



# **PIENEN PIENIN ASKELIN**

## **CP-vammaisen lapsi toimintaterapiassa**

**Henna Heikkinen  
Tuija Lilja  
Marika Oikarainen**

**Opinnäytetyö  
Marraskuu 2006**



**JYVÄSKYLÄN  
AMMATTIKORKEAKOULU**  
*Sosiaali- ja terveysala*

Tekijä(t) HEIKKINEN, Henna  LILJA, Tuija  OIKARAINEN, Marika	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 53	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi  Pienen pienin askelin. CP-vammainen lapsi toimintaterapiassa		
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveystieteiden Toimintaterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) RITSILÄ, Jaana		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Toiminnallisen opinnäytetyön aiheenamme oli CP-vammaisen lapsen toimintaterapia. Työn tavoitteena oli koota kattava kokonaisuus CP-vammaisen lapsen toimintaterapiasta sekä kirjallisessa että video DVD muodossa. Kokonaisuuden tarkoituksena oli lisätä tietoa CP-vammaisen lapsen toimintaterapiasta ja se on suunnattu toimintaterapian opiskelijoille sekä muille sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisille. Tavoitteena oli myös lisätä tietoisuutta toimintaterapiasta alana ja konkreettisesti tuoda esiin niitä toimintatapoja, joita CP-vammaisen lapsen kuntoutuksessa voidaan käyttää.</p> <p>CP-vammaisen lapsen kuntoutus suunnitellaan aina huomioiden lapsen yksilöllisyys ja ympäristö. Lapsen erilaisia toimintaympäristöjä voivat olla koti, päiväkotiki ja koulu. Terapiaympäristössä CP-vammaisen lapsen kuntoutus on tavoitteellista ja moniammatillista.</p> <p>Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt video DVD kuvattiin CP-vammaisen lapsen kotiympäristössä ja terapiaympäristössä. Ajatus video DVD:n valmistamisesta syntyi toimintaterapian lehtorin Jaana Ritsilän toiveesta. Aikaisempaa vastaavanlaista videomateriaalia ei ole olemassa.</p> <p>Oppimisen kannalta teoretiedon visualisointi video DVD:n avulla auttaa ymmärtämään kuka toimintaterapeutti on, mitä toimintaterapeutti tekee ja miksi CP- vammaisen lapsi hyötyy toimintaterapiasta ja mitä valmiuksia ja taitoja toimintaterapiassa voi oppia ja harjoitella. Valmiiden esimerkkien lisäksi videota katseltaessa tarjoutuu mahdollisuus tehdä omia havaintoja CP-lapsen toimintakyvystä ja toimintaterapeutin tavasta toimia ohjaustilanteissa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) CP-vammaisuus, kuntoutus, toimintaterapia		
Muut tiedot Opinnäytetyöhön kuuluu video DVD, jota säilytetään Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden kirjastossa.		

Date

17.11.2006

<p>Author(s) HEIKKINEN, Henna</p> <p>LILJA, Tuija</p> <p>OIKARAINEN, Marika</p>	<p>Type of Publication Bachelor's Thesis</p>	
	<p>Pages 53</p>	<p>Language Finnish</p>
	<p>Confidential Until _____</p>	
<p>Title Step by step. A child with Cerebral palsy in occupational therapy.</p>		
<p>Degree Programme Social- and Healthcare Occupational Therapy</p>		
<p>Tutor(s) RITSILÄ, Jaana</p>		
<p>Assigned by</p>		
<p>Abstract</p> <p>The thesis is about occupational therapy for children with cerebral palsy and it was produced both in written form and on DVD-format. The goal was to gather a comprehensive picture of the occupational therapy for children with cerebral palsy. The aim of the thesis was to increase the knowledge of occupational therapy for children with cerebral palsy. The target groups of the thesis are the students of occupational therapy and healthcare professionals, as well as professionals within the social services. The goal was also to increase awareness about occupational therapy, and to show the different methods that can be used in the rehabilitation of a child with cerebral palsy.</p> <p>The rehabilitation of a child with cerebral palsy is always carefully planned, and the child's personality and the environment are always taken into account. The different environments where the child spends his/her time can be home, kindergarten or school. In the therapy environment, the rehabilitation of the child is goal orientated and often multi-professional.</p> <p>The DVD produced by the thesis, has been filmed in home environment and in therapy environment. The idea for the DVD came from Senior Lecturer of Occupational therapy, Jaana Ritsilä. Any previous similar video material does not exist.</p> <p>From the point of view of learning, the DVD helps to understand who the occupational therapist is, what the therapist does and how the child with cerebral palsy is helped by the therapy. It also deals with what abilities and skills can be learned and exercised through occupational therapy. In the DVD there are examples of occupational therapy intervention situations and the viewer can make his or her own observations, about the capacities of the child with cerebral palsy, and also about how the occupational therapist works in the intervention situation.</p>		
<p>Keywords Cerebral palsy, rehabilitation, occupational therapy</p>		
<p>Miscellaneous An educational DVD is included in this dissertation. DVD is to be found in the library of Health and Social Care of the Jyväskylä University of Applied Sciences</p>		

## SISÄLTÖ

<b>1. JOHDANTO.....</b>	<b>3</b>
<b>2 CP-VAMMAISUUS .....</b>	<b>5</b>
2.1 CP-vammaisuuden syyt ja oireet.....	5
2.2 CP-vamman eri muodot ja niiden aiheuttamat oireet .....	6
2.2.1 Spastiset muodot .....	7
2.2.2 Dyskineettiset muodot .....	8
2.2.3 Ataktiset ja sekamuodot.....	9
2.3 Liitännäisongelmat.....	10
<b>3 CP-VAMMAISEN LAPSEN KUNTOUTUS .....</b>	<b>13</b>
3.1 Lainsäädäntö kuntoutuksen taustalla.....	13
3.2 Lääkinnällinen kuntoutus .....	13
3.3 Perhelähtöisyys kuntoutuksessa.....	14
3.4 Lapsen erilaiset toimintaympäristöt .....	16
3.5 CP-vammaisen lapsen erilaisia terapiamuotoja.....	18
<b>4 PEO MALLI: PERSON – ENVIRONMENT – OCCUPATION MODEL.....</b>	<b>19</b>
4.1 Yksilö.....	22
4.2 Ympäristö.....	23
4.3 Toiminta.....	25
4.4 Toiminnallinen suoriutuminen.....	25
<b>5 CP-VAMMAISEN LAPSEN TOIMINTATERAPIA .....</b>	<b>26</b>
5.1 Lapsen toimintaterapia-arviointi .....	27
5.2 Lapsen motivointi terapiatilanteessa .....	28
5.3 Itsestä huolehtimisen taitojen kehittymisen tukeminen.....	29
5.3.1 Ruokailutilanteen helpottaminen.....	29
5.3.2 Pukeutumistilanteen helpottaminen.....	32
5.3.3 Peseytymistilanteen helpottaminen .....	33
5.4 Leikkitaitojen tukeminen.....	33
5.4.1 Leikki toimintaterapiassa .....	34
5.4.2 Leikki yhteisterapiassa .....	36
5.5 Aistitoimintojen ja aistitiedon käsittelyn tukeminen .....	36
5.6 Käsien käytön tukeminen .....	39
5.7 Visuaalisen hahmottamisen tukeminen .....	41
5.8 Suun motoriikan tukeminen.....	43
5.9 Kommunikaatio ja vuorovaikutus.....	44
<b>6 POHDINTA .....</b>	<b>46</b>

<b>LÄHTEET .....</b>	<b>49</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>53</b>

## **KUVIOT**

KUVIO 1. PEO-malli (Law, Polatajko, Babtiste & Townsend 1997, 47).....	21
--	----

## 1. JOHDANTO

Ammatillisessa kentässä toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Alasta riippuen se voi olla esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus. Lopullisena tuotoksena on aina jokin konkreettinen tuote, kuten kirja, ohjeistus, tietopaketti, portfolio tai cd-rom. Ammattikorkeakoulun toiminnallisessa opinnäytetyössä on keskeistä, että käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin yhdistyvät. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuote tehdään aina jollekin tai jonkun käytettäväksi. (Vilka & Airaksinen 2004, 9, 38, 51.)

Teemme toiminnallisen opinnäytetyön CP-vammaisen lapsen toimintaterapiasta, koska tästä aiheesta ei ole olemassa yhtenäistä suomenkielistä kokonaisuutta. Tietoa löytyy monista eri lähteistä, mutta se on hyvin hajanaista. Kokoamme ”paketin”, jonka avulla tulevat toimintaterapeuttiopiskelijat voivat nähdä mitä CP-vammaisen lapsen toimintaterapia voi pitää sisällään ja mitä siinä pitää ottaa huomioon. Kirjallisen osuuden lisäksi opinnäytetyöhömmme kuuluu video DVD, jonka avulla haluamme havainnollistaa CP-vammaisen lapsen toimintaterapiaa käytännössä. Oman opiskelun aikana olemme huomanneet, että visuaalisen havainnollistamisen kautta opimme itsekin paremmin. Kokonaisuuksien hahmottaminen on tällöin helpompaa. Video DVD pitää sisällään esimerkkejä eri toiminnoista kotona ja terapiaympäristössä. Opinnäytetyömme tuotoksena syntynttä video DVD:tä voidaan käyttää myös muiden sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden oppimateriaalina tuomaan toimintaterapiaa alana tutummaksi.

Oman ammatillisen kehittymisen kannalta koemme tärkeäksi perehtyä CP-vammaisen lapsen toimintaterapiaan sen haasteellisuuden ja monipuolisuuden takia. CP-vammaiset lapset ovat asiakasryhmä, jotka tarvitsevat toimintaterapian palveluita ja pitkäkestoista kuntoutusta – mitä todennäköisimmin tulemme kohtaamaan CP-vammaisen lapsiasiakkaan tulevassa työssämme. Lisäksi aihevalintaamme on vaikuttanut oma mielenkiintomme ja halumme työskennellä lasten parissa.

Suosittelavana pidetään, että toiminnallisessa opinnäytetyössä on toimeksiantaja. Toimeksiannetun opinnäytetyön ja -prosessin avulla opiskelija voi näyttää osaamistaan, luoda suhteita työelämän kanssa, kehittää ja kokeilla omia taitojaan. (Vilka & Airaksinen 2004, 16.) Ajatus työhömmme on syntynyt toimintaterapian lehtorin Jaana Ritsilän kanssa käydyn keskustelun lopputuloksena alkutalvesta 2005. Käydyissä keskusteluissa tuli esille, että havainnollistavaa opetusmateriaalia ei ole saatavilla ja Jyväskylän ammattikorkeakoululla on tarvetta tällaiselle työlle. Olemme aloittaneet tiedonhankintaprosessin keväällä 2006. Kävimme tapaamassa toimintaterapeutti Maikku Tammistoa, joka työskentelee CP-vammaisten lasten kanssa Tampereella. Häntä haastatteleamalla olemme saaneet käytännönläheistä tietoa siitä, mitä CP-vammaisen lapsen toimintaterapia voi pitää sisällään. Olemme käyneet opinnäytetyön aihealueisiin liittyvissä koulutuksissa, josta saatua tietoa olemme hyödyntäneet työssämme.

Lähipiiristämme löytyi CP-vammaisen lapsi, jonka vanhemmat antoivat kuvausluvan. (Liite 1.) Lähempi tutustuminen lapseen alkoi yhteisellä tapaamisella, jonka myös koemielessä videoimme. Yhteistyö lapsen kanssa on sujunut ongelmitta vieraista ihmisistä, ympäristöstä ja videoinnista huolimatta.

Päähenkilöllämme Patrikilla on vaikea-asteinen CP-vamma (tetrapleginen dystonia), kehitysvamma ja epilepsia. Hän on seitsemän vuotta vanha koululainen. Vaikka työmme ei ole tapauskertomus, mietimme esimerkkejä päähenkilömme kautta. On syytä muistaa, että jokainen CP-vammaisen lapsi on yksilöllinen omine erityispiirteineen ja terapia täytyy suunnitella sen mukaan. Terapian tavoitteisiin pääseminen tapahtuu hitaasti ja on osattava iloita pienistäkin edistysaskeleista. Opinnäytetyömme nimi ”Pienen pienin askelin” kuvaa mielestämme hyvin CP-vammaisen lapsen kehityksen etenemistä.

Ammattikorkeakouluopintojen idea on, että opiskelija kykenee yhdistämään ammatillista teoretietoa ammatilliseen käytäntöön. Pohtimalla omaan alaan kuuluvaa teoriaa ja käsitteitä, mahdollistetaan oman alan ammattikulttuurin kehittäminen. (Vilka & Airaksinen 2004, 42.) Omassa opinnäytetyössämme ammatillisen teoretiedon yhdistäminen käytäntöön näkyy teoretiedon pohjalta toteutetussa video DVD:ssä. Ensimmäinen

etsimme tietoa, jonka pohjalta teemme kuvaussuunnitelman. Kuvaamme Patrikia kodissa ja terapiatilassa, sillä haluamme kuvata terapiaa kahdessa erilaisessa ympäristössä.

Teoriaosuudessa esittelemäämme PEO-mallia (Person-Environment-Occupation model) avuksi käyttäen valitsemme toiminnot lapsen yksilöllisten tavoitteiden, mielenkiinnon kohteiden ja ympäristön antamien mahdollisuuksien mukaan.

## **2 CP-VAMMAISUUS**

CP kirjainyhdistelmä tulee englanninkielisistä sanoista Cerebral Palsy. CP-vamma on yleisin lasten tuki- ja liikuntaelinvammoista. Suomessa syntyy vuosittain noin 1,5-2 lasta tuhannesta CP-vammaisena. CP vamman oireet vaihtelevat sen mukaan, millä aivojen alueella vaurio sijaitsee ja kuinka laaja se on. Oireet voivat vaihdella hyvin lievistä toiminnan rajoitteista kokonaisvaltaiseen toiminta- ja liikuntakyvyttömyyteen. (Pihlaja & Lahdenperä-Mustajärvi 2004, 277.) Suomessa on arvioitu olevan noin 2500 CP-vammaista lasta (Sillanpää 2004, 17).

### **2.1 CP-vammaisuuden syyt ja oireet**

CP-vamman syyt, vammamekanismit ja seuraukset ovat hyvin moninaiset. Suurin osa CP-vammoista saa alkunsa ennen syntymää, myös syntymän jälkeisillä tapahtumilla on tärkeä merkitys esimerkiksi pienten keskosten kohdalla. Tavallisemmat vammautumisen syyt ovat hapenpuute raskauden tai synnytyksen aikana, aivoverenvuoto, virusinfektiot, myrkyt ja aivo-selkäydinnesteen kierron häiriöt. (Kaski, Manninen, Mölsä & Pihko 2001, 149–150.) CP-vamma on usean syyn yhdistelmä, jossa vaurio on kohdannut ensisijaisesti aivojen liikunnallisia keskuksia, jotka säätelevät tahdonalaisia liikkeitä ja lihasjänteyttä (Kaski ym. 2001, 150; Pihlaja & Lahdenperä-Mustajärvi 2004, 277).



CP-vammaisuutta ei ole helppo todeta vastasyntyneellä, ellei vaurio ole hyvin huomattava. Lapsi voi olla käsitellessä velto tai ylijäntevä. Hän voi reagoida ärsykkeisiin huonosti ja hänellä voi olla ongelmia imemisen kanssa. Liikunnan kehityksen hitaus voi olla ensi oire CP-vammaisuudesta. (Kaski ym. 2001, 153; Korpela 1995, 7.)

CP-vammaisen lapsen pään hallinta on heikkoa, motorinen kehitys on hidasta, varhaiset heijasteet säilyvät tavallista pidempään, käden nyrkkiasento säilyy normaalia pidempään ja liikkeet saattavat olla epäsymmetrisiä. Usein esiintyy myös puremis- ja nielemisvaikeuksia sekä voimakasta syljen eritystä. (Kaski ym. 2001, 153; Korpela 1995, 7.)

## **2.2 CP-vamman eri muodot ja niiden aiheuttamat oireet**

CP- vamma voidaan jaotella kolmeen eri päätyyppiin: *spastiset muodot, dyskineettiset muodot ja ataktiset muodot*. Samalla henkilöllä voi esiintyä myös kahta, jopa kolmea näistä liikuntavamman eri muodoista. Tällöin puhutaan sekamuotoisesta CP-vammasta. Spastiset muodot voidaan jaotella kliinisen diagnoosin mukaan: *hemiplegiaan, diplegiaan ja tetraplegiaan*. Dyskinesia muotoja esiintyy noin 15–20 prosentilla. Sen muotoja ovat atetoosi ja dystonia. Ataksiaa ilmenee noin 10 prosentilla CP-vammaisista. (Korhonen 1999, 37.)

Autti-Rämön (2004) mukaan spastisuus on yleisin liikehäiriön tyyppi: sitä esiintyy noin 2/3:a CP-vammaisista lapsista. Spastisuus on motorisen toiminnan häiriö, joka johtuu ylemmän motoneuronin vaurioitumisesta. Yliärtynyt lihaksen venytysheijaste johtaa lihaksen poikkeavaan supistumiseen. Spastisuuden seurannaisilmiönä on lihaksen kimmo-ominaisuuksien muuttuminen: vähäisen aktiivisen käytön vuoksi lihasmassa pienenee ja venymiskyky heikkenee, koska lihas on jatkuvasti lyhentyneessä tilassa. Tämä puolestaan johtaa vähitellen pysyviin virheasentoihin ja sidekudoksen lisääntymiseen. (Autti-Rämö 2004, 162–163.)

## 2.2.1 Spastiset muodot

### **Hemiplegia spastica**

Hemiplegialla tarkoitetaan tilannetta, jossa oireita ilmenee ainoastaan kehon toisessa puoliskossa. Oirekuva voi olla ylä- tai alaraajapainotteinen. Spastisen kehonpuolen raajat ovat usein koukistuneina ja lähellä vartalon keskiviivaa. Yläraajan spastisuudesta aiheutuu lapsen toiminnalle suurempaa haittaa, sillä lapsi voi jättää spastisen käden kokonaan huomioimatta ja toimia vain toisella kädellä. Kävellessä lapsen on vaikea saada halvaantuneen alaraajan kantapäätä lattiaan. Hemiplegian syy jää usein epäselväksi erityisesti täysiaikaisena syntyneillä lapsilla. Noin 30 % CP-vammaisista lapsista saa tämän diagnoosin. (Autti-Rämö 2004, 163; Pihlaja & Lahdenperä-Mustajärvi 2004, 277).

### **Diplegia spastica**

Diplegiassa alaraajojen tahdonalainen motoriikka on vaikeammin häiriintynyt kuin yläraajojen. Jäykkyyttä esiintyy aina molemmissa alaraajoissa. Lonkkien lähentäjälihakset ovat kireät ja nilkat ojentuvat helposti. Tämän vuoksi polvet menevät kävellessä koukkuun. Usein diplegiassa on todettavissa parempi ja heikompi puoli. Kuntoutuksen kannalta tämä asymmetria alaraajojen välillä on haastavaa, jotta lapsen motorinen kehitys sekä luuston ja lihaksiston kasvu ohjautuisivat mahdollisimman symmetriseksi. Kädet saattavat olla kömpelöt ja jäykät. Spastisessa diplegiassa vamman vaikeusaste vaihtelee itsenäisesti kävelevistä sähköpyörätuolilla liikkuviin. Henkinen suorituskyky on yleensä normaali. Altistavana tekijänä diplegialle on keskosuus, johon on liittynyt hapenpuute. Noin 35 %:lla CP-lapsista on diplegia. (Autti-Rämö 2004, 163; Kaski ym. 2001, 151.)

### **Tetraplegia spastica**

Tetraplegia on vaikein spastisuuden muoto. Tässä muodossa yläraajat ovat yhtä vaikeasti vammautuneet kuin alaraajat. Tetraplegiaan liittyy usein muita lisävammoja, ku-

ten älyllinen kehitysvammaisuus, kommunikaatiovaikeudet, oppimisen erityisvaikeudet, syömisiongelmat, näön käytön vaikeudet ja epilepsia. Tetraplegian syytä voi olla useita, ja sitä esiintyy niin ennenaikaisena kuin täysiaikaisena syntyneillä. Tätä muotoa esiintyy noin 10 %:lla CP-vammaisista. (Autti-Rämö 2004, 163.)

### **2.2.2 Dyskineettiset muodot**

#### **Atetoosi**

Dyskinesiaa eli pakkoliikkeisyyttä on useita muotoja, joista tavallisimmin on atetoosi. Ate-toosilla tarkoitetaan tilaa, jossa lapsi ei pysty vakauttamaan kehoaan, vaan hänellä on lähes jatkuvaa pientä tai suurta lihasliikettä. Näitä liikkeitä kuvataan usein matomai-siksi ja niitä esiintyy eniten kasvoissa ja kämmenissä. Liikkeet tulevat esille silloin, kun lapsi on aktiivinen ja jännittynyt, jolloin lihastonus vaihtelee hypotonian eli velt-touden sekä hypertonian eli jäykkyyden välillä. Lihaskäntäisyys lepotilassa on lievästi hypotoninen. Yläraajojen hallinta on atetoottisilla lapsilla usein vaikeinta, mutta myös pään hallinta ja pystyasennossa liikkumisen hallinta ovat puutteellisia. Liikkeet ovat kehittymättömiä ja huonosti koordinoituja. (Autti-Rämö 2004, 164.)

Usein atetootikoilla on myös tahattomia suun liikkeitä, jolloin suu ikään kuin lukkiu-tuu. Tämä vaikeuttaa puhumista. Kasvolihasten kontrolloimisessa voi olla vaikeuksia, joka näkyy kuolaamisena ja irvistyksinä. Atetoosiin voi liittyä myös kuulon heik-kenemää, mikä vaikeuttaa puheen ymmärtämistä. (Pihlaja ym. 2004, 278.)

Atetoosin osuus CP-diagnoseista on pieni, vajaat 5 %. Vammautumisen syytä voivat olla asfyksia eli happivajaus sekä pitkittyneen hyperbilirubinemian aiheuttama kernik-terus (vastasyntyneen keltatauti, jossa aivojen tyvitumakkeisiin kertyy bilirubiinia). (Autti-Rämö 2004, 164.)

#### **Dystonia tetraplegica**

Tetraplegisessa dystoniassa lihastonus vaihtelee hypotoniasta (velttous) hypertoniaan (jäykkyys). Tonusvaihtelut saattavat olla kivuliaita ja häiritsevät aina tahdonalaista

motoriikkaa. Asymmetrinen tooninen niskahajaste (ATNR) säilyy yleensä dominoivana ja vaikeuttaa huomattavasti asennon hallitsemista sekä käden ja silmän yhteistyötä. Hengityksen ja puheentuoton koordinaatiovaikeudet liittyvät aina dystoniaan. Dystoniset lapset tarvitsevat vaihtoehtoisia kommunikaatiomuotoja. Syömishäiriöt ovat myös dystonisten lasten kohdalla yleisiä. (Autti-Rämö 2004, 164.) Kuntoutuksessa keskitytään enemmän oireiden hallintaan, kuin oireita lieventämään. Dystoniassa on aina kyse erittäin vaikeasta liikuntavammasta. Dystonisen tetraplegian suurin etiologinen ryhmä ovat synnytyksenaikaisesta tai - jälkeisestä hapenpuutteesta kärsineet lapset. Dystonisen tetraplegian osuus CP-oireyhtymästä on 10–15 %. (Mts. 2004, 164.)

### **2.2.3 Ataktiset ja sekamuodot**

#### **Ataksia**

Ataksia on motorisen koordinaation häiriö, jossa lihasryhmien yhteistoiminta on häiriintynyt. Staattisen asennon hallinta ja liikkeen kohdistaminen on ataktiselle henkilölle vaikeaa. Tämä tulee esille esimerkiksi vaativaa tasapainoa edellyttävissä liikkeissä. Liikkeet ovat kulmikkaita ja äkkinäisiä, kävely on ”leveäraiteista”. Liikkeen vaihtelukyky on vähäistä, joskin itse liikkeet ovat lähellä normaalia. Usein ataktiset lapset ovat epävarmoja liikkumisessaan kaatumisen pelon vuoksi. Lapsi voi oppia kävelemään vasta hyvinkin myöhäisellä iällä. Kuntoutuksen avulla ataktinen henkilö voi oppia hallitsemaan oireitaan. (Autti-Rämö 2004, 164–165.) Ataksia ilmenee lisäksi kohdevapinana, jossa käsien vapina lisääntyy kohdetta lähestyttäessä. Tästä syystä ataktisella lapsella on hienomotorisissa toiminnoissa vaikeuksia ja selkeä käsin kirjoittaminen on usein mahdotonta. (Kaski ym. 2001, 152.)

Ensioireina ataksiassa on lihashypotonia. Varsinainen diagnoosi tehdään yleensä vasta leikki-iässä. Ataksian syy on usein tuntematon. Tunnetuimpia syitä ovat pikkuaivojen kehityshäiriö, hydrokefalia ja aivotulehduksen jälkitila. Ataksian osuus CP-oireyhtymästä on noin 5 %. (Autti-Rämö 2004, 165.)

## **Sekamuodot**

Kun lapsella todetaan useita eri liikehäiriöiden yhdistelmiä, puhutaan sekamuotoisesta CP:stä. Esimerkiksi ateetikoilla voi olla lisääntyvää spastisuutta alaraajoissa ja spastikoilla saattaa esiintyä sormien ja suun alueen distaalista atetoosia. Eri sekamuotojen aiheuttamat erityisongelmat tulee ottaa huomioon kuntoutusta suunniteltaessa ja toteuttaessa. (Mts. 2004, 165.)

### **2.3 Liitännäisongelmat**

Motorisen vamman lisäksi CP-lapsilla esiintyy usein ongelmia myös muilla kehityksen osa-alueilla. Mitä vaikeampi CP-vamma on, sitä enemmän esiintyy liitännäisongelmia, ja luotettavan kokonaiskuvan saaminen lapsen taidoista on vaikeaa. (Mts. 2004, 169.) Esimerkiksi jos lapsen käsien motoriikka on huono, erilaisten standardoitujen testien tekeminen ja tulkitseminen on vaikeaa, tai jos lapsella ei ole toimivaa kommunikaatiotapaa, kognitiivisen suorituskyvyn arvioiminen on ongelmallista. Autti-Rämön (2004) mukaan lisäongelmina voivat olla epilepsia, näkövamma, kuulovamma, suun alueen liikehäiriöt, sensoriset ongelmat, kommunikaatio-ongelmat, kognitiiviset vaikeudet, huono painonnousu ja univaikeudet (Autti-Rämö 2004, 169–171).

### **Epilepsia**

Epilepsialla tarkoitetaan toistuvia aivoperäisiä tajunnan, liikesuoritusten, tuntoaistimusten, käyttäytymisen tai eräiden muiden toimintojen kohtauksellisia häiriöitä ja niihin liittyviä aivosähkötoiminnan muutoksia (Kaski ym. 2001, 140). Epilepsia on yleinen liitännäisoire CP-vammaisilla lapsilla. Epilepsiaa esiintyy eniten tetraplegiassa (50–67 %) ja hemiplegiassa (30–40 %). (Sillanpää 2004, 16.)

### **Näkövamma**

Yleisempiä näönkäytön ongelmia CP-vammaisella lapsella ovat akkomodaatiokyvyn (silmän mukauttaminen lähelle katsomiseen) heikkous, näkökentässä esiintyvä puutos,

katseen käytön vaikeus ja karsastus. Näönkäyttöön liittyvät ongelmat hankaloittavat ympäristön hahmottamista ja liikkumista, sekä kykyä käyttää näköä lukemiseen. (Autti-Rämö 2004, 169.)

### **Kuulovamma**

Kaikille CP-vammaisille lapsille tulisi tehdä kuulontutkimus, vaikka kuulovaurio on melko harvinainen liitännäisongelma (Mts. 2004, 169). Lieväkin kuulovamma voi vaikuttaa lapsen keskittymis- ja ymmärtämiskykyyn. Vaikea kuulovamma tai kuurous voi estää kielen kehittymistä ja haitata ymmärtämistä ja ilmaisua. (Kaski ym. 2001, 159.)

### **Suun alueen liikehäiriöt**

Cp-vammaisilla lapsilla esiintyy usein syömisvaikeuksia. Puheterapeutti, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti antavat neuvoja oikean syömisasennon ja syöttämistekniikan löytämisessä. Imeväisiässä esiintyvät syömisongelmat ennakoivat lähes poikkeuksetta vaikeuksista puheen tuotossa. (Autti-Rämö 2004, 169.)

Kuolaamisen hoidossa voidaan tarvita oraalimotorisen kontrollin parantamiseen perustuvaa terapiaa. CP-vammaisen lapsen suun hygieniaan ja hampaiden hoitoon on kiinnitettävä erityistä huomiota, sillä suun hoitoa vaikeuttavat patologiset liikkeet ja reaktiot. CP-vammaisten lasten purentavirheet ovat yleisiä ja tämä lisää kuolaamistai-pumusta. Kuolaaminen on myös sosiaalinen haitta. (Mts. 2004, 169.)

### **Sensoriset ongelmat**

Pinta-, syvä- ja asentotunnon aistimisongelmat yleensä liittyvät CP-oireyhtymään. Edellä mainitut ongelmat vaikuttavat lapsen kykyyn hahmottaa omaa kehoaan ja siinä esiintyviä muutoksia asennon vaihteluissa, liikkeen suorittamisessa ja motorisessa oppimisessa. Mitä vaikeampi sensorinen ongelma on, sitä vaikeampi lapsen on siirtää terapiassa opeteltuja taitoja arkipäivän toimintoihin. (Mts. 2004, 170.)

## **Kommunikaatio-ongelmat**

Kommunikaation vaikeusasteet vaihtelevat lievistä puheen tuoton ongelmasta aina täydelliseen kyvyttömyyteen tuottaa puhetta. Oikean kommunikaatiomenetelmän löytyminen jo varhaisessa vaiheessa on hyvin tärkeää lapsen psyykkisen kehityksen, aktiivisen vuorovaikutuksen ja vanhempi-lapsisuhteen kehittymisen kannalta. Vaihtoehtoisia kommunikaatiomenetelmiä ovat viittomat, kuvasymbolit ja tietotekniikan apuvälineet. (Mts. 2004, 170.)

## **Kognitiiviset vaikeudet**

CP-lapsen kognitiivinen kapasiteetti voi vaihdella täysin normaalista vaikeaan kehitysvammaan. Vaurion sijainti, laajuus ja syntyhetki vaikuttavat lapsen kognitiivisiin kykyihin. Merkittävimmät oppimista vaikeuttavat tekijät ovat hahmottamiseen, tiedon yhdistämiseen ja toiminnan ohjaamiseen liittyvät ongelmat. (Autti-Rämö 2004, 170.)

## **Huono painonnousu**

Lapsen huono paino- ja pituuskehitys huolestuttaa usein vanhempia. Voimakkaat pakkoliikkeet ja jatkuva lihastoiminta vaikeassa spastisuudessa saattaa kuluttaa enemmän energiaa kuin lapsi ravinnosta saa. Lapsen lisäravinteiden tarpeen arvioi ravitsemusterapeutti yhdessä vanhempien kanssa. (Mts. 2004, 170.)

CP-vamma sinänsä vaikuttaa kasvuun, sillä luustolle ei tule normaalia kuormitusta. Tämä voi näkyä pituus- ja kokoerona terveen ja vammautuneen puolen raajojen välillä. (Mts. 2004, 170.)

## **Univaikeudet**

Huono unen laatu voi olla CP-lasten ja vanhempien voimavaroja kuluttava tekijä. Tähän asiaan on syytä kiinnittää huomiota varhaisessa vaiheessa ja miettiä mahdollisia tilannetta helpottavia ratkaisuja. (Mts. 2004, 171.) Hyvä unen laatu auttaa lasta ja vanhempia jaksamaan paremmin arjessa.

### 3 CP-VAMMAISEN LAPSEN KUNTOUTUS

Lasten kuntoutus eroaa merkittävästi ainakin kolmessa asiassa verrattuna aikuisten kuntoutukseen. Yleensä ei ole kysymys menetettyjen taitojen palauttamisesta, vaan *optimaalisen kehityksen aikaansaannista*, esimerkiksi tilanteessa, jossa keskushermoston vamma muodostaa normaalin kehityksen esteen. Toiseksi, kehittyvällä ja kasvavalla lapsella on vaihteleva osa normaalia *iän mukaista kehityspotentiaalia*. Kolmanneksi lapsi on hyvin voimakkaasti *osa perhettään*. Ilman vanhempien sitoutumista lasta ei voida onnistuneesti kuntouttaa. Tämä asettaa erityisvaatimuksia kuntoutuksen ammattilaisille ja työtavoille, jotka on suunniteltu siten, että vanhemmat eivät ole toiminnan kohteita vaan sen osallistujia. (Von Wendt 2001, 398–399.)

#### 3.1 Lainsäädäntö kuntoutuksen taustalla

Lainsäädäntö raamittaa ne kuntoutuksen palvelut ja työmuodot, joita yhteiskunta tarjoaa lapselle ja perheelle (Määttä 1999, 10). CP-vammaisen lapsen kohdalla kuntoutukseen liittyviä toiminta-, fysio- ja puheterapiapalveluja säätelevät pääasiassa kansanterveyslaki (L 28.1.1972/66), erikoissairaanhoidolaki (L 1.12.1988/1062), laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä (L 27.3.1991/604) ja laki kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta (L 27.3.1991/610) (Rantala 2002, 63).

#### 3.2 Lääkinnällinen kuntoutus

Lääkinnällisen kuntoutuksen tarkoituksena on parantaa ja ylläpitää kuntoutujan työ- ja toimintakykyä, elämänhallintaa sekä itsenäistä suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa. Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut kohdistuvat sekä kuntoutujaan että hänen läheisiinsä. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 328.)

Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia palveluja ovat kuntoutusohjaus, kuntoutustutkimukset, työ- ja toimintakyvyn arvioinnit, työkokeilut, erilaiset terapiat, avo- ja laituskuntoutusjaksot sekä apuvälineet. Fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia, neuropsykologinen kuntoutus ja erilaiset psykoterapiat ovat terapioiden yleisimmät. (Kettunen ym. 2002, 329–330.)



CP-vammaisen lapsen kuntoutusprosessi saattaa alkaa jo ennen varsinaista lääketieteellisen diagnoosin tekoa, jolloin puhutaan *akuutin lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä*. Tästä vastaa kunnallinen terveydenhuolto, kuten terveyskeskukset ja sairaalat. Lapsen diagnoosin varmistuttua *vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen* järjestämisestä vastaa lain mukaan Kela. Se ostaa palvelut yksityisiltä ammatinharjoittajilta tai kuntoutuslaitoksilta. Kuntoutus perustuu kuntoutussuunnitelmaan, joka laaditaan moniammatillisena yhteistyönä kuntoutuksesta vastaavassa yksikössä 1–3 vuodeksi. (Mts. 2002, 328–329.)

### 3.3 Perhelähtöisyys kuntoutuksessa

Perhelähtöisyys tarkoittaa sitä, että vanhemmat osallistuvat lapsen arviointiin ja palveluiden suunnitteluun sekä toteutukseen itse määrittelemällään tavalla (Määttä 1999, 109). Perhelähtöisyys edellyttää tasavertaisuutta sekä perheen mukaan ottamista keskusteluun ja päätöksentekoon. Työntekijät nähdään perheen kumppaneina ja luottavat perheen kykyihin ja tietoihin. (Korkiakangas 2005, 45.) Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet perhelähtöisyys termiä, koska lapsi on voimakkaasti osa perhettään ja haluamme korostaa perheen merkitystä lapsen kuntoutuksessa.

Kun perheessä on vammaisen lapsi, vanhemmat kaipaavat tietoa vammaisuudesta, kuntoutuksista, sosiaaliturvasta ja erilaisista palveluista. Lapsen vammaisuus herättää vanhemmissa usein erilaisia tunteita: surua, pettymystä, avuttomuutta ja epävarmuutta. (Toljamo 1998, 120.) Vammaisuus tuo perheelle monia käytännön ongelmia ja he joutuvat omaksumaan monia uusia taitoja (Mattus 1993, 10). Rantala kertoo Upshuria (1991) lainaten, että perheet reagoivat eri tavalla vaikeuksiin. Eroavaisuuksia voi olla vanhempien selviytymiskeinoissa, lasten taidoissa ja luonteessa, perheen sisäisessä tasapainossa ja valmiudessa vastaanottaa tarvittavia palveluja. (Rantala 2002, 27–28.)

Lapsi on osa omaa perhettään. Hänen edustajinaan erilaisissa palvelutilanteissa toimivat vanhemmat, jolloin lapsen ja perheen kannalta merkityksellisten asioiden esille tuominen korostuu. Vanhemmilla on enemmän tietoa lapsestaan, kuin kenelläkään muulla. Vammaisen lapsen kohdalla tuen tarvetta sekä voimavaroja tulee tarkastella koko perheen näkökulmasta. (Mattus 1993, 12; Pietiläinen 1998, 334.) Vammaisen lapsen kuntoutukseen osallistuu yleensä monia eri alojen asiantuntijoita. CP-

vammaisen lapsen isä, Seppo Mikkonen tuo mielestämme hyvin vanhempien äänen kuuluviin kirjoittamassaan artikkelissa. Hän kyselee, unohtuuko lapsi kuntoutuksessa?

Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan lisäksi hoitoon osallistuvat usein erilaiset puhe-, fysio- ja toimintaterapeutit. Jokainen heistä antaa vanhemmille tarkkoja ohjeita, kuinka kotona tulisi käyttäytyä, mihin asioihin tulisi kiinnittää huomiota ja kuinka lasta tulisi jumpata jne. Ohjeet ja neuvot ovat kyllä hyviä ja tärkeitä, mutta niissä kaikissa kiinnitetään huomiota aina yhteen yksityiskohtaan. (Mikkonen 1998, 20–21.)

Perheen kokonaistilanne tulisi ottaa huomioon arvioinnissa, suunnittelussa ja palveluiden toteutuksessa. Kuntoutuksen tulisi pohjautua sellaisiin menetelmiin, jotka tukevat perheen jokapäiväistä toimintaa ja jaksamista. (Pietiläinen 1998, 334.) Tavoitteiden tulee olla perheen arkielämää helpottavia ja kuntoutusohjeiden sellaisia, että niiden toteuttaminen onnistuu kaiken muun arkielämän ohessa. Kuntoutuksessa on muistettava, että lapsen tulee saada olla myös pelkkä lapsi, ei treenattava kohde. Perheen tulee saada olla myös normaali perhe omine arkirutiineineen. Mikkonen (1998) pohtii seuraavasti:

Jos noudattaa kaikkia saamia ohjeita, huomaa, että on päässyt vasta puoleen väliin, kun lapsen pitäisikin mennä jo yöunille. Nämä terveydenhuollon ammattilaiset ajattelevat asiaa ehkä liian paljon oman ammattinsa kannalta. (Mikkonen 1998, 20–21.)

Mattus (1993) kiteyttää ajatuksemme lyhyesti: ”Työntekijät tulisi aktivoida tekemään yhteistyötä vanhempien kanssa, eikä vanhemmat työntekijöiden kanssa” (Mattus 1993, 12). Perhelähtöisyys ymmärretään tärkeäksi osaksi lapsen kuntoutusta, mutta käytännössä eri terapeuteilla saattaa olla oma käsityksensä sen sisällöstä. Asiantuntijakeskeisyys on edelleen hallitseva työtapa lapsen kuntoutusta suunnitellessa ja toteuttaessa. Tämä käy ilmi esimerkiksi Salmen ja Vähä-Kouvola (2000) tutkimuksessa. Tutkimuksessa tulee esille, että vanhempien tiedot toimintaterapiasta ja terapian vaikuttavuudesta lapsen kehitykselle ovat hyvin vähäisiä. Esimerkiksi vanhemmat eivät ole tietoisia terapian sisällöstä ja tavoitteista, tavoitteet on asetettu vanhempia kuulematta tai terapeutit eivät ole keskustelleet vanhempien kanssa perheen päivittäiseen elämään liittyvistä asioista. (Salmi & Vähä-Kouvola 2000, 20–22.)

### **3.4 Lapsen erilaiset toimintaympäristöt**

Lapsen elin- tai toimintaympäristön laatu vaikuttaa siihen, kuinka paljon vammaisuus aiheuttaa rajoituksia hänen elämässä. Mattus (1993) toteaa, että ”vammaisuus ei ole vain lapsen vaan myös ympäristön ominaisuus”. Vammaa ei useinkaan voida parantaa, mutta ympäristöjä voidaan muokata niin, että niissä huomioidaan yhtäläillä vammaisen kuin vammattomankin lapsen tarpeet. (Mattus 1993, 41.)

Lapsen oppimisessa toimintaympäristöllä on suuri merkitys. Tärkeää on, että vammaisen lapsi kokee olevansa lapsi muiden joukossa. Vertaisryhmä tukee esimerkiksi lapsen sosiaalisten- ja vuorovaikutustaitojen kehittymistä. Vammaisen lapsen oppiminen vaatii lapsen tarpeiden huomioon ottamista ja osallistumista tarkoituksenmukaisiin toimintoihin. Aikuisten tehtävänä on muokata ympäristöä siten, että lapsen on mahdollista toimia tarkoituksenmukaisesti eli aikuinen ohjaa oppimisprosessia, valitsemalla sopivat toiminnot ja materiaalit. (Kovanen 2003, 6, 101.)

#### **Koti lapsen toimintaympäristönä**

Lapsen kehityksen kannalta olennaista on se päivittäinen toiminta, johon lapsi osallistuu kotona. Arkisissa askareissa lapsi oppii ja kehittyy jäljittelemällä, osallistumalla yhteiseen toimintaan, tekemällä tehtäviä ja muilla sosiaalisen oppimisen keinoilla. Arkipäivän toiminta- ja vuorovaikutustilanteet voivat toimia tavoitteellisina oppimistilanteina. (Määttä 1999, 79.)

Koti on vammaisen lapsen luonnollinen ympäristö. Terapeutin tekemä kotikäynti antaa kokonaiskuvan perheen toiminnasta ja kodin toimivuudesta sekä lapsen toiminnan mahdollisuuksista kotiympäristössä. Vanhemmat ja terapeutti voivat miettiä yhdessä konkreettisia toimenpiteitä helpottamaan perheen arkea. Ratkaisuja voidaan etsiä esimerkiksi lapsen ja vanhemman väliseen suhteeseen tai lapsen ja ympäristön väliseen vuorovaikutukseen. Yhteistyön onnistumiseksi ammatti-ihmisten on tunnettava sekä lapsen arkipäivän rutiinit, että ne pelisäännöt, jotka ohjaavat arjen rutiineja: mitä tehdään, miksi tehdään, kenen kanssa, mitä tavoitellaan, miten tehdään (Määttä 1999, 135).

Vammaisen lapsen kasvaessa kodissa tarvitaan yleensä sellaisia rakenteellisia muutoksia, jotka tukevat lapsen itsenäistä suoriutumista ja auttavat lasta selviytymään erilaisista arkipäivän tilanteista. Vamman vaikeusaste, apuvälineiden käyttö sekä perheen kokonaistilanne ja elämäntapa vaikuttavat siihen, millaisia muutoksia tarvitaan. Mikäli lapsen vamma on pysyvä, tulee kotikunnan maksaa asunnon muutostöistä aiheutuvat kohtuulliset kustannukset. (Lampinen 1998, 125.) Yleensä muutostyöt suunnitellaan moniammatillisessa työryhmässä, johon kuuluvat perheen lisäksi esimerkiksi arkkitehti, rakennusmestari, rakennusinsinööri, toimintaterapeutti, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Asunnonmuutostyöt suunnitellaan aina yksilöllisesti selvittämällä perheen toimintaulottuvuudet ja tilantarve. (Mäntyniemi, Kanto-Ronkanen & Leivo 2004, 192.)

### **Päivähoito lapsen toimintaympäristönä**

Päivähoito on lapselle kodin rinnalla keskeinen kasvuympäristö. Voidakseen kasvaa mahdollisimman tasapainoiseksi, tulisi lapsen kasvuympäristöjen muodostua yhtenäiseksi, lapsen arkea tukevaksi kokonaisuudeksi. Ihanteellinen päiväkotiympäristö tukee lapsen kasvua, kehitystä ja uusien asioiden oppimista. (Rantala 2004, 97.)

CP-vammaisen lapsen päivähoidon toiminta- ja kuntoutussuunnitelma laaditaan yhdessä vanhempien kanssa. Päivähoidon kuntoutussuunnitelma täydentää kasvatuksellisesti erikoissairaanhoidon työryhmässä laadittua kokonaiskuntoutussuunnitelmaa. (Adenius-Jokivuori 2003, 319.) Joissakin erityisryhmissä voidaan päiväohjelmaan yhdistää lapsen erilaiset terapiat. Esimerkiksi toimintaterapeutin vierailua päiväkodissa on perusteltu sillä, että lapsi on päivän aikana virkeämpi ja häntä ei tarvitse kuljettaa erikseen terapiaan. Tämä säästää myös vanhempien voimavaroja. Joustava ja kuormitukseltaan sopiva päiväkotitoiminta takaa sekä lapselle että perheelle hyvät edellytykset tehokkaaseen varhaiskuntoutukseen. (Mts. 2003, 315.)

### **Koulu lapsen toimintaympäristönä**

Yleinen oppivelvollisuus alkaa sinä vuonna, jona lapsi täyttää seitsemän vuotta. Vammaisen lapsen kohdalla puhutaan pidennetystä oppivelvollisuudesta, jos perusopetukselle säädettyjä tavoitteita ei ole mahdollista saavuttaa yhdeksässä vuodessa.

Pidennetty oppivelvollisuus alkaa vuotta aikaisemmin kuin yleinen oppivelvollisuus ja kestää yksitoista vuotta. (Adenius-Jokivuori, Siiskonen & Eronen 2003, 325–328.)

Lapsi tulee perusopetuslain mukaan ottaa tai siirtää erityisopetukseen, jos oppilaalle ei vammaisuuden, sairauden, kehityksessä viivästymisen tai tunne-elämän häiriön vuoksi voida antaa opetusta muuten. Erityisopetuksessa oleville lapsille laaditaan henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma eli HOJKS, jossa on kuvattu tarvittavat tukitoimet ja niiden toteutustavat. Suunnitelma laaditaan yhteistyössä huoltajien ja tarvittaessa muiden asiantuntijoiden kanssa. (Mts. 2003, 332.)

### 3.5 CP-vammaisen lapsen erilaisia terapiamuotoja

Koska CP-vammaisella lapsella saattaa olla ongelmia monilla eri osa-alueilla, lasta kuntouttavat useat eri työntekijät. Olemme seuraavassa käsitelleet lyhyesti niitä tärkeimpiä kuntoutusmuotoja, joita lapsella voi olla toimintaterapian lisäksi.

CP-lapsen kuntoutus saattaa alkaa jo ennen varsinaisen diagnoosin varmistumista. Koska CP-lapsen ensimmäiset oireet näkyvät viivästyminä lapsen liikunnallisessa kehityksessä, ensimmäisenä kuntoutusmuotona aloitetaan yleensä **fysioterapia**. Fysioterapiassa pyritään puuttuvan lihastoiminnan aktivointiin, lihasten ylijännityksen laukaisemiseen, voiman ja liikkuvuuden lisäämiseen ja karkeamotoristen taitojen kehittymiseen. (Leino, Lindgren & Jormakka 1992, 33.)

**Ratsastusterapia** on fysio- ja toimintaterapiaa tukevaa yksilöllistä kuntoutusta. Ratsastusterapiassa pyritään kehittämään vartalon hallintaa ja kehon hahmotusta. Ratsastusterapia mahdollistaa sanattoman vuorovaikutuksen ja kehon viestinnän harjoittamisen. Hevosten kanssa toimiessa näkyvät myös lapsen tunnereaktiot: pelko ja rohkeus, arkuus ja ihailu. (Aro, Eronen, Qvarnström, Palmroth, Röman, Danner, Lautamo, Jordan-Kilkki, Kokko, Leppäsaari & Nieminen 2003, 162.)

CP-vammaisen lapsen **puheterapia** saattaa alkaa jo vauvaiässä oikeiden syömisasentojen ja otteiden ohjauksella. Puheen ja kommunikaation kuntoutus voi CP-vammaisen lapsen kohdalla kestää koko lapsuusiän. Kuntoutus vaatii tiivistä moniammatillista yhteistyötä eri terapiatahojen kanssa sekä lähiympäristön kanssa. Lap-

selle voidaan opettaa korvaavia kommunikaatiomenetelmiä, mikäli lapsen puhemotoriikka on vaikeutunut tai puheen tuottaminen ei onnistu. (Hasan & Parkkinen 1992, 44.)

Puhetta korvaavia kommunikaatiomenetelmiä voivat olla kuvallisiin symboleihin perustuvat PCS-kuvat, Blisskieli ja Piktogrammit. Näiden avulla lapsi voi ilmaista itseään ja hänelle voidaan havainnollistaa arkipäivän tilanteita. Tietokonepohjaisten laitteiden avulla voidaan tuottaa viestit kirjoituksena tai puheena. Mikäli käsien motoriikka on riittävää, puheterapiassa voidaan opetella viittomien käyttöä puhetta tukevana menetelmänä. (Hasan & Parkkinen 1992, 44.)

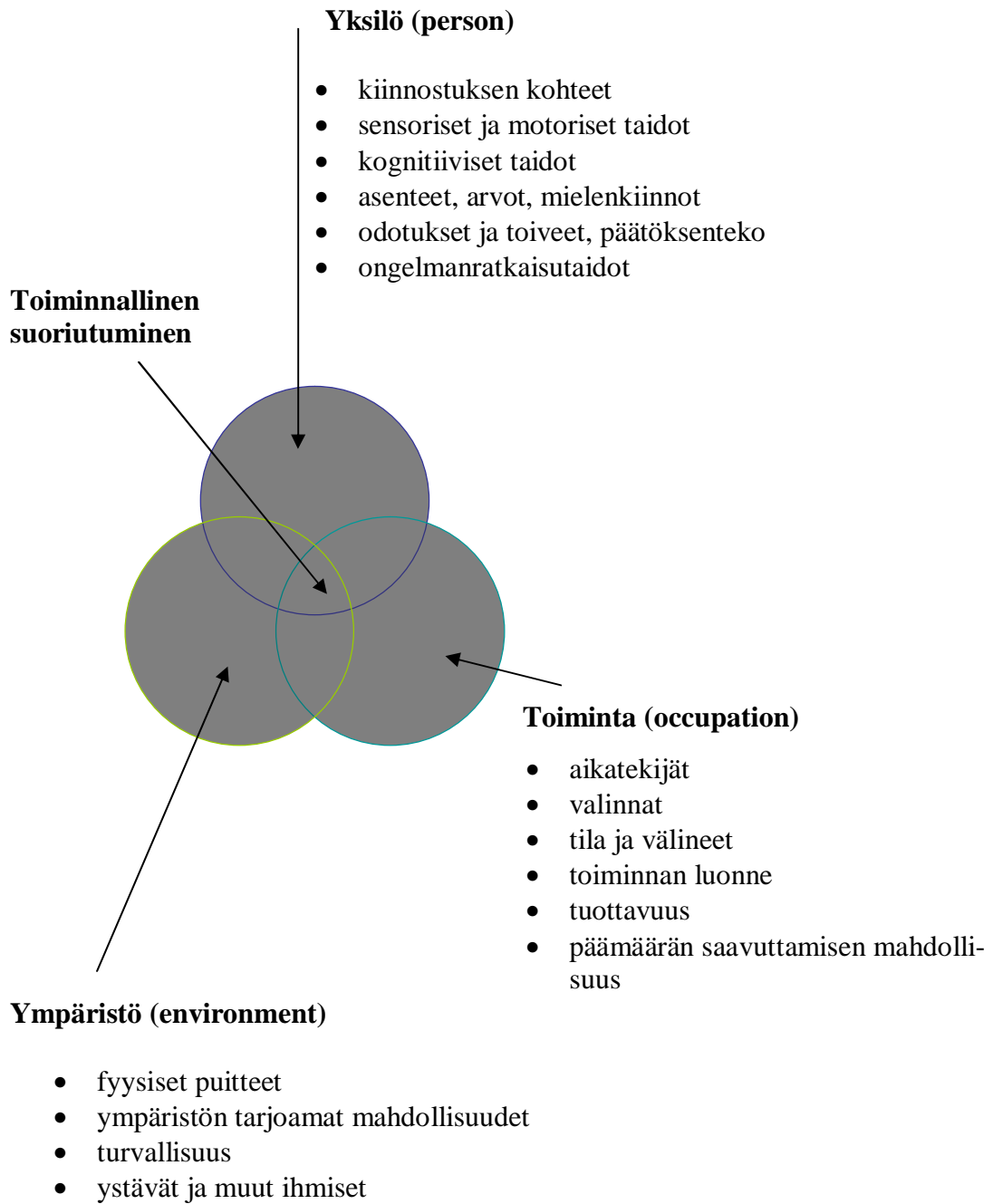
#### **4 PEO MALLI: PERSON – ENVIRONMENT – OCCUPATION MODEL**

Valitsimme työmme viitekehikseksi PEO-mallin. PEO- mallissa yksilö, ympäristö ja toiminta ovat kiinteässä vuorovaikutussuhteessa keskenään. Tämä malli kuvaa näiden kolmen tekijän välistä suhdetta. (Law & Baum, 2001, 12). PEO-malli on kehitetty käyttämällä hyväksi Kanadalaisten toimintaterapiamallien teoreettista pohjaa, ympäristö-käyttäytymistieteellisiä teorioita ja Csikszentmihalyin Flow-teoriaa (Law, Missiuna, Pollock & Stewart 2001, 51.)

PEO-malli huomioi kokonaisvaltaisesti henkilön, toimintakyvyn ja toimintaympäristön vaikutuksen toisiinsa ihmisen jokapäiväisessä elämässä. Perustavana ajatuksena on, että toimintakykyä ei voida erottaa tilannekohtaisista ja tilapäisistä vaikutteista eikä henkilön fyysisistä ja psykologisista ominaisuuksista. Malli asettuu kehitykselliseen kontekstiin, jossa huomioidaan, että ympäristö, tilannekohtaiset tarpeet, toiminnot ja roolit jatkuvasti vaihtelevat. PEO-malli pyrkii mahdollistamaan mahdollisimman optimaalisen toimintakyvyn niissä toiminnoissa, jotka ovat asiakkaalle tärkeimpiä. Tämän mallin kehittäjät ovat nimenomaan painottaneet keskittymistä asiakaskeksiin tavoitteisiin, sekä sellaisen vuorovaikutuksen luomiseen, joka mahdollistaa asiakasta ottamaan vastuuta omasta kuntoutuksestaan. (Law & Baum, 2001, 13.)

Keskeisimmät PEO-mallin avulla huomioitavat tekijät ovat henkilön fyysiset ja psykologiset ominaisuudet sekä sosiaaliset, kulttuuriset, fyysiset ja institutionaaliset ympäristötekijät. Tärkeää on asiakkaan tavoitteleman toimintakyvyn sekä toimintaterapi-an tavoitteiden määrittäminen. Lisäksi PEO-mallin avulla voidaan tarkastella henkilön orientoitumista ja elämän vaihetta. (Mts. 2001, 13.)

Seuraavalla sivulla olemme kuvanneet kaavion avulla eri osatekijöitä, jotka vaikuttavat yksilön, toiminnan ja ympäristön vastavuoroiseen suhteeseen. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Osatekijät, jotka vaikuttavat yksilön, toiminnan ja ympäristön vastavuoroiseen suhteeseen. (Law, Polatajko, Babtiste & Townsend 1997, 47.)



## 4.1 Yksilö

PEO- mallissa ihminen nähdään toiminnallisena ja ainutlaatuisena yksilönä, jolla on koskematon ihmisarvo. Hän pystyy tekemään omaa elämää koskevia itsenäisiä valintoja ja päätöksiä. Jokaisella yksilöllä on kyky osallistua toimintaan ja potentiaalia muuttumiseen. (Law ym. 1997, 31.)

Yksilössä yhdistyvät henkilön henkiset, sosiaaliset ja kulttuuriset kokemukset sekä suoriutumisen osa-alueet, jotka ovat havaittavissa. Suoriutumisen osa-alueet voidaan määritellä yksinkertaisesti tunteiksi, ajatteluksi ja tekemiseksi eli affektiiviseksi, kognitiiviseksi ja fyysiseksi suoriutumiseksi. Yksilö muokkaa ympäristöä ja päinvastoin. (Law ym. 1997, 29–30; 41–42.)

Omassa opinnäytetyössämme olemme tarkastelleet yksilöä lapsen ja perheen näkökulmasta. Terapiassa lapsi on huomioitava yksilönä, omine erityispiirteineen ja mielenkiinnon kohteineen. Lapsen ollessa asiakkaana perheen merkitys korostuu, koska vanhemmat tekevät päätöksiä lapsen puolesta ja hänen hyväkseen, omaan arvomaailmaansa pohjautuen. Perheen toiveet ja odotukset on otettava huomioon tavoitteita asetettaessa.

*Seuraavassa tarkastelemme yksilötekijöitä video DVD:llä esiintyvän CP-vammaisen Patrikin näkökulmasta. Patrik on seitsemän vuotias koululainen. Patrikilla on vaikeasteinen liikuntavamma, tetrapleginen dystonia. Hänen lihastonus on tavallisesti hypotoninen (veltto), mutta kohoaa toiminnassa hypertoniaan, joka näkyy vartalon yliojentuvuutena ja jalat menevät helposti ristiin. Patrik käyttää aktiivisemmin kehon oikeaa puoliskoa. Patrik liikkuu itsenäisesti ryömimällä ja kierimällä. Patrik kommunikoi PCS-kuvien avulla, ilmeillä ja eleillä sekä käyttää joitakin helpotettuja viittomia. Patrik tarvitsee apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Patrikilla on liitännäisongelmina epilepsia, kehitysvamma, suun alueen liikehäiriöt, sensoriset ongelmat, kommunikaatio-ongelmat ja huono painonnousu.*

**Mielenkiinnon kohteet:**

*Patrik on kiinnostunut tietokoneella työskentelystä, vuorovaikutusleikeistä, eläimistä, piirtämisestä, muovailemisesta, legoilla rakentelusta sekä leluista, jotka liikkuvat ja pitävät ääntä. Näitä mielenkiinnonkohteita voidaan käyttää hyödyksi motivoidessa lasta terapiaan ja suunnitella terapiaa.*

**Sensoriset ja motoriset taidot:**

*Patrik on vaikeasti liikuntavammainen ja häntä on autettava kaikissa ADL-toiminnoissa. Hänellä on puutteellinen kehonhahmotus sekä heikko vartalon ja pään hallinta. Patrik on hypotoninen, toisaalta toiminnassa tonus kohoaa hypertoniaan. Patrik käyttää toiminnassa aktiivisemmin kehon oikeaa puoliskoa, vasemman kehonpuolen toiminnassa hän tarvitsee enemmän ohjausta. Hän pystyy liikkumaan itsenäisesti ryömimällä ja kävelytelineen avulla. Suun motoriikan heikkoudesta johtuen Patrik kuolaa paljon.*

**Kognitiiviset taidot:**

*Patrikilla on kehitysvamma, eikä hänellä ole omaa puheilmaisua. Hän kommunikoi PCS-kuvilla, ilmeillä ja eleillä. Patrikin vahvuutena on iloisuus ja halu hakea kontaktia muihin lapsiin ja aikuisiin. Hänen keskittymiskykynsä on lyhytkestoista, joka tulee ilmi ohjatuissa toiminnoissa. Patrikilla löytyy vahva oma tahto ja hän kokeilee joskus rajojaan.*

**Asenteet, odotukset ja toiveet:**

*Patrikin vanhemmat ovat hyvin motivoituneita kuntoutukseen ja hyväksyvät hänet sellaisenaan. Vanhemmilla on realistiset odotukset lapsen kehityksen suhteen ja he haluavat osallistua kuntoutuksen suunnitteluun sekä toteutukseen. Vanhemmat tekevät päätökset lastansa koskevista asioista.*

**4.2 Ympäristö**

Ympäristö sisältää kulttuurisia, institutionaalisia, fyysisiä ja sosiaalisia osatekijöitä. Kaikki toiminnalliset suoriutumiset tapahtuvat jossakin ympäristössä. Ympäristö on muuttuva ja sillä voi olla toiminnallista suoriutumista mahdollistava tai estävä vaikutus. Yksilö, ympäristö ja toiminta kuuluvat erottamattomasti yhteen. Yksilön ja ympä-

ristön vuorovaikutus on aktiivista, muutos missä tahansa osassa ei voi olla vaikuttamatta toisiin osiin. (Law ym. 1997, 44–46.)

Yhteiskunnassamme on säädetty lakeja, jotka ohjaavat vaikeavammaisten lasten kuntoutusta. Yhteiskuntamme mahdollistaa vaikeavammaiselle lapselle ja hänen perheelleen tietyt palvelut ja tuet, sekä neuvot ja ohjauksen. Ympäristön tarjoamia mahdollisuuksia voivat olla erilaiset terapiat ja kuntoutumisympäristöt, kuten päiväkotit, koulu ja kotiympäristö. Ympäristöä voidaan myös muokata lapselle ja hänen perheelleen turvallisemmaksi ja toimivammaksi esimerkiksi kodinmuutostöiden ja apuvälineiden avulla. Perhe muodostaa hyvin tärkeän osan lapsen sosiaalista ympäristöä.

*DVD- videolla esiintyvän Patrikin **kotiympäristö** on suunniteltu niin, että hän pääsee liikkumaan siellä esteettömästi. Kodissa on tehty kodinmuutostöitä helpottamaan perheen arkea. Seisomateline, kävelyteline, syöttötuoli, suihkutuoli ja pyörätuoli ovat tärkeimpiä apuvälineitä lapsen toimintakyvyn kannalta. Lisäksi tukikengät, lantiotuki, PCS-kuvat, pukemispenkki, syömisen apuvälineet sekä tietokone ovat apuna päivittäisissä toiminnoissa.*

*Patrik käy erityiskoulua ja hän on aloittanut koulun kuusi vuotiaana. **Kouluympäristössä** hänellä on oma kouluavustaja ja erilaiset terapiat toteutuvat koulupäivän aikana koulussa.*

*Patrikin toimintaterapia toteutuu **terapiaympäristössä**. Toimintaterapian tavoitteena on tällä hetkellä perusasentojen varmentuminen päivittäisten toimintojen ja leikkitaitojen tukemiseksi, kehonhahmottamisen tukeminen, suun motoriikan tukeminen, hienomotoriikan ja käsi-silmä yhteistyön tukeminen, kaksikäätisen toiminnan tukeminen ja hahmottamisen sekä keskittymisen lisääntyminen ja tukeminen.*

*Patrik ja hänen perheensä on osallistunut sopeutumisvalmennuskursseille, jotka Kela on heille kustantanut. Patrikin vanhemmat saavat lastenhoitoapua, jota he käyttävät omaan virkistäytymiseen ja vapaapäiviin.*

### 4.3 Toiminta

Toiminnot voidaan jakaa kolmeen eri osa-alueeseen: itsestä huolehtimiseen, tuottavuuteen sekä vapaa-aikaan. Toiminta tekee elämästä mielekkään ja sillä on suuri vaikutus ihmisen terveydelle ja hyvinvoinnille. Toiminnassa piilee terapeuttisia voimia. Toiminnot ovat yksilöiden ja kulttuurin määrittämiä. Toimintaa on kaikki se, mitä ihmiset tekevät pysyäkseen toimintakykyisinä. (Law & ym. 1997, 31–32.)

Toiminta on mahdollista silloin, kun suunnittelussa on huomioitu lapsen yksilölliset taidot ja kiinnostuksen kohteet. Toiminnalla on aina tarkoitus, jolla tähdätään tiettyyn päämäärään ja pyritään saavuttamaan jokin tavoite. CP-vammaisen lapsen kohdalla tavoite voi olla esimerkiksi itsenäisen taidon oppiminen tai säilyminen. Lasten toimintaterapiassa leikin avulla oppiminen on luontaista. Leikki on lapselle motivoivaa ja hauskaa. Leikki voi olla lapsen toimintaterapiassa myös tavoite.

*Patrikin terapiaa suunniteltaessa otetaan huomioon hänen kiinnostuksen kohteensa. Terapia järjestetään siihen aikaan, jolloin Patrik on pirteimmillään. Hänen annetaan tehdä itsenäisiä valintoja tarjoamalla vaihtoehtoja ja motivoivien toimintojen kautta tähdätään tavoitteisiin. Toimintojen on oltava tarpeeksi haastavia ja mielenkiintoisia.*

*Terapiavälineet valitaan Patrikin kehitystason ja taitojen mukaisesti. Terapiaympäristössä on käytössä isoja välineitä, kuten keinoja, patjoja ja trampoliineja. Kotiympäristössä terapiaa toteutetaan kotoa löytyvien välineiden avulla arkipäivän toimintoja hyväksi käyttäen.*

### 4.4 Toiminnallinen suoriutuminen

Toiminnallisella suoriutumisella tarkoitetaan ihmisen kykyä valita, järjestää sekä suoriutua hänelle itselleen mielekkäistä toiminnoista. Toiminnan tulee olla sellaista, että se on ihmisen ympäristössä hyväksyttyä, mahdollista ja ikää vastaavaa. Lisäksi toiminnan tulee vastata kokonaisvaltaisesti kunkin ihmisen henkilökohtaisiin tarpeisiin, kuten itsestä huolehtimiseen ja elämästä nauttimiseen. Edellä mainituilla toiminnoilla on merkitystä myös sosiaalisen kanssakäymiseen ja taloudellisen tuottavuuteen. (Law ym. 1997, 30.)

Muutos jossakin osatekijässä vaikuttaa toiminnalliseen suoriutumiseen (Law ym. 1997, 30). Esimerkiksi kun vammaisen lapsi syntyy perheeseen, koko perheen toiminnallinen suoriutuminen muuttuu. Yksilötasolla voidaan ajatella sen vaikutuksia perheen rooleihin, asenteisiin, arvoihin ja toiveisiin. Ympäristötasolla vaikutukset voivat kohdistua fyysisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Esimerkiksi onko ympäristö esteetön tai millainen sen asennoituminen on vammaisuutta kohtaan. Vaikutus toiminnan tasolla voi näkyä valinnoissa, siinä miten toimitaan ja millaisia päämääriä toiminnan avulla pyritään saavuttamaan.

Toimintaterapeutin roolina on toimia toiminnan mahdollistajana esimerkiksi porrastamisen avulla siten, että toimintaa helpotetaan tai vaikeutetaan lapsen taidot huomioiden. CP-vammaisen lapsen kohdalla toimintoja voidaan helpottaa muun muassa apuvälineillä, joten tätä kautta vaikutetaan toiminnalliseen suoriutumiseen. Tästä voivat olla esimerkkeinä liikkumisen tai kommunikaation apuvälineet. Merkityksellisiä toimintoja tarjoava fyysinen ja sosiaalinen ympäristö antaa lapselle positiivisia kokemuksia ja elämyksiä.

*Patrikin toiminnallista suoriutumista edesauttavat esteetön ympäristö, apuvälineet ja kehitystasolle sopiva toiminta. Vanhemmat ja hänen kanssaan työskentelevät ammattihenkilöt toimivat yhteistyössä keskenään, jotta kuntoutus olisi mahdollisimman tuloksellinen ja tukisi Patrikin kehitystä parhaalla mahdollisella tavalla. Aikuinen toimii Patrikin toiminnan mahdollistajana, jotta hän saisi paljon kokemuksia ympäristöstään. Samat käyttäytymissäännöt pätevät eri ympäristöissä.*

## **5 CP-VAMMAISEN LAPSEN TOIMINTATERAPIA**

Lasten toimintaterapia perustuu arviointiin, jonka pohjalta laaditaan yksilölliset tavoitteet. Käytettyjä arviointimenetelmiä ovat testit, vanhempien haastattelu, ohjatun toiminnan ja vapaan leikin sekä päivittäisten toimintojen havainnointi. (Seppänen 1995, 12.)

Lapsella on tärkeä rooli toimintaterapiassa, sillä sen myötä hän oppii uusia asioita ja kehittää taitojaan. Tukemalla lapsen ideointia ja toiminnan suunnittelua mahdollistetaan tarkoituksenmukainen toiminta. On tärkeää, että lapsi saa ideoida, suunnitella ja toteuttaa suunnitelman mukaisen toiminnan. Toimintaterapeutin rooli on auttaa tässä prosessissa. Terapeutin tehtävänä on tukea lasta oma-aloitteisuuteen ja aktiivisuuteen sekä omalla osallistumisellaan tarjota lapselle onnistumisen kokemuksia. Onnistumisen kokemukset kannustavat lasta kokeilemaan uusia toimintoja ja leikkejä sekä mukauttamaan toimintaansa ympäristön haasteisiin. Terapiaympäristön tulee olla sellainen, että se houkuttelee lasta toiminnallisia taitoja kehittävään leikkiin. (Aro ym. 2003, 154–155.)

*Patrikin toimintaterapia on alkanut vuonna 2002 hänen ollessaan kolme vuotias. Toimintaterapia jatkuu edelleen kerran viikossa yhden tunnin ajan. Lisäksi Patrik saa puheterapiaa kerran viikossa ja fysioterapiaa kolme kertaa viikossa. Osa toimintaterapiakerroista toteutuu yhteisterapiana fysioterapeutin kanssa. Patrik on käynyt fysioterapian tiimoilta myös ratsastamassa, joka tukee hänen kehonhallintaansa.*

## **5.1 Lapsen toimintaterapia-arviointi**

CP-vammaisen lapsen toimintaterapia alkaa arvioinnilla. Haastattelun ja kyselyn avulla selvitetään lapsen olosuhteita, toiveita, mielenkiintoja ja kartoitetaan tärkeät ja välttämättömät toiminnat. Havainnoimalla, testaamalla ja mittaamalla kerätään tietoa lapsen sen hetkisistä valmiuksista. Tärkeää on, että kehitettävien osa-alueiden lisäksi selvitetään, mitä vahvuuksia ja erityisiä voimavaroja vammaisella lapsella on. (Harra 1999, 172–173.)

Arviointimenetelminä voivat olla standardoidut testit sekä ohjatun toiminnan ja vapaan leikin kliininen havainnointi. Arviointiin sisältyvät haastattelut perheiden arkielämästä ja päivän sujumisesta päiväkodissa ja koulussa. Tutkimustilanteessa toimintaterapeutti arvioi lapsen sensomotorisia valmiuksia kuten aistitoimintojen yhteiskäyttöä, kehonhahmottamista, karkea- ja hienomotorisia valmiuksia sekä näköön perustuvaa hahmotusta. Lapsen psykososiaalisia valmiuksia esimerkiksi keskittymiskykyä, ohjeiden vastaanottoa sekä vuorovaikutusta ympäristön kanssa terapeutti havainnoi ohjatun toiminnan ja vapaan leikin kautta. (Salo-Chydenius 1992b, 72–73.)

Arvioinnin tulokset kerrotaan perheelle. Riittävä tieto lapsen toimintakyvystä on aina välttämätön ehto päätöksenteolle sekä asiantuntevalle ja hyvälle toiminnalle. Arvioinnin tulosten pohjalta tehdystä tulkinnasta keskustellaan perheen kanssa ja yhdessä harkitaan mitkä toimenpiteet tukevat juuri heidän lastaan ja parantavat lapsen toimintamahdollisuuksia. Huolella tehdystä arvioinnista on hyötyä kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa ja hyvä arviointi voi helpottaa myös lääkäriä esimerkiksi vamman haitta-asteen määrittämisessä. Huolella tehdyt arvoinnit helpottavat myös asiointia Kelassa, sosiaalitoimessa sekä vakuutusyhtiössä. (Harra 1999, 173.)

Arvioinnin perusteella suositeltu toimintaterapia toteutuu useimmiten säännöllisinä tapaamiskertoina sekä kotiin, kouluun ja päiväkotiin tehtyjen harjoitusohjelmien avulla. Tarpeen vaatiessa toimintaterapeutti voi konsultoida muita asiantuntijoita, vanhempia ja koulun tai päiväkodin henkilökuntaa. (Yack, Sutton & Aquilla 2001, 20.)

*Patrikin liikuntavamman motorisista rajoituksista johtuen on vaikea käyttää standardeitua arviointimenetelmiä. Toimintaterapeutti käyttää pääasiallisesti jatkuvaa havainnointia ja arviointia terapian aikana. Havainnoinnin ja arviointien pohjalta tällä hetkellä keskeisimmiksi tavoitteiksi on nostettu perusasetojen varmentuminen, kehohahmottamisen tukeminen, kaksikätesen toiminnan tukeminen ja silmä-käsi yhteistyön tukeminen.*

## **5.2 Lapsen motivointi terapiatilanteessa**

Lapsi kehittyy vain aktiivisen toimintansa kautta. Tämän vuoksi on tärkeää, että toiminta motivoi lasta ja on hänen kehitystasolleen sopivaa. Kokemukset, elämykset ja leikki ovat keskeisiä elementtejä lapsen kuntoutuksessa. Vaikka ilo ja leikki ovat lapselle tärkeitä, terapeutin on oltava selvillä tavoitteista ja siitä miten tavoitteisiin päästään toiminnan avulla. (Rintala & Koljonen 2002, 19–22.) Yksilöllinen ja huolellinen suunnittelu sekä tavoitteiden määrittely ovat keskeisiä asioita toimintaterapian suunnittelussa.

Motivoivan toiminnon tarjoaminen lapselle vahvistaa lasta ja auttaa lasta itseohjautuvuuteen. Toiminnasta saadun positiivisen palautteen vaikutuksesta lapsen kuva itsestä ja käsitys itsestä toimijana kehittyy. Toimintaterapeutin kannustus sekä realistinen ja

myönteinen toiminnasta osoitettu palaute ovat lapselle ensiarvoisen tärkeitä. Onnistuneet hallinnan ja selviytymisen keinot vahvistavat lasta ja kannustavat häntä oppimiseen. (Salo-Chydenius 1992a, 4–5.) Lopputuloksella ei ole aina kovin suurta merkitystä. Pääasia on että lapsi kokee onnistumisen iloa ja on motivoitunut uusien ja myös hänelle vaikeiden asioiden oppimiseen. CP-vammaisen lapsen kohdalla yritys on jo suoritus ja askel eteenpäin oppimisen tiellä.

*Video-DVD:llä näkyvät toiminnot on valittu Patrikin omien mielenkiinnonkohteiden mukaisesti. Terapian aikana pyritään tarttumaan sellaisiin toimintoihin, jotka ovat Patrikista itsestä lähteviä. Patrikin toiveisiin ja haluihin vastaamalla saamme hänet kiinnostumaan ja motivoitumaan toiminnasta.*

*Patrikille annetaan toimintojen aikana positiivista palautetta sekä sanoilla, että eleillä. Toimintaterapeutin oma positiivinen asenne ja toimintaan eläytyminen innostaa Patrikia ja luo yhteenkuuluvuuden tunnetta.*

### **5.3 Itsestä huolehtimisen taitojen kehittymisen tukeminen**

Lapsen kokonaiskuntoutuksen yhtenä tavoitteena voi olla päivittäisten taitojen oppiminen. Oppimisessa edetään vaiheittain yksinkertaisista toiminnoista vaativimpiin suorituksiin. (Kaski ym. 2001, 226.) Itsestä huolehtimisen taidot pitävät sisällään siisteyden, peseytymisen, wc-toiminnot, pukeutumisen, ruokailun, liikkumisen ja kommunikaation (Shepherd 2001, 489). Tässä kappaleessa käsittelemme niitä itsestä huolehtimisen taitoja, jotka korostuvat CP-vammaisen lapsen kohdalla ja joihin toimintaterapeutti usein ottaa kantaa.

#### **5.3.1 Ruokailutilanteen helpottaminen**

CP-vammaisen lapsen syömisongelmat voivat aiheuttaa vanhemmille ahdistusta ja neuvottomuutta (Yack ym. 2001, 116). Vanhemmat voivat tarvita tukea ja ohjausta toimintaterapeutilta, joka voi antaa neuvoja syöttämistekniikassa, ruokailuun liittyvien apuvälineiden valinnassa ja oikean syöttämisasennon löytämisessä. Lapsen terapiassa voidaan tehdä suun motoriikan harjoituksia ja konkreettisesti harjoitella syömistä,



esimerkiksi antamalla lapselle erilaisia makuelämyksiä. Tavoitteena on lapsen mahdollisimman itsenäinen ruokailu ja ruokailun sujuminen ilman, että siitä tulee lapselle negatiivinen kokemus.

Lapsen syömiseen liittyvät vaikeudet voivat liittyä aistimusten ylireagointiin, jolloin lapsi voi olla hyvin herkkä kosketukselle, hajuille tai mauille. Alireagoinnissa lapsi ei reagoi aistimuksiin riittävästi ja siitä johtuen hän ei tiedosta suun, kielen ja leuan liikkeitä. (Yack ym. 2001, 116.) Heikko pään ja kehon kontrolli, kehittymätön nielemisrefleksi, pureskeluliikkeiden heikko koordinaatio sekä kielen refleksinomainen ulostyöntyminen vaikeuttavat syömistä ja juomista. Syöminen ja juominen mielletään yleisesti hyvin miellyttäväksi tapahtumaksi. Vaikeavammainen lapsi saattaa kuitenkin kokea ruokailutilanteen epämiellyttäväksi ja uhkaavaksi. (Lehtinen, Haapala & Dahlström 1993, 32.)

CP-vammaisen lapsen ruokailutilanteen tulee olla mahdollisimman kiireetön, meluton ja keskeytymätön tapahtuma. Kiirehtiminen ruokailutilanteessa lisää CP-vammaisen lapsen suun ja nielun alueen lihasten jännittymistä. Ruokailutilanteen toistuminen aina samanlaisena parantaa syömisestä onnistumista, koska lapsi voi ennakoida tutun kaavan mukaan etenevää tapahtumaa. (Kaski ym. 2001, 228.) Ruokailutilanteessa voidaan käyttää apuna esim. PCS- kuvia jäsentämään lapselle ruokailutapahtumaa ja mahdollistamaan hänen omia valintojaan ruokailun aikana.

Oikeanlainen syöttöasento ja otteet ovat CP-vammaiselle lapselle erityisen tärkeitä. Hallittu syömisasento on sellainen, ettei lapsi joudu syödessään tasapainoilemaan istumisen kanssa ja harjoittelemaan pään hallintaa. Pieni lapsi voidaan syöttää sylissä ja leikki-ikäinen ja isompi lapsi hänen omassa erikoistuolissaan tai tukevassa syöttötuolessa. Istuma-asennon tulee olla mahdollisimman symmetrinen, lantion tukevasti tuolissa ja pää hieman etualaviistossa, niska pitkänä. (Tolvanen 1996, 104.)

Välineillä ja ruuan koostumuksella on tärkeä merkitys syömisterapiassa. Lapsen on helpompi syödä lusikasta, joka on pieni ja matalapesäinen. Karkea ruoka stimuloi kieltä siirtämään ruokaa hampaiden purupinnoille pureskeltavaksi. Mikäli lapsi ei pysty itse pureskelemaan, hänelle voidaan laittaa ruokapalaset sormin suoraan poskihampaiden purupinnoille. (Tolvanen 1996, 104.) Tämä lisää kielen sivuttaisliikettä ja ke-

hittää kielen motoriikkaa. Jos lapsen on vaikea hallita leukaa ja kieltä, häntä voidaan tukea oraalaisella kontrolliotteella, jossa leuka jää sivulta tulevan käden etu- ja keskisormen väliin (Tolvanen 1996, 104–105).

Omatoimisen ruokailun opettaminen voidaan aloittaa siten, että ohjataan lasta viemään kädessä oleva hedelmä tai leivänpala suuhun. Lusikan käytön opettelu aloitetaan sen jälkeen kun lapsi on oppinut viemään käden suun lähelle. Liikemallin aikaansaamiseksi lasta ohjataan aluksi kädestä pitäen lusikan suuhun viemisessä. Omatoimisen ruokailun opettelussa edetään vaihe vaiheelta, lapsen yksilöllisyys huomioon ottaen. (Kaski ym. 2001, 228.)

Juominen on usein syömistä vaikeampaa, varsinkin jos juotava neste on ohutta. Koska lapselta voi puuttua imemisrefleksi, suu on avoinna ja kieli työntyy helposti suusta ulos, juoma valuu pois. Juomisharjoittelu kannattaa aloittaa paksujen nesteiden juomisella tai sakeuttamalla juoma saostusaineella. (Tolvanen 1996, 105.) Jos käsien otteet ovat heikot ja voimattomat, valitaan lapselle isokorvainen muki tai pitkäjalkainen lasi, josta on helpompi juoda. Mukiin tai lasiin tarttumista voidaan helpottaa erilaisilla pidikkeillä. Markkinoilla on myös mukeja, jotka on muotoiltu niin, että niissä on tehty tilaa nenälle, jolloin päätä ei tarvitse kallistaa juodessa. Vaikeavammaisen henkilön omatoimista juomista voidaan myös mahdollistaa erilaisten pillien ja nokkamukien avulla. (Hurnasti & Kanto-Ronkanen 2004, 223.) Juomaan opettelun tärkeänä tavoitteena on lapsen mahdollisemman itsenäinen juominen, päättäminen itse, koska ja kuinka paljon juo sekä erilaisten vaihtoehtojen suvaitseminen ja valitseminen niiden väliltä (Lehtinen ym. 1993, 33).

*Ruokailutilanteessa Patrik tekee valintoja kuvien avulla. Muita ruokailun apuvälineitä ovat syöttötuoli, muotoiltu lusikka ja nokkamuki. Patrikin ruoka on soseutettava, koska hän ei itse pureskele ruokaa. Kielen sivuttaisliikettä stimuloidaan sillä, että leivänpala laitetaan posken sisäpinnalle. Patrikin juodessa hänen päänsä tuetaan hyvään asentoon.*

### 5.3.2 Pukeutumistilanteen helpottaminen

Pukeutumisen ja riisuutumisen oppiminen edellyttää oman kehon hahmottamista ja motorisia valmiuksia. Ensimmäinen tavoite pukeutumisen opettamisessa on saada lapsi myötäilemään puettaessa. Kun lapsen omaa myötäilyä rohkaistaan, siitä tulee vähitellen tietoista. Pukeutumisharjoitukset voidaan liittää luonnollisiin, lapsen päivä-järjestykseen kuuluviin tilanteisiin. Harjoittelussa edetään pienin askelin siten, että ensin harjoitellaan riisumista, seuraavaksi opetellaan vaatteiden pukemista ja vasta lopuksi harjoitellaan nappien ja muiden liittimien kiinnittämistä. (Kaski ym. 2001, 236.)

Pukeutumista voidaan opetella rauhallisessa paikassa, mieluummin suuren peilin ääressä. Tällöin oman kehon hahmottaminen helpottuu. (Kaski ym. 2001. 236.) Lapsi näkee peilistä koko ajan itsensä, jolloin hän saa välittömästi visuaalisen palautteen omasta kehostaan. Peilin etuna on myös se, että terapeutin tukiessa lasta takaapäin, hän näkee peilin kautta lapsen ilmeet ja reaktiot paremmin. CP-vammaisen lapsen pukemisessa apuvälineenä voidaan käyttää pukeutumispenkkiä. Aikuinen istuu penkillä lapsen takana ja tukee hänen istuma-asentoa. Aikuinen antaa lapselle sanallisia ohjeita pukemisen aikana. Lasta voidaan kehottaa nostamaan ja työntämään jalkaa tai kättä. Hänelle annetaan riittävästi aikaa ja positiivista palautetta toiminnasta. Lasta tuetaan myös tekemään valintoja pukemisen aikana. Lapsen annetaan valita esimerkiksi minkä värisen paidan hän haluaa pukea tai millaiset sukat hän haluaa laittaa. Vähäininkin onnistuminen lisää lapsen itseluottamusta ja tuottaa lapselle iloa.

*Patrikin pukeutumisessa apuna on pukeutumispenkki. Hän saa tehdä valintoja kuvien avulla. Kuvat toimivat myös tilanteen jäsentämisessä. Patrikia ohjataan koko ajan myös sanallisesti ja manuaalisesti. Patrik myötäilee pukeutumistilanteessa nostamalla hieman jalkaa tai työntämällä kättä hihaan. Liike on hyvin vähäistä ja vaikea havaita silmällä, mutta terapeutti tuntee myötäilyn omalla kehollaan.*

### 5.3.3 Peseytymistilanteen helpottaminen

Peseytymistoimintojen opettelu on luontevinta arkisissa yhteyksissä. Siihen voidaan liittää myös muita oppimiselementtejä, kuten kehontuntemuksen ja aistitoimintojen opettamista. (Kaski ym. 2001, 233.) Peseytymistilanteessa lasta voidaan kehottaa pesemään eri kehonosia. Hänelle voidaan antaa eri tuntuksia pesusieniä, joista lapsi saa erilaisia aistituntemuksia. Erilaiset vesileikit ja saippualeikit houkuttelevat lasta harjoittamaan peseytymistaitojen ohella esimerkiksi motorisia taitoja ja hahmottamisen taitoja.

CP-vammaisen lapsen hampaiden pesua voi vaikeuttaa pakkoliikkeet, liikerajoitukset, lihasheikkous ja spastisuus. Sähköhammasharjasta tai paksumpivartisesta hammasharjasta voi olla tällöin hyötyä, kun tavoitteena on omatoiminen hampaiden pesu. (Hurnasti & Kanto-Ronkanen 2004, 220.)

Liukuesteet, suihkutuolit ja tukikahvat ovat esimerkkejä peseytymisen apuvälineistä. Automaattinen hana helpottaa käsien pesua. Vammaispalvelulain perusteella voi saada taloudellista tukea pesutilojen muutostöihin. (Kaski ym. 2001, 234.) Toimintaterapeutti voi olla mukana apuvälineiden valinnassa ja muutostöiden suunnittelussa.

*Käsienpesutilanteessa Patrik pyritään saamaan mahdollisemman aktiiviseksi ohjamalla hänet hanan avaamiseen ja sulkemiseen. Hänen annetaan tuntea veden lämpötilaeroja ja ne nimetään hänelle.*

### 5.4 Leikkitaitojen tukeminen

Leikki on lapselle vapaaehtoista toimintaa. Leikin avulla lapsi tutustuu ympäristöönsä, oppii uusia asioita ja jakaa toisten kanssa kokemuksiaan. Tärkeintä ei ole leikin lopputulos, vaan sen tuoma keksimisen ja toiminnan ilo. Leikissä lapsen motoriset, tiedolliset ja sosiaaliset taidot tulevat kokonaisvaltaisesti esille. Leikin avulla voidaan saada tietoa lapsen kielellisistä taidoista, tarkkaavaisuudesta, tiedon käsittelystä sekä kyvystä

muodostaa sisäisiä mielikuvia. (Lyytinen & Lautamo 2003, 199,206.) Lisäksi leikin avulla lapsi voi käsitellä hänelle merkityksellisiä asioita ja erilaisia tunnetiloja itselleen sopivimmalla tavalla.

Lapsella on luontainen pyrkimys leikkiin fyysisistä ja psyykkisistä rajoitteista huolimatta. Erityisryhmin kuuluvat lapset leikkivät ja tutkivat vähemmän ympäristöään kuin ikätasoisesti kehityksessä edenneet lapset. (Lyytinen & Lautamo 2003, 204.) Vammaisella lapsella luonnollisten leikki-tilanteiden ja leikintarpeen tyydyttäminen voi jäädä ilman erityistä huomiota kaiken kuntouttamisen keskellä (Hiitola 1998, 351). CP-vammaisella lapsella on omaehtoisen leikin kehittyminen usein vaikeaa ja liikuntavamma voi rajoittaa sosiaalista toimintaa. (Pihlaja & Lahdenperä-Mustajärvi 2004, 293.) Lapsen voi olla vaikeaa tehdä aloitetta leikkiin ja saada muita lapsia mukaan toimintaan. Myös fyysiset rajoitteet estävät lasta toimimasta tasavertaisesti muiden lasten kanssa. Esimerkiksi hippa-leikki voi olla liikuntavammaiselle lapselle liian vaikeaa ja nopeatempoista – lapsi jää helposti ulkopuoliseksi sivustakatsojaksi.

#### **5.4.1 Leikki toimintaterapiassa**

Toimintaterapiassa leikki voi toimia välineenä taitojen harjoittamisessa tai se voi olla tavoitteena, mikäli lapsen leikki-aidot ovat puutteelliset.

Pienen lapsen kohdalla leikkiä käytetään välineenä toimintaterapian tavoitteiden saavuttamiseksi. Leikin muoto määräytyy lapsen ongelmien ja terapian tavoitteiden mukaan. Esimerkiksi karkea- tai hienomotoristen taitojen harjoittelu sujuu luonnostaan leikin avulla. (Aro ym. 2003, 156.) Leikkiä voidaan käyttää myös lapsen ja terapeutin väliseen luottamuksellisen suhteen luomiseen. Lapsen leikin teemat ja toteutustapa antavat terapeutille tietoa lapselle tärkeistä asioista, jolloin hänelle voidaan tarjota motivoivia ja kiinnostavia toimintoja kehityksen edistämiseen. (Lyytinen & Lautamo 2003, 207.) Terapiassa tulee kiinnittää huomiota siihen, että lapselle tarjotaan paljon virikkeitä ja monenlaisia leluja sekä runsaasti aikaa leikkimiseen. Lapsen jaksamista on tarkkailtava terapiatilanteessa. Lapsi keskittyy paremmin silloin, kun häneltä ei vaadita liikaa kerrallaan. (Turtiainen 2006.)

Hiitolan (1998) mukaan vapaa leikki mahdollistaa itsenäisen tutkimisen ja havainnoinnin. CP-vammaisen lapsen kohdalla toimintaterapian yhtenä tavoitteena voi olla vapaan leikin kehittyminen. Liikuntavammaisen lapsen kyky tutkia ja olla vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa on vaikeampaa kuin terveellä lapsella, jonka vuoksi lapsen leikkitaidot voivat olla puutteellisia ja yksipuolisia. Vapaan leikin esteinä voivat olla huoltajien asettamat rajoitukset, lapsen ominaisuudet, fyysisen ympäristön asettamat rajoitukset ja sosiaaliset rajoitukset. (Tammisto 2006.; Hiitola 1998, 358.) Tammiston (2006) mukaan lapselle tulee tarjota mahdollisuuksia vapaaseen leikkiin hänen erilaisissa elinympäristöissään. Lasta tulisi motivoida itsenäiseen tutkimiseen ja vuorovaikutukseen. Vastatessaan ympäristöstä saamiin haasteisiin, lapsi harjoittelee käyttämään erilaisia taitoja, esimerkiksi ongelman ratkaisutaitoja, motorisia taitoja tai vuorovaikutustaitoja.

Mitä vaikeammin vammaisen lapsi on, sitä pienemmistä osa-alueista on lähdettävä liikkeelle leikin opettamisessa. Aikuisen osallistuminen leikkiin mahdollistaa vammaisen lapsen leikin kehittymisen ja lisää lapsen motivaatioita leikkiä kohtaan. (Kaski ym. 2001, 240.; Lyytinen & Lautamo 2003, 208.) Terapiatilanteessa terapeutin roolina voi olla leikin mallittaminen siten, että aikuinen antaa lapselle mallin tai kehottaa lasta suorittamaan tietyn toiminnan tarjolla olevalla esineellä. Mallit voidaan antaa toiminnallisesti ja kielellisesti tai pelkästään kielellisesti. (Lyytinen & Lautamo 2003, 210.) Mallin avulla aikuinen voi laajentaa leikin juonta ja siten monipuolistaa lapsen leikkiä.

CP-vammaisen lapsen kohdalla terapeutin tehtävänä on mahdollistaa leikin kulku optimaalisessa asennossa siten, että lapsen on helppo toimia. Toiminnasta riippuen valitaan oikeanlainen työskentelyasento. Turtiaisen (2006) mukaan erilaisia työskentelyasentoja voivat olla leikkiminen mahallaan, konttausasennossa, polviseisonnassa, täysistunnassa, risti-istunnassa, seisoen, istuen penkillä tai työtuolissa (Turtiainen 2006). Seisomisen apuvälineenä voidaan käyttää seisomatelinettä ja liikuntaleikeissä mahlautaa tai kävelytelinettä.

*Patrik pitää junaleikistä. Hänellä on halu leikkiä ja oma näkemys leikin kulusta sekä juonesta. Hän rakentelee mielellään ja tietää mitkä junaradan osat kuuluvat yhteen. Patrik tarvitsee kuitenkin aikuisen apua, koska hänen motorinen suorituskykynsä rajoittaa leikkiä. Aikuinen antaa hänelle aikaa kokeilla ensin omia taitojaan ja tarvitta-*

*essa auttaa leikkiä eteenpäin. Patrik viestii kehollaan siitä, että hän nauttii leikistä ja jaksaa keskittyä mielekkääseen toimintaan. Leikki toimii välineenä taitojen harjoittamisessa (silmä-käsi yhteistyö, käsien käyttö, hienomotoriikka, ohjeiden ymmärtäminen ja noudattaminen). Patrik leikkii mielellään kylkimakuasennossa, jolloin mahdollistuu vahvemman käden käyttö ja täysipainoisempi osallistuminen leikkiin. Haittapuoli tässä edellä mainitussa asennossa on, että vasen käsivarsi kokonaisuudessaan jää käyttämättä.*

#### **5.4.2 Leikki yhteisterapiassa**

Yhteisterapialla tarkoitetaan terapiatilannetta, jossa kaksi terapeuttia työskentelee samanaikaisesti lapsen kanssa. Toimintaterapeutti voi toteuttaa terapiaa toisen toimintaterapeutin, fysioterapeutin tai puheterapeutin kanssa. Yhteisterapian etuna on leikin sujuvampi toteuttaminen, kun toinen terapeuteista avustaa vaikeasti CP-vammaista lasta asennon ylläpidossa, ja toinen ohjaa leikkiä. Kun terapiaa on toteuttamassa useampi terapeutti, leikin vaikutus ja terapian tavoitteet saavutetaan tehokkaammin. (Turtiainen 2006.)

Terapian aikana tulee huomioida lapsen jaksaminen, koska lapsi joutuu ylläpitämään asentoa ja tarkkaavaisuutta sekä vastaanottamaan ohjausta molemmilta terapeuteilta. Lapsi joutuu suorittamaan monia hänelle vaativia tehtäviä yhtäaikaisesti. Lapsen jaksamista tulee seurata terapiatilanteessa koko ajan ja tarvittaessa antaa lapselle lepotaukoja. (Turtiainen 2006.)

#### **5.5 Aistitoimintojen ja aistitiedon käsittelyn tukeminen**

Voidaksemme toimia tarvitsemme aistien antamaa tietoa. Aistiärsykkeet kertovat esimerkiksi vaarasta, mielihyvästä tai siitä, että on ikävystyttävää. Aistien avulla saadun tiedon mukaan muokkaamme omaa toimintaamme. (Kranowitz 2003, 53–54.) Esimerkiksi positiivinen aistimus tuottaa hyvän olon ja sen tuoma mielihyvä halutaan kokea uudestaan. Aistit ovat välttämättömiä uusien asioiden oppimisessa.

Kehon ulkopuolelta tuleviin ärsykkeisiin reagoivat kuulo-, näkö-, maku-, haju- ja tuntoaisti. Näitä aisteja kutsutaan kaukoaisteiksi. Lähi- eli piiloaistit ovat taktilinen aisti eli tuntoaisti, vestibulaarinen aisti eli liike- ja tasapainoaisti sekä proprioseptiivinen aisti eli asentotuntoaisti. Nämä aistit reagoivat siihen, mitä kehossa tapahtuu ja ne pitävät automaattisesti yllä kehon sisäistä toimintaa. Taktilinen, vestibulaarinen ja proprioseptiivinen aisti muodostavat perustan lapsen terveelle kehitykselle. Näiden lähiaistien toimiessa tehokkaasti ja automaattisesti lapsi pystyy kohdistamaan huomionsa kohti ulkoista maailmaa. (Mts. 2003, 55–56.)

CP-vammaisen lapsen rajoittunut liikuntakyky vaikeuttaa aistimusten hakemista ja saamista luonnollisella tavalla. Elleivät aistit saa riittävästi sopivia ärsykejä, ne eivät kehity. Aistiärsykejä ei saa olla liian paljon tai liian vähän. Ympäristön merkitys aistien käytön oppimisessa korostuu. Terapiatilanteessa terapeutin rooliin kuuluu rikastaa ja muokata ympäristöä siten, että se kehittää erilaisia aistitoimintoja. (Lehtinen ym. 1993, 15.) Kuntoutusmenetelminä voidaan käyttää esimerkiksi basaalistimulaatiota, sensorisen integraation terapiaa ja Snoezelen-menetelmää. Edellä mainittuja menetelmiä voidaan liittää päivittäiseen yhdessäoloon, esimerkiksi basaalistimulaatiossa käytetään hyväksi luonnollisia tässä ja nyt –tilanteita, vastavuoroisuutta ja kokonaisvaltaista lähestymistapaa. (Kaski ym. 2001, 209.)

Sensorisen integraation häiriöllä tarkoitetaan kykenemättömyyttä käsitellä aistien kautta saatua tietoa riittävän hyvin. Sensorisen integraation häiriö johtuu keskushermoston toimintahäiriöstä. Aivot eivät kykene analysoimaan, jäsentämään ja yhdistämään aisteilta saamia viestejä. Tästä johtuen lapsi ei pysty reagoimaan aistitietoon mielekkäästi ja johdonmukaisesti. (Kranowitz, 2003, 27.) Lapsilla, joilla on sensorisen integraation häiriö voi esiintyä seuraavia piirteitä: lapsi saattaa reagoida epätarkoituksemukaisesti aistimukseen, hänellä on vaikeuksia jäsentää ja analysoida aisteista tulevaa tietoa, hänellä on heikentynyt kyky yhdistää aisteista tulevaa tietoa ja vaikeuksia hyödyntää aistien kautta tulevaa tietoa toimintojen suunnittelussa ja toteuttamisessa. Häiriön syistä ei ole olemassa konkreettista tietoa, mutta sitä on havaittu lapsilla, joilla on erilaisia diagnooseja, kuten laaja-alainen kehityshäiriö, CP-vamma, oppimisvaikeuksia ja huonokuuloisuutta. (Yack ym. 2001, 41.)



Lapsi, jolla on sensorisen häiriö, hyötyy **sensorisen integraation terapiasta**. Sensorisen integraation terapiaa voi antaa vain erikoiskoulutuksen saanut toimintaterapeutti. Terapeutti voi ohjata lapsen vanhempia, hoitajia ja opettajia lapsen käsittelyssä ja toimintaympäristön suunnittelussa, jolloin menetelmät siirtyvät lapsen erilaisiin ympäristöihin ja arkipäivän tilanteisiin. Vaikka CP-vammaisen lapsen kohdalla ei ole aina puhtaasti kyse sensorisen integraation häiriöstä, vaan taustalla on hermoston kehityshäiriö, lapsi hyötyy sensorisen integraation toimintaympäristössä toteutetusta terapiasta. (Kaski ym. 2001, 283–284.) Vammattoman lapsen kohdalla sensoristen ärsykkeiden saaminen tapahtuu luonnollisesti esimerkiksi kiipeilyn, pomppimisen, konttaamisen ja tasapainoilun avulla. CP-vammaisen lapsen rajoittunut liikuntakyky estää aistimusten hakemisen luonnollisella tavalla. Tämän takia on perusteltua antaa lapselle samanlaisia kokemuksia ”vammattoman lapsen maailmasta”.

Vammaisen lapsi ei kykene integroimaan kaikkia näön, kuulon, tuntoaistin, liiketunnon ja tasapainoaistin kautta tulevia ärsykeitä. Tätä ajatusta pidetään sensorisen integraation terapian lähtökohtana. Terapiassa erilaisten liikunnallisten leikkien avulla autetaan lasta tunnistamaan ja jäsentämään aistikokemuksiaan, erityisesti tasapaino-, asento-, liike- ja kosketusaistikokemuksiaan. Tavoitteena on, että lapsi alkaa omaehtoisesti käsitellä aistitietoa ja reagoi niihin tarkoituksenmukaisesti. (Kaski ym. 2001, 283–284.) Sensorisen integraation terapiavälineinä voidaan käyttää erilaisia keinoja, tunnustelulaatikoita, palloja, kiipeilytelineitä, liukumäkiä ja vatsalautaa. Menetelminä voidaan käyttää maalausta, tunnustelua, hierontaa, pomppimista, peuhaamista, kantamista tai työntämistä. Keinuminen, pyöriminen, kiipeäminen, ryömiminen, konttaaminen, puhaltaminen ja roikkuminen antavat lapselle kokemuksia oman kehon toiminnasta. (Yack ym. 2001, 147–154.)

*Keinuminen on Patrikista mukavaa. Innostuessaan hän yliojentuu, jolloin tasapainon ylläpitäminen vaikeutuu. Aikuisen tehtävänä on tukea lapsen asentoa ja monipuolistaa keinumista. Liikkeet eteen ja taakse sekä sivulle antavat Patrikille liikeaistikokemuksia.*

*Kuvaustilanteessa Patrik haluaa tutkia terapiaympäristöä ja kiinnostuu punaisesta ”kaukalosta”. Hän tutkii sitä kiinnostuneena ja haluaa kokeilla sitä. Patrikin kehonkieli viestii toiminnan jännittävydestä, koska hän kokeilee välinettä ensimmäistä kertaa. Välineeseen tutustuminen tapahtuu rauhalliseen tahtiin ja lapsen ehdoilla.*

*Partavaahdolla maalaaminen on Patrikille ennestään tuttua. Tämä toiminta tarjoaa tuntoaistikokemuksen lisäksi hajuaistimuksia. Toiminnan avulla voidaan lisäksi harjoitella kahden käden työskentelyä. Erilaisissa asennoissa toimiminen monipuolistaa leikkiä. Patrikilla on swash-lantiotuki, joka työntää lantiot eteenpäin ja auttaa keskivartalon hallintaa. Lantiotuki ehkäisee myös jalkojen ristiin menemistä.*

*Tutustumalla tuntolaatikoiden sisältöön Patrik saa käsien kautta erilaisia aistikokemuksia. Samalla harjoitellaan keskilinjan ylitystä, tarttumista ja irrottamista. Patrikia täytyy muistuttaa heikomman käden mukaan ottamisessa.*

## **5.6 Käsien käytön tukeminen**

Terve vauva katselee käsiään ja liikuttelee niitä kasvojensa edessä, vie kädet yhteen, tunnustelee sormiaan ja laittaa nyrkin suuhunsa. Myöhemmin lapsi oppii käyttämään käsiään tarkoituksenmukaisesti. Käsileikkivaihe on lapsen kehitykselle erityisen tärkeää. (Finnie 1973, 126.)

CP-vammaisen lapsen epänormaalit asennot voivat estää häntä saamasta käsivarsia eteen ja käsiä yhteen, tai liikuttamasta käsiä vartaloa kohti kämmenet itseän päin suunnattuina. Lapsen kädet saattavat olla puristuneina nyrkkiin, jolloin esimerkiksi leluun tarttuminen ei onnistu. Jos kädet sulkeutuvat ainoastaan silloin, kun kasvot ovat niistä pois päin kääntyneinä, lapsi ei pysty seuraamaan mitä tekee. Joillakin lapsilla kämmenet ovat aina avoinna tai käden noustessa ne aukenevat. Voidakseen käyttää käsiä tehokkaasti lapsen on kyettävä pitämään päänsä tasapainossa. Tällöin hän pystyy seuraamaan katseella sitä mitä tekee, avaamaan kätensä tarttuakseen ja irrottamaan otteensa riippumatta käsivarren asennosta. Pystyäkseen aistimaan, tarttumaan ja irrottamaan otteensa lapsen on hahmotettava kätensä. (Finnie 1973, 126.)

Mikäli CP-vammaisella lapsella on spastisuutta yläraajoissa, jännitystä voidaan laukaista erilaisilla otteilla ja venytyksillä. Raajojen asentoon on kiinnitettävä erityistä huomiota virheasentojen välttämiseksi. Venytysten avulla käsi rentoutuu ja lapsi pysyy paremmin toimimaan. Venytyksiä voidaan tehdä eri asennoissa, esimerkiksi pallon päällä ja lattialla maaten tai pukemispenkillä ja peilin edessä istuen. Venytysharjoitukseen voidaan liittää mukaan erilaisia laululeikkejä tai kurkotuksia eri suuntiin. Tämä tukee lapsen kehonhahmotusta ja antaa lapselle kokemuksia itsestään suhteessa ympäristöön.

Venyttely tehdään terapian alkuvaiheessa ja se toimii ikään kuin lämmittelyinä. Erilaisia jännitystilojen laukaisuotteita löytyy esimerkiksi Palsion (1994) pro gradu -tutkielmasta ”Mitä kivaa puuhailisin monivammaisen Mona-Lisan kanssa?”. Samaisesta tutkielmasta löytyy käytännön esimerkkejä siihen, kuinka monivammaisen CP-lapsen tietoisuutta omista käsistään voidaan tukea ja miten lapsi saadaan käyttämään käsiään. (Palsio 1994, 96–100.)

Käsien toiminnan kannalta on huomioitava lapsen hyvä työskentelyasento. Pään asento sekä vartalon ja hartioiden hyvä hallinta helpottaa lapsen toimintaa. (Finnie 1973, 126–127.) Hyvän työasennon mahdollistamiseksi on olemassa erilaisia apuvälineitä. Esimerkiksi seisomatelineessä lapsen kädet vapautuvat tasapainon ylläpitämisestä toimintaan. Seisomatelineessä lapsi saa kuormitusta alaraajoille ja kokemuksen tasavertaisesta, samalla korkeudella tapahtuvasta kanssakäymisestä pystyasennossa olevien kanssa. (Töytäri, Koistinen, Hiltunen & Leivo 2004, 168–170.)

Työtuoli on valittava ja säädettävä yksilöllisesti. Istuimen valintaan vaikuttavat istujan koko, valmiudet, toimintakyvyn vahvuudet ja rajoitukset. CP-vammaisen lapsen työtuoliin voidaan kiinnittää erilaisia jalka-, polvi-, reisi-, vartalo-, hartia-, niska-, pää- ja sivutukia. (Leivo & Holmberg 2004, 264.) Jos lapsella on ojentumistaipumus, voidaan tuoliin asentaa haarakiila. Sen tarkoituksena on pitää lantio tukevasti tuolin selkänojassa. Hyvä työskentelyasento mahdollistaa lapselle optimaalisen käsien käyttämisen, koska asennon ylläpitämiseen ei kulu niin paljon energiaa. Lisäksi lapsen työskentelyasentoa voidaan tukea erilaisten kiilatyynyjen avulla. Terapeutti voi myös tukea lapsen istuma-asentoa. Monipuolisten työskentelyasentojen avulla lapsi saa erilaisia kokemuksia itsestään, ympäristöstä ja välineistä.

*Patrikilla oikea käsi on dominoiva ja vasen käsi puristuu nyrkkiin. Hän jättää helposti vasemman käden huomiotta. Patrikia on muistutettava siitä sanallisesti ja manuaalisesti kättä ohjaten. Vasemman käden huomioiminen terapiatilanteessa auttaa lapsen kehonhahmotusta ja kehon keskilinjassa pysymistä sekä kehon hallintaa. Terapiassa harjoitellaan sellaisia toimintoja, jotka tukevat kahden käden yhteistyötä. Videolla tällaisia toimintoja ovat esimerkiksi pallon heittäminen, narun pujottelemineen muotolautaan ja käsien peseminen.*

*Patrikin vasemman käden aktivoinnissa voidaan hyödyntää tilapäistä käden pakotettua käyttöä siten, että terapeutti pitää dominoivaa kättä paikoillaan, jolloin lapsen on käytettävä toiminnassa heikompaa kättä. Vasemman käden mukaan ottaminen minimoi myös virheasentojen syntymisen.*

*Seisomatelineessä ja työtuolissa Patrikille mahdollistuu ihanteellisin käsien käyttö. Apuvälineiden tuet, liivit ja vyöt tukevat sekä ylläpitävät asentoa, jolloin Patrik voi keskittyä käsillä toimimiseen.*

## **5.7 Visuaalisen hahmottamisen tukeminen**

Visuaalisella hahmottamisella tarkoitetaan näkemällä vastaanotettua käsitystä jostain esineestä tai asiasta. Nähdyn tunnistaminen on alkukantaista visuaalista hahmottamista. Kehittyneempää visuaalista hahmottamista edustaa esineiden näkeminen suhteessa toisiin esineisiin ja taustaan. (Ayres 1984, 56.) Visuaalisen hahmotuksen pohjaksi on ensin kehityttävä sellaiset aistijärjestelmät, jotka antavat lapselle tietoa omasta kehosta ja sen suhteesta maan vetovoimaan. Vasta sitten kehon ulkopuolelta tulevat näkö- ja kuuloaistimukset voivat jäsentyä. (Mts.1984, 20.)

CP- vammaisten lasten kohdalla visuaaliset ja spatiaaliset vaikeudet voivat ilmetä erilaisina visuo-motoristen ja visuo-konstruktivisten vaikeuksien yhdistelminä: piirtäminen on hidasta, kömpelöä ja epäselvää, yksinkertaistenkin geometrinen kuvioiden kopiointi on vaikeaa, palapeliä kokoaminen tuottaa vaikeuksia tai ei kiinnosta ollenkaan ja saksien käyttö on hankalaa (Ahonniska & Aro 2001, 104). CP-vammaisella

lapsella silmän- ja käden yhteistyötä vaativien tehtävien, kuten saksilla leikkaamisen ja kynän käytön, haasteellisuutta lisää käsien hieno- ja karkeamotoristen liikkeiden hallitsemattomuus.

Visuaalisen hahmottamisen vaikeudet voidaan huomata tehtävissä joissa etsitään eroja tai samankaltaisuuksia (Ahonniska & Aro 2001, 105). Jotta katsottava kohde näyttäisi selvältä, tulee silmien säilyttää vakaa kuva esineestä ja niskan on pidettävä pää paikallaan. CP-vammaisen lapsen niskalihakset ovat usein heikot ja lapsen on vaikea pitää pää keskilinjassa. Tästä johtuen katseen kohdistaminen ja liikkuvan esineen seuraaminen katseella ovat haasteellisia.

Vammattomilla lapsilla on vauva- ja lapsuusiässä kehittynyt aistijärjestelmät, kuten paino-, voima- ja liikeaistimukset, jotka ovat pohjana visuaaliselle hahmottamiselle (Ayres 1984, 20). CP-vammaisilla lapsilla nämä sensomotoriset aistimukset ovat puutteellisia ja siksi niitä harjoitellaan muun muassa toimintaterapian keinoin, tarjoamalla lapselle erilaisia aistimuksia antavia toimintoja.

*Patrikilla pään hallinta on heikkoa, joka johtuu heikoista niskalihaksista. Istuessa pää on etukumarassa, leuka kohti rintaa, jolloin Patrik katsoo kulmien alta. Siitä johtuen katseen kohdentaminen ja liikkeen seuraaminen katseella on työlästä. Mikäli toiminnallisissa tilanteissa on paljon visuaalisia ärsykykeitä, Patrikin tarkkaavaisuus herpaantuu helposti. Aikuisen on kehotettava Patrikia keskittymään tekeillä olevaan toimintaan.*

*Patrik löytää pieniäkin yksityiskohtia isosta kuvasta, tunnistaa värit ja löytää samankaltaisuudet, mutta Patrikin motoriset ongelmat vaikeuttavat toiminnasta suoriutumista. Videolla Lotto-peliä pelattaessa Patrik löytää nopeasti korttia vastaavan kuvan pelilaudasta ja osoittaa sitä sormella. Patrikin laittaessa korttia oikealle paikalle pelilaudan päälle, näkyy hänen käden motoriikan ”karheus” ja liikkeiden kokonaisvaltaisuus.*

## 5.8 Suun motoriikan tukeminen

CP-lapsen suun alueen motoriikan vaikeudet voivat johtua kokonaismotoriikan ongelmista ja varhaisvaiheiden refleksien säilymisestä yli niiden normaalien säilymisiään. Vaikeudet voivat näkyä aluksi syömisen ongelmina. Imeminen voi olla voimatonta hypotonian vuoksi ja syömisasennon löytäminen vaikeaa hypertonian vuoksi. CP-vammaisen lapsi saa vähemmän aistikokemuksia suun kautta kuin terve lapsi. Käsien tai esineiden suuhun vieminen voi olla hänelle mahdotonta. Suun alueen yliherkkyys voi näkyä esimerkiksi liian helposti laukeavana yökkäysrefleksinä. (Tolvanen 1996, 98–99.)

CP-vammaisista 10–40 % kuolaa. Kuolaamisessa on kyse nielemisen tehottomuudesta, ei syljen liikatuotannosta. Kuolaaminen voi aiheuttaa sosiaalista haittaa ja siksi suun motoriikan kuntoutus on perusteltua. Kuolaamista vähentävinä keinoina on käytetty leikkaushoitoa, lääkehoitoa, oraalimotorisia laitteita ja NDT-terapiaa. NDT-terapian kuntoutusmenetelminä voidaan käyttää syöttämistä, hampaiden pesua ja suun motoriikan harjoituksia. Nämä harjoitukset aktivoivat huuliota ja leukaa. (Tolvanen 1996, 107.) Lapselle voidaan tarjota erilaisia esineitä, joita voi tunnustella suussa, imeä, nuolla tai purra (Lehtinen ym. 1993, 35). Tällä tavalla lapsi saa monipuolisia aistielämyksiä suun kautta.

Yhteistyö vanhempien, koulun, päivähoidon sekä eri terapeuttien, kuten fysio-, puhe- ja toimintaterapeutin kanssa on erittäin tärkeää CP-vammaisen lapsen kuntoutuksessa (Tolvanen 1996, 103). Yhdessä mietittyjen tavoitteiden ja menetelmien avulla voidaan tukea suun motoriikan kehittymistä. Konkreettisten ohjeiden ja vinkkien avulla voidaan suun motoriikan kehittymistä tukea esimerkiksi kotona tai päiväkodissa yhdistämällä ne arkipäivän tilanteisiin. Toimintaterapiassa suun motoriikan kuntouttamisessa käytettyjä menetelmiä voivat olla esimerkiksi saippuakuplien puhaltaminen, pillillä imeminen ja erilaisten makuelämysten tarjoaminen.

*Patrikilla esiintyy toimintojen aikana suun assosiaatioliikkeitä. Suu on paljon auki jolloin kuolan erityis lisääntyy. Suun ollessa tiukasti kiinni Patrik narskuttaa tai puree hampaita tiukasti yhteen.*

*Ruokailutilanteessa Patrikille tarjotaan erilaisia makuelämyksiä: voita, banaania, leipää, rahkaa ja suklaaleivos. Koska Patrikin suu on yliherkkä, ruuan rakeinen koostumus saattaa helposti laukaista yökkäysrefleksin. Siitä syystä vähänkin karkeampi ruoka on soseutettava.*

## **5.9 Kommunikaatio ja vuorovaikutus**

CP-vammaisella lapsella voi olla vaikeuksia kielen omaksumisessa ja puheen oppimisessa monista eri syistä johtuen. Kielen kehityksen viivästyminen voivat aiheuttaa kokemusten niukkuus ja rajallisuus. Aivojen vaurio voi aiheuttaa myös erityistä kielellistä vaikeutta eli dysfasiaa, joka hankaloittaa kielen omaksumista. CP-vammaisen lapsen motorinen puhehäiriö eli dysartria ilmenee puheen epäselvyytenä. (Tolvanen 1996, 99.)

Jokaisella on oikeus kommunikointiin. Puhekyvyn puuttuminen ei tarkoita sitä, että kyky kommunikointiin olisi mahdotonta. Esimerkiksi kehoviestit ovat tärkeitä ja keskeisiä kaikessa ihmisten välisessä viestinnässä (Ketonen, Palmroth, Röman, Salmi & Poikkeus 2003, 179). Mikäli CP-vammaisen lapsi ei pysty sanallisesti ilmaisemaan jotain, hän voi kehollaan viestittää erilaisia tunnetiloja. Kommunikointikyky luo edellytyksiä kielen kehitykselle (Ala-Korpi & Littunen 2006).

Lapsen kasvaessa tunteisiin liittyvä kommunikaatio ja kehon kieli eivät riitä kommunikaatiotarpeisiin. Tarvitaan menetelmiä, joiden avulla lapsi voi ilmaista asioita, jotka eivät ole lähietäisyydellä. Puhetta tukevista ja korvaavista kommunikaatiomenetelmistä käytetään lyhennettä AAC (Augmentative and Alternative Communication). AAC-menetelmät voidaan jakaa viittoma- ja elekkommunikaatioon perustuviin sekä kuva- ja symbolijärjestelmiin. (Tolvanen 1996, 109–110.) Puhetta tukevia kommunikointikeinoja käytetään täydentämään ja tukemaan puhetta. Puhetta korvaavia kommunikaatiokeinoja tarvitaan, kun puhe puuttuu kokonaan tai on niin vähäistä, että henkilö tarvitsee muun pääkommunikointikeinon. (Ala-Korpi & Littunen 2006.)

Viittomia voidaan käyttää CP-vammaisella lapsella puhetta tukevana kommunikaatiokeinona, mikäli motoriikka mahdollistaa sen. Motoristen rajoitusten takia viittomia voidaan helpottaa ja soveltaa. Viittomien käytöstä on hyötyä puheen havainnollistami-

nessa. (Tolvanen 1996, 110.) Kuvien käytön harjoittelu voidaan aloittaa tilanteisiin liittyvien merkkien sekä esineiden ja kuvien vastaavuuden harjoittelusta (Ketonen ym. 2003, 180–181). Kuvat voivat olla valokuvia, PCS-kuvia, itse piirrettyjä kuvia, pikto-grammeja tai lehdestä leikattuja kuvia. (Ala-Korpi & Littunen 2006.) Kuvia voidaan käyttää jäsentämään toimintoja tai aikaa sekä esineiden käyttötarkoitusta. Kuva otetaan mukaan toimintaan ja toiminnan suorittamisen jälkeen kuva käännetään nurinpäin, merkiksi toiminnan lopettamisesta. Terapiatilanteessa voidaan käyttää kuvia myös mieleisen toiminnan valitsemisessa. (Ketonen ym. 2003, 180–181.) Kuvien käyttö on aina yksilöllistä ja kuvat valitaan lapsen kuvakokoelmaan yhteistyössä vanhempien kanssa. Lapsen mielenkiinnon kohteet ja perheen arkielämä määrittävät sen, mitä kuvia valitaan.

Teknisiä kommunikoinnin apuvälineitä ovat erilaiset kommunikointilaitteet, jotka voivat tuottaa puhetta tai kirjoitusta. Äänitettävään puhelaitteeseen voidaan nauhoittaa lyhyitä viestejä. Kirjoitusta tuottavaa kommunikointilaitetta voidaan käyttää tilanteessa, jossa lapsi kykenee kirjoittamaan näppäimistön avulla. Tietokonetta voidaan käyttää kommunikoinnin apuvälineenä, jos se sisältää kommunikaatioon tarkoitetun ohjelman. Esimerkiksi bliss- tai PCS-ohjelman. (Tolvanen 1996, 114.) Tietokonetta voidaan käyttää myös välineenä kuntoutuksellisissa tietokoneohjelmissa.

CP-vammaisen lapsi ja hänen perheensä saavat tarvittaessa tukea ja ohjausta esimerkiksi tietotekniikka ja kommunikaatiokeskus Tikoteekista. Tikoteekkitoiminnan tarkoituksena on löytää puhetta tukeva tai korvaava kommunikaatiokeino vammaiselle tai toimintarajoitteiselle henkilölle. Tikoteekin palveluihin kuuluu ohjattu tutustuminen kuntoutuksellisiin tietokoneohjelmiin (OTTO), kommunikoinnin arviointi (KOA), apuvälineiden valinta ja tietokoneen käytön arviointi (TIA). Asiakkaat ohjautuvat Tikoteekkiin läheteellä, jonka voi kirjoittaa esimerkiksi toimintaterapeutti. Sopiva kommunikaatiokeino löydetään yhdessä asiakkaan ja lähiyhteisön kanssa. (Ala-Korpi & Littunen 2006.)

Lapsi oppii uusia taitoja vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Mikään laite tai väline ei korvaa aitoa kanssakäymistä. CP-vammaisen lapsi ei aina pysty sanallisesti kommunikimaan ja osallistumaan vuorovaikutukseen tasavertaisesti. Lapsi voi tuntea itsensä ulkopuoliseksi ja kokea, että hänen mielipiteillään ei ole merkitystä. Vähäisempienkin



kommunikaatioyritysten tukeminen on tärkeää lapsen sosiaalisten taitojen ja vuorovaikutustaitojen kehittymisen takia. Tapahtumien kielellistäminen eli asioiden sanoiksi pukeminen on CP-vammaisen lapsen kohdalla yhtä tärkeää, kuin tavallisenkin lapsen kohdalla. Kielellistäminen auttaa lasta keskittymään paremmin, ohjaamaan itseään motorisesti paremmin sekä löytämään toiminnoille ja asioille sanat. (Tolvanen 1996, 106, 114.)

*Patrikilta puuttuu oma puheilmaisu. Kommunikaatio tapahtuu PCS-kuvilla sekä ilmeillä ja eleillä. Valintatilanteissa Patrik käyttää kuvia ja omia viittomia. Kehonkieli on Patrikilla vahva ja hän ilmaisee sen avulla myös erilaisia tunteita. Toiminnoissa Patrikille annetaan suullista palautetta ja myötäilläään ja eläydytään hänen tunnetiloihinsa.*

*Patrik käyttää tietokonetta tällä hetkellä pelaamiseen, jonka avulla hän voi harjoitella sormella painamista, katseella seuraamista ja tietokoneen käyttöä. Tulevaisuudessa tietokone voi toimia kommunikaatiovälineenä esimerkiksi puheohjelman avulla.*

## 6 POHDINTA

Ensimmäiset ajatukset opinnäytetyön aiheesta ja videon valmistamisesta syntyivät vuosi sitten joulun aikaan. Työn rajaaminen tuntui aluksi vaikealta, koska CP-vammaisen lapsen kuntoutukseen liittyy niin paljon huomioon otettavia seikkoja. Lapsen diagnoosi, lisävammat, ikä ja perhekulttuuri vaikuttavat siihen, mitä menetelmiä toimintaterapeutti käyttää. Halusimme valita työhömmme sellaiset aihealueet, jotka CP-vammaisen lapsen toimintaterapiassa korostuvat. Tätä valintaa perustelemme myös oman oppimisemme kannalta, koska halusimme saada mahdollisimman kattavan kuvan CP-vammaisen lapsen toimintaterapiasta. Olemme käsitelleet aihealueita pintapuolisesti, mutta tärkeimpiä seikkoja korostaen. Monesta aihealueesta olisi mahdollista tehdä oma opinnäytetyö ja syventyä aiheeseen perinpohjaisesti. Esimerkiksi CP-vammaisen lapsen leikki tai käsien käytön tukeminen ovat tällaisia aiheita.

CP-vammaisen lapsen toimintaterapiasta löytyi hyvin vähän suomenkielistä materiaalia, joten tilausta työlle selvästi löytyi. Työn edetessä olemme saaneet kannustavaa

palautetta aiheen valinnasta ja video DVD:n tarpeellisuudesta. Tämä on toisaalta motivoinut meitä, mutta toisaalta luonut meille paineita. Toivomme, että työmme vastaa sille asetettuihin odotuksiin.

Tiedonhankintaprosessin aikana olemme ottaneet yhteyttä eri toimintaterapeutteihin, joilta saimme vinkkejä lähdeaineistosta ja konkreettista tietoa siitä, mitä CP-vammaisen lapsen toimintaterapia voi pitää sisällään. Olemme käyneet erilaisissa koulutustilaisuuksissa ja hyödyntäneet niistä saatuja tietoja opinnäytetyössämme. Yhteistyö Patrikin ja hänen perheensä kanssa on ollut antoisaa ja opettavaista. Olemme saaneet mahdollisuuden olla läheltä näkemässä ja kokemassa CP-vammaisen lapsen arkea. Tällaista kokemusta ei voi kirjoista oppia. Keskustelu perheen kanssa on ollut avointa, lämminhenkistä ja rehellistä.

Patrikin kanssa työskentely on opettanut meille vuorovaikutusta erityislapsen kanssa. Omat ennakkoluulomme ovat karisseet matkan varrella. Patrik on yllättänyt meidän taidoillaan monta kertaa. Helposti ajatellaan, että lapsi, joka ei pysty kommunikoimaan puheella ja jolla on hyvin vaikea liikuntavamma, ei kykene ilmaisemaan tahtoaan tai toimimaan itsenäisesti esimerkiksi leikin aikana. Olemme myös nähneet konkreettisesti mitä merkitystä arjen apuvälineillä on lapselle ja perheelle, silloin kun ne on suunniteltu lapsen tarpeita vastaavaksi. Tämän prosessin aikana meille on selvinnyt, kuinka tärkeää on huomioida lapsen yksilöllisyys ja tutustua lapseen hänen omissa arkiympäristössään.

Tätä opinnäytetyötä tehdessämme olemme saaneet monipuolisesti käyttää kaikkia niitä taitoja, joita meillä jo on – sekä oppineet sellaisia taitoja, joita emme edes usko-neet meillä olevan. Video DVD:n tuottaminen alusta loppuun oli kaikille entuudestaan vierasta. Kuvaamisen, editoinnin ja tietokoneohjelman käytön opettelu veivät yllättävän kauan aikaa. Oppiminen ja opettelu tapahtuivat yrityksen ja erehdyksen kautta. Tämä nostaa työn arvoa omissa silmissämme. Tunnumme ylpeyttä siitä, että saimme videon valmiiksi ilman ulkopuolisten apua.

Kävimme kuvaamassa Patrikia hänen kotiympäristössään kolmeen eri kertaan. Terapiaympäristön kuvaukset teimme Jyväskylän ammattikorkeakoulun terapiatilassa. Kuvaussuunnitelman olimme tehneet joka kerralle erikseen. Kuvaamisaikataulun

suunnitelmat eivät aina toteutuneet, sillä meidän oli myös huomioitava lapsen jakaminen. Tämän prosessin aikana opimme myös joustavuutta aikataulujen ja suunnitellun toiminnan suhteen. Aina terapiakaan ei suju suunnitelmien mukaan.

CP-vammaisen lapsen kuntoutus on pitkä prosessi, eivätkä tulokset ole välttämättä kovin helposti nähtävissä tai nopeasti saavutettavissa. Toimintaterapeutin yhtenä roolina on tukea vaikeasti vammaisen lapsen perhettä ja löytää ne keinot, jotka auttavat arjen sujumisessa. Toimintaterapeutin vuorovaikutustaidot ja perheen kanssa tehtävä yhteistyö on tärkeä osa onnistunutta kuntoutusta. Yhteistyön sujuvuus vaikuttaa perheen motivaatioon lapsen kuntoutusta kohtaan.

Opinnäytetyöprosessin aikana keskinäinen yhteistyömme on sujunut saumattomasti. Olemme keskustelleet paljon ja jakaneet omia tuntemuksia tämän työskentelyn aikana. Jokaisen erikoisosaaminen ja vahvuudet ovat päässeet esiin ja niitä on hyödynnetty. Koemme, että tämä on ollut yhteistyömme parasta antia. Valmistumisen kynnyksellä olemme tukeneet toinen toistamme ammatillisen identiteetin kehittymisessä, jakaneet tietojamme ja taitojamme sekä uskaltaneet myöntää myös omat rajallisuutemme – olemme oppineet toimimaan toinen toistemme työnohjaajina.

## LÄHTEET

- Adenius-Jokivuori, M. 2003. Päivähoito. Teoksessa *Joko se puhuu? Kielenkehityksen vaikeudet varhaislapsuudessa*. Toim. Siiskonen, T., Aro, T., Ahonen, T. & Ketonen, R. Juva: PS-kustannus, 304–320.
- Adenius-Jokivuori, M., Siiskonen, T. & Eronen, T. 2003. Esiopetus. Teoksessa *Joko se puhuu? Kielenkehityksen vaikeudet varhaislapsuudessa*. Toim. Siiskonen, T., Aro, T., Ahonen, T. & Ketonen, R. Juva: PS-kustannus, 321–335.
- Ahonniska, J. & Aro, T. 2001. Hahmottamisvaikeuksien kuntoutus. Teoksessa *Oppimisvaikeudet*. Toim. Ahonen, T. & Aro, T. Juva: Atena, 102–117.
- Ala-Korpi, A. & Littunen, P. 2006. AAC-menetelmät –kommunikoinnin erilaiset tarpeet ja mahdollisuudet. Valo-hankkeiden maakunnallinen koulutuspäivä 10.10.2006 Jyväskylän ammattiopistossa. Järjestäjänä Jyväskylän sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitos.
- Aro, T., Eronen, T., Qvarnström, M., Palmroth, A., Röman, M., Danner, P., Lautamo, T., Jordan-Kilki, P., Kokko, J., Leppäsaari, T. & Nieminen, M. 2003. Diagnoosista kuntoutukseen. Teoksessa *Joko se puhuu? Kielenkehityksen vaikeudet varhaislapsuudessa*. Toim. Siiskonen, T., Aro, T., Ahonen, T. & Ketonen, R. Juva: PS-kustannus, 144–162.
- Autti-Rämö, I. 2004. CP-vammaisuus. Teoksessa *Lastenneurologia*. Toim. Sillanpää, M., Herrgård, E., Iivanainen, M., Koivikko, M. & Rantala, H. Helsinki: Duodecim, 161–177.
- Ayres, A.J. 1984. *Kun lapsi ei opi leikkimään*. Helsinki: Ammattikasvatustieteiden tutkimuskeskus.
- Finnie, N. 1973. *CP-lapsen hoito*. Porvoo: WSOY.
- Harra, T. 1999. Toimintaterapia luo uskoa huomiseen. Teoksessa *Elämän uusi painos. Aivohalvaukseen sairastuminen, kuntoutuminen ja selviytyminen*. Toim. Ovaska-Pitkänen, M. Tampere: Kirjayhtymä, 169–175.
- Hasan, M. & Parkkinen, A-M. 1992. Puheterapia kuntoutusmuotona. Teoksessa *Lääkinnällinen kuntoutus*. Toim. Haataja, M. Helsinki: Sairaallaliitto, 43–50.
- Hiitola, B. 1998. ”Minun nimi on Virva, mutta oikeesti minä oon prinsessa!” – Vammainen ja sairas lapsi leikkijänä. Teoksessa *Poikkeava vai erityinen*. Toim. Ladonlahti, T., Naukkarinen, A. & Vehmas, S. Juva: Atena, 349–364.
- Holma, T. (toim.) 2003. *Toimintaterapianimikkeistö 2003*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Hurnasti, T. & Kanto-Ronkanen, A. 2004. Päivän toiminnot. Teoksessa *Apuvälinekirja*. Toim. Salminen A-L. Tampere: Opik, 218–233.

- Kaski, M., Manninen, A., Mölsä, P. & Pihko, H. 2001. Kehitysvammaisuus. Porvoo: WSOY.
- Ketonen, R., Palmroth, A., Röman, M., Salmi, P. & Poikkeus, A-M. 2003. Kieli ja kommunikaatio. Teoksessa *Joko se puhuu? Kielenkehityksen vaikeudet varhaislapsuudessa*. Toim. Siiskonen, T., Aro, T., Ahonen, T. & Ketonen, R. Juva: PS-kustannus, 176–198.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WSOY.
- Korkiakangas, M. 2005. Perheen voimavaroja etsimässä – tapaustutkimus asiakaslähteisistä työorientaatioista lastensuojelun perhetyössä. *Lisensiaatintyö. Lapsi ja nuorisososiaalityö*. Lapin yliopisto.
- Korpela, R. 1995. CP-vamma ja mitä se merkitsee? Teoksessa *CP-opas*. Helsinki: Suomen CP-liitto ry.
- Korhonen, A. 1999. *Elämän ensitaidot*. Tampere: Kirjayhtymä.
- Kovanen, P. 2003. VARSU. Varhaisen oppimaan ohjaamisen suunnitelma. Juva: PS-kustannus.
- Kranowitz, C. 2003. *Tahatonta tohellusta*. Juva: PS-kustannus
- Lampinen, R. 1998. Kodin muutostyöt. Teoksessa *Elämän maku. Tietoa ja kertomuksia hydrokefaliasta ja MMC:stä*. Toim. Toivonen, P. Helsinki: Edita, 125–130.
- Law, M. & Baum, C. 2001. *Measurement in Occupational Therapy. Teoksessa Measuring Occupational Performance. Supporting best practice in occupational therapy*. Toim. Law, M., Baum, C. & Dunn, W. USA: Slack Incorporated, 3–19.
- Law, M., Missiuna, C., Pollock, N. & Stewart, D. 2001. *Foundations for Occupational Therapy Practice with Children. Teoksessa Occupational Therapy for children*. Toim. Case-Smith, J. Missouri: Mosby, 39–70.
- Law, M., Polatajko, H., Babbitt, S. & Townsend, E. 1997. *Care concepts of occupational therapy. Teoksessa Enabling Occupation: an occupational therapy perspective*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists, 29–56.
- Lehtinen, U., Haapala, M. & Dahlström, R-M. 1993. *Aistien avulla oppimaan*. Tampere: Kirjayhtymä.
- Leino, E., Lindgren, K-A. & Jormakka, A. 1992. *Lääkinnällinen kuntoutus – Avohoitto*. Teoksessa *Lääkinnällinen kuntoutus*. Toim. Haataja, M. Helsinki: Sairaallaliitto, 31–35.
- Leivo, H. & Holmberg, K. 2004. *Tehdä työtä ja opiskella*. Teoksessa *Apuvälinekirja*. Toim. Salminen, A-L. Tampere: Opike, 262–276.

- Lyytinen, P. & Lautamo, T. 2003. Leikki. Teoksessa *Joko se puhuu?* Toim. Siiskonen, T., Aro, T., Ahonen, T. & Ketonen, R. Juva: PS-kustannus, 199–219.
- Mattus, M-R. 1993. Käenpoikana ikänsä eli mitä voimme tehdä vammaisen lapsen hyväksi. Jyväskylä: Mannerheimin Lastensuojeluliitto.
- Mikkonen, S. 1998. Hydrokefali lapsen kokonaishoidon ydin: lapsi on lapsi eikä kokopäiväinen treenattava. Teoksessa *Elämän maku. Tietoa ja kertomuksia hydrokefaliasta ja MMC:stä.* Toim. Toivonen, P. Helsinki: Edita, 20–26.
- Mäntyniemi, R., Kanto-Ronkanen, A. & Leivo, H. 2004. Asua. Teoksessa *Apuvälinekirja.* Toim. Salminen, A-L. Tampere: Opik, 192–217.
- Määttä, P. 1999. Perhe asiantuntijana. Erityiskasvatuksen ja kuntoutuksen käytännöt. Jyväskylä: Atena.
- Palsio, M. 1994. ”Mitä kivaa puuhailisin monivammaisen Mona-Liisan kanssa?” Pro gradu –tutkielman tiivistelmä. Jyväskylän yliopisto, erityispedagogiikan laitos.
- Pietiläinen, E. 1998. Kokonaisnäköyksiä vammaisten lasten palveluihin. Teoksessa *Poikkeava vai erityinen?* Toim. Ladonlahti, T., Naukkarinen, A. & Vehmas, S. Juva: WSOY, 330–340.
- Pihlaja, P. & Lahdenperä-Mustajärvi, M. 2004. Liikuntavammaisen lapsi. Teoksessa *Erityiskasvatus varhaislapsuudessa.* Toim. Pihlaja, P. & Viitala, R. Juva: WSOY, 275–298.
- Rantala, A. 2002. Perhekeskeisyys – puhetta vai todellisuutta. Työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopisto.
- Rantala, A. 2004. Perheen ja päivähoiton yhteistyö. Teoksessa *Erityiskasvatus varhaislapsuudessa.* Toim. Pihlaja, P. & Viitala, R. Juva: WSOY, 97–111.
- Rintala, P. & Koljonen, M. 2002. Psykomotoriikasta apua oppimisvaikeuksiin. *Fysioterapia* 49 (3), 19–22.
- Salmi, K. & Vähä-Kouvola, K. 2000. Kun perheessä on autistinen lapsi – kohtaavatko toimintaterapian tavoitteet ja todellisuus? *Toimintaterapeutti* 19, 20–22.
- Salonen-Chydenius, S. 1992a. Kadonneen motivaation arvoitus. *Toimintaterapeutti* 3, 4–6.
- Salonen-Chydenius, S. 1992b. Toimintaterapia mielenterveytystyössä. Helsinki: VAPK-kustannus.
- Seppänen, A-M. 1995. Toimintaterapia. Teoksessa *CP-opas.* Helsinki: Suomen CP-liitto ry.

- Shepherd, J. 2001. Self-Care and Adaptations for Independent Living. Teoksessa Occupational Therapy for children. Toim. Case-Smith, J. Missouri: Mosby, 489–527.
- Sillanpää, M. 2004. Lastenneurologisten sairauksien yleisyys. Teoksessa Lastenneurologia. Toim. Sillanpää, M., Herrgård, E., Iivanainen, M., Koivikko, M. & Rantala, H. Helsinki: Duodecim, 14-19.
- Tammisto, M. 2006. Toimintaterapeutti, Toimintaterapiapaja. Haastattelu 19.5.2006.
- Toljamo, I. 1998. Sosiaalinen kuntoutus – itsenäisyyttä ja yhteistoimintaa. Teoksessa Elämän maku. Tietoa ja kertomuksia hydrokefaliasta ja MMC:stä. Toim. Toivonen, P. Helsinki: Edita, 120–124.
- Tolvanen, L. 1996. CP-vamman vaikutus puheeseen, kieleen ja kommunikaatioon. Teoksessa Kommunikoinnin häiriöt. Syitä, ilmenemismuotoja ja kuntoutuksen perusteita. Toim. Launonen, K. & Korpijaako-Huuhka, A-M. Tampere: Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus, 96–117.
- Turtiainen, K. 2006. Leikki vaikeavammaisen lapsen yhteisterapiassa. Koulutustilaisuus 20.9.2006 Keski-Suomen keskussairaalassa. Järjestäjänä CP-terapiayhdistys.
- Töytäri, O., Koistinen, A-K., Hiltunen, N. & Leivo, H. 2004. Liikkua. Teoksessa Apuvälinekirja. Toim. Salminen, A-L. Tampere: Opike, 128–176.
- Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.
- Von Wendt, L. 2001. Lastenneurologinen kuntoutus. Teoksessa Kuntoutus. Toim. Kallaranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. Helsinki: Duodecim, 398–411.
- Yack, E., Sutton, S. & Aquilla, P. 2001. Leikki linkkinä lapseen. Toimintaterapiaa sensorisen integraation keinoin. Juva: PS-kustannus.

## **LIITTEET**

### **Liite 1. Kuvauslupa**

Annamme luvan kuvata poikaamme Patrikia ja annamme suostumuksen käyttää videomateriaalia opinnäytetyöhön liittyvässä video DVD:ssä. Meille on kerrottu, mihin tarkoitukseen video DVD:tä tullaan käyttämään ja millaiselle kohderyhmälle sitä on tarkoitus esittää. Videolla on lupa käyttää poikamme kutsumanimeä.

Jyväskylässä 2.10.2006

---

Allekirjoitus ja nimen selvennys

---

Allekirjoitus ja nimen selvennys