

Riitta-Liisa Piippo

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutujan toimintaan motivoitumisen arviointi

Asiakasesimerkki VQ-arviointimenetelmän tulkkina

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti AMK

Toimintaterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

13.4.2015

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Riitta-Liisa Piippo Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutujan toimintaan motivoitumisen arviointi – Asiakasesimerkki VQ-arviointimenetelmän tulkkina 40 sivua + 2 liitettä Kevät 2015
Tutkinto	Toimintaterapeutti AMK
Koulutusohjelma	Toimintaterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Toimintaterapia
Ohjaaja	Toini Harra, yliopettaja Anja Sario, lehtori
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda asiakasesimerkki toimintaan motivoitumisen arviointimenetelmän (The Volitional Questionnaire, VQ) suomenkieliseen käsikirjaan. Tavoitteena oli luoda asiakasesimerkki, joka valottaa menetelmän käyttöönoton ja tulkinnan ongelmakohtia etenkin neurologisten asiakkaiden kanssa työskenteleville toimintaterapeuteille. Inhimillisen toiminnan malliin (MOHO) perustuvan VQ-arviointimenetelmän avulla arvioidaan asiakkaan tahtoa keräämällä tietoa asiakkaasta ja hänen ympäristöstään toiminnallisessa tilanteessa. Menetelmä soveltuu asiakkaille, jotka eivät kykene täysin ilmaisemaan omaa tahtoaan esimerkiksi kognition tai kommunikaation ongelmien vuoksi.</p> <p>Asiakasesimerkki toteutettiin keräämällä asiantuntijatietoa neurologisten asiakkaiden kanssa työskentelevältä toimintaterapeutilta puolistrukturoidun teemahaastattelun avulla. Lisäksi VQ-menetelmän käyttäjäkoulutus, opinnäytetyöntekijän omat käyttökokemukset menetelmästä sekä taustateorioihin ja muihin inhimillisen toiminnan malliin perustuvien arviointimenetelmien asiakasesimerkkeihin tutustuminen tukivat esimerkin rakentamista. Tutkimusaineisto analysoitiin avoimen analyysin ja MOHO:n avulla.</p> <p>Opinnäytetyössä esitellään tahdon arvioimista ja sen tärkeyttä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutujien näkökulmasta. Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat aivovauriot voivat vaikuttaa kuntoutujan tahtoon ja tahdon ilmaisuun erilaisten neuropsykologisten ja -psykiatristen häiriöiden vuoksi. Erilaiset oireet voivat näyttäytyä motivaation puutteena, vaikka kyse voi esimerkiksi tarkkaavuuden tai toiminnanohjauksen vaikeuksista. VQ-menetelmän avulla saadut tiedot auttavat ymmärtämään asiakkaan tahtoa ja siihen vaikuttavia ympäristötekijöitä, ja siten myös terapian suunnittelua.</p>	
Avainsanat	aivoverenkiertohäiriö, asiakasesimerkki, inhimillisen toiminnan malli, tahto, toimintaan motivoitumisen arviointimenetelmä, VQ

Author Title Number of Pages Date	Riitta-Liisa Piippo Evaluation of Stroke Rehabilitée's Volition – Client case as an Interpreter of the VQ 40 pages + 2 appendices Spring 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Occupational Therapy
Specialisation option	Occupational Therapy
Instructor	Toini Harra, Senior Lecturer Anja Sario, Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to create a client case study for The Volitional Questionnaire (VQ) Finnish handbook. The aim was to write a client case that describes problems related to using and interpreting the VQ. The main target group is occupational therapists that work within neurology. The method helps to evaluate volition in people who have limitations in cognitive or verbal abilities. The VQ is based on The Model of Human Occupation (MOHO).</p> <p>The client case was created by collecting data from an experienced occupational therapist working in the field of neurology. In addition, the user training of the VQ, the author's own user experience, background theories and other MOHO based client cases supported creating the case. The data was analyzed using MOHO.</p> <p>The thesis presents evaluation of volition from a stroke rehabilitée's perspective. Brain injury caused by a stroke may affect rehabilitée's volition or its expression because of neuropsychological and neuropsychiatric issues. The symptoms may appear as a lack of motivation although a question is about attention deficit, reduced initiative or other dysfunctions. The information gathered via VQ helps to plan therapy by understanding client's volition and environmental factors that have influence on volition.</p>	
Keywords	client case, stroke, volition, MOHO, Volitional Questionnaire

Sisällys

1	Johdanto	1
1.1	Työn tarkoitus	2
1.2	Työn lähtökohdat	2
2	Tahdon arviointi VQ-arviointimenetelmän avulla	4
2.1	Tahto	4
2.2	VQ-arviointimenetelmä	6
2.3	Inhimillisen toiminnan malli taustateoriana	8
3	Aivoverenkiertohäiriön vaikutukset tahtoon ja sen ilmaisemiseen	10
3.1	Aivoverenkiertohäiriö (AVH)	10
3.2	AVH:n vaikutukset tahtoon	12
3.3	AVH:n vaikutukset tahdon ilmaisemiseen	13
3.3.1	Kielelliset häiriöt	13
3.3.2	Muistihäiriöt	14
3.3.3	Neuropsykiatriset häiriöt	16
3.4	Tahdon arvioinnin haasteet	19
4	Asiakasesimerkin toteutus	22
4.1	VQ-arviointimenetelmään perehtyminen	22
4.2	Asiantuntijatiedon kerääminen	23
4.3	Aineiston analyysi ja asiakasesimerkin muodostaminen	25
5	Valmis asiakasesimerkki	29
6	Pohdinta	34
	Lähteet	36
	Liitteet	
	Liite 1. Teemahaastattelun runko	
	Liite 2. Kliinikon kommentti yhteistyöstä	

1 Johdanto

”Kun ihminen saapuu hoitoon tajuttomana, hän on potilas ja hoitotoimenpiteiden kohde. Kun hän tulee tajuihinsa, alkaa kuntoutua ja pystyy ilmaisemaan oman *tahtonsa*, hänestä tulee kuntoutuja, aktiivinen toimija.” Näin määrittelee hoidon ja kuntoutuksen keskeisimmän eron neurologisen kuntoutuksen professori Aarne Ylinen. (Lindstam – Ylinen 2012: 7–8.) Kaikki kuntoutujat eivät kuitenkaan pysty ilmaisemaan tahtoaan; monella heistä on aivoverenkiertohäiriön aiheuttamia kognition pulmia ja etenkin kielellisiä vaikeuksia. Onneksi asiakkaan tahtoa voidaan näistä pulmista huolimatta ymmärtää havainnoimalla hänen toimintaansa: Tätä varten on kehitetty toimintaan motivoitumisen arviointimenetelmä, joka tunnetaan Suomessa myös nimillä VQ (The Volitional Questionnaire) ja tahdon arviointimenetelmä. (Keponen 2014: 1–2.) Jatkossa tässä työssä toimintaan motivoitumisen arviointimenetelmästä käytetään pääasiallisesti nimitystä VQ-menetelmä.

Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) on vakava sairaus: Suomessa sairastuneita on vuosittain 14 000 henkilöä, joista joka neljäs on työikäinen. Aivoverenkiertohäiriöt ovat vakavia sairauksia niin henkilökohtaisena tragediana kuin kansantaloudellisestikin ajatellen. Ne ovat kolmanneksi kallein kansantautimme ja aiheuttavat muita sairauksia enemmän laatupainotteisten elinvuosien menetystä. On ennustettu, että sairastuneiden määrä tulee tulevaisuudessa kasvamaan väestömme ikääntymisen myötä – 2030-luvulla uusia aivohalvaustapahtumia ennustetaan olevan vuosittain yli 20 000. (Aivoinfarkti 2011.) Samalla myös neuropsykiatristen ongelmien määrä lisääntyy väestön ikääntymisen myötä (Vataja 2011a: 153).

Kuntoutujan tavoitteet ja oma motivaatio vaikuttavat keskeisesti kuntoutuksen tuloksellisuuteen. Kuntoutusta ei voi ottaa vastaan vaan siinä pitää olla itse aktiivisena toimijana. Harjoitteluun täytyy usein myös sitoutua pitkäksi aikaa. Motivaation syöttämisessä ja pysyttämässä niin lääkäri kuin kuntoutuksen koko tiimi ovat avainasemassa. (Pohjalainen – Rissanen 2009.) Toimintaterapian avulla voidaan muun muassa herätellä uinuvia taipumuksia sekä löytää mielenkiinnonkohteita ja erilaisia motivointikeinoja kuntoutumisen tukemiseksi (Korpelainen – Leino – Sivenius – Kallanranta 2008a). Toiminnan ollessa mielekäs asiakas motivoituu, ja motivaatio puolestaan lisää selviytymisen tunnetta (Forsbom – Kärki – Leppänen – Sairanen 2001: 147).

1.1 Työn tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on luoda asiakasesimerkki VQ-arviointimenetelmän käsikirjan vuoden 2015 lopulla valmistuvaan suomenkieliseen laitokseen. Asiakasesimerkin tavoitteena on valottaa menetelmän käyttöönoton ja tulokinnan ongelmakohtia etenkin neurologisella kentällä toimiville toimintaterapeuteille. Neurologian näkökulma asiakasesimerkkiin pyritään saamaan aivovauriokuntoutujien parissa työskentelevän VQ-arviointimenetelmän hiljattain käyttöön ottaneen toimintaterapeutin haastattelun avulla.

Opinnäytetyössä on toimintaterapian ohella kaksi sisältöä rajaavaa ja ohjaavaa tekijää: tahto ja neurologinen näkökulma. Neurologinen näkökulma sisältää myös neuropsykologian ja -psykiatrian elementtejä. Teoriaosuudessa aivoverenkiertohäiriöt ovat tärkeänä teemana, sillä asiakasesimerkki luodaan aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutujan toimintaan motivoitumisen arvioinnista. Teoriaosuus pyritään pitämään kuitenkin vahvasti yhteydessä tahtoon, jolloin sillä on suora asiayhteys VQ-menetelmän kanssa. Eri arviointimenetelmissä julkaistujen asiakasesimerkkien analysoinnin helpottamiseksi on päätetty pitäytyä inhimillisen toiminnan malliin pohjautuvissa arviointimenetelmissä. Opinnäytetyössä ei myöskään esitellä AVH-kuntoutujan motorisia pulmia tai motivoitumisen tukemista vaan pysytellään melko tiukasti tahdon arviointiin liittyvissä seikoissa.

1.2 Työn lähtökohdat

VQ-arviointimenetelmän suomenkielisen laitoksen työstäminen on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun toimintaterapian tutkinto-ohjelman tekemää arviointimenetelmien kehitystyötä. Opinnäytetyön yhteyshenkilönä toimii Riitta Keponen, joka johtaa VQ-arviointimenetelmän kehitystyötä Suomessa. Opinnäytetyön toisena yhteistyökumppanina ja kliinisenä asiantuntijana toimii neurologian alalla kokenut ja arvostettu toimintaterapeutti Mirja Lahtinen. Lahtinen työskentelee HUS/HYKS:ssä Meilahden sairaalan toimintaterapian yksikössä neurologisten asiakkaiden parissa.

VQ-menetelmän suomenkieliseen käsikirjaan on kaivattu asiakasesimerkkejä valottamaan arvioinnin erilaisia ongelmakohtia, sillä esimerkit helpottavat eri osa-alueiden erottelua. Kuitenkin esimerkkien yksipuolisuutta ja kulttuurisidonnaisuutta on kritisoitu. Ritsilän tutkimuksen mukaan esimerkkeihin on kaivattu erilaisia asiakasryhmiä ja moni-

puolisempia päivittäisen toiminnan tilanteita (Ritsilä 2002.) Vuoden 2015 lopussa valmistuvaan suomenkieliseen VQ-menetelmän käsikirjaan kirjoitetaan kaksi opinnäytetyönä toteutettavaa asiakasesimerkkiä. Asiakasesimerkit sijoitetaan käsikirjan loppuosaan liitteeksi.

Käsikirjan ja lomakkeiden käytettävyyttä ja mittausominaisuuksia tutkitaan yhteistyössä Illinoisin yliopiston kanssa professori Renée Taylorin johdolla (Keponen 2014: 1–2). Pisteytyslomakkeita tutkimusta varten ovat luovuttaneet syksyn 2014 aikana VQ -toimintaan motivoitumisen arviointimenetelmän käyttäjäkoulutus ja tutkimus -kurssille osallistuneet toimintaterapeutit. Kukin osallistuja luovutti kahdesta kymmeneen pisteytyslomaketta ilman tunnistetietoja tilastomatemaattista mittausominaisuustutkimusta varten.

Opinnäytetyön luvussa 2 esittelen VQ-menetelmän sekä sen taustateoriaa tahdon näkökulmasta. Luku 3 käsittelee aivoverenkiertohäiriön vaikutusta tahtoon ja sen ilmaisuun. Luvussa tuon esiin myös mahdollisia haasteita, joita voi esiintyä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön tahdon arvioimisessa. Luvussa 4 kuvataan asiakasesimerkin muodostamisen prosessi kokonaisuudessaan. Viimeinen eli viides luku sisältää pohdinnan.

2 Tahdon arviointi VQ-arviointimenetelmän avulla

Tässä luvussa tutustutaan tahto-ilmioon, toimintaan motivoitumisen arviointimenetelmään (VQ) sekä sen taustateoriaan, inhimillisen toiminnan malliin, tahdon näkökulmasta.

2.1 Tahto

Motivaatio on tila, joka tapahtuu ennen päätöksentekoa. Päätöksenteon jälkeinen tila on puolestaan tahtoa. Eli pelkän voimakkaan motivaation avulla ei viedä asioita loppuun asti ja päästä tavoitteisiin. (Järvilehto – Kiiski: 2009: 75.)

Ihmisellä on synnynnäinen tarve toimia, sekä tehdä haluamiaan ja arvostamiaan asioita, joihin kokee olevansa kyvykäs ja saaden nautintoa tekemisestään. Nämä asiat ovat motiivina toiminnalle, mutta myös toiminnan tuotteina. Inhimillisen toiminnan mallin mukaan tahto (volition) sisältää kolme toisiinsa yhteen kietoutunutta osa-aluetta: arvot (values), henkilökohtainen vaikuttaminen (personal causation) ja mielenkiinnon kohteet (interests). Ihmisen tahtoa ei voi ymmärtää täysin tutustumatta näihin kolmeen osatekijään. (Kielhofner 2008: 12–14, 35.)

Henkilökohtainen vaikuttaminen viittaa ihmisen kykyihin ja tehokkuuteen. Se sisältää kaksi ulottuvuutta eli tietoisuuden omista kyvyistä ja havainnot oman toiminnan tehokkuudesta. Tietoisuus omista kyvyistä (sense of personal capacity) rakentuu arvioimalla omia fyysisiä, älyllisiä ja sosiaalisia kykyjä. Esimerkiksi kipu tai kognition häiriöt voivat rajoittaa ihmistä siten, että tämä saa aikaan vähemmän kuin mitä haluaisi. Kielteinen käsitys omista kyvyistä voi olla jopa rajoittavampi kuin vamma edellyttäisi. Käsitys omasta tehokkuudesta (self-efficacy) puolestaan muodostuu kyvystä kontrolloida omaa käyttäytymistä ja saavuttaa haluamiaan tuloksia. Vammautuneen henkilön on tärkeää löytää tasapaino omien odotusten ja tulevaisuuden toiveiden suhteen. Tämän saavuttaminen edellyttää ymmärrystä siitä mihin voi vaikuttaa itse ja mitä ei voi kontrolloida. (Kielhofner 2008: 35–39.)

Arvot ovat sisäistettyjä uskomuksia ja sitoumuksia, jotka usein juontuvat kulttuurista (de las Heras – Geist – Kielhofner – Li 2014: 6). Arvot ovat asioita, joita yksilö pitää itselleen tärkeinä ja merkityksellisinä. Ne myös vaikuttavat tavoitteisiin ja tapaan, jolla käyttäytyä ja toimia. Arvot sisältävät ihmisen muodostamat käsitykset oikeasta ja vää-

rästä. Omia arvojaan vastaan toimiessaan ihminen kohtaa häpeän, syyllisyyden, epäonnistumisen tai riittämättömyyden tunteita. Arvoilla on suuri vaikutus yksilön kokemaan toiminnan merkityksellisyyteen. (Kielhofner 2008: 39–41.) Tunnistaessaan toimintaansa liittyviä arvojaan, yksilö kykenee löytämään itselleen merkityksellisiä toimintoja. Mikäli yksilö ei välitä tekemästään toiminnasta, on se tälle merkityksetön. (de las Heras ym. 2007: 5.) Vammautuminen haastaa yksilön arvoja, sillä kyky toimia arvojen – tai kulttuurin asettamien arvojen – mukaan ei ole välttämättä enää mahdollista. Tällöin arvoja kannattaa miettiä uudestaan, sillä ilman tulevaisuudelle asetettuja arvojen mukaisia tavoitteita yksilö voi kyseenalaistaa elämänsä arvon ja tarkoituksen. (Kielhofner 2008: 41–42.)

Mielenkiinnon kohteet ovat asioita, joiden tekeminen tuottavat mielihyvää ja tyytyväisyyden tunnetta. Mielihyvää tuottavat tekijät voivat olla esimerkiksi pieniä arkisia rutiineja, älykkyyttä tai fyysistä suoritusta vaativia tehtäviä, esteettistä nautintoa tuottavia asioita tai vaikkapa yhteenkuuluvuuden tunteita muiden kanssa. Mielenkiinnonkohteet kehittyvät saatujen kokemusten kautta. (Kielhofner 2008: 42–44.) Sopivissa olosuhteissa kun yksilön taidot ja haaste kohtaavat toiminnassa, ihminen voi saavuttaa flow-tilan. Toimintaterapialla pyritään saavuttamaan flow-tila mahdollisimman hyvien tuloksien saavuttamiseksi ja tylsistymisen ehkäisemiseksi. (Pierce 2003: 60–62.) Vammautuminen ja siihen liittyvät oireet yhdistettynä epäonnistumisiin erilaisissa toiminnoissa voivat vähentää tai jopa estää mielihyvän tunteen kokemista toiminnan kautta. Vammautuneet voivat tästä syystä lakata tekemästä asioita, joista ovat aiemmin kiinnostuneita. (Kielhofner 2008: 44–45.) Mielenkiinnonkohteita on tavallisesti helppo havaita, sillä ne voivat näkyä esimerkiksi hymynä, energisyytenä, käsien taputtamisena ja toimintaan sitoutumisena (de las Heras ym. 2007: 5).

Tahto on dynaaminen prosessi, johon yksilön ennakkointi, valinnat, kokemukset ja tulkinnat vaikuttavat. Nämä tekijät puolestaan muokkaavat yksilön arvoja, mielenkiinnonkohteita ja henkilökohtaisen vaikuttamisen tuntemusta. (Kielhofner 2008: 34, 46.) **Tahdon jatkumo** on Reillyn (1974) ja Kielhofnerin (2002) kehittämä käsite. Käsite sisältää kolme tahdon tasoa alkaen motivaation perustasosta eli tutkimisen (exploration) tasosta, jatkuen pätevyyden (competency) tasolle ja lopuksi saavutuksen (achievement) tasolle. Kullakin tasolla ovat omat erityispiirteensä. Mitä korkeampi taso on kyseessä, sitä tietoisempi omista kyvyistä ja toiminnan tehokkuudesta yksilön täytyy olla. Korkeammilla tahdon tasoilla toiminnan täytyy olla myös vetovoimaisempaa ja saada aikaan suurempia tyytyväisyyden tunteita. Toiminnan täytyy sopia myös voimakkaammin yksi-

lön omiin arvoihin. Tahdon kehittyminen eri tasoille on yksilöllistä. (de las Heras ym. 2007: 5–7.)

Näkemykseni mukaan Aaron Antonovskyn 1970-luvulla kehittämä teoria elämänhallinnan tunteesta sivuaa tahto-käsitettä. Teorian mukaan elämänhallinnan tunne koostuu kolmesta osatekijästä, joita ovat ymmärrettävyys, mielekkyys ja hallittavuus. Mielekkyyden kokemuksen taustatekijänä on se, että tapahtumalla on merkitys ja oma osuus siinä koetaan mielekkääksi. Teorian mukaan tunne mielekkyydestä lisää motivaatiota, joka taas lisää selviytymisen tunnetta. (Forsbom ym. 2001: 146–148.)

2.2 VQ-arviointimenetelmä

Toimintaan motivoitumisen arviointimenetelmän (The Volitional Questionnaire, VQ) avulla arvioidaan ihmisen tahtoa toiminnassa. VQ-menetelmä soveltuu yksilöille, jotka eivät kykene ilmaisemaan omaa tahtoaan selkeästi esimerkiksi kognition ja/tai kommunikaation ongelmien vuoksi. Esimerkiksi muistisairaus, aivovaurio tai erilaiset psyykkiset sairaudet voivat vaikuttaa kykyyn ilmaista omaa tahtoa. VQ-menetelmä perustuu huomioon, että ihmiset, jotka eivät pysty ilmaisemaan omaa tahtoaan sanallisesti, näyttävät sen tekojen (actions) kautta. (Kielhofner 2008: 226.) Lapsia varten on kehitetty oma versio, The Pediatric Volitional Questionnaire, PVQ (Kielhofner 2008: 231).

VQ-menetelmän käytöllä voi olla erilaisia tavoitteita: Sillä voidaan tuottaa tietoa asiakkaan tahdon osa-alueista ja piirteistä sekä toimintaan sitoutumisesta. Menetelmällä voidaan myös pyrkiä saamaan selville erilaisten tekijöiden kuten sosiaalisen tai fyysisen ympäristön muuttumisen vaikutuksia tahtoon. Havainnointitulosten avulla terapeutti pystyy määrittelemään strategian, joka auttaa asiakkaan tahdon kehittämisessä. Menetelmän avulla voidaan saada selville asiakkaalle tyypillinen tahdon taso sekä se millainen tuki lisää asiakkaan tahtoa. Menetelmä auttaa myös näkemään ja dokumentoimaan tahdon tasossa tapahtuneen muutoksen ajan kuluessa. (Kielhofner 2008: 227–228; de las Heras ym. 2014: 4)

Arviointi voidaan toteuttaa havainnoimalla asiakasta erilaisissa tilanteissa, jolloin erillistä arviointitilaa tai -tilannetta ei tarvitse välttämättä järjestää (de las Heras ym. 2014: 10). Havainnoinnille ei ole määritelty aikarajaa, mutta keskimääräinen havainnointikerta kestää tyypillisesti 15–30 minuuttia. Havainnointikertoja voi olla yksi tai useampia. (Kielhofner 2008: 227–228.)

VQ-arviointimenetelmä koostuu käsikirjasta, pisteytyslomakkeesta ja ympäristölomakkeesta. Pisteytyslomakkeelle kirjoitetaan havainnot ja arviot arviointitilanteen mukaisesti. Pisteytys tehdään havainnoinnin jälkeen. Lomakkeessa on 14 erilaista mittausosiota tai arviointikriteeriä, jotka ovat jaettu kolmeen eri tahdon tasoon: tutkiminen, pätevyys ja saavutus. Tutkimisen tasolle yltävällä asiakkaalla tahto on matala, pätevyyden tasolla tahto on keskitasoa ja saavutuksen tasolla se on korkea. (de las Heras ym. 2014: 3, 8; Kielhofner 2008: 226–227.) Arvioitavat mittausosiot ovat nimetty ja jaoteltu tahdon tasoihin (de las Heras ym. 2014) seuraavasti:

- | | | |
|--|---|---------------------|
| 1. Osoittaa uteliaisuutta | } | Taso 1 – Tutkiminen |
| 2. Aloittaa tehtävän/toiminnon | | |
| 3. Kokeilee uusia asioita | | |
| 4. Osoittaa mieltymyksiään | | |
| 5. Osoittaa toiminnan olevan erityinen/tärkeä | | |
| 6. Osoittaa tavoitteellisuutta | } | Taso 2 – Pätevyys |
| 7. Pysyy toimintaan sitoutuneena | | |
| 8. Osoittaa tyytyväisyyttä | | |
| 9. Yrittää ratkaista ongelmia | | |
| 10. Yrittää korjata virheitä/epäonnistumisia | } | Taso 3 – Saavutus |
| 11. Pyrkii suorittamaan toiminnan loppuun | | |
| 12. Panostaa lisäämällä energiaa/tunnetta/huomiota | | |
| 13. Etsii lisävastuuta | | |
| 14. Etsii haasteita | | |

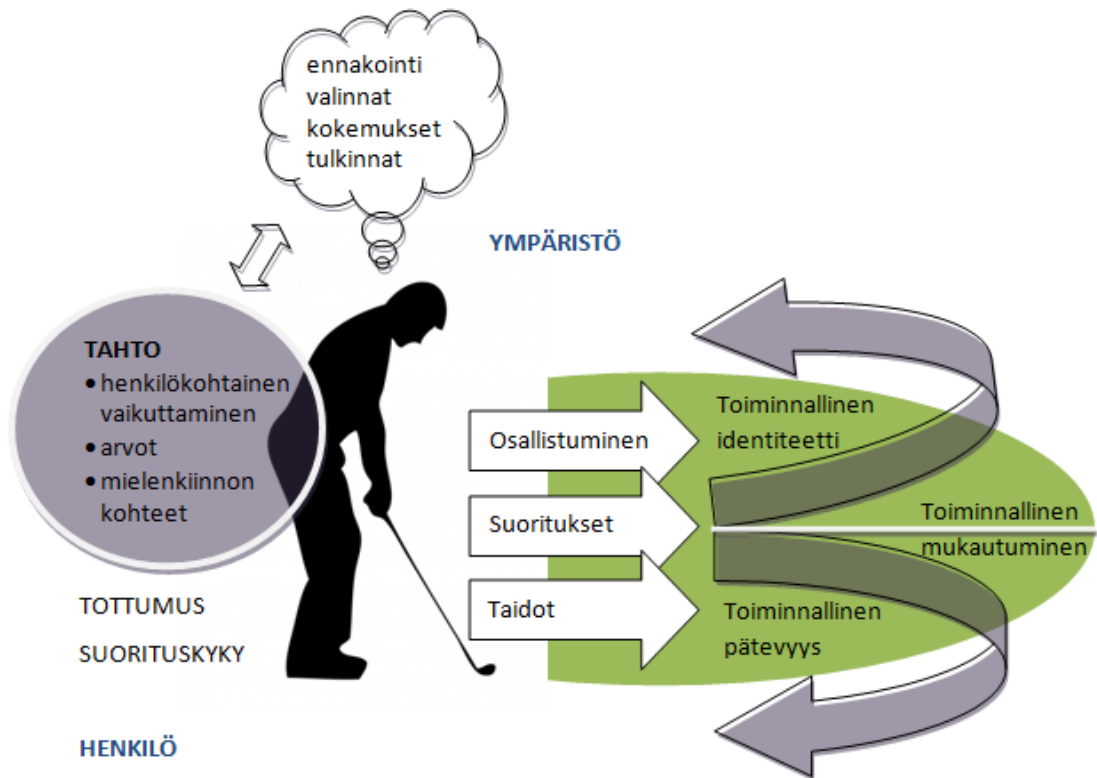
Eri mittausosioiden sisältöön ja pisteytysohjeisiin on tärkeää tutustua tarkoin käsikirjan avulla luotettavan arvioinnin saamiseksi. Suomalaisessa VQ-menetelmässä arviointi tapahtuu asteikolla 1-4. Pisteitä annetaan yksi (1), kun asiakas on passiivinen eikä ilmaise tahtoa toimia edes tuen, jäsentelyn tai kannustuksen avulla. Kaksi (2) pistettä saa, kun asiakas ilmaisee tahtonsa saadessaan maksimaalisesti tukea, jäsentelyä ja kannustusta. Pistemäärä kolme (3) annetaan, kun asiakas osallistuu, on mukana toiminnassa ja tarvitsee vain vähäistä tukea, jäsentelyä ja kannustusta. Saadakseen neljä (4) pistettä, asiakkaan tulee ilmaista tahtoaan toimia ilman tuen, jäsentelyn tai kannustuksen tarvetta. Mikäli toiminta ei mahdollista havaintoja kyseisestä tahdon osiosta, ympäröidään lomakkeelta kohta E/H, eli ei havaintoa. (de las Heras ym. 2014: 17.)

Ympäristölomake täytetään aina erikseen jokaisesta havainnointiympäristöstä. Lomake on mahdollista täyttää ennen arviointitilanteen alkua tai tilanteen aikana. Lomakkeen tuoma hyöty on, että se auttaa jäsentämään arviointia viidestä eri ympäristötekijästä, joita ovat havainnoinnin konteksti, tilat, esineet, sosiaalinen ympäristö ja toiminnan muodot/tehtävät. (de las Heras ym. 2014: 13.) Nämä toimintaan vaikuttavat ympäristötekijät ovat poimittu suoraan inhimillisen toiminnan mallista (Kielhofner 2008: 87). Tosin luonnollisesti poliittisia, kulttuurisia ja talouselämän tekijöitä ei VQ-arviointimenetelmän ympäristölomakkeessa huomioida.

2.3 Inhimillisen toiminnan malli taustateoriana

VQ-arviointimenetelmän taustateoriana on inhimillisen toiminnan malli, MOHO (The Model of Human Occupation), jonka yhtenä pääelementtinä on tahto. Inhimillisen toiminnan malli auttaa toimintaterapeuttia ymmärtämään jokaista asiakasta holistisesti, ainutkertaisena yksilönä. Malli selkeyttää ihmisen, toiminnan ja ympäristön muodostamaa kokonaisuutta ja niistä syntyvää dynamiikkaa. Se auttaa keskittymään asiakkaan tarpeisiin ja tarjoaa vankan perustan terapiainterventioille ja -tavoitteille. Tämän näyttöön perustuvan mallin ajatukseen kuuluu toimia asiakaslähtöisesti ja toimintakeskeisesti. (Kielhofner 2008: 1–2.) Inhimillisen toiminnan mallissa tahto on korostuneessa roolissa verrattuna muihin toimintaterapian teoreettisiin malleihin. Muissa malleissa tahto on huomioitu osana muita käsitteitä kuten esimerkiksi kanadalaisen toiminnan ja sitoutumisen mallissa (CMOP-E) tahto sisältyy henkisytyteen (Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 211).

Inhimillisen toiminnan mallissa tarkastellaan ihmistä toimijana kolmen osa-alueen eli tahdon, totumuksen ja suorituskyvyn kautta. Suorituskyvyllä tarkoitetaan yksilön rakenteita ja toimintoja, ja totumuksella arjen organisoitumista ja järjestystä. Myös toiminnan tekeminen on jaettu kolmeen toisiinsa kytköksissä olevaan tasoon, jotka ovat osallistuminen, suoritukset ja taidot. Toiminnallisella osallistumisella tarkoitetaan itsestä huolehtimista, työn tekemistä ja vapaa-ajan viettämistä laajimmassa merkityksessään. Toiminnallinen suoriutuminen on tekemistä. Taidot ovat puolestaan yksittäisiä tekoja, joiden avulla päästään suorituksiin ja suoritusten kautta taas toiminnalliseen osallistumiseen. (Kielhofner 2008: 101.)



Kuvio 1. Tahto ihmillisen toiminnan mallissa

Toiminnallinen mukautuminen syntyy erilaisiin toimintoihin osallistumisen kautta muotuneesta myönteisestä toiminnallisesta identiteetistä ja toiminnallisesta pätevydestä. Toiminnallinen identiteetti muotoutuu kun yksilön tahto, tottumus ja saadut kokemukset integroituvat ajan kuluessa osaksi yksilön identiteettiä. Se on yksilön käsitys omasta itsestä toimijana sekä tulevaisuudensuunnitelmasta toiminnan suhteen. Toiminnallinen pätevyys on suorassa yhteydessä toiminnalliseen identiteettiin. Yksilön toimiessa toiminnallisen identiteettinsä mukaisesti eli täyttäen odotukset rooliensa ja arvojensa suhteen, ylläpitäen rutinejaan, osallistuen erilaisiin tyydyttäviin toimintoihin, eläen arvojensa mukaan ja pyrkien tavoitteisiinsa, yksilö on toiminnallisesti pätevä. (Kielhofner 2008: 106–107.)

Inhimillisen toiminnan mallissa huomioidaan ympäristön vaikutus yksilön toimintaan kattaen fyysiset, sosiaaliset, kulttuuriset, taloudelliset ja poliittiset tekijät. (Kielhofner 2008: 86.) Malli auttaa tunnistamaan laaja-alaisesti yksilön toimintakykyyn ja osallistumiseen – siten myös tahtoon – vaikuttavia ympäristötekijöitä (de las Heras ym. 2014: 5).

3 Aivoverenkiertohäiriön vaikutukset tahtoon ja sen ilmaisemiseen

Tässä luvussa kerrotaan aivoverenkiertohäiriöstä (AVH) ja sen eri muodoista, sekä niiden aiheuttamista neuropsykologisista ja -psykiatrisista häiriöistä, jotka vaikuttavat tahtoon tai tahdon ilmaisemiseen – ja toimivat samalla perusteina VQ-menetelmän käytölle.

3.1 Aivoverenkiertohäiriö (AVH)

Aivot käyttävät levossa jopa viidenneksen elimistön hyödyntämästä hapesta. Aivot reagoivat hyvin herkästi glukoosin ja hapen saannin häiriöille. Neuronit eli hermosolut ovat aivokudoksen soluista kaikkein herkimpiä hapenpuutteelle. (Tarkkanen 2002.) Aivoverenkiertohäiriö (AVH) on yhteisnimitys ohimeneviä tai pitkäaikaisia neurologisia oireita aiheuttaville aivoverisuonten ja/tai aivoverenkierron sairauksille (Aivoinfarkti 2011). Aivoverenkiertohäiriöistä käytetään usein nimeä aivohalvaus; muita esiintyviä termejä ovat apopleksia, aivoinfarkti ja halvaus (Rentola 2013: 9). Tosin jotkut lähteet pitävät aivohalvausta ainoastaan aivoinfarktin synonyymina (Ovaska-Pitkänen 1999: 24).

Suomessa aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu vuosittain 14 000 henkilöä, joista joka neljäs on työikäinen. Suomessa kuolee vuosittain 5 000 ja maailmassa jopa 4,7 miljoonaa ihmistä aivoverenkiertohäiriön vuoksi. Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat muita sairauksia enemmän laatu- ja elinvuosien menetystä, sillä puolelle eloonjääneistä jää pysyvä tuntuva haitta kuten halvaus, afasia tai muu kognitiivinen häiriö. Eloonjääneistä noin kaksi kolmasosaa selviytyy myöhemmin kotonaan ja joka kymmenes on täysin autettava vuode- tai pyörätuolipotilas. Noin 40 % sairastuneista tarvitsee moniammatillista lääkinällistä kuntoutusta. (Kaste – Hernesniemi – Kotila – Lepäntalo – Lindsberg – Palomäki – Roine – Sivenius 2011: 271–272.)

Aivoverenkiertohäiriöt ovat myös kansantaloudellisesti ajateltuna vakava sairaus. Mielen- ja muistivaurioiden ja dementian jälkeen ne ovat kolmanneksi kallein kansantautimme pitkien sairaalajaksojen ja työkyvyttömyyden vuoksi. (Aivoinfarkti 2011.) Kolmasosa AVH-potilaista on alle 65-vuotiaita. Noin viidennes työelämässä olleista pystyy palaamaan työelämäänsä. Nykyään aivoverenkiertohäiriöiden vuoksi jäädään sairaalahoitoon alle 55-vuotiaana iskeemistä sydänsairautta useammin. (Kaste ym. 2011: 272, 301.)

Aivoinfarkti on aivoverenkiertohäiriöiden tavallisin (80 %) aiheuttaja (Vataja 2011a: 152). Aivoinfarkti aiheutuu tavallisesti aivovaltimotukoksen aiheuttamasta paikallisesta aivokudoksen verettömyydestä eli iskemiasta, kun kollateraalikierto – joka kompensoi naapurivaltimoiden suonitusalueelta – on liian vähäistä ylläpitääkseen riittävää ääreisverenkiertoa. Iskemia voi olla myös ohimenevä iskeeminen kohtaus (Transient Ischemic Attack, **TIA**). (Kaste ym. 2011: 271–279; 296–297.) TIA kestää tyypillisesti 2–15 minuuttia. Yli tunnin kestävässä kohtauksessa on kyse aivoinfarktista. TIA-kohtauksen saaneella on kohonnut riski saada aivoinfarkti; 10–20 % saa aivoinfarktin 90 vuorokauden kuluessa ja puolet heistä saa kohtauksen jo kahden vuorokauden kuluessa TIA:sta. (Aivoinfarkti 2011.)

Aivoinfarktit jaetaan etiologiansa mukaan viiteen eri ryhmään: suurten suonten ateroskleroosiin liittyviin tukoksiin (embolia tai tromboosi), sydänperäisiin embolisointien aiheuttamiin tukoksiin, pienten suonten tukoksiin (lakunaari-infarkti), muihin osoitettuihin etiologioihin (vaskulopatiat, hyytymishäiriö, hematologiset häiriöt) sekä selvittelyistä huolimatta epäselviin etiologioihin. Aivoinfarkti voidaan luokitella myös aivoverenkiertoalueen mukaan kahteen eri luokkaan: karotisuusalueen eli etuverenkierron infarkteihin ja vertebrobasilaarialueen eli takaverenkierron infarkteihin. Karotisuusalueen infarktit (80–90 %) ovat vertebrobasilaarialueen (10–20 %) infarkteja yleisempiä. (Aivoinfarkti 2011.)

Iskeemisiin aivoverenkiertohäiriöiden kliinisiin oireyhtymiin lasketaan yleistynyt aivoiskemia sekä sinustromboosi. **Yleistynyt aivoiskemia** aiheutuu koko aivojen verenkierron pysähtymisestä, joka voi aiheutua esimerkiksi sydämenpysähdyksestä. Iskeeminen vaurio painottuu tavallisesti hippokampuksen, mutta vaikeammassa tapauksissa myös laajemmin. (Kaste ym. 2011: 304.) **Sinustrombooseja** eli kallonsisäisten laskimoiden ja laskimosinusten tukoksia esiintyy tavallisimmin nuorilla naisilla. Alle 1 % aivoverenkiertohäiriöistä on sinustrombooseja. (Putala – Hiltunen – Curtze – Salonen – Tattilismäki 2011.)

Valtimovuotoja eli valtimon repeämisestä johtuvia vuotoja on kahden tyyppisiä: aivoverenvuotoja sekä subaraknoidaalivuotoja (SAV). **Aivoverenvuoto** tarkoittaa akuuttia spontaania aivojen sisäistä verenvuotoa. Valtimovuoto voi tulla myös aivojen pinnalle lukinkalvonalaiseen tilaan, jolloin vuotoa kutsutaan **subaraknoidaalivuodoksi (SAV)**. Valtimovuodot voivat aiheuttaa myös sekundaarista aivoiskemiaa. (Kaste ym. 2011: 272, 305.)

Aivoverenkiertohäiriöiden sijainti vaikuttaa kognitiiviseen oirekuvaan (Kuikka – Pulliainen – Hänninen 2001: 282). Aivoverenkiertohäiriön jälkeen noin 70 %:lla ilmenee tiedonkäsittelyn häiriöitä, joista yleisiä ovat toiminnanohjauksen, tarkkaavuuden, muisti-toimintojen ja kielellisten toimintojen vaikeudet (Erkinjuntti – Alhainen – Rinne – Huovinen 2006: 109). Oireina voivat olla muun muassa afasia, dysartria, hahmottamisen häiriöt, näkökentän puutokset ja tunne-elämän häiriöt. Masennus on yksi tavallisimmista tunne-elämän häiriöistä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneilla kuntoutujilla. (Kotila – Palomäki 2011: 604.)

3.2 AVH:n vaikutukset tahtoon

”Tunteet, käyttäytyminen, muisti ja kokemukset sekä minuus – ja myös kaikki psykiatriset häiriöt – liittyvät aivojen neurobiologisiin toimintoihin” (Vataja 2011b: 38). Aivojen otsalohkoilla ja ventral striatumilla on havaittu olevan yhteys ihmisen motivaatioon ja siten myös tahtoon. Toisin sanoen ventral striatum tai otsalohkojen kontrollin anatomisen vastineen eli otsalohkopiirien vaurio voivat siten vaikuttaa yksilön tahtoon. (Vataja 2011b: 38–41; Schmidt – Lebreton – Cléry-Melin – Daunizeau – Pessiglione 2012.)

Aivojen otsalohkojen roolina on koordinoida ja johtaa muita aivojen osia. Otsalohkot koordinoivat motivaatioon, kognitioon, tunteiden säätelyyn ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyvää informaationkäsittelyä aivoissa. Koordinoinnin tavoitteena on saada ihminen käyttäytymään tilanteissa tarkoituksenmukaisella tavalla. Etuotsalohkon etuosa saa valmiiksi prosessoitua tietoa muista aivoston osista, ja on ainoa aivokuoren alue, jossa kognitiivinen, sensomotorinen, aistinvarainen, limbisen/emotionaalinen ja motivaatioon liittyvä informaatio voi integroitua. (Vataja 2011b: 38–41.)

Otsalohkojen kontrollin anatominen vastine ovat otsalohkopiirit. Otsalohkopiirejä on seitsemän, joista viisi on pystytty melko tarkasti määrittämään toiminnan ja anatomian kannalta. Neuropsykiatrisesti merkittävät piirit ovat lähtöalueidensa mukaisesti nimetyt orbitofrontaalinen, dorsolateraalinen ja cinguraalinen eli pihtipoimusta lähtevä piiri. Piirit lähtevät otsalohkojen kuorikerroksen alueelta kulkien omia reittejään aivojen syviin osiin tullen takaisin lähtöalueelleen aivojen kuorikerrokselle. Pihtipoimun etuosien radassa tapahtuva häiriö voi näyttäytyä muun muassa motivaation puutteena. (Vataja 2011b: 38–41.) Otsalohkopiirien vaurioiden aiheuttamista oireista kerrotaan enemmän neuropsykiatristen oireista kertovassa alaluvussa.

Ventral striatum on havaittu olevan motivaation kannalta tärkeässä roolissa. Se on yhteydessä aivojen limbisiin rakenteisiin kuten amygdalaan, hippokampukseen, talamukseen ja prefrontaaliseen aivokuoreen. Ventral striatum ohjaa motivaatiota fyysistä ja henkistä ponnistelua vaativan toiminnan aikana. (Schmidt ym. 2012.)

Otsalohko-oireiden taustalla on yleensä aivoverenkiertohäiriö tai jokin muu aivovauriota aiheuttava sairaus. Oireyhtymiä on erotettavissa kolmea tyyppiä aivojen vaurion sijainnin mukaisesti: orbitofrontaalinen disinhibitio, mediofrontaalinen apaattis-akineettinen oireisto ja dorsolateraalinen oireisto. Orbitofrontaalinen oireyhtymä saa aikaan estottomuutta ja impulsiivista käyttäytymistä. Potilas on usein ärtyisä, epävaka, tahditon ja toimii suunnittelemattomasti. Mediofrontaaliseen oireyhtymään kuuluu puolestaan päinvastaiset piirteet kuten motivaation puute, apaattisuus, aloitekyvyttömyys ja jopa mutismi. Dorsolateraalinen vaurio taas heikentää toiminnanohjausta. (Korkeila 2011: 45.) Jokaisessa kolmessa otsalohkon oireyhtymässä on siten tekijöitä, jotka voivat vaikeuttaa tahdon arvioimista.

3.3 AVH:n vaikutukset tahdon ilmaisemiseen

Moniin neurologisiin sairauksiin liittyy erilaisia neuropsykologisia häiriöitä, jotka voivat vaikuttaa tahdon ilmaisemiseen. Näistä merkittävimpiä tekijöitä ovat kielelliset vaikeudet ja muistihäiriöt, joiden vuoksi juuri VQ-menetelmän käyttö on usein perusteltua. Lisäksi erilaiset aivoverenkiertohäiriöön sairastuneilla yleiset neuropsykiatriset häiriöt kuten masennus, apatia ja ahdistuneisuus vaikuttavat tahtoon tai sen ilmaisemiseen.

3.3.1 Kielelliset häiriöt

Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat usein äkillisen kielellisen kommunikaatiokyvyn alenemisen, jonka vuoksi heikkenee oleellisesti sairastuneen kyky vaikuttaa kielellisesti oman elämänsä hallintaan. Kielellisen kommunikaatiokyvyn alenemisesta aiheutuu sairastuneeseen itseensä että tämän lähipiiriin vaikuttavia psykologisia ja psykososiaalisia muutoksia. (Korpijaakko-Huuhka – Kiesiläinen 2011: 226.) Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat kielellisiä häiriöitä kuten afasiaa tai dysartriaa.

Afasia on aivojen vaurioitumisesta johtuva jo opittujen kielellisten toimintojen täydellinen tai osittainen häiriötila, jonka tavallisin syy on vasemman aivopuoliskon verenkiert-

tohäiriöstä johtuvasta vauriosta. Miltei kaikilla (97 %) ihmisillä vasen aivopuolisko vastaa kielellisistä toiminnoista. Aivokuoressa on kaksi kielellistä yhteistyötä tekevää aluetta: otsalohkossa sijaitseva puheen tuottamisalue eli Brocan alue sekä ohimolohkossa sijaitseva puheen ymmärtämisalue, Wernicken alue. (Sand ym. 2011: 129–130.) Afasia voi ilmetä siten sekä puhumisen ja puheen ymmärtämisen vaikeutena että lukemisen, kirjoittamisen ja laskemiseen liittyvien kielellisten prosessien ongelmana. Afasia voi vaihdella lievästä sanojen löytämisen vaikeudesta täyteen puhumattomuuteen riippuen aivovaurion sijainnista ja laadusta. (Korpijaakko-Huuhka – Kiesiläinen 2011: 226–227.) Laineen ja Marttilan (1992: 1039–1041) mukaan sanojen löytymisen vaikeutta on kaikilla afaatikoilla ja sanavääritymien eli parafasioiden esiintyminen on myös hyvin tavallista.

Afaatikoista 90 %:n taustalla on joko aivoinfarkti tai aivoverenvuoto (Laine – Marttila 1992: 1039–41). Yleisin afasian aiheuttaja on iskeeminen aivoinfarkti, johon tyypillisimmin sairastuvat eläkeikää lähestyvät miehet. Aivoverenvuodon vuoksi afaatikkoja on nuorissakin. Aivoverenvuodot aiheuttavat lukinkalvonalaisia vuotoja useammin pysyviä kielellisiä puutosoireita. Uusia afasiatapauksia ilmenee Suomessa vuosittain noin 3 500 (Korpijaakko-Huuhka – Kiesiläinen 2011: 226–232.)

Afasia on yleistermi, jota käytetään aikuisten ns. hankituista kielellisistä häiriöistä. **Dysfasia**-termiä käytetään yleensä lasten erityisten kehityksellisistä kielihäiriöistä, mutta myös paikallisen aivovaurion aiheuttamasta useimmiten lievästä afasiasta. **Dysartria** on puolestaan puhemekanismin lihaskontrollista johtuva puhehäiriö, joka ilmenee äänenlaadun heikkenemisenä ja vaikeasti ymmärrettävänä ääntämisenä. Dysartriaa voi ilmetä afasian kanssa tai ilman, sillä dysartriaa esiintyy myös oikean aivopuoliskon ja aivoston alempien osien sekä hermoratojen vaurion yhteydessä. (Korpijaakko-Huuhka – Kiesiläinen 2011: 226–227, 232.) Puhtaassa dysartriassa henkilö ymmärtää kuitenkin puhuttua ja kirjoitettua kieltä täysin normaalisti. Tällöin ainoastaan puheentuottamisessa on motorisia vaikeuksia. (Dysartria 2015.)

3.3.2 Muistihäiriöt

Muistihäiriöt ovat hyvin tavallisia aivoverenkiertohäiriöön sairastuneilla potilailla. AVH-potilaista noin puolella esiintyy akuuttivaiheessa muistihäiriöitä. (Korpelainen – Leino – Sivenius – Kallanranta 2008b.) **Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (VCI)** on toiseksi yleisin etenevän muistisairauden syy (15–20 %). VCI on osittain palautuva ai-

voverenkiertosairauden aiheuttama muistin ja tiedonkäsittelyn heikentyminen. VCI:ssä on kysymys oireyhtymästä, ei sairaudesta. Se kattaa koko kognitiivisten oireiden kirjon lievästä vaikeaan. Useimmiten (70–80 %) vaskulaarisen kognitiivisen heikentymän taustalla on pienten aivoverisuonten tauti. Muita VCI:n aiheuttamia sairauksia ovat suurten kaula- ja aivoverisuonten tauti, sydänperäiset aivoinfarktit, hemodynaamiset tekijät ja aivoverenvuodot. (Melkas – Jokinen – Putaala – Valanne – Hietanen – Erkinjuntti 2015: 41; Erkinjuntti – Melkas – Jokinen 2014: 275–276.)

Pienten suonten taudin synnyssä keskeisimpänä mekanismina on aivojen syvien pienten läpäisevien verisuonten ahtautuminen. Suonten ahtautuminen aiheuttaa lakunaarisia infarkteja ja valkean aineen iskeemisiä vaurioita, jotka vaurioittavat otsalohkojen kuorikerroksen ja syvien osien välisiä yhteyksiä eli ns. otsalohkopiirejä. Tautiin liittyvät tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeudet ja kognitiivinen hidastuminen ovat tyypillisimmät pienten suonten taudin oireet. (Melkas ym. 2015: 41–42.) Muistihäiriöt näkyvät mieleen painamisen ja oppimisen vaikeutena, mutta unohtelua tapahtuu vähemmän. Myös masennusta, persoonallisuuden muutoksia ja psykomotorista hidastumista esiintyy. (Erkinjuntti ym. 2014: 277.)

Suurten (tai keskisuurten) suonten taudin taustalla on tavallisesti verisuonten kalkkeutumista tai sydänperäinen aivoinfarkti. Aiemmin tautia on kutsuttu moniinfarktidentiaksi. Suurten tai keskisuurten suonten taudissa infarktit vaurioittavat tyypillisesti aivokuorta ja aiheuttavat tiedonkäsittelyn heikentymää. Infarktin sijainti ja laajuus vaikuttavat oireisiin merkittävästi; hyvin pienikokoisetkin paikalliset infarktit voivat aiheuttaa jopa dementia-asteisen oirekuvan osuessaan kognitiivisesti kriittiselle aivoalueelle. Infarktit voivat olla joko kortikaalisia tai subkortikaalisia. Kortikaalisista alueista kriittisiä ovat ainakin hippokampus, gyrus angularis ja gyrus cinguli. Subkortikaalisista alueista kriittisimpiä kognition kannalta ovat talamuksen, tyvitumakkeiden ja syvän valkean aineen alueet. (Melkas ym. 2015: 42.) Talamuksen alueen vauriot aiheuttavat muistihäiriöiden ohella muun muassa apatiaa ja aloitekyvyttömyyttä ja kielellisistä häiriöistä perseveraatioita eli juuttumista. Muita suurten suonten tautiin kuuluvia kognitiivisia ja käyttäytymisen häiriöitä ovat muun muassa neglect, agnosia, toiminnanohjauksen häiriö, mielialahäiriöt ja persoonallisuuden muutos. (Erkinjuntti ym. 2014: 277.)

3.3.3 Neuropsykiatriset häiriöt

Aivoverenkiertohäiriöön sairastututtaan potilaalla on yleisluontoisina oireina väsyvyyttä, tarkkaavaisuuden, toiminnan suunnittelun, arvioinnin ja muistin vaikeutumista, ärtyvyyttä sekä toimintojen ja ajattelun hidastuneisuutta. Nämä yleisoireet lievittyvät ajan kuluessa. Lisäksi potilaalla voi olla kapea-alaisempia neuropsykologisia erityishäiriöitä. (Poutiainen – Hokkanen – Ylikoski 1999: 1–2.) Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat aivo- toimintojen häiriön sairastuneen luonteesta, persoonallisuudesta, erilaisista psykososiaalisista ja muista elämäntilanteeseen liittyvistä tekijöistä riippuen erilaisia psyykkisiä oireita. Masennusoireet ovat hyvin tavallisia, mutta myös voimakkaat mielialan vaihtelut, välinpitämättömyys, apatia ja ärtyneisyys ovat hyvin tavallisia oireita. Joskus mukana voi olla hyvinkin vaikeita psykiatrisia oireita. (Huttunen 2011: 306–307.)

Neuropsykiatrisen ajattelun mukaan aivojen hermoverkkojen häiriintynyt toiminta saa aikaan psyykkisiä häiriöitä, joita esimerkiksi aivojen vaurio aiheuttaa mieleen, kognitioon, emootioihin ja käyttäytymiseen. Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat psyykkiset häiriöt sekä käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutokset ovat tavallisia aivoverenkiertohäiriöihin liittyviä oireita. Ennusteen kannalta nämä neuropsykiatriset oireet ovat hyvin keskeisessä roolissa aivoverenkiertohäiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa. Eniten tutkimustietoa neuropsykiatrisista oireista on saatu aivoinfarktipotilailta, sillä aivoinfarktit ovat yleisiä ja tarkasti paikannettavissa. Tarkka paikannettavuus auttaa ymmärtämään paikalliseen aivovaurioon liittyviä häiriöitä ja muutoksia käyttäytymisessä, persoonallisuudessa ja psyykessä. (Vataja 2011c: 17–18; Vataja 2011a: 152.)

Seuraavana on luettelo neuropsykiatrisen kannalta merkittävien otsalohkopiirien häiriöiden aiheuttamista oireista (Vataja 2011b: 41):

dorsolateraaliset radat	orbitofrontaaliset radat	pihtipoimun etuosien radat
<ul style="list-style-type: none"> - toiminnanohjauksen häiriöt <ul style="list-style-type: none"> ▪ toiminnan suunnittelu ▪ toimintatavan muuttaminen ▪ virheiden korjaaminen ▪ abstrakti ajattelu ▪ sanansujuvuus ▪ perseveraatio (juuttuminen) - työmuistin häiriöt - masennus 	<ul style="list-style-type: none"> - persoonallisuuden muutos <ul style="list-style-type: none"> ▪ estojen löyhtyminen ▪ impulsiivisuus ▪ itsearviointikyvyttömyys ▪ hyperseksuaalisuus - pakko-oireet - masennus - mania 	<ul style="list-style-type: none"> - motivaation puute - apatia - anhedonia (kyvyttömyys tuntea mielihyvää) - mielenkiinnon menetys - addiktio

Kuvio 2. Otsalohkopiirien vaurioiden aiheuttamia neuropsykiatrisia häiriöitä (Vataja 2011b: 41)

Aivojen otsalohkopiireistä dorsolateraalisen, orbitofrontaalisen ja pihtipoimun etuosien ratojen vaurioituminen saavat aikaan erilaisia neuropsykiatrisia oireita (Vataja 2011b: 41), jotka voivat vaikeuttaa tahdon arviointia. Samalla nämä oireet voivat toimia myös perusteina VQ-menetelmän käytölle.

Aivoinfarkti aiheuttaa usein akuutissa vaiheessa pelkoa tuhosta ja kuolemasta. Toipumisvaiheessa aivoinfarktiin sairastunut joutuu usein kohtaamaan oman toiminta- ja työkyvyn heikentymisen tai jopa menetyksen sekä huolta toimeentulosta, kuntoutumisesta ja omissa rooleissa tapahtuneista muutoksista. Myös pelkoa uudesta aivohalvauksesta voi esiintyä. Psykkiset oireet havaitaan tavallisesti vasta kuntoutusvaiheessa, mutta ne voivat näkyä jo akuutissa vaiheessa. (Vataja 2011a: 152.) Vatajan (2011a: 153) mukaan aivoinfarktin jälkeisiä oireyhtymiä (suluissa vallitsevuus) ovat:

- masennus (40 % 3 kk:n kuluessa)
- yleistynyt ahdistuneisuus (20 %)
- apatia (20 %, ilman masennusta 10 %)
- katastrofireaktio (10–20 % akuuttivaiheessa)
- tunne-elämän labiliteetti (10–20 %)
- psykoottiset oireet (2 %)
- mania, kaksisuuntainen mielialahäiriö (1 %, euforia 7 %)

Masennus: On arvioitu, että 25–50 %:lla kaikista aivohalvauspotilaista on masennusta tai masennustiloja. Masennus kestää kolmasosalla sairastuneista yli vuoden sairastumisen jälkeen. (Huttunen 307.) Aivoinfarktin jälkeinen masennus (post-stroke-depressio) on neuropsykiatrisista oireyhtymistä selkeästi yleisin ja merkittävin. Jopa oireeton aivoinfarkti voi saada aikaan masennusta. Korkealla iällä ensimmäistä kertaa masennukseen sairastuneiden henkilöiden (post-onset-depressio) on masennusta, jota luonnehtivat vaskulaariset tekijät, kognitiiviset puutokset, aivojen valkeanaineen muutokset tai infarktit, sanotaan vaskulaariseksi depressioksi. Neuropatologisissa tutkimuksissa on havaittu laadultaan iskeemisiä valkean aineen muutoksia. Muutosten määrä korreloi masennuksen oireiden ja asteen kanssa. Samojen muutosten on havaittu liittyvän myös muihin kognitiivisiin puutosoireisiin kuten tarkkaavuuden ja etenkin toiminnanohjauksen häiriöihin. (Vataja 2011a: 153, 158.)

Aivoinfarktipotilaat voivat saada hyvin erilaisia masennusoireita: Mieliala voi olla masentunut, mutta sairastunut itse ei aina itse edes tunnista sitä. Oireissa voi olla myös vuorokausivaihtelua. Potilaalla voi olla katastrofireaktiota ja tunnereaktioiden yliherkis-

tymistä. Masennukseen saattaa liittyä myös apatiaa, ahdistuneisuutta tai harhaluuloja. Masennus voi saada aikaan myös ärtyneisyyttä, levottomuutta ja kielteistä suhtautumista kaikkeen. Kognitiiviset oireet, motorinen ja henkinen hidastuminen, ulkoisten tapahtumien vaikuttamattomuus mielialaan, selittämättömät somaattiset kivut ja oireet sekä uuden aivohalvauksen pelko ovat myös aivoinfarktipotilaan masennuksen oireistoa. Masennus vaikeuttaa aivohalvauksesta kuntoutumista. Kuntoutuminen voi edetä masennuksen vuoksi huonosti, tai se voi pysähtyä tai taantua ilman selvää syytä. (Vataja 2011a: 153–155.) Masennuksella on havaittu myös olevan vaikutusta aivohalvauksen syntyyn (Huttunen 2011: 307). Suurentunut masennusriski on henkilöillä, joilla aivovaurio sijoittuu tavallisimmin vasemmanpuoleisten otsalohkopiirien alueelle ja varsinkin tyvitumakkeiden läpi kulkeviin rakenteisiin. (Vataja 2011a: 155).

Ahdistuneisuus liittyy aivoverenkiertohäiriöistä kärsivällä henkilöllä tavallisesti masennukseen. Kuitenkin lukinkalvonalaisen verenvuodon jälkeen ahdistuneisuus on masennusta tavallisempi ongelma. Myös traumaperäinen stressireaktio voi olla ahdistuneisuuden ja huonon kuntoutumisen taustalla. Traumaperäinen stressireaktio johtuu äkillisestä ja vakavasta sairastumisesta. Ahdistuneisuus on miltei yhtä merkittävä elämänlaatua heikentävä tekijä kuin masennus aivosairauksista kärsivillä. Ahdistuneisuutta esiintyy tavallisemmin henkilöillä, joiden aivovaurio sijaitsee aivojen etuosissa (vasen, kortikaalinen, dorsolateraalinen prefrontaaliaivokuori). (Korkeila – Vataja 2011: 96.)

Apatian keskeinen piirre on motivaation heikkeneminen. Eli potilaalta häviää tahto ja kyky aloittaa tavoitteellinen toiminta. Sairastuneen mielenkiinto ja uteliaisuus katoavat ja ihminen muuttuu välinpitämättömäksi. Aivohalvauspotilaista noin 20–25 %:lla on apatiaa ja heistä puolella on lisäksi masennusta. Varsinkin aivoverenvuodon ja SAV:n jälkeen esiintyy monesti apatiaa ja tahdottomuutta (abulia). Apatiaa on tyypillisesti aivovaurion sijaitessa pihtipöimusta lähtevässä otsalohkopiirissä, ja vaikeimmin apaattisilla henkilöillä vaurio sijoittuu samaan otsalohkopiirin sijoittuvien talamuksen, häntätumakkeen ja capsula internan alueelle. Apatia, katastrofireaktiot ja psykoottiset oireet liittyvät tavallisesti laajempaan kudostuhoon, vaikeampaan halvausoireistoon sekä kognitiiviseen tasonlaskuun ja dementiaan. (Vataja 2011a: 153, 157.)

Katastrofireaktioita ilmenee tyypillisesti aivovaurion sijaitessa vasemman otsalohkopiirissä. **Psykoottisten häiriöt** ovat harvinaisia. Näillä potilailla on tavallisesti hyvä sairaudentunto ja heillä voi esiintyä harhaluuloja- ja näkyjä. Taustalla on tyypillisesti aivo-

vaurio aivorungossa. **Tunne-elämän labiliteettia** esiintyy tavallisemmin henkilöillä, joiden aivovaurio sijaitsee aivorungossa. Aivoverisuonisairaudet ovat tavallisin sekundaarisen **manian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön** aiheuttaja. Noin 1 % sairastuneista saa maanisia oireita aivoinfarktin jälkeen. Useimmiten vaurio sijaitsee oikeassa ohimolohkossa. (Vataja 2011a: 153–157.)

3.4 Tahdon arvioinnin haasteet

Tavallisesti ihmiseltä voidaan kysyä häntä kiinnostavista ja motivoivista asioista, mutta erilaisista syistä tämä ei ole aina mahdollista. Esimerkiksi kielelliset vaikeudet voivat toimia tahdon ilmaisemisen esteenä. Tällöin keskustelukumppanin kommunikaatiotaidot ovat ratkaisevassa asemassa. Asiakkaalle pitäisi pystyä tekemään osuvia tarkentavia kysymyksiä ja osata tulkita tätä äänenpainojen, eleiden ja mahdollisten kompensoivien asioiden kuten piirrosten avulla. Myös yhteinen tieto keskustelluista aihepiireistä auttaa kommunikoinnissa. (Korpijaakko-Huuhka – Kiesiläinen 2011: 231.) Usein kuitenkin terapeutti ja asiakas eivät tunne toisiaan entuudestaan, jolloin kommunikointi voi olla jo tästä syystä hankalaa. Tahdon arviointia voi hankaloittaa myös se, jos sairastunut haluaa antaa itsestään sellaisen kuvan, että ymmärtää kaiken sanotun. Afaattikko voi myös keskustella helposti kahden kesken, mutta ryhmässä tai meluisassa ympäristössä puheen ymmärrys voi vaikeutua. (Rentola 2013: 23, 47.)

Itsearviointimenetelmien käyttäminen ei ole aina mahdollista, sillä Korpijaakko-Huuhkan ja Kiesiläisen (2011: 230) mukaan afaattisiin kommunikaatiohaittoihin kuuluu myös lukemisen ja kirjoittamisen ongelmat. Asiakkaan pystyessä tekemään itsearviointia, voidaan käyttää esimerkiksi OSA:aa (Occupational Self Assessment), joka on inhimillisen toiminnan malliin perustuva toimintamahdollisuuksien itsearviointimenetelmä. OSA:ssa asiakas itse arvioi omaa toiminnallista pätevyyttään, arvojaan ja niiden tärkeysjärjestystä. (Kielhofner 2008: 246.)

VQ-menetelmän käyttäjäkoulutuksessa syksyllä 2014 olleet toimintaterapeutit kokivat haasteellisena toimintaan motivoitumisen erottamisen tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeuksista. Aivovauriot aiheuttavatkin usein tarkkaavuuden, toiminnanohjauksen sekä lisäksi työmuistin vaikeutta, joista jokainen on käsitteinä hyvin päällekkäisiä keskenään. Niitä säätelevätkin osittain samat hermoverkkopiirit. (Vataja – Stenberg – Kantanen – Kalska 2011: 60.)

Toiminnanohjaus on hyvin laaja käsite. Se sisältää keinot, joilla ihminen pyrkii tavoitteeseen. (Vataja ym. 2011: 60.) VQ-arviointimenetelmän mittausosioista iso osa on päällekkäisiä juuri toiminnanohjauksen kanssa. Toiminnanohjauksen vaikeuksien ja tahdon erottamisen ollessa vaikeaa Keponen ja Piikki (2014) kannustivat terapeuttia havainnoimaan asiakkaan tahtoa erilaisissa tilanteissa, jolloin voidaan nähdä esimerkiksi onko aloittamisen vaikeutta muiden toimintojen yhteydessä. Ympäristöomakkeen avulla voidaan myös muistaa helpommin millainen ympäristö kunkin tilanteen aikana oli. (Keponen – Piikki 2014.) Forsbomin ym. (2001) mukaan on yleistä, että aivovauriopotilaiden aloitekyvyn heikkenemistä tai puutetta tulkitaan usein virheellisesti motivaation puutteeksi. Aloitekyvyn puute voi näyttäytyä asiakkaan vetäytymisenä ihmisuhteista. (Forsbom – Kärki – Leppänen – Sairanen 2001:137.)

Laaja-alaista eri aivoalueiden virheetöntä toimintaa vaativa itsearviointikyky (Korkeila 2011: 50) on näkemykseni mukaan suorassa yhteydessä tahdon kanssa. Itsearviointikyky vaatii Korkeilan (2011) mukaan arvioida itseä suhteessa omiin rooleihin ja yhdistää tietoa itseä, ympäristöä, aikaa ja olosuhteita koskevaa tietoa. (Korkeila 2011: 50–51.) Kielhofnerin (2008: 12) luettelemat tahdon osatekijät eli arvot, mielenkiinnonkohteet ja henkilökohtainen vaikuttaminen liittyvät näkemykseni mukaan Korkeilan (2011) kuvaukseen itsearviointikyvystä ja se edellyttämistä itseymmärryksestä. Itseymmärrys liittyy puolestaan otsalohkojen ja subkortikaalisten piirien väliseen toimintaan ja vauriot voivat aiheuttaa itsearviointikyvyn heikentymistä. (Korkeila 2011: 50–51.) Mikäli henkilö itse ei pysty arvioimaan itseään, voidaan tahtoa havainnoida VQ-menetelmän avulla.

Tahdon tai motivaation puutteeksi voidaan luulla myös asiakkaan reagoimattomuutta tai vastustusta avun saannissa; todellisuudessa asiakkaalla voi olla vaikeus tulkita esiinneiden tai liikkeiden aiheuttamia tuntemuksia tai tunnistaa tilaa. (Forsbom 2001: 70.) Suuntien ja tilasuhteiden hahmottamisen häiriöitä eli visuaalisia ja visuokonstruktiivisia häiriöitä esiintyy aivoverenkiertohäiriöön sairastuneilla kuntoutujilla (Jehkonen – Liippola n.d.).

VQ-menetelmän käyttäjäkoulutuksessa olleet toimintaterapeutit kokivat haasteellisena myös keskittymisen pelkästään tahtoon liittyvien tekijöiden havainnointiin, sillä tavallisesti terapeutit ovat tottuneet arvioimaan taitoja ja valmiuksia. Terapeutit olivat huomanneet VQ-käyttökokeilujensa aikana myös, että asiakas voi saada hyviä pisteitä VQ-menetelmällä, mutta heikkoja pisteitä esimerkiksi motorisia ja prosessitaitoja arvioivan menetelmän mukaan. Haasteellisena toimintaterapeutit kokivat myös, että välillä asiak-

kaan tahtoa voi olla vaikeaa tulkita asiakkaan rajoittuneen puheen, eleiden ja ilmeiden vuoksi. Kurssin opettajat Keponen ja Piikki pitävätkin tärkeänä pohtia aina ennen VQ-menetelmän käyttöä hyödyttääkö menetelmä juuri kyseistä asiakasta. Kaikki eivät menetelmästä luonnollisestikaan hyödy.

Välillä kuntoutukseen tulevan henkilön tahto voi olla toinen kuin mitä tältä odotetaan. Timo Airaksinen (2008) antaa esimerkin:

Työntekijä hakeutuu kuntoutukseen pitääkseen työpaikkansa. Oikeastaan hän tahtoi jäädä eläkkeelle. Kuntoutus on hänestä turhaa, koska eläke on paras vaihtoehto. Autonomian ajatuksen mukaan työntekijän päätös osallistua kuntoutukseen ei ole autonominen.

Autonomia koskee ihmisen kykyä tehdä itse omat päätökset omien etujen mukaisesti. Esimerkin kaltaisessa tilanteessa kuntoutuja joutuu toimimaan olosuhteiden pakottamana tahtonsa vastaisesti. Kuntoutuspäätös ei siten perustu autonomiaan ja haluun kuntoutua. Aina kuntoutettava ei ole edes kykenevä autonomiseen tahdonmuodostukseen. Kuntouttaja joutuukin tällaisissa tilanteissa pohtimaan tilannetta ammattieettisesti, sillä esimerkin tapaisissa tilanteissa kuntoutuksen eettinen periaate ei välttämättä toteudu. (Airaksinen 2008.)

4 Asiakasesimerkin toteutus

Tässä luvussa esitellään asiakasesimerkin toteutusprosessi vaihe vaiheelta. Luvussa esitellään menetelmät ja työtavat, joita asiakasesimerkin työstäminen on edellyttänyt. Tiedonkeruussa on hyödynnetty Metropolia Ammattikorkeakoulun järjestämää VQ-menetelmän käyttäjäkoulutusta ja sen kautta saatuja huomioita, omia kokemuksia VQ-menetelmän käytöstä sekä erityisesti kokeneen kliinisen asiantuntijan teemahaastattelua. Teemahaastattelun avulla kerätty aineisto on litteroitu ja analysoitu, minkä tuloksena on muodostettu asiakasesimerkki VQ-arviointimenetelmän suomalaista käsikirjaa varten. Asiakasesimerkki on saatettu lopulliseen muotoonsa asiantuntijakommenttien jälkeen.

4.1 VQ-arviointimenetelmään perehtyminen

Asiakasesimerkin muodostaminen on edellyttänyt perehtymistä VQ-arviointimenetelmään. Menetelmään tutustumista vauhditti Metropolia Ammattikorkeakoulun syksyn 2014 aikana järjestämä kurssi, VQ -toimintaan motivoitumisen arviointimenetelmän käyttäjäkoulutus ja tutkimus. Kurssille osallistui 42 työssäkäyvää toimintaterapeuttia sekä opinnäytetyönään VQ-asiakasesimerkkejä työstävät opiskelijat. Opinnäytetöiden kliinisen työn asiantuntijoiden oli tarkoitus löytyä kurssin osallistujien joukosta.

Kurssin aikana oli mahdollisuus päästä kirjoittamaan muistiinpanoja VQ-menetelmän käyttöön otossa ilmenneistä haasteista. Kouluttajat keräsivät keskeisimpiä haasteita vastauksineen muistioksi. Syksyn 2014 aikana pääsin harjoittelemaan myös itse menetelmän käyttöä, joka auttoi VQ-menetelmän sisäistämisessä sekä haasteellisten tilanteiden löytämisessä.

Asiakas- ja tapausesimerkkejä on tehty opinnäytetyönä Metropolia Ammattikorkeakoulussa aiemminkin. Esimerkiksi Hynninen-Sundelinin ja Pusan (2007), Kuukasjärven (2008) sekä Aakalan, Häkkisen ja Scheepstran (2012) opinnäytetöihin tutustuminen auttoi asiakasesimerkkien suunnittelutyössä. Valmiiden opinnäytetöiden avulla olen saanut hyvän lähtökohdan sille, miten asiakasesimerkkejä voidaan työstää arviointimenetelmille, jotka perustuvat inhimillisen toiminnan malliin.

4.2 Asiantuntijatiedon kerääminen

Vilkan ja Airaksisen (2003: 57) mukaan toiminnallisissa opinnäytetöissä aineiston keruuseen selvityksen keinoin päädytään tilanteissa, jossa aiheesta on vähän julkaistua tietoa. Myöskään tämän opinnäytetyön kohdalla julkaistua tietoa asiaksemmekin työstämiseksi ei löytynyt, joten esimerkin muodostamista varten tietoa päätettiin kerätä VQ-arviointimenetelmän käyttöönottovaiheessa olevilta työssäkävyltä toimintaterapeuteilta. Tosin jo ennen opinnäytetyön aloitusta aiheen esittelyvaiheessa työn tilaaja lehtori Riitta Keponen ehdotti työskentelytavaksi juuri keskustelua yhden VQ-menetelmän kurssille tulevan toimintaterapeutin kanssa – eli Vilkan ja Airaksisen (2003) mukaan ikään kuin konsultaationa asiantuntijoita haastatellen, jolloin haastattelun kautta saatua tietoa voidaan käyttää päättelyn tukena lähdeaineiston tavoin. Toiminnallisessa (tai monimuotoisessa) opinnäytetyössä tietoa kerätään tutkimuksellisen opinnäytetyön tavoin samoilla keinoilla, mutta tiedonhankinta toimii usein tiedonhaun apuvälineenä selvityksen tekemisessä. (Vilka – Airaksinen 2003: 57–58.)

Alun perin VQ-menetelmän käsikirjaan oli suunnitteilla neljä eri opinnäytetyönä tehtävää asiakasesimerkkiä, joista kaksi työtä jäi matkanvarrella pois. Asiakasesimerkkien monipuolisuuden turvaamiseksi opinnäytetöiden klinisen työn asiantuntijoiden tuli työskennellä erilaisten asiakkaiden parissa. Asiakasesimerkkejä työstävien opinnäytetöiden tekijöiden sekä Riitta Keponen yhteisen palaverin jälkeen kukin opinnäytetyön tekijä tiesi ketä toimintaterapeuttia lähestyä kysyäksään tätä tutkimuskumppanikseen. Tämän opinnäytetyön asiantuntijaksi valikoitui kokenut toimintaterapeutti Mirja Lahtinen, joka toimii HYKS:ssä neurologian kuntoutuspoliklinikalla.

Hirsjärven ja Hurmeen (2000: 58) mukaan haastateltavien määrä valitaan sen mukaan mikä on välttämätöntä tarvitun tiedon saamiseksi. Tässä koettiin jo yhden tarkoitukseen sopivan klinikon avulla saatavan merkittävää tietoa ja antavan mahdollisuuden tutkia yksityiskohtia kuten toimintojen yhteyttä olosuhteisiin ja tilanteisiin (Hirsjärvi – Hurme 2000: 59). Mirja Lahtinen soveltui hyvin asiantuntijarooliin, sillä hänellä on pitkä työkokemus neurologisten asiakkaiden parissa, mutta VQ-arviointimenetelmän käyttökokeemukset ovat hyvin tuoreet. Lahtinen kertoi haastattelussa kyllä tutustuneensa ja käyttäneensä menetelmää jo Jaana Ritsilän tehdessä pro graduaan VQ-menetelmään liittyen 2000-luvun alussa, mutta alkaneen käyttää menetelmää systemaattisesti vasta syksyn 2014 koulutuksen aikaan.

Laadullinen tutkimusmenetelmä toimii tiedonkeruumuotona, kun tavoitteena on ilmiön kokonaisvaltainen ymmärtäminen sekä kohderyhmän näkemyksiin nojautuvan idean toteuttaminen (Vilkka – Airaksinen 2003: 63). Tarve asiakasesimerkkien kirjoittamiseenhan lähti juuri VQ-arviointimenetelmään tutustuneilta toimintaterapeuteilta, joten laadullisen tutkimusmenetelmän valinta tuntui myös tästä syystä luontevalta. Luontevimmaksi vaihtoehdoksi löytyi puolistrukturoitu menetelmä teemahaastattelu, jonka avulla voidaan tutkia kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia ja tunteita (Hirsjärvi – Hurme 2000: 48).

Hirsjärven ja Hurmeen (2000: 48) mukaan teemahaastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Haastattelumuoto ei määrittele haastattelukertoja ja haastattelun syvällisyyttä. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, josta puuttuu kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Puolistrukturoidun menetelmän yksi ominaispiirteistä on se, että haastattelun kaikkia näkökohtia ei ole löyty täysin lukkoon. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 47–48). Tämän haastattelumuodon valinnassa tärkeänä seikkana oli se, että kliininen asiantuntija saisi äänensä kuuluviin ja pystyisi tuomaan esiin asioita, joita tiukka kysymyspatteristoa olisi voinut rajoittaa. Teemahaastattelun valinta mahdollisti sen, että tutkimusluvan liitteeksi laitetun haastattelurungon (liite 1) ei täytynyt olla tarkasti muotoiltu jo opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa.

Haastattelu-teemojen suunnittelu on yksi aineistonkeruun tärkeimpiä tehtäviä. Haastattelurunko laaditaan teema-alueuuttelun muotoon. Luettelo toimii haastattelussa muistilistana ja keskustelun runkona. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 66.) VQ-arviointimenetelmän englannin- tai ruotsinkielinen käsikirja eivät sisällä asiakasesimerkkejä, joten haastattelurungon suunnitteluvaiheessa MOHO-kirjan VQ-menetelmän asiakasesimerkkiin (Kielhofner 2008: 32–34) sekä Jenni Kuukasjärven (2008) opinnäytetyössään luomiin asiakasesimerkin kriteereihin ja sisältörunkoon tutustuminen auttoivat alkuun pääsemisessä. Haastattelurungon luomisessa käytettiin juuri näitä kahta esimerkkiä pitäen mielessä myös tutkimusongelma: Millainen asiakasesimerkki auttaa neurologisten asiakkaiden kanssa työskenteleviä toimintaterapeutteja VQ-arviointimenetelmän käyttöön-otossa?

Kuukasjärvi (2008) oli tehnyt opinnäytetyössään huomion, että asiakasesimerkit rakentuvat COSA:n eri käyttövaiheiden mukaan kronologisessa järjestyksessä, jolloin sisältörungoksi muodostui viiden pääotsikon kokonaisuus. Pääotsikoita olivat valmistelu, käyttö, vastausten tulkinta, tavoitteiden asettelu ja seuranta. (Kuukasjärvi 2008: 22.) Tätä

valmista sisältörunkoa mukaillen huomioiden VQ-arviointimenetelmän ominaispiirteet sisältörungoksi muodostui viisi pääotsikkoa 1) haastateltavan taustatiedot, 2) valmistelu, 3) käyttötilanne, 4) havaintojen tulkinta ja 5) jatko alaotsikoineen (liite 1). Ensimmäinen otsikko tosin ei liity itse asiakasesimerkkiin, vaan kliinisen asiantuntijan taustatietoihin.

HUS/Hyks antoi teemahaastattelun tekemiseen kolme tuntia aikaa. Sähköpostitse käytävää keskustelua ei rajoitettu. Ennen haastattelun toteuttamista tiedusteltiin mahdollista asiakastapausta kuvitteellisen asiakkaan tilan paremmaksi ymmärtämiseksi. Lahtisella oli jo tiedossa sopiva diagnoosi asiakkaalle: syvä aivojensisäinen verenvuoto. Tämä tieto auttoi teorian rajaamisessa ja siten myös asiakkaan tilan paremmassa ymmärtämisessä eri lähteiden kautta jo hyvissä ajoin ennen haastattelun tekemistä.

Haastattelu toteutettiin kahdessa osassa. Molemmat haastattelukerrat toteutuivat kliinikon työpaikalla neurologian poliklinikalla Helsingissä, Paciuksenkatu 21:ssä. Molemmat haastattelut äänitettiin, jolloin säästyi aikaa kirjoittamiselta, ja kaikki tieto saatiin talteen muuttumattomana. Tutkimusaineisto litteroitiin heti haastattelujen jälkeen. Ensimmäinen asiakasesimerkkiversio muodostettiin ilman syvää analyysia heti ensimmäisen haastattelun perusteella. Tätä raakaversiota pystyttiin käyttämään toisena haastattelu-päivänä keskustelun tukena.

4.3 Aineiston analyysi ja asiakasesimerkin muodostaminen

Asiakasesimerkin laatiminen on vaatinut hyvin erilaisia työvaiheita. Laadullisen aineiston käsittely on sekä analyysiä että synteisiä. Analyysilla tarkoitetaan tavallisesti koko aineistonkäsittelyn prosessia alkuvaiheesta lopputuloksiin asti. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 143.) Aineiston analyysitapaa pohdittiin jo haastattelurungon suunnitteluvaiheessa, sillä teemahaastattelurunkoa haluttiin käyttää analysointistrategian perustana. Hirsjärven ja Hurmeen (2000) mukaan laadullisessa tutkimuksessa ei ole yhtä oikeaa ja muita parempaa tapaa analysoida tutkimusaineistoa. Tässä työssä analyysivaiheessa on käytetty abduktiivista päättelyä, jolloin analysointia on ohjannut jo valmiit teoreettiset johtoideat, joita aineiston perusteella pyritään todentamaan. Johtoideana toimi teemahaastattelurunko. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 136.) Ennen aineiston analyysivaihetta opinnäytetyön keskeiseen kirjallisuuteen oli jo tutustuttu Hirsjärven ja Hurmeen (2007: 261) suosituksen mukaisesti.

Tutkimusaineiston analyysissä hyödynnettiin Hirsjärven ja Hurmeen (2000) neuvoja: Litterointiin eli tutkimusaineiston puhtaaksikirjoittamiseen päädyttiin analysoinnin helpottamiseksi. Aineisto purettiin tietokoneelle, käytössä ei ollut tekstianalyysiohjelmaa. Koska tutkimusaineistoa kuunteli, litteroi ja analysoi ainoastaan yksi henkilö, litteroinnissa pystyttiin jättämään kaikki tarpeeton pois tiivistäen näin haastateltavan puhetta. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 138–142.) Kvale (1996: 186) on esittänyt kuusi erilaista lähestymistapaa analysoida tutkimusaineistoa. Tässä työssä on käytetty lähestymistapaa, jossa litteroitua aineistoa on tulkittu käyttäen kolmea menettelyä: Ensimmäisessä eli aineiston järjestämisen ja rakentumisen esiintuonti -vaiheessa, koodattiin paperille tulostettu litteroitu tutkimusaineisto käsin teemahaastattelurungon otsikoiden mukaisesti. Toisessa eli aineiston selventämisen vaiheessa eliminoitiin toistoja ja asiaan kuulumattomia sisältöjä pois. Viimeisessä eli varsinaisessa analyysivaiheessa tapahtui tiivistämistä, luokittelua, narratiivin etsimistä, tulkintaa ja ad hoc -menettelyä. (Hirsjärvi ja Hurme (2000: 136–17, 147.)

Aineiston luokittelu luo kehyksen, joka auttaa tulkintavaiheessa. Luokkina voidaan käyttää esimerkiksi tutkimusongelmaa, teorioita, tutkijan mielikuvitusta tai itse aineistoa tai erilaisia luokkia yhdistellen. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 143, 148–149.) Tässä työssä aineiston luokittelussa apuna käytettiin teemahaastattelurunkoa, inhimillisen toiminnan mallia, tutkimusongelmaa sekä kirjoittajan omaa mielikuvitusta. Aineiston yhdistelyllä pyrittiin löytämään yhteyksiä ja samankaltaisuuksia eri luokkien välille (Hirsjärvi – Hurme 2000: 149).

Asiakasesimerkin kirjoitusvaiheessa päätettiin kuitenkin vielä tutkia löytyisikö vielä parempi ja selkeämpi ratkaisu asiakkaan tilanteen kuvaamiselle ja pääotsikoille. Inhimillisen toiminnan malliin perustuvista menetelmistä MOHOST oli jäänyt vähemmälle tutustumiselle opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa. Auli Mattssonin ja Sirpa Puustisen MOHOST-käsikirjaan (Forsyth – Parkinson 2008: 56–62) luoma ”Jaanan arviointi sairaalassa” -esimerkki vaikutti sopivan hyvin tukemaan ja selventämään ajatusta toimivasta asiakasesimerkistä. Jaana-esimerkin avulla muotoutuivat asiakasesimerkin rakenteen otsikot alkuperäistä ideaa selkeämmäksi. Mattssonin ja Puustisen esimerkin käyttämisestä mallina tuki myös se, että esimerkin henkilön taustalla on aivoverenkiertohäiriö – Jaanalla aivoinfarkti ja tämän opinnäytetyön asiakasesimerkin Timolla aivoverenvuoto – eli molempien esimerkkien kohderyhmänä ovat juuri neurologian kentällä toimivat toimintaterapeutit.

Asiakasesimerkillä pyrittiin esittelemään aivoverenkiertohäiriön melko tyypillinen tapaus keskittyen tarkemmin pisteytykseen ja ympäristölomakkeen käyttöön. Esimerkin henkilön iäksi ja sukupuoleksi vahvistuivat hyvin varhaisessa vaiheessa noin viisikymmenvuotias mies. Totuudenmukaisen kuvan luomiseksi asiakasesimerkin henkilölle päätettiin antaa myös nimi muiden inhimillisen toiminnan malliin perustuvien arviointimenetelmissä julkaistujen asiakasesimerkkien tavoin. Nimeksi valikoitui Timo, sillä nimi on ollut Wikipedian (Timo n.d.) mukaan suosiossa 1950 ja 1960-luvulla. Henkilön ammatiksi valikoitui laitospöytäkirjan ammatti, sillä kliinikon kanssa käydyn keskustelun perusteella oli luontevaa valita henkilö, joka käyttäisi työssään käsiään, mutta ei välttämättä suurta voimaa.

Keittiössä tehtävät arviointit ovat hyvin tyypillisiä, joten makaronilaatikon valmistamisen päätettiin olevan sopiva tehtävä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneelle kuntoutujalle. Ympäristölomake koettiin VQ-menetelmän käyttäjäkoulutuksessa haasteellisena ymmärtää ilman esimerkkiä. Tämän vuoksi esimerkissä pyrittiin purkamaan lomakkeen täyttämiseen liittyvät kohdat mahdollisimman yksityiskohtaisesti kuitenkin tärkeimpiin asioihin keskittyen ja tiivistäen. Pisteytyksen selventämiseksi esimerkkiin haluttiin laittaa yhden arviointitilanteen pisteytys kokonaisuudessaan. Haastattelun aikana Lahtinen mietti VQ-arviointimenetelmän käyttökokemuksiaan, joiden perusteella asiakasesimerkin yksityiskohtaisia pisteytykseen liittyviä havaintoja/kommentteja pystyttiin luomaan. Lahtisen kanssa käyty keskustelu auttoi muodostamaan melko yksityiskohtaisen esimerkin myös pisteytyksen kannalta.

Esimerkin toinen versio lähetettiin sähköpostilla Riitta Keposen, Mirja Lahtisen, viestinnän opettaja Marianne Roivaksen ja yhden ”maallikon” luettavaksi. Kunkin asiakasesimerkin lukeneen kommentit otettiin huomioon. Korjauksia ja muutoksia tehtiin kommenttien mukaisesti.

Asiakasesimerkin kirjoittamista varten on tutustuttu kirjoitusviestinnän teoriaan toimivan tekstin aikaansaamiseksi. Kirjoitusviestinnässä on aina tärkeää pitää mielessä lukija, tilanne ja työelämän vaatimukset. Viestinnän täytyy olla myös jäsennettyä, vakuuttavaa ja ymmärrettävää. Kirjoittajan yhtenä suurimpana haasteena onkin laatia teksti, jonka lukija tulkitsee kirjoittajan tarkoittamalla tavalla. Tämän opinnäytetyön asiakasesimerkin kirjoitustyyliksi on valittu asiatyyli, joka on muodollista tyyliä selkeämpi ja helpommin lähestyttävä. Asiatyylin piirteisiin kuuluvat ymmärrettävyys, selkeys, kiinteys, havainnollisuus, tiiviys, oikeakielisuus ja luettavuus. Asiatyylin tavoitteena on välittää tietoa tar-

koituksenmukaisesti, yksiselitteisesti ja tehokkaasti. Sen tarkoituksena on myös pyrkiä kuvaamaan ja erittelemään todellisuutta ja vedota järkeen ja loogiseen päättelyyn (Niemi – Nietosvuori – Virikko 2006: 99–101.)

5 Valmis asiakasesimerkki

Tässä luvussa esitellään valmis asiakasesimerkki, jonka tavoitteena on auttaa etenkin neurologian kentällä työskenteleviä toimintaterapeutteja arvioimaan asiakkaan toimintaan motivoitumista. Esimerkin nimeksi on annettu AVH-kuntoutuja Timon toimintaan motivoitumisen arviointi keittiössä.

AVH-kuntoutuja Timon toimintaan motivoitumisen arviointi keittiössä

52-vuotias Timo tulee kuntoutukseen kolme kuukautta aiemmin tapahtuneen aivoverenvuodon takia. Syvällä aivoissa tapahtunut verenvuoto on saanut aikaan vasemman puolen raajojen heikkoutta, toiminnanohjauksen vaikeutta, lievää muistihäiriötä ja ahdistuneisuutta. Timolle on suositeltu kymmenen kerran toimintaterapiajakso avokuntoutuksessa aivoverenkiertohäiriön vuoksi.

Toimintaterapian alkuhaastattelu

Toimintaterapeutin tekemässä alkuhaastattelussa Timo on hyvin niukkasnainen. Haastattelussa terapeutti saa kuitenkin jonkin verran tietoa Timon toimintaympäristöistä ja toiminnallisesta osallistumisesta. Timo asuu yhdessä avovaimonsa kanssa rivitalo-huoneistossa. Hän on työskennellyt laitoshmiehenä 27 vuotta. Timo on aiemmin tavannut sukulaisiaan ja ystäviään säännöllisesti. Sairastumisen jälkeen Timon elämä vaikuttaa supistuneen hyvin pieneen piiriin. Timo kertoo ainoaksi harrastukseksi ruoanlaiton. Aivoverenvuodon jälkeen Timo kokee ruoanlaiton tulleen työläämmäksi. Varsinkin sipulin pilkkomisessa on haasteita.

Toimintaterapeutti päättää Timon vähäpuheisuuden ja passiivisuuden vuoksi arvioida motoristen ja prosessitaitojen lisäksi myös tämän toimintaan motivoitumista. VQ-menetelmän avulla terapeutti pyrkii selvittämään myös Timon motivaation toimintaterapiaa kohtaan. Arviointitilanteeksi valitaan ruoanlaitto terapiakeittiössä. Timo haluaa valmistaa makaronilaatikon tutun makaronipussin kyljestä löytyvän reseptin mukaan.

Ympäristölomake

Terapeutti täyttää ympäristölomakkeeseen Timon tiedot ja kirjoittaa toiminnaksi makaronilaatikon valmistamisen. Havainnoinnin kontekstiksi valitaan tuottavuus, sillä toiminta tapahtuu avokuntoutuspaikan harjoituskeittiössä.

Arviointitila (ks. kuvio 3) eli harjoituskeittiö sijaitsee sisätiloissa, jossa on ainoastaan keinovalo. Tila on hiljainen ja kooltaan asianmukainen. Muita huomioita kohtaan terapeutti kirjoittaa, että tilanasettelussa ei tehty muutoksia. Harjoituskeittiössä on käytettävissä pääasiassa tavallisia keittiössä tarvittavia välineitä. Esineiden (ks. kuvio 3) joukossa on myös muutama Timolle jo edellisellä tapaamiskerralla esitelty apuväline, joita voi käyttää muun muassa sipulin pilkkomisessa. Esineet ovat Timolle siten tuttuja ja luonnollisia. Timo käyttää erilaisia välineitä kuten veistä, vuokaa ja uunia. Terapeutti ympyröi lomakkeeseen esineiden olevan yksinkertaisia, sillä myös käytettävissä olevat kaksi apuvälinettä ovat yksinkertaisia. Tilassa on määrällisesti useita esineitä. Muita huomioita -kohtaan terapeutti kirjoittaa Timon valitsevan tavallisen leikkuulaudan apuvälineiden sijasta.

Tilat		Esineet	
<u>Sijainti:</u>	Ulkona <u>Sisällä</u>	<u>Tuttuja</u>	Vieraita
<u>Valaistus:</u>	Luonnonvalo <u>Keinovalo</u>	<u>Luonnolliset</u>	Järjestetyt
<u>Äänimaailma:</u>	<u>Hiljainen</u> Meluisa	Samanlaisia	<u>Erlaisia</u>
<u>Toimitilat:</u>	Pieni <u>Asianmukainen</u>	<u>Yksinkertaisia</u>	Monimutkaisia
		Joitakin	<u>Useita</u>

Kuvio 3. Tilat ja esineet ympäristölomakkeessa

Arviointitilanteessa Timo valmistaa makaronilaatikon itsenäisesti terapeutin läsnä ollessa, joten lomakkeesta valitaan kohdat yksilötilanne ja mukana ohjaajia/ammattilaisia (ks. kuvio 4). Ympäristö on ennalta määrätty, sillä alkuarviointivaiheessa tässä avokuntoutuspaikassa keittiötoiminnot tehdään aina harjoituskeittiössä. Terapeutti ja asiakas ovat tavanneet kaksi kertaa aiemmin, joten terapeutti on jo ennestään tuttu asiakkaalle.

Sosiaalinen ympäristö		
Yksilötilanne	Kahden kesken	Ryhmätilanne (osallistujamäärä): _____
Asiakkaan valitsema	Ennalta määrätty	
Tutuja ihmisiä	Tuntemattomia ihmisiä	
Mukana vertaisia	Mukana ohjaajia/ammattilaisia	

Kuvio 4. Sosiaalinen ympäristö ympäristölomakkeessa

Timon suorittama toiminta on makaronilaatikon valmistaminen (ks. kuvio 5). Toiminta on Timolle tuttu, sillä hän on valmistanut saman ruoan samalla reseptillä useita kertoja aiemminkin. Toiminta on asiakkaan valitsema. Toiminta on strukturoitu, sillä Timo käyttää reseptiä ruoan valmistuksessa. Tilanne on aivoverenkiertohäiriöön sairastuneelle sopivan haastava.

Toiminnan muodot/tehtävät	
Asiakkaan suorittama toiminta: <u>makaronilaatikon valmistaminen</u>	
Tuttu	Uusi
Asiakkaan valitsema	Ennalta määrätty
Strukturoitu	Strukturoimaton
Sopivan haastava	Liian helppo/vaikea

Kuvio 5. Toiminnan muodot/tehtävät ympäristölomakkeessa

Toiminta

Timon tehtävänä on valmistaa makaronilaatikko, siistiä työtasot ja laittaa likaiset astiat tiskialtaaseen. Ensin asetellaan tehtävä. Timo tutustuu harjoituskeittiöön yhdessä toimintaterapeutin kanssa. Timo availee kaapinovia, silmäilee työvälineet ja raaka-aineet. Lisäksi hän nimeää raaka-aineet, joita aikoo käyttää.

Timo aloittaa työskentelyn pesemällä kätensä ja laittamalla uunin päälle. Hän etsii tarvittavat työvälineet ja raaka-aineet työtasolle. Timo valitsee tavallisen leikkuulaudan apuvälineiden sijaan. Hän silppuaa sipulin kaksikäsisesti ja paistaa sen jauhelihan kanssa. Timo tiputtaa kattilankannen ja nostaa sen heti takaisin pöydälle. Hän kantaa paistinpannun vasemmalla kädellään, jonka käyttöä on vältellyt. Hän käyttää kierrekorillista maitopurkkia sekä ohjattuna erilaista desilitran mittaa kuin kotona. Hän tarkistaa vuoan täyttämisen ja maustamisen jälkeen vielä reseptiä. Timo asettaa vuoan uuniin

uunipellin päälle, mutta korjaa vuoan paikkaa uunissa terapeutin kysyttyä asiasta. Vuon paikan vaihtaminen näyttää hyvin työläältä, mutta Timo onnistuu ponnistelun jälkeen ilman apua. Timo toimii koko tehtävän ajan hyvin robottimaisesti ilmeittä ja eleittä. Hän puhuu ainoastaan tiedustellessaan terapeutilta mitan ja patalappujen sijaintia sekä tehtävän päätteeksi tiskaamisesta.

Pisteytys

Taso	Osa-alueet	Pisteytys					Muistiinpanot
1.	1.Osoittaa uteliaisuutta	1	2	3	4	E/H	Kiertää keittiössä, availee kaapinovia
	2. Aloittaa tehtävän/ toiminnon	1	2	3	4	E/H	Pesee kädet
	2.Kokeilee uusia asioita	1	2	3	4	E/H	Käyttää ohjattuna uutta ja itselleen vierasta mittaa sekä kierrekorkillista maitopurkkia totutun sijaan
	3.Osoittaa mieltymyksiään	1	2	3	4	E/H	Kerää haluamansa tarvikkeet
	5. Osoittaa toiminnan olevan erityinen/tärkeä	1	2	3	4	E/H	Robottimainen, ilmeeton, ei ilmaise tunteitaan
2.	6. Osoittaa tavoitteellisuutta	1	2	3	4	E/H	Laittaa heti aluksi uunin päälle
	7. Pysyy toimintaan sitoutuneena	1	2	3	4	E/H	Tunnetason yhteys tekemäänsä toimintaan puuttuu täysin
	8. Osoittaa tyytyväisyyttä	1	2	3	4	E/H	Jatkaa toiminnan tekemistä osoittamisen halua saada ruoan valmiiksi, tarvitsee vain vähäistä tukea
	9. Yrittää ratkaista ongelmia	1	2	3	4	E/H	Kysyy patalappuja ja desilitran mittaa; hakee lusikan makaronien kaapimiseksi kattilan pohjalta
	10. Yrittää korjata virheitä/ epäonnistumisia	1	2	3	4	E/H	Laittaa vuoan uunipellin päälle, korjaa tilanteen kysyttäessä onko tapana toimia näin; nostaa tippuneen kattilankannen omaaloitteisesti; tarkistaa lopuksi reseptiä
3.	11. Pyrkii suorittamaan toiminnan loppuun	1	2	3	4	E/H	Pyrkii saamaan vuoan paremmin uuniin hankaluuksista huolimatta vain vähäisellä tuella
	12. Panostaa lisäämällä energiaa/tunnetta/huomiota	1	2	3	4	E/H	Lisää hiukan energiaa korjatessaan uunivuoan asentoa
	13. Etsii lisävastuuta	1	2	3	4	E/H	"Pitääkö nämä tiskata?"
	14. Etsii haasteita	1	2	3	4	E/H	Kantaa paistinpannua vasemmalla kädellään, jonka käyttöä on vältellyt

Kuvio 6. Pisteytys

Yhteenveto

Toimintaterapeutin tekemien yläraajatestien ja toiminnallisten tilanteiden havainnoinnin perusteella Timon toimintakyky on edistynyt verrattuna osastovaiheeseen. Timon motoriset taidot ovat vahvistuneet, joskin prosessitaidoissa on edelleen tehottomuutta. Hän tarvitsi tehtävän loppuvaiheessa sanallista apua esineiden ja tilan käytössä. Toimintaterapeutin näkemys on, että ilman tahdon arviointia asiakkaan tilanteen kuvaus olisi jäänyt vaillinaiseksi.

Kuntoutujan motoristen ja prosessitaitojen lisäksi toimintaterapeutti pystyi strukturoidun menetelmän eli VQ:n avulla kuvaamaan kuntoutustyöryhmälle Timon sitoutumisen asteen tehtävän aikana. VQ:n mukaan Timon tahdon taso on pätevyyden tasolla eli tässä vaiheessa Timon painopisteenä on halukkuus sitoutua ja ratkaista ongelmia meneillään olevassa tehtävässä.

6 Pohdinta

"Ehkä keskeisimpiä tekijöitä ovat kuntoutujan valmius ja motivaatio, joita ammattilaisten on osattava tukea. Olennaista on tunnistaa, minkälaiset kuntoutuksen tavoitteet ja tulokset ovat merkityksellisiä kuntoutujan omassa elämässä ja hänen arjessaan" (Paltamaa, Jaana – Karhula, Maarit – Suomela-Markkanen, Tiina – Autti-Rämö, Ilona 2011.) Näkemykseni mukaan VQ-arviointimenetelmä auttaa tunnistamaan juuri näitä asioita, kun kuntoutuja itse ei pysty niitä itse määrittelemään tai ilmaisemaan. Aivoverenkiertohäiriökuntoutujia on tulevaisuuden ennusteiden mukaan yhä enemmän. Mikäli heidän kuntoutuksensa alkutaipaleella onnistuttaisiin löytämään mahdollisesti kateissa oleva motivaatio, voitaisiin yhä useamman kuntoutujan tulevaisuuteen vaikuttaa myönteisellä tavalla.

Opinnäytetyön tuloksena muodostettu asiakasesimerkki on tulevaisuudessa hyödynnettävissä toimintaan motivoitumisen arviointimenetelmän (VQ) käsikirjaa ja muita mahdollisia käyttötarpeita varten. Asiakasesimerkin avulla toimintaterapeutit, jotka ottavat VQ-menetelmän käyttöönsä, saavat yhden konkreettisen mallin siitä miten arvioida asiakkaan tahtoa ja tahtoon liittyvää ympäristöä VQ-menetelmän avulla. Keittiössä tapahtuvat arvioinnit ovat hyvin tavallisia, joten esimerkin kaltaisia tilanteita voi tapahtua etenkin neurologisten asiakkaiden kanssa.

Kaikissa asiakasesimerkin toteutuksen vaiheissa on pyritty pitämään mielessä se ketä varten ja miksi asiakasesimerkkiä on kirjoitettu. Esimerkin kieli on pyritty kirjoittamaan toimintaterapian ja varsinkin inhimillisen toiminnan mallin mukaisen sanaston sekä asiantuntijakielen mukaisesti mahdollisimman selkeäksi ja yksiselitteiseksi. Kohderyhmä on huomioitu myös teoriaosuudessa, sillä VQ-arviointimenetelmän käyttäjäkoulutuksessa uuden menetelmän käyttöönotossa koettiin haasteelliseksi varsinkin tahdon ja erilaisten neuropsykologisten oireiden erottaminen toisistaan. Myös ympäristölomakkeen käyttö sekä tahdon eri osa-alueiden erottaminen toistaan koettiin haastavana. Juuri näitä kohtia pyrittiin selittämään asiakasesimerkin kautta.

Asiakasesimerkin teossa merkittävimmissä roolissa oli kokenut työelämän asiantuntija, toimintaterapeutti Mirja Lahtinen, joka pystyi antamaan tärkeää tietoa neurologisen asiakkaan tahdon arvioinnista VQ-menetelmän avulla. Teemahaastattelu toimi hyvin tutkimusmenetelmänä, sillä se ohjasi hyvin keskustelua, mutta ei kuitenkaan määrännyt keskustelun kulkua liiaksi. Kaikki tarvittava tieto saatiin koottua kahden haastattelu-

kerran aikana. Molemmat yhteistyökumppanit, Lahtinen ja VQ-arviointimenetelmän kehitystyötä Suomessa johtava Riitta Keponen, antoivat vielä kommenttinsa ja korjaus-ehdotuksensa ennen asiakasesimerkin lopullista asua. Yhteistyö Lahtisen sanoin sujui joustavasti ja vaivattomasti. Lahtisen kommentit yhteistyöstä on luettavissa liitteessä 2.

Opinnäytetyössä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä mahdollisimman eettisen ja luotettavan tuloksen saamiseksi. Työssä käytettyjen lähteiden valinta on tehty kriittisesti valiten mahdollisimman tuoreita tunnettujen tekijöiden kirjoittamia artikkeleita ja kirjallisuutta. Paria poikkeusta lukuun ottamatta työssä on käytetty alkuperäisiä lähteitä. Lähdemerkinnät on myös pyritty merkitsemään mahdollisimman tarkasti. Haastattelu on toteutettu HUS:lta saadun tutkimusluvan saamisen jälkeen. Asiakasesimerkki on koottu haastattelussa esiin tulleiden esimerkkien avulla käyttämättä suoraan kenkään yksityishenkilön tietoja. Mahdolliset tunnistettavat seikat on häivytetty siten, ettei esimerkissä ole tunnistettavia piirteitä yksityishenkilöistä. Asiakasesimerkin henkilö taustatietoineen on siten kuvitteellinen, mutta todellisuutta hyvin kuvaava.

Tahtoon liittyvä teoria perustuu inhimillisen toiminnan malliin, mutta tahtoa ilmiönä olisi voinut käsitellä myös laajemmin esimerkiksi filosofian ja psykologian näkökulmasta. Esimerkiksi neurofilosofi Harris (2013) kirjoittaa ihmisen vapaan tahdon olevan *illusio*, sillä hänen mukaansa tahtomme ei ole aikaansaannostamme, sillä emme aina ole tietoisia siitä mitä ajatustemme ja tekojemme taustalla on. Taustalla voi olla vaikkapa neurologinen häiriö. (Harris 2013.)

VQ-arviointimenetelmään liittyvänä jatkotyöskentelyajatuksena on herännyt tahdon arvioimisen haasteellisuuteen liittyvän tutkimuksen tekeminen. Aivoverenkiertohäiriöt ja muut neurologiset sairaudet aiheuttavat erilaisia oireita, jotka voivat vaikuttaa tahtoon tai sen ilmaisuun. Ilman asiantuntijahaastattelua tai tahdon arviointiin liittyvää havainnointitutkimusta tästä näkökulmasta, on tahtoon vaikuttavia tai tahtoon sekoittuvia oireita melko vaikea määritellä. Työssä esittelemäni haasteet perustuivat osin VQ-menetelmän käyttäjäkoulutuksessa olleiden kommentteihin kurssin aikana, mutta tarkempi aiheen tarkastelu voisi olla tarpeellista. Esimerkiksi vireystilan ja hahmotusvaikeuksien vaikutusta tahtoon ei ole käsitelty tässä työssä. Jatkotyöskentelyä voisi pohtia myös VQ-menetelmän käytön oikeaa ajoitusta ja asiakasryhmää koskien.

Lähteet

Airaksinen, Timo 2008. Autonomia ja ihmisen oma etu kuntoutuksessa. Kuntoutus. Terveysportti. Duodecim. Verkkodokumentti.

<http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=kun00084>. Luettu 20.3.2015.

Aivoinfarkti 2011. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Verkkodokumentti.

<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=1B76C942906168A248C4F6DF381FF9D3?id=hoi50051>>. Luettu 18.3.2015.

Aivoverenvuoto 2015. Aivovaurio.fi. Verkkodokumentti.

<<http://www.aivovaurio.fi/aivoverenkiertohairio/avh/aivoverenvuoto/>>. Luettu 25.1.2015.

de las Heras, Carmen Gloria – Geist, Rebecca – Kielhofner, Gary – Li, Yanling 2007. The Volitional Questionnaire – VQ. University of Illinois at Chicago.

de las Heras, Carmen Gloria – Geist, Rebecca – Kielhofner, Gary – Li, Yanling 2014. The Volitional Questionnaire – VQ. University of Illinois at Chicago.

Käsikirjan suomenkielinen julkaisematon tutkimusversio 2014. Toimintaan motivoitumisen arviointimenetelmä – The Volitional Questionnaire – VQ. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Dysartria 2015. Aivoliitto. Verkkodokumentti.

<http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/perustietoa_avh_sta/dysartria>. Luettu 25.1.2015.

Erkinjuntti, Timo – Alhainen, Kari – Rinne, Juha – Huovinen, Maarit (toimi.) 2006. Muistihäiriöt. Helsinki: Duodecim.

Erkinjuntti, Timo – Pirttilä, Tuula 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. Erkinjuntti, Timo – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka. Helsinki: Duodecim. 142–158.

Erkinjuntti, Timo – Rinne, Juha – Alhainen, Kari – Soininen, Hilikka 2011. Muistihäiriöt ja dementia. Teoksessa Neurologia. Toim. Soinila, Seppo – Kaste, Markku – Somer, Hannu. Helsinki. Duodecim. 356–378.

Erkinjuntti, Timo – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka. 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Forsbom, Maj-Britt – Kärki, Erja – Leppänen, Liisa – Sairanen, Riitta 2001: Aivovauriopotilaan kuntoutus. Helsinki: Tammi.

Forsyth, Kirsty – Parkinson, Sue 2008: MOHOST. Inhimillisen toiminnan mallin seulon-ta-arviointi. Käsikirja. Helsinki: Psykologien Kustannus Oy.

Harris, Sam 2013. Vapaa tahto. Scanria.

Hautala, Tiina – Hämäläinen, Tuula – Mäkelä, Leila – Rusi-Pyykönen, Mari 2011. Toiminnan voimaa: toimintaterapia käytännössä. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hokkanen – Laine – Hietanen – Hänninen – Jehkonen – Vilkki 2011. Kognitiiviset häiriöt ja niiden tutkiminen. Teoksessa Neurologia. Toim. Soinila, Seppo – Kaste, Markku – Somer, Hannu (toim.). Helsinki: Duodecim. 117–143.

Huttunen, Jussi 2011. Aivoverenkierron häiriöt ja masennus. Teoksessa Masennus. Toim. Heiskanen, Tarja – Huttunen, Matti O. – Tuulari, Jyrki. Helsinki: Duodecim. 306–307.

Jehkonen, Mervi – Liippola, Päivi n.d. Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamat neuropsykologiset häiriöt. Aivoliitto. Verkkodokumentti.
<<http://www.aivoliitto.fi/files/1998/symbook.pdf>>. Luettu 28.3.2015.

Juva, Kati – Hublin, Christer – Kalska, Hely – Korkeila, Jyrki – Sainio, Markku – Tani, Pekka – Vataja, Risto (toim.) 2011. Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Duodecim.

Järvilehto, Soili – Kiiski, Raija – Laine, Vappu (toim.) 2009. Oman hyvinvoinnin lähteillä. Ohjaajan käsikirja. Helsinki: Kuntoutussäätiö. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<http://www.kuntoutussaatio.fi/haku?searchterms=motivaatio+tahto&hae.x=0&hae.y=0>>. Luettu 28.3.2015.

Kaste, Markku – Hernesniemi, Juha – Kotila, Mervi – Lepäntalo, Mauri – Lindsberg, Perttu – Palomäki, Heikki – Roine, Risto O. – Sivenius, Juhani 2011. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Neurologia. Toim. Soinila, Seppo – Kaste, Markku – Somer, Hannu (toim.). Helsinki: Duodecim. 271–331.

Keponen, Riitta 2014. Johdanto. Julkaisemattomassa VQ-arviointimenetelmän suomenkielisessä tutkimusversiossa käsikirjasta The Volitional Questionnaire – VQ. de las Heras, Carmen Gloria – Geist, Rebecca – Kielhofner, Gary – Li, Yanling 2007. University of Illinois at Chicago.

Keponen, Riitta – Piikki, Sanna 2014. VQ-opintopiirin 16.10.2014 yhteenveto. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Kielhofner, Gary 2008. Model of Human Occupation. Theory and application. Fourth edition. Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins, a Wolters Kluwer business.

Korkeila, Jyrki 2011. Eräitä tyypillisiä neuropsykiatrisia oireyhtymiä. Teoksessa Kliininen neuropsykiatria. Juva, Kati – Hublin, Christer – Kalska, Hely – Korkeila, Jyrki – Sainio, Markku – Tani, Pekka – Vataja, Risto (toim.). Helsinki: Duodecim. 44–51.

Korkeila, Jyrki – Vataja, Risto 2011. Ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Kliininen neuropsykiatria. Juva, Kati – Hublin, Christer – Kalska, Hely – Korkeila, Jyrki – Sainio, Markku – Tani, Pekka – Vataja, Risto (toim.). Helsinki: Duodecim. 91–98.

Korpelainen, Juha – Leino, Eeva – Sivenius, Juhani – Kallanranta, Tapani 2008a. AVH-potilaan toimintaterapia. Kuntoutus. Terveysportti. Duodecim. Verkkodokumentti.
<http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=kun00084>. Luettu 20.3.2015.

Korpelainen, Juha – Leino, Eeva – Sivenius, Juhani – Kallanranta, Tapani 2008b. Aivoverenkiertohäiriöihin liittyvät kognitiiviset häiriöt ja haitat. Kuntoutus. Terveysportti. Duodecim. Verkkodokumentti.

<http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=kun00231>. Luettu 20.3.2015.

Korpijaakko-Huuhka, Anna-Maija – Kiesiläinen, Anita 2011. Aikuisiän kielelliskognitiiviset häiriöt. Teoksessa Kommunikoinnin häiriöt. Syitä, ilmenemismuotoja ja kuntoutuksen perusteita. Helsinki: Gaudeamus. Palmenia-sarja. 225–251.

Kotila, Mervi – Palomäki, Heikki 2011. Neurologisen potilaan kuntoutus ja työkyvyn arviointi. Teoksessa Neurologia. Toim. Soinila, Seppo – Kaste, Markku – Somer, Hannu. Helsinki: Duodecim. 602–609.

Kuikka, Pekka – Pulliainen, Veijo – Hänninen, Ritva 2001. Kliininen neuropsykologia. Helsinki: WSOY.

Kuukasjärvi, Jenni 2008. COSA:n asiakasesimerkit – Kaksi suomalaista asiakasesimerkkiä Lasten toimintamahdollisuuksien itsearviointi COSA:n käsikirjaan. Opin näytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Toimintaterapian koulutusohjelma.

Laine, Matti – Marttila, Reijo 1992. Aikuisen afasia. Verkkodokumentti.

<<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10224/3670/laine1039-1047.pdf?sequence=2>>. Luettu 3.1.2015

Launonen, Kaisa – Korpijaakko-Huuhka, Anna-Maija (toim.) 2011. Kommunikoinnin häiriöt. Syitä, ilmenemismuotoja ja kuntoutuksen perusteita. Helsinki: Gaudeamus. Palmenia-sarja.

Lindstam, Sirkku – Ylinen, Aarne (toim.) 2012. Aivovammojen kuntoutus. Helsinki: Duodecim.

Melkas, Susanna – Jokinen, Hanna – Putaala, Jukka – Valanne, Leena – Hietanen, Marja – Erkinjuntti, Timo 2015. Aivoverenkiertosaireus ja kognitiivinen heikentyminen: huomio varhaisvaiheeseen. Suomen lääkärilehti 1–2. 41–47. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto1_3.pdf>. Luettu 18.3.2015.

Mäkitalo, Jorma – Suikkanen, Asko – Ylisassi, Hilka – Linnakangas, Ritva 2008. Sairauksien hoitamisesta toimintakyvyn edistämiseen. Kuntoutus. Terveysportti. Duodecim. Verkkodokumentti.

<http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=kun00564>. Luettu 20.3.2015.

Niemi, Terttu – Nietosvuori, Leena – Virikko, Helena 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita.

Ovaska-Pitkänen, Maila (toim.) 1999. Elämän uusi pianos. Aivohalvaukseen sairastuminen, kuntoutuminen ja selvyminen. Helsinki: Kirjayhtymä

Paltamaa, Jaana – Karhula, Maarit – Suomela-Markkanen, Tiina – Autti-Rämö, Ilona (toim.) 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kela. Verkkodokumentti.

<<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24581/Hyvan%20kuntoutuskaytannon%20perusta.pdf>>. Luettu 12.4.2015.

Pierce, Doris 2003. *Occupation by Design: Building therapeutic Power*. Philadelphia: F.A. Davis Co.

Pirttilä, Tuula – Hämäläinen, Päivi – Ruutiainen Juhani 2011. Uupumus neurologisissa sairauksissa. Teoksessa *Kliininen neuropsykiatria*. Juva, Kati – Hublin, Christer – Kalska, Hely – Korkeila, Jyrki – Sainio, Markku – Tani, Pekka – Vataja, Risto (toim.). Helsinki: Duodecim. 261–262.

Pohjalainen, Timo – Rissanen, Paavo 2009. Kuntoutussuunnitelma ja kuntoutusjärjestelmä. *Fysiatria. Terveysportti*. Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=fys00038>. Luettu 25.3.2015.

Pohjasvaara, Tarja – Vataja, Risto – Leppävuori, Antero – Erkinjuntti, Timo 2001. Aivoverenkierron häiriöiden jälkeinen depressio. *Duodecim*. 117: 397–404.

Poutiainen, Erja – Hokkanen, Laura – Ylikoski, Raija 1999. Tarkkaavaisuuden ja toiminnan suunnittelun häiriöt. Neuropsykiatriset oireet aivoverenkiertohäiriössä. *Opas-sarja potilaille ja omaisille*. Helsinki: HYKS. Neurologian klinikka. Neuropsykologian yksikkö.

Putala, Jukka – Hiltunen, Sini – Curtze Sami - Salonen, Oili – Tattisumak, Turgut 2011. Aivojen sinustromboosin diagnostiikka ja hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 27(16):1656–1666.

Rentola – Annika 2013. *Pystytkö sanomaan perkele?* Helsinki: Schildts & Söderströms. Sand, Olav – Sjaastad, Øystein V. – Haug, Egil – Bjålie, Jan G. & Toverud, Kari C. 2011. *Ihminen - Fysiologia ja anatomia*. Helsinki: WSOYpro.

Schmidt, Liane – Lebreton, Maël – Cléry-Melin, Marie-Laure – Daunizeau, Jean – Pessiglione, Mathias 2012. Neural Mechanisms Underlying Motivation of Mental Versus Physical Effort. *PLOS Biology* 10(2). Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<http://journals.plos.org/plosbiology/article?id=10.1371/journal.pbio.1001266>>. Luettu 31.3.2015.

Soinila, Seppo – Kaste, Markku – Somer, Hannu (toim.) 2011. *Neurologia*. Helsinki: Duodecim.

Tarkkanen, Hanna 2002. Aivoverenkierron säätely. *Finnanest*. 35 (5). 419–421.

Timo n.d. Wikipedia. Verkkodokumentti. <<http://fi.wikipedia.org/wiki/Timo>>. Luettu 9.3.2015.

Vataja, Risto. 2011a. Aivoverenkiertosaipot. Teoksessa *Kliininen neuropsykiatria*. Juva, Kati – Hublin, Christer – Kalska, Hely – Korkeila, Jyrki – Sainio, Markku – Tani, Pekka – Vataja, Risto (toim.). Helsinki: Duodecim. 152–159.

Vataja, Risto. 2011b. Neuropsykiatrista anatomiaa ja patofysiologiaa. Teoksessa *Kliininen neuropsykiatria*. Juva, Kati – Hublin, Christer – Kalska, Hely – Korkeila, Jyrki – Sainio, Markku – Tani, Pekka – Vataja, Risto (toim.). Helsinki: Duodecim. 38–43.

Vataja, Risto. 2011c. Mitä neuropsykiatria on? Teoksessa *Kliininen neuropsykiatria*. Juva, Kati – Hublin, Christer – Kalska, Hely – Korkeila, Jyrki – Sainio, Markku – Tani, Pekka – Vataja, Risto (toim.). Helsinki: Duodecim. 16–19.

Vataja, Risto – Stenberg, Jan-Henry – Kantanen, Mari – Kalska, Hely 2011. Neuropsykiatrisen potilaan tutkiminen. Teoksessa Kliininen neuropsykiatria. Juva, Kati – Hublin, Christer – Kalska, Hely – Korkeila, Jyrki – Sainio, Markku – Tani, Pekka – Vataja, Risto (toim.). Helsinki: Duodecim. 52–63

Teemahaastattelun runko

1) Haastateltavan taustatiedot

- Nimi, työpaikka (ja saavatko nämä tiedot näkyä raportissa?)
- VQ:n käyttökokemus

2) Valmistelu

- Kuvitteellisen asiakkaan kuvaus
 - Tarkoituksenmukaiset taustatiedot
 - Tahto (arvot, henkilökohtainen vaikuttaminen ja mielenkiinnon kohteet)
- VQ:n käytön perusteleva
- Ympäristölomake

3) Käyttötilanne

- Kuvitteellisen käyttötilanteen kuvailu ja toteutuminen

4) Havaintojen tulkinta

- Pisteytys
- Tahdon taso
- Haasteet

5) Jatko

Kliinikon kommentti yhteistyöstä

Mirja Lahtisen 13.4.2015 sähköpostitse kirjoittama kommentti yhteistyöstä:

”Olimme Riitan kanssa molemmat samaan aikaan opiskelemassa Toimintaan motivoitumisen arviointimenetelmää. Riitta teki VQ-arvioinnista myös opinnäytetyötä. Opinnäytetyöhön liittyen hän kysyi minulta mahdollisuutta osallistua opinnäytetyön asiakasesimerkin laatimiseen. Jo opiskelun aikana aloimme aktiivisesti keskustella aiheesta.

Yhteistyömme jatkui työpaikallani kahdenkeskinä tapaamisina, kun Riitta oli saanut viralliset tutkimusluvut työnantajaltani. Yhteistyö edellytti minulta menetelmän aktiivista käyttöä, jotta pystyin testaamaan sen sopivuutta potilaille. Osakseni jäi työstä yhdessä Riitan kanssa arvioimistani potilaista esimerkki, jonka toimintaterapiaprosessissa hyödynnetään VQ-arvioinnin tulosta. Asiakasesimerkki on nyt luettavissa Riitan opinnäytetyöstä. Yhteistyö opiskelija Riitta Piipon kanssa sujui joustavasti ja vaivattomasti.”

t Mirja