



TOIMINTATERAPEUTTINEN NUKKEKOTI CP-VAMMAISILLE LAPSILLE

**Ulla Ruotsalainen
Eveliina Tokola**

**Opinnäytetyö
Maaliskuu 2009**



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Hyvinvointiyksikkö

Tekijä(t) RUOTSALAINEN, Ulla TOKOLA, Eveliina	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 42	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____saakka	
Työn nimi Toimintaterapeuttinen nukkekoti CP-vammaisille lapsille		
Koulutusohjelma Toimintaterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) RITSILÄ, Jaana		
Toimeksiantaja(t) RAITANEN, Päivi, toimintaterapeutti		
Tiivistelmä <p>Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus oli suunnitella ja rakentaa toimintaterapeuttinen nukkekoti CP-vammaisille lapsille. Työn toimeksiantajana oli toimintaterapeutti Päivi Raitanen Terapiapajalta.</p> <p>Työn tavoitteena oli toteuttaa mukana kuljetettava ja lapsen pyörätuolin pöytälevylle sopiva nukkekoti, jolla leikkiminen tukee CP-vammaisen lapsen toimintaterapiaa. Yleisimpiä tavoitteita ovat muun muassa hienomotoristen taitojen, leikkitaitojen, syy-seuraussuhteiden ja visuaalisen hahmottamisen kehittyminen sekä tuntoaistimusten rikastuttaminen. Nukkekodin valmistamisessa huomioitiin CP-vammaiselle tyypilliset hahmottamis- ja näkövaikeudet.</p> <p>Lisäksi valmistettiin huonekaluja ja nukkeja. Kuljettamista varten tehtiin kassi nukkekodille ja pussukat huonekaluille sekä nukkeille. Nukkekoti pyrittiin valmistamaan mahdollisimman ekologisesti.</p> <p>Nukkekodin suunnittelua ja rakentamista ohjaamaan valittiin ludic model ja motorisen kontrollin malli. Ludic model on kehitetty korostamaan leikin tärkeyttä liikuntavammaisten lasten toimintaterapiassa. Motorisen kontrollin malli puolestaan korostaa asiakaslähtöistä toimintaa, luonnollista toimintaympäristöä ja optimaalisten motoristen ratkaisujen saavuttamista CP-vammaisten terapiassa.</p> <p>Nukkekodin käyttöä havainnoitiin yhden liikuntavammaisen lapsen toimintaterapiatilanteessa. Yhden havaintokerran pohjalta todettiin, että nukkekodilla on helppo leikkiä muun muassa sen muodon, koon ja huonekalujen painavuuden vuoksi. Nukkekoti vastaa toimeksiantajan asettamia toiveita ja tavoitteita. Nukkekodilla leikittäessä toimintaterapeutti voi soveltaa Ludic-mallin ja motorisen kontrollin mallin perusideoita.</p>		
Avainsanat (asiasanat) CP-vammaiset, leikki, nukkekodit, toimintaterapia, motorisen kontrollin malli, ludic model		
Muut tiedot Nukkekoti on toimintaterapeuttien käytössä Terapiapajalla.		

Author(s) RUOTSALAINEN, Ulla TOKOLA, Eveliina	Type of Publication Bachelor´s Thesis <hr/> Pages Language 42 Finnish <hr/> Confidential <input type="checkbox"/> Until _____
Title A Doll´s House for Children of Occupational Therapy	
Degree Programme Occupational Therapy	
Tutor(s) RITSILÄ, Jaana	
Assigned by RAITANEN, Päivi, Occupational therapist	
Abstract <p>The purpose of this functional thesis was to design and build a doll's house for occupational therapy of children with cerebral palsy. This task was assigned by Päivi Raitanen.</p> <p>The aim of this thesis was to build a portable doll's house which can be placed on the desk of a child's wheelchair. Playing with the house supports the occupational therapy of children with cerebral palsy. Some of the most common objectives are development of fine motor skills, play skills and understanding of causation. In building the doll's house, typical problems for children with cerebral palsy in conceptualization and eye-sight were taken into consideration. One of the aims was to get the doll's house to increase feelings of sensation and stimulate senses.</p> <p>Also, furniture and dolls, as well as a bag for the house and smaller pouches for the furniture and the dolls were made. Thus, the child can carry them with him/her easily. The doll's house was also built as ecologically as possible.</p> <p>To guide designing and building the doll's house, we chose the Ludic model and the motor control approach. The Ludic model has been developed to emphasize the importance of play in occupational therapy of the physically disabled children. The motor control approach, on the other hand, emphasizes the client-centered occupational forms, natural environments and the process of active experimentations for optimal motor solutions in the therapy of people with cerebral palsy.</p> <p>The use of the doll's house was observed during a physically handicapped child's occupational therapy session. Based on this one session, it could be stated that it was easy to play with the doll's house due to its shape, size and the heavy furniture, for example. The doll's house meets the hopes and objectives set by occupational therapist. When playing with the doll's house together with the child, the occupational therapist can apply the principle ideas of the Ludic model and the motor control approach.</p>	
Keywords Cerebral palsy, play, doll´s house, occupational therapy, motor control approach, ludic model,	
Miscellaneous The doll's house is now used in Terapiapaja.	

SISÄLTÖ

1 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS.....	2
2 MIKÄ ON TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	4
3 TERAPIAPAJA	5
4 CP-VAMMAISUUS	6
4.1 CP-vamman eri muodot	8
4.2 Liitännäisvammat	9
4.3 CP-vammaisen lapsen kuntoutus	11
5 LEIKKI	12
5.1 Teoriaa leikistä.....	12
5.2 Leikki toimintaterapiassa	14
5.2.1 Ludic model	16
5.2.2 Leikki tavoitteena.....	17
5.2.3 Leikki välineenä.....	19
5.2.4 Näkökulmia CP-vammaisen toimintaterapiaan	20
6 NUKKEKODIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	22
6.1 Motorisen kontrollin malli.....	23
6.2 Materiaalien valinta ja hankinta.....	25
6.3 Nukkekodin muodot ja mitoitus.....	27
6.4 Nukkekodin värimaailma	30
6.5 Tuntoaistimukset nukkekodissa	33
7 LAPSEN NUKKEKOTILEIKIN HAVAINNOINTI.....	35
8 POHDINTA.....	37
LÄHTEET	39
LIITTEET	42
Liite 1. Toteutunut budjetti nukkekodin rakentamiseen	42

KUVAT

KUVA 1. Nukkekodilla leikkiminen polviseisonnassa	21
KUVA 2. Nukkekodilla leikkiminen päinmakuuasennossa	21
KUVA 3. Nukkekodilla leikkiminen kylkimakuuasennossa.....	21
KUVA 4. Valmis nukkekoti	23

1 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS

Sario (1995) toteaa, että toimintaterapeutin täytyy valita terapiaympäristö ja – välineet lapsen tavoitteisiin sopiviksi. Välineiden tulee tukea lapsen aktiivista toimintaa ja antaa valinnan mahdollisuuksia rajoittuneesta toimintakyvystä huolimatta. (Sario 1995, 67.) Tällaisia tarkoituksenmukaisia terapiavälineitä ei aina ole tarjolla tai edes olemassa, joten toimintaterapeutti joutuu toisinaan muokkaamaan ja tekemään itse terapiavälineitä. Toiminnallisen opinnäytetyömme aihe nousi näistä tarpeista Terapiapajan toimintaterapeutti Päivi Raitaselta keväällä 2007. Hän halusi käyttää vaikeavammaisilla lapsilla terapiavälineenä nukkekotia, mutta markkinoilla olevat nukkekodit olivat liian isoja vaikeavammaisten lasten yläraajan liikeradoille ja valmiit huonekalut liian huteria heidän käyttöönsä. Tällaisella yhdistelmällä leikkiessä lapsi kokee liian paljon turhautuneisuutta, eikä leikki ole palkitsevaa. Ulla oli keväällä 2007 Terapiapajalla harjoittelussa ja tarttui Raitasen ideaan rakentaa Terapiapajan käyttöön nukkekoti. Seuraavana syksynä Eveliina lähti innostuneena mukaan projektiin.

Ensimmäisessä palaverissa rajasimme nukkekodin käyttäjäryhmäksi CP-vammaiset lapset, joilla on tetraplegia. Koska olemme huomioineet nukkekodin suunnittelussa tetraplegian liitännäisvammojen tuomat lisähaasteet, toimintaterapiassa nukkekotia voi käyttää useammanlaisille asiakasryhmille. Vilkka ja Airaksinen (2003, 38-40) muistuttavat kohderyhmän määrittämisen tärkeydestä, sillä se auttaa rajaamaan opinnäytetyön sisällön pysymään sopivassa laajuudessa. Aiheen rajaaminen auttoi jäsentämään teoretiedon keräämistä, mutta myös suunnittelua ja rakentamista. Tämän raportin luvussa neljä esittelemme keskeiset asiat CP-vammaisuudesta.

Raitasen toimeksiannosta suunnittelimme ja rakensimme nukkekodin, jolla leikittäessä voidaan harjoitella leikkitaitojen lisäksi muun muassa käden otteita ja hienomotoriikkaa, silmä-käsiyhteistyötä sekä rikastuttaa CP-vammaisten lasten aistikokemuksia. Aloitimme suunnittelun teoretiedon etsimisellä keväällä 2008 hahmotellen samalla nukkekodin muotoa teoretiedon ja näkemiemme nukkekotien pohjalta. Meillä oli myös mahdollista töiden kautta havainnoida kahta CP-vammaista lasta, joilla on tetraplegia. Nämä havainnoinnit ovat auttaneet meitä koko projektin ajan. Seuraavana syksynä aloitimme varsinaisen suunnittelun ja rakentamisen.

Huolellisella suunnittelulla ja teoriatiedon keräämisellä nukkekodista rakentui terapiaväline Terapiapajalle.

Raitanen halusi nukkekodin olevan mukana kuljetettavan kokoinen, mikä vaikutti nukkekodin kokoon ja muotoon. Terapiapajalla on hyvin yleistä, että toimintaterapia toteutetaan CP-vammaisen lapsen kotona, päivähoidossa tai koulussa.

Toimintaterapian toteuttaminen esimerkiksi päivähoidossa johtuu lapsen fyysisestä jaksamisesta; lapset eivät jaksaa pitkiä päiviä, joten terapian tulee sisältyä hoito- tai koulupäivään. Päivähoidossa tai koulussa toteutetun toimintaterapian etuna on myös lapselle tuttu ympäristö ja moniammatillinen yhteistyö lasta hoitavan tahon kanssa (Raitanen 2009a.) Kuljettamista varten teimme nukkekodille ja sen tavaroille kassin. Teimme nukeille ja huonekaluille omat pussukat Raitasen kanssa käydyn yhteisen ideoinnin pohjalta. Tällöin pienemmät tavarat pysyvät paremmin mukana ja siistissä kunnossa. Ferlandin (1997, 81-82) mukaan Ludic model ohjaa aloittamaan terapian lapsen tullessa tilaan. Ludic model:in mukainen leikki alkaa mukavasti lapsen etsiessä ja laittaessa esille nukkekodin tavaroita. Pussukoihin teimme vetoketjun ja nauhat, joten jo leikkiä aloittaessa lapsi pystyy harjoittelemaan huomaamattaan hienomotorisia taitoja.

Opinnäytetyössä käytimme toimintaterapian malleja ludic model:ia ja motorisen kontrollin mallia. Mallit auttoivat ymmärtämään toimintaterapiatilanteeseen ja nukkekodilla leikkimiseen vaadittavia asioita ja sitä kautta mallit ovat vaikuttaneet rakentamiseen.

Vilka ja Airaksinen (2003) toteavat, että toiminnallisen opinnäytetyön raportoinnissa yksikön ensimmäisen persoonan käyttö on luonteva valinta selostaessa omia konkreettisia toimia projektissa. Tekijä-kirjoittaja on vastuussa tekemistään ratkaisuista, joten ei ole syytä häivyttää tekstistä omaa persoonaa. (Vilka & Airaksinen 2003, 112.)

Käytämme opinnäytetyömme raportoinnissa monikon ensimmäistä muotoa, kun kerromme nukkekotiin liittyvistä asioista ja ratkaisuista.

2 MIKÄ ON TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ?

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on ammatillisella kentällä käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen ja järjeistaminen. Toteutustapana voi olla alan ja kohderyhmän mukaan esimerkiksi kirjan, oppaan tai tapahtuman tuottaminen. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu käytännön toteutuksen lisäksi myös raportointiosuus. (Vilkka & Airaksinen 2004, 9.)

Suosittelavana pidetään, että toiminnallisessa opinnäytetyössä olisi toimeksiantaja, jolloin siitä tulee työelämälähtöinen ja käytännönläheinen. Tällöin opinnäytetyön ja –prosessin avulla opiskelija pääsee näyttämään osaamistaan laajemmin ja herättämään työelämän kiinnostuksen sekä mahdollisesti myös työllistyy. Toimeksiannettu opinnäytetyönaihe lisää myös vastuuntuntoa opinnäytetyöstä, opettaa projektinhallintaa ja tukee ammatillista kasvua. (Vilkka & Airaksinen 2004, 10, 16-17.)

Toiminnallisen opinnäytetyön ensimmäinen työvaihe on aiheanalyysi eli aiheen ideointi. Näin isossa prosessissa on tärkeää aiheeseen motivoituminen, joten aihe kannattaa valita omien kiinnostuksen kohteiden mukaan. (Vilkka & Airaksinen 2004, 23.) Vilkkan ja Airaksisen (2004, 24) havaintojen perusteella opiskelijat haluavat opinnäytetyöstä olevan hyötyä joillekin, joten aihetta valitessaan monet opiskelijat ottavat itse yhteyttä alan ihmisiin ja työpaikkoihin.

Opinnäytetyön toimintasuunnitelma, joka tehdään myös toiminnalliseen opinnäytetyöhön, tehdään opinnäytetyön idean ja tavoitteiden harkitsemiseksi, tiedostamiseksi sekä perustelemiseksi. Sen avulla opinnäytetyön tekijät rajaavat aihetta sekä jäsentävät itselleen mitä tehdään, miten ja miksi. Toimintasuunnitelmalla osoitetaan, että kykenee johdonmukaiseen päättelyyn ideassa ja tavoitteissa. Se toimii myös aikataulusuunnitelmana. (Vilkka & Airaksinen 2004, 26.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena on aina jokin konkreettinen tuote. Tavoitteena on, että tuote erottuu vastaavanlaisista tuotteista, joten sen tulisi olla yksilöllinen ja persoonallisen näköinen. Tuotteen tulisi myös olla käyttökelpoinen kohderyhmässä ja käyttöympäristössä. Tuotoksen tekemisestä aiheutuneet kulut maksaa sopimuksen mukaan joko toimeksiantaja tai opiskelija itse. (Vilkka & Airaksinen 2004, 53.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuotoksen lisäksi tehdään opinnäytetyöraportti, jolla osoitetaan ammatillisen teorian yhdistämistä ammatilliseen käytäntöön, kykyä pohtia alan teorioita sekä perustella valintoja niiden pohjalta. Omaan alaan kuuluvaa teoriaa ja käsitteitä pohtimalla mahdollistuu oman alan ammattikulttuurin kehittyminen. Ei ole välttämätöntä, eikä aina edes mahdollista, kirjoittaa raportointiosuutta koko teorian näkökulmasta. Usein teoreettiseksi näkökulmaksi riittää jokin alan käsite ja sen määrittely. Teoria kannattaakin rajata joidenkin aiheen kannalta keskeisten käsitteiden määrittelyyn. (Vilka & Airaksinen 2004, 41-43.)

Raportoinnissa on kuvattava myös tuotoksen tekemiseen käytettyjä toimintatapoja. Opinnäytetyöpäiväkirjan pitäminen helpottaa prosessin kuvaamista, sillä se toimii muistiinpanoina eri vaiheissa tehdyistä ratkaisuksista. Opinnäytetyöpäiväkirjaan on hyvä kirjata toimintatapojen lisäksi kaikki opinnäytetyön aihealueeseen liittyvät ideoinnit, pohdinnat ja kirjallisuuslähteet. Raportissa kannattaa tuoda esille myös toimeksiantajan ohjeet ja miten ne vaikuttivat valintoihin. (Vilka & Airaksinen 2004, 19-20, 51, 53.)

3 TERAPIAPAJA

Terapiapaja on Jyväskylässä 1999 perustettu yritys, jonka sisällä on kaksi yritystä; toiminta- ja fysioterapia. Terapiapajassa työskentelee kaksi kokoaikaista toimintaterapeuttia sekä yksi osa-aikainen toimintaterapeutti. Fysioterapeutteja on kaksi. (Raitanen 2009b.)

Toimintaterapian asiakkaat ovat ensisijaisesti lapsia ja nuoria. Yhdellä toimintaterapeutilla on noin viisi aikuisasiakasta. Terapiapajalla ei ole tiettyä asiakasryhmää, vaan asiakkaita on laaja-alaisesti (esimerkiksi liikuntavammaisia, kehitysvammaisia, autistisia, oppimisvaikeuksia). (Raitanen 2009b.)

Terapiapajan fysioterapeutit sekä toimintaterapeutti Raitanen ovat käyneet NDT-koulutuksen, joka painottuu liikuntavammaisen terapiaan. Raitanen on Keski-Suomen alueella ainut koulutuksen käynyt toimintaterapeutti, joten hänellä on tästä syystä useita liikuntavammaisia asiakkaita. (Raitanen 2009b.) NDT-terapia (neurodevelop-

mental treatment) on Suomessa yleisimmin käytetty kuntoutusmuoto CP-vammaisilla lapsilla. Sen tarkoituksena on analysoida CP-vammaisen lapsen lihasjänteitä ja normalisoida sitä sekä ehkäistä virheellisten liikemallien syntymistä. Lasta ohjataan eri toimintojen aikana käyttämään mahdollisimman normaaleja liikemalleja sekä avustettuna että itsenäisesti. (Nuutinen 1998, 16.)

4 CP-VAMMAISUUS

CP-kirjainyhdistelmä tulee englanninkielisistä sanoista Cerebral Palsy. Aluksi tämä on tarkoittanut aivohalvausta. Nykyisin CP-vamma määritellään motoristen aivokeskusten varhaisten vammojen tai kehityshäiriöiden jälkitiloiksi. (Koskiniemi & Donner 2004, 167.) Syynä CP-vammassa on keskushermoston säätelykeskuksen vaurio. CP on oireyhtymä, jonka haitta-aste vaihtelee vähäisistä toiminnan häiriöistä monivammaisuuteen. Tavallisin oire on halvaus tai pakkoliikkeisyys. (Pälikkö n.d.; Viitapohja 2005.)

Suomessa on noin 6500 CP-vammaista. Vuosittain syntyy noin 130-140 lasta, joilla todetaan CP-vamma. (Pälikkö n.d.)

Syyt ja riskitekijät

CP-vamman syyt, vammamekanismit ja seuraukset ovat hyvin moninaiset. CP-vamma voi syntyä raskauden aikana tai varhaislapsuudessa (0-3v). Raskauden aikana CP-vamman riskiä lisäävät mm. äidin raskausmyrkytys ja istukan verenvuoto. Nämä syyt voivat aiheuttaa sikiön kasvuhäiriön, aivojen rakennehäiriön, aivoverenvuodon, tulehduksen tai ennenaikaisen synnytyksen. 20–40 % CP-vammoista syntyy synnytyksessä. Tällöin lapselle voi tulla hapenpuute istukan tai napanuoran toiminnan häiriön vuoksi. Vastasyntyneen hoitamaton matala verensokeri taas voi vaurioittaa aivokudosta. (Pälikkö n.d.)

Ennenaikaiset ja pienipainoiset vastasyntyneet lapset ovat myös riskiryhmää. Noin 40 prosentilla todetaan aivoverenvuoto, joka lisää vammautumisriskiä. Yli 90 % vuodoista tapahtuu ensimmäisenä elinviikkona. (Pälikkö n.d.)

Vastasyntyneisyyskauden jälkeen CP-vammoista syntyy noin 10 %. Tällöin tavalliset syyt ovat aivokudoksen tulehdus, tapaturmassa saatu kalloaivovamma tai aivoverenkierronhäiriö. Monessa tapauksessa vammautumisen syy ja ajoitus voivat kuitenkin jäädä epäselviksi. (Pälikkö n.d.; Koskiniemi & Donner 2004, 167.)

CP-vamman toteaminen

CP-vamman oireita ovat muun muassa imemis- ja nielemisvaikeudet, lihasjänteiden (tonuksen) poikkeavuudet, motorisen kehityksen hitaus, varhaisten heijasteiden säilyminen tavallista pitempään, käden nyrkkiasento yli kolmen kuukauden ikäisellä lapsella, liikkeiden pysyvä epäsymmetrisyys ja kiihtyneet jänneheijasteet. CP-diagnoosin varmistamiseen tarvitaan lapsen säännöllistä tutkimista sekä normaalin kehityksen ja kehitysheijasteiden esiintymiskausiin tunnistamista. Varhaisista oireista ei voida määrittellä lapsen ennustetta, vaan lievät oireet voivat joko voimistua tai hävitä kokonaan. Yleensä diagnoosi varmistuu toisen ikävuoden loppuun mennessä. (Pälikkö n.d.)

Lihaspjanteys (tonus) eli vastus syntyy, kun lihasta venytetään passiivisesti. Passiivisella venyttämällä tarkoitetaan asennon kautta tullutta venytystä tai toisen henkilön suorittamaa liikuttamista. Lihaspjanteyttä tarvitaan, jotta ihminen hallitsee asennon painovoimaa vastaan ja, että hän pystyy liikkumaan ja mukautumaan ympäristön olosuhteisiin sujuvasti. Lihaspjanteen vaikuttavat muun muassa lihasten fysiologia, kehon asento suhteessa painovoimaan, tukipinta, ympäristö, kipu tai pelko siitä, rauhallisuus ja kiire sekä äänet. Tilanteet, jotka aiheuttavat CP-vammaiselle jännitystä, pelkoa ja kiireen tuntua, kohottavat lihaspjanteyttä. Voimakas lihaspjanteys estää liikkumisen, kun taas matala lihaspjanteys vaikeuttaa liikkumista. Eri syistä kohonneesta lihaspjanteudesta käytetään sanaa spastisuus. (Forsbom, Kärki, Leppänen & Siranen 2001, 33-34, 37.)

Lihaspjanteyttä voidaan tutkia havainnoimalla CP-vammaista eri tilanteissa, liikuttamalla hänen kehoaan sekä tunnustelemalla lihaksien ja pehmytkudosten ominaisuutta. Lihaskudos ja muut pehmytkudokset tarvitsevat useita kertoja päivässä tapahtuvaa liikuttelua, jotta ne pysyisivät elastisina, niiden pituus ei muuttuisi eikä tulisi liikerajoituksia. Tästä syystä on tärkeää asentohoidolla ja päivittäisten toiminnallisten tilanteiden ohjauksella auttaa CP-vammaista liikkutamaan niitäkin kehonosia, joita hän ei itse kykene tahdonalaisesti liikkutamaan. (Forsbom ym. 2001, 33.)

4.1 CP-vamman eri muodot

Tässä kappaleessa esitellään CP-vamman eri muotoja. CP-vammat luokitellaan kliinisen diagnoosin, oireiden sijainnin ja vaikeusasteen mukaisesti (Viitapohja 2005). Esittelemme lyhyesti kaikki muodot, mutta nukkekodin suunnittelussa ja rakentamisessa pääkäyttäjryhmänä henkilöt, joilla on tetraplegia.

Spastinen diplegia tarkoittaa alaraajojen lihasjäykkyyttä. Lisäongelmana esiintyy hahmottamiseen ja silmä-käden yhteistoimintaan liittyviä vaikeuksia. (Autti-Rämö 2006; Viitapohja 2005.) Sillanpään, Herrgårdin, Iivanaisen, Koivikon ja Rantalan (2004, 163) mukaan CP-vammaisten, joilla on spastinen diplegia, motoriikan vamma-aste voi vaihdella itsenäisesti kävelevistä sähköpyörätuolilla liikkuviin.

Spastinen hemiplegia on toisen puolen raajojen jäykkähalvaus, jossa yläraaja on yleensä jäykempi kuin alaraaja. Yläraajan jäykkyydessä tyypillistä on sen koukistuminen ja käsivarren sisäänpäin kiertyminen. Lisävammana on tavallisesti epilepsia. (Viitapohja 2005.)

Spastinen paraplegia tarkoittaa molemman puolen raajojen jäykkähalvausta (Viitapohja 2005).

Atetoosi on vaikea pakkoliikkeinen CP-vamma. Atetoottisia liikkeitä esiintyy erityisesti kasvoissa ja käsissä, mutta myös vartalolla. Atetoosin syynä on vastasyntyneen keltaisuus (bilirubiini) ja keskosuus. Atetoosiin sairastuneiden määrä on viime vuosikymmeninä vähentynyt, koska vastasyntyneiden bilirubiiniongelmien hoito on tehostunut. Spastisissa CP-oireyhtymissä kuitenkin yhä nähdään atetoosia lisäoireena. (Autti-Rämö 2006; Viitapohja 2005.)

Spastisessa tetraplegiassa lihasjäykkyyttä esiintyy koko kehossa, usein haittaavasti myös suun alueella. Spastiseen tetraplegiaan kuuluu säpsähtelykohtauksia ja pakkoliikkeitä. Käsivarret ovat invertoituneet ja nyrkit ovat tiukasti kiinni (Koskimies & Donner 2004, 168). Liikuntavamman lisäksi tetraplegikoilla on usein myös liitännäisvammoja, kuten kommunikaatioon, syömiseen ja oppimiskykyyn vaikuttavia erityisvaikeuksia. (Autti-Rämö 2006; Viitapohja 2005.)

Dystonisessa tetraplegiassa sekä ylä- että alaraajojen toiminnot ovat vaurioituneet. Lihaskäntäisyys (tonus) vaihtelee äkillisesti matalasta korkeaan. Nämä vuorottelevat lihaskäntäisyystilat voivat olla kivuliaita ja ne häiritsevät koko kehon asennon ja liikkeiden hallintaa. Pakkoliikkeet ovat seurausta pysyviksi jääneistä varhaisautomatismista. Yleisimpiä varhaisautomatismeja ovat ATN (asymmetrinen tooninen niskahajaste) ja Moron hajaste, joita pienikin pään äkillinen kääntäminen, pelästyminen tai säpsähtäminen voi laukaista. Esimerkiksi ATN-hajaste voi suoristaa jäykäksi kääntymisen puoleisen raajan. Tällöin kädessä oleva esine voi tippua ja tasapaino järkkyy. Matalassa lihaskäntäisyssä koko keho on velttana. Vaikean liikuntavamman lisäksi esiintyy nielemisen, puheen tuoton ja hengityksen vaikeuksia. Myös kehitysvamma on tavallinen liitännäisvamma. Lapsella, jolla on dystoninen tetraplegia, älykkyys voi olla kuitenkin hyvä, mutta tämä saattaa jäädä huomaamatta liitännäisvammojen vuoksi, joten lasta pidetään kehitysvammaisena. (Autti-Rämö 2006; Koskiniemi & Donner 2004, 169; Viitapohja 2005.)

4.2 Liitännäisvammat

On todennäköistä, että varhainen häiriö, joka on vaurioittanut aivojen motorisia keskuksia, vaurioittaa myös muiden aivokeskusten toimintaa. Noin 80 prosentilla CP-vammaisista onkin jokin liitännäisvamma. Tavallisia liitännäisvammoja ovat puhehäiriöt, hampaiden rakennemuutokset, tuntehäiriöt, kehitysvammat, epilepsia, karsastus, psykiatriset häiriöt, kuulohäiriöt sekä näköhäiriöt. (Koskiniemi & Donner 2004, 169-170; Nuutinen 1998, 5; Pälkkö n.d.) Kerromme seuraavaksi tarkemmin tuntehäiriöistä ja näköhäiriöistä, koska ne vaikuttavat eniten nukkekodin suunniteluun ja käyttöön. Kuulo- ja puhehäiriöt taas vaikuttavat nukkekodilla leikittäessä, joten kerromme myös niistä.

Puhehäiriö on yleisin liitännäisvamma, joita esiintyy 70–75 prosentilla CP-vammaisista. Ensimmäisinä oireina voivat olla vaikeudet syömisen ja juomisen oppimisessa. Häiriöt suun ja nielun liikkeissä liittyvät lapsen ääntelyyn, jokelteluun ja puhumisen oppimiseen. (Koskiniemi & Donner 2004, 169-170; Pälkkö n.d.)

Puhe-elinten motoristen häiriöiden vuoksi on erityyppiset kielelliset ja puheen tuottamiseen liittyvät vaikeudet ovat CP-vammaisilla yleisiä. CP-vammaisten lauseet ovat

yleensä lyhyitä ja heidän on hankala ymmärtää sanojen merkitysisältöjä, monimerkityksiä sekä sanojen keskinäisiä merkitysyhteyksiä. Puheessa esiintyy paljon samoja verbejä. (Nuutinen 1998, 6-12.)

Tuntohäiriöitä on 50 prosentilla CP-vammaisista. Liikkeiden kehitystä ja hallintaa vaikeuttaa raajojen häiriintynyt asentotunto. Ongelmat pinta-, syvä- ja asentotunnon aistimisessa vaikuttavat oman kehon hahmottamiseen ja sen asennon muutoksiin sekä liikkeiden kehitykseen ja hallintaan. Solomonin (2000, 121) mukaan tuntoyliherkkyys, ylireagointi kosketukseen sekä pintoihin ja asentotunnon ongelmat voivat aiheuttaa joillekin lapsille ongelmia varsinkin silloin, kun joku muu liikuttaa häntä. Mitä vaikeampi sensomotorinen ongelma CP-vammaisella on, sitä vaikeampaa hänen on siirtää terapiassa opeteltuja taitoja arkipäivän toimintoihin. (Nuutinen 1998, 5; Sillanpää ym. 2004, 170.)

Kuulohäiriöitä CP-vammaisista on 25 prosentilla. CP-vammaisille voi olla vaikeaa kuullun ymmärtäminen tai kuuloärsykkeiden erottaminen ympäristöstä. (Solomon 2000, 121; Pälikkö n.d.)

Näköhäiriöitä on 8–15 prosentilla CP-vammaisista (Nuutinen 1998, 5). Solomonin (2000, 121) mukaan sokeutta, katseenkohdistamisen ongelmia ja silmän lihasten heikkouksia on 50 prosentilla.

Eronen, Heikkinen, Kiviranta, Miinalainen ja Tervo (2008) ovat tutkineet 5.5-17-vuotiaiden liikuntavammaisten lasten ja nuorten toiminnallista näönkäyttöä. Tutkimukseen osallistui 53 lasta ja nuorta. Tutkimuksessa todettiin, että liikuntavammaisilla lapsilla esiintyy enemmän toiminnallisen näönkäytön vaikeuksia sekä näkövammoja, kuin aiemmissa tutkimuksissa on tullut esille. Nämä vaikeudet eivät tule ilmi perinteisessä silmälääkärin tutkimuksessa. (Kiviranta 2008, 7.)

Tutkimuksen mukaan liikuntavammaan liittyvät näkemisen ja näönkäytön vaikeudet ovat silmien motorisista toiminnoista akkommodaatio (lähelle tarkentaminen), fiksaatio (katseen kohdistaminen), sakkadit (nopeat silmien liikkeet fiksaatiosta toiseen) ja seuraamisliikkeet. Nämä vaikeudet vaikuttavat tarkkaan katsomiseen. (Hyvärinen 2008a, 29.)

Kontrastiherkkyys on normaalia alempi kaikilla tutkimukseen osallistuneilla liikuntavammaisilla lapsilla ja nuorilla. Kolmasosalla kontrastiherkkyys oli kohtalainen, 20 prosentilla heikko ja 6 prosentilla erittäin heikko. Loput eivät nähneet testissä mitään. Käytännössä kontrastiherkkyydellä tarkoitetaan kykyä erottaa matalia kontrasteja, kuten heikkoja varjoja huoneen nurkan tai seinän ja katon rajassa. (Hyvärinen 2008b, 78, 80.)

Tutkimuksessa (n=49) tutkittiin myös silmän ja käden yhteistyötä. 47 prosenttia lapsista pystyi tarkasti osoittamaan kohdetta. 39 prosentilla oli jonkin verran epätarkkuutta osoittamisessa. 12 prosenttia lapsista eivät pystyneet osoittamaan lainkaan yhtä aikaa kuin katsoivat kohdetta tai tehtävässä oli suuria vaikeuksia. (Eronen & Lehtomäki 2008, 93.)

4.3 CP-vammaisen lapsen kuntoutus

CP-vammaisen lapsen kuntoutus alkaa hyvin varhaisessa vaiheessa. Lapselle laaditaan kuntoutussuunnitelma tavallisesti kerran vuodessa järjestettävässä neuvottelussa, johon osallistuvat kaikki lapsen hoidosta, opetuksesta ja kuntoutuksesta vastaavat henkilöt. Suunnitelman pohjana on yleensä lääkärinlausunto lapsen vammasta ja hänen lähitulevaisuuden tarpeistaan. Tärkeää on, että neuvottelussa ovat mukana lapsen huoltajat, koska he tietävät parhaiten lapsensa tarpeet ja katsovat suunnitelman toteutumista. Kuntoutussuunnitelman tavoitteena on saada lapsen kuntoutus, hoito ja opetus toteutumaan mahdollisimman hyvin moniammatillisena yhteistyönä. (Nuutinen 1998, 11.)

Varhaiskuntoutuksen tavoitteena on kokonaisvaltaisesti aktivoida lapsen kehitystä. Tavallisesti lapsen kuntoutus alkaa fysioterapialla, jolla pyritään kehittämään lapsen motoriikkaa, estämään sen hidastumista sekä estämään varhaisten kehitysheijasteiden poikkeavat liikeradat ja asennot. Varhaiskuntoutuksen tavoitteena on lisätä myös lapsen oma-toimisuutta. CP-vammaisen lapsen kuntoutuksen onnistumisesta vastaa kuntoutusryhmä yhdessä vanhempien kanssa. Kuntoutusryhmään kuuluvat lastenneurologi, fysio-, puhe- ja toimintaterapeutti, psykologi, sairaanhoitaja ja kuntoutusohjaaja. Kuntoutusryhmä tukee lapsen perhettä päivittäisten toimintojen ohjauksessa. (Pälikkö n.d.)

Kuntoutuksessa tärkeintä on realististen tavoitteiden asettaminen sekä kuntoutuksen siirtäminen lapsen arkeen, jotta taitojen oppimisen kannalta välttämätöntä harjoittelua tapahtuisi riittävästi. Kuntoutuksen on oltava myös aktiivista, jotta se tuottaa tulosta. Tämä edellyttää aina lapsen omaa motivaatiota. Tärkein yksilökuntoutusmuoto on fyioterapia, mutta muita tarvittavia kuntoutusmuotoja voivat olla esimerkiksi puheterapia ja toimintaterapia. Lisäksi voidaan tarvita apuvälineitä, kirurgisia toimenpiteitä ja botuliinihoitoja. (Autti-Rämö 2006.) Botuliinipistoksilla lievennetään lihaksen spastisuutta eli kohonnutta lihasjänteitä.

CP-vammaisen lapsen toimintaterapiassa tuetaan lapsen selviytymistä arkipäiväisistä toiminnoista sekä harjoitellaan hienomotoriikkaa, leikkitaitoja, keskittymistä ja sensorimotorisia taitoja (aisti- ja motoristen toimintojen suorittaminen). Tärkeä tavoite toimintaterapiassa on edistää liikeratoja ja estää epänormaalien asentojen muodostumista toiminnallisissa ja tarkoituksenmukaisissa toiminnoissa, kuten leikissä. (Case-Smith & Pehoski 1992, 22; Nuutinen 1998, 12.) Raitasen (2009a) mukaan lähtökohdanna CP-vammaisen lapsen toimintaterapiassa on psyykinen selviäminen ja itsensä toteuttaminen; auttaa lasta tuntemaan, että minä selviydyn, osaan ja uskallan. Monissa tilanteissa hyvästäkin koordinaatiosta ei ole apua, jos lapsi ei itse usko itseensä, eikä koe taidosta olevan hyötyä. (Raitanen 2009a.)

5 LEIKKI

Valmistimme toiminnallisena opinnäytetyönä toimintaterapeutin käyttöön leikkivälineen, joten kerromme tässä luvussa yleisesti leikin teoriaa ja sen käyttöä toimintaterapiassa.

5.1 Teoriaa leikistä

Leikki on käsitteenä laaja ja sitä on määritelty kirjallisuudessa monin eri tavoin. Eri teorioista on koottu leikille ominaisia piirteitä. Niiden mukaan leikki on miellyttävää, nautittavaa ja positiivisesti arvostettua. Leikin mielihyvä ja nautinto näkyvät lapsessa hymynä, nauruna ja silmien loisteena sekä keskittymisenä. Leikki edellyttää aktiivista

osallistumista leikkijöiltä, se on spontaania ja vapaaehtoista, eikä se tuota mitään. Lapsi alkaa leikkiä omista tarpeistaan, ei ulkopuolisen tai tavoitteen vaatimuksesta. (Hiitola 2000, 27-28.)

Noin kolmivuotiaana lapsella alkaa olla paljon tavoitteita, joita hän ei voi kuitenkaan toteuttaa. Lapsi ratkaisee toiveensa ja niiden toteuttamismahdollisuuksien välisen ristiriidan siirtymällä kuvitteelliseen tilaan eli alkaa leikkiä. Mielikuvituksen avulla lapsi voi siis tehdä asioita, joita hän ei voi oikeasti toteuttaa.. (Helenius 2004, 14.)

Leikissä lapsi jäljittelee aikuisen toimintaa. Vastaavalla toiminnalla aikuinen pyrkii tiettyyn tavoitteeseen tai lopputulokseen, mutta lapsi tavoittelee nautittavaa elämystä kokeilemalla erilaisia asioita leikin kautta. Esimerkiksi lapsi leikkii vedellä ja saippualla, kun aikuinen pesee pesuaineella astioita ja vaatteita. Lapselle leikin sisäinen motivaatio on keskeinen kehityksen eteenpäin viemä voima. (Hiitola 2000, 28.)

Leikin ehkä merkittävin piirre on aktiivinen osallistuminen. Leikki edellyttää lapselta kokonaisvaltaista fyysistä aktiivisuutta, esimerkkinä hippaleikit ja rakentelut. Lasta ei voi kuitenkaan pakottaa leikkiin. Hän valitsee itse milloin ja missä haluaa leikkiä. Aikuinen voi kannustaa lasta leikkimään rakentamalla ympäristön niin, että se innostaa leikkimään. (Hiitola 2000, 28-29.)

Leikki on tärkeä osa lapsen oppimista ja kehitystä, sillä leikin avulla lapsi oppii, vahvistaa ja kokeilee uusia taitoja. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että lapsesta epämu-kavalta tuntuvat tai pakkoon perustuvat tilanteet poissulkevat lapsen kehittymisen ja oppimisen. Kaikki lapsen ympäristössä tapahtuva tapahtuu suoraan tai epäsuoraan lapselle ja vaikuttaa hänen käsitykseensä itsestä ja ympäristöstä. (Hiitola 2000, 29.)

Vammaisen lapsi kehittyy ja oppii samalla tavalla erilaisia valmiuksia leikkiessään (Hoikkala & Rossi 2000, 45). Oppimistilanteiden vuoksi leikin tulisikin olla CP-vammaiselle päivittäistä rutiinia (Finnie 1991, 230).

Leikki muuttuu lapsen kehityksen ja kypsyminen myötä. Lapsen leikki alkaa yksinleikkinä, jolloin hän leikkii yksin omilla leluillaan. Rinnakkaisleikissä lapset leikkivät samankaltaisilla leluilla omia leikkejään, esimerkiksi samalla hiekkalaatikolla omilla hiekkaleluillaan. Rinnakkaisleikki kehittyy vähitellen yhteisleikiksi, jolloin lapset

leikkivät yhdessä samoilla leluilla. Tällaisia leikkejä voivat olla esimerkiksi koti- ja lääkärileikit. (Riihelä 2004, 27-28.)

Leikin kehittymistä ja sen piirteitä muovaavat lapsen henkilökohtaiset ominaisuudet kuten terveydentila, kehitystaso ja kehityksellinen historia sekä vammaisuus. On tutkittu, että vammaisen lapsen leikin kehitys tapahtuu samanlaisten vaiheiden kautta kuin vammattomien lasten leikin kehitys. Vammaisilla lapsilla jokin leikkivaihe voi kuitenkin kestää pitempään ja usein leikkitaidot ovat puutteelliset. Lapsen vammaisuus tai aistitoimintojen häiriöt alentavat leikin määrää ja laatua sekä leikin kehityksellistä tasoa. Yhtenä syynä voivat olla vammaisuuden aiheuttamat rajoitukset ympäristön tutkimiselle ja osallistumiselle leikkeihin vammattomien lasten kanssa. Vammaisen lapsi jää usein leikeissä sivustaseuraajaksi; hänelle näytetään leikkejä, mutta hän ei pääse itse osallistumaan. (Hoikkala & Rossi 2000, 45.)

Kun lapsella on esteitä osallistua normaaliin leikkiin, niin hän on riippuvainen ympäristön luomista mahdollisuuksista osallistuakseen ikätasoiseen toimintaan. Monivammainen lapsi tarvitsee usein aikuista leikkiin auttajaksi, osallistujaksi ja malliksi. Positiiviset kokemukset aktivoivat lasta uusiin haasteisiin ja toimintaan. (Hoikkala & Rossi 2000, 46, 49.)

5.2 Leikki toimintaterapiassa

Toimintaterapian nykyisissä teorioissa painotetaan leikin arvoa lapsen kehityksessä (Knox 2005, 573). Leikki onkin ollut näkyvä osa lasten toimintaterapiaa ammatin perustamisen alkuvuosilta saakka (Parham & Primeau 1997, 10).

Toimintaterapiassa leikkiä pidetään kanavana saada selville lapselle merkityksellisiä asioita. Lapsen valitessa vapaasti leikkinsä, se kuvaa leikkijää ja siinä näkyvät lapselle merkitykselliset asiat. (Parham & Primeau 1997, 17.) Lapsi ilmaiseekin itseään paremmin leikin kautta kuin kielellisesti (Hoikkala & Rossi 2000, 45).

Leikkiä käytetään toimintaterapiassa välineenä erilaisten taitojen opetteluun sekä tavoitteena eli leikkitaitojen ja leikkisyyden harjoitteluun (Knox 2005, 580). Knox

(2005) kertoo artikkelissaan vuonna 1996 valmistuneesta tutkimuksesta, jossa on tutkittu leikin käyttöä toimintaterapiassa. 95 prosenttia vastanneista toimintaterapeuteista käytti leikkiä ensisijaisesti motoristen, sensoristen ja psykososiaalisten taitojen harjoittamiseen välineenä ja vain 2 prosenttia vastaajista käytti leikkiä leikkitaitojen harjoittamiseen. Tapaan käyttää leikkiä terapiassa vaikuttivat muun muassa terapeutin käyttämä viitekehys. Samassa tutkimuksessa 91 prosenttia vastanneista toimintaterapeuteista totesivat pitävänsä leikkiä hyvin tärkeänä toimintana lapselle. (Knox 2005, 579.)

Raitanen (2009b) arvioi, että Terapiapajalla noin 10 prosentissa terapioiden, joissa käytetään menetelmänä leikkiä, terapian tavoitteena on lapsen leikkitaitojen harjaantuminen. Usein muun muassa kehitysvammaisten tai asperger-diagnoosin saaneiden lasten leikki on leikkivälineiden järjestelyä, esimerkiksi värin mukaan. Heidän leikkisään leikkitaitojen puutteellisuus näkyy merkityksellisyyden sekä kielellisen sisällön uupumisena. Tällöin leikkitaitojen harjoittelu korostuu terapiassa. Lopuissa terapiatilanteissa, noin 90 prosentissa, leikkiä käytetään välineenä joidenkin taitojen oppimiseen. Tällä hetkellä Raitasella on asiakkaana CP-vammaisen lapsi, jolla on leikkitaitoja, mutta sosiaaliset leikkitaidot ovat puutteelliset. Raitanen on suunnitellut, että kyseisen lapsen terapiassa harjoiteltaisiin sosiaalisia leikkitaitoja sekä motorisia taitoja leikkien rakentamalla nukkekodilla. (Raitanen 2009b.)

Terapiatilanteessa lapsen leikki voi olla ohjattua tai vapaata leikkiä. Vapaassa leikissä terapeutti on tarkkailijana. Ohjatussa leikissä terapeutti voi rikastuttaa leikkiä laajentamalla ja kehittämällä leikin eri osa-alueita. Hän voi tarjota lapselle ideoita, esimerkiksi lisäämällä materiaalmäärää tai -laatua tai näyttämällä uusia tapoja käyttää materiaalia ja välineitä. Lapsi harjoittelee uusia taitoja jäljittelemällä näkemäänsä asioita ja hän hallitsee taidon harjoiteltuaan riittävästi. (Hiitola 2000, 45-46.)

Jotta toimintaterapeutti voi muokata ja soveltaa leikkitalannetta yksilölle sopivaksi, hänen tulee hallita leikin analysointi. Leikin käyttö terapiassa edellyttää terapeutilta myös lapsen normaalin sensomotorisen, kognitiivisen ja psykososiaalisen kehityksen tuntemista. (Sario 1995, 64.)

Tavoitteet terapeutin leikkiin terapeutti poimii lapsen vapaasta leikistä. Vammaiselle lapselle asetettaviin tavoitteisiin vaikuttavat lisäksi vamman vaikutus hänen päi-

vittäiseen toimintaansa ja toiminnalliseen suoriutumiseensa (Knox 2005, 580). Lapsen tavoitteet selvitettyään toimintaterapeutti valitsee niihin sopivan viitekehyksen, joka ohjaa häntä terapian suunnittelussa ja toteutuksessa. (Sario 1995, 64.) Yksi vaihtoehto lasten toimintaterapian viitekehyyksi on ludic model.

5.2.1 Ludic model

Ferlandin (1997) tekemässä tutkimuksessa ilmeni, että vanhempien mukaan vammaisilla lapsilla leikin ilo ei ollut tärkeä osa elämää. Samassa tutkimuksessa tuli esille, että aikuisilla, jotka olivat olleet lapsena kuntoutuksessa, ei usein ollut mahdollisuutta tunteiden ilmaisuun terapian aikana. Heillä oli myös hyvin vähän mahdollisuuksia vaikuttaa terapian kulkuun ja tehdä valintoja. Niinpä Ferland kehitti toimintaterapeuteille tämä uuden kokonaisvaltaisen lähestymistavan erityisesti liikuntavammaisten lasten terapiaan. Toimintaterapeutin tarkoitus on auttaa heitä löytämään iloa toimintoihin ja elämään rajoituksista huolimatta. Malli perustuu leikin käyttöön ja se korostaa, että terapiassa leikki leikkinä on tärkeämpää kuin sen käyttö jonkin taidon tavoitteluun. Mallin pohjalta on myös kehitelty leikin arviointimenetelmiä toimintaterapeuteille. (Ferland 1997, foreword, 81.)

Ludic model:ssa ei kiinnitetä huomiota pelkästään lapsen vaikeuksiin vaan tarkastellaan lasta kokonaisvaltaisesti, ottaen huomioon myös lapsen kyvyt, taidot ja leikkisä asenne (ludic attitude). Malli perustuu lapsen leikkimisen taitojen kehittämiseen terapiassa. Leikkitaitojen ja mielihyvän myötä lapsen ajatellaan saavan mahdollisuuden itsenäisyyden saavuttamiseen ja hyvän olon tunteeseen. (Ferland 1997, 81.)

Ludic model:ssa lapsi nähdään osallistujana. Häntä ohjataan keksimään itse ratkaisuja, tekemään päätöksiä ja ilmaisemaan itseään. Lasta kannustetaan käyttämään mielikuvitustaan, huumoriaan, aloitteellisuuttaan ja ongelmanratkaisutaitojaan leikin jokaisessa vaiheessa. Lapsi huomaa, että hänellä itsellään on ideoita ja hän saa vaikuttaa toimintoihinsa. Hän ymmärtää nopeasti, että terapeutti luottaa hänen kykyihinsä ja terapeutilla on tarkoitus auttaa häntä. (Ferland 1997, 81-82.)

Terapia alkaa heti lapsen saapuessa tai viimeistään leikin alkaessa. Lasta ohjataan itse

valitsemaan leikkinsä ja siihen annetaan aikaa. Valinnoillaan ja puheillaan hän viestittää terapeutille kiinnostuksistaan (ludic interest). Mielenkiinto synnyttää halun leikkiin ja säilyttää toiminnasta saavan mielihyvän. Se myös kannustaa ja motivoi lasta osallistumaan terapiaan. Kun herännyt kiinnostus on tarpeeksi vahvaa, niin lapsi aloittaa toiminnan (ludic action). Ludic model:ssa leikin määritellään syntyvän näiden kahden elementin, mielenkiinnon ja toiminnan sekä leikkisän asenteen vuorovaikutuksen seurauksena. Leikkisälle asenteelle ominaista on lapsen vapaasti valitsema toiminta, uteliaisuus, ilo, huumorintaju ja spontaanisuus. Ludic model:ssa korostetaan tarvetta edistää tätä leikkisää asennetta erityisesti vammaisilla lapsilla, sillä fyysinen vamma voi haitata lapsen leikkitaitoja. Ludic model:n mukaan tällä tavoin suunniteltu leikki voi edistää ilon syntymistä toiminnasta ja kehittää lapsen valmiuksia toimia. Sen ajatellaan vahvistavan lapsen kokemusta itsenäisestä selviytymisestä ja hyvinvoinnin tuntemisesta. (Ferland 1997, foreword, 75, 80- 82.)

Lasten ehdotukset otetaan vastaan sellaisenaan ilman toimintaterapeutin muokkaamista. Lapsi voi valita liian helpon toiminnan, joka ei pitkään säilytä mielihyvää. Tällöin hän vaihtaa nopeasti toimintaa. Toiminnan valinta voi osoittautua myös liian vaikeaksi hänelle, jolloin voi kannustaa lasta sopeuttamalla toimintaa vastaamaan hänen taitojaan tai kannustetaan kysymään apua vaikeuksiin. Vaikeissa tilanteissa terapeutti ohjaa lasta sanoittaen vaikeita asioita ja kannustaa lasta käyttämään mielikuvitusta ongelman ratkaisemiseen. Terapeutti toimii lapsen tunteiden reflektoijana ja auttaa häntä käsittelemään epäonnistumisia. Ferlandin (1997) mukaan ludic model:n avulla lapset tekevät todennäköisesti monia keksintöjä, käyttävät luovuuttaan erilaisissa tehtävissä ja kehittävät tunteiden hallintaa. (Ferland 1997, 82.)

5.2.2 Leikki tavoitteena

Kuten edellisessä Leikki toimintaterapiassa -luvussa mainittiin, leikki voi olla toimintaterapiassa tavoitteena, jolloin harjoitellaan leikkitaitoja ja/tai leikkisyyttä. Huoli lapsen leikkitaidoista on voinut tulla lapsen kanssa työskenteleviltä asiantuntijoilta tai toimintaterapia-arvioinnin kautta. Leikkitaitojen tai leikkisyyden kehittyminen asetetaan tavoitteeksi toimintaterapia-arvioinnin perusteella.

Esimerkiksi liikuntavammaisen lapsi ei välttämättä opi leikkimään normaalisti motoristen ja kognitiivisten erityisvaikeuksien (esimerkiksi hahmottaminen ja visuomotoriikka) vuoksi. Usein vanhemmat eivät osaa tukea CP-vammaisen lapsen aktiivista ja vuorovaikutuksellista leikkiä, mikä edelleen hidastaa ja vaikeuttaa kognitiivisten taitojen harjaantumista. (Sillanpää ym. 2004, 171.) Terapiassa leikkiympäristö luodaan sellaiseksi, että CP-vammaisella on mahdollisuus harjoitella leikkitaitoja vammastaan huolimatta. Toiminnallisena opinnäytetyönä rakentamamme nukkekoti on tarkoitettu tällaiseen tilanteeseen.

Riittävä tila antaa mahdollisuuden lapsen luovuuden ja identiteetin kehittymiseen. Liikuntavammaisella lapsella luovuuden kokemukset jäävät usein saamatta, koska hän joutuu seuraamaan leikkejä sivusta. Tällöin hän ei pääse myöskään osoittamaan tutkimishaluaan ja toimintaideoitaan. Kun aikuinen on valpas, huomaa vammaisen lapsen luovuuden ja antaa sille tilaa, niin lapsi pystyy yllättävän luoviin leikkeihin. Vammaisen lapsen leikkitoimintaa ja luovuutta voi tukea sivuuttamalla vammaisuuden aiheuttamia rajoitteita. (Hoikkala & Rossi 2000, 47-48.)

Leikkijän kokema leikkisyys on leikin keskeinen tekijä ja sen on tärkeää sekä vammattomalle että vammaiselle lapselle (Knox 2005, 573). Knox (2005) toteaa kuitenkin terapeuttien tapaavan usein lapsia, jotka eivät ole leikkisiä ja yksinkertainkaan leikki ei tuota heille iloa. Tällöin leikkisyyden lisääminen voi olla lapselle tärkeä tavoite terapiassa. Sitä voi harjoitella kuvitteellisen leikin avulla. Leikkisyyden kehittymiseksi lapselta vaaditaan luontaista motivaatiota, sisäistä kontrollia sekä kykyä ”keskeyttää todellisuus”. (Knox 2005, 581.)

Kun terapiassa harjoitellaan leikkitaitoja ja/tai leikkisyyttä, niin lapsen pitäisi saada kokea, että hän valitsee itse leikin (Knox 2005, 579). Terapeutin on otettava lähestymistavassa huomioon terapeutin ja lapsen välinen vuorovaikutus, leikkivälineet ja niiden sijoittaminen ympäristöön. Terapeutin täytyy luoda terapiatilanteeseen leikkisä ilmapiiri, jotta lapsi voi reagoida leikkisästi. Malliksi terapeutti voi ilmaista leikkisää asennetta puheella, eleillä ja ilmeillä. (Knox 2005, 581.)

Knox (2005) luettelee kuusi taitoa, jotka auttavat terapeuttia lapsen leikin kehityksen tukemisessa ja lapsen toiminnan ymmärtämisessä. Näitä taitoja ja kykyjä ovat leikin teorioiden soveltaminen, leikin analysointi, taito antaa tilaa lapsen leikille, empaatti-

suus ja eläytymiskyky sekä spontaanisuuden ja luovuuden osoittaminen. Nämä taidot ovat välttämättömiä leikin ja terapian yhdistämisessä, sillä niiden avulla terapeutti tukee lapsen spontaanisuuden ja luovuuden kehittymistä. (Knox 2005, 581.)

5.2.3 Leikki välineenä

Leikki on tärkeä ja tehokas väline erilaisten taitojen opetteluun, koska leikki on lapselle luonnollinen tapa olla vuorovaikutuksessa ja se on lapselle merkityksellinen toiminta. Leikki voi olla väline lapsen sensomotoristen, kognitiivisten, hienomotoristen, karkeamotoristen ja psykososiaalisten valmiuksien vahvistamiseen sekä itsestä huolehtimisen taitojen kehittymiseen. (Parham & Primeau 1997, 17; Knox 2005, 575, 579.)

Leikin käyttäminen taitojen oppimisen välineenä vaatii terapeutilta taitoa ja kekseliäisyyttä yhdistellä onnistuneesti erilaisia lähestymistapoja ja menetelmiä. Jotta terapeutti voi muokata leikkitalannetta onnistuneesti saavutettavia tavoitteita kohti, hän arvioi jatkuvasti ympäristöä, lasta ja toimintaa. (Knox 2005, 580.)

Terapeutti suunnittelee ja järjestää terapiatilaa sekä leikkivälineet niin, että lapsi pääsee itse valitsemaan leikkinsä, mutta leikkivälineet houkuttelevat lasta oikeanlaisiin haasteisiin tavoitteiden saavuttamiseksi. Oikeanlaiset lelut houkuttelevat esimerkiksi opettelemaan syy- ja seuraussuhteita tai hienomotorisia taitoja. (Knox 2005, 580.)

Leikkitalanteessa lapsi voi tarvita terapeutin mallin näyttämistä, fyysistä ja/tai sanallista ohjausta.

Erilaisilla leikkivälineillä leikkiessään lapsi tutkii muotoja, värejä, pintoja ja mahdollisesti ääniä sekä mitä leikkivälineillä tehdään. Terapeutti voi tarjota vammaiselle lapselle leikkiin tutkittavaksi aivan tavallisia esineitä, sillä vammaisen lapsi tarvitsee enemmän apua ja tukea saadakseen kokemuksia esineistä ja tietoa niiden käyttötarkoituksista. (Hoikkala & Rossi 2000, 47.)

Nukke koti ja nukke ovat lapselle terapeutteja leluja ja ne tukevat tunne-elämää. Nuken hoitaminen tuo lapselle mieleen omia kokemuksia ja nukke kannustaa lasta ilmaistamaan tunteita. Kodin tavarat (esim. keittiövälineet) motivoivat lasta leikkimään ja ne tukevat lapsen aistien yhteistoiminnan kehittymistä. (Hoikkala & Rossi 2000, 50.)

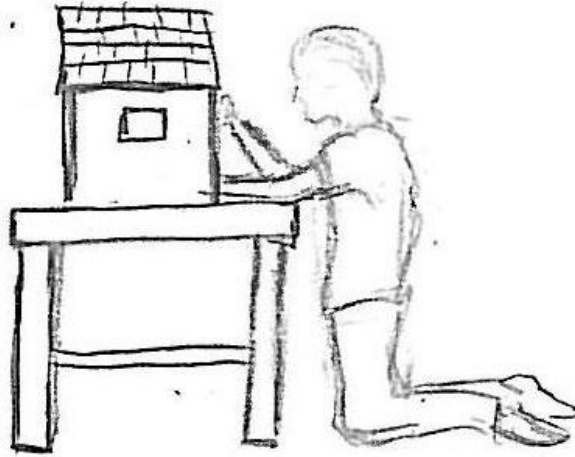
Roolileikeillä voi harjoitella toisen huomioonottamista ja sääntöjen noudattamista. Ne eivät vaadi kieltä, vaan mielikuvia ja elämyksiä asioista, jota niiden kautta esitetään. Roolileikit ovat vammaiselle lapselle oppimismahdollisuus, sillä hän voi tarvita mallia hahmottaakseen arkistenkin asioiden merkityksiä. (Hoikkala & Rossi 2000, 48.)

Yhteinen leikki kehittää sosiaalisia taitoja sekä vuorovaikutustaitoja. Lasten välisistä suhteista tulee ajan kanssa leikin kehittymisen perustekijä. Myönteisten kokemusten kautta lapsen sosiaalinen kehitys etenee rinnakkaisleikistä yhteisleikkiin. (Helenius 1993, 62.) Leikkitilanteet ovat hyviä tilanteita myös vammaisen lapsen vastavuoroisen kommunikaation tukemiseen ja mahdollisesti sopivan vaihtoehdoisen kommunikaatiomenetelmän etsimiseen ja harjoitteluun (Sillanpää ym. 2004, 174).

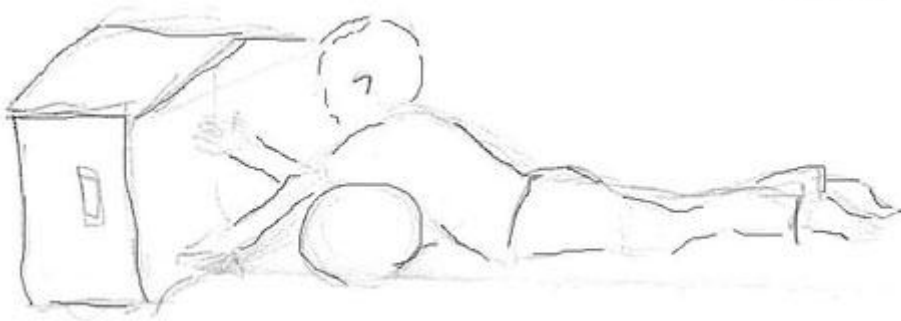
5.2.4 Näkökulmia CP-vammaisen toimintaterapiaan

Terapiatilanteessa täytyy ottaa huomioon paljon erilaisia asioita toimintojen onnistumiseksi ja tavoitteiden saavuttamiseksi. Sopivilla materiaaleilla ja hyvällä valaistuksella voidaan CP-vammaiselle mahdollistaa ympäristön visuaalinen tutkiminen ja sen yhdistäminen muihin aistiärsykkeisiin. Leikkiasennon huomioimisella voidaan vaikuttaa moniin asioihin. (Case-Smith & Pehoski 1992, 23.)

Toimintaterapiassa leikittäessä leikkiasento ja -paikka tulee valita yksilöllisesti ottaen huomioon CP-vammaisen lapsen toimintakyvyn rajoitukset eri asennoissa ja terapian tavoitteet. Kokemustemme mukaan CP-vammaisen, joilla on tetraplegia, istuu usein ison osan päivästä pyörätuolissa. Suunnittelimme nukkekodin niin, että se mahtuu haluttaessa mahdollisimman monen pyörätuolin pöytälevylle, mutta mietimme myös vaihtoehtoisia leikkiasentoja. Yksi vaihtoehto on leikkiä nukkekodilla seisomatelineessä. Lapsille lattialla leikkiminen on luonnollista. Terapiassa CP-vammaisen lapsi voi leikkiä nukkekodilla lattialla polviseisonnassa esimerkiksi pienen pöydän ääressä (KUVA 1), päinmakuuasennossa (KUVA 2) tai kylkimakuuasennossa (KUVA 3). Näitä asentoja on hyvä tukea tyynyillä ja samalla terapeutin tukemana voi harjoitella esimerkiksi vartalon hallintaa. Kuvat on piirretty Finnieta (1991, 245) mukailleen.



KUVA 1. Nukkekodilla leikkiminen polviseisonnassa



KUVA 2. Nukkekodilla leikkiminen päinmakuuasennossa



KUVA 3. Nukkekodilla leikkiminen kylkimakuuasennossa

Ylävartalon ja pään asento vaikuttavat katseen kohdistamiseen ja sitä kautta leikkijän silmän ja käden yhteistyöhön. Leikkitilanteessa CP-vammaisen yläraajan proksimaalisen osan (olkavarsi) stabiilius mahdollistaa distaalisen osan (käden ja sormien) liikkuvuuden. (Case-Smith & Pehoski 1992, 23.) Finniekin (1991, 229) toteaa hyvän pään, yläraajan ja erityisesti olkapään kontrollin auttavan CP-vammaista käden käytössä. Lapsista, jotka ovat osallistuneet liikuntavammaisten toiminnallisen näönkäytön tutkimukseen, kahdella kolmasosalla pään hallinta häiriintyi herkästi. Esimerkiksi tarkka katsominen, katseen kohdistaminen ja kuvan tarkentaminen vei lapsen energiaa niin paljon, että pään hallinta vaikeutui. Tällöin vartalon hallinta heikkeni ja lasta täytyi tukea, jotta hän pystyi suoriutumaan vaativasta näön käytön tehtävästä. (Hyvärinen 2008b, 68.)

Jos CP-vammaisella lapsella on vaikeuksia leikkiä nukkekodilla yläraajan spastisuuden vuoksi, niin toimintaterapeutti voi auttaa laukaisemalla spastisuuden. Finnie (1991, 56) ohjaa terapeuttia avaamaan käden, ranteen ja kyynärvarren manuaalisesti avustamalla, jotta spastisuuden saa vähenemään ja yläraajan toiminnallisuuden parantamaan.

6 NUKKEKODIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Raitasen (2007; 2009a) mukaan Terapiapajalla CP-vammaisten lasten toimintaterapiatan tavoitteita on ollut osallistuminen toimintoihin, ikätasoisten asioiden huomioiminen, käden otteiden ja hienomotoriikan harjoittelu, silmä-käsiyhteistyön ja visuaalisen hahmottamisen kehittyminen, käsitteiden hallinta, voiman vahvistuminen sekä psyykinen selviäminen ja itsensä toteuttaminen. Näihin tavoitteisiin peilaten olemme suunnitelleet ja rakentaneet Terapiapajalle mukana kuljetettavan nukkekodin, jota voi käyttää CP-vammaisten lasten toimintaterapiassa. Tässä luvussa kerromme, kuinka teoria-tieto ohjasi meitä rakentamaan nukkekodin toimintaterapeutin käyttöön.

Saimme nukkekodin rakentamiseen apua Ullan avomiehen, Jussi Saastamoisen, osaamisesta muun muassa nukkekodin palojen sahaamisessa, haastavien kohtien naulaamisessa sekä lampun ja ovikellon rakentamisessa. Rakensimme nukkekotia Ullan luona, joten hyödynsimme aurinkoisia syyspäiviä ja hioimme nukkekotia ulkona rannas-

sa. Rannassa touhutessamme saimmekin paljon positiivista palautetta ohikulkijoilta työstämme. Iloiseksi meidät teki se, että myöhemminkin samojen henkilöiden tullessa vastaan he ovat kyselleet nukkekodin edistymisestä.



KUVA 4. Valmis nukkekoti

6.1 Motorisen kontrollin malli

Valitsimme motorisen kontrollin mallin ohjaamaan nukkekodin suunnittelua ja rakentamista. Malli sopii opinnäytetyöhömme, koska se korostaa asiakaslähtöistä toimintaa, luonnollista toimintaympäristöä ja asiakkaan aktiivisia kokemuksia ihanteellisten motoristen ratkaisujen saavuttamiseksi (Kielhofner 2004, 193).

Motorisen kontrollin malli on kehitetty ohjaamaan sellaisten henkilöiden terapiaa, joilla on aivovammasta johtuva motorinen ongelma eli vaikeus kontrolloida liikettä, esimerkiksi CP-vammaisille. Se perustuu neljään perinteiseen neurokehitykselliseen lähestymistapaan, joita ovat The Rood Approach, Bobath's Neurodevelopmental Treatment (NDT), Brunnstrom's Movement Therapy ja Proprioceptive Neuromuscu-

lar Facilitation (PNF). Näitä neljää mallia yhdistää samanlainen alkuperä, lähestymistapa ja menetelmät. Lähestymistavat pohjaavat tietonsa neuropsykologiaan, neurofysiologiaan, ihmisen kehitykseen, psykologiaan ja liikuntatieteeseen. (Kielhofner 2004, 172.)

Poikkitieteelliset tutkijat olivat aikoinaan sitä mieltä, että nämä perinteiset neurokehitykselliset lähestymistavat vaativat kehittämistä. Motorisen kontrollin malli kehitettiin itsenäiseksi uudeksi malliksi tarkastelemalla kriittisesti näitä neljää lähestymistapaa. (Kielhofner 2004, 186.)

Teoreettiset lähtökohdat

Motorisen kontrollin nähdään syntyvän ihmisen keskushermoston ja tukirangan eli lihaksien ja luiden ollessa vuorovaikutuksessa ympäristön ja erilaisten toimintojen kanssa. Motorinen kontrolli opitaan, kun henkilö etsii optimaalista ratkaisua toiminnan suorittamiseen. Suorittamiseen vaikuttaa tekijä, ympäristö ja toiminnan tavoitteet. Asiakkaan kehittymisen kulku riippuu yksilöllisistä ominaisuuksista sekä ympäristön vaihtelusta. (Kielhofner 2004, 192.)

Häiriöt

Kun henkilö, jolla on keskushermostollisia ja/tai tukirangallisia rajoitteita, joutuu suorittamaan hänen motorisiin taitoihinsa nähden liian haastavaa toimintaa tai hän joutuu liian haastavaan ympäristöön, syntyy motorinen toimimattomuus (Kielhofner 2004, 192). CP-vammaisella lapsella on pienemmät mahdollisuudet osallistua leikkiin tavallisissa leikkiympäristöissä motoristen vaikeuksien vuoksi. Nukkekotit on suunniteltu niin, että sillä pystyy leikkimään rajoitteista huolimatta. Leikin ohella nukkekodilla pystyy harjoittelemaan erilaisia liikeratoja ja yläraajan toimintaa.

Terapia

Motorisen kontrollin mallissa painotetaan merkityksellisen toiminnan suorittamista oikeassa asiayhteydessä. (Kielhofner 2004, 193). Lapselle leikki on tarkoituksenmukainen ja merkityksellinen tapa oppia ja toimia. Toimintaterapiassa tarkoituksenmukaiseen toimintaan päästään porrastamisen, apuvälineiden, toiminnan analyysin eli toiminnan osatekijöiden määrittelyn sekä adaptoitujen eli asiakkaalle sopivaksi muunneltujen välineiden avulla. Toimintaterapeutin tulee myös huomioida lapsen sisäinen motivaatio ja mielenkiinnon kohteet, kognitiivinen kehitys ja leikin skeemat, jotta

toiminnasta tulee tarkoituksenmukaista ja merkityksellistä. (Case-Smith & Pehoski, 1992, 23.)

Motorisen kontrollin malli tutkii toiminnallista suoriutumista ja sen taustalla olevia asioita, kun tarvitaan lisäymmärrystä siitä, mitä toiminnan suorittaminen vaatii. Toimintaa analysoimalla tunnistetaan toiminnat, jotka ovat asiakkaalle vaikeita suorittaa ja huomioidaan toimintaan vaadittavat liikeradat sekä niiden stabiilius. Analyysin avulla määritellään sellaiset ympäristön tekijät, jotka joko tukevat tai haittaavat optimaalista suoritusta. (Kielhofner 2004, 193.) Nukkekotia suunniteltaessa havainnoimme kahden CP-vammaisen lapsen yläraajan toimintaa. Havainnointien pohjalta suunnitelimme nukkekodin niin, että se tukee oikeiden liikeratojen ja toiminnan optimaalista suorittamista. Liikkeiden mahdollinen epästabiilius huomioitiin tekemällä painavia ja tukevia huonekaluja.

Motorisen kontrollin mallissa painotetaan koko toiminnan oppimista toiminnan osien sijaan. Asiakkaan annetaan löytää omat optimaaliset ratkaisut motorisiin ongelmiinsa. (Kielhofner 2004, 193.) Case-Smith ja Pehoski (1992) mainitsevat CP-vammaisten käyttävän monia epänormaaleja ja kompensoivia asentoja sekä liikeratoja tavoitteluun, tarttumiseen ja manipulatioon, kun heillä ei ole tarkoituksenmukaista pään ja ylävartalon kontrollia. Näiden korjaamisessa on tärkeää korostaa liikkeiden luonnollisuutta, joten toiminnan analyysi on tärkeää. (Case-Smith & Pehoski, 1992, 14, 106-107.) Nukkekodilla leikkiessä CP-vammaista lasta ohjataan optimaalisiin liikeratoihin, mutta kuitenkin huomioimalla nämä hänen kompensoivat tapansa toimia. Lasta kannustetaan ja ohjataan käyttämään optimaalisempia liikeratoja, jos arvioidaan, että epänormaaleista ja kompensoivista asennoista ja liikeradoista tulee myöhemmin hänelle haittaa.

6.2 Materiaalien valinta ja hankinta

Heti opinnäytetyön alkuvaiheessa meille oli selvää, että tahdomme tukea ekologisuutta. Iivosen (2000) mukaan kierrättäminen vähentää jätettä ja kierrätysmateriaali antaa mahdollisuuden käyttää luovutusta. Kierrättäminen on myös halpaa: materiaalia saa ilmaiseksi tai hyvin vähällä rahalla. (Iivonen 2000, 11.)

Halusimme käyttää mieluummin valmiiksi ostettuja tuotteita loppuun (liima ja maalit), kierrättää vanhoja materiaaleja (kankaat) sekä käyttää remontissa ylijäänyttä materiaalia (lattiamatto, puuvaha), kuin ostaa uusia tarvikkeita juuri tätä projektia varten. Keräsimme materiaaleja omista varastoistamme, mutta hyödynsimme myös Terapiapajan ja tuttujemme materiaalivarastoja. Sen jälkeen teimme listaa mitä vielä tarvitsemme ja etsimme mahdollisimman halpoja ja ekologisia ratkaisuja. Hyvin tuloksellista olikin kiertää eri liikkeitä ja kysellä vanhoja tapettikirjoja, mallitilkkuja ja kaakeleita. Ilmaiseksi saimme myös puupalikoita ja vaneripaloja huonekalujen rakentamiseen. Kiitos näistä kaikista ilmaisista tarvikkeista kuuluu Iskulle, Koti-idealle, K-rauta Tourutornille, Puukeskukselle sekä RTV:lle.

Koska kaikkea ei voi saada ilmaiseksi, etsimme nukkekodin valmistamiseen tarvittavia materiaaleja mahdollisimman halvalla. Tavallista edullisemmin saimme esimerkiksi nukkekodin vanerit, sillä ne olivat jääneet ylimääräisiksi sahattaessa asiakkaille paloja isosta vanerista. Saimme tuntuvaa alennusta myös EcoCenter Raksa:lta ostaessamme lavuaarin tulppaketjuja nukkekodin oviverhoon.

Osa tarvikkeista täytyi ostaa kaupoista uutena. Ennen tarvikkeiden hankkimista teimme Raitaselle kirjallisen budjetin itse nukkekodin rakentamiseen hankittavista tavaroista. Myöhemmin sovimme suullisesti tavaroiden hankkimisesta, joita tarvitsimme nukkejen ja huonekalujen rakentamiseen. Kävimme itse sopimuksen mukaan ostamassa tarvitsemamme materiaalit, jotka Raitanen maksoi kuitteja vastaan tilillemme. To- teutunut budjetti (LIITE 1) oli 73,35 euroa.

Yksi kriteeri materiaalien valinnassa oli pintojen puhdistettavuus. Ahonen (2000, 35) mainitsee puhdistamisen tärkeäksi, koska lapsi käyttää tutkimiseen enemmän käsiään ja suutaan, jos hänellä on ongelmia näkemisessä, hahmottamisessa tai liikkumisessa. Nukkekodin ja suurimman osan huonekalujen pinnat on lakattu, joten ne voi puhdistaa kostealla pyyhkien. Muovinen lattiamatto sekä wc-tilan kaakeloitu lattia kestävät hyvin vedellä puhdistamisen. Kankaasta, langoista ja rautalangasta valmistetut nuket sekä huovutettu sohva voidaan myös puhdistaa tarvittaessa hellävaraisesti vedellä.

6.3 Nukkekodin muodot ja mitoitus

Nukkekodin muotoja, leveyttä, syvyyttä ja huoneiden kokoa suunniteltaessa täytyi ottaa huomioon CP-vammaisten yläraajan liikelaajuudet ja käden otteet, jotta he pystyisivät leikkimään nukkekodilla parhaalla mahdollisella tavalla. CP-vammaisen toimintakyky on pitänyt huomioida niin nukkekotia kuin huonekaluja ja nukkeja suunniteltaessa ja rakentaessa. Kerromme tässä luvussa nukkekodin, huonekalujen sekä nukkiin muotojen valinnasta sekä valmistamisesta.

Nukkekot

Nukkekodin koon ja muotojen suunnittelun lähtökohdaksi on ollut se, että sen on mahduttava useimpien lasten pyörätuolien sekä seisomatelineiden pöytälevyille ja sen tulee olla mukana kuljetettava. Finniin (1991, 234) ohjeen mukaan nukkekodin huoneiden tulee olla riittävän isoja, jotta sinne mahtuvat isot huonekalut, joilla on helppo leikkiä.

Kysyimme Respectan myyntipäälliköltä (Mustalahti 2008) tavallisimpia lasten pyörätuolien pöytälevyjen mittoja sekä mittasimme muutamia näkemiämme pöytälevyjä. Näiden tietojen pohjalta suunnittelimme nukkekodin koon. Nukkekotimme leveydeksi valitsimme 50 senttimetriä. Tämän kokoinen nukkekoti ei välttämättä mahdu kaikille pöytälevyille, mutta se mahdollisti useamman huoneen tekemisen ja sen myötä aiomman kotiympäristön, joka oli mielestämme tärkeä näkökulma nukkekodissa. Syvyys on 20 senttimetriä, joka mahdollistaa CP-vammaiselle paremman ulottuvuuden ja mahdollisuuden leikkiin, kun tavarat eivät ole liian kaukana. Harjakorkeus nukkekodissa on 44 senttimetriä ja matalimmalta kohdalta korkeus on 33 senttimetriä, jolloin nukkekoti on mittasuhteiltaan oikean talon mallinen. Nukkekodin korkeuteen vaikutti myös se, että CP-vammaisen lapsen tulee yltää yläkertaan ja huoneiden on oltava sen verran korkeat, että niissä mahtuu leikkimään.

Nukkekodissa on neljä huonetta: olohuone, keittiö, wc ja yläkerrassa makuuhuone. Keittiön ja olohuoneen välillä ei ole kokonaista seinää, koska se antaa enemmän tilaa leikkiä. Esimerkiksi keittiön pöytä ja tuolit voivat olla hieman olohuoneen puolella, jotta keittiön takaseinustalla olevalla keittiötasolla on helpompi leikkiä. Wc on hyvin pieni ja haasteellinen tila, kun taas olohuone on suurempi avara tila, jossa voi olla helppo leikkiä heikommallakin yläraajan motoriikalla.

Nukkekotia suunnitellessa pohdimme erimallisten, esimerkiksi puoliympyrän muotoisen, nukkekodin rakentamista. Puoliympyrä olisi voinut mahdollistaa nukkekodin tulemisen vielä lähemmäksi leikkijää. Sen rakentaminen olisi ollut meille liian haastavaa, joten me jouduimme hylkäämään idean. Katon toteutustapoja mietimme paljon, myös sen jälkeen kun olimme jo päätyneet kiinteään kattoon. Irrotettava katto olisi mahdollistanut vuorovaikutuksellisemman leikin, kun terapeutti voisi leikkiä vastapäätä. Katon irrottaminen myös toisi nukkekotiin lisää valoa. Kuitenkin toimintaterapeutti Raitasen (2009) kanssa keskustellessa tuli esille se, että katto jäsentää ja rajaa nukkekotia.

Huonekalut

Keskustellessamme toimintaterapeutti Raitasen (2009a) kanssa huonekalujen materiaaleista saimme ohjeet, että huonekalujen on hyvä olla painavia. Raitasen kokemusten mukaan CP-vammaisilla lapsilla nukkekodilla leikkiessä ongelmana on kevyiden, muovisten huonekalujen käsittelyn vaikeus. Kevyet huonekalut kaatuvat helposti, jos yläraajan motoriikka ei ole stabiilia. Tällöin leikkiminen ei ole lapselle palkitsevaa. (Raitanen 2009a.) Myös Hyvärinen (n.d.) on todennut, että kun lapsi ei pysty näkemään pieniä esineitä ja käden motoriikka on heikkoa, niin silmä-käsi koordinaation kehittämisessä, varsinkin pinsettiotteessa, on ongelmia. Tällöin leikkivälineiden valinnalla voidaan helpottaa tarttumista, joka vähentää lapsen turhautumista. (Hyvärinen n.d.)

Näiden tietojen pohjalta teimme huonekaluista painavia ja tukevia. Laitoimme vielä mahdollisimman monien huonekalujen pohjiin liukuestettä, jotta ne pysyvät vielä paremmin paikoillaan. Sängyn teimme vanerista, johon liimasimme vaahtomuovista patjan ja ompelimme vuodevaatteet. Finnién (1991, 243) ohjeen mukaan teimme lipaston neljästä päällekkäin liimatusta tulitikkurasiasta, johon alimman laatikon sisälle laitoimme painoksi vanhoja kolikoita. Terapiatilanteessa laatikoiden sisälle voi laittaa pieniä esineitä motivoimaan käyttämään hienomotoriikkaa laatikon avaamiseen (Raitanen 2009a). Monipuolisten tuntoaistimusten saamiseksi huovutimme olohuoneeseen sohvan. Sohvan pohjaan liimasimme vaneripalasan tuomaan lisäpainoa. Wc-istuimen ja käsiénpesualtaan muotoilimme Fimo-massasta, jotka kovettuessaan tulivat painaviksi. Keittiön pöytäryhmän tekemisen totesimme meille liian haasteelliseksi, koska halusimme niiden olevan kuitenkin kauniita sekä tukevia. Näin ollen Raitanen kehotti

meitä ostamaan puisen pöytäryhmän valmiina. Etsimme pöytäryhmää kirpputoreilta, internetistä ja kaupoista. Saatavilla olevista pöytäryhmistä vain yksi oli tarpeeksi tukevan oloinen. Ostettuumme pöytäryhmän totesimme istuinosaan olevan liian pieni, joten nuket eivät pysy istumassa. Liimasimme istuinosaan liukuestettä, mikä mahdollisti nukkien pysymisen tuolilla.

Huonekalujen suunnittelussa meillä oli pitkään ajatuksena käyttää hyödyksi magneettimaalia. Magneetin avulla olisivat huonekalut pysyneet tukevasti paikoillaan magneettimaalilla maalatulla lattialla. Kuitenkin jätimme magneettimaalin pois nukkekodista, koska rakentamamme huonekalut ovat Raitasen (2009a) ohjeen mukaan painavia ja ne eivät pääse kaatumaan niin helposti. Mietimme myös, että onko CP-vammaisille, joilla on heikot voimat, magneetilla kiinnittyvät tavarat liiankin tiukasti kiinni nukkekodin lattiassa. Magneettimaalin hylkäsimme myös siitä syystä, että tahdoimme tehdä lattian kodinomaisesta muovimatosta, jonka päälle maalaaminen ei onnistu. Pohdimme kuitenkin, että jälkeempään voisi ohuesta vanerista sahata pohjan kokosen alustan ja maalata sen magneettimaalilla. Jotta alusta pysyisi lattiassa kiinni, voisi sille tehdä vielä pienet hakaset.

Pohdimme, että nukkekotia voisi kehittää jatkossa rakentaen erilaisia ja eripainoisia huonekaluja, joiden käyttö mahdollistaisi yksilöllisemmän ja tarkoituksenmukaisemman terapian.

Nuket

Nukkien teossa pyrittiin ottamaan huomioon CP-vammaisen käden koordinaatio ja mahdollinen epästabiilius. Havainnoidessamme kahta CP-vammaista lasta, havaitsimme, että kahden käden käyttö on heille haasteellista. Näin ollen leikin tulisi onnistua yhdellä kädellä. Nukeille tehtiin Fimo-massasta luonnottoman isot jalkaterät. Ne mahdollistavat leikkijän saamaan nuken pysymään pystyssä hieman heikommallakin koordinaatiolla, päinvastoin kuin monet kaupasta ostetut nuket. Nuket pysyisivät vielä paremmin pystyssä, jos nukkien kantapäät olisivat isommat. Tällöin nuken painopiste olisi keskemällä ja tukipinta olisi suurempi.

Nukkeja suunnitellessamme selasimme monia nukkekodeista ja nukkekodin nukeista kertovia kirjoja. Toimivimmaksi arvelimme Peltolan (1987, 62) ohjeen, jota mukailen valmistimme nuket. Teimme nukeille rautalangasta rungot, jonka päälle kiedoimme

tukevasti matonkudetta ja muotoilimme samalla hieman nukkea. Nuken rautalankainen runko mahdollistaa nuken taivuttelun leikissä. Mitä tarkempi hienomotoriikka lapsella on, sitä monipuolisemmin hän voi käyttää nuken taipuisuutta hyväksi leikissä.

Havainnoidessamme kahta CP-vammaista lasta havaitsimme, että toinen lapsista pystyi tarttumaan monenlaisiin ja vaativiinkin muotoihin, mutta toinen lapsi sai parhaimman otteen suorakaiteen muotoisista esineistä, jotka eivät ole liukkaita. Näiden havaintojen pohjalta muotoilimme nukeille vartalon matonkuteesta. Kun nuken kädet ovat alhaalla, niin nukkeen on helpointa tarttua ja näin ollen luultavasti jälkimmäisenäkin mainittu lapsi pystyisi leikkimään nukella.

Pohdimme liitämmekö nukkeihin joitakin apuvälineitä, koska Finnie (1991, 253) on maininnut, että CP-vammaiselle on haastavaa puristaa esinettä kädessä ja samalla liikuttaa sitä. Kuitenkin Raitasen (2009a) mukaan nuket eivät tarvitse apuvälineitä, sillä hienomotoriikan ollessa niin heikkoa, ettei nukkeja pysty liikuttamaan, karkeamotoriikkakaan ei riitä leikkimiseen. Näissä tapauksissa lapsi tarvitsee terapeutilta paljon tukea käden käytössä, jolloin taas apuvälineestä ei olisi hyötyä. Nukkekodin leikin tunnusmerkki on se, että nuken voi jättää istumaan tai nukkumaan johonkin. Se ei toteudu, jos nukke on apuvälineellä kiinni leikkijän kädessä.

Samoin kuin huonekaluja, myös nukkeja voi jatkossa tehdä lisää erilaisia tarpeita varten. Esimerkiksi nuket voivat olla erinäköisiä, vaikkapa tummaihoisia, vauvoja ja eläimiä.

6.4 Nukkekodin värimaailma

Värien käytöllä ja vahvoilla kontrasteilla, eli värien vastakkaisuuden määrällä, voi herättää monivammaisen lapsen kiinnostuksen leikkivälinettä kohtaan (Hoikkala & Rossi 2000, 50). Värit auttavat myös johdattamaan leikkijän katsetta keskeisiin asioihin sekä jaottelemaan, erottelemaan ja yhdistämään visuaalisia elementtejä (Arnkil 2008, 138). Mielenkiinnon herättämisen ja huomion kiinnittämisen lisäksi värejä on käytetty nukkekodissa helpottamaan visuaalista hahmottamista ja käsitteiden hallintaa, sillä ne ovat usein CP-vammaisen lapsen tavoitteena toimintaterapiassa (Raitanen 2007). Täs-

sä luvussa kerromme näkökykyyn ja visuaaliseen hahmottamiseen liittyviä seikkoja, joihin pohjautuen olemme valinneet nukkekodin värityksen.

Lämpimät värit, kuten punainen ja keltainen, ovat huomioarvoltaan tehokkaampia kuin vihreä ja sininen, jotka luetaan viileiksi väreiksi. Lämpimät värit näyttävät työntyvän eteen ja laajenevan, kun taas viileät värit näyttävät vetäytyvän ja supistuvan muihin väreihin verrattuna. (Arnkil 2008, 141.) Tähän tietoon pohjautuen tapetoimme ja maalasimme nukkekodin seinät viileillä ja vaaleilla väreillä, valkoisen sävyillä, vihreällä ja vaalean ruskealla. Viileät värit näyttävät vetäytyvän, jolloin tulee tunne, että seinät ovat kauempana. Kun taas lämpimän väriset seinät, esimerkiksi punaiset, näyttävät työntyvän visuaalisesti eteenpäin tehden nukkekodista ahtaan tuntuisen. Tällöin seinillä olisi myös suurempi huomioarvo kuin nukkekodin huoneessa olevilla tavaroilla.

Arnkil (2008) sanoo tumma-vaaleakontrastin olevan keskeistä havaitsemiselle, eli havainnot muodoista ja tiloista perustuu tummuusvaihteluihin. Parhaiten tumma kohde erottuu vaaleasta taustasta ja päinvastoin. Ääriesimerkkejä tummuus-vaaleuskontrastista ovat musta ja valkoinen. Ne ovat yhdessä käytettynä tehokas huomiokeino, koska niiden vastakkaisuus erottuu ympäristössä kaksiulotteisuudella. (Arnkil 2008 96-98, 138.) Emme kuitenkaan halunneet käyttää musta-valkoisen yhdistelmää, sillä Ahosen (2000, 32) mukaan liian vahvat kontrastit puolestaan voivat rasittaa lapsen silmiä. Huoneiden seinät on tapetoitu ja maalattu vaaleilla sävyillä, jolloin tummat huonekalut ja värikkäät nuket erottuvat helpommin. Ulko-ovi on tummanruskea, jolloin se erottuu sisäpuolelta vaaleista tapeteista ja ulkoapäin punaisesta seinästä.

Kuten aiemmin CP-vammaisten liitännäisvamma –luvussa kerroimme, tutkimuksen (Hyvärinen 2008b, 80) mukaan on liikuntavammaisilla keskimääräistä heikompi kontrastiherkkyys. Kun kontrastien erotuskyky ja näöntarkkuus ovat keskimääräistä heikompiä, tulee riittävän suurella kontrastilla varmistaa muun muassa oviaukkojen ja porrasaskelmien erottuminen. Kontrastien hahmottamiseen vaikuttaa värin lisäksi valaistus. (Arnkil 2008, 52.) Leikkimisen helpottamiseksi oviaukot ja muut huomioitavat kohdat, kuten huoneiden reunat edestä katsottuna sekä portaat, on erotettu riittävän suurella kontrastilla ympäristöön nähden. Huoneiden reunat, ikkunoiden ja ovien aukot on maalattu tumman ruskealla, joten ne erottuvat hyvin vaaleista seinistä. Yläkeran oviaukon reunoja ei maalattu ruskealla, koska portaat antavat vihjeen yläpuolella

olevasta oviaukosta. Oviaukossa on myös metallinen tulppaketjuista valmistettu ovi-verho, joka värillään ja erilaisella materiaalillaan erottuu vaaleasta seinästä. Kontrastit eivät yksinään riitä takaamaan hahmottamista, vaan toimintaterapeutin tulee kiinnittää huomiota leikkipaikan valaistukseen.

Vasemman ja oikean erottaminen on usein CP-vammaiselle haasteellista. Tämä liittyy avaruudelliseen havaitsemiseen, oman kehon tunnistamiseen sekä kielellisten käsitteiden hallintaan. Tällöin myös tilaa ja suuntia merkitsevät käsitteet ovat heille epäselviä. (Nuutinen 1998, 8-9.) Nukkekodin avulla näitä voi kehittää käyttämällä käsitteitä leikkutilanteessa, esimerkiksi vasemmalle kylpyhuoneeseen ja oikealle olohuoneeseen. Nukkekodissa huoneet on tapetoitu erivärisiksi, mikä voi auttaa suuntien hahmottamisessa. Lattioiden muovimatot on laitettu ylä- ja alakerrassa eri suuntiin huoneiden erottamisen helpottamiseksi. Vielä suurempi kontrasti olisi saatu erivärisillä lattiamattoilla, mutta se ei onnistunut, sillä lattiamattoja ei myydä pieninä paloja. Näytepalojakaan emme saaneet, sillä rullan loput annetaan lattiamattoja ostavalle asiakkaalle kaupan päälle.

Seppänen (2002) kuvaa näköaistin herkistyvän helpommin ympäristön muutokselle kuin pysyville elementeille. Eli huomio kiinnittyy sellaiseen, mikä liikkuu, muuttaa väriään, kirkkauttaan tai muotoaan. (Seppänen 2002, 95.) Havainnoidessamme kahden CP-vammaisen lapsen leikkiä olemme huomanneet tämän tiedon pitävän paikkansa. Lelut, joissa tapahtuu jotain esimerkiksi nappia painamalla, ovat olleet heille mieluisimpia. Näin ollen halusimme tehdä nukkekotiin jotain, mikä kiinnittää leikkijän huomion ja on hänelle mieluisaa. Nukkekodissa leikkijän huomio voi kiinnittyä olohuoneen laskosverhoon, jonka saa laskettua ja nostettua narusta vetämällä tai keittiön led-valoon, joka syttyy pienestä kytkimestä. Mietimme, että onko lampun valonkattaisija liian pieni ja vaativa käyttää heikolla motoriikalla. Kuitenkin molemmat havainnoimamme CP-vammaiset lapset saivat käytettyä pieniäkin kytkimiä omalla tavallaan, joten uskomme monien lasten pystyvän itse sytyttämään lampun. Lampun kattaisija voi olla pinsettioitteen harjoittelun innoittajana (Raitanen 2009a). Ideoimme, että kytkimeen voi laittaa apuvälineeksi esimerkiksi helmen, jolloin yläraajan motoriikan ei tarvitse olla niin tarkkaa. Finnién (1991, 234) mukaan lapset pitävät äänistä, joten pyysimme Saastamoista tekemään nukkekotiin myös ovikellon. Ovikello ja ledvalo toimivat takaseinässä olevilla pattereilla. Laskosverhon, lampun ja ovikellon

avulla voi harjoitella myös usein CP-vammaisilla toimintaterapian tavoitteena olevaa syy-seuraussuhdetta, koska kaikissa näissä tietyllä toiminnalla saadaan jotain aikaan.

Pohdimme nukkekotiin hissien rakentamista. Hissi herättäisi liikkeellään huomiota ja sillä olisi voinut harjoitella syy-seuraussuhdetta. Kuitenkaan emme me, eivätkä konsulttoimamme fysiikan ja elektroniikan opiskelijat keksineet tapaa, jolla hissien saisi pysymään tarpeeksi vakaana. Yksi vaihtoehto olisi ollut tehdä sähkömoottorilla toimiva hissi, mutta sen ”konehuone” olisi ollut liian iso nukkekotiin ”piilotettavaksi”. Hissin lisäksi nukkekotiin voisi tehdä myös muita apuvälineitä, jotka ovat liikuntavamaisen lapsen arkipäivää, kuten pyörätuoli, seisomateline ja wc-istuimen käsituet.

6.5 Tuntoaistimukset nukkekodissa

CP-vammaisen lapsi ei kykene saamaan niin paljon aistikokemuksia kuin vammaaton lapsi, koska hän ei voi samalla tavalla tutkia ympäristöä ja esineitä. Toisaalta, kuten olemme jo aikaisemmin maininneet, noin puolella CP-vammaisilla on tuntohäiriöitä (Nuutinen 1998, 5; Sillanpää ym. 2004, 170). Hyvä leikkiasento (ks. 5.2.3 Näkökulmia CP-vammaisen nukkekotileikkiin) helpottaa tuntoärsykkeiden saamista. Tuntoärsykkeiden saamiseksi vaaditaan leikkijältä esineen tavoittelua, kiinni pitämistä, manipulaatiota ja esineen kädestä vapauttamista. Tuntoaistimukseen vaikuttavat esineiden koot, muodot, tekstiilit ja lämpötilat. (Case-Smith & Pehoski 1992, 23.)

Nukkekoti ja siihen sisältyvät nuket ja tavarat on pyritty tekemään niin, että leikkijä voi saada mahdollisimman erilaisia tuntoaistimuksia. Hiitolaa (2000) lainaten olemme käyttäneet erilaisia kankaita ja muita materiaaleja lapsen havaintomaailman rikastuttamiseen. Hänen mukaansa erilaisten materiaalien koskettelu ja niistä saadut aistimukset ovat korvaamattomia vammaisten lasten kanssa. (Hiitola 2000, 80.) Kerromme seuraavaksi tarkemmin millaisia materiaaleja nukkekodissa on käytetty.

Nukkien hiukset ja vaatteet on valittu tarkoin ajatellen, miltä materiaalit tuntuvat leikkijän kädessä. Nukkien hiukset on tehty puuvilla- ja villalangasta. Niihin tehtiin erilaisia kampauksia (kiharat hiukset auki, saporot, nuttura, kalju), jotta CP-vammaisen saa leikkiessään erilaisia tuntoaistimuksia. Sama ajatus meillä oli valitessamme nukeille vaatekankaita, joiksi lopulta valikoituivat fleece, silkki, sametti, pellava ja puuvilla.

Kankaita valitessa myös väritys oli tärkeässä osassa, sillä nukkien täytyy erottua hyvin nukkekodin seinää vasten (ks. 6.4 Nukkekodin väritys).

Myös nukkekodin seinien ja lattioiden materiaalit on valittu niin, että niistä saa erilaisia aistikokemuksia. Tapetit ovat hieman rosoisia ja maalatut seinät sekä katto ovat tasaisia. Muovimatto on hieman liukasta ja pehmeähköä, kun taas kaakelit ovat kovaa ja ne ovat hieman kohollaan. Nukkekodissa on kaksi oviverhoa, jotka tuntuvat hyvin erilaisilta. Kylpyhuoneen oviverho tuntuu pehmeältä ja kevyeltä, sillä se on tehty suihkuverhosta leikatuista suikaleista. Yläkerran oviverho on tehty tulppaketjuista, joten se puolestaan voi tuntua viileältä tai lämpimältä riippuen leikkipaikan lämpötilasta. Kylmältä ketjut voivat tuntua esimerkiksi silloin, jos nukkekoti on tuotu kylmästä autosta.

Huonekaluja on tehty vanerista, Fimo-massasta sekä vaahтомуovin päälle huovutetusta villasta, joten nekin monipuolistavat nukkekodista saatavia aistikokemuksia. Huonekaluista saataviin tuntoaistimuksiin vaikuttavat myös niiden painavuuserot. Nukkekotia sisustaessa lapsi voi saada haluamiaan tuntoaistimuksia, sillä hän voi valita karvaisesta kankaasta, matonkuteista tai villalangasta tehdyn maton. Kun lapsi käyttää nukkea nukkekodin wc:n tehdyssä suihkussa, niin hän saa tuntoaistimuksia suihkusta riippuvista sellofaanisuikeista ja suihkun jälkeen kuivatessaan nukkea froteepyhykeellä.

Lasta seuratessa voi havaita, että esineen pitäminen käsissä tuntuu hänestä hyvältä: tuntoaistimukset viestittävät aivoille sellaista tietoa, jota katse ei kerro. (Ayres 2008, 55.) Havainnoidessamme kahden CP-vammaisen lapsen toimintaa, huomasimme heidän nauttivan eri tuntoaistimuksista. Esimerkiksi pesutilanteet ja tärisevät leikkikalut tuottavat lapselle iloa ja ovat mielekkäitä toimintoja. Yksi mahdollinen jatkokehitysidea nukkekodille olisikin kehräävä eli tärisevä kissa. Kissan tärinä olisi aivan erilainen aistimus muihin nukkekodista saataviin tuntoaistimuksiin verrattuna. Oletettavasti se olisi useimmille mieluisa tuntoaistimus.

Case-Smith & Pehoski (1992) ovat todenneet, että lapsi voi kokea jonkun aistiärsyksen vastenmieliseksi, jolloin terapiassa on vaikeampi päästä haluttuun lopputulokseen. Siksi terapiaa toteutettaessa on havainnoitava, kuinka lapsi vastaa tietynlaiseen sensoriseen ärsykkeeseen ja toimittava sen mukaan. (Case-Smith & Pehoski 1992,

106-107.) Tällaisessa tilanteessa kannattaa aluksi käyttää mahdollisimman vähän niitä ärsykejä, jotka ovat vastenmielisiä CP-vammaiselle lapselle. Vähitellen voi kuitenkin opetella sietämään näitä aistiärsykejä.

7 LAPSEN NUKKEKOTILEIKIN HAVAINNOINTI

Halusimme nähdä nukkekodin käyttöä toimintaterapiassa, mutta laajempaa tutkimusta käyttökokemuksista emme tehneet opinnäytetyön aiheen rajaamisen vuoksi. Teoria-tiedon etsiminen nukkekodin suunnittelua varten, nukkekodin rakentaminen sekä raportointiosuuden kirjoittaminen on ollut jo opinnäytetyön laajuinen projekti. Havainnoistamme ei voi tehdä johtopäätöksiä nukkekodin toimivuudesta ja soveltuvuudesta, sillä olemme havainnoineet vain yhtä käyttökertaa. Nämä havainnot antavat itsellemme tietoa tavoitteiden toteutumisesta ja viitteitä nukkekodin toimivuudesta.

Nukkekodin valmistumisen edetessä Raitanen kertoi suunnitelleensa nukkekodin käyttöä eräälle liikuntavammaiselle lapselle. Havainnoimme kyseisen lapsen nukkekoti-leikkiä hänen toimintaterapiatilanteessaan. Toimintaterapia toteutui motorisen kontrollin mallin mukaan lapsen luonnollisessa ympäristössä eli päiväkodissa. Raitanen oli erittäin tyytyväinen kantokassiin, jolla nukkekoti on helppo kantaa mukana. Ensimmäisen käyttökerran jälkeen Raitanen aikoi jatkossakin käyttää nukkekotia kyseisen lapsen terapiassa.

Lapsi leikki nukkekodilla seisomatelineessä. Nukkekoti mahtui seisomatelineen pöytälevylle. Leikkiessään lapsi sai huomaamattaan seisoma-asennon harjoittelua. Case-Smith ja Pehoski (1992, 106-107) kuvaavat, että leikkiä voi helpottaa tukemalla ylävartalon ja pään asentoa. Seisomateline ohjasi lapsen hyvään asentoon, joten hän pysyi käyttämään käsiään ja kohdistamaan katsetta leikkiessään. Lapsi tarvitsi kuitenkin välillä ylävartalon tukemista rintakehältä sekä pään ohjaamista oikeaan asentoon.

Ludic model:in mukaisesti toimintaterapiakerta alkoi sillä, että lapsi itse tutki tavaroita. Toiminta eteni lapsen ehdoilla, muun muassa hän itse päätti huonekalujen paikat ja leikin etenemisen. Toimintaterapeutti kannusti ludic model:in mukaisesti lasta leikkimään ja tekemään ratkaisuja itsenäisesti. Esimerkiksi toimintaterapeutti kannusti lasta keksimään nukeille nukkumapaikkoja, sillä kaikille nukeille ei riittänyt sänkyjä. Myös

motorisen kontrollin mallissa korostetaan asiakaslähtöistä näkökulmaa ja lapsen aktiivista kokemusta.

Lapsi pystyi leikkimään itsenäisesti niin huoneiden takaosassa kuin yläkerrassakin, joten saimme olla tyytyväisiä nukkekodin kokoon ja muotoon. Yläkerta kiinnosti lasta ja hän aloitti leikkinsä asettaen keittiön kalusteita yläkertaan. Lapsi hahmotti hyvin yläkertaan vievät portaat ja niiden yläosassa olevan oviaukon. Hän tunnusteli tulppaketjuista tehtyä oviverhoa ja se näytti olevan hänelle mieluisa. Lapsella ei nukkekoti-leikissä näyttänyt olevan vaikeuksia värien ja kontrastien hahmottamisessa.

Lapsi nautti ulko-ovella leikkimisestä. Leikissä nuket vuorotellen tulivat ja menivät sisälle ja ulos ovesta. Lapsi aukaisi itse oven ja sulki sen perässään, ettei taloon tullut kylmä. Laskosverhon käyttöön lapsi tarvitsi sanalliset ohjeet. Havainnointikerralla nukkekodissa ei ollut vielä lamppua ja ovikelloa. Tämän yhden käyttökokemuskerran jälkeen voimme todeta syy-seuraussuhteita harjoittavia välineiden teon ollen hyvä valinta nukkekotiin.

Lapsi pystyi tarttumaan nukkeihin ja huonekaluihin hyvin. Huonekalut olivat tarpeeksi painavia, joten ne pysyivät paikallaan ja pystyssä. Nuket eivät pysyneet istumassa tuoleilla istuinosassa olevasta liukuesteestä huolimatta. Terapiatilanteessa Raitanen laittoi nuket kiinni tuoleihin hiuspompulalla, joka oli nukkien turvavyönä. Raitasen mukaan tällaisten pienten apuvälineiden keksiminen terapiatilanteessa ei ole ongelma. Nukkeja taivuteltaessa istumaan ja taas takaisin seisomaan, oli lapsen hankala saada nuket pysymään seisaallaan. Näissä tilanteissa Raitanen auttoi lasta.

Palkitsevinta terapiatilanteen havainnoinnissa oli huomata lapsen innostuneisuus ja kiinnostuneisuus nukkekotia kohtaan. Lapsi olisi halunnut jatkaa nukkekotileikkiä, vaikka oli terapiatilanteen lopussa jo väsynyt. Koemme siis onnistuneemme luomaan nukkekodin motorisen kontrollin mallin mukaisesti motivoivaksi ja merkitykselliseksi terapiavälineeksi.

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotteen tavoitteena on erottua vastaavanlaisista tuotteista ja sen tulisi olla yksilöllinen ja persoonallisen näköinen. Tuotteen tulisi myös olla käyttökelpoinen kohderyhmässä ja käyttöympäristössä. (Vilka & Airaksinen 2004, 53.) Nukkekotileikin havainnoimisen jälkeen saimme iloksemme

todeta, että onnistuimme tavoitteissamme ja saimme luotua Vilkan ja Airaksisen (2004, 53) kuvaaman yksilöllisen ja persoonallisen nukkekodin. Kodikas nukkekotimme erottuu markkinoilla olevista nukkekodeista terapeuttisen näkökulman vuoksi ja teoriatiedolla perustelluilla ratkaisuilla. Ensimmäinen käyttökerran perusteella onnistuimme tekemään nukkekodista optimaalisen terapiavälineen CP-vammaisten lasten käyttöön ja Raitanen oli projektiimme tyytyväinen.

8 POHDINTA

Vilka ja Airaksinen (2004, 23) toteavat motivoivan opinnäytetyön aiheen olevan tärkeää. Nukkekodin suunnitteleminen ja rakentaminen opinnäytetyönä oli molemmille motivoiva ja mielekäs aihe alusta saakka, koska pidämme molemmat käsillä tekemisestä. Nukkekodin suunnitteleminen ja rakentaminen oli kuitenkin haastavaa, koska täytyi pohtia, mikä tästä nukkekodista tekee muista nukkekodeista poikkeavan.

Opinnäytetyön tekoprosessi oli pitkä. Ullalla se alkoi jo ensimmäisen vuoden keväällä ja Eveliinalla toisen vuoden syksyllä. Opinnäytetyötä teimme opiskelujen ohella ja näin jälkeenpäin ajatellen voi sanoa, että olisi kannattanut varata enemmän aikaa yhtämittaiseen tekemiseen. Edellisestä kerrasta saattoi olla kulunut aikaa jo viikkoja, joten edellisen kerran mieleen palauttamiseen kului yllättävän paljon aikaa.

Opinnäytetyöhön lähdemateriaalin löytäminen oli aluksi haasteellista. Esimerkiksi CP-vammaisuudesta ei tuntunut löytyvän uutta lähdekirjallisuutta, jota olisimme voineet hyödyntää opinnäytetyössämme. Ongelmana oli se, että tiesimme kokemuksen kautta asioita, mutta emme meinanneet löytää teoriatietoa vahvistamaan ajatuksiamme. Teoriatiedon tutkiminen, CP-vammaisten lasten havainnointi ja toiminnan analyysi auttoi meitä selviytymään tästä haasteesta. Näin projektin loppuvaiheessa huomaamme olevamme tyytyväisiä tiedon soveltamistaitoomme: nukkekodin rakentamisesta CP-vammaisten toimintaterapiaan ei ollut valmista tietoa.

Nukkekodin suunnittelu oli vaivatonta, koska molemmilla oli samanlaiset ajatukset ja toiveet esimerkiksi nukkekodin värityksestä ja ekologisuudesta. Teimme työnjakoa sujuvasti omien kiinnostusten mukaan, mutta kokeilimme molemmat kaikkia

työvaiheita. Emme halunneet kertoa raportissa tarkempia ohjeita nukkekodin rakentamiseen tai laittaa valokuvia työvaiheista, koska olemme pohtineet rakentavamme terapiakäyttöön sopivia nukkekoteja.

Motivoivana tekijänä on ollut yhteistyö opinnäytetyömme toimeksiantajan, toimintaterapeutti Raitasen kanssa. Saimme vapaat kädet nukkekodin tekoon, mutta tarvittaessa saimme Raitaselta ideoita, vinkkejä ja neuvoja. Raitasen kannustava asenne ja tyytyväisyys työhömmme olivat palkitsevia. Ulla näki Raitasta lähes viikoittain, joten saimme nopeasti hänen mielipiteitään ja hän sai ajantasaista tietoa projektin etenemisestä.

Tulevaisuudessa toimintaterapeutti voi toiminnan analyysin ja synteessin kautta käyttää nukkekotia monella eri tavalla sekä adaptoida nukkekotia ja leikkiä yksilöllisesti lapselle sopivaksi. Vaikka opinnäytetyömme onkin rajattu CP-vammaisuudessa tetraplegiaan, on nukkekoti hyvä terapiaväline myös muille CP-vamman muodoille, kuten diplegiaan. Nukkekotia voi hyödyntää myös muiden asiakasryhmien terapiassa erilaisten tavoitteiden harjoitteluun tai jopa eri ammattiryhmien käytössä. Esimerkiksi erään fysioterapeutin perehtyessä raporttiimme hän kuvasi innokkaana saaneensa ideoita nukkekodin hyödyntämisestä fysioterapeuttien tavoitteiden saavuttamiseksi. Jatkoehdotuksiksi olemmekin miettineet nukkekotileikin tarkastelua eri mallien tai viitekehysten näkökulmasta. Myös CP-vammaisten käden otteiden analysointia ja harjoittelua nukkekotileikissä olisi mielenkiintoista tutkia.

Opinnäytetyön tekeminen vaati paljon ulkopuolisten apua. Pohdimme osallistumista kansalaisopiston puutyö-kurssille ilmoittautumisten alettua, mutta nopeimmat olivat täyttäneet paikat. Kurssilla olisimme saaneet ammattitaidoista ohjausta asianmukaisissa työtiloissa ja työkaluilla. Emme olisi selvinneet tästä projektista pelkästään omilla nikkarointitaidoillamme. Suurimpana apunamme oli Saastamoinen, joka avusti meitä niin nukkekodin suunnittelussa kuin rakentamisessa. Saastamoinen piti meidät maan tasalla suurien suunnitelmiamme kanssa, auttoi itsepäisten naulojen lyömisessä ja rakensi elektroniikkaa nukkekotiin. Kiitos kuuluu myös Kinnuselle, joka piirsi toivomamme piirrookset leikkiasennoista. Saastamoinen ja Kinnunen ansaitsevat myös suuren kiitoksen, kun ovat jaksaneet ”nukkekotielämäämme”. Tahdomme kiittää myös toimintaterapeutti Raitasta, koska hän mahdollisti meille tämän ammatillisen kasvun haluamastamme käytännönläheisestä aiheesta.

LÄHTEET

- Ahonen, A. 2000. Koti aisteja aktivoimassa. Teoksessa Aistit väylänä vuorovaikutukseen ja kommunikaatioon. Opas kuulomonivammaisten lasten vanhemmille ja lähityöntekijöille. Toim. S. Nurminen & V. Saar. Helsinki: Kuulonhuoltoliitto ry, 30-36.
- Arnkil, H. 2008. Värit havaintojen maailmassa. 2p. Helsinki: Taideteollinen korkeakoulu.
- Autti Rämö, I. 2006. Cp-vamma. Vernerit – Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Viitattu 17.9.2008. <http://verneri.net/yleis/>, tietopankki, kehitysvammaisuus, diagnoosit, cp-vamma.
- Autti Rämö, I. 2007. Lapsen ja nuoren kuntoutus. Terveysportti. Viitattu 15.10.2008. http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat_tmp.Naytaartikkeli?p_artikkeli=fys00040.
- Ayres, A.J. 2008. Aistimusten aallokossa. Sensorisen integraation häiriö ja terapia. Juva: PS-kustannus.
- Case-Smith, J. & Pehoski, C. 1992. Development of hand skills in the child. Bethesda: AOTA The American Occupational Therapy Association.
- Eronen, U. & Lehtomäki, P. 2008. Suunnistautuminen ja liikkuminen. Teoksessa Näkökulmia näköpulmiin. Liikuntavammaisten koululaisten toiminnallisen näönkäytön arviointi. Toim. U. Eronen, E. Heikkinen, T. Kiviranta, I. Miinalainen & A. Tervo. Valteri. Valtion yleissivistävien erityiskoulujen palveluverkosto, 93-94.
- Finnie, N. 1991. Handling the Young Cerebral Palsied Child at Home. 2.p. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd.
- Forsbom, M-B., Kärki, E., Leppänen, L. & Siranen R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Helsinki: Tammi.
- Helenius, A. 2004. Leikin syntymäsijoilla. Teoksessa Leikin pikkujättiläinen. Toim. L. Piironen. Helsinki: WSOY, 14-21.
- Hiitola, B. 2000. Parantava leikki. Tampere: Tammi.
- Hoikkala, R & Rossi, M. 2000. Leikki monivammaisen lapsen kehityksen tukena. Teoksessa Aistit väylänä vuorovaikutukseen ja kommunikaatioon. Opas kuulomonivammaisten lasten vanhemmille ja lähityöntekijöille. Toim. S. Nurminen & V. Saar. Helsinki: Kuulonhuoltoliitto, 45-51.
- Hyvärinen, L. N.d. Lapsen näön tutkiminen ja havainnoiminen monivammaisten lasten varhaiskuntoutuksessa. Lea-Test Oy. Viitattu 1.10.2008. <http://www.lea-test.fi>. Vanhemmille. Monivammaisen lapsen ja vauvan näöstä. Lapsen näön tutkiminen ja havainnoiminen monivammaisten lasten kuntoutuksessa.
- Hyvärinen, L. 2008a. Liikuntavammaan liittyvät näkemisen ja näönkäytön vaikeudet. Teoksessa Näkökulmia näköpulmiin. Liikuntavammaisten koululaisten toiminnallisen

näönkäytön arviointi. Toim. U. Eronen, E. Heikkinen, T. Kiviranta, I. Miinalainen & A. Tervo. Valtion yleissivistävien erityiskoulujen palveluverkosto, 29-50.

Hyvärinen, L. 2008b. Tutkimusmenetelmät ja –tulokset. Teoksessa Näkökulmia näköpulmiin. Liikuntavammaisten koululaisten toiminnallisen näönkäytön arviointi. Toim. U. Eronen, E. Heikkinen, T. Kiviranta, I. Miinalainen & A. Tervo. Valteri. Valtion yleissivistävien erityiskoulujen palveluverkosto, 65-93.

Iivonen, L. 2000. Kierrätyskirja. Pohjois-Päijänteen kansalaisopisto.

Kielhofner, G. 2004. Conceptual foundations of occupational therapy. 3p. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Kiviranta, T. 2008. Tiivistelmä. Teoksessa Näkökulmia näköpulmiin. Liikuntavammaisten koululaisten toiminnallisen näönkäytön arviointi. Toim. U. Eronen, E. Heikkinen, T. Kiviranta, I. Miinalainen & A. Tervo. Valteri. Valtion yleissivistävien erityiskoulujen palveluverkosto, 7-8.

Knox, S. 2005. Play. Teoksessa Occupational Therapy for Children. Toim. J. Case-Smith. 5. p. Elsevier Mosby: St. Louis, 571-586.

Koskiniemi M. & Donner M. 2004. Lapsen neurologinen kehitys ja tutkiminen. 2. uud. p. Vantaa: Kandidaattikustannus Oy.

Mustalahti, K. 2008. Myyntipäällikkö, Respecta Oy. Sähköposti 7.5.2008.

Nuutinen, J-P. 1998. Liikuntavammaisen oppilas. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskus.

Parham, L. D. & Primeau, L. A. 1997. Play and occupational therapy. Teoksessa Play in occupational therapy for children. Toim. L. D. Parham & L. S. Fazio. Mosby: Year Book, Inc., 2-21.

Peltola, T. 1987. Nukkekodin niksikirja. Helsinki: Tammi.

Pälkkö, S. N.d. Cp-vamma. Suomen Cp-liitto ry. Viitattu 23.4.2008. <http://www.cp-liitto.fi/index.phtml?s=163>.

Raitanen, P. 2007. Toimintaterapeutti, Terapiapaja. Palaveri 30.11.2007.

Raitanen, P. 2009a. Toimintaterapeutti, Terapiapaja. Palaveri 9.1.2009.

Raitanen, P. 2009b. Toimintaterapeutti, Terapiapaja. Puhelinhaastattelu 4.2.2009.

Riihelä, M. 2004. Elämä on ehkä sittenkin vain leikkiä! Teoksessa Leikin pikkujättiläinen. Toim. L. Piironen. Helsinki: WSOY, 24-37.

Sario, A. 1995. Lasten toimintaterapian käytäntö. Teoksessa Toimintaterapia – tie omatoimisuuteen. Toim. J. Holvikivi. Helsinki: Opetushallitus.

Seppänen, J. 2002. Katseen voima. Kohti visuaalista lukutaitoa. 2p. Tampere: Vastapaino.

Sillanpää, M., Herrgård, E., Iivanainen, M., Koivikko, M. & Rantala, H. (toim.) 2004. Lastenneurologia. Jyväskylä: Duodecim.

Solomon J.W. 2000. Pediatric skills for Occupational Therapy Assistants. Missouri: Mosby Inc.

Viitapohja, K. 2005. Kehitysvammahuollon tietopankki. Kehitysvammaisten Uudenmaan tukipiiri ry. Viitattu 23.4.2008. [Http://www.saunalahti.fi/kup/index.html](http://www.saunalahti.fi/kup/index.html), oireyhtymät, cp-vamma.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

Liite 1. Toteutunut budjetti nukkekodin rakentamiseen**Fimo-massa**Hankintapaikka: Pian askartelupuotiHinta: 14 €**Hiomapaperi**Hankintapaikka: MinimaniHinta: 0,50€**Keittiön pöytä, tuolit ja kaappi**Hankintapaikka: Toys”r”usHinta: 12.95 €**Koivuvaneri**Hankintapaikka: PuukeskusHinta: 15,32 €**Lakka**Hankintapaikka: PrismaHinta: 4,99 €**Lattiansuojat**Hankintapaikka: BiltemaHinta: 0,99 €**Liima**Hankintapaikka: TourutorniHinta-arvio: 3.90 €**Naulat**

Lankanaua

Hankintapaikka: TourutorniHinta: 2,55€

Messinkinaula

Hankintapaikka: TourutorniHinta: 3.35 €**Ovikello**Hankintapaikka: BebekHinta: 5 €**Pensseli**Hankintapaikka: MinimaniHinta: 0,95€**Puutaltta**Hankintapaikka: BiltemaHinta: 1,39 €**Rautalankaa**Hankintapaikka: BiltemaHinta: 2,49 €**Saranat**Hankintapaikka: BiltemaHinta: 2,99 €**Tulppaketju oviverho**Hankintapaikka: EkoCenter RaksaHinta: 2 €**TOTEUTUNUT BUDJETTI:****73,35 €**