

KOGNITIIVINEN KUNTOUTUS TOIMINTATERAPIASSA AIVOVERENKIERTOHAIRIÖN JÄLKEEN

Anu Ahlfors

Opinnäytetyö
Syyskuu 2012

Toimintaterapian koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) AHLFORS, Anu	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 03.09.2012
	Sivumäärä 63	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi KOGNITIIVINEN KUNTOUTUS TOIMINTATERAPIASSA AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖN JÄLKEEN		
Koulutusohjelma Toimintaterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) KANTANEN, Mari ja RUTANEN, Maaret		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää millaisena aivoverenkiertohäiriön (AVH) jälkeiset kognitiiviset häiriöt näyttäytyvät toimintaterapian näkökulmasta. Kartoittavalla tutkimuksella pyrittiin selvittämään, miten suomalaiset toimintaterapeutit kokevat kognitiivisten häiriöiden esiintyvän aivoverenkiertohäiriön sairastaneilla asiakkailaan, millaisiksi ke kokevat keinoinsa hallita niitä ja millaisista asioista kaipaavat lisää tietoa. Tutkimuksen tavoitteena oli saavuttaa tietoa, jonka avulla toimintaterapian kognitiivisen kuntoutuksen tilaa voidaan ymmärtää ja sitä kautta kehittää.</p> <p>Tutkimus toteutettiin verkkokyselynä suomalaisille toimintaterapeuteille, jotka ovat työskennelleet AVH:n sairastaneiden asiakkaiden kanssa. Heitä tavoiteltiin toimintaterapeuttiliiton ylläpitämän TOInet-postituslistan välityksellä.</p> <p>Tutkimuksen tulokset osoittivat toimintaterapeuttien kokevan aiheen tärkeäksi ja haastavaksi. Kognitiiviset häiriöt näyttäytyvät yleisinä aivoverenkiertohäiriöiden jälkeen, ja niillä on merkittävä vaikutus asiakkaiden päivittäiseen elämään. Tärkeäksi koettiin, että toimintaterapeuteilla olisi riittävästi keinoja käytössään niiden hallitsemiseen. Toiminnanohjauksen, tarkkaavaisuuden ja muistin häiriöitä sekä neglectiä näyttäytyi toimintaterapeuttien kokeimuksissa AVH-asiakkailaan eniten.</p> <p>Käytetyt menetelmät häiriöiden aiheuttaman haitan lievittämiseksi sisälsivät paljon toiminnallisia tilanteita ja päivittäistoimintojen harjoittelua. Teoria menetelmien taustalla näyttäytyi tuloksissa vaihtelevasti. Vaikuttaisikin siltä, että lisätiedolle olisi tarvetta. Työuran vaiheella ei näyttänyt olevan merkittävää vaikutusta käytettyihin menetelmiin tai niiden riittäviksi kokemiseen. Yhteistyö neuropsykologien kanssa koettiin tärkeäksi, muttei aina mahdolliseksi. Lisää tietoa kaivattiin kohdennetuista kognitiivisten häiriöiden kuntoutus- ja arviointimenetelmistä sekä toimintaterapeutin roolista kognitiivisessa kuntoutuksessa. Tutkitun tiedon tulisi olla helposti saavutettavissa, jotta tietojen ylläpitäminen työn kiireessä olisi mahdollista.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Aivoverenkiertohäiriö, AVH, aivohalvaus, kognitiivinen häiriö, kognitiivinen kuntoutus, toimintaterapia, kuntoutusmenetelmät		
Muut tiedot		



Author(s) AHLFORS, Anu	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 03.09.2012
	Pages 63	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title COGNITIVE REHABILITATION IN OCCUPATIONAL THERAPY AFTER STROKE		
Degree Programme Degree Programme of Occupational Therapy		
Tutor(s) KANTANEN, Mari and RUTANEN, Maaret		
Assigned by		
Abstract <p>The purpose of the Bachelor's Thesis was to examine how cognitive impairments appear after stroke in occupational therapy perspective. A survey was used to learn how Finnish occupational therapists see the cognitive disorders to occur with their clients who have had a stroke, what sort of means they have to manage the impairments, and in which areas they would need to learn more. The aim of the survey was to gain information for understanding and improving the state of cognitive rehabilitation in occupational therapy.</p> <p>An internet questionnaire was implemented for the Finnish occupational therapists, who had worked with stroke survivors. They were reached through the TOInet-mailing list, maintained by The Finnish Association of Occupational Therapists.</p> <p>The results showed that this topic was considered important and challenging by the occupational therapists. Cognitive impairments seem to be common after stroke and to have significant effects on the clients' everyday lives. It was seen important that the occupational therapists have enough strategies to manage the impairments. According to the experiences of the respondents, disorders in executive function, attention and memory as well as neglect appear most frequently with clients who have had a stroke.</p> <p>The intervention methods that were used to moderate the effects of the disorders consisted of functional situations and daily-living-function training. The theory used to guide the interventions showed varyingly in the results. Therefore, it seems that further information on the topic is needed. No remarkable differences were seen in the methods used or in the need of further information between the therapists in the early or later stages of their careers. They felt that co-operation with a neuropsychologist was important, but not always possible. The therapists expressed the need of information about specific rehabilitation and assessment methods for cognitive dysfunctions as well as about the role of occupational therapists in cognitive rehabilitation. Evidence-based information should be made easily available to enable updating knowledge in full-day practice.</p>		
Keywords Stroke, cognitive impairment, cognitive dysfunction, cognitive rehabilitation, occupational therapy, methods		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 TOIMINTATERAPIAN PERIAATTEET.....	5
3 KOGNITIIVISET TOIMINNOT.....	6
4 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT.....	7
4.1 Aivoverenkiertohäiriöt Suomessa.....	8
4.2 Aivoverenkiertohäiriön jälkeinen kuntoutus.....	9
5 KOGNITIIVINEN KUNTOUTUS AVH:N JÄLKEEN.....	10
5.1 Toimintaterapia kognitiivisessa kuntoutuksessa.....	11
5.1.1 Kognitiiviset lähestymistavat.....	12
5.1.2 Kognitiiviset viitekehykset toimintaterapiassa.....	14
5.1.3 Kognitiivisten häiriöiden arviointi toimintaterapiassa.....	16
5.2 Kuntoutusmenetelmiä yleisimpiin kognitiivisiin häiriöihin.....	19
5.2.1 Toiminnanohjaus.....	20
5.2.2 Tarkkaavaisuus.....	21
5.2.3 Muisti ja oppiminen.....	22
5.2.4 Kielelliset toiminnot.....	23
5.2.5 Neglect.....	24
5.2.6 Agnosia.....	26
5.2.7 Apraksia.....	26
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	27
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	28
7.1 Kyselylomake.....	30
7.2 Vastausten käsittely.....	32
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	33
8.1 Yleisimmät kognitiiviset häiriöt AVH:n jälkeen.....	34
8.2 Toimintaterapeuttien käyttämät keinot.....	36

	2
8.2.1 Arviointimenetelmät ja viitekehykset.....	37
8.2.2 Kuntoutusmenetelmät.....	38
8.3 Toimintaterapeuttien kaipaama lisätieto.....	40
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	42
LÄHTEET.....	48
LIITTEET.....	54
Liite 1. Kyselyn saateviesti TOI-nettiin.....	54
Liite 2. Kyselylomakkeen tekstiversio.....	55
Liite 3. Esimerkkikuvia verkkokyselystä.....	58
Liite 4. Sähköpostiviesti kolmelle toimintaterapeutille.....	59
Liite 5. Toinen viesti TOI-nettiin	60

KUVIOT

KUVIO 1. Vastaajien ammatissatyöskentelyajat.....	33
KUVIO 2. Vastaajien edellisen vuoden AVH-asiakkaiden määrät.....	34
KUVIO 3. Arviot kognitiivisten häiriöiden yleisyydestä AVH-asiakkailta.....	34
KUVIO 4. Vastaajien arviot toimintaterapian tavoitteiden kohdentumisesta .	35
KUVIO 5. Kognitiiviset osa-alueet, joilla häiriöitä useimmin esiintyy.....	35
KUVIO 6. Vastaajien kognitiivisen kuntoutuksen keinojen riittävyys.....	40
KUVIO 7. Vastaajien kaipaama lisätieto.....	41

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriön (AVH) sairastaneet aikuiset muodostavat yhden suurista toimintaterapian asiakasryhmistä. AVH vaikuttaa usein aivojen tiedonkäsittelyprosesseihin eli kognitiivisiin toimintoihin. (Baum 2005, xi.) Kognitiiviset häiriöt, kuten tarkkaavaisuuden haasteet, voivat olla vaikeasti havaittavia tai sekoittua muihin oireisiin (Grieve & Gnanasekaran 2008, 3). Silti niiden vaikutukset itsenäiseen suoriutumiseen päivittäisessä elämässä voivat olla merkittävät (National stroke foundation 2010, 92). Koska toimintaterapeutit sekä arvioivat AVH:n sairastaneiden asiakkaiden toimintakykyä, että pyrkivät parantamaan heidän toiminnallista suoriutumistaan, olisi tärkeää, että terapeuteilla olisi riittävästi keinoja tunnistaa kognitiivisia häiriöitä sekä vaikuttaa niihin (Korner-Bitensky, Barrett-Bernstein, Bibas & Poulin 2011, 241).

Kognitiivisia häiriöitä pyritään lievittämään yleensä neuropsykologisessa kuntoutuksessa, ja sen on todettu olevan vaikuttavaa (Wikström, Meretoja, Hietanen ym. 2008, 10). Kuitenkin vain hyvin pieni osa AVH:n sairastaneista pääsee neuropsykologiseen kuntoutukseen. Toimintaterapia näyttäisi toteutuvan Paltamaan, Karhulan, Suomela-Markkasen ja Autti-Rämön (2011a, 24) raportin perusteella viisi kertaa yleisemmin kuin neuropsykologinen kuntoutus. Koska kognitiiviset häiriöt ovat hyvin yleisiä AVH:n jälkeen (mm. Hoffmann, Schmitt & Bromley 2009), voisi edellisten huomioiden perusteella olettaa, että moni toimintaterapian asiakkaista tarvitsisi neuropsykologista kuntoutusta, mutta on syystä tai toisesta jäänyt ilman. Tämänkin vuoksi toimintaterapian kognitiivisen kuntoutuksen keinojen merkitys korostuu.

Kuntoutuksen tulee perustua vaikuttavuustietoon ja toimintaterapeutin tulee jatkuvasti kehittää osaamistaan (Kelan avo- ja laitospuolisen kuntoutuksen standardi 2011). Työ on luonteeltaan usein kuitenkin hyvin hektistä ja liikkuvaa, eikä tiedon etsimiseen hajallaan olevista lähteistä jää välttämättä riittävästi aikaa. Toimintaterapeuttiliiton Keski-Suomen aluetapaamisessa toukuussa 2012 nousi esiin myös näyttöön perustuvan tiedon olevan haastavaa löytää eri tietokannoista. Tutkitun tiedon etsiminen niistä on sekä työlästä, että aikaa vievää. (Huusko 2012.)

Vaikuttaa siltä, ettei toimintaterapeuteilla ole riittävästi kognitiivisen kuntoutuksen keinoja varsinkaan uransa alkuvaiheessa. Kanadalaisessa tutkimuksessa Korner-Bitensky ja muut (2011) selvittivät toimintaterapeuttien AVH:n jälkeisten kognitiivisten häiriöiden arviointi- ja interventiokäytäntöjä, ja totesivat niissä parantamisen varaa (mts. 248). Toimintaterapiaopintojen aikana kognitiivisia häiriöitä ja niiden kuntouttamisen keinoja käsitellään hyvin vähän, vaikka kognitio on olennainen osa toiminnallista suoriutumista, ja siten toimintaterapian ominta aluetta (Katz 2005, xiii).

Opinnäytetyössäni selvitän AVH:n jälkeen esiintyvien kognitiivisten häiriöiden ilmiötä toimintaterapian näkökulmasta. Kartoittavalla tutkimuksella pyrin saamaan käsityksen siitä, miten suomalaiset toimintaterapeutit itse kokevat kognitiivisten häiriöiden esiintyvän AVH-asiakkaillaan, millaisina he kokevat omat keinonsa vaikuttaa niihin ja millaisista asioista kaipaisivat lisää tietoa. Tavoitteenani on saavuttaa tietoa, joka auttaa ymmärtämään ja sitä kautta kehittämään toimintaterapian kognitiivisen kuntoutuksen tilaa. Samalla pyrin syventämään omaa ammatillista tietämystäni AVH-asiakkaiden kognitiivisista haasteista ja kuntoutusmahdollisuuksista.

Opinnäytetyöni aihe on itsekehitetty, eikä sillä siten ole toimeksiantajaa. Se sai alkunsa harjoittelujaksolta, jossa itse törmäsin konkreettisesti keinojeni riittämättömyyteen, kun asiakkaillani oli kognitiivisia haasteita, kuten muistin ja toiminnanohjauksen häiriöitä. Ohjaava toimintaterapeutti oli työskennellyt alalla noin kolme vuotta, ja koki kanssani samankaltaista keinottomuutta haasteiden edessä. Keskustelut muiden valmistuneiden kollegoiden kanssa vahvistivat käsitystäni alalla olevasta tiedon lisäämisen tarpeesta aiheesta.

Ajatuksissani alkoi kehittyä idea verkkosivustosta, johon tietoa vaikuttaviksi todetuista menetelmistä koottaisiin. Koska internetin hyödyntäminen tiedon etsinnässä on yleistynyt ja älypuhelimien ja liikkuvan laajakaistan yleistymisen myötä sen käyttö on helpottunut, sivusto mahdollistaisi tiedon paremman saavutettavuuden ja hyödynnettävyyden myös liikkuvassa työssä (Tieto- ja viestintätekniikan käyttö 2011). Näkemys käytännön tarpeesta perustui vielä hyvin suppean ryhmän kokemuksiin. Merkittäväksi nousi selvittää tarkemmin kognitiivisen kuntoutuksen tilaa toimintaterapiassa ja toimintaterapeuttien kokemusta yleisemmin. Aiheesta ei löytynyt valmiita tutkimuksia.

2 TOIMINTATERAPIAN PERIAATTEET

Toimintaterapiassa asiakkaan terveyttä ja hyvinvointia pyritään edistämään toiminnan avulla. Toimintaterapia on asiakaslähtöistä ja sen tavoitteena on auttaa asiakasta osallistumaan arjen toimintoihin. Toimintaterapian käsityksen mukaan henkilön fyysiset, psyykkiset ja kognitiiviset tekijät, toteutettavan toiminnan ominaisuudet sekä ympäristön fyysiset, sosiaaliset, kulttuuriset ja asenteelliset piirteet voivat sekä tukea että rajoittaa osallistumista. Asiakkaan osallistumista merkitykselliseen toimintaan pyritään mahdollistamaan joko parantamalla asiakkaan kykyä suoriutua siitä tai muokkaamalla itse toimintaa tai ympäristöä, jossa se toteutetaan. (WFOT 2010.)

Kela on Suomessa suurin kuntoutuksen maksajataho ja asettaa siten kriteerit hyvistä kuntoutuskäytännöistä ja toimintaterapiankin toteutuksesta. Niiden mukaan kuntoutuksen tulee perustua hyvään kuntoutuskäytäntöön ja vaikuttavuustuloksiin. Tällä tarkoitetaan yleisesti hyväksytyjä kuntoutuksen käytäntöjä, jotka perustuvat vakiintuneeseen ja kokemusperäisesti perusteltuun käytäntöön tai tieteelliseen vaikuttavuustietoon. Kuntoutuksen tavoitteiden on oltava asiakkaalle realistisia ja tarkoituksenmukaisia. Niiden on oltava myös sellaisia, että niitä voidaan mitata ja kirjata. (Kelan avo- ja laitospuolisen kuntoutuksen standardi n.d.)

Inhimillisen toiminnan malli

Inhimillisen toiminnan malli eli Model of human occupation (MOHO) on toimintaterapiassa yleisesti käytetty työskentelyä ohjaava malli. Se on asiakaslähtöinen ja painottaakin asiakkaan näkökulman huomioimisen tärkeyttä terapiaprosessissa. (Kielhofner 2008, 1-4.) Tätä ajattelutapaa käytetään ohjaamaan myös tätä opinnäytetyöprosessia.

MOHOssa asiakkaan oman kokemuksen, motivaation ja toimintamallien vaikutukset suoriutumiskykyyn korostuvat. Suoriutumiskyvyllä mallissa käsitetään kaikki suoriutumisen taustalla olevat ruumiilliset ja henkiset tekijät, kuten kognitiiviset valmiudet, sekä aiempien kokemusten perusteella muovautunut oma käsitys suoriutumisestaan. Ympäristöstä, jossa toiminta tapahtuu, nousee aina mahdollisuuksia ja voimavaroja sekä vaatimuksia ja rajoitteita. Näiden vaikutukset toiminnalliseen suoriutumiseen, eli toiminnan

toteuttamiseen riippuvat siitä, kuinka ne soveltuvat yhteen kyseisen henkilön kokemusten, arvojen ja suoriutumiskyvyn kanssa. (Mts. 12–21.)

Sen sijaan, että kohdistuisi yksittäiseen sairauteen tai oireeseen, MOHO pyrkii ymmärtämään sen vaikutuksia ihmiseen kokonaisvaltaisesti. Tämän yleisen luonteensa vuoksi MOHO on tarkoitettu käytettäväksi yhdessä toisten mallien kanssa, jotka kohdentuvat tarkemmin suoriutumisen taustalla oleviin tekijöihin. Se täydentää niitä tuomalla esiin asiakkaan oman kokemuksen haitan vaikutuksista. (Mts. 1–4.) Luvussa 5.1.2 kuvataan esimerkkinä kahta toimintaterapian kognitiivista mallia.

3 KOGNITIIVISET TOIMINNOT

Kognitioon liittyy tiedon omaksumista, prosessointia ja käyttäytymistä. Kognitio koostuu toisiinsa liittyvistä prosesseista, jotka tuottavat ajatuksia ja tavoitteiden mukaista käyttäytymistä (Korner-Bitensky ym. 2011, 241). Se sisältää perustason kognitiiviset valmiudet (esim. tarkkaavaisuus, muisti, havainnointi) ja korkeamman tason kognitiiviset toiminnot, joita kutsutaan myös metakognitiivisiksi taidoiksi. Näihin kuntoutuksen alalla käsitetään kuuluvan tietoisuus ja toiminnanohjaus, jotka usein nivoutuvat yhteen. (Katz & Hartman-Maeir 2005, 3–4.)

Inhimillisen toiminnan mallin mukaan kognitiiviset valmiudet ovat henkisiä tekijöitä, jotka osaltaan vaikuttavat henkilön suoriutumiskykyyn (Kielhofner 2008, 18). Kun suoriutumiskyky, motivaatio tekemiseen ja totutut toimintatavat yhdistyvät ympäristön tarjoamiin puitteisiin ja vaatimuksiin, muodostuvat toiminnalliseen suoriutumiseen tarvittavat taidot (mts. 103).

Taitoja MOHOn mukaan käsitetään olevan kolmen tyyppisiä: motorisia taitoja, prosessitaitoja sekä kommunikaatio- ja vuorovaikutustaitoja. Niistä prosessitaidoilla tarkoitetaan edellä mainittujen toiminnanohjauksen ja tietoisuuden prosesseihin sisältyviä taitoja, kuten toimintojen organisoimista ajan mukaan, tarkoituksenmukaisten välineiden käyttämisestä sekä toimintojen aloittamisen ja lopettamisen kykyä. (Mts. 103.)

Kognitiiviset toiminnot ovat perusta päivittäisen elämän tarkoituksenmukaiselle toiminnalle. Ne mahdollistavat toiminnan suunnittelun, tarkkaavaisuuden ylläpitämisen, asioiden muistamisen ja tiedostamisen. Aivojen vaurioituessa esimerkiksi aivoverenkiertohäiriön seurauksena, ilmenee kognitiivisissa prosesseissa usein häiriöitä, jotka voivat haitata elämää merkittävästi. (Baum 2005, xi.) Tällöin yksinkertaisistakin tehtävistä suoriutuminen saattaa olla mahdotonta. Uusien taitojen omaksuminen tai vanhojen kykyjen säilyttäminen voivat vaikeutua ja tiedon prosessointi ja ymmärtäminen saattavat heiketä. (Grieve & Gnanasekaran 2008, 3.)

4 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT

Aivot tarvitsevat jatkuvasti veren mukana kulkeutuvia ravinteita ja happea toimiakseen kunnolla. Aivotoiminnan perusyksiköitä ovat hermosolut, jotka ovat erikoistuneet kehon eri alueiden ja toimintojen hermottamiseen. Aivoissa hermosoluja on noin 100 miljardia ja ne muodostavat keskenään niin sanottuja hermoverkkoja, joita pitkin tieto kulkeutuu eteenpäin. Hermosolut käsittelevät kehon eri osista ja ympäristöstä välittyvää tietoa ja lähettävät tarvittavia toimintakäskyjä muun muassa lihaksille. Jos verenkierto jollekin aivokudoksen alueelle lakkaa, siellä olevat hermosolut kuolevat ja syntyy aivovaurio. (Gazzaniga, Ivry & Mangun 2002, 24–38, 115–117.)

Aivojen verenkierron häiriintymistä aiheuttavista sairauksista käytetään yleisnimitystä aivoverenkiertohäiriö (AVH). Se käsittää tilat, joista aiheutuu joko pitkäaikaisia tai ohimeneviä neurologisia oireita, kuten raajahalvauksia, puhehäiriöitä ja näköhäiriöitä. Pysyvämpiä oireita syntyy aivohalvauksen (engl. stroke) seurauksena. Siihen kuuluvat aivoinfarkti, aivoverenvuoto (ICH) sekä lukinkalvonalainen- eli subaraknoidaalivuoto (SAV). TIA-kohtaus (transient ischemic attack) taas aiheuttaa aivoinfarktin kaltaisia oireita, jotka menevät yleensä ohi tunnissa, tai viimeistään vuorokauden sisällä. (Aivoinfarkti 2011, 2.) TIA usein enteilee aivoinfarktia ja on siksi syytä ottaa vakavasti ja hakeutua hoitoon, vaikka oireet olisivat menneet ohi (mts. 13).

Aivoverenkiertohäiriö-termi ja AVH-lyhenne (esim. AVH-kuntoutus) on vakiintunut yleiseen käyttöön kuntoutusalalla tarkoitettaessa pysyvämpiä oireita aiheuttavia, kuntoutusta vaativia sairauden muotoja (ks. Paltamaa ym. 2011b; Takala n.d.). Näin ollen sillä yleensä tarkoitetaan aivohalvauksia. Viime aikaisissa tutkimuksissa myös TIAN on osoitettu voivan aiheuttaa pysyviä neurologisia muutoksia, jotka vaikuttavat kognitiivisiin toimintoihin (Hoffmann ym. 2009, 161–163). Käypä hoito -suositusten mukaan tällöin kuitenkin kyseessä ei ole TIA, vaan lievä aivoinfarkti (Aivoinfarkti 2011, 13). Tässä työssä aivoverenkiertohäiriöistä puhuttaessa tarkoitetaan pysyvämpiä oireita aiheuttavia ja kuntoutusta vaativia aivoverenkierron häiriöitä.

4.1 Aivoverenkiertohäiriöt Suomessa

Aivoverenkiertohäiriö syntyy yleensä äkillisesti aivoaltimosuonen joko tukkeutuessa (infarkti) tai repeytyessä (verenvuoto) ja vaurioittaessa ympäröiviä hermokudoksia (Atula 2012b). Sen suurimpia riskitekijöitä ovat muun muassa kohonnut verenpaine, korkea kolesteroli, lihavuus, tupakointi ja runsas alkoholinkäyttö (Meretoja 2011, 21–23). Suomessa aivoverenkiertohäiriö on yleisin aikuisiällä vammautumista aiheuttava tekijä (Sivenius 2009). Elämänsä ensimmäiseen aivohalvaukseen sairastuu vuosittain 11 500 suomalaista ja lähes puolet sairastuneista kokee sen jossain vaiheessa vielä uudestaan (Meretoja 2012, 139). Sairastuneista vain alle kolmasosa toipuu ennalleen. Lopuille jää monialaisia, kuntoutusta vaativia liikkumisen, kommunikaation, itsestä huolehtimisen ja ajattelun toimintojen häiriöitä (Meretoja 2011, 27–35).

Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamat oireet vaihtelevat yksilöllisesti riippuen vauriokohdan sijainnista aivoissa. Tois- tai molemminpuoleisia raajaheikkouksia tai -halvauksia saattaa esiintyä, puheen tuotossa voi olla vaikeutta, näköhäiriöitä ja tuntopuutoksia sekä huimausta tai sekavuutta voi ilmetä. (Atula 2012b.) Kognitiivisten toimintojen häiriöt ovat yleisiä aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Pohjasvaara, Ylikoski, Hietanen, Kalska ja Erkinjuntti (2002, 594) mainitsevat niitä esiintyvän yli puolella sairastuneista. Tutkimuksesta riippuen arviot kognitiivisten häiriöiden yleisyydestä kuitenkin vaihtelevat 20:stä 87 prosenttiin (mm. Pohjasvaara, Erkinjuntti, Vataja & Kaste 1997; Hoffmann ym. 2009; Korner-Bitensky ym. 2011).

Jos AVH:sta aiheutuneet muut oireet ovat lieviä, saattavat kognitiiviset häiriöt jäädä helposti huomaamatta. Silti niiden vaikutukset toiminnalliseen elämään voivat osoittautua merkittäviksi (National stroke foundation 2010, 92). Kognitiiviset häiriöt vaikuttavat muun muassa sairaalassaoloajan pitenemiseen, riippuvuuteen toisten avusta ja toimintakyvyn heikentymiseen (Korner-Bitensky ym. 2011, 241).

Aivoverenkiertohäiriön kansantaloudelliset vaikutukset ovatkin suuret. Jokaisesta sairastuneesta aiheutuu elinaikanaan noin 55 000 euron kustannukset. Ennaltaehkäisevällä toiminnalla eli riskitekijöihin vaikuttamalla on sairastuneiden määrää onnistuttu vähentämään viimeisten vuosikymmenten aikana. Lisäksi tehokkaalla hoidolla ja moniammatillisella kuntoutuksella voidaan vähentää sairastuneiden tarvitseman avun ja hoidon määrää sekä parantaa heidän elämänlaatuaan, ja siten pienentää sairastumisesta aiheutuvia kustannuksia. (Meretoja 2012, 142–145.)

4.2 Aivoverenkiertohäiriön jälkeinen kuntoutus

Aivoverenkiertohäiriö ja sen aiheuttamat haitat esiintyvät jokaisella sairastuneella yksilöllisesti. Kuntoutujan toimintakyvyn ja elinympäristön kokonaisvaltainen huomiointi onkin kuntoutuksessa tärkeää. (Wikström, Meretoja, Hietanen ym. 2008.) Kuntoutuminen aivoverenkiertohäiriön jälkeen perustuu aivojen muovautumiskykyyn. Harjoituksen ja useiden toistojen avulla hermosolut ja -verkot aktivoituvat ja voivat luoda uusia yhteyksiä vaurioituneiden ja tuhoutuneiden tilalle. (Sivenius & Jolkkonen 2004, 2369-2371.)

Paras hyöty kuntoutuksesta saadaan, kun se on moniammatillista ja aloitetaan mahdollisimman varhain. Se tulisi aloittaa jo akuuttivaiheessa eli silloin, kun potilaan tila ei vielä ole vakiintunut. Tehokkainta kuntoutumisen on todettu olevan subakuutissa vaiheessa, joka alkaa tilan vakiinnuttua ja jatkuu sairastumisen jälkeiset 3–6 kuukautta. (Aivoinfarkti 2011, 22.)

Kuntoutuksessa tulee huomioida asiakkaan yksilöllinen tilanne. Sen mukaisesti voidaan painottaa sekä häiriintyneen toiminnon palauttamiseen pyrkivää toimintojen harjoittamista, että haitan minimointiin pyrkiviä kompensoin-

tikeinoja tai apuvälineiden käytön harjoittamista. Subakuutin vaiheen jälkeisessä kroonisessakin vaiheessa kuntoutumista tapahtuu, mutta se on hitaampaa ja vähäisempää. Tällöin keskitytään lähinnä itsenäistä toimintakykyä ylläpitävään kuntoutukseen. Myös oiretiedostuksen lisäämiseen ja muuttuneen elämäntilanteen hallintaan tähtäävää psyykkistä ja psykososiaalista tukea tulisi sisältyä sairastuneen kuntoutukseen. (Mts. 22–25.)

Toimintaterapia kuuluu merkittävänä osana moniammatilliseen kuntoutukseen aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Sen on todettu parantavan suoriutumista päivittäistoiminnoista sekä lisäävän sosiaalista osallistumista. (Steultjens, Dekker, Boutler ym. 2003, 676.) Tyypillisimmin AVH-asiakkaiden toimintaterapiassa käytettävät toiminnot painottuvatkin juuri arjessa tarvittavien taitojen harjoitteluun, suoriutumista helpottavien tekniikoiden ohjaamiseen sekä kompensatiomenetelmien harjoitteluun. (Paltamaa ym. 2011a, 93.)

5 KOGNITIIVINEN KUNTOUTUS AVH:N JÄLKEEN

Kognitiiviset häiriöt ovat vaikeasti hallittavia, koska kognitiiviset prosessit eivät ole nähtävissä. Tästä syystä ne saattavat myös helposti jäädä huomamatta tai niiden aiheuttamat oireet voidaan tulkita väärin. Henkilöä saatetaan esimerkiksi pitää huonokuuloisena, kun hän ei tarkkaavaisuuden pulmien vuoksi vastaa kysymyksiin. (Grieve & Gnanasekaran 2008, 3.)

Kognitiivisella kuntoutuksella tarkoitetaan systemaattista, tarkoituksenmukaisesti suunnattujen terapeuttisten toimintojen käyttämistä. Se perustuu arviointiin ja ymmärrykseen asiakkaan aivojen toimintahäiriöiden vaikutuksista tämän käyttäytymiseen. (Cicerone, Dahlberg, Kalmar ym. 2000, 1596.) Kognitiivisen kuntoutuksen hyötyjen tulee kohdentua henkilön suoriutumisen parantamiseen sellaisilla alueilla, jotka ovat päivittäisen elämän kannalta oleellisia (Cicerone, Langenbahn, Braden ym. 2011, 527).

Kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuutta AVH:n jälkeen on pyritty selvittämään kirjallisuuskatsauksissa useaan otteeseen (mm. Cicerone ym. 2000; Rohling, Faust, Beverly & Demakis 2009, Cicerone ym. 2011). Katsausten

kriteerit täyttäviä tutkimuksia on kuitenkin hyvin niukasti. Cicerone ja muut (2011, 526) osoittavat uusimmassa katsauksessaan kognitiiviselle kuntoutukselle AVH:n jälkeen olevan jonkin verran näyttöä. Heidän mukaansa se näyttäisi olevan hyödyllisempää kuin kuntoutus perinteisin menetelmin, kun kyseessä on aivojen vauriosta johtuvat kognitiiviset häiriöt ja toiminnan rajoitteet AVH:n jälkeen. He toteavat katsauksen osoittavan yhdenmukaisesti aiempien katsaustensa kanssa kognitiivisen kuntoutuksen hyödyttävän jäljelle jäävien kognitiivisten rajoitteiden kompensointikeinojen oppimisessa. Hyödyistä toiminnallisuuteen, osallistumiseen ja elämänlaatuun on kuitenkin rajallisesti näyttöä. He painottavatkin lisätutkimusten tarvetta parhaiden interventiomenetelmien selvittämiseksi. (Mts. 526–527.)

Suomessa kognitiivisten häiriöiden kuntouttamisen katsotaan kuuluvan neuropsykologiseen kuntoutukseen, joka konsensuslausumassa todetaankin vaikuttavaksi. (Wikström ym. 2008, 10.) Neuropsykologeja on Suomessa kuitenkin vähän (Takala n.d., 20) ja kuten aiemmin on todettu kognitiiviset häiriöt voivat helposti jäädä AVH:n jälkeen huomaamatta (National stroke foundation 2010, 92). Paltamaan ja muiden (2011a, 24) raportista käykin ilmi, että neuropsykologinen kuntoutus Kelan rahoittamana toteutuu vain hyvin harvan AVH:n sairastaneen kohdalla. He toteavatkin, että neuropsykologista kuntoutusta suositellaan aivan liian harvoin AVH:n jälkeen (mts. 95).

5.1 Toimintaterapia kognitiivisessa kuntoutuksessa

Toimintaterapialla on tärkeä rooli moniammatillisessa lähestymistavassa kognitiivisten häiriöiden hoidossa. Toimintaterapeutit arvioivat ja kuntouttavat kognitiivisia haittoja, jotta asiakas saavuttaisi parhaan mahdollisen itsenäisen suoriutumisen tason elämän rooleissaan AVH:n jälkeen. (Hoffmann, Bennett, Koh & McKenna 2010, 2.)

Yleisellä tasolla kognitiivisten häiriöiden harjoittamista voidaan toimintaterapiassa käsittää sisältyvän päivittäisten toimintojen harjoitteluun. Tämä perustuu ajatukseen, että samalla kun fyysinen suoriutuminen kehittyy, väistämättä myös kognitiiviset taidot harjoittuvat (Korner-Bitensky ym. 2011, 243). Tällaisia toimintoja on olemassa paljon ja ajattelutavan mukaisia kognitiivisia

interventioita toteutetaankin toimintaterapiassa runsaasti. Jos kognitiivista harjoittelua kuitenkin tarkastellaan tarkemmin kognitiivisiin rakenteisiin kohdentuvana harjoitteluna, on toimintaterapiassa esiintyvien kognitiivisten interventioiden määrä hyvin vähäinen. (Mts. 248.)

Toimintaterapian vaikutuksia kognitiivisten häiriöiden hoidossa AVH:n jälkeen on tutkittu hyvin vähän, ja siten toimintaterapian mahdollisia hyötyjä kognitiivisten häiriöiden kuntoutukseen ei ole voitu osoittaa, eikä kumota (Hoffmann ym. 2010, 3–6). Näin ollen myöskään tiettyjen toimintaterapian lähestymistapojen suosittelu tutkimusnäytön perusteella ei ole ollut mahdollista (Paltamaa ym. 2011a, 147).

Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen ja Autti-Rämö (2011b, 9) mainitsevat kuitenkin, että tutkimusnäytön puuttuminen ei tarkoita automaattisesti, etteivät menetelmät olisi vaikuttavia. Syynä saattaa usein olla, että tutkimusta aiheesta ei ole riittävästi tai ne eivät sovellu asiakkaan yksilölliseen tilanteeseen. Tällöin yksilöllisen sekä asiakkaan tarpeet ja voimavarat huomioivan kuntoutuksen toteuttamisessa sovelletaan teorialähtöistä lähestymistapaa tai kokemusperäistä tietoa. (Mts. 9.)

5.1.1 Kognitiiviset lähestymistavat

Toimintaterapian kognitiivisen kuntoutuksen interventiot toteutuvat yleensä korjaavan (remedial) tai mukauttavan (compensatory) lähestymistavan mukaisesti. Niillä pyritään joko parantamaan häiriintynyttä toimintoa tai tarjoamaan asiakkaalle uusia selviytymiskeinoja haittaan sopeutumiseksi. (Korner-Bitensky 2011, 242.)

Korjaava lähestymistapa (remedial approach)

Korjaava lähestymistapa perustuu käsitykseen aivojen muovautuvuudesta ja kyvystä järjestäytyä uudelleen vaurioitumisen jälkeen siten, että vahingoittumattomina säilyneet alueet voivat alkaa vastata vahingoittuneiden alueiden toiminnoista. Lähestymistavan mukaisella interventiolla asiakkaan toimintakykyä pyritään edistämään ja ylläpitämään parantamalla häiriintyneitä

kognitiivisten alueiden toimintoja, kuten tarkkaavaisuutta tai muistia. (Hoffmann ym. 2010, 2.)

Interventioissa voidaan hyödyntää esimerkiksi kynä ja paperi -tehtäviä, tietokoneharjoitteita tai lautapelejä. Toistuvien harjoitusten oletetaan kehittävän näistä toiminnoista vastaavia aivojen alueita ja johtavan siten parempaan suoriutumiseen. Saavutettujen taitojen oletetaan siirtyvän laajemmin myös muihin samantyyppisiin päivittäisen elämän toimintoihin, kuten raha-asioiden tai kotitöiden hoitamiseen ja suunnitteluun. (Mts. 2-3.)

Mukauttava lähestymistapa (compensatory approach)

Mukauttava lähestymistapa perustuu käsitykseen keskushermoston vaurioiden toipumisen rajallisuudesta (Grieve & Gnanasekaran 2008, 43). Lähestymistapa keskittyy hyödyntämään säilyneitä toimintoja, jotta häiriöiden aiheuttama haitta olisi mahdollisimman vähäinen. Se myös pyrkii palauttamaan toimintakykyä auttamalla uusien toimintatapojen ja tekniikoiden kehittämisessä vaikeuksista selviämiseksi. (Hoffmann ym. 2010, 2.)

Mukauttavan lähestymistavan menetrit hyödyntävät oppimisen teorioita. (Grieve & Gnanasekaran 2008, 43.) Interventiot voivat sisältää itsestä huolehtimisen toimintojen harjoittelua, kuten esimerkiksi pukeutumista ja ruoanlaittoa. Asiakasta voidaan opastaa kognitiivisia toimintoja helpottavien apuvälineiden käyttöön, kuten kellon hälytysten tai lääkeannostelijan hyödyntämiseen. Lisäksi interventiot voivat sisältää asiakkaan ja tämän läheisten ohjaamista uusien toimintastrategioiden käyttöön, jotta kognitiivisten häiriöiden aiheuttama haitta olisi mahdollisimman vähäinen (Hoffmann ym. 2010, 3.)

Lähestymistapojen vaikuttavuudesta ja olettamuksista, joihin ne perustuvat käydään jatkuvasti kiivasta keskustelua. Korjaavaa lähestymistapaa on kritisoitu siitä, ettei sen toistuvien harjoitteiden avulla saavutettuja hyötyjä voida sellaisenaan suoraan siirtää päivittäisen elämän toimintoihin. Kun taas mukauttavan lähestymistavan mukaisilla yksittäisillä toiminnallisilla harjoitteilla saavutettujen taitojen ei katsota välttämättä yleistyvän muihin päivittäisiin toimintoihin ja tilanteisiin. (Hoffmann ym. 2010, 3.)

Koska toimintaterapian vaikutusten tulee kuitenkin näkyä toiminnallisessa suoriutumisessa (Law & Baum 2005, 3), on näiden perinteisten lähestymistapojen rinnalle noussut kolmas, toiminnallinen lähestymistapa. Siinä yhdistetään elementtejä sekä korjaavasta että mukauttavasta lähestymistavasta, jotta saavutetut vaikutukset siirtyisivät päivittäisen elämän toimintoihin. (Hoffman ym. 2010). Tästä lähestymistavasta esimerkkinä Grieven ja Gnanasekaranin (2008, 44) mainitsema Leen, Powellin ja Esdailen (2001) esittämä Functional approach.

Toiminnallinen lähestymistapa (functional approach)

Lee ja kumppanit (2001) painottavat, etteivät korjaava ja mukauttava lähestymistapa ole toisensa poissulkevia. He viittaavat Gianutsokseen (1991) näkemyksessään, että kuntoutuksen alkuvaiheessa tulisi painottaa enemmän korjaavaa lähestymistapaa. Siten luodaan pohjaa myöhemmälle kuntouttavalle toiminnalle. Menetelmät voivat tällöin sisältää pöytätasen aktiviteetteja ja aistiärsykkeiden antamista edellä mainittujen kynä-paperi- ja tietokone tehtävien lisäksi. (Lee ym. 2001, 45.)

Vähitellen kuntoutumisen edetessä ja asiakkaan kognitiivisen tason parantuessa painopiste siirtyy toiminnallisten tilanteiden harjoitteluun ja kompensatiomenetelmien opetteluun. Lee ja muut korostavat, että myös kognitiivisten valmiuksien parantamista voidaan sisällyttää tähän mukauttavan lähestymistavan vaiheen todellisten toimintojen harjoitteluun. Tällöin asiakas voi harjoitella käytännön tilanteissa korjaavassa vaiheessa saavutettuja taitoja, ja niiden siirtyminen arjen toimintoihin on todennäköisempää. (Mts. 45–46.)

5.1.2 Kognitiiviset viitekehykset toimintaterapiassa

Mallit ja viitekehykset muodostavat perusteet, joiden mukaan terapeutti järjestää ja priorisoi asiakasta koskevaa tietoa sekä tunnistaa hoidon tarpeita. Edellä kuvatut lähestymistavat puolestaan määrittävät, kuinka mallia tai viitekehystä sovelletaan interventiossa. Sen mukaan määrittyy, kuinka toiminnan häiriöitä käsitellään. (Grieve & Gnanasekaran 2008, 42.)

Unsworth (1999, 20) on nostanut esiin, kuinka tärkeää toimintaterapeuttien olisi kyetä omaksumaan ja tuomaan ilmi päättelyään ohjaavat viitekehykset. Etenkin kognitiivisiin häiriöihin kohdistuvissa interventioissa niiden tärkeys korostuu, jotta saavutetaan ohjelma, jossa on rakennetta, johdonmukaisuutta ja pysyvyyttä. Unsworthin mukaan toimintaterapeuttien tulisivat kyetä paremmin nimeämään, mihin käyttämänsä toiminnot pohjautuvat, jotta he voisivat ohjata opiskelijoita teorian soveltamisessa käytäntöön, sekä perustelemaan interventioita asiakkailleen, kollegoilleen ja maksajatahoille. (Mts. 20–21.)

Kuten aiemmin olen esittänyt, inhimillisen toiminnan malli näkee asiakkaan näkökulman selvittämisen ja kokonaisvaltaisen käsityksen muodostamisen tärkeänä. Se määrittää kognition osaksi suoriutumiskykyyn vaikuttavia tekijöitä ja soveltuukin siten käytettäväksi myös asiakkaiden kanssa, joilla on kognitiivisten toimintojen häiriöitä (ks. DePoy & Burke 1992, 246–247; Unsworth 1999, 33–35). Se kohdentuu kognition kuitenkin hyvin yleisellä tasolla ja pyrittäessä tarkempaan selvyyteen häiriöiden taustalla olevista kognitiivisista tekijöistä, tarvitaan MOHOn rinnalle tarkoitukseen paremmin soveltuva malli (Kielhofner 2008, 1–4).

Käytettävän viitekehyksen valintaan vaikuttavat kognitiivisten häiriöiden vakavuus sekä niiden aiheuttajat. Lisäksi valinnassa tulee huomioida asiakkaan yksilölliset haasteet sekä ympäristö, jossa tämän tulee toimia. (Katz 2005, xv.) Toimintaterapian kognitiivisia malleja on useita. Esimerkkeinä yleisimmin käytetyistä malleista, jotka Katzin (2005, xv) mukaan soveltuvat käytettäväksi AVH:n jälkeen esiintyvien kognitiivisten häiriöiden kanssa, mainittakoon **Dynamic Interactional Model** ja **Cognitive Rehabilitation Model**.

Toglian (2005, 29) kehittämä Dynamic interactional approach tarkastelee suoriutumisen taustalla olevia, siihen vaikuttavia olosuhteita ja prosessointitapoja dynaamisesti. Se ei keskity yksittäisiin kognitiivisiin häiriöihin. Lähestymistavan mukaisessa arvioinnissa hyödynnetään vihjeitä ja tehtävän muokkausta niin, että tunnistetaan henkilöllä olevat muutoksen mahdollisuudet. Terapiassa voidaan keskittyä muokkaamaan asiakkaan toimintatapoja ja itsetietoisuutta, ulkoisia tekijöitä kuten toiminnan vaatimuksia ja ympäristöä tai voidaan kohdentaa huomio yhtäaikaaisesti henkilöön, toimintaan ja ympäristöön suoriutumisen mahdollistamiseksi. (Mts. 29.)

Cognitive rehabilitation modelin ovat alunperin kehittäneet toimintaterapeutit Loewensteinin kuntoutussairaalassa. Se on tarkoitettu koko käytettäväksi kuntoutusprosessin ajan aikuisilla ja nuorilla, joilla on kognitiivisia haittoja esimerkiksi AVH:n seurauksena. Mallin mukaiset kuntoutusmenetelmät keskittyvät kognitiiviseen harjoitteluun pyrkien tehostamaan jäljellä olevia taitoja ja opettamaan kuntouttavia kognitiivisia strategioita, oppimistekniikoita tai toimintatapoja. Käytettävien menetelmien valinta riippuu asiakkaan kyvyistä ja sairauden tai haitan asteesta. (Averbuch & Katz 2005, 113.) Mallissa kognition arviointi on keskeistä soveltuvan intervention suunnittelussa (mts. 116).

5.1.3 Kognitiivisten häiriöiden arviointi toimintaterapiassa

Jotta toimintaterapia palvelisi asiakkaan tarpeita kokonaisvaltaisesti ja parhaalla mahdollisella tavalla, tulee toimintaterapeutin kerätä asiakkaastaan monipuolisesti tietoa (Kielhofner 2008, 1–20). Inhimillisen toiminnan malli painottaakin asiakkaiden yksilöllisen tilanteen kartoittamista, huomioiden kaikki toiminnalliseen elämään vaikuttavat osa-alueet, kuten kokemukset, toiminnalliset tarpeet sekä ympäristöt, joissa toiminta tapahtuu. (Mts. 155–159.)

Tähän tarkoitukseen on kehitetty malliin pohjautuvia strukturoituja arviointimenetelmiä, joista suurin osa soveltuu käytettäväksi eri kulttuureissa ja kielenkäännöksinä (mts. 164–165). Näistä prosessitaidot huomioivia menetelmiä ovat muun muassa **MOHOST** (Model of Human Occupation Screening Tool), **AMPS** (Assessment of Motor and Process Skills) ja **OSA** (Occupational Self Assessment) (mts. 160-161).

MOHOST on seulonta-arviointimenetelmä, jolla mitataan asiakkaan toiminnallista osallistumista. Sen avulla voidaan tunnistaa tarkemman arvioinnin tarve ja suunnitella terapiainterventioita. (Mts. 293–294.) AMPS on tarkoitettu toiminnallisen suoriutumisen arviointiin. Se perustuu asiakkaan toiminnan havainnointiin päivittäistoiminnoissa. AMPS koostuu kahdesta erillisestä asteikosta, joissa arvioidaan motorisia ja prosessitaitoja. Sen käyttöön edellytetään käyttäjäkoulutus. (Mts. 217-218.) OSA on itsearviointimenetelmä, jonka

avulla asiakas arvioi suoriutumistaan päivittäisistä toiminnoista ja tärkeinä pitämiään muutoksen kohteita (mts. 246).

Toimintaterapian vaikutuksia arvioitaessa tulee arvioinnin nykyisten käsitysten mukaan painottua suoritustason eli toiminnan ja osallistumisen mittaamiseen. Suorituskykyä eli toimintavalmiuksia arvioidaan, kun pyritään selvittämään syitä suoriutumisen hankaluuksiin. (Paltamaa ym. 2011, 131.) MOHOon perustuvassa arvioinnissa häiriöitä ei nosteta keskeisiksi huomionkohteiksi, vaan siinä on tärkeää kokonaiskuva asiakkaan tilanteesta sekä asiakkaan näkökulma häiriön aiheuttamasta toimintakyvyn haitasta. Pyrittäessä selvittämään taustalla olevia syitä tarkemmin, kehottaa Kielhofner (2008, 164–165) käyttämään MOHO:n rinnalla tarkoitukseen paremmin soveltuvaa toimintaterapian mallia ja sen arviointimenetelmiä.

Strukturoitujen menetelmien lisäksi toimintaterapeutin tulisi Kielhofnerin mukaan käyttää jatkuvasti myös strukturoimattomia arviointimenetelmiä, kuten havainnointia ja keskustelua asiakkaan kanssa, saadakseen terapiaprosessiin arvokasta ja täydentävää tietoa (Kielhofner 2008, 157). Suomessa toimintaterapeutit Paltamaan ja muiden (2011a, 131) mukaan käyttävät arvioinnissa eniten juuri strukturoimatonta havainnointia ja haastattelua. Paltamaa ja muut ovat kuitenkin sitä mieltä, että tällaisten menetelmien runsas käyttö voi heikentää tulosten luotettavuutta. He myös korostavat strukturoitujen menetelmien käytön merkitystä ammattialan roolin muodostumisessa ja ammatillisuuden vahvistumisessa (mts. 131).

Kognition arviointi ja häiriöiden havaitseminen ajoissa olisi tärkeää, jotta asianmukaisten kuntoutusmenetelmien määrittäminen mahdollistuu. Tähän tarkoitettuja arviointi- ja seulontamenetelmiä on olemassa useita, mutta parhaiten soveltuvia ja maailmanlaajuisesti hyväksytyjä menetelmiä niistä ei ole tällä hetkellä määritetty. (National stroke foundation 2010, 92.)

Korner-Bitenskyn ja muiden (2011, 247) mukaan kognitiivisten häiriöiden seulontaan käytetään toimintaterapiassa yleisimmin **MMSE**-testiä (Mini-Mental State Examination), joka on tarkoitettu demantian kartoittamiseen. He huomauttavat, että sitä tulisi ainoastaan käyttää juuri häiriöiden seulontaan AVH:n jälkeen, koska on todettu, että se ei sovellu muutoksen arviointiin.

Parempana vaihtoehtona Korner-Bitensky ja muut nostavat esiin **MoCan** (Montreal Cognitive Assessment). (Mts. 247.) Sillä voidaan kartoittaa eri kognitiivisilla alueilla ilmeneviä lieviä häiriöitä (Nasreddine 2004).

Kokonaisvaltaiseen kognitiivisten häiriöiden arviointiin toimintaterapeutit käyttävät Korner-Bitensky ja muiden mukaan useimmin **LOTCAa** (Loewenstein Occupational Therapist Cognitive Assessment) (mts. 242). Sen avulla saadaan alustava kuva asiakkaan kognitiivisista kyvyistä. Sitä voidaan-kin käyttää toimintaterapian intervention alkuarviointiin sekä seulontaan tarkempaa neuropsykologista arviointia varten. (Averbuch & Katz 2005, 116-117.)

Toiminnanohjauksen häiriöillä on merkittävä vaikutus toiminnalliseen suoriutumiseen (tarkemmin luvussa 5.2.1 Toiminnanohjaus). Monet kognitiiviset arviointimentelmät koostuvat strukturoiduista tehtävistä, joiden aikana toiminnanohjauksen arviointiin ei ole tilaisuutta. Siksi on kehitetty tarkoitukseen paremmin soveltuvia menetelmiä, joista osa arvioi kaikkia toiminnanohjauksen komponentteja ja toiset tiettyjä osatekijöitä, kuten suunnittelua. (Katz & Hartman-Maeir 2005, 12.)

Katz ja Hartman-Maeir mainitsevat toiminnanohjauksen seulontaan tarkoitettut **EXIT-25** (Executive Interview) ja **Executive Clock Drawing Test**, jotka tarjoavat tietoa toimintojen hallinnasta ja järjestämisestä, sekä pöytätason testit **BADS** (Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome). Se koostuu kuudesta osatestistä, jotka kohdentuvat päivittäistoiminnoissa tarpeellisiin toiminnanohjauksen osatekijöihin, kuten toiminnan suunnitteluun ja ajanhallintaan. (Mts. 12-13.)

Monet arviointimenetelmät ovat kansainvälisiä, ulkomailla kehitettyjä. Ennenkuin ne voidaan ottaa Suomessa käyttöön, tulee varmistua niiden pätevydestä Suomen oloihin. Niiden on käytävä läpi pätevä käänös- ja validointiprosessi, joka sisältää kielen käännöksen jälkeen takaisin käännöksen sekä koekäytön. Siten varmistetaan, että arviointimenetelmän teoreettinen tausta ja pätevyys säilyvät muuttumattomina, eikä tekijänoikeuksia loukata. (Kanelisto, Juntunen & Salminen 2012.)

5.2 Kuntoutusmenetelmiä yleisimpiin kognitiivisiin häiriöihin

Kognitiivisten häiriöiden kirjo on laaja ja tarkkojen kognitiivisten osa-alueiden tai niiden häiriöiden määrittelyssä on suurta hajontaa (Hoffmann ym. 2010, 2). Yleisimpiä häiriöitä AVH:n jälkeen on pyritty selvittämään tutkimuksilla, mutta tulokset vaihtelevat suuresti (esim. Tatemichi, Desmond, Stern ym. 1994; Pohjasvaara ym. 1997; Hoffmann ym. 2009).

Tatemichi ja muut (1994, 206) esimerkiksi havaitsivat kolme kuukautta aivoinfarktin jälkeen esiintyvän yleisimmin muistin (29 %) ja orientaation (27 %) häiriöitä. Pohjasvaaran ja muiden (1997) mukaan häiriöitä kuitenkin näkyi eniten rakenteellisten ja visuospatiaalisten toimintojen (37 %), muistin (23–34 %) ja toiminnanohjauksen (25 %) alueilla. Hoffmann ja muut (2009, 163) tutkivat häiriöiden esiintyvyyttä kuukauden kuluttua sairastumisesta ja nostivat yleisimmiksi otsalohkon alueelle sijoittuviin vaurioihin liittyvät häiriöt (51 %), joihin kuuluu muun muassa toiminnanohjaus. Toiseksi yleisimmin heidän tutkimuksessaan esiintyi vasemman aivopuoliskon hermoverkoston vaurioihin liittyviä afasioita (34,8 %) (mts. 163).

Tämä tulosten epäyhteneväisyys saattaa selittyä tutkimuksissa käytetyillä erilaisilla mittausmenetelmillä ja mittausajankohdan sijoittumisella sairastumiseen nähden. Se myös kuvastaa kognitiivisten häiriöiden monimuotoisuutta ja yksilöllisyyttä, joihin Pohjasvaara ja kumppanitkin (2002, 594) viittaavat. Kognitiiviset häiriöt eivät heidän mukaansa useinkaan esiinny yksittäin tietyillä osa-alueilla, vaan erilaiset yksilöllisesti vaihtelevat häiriöiden ryhmittymät ovat tyypillisiä (mts. 594).

Hoffmann ja muut (2010) sekä Korner-Bitensky ja muut (2011) viittaavat tutkimuksissaan australialaisen National stroke foundationin AVH-kuntoutuksen kliinisissä suosituksissaan kuvaamiin määrittelyksiin. Niiden mukaan kognitiiviset alueet, joihin aivoverenkiertohäiriö useimmin vaikuttaa ovat tarkkaavaisuus, orientaatio, muisti, kieli ja toiminnanohjaus. Lisäksi neglectiä, apraksiaa ja agnosiaa esiintyy usein. (National stroke foundation 2010, 92.)

5.2.1 Toiminnanohjaus

Toiminnanohjaus (engl. executive function) on korkean tason kognitiivinen prosessi, jossa yhdistyvät päämäärän asettaminen sekä sen saavuttamiseksi tarvittavien toimintojen suunnittelu, alkuun saattaminen, ylläpito ja lopettaminen (Grieve & Gnanasekaran 2008, 194–195). Kaikkia yksittäisiä toimintojen osa-alueita ei toiminnanohjauksen prosessista ole kyetty määrittelemään, mutta toimintaterapiassa erillisinä alueina on totuttu tarkastelemaan toiminnan aloittamista ja päättämistä, tavoitteen asettamista, toiminnan suunnittelua ja toteutusta sekä mukautumiskykyä ja joustavuutta. (Mts. 195–196.)

AVH vaikuttaa usein toiminnanohjaukseen (Korner-Bitensky ym. 2011, 247). Sen prosessit ilmenevät useissa monimutkaisissa päivittäisen elämän toiminnissa. Niiden häiriöt tulevatkin parhaiten esiin todellisissa elämän tilanteissa, joita toimintaterapeutit asiakkaidensa kanssa yhdessä kohtaavat. Siksi toiminnanohjauksen prosessien ymmärtäminen ja hoito ovat toimintaterapeuttien ominta aluetta. (Katz & Hartman-Maeir 2005, 3.)

Erityisesti toiminnanohjauksen arvioimiseen tarkoitettuja menetelmiä (kuvattu luvussa 5.1.3 Kognitiivisten häiriöiden arviointi toimintaterapiassa) on toimintaterapeuteilla käytössään hyvin vähän. Niiden käyttöä tulisi lisätä, koska toiminnanohjauksella ja sen häiriöillä on suuri vaikutus toiminnalliseen suoriutumiseen ja yhteiskunnalliseen elämään. (Korner-Bitensky ym. 2011, 247.)

Näyttöä toiminnanohjauksen häiriöstä kuntouttamiseen on niukasti. Yhdessä tutkimuksessa on todettu positiivisia vaikutuksia toiminnanohjaukseen, kun ulkoista vihjettä käytetään ylläkkeenä toiminnan aloittamiseen. Ulkoisena vihjeenä voi toimia esimerkiksi hakulaite tai puhelimen muistutukset. (National stroke foundation 2010, 94.)

Toiminnanohjauksen harjoittamiseen sisältyy tarkkaavaisuuden ja muistin harjoittamista, koska ne ovat merkittävässä osassa toiminnanohjauksen prosesseissa. Korjaavan lähestymistavan mukaisissa interventioissa toiminnanohjauksen eri alueita pyritään parantamaan. Tällöin toiminnanohjausta pyritään kehittämään parantamalla asiakkaan tietoisuutta ja tarjoamalla

suoriutumismahdollisuuksia sekä useita toistoja. (Chung, Pollock, Campbell, Durward & Hagen 2010, 2.)

Toiminnanohjauksen harjoittamisessa tärkeintä Katzin ja Hartman-Maeirin (2005, 17) mukaan onkin tarjota asiakkaalle tilaisuuksia tehdä valintoja sekä suunnitella ja muokata omaa toimintaansa. Tavoitteena on saavuttaa kyky itsenäiseen ongelmanratkaisuun ongelmia kohdattaessa. Siksi asiakkaalle tulee tarjota mahdollisuus suunnitella toimintasuunnitelma, aloittaa se ja suorittaa loppuun. Sen lisäksi asiakkaan on voitava arvioida ja muokata omaa suoriutumistaan. (Mts. 17.)

Mukauttaviin kuntoutusmenetelmiin voi kuulua sisäisten kognitiivisten apukeinojen käytön harjoittelua kompensoimaan pirstaloituneita ja järjestäytymättömiä toiminnanohjauksen prosesseja. Vaihtoehtoisesti ne voivat sisältää ulkoisia menetelmiä, joiden avulla asiakkaan tietoisuus suoriutumisestaan lisääntyy. Nämä interventiot voivat sisältää tavoitteiden mukaisen toiminnan harjoittelua, kirjallisten toimintaohjeiden käyttöä ja elektronisten laitteiden hyödyntämistä, itseohjaustekniikoita, palautteenantomenetelmien (kuten peilin ja videopalautteen) käyttämistä sekä systemaattisten ongelmanratkaisukäytäntöjen harjoittelua. (Chung ym. 2010, 2.)

5.2.2 Tarkkaavaisuus

Tarkkaavaisuus (engl. attention) on perusta useimmille kognitiivisille prosesseille. Se tarkoittaa kykyä suunnata ajatuksia ja tekoja kohti ärsykettä tai tapahtumaa, pitää ne kohdennettuna olennaisen ajanjakson sekä olla huomioimatta muita ympäristöstä tulevia epäolennaisia ärsykeitä. (National stroke foundation 2010, 93.) Tarkkaavaisuuden osa-alueita ovat muun muassa tarkkaavaisuuden suuntaaminen, ylläpitäminen ja kontrollointi (Suutama 2004, 78).

National stroke foundation (2010, 93) on yhdistänyt tarkkaavaisuuteen keskittymisen (concentration), jolla se ilmeisesti pyrkii kattamaan orientaationkin, koska orientaatiota ei suosituksissa muuten tarkemmin eritellä. Orientaatio tarkoittaa suuntautumista ja suuntaamista MOT-sanakirjan mukaan. Siksi sen

voikin ajatella liittyvän olennaisesti tarkkaavaisuuteen kuten myös neglectiin. Tämän seurauksena tässäkin ei tarkemmin käsitellä orientaatioita erillään vaan se käsitetään osaksi tarkkaavaisuutta ja sen kohdentamista.

Tarkkaavaisuuden häiriöillä voi olla merkittävä vaikutus toimintaan. Ne vaikuttavat ympäristön havainnointiin, asioiden mielessä pitämiseen, päätösten tekoon sekä ongelmanratkaisun joustavuuteen. Tarkkaavaisuus on osallisena myös muistin ja oppimisen toiminnoissa, mahdollistaen asioiden mielessä pitämisen ja tallentamisen pitkäkestoiseen muistiin sekä mieleen palauttamisen. (Grieve & Gnanasekaran 2008, 134–135.)

Tarkkaavaisuuteen kohdistuva kuntoutus voi sisältää kynätehtäviä sekä tietokoneella suoritettavia tehtäviä. Harjoitteilla on todettu olevan jonkin verran hyötyä valppauden sekä tarkkaavaisuuden ylläpitämisen parantumiseen. Toiminnallisen itsenäisyyden paranemista tukevaa tai kumoavaa näyttöä ei tarkkaavuuden harjoittamisella AVH:n jälkeen ole voitu osoittaa. (Lincoln ym. 2008.)

5.2.3 Muisti ja oppiminen

Oppiminen määritellään usein muistin osa-alueeksi, koska sen ajatellaan olevan uuden asian tallentamista muistiin. Muisti jakautuu moneen eri osa-alueeseen, joissa erilainen tietoaines käsitellään. Yleisellä tasolla se voidaan jakaa lyhytkestoiseen ja pitkäkestoiseen muistiin. (Suutama 2004, 80.)

Lyhytkestoisessa muistissa säilytetään lyhyen ajan uutta tietoa tai hetken mielessä pidettäviä asioita, kuten numerosarjoja tai sanajoukkoja. Siellä tieto käsitellään, yhdistetään aiempaan tietoon ja siirretään tallettavaksi pitkäkestoiseen muistiin. Pitkäkestoisen muistin osa-alueilla tapahtuu niin sanottu tietoinen muistaminen, jossa muun muassa kieleen ja symbolien hallintaan sekä paikkoihin ja aikoihin liittyvä tieto voidaan palauttaa mieleen. Lisäksi pitkäkestoinen muisti sisältää ns. toimintatapamuistin, johon toimintatapoihin ja taitoihin liittyvät asiat ovat tallentuneet ja asioiden mieleen palauttaminen tapahtuu lähinnä tiedostamatta, automaattisesti. (Mts. 80.)

Muistin kuntoutuksella pyritään joko harjoittelemaan uudelleen kadotettuja tai heikentyneitä muistin toimintoja tai opettamaan asiakkaalle keinoja selviytyä niiden kanssa. Tutkimuksia niiden vaikutuksista AVH:n jälkeen esiintyviin muistin häiriöihin on toteutettu hyvin vähän, mutta olemassa olevien tulosten perusteella ei kuntoutuksella voida osoittaa olevan merkittävää vaikutusta suoriutumiseen objektiivisista muistitesteistä tai toiminnallisuuteen. (das Nair & Lincoln 2008, 2.)

Terapiatilanteissa tulisi käyttää tekniikoita, jotka hyödyntävät mahdollisimman paljon säilyneitä muistin alueita. Terapia tulisi toteuttaa luonnollisessa ympäristössä, jolloin saavutusten yleistyminen on mahdollista. (National stroke foundation 2010, 22.) Ulkoisia muistitukia voidaan käyttää muistin apuna (mts. 93).

Muistituet ovat ulkoisia vihjeitä, joiden avulla mieleenpalautusvaihetta tuetaan ja siten suoriutumista pyritään kohentamaan muistin häiriöistä huolimatta. Muistitukia voivat olla esimerkiksi kalenterit, munakellot, lääkkeiden annostelijat, muistilaput ja -listat sekä erilaiset elektroniset laitteet, kuten puhelimet ja muistikirjat. Soveltuvan muistituen valinnassa tulee huomioida asiakkaan muistihäiriön aste sekä MOHOnkin painottamat tavat ja tottumukset. On tärkeää, että muistitukien käyttöä harjoitellaan aktiivisesti asiakkaan kanssa yhdessä, jotta sen käyttö yleistyisi arjen toimintoihin. (Hokkanen 2004, 440.)

5.2.4 Kielelliset toiminnot

Aivoverenkiertohäiriön kohdistuessa vasempaan aivopuoliskoon, vaikutukset näkyvät usein kielellisissä toiminnoissa. Kielelliset häiriöt voivat esiintyä afasiana, dyspraksiana tai dysartriana. (National stroke foundation 2010, 89.) Niistä afasia tarkoittaa puheen ymmärtämisen ja tuottamisen vaikeutta, joka voi vaikuttaa myös luetun ymmärtämiseen ja kirjoittamiskykyyn. Se voi ilmetä eri tavoin. Joillakin puhe voi olla sujuvaa, mutta oikeiden sanojen löytäminen on haasteellista. Tällöin myös puheen ymmärtäminen on vaikeutunut. Toisinaan taas puhe voi olla hidasta ja työlästä, mutta käytetyt sanat ovat oikeita, eikä puheen ymmärtämisessä ole vaikeuksia. (Atula 2012a.)

Dyspraksialla tarkoitetaan puheen apraksiaa eli heikentynyttä kykyä tuottaa puhetta tahdonalaisesti, joka ei kuitenkaan johdu lihasten heikkoudesta. Dyspraksiaa esiintyy vain harvoin yksinään. Sen rinnalla ilmenee usein afasiaa. Henkilö, jolla on dyspraksia, tiedostaa usein, mitä haluaisi sanoa, muttei kykene sitä motorisesti ilmaisemaan. Eniten dyspraksia näyttäisi vaikuttavan juuri tahdonalaiseen puheeseen, kun taas automaattiset, refleksinomaiset ilmaisut saattavat säilyä koskemattomina. Esimerkiksi erottaessa henkilö saattaa kyetä sanomaan 'näkemiin', mutta pyydettyä asiayhteydestä irrallaan saman sanan tuottaminen ei välttämättä onnistu. (West, Hesketh, Vail & Bowen 2009a, 2-3.)

Dysartriassa puheentuottoon tarvittavien ääntämiselinten toiminta on häiriintynyt keskushermoston vaurioitumisen aiheuttaman halvauksen tai lihasheikkouksien seurauksena (Herd, Tomlinson, Deane ym. 2012, 2). Dysartriaan ei liity puheen ymmärtämisen tai sanojen löytämisen vaikeutta, vaan se on motorinen puhehäiriö. Dysartriassa puhe on usein hidasta ja epäselvää ja ääni voi olla heikko ja karhea. (Sellars, Hughes & Langhorne 2009, 2.)

Kielelliset häiriöt tulee aina arvioida kattavilla arviointimenetelmillä ja interventiot suunnitella yksilöllisesti. Kielellisiä vaikeuksia kuntoutetaan lähinnä puheterapiassa, mutta ne tulee huomioida myös muiden terapiamuotojen toteutuksessa, esimerkiksi muokkaamalla annettavat ohjeet helpommin ymmärrettävään muotoon (National stroke foundation 2010, 89). Kun asiakkaalla on kielellisiä häiriöitä, tulee vaihtoehtoisia kommunikaation keinoja, kuten eleitä, piirtämistä, kirjoittamista sekä puhetta tukevia ja korvaavia kommunikaatiolaitteita, hyödyntää tarpeen mukaan, asiakkaalle parhaiten soveltuvalla tavalla. (Mts. 20–21.)

5.2.5 Neglect

Neglect eli huomioimattomuusoireyhtymä tarkoittaa kyvyttömyyttä suunnata huomiota tai reagoida aivovaurion vastakkaiselta kehon puolelta tuleviin aistiärsykkeisiin (Bowen & Lincoln 2008, 2). Tyypillisimmin neglectiä esiintyy vasemman puolen huomioimattomuutena, joka aiheutuu vauriosta oikeassa aivopuoliskossa (National stroke foundation 2010, 95). Neglectin yleisyys-

arviot AVH:n jälkeen vaihtelevat 8:sta 90 prosenttiin, riippuen määrityksistä ja sisällyttämiskriteereistä. (Bowen & Lincoln 2008, 2.)

Henkilöillä, joilla on neglect, liikkeiden tuottaminen huomiotta jäävän kehon puolen ympäristöön on vaikeutunut ja sieltä tulevien äänien kuunteleminen tai sinne katsominen eivät onnistu. Neglect vaikuttaa kykyyn suoriutua monista päivittäisistä tehtävistä, kuten syömisestä, pukemisesta ja lukemisesta. Se voi rajoittaa henkilön itsenäisyyttä merkittävästi. (Mts. 2.)

Neglectiin kohdistuvan kuntoutuksen puolesta tai vastaan ei ole selvää näyttöä (National stroke foundation 2010, 95). Kuntoutuksella voidaan pyrkiä joko suoraan vähentämään neglectin tasoa korjaavan lähestymistavan mukaisesti, tai pienentämään lopullista vamman aiheuttamaan haittaa, jolloin kyseessä on mukauttavan lähestymistavan mukainen interventio. (Bowen & Lincoln 2008, 3.)

Mukauttavassa interventiossa keskitytään lähinnä häiriöstä aiheutuneeseen toimintarajoitteeseen ja se edellyttää asiakkaalta häiriötilan tiedostamista. Menetelmät sisältävät katseen suuntaamisen harjoittelua ja palautteen antamista asiakkaalle. (Mts. 3.)

Korjaavan lähestymistavan mukaiset menetelmät taas eivät vaadi asiakkaalta tietoisuutta sairaudentilastaan. Niillä pyritään muokkaamaan häiriön taustalla olevia tekijöitä, joiden sitten on tarkoitus muuttaa häiriintynyttä tilan hahmottamista. Erityisten prismalasiä käyttäminen on yleinen korjaavan lähestymistavan mukainen menetelmä. Niiden avulla näkökenttä rajataan siten, että katse kohdentuu huomiotta jäävälle puolelle. (Mts. 3.)

National stroke foundationin (2010, 95) kliinisten suositusten mukaan interventioissa henkilöillä, joilla on neglect voidaan hyödyntää yksinkertaisia viitteitä huomion kiinnittämiseksi huomiotta jäävälle puolelle, katseen suuntaamisen ja silmäilemisen harjoittelua yhdistettynä raaja-aktivaatioon tai tunnon stimulointiin, edellä mainittua prisma-adaptaatiota ja silmälapun käyttämistä näkökentän rajaamiseen sekä mielikuvaharjoittelua tai strukturoitua palauteharjoittelua. Näistä silmäilemisen harjoittelulla, mielikuva- ja palauteharjoituksilla sekä näkökentän rajaamisella on voitu todeta olevan pitkäaikaista

hyötyä. Lisäksi interventioihin voi kuulua tietokonepohjaisia harjoitteita, apuvälineiden suosituksia sekä ympäristön muokkausta. (Mts. 95.)

5.2.6 Agnosia

Agnosia on häiriötila, johon liittyy kyvyttömyys tunnistaa tuttuja esineitä, ääniä, hajuja tai kehon osia, johtumatta kuitenkaan varsinaisista aistitoimintojen häiriöistä. Agnosiat kuvataan yleensä sen kategorian mukaan, johon se vaikuttaa, esimerkiksi visuaalinen eli näköagnosia, taktiilinen eli tuntoaagnosia ja auditiivinen eli kuuloagnosia. Tila on hyvin haitallinen AVH-kuntoutujalle, koska hän ei yleensä itse tunnista ongelmaansa. Vaaratilanteita saattaa syntyä esimerkiksi lieden tai kuumavesihanan käyttämisessä, jos niitä ei tunnisteta. (National stroke foundation 2010, 95.)

On todettu, että agnosiasta kärsivät hyötyisivät eniten lyhyistä mukauttavista interventioista, jotka hyödyntävät koskemattomina säilyneitä aisteja ja havaitsemiskykyä kohteiden tunnistamisessa. Siten oiretiedostusta pyritään lisäämään harjoittelun avulla. Interventiot voivat sisältää esimerkiksi ulkoisten vihjeiden käyttöä, kuten nimilaput tai tarranauhat esineissä, kasvojen tunnistamista ominaispiirteiden avulla sekä sanallista päättelyä. (Mts. 95.)

5.2.7 Apraksia

Tässä apraksialla tarkoitetaan raajojen heikentyntä kykyä toteuttaa opittuja motorisia liikkeitä, joka ei johdu raajojen heikkoudesta, eikä koordinaatiokyvyn tai tunnon puuttumisesta. (West, C., Hesketh, Vail & Bowen 2009b, 2). Aiemmin mainittiin puheen apraksia (dyspraksia), joka aiheuttaa ääntämiselimistöön samankaltaisia oireita.

Henkilöillä, joilla on apraksia, toimintojen suorittaminen ei onnistu, vaikka raajojen liikuntakyky on tallella. Apraksia näyttää heikentävän käsitteellistämiskykyä ja tavoitteenmukaisesta toiminnasta suoriutumista. Tarkoituksenmukaisten esineiden tai työvälineiden valitseminen ja käyttäminen voivat

tuottaa vaikeuksia henkilöille, joilla on apraksia. Siten apraksia vaikeuttaa päivittäistoiminnoista suoriutumista. (Mts. 2.)

Henkilöt, joilla tehtävien toteuttamisen vaikeuden on todettu johtuvan apraksiasta, voivat hyötyä strategiaharjoittelusta päivittäistoimintojen parantamiseksi. Se voi sisältää toiminnan vaiheiden pilkkomista osiin sekä vaiheiden sanallistamista. Eri vaiheet voidaan kirjoittaa paperille tai kuvavihjeitä käyttää vaiheista suoriutumisen tukena. Strategiaharjoittelu yhdistettynä toimintaterapiaan on todettu vaikuttavammaksi kuin perinteinen toimintaterapia itsessään. (National stroke foundation 2010, 94.)

Lisäksi apraksiaan kohdistuvissa interventioissa voidaan hyödyntää aististimulaatiota eli tuntoärsykkeiden tarjoamista raajaa koskettamalla, proprioseptiivista stimulaatiota, jolloin raajoihin kiinnitetään esimerkiksi painot sekä manuaalista ohjausta, jossa terapeutti ohjaa asiakkaan raajaa oikeaan liikkeeseen. (Mts. 94.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyössäni pyrin selvittämään kognitiivisen kuntoutuksen tilaa toimintaterapian näkökulmasta. Kartoittavan tutkimuksen tarkoituksena on selvittää millaisina toimintaterapeutit kokevat AVH-asiakkaiden kognitiiviset häiriöt ja keinonsa vaikuttaa niihin. Tavoitteenani on ymmärtää työuransa eri vaiheissa olevien suomalaisten toimintaterapeuttien kokemuksia AVH-asiakkaiden kognitiivisista häiriöistä, niiden kuntouttamisesta ja lisätiedon tarpeesta. Tietoa voidaan hyödyntää toimintaterapian kognitiivisen kuntoutuksen kehittämiseen ja tiedon lisäämiseen aiheesta.

Tutkimuskysymykseni on ”Millaisina AVH-asiakkaiden kognitiiviset häiriöt näyttäytyvät toimintaterapiassa ja miten niitä hallitaan?”. Sen osakysymyksiä ovat:

1. Mitä kognitiivisia häiriöitä toimintaterapeutit käytännön työssä yleisimmin kohtaavat AVH:n sairastaneilla asiakkaillaan?

2. Millaisin keinoin toimintaterapeutit pyrkivät vaikuttamaan AVH-asiakkaiden kognitiivisiin häiriöihin?
3. Millaisista asioista toimintaterapeutit mahdollisesti kaipaisivat lisää tietoa kognitiiviseen kuntoutukseen liittyen?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksella pyrin muodostamaan kokonaisvaltaisen käsityksen toimintaterapeuttien kokemuksista AVH:n jälkeen esiintyvistä kognitiivisista häiriöistä ja niistä kuntouttamisesta. Siksi käytin laadullista tutkimusotetta ja kartoittavaa tutkimusta. Kartoittavan tutkimuksen tarkoituksena on selvittää asioiden tilaa, selvittää vähän tunnettuja ilmiöitä ja löytää uusia näkökulmia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 136.) Tutkimuksessani pyrinkin selvittämään toimintaterapeuttien kokemuksiin pohjautuen, millaisina AVH-asiakkaiden kognitiiviset häiriöt näyttäytyvät toimintaterapiassa, ja miten niitä hallitaan.

Tutkimukseni esioletuksena oli, että toimintaterapeuteilla ei ole käytössään riittävästi keinoja kognitiivisten häiriöiden kuntouttamiseen, etenkin uransa alkuvaiheilla. Tästä syystä oli tärkeää saavuttaa työuransa eri vaiheissa olevia, kyseisen asiakasryhmän kanssa työskennelleitä toimintaterapeutteja. Kohdejoukkoon valikoituivat kaikki AVH-asiakkaiden kanssa työskennelleet suomalaiset toimintaterapeutit.

Tutkittavan ilmiön kokonaisvaltaisen ymmärtämisen kannalta tärkeäksi nousi laajan aineiston kerääminen, vaikkakaan laadullisella tutkimuksella ei yleensä pyritä tilastolliseen yleistettävyyteen, eikä aineiston koon siten tarvitsisi olla suuri (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Aineiston keruutavaksi valitsin kustannustehokkaan verkkokyselyn (Kuula 2006, 174) ja tavoitteeksi asetin 30 vastausta.

Verkkokyselyllä saavutetaan usein korkea vastausprosentti, koska se voidaan toimittaa samanaikaisesti useille tutkittaville ja se on vastaajien kannalta helpposti lähestyttävä. Sähköisen lomakkeen etuna on myös mahdollisuus sisällyttää siihen vuorovaikutuksellisuutta ja vastaajaa ohjaavia toimintoja. Tällöin

vastaaminen on sujuvaa ja asiakaslähtöistä. Verkkokyselyn vastausten ollessa valmiiksi sähköisessä muodossa, niiden käsittely helpottuu. (Mts. 174.)

Toteutin tutkimuksen eettisiä periaatteita ja hyviä tieteellisiä käytäntöjä noudattaen. Niillä tarkoitetaan muun muassa tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta, tutkittavien riittävää informointia, rehellisyyttä ja avoimuutta tulosten raportoinnissa ja puolueettomuutta niiden tarkastelussa. (Mts. 29–39.)

Lähestyin kohdejoukkoa toimintaterapeuttiliiton ylläpitämän TOInet-postituslistan kautta lähettäen listalle saateviestin ja linkin kyselyyn. Lyhyessä saateviestissä (ks. liite 1) esittelin aluksi itseni sekä opinnäytetyöni aiheen, tavoitteen ja esitysajankohdan (mts. 102). Pyysin sellaisia toimintaterapeutteja vastaamaan kyselyyn, joilla on asiakkanaan ollut yksikin AVH:n sairastanut kuntoutuja. Tällä pyrin rohkaisemaan myös sellaisia toimintaterapeutteja osallistumaan, joilla ei ole niin kokemusta aiheesta, eivätkä siksi ehkä koe vastaamista tärkeäksi.

Postituslistan kautta kaikkien liittoon kuuluvien, listalle rekisteröityneiden ja kyseisen asiakasryhmän kanssa työskennelleiden toimintaterapeuttien oli mahdollista osallistua tutkimukseen. Kyselyyn osallistuminen oli näin vapaaehtoista (mts. 87), ja se kohdentui tavoitellulle joukolle (mts. 174). Osallistujien oman harkinnan ja rehellisyyden varaan tosin jäi arvioida kuulumisensa kohdejoukkoon. Täyttäessään kyselyn he ilmaisivat suostumuksensa tutkimukseen eikä muuta tutkimuslupaa tarvittu (mts. 117).

Vastaajien osallistuessa kyselyyn avoimen linkin kautta heidän yhteystietonsa tai henkilöllisyytensä eivät tulleet tietooni. Niitä ei myöskään kyselyssä erikseen kysytty, joten tutkittavien anonymiteetti säilyi. (Mts. 109, 174-176.) Saateviestissä kerroinkin, ettei tunnistetietoja kerätä, ja muita tietoja tullaan käyttämään ainoastaan tähän opinnäytetyöhön (mts. 115). Lupasin lähettää postituslistalle linkin valmiiseen, julkaistuun opinnäytetyöhöni, jotta kyselyyn vastanneet pääsevät tutustumaan siihen.

7.1 Kyselylomake

Toteutin kyselyn Digium Enterprise -verkkokyselyohjelmalla, JAMKin käyttäjälisenssillä. Kyselylomakkeessa käytin sekä avoimia että monivalintakysymyksiä. Avoimet kysymykset mahdollistavat vastaajalle laajemmin todellisen kokemuksensa ilmaisemisen kysyttävästä asiasta. Ne toisaalta myös tuottavat kirjavan aineiston, jonka käsittely on haastavaa. Tämän vuoksi hyödynsin myös monivalintakysymyksiä, joissa valmiilla vastausvaihtoehdoilla kerätty tieto on paremmin keskenään vertailtavissa. (Hirsjärvi ym. 1997, 197.) Vastaa- jien on todettu myös todennäköisemmin vastaavan monivalintakysymykseen kuin avoimiin kysymyksiin (Kyselylomakkeen laatiminen n.d.).

Kysymyksenasetteluissa pyrin välttämään johdattelevia sanavalintoja sekä korostamaan vastaajien omakohtaisen mielipiteen ilmaisemisen tärkeyttä. Näin tavoittelin käsitystä juuri tutkittavien kokemuksesta asiaan, en heidän käsitystään mahdollisesti vallalla olevista näkemyksistä. (Mt.) Kyselylomake on esitetty tekstiversiona liitteessä 2, josta verkkolomake poikkesi ulkoasultaan hieman (ks. esimerkkikuvat liitteessä 3). Verkkolomakkeessa ei esimerkiksi näytetty kysymysten numerointia, jotka tekstiversiossa selkeyden vuoksi esitetään.

Kysely koostui viidestä osakokonaisuudesta, jotka ryhmittäivät verkkolomakkeessa eri sivuille siten, että yhdellä sivulla esitettiin enintään kolme kysymystä. Näin yleisilme pysyi selkeänä ja houkuttelevana, jolloin vastaaminen on todennäköisempää (mt.). Kysymykseen 5 ja 12 sisältyi vastausvalinnasta riippuva hyppy uuteen osakokonaisuuteen. Tällöin vastaajan kannalta tarpeettomat kysymykset jätettiin näyttämättä. Kysymyksessä 6, vastaajan valitessa useamman kuin pyydetyt kolme vastausvaihtoehtoa, lomakkeella näkyi teksti ”valitse enintään kolme vaihtoehtoa”. Vastaavasti, jos hän ei valinnut yhtään, näytettiin teksti ”valitse vähintään yksi vaihtoehto”. Kysymykset 10 ja 11 olivat vaihtoehtoisia ja esitettiin kysymyksessä 2 valitun vaihtoehdon perusteella.

Kyselylomakkeen alussa, ensimmäisellä sivulla oli lyhyt esittely kyselyn tarkoituksesta ja yleinen vastausohje (mt.). Kysymyksillä 1–3 kerättiin vastaajien taustatietoja, joita hyödynnettiin aineiston teemoittelussa. Lomakkeen kysy-

mykset 4–7 tavoittelivat tietoa tutkimuksen osakysymykseen 1, ”Mitä kognitiivisia häiriöitä toimintaterapeutit käytännön työssä yleisimmin kohtaavat AVH:n sairastaneilla asiakkailaan?”. Osakysymykseen 2, ”Millaisin keinoin toimintaterapeutit pyrkivät vaikuttamaan AVH-asiakkaiden kognitiivisiin häiriöihin?”, hain vastausta kysymyksillä 8–11. Kysymykset 12–14 valaisivat osakysymystä 3, ”Millaisista asioista toimintaterapeutit mahdollisesti kaipaisivat lisää tietoa kognitiiviseen kuntoutukseen liittyen?”. Lomakkeen lopussa vastaajalle annettiin mahdollisuus vielä vapaaseen kommentointiin sekä kiitettiin osallistumisesta.

Ennen julkaisua, kyselylomaketta testasivat opinnäytetyötä ohjaava opettaja ja neljä jyväskyläläistä toimintaterapeuttia. Heiltä saamieni kommenttien perusteella tein joitakin muutoksia kysymysten asetteluun, lisäsin kysymykset 2 ja 4 sekä arvioin vastaamiseen kuluvan keskimäärin 10 minuuttia.

Julkaisin kyselyn kesäkuun toisella viikolla lähettäen linkin ja saateviestin (kuvattu edellä, liite 1) TOInet-postituslistalle. Tavoitteenani oli saavuttaa kyselyllä 30 vastausta viikon aikana. Julkaisua seuraavana päivänä kolme toimintaterapeuttia otti minuun sähköpostitse yhteyttä kertoen, etteivät saa viestissä ollutta linkkiä avattua. Vastauksia oli tullut siihen mennessä jo 16, joten linkki oli jossain vaiheessa toiminut.

Yhteyttä ottaneille terapeuteille lähetin kyselyohjelman kautta vastauksen, johon liitin kyselyn linkin uudelleen sekä lisäksi erillisen sähköpostikutsulinkin, joka toimisi vaikka varsinainen linkki ei avautuisi. Tässä yhteydessä kerroin heille, että kutsulinkkiä käytettäessä, tunnistustiedot tallentuvat ohjelmaan, mutta vastaukset käsittelen kuitenkin nimettöminä ja luottamuksellisesti (ks. liite 4). Kukaan heistä ei käyttänyt kutsulinkkiä.

Varmistuttuani, että TOInetin viestissä ollut linkki ei toiminut, lähetin kyselyn osoitteen postituslistalle uudestaan. Mukana olevassa viestissä (ks. liite 5) kerroin aiemmin lähettämäni linkin lakanneen yllättäen toimimasta. Ilmaisin saaneeni jo jonkin verran vastauksia ja toivovani niitä vielä lisää.

7.2 Vastausten käsittely

Kysely oli avoimena viikon ja kyselyyn vastasi yhteensä 74 toimintaterapeuttia. Vastausten käsittelyssä hyödynsin kyselyohjelmaa aineiston teemoitteluun luokiteltuani vastaukset eri vertailuryhmiin ammatissa työskentelyajan (alle 2 vuotta/2–5 v./6–20 v./yli 20 v.), edeltävän vuoden AVH:n sairastaneiden asiakkaiden määrän (alle 5 asiakasta/5–20 as./21–60 as./yli 60 as.) sekä työn pääasiallisen sisällön (arviointi/terapia/jokin muu) mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). Aineiston tulkintaan käytin sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä.

Vertailuryhmien perusteella tein kyselyohjelman avulla erilaisia suodatuksia, joiden valossa muodostin aineistosta tulkintoja ja päätelmiä. Eri kysymysten kohdalla painottuivat vertailuryhmät eri tavoin riippuen, millaista tietoa kysymyksessä tavoiteltiin. Esimerkiksi kysymykset 4–7 kartoittivat yleisesti kognitiivisten häiriöiden ilmenemistä AVH-asiakkailta, ja koskivat siten kaikkia vastaajia, eikä suodatuksia vertailuryhmiin käytetty. Kun taas kysymyksissä 8–11 kysyttäessä vastaajan käyttämiä arviointi- ja kuntoutusmenetelmiä sekä viitekehyksiä AVH-asiakkaiden kognitiivisiin häiriöihin liittyen, olennaiseksi nousi tarkastella vastauksia kaikkia edellä mainittuja vertailuryhmiä käyttäen. Kysymykset 12–14 puolestaan kartoittivat toimintaterapeuttien kokemaa lisätiedon tarvetta, ja olennaista oli tarkastella vastausjakaumasta ammatissa työskentelyajan vaikutusta siihen.

Kysymysten 10 ja 11 vastaukset jaottelin kolmeen teemaryhmään sen mukaan, kuinka kognitiivisiin rakenteisiin ja toimintoihin liittyvä teoriapohja näkyi vastauksen sisällössä valitun toiminnon taustalla. Ryhmään 1 sijoittuivat vastaukset, joissa terapeutti kuvasi käyttämiään menetelmiä hyvin pinnalliseksi jäävällä tasolla, eikä toiminnon teoreettinen tausta kuvastunut. Ryhmässä 2 olivat vastaukset, joissa teoriaan perustuva ajattelu näkyi ilmauksissa jonkin verran, mutta jäi silti osittain pinnalliseksi. Kolmanteen ryhmään jaottuivat vastaukset, joista kävi ilmi syvempi kognitiiviseen haittaan liittyvän teorian tuntemus ja hyödyntäminen toiminnan valinnassa.

Tässä työssä alle 2 vuotta toimintaterapeutittina työskennelleet käsitetään vastavalmistuneiksi, joiden ammatti-identiteetti ei vielä ole kehittynyt. Sen

ajatellaan jo alkaneen muotoutua 2–5 työskentelyvuoden aikana. Viiden vuoden jälkeen ammatti-identiteetti katsotaan kehittyneeksi, jolloin sen syventäminen voi alkaa. Yli 20 vuotta työskennelleiden toimintaterapeuttien ammatti-identiteetin käsitetään tässä työssä vakiintuneen. Näin vastaajat voidaan karkeasti jaotella 'tuoreisiin' toimintaterapeutteihin, jotka ovat työskennelleet alle 5 vuotta ja 'kokeneempiin', jotka ovat työskennelleet yli 5 vuotta. Tähän jaotteluun perustuu tulosten kuvaaminen jatkossa ryhmiteltyinä alle 5 vuotta ja yli 5 vuotta työskennelleisiin toimintaterapeutteihin.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen aineisto käsittää 74 suomalaisen toimintaterapeutin vastaukset verkkokyselyyn, jossa kartoitettiin heidän kokemuksiaan AVH-asiakkaiden kognitiivisten häiriöiden ilmenemisestä, käytössään olevista keinoista vaikuttaa niihin ja kaipaamastaan lisätiedosta. Kyselyyn vastanneista toimintaterapeuteista lähes puolet oli työskennellyt ammatissa alle viisi vuotta (alle 2 v. tai 2–5 v.). Hieman pienempi osa vastaajista oli työskennellyt 6–20 vuotta ja pieni osa yli 20 vuotta. Ammatissa työskentelyaikoja kuvataan kuviossa 1.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Alle 2 vuotta	18	24,32%					
2.	2-5 vuotta	18	24,32%					
3.	6-20 vuotta	32	43,24%					
4.	Yli 20 vuotta	6	8,11%					
	Yhteensä	74	100%					

KUVIO 1. Vastaajien ammatissatyöskentelyajat.

Vastaajien työn sisällöllinen painopiste jakautui melko tasaisesti arvioinnin ja terapian välille. Hiukan yli puolet (51 %) ilmoitti työnsä sisältävän enimmäkseen terapiaa. Arviointipainotteista työ oli 42 prosentilla ja loput (7 %) ilmoittivat työnsä sisältävän jotakin muuta, kuten palvelutarpeen tai apuvälineasioiden arviointia sekä ryhmämuotoista kurssityötä. Edeltävän vuoden aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden asiakkaiden määrät jakautuivat kaikkiin ver-

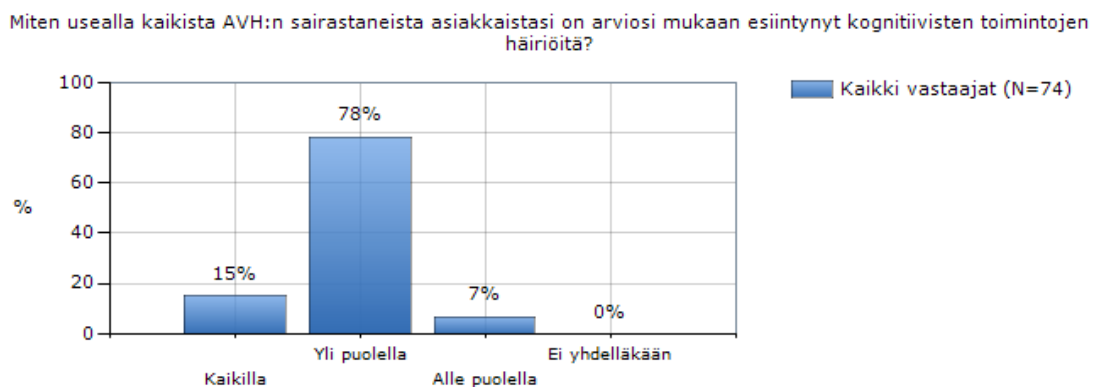
tailuluokkiin kuviossa 2 esitetyn mukaisesti. Vähiten oli vastaajia, joilla AVH-asiakkaita edellisen vuoden aikana oli ollut alle 5 tai yli 60.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Alle 5 asiakasta	9	12,16%					
2.	5-20 asiakasta	28	37,84%					
3.	21-60 asiakasta	24	32,43%					
4.	Yli 60 asiakasta	13	17,57%					
	Yhteensä	74	100%					

KUVIO 2. Vastaajien edellisen vuoden AVH-asiakkaiden määrät

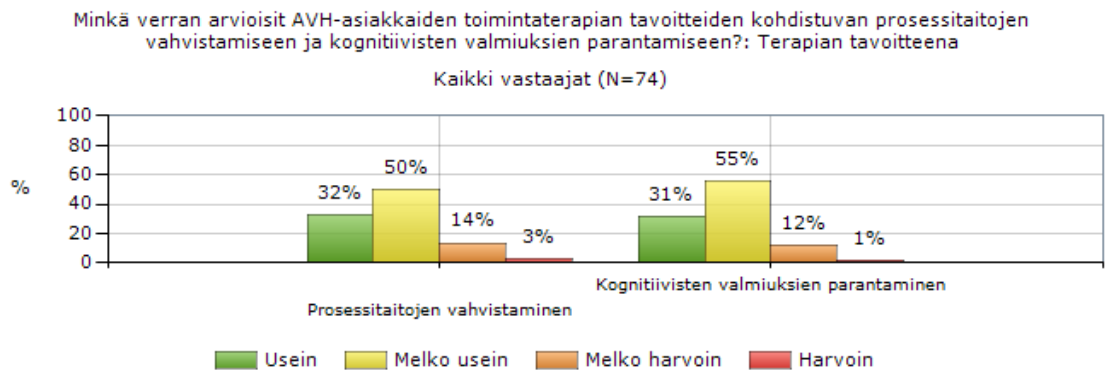
8.1 Yleisimmät kognitiiviset häiriöt AVH:n jälkeen

Kyselyyn vastanneet toimintaterapeutit kokivat kognitiivisten häiriöiden olevan yleisiä AVH:n jälkeen ja vaikuttavan suuresti kaikkiin asiakkaan päivittäistoimintoihin. Suurin osa vastanneista arvioi kognitiivisia häiriöitä esiintyneen joko yli puolella (78 % vastaajista) tai kaikilla (15 % vastaajista) AVH:n sairastaneilla asiakkaillaan (ks. kuvio 3).



KUVIO 3. Arviot kognitiivisten häiriöiden yleisyydestä AVH-asiakkailta

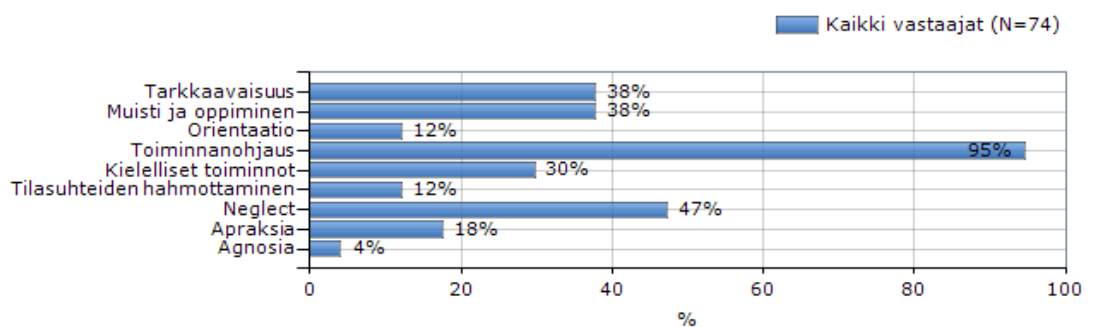
Kognitiivisten häiriöiden yleisyydestä kertoo myös se, että toimintaterapeutit arvioivat AVH-asiakkaiden toimintaterapian tavoitteiden kohdentuvan melko usein tai usein prosessitaitojen vahvistamiseen sekä kognitiivisten valmiuksien parantamiseen (ks. kuvio 4).



KUVIO 4. Vastaajien arviot toimintaterapian tavoitteiden kohdentumisesta

Toimintaterapeutit toivat esiin vaikeutta nimetä yleisimmin esiintyviä yksittäisiä häiriöitä, kokiessaan kaikkia esiintyvän yleisesti. Kuitenkin vastauksissa yleisimmin esiin nousevia osa-alueita, joille häiriöt toimintaterapeuttien kokemuksen mukaan sijoittuvat, olivat toiminnanohjaus, neglect, tarkkaavaisuus sekä muisti ja oppiminen (ks. kuvio 5). Niistä toiminnanohjauksen mainitsivat lähes kaikki vastaajat (95 % vastaajista) ja neglectin mainitsivat noin puolet vastaajista. Kokemusta tarkkaavaisuuden sekä muistin ja oppimisen häiriöiden yleisyydestä ilmaistiin vastauksissa yhtä usein (38 %).

Millä osa-alueilla häiriötä kokemuksesi mukaan esiintyy AVH-kuntoutujilla useimmin? (Valitse seuraavista kolme mielestäsi yleisintä.)



KUVIO 5. Kognitiiviset osa-alueet, joilla häiriötä useimmin esiintyy

Toimintaterapeutit kuvasivat mainittujen häiriöiden näkyvän asiakkailla yleisesti päivittäisten toimintojen vaikeutumisenä. Aiemmin rutiininomaisesti sujuneet tutut arkipäivän tilanteet ja itsestä huolehtiminen eivät suju kuten ennen: ” – – miehillä parranajo voi sujua rutiinin turvin, mutta pukeutuminen on jo haastavaa.” Asioiden hoitaminen, kuten raha-asioista huolehtiminen, tuottavat

vaikeuksia ja uusien asioiden omaksuminen on usein vaikeutunut. Toiminoista suoriutumiseen kuluu enemmän aikaa ja energiaa, eikä usean tehtävän toteuttaminen samanaikaisesti suju. Keskusteleminen toiminnon aikana heikentää siten suoriutumista entisestään. Tehtävien aloittaminen ja loppuun saattaminen on työläämpää kuin ennen tai jopa mahdotonta, eikä haasteita välttämättä itse tiedosteta:

– – toiminta ei ala ilman ulkopuolista – – kehotusta, toiminta jumiutuu esim. välineitä käytettäessä kuten hampaita harjattaessa, toiminnan lopetus ei onnistu. Oma kokemus toiminnasta voi olla hyvinkin paljon parempi kuin miltä se havainnoituna näyttää.

8.2 Toimintaterapeuttien käyttämät keinot

Moni toimintaterapeutti koki AVH:n jälkeen esiintyvät kognitiiviset häiriöt tärkeäksi käsiteltäväksi, mutta myös haastavaksi aiheeksi. Avoimissa kommentteissa nousi esiin, että aihetta käsitellään turhan vähän, eikä toimintaterapian mahdollisuuksia kognitiivisten häiriöiden kuntouttamisessa tunnisteta kyllin hyvin muiden tai omankaan alan keskuudessa. Tärkeänä pidettiin, että toimintaterapeuteilla olisi keinoja kognitiivisten häiriöiden tunnistamiseen ja hallintaan.

– – Vaikka kognitiivisten häiriöiden arviointi onkin laajempaa ja tarkempaa esimerkiksi neuropsykologisessa kuntoutuksessa, täytyy toimintaterapeutinkin olla niistä perillä, jotta terapiassa pystytään ottamaan nekin tarpeeksi laaja-alaisesti huomioon. Tämän vuoksi koen, että toimintaterapeuteilla varsinkin niiden arviointiin on liian vähän keinoja.

Neuropsykologien käytössä olevat tarkemmat, kognitiivisiin häiriöihin kohdennetummat arviointi- ja kuntoutusmenetelmät tulivat esiin monien vastaajien kommentteissa. Kun neuropsykologisen kuntoutuksen menetelmien nähtiin painottuvan lähinnä pöytätason tehtäviin, mainittiin toimintaterapiassa huomioitavan paremmin häiriöiden toiminnalliset vaikutukset. Siksi yhteistyö neuropsykologien kanssa koettiin hyvin tärkeäksi ja hedelmälliseksi osaksi moniammatillista työskentelyä.

Yhteistyö neuropsykologin kanssa on todella tärkeää, usein hänen arviointinsa ovat spesifimpiä kuin meidän menetelmät. He taas ovat toisaalta kiin-

nostuneita, kuinka esille nousseet kognitiiviset häiriöt näyttäytyvät arjen toiminnassa.

Toisaalta vastauksista kävi ilmi, ettei yhteistyö neuropsykologien kanssa ole aina mahdollista tai kontakteja heihin ei ole riittävästi käytettävissä. Jotkut toimintaterapeutit toivat myös esiin, kuinka kognitiiviset häiriöt saattavat helposti jäädä huomaamatta.

Kognitiiviset häiriöt tai niiden mahdollinen olemassaolo jää usein liian vähälle huomiolle erityisesti niiden potilaiden kohdalla, joilla ei ole esim. motorisia ja/tai puheentuoton ongelmia.

8.2.1 Arviointimenetelmät ja viitekehukset

Kyselyn vastausten mukaan toimintaterapeutit arvioivat kognitiivisten häiriöiden ilmenemistä tai vaikeusastetta havainnoiden sekä asiakasta ja omaisia haastatellen. Kuitenkin ainoana tai tärkeimpänä menetelmänä näitä ilmaisi käyttävänsä vain viidesosa vastanneista. Yleisimmin sen rinnalla käytetyistä strukturoiduista arviointimenetelmistä toimintaterapeutit mainitsivat LOTCAN ja AMPSin. Lisäksi muita kognitiivisten häiriöiden arviointiin käytettyjä menetelmiä mainittiin muun muassa MoCA, MOHOST, COTNAB ja MMSE sekä muistin häiriöiden tutkimiseen tarkoitettu tehtäväsarja CERAD (the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) (Cerad 2011).

Kyselyyn vastanneet toimintaterapeutit mainitsivat yleisimmin työtään ohjaavina malleina inhimillisen toiminnan mallin (53 % vastaajista) ja Kanadan mallin (30 % vastaajista). Kysymyksessä ei pyydetty vastaajaa nimeämään erityisesti kognitiivisten häiriöiden parissa työskentelyssä käyttämiään malleja, joten kysymys on mahdollista tulkita monella tavalla. Noin neljäs osa vastanneista kuitenkin ilmaisi käyttävänsä yleisten toimintaterapian mallien lisäksi jotakin kognitiivista mallia tai viitekehystä. Yleisimpiä näistä olivat kognitiivis-hahmotuksellinen malli, Bobath ja kognitiivinen viitekehys. Viidesosa kyselyyn vastanneista ei vastannut kysymykseen lainkaan. Yleisimmin vastamatta jättivät toimintaterapeutit vertailuryhmissä alle 2 vuotta (28 % vertailuryhmästä) ja 6–20 vuotta (25 %) työskennelleet.

Osa toimintaterapeuteista toi vastauksissaan esiin, ettei käytännön työssä tule juurikaan pohdittua viitekehyksiä:

Varmaan sekoitus MOHO:a ja CMOP:ia – Sinällään ei suoranaisesti mikään, kuten monelle terapeutille työelämässä (jostain syystä) kuulemma käy.

8.2.2 Kuntoutusmenetelmät

Kognitiivisten häiriöiden lievittämiseksi tai niistä aiheutuvan haitan vähentämiseksi toimintaterapeutit käyttävät kyselyn vastausten mukaan paljon toiminnallisia tilanteita ja itsestä huolehtimisen toimintojen harjoittelua. Sisällöllisesti vastauksissa kuvastui terapeuttinen päättely ja toimintaa ohjaavan teorian käyttö eri tasoisesti. Viidesosassa vastauksista käytettyjä menetelmiä kuvattiin hyvin yleisellä tasolla, pureutumatta tarkemmin kognitiivisista häiriöistä aiheutuvien haittojen laatuun tai niiden edellyttämiin kuntoutuksen keinoihin: *”Toiminnanohjauksen harjoituksina keittiöharjoitteet, arjen toimintoihin liittyvät harjoitteet.”*

Jonkin verran syvemmälle kognitiivisen haitan vaikutuksiin meneviä kuvauksia käytetyistä menetelmistä oli havaittavissa vähän reilussa puolessa vastauksista. Niissäkin taustalla vaikuttavan teoriapohjan kuvaaminen jäi silti melko pinnalliselle tasolle: *”Toiminnan ohjaus: asiakkaalle tärkeä toiminta, kuten pieni keittiötoiminta, kaupassa käynti, lautapeli jossa edettävä tiettyjen maneerien mukaisesti”*. Lopuissa vastauksissa (n. 28 %) terapeuttinen ote ja teoriaan pohjautuva menetelmien käyttö näkyi. Ammatissa työskentelyajalla, AVH-asiakkaiden määrällä tai työn pääasiallisella sisällöllä ei vaikuttanut olevan yhteyttä näihin vastauksissa esiintyviin eroihin.

Vastauksissa, joissa toimintaterapeutit määrittelivät tarkemmin valitsemiaan menetelmiä ja toimintoja, kävi ilmi heidän hyödyntäneen asiakkaalle merkityksellisiä toimintoja tai todellisia käytännön tilanteita. Yleisimmin käytettyjä olivat keittiötoiminnot, etenkin toiminnanohjauksen harjoittamisessa. Osa vastaajista kuvasi, että näissä asiakkaan oli mahdollista etukäteen suunnitella toteutettava toiminta ja siihen kuuluvat vaiheet, kuten tarvikkeiden suunnittelu ja hankkiminen, sekä toteuttaa se. Tarvittaessa toimintoja saatettiin pilk-

koa osiin ja porrastaa. Keittiötoiminnoissa käytettiin eri vaatimustasoisia toimintoja asiakkaan suoriutumiskyvyn mukaan. Suoriutumisen tukena mainittiin käytettävän kuvia, sanalistoja ja kirjallisia tai suullisia ohjeita sekä toisiinsa myös manuaalista ohjausta. Toistot nähtiin hyvin tärkeinä toiminnanohjauksen harjoittamisessa. Muutama vastaaja nosti esiin suoriutumisen itsearvioinnin joko suoriutumisen jälkeen tai myös sitä ennen. Täten pyrittiin lisäämään asiakkaan tietoisuutta kyvyistään ja haasteistaan.

Esim. toiminnanohjailussa pilkotaan toiminta pieniin osiin, suunnitellaan rauhassa etukäteen ja arvoidaan lopuksi, käytetään kuvia/kirjallisia ohjeita, toistoilla pyritään saamaan oppimista tapahtumaan, pyritään saamaan asiakas itse tietoisemmaksi asioista joihin kiinnittää huomiota (=haastekohdista).

Oiretiedostuksen lisäämiseen tähdättiin myös neglectiin kohdentuvissa harjoitteissa tarjoamalla asiakkaalle tietoa ja perusteluja. Neglectin parantamisessa yleisimpänä mainittiin asiakkaan huomion kiinnittäminen huomiotta jäävälle kehon puolelle. Kommunikointi ja ohjaus pyrittiin toteuttamaan aina kyseiseltä puolelta. Sen puolen tuntoa aktivoitiin ja katseen suuntaamista ohjattiin huomiotta jäävälle puolelle. Erilaisista neglectin parantamiseen pyrkivistä toiminnoista vastaajat mainitsivat esimerkkeinä pallonheiton, kaksikätesen työskentelyn, yläraajaharjoitteet ja pöytätasontehtävät, kuten ristikot, palapelit, etsintätehtävät, rakennelmatehtävät sekä käsityöt (esim. kankaan maalaus). Jokunen ilmaisi hyödyntävänsä peiliteriaa sekä näkökentän rajavaa silmälappua.

Neglect: keittiötoimintoja, pöytätason tehtäviä (etsintä tehtävät vasemmalta, keskilinjan etsiminen, rakennelmatehtävät..) oikean näkökentän peittäminen silmälapulla (sitä olen käyttänyt pöytätason tehtävissä sekä päivittäisissä toiminnoissa kuten keittiössä ja pukeutuessa) ja luovia toimintoja.

Muistin häiriöiden kompensointiin käytettäviä ulkoisia muistitukia, joita toimintaterapeutit ilmaisivat käyttävänsä, oli muun muassa seinäkalerit, kännykän muistutukset, muistilaput ja kuvalliset tai kirjalliset ohjeet. Myös tietokonetta hyödynnettiin muistiharjoitustehtävien tekemisessä.

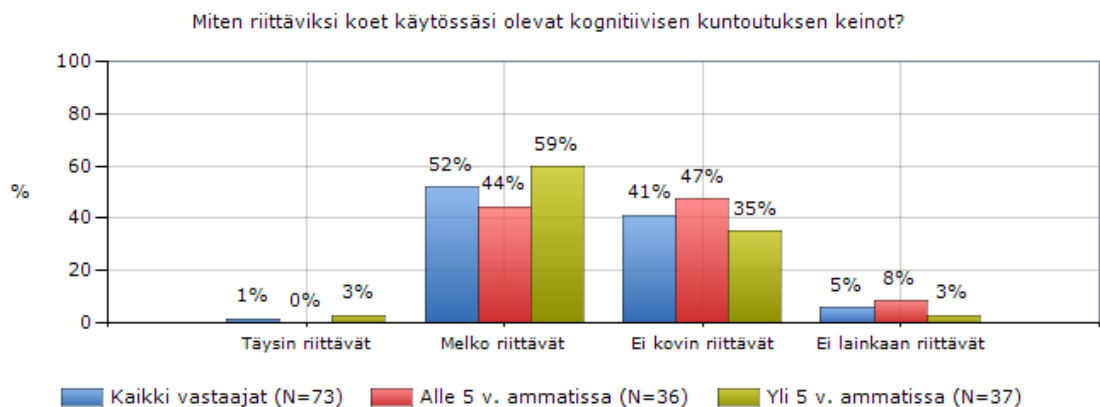
Tarkkaavaisuutta pyrittiin harjoittamaan erilaisilla pöytätason tehtävillä, kuten ylivaikeuksilla, yksinkertaisilla korkeintaan kaksivaiheisilla

tehtävillä, esineiden ryhmittelemisellä koon tai värin mukaan, erilaisilla yhdistämistehtävillä ja mallinmukaisilla rakentelutehtävillä. Eräs vastaaja kuitenkin epäili tarkkaavaisuuden harjoittelun hyötyjä ja siksi koki muiden kognitiivisten valmiuksien harjoittamisen olevan tärkeitä sen kompensoimiseksi.

Käyttämäänsä menetelmiä kuvasivat yhtäläillä niin pääasiassa terapia-, arviointi- kuin muuta työtä tekevät toimintaterapeutit. Vastauksissa ei ollut nähtävissä merkittäviä eroja eri vertailuryhmien välillä tarkasteltuna ammatissa työskentelyajan, edellisen vuoden AVH-asiakkaiden määrän tai työn pääasiallinen sisällön mukaan.

8.3 Toimintaterapeuttien kaipaama lisätieto

Hiukan yli puolet kyselyyn vastanneista toimintaterapeuteista koki keinonsa kognitiiviseen kuntoutukseen melko riittäviksi. Kuitenkin alle 5 vuotta työskennelleistä (alle 2 v. ja 2–5 v.) toimintaterapeuteista 56 prosenttia koki keinonsa joko 'ei kovin riittäviksi' tai 'ei lainkaan riittäviksi' (ks. kuvio 6). Yksi yli 5 vuotta työskennellyt vastaaja koki keinonsa 'täysin riittäviksi'.



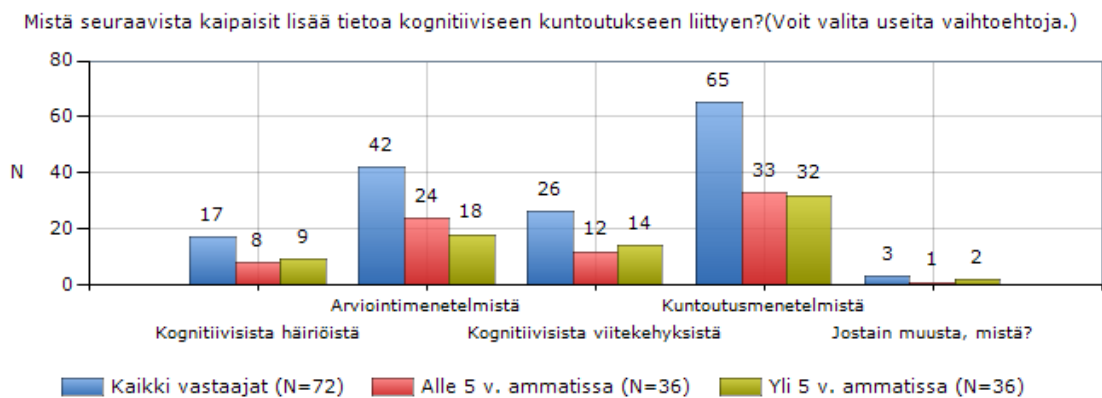
KUVIO 6. Vastaajien kognitiivisen kuntoutuksen keinojen riittävyys

Eräs vastaaja toi vastauksessaan esiin koulutuksen tarjoaman tiedon riittämättömyyden ja tiedon karttumisen vasta työn tuoman kokemuksen myötä.

Toimintaterapeutin opinnoissa saa aika vähän lopulta työssä käyttökelpoista tietoa kuinka esim. muistia arvioidaan. Millä sitä arvioin, miten analysoin tulokset, mitä teen sillä tiedolla ja kuinka toteutan kuntouttamisen?! Käytännönläheisyys ja valmius työelämään ei tule oikein koulunpenkiltä. – – Ehkä ne perusopinnot antavat työhöni toimintaterapeutin näkökulman – – on ”hiljaista tietoa”, mitä itse ei osaa niinkään nimetä esim. mihinkään malliin. Raaka ja konkreettinen työ vie kaiken työajan.

Yleisimmin lisää tietoa kaivattiin kuntoutusmenetelmistä (98 %) ja arviointimenetelmistä (58 %) (ks. kuvio 7). Lisäksi tietoa kaivattiin toimintaterapian roolista kognitiivisessa kuntoutuksessa ja Kelan harkinnanvaraisista kursseista koskien kognitiivista kuntoutusta. Vähiten toimintaterapeutit kokivat tarvitsevansa tietoa kognitiivisista häiriöistä itsessään. Erään vastaajan kommentti kuvaakin tätä osuvasti:

Kognitiivisista häiriöistä saa mielestäni tarpeeksi tietoa koulutuksista, kirjallisuudesta jne. Itse kaipaaisin enemmän tietoa käytännön menetelmistä, mitkä asiat on huomattu olevan toimivia, mitkä menetelmät toimivat parhaiten minkäkin ongelman kanssa. – –



KUVIO 7. Vastaajien kaipaama lisätieto

Toimintaterapeutit ilmaisivat kommentteissaan työn olevan kiireistä, jolloin tiedon kartuttamiseen ja ylläpitämiseen on haasteellista löytää aikaa. He kuitenkin kaipaivat tietoa uusimmista menetelmistä ja niiden tuomista mahdollisuuksista. Lähes yksimielisesti suuri osa toimintaterapeuteista toi esiin kaipaavansa käytännönläheistä ja yksilöityä tietoa erilaisista menetelmistä,

niiden vaikuttavuudesta sekä soveltuvuudesta erilaisiin tilanteisiin. Siten mahdollistuisi arvioinnin ja kuntoutuksen kohdentaminen yksilöllisesti, asiakkaan tilanteeseen parhaiten soveltuvaksi.

Tarkempia ohjeita, kirjoja, oppaita erityyppisten häiriöiden kuntouttamiseen käytännössä, esimerkiksi juuri miten apraksiaa puretaan, neglectin kuntouttaminen porrastettuna, toiminnan ohjailun kompensoivat keinot.

Avoimissa kommentteissaan toimintaterapeutit vielä painottivat aiheen tärkeyttä ja haastavuutta. Koska AVH-asiakkaiden tilanteet ja oireet ovat hyvin yksilöllisiä ja muuttuvat nopeasti, tulee myös terapian kyetä muuntumaan asiakkaan tarpeeseen. Siten myös toimintaterapiassa keskeinen asiakaslähtöisyys toteutuu.

Kognitiivisten häiriöiden kuntoutus on haastavaa, mutta erittäin mielenkiintoista! Asiakkaalla on usein hätä ja huoli häiriöiden kuntoutumisesta ja vaikutuksesta elämään, minkä vuoksi luottamuksellinen terapiasuhde ja asiakkaan kuunteleminen ja kuuleminen on ensiarvoisen tärkeää ja oikeastaan terapian perusta. Teen töitä IHMISEN, en vain häiriön kuntoutumiseksi!

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Kartoittavan tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää suomalaisten toimintaterapeuttien kokemuksia siitä, millaisina AVH-asiakkaiden kognitiiviset häiriöt näyttäytyvät toimintaterapiassa ja miten niitä hallitaan. Kartoitin verkkokyselyllä, millaisia kognitiivisia häiriöitä toimintaterapeutit työssään AVH-asiakkaillaan yleisimmin kohtaavat, millaisia keinoja heillä on vaikuttaa niihin ja mistä he kaipaaisivat lisää tietoa.

Kyselyyn vastanneiden määrä oli odotettua paljon korkeampi, joka osoitti, että aihe koetaan tärkeänä. Kyselyn tulokset vahvistavat kognitiivisten häiriöiden olevan yleisiä myös toimintaterapeuttien kokemusten mukaan ja esiintyvän yli puolella AVH:n sairastaneista asiakkaista. Yleisimmin kohdataan toiminnanohjauksen häiriöitä, neglectiä sekä tarkkaavaisuuden ja muistin häiriöitä.

Kognitiivisten häiriöiden havaitsemiseen tai vaikeusasteen selvittämiseen toimintaterapeuteilla on käytössään melko suppea valikoima arviointimenetelmiä. Niistä yleisimpiä havainnoinnin lisäksi ovat LOTCA (Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment) ja AMPS (Assessment of Motor and Process Skills). Yleinen työskentelyä ohjaamaan käytetty malli on toimintaterapian inhimillisen toiminnan malli. Sen lisänä käytetään toimintaterapian kognitiivisia malleja hyvin vähän.

Lievittääkseen kognitiivisia häiriöitä tai vähentääkseen niiden aiheuttamia haittoja toimintaterapeutit käyttävät paljon itsestä huolehtimisen toimintoja, kuten keittiötoimintoja. Käytetyn toiminnan valinnan taustalla oleva kognitiiviseen häiriöön liittyvä teoretieto näyttäytyy kuvauksissa vähänlaisesti. Neuropsykologien kanssa tehtävä yhteistyö koetaan hedelmälliseksi ja tärkeäksi.

Uransa alkuvaiheessa olevista toimintaterapeuteista yli puolet, ja kaikista vastaajista hiukan alle puolet kokee keinojensa riittämättömyyttä. Tuloksista kävi ilmi, ettei toimintaterapeutin koulutuksessa saatava tieto ulotu riittävästi konkretian tasolle vaan käytäntö opitaan vasta työssä. Työn kiireessä tietojen ylläpitäminen ei välttämättä ole mahdollista. Lisää tietoa kaivataan konkreettisista ja eri häiriöihin kohdentuvista kuntoutus- ja arviointimenetelmistä.

Yleisesti johtopäätöksinä tuloksista voidaan todeta, että toimintaterapeutit kokevat epävarmuutta hallitsemiensa kognitiivisen kuntoutuksen keinojen riittävydestä ja kaipaavat konkreettista tietoa kohdennetuista kuntoutusmenetelmistä. Tiedon tulisi olla helposti saavutettavissa, jotta sen hyödyntäminen työn kiireessä on mahdollista.

Näin esioletukseni ”toimintaterapeuteilla ei etenkään uransa alkuvaiheessa ole riittävästi kognitiivisen kuntoutuksen keinoja käytössään” vahvistui osittain paikkansa pitäväksi. Merkittävää eroa ei kuitenkaan ole nähtävissä uransa alkuvaiheessa olevien ja pidempään työskennelleiden toimintaterapeuttien käyttämissä menetelmissä kognitiivisten häiriöiden lievittämiseksi tai niiden aiheuttaman haitan vähentämiseksi.

Aiemmissä tutkimuksissa suomalaisten toimintaterapeuttien on todettu käytävän arviointiin enimmäkseen strukturoimatonta havainnointia ja haastatte-

lua. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella kuitenkin näyttäisi, että kognitiivisia häiriöitä arvioitaessa havainnointia käytetään lähinnä muiden arviointimenetelmien täydentävänä lisänä. Siten käytettynä sen voidaankin katsoa parantavan arvioinnin laatua. Tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena ei ollut havainnoinnin toteutuminen strukturoiduin tai strukturoimattomin menetelmin, joten siihen ei voida ottaa kantaa.

Kuitenkin toimintaterapeuttien käytössä olevaa kognitiivisten arviointimenetelmien skaalaa tulisi laajentaa, jotta sitä voitaisiin hyödyntää monipuolisemmin erilaisten asiakkaiden tarpeisiin. Tulosten perusteella näyttää siltä, että suomalaiset toimintaterapeutit käyttävät aikalailla samoja arviointimenetelmiä kuin maailmalla on aiempien tutkimusten mukaan todettu toimintaterapeuttien käyttävän. Myöskään Suomessa ei ole käytössä tarkemmin kognitiivisiin alueisiin, kuten toiminnanohjaukseen kohdentuvia menetelmiä. Osa-syynä tähän saattaa olla se, ettei ulkomailla kehitettyjä arviointimenetelmiä ole paljoakaan käännetty ja mukautettu suomalaisiin oloihin, ja kuten teoriaosuudessa todettiin, siten päteviä menetelmiä ei välttämättä ole tarjolla.

Osaltaan kognitiivisiin alueisiin kohdentuvien arviomenetelmien vähäiseen käyttöön saattaa myös vaikuttaa tutkimuksen tuloksissakin esiin tullut tarkemman arvioinnin mieltäminen neuropsykologien tehtäväksi. Kuitenkin tuloksissa kävi ilmi toimintaterapeuttien kokevan yhdenmukaisesti taustateorian kanssa, että myös toimintaterapeuttien olisi tärkeää kyetä tunnistamaan ja määrittämään kognitiivisen haitan luonne. Siten se voidaan paremmin huomioida terapian suunnittelussa ja toteutuksessa.

Toimintaterapeutit kokivat vaikeutta nimetä AVH-asiakkaillaan yleisimmin esiintyviä kognitiivisia häiriöitä. Se kuvastaa hyvin myös aiempien tutkimusten osoittamaa kognitiivisten häiriöiden moninaisuutta ja laaja-alaisuutta. Kuitenkin AVH:n on todettu usein vaikuttavan itsenäisen suoriutumisen taustalla olevaan toiminnanohjaukseen, joka näkyy myös tämän tutkimuksen tuloksissa sen kohotessa yleisimmin kohdatuksi häiriöksi. Tarkkaavaisuuden ja muistin toimintojen on taustateoriassa todettu olevan toiminnanohjaukseen kiinteästi yhteydessä. Vahvistuksena tälle, ne nousivatkin kolmanneksi yleisimmin kohdatuiksi myös toimintaterapeuttien kokemuksissa. Neglectin esiintymisestä AVH:n jälkeen on aiemmin esitetty vaihtelevia arvioita. Tämän

tutkimuksen perusteella se kuitenkin esiintyy hyvin yleisenä toimintaterapian AVH:asiakkailla. Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan ajatella toimintaterapeuttien tarvitsevan keinoja juuri näiden yleisimmiksi nousseiden häiriöiden hallitsemiseen.

Käytetyissä menetelmissä kuvastuu, että riippumatta työuran pituudesta, työn sisällöstä tai AVH-asiakkaiden määrästä, taustateoriaan pohjautuva tieto kognitiivisesta häiriöstä ja siihen kohdentuvasta kuntoutuksesta jää usein vähäiseksi. Menetelmät kohdentuvat, aiempien tutkimustenkin mukaisesti, useimmin yleisiin itsestähuolehtimisen toimintoihin. Harvemmin käytetään teoriaosuudessa kuvattuja kohdennettuja menetelmiä. Tästä voidaankin päätellä, että toimintaterapeuteilla on yleinen käsitys kognitiivisten häiriöiden kuntouttamisen perusteista, mutta syvempää tietoa ja teoriapohjaa menetelmien käyttöön tarvitaan lisää.

Toimintaterapiassa toimintaa käytetään keinona tavoitteeseen pääsemiseksi. Siksi onkin luonnollista, että myös kognitiivisten häiriöiden lievittämisessä keskitytään toiminnallisiin menetelmiin, eikä niinkään kognitiivisiin alueisiin kohdentuviin harjoitteisiin. Näkisin kuitenkin, että vaikka toimintaterapia ei ole häiriökeskeistä eikä siinä ole tarkoitus kuntouttaa häiriöitä vaan ihmistä, tärkeää olisi hallita teorian tietoa erilaisisten kognitiivisten alueiden häiriöistä ja niiden kuntouttamisen menetelmistä. Siten terapiassa voidaan perustellusti hyödyntää asiakkaan tilanteeseen parhaiten soveltuvia menetelmiä ja toimintoja.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että toimintaterapeutit käyttävät työtään ohjaavina viitekehysinä lähes yksinomaan toimintaterapian yleisiä malleja. Niiden tarkoituksena on kuitenkin antaa työhön yleisiä suuntaviivoja ja siksi niitä tulisi käyttää tarkemmin kohdentuvien mallien rinnalla. Kognitiivisten häiriöiden kanssa työskennellessä toimintaterapian kognitiivisten mallien hyödyntäminen toisi työskentelyyn lisää varmuutta ja interventioita tukevaa teoriaperustaa.

Työn arviointi ja jatkokehittämissuhteet

Tutkimus on toteutettu hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Aihe ja tutkimuksen sisältö noudattavat eettisiä periaatteita. Tutkimuksen tarkoitus ilmoi-

tettiin tutkittaville, siihen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkittavien henkilöllisyyttä ei voinut tunnistaa missään vaiheessa. Tutkimuksella selvitettiin, mitä oli tarkoituskin ja kaikkiin tutkimuskysymyksiin saatiin vastaus.

Tutkimusaineiston koko oli laadulliselle tutkimukselle epätavallisen suuri. Se kuitenkin lisää tutkimuksen kattavuutta ja tulosten yleistettävyyttä. Tulokset perustuvat tutkittavien omakohtaisiin kokemuksiin ja tutkijan tulkintoihin kuvatuista asioista. Kokemukset ovat aina subjektiivisia ja siten alttiita virhetulkinnoille. Aineisto käsiteltiin kuitenkin rehellisyyttä ja puoluettomuutta noudattaen. Tulokset pyrittiin kuvaamaan siten, että ne vastaavat mahdollisimman objektiivisesti tutkittavien kokemuksia asiasta.

Keskeisimmät tutkimuksessa käytetyt kirjallisuuslähteet ovat korkeatasoisia, kansainvälisiä ja alkuperäisiä. Ne ovat tutkittavan aiheen kannalta oleellisia sekä suhteellisen tuoreita. Lisäksi joitakin näkökulmia on nostettu esiin myös vanhemmista lähteistä tuomaan esiin asian tilaa tai vertailukohtaa. Näiden edellä esitettyjen kohtien perusteella tutkimusta voidaan pitää luotettavana ja sen tuloksista voidaan luoda esitettyjä yleistettäviä johtopäätelmiä.

Itsekehitetyn aiheen haasteena oli aihealueen rajaaminen. Toisaalta oli vapauttavaa, ettei ollut toimeksiantajan asettamia raameja työn toteuttamiseen. Toisaalta kuitenkin laajan aihepiirin ollessa kyseessä ulkoa asetettuja rajoja olisi välillä kaivannut. Oli haasteellista kohdentaa käsittely vain oleelliseen ja vielä pysyä näissä itseasetetuissa rajoissa.

Koin käsittelemäni aiheen, tutkimukseen osallistuneiden tavoin, haastavana ja erittäin mielenkiintoisena. Opinnäytetyöprosessin aikana olen oppinut suunnattomasti aivoverenkiertohäiriöistä, niiden aiheuttamista kognitiivisista haitoista sekä niiden kuntoutusmahdollisuuksista. Laaja-alaisuutensa vuoksi aiheessa riittää tutkimista ja pohtimista vielä pitkään opinnäytetyön valmistumisen jälkeenkin.

Lopulta koen onnistuneeni opinnäytetyön aihepiirin rajaamisessa hyvin. Käsitelin mielestäni olennaisia asioita siten, että työstäni voi olla käytännön hyötyä muillekin kuin itselleni. Jatkossa opinnäytetyötäni voisi hyödyntää toimintaterapian kognitiivisen kuntoutuksen kehittämiseen.

Työssäni on tullut esiin, ettei kognitiivisten kuntoutusmenetelmien vaikuttavuutta ole tutkittu riittävästi. Etenkään toimintaterapian osana toteutettavaa kognitiivista kuntoutusta ei ole tutkittu nimeksikään. Laadukasta tutkimusta tarvitaankin huomattavasti lisää, jotta suosituksia tehokkaista AVH:n jälkeisen kognitiivisen kuntoutuksen menetelmistä voidaan laatia ja kuntoutusta siten kehittää.

Tähän tutkimukseen osallistui vähän sellaisia vastaajia, joilla AVH:n sairastaneita asiakkaita oli edellisenä vuonna ollut vain vähän. Tämä saattaa osoittaa, ettei pyrkimyksestä huolimatta onnistuttu rohkaisemaan moniakaan sellaisia toimintaterapeutteja vastaamaan, joilla aiheesta on vähemmän kokemusta. He voivat kuitenkin olla suunniteltavan jatkokehittämistyön varsinaista kohderyhmää. Siksi heidän tarpeet tulisikin kartoittaa tarkemmin ja toteuttaa erillinen kohdennettu tutkimus.

Tämän tutkimuksen perusteella näyttäisi suunnittelemani verkkosivusto olevan tarpeen. Sivustolle koottu tutkittu tieto toimintaterapian kognitiivisista arviointi- ja kuntoutusmenetelmistä olisi helposti saatavilla ja hyödynnettävissä kiireisessä ja liikkuvassa työssä. Sivuston avulla toimintaterapian kognitiivisen kuntoutuksen käytäntöjä voidaan parantaa.

LÄHTEET

Aivoinfarkti. 2011. Käypä hoito -suositus. Pdf-dokumentti Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmän laatimasta suosituksesta. Viitattu 31.5.2012.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50051.pdf>.

Atula, S. 2012a. Afasia (aivolähtöinen puhehäiriö). Terveyskirjasto.

Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 15.8.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00557.

Atula, S. 2012b. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Terveyskirjasto.

Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 16.3.2012.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00001&p_haku=)

[p_osio=&p_artikkeli=dlk00001&p_haku=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00001&p_haku=).

Averbuch, S. & Katz, N. 2005. Cognitive Rehabilitation. A retraining model for clients with neurological disabilities. Teoksessa *Cognition and occupation across the life span. Models for intervention in occupational therapy*. 2. painos. Toim. N. Katz. American occupational therapy association, 113–138.

Baum, C. 2005. Foreword. Teoksessa *Cognition and occupation across the life span. Models for intervention in occupational therapy*. 2. painos. Toim. N. Katz. American occupational therapy association, xi–xii.

Bowen, A. & Lincoln, N. 2008. Cognitive rehabilitation for spatial neglect following stroke. Review. Cochrane collaboration. John Wiley & Sons.

Cerad. 2011. Kognitiivinen tehtäväsarja. Tehtäväsarjan kuvaus toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin TOIMIA-tietokannassa. Viitattu 2.9.2012.

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/90/>.

Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Kalmar, K., Langenbahn, D. M., Malec, J. F., Bergquist, T. F., Felicetti, T., Giacino, J. T., Harley, J. P., Harrington, D. E., Herzog, J., Kneipp, S., Laatsch, L. & Morse, P. A. 2000. Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Recommendations for Clinical Practice. Review. *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation* 81, 1596–1615.

Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J., Kalmar, K., Fraas, M., Felicetti, T., Laatsch, L., Harley, J. P., Bergquist, T., Azulay, J., Cantor, J. & Ashman, T. 2011. Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of the literature From 2003 Through 2008. Review article (meta-analysis). *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation* 92, 519–530.

Chung, C. S. Y., Pollock, A., Campbell, T., Durward, B. R. & Hagen, S. 2010. Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in patients with stroke or other adult non-progressive acquired brain damage (Protocol). *Cochrane Database of systematic reviews* 3, CD008391.

DePoy, E. & Burke, J. 1992. Viewing cognition through the lens of the model of human occupation. Teoksessa. Cognitive rehabilitation. Models for intervention in occupational therapy. Toim. N. Katz. Butterworth-Heinemann, 240–257.

Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B. & Mangun G. R. 2002. Cognitive neuroscience. The biology of the mind. New York: W. W. Norton & Company.

Grieve, J. & Gnanasekaran, L. 2008. Neuropsychology for Occupational Therapists. Cognition in Occupational Performance. 3. painos. Blackwell Publishing.

Herd, C. P., Tomlinson, C. L., Deane, K. H. O., Brady, M. C., Smith, C. H., Sackley, C. M. & Clarke, C. E. 2012. Comparison of speech and language therapy techniques for speech problems in Parkinson's disease. Review. The Cochrane Database of Systematic Reviews, DOI:10.1002/14651858.CD002814.pub2.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä.

Hoffmann, M., Schmitt, F. & Bromley, E. 2009. Vascular cognitive syndromes: relation to stroke etiology and topography. Acta Neurologica Scandinavia 120, 161–169.

Hoffmann, T., Bennett, S., Koh, C. L. & McKenna, K. T. 2010. Occupational therapy for cognitive impairment in stroke patients (Review). Cochrane database of systematic reviews 9, CD006430. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006430.pub2/pdf>.

Hokkanen, L. 2004. Dementiapotilaiden kuntoutus. Teoksessa Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Toim. T. Raitanen, T. Hänninen, H. Pajunen & T. Suutama. Porvoo: WSOY.

Huusko, O. 2012. Aluetapaaminen I: tunnelmia. Blogikirjoitus Toimintaterapeuttiliiton Keski-Suomen aluetapaamisesta. 16.5.2012. Viitattu 12.8.2012. <http://muitatoimia.blogspot.fi/2012/05/aluetapaaminen.html>.

Katz, N. (toim.) 2005. Cognition and occupation across the life span. Models for intervention in occupational therapy. 2. painos. American occupational therapy association.

Katz, N. & Hartman-Maeir, A. 2005. Higher-level cognitive functions. Awareness and executive functions enabling engagement on occupations. Teoksessa Cognition and occupation across the life span. Models for intervention in occupational therapy. 2. painos. Toim. N. Katz. American occupational therapy association, 3–25.

- Kanelisto, K., Juntunen, K. & Salminen, A.-L. 2012. Kansainvälisen arviointimenetelmän siirtäminen suomalaisten toimintaterapeuttien käyttöön. TOimintaterapeutti-lehti 2/2012. Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry, 3-6.
- Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi. N.d. Yleinen osa. Kela. Viitattu 8.6.2012. <http://www.kela.fi>, Yhteistyökumppanit, Kuntoutuspalvelut, Standardit, Hyväksytyt standardit.
- Kielhofner, G. 2008. Model of human occupation. Theory and application. 4. painos. Lippincott Williams & Wilkins.
- Korner-Bitensky, N., Barrett-Bernstein, S., Bibas, G. & Poulin, V. 2011. National survey of Canadian occupational therapists' assessment and treatment of cognitive impairment post-stroke. Australian Occupational Therapy Journal 58, 241-250.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kyselylomakkeen laatiminen. N.d. KvantiMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Päivitetty 26.8.2010. Viitattu 17.3.2012. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>, KvantiMOTV, Kyselylomakkeen laatiminen (lomakesuunnittelu).
- Law, M. & Baum, C. 2005. Measurement in occupational therapy. Teoksessa Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy. 2 nd ed. Toim. M. Law, C. Baum & W. Dunn. Thorofare: SLACK, 3-32.
- Lee, S. S., Powell, N. & Esdaile, S. 2001. A functional model of cognitive rehabilitation in occupational therapy. Canadian Journal of Occupational therapy 68, 1, 41-50.
- Meretoja, A. 2011. Perfect Stroke. PERFormance, Effectiveness, and Costs of treatment episodes in Stroke. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, kliininen laitos. Viitattu 11.3.2012. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26460/perfects.pdf?sequence=1>.
- Meretoja, A. 2012. Aivohalvaus – kallis kansansairautemme. Katsaus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 128, 139 – 46. Viitattu 19.7.2012. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10040.pdf>.
- das Nair, R. & Lincoln, N. 2008. Cognitive rehabilitation for memory deficits following stroke. Review. The Cochrane Library 4. John Wiley & Sons.
- Nasreddine, Z. 2004. Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Artikkelin United States Department of Veterans Affairs:n verkkosivustolla. Viitattu 3.9.2012. <http://www.parkinsons.va.gov/consortium/moca.asp>.

National stroke foundation. 2010. Clinical guidelines for stroke management 2010. Pdf-dokumentti. Viitattu 17.5.2012.
http://strokefoundation.com.au/site/media/clinical_guidelines_stroke_management_2010_interactive.pdf.

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. (toim.) 2011a. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Viitattu 16.3.2012.
<https://helda.helsinki.fi/handle/10138/24581>, Hyvän kuntoutuskäytännön perusta.

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. (toim.) 2011b. Suositukset hyvistä kuntoutuskäytännöistä. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Viitattu 22.7.2012.
<https://helda.helsinki.fi/handle/10138/24581>, Suositukset hyvistä kuntoutuskäytännöistä.

Pohjasvaara, T., Erkinjuntti, T., Vataja, R. & Kaste, M. 1997. Dementia three months after stroke. Baseline frequency and effect of different definitions of dementia in the Helsinki stroke Aging Memory Study (SAM) cohort. *Stroke* 28, 785–792.

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

Poulin, V., Korner-Bitensky, N., Dawson, D. R. & Bherer, L. 2012. Efficacy of executive function interventions after stroke: a systematic review. *Topics in Stroke Rehabilitation* 2, 158–71. Abstract, 158.

Rohling, M. L., Faust, M. E., Beverly, B. & Demakis, G. 2009. Effectiveness of cognitive rehabilitation following acquired brain injury: A meta-analytic re-examination of Cicerone et al.'s (2000, 2005) systematic reviews. *Neuropsychology* 1, 20–39.

Sellars, C., Hughes, T. & Langhorne, P. 2009. Speech and language therapy for dysarthria due to non-progressive brain damage. Review. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD002088. DOI:10.1002/14651858.CD002088.pub2.

Sivenius, J. 2009. Aivoverenkiertohäiriöt. *Terveyskirjasto. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Viitattu 16.3.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00006.

Sivenius, J. & Jolkkonen, J. 2004. Uutta näyttöä aivohalvauskuntoutuksen vaikutuksista. *Duodecim* 120, 2369–2371.

Steultjens, E., Dekker, J., Bouter, L., van de Nes, J., Cup, E., van den Ende, C. 2003. Occupational therapy for Stroke Patients. Systematic review. *Stroke* 34, 676–687.

Suutama, T. 2004. Kognitiiviset toiminnot. Teoksessa *Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia*. Toim. T. Raitanen, T. Hänninen, H. Pajunen & T. Suutama. Porvoo: WSOY.

Takala, T. N.d. AVH:n sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen 2006–2009. AVH-kuntoutusprojektin loppuraportti. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry:n julkaisusarjan raportti numero: 7. Turku: Aivohalvaus- ja dysfasialiitto. Viitattu 3.1.2012.
<http://www.aivoliitto.fi>, Aivoliitto ry, Projektit, Projektiraportit.

Tatemichi, T. K., Desmond, D. W., Stern, Y., Paik, M., Sano, M. & Bagiella, E. 1994. Cognitive impairment after stroke: frequency, patterns, and relationship to functional abilities. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry* 57, 202–207.

Tieto- ja viestintätekniiikan käyttö. 2011. Pdf-tiedosto internetin käytöstä tilastokeskuksen verkkosivulla. Tilastokeskus. Viitattu 14.5.2012.
http://www.stat.fi/til/sutivi/2011/sutivi_2011_2011-11-02_fi.pdf.

Toglia, J. 2005. A dynamic interactional approach to cognitive rehabilitation. Teoksessa *Cognition and occupation across the life span*. 2. painos. Toim. N. Katz. Bethesda: American occupational therapy association, 29–72.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Unsworth, C. 1999. Cognitive and perceptual dysfunction. A clinical reasoning approach to evaluation and intervention. Philadelphia: F. A. Davis Company.

West, C., Hesketh, A., Vail, A. & Bowen A. 2009a. Interventions for apraxia of speech following stroke. Review. The Cochrane Database of Systematic Reviews, DOI: 10.1002/14651858.CD004298.pub2.

West, C., Hesketh, A., Vail, A. & Bowen A. 2009b. Interventions for motor apraxia following stroke. Review. The Cochrane Database of Systematic Reviews, DOI: 10.1002/14651858.CD004132.pub2.

WFOT. 2010. Statement on occupational therapy. PDF-tiedosto The World Federation of Occupational Therapy:n internet-sivustolla. Viitattu 25.4.2012.
http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/Statement_on_Occupational_Therapy.pdf.

Wikström, J., Meretoja, A., Hietanen, M., Huusko, T., Ihalainen, R., Järvikoski, A., Karhuvaara, A., Kivekäs, J., Lindstam, S., Niinstö, L., Nyfors, H., Peurala, S., Pohjolainen, T., Vainikainen, T. & Ylinen, A. 2008. Konsensuslausuma:

Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. Suomen akatemia. Viitattu 24.2.2012. <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f231511789/kuntoutuksenkonsensuslausuma2008.pdf>.

LIITTEET

Liite 1. Kyselyn saateviesti TOI-nettiin

Hei!

Olen toimintaterapeuttiopiskelija, Anu Ahlfors, Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä toimintaterapian keinoista kognitiiviseen kuntoutukseen. Työni tavoitteena on lisätä tietoa aivoverenkiertohäiriön (AVH) jälkeen esiintyvistä kognitiivisista häiriöistä sekä toimintaterapian keinoista niiden arviointiin ja kuntouttamiseen.

Kartoitan verkkokyselyllä toimintaterapeuttien omakohtaisia kokemuksia AVH:n sairastaneiden asiakkaiden kuntoutuksesta ja heillä esiintyvistä kognitiivisista häiriöistä. Jos olet työskennellyt vaikka yhdenkin AVH:n sairastaneen asiakkaan kanssa, pyytäisin sinua vastaamaan, ja tuomaan arvokkaan kokemuksesi esiin. Kyselyyn vastaaminen vie noin 10 minuuttia.

Digium-ohjelmiston verkkolomakkeella kerättyjä tietoja käytetään vain allekirjoittaneen opinnäytetyön toteuttamiseen. Tunnistamistietoja ei kyselyssä kerätä, eikä yksittäisiä vastaajia voida tunnistaa. Kaikki kerätyt tiedot käsitellään luottamuksellisina.

Opinnäytetyö esitetään Jyväskylän ammattikorkeakoulussa 24.8.2012. Linkki julkaistuun opinnäytetyöhön ilmoitetaan TOInet-postilistalla lokakuussa 2012, jotta kyselyyn vastanneet voivat tutustua siihen.

Vastaathan verkkokyselyyn 18.6.2012 mennessä, jos asiakkaanasi on ollut AVH:n sairastaneita yksi tai useampi:

<http://digiumenterprise.com/answer/?sid=861820&chk=3S8QERFT>

Kiitos mielenkiinnostasi!

Lisätietoja antaa:

Anu Ahlfors

anu.ahlfors.sot@jamk.fi

Liite 2. Kyselylomakkeen tekstiversio

Kokemuksia AVH-kuntoutuksesta

Kyselyssä kartoitetaan toimintaterapeuttien kokemuksia aivoverenkiertohäiriön (AVH) sairastaneiden asiakkaiden kuntoutuksesta ja kognitiivisten häiriöiden esiintymisestä heillä.

Vastaa kysymyksiin niille varattuun tilaan tai valitsemalla vaihtoehtoista mielestäsi sopivin. Joissakin kysymyksissä voit valita useita vastausvaihtoehtoja.

1. Miten kauan olet työskennellyt toimintaterapeuttina?

- Alle 2 vuotta
- 2-6 vuotta
- 6-20 vuotta
- Yli 20 vuotta

2. Sisältääkö työsi enimmäkseen arviointia tai terapiaa?

- Arviointia
- Terapiaa
- Jotakin muuta, mitä?

3. Minkä verran arvioisit AVH:n (infarkti tai verenvuoto) sairastaneita henkilöitä olleen asiakkaanasi viimeisen vuoden aikana?

- Alle 5 asiakasta
- 5-20 asiakasta
- 20-60 asiakasta
- Yli 60 asiakasta

AVH ja kognitiiviset häiriöt

4. Minkä verran arvioisit toimintaterapian tavoitteiden AVH-asiakkailta kohdistuneen prosessitaitojen vahvistamiseen ja kognitiivisten valmiuksien parantamiseen?

	Terapian tavoitteena			
	Usein	Melko usein	Melko harvoin	Harvoin
Prosessitaitojen vahvistaminen (tarkkaavuuden suuntaaminen, tiedon käyttö ja soveltaminen, ajallinen organisointi ym.)				
Kognitiivisten valmiuksien parantaminen (tarkkaavuus, muisti, ajanhallinta ym.)				

5. Miten usealla kaikista AVH:n sairastaneista asiakkaistasi on arviosi mukaan esiintynyt kognitiivisten toimintojen häiriöitä?

Kaikilla Yli puolella Alle puolella Ei yhdelläkään

JOS vastaus ON YHTÄ KUIN ”Ei yhdelläkään” → hypätään sivulle ”*Tiedon riittävyys*”.

Kognitiiviset häiriöt

6. Millaisia häiriöitä kokemuksesi mukaan useimmin esiintyy AVH-kuntoutujilla? (Valitse seuraavista kolme mielestäsi yleisintä.)

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Tarkkaavaisuus | <input checked="" type="checkbox"/> Toiminnanohjaus (esim. toimintojen suunnittelu, aloittaminen, loppuun saattaminen, arviointi ja mukauttaminen) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Muisti ja oppiminen | <input checked="" type="checkbox"/> Neglect (huomioimattomuus) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Orientaatio | <input checked="" type="checkbox"/> Agnosia (esim. näkö-, tunto-, kuuloagnosia) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kielelliset toiminnot | <input checked="" type="checkbox"/> Apraksia (tahdonalaisten liikkeet) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tilasuhteiden hahmottaminen | |

7. Millaisissa asioissa mainitsemasi kognitiiviset häiriöt tyypillisimmin tulevat esiin?

Arviointi- ja kuntoutusmenetelmät

8. Mitä arviointimenetelmiä olet käyttänyt arvioidessasi kognitiivisten häiriöiden ilmenemistä tai vaikeusastetta?

9. Mitkä viitekehykset tai mallit ovat ohjanneet työskentelyäsi?

10. Millaisia menetelmiä olet käyttänyt AVH-kuntoutujien kognitiivisten häiriöiden lievittämiseksi tai niiden aiheuttaman haitan vähentämiseksi? (Mainitse esimerkki yhdestä seuraavista häiriöistä: Kysymyksessä 6 valitut häiriöt.)

Kysymys näytetään, JOS: ”Sisältääkö työsi enimmäkseen arviointia tai terapiaa?” ON YHTÄ KUIN ”Terapiaa”.

11. Jos työssäsi olet toteuttanut myös terapiaa AVH-kuntoutujille, millaisia menetelmiä olet käyttänyt AVH-kuntoutujien kognitiivisten häiriöiden lievittämiseksi tai niiden aiheuttaman haitan vähentämiseksi? (Mainitse esimerkki yhdestä seuraavista häiriöistä: Kysymyksessä 6 valitut häiriöt.)

Kysymys näytetään, JOS: ”Sisältääkö työsi enimmäkseen arviointia tai terapiaa?” ON ERI KUIN ”Terapiaa”.

Tiedon riittävyys

12. Miten riittäviksi koet käytössäsi olevat kognitiivisen kuntoutuksen keinot?

Täysin riittävät Melko riittävät Ei kovin riittävät Ei lainkaan riittävät

JOS vastaus ON YHTÄ KUIN ”Täysin riittävät” → hypätään sivulle ”*Muita kommentteja*”.

Lisää tietoa?

13. Mistä seuraavista alueista kaipaisit lisää tietoa kognitiiviseen kuntoutukseen liittyen? (Voit valita useita vaihtoehtoja.)

Kognitiivisista häiriöistä Kognitiivisista viitekehysistä Jostain muusta, mistä? _____
 Arviointimenetelmistä Kuntoutusmenetelmistä

14. Haluatko tarkentaa valintojasi?

Muita kommentteja

15. Mitä muuta haluaisit sanoa?

Kiitos osallistumisestasi!

Liite 3. Esimerkkikuvia verkkokyselystä

Kokemuksia AVH-kuntoutuksesta

Kyselyssä kartoitetaan toimintaterapeuttien kokemuksia aivoverenkiertohäiriön (AVH) sairastaneiden asiakkaiden kuntoutuksesta ja kognitiivisten häiriöiden esiintymisestä heillä.

Vastaa kysymyksiin niille varattuun tilaan tai valitsemalla mielestäsi sopivin vaihtoehto. Joissakin kysymyksissä voit valita useita vastausvaihtoehtoja.

Miten kauan olet työskennellyt toimintaterapeuttina?

Alle 2 vuotta
 2-5 vuotta
 6-20 vuotta
 Yli 20 vuotta

Sisältääkö työsi enimmäkseen arviointia tai terapiaa?
 (Jos työstäsi 50 % tai enemmän on terapiaa, valitse "Terapiaa")

Arviointia
 Terapiaa
 Jotakin muuta, mitä?

Minkä verran arvioisit AVH:n (aivoinfarkti tai -verenvuoto) sairastaneita henkilöitä olleen asiakkaanasi viimeisen vuoden aikana?

Alle 5 asiakasta
 5-20 asiakasta
 21-60 asiakasta
 Yli 60 asiakasta

Jatka >

14 %

AVH ja kognitiiviset häiriöt

Minkä verran arvioisit AVH-asiakkaiden toimintaterapian tavoitteiden kohdistuvan prosessitaitojen vahvistamiseen ja kognitiivisten valmiuksien parantamiseen?

	Terapian tavoitteena			
	Usein	Melko usein	Melko harvoin	Harvoin
Prosessitaitojen vahvistaminen (tarkkaavuuden suuntaaminen, tiedon käyttö ja soveltaminen, ajallinen organisointi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kognitiivisten valmiuksien parantaminen (tarkkaavuus, muisti, ajanhallinta ym.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Miten usealla kaikista AVH:n sairastaneista asiakkaistasi on arviosi mukaan esiintynyt kognitiivisten toimintojen häiriöitä?

Kaikilla Yli puolella Alle puolella Ei yhdelläkään

< Takaisin

Jatka >

29 %

Liite 4. Sähköpostiviesti kolmelle toimintaterapeutille

Hei!

Kiitos viestistäsi.

Tässä vielä kyselyn osoite uudelleen, jos toimisi:

<http://digiumenterprise.com/answer/?sid=861820&chk=3S8QERFT>

Voit vastata kyselyyn myös tämän sähköpostin kautta seuraavasta linkistä:

#LINK#

(Jos linkki ei aukea klikkaamalla, kopioi se selaimen osoiteriville hiiren avulla.)

Tätä viimeistä linkkiä käyttäessäsi, minulle jää tieto vastaajasta. Käsittelem kuitenkin kaikki vastaukset nimettöminä, eikä tunnistamistietoja tule julkaistaviin tuloksiin.

Kiitos kiinnostuksestasi!

Anu

Liite 5. Toinen viesti TOI-nettiin

Hei!

Lähetin TOInettiin linkin verkkokyselyyn, jolla kartoitetaan toimintaterapeuttien kokemuksia AVH:n sairastaneiden asiakkaiden kuntoutuksesta ja heillä esiintyvistä kognitiivisista häiriöistä Jyväskylän ammattikorkeakoulun toimintaterapian opinnäytetyötäni varten.

Jostain syystä linkki kyselyyn lakkasi yllättäen toimimasta.

Ehdin saada jo jonkin verran vastauksia, mutta olisin kiitollinen, jos AVH-asiakkaiden kanssa työskennelleistä toimintaterapeuteista löytyisi lisää kiinnostuneita vastaamaan.

Tässä linkki kyselyyn uudestaan:

<http://digiumenterprise.com/answer/?sid=861820&chk=3S8QERFT>

Tiedot käsitellään luottamuksellisesti, eikä tunnistetietoja kyselyssä kerätä.

Terveisin,

Anu Ahlfors

anu.ahlfors.sot@jamk.fi