odotukset heidän omista ja toisen rooleista (Isaksen, 2018). Toisekseen keskustelijoiden näkemykset sekä roolit saattavat haitata yhteistä päätöksentekoa. Molemmat keskustelijat saattavat odottaa puheterapeutin rooliin kuuluvan vastuunkantamisen päätöksistä. Puheterapeutti on todennäköisesti jo ottanut itselleen jonkin näkökannan ja asiakkaan pitäisi pystyä hyvin voimakkailla argumenteilla muuttamaan sitä, näin ainakin mainitsi kahdeksan haastateltavaa.

Tehtäväkeskeisyyden lisäksi erityisesti hoitajien ja afaattisten ihmisten välistä kommunikointia leimasivat suljettujen kysymysten käyttö (Gordon ym., 2009; Hersh ym., 2016). Molemmissa tutkimuksissa hoitajat myös tekivät suurimman osan keskustelualoitteista. Myös puheterapeutit tekivät lähes kaikki aloitteet päätöksentekoon liittyvissä keskusteluissa (Isaksen, 2018). Puheterapeuttien kommunikointialoitteet saattoivat sulkea vaihtoehtoja pois eivätkä aloitukset välttämättä aina tarjonneet oikeaa vaikutusmahdollisuutta. Gordonin ym. (2009) tutkimuksessa potilaille jäi vain lyhyitä vuoroja vastauksiin. Potilailla ei myöskään ollut juuri muuta vuorovaikutusta kuin hoitajien kanssa käydyt keskustelut sekä mahdollisten vierailijoiden kanssa kommunikointi (Gordon ym., 2009; Hersh ym., 2016). Näin ollen he saattoivat olla pitkiä aikoja yksikseen hiljaa.

AAC-keinoja ei havaittu olevan käytössä. Hershin ym. (2016) tutkimuksessa nousi esille vähäistä SCA-menetelmien käyttöä, mutta Gordonin ym. (2009) tutkimuksessa keskustelua tukevien strategioiden käyttö ei noussut esille. Näin oli myös lääkäreitä koskevassa tutkimuksessa (Burns ym., 2015). Puheterapeuteista joillakin oli käytössään kommunikointia tukevia ja korvaavia menetelmiä, esimerkiksi keskustelumattoja (Isaksen, 2018). Kuitenkin vain neljä mainitsi oikeiden kommunikointitapojen löytämisen merkityksen. He myös saattoivat käyttää vaihtoehtojen kirjoittamista paperille. Huomattavaa oli, että puheterapeuttien asiakkaista seitsemän toi itse tilanteeseen joitain kommunikointia tukevia menetelmiä.

Ammattilaisista puheterapeutit ja lääkärit nostivat esille afasian vaikutuksen keskusteluun, kuinka se hankaloittaa keskustelua (Burns ym., 2015; Isaksen, 2018). Isaksenin (2018) tutkimuksessa haastatellut puheterapeutit mainitsivat erityisesti ymmärtämisen vaikeuksien hankaloittavan asiakkaan ottamista mukaan päätöksentekoon. Puheterapeutit tahtoivat ottaa asiakkaansa mukaan päätöksentekoon ja yrittivät sitä, mutta kuitenkin yhteinen päätöksenteko ei aina ollut välttämätöntä heidän mielestään. He esittivät kysymyksiä terapian jatkosta ja neljä puheterapeuttia mainitsi asiakkaiden aktiivisuuden lisäämisen. He saattoivat kokea, että asiakas on tullut terapian aikana niin tutuksi, että erityiselle yhteiselle päätöksenteolle ei ollut tarvetta. Toisaalta terapian etenemisestä oli keskusteltu yleensä jatkuvasti jo terapian aikana.

Lääkäreiden kanssa keskusteluista afaattisilla henkilöillä ja heidän omaisillaan oli pääasiassa positiivisia kokemuksia (Burns ym., 2015). Tutkimuksessa nousi esiin kolme pää-

teemaa. Ensiksi afaattiset ihmiset ja omaiset muodostavat kommunikointitiimin, jonka toiminta voi kuitenkin muuttua ajan saatossa ja jonka keskinäinen kommunikointi ei aina ole aukotonta. Afaattiset ihmiset haluavat kuitenkin yrittää itse kommunikoida ja omaiset kokevat pääasiassa roolikseen keskustelun ja potilaan tukemisen. Toiseksi afaattiset ihmiset ja heidän omaisensa halusivat lääkäreiden edes yrittävän keskustelua. Välillä heistä tuntui, että lääkäri ei edes tahtonut yrittää kunnolla, vaan halusi vain hoitaa keskustelun nopeasti alta pois. Tosin hekin tunnistivat, että eivät kaikki lääkärit välttämättä tiedä, kuinka kommunikoida tai kuinka afasia vaikuttaa kommunikointiin. Tulosten kolmas pääteema nousi lääkäreiden puolelta: he halusivat yrittää, mutta heillä ei välttämättä aina ole tietoa tai taitoa keskustella afaattisen ihmisen kanssa. He kokivat tärkeäksi varmistaa kommunikoinnin onnistuminen, mutta kaikki kuvasivat kommunikoinnin haasteita.

Burnsin ym. (2015) haastattelemat lääkärit tunnistivat sen tosiasian, että heidän afaattiset potilaansa tarvitsevat kommunikointiin enemmän aikaa. Lääkärit saattoivat yrittää käyttää suljettuja kyllä-ei-kysymyksiä, mutta heistä tuntui, että he eivät aina voineet luottaa potilaansa vastauksiin. Turhautuminen kommunikoinnin vaikeuteen saattaa heidän mielestään joskus ajaa heidät vain arvailemaan tai kokonaan luovuttamaan. Vaikka suurin osa oli saanut yleistä kommunikointiopetusta opintojensa aikana, kukaan ei ollut saanut opetusta kommunikoidakseen potilaalle, jolla on kommunikoinnin vaikeuksia.

4.2 Terveysthuollon ammattilaisten kouluttaminen CPT-menetelmin

Cameronin ym. (2017) tutkimuksessa ammattilaisten itsearviointi heidän omasta itsevarmuudestaan kasvoi merkitsevästi koulutuksen jälkeen VAS-asteikolla arvioituna. Lisäksi ammattilaiset pystyivät koulutuksen jälkeen nimeämään 35 eri strategiaa tukemaan kommunikointia, kun ennen koulutusta niitä oli keskimäärin kolme. Lisäksi oli havaittavissa muutosta siinä, mitä strategioita ammattilaiset mainitsivat. Ennen koulutusta ammattilaiset mainitsivat puheterapeuttiin yhteydenottamisen sekä eleiden ja kuvien käyttämisen. Koulutuksen jälkeen he mainitsivat eleiden käytön, avainsanojen kirjoittamisen, kuvien ja muiden visuaalisten materiaalien käytön. He mainitsivat myös erilaisten kysymysten käytön, niiden uudelleen muotoillun ja ymmärtämisen tarkistamisen, yksinkertaisen

kielen käytön ja vastausajan antamisen. Koulutuksen jälkeen ammattilaiset tunnistivat, että kommunikointi on yhteistyötä ja kommunikoinnin yrittäminen on tärkeää.

Finchin ja kumppaneiden (2017) tutkimuksessa ne puheterapeuttiopiskelijat, jotka saivat CPT-luennon, saivat merkitsevästi korkeammat MSC-pisteet kykyjen esiintuomisessa kouluttamattomiin verrattuna (koulutettujen keskiarvo MSC = 3.00, kouluttamattomien MSC = 2.33, $p < .01$). Koulutettujen MPC-pisteet eivät kuitenkaan olleet merkitsevästi korkeammat, vaikka korreloivatkin MSC-pisteiden kanssa. Molemmat ryhmät saivat MPC-vuorovaikutuspisteistä keskiarvon 3.00, tietojen vaihtamista mittaavissa MPC-koulutetut saivat 3.00, kun kouluttamattomat 2.00, eikä näissä ollut merkitsevää eroa. Koulutetut käyttivät luennolta oppimiaan keinoja, mutta eivät käyttäneet tarjolla olleita, luennolla mainitsemattomia välineitä, kuten karttoja. Ryhmien välillä ei ollut eroa MSC-skaalan tunnustamispisteissä eikä keskustelun ongelmatilanteiden määrässä, keskeytyksissä tai keskustelun korjausyrityksissä.

Erityisesti keskeytyksissä korostui molempien ryhmien kohdalla sensitiivisyys ja tilan antaminen afaattiselle ihmiselle. Lisäksi huomioitavaa oli, että kukaan ei käyttänyt piirtämistä tai koskettamista. Kaksi koulutettujen ryhmästä toivat uusia ideoita keskusteluun. Uusien ideoiden tuominen korreloi vahvasti afaattisen ihmisen kykyjen esiintuomista mittaavissa MSC-pisteissä ($p < .001$) ja MPC-pisteissä, jotka mittasivat tietojen vaihtamista ($p < .001$). Opiskelijoiden eleiden käyttö taas korreloi vahvasti molempien MSC-pisteiden kanssa (tunnustamisen pisteissä $p = .002$, esiintuomisen pisteissä $p < .001$). Afaattisilla ihmisillä oli myös huomattava korrelaatio molempien MPC-pisteiden välillä.

Hortonin ja kumppaneiden (2016) tutkimuksessa useimmat ammattilaiset raportoivat saaneensa lisää tietoa afasiasta ja taitoja kommunikoida afaattisten ihmisten kanssa. Osan luottamus varmuuteen käyttää SC-metodeja oli kasvanut koulutuksen jälkeen. Video-seurannassa oli havaittavissa taitavaa kommunikointistrategioiden käyttöä. Tutkimuksessa nousi esille rajoituksia tekniikoiden käyttöönotossa: ne liittyvät potilaisiin, institutionaalisiin rutiineihin sekä ympäristötekijöihin. Potilaiden afasian vakavuus sekä kognitiiviset ongelmat nähtiin merkittävinä rajoitteina, mutta ne eivät kuitenkaan estäneet ammattilaisia yrittämästä käyttää uusia tekniikoita. Potilaat myös häiriintyivät helposti melusta. Vaikka koulutus saattoi muuttaa rutiineja, kokivat ammattilaiset ajan puutteen

olevan rajoite. Uuteen potilaaseen tutustuminen vie aikaa ja joskus SC-metodin käyttö lisäsi ajankäyttöä esimerkiksi vartilla – ja ammattilaiset saattoivat kokea, ettei ylimääräistä aikaa ymmärtämisen varmistamiseen ollut. Moniammatillinen yhteistyö sekä kuntoutuksen ja rutiinien joustava toteutus nousivat esille potilaslähtöisten ongelmien ratkaisuksi. Vaikeisiin kommunikointitilanteisiin saatettiin hakea apua kollegoilta. Tilannevihjeiden tärkeys nousi esille ammattilaisten haastatteluista. Aikarajoituksia ratkottiin yksilöllisesti aloitteellisuudella, joustavuudella ja työn muutoksilla. Ammattilaiset tekivät priorisointia ja joskus se tarkoitti, että afaattisille potilaille annettiin hieman enemmän aikaa toisten potilaiden kustannuksella.

Kaikki ammattilaiset antoivat esimerkkejä omista tiedoistaan afaattisen henkilön kanssa kommunikoinnista (Horton ym., 2016). Näihin kuuluivat kyllä/ei-kysymysten käyttö, yhden kysymyksen esittäminen kerrallaan ja potilaan omiin kommunikointitapoihin huomion kiinnittäminen sekä katsekontaktin tärkeys. Eleiden käyttö koettiin erityisen vaikuttavaksi. Myös kynän käyttö mainittiin usein. Ymmärtämisen varmistaminen koettiin tärkeäksi opiksi koulutuksesta ja ammattilaiset saattoivat palata uudelleen potilaan luokse yrittääkseen eri keinoa kommunikoida potilaan kanssa.

Jotkut koulutukseen osallistuneet toivoivat sen sisältävän enemmän käytännön harjoittelua afaattisten henkilöiden kanssa (Horton ym., 2016). Jotkut kokivat tienneensä tarpeeksi jo ennen koulutusta hyötyäkseen siitä mitään. Kertauskerroille osallistuminen oli vähäistä ja materiaalien käyttö oli vaihtelevaa, esimerkiksi taskukirjojen käyttö oli niukkaa. Oppimispäiväkirjoista oli jonkin verran reflektointia hyötyä. Suurin osa mitä ilmeisimmin otti käyttöönsä koulutuksen tekniikoita. Ammattilaiset olivat sensitiivisempiä, esimerkiksi varmistivat potilaille vastausmahdollisuuden, vaikka se ei aina ollutkaan tuloksellista. Ristiriitaista palautetta saatiin siitä, miten ammattilaiset näkivät keinojen käytön yleistyneen koko henkilökunnan käyttöön, sillä haastatteluissa yksi mainitsi, ettei ollut huomannut strategioiden olleen käytössä osastolla. Toisaalta, myös täysin päinvastaisia kommentteja saatiin haastatteluissa.

Videointi tositalanteista todisti, että hoitotilanteissa käytettiin paljon eri kommunikointistrategioita ja keinoja (Horton ym., 2016). Videoilla näkyi, että ammattilaisten tekemisen keskiössä oli saada työt tehtyä ja strukturoituja tilanteita sävyttivät rutiinit. Videoilla potilaan mahdollisuudet osallistua saatettiin huomata tai sitten ei. Afasian aiheuttamia

ongelmia ja niiden korjaamisia oli havaittavissa. Ammattilaisten kommunikoinnissa näkyi viestin multimodaalinen välitystapa (sekä puhe että eleet) ja varmistamisen ymmärtäminen esimerkiksi toistoin. Videoilla nähtiin myös rooliodotusten täyttymistä kuntoutukseen osallistujille sekä ammattilaisten afaattisen ihmisen puolesta puhumista. Havaittavissa oli yhteistä päätöksentekoa, jota autettiin listalla ja kynällä osoittamalla, katsekontaktilla sekä luonnollisella keskustelulla.

Jensenin ja kumppaneiden (2015) tutkimuksessa koulutuksen jälkeen hoitajat arvioivat oman tietämyksensä afasiasta tilastollisesti merkitsevästi paremmaksi ja samalla heidän arvionsa afaattisen henkilön kanssa kommunikoinnin aiheuttamasta turhautumisesta väheni. Haastattelut tukivat näitä tuloksia. Haastatellut arvioivat myös potilaiden käytöksessä sekä mielialassa positiivisia muutoksia, ja kertoivat, että potilaat saattavat itse ottaa aktiivisesti osaa kommunikointiin tuomalla tilanteisiin materiaaleja, kuten kommunikointivihon. Muiden kysymysten osalta erot ennen ja jälkeen koulutuksen ei ollut tilastollisesti merkitseviä. Hoitajat eivät vältelleet kommunikointia, vaikka kokivat sen vaikeaksi ja aikaa vieväksi. Heidän mielestään afaattisen ihmisen kanssa kommunikointi saattoi olla palkitsevaa, ja he luottivat omiin taitoihinsa tukea keskustelua. Erilaisia vastauksia tuli kysymykseen siitä, kuinka eristäytyneitä afaattiset ihmiset olivat osastoilla. Aineistoista ei voitu päätellä johtuiko ero siitä, olivatko potilaat teho- vai kuntoutusosastolla.

Jensenin ym. (2015) saamissa avointen kysymysten vastauksissa erilaisten strategioiden käytössä oli havaittavissa muutosta. Kuitenkin kaikki paitsi yksi vastasivat käyttävänsä jotain keinoa tai keinoja niin ennen kuin jälkeen koulutuksen. Ennen koulutusta eniten mainitut keinot olivat kehonkieli, puheen hidastaminen ja yksinkertaistaminen, vastausajan antaminen sekä tietyn yksinkertaisen osoitustaulun käyttäminen. Koulutuksen jälkeen vastaajat mainitsivat SCA-menetelmiä, erityisesti avainsanojen kirjoittamisen, piirtämisen ja kuvien käytön. Käytetyimpiä materiaaleja olivat kyllä/ei-kortit sekä kartat.

Hoitajat mainitsivat ajankäytön olevan tekniikoiden ja apuvälineiden käytön esteenä (Jensen ym., 2015). Jotkut heistä mainitsivat kuvamateriaalien olevan liian monimutkaisia. Kaikki sanoivat käyttävänsä tekniikoita potilaiden kanssa saadakseen kerrottua potilaalle asioita ja antaakseen hänelle kommunikointikeinon sekä varmistaakseen

molemminpuolista ymmärtämistä. Potilaiden luonteenpiirteet sekä afasiaoireet mainittiin tekniikoiden käytön esteenä. Akuuttiosaston toimintaympäristö nähtiin esteenä, sillä potilaat ovat siellä hyvin sairaita tai muuten estyneitä kommunikointiin. Lisäksi jatkuvat keskeytykset ja kiire haittasivat kommunikointia. Lähiomaiset nähtiin samaan aikaan sekä hyödyllisenä että mahdollisena esteenä. Heiltä voi saada arvokasta tietoa, mutta he saattavat helposti hallita keskustelua afaattisen ihmisen puolesta. Toisaalta henkilökunnan esimerkki voi olla omaisille hyödyllistä. Haastateltavat pitivät hyvänä ohjelman moniammatillista otetta, jolloin kaikki oppivat käyttämään samoja tekniikoita. Jotkut esittivät huolen siitä, että tekniikat saattaisivat jäädä pois käytöstä, jos lisäkoulutuksia ei olisi saatavilla. Kaiken kaikkiaan haastateltavat pitivät tuloksia positiivisina, mutta huomauttivat, että kommunikointi vaikeasti afaattisten ihmisten kanssa on edelleen haastavaa eikä aina onnistu.

5 POHDINTA

Tässä luvussa arvioidaan ensin tämän tutkielman tuloksia keskenään ja suhteessa muuhun tutkimustietoon. Sen jälkeen arvioidaan tulosten luotettavuutta ja lopuksi mietitään tulosten kliinistä merkitystä sekä esitetään mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

5.1 Tutkimustulosten arviointi

Tässä tutkielmassa pyrittiin artikkeleiden avulla selvittämään, millaista kommunikointi on terveydenhuollon ammattilaisten sekä afaattisten ihmisten välillä ja voidaanko keskustelua parantaa kouluttamalla ammattilaisia SCA- ja CPT-menetelmillä. Tulokset olivat yhteneväisiä sekä keskenään että aikaisempien tutkimusten kanssa. Terveydenhuollon ammattilaiset eivät juurikaan ole afaattisten ihmisten kommunikoinnin tukena, mutta kommunikointikumppanikoulutuksilla näyttäisi olevan vaikutusta kommunikoinnin laatuun.

5.1.1 Terveydenhuollon ammattilaisten ja afaattisten ihmisten kommunikointi

Tutkimusten tulokset ammattilaisten ja afaattisten ihmisten kommunikoinnista olivat keskenään samansuuntaisia. Kaikista nousi esille terveydenhuollon ammattilaisten hallitseminen keskusteluissa (Burns ym., 2015; Gordon ym., 2009; Hersh ym., 2016; Isaksen, 2018). Samanlaisia tuloksia on saatu aiemmin potilas-hoitaja-vuorovaikutuksen tutkimuksista, myös muidenkin potilaiden kuin afaattisten ihmisten kanssa (McCabe, 2004).

Tärkeitä keskusteluun vaikuttavia tekijöitä olivat institutionaalinen rakenne, sillä ammattilainen hallitsi keskusteluita niin, että afaattisille ihmisille jäi melko vähän tilaisuuksia aloitteille tai valitsemiselle, jos ei hänelle ei tarjottu kunnolla vaihtoehtoja (Burns ym., 2015; Gordon ym., 2009; Hersh ym., 2016; Isaksen, 2018). Lähtökohtaisesti avohoidossa kommunikointi näytti kuitenkin paremmalta, sillä afaattiset ihmiset saattoivat joskus käyttää jotain kommunikoinnin avuksi, kuten AAC-keinoja tai omainen oli mukana hoitotapahtumassa. Sairaalan eri osastoilla ja niiden ympäristöillä ja

rutiineilla on luultavasti merkitystä kommunikointiin, esimerkiksi akuuttiosaston kiire saattaa vaikuttaa kommunikoinnin onnistumiseen (esim. Simmons-Mackie ym., 2007). Aika näyttäisikin olevan merkittävä tekijä kommunikoinnin onnistumiselle. Lääkärit nostivat esille ajanpuutteen vaikuttavan keskusteluun (Burns ym., 2015). Ympäristötekijät sekä valmistautumisen merkitys ovat nousseet muissakin tutkimuksissa merkittäviksi tekijöiksi, kun osallistujat ovat arvioineet tekijöitä, jotka vaikuttavat keskustelun onnistumiseen (esim. Forsgren ym. 2016; Stans ym., 2013). Ympäristöön liittyvät tekijät voivat haitata kommunikointia, vaikka ammattilainen osaisikin käyttää kommunikoinnin tukemisen strategioita.

AAC-keinoja eivät käyttänyt muut kuin muutama puheterapeutti (Burns ym., 2015; Gordon ym., 2009; Hersh ym., 2016; Isaksen, 2018). Puheterapeutit eivät koulutuksestaan huolimatta osaa aina tarjota riittävää tukea afaattisille ihmisille keskusteluissa. Voi miettiä, johtuisiko tämä mahdollisesta nosebovaikutuksesta, jos puheterapeutit eivät saa kunnollista kommunikointikumppanikoulutusta (Kagan ym., 2018). Keskustelun tukemisen keinojen vähäisyys on noussut aiemmissa tutkimuksissa esille (esim. Morris ym., 2015; Stans ym., 2018). Kaikki ammattilaiset eivät saa koulutusta kommunikointistrategioiden käyttöön, jolloin ei voi olettaa heidän osaavan niitä käyttää, näin oli ainakin Burns ym. (2015) haastatteleminen lääkäreiden tilanne.

Burns ym. (2015) haastattelemat afaattiset ihmiset sekä heidän omaisensa olivat pääosin tyytyväisiä lääkäreiden kanssa kommunikoinnista, vaikka kommunikointia tukevia keinoja ei ollut käytössä. Morris ym. (2015) ovat saaneet hyvin samanlaisen tuloksen. Burns ym. (2015) haastattelemat lääkärit kertoivat turhautuvansa välillä kommunikointiin ja nostivat esille sen, että he eivät aina voi luottaa afaattisen ihmisen antamaan vastaukseen. Toisaalta jos heillä olisi käytössään kommunikointia tukevia keinoja, saattaisi vastaustenkin luotettavuus nousta. Lääkärit nojaavat yleensä afaattisten ihmisten omaisiin kommunikoinnissaan (Burns ym., 2015; Morris ym., 2015).

Burns ym. (2015) tutkimuksessa paljastui, että afaattiset ihmiset haluavat kommunikoida itse. Kuntoutumisen näkökulmasta se on hyvä asia. Aktiivista kommunikointia edusti myös Isaksenin (2018) tutkimuksen afaattiset ihmiset, jotka itse toivat terapia-tilanteeseen kommunikoinnin apuvälineitä. Gordonin ym. (2009) ja Hersh ym. (2016) tutkimuksissa afaattiset ihmiset olivat kuitenkin pitkiä aikoja yksin hiljaa. Nämä kaksi

tutkimusta sijoittuivat sairaalaan kahden ensimmäisen ollessa avohoitoon sijoittuvia, jolloin afasia on kroonista ja sen kanssa elämiseen on tottunut. Kuitenkin akuuttivaiheen afasiassakin olisi tärkeää kommunikoida, joten pitkät yksin hiljaa olemiset sekä hoitajien kanssa käydyt niukat keskustelut eivät ole omiaan kuntouttamaan kielellisiä taitoja.

5.1.2 Terveysthuollon ammattilaisten kouluttaminen CPT-menetelmin

Tutkimukset olivat eri puolilta maailmaa sekä useammalta kielialueelta, joten voidaan olettaa tulosten olevan yleistettävissä niiden ollessa samansuuntaisia (Cameron ym., 2017; Finch ym., 2017; Horton ym., 2016; Jensen ym., 2015). Tulokset olivat pääasiassa myönteisiä ja ammattilaiset joko arvioivat omat kokemuksensa paremmiksi, pystyivät nimeämään enemmän ja tehokkaampia kommunikointikeinoja. Seurantatapauksissa he käyttivät enemmän kommunikointia tukevia strategioita (Finch ym., 2017; Horton ym., 2016). On kuitenkin huomattava, että kaikki eivät kokeneet saaneensa hyötyä koulutuksesta, koska arvioivat omat taitonsa jo tarpeeksi hyväksi. Osalle ammattilaisista, jotka ovat olleet työelämässä jo kauan, on varmasti muodostuneet omat rutiinit hoitaa myös afaattisia ihmisiä.

Kaikissa muissa tutkimuksissa kyse oli akuutti- tai subakuuttivaiheen afaatikoista (Cameron ym., 2017; Horton ym., 2016; Jensen ym., 2015), mutta puheterapeuttiopiskelijoita koskevassa tutkimuksessa oli kroonisesti afaattisia ihmisiä (Finch ym., 2017). Kuitenkin tässäkin tutkimuksessa CPT-koulutuksen saaneet opiskelijat suoriutuivat paremmin. On myös tärkeää huomata, että vaikka puheterapeuttiopiskelijoilla oli ennakkotietoa afasiasta koulutuksen myötä, he hyötyivät koulutuksesta. Vaikka kaikkien koulutuksesta oli hyötyä, oli koulutus erilainen joka tutkimuksessa, joten minkään yksittäisen koulutusmenetelmän vaikuttavuudesta ei voida sanoa varmaksi juuri mitään. Tutkimukset antavat viitteitä, että kommunikointistrategioiden opettaminen on yleisesti hyödyllistä ja nämä tulokset ovat linjassa aikaisempien tutkimusten kanssa (ks. esim. Cruice ym., 2018).

Tutkimuksista nousi esiin tekijöitä, jotka estivät uusien opittujen tekniikoiden käyttöä. Jensenin ym. (2015) haastattelemat hoitajat nostivat ajankäytön, materiaalien vaikeakäyttöisyyden esille. Aika nousi esille myös Horton ym. (2016) tutkimuksessa, jossa ter-

veydenhuollon ammattilaiset sanoivat joutuneensa priorisoimaan ajan käyttöä. Ajan vaikutus kommunikointiin on noussut muissakin tutkimuksissa esille (Burns ym., 2015; Forsgren ym., 2016; Stans ym., 2018; Stans ym., 2013). Burns ym. (2015) haastattelemat lääkärit nostivat omissa vastauksissaan esille, että afaattisen ihmisen vastauksiin ei voi aina luottaa. Samoin Jensen ym. (2015) haastattelemat ammattilaiset huomauttivat, että potilaan afasiaoireet voivat hankaloittaa kommunikointia myös silloin kun käytössä on erilaiset tuetun keskustelun keinot. Voidaan kuitenkin olettaa, että tällaiset tilanteet vähenivät, kun afaattisilla ihmisillä oli enemmän keinoja saada itsensä ilmaistua.

Institutionaalinen rakenne näkyi myös hyvin kommunikoiduissa tilanteissa, esimerkiksi kun fysioterapeutti kuntoutti afaattista ihmistä (Horton ym., 2016). Merkittävää kuitenkin oli, että tilanteissa näkyi aikuismaista vuorovaikutusta, jossa saattoi olla huumoriakin mukana, eli se ei ollut niin jäykkää vuorovaikutusta kuin potilas-ammattilaisvuorovaikutus voisi olla. Horton ym. tuloksista voisi päätellä, että myös kunkin ammattilaisen persoonallisuus vaikuttaa kommunikointiin. Jotkut ammattilaiset saattavat haluta pitää kommunikoinnin etäisempänä kuin toiset. Institutionaalinen rakenne on yksi asiakaskohtaamisten ominaispiirre (Peräkylä, 1998), joten sen häviämistä kokonaan ei oikein voida odottaakaan. Olisi kuitenkin tärkeää tiedostaa institutionaalisen vuorovaikutuksen näkyminen kommunikoinnissa, jolloin siitä voitaisiin joustaa tarpeen mukaan, esimerkiksi afaattisessa keskustelussa.

5.2 Tutkimuksen toteuttamisen ja luotettavuuden arviointi

Tutkimusten ollessa melko uusia ja eri puolilta maailmaa sekä eri kielialueilta, tulosten yhteneväisyys antaa viitteitä siitä, että ne olisivat hyvin yleistettävissä (Burns ym., 2015; Cameron ym., 2017; Finch ym., 2017; Gordon ym., 2009; Hersh ym., 2016; Horton ym., 2016; Isaksen, 2018 Jensen ym., 2015). Tutkimuksissa mukana olleiden terveydenhuollon ammattilaisten ammatit ja koulutus vaihtelivat laajasti, millä voi olla vaikutusta tuloksiin. Vain muutamassa tutkimuksessa oli määritelty afasian tyyppi ja vaikeusaste. Afasian kroonisuusaste vaihteli tutkimuksesta toiseen, jolloin tutkimukset eivät ole suoraan vertailukelpoisia keskenään, sillä afasian vaikeusasteella tai -tyypillä on vaiku-

tusta kommunikoinnin onnistumiseen (ks. esim. Korpijaakko-Huuhka & Rautakoski, 2017).

Koulutukseen liittyvistä tutkimuksista kaksi toteutettiin puhtaasti itsearvioinneilla (Cameron ym., 2017; Jensen ym., 2015). Myös Hortonin ym. (2016) tutkimuksessa käytettiin itsearviointia, mutta sen lisäksi tehtiin objektiivista seuranta videoimalla. Finchin ym. (2017) tutkimuksen menetelmä sen sijaan oli puhtaasti objektiivinen ja siitä löytyi myös verrokkiryhmä. Verrokkiaineistoa käytettiin myös Gordonin ym. (2009) ja Hershin ym. (2016) tutkimuksissa, mutta otoskoot olivat todella pienet. Muutenkaan otoskoot eivät olleet kovin suuria. Tutkimusasetelmien ja menetelmien vaihtelevuus tuovat vaihtelua tuloksiin, samaten alkuperäisten tutkimusten tutkimuskysymysten erilaisuus. Nämä seikat tulee huomioida tutkimustuloksia vertaillessa.

Kommunikointikumppanien koulutusmenetelmät eivät olleet samat, vaan niissä käytettiin kaikkiaan kolmea eri koulutusta (Cameron ym., 2017, Finch ym., 2017; Horton ym., 2016; Jensen ym., 2015). Menetelmien toimivuutta arvioitiin myös erilaisin mittarein. Tulosten vertailtavuus kärsii näiden asioitten takia. Toisaalta, molempien tutkimuskysymysten tulosten ollessa keskenään yhteneväisiä, voidaan olettaa, että erilaisilla tutkimusmenetelmillä sekä hieman erilaisilla koehenkilöjoukoilla saadut tulokset tukevat toisiaan ja osoittavat tulosten olevan yleistettävissä.

Puheterapeutteja koskevaan tutkimukseen käytetty aineisto oli kerätty alun perin toista tutkimusta varten ja se vaikutti myös puheterapeuteille esitettyihin haastattelukysymyksiin (Isaksen, 2018). Tutkimuskysymykset eivät myöskään suoraan tutkineet kommunikointia yleensä, vaan keskittyivät yhteisen päätöksenteon toteutumiseen. Toinen tutkimus, jossa ei suoraan tutkittu arkipäivän kommunikointia, oli lääkäreitä koskeva tutkimus (Burns ym., 2015). Siinä oli myös tarkoituksella nostettu omaiset mukaan, kun toisissa tutkimuksissa heitä harvoin edes mainittiin.

5.3 Tutkimuksen kliininen merkitys ja jatkotutkimusaiheita

Nämä tutkimukset tukevat ajatusta siitä, että terveydenhuollon ammattilaiset voisivat hyötyä kouluttautumisesta afaattisen ihmisen kanssa kommunikointiin ja sille näyttäisi

olevan tarvetta jopa puheterapeuttien ammattikunnassa (Isaksen, 2018). SCA-menetelmästä Aivoliitto on julkaissut suomeksi käännettyjä oppaita, jotka ovat valmiiksi tehty myös afaattisille ihmiselle sopiviksi (Kagan, Shumway, Simone, Mankki & Aivoliitto, 2013). Näitä oppaita on esimerkiksi lääkärin vastaanotolle. Myös koulutuksia on saatavilla suomeksi nimellä Puhutko afasiaa? –koulutus (Aivoliitto, 2019). Nämä tutkimukset osoittavat, että ICF-viitekehyksen mukainen kommunikointikumppanin koulutus voi olla erittäin käyttökelpoinen käytännön menetelmä, kun pyritään parantamaan afaattisten ihmisten kommunikointia terveydenhuollossa. Tuettua keskustelua (SCA) on sovellettu menestyksekkäästi Aivoliiton Juttu-tupa-projektissa (Korpijaako-Huuhka & Rautakoski, 2017). Tämä osoittaa, että tuetun keskustelun keinot soveltuvat myös suomen kieleen ja kulttuuriin.

Afaattisten ihmisten ja ammattilaisten välisestä kommunikoinnista olisi mielenkiintoista ja hyödyllistä saada lisää tietoa siitä, onko erilaisilla afasioilla tai niiden vaikeusasteilla vaikutusta kommunikointiin. Myös lisää vertailua erilaisten potilasryhmien välisistä eroista kommunikoinnin laadussa olisi hyvä saada. Vertailtavina ryhminä voitaisiin käyttää erilaisia ihmisryhmiä, joilla on kommunikoinnin vaikeuksia, kuten CP-vamma tai muut motoriikkaan vaikuttavat sairaudet tai sitten normaalisti kommunikoiviin henkilöihin. Toisaalta mielestäni olisi hyvä tutkia kommunikointia nimenomaan suomalaisessa terveydenhuollossa ja tehdä myös täällä vertailevaa tutkimusta eri potilasryhmien välillä.

Eri ammattiryhmien välisiä eroista olisi kiinnostavaa saada lisää tutkimusta, jolloin voitaisiin miettiä kommunikointikyvykkyyttä koulutuksen näkökulmasta: onnistuuko joku koulutus jo nykyisellään luomaan hyvä kommunikoinnin edellytykset tai minkä-laista kommunikointikoulutusta kukin ammattiryhmä tarvitsisi? Hyödyllistä olisi myös saada tietää, onko ammattilaisten lähtökoulutuksesta saamalla tiedoilla merkitystä taitojen omaksumisessa ja tulisiko näin ollen koulutusta räätälöidä enemmän kullekin ammattiryhmälle erikseen vai toimiiko kokonaisen yksikön kouluttaminen kerralla paremmin. Koulutuksen räätälöinnin kannalta olisi myös tärkeää tutkia kuinka eri ammattiryhmät kommunikoivat normaalisti afaattisten ihmisten kanssa, sillä vuorovaikutuksen korjaamiseksi on tunnettava sen ongelmat sekä hyvin toimivat ominaisuudet (Raevaara ym., 2001).

Eri CPT-koulutusohjelmista olisi hyvä tehdä vertailevaa tutkimusta. Mahdollisuus muokata koulutus verkkokoulutukseksi olisi hyvä tutkia, sillä silloin saataisiin mahdollisesti kustannussäästöjä ja ehkä useampi ammattilainen käymään koulutus. Verkko-koulutusta on kokeiltu onnistuneesti ainakin Australiassa (Heard ym., 2017). Yhdessä tutkimuksessa nostettiin esille mahdollisuus akuutti- ja kuntoutusosastojen erilaisista toimintaympäristöistä. Näiden toimintaympäristöjen erot kommunikoinnissa ja niin ollen sen parantamisessa tulisi selvittää, sillä ainakin Simmons-Mackie ym. (2007) huomasivat tutkimuksessaan, että akuuttiosaston henkilökunta pärjäsivät muita heikommin, heistä materiaalit tuntuivat turhilta eivätkä he saavuttaneet afasiaystävällisiä tavoitteitaan. Syiksi nostettiin esimerkiksi henkilöstön vaihtuvuus, potilaiden nopea vaihtuvuus ja työn nopeatempoisuus. Tutkimusta osastojen kommunikointiin vaikuttavista tekijöistä sekä siitä, miten ne voitaisiin kiertää, tarvittaisiin lisää. Forsgren ym. (2016) huomasivat, että vaikka hoitajat osasivat tukea keskustelua, ympäristöstä johtuen kommunikoinnin resursseja ei välttämättä käytetty tehokkaasti.

Kommunikointikumppanin kouluttamisesta tarvittaisiin ehdottomasti lisää tutkimusta taitojen yleistymisestä käytäntöön ja mitkä muut tekijät kuin mahdollinen toimintaympäristö siihen vaikuttavat. Entä kuinka ammattilaisten taidot siirtyvät toisille ammattilaisille tai jopa afaattisille ihmisille sekä erityisesti heidän läheisilleen? Voisivatko taidot siirtyä jo tavallisilla CPT-koulutuksilla vai tarvittaisiinko niiden lisäksi muita ohjeita tai koulutuksia, jotta ammattilaiset kykenisivät siirtämään oppimiaan taitojaan muille?

Erittäin tärkeää olisi saada lisää tietoa siitä, että jos ammattilainen pelkäänsä saa tietoa afasiasta tai kohtaa afaattisen ihmisen, mutta ei saa koulutusta, niin suoriutuuko hän heikommin. Kagan ym. (2018) huomasivat, että jos koehenkilö näin ”altistui” afasialle näkemällä videoita afaattisista ihmisistä ja heidän läheisistään, hän suoriutui heikommin kommunikoinnissaan afaattisen ihmisen kanssa. Terveystieteiden ammattilaiset varmasti altistuvat työssään afasialle, joten voisivatko hekin sen takia suoriutua heikosti afaattisista kommunikointitilanteista? Jos tämä on mahdollista, olisi erittäin tärkeää saada mahdollisimman moni ammattilainen CPT-koulutuksen piiriin.

Kouluttamisen vaikutusta afaattisten ihmisten kommunikointiin ja psyykkiseen hyvinvointiin tai elämänlaatuun olisi syytä tutkia lisää. Tutkimuksista on viitteitä, että

koulutuksilla voi olla positiivisia vaikutuksia afaattisten ihmisten elämänlaatuun (esim. McGilton ym., 2018). Koulutuksen vaikutus afasiasta kuntoutumiseen olisi tärkeä tutkia.

LÄHTEET

Aivoliitto (14.3.2019). Tilauskoulutukset. Haettu osoitteesta <https://www.aivoliitto.fi/ammattilaisille/koulutus/tilauskoulutukset/>.

Brunou, R., Klippi, A. & Rautakoski (2017). Afaattinen ihminen ja lähi-ihminen Afasian paripuheterapia APPUTEssa. Teoksessa A. Klippi, A.-M. Korpijaakko-Huuhka, M. Lehtihalmes & P. Rautakoski (toim.), *Afasia. Aikuisiän kielihäiriöiden aivoperusta ja kuntoutus* (s. 266–274). Helsinki: Gaudeamus.

Burns, M., Baylor, C., Dudgeon, B. J., Starks, H. & Yorkston, K. (2015). Asking the Stakeholders: Perspectives of Individuals with Aphasia, Their Family Members, and Physicians Regarding Communication in Medical Interactions. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(3), 341–357.

Cameron, A., McPhail, S. M., Hudson, K., Fleming, J., Lethlean, J. & Finch, E. (2017). A pre-post intervention study investigating the confidence and knowledge of health professionals communicating with people with aphasia in a metropolitan hospital. *Aphasiology*, 31(3), 359–374.

Cruice, M., Blom Johansson, M., Isaksen, J. & Horton, S. (2018) Reporting interventions in communication partner training: a critical review and narrative synthesis of the literature, *Aphasiology*, 32:10, 1135–1166.

Dalemans, R., Wade, D. T., van den Heuvel, W. J. A. & de Witte, L. P. (2009). Facilitating the participation of people with aphasia in research: a description of strategies. *Clinical Rehabilitation*, 23(10), 948–959.

Davis, G. A. (2007). *Aphasiology. Disorders and clinical practice* (2. painos). Boston: Pearson/Allyn and Bacon.

Edwards, M., Davies, M. & Edwards, A. (2009). What are the external influences on information exchange and shared decision-making in healthcare consultations: A meta-synthesis of the literature. *Patient Education and Counseling*, 75, 37–52.

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ... Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of general Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367.

Fakhr-Movahedi, A., Salsali, M., Negharandeh, R. & Rahnavard, Z. (2011). A qualitative content analysis of nurse-patient communication in Iranian nursing. *International Nursing Review*, 58(2), 171–180.

Finch, E., Cameron, A., Fleming, J., Lethlean, J., Hudson, K. & McPhail, S. (2017). Does communication partner training improve the conversation skills of speech-language pathology students when interacting with people with aphasia? *Journal of Communication Disorders*, 68, 1–9.

Forsgren, E., Skott, C., Hartelius, L. & Saldert, C. (2016). Communicative barriers and resources in nursing homes from the enrolled nurses' perspective: A qualitative interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 112–121.

Gordon, C., Ellis-Hill, C. & Ashburn, A. (2009). The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 544–553.

Heard, R., O'Halloran, R. & McKinley, K. (2017). Communication partner training for health care professionals in an inpatient rehabilitation setting: A parallel randomised trial. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 19, 277–286.

Hemsley, B., Werninck, M. & Worrall, L. (2013). "That really shouldn't have happened": People with aphasia and their spouses narrate adverse events in hospital. *Aphasiology*, 27, 706–722.

Hersh, D., Godecke, E., Armstrong, E., Ciccone, N. & Bernhardt, J. (2016). "Ward talk": Nurses' interaction with people with and without aphasia in the very early period poststroke. *Aphasiology*, 30, 609–628.

Hilari, K., Lamping, D. L., Smith, S. C., Northcott, S., Lamb, A. & Marshall, J. (2009). Psychometric properties of the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale (SAQOL-39) in a generic stroke population. *Clinical Rehabilitation*, 23, 544–557.

Hinckley, J. J. & Holland A. L. (2015). A Focus on Life Participation. Teoksessa A. E. Hillis (toim.), *The Handbook of Adult Language Disorders* (2. painos, s. 476–490). New York (NY): Psychology Press.

Horton, S., Lane, K. & Shiggins, C. (2016). Supporting communication for people with aphasia in stroke rehabilitation: transfer of training in a multidisciplinary stroke team. *Aphasiology*, 30(5), 629–656.

Isaksen, J. (2018). "Well, You Are the One Who Decides": Attempting Shared Decision Making at the End of Aphasia Therapy. *Top Lang Disorders*, 38, 126–142.

Jensen, L. R., Løvholt, A. P., Sørensen, I. R., Blüdnikow, A. M., Iversen, H. K., Hougaard, A., ... Frochhammer, H. B. (2015). Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia. *Aphasiology*, 29, 57–80.

Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, *12*, 816–830.

Kagan, A., Black, S. E., Duchan, J. F., Simmons-Mackie, N. & Square, P. (2001). Training Volunteers as Conversation Partners Using "Supported Conversation for Adults With Aphasia" (SCA): A Controlled Trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *44*, 624–638.

Kagan, A. & Gailey, G. F. (1993). Functional Is Not Enough: Training Conversation Partners for Aphasic Adults. Teoksessa A. L. Holland & M. M. Forbes (toim.), *Aphasia Treatment – World Perspectives* (s. 199–225). San Diego (Calif.): Singular.

Kagan, A., Simmons-Mackie, N. & Victor, J. C. (2018). The Impact of Exposure With No Training: Implications for Future Partner Training Research. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *61*, 2347–2352.

Kagan, A., Shumway, E., Simone, C. & Mankki, V. (2013). *Lääkärin vastaanotolla: Tuetun keskustelun käsikirja terveydenhuollon asiakkaille ja ammattilaisille*. Turku: Aivoliitto.

Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., ... Sivenius, J. (2007). Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa S. Soinila, M. Kaste & H. Somer (toim.), *Neurologia* (2. painos, s. 270–331). Helsinki: Duodecim.

Klippi, A. (2017). Kielenkäyttö, vuorovaikutus ja keskustelun pulmat. Teoksessa A. Klippi, A.-M. Korpijaakko-Huuhka, M. Lehtihalmes & P. Rautakoski (toim.), *Afasia. Aikuisiän kielihäiriöiden aivoperusta ja kuntoutus* (s. 84–98). Helsinki: Gaudeamus.

Korpijaakko, A.-M. & Rautakoski, P. (2017). ICF-luokitus afasian moniulotteisuuden kuvaajana. Teoksessa A. Klippi, A.-M. Korpijaakko-Huuhka, M. Lehtihalmes & P. Rautakoski (toim.), *Afasia. Aikuisiän kielihäiriöiden aivoperusta ja sen kuntoutus* (s. 119–135). Helsinki: Gaudeamus.

Laakso, M. (2005). Afaattisten henkilöiden vuorovaikutuksen keskusteluanalyttinen tutkimus. *Puhe ja kieli*, *25*, 53–64.

Legg, C., Young, L. & Bryer, A. (2005). Training sixth-year medical students in obtaining case-history information from adults with aphasia. *Aphasiology*, *19*, 559–575.

Lehtihalmes, M. (2017). Afasian aivoperusta ja kliininen oirekuva. Teoksessa A. Klippi, A.-M. Korpijaakko-Huuhka, M. Lehtihalmes & P. Rautakoski (toim.), *Afasia. Aikuisiän kielihäiriöiden aivoperusta ja sen kuntoutus* (s. 27–41). Helsinki: Gaudeamus.

McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 41–49.

McGilton, K. S., Sorin-Peters, R., Rochon, E., Boscart, V., Fox, M., Chu, C. H., ... Sidani, S. (2018). The effects of an interprofessional patient-centered communication intervention for patients with communication disorders. *Applied Nursing Research*, 39, 189–194.

Morris, M. A., Clayman, M. L., Peters, K. J., Leppin, A. L. & LeBlanc, A. (2015). Patient-centered communication strategies for patients with aphasia: Discrepancies between what patients want and what physicians do. *Disability and Health Journal*, 8, 208–215.

Palomäki, H., Öhman, J. & Koskinen, S. (2007). Aivovammat. Teoksessa S. Soinila, M. Kaste & H. Somer (toim.), *Neurologia* (2. painos, s. 424–446). Helsinki: Duodecim.

Peräkylä, A. (1998). Institutionaalinen keskustelu. Teoksessa L. Tainio (toim.), *Keskusteluanalyysin perusteet* (2. painos, s. 177–203). Tampere: Vastapaino.

Raevaara, L., Ruusuvoori, J. & Haakana, M. (2001). Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Teoksessa J. Ruusuvoori, M. Haakana & L. Raevaara (toim.), *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyyttisiä tutkimuksia* (s. 11–38). Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Raukola-Lindblom, M. & Vartiainen, R. (2017). Aivovammoista johtuvat vuorovaikutuksen häiriöt ja niiden kuntoutuksen haasteet. Teoksessa A. Klippi, A.-M. Korpijaakko-Huuhka, M. Lehtihalmes & P. Rautakoski (toim.), *Afasia. Aikuisiän kielihäiriöiden aivoperusta ja kuntoutus* (s. 287–302). Helsinki: Gaudeamus.

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

Rautakoski, P. (2002). Millainen sopeutumisvalmennus vaikuttaa vaikeasti afaattisten puhujien kommunikointikykyyn? *Puhe ja kieli*, 22(2), 63–86.

Rautakoski, P. (2012). Self-perceptions of functional communication performance during total communication intervention. *Aphasiology*, 26, 826–846.

Seppänen, E.-L. (1998). Vuorovaikutus paperilla. Teoksessa L. Tainio (toim.), *Keskusteluanalyysin perusteet* (2. painos, s. 18–31). Tampere: Vastapaino.

Simmons-Mackie, N. N., Kagan, A., O'Neill Christie, C., Huijbregts, M., McEwen, S., Willems, J. (2007). Communicative access and decision making for people with aphasia: Implementing sustainable healthcare systems change. *Aphasiology*, 21, 39–66.

Simmons-Mackie, N., Savage, M. C. & Worrall, L. (2014). Conversation therapy for aphasia: a qualitative review of the literature. *International Journal of Language & Communication disorders*, 49(5), 511–526.

Sorins-Peters, R., McGilton, K. S. & Rochon, E. (2010). The development and evaluation of a training programme for nurses working with persons with communication disorders in a complex continuing care facility. *Aphasiology*, 24(12), 1511–1536.

Stakes (2004). *Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF*. Stakes ohjeita ja luokituksia 2004:4. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Stans, S. E. A., Dalemans, R. J. P., Roentgen, U. R., Smeets, H. W. H. & Beurskens, A. J. H. M. (2018). Who said dialogue conversations are easy? The communication between vulnerable people and health-care professionals: A qualitative study. *Health Expectations*, 21(5), 848–857.

Stans, S. E. A., Dalemans, R., de Witte, L. & Beurskens, A. (2013). Challenges in the communication between 'communication vulnerable' people and their social environment: An exploratory qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 92(3), 302–312.

Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M. & van Dulmen, A. M. (1998). Communication in health care. *Patient Education and Counseling*, 34, S1–S4.

Welsh, J. D. & Szabo, G. B. (2011). Teaching Nursing Assistant Students about Aphasia and Communication. *Seminars in Speech and Language*, 32(3), 243–255.

Winkler, M., Bedford, V., Northcott, S. & Hilari, K. (2014). Aphasia blog talk: How does stroke and aphasia affect the carer and their relationship with the person with aphasia? *Aphasiology*, 28(11), 1301–1319.

Worrall, L., McCooley, R., Davidson, B., Larkins, B. & Hickson, L. (2002). The validity of functional assessments of communication and the Activity/Participation components of the ICIDH-2: do they reflect what really happens in real-life? *Journal of Communication Disorders*, 35(2), 107–137.