

SELKÄYDINVAMMAISTEN KUNTOUTUKSESSA
KÄYTETTYJEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI-
MENETELMIEN RIITTÄVYYS
ICF-VIITEKEHYKSESSÄ

Vilma Haapalo

Opinnäytetyö
Toukokuu 2014

Toimintaterapian koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) HAAPALO, Vilma	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 11.05.2014
	Sivumäärä 59	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Selkäydinvammaisten kuntoutuksessa käytettyjen toimintakyvyn arviointimenetelmien riittävyys ICF-viitekehyksessä		
Koulutusohjelma Toimintaterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) LAUTAMO, Tiina		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyö sisältyy Jyväskylän ammattikorkeakoulun hallinnoimaan ICF-hankkeeseen (<i>ICF-luokituksen juurruttaminen lääkinnälliseen kuntoutukseen: suosituksista pysyviin ja kehittyviin käytäntöihin</i>). Tämän laadullisen tutkimuksen tavoitteena oli selvittää sisällön analyysin keinoin kuinka riittävä arviointimenetelmä WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) on kuvaamaan selkäydinvammakuntoutujien toimintakykyä toimintakyvyn eri osa-alueilla, kun käytetään Canadian Occupational Performance Measure -arviointimenetelmää (COPM) kultaisena standardina. Primääriaineistona opinnäytetyössä olivat selkäydinvammakuntoutujien COPM-haastattelut ja WHODAS 2.0-itsearviointit. Lisäksi sekundääriaineistona hyödynnettiin kyseisten arviointimenetelmien valmiita ICF-siltauksia.</p> <p>WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen versio kattaa ICF-luokituksen suoritusten ja osallistumisen pääluokat (D1-D9) lukuun ottamatta yleisluontoisten tehtävien ja vaateiden sekä kommunikoinnin pääluokkia. Rinnakkain tarkasteltuna WHODAS 2.0 ja COPM kohdentuivat tässä aineistossa samoihin ICF-luokituksen pääluokkiin ja kattoivat yhdessä kaikki suoritusten ja osallistumisen pääluokat. Sen sijaan kuvauskohteiden tasolla COPM-haasteista yhteensä 60 % karsiutui pois, kun se rinnastettiin WHODAS 2.0:aan. Nämä karsiutuneet haasteet koskivat lähinnä liikkumisen pääluokkaa, sillä WHODAS 2.0:n tunnisti vain kävelyyn ja seisomiseen liittyviä liikkumisen haasteita. WHODAS 2.0 ei tunnistanut mm. yläraajan käyttöön tai pyörätuoliin liittyviä liikkumisen haasteita. COPM:lla on mahdollista havaita sellaisia subjektiivisia haasteita, joita WHODAS 2.0 ei tunnista.</p> <p>WHODAS 2.0 ja COPM eivät kohdennu merkittävässä määrin ruumiin ja kehon toimintoihin, eivätkä lainkaan ympäristö- ja yksilötekijöihin tai ruumiin rakenteisiin. Kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arviointiin ICF-viitekehyksessä tarvitaan siis muitakin arviointimenetelmiä, jotka ottavat huomioon nämäkin osa-alueet. Jatkotutkimus on tarpeen koskien WHODAS 2.0:n ja COPM:n tulosten samansuuntaisuutta asiakaspisteysten perusteella.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Selkäydinvamma, World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), Canadian Occupational Performance Measure (COPM), ICF-luokitus, suoriutuminen ja osallistuminen, toimintaterapia, sisältövaliditeetti, rakenteen validiteetti, toimintakyky		
Muut tiedot		



Author(s) HAAPALO, Vilma	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 11.05.2014
	Pages 59	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title Coverage of Functional Capacity Assessment Tools Used With Spinal Cord Injury Rehabilitation in ICF		
Degree Programme Occupational Therapy		
Tutor(s) LAUTAMO, Tiina		
Assigned by Jyväskylä University of Applied Sciences		
Abstract <p>This study was produced as a part of a larger ICF-project administrated by Jyväskylä University of Applied Sciences called <i>The Implementation of International Classification of Function and Disability to Medical Rehabilitation from Guidelines to Sustainable and Developing Practice</i> (2012-2014). The purpose of this qualitative study was to find out how well the assessment tool WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) covers the performance of the people with spinal cord injury (SCI) when using qualitative content analysis as a method. The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) was used as the golden standard when analyzing the coverage of different functional capacity aspects in WHODAS 2.0's. The primary source material consisted of the COPM-interviews and WHODAS 2.0 self-evaluation done by the people with SCI. Both assessment tools, COPM and WHODAS 2.0, were already linked to the ICF and this recognized connection was used as the secondary source material for this study.</p> <p>WHODAS 2.0 covers all the ICF domains D1-D9 of activities and participation except for the domains of "General tasks and demands" and "Communication". However, WHODAS 2.0 covers only walking and standing in the domain of "Mobility". When comparing these two assessment tools side by side, it shows that they both are linked mostly to the same domains of the ICF and when used together they cover all domains of activities and participation. However, when comparing the ICF-codes of WHODAS 2.0 and COPM, 60 % of the challenges identified in COPM were cut off. These challenges were mostly related to the domain of "Mobility", where WHODAS 2.0 could not recognize i.e. the challenges concerning the use of upper arm or a wheel chair. As a conclusion, it seems that COPM enables the more detailed description of subjective challenges that are not covered in WHODAS 2.0.</p> <p>Neither WHODAS 2.0 nor COPM covers extensively "Body functions or structure", and not at all the environmental or personal factors. Other assessment tools, which include these areas, should be used in order to assess the functional capacity comprehensively in the ICF. The further research should be conducted on the similarities of the results received by using WHODAS 2.0 and COPM.</p>		
Keywords Spinal cord injury, World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), Canadian Occupational Performance Measure (COPM), the ICF, activities and participation, occupational therapy, content validity, structural validity, functional capacity		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 Opinnäytetyö osana ICF-hanketta	3
2 Toimintakyky ICF-luokituksessa	5
2.1. ICF-luokituksen tarkoitus	5
2.2. ICF-luokituksen rakenne	6
3 WHODAS 2.0	9
3.1 WHODAS 2.0 – arviointimenetelmän eri versiot	9
3.2 WHODAS 2.0:n validiteetti	11
3.3 WHODAS 2.0:n ICF-linkitys	12
4 COPM-arviointimenetelmä	13
4.1 COPM-arviointimenetelmän taustateoriaa	13
4.2 COPM -arviointimenetelmä	15
4.2.1 COPM:n validiteetti	16
4.3 COPM ja ICF	18
5 SELKÄYDINVAMMA	20
5.1 Selkäydinvamma ja WHODAS 2.0	21
5.3 Selkäydinvamma ja COPM	22
6 Mittareiden validointi	23
6.1. Validiteetin käsite	23
6.2 Mittarin validiteetti ja sen tarkastelu	24
6.2 Rakennevaliditeetti	26
7 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	27
8 Tutkimusmenetelmä ja toteutus	27
8.1 Aineiston kuvaus	27
8.2 Aineiston keruu.....	29
8.3 Aineiston analyysi ja tutkimuksen kulku.....	31
8.3.1. Sekundääriaineiston analyysi	31
8.3.2. Opinnäytetyön aineiston analyysi	32
9 Tutkimuksen tulokset	35
9.1 COPM:n kohdentuminen ICF-luokitukseen	35
9.2 WHODAS 2.0:n kohdentuminen ICF-luokitukseen.....	37
9.3 Arviointimenetelmien kohdentuminen ICF-luokitukseen suhteessa toisiinsa....	39
10 Johtopäätökset	44
11 Pohdinta.....	46
11.1 Tutkimuksen toteutus	46
11.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	48

11.3 Tutkimusprosessi	51
LÄHTEET	52
LIITTEET.....	55
Liite 1. Tummennettuina WHODAS 2.0:n yhteneväisyydet ICF-viitekehyksessä 36 ja 12 kysymyksen version osalta (Üstün ym. 2010, muokattu)	57
Liite 2. COPM:n ja WHODAS 2.0:n kohdentuminen kootusti ICF-päälukittain ja – kuvauskohteittain	59

KUVIOT

Kuvio 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet	6
Kuvio 2. ICF-luokituksen rakenne	8
Kuvio 3. Kanadan toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli	14
Kuvio 4. Mittarin psykometristen ominaisuuksien jaottelu	24
Kuvio 5. Aineiston analyysin kuvaus tiivistetysti	34

TAULUKOT

Taulukko 1. ICF-luokituksen pääluokat D1-D9	8
Taulukko 2. WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän kuusi osa-alueita.....	9
Taulukko 3. COPM:n validiteettitutkimuksia	17
Taulukko 4. COPM-linkitykset syv-kuntoutujilla ICF-päälukittain	18
Taulukko 5. Tiedonantajien tiivistetty kuvaus	29
Taulukko 6. COPM:lla esille nousseiden haasteiden kohdentuminen ICF-käsikirjan mukaisesti pääluokkiin ja –kuvauskohteisiin	35
Taulukko 7. WHODAS 2.0:n kohdentuminen ICF-päälukkiin D1-D9 ja ICF- kuvauskohteisiin mukailleen Üstünin ym. ICF-siltausta	38
Taulukko 8. WHODAS 2.0:n ja COPM:n ICF-siltausten yhtenevät pääluokat, sekä COPM:sta esille nousseiden erilaisten ICF-kuvauskohteiden lukumäärä ICF- päälukittain	39
Taulukko 9. WHODAS 2.0:n kuvauskohteisiin kohdentuneiden COPM-haasteiden lukumäärä	41
Taulukko 10. WHODAS 2.0:n kysymykset ja COPM:n haasteet WHODAS 2.0:n osalta yhtenevin kuvauskohteittain	42

1 Opinnäytetyö osana ICF-hanketta

Opinnäytetyö on toteutettu osana isompaa Jyväskylän ammattikorkeakoulun hallinnoimaa ICF-hanketta yhtenä hankkeen osaprojekteista. ICF-hankkeessa (*ICF-luokituksen juurruttaminen lääkinälliseen kuntoutukseen: suosituksista pysyviin ja kehittyviin käytäntöihin*) tarkoituksena on vakiinnuttaa ICF-luokitusta Suomeen kuntoutusalan ammattilaisten keskuuteen. ICF-hanke pyrkii edistämään Maailman terveysjärjestön, The World Health Organizationin (WHO:n), laatiman kansainvälisen terveyden, toimintakyvyn ja sen rajoitteiden ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) tunnettavuutta, ja arvioimaan sen käyttöönottoon liittyviä haasteita, sekä luomaan monistettavaa opetusmateriaalia, jotta luokituksista saataisiin pysyvämpi osa suomalaista kuntoutustyötä. (Paltamaa 2012, 1,4.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tutkia WHODAS 2.0 - itsearviointilomakkeen sisältö- ja rakennevaliditeettia vertaamalla selkäydinvammakuntoutujien (jatkossa syv-kuntoutujien) COPM-toimintakykyarvioinnin (Canadian Occupation Performance Measure) esiin nostamia ongelma-alueita WHODAS 2.0:n esiin nostamiin haasteisiin. Opinnäytetyössä tehtävällä sisältövaliditeettitutkimuksella pyritään lisäämään tietoisuutta syv-kuntoutujilla käytettävien arviointimenetelmien riittävydestä ICF-viitekehyksessä: kysymysten relevanttiudesta ja riittävästä laajuudesta. Opinnäytetyö toteutettiin ICF-luokituksen viitekehyksessä, jossa opinnäytetyössä tarkasteltavia arviointimenetelmiä ei ole aiemmin vertailtu keskenään. Arviointimenetelmät on suunniteltu kartoittamaan asiakkailta konkreettisia arjen haasteita, joten on mielenkiintoista tarkastella kohdentuvatko ne myös ICF-viitekehyksessä samoille osa-alueille.

Kaikki WHO:n jäsenmaat ovat sitoutuneet hyödyntämään WHO:n suosittamaa ICF-luokitusta kuntoutuksessaan ja edistämään sen käyttöönottoa ammattilaisten keskuudessa (ICF 2004, 25). Myös Suomi on yhtenä Maailman terveysjärjestön jäsenmaana sitoutunut senkin puitteissa samoihin suosituksiin. Vaikka ICF-luokitus on suomennettu jo vuonna 2004, se ei ole vielä saanut toivottua jalansijaa Suomessa, minkä vuoksi luokituksen tehostettu juurruttaminen on erityisen tärkeää. Hankkeen tutkimuksissa käytettyä esimerkkiryhmää rajattiin koskemaan vain laitosmuotoisessa kuntoutuksessa olevia syv-kuntoutujia, koska ICF-luokituksella voidaan luokitella niin

laajasti eri diagnoosien toimintakykyä. Lisäksi syv-kuntoutujille on kehitetty ICF-luokitukseen perustuvia työkaluja jo ennestään ja lisäksi heidän kuntoutuspolkunsa on muita diagnooseja selkeämpi. (Paltamaa 2012, 1, 3; Implementation in the International Classification of Functioning, Disability and Health in Rehabilitation Practice 2007.)

Suomessa kansalaisten hyvinvoinnista huolehtii muun muassa valtion ylläpitämä Kansaneläkelaitos (KELA). Opinnäytetyön kohderyhmälle, syv-kuntoutujille, on laissa säädetty erikseen vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kelan on muun muassa järjestettävä vaikeavammaiselle henkilölle hyvän kuntoutuskäytännön mukaista kuntoutusta (L 15.7.2005/566). Hyvien kuntoutuskäytäntöjen suositusten (Suositukset hyvistä kuntoutuskäytännöistä 2011, 7-8) ja Kelan standardien mukaisesti toimintakyvyn ja vaikuttavuuden arvioinnissa ja esimerkiksi kuntoutussuunnitelmien laadinnassa on käytettävä ICF-viitekehystä, joka on nykyisin Suomessa jatkuvan tutkimuksen kohteena (Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi, 6; Vammaispalvelujen käsikirja 2013). Kela suosittelee vahvasti ICF-luokituksen käyttöä ja lisäksi sen avulla voidaan tuottaa laaja-alaisesti kansainvälisesti hyödynnettävää tietoa (Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi 2011, 6; Paltamaa 2012, 5).

Hyvien kuntoutuskäytäntöjen mukaan käytössä olevien arviointimenetelmien validiteettia, luotettavuutta ja käytettävyyttä on arvioitava kriittisesti (Suositukset hyvistä kuntoutuskäytännöistä 2011, 8). Opinnäytetyössä yhdistyvät sekä ajankohtaisen ICF-luokituksen tunnettavuuden lisääminen, että käytettävien mittareiden validiteetin arviointi. ICF-hankkeen toimeksiantona opinnäytetyö on työelämälähtöinen, ja opiskelijoiden rekrytoimisella mukaan osaksi hanketta on haluttu tukea ICF-luokituksen juurtumista ja käyttöönottoa Suomessa (Paltamaa 2012, tiivistelmä). Lisäksi hanke tekee työtä merkittävien yhteistyökumppaneiden (Kela, Jyväskylän yliopisto, THL) kanssa ja se nivoutuu kansainväliseen ja kansalliseen tutkimus- ja kehitystyöhön (Mts. 5, 7). WHODAS 2.0:n sisältövaliditeettia ei ole tutkittu aiemmin syv-kuntoutujilla ICF-viitekehyksessä 12 kysymyksen versiolla käyttäen COPM:ia vertailupohjana.

2 Toimintakyky ICF-luokituksessa

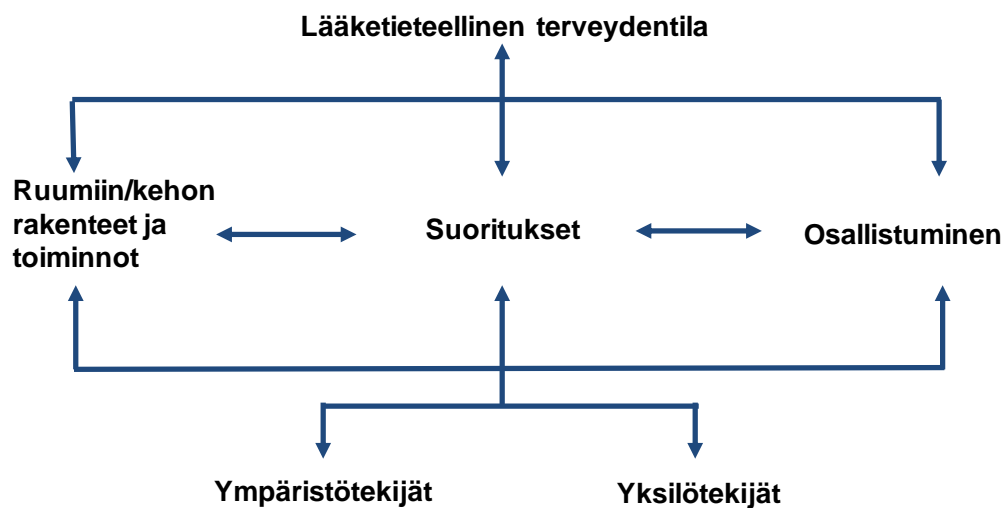
International Classification of Functionin, Disability and Health (ICF) on maailman terveystajrjestön (WHO) kehittämä luokitus, jolla voidaan luokitella toimintakykyä, sen rajoitteita sekä terveyttä kansainvälisesti. Luokitus perustuu uudistettuun Vaurioiden, toiminnanvajavuuksien ja haittojen kansainväliseen luokitukseen (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicap; ICIDH), josta julkaistiin WHO:n toimesta kokeiluversio vuonna 1980. Tuolloin julkaistua luokitusta pidettiin sairauksien luokitteluna, mutta nyttemmin tehty uusi versio ICF on enemmänkin terveyden osatekijöiden luokitus, kuin ongelmalähtöinen ICIDH. ICF luokittelee terveyden aihealueita ja terveyden lähiaihealueita, sekä ympäristötekijöitä järjestelmällisesti, mikä mahdollistaa luokituksen monipuolisen käytön yksilöllistä toimintakykyä, toimintarajoitteita ja terveyttä kirjattaessa. (ICF 2004, 3-4.)

2.1. ICF-luokituksen tarkoitus

ICF-luokituksen tavoitteena on muun muassa tarjota tieteellinen perusta toiminnallisen terveydentilan tutkimukselle, sekä luoda yhteinen kieli terveydentilan luokittelulle ympäri maailmaa ja mahdollistaa näin esimerkiksi tietojen vertaaminen eri maiden välillä. Samalla luokitukselta saadaan myös järjestelmällinen koodausmenetelmä terveydenhuollon tietojärjestelmiä varten. ICF-luokitusta voidaan hyödyntää lukuisissa eri käyttötarkoituksissa, uudistuksen jälkeen myös vakuutus- ja sosiaaliturva-alalla, sekä työvoimahallinnossa, opetusallalla jne. (ICF 2004, 5.) ICF-luokitus on monipuolinen työväline, eikä se kata luokituksen kannalta epäolennaisia terveyteen liittymättömiä asioita, kuten rotua, sukupuoliä tai uskontoa, vaikka ne saattavatkin estää henkilöä jossakin tehtävässä suoriutumisesta. Maailman terveystajrjestö kannustaa jäsenvaltioita käyttämään soveltuvissa tapauksissa ICF-luokitusta tutkimukseen, seurantaan ja raportointiin. Sittemmin ICF-luokituksen julkaisun jälkeen Maailman terveystajrjestö pyrkii tutkimaan luokituksen pohjalta luotuja mittareita ja menetelmiä, esimerkiksi validiteetin näkökulmasta. (Mts. 7, 25, 247.)

2.2. ICF-luokituksen rakenne

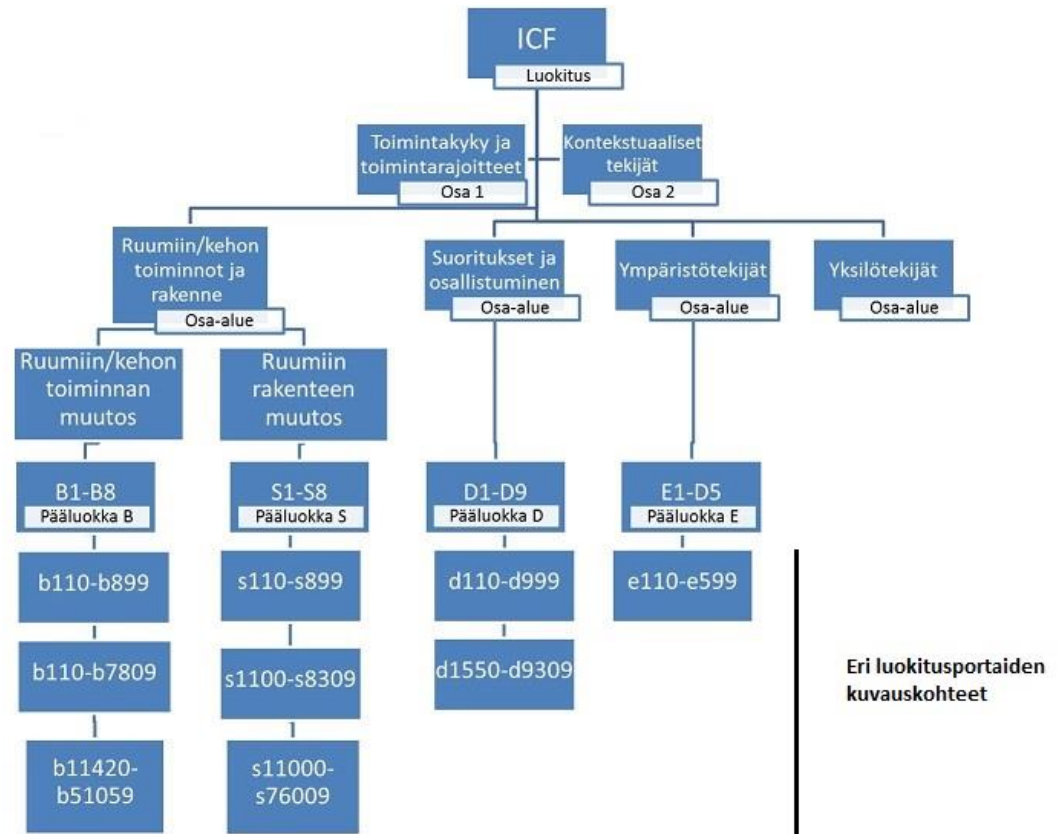
ICF-luokitus on rakenteellisesti jaettu kahteen osaan. Ensimmäinen osa, Toimintakyky ja toimintarajoitteet, koostuu ruumiin ja kehon toiminnoista/rakenteista, sekä suorituksista ja osallistumisesta. Näitä luokituksen ensimmäisen osan osa-alueita voidaan tulkita neljän eri konstruktion avulla: fysiologisen toiminnan ja anatomisen rakenteen muutoksella, sekä suorituskyvyllä ja suoritustasolla. Toisessa osassa käsitellään kontekstuaalisia tekijöitä, joita ovat luokituksessa ympäristötekijät ja yksilötekijät. Ympäristötekijöitä huomioitaessa peruskonstruktio on fyysisen, sosiaalisen ja asenneympäristön edistävä tai rajoittava vaikutus. (WHO 2013, Classifications; ICF 2004, 8.) Kuvio 1 kuvaa ICF-luokituksen eri osa-alueiden suhteita toisiinsa. ICF-luokituksen mukaan toimintakyky määräytyy lääketieteellisen terveydentilan ja kontekstuaalisten tekijöiden vuorovaikutuksessa (ICF 2004, 18).



Kuvio 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (ICF 2004, 18)

Näitä kahta edellä kuvattua ICF-luokituksen eri osaa (Toimintakyky ja toimintarajoitteet / Ympäristö- ja yksilötekijät) voidaan käyttää joko ongelmallisten toimintarajoitteiden kuvaamiseen, tai ongelmattoman toimintakyvyn kuvaamiseen. Luokitusta voidaan käyttää tarpeen mukaan kuvaamaan ihmisen toiminnallista tilaa joko negatiivisesta tai positiivisesta näkökulmasta. Luokitus itsessään ei tarjoa varsinaisia toimintakyvyn arviointimenetelmiä, mutta ohjeistaa toimintakyvyn ja -rajoitteiden sekä terveyden moniammatilliseen yhteistyöhön delegoivasta näkökulmasta. (Sosiaali- ja terveydenhuollon luokitukset 2013; ICF 2004, 8, 10.)

Luokituksen kahden eri osan sisältämät osa-alueet pitävät sisällään eri aihealueista koostuvia pääluokkia. Edelleen pääluokat sisältävät useita kuvauskohteita, jotka ovat ICF-luokituksen luokitusyksiköitä. Tarvittaessa voidaan hyödyntää myös kuvauskohdekoodeihin liitettäviä tarkenteita, joilla määritetään toimintakyvyn tai toimintarajoitteiden vaikeusaste tietyn kuvauskohteen osalta. Esimerkiksi ICF-luokituksen ensimmäiseen osaan Toimintakyky ja toimintarajoitteet kuuluvat suoritukset ja osallistuminen. Suoritusten ja osallistumisen pääluokkien tunnus kirjain on D, ja ICF-luokituksesta on yhteensä 9 pääluokkaa tällä tunnuksella (D1-D9, ks. Taulukko 1). Esimerkiksi pääluokka D2 sisältää yleisluontoisten tehtävien ja vaateiden haasteita. Haasteet on koodattu tarkemmin kuvauskohteilla: kuvauskohteella d2401 tarkoitetaan stressin käsittelemistä. Tarkenteina toimivat kymmenyksen desimaalit 0-9 koodin perässä. Näin ollen d2401.1 tarkoittaisi esimerkiksi lievää stressin käsittelyn ongelmaa, ja d2401.1 vaikeaa ongelmaa. (ICF, 11, 226.) Tätä ICF-luokituksen porrastettua rakennetta on kuvattu kuviossa 2, jossa näkyvät luokituksen eri osat ja niiden jakaantuminen pienempiin yksiköihin, pääluokkiin ja kuvauskohteisiin.



Kuvio 2. ICF-luokituksen hierarkkinen rakenne (THL 2014, muokattu)

Tässä opinnäyteyössä käsitellään pääosin ICF-luokituksen ensimmäiseen osaan (Toimintakyky ja toimintarajoitteet), tutkimuksen keskittyessä suorituskyvyn ja suoritustason konstruktioihin, joita WHODAS 2.0 ja COPM mittaavat. Koko ICF-luokituksen sisällön esittäminen ei ole tarkoituksenmukaista, mutta taulukosta 1 ilmenee suoritusten ja osallistumisen osalta eri pääluokat ICF-luokituksessa.

Taulukko 1. ICF-luokituksen pääluokat D1-D9 (ICF 2004, 123–168)

SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN	
Pääluokka D1	Oppiminen ja tiedon soveltaminen
Pääluokka D2	Yleisluonteiset tehtävät ja vaatteet
Pääluokka D3	Kommunikointi
Pääluokka D4	Liikkuminen
Pääluokka D5	Itsestä huolehtiminen
Pääluokka D6	Kotielämä

Pääluokka D7	Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet
Pääluokka D8	Keskeiset elämänalueet
Pääluokka D9	Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä

3 WHODAS 2.0

ICF-luokituksen implementoimiseksi käytännön työhön WHO (the World Health Organization) kehitti ICF-luokitukseen perustuvan itsearviointimenetelmän WHODAS 2.0:n (the WHO Disability Assessment Schedule 2.0), jotta vammautuneita henkilöitä ja heidän toimintarajoitteitaan voitaisiin arvioida paremmin ICF-viitekehysessä. Menetelmän tavoitteena on heijastaa ICF-luokituksen pääpiirteitä. WHODAS 2.0 kehitettiin maailmanlaajuisen tutkimuksen pohjalta, joten se on myös kulttuurien yli kantava arviointimenetelmä. Alkuperäinen versio oli tarkoitettu toiminnan arviointiin psykiatrisilla potilailla vuonna 1988, mutta menetelmä on käynyt myöhemmin läpi monia muutos- ja kehitysvaiheita, ja se on tänä päivänä käännetty yli 30 kielelle. (Measuring Health and Disability 2010, 3-11.)

3.1 WHODAS 2.0 – arviointimenetelmän eri versiot

WHODAS 2.0 on toimintarajoitteita kartoittava arviointilomake, josta on kehitetty kolme eri versiota: 36-osainen, 12-osainen ja 12+24-osainen. Kaikki 3 eri laajuista versiota kattavat 6 eri osa-alueetta (taulukko 2). Versioita on kehitetty useampia, jotta tarvittavasta informaatiosta, tutkimustavasta ja aikarajoitteista riippuen käyttäjä voi valita tilanteeseen mahdollisimman tarkoituksenmukaisen ja sopivan vaihtoehdon. (Measuring Health and Disability 2010, 16–17.) Arviointimenetelmän voi toteuttaa usealla tavalla. Menetelmästä on tehty erilliset versiot itsenäisesti täytettäviä kuntoutujia varten, haastateltavia kuntoutujia varten, sekä haastateltavia läheisiä varten. Lomakkeen täyttämiseen kuluu noin 5 minuuttia itsearviointina ja 20 minuuttia haastatellen. (Measuring Health and Disability 2010, 90.)

Taulukko 2. WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän kuusi osa-alueetta

1	kognitio	arvioi kommunikaatio- ajatustoimintoja, kuten keskittyminen,
---	----------	--

		muistaminen, ongelmanratkaisu, oppiminen ja kommunikointi
2	liikkuvuus	arvioi esimerkiksi seisomista, liikkumista kotiympäristössä, kotoa poistumista ja pitkien matkojen kävelyä
3	itsestä huolehtiminen	arvioi hygieniaa, pukeutumista, syömistä ja yksin pärjäämistä
4	tulla toimeen	arvioi vuorovaikutusta muiden (sekä läheisten että tuntemattomien) ihmisten kanssa, ja niitä vaikeuksia joita voidaan kohdata terveydentilasta johtuen
5	päivittäiset toiminnot	arvioi vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa, mukaan lukien kodin vastuutehtävät, vapaa-ajan, työn ja koulun
6	osallistuminen	arvioi sosiaalisia ulottuvuuksia, kuten yhteisöllistä toimintaa ja erilaisia vastaajia ympäröiviä rajoitteita

36 kysymyksen versio on menetelmän versioista kaikista yksityiskohtaisin, ja se mahdollistaa tulosten saamisen kaikista ICF-luokituksen suoritusten ja osallistumisen pääluokista D1-D9. Opinnäytetyössä on tutkittu WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen lomaketta. Kyseinen lomake on lyhyt ja käytännöllinen kokonaisvaltaisessa toimintakyvyn arvioinneissa. Lyhyemmän version on todettu vastaavan 36 kysymyksen lomakkeella määritetyistä ongelma-alueista 81 %. Kysymykset ovat lomakkeissa muotoa ”Kuinka usein viimeisen 30 päivän aikana sinulla on ollut vaikeuksia...”. Käytettävästä versiosta riippuen seuraavat 12 tai 36 S-kysymystä käsittelevät ICF-luokituksesta poimitun 6 osa-alueen käytännöllisiä arjen haasteita, kuten pidempien aikojen seisomista ja peseytymistä. Esimerkiksi: ”Viimeisen 30 päivän aikana, kuinka paljon Teillä oli vaikeuksia pukeutumisessa?” Näihin kysymyksiin tulee vastata asteikolla 1-5, jossa 1=ei lainkaan ja 5=erittäin paljon/en kykene. (Measuring Health and Disability 2010, 16-17, 41.) Sekä 12 että 36 kysymyksen versioissa vastataan lopuksi haasteellisiksi koettujen toimintojen osalta haasteellisiksi koettujen toimintojen osalta H-kysymyksiin koskien viimeistä 30 päivää. Esimerkiksi: ”Viimeisen 30 päivän aikana, kuinka monena päivänä kohtasitte edellä mainittuja vaikeuksia?”. (Mts. 16–17.) Opinnäytetyössä H-kysymyksiä ei ole analyysissä otettu huomioon.

Laajan 36 kysymyksen ja lyhyemmän 12 kysymyksen version lisäksi WHODAS 2.0:n versio 12+24 on yksinkertainen yhdistelmä kahdesta edellisestä. Ensin 12 kysymyksen avulla selvitetään ongelmalliset osa-alueet, jonka jälkeen haasteellisiksi koettuja toimintoja tarkennetaan enintään 24 lisäkysymyksellä viimeisen 30 päivän osalta. Näin ollen kyseessä on mukautuva, ainoastaan haastatellen tai tietokoneella toteutettavissa

oleva versio, joka pyrkii kattamaan täyden version ja välttämään negatiivisia vastauksia. (Measuring Health and Disability 2010, 16.)

Tässä opinnäytetyössä on käytetty WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen suomennettua versiota, joka tuotettiin aiemmin pilottina ICF-hankkeessa. Kuntoutujat täyttivät lomakkeet pääsääntöisesti itsearviointina haastattelijoiden ohjauksessa.

3.2 WHODAS 2.0:n validiteetti

WHODAS 2.0 – arviointimenetelmää on validoitu monissa eri maissa ja erilaisille vammaryhmille. Mittarin psykometriset ominaisuudet kokonaisuudessaan olivat erityisen hyvät esimerkiksi henkilöillä joilla on kuulovamma, systeeminen kleroosi tai mielenterveysongelmia. (Measuring Health and Disability 2010, 28–29; Federici & Meloni 2010.) Tutkimukset ovat osoittaneet 36 kysymyksen version luotettavuuden olevan ympäri maailmaa korkea. Mittarin kehitysvaiheessa WHODAS 2.0:n psykometrisia ominaisuuksia arvioitaessa kahdessa eri vaiheessa kiinnitettiin huomiota tutkimuskohteisiin ja niiden maantieteelliseen sijaintiin WHO:n eri alueilta, ottaen huomioon kulttuurisen ja lingvistisen vaihtelun. Tutkimusta tehtiin neljästä eri kohderyhmästä: yleinen väestö, väestö jolla fyysisiä ongelmia, väestö jolla mentaalisia tai emotionaalisia ongelmia ja väestö jolla päihdeongelmia yhteensä 21 eri kohteesta ympäri maailmaa. (Mts. 2010, 13–16.)

WHODAS 2.0 – arviointimenetelmää kehiteltäessä tutkittiin muun muassa menetelmän ilmivaliditeettia. 64 % asiantuntijoista oli sitä mieltä, että WHODAS 2.0 vastaa sisällöltään ihmisen toimintakykyä ICF-luokituksen määritelmien mukaisesti. Tutkimuksissa muilla kohderyhmillä oli odotusten mukaisesti korkeammat pisteytykset, kuin yleisesti terveellä väestöllä osoittaen, että WHODAS 2.0 reagoi herkästi toiminnallisiin ongelmiin. Edelleen fyysisistä ongelmista kärsivillä pisteytys oli korkeampaa kuin muilla henkilöillä liikkuvuuden osa-alueilla, ja päihdekuntoutujilla osallistumisen osa-alueilla. WHODAS 2.0-arviointimenetelmää tutkittiin myös muiden samankaltaisten mittareiden, kuten London Handicap Scalen (LHS), the Medical Outcomes Study's 36-Item Health Survey (SF-36) ja Functional Independence Measure (FIM) kanssa yhtä aikaa. Samanaikaisen validiteetin myötävaikuttava kerroin oli löydettävissä

sä em. mittareiden kanssa, mm. FIM:n ja WHODAS 2.0:n vertailussa 0,78. Muut korrelaatiot olivat heikompia osoituksena samankaltaisista rakenteista WHODAS 2.0:aan verrattuna, mutta toisaalta myös siitä, että WHODAS 2.0 mittaa myös jotain muista mittareista eriäviä osa-alueita. (Measuring Health and Disability 2010, 22–23.)

WHODAS 2.0:n psykometrinen ominaisuus on sittemmin todettu myös muiden tutkijoiden mukaan olevan yleisesti pätevä ja riittävä (Kulnik & Nikoletou 2012, 1). Mm. rakenteen validiteettia on tutkittu hyvin tuloksin konfirmatorisen faktorianalyysin keinoin ja tulokset osoittivat WHODAS 2.0:n reliabiliteetin tason korkeaksi. Muutama WHODAS 2.0:n rakennevaliditeettia arvioiva tutkimus kertoo arviointimenetelmän kysymysten monitulkintaisuuden aiheuttavan vastaajille epävarmuutta vaikuttaen vääristäen rakennevaliditeetin tuloksiin (Kulnik & Nikoletou 2013, 8). Edelleen WHODAS 2.0 on De Wolfin ym. tutkimuksessa korreloinut kahdesta mittarista vain toisen kanssa (De Wolf, Tate, Lannin, Middleton, Lane-Brown, & Cameron 2012, 7). Toisaalta Flemingin, Jamesin, Fairweatherin ja Michaelin tutkimuksessa (2013, 3) on saatu rakennevaliditeettia tukevia tuloksia. Tutkimuksissa kehoitetaan yhä tekemään jatkotutkimuksia rakennevaliditeetin arvioinnista, jotta tuloksista saadaan tulevaisuudessa entistäkin validimpia (Kulnik & Nikoletou 2013; De Wolf ym. 2012). Edellä mainituissa tutkimuksissa käytettiin WHODAS 2.0:n 36 kysymyksen versiota.

WHODAS 2.0:n validiteettitutkimus on keskittynyt pääsääntöisesti kvantitatiiviseen tutkimukseen (Kulnik & Nikoletou 2013, 7). Kulnik ja Nikoletou pyrkivät kuitenkin tutkimuksessaan tuomaan uudenlaisen näkökulman tutkimalla WHODAS 2.0:n sisältö- ja rakennevaliditeettia laadullisin keinoin yhteisöllisessä kuntoutuksessa. He tutkivat, kuinka dokumentti muuntuu numeroiksi ja mitä merkityksiä mittaustuloksista voidaan havaita. Heidän tutkimuksessaan saatiin kokonaisuudessaan sisältövaliditeettia tukevia tuloksia. Kuitenkin pisteytyksiä tulisi pystyä tulkitsemaan monesta eri näkökulmasta mittarin toimintarajoitteen teoreettisen ja monitulkintaisen rakenteen vuoksi (Mt. 9).

3.3 WHODAS 2.0:n ICF-linkitys

Kaikki standardoidut toimintarajoitteisuutta ja terveyttä mittaavat mittarit pitää linkittää käsitteellisesti ja operationaalisesti ICF-luokitukseen, jotta vertailu eri kulttuurien ja väestöjen välillä on mahdollista (Üstün ym. 2010, Introduction). WHODAS 2.0 linkittyy luontevasti ICF-luokitukseen, koska se on luotu täysin sen pohjalta (WHO 2013, Classifications).

Opinnäytetyössä ja hankkeessa käytetyn WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän 12 kysymyksen versiosta ei ole tehty ICF-linkitystä, koska kaikki version 12 kysymystä ovat poimittavissa suoraan täydestä 36 kysymyksen versiosta. Opinnäytetyössä hyödynnettiin Üstünün ym. (2010) tekemää ICF-linkitystä WHODAS 2.0:n täyden 36 kysymyksen versiosta poimien siitä 12 kysymyksen version linkitykset (ks. Liite 1). Eri kuvauskohteita 12 kysymyksen versiolle löytyi yhteensä 17 kpl. 12 kysymyksestä kaksi kohdentuvat ruumiin ja kehontoimintoja kuvaaviin kuvauskohteisiin (keskittyminen ja mielialan muuttuminen). Loput 10 kysymystä kohdentuvat yhteensä 15 eri kuvauskohteeseen kaikkiin suorituksien ja osallistumisen osa-alueille, paitsi pääluokkiin 2 ja 3 (yleisluonteiset tehtävät ja vaateet / kommunikointi). Kaikki pääluokat suoritusten ja osallistumisen osa-alueelta ovat löydettävissä WHODAS 2.0:n täydestä versiosta, jonka kerrotaankin kattavan niiltä osin kaikki ICF-luokituksen pääluokat.

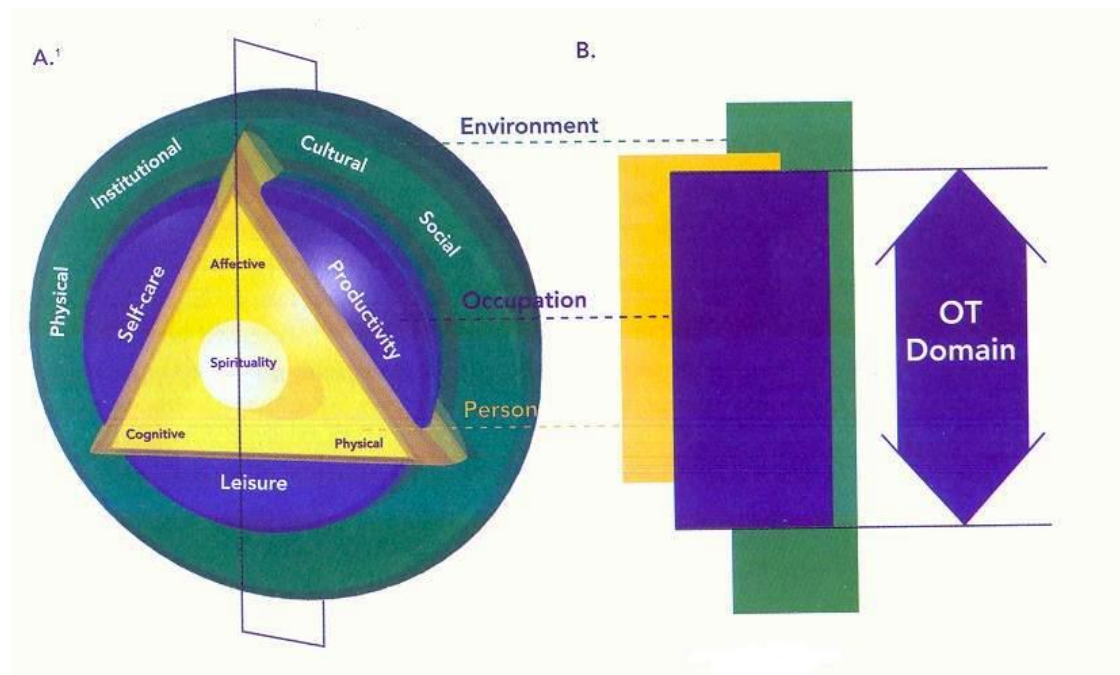
Alun perin tarkoituksena oli käyttää tuoreempaa Kostanjsekin ym. laatimaa ICF-siltausta vuodelta 2011, mutta kaikki WHODAS 2.0:n 36 kysymystä eivät olleet löydettävissä kyseisestä artikkelista. Näin ollen päädyttiin käyttämään vuotta aiemmin julkaistua Üstünün ym. versiota, josta kaikille kysymyksille löytyivät myös ICF-kuvauskohteet.

4 COPM-arviointimenetelmä

4.1 COPM-arviointimenetelmän taustateoriaa

The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) on teoreettinen malli, joka kuvaa ihmisen toimijuutta ja toimintaan sitoutumista. Malli tarjoaa kolmiulotteisen lähestymistavan jakaen toiminnan ja suoriutumisen kolmeen

osaan. Toiminnan nähdään mallissa jakautuvan itsestä huolehtimisen, tuottavuuden ja vapaa-ajan osa-alueisiin. Suoriutuminen sen sijaan nähdään jakautuvan kognitiiviseen, fyysiseen ja emotionaaliseen lohkokon. Lisäksi malli ottaa huomioon 4 eri ympäristön osatekijää: fyysisen, institutionaalisen, kulttuurisen ja sosiaalisen ympäristövaikutuksen. (Townsend & Polatajko 2007, 28.) Mallin tarkastelu käsitteellisellä tasolla antaa laajan ja monialaisen käsityksen mallin monipuolisuudesta ja tarkoituksenmukaisuudesta toimintaterapian kentällä, kuten kuvio 3 havainnollistaa. Malli keskittyy kuvaamaan toimintaterapian ydintä, eli toimijuutta ja toimintaan sitoutumista.



Kuvio 3. Kanadan toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (Townsend & Polatajko 2007, 23)

CMOP-E määrittää toiminnallisen osallistumisen sitoutumiseksi työhön, leikkiin tai muihin päivittäisiin toimintoihin, jotka ovat osa yksilön sosiokulttuurista kontekstia ja välttämättömiä hyvinvoinnin kannalta. Osallistumisen kannalta merkittävää on siis tehdä asioita, joilla on yksilöllinen ja sosiaalinen merkitys. Toiminnallinen osallistuminen pitää sisällään toiminnallisen suoriutumisen, joka edelleen käsittää yksilön taidot. Toiminnallinen suoriutuminen tarkoittaa jonkin toiminnallisen muodon tekemistä. Toiminnan suorittamiseen tarvittavat taidot nähdään mallissa havainnoitavina, tavoitteellisina toimintoina joita henkilö käyttää toiminnan aikana. Taidot jaetaan mallissa erikseen motorisiin taitoihin, sekä prosessi- ja kommunikaatiotaitoihin. (Townsend & Polatajko 2007, 28.)

4.2 COPM -arviointimenetelmä

Canadian Occupational Performance Measure (COPM), luokittelee toiminnallisuuden Kanadan mallin mukaisesti kolmeen osa-alueeseen: itsestä huolehtimiseen, tuottavuuteen ja vapaa-aikaan ja ottaa näin huomioon laaja-alaisesti (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko & Pollock 2005, 9-15.) COPM on toimintaterapeuttien käyttämä toiminnallisuuden itsearviointimenetelmä, joka mahdollistaa toimintaterapian vaikuttavuuden arvioinnin. Mittarin tarkoituksenmukaiset ominaisuudet tulevat parhaiten esiin, kun arviointi on mahdollista asiakassuhteen alussa ja lopussa. COPM:n avulla voidaan nimetä asiakaslähtöisesti haasteellisia toimintoja ja arvioimaan niiden tärkeyden ja suoriutumisen tasoa. Myös yksilön tyytyväisyys omaan suoriutumisen tasoon otetaan huomioon. COPM:ia on mahdollista käyttää kaikilla asiakasryhmillä diagnoosista ja ikäryhmästä riippumatta. (Law ym. 2005, 9.)

COPM-lomakkeessa tarkoituksena on ensimmäiseksi nimetä sellaisia toiminnan haasteita, joita asiakkaat haluavat tehdä, joita heidän täytyy tehdä, tai joita heidän odotetaan tehtävän juuri sillä hetkellä, mutta joissa he haluavat kehittyä. Asiakas nostaa arjen haasteita esiin kaikilta kolmelta toiminnallisuuden osa-alueelta. Seuraava vaihe on haasteiden tärkeyden pisteyttäminen. Asiakasta pyydetään pisteyttämään kunkin nimetyn toiminnon tärkeys itselleen asteikolla 1-10, jossa 1 = ei ole lainkaan tärkeää ja 10 = on erittäin tärkeää. Tätä pisteytystä hyödyntäen asiakkaan tulee valita toiminoista viisi kiireellisintä, tai tärkeintä.

Edelleen näiden viiden haasteen osalta jatketaan pisteytystä. Seuraavaksi asiakkaan tulee pisteyttää asteikolla 1-10, kuinka hyvin hän kokee suoriutuvansa kyseisestä haasteesta (1 = en suoriudu lainkaan ja 10 = suoriudun erittäin hyvin). Seuraavaksi voidaan saman haasteen osalta pisteyttää myös tyytyväisyys omaan suoriutumisen tasoon asteikolla 1-10 (1 = en ole lainkaan tyytyväinen ja 10 = olen erittäin tyytyväinen). Seuraavaksi suoriutumiselle ja tyytyväisyydelle lasketaan kokonaispisteet, jotka saadaan laskemalla pisteet yhteen, ja jakamalla sen jälkeen haasteiden määrällä. Luokemaksi saadaan jotain 1 ja 10 väliltä. (Law ym. 2005, 16–25.)

Näiden kokonaispistemäärien avulla voidaan loppuarvioinnissa arvioida toimintaterapian vaikuttavuutta ja havainnollistaa myös asiakkaalle itselleen tavoitteissa kehittymistä. COPM-lomake sisältää erikseen osa-alueet uudelleenarviointia varten. Uudel-

leenarvioinnissa pisteytetään samojen nimettyjen haasteiden osalta uudelleen sekä suoriutumisen, että tyytyväisyys. Pisteille lasketaan uudet kokonaispistemäärät, joita voidaan verrata aiemmin saatuihin tuloksiin. Muutos suoriutumisessa ja tyytyväisyydessä saadaan vähentämällä uusista pisteytyksistä vanhat pisteytykset. (Mts. 2005, 24–25.)

4.2.1 COPM:n validiteetti

COPM:n psykometristen ominaisuuksien arviointi ja validointi on edennyt kolmessa aallossa. Ensimmäisessä aallossa toteutettiin menetelmän pilottitestausta eri puolilla Kanadaa ja COPM sai lopullisen ulkomuotonsa. Toisessa aallossa edettiin virallisempaan ja intensiivisempään pilottitestaukseen, jossa pyrittiin saamaan tietoa COPM:n käytettävyydestä ja pisteytyksestä. Nykypäivänä eletään yhä kolmannen aallon vaihetta, kun toteutetaan useita COPM:n luotettavuutta, toistettavuutta, käytettävyyttä ja muutosherkkyttä mittaavia tutkimuksia. (Law ym. 2005, 26.) Aiemmin COPM:ia on tutkittu validiteetin osalta kolmesta eri näkökulmasta: sisältö-, kriteeri- ja rakennevaliditeettia.

Taulukko 3. COPM:n validiteettitutkimuksia (Law ym. 2005, 28)¹

Tutkimus	Otos	Vertaillut mittarit
Chen ym., 2003	Neurologinen kuntoutus -Taiwan	RNL: 0.72 - 0.93
Veehof ym., 2002	Yläraajaongelmat -Hollanti	DASH - DLV
Ripat ym., 2001	Reuma	HAQ: -0.37 - 0.67
Boyer ym., 2000	Skitsofrenia	WQL: 0.46 WPP: 0.53
McColl ym., 2000	Kotihoito	SPSQ: 0.17 - 0.39 RNL: 0.22 - 0.38 LSS: 0.21 - 0.46
Simmons ym., 2000	Kuntoutus eri aloilla	FIM
Van Meeteren ym., 2000	Hemophilia - Hollanti	D-AIMS
Chan & Lee, 1997	Sairaalan ortopedia- ja aivohalvauspotilaat	Klein-Bell: NS SPSQ: 0.22 - 0.39 FIM: 0.14 - 0.32

Taulukon 3 kahdeksassa artikkelissa on tutkittu COPM:n validiteettia useissa eri tutkimuskohteissa useilla eri asiakasryhmillä. COPM:ia on verrattu useisiin eri mittareihin aina toiminnallisista psykologisia ja sosiaalisia toimintoja mittaaviin menetelmiin. Pääosin nämä tutkimukset tukevat COPM:n validiteettia. Sittemmin on tehty lisää tutkimuksia COPM:n validiteetista (CUP, Scholte op Reimer, Thijssen & van Kuyk-Minis, 2003; Dedding, Cardol, Eyssen, Dekker & Beelen 2003). Tutkimukset toteutettiin aivohalvauspotilailla ja yleisesti toimintaterapia-asiakkailta yliopistollisissa sairaaloissa. Molemmat edellä mainituista tutkimuksista tarjoavat rakennevaliditeettia tukevia tuloksia.

¹ Reintegration to Normal Living (RNL), Disability of Arm, Hand and Shoulder (DASH), Health Assessment Questionnaire (HAQ), the Work Quality of Life (WQL), Work Personality Profile (WPP), Satisfaction with Performance Scaled Questionnaire (SPSQ), Leisure Satisfaction Scale (LSS), Functional Independence Measure (FIM), Activities of Daily Living Scale (Klein-Bell), Dutch version of the Arthritis Impact Measurements Scale (D-AIMS)

COPM:n rakennevaliditeettia ei ole aiemmin vertailtu WHODAS 2.0:n kanssa. Opin-
näytetyössä tutkitaan, kuinka hyvin COPM tuo esiin asioita ICF-viitekehyksessä
WHODAS 2.0:n vertaillen.

4.3 COPM ja ICF

Townsend ja Polatajko (2007, 33–34) ovat rinnastaneet kirjassaan Enabling occupati-
on Kanadan mallin ja ICF-luokituksen. Kanadan mallin ilmestymisen jälkeen toimin-
taterapiaa on alettu pitää yhä enemmän osana terveysjärjestelmää, joka toimii pääosin
ICF-luokituksen kaltaisessa lääketieteellisessä viitekehyksessä. Näin ollen olisi tärke-
ää ymmärtää, kuinka toiminnallinen malli, esimerkiksi Kanadan malli, sopii lääketie-
teelliseen malliin, ja kuinka voisimme organisoida toimintaterapeuttien ja lääketieteel-
listen kollegoiden yhteistyötä mahdollisimman tarkoituksenmukaiseksi.

Mattila ja Murtonen ovat toteuttaneet opinnäytetyönä COPM-siltauksen ICF-
luokitukseen osana ICF-hanketta vuonna 2013 (ks. Taulukko 4). Käytännössä COPM-
lomake ei sisällä erillisiä kysymyksiä, joita voitaisiin sillata ICF-luokitukseen. Näin
ollen ICF-luokitukseen on sillattu kuntoutujien COPM-lomakkeella yksilöllisesti esil-
le tuomia toiminnan eri osa-alueita, kuten peseytymistä ja pukeutumista. Mattilan ja
Murtosen opinnäytetyössä laadullinen tutkimusaineisto analysoitiin teorialähtöisen
sisällönanalyysin periaatteita ja siltausohjeita noudattaen. Heidän opinnäytetyönsä
COPM-aineiston ICF-siltausta tukee tutkimustulos, jonka mukaan COPM-
menetelmän pääkäsitteille (itsestä huolehtiminen, tuottavuus ja vapaa-aika) löytyvät
vastineet ICF-luokitukselta. Taulukossa 4 on lueteltu COPM-haastattelussa esille
nousseet haasteet ICF-päälukittain. (Mattila & Murtonen 2013, 30, 34–35.)

Taulukko 4. COPM-linkitykset syv-kuntoutujilla ICF-päälukittain (Mattila & Murto-
nen 2013, 44, muokattu)

Päälukokka	Osa-alue: Suoritukset ja osallistuminen	Linkitykset (n=145)
d2	Yleisluontoiset tehtävät ja vaateet	2
d3	Kommunikointi	1
d4	Liikkuminen	74
d5	Itsestä huolehtiminen	26

d6	Kotielämä	21
d8	Keskeiset elämänalueet	2
d9	Yhteisöllinen ja sosiaalinen elämä	9
Pääluokka	Osa-alue: Ruumiin ja kehon toiminnot	
b2	Aistitoiminnot ja kipu	2
b5	Ruuansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot	1
b6	Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjatkamisjärjestelmän toiminnot	2
nc (not covered by ICF)		3

Taulukosta 2 nähdään, että suurin osa COPM-haastattelussa esille nousseista haasteista kohdentuu ICF-luokituksen pääluokkaan D4 (Liikkuminen, 74 kpl). Seuraavaksi eniten haasteita nousi pääluokkiin D5 (Itsestä huolehtiminen, 26kpl) ja D6 (Kotielämä 21 kpl). Myös pääluokka D9 (Yhteisöllinen ja sosiaalinen elämä, 9kpl) nousi esiin useammallakin kuntoutujalla. Vain 2 haastetta keskittyi pääluokkiin D8 (Keskeiset elämänalueet) ja D2 (Yleisluontoiset tehtävät ja vaateet), ja pääluokkaan D3 (Kommunikointi) edelleen vain 1 haaste. Pääluokkiin D1 (Oppiminen ja tiedon soveltaminen) ja D7 (Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet) ei sen sijaan kohdentunut yhtäkään haastetta tällä COPM-haastatteluaineistolla ja 3 haastetta jäi kohdentumatta mihinkään ICF-pääluokkaan. Esimerkiksi saunominen ja jään kairaaminen ovat Suomen kulttuurille tyypillisiä toimintoja, joita ei ICF-luokituksessa ole otettu huomioon. On kuitenkin tärkeää ottaa huomioon, että COPM nostaa yksilöllisenä haastattelumenetelmänä aina esiin yksilöllisiä haasteita, eikä tällä aineistolla tehtyä siltausta voida yleistää COPM:n ICF-siltauksen tulokseksi.

Stamm, Cieza, Machold, Smolen ja Stucki (2004) ovat tehneet sisällön analyysin ja vertailun kahdeksalle toimintaperustaiselle arviointimenetelmälle, joita voidaan käyttää reuman ja tuki- ja liikuntaelimistön kuntoutuksessa. Yksi näistä arviointimenetelmistä oli COPM. Stammin ym. tekemässä sisällön analyysissä on COPM-lomakkeella olevat teemat ja näiden teemojen alla olevat esimerkit on sillattu ICF-luokituksen pelkän lomakkeen pohjalta. Stammin ym. (2004) tekemän siltauksen tulosta voidaan hyödyntää siten, että se tuo esille toimintojen kirjon jonka sisällä asiakkaan on ylipäänsä mahdollista tuottaa arjen toiminnoissaan kokemiaan haasteita.

5 SELKÄYDINVAMMA

Kohderyhmänä tässä tutkimuksessa olivat selkäydinvammakuntoutujat.

Keskimäärin kerran viikossa yksi suomalainen saa selkäydinvamman. Pääosin henkilöt ovat keski-ikäni ylittäneitä miehiä, jotka vammautuvat usein tapaturmaisesti. Selkäydinvamma tapahtuu aina kuitenkin jonkin mekaanisen voiman seurauksena, kun nikama murtuu, siirtyy tai selkärankaan muodostuu välilevytyrä. (Terveyskirjasto 2013, Selkäydinvamma.) Selkäydinvammoja aiheuttavat Suomessa erilaiset tapaturmat ja sairaudet. Suomessa saa tapaturmaisen selkäydinvaurion vajaa sata ihmistä vuodessa. Liikenneonnettomuudet sekä putoamiset ja kaatumiset aiheuttavat useimmat selkäydinvammat. Miehet saavat tapaturmaisen selkäydinvaurion noin neljä kertaa useammin kuin naiset. Suurin osa näistä selkäydinvaurion saaneista henkilöistä on vammautuessaan alle 40-vuotiaita. (Dahlberg & Alaranta 2008, 298–299.) Kaiken kaikkiaan selkäydinvammaisia on Suomessa noin 3000–4000 ja he tarvitsevat säännöllistä kuntoutusta ja seurantaa koko loppuelämänsä ajan. Yleisimpiä kuntoutuspaikkoja ovat ICF-hankkeeseen yhteistyökumppaneiksi mukaan otetut Käpylän, Kankaanpään ja Peurungan kuntoutuskeskukset.

Selkäydinvaurion seuraukset ovat aina vakavia, sillä se aiheuttaa aina lihasten voiman ja tuntoaistimusten heikentymistä ja/tai puuttumista. Selkäydinvaurio on joko täydellinen tai osittainen. Jäljelle jäävä toiminta- ja liikuntakyky määräytyvät sen mukaan, missä tasossa selkäranka esimerkiksi nikamamurtuma ja sen aikaansaama selkäydinvaurio sijaitsee. Kaularangan alueelle syntynyt vaurio aiheuttaa aina neliraajahalvauksen. Rinta- ja lannerangan sekä ristiluun tasossa olevat selkäytimen vauriot aiheuttavat alaraajojen halvauksen. Osittaisten neliraajahalvausten määrä on viime vuosina lisääntynyt. Liikuntavamman lisäksi selkäytimen vaurio aiheuttaa muutoksia kaikissa kehon elinten toiminnoissa, kuten rakon, suolen, sukuelinten ja hormonitoiminnoissa. (Aho-niemi, Selkäydinvammaisen kuntoutuksesta.) Tällaisella oireistolla on luonnollisesti suuri vaikutus yksilön arjessa selviytymiseen. Toimintaterapeutin rooli syv-kuntoutujien kanssa työskennellessä onkin auttaa löytämään uusia ratkaisuja arjen pulmiin, ja palauttamaan yhdessä kuntoutujan kanssa hänen yläraajojensa toimintaa mahdollisimman hyvälle tasolle.

ICF-luokituksella voidaan luokitella laajasti eri vammaryhmien kokemia arjen haasteita, joten oli tarkoituksenmukaista rajata hanke koskemaan tässä tapauksessa vain tiettyä vammaryhmää, eli syv-kuntoutujia. Selkäydinvammaisten valinta oli perusteltua, koska heidän kuntoutuspolkunsu on selkeä ja ko. diagnoosille on jo tehty ydintietojen listaus (core set). Lisäksi ICF-luokitukseen perustuvia kansainvälisiä työvälineitä on valmiina erityisesti syv-kuntoutujille, esimerkiksi vaikeavammaisten kuntoutusta varten on kehitetty RPS-lomake. (Paltamaa 2012, 3.) Näin ollen syv-kuntoutujat sopivat kohderyhmänä ICF-viitekehyksessä tarkasteltaviksi hyvin. Selkäydinvammaa voidaan laaja-alaisesti käsitellä ICF-viitekehyksessä, koska ko. diagnoosi tuo mukanaan lukuisia eri osa-alueille kohdentuvia haasteita. Esimerkiksi ruumiin ja kehon fysiologisissa toiminnoissa virtsaaminen ja nieleminen voivat olla haastavia, mutta yhtä hyvin henkilöllä voi ilmetä masennusta tai vaikeuksia pärjätä arjessa päivittäisten toimintojen (pukeminen, peseytyminen) parissa.

5.1 Selkäydinvamma ja WHODAS 2.0

WHODAS:ia ei kuitenkaan ole tutkittu vielä kovinkaan paljon selkäydinvammaisilla. De Wolfin ym. mukaan heidän rakennevaliditeettitutkimuksensa lisäksi ainoastaan yksi toinen tutkimus (Noonan, Kopec, Noreau, Singer, Masse & Dvorak 2010) käsitelli WHODAS 2.0:n psykometrisia ominaisuuksia nimenomaan syv-kuntoutujilla, joskin vain sisäisen konsistenssin, testi-uusintatesti reliabiliteetin ja distribuution osalta (Noonan ym., 741). WHODAS 2.0:a ja COPM:ia ei ole tiettävästi aiemmin vertailtu keskenään. Näin ollen opinnäytetyö edistää WHODAS 2.0:n validiteettitutkimusta ja antaa arvokasta lisätietoa menetelmän käytettävyydestä ko. asiakasryhmällä.

WHODAS 2.0 on hyvin sovellettavissa selkäydinvammaisten käyttöön, ja esimerkiksi Suomessa menetelmää on käytetty syv-kuntoutuksessa. Tutkimusta menetelmän käytöstä ko. kohderyhmällä on jonkin verran, ja useimmiten ne COPM:n tavoin nostavat myös WHODAS 2.0:ssa esiin haasteellisimmat toiminnot. Eräässä tutkimuksessa (Derret, Beaver, Sullivan, Herbison, Acland & Paul 2012, 345) on käytetty WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen versiota syv-kuntoutujien arjen haasteiden tutkimuksessa. Tutkimuksessa kävi ilmi, että yleisimpiä WHODAS 2.0:n osoittamia selkäydinvammaisten erityisen haasteellisia, mutta tyypillisiä toimintoja ovat pitkien aikojen seisominen,

kodinholdolliset velvollisuudet, oman päivittäisen työn tekeminen sekä pitkien matkojen käveleminen.

WHODAS 2.0 – arviointimenetelmää on käytetty selkäydinvammaisilla melko paljon, mutta tutkimustuloksia mittarin psykometrisista ominaisuuksista ko. diagnosoiryhmällä on suhteellisen vähän. De Wolfin ym. mukaan (2012) ennen heidän tutkimustaan oli tehty ainoastaan yksi tutkimus, jossa WHODAS 2.0:n psykometrisia ominaisuuksia olisi tutkittu nimenomaan syv-kuntoutujilla. Muutoin WHODAS 2.0:lla ei ole vielä tutkittu selkäydinvammaisilla ilmeneviä haasteellisia toimintoja kovinkaan paljon. Tässä tutkimuksessa WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen versiolla tutkitaan mittarin rakennevaliditeettia syv-kuntoutujilla käyttäen COPM:ia vertailupohjana.

5.3 Selkäydinvamma ja COPM

COPMia on hyödynnetty syv-kuntoutujilla, ja mittarin psykometrisia ominaisuuksia tutkittaessa on raportoitu myös syv-kuntoutujien arjen haasteita. Samuelssonin, Toppin ja Gerdlen tutkimuksessa (2004, 44) COPM-haastattelussa esiin nousseista arjen haasteista 54% (n=28) liittyivät itsestä huolehtimisen toimintoihin, 23% (n=12) tuotavuuteen (siivous, ruoanlaitto ja työnteko) ja 23% vapaa-ajan aktiviteetteihin (kalastus, puutarhanhoito, sosiaaliset suhteet). Deddingin ym. tutkimuksessa jakauma ei ollut merkittävästi erilainen, vaikka aineisto olikin huomattavasti suurempi (n=99).

Myös Mattilan ja Murtosen opinnäytetyössä on tutkittu arjessa ilmeneviä haasteellisia toimintoja COPM:n avulla syv-kuntoutujilla. Opinnäytetyössä kuntoutujien vastaukset on sillattu COPM-lomakkeilta ICF-luokkaan. Tulosten mukaan 54 % vastauksista liittyi jollain tavalla liikkumiseen ja sen eri muotoihin, esimerkiksi pyörätuolin käsitteilyyn. Loput haasteista kohdentuivat pääosin itsestä huolehtimisen (peseytyminen, puukeutuminen) ja kotielämän osa-alueille (ostosten teko, asunnon siivoaminen). Itsestä huolehtimisen ja kotielämän osa-alueilta nousi huomattavasti myös yksilöllisiä tarpeita ja tavoitteita. (Mattila & Murtonen 2013, 43–44.)

Näiden aiempien tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että sekä COPM että WHODAS 2.0 nostavat samansuuntaisia liikkumiseen ja itsestä huolehtimiseen liitty-

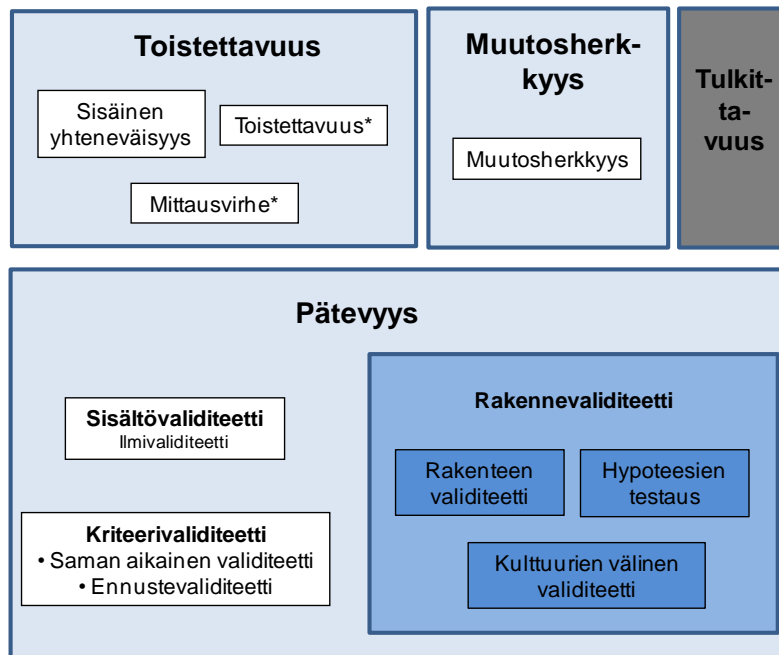
viä haasteita esiin. ICF-luokituksen viitekehys mahdollistaa näiden arviointimenetelmien yhteneväisyyksien ja eriävyyksien vieläkin tarkemman tarkastelun.

6 Mittareiden validointi

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan WHODAS 2.0:n sisällön ja rakenteen validiteettia. Tässä kappaleessa kuvataan validiteetin käsitettä laajemmin ja pyritään luomaan lukijalle käsitys siitä, mihin validiteetin osa-alueeseen tässä tutkimuksessa rajaudutaan.

6.1. Validiteetin käsite

Validiteetti jaetaan ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan mittarin yleistettävyyttä. Sisäinen validiteetti koostuu useista validiteetin osa-alueista, joita voidaan jaotella eri tavoin. (Metsämuuronen 2003, 43.) Mittareiden validointi tarkoittaa käytännössä mittarin toimivuuden arviointia erilaisista tutkimusaineistoista saatujen tulosten avulla (Saarikoski 2009, Mittarin kehittäminen – työvälinaikana faktorianalyysi). Mittarin tuloksia voidaan validiteetin arvioinnissa hyödyntää vasta sitten, kun mittaria on käytetty riittävästi ja aineistoa arviointia varten on saatavilla. Validiteettia tarkastellessa ollaan tekemisissä mittarin psykometristen ominaisuuksien kanssa, ja käsitteiden ymmärtäminen on välttämätöntä validiteettia tutkittaessa. Validiteettia voidaan kuvata myös mittarin pätevyytenä, kuten kuviossa 4 on esitetty. (Valkeinen, Anttila & Paltamaa 2013, 3-4.)



Kuvio 4. Mittarin psykometristen ominaisuuksien jaottelu (Valkeinen ym. 2013, 4)

6.2 Mittarin validiteetti ja sen tarkastelu

Tässä opinnäytetyössä tehdään kahden eri arviointimenetelmän vertailua sisäistä validiteettia tarkastellen. Toisin sanoen tutkitaan sitä, kuinka hyvin valittu mittari mittaa sitä, mitä sen pitäisikin mitata. Mittaria on osattava käyttää oikeaan kohteeseen siihen tarkoitetulla tavalla, ja jotta se tavoittaa kohteen, myös oikeaan aikaan. Esimerkiksi epäonnistunut otanta, mittauksen ajankohta tai jopa haastateltavan ja haastattelijan välinen henkilökemia voivat aiheuttaa mittarin käytössä epäluotettavuutta. Lähtökohdiltaan virheellinen tutkimusasetelma vaikuttaa ratkaisevasti tutkimuksen kokonaisvaliditeettiin. Yksittäisen mittarin hyvä validiteetti onkin välttämätöntä tutkimuksen kokonaisvaliditeetin kannalta. (KvantiMOTV 2008, Mittarin luotettavuus.) Validiteetin totaalinen puuttuminen tekee tutkimuksesta arvottoman. Tällöin tutkitaan todellisuudessa aivan muuta asiaa kuin mitä kuvitellaan tai alun perin on ollut tarkoitus. Puutteellinen validiteetti merkitsee sitä, että empiiriset havainnot ja koko tutkimus itsessään kohdistuu enemmän tai vähemmän sivuun siitä, mikä oli tarkoituksena. (Hiltunen 2009, 3.)

Kun mittareiden validiteettia aletaan arvioida, aloitetaan tehtävä sisällön validoinnilla niin, että ensin tarkastellaan ilmivaliditeettia (face validity). Ilmivaliditeetilla tarkoite-

taan ikään kuin luotua ensivaikutelmaa mittarin arvioinnissa. Toisin sanoen, jos mittari ei näytä olevan tarkoituksenmukainen, sitä ei kannata validoida lainkaan. Ilmivaliditeetin tarkastelu ei vaadi tilastollisten menetelmien käyttöä, ja sen hyödyntäminen on tarpeellista erityisesti silloin, kun mittarin arvioidaan soveltuvan paremmin johonkin muuhun käyttötarkoitukseen, kuin on alun perin suunniteltu. Sisältövaliditeetin (content validity) avulla taas voidaan arvioida sitä, kuinka tarkasti mittarin sisältö vastaa mitattavaa konstruktia, esimerkiksi COPM:n ja WHODAS 2.0 – arviointimenetelmien kaltaisten moniulotteisten mittareiden kysymysten relevanttiutta ja riittävää laajuutta. (Valkeinen ym. 2013, 8.) Onko esimerkiksi WHODAS 2.0:ssa kaikki arjessa selviytymiseen vaikuttavat mahdollisia haasteita muodostavat osa-alueet otettu huomioon?

Muita validiteetin osa-alueita ovat kriteerivaliditeetti, johon sisältyvät samanaikainen validiteetti (concurrent validity) ja ennustevaliditeetti (predictive validity). Kriteerivaliditeetti pyrkii vertaamaan mittarilla saatua arvoa johonkin hyvän validiteetin kriteerinä toimivaan arvoon, ns. kultaiseen standardiin, joka voidaan mitata samanaikaisesti toisella mittarilla. Tällöin puhutaan samanaikaisesta validiteetista. Kun validiteetin kriteeri on sen sijaan tulevaisuudessa, puhutaan ennustevaliditeetista. (Metsämuuronen 2003, 91.) Jos esimerkiksi pääsykoe takaa opiskelijan menestyksellisen suoriutumisen koulutuksesta, on pääsykokeeseen valittu oikeat, ennustavat muuttujat. Pääsykoe siis ennustaa hyvää opinnoissa menestymistä, eli sen ennustevaliditeetti on hyvä. (Kananen 2008, 82.)

Viimeisen validiteetin suuremman kokonaisuuden muodostaa rakennevaliditeetti (construct validity), joka jakaantuu edelleen kolmeen osaan: rakenteen validiteettiin (structural validity), hypoteesien testaukseen ja kulttuurien väliseen validiteettiin (cross-cultural validity). Rakenteen validiteetilla tarkoitetaan sitä, missä määrin mittarin tulokset vastaavat täsmälleen mitattavan konstruktion ominaisuuksia. Yleisimmin rakenteen validiteettia tutkitaan konfirmatorisella faktorianalyysillä, jonka avulla voidaan tehdä päätelmiä mittarin toiminnasta odotusten mukaisesti kun konstruktion rakenne on etukäteen tiedossa. Muussa tapauksessa käytetään eksploratiivista faktorianalyysia. Toimintaterapian yliopettaja Lautamon (henkilökohtainen tiedonanto 10.2.2014) mukaan esimerkiksi useimmissa toimintaterapian arviointimenetelmissä (mm. AMPS, PAGS ja ja ESI) on käytetty Rasch-analyysiä juuri tähän tarkoitukseen. Edelleen hypoteesien testauksella kartoitetaan tyypillisesti mittareiden konvergenttia

ja divergenttia validiteettia. Sen sijaan kulttuurien välistä validiteettia tavataan usein silloin, kun käännetään esimerkiksi kyselylomakkeita toiselle kielelle. Tällöin tarkastelun kohteena voi olla eri kieliversioiden rakenteiden korrelointi. Tällaiseen validointiin tarvitaan kuitenkin standardoitu kääntämisprosessi, jossa otetaan huomioon kieli, kulttuuri ja maantieteelliset olosuhteet. (Valkeinen ym. 2013, 11–12.)

6.2 Rakennevaliditeetti

Kahta eri mittaria vertailtaessa voidaan tarkastella mittareiden rakennevaliditeettia erityisesti hypoteesien testauksen, sekä edelleen konvergentin ja divergentin validiteetin näkökulmasta. Rakennevaliditeetti (construct validity) tarkoittaa sitä, missä määrin mittarin tulokset ovat yhdenmukaisia arvioitavan aihepiirin, eli konstruktion kanssa. (Valkeinen ym. 2013, 10.) Ennen vertailua tutkijan tulee laatia hypoteeseja siitä, miten vertailtavien mittareiden oletetaan vastaavan toisiaan. Opinnäytetyössä lähtöoletuksena on, että COPM:n ja WHODAS 2.0:n kysymykset kohdentuvat pääosin samoille ICF-luokituksen osa-alueille.

Rakennevalidit mittarit kertovat onnistuneesta operationalisoinnista. Operationalisoinnilla tarkoitetaan tutkimuksessa käytettävien käsitteiden muuntamista mitattavaan muotoon. Joskus se ei onnistu, mikä vaikuttaa negatiivisesti mittarin rakennevaliditeettiin. (Kananen 2008, 82–83.) Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran mukaan esimerkiksi kyselylomakkeita käytettäessä vastaaja saattaa käsittää kysymykset aivan toisin, kuin kyselyn kehittänyt tutkija on ajatellut (2009, 216–217). Tällöin tutkimustulokset vääristyvät radikaalisti, eikä mittaria voida pitää validina epäonnistuneen operationalisoinnin vuoksi.

Keskityn opinnäytetyössä kuitenkin vain kahteen validiteetin osa-alueeseen, sisältövaliditeettiin ja rakenteen validiteettiin. Sisältövaliditeetin ja rakenteen validiteetin tarkastelu on opinnäytetyössä tarkoituksenmukaista, kun kahden eri arviointimenetelmän sisällön kohdentumista halutaan tarkastella ICF-viitekehityksessä.

7 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tavoitteena on tutkia WHODAS 2.0:n sisältövaliditeettia ja rakenteen validiteettia. Opinnäytetyössä kartoitetaan, miltä osin nämä arviointimenetelmät kohdentuvat ICF-luokituksen samoille osa-alueille hyödyntäen aiemmin tehtyjä ICF-siltauksia. Opinnäytetyötä ohjaavat tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Kohdentuvatko COPM- ja WHODAS 2.0 -arviointimenetelmien avulla arvioidut syv-asiakkaiden esiin nostamat haasteet samoille ICF-viitekehyksen osa-alueille?
- 2) Kuinka kattavasti WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen itsearviointimallilla pystytään kuvaamaan syv-asiakkaan toimintakykyä ICF-luokituksen suoritusten ja osallistumisen osa-alueilla?

8 Tutkimusmenetelmä ja toteutus

8.1 Aineiston kuvaus

Tutkimusaineistona opinnäytetyössä käytettiin ICF-hankkeessa aiemmin hankittua sekundääriaineistoa: Mattilan ja Murtonen (2013) COPM-haastattelun ICF-linkitystä 29 syv-kuntoutujalla. Toisena sekundääriaineistona oli WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen itsearviointilomakkeen ICF-linkitys (Üstünin ym. 2010). Hirsjärven ym. (2009, 186) mukaan ekonomiseen ja tarkoituksenmukaiseen ratkaisuun tutkimusaineistojen keruun suhteen tulisikin pyrkiä. Valmiin aineiston hyödyntäminen ja tutkimuksen jatkaminen on hyödyllistä, ja usein ICF-hankkeen kaltaisissa suurissa projekteissa analysoimatonta materiaalia on paljon. Kaikkein valmiiseen aineistoon tulee kuitenkin suhtautua aina kriittisesti (Mt. 189).

Mattila ja Murtonen (2013) siltasivat COPM:n kerätyn aineiston pohjalta ICF-luokitukseen. Sen sijaan WHODAS 2.0:n osalta voitiin hyödyntää Üstünin ym. jo aiemmin tekemää ICF-siltausta, jota voitiin soveltaa täydestä 36 kysymyksen versiosta opinnäytetyössä hyödynnettyyn 12 kysymyksen versioon.

Tiedonantajina sekundaarisessa COPM-aineistossa oli 29 syv-kuntoutujaa. Kuntoutujat olivat iältään keskimäärin 54-vuotiaita ja suurin osa (84 %, n=25) heistä oli miehiä. Suurin osa oli joko töissä tai eläkkeellä. Vastajien keskimääräinen sairastamisaika oli 19 vuotta. Vammatasoltaan tiedonantajista hieman yli puolella vauriotaso oli kaularankaa alempana aiheuttaen paraplegiaoireiston. Valtaosalta puuttui vauriotasosta alaspäin täysin lihasaktiiviteetti, sekä kokonaan tai osittain myös tunto-aisti. (Mattila & Murtonen 2013, 40.) Tutkimuksessa ei ole eritelty sukupuolten välisiä eroja, koska sukupuolijakauma oli kovin epätasainen. Sekundaarinen WHODAS 2.0 -aineisto koostui samoista syv-kuntoutujista yhtä kuntoutujaa lukuun ottamatta, jolta WHODAS 2.0 -itsearviointi jäi tekemättä aikaresurssien vuoksi (n=28).

Taulukko 5. Tiedonantajien tiivistetty kuvaus

Ikä vuosina	n=29	
(ka/vaihteluväli)	54 (22-72)	
Sairastamisaika vuosina	n=29	
(ka/vaihteluväli)	19 (1½-50)	
Sukupuoli	%	n
Mies	86	25
Nainen	14	4
Yhteensä	100	29
Selkäytimen vauriotaso	%	n
C 1-8	48	14
Th 1-12	35	10
L 1-5	10	3
S 1-5	7	2
Yhteensä	100	29
ASIA-vaurioluokka	%	n
A - täydellinen selkäydinvaurio (ei lihasvoimaa eikä tuntoa)	31	9
B - osittainen selkäydinvaurio (ei lihasvoimaa, tunto osittainen)	41,4	12
C - osittainen selkäydinvaurio (vähäistä lihasvoimaa, ei tuntoa)	10,3	3
D - osittainen selkäydinvaurio (kohtalainen lihasvoima, ei tuntoa)	10,3	3
Tieto puuttuu	7	2
Yhteensä	100	29

8.2 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto on kerätty haastattelemalla syv-kuntoutujia. COPM- ja WHODAS 2.0- haastattelut toteutettiin toimintaterapeuttiopiskelijoiden (Mattila & Murtonen) ja

toimintaterapian lehtorin, Mari Kantasen toimesta kevään 2013 aikana. Arviointeihin osallistui yhteensä 29 selkäydinvammaista tiedonantajaa, jotka valikoituivat tutkimukseen vapaaehtoisesti kolmesta kuntoutuskeskuksesta Käpylästä, Kankaanpäästä ja Peurungasta. Lopullinen valinta kaikkien vapaaehtoisten joukosta tehtiin kuntoutuskeskusten projektivastuuhenkilöiden toimesta. Poissulkukriteerinä kuitenkin oli, että vammautumisesta tuli olla kulunut vähintään 3 kuukautta, eikä kuntoutujalla saanut olla kognitiivisia haasteita. Rekrytointi tapahtui eri kuntoutuskeskuksissa eri tavoin: osalle kuntoutuskurssille saapuvista kuntoutujista lähetettiin ennen haastatteluiden tekoa projektitiedote ja suostumuslomake, kun taas osa tiedonantajasta rekrytoitiin varsinaisten kuntoutuskurssien aikana. Yhdessä kuntoutuskeskuksessa järjestettiin rekrytointia varten infotilaisuus, jossa suostumuslomakkeet täytettiin etukäteen. Kuntoutuskeskuksilta ei pyydetty aineiston keruuseen tutkimuslupaa, koska ne olivat ICF-projektin yhteistyökumppaneita. Kelan eettisen toimikunnan lausunto oli tutkimusta puoltava. (Mattila & Murtonen 2013, 30–31.)

Valituille tiedonantajille tehtiin yhdessä ja samassa haastattelutilanteessa COPM-arviointi, taustatietojen keräys ja WHODAS 2.0-itsearviointi. Haastatteluissa korostettiin asiakaslähtöisyyttä ja toiminnallisten haasteiden löytämistä ICF-projektin tavoitteiden mukaisesti. Haastattelujen alussa kuntoutujille kerrottiin hankkeen ja haastattelun tarkoituksesta, sekä sen luottamuksellisuudesta. Asianmukaiset luvat oli hankittu tietojen käyttämiseen opinnäytetyössä, ja tiedonantajat täyttivät ja allekirjoittivat suostumuslomakkeet. Itse haastattelutilanne toteutettiin rauhallisessa tilassa selkeää arki-kieltä ja jäseneltyä kysymyksenasettelua hyödyntäen, sekä arviointimenetelmien maanaalien ohjeistuksia noudattaen. COPM-arvioinneissa kuntoutujia haastateltiin ensin vapaamuotoisesti kolmesta elämän toiminnallisesta osa-alueesta: itsestä huolehtimisesta, tuottavuudesta ja vapaa-ajasta. Edelleen strukturoidussa osuudessa kuntoutajat pisteyttivät suoriutumisensa ja tyytyväisyytensä asteikolla 1-10. 3 COPM-arvioinneista toteutettiin yhden kuntoutuskeskuksen osalta etäyhteyden avulla Jyväskylän ammattikorkeakoulun tiloista käsin, johtuen kuntoutuskeskuksen tutkimukseen osallistuneiden kuntoutujien vähäisestä määrästä ja kuntoutuskeskuksen kaukaisesta sijainnista. Tällöin kuntoutujia paikan päällä avusti toimintaterapeutti. (Mattila & Murtonen 2013, 31–33.)

Itsearviointeina toteutetuissa WHODAS 2.0-arvioinneissa arvioitiin erilaisten toiminnallisten haasteiden laajuutta asteikolla 1-5. Tutkimustulosten arvioinnissa kokonai-

suudessaan on hyödynnetty WHODAS 2.0-menetelmän taustatietolomaketta, jonka avulla saatiin tietoa esimerkiksi kuntoutujan iästä, sukupuolesta, vauriotasosta ja vammautumisasajasta. Haastatteluiden toteuttamiseen oli varattu aikaa kaiken kaikkiaan 30–90 minuuttia. (Mattila & Murtonen 2013, 33.)

8.3 Aineiston analyysi ja tutkimuksen kulku

Tutkimuksessa on hyödynnetty kvalitatiivista tutkimusotetta. Esimerkiksi aineiston keruu on toteutettu laadullisen tutkimuksen menetelmin, suosien sille tyypillistä aineiston keruuta todellisissa tilanteissa haastattelun keinoin. Lisäksi kohdejoukko, syv-kuntoutujat, on valittu tarkoituksenmukaisesti, eikä kvantitatiiviselle tutkimukselle tyypillisellä satunnaisotoksella. Tapauksia on myös käsitelty ainutlaatuisina ja myös aineistoa pyritään tulkitsemaan sen mukaisesti, mikä tukee opinnäytetyön kvalitatiivista tutkimusotetta. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

8.3.1. Sekundääriaineiston analyysi

Kerätyn aineiston (COPM:n esille tuomien haasteiden) pohjalta Mattila ja Murtonen olivat sillanneet COPM-arviointimenetelmää ICF-luokitukseen. Aineistoa oli analysoitu laadullisin menetelmin, teorialähtöisen sisällön analyysin keinoin aineiston monimuotoisuuden vuoksi. Näin aineisto kyettiin jäsentämään yhteensopivaksi ICF-luokituksen kanssa. Toimintaterapeuttiopiskelijat olivat hyödyntäneet prosessissa Ciezan ym. laatimia siltausohjeita. Siltauksessa COPM:n toimintakykykäsitteet muunnettiin ICF-luokituksen kuvauskohteiksi, jonka jälkeen niiden yhdenmukaisuutta pystyttiin tutkimaan. Siltauksessa apuna olivat tarvittaessa haastatteluissa mukana ollut projektitutkija, ja muut projektityöntekijät. Opiskelijat pilkkoiivat COPM-arvioinneista nousseiden ongelmien ilmaiset 1-4 merkitykselliseen käsitteeseen osien merkityksellisyden mukaisesti. (Mattila & Murtonen 2013, 33–34, 38.) Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin ensimmäisiä merkityksellisiä käsitteitä ja niihin liitettyjä ICF-kuvauskohteita, koska niissä ilmaistiin haasteellisen toiminnan ydin. Esimerkiksi jalkojen peseminen avustajan kanssa oli jaettu kahteen merkitykselliseen käsitteeseen: 1. jalkojen pesemiseen ja 2. avustamiseen. Samoin ICF-kuvauskohteet oli löydetty näille molemmille: 1. d5100 kehon osien peseminen ja 2. e340 Kotipalvelutyöntekijät. Arvi-

ointimenetelmien vertailun kannalta on riittävää tietää, että haaste liittyi peseytymiseen.

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin taustatyönä WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen versioon kohdentuminen ICF-luokitukseen. Ainoastaan arviointimenetelmän 36 kysymyksen versiosta oli tehty valmis linkitys ICF-luokitukseen Üstüinin ym. toimesta. Toisaalta kaikki lyhyemmän version kysymykset ovat poimittavissa täyden version kysymysten joukosta, joten ICF-luokituksen kuvauskohteet olivat löydettävissä vertaillen näitä kahta eri versiota, sekä jo tehtyä siltausta keskenään. Liitteestä 1 nähdään kaikki WHODAS 2.0:n 36 version kysymykset ja niihin linkitetyt ICF-kuvauskohteet. Taulukko on englanninkielinen, koska alkuperäisiä WHODAS 2.0-arviointimenetelmän standardoituja versioita ei ole käännetty suomen kielelle lukuun ottamatta 12 kysymyksen version pilottisuomennosta ICF-projektia varten. Lisäksi englanninkielisestä taulukosta on vaivatonta tarkistaa 12 kysymyksen version vastaavuus täyteen versioon verrattuna. Vertaillen näitä kahta versiota saadaan poimittua 12 kysymyksen WHODAS 2.0:n ICF-siltaus ja nähdään, että tämä versio ei kata ICF-luokitusta suoritusten ja osallistumisen osa-alueita pääluokkien 2 ja 3 osalta.

8.3.2. Opinnäytetyön aineiston analyysi

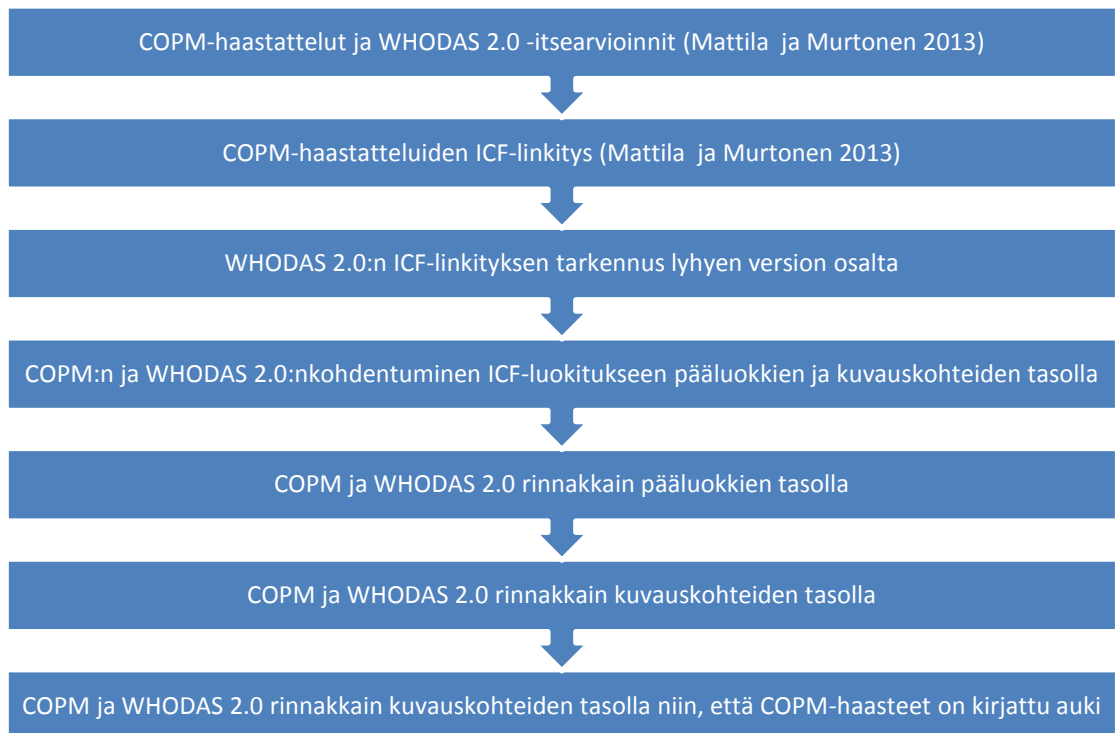
Vastataksemme tutkimuskysymykseen, kohdentuvatko COPM- ja WHODAS 2.0 -arviointimenetelmien avulla arvioidut syv-asiakkaiden esiin nostamat haasteet samoille ICF-viitekehyksen osa-alueille, vertailtiin sisällön analyysiä hyödyntäen kuinka moni haasteista kohdentui ICF-luokituksessa yhteneviin kuvauskohteisiin. Tämä oli mahdollista, kun käytettävissä olivat sekä COPM:n että WHODAS 2.0:n lyhyemmän version ICF-siltaukset. Sisällön analyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston järjestämistä sellaiseen muotoon, että johtopäätösten tekeminen aineistosta on mahdollista (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105). Tämän analyysin tarkoituksena oli selvittää molempien arviointimenetelmien kohdentuminen ICF-luokituksessa toisistaan erillisenä, jolloin tutkittiin lähinnä WHODAS 2.0:n sisältövaliditeettia. Sen jälkeen selvitettiin, kuinka moni esiin nousseista COPM-haasteista kohdentui WHODAS 2.0:n kanssa samoihin ICF-luokituksen kuvauskohteisiin, eli kuinka hyvä rakenteen validiteetti WHODAS 2.0:lla oikein on.

Aineiston analyysi aloitettiin yhdessä projektityöntekijän kanssa kokoamalla yhteen taulukkoon kaikki WHODAS 2.0:n 12 kysymystä ICF-kuvauskohteineen. WHODAS 2.0 -taulukon jälkeen taulukkoon yhdistettiin kuntoutujakoodeittain COPM-haastatteluissa ilmenneet haasteet. ICF-kuvauskohteet haettiin ensimmäisen merkityksellisen käsitteen ja ICF-kuvauskohteen mukaisesti, koska ne kuvastavat haasteiden keskeisintä toiminnallista ongelmaa. Tässä vaiheessa käytiin läpi jokainen COPM:n ICF-siltauksen pääluokka ja taulukkoon hyväksyttiin WHODAS 2.0:n kanssa yhtenevät ne COPM-haasteet, jotka vaikuttivat sopivilta nimen ja ICF-pääluokkansa perusteella. Analyysin yhteydessä kaksi ympäristön ICF-kuvauskohteisiin liitettyä ongelmaa päädyttiin siirtämään suorituksiin ja osallistumiseen (pyörätuolipeleissä kulkeminen omalla autolla taloudellisista syistä ja uudelleen kouluttautuminen taloudellisista syistä). Analyysi toteutettiin kahteen kertaan virheiden minimoimiseksi.

Koska moni kuntoutuja oli saattanut määrittää useamman haasteen yhtä kuvauskohdetta kohti, tarkistimme taulukon edelleen hakemalla vielä Mattilan ja Murtosen siltausmateriaalista tällä kertaa haasteita kuntoutujakoodeittain. Käänteisesti toteutettu tarkistus havaittiin tarpeelliseksi, sillä inhimillisiä laskuvirheitä oli sattunut. Puuttuvat kuntoutujakoodit lisättiin ja ylimääräiset poistettiin. Samalla karsimme myös muutamia haasteita pois. Esimerkiksi käveleminen on luokiteltu ICF-luokituksessa kuvauskohteeseen d450. Edelleen WHODAS 2.0:n kysymys S7 koskee pidempien matkojen kävelyä ja se on linkitetty näin ollen kuvauskohteeseen d4501. Aiemmin taulukkoa rakentaessamme olimme ottaneet tähän mukaan kaikki d45-alkuiset ICF-kuvauskohteet. Tässä tarkistuksessa kävi kuitenkin ilmi, että näihin kuvauskohteisiin sisältyy myös mm. portaiden käveleminen, jonka muutama kuntoutuja oli nimennyt haasteekseen. Tästä syystä yhteensä kolme COPM-haastetta poistettiin.

Portaissa liikkumisen lisäksi toinen karsintaa aiheuttanut kuvauskohde oli ICF-kuvauskohde d920. Esimerkiksi jalkapallon pelaamisen olisi mieltänyt helposti WHODAS 2.0:n kanssa yhtenevään kuvauskohteeseen d910, mutta se oli linkitetty Mattilan ja Murtosen aineistossa kuvauskohteeseen d920. ICF-kirjassa kuitenkin todettiin kuvauskohteen d910 alla selkeästi, että se ei kata luokan d920 alle kuuluvia kuvauskohteita. Kaiken kaikkiaan 9 COPM-haastetta lisää karsiutui pois alkuperäisestä taulukosta tämän tarkennuksen vuoksi.

Toiseen tutkimuskysymykseen, kuinka kattavasti WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen itsearvioinnilla pystytään kuvaamaan syv-asiakkaan toimintakykyä ICF-luokituksen suoritusten ja osallistumisen osa-alueilla, vastataksemme luotiin sekä COPM:n että WHODAS 2.0:n osalta taulukot (taulukko 6 ja 7), joista ilmeni molempien arviointimenetelmien kohdentuminen ICF-luokituksen suoritusten ja osallistumisen osa-alueen eri pääluokkiin (D1-D9). WHODAS 2.0:n osalta tämä tehtiin poimimalla tiedot ICF-siltauksesta. COPM:n haasteista etsittiin kaikki pääluokkien (D1-D9) alle kuuluvat kuvauskohteet ja kirjattiin ne ylös. Lisäksi taulukkoon (taulukko 8) merkittiin, kuinka monta erilaista haastetta kyseisistä kuvauskohteista oli tällä aineistolla yhteensä nimetty. Arviointimenetelmien kohdentumista ICF-luokitukseen tarkasteltiin myös rinnakkain (taulukot 8 ja 9) sekä pääluokkien, että kuvauskohteiden tasolla. Lopuksi oli tarkoituksenmukaista lisätä kuvauskohteiden tasolla tarkasteltuna taulukkoon COPM-haasteet pelkkien kuntoutujakoodien ja kuvauskohteiden lisäksi myös sanallisessa muodossa, mikä oli mahdollista käytössä olleen pienen aineiston vuoksi (taulukko 10). Tämä tehtiin jälkikäteen hakemalla haasteita uudelleen kuntoutujakoodeittain, ja kirjaamalla jokainen WHODAS 2.0:n kysymysten kuvauskohteen kanssa yhtenevä haaste ylös. Aineiston analyysi on kuvattu tiivistetysti prosessikaaviona kuviossa 5.



Kuvio 5. Aineiston analyysin kuvaus tiivistetysti.

Tämän analyysin tarkoituksena oli selvittää molempien arviointimenetelmien kohdentuminen ICF-luokituksessa toisistaan erillisenä, jolloin tutkittiin lähinnä WHODAS 2.0:n sisältövaliditeettia. Sen jälkeen selvitettiin, kuinka moni esiin nousseista COPM-haasteista kohdentui WHODAS 2.0:n kanssa samoihin ICF-luokituksen kuvauskohteisiin, eli kuinka hyvä rakenteen validiteetti WHODAS 2.0:lla oikein on.

9 Tutkimuksen tulokset

9.1 COPM:n kohdentuminen ICF-luokitukseen

Vastataksemme tutkimuskysymykseen (Kohdentuvatko COPM- ja WHODAS 2.0 -arviointimenetelmien avulla arvioidut svy-asiakkaiden esiin nostamat haasteet samoille ICF-viitekehyksen osa-alueille?) totesimme, että kerätyllä COPM-aineistolla nousi esiin haasteita kaikista ICF-luokituksen suoritusten ja osallistumisen pääluokista lukuun ottamatta pääluokkia D1 ja D7 (ks. Taulukko 6). Lukumääräisesti suurin osa esiin tuoduista haasteista, yhteensä 74 kpl, kohdentui liikkumisen pääluokkaan D4. Seuraavaksi haasteet jakautuivat melko tasaisesti itsestä huolehtimisen (D5, yhteensä 26 haastetta) ja kotielämän osa-alueille (D6, yhteensä 21 haastetta). Neljänneksi suurin pääluokka oli yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (D9, 9 haastetta). Loput (yhteensä 5 kpl) suoritusten ja osallistumisen osa-alueille kohdentuneista haasteista osuivat yksilöllisesti pääluokkiin D2, D3 ja D8. Muutamia yksittäisiä haasteita osui myös ruumiin ja kehon toimintojen puolelle pääluokkiin B2, B5 ja B6. Tällä aineistolla yksikään COPM-arvioinnissa esiin noussut haaste ei kohdentunut ympäristö- tai yksilötekijöihin.

Taulukko 6. COPM:lla esille nousseiden haasteiden kohdentuminen ICF-käsikirjan mukaisiin pääluokkiin ja – kuvauskohteisiin

ICF-pääluokka	ICF-kuvauskohde	Haasteiden lkm
B2 – Aistitoiminnot ja kipu	b28014, b28015	2
B5 – Ruoansulatus, aineenvaihdunta ja umpieritysjärjestelmän	b5250	1

toiminnot		
B6 – Virtsa- ja sukuelin- sekä su- vunjatkamisjärjestelmän toiminnot	b620, b640	2
D1 – Oppimisen ja tiedon sovel- taminen	-	0
D2 – Yleisluontoiset tehtävät	d210	2
D3 - Kommunikointi	d355	1
D4 - Liikkuminen	d410, 4100, d4154, d4200, d430, d4301, d440, d4401, d4402, d4450, d4452, d450, d4501, d4551, d4601, d4602, d465, d4702, d4751	74
D5 – Itsestä huolehtiminen	d510, d5100, d5201, d5202, d5204, d530, d5300, d5301, d540, d5400, d5402, d570	26
D6 - Kotielämä	d6200, d630, d6300, d640, d6401, d6402, d6408, d650, d6501, d6503, d660	21
D7 – Ihmissuhteiden välinen vuo- rovaikutus	-	0
D8 – Keskeiset elämänalueet	d825, d8502	2
D9 – Sosiaalinen ja kansalaiselämä	d920, d9201, d9205, d9208	9
nc (not covered by ICF)		3
YHTEENSÄ		143

Syv-kuntoutujat vastasivat yllä oleviin pääluokkiin kohdistuneisiin kysymyksiin hyvinkin vaihtelevasti, mikä näkyy taulukoissa ICF-kuvauskohteiden runsaana lukumääränä joidenkin pääluokkien kohdalla. Ne osa-alueet, joilla selkäydinvammaisilla on paljon vaikeuksia, voivatkin usein sisältää hyvin moninaisia haasteita. Esimerkiksi tällä aineistolla COPM-haastattelussa ilmeni hyvinkin erilaisia liikkumisen haasteita. Moni henkilö koki vaikeuksia itsensä siirtämisessä, mikä liittyi usein tyypillisesti joko autoon, sänkyyn tai pyörätuoliin. Monet toivat esiin myös nostamiseen ja kantamiseen liittyviä haasteita, joissa usein oli mukana nimenomaan pyörätuolin huomioiminen. Kaksi muuta suurta liikkumisen pääluokkaan kohdentunutta haastetta liittyivät käden hienomotoriikkaan ja paikasta toiseen liikkumiseen. Käden hienomotorisissa vaikeuksissa nostettiin esiin pitkälti käsittelemisen ja kurkottamisen haasteita, kuten paidan napittaminen, erilaisten asioiden hyllyltä ottaminen ja hissien oven avaaminen. Pyörätuoli on tuonut kuntoutujille omat haasteensa paikasta toiseen liikkumisessa ja tyypil-

lisiä esiin nousseita haasteita olivatkin ulkona liikkuminen pyörätuolilla mitä erilaisimmissa olosuhteissa.

Itsestä huolehtimiseen kohdentui konkreettisia pukeutumisen ja peseytymisen haasteita. Vaikeuksia oli määritelty tarkkaan joko ala- tai ylävartaloon liittyen, esimerkiksi sukkien pukeminen tai selän peseminen. Osa kuntoutujista oli määritellyt haasteeksi toiminnan nimenomaan avustajan kanssa. Kotielämän pääluokkaan D6 kohdentuneet haasteet sisälsivät sen sijaan paljon ostosten tekemisen ja siivoamisen haasteita, kuten itsenäisempää ostosten tekoa ja imurointia. Muihin pääluokkiin kohdentuneet haasteet käsittelivät sosiaalisia suhteita ja virkistäytymistä, joita olivat esimerkiksi erilaiset retket ja vierailut ystävien luona. Vain yksi raportoi haasteeksi metsähoitotöiden ohjaamisen, joka kohdentui aineistosta ainoana kommunikoinnin pääluokkaan D3. Ruumiin ja keho toimintoihin kohdentuneet haasteet liittyivät kipujen lievittymiseen ja rakon ja suolen toimintaan, sekä seksuaalisiin tarpeisiin. Kolmea esiin nousseista COPM-haasteista ei ollut voitu linkittää lainkaan ICF-luokitukseen. Kyseiset haasteet liittyivät tyypillisiin Suomen kulttuurisiin toimintoihin, kuten saunomiseen ja jään kairaamiseen, joita ei ICF-luokituksessa ole otettu huomioon.

9.2 WHODAS 2.0:n kohdentuminen ICF-luokitukseen

WHODAS 2.0 kohdentuu standardisoituna arviointimenetelmänä aina samoihin ICF-luokituksen kuvauskohteisiin ja pääluokkiin itsearviointia täyttävästä henkilöstä riippumatta. Tarkasteltaessa kuinka kattavasti WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen itsearvioinnilla pystytään kuvaamaan syv-asiakkaan toimintakykyä ICF-luokituksen suoritusten ja osallistumisen osa-alueilla totesimme, että WHODAS 2.0 kohdentuu pääluokkien tasolla 7/9 suoritusten ja osallistumisen pääluokkaan. Kahden kysymyksen osalta WHODAS 2.0 vastaa ruumiin ja kehon toimintoja kuvaaviin ICF-pääluokkiin ja -kuvauskohteisiin. Toisaalta toinen näistä, keskittyminen jonkin asian tekemiseen 10 minuutin ajan, voidaan nähdä osana sekä ruumiin että kehon toimintoja, kuin myös suorituksia ja osallistumistakin. Loput kysymykset sijoittuvat kokonaisuudessaan ICF-luokituksessa ainoastaan toimintaterapian näkökulmasta keskeisiin suoritusten ja osallistumisen pääluokkiin ja kuvauskohteisiin.

Taulukko 7. WHODAS 2.0:n kohdentuminen ICF-pääluokkiin D1-D9 ja ICF-kuvauskohteisiin mukailten Üstünin ym. ICF-siltausta (ks. Liite 1)

ICF-pääluokka	ICF-kuvauskohde	Viimeisen 30 päivän aikana, kuinka paljon Teillä on ollut vaikeuksia...
B1 – Mielentoiminnot	b140, b152	S6 - ...keskittyä jonkin asian tekemiseen 10 minuutin ajan? S5 - ...kuinka paljon terveydentilanne on vaikuttanut mielialaanne?
D1 – Oppimisen ja tiedon soveltaminen	d160, d110-d129	S6 - ...keskittyä jonkin asian tekemiseen 10 minuutin ajan?
	d1551	S3 - ...oppia uusia asioita, kuten reitin löytäminen uuteen paikkaan?
D2 - Yleisluontoiset tehtävät	-	-
D3 - Kommunikointi	-	-
D4 - Liikkuminen	d4154	S1 - ...seisoa pitkiä aikoja, kuten 30 minuuttia?
	d4501	S7 - ...kävellä pidempiä matkoja, kuten kilometri?
D5 – Itsestä huolehtiminen	d5101	S8 - ...pestä koko kehonne?
	d540	S9 - ...pukeutumisessa?
D6 - Kotielämä	d6	S2 - ...huolehtia kodinhoitoon liittyvistä velvollisuuksista?
D7 - Ihmissuhteiden välinen vuorovaikutus	d730	S10 - ...olla tekemisissä vieraiden ihmisten kanssa?
	d7500	S11 - ...ylläpitää ystävyssuhteita?
D8 – Keskeiset elämänaalueet	d820, d825, d830, d850	S12 - ...tehdä päivittäistä tavanomaista työtä?
D9 – Sosiaalinen ja kansalaiselämä	d910	S4 - ...osallistua lähiyhteisön tapahtumiin samalla tavalla kuin kuka tahansa muukin?

Taulukosta 7 nähdään mihin ICF-luokituksen pääluokkaan ja kuvauskohteeseen WHODAS 2.0:n standardoidut kysymykset kohdentuvat. Kuten aiemmin todettiin, lyhyempi versio ei kata ICF-luokituksen pääluokkia 2 ja 3. Useampaa pääluokkaa vastaa tässä versiossa vain yksi kysymys, mutta esimerkiksi liikkumiseen, itsestä huolehtimiseen ja henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen vastataan WHODAS 2.0:n lyhyessäkin versiossa kahdella eri kysymyksellä. Osa kysymyksistä on hyvin spesifejä, ja niitä vastaamaan onkin sillattu vain yksi tietty ja tarkka ICF-kuvauskohde. Jotkin kysymyksistä, esimerkiksi kodin-hoidollisiin velvollisuuksiin liittyvä kysymys S2 ja päivittäiseen tavanomaiseen työhön liittyvä kysymys S12 pitävät sisällään useampiaakin ICF-kuvauskohteita.

9.3 Arviointimenetelmien kohdentuminen ICF-luokitukseen suhteessa toisiinsa

COPM:n ja WHODAS 2.0:n erillisiä ICF-siltauksia hyödyntäen arviointimenetelmien kohdentumista ICF-luokitukseen voidaan tarkastella myös rinnakkain. Tällä aineistolla COPM ja WHODAS 2.0 sulkevat ICF-luokituksen suoritusten ja osallistumisen osa-alueelta pois kaikista yhdeksästä pääluokasta yhteensä neljä. Rinnakkain tarkasteltuna arviointimenetelmät eivät siis kohdennu tällä aineistolla yhteisesti lainkaan oppimisen ja tiedon soveltamisen (D1), yleisluontoisten tehtävien (D2), kommunikoinnin (D3) tai ihmissuhteiden välisen vuorovaikutuksen pääluokkiin (D7). Sen sijaan kaikki muut 5 pääluokkaa ovat edustettuina molempien arviointimenetelmien osalta.

Taulukko 8. WHODAS 2.0:n ja COPM:n ICF-siltausten yhtenevät pääluokat, sekä COPM:sta esille nousseiden erilaisten ICF-kuvauskohteiden lukumäärä ICF-pääluokittain

PÄÄLUOKKA	WHODAS 2.0-kysymysten kohdentuminen ICF-pääluokkiin (lkm)	COPM:sta esille nousseiden erilaisten ICF-kuvauskohteiden kohdentuminen ICF-pääluokkiin (lkm)
D1 – Tiedon oppiminen ja soveltaminen	2 (S3, S6)	0
D2 - Yleisluontoiset tehtävät	0	1
D3 - Kommunikointi	0	1
D4 - Liikkuminen	2 (S1, S7)	19
D5 – Itsestä huolehtiminen	2 (S8, S9)	12
D6 – Kotielämä	1 (S2)	11
D7 - Ihmissuhteiden välinen vuorovaikutus	2 (S10, S11)	0
D8 – Keskeiset elämäalueet	1 (S12)	2
D9 - Sosiaalinen ja kansalaiselämä	1 (S4)	4
B1 - Mielentoiminnot	2 (S5, S6)	0
B2 - Aistitoiminnot ja kipu	0	2
B5 - Ruuansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot	0	1
B6 – Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjakamisjärjestelmän toiminnot	0	2

Taulukosta 8 nähdään kaikki WHODAS 2.0:sta ja COPM:sta nousseet ICF-pääloukat, niihin kohdentuneet WHODAS 2.0 -kysymykset ja erilaisina ICF-kuvauskohteina esiintyneet COPM-haasteet lukumääräisesti. COPM:sta haluttiin nostaa esiin nimenomaan erilaiset kuvauskohteet, sillä useampikin kuntoutuja oli saattanut määrittää esimerkiksi liikkumisen pääluokkaan D4 samoja haasteita. Yhdistämällä samat haasteet ja tuomalla esiin vain erilaiset kuvauskohteet oli mahdollista verrata rinnakkain WHODAS 2.0:n kysymysten määrää COPM:sta esille nousseisiin erilaisiin haasteisiin. Tummennetulla taustalla esitettyjen pääluokkien (5/9) osalta COPM ja WHODAS 2.0 siis kohdentuvat tällä aineistolla samoihin ICF-luokituksen pääluokkiin suorituksen ja osallistumisen osa-alueella.

Pelkästään yhteisiä pääluokkia vertaamalla ei kuitenkaan voitu saada todenmukaista ja realistista käsitystä siitä, miten hyvin arviointimenetelmät todellisuudessa vastaavat ja/tai täydentävät toisiaan. ICF-pääloukat ovat suurempia kokonaisuuksia, joiden alle mahtuu lukemattomia eri haasteita ja lisäksi COPM-haasteiden kohdentuminen WHODAS 2.0:n kanssa samoihin ICF-kuvauskohteisiin on ollut hyvin eritasoista. Seuraavassa taulukoinnissa on otettu huomioon myös ICF-kuvauskohteet.

Taulukko 9. WHODAS 2.0:n kuvauskohteisiin kohdentuneiden COPM-haasteiden lukumäärä

ICF-kuvauskohteet / WHODAS 2.0		Kohdentuneet COPM-haasteet	ICF-kuvauskohteet / WHODAS 2.0		Kohdentuneet COPM-haasteet
D1	d160 Tarkkaavuuden kohdentaminen; b140 Tarkkaavuustoiminnot; d110-d129 Tarkoitukselliset aistikokemukset	0	D6	D6 Kotielämä	21
	d1551 Monimutkaisten taitojen hankkiminen	0	D7	d730 Yhteydenpito vieraisiin henkilöihin	0
D4	d4154 Seisoma-asennon ylläpitäminen	1			d7500 Vapamuotoiset sosiaaliset suhteet
	d4501 Pitkien matkojen käveleminen	2	D8	d850 Vastikkeellinen työ; d830 Korkea-asteen koulutus; d825 Ammatillinen koulutus; d820 Kouluopetus	2
D5	d5101 Koko kehon peseminen	5	D9	d910 Yhteisöllinen elämä	0
	d540 Pukeutuminen	12	B1	b152 Tunne-elämän toiminnot	0

Taulukosta 9 nähdään, että kuvauskohteittain tarkasteltuna COPM:n haasteiden suurimmin edustettu pääluokka D4 on edustettuna enää vain kolmen haasteen osalta. Tämä kertoo nimenomaan pääluokkien laajuudesta ja siitä, että ainoastaan pääluokittain tarkastelemalla ei voida tehdä valideja päätelmiä menetelmien yhteneväisyydestä ja riittävydestä. WHODAS 2.0 ei siis anna yhtä laaja-alaisesti mahdollisuuksia liikkumiseen liittyvien haasteiden esille tuomiseen. Sen sijaan kaksi selkeästi suurinta COPM:n ja WHODAS 2.0:n yhteistä ICF-kuvauskohdetta tällä aineistolla ovat d540 (pukeutuminen), johon kohdentuu COPM-haasteista yhteensä 12 ja pääluokka D6 (koti-elämä), johon kohdentuu COPM:sta kaikki pääluokan D6 haasteet, yhteensä 20. ICF-kuvauskohteeseen d5101 (koko kehon peseminen) kohdentuu COPM:sta viisi haastetta. Loput neljä haastetta kohdentuvat taulukon 9 mukaisesti kuvauskohteisiin d4154 (1 kpl), d4501 (1 kpl) ja d850 ym. (2 kpl). Kaiken kaikkiaan 42 COPM-haastetta kuntoutujien asettamasta 143 haasteesta osui yhtenevään ICF-kuvauskohteeseen WHODAS 2.0:n kanssa (29 %). Pääluokkien tasolla tarkasteltuna samainen prosenttilukema on 92 %, eli tarkastelun tasolla on suuri merkitys tuloksia tulkittaessa. Lisäksi Stammin ym. (2004) tutkimukseen verraten yksi keskeisimmistä COPM:n esille tuomista osaluokista, pääluokka D9, jää kokonaan pois kun näitä kahta arviointimenetelmää vertaillaan rinnakkain.

Koska yhtenevyyttä kuvauskohteiden osalta on niin vähän, oli tarkoituksenmukaista tutkimuksen luotettavuuden vuoksi tarkastella kohdentuneita COPM-haasteita WHODAS 2.0:n rinnalla sellaisina, kuin ne ovat kuntoutujien asettamina olleet. Tällöin voidaan saada tarkempaa tietoa arviointimenetelmien ominaisuuksista, käyttökelpoisuudesta ja riittävydestä.

Taulukko 10. WHODAS 2.0:n kysymykset ja COPM:n haasteet WHODAS 2.0:n osalta yhtenevin kuvauskohteittain

WHODAS 2.0 -kysymykset	ICF-kuvauskohteet / WHO-DAS 2.0	Auki kirjoitetut COPM-haasteet
1. Kognitio - Viimeisen 30 päivän aikana, kuinka paljon Teillä on ollut vaikeuksia...	D1 – Oppiminen ja tiedon soveltaminen B1 - Mielentoiminnot	Yhteensä 0
... keskittyä jonkin asian tekemiseen 10 minuutin ajan? (S6)	d160 Tarkkaavuuden kohdentaminen; b140 Tarkkaavuustoiminnot; d110-d129 Tarkoitukselliset aistikokemukset	-
...oppia uusia asioita, kuten reitin löytäminen uuteen paikkaan?(S3)	d1551 Monimutkaisten taitojen hankkiminen	-
2. Liikkuvuus - Viimeisen 30 päivän aikana, kuinka paljon Teillä on ollut vaikeuksia...	D4 - Liikkuminen	Yhteensä 3
...seisoa pitkiä aikoja, kuten 30 minuuttia? (S1)	d4154 Seisoma-asennon ylläpitäminen	Seisominen (pitkään)
...kävellä pidempiä matkoja, kuten kilometri? (S7)	d4501 Pitkien matkojen käveleminen	Yli 1km käveleminen Käveleminen
3. Itsestä huolehtiminen - Viimeisen 30 päivän aikana, kuinka paljon Teillä on ollut vaikeuksia...	D5 – Itsestä huolehtiminen	Yhteensä 17
...pestä koko kehonne? (S8)	d5101 Koko kehon peseminen	Peseytyminen x 2 Selän peseminen avustettuna Jalkojen peseminen avustajan kanssa Kehon alaosan peseminen (yhteensä 5)
...pukeutumisessa? (S9)	d540 Pukeutuminen	Sukkien pukeminen x4 (1 hlön samassa haasteessa myös kengät) Alavartalon pukeminen Pukeutuminen x 2 Riisuminen Kenkien pukeminen Tiukan puseron pukeminen Ulkoiluvaatteiden pukeminen Housujen pukeminen (yhteensä 12)
4. Ihmisten kanssa toimiminen - Viimeisen 30 päivän aikana, kuinka paljon Teillä on ollut vaikeuksia...	D7 – Ihmissuhteiden välinen vuorovaikutus	Yhteensä 0
...olla tekemisissä vieraiden ihmisten kanssa? (S10)	d730 Yhteydenpito vieraisiin henkilöihin	-

...ylläpitää ystävyysuhteita? (S11)	d7500 Vapaamuotoiset sosiaaliset suhteet	-
5. Elämän toiminnot - Viimeisen 30 päivän aikana, kuinka paljon Teillä on ollut vaikeuksia...	D6 - Kotielämä D8 – Keskeiset elämänaalueet	Yhteensä 23
...huolehtia kodinhoitoon liittyvistä velvollisuuksista? (S2)	D6 Kotielämä	Tiskialtaan ääressä toimiminen, tiskaaminen Hellan ääressä ruoan laitto Imurointi (ptuolissa) x 2 Siivous (moppaus ptuolissa, pölyjen pyyhkiminen, ikkunan pesu ptuolissa istuen) Ostosten teko (isompien ostosten teko, ostoksilla käynti itsenäisemmin, ostosten teko avustajan kanssa, kaupassa asiointi) Kahvin keittäminen Lumen luonti Huoltotyöt x 3 Läheisen avustaminen x 2 Pyykin kuivamaan ripustaminen Silittäminen (yhteensä 21)
...tehdä päivittäistä tavanomaista työtänne? (S12)	d850 Vastikkeellinen työ; d830 Korkea-asteen koulutus; d825 Ammatillinen koulutus; d820 Kouluopetus	Uudelleen kouluttautuminen taloudellisista syistä Töissä painavien osien siirtäminen (yhteensä 2)
6. Osallistuminen - Viimeisen 30 päivän aikana, kuinka paljon Teillä on ollut vaikeuksia...	D9 – Sosiaalinen ja kansalaiselämä B1 - Mielentoiminnot	Yhteensä 0
...osallistua lähiyhteisön tapahtumiin (kuten juhliin, uskonnollisiin tai muihin vapaa-ajan tilaisuuksiin) samalla tavalla kuin kuka tahansa muukin? (S4)	d910 Yhteisöllinen elämä	-
...kuinka paljon terveydentilanne on vaikuttanut mieli-alaanne viimeisen 30 päivän aikana? (S5)	b152 Tunne-elämän toiminnot	-

Taulukosta 10 voidaan tehdä johtopäätös, jonka mukaan COPM ei anna WHODAS 2.0:n verrattuna tietoa loppujen lopuksi kovinkaan paljon samoista asioista. Kuitenkin esille tuodut COPM-haasteet, jotka pystyvät vastaamaan muutamiin WHODAS 2.0:n kysymyksiin, antavat huomattavasti tarkempaa tietoa toiminnon luonteesta. COPM antaa siis yhtä kuvauskohdetta, esimerkiksi pukeutumista kohti useita tarkempia haasteita, toisin sanoen tietoa siitä liittyykö pukeutumisen vaikeus esimerkiksi ylä- vai alavartalon, tai kenkien vai paidan pukemiseen. Vaikka henkilö ilmoittaa WHODAS 2.0:n avulla kokevansa vaikeuksia pukeutumisessa, se ei vielä kerro haasteen luonteesta sen enempää.

10 Johtopäätökset

Opinnäytetyöstä voidaan tehdä muutamia keskeisiä johtopäätöksiä. Ensinnäkin yksi tärkeä havainto on, että tällä aineistolla sekä COPM että WHODAS 2.0 kohdentuvat ICF-luokituksessa pääosin pääluokkiin D1-D9, suoritusten ja osallistumisen osaluueille. Sen sijaan kuvauskohteittain tarkasteltuna kohdentuminen kapenee huomattavasti, kun COPM vastaa edes jollain tasolla vain puoleen WHODAS 2.0:ssa oleviin kysymyksiin. Näitä tuloksia ei voida kuitenkaan yleistää koskemaan COPM:n ja WHODAS 2.0:n välistä vertailevaa tutkimusta syv-kuntoutujilla aineiston pienuuden ja COPM-haastatteluiden yksilöllisyyden vuoksi.

WHODAS 2.0 – arviointimenetelmää laadittaessa on pyritty luomaan ICF-luokituksen kattava työkalu, joten WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen version kohdentuminen eri pääluokkiin oli odotettavissa. Myös COPM-haasteiden sijoittuminen tutkimustulosten mukaisesti ICF-luokituksen pääluokkiin D4-D6 on loogista, koska tutkitusti selkäydinvammaisilla on paljon vaikeuksia nimenomaan liikkumiseen, itsestä huolehtimiseen ja kodinhoidollisiin velvollisuuksiin liittyen (Mattila & Murtonen 2013, 43–44). Stamm ym. (2004) toteavat tutkimuksessaan COPM:n kattavan yleisesti ottaen (ei pelkästään syv-kuntoutujilla) laajasti ICF luokituksen pääluokat D5 (Itsestä huolehtiminen), D6 (Kotielämä), D8 (Keskeiset elämänalueet) ja D9 (Yhteisöllinen ja sosiaalinen ja kansalaiselämä). COPM:n teemat ja esimerkit linkittyivät tutkimuksessa yhteensä 21 eri ICF-pääluokkaan (Stamm ym. 2004, 922). Tällä aineistolla kaikki muut pääluokat, paitsi D8 olivat COPM-aineistossa melko vahvasti edustettuina.

Koska tarkkoja ICF-kuvauskohteita sisältävää WHODAS 2.0-arviointimenetelmää verrattiin laaja-alaiseen toimintakyvyn arviointimenetelmään COPM:iin, jouduttiin yli puolet COPM-haasteista karsimaan pois WHODAS 2.0:n rakenteen validiteettia tutkittaessa. Pääluokkien tasolla arviointimenetelmille tunnistettiin yhteensä viisi yhteistä pääluokkaa yhdeksästä pääluokasta. Yhtenevät ICF-kuvauskohteet jäivät kuitenkin COPM:ia ja WHODAS 2.0:a vertailtaessa loppujen lopuksi melko vähäisiksi COPM:n haasteiden kohdentuessa vain 6/12 kysymykseen WHODAS 2.0:ssa olevista kysymyksistä. Tulokset arviointimenetelmien käytöstä rinnakkain olivat odotettavissa molempien arviointimenetelmien kohdistuen pääosin suoritusten ja osallistumisen osaluueille.

Tutkimustuloksista voitiin kuitenkin havaita, että COPM antaa erityisen tarkkaa tietoa arjen toiminnallisista haasteista ICF-luokituksen suoritusten ja osallistumisen osaluokalla, kun taas WHODAS 2.0 jättää paljon selvittämättä. Tämä johtopäätös on yleistettävissä arviointimenetelmien ominaispiirteiden vuoksi COPM:n ollessa puoli-strukturoitu teemahaastattelu, ja WHODAS 2.0:n ollessa standardoitu arviointimenetelmä, jossa kohdentuminen ICF-luokitukseen pysyy samana kuntoutujasta riippumatta.

Yhteenvedonä WHODAS 2.0:n sisältövaliditeettia vahvistaa se tutkimustulos, että itsenäisenä ja muista erillisenä arviointimenetelmänä WHODAS 2.0 kattaa ICF-luokituksen suoritusten ja osallistumisen pääluokista 7/9. Myös ICF-kuvauskohteiden tasolla kysymystä kohti määritetyt kuvauskohteet saattoi olla useampia, tai jopa kokonainen pääluokka, mikä tuki vahvasti sisältövaliditeettia. Rakenteen validiteetin osalta WHODAS 2.0 on COPM:iin rinnastettuna melko kattava ICF-pääluokkien tasolla yhteisiä pääluokkia löytyessä yhteensä 5/9, jotka olivat myös COPM:lla merkittävimmät ja aineiston analyysissä suurimmat pääluokat.

WHODAS 2.0 on kuitenkin hyvin kapea-alainen arviointimenetelmä ICF-kuvauskohteiden tasolla, kun se rinnastetaan COPM-arviointimenetelmään WHODAS 2.0:n jättäessä tunnistamatta 60 % COPM-haasteista. Liitteessä 2 näkyy kootusti mihin toimintaterapian arviointimenetelmät COPM ja WHODAS 2.0 kohdentuvat tai eivät kohdennu, niin toisistaan erillisinä kuin rinnakkain. Yhtenevät pääluokat ja kuvauskohteet näkyvät taulukossa tummennettuina. Liitteestä 2 voidaan tehdä se johtopäätös, että nämä arviointimenetelmät voivat toimia toisiaan täydentävinä, jolloin suoritusten ja osallistumisen pääluokistakin lähes kaikki saataisiin hankkeessa kerätyllä aineistolla katettua. WHODAS 2.0 toimii hyvin toimintakyvyn haasteita kartoittavana arviointimenetelmänä, jolla tunnistettuja haasteita voitaisiin mahdollisesti tarkentaa yksityiskohtaisemmin COPM:n avulla.

Kun arviointimenetelmiä tarkastellaan ICF-luokituksessa laajemmin, kuin pelkästään suoritusten ja osallistumisen osaluokalla, voidaan todeta että kumpikaan arviointimenetelmä ei kuitenkaan kohdennu merkittävästi ruumiin ja kehon toimintoihin. Edelleen kumpikaan arviointimenetelmä ei kohdennu ICF-luokituksessa lainkaan ruumiin rakenteisiin, ympäristötekijöihin eikä yksilötekijöihin. Näin ollen johtopäätöksenä voidaan pitää myös sitä, että nämä arviointimenetelmät eivät ole riittäviä arvioimaan ko-

konaisvaltaisesti ICF-viitekehyksessä syv-kuntoutujien toimintakykyä. Sen sijaan lisäksi tarvitaan menetelmiä, jotka ottavat huomioon myös selkäydinvammaisten kuntoutuksessa suuressa roolissa olevat ympäristötekijät, ja erilaiset ruumiin rakenteisiin liittyvät toimintarajoitteet. Myös ICF-luokituksen ulkopuolelle jäävät yksilötekijät olisivat tärkeitä kokonaisvaltaista toimintakyvyn kartoitusta tehtäessä.

Kokonaisuudessaan tämän opinnäytetyön tutkimustulokset täydentävät WHODAS 2.0:n validiteettitutkimusta ja antavat suuntaa arviointimenetelmien riittävyydelle selkäydinvammakuntoutuksessa. Lisäksi tutkimustulosten avulla voidaan konkretisoida arviointimenetelmien ominaisuuksia ja saada sen myötä perusteita arviointimenetelmien käyttökelpoisuudelle eri tilanteissa.

11 Pohdinta

Kaikki terveysalan ammattilaiset ovat kasvavan paineen alla tutkimustiedon tuottamiselle erilaisten interventiodien näytöstä ja vaikuttavuudesta. Jos ICF-luokitusta käytetään yleisenä viitekehysenä ja luokittelu-menetelmänä kuntoutustyössä, on alan ammattilaisten välttämätöntä tietää miten he voivat arvioida ICF-luokituksen eri osa-alueita. Edelleen kun etsitään tiettyjä ICF-luokituksen osa-alueita arvioivia menetelmiä, tulee tietää mitä ICF-luokkia mikäkin mittari kattaa ja mitä ei. Siltaamalla mittareita ICF-luokitukseen voidaan saada lisätietoa tulevaa kehitystyötä varten. Edelleen ICF-luokituksen on todistettu olevan hyvin hyödyllinen työkalu toiminnallisten instrumenttien tutkimuksessa. Tämä mahdollistaa oikeanlaisten työkalujen valinnan, joilla voidaan vaikuttaa nimenomaan niihin osa-alueisiin, joilla asiakkaalla on ongelmia. (Stamm ym. 2004.)

11.1 Tutkimuksen toteutus

Opinnäytetyö on ensimmäinen tutkimus, jossa selkäydinvammaisilla käytettyjä arviointimenetelmiä on vertailtu yhdessä ICF-viitekehyksessä. Oli huomattavasti helpompaa lähteä työskentelemään WHODAS 2.0:n kuin COPM:n pohjalta, koska WHO-

DAS 2.0:lle on määritelty 17 eri ICF-kuvauskohdetta ja COPM:lle sen sijaan tällä aineistolla huomattavasti enemmän. COPM-lähtöinen aineiston analyysi olisi hankaloittanut ja pitkittänyt prosessia, sillä se olisi tuonut mukaan myös WHODAS 2.0: kannalta turhia ICF-kuvauskohteita ja näin ollen teettänyt myös opinnäytetyön kannalta ylimääräistä työtä.

Opinnäytetyössä hyödynnettiin WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen versiota, joka on täyttä 36 kysymyksen versiota suppeampi kattaen kuitenkin 81 % täyden version variaanssista. Kuitenkin erilaisia WHODAS 2.0:n versioita on mahdollista käyttää myös rinnakkain, toisiaan tukevina ja täydentävinä versioina. Näin ollen opinnäytetyöprosessin aikana jäikin mietityttämään, olisiko ICF-luokitus tullut katettua WHODAS 2.0:n osalta laaja-alaisemmin täydentäviä versioita käytettäessä, ja olisivatko tutkimustuloksetkin siten olleet erilaisia.

Opinnäytetyön tarjoaman aineiston pohjalta tutkimustyötä voisi kehittää edelleen paljon. Esimerkiksi edellä mainitun WHODAS 2.0:n laajemman version käyttäminen ja tulosten raportoiminen samanlaisessa tutkimusasetelmassa olisi mielenkiintoista. Toinen jo toteutuksessa oleva kehitysidea olisi tutkia kvantitatiivisin menetelmin, kuinka samansuuntaisia samoille osa-alueille kohdentuneet WHODAS 2.0-kysymykset ja COPM-haasteet ovat. Toisin sanoen, mikäli WHODAS 2.0:lla asiakas on määrittänyt kokevansa pukemisen erittäin vaikeaksi, onko sama COPM:ssa pukeutumisen esille tuonut asiakas määrittänyt myös COPM:ssa suoriutuvansa pukeutumisesta huonosti. Näistä tuloksista tullaan raportoimaan ICF-hankkeen loppuraportissa.

Sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla ICF-luokituksen tutkiminen ja juurruttaminen on ajankohtaista ja tärkeää työtä. Suomessa ICF-luokituksen käytön toivotaan lisääntyvän kuntoutusalan ammattilaisten keskuudessa lähitulevaisuudessa, mikä edistää omalta osaltaan kansainvälisen tutkimustyön ja yksilön kuntoutuksen kehitystä. ICF-hankkeessa mukana olleille ICF-luokituksen tuntemus on lisääntynyt, ja erityisesti kuntoutusalan opiskelijoiden tietotaidon karttuminen on yksi tukipilari ja edellytys ICF-luokituksen juurtumiselle Suomessa.

11.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuus varmistetaan käyttämällä oikeaa tutkimusmenetelmää, oikeaa mittaria ja mittaamalla oikeita asioita (Kananen 2008, 81). Opinnäytetyössä tutkimuksen luotettavuuteen on täytynyt kiinnittää jatkuvasti huomiota kaikissa työvaiheissa, jotta lopputulos olisi mahdollisimman validi. Kanaseen viitaten tutkimuksen luotettavuutta voidaan siis lisätä muun muassa mittaamalla oikeita asioita. Opinnäytetyön tutkimusaineistossa on haluttu mitata arjen toiminnallisia haasteita ja rajoitteita toimintaterapian arviointimenetelmien, COPM:n ja WHODAS 2.0:n, keinoin. Aineistonkeruuprosessin luotettavuutta varten opiskelijat Mattila ja Murtonen olivat perehtyneet tarkasti COPM-arviointimenetelmään ja harjoitelleet sen käyttöä, mikä mahdollisti sekä neutraalimman suhtautumisen haastattelutilanteissa esiin tulleisiin asioihin, että tutkijavaikutuksen minimoimisen. Myös COPM-haastattelun toteuttaminen ennen WHODAS 2.0-arviointia voitaisiin nähdä jonkinlaisena luotettavuuteen positiivisesti vaikuttavana tekijänä. Lisäksi Mattila ja Murtonen pitivät tärkeänä aineistonkeruuprosessissa myös sitä, että syv-kuntoutujien vammautumisen ajankohdalle oli asetettu kolmen kuukauden raja. Näin kuntoutujien vastauksia arjen haasteisiin liittyen voitiin pitää luotettavampina, kun vammautumisesta oli kulunut jo jonkin aikaa, asiat olivat realisoituneet ja arjen haasteet selkiytyneet, mikä teki tutkimuksesta luotettavamman.

Yksi opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttavista merkittävistä tekijöistä on suomennetun WHODAS 2.0 – arviointimenetelmän käyttöä. WHODAS 2.0 suomennettiin ICF-hankkeessa opiskelijoiden toimesta pilottisuomennoksena vain ICF-projektin käyttöön, jotta syv-kuntoutujien olisi mahdollista vastata luotettavammin itsearviointilomakkeeseen. Opinnäytetyössä oli kuitenkin kyse arviointimenetelmien vertailusta ICF-viitekehysessä. Ainoastaan WHODAS 2.0:n englanninkielinen 36 kysymyksen versio on luotettavasti sillattu ICF-luokitukseen. Edelleen englanninkielistä 12 kysymyksen versiota voidaan pitää luotettavasti sillattuna, koska kysymykset ovat poimittavissa suoraan 36 kysymyksen versiosta. Sen sijaan suomenkielisten versioiden siltausta ei ole tehty erikseen. Ennen opinnäytetyön analyysivaiheen aloittamista käytiin keskustelua ICF-projektitiimin kanssa siitä, tulisiko suomenkielinen versio sillata ennen sen analysointia erikseen ICF-luokitukseen. Projektiryhmä päätyi kuitenkin siihen, ettei erillistä siltausta tarvitse tehdä, vaan englanninkielisen siltauksen käyttö on hyväksyttävää.

Opinnäytetyötä varten on jonkin verran muutettu esimerkiksi Mattilan ja Murtošen siltausmateriaalia, mutta se ei vaikuttanut tutkimustuloksiin. Opinnäytetyön luotettavuutta on saattanut heikentää saman informaation hakeminen useaan kertaan monista eri lähteistä, joissa tieto saattoi olla puutteellista tai poikkeavaa. Joitain epätarkkuuksia oli havaittavissa jo opinnäytetyöprosessin aikana, mutta toimintaterapian lehtori Kantasen kanssa aineisto tarkistettiin pariin kertaan opinnäytetyön validiteetin lisäämiseksi.

Hirsjärven ym. mukaan (2009, 232) laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisäävät mm. tutkijan tarkka selonteko tutkimuksen toteuttamisesta kaikkine vaiheineen. Mattila ja Murtonen ovat aineistoa keränneenä raportoineet opinnäytetyössään erittäin yksityiskohtaisesti aineistonkeruuprosessin. Kun opinnäytetyössä käytetään valmista aineistoa, muodostuu luotettavuutta mittaavaksi tekijäksi luokittelujen tekeminen. Tutkimuksesta tulisi ilmetä luokittelun tarkoitus ja perusteet. Tulosten tulkintaan vaaditaan tutkijalta vastauksien moniulotteista tarkastelukykyä, joka voi nostaa tulokset teoreettisen tarkastelun tasolle. Myös tähän pätee sama tarkkuus. Tutkijan tulisi selvittää, miksi hän esittää kyseisiä tulkintoja ja mihin ne perustuvat. Myös aineiston tuominen sellaisenaan tutkimukseen havainnollistaa tutkimusselostetta. Opinnäytetyössä on pyritty selittämään aineiston analyysi auki mahdollisimman tarkkaan kaikki vaiheet huomioiden. Lisäksi tulosten raportoinnissa on pyritty löytämään useita eri näkökulmia tulosten tulkintaan, ja toisaalta löytämään myös ns. porsaanreikiä jotka heikentävät luotettavuutta.

WHODAS 2.0:n validiteettitutkimuksen tuloksiin voivat vaikuttaa tämän opinnäytetyön tutkimusaineiston aineistonkeruun ominaisuudet. Aineistonkeruutilanteessa syväkuntoutujilla oli teetetty ensin COPM, jolloin kuntoutujat toivat esiin täysin spontaanisti haasteita omasta arjestaan. Jälkeenpäin täytettynä WHODAS 2.0 saattoi herättää kahdenlaisia ajatuksia. Olisiko WHODAS 2.0:ssa ilmennyt haaste pitänyt tuoda ilmi COPM:ssa, tai että täällä on samanlaisia haasteita kuin mitä nostin COPM:ssa esiin. Mikäli WHODAS 2.0 olisi teetetty kuntoutujilla ensin, olisivat kuntoutujat saaneet ikään kuin vinkkejä mahdollisista arjen haasteista, ja ne olisivat saattaneet heijastua voimakkaammin esille nostettuihin COPM-haasteisiin. Toisaalta spontaanit ja intuitiiviset vastaukset olisivat kärsineet tällaisesta asetelusta, joten tutkimustulosten validiteetin pitäisi olla parempi toteutuneilla järjestelyillä.

Aiempien tutkimusten mukaisesti WHODAS 2.0:n rakennevaliditeettia on tutkittu melko vähän, ja tutkituilta osin melko epävarmoin tuloksin. Kulnikin ja Nikoletoun (2013) mukaan rakennevaliditeetista voidaan saada vääristyneitä tuloksia monitulkintaisten kysymysten, toisin sanoen kehnon käsitteiden operationalisoinnin vuoksi. Käytännön esimerkki opinnäytetyössä ilmenevästä operationalisoinnin kyseenalaistuksesta löytyy WHODAS 2.0 – arviointimenetelmän lomakkeen kysymyksestä 12, jossa vastaajaa pyydetään arvioimaan kuinka paljon hänellä on vaikeuksia tehdä päivittäistä työtään asteikolla 1-5. Se, miten tutkija käsittää päivittäisen työn, voi olla monelle vastaajalle hyvinkin epäselvää. Vastaajien epävarmuus näkyi tutkimusaineistossa tämän kysymyksen osalta joko vastaamatta jättämisenä, ja/tai eläke-kommenttien lisäksi.

Myös esimerkiksi kodinhoidollisiin velvollisuuksiin liittyvään kysymykseen vastatesa kuntoutuja ei välttämättä osaa olla oikealla tavalla tietoinen juuri siitä, mitä kaikkea ICF-luokituksen mukainen kotielämää käsittelevä pääluokka D6 voisi sisältää. Toisaalta ne asiat saattavat nousta esiin COPM:ssa. Tällöin, kuntoutujan arvioidessa kodinhoidollisia velvollisuuksiaan WHODAS 2.0:ssa miettimättä esimerkiksi asunnon hankkimista, saattaa tulos vääristyä kun COPM:sta löydetään yhtenevään ICF-kuvauskohteeseen sopiva asunnon hankkimiseen liittyvä haaste samalta kuntoutujalta. Tällaisia tutkimusaineiston aukkoja on kuitenkin mahdotonta tunnistaa, koska etenkin tässä vaiheessa ei voida tietää, mitä kuntoutuja on todella ajatellut esimerkiksi WHODAS 2.0-itsearviointilomaketta täyttäessään.

Kaikki Tuomen & Sarajärven esille nostamat luotettavuuden kriteereitä arvioineet tutkijat ovat 90-luvulta aina 2000-luvulle saakka olleet yhtä mieltä siitä, että nimenomaan tutkimustulosten siirrettävyys toiseen kontekstiin kertoo paljon tutkimuksen luotettavuudesta (Tuomi & Sarajärvi 2003, 136). Opinnäytetyön tutkimustulokset eivät ole välttämättä sellaisinaan täysin yleistettävissä muihin konteksteihin. Tämä johtunee aineistonkeruusta, josta ilmeni kuntoutujien vastauksien epävarmuus. Kuitenkin opinnäytetyön tutkimustulokset antavat selkeän suuntaviivan ja linjauksen näiden kahden arviointimenetelmän ominaisuuksista ja käyttökelpoisuudesta suhteessa toisiinsa ja syv-kuntoutujiin.

Luotettavuuden ohella myös eettiset periaatteet ovat tutkimuksen teossa tärkeitä. Opinnäytetyössä ei varsinaisesti oltu kosketuksissa esimerkiksi henkilötietojen tai

muiden eettisiä kysymyksiä herättävien asioiden kanssa. Sen sijaan esimerkiksi tutkimusaineistonkeruussa on otettu huomioon kuntoutujien anonymiteetin säilyttäminen hyödyntämällä kuntoutujakoodeja, joita myös tässä opinnäytetyössä on käytetty. Aineistonkeruussa noudatettiin salassapitovelvollisuuden ja yksityisyydensuojan periaatteita. (Mattila & Murtonen 2013, 53.)

11.3 Tutkimusprosessi

Tutkimusprosessin tekeminen osana ICF-hanketta oli erittäin mielenkiintoinen ja hedelmällinen vaihtoehto opinnäytetyön tekemiselle. Tutkimuksen aikana uutta tietoa kertyi paljon niin ICF-luokituksen viitekehyksestä, kuin käytetyistä arviointimenetelmistäkin. Tutkimustyö vaati paljon aikaa ja paneutumista, sillä esimerkiksi ICF ja WHODAS 2.0 olivat minulle käytännössä katsoen täysin vieraita, suuria toimintakyvyn arvioinnissa vaikuttavia kokonaisuuksia. On kuitenkin palkitsevaa huomata opinnäytetyön valmistuttua, että nämä tutkimusprosessin alkuvaiheessa niin suuret ja tuntemattomat kirjainlyhenteet ovat nyt niin tuttuja, käyttökelpoisia ja työtä helpottavia työkaluja.

Koska ICF-luokitusta pyritään juurruttamaan Suomeen koko ajan vahvemmin, koen saaneeni hyvän pohjan ICF:n kanssa työskentelyyn tulevaisuudessa toimintaterapeutin roolissa. Hankkeessa mukana olleet monet opiskelijat ymmärtävät mikä merkitys ICF:n kaltaisella luokituksella on kansainvälisessä kuntoutus- ja tutkimustyössä, ja näin ollen pystymme omalta osaltamme edistämään ICF-luokituksen tunnettavuutta ja käyttöönottoa, mikä tukee ja kantaa pitkälle tulevaisuuteen ICF-hankkeessa asetettuja tavoitteita.

LÄHTEET

- Ahoniemi, E. N.d. Selkäydinvammainen kuntoutuksesta. Viitattu 28.9.2013.
http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/kuntoutusmuotoja/selkaydinvammojen_kuntoutus/
- CUP, E., Scholte op Reimer, W., Thijssen, M. & van Kuyk-Minis, M. 2003. Reliability and Validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 17, 4, 402-409. Viitattu 3.3.2014.
<Http://www.jamk.fi/kirjasto>. Nelli-portaali, EBSCO.
- Dahlberg, A. & Alaranta, H. 2008. Selkäydinvammojen epidemiologia. Teoksessa *Kuntoutus*. Toim. Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Dedding, C., Cardol, M., Eyssen, I., Dekker, J. & Beelen, A. 2004. Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client-centred outcome measurement. *Clinical Rehabilitation* 18, 6, 660-667. Viitattu 3.3.2014. <Http://www.jamk.fi/kirjasto>. Nelli-portaali, EBSCO.
- Derret, S., Beaver, C., Sullivan, M., Herbison, G., Acland, R. & Paul, C. 2012. Traumatic and non-traumatic spinal cord impairment in New Zealand: incidence and characteristics of people admitted to spinal units. *Injury Prevention* 18,5, 343-346. Viitattu 3.3.2014. <Http://www.jamk.fi/kirjasto>. Nelli-portaali, EBSCO.
- De Wolf, A., Tate, R., Lannin, N., Middleton, J., Lane-Brown, A. & Cameron, I. 2012. The World Health Organization Disability Assessment Scale, WHODAS II: Reliability and validity in the measurement of activity and participation in a spinal cord injury population. *Journal of Rehabilitation Medicine* 44, 9, 757-755. Viitattu 3.3.2014. <Http://www.jamk.fi/kirjasto>. Nelli-portaali, EBSCO.
- Federici, S. & Meloni, F. WHODAS II: Disability self-evaluation in the ICF conceptual frame. In: JH Stone, M Blouin, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Viitattu 3.3.2014. <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/299/>
- Fleming, A., Fairweather, J. & Leahy, M. 2013. Quality of Life as Potential Rehabilitation Service Outcome: The Relationship Between Employment, Quality of Life and Other Life Areas. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 57, 1, 9-22. Viitattu 3.3.2014.
<Http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, EBSCO.
- Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 13.10.2013.
http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ ja_reliabiliteetti.pdf
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2004. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Jyväskylä: Gummerus.

Implementation in the International Classification of Functioning, disability and health in rehabilitation practice. 2007. Swiss Paraplegic Research. Viitattu 14.11.2013.
<http://www.icf-casestudies.org/>

Kananen, Jorma. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. 2011. Yleinen osa. Kansaneläkelaitos. Viitattu 14.11.2013.
http://www.kela.fi/documents/10180/12149/yleinen_osa.pdf

Kulnik, S, Nikolettou, D. 2013. WHODAS 2.0 in community rehabilitation: a qualitative investigation into the validity of a generic patient-reported measure of disability. *Disability & Rehabilitation* 36, 2, 146-154. Viitattu 3.3.2014.
<Http://www.jamk.fi/kirjasto>. Nelli-portaali, EBSCO.

KvantiMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. 2008. Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 14.11.2013.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.htmlv>

L 15.7.2005/566. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. <Http://www.finlex.fi/>, ajantasainen lainsäädäntö.

Lautamo, T. 2014. Jyväskylän ammattikorkeakoulun toimintaterapian yliopettaja. Opinnäytetyön ohjaus. Henkilökohtainen tiedonanto. 10.2.2014.

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. & Pollock, N. 2005. Suom. M. Kantanen & M-A. Kaukinen. Canadian Occupational Performance Measure: suomalainen versio. 4. p. 2011. Vaasa: Kirjapaino Prodo.

Mattila, L. & Murtonen, K. Selkäydinvammakuntoutujien arjen haasteet ICF-luokituksen näkökulmasta. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala, Toimintaterapian koulutusohjelma. Viitattu 5.11.2013.
http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64235/Mattila_Leena%20-%20Murtonen_Katariina.pdf?sequence=2

Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. WHO. 2010. Toim. Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S. & Rehm, J.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy: Vaajakoski.

Paltamaa, J. 2012. ICF-luokituksen juurruttaminen lääkinälliseen kuntoutukseen: Suosituksista pysyviin ja kehittyviin käytäntöihin (ICF). Julkaisematon projektisuunnitelma. Päivitetty 25.9.2012. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö, T&K&I.

Saarikoski, M. 2009. Mittarin kehittäminen – työvälteenä faktorianalyysi. Hoitotieteen tutkijakoulu, Turku 25.9.2009. Viitattu 21.9.2013.
http://www.med.utu.fi/hoitotiede/tutkijakoulu/education/doctoralcourses/M.Saarikoski_faktorianalyysi_tutkijakoulu_09.pdf

Samuelsson, K., Tropp, H. & Gerdlen, B. 2004. Shoulder pain and its consequences in paraplegic spinal cord injured, wheelchair users. *Spinal Cord* 42, 1, 41-46. Viitattu 3.3.2014. <http://www.jamk.fi/kirjasto>. Nelli-portaali, EBSCO.

Stamm, T., Cieza, A., Machold, K., Smolen, J. & Stucki, G. 2004. Content comparison of occupation-based instruments in adult rheumatology and musculoskeletal rehabilitation based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Arthritis & Rheumatism: Arthritis Care & Research* 51, 6, 917-924. Viitattu 26.2.2014. <http://www.jamk.fi/kirjasto>. Nelli-portaali, EBSCO.

Suosituksset hyvistä kuntoutuskäytänteistä. 2011. Toim. Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. Viitattu 13.11.2013. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24581/Suosituksset%20hyvista%20kuntoutuskaytannoista.pdf?sequence=3>

THL. 2013. Sosiaali- ja terveydenhuollon luokitukset. Viitattu 21.9.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/palvelut/koodistopalvelu/esittely/luokitukset

THL. 2014. ICF-luokituksen rakenne. Viitattu 26.4.2014. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/icf/luokitus/icf_luokituksen_rakenne

Terveyskirjasto. 2013. Selkäydinvamma. Viitattu 21.9.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00028

Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. 2007. Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapist.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Rehm, J. Kennedy, C., Epping-Jordan, J. & Pull, C. 2010. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*. Volume 88, 815–823. Viitattu 14.11.2013. <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/11/09-067231/en/>

Valkeinen, H., Anttila, H. & Paltamaa, J. 2013. Julkaisematon opas toimintakyvyn mittarin arviointiin TOIMIA-verkostossa. Viitattu 14.11.2013.

Vammaispalvelujen käsikirja. Suomalaista ICF-tutkimusta ja –julkaisuja. 2013. Viitattu 13.11.2013. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/tutkimus-ja-kehittaminen/icf-tutkimusta-ja-julkaisuja/>

WHO. 2013. Classifications. Viitattu 21.9.2013. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>, WHO Disability Assessment Schedule 2.0 WHODAS 2.0

LITTEET

Domain question (36)	WHODAS 2.0/36	ICF code/WHODAS
In the last 30 days, how much difficulty did you have in:	1. Cognition	
Concentrating on doing something for 10 minutes	1.1 / S6	d160 Focusing attention; b140 Attention functions; d110-d129 Purposeful sensory experiences
Remembering to do important things	1.2	b144 Memory functions
Analysing and finding solutions to problems in day to day life	1.3	d175 Solving problems; d130-d159 Basic learning
Learning a new task, for example, learning how to get to a new place	1.4 / S3	d1551 Acquiring complex skills
Generally understanding what people say	1.5	d310 Communicating with - receiving - spoken messages
Starting and maintaining a conversation	1.6	d3500 Starting a conversation; d3501 Sustaining a conversation
In the last 30 days, how much difficulty did you have in:	2. Mobility	
Standing for long periods such as 30 minutes	2.1 / S1	d4154 Maintaining a standing position
Standing up from sitting down	2.2	d4104 Standing
Moving around inside your home	2.3	d4600 Moving around within the home
Getting out of your home	2.4	d4602 Moving around outside the home and other buildings
Walking a long distance such as a kilometre (or equivalent)	2.5 / S7	d4501 Walking long distances
In the last 30 days, how much difficulty did you have in:	3. Self-care	
Washing your whole body	3.1 / S8	d5101 Washing whole body
Getting dressed	3.2 / S9	d540 Dressing
Eating	3.3	d550 Eating
Staying by yourself for a few days	3.4	d510-d650 Combination of multiple self-care and domestic life tasks
In the last 30 days, how much difficulty did you have in	4. Getting along	
Dealing with people you do not know	4.1 / S10	d730 Relating with strangers

Maintaining a friendship	4.2 / S11	d7500 Informal relationships with friends
Getting along with people who are close to you	4.3	d760 Family relationships; 770 Intimate relationships; d750 Informal social relationships
Making new friends	4.4	d7500 Informal relationships with friends; d7200 Forming relationships
Sexual activities	4.5	d7702 Sexual relationships
In the last 30 days, how much difficulty did you have in:	5. Life activities	
Taking care of your household responsibilities	5.1 / S2	d6 Domestic life
Doing most important household tasks well	5.2	d640 Doing housework; d210 Undertaking a single task; d220 Undertaking multiple tasks
Getting all the household work done that you needed to do	5.3	d640 Doing housework; d210 Undertaking a single task; d220 Undertaking multiple tasks
Getting your household work done as quickly as needed	5.4	d640 Doing housework; d210 Undertaking a single task; d220 Undertaking multiple tasks
Your day-to-day work/school	5.5 / S12	d850 Remunerative employment; d830 Higher education; d825 Vocational training; d820 School education
Doing your most important work/school tasks well	5.6	d850 Remunerative employment; d830 Higher education; d825 Vocational training; d820 School education; d210 Undertaking a single task; d220 Undertaking multiple tasks
Getting done all the work that you needed to do	5.7	d850 Remunerative employment; d830 Higher education; d825 Vocational training; d820 School education; d210 Undertaking a single task; d220 Undertaking multiple tasks
Getting your work done as quickly as needed	5.8	d850 Remunerative employment; d830 Higher education; d825 Vocational training; d820 School education; d210 Undertaking a single task; d220 Undertaking multiple tasks
In the last 30 days, how much difficulty did you have in:	6. Participation	
Joining in community activities	6.1 / S4	d910 Community life
Because of barriers or hindrances in the world	6.2	d9 Community, social and civic life
Living with dignity	6.3	d940 Human rights
From time spent on health condition	6.4	Not applicable (impact question)
Feeling emotionally affected	6.5 / S5	b152 Emotional functions
Because health is a drain on your financial resources	6.6	d8700 Personal economic resources
With your family facing difficulties due to your health	6.7	Not applicable (impact question)
Doing things for relaxation or pleasure by yourself	6.8	d920 Recreation and leisure

Liite 1. Tummennettuina WHODAS 2.0:n yhteneväisyydet ICF-viitekehyksessä 36 ja 12 ky-symyksen version osalta (Üstün ym. 2010, muokattu)

ICF-pääluokat	kaikki aineiston ICF-kuvauskohteet	COPM	WHODAS 2.0
B1	b152 Tunne-elämän toiminnot		x
B2	b28014 Kipu yläraajassa	x	
	b28015 Kipu alaraajassa	x	
B5	b5250 Ulosteen poisto	x	
B6	b620 Virtsaamistoiminnot	x	
	b640 Seksuaalitoiminnot	x	
D1	d110-d129 Tarkoitukselliset aistikokemukset		x
	d160 Tarkkaavuuden kohdentaminen		x
	d1551 Monimutkaisten taitojen hankkiminen		x
D2	d210 Yksittäisen tehtävän tekeminen	x	
D3	d355 Asiakeskustelu	x	
D4	d4100 Makuulle meno	x	
	d4154 Seisoma-asennon ylläpitäminen	x	x
	d4200 Itsensä siirtäminen istuma-asennossa	x	
	d430 Nostaminen ja kantaminen	x	
	d4301 Käsillä kantaminen	x	
	d440 Käden hienomotorinen käyttäminen	x	
	d4401 Tarttuminen	x	
	d4402 Käsitteleminen	x	
	d4450 Vetäminen	x	
	d4452 Kurkottaminen	x	
	d450 Käveleminen	x	
	d4501 Pitkien matkojen käveleminen	x	x
	d4551 Kiipeäminen	x	
	d4601 Muissa rakennuksissa kuin kotona liikkuminen	x	
	d4602 Kodin ja muiden rakennusten ulkopuolella liikkuminen	x	
	d465 Liikkuminen välineiden avulla	x	
	d4702 Julkisen moottorikulkuneuvon käyttäminen	x	
	d4751 Moottorikulkuneuvon kuljettaminen	x	
	D5	d510 Peseytyminen	x
d5100 Kehon osien peseminen		x	x
d5201 Hampaiden hoitaminen		x	
d5202 Hiusten/parran hoitaminen		x	
d5204 Varpaankynsien hoitaminen		x	
d530 WC:ssä käyminen		x	
d5300 Virtsaamisen säätteleminen		x	
d5301 Ulostamisen säätteleminen		x	

	d540 Pukeutuminen	x	x
	d5400 Vaatteiden pukeminen	x	
	d5402 Jalkineiden pukeminen	x	
	d570 Omasta terveydestä huolehtiminen	x	
D6	d6200 Ostosten tekeminen	x	x
	d630 Aterioiden valmistaminen	x	x
	d6300 Yksinkertaisten aterioiden valmistaminen	x	x
	d640 Kotitaloustöiden tekeminen	x	x
	d6401 Keittoalueen ja keittiötarvikkeiden puhdistaminen	x	x
	d6402 Asunnon siivoaminen	x	x
	d6408 Kotitaloustöiden tekeminen, muu määritelty: lumen luonti	x	x
	d650 Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen	x	x
	d6501 Asunnosta ja huonekaluista huolehtiminen	x	x
	d6503 Kulkuneuvoista huolehtiminen	x	x
	d660 Muiden henkilöiden avustaminen	x	x
D7	d730 Yhteydenpito vieraisiin henkilöihin		x
	d7500 Vapaamuotoiset sosiaaliset suhteet		x
D8	d820 Kouluopetus		x
	d825 ammatillinen koulutus	x	x
	d830 Korkea-asteen koulutus		x
	d850 Vastikkeellinen työ		x
	d8502 Kokopäivätyö	x	
D9	d910 Yhteisöllinen elämä		x
	d920 Virkistäytyminen ja vapaa-aika	x	
	d9201 Urheilu	x	
	d9205 Sosiaalinen kanssakäyminen	x	
	d9208 Virkistäytyminen ja vapaa-aika, muu määritelty: sienestäminen/marjastaminen	x	

Liite 2. COPM:n ja WHODAS 2.0:n kohdentuminen kootusti ICF-päälukittain ja – kuvauskohteittain