

Henriikka Niemi

LAPSEN KIELELLINEN ERITYISVAIKEUS

Toimintaterapiakäytännöt toimintaterapeuttien kuvaamina

LAPSEN KIELELLINEN ERITYISVAIKEUS

Toimintaterapiakäytännöt toimintaterapeuttien kuvaamina

Henriikka Niemi
Opinnäytetyö
Kevät 2012
Toimintaterapian koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Toimintaterapian koulutusohjelma

Tekijä: Henriikka Niemi

Opinnäytetyön nimi: Lapsen kielellinen erityisvaikeus. Toimintaterapiakäytännöt toimintaterapeuttien kuvaamina.

Työn ohjaajat: Ulla-Maija Seppänen ja Pirjo Lappalainen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2012

Sivumäärä: 80 + 17 liitesivua

Erilaiset puheen ja kielen kehityksen erityisvaikeudet asettavat monia haasteita lapsen arkeen. Ne vaikuttavat usein laaja-alaisesti lapsen toiminnalliseen suoriutumiseen. Puheen ymmärtämisen ja tuottamisen lisäksi kielellinen erityisvaikeus voi aiheuttaa muun muassa karkea- ja hienomotorista kömpelyyttä, tarkkaavuuden, toiminnan suunnittelun ja toiminnan ohjauksen heikkoutta. Kuntoutus onkin olennaisessa osassa lapsen toimivamman arjen mahdollistamisessa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla, millaista toimintaterapiaa Suomessa toteutetaan lapsille, joilla on kielellinen erityisvaikeus. Tutkimuksen avulla kuvataan, millaista yhteistyötä toimintaterapeutit tekevät, mitkä toimintaterapian mallit tai viitekehykset ohjaavat heidän työskentelyänsä ja millaisia menetelmiä toimintaterapeutit käyttävät.

Opinnäytetyö on kvantitatiivinen kyselytutkimus, joka toteutettiin Webropol – datan analysointi ja kyselytyökalun avulla. Tutkimusaineisto kerättiin joulukuussa 2011 Suomessa lasten kanssa työskenteleviltä toimintaterapeuteilta Internetissä olevalla kyselylomakkeella. Tutkimukseen osallistui 39 toimintaterapeuttia.

Tutkimuksen tulosten mukaan toimintaterapeuttien toteuttama terapia lasten kanssa, joilla on jokin kielellinen erityisvaikeus, on hyvin samankaltaista kuin muillekin lapsille toteutettu toimintaterapia. Toimintaterapeutit tekivät yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa ja käyttivät useita toimintaterapian malleja tai viitekehyksiä toimintansa tukena. Käytetyt menetelmät vaihtelivat laajasti painottuen kuitenkin leikkiin.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää määriteltäessä ja suunniteltaessa sisältöä niiden lasten kuntoutukselle, joilla on kielellinen erityisvaikeus. Viitekehystä voidaan myös hyödyntää erilaisissa koulutuksissa. Tutkimuksen tietoa voidaan käyttää osana näyttöön perustuvaa käytäntöä.

Asiasanat: lapsuus, kielelliset häiriöt, toimintaterapia, kvantitatiivinen tutkimus, survey-tutkimus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Occupational Therapy

Author: Henriikka Niemi

Title of thesis: Children With Specific Language Disorders: Intervention Strategies Described by Occupational Therapists

Supervisors: Ulla-Maija Seppänen and Pirjo Lappalainen

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2012

Number of pages: 80

Different kinds of speech and language difficulties cause special challenges for a child's everyday life. They often affect a child's occupational performance widely. A specific language disorder may cause, for example, gross and fine motor disorders, difficulties in attention and weakness in the praxis skills. Rehabilitation improves a child's functional ability in everyday life.

The purpose of this study was to describe what kind of occupational therapy is provided for children with specific language disorders in Finland. The study also aimed to describe the cooperation of occupational therapists, models or frames of reference that guide their practice and the methods or activities that are used with children with a specific language disorders.

The thesis was a quantitative survey, which used the data analysis and query tool Webropol. The study involved 39 occupational therapists who worked with children with specific language disorders. The data was collected through a questionnaire on the Internet.

According to the study occupational therapy with children who had specific language disorders was very similar to children with no specific language disorders. Occupational therapists worked with other professionals and used various models and frames of reference to guide their practice. The activities varied a lot but play was the most commonly used activity.

The results can be utilized when the rehabilitation of children with specific language disorders is defined and developed. The framework can also be utilized in various training sessions. The information obtained from this study can be used as part of evidence-based practice.

Keywords: childhood, language disorders, occupational therapy, quantitative research, survey

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	3
ABSTRACT	4
1 JOHDANTO	7
2 LASTEN TOIMINTATERAPIA	9
2.1 Lasten toimintaterapiaprosessi	9
2.2 Yhteistyö perheen ja muiden ammattilaisten kanssa	12
2.3 Leikin terapeuttinen käyttö	14
3 LAPSEN KIELELLINEN ERITYISVAIKEUS	17
3.1 Kielellisen erityisvaikeuden määritelmä	17
3.2 Vaikutus lapsen toiminnalliseen suoriutumiseen	19
3.3 Toimintaterapian interventio	21
4 TUTKIMUSMETODOLOGIA	25
5 TUTKIMUSONGELMAT	27
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	28
6.1 Tutkittavien valinta	28
6.2 Kyselylomakkeen laadinta ja aineiston keruu	29
6.3 Aineiston analysointi	32
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	33
7.1 Tutkimukseen vastanneiden taustatiedot	33
7.2 Toimintaterapiaprosessi lapselle, jolla on kielellinen erityisvaikeus	37
7.3 Yhteistyö perheen ja muiden ammattilaisten kanssa	42
7.4 Toimintaterapian teoreettinen tietoperusta ja käytettävät menetelmät	46
8 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET	51
8.1 Toimintaterapiakäytännöt lapsilla, joilla on kielellinen erityisvaikeus	51
8.2 Toimintaterapeuttien tekemä yhteistyö	53
8.3 Toimintaterapian teoreettiset lähtökohdat ja tavoitteiden asettaminen	55
8.4 Käytettävät terapiamenetelmät	60
9 POHDINTA	65
9.1 Pohdintaa tutkimusaiheesta	65
9.2 Tutkimuksen luotettavuus	65
9.3 Tutkimuksen eettiset vaatimukset	67

9.4 Oma työskentely	68
9.5 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	70
LÄHTEET	72
LIITTEET	81

1 JOHDANTO

Lasten toimintaterapia on kuntoutusta, joka perustuu toiminnan tietoiseen ja tavoitteelliseen käyttöön. Menetelmänä lasten toimintaterapiassa käytetään leikkiä, sillä se on yksi lapsuuden ensisijaisista toiminnoista. (Law, Missiuna, Pollock & Stewart 2001, 40.) Osallistuminen lapsuuden toimintoihin on olennaisessa asemassa kaikkien lasten terveelliselle kasvulle ja toimintaterapeuttien tavoitteena on helpottaa ja edistää lasten osallistumista niihin. Päivittäisiin toimintoihin osallistumisen kautta lapsi oppii myös uusia taitoja. (Mandich & Rodger 2006, 115, 132.) Lapsuuden toimintakokonaisuudet ovat koulunkäynti, leikki, vapaa-aika, itsestä huolehtiminen, asioiminen ja kotielämä sekä lepo (Launiainen & Lintula 2003, 8).

Erilaiset puheen ja kielen kehityksen erityisvaikeudet asettavat monia haasteita lapsen arkeen. Ne vaikuttavat usein laaja-alaisesti lapsen toiminnalliseen suoriutumiseen. (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011.) Toiminnallisella suoriutumisella tarkoitetaan lapsen kykyä osallistua hänen rooliensa mukaisiin toimintoihin tai tehtäviin erilaisissa ympäristöissä (Rodger 2010, 2). Puheen ymmärtämisen ja tuottamisen lisäksi kielellinen erityisvaikeus voi aiheuttaa muun muassa karkea- ja hienomotorista kömpelyyttä sekä tarkkaavuuden ja toiminnan ohjauksen ongelmia. Kuntoutus onkin olennaisessa osassa lapsen toimivamman arjen mahdollistamisessa. Kielellisestä erityisvaikeudesta käytetään monenlaisia termejä, kuten dysfaattiset häiriöt, puheen ja kielen kehityksen erityisvaikeus, vaikea-asteinen kielihäiriö, yleinen kielen kehityksen viivästyminen, poikkeava kielen kehitys tai kielellinen erityisvaikeus. Tässä työssä käytän termiä kielellinen erityisvaikeus, mikä on Käypä hoito -suosituksen suosittama termi aiemmin käytetyn dysfasian tilalle. (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011.)

Suomessa ei ole tutkittua tietoa toimintaterapiakäytännöistä lapsilla, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia. Myös kansainvälisellä tasolla tutkimus on ollut vähäistä ja sekin on lähinnä puheterapian alalta. Toimintaterapiaan liittyvää tutkimusta on kuitenkin tehty motoriikan ja kielellisen erityisvaikeuden välisestä yhteydestä (vrt. Lautamo 2001; Visscher, Houwen, Scherder, Moolenaar & Hartman 2007) tai sensorisen integraation terapian vaikuttavuudesta (vrt. Blanche & Kiefer 2007). Olisi tärkeää saada suomalaista tietoa niiden lasten toimintaterapiasta, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia, jotta palveluita voitaisiin kohdentaa oikeaan suuntaan ja toteutettava toimintamalli olisi näyttöön perustuva.

Nyky-yhteiskunnassa pyritään inklusion avulla sijoittamaan kaikki oppilaat samaan kouluun ja oppilaiden erityistarpeisiin pyritään vastaamaan yleisopetuksessa. Inklusion tavoitteena on muun muassa tasa-arvon ja myönteisten asenteiden edistäminen. (Väyrynen 2001, 19.) Sekä tutkimuksien vähyys että koulumaailman muotoutuminen kohti kaikille yhteistä koulua aiheuttavat tarvetta tutkia tätä aihealuetta laajemmin.

Tutkimusaihe kiinnosti minua myös henkilökohtaisella tasolla, sillä työskentelin yhden käytännön harjoitteluni ajan lasten kanssa, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia. Pohdin harjoitteluni aikana, millaista toimintaterapiaa tällaisille lapsille yleensä toteutetaan ja mikä teoreettinen malli tai viitekehys ohjaa toimintaterapeuttien työskentelyä. Erityisesti mietin, kuinka paljon toimintaterapeutit käyttävät erilaisia motorisia toimintoja terapiainterventiossaan. Aihe on oman oppimisen ja tulevaisuuden kannalta hyödyllinen, sillä tulevana toimintaterapeuttina tulen kohtaamaan työssäni lapsia, joilla on erilaisia haasteita toiminnallisessa suoriutumisessaan. Tutkimuksen avulla saan alan uusinta tietoa lasten toimintaterapiakäytännöistä, joita voin soveltaa käytännön työssä.

Tutkimuksen ikäryhmäksi valikoituivat lapset, sillä aikaisemman kirjallisuuden ja tutkimusten perusteella kuntoutustoimet on kohdistettu lähinnä lapsiin. Ikäryhmän valintaan vaikutti myös oma mielenkiintoni lasten toimintaterapiaa kohtaan.

Tutkimus on luonteeltaan kvantitatiivinen survey-tutkimus, jonka **tarkoituksena** on kuvailla, millaista toimintaterapiaa toteutetaan lapsille, joilla on jokin kielellinen erityisvaikeus. Survey-tutkimuksella tarkoitetaan, että tutkittavaa ilmiötä kuvataan määrällisesti (Heikkilä 2008, 13). Tarkoituksena on kuvata, millaisia menetelmiä toimintaterapeutit käyttävät, millaista yhteistyötä he tekevät ja mikä toimintaterapian teoreettinen malli tai viitekehys ohjaa heidän työskentelyänsä. Tarkoituksena on saada tietoa suomalaisista käytännöistä ja viedä tätä tietoa kentän työntekijöille. Tutkimus toteutettiin internet-pohjaisella kyselylomakkeella, jotta tavoitettaisiin mahdollisimman monta tiedonantajaa. Tutkimuksen **tavoitteena** on sekä saada että jakaa tietoa lasten kanssa työskenteleville toimintaterapeuteille. Tuloksia voidaan myös hyödyntää jatko- ja täydennyskoulutuksia suunniteltaessa. Tutkimuksen avulla työelämässä olevat toimintaterapeutit saavat tietoa uusimmista alaa koskevista tutkimuksista ja voivat peilata omaa työskentelyään saatuihin tuloksiin. Toimintaterapeutit voivat käyttää tietoa osana näyttöön perustuvaa käytäntöä, jonka tulisi toimia kliinisen päättelyn taustalla (Reitz, Pizzi & Scaffa 2010, 158–160).

2 LASTEN TOIMINTATERAPIA

2.1 Lasten toimintaterapiaprosessi

Toimintaterapia pohjautuu lasten, heidän toimintojensa ja heidän ympäristöjensä välisen vuorovaikutuksen ymmärtämiselle. Tämän vuoksi lapsen suoriutumista arvioidessaan toimintaterapeutti määrittelee, liittyvätkö suoriutumisen rajoitteet lapsella todettuun sairauteen tai vammaan vai ympäristöllisiin tekijöihin. (Case-Smith 2001, 2.) Toimintaterapian ydinajatuksena on auttaa lasta suoriutumaan mahdollisimman itsenäisesti kaikista hänelle merkityksellisistä toiminnoista huolimatta hänen fyysisestä ja / tai psyykkisestä tilastaan (Hagedorn 2000, 4–6). Tyypillisesti toimintaterapeutit työskentelevät lasten kanssa silloin, kun on huoli lapsen toiminnallisesta suoriutumisesta (Rodger 2010, 2). Creek (2008b) viittaa Christianseniin ja Townsendiin (2004), joiden mukaan toiminnallinen suoriutuminen määritellään tehtäväsuuntautuneeksi toimintojen muodoiksi, jotka sisältävät usein havaittavissa olevaa liikettä. Esimerkiksi jalkapallon pelaaminen toimintana on toiminnallista suoriutumista. Tapa, jolla suoriudumme toiminnasta, riippuu pätevydestämme sekä niistä merkityksistä, joita annamme toiminnalle. Christianseniin (1997) viitaten Creek (2008b) esittää, että toiminnallista suoriutumista mahdollistavia ja tukevia elementtejä on useita. Näitä ovat sensoriset ja motoriset tekijät, fyysinen terveys ja kunto, kognitiiviset taidot, itsetunto ja emotionaalinen tila. Ympäristölliset tekijät vaikuttavat siihen, kuinka toiminta suoritetaan. Tämä sisältää ympäristön fyysiset olosuhteet sekä kulttuurisen ja sosiaalisen kontekstin. (Creek 2008b, 41.)

Leikkisyys ja lapsuuden ilo ovat tärkeimpiä elementtejä lasten toimintaterapiassa (Case-Smith 2001, 3). Tämän vuoksi toimintaterapian tärkein menetelmä lasten kanssa on leikki, jonka avulla lapsi voi harjoitella tavallisia arkielämän toimintoja ja saavuttaa niiden kautta erilaisia taitoja. Leikki on tärkeässä roolissa: kun lapsella on kivaa, saadaan myös tuloksia. Onnistumisen kokemukset ovat tärkeitä, sillä niiden kautta voidaan vaikuttaa positiivisesti lapsen itsetunnon ja osaamisen kehittymiseen. Terapiat ovat usein pitkäkestoisia prosesseja ja lasten kohdalla alussa menee aikaa hyvän kontaktin luomiseen. Lasten toimintaterapiassa perheellä ja muilla läheisillä yhteistyötahoilla, esimerkiksi päiväkodilla on merkittävä asema. (Hietanen 2004, 26; Kajanto 2004, 24–25.)

Toimintaterapiainterventio alkaa **arvioinnilla**. Lapsen toiminnallista suoriutumista arvioidaan kokonaisuutena toimintojen, roolien, toiminnallisen suoriutumisen ja ympäristön kautta. Tärkeää on haasteiden kartoittaminen arjen toimintojen kautta: mikä on hankalaa ja mihin toivottaisiin muutosta. (Rodger 2010, 23, 28.) Lasten kanssa keskitytään päivittäisiin toimintoihin: leikkiin, itsestä huolehtimisen toimintoihin sekä koulunkäyntiin (Case-Smith 2001, 5). Arvioinnin aikana lapsesta luodaan toiminnallinen profiili, jonka avulla toimintaterapeutin on mahdollista ymmärtää lapsen toiminnallista historiaa, kokemuksia, tapoja, mielenkiinnonkohteita, arvoja ja tarpeita. Tämän avulla toimintaterapeutti pystyy yhteistyössä lapsen ja hänen perheensä kanssa määrittelemään ongelmalliset alueet eri toimintakokonaisuuksien sisällä. Arvioinnin tavoitteena on saada kattava kuva lapsesta, hänen voimavaroistaan ja haasteistaan. Lapsen taitoja arvioidaan erilaisten standardoitujen testien, havainnoinnin sekä haastattelun avulla. (Case-Smith 2001, 3-6; Reitz ym. 2010, 161.)

Arvioinnin perusteella määritellään toimintaterapian **tavoitteet** ja tehdään terapiasuunnitelma. Tavoitteet asetetaan yhteistyössä lapsen ja hänen vanhempiansa kanssa. Tavoitteiden laadinnassa pyritään siihen, että ne tukisivat mahdollisimman paljon lapsen osallistumista hänelle merkityksellisiin ja tarkoituksenmukaisiin toimintoihin. Ne saattavat sisältää myös ympäristön ja / tai toimintojen soveltamista lapsen toiminnallista suoriutumista tukevalle tasolle. Tavoitteiden tulisi liittyä mahdollisimman paljon lapsen arkielämään. (Rodger 2010, 29.) Smithin (2006) mukaan terapeutin tulee käyttää teoreettista tietämystään ja kliinisen päättelyn taitojaan luodessaan pitkän ja lyhyen aikavälin tavoitteita sekä niiden saavuttamiseen käytettäviä menetelmiä. Tavoitteiden tulee olla mitattavissa ja liittyä suoraan niihin toimintoihin, joihin lapsen toivotaan osallistuvan. Lyhyen aikavälin tavoitteiden nähdään olevan askeleita kohti pitkän aikavälin tavoitteita. Pitkän aikavälin tavoitteiden nähdään olevan laajempia toiminnallisia tavoitteita, esimerkiksi lapsen itsenäinen pukeutuminen. Lyhyen aikavälin tavoitteiden tulee aina tähdätä pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamiseen. (Smith 2006, 115.) Käytännön asioista, kuten peruutuksista, sovitaan yhdessä vanhempien kanssa tehtävässä terapiasopimuksessa.

Tavoitteiden laatimisen jälkeen toimintaterapeutti valitsee toimintalähtöisen terapian toteutusmuodon, joka pohjautuu hänen ammattitaitoonsa sekä kliiniseen päättelyynsä. Toimintaterapeutin tulisi käyttää kliinisen päättelynsä taustalla näyttöön perustuvaa käytäntöä. (Reitz ym. 2010, 158–160). Näyttöön perustuvalla käytännöllä tarkoitetaan työskentelytapaa, jossa omalle työlle haetaan ajan tasalla olevaa tutkittua tietoa ja tätä käytetään hyväksi yksilöllisissä asiakastapauksissa. Tiedon tulee olla kriittistä ja sitä tulee käyttää vastuullisesti. (Korteniemi & Borg 2008, hakupäivä

9.8.2010.) Taylorin (2007, 2–4) mukaan näyttöön perustuva toimintaterapia koostuu siitä, että tehdään oikeita asioita oikealla tavalla oikean henkilön kanssa oikeassa ajassa ja paikassa oikean tuloksen takaamiseksi, ja sitä on toteuttamassa oikea henkilö. Tämä auttaa toimintaterapeuttia olemaan omalle työskentelylleen kriittinen ja tarkastelemaan sitä uudesta näkökulmasta. Näyttöön perustuvan käytännön avulla terapeutin on mahdollista perustella asiakkaan hyvinvointiin liittyvät ratkaisut tutkitulla tiedolla, ollen kuitenkin näytölle kriittinen ja soveltaen sitä parhaiten asiakkaan tilanteeseen sopivaksi.

Toimintaterapeutti käyttää toimintansa pohjalla erilaisia teoreettisia lähestymistapoja sekä kliinistä päättelyä sopivien terapiamenetelmien suunnitteluun ja toteuttamiseen (Case-Smith 2001, 7). Erilaisia käytettyjä toimintaterapian malleja ovat esimerkiksi Inhimillisen toiminnan malli, Kanadan malli tai Kawa-malli. Näiden kokonaisvaltaisten mallien lisäksi on usein tarpeen käyttää jotakin viitekehystä, kuten sensorista integraatiota, NDT:tä, biomekaanista tai psykososiaalista viitekehystä. Yleisesti toimintaterapeutit käyttävät lasten kanssa työskennellessään useaa mallia ja viitekehystä sekä niiden yhdistelmiä. (Rodger, Brown & Brown 2005, 311; Rodger 2010, 21–23.)

Terapiassa pyritään tukemaan lapsen osallistumista päivittäisiin toimintoihin ja erilaisiin toimintaympäristöihin. (Case-Smith 2001, 7; Rodger 2010, 35). Lähes kaikki terapiat sisältävät leikkisiä ominaisuuksia, sillä leikki on tärkeässä asemassa lapsen elämässä. Leikkivä lapsi on aktiivinen, tavoitesuuntautunut ja motivoitunut toimintaan. Leikin myötä lapsen on mahdollista saavuttaa tunnetta sisäisestä kontrollista. Ympäristö ja käytettävät toiminnot sovelletaan siten, että ne tukevat sekä mahdollistavat lapsen kasvua ja kehitystä. Käytettävät toiminnot analysoidaan, jotta ne olisivat sopivan haasteellisia ja lapsen kehitystasolle sopivia. Analysoinnissa kiinnitetään huomiota siihen, mitä toiminta lapselta edellyttää ja mitä se kehittää. Menetelmän valinnassa on tärkeää, että se on lapselle tarkoituksenmukainen ja merkityksellinen. Tavoitteena on luoda myönteinen yhteistyösuhde lapsen kanssa, joka rohkaisee ja motivoi lasta. Samalla pyritään tukemaan lapsen itsetuntoa tuottamalla onnistumisen kokemuksia. Luottamuksellisen suhteen avulla lapsi uskaltuu myös haastamaan itsensä vaikeammissa tilanteissa. (Case-Smith 2001, 6–9.) Käytettäviä terapiavälineitä on paljon erilaisia, ja niitä käytetään yksilöllisten tarpeiden mukaan. Välineinä voivat olla esimerkiksi erilaiset pelit, lelut, keinut, palapelit ja sormivärit.

Toiminnallista suoriutumista tapahtuu erilaisissa ympäristöissä ja konteksteissa, jotka vaikuttavat yksilön kykyyn suoriutua tehtävästä. Jokainen ympäristö tarjoaa erilaisia mahdollisuuksia, vaatimuksia sekä rajoitteita. Niiden vaikutus yksilön toimintaan on aina yksilöllistä. Toimintaterapiassa

ympäristö jaetaan fyysiseen, sosiaaliseen ja kulttuuriseen ympäristöön. Fyysisellä ympäristöllä tarkoitetaan luonnollista, ihmisen rakentamaa ja esineellistä ympäristöä. Sosiaalinen ympäristö muodostuu niistä ryhmistä ja ihmisjoukoista, joihin ihminen liittyy. Kulttuurinen ympäristö puolestaan sisältää ne käsitykset, havainnot, arvot, normit ja tavat, jotka siirtyvät sukupolvelta toiselle. (Kielhofner 2002, 99–108; Creek 2008b, 42.)

Terapiaa suunniteltaessa on tärkeää ottaa huomioon lapsen normaalit toimintaympäristöt, jotta terapian tulos vastaisi lapsen kykyjä ja ympäristön vaatimuksia. Intervention tavoitteena voi olla auttaa lasta mukautumaan ympäristöönsä tai muokata ympäristöä vastaamaan lapsen tarpeisiin ja kykyihin. (Creek 2008a, 63.) Terapian pääpaino voi myös olla toiminnallisen suoriutumisen kehittämisessä, rajoitusten kompensoimisessa esimerkiksi erilaisten apuvälineiden avulla, ympäristön muokkaamisessa tai koko systeemin muokkaamisessa siten, että lapsen osallistuminen lisääntyy. (Rodger 2010, 35–39.)

2.2 Yhteistyö perheen ja muiden ammattilaisten kanssa

Perheet ovat erilaisia. Niiden kokoonpano vaihtelee molempien vanhempien perheistä, yksinhuoltajiin ja uusioperheisiin. Ymmärtääkseen, mikä vaikutus perheellä on lapsen suoriutumiseen, on toimintaterapeutin ensin tutustuttava perheeseen ja tunnettava sen kulttuuri, arvot ja odotukset. Perheiden sosiaaliset ja kulttuuriset taustat sekä uskonnolliset taipumukset vaikuttavat suuresti heidän arvoihinsa ja uskomuksiinsa perheestä, lasten käyttäytymisestä, aktiiviteeteista ja kurista. Toimintaterapeutin tulee olla tietoinen näistä uskomuksista, sillä ne vaikuttavat lapsen rooleihin, toimintoihin ja toiminnalliseen suoriutumiseen. (Darlington & Rodger 2006, 28.)

Koivikon ja Siparin (2006, 105) mukaan lapsen kanssa työskenneltäessä tulee aina ottaa huomioon taustalla vaikuttava perhe sekä sille ominainen kulttuuri, dynamiikka ja toimintatavat. Perhe nähdään omana järjestelmänä, jossa yhden osan muutos vaikuttaa kaikkiin muihin. Määttä (2001, 112–113) korostaa, että vanhemmat ovat asiantuntijoita lapsen arkipäivän toiminnoissa ja erilaisissa toimintaympäristöissä (päiväkoti, koti) selviytymisessä. Tämän vuoksi on hyvin tärkeää ottaa perheet mukaan yhteistyöhön. Aina perheen näkökulma ei kuitenkaan ole yhtenäinen ammattilaisen kanssa. Mikäli perhe pitää asiaa tärkeänä, on se pyrittävä ottamaan sopivalla tavalla mukaan kokonaisuuteen. (Koivikko & Sipari 2006, 37.)

Perhekeskeinen toimintatapa tarkoittaa sitä, että ammattilaiset kunnioittavat, kannustavat ja sitoutuvat perheiden tarkoituksenmukaiseen osallistumiseen terapian suunnitteluun ja sen toteuttamiseen. Perheiden ainutlaatuisuuden kunnioittaminen on olennaista. Toimintaterapeutin on tärkeää kunnioittaa perheen aikatauluja, ottaa heidät mukaan tavoitteiden asettamiseen ja mahdollistaa tehokkaan yhteistyön syntyminen vanhempien kanssa. Toimintaterapeutin tulee ymmärtää rutiinien ja rituaalien vaikutus perheen tapoihin ja uskomuksiin. (Darlington & Rodger 2006, 30–32.)

Perhekeskeisessä ajattelussa nähdään olevan kolme perusolettamusta. Näitä ovat vanhempien ja muiden perheenjäsenten ymmärtäminen lapsen parhaimpana asiantuntijana, perheiden arvostaminen erilaisina ja uniikkeina sekä yhteistyön tekeminen kannustavien vanhempien kanssa. Perhekeskeisen toimintatavan etuja ovat vanhempien tyytyväisyys, positiiviset tulokset ja vähentynyt vanhempien stressi. Darlingtonin ja Rodgerin (2006) mukaan niiden lasten tulokset olivat parempia, joiden vanhemmat osallistuivat interventioon, kuin niiden joiden vanhemmat eivät osallistuneet. Myös vanhemmat ovat tyytyväisempiä, kun heidät otetaan mukaan toimintaterapiainterventioon. Vanhempien kanssa työskenteleminen vaatii molemmilta osapuolilta yhdenvertaista osallistumista, toisten taitojen kunnioittamista sekä tahtoa ja taitoa oppia toistensa taidoista. Toimintaterapeutin on tärkeää hyväksyä vanhempien omat näkökulmat ja tavat kasvattaa lasta, erityisesti silloin kun ne eroavat omista. Yhdessä vanhempien kanssa tehdyn yhteistyön avulla voidaan parhaiten tavoittaa perheen tarpeet ja auttaa lasta. Kun perhe on vakaa, onnellinen ja toiminnallinen yksikkö, lapsi tuntee olonsa turvalliseksi ja hänen on mahdollista osallistua perhe-elämään. (Darlington & Rodger 2006, 30–32.)

Perhekeskeisessä työskentelytavassa lapsi hyväksytään osana perhettä, ja vanhemmat otetaan työskentelyyn mukaan tasavertaisena kumppanina. Toimintaterapeutin on tärkeää olla empaattinen ja kuunnella perheen huolia ja tarpeita. Tavoitteiden asettelu tulee perustaa vanhempien kanssa käytyihin keskusteluihin. Mikäli vanhempien kaikkia näkökulmia ei ole mahdollista ottaa huomioon, on syyt selvitettävä vanhemmille. (Humphry & Case-Smith 2001, 117–120.)

Lapsi, jolla on toiminnallisia rajoituksia, hyötyy kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta. Tämän vuoksi toimintaterapeutti työskentelee usein osana moniammatillista tiimiä. (Case-Smith 2005, 32.) Moniammatillisella tiimillä tarkoitetaan eri asiantuntijoista koostuvaa ryhmää, joka työskentelee yhteistyössä asiakkaan kanssa. Moniammatillisessa tiimityössä asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan yhteen ja niiden tavoitteena on luoda yhteinen käsitys tarvittavista toimenpiteistä sekä koota yhteinen tavoite. Toimintamallia ohjaa yhteiset keskustelut ja yhteisesti sovitut periaatteet. (Iso-

herranen 2005, 14–15.) Toimintaterapeutti voi työskennellä esimerkiksi toisten toimintaterapeuttien, fysioterapeuttien, lääkäreiden, puheterapeuttien, koulupsykologien, opettajien, lastentarhanopettajien tai lapsen avustajien kanssa (Case-Smith 2005, 32–37).

2.3 Leikin terapeutinen käyttö

Leikki on perinteisesti nähty lasten ensisijaisena toimintana. Vaikkakin leikin teoriat väittävät, että leikin avulla myötävaikutetaan sosiaaliin, emotionaaliin, kognitiivisiin, fyysisiin ja kielellisiin taitoihin, niin leikki, toisin kuin työ, on hauskaa, kevytmielistä eikä sillä ole tiettyä päämäärää. Erityisesti länsimaisessa kulttuurissa leikin merkitys on tunnustettu laajasti ja leikistä on tullut suuresti arvostettua lasten elämässä. Kielhofnerin (2002, 1) mukaan leikki on osa päivittäisiä toimintoja. Lapselle leikki on tekemistä. Rubiniin (1983) viitaten Hutton (2008) määrittelee leikin sisältävän kuusi eri ulottuvuutta. Leikki itsessään on motivoivaa. Leikki itsessään on tärkeää, ei niinkään sen lopputulos. Leikki on organismi, jota voidaan tutkia, mikä tämä on tai mitä voin tehdä tällä. Leikki on leikkiä, eikä ainoastaan sitä, miltä se näyttää. Leikki ei sisällä ulkoisia rajoittavia sääntöjä, vaan sen säännöt ovat leikkijän itsensä luomia. Leikkiminen vaatii leikkijän aktiivista osallistumista. Leikin voidaan nähdä olevan tärkeää, sillä sen avulla voidaan kehittää sensorista integraatiota eli aistitiedon jäsentymistä, motorisia, sosiaalisia tai kognitiivisia taitoja tai itsestä huolehtimisen taitoja. (Hutton 2008, 346–348.)

Lapsen leikki kehittyy iän myötä. Lapsen leikki alkaa sensomotorisilla ja kokemuksellisilla leikeillä. Vauva tutkii ympäristöään erilaisten aistien avulla ja motoristen taitojensa kehittyessä hän alkaa tutkia esineitä tutustuen niiden ominaisuuksiin, paukuttaa niitä yhteen ja kääntää esimerkiksi kirjan sivuja. Noin kaksivuotiaana lapsi siirtyy leikeissään symbolisiin ja rakenteluleikkeihin. Symbolisessa leikissä esineille voidaan antaa uusia merkityksiä sekä korvata jokin esine toisella. Vähitellen lapsen leikkiin tulevat erilaiset roolileikit supersankareineen. Kuvitteellinen leikki muotoutuu yhä monimutkaisemmaksi ja sosiaalisemmaksi ajan kuluessa. Kuvitteellisen leikin avulla lapsi oppii valtavan määrän taitoja, kuten abstraktia ajattelua ja itsesäätelyä. Lisäksi hänen itsetietoisuutensa kehittyy ja sosiaaliset taidot karttuvat. Varhaisessa kouluiässä leikillä on tärkeä merkitys sosiaalisten suhteiden luomisessa. Tuolloin lapset pelaavat mielellään erilaisia sääntöleikkejä. Erilaiset roolileikit ovat edelleen suosittuja ja vähitellen myös erilaiset urheilulajit alkavat kiinnostaa. Myös erilaiset taiteet (musiikki, kuvaamataito) ovat suosittuja. Nuoruudessa siirrytään lapsuudesta aikuisuuteen ja leikki alkaa muotoutua enemmän vapaa-ajan vietoksi. Tuolloin erilaiset kaverisuhteet ovat erittäin tärkeitä. (Hutton 2008, 350–351.)

Rigby ja Rodger (2006) siteeraavat Sturgessia (2003), jonka mukaan lapsi alkaa leikkiä silloin, kun siihen vaadittavat taidot ovat kehittyneet ja mahdollisuus leikkisyyteen alkaa. Tässä on olennaisessa asemassa käytettävissä oleva aika sekä fyysiset olosuhteet. Sturgessin (2003) mukaan leikki on ainoastaan silloin leikkiä, kun lapsi itse määrittelee sen leikiksi. Tämän vuoksi leikillä on hyvin subjektiivinen asema. Leikki on pienten lasten päälimmäisin toiminta, se on sitä mitä lapset tekevät. Lapset käyttävät leikkiä rakentaakseen tietämystään ja ymmärrystä maailmasta. Leikin kautta lapset saavat tietoa ympäröivästä maailmasta sekä siitä, miten heidän ruumiinsa toimii. Lapset eivät ainoastaan opi mitä asioita he voivat tehdä, vaan he myös oppivat, kuinka tehdä erilaisia asioita ja miten asiat toimivat. Leikki haastaa lapsen, venyttää hänen kykyjään sekä mielikuvitusta. Leikin kautta saavutettu pätevyyden tunne auttaa lasta tuntemaan itsensä, tietämään ne taidot, jotka hän osaa ja joissa hän voi kehittyä. Leikin avulla lapset oppivat toiminnallisia rooleja ja käyttäytymistä, kuinka toimia turvallisesti ja sopivasti heidän ympäristössään. Lapsi harjoittelee leikin avulla erilaisia aikuisuuden rooleihin liittyviä toimintoja, esimerkiksi nukan syöttämistä, kaupassa käyntiä tai poliisina olemista. Leikin avulla lapsi oppii ongelmanratkaisua, jakamista, huomioimista ja vuoron odottamista. Leikki vaikuttaa sosiaalisten taitojen kehittymiseen. (Rigby & Rodger 2006, 179–181.)

Lapsi kehittää itsellensä ominaisimman tavan leikkiä, mikä kehittää hänen motorisia ja kognitiivisia taitojaan. Kuviteltu ja symbolinen leikki vahvistaa lapsen kognitiivisia, sosiaalisia ja kielellisiä taitoja. Myöhemmässä iässä lapset osallistuvat enemmän peleihin ja muihin aktiviteetteihin, joissa on sääntöjä. Nämä toiminnot yleensä johtavat harrastusten syntymiseen. Toimintaterapeutin on tärkeää ymmärtää, että leikki on pohjana työskennellessä lasten kanssa. (Rigby & Rodger 2006, 177.) Leikkiin kuuluu mielenkiinnonkohteiden, taitojen ja mahdollisuuksien sekä hyväksyttävien leikki- tai vapaa-ajan toimintojen määrittäminen. Leikki toimintana on leikin suunnittelua ja siihen osallistumista. Tarvittavan tasapainon ylläpitäminen leikin ja muiden toimintojen, kuten päivittäisten toimintojen välillä on tärkeää. (Lewin & Reed 1998, 91.)

Leikkiä käytetään terapiassa ja sen tavoitteena on kehittää erilaisia taitoja, kuten kognitiivisia, sosiaalisia, emotionaalaisia tai fyysisiä. Toimintaterapeutit käyttävät erilaisia leikkimateriaaleja ja aktiviteetteja herättääkseen lapsen mielenkiinnon sekä samanaikaisesti kehittämään jotain toiminnan aluetta. Leikki terapiana sisältää käsityksen nähdä leikki leikkinä, mutta myös lopputuloksena. Käytettäessä aikuisjohtoista toimintatapaa, toimintaterapeutti pystyy käyttämään toiminnan analyysia valitakseen sellaisia toimintoja, joista lapsi hyötyy kaikkein eniten. Terapiassa voidaan

käyttää myös lapsilähtöistä toimintatapaa, jossa lapsi tekee valinnat ja terapeutti työskentelee hänen rinnallaan. (Hutton 2008, 351–352.)

Lelut ja leikkimateriaalit, jotka ovat monikäyttöisiä ja strukturoimattomia rohkaisevat lasta leikkiämään sellaisia leikkejä, joissa lapsi voi kontrolloida ja muotoilla ilmaistakseen luovuuttaan ja ongelmanratkaisukykyjään. Lapset voivat käyttää leluja toistuvasti monella eri tavalla ilman, että he kyllästyvät niihin. On tärkeää valita sellaisia leikkitoimintoja, jotka ovat sopivia lapsen iälle ja kehitystasolle. Lapsen leikki on luovaa silloin, kun se ilmentää arkipäiväisiä toimintoja ja vaikuttaa hänen toimintoihinsa. Leikin ollessa parhaimmillaan, tuottaa se lapselle suurta iloa ja mielihyvää. Tätä voidaan kuvata flow-ilmiöllä. (Rigby & Rodger 2006, 195.) Csikszentmihalyiin (1990) viitaten ihminen kokee flow'n, kun toiminnan vaatimukset vastaavat hänen kykyjensä ja toiminta tempaa mukaansa niin, että ajankulku unohtuu (Hautala, Hämäläinen, Mäkelä & Rusi-Pyykönen 2011, 51–52). Toimintaterapeutit ovat taitavia määrittelemään toiminnan siten, että se vastaa taitotasoa, ja lapsen on mahdollista saavuttaa flow-kokemus. Toiminnan analyysi auttaa toimintaterapeuttia tunnistamaan toiminnan vaatimukset sekä mukauttamaan toiminnan lapsen mielenkiinnonkohteita ja motivaatiota vastaavaksi. (Rigby & Rodger 2006, 195; Hautala ym. 2011, 51–58.)

3 LAPSEN KIELELLINEN ERITYISVAIKEUS

3.1 Kielellisen erityisvaikeuden määritelmä

Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot ovat lapsuudessa olennaisessa osassa ystävyysuhteiden muodostumiselle ja merkitykselliselle vuorovaikutukselle lasten ja aikuisten kesken. Nämä taidot ovat erittäin tärkeitä, jotta lapsi voisi osallistua erilaisiin toiminnallisiin tilanteisiin. Kielellisiä taitoja opitaan päivittäisten toimintojen avulla. Kun lapsella on kielellisissä taidoissa ongelmia, hänen toiminnallinen osallistumisensa on yleensä vähemmän tyydyttävää. Tällöin lapsi saattaa välttää sosiaalisia tilanteita eikä hänen taitonsa pääse kehittymään. Lapsella saattaa olla vaikeuksia millä tahansa kommunikoinnin osa-alueella, joka vaikuttaa hänen kykyynsä kommunikoida tehokkaasti. (Woodyatt & Rodger 2006, 158–160.)

Sensorisella integraatiolla tarkoitetaan aistitiedon jäsentämistä käyttöä varten. Toisin sanoen se tarkoittaa aivojen kykyä muodostaa sen havaitsemista eri ärsykkeistä kokonaisuus, jotta voimme toimia sen vastaanottaman tiedon mukaisesti. Tämä prosessi alkaa jo sikiöaikana lapsen aisties-sa äidin kehon liikkeitä. Parhaiten sensorinen integraatio kehittyy tarkoituksellisen toiminnan avul-la, jolloin jokin haaste voitetaan ja opitaan uutta. Tällaisten toimintojen avulla aivot kehittyvät ja jäsentävät omaa toimintaansa. Yksi tarkoituksenmukaisista toiminnoista on leikki, joka sarjallise-na toimintareaktioiden sarjana kehittää sensorista integraatiota. Sensorinen integraatio, jonka lapsi on saavuttanut liikkumalla, puhumalla ja leikkimällä, on pohjana esimerkiksi lukemiselle, kirjoittamiselle sekä käyttäytymisen ja toimimisen hallitsemiselle. (Ayres 2008, 29–33.)

Sensorisen integraation terapian mukaan lapsen kehityksessä olevat ongelmat syntyvät puutteel-lisen havaintokyvyn ja tulkinnan seurauksina. Tämän näkemyksen mukaan motoriset ja sensori-set toiminnat ovat yhteydessä erilaisiin oppimisvaikeuksiin. Ayresin (2002) mukaan oppimisvai-keudet ovat seurausta aistitoimintojen riittämättömästä ja virheellisestä muokkautumisesta aivois-sa. Lapsen kehityksessä perusaisteilla on tärkeä merkitys (vestibulaarinen, proprioseptiivinen ja taktilinen). Ainoastaan aistitoiminnoista käsin lähteminen ei kuitenkaan riitä, vaan lapsen kehitys-tä arvioitaessa täytyy ottaa huomioon myös perheympäristö, sosiokulttuuriset edellytykset ja yksi-lölliset kokemukset sekä elämykset. (Zimmer 2011, 39–40.) Mikäli sensorinen integraatio on hei-kompaa, on asioiden tekeminen usein vaikeampaa. Mikäli lapsella on häiriötä millä tahansa ais-timusten käsittelyn alueella, ovat erilaiset puheen ja kielen kehityksen viiveet tavallisia. (Ayres

2008, 95.) Cole ja Tufano (2008, 230) esittävät Ayresiin (1989) viitaten, että kielen kehitys riippuu kuuloaistimusten integroitumisesta muiden aistitietojen kanssa.

Suositteltu termi erilaisille kielihäiriöille on kielellinen erityisvaikeus (specific language disorder, SLI). Kielellisen erityisvaikeuden nähdään olevan laaja-alaisesti lapsen toiminnalliseen suoriutumiseen liittyvä ongelma, jossa lapsen kielelliset taidot eivät kehity iän mukaisesti. Häiriöitä voi olla joko puheen ja kielen tuotossa tai sen ymmärtämisessä, tai näissä molemmissa. Iän myötä kielellisten vaikeuksien oireet usein muuttuvat. Päivittäiseen elämään liittyvä sanasto kehittyy, mutta käsitteelliset ja monimutkaiset lauserakenteet ovat edelleen hankalia hallita. Vaikeudet kielellisessä ymmärtämisessä ja muistamisessa haittaavat kielellistä päättelyä. (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011.)

Nummisen ja Sokan (2009, 64) mukaan kielellisillä erityisvaikeuksilla tarkoitetaan vaikeita puheen- ja kielenkehityksen häiriöitä, jotka foniatri tai lastenneurologi on diagnosoinut. Diagnoosin taustalla ei saa olla muita sairauksia tai vammoja. Kielelliset erityisvaikeudet tunnistetaan usein vasta toisen tai kolmannen ikävuoden jälkeen, kun lapsen puheesta on vaikea saada selvää, sanavarasto kasvaa hitaasti tai lauseiden muodostus on heikkoa (Silvén 1999, 51). Vaikeasta kielellisestä vaikeudesta puhutaan silloin, kun 3-vuotias lapsi ei ymmärrä puhetta tai ei kykene ilmaisemaan itseään sanallisesti, arjen vuorovaikutustilanteet ovat hankalia kommunikaatiovaikeuksien vuoksi tai lapsi joutuu käyttämään puhetta tukevia kommunikaatiokeinoja lähes kaikissa tilanteissa. (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011.)

Puheen tuottamisen vaikeus liittyy puheen hitaaseen kehittymiseen ja sanavaraston hitaaseen kasvuun. Puheen ymmärtämisen vaikeudet haittaavat oppimista sekä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa olemista. Tällöin lapsi ei välttämättä ymmärrä kuulemaansa, vastaa väärin tai epätarkasti eikä osaa toimia annettujen ohjeiden mukaisesti. Lapsen puheen tuotto ja ymmärtäminen saattaa olla tutussa tilanteessa helpompaa kuin muissa tilanteissa. (Numminen & Sokka 2009, 62–63.) Ymmärtämisvaikeudet voivat myös ilmetä levottomuutena, käytöshäiriöinä tai vetäytymisenä (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011).

Kielellisten erityisvaikeuksien määrittelyyn ei ole olemassa selkeitä kriteerejä, niitä arvioidaan kuitenkin olevan noin 7 %:lla lapsista (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011). Kielenkehityksen vaikeuksien synnylle on vaikea osoittaa mitään selvää syytä, mutta aivojen toimintahäiriön ja perinnöllisyyden arvellaan olevan siihen keskeisimpiä tekijöitä. Vaikeustasoltaan kie-

lellinen erityisvaikeus voidaan jakaa kolmeen eri asteeseen, lievästä vaikeaan. Luokituksen avulla lapsen kielellisen erityisvaikeuden taso pystytään kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, jolloin kuntoutus pystytään suunnittelemaan yksilöllisesti. (Launonen 2002, 232.) Varhaisella tunnistamisella ja kuntoutuksen aloittamisella on suuri merkitys lapsen oppimisen ja itsetunnon kehittymisen kannalta. Lisäksi varhaisella tunnistamisella kuntoutus päästään aloittamaan aikaisessa vaiheessa ja monien liitännäisongelmien, kuten sosiaalisen eristytymisen, ilmentyminen voidaan välttää. (Numminen & Sokka 2009, 58–60.)

3.2 Vaikutus lapsen toiminnalliseen suoriutumiseen

Lapsilla, joilla on kielellinen erityisvaikeus, esiintyy myös usein motorisia tai visuomotorisia (silmäkäsi yhteistyö) ongelmia ja praksiataitojen (tahdonalaisten liikkeiden suunnittelu ja ohjaus) heikoutta. Kouluiässä saattaa esiintyä erilaisia keskittymisvaikeuksia sekä vuorovaikutustaitojen ja tunne-elämän ongelmia. (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011.) Mosey (1996, 43–44) esittää sensorisen integraation ongelmien olevan yhteydessä useisiin muihin haasteisiin, joita ovat muun muassa kielellisen kehityksen vaikeudet sekä erilaiset oppimisvaikeudet. Lapsilla, joilla on sensorisen integraation vaikeuksia, on myös muita useammin vaikeuksia sekä karkeaa hienomotoriikassa, jonka seurauksena esiintyy kömpelöitä liikkeitä sekä vaikeutta käsitellä erilaisia esineitä. Myös Visscher ym. (2007, e158) sekä Webster, Majnemer, Platt ja Shevell (2005, 80) ovat todenneet, että lapsilla, joilla on kielellisiä vaikeuksia, on myös vaikeutta suoriutua motorisia taitoja vaativista tehtävistä.

Ahonen, Viholainen, Cantell ja Rintala (2005, 15) esittävät, että niillä lapsilla, joilla esiintyy jokin kielellinen erityisvaikeus, on myös verrattain usein motorisia vaikeuksia. Suomessa toteutetussa tutkimuksessa luvuksi tuli jopa 71 %. Myös Rechetnikovin ja Maitran (2009, 255) tutkimuksen mukaan lapsilla, joilla on diagnosoitu kielellinen erityisvaikeus, esiintyi enemmän vaikeuksia motorisissa toiminnoissa kuin tutkimuksen vertailuryhmällä. Webster ym. (2006) ovat myös löytäneet omassa tutkimuksessaan yhteyden motoristen ongelmien ja kielenkehityksen vaikeuksien välillä. Testituloksille täytyy kuitenkin olla Lautamon (2001, 13) mukaan kriittinen, sillä valitettavan usein niissä on arvioitu vain jotain yksittäistä taitoa, esimerkiksi tasapainoa. Hänen mukaansa olisikin tärkeää saada tietoa enemmän lasten toiminnallisesta suoriutumisesta, kuten leikistä tai itsestä huolehtimisen taidoista.

Pro gradu -työssään Lautamo (2001, 50, 55) vertasi niiden 7–10 -vuotiaiden lasten, joilla on kielellinen erityisvaikeus, motorisia- ja prosessitaitoja vastaavaan vertailuryhmään. Lautamon tutkimuksen mukaan lasten motoristen taitojen kehittymättömyydellä ja kielellisellä erityisvaikeudella on olemassa yhteys. Enemmän lapsilla oli kuitenkin eroa prosessitaidoissa, jossa näkyi selkeä ero vertailuryhmän lapsiin. Tutkimuksen mukaan lasten suoriutuminen motorisia taitoja vaativista tehtävistä oli heikompaa kuin verrokkilapsilla, mutta tarpeeksi tehokasta riittääkseen itsenäiseen toimintaan. Lautamon mukaan motoristen ja prosessitaitojen hitaampi kehitys lapsilla, joilla on kielellinen erityisvaikeus, vaikuttaa heidän kykyynsä oppia normaalisti erilaisia taitoja.

Lautamon (2001, 11) tutkimuksen mukaan lapsilla, joilla on diagnosoitu jokin kielenkehityksen erityisvaikeus, esiintyy usein myös dyspraksiaa. Tällä tarkoitetaan oman toiminnan suunnittelun ja ohjauksen vaikeutta. Lapsella saattaa olla vaikeuksia suoriutua esimerkiksi päivittäisistä toiminnoista sen vuoksi, että hänen toimintansa on kömpelöä eikä hän kykene käyttämään omaa kehoaan taitavasti. Lapsen on myös vaikea oppia uusia motorisia tehtäviä, mutta taitoja voidaan kehittää harjoittelemalla (Yack, Sutton & Aquilla 2001, 37). Dyspraksia aiheuttaa lapselle vaikeutta tuottaa sujuvia ja koordinoituja liikesarjoja. Tällöin kokonaisuuden muodostaminen useasta pienestä yksiköstä on hankalaa. Lisäksi se tuo haasteita puhumiseen, lukemiseen ja kirjoittamiseen sekä päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen. Lapsi saattaa myös reagoida tuntoaistimuksiin yliherkästi. Dyspraksiaan liittyy usein lateralisaation kehittymättömyyttä, joka näkyy keskilinjan ylittämisen niukkuutena. Keskilinjan ylittämällä tarkoitetaan sitä, että lapsi pystyy esimerkiksi käyttämään oikeaa kättään kehon vasemmalla puolella. Mikäli lapsella on tässä hankaluuksia, se saattaa ilmetä esimerkiksi siten, että lapsi vaihtaa kynää kädestä toiseen piirtäessään. (Danner 1996, 101–102; Yack ym. 2001, 38–39.) Dyspraksia näkyy usein siten, että lapsen on hankala lähteä suorittamaan toimintaa pelkästään ajatusmallin avulla. Joillakin lapsilla se voi näkyä liikuntatunnilla alkuasennon määrittämisen haasteena, toiminnan vaiheiden sarjoittamisessa tai toiminnan lopettamisessa. (ks. Yack ym. 2001, 38–39.)

Koska leikki ilmentää aina lapsen kokonaiskehitystä, näkyvät lapsen kielelliset vaikeudet myös hänen leikissään. Parham (2008) esittää, että niillä lapsilla, joilla on sensorisen integraation ongelmia, on usein ongelmia leikissä. Parham viittaa Bundyyn (1989), jonka tutkimuksessa niillä, lapsilla, joilla on todettu sensorisen integraation häiriöitä, oli kehittymättömämmät leikkitaidot kuin vertailuryhmän lapsilla. (Parham 2008, 27.) Pienen lapsen leikille on luonteenomaista esineiden runsas käsittely ja leikkijaksojen lyhyt kesto. Lapset, joilla on kielenkehityksen erityisvaikeuksia, voivat jäädä leikkiryhmien ulkopuolelle, mikäli muut leikkijät eivät osaa tulkita heidän aloitteitaan

oikein. Lapset eivät välttämättä tiedä, mitä voisivat tehdä erilaisilla leikkivälineillä ja tarvitsevat siihen ulkopuolisen tukea. (Lyytinen & Lautamo 2003, 205.)

Kouluikäiselle lapselle kielellinen erityisvaikeus aiheuttaa monenlaisia haasteita. Lapsen on koulussa vaikea ymmärtää opettajan antamia ohjeita sekä seurata opetusta. Mikäli lapsen on vaikea ymmärtää muiden puhetta, on hänen toimimisensa suuressa lapsiryhmässä hankalaa. (Numminen 2009, 4-5.) Lapsen on vaikea seurata ryhmäkeskusteluja, sillä puheenvuorot ja puheenaiheet vaihtuvat yleensä nopeasti. Hänen on vaikea osallistua keskusteluun, kun hän pystyy poimimaan sanan sieltä ja toisen täältä. Myös kaverisuhteiden muodostaminen saattaa olla vaikeaa, jos lapsi ei osaa ilmaista itseään puheen avulla tai ei ymmärrä kaikkia puheen vivahteita. Erilaisten asioiden hoitaminen, kuten kaupassa käynti tai kirjastossa asioiminen saattavat olla vaikeita, kun tilanteesta joutuu selviämään vieraiden ihmisten kanssa. Lapsi voi myös alkaa vältellä tilanteita, joissa joutuu käyttämään kieltä. Mikäli lapsella on vaikeuksia itsenä ilmaisemisessä kielellisesti, voidaan häntä kannustaa käyttämään ei-kielellisiä keinoja eli eleitä ja ilmeitä oman ilmaisunsa tukena. (Numminen & Sokka 2009, 70–71.) Luku- ja kirjoitustaidon oppiminen voi olla hidasta, uusien sanojen ja käsitteiden oppiminen puutteellista, vieraiden kielten oppiminen vaikeaa ja matematiikassa erityisesti kielelliset tehtävät ovat vaikeita. (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011.) Lapsella voi myös olla vaikeuksia solmia kengännauhojaan, leikata saksilla tai siirtyä tehtävästä toiseen (Ayres 2008, 38).

Nuoruudessa sosiaalisten taitojen hallitseminen ja entistä itsenäisempi toimintamalli korostuu. Vaikeudet sosiaalisissa taidoissa voivat ilmetä niin ulos- kuin sisäänpäin suuntautuneisuutenakin. Ulospäin suuntautunut saattaa olla aggressiivinen, levoton ja ylivilkas, sisäänpäin kääntynyt puolestaan vetäytyne ja passiivinen. Nuori vetäytyy helposti vuorovaikutustilanteista, ja mitä haastavampi tilanne hänelle kielellisesti on, sitä suuremmalla todennäköisyydellä saattaa ilmetä käyttäytymis- tai käytösongelmia. (Numminen & Sokka 2009, 71.)

Lapset, joilla on lievä kielellinen erityisvaikeus, saattavat selvitä tukitoimin normaalissa yleisopetuksessa. Lapset, joilla on vaikeampi asteinen kielellinen erityisvaikeus, käyvät yleensä kielihäiriöihin ja oppimisvaikeuksiin erikoistuneella luokalla pidennetyn oppivelvollisuuden. (Numminen & Sokka 2009, 65.)

3.3 Toimintaterapian interventio

Kuntoutus on yleensä moniammatillista. Käypä hoito –suosituksen mukaan eri ammattikunnilla on eri tehtävät lapsen arvioinnissa. Puheterapeutti arvioi muun muassa sanastoa ja käsitteiden hallintaa, kykyä olla vuorovaikutuksessa sekä kuullun ymmärtämistä. Psykologi arvioi lapsen kognitiivista, emotionaalista ja sosiaalista kehittymistä, johon kuuluvat muun muassa tarkkaavaisuus ja toiminnan ohjaus sekä sensomotoriset taidot. Toimintaterapeutti puolestaan arvioi lapsen hieno- tai karkeamotoriikkaa, hahmottamista tai aistisäättelyä eli sensorista integraatiota. Toimintaterapiaa tarjotaan yleensä silloin, jos lapsella on huomattavia hieno- tai karkeamotoriikan, toiminnanohjauksen, hahmotuskyvyn tai leikkitaitojen ongelmia tai hänellä ei ole puhetta lainkaan. (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011.)

Erityisesti pienten lasten kohdalla kuntoutustoimet painottuvat lapsen lähiympäristöön. Ympäristö pyritään muokkaamaan lapsen kommunikointitaitoja tukevaksi. Tässä vaiheessa toimintaterapeutti tekee paljon yhteistyötä perheen, päiväkodin tai koulun kanssa. Useimmat lapset hyötyvät yksilöllisestä puheterapiasta tai erityisopetuksesta. Tavoitteet vaihtelevat lapsikohtaisesti. Menetelminä käytetään erityisesti pienten lasten kanssa leikkiä sekä muita toiminnallisia, kieltä aktivoivia toimintoja. (ks. Launonen 2002, 235–238.)

Visscherin ym. (2007, e162) tutkimuksen mukaan on erityisen tärkeää, että lapset, joilla on kielellisiä vaikeuksia, saavat terapiaa, jotta vaikeudet eivät kasvaisi suuremmiksi. Pienillä lapsilla kommunikaatiolla on vähäisempi rooli leikissä ja liikunnassa kuin vanhemmilla lapsilla. Motoriset ongelmat saattavat vaikuttaa niin lapsen kognitiivisiin taitoihin kuin myös lapsen kykyyn osallistua leikkiin ja liikuntaan. Interventiolla voi olla positiivisia vaikutuksia motorisen suoriutumisen kehittymiseen.

Websterin ym. (2005, 82–83) mukaan 57 % lapsista, joilla on todettu kielellisten vaikeuksien lisäksi heikkoutta motorisessa suoriutumisessa, sai ennen kouluikää toimintaterapiaa. Toimintaterapia oli alkanut 36 %:ssa tapauksia kuuden kuukauden sisällä arvioinnista. Kouluikään tultaessa toimintaterapian määrä kuitenkin laski dramaattisesti 12 %:iin. Heidän mukaansa on vaikea ottaa kantaa siihen, eikö terapiaa tarjottu sen vuoksi, ettei sitä ollut vai sen vuoksi että arviointia ei oltu tehty. Motorisen suoriutumisen heikkouden on kuitenkin nähty vaikuttavan lapsen suoriutumiseen koulussa.

Yksi kielelliseen erityisvaikeuteen liittyvä lisäpiirre on motorinen kömpelyys, jota on havaittu useilla lapsilla. Myös tarkkaavaisuuden häiriöt ovat heidän kohdallaan yleisiä. Kun lapsen motorinen

kömpelyys häiritsee hänen suoriutumistaan arkielämästä, on toimintaterapiaan ohjaaminen perustelua. (Lyytinen 2004, 256–258.) Alle kouluikäinen lapsi oppii liikkumalla, tutkimalla, tekemällä ja kokemalla. Kun lapsi oppii suunnittelemaan omaa toimintaansa ja toteuttamaan sen, hänen motorinen ohjailukykynsä rakentuu. Tämä puolestaan luo perustan ideoivalle leikille sekä käsitteiden käytön hallinnalle. Käsitteet kehittyvät usein aistikokemusten avulla, erityisesti liikkeen tuoman palautteen avulla. Myös puhumaan oppiminen vaatii motorista ohjailua. (Danner 1996, 96–100.)

Sensorisen integraation terapian tarkoituksena on tuottaa ja säädellä aistitietoa siten, että lapsi reagoi niihin tarkoituksenmukaisesti. Spontaani reagointi puolestaan järjestää eli integroi lapsen aistimuksia. Terapiassa pyritään auttamaan lasta toimimaan paremmin erilaisista motoriikan, tunne-elämän ja kouluoppimisen haasteista. Terapia kehittää lapsen oppimisvalmiuksia. Lapsen toiminnallisiin haasteisiin pyritään vastaamaan tarkoituksenmukaisen toiminnan avulla, sillä mitä motivoituneempi lapsi on, sitä paremmin hän uskaltaa osallistua haastavimpiinkin toimintoihin, jotka puolestaan johtavat lapsen toimintakyvyn kehittymiseen. (Ayres 2008, 226–228.)

Sensorisen integraation terapia on todettu vaikuttavaksi menetelmäksi silloin, kun lapsella on kielellisiä vaikeuksia. Lapsilla, joilla on sekä puheen tai kielen kehityksen häiriö että vestibulaarisen (liikeaisti) aistitiedon käsittelyn häiriö, on usein vaikeuksia myös motorisessa ohjailussa ja kehon liikkeiden hallinnassa. On kuitenkin huomattavaa, että aina taustalla ei ole sensorisen integraation häiriötä, jolloin sensorisen integraation terapiakaan ei ole vaikuttava terapiamuoto. Terapia, jossa vaikutetaan vestibulaariseen järjestelmään, kehittää joidenkin lasten kielellisiä valmiuksia. (Ayres 2008, 121, 134.) Sensorisen integraation terapian käyttö perustuu ajatukselle, että lapsen toimintakykyä kehittäväällä terapialla luodaan perusta kielellisille taidoille. Käyttämällä omaa kehoaan lapsi oppii erilaisia käsitteitä. (Aro ym. 2003, 155–156.) Grifferin (1999, 393) tutkimuksen mukaan on kyseenalaista, voidaanko sensorisen integraation terapiaa pitää vaikuttavana menetelmänä kuntoutettaessa lapsia, joilla on jokin kielen kehityksen erityisvaikeus. Hänen mukaansa näyttöä terapian vaikuttavuudesta on verrattain vähän ja se on hyvin ristiriitaista.

Arvioinnin jälkeen terapeutti pyrkii tarjoamaan lapselle sellaisia toimintoja ja luomaan sellaisen toiminnallisen ympäristön, joka motivoi lasta itseohjautuvuuteen. Pienen lapsen toimintaterapiassa käytetään aina leikkiä, joka muotoutuu terapialle asetettujen tavoitteiden mukaan. (Aro ym. 2003, 156.) Toimintaterapiassa leikki nähdään toiminnallisen osallistumisen pohjana. Leikin avulla lapsi harjoittelee kaikkia niitä taitoja, joita hän tarvitsee aikuisena. Sen avulla voidaan myös vähentää lasten toiminnallisia rajoitteita. Toimintaterapiassa leikkiä käytetään lapsen kanssa kon-

taktin luomiseen, mielenkiinnon lisäämiseen sekä auttamaan lasta löytämään mielihyvää ja iloa (Rigby & Rodger 2006, 177–181.) Leikeissä, joissa lapsi tutkii ympäristöä ja sen esineitä oppien samalla syy-seuraussuhteita sekä avaruudellisia suhteita, kehittyy myös lapsen kieli (Aro ym. 2003, 156). Terapeutin tehtävänä on soveltaa toiminta ja antaa lapselle lisää haasteita hänen kehittyessään. Varhain aloitetulla kuntoutuksella saadaan usein helpommin tuloksia ja päästään tavoitteisiin, kun lapsi tekee asioita mielellään ja on motivoitunut. (Danner 1996, 104.)

4 TUTKIMUSMETODOLOGIA

Tutkimus on luonteeltaan **kvantitatiivinen** eli tilastollinen tutkimus. Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä asioiden kuvaaminen numeerisesti sekä erilaisten taulukoiden tai kuvioiden avulla. Tutkimuksen kohteena voi olla esimerkiksi eri asioiden välisten riippuvuuksien tai muutosten tutkiminen. Tutkimuksen avulla pyritään kartoittamaan olemassa oleva tilanne, mutta se ei pysty selittämään asioiden syitä. (Heikkilä 2008, 16–17.) Tässä tutkimuksessa haettiin vastausta siihen, millaista toimintaterapiaa toteutetaan lapsille, joilla on jokin kielellinen erityisvaikeus. Tavoitteena oli kuvata Suomessa olevia käytäntöjä sekä käytettyjä menetelmiä.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostuu syyn ja seurauksen väliset yhteydet. Sen taustalla on **realistinen ontologia**. Tämän mukaan todellisuus rakentuu objektiivisesti todettavista tosiasioista. Ajattelutavan taustalla on loogiseksi **positivismiksi** nimetty filosofinen suuntaus. Tämä tarkoittaa sitä, että kaiken tiedon nähdään olevan peräisin suorista aistihavainnoista ja loogisesta päätelystä, jotka perustuvat näihin havaintoihin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 130.)

Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä aikaisemman tiedon perusteella tapahtuneet käsitykset ilmiöstä ja käsitteistä. Tutkimuksen tekeminen perustuu aikaisemman tiedon analysoimiseen ja hyödyntämiseen, mistä tutkimusongelmat voidaan johtaa. Tässä tutkimuksessa viitekehys toimi tutkimusongelmien määrittelijänä. Kerätyn aineiston avulla pyrittiin saamaan vastaukset esitettyihin tutkimusongelmiin. Kvantitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteiden mukaisesti olennaisessa osassa oli varsinainen kysely, jonka aineisto oli määrälliseen mittaamiseen soveltuva sekä tilastollisesti käsiteltävissä. Tutkimuksen päätelmät pohjautuivat aineiston tilastolliseen analysointiin. (Hirsjärvi ym. 2005, 131.)

Heikkilän (2008, 13) mukaan kvantitatiivinen tutkimus on luonteeltaan empiiristä ja sille tyypillisiä aineiston keruumenetelmiä ovat esimerkiksi erilaiset lomakekyselyt. Tämä tutkimus on luonteeltaan kysely eli **survey**. Hirsjärven ym. (2005, 182) mukaan survey-tutkimuksella tarkoitetaan sitä, että kysely on standardoitu eli vakioitu. Vakioinnilla puolestaan tarkoitetaan sitä, että kaikilta kyseeseen vastanneilta kysytään sama asia täsmälleen samalla tavalla. Kysely oli vakioitu, sillä tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla, jossa kaikilla vastaajilla oli samat kysymykset. Kyselylomaketutkimukselle on Vilkan (2005, 74) mukaan tyypillistä se, että vastaaja lukee kysymykset itse ja vastaa niihin kirjallisesti. Hänen mukaansa tällainen tiedonkeruutapa on soveltuva

erityisesti silloin, kun tutkimusjoukko on laaja ja hajallaan. Tämän tutkimuksen toteutustavaksi valikoitui www-pohjainen kyselylomake, jonka avulla voitaisiin tavoittaa mahdollisimman monta toimintaterapeuttia eikä kyselyn toteuttaminen vaatisi suurta taloudellista pääomaa. Tutkimuksella ei ollut rahoittajaa työelämän puolelta, joten taloudelliset seikat ja niiden huomioiminen oli myös tärkeää sopivinta tutkimusmuotoa valittaessa.

Vilkan (2005, 74) mukaan kyselylomakkeen etu on, että vastaaja jää anonymiksi. Tässä tutkimuksessa anonymiteetin takaaminen saattoi lisätä vastaajien määrää ja madaltaa vastaamiskynnystä. Usein ihmisten on helpompi vastata silloin, kun heidän henkilöllisyytensä ei tule tutkijan tietoon. Kyselylomakkeen riskinä puolestaan on Vilkan (2005, 74) mukaan alhainen vastausprosentti. Tämä pyrittiin huomioimaan saatekirjeen luomisessa ja siitä pyrittiin saamaan mahdollisimman puhutteleva ja vastausten arvoa korostava. Tällä pyrittiin siihen, että mahdollisimman moni vastaisi kyselyyn. Tutkimuksesta myös muistutettiin aineiston keruun puolivälissä. Vilkan (2005, 74) mainitsemaa palautuksen viivettä ei tämän tutkimuksen kohdalla tapahtunut, sillä aineiston keruun päätyttyä kysely sulkeutui eikä siihen ollut enää mahdollista vastata. Aineiston keruujankohda kerrottiin tutkittaville saatekirjeessä (Liite 2).

Tutkimus on luonteeltaan **kuvaileva** eli deskriptiivinen, joka on yksi empiirisen tutkimuksen perusmuoto. Tällaisen tutkimuksen avulla pyritään löytämään vastaus kysymyksiin millainen, missä ja milloin. Tutkimusaineiston tulee olla laaja, jotta tulokset olisivat luotettavia, tarkkoja ja yleistettäviä. (Heikkilä 2008, 14.) Tutkimuksen avulla kuvataan, millaista toimintaterapiaa toteutetaan lapsille, joilla on jokin kielellinen erityisvaikeus. Tavoitteena oli saada tietoa sekä määrällisesti että laadullisesti. Heikkilän mainitsemaan yleistettävyyteen ei tässä tutkimuksessa kuitenkaan päästä, sillä jokainen toimintaterapian asiakastilanne on aina yksilöllinen. Yleisiä piirteitä niiden lasten toimintaterapiasta, joilla on kielellinen erityisvaikeus, voidaan kuitenkin tutkimuksen avulla määritellä.

Tutkimukset voidaan jakaa aikaperspektiivin suhteen poikkileikkaustutkimuksiin ja pitkittäistutkimuksiin. Tutkimus on **poikkileikkaustutkimus**, sillä se tapahtuu vain kerran, ja sen tulokset ovat yhden ajankohdan kattavia. (Heikkilä 2008, 15.)

5 TUTKIMUSONGELMAT

Hyvä tutkimusongelma on selkeästi muotoiltu, yksikäsitteinen ja informaatiota tuottava (Metsämuuronen 2009, 39). Tutkimusongelmat esitetään yleensä kysymysten muodossa ja niihin vastataan tutkimusraportissa. Tutkimusongelmaksi määritellään se asia, johon tutkimuksen avulla pyritään saamaan vastaus. Tutkimuksen hyöty on suoraan yhteydessä tutkimusongelman määrittämisen onnistumiseen. (Vilka 2005, 184; Heikkilä 2008, 14, 23.)

Tutkimuksessa haettiin vastausta kolmeen tutkimusongelmaan:

1. Millaista toimintaterapiaa on lapsilla, joilla on jokin kielellinen erityisvaikeus?
2. Millaista yhteistyötä toimintaterapeutit tekevät?
3. Millaisia menetelmiä toimintaterapeutit käyttävät työskennellessään lasten kanssa, joilla on jokin kielellinen erityisvaikeus?

Tutkimusongelmat rajautuivat tutkitun kirjallisuuden sekä viitekehyksen keskeisten käsitteiden perusteella. Tutkimusongelmien ja kysymysten välistä suhdetta tarkasteltiin erillisen muuttujataulukon (Liite 1) avulla, jotta saatiin käsitys siitä, vastaavatko kyselyn kysymykset tutkimusongelmiin.

Ensimmäisen tutkimusongelman avulla haettiin vastausta siihen, millaista käytännön toimintaterapiaa on lapsiasiakkaiden kanssa, joilla on jokin kielellinen erityisvaikeus, missä se toteutuu, kuinka usein ja kuinka monta terapiakertaa lapsilla on. Lisäksi haettiin vastausta toimintaterapeutin työn painotusalueista. **Toisen tutkimusongelman** avulla haettiin tietoa perheen kanssa tehtävästä yhteistyöstä sekä selvitettiin, minkä verran toimintaterapeutit tekevät yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa. Tämän tutkimusongelman avulla pyrittiin saamaan vastaus siihen, millaista yhteistyö perheiden ja muiden ammattilaisten kanssa on. **Kolmannen tutkimusongelman** avulla selvitettiin, millaisia menetelmiä terapiassa käytetään ja millä perusteella ne on valittu. Lisäksi tämän kysymyksen avulla selvitettiin toimintaterapeuttien teoreettista tausta-ajattelua sekä terapialle asetettuja tavoitteita.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkittavien valinta

Tämän tutkimuksen perusjoukkona on lasten kanssa työskentelevät toimintaterapeutit, joista otettiin otos. Otoksessa olivat mukana ne lasten toimintaterapeutit, joilla on kokemusta työskentelestä lasten kanssa, joilla on kielellinen erityisvaikeus. Vilkan (2005, 77) mukaan otanta tarkoittaa menetelmää, jolla otos poimitaan perusjoukosta. Perusjoukko puolestaan on joukko ihmisiä, jotka sisältävät kaikki havaintoyksiköt, joista tutkimuksessa halutaan tietoa. Otokseen valikoituivat ne lasten toimintaterapeutit, jotka olivat liittyneet TOInet-sähköpostilistalle tai joilla on käyttäjätunnukset toimintaterapeuttien omalle keskustelufoorumille TOIForumiin. Lisäksi Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry:stä lähetettiin kyselyn saatekirje (Liite 2) sähköpostiviestinä liiton alueyhdyshenkilöille, jotka välittävät viestin eteenpäin.

Heikkilän (2008, 33–34) mukaan otannan tulee vastata perusjoukkoa, jotta se olisi mahdollisimman luotettava. Otoksessa tulee siis olla samoja ominaisuuksia samassa suhteessa kuin perusjoukossakin. Vallin (2001, 13) mukaan otannan onnistuminen on yksi tärkeä osa tutkimuksen onnistumista. Perusjoukkoa tutkittaessa voidaan joutua turvautumaan kehikkoperusjoukon tutkimiseen, joka tarkoittaa niitä yksiköitä, jotka voidaan käytännössä tavoittaa. (Heikkilä 2008, 14). Vastaajat valikoituivat perusjoukosta oman kiinnostuksensa mukaan. Kyselyn toteuttaminen nettissä mahdollisti otoksen saamisen nopeasti, helposti ja alhaisin kustannuksin. Se oli myös vastaajalle helppo ja vaivaton tapa osallistua. Tavoitteena oli, että 30 terapeuttia vastaa kyselyyn. Tutkimukseen vastasi 39 toimintaterapeuttia, mikä on tutkimuksen toteutunut otos.

Heikkilän (2008, 43) mukaan on tärkeää ottaa huomioon etukäteen kato ja sen vaikutus. Tilastoyksikön puuttumista kokonaan nimitetään yksikkökadoksi, muuttujien yksittäisten arvojen puuttumista eräkadoksi. Mikäli joku terapeutti jättää vastaamatta kyselyyn, puhutaan yksikkökadosta. Yksikkökadon määrää on tämän tutkimuksen osalta vaikea arvioida, sillä otoksesta ei ollut olemassa tarkkaa lukumäärää. Mikäli kyselylomakkeesta jää jokin kohta täyttämättä, puhutaan silloin eräkadosta. Tutkimuksessa tapahtui eräkatoa jonkin verran, sillä tutkimukseen osallistuneet eivät antaneet jokaiseen kohtaan lisätietoja. Tutkimuksen vastausprosenttia ei ole mahdollista saada, sillä tarkkaa tietoa perusjoukon koosta ei ole olemassa. Heikkilän (2008, 44) mukaan katoa voidaan pienentää motivoivalla saatekirjeellä, houkuttelevalla kyselylomakkeella sekä vaivattomu-

della. Tutkimuksen saatekirjeestä (Liite 2) luotiin mahdollisimman houkutteleva ja vastausten arvoa painottava. Saatteessa painotettiin hyötynäkökohtia, jotta mahdollisimman moni kokisi oman vastauksensa ja panostamisensa tutkimukseen tärkeänä. Lisäksi jokaiselle vastaajalle tarjottiin mahdollisuutta jättää yhteystietonsa saadakseen valmiin loppuraportin suoraan sähköpostiinsa sen valmistuttua.

6.2 Kyselylomakkeen laadinta ja aineiston keruu

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä toimi survey-kysely. Kyselyn laatimiseen käytettiin Webropol (datan analysointi ja kysely) -työkalua. Tutkimusongelmien ratkaisemiseen vaadittavaa mittaria ei ollut ennestään olemassa, joten se tehtiin itse. Laadinnassa käytettiin huolellisuutta, sillä kysymykset olivat perustana tutkimuksen onnistumiselle. Tutkimusongelmat toimivat kysymysten laadinnan suunnannäyttäjinä. (ks. Valli 2001, 28.) Mäkisen (2006, 92–93) mukaan kyselylomake tulee laatia siten, että se antaa luotettavia vastauksia tutkittavaan asiaan. Tämä pyrittiin varmistamaan huolellisella suunnittelulla ja muuttujataulukolla (Liite 1).

Kysymysten tarpeellisuuden miettiminen oli tärkeää, jottei kyselylomakkeessa esitettäisi sellaisia kysymyksiä, jotka ovat tutkimuksen kannalta epärelevanttejä. Kysymysten laadinnassa pyrittiin siihen, ettei mitään kysyttäisi varmuuden vuoksi. Kysymykset suunniteltiin huolellisesti ja niiden laadinnassa mietittiin aineiston käsittelyä sekä kuinka tarkkoja vastauksia halutaan saada. Ennen kyselylomakkeen (Liite 3) laatimista varmistettiin tutkimusongelmien avulla, mitä tutkitaan ja mihin kysymyksiin halutaan vastaukset. Kysymykset suunniteltiin siten, että ne vastaisivat siihen, mitä tutkitaan. (ks. Heikkilä 2008, 32.)

Vastaaja saattaa Heikkilän (2008) mukaan päättää jo lomakkeen ulkonäön perusteella, vastaako hän kyselyyn vai ei, joten myös kyselylomakkeen ulkonäköön kiinnitettiin huomiota ja siitä pyrittiin tekemään visuaalisesti houkutteleva. Hyvälle lomakkeelle on asetettu useita kriteerejä, joita ovat muun muassa: selkeys, kysymysten hyvä asettelu, selkeät vastausohjeet, looginen eteneminen, numerointi, esitestaus ja oman vastauksen tärkeys. Nämä seikat pyrittiin huomioimaan kyselylomakkeen laadinnassa. Helpot kysymykset sijoitettiin alkuun, niiden tehtävänä oli myös mielenkiinnon herättäminen. (Heikkilä 2008, 32, 47.) Myös Vallin (2001, 29–30) mukaan huolellinen suunnittelu on tärkeää, sillä se voi vaikuttaa vastaajien motivaatioon vastata kyselyyn. Lomakkeen suunnittelussa tulee hänen mukaansa kiinnittää huomiota muun muassa sen selkeyteen, pituuteen, loogisuuteen sekä lomakkeen täyttämiseen vaadittavaan aikaan. Kyselylomakkeesta

pyrittiin tekemään tiivis kokonaisuus, jonka avulla saataisiin vastaukset tutkimusongelmiin sen olematta liian pitkä. Liian pitkä ja aikaa vievä kyselylomake saattaisi vähentää vastausten lukumäärää.

Kyselylomakkeessa (Liite 3) käytettiin sekä strukturoituja, avoimia että Likertin asteikolla olevia väittämiä. Niiden laadinnassa käytettiin apuna kirjallisuutta, ohjausta sekä olemassa olevia tutkimusten kyselylomakkeita. Strukturoitujen eli vaihtoehtoja antavien kysymysten avulla pyrittiin saamaan tietoa toimintaterapian käytännön olosuhteista, taustoista. Heikkilän (2008, 50–51) mukaan niitä voidaan käyttää, kun vastaukset voidaan rajata etukäteen ja niitä on rajoitetusti. Vastaajan oli nopeaa vastata strukturoituihin kysymyksiin ja vastausten käsitteleminen analysointivaiheessa oli helppoa. Vaihtoehtojen laadinnassa tuli kuitenkin olla tarkka. Niitä ei saanut olla liian paljon, ja jokaiselle vastaajalle piti löytyä sopiva vaihtoehto. Vaihtoehtojen tuli lisäksi olla toisensa poissulkevia sekä mielekkäitä. Valittavien vaihtoehtojen lukumäärä ilmoitettiin kyselylomakkeessa selvästi. Kysymykset esitettiin niin sanottuina sekakysymyksinä, joissa osa vastausvaihtoehdoista oli annettu ja osa oli avoimia. Avoimen vaihtoehdon käyttäminen on tarpeen silloin, kun ollaan epävarmoja kaikkien vastausvaihtoehtojen antamisesta. (Valli 2001, 45; Heikkilä 2008, 52.) Kyselylomakkeessa suurin osa kysymyksistä oli strukturoidussa muodossa. Hirsjärven ym (2005, 190) mukaan strukturoidut kysymykset ovat vastaajalle helppoja, koska ne auttavat vastaajaa tunnistamaan kysytyn asian. Jotta kaikille vastaajille löytyisi oikea vaihtoehto, lisättiin jokaisen monivalintakysymyksen viimeiseksi vaihtoehdoksi muu, mikä. Tämä oli hyvä tapa varmistaa, että jokaiselle vastaajalle löytyi vastausvaihtoehto, mikäli kaikkia vaihtoehtoja ei olekaan pystytty etukäteen määrittelemään.

Avointen kysymysten tarkoituksena on saada mahdollisimman paljon uutta tietoa vastaajan itsensä kertomana ilman, että vastaajan vastausta lähdetään tahattomasti ohjailemaan. Heikkilän (2008, 49) mukaan avoimia kysymyksiä voidaan käyttää esimerkiksi sellaisessa tilanteessa, jossa vaihtoehtoja ei tunneta ennalta. Avoimet kysymykset usein madaltavat vastaamisprosenttia ja houkuttelevat vastaamatta jättämiseen. Lisäksi niiden luokittelu on usein vaikeaa. Niiden avulla voidaan kuitenkin saada vastauksia, joista ei etukäteen ollut tietoa. Avoimet kysymykset kannattaa sijoittaa lomakkeen loppuun ja niille kannattaa varata riittävästi tilaa. Vallin (2001, 45) mukaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää avoimia kysymyksiä, mikäli niiden vastaukset luokitellaan ja pystytään siten määrällistämään. Näiden etuna on usein sellaisten vastausten ja mielipiteiden saaminen, joka ei valmiiden vastausvaihtoehtojen käytössä onnistu. Avointen kysymysten avulla toimintaterapeutit saivat kertoa omin sanoin sen, mikä on heidän mielestään

keskeisintä ja tärkeää. Avointen kysymysten vastaukset muutettiin analysointivaiheessa määrälliseen muotoon ja niiden avulla pyrittiin varmistamaan, että tutkimuksesta saadaan oikeaa tietoa, joka ei ole tutkijan ohjailemaa. Avoimia kysymyksiä kyselylomakkeessa oli kaikkiaan viisi kappaletta.

Likertin asteikon avulla pyritään saamaan monipuolista tietoa arvoittain luokiteltuna. Mikäli vastaukset laitettaisiin vain strukturoituihin kysymyksiin, niillä ei saataisi niin paljon tietoa kuin asteikolla mitatuilla kysymyksillä (Heikkilä 2008, 53.) Kyselylomakkeessa käytettiin myös Likertin asteikolla olevia kysymyksiä, joista toimintaterapeutit saivat valita parhaiten heitä kuvaavan vaihtoehdon. Likertin asteikolla olevat kysymykset rakentuivat neliportaisesti, jossa toisen pään arvo oli pääsääntöisesti ja toisen pään arvo ei ollenkaan. Hyvässä kysymyksessä kysytään Heikkilän (2008, 53) mukaan vain yhtä asiaa kerrallaan, kysymys on tarpeellinen, ymmärrettävä, selkeä, oikeakielinen, eikä se sisällä kaksinkertaista kieltoa sekä mahdollistaa tulosten saamisen. Tätä pidettiin ohjenuorana kysymysten laadinnassa.

Kyselylomakkeesta (Liite 3) pyrittiin tekemään selkeä ja ymmärrettävä ja se esitettiin ennen aineiston keruuta. Esitestaaminen kohderyhmän edustajilla on ensiarvoisen tärkeää. Testaamiseen riittää 5-10 henkeä, kunhan heiltä saadaan palaute kysymysten ja ohjeiden selkeydestä, toimivuudesta sekä vastaamiseen kuluva ajasta. On myös tärkeää saada tieto siitä, onko joltain olennaista jäänyt kysymättä tai onko lomakkeella turhia kysymyksiä. Esitestauksen jälkeen lomakkeeseen tehdään tarpeelliset muutokset. (Heikkilä 2008, 58, 61.) Kyselylomake esitettiin toimintaterapeuteilla, jotka eivät työskennelleet tutkittavana olevan asiakasryhmän kanssa. Esitestauksella saatiin arvokasta tietoa, mihin suuntaan lomaketta tulisi muuttaa, kuinka ymmärrettäviä kysymykset olivat ja vastasivatko kysymykset tutkimusongelmiin. Esitestauksen jälkeen lomaketta muutettiin ja puutteelliset kohdat korjattiin ennen aineiston keruuta. Esitestauspalautteita saatiin yhteensä kuusi kappaletta.

Aineiston keruun mahdollistamiseksi tehtiin tutkimuslupapyyntö, jonka hyväksyi ohjaava opettaja. Tämän lisäksi Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry:ltä pyydettiin lupa saatekirjeen julkaisemiseen liiton sähköpostilistalla TOInetissa sekä keskustelufoorumi TOIForumissa. Saatekirjeessä (Liite 2) oli linkki, josta pääsi varsinaiseen kyselyyn. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tärkeydestä ja sen hyödyistä vastaajalle. Saatekirjeessä kiinnitettiin huomiota erityisesti sen pituuteen ja informatiivisuuteen. Saatekirjeen avulla pyrittiin herättämään toimintaterapeuttien kiinnostus kyselyyn vastaamiseen. Yhteystietonsa jättäneille toimintaterapeuteille toimitetaan kiitokseksi

tutkimukseen osallistumisesta tutkimuksen loppuraportti sähköisenä versiona sen valmistuttua. Aineisto kerättiin joulukuussa 2011 ja kysely oli avoinna vastaajille puolentoista viikon ajan. Jokaisella lasten toimintaterapeutilla, joka oli liittynyt TOInet-sähköpostilistalle tai jolla oli käyttäjätunnukset TOIForumiin, oli yhtäläiset mahdollisuudet osallistua tutkimukseen. Aineiston keruun puolivälissä laitettiin muistutusviesti kyselyyn vastaamisesta.

6.3 Aineiston analysointi

Aineiston keräämisen ja tallentamisen jälkeen aineisto analysoitiin. Hirsjärven ym. (2005, 209) mukaan se on tutkimuksen tärkein vaihe, sillä siihen tähdätään tutkimusta aloitettaessa. Tässä vaiheessa tutkija saa tietää vastaukset tutkimusongelmiinsa. Heikkilän (2008, 143) mukaan on tärkeää, että syötetyt tiedot käsitellään niin, että tutkimuskysymyksiin saadaan niiden avulla vastaus ja tutkimusongelma tulee ratkaistua. Aineiston keruun päätyttyä valmis aineisto oli luettavissa Webropol-ohjelmiston raportista. Aineisto tulostettiin ja jokainen kysymys analysoitiin läpi. Lisäksi tehtiin tutkimusongelmien kannalta tarpeelliset ristiintaulukoinnit. Aineiston analysoinnilla saatiin vastaus tutkimusongelmiin.

Tuomen ja Sarajärven (2009, 105) mukaan sisällön erittelyllä tarkoitetaan dokumenttien analysointia siten, että aineiston tekstisisältö kuvataan kvantitatiivisessa muodossa. Tässä tutkimuksessa avoimet vastaukset luokiteltiin käyttäen sisällön erittelyä. Jokainen vastaus leikattiin erilleen, minkä jälkeen niistä etsittiin yhdistäviä tekijöitä. Lopuksi vastauksista laadittiin erilaisia havainnollistavia taulukoita ja kuvioita, jotka tukivat johtopäätösten ja tutkimusongelmien vastausten kirjaamista. Tuomi ja Sarajärvi (2009) toteavat, että aineistoa voidaan analysoida joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. Deduktiivinen analyysi tarkoittaa aineiston läpi käymistä yleisestä yksittäiseen, kun induktiivisessa analyysissä se on toisinpäin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–97.) Aineisto eriteltiin suhteutettuna tutkimusongelmiin ja peilaten jo olemassa olevaan tietoon tutkimuksen aiheena olevasta ilmiöstä.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

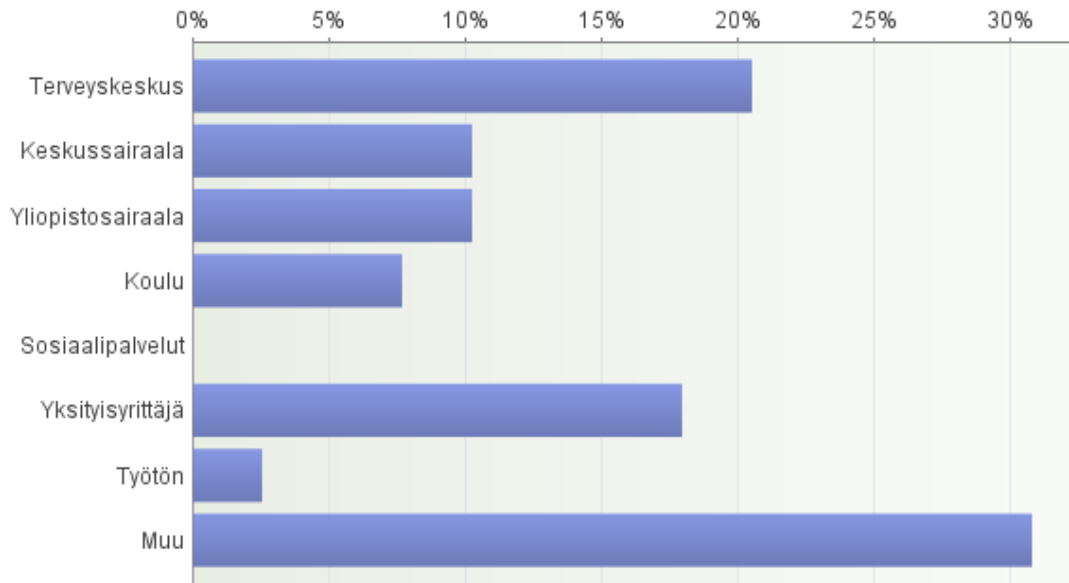
7.1 Tutkimukseen vastanneiden taustatiedot

Tutkimukseen vastanneista (n = 39) suurin osa (54 %) on valmistunut 2000-luvulla ja 31 % vuosina 1990–1999. Vähiten vastanneita (15 %) on vuosina 1980–1989 valmistuneista. (Taulukko 1.) Työorganisaatioittain tarkasteltuna terveyskeskuksessa työskentelee 20 % vastaajista, keskussairaalassa tai yliopistosairaalassa 10 % sekä koulussa 8 %. Yksityisyrittäjänä toimii 18 % vastaajista. Aineiston keruuhetkellä työttömänä on 3 %. Muissa työorganisaatioissa työskentelee 31 % vastaajista, joista 23 % työskentelee jossakin yksityisessä yrityksessä tai järjestössä ja 8 % kaupungin palveluksessa. (Kuvio 1.)

Kun kaikki julkisella puolella työskentelevät (sairaalat, terveyskeskukset, koulut ja kaupungit) lasketaan yhteen, niin aineiston mukaan julkisella puolella työskentelee vastanneista 56 % ja yksityissektorin palveluksessa 41 %. Yksityissektorilla työskenteleviin laskettiin sekä yksityisyrittäjänä toimivat että jossakin yksityisessä yrityksessä tai järjestössä työskentelevät vastaajat. (Kuvio 1.)

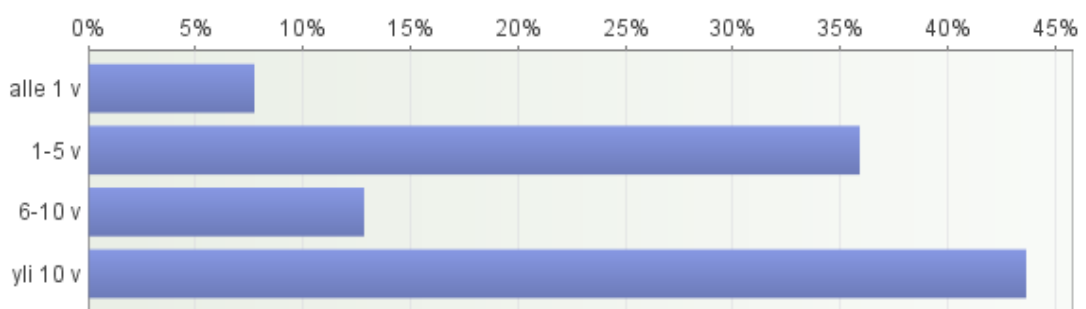
TAULUKKO 1. Vastaajien valmistumisvuosi

Valmistumisvuosi	lukumäärä	%
1980–1989	6	15
1990–1999	12	31
2000–2010	21	54
Yhteensä	39	100



KUVIO 1. Vastaajien työorganisaatiot

Vastaajilla on pitkä työkokemus työskentelystä niiden lasten kanssa, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia. Suurimmaksi vastausryhmäksi nousee yli 10 vuotta lasten kanssa työskennelleet, joita on 43,5 % kaikista vastanneista. Kun tähän yhdistetään ne vastaajat, jotka ilmoittivat työkokemukseen 6–10 vuotta (13 %), 56,5 %:lla vastanneista on pitkä työkokemus. Seuraavaksi eniten (36 %) vastaajilla on 1–5 vuotta työkokemusta. Vähiten työkokemusta (alle 1 v) on 7,5 %:lla vastanneista. (Kuvio 2.)



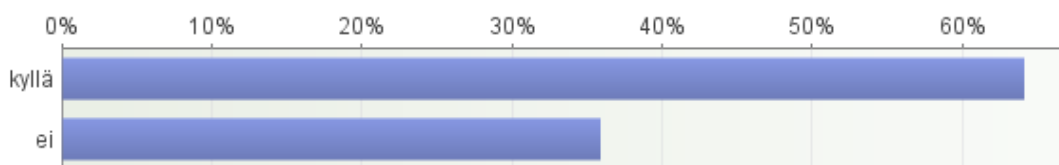
KUVIO 2. Vastaajien työkokemus lasten kanssa, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia

Työorganisaatioittain tarkasteltuna eniten työkokemusta (yli 6 v) on niillä vastaajilla, jotka työskentelevät terveyskeskuksessa tai toimivat yksityisyrittäjänä (13 %). Lisäksi koulussa työskentelevillä (8 %) on yli kymmenen vuoden työkokemus. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Vastaajien työkokemus työorganisaatioittain

Työorganisaatio	Työkokemus 6–10 v		Työkokemus yli 10 v	
	lukumäärä	%	lukumäärä	%
Terveyskeskus	3	8	2	5
Keskussairaala	0	0	2	5
Yliopistosairaala	1	3	2	5
Koulu	0	0	3	8
Sosiaalipalvelut	0	0	0	0
Yksityisyrittäjä	0	0	5	13
Työtön	0	0	0	0
Muu	1	3	3	8

Vastanneista yli puolet (64 %) on osallistunut johonkin erikoistumis-, täydennys- tai lisäkoulutukseen, jonka aiheena ovat olleet kielelliset erityisvaikeudet (Kuvio 3). Osa vastaajista oli osallistunut useampaan koulutukseen. Vastauksissa korostuivat lyhytkestoiset, muutaman päivän mittaiset koulutukset ja luennot, joihin oli osallistunut 72 % lisäkoulutukseen osallistuneista vastaajista. Osa vastaajista (20 %) oli käynyt lisäkoulutusta kuvien käytöstä kommunikaation tukena tai tuki- viittomista (8 %). Vastaajista 12 % oli käynyt pidemmän 1–2 vuotta kestäneen sensorisen integraation terapian koulutuksen tai toimintaterapian erikoistumisopinnot. Pääasiallisesti vastanneet ovat saaneet lisäkoulutuksensa erilaisista luennoista ja seminaareista, joihin he ovat osallistuneet (72 %). (Taulukko 3.)

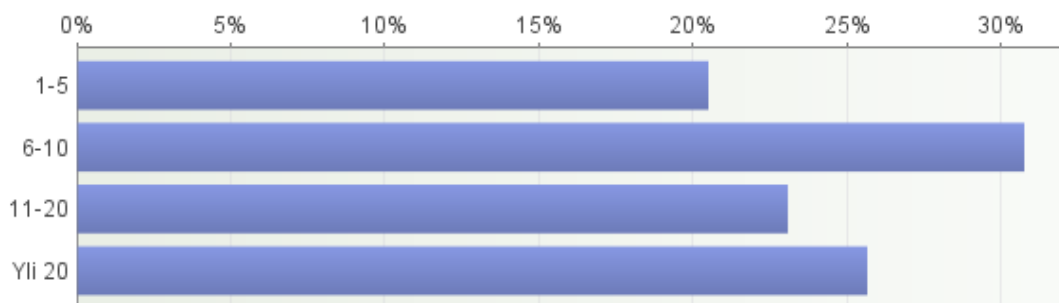


KUVIO 3. Vastaajien osallistuminen erikoistumis-, täydennys- tai lisäkoulutukseen

TAULUKKO 3. Erikoistumis-, täydennys- tai lisäkoulutus, joihin vastaajat olivat osallistuneet

Koulutus	lukumäärä	%
Erilaiset luennot ja seminaarit	18	72
Kuvakommunikaatio	5	20
Sensorisen integraation terapia	3	12
Erikoistumisopinnot	3	12
Tukiviittomat / viittomat	2	8
AAC - puhetta tukevat ja korvaavat kommunikaatiomenetelmät	2	8
Toimintaterapian arviointimenetelmät (ChIPPA, SIPT)	2	8

Tutkimukseen osallistuneilla on ollut asiakkaana viimeisen vuoden aikana monta sellaista lasta, jolla on jokin kielellinen erityisvaikeus. Viimeisen vuoden aikana 49 %:lla vastaajista on ollut asiakkaana yli 10 lasta, joilla on kielellinen erityisvaikeus. Seuraavaksi eniten vastaajilla (31 %) on ollut asiakkaana 6–10 lasta, joilla on kielellinen erityisvaikeus. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Niiden lapsiasiakkaiden, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia, lukumäärä viimeksi kuluneen vuoden aikana

Yleisimmin toimintaterapeutit työskentelivät 4–5 -vuotiaiden lasten kanssa (63 % vastanneista). Seuraavaksi yleisimmät ikäryhmät olivat 6–9 -vuotiaat lapset, joiden kanssa työskenteli 45 % vastanneista sekä 2–3 -vuotiaat lapset, joiden kanssa työskenteli 18 % vastanneista. Vähiten toimintaterapian asiakkaana oli lapsia ikäryhmistä 13–15 -vuotiaat sekä 16–18 -vuotiaat. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Terapiaa saaneiden lasten ikäryhmät yleisyyden mukaan luokiteltuna

Ikäryhmä	Ensisijaisesti		Toissijaisesti	
	lukumäärä	%	lukumäärä	%
2–3 v	1	3	7	18
4–5 v	24	63	8	21
6–9 v	11	29	17	45
10–12 v	1	3	4	11
13–15 v	0	0	2	5
16–18 v	1	3	0	0
Yhteensä	38	100	38	100

Kyselyyn vastanneet toimintaterapeutit ovat pääsääntöisesti valmistuneet 1990-luvun jälkeen ja työskentelevät joko julkisella tai yksityisellä sektorilla. Vastanneilla toimintaterapeuteilla on pitkä työkokemus työskentelemisestä niiden lasten kanssa, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia. Suurimmalla osalla vastanneista toimintaterapeuteista on vuoden aikana ollut yli 10 lasta, joilla on kielellinen erityisvaikeus. Pääosin toimintaterapeutit työskentelevät 4–5 -vuotiaiden tai 6–9 -vuotiaiden lasten kanssa. Suurin osa vastanneista on osallistunut johonkin lisäkoulutukseen, josta ovat saaneet lisätietoa kielellisistä erityisvaikeuksista.

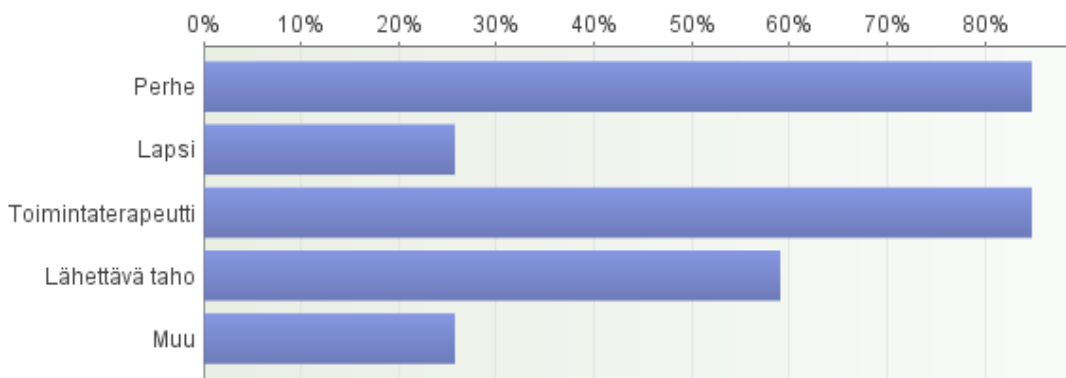
7.2 Toimintaterapiaprosessi lapselle, jolla on kielellinen erityisvaikeus

Ensisijaisesti lapset ovat ohjautuneet toimintaterapiaan terveyskeskuksen tai sairaalan läheteellä (60 % vastanneista) ja toissijaisesti Kelan maksusitoumuksella (48 % vastanneista). Muita lähetäviä tahoja ovat olleet esimerkiksi päivähoito, neuvola sekä oppilashuolto. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Lähettävä taho yleisyyden mukaan luokiteltuna

Lähettävä taho	Ensisijaisesti		Toissijaisesti	
	lukumäärä	%	lukumäärä	%
Terveyskeskuksen / sairaalan lähete	23	60	9	39
Kelan maksusitoumus	9	24	11	48
Vakuutusyhtiön maksusitoumus	1	3	0	0
Perhe maksaa itse	0	0	0	0
Muu	5	13	3	13
Yhteensä	38	100	23	100

Toimintaterapian tavoitteiden asettamisessa perheillä on ollut yhtä suuri osuus kuin toimintaterapeuteilla (85 % vastanneista). Lähettävän tahon osuus tavoitteiden asettamisessa on seuraavaksi suurin (59 %). Lapsi itse asetti tavoitteet harvemmin ja hänen osuutensa jäi 26 %:iin. Muita tavoitteiden asettajia ovat olleet muun muassa päiväkotit, koulu sekä moniammatilliset työryhmät (26 %). (Kuvio 5.)



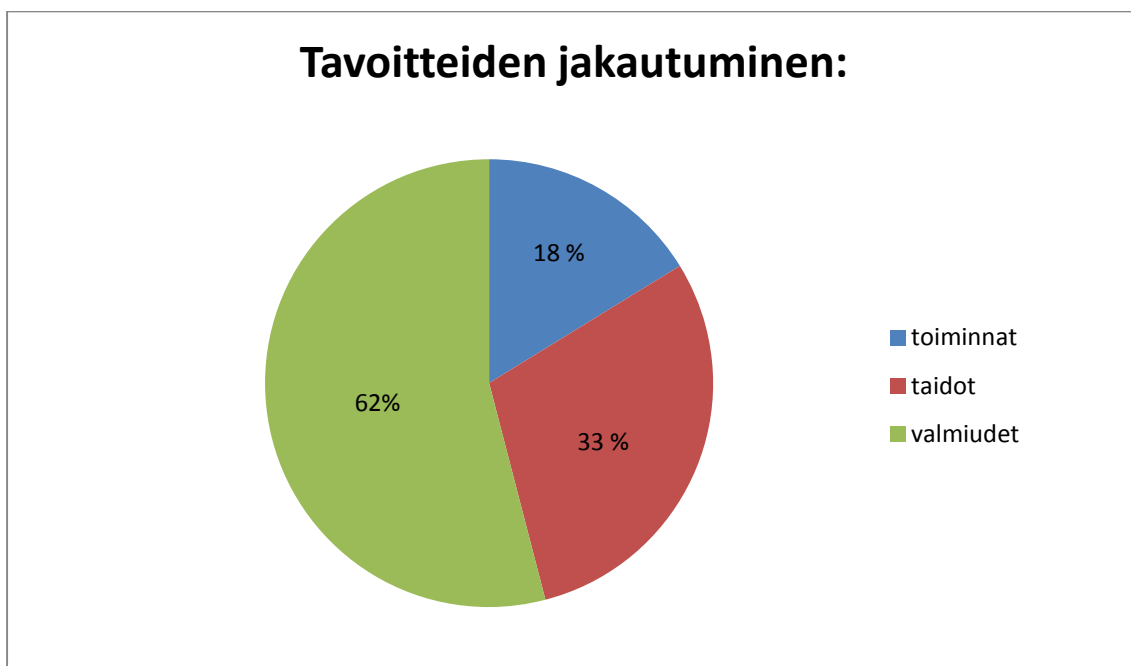
KUVIO 5. Tavoitteiden asettajat

Erityisesti terveyskeskuksissa ja yksityisyrittäjinä toimivat toimintaterapeutit tekivät tavoitteiden asettamisessa yhteistyötä perheiden kanssa. Yksityisyrittäjänä toimivien kohdalla lähettävä taho toimi usein tavoitteiden asettajana. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Tavoitteiden asettajat työorganisaatioittain

	Terveyskeskus	Keskussairaala	Yliopistosairaala	Koulu	Yrittäjä	Työtön	Muu
Tavoitteiden asettaja	lukumäärä	lukumäärä	lukumäärä	lukumäärä	lukumäärä	lukumäärä	lukumäärä
Perhe	8	2	3	2	7	1	10
Lapsi	3	1	1	1	1	1	2
Toimintaterapeutti	8	3	2	2	6	1	11
Lähettävä taho	2	2	2	1	6	1	9
Muu	1	3	2	2	1	0	1

Toimintaterapeutit kuvasivat terapialle asetettuja tavoitteita vapaasti omin sanoin. Vastaukset luokiteltiin Toimintaterapianimikkeistön (2003, 32–41) mukaisesti toimintakokonaisuuksien, taitojen ja valmiuksien tasolle. Eniten vastauksissa esiintyi valmiustason tavoitteita (62 % vastanneista). Seuraavaksi eniten tavoitteita oli taitotasolla (33 %) ja vähiten toiminnan tasolla (18 % vastanneista). Pääosin tavoitteissa korostui jonkin yksittäisen valmiuden tai taidon saavuttaminen ja terapian kohdentaminen siihen. Toimintakokonaisuuksien osalta itsestä huolehtimisen toimintojen edistämiseen tuli muutama vastaus (3 % vastanneista), mutta muuten toimintakokonaisuuksien tason tavoitteita ei leikkimisen edistämistä (47 % vastanneista) lukuun ottamatta ollut. (Kuvio 6; Liite 4, Taulukko 17.)



KUVIO 6. Tavoitteiden jakautuminen toimintojen, taitojen ja valmiuksien tasolle

Pääasiallisimmat tavoitteet taitotasolla olivat toiminnan ohjauksen taitojen kehittyminen (47 % vastanneista) sekä sosiaalisten ja vuorovaikutustaitojen kehittyminen (32 % vastanneista). Valmiustason tavoitteissa korostui motoriset valmiudet painottuen karkea- (41 % vastanneista) ja hienomotorisiin (38 % vastanneista) tavoitteisiin. Kognitiivisista valmiuksista korostui tarkkaavaisuuden säätelyn kehittyminen (15 % vastanneista) sekä hahmottamisen kehittyminen (12 % vastanneista). Lopullinen vastausmäärä tähän kysymykseen oli 34, sillä 2 vastaajaa jätti vastaamatta tähän kysymykseen ja 3 vastausta olivat epärelevantteja eikä niitä otettu mukaan analyysiin. (Liite 4, Taulukko 17.)

Kyselyyn vastanneiden toimintaterapeuttien työ painottui pääosin terapiaan (62 %) ja seuraavaksi yleisimpänä arviointiin (49 %). Terapiamuodoista yksilöterapia (62 %) on yleisempää kuin ryhmäterapia (31 %). Vastausten mukaan toimintaterapeutit tekevät konsultointia (62 %) sekä neuvontaa ja ohjausta (64 %). Muuta kohtaan työn vastattiin olevan oppilaan henkilökohtaisia opetus-suunnitelmapalavereja, kaksi vastaajaa jätti tähän kirjaamatta, mitä terapiaa on. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Toimintaterapeuttien työn painotusalueet

Työn painotus	Pääosin		Jonkin verran		Harvoin		Ei ollenkaan	
	lukumäärä	%	lukumäärä	%	lukumäärä	%	lukumäärä	%
Arviointi	19	49	14	36	5	13	1	3
Yksilöterapia	24	62	6	15	3	8	6	15
Ryhmäterapia	2	5	12	31	5	13	20	51
Konsultointi	2	5	24	62	12	31	1	3
Neuvonta ja ohjaus	9	23	25	64	5	13	0	0
Muu	0	0	3	8	0	0	0	0

Arviointia tehtiin pääosin terveyskeskuksissa, keskussairaaloissa sekä yliopistosairaaloissa. Terveyskeskuksissa, kouluissa sekä yksityisyrittäjänä toimivat toimintaterapeutit toteuttivat pääosin yksilöterapiaa. Julkisen terveydenhuollon puolella toteutettiin harvoin ryhmämuotoista terapiaa. Kaikissa työorganisaatioissa toteutettiin konsultointia sekä neuvontaa ja ohjausta. Vastauksissa yhdistettiin vastausvaihtoehdot pääsääntöisesti sekä jonkin verran. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8. Toimintaterapeuttien työn painotusalueet työorganisaatioittain

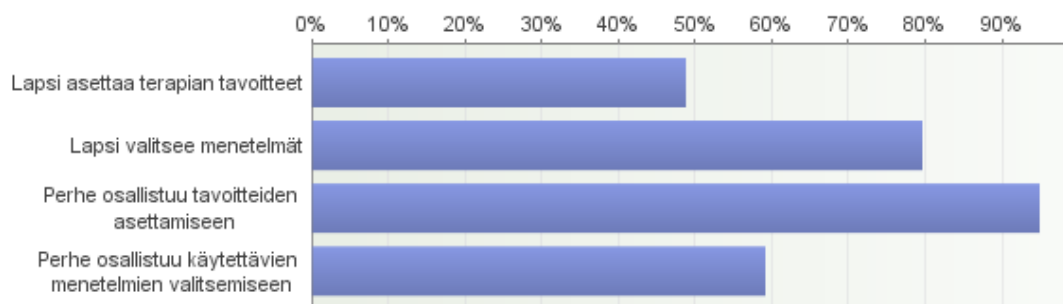
	Terveys- keskus	Keskus- sairaala	Yliopisto- sairaala	Koulu	Yrittäjä	Työtön	Muu
Työn painotus	luku- määrä	luku- määrä	luku- määrä	luku- määrä	luku- määrä	luku- määrä	luku- määrä
Arviointi	8	4	4	2	6	0	9
Yksilöterapia	7	1	1	3	6	1	11
Ryhmäterapia	2	0	0	3	3	1	5
Konsultointi	6	4	3	2	5	0	6
Neuvonta ja ohjaus	7	4	3	3	7	0	10

Vastausten mukaan toimintaterapeutit työskentelivät erilaisissa ympäristöissä. Pääasiallisesti lasten terapiat toteutuvat kuitenkin terapiatilassa (65 % vastanneista). Osa terapiasta toteutuu päiväkodissa (45 %) tai koulussa (30 %). Yleisimmin lapset saavat terapiaa 30 kertaa (29 % vastanneista). Toiseksi yleisin terapiakertamäärä on 20 kertaa (31 % vastanneista). Terapia toteutuu useimmiten kertaviikkoisesti (92 % vastanneista) ja kestää 45 minuuttia (51 % vastanneista) tai 60 minuuttia (42 % vastanneista). (Liite 5, Taulukko 18–21.)

Tutkimuksen tulosten mukaan lapset ohjautuvat toimintaterapiaan pääosin terveyskeskuksen tai Kelan läheteellä. Tavoitteiden asettamisessa ovat mukana perhe, toimintaterapeutti sekä lähetävä taho. Tavoitteet ovat pääosin taito- ja valmiustason tavoitteita. Toiminnan tason tavoitteissa korostuu leikkitaitojen kehittäminen. Toimintaterapeuttien työ on pääosin yksilöterapiaa ja toissijaisesti arviointia. Terapia toteutuu harvemmin ryhmämuotoisena. Toimintaterapeuttien työnkuvaan kuuluu myös konsultaatiota sekä neuvontaa ja ohjausta. Niiden lasten toimintaterapia, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia, toteutuu yleisimmin kertaviikkoisesti ja kestää 45–60 minuuttia. Terapiat kestävät keskimäärin 20–30 kertaa.

7.3 Yhteistyö perheen ja muiden ammattilaisten kanssa

Tutkimuksen tulosten mukaan lapsi ja hänen perheensä ovat aktiivisesti mukana toimintaterapia-prosessissa. Perheistä 95 % osallistuu tavoitteiden asettamiseen. Lapsista 49 % osallistuu itse tavoitteiden asettamiseen. Menetelmien valinnassa lapsella on perhettä suurempi rooli ja lapsi saa valita menetelmät 79 %:ssa tilanteista. Vanhemmat osallistuvat menetelmien valintaan 59 %:ssa tilanteista. (Kuvio 7.)



KUVIO 7. Lapsen ja perheen osallistuminen toimintaterapiaprosessiin

Vastaaajien mukaan lapsi asettaa terapian tavoitteet silloin, kun on siihen kykenevä (27 % vastanneista). Yleensä lapsi määrittelee tavoitteet nimeämällä asian, jonka hän haluaisi oppia (61 % vastanneista). Perhe osallistuu tavoitteiden asettamiseen yleisimmin tavoitekeskustelujen avulla (52 % vastanneista). Vanhemmat myös nimesivät arjessa olevia haasteita, joihin toivovat muutosta (12 % vastanneista) tai olivat mukana laatimassa terapiasuunnitelmaa (12 % vastanneista). (Taulukko 9.)

TAULUKKO 9. Lapsen ja perheen osallistuminen tavoitteiden asettamiseen

Lapsi asettaa tavoitteet	Määrä (n=18)	%	Perhe asettaa tavoitteet	Määrä (n=25)	%
Ilmaisee asian, jonka haluaisi oppia	11	61	Tavoitekeskustelujen avulla	13	52
Lapsi asettaa omien kykyjensä mukaan	5	27	Nimeävät arkeen liittyviä tavoitteita	3	12
Cosan tai pegsin avulla	1	6	Osallistuvat terapiasuunnitelman tekemiseen	3	12
Lapselle vaikeaa	1	6	COPM	2	8
			GAS	2	8
			Mukana asettamisessa	2	8

Lapsi osallistuu menetelmien valintaan siten, että hän saa valita eri vaihtoehtojen joukosta mieleisimmän toiminnan (55 % vastanneista). Vastaajista 35 % ilmoitti lapsen mielenkiinnonkohteiden määrittävän menetelmät. Lapsi saa esittää toiveita terapiakerroille (20 % vastaajista), suunnitella itse joitakin terapiakertoja (10 % vastaajista) tai hänellä on mahdollisuus muokata terapeutin valitsemia toimintoja (5 % vastaajista). Perhe osallistuu menetelmien valintaan nimeämällä jonkin harjoiteltavan taidon (33 % vastaajista) tai nimeämällä lapselle mieluisia puuhia (27 % vastaajista). Käytettävät menetelmät riippuvat myös terapialle asetetuista tavoitteista (7 % vastaajista) ja ohjautuvat sieltä käsin. (Taulukko 10.)

TAULUKKO 10. Lapsen ja perheen osallistuminen käytettävien menetelmien valitsemiseen

Lapsi osallistuu menetelmien valintaan	Määrä (n=20)	%	Perhe osallistuu menetelmien valintaan	Määrä (n=15)	%
Saa valita eri vaihtoehtoja	11	55	Jonkin harjoiteltavan taidon nimeäminen	5	33
Mielenkiinnonkohteet määrittävät	7	35	Lapsen mielenkiinnonkohteiden nimeäminen	4	27
Saa esittää toiveita	4	20	Osallistuvat suunnitelmavaiheessa	3	20
Oma suunnittelu	2	10	Mukana valinnassa	2	13
Saa valita harjoittelutavan	1	5	Tavoitteet määrittävät	1	7
Osallistuu	1	5			
Terapiamenetelmän muuttaminen	1	5			

Tutkimuksen tulosten mukaan toimintaterapeutit tekevät yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa. Pääasiallisin yhteistyökumppani on puheterapeutti (33 %), toinen toimintaterapeutti (20 %) tai lastentarhanopettaja (18 %). Toissijaisina yhteistyökumppaneina olivat psykologit (20 %), opettajat (17 %), lastentarhanopettajat (17 %) tai fysioterapeutit (14 %). Vastaajista 5 % ilmoitti, ettei tee lainkaan yhteistyötä. Muita yhteistyökumppaneita olivat muun muassa avustajat tai joku muu työryhmän jäsen. (Taulukko 11.) Ne toimintaterapeutit, jotka työskentelivät julkisissa hoitolaitoksissa (terveyskeskus, sairaalat) tekivät pääosin yhteistyötä toisen toimintaterapeutin, puheterapeutin tai lastentarhanopettajan kanssa. Koulussa yhteistyötä tehtiin sosiaalityöntekijän tai puheterapeutin kanssa. Yksityisyrittäjänä toimivat tekivät eniten yhteistyötä toisen toimintaterapeutin, puheterapeutin sekä opettajien kanssa. (Taulukko 12.)

TAULUKKO 11. Toimintaterapeuttien yhteistyökumppanit yleisyyden mukaan luokiteltuna

Yhteistyökumppani	Ensisijaisesti		Toissijaisesti	
	lukumäärä	%	lukumäärä	%
Toinen toimintaterapeutti	8	20	2	6
Fysioterapeutti	1	3	5	14
Puheterapeutti	13	33	8	23
Psykologi	1	3	7	20
Opettaja	1	3	6	17
Lastentarhanopettaja	7	18	6	17
Sosiaalityöntekijä	0	0	1	3
Joku muu	6	15	0	0
En tee yhteistyötä	2	5	0	0
Yhteensä	39	100	35	100

TAULUKKO 12. Toimintaterapeuttien yhteistyökumppanit työorganisaatioittain

	Terveys- keskus	Keskus- sairaala	Yliopisto- sairaala	Koulu	Yrittäjä	Työtön	Muu
Yhteistyö- kumppani	luku- määrä	luku- määrä	luku- määrä	luku- määrä	luku- määrä	luku- määrä	luku- määrä
Toiminta- terapeutti	2	0	0	0	2	1	5
Fysioterapeutti	0	1	0	0	1	1	3
Puheterapeutti	5	2	3	2	4	0	5
Psykologi	2	2	3	0	0	0	0
Opettaja	2	0	0	2	2	0	1
Lastentarhan- opettaja	3	1	0	0	5	0	4
Sosiaalityön- tekijä	0	0	0	1	0	0	0
Joku muu	0	2	0	1	1	0	2

Vastausten perusteella yhteistyö on pääosin kokemusten ja tiedon jakamista (46 % vastanneista) sekä neuvontaa ja ohjausta (36 % vastanneista). Toimintaterapeutit pitävät myös yhteis- tai ryhmäterapioita (31 % vastanneista) muiden ammattilaisten, etenkin puhe- ja fysioterapeuttien kanssa. Toimintaterapeutit työskentelevät myös jonkin verran moniammatillisissa tiimeissä (20 % vastanneista). Vähiten toimintaterapeutit tekivät yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa arviointitilanteissa, tavoitteiden asettamisessa tai pitäen yhteisvastaanottoja. (Taulukko 13.)

TAULUKKO 13. Toimintaterapeuttien nimeämät yhteistyömuodot

Yhteistyömuoto	lukumäärä	%
Kokemusten ja tiedon jakaminen	18	46
Neuvonta ja ohjaus	14	36
Yhteisterapia pt, ft	12	31
Moniammatillisessa tiimissä työskentely (lääkäri, hoitaja, pt, ft, tt, sos tt, vanhemmat, opettaja)	8	20
Konsultaatio	5	13
Ryhmäterapia	4	10
Muu yhteistyö	4	10
Yhteisvastaanotto	3	8
Tavoitteiden asettaminen	3	8
Kuntoutussuunnitelmat	3	8
Arviointi	3	8
Yhteistyöpalaverit	2	5
Luennointi	1	3

Tulosten mukaan toimintaterapeutit tekevät yhteistyötä lapsen ja perheen kanssa. Sekä lapsi että perhe osallistuvat tavoitteiden asettamiseen ja menetelmien valintaan. Lapsen osuus menetelmien valinnassa on suurempi kuin perheellä, kun taas tavoitteiden osalta tilanne on päinvastainen. Toimintaterapeutit tekevät myös yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa, joista puheterapeutti on pääasiainen yhteistyökumppani. Tehtävän yhteistyön muodot vaihtelevat ollen esimerkiksi kokemusten ja tiedon jakamista, yhteisterapiaa tai erilaisia yhteistyöpalavereja.

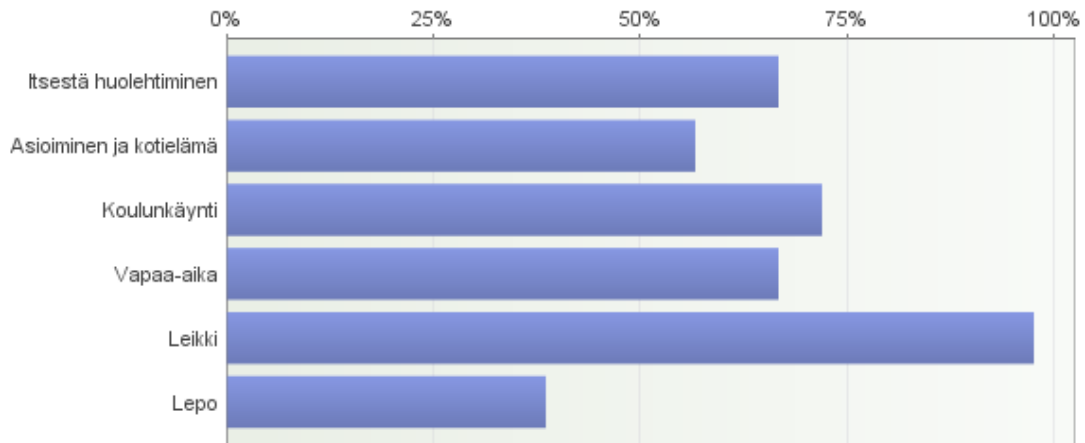
7.4 Toimintaterapian teoreettinen tietoperusta ja käytettävät menetelmät

Toimintaterapeutit käyttävät ajattelunsa taustalla runsaasti erilaisia malleja ja viitekehyksiä. Käytetyimmäksi teoreettiseksi malliksi nousee Kanadan malli (42 % vastanneista), Inhimillisen toiminnan malli (39 % vastanneista) sekä Sensorinen integraatio (37 % vastanneista). Kehityksellistä viitekehystä käyttää 26 % vastanneista. Leikin teorioista mainittiin Ludic sekä Bundyn playfulness, joita käyttävät 21 % vastaajista. Muita mainittuja toimintaterapian malleja tai viitekehyksiä olivat visuaalisen hahmottamisen malli, sosiaalisen osallistumisen viitekehys sekä vuorovaikutuksen tarkoituksellinen käyttö. Vastanneista 8 % käytti työnsä pohjalla useampaa eri mallia ja viitekehystä. Toimintaterapeutit käyttivät myös muita moniammatillisia malleja tai viitekehyksiä, joista oli mainittu muun muassa kehityspsykologia, ratkaisukeskeisyys, sekä kognitiivinen psykologia (18 % vastanneista). Kokonaisvastausmäärä jäi tämän kysymyksen kohdalla 38:een, sillä yksi vastaus oli epärelevantti. (Taulukko 14.)

TAULUKKO 14. Toimintaterapeuttien teoreettinen tausta-ajattelu

Malli tai viitekehys	lukumäärä	%
Kanadan malli	16	42
Inhimillisen toiminnan malli	15	39
Sensorinen integraatio	14	37
Kehityksellinen viitekehys	10	26
Erilaiset leikin teorioihin liittyvät mallit	8	21
Moniammatilliset mallit ja viitekehukset	7	18
Muut mallit	5	13
Psykososiaalinen viitekehys	4	11
Motoristen taitojen hankkimisen viitekehys	4	11
NDT ja motorisen kontrollin malli	3	8
Monien mallien yhdistelmä	3	8

Käytettävät menetelmät jaoteltiin Toimintaterapianimikkeistön (2003, 32–41) toimintakokonaisuuksien mukaisesti. Suosituimmaksi menetelmäksi nousi leikki, jota käytti 97 % vastanneista. Seuraavaksi yleisempänä oli erilaiset koulunkäyntiin liittyvät menetelmät (72 %) sekä itsestä huolehtimiseen ja vapaa-aikaan liittyvät menetelmät (67 %). Vähiten toimintaterapiamenetelmät kohdistuivat levon toimintakokonaisuuteen (38 %). (Kuvio 8.)



KUVIO 8. Toimintaterapiassa käytetyt menetelmät toimintakokonaisuuksien mukaisesti luokiteltuna

Eri-ikäisten lasten toimintakokonaisuuksiin liittyvien menetelmien painotusalueet vaihtelivat. 2–3-vuotiaiden lasten kanssa käytettiin eniten leikkiä, 4–5-vuotiaiden lasten kanssa leikkiä sekä itsestä huolehtimisen toimintoja. 6–9-vuotiaiden terapiassa käytettävät menetelmät liittyivät koulunkäyntiin, itsestä huolehtimiseen ja vapaa-aikaan. 10–12-vuotiaiden lasten kanssa käytettiin tasaisesti kaikkia terapiamenetelmiä toimintakokonaisuuksien eri osa-alueilta. (Taulukko 15.)

TAULUKKO 15. Käytetyt toimintaterapiamenetelmät ikäryhmittäin

	Itsestä huolehtiminen	Asioiminen ja kotielämä	Koulunkäynti	Vapaa-aika	Leikki	Lepo
Ikäryhmä	lukumäärä	lukumäärä	lukumäärä	lukumäärä	lukumäärä	lukumäärä
2–3 v	13	10	13	12	17	8
4–5 v	23	17	24	22	34	11
6–9 v	25	20	27	24	37	14
10–12 v	7	6	8	6	9	5
13–15 v	2	3	3	2	3	2
16–18 v	0	2	1	2	1	1

Itsestä huolehtimisen toiminnoissa korostui pukeutumisen harjoittelu ja erilaisten pukeutumistoimintojen käyttäminen terapiassa (57 % vastanneista). Lisäksi wc-toimintoja (13 %) ja kuvalista tukea käytettiin jonkin verran (22 %). Asioimisen ja kotielämän toiminnoista käytetyimmäksi menetelmäksi nousi asioimisen harjoittelu (33 % vastanneista). Myös tässä toimintakokonaisuudessa kuvia käytettiin apuna toiminnan jäsentämisessä (6 % vastanneista). Erilaisten koti-tehtävien tekeminen kotiympäristössä oli myös suosittu menetelmä (22 % vastanneista). Vastanneista 11 % ilmoitti liikennevälineissä kulkemisen harjoittelun, erilaisten leikkien ja siirtymätilanteiden olevan käytettäviä menetelmiä. Koulunkäynnissä terapiamenetelmänä käytettiin pääasiassa erilaisia pöytätason tehtäviä (30 % vastanneista) sekä askarteluja ja käsitöitä (15 % vastanneista). Kuvien käyttöä harjoiteltiin myös jonkin verran (15 % vastanneista). (Liite 6.)

Vapaa-ajan toimintakokonaisuudessa käytetyin menetelmä oli erilaiset harrastukset, joko sopivan harrastustoiminnan löytäminen tai siihen tutustuminen (61 % vastanneista). Erilaisia pelejä (22 % vastanneista) sekä liikunnallisia leikkejä (17 % vastanneista) käytettiin myös jonkin verran. Toimintakokonaisuuksien tasolla leikki oli kuitenkin käytetyin toiminta. Leikin toimintakokonaisuudessa lapsen leikkiä pyrittiin tukemaan erilaisten leikkitoimintojen avulla (34 % vastaajista). Mielikuvi- tus- (34 % vastanneista) ja sensomotoriset leikit (24 % vastanneista) olivat käytetyimmät leikki- muodot. Vastanneista 7 % ilmoitti myös käyttävänsä erilaisia pelejä, tehtäviä, laululeikkejä sekä liikunnallisia leikkejä terapiamenetelmänä. Myös levon toimintakokonaisuutta käytetään jonkin verran ja siinä käytetyt terapiamenetelmät painottuvat erilaisten rentoutusharjoitusten käyttöön (55 % vastanneista) sekä erilaisiin uniongelmiin ja nukkumisjärjestelyihin liittyviin asioihin (45 % vastanneista). (Liite 6.)

Terapiamenetelmien ja toimintojen valintaan vaikuttivat eniten tavoitteet (49 % vastanneista) sekä lapsen mielenkiinnon kohteet (46 % vastanneista.) Terapiamenetelmiä pyrittiin myös valitsemaan vanhempien kanssa käytyjen keskustelujen perusteella, jotta ne vastaisivat mahdollisimman paljon perheen toiveisiin (23 % vastanneista). Myös yksilölliset tarpeet otettiin huomioon terapiamenetelmien valinnassa (15 % vastanneista). Kaikista vastauksista 15 % :ssa ulkoiset resurssit (tila, aika, materiaalit) vaikuttivat valittaviin menetelmiin. Menetelmien valintaan vaikutti myös niiden soveltuvuus lapsen ikätasolle (10 % vastanneista). (Taulukko 16.)

TAULUKKO 16. Perustelut käytetylle menetelmälle

Perustelu	lukumäärä	%
Tavoitteet	19	49
Lapsen mielenkiinnon kohteet	18	46
Keskustelut perheen kanssa	9	23
Käytettävissä olevat resurssit	6	15
Yksilölliset tarpeet	6	15
Arvioinnista esille nousseet asiat	5	13
Ikätasolle sopivia toimintoja	4	10
Lähettävä taho asettanut	2	5
Toimintaterapian mallit ja viitekehukset	1	3

Toimintaterapian teoreettinen tietoperusta rakentui annettujen vastausten perusteella monille eri malleille ja viitekehyksille, joista käytetyimmät olivat Kanadan malli, Inhimillisen toiminnan malli, sekä Sensorinen integraatio. Kehityksellistä viitekehystä sekä erilaisia leikin teorioihin liittyviä malleja käytettiin myös jonkin verran.

Toimintaterapeutit käyttivät menetelmänä eniten leikkiä. Seuraavaksi yleisimpänä olivat itsestä huolehtimisen, koulunkäynnin sekä vapaa-ajan toiminnot. Leikin toimintakokonaisuudessa lapsen leikin tukeminen erilaisten leikkitoimintojen avulla oli suosituin menetelmä. Itsestä huolehtimisen toiminnoissa korostui pukeutumisen menetelmät ja koulunkäynnissä erilaisten pöytätason tehtävien käyttäminen. Vapaa-ajan toimintakokonaisuudessa suosituimmaksi menetelmäksi nousi

sopivan harrastustoiminnan löytäminen tai siihen tutustuminen. Käytettävien terapiamenetelmien valintaan vaikutti eniten tavoitteet ja lapsen mielenkiinnon kohteet.

8 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, millaista toimintaterapiaa on lapsilla, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia, millaista yhteistyötä toimintaterapeutit tekevät ja millaisia menetelmiä he käyttävät työssään. Aiheesta ei ole aikaisemmin tehty Suomessa tutkimusta ja kansainvälinenkin tutkimus on ollut hyvin vähäistä. Asetettuihin tutkimusongelmiin haettiin vastauksia sähköisen kyselylomakkeen (Liite 3) avulla.

8.1 Toimintaterapiakäytännöt lapsilla, joilla on kielellinen erityisvaikeus

Tutkimuksen tulosten mukaan toimintaterapia painottuu pääosin yksilöterapiaan (62 % vastanneista). Lapset saavat myös jonkin verran joko yhdessä toisen ammattilaisen kanssa pidettyä yhteisterapiaa (31 % vastanneista) tai ryhmäterapiaa (10 % vastanneista). Colen ja Tufanon (2008, 235) mukaan lapset hyötyvät ryhmämuotoisesta terapiasta etenkin silloin, kun heidän täytyy harjoitella yhteisleikkiä, sosiaalisia taitoja tai jotain erityistaitoa. Tällaisten asioiden oppiminen on luontevampaa ryhmässä. Myös Parham ja Mailloux (2005, 393) toteavat, että ryhmämuotoista terapiaa tulisi käyttää silloin, kun lapsen tulee oppia toimimaan erilaisissa ryhmissä (esimerkiksi koululuokka, erilaiset harrastusryhmät).

Pääasiallisesti lapset ovat ohjautuneet toimintaterapiaan joko terveyskeskuksen tai sairaalan läheteellä (60 % vastanneista) tai Kelan maksusitoumuksella (48 % vastanneista). Käypä hoito-suosituksen mukaan niiden lasten hoidosta, joilla on kielellinen erityisvaikeus, vastaa perus- tai erikoissairaanhoidon. Lievät kielelliset erityisvaikeudet ja niiden kuntoutuksen järjestäminen kuuluu perusterveydenhuoltoon, joka tarvittaessa konsultoi erikoissairaanhoidon. Mikäli lapsella todetaan vaikea kielellinen erityisvaikeus, kuntoutus siirtyy automaattisesti erikoissairaanhoidon puolelle. Kela arvioi tapauskohtaisesti oikeuden vaikeavammaisten kuntoutukseen, jonka se maksaa. (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011.) Tulosten perusteella on vaikea arvioida, ovatko lasten vaikeudet lieviä vai vaikeita, sillä tutkimuksessa terveyskeskus ja sairaala oli yhdistetty vastausvaihtoehto. Kelan maksusitoumuksen saamiseen vaaditaan kuitenkin päätös vaikeavammaisten kuntoutuksesta, joten tutkimuksen tulosten mukaan ainakin osalla niistä lapsista, jotka ohjautuvat toimintaterapiaan, on vaikea kielellinen erityisvaikeus. Tutkimukseen vastanneet toivat kuitenkin palautteissa ilmi, että lapset ohjautuvat vain harvoin terapiaan ainoastaan kielellisen

erityisvaikeuden vuoksi. Useimmiten syynä on jokin muu vaikeus, joka vaikuttaa lapsen toiminnalliseen suoriutumiseen.

Yleisimmin tutkimukseen vastanneet toimintaterapeutit työskentelevät 4-5 -vuotiaiden lasten kanssa (63 %) tai 6-9 -vuotiaiden lasten kanssa (45 %). Lisäksi toimintaterapeutit työskentelevät jonkin verran 2-3 -vuotiaiden (18 %) ja 10-12 -vuotiaiden (11 %) lasten kanssa. Tutkimuksen tuloksia myötäilee Queenslandissa tehty tutkimus, jossa toimintaterapeuttien todettiin työskentelevän lasten kanssa, jotka olivat pääosin iältään 3-12 -vuotiaita. He myös työskentelivät paljon sellaisten lasten kanssa, joilla on oppimisvaikeuksia. (Rodger ym. 2005, 312-317.) Käypä hoito – suosituksen (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011) mukaan tutkittua tietoa kielellisistä erityisvaikeuksista lapsuuden jälkeen on vain vähän. Tämä näyttää saavan tukea toteutuneen tutkimuksen tuloksissa, joissa valtaosa terapiaa saaneista lapsista ovat joko leikki- tai alaasteikäisiä. Toimintaterapian asiakkaana oli vain harvoin teini-ikäisiä.

Rodger (2010, 30) painottaa, että toimintalähtöisesti työskenneltäessä lapsuuden normaaleilla ympäristöillä on merkittävä rooli. Toimintaterapian tulisi mahdollistaa lapsen osallistuminen hänelle olennaisiin elinympäristöihin. Munier, Myers ja Pierce (2008, 220) toteavat luonnollisten ympäristöjen olevan sellaisia, joissa lapsi osallistuu erilaisiin toimintoihin. Näitä ovat muun muassa päiväkotit, kirjasto ja leikkipuisto. Myös Richardson ja Schultz-Krohn (2001, 258) esittävät, että terapia tulisi toteuttaa lapsen luonnollisissa ympäristöissä, esimerkiksi koululuokassa tai kotona. Luonnollisissa ympäristöissä toteutettu terapia edistää opittujen taitojen siirtymistä siihen ympäristöön. Heidän mukaansa terapiatila on suositeltu ympäristö silloin, kun lapselta vaaditaan hyvää keskittymiskykyä, halutaan yksityisempi työskentelytila tai käytetään erityisiä välineitä. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että toimintaterapia toteutuu vain harvoin muualla kuin terapiaympäristössä, sillä jopa 65 % vastanneista ilmoitti terapian pääasialliseksi toteutumispaijaksi terapiatilaa. Toimintaterapiasta osa toteutui päiväkodissa (45 %) tai koulussa (30 %). Case-Smith (2001, 10) esittää, että taidot, jotka lapsi on oppinut yhdessä ympäristössä, eivät välttämättä yleisty toiseen ympäristöön, vaan lapsi saattaa olla arka kokeilemaan niitä uudessa tilanteessa ilman terapeuttia. Tämän vuoksi olisi erittäin tärkeää, että opeteltavia taitoja harjoiteltaisiin niiden luonnollisissa ympäristöissä.

Clark, Polichino ja Jackson (2004, 685) puolestaan esittävät, että huolimatta siitä, missä ympäristössä terapia toteutetaan, niin päätavoitteena on mahdollistaa lapsen osallistuminen niin päivittäisiin toimiin kuin myös leikin, vapaa-ajan ja sosiaalisen vuorovaikutuksen toimintakokonaisuuksiin.

Tutkimuksen tulokset saavat siis tukea viimeisimmistä tutkimuksista, vaikkakin ne osoittavat, että toimintaterapiaa toteutetaan vain harvoin lapsen luonnollisissa ympäristöissä.

Parhamin ja Maillouxin (2005, 392) mukaan niiden lasten toimintaterapia, joilla on todettu sensorisen integraation häiriö, toteutuu pääasiallisesti kertaviikkoisesti ja kestää 45–60 minuuttia. Terapia kestää keskimäärin kaksi vuotta, mutta vaatii vähintään kuuden kuukauden mittaisen ajan, jotta siitä saataisiin tuloksia. Tämän tutkimuksen tulokset ovat hyvin samansuuntaisia kuin Parham ja Mailloux (2005) esittävät. Tuloksia voidaan verrata Parhamiin ja Maillouxiin (2005), sillä hyvin usein lapsilla, joilla on jokin kielellinen erityisvaikeus, on myös sensorisen integraation häiriö (ks. 3.1). Suurin ero tulee terapian kestossa, sillä tutkimuksen tulosten mukaan lasten terapia kestää 20–30 kertaa, joka tarkoittaa kertaviikkoisesti toteutuneena korkeintaan puolta vuotta. Niillä lapsilla, joilla on todettu kielellinen erityisvaikeus, terapian kesto on siis verrattain lyhyt.

8.2 Toimintaterapeuttien tekemä yhteistyö

Perhe on oman lapsensa erityisasiantuntija ja he tietävät parhaiten muun muassa lapsen haasteista, mielenkiinnon kohteista sekä rooleista. Perheiden tarpeet tulee huomioida ja heidän tietämystään omasta lapsestaan tulee kuunnella. Lasten kanssa työskennellessä perheen huomioiminen on keskeistä. (Rodger & Keen 2010, 51–52.) Tutkimuksen tulokset perheen kanssa tehtävästä yhteistyöstä osoittavat, että perhe otetaan mukaan sekä tavoitteiden määrittelyyn että menetelmien valintaan. Perheen käytännön osuus jää kuitenkin hiukan epäselväksi, sillä tavoitteiden tasolla arkielämämlähtöisyys ei näytä toteutuvan.

Tutkimuksen tulosten mukaan lapsi ja perhe ovat hyvin tiiviisti mukana toimintaterapiaprosessissa, 50 % lapsista ja lähes 100 % perheistä osallistuu tavoitteiden asettamiseen. Vaikka perhe otetaan mukaan tavoitteiden asettamiseen, ovat tavoitteet tulosten mukaan hyvin pitkälti valmiustason tavoitteita. Kun asiaa tarkasteltiin siitä näkökulmasta, kuka asettaa tavoitteet, saatiin luvuksi perheen osalta 85 % ja lapsen osalta 26 %. Tuloksissa näkyy merkittävä ristiriita siinä, että kun oli mahdollista valita eri ammattilaisten, perheen ja lähettävän tahon kesken, tavoitteiden asettajissa lapsen osuus oli pienempi kuin kysyttäessä lapsen osallistumista toimintaterapiaprosessiin. Tähän saattaa vaikuttaa se, että terapeutit ovat ilmoittaneet työskentelevänsä pääasiallisesti hyvin pienten lasten kanssa. Kielellinen erityisvaikeus aiheuttaa haasteita ilmaista itseään kielellisesti, joten näiden lasten kohdalla tavoitteiden asettaminen itsenäisesti on vaikeaa. Voisikin olla tarpeellista miettiä, olisiko olemassa jokin toinen tapa lähteä luomaan tavoitteita yhdessä lapsen

kanssa kuin pelkkä puheen taso. Esimerkiksi perheen kanssa käytyjen keskustelujen perusteella lapsen kanssa voisi käyttää erilaisia kuvia, joista lapsi saisi valita hänelle tärkeitä tavoitteita. Perheen osallistumisessa tavoitteiden asettamiseen ei ollut havaittavissa näin suurta eroa, vaikka luku olikin pienempi.

Tulosten mukaan perheen osuus tavoitteiden asettamisessa on pääosin tavoitekeskusteluihin osallistumista ja tavoitteiden määrittelemistä sitä kautta (52 % vastanneista). Lapsen roolina on ilmaista jokin asia, jonka hän haluaisi oppia (61 % vastanneista). Tutkimuksen tulokset saavat tukea kirjallisuudesta, sillä kuten Pollock, Missiuna ja Rodger (2010, 115) esittävät, on lapsi otettu tavoitteiden asettamiseen mukaan. Tavoitteiden asettamisesta lisää luvussa 8.3.

Lapsi hyötyy kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta. Tämän vuoksi yhteistyö myös muiden lapsen kanssa työskentelevien kanssa on tärkeää. Yhteistyökumppanit määräytyvät lapsen yksilöllisten tarpeiden mukaan ottaen huomioon lapsen toimintakyvyn häiriön, iän, tukiverkot sekä ympäristöt. Toimintaterapeutit voivat tehdä yhteistyötä esimerkiksi fysioterapeutin, psykologin tai opettajan kanssa. Puheterapeutin kanssa tehdään yhteistyötä erityisesti silloin, kun lapsella on kielellisiä pulmia. (Case-Smith 2005, 32–35.) Käypä hoito –suosituksen mukaan (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011) kuntoutuksen suunnittelu edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Tutkimuksen tulokset tukevat tätä, sillä tulosten perusteella toimintaterapeutit tekevät yhteistyötä muiden ammattikuntien kanssa. Pääasialliset yhteistyökumppanit olivat puheterapeutti (33 %), toinen toimintaterapeutti (20 %) tai lastentarhanopettaja (18 %). Toimintaterapeutit työskentelivät tämän lisäksi myös jonkin verran psykologien, opettajien tai fysioterapeuttien kanssa.

Onnistunut interventio edellyttää yhteistyötä ja suunnitelmien tekemistä yhdessä. Jokainen tiimin jäsen tuo esille huolenaiheensa omasta näkökulmastaan käsin, jotka sitten kootaan yhteen. (Cohn 2009, 397.) Case-Smithin, Richardsonin ja Schultz-Krohnin (2005, 8) mukaan toimintaterapiassa myös lapsen vahvuuksien määrittely on tärkeä osa lapsen kokonaisvaltaista tilannetta kuvattaessa. Muiden ammattilaisten kanssa tehtävälle yhteistyölle on Case-Smithin (2005) mukaan olemassa erilaisia yhteistyömuotoja. Interaktiivisessa mallissa yhteistyökumppanit suunnittelevat tavoitteet yhdessä, suunnittelevat ja toteuttavat yhteistunteja, tapaavat tapaamisissa ja tekevät päätökset yhteistyössä. (Case-Smith 2005, 41.) Tutkimuksen tulosten mukaan 31 % vastanneista toteuttaa yhteisterapiaa jonkun toisen ammattilaisen kanssa. Kuitenkin ainoastaan 8 % vastanneista ilmoitti asettavansa terapian tavoitteet yhteistyökumppaninsa kanssa. Pääasiallisesti yhteistyö oli kokemusten ja tiedon jakamista (46 % vastanneista).

McHugh Pendleton ja Schultz-Krohn (2006, 13) toteavat, että konsultaatio on nykyään enemmän osa toimintaterapian interventiota. Konsultaatio määritellään sellaiseksi interventioksi, jossa ammatinharjoittaja käyttää tietämystään ja ammattitaitoaan toimiessaan asiakkaansa kanssa. Tällä yhteisprosessilla tarkoitetaan ongelmien määrittelemistä, ratkaisujen etsimistä ja kokeilemistä sekä arvioimista parhaiden tulosten saavuttamiseksi. Case-Smith (2001, 10) puolestaan määrittelee konsultaation toiminnaksi, jonka tarkoituksena on löytää sellaisia ratkaisuja, joiden avulla lapsi uskaltautuu käyttämään uusia taitojaan ja toimimaan hänen luonnollisissa ympäristöissään. Koska lapsi voi olla arka käyttämään oppimiaan uusia taitoja jossain toisessa ympäristössä, saattaa lapsen läheisten informoiminen siitä helpottaa asiaa. Toimintaterapeutti voi kertoa vinkkejä toisille aikuisille, kuinka lapsen kanssa voi toteuttaa erilaisia toimintoja. Tutkimukseen vastanneista toimintaterapeuteista yli 60 % arvioi työnsä sisältävän jonkin verran neuvontaa ja ohjausta sekä konsultointia. Yhteistyömuodoksi neuvonnan ja ohjauksen nimesi kuitenkin vain 36 % vastaajista. Konsultaatiota teki tulosten mukaan 13 % vastanneista toimintaterapeuteista. Vastauksissa yhdistyi usein neuvonta ja ohjaus sekä konsultaatio.

Käypä hoito –suosituksessa (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011) todetaan, että puheterapiassa kuntoutuksen tavoitteena on arjen toimintakykyä parantavien keinojen etsiminen. Yhteistyö toimintaterapeutin kanssa on siis perusteltua, sillä yhteisterapiassa toimintaterapeutti ja puheterapeutti pääsevät jakamaan omaa ammattitietouttaan parhaiten lasta hyödyttävällä tavalla. Ryhmäkuntoutusta voidaan käyttää esimerkiksi kielellisen tietoisuuden harjoittelussa. 31 % vastanneista toimintaterapeuteista vastasi toteuttavansa yhteisterapiaa esimerkiksi puheterapeutin kanssa.

8.3 Toimintaterapian teoreettiset lähtökohdat ja tavoitteiden asettaminen

Lasten toimintaterapiassa toimintaterapeutit luottavat moniin teorioihin ymmärtääkseen tapahtumien välisiä yhteyksiä. Mallit tarjoavat termejä, määritelmiä sekä yleisiä käytännönläheisiä näkökohtia, joita voidaan soveltaa mihin tahansa tilanteeseen. (Dunbar 2007, 2,7.) Toimintaterapeutit, jotka työskentelevät lasten kanssa, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia, käyttävät työskentelysään erilaisia toimintaterapian malleja ja viitekehyksiä, joista käytetyimmäksi nousivat Kanadan malli (42 %), Inhimillisen toiminnan malli (39 %) sekä Sensorinen integraatio (37 %). Merkittävää tuloksissa on se, että vaikka käytetyimpien mallien joukossa on kaksi hyvin asiakaslähtöistä mallia (Inhimillisen toiminnan malli ja Kanadan malli), ovat terapialle asetetut tavoitteet valmiustason

tavoitteita ja irrallaan arkielämästä. Huomattavaa on myös, että sensorisen integraation teoriaa työnsä pohjana käyttäviä terapeutteja oli tutkimuksen mukaan 37 % prosenttia, kun lisäkoulutukseen tämän ilmoitti ainoastaan 8 %. Lasten kanssa, joilla on kielellinen erityisvaikeus, käytetään siis työskentelyssä paljon sensorisen integraation teoretietoa, vaikkei terapeuteilla ole varsinaista sensorisen integraation terapian koulutusta.

Onnistunut interventio vaatii useiden mallien, teorioiden ja viitekehysten käyttämistä. Sensorisen integraation teorian on todettu olevan yksi käytetyimmistä malleista lasten kanssa työskennellessä. Sensorinen integraatio tarjoaa selityksiä aistitiedon käsittelyn vaikutuksesta motoriseen suoriutumiseen, oppimiseen ja käyttäytymiseen. Sensorista integraatiota voidaan pitää niin teorianakin kuin viitekehystenäkin. Teorian tasolla se tarjoaa selityksiä aistitiedon käsittelyn ja havaittavien käyttäytymisten välille. Viitekehystenä se tarjoaa ainutlaatuisen interventiomuodon, jossa toimintaterapeutti keskittyy aistikokemuksiin ja toimintaan, jota täytyy haastaa leikin ja sosiaalisen kanssakäymisen yhteydessä (ks. 3.1). Sensorisen integraation terapian tehokkuudesta on kohtalaista näyttöä, enemmän on kuitenkin näyttöä sensorisen integraation häiriön esiintymisestä erilaisten häiriöiden yhteydessä. Sensorisen integraation teoriaa voidaan käyttää lasten kanssa työskennellessä, vaikkei sitä viitekehysten tasolla voisi käyttää. (Blanche & Kiefer 2007, 11–13.)

Rodger ym. (2005) huomasivat omassa tutkimuksessaan, että eri maissa tehtyjen tutkimusten välillä tuntui olevan selkeä yhtäläisyys siinä, että sensorisen integraation terapia oli hyvin useasti käytettyjen mallien joukossa. Rodgerin ym. (2005) tutkimuksen tulokset tukevat tämän tutkimuksen tuloksia siitä, että lasten kanssa työskennellessä nojaututaan paljon sensorisen integraation terapiaan. Tosin mikään näistä ei ollut laaja kansallinen tai kansainvälinen tutkimus. Tutkimuksissa oli yleensä tutkittu jotain erityistä joukkoa, joten tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä. Niissä voidaan karkeasti kuitenkin todeta olevan yhtäläisyyksiä tämän tutkimuksen kanssa. (vrt. Rodger ym. 2005, 313–314.) Cole ja Tufano (2008, 229) esittävät, että sensorisen integraation terapia on ollut vaikuttava terapiamuoto, kun lapsella on ollut erilaisia toiminnallisia haasteita.

Käyttämällä teoriaa, joka selittää, miksi ja miten ihmiset osallistuvat erilaisiin toimintoihin, toimintaterapeutti pystyy tunnistamaan ne tekijät, jotka joko häiritsevät tai tukevat toimintaan osallistumista. Käyttämällä tätä tietoa toimintaterapiaprosessissa, toimintaterapeutti voi toteuttaa hyvän käytännön mukaista toimintaterapiaa. Inhimillisen toiminnan malli on yksi tällainen hyvin tutkittu malli, jota käytetään paljon lasten ja perheiden kanssa työskennellessä. Mallia on käytetty erityisen paljon lasten mielenterveystyössä, mutta paljon myös muiden lasten kanssa työskennellessä.

sä. (Kramer & Bowyer 2007, 52, 87–88.) Myös tässä tutkimuksessa Inhimillisen toiminnan malli nousi yhdeksi käytetyimmistä malleista (39 % vastanneista).

DeGrace (2007, 97, 113–116) esittää, että toimintaterapeutit voivat käyttää työskentelynsä pohjalla myös Toiminnallisen Adaptaation (Occupational Adaptation) mallia, joka on lähestymistapa lasten ja perheiden kanssa työskentelyyn. Tämä malli voi olla ohjaamassa omaa ammatillista päättelyä sekä auttaa ymmärtämään, kuinka lapset ja heidän perheensä sopeutuvat ja hallitsevat ne toiminnalliset haasteet, jotka liittyvät heidän jokapäiväiseen elämäänsä. Tämän mallin avulla toimintaterapeutit voivat ymmärtää lapsen ja perheen toimintoja, arvioida lapsen tai perheen mukautumiskykyä sekä ympäristön tukea ja esteitä. Pääpiirteissään Toiminnallisen Adaptaation malli tarjoaa sellaisen lähestymistavan, jonka avulla voi arvioida yksilön kykyä vastata päivittäisen elämän haasteisiin. Toiminnallisen Adaptaation mallia ei mainittu tutkimuksen tuloksissa, mutta tämä voisi olla hyvin käyttökelpoinen malli työskenneltäessä lasten kanssa, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia. Toiminnallisen Adaptaation mallin avulla voidaan ottaa huomioon perheen tilanne kokonaisuutena.

Tutkiessaan australialaisten toimintaterapeuttien työtä lasten kanssa, saivat Rodger ym. (2005, 311) tulokseksi, että käytetyimmät mallit olivat sensorisen integraation terapia sekä erilaiset asiakaslähtöisyyttä korostavat mallit. Toteutuneen tutkimuksen tulokset ovat siis hyvin samansuuntaiset muualla maailmassa toteutetun lasten toimintaterapian kanssa. Rodger ym. (2005, 311) viittaavat Mulliganiin (2003), jonka mukaan lasten toimintaterapiassa käytetään sellaisia malleja, jotka ovat kokonaisvaltaisia sekä asiakas- ja perhekeskeisiä. He viittaavat myös Barrisin ja Kielhofnerin (1985) saamiin tuloksiin siitä, että toimintaterapeutit käyttävät työssään usein sellaista mallia, joka on monien mallien ja viitekehysten yhdistelmä. Kuitenkin vain 8 % vastanneista terapeuteista kertoivat käyttävänsä työskentelynsä taustalla monien mallien yhdistelmää.

Rodgerin ym. (2005, 316) tutkimuksen tulokset ovat yhteneväisiä tämän tutkimuksen tulosten kanssa siinä, että lasten kanssa käytetään myös yleisiä lapsen kehitykseen ja psykologiaan liittyvää teoriaa. Sensorisen integraation teoria nousi kuitenkin yleisimmäksi ja käytetyimmäksi. Tämä oli myös käytetyin menetelmä silloin, kun lapsella oli oppimisvaikeuksia. Tässä tutkimuksessa saadut tulokset tukevat muissa tutkimuksissa saatuja tuloksia.

Toimintaterapiaprosessissa tavoitteiden asettaminen on tärkeässä osassa. Niiden tulisi olla asiakkaan asettamia, ei asiakkaalle asetettuja. Tutkimuksen mukaan lapset osallistuivat tavoitteiden

asettamiseen vaihtelevasti, perheiden osuus (lähes 100 %) oli suurempi kuin lapsen itsensä (50 %). Tämä tosin selittyy lapsen kielellisellä erityisvaikeudella, jossa lapsen on vaikea ilmaista itseään puheella, jolloin hänen on vaikea määrittellä erityisiä tavoitteita. Pollock ym. (2010) painottavat, että lapsi- ja perhekeskeisessä toimintatavassa lapsen ja perheen tulee toimia yhteistyökumppaneina. Heidän mukaansa tavoitteet nousevat aina perheen tarpeista ja siitä, mikä heitä huolestaa. Viimeisimpien tutkimusten mukaan, jopa 4-vuotiaat lapset kykenevät asettamaan tavoitteita, kunhan määrittelyprosessi viedään heidän tasolleen ja siinä käytetään esimerkiksi kuvia ja helpotettua kieltä. Muutama tutkimukseen vastaaja käytti pegsiä (6 %), jonka on todettu olevan hyvin lapsilähtöinen tavoitteiden asettamismenetelmä. (Pollock ym. 2010, 120.)

Tavoitteiden tulisi myös olla mitattavissa olevia tekoja (Pollock ym. 2010, 127). Tässä tutkimuksessa tulokset tavoitteista jäivät hyvin pintapuoliselle tasolle, ja olivat lähinnä taito- ja valmiustason tavoitteita. Tavoitteissa korostui jonkin valmiuden saavuttaminen, mutta sitä ei oltu viety pidemmälle toiminnan tasolle, esimerkiksi silmä-käsi yhteistyön kehittyminen siten, että saisi puse-ron napitettua itse.

McHugh Pendletonin ja Schultz-Krohnin (2006, 33) mukaan taitotasoa käytetään määriteltäessä lyhyen aikavälin tavoitteita tai saavutettaessa pitkän aikavälin tavoitteita johonkin toimintaan osallistumisessa. Heidän mukaansa lyhyen aikavälin tavoitteet ovat usein askeleita kohti pitkän aikavälin tavoitteita. Tämä ei tulosten mukaan näkynyt tutkimuksessa. Kyselyyn vastanneet terapeutit eivät määritelleet pitkän ja lyhyen aikavälin tavoitteita erikseen. Myös Foster (2003, 96) painottaa, että tavoitteiden tulisi olla ilmaistu mitattavissa olevin, saavutettavin termein.

Tavoitteiden tulisi Smithin (2006, 115–116) mukaan olla toiminnallisia ja asiakaslähtöisiä, ja niiden tulisi tukea asiakkaan osallistumista toimintoihin, joita elämässä tarvitsee. Hyvin laaditussa tavoitteessa näkyy asiakkaan tavoite, miten se mitataan, mitkä ovat olosuhteet ja missä ajassa tavoite tulee saavuttaa. Kun tavoitteet on määritelty, terapeutti valitsee sopivimman menetelmän tavoitteen saavuttamiseen. Hautala ym. (2011, 57) toteavat Polatajkoon ym. (2007) viitaten, että olennaisinta sekä tavoitteiden asettamisessa että menetelmien valinnassa on saavutettavuus. Tavoitteet eivät saa olla liian helppoja eivätkä myöskään liian vaikeita. Tämä edellyttää toiminnan analyysia ja asiakkaan tilanteen tuntemista. Tutkimuksen vastauksissa tavoitteiden määrittely jäi hiukan pintapuoliselle tasolle, eikä Smithin määritelmä hyvän tavoitteen laadinnasta täyttynyt.

Tavoitteissa tulee esiin se, että ne ovat terapeuttilähtöisesti suunniteltuja eivätkä niissä tule esiin lapsen tai perheen konkreettiset tavoitteet. Tavoitteissa korostuu valmius- ja taitotaso eikä toiminnan tason tavoitteita juurikaan esitetä. Tavoitteissa näyttää esiintyvän hyvin paljon esimerkiksi toiminnan ohjauksen kehittymistä. Toki tuloksia kohtaan täytyy olla siinä mielessä kriittinen, että terapeutti on voinut muuntaa perheen ja lapsen ilmaisemat tavoitteet toimintaterapian käsitteiden alle. Jos perhe on asettanut tavoitteeksi käsien käytön kehittymisen siten, että lapsi saa solmittua kengän nauhansa itse, niin terapeutti on voinut ilmaista sen tutkimukseen vastatessaan vain hienomotoriikan kehittymisenä.

Tavoitteissa oli ilmaistu useasti lapsen karkea- ja hienomotoriikan kehittäminen. Tämä tukee Vissherin ym. (2007, e159) tutkimuksen tuloksia siinä, että huomattavan usein lapsilla, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia, esiintyy ongelmia niin karkea- kuin hienomotoriikassakin. Erityisesti silmä-käsiyhteistyössä he ovat erityisen hitaita. Karkeamotoriikassa esiintyi ongelmia muun muassa askelluksessa, juoksemisessa sekä tasapainoa vaativissa tehtävissä.

Lapsilla, joilla on kielellinen erityisvaikeus, esiintyy myös usein motorisia tai visuomotorisia (silmäkäsi yhteistyön) ongelmia ja praksiataitojen (oman toiminnan suunnittelu ja ohjaus) heikkoutta (Kielellinen erityisvaikeus, Käypä hoito, hakupäivä 12.7.2010). Tämä tukee toimintaterapeuttien vastauksia terapian tavoitteista. Samoin oman toiminnan ohjauksessa olevat puutteet, kaverisuhteiden niukkuus, puutteelliset vuorovaikutustaidot sekä tunne-elämän ongelmat ovat tavallisia (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011). Tämä näkyi myös tavoitteissa, joissa mainittiin toiminnan ohjauksen kehittyminen.

8.4 Käytettävät terapiamenetelmät

Tutkimukseen osallistuneista 80 % vastasi lapsen osallistuvan menetelmien valitsemiseen. Tämä saa myös kirjallisuudesta tukea, jossa osallistumisen ja valitsemisen nähdään tuottavan lapselle iloa ja tekevän toimintaterapiasta hänelle merkityksellisempää. Menetelmien valinnan tulisi perustua teoreettiseen tietoon, lapsen mielenkiinnon kohteisiin ja perheiden tärkeänä pitämiin asioihin, kuten myös terapeutin ammattitaitoon. Onnistunut toimintaterapia ei pohjaa pelkästään lapsen rajoitteisiin vaan myös perheen arvoihin, mielenkiinnon kohteisiin ja elämän valintoihin. Tavoitteena on maksimoida lapsen toiminnallinen suoriutuminen niin perhe-elämässä kuin yhteisössäkkin. (Blanche & Kiefer 2007, 19–20.) Tutkimuksen tulokset puoltavat tätä näkemystä, sillä 35 % vastanneista toimintaterapeuteista ilmoitti lapsen mielenkiinnon kohteiden määrittelevän valittavia terapiamenetelmiä. Perhe osallistuu myös menetelmien valitsemiseen ja 27 % vastanneista ilmoitti perheiden nimeävän lapsen mielenkiinnon kohteita tai jonkin harjoiteltavan taidon (33 %).

Fosterin (2003, 97–98) mukaan käytettävän menetelmän valinta riippuu asiakkaan toiminnallisesta suoriutumisesta, niistä tehtävistä, joiden saavuttamiseen pyritään, yksilön kulttuurista sekä interventioympäristöstä. Valittujen menetelmien tulee soveltua asiakkaan ikään, sukupuoleen ja kulttuuriin, mutta kaikkein eniten niiden tulee soveltua asiakkaalle itselleen. Toiminnan mielekkyydellä saadaan asiakas motivoitumaan toimintaan ja terapiaan.

Dunbarin (2007, 6–7) mukaan toimintaterapiassa on siirrytty yhä enemmän toimintalähtöiseen ajattelutapaan. Tämän lisäksi hänen mielestään on tärkeää, että toimintaterapeutit ymmärtävät perheen merkityksen, jotta he voivat ymmärtää kuinka yksilöt osallistuvat jokapäiväiseen elämäänsä. Terapiamenetelmien valinnassa perhe ja lapsi olivat tutkimuksen tulosten mukaan hyvin mukana. Eniten menetelmien valintaan vaikuttivat lapsen mielenkiinnon kohteet sekä asetetut tavoitteet. Tutkimustuloksissa on kuitenkin mielenkiintoista se, että tavoitteet ja käytetyt menetelmät ovat hyvin ristiriitaisia. Tavoitteet eivät näy menetelmien tasolla. Tavoitteissa asioimisen ja koulunkäynnin tavoitteita ei asettanut kukaan, mutta menetelmien tasolla näitä käytti kuitenkin kaikista vastanneista 56 % asioimisen toimintakokonaisuuden osalta sekä 72 % koulunkäynnin toimintakokonaisuuden osalta. Schultz-Krohnin ja McHugh Pendletonin (2006, 31) mukaan menetelmien tulisi olla sellaisia, että niiden avulla saavutetaan tavoitteet, jotka terapialle on asetettu. Tämä tulos on siis ristiriitainen käytetyn kirjallisuuden kanssa.

Aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole tutkittua tietoa siitä, mitkä menetelmät hyödyttäisivät eniten sellaista lasta, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia. Moseyn (1996, 354) mukaan sopivien toimintojen valitseminen edellyttää niiden analysoimista. Tutkimus kuitenkin osoitti, että toimintaterapeutit käyttävät sellaisia menetelmiä ja toimintoja, jotka liittyvät konkreettisesti lapsen arkeen. Leikkiä toimintona käytti melkein jokainen ja tämä on ymmärrettävää, kun otetaan huomioon niiden lasten ikätaso, joiden kanssa toimintaterapeutit työskentelevät. Rodger ym. (2005, 318–322) selvittivät omassa tutkimuksessaan käytettyjä menetelmiä niiden lasten kanssa, joilla on oppimisvaikeuksia. Heidän tutkimuksensa tulosten mukaan käytetyt menetelmät osoittautuivat hyvin samanlaisiksi, kuin tämän tutkimuksen tulokset. Kuten Rodger ym. (2005, 311) totesivat omassa tutkimuksessaan, niin terapiamenetelmissä korostui myös tässä tutkimuksessa erilaiset sensorisen integraation menetelmät sekä päivittäisissä toiminnoissa suoriutuminen.

Case-Smithin (2001, 7) mukaan lähes jokaisessa lapsen toimintaterapiassa on leikinomaisia piirteitä, sillä leikillä on tärkeä merkitys lapselle. Leikkivä lapsi on motivoitunut, aktiivinen ja tavoitetsuuntautunut. Myös Pierce (2003, 160) puoltaa leikin käyttöä terapiassa, sillä hänen mukaansa on erittäin epätodennäköistä, että lapsi ylipäättään osallistuisi terapiaan, mikäli siinä ei olisi leikkisiä ominaisuuksia. Lapsi motivoituu leikistä ja se on hänelle luonnollinen toiminta. Leikin avulla on mahdollista saavuttaa terapialle asetettuja tavoitteita. Lasten toimintaterapiassa on erittäin tärkeää, että terapeutti vaihtaa leikkitoimintoja tarpeeksi usein, jotta lapsi olisi kiinnostunut ja sitoutunut terapiaan. Terapeutin tulee myös olla tietoinen siitä, minkä lelun avulla voidaan edistää mitään taitoja.

Tutkimuksen tulosten mukaan toimintaterapeutit käyttivät lasten kanssa paljon erilaista leikkiä. Eniten käytettiin kuvitteellista ja sensomotorista leikkiä. Leikkitaitojen edistäminen mainittiin myös useissa tavoitteissa ja tähän pyrittiin vastaamaan leikkitoimintojen avulla. Visscherin ym. (2007, e162) tutkimuksen mukaan lapsilla, joilla on kielellisiä vaikeuksia, on vaikeuksia sosiaalisissa taidoissa ja sosiaalisessa hyväksymisessä. Tämä vaikuttaa suoraan heidän osallistumiseensa esimerkiksi muiden kanssa leikkimiseen. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että toimintaterapiassa käytetään paljon menetelmänä leikkiä, jotta lasten leikkitaidot kehittyisivät. Tavoitteissa mainittiin myös usein sosiaalisten taitojen kehittyminen, joka tukee Visscherin ym. (2007) tutkimuksessa saatuja tuloksia. Myös Käypä hoito –suosituksessa (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011) korostetaan, että vuorovaikutuksen tukeminen on yksi tärkeimmistä tukitoimista, jolla lasta, jolla on kielellisiä erityisvaikeuksia, voidaan auttaa. Muihin toimintakokonaisuuksiin liittyvisissä menetelmissä ei ollut yhteisiä nimittäjiä vaan ne olivat hyvin erilaisia.

Lapsen kielellinen erityisvaikeus ja sen vaikeusaste vaikuttaa merkittävästi lapsen leikkiin. Lievässä tapauksessa kielellinen erityisvaikeus haittaa yhteisleikin suunnittelua ja leikin juonen toteuttamista. Keskivaikeassa tapauksessa aikuisen antama tuki ja ohjaus ovat tarpeen, koska leikin suunnittelu ja leikin juonen toteuttaminen on huomattavasti vaikeutunut. Vaikeimmassa tapauksessa yhteisleikki ei onnistu lainkaan ja siihen tarvitaan puhetta tukevia ja korvaavia kommunikaatiokeinoja tai aikuisen systemaattista tukea. (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011.) Leikkitaitojen kehittyminen olikin lasten kohdalla suosituin tavoite ja erilaisten leikkien hyödyntäminen menetelmissä oli tavanomaista. Leikki toimintana kehittää myös sensorista integraatiota, joten sen käyttäminen on perusteltua (Ayres 2008, 30–33). Myös Hutton (2008, 351–352) toteaa, että leikkiä käytetään terapiassa paljon ja sen tavoitteena on kehittää lapsen erilaisia taitoja. Parham (2008, 28) sen sijaan esittää Bundyyn (1991) viitaten, ettei sensorisen integraation terapia aina automaattisesti kehitä lapsen leikkitaitoja.

Vapaa-ajan toimintakokonaisuuden sisällä menetelmänä käytettiin erilaisiin harrastustoimiin ohjaamista. Tutkimusten mukaan liikunta edistää myös kielellisiä prosesseja, joten sopivien harrastusmuotojen löytäminen lapselle edistää myös hänen kielellistä kehitystään. Visscherin ym. (2007, e161-e162) tutkimuksen mukaan lapsilla, joilla on kielellisiä vaikeuksia, on usein vaikeuksia pallon käsittelytaidoissa. Koska useat leikit ja harrastukset vaativat pallonkäsittelytaitoja, jäävät tällaiset lapset usein niistä ulkopuolelle. Tämä taas vaikuttaa negatiivisesti taitojen kehittymiseen. Erilaisten motorisia taitoja kehittävien toimintojen ja menetelmien käyttö on perusteltua, sillä Visscherin ym. (2007, e158) mukaan lapsen kielelliset taidot ja motoriikka kulkevat käsi kädessä. Lasten suoriutuminen motorisia taitoja vaativista tehtävistä oli heikompaa, kun heillä oli kielellisiä vaikeuksia.

Lapsella, jolla on kielellinen erityisvaikeus, on usein vaikeuksia sosiaalisissa taidoissa, (ks. Visscher ym. 2007, e162) joten on hyvä, että hänelle löytyy jokin ryhmä, jossa hän pääsee toimimaan ja harjoittamaan vuorovaikutustaitojaan. Visscherin ym. (2007, e159) mukaan kommunikointivaikeudet vaikuttavat usein negatiivisesti sosiaaliseen hyväksymiseen sekä osallistumiseen leikkiin ja erilaisiin urheiluharrastuksiin. Kirjallisuuden mukaan onkin tärkeää, että lapsille löytyisi erilaisia harrastuksia. Moseyn (1996, 85) mukaan lapsen leikki muuttuu kouluikäiseksi tultaessa enemmän erilaisiksi urheilulajeiksi ja peleiksi. Tämä tukee tutkimuksen tuloksia siinä, että toimintaterapeutit käyttävät paljon sellaisia menetelmiä, joissa on joku peli tai harrastusryhmään ohjaamista. Erilaisissa urheilu- ja harrastusryhmissä oleminen edellyttää Moseyn (1996,

85) mukaan myös sellaisia sosiaalisia taitoja, jotta ryhmässä toimiminen onnistuu. Hän myös toteaa leikkien, pelien sekä erilaisten urheiluharrastusten lisäävän mahdollisuuksia luoda sosiaalisia siteitä ja mahdollisuuden oppia uusia taitoja. Harding ym. (2009, 133) esittävät, että lapselle koulun ulkopuolisiin toimintoihin osallistuminen on olennaisessa osassa luomassa lapsen terveyttä, hyvinvointia ja kehitystä. Osallistuminen tällaisiin toimintoihin tukee lapsen kehittymistä usealla eri osa-alueella. Ne lapset, joilla on jotain haasteita, osallistuvat vähemmän erilaisiin urheiluharrastuksiin. Tällöin on vaarana, että he syrjäytyvät.

Koulussa tulisi tukea lapsen vuorovaikutustaitoja ja ottaa huomioon kielellisen erityisvaikeuden asettamat haasteet lapsen opetukseen (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011). Jonkun ystävänä oleminen on yksi lapsuuden tärkeimmistä rooleista. Siihen kuuluvat yleensä yhteiset mielenkiinnonkohteet, yhteistyö ja tasavertaisuus. Ystävyyssuhteiden luominen ja niiden ylläpitäminen on kaikille lapsille tärkeää. Ystävyyssuhteet edistävät ja tarjoavat lapsille emotionaalista tasapainoa. (Morrison & Burgman 2009, 145.) Tämän vuoksi on perusteltua, että niiden lasten toimintaterapiassa, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia, käytetään paljon leikkiä sekä harjoitellaan sosiaalisia- ja vuorovaikutustaitoja, jotta lapsilla olisi mahdollisuus luoda ystävyyssuhteita. Morrisonin ja Burgmanin (2009, 148) tutkimuksen mukaan lapset arvostivat kaikkein eniten sitä aikaa, jolloin sai leikkiä ystävän kanssa. Ystävyyssuhteiden myötä he myös tunsivat olevansa enemmän osa muita, eivätkä niin erilaisia. Myös Käypä hoito –suosituksessa (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011) todetaan, että kielellisen erityisvaikeuden vaikeusasteesta riippuen sen vaikutukset kaverisuhteisiin ovat kiistämättömät. Lievässä tapauksessa lapsi pärjää tuttuun ikätovereiden kanssa ilman puhetta tukevia ja korvaavia tukikeinoja, mutta vaikeassa tapauksessa lapsi tarvitsee välttämättä puhetta tukevia ja korvaavia kommunikaatiomenetelmiä, jotta voisi olla vuorovaikutuksessa ikäistensä kanssa.

Tutkimuksen tulosten mukaan toimintaterapeutit käyttävät myös jonkin verran kuvia toiminnan tukena. Yleensä kuvien on ajateltu olevan ainoastaan kommunikointikeino, mutta lapsilla, joilla on kielellinen erityisvaikeus, ne toimivat myös ajattelun ja toiminnan jäsentämisenä. Lapsen on helppompaa suunnitella ja ohjata toimintaansa kuvien avulla. Käypä hoito –suosituksen (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011) mukaan on usein tarpeellista käyttää erilaisia puhetta tukevia ja korvaavia kommunikointimenetelmiä. Ne helpottavat lapsen kanssa kommunikointia ja vähentävät oppimisen, käyttäytymisen ja vuorovaikutuksen ongelmia. Kuvilla ja tukiviittomilla voidaan havainnollistaa ja jäsentää toimintaa, opetella uusia käsitteitä ja kartuttaa sanavarastoa sekä auttaa lasta ennakoimaan asioita. Näiden käyttö terapiassa on siis perusteltua. Myös Case-

Smith (2001, 9) toteaa, että kuvien käytöllä niiden lasten kanssa, joilla on kielellisiä vaikeuksia, voidaan opettaa uusia taitoja.

Yhteenvedona tutkimuksesta voidaan todeta, että toimintaterapeuttien toteuttama terapia lasten kanssa, joilla on jokin kielellinen erityisvaikeus, on hyvin samankaltaista kuin muillekin lapsille toteutettu toimintaterapia. Tutkimukseen vastanneet toimintaterapeutit eivät tuoneet kovin tarkasti esille käyttämiään menetelmiä. He kertoivat, että menetelmien miettiminen oli melko hankalaa, sillä ne riippuvat niin paljon yksittäisestä lapsesta ja hänen tilanteestaan. Menetelmien tulisi kuitenkin olla yksilöllisiä valintoja lapsen tarpeet kohdaten. Koska kielellisiä erityisvaikeuksia ylipääntään on tutkittu toimintaterapian alueella hyvin vähän, on vaikea verrata tutkimuksesta saatuja tuloksia mihinkään. Ulkomaisissa tutkimuksissakin tämä aihealue on vielä melko tuntematon. Tukea tutkimuksista saatiin ainoastaan sille, että motoriset vaikeudet ja kielelliset erityisvaikeudet kulkevat käsi kädessä. Käytetyille menetelmille tuli eniten tukea Käypä hoito -suosituksesta (Kielellinen erityisvaikeus 2010, hakupäivä 12.7.2011). Ulkomaista tutkimusta aiheesta löytyy jonkin verran, mutta toimintaterapian osuudesta ei juuri lainkaan. Löydetyt tutkimukset olivat myös usein maksullisten palvelimien takana, joita ei tämän opinnäytetyön puitteissa ollut mahdollista hankkia.

9 POHDINTA

9.1 Pohdintaa tutkimusaiheesta

Tämän työn tekeminen on ollut antoisa ja haastava prosessi. Tutkittua tietoa aiheesta on vähän ja se on pääosin muiden ammattialojen julkaisuja. Tutkimuksen tulosten perusteella toimintaterapian tavoitteet ovat hyvin pitkälti valmiuksien ja taitojen tasolla. Tulkinnanvaraiseksi jää, ovatko nämä tavoitteet täysin irrallaan toiminnan tasosta vai ovatko vastaajat pyrkineet ilmaisemaan ne vastausten analysoimisen helpottamiseksi mahdollisimman pieninä tavoitteina. Toimintaterapian perusajatuksena on kuitenkin toiminnan tasolta lähteminen ja arvioinnin ja terapian kohdentaminen toiminnan tasolle.

Tulosten mukaan menetelmänä käytettiin paljon leikkiä, mikä on ymmärrettävää, kun otetaan huomioon terapiassa käyvien lasten ikäryhmät. Leikki on kuitenkin 4–5 -vuotiailla ja vielä 6–9 -vuotiaillakin merkittävässä osassa ja sillä on erityinen osa toimintakokonaisuuksissa. Menetelmänä käytettiin myös jonkin verran perinteisiä pöytätason tehtäviä. Toki näillekin on omat perustellut käyttökohteensa. Olisin toivonut saavani enemmän konkreettisempaa tietoa menetelmistä. Nyt ne jäivät muutaman sanan tasolle. Luultavasti kvalitatiivisen tutkimustavan kautta olisin saanut tähän paremmin vastauksia.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimus tulee tehdä rehellisesti, puolueettomasti ja siten, ettei vastaajille aiheudu tutkimuksesta haittaa. Onnistunut tutkimus vastaa sille asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Yksi tutkimuksen luotettavuustekijä on **validiteetti**, jonka avulla mitataan, että tutkimuksessa on tutkittu juuri sitä, mitä on pitänytkin. Validius on tärkeää varmistaa jo etukäteen huolellisella suunnittelulla sekä harkitulla tiedonkeruulla. Validissa tutkimuslomakkeessa kysymykset mittaavat oikeita asioita. (Heikkilä 2008, 29–30; Metsämuuronen 2009, 74.) Tutkimuksen validiteetti kärsii, mikäli vastaajat ymmärtävät kysymykset väärin, eivätkä ajattelekaan niin kuin tutkija on ajatellut (Valli 2001, 28; Vilka 2005, 161). Tutkimuksen käsitteet, perusjoukko ja muuttujat tulee määritellä tarkkaan, aineiston keräämistä varten tehty lomake on suunniteltava huolellisesti sekä varmistuttava siitä, että tutkimusongelmiin saadaan tutkimuksen avulla vastaus (Vilka 2005, 161). Tutkimuksen validiteetti varmistettiin sillä, että lomake suunniteltiin tarkasti, käsitteet määriteltiin huolellisesti sekä kysy-

mykset muotoiltiin vastaamaan tutkimusongelmia. Tässä oli apuna muuttujataulukko (Liite 1), johon kerättiin tutkimusongelmiin vastaavat kysymykset. Kyselylomake esitettiin ennen aineiston keräämistä. Esitestauksella pyrittiin vaikuttamaan siihen, että vastaajat ymmärtäisivät kysymykset oikein, eikä niissä tulisi tulkinnanvaraisuuksia (Valli 2001, 31; Hirsjärvi ym. 2005, 216–217). Havaittujen ongelmakohtien muuttaminen paransi tutkimuksen validiteettia. Koska lomake oli kaikille sama, paransi se tutkimuksen validiteettia.

Tutkimuksen toinen luotettavuustekijä on **reliabiliteetti**, joka mittaa tutkimuksen toistettavuutta eli sitä, saataisiinko samalla mittarilla samanlaiset tulokset useaan kertaan toteutettuna (Metsämurtonen 2009, 74). Reliabiliteetti mittaa tutkimuksen ei-sattumanvaraisia tuloksia. Siinä on merkittävässä asemassa oikein valitut mittarit ja niiden soveltuvuus asian mittaamiseen (Valli 2001, 92). Tutkimuksen tuloksiin ja sitä myöten reliabiliteettiin voi vaikuttaa esimerkiksi liian pieni otoskoko tai kato. Jotta tutkimus olisi luotettava, pitää varmistaa, että otos edustaa tutkittavaa perusjoukkoa. (Heikkilä 2008, 30–31.) Tässä tutkimuksessa reliabiliteettia pyrittiin lisäämään houkuttelevalla ja jokaisen vastaajan vastausta arvostavalla saatekirjeellä. Tällä pyrittiin nostamaan tutkimuksen otoskoko. Lisäksi aineiston keruun puolivälissä lähetettiin muistutusviesti tutkimukseen osallistumisesta.

Yksi tärkeä tekijä tutkimuksen luotettavuudessa on se, etteivät tutkimuksen tulokset saa olla tutkijariippuvaisia. Tutkimuksen **objektiivisuuden** varmistamiseksi tulokset on analysoitu rehellisesti ja puolueettomasti. Objektiivisuuden kannalta on myös tärkeää, etteivät tutkijan omat poliittiset tai moraaliset vakaumukset, näkökulmat tai kiinnostuksen kohteet vaikuta tutkimuksen kulkuun tai vastausten analysointiin. Tästä tietoisena olen pyrkinyt siihen, että nämä vaikuttaisivat mahdollisimman vähän. Analysoinnissa käytettiin tarkkuutta ja aineistosta tehtiin tarkistusanalysointi ennen lopullisten tulosten kirjaamista ja raportoimista. (ks. Heikkilä 2008, 31.) Vallin (2001, 31) mukaan tutkimuksen eettisyyttä lisää se, ettei tutkija voi omalla läsnäolollaan tai olemuksellaan vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Koska aineiston keruu toteutettiin sähköisesti, ei tutkijan läsnäolo ole vääristänyt tämän tutkimuksen tuloksia.

Myös **avoimuus** on tärkeä tekijä. Tämä tarkoittaa avoimuutta sekä tutkimuksen tekovaiheessa että tuloksia analysoitaessa. Tutkittaville tulee selvittää tutkimuksen tarkoitus ja käytötapa ja raportissa tulee esittää kaikki tärkeät tulokset ja johtopäätökset. (Heikkilä 2008, 31–32.) Tutkimuksen tarkoitus selvitettiin tutkittaville saatekirjeessä. Siinä kerrottiin, miksi tutkimus tehdään ja mitä hyötyä tutkimukseen vastaamisesta vastaajalle ja hänen ammattikunnalleen on.

9.3 Tutkimuksen eettiset vaatimukset

Tutkimuksessa **eettisyys** on tärkeä asia. Tällä tarkoitetaan hyvän tieteellisen käytännön noudattamista tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimus on tehty rehellisesti. Sekä tutkimustulokset että käytetyt menetelmät on raportoitu huolellisesti ja täsmällisesti. Johtopäätöksissä on esitetty tutkimusongelmien kannalta olennaiset tiedot. Tekstiä lainatessa käytetyt lähteet on merkitty asianmukaisin lähdemerkinnöin (ks. Mäkinen 2006, 25–27.) Hirsjärven ym. (2005, 26) mukaan aiheen valinta on eettinen ratkaisu, jossa määritellään, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimus suoritetaan. Aihevalinta on tehty tutkijan mielenkiinnon pohjalta sekä ajatellen sen hyödyttävän ammattikuntaa. Aiheesta ei ole olemassa tutkittua tietoa, joten sen tutkiminen oli perusteltua.

Tutkimuksen kohdistuessa ihmisiin on suostumuksen hankkiminen erityisen tärkeää. Aineiston keräämisessä pitää taata anonymiteetti ja tietojen luottamuksellisuus sekä asianmukainen tallentaminen. (Hirsjärvi ym. 2005, 26–27.) Tutkittavilla pitää olla oikeus päättää tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksesta ei saa aiheutua siihen osallistuville kohtuutonta haittaa, eikä se saa vaarantaa yksityisyyden suojaa. Kerätyt tiedot tulee hävittää asianmukaisesti sen jälkeen, kun niitä ei enää tarvita tutkimuksen analysoimisessa eikä niitä saa käyttää muuhun tarkoitukseen. (Mäkinen 2006, 147–148.) Jokaisella vastaajalla on oikeus pitää henkilöllisyytensä salassa, eikä se saisi paljastua tutkimuksen missään vaiheessa. Erityisen tärkeää tämä on tulosten raportointivaiheessa, yksittäisen vastaajan tulokset eivät saa olla tunnistettavissa. (Heikkilä 2008, 32.)

Tutkimuksen vastaajat valikoituivat vapaaehtoisuuden periaatteella. Jokainen tutkimukseen osallistuja oli mukana tutkimuksessa mukana omasta tahdostaan. Tutkittaville kerrottiin saatekirjeessä tutkimuksen tarkoitus ja sen eteneminen. Kyselylomake laadittiin siten, etteivät yksittäisen vastaajan tiedot tulleet tutkijan tietoon. Vastaukset menivät suoraan Webropol-ohjelmistoon, eikä tutkija saanut missään vaiheessa tietää vastaajan henkilötietoja tai tietokoneen IP-osoitetta, josta vastaaja voitaisiin tunnistaa. Kaikki vastaukset on käsitelty luottamuksellisesti. Tutkimuksen tulokset on julkaistu kokonaistuloksina, jolloin yhdenkään yksittäisen vastaajan vastaukset eivät näy tuloksissa. Aineiston analysoimisen jälkeen kerätty aineisto hävitettiin, jottei sitä voi käyttää muihin tarkoituksiin, eikä se joudu ulkopuolisten käsiin.

9.4 Oma työskentely

Tämän tutkimuksen tekeminen on ollut äärimmäisen mielenkiintoinen prosessi ja olen oppinut sen aikana paljon. Erityisen iloinen olen siitä, että vaihdoin valmistavan seminaarin aiheeseen ja aloitin tutkimussuunnitelman tekemisen lähes nollasta. Kiinnostukseni tähän aiheeseen nousi käytännön harjoittelustani, jossa tein töitä lasten kanssa, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia. Jäin tällöin pohtimaan, onko olemassa jotain käytäntöjä, joiden mukaisesti toimitaan. Harjoittelun aikana meidän piti tehdä näyttöön perustuvan käytännön tehtävä, jota olen osin pystynyt hyödyntämään tämän tutkimuksen viitekehystä laatiessani.

Olen iloinen, että olen nyt saanut tämän prosessin loppuun ja valmis tutkimus on käsillä. Tutkimuksen tahti on ollut todella ripeä ja töitä sen eteen on tullut tehtyä paljon. Käytännössä aikaa tutkimussuunnitelmasta valmiiseen opinnäytetyön raporttiin on mennyt vajaa puoli vuotta. Onneksi minulla on kaikki muut opinnot jo suoritettuna, joten olen voinut täysipäiväisesti keskittää voimavarani tämän työn tekemiseen. Aineiston analysointi on ollut hyvin mielenkiintoista, mutta osin myös raskasta puuhaa. Välillä olen kaivannut toisen mielipidettä, mutta onneksi ohjaus ja muiden luokkatovereiden kanssa puhuminen ovat auttaneet eteenpäin.

Tämän opinnäytetyön aikana tietämykseni ja taitoni lasten toimintaterapiasta on kasvanut valtavasti. Tutkimuksen avulla olen saanut paljon työkaluja tulevaan työhöni, jossa toivottavasti tulen työskentelemään lasten parissa. Tutkimuksen tekemisestä minulla on aikaisemmin ollut ainoastaan teorialason tietoa, joten on ollut mielenkiintoista päästä kokeilemaan taitojaan myös käytännössä. Koen, että olen tämän prosessin aikana kasvanut ammatillisesti ja saanut sellaisia eväitä työelämään, joita en muuten olisi saanut. Ilman kurinalaisuutta tämä tutkimus ei olisi valmistunut aikanaan. Koen, että tästä sinnikkydestä ja päättäväisyydestä on myös tulevilla työmarkkinoilla hyötyä. Olen oppinut hakemaan alan uusimpia tutkimuksia, ja kirjallisuutta etsiessäni olen perehtynyt myös moneen sellaiseen tutkimukseen, jotka eivät ole olleet oman tutkimukseni kannalta olennaisia. Olen kuitenkin saanut paljon uutta tietoa toimintaterapian uusimmista tuulista ja koen, että työelämään astuessani minulla on nyt alan tuorein tietämys mukana.

Jälkikäteen ajateltuna tutkimuksen viitekehysten tekeminen valmiimmaksi olisi helpottanut tutkimuksen tulosten analysointia, sillä minulla olisi ollut kirjallisuudesta saatu tieto jo valmiina. Koen kuitenkin, että liiallinen tietämys olisi saattanut vinouttaa tutkimuksen tuloksia, sillä kysymyksistä olisi voinut tulla liian johdattelevia. Tämän hetkiselällä tiedolla olisin kuitenkin tehnyt kyselylomak-

keen kysymyksistä vähän erilaiset, jolloin olisin mahdollisesti saanut niistä paremmat tulokset. Olisin tehnyt kysymyksistä yksityiskohtaisempia ja pilkkonut niitä vielä pienempiin yksiköihin, jotta olisin saanut tarkempaa tietoa.

Mielestäni tämän tutkimuksen suorittaminen kvantitatiivisena tutkimuksena oli kuitenkin tarpeen, sillä aiheesta ei ole Suomessa julkaistua tutkimustietoa. Kvantitatiivisen metodologian avulla minun oli mahdollista ottaa tutkimukseen mukaan niin monta vastaajaa, kuin siihen halusi osallistua. Mikäli olisin toteuttanut tutkimuksen kvalitatiivisesti, tähän ei olisi ollut mahdollisuuksia. Erityisen haasteelliseksi tutkimusaiheen teki se, ettei minulla ollut tietoa niistä toimintaterapeuteista, jotka työskentelevät tutkittavana olleen asiakasryhmän kanssa. En siis voinut ennakolta tietää, kuinka monta vastausta tulisin saamaan. Tutkimuksen toteuttaminen kvalitatiivisena olisi vaatinut niiden toimintaterapeuttien kartoittamista, jotka työskentelevät lasten kanssa, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia, ja sieltä otoksen poimimista. Jotta tutkimuksen tulos olisi ollut luotettava, olisi vastaajia pitänyt olla useampi. Kvalitatiivisen tutkimuksen tekeminen yksin ja sen analysoiminen ei tuntunut houkuttelevalta, joten päädyin kvantitatiiviseen tutkimukseen. Itse kyselylomakkeen laatiminen oli mielestäni mukavaa ja sen toteuttaminen Webropol-ohjelmiston avulla oli helppoa. Olen käyttänyt paljon erilaisia tietokoneohjelmia, joten tietotekniikan hyödyntämien omassa tutkimuksessa oli minulle luonnollinen valinta.

Tutkimuksen vastausten perusteella työelämässä oltiin kiinnostuneita saamaan tietoa tällaisesta tutkimuksesta, sillä vastaavaa tutkimusta ei ole tehty aikaisemmin. Tutkimusmenetelmä oli sinänsä toimiva, mutta on vaikea sanoa kuinka syvällisesti vastaajat olivat paneutuneet kyselyyn, sillä vastaukset olivat lyhyitä. Toki tulee muistaa, että kyseessä on kvantitatiivinen tutkimus ja tarkoituksena on saada määrällistä, ei niinkään laadullista tietoa. Olisikin mielenkiintoista tutkia asiaa tarkemmin ja pohtia tavoitteiden ja käytettyjen menetelmien yhteyttä toisiinsa. Oliko tämä vain tämän tutkimuksen tulos vai onko tämä kuinka yleistä kentän työssä? Luultavasti kvalitatiivisella tutkimuksella olisin saanut tarkempaa tietoa, ja tämä jäi hiukan pintapuoliseksi katsaukseksi. Tästä aiheesta ei kuitenkaan ole Suomessa aikaisempaa tutkittua tietoa, joten tämä on ensimmäinen työ siihen aiheeseen. Jatkossa voisi tehdä tutkimuksen esimerkiksi käytetyistä menetelmistä laadullisella tutkimuksella.

Erityisen turhauttavaksi koin tutkimustiedon etsimisen. Hyviä tutkimuksia tuntui olevan, mutta ne kaikki olivat valitettavasti maksullisia eikä niitä ollut opiskelijabudjetilla mahdollisuutta hankkia. Valitettavasti siis osa tiedosta on maksullisten palvelimien takana. On vaikea ottaa kantaa siihen,

olisiko niissä ollut tutkimuksen kannalta jotain lisätietoa vai ei. Toimintaterapian tutkimuksia ne eivät olleet, vaan yleisiä tutkimuksia lapsen kielellisestä erityisvaikeudesta sekä motorisesta suoriutumisenesta.

9.5 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen tietoa voidaan käyttää suunniteltaessa sisältöä niiden lasten kuntoutukselle, joilla on kielellinen erityisvaikeus. Tutkimuksen tuloksia ja viitekehystä voidaan käyttää apuna määriteltävässä niiden lasten toimintaterapiaa, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia. Sitä voidaan myös valikoidusti käyttää terapian kohdentamisen perusteluna. Tutkimusten mukaan lapsilla, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia, on ongelmia motoriikassa, joten terapian kohdentaminen siihen on perusteltua. Tämä työ tulee siis olemaan osa toimintaterapeuttienkin käyttämää näyttöön perustuvaa toimintatapaa, jossa omaa työskentelyä tulee suunnata viimeisimmän tutkitun tiedon mukaan.

Koska tästä aiheesta ei ole aikaisempaa tutkittua tietoa, voidaan tämän opinnäytetyön viitekehystä ja tuloksia hyödyntää jo koulutusvaiheessa. Viitekehyksestä saa paljon tietoa motoriikan ja kielen kehityksen välisestä yhteydestä ja tuloksista saa tietoa käytännön työelämän toteutustavoista. Tulosten perusteella voidaan tavoitteiden laatimiseen ja menetelmien käyttämiseen perehtyä paremmin ja korostaa niiden välisen yhteyden saavuttamista. Tuloksia voidaan myös käyttää jatkokoulutuksia suunniteltaessa, jossa voidaan käsitellä tavoitteiden ja menetelmien laatimista. Käytännön työelämässä toimintaterapeutit voivat käyttää tätä tutkimusta kertoessaan omasta työstään ja perustellessaan tekemiään valintojaan. Työtä voidaan myös käyttää erilaisten luentojen tai koulutusten teoriapohjana ja alustuksena aiheeseen.

Kommenttien perusteella kyselyyn vastanneet toimintaterapeutit kokivat aiheen olevan ajankohdainen ja mielenkiintoinen. Aiheeseen liittyvän mielenkiinnon puolesta puhuu se, että vastanneista suurin osa halusi tämän loppuraportin itsellensä sähköisesti sen valmistuttua. Käytännön työelämässä oli siis tarvetta tällaiselle tutkimukselle ja toimintaterapeutit kiittelivät jo etukäteen tulosten saamista. Tarvetta siis tämän tyyppiselle tutkimukselle on ollut erityisesti oman työn suunnittelun näkökulmasta. Toimintaterapeutit toivat palautteissaan myös esille, että he toivovat voivansa kehittää omaa työtään oikeaan suuntaan tässä tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella. Tutkimuksen tulokset tullaan laittamaan myös opinnäytetyötietokanta Theseukseen, josta kaikki kiinnostuneet voivat sen käydä lukemassa.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia toimintaterapian vaikuttavuutta niiden lasten kohdalla, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia. Erityisesti käytettäviä menetelmiä voisi tutkia enemmän laadullisen tutkimuksen avulla. Mielenkiintoista olisi tutkia, ovatko tavoitteet ja menetelmät usein näin ristiriidassa, vai oliko se vain tämän tutkimuksen tulos.

Toimintaterapeutit kuvasivat käytettäviä menetelmiä muutamain sanoin, joten on vaikeaa tietää, jäikö tutkimuksen tulos kapea-alaiseksi toteutetun tutkimustavan vuoksi vai ei. Olisi mielenkiintoista, että aihetta tutkittaisiin lisää erityisesti toimintaterapian tehokkuuden näkökulmasta. Onko toimintaterapiasta ollut silloin apua, kun lapsella on kielellinen erityisvaikeus? Auttavatko erilaiset motoriset harjoitteet lasta silloin, kun hänellä on kielellinen erityisvaikeus? Tätä asiaa ei tämän tutkimuksen puitteissa ollut mahdollista tutkia, mutta sitä voisi tutkia jatkossa. Koska arviolta 7 %:lla lapsista on kielellisiä erityisvaikeuksia, olisi tärkeää tietää, onko toimintaterapia vaikuttava kuntoutusmuoto. Vaikuttavuudella voitaisiin myös perustella terapian tarvetta niiden lasten kohdalla, jotka tällä hetkellä jäävät ilman kuntoutusta.

LÄHTEET

Ahonen, T., Viholainen, H., Cantell, M. & Rintala P. 2005. Motoriikka ja oppimisvaikeudet. Teoksessa P. Rintala, T. Ahonen, M. Cantell & P. Rintala. Liiku ja opi. Liikunnasta apua oppimisvaikeuksiin. Jyväskylä: PS-kustannus. 7–24.

Aro, T., Eronen, T., Qvanström, M., Palmroth, A., Römän, M., Danner, P., Lautamo, T., Jordan-Kilki, P., Kokko, J., Leppäsaari, T. & Nieminen, M. 2003. Diagnoosista kuntoutukseen. Teoksessa T. Siiskonen, T. Aro, T. Ahonen & R. Ketonen (toim.) Joko se puhuu? Kielenkehityksen vaikeudet varhaislapsuudessa. Jyväskylä: PS-kustannus. 144–163.

Ayres, A. 2008. Aistimusten aallokossa: Sensorisen integraation häiriö ja terapia. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Blanche, E. I. & Kiefer, D. B. 2007. Sensory Integration and Neurodevelopmental Treatment as Frames of Reference in the Context of Occupational Science. Teoksessa S. B. Dunbar Occupational Therapy Models for Intervention with Children and Families. Thorofare (NJ): Slack Incorporated. 11–26.

Case-Smith, J. 2001. An Overview of Occupational Therapy for Children. Teoksessa J. Case-Smith (ed.) Occupational Therapy for Children. 4th edition. St. Louis: Mosby. 2–20.

Case-Smith, J. 2005. Teaming. Teoksessa J. Case-Smith (ed.) Occupational Therapy for Children. 5th edition. St. Louis: Mosby. 32–52.

Case-Smith, J., Richardson, P. & Schultz-Krohn, W. 2005. An Overview of Occupational Therapy for Children. Teoksessa J. Case-Smith (ed.) Occupational Therapy for Children. 5th edition. St. Louis: Mosby. 2–31.

Clark, G. F., Polichino, J. & Jackson, L. 2004. Occupational Therapy Services in Early Intervention and School-Based Programs. *The American Journal of Occupational Therapy* 58 (6), 681–685.

Cohn, E. S. 2009. Team Interaction Models and Team Communication. Teoksessa Blesedell Crepeau, E., Cohn, E. S. & Boyt Schell, B. A. (ed.) Willard & Spackman's Occupational Therapy. 11th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 396–402.

Cole, M. B. & Tufano R. 2008. Applied Theories in Occupational Therapy. A Practical Approach. Thorofare: Slack Incorporated.

Creek, J. 2008a. Approaches to Practice. Teoksessa J. Creek & L. Lougher (ed.) Occupational Therapy and Mental Health. 4th edition. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone. 59–80.

Creek, J. 2008b. The Knowledge Base of Occupational Therapy. Teoksessa J. Creek & L. Lougher (ed.) Occupational Therapy and Mental Health. 4th edition. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone. 31–56.

Danner, P. 1996. Dysfaattisen lapsen toimintaterapia. Teoksessa U. Hyytiäinen-Ruokokoski (toim.) Dysfasia: Kielen kehityksen erityisvaikeus. 2. painos. Turku: Aivohalvaus- afasialiitto ry. 96–105.

Darlington, Y. & Rodger, S. 2006. Families and Children's Occupational Performance. Teoksessa S. Rodger & J. Ziviani (ed.) Occupational Therapy with Children. Understanding Children's Occupations and Enabling Participation. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. 22–40.

DeGrace, B. W. 2007. The Occupational Adaptation Model: Application to Child and Family Interventions. Teoksessa S. B. Dunbar Occupational Therapy Models for Intervention with Children and Families. Thorofare (NJ): Slack Incorporated. 97–126.

Dunbar, S. B. 2007. Theory, Frame of Reference, and Model: A Differentiation for Practice Considerations. Teoksessa S. B. Dunbar Occupational Therapy Models for Intervention with Children and Families. Thorofare (NJ): Slack Incorporated. 1–9.

Foster, M. 2003. Skills for Practice. Teoksessa A. Turner, M. Foster & S. E. Johnson (ed.) Occupational Therapy and Physical Dysfunction. Principles, Skills and Practice. 5th edition. Edinburgh: Churchill Livingstone. 85–106.

Griffer, M. 1999. Is Sensory Integration Effective for Children with Language-Learning Disorders?: A Critical Review of the Evidence. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 30, 393–400.

Hagedorn, R. 2000. *Tools for Practice in Occupational Therapy. A Structured Approach to Core Skills and Processes*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Harding, J., Harding, K., Jamieson, P., Mullally, M., Politi, C., Wong-Sing, E., Law, M. & Petrenchik, T. 2009. Children with Disabilities' Perceptions of Activity Participation and Environments: A Pilot Study. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 76 (3), 133–144.

Hautala, T., Hämäläinen, T., Mäkelä, L. & Rusi-Pyykönen, M. 2011. *Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä*. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.

Heikkilä, T. 2008. *Tilastollinen tutkimus*. 7., uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Hietanen, J. 2004. Lasten leikintäyhteistä terapiaa. *Dysfasia. Puheen- ja kielenkehityksen erikoislehti* 3 (2), 26.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. *Tutki ja kirjoita*. 11. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Humphry, R. & Case-Smith, J. 2001. *Working with Families*. Teoksessa J. Case-Smith (toim.) *Occupational Therapy for Children*. 4th edition. St. Louis: Mosby. 95–135.

Hutton, D. 2008. *Play*. Teoksessa J. Creek & L. Lougher (toim.) *Occupational Therapy and Mental Health*. 4th edition. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone. 345–358.

Isoherranen, K. 2005. *Moniammatillinen yhteistyö*. Vantaa: WSOY.

Kajanto, M. 2004. Onnistumisen elämyksiä. Toimintaterapian tavoitteena hyvät taidot ja hyvä itsetunto. *Dysfasia. Puheen- ja kielenkehityksen erikoislehti* 3 (2), 24–25.

Kielellinen erityisvaikeus (dysfasia, lapset ja nuoret). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Foniatri ry:n ja Suomen Lastenneurologisen yhdistyksen ja asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Hakupäivä 12.7.2011, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50085?hakusana=dysfasia>.

Kielhofner, G. 2002. The Environment and Occupation. Teoksessa G. Kielhofner Model of Human Occupation. Theory and Application. 3rd edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Koivikko, M. & Sipari, S. 2006. Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus. Helsinki: Vajaaliikkeisten Kuntory.

Korteniemi, P. & Borg, P. 2008. Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä? Stakesin työpapereita 23/2008. Helsinki: Stakes. Hakupäivä 9.8.2010, <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T23-2008-VERKKO.pdf>.

Kramer, J. M. & Bowyer, P. 2007. Application of the Model of Human Occupation to Children and Family Interventions. Teoksessa S. B. Dunbar Occupational Therapy Models for Intervention with Children and Families. Thorofare (NJ): Slack Incorporated. 51–96.

Launiainen, H. & Lintula, L. 2003. Toimintaterapia ja toimintaterapeutit. Teoksessa V. Aralinn, T. Harra, T. Holma (toim.), A. Kanto-Ronkanen, H. Kara, R. Korkiatupa, H. Launiainen, L. Lintula & J. Pihlava. Toimintaterapianimikkeistö 2003. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 7–9.

Launonen, K. 2002. Kommunikointi ja vuorovaikutus. Teoksessa M. Jahnukainen (toim.) Lasten erityishuolto ja -opetus Suomessa. 11. täydennetty painos. Helsinki: Lastensuojelun Keskusliitto. 229–238.

Lautamo, T. 2001. 7–10-vuotiaiden dysfaattisten lasten motoriset- ja prosessitaidot. Jyväskylän yliopisto: Terveystieteiden laitos. Hakupäivä 3.8.2010, <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12541/tilauta.pdf?sequence=1>.

Law, M., Missiuna, C., Pollock, N. & Stewart, D. 2001. Foundations for Occupational Therapy Practice with Children. Teoksessa J. Case-Smith (toim.) Occupational Therapy for Children. 4th edition. St. Louis: Mosby. 39–70.

Lewin, J. & Reed, C. 1998. *Creative Problem Solving in Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott.

Lyytinen, H. 2004. Oppimisen häiriöt. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 249–260.

Lyytinen, P. & Lautamo, T. 2003. Leikki. Teoksessa T. Siiskonen, T. Aro, T. Ahonen & R. Ketonen (toim.) *Joko se puhuu? Kielenkehityksen vaikeudet varhaislapsuudessa*. Jyväskylä: PS-kustannus. 199–119.

Mandich, A. & Rodger, S. 2006. Doing, Being and Becoming: Their Importance for Children. Teoksessa S. Rodger & J. Ziviani (ed.) *Occupational Therapy with Children. Understanding Children's Occupations and Enabling Participation*. Blackwell Publishing Ltd. 115–135.

McHugh Pendleton, H. & Schultz-Krohn, W. 2006. The Occupational Therapy Practice Framework and the Practice of Occupational Therapy for People with Physical Disabilities. Teoksessa H. McHugh Pendleton & Schultz-Krohn W. (ed.) *Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction*. 6th edition. 2–16.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Tutkijalaitos. 4. laitos, 1. painos. Helsinki: International Methelp Oy.

Morrison, R. & Burgman, I. 2009. Friendship Experiences Among Children with Disabilities Who Attend Mainstream Australian Schools. *Canadian Journal of Occupational Therapists* 76 (3) 145–152.

Mosey, A. 1996. *Psychosocial Components of Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.

Munier, V., Myers, C. T. & Pierce, D. 2008. Power of Object Play for Infants and Toddlers. Teoksessa L. D. Parham & L. S. Fazio (ed.) *Play in Occupational Therapy for Children*. Second edition. St. Louis: Mosby Elsevier. 219–250.

- Mäkinen, O. 2006. Tutkimuseetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Määttä, P. 2001. Perhe asiantuntijana: erityiskasvatuksen ja kuntoutuksen käytännöt. 2. painos. Jyväskylä: Atena.
- Numminen, H. 2009. Koulunaloitus ja oppimisvaikeudet. Dysfasia: puheen ja kielenkehityksen erityislehti 8 (3), 4–5.
- Numminen, H. & Sokka, L. 2009. Lapsellani on oppimisvaikeuksia. Helsinki: Edita.
- Nurmi, J-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2006. Ihmisen psykologinen kehitys. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Parham, L. D. 2008. Play and Occupational Therapy. Teoksessa L. D. Parham & L. S. Fazio (ed.) Play in Occupational Therapy for Children. 2nd edition. St. Louis: Mosby Elsevier. 3–42.
- Parham, L. D. & Mailloux, Z. 2005. Sensory Integration. Teoksessa J. Case-Smith (ed.) Occupational Therapy for Children. 5th edition. St. Louis: Mosby. 356–411.
- Pierce, D. E. 2003. Occupation by Design. Building Therapeutic Power. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Pollock, N., Missiuna, C. & Rodger, S. 2010. Occupational Goal Setting with Children and Families. Teoksessa S. Rodger (toim.) Occupation-Centred Practice with Children. A Practical Guide for Occupational Therapists. 114–134.
- Rechetnikov, R. & Maitra, K. 2009. Motor Impairments in Children Associated With Impairment of Speech or Language: A Meta-Analytic Review of Research Literature. American Journal of Occupational Therapy 63 (3), 255–263.
- Reed, K. & Sanderson S. 1999. Concepts of Occupational Therapy. Fourth edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Reitz, S. M., Pizzi, M. A. & Scaffa, M. E. 2010. Evaluation Principles in Health Promotion Practice. Teoksessa M. E. Scaffa, S. M. Reitz & M. A. Pizzi Occupational Therapy in the Promotion of Health and Wellness. Philadelphia: F. A. Davis Company. 157–172.

Richardson, P. K. & Schultz-Krohn, W. 2001. Planning and Implementing Services. Teoksessa J. Case-Smith (ed.) Occupational Therapy for Children. 4th edition. St. Louis: Mosby. 246–265.

Rigby, P. & Rodger, S. 2006. Developing as a Player. Teoksessa S. Rodger & J. Ziviani (toim.) Occupational Therapy with Children. Understanding Children's Occupations and Enabling Participation. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. 177–199.

Rodger, S. 2010. Introduction to Occupation-centred Practice with Children. Teoksessa S. Rodger (ed.) Occupation-Centred Practice with Children. A Practical Guide for Occupational Therapists. 1–20.

Rodger, S., Brown, G. T. & Brown, A. 2005. Profile of Paediatric Occupational Therapy Practice in Australia. Australian Occupational Therapy Journal 52 (4), 311–325.

Rodger, S. & Keen, D. 2010. Child- and Family-centred Service Provision. Teoksessa S. Rodger (ed.) Occupation-Centred Practice with Children. A Practical Guide for Occupational Therapists. 45–74.

Schultz-Krohnin, W. & McHugh Pendleton, H. 2006. Application of the Occupational Therapy Practice Framework to Physical Dysfunction. Teoksessa H. McHugh Pendleton & W. Schultz-Krohn (ed.) Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction. 6th edition. 28–52.

Smith, J. 2006. Documentation of Occupational Therapy Services. Teoksessa H. McHugh Pendleton & W. Schultz-Krohn (ed.) Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction. 6th edition. 110–129.

Silvén, M. 1999. Löytyykö kieli ja mieli vuorovaikutuksesta? Teoksessa E. Saarinen (toim.) Sairaalan ja vammaisen lapsen hyvä elämä. 2. painos. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto. 40–54.

Taylor, M. 2007. Evidence-based Practice for Occupational Therapists. 2nd edition.

Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Toimintaterapianimikkeistö 2003. Suomen Kuntaliitto & Suomen Toimintaterapeuttiliitto. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Visscher, C., Houwen, S., Scherder, E., Moolenaar, B. & Hartman, E. 2007. Motor Profile of Children with Developmental Speech and Language Disorders. *Pediatrics* 120 (1), e158-e163. Hakupäivä 25.1.2012, <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/1/e158.full.pdf+html>.

Väyrynen, S. 2001. Miten opitaan elämään yhdessä? – Inklusion monet kasvot. Teoksessa P. Murto, A. Naukkarinen & T. Saloviita (toim.) *Inklusion haaste koululle*. Jyväskylä: PS-Kustannus. 12-29.

Webster, I., Majnemer, A., Platt, R. & Shevell, M. 2005. Motor Function At School Age In Children With A Preschool Diagnosis Of Developmental Language Impairment. *The Journal of Pediatrics* 146 (1), 80–85.

Webster, I., Erdos, C., Evans, K., Majnemer, A., Kehayia, E., Thordardottir, E., Evans, A. & Shevell, M. 2006. The Clinical Spectrum of Developmental Language Impairment in School-Aged Children: Language, Cognitive and Motor Findings. *Pediatrics* 118 (5), e1541–1549. Hakupäivä 2.8.2010, <http://pediatrics.aappublications.org/content/118/5/e1541.full.pdf+html>.

Woodyatt, G. & Rodger, S. 2006. Communication and Social Skills for Occupational Engagement. Teoksessa S. Rodger & J. Ziviani (ed.) *Occupational Therapy with Children. Understanding Children's Occupations and Enabling Participation*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. 158–176.

Yack, E., Sutton, S. & Aquilla, P. (toim.) 2001. Leikki linkkinä lapseen. Toimintaterapiaa sensorisen integraation keinoin. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Zimmer, R. 2011. Psykomotoriikan käsikirja. Teoriaa ja käytäntöä lasten psykomotoriseen tukemiseen. Lahti: VK-Kustannus Oy.

LIITTEET

LIITE 1. Muuttujataulukko

LIITE 2. Saatekirje

LIITE 3. Kyselylomake

LIITE 4. Toimintaterapian tavoitteet

LIITE 5. Taulukot 18–21

LIITE 6. Terapiamenetelmät

Tutkimusongelmat:

1. Millaista toimintaterapiaa on lapsilla, joilla on jokin kielellinen erityisvaikeus?
2. Millaista yhteistyötä toimintaterapeutit tekevät?
3. Millaisia menetelmiä toimintaterapeutit käyttävät työskennellessään lasten kanssa, joilla on jokin kielellinen erityisvaikeus?

Tutkimusongelma	Muuttujat	Kysymykset
Taustatiedot	koulutus	1, 4, 5
	työpaikka	2
	työkokemus	3, 7
	lasten ikä	8
Toimintaterapiakäytännöt	terapian luonne	11
	ympäristö	14
	kesto	15, 16, 17
	lähettävä taho	6
	lasten ikä	8
Yhteistyö	yhteistyökumppanit	12, 13
	perhe	20
Terapiamenetelmät	teoriatausta	21
	tavoitteet	9, 10
	käytettävät menetelmät	18
	menetelmien valinta	19

Hyvä lasten kanssa työskentelevä Toimintaterapeutti,

Toimintaterapiassa on paljon lapsiasiakkaita, joilla on erilaisia toiminnalliseen suoriutumiseen vaikuttavia pulmia. Näistä yksi on kielelliset erityisvaikeudet, jotka asettavat monia haasteita lapsen arkeen. Ne voivat vaikuttaa laaja-alaisesti lapsen toimintakykyyn, osallistumiseen ja vuorovaikutukseen. Toimintaterapia on olennaisessa osassa lapsen toimivamman arjen mahdollistamisessa.

Opiskelen Oulun seudun ammattikorkeakoulussa toimintaterapiaa ja kartoitan opinnäytetyössäni toimintaterapian käytäntöjä niiden lasten kuntoutuksessa, joilla on jokin kielellinen erityisvaikeus. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa niiden lasten toimintaterapiasta, joilla on jokin kielellinen erityisvaikeus. Tavoitteena on jakaa tietoa lasten kanssa työskenteleville toimintaterapeuteille opinnäytetyön raportin avulla. Tuloksia voidaan hyödyntää myös jatko- ja täydennyskoulutuksia suunniteltaessa.

Mikäli työskentelet lasten tai nuorten kanssa, joilla on jokin kielellinen erityisvaikeus, toivon Sinun vastaavan oheisessa linkissä olevaan kyselylomakkeeseen. Voit vastata kyselyyn 8. - 21.12.2011 välisenä aikana. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 10–15 minuuttia. Antamasi vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Tulokset julkistetaan kokonaistuloksina, joten yksittäisen vastaajan tiedot eivät näy tuloksissa. Tutkimuksen tulokset esitetään Oulun seudun ammattikorkeakoululle tehtävässä opinnäytetyön raportissa keväällä 2012. Jättämällä yhteystietosi kyselylomakkeeseen vastaamisen jälkeen, saat opinnäytetyön loppuraportin suoraan sähköpostiisi sen valmistuttua.

Vastaamisen voit aloittaa klikkaamalla seuraavaa linkkiä tai kopioimalla linkin Internet-selaimen osoiteriville

<https://www.webpolsurveys.com//S/E4851AABDF7D6299.par>

Mikäli Sinulla herää kysyttävää tutkimuksesta, vastaan mielelläni kysymyksiisi sähköpostitse.

Kiitos vastauksestasi ja mukavaa joulun odotusta!

Henriikka Niemi
toimintaterapeuttiopiskelija
Oulun seudun ammattikorkeakoulu
email: xxxxxxx@students.oamk.fi

Toimintaterapiakäytännöt lapsilla, joilla on kielellinen erityisvaikeus

Arvoisa Toimintaterapeutti,

Seuraavassa on kysymyksiä niiden lasten toimintaterapiasta, joilla on jokin kielellinen erityisvaikeus. Lue jokainen kysymys huolellisesti läpi.

Taustatiedot

1. Minä vuonna olet valmistunut toimintaterapeutiksi? *

2. Missä työskentelet tällä hetkellä? *

Valitse se vaihtoehto, jossa pääsääntöisesti työskentelet lasten kanssa, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia.

- terveyskeskuksessa
- keskussairaalassa
- yliopistosairaalassa
- koulussa
- sosiaalipuolella
- yksityisyrittäjänä
- tällä hetkellä työtön
- muualla, missä?

3. Kuinka kauan olet työskennellyt lasten kanssa, joilla on kielellinen erityisvaikeus? *

- alle 1 v
- 1-5 v
- 6-10 v
- yli 10 v

4. Oletko osallistunut erikoistumis-, täydennys- tai lisäkoulutukseen, jonka aiheena ovat olleet kielelliset erityisvaikeudet? *

- kyllä
- ei

5. Mihin koulutukseen? Kuinka pitkä koulutus oli? *

6. Mitä kautta lapset, joilla on jokin kielellinen erityisvaikeus, ovat pääsääntöisesti ohjautuneet asiakkaittesi? *

Voit valita korkeintaan kolme vaihtoehtoa. Merkitse vaihtoehdot yleisyyden mukaan järjestykseen numeroilla 1-3, joista numero 1 tarkoittaa yleisintä. Halutessasi vaihtaa valitsemaasi vaihtoehtoa, poista ensin aikaisempi valintasi.

	1	2	3
terveyskeskuksen / sairaalan läheteellä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kelan maksusitoumuksella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vakuutusyhtiön maksusitoumuksella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perhe maksaa itse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu, mikä? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Kuinka monta lasta, joilla on kielellinen erityisvaikeus, sinulla on ollut asiakkaana viimeisen vuoden aikana? *

- 1-5
- 6-10
- 11-20
- yli 20

8. Minkä ikäisiä lapset ovat olleet? *

Voit valita korkeintaan kolme vaihtoehtoa. Merkitse vaihtoehdot yleisyyden mukaan järjestykseen numeroilla 1-3, joista numero 1 tarkoittaa yleisintä. Halutessasi vaihtaa valitsemaasi vaihtoehtoa, poista ensin aikaisempi valintasi.

	1	2	3
2-3 v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-5 v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-9 v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-12 v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-15 v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16-18 v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Terapian tavoitteet

9. Minkälaisia tavoitteita terapialle on asetettu? *

Ajattele kolmea viimeisintä lapsiasiakastasi ja kirjoita heistä.



10. Kuka tai ketkä ovat asettaneet tavoitteet? *

Voit valita useampia vaihtoehtoja.

- perhe
- lapsi
- toimintaterapeutti
- lähettävä taho
- joku muu, kuka?

11. Millaista toteuttamasi toimintaterapiaa on ollut? *

Vastaa jokaiseen kohtaan ja valitse työtäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto:

1 = pääsääntöisesti, 2 = jonkin verran, 3 = harvoin, 4 = ei ollenkaan

	1	2	3	4
arviointia *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yksilöterapiaa *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ryhmäterapiaa *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
konsultointia *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neuvontaa ja ohjausta *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuta, mitä? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Toteutatko terapiaa yhteistyössä jonkun toisen ammattilaisen kanssa? *

Voit valita korkeintaan kolme vaihtoehtoa. Merkitse vaihtoehdot yleisyyden mukaan järjestykseen numeroilla 1-3, joista numero 1 tarkoittaa yleisintä. Halutessasi vaihtaa valitsemaasi vaihtoehtoa, poista ensin aikaisempi valintasi.

	1	2	3
toisen toimintaterapeutin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fysioterapeutin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
puheterapeutin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykologin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opettajan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lastentarhanopettajan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalityöntekijän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jonkun muun, kenen? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

en tee yhteistyötä



13. Millaista yhteistyö on? *

Kerro yhteistyöstänne vapaasti.

14. Millaisissa ympäristöissä terapia toteutuu? *

Vastaa jokaiseen kohtaan ja valitse työtäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto:
1 = pääsääntöisesti, 2 = jonkin verran, 3 = harvoin, 4 = ei ollenkaan

	1	2	3	4
päiväkodissa *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koulussa *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kotona *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terapiatilassa *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
harrastuspaikassa *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muualla, missä? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Terapian kesto

15. Kuinka pitkiä jaksoja lasten terapiat ovat? *

Voit valita korkeintaan kolme vaihtoehtoa. Merkitse vaihtoehdot yleisyyden mukaan järjestykseen numeroilla 1-3, joista numero 1 tarkoittaa yleisintä. Halutessasi vaihtaa valitsemaasi vaihtoehtoa, poista ensin aikaisempi valintasi.

	1	2	3
alle 10 krt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 krt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 krt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 krt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 krt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

muu, kuinka paljon?

16. Kuinka usein yhden lapsen terapia toteutuu? *

Voit valita korkeintaan kolme vaihtoehtoa. Merkitse vaihtoehdot yleisyyden mukaan järjestykseen numeroilla 1-3, joista numero 1 tarkoittaa yleisintä. Halutessasi vaihtaa valitsemaasi vaihtoehtoa, poista ensin aikaisempi valintasi.

1 krt / vko

1

2

3

2 krt / vko

muu, kuinka usein?

17. Kuinka kauan lapsen yksi terapiakerta kestää? *

Voit valita korkeintaan kolme vaihtoehtoa. Merkitse vaihtoehdot yleisyyden mukaan järjestykseen numeroilla 1-3, joista numero 1 tarkoittaa yleisintä. Halutessasi vaihtaa valitsemaasi vaihtoehtoa, poista ensin aikaisempi valintasi.

30 min

1

2

3

45 min

60 min

muu, kuinka kauan?

18. Millaisia menetelmiä ja terapeuttisia toimintoja olet käyttänyt lasten kanssa, joilla on jokin kielellinen erityisvaikeus? *

Valitse ne toiminnot, joita käytät. Kerro toimintojen sisällöstä avoimessa kentässä.

itsestä huolehtiminen

asioiminen ja kotielämä

koulunkäynti

vapaa-aika

leikki

lepo

19. Millä perusteella käytettävät toiminnot / menetelmät on valittu? *



20. Miten lapsi / perhe saa vaikuttaa terapiaprosessiin? *

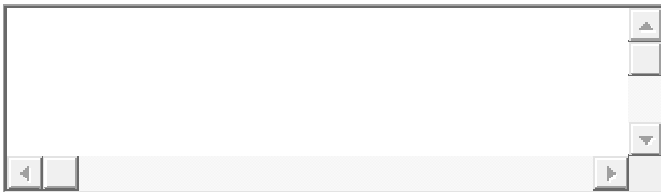
Voit valita useita vaihtoehtoja. Kerro avoimessa kentässä tarkemmin osallistumisen näkymisestä.

- lapsi asettaa terapian tavoitteet
- lapsi valitsee menetelmät
- perhe osallistuu tavoitteiden asettamiseen
- perhe osallistuu käytettävien menetelmien valitsemiseen

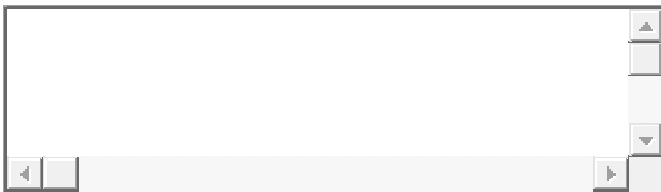


21. Mikä tai mitkä teoreettiset mallit tai viitekehykset ohjaavat toimintaasi? *

Kirjoita vapaasti.



22. Mitä muuta haluaisit kertoa? (kommentteja, lisätietoa)



23. Jätä yhteystietosi tähän, mikäli haluat loppuraportin suoraan sähköpostiisi sen valmistuttua.

Etunimi

Sukunimi

Sähköposti

Kiitos yhteistyöstä.

Kyselyn tulokset ovat luettavissa opinnäytetyön raportin valmistuttua
keväällä 2012 Theseuksen opinnäytetyö tietokannasta,
<http://www.theseus.fi>.

Survey powered by:
WebropolSurveys
WEBPOL
THE INTELLIGENT WAY

TAULUKKO 17. Toimintaterapian tavoitteet luokiteltuna toimintakokonaisuuksien, taitojen ja valmiuksien tasolle

Tavoite	lukumäärä	%
Itsestä huolehtimisen edistäminen		
- siirtymätilanteiden sujuvoituminen	1	3
- pukeutuminen	1	3
Asioimiseen ja kotielämään liittyvien toimintojen edistäminen	0	0
Koulunkäynnin ja opiskelun edistäminen	0	0
Vapaa-ajan viettämisen edistäminen	0	0
Leikkimisen edistäminen		
- leikkitaitojen kehittyminen	16	47
Motoristen taitojen vahvistaminen		
Prosessitaitojen vahvistaminen		
- toiminnan ohjauksen taitojen kehittyminen	16	47
Psyykkisten taitojen vahvistaminen	0	0
Sosiaalisten taitojen vahvistaminen		
- sosiaalisten ja vuorovaikutustaitojen kehittyminen	11	32
- oman itsen ilmaiseminen	6	18
Sensoristen valmiuksien parantaminen		
- aistisäätelyn taitojen kehittyminen	4	12
- sensomotoriikan kehittäminen	2	6
Motoristen valmiuksien parantaminen		
- hienomotoriikka (silmä-käsi yht.työ)	13	38

- karkeamotoriikka (koordinaatio, tasapaino, kehonhallinta)	14	41
- visumotoriikka	3	9
- kehon hahmotuksen vahvistuminen	3	9
- motorisen suunnittelun kehittyminen	2	6
Kognitiivisten valmiuksien parantaminen		
- tarkkaavaisuuden säätelyn kehittyminen	5	15
- keskittymiskyvyn kehittyminen	2	6
- hahmottamisen kehittyminen	4	12
- praksian edistäminen	1	3
- kouluvalmiustaitojen edistäminen	2	6
Psyykkisten valmiuksien parantaminen		
- tunteiden tunnistaminen, nimeäminen	3	9
- itseluottamuksen lisääntyminen	3	9
Sosiaalisten valmiuksien parantaminen	0	0

TAULUKKO 18. Terapian toteutuspaikka

Terapian toteutuspaikka	Pääosin		Jonkin verran		Harvoin		Ei ollenkaan	
	lukumäärä	%	lukumäärä	%	lukumäärä	%	lukumäärä	%
Päiväkoti	8	16	21	45	4	9	6	11
Koulu	5	10	14	30	12	26	8	14
Koti	0	0	6	13	20	43	13	23
Terapiatila	33	65	4	9	2	4	0	0
Harrastuspaikka	0	0	2	4	8	17	29	52
Muu	5	10	0	0	1	2	0	0

TAULUKKO 19. Terapian kesto

Terapian kesto	Ensisijaisesti		Toissijaisesti	
	lukumäärä	%	lukumäärä	%
Alle 10 krt	6	16	2	7
10 krt	5	13	3	10
20 krt	7	18	9	31
30 krt	11	29	9	31
40 krt	5	13	6	21
Muu	4	11	0	0
Yhteensä	38	100	29	100

TAULUKKO 20. Terapian toteutumistiheys

Terapian toteutumistiheys	Ensisijaisesti		Toissijaisesti	
	lukumäärä	%	lukumäärä	%
1 krt / vko	35	92	0	0
2 krt / vko	0	0	5	62
Muu	3	8	3	38
Yhteensä	38	100	8	100

TAULUKKO 21. Yhden terapiakerran kesto

Terapiakerran kesto	Ensisijaisesti		Toissijaisesti	
	lukumäärä	%	lukumäärä	%
30 min	1	3	0	0
45 min	19	51	11	42
60 min	16	43	11	42
Muu	1	3	4	15
Yhteensä	37	100	26	100

Itsestä huolehtiminen	lukumäärä	%
pukeutuminen	13	57
wc-toiminnot	3	13
peseytyminen	2	9
vuorokausirytmien harjoittelu, kello	1	4
kuvien käyttö toimintojen tukena	5	22
leikit	3	13

Asioiminen ja kotielämä	lukumäärä	%
asioimisen harjoittelu	6	33
liikennevälineissä kulkemisen harjoittelu	2	11
keittiötoiminnot	2	11
leikit	2	11
kotiaskareet ja niihin liittyvät kotitehtävät	4	22
kuvalliset ohjeet	1	6
siirtymätilanteiden harjoittelu	2	11
rahan hallinta	1	6
kännykän käytön harjoittelu	1	6
tunnetilojen harjoittelu	1	6

Koulunkäynti	lukumäärä	%
erilaiset pelit	2	10
liikunnalliset toiminnot	2	10
kuvien käytön harjoittelu	3	15
askartelu, piirtäminen, käsityöt	3	15
kynäkäyttö ja pöytätason tehtävät	6	30

Vapaa-aika	lukumäärä	%
harrastustoimintaan ohjaaminen	11	61
kuvien tai viittomien harjoittelu	1	6
liikunnalliset leikit	3	17
kaveritaitojen harjoittelu	1	6
pelit	4	22

Leikki	lukumäärä	%
erilaiset pelit	2	7
erilaiset tehtävät	2	7
sensomotorinen leikki	7	24
leikin arviointi ja havainnointi	4	14
piirtäminen	1	3
laululeikit	2	7
liikunnalliset leikit	2	7
mielikuvitusleikit (kauppa, rooli, autot, nuket, seikkailu)	10	34
vuorovaikutus- ja yhteisleikki	3	10
leikkitaitojen harjoittelu / tukeminen	10	34

Lepo	lukumäärä	%
rentoutusharjoitukset	6	55
nukkuminen, riittävä uni, uniongelmat	5	45