

Opinnäytetyö (AMK)

Toimintaterapeutti

2019

Elina Virolainen & Tiia Mustonen

NÄKYYKÖ NEGLECT ?

– Catherine Bergego Scale (CBS) –
arviointimenetelmän hyödyllisyyden arviointi



OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Toimintaterapeutti

2019 | 31 sivua, 22 liitesivua

Elina Virolainen & Tiia Mustonen

NÄKYKKÖ NEGLECT ?

- Catherine Bergego Scale (CBS)- arviointimenetelmän hyödyllisyyden arviointi

Tämä opinnäytetyö toteutui kehittämistyönä, jonka tavoitteena oli selvittää Catherine Bergego Scale-arviointimenetelmän hyödyllisyyttä neglectin arvioimisessa. Menetelmä pohjautuu vuonna 1996 julkaistuu artikkeliin ja sen on kehittänyt lääkäri Catherine Bergego yhdessä puheterapeutin ja toimintaterapeutin kanssa. Menetelmässä arvioidaan potilaan selivytymistä kymmenessä päivittäisessä toiminnossa. Toimeksiantajana toimi Turun Yliopistollinen Keskussairaala (TYKS).

Neglect eli huomiotta jättäminen on tarkkaavaisuuden häiriö ja lukeutuu aivoverenkierronhäiriöiden kognitiivisiin oireisiin. Neglectin arvioimiseen käytetään yleisesti pöytätasoa tehtäviä. On kuitenkin todettu, että toiminnalliset arviointimenetelmät saattaisivat huomata neglectin herkemmin. Toiminnallisia arviointimenetelmiä on kuitenkin vain vähän käytössä.

Kehittämistyön toteutusvaiheessa kolme TYKS:in toimintaterapeuttia kokeilivat tutkittavaa arviointimenetelmää omassa työympäristössään. Toimintaterapeutit kokeilivat menetelmän käyttöä vähintään kolmen asiakkaan kanssa. Arviointimenetelmästä tehtiin suomennos. Toimintaterapeutit kokivat menetelmän hyödylliseksi ja se toi lisää varmuutta neglectin arvioimiseen. Menetelmän koettiin sopivan monenlaisiin ympäristöihin ja erilaisten asiakkaiden kanssa. Menetelmän käyttöä hankaloitti akuutissa vaiheessa neglectin erottaminen muista diagnooseista, kuten näkökenttäpuutos, tuntepuutos ja muut kognitiiviset oireet. Käyttökokeilussa mukana olleet toimintaterapeutit aikovat jatkaa menetelmän käyttöä tulevaisuudessakin

ASIASANAT:

Neglect, aivoverenkierronhäiriö, arviointimenetelmä, toimintaterapia, ADL, Catherine Bergego Scale

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Occupational therapist

2019 | 31 pages, 22 appendices

Elina Virolainen & Tiia Mustonen

CAN YOU SEE THE HEMISPATIAL NEGLECT?

- Assessing usefulness of Catherine Bergego Scale

The purpose of this theses was to assess usefulness of Catherine Bergego Scale (CBS) as a tool for verifying hemispatial neglect. The assessment method has been published by a doctor Catherine Bergego with a help of a occupational therapist and a speech therapist in 1996. Therapist observe a patient in ten different activity of daily living.

Hemispatial neglect is a neuropsychological condition in which person has deficit in attention and awareness of one side. Paper and pencil tests are commonly used for assessing hemispatial neglect. There has been studies of functional assessment methods being more sensitive to recognize neglect but there are only few functional assessments used.

During the theses three occupational therapist tried using the CBS in a hospital with three patients. CBS was also translated to Finnish from Swedish. Occupational therapist found CBS useful assessment tool and certainty for their observations. They thought CBS to be well suited for different enviroments and with different patients. Only thing they were concern was with spotting neglect from different diagnosis such as hemianopsia, sensory deficits or other cognitive problems. These occupational therapist will continue using CBS as one of the assessment tools.

KEYWORDS:

Hemispatial neglect, Assessment method, Occupational therapy, ADL, Catherine Bergego Scale

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TAVOITTEEN MÄÄRITTELY	8
3 SUUNNITTELU	9
4 NEGLECT	10
4.1 Aivoverenkierronhäiriö	10
4.2 Neglect	10
4.2.1 Neglectin arviointi	11
4.2.2 Neglectin kuntoutus	12
5 CATHERINE BERGEGO SCALE	14
5.1 Arviointimenetelmän tausta	14
5.2 Arviointimenetelmän sisältö ja käyttö	14
5.3 Arviointimenetelmän käyttö hoitopolun eri vaiheissa	16
6 TOTEUTUS	18
6.1 Aineiston analyysi	19
7 PÄÄTTÄMINEN JA ARVIOINTI	VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.
8 HAASTATTELUN TULOKSET	VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.
8.1 Käytettävyys	22
8.2 Käyttökelpoisuus	23
8.3 Hyödyllisyys	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
9 POHDINTA	VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.
9.1 Opinnäytetyön eettisyyden tarkastelu	26
9.2 Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelu	27
LÄHTEET	29

LIITTEET

- Liite 1. Suomennettu menetelmä
- Liite 2. Haastattelurunko
- Liite 3. Saatekirje
- Liite 4. Suostumuslomake

KUVAT

- Kuva 1 Esimerkki arviointilomakkeesta 15

TAULUKOT

- Taulukko 1 Esimerkki sisällönanalyysistä 20

1 JOHDANTO

Opinnäytetyö toteutui kehittämistyönä. Sopivimmaksi kehittämisprosessia kuvaavaksi malliksi valikoitui lineaarinen malli, koska kehittämistyöllä oli selkeä looginen etenemissuunta. Lineaarinen malli kuvaa yleensä projektin etenemistä, mutta sitä voidaan soveltaa myös kehittämistyöhön. Lineaarisen mallin vaiheita ovat tavoitteen määrittely, suunnittelu, toteutus sekä päättäminen ja arviointi. (Toikko & Rantanen, 2009, 64.) Kehittämistyön toimeksiantona oli selvittää Catherine Bergego Scale (CBS) menetelmän hyödyllisyyttä arvioitaessa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita henkilöitä. Toimeksiantajana toimi Turun yliopistollinen keskussairaala (TYKS). Kehittämistyöhön osallistui kolme toimintaterapeuttia, jotka työskentelivät kuntoutuksen eri vaiheissa. Kaksi toimintaterapeuttia toimi AVH-valvonnassa sekä neurologisella osastolla, joissa arvioidaan sairauden akuutissavaiheessa olevat henkilöt. Lisäksi subakuutissa vaiheessa toimi yksi terapeutti.

CBS-arviointimenetelmän on kehittänyt lääkäri Catherine Bergego yhdessä puheterapeutin ja toimintaterapeutin kanssa neglectin arvioimiseen. Alkuperäinen artikkeli, joka toimii menetelmän pohjana, on julkaistu vuonna 1996. (Azouvi ym., 1996.) Arviointimenetelmän avulla pyritään selvittämään, ilmeneekö potilaalla neglectiä ja minkä asteisena. Arviointimenetelmä perustuu toiminnan havainnoimiseen ja pitää sisällään kymmenen kysymystä, jotka kohdistuvat päivittäisiin toimintoihin. Niitä ovat; peseytyminen, ruokailu, pukeutuminen, kehon tiedostaminen ja ympäristön huomioiminen. Menetelmässä on lomakepohjat terapeutille, omaiselle sekä kuntoutujalle. Jokaisessa lomakkeessa on huomioitu oikea, että vasen puoli erikseen. (Azouvi 2016.)

Neglect eli huomiotta jättäminen on tarkkaavaisuuden häiriö ja lukeutuu aivoverenkierronhäiriöiden kognitiivisiin oireisiin. Huomiotta jättäminen ilmenee siten, ettei henkilö havaitse vaurion vastakkaiselta puolelta ärsykeitä, mistä johtuen toiminta on vajavaista. (Jehkonen ym., 2015.) Neglect vaikuttaa laajasti päivittäisiin toimintoihin mm. pukeutumiseen, ruokailuun ja hygienian hoitoon (Jehkonen ym. 2007).

Neglectin diagnosointi on haastavaa ja sen varhainen tunnistaminen kuntoutumisen kannalta on erittäin tärkeää. Neglectin arvioimiseen tarvitaan monipuolisia arviointimenetelmiä, koska sekä fysioterapeutit että toimintaterapeutit raportoivat usein neglectin ilmenemisestä henkilön toiminnassa, vaikka pöytätason tehtävissä se näyttäisikin jo

korjaantuneen. Toiminnallisten arviointimenetelmien avulla voidaan tunnistaa negelct herkemmin. (Luukkainen-Markkula ym.,2011.)

Arviointimenetelmä suomennettiin ja sen jälkeen kehitystyössä mukana olleet toimintaterapeutit kokeilivat menetelmän käyttöä omissa yksiköissään muutamien asiakkaiden kanssa. Tulokset osoittivat menetelmän sopivan monenlaisiin työympäristöihin. Menetelmän tuoma arviointiasteikko tuo havainnointiin konkreettisuutta sen antaman pistemäärän kautta. Menetelmä myös täydentää tällä hetkellä arvioinnissa käytettäviä pöytätaskon tehtäviä. Toiveena on, että menetelmä saa suomennoksen ansiosta enemmän jalansijaa kuntoutuksen eri vaiheissa, jotta menetelmä voisi toimia myös kuntoutumisen edistymisen mittarina.

2 TAVOITTEEN MÄÄRITTELY

Kehittämistyö alkaa tavoitteen määrittelystä, joka perustuu yksittäiseen ideaan, tunnistettuun tarpeeseen tai ulkoiseen paineeseen kuten toimintaympäristön muutokseen. Selkeä tavoite on projektin perusta ja se voi tarvittaessa sisältää alatavoitteita. (Toikko & Rantanen 2009, 64.)

Opinnäytetyön aihe saatiin elokuun lopussa ja melko pian siitä sovittiin palaveri toimeksiantajan kanssa. Palaverin tarkoituksena oli saada tarkka kuva kehittämistyön tavoitteesta. Opinnäytetyön tavoitteeksi muodostui Catherine Bergego Scale- menetelmän hyödyllisyyden selvittäminen Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Tavoite pohjautuu tunnistettuun tarpeeseen, joka muodostuu siitä, että neglectin diagnosointi on haastavaa ja sen varhainen tunnistaminen kuntoutumisen kannalta on erittäin tärkeää. Lisäksi toimintaterapeutin tulee noudattaa aina näyttöön perustuvaa toimintatapaa eli ammatillisen harkinnan tulee perustua viimeisimpään tietoon. Näyttöön perustuva työtapa johdattelee käyttämään jo tutkittuja menetelmiä, koska niiden luotettavuus sekä toistettavuus ovat hyviä. (Toimintaterapeuttiliitto ry 2014, 7-8.) Suomenkielisiä arviointimenetelmiä on kuitenkin vielä vähän. Toimeksiantajalla TYKS:lla oli käytössä Catherine Bergego Scalesta ruotsinkielinen versio.

Hyödylliseksi määritellään menetelmä tai järjestelmä, jonka avulla päästään kohti haluttua tavoitetta. Tämän menetelmän hyödyllisyys määrittyy sen mukaan, miten hyvin se tunnistaa neglectin ilmenemistä. Hyödyllisyys rakentuu käytettävyydestä sekä käyttökelpoisuudesta. Käyttökelpoisuus osoittaa menetelmän kykyä toimia tietyssä tehtävässä ja käytettävyys tarkoittaa kuinka hyvin käyttäjät voivat toteuttaa käyttökelpoisuutta. Käytettävyyden osa-alueet ovat opittavuus, tehokkuus, muistettavuus, virheet ja tyytyväisyys. (Nielsen 1993,23-26.) TOIMIA-tietokannassa on opas toimintakykymittarin arviointiin ja siinä on määritelty käsite käyttökelpoisuus. Se pitää sisällään mm. saatavuuden, ajankäytön, vaatimukset ympäristön suhteen, tulosten tulkinnan ja turvallisuuden. (Thl.)

3 SUUNNITTELU

Suunnitteluvaiheessa tehdään riskianalyysi ja valitaan ketkä osallistuvat kehittämistyön toteuttamiseen. Mahdollista on myös tehdä esiselvitys, jonka tarkoituksena on varmistaa, että lopputulos vastaisi organisaation tavoitteita. Lopputuloksena syntyy kehittämistyön suunnitelma. (Toikko & Rantanen 2009.) Suunnitteluvaihe lähti käyntiin selvityksellä CBS-menetelmän saatavuudesta. Seuraava työvaihe oli menetelmän suomentaminen, joka mahdollisti menetelmän kokeilun. Alkuperäinen menetelmä on ranskankielinen ja englanninkielisen käännöksen puuttuttua, valittiin alkuperäisestä tehty ruotsinkielinen käännös, joka käännettiin suomenkielille. Ruotsinkielinen käännös saatiin käyttöön TYKS:lta. Ruotsinkielisestä tehty käännös suomenkielille varmistettiin hyvän ruotsin kielien taidon omaavan toimintaterapeutin kanssa. Käännöstä tehdessä ilmeni jo pieniä ongelmia, sillä osa ruotsinkielisen menetelmän lauseista ei ollut ihan selkeitä. Tässä huomattiin juuri se, ettei jo käännetystä saisi tehdä käännöstä.

Alkuvaiheessa arviointimenetelmän kääntämiselle lähdettiin hakemaan lupaa, jotta menetelmää saisi käyttää kehittämistyön jälkeen vapaasti. Pitkän etsinnän jälkeen saatiin yhteys ranskalaiseen toimintaterapeuttiin Philippe Azouviin, joka on ollut menetelmän alkuperäisen artikkelin kirjoittamisessa mukana. Lisäksi hän on ollut mukana useissa tutkimuksissa, joissa CBS menetelmää on tutkittu. Azouvin lähettämän sähköpostin mukaan menetelmän käyttöön ei ole lisenssiä. Käännöstä tehtäessä tulee säilytettävä alkuperäinen nimi sekä viitata alkuperäiseen artikkeliin. Tulevaisuudessa menetelmää käyttävän täytyy muistaa, ettei suomennos ole virallinen, sillä se on käännetty käännöksestä eikä sille ole tehty kaksoiskäännösprosessia.

Kehittämistyön suunnitelma esitettiin joulukuun alussa opinnäytetyöseminaarissa. Aikataulu osoittautui haasteelliseksi, sillä käännöstyö vei odotettua enemmän aikaa. Tavoite oli saada suomennettu menetelmä toimintaterapeuttien käyttöön jo joulukuun aikana. Laadukas suomennos oli kuitenkin kokonaistavoitteen saavuttamiseksi niin tärkeä, että toimintaterapeuttien tapaaminen siirrettiin tammikuulle.

Suunnitteluvaiheessa tiedonhaulla syvennettiin ymmärrystä neglectistä. Neglectin ymmärtäminen auttoi käsittämään paremmin kehittämistyön tavoitetta ja hahmottamaan paremmin tarpeen arviointimenetelmälle. Lisäksi haettiin aiempaa tutkimustietoa CBS:stä. Tiedonhaku auttoi valmistautumaan ryhmähaastatteluun.

4 NEGLECT

4.1 Aivoverenkierronhäiriö

Aivoverenkierronhäiriöön (AVH) sairastuu Suomessa vuosittain 25 000 ihmistä, joista työikäisiä joka neljäs. Puhutaan siis hyvin yleisestä sairaudesta. AVH aiheuttaa aivojen toimintahäiriön, joka voi ilmetä esimerkiksi motorisina tai kognitiivisina toiminnan vajauksina. (Aivoliitto.fi.) Oireet ovat yleisemmin toispuolinen raajahalvaus, toispuolinen näkökenttäpuutos, tuntuu puutos ja kognitiiviset häiriöt. Se, mihin aivoissa vaurio kohdistuu määrittää ilmeneviä oireita. Yleisin oikean aivopuoliskoon kohdistuneen verenkierronhäiriön aiheuttama kognitiivinen oire on vasemmanpuoleinen neglect eli huomiotta jättäminen. Oikea aivopuolisko on merkityksellinen tarkkaavuuden suuntaamisessa, minkä vuoksi sinne kohdistunut vaurio johtaa usein vaikeampaan neglectiin kuin vasempaan aivopuoliskoon kohdistunut vaurio. Neglectiä esiintyy yli 40 %:lla sairastuneista, joiden verenkierronhäiriö kohdistuu oikeaan aivopuoliskoon. (Jehkonen ym., 2007.)

4.2 Neglect

Neglect eli huomiotta jättäminen on tarkkaavaisuuden häiriö. Kognitiivisista toiminnoista tarkkaavuudella tarkoitetaan tiedonkäsittelyn suuntautumista tarkoituksenmukaisesti tehtävään. Tarkkaavuuden avulla rajataan tehtävän kannalta oleellinen tieto. (Jehkonen ym., 2015.) Rakenteellisesti aivoissa vaurio kohdistuu neglectin ilmentyessä usein aivojen fokaalisiin alueisiin keskimmäisen tai takimmaisen aivo- valtimon suonittamilla alueilla. Aivokuoren alueella neglectiä ilmenee päälaki-, otsa ja ohimolohkojen alueella. Lisäksi neglectiin on yhdistetty vauriot talamuksen ja tyvitumakkeiden alueella. (Mort ym., 2003.)

Neglectissä on paljon erilaisia alatyyppejä ja siinä on havaittu puutteellista tarkkaavaisuuden suuntaamista spatiaalisesti ja ei-spatiaalisesti (Jehkonen ym., 2006). Tutkimuksissa yleisimmin on tunnistettu visuaalinen neglect ja motorinen neglect (Jehkonen ym. 2007). Visuaalista neglectiä ilmenee eri tasoilla: keholla eli persoonallisesti, kurkotusetäisyydellä eli peripersonallisesti tai kurkotusetäisyyden ulkopuolella havainnointikentässä eli ekstrapersonallisesti. Usein ei kuitenkaan voida sanoa, että ilmenee vain yhtä muotoa vaan ne ovat usein yhdistelmiä eri neglectin muodoista. (Jehkonen ym. 2015.)

Lisäksi on havaittu, että ympäristön merkityksellisyys henkilölle vaikuttaa huomiotta jättämiseen. Hän saattaa huomata itselle tunteita herättävän tavaran helpommin neglectin alueella, vaikka jokin toinen tavara jäisikin huomaamatta. Tämä saattaa vaikuttaa testituloksiin sairaalaympäristössä. (Maskill & Tempest, 2017, 118.)

Päivittäisissä toiminnoissa neglect näkyy mm. pukeutumisessa siten, että puetaan vain kehon toinen puoli, ruokailussa usein syödään vain toiselta puolelta lautasta ja peseytyessä pestään vain toinen puoli vartalosta (Jehkonen ym. 2007). Neglect vaikuttaa myös liikkumiseen siten, että henkilö kääntyy ainoastaan toiseen suuntaan tai törmäilee neglectin puolella oleviin asioihin (Maskill & Tempest, 2017, 117). Neglectin on myös todettu lisäävän kaatumisen riskiä. Tutkimuksessa on todettu, että henkilöt, joilla on neglect, kaatuvat 6,5 kertaa todennäköisemmin kuin henkilö ilman neglectiä. (Chen ym., 2015). Neglect vaikuttaa myös sosiaaliseen kanssakäymiseen, sillä henkilö jättää huomioimatta puheen ja tapahtumat, jotka tulevat neglectin puolelta. Neglect saattaa vaikeuttaa myös lukemista, koska sivun toisen puolen sanat jätetään huomiotta. (Maskill & Tempest, 2017, 117). Neglect voi vaikeuttaa myös haastavampia toimintoja kuten puhelimen käyttö tai pankkiautomaatilla asiointi (Jehkonen ym. 2007.) Neglect laskee kykyä toimia itsenäisesti erityisesti subakuutissa vaiheessa (Nijboer ym. 2013).

Usein henkilöillä, joilla on havaittu neglect, eivät itse tunnista oireita. Anosognosia eli oiretiedostamattomuus on yleinen tiedonkäsittelyn ongelma aivoverenkierronhäiriön jälkeen (Heilman ym., 1998.) Siinä henkilö joko ei ymmärrä, kuinka paljon neglect haittaa toimintaa tai ei ollenkaan edes tiedosta neglectin puolen raajaparia. Henkilö, jolla ilmenee anosognosiaa joko jättää huomiotta täysin pyynnön, joka liittyy kyseiseen raajaan tai selittää muilla syillä, miksi toimintoa ei voi tehdä. Anosognosia lisää riskiä raajan loukkaamiseen. (Maskill & Tempest, 2017, 117-118.) Tutkimuksessa on osoitettu, että varsinkin niillä, joilla on arvioitu vaikea tai erittäin vaikea neglect, ovat tunnistaneet itselleen kaikista vähiten minkäänlaisia oireita (Azouvi ym., 2003). CBS menetelmässä on anosognosian kartoittamiseksi myös itsearviointilomake.

4.2.1 Neglectin arviointi

Neglectin varhainen tunnistaminen on erityisen tärkeää kuntoutumisen kannalta. Neglectin diagnosointi ei kuitenkaan ole aivan yksinkertaista ja haasteita tuo mm. neglectin erottaminen näkökenttäpuutoksesta. Suoranaisessa näkökenttäpuutoksessa henkilö osaa usein kompensoida puutteellista näkökenttää, mitä neglectissä ei sen sijaan

tapahdu. (Jehkonen ym., 2007.) On havaittu, että neglectin arvioimiseen monipuolisempia arviointimenetelmiä, koska pöytätason tehtävät usein testaavat vain lähiperipersonallista ulottuvuutta, jolloin muut muodot voivat jäädä tunnistamatta (Azouvi ym. 2003 ; Luukkainen-Markkula ym., 2011.) Haasteena normaalissa elämässä on se, että ympäristössä tulisi havaita muuttuvia ärsykejä samalla kun itsekin liikkuu. Pöytätason tehtävissä kohde on paljon selkeämpi, mutta päivittäisissä toiminnoissa huomiota joutuu jakamaan useampaan asiaan, joka tuo usein neglectin herkemmin ilmi. (Antonia ym., 2017.) Nähdään, että toiminnalliset arviointimenetelmät voivat tunnistaa neglectin herkemmin ja voivat olla mainituista syistä monipuolisempia. Näiden kahden tyyppisen arviointimenetelmän yhdistäminen olisi tehokkainta (Luukkainen-Markkula ym., 2011.)

Neglectin arviointiin tarvitaan siis patteriston tyyppisiä menetelmien yhdistelmiä. Usean menetelmän hallitseminen vaatii kuitenkin terapeutilta vaatii enemmän aikaa. Tämä nähdään haasteena. Lisäksi toinen haaste on tiedon puute siitä, miten valitaan paras menetelmä neglectin arviointiin. Menetelmien valintaan ei ole tällä hetkellä terapeuteille ohjeita tai edes karkeita suuntaviivoja. (Grattan ym., 2014)

4.2.2 Neglectin kuntoutus

Kuntoutus on erittäin tärkeää henkilöillä, joilla on todettu neglectiä, koska useiden tutkimusten mukaan neglectin pitkittyminen hidastaa kokonaisuudessa aivoverenkiertohäiriön jälkeistä kuntoutumista sekä pitkittää sairaala-aikaa. (Jehkonen ym. 2013.) Suurimmalla osalla henkilöistä neglectin oireet häviävät joko osittain tai kokonaan 2-6 kuukauden aikana. Neglectiin sairastuneista noin puolet kuntoutuvat täysin vuoden kuluessa (Soinila ym., 2007).

Kuntoutuminen tapahtuu nopeimmin ensimmäisen kuukauden kuluessa ja tästä syystä neglectin varhainen tunnistaminen onkin tärkeää. Oireet lievittyvät, kun tarkkaavuutta säätelevä hermoverkko elpyy. Pysyvä neglect liittyy usein laajoihin aivovaurioihin ja toistuvat aivoinfarktit lisäävät todennäköisyyttä neglectin syntymiselle. Nopean spontaanin kuntoutumisen ei saa antaa kuitenkaan hämätä, vaan kuntoutuksessa tulee ottaa huomioon erityisesti visuaalisen neglectin heikko toiminnallinen kuntoutuminen. Ongelmat piilevät erityisesti tarkkaavuuden vaikeuksissa ja jäännösoireissa. Kuntoutuksen edistymistä ja onnistumista tulee mitata samankaltaisilla testitehtävillä kuin sairastumisen alussa ja seurata vähintään kuusi kuukautta, sillä oireet voivat palata. (Levón 2014, 13.)

Oireiden tiedostamattomuus saattaa vaikuttaa henkilön motivaatioon kuntoutuksessa. Tästä huolimatta kuntoutuksen jatkuessa oiretietoisuus yleensä kohenee, minkä myötä kuntoutuksen hyödyt tulevat paremmin esiin. Tavoitteet kuntoutukselle asetetaan huomioiden henkilön itsensä sekä läheisten tarpeet. Vaikka täysin itsenäinen arki ei onnistuisikaan henkilöltä kuntoutuksesta huolimatta, hyötynä pidetään usein jo, että henkilö pystyy asumaan kotona omaisen avustamana. (Jehkonen ym. 2015.)

5 CATHERINE BERGEGO SCALE

5.1 Arviointimenetelmän tausta

Arviointimenetelmän on kehittänyt lääkäri Catherine Bergego yhdessä puheterapeutin ja toimintaterapeutin kanssa. Varsinainen menetelmä on julkaistu artikkelina vuonna 1996 toiminnallisen menetelmän tutkimuksen osana. Tekijät ovat tutkineet alustavasti menetelmää jo vuonna 1995. Molempien tutkimusten tuloksina menetelmälle todettiin hyvä luotettavuus ja toistettavuus. Menetelmän vahvuutena on nähty yksinkertaisuus sekä oiretiedostamattomuuden huomiointi. Alkuperäiseen menetelmään ei ole varsinaista manuaalia, vaan menetelmä pohjaa vuoden 1996 artikkeliin. (Azouvi ym.1996.)

5.2 Arviointimenetelmän sisältö ja käyttö

Havainnointiin perustuva arviointimenetelmä pitää sisällään kymmenen kysymystä, jotka kohdistuvat päivittäisiin toimintoihin (kuva1). Päivittäisiä toimintoja ovat arkiset toimet; peseytyminen, ruokailu, pukeutuminen ja kehon tiedostaminen. Toiminnallinen menetelmä huomioi neglectin personaalisen, peripersonaalisen ja ekstrapersonaalisen ulottuvuuden. (Azouvi ym.1996.) Azouvin ym. vuoden 2003 tekemän tutkimuksen tuloksena tehtävien herkkyys asettuu välille 49,5-79,5 %. Kaikkein herkimmit tehtävät menetelmässä ovat pukeutuminen, kehon huomiointi sekä ympäristössä navigointi. Menetelmän on todettu olevan jopa todettu olevan herkempi neglectin tunnistamisessa, kuin perinteiset kynä-paperi tehtävät. (Luukkainen-Markkulaa ym., 2011.) Azouvin ym. vuoden 1996 tutkimuksessaan toteaa, että CBS-menetelmän pisteet korreloivat vahvasti toiminnallisen itsenäisyyden kanssa Barthel indexillä mitattuna.

Menetelmässä on lomakepohjat yksi terapeutille, yksi omaiselle sekä yksi kuntoutujalle. Kaikissa lomakkeissa on erikseen huomioitu sekä vasen että oikeapuoli. Menetelmän erityinen ominaisuus, muihin menetelmiin verrattuna, on erikseen pisteytettävissä oleva oiretiedostamattomuus. Sen arviointiin käytetään asiakkaan itsearviointilomaketta sekä terapeutin lomaketta. Asiakkaan itsearviointi toteutetaan haastatteleamalla.(Azouvi ym.1996.) Näiden pisteiden erotuksesta saadaan oma luku oiretiedostamattomuudelle. Mitä suurempi luku on, sitä todennäköisemmin henkilöllä on neglect ja sitä vaikeampi asteinen se on. (Azouvi 2016.)

Menetelmän käyttö pohjautuu terapeutin havainnointiin, eikä käyttöön ole annettu tarkkoja suoritus ohjeita. Se on kehitetty tavallaan muistilistaksi terapeutille arvioinnin tueksi. On ajateltu myös, että arvioinnin kohteena olevat arjen toiminnot voivat toimia myös terapian tavoitteiden luonnin pohjana. Eri toimintojen arviointijärjestystä tai havainnointi kertojen määrä ei ole määritetty. (Azouvi ym.1996.) Toiminnallisen arviointimenetelmän, jossa käsitellään arjen toimintoja, etuna nähdään, että se luo pohjaa turvallisemmalle sairaalasta kotiuttamiselle (Donoso Brown & Powell, 2017).

Jokainen kymmenen kysymystä pisteytetään pistein 0-3 neglectin vaikeusasteen mukaan. Vaikeusaste määritellään määrällisesti sen mukaan, kuinka usein toiminnassa havaitaan puutteita. Pistemääränä kolme tarkoittaa sitä, ettei kyseistä toimintaa kyetä ollenkaan suorittamaan, suoritus on erittäin heikko tai se vaatii paljon avustamista. Lisäksi on vaihtoehto EA (ei arvioitavissa) joka tarkoittaa, ettei toimintaa voida havainnoida tällä hetkellä. Lopuksi lasketaan yhteispistemäärä, joka on maksimissaan 30p. (Azouvi ym.1996.) Menetelmän etuna tutkimuksessa Azouvi ym. 2003 toteaa, että pisteytys ja pisteiden lasku on kevyt. Lisäksi menetelmässä on positiivista, ettei testiympäristöä tarvitse erikseen muodostaa.

Arviointi: Merkitse häiriön vaikeusaste alla olevan asteikon mukaisesti

EA= ei arvioitavissa 0= ei lainkaan 1=lievä 2=kohtalainen 3=vaikea

Arviointikohdat	EA	0	1	2	3	Kommentit
1. Unohdatko pestä kehosi oikealta puolella tai ajaa parran, kammata tai meikata oikealta puolelta?	EA	0	1	2	3	
2. Unohdatko korjata vaatteet oikealta puolelta kehoasi?	EA	0	1	2	3	
3. Onko sinun vaikea löytää ruokaa lautasen, tarjottimen tai pöydän oikealta puolelta	EA	0	1	2	3	

Kuva 1 Esimerkki arviointilomakkeesta

Menetelmää on kritisoitu varsinaisen manuaalin puuttumisesta. Alkuperäinen artikkeli ei määrittele, tuleeko arviointi suorittaa yhdellä kerralla vai salliiko se useamman kerran havainnoinnin. Riippuen havainnointikerroista toinen kysymys on, että tuleeko kaikki tehtävät suorittaa annetussa järjestyksessä vai onko mahdollisuus luoda tietty konteksti. (Peii ym., 2012.) Kysymyksiin vastaamaan Kessler foundation on luonut KF-NAP-manuaalin, jonka avulla menetelmää on yritetty standardoida, joka parantaa menetelmän toistettavuutta. Se ei kuitenkaan vastaa täysin alkuperäistä menetelmää. (Kessler foundation.org.)

5.3 Arviointimenetelmän käyttö hoitopolun eri vaiheissa

Luukkainen-Markkula, Tarkka, Pitkänen, Sivenius, Hämäläinen vuoden 2009 tutkimuksessaan ovat seuranneet neglectin kuntoutumista. Tutkimuksessaan he ovat tehneet alkumittauksen sekä seurantamittauksen CBS-menetelmän sekä BIT-menetelmän avulla kuuden kuukauden aikavälillä. Tutkimuksessa todetaan, että toiminnallisessa neglectissä lieventymistä todettiin voimakkaimmin noin neljä kuukautta sairastumisesta. Merkittävä tulos tutkimuksessa on, että akuutti- ja subakuuttivaiheessa vaikeimmasta neglectistä kärsineet asiakkaat kuntoutuivat kuudessa kuukaudessa vähintään samalle tasolle kuin kroonisessa vaiheessa olevat potilaat, joiden kuntoutuminen oli sujunut hyvin. (Luukkainen-Markkula ym. 2009.)

Käypähoito määrittelee akuuttivaiheen kestoksi 1-2 kk sairastumisesta ja subakuuttivaiheen puolestaan 3-6 kk sairastumisesta. (Käypähoito.fi.) CBS-menetelmä on kohdennettu subakuuttiin vaiheeseen samoin kuin esimerkiksi pöytätasolla tehtävä BIT-menetelmä. Akuuttivaiheessa menetelmän käyttöä on tutkittu vähemmän. Menetelmää on käytetty paljon neglectin kuntoutumisen seurantatutkimuksissa, joissa sairastumisesta on kulunut eri mittaisia aikoja. Lisäksi menetelmää on käytetty erilaisten interventioiden vaikuttavuuden tutkimuksissa.

Goedert ym. 2012 ovat tutkineet CBS- menetelmän käytettävyyttä sairauden akuutissa vaiheessa, jossa arviointi on tehty alle kaksi kuukautta sairastumisesta. Tutkimuksessa menetelmän muuttajat jaettiin aistien tarkkaavaisuutta mittaaviin (CBS-PA) sekä kehoon liittyviin motorisesti valmistaviin muuttujiin (CBS-ME). Tutkimuksen mukaan akuuttivaiheessa erityisesti CBS-ME muuttajat voivat ennustaa vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa. (Goedert KM., Chen P., Botticello A., Masmela JR., Adler U., Barret AM. 2012.) Akuuttivaiheessa CBS- menetelmän käytön haasteena voi olla, että asiakkaita pystytään arvioimaan usein vain pienissä pätkissä. Toisaalta menetelmässä ei ole määritelty, pitääkö kaikki 10 tehtävää suorittaa kerralla. (Conti.& Arnone 2016.)

Vertailevassa tutkimuksessaan Grattan E-M., Woodbury M-L.2017, ovat tutkineet neglectiä mittaavia arviointimenetelmiä. Tutkimuksessa käytettiin neglectin arviointiin neljää eri menetelmää. Tutkimukseen osallistui 12 henkilöä, joiden sairastumisesta oli kulunut 9-2463 päivää. Tuloksena toiminnalliset menetelmät CBS, NAT (Naturalistic action test) ja VRLAT (Virtual reality lateralized attention test) havaitsivat kaikissa osallistujissa neglectiä. Tutkimuksessa pöytätasoinen arviointimenetelmän BIT (Behavior inattention test)

kaksi osa-aluetta havaitsi vain kuudessa osallistujassa neglectiä. Kaikki nämä kuusi osallistujaa olivat vielä sairaalahoidossa. Viiden osallistujan kohdalla, joissa BIT-menetelmä tunnisti neglectin, muut menetelmät havaitsivat oireet vaikeammiksi.

6 TOTEUTUS

Toteutusvaiheessa tutkimussuunnitelma usein elää ja tarkentuu. Elämistä tapahtuu, kun pyritään tarkentamaan projektin haluttua suuntaa ja, sitä ketkä siihen osallistuvat. Toteutusvaiheeseen kuuluu myös hankkeen tulosten käyttöönotto, jolloin varmistetaan, että tuotos on hyödynnettävissä. (Toikko & Rantanen 2009, 65)

Alkuperäisen suunnitelman mukaisesti, toimintaterapeutit olisivat saaneet suomennetun arviointimenetelmän käyttöön jo joulukuussa. Kuitenkin harkittujen aikataulu muutosten jälkeen toimintaterapeutit tavattiin heti tammikuun alussa suomennoksen valmistuttua. Tapaamisessa kaikki kolme toimintaterapeuttia saivat itselleen suomennoksen. Menetelmän käyttö käytiin yhdessä läpi toimintaterapeuttien kanssa. Toimintaterapeutti, jolle menetelmän käyttö oli entuudestaan tuttua vastasi terapeuttien käytännön kysymyksiin. Suomennoksen mukana terapeutit saivat tekijöiden yhteystiedot, jotta heillä oli mahdollisuus ottaa yhteyttä, jos menetelmän käytössä tulisi jotain ongelmia eteen.

Lisäksi tapaamisessa toimintaterapeutit allekirjoittivat suostumuslomakkeet, jossa he suostuivat mukaan kehittämistyöprosessiin ja haastattelun äänittämisen. Tulevaa ryhmähaastattelua varten terapeutit saivat alustavan haastattelurungon, jonka kautta he pystyivät miettimään menetelmän käyttöä. Käyttökokemuksien selvittäminen ryhmähaastattelun muodossa oli toimeksiantajan toive ja se koettiin myös tekijöiden puolesta järkevänä vaihtoehtona. Ryhmähaastattelussa osallistujat muodostavat ryhmänä käsitteitä keskustelun aiheesta. Ryhmässä tapahtuu yhteistyössä tiedon tuottamisen prosessi ja mahdollistaa sen, että osallistujat voivat esittää kysymyksiä myös toisilleen. (Ruusuvuori ym., 2010, 212-218.) Tammikuun tapaamisessa sovittiin ryhmähaastattelun päivämääräksi 27.3.2019.

Hyödyllisyyttä selvitettiin teemahaastattelun kautta. Valinta perustui teemahaastattelun perusajatukseen, ettei tutkija etukäteen määritä tarkkoja haastattelukysymyksiä. Teemat ainoastaan ohjaavat, mitä aiheita haastattelussa tulee käsitellä. Teemahaastattelu on melko strukturoitu lähestymistapa, koska tutkija laatii jäsenyyksien. Teemat antavat kuitenkin myöden teeman sisällä käytävän vapaan keskustelun. (Hyvärinen ym., 2017, 20-23) Ryhmähaastattelussa teemat pitävät keskustelun halutuissa aiheissa, mutta mahdollistaa keskustelussa erilaisten näkökulmien herättelyä teemojen sisällä.

Haastatteluun valmistautuminen sisälsi perehtymistä kirjallisuuden kautta tarkemmin tutkimushaastattelun periaatteisiin, sekä teemahaastattelun kulmakiviin. Lopulliset teemat haastatteluun muodostuivat käytettävyyden ja käyttökelpoisuuden määritelmien kautta, jotka on avattu tavoite kappaleen alla. Lopullinen teemahaastattelun runko on opinnäytetyön liitteenä.

Maaliskuussa toteutettuun haastatteluun Turun ammattikorkeakoulu lainasi kaksi äänityslaitetta. Haastatteluun osallistui kolme toimintaterapeuttia ja se järjestettiin TYKS:n T-sairaalassa toimintaterapeuttien tiloissa. Ennen ryhmähaastattelun aloitusta osallistujille annettiin aikaa tutustua haastattelunrunkoon.

6.1 Aineiston analyysi

Aineistoa analysoitaessa ensimmäiseksi täytyy etukäteen miettiä, mikä aineistossa kiinnostaa. Helposti aineistosta löytyy uusia mielenkiintoisia asioita, joita tutkija ei ole osannut ennalta-arvata. Mikäli analyysin alussa ei ole määritellyt itselle tarkasti, mikä aineistossa kiinnostaa saattaa huomata analyysin edetessä, ettei olekaan mahdollista tutkia kaikkia löytämiään asioita ja näkökulmia. Se mistä, juuri tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita, näkyy tutkimuksen tarkoituksessa ja tutkimustehtävässä. (Tuominen & Sarajärvi, 2018, 104) Tarkoituksena oli selvittää CBS-menetelmän käytettävyyttä ja käyttökelpoisuutta. Analyysi rajattiin ainoastaan kyseistä menetelmää koskevaan aineistoon ja muita arviointimenetelmiä koskevat kommentit tai yleisesti arviointikäytäntöjä koskevat kommentit jätettiin vähemmälle huomiolle.

Seuraavassa vaiheessa aineisto litteroidaan eli materiaali käydään läpi ja aineistosta erotellaan merkitykselliset asiat ja ne merkitään. Lisäksi myös oleelliset asiat kerätään erilleen muista asioista analyysia varten. (Tuominen & Sarajärvi, 2018, 105) Haastattelu oli äänitetty, joten litteroinnin yhteydessä aineisto kirjoitettiin paperille sanatarkasti. Aineisto jaettiin puoliksi tekijöiden kesken. Aineiston kohdalla ei ollut oleellista merkata josta taukoa, sillä tarkoituksena ei ollut analysoida varsinaisesti keskustelua, vaan sen sisältöä. Tärkeää oli kuitenkin, että puhujien alkuperäiset ilmaukset säilytettiin. Aineisto saatiin kokonaisuudessaan tekstimuotoon ja siitä poimittiin työlle oleelliset kohdat.

Kolmannessa vaiheessa aineisto teemoitetaan. Teemoitettaessa aineisto jaetaan teemojen mukaan ja tutkitaan, mitä teemoista sanotaan. Lukumäärällä on tai ei ole merkitystä tutkimuksen perinteestä riippuen. Aineistoa voi analysoida aineistolähtöisesti,

teoriaohjaavalla analyysillä tai teorialähtöisesti. Aineistolähtöisessä analyysissä aineiston annetaan määrittää, mitä tärkeitä asioita sieltä tulee ilmi. Teorialähtöisessä analyysissä valitaan jokin teoria, johon analyysi pohjataan. Teoriaohjaava analyysi on näiden kahden välimuoto, jossa teoria voi ohjata analyysia, mutta ei kokonaan pohjautu siihen. (Tuominen & Sarajärvi, 2018 105-110). Kehittämistyön tavoitetta tuki eniten aineiston teemoittelu. Teemoittelussa aineistosta merkittiin sisällöllisesti samanlaisia ilmaisuja ja niistä muodostettiin pelkistetty ilmaisu. Analyysin muodoksi valittiin teoriaohjaavan analyysi. Ohjaavina teorioina olivat määritelmät käytettävyydestä ja käyttökelpoisuudesta. Pelkistetyt ilmaisut luokiteltiin teorian pohjalta sopiviin alaluokkiin ja yläluokkiin ja tarvittaessa luotiin uusia alaotsikoita aineistosta nousseiden asioiden pohjalta. Alla olevasta taulukosta voi tarkastella syntyneitä pelkistettyjä ilmaisuja, alaluokkia ja yläluokkia (Taulukko 1).

Taulukko 1 Esimerkki sisällön analyysistä

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
-Yllättävän nopeasti sai perusajatuksen testin käytöstä. -Ensimmäisillä kerroilla piti hieman selailta opasta edestakaisin.	Opittavuus	Käytettävyys
-Arviointitilanteessa ei tarvitse lomaketta -Lomakkeen voi täyttää jälkikäteen -Näitä asioita tulisi havainnointia muutenkin	Tehokkuus	
-Yksinkertaisen rakenteen ja tuttujen toimintojen takia helppo palata käyttämään menetelmää.	Muistettavuus	
-Muut diagnoosit (näkökenttäpuutos, tuntopuutos ja kognitiiviset haasteet) saattavat vaikuttaa arviointiin.	Virheiden mahdollisuus	

<p>-Merkitsemisvirheen todennäköisyys on pieni menetelmän selkeyden vuoksi.</p> <p>-Perus päivittäiset toiminnot saattavat olla joidenkin kohdalla liian yksinkertaisia toimintoja, jotta neglect tulisi ilmi</p>		
<p>-Tuo varmuutta ja uskottavuutta omille havainnoille.</p>	<p>Tyytyväisyys</p>	
<p>-Tehtäväosioita, jotka sopivat käytettäväksi potilaan kanssa, jolla on vaikeitakin toimintarajoitteita</p> <p>-Sopii kuntoutumisen kaikkiin vaiheisiin</p> <p>-Ei tarvitse erityisiä tiloja tai välineitä</p>	<p>Asiakas ja ympäristö</p>	<p>Käyttökelpoisuus</p>
<p>-Ei tarvitse kerralla kaikkea tai edes tehdä kaikkia kohtia.</p> <p>-Ei tarvitse järjestää erillistä aikaa</p> <p>-Nopea täyttää</p>	<p>Ajankäyttö</p>	
<p>-Välillä vaikea päättää, kuluuko antaa 2 vai 3 pistettä.</p> <p>-Arvioijien eri tulkinnat saattavat vaikuttaa tulokseen ja toistettavuuteen.</p>	<p>Pisteytys</p>	

7 HYÖDYLLISYYS

7.1 Käytettävyys

Toimintaterapeutit kokivat menetelmän opittavuuden melko hyväksi. Menetelmässä on selkeä rakenne ja vain ensimmäisillä kerroilla tarvitsee palata ohjeiden pariin. Yhdelle toimintaterapeutille menetelmä oli täysin uusi ja suomennos helpotti menetelmän oppimista.

Toimintaterapeutit olivat yhtä mieltä siitä, että menetelmän vahvuuksia on sen tehokkuus. Arviointitilanteeseen ei tarvitse ottaa lainkaan lomaketta mukaan, vaan sen voi täyttää jälkikäteenkin. Menetelmässä arvioidaan toimintoja, jotka tulisi havainnoitua muutenkin asiakkaan toiminnasta. Arviointimenetelmän käytöstä tulee tehokasta melko pian menetelmän käyttöön oton jälkeen, koska runko on yksinkertainen ja ohjeisiin ei tarvitse palata useampaan kertaan.

Virheiden mahdollisuus herätti eniten keskustelua. Suurimpana aiheena esille nousi muiden oireiden vaikutus arviointiin. Harvemmin AVH-potilailla on pelkästään neglect vaan usein tilaan liittyy muitakin oireita. Toimintaterapeutit kokivat erityisen haastaviksi tunto- ja näkökenttäpuutokset sekä kognitiiviset oireet, jotka oleellisesti myös vaikuttavat toimintakykyyn. Erityisesti akuuttivaiheessa työskentelevät toimintaterapeutit kokivat sen haasteena. Akuuttivaiheessa oireisiin ei ole asiakkaalla kehittynyt vielä kompensatiokeinoja, jotka usein saattavat toimia eri oireita erottavana keinona. Esimerkiksi asiakas, jolla on näkökenttäpuutos oppii usein ajan kuluessa kompensoimaan näkökenttäpuutosta kääntämällä aktiivisesti päätä sinne suuntaan, missä puutos on. Puolestaan neglectissä kompensatiota ei tapahdu ja päätä ei käännetä aktiivisesti. Akuuttivaiheessa aikaa sairastumisesta on kulunut vielä niin vähän, ettei kompensatiokeinoja ole vielä kehittynyt. Subakuutissa vaiheessa menetelmää on jo kuitenkin voitu käyttää myös poissulkemaan eri oireita.

Menetelmän tehtävien yksinkertaisuus saattaa toimintaterapeuttien mukaan erityisesti subakuutissa vaiheessa johtaa harhaan. On tilanteita, joissa vasta haastavimmissa tehtävissä neglect tulee esiin, jolloin tätä menetelmää käyttäessä voi tulla virheellisiä tulkin-toja neglectistä.

Käytettävyyden osa-alueena tyytyväisyys käsitteli tunteita, mitä menetelmän käyttö herätti. Toimintaterapeutit kertoivat, että menetelmä toi erityisesti varmuuden ja uskottavuuden tunnetta. Arviointimenetelmä tuo havainnoille pisteiden avulla jotain konkreettista.

7.2 Käyttökelpoisuus

Toimintaterapeutit kokivat menetelmän sopivan hyvin monipuolisesti erilaisiin ympäristöihin, sillä menetelmän toteuttamiseen ei tarvita erityisiä tiloja tai välineitä. He kokivat myös, että kuntoutumisen eri vaiheissa (akuuttivaihe, perusterveydenhuolto, jatkokuntoutus ja koti) menetelmän hyödyt saattavat tulla eritavoilla ilmi. Akuuttivaiheessa läheisen ja itsearvioinnin lomakkeet koettiin vaikeasti käytettäviksi, mutta myöhemmässä vaiheessa niistä saattaisi olla hyötyä. Erityisenä hyötynä sairaalaympäristö huomioiden oli, että menetelmä sopii jopa vuodepotilaan arviointiin.

Aikataulullisiksi hyödyiksi toimintaterapeutit kokivat lomakkeen nopean täyttämisen. Toimintaterapeutit eivät olleet havainnoineet kaikkia tehtäviä kerralla, vaan jakoivat havainnoinnin useampaan tapaamiskertaan ja pohtivat tämän vaikutusta pisteytykseen. Lisäksi toimintaterapeutit yleensä jo havainnoivat CBS:ssa arvioitavia toimintoja, joten ei ollut tarvetta järjestää erillistä arviointitilannetta.

Haasteeksi toimintaterapeutit kokivat pisteytyksessä tulkinnanvaraisuuden. Erityisesti päätös pisteiden 2 ja 3 välillä oli haastavaa. Pisteiden peruste on määrällinen, kuinka usein oiretta ilmenee havainnoinnin aikana. Yksi piste on satunnaisesti havaittavissa puoliero, kaksi pistettä selvää ja toistuvaa toispuoleisuutta ja kolmas piste vaatii, ettei henkilö juuri koskaan ylitä keskilinjaa. Ongelmaksi pisteytyksessä toimintaterapeutit kokivat juuri ohjeiden väljyyden. Huomioitavaa on kuitenkin, jos ongelma ilmenee useamman tehtävän kohdalla, se vaikuttaa olennaisesti kokonaispistemäärään.

7.3 Tulosten yhteenveto

Huomioon ottaen menetelmän käytettävyyden ja käyttökelpoisuuden toimintaterapeutit kokivat menetelmän hyödylliseksi ja aikovat jatkaa menetelmän käyttöä omissa yksiköissään. Toimintaterapeutit kokivat menetelmän hyödylliseksi monissa ympäristöissä ja he uskovatkin, että mikäli menetelmää otettaisiin laajemmin käyttöön sitä voitaisiin

hyödyntää entistä enemmän, sillä menetelmää voitaisiin käyttää apuna kuntoutumisen vaikuttavuuden arvioinnissa. Menetelmän käyttö konkretisoi neglectiä myös muille ammattiryhmille. Neglectin ilmenemistä on helpompi selittää asiakkaalle ja läheisille menetelmän avulla. Menetelmä oli myös helppo oppia ja sen käyttö ajankäytöllisesti tehokasta.

Toimintaterapeutit kokivat, että välillä pöytätason tehtävät sujuvat, mutta toiminnalliset tehtävät taas tuottavat haasteita tai toisinpäin. Heidän kokemuksensa mukaan pöytätason tehtävät voivat olla liian yksipuolisia mittaamaan neglectin oireita, joita saattaa ilmetä useilla ulottuvuuksilla. Tätä havaintoa myös tiedonhaussa esiin tulleet tutkimusten tulokset vahvistavat. Menetelmä monipuolistaa neglectin arviointia ja tuo siihen luotettavuutta. Menetelmä on ainutlaatuinen toiminnallisuutensa vuoksi ja se täydentää hyvin pöytätason tehtäviä.

8 PÄÄTTÄMINEN JA ARVIOINTI

Kehittämistyön viimeinen vaihe on työn päättäminen ja arviointi. Kehittämistyöt ovat ajallisesti rajattuja, joten työ pitää pystyä lopettamaan selkeästi. Mikäli toteutusvaiheessa tulee uusia ideoita tai tarpeita ilmi, voidaan ne muotoilla uudeksi kehittämistyöksi tai projektiksi. Kehittämistyön lopettamiseen kuuluu raportointi ja jatkoideoiden esittäminen. (Toikko & Rantanen 2009. 65) Tämän kehittämistyön päättämiseen liittyi tulosten raportointi opinnäytetyön muodossa. Raportti esiteltiin seminaarissa, jossa ohjaava opettaja ja opponentit arvioivat työtä. Lisäksi koko opinnäytetyö prosessia refleктоitiin. Valmis työ julkaistaan verkossa Theseus-palvelimessa, jossa se on kaikkien saatavilla.

Tekijät valitsivat opinnäytetyön aiheen, koska neurologiset sairaudet ovat molempien mielenkiinnonkohde. Erityisesti neglect aiheena vei mukanaan sen haastavuuden ja monipuolisuuden vuoksi. Opinnäytetyön edetessä tietous neglectistä kasvoi ja ymmärrys sen vaikutuksesta arjen toimintoihin syventyi.

Opinnäytetyön toteutusvaiheessa tekijät olivat samanaikaisesti harjoittelujaksolla neurologisen asiakasryhmän parissa. Valinta oli tarkkaan harkittu, koska samalla päästiin henkilökohtaisesti myös testaamaan menetelmän käyttöä asiakkaiden kanssa, joilla epäiltiin neglectiä tai oli jo diagnosoitu neglect.

Haasteena opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa oli englanninkielisen menetelmän löytäminen. Ruotsinkielinen versio oli toimeksiantajalla valmiina ja sen avulla päästiin nopeammin suomentamaan menetelmää, jonka vuoksi ruotsinkielisen menetelmän hyödyntämiseen päädyttiin. Ruotsinkieli ei ollut kuitenkaan kummankaan tekijän vahvuus, joten käännöstyö vei odotettua enemmän aikaa. Suurena apuna käännöstyössä oli toimeksiantajan edustaja, jolla on vahva ruotsin kielen taito. Ilman toimeksiantajan apua näin laadukkaaseen käännökseen tuskin olisi päästy. Jännitystä prosessiin toi se, että saataisiinko suomennettu menetelmä julkaistua opinnäytetyön yhteydessä. Kontaktin löytäminen alkuperäisen menetelmän tekijöihin oli monen mutkan takana.

Tietoa menetelmän käytöstä sairauden eri vaiheissa olisi voinut löytää enemmän. Menetelmää on kuitenkin suurimmaksi osaksi käytetty neglectin kuntoutumisen seuranta-tutkimuksissa, jolloin varsinaisesti menetelmän soveltumista eri arviointiympäristöihin ei ole tutkittu. Muutamia tutkimuksia kuitenkin löytyi. Toiseksi haasteeksi osottautui se, että suurin osa tutkimuksista on tehty Yhdysvalloissa. Yhdysvalloissa neurologisten

sairauksien hoitopolku on hyvin erilainen suomalaiseseen verrattuna, jonka vuoksi soveltuvuutta eri ympäristöihin oli vaikea arvioida tutkimusten perusteella.

Teoriapohjan eteen tehtiin paljon töitä ja se oli hyödyksi haastattelurungon luomisessa. Tämä puolestaan helpotti aineiston analyysiä. Käyttökelpoisuuden käsite ei kuitenkaan ollut tarpeeksi selvillä alkuvaiheessa. Käsitteen tarkka määrittäminen toi haastattelurunkoon monipuolisuutta, vaikka muutokset tulivat tiukalla aikataululla ennen haastattelua. Haastattelutilanne oli tekijöille uusi, mutta tilannetta helpotti tutut ihmiset, sekä suunnitelma haastattelua varten.

Kehittämistyössä mukana olleet toimintaterapeutit ovat pitäneet menetelmästä ja kokeineet sen hyödylliseksi. Lisäksi opinnäytetyö esiteltiin Suomen aikuisneurologisten toimintaterapeuttien unioni Ry:n koulutuspäivillä noin 50 toimintaterapeutille. Sieltä nousi paljon uusia ajatuksia menetelmän mahdollisuuksista ja saatiin hyvää harjoitusta asiantuntijana toimimiseen. Opinnäytetyön tekijät kokivat menetelmän myös hyödyllisenä oppimisvälineenä huomaamaan toiminnassa neglectin ilmenemistä ja ymmärtämään sen ulottuvuutta arjentoiminnoissa. Loppujen lopuksi kova työ palkittiin, kun lupa suomenoksen julkaisemiseen saatiin.

Opinnäytetyön raportointivaihe sujui tarkan suunnitelman ja pitävän aikataulun ansiosta melko vaivattomasti. Raportoinnin loppuvaiheessa opinnäytetyö kävi toimeksiantajan hyväksyttävänä. Toimeksiantaja on arvioinut kehittämistyön hyödylliseksi ja on tyytyväinen prosessiin. Kokonaisuudessaan opinnäytetyö eteni sujuvasti ja tekijöiden välinen yhteistyö oli toimivaa. Sujuvaa etenemistä edesauttoi lisäksi toimiva yhteistyö toimeksiantajan, sekä ohjaavan opettajan kanssa.

8.1 Opinnäytetyön eettisyyden tarkastelu

Tutkimuksen tulokset ovat hyväksytyjä, luotettavia, sekä eettisesti kestäviä, kun noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvä tieteellinen käytäntö vaatii ensinnäkin kaikilta rehellisyyttä, huolellisuutta, tarkkuutta, sekä avoimuutta. Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta vastaa jokainen tutkija henkilökohtaisesti. (TENK 2012, 6)

Ennen opinnäytetyöprosessin alkua eettisiin periaatteisiin on tutustuttu ja koko opinnäytetyöprosessin ajan eettisiä periaatteita on tarkkaan noudatettu. Opinnäytetyöstä on alkuvaiheessa tehty suunnitelma ja se on hyväksytetty. Lisäksi toimeksiantajan kanssa on

tehty opinnäytetyösopimus, jossa avataan molempien osapuolten vastuut ja velvollisuudet.

Menetelmää suomennettaessa on tiedostettu sen eettiset kysymykset. Heti alussa selvitettiin, miten yhteys alkuperäiseen tekijään saadaan. Vastauksena saatiin, että menetelmää saa käyttää ja suomentaa vapaasti ehdoin, että alkuperäinen nimi säilytetään ja alkuperäinen artikkeli mainitaan työssä. Näitä ehtoja on kunnioitettu koko opinnäytetyöprosessin ajan. Suomennos tehtiin tiukan aikataulun vuoksi ruotsinkielisestä menetelmästä ja alkuperäinen menetelmä puolestaan on ranskankielinen. Suomennos ei ole käynyt tuplakäännösprosessia alkuperäisestä menetelmästä, eikä sitä ole vielä todettu kulttuurista riippumattomaksi. Opinnäytetyössä olevat lomakkeet ovat siis epävirallisia ja niiden käyttö on jokaisen henkilökohtaisen eettisen harkinnan mukaista.

Ensimmäisessä tapaamisessa toimintaterapeuteille kerrottiin kehittämistyön eteneminen. Toimintaterapeutit allekirjoittivat suostumuslomakkeet ja saivat sen mukana saatekirjeen. Näissä tuotiin esiin osallistumisen vapaaehtoisuus, tiedonkeruutapa, aineiston huolellinen käsittely, sekä tekijöiden yhteystiedot. Lisäksi toimintaterapeuteilta on saatu kirjallinen suostumus haastattelun äänittämiseen. Kun opinnäytetyö on valmis, tekijät ovat sitoutuneet hävittämään haastattelun äänityksen. Koko opinnäytetyöprosessin ajan toimintaterapeuttien anonyymiyys säilytettiin, joka näkyy siinä, ettei suunnitelmassa, haastatteluaineistossa, eikä raportissa mainita toimintaterapeuttien nimiä.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelu

Tulosten luotettavuudessa pitää ottaa huomioon, että menetelmän käännös ei ole virallinen. Suomennos on tehty käännöksestä, mikä vaikuttaa käännöksen luotettavuuteen. Mahdollisimman hyvään käännökseen on pyritty tekemällä käännöstyötä yhdessä toimeksiantajan kanssa, jotta suomennos olisi olosuhteet huomioon ottaen mahdollisimman luotettava.

Opinnäytetyötä tehdessä lähteiden luotettavuutta arvioitiin niiden julkaisuajankohdan kannalta. Työssä on pyritty käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä, jotta tieto perustuisi uusimpaan tutkittuun tietoon. Joissain kohdissa kuitenkin myös vanhemmat lähteet arvioitiin luotettaviksi, jos niissä toistui samoja asioita kuin uudemmissakin. Opinnäytetyössä on pyritty käyttämään monipuolisesti erilaisia lähdetyyppejä kuten tutkimuksia, kirjallisuutta ja sähköisiä lähteitä.

Haastattelun aineisto litteroitiin sanatarkasti ennen analyysiä. Lisäksi sekä litterointiin, että analyysin osallistuivat molemmat opinnäytetyöntekijät. Käyttökokeiluun osallistuivat kolme toimintaterapeuttia ja kahdesta erilaisesta ympäristöstä. Suuremmalla osallistujamäärällä ja laajemmalla näkemyksellä kuntoutujan eri ympäristöjä olisi saatu vielä luotettavampi ja laajempi näkemys menetelmän hyödyistä. Aineisto olisi kuitenkin kasananut todennäköisesti liian laajaksi opinnäytetyön aikatauluun nähden. Prosessi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, jotta joku halutessaan voisi toteuttaa samanlaisen kehittämistyön erilaisessa ympäristössä tai suuremmalla osallistujamäärällä.

LÄHTEET

Azouvi P, Marchal F, Samuel C, et al. Functional consequences and awareness of unilateral neglect: Study of an evaluation scale. *Neuropsychol. Rehabil.* Apr 1996;6(2):133-150.

Azouvi Philippe . 2016. The ecological assessment of unilateral neglect. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 60 (2017) 186–190

Azouvi P, Samuel C, Louis-Dreyfus A, et al Sensitivity of clinical and behavioural tests of spatial neglect after right hemisphere stroke *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 2002;73:160-166.

Antonia F Ten Brink, Jet van der Kemp, Marit Dorresteyjn, Tanja C. W. Nijboer, Johanna M. A. Visser-Meily, 2017, Pharmacological Treatment of Visuospatial Neglect: A Systematic Review, *Journal of Stroke* April 2017, Volume 26, Issue 4, Pages 686-700

Chen P, Hreha K, Kong Y, Barret AM, 2015, Impact of spatial neglect on stroke rehabilitation: evidence from the setting of an inpatient rehabilitation facility. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015 Aug;96(8):1458-66. doi: 10.1016/j.apmr.2015.03.019. Epub 2015 Apr 8.

Conti P-R.& Arnone M-J. 2016. Unilateral Neglect: Assessment and Rehabilitation. *International Journal of Neuroscience and Behavioral Science* 4(1): 1-10, 2016

Donoso Brown E.V & Powell J.M. 2017. Assessment of unilateral neglect in stroke: Simplification and structuring of test items. *British Journal of Occupational Therapy*: 80(7);448–452.

Goedert KM., Chen P., Botticello A., Masmela JR., Adler U., Barret AM. 2012. Psychometric evaluation of neglect assessment reveals motor-exploratory predictor of functional disability of acute stage spatial neglect. *Arch phys med Rehabil*, 2012;93:137-42

Grattan, E. S., & Woodbury, M. L. (2017). Do neglect assessments detect neglect differently? *American Journal of Occupational Therapy*, 71,. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.025015>

Heilman KM, Barret AM, Adair JC, 1998, Possible mechanisms of anosognosia: a defect in self-awareness. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 1998 Nov 29;353(1377):1903-9.

Hyvärinen Matti, Nikander Pirjo, Ruusuvoori Johanna, Aho Anna Liisa, 2017, Tutkimushaastattelun käsikirja, Osuuskunta Vastapaino

Jehkonen Mervi, Kettunen Jani, Laihosali Mari & Saunamäki Tiia 2013. Neglect oire aivoverenkierron häiriön jälkeen – potilaan neuropsykologinen kuntoutus. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 5/2013. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96618.pdf> Viitattu 6.3.2019

Jehkonen, M., Kettunen, J.E., Laihosalo, M., & Saunamäki, T. (2007). Oikean aivopuoliskon verenkiertohäiriön jälkeen esiintyvä neglect-oire.[In Finnish]. *Duodecim*, 123, 1718-1724.

Kotila Mervi & Palomäki Heikki.2014. Neurologisen potilaan kuntoutus. Kirjassa: Neurologia; Kustannus Oy Duodecim

Käypähoito.fi/ Viitattu 19.3.2018

Levón, Ella 2014. Oikean aivopuoliskon infarktipotilaiden visuaalisen neglectin spontaani kuntoutuminen kuuden kuukauden seurannassa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Psykologian pro gradu -tutkielma. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95570/GRADU1402041190.pdf?sequence=1> Päivitetty 22.5.2014 Viitattu 6.3.2019

Luukkainen-Markkula R., Tarkka I., Pitkänen K., Sivenius J., Hämäläinen H., 2009. Kenen neglect kuntoutuu eniten AVH:n jälkeen. Kuntoutus 2: 61-62.

Luukkainen-Markkulaa R., Tarkka I-M., Pitkänen K., Sivenius J.,Hämäläinen H. 2011. Comparison of the Behavioural Inattention Test and the Catherine Bergego Scale in assessment of hemispatial neglect. Neuropsychological Rehabilitation, 21: ;103-116

Nielsen Jakob.1993. Usability engineering. Academic Press:USA

Nijboer T, Van de Port I, Schepers V, Post M, Visser-Meily A, 2013, Predicting functional outcome after stroke: the influence of neglect on basic activities in daily living. Front Hum Neurosci. 2013 May 9;7:182. doi: 10.3389/fnhum.2013.00182. eCollection 2013.

Maskill Linda & Tempest Stephanie, 2017 Neuropsychology for Occupational Therapist Cognition in Occupational performance, 4. painmos, John Wiley & Sons Ltd, Oxford

Mort DL, Malhotra P, Mannan SK, Rorden C, Pambakian A, Kennard C, Husain M, 2003, The anatomy of visual neglect, Brain. 2003 Sep;126(Pt 9):1986-97. Epub 2003 Jun 23.

Peii Chen & Kimberly Hreha 2015, Kessler foundation, Neglect Assessment Process Manual, https://kesslerfoundation.org/sites/default/files/files/KF-NAP_2015_Manual.pdf.Viitattu 18.3.2019

Peii Chen, Kimberly Hreha, yekyung Kong, A. M. Barrett 2015. Impact of Spatial Neglect in Stroke Rehabilitation: Evidence from the Setting of an Inpatient Rehabilitation Facility Arch Phys Med Rehabil. 2015 Aug; 96(8): 1458–1466. Published online 2015 Apr 8. doi: 10.1016/j.apmr.2015.03.019 Viitattu 24.3.2019

Peii Chen P., Hreha K., Fortis P., Goedert KM, Barrett AM. 2012. Functional Assessment of Spatial Neglect: A Review of the Catherine Bergego Scale and and Introduction of the Kessler Foundation Neglect Assessment Process.Top Stroke Rehabil. 2012 ; 19(5): 423–435

Petzold, A., Korner-Bitensky, N., Salbach, N. M., Ahmed, S., Menon, A., & Ogourtsova, T. 2014. Determining the barriers and facilitators to adopting best practices in the management of post-stroke unilateral spatial neglect: Results of a qualitative study. Topics in Stroke Rehabilitation, 21, 228–236.

Ruusuvuori Johanna, Nikander Pirjho, Hyvärinen Matti, 2010, Haastattelun analyysi, Osuuskunta Vastapaino

Soinila Seppo, Kaste Markku & Somer Hannu 2007. Neurologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoks, TOIMIA- tietokanta Thl.fi/Aiheet/Toimintakyky/Toimia-tietokanta. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti> .Viitattu 27.3.2019

Toikko Timo & Rantanen Teemu 2009, Tutkimuksellinen kehittämistoiminta, Tampere University Press, 64-65

Tuominen Jouni & Sarajärvi Anneli 2018 Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi, Kustannusosakeyhtiö Tammi Helsinki

TENK Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Nettijulkaisu: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

.

ARVIOINTIMENETELMÄ CATHERINE BERGEGO SCALE (CBS)

Alkuperäinen: Azouvi P, Marchal F, Samuel C, et al. Functional consequences and awareness of unilateral neglect: Study of an evaluation scale. *Neuropsychol. Rehabil.* Apr 1996;6(2):133-150

Epävirallinen suomennos. Suomennoksen kaikki käyttöoikeudet ovat tekijöillä.

Elina Virolainen & Tiia Mustonen 2019



kuva: papunet.fi

TURKU AMK 
TURKU UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES

SISÄLTÖ

Esittely

Neglect

Neglectin arviointi kliinisessä työssä

Menetelmä

Psykometrinen testaus

Menetelmän kehitys

Lähteet

Manuaali ja arviointilomakkeet

Pisteytys

Toimintaterapeutin arviointi (lomake 1a-b)

Potilaan itsearviointi (lomake 2a-b)

Kyselylomake läheiselle (lomake 3a-b)

Pisteytystaulukko potilaalle ja läheiselle

Esittely

Neglect

Aivoverenkierronhäiriöön (AVH) sairastuu Suomessa vuosittain 25 000 ihmistä, joista työkäisiä, joka neljäs. Puhutaan siis hyvin yleisestä sairaudesta. AVH aiheuttaa aivojen toimintahäiriön, joka voi ilmetä esimerkiksi motorisina tai kognitiivisina toiminnan vajauksina (Aivoliitto.fi). Oireet yleisemmin ovat toispuolinen raajahalvaus, toispuolinen näkökenttäpuutos, tuntuu puutos ja kognitiiviset häiriöt. Se mihin aivoissa vaurio kohdistuu määrittää ilmeneviä oireita. Yleisin oikean aivopuoliskoon kohdistuneen verenkierronhäiriön aiheuttama kognitiivinen oire on vasemmanpuoleinen neglect eli huomiotta jättäminen. Oikea aivopuolisko on merkityksellinen tarkkaavuuden suuntaamisessa, minkä vuoksi sinne kohdistunut vaurio johtaa usein vaikeampaan neglectiin, kuin taas esimerkiksi vasempaan aivopuoliskoon kohdistunut. Sitä esiintyy yli 40% sairastuneista, joilla verenkierronhäiriö kohdistuu oikeaan aivopuoliskoon. (Jehkonen M., Kettunen J., Laihosalo M., Saunamäki T. 2007.)

Neglect eli huomiotta jättäminen on tarkkaavaisuuden häiriö ja lukeutuu aivoverenkierronhäiriöiden kognitiivisiin oireisiin. Kognitiivisista toiminnoista tarkkaavuus tarkoittaa tiedonkäsittelyn suuntautumista tarkoituksen mukaisesti tehtävään. Tarkkaavuuden avulla rajataan tehtävän kannalta oleellinen tieto. Huomiotta jättäminen tarkoittaa sitä, ettei havaitse vaurion vastakkaiselta puolelta ärsykeitä, jolloin sille puolelle toiminta on vajavaista. (Jehkonen M., Saunamäki T., Paavola L., Vilkki J. 2015.) Rakenteellisesti aivoissa vaurio kohdistuu neglectin ilmentyessä usein aivojen fokaalisiin alueisiin keskimmäisen tai takimmaisen aivo valtimon suonittamilla alueilla. Aivokuoren alueella neglectiä ilmenee päälaki-, otsa ja ohimolohkojen alueella. Lisäksi neglectiin on yhdistetty vauriot talamuksen ja tyvitumakkeiden alueella. (Mort DJ, Malhotra P, Mannan SK. 2003.)

Neglectillä on paljon erilaisia alatyyppejä. Neglectissä on havaittu puutteellista tarkkaavaisuuden suuntaamista spatiaalisesti ja ei-spatiaalisesti (Jehkonen M., Laihosalo M., Kettunen J-E. 2006.) Usein kuitenkin ei voida sanoa, että ilmenee vain yhtä muotoa vaan ne ovat usein yhdistelmiä eri neglectin muodoista (Jehkonen ym. 2015.) Yleisimmin on tutkittu ja tunnistettu visuaalinen neglect ja motorinen neglect (Jehkonen ym. 2007.) Päivittäisissä toiminnoissa neglect näkyy liikkumisessa törmäilyinä, pukeutumisessa, siten että puetaan vain kehon toinen puoli, ruokailussa usein syödään vain toiselta puolelta lautasta ja peseytyessä esimerkiksi pestään vain toinen puoli vartalosta. Neglect voi vaikeuttaa myös haastavampia toimintoja, kuten puhelimen käyttö tai pankkiautomaatilla asiointi (Jehkonen ym. 2007.) Neglect laskee kykyä toimia itsenäisesti erityisesti subakuutissa vaiheessa (Nijboer T., Van de Port I., Schepers V., Post M., Visser-Meily A. 2013).

Usein potilailla, jolla on havaittu neglect, ei usein tunnista itse oireita. Anosognosia eli oiretiedostamattomuus on myös yleinen tiedonkäsittelyn ongelma aivoverenkierronhäiriön jälkeen (Heilman K- M., Barret A- B., Adair J-C. 1998.) CBS menetelmässä on sen kartoittamiseksi myös itsearviointilomake. Tutkimuksessa on osoitettu, että varsinkin niillä, joille on arvioitu vaikea tai erittäin vaikea neglect, ovat tunnistaneet itselleen kaikista

vähiten minkäänlaisia oireita. (Azouvi, P., Olivier, S., de Montety, G., Samuel, C., Louis-Dreyfus, A., & Tesio, L.2003.)

Neglectin varhainen tunnistaminen olisi erityisen tärkeää kuntoutumisen kannalta. Neglectin diagnosointi on kuitenkin haastavaa, erityisesti sen erottaminen pelkästä näkökenttäpuutoksesta on haaste. Suoranaisessa näkökenttäpuutoksessa potilas usein osaa kompensoida puutteellista näkökenttää, mitä kuitenkaan neglectissä ei tapahdu. (Jehkonen ym.2007.)

Neglectin arviointi kliinisessä työssä

Usein fysio-ja toimintaterapeutit raportoivat useammin neglectin ilmenemisestä toiminnassa, vaikka pöytätason tehtävissä se näyttäisikin korjaantuneen, tarvitaan siis monipuolista arviointia (Luukkainen-Markkula, R., Tarkka, I. M., Pitkänen, K., Sivenius, J. and Hämäläinen, H.2011.) Pöytätason tehtävät usein testaavat vain lähiperipersonallista ulottuvuutta, jolloin muut muodot voivat jäädä tunnistamatta (Azouvi ym. 2003.) Haasteena normaalissa elämässä on se, että ympäristössä tulisi havaita muuttuvia ärsykeitä, kun itsekin liikkuu. Pöytätason tehtävissä kohde on paljon selkeämpi, mutta päivittäisissä toiminnoissa huomiota joutuu jakamaan useampaan asiaan, joka tuo usein neglectiä herkemmin esille. (Antonia F., Johanna M-A., Tanja C-W. 2017.) Nähdään, että toiminnalliset arviointimenetelmät voisivat tunnistaa neglectin herkemmin ja voisivat olla monipuolisempia. Kuitenkin näiden kahden tyyppisen arviointimenetelmän yhdistäminen olisi tehokkainta (Luukkainen-Markkula ym.2011.)

Menetelmä

Menetelmä Catherine Bergego Scale (CBS) on saanut nimensä yhdeltä sen kehittäjistä. Catherine Bergego, joka oli lääkäri, kehitti menetelmän yhdessä toimintaterapeutin ja puheterapeutin kanssa. Asteikko on kehitetty toimimaan standardisoituna muistilistana toimintaterapeuteille, joiden tulisi asteikon avulla voida arvioida neglectin esiintymistä tavallisissa päivittäisissä toiminnoissa. Arviointi ei ole tilannesidonnainen testi ympäristöön vaan perustuu toimintaterapeutin suoriin havaintoihin, kuinka asiakas toimii erilaisissa arkipäiväisissä tilanteissa. CBS on kehitetty käytettäväksi vasemman- että oikeanpuoleiseen neglectiin ja sekä vasemman- että oikeanpuoleisille oireille on kehitetty oma lomakkeensa.

Vasta julkaistussa kirjallisuuskatsauksessa kirjoittajat totesivat, että siinä tunnistetuista 28:sta spatiaalisen neglectin huomioivista standardisoidusta arviointimenetelmästä CBS:n olevan ainoa menetelmä, missä terapeutti arvioi spontaania käyttäytymistä päivittäisissä toimissa. Kirjoittajat painottavat myös, että tehokkaan kuntoutumisen saavuttamiseksi on tärkeää "tulkita" miten kognitiiviset oireet vaikuttavat toimintaan ja osallistumiseen.

CBS:stä on kehitetty rinnakkainen lomake, jonka sairastunut henkilö itse täyttää. Tarkoituksena on arvioida henkilön tiedostamista vaikeuksistaan päivittäisissä toimissa, tai ennemminkin tiedostamisen puutteellisuutta (anosognosia).

Kyseinen lomake on rakennettu kyselylomakkeeksi samojen tietojen pohjalta, joihin alkuperäinen arviointilomake perustuu. Lisäksi on olemassa kyselylomake arvioitavan henkilö läheisille.

Psykometrinen testaus

Testejä, joiden avulla mitataan ulkoista validiteettia, luotettavuutta ja herkkyyttä, on käytetty useissa tutkimuksissa. Näiden tutkimusten tulokset osoittavat, että CBS on herkempi, kuin muut perinteiset testit, kun kyse on neglectin esiintymisen havaitsemisesta. Toistettavuus on todettu tyydyttäväksi ja herkkyys erittäin hyväksi. Chen et al. (2012) osoittavat tekemässään faktorianalyyseissä, että CBS:n luottamus on hyvä 93.

Eräs toinen tutkimus osoittaa, että kaikkein herkimät kysymykset olivat 2 (pukeutuminen), kysymys 6 (vasemman käden ja jalan tuntemus) sekä kysymys 8 (törmäykset esineiden, esim. ovien kanssa). Samassa tutkimuksessa vertailtiin CBS-arvioinnin tuloksia henkilöiden välillä, joilla perinteisten testien mukaan ilmeni neglectiä ja ei ilmennyt neglectiä. Näiden ryhmien CBS-arviointien välillä osoitettiin olevan merkittävä ero ($p < 0.0001$). Vertailtaessa perinteisten "kynä ja paperi" -tehtävien tuloksiin CBS näyttää korreloivan, mutta on herkempi kuin tämän tyyppinen testi (Azouvi et al. 1996, 2003). CBS-arvioinnin tuloksia on vertailtu myös ADL-arvioinnin tuloksiin, ja tulokset osoittavat, että CBS korreloi Barthel ADL-Indeksin avulla tehtyjen arviointien tulosten kanssa ($Rho = -.63$) (Azouvi et al. 1996).

Myöhemmässä tutkimuksessaan Goedert et al. (2012) esittävät, että erityisesti tietyt CBS-arvioinnin osat ennustavat ADL:n tuloksia. Tuore tutkimus, jossa on käytetty Rasch-analyysejä yhdessä perinteistentilastollisten testien kanssa, tukee väitettä, jonka mukaan

CBS on luotettava ja validi menetelmä ja että asteikkoon kuuluvilla 10 tehtävällä on homogeeninen rakenne (Azouvi et al. 2003, 2006)

Menetelmän kehittäminen

On entistä selvempää, että arvioitaessa esimerkiksi kuntoutuksen tehokkuutta, tulee arviointiin sisällyttää vaikutukset aktiivisuuteen ja osallistumiskykyyn. Vaikutusten ilmaiseminen pelkästään erilaisten standardisoitujen testien eroina ei riitä arvioimaan sitä, minkälainen merkitys mahdollisella muutoksella toiminnassa on henkilön arkielämään. Todennäköisesti kiinnostus CBS-tyyppisiä instrumentteja kohtaan tulee kasvamaan entisestään lähitulevaisuudessa.

Neglectin katsotaan olevan alidiagnosoitu ongelma, ja sillä on osoittautunut olevan suuri merkitys henkilön kuntoutumisen ennusteelle ja mahdollisuuksiin palautua infarktin jälkeen (Cazzoli et al. 2012; Chen et al. 2012). Lisäksi neglectin kuntoutusmenetelmät kehittyvät, ja niiden arvioinnissa on erittäin kiinnostavaa tutkia niiden vaikutuksia päivittäisiin toimintoihin eikä vain standardisoituihin testeihin. Cochranen katsauksessa havaittiin, että hoitomenetelmien positiivisista vaikutuksista neglectistä kärsivien henkilöiden kykyyn suorittaa päivittäisiä aktiviteetteja ei ole riittävästi todisteita, suurelta osin siitä syystä, että niitä ei ole arvioitu (Bowen & Lindholm, 2007).

Goedert et al (2012) esittää tutkimuksessaan tutkimustuloksen, joka tukee mukaan luettavien muuttujien jakamista CBS:ssä aistien tarkkaavaisuutta (CBS-PA) koskeviin, sekä kehoon liittyviin, motorisesti valmistaviin (CBS-ME) muuttujiin. CBS-ME:n avulla osoitettiin voitavan ennustaa vaikeuksia ADL:ssä mitattuna Barthel-indeksillä, ja CBS-PA:n avulla puolestaan voitiin ennustaa vaikeuksia visuospatiaalisissa testeissä, mutta ei ADL:ssä.

Aivoverenkiertohäiriöiden diagnostiikassa ja hoidossa yleisesti on tapahtunut erittäin paljon, kuten myös neglectin diagnosoinnissa ja hoidossa. Aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutuksessa työskenteleville toimintaterapeuteille kehitys asettaa sekä vaatimuksia, että odotuksia toimenpiteisiin. Toisin sanoen on tärkeää pitää itsensä ajan tasalla siitä, mitä tapahtuu, ja hankkia kokemusta arvioimalla ja kuntouttamalla henkilöitä, joilla on pysyvä neglect tai aivoverenkiertohäiriö.

Lähteet:

- Antonia F., Johanna M-A., Tanja C-W. 2017. Dynamic assessment of visual neglect: The Mobil-ity Assessment Course as a diagnostic tool. *Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology*. 3/2018, Vol. 40; 2:161-172
- Azouvi P., Marchal F., Samuel C., Morin L., Renard C., Louis-Dreyfus A., Jokic C., Wiart L., Pradat-Diehl P., Deloche G., Bergego C. Functional consequences and awareness of unilateral neglect: Study of an evaluation scale. *Neuropsychological Rehabilitation*. 1996;6(2): 133-150
- Azouvi P., Olivier S., de Montety G., Samuel C, Louis-Dreyfus A., Tesio L. Behavioral assessment of unilateral neglect: Study of the psychometric properties of the Catherine Bergego scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2003; 84:51-57.
- Azouvi P., Bartolomeo P., Beis JM., Perennou D., Pradat-Diehl P., Rousseaux M. A battery of tests for the quantitative assessment of unilateral neglect. *Restorative Neurology and neuroscience*.2006;24 (4-6): 273-285.
- Cazzoli D., Muri RM., Schumacker R., von Arx S., Chaves S., Gutbrod K., Bohlhatler S., Bauer D., Vanbellingen T., Bertschi M., Kipfer S., Rosenthal CR., Kennard C., Bassetti CL., Nyffler. Theta burst stimulation reduces disability during the activities of daily living in spatial neglect. *Brain*. 2012; 135:34:3426-3439
- Chen P., Hreha K., Fortis P., Goedert KM., Harvey RL., Barret AM. Functional assessment of spatial neglect; A review of the Catherine Bergego Scale and an introduction on the Kessler foundation neglect assessment process. *Topics in Stroke Rehabilitation* 2012;19(5): 423-435
- Goedert KM., Chen P., Botticello A., Masmela JR., Adler U., Barrett AM., Psychometric evaluation of neglect assessment reveals motor-exploratory predictor of functional disability in acute-stage spatial neglect. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2012; 93; 137-142
- Heilman K- M., Barret A- B., Adair J-C.1998. Possible mechanisms of anosognosia: a defect in self-awareness.*The Royal Society*: 353; 1903-1909
- Jehkonen M., Laihosalo M., Kettunen J-E. 2006. Impact of neglect on functional outcome after stroke – a review of methodological issues and recent research findings. *Restorative Neurology and Neuroscience* 24 (2006) 209–215
- Jehkonen M., Kettunen J., Laihosalo M., Saunamäki T. 2007. Oikean aivopuoliskon verenkierto-häiriön jälkeen esiintyvä neglect-oire. *Duodecim* 2007;123:1718–24
- Jehkonen M., Saunamäki T., Paavola L., Vilkki J.2015. Kliininen neuropsykologia. *Duodecim*
- Luukkainen-Markkula, R.,Tarkka, I. M., Pitkänen, K., Sivenius, J.Hämäläinen, H.2011.Compari-son of the Behavioural Inattention Test and the Catherine Bergego Scale in assess-ment of hemispacial neglect. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21;1:103-116

Mort DJ, Malhotra P, Mannan SK. 2003. The anatomy of visual neglect. *Brain* 2003;126:1986–97

Nijboer T., Van de Port I., Schepers V., Post M., Visser-Meily A. 2013. Predicting functional out-come after stroke: the influence of neglect on basic activities in daily living. *Frontiers in Human Neuroscience* 2013. May; Volume 7:182

Manuaali ja arviontilomakkeet

Toimintaterapeutin arviointi (lomake 1a-b)

Potilaan itsearviointi (lomake 2a-b)

Kyselylomake läheiselle (lomake 3a-b)

Toimintaterapeutin arviointi

Ohjeet toteutukseen

- Terapeutti havainnoi asiakkaan ongelmia arkipäiväisissä tilanteissa.
- Arvioija asettuu potilaan taakse tai suoraan hänen eteensä, jotta ei vaikuttaisi potilaan huomion suuntaamiseen oikealle tai vasemmalle.
- Jos potilaalla on niin suuria vaikeuksia suunnata huomiota, että hän ei pysty suoriutumaan tehtävästä, terapeutti voi suullisesti rohkaista potilasta. Terapeutin on kuitenkin vältettävä vaikuttamasta potilaan huomiointiin oikealle tai vasemmalle esim. ei suoraan kehottaa katsomaan huomiotta jäävään kohteeseen.

Arvostelu

Arvosanat neglectille arvioivat jokaisen toiminnon neliportaisella asteikolla 0-3.

0	Neglectiä ei havaittavissa Puoliero tehtävästä suoriutumisessa ei ole, paitsi liittyen muuhun motoriseen, sensoriseen tai visuaaliseen ongelmaan
1	Lievä neglect havaittavissa Tehtävän suorittamisessa esiintyy satunnaisesti pientä puolieroja. Vaikeudet voivat vaihdella väsymyksen ja tunnetilan mukaan. Tällä tasolla esineisiin tai ihmisiin törmäileminen on hyvin harvinaista. On myös harvinaista, että asiakas unohtaa vasemman (oikean) puolensa.
2	Kohtalainen neglect havaittavissa Törmäyksiä saattaa ilmetä ja vasemman (oikean) huomaamatta jättäminen on havaittavissa. On selkeitä ja toistuvia eroja toimintaa suorittaessa. Tehtävän suorittamisessa on havaittavissa selvää ja toistuvaa toispuoleisuutta. Henkilö ylittää toisinaan keskilinjan, mutta toiminnan suorittaminen vasemmalla (oikealla) puolella on tehotonta, jää kesken tai on huonosti suoritettu.
3	Vaikea neglect havaittavissa Henkilö ei juuri koskaan ylitä keskilinjaa (tässä tehtävässä). Kun on kyse vaikeasta neglectistä voi olla mahdotonta arvioida joitakin CBS:n tehtäviä kuten pukemista, koska henkilö saattaa tarvita hyvin paljon apua. Silloin voi olla vaikea erottaa onko ongelmana neglect vai muut neurologiset oireet kuten hemipareesi, tuntuu puutos tai apraksia.
EA	Ei arvioitavissa Henkilö ei pysty suorittamaan tehtävää, koska hän ei ole tarpeeksi omatoiminen (esim. henkilö ei osaa liikkua pyörätuolilla) tai ei ole ollut mahdollista havainnoida henkilöä sopivassa tilanteessa (esimerkiksi peseytymistä). Jos tehtävää ei voida arvioida, jätetään se pisteyttämättä (IA) eikä sitä sisällytetä kokonaispistemäärään.

Pisteiden lasku

Sekä toimintaterapeutin arvioinnin, että potilaan itsearvioinnin pisteet lasketaan seuraavalla tavalla:

- Arvioitujen osioiden pisteet lasketaan yhteen.
- Summa jaetaan arvioitujen osioiden määrällä.

- Tulos kerrotaan kymmenellä (jolloin saadaan kokonaispistemäärä 0-30).

Tämä vastaamattomien kohtien käsittelymenetelmä on perinteinen menetelmä, joka ei vääristä tulosta (Azouvi 1996 et al.)

Kokonaispisteiden tulkinta

Kokonaispistemäärä 1-10	Lievä huomiotta jättäminen
Kokonaispistemäärä 11-20	Kohtalainen huomiotta jättäminen
Kokonaispistemäärä 21-30	Vaikea huomiotta jättäminen

Kommentit arviointikohtiin

Arviointikohta 1: Laiminlyö hygienian kehon vasemmalta (oikealta) puolelta

Tilanne: Toimintaterapeutti tarkkailee potilaan käyttäytymistä hänen peseytyessään, harjatessaan hiuksiaan tai meikatessa/ajaessa partaansa. Hygieniavälineet asetetaan pesualltaan eri puolille (pesulaput, pyyhe, saippua, hammasharja, partahöylä, meikit, hiusharja jne.).

Arviointikohta 2: Puutteita vaatteiden pukemisessa vasemmalla (oikealla) puolella

Vaatteet asetetaan potilaan vuoteelle sekä vasemmalle että oikealle potilaasta nähdessä. Toimintaterapeutti arvioi miten potilas korjaa vaateista eri puolilla kehoaan. Toimintaterapeutti ei arvioi apraksiasta johtuvia pukemisen vaikeuksia.

Arviointikohta 3: Vaikeuksia löytää ruokaa lautasen tai tarjottimen vasemmalta (oikealta) puolelta

Tilanne: Potilas istuu pöydässä ja ruoka on asetettu hänen eteensä. Lautasen vasemmalla reunalla ja lautasen vasemmalla puolella on asioita kuten leipää, lääkkeitä, lämmintä ruokaa, jälkiruokaa, servetti, lasi, ruokailuvälineet jne. Toimintaterapeutti tarkkailee, kuinka potilas käsittelee ruokaansa ja syö lautaseltaan.

Arviointikohta 4: Vaikeuksia muistaa pyyhkiä suuta vasemmalta (oikealta) puolelta ruokailun jälkeen

Tilanne: Toimintaterapeutti seuraa, jos ja miten potilas pyyhkii suutaan aterian jälkeen.

Arviointikohta 5: Vaikeuksia havaita visuaalisia ärsykejä, sekä pään ja silmien kääntäminen oikealle (vasemmalle)

Tilanne: Toimintaterapeutti havainnoi missä asennossa potilas spontaanisti pitää päätään ja arvioi näönvaraista ärsykkeiden havainnointia.

Arviointikohta 6: Ei huomioi vasenta (oikeaa) puolta kehostaan

Tilanne: Toimintaterapeutti tarkkailee, kuinka potilas asettuu makuulle sänkyynsä, istuu pyörätuoliin, siirtyy istuimelta toiselle, pöydän ääressä istuessaan, sekä kuinka hän käyttää käsiään ja jalkojaan toimissaan.

Arviointikohta 7: Ei tiedosta tai on välinpitämätön vasemmalta (oikealta) tulevia ihmisiä tai ääniä kohtaan

Tilanne: Toimintaterapeutti tarkkailee potilaan reaktioita ja suuntautumista suhteessa auditiivisiin kuulonvaraisiin ärsykkeisiin keskustellessa, sekä muun tyyppisiin ääniin, joita luodaan tarkoituksena suunnata huomiota vasemmalle (oikealle) puolelle (taputtaa käsiä, koputtaa ovea).

Arviointikohta 8: Vaikeuksia liikkeessa

Tilanne: Toimintaterapeutti tarkkailee potilasta hänen liikkeessään esimerkiksi käytävässä ja erityisesti kykyä väistää vasemmalla (oikealla) puolellaan olevia esteitä.

Arviointikohta 9: Vaikeuksia paikallistaa tuttuja paikkoja (Vaikeuksia löytää tuttuihin paikkoihin)

Tilanne: Toimintaterapeutti havainnoi potilaan liikkumista tutussa ympäristössä, siirtyessä tuttuun paikkojen välillä ja reitillä, jossa hänen pitää kääntyä vasemmalle (oikealle) vähintään kerran.

Arviointikohta 10: Vaikeuksia löytää tuttuja esineitä, kun ne sijaitsevat vasemmalla puolella

Tilanne: Toimintaterapeutti tarkkailee potilasta hänen huoneessaan. Huoneesta tulee löytyä esineitä, kuten silmälasit, kello tai vastaavia, sijoitettuna vasemmalle (oikealle) puolelle hänen yöpöytänsä, työpöytänsä tai vastaavaa.

Toimintaterapeutin arviointi
Huomiotta jättäminen, vasen puoli

Potilaan nimi: _____
Potilaan henkilötunnus: _____
Päivämäärä: _____
Toimintaterapeutti: _____

Arviointi: Merkitse häiriön vaikeusaste alla olevan asteikon mukaisesti

EA= ei arvioitavissa 0= ei lainkaan 1=lievä 2=kohtalainen 3=vaikea

Arviointikohdat	E A	0	1	2	3	Kommentit
1. Laiminlyö hygienian kehon vasemmalta puolelta (peseytyminen, hiusten harjaus, parranajo, meikkaus)	E A	0	1	2	3	
2. Puutteita vaatteiden korjaamisessa kehon vasemmalla puolella	E A	0	1	2	3	
3. Vaikeuksia löytää ruokaa lautasen, tarjottimen tai pöydän vasemmalta puolelta	E A	0	1	2	3	
4. Unohtaa pyyhkiä suun vasemmalta puolelta ruokailun jälkeen	E A	0	1	2	3	
5. Kääntää pakonomaisesti päätä ja silmiä oikealle	E A	0	1	2	3	
6. Taipumusta "unohtaa" kehon vasen puoli (esim. käsi roikkuu tuolin ulkopuolella, potilas istuu tai makaa puutuneen käden päällä, vasen jalka ei lepää pyörätuolin jalkatuella, kehon toimintoja ei hyödynnetä kunnolla)	E A	0	1	2	3	
7. Ei huomaa tai on välinpitämätön vasemmalta tulevia ihmisiä tai ääniä kohtaan	E A	0	1	2	3	
8. Taipumusta ajautua liikkeessä (kävellessä tai pyörätuolissa) kohti oikeanpuoleista seinää, tai törmäillä vasemmalla puolella sijaitseviin seiniin, oviin ja huonekaluihin	E A	0	1	2	3	
9. Vaikeuksia edetä tai löytää tuttuihin paikkoihin, kun on tarve kääntyä vasemmalle.	E A	0	1	2	3	
10. Vaikeuksia löytää tuttuja esineitä, kun ne sijaitsevat vasemmalla puolella	E A	0	1	2	3	

Yhteensä (kokonaispisteet/kelpaavien vastausten lukumäärä) x 10 = _____ / 30

Toimintaterapeutin arviointi
Huomiotta jättäminen, oikea puoli

Potilaan nimi: _____
Potilaan henkilötunnus: _____
Päivämäärä: _____
Toimintaterapeutti: _____

Arviointi: Merkitse häiriön vaikeusaste alla olevan asteikon mukaisesti

EA= ei arvioitavissa 0= ei lainkaan 1=lievä 2=kohtalainen 3=vaikea

Arviointikohdat	E A	0	1	2	3	Kommentit
1. Laiminlyö hygienian kehon oikealta puolelta (peseytyminen, hiusten harjaus, parranajo, meikkaus)	E A	0	1	2	3	
2. Puutteita vaatteiden korjaamisessa kehon oikealla puolella	E A	0	1	2	3	
3. Vaikeuksia löytää ruokaa lautasen, tarjottimen tai pöydän oikealta puolelta	E A	0	1	2	3	
4. Unohtaa pyyhkiä suun oikealta puolelta ruokailun jälkeen	E A	0	1	2	3	
5. Kääntää pakonomaisesti päätä ja silmiä vasemmalle	E A	0	1	2	3	
6. Taipumusta "unohtaa" kehon oikea puoli (esim. käsi roikkuu tuolin ulkopuolella, potilas istuu tai makaa puutuneen käden päällä, vasen jalka ei lepää pyörätuolin jalkatuella, kehon toimintoja ei hyödynnetä kunnolla)	E A	0	1	2	3	
7. Ei huomaa tai on välinpitämätön oikealta tulevia ihmisiä tai ääniä kohtaan	E A	0	1	2	3	
8. Taipumusta ajautua liikkussa (kävellen tai pyörätuolissa) kohti vasemmanpuoleista seinää, tai törmäillä oikealla puolella sijaitseviin seiniin, oviin ja huonekaluihin	E A	0	1	2	3	
9. Vaikeuksia edetä tai löytää tuttuihin paikkoihin, kun on tarve kääntyä oikealle.	E A	0	1	2	3	
10. Vaikeuksia löytää tuttuja esineitä, kun ne sijaitsevat oikealla puolella	E A	0	1	2	3	

Yhteensä (kokonaispisteet/kelpaavien vastausten lukumäärä) x 10 = _____ / 30

Asiakkaan itsearviointi
Huomiotta jättäminen, vasen puoli

Potilaan nimi: _____
Päivämäärä: _____
Toimintaterapeutti: _____

Aion kysyä teiltä joitakin kysymyksiä ymmärtääkseni, millaisia haasteita sinulla on arjessasi.

Arviointi: Merkitse häiriön vaikeusaste alla olevan asteikon mukaisesti

EA= ei arvioitavissa 0= ei lainkaan 1=lievä 2=kohtalainen 3=vaikea

Arviointikohdat	E A	0	1	2	3	Kommentit
1. Unohdatko pestä kehosi vasemmalta puolella tai ajaa parran, kammata tai meikata vasemmalta puolelta?	E A	0	1	2	3	
2. Unohdatko korjata vaatteet vasemmalta puolelta kehoasi?	E A	0	1	2	3	
3. Onko sinun vaikea löytää ruokaa lautasen, tarjottimen tai pöydän vasemmalta puolelta	E A	0	1	2	3	
4. Unohdatko pyyhkiä suun vasemmalta puolelta ruokailun jälkeen	E A	0	1	2	3	
5. Onko sinun vaikeaa katsoa vasemmalle puolelle?	E A	0	1	2	3	
6. Oletko huomannut "unohtavasi" kehon vasemman puolen (esim. kätesi roikkuu tuolin ulkopuolella, sinä istut tai makaat puutuneen käden päällä, vasen jalkasi ei lepää pyörätuolin jalkatuella)	E A	0	1	2	3	
7. Onko sinun vaikeaa huomata vasemmalta tulevia tai puhuvia ihmisiä?	E A	0	1	2	3	
8. Törmäiletkö vasemmalla puolella oleviin seiniin, oviin tai kalusteisiin?	E A	0	1	2	3	
9. Onko sinulla vaikeuksia päästä perille tai löytää tuttuihin paikkoihin, jos sinun pitää kääntyä vasemmalle?	E A	0	1	2	3	
10. Onko sinulla vaikeuksia löytää tuttuja esineitä, kun ne sijaitsevat vasemmalla puolellasi?	E A	0	1	2	3	

Yhteensä (kokonaispisteet/kelpaavien vastausten lukumäärä) x 10 = _____ / 30

Asiakkaan itsearviointi

Huomiotta jättäminen, oikea puoli

Potilaan nimi: _____
Päivämäärä: _____
Toimintaterapeutti: _____

Aion kysyä teiltä joitakin kysymyksiä ymmärtääkseni, millaisia haasteita sinulla on arjessasi.

Arviointi: Merkitse häiriön vaikeusaste alla olevan asteikon mukaisesti

EA= ei arvioitavissa 0= ei lainkaan 1=lievä 2=kohtalainen 3=vaikea

Arviointikohdat	E A	0	1	2	3	Kommentit
1. Unohdatko pestä kehosi oikealta puolella tai ajaa parran, kammata tai meikata oikealta puolelta?	E A	0	1	2	3	
2. Unohdatko korjata vaatteet oikealta puolelta kehoasi?	E A	0	1	2	3	
3. Onko sinun vaikea löytää ruokaa lautasen, tarjottimen tai pöydän oikealta puolelta	E A	0	1	2	3	
4. Unohdatko pyyhkiä suun oikealta puolelta ruokailun jälkeen	E A	0	1	2	3	
5. Onko sinun vaikeaa katsoa oikealle puolelle?	E A	0	1	2	3	
6. Oletko huomannut "unohtavasi" kehon oikean puolen (esim. kätesi roikkuu tuolin ulkopuolella, sinä istut tai makaat puutuneen käden päällä, oikea jalkasi ei lepää pyörätuolin jalkatuella)	E A	0	1	2	3	
7. Onko sinun vaikea huomata oikealta tulevia tai puhuvia ihmisiä?	E A	0	1	2	3	
8. Törmäiletkö oikealla puolella oleviin seiniin, oviin tai kalusteisiin?	E A	0	1	2	3	
9. Onko sinulla vaikeuksia päästä perille tai löytää tuttuihin paikkoihin, jos sinun pitää kääntyä oikealle?	E A	0	1	2	3	
10. Onko sinulla vaikeuksia löytää tuttuja esineitä, kun ne sijaitsevat oikealla puolellasi?	E A	0	1	2	3	

Yhteensä (kokonaispisteet/kelpaavien vastausten lukumäärä) x 10 = ____ / 30

Kysymyslomake läheiselle
Huomiotta jättäminen, **vasen puoli**

Potilaan nimi: _____
Päivämäärä: _____
Toimintaterapeutti: _____
Läheisen nimi: _____

Arviointi suoritetaan kysymyksen, jotka on osoitettu kenelle tahansa läheiselle henkilölle tai muulle ympäristölle. Haluamme tietää, onko kokenut vaikeuksia jokapäiväisessä elämässään, koska hän unohtaa vasemman puolensa ilman, että siinä on alentunut toimintakyky.

Arviointi: Merkitse häiriön vaikeusaste alla olevan asteikon mukaisesti

EA= ei arvioitavissa 0= ei lainkaan 1= lievä 2= kohtalainen 3= vaikea

Arviointikohdat	E A	0	1	2	3	Kommentit
1. Unohtaako hän pestä kehonsa vasemmalta puolella tai ajaa parran, kammata tai meikata vasemmalta puolelta?	E A	0	1	2	3	
2. Unohtaako hän korjata vaatteet kehon vasemmalta puolelta?	E A	0	1	2	3	
3. Onko hänen vaikea löytää ruokaa lautasen, tarjottimen tai pöydän vasemmalta puolelta?	E A	0	1	2	3	
4. Unohtaako hän pyyhkiä suun vasemmalta puolelta ruokailun jälkeen?	E A	0	1	2	3	
5. Onko hänen vaikeaa katsoa vasemmalle puolelle?	E A	0	1	2	3	
6. Oletko huomannut hänen "unohtavan" kehon vasemman puolen (esim. Hänen käsi roikkuu tuolin ulkopuolella, hän istuu tai makaa puutuneen käden päällä, vasen jalka ei lepää pyörätuolin jalkatuella)?	E A	0	1	2	3	
7. Onko hänen vaikea huomata vasemmalta tulevia tai puhuvia ihmisiä?	E A	0	1	2	3	
8. Törmäileekö hän vasemmalla puolella oleviin seiniin, oviin tai kalusteisiin?	E A	0	1	2	3	
9. Onko hänellä vaikeuksia päästä perille tai löytää tuttuihin paikkoihin, jos hänen pitää kääntyä vasemmalle?	E A	0	1	2	3	
10. Onko hänellä vaikeuksia löytää tuttuja esineitä, kun ne sijaitsevat hänen vasemmalla puolella?	E A	0	1	2	3	

Yhteensä (kokonaispisteet/kelpaavien vastausten lukumäärä) x 10 = ____ / 30

Kysymyslomake läheiselle

Huomiotta jättäminen, oikea puoli

Potilaan nimi: _____
Päivämäärä: _____
Työterapeutti: _____
Läheisen nimi: _____

Arviointi suoritetaan kysymyksiin, jotka on osoitettu kenelle tahansa läheiselle henkilölle tai muulle ympäristölle. Haluamme tietää, onko kokenut vaikeuksia jokapäiväisessä elämässään, koska hän unohtaa oikean puolensa ilman, että siinä on alentunut toimintakyky.

Arviointi: Merkitse häiriön vaikeusaste alla olevan asteikon mukaisesti

EA= ei arvioitavissa 0= ei lainkaan 1=lievä 2=kohtalainen 3=vaikea

Arviointikohdat	E A	0	1	2	3	Kommentit
1. Unohtaako hän pestä kehonsa oikealta puolella tai ajaa parran, kammata tai meikata oikealta puolelta?	E A	0	1	2	3	
2. Unohtaako hän korjata vaatteet kehon oikealta puolelta?	E A	0	1	2	3	
3. Onko hänen vaikea löytää ruokaa lautasen, tarjottimen tai pöydän oikealta puolelta	E A	0	1	2	3	
4. Unohtaako hän pyyhkiä suun oikealta puolelta ruokailun jälkeen	E A	0	1	2	3	
5. Onko hänen vaikeaa katsoa oikealle puolelle?	E A	0	1	2	3	
6. Oletko huomannut hänen "unohtavan" kehon oikean puolen (esim. Hänen käsi roikkuu tuoliin ulkopuolella, hän istuu tai makaa puutuneen käden päällä, vasen jalka ei lepää pyörätuolin jalkatuella)	E A	0	1	2	3	
7. Onko hänen vaikea huomata oikealta tulevia tai puhuvia ihmisiä?	E A	0	1	2	3	
8. Törmäileekö hän oikealla puolella oleviin seiniin, oviin tai kalusteisiin?	E A	0	1	2	3	
9. Onko hänellä vaikeuksia päästä perille tai löytää tuttuihin paikkoihin, jos hänen pitää kääntyä oikealle?	E A	0	1	2	3	
10. Onko hänellä vaikeuksia löytää tuttuja esineitä, kun ne sijaitsevat hänen oikealla puolella ?	E A	0	1	2	3	

Yhteensä (kokonaispisteet/kelpaavien vastausten lukumäärä) x 10 = ___ / 30

Haastattelurunko

27.3.2018

Menetelmän käyttö/ Käytettävyys

Teemat:

- Opittavuus – kuinka helppoa menetelmän käytön opettelu on.
- Tehokkuus – miten helppoa arviointimenetelmän käyttäminen on arviointitilanteessa
- Muistettavuus – Miten helppoa on muistaa menetelmän käyttö
- Virheet – Miten paljon virheitä menetelmän käytössä tuli.
- Tyytyväisyys – Millaisia tuntemuksia menetelmä herättää.

(Jakob Nelson. Usability engineering.1993, 24-33)

Käyttökokemus/ Käyttökelpoisuus

Teemat:

- Asiakas - Terapeutin kokemus siitä, millaisen asiakkaan kanssa menetelmää voisi käyttää
- Ympäristö - Menetelmän soveltuvuus työympäristöön
- Ajankäyttö - Kuinka aikaa vievää menetelmän käyttö oli?
- Pisteytys ja tulostentulkinta – Millainen kokemus pisteytyksestä ja tulosten tulkinnasta
- Tulevaisuus – Menetelmän hyödyllisyys

(TOIMIA. Opas toimintakyvyn mittarin arviointiin TOIMIA-verkostossa (1.0).2014, 28)

Saatekirje

Arvoisa toimintaterapeutti,

olet osallistumassa

Catherine Bergego Scalen (CBS) neglectin arviointimenetelmän tutkimuskäyttöön tehdyn suomennoksen käyttökokeiluun. Samalla autat opinnäytetyömme valmistumisessa. Me opiskelijat teimme CBS:n suomennoksen tutkimuskäyttöön ja tarvitsemme ammattitaitoasi käännöksen toimivuuden testaamiseen työkentällä joului-tammikuussa. Keräämme suomennoksesta palautetta ryhmähaastattelulla, jossa kaikille asiantuntijaryhmän jäsenille tarjoutuu tilaisuus jakaa kokemuksia menetelmästä. Aineiston jatkokäsittelyn helpottamiseksi aiomme äänittää ryhmähaastattelun. Sitoudumme käsittelemään äänitettä luottamuksellisesti ja hävittämään äänitteen opinnäytetyön valmistuttua.

Pyydämme Sinua valmistautumaan myöhemmin ilmoitettuna ajankohtana järjestettävään ryhmäkeskusteluun seuraavalla ohjeistuksella:

- Lue CBS suomennos huolella läpi alusta loppuun. Merkitse tekstiosuuteen ja lomakkeisiin kohdat, joihin kaipaat selvennystä tai joita haluat kommentoida.
- Käytä suomennosta noin kolmen asiakkaan arviointiin.
- Mieti, miten suomennoksen toimivuutta työkentällä voisi parantaa.
- Tuo kokemuksesi ja huomiosi jaettavaksi ryhmäkeskusteluun.
- Voit tutustua etukäteen haastattelukysymyksiin.

Lähetämme tarkemman kutsun ajan ja paikan tarkennuttua. Jos tulee kysyttävää voitte olla yhteydessä sähköpostitse.

Ystävällisin terveisin,

Turun Ammattikorkeakoulun toimintaterapeuttiopiskelijat

Tiia Mustonen & Elina Virolainen

tiia.mustonen@edu.turkuamk.fi elina.virolainen@edu.turkuamk.fi

Suostumuslomake

Allekirjoittamalla tämän lomakkeen lupaan käyttää CBS-arviointimenetelmän suomennota tutkimuskäyttöön ainoastaan kokeilujakson aikana: 1.12.2018-28.2.2019 ja suostun jakamaan siitä saatua kokemustietoa opinnäytetyöntekijöiden kanssa. En jaa arviointimenetelmää kenenkään muun opiskelijan, toimintaterapeutin tai muun henkilön kanssa. Palautan kaikki kokeiluun liittyvät materiaalit kokeilujakson jälkeen. Suostun ryhmähaastattelun äänittämiseen.

Pvm:

Allekirjoitus ja nimenselvennys