

Neglect toimintaterapian asiakkaalla -keinoja toiminnan mahdollistamiseen

Anna-Sofia Pekkarinen

Opinnäytetyö
Syyskuu 2018
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Toimintaterapeutti (AMK)

Tekijä(t) Pekkarinen, Anna-Sofia	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä syyskuu 2018
	Sivumäärä 38	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Neglect toimintaterapian asiakkaalla -keinoja toiminnan mahdollistamiseen		
Tutkinto-ohjelma Toimintaterapia		
Työn ohjaaja(t) Kantanen, Mari; Juntunen, Kristiina		
Toimeksiantaja(t) -		
Tiivistelmä <p>Suomessa sairastuu aivoverenkiertohäiriöihin vuosittain n. 24 000 ihmistä ja osalla heistä jää erilaisia haittoja toimintakykyyn. Kognitiiviset häiriöt ovat yleisiä aivoverenkiertohäiriöistä kuntoutuvilla, niitä esiintyy noin 62-78%:lla aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista. Kognitiivisiin häiriöihin kuuluu myös neglect-oireisto, jolla voi olla merkittäviä vaikutuksia sairastuneen päivittäiseen elämään. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet ovat yleinen toimintaterapeutin asiakasryhmä, jonka vuoksi useilla toimintaterapian asiakkailla saattaa olla neglect-oireistoa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisia interventiokeinoja toimintaterapeutit käyttävät neglect-oireiden lievittämiseen ja kuntoutujan toiminnan mahdollistamiseen subakuutissa vaiheessa. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Aineistoa varten haastateltiin kolmea neurologisella kuntoutusosastolla työskentelevää toimintaterapeuttia. Haastatteluaineistosta tehtiin teoriaohjaava sisällönanalyysi, jossa taustateorianä käytettiin Anne G. Fisherin OTIP-mallia.</p> <p>Haastatellut toimintaterapeutit korostivat asiakkaalle merkityksellisen ja tarkoituksenmukaisen toiminnan merkitystä aidossa toimintaympäristössä. He toivat esille kuntoutuksen pääpainon olevan taitojen harjoittelussa sekä yksilötekijöitä ja kehon toimintoja vahvistavassa harjoittelussa, mutta käyttävät myös kompensatiokeinoja toiminnan mahdollistamiseen. Omaisten ohjaaminen kuntoutujan toiminnan mahdollistamiseksi on oleellinen osa subakuuttivaiheen toimintaterapiaa. OTIP-mallista poiketen toimintaterapeutit tekevät intervention ohella samanaikaisesti myös arviointia.</p>		
Avainsanat (asiasanat) neglect, aivoverenkiertohäiriö, OTIP-malli		
Muut tiedot		

Author(s) Pekkarinen, Anna-Sofia	Type of publication Bachelor's thesis	Date September 2018 Language of publication: Finnish
	Number of pages 38	Permission for web publication: x
Title of publication An occupational therapy client with unilateral neglect -means of enabling occupation		
Degree programme Degree Programme in Occupational Therapy		
Supervisor(s) Kantanen, Mari; Juntunen, Kristiina		
Assigned by -		
Abstract <p>In Finland, every year roughly 24 000 people develop stroke, and part of them are left with different functional impairments. Cognitive disorders have a high incidence among stroke rehabilitees – about 62-78% of patients with stroke suffer from them. A set of Unilateral Neglect symptoms is also included in the cognitive disorders, and they may have significant effects on the daily life of a patient. Patients with stroke are a common group of clients with occupational therapists – and many clients of occupational therapists may manifest Unilateral Neglect symptoms.</p> <p>The aim of the thesis was to examine what kinds of interventions occupational therapists use to alleviate Unilateral Neglect symptoms and enable rehabilitees' occupation in the subacute stage. The thesis was carried out as a qualitative study, and thematic interviews were used for collecting the data. For the data, three occupational therapists working on a neurological rehabilitation ward were interviewed. The interview data were used to make a theory guided content analysis with the OTIPM process model by Anne G. Fisher as a background theory.</p> <p>The interviewed occupational therapists stressed how important it was for a client to engage in meaningful and purposeful activity in a genuine activity environment. They stated that the main emphasis of rehabilitation was on training occupational skills as well as restoring body functions. However, they also told that they used compensatory methods to enable occupation. Instructing relatives to enable the rehabilitees' occupation is an integral part of subacute stage occupational therapy. Deviating from the OTIPM process model, the occupational therapists, in addition to interventions, also carried out evaluation at the same time.</p>		
Keywords Unilateral neglect, stroke, OTIPM process model		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Aivoverenkiertohäiriöt	4
2.1	Käsitteiden määrittelyä	4
2.2	Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat haitat	5
2.3	Aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutus	5
3	Neglect	6
3.1	Käsitteiden määrittelyä	6
3.2	Toimintaterapia neglect-oireiden kuntoutuksessa	8
4	OTIP-malli toimintaterapiassa	9
5	Opinnäytetyön toteutus	13
5.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	13
5.2	Laadullinen tutkimus	13
5.3	Aineiston hankinta ja kuvaus.....	13
5.4	Aineiston analysointi	15
6	Tutkimustulokset	16
6.1	Kompensatiivinen lähestymistapa toiminnan mahdollistamiseksi.....	16
6.2	Toiminnassa tarvittavien taitojen harjoittelu	20
6.3	Yksilötekijöiden ja kehon toimintojen ennalleen palauttaminen	23
6.4	Opetukselliset ja koulutukselliset keinot	25
6.5	OTIP-mallin mukaiset toimintamuodot.....	25
6.6	Tulosten yhteenveto	27

	2
7 Johtopäätökset	28
8 Pohdinta	30
8.1 Tulosten pohdinta	30
8.2 Tulokset OTIP-mallin kautta tarkasteltuna.....	30
8.3 Jatkotutkimusaiheet	32
8.4 Eettisyys ja luotettavuus	32
Lähteet	34
Liitteet	36
Liite 1: Tiedote tutkimuksesta haastateltaville.....	36
Liite 2 Tietoinen suostumus haastatteluun	37
Liite 3: Teemahaastattelun runko.....	38
Kuviot	
Kuvio 1. Toimintaterapiaprosessi OTIP-mallin mukaisesti (Fisher 2009, 16).....	9
Taulukot	
Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja luokittelusta.....	16
Taulukko 2. Toimintaterapeuttien käyttämät kompensatiokeinot.....	19
Taulukko 3. Harjoiteltavat arjen toiminnot.....	20
Taulukko 4. Yksilötekijöiden ja kehon toimintojen ennalleen palauttamisen keinot..	24
Taulukko 5. Opetukselliset ja koulutukselliset interventiot.....	25
Taulukko 6. Toimintaterapeuttien kuvaamat interventiokeinot toiminnan mahdollistamiseksi OTIP-mallin kautta tarkasteltuna	28

1 Johdanto

Suomessa sairastuu vuosittain n. 24 000 ihmistä aivoverenkiertohäiriöihin. Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) ovat yleisimpiä ikääntyneillä ihmisillä ja kaksi kolmasosaa sairastuneista on yli 65-vuotiaita. Neljännes sairastuneista on työikäisiä. Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat vuosittain n. 5000 henkilön kuoleman ja ne ovatkin Suomessa kolmanneksi yleisin kuolinsyy (Kaste ym. 2015.) Sairauden taloudelliset kustannukset ovat korkeat siitä aiheutuvien pitkien sairaalahoitajaksojen ja työkyvyttömyyden vuoksi. Aivoverenkiertohäiriöstä jää pysyviä haittoja n. 40 %:lle eloonjääneistä. (Kaste ym. 2015; Kauhanen 2015, 231-232). Aivoverenkiertohäiriöstä voi aiheutua monenlaisia toimintakykyyn vaikuttavia motorisia, kognitiivisia, emotionaalisia ja sosiaalisia haasteita. Nämä saattavat hankaloittaa kuntoutujan selviytymistä päivittäisissä toiminnoissa, työssä, opiskelussa ja vapaa-ajalla. (The Role of Occupational Therapy in Stroke, N.d.) Aivohalvauskuntoutujat ovatkin yksi yleinen toimintaterapian asiakasryhmä.

Kognitiivisten toimintojen häiriöt ovat yleisiä aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuvilla (Kauhanen 2015, 233). Kognitiivisiin häiriöihin kuuluu myös neglect-oireisto, jolla voi olla merkittäviä vaikutuksia kuntoutujan päivittäiseen elämään. Tässä opinnäytetyössä selvitetään, millaisia interventiokeinoja toimintaterapeutit käyttävät kuntoutujan toiminnan mahdollistamiseksi sekä neglect-oireiden lievittämiseen subakuutissa vaiheessa.

Neglectiin liittyviä interventioihin painottuvia tuoreita tutkimuksia on saatavilla vähän. Hoitotyön alalta löytyy aiempia neglectiä käsitteleviä opinnäytetöitä. Aihetta on käsitelty myös toimintaterapian aikaisemmissa opinnäytetöissä, mutta niissä on keskitytty tarkastelemaan yhtä tiettyä interventiokeinoa tai yleisesti kognitiivista kuntoutusta (esim. 2012 vuodelta Anu Ahlforsin opinnäytetyö Kognitiivinen kuntoutus toimintaterapiassa). Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan laajemmin erilaisia toimintaterapeuttien käyttämiä interventiomalleja, Anne G. Fisherin OTIP-mallin teoriaan peilaten.

2 Aivoverenkiertohäiriöt

2.1 Käsitteiden määrittelyä

Aivoverenkiertohäiriöt jaetaan iskeemisiin aivoverenkiertohäiriöihin ja valtimovuotoihin. (Kaste ym. 2015). Iskemia tarkoittaa puutteellista verenvirtausta, joka aiheuttaa aivosolujen vaurioitumisen hapenpuutteen vuoksi (Jehkonen, Saunamäki, Paavola & Vilkki 2015, 183). Iskeemisiä aivoverenkiertohäiriöitä ovat ohimenevä iskeeminen aivoverenkiertohäiriö (TIA) sekä aivoinfarkti. TIA on kohtausmainen, ohimenevä aivoverenkiertohäiriö, joka ei aiheuta pysyviä kudonvaurioita. TIA lisää riskiä sairastua aivoinfarktiin ja pitkittyessään se voi olla merkki pienestä aivoinfarktista. (Kaste ym. 2015; Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016.) Aivoinfarktissa verisuonen tukkeutumisesta aiheutuu pysyviä vaurioita aivokudokseen. Verisuonen tukos voi syntyä valtimoiden kovettumataudin vuoksi tai johtua emboliasta. Suurin osa aivoverenkiertohäiriöistä, n. 80%, on aivoinfarkteja. (Jehkonen ym. 2015, 183-184.) Aivoinfarktiin sairastumisen riskiä lisäävät mm. kohonnut verenpaine, diabetes, sydänsairaus, dyslipidemiat, tupakointi ja runsas alkoholinkäyttö (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016).

Aivojen valtimovuoto jaotellaan tapahtumapaikan mukaan aivojen sisäiseen verenvuotoon (ICH) sekä subaraknoidaalivuotoon (SAV) (Kaste ym. 2015; Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016). Aivojen sisäisessä verenvuodossa aivovaltimon seinämä repeytyy ja sen seurauksena verta vuotaa aivokudoksen sisään. Useimmiten taustalla on pitkään jatkunut verenpainetauti. Aivoverenvuoto voi aiheutua myös vamman tai runsaan alkoholinkäytön seurauksena. Subaraknoidaalivuoto saa alkunsa aivojen pinnalla lukinkalvon alla kulkevien verisuonten repeytymisestä. Tavallisesti verenvuodon aiheuttaa aneurysman eli aivovaltimopullistuman puhkeaminen. Kohonnut verenpaine, tupakointi sekä runsas alkoholinkäyttö ovat suurimpia riskitekijöitä. Aivoverenkiertohäiriöistä yli 10% on aivoverenvuotoja ja alle 10% subaraknoidaalivuotoja. (Jehkonen ym. 2015, 183-185.)

2.2 Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat haitat

Aivoverenkiertohäiriöstä aiheutuvat oireet riippuvat vaurion laajuudesta ja sijainnista. (Kauhanen 2015, 234). Yleinen aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttama fyysinen haitta on sensomotorinen hemipareesi, joka akuuttivaiheessa ilmenee noin 75%:lla potilaista. Useimmiten oireet ovat yläraajassa vaikeammat. (Kauhanen 2015, 233; Kaste ym. 2015). Muita motorisiin toimintoihin vaikuttavia seurauksia voivat olla esim. lihasvoiman heikkous, spastisuus, raajojen kömpelyys, tasapainon ja vartalonhallinnan heikkoudet sekä tuntohäiriöt (Kauhanen ym. 2015).

Kognitiivisten toimintojen eli tiedonkäsittelyjärjestelmän häiriöt ovat yleisiä aivoverenkiertohäiriöissä. Häiriöt voivat liittyä muistiin, tarkkaavaisuuden säätelyyn, toiminnanohjaukseen, kielellisiin toimintoihin, tahdonalaisten liikkeiden suorittamiseen, näönvaraiseen toimintaan sekä yleiseen prosessointinopeuden hidastumiseen. Toiminnanohjauksen häiriöt voivat näkyä mm. toiminnan aloittamisen, etenemisen ja suunnittelun vaikeuksina. Dominantin aivopuoliskon vaurioissa afasia (kielellisten toimintojen häiriö) on melko yleinen seuraus. Myös oiretiedostamattomuutta ja muutoksia tunne-elämässä ja käyttäytymisessä voi esiintyä (Kauhanen ym. 2015, 233; Kaste ym. 2015)

2.3 Aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutus

Vuosittain Suomessa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista n. 40% tarvitsee lääkinällistä kuntoutusta. Koska aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa monenlaisia oireita ja haittaa, tarvitaan usein moniammatillista kuntoutusta. (Kaste ym. 2015.) Kuntoutumisen nopein vaihe kestää n. 3-6 kuukautta sairastumisesta. Moniammatillisessa kuntoutusyksikössä toteutettavasta yksilöllisestä kuntoutuksesta on tutkimuksissa osoitettu olevan hyötyä aivoinfarktin sairastaneille, riippumatta infarktin vaikeudesta tai potilaan iästä ja sukupuolesta. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016.)

Aivohalvauksen aiheuttamat fyysiset, kognitiiviset ja emotionaaliset haitat vaikeuttavat usein potilaan itsenäistä selviytymistä päivittäisissä toiminnoissa, työssä, opiskelussa tai vapaa-ajalla ja heikentävät sosiaalista osallistumista. Tällaisissa tilanteissa

toimintaterapia voi olla merkittävä osa kuntoutusta ja sitä voidaan toteuttaa sairau-
den eri vaiheissa sekä eri ympäristöissä, kuten sairaalassa, kuntoutuslaitoksissa sekä
asiakkaan kotiympäristössä. (The Role of Occupational Therapy in Stroke, N.d.) Duo-
decimin Aivoinfarkti-työryhmän mukaan toimintaterapiasta on näyttöön perustuen
hyötyä erityisesti ADL- eli päivittäisten toimintojen kuntouttamisessa sekä potilaan
sosiaalisen osallisuuden lisäämisessä. Myös yläraajan kuntoutumista ja Neglect-oi-
reiston lievittämistä voidaan edistää toimintaterapialla. (Toimintaterapia kuntoutuk-
sen terapiamuotona, 2010.)

3 Neglect

3.1 Käsitteiden määrittelyä

*”Neglectillä (huomiotta jäämisellä) tarkoitetaan kyvyttömyyttä havaita, orientoitua
ja reagoida vaurion vastakkaisen puolen ärsykkeisiin silloin, kun huomiotta jääminen
ei johdu liikehäiriöstä tai aistijärjestelmien puutoksesta”* (Hokkanen ym. 2014)

Unilateraalinen eli toispuoleinen neglect on tarkkaavuuden suuntaamisen häiriö.
Neglect on yleisnimitys erilaisille huomiotta jäämisen oireille. (Hokkanen ym. 2014;
Jehkonen ym. 2015, 65-66.) Neglect on yleisempää oikean aivopuoliskon vaurioissa,
jolloin huomiotta jääminen kohdistuu vasempaan puoleen (Warren 2018, 620). Siksi
tässä luvussa mainitut esimerkit tilanteista, joissa neglect-oireita ilmenee, kuvaavat
vasemman puoleista neglect-oiretta.

Neglect-oireisto vaihtelee lievistä oireista vaikeaan oirekuvaan. Oireiden ollessa lie-
viä, ne voivat näkyä esim. vain hitaina reaktioina aivovaurion vastakkaisen puolen är-
sykkeisiin tai yleisenä tarkkaamattomuutena (Jehkonen ym. 2015, 66.) Lievätkin oi-
reet voivat haitata potilaan toimintaa monimutkaisemmissa päivittäisissä toimin-
noissa ja tehtävissä, jotka vaativat pitkäkestoista tarkkaavuutta ja tarkkuutta. Liiken-
teessä lieväkin neglect on riskitekijä. (Hokkanen ym. 2014; Jehkonen ym. 2015, 66.)
Vaikealla oireistolla on laaja-alaiset vaikutukset potilaan päivittäiseen toimintaan.
Neglect-oireen vaikeus voi vaihdella lyhyelläkin aikavälillä ja siksi kuntoutus voi edetä
aaltomaisesti. (Jehkonen ym. 2015, 66.)

Neglect-oireeseen liittyy vaikeuksia sekä spatiaalisessa että ei-spatiaalisessa tarkkaavuudessa. Oire voidaan jakaa aistialueiden mukaan visuaaliseen, taktiliseen, motoriseen ja auditiiviseen. Se voi samanaikaisesti esiintyä useammalla eri osa-alueella. Näistä yleisin on visuaalinen eli näönvaraisen tarkkaavuuden neglect-oire, jota on eniten tieteellisesti tutkittu. (Hokkanen ym. 2014; Jehkonen ym. 2015, 65-66). Potilas saattaa tällöin esimerkiksi kirjaa lukiessaan huomioida vain sivun oikealla puolella olevan tekstin (Maskill & Tempest 2018, 117). Taktilisessa oireessa huomiotta jääminen kohdistuu tuntoärsykkeiden varaiseen tarkkaavuuteen, jolloin kehon vasemman puolen koskettaminen jää huomiotta (Jehkonen ym. 2015, 66). Auditiivinen oire ilmenee sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, jolloin potilaalta voi jäädä huomiotta häntä vasemmalta puolelta puhuttelevat henkilöt (Jehkonen ym. 2015; Maskill & Tempest 2018, 117). Motorisessa neglect-oireessa liikereaktiot viivästyvät, vähenevät tai voivat puuttua kokonaan. Esimerkiksi oman käden virheellinen asento voi jäädä potilaalta huomiotta. Neglect-oire voi olla myös representationaalinen, jolloin oire ilmenee myös ajatuksissa ja mielikuvissa (esim. kuvaillessa tuttua kohdetta aivovaurion vastakkaisella puolella olevat asiat jäävät huomiotta) (Jehkonen ym. 2015, 66.)

Neglect-oire voidaan jakaa personaaliseen, peripersonaaliseen ja extrapersonaaliseen sen mukaan, missä spatiaalisessa tilassa oire ilmenee (Grieve & Gnanasekaran 2008; Hokkanen ym. 2014; Jehkonen ym. 2015, 66.). Personaalinen neglect-oire kohdistuu omaan kehoon, peripersonaalinen käden ulottuvilla olevaan toimintatilaan ja ekstrapersonaalinen ulkoiseen toimintatilaan. (Hokkanen ym. 2014; Jehkonen ym. 2015, 66.) Personaalinen neglect-oire ilmenee esim. pukiessa tai hygienian hoidossa. Potilas saattaa pukea kehostaan vain oikean puolen tai ajaa partansa vain oikealta puolelta (Maskill & Tempest 2018, 117). Esimerkkinä peripersonaalisesta oireesta voi olla, että potilas syö lautaselta ruoan vain oikealta puolelta. Vasemmalla puolella oleviin esineisiin törmäily on ekstrapersonaalinen neglect-oire. Neglect-oire voidaan luokitella myös allosentriseen ja egosentriseen. Allosentrisessä neglect-oireessa yksittäisten ärsykkeiden vasen puoli jää huomiotta, riippumatta siitä, missä ärsyke sijaitsee. Egosentrinen oire näkyy kehon keskilinjan vasemmalla puolella olevien ärsykkeiden huomiotta jäämisenä. (Jehkonen ym. 2015, 66.)

Neglect-oireet johtuvat yleisimmin aivoverenkiertohäiriöstä, mutta oiretta voi esiintyä myös aivovammojen, aivokasvainten yhteydessä sekä epilepsiaa sairastavilla ohimenevänä kohtauksen jälkeen. Oikean aivopuoliskon vaurioissa neglect-oireet ovat yleisempiä ja vaikea-asteisempia verrattuna vasemman aivopuoliskon vaurioon. Tyyppillisesti neglect ilmenee siis vasemman puoleisten ärsykkeiden huomiotta jäämisinä. Koska vasemman aivopuoliskon vaurioihin liittyy usein kielellisiä häiriöitä, on mahdollista, että oikeanpuoleinen neglect jää alidiagnosoiduksi. Neglect-oireiden esiintyvyyksluvut ovat tutkimusten mukaan vaihtelevia, oikean aivopuoliskon vaurioissa esiintyvyyksluvut vaihtelevat 12-95% ja vasemman aivopuoliskon vauriossa 2-30%. (Hokkanen ym. 2014; Jehkonen ym. 2015, 65-66.)

Neglect-oireiston lisänä potilaana ilmenee useimmiten muita neurologisia oireita. Tavallisia ovat hemipareesi eli raajahalvaus, tuntopuutokset sekä hemianopia eli näkökenttäpuutos. Neuropsykologisista häiriöistä yleisimpiä ovat visuospatiaaliset ja visuostruktuuriiviset häiriöt, visuaalisen muistin ja päättelyn häiriöt sekä anosognosia eli sairauden tiedostamisen vaikeudet sekä muutokset emotionaalisessa reagoimisessa. Toiminnanohjauksen häiriöt ja säätelyn vaikeuksia voi myös esiintyä. (Hokkanen ym. 2014; Jehkonen ym. 2015, 65-66.)

3.2 Toimintaterapia neglect-oireiden kuntoutuksessa

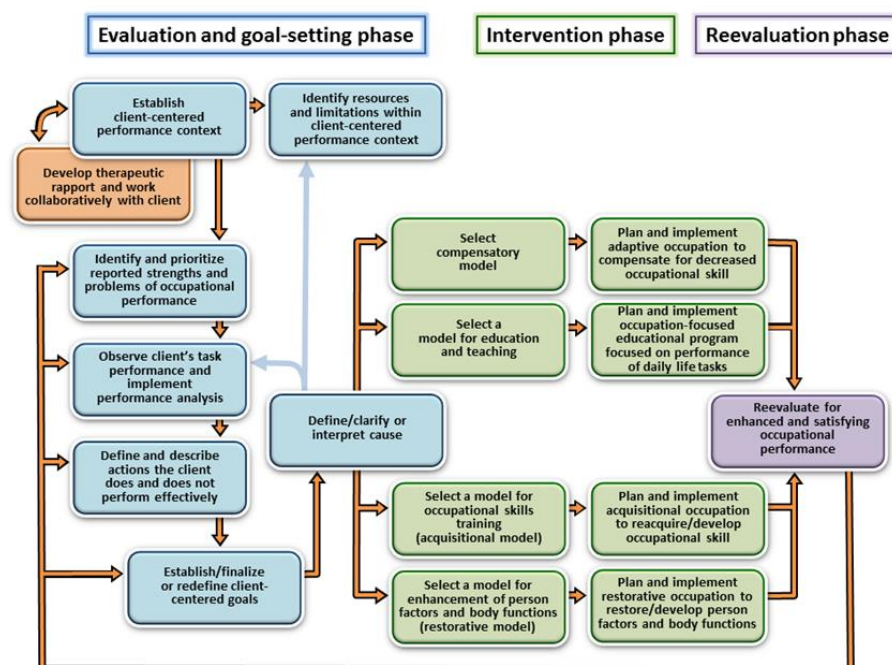
Toimintaterapeutin keskeisenä tehtävänä neglect-oireisen potilaan kuntoutuksessa on mahdollistaa asiakkaan selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Päivittäisten toimintojen harjoittelua ja asiakasta motivoivaa toimintaa käytetään usein interventiokiekinona. Visuaalisiin neglect-oireisiin käytettävät toimintaterapian interventiot suuntautuvat ympäristön ja tehtävien muokkaamiseen helpottaakseen toimimista. Keinoja ovat esimerkiksi ympäristön häiriötekijöiden vähentäminen, valaistuksen ja kontrastien lisääminen sekä tarvittavien esineiden korostaminen huomiota herättävällä tavalla. (Warren 2018, 624-625.)

Kompensatorisia tekniikoita voidaan käyttää myös neglect-oireisiin. Näihin kuuluvasta *visual scanning training* (VST) on osoitettu olevan näyttöä neglect-oireisiin.

Siinä toimintaterapeutti opettaa potilaalle visuaaliseen hahmottamiseen strukturoituja tapoja, joissa ympäristön huomioiminen aloitetaan vasemmalta puolelta. (Warren 2018, 624-625.) Kompensaatiokeinoja ovat esimerkiksi myös sanalliset ja visuaaliset vihjeet, muistutukset sekä tekniikat, joilla asiakas voi tarkistaa, onko saanut tehtävän suoritettua loppuun. (Maskill & Tempest 2017, 120). Interventioihin kuuluu myös asiakkaan oiretiedostuksen lisääminen (mm. antamalla palautetta toiminnasta) (Warren 2018, 624-625).

4 OTIP-malli toimintaterapiassa

Fisherin (2009) Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIP-malli) on toimintakeskeinen top-down lähtöinen malli, jossa korostuu asiakaskeskeisyys. OTIP-mallissa toimintaterapiaprosessi jakautuu 1) Arvioinnin ja tavoitteen asettamisen vaiheeseen 2) Interventiovaiheeseen 3) Uudelleenarvioinnin vaiheeseen. Tässä opinnäytetyössä selvityksen kohteena ovat toimintaterapeuttien käyttämät interventiot, joiden seuraavaksi tarkastellaan OTIP-mallin mukaista interventiovaihetta. (Fisher 2009, 1-17.)



Schematic representation of the occupational therapy intervention process. Adapted from: Fisher, A. G. (2009). Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions. Ft. Collins, CO: Three Star Press.

Kuvio 1. Toimintaterapiaprosessi OTIP-mallin mukaisesti (Fisher 2009, 16).

Top-down ajattelun mukaisen toimintaterapiaprosessin aluksi toimintaterapeutti pyrkii ymmärtämään kokonaisvaltaisesti asiakkaan tilannetta huomioiden asiakkaan tarpeita ja toiveita sekä toimintoja, joista asiakas haluaa suoriutua tai hänen oletetaan rooliensa perusteella suoriutuvan. Tässä vaiheessa määritellään myös toimintoja, joiden suorittamisessa asiakkaalla on vaikeuksia. Toimintaterapeutti arvioi asiakkaan toiminnan laatua havainnoimalla sekä tekemällä toiminnan analyysia. Toiminnan analyysin perusteella toimintaterapeutti pystyy määrittelemään, mistä toiminoista asiakas suoriutuu tehokkaasta ja mistä tehottomasti. Arviointivaiheessa asetetaan tavoitteet asiakkaan toimintaterapialle. (mts. 15-17.)

Arvioinnin ja tavoitteen asettamisen jälkeen edetään toimintaterapian interventio- vaiheeseen, jossa toimintaterapeutti valitsee asiakkaalle soveltuvan interventiomallin. Interventiomallin valinta perustuu arviointivaiheessa saatuihin tietoihin asiakkaasta. Fisher jakaa toimintaterapiassa käytettävät interventiot neljään eri malliin. Valittu malli määrittää, mikä on toimintaterapia-intervention fokus. Kompensatorinen, toimintataitojen harjoittelun ja restoratiivinen malli perustuvat toiminnan terapeuttiseen käyttöön. Opetuksellinen ja koulutuksellinen malli on suunnattu ryhmämuotoisiin interventioihin. (mts. 15-18.) Fisher (2009, 18-19) luokittelee interventiomallit seuraavasti:

Kompensaatiomalli (Compensatory model)

Kompensaatiomallissa muokataan toimintaa, fyysistä tai sosiaalista ympäristöä, toiminnan suorittamisen tapoja tai hyödynnetään erilaisia apuvälineitä. Tarkoituksena on, että asiakas pystyisi suoriutumaan näiden kompensatiivisten/mukauttavien keinojen avulla intervention kohteena olevista toiminnoista.

Toimintataitojen harjoittelun malli (Model for occupational skills training/acquisitional model)

Mallissa keskitytään ennalleen palauttamaan, kehittämään tai ylläpitämään toimintataitoja sekä parantamaan asiakkaan suoriutumista toiminnasta. Interventiona käytetään toimintaa, joka mahdollistaa asiakkaalle jonkin toimintataidon uudelleen opet-

telun, kehittämisen tai ylläpitämisen. Esim. jos asiakas on menettänyt kykynsä suoriutua päivittäisistä toiminnoista, pyritään näissä tarvittavia toimintataitoja opettelemaan uudelleen.

Yksilötekijöiden ja kehon toimintojen ennalleen palauttamisen malli (Restorative model)

Keskittyy yksilötekijöiden ja kehontoimintojen ennalleen palauttamiseen, kehittämiseen tai ylläpitämiseen. Yksilötekijöihin kuuluvat esim. arvot, tavat ja tottumukset.

Opetuksellinen ja koulutuksellinen malli (Model for Education)

Malli on ryhmille suunnattu interventio, johon kuuluu esim. luentoja ja workshopeja. Näiden aiheet liittyvät asiakkaiden päivittäiseen elämään sekä toiminnalliseen suoriutumiseen. Interventio toteutetaan keskustellen, ja asiakkaita rohkaistaan myöhemmin kokeilemaan intervention aikana opittuja strategioita. Itse interventiotilanteeseen ei kuulu käytännön harjoittelua.

Interventiomallien lisäksi Fisher (2009, 28-37) luokittelee **interventiokeinot** eli toiminnot, joita interventiossa käytetään, kuuteen eri ryhmään. Seuraavassa esiteltävä nämä kuusi ryhmää Fisherin luokittelun mukaisesti:

1. Valmistelevat toiminnot (Preparation)

Terapeutti toteuttaa intervention ja asiakas on passiivinen intervention vastaanottaja. Intervention fokuksena on silloin erityisesti kehon toimintojen ennalleen palauttaminen, ylläpitäminen tai kehittäminen. Valmistelevia toimintoja voivat olla esimerkiksi passiiviset liikeharjoitukset, lastoitus, kylmä- tai lämpöhoidot.

2. Kiertoharjoittelu (Rote practice/Exercise)

Kierto/toistoharjoittelussa käytetään toistettavia harjoituksia, joilla pyritään kehon toimintojen ennalleen palauttamiseen, ylläpitoon tai kehittämiseen. Näihin kuuluvat esim. voimaharjoittelut, kuminauhalla jumppaliikkeiden tekeminen sekä ulottuvuusharjoitukset. Toistoharjoitteita voidaan tehdä käyttämällä erilaisia terapiaan soveltuvia välineitä tai muita esineitä. Suurimmalla osalla toistoharjoitteista ei juuri ole yhteyttä asiakkaan päivittäiseen elämään, ja vaikka käytettäisiinkin oikeita toiminnassa tarvittavia esineitä, toimintakonteksti ei ole luonnollinen.

3. Simuloitu toiminta (Simulated Occupation)

Toimintoja, joissa joko itse toiminta tai siinä käytettävät materiaalit ja välineet eivät vastaa luonnollista toimintatilannetta. Toiminnan taustalla on asiakkaalle merkityksellinen arjen toimintatilanne, mutta osa välineistä ja materiaaleista on keinotekoisia. Välineet ja materiaalit voivat olla myös oikeita, mutta silloin jotkin osat tehtävistä/toiminnasta ovat keinotekoisia/simuloituja eikä niitä suoriteta toiminnalle luonnollisessa ympäristössä. Esim. ruokailuvälineiden käytön harjoittelu muovailuvahaa pilkkomalla, sosiaalisen työhaastattelutilanteen harjoittelu roolileikin avulla).

4. Yksilötekijöiden ja/tai kehon toimintojen ennallaan palauttamiseen, kehittämiseen tai ylläpitoon pyrkivä toiminta (Restorative Occupation)

Interventiossa käytetty toiminta on asiakkaalle tarkoituksellista ja merkityksellistä ja asiakas osallistuu toimintaan aktiivisesti. Toiminta on asiakkaan päivittäisen elämän kannalta relevanttia ja tapahtuu luonnollisessa ympäristössä. Esimerkkinä on toiminnan porrastaminen ja siten tehtävän haastavuuden muokkaaminen sopivalle tasolle.

5. Toimintataitojen oppimiseen pyrkivä toiminta

Tarkoituksena on mahdollistaa asiakkaan toimintataitojen uudelleen oppimista, kehittämistä ja ylläpitämistä, jotta asiakas pystyisi suoriutumaan hänelle merkityksellistä ja tarkoituksellisista päivittäisistä toiminnoista. Toiminta tapahtuu luonnollisessa ympäristössä ja asiakas osallistuu aktiivisesti. Toimintaa porrastetaan asteittaan sopivaksi asiakkaan tasolle.

6. Mukauttava toiminta

Mukauttavilla interventioilla pyritään kompensoimaan tehotonta toimintataittoa. Tavoitteena on mahdollistaa asiakkaalle hänelle merkityksellisistä ja tarkoituksellisista päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen uudella tavalla kompensoivia keinoja käyttäen. Esimerkkeinä kompensoitokeinoista ovat apuvälineiden tai avustajan käyttö sekä toimintatapojen muokkaaminen. (Fisher 2009, 28-37.)

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tässä opinnäytetyössä on kaksi näkökulmaa. Ensinnäkin tarkoituksena on selvittää, **millaisia keinoja toimintaterapeutit käyttävät toiminnan mahdollistamiseen kuntoutujilla, joilla on neglect-oireita**. Toisena näkökulmana selvitetään, **millaisia keinoja toimintaterapeutit käyttävät neglect-oireiden lieventämiseen**.

Tavoitteena on jakaa tietoa nykyisistä toimintaterapian interventiökäytännöistä ja huomioida mahdolliset kehittämistarpeet siinä.

Tutkimuskysymyksenä on: Millaisia interventiokeinoja toimintaterapeutit käyttävät neglect-oireisen kuntoutujan toiminnan mahdollistamiseen ja neglect-oireiden lievittämiseksi?

5.2 Laadullinen tutkimus

Jotta käytössä olevista interventiokeinoista saataisiin tarkempaa tietoa, tarkoituksenmukaista oli lähestyä aihetta laadullisen tutkimuksen keinoin. Tämä opinnäytetyö kerää tietoa toimintaterapeuttien subjektiivisista kokemuksista, joten se on laadullinen tutkimus. Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedonhankintaa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 161) ja myös tässä tutkimuksessa käytettyjä interventiokeinoja pyritään selvittämään monipuolisesti sekä toimintamahdollisuuksien parantamisen että oireiden lievittämisen näkökulmasta.

5.3 Aineiston hankinta ja kuvaus

Laadullisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei käyttäen satunnaisotantaa (Hirsjärvi ym. 2015, 164). Laadullisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti tutkimuksessa haastateltaviksi valitaan henkilöitä, joilla on hyvin tietoa ja kokemusta tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98). Koska neglect-oireisto on voimakkaimmillaan heti sairastumisen jälkeen (Kuikka 2001, 87), siksi tut-

kimusjoukoksi valittiin toimintaterapeutteja, jotka työskentelevät aivoverenkiertohäiriöiden subakuuttivaiheen kuntoutuksessa sairaalan kuntoutusosastolla. Subakuutilla vaiheella tarkoitetaan kuntoutuksen nopeinta vaihetta, jonka kesto on n. 3-6 kuukautta sairastumisesta (Roine & Palomäki 2004, 230).

Haastattelu on yksi yleisimmistä laadullisessa tutkimuksessa käytetyistä menetelmistä (Tuomi ym. 2018, 83) ja sitä käytetään tässäkin opinnäytetyössä. Haastattelu on aineistonkeruumenetelmänä joustava ja se mahdollistaa tiedonhankinnan suunnitelmallisen haastattelutilanteessa. Haastattelu mahdollistaa saatavien tietojen syventämisen ja aiheiden järjestyksen säätelyn. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 34-35.) Haastattelun avulla voidaan saada yksityiskohtaisempaa tietoa käytetyistä interventioista ja tarvittaessa pyytää haastateltavaa täydentämään tai perustelemaan vastaustaan.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastolliseen yleistyksen, vaan ymmärtämään jotakin ilmiötä syvemmin. Merkittävää tietoa voidaan saada haastattelemalla muutamaa henkilöä. (Hirsjärvi ym. 2011, 58-59.) Opinnäytetyötä varten haastateltaviksi valittiin 3 toimintaterapeuttia. Haastateltavat valittiin lumipallo-otannalla. Lumipallo-otannalla tarkoitetaan lähestymistapaa, jossa tutkija etsii ensin mahdollisten haastateltavien joukosta muutaman ns. avainhenkilön. Avainhenkilön haastattelun jälkeen tätä pyydetään ehdottomaan muihin tutkimukseen sopivia henkilöitä, joilta voisi saada täydentävää tietoa. (Hirsjärvi ym. 2011, 59-60.) Näin toimittiin myös tämän opinnäytetyön kohdalla.

Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Teemahaastattelua kuvataan puolistrukturoiduksi haastattelumenetelmäksi: se on strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelussa on tietyt aihepiirit, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat siitä. (Hirsjärvi ym. 2015, 208; Hirsjärvi & Hurme 2011, 47-48.) Haastattelun teemat muodostuivat OTIP-mallin mukaisesta interventiokeinojen luokittelusta (haastattelurunko s. 38).

Opinnäytetyötä varten tehtiin haastattelut tallennettiin. Haastateltavat saivat etukäteen ennen haastattelua luettavakseen teemahaastattelurungon kysymykset (s. 38). Haastateltavien kanssa käytiin läpi opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä kerrottiin

haastatteluaineiston käsittelystä. Haastateltavat allekirjoittivat suostumus-lomakkeen (s. 37). Yhden haastattelun kesto oli puoli tuntia eli yhteensä haastatteluaineistoa tallennettiin 1,5 tuntia. Aineisto litteroitiin sanatarkasti ja litterointi tehtiin huolellisesti. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 13 sivua fontilla Calibri, fontin koko 12 ja rivivälillä 1,15.

5.4 Aineiston analysointi

Aineistosta tehtiin teoriaohjaava sisällönanalyysi, jossa taustateoriana on OTIP-malli. Teoriaohjaavassa analyysissä aiemmat teoretiedot ohjaavat analyysia, mutta analyysi ei suoraan pohjautu teoriaan. Tarkoituksena ei ole testata aiempaa teoriaa, vaikka aiempi teoretieto kytkeytyy selkeästi analyysiin. (Tuomi ym. 2018, 109). Haastateltavien ei edellytetty tuntevan OTIP-mallia. OTIP-mallin mukainen interventiokeinojen luokittelu selitettiin lyhyesti jokaiselle haastateltavalle ennen haastattelun aloitusta, mutta haastattelukysymyksiin vastaamiseksi ei tarvittu perehtyneisyyttä kyseen malliin.

Sisällönanalyysi alkaa aineiston redusoinnilla eli aineiston pelkistämällä. Tutkimuskysymysten kannalta epäoleelliset asiat karsitaan pois aineistosta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123). Koko litteroitu aineisto luettiin ensin perusteellisesti. Eri haastatteluista litteroidut tekstit merkittiin eri värisellä fontilla. Litteroitu aineisto käytiin huolellisesti läpi alleviivaten tutkimuksen kannalta olennaiset tiedot eli haastatteluissa esille tulleet interventiokeinot. Aineistossa esiintyvät interventiokeinot kerättiin värikoodattuina erilliseen tiedostoon allekkain. Aineiston alkuperäisilmauksia pelkistettiin. Seuraavassa sisällönanalyysin vaiheessa aineistoa ryhmitellään eli klusteroidaan (Mts. 124). OTIP-mallin interventiomalleista tehtiin yksityiskohtainen taulukko, johon haastatteluaineistossa esille tulleet interventiokeinot luokiteltiin. Aineiston luokittelusta on esimerkki taulukossa 1. Pelkistetty aineisto koottiin yhteenvedoksi. OTIP-mallin mukaisesti luokiteltu aineisto myös kvantifioitiin laskemalla luokkaan kuuluvien ilmaisujen määrä aineistossa, jolloin saatiin selville, painottuvatko mihin OTIP-mallin mukaisiin interventiomalleihin interventiokeinot painoutuivat.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja luokittelusta

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Pelkistetyn ilmaisun luokittelu	Interventiokeino luokiteltuna	OTIP-malli
”lukemista helpottamaan joku värillinen tikku rivin alkuun voi auttaa huomiomimaan”	Lukemista helpottava värillinen tikku rivin alussa käytettäväksi	Apuväline	Kompensatiokeino	Kompensatiomalli

6 Tutkimustulokset

Kaikki haastatellut toimintaterapeutit työskentelevät aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutuksen subakuuttivaiheessa neurologisella kuntoutusosastolla. Kaikki haastatelluista toimintaterapeuteista kertoivat toimintaterapian interventiokeinoilla pyrkivänsä lievittämään neglect-oiretta sekä mahdollistamaan toimintaa neglect-oireen kanssa.

6.1 Kompensatiivinen lähestymistapa toiminnan mahdollistamiseksi

OTIP-mallin mukaisesti kompensatiokeinoiksi luokitellaan apuvälineen tai avustajan käyttö, uuden toimintatavan opettaminen tai toiminnan, fyysisen tai sosiaalisen ympäristön muokkaaminen (Fisher 2009, 37). Kaikki haastatelluista toimintaterapeuteista kertoivat käyttävänsä kompensatiokeinoiksi luokiteltavia interventioita mahdollistaakseen kuntoutujan toimintaa neglect-oireiston kanssa. Kaksi haastatelluista toimintaterapeuteista toi esille, että erilaiset kompensatiokeinot otetaan käyttöön vasta sen jälkeen, kun yksilötekijöiden ja kehon toimintojen palauttavat toimenpiteet eivät tuota haluttua tulosta.

”Kuitenkin sitä neglectiä on tarkoitus lieventää, mutta toisaalta etsii niitä keinoja, miten sen kanssa pärjää”

”Ensinnäkin sitä lievennetään, mutta kompensatio sitä oikeesti näyttää siltä että mikään ei vaan toimi eikä tilanne muutu”

Toimintaterapeutit toivat esille myös, että kompensatiokeinoja voidaan ottaa käyttöön myös yhtäaikaaisesti yksilötekijöiden ja kehon toimintojen palauttamiseen pyrkivien interventioiden ohella.

Apuvälineistä tuli määrällisesti eniten mainintoja kompensatiokeinoiksi luokiteltavista interventioista. Toimintaterapeutit käyttivät erilaisia apuvälineitä suuntaamaan huomion huomiotta jäävälle ympäristön alueelle. Mainituissa apuvälineissä hyödynnettiin paljon värien käyttöä huomiota herättämään. Esimerkkeinä näistä mainittiin värilliset tarrat, tikut ja alustat. Myös äänen (rannekkeeseen kiinnitetty kello) sekä paineen tunteen aistimisen (lastat/ortoosit) avulla pyrittiin kiinnittämään huomiota huomiotta jäävälle puolelle. Peiliä käytettiin apuna pukemis- ja hygienianhoitotilanteissa edistämään huomiota jäävän kehonpuolen huomioimista.

Kompensatiokeinoihin kuuluvilla toimintaympäristön muokkauksilla pyrittiin helpottamaan neglect-oireisen kuntoutujan toimintaa sijoittamalla tarvittavia tavaroita tai huonekaluja kuntoutujan terveelle puolelle, jotta ne olisivat helpommin löydettävissä. Yksi toimintaterapeuteista mainitsi myös ympäristön muokkaamisen turvallisemmaksi kuntoutujalle.

Kaikki toimintaterapeuteista tekevät mahdollisuuksien mukaan tarvittaessa myös kotikäyntejä kuntoutujan kotiutumisen lähestyessä, kotikäyntien määrä vaihtelee, yksi toimintaterapeuteista kertoi tekevänsä vain yhden kotikäynnin tarvittaessa, kaksi toimintaterapeuteista kertoi tekevänsä tarvittaessa parikin käyntiä. Toimintaterapeuttien mainitsemat kotikäynneillä tehtävät interventiot painoutuivat kompensatiokeinoihin: ympäristön muokkaukseen liittyviin asioihin. Esimerkiksi saatetaan laittaa seinään merkkejä/ripoja suuntaamaan huomiota neglect-puolelle. Turvallisuusriskejä pyritään vähentämään esim. poistamalla mattoja tai huonekaluja kulkureitiltä.

Haastatellut toimintaterapeutit käyttävät kompensatiokeinona myös uuden toimintatavan opettamista erityisesti pukeutumis- ja peseytymistilanteissa, joissa ohjataan kuntoutujaa aloittamaan toiminta (esim. pukeminen) huomiotta jäävältä kehon puolelta. Aineistosta tuli esille myös esimerkki OTIP-mallin mukaisesta toiminnan muokkaamisesta. Kaksi toimintaterapeuteista mainitsi tarvittaessa helpottavansa toiminnan vaatimuksia antamalla enemmän ärsykeitä terveeltä puolelta, esim. ohjeen antamisessa kuntoutujalle. Ensisijaisesti toimintaterapeutit pyrkivät kuitenkin antamaan ärsykkeet huomiotta jäävältä puolelta Neglect-oireistoa lievittääkseen, mutta jos se on toiminnan kannalta liian haasteellista, käytetään kompensatiokeinoja toiminnan mahdollistamiseksi.

” jos on ihan auditiivista neglectiä, niin jos se ihminen ei huomioi sua millään tavalla niin sit on mentävä vastaan ja ohjattava terveeltä puolelta, koska muutenhan se ei onnistu”

Kuntoutujan muistuttaminen mainittiin aineistossa useita kertoja. Toimintoja harjoittellessa toimintaterapeutit käyttävät paljon muistuttelua, jotta kuntoutuja muistaisi huomioida huomiotta jäävää puolta. Kuntoutujaa muistutetaan pään kääntämisessä huomiotta jäävälle puolelle sekä huomiotta jäävän puolen ympäristön ja tavaroiden huomioimisessa. Liikkuessa kuntoutujaa muistutetaan tarvittaessa huomioimaan huomiotta jäävällä puolella olevat esteet. Muistuttaminen luokitellaan kuuluvaksi kompensatiokeinoihin (Maskill & Tempest 2017, 120). Muistuttamalla toimintaterapeutti toimii kuntoutujan avustajana toimintatilanteissa. Kuntoutujan kotiutuessa tämä rooli opetetaan tarvittaessa kuntoutujan omaiselle tai hoitajalle.

Toimintaterapeutit kertoivat myös ohjaavansa omaisia käyttämään kompensatiokeinoja. Ohjausta tehdään sekä osastolla että kotikäynneillä. Omaista ohjataan, kuinka toimia kuntoutujan avustajana: kuinka kuntoutujalle on hyvä antaa ohjeita ja millainen toimintaympäristö helpottaa kuntoutujan toimintaa. Kotiympäristössä korostuu kuntoutujan toiminnan helpottaminen ja turvallisuusriskien minimoiminen.

Taulukkoon 2 on luokiteltu kompensatiomalliin kuuluvat interventiokeinot pienimiksi kokonaisuuksiksi. Taulukossa interventiokeinot on numeroitu siinä järjestyksessä, kuinka paljon niihin liittyviä mainintoja aineistossa on ollut. Taulukossa ensimmäisenä ovat eniten mainintoja saaneet interventiot.

Taulukko 2. Toimintaterapeuttien käyttämät kompensatiokeinot

1. Apuvälineet	<ul style="list-style-type: none"> -kirkkaat/värilliset tarrat liukuestemuovi -punainen teippi -värillinen tikku/viiva -värikäs alusta -välkkyvä valo -rannekkeeseen kiinnitetty kello -lastat/ortoosit -peili
2. Avustajana toimiminen	<ul style="list-style-type: none"> -muistuttaminen pään kääntämisestä, katseen siirtämisestä, ympäristön- ja tavaroiden huomioimisesta huomiotta jäävältä puolelta
3. Toimintaympäristön muokkaaminen - sairaalaosastolla -kotona	<ul style="list-style-type: none"> -huonekalujen ja tavaroiden sijoittaminen terveille puolelle-- -rauhallisen ja kiireettömän toimintaympäristön järjestäminen - ympäristön muokkaaminen turvallisemmaksi -turvallisuusriskien vähentäminen -ympäristön helpottaminen
4. Omaisten ohjaus osastolla -ohjeen antaminen kuntoutujalle -toimintaympäristön helpottaminen Omaisten ohjaus kotikäynnillä	<ul style="list-style-type: none"> -lyhyet sanalliset ohjeet, rauhallisesti ja selkeästi puhuen -ohjeen pilkkominen pienempiin osiin -rauhallinen toimintaympäristö -keinoja helpottaa kuntoutujan toimintaa kotona -turvallisuusriskien huomioimisen ohjaus
5. Uuden toimintatavan opettaminen	<ul style="list-style-type: none"> -toiminnan aloittaminen huomiotta jäävältä puolelta (pukeminen, hygienian hoito) -työskentelyä aloittaessa huomiotta jäävän puolen raajojen asennon huomioiminen

6. Toiminnan vaatimusten helpottaminen	-ärsykkeiden salliminen tulevan terveen puolen kautta -vähemmän vaatimuksia huomiotta jäävältä puolelta
--	--

6.2 Toiminnassa tarvittavien taitojen harjoittelu

Toimintataitojen harjoittelun mallissa pyritään kehittämään ja ennalleen palauttamaan toimintataitoja, ja siihen käytetään interventiona toimintaa, joka mahdollistaa uudelleen opetteluun ja kehittämisen. Toimintataidot jaetaan motorisiin-, prosessi-, sekä sosiaalisiin- ja vuorovaikutustaitoihin. (Fisher 2009, 19.) Kaikki haastatellut toimintaterapeutit korostivat tekevänsä paljon arjen taitojen harjoittelua. Harjoiteltavia toimintoja ovat ADL-toiminnot, keittiötoiminnot, asiointikäynnit kaupassa, sairaalan ulkopuolella kulkeminen (liikenteessä toimiminen, reittien harjoittelu, bussilla liikkuminen) sekä tietokoneen käyttö (laskujen maksu, sähköpostin käyttö). ADL-toiminnoilla tarkoitetaan itsestä huolehtimisen toimintoja, joihin kuuluvat esim. hygienian hoito, pukeutuminen ja syöminen (Hautala, Hämäläinen, Mäkelä & Rusi-Pyykönen 2016, 29). Haastateltavat tuovat esille tyypillisimmin harjoiteltavan itsestä huolehtimisen toimintoja (esim. pukeminen, hygienian hoito) sekä keittiötoimintoja. Sairaalan ulkopuolella liikkuminen tulee kyseeseen osan kuntoutujista kohdalla. Kaksi toimintaterapeuteista mainitsi myös tarvittaessa harjoittelevansa tietokoneen käyttöä kuntoutujan kanssa. Arjen taitoja harjoiteltaessa kaikki toimintaterapeutit toivat esille tekevänsä myös arviointia intervention ohella.

Taulukossa 3 on lueteltu aineistossa mainitut harjoiteltavat arjen toiminnot. Eniten mainintoja saaneet toiminnot ovat taulukon alkupäässä, ja loppupäässä vähiten mainitut.

Taulukko 3. Harjoiteltavat arjen toiminnot

1. ADL-toiminnot (pukeminen, hygienian hoito, ruokailu)
2. Keittiötoiminnot
3. Asiointikäynnit (kauppa)

4. Ulkona kulkemisen harjoittelu kävellen/apuvälineen avulla, bussilla liikkuminen

5. Tietokoneen käytön harjoittelu (laskujen maksu, sähköpostin käyttö)

Esim. keittiötoimintojen valintaan vaikuttaa se, mitä kuntoutuja on aiemmin kotonaan keittiössä tehnyt (laittaako ruokaa tai onko kiinnostunut ruoanlaitosta). Toimintaterapeutit pitävät keittiötoimintaa myös hyvänä harjoituksena, vaikka kuntoutuja ei olisi aktiivinen ruoanlaittaja. OTIP-mallissa ihanteellisessa tilanteessa toiminnan tarkoituksen ja merkityksen tulisi olla lähtöisin kuntoutujasta, ei terapeutista (Fisher 2009, 24). Kaksi toimintaterapeuteista toi esille tilojen rajallisuuden osasto-oloissa: mahdollisia paikkoja taitojen harjoittelulle on vähän.

Keittiötoiminnoista kertoessaan toimintaterapeutit toivat vahvasti esille toiminnan porrastamisen ja pilkkomisen pienempiin osiin. Porrastamista ja toiminnan pilkkomista käytetään myös muissa toiminnoissa.

”keittiötoiminnot alotetaan pienestä ja sit ruvetaan rakentaa ateria, joka vaatii jo sitä suunnittelua ja isompi tila”

”oon valmistellut keittiötä, että tavarat saattaa olla valmiina siinä, jos aattelen että aika ei riitä tai että se on liian raskasta tai vaikeeta ettiä ne tavarat kaapista. Toimintaa voi haastaa et tulee useampia osia, esim. keittiössä tavaroita pitää ettiä, silloin tulee kestoltaan pidemmäks”

Toimintataitoja harjoitellessa kaikki toimintaterapeutit kertoivat porrastavansa myös omaa ohjeistustaan. Toimintaterapeutit käyttävät ohjaamiseen porrastaen sanallista ohjausta, ääniä, eleitä, kosketusta ja manuaalista ohjausta. Ohjaamisessa korostui myös taukojen pitäminen ja ajan antaminen:

”se et malttaa odottaa pystyykö kuntoutuja ite etenemään toiminnassa”

”se et ei ohjaa liikaa, antaa sen mahollisuuden ite oivaltaa”

Kaksi toimintaterapeuteista mainitsi tavaroiden etsimisen (toimintakokonaisuuksia harjoitellessa) olevan hyvää harjoitusta. Yksi toimintaterapeuteista mainitsi tarvittaessa näyttävänsä mallia (esim. pukemistilanteessa), jolloin pyrkii saamaan kuntoutuja toimimaan mallin mukaisesti.

Taulukossa 3 on esitetty aineistossa mainitut toimintataitojen harjoittelussa käytettävät keinot siinä järjestyksessä, kuinka paljon mainintoja ne ovat aineistossa saaneet. Taulukon alkupäässä ovat eniten mainintoja saaneet keinot.

Taulukko 3. Toimintataitojen harjoittelun keinot.

1. Toiminnan porrastaminen/pilkkominen osiin	-aloitetaan pienemmästä tehtävästä, vähitellen siirrytään laajempaan tehtäväkokonaisuuteen -kuntoutuja tekee vain osan tehtävän vaiheista, toimintaterapeutti auttaa loput vaiheet
2. Ajan antaminen	-odotetaan, pystyykö kuntoutuja itse etenemään -pidetään taukoja ohjeiden antamisen jälkeen
3. Ohjauksen porrastaminen	-tarpeen mukaan sanallinen ohjaus, eleet, äänet, kosketus, manuaalinen ohjaus
4. Mallin näyttäminen	-mallin mukaan toimiminen

Kaikki toimintaterapeutit tuovat esille, että osastolla taitoja harjoitellaan enimmäkseen mahdollisimman luonnollisessa ympäristössä oikeilla välineillä esim. sairaalan kylpyhuoneessa tai harjoituskeittiössä. Yksi toimintaterapeuteista totesi sairaalaympäristöstä, että *”eihän tääkään on luonnollinen kun kotihan se ois se paras”*. Toimintaterapeutit pitävät kotiympäristöä parempana paikkana taitojen harjoittelulle. Kaksi haastatelluista toimintaterapeuteista mainitsi tekevänsä taitojen arviointia ja interventiota (esim. keittiötilanteessa) mahdollisuuksien mukaan myös kotikäynnillä. Usein kotiympäristössä harjoittelu ei kuitenkaan onnistu kotikäyntien vähäisen määrän vuoksi.

6.3 Yksilötekijöiden ja kehon toimintojen ennalleen palauttaminen

Fisherin (2009, 19) mukaan yksilötekijöiden ja kehon toimintojen ennalleen palauttamisen malliin luokitelluilla interventioilla keskitytään ennalleen palauttamaan ja kehittämään yksilötekijöitä sekä kehon toimintoja. Kaikki toimintaterapeutit kertoivat käyttävänsä pöytätasolla tehtäviä harjoituksia, joilla pyritään toimintavalmiuksien (esim. hahmottamisen ja tarkkaavuuden valmiuksien) kehittämiseen. Aineistossa mainittuja pöytätason harjoituksia olivat erilaiset pelit, kynä-paperitehtävät, etsimis- sekä rakenteluharjoitukset. Pöytätason harjoitteiden kohdalla kaikki toimintaterapeutit mainitsivat aloittavansa harjoitukset helposta ja etenevänsä vaikeampiin, kuntoutujan taso sekä mielenkiinnon kohteet huomioidaan harjoitteiden valinnassa.

Perusteluina pöytätason harjoituksista yksi toimintaterapeuteista mainitsi sairaalan toimintaympäristö, joka rajaa harjoittelemisen mahdollisuuksia. Kaksi toimintaterapeuteista perusteli pöytätason harjoitusten käyttöä rajatummalla toimintaympäristöllä.

”harjotellaan sitä valmiutta tarkkailla ympäristöä ensin semmosessa rajatussa ympäristössä, joka voi olla se pöytä tai se A4, harjotellaan ensin pienellä alueella, koska ehkä se tarkkaavuus, keskittyminen ja fyysinen jaksaminen ei riitä vielä kauheen pitkiin setteihin”

Jos kuntoutujalla on neglectin lisäksi hemipareesi/plegia toimintaterapeutit kertoivat ohjaavansa käden kuntoutusharjoituksia manuaalisesti ja käden kuntoutusrobotilla. Yksi toimintaterapeuteista mainitsi näissä tilanteissa käyttäneensä myös peilitera-piaa.

Tarjotakseen haasteita neglect-kuntoutujalle ja lievittääkseen neglect-oiretta, toimintaterapeutit kertoivat muokkaavansa toimintaympäristöä (esim. laajentamalla ympäristöä) sekä toimintaa (toiminnan kestoja ja samanaikaisten tehtävien määrää lisäämällä). Ärsykkeet ja aktiviteetti pyritään tarjoamaan neglect-puolelta ja samoin tavaroita sijoitellaan neglect-puolelle. Myös omaisia ohjataan tuomaan ärsykeitä neglect-puolelta.

Kaksi toimintaterapeuttia mainitsi myös antavansa kuntoutujan tehdä virheitä, pyrki-
myksenä tukea oiretiedostusta. Virheitä annetaan tehdä esim. liikkuesssa (esim. kun-
toutujan saatetaan antaa törmätä neglect-puolelta ovenkarmiin, kuntoutujan turval-
lisuus huomioiden, tarkoituksena herättää oiretiedostusta. Toimintaterapeutit koros-
tivat turvallisuuden olevan ensisijaista ja näissä tilanteissa toimintaterapeutin tehtä-
vänä on varmistaa, ettei potilas loukkaa itseään.

Taulukossa 4 on esitetty aineistossa mainitut yksilötekijöiden ja kehon toimintojen
ennalleen palauttamisen keinot. Taulukon alkupäässä ovat eniten mainintoja saaneet
keinot.

Taulukko 4. Yksilötekijöiden ja kehon toimintojen ennalleen palauttamisen keinot

1. Pöytätason harjoitteet	-pelit (korttipelit, lautapelit, palapelit) -rakentelu erilaisilla palikoilla -kynä-paperi tehtävät -etsimisen harjoitukset (värit, kuvat, esineet, kartat)
2. Omaisten ohjaus -ohjeiden/ärsykkeiden an- taminen kuntoutujalle	-puhe ja ohjaus huomiotta jäävältä puolelta, -erilaisten aistimusten/ärsykkeiden (esim. taputtelu, silittely) antaminen huomiotta jäävälle puolelle
3. Toimintaympäristön muutokset	-laajempi toimintaympäristö -ryhmätoiminta -enemmän häiriötekijöitä -kiireisempi toimintaympäristö
4. Ärsykkeet	-ärsykkeet ja aktiviteetti huomiotta jäävältä puolelta
5. Tavaroiden sijoittelu	-tarvittavien tavaroiden sijoittelu huomiotta jäävälle puolelle
6. Toiminnan muokkauk- set	-toiminnan pidempi kesto -useampi yhtä aikaa huomioitava tehtävä
7. Virheiden salliminen	-kuntoutujan oiretiedostuksen lisääminen virheiden tekemi- sen kautta

6.4 Opetukselliset ja koulutukselliset keinot

Opetuksellisen ja koulutuksellisen mallin interventiot ovat ryhmille suunnattuja edukatiivisia interventioita (esim. luentoja ja seminaareja). Ne eivät sisällä käytännön harjoittelua, vaan keskustelua. (Fisher 2009, 19.)

Kaksi toimintaterapeuteista kertoi ajoittain osallistuvansa aivoverenkiertohäiriö (avh)-ensitietopäiviin, jossa myös toimintaterapeutti kertoo oman osuutensa aivoverenkiertohäiriöistä. Tällöin myös neglect mainitaan lyhyesti. Yksi toimintaterapeuteista mainitsi olevansa myös avh-yhdyshenkilö, jonka vuoksi jakaa tietoa myös neglectiin liittyen. Kukaan haastatteluista toimintaterapeuteista ei pidä erityisesti neglectiin liittyviä luentoja tai koulutuksia.

Kaikki toimintaterapeuteista toivat esille antavansa tarvittaessa neglect-oireisiin liittyvää tietoa kuntoutujan omaisille. Tietoa annetaan siitä, mistä oireet johtuvat, kuinka ne näkyvät toiminnassa ja miten omainen voi omalta osaltaan edistää kuntoutumista.

Taulukossa 5 on esitelty aineistossa mainitut opetukselliset ja koulutukselliset interventiot.

Taulukko 5. Opetukselliset ja koulutukselliset interventiot

1. AVH-ensitietopäivät	-lyhyesti myös neglect-oireista kertominen
2. AVH-yhdyshenkilönä toimiminen	-tiedonanto myös neglect-oireista
3. Omaisten ohjaus-tiedonanto	-tietoa oireiden syystä -ilmenemisestä ja kuntoutuksesta

6.5 OTIP-mallin mukaiset toimintamuodot

Fisher luokittelee OTIP-mallissa kuusi erilaista toimintamuotoa, joita käytetään interventioissa. Mukauttavan toiminnan (kompensaatiokeinojen käyttö), toimintataitojen

oppimiseen pyrkivän toiminnan sekä yksilötekijöiden ja/tai kehon toimintojen ennalleen palauttamiseen, kehittämiseen tai ylläpitoon pyrkivän toiminnan lisäksi toimintamuotoja ovat valmistelevat harjoitukset, kiertoarjoittelu sekä simuloitu toiminta. (Fisher 2009, 27-37.) Näistä kaikista toimintamuodoista löytyi mainintoja aineistosta.

Valmistelevat harjoitukset

Valmistelevilla harjoituksilla pyritään kehon toimintojen ennalleen palauttamiseen, ylläpitämiseen tai kehittämiseen. Valmistelevan toiminnan interventioissa kuntoutuja on passiivinen toiminnan vastaanottaja (mts. 28). Kaikki toimintaterapeutit käyttävät sanoja, ääntä, eleitä tai ilmeitä toimintoja harjoitellessa lisätäkseen huomiotta jäävän puolen havaitsemista. Nämä huomiotta jäävän puolen huomioimisen herättämiseen pyrkivät keinot voidaan luokitella OTIP-mallin mukaisesti valmisteleviin harjoituksiin.

Kiertoarjoittelu

Kiertoarjoitteluun kuuluvat toistettavat harjoitukset, joiden tarkoituksena on kehon toimintojen ennalleen palauttaminen, ylläpito tai kehittäminen (Fisher 2009, 28). Aineistossa mainittiin käden manuaaliset kuntoutusharjoitukset, harjoitukset otetaululla sekä harjoitukset yläraajojen kuntoutusrobotilla. Toimintaterapeutit korostivat kuitenkin, että eivät käytä näitä harjoitteita pelkästään neglect-oireiden lievittämiseen, vaan tällöin kuntoutujalla on myös hemipareesi. OTIP-mallin mukaisesti nämä harjoitteet luokitellaan kiertoarjoitteluun ja niillä pyritään kehittämään yksilötekijöitä/kehon toimintoja. Näillä harjoitteilla ei ole yhteyttä päivittäiseen elämään. (mts. 29).

Simuloitu toiminta

Simuloidussa toiminnassa joko toiminta, käytettävät materiaalit ja välineet poikkeavat luonnollisesta toimintatilanteesta (mts. 29-30). Haastateltavien toimintaterapeuttien mukaan simuloidun toiminnan käyttö on vähäistä. Simuloidua toimintaa saateen käyttää esimerkiksi tilanteissa, jolloin potilaan huono vointi ja jaksaminen estää sairaalaympäristöstä ulos lähtemisen. Aineistosta löytyi yksi esimerkki simuloidun toiminnan käytöstä. Kaksi toimintaterapeuteista kertoi harjoittelevansa ostosten te-

koa mainoslehden avulla, josta kuntoutuja saa valita tarvittavia ostoksia ja laskea niiden hintoja. Tämä voitaisiin luokitella OTIP-mallin mukaisesti simuloituun toimintaan. Yksi simuloitun toiminnan piirre on se, ettei toiminta tapahdu luonnollisessa ympäristössä (mts. 28).

6.6 Tulosten yhteenveto

Aineistosta löytyi kaikkiin neljään OTIP-mallin mukaisiin interventiomalleihin luokiteltavia mainintoja. Tietyistä interventiokeinoista tuli määrällisesti enemmän mainintoja. Taulukkoon 6 on koottu aineistosta kaikki luokitellut interventiokeinot. Kompensaatiomalliin liittyviä mainintoja tuli esille aineistosta eniten. Kompensaatiomalliin luokitelluissa interventioissa korostuivat apuvälineiden käyttö sekä toimintaterapeutin toimiminen avustajana, joita mainittiin määrällisesti eniten. Ensisijaisesti toimintaterapeutit pyrkivät kuitenkin neglect-oireen lievittämiseen kompensaation sijaan.

Kaikki toimintaterapeutit korostivat tekevänsä paljon arjen taitojen harjoittelua sairaalaympäristössä mahdollisimman luonnollisissa tilanteissa. Toimintataitoja harjoittellessa aineistossa eniten mainittuja keinoja olivat toiminnan porrastaminen/pilkkominen osiin sekä odottaminen: annetaan kuntoutujalle mahdollisuus itse oivaltaa, eikä ohjeisteta koko ajan. Yksilötekijöiden ja kehon toimintojen ennalleen palauttamisen malliin kuuluvista interventioista yleisimmin mainittuja olivat pöytätason harjoitteet, joista kaikki toimintaterapeutit mainitsivat useita esimerkkejä. Selkeästi vähiten mainintoja aineistossa tuli Opetukselliseen ja Koulutukselliseen malliin kuuluvista interventioista.

Kaikki haastattelut toimintaterapeutit toivat esille sanallisen ohjeen antamiseen liittyviä asioita, jotka on hyvä huomioida. Sanalliset ohjeet pyritään pitämään alkuun mahdollisimman yksinkertaisena ja rauhallisena. Ohjeet kerrotaan rauhallisesti, tarvittaessa puhetta hidastetaan. Ohjeissa käytetään oikeita käsitteitä ja esim. suuntasanoja. Kaksi toimintaterapeuteista mainitsi myös ohjeen ymmärtämisen varmistamisen tärkeyden.

Taulukko 6. Toimintaterapeuttien kuvaamat interventiokeinot toiminnan mahdollistamiseksi OTIP-mallin kautta tarkasteltuna

Kompensaatiomalli	<ul style="list-style-type: none"> -apuvälineet -avustajana toimiminen -toimintaympäristön muokkaaminen -omaisten ohjaus -uuden toimintatavan opettaminen -toiminnan vaatimusten helpottaminen
Toimintataitojen harjoittelun malli	<ul style="list-style-type: none"> -ADL-toimintojen harjoittelu -keittiötoimintojen harjoittelu -asiointikäyntien harjoittelu -sairaalan ulkopuolella kulkemisen harjoittelu -tietokoneen käytön harjoittelu -toiminnan porrastaminen/pilkkominen osiin -ohjauksen porrastaminen -odottaminen -mallin näyttäminen
Yksilötekijöiden ja kehon toimintojen ennalleen palauttamisen malli	<ul style="list-style-type: none"> -pöytätason harjoitteet -omaisten ohjaus -toimintaympäristön muutokset -ärsykkeet (huomiotta jäävältä puolelta) -tavaroiden sijoittelu -toiminnan muokkaukset -virheiden salliminen
Opetuksellinen ja koulutuksellinen malli	<ul style="list-style-type: none"> -AVH-ensitietopäivät -AVH-yhdyshenkilönä toimiminen -tiedon anto omaisille

7 Johtopäätökset

Haastatelluilta toimintaterapeuteilta saadun tiedon mukaan subakuuttivaiheen sairaalassa tapahtuvassa toimintaterapiassa pääpaino on toimintataitojen harjoittelussa toiminnallisissa tilanteissa sekä yksilötekijöitä ja kehon toimintoja ennalleen palauttavassa harjoittelussa, mutta myös kompensaatiokeinoja käytetään toiminnan mahdollistamiseen sairaalaympäristössä. Toimintaterapeutit korostavat arjen taitojen

harjoittelua mahdollisimman luonnollisessa ympäristössä. Päivittäisessä elämässä tarvittavien toimintataitojen harjoittelu on keskeistä, sillä tavoitteena on useimmiten kuntoutujan kotiutuminen. Omaisten ohjaus on merkittävässä asemassa, ja toimintaterapiassa omaisia ohjataan tukemaan yksilötekijöiden ja kehon toimintojen vahvistumista, taitojen uudelleen opettelua sekä kompensoimaan puuttuvia taitoja selviytyäkseen arjen toiminnoista mahdollisimman itsenäisesti.

Kuntoutujan ohjaamisessa korostuvat toimintaterapeutin terapeuttinen itsensä käyttö kompensoimaan kuntoutujan puuttuvaa hahmottamista ja tiedostamista. Kompensoimista tehtiin audittiivisten ja kinesteettisten aistien kautta. Toimintaterapeutit opettavat tätä ohjaustapaa myös kuntoutujan omaisille.

Toimintaterapeutit korostavat, että porrastamalla ohjauksen tapaa, intensiteettiä ja frekvenssiä voidaan edistää kuntoutujan toimintaedellytysten kehittymistä. Ohjauksen porrastamista hyödynnetään toimintataitojen tai yksilötekijöiden ja kehon toimintojen ennalleen palauttamisessa. Keskeistä on myös terapiassa käytettävän tehtävän (toiminnon) porrastaminen. Interventiossa käytettävän toiminnan tulee vastata kuntoutujan taitotasoa, mutta kuitenkin tarjota kuntoutujalle sopivasti haasteita. Toiminnan porrastaminen tuli esille sekä toimintataitoja että yksilötekijöitä ja kehon toimintoja ennalleen palauttavassa harjoittelussa.

Toimintaterapeutit toivat esille ajan merkityksellisyyden terapiatilanteissa. Kuntoutujalle tulee antaa aikaa sekä tilaa itseoivallukselle ja ongelmanratkaisulle. Ajan antaminen tukee kuntoutujan oman ongelmanratkaisukyvyyn kehittymistä. Kuntoutujan tekemät virheet ja epäonnistuminen voivat toimintaterapeuttien mukaan toimia myös positiivisena itsetietoisuuden lisääjänä. Toimintaterapeutit korostivat kuitenkin sallivansa virheiden teon vain sellaisissa tilanteissa, joissa se on kuntoutujalle turvallista.

8 Pohdinta

8.1 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisia keinoja toimintaterapeutit käyttävät toiminnan mahdollistamiseen kuntoutujilla, joilla on neglect-oireita. Samalla selvitettiin, millaisia keinoja toimintaterapeutit käyttävät neglect-oireiden lieventämiseen. Haastatellut toimintaterapeutit työskentelevät neurologisella kuntoutusosastolla kuntoutuksen subakuutissa vaiheessa. Tutkimuksen avulla saatiin tietoa neurologisella kuntoutusosastolla työskentelevien toimintaterapeuttien käyttämistä interventiokeinoista.

Aktiivisen kuntoutuksen vaiheessa, johon subakuutti vaihe kuuluu, korostetaan yksilötekijöiden ja kehon toimintojen ennalleen palauttamista. Myös toimintakyvyn haittaa kompensoivia keinoja tai apuvälineitä otetaan käyttöön. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2016). Haastateltujen toimintaterapeuttien käyttämistä interventiokeinoista korostuvat toimintataitojen harjoittelu sekä yksilötekijöiden ja kehon toimintojen ennalleen palauttaminen, joihin ensisijaisesti pyritään. Myös kompensointikeinoja käytetään siinä tapauksessa, jos yksilötekijöiden ja kehon toimintojen palauttavat toimenpiteet eivät tuota haluttua tulosta.

8.2 Tulokset OTIP-mallin kautta tarkasteltuna

Fisherin (2009, 18) OTIP-mallin mukaisessa toimintaterapiaprosessissa arviointivaihe ja interventiovaihe erotetaan selkeästi erillisiksi vaiheiksi ja interventio tapahtuu vasta arvioinnin ja tavoitteenasettamisen jälkeen (Fisher 2009, 15-18). OTIP-mallista poiketen kaikki haastatellut toimintaterapeutit kertoivat tekevänsä arviointia intervention ohella. Yhtenä esimerkkinä arvioinnin ja intervention samanaikaisesta tekemisestä mainittiin suihkussa käynnin arviointi, jossa toimintaterapeutti samanaikaisesti arvioi kuntoutujan suoriutumista, mutta myös tarvittaessa antoi ohjeita ja avusti manuaalisesti.

Aineistossa mainittujen interventiokeinojen luokittelu kompensatiomalliin ja opetukselliseen- ja koulutukselliseen malliin oli selkeintä, mutta interventiokeinojen jakaminen toimintataitojen harjoittelun malliin ja yksilötekijöiden ja kehon toimintojen ennalleen palauttamisen malliin oli osittain haasteellista. OTIP-mallin mukaisia määrittelyjä joutui tarkistamaan useita kertoja luokittelua tehdessä. Luokittelua tehdessä oli myös olennaista palata tarkistamaan litteroidusta aineistosta asiayhteys ja kokonaisuus, jonka osana kyseinen interventio oli mainittu. Sen avulla pystyi päättämään myös intervention tarkoitusta. OTIP-mallin mukaisesti opetukselliseen ja koulutukselliseen malliin kuuluvat vain ryhmälle toteutettavat koulutukselliset interventiot, eikä interventiotilanteeseen kuulu käytännön harjoittelua (Fisher 2009, 19). Aineistossa mainittu omaisten edukatiivinen ohjaus, jossa omaisille jaetaan tietoa neglect-oireistoon liittyen, päädyttiin kuitenkin luokittelemaan myös Opetukselliseen ja koulutukselliseen malliin, vaikka kyse ei ollut aina ryhmämuotoisesta interventiosta. Muutoin nämä interventiot kuitenkin sopivat parhaiten kyseisen mallin määrittelyyn.

Fisher (2009, 4) korostaa toiminnan merkityksellisyyttä, tarkoituksellisuutta kuntoutujalle sekä toiminnan vahvaa yhteyttä kuntoutujan päivittäiseen elämään (mts. 24). Aineistosta tulee esille, että toimintaterapeutit pyrkivät näin toimimaan aina kun on mahdollista. Kuitenkin esille tuli myös, että terapiassa käytettävä ympäristö ja sen tarjoamat mahdollisuudet saattavat määrittää toimintaterapiassa käytettävää toimintamuotoa. Tämä näkyi toimintaterapeuttien kuvatessa käyttävänsä paljon keittäjä- ja ruuanlaittotehtäviä myös tilanteissa, joissa ruuanlaittaminen ei ole asiakkaan tarpeista tai mielenkiinnosta nousevaa.

Toimintaterapeutit toivat esille myös käyttävänsä erilaisia pöytätasolla tehtäviä harjoitteita, joilla pyritään ennalleen palauttamaan yksilötekijöitä ja kehon toimintoja. Nämä kiertoharjoitteluun luokiteltavat interventiokeinot ovat merkitykseltään ja tarkoitukseltaan usein terapeuttilähtöisiä eikä niillä usein ole juurikaan yhteyttä päivittäiseen elämään (mts. 29). Fisherin (2009, 25) mukaan kuntoutujan toimintaan sitoutumisen ja motivaation kannalta tärkeää on, että valituilla toiminnoilla on merkitys ja tarkoitus kuntoutujan päivittäisessä elämässä. Jos toiminnan tarkoitus ja merkitys ei ole kuntoutujasta lähtöisin, saattaa se heikentää kuntoutujan motivaatiota ja sitoutumista.

Fisherin (2009, 25) mukaan ideaalissa tilanteessa terapia toteutuu luonnollisessa ympäristössä ja siinä käytetään oikeita välineitä ja materiaaleja, jotka ovat toiminnolle tyypillisiä. Myös haastatellut toimintaterapeutit pyrkivät toteuttamaan terapiaa mahdollisimman luonnollisessa ympäristössä käyttäen oikeita materiaaleja. Vaikka keittötoimintojen harjoittelu sairaalaympäristössä ei olekaan kuntoutujalle täysin luonnollinen toimintaympäristö, Fisherin (2009 25) mukaan tällaista toimintaa voidaan pitää luonnollisessa ympäristössä tapahtuvana, vaikka ihanteellisessa tilanteessa terapia toteutuisikin kotiympäristössä. Haastatellut toimintaterapeutit kuvasivat käyttävänsä simuloitua toimintaa vain vähän.

8.3 Jatkotutkimusaiheet

Haastattelussa tuli ilmi erilaisia perusteita, kuinka interventiona käytettävä toiminta valitaan. Kaikki toimintaterapeutit toivat esille kuntoutujan taustan vaikuttavan siihen, millaisia harjoituksia valitaan. Fisherin (2009, 2-3) mukaan toimintaterapiaprosessi alkaa kuntoutujaan tutustumisella. Myös haastatellut toimintaterapeutit korostivat kuntoutujan haastattelua ja tutustumista. Aluksi toiminta on terapeuttilähtöisempää ja toiminnassa painottuu arviointi intervention ohella. Terapeuttilähtöinen toiminta korostuu myös tilanteissa. Kaikki toimintaterapeuteista mainitsivat kuntoutujan tavoitteen (osastolta kotiutuminen useimmilla) vaikuttavan myös harjoiteltaviin toimintoihin. Myös sairaalan rajattu toimintaympäristö vaikuttaa toimintojen valintaan. Toimintaterapeutin rooli harjoituksia valitessa korostuu, jos kuntoutujan kognitiivinen taso on heikko ja kuntoutujalla on oiretiedostamattomuutta. Tämä opinnäytetyö ei anna laajaa käsitystä siitä, millä perusteilla interventioissa käytettävät toimintamuodot valitaan. Jatkotutkimusaiheena voisi olla selvittää tarkemmin, millä perustella toimintamuodot valikoituvat interventiokeinoiksi.

8.4 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Aiheesta saatavilla olevasta teoretiedosta on tähän opinnäytetyöhön pyritty valitsemaan mahdollisimman tuoreita julkaisuja luotettavaksi arvioiduista lähteistä. Osa lähteenä

olevista julkaisuista on kansainvälisiä. Asianmukaisilla lähdeviitteillä kunnioitetaan muiden teosten ja julkaisujen kirjoittajia.

Haastateltavia etsittäessä painotettiin heille tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta ja kerrottiin suullisesti opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteesta. Haastateltavilta pyydettiin kirjalliset suostumukset tutkimukseen osallistumisesta. Haastatteluaineisto säilytettiin asianmukaisesti ja aineisto tuhottiin opinnäytetyön valmistuttua.

Tulosten luotettavuuteen vaikuttaa haastateltavien toimintaterapeuttien määrä.

Haastateltavia oli melko pieni määrä, mikä heikentää tulosten luotettavuutta.

Kuitenkin jo tässä kolmelta toimintaterapeutilta saadussa aineistossa alkoivat samat asiat toistua eli aineisto alkoi kylläntyä. Haastateltaviksi valikoitiin tietoisesti asiantuntijoita, jotka työskentelevät aivoverenkiertohäiriöiden alkuvaiheen kuntoutuksessa kanssa. Koska tutkimusmenetelmänä on laadullinen tutkimus, ei tässä opinnäytetyössä pyritty tilastolliseen yleistykseen.

Lähteet

Fisher, A. 2009. Occupational therapy intervention process model. A model for planning and implementing top-down, client-centered and occupation-based interventions. Colorado: Three Star Press

Grive, J.I. & Gnanasekaran, L. 2008. Neuropsychology for Occupational Therapists. Blackwell Publishing. Viitattu 4.5.2018. <https://janet.finna.fi>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallinna: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.-14.p. Helsinki: Tammi.

Hokkanen, L., Laine, M., Hietanen, M., Hänninen, T., Jehkonen, M., Pulliainen, V. & Kuikka, P. 2014. Neglect ja siihen liittyvät neuropsykologiset liitännäisoireet. Verkkojulkaisussa Neurologia. Duodecim. Viitattu 4.5.2018

Jehkonen, M., Nurki, L. & Kuikka, P. 2015. Tarkkaavuuden häiriöt ja neglect-oire eli huomiotta jääminen. Julkaisussa Kliininen neuropsykologia. Duodecim, 58-72.

Jehkonen, M., Nurmi, L. & Nurmi, M. 2015. Aivoverenkiertohäiriöt. Julkaisussa Kliininen neuropsykologia. Duodecim. 182-203.

Kaste, M., Hernesniemi, J., Juvela, S., Lindsberg, P. J., Palomäki, H., Rissanen, A., Roine, R. O., Sivenius, J. & Vikatmaa, P. 2015. Aivoverenkiertohäiriöt. Verkkojulkaisussa Neurologia. Duodecim. Viitattu 4.5.2018.

Kauhanen, M. 2015. Aivoverenkiertohäiriöt. Julkaisussa Fysiatría. Duodecim, 231-242.

Kuikka, P. 2001. Kliininen neuropsykologia. Porwoo: WS Bookwell Oy.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. 2016. Aivoinfarkti ja TIA. Käypä Hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 7.4.2018.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50051>

Tempest, S. & Maskill, L. 2017. Neuropsychology for Occupational Therapists. 4th edition. John Wiley & Sons: WileyBlackwell. Viitattu 7.4.2018. <https://janet.finna.fi>.

The Role of Occupational Therapy in Stroke. N.d. The American Occupational Therapy Association. Viitattu 4.5.2018. <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/RDP/stroke.aspx>

Toimintaterapia kuntoutuksen terapiamuotona. 2011. Käypä Hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 4.5.2018.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00617>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.

Warren, M. 2018. Evaluation of Sensation and Treatment of Visual Deficits After Brain Injury. Julkaisussa Pedretti's Occupational Therapy. Practice skills for physical dysfunction. United States of America: Elsevier, 594-630.

Roine, R. & Palomäki, H. 2004. Aivoverenkiertohäiriöt. Julkaisussa Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Jyväskylä: Duodecim, 230.

Liitteet

Liite 1: Tiedote tutkimuksesta haastateltaville

TIEDOTE OPINNÄYTETYÖSTÄ: Neglect toimintaterapian asiakkaalla -keinoja toiminnan mahdollistamiseen

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa, millaisia keinoja toimintaterapeutit käyttävät toiminnan mahdollistamiseen kuntoutujilla, joilla on neglect-oireita. Toisena näkökulmana selvitetään, millaisia keinoja toimintaterapeutit käyttävät neglect-oireiden lieventämiseen. Tavoitteena on jakaa tietoa nykyisestä toimintaterapiakäytännöistä Neglectin kuntoutuksessa.

Opinnäytetyön aineisto kerätään haastattelemalla toimintaterapeutteja, jotka työskentelevät aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutuksen subakuuttivaiheessa. Haastattelussa saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti eikä yksittäistä haastateltavaa pysty tunnistamaan opinnäytetyöstä. Haastattelut tallennetaan ja litteroidaan. Ainoastaan opinnäytetyön tekijä kuuntelee haastattelut ja säilyttää haastatteluaineiston muistitikulla salasanasuojauksen takana. Aineiston analysoinnin jälkeen tallenteet hävitetään. Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja halutessanne voitte keskeyttää haastattelun. Jos teillä on kysyttävää haastattelusta tai opinnäytetyöstä, otattehan yhteyttä opinnäytetyön tekijään:

Opinnäytetyön tekijä:

Toimintaterapeuttiopiskelija

Anna-Sofia Pekkarinen

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Opinnäytetyön ohjaajat: Mari Kantanen ja Kristiina Juntunen

Liite 2 Tietoinen suostumus haastatteluun

SUOSTUMUSLOMAKE

Opinnäytetyö: Neglect toimintaterapian asiakkaalla -keinoja toiminnan mahdollistamiseen

Olen saanut tietoa opinnäytetyön tarkoituksesta, tavoitteesta ja toteutuksesta. Allekirjoittamalla tämän suostumuslomakkeen, suostun osallistumaan opinnäytetyön haastatteluun. Osallistumiseni on vapaaehtoista ja minulla on oikeus halutessani keskeyttää osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Annan myös suostumuksen haastattelun tallentamiselle.

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Paikka ja aika

Liite 3: Teemahaastattelun runko

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

Tässä haastattelussa on tarkoitus keskustella millaisia keinoja toimintaterapeutti käyttää subakuutissa vaiheessa potilaille, joilla on Neglect.

Kompensaatiomalli:

Millä keinoilla autat potilasta kompensoimaan Neglect-oiretta?

-Onko käytössä joitain apuvälineitä?

-Millä tavalla muokkaat toimintaympäristöä?

-Ohjaatko potilaalle kompensoivia strategioita? (esim. uusi tekniikka/tapa toimia)

-Miten ohjaat/neuvot potilaan läheistä auttamaan potilasta toiminnassa?

Toimintataitojen harjoittelu:

-Mitä arjen taitoja harjoittelet kuntoutujan kanssa, jolla on neglect-oireita?

-Millaisia keinoja käytät toiminallisia taitoja harjoitellessa? (esim. ADL, keittiötoiminnot, liikkuminen ym.)

Yksilötekijöiden ja kehon toimintojen ennalleen palauttamisen malli

-Millaisia harjoituksia teet neglect-oireen lievittämiseksi? (valmiustaso)

-Miten muokkaat ympäristöä/toimintaa tarjoamaan "haasteita" kuntoutujalle?

-Mitä asioita huomioit neglect-oireisen kuntoutujan ohjauksessa/ohjeiden antamisessa?

Opetuksellinen ja koulutuksellinen malli:

Oletko mukana ensitietopäivillä/sopeutumisvalmennuksessa/pitämässä luentoja neglect-oireista?

Millaista tietoa ja ohjausta annat yksittäisille potilaan omaisille?