

Riikka Hakala

Neuropsykiatrisesti oireileva lapsi alakoulussa

Kuvaus opettajien ja avustajien tietämyksestä ja kokemistaan valmiuksista neuropsykiatrisesti oireilevien lasten kohtaamiseen ja tukemiseen kouluarjessa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kliinisen asiantuntijan tutkinto-
ohjelma

Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

Opinnäytetyö

15.11.2016

Tekijä Otsikko	Riikka Hakala Neuropsykiatrisesti oireileva lapsi alakoulussa
Sivumäärä Aika	59 sivua + 8 liitettä 15.11.2016
Tutkinto	Kliininen asiantuntija
Koulutusohjelma	Sairaanhoitaja (ylempi AMK)
Ohjaaja	FT, Lehtori Marja Salmela
<p>Kehityksellisten neuropsykiatristen häiriöiden, kuten ADHD:n ja autismikirjon häiriöiden esiintyvyys on lisääntynyt. Häiriöiden tunnistaminen ja hoitaminen sekä kuntoutus lapsen arkiympäristössä ovat keskeisiä tekijöitä lapsen elämänlaadun parantamisessa. Aikaisella puuttumisella lapsen haasteisiin voidaan ennaltaehkäistä mm. lapsen itsetunnon alenemista, sosiaalisessa kanssakäymisessä ilmeneviä ongelmia ja liitännäishäiriöiden syntymistä.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen alakouluikäisten (1-6 lk) lasten luokkatyöntekijöinä toimivien opettajien ja avustajien tietämystä neuropsykiatrisista häiriöistä sekä heidän kokemuksiensa siitä, millaisia valmiuksia kohdata ja tukea neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia koulussa he omaavat.</p> <p>Tutkimus oli kuvaileva, pääosin kvantitatiivinen tutkimus. Tiedonkeruu suoritettiin kyselylomakkeella, jossa hyödynnettiin sähköistä Webropol-tutkimustyökalua. Vastaajat valittiin ryväsoitanta käyttäen. Tutkimuksen otokseksi muodostui 66 vastaajaa (n=66). Aineisto analysoitiin määrällisten kysymysten osalta SPSS-21-tilasto-ohjelmalla. Kyselyn kaksi avointa kysymystä analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin piirtein.</p> <p>Lähes puolet (45,4 %) vastaajista koki, että heillä ei ole koulutusta tai muulla tavoin hankittua osaamista neuropsykiatristen lasten kohtaamiseen. Neuropsykiatristen häiriöiden oireilu oli siitä huolimatta suurimmalle osalle vastaajista tuttua. Tutkimuksessa esiin tulleista kuntoutuskeinoista vastaajat kokivat käyttävänsä lähes suurinta osaa (67,7 %). Eniten käytettyjä olivat luokassa olevat rutiinit, positiivisen palautteen antaminen, henkilökohtainen ohjaus, sopivan istumapaikan järjestäminen ja lapsen yksilöllinen huomioiminen. Lähes kaikki vastaajat (95,4 %) kokivat olevansa kiinnostuneita saamaan lisätietoa neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen kohtaamiseen ja kuntouttamiseen liittyen. Alle puolet (42,2 %) vastaajista koki omaavansa riittävät valmiudet auttaa neuropsykiatrisesti oireilevaa lasta.</p> <p>Kadon oltua tässä tutkimuksessa toivottua suurempi ei tutkimustuloksia voi yleistää koko tutkimuksen perusjoukkoon. Vastauksista oli kuitenkin havaittavissa, että tietämystä neuropsykiatrisista häiriöistä on vaihtelevasti ja omat valmiudet kohdata neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia koettiin osittain puutteellisiksi. Tästä huolimatta tutkimuksessa esiin tulleita kuntoutuskeinoja koettiin enimmäkseen käytettävänä. Vastaajat kokivat, että olivat kiinnostuneita lisäkoulutukselle neuropsykiatristen lasten kohtaamiseen ja kuntouttamiseen liittyen. Lisäkoulutuksen suuri halukkuus kertonee siitä, että omia valmiuksia haluttiin lisää, omista valmiuksista oltiin epävarmoja tai kohtaamiset neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen kanssa koettiin jo olemassa olevista valmiuksista huolimatta haasteellisiksi.</p>	

Neuropsykiatristen häiriöiden oireiden sekä kuntoutuksen merkityksen tunteminen luo pohjan neuropsykiatristen lasten arvostavalle kohtaamiselle. Jatkossa tarvitaan lisää tutkimuksia ei-lääkkeellisten, psykososiaalisten kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Erityisen tärkeää olisi kuulla enemmän vanhempia ja lapsia itseäänkin siitä, millaisista kuntoutuskeinoista he kokevat olleen hyötyä kouluarjessa.

Avainsanat

neuropsykiatriset häiriöt, lapset, ADHD, autismikirjon häiriöt, nykimishäiriöt, koulu, kuntoutus

Author Title	Riikka Hakala A child with neuropsychiatric disorders in a primary school
Number of Pages Date	59 pages + 8 appendices 15 November 2016
Degree	Master`s Degree Programme in Clinical Expertise
Degree Programme	Master of Health Care and Social Sciences
Instructor	Marja Salmela, PhD, Senior Lecturer

The incidence of developmental neuropsychiatric disorders, such as ADHD and autism spectrum disorders, is on the rise. Recognizing and treating of these disorders but also rehabilitating these children in their everyday life environment are core concepts to make childrens` quality of life better. Early interventions to focus on the challenges of the children can prevent of the development of lower self-esteem, problems in social interactions and co-morbid problems among other things.

The purpose of this study was to describe the knowledge and the experiences the primary school teachers and school assistants (grades 1-6) have about neuropsychiatric disorders (ND) and how capable they feel they are to meet and support the needs of the children. The study was conducted in the hospital district of South Ostrobothnia.

Study was a descriptive, mostly quantitative study. The data was collected via an internet-based Webropol-survey. There were 66 respondents and a cluster sampling method was used. The data were analyzed by statistical methods (SPSS 21). Qualitative data obtained by two open question were analyzed with content analysis.

Almost a half (45,4 %) of the respondents felt, that they do not have a proper training or experience needed to meet the needs of neuropsychiatric children at school. The symptoms of ND were, however, familiar to most of the respondents. The interventions that were presented to the respondents in the survey were quite widely used (67,7 %) by the respondents. The interventions most used were routines of classroom, positive reinforcement to a child, personal guidance, arranging appropriate seat to a child and making observations individually. Still almost all of the respondents (95,4 %) felt, that they would like to receive more information about how to meet and support the needs of neuropsychiatric children at school. Less than a half (42,2 %) felt that they already had enough competence to support these children.

Because of the loss of the respondents, the results cannot be generalized to the target population. Based on the results there were variant knowledge of ND. The participants felt that their competence to meet the needs of children with ND was insufficient. Despite of this the interventions they mentioned were mostly used at school. The respondents felt that they were interested in receiving more training about how to meet and support these children at school. A great amount of willingness to have more training can indicate that the respondents want more education about neuropsychiatric children, they feel insecure about their competence when meeting and supporting neuropsychiatric children or they feel challenged to meet these children in school despite of their knowledge they already have.

Recognizing the symptoms of neuropsychiatric disorders and appreciating the importance of interventions makes easier to meet a neuropsychiatric child with respect. In the future more studies are needed to prove or not to prove effectiveness of non-pharmacological, psychosocial interventions. Most important would be to hear what children and their parents feel to refer interventions effectiveness both social and academic sides.

Keywords

Neuropsychiatric disorders, children, ADHD, autism spectrum disorders, Tourette Syndrome, school, rehabilitation/intervention

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Neuropsykiatriset häiriöt	2
2.1	ADHD	4
2.2	ADHD-lapsen hoito ja kuntoutus	6
2.3	Autismikirjon häiriöt	8
2.4	Autismikirjon häiriöisen lapsen hoito ja kuntoutus	9
2.5	Nykimishäiriöt	10
2.6	Nykimishäiriöisen lapsen hoito ja kuntoutus	10
2.7	Neuropsykiatristen häiriöiden liitännäisoreet	11
3	Koulu osana neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen elämää	13
3.1	ADHD-lapsi koulussa	14
3.2	ADHD-lapsen huomioon ottaminen koulussa	15
3.3	Autismikirjon häiriöinen lapsi koulussa	18
3.4	Autismikirjon häiriöisen lapsen huomioon ottaminen koulussa	21
3.5	Nykimishäiriöinen lapsi koulussa	24
4	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	26
5	Tutkimusprosessi	28
5.1	Toimintaympäristö ja tutkimuksen kohderyhmä	28
5.2	Tutkimusaineiston hankinta	29
5.3	Tutkimustulosten analysointi	31
6	Tutkimustulokset	33
6.1	Vastaajien kokemat valmiudet sekä heidän tietämys neuropsykiatrisista häiriöistä	34
6.2	Neuropsykiatrisen lapsen huomioon ottaminen koulussa	38
7	Pohdinta	42
7.1	Tulosten tarkastelu	42
7.2	Luotettavuus ja eettisyys	47
7.3	Johtopäätökset	53
	Lähteet	56
	Liitteet	

1 Johdanto

Neuropsykiatristen häiriöiden, kuten ADHD:n ja autismitilaston häiriöiden esiintyvyys on lisääntynyt viime aikoina. Tähän on vaikuttanut yleinen tietoisuuden lisääntyminen neuropsykiatrisista häiriöistä sekä lieväoireistenkin häiriöiden diagnosointi terveydenhuoltohenkilökunnan toimesta. (Castren – Kylliäinen 2013: 571, Koskentausta – Sauna-Aho – Varkila-Saukkola 2013: 587.) Neuropsykiatristen häiriöiden tunnistaminen ja hoitaminen ovat keskeisiä tekijöitä elämänlaadun parantamisessa erityisesti lapsuudessa ilmaantuvissa kehityksellisissä neuropsykiatrisissa häiriöissä (Vataja – Korkeila 2007: 1199-1200).

Neuropsykiatristen häiriöiden kuntoutuksella tarkoitetaan kaikkea sitä toimintaa, jolla pyritään tukemaan lasta ja lapsen kehitystä hänen arkiympäristössään (Neuropsykiatriset erityisvaikeudet 2015). Kuntoutuksen viivästyessä tai puuttuessa lapsi saattaa kokea monia epäonnistumisia, mikä voi johtaa itsetunnon heikkenemiseen. Lisäksi lapsella saattaa esiintyä oppimisvaikeuksia, millä on vaikutusta motivaation alenemiseen koulutyöskentelyä kohtaan ja epäsosiaalisen käyttäytymisen syntymiseen. Aikaisella puuttumisella lapsen haasteisiin voidaan ennaltaehkäistä lapsen itsetunnon alenemista, sosiaalisessa kanssakäymisessä ilmeneviä ongelmia sekä haasteita, jotka esiintyvät lapsen lähi-ihmisten kanssa. (Tuominen-Eriksson – Svensson – Gunnarsson 2012: 579, 583; Sandberg 2016: 82.) Kuntoutuksessa keskeistä on perheiden avun tunnistaminen ja tukitoimien oikeanlainen kohdentaminen sekä vanhempien voimavarojen lisääminen (Sandberg 2016: 31). Lapsen kuntoutuksessa tulee huomioida myös ne muut aikuiset, jotka elävät arkea lapsen kanssa ja joiden tukemana lapsella on mahdollisuus voimaantua tai vastaavasti tuen puuttuessa vaarana lamaantua (Mäkelä 2009: 9).

Tutkimus on osa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (EPSHP) vuosina 2016 – 2017 toteutuvaa hanketta. Hankkeen tavoitteena on luoda palveluverkko lasten ja nuorten neuropsykiatrisissa häiriöissä EPSHP:n alueelle yhtenäistämään tutkimus-, hoito- ja kuntoutuslinjaa sekä parantamaan palveluiden oikea-aikaista saatavuutta ja tasalaatuisuutta kuntien ja sairaanhoitopiirin välillä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa ja kuvata Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen alakouluikäisten (1-6 lk) lasten luokkatyöntekijöinä toimivien opettajien ja avustajien tietämystä neuropsykiatrisista häiriöistä sekä heidän kokemuksiaan siitä, millaisia valmiuksia kohdata ja tukea neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia koulussa he omaavat.

2 Neuropsykiatriset häiriöt

Sanalla neuropsykiatria tarkoitetaan käsitystä mielen ja aivojen erottamattomuudesta. Tietoisuus, persoonallisuus, tunteet, kognitio eli tiedon käsittely sekä ruumiillisuus muodostavat kokonaisuuden, jonka häiriintyminen näkyy psykiatrisina oireina tai käyttäytymisen muutoksina. (Vataja – Korkeila 2007: 1199-1200.) Neuropsykiatriset häiriöt ovat siis ensisijaisesti kehityksellisiä aivojen toimintaan liittyviä häiriöitä, jotka ilmenevät psykiatrisena oireiluna yleensä jo lapsen ensimmäisten elinvuosien aikana. Näillä häiriöillä on usein suuri merkitys ihmisen kanssakäymiseen muiden kanssa. Yleisimpiä neuropsykiatrisia häiriöitä ovat ADHD, ADD, autismikirjon häiriöt sekä nykimishäiriöt. (Neuropsykiatriset erityisvaikeudet 2015, Lasten mielenterveystalo 2016; Tuominen-Eriksson ym. 2012: 579.) Neuropsykiatristen häiriöiden tunnistaminen ja hoitaminen ovat keskeisessä roolissa lapsen elämänlaadun parantamisessa (Vataja – Korkeila 2007: 1199-1200).

Lapsen kehitys tapahtuu aina vuorovaikutuksessa toisten ihmisten ja fyysisen ympäristön kanssa. Tukea tarvitsevan lapsen huomioimisessa keskeinen rooli on lapsen arjen kasvatusympäristöillä ja läheisillä aikuisilla. Ensisijaisena kasvatusympäristönä pidetään kotia ja perhettä, jonka rinnakkaisiksi yhteisöiksi muodostuvat varhaisvuosina päivähoito, harrastukset, media ja koulu. (Sandberg 2016: 53.) Neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen kuntoutuksella tarkoitetaan kaikkea sitä toimintaa, jolla pyritään tukemaan lasta ja hänen kehitystä lapsen omissa arkiympäristöissä. Kuntoutuksen tulisi pitää sisällään yksilöllisesti suunnitellut tukitoimet kunkin lapsen erityisvaikeuksien mukaisesti. Oikea-aikainen kuntoutus ja tukitoimet voivat merkittävästi ennaltaehkäistä tai helpottaa lasta ja hänen lähiympäristöään elämää hankaloittavien haasteiden keskellä. Lapsen arjen tapahtumien jäsentäminen on keskeisessä roolissa neuropsykiatrisesti oireilevaa lasta kuntouttaessa. Tässä käytetään hyödyksi ennakoitua, osittamista sekä lapsen omia vahvuuksia. Lapsen arjessa myös tunneilmaston ja tunnesäätelyn tukeminen ovat keskeisiä keinoja ei-toivotun käytöksen vähentämiseksi. Neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen kuntoutuksessa tarvitaan pitkäjänteisyyttä, sillä kaikki keinot eivät auta kaikkia samalla tavalla. Toisinaan hyväksi havaittujen keinojen teho häviää ja tilalle tarvitaan uusia keinoja lasta auttamaan. Kuntoutuksessa olennaista on myönteisen palautteen antaminen lapselle ja lapsen palkitseminen onnistumisista, jotka lisäävät lapsen toivotunlaista käytöstä. Neuropsykiatrinen kuntoutus lapsen arkiympäristöissä voidaan aloittaa heti, kun haasteet lapsen arjessa näkyvät, siihen ei tarvita diagnoosia. (Neuropsykiatriset erityisvaikeudet 2015, Lasten mielenterveystalo 2016.)

Lapselle ja hänen perheelleen annettavia erilaisia lääkkeettömiä hoitomuotoja neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen hoidossa ja kuntoutuksessa kutsutaan psykososiaalisiksi hoitomuodoiksi. Lapsen arkiympäristöön sijoittuvan kuntoutuksen - päiväkotiiin/kouluun erilaisten tukitoimien järjestämisen ja vanhempainohjauksen lisäksi - psykososiaalisina hoitomuotoina pidetään lapsen erilaisia terapioita sekä valmennuksia. Sopeutumisvalmennuskurssit ja vertaistuki ovat niin ikään tärkeitä psykososiaalisia hoitomuotoja niin lapselle kuin koko perheelle. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2013: 17-19.) Psykososiaaliset hoitomuodot sisältävät sellaisten tilanteiden harjoittelua, joissa lapsi tietää miten pitäisi toimia, mutta ei aina kykene niin tekemään. Hoitomuodot käsittävät myös uusien taitojen harjoittelua. (Eiraldi ym. 2012: 2.)

Terminä neuropsykiatriset häiriöt tai kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt ovat hyvin moniulotteisia ja pitävät paljon tietoa sisällään. Tutkimustietoa näillä hakusanoilla löytyi niukasti. Neuropsykiatriset häiriöt JA lapset JA koulu- hakusanoilla suomeksi tai englanniksi (neuropsychiatric disorders AND children AND school) aiheetta pilkkoen löytyi hyvin niukasti tietoa. Löytääkseni tutkimustietoa aiheesta ja muodostaakseni tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen pilkkoin neuropsykiatriset häiriöt erikseen ADHD-, autismikirjon häiriöt (autism spectrum disorders) ja touretten oireyhtymä tai TS /Tourette Syndrooma (tourette syndrome), lapset (children), koulu (school) ja kuntoutus (intervention)- hakusanoihin. Hakiessani tietoa käytin hakuehtoina aikaväliä 2005 vuodesta tähän päivään tai viimeisen 10 vuoden aikana tehdyt tutkimukset, joista hain kokotekstejä. Tietokantoina käytin Medic-, PubMed-, Cinahl- ja ScienceDirect-tietokantoja. Hakuehtojen pilkkomisestakin huolimatta tietokannoista koulumaailmaan ja lapsen kuntoutukseen/tukemiseen koulussa liittyvää luotettavaksi luettavaa tutkimustietoa löytyi asettamillani hakuehdoilla ja -vuosilla suhteellisen niukasti. Erilaisia ei-lääkkeellisiä kuntoutusmenetelmiä kouluissa tiedetään käytettävän, mutta varsinaista vahvaan näyttöön perustuvaa tietoa niiden toimivuudesta vaikuttaa olevan suppeasti. Toisaalta ne tutkimukset ja artikkelit, jotka olivat saatavilla ja jotka teoreettiseen viitekehykseen valikoituivat, olivat samansuuntaisia ja tukivat toisiaan samankaltaisten kuntoutuskeinojen käytöstä. Tietoa hain myös manuaalisesti kirjastojen tietokannoista. Näistä valituksi tuli aiheesta koskevia tutkimuksia/väitöskirjoja tai kirjallisuutta, joiden valinta perustui kriittisen arvioinnin käyttöön suhteessa lähteiden hyväksymiseen (Vilkkä 2007: 34-35).

2.1 ADHD

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) on aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden kehityksellinen häiriö, joka alkaa varhaisessa lapsuudessa. Sen keskeiset oireet ovat tarkkaamattomuus, impulsiivisuus ja ylivilkkaus. Ylivilkkaus ja impulsiivisuus tulevat usein esiin jo 3-4-vuoden ikäisellä lapsella, kun taas tarkkaamattomuuspulmat alkavat yleensä noin 5-7-ikävuoden välillä. ADHD heikentää merkittävästi lapsen toimintakykyä vaikuttaen niin sosiaaliseen, emotionaaliseen kuin kognitiiviseen selviytymiseen. (Barkley 2008: 35; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2013; Serrano-Troncoso – Guidi – Alda-Diez 2013: 49.) ADHD:n diagnosoinnissa on keskeistä, että oireiden tulee olla pitkäkestoisia ja että lapsen käyttäytyminen on samanlaista eri ympäristöissä (Daley – Birchwood 2009: 455; Voutilainen – Puustjärvi 2014: 74).

Perimällä ja ympäristötekijöillä on suuri vaikutus ADHD:n oirekuvaan. Ympäristötekijät eivät suoraan aiheuta ADHD:tä, mutta lisäävät yliaktiivisuutta ja liitännäisoreilua, erityisesti käytöshäiriöitä, sekä heikentävät toimintakykyä niillä lapsilla, joilla on geneettistä alttiutta ADHD:lle. Vaikka ympäristötekijät eivät suoraan aiheuta ADHD:ta, saattavat perheeseen liittyvät riskitekijät, kuten lapsen ylivalppautta ylläpitävät väkivaltakokemukset erityisesti varhaislapsuudessa muokata lapsen kehittyvää keskushermostoa ja vaikeuttaa turvallisen kiintymyssuhteen muodostumista sekä motoristen ja vireystilan säätelytaitojen kehittymistä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2013: 4-5.)

Ympäristön vaikutuksesta ADHD-oireet saattavat joko lievittyä tai korostua (Mannström-Mäkelä – Saukkola 2008: 19). Tavallisimpina ympäristötekijöinä voidaan pitää ympäristön häiriötekijöitä (esimerkiksi ryhmän kokoa, ärsykkeiden määrää, melutasoa), vireystilaan liittyviä tekijöitä (väsymystä, nälkää, jännitystä) ja tekemiseen ja ohjeisiin liittyviä tekijöitä (ohjeiden rakennetta ja antotapaa, työskentelyn kestoa, motivaatiota, palautetta). Ympäristötekijöitä ovat myös tilanteeseen liittyvät tekijät (onko tilanne ryhmätilanne/kahden kesken tapahtuva, huomiota vaativien asioiden määrä, tilanteen odotukset ja vaatimukset, onko tilanne strukturoitu/strukturoimaton tilanne) (Voutilainen – Puustjärvi 2014: 72, 74).

ADHD:n keskeisiä oireita ovat tarkkaamattomuuden, ylivilkkouden ja impulsiivisuuden lisäksi keskittymiskyvyttömyys, vaikeus aloittaa ja saada loppuun asioita, toiminnanohjauksen vaikeudet, ylenmääräinen puhuminen, oman vuoron odottamisen vaikeus, toisten puheenvuoron keskeyttäminen, vaikutelma kuulemattomuudesta, sekä tietynlainen sosiaalisen rajan puutteellinen hahmottaminen tunkeutumalla esimerkiksi toisten peleihin ja keskusteluihin (Daley – Birchwood 2009: 455). Toiminnanohjaukseen, jossa ADHD-lapsella on usein haasteita, kuuluu organisoimis- ja suunnittelutaidot, työmuisti, ajanhallinnan ja asioiden asettaminen tärkeysjärjestykseen, itsetarkkailu ja itsesäätely, reaktion hallitsemiskyky ja impulsiivisuuden hallinta, monimutkaisten ja abstraktien asioiden ymmärtäminen sekä uusien strategioiden käyttäminen (Attwood 2013: 226). ADHD-lapsen emotionaalinen hitaampi kypsyminen tulee esille impulsiivisuutena sekä heikkona turhautumisen sietokyknä (Barkley 2008: 293), mikä on hyvä huomioida ADHD-lasta kohdatessa. ADHD-lapsen käyttäytyminen ja tunnemaailma ovat täten usein pienemmän lapsen tasolla, kuin mitä lapsen ikä antaisi olettaa. ADHD-lapsen päivittäistaitotaso ja tunne-elämän taso saattavat olla jopa kolmasosan alle kronologisen iän. (Mannström-Mäkelä – Saukkola 2008: 21.)

ADHD:n esiintyvyys on yleisempää poikien kuin tyttöjen keskuudessa. On myös mahdollista, että tyttöjen ADHD:tä on vaikeampi tunnistaa. Iän myötä ADHD:n esiintyvyys pienenee. Yliaktiivisuus- ja impulsiivisuusoireet lievittyvät monesti nuoruusiässä, kun taas tarkkaamattomuusoireiden lieveneminen tapahtuu hitaammin. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2013: 8-10.) Maailmanlaajuisesti ADHD:n esiintyvyysprosentteiksi arvioidaan tällä hetkellä 2-5 % alle 18-vuotiaiden keskuudessa. Lisäksi 3-16 %:lla lapsista esiintyy ADHD-oireita ilman diagnoosia. (Richardson ym. 2015: 35.) Näin ollen 20 oppilaan luokassa noin 1-2 lapsella esiintyy ADHD:tä (Ohan – Visser – Strain – Allen 2011: 82). Epilepsiaa sairastavilla lapsilla on todettu enemmän tarkkaavaisuusongelmia tai ADHD:tä kuin muilla lapsilla (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2013: 10).

ADD:llä (Attention Deficit Disorder) tarkoitetaan aktiivisuuden- ja tarkkaavaisuuden häiriötä ilman lapsen ylivilkkautta ja impulsiivisuutta, tai näitä kahta esiintyy vain hyvin vähän. ADD:n tyypillisiä piirteitä ovat ongelmat keskittymisen ja tarkkaavaisuuden säätelyssä sekä toiminnanohjauksessa. Tämä ADHD:n muoto esiintyy yleisemmin tytöillä kuin

pojilla, mutta myös pojilla sitä esiintyy. (Autismisäätiö n.d.; Lasten mielenterveystalo 2016.) ADHD:sta puhuttaessa tässä työssä tarkoitetaan myös ADD:tä, jonka kuntoutus on hyvin samankaltaista kuin ADHD:n pois lukien ylivilkkauteen ja impulsiivisuuteen liittyvät tekijät.

ADHD:sta puhuttaessa on kuitenkin hyvä muistaa, että kaikki lapsen levoton käytös ei ole ADHD:tä, vaan siihen voi olla lukuisia muita selittäviä tekijöitä. Tällaisia voivat olla esimerkiksi lapsen riittämätön uni, vähäinen liikunta, runsas ruutu-aika tai energijaumien runsas käyttö. Perhetilanteen muutokset, arjenhallinnan ongelmat tai esimerkiksi lapsen käytöshäiriöt, ahdistuneisuus, masennus tai muu psykiatrinen tai neurologinen häiriö voivat niin ikään aiheuttaa lapselle levottomuutta ja/tai keskittymisvaikeuksia. Alle kouluikäisellä lapsella levottomuuden syyksi saattaa toisinaan paljastua autismikirjon häiriö, kielellinen erityisvaikeus tai laaja-alaisempi kehitysviive. (Voutilainen – Puustjärvi 2014: 74-76.)

2.2 ADHD-lapsen hoito ja kuntoutus

ADHD:n hoito on monimuotoista ja siihen tulisi kuulua aina niin asiakas- ja omaisneuvonta, jota kutsutaan psykoedukaatioksi, kuin lapsen erilaiset yksilölliset tukitoimet ja hoitomuodot päiväkotiin/kouluun ja kotiin. Tukitoimet tulisi aloittaa heti, kun lapsella ilmenee toiminta- tai oppimiskyvyn ongelmia. Tukitoimien aloittaminen ei vaadi diagnoosia. ADHD:n keskeiset oireet vähenevät psykososiaalisilla hoitomuodoilla ja lääkehoidolla. Yhdistelmähoito, jolla tarkoitetaan yleensä lääkehoidon ja psykososiaalisen hoidon yhdistämistä, tehoaa ADHD:n keskeisiin oireisiin parhaiten. ADHD-lapsen hoidossa tulee huomioida myös monipuolisesti mahdollisten liitännäisoireiden hoito ja kuntoutus, joihin suoranaisesti eivät ADHD:n hoitomuodot auta. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2013: 11, 17-19; Richardson ym. 2015: 37.)

Eniten tutkittu ja näyttöön perustuva hoitomuoto ADHD-lapsella on lääkehoito (Richardson 2015: 3; Serrano-Troncoso ym. 2013: 45). Lääkehoito vähentää ADHD:n keskeisiä oireita ja parantaa eniten lapsen toimintakykyä. Lääkehoidon on oltava suunnitelmallista ja sitä on seurattava tiiviisti erityisesti hoidon alussa. Tehoa ja haittavaikutuksia arvioidaan haastatteluin ja kyselylomakkein niin koti- kuin kouluympäristöissä. (Suomalaisen

Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2013: 13-14.) Lääkehoito voidaan aloittaa nuorimmillaan 6-vuotiaalle lapselle (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2013; Serrano-Troncoso ym. 2013: 45).

ADHD-lasten lääkityksenä käytetään samoja valmisteita kuin aikuisillakin. Ensisijaisena lääkityksenä ovat psykostimulantit eli keskushermoston aktivaatioita lisäävät lääkkeet (kauppanimiltään Medikinet, Equasym, Concerta). Myös atomoksetiinia (kauppanimeltään Strattera) käytetään ADHD- oireiden lieventämiseen. Markkinoille on tullut lisäksi muutamia muita, uusia ADHD-lääkkeitä. ADHD-lääkkeiden tavallisimpina haittavaikutuksina saattaa esiintyä erityisesti lääkityksen alkuvaiheessa ruokahaluttomuutta, päänsärkyä, vatsakipua ja unettomuutta. Yleensä muutaman viikon kuluttua lääkkeen aloituksesta haittavaikutukset vähenevät ja myönteiset vaikutukset alkavat näkyä. (Mannström-Mäkelä - Saukkola 2009: 33-35; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2013: 14-16.) On myös lapsia, jotka eivät reagoi myönteisesti ADHD-lääkehoitoon (Richardson ym. 2015: 37; Serrano-Troncoso ym. 2013: 50). Heitä on Richardsonin ym. (2015) mukaan noin 30 % lapsista. (Richardson ym. 2015: 37.)

ADHD:n hoidossa lapsen käyttäytymiseen puuttuminen vanhempia ohjaamalla ja koulussa haastavaa käyttäytymistä muuttamalla ja ennaltaehkäisemällä on todettu olevan positiivisia vaikutuksia lapsen ADHD-oireiluun sekä liitännäisoireiden ennaltaehkäisyyn tai vähenemiseen. Viimeaikaisten tutkimusten mukaan lääkehoito ja psykososiaaliset hoitomuodot on todettu tehokkaaksi yhdistelmäksi yhdessä käytettäessä (Döphner – Rothenberger 2007: 89; Eiraldi ym. 2012: 2, 10; Pelham ym. 2014: 1). Toiset tutkimukset ja ohjeet pitävät ei-lääkkeellistä hoitoa välttämättömänä lääkehoidon rinnalla toteutettuna. Serrano-Troncoson ym. kirjallisuuskatsauksen mukaan ei-lääkkeellisistä hoitomuodoista psykologiset menetelmät (kuten käyttäytymisterapiaan, vanhempien ohjaukseen ja sosiaalisten taitojen harjoitteluun perustuvat keinot), kuin myös psykoedukaatioon perustuvat keinot, joilla pyritään parantamaan lapsen koulunkäyntiä ovat kuntoutuskeinoja, joihin on tieteellistä näyttöä, vaikkakaan ei tarpeeksi. (Serrano-Troncoso ym. 2013: 45.) Toiset tutkimustulokset puolestaan osoittavat, ettei psykososiaalisten hoitomuotojen käyttö lääkehoidon rinnalla lisäisi positiivisia tuloksia, vaikkakin ovat laajasti

hyväksytyjä perustuen ADHD:n hoidon moniammatillisuuteen (Richardson ym. 2015: 38).

Koulussa lapsen käyttäytymiseen puuttuminen vaatii sitä, että henkilökunnalla on riittävästi tietämystä neuropsykiatrisista häiriöistä (Serrano-Troncoso 2013: 47; Eiraldi ym. 2012: 3). Tukitoimet saattavat lievittää lapsen ADHD-oireita. Ne eivät vaadi erityisopetus päätöstä ja niitä voidaan toteuttaa kaikilla koulun tarjoamilla tuen tasoilla. Koulunkäyntiavustajan ja muiden koulujärjestelyjen tarve tulee arvioida yksilöllisesti jokaisen ADHD-lapsen kohdalla. Hyväksi havaittuja tukitoimia on tärkeä siirtää riittävällä tiedonkululla esimerkiksi lapsen siirtyessä yläkouluun tai toisen opettajan luokkaan, mikä mahdollistaa kyseisten toimien jatkumisen. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatryhdistyksen asettama työryhmä 2013: 11-12.) Moni ei-lääkkeellinen ADHD:n kuntoutusmuoto perustuu käyttäytymisterapian periaatteisiin, joissa pyritään palkkioiden ja positiivisen palautteen avulla kannustamaan lasta muutoksiin käytöksessään (Serrano-Troncoso ym. 2013: 46).

2.3 Autismikirjon häiriöt

Autismikirjon häiriöillä tarkoitetaan yleisesti lasten kehityksen häiriöitä, joiden ydinoireisiin kuuluvat laadulliset poikkeavuudet molemminpuolisessa vastavuoroisessa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja kommunikaatiossa sekä rajoittuneet, toistavat, kaavamaiset käyttäytymisen muodot ja kiinnostuksen kohteet (Castren – Kylliäinen 2013: 569, Bellando – Pulliam 2009: 210, Koskentausta ym. 2013: 587; Moilanen 2011). Autismikirjioon liittyy usein hyvin laaja-alaista toimintakyvyn heikentymistä, joka tulee esiin niin arjen toiminnoissa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä kuin oppimisessa (Koskentausta ym. 2013: 587).

Autismikirjon häiriö vaikuttaa siihen, miten ihminen viestii ja on vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa sekä siihen, miten hän aistii ja kokee ympäröivän maailman. Kyse on koko elämän mittaisesta tilasta, joka johtuu keskushermoston erilaisesta kehityksestä. (Autismi- ja Aspergerliitto ry n.d.) Autismikirjon häiriöt vaihtelevat vaikeusasteiltaan ja ilmenevät yleensä läpi elämän muuttaen kuitenkin muotoaan kehityksen myötä. Aspergerin oireyhtymää pidetään lievimpänä autismikirjioon kuuluvana kehityshäiriönä, kun taas epätyyppillisessä ja varhaislapsuuden autismi-diagnoseissa oireet ovat vakavammat. (Castren – Kylliäinen 2013: 569; Moilanen – Mattila – Loukusa – Kielinen 2012:

1453.) Tautiluokitusten muuttuessa aspergerin oireyhtymä-diagnoosista ollaan luopumassa ja osin jo luovuttu ja tilalla käytetään autismikirjon häiriö-diagnoosia.

Autismikirjoisella henkilöllä sosiaalisen kanssakäymisen haasteet ilmenevät usein katsekontaktin muodostamisen vaikeutena, toisten kasvojen ilmeiden tai kasvoilta lukemisen vaikeutena, vaikeutena ymmärtää sosiaalisia sääntöjä, toimia ryhmässä ja saada ystäviä. Tyypillistä heille on myös vaikeus ymmärtää elekieltä ja tunteita sekä vaikeus näyttää empatiaa. (Bellando – Pulliam 2009: 210; Lasten mielenterveystalo 2016.) Myös puheen tulkitsemista yksipuolisesti ja kömpelöitä tai huonosti koordinoitua liikkeitä sekä omituisia asentoja saattaa autismikirjon häiriön omaavalla lapsella esiintyä (Attwood 2007: 15). Autismikirjon lapsi saattaa olla älyllisesti ikätovereitaan kehittyneempi, mutta hänen sosiaaliset ja emotionaaliset taidot ovat ikätovereihin verrattuna epäkypsempiä (Attwood 2013: 246). Toiminnanohjaukseen liittyen autismikirjon häiriöissä saattaa usein olla puutteita toimintojen suunnittelussa ja joustavuudessa (Moilanen 2011).

Tässä työssä puhuttaessa autismikirjon häiriöisistä tai autismikirjon lapsista tarkoitetaan ensisijaisesti autismikirjon lievimmän muodon, aspergerin oireyhtymän, omaavia lapsia. He omaavat tavallisesti hyvin kehittyneet kielelliset ja kognitiiviset taidot (Vanhala 2014: 88), jonka vuoksi käyvät normaalia koulua ja luokkia, vaikkakin saattavat olla esimerkiksi koulunsa pienluokalla.

2.4 Autismikirjon häiriöisen lapsen hoito ja kuntoutus

Autismikirjon häiriöihin ei ole parantavaa hoitoa. Mahdollisimman varhain aloitettu kuntoutus lapsen ja perheen arjessa parantaa kuitenkin niin lapsen kuin perheen ja lähipiirinkin elämänlaatua ja vähentää autistisen käyttäytymisen tuomaa haittaa. (Castren – Kylliäinen 2013: 570; Koskentausta ym. 2013: 592.)

Mikään yksittäinen kuntoutusmenetelmä ei Suomessa ole saanut hallitsevaa asemaa autismikirjon kuntoutuksessa, vaan erilaisia kuntoutusmenetelmiä yhdistellään yksilöllisten tarpeiden ja mahdollisuuksien mukaan. Yleensä huomio kiinnitetään kommunikoinnin, vuorovaikutuksen ja sosiaalisten taitojen edistämiseen sekä lapsen käyttäytymisen säätelyn vahvistamiseen. Sopivien keinojen löytäminen ajanhallinnan, tapahtumien ja vuorovaikutustilanteiden hahmottamiseen on tärkeää, samoin opetustilanteiden saaminen toimiviksi. Yhä tärkeämpänä pidetään lapsen ja hänen perheensä sekä hänen kans-

saan päivittäin toimivien henkilöiden ja asiantuntijoiden yhteistyötä sekä yhteisiä näkemyksiä toimintamalleista. Vaikka tutkimusnäyttöä kuntoutusmenetelmien vaikuttavuudesta on niukasti, on kuntoutuksen aloittaminen tämän hetkisen käsityksen mukaan lapsen kehityksen kannalta hyödyllisempää kuin kuntouttamatta jättäminen. Olennaista kuntoutuksessa on myöskin se, että se aloitetaan tarpeeksi varhaisessa vaiheessa. (Koskentausta ym. 2013: 586-588, 590.) Autismikirjon häiriöihin kuuluu usein esimerkiksi aistitiedon käsittelyn ja jäsentämisen häiriöitä, kuten aistiyli- tai aliherkkyyksiä, jotka muokkaavat lapsen käytöstä. Tämä saattaa johtaa arvaamattomiin tilanteisiin, joka on lapsen kuntoutuksessa otettava huomioon. (Castren – Kylliäinen 2013: 570, Koskentausta ym. 2013: 589.)

2.5 Nykimishäiriöt

Kehityksellisten nykimishäiriöiden tavallisin muoto on yksinkertaiset motoriset nykimisoireet ja vaikein Touretten oireyhtymä. Nykimisoireet, ticit, ovat äkillisiä, usein toistuvia, tahattomia, nopeita ja rytmittömiä liikkeitä tai ääntelyitä. Ne ovat lapsuudessa tavallisia ja niitä esiintyy arviolta 10 – jopa 24 %:lla päiväkotij- ja ala-asteikäisistä lapsista. Nykimisoireet voivat olla motorisia lihasten tai lihasryhmien liikkeitä, kuten silmien räpyttelyä, irvistämistä, suun avaamista, huulien nuolemista, olkien kohauttamista, hyppelyä tai tanssimaisia liikkeitä. Äänioireina pidetään esimerkiksi niiskutusta, yskimistä, rohinaa, viheltelyä, sanojen toistelua, tahatonta kiroilua tai säädtyöntäkin puhetta. Touretten oireyhtymän esiintyvyys lapsilla ja nuorilla on arviolta 1-10/1000. Touretten oireyhtymässä oleellinen diagnostinen kriteeri on jokapäiväistä elämää häiritsevät nykimisoireet. Ahdistus ja stressi usein pahentavat nykimisoireita. Touretten oireyhtymä on yleisempi pojilla kuin tytöillä, kuten muutkin kehitysiän neuropsykiatriset häiriöt. (Rintahaka 2007: 1213-1214, Lasten mielenterveystalo 2016.) Touretten oireyhtymä todetaan monesti varhaisessa lapsuudessa. Stressin ja ahdistuksen lisäksi myös uupumus saattaa lisätä tic-oireilua, kun taas rentoutuminen, urheileminen ja keskittyminen tiettyyn tekemiseen saattavat vähentää ticejä. (Bloch – State – Pittenger 2011: 2, 6.)

2.6 Nykimishäiriöisen lapsen hoito ja kuntoutus

Nykimisoireiden helpottamiseksi on olemassa erilaisia menetelmiä, joista tavallisimmat lienevät lääkehoito sekä psykoedukatiiviset hoitomuodot. Ongelmien tiedostamisen har-

joittelu ja korvaavan tavan omaksuminen saattavat helpottaa oireiden ilmenemistä. Lääkehoito ei sellaisenaan poista nykimistä, mutta saattaa helpottaa oireita, kuten myös esimerkiksi koulussa tehtävät yksinkertaiset järjestelyt. Nykimishäiriöisen mahdollisuus oireilla omassa yksityistilassa tai yksinkertaisesti lapsen lähipiirille annettu informaatio oireilun pakonomaisuudesta saattaa vähentää lapsen ahdistusta ja stressiä, jolla voi olla suotuisa vaikutus myös oireiden ilmenemiseen. (Rintahaka 2007: 1216; Döphner – Rotenberger 2007: 90.)

2.7 Neuropsykiatristen häiriöiden liitännäisoireet

Kaikissa neuropsykiatrisissa häiriöissä saattaa esiintyä samanaikaisesti muita neurologisia tai psykiatrisia sairauksia tai häiriöitä, joita kutsutaan liitännäisoireiksi. Näissä sairauksissa tai häiriöissä osassa lienee samankaltainen neurobiologia kuin ADHD:ssa, autismikirjon häiriöissä kuin nykimishäiriöissä itsessään, mutta jotkut voivat kehittyä sekundaarisina, esimerkiksi lapsen toistuvien pettymysten myötä. Nämä yhtä lailla kuin neuropsykiatrinen häiriö itsessään tulee ottaa huomioon lasta kohdatessa ja koulussa huomioidessa. ADHD:n kanssa mahdollisesti samanaikaisesti esiintyviä liitännäisoireita ovat:

- hieno- ja karkeamotoriikan ongelmat
- aistitiedon käsittelyn ongelmat
- puheen- ja kielenkehityksen häiriöt
- oppimisvaikeudet
- alisuoriutuminen koulussa
- sosiaalisen vuorovaikutuksen poikkeavuudet (mukaan lukien autismikirjon häiriöt)
- uhmakkuus- ja käytöshäiriöt
- ahdistuneisuushäiriöt
- masennus
- motoriset ja äänelliset nykimisoireet eli tic-oireet tai Touretten oireyhtymä
- unihäiriöt
- heikko itsetunto. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2013; Richardson ym. 2015: 2; Bignell – Cain 2007: 501, 510.)

Samanaikaisesti autismikirjon häiriön kanssa voi esiintyä tunne-elämän häiriöitä kuten ahdistusta, pelkoja ja uni- ja syömishäiriöitä sekä haastavaa käyttäytymistä, kuten raivo-kohtauksia, aggressiivisuutta ja itsensä vahingoittamista. Nämä oireet vaikeuttavat lapsen selviytymistä lapsiryhmässä ja kuormittavat myös lapsen vanhempia ja sisaruksia. (Koskentausta ym. 2013: 587.) Tunne-elämän häiriöiden lisäksi autismikirjon häiriöissä saattaa esiintyä ADHD:tä, kielenkehityksen häiriöitä, nykimishäiriöitä sekä pakko-oireista käyttäytymistä (Posserud – Hysing – Helland – Gillberg – Lundervold 2016: 5). Käypä hoito-suosituksessa mainitaan, että suomalaisista autismi- tai Aspergerin oireyhtymä -diagnoosin saaneista, yleisiltä kognitiivisilta taidoiltaan normaaleista kouluikäisistä lapsista jopa 44 %:lla esiintyy ADHD:tä (Moilanen 2011). Tutkimusten mukaan autismikirjon häiriöön liittyy usein myös poikkeavuuksia aistitoiminnassa. Jopa 69 % - 95 % autismikirjon lapsista kärsii erilaisista aistitoiminnan häiriöistä. (Zobel-Lachiusa ym. 2015:1.)

Touretten oireyhtymän omaavista lapsista jopa 90 %:lla on samanaikainen muu häiriö, usein ADHD tai pakko-oireinen häiriö. Myös oppimisvaikeudet, mieliala- ja ahdistushäiriöt saattavat esiintyä yhdessä nykimishäiriön kanssa. (Bloch – State – Pittenger 2011: 2, 6.)

3 Koulu osana neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen elämää

Koulun ja kasvatustilanteiden eräs keskeinen tehtävä on luoda lapselle kokemus kuulumisesta tasavertaisena jäsenenä kouluyhteisöön. Jotta lapsi kokisi itsensä arvostetuksi, täytyy hänen tuntea itsensä osalliseksi omassa yhteisössään. (Kuorelahti – Lapalainen – Viitala 2012: 277, 280.)

Hyvinvointia tukevan kasvu- ja oppimisympäristön ajatellaan sisältävän niin sosiaalisen ja psykologisen, pedagogisen kuin fyysisen puolen huomioimista. Sosiaalisella ja psykologisella oppimisympäristöllä tarkoitetaan esimerkiksi toimivaan vuorovaikutukseen, turvalliseen aikuisuuteen, ryhmäytymiseen sekä yhteistyöhön koulun ulkopuolisten tahojen kanssa liittyviä asioita. Pedagogisella oppimisympäristöllä tarkoitetaan monipuolisia, vaihtelevia sekä nykyaikaisia opetusmenetelmiä, päteviä opettajia, toimivaa tiedonsiirtoa sekä pedagogista keskustelua arvoista ja tavoitteista. Fyysiseen oppimisympäristöön puolestaan katsotaan kuuluvan ympäristön rauhallisuus, muokkautuvuus erilaisiin tarpeisiin, oppimisen edistäminen, monipuolisten opetusmenetelmien mahdollistaminen kuin myös esimerkiksi luokan viihtyisyys ja terveyden edistäminen. (Määttä – Rantala 2010: 108.)

Tuen tarpeessa olevat lapset nähdään usein olevan sosiaalisesti heikommassa asemassa muihin lapsiin verrattuna. Koulujen eräs tehtävä onkin vahvistaa niitä lapsia, jotka oireilevat käyttäytymisellään. Tämä tulisi tehdä sellaisilla keinoilla, että kaikkien oppiminen ja hyvinvointi tulisivat turvatuiksi. Suurin osa tuen tarpeessa olevista lapsista selviytyy yleisen kasvatustilanteiden ja koulujärjestelmän sisällä, kun heidän yksilöllisiin tarpeisiin vastataan sopivilla opetusjärjestelyillä. Tukitoimet tulisi miettiä lapsen yksilöllisten tarpeiden mukaan oli kyse sitten yleisen, tehostetun tai erityisen tuen oppilaasta. (Kuorelahti ym. 2012: 277, 286 - 288.)

Lapsen hyvinvoinnin edistämiseksi työskentelevät aikuiset omaavat monenlaista ammattitaitoa ja erityisosaamista, mutta myös hyvin erilaisia tapoja toimia. Kasvatustilanteissa koulussa on useita erilaisia kohtaamisia, jotka vaativat aikuiselta joskus rauhallista, pitkäjänteistä ohjausta, toisinaan taas jämäkkää rajojen asettamista ja niistä kiinni pitämistä. Tällöin kasvattajankin voimavaroja kysytään omien tunteiden käsittelyssä ja toivon luomisessa. Olennaista lapsen kohtaamisessa on hyvä, vahvistava, arvostava ajattelu-tapa, joka on perusta työn onnistumiselle. (Mattila 2011: 15, 26, 47 - 48.)

3.1 ADHD-lapsi koulussa

ADHD-lapsi näyttäytyy koulussa ylivilkkaana, impulsiivisena, aistiherkkänä, usein alhaisen pettymyksen sietokyvyn omaavana, malttamattomana, ulkopuolelta tuleviin ärsykeisiin herkästi reagoivana lapsena. ADHD-lapsen motorinen levottomuus tulee usein esiin ohjeiden antamistilanteissa. Koululaisena ADHD-lapsi saattaa herkästi pitkästyä tehtävät tehtyään ja odotellessaan uusia. Lapsella saattaa olla myös vaikeuksia siirtyä tehtävätyypistä toiseen tai keskeyttää aloittamaansa toimintaa. ADHD-lapsen oireet korostuvat usein ryhmätilanteissa. (Karhunen 2009: 63; Barkley 2008: 287 - 289.)

Strukturoimattomat ja ennakoimattomat ympäristöt ovat usein ADHD-lapselle haastavia (Eiraldi ym. 2012: 3; Karhunen 2009: 66-67). Tämä näkyy haasteina esimerkiksi siirtymätilanteissa, ruokailuissa, välitunneilla, jonoissa, ryhmäleikeissä - yleensä vapaissa tilanteissa (Karhunen 2009: 66-67). ADHD-lapsella on usein heikentynyt suunnittelu- ja organisointikyky, haasteita ajan hallinnassa, puutteita ponnisteluja vaativissa tehtävissä ja motivaatiossa, tunteidenhallinta-vaikeuksia sekä huono pettymyksensietokyky. Nämä kaikki vaikuttavat niin opilliseen suoriutumiseen, häiritsevään käyttäytymiseen kuin sosiaalisten suhteiden haasteisiin. (Eiraldi ym. 2012: 3-4; Bellanti 2011: 5.)

Johtuen ADHD-lapsen erilaisista haasteista niin kotona kuin koulussa (Ohan ym. 2010: 82) vuorovaikutus ADHD-lapsen kanssa saattaa välillä olla stressaavaa ja konflikteja täynnä. Tämä vaikuttaa usein negatiivisesti lapsen ja aikuisen väliseen suhteeseen. Ristiriidat koulun ja kodin välillä ovatkin tavallisia, millä on vaikutuksensa lapsen koulunkäyntiin. Ristiriidat johtuvat usein siitä, että sekä koulussa että kotona lapsen kanssa toimivilla aikuisilla on omat haasteensa ADHD-lapsen toisinaan haastavan käytöksen vuoksi. Aiemmin ADHD-lasten psykososiaalisen kuntoutuksen kohdalla on mietitty keinoja joko kouluun tai kotiin, mutta nykyään yhä enemmän pyritään korostamaan yhteistyötä koulun ja lapsen vanhempien välillä saadakseen aikaan hyviä tuloksia. (Eiraldi ym. 2012: 1,10.) Opettajan asenteella ja tietämyksellä neuropsykiatrisia häiriöitä kuten ADHD:ta kohtaan on merkittävä vaikutus lapsen kohtaamisessa (Ohan ym. 83).

ADHD:lla on todettu olevan yhteys alisuoriutumiseen omaan älykkyytensä nähden koulussa (Daley – Birchwood 2009: 461; Serrano-Troncoso – Guidi – Alda-Diez 2013: 47; Sandberg 2016: 83). Tämän on todettu johtuvan enemmän tarkkaavuuden haasteista kuin ylivilkkaudesta tai impulsiivisuudesta johtuvaksi (Daley – Birchwood 2009:

461). Koulut ovatkin ideaalisia ympäristöjä toimia ADHD-lapsen tueksi, sillä siellä pystytään vaikuttamaan niin opillisiin, sosiaalisiin kuin käytöspuolen haasteisiin luomalla lapselle strukturoitu, selkeä ympäristö (Eiraldi ym. 2012: 3). Tämä vaatii luonnollisesti opettajien kouluttamista siihen, miten tunnistaa ja toimia lapsen kanssa, jolla on neuropsykiatrisia haasteita (Serrano-Troncoso ym. 2013: 47). Oikea-aikaisen avun antaminen lapselle, oli paikka sitten luokka, käytävä tai ruokala, on tärkeää (Eiraldi ym. 2012: 3).

ADHD- lapselle tavanomainen käyttäytyminen koulussa tiivistettynä yllä oleviin lähteisiin perustuen:

- ylivilkkaus
- impulsiivisuus
- aistiherkkyys
- alhainen pettymyksensietokyky
- malttamattomuus
- siirtymätilanteiden vaikeus
- toiminnan keskeyttämisen vaikeus
- motorinen levottomuus
- heikentynyt suunnittelukyky
- ajanhallinnan haasteet
- puutteet ponnisteluja vaativissa tehtävissä ja motivaatiossa
- alisuoriutuminen koulussa
- vaikeudet erityisesti ryhmätilanteissa ja vapaissa tilanteissa. (Karhunen 2009; Eiraldi ym. 2012; Bellanti 2011; Daley – Birchwood 2009; Serrano-Troncoso ym. 2013; Barkley 2008.)

3.2 ADHD-lapsen huomioon ottaminen koulussa

Jo pienillä muutoksilla koulussa voidaan saada aikaan positiivisia tuloksia (Döphner – Rothenberger 2007: 93; Eiraldi ym. 2012: 4, 8). Ymmärtääkseen jokaisen lapsen vahvuudet ja tarpeet ja työskennelläkseen näiden parhaaksi tulee lapsen kanssa työskentelevien työskennellä keskenään ja puhua lapsen asioista (Bellanti 2011: 5). Koululla ja kodilla on oltava yhteiset toimintalinjat, joihin lapsen suunnitelmallinen ohjaus ja tukeminen perustuvat. ADHD-lapsen tueksi sovitut säännöt ja toimintatavat selkeyttävät myös muun luokkaryhmän muuta toimintaa. Avoin yhteistyö koulun ja kodin välillä on lapsen asioiden onnistumisen kulmakivi. (Karhunen 2009: 64; Eiraldi ym. 2012: 2.) Perheiden ja

ammatti-ihmisten välisellä vastavuoroisella kasvatuskumppanuudella vahvistetaan ja edistetään perheiden kuulemista (Bellanti 2011: 5; Sandberg 2016: 41).

Aikuisen tuki on ratkaisevan tärkeää lapsen omassa toiminnanohjauksessa ja sen haasteissa. Aikuisen tehtävänä on yhdessä lapsen kanssa jäsentää sekä aikaa, toimintaympäristöä, että toimintaa. Henkilökohtainen ohjaus on monelle ADHD-lapselle ensiarvoisen tärkeää. (Karhunen 2009: 64.) Niin organisoimis- kuin sosiaalisten taitojen harjoittelisessa lapsi tarvitsee usein aikuisen apua (Eiraldi ym. 2012: 7). Lapsen yksilöllinen huomioiminen ja myös yksilöllistetty opetussuunnitelma ovat monesti tarpeen. Lapsen istumapaikan sijoittaminen lähelle opettajaa ja pois motorisesti levottomien lasten, kulukuväylien tai ikkunoiden vierestä voi auttaa lasta keskittymään luokassa. Lapsi hyötyy luokassa erilaisista opetustyyleistä sekä selkeistä, lyhyistä tehtävänannoista. (Döphner – Rothenberger 2007: 93; Eiraldi ym. 2012:4, 8; Bellanti 2011: 5-6.) Toiminnallisten menetelmien kautta oppiminen saattaa auttaa ADHD-lastaa kanavoimaan keskittymisensä ja tarkkaavaisuutensa itse tehtävään häiritsevän käyttäytymisen sijaan (Barkley 2008: 288).

Lapsen yksilöllinen huomioiminen kotitehtävien annossa on hyvä muistaa. Opettajan on hyvä pohtia, mikä on kullekin lapselle sopiva määrä tehtäviä lapsen ikään, kehitystasoon ja tarkkaavaisuus- ja keskittymistaitoihin nähden, mistä hän selviytyisi vähäisillä vanhempien ohjeilla ja valvonnalla. Yhteistyö lapsen vanhempien kanssa kotitehtäviin liittyen koetaan tärkeänä. Kokeen aikana ylimääräinen aika tai rauhallinen tila toisaalla saattavat niin ikään auttaa lasta selviytymään koetilanteesta. (Döphner – Rothenberger 2007: 93; Eiraldi ym. 2012:4, 8.) Ryhmätilanteissa lapsen on helpompi keskittyä, mikäli hänellä on aikuinen vieressään tai jos hän esimerkiksi jonossa voi kulkea viimeisenä, että kykenee näkemään kaikki, tai ruokapöydässä istumaan tiettyjen kavereiden vieressä tietyllä, ennalta valitulla paikalla. (Karhunen 2009: 66-67.)

Erilaiset muutokset ovat monelle ADHD-lapselle erityisen vaikeita, jonka vuoksi jokaiselle päivälle on hyvä luoda selkeät rutiinit. Lapsi hyötyy strukturoidusta ja ennakoitavissa olevasta luokkaympäristöstä. (Eiraldi ym. 2012: 3.) Tätä voi luoda esimerkiksi lukutaitoiselle lapselle kirjoitetulla päiväjärjestyksellä, tai ei-lukutaitoisille työpöytätyöjärjestykseen laitetuilla kuvilla. ADHD-lapsi tarvitsee toimintansa jäsentämiseksi selkeyttä, johdonmukaisuutta ja tavoitteellisuutta. Struktuurien luominen säännöillä, aikatauluilla ja ohjeistuksilla auttaa lasta toimimaan luokassa. (Karhunen 2009: 65; Bellanti 2011: 5.) Monelle ADHD-lapselle visuaalinen, lapsen aisteihin perustuva tuki on ehdottoman tärkeä, koska

suullinen ohje ei ole aina riittävä ohjaamaan lapsen toimintaa (Karhunen 2009: 65; Bellanti 2011: 5.).

Positiivisen palautteen antamisella ja palkkioiden käytöllä saatetaan vahvistaa lapsen toivottua käytöstä ja vähentää lapsen ei-toivottua oireilua (Döphner – Rothenberger 2007: 93; Eiraldi ym. 2012:4, 8). Lapsen niin negatiivisen kuin positiivisen käytöksen analysoiminen ja sanoittaminen auttaa lasta toimimaan sosiaalisissa tilanteissa (Döphner – Rothenberger 2007: 93; Eiraldi ym. 2012: 4, 8). Aikuisen tehtävänä on myös lapsen motivaation ylläpitäminen, joka tapahtuu luomalla tilanteita, joissa lapsi saa varmasti onnistumisen kokemuksia (Bellanti 2011: 5-6). Positiivinen palaute ja lapsen huomioiminen vahvistavat lapsen itsetunnon lisäksi opettajan ja lapsen välistä suhdetta, joka saattaa kärsiä lapsen epäsopivasta käytöksestä johtuvasta negatiivisesta palautteenannosta. Negatiivisuutta voi vähentää myös sillä, että jättää tietyt epäsopivat tavat kokonaan huomiotta. (Eiraldi ym. 2012: 5; Barkley 2008: 277.) Moni ADHD-lapsi hyötyy konkreettisista, näkyvistä palkkioista, kuten kerättävistä tarroista ja pelimerkeistä, joita saa osoituksena toivotunlaisesta, onnistuneesta käytöksestä. Olennaista on, että palaute tulee oikea-aikaisesti eli välittömästi tapahtuman jälkeen. (Karhunen 2009: 65; Eiraldi ym. 2012: 5.)

Mikäli lapsen arkeen tiedetään tulevan poikkeamia, nämä on hyvä käsitellä lapsen kanssa jo etukäteen. Toisinaan lapsi saattaa tarvita useampaakin tilannetta, jossa lapsen kanssa käydään sama asia läpi. Tämä auttaa lasta luomaan mielikuvan tulevasta tilanteesta, millä vältetään hämmennystä tilanteen ollessa käsillä. Hämmennys saa ADHD-lapsen sekaisin, eikä hän tällöin kykene ohjaamaan omaa toimintaansa. Erilaiset siirtymätilanteet saattavat olla monelle ADHD-lapselle vaikeita. Myös näissä tilanteissa ennakoiminen auttaa lasta toimimaan. (Karhunen 2009: 65.)

ADHD-lapsen motorinen levottomuus tulee usein esiin ohjeiden antamistilanteissa. Mikäli lapsi pakotetaan pysymään paikoillaan ja aikuinen vaatii lapselta katsekontaktin, saattaa lapsen energia mennä kokonaan näiden tavoitteiden saavuttamiseen, jolloin itse ohje jää kuulematta. Olennaista onkin se, että lapselle annetaan lupa liikkua samalla, kun hän kuuntelee. Tarvitsemaansa liikettä ADHD-lapsi saa tunnilla vaikkapa palauttamalla itse tehtävän opettajalle. (Karhunen 2009: 66.) Liikunnan on todettu lääkityksen lisäksi lisäävän keskushermoston välittäjäaineiden toimintaa (Mannström-Mäkelä - Saukkola 2009: 36). Lyhyidenkin liikuntahetkien lisääminen oppitunnille voi vähentää ADHD-lapsen väsymyksen tunnetta ja parantaa hänen keskittymistään. (Barkley 2008: 289; Döphner – Rothenberger 2007: 93; Eiraldi ym. 2012 :4, 8.)

ADHD- lapsen huomioimisessa koulussa ja luokassa tulisi huomioida

- jokaisen lapsen yksilöllinen huomioiminen ja tuen tarve
- struktuurien luominen
- visuaalisten apukeinojen käyttäminen
- positiivisen palautteen antaminen sekä palkkioiden käyttäminen
- ennakoiminen
- liikkumisen mahdollistaminen
- yhteiset toimintalinjat lapsen perheen ja muiden lapsen ja perheen kanssa toimivien ammatti-ihmisten kanssa. (Karhunen 2009; Döphner – Rothenberger 2007; Eiraldi ym. 2012; Bellanti 2011; Mannström-Mäkelä - Saukkola 2009; Barkley 2008.)

3.3 Autismikirjon häiriöinen lapsi koulussa

Ottaen huomioon autismikirjon lapsen yleisimmät haasteet sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja kommunikaatiossa sekä toistavan, stereotyyppisen käyttäytymisen, ei ole ollenkaan tavatonta, että autismikirjon lapsi kokee luokkatilanteet haastavaksi. Monesti myös liitännäisoireiluna olevat tarkkaavaisuusongelmat, oppimisvaikeudet sekä mielialaongelmat tuovat omat haasteensa luokkatilanteeseen. (Bellando - Pulliam 2009: 213.)

Autismikirjon lapsi koulussa erottuu muista siinä, että hän hakeutuu usein mieluummin aikuisen kuin ikätovereiden seuraan. Hän saattaa olla kaiken kaikkiaan kiinnostunut enemmän ympäristöstään kuin ihmisistä siinä. Lapsi saattaa huomata hyvin herkästi sosiaalisten sääntöjen rikkomukset ja antaa muille tästä suoraa palautetta. Autismikirjon lapsen voi olla vaikea ymmärtää jotain meluisassa, kielellisessä, sosiaalisessa ja häiritsevässä luokkatilanteessa, mutta jos opiskelussa on mahdollista käyttää apuna tietokoneita, hän saattaa ymmärtää asian helpommin. Autismikirjon lapsi ajattelee usein visuaalisesti, kuvien kautta, joten opetuksessakin lienee hyvä käyttää kuvia, malleja sekä aktiivista osallistumista suullisen opetuksen tukena. Kotiläksyt saattavat aiheuttaa autismikirjon lapselle poikkeuksellista ahdistusta koulupäivän jälkeen tilanteessa, jossa lapsi on mahdollisesti uupunut jo koulupäivästä. (Attwood 2013: 57, 226, 229, 235, 238, 244-245; Teräväinen 2011: 57-58.) Lapsen kielenkäyttö voi olla usein hyvin pikkutarkkaa ja kirjaimellista ja hän vastaa usein juuri siihen kysymykseen mitä on kysytty, kirjaimellisesti (Teräväinen 2011: 60).

Autismikirjon lapsi ei osaa aina ilmaista somaattisen sairauden oireita tai kipua ja epä-mukava olo saattaa purkautua esimerkiksi aggressiivisuutena tai itsensä vahingoittamisena. Haastavaa, ei-toivottua käytöstä voi ylläpitää esimerkiksi mielekkään toiminnan puute omatoiminnan ohjauksen vaikeudesta johtuen, kommunikointikeinojen riittämättömyys tai epätarkoituksenmukaiset toimintatavat. (Koskentausta ym. 2013: 590.) Autismikirjon lapset tulevat usein kiusatuiksi johtuen erilaisuudestaan, jonka vuoksi itsehillinnan menetykset ja kiukunpurkauksetkaan eivät ole epätavallisia (Teräväinen 2011: 59).

Autismikirjon lapsella on usein haasteita ymmärtää mitä muut häneltä odottavat tai vaativat, jotka auttamatta tuovat haasteensa luokkatilanteeseen (Bellando - Pulliam 2009: 213; Teräväinen 2011: 59). Autismikirjon lapsi ei hallitse kommunikointia lauseen sävelkulun, katsekontaktin, ilmeiden tai eleiden avulla. Täten hän ei ymmärrä niiden merkityksiä toistenkaan käyttäminä viestintäkeinoina. (Teräväinen 2011: 61.) Elekielen tulkitsemisen vaikeus saattaa aiheuttaa sen, että autismikirjon lapsi jättää koulussa opettajan ja luokkatovereiden elekielen ohjeet ja vinkit huomioimatta tai toisaalta johtaa myös väärinymmärryksiin lapsen yrittäessä tulkita toisen eleitä. Autismikirjon lapsi ei useinkaan ymmärrä hienovaraisia vihjeitä tai äänenpainojen merkitystä, joka myös opettajien tulee ottaa huomioon selittämällä tilanteet tarkasti ja varmistamalla, onko lapsi varmasti ymmärtänyt kaiken. Toisten tunteiden huomioiminen ja tunnistaminen ovat usein autismikirjon lapselle hankalaa. (Bellando - Pulliam 2009: 210.) Tämä näkyy usein myös sellaisten koulutehtävien suorittamisessa, jotka edellyttävät muiden ihmisten tunteisiin tai ajatuksiin eläytymistä (Teräväinen 2011: 59).

Autismikirjon lapsella on usein erityisiä kiinnostuksen kohteita tai harrastuksia, joita hän voi koulussa tuoda esiin varsin intensiiviselläkin tavalla. Tämä vaikuttaa monesti vuorovaikutukseen ja työskentelyyn niin opettajien kuin luokkatovereiden kanssa. Toisaalta kiinnostuksen kohteistaan kertomalla lapsella on mahdollisuus tuoda esiin älykkyyttään, osallistua keskusteluun sekä saada arvostusta. (Teräväinen 2011: 57.) Toistavat, stereotyyppiset, motoriset käytöstavat saattavat ilmetä autismikirjon lapsella koulussakin. Nämä voivat olla käsien tai vartalon liikkeitä tai asentoja kuin toistelevaa puhettakin. Nämä ilmenevät useimmiten lasta stressaavissa tilanteissa. (Bellando - Pulliam 2009: 211.)

Autismikirjon lapset sietävät usein heikosti muutoksia ja hyötyvät toistuvista, samoista, heille tutuista rutiineista. Rutiinit luovat heille turvallisuuden tunnetta, kuten esimerkiksi tietty sama istumapaikka tai joidenkin asioiden suorittaminen tietyssä järjestyksessä.

(Teräväinen 2011: 57.) Toiset saattavat hermostua pienistäkin muutoksista esimerkiksi luokkatilassa, joka saattaa johtaa tunteiden kuumenemiseen, kiukkuun ja tarpeeseen tehdä tiettyjä rituaaleja. Ottaen huomioon, että muutokset ja keskeytykset ovat joskus välttämättömiä luokassa, tämä saattaa joskus johtaa haastaviin tilanteisiin. Visuaalisten apujen käyttäminen ja muutosten minimoiminen saattavat auttaa lasta luokassa toimimisessa sekä vähentää ahdistusta ja tunteenpurkauksia. (Bellando - Pulliam 2009: 211 - 212.)

Autismikirjon häiriön lapsilla saattaa esiintyä haasteita ruokailutilanteissa. Tämä saattaa ainakin osittain johtua lapsen herkistä aisteista, kuten makuaistista tai tuntoaistista ruoan makuun tai koostumukseen liittyen tai kuuloaistista ruokailutilanteen mahdollisen meluisuuden vuoksi. (Zobel-Lachiusa ym. 2015: 6; Teräväinen 2011: 63.) Haastavia tilanteita autismikirjon lapselle koulussa ovat usein myös ns. vapaat tilanteet. Tällaisia ovat ruokailujen ohella välitunnit, jolloin tulisi selviytyä tovereiden seurassa. Myös liikuntatunnit ovat monelle autismikirjon lapselle haastavia niin sosiaalisten tilanteiden kuin mahdollisten motoristen vaikeuksien vuoksi. Teräväisen mukaan autismikirjon ihmisellä esiintyy usein myös kasvosokeutta, mikä luo luonnollisesti omat haasteensa toisten kohtaamisessa. Vaikka ihminen ei tunnista toisen kasvoja useankaan tapaamiskerran jälkeen, hän voi tunnistaa ihmisen vaikkapa jostain tutusta vaatekappaleesta tai korusta. (Teräväinen 2011: 58, 64, 66.)

Autismikirjon lapselle tavanomainen käyttäytyminen koulussa tiivistettynä yllä oleviin lähteisiin perustuen:

- kommunikaation ja sosiaalisen vuorovaikutuksen haasteet
 - vaikeus muodostaa katsekontaktia
 - vaikeus tulkita toisten ilmeitä ja elekieltä
 - vaikeus ymmärtää sosiaalisia sääntöjä
 - vaikeus toimia ryhmässä
 - vaikeus muodostaa ystävyysuhteita
 - vaikeus ymmärtää mitä muut häneltä odottavat tai vaativat
- erityiset kiinnostuksenkohteet
- toistava, stereotyyppinen käyttäytyminen
- aistipoikkeamat
- puutteet toiminnanohjauksessa, erityisesti toimintojen suunnittelussa ja joustavuudessa
- visuaalinen ajattelu

- tarve rutiinomaisuuteen. (Bellando – Pulliam 2009; Attwood 2013; Zobel-Lachiusa ym. 2015; Teräväinen 2011; Koskentausta ym. 2013.)

3.4 Autismikirjon häiriöisen lapsen huomioon ottaminen koulussa

Autismikirjon häiriöisten kuntoutuksesta kouluympäristössä on hyvin vähän tieteelliseen tutkimukseen ja näyttöön perustuvaa tietoa tai osoitusta toimivista menetelmistä. Autismikirjon häiriöistä lasta kuntouttaessa koululuokassa on kuitenkin olemassa useita eri keinoja, joita käytetään ja jotka ovat tutkimusten mukaan paljon käytettyjä näyttöön perustuvan tiedon puutteesta huolimatta. (Hess ym. 2007: 965.)

Koulun henkilökunnan toimilla saattaa kuitenkin olla iso merkitys lapsen pärjäämiseen luokassa. Bellandon ja Pulliamin mukaan autismikirjon lapselle toimiva luokkaympäristö koulun henkilökunnan mukaan tarkoittaa lapsen yksilöllisten tukitoimien huomioimista, tutkimuksiin perustuvien strategioiden käyttöä, aktiivista yhteistyötä lapsen kanssa toimijoiden kesken sekä suuntaamista pitkän tähtäimen tuloksiin ja onnistumisiin lapsen kanssa. (Bellando - Pulliam 2009: 213.)

ADHD-lapsen tapaan autismikirjoisen lapsen kouluarjessa tulisi huomioida jokaisen lapsen yksilöllisyys, systemaattinen ohjeistus, strukturoitu ympäristö, yksilöllistetty opetussuunnitelma, toiminnallinen lähestymistapa lapsen käytökseen sekä perheiden osallistuminen (Sansosti 2009: 175). Myös autismikirjon lapsia luokassa auttaa strukturoitu, ennakoitu luokkaympäristö, joka vähentää lapsen stressiä. Muutokset tulisi huomioida lapsen kanssa tästä etukäteen keskustelemalla ja autismikirjon lapsen kannalta olisi hyvä, jos luokassa olisi visuaalinen lukujärjestys viikon jokaiselle päivälle. Yksilöllisyys olisi otettava huomioon myös autismikirjon lasten kanssa esimerkiksi mahdollistamalla aistilyherkkyyksien vuoksi korvatulppien käyttö tai hiljaisen tilan käyttö koulutehtävien tekemiseen. Kielikuvien tulkitseminen ja kirjaimellinen ajattelu ovat usein otettava huomioon luokassa autismikirjon lapsen kanssa. Vaikka lapsi oppisi toimimaan toisessa tilanteessa toivotulla tavalla, hän ei välttämättä osaa siirtää käytöstään toiseen, vastaavaan tilanteeseen. Heillä on vaikeuksia ymmärtää sarkasmia, vitsejä tai kiusoittelua. (Bellando - Pulliam 2009: 212.)

Autismin kirjon häiriöiset lapset ymmärtävät monesti suullisia ohjeita paremmin erityisessä uudessa ympäristössä tai rutiineista poikkeavassa tilanteessa, mikäli puheen tukena on visuaalinen ohjeistus. Visuaalisella ohjeistuksella helpotetaan myös lapsen ahdistusta uudessa tilanteessa. Visuaalisia keinoja toimia lapsen kanssa on käyttää esimerkiksi kuvia, sarjakuvia tai liikennevaloja sanallisten ohjeiden tukena. (Vaz 2013: 156 – 158; Teräväinen 2011: 61.) Lapsen kannalta on tärkeää, että näkyvillä on päivittäinen aikataulu päivän ohjelmasta, jonka avulla lapsi voi valmistautua etukäteen muutoksiin. Myös opettajavaihdokset ja uusien ihmisten tuleminen luokkaan on hyvä käydä ennakolta läpi lapsen ja tämän vanhempien kanssa. Lapsen mahdollisten toiminnanohjauksen haasteiden vuoksi on hyvä huomioida mahdollisesti muita pidempi aika tehtävien hoitamiseen. (Attwood 2013: 237.)

Aisteihin liittyvät herkkyydet autismikirjoisella lapsella tulisi huomioida muissakin tilanteissa, kuin jo mainituissa ruokailuissa välttääkseen aistien ylikuormitus ja sen lapselle aiheuttama stressi. Yliherkkyyttä voi esiintyä äänille, tuntemuksille, valolle, ruoan maulle ja koostumuksille sekä hajuille. Lapsi saattaa reagoida myös kipuun tai fyysiseen epä-mukavuuteen ali- tai ylireagoimalla. Niin ikään asento-, liike- ja tasapanoaistit voivat olla poikkeavia. Aisteihin liittyviä poikkeavuuksia voi olla kerrallaan joko yhdessä tai useammassa aistijärjestelmässä. Lapsi voi kokea jotkut värit liian voimakkaina samoin kuin kirkkaan auringon valon. Samalla lapsella saattaa ilmentyä sekä yli- että aliherkkyyksiä – aistijärjestelmä voi olla toisena hetkenä yliherkkä ja toisena aliherkkä. Koulussa aisteille herkkä lapsi saattaa ylikuormittavassa ympäristössä olla jatkuvassa jännitys- ja hälytystilassa odottamassa ja pelkäämässä seuraavia epämiellyttäviä aistikokemuksia. Tämä voi johtaa erilaisten tilanteiden välttelyyn ja pahimmillaan ahdistuneisuushäiriön kehittymiseen. On tärkeää, että vanhempien lisäksi myös koulun henkilökunta on tietoinen lapsen aistiherkkyyksistä ja pyrkii toiminnallaan vähentämään tilanteita, jotka lapsi kokee voimakkaana ja sietämättöminä. Korvatulppien käyttö, äänien ennakointi myös siinä määrin, että kerrotaan lapselle miten kauan kyseinen ääni kestää, jos se on tiedossa saattavat auttaa lasta kestämään näitä. (Attwood 2013: 264-265, 270.)

Lapsen istumapaikka ja vierustoverit tulee ottaa huomioon liittyen lapsen aistiherkkyyksiin ja joskus erillisen työskentelytilan perustaminen on tarpeellista lapsen keskittymiskykyä ylläpitääkseen (Attwood 2013: 237). Autismikirjoisella lapsella olisi hyvä olla koulussa mahdollisuus tarvittaessa tai sovitustikin mennä johonkin tilaan tai huoneeseen, jossa saisi olla rauhassa. Tilan tai huoneen aistimaailman olisi hyvä olla rauhoittava ja

virikkeetön, värimaailman rauhoittava eikä siellä saisi olla ääniä, hajuja tai tuntoärsykeitä, jotka ovat lapselle epämiellyttäviä. (Attwood 2013: 279.)

Näköaistimusten osalta opettajat voivat koulussa välttää lapsen altistamista tilanteille, joihin liittyy voimakkaita näköaistimuksia. Lapselle tulisi suoda lippalakin tai aurinkolasien käyttö ja hänen paikkansa luokassa tulisi sijoittaa niin, ettei aurinko paista suoraan häneen. Lapsi voi olla myös yli- tai aliherkkä kivun kokemisessaan, joka niin ikään tulee koulussa ottaa huomioon. Tällöin lapsi ei välttämättä opi välttämään vaarallisia tilanteita, sillä hän ei reagoi epämiellyttävään oloon, kipuun tai lämpötiloihin. Lapsen ollessa sairas tai tullessa sairaaksi tämä vaatii koulussakin opettajalta suurempaa huomiota, sillä lapsi ei itse välttämättä osaa oloiloistaan kertoa, kun ei edes osaa näitä huomioida. On siis aikuisen tehtävä tarkkailla lapsen epämiellyttävästä olostaan kertovia merkkejä. (Attwood 2013: 278-281.)

Haastavimmissa tilanteissa koulussa voi käyttää apuna sosiaalisia tarinoita. Nämä mahdollistavat tilanteen näkemisen visuaalisesti ja voivat auttaa lasta ymmärtämään tilannetta tai toisen tunteita. (Bellando - Pulliam 2009: 211; Attwood 2013: 270.) Sosiaaliset tarinat ovat vähän tutkittu, mutta eräs apukeino kohdatessa autismikirjon häiriöistä lasta. Sosiaaliset tarinat ovat lyhyitä kuvitettuja tai piirrettyjä tarinoita, joita voidaan käyttää autismikirjon häiriöisen lapsen apuna, jotta tämä ymmärtäisi paremmin sosiaalisia tilanteita. Sosiaalisten tarinoiden avulla pyritään selittämään, mitä ihmiset kyseessä olevassa tilanteessa tekevät, ajattelevat tai tuntevat. Sosiaalisilla tarinoilla pyritään vastaamaan kysymyksiin mitä, milloin, kuka ja miksi. Sosiaalisissa tarinoissa pyritään kuvailemaan tilanteita niin, että autismikirjon häiriöinen kykenee ymmärtämään tilanteen merkityksen. (Sansosti 2009: 170-171.)

Autismikirjon lapsen motoriset taidot saattavat olla puutteelliset. Hienomotoriikassa niin kirjoittamisessa kuin saksien käytössä saattaa ilmetä haasteita. Kirjoittamisen avuksi on olemassa useita eri vaihtoehtoja. Motorisen koordinaation parantamiseen tarkoitettuja korjaavia harjoituksia, aavistuksen kallellaan oleva kirjoituslusu tai kynä, johon on helppompaa tarttua, joku joka kirjoittaa lapsen puolesta tai näppäimistön ja tietokoneen käyttäminen käsin kirjoittamisen sijasta ovat keinoja, joita voi kokeilla lapsen avuksi. Koordinaatiota ja tasapainoa vaativissa toiminnoissa, kuten pyörällä ajamisessa tai luistelussa niin ikään saattaa olla vaikeuksia. Toisinaan autismikirjon häiriön omaavan henkilön on vaikea hahmottaa omaa kehoaan suhteessa ympäristöön ja hänestä saattaa tulla köm-

pelö vaikutelma. Toimintaterapian ja fysioterapian lisäksi asiaa kouluissa voidaan huomioida esimerkiksi liikuntatunneilla ottamalla lapsi muuhun rooliin ja huomioimalla muutkin hänet esim. joukkuepeleissä, jotka vaativat sosiaalista silmää eivätkä tämän vuoksi ole autismikirjon häiriön omaavalle lapselle helppoja ymmärtää. (Attwood 2013: 252-253, 257.)

Toivotun sosiaalisen käytöksen vahvistaminen saattaa lisätä lapsen toivotunlaista käytöstä. Myös lapsen muuta sopivaa sosiaalista käyttäytymistä, lähestymisiä ja pyrkimyksiä tulisi tukea. Autismikirjon lapsi tarvitsee monesti paljon ohjeistusta osallistuakseen ja ymmärtääkseen sosiaalisia tilanteita. (Bellando - Pulliam 2009: 210.)

Autismikirjon häiriön omaavan lapsen huomioiminen sisältää paljon samoja elementtejä kuin ADHD-lapsella. Autismikirjon häiriön omaavan lapsen kohtaamisessa luokassa tulisi huomioida seuraavat asiat:

- lapsen yksilöllisyys
- systemaattinen ohjeistus
- strukturoitu ympäristö
- toiminnallinen lähestymistapa
- perheiden osallistuminen
- ennakoiminen
- visuaalisuus
- lapsen aistiherkkyydet
- lapsen kommunikaation ja sosiaalisen vuorovaikutuksen haasteet
- sosiaalisten tarinoiden käyttö
- lapsen motoristen taitojen mahdolliset puutteet. (Sansosti 2009; Bellando - Pulliam 2009; Vaz 2013; Attwood 2013.)

3.5 Nykimishäiriöinen lapsi koulussa

Nykimishäiriöiset ja tourette-lapset voivat käydä koulua tavallisesti. Koulunkäyntiin voi liittyä erityispiirteitä esimerkiksi oppimisvaikeuksien, haastavan käyttäytymisen, Touretten liitännäisoireiden sekä tic-oireiden vuoksi. Kuten muutkin neuropsykiatrisista häiriöistä kärsivät lapset, myös tourette-lapsi on koululaisena ennen kaikkea yksilö, jonka vaikeuksia ja vahvuuksia sekä koulunkäyntiin liittyviä erityisjärjestelyjä on suunniteltava

ja toteutettava yksilöllisten jokaisen tarpeiden mukaan. Kodin ja koulun toimiva yhteistyö tukee myös nykimishäiriöisen lapsen koulunkäyntiä. (Lasten mielenterveystalo 2016.)

4 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Tutkimus on osa hanketta, joka toteutuu Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (EPSHP) vuosina 2016 - 2017. Hankkeen tavoitteena on luoda palveluverkko lasten ja nuorten neuropsykiatrisissa häiriöissä EPSHP:n alueelle. Hankkeen loputtua EPSHP:n alueella on tarkoituksena olla toimintamalli siihen miten toimitaan, kun huoli lapsen/nuoren neuropsykiatrisesta oireilusta herää; missä järjestetään lapsen/nuoren tutkimukset, hoito ja kuntoutus sekä mitä ne pitävät sisällään, kuka/ketkä vastaavat hoitosuunnitelman toteutumisesta sekä mahdollisen lääkityksen toteutuksesta ja seurannasta, miten huomioidaan tuen tarve päiväkodeissa, kouluissa ja kotona, sekä miten koko perheitä autetaan ja miten heidät otetaan huomioon lapsen/nuoren oireillessa neuropsykiatrisesti. Neuropsykiatristen häiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa toimiva kokonaisuus edellyttää laajaa palveluverkostoa, jossa terveydenhuolto on vain osa kokonaisuutta. Palveluverkossa on huomioitava perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö diagnostiikassa, hoidossa ja kuntoutuksessa mutta myös päivähoidon, *koulun* ja sosiaalityön osaaminen ja työskentely yhteistyössä perheiden kanssa toimivan kokonaisuuden aikaansaamiseksi. Tarve hankkeelle on lähtenyt siitä, että tällä hetkellä Etelä-Pohjanmaan kunnissa ja yhteistyötoiminta-alueilla on hyvin erilaisia käytäntöjä ja palveluita neuropsykiatrisia häiriöitä omaaville lapsille ja nuorille sekä heidän perheilleen. Hankkeen tavoitteena on yhtenäistää tutkimus-, hoito- ja kuntoutuslinjaa sekä parantaa palveluiden oikea-aikaista saatavuutta ja tasalaatuisuutta kuntien ja sairaanhoitopiirin välillä. (Hankesuunnitelma – Palveluverkko lasten ja nuorten neuropsykiatrisissa häiriöissä EPSHP:n alueella.)

Yllä mainitun EPSHP:ssä toteutuvan hankkeen ollessa aikataulullisesti pidempi ja sisältöltään laajempi kuin oma opinnäytetyöni rajasin tutkimukseni koskemaan osaa hankkeen kohderyhmästä neuropsykiatrisen lapsen kuntoutukseen liittyen. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen alakouluikäisten (1-6 lk) lasten luokkatyöntekijöinä toimivien opettajien ja avustajien tietämystä neuropsykiatrisista häiriöistä sekä kuvata heidän kokemuksiaan siitä, millaisia valmiuksia kohdata ja tukea neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia koulussa he omaavat.

Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa tutkittavien tietämystä neuropsykiatrisista häiriöistä ja niiden oireilusta sekä sitä, miten paljon he kokevat omaavansa valmiuksia erilaisten koulutusten tai muulla tavoin saadun tiedon kautta tukea neuropsykiatrisesti oi-

reilevaa lasta koulussa. Tavoitteena on edelleen kartoittaa näiden työntekijöiden käyttämiä neuropsykiatristen lasten kuntoutuskeinoja koulu- ja luokkatilanteissa. Tutkimuksessa selvitetään myös vastaajien tekemää yhteistyötä neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen vanhempien kanssa sekä vastaajien osoittamaa kiinnostusta lisäkoulutuksen saamiseen neuropsykiatrisiin häiriöihin ja lasten kohtaamiseen liittyen.

Tutkimustulokset antavat viitteitä siihen, miten paljon ja millaista tietämystä tällä hetkellä EPSHP:n kuuluvien kuntien alakoulujen 1-6-luokkalaisten kanssa toimivilla opettajilla ja avustajilla on neuropsykiatrisista häiriöistä ja niiden huomioimisesta erilaisten kuntoutuskeinojen kautta koulussa. Tulokset antavat viitteitä siitä, miten laajasti opettajat ja avustajat ovat kiinnostuneita lisäkoulutuksen saamisesta neuropsykiatrisesti oireilevien lasten kanssa työskentelyyn. Tutkimustuloksia tullaan käyttämään hankkeen edetessä hyödyksi luodessa kokonaiskuvaa EPSHP:n alueen tietämyksestä neuropsykiatrisista häiriöistä ja alakouluissa tällä hetkellä käytettävien kuntoutuskeinojen käytön yleisyydestä sekä lisäkoulutushalukkuudesta. Tutkimustulokset luovat myös yleisemmin kuvaa siitä, miten tuttuja neuropsykiatriset häiriöt ja niiden kuntoutuskeinot, joilla lasta huomioidaan ja tuetaan koulussa ovat Etelä-Pohjanmaalla. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys toivottavasti antaa lukijalle uutta tietoa ja näkemyksiä neuropsykiatrisista lapsista ja kohtaamisista heidän kanssaan.

Tutkimuksen tarkoitus on kyselyn avulla saada seuraaviin kysymyksiin vastauksia;

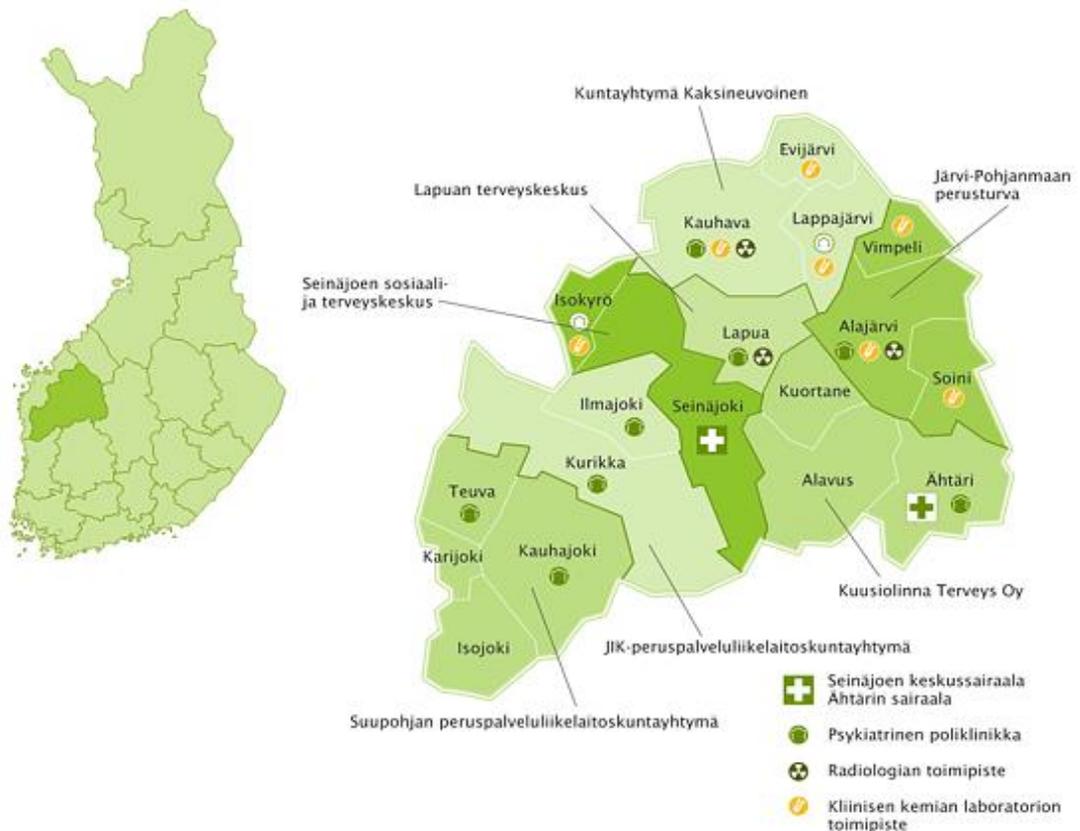
- Miten paljon EPSHP:n alueen alakoulujen 1-6-luokkalaisten kanssa työskentelevät opettajat ja koulunkäynninavustajat/-ohjaajat omaavat tietämystä neuropsykiatrisista häiriöistä lapsilla?
- Miten paljon nämä henkilöt kokevat omaavansa koulutusten ja muutoin saadun tiedon kautta valmiuksia kohdata neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia koulussa?
- Millaisia kuntoutuskeinoja he käyttävät neuropsykiatrisesti oireilevien lasten kanssa koulupäivän aikana?

5 Tutkimusprosessi

5.1 Toimintaympäristö ja tutkimuksen kohderyhmä

Toimintaympäristönä tutkimuksessa on Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alue. EPSHP:n alueen asukasluku on yhteensä noin 200 000. Etelä-Pohjanmaalla on 7 eri yhteistoiminta-alueita; JJK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä, Järvi-Pohjanmaan perusturva, Kuntayhtymä Kaksineuvoinen, Kuusiolinna Terveys Oy, Lapuan terveyskeskus, Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskus sekä Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä (kuva 1), joihin kuuluu yhteensä 18 kuntaa. (Kersanet 2016; Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.)

Neuropsykiatrisesti oireilevien lasten tutkimus ja hoitaminen Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä sijoittuvat lastenpsykiatrian toimialalle. Lastenpsykiatrian poliklinikalla Seinäjoella toimii neuropsykiatrinen työryhmä, joka on erikoistunut neuropsykiatrisiin häiriöihin. Tutkimukset ja hoito perustuvat erikoislääkärijohtoisen moniammatillisen työryhmän toimintaan. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.)



kuva 1. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alue (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri)

Tämän tutkimuksen kohderyhmän, perusjoukon (Grove – Burns - Gray 2013: 44, 351; Vehkalahti 2008: 33) muodostavat Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntien alakoulujen 1-6-luokkien luokkatyöntekijät, joita ovat opettajat, erityisopettajat, kiertävät erityisopettajat, tuntiopettajat, henkilökohtaiset avustajat/ohjaajat ja luokka-avustajat/ohjaajat. Heitä on 124 Etelä-Pohjanmaan alakoulussa, lukuun ottamatta Isokyrön kuntaa, yhteensä 1417 (N= 1417). Opettajien ja ohjaajien lukumäärät perustuvat 2-3/2016 tehtyihin sähköpostikyselyihin EPSHP:n jäsenkuntien sivistystoimiin ja sieltä saatuihin sähköpostivastauksiin, viime kädessä tutkimuslupien jälkeen tulleisiin yhteystietoihin tutkimukseen osallistuvien koulujen osilta.

5.2 Tutkimusaineiston hankinta

Tämä pääosin kvantitatiivinen tutkimus on kuvaileva, deskriptiivinen tutkimus. Kuvailevan tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa luomaan teoriaa jostakin sen hetkisestä tilanteesta tai selvittää, miten joitain asioita tehdään. (Grove ym. 2013: 35, 49, 215; Heikkilä 2010: 14.) Tässä tutkimuksessa tutkimusaineiston avulla pyritään kuvaamaan sitä, millaiset valmiudet alakoulujen luokkatyöntekijöillä on kohdata työssään neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia ja millaisia kuntoutuskeinoja he käyttävät.

Tutkimuksen tiedonkeruu suoritettiin kyselylomakkeen avulla. Kyselytutkimus (Grove ym. 2013: 217, 224, 425) valikoitui tutkimusmenetelmäksi siksi, että tutkimuksen perusjoukko sekä otantaan valittujen määrä ovat suuria ja maantieteellisesti välimatkat vastaajien välillä ovat pitkät (Heikkilä 2008: 47, 50). Kyselylomake (liite 1) muodostettiin tutkimuskysymyksiin ja tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen pohjaten. Kysymykset olivat pääosin suljettuja, strukturoituja kysymyksiä, joissa oli valmiit vastausvaihtoehdot. Kolme kysymyksistä (kysymykset nro. 2 ”*Työtehtävänä*”, nro. 6 ”*Minulla on koulutusta, joka antaa valmiuksia kohdata neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia*” ja nro. 7 ”*Minulla Ei ole edellisessä kysymyksessä esiin tullutta koulutusta, mutta koen omaavani muulla tavoin hankittua neuropsykiatrista osaamista*”) olivat sekamuotoisia kysymyksiä, jotka sisälsivät laadullisia osioita. Näissä vastaajalla oli mahdollisuus laajentaa vastaustaan avoimesti. (Grove ym. 2013: 208-209, 217, 425; Heikkilä 2010: 52.) Kyselylomakkeessa on käytetty Likertin asteikollisia vastausvaihtoehtoja. Näissä vastaajan tuli valita enimmäkseen 4 vastausvaihtoehdosta lähimpänä omaa käsitystään oleva vastausvaihtoehto. Tutkimuksen muuttujat olivat nominaali-, ja ordinaali-asteikollisia. (Grove ym. 2013: 386-387, 430-431; Heikkilä 2008: 53; Heikkilä 2010: 81.)

Kyselylomakkeen kysymykset nro. 1 - 5 koskivat vastaajan taustamuuttujia. Kysymyksillä nro. 6 ja 7 pyrittiin selvittämään vastaajan koulutusten tai muulla tavoin hankittujen valmiuksien kautta hänen osaamistaan neuropsykiatristen lasten kohtaamiseen. Kysymyksellä 8 pyrittiin saamaan tietoa, miten usein vastaajat kohtaavat työssään neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia. Kysymykset 9-16 sisälsivät väittämiä, joilla selvitettiin vastaajan tietämystä neuropsykiatrisiin termeihin ja oireiluun liittyen. Kysymysten 17 – 35 väittämät koskivat vastaajan mahdollisesti käyttämiä neuropsykiatristen lasten kuntoutuskeinoja kouluarjessa sekä sitä, miten paljon he tekevät yhteistyötä lapsen vanhempien kanssa. Viimeisessä kysymyksessä (kysymys nro. 36) tiedusteltiin vastaajan kiinnostusta lisätiedon saamiseen liittyen neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen kohtaamiseen ja heidän kuntouttamiseen kouluarjessa.

Jokaiselle otokseen valitulle henkilölle lähetettiin sähköpostitse linkki kyselyyn, jota ennen henkilö sai luettavakseen saatekirjeen (liite 2). Saatekirjeen tehtävä oli motivoida otokseen valittua henkilöä täyttämään lomake sekä selvittää hänelle tutkimuksen taustaa ja vastaamista. Saatekirjeestä selvisi vastaajalle tutkimuksen toteuttaja, tavoite, tutkimustietojen käyttötapa, vastaajien valintaan vaikuttaneet seikat, vastaamisajankohta sekä maininta tietojen luottamuksellisuudesta. (Grove ym. 2013: 427; Vehkalahti 2014: 48; Heikkilä 2008: 61-62.)

Tutkimuksen otoksen muodostivat tutkimukseen valituiksi tulleet vastaajat. Koko Suomea käsittävissä valtakunnallisissa kuluttajatutkimuksissa käytetään noin 500-1000 vastaajan otosta (Heikkilä 2008: 45). Otoksen tulisi olla edustettava suhteessa perusjoukkoon ja riittävän heterogeeninen siihen, että tuloksia voisi yleistää (Grove ym. 2013: 351-353). Ottaen huomioon yllä mainitut asiat sekä tämän tutkimuksen aikataulun ja opinäytetyön laajuuden päätettiin analysoitavaksi otoskooksi tässä tutkimuksessa perusjoukon ollessa 1417 (N= 1417) valita enintään 150 vastaajaa. Koska kyselylomaketutkimuksen vastausprosentti on usein pieni (Valli 2007: 106), täytyi tämä huomioida kyselyiden lähetysmäärissä kouluihin ja tehdä realistinen tavoite siitä, miten suuri prosentti kyselylomakkeista palautuu analysoitavaksi. Vastauskato sähköisesti lähetetyissä kyselytutkimuksissa on yleensä suuri (Grove ym. 2013: 429), keskimäärin 30 %, toisinaan jopa yli 50 % otoksesta, mikä vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen ja yleistettävyyteen (Pahkinen 2012: 15; Grove ym. 2013: 429). Ottaen huomioon mahdollisen kadon määrä, kysely valittiin lähetettäväksi enintään 195 vastaajalle. Tutkimukseen valittiin parhaiten soveltuva menetelmänä ryväotanta, jossa perusjoukko koostuu luonnollisista ryhmistä, esimerkiksi kaupungeista, organisaatioista tai vaikkapa koululuokista (Grove ym. 2013:

360-361; Heikkilä 2008: 39; Valli 2007: 114), tässä tutkimuksessa kyseisten koulujen luokkatyöntekijöistä. Tässä tutkimuksessa ryppäät eli koulut valittiin systemaattisella satunnaisella otannalla mukaan tutkimukseen. Tutkimuksen otokseen valikoitui 20 koulun luokkatyöntekijät kymmenestä (10) eri Etelä-Pohjanmaan kunnasta tai kuntaliitoksesta. Tutkimukseen valikoituva otoskoko tarkentui tutkimuslupien ja yhteystietojen saamisen jälkeen ollen lopulta 182. Mukana tutkimukseen valitussa otoksessa oli saatujen yhteystietojen perusteella 130 opettajaa ja 52 avustajaa.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä, jonka alueella tutkimus suoritettiin, oli mahdollista käyttää Webropol-kyselytutkimustyökalua, jota tutkimuksessani hyödynsin. Webropol on internetin välityksellä tapahtuva tutkimus- ja tiedonkeruuohjelma, joka on helposti saatavissa ja toteutettavissa ihmisille, joilla on mahdollisuus internetin käyttöön. Menetelmänä Webropolia käytetään niin tiedonkeruuseen, analysointiin kuin raportointiin. (Heikkilä 2014.) Tutkimuksen aikana tiedonkeruuvaiheessa tehtiin tietoteknisissä asioissa yhteistyötä sairaanhoitopiirimme erään ATK-asiantuntijan kanssa. Hän syötti muodostamani kyselyn Webropol-ohjelmaan, teki muutokset väittämiin esitestauksen perusteella antamani ohjeiden mukaan ja lähetti kyselyn eteenpäin otokseen valituille, kun kaikkien yhteystiedot oli saatu. Hän lähetti muodostamani sähköisen muistutuskirjeen toivomanani ajankohtana niille otokseen valituille, jotka eivät järjestelmän mukaan olleet vastanneet kyselyyn puolesta välissä ajankohtaa. Hän myös umpeutuneen vastausajankohdan jälkeen siirsi saadun tutkimusaineiston Webropol-ohjelmasta Excel-taulukkolaskentaohjelmaan ja lähetti aineiston minulle tulosten analysoimista varten.

5.3 Tutkimustulosten analysointi

Tulosten analysoimiseen käytettiin tutkimuksen aineiston laadusta johtuen sekä kvantitatiiviseen tutkimukseen että kvalitatiiviseen tutkimukseen soveltuvia analysointitapoja. Aineiston käsittelyssä määrällisten strukturoitujen kysymysten ja valmiiden vastausvaihtoehtojen osalta, joita oli suurin osa Webropol-kyselylomakkeen kysymyksistä, käytettiin aineiston analysoimiseen SPSS 21-tilasto-ohjelmaa. SPSS-tilasto-ohjelmaan määriteltiin ensin muuttujat, jonka jälkeen aineisto siirrettiin SPSS-tilasto-ohjelmaan. Aineiston siirtämisen jälkeen poistettiin aineistosta niiden neljän vastaajan tiedot, jotka eivät soveltuneet tutkimuksen perusjoukkoon. Aineistosta poissuljetuista vastaajista kaksi oli esiopettajaa eli 0-luokan opettajaa ja kaksi iltapäivätoiminnan ohjaajaa, jotka eivät tutkimuksessa ilmenneiden perustietojen mukaan työskennelleet luokkatyöntekijöinä koulupäi-

vän aikana 1-6-luokkalaisille, joille kysely oli suunnattu. Havaintomatriisiksi muodostuneen aineiston avulla tehtiin jokaisesta muuttujasta frekvenssit, joista ilmenee kyseisen muuttujan otosmäärät (n) ja vastausten prosentuaalinen jakautuminen (%) sekä tutkimuskysymyksiin peilaten jonkin verran ristiintaulukointeja. Ristiintaulukoinnilla selvitettiin kahden muuttujan välisiä yhteyksiä. Keskeisistä tuloksista tutkimuskysymyksiin peilaten koottiin yhteen taulukoita, joita tässä työssä tutkimustuloksissa esitellään. (Grove ym. 2013: 538; Heikkilä 2010: 147-148.)

Laadullisia osioita oli kyselyn kolmessa kysymyksessä. Kaksi näistä analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin piirtein. Kysymysten 6 ja 7 vastaukset siirrettiin SPSS-tilasto-ohjelmasta tekstinkäsittelyohjelmaan, jossa ko. aineistot aihealueiden mukaan pilkottiin ja ryhmiteltiin pyrkimyksenä saada vastaukset tiivistettyyn muotoon (liitteet 3 ja 4). Näiden kahden kysymyksen vastausten tulkinta perustuu induktiiviseen, yksittäisestä yleiseen tapahtuvaan analyysiin. Aluksi aineistoa pelkistettiin lyhyempään muotoon tekstinkäsittelyohjelmalla, niin että vastauksen pääasia tuli edelleen ilmi. Sen jälkeen aineistoa ryhmiteltiin teemoihin luoden samankaltaisille pelkistyksille alaluokkia. Osa pelkistetyistä ilmauksista ovat suoria lainauksia aineistosta, toiset pelkistettyjä, jotta vastaajan anonymiteetti säilyisi. Koska aineisto laadullisten vastausten osalta on kummankin kysymyksen osalta suppeahko ja enemmän koulutusten tai muulla tavoin saadun neuropsykiatrisen osaamisen luettelointia, kuin monisanaista vastausten avaamista, sisällönanalyysiin kuuluvaa aineiston abstrahointia ei tässä tehty, vaan johtopäätökset ovat luettavissa klusteroinnin eli alaluokkien muodostamisen jälkeen. (Grove ym. 2013: 281; Tuomi – Sarajärvi 2011: 93, 95, 103, 108-113.) Kysymyksen kaksi (nro 2. *Työtehtäväni – muu, mikä?*) vastaukset ainoastaan raportoitiin vastausten pienen määrän vuoksi, sillä vastauksia tähän tuli 3 kpl, jotka kaikki kuvaavat työnkuvia.

6 Tutkimustulokset

Kysely toteutettiin sähköisenä webropol-kyselynä 21.4 – 6.5.2016 182:lle alakoulujen 1-6-luokkalaisten kanssa työskentelevälle luokkatyöntekijälle. Kyselyyn vastasi määräänsä mennessä 70 vastaajaa. Koska neljä (4) vastaajista ei lukeutunut tutkimuksen perusjoukkoon ja heidät poistettiin aineistosta, lopullinen otoksen määrä oli 66 (n= 66). Lukemista helpottaakseen tulosten raportointia on selkeytetty Likertin asteikollisten vastausvaihtoehtojen ”täysin eri mieltä” ja ”jokseenkin eri mieltä” sekä ”jokseenkin samaa mieltä” ja ”täysin samaa mieltä” yhdistämällä eri mieltä olevat yhdeksi kokonaisuudeksi ja samaa mieltä yhdeksi kokonaisuudeksi. Sanallisissa tuloksissa kuvataan yhtä muuttujaa kerrallaan niin prosentuaalisin (%) kuin otosmäärin (n= otos). Otosmäärä kertoo vastaajien määrän kyseisessä väittämässä. Ristiintaulukointeja on tehty vastaajien ikään ja ammattiryhmiin verraten syventämään aineiston kuvailua. Useasti on esitetty sanallisesti myös tyypillisin vastaus, vastaus, johon on tullut eniten havaintoja eli jakauman moodi, jota käytetään tässä niin nominaali- kuin ordinaali-asteikollisille väittämille. (Heikkilä 2010: 84; Grove ym. 2013: 550-552.)

Taulukossa 1 kuvataan vastaajien taustamuuttujia. Vastaajista suurin osa 86,4 % (n= 57) oli naisia. Miesten määrä vastaajissa oli 13,6 % (n= 9). Eniten vastaaja oli luokanopettajissa, joita oli 48,5 % (n= 32) vastaajista. 27,3 % (n= 18) vastaajista oli luokkavastustajia tai -ohjaajia, 15,2 % (n= 10) erityisopettajaa ja 4,5 % (n= 3) tuntiopettajaa. Muita vastaajia oli kolme (3); he olivat luokanopettaja/koulunjohtaja, rehtori sekä erityisluokanopettaja. Vastaajia oli joka kunnasta, josta yhden tai useampien koulujen luokkatyöntekijöitä otokseen valikoitui. Eniten vastaajia työskenteli Seinäjoella, josta oli noin kolmasosa vastaajista (31,8 %, n= 21). Yksi vastaajista ei ilmoittanut paikkakuntaansa, jossa työskenteli. Ikäjakaumaltaan eniten vastaajia sijoittui ikävuosien 45 – 54 väliin (39,4 %, n= 26). Työkokemukseltaan tyypillisin vastaaja omasi työkokemusta alalta yli 20 vuotta.

Taulukko 1. Taustamuuttajat

Sukupuoli	n (%)	Työtehtävä	n (%)	Työskentelykunta	n (%)	Ikä	n (%)	Työkokemusvuodet	n (%)
mies	(9) 13,6	luokan-opettaja	32 (48,5)	Alajärvi	9 (13,6)	18-24 v	1 (1,5)	0-4 v	14 (21,2)
		erityis-opettaja	10 (15,2)	Alavus	3 (4,5)	25-34 v	9 (13,6)	5-9 v	12 (18,2)
		tuntiopettaja	3 (4,5)	Evijärvi	3 (4,5)	35-44 v	20 (30,3)	10-14 v	8 (12,1)
		luokka-avustaja/-ohjaaja	18 (27,3)	Ilmajoki	6 (9,1)	45-54 v	26 (39,4)	15-19 v	10 (15,2)
nainen	(57)86,4	muu	3 (4,5)	Kauhajoki	1 (1,5)	55 v tai yli	10 (15,2)	20 v tai yli	22 (33,3)
		Kauhava	7 (10,6)						
		Kurikka	9 (13,6)						
		Lapua	5 (7,6)						
		Seinäjoki	21 (31,8)						
		Vimpeli	1 (1,5)						
		Puuttuvat vastaukset	1 (1,5)						

6.1 Vastaajien kokemat valmiudet sekä heidän tietämys neuropsykiatrisista häiriöistä

Taulukossa 2 kuvataan sitä, miten usein vastaajat kokevat työssään kohtaavansa neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia. Vastaajista 69,7 % (n= 46) kohtaa työssään neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia vähintään viikoittain, joista 50 % ilmoittaa kohtaavansa heitä joka päivä. Kaksi vastaajaa ei koe kohtaavansa neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia lainkaan ja 10,6 % (n= 7) vastaajista ei osaa sanoa, miten usein heitä kohtaa tai kohtaako heitä ollenkaan. Ristiintaulukoinnin kautta selvisi, että eniten neuropsykiatrisia lapsia kokee kohtaavansa työssään erityisopettajat, joista suurin osa (80 %, n= 8) kohtaa heitä päivittäin.

Taulukko 2. Neuropsykiatrisesti oireilevien lasten kohtaamiset *

Ammattikunnat	Vastausvaihtoehdot				
	päivittäin n (%)	viikoittain n (%)	harvemmin n (%)	en lainkaan n (%)	en osaa sanoa n (%)
kaikki yhteensä	33 (50)	13 (19,7)	11 (16,7)	2 (3,0)	7 (10,6)
luokanopettaja	14 (43,8)	6 (18,8)	8 (25,0)	1 (3,1)	3 (9,4)
erityisopettaja	8 (80,0)	1 (10)	1 (10)	-	-
tuntiopettaja	1 (33,3)	-	1 (33,3)	-	1 (33,3)
luokka-avustaja/- ohjaaja	8 (44,4)	6 (33,3)	1 (5,6)	-	3 (16,7)
muu	2 (66,7)	-	-	1 (33,3)	-

* *Kohtaan työssäni neuropsykiatrisesti oireileviä lapsia*

Vastaajista noin kolmasosa (31,8 %, n= 21) kertoi omaavansa koulutusta, joka antaa valmiuksia kohdata neuropsykiatrisesti oireileviä lapsia. 20 heistä tarkensi vastaustaan avoimella vastauksella, joita kuvataan tarkemmin liitteessä (liite 3). Monella koulutusta omaavalla oli enemmän kuin yksi koulutus, mistä he olivat saaneet neuropsykiatrista lapsista tietoa. Erilaisia neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen kohtaamiseen liittyviä täydennyskoulutuksia, mukaan lukien ratkaisukeskeinen neuropsykiatrinen valmentaja-koulutus, oli 12 vastaajista. Neuropsykiatrinen valmentaja-koulutuksen lisäksi vastaajat mainitsivat usein ADHD- tai aspergerin oireyhtymää sairastavaan lapseen liittyvät koulutukset. Muita täydennyskoulutuksia ilmoitti käyneensä 7 vastaajaa. Oman ammattiin valmistavan peruskoulutuksen kautta vastaajista 8 koki saaneensa valmiuksia neuropsykiatristen lasten kohtaamiseen. Lisäksi neljä vastaajaa kertoi opiskelleensa erityispedagogiikan opintoja, joista yksi lisäksi psykologian opintoja. Ristiintaulukoidessa selvisi, että ikä ei vaikuttanut koulutuksiin, sillä jokaisessa ikäryhmässä yli puolet (65,4 % - 77,8 %) olivat heitä, joilla ei ollut koulutusta neuropsykiatristen lasten kohtaamiseen. Tässä teki poikkeuksen ainoastaan vastaaja, kuka oli ainut alle 25-vuotias ja jolla oli koulutusta neuropsykiatrisesti oireilevien lasten kohtaamiseen. Ammattiryhmistä eniten koulutusta oli erityisopettajilla, joista 50 % (n= 5) vastasi omaavansa koulutusta, joka antaa valmiuksia neuropsykiatristen lasten kohtaamiseen. Vähiten puolestaan tällaista koulutusta kokivat omaavansa tuntiopettajat. Heistä kyllään (n= 3) vastaajalla ei ollut koulutusta neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen kohtaamiseen. Myös luokanopettajat kokivat usein (78,1 %, n= 25), että eivät omaa koulutusta, joka antaisi valmiuksia neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen kohtaamiseen.

Vastaajista 68,2 % (n= 45) oli sitä mieltä, että heillä ei ole koulutusta, joka antaisi valmiuksia kohdata neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia. Heistä 31,1 % (n= 14) ilmoitti omaavansa muulla tavoin hankittua neuropsykiatrista osaamista ja tietoa. 13 heistä täydensi vastaustaan sanallisesti, joita tarkennetaan liitteessä (liite 4). Omaehtoisen opiskelun tai muuten oman henkilökohtaisen elämän kautta saatua tietoa ja osaamista kertoi saaneensa 6 vastaajaa. Kollegoiden tai yhteistyökumppaneiden kautta koki osaamista saaneensa viisi vastaajaa. Työkokemuksen kautta ilmoitti saaneensa tietoa kahdeksan vastaajaa. Myös osa heistä, jotka vastasivat omaavansa koulutusta neuropsykiatrisen lapsen kohtaamiseen, kokivat saaneensa tietoa ja osaamista muutakin kautta.

Kyselyyn vastanneista 45,4 % (n= 30) koki, että heillä ei ole koulutuksen kautta saatua tai muulla tavoin hankittua osaamista neuropsykiatrisesti oireilevien lasten kohtaamiseen. Yksi vastaaja, kenellä ei ollut koulutusta, ei vastannut kysymykseen onko hänellä muulla tavoin hankittua osaamista. Ristiintaulukoinnin kautta selvisi, että ammattiryhmistä eniten vastaajista oli luokanopettajia (n= 14) ja luokka-avustajia/ohjaajia (n= 10), joilla ei ollut koulutusta eikä muulla tavoin hankittua osaamista.

Taulukossa 3 kuvataan vastaajien kokemaa tietämystä neuropsykiatrisiin termeihin ja oireiluun liittyen. Taulukossa esitetään myös, miten vastaajat kokivat tunnistavansa neuropsykiatristen häiriöiden liitännäisoireita ja ADHD-lääkityksen sivuvaikutuksia, joita saattaa esiintyä myös koulupäivän aikana.

Suurin osa vastaajista (89,4 % n= 59) oli sitä mieltä, että tiesi, mitä termillä neuropsykiatriset häiriöt tarkoitetaan. Tavanomaisin vastaus 63,6 % (n= 42) oli, että vastaaja oli jokseenkin samaa mieltä tietäen, mitä termillä neuropsykiatriset häiriöt tarkoitetaan. ADHD:n oireet koki tutuiksi jopa 97 % (n= 64) vastaajista. Tavanomaisin vastaus oli ”jokseenkin samaa mieltä” (51,5 % n= 34) kysymykseen ”tiedän, millainen oireilu on tavanomaista lapselle, jolla on tai epäillään ADHD:tä”. ADD:n oireilu oli ADHD:tä vieraampaa, sillä eri mieltä oireiden tunnistamisesta oli 24,3 % (n= 16) vastaajista, ADHD:ssa vastaavan lukeman ollessa 3 %. Autismikirjon häiriön oireilusta kysyttäessä suurin osa (81,8 %, n= 54) vastaajista koki olevansa samaa mieltä siitä, että tietävät millaista oireilua autismikirjon häiriöön kuuluu. Tavanomaisin vastaus (54,5 %) oli ”jokseenkin samaa mieltä”. Nykimishäiriöiden oireilu oli vastaajien mukaan vähiten tunnettua muihin tutkimuksessa esiin tulleisiin neuropsykiatrisiin häiriöihin verrattuna, vaikkakin myös nykimishäiriöiden oireilu oli lähes 70 % (n= 46) vastaajista tiedossa. Neuropsykiatristen häiriöiden liitännäisoireista kysyttäessä vastaajista hieman yli puolet (54,5 %, n= 36) oli samaa

mieltä siitä, että tietävät mitä tällaiset oireet voisivat olla. Lähes yhtä suuri osa, 45,5 % (n= 30) vastaajista oli puolestaan eri mieltä omasta tietämyksestään liitännäisoireisiin liittyen. ADHD-lääkkeiden sivuvaikutukset koulupäivän aikana olivat hieman yli puolella (57,5 %, n= 38) vastaajista tiedossa.

Taulukko 3. Neuropsykiatristen häiriöiden tuntemus

väittämät	vastausvaihtoehdot			
	täysin eri mieltä n (%)	jokseenkin eri mieltä n (%)	jokseenkin samaa mieltä n (%)	täysin samaa mieltä n (%)
Tiedän mitä termillä neuropsykiatriset häiriöt tarkoitetaan.	1 (1,5)	6 (9,1)	42 (63,6)	17 (25,8)
Tiedän, millainen oireilu on tavanomaista lapselle, jolla on tai epäillään ADHD:tä.	-	1 (3,0)	34 (51,5)	30 (45,5)
Tiedän, millainen oireilu on tavanomaista lapselle, jolla on tai epäillään ADD:tä.	4 (6,1)	12 (18,2)	30 (45,4)	20 (30,3)
Tiedän, millainen oireilu on tavanomaista lapselle, jolla on tai epäillään autismikirjon häiriötä.	1 (4,5)	9 (13,6)	36 (54,5)	18 (27,3)
Tiedän, millainen oireilu on tavanomaista lapselle, jolla on tai epäillään nykimishäiriötä.	6 (9,1)	14 (21,2)	34 (51,5)	12 (18,2)
Tiedän millaisia liitännäisoireita eli samanaikaisesti esiintyviä oireita tai sairauksia kuuluu edellä mainittuihin neuropsykiatrisiin häiriöihin, jotka esiintyessään voivat vaikuttaa lapsen koulunkäyntiin hankaloittavasti.	5 (7,6)	25 (37,6)	27 (40,9)	9 (13,6)
Tiedän millaisia koulunkäyntiinkin vaikuttavia sivuvaikutuksia saattaa ilmetä ADHD-lääkkeistä lapselle koulupäivän aikana, erityisesti lääkityksen alkuvaiheessa.	9 (13,6)	19 (28,8)	23 (34,8)	15 (22,7)

Taulukossa 4 kuvataan vastaajien kokemuksia siitä, millaiset valmiudet he kokevat omaavansa neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen kohtaamiseen. Kysyttäessä riittävästä valmiuksista kohdata työssään neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia täysin eri mieltä ilmoitti olevansa 16,7 % (n= 11) vastaajista ja täysin samaa mieltä 10,6 % (n= 7) vastaajista. Tavanomaisin vastaus oli ”jokseenkin eri mieltä” (48,5 %, n= 32). Ristiintaulukoinnin kautta selvisi, että ammattiryhmistä luokanopettajat ja tuntiopettajat kokivat omaansa vähiten valmiuksia neuropsykiatrisesti oireilevien lasten kohtaamiseen. Luokanopettajista 75 % (n= 24) oli eri mieltä väittämän kanssa. Tuntiopettajista kaikki kolme vastaajaa

olivat jokseenkin eri mieltä omista riittävistä valmiuksistaan. (Taulukko 4) Vastaajien ikää ja valmiuksia ristiintaulukoidessa selvisi, että alle 35-vuotiaista vastaajista puolet oli väittämän kanssa samaa ja puolet eri mieltä, 35-44-vuotiaista 75 % vastaajista oli eri mieltä, 45-54-vuotiaista 65,4 % eri mieltä ja yli 55-vuotiaista 60 % eri mieltä.

Taulukko 4. Valmiudet neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen kohtaamiseen*

ammattiryhmät	vastausvaihtoehdot			
	täysin eri mieltä n (%)	jokseenkin eri mieltä n (%)	jokseenkin samaa mieltä n (%)	täysin samaa mieltä n (%)
kaikki	11 (16,7)	32 (48,5)	16 (24,2)	7 (10,6)
luokanopettaja	8 (25,0)	16 (50,0)	8 (25,0)	-
erityisopettaja	1 (10,0)	4 (40,0)	2 (20,0)	3 (30,0)
tuntiopettaja	-	3 (100,0)	-	-
luokka-avustaja/-ohjaaja	1 (5,6)	9 (50,0)	5 (27,8)	3 (16,7)
muu	1 (33,3)	-	1 (33,3)	1 (33,3)

* Minulla on riittävät valmiudet kohdata työssäni neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia

6.2 Neuropsykiatrisen lapsen huomioon ottaminen koulussa

Vastaajien käyttämiä neuropsykiatrisen lapsen kuntoutuskeinoja kouluarjessa kuvataan taulukossa 5. Väittämässä ”Luon selkeyttä luokka-arkeen käyttämällä työssäni visuaalisia apukeinoja, kuten kuvallista tai kirjoitettua päiväjärjestystä” vastaajista 69,7 % (n= 46) oli samaa mieltä väittämän kanssa. Vastaajista täysin eri mieltä asiasta oli 10,6 % (n= 7) vastaajista. Väittämän ”Käytän työssäni ajanhallinnan apukeinoja, kuten Time timer- kelloa” kanssa oli eri mieltä 60,6 % (n= 40) vastaajista. Täysin samaa mieltä ajanhallinnan apukeinojen käytöstä oli 21,2 % (n= 14) vastaajista. Väittämän ”Käytän työssäni sosiaalisia tarinoita, kuten sarjakuvapiirtämistä, lapsilla, joilla on haasteita ymmärtää sosiaalisia tilanteita” kanssa eri mieltä oli 59,1 % (n= 39) vastaajista. Täysin samaa mieltä asiasta oli 6,1 % (n= 4) vastaajista. Yksi vastaajista ei vastannut kysymykseen.

Lapsen tunteiden sanoitusta väittämässä ”Sanoitan lapsen tunteita auttaakseni häntä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa” käytti 77,3 % (n= 51) vastaajista. Täysin eri mieltä oli viisi vastaajaa (7,6 % vastaajista). Yksi ei vastannut tähän kysymykseen. Lapsen yksilöllistä huomioimista väittämässä ”Huomion lapsen yksilöllisesti mahdollistamalla hänelle

pidemmän koeajan/mahdollisuuden vastata koekysymyksiin suullisesti tai antamalla vähemmän kotitehtäviä, mikäli lapsella on näissä tilanteissa haasteita” koki toteuttavansa suurin osa, 94 % (n= 62) vastaajista. 94 % vastaajista (n= 62) oli myös samaa mieltä väittämän ”Järjestän lapselle sopivan istumapaikan ottaen huomioon esimerkiksi hänen tarkkaavaisuuden pulmansa tai aistiherkkyytensä” kanssa.

”Mahdollistan lapsen liikkumisen luokassa tunnin aikana”- väittämän kanssa oli samaa mieltä 43,9 % (n= 29) vastaajista. Väittämän ”Otan huomioon lapsen motoriset haasteet esimerkiksi mahdollistamalla tietokoneen käytön kirjoittamisen apuna tai vaihtoehtoisia rooleja liikuntatunnilla lapselle tarjoamalla” kanssa samaa mieltä oli 66,6 % (n= 44) vastaajista. ”Annan tarpeen ja mahdollisuuksieni mukaan enemmän henkilökohtaista ohjausta sitä tarvitsevalle lapselle” -väittämän kanssa samaa mieltä oli 95,4 % (n= 61) vastaajista.

Vastaajista 97 % (n= 64) oli väittämän ”Pidän luokassa tutut, samat, hyväksi havaitut rutiinit vähentääkseni lapsen kuormitusta muutoksia kohtaan” kanssa samaa mieltä. 81,9 % (n= 54) vastaajista oli samaa mieltä väittämän ”Ennakoin mahdolliset luokassa tapahtuvat, ennalta tiedossa olevat muutostilanteet (sijainen, istumajärjestyksen muutos jne.) lapsen kanssa näistä etukäteen kertomalla” kanssa. Korvatulppien tai kuulosuojainten käytön mahdollistamista lapsilla, jotka kokevat kouluympäristön äänet liian voimakkaina vastasi mahdollistavan 65,2 % (n= 43) vastaajista.

Väittämän ”Huomioin lapsen mahdolliset aistiyliherkkyydet tai tarkkaavaisuusongelmat järjestämällä hänelle rauhallisen, toisen tilan työskennellä” kanssa koki samaa mieltä olevansa 78,8 % (n= 48) vastaajista. ”Vahvistan lasta henkilökohtaisesti positiivista palautetta antamalla aina kun siihen on mahdollisuus” -väittämän kanssa samaa mieltä oli 96,9 % (n= 64) vastaajista. Väittämään ”Käytän työssäni palkkioita lapsille/luokalle onnistumisista tai niihin kannustaakseni” kanssa samaa mieltä oli vastaajista 89,4 % (n= 59).

Taulukko 5. Kuntoutuskeinojen käyttäminen

Väittämät	Vastausvaihtoehdot				
	täysin eri mieltä n (%)	jokseenkin eri mieltä n (%)	jokseenkin samaa mieltä n (%)	täysin samaa mieltä n (%)	puuttuvat vastaukset n (%)
Visuaalisten apukeinojen käyttäminen	7 (10,6)	13 (19,7)	27 (40,9)	19 (28,8)	-
Ajanhallinnan apukeinojen käyttäminen	21 (31,8)	19 (28,8)	12 (18,2)	14 (21,2)	-
Sosiaalisten tarinoiden käyttäminen	18 (27,3)	21 (31,8)	22 (33,3)	4 (6,1)	1 (1,5)
Lapsen tunteiden sanoitus	5 (7,6)	9 (13,6)	30 (45,5)	21 (31,8)	1 (1,5)
Lapsen yksilöllinen huomioiminen esimerkiksi koejärjestelyihin tai kotitehtävien määrään liittyen	2 (3,0)	2 (3,0)	29 (43,9)	33 (50,0)	-
Istumapaikan huomioiminen	2 (3,0)	2 (3,0)	17 (25,8)	45 (68,2)	-
Liikkumisen mahdollistaminen	1 (1,5)	6 (9,1)	30 (45,5)	29 (43,9)	-
Motoristen haasteiden huomioiminen	4 (6,1)	18 (27,3)	28 (42,4)	16 (24,2)	-
Henkilökohtainen ohjaus	1 (1,5)	2 (3,0)	16 (24,2)	47 (71,2)	-
Rutiinit	-	2 (3,0)	21 (31,8)	43 (65,2)	-
Ennakoiminen	1 (1,5)	11 (16,7)	24 (36,4)	30 (45,5)	-
Äänilyherkkyyksien huomioon ottaminen	11 (16,7)	12 (18,2)	12 (18,2)	31 (47,0)	-
Vaihtoehtoisen työskentelytilan mahdollistaminen	4 (6,1)	10 (15,2)	26 (39,4)	26 (39,4)	-
Positiivisen palautteen antaminen	1 (1,5)	1 (1,5)	15 (22,7)	49 (74,2)	-
Palkkioiden käyttäminen	3 (4,5)	4 (6,1)	29 (43,9)	30 (45,5)	-

Taulukossa 6 kuvataan vastaajien yhteistyötä neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen vanhempien kanssa. Vastaajista 66,7 % (n= 44) oli väittämän ”Olen säännöllisesti yhteydessä neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen vanhempien kanssa” samaa mieltä. Kolme vastaajaa ei vastannut kysymykseen. Yhteistyön neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen vanhempien kanssa koki avoimeksi 74,3 % (n= 49) vastaajaa. Kaksi jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Viimeinen väittämä koskien neuropsykiatristen lasten vanhempien kanssa tehtävää yhteistyötä koski vanhempien kanssa yhteisen näkemyksen omaamista lapsen asioista. Suurin osa (72,7 %, n= 48) vastaajista oli samaa mieltä siitä, että kokivat omaavansa yhteisen näkemyksen lapsen tilanteesta lapsen vanhempien kanssa. Kolme jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

Taulukko 6. Yhteistyö neuropsykiatrisen häiriön omaavan lapsen vanhempien kanssa

Väittämät	Vastausvaihtoehdot				
	täysin eri mieltä n (%)	jokseenkin eri mieltä n (%)	jokseenkin samaa mieltä n (%)	täysin samaa mieltä n (%)	puuttuvat vastaukset n (%)
Olen säännöllisesti yhteydessä neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen vanhempien kanssa	5 (7,6)	14 (21,2)	26 (39,4)	18 (27,3)	3 (4,5)
Koen, että yhteistyö neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen vanhempien kanssa on avointa	3 (4,5)	12 (18,2)	37 (56,1)	12 (18,2)	2 (3,0)
Koen, että minulla ja neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen vanhemmilla on yhteinen näkemys lapsen tilanteesta.	2 (3,0)	13 (19,7)	40 (60,6)	8 (12,1)	3 (4,5)

Viimeiset kyselyn väittämät koskivat vastaajien ajatuksia siitä, onko heillä mielestään riittävät valmiudet auttaa työssään neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia sekä sitä, miten paljon vastaajilla on kiinnostusta lisätiedon saamiseen neuropsykiatristen lasten kohtaamiseen ja heidän kuntouttamiseen kouluarjessa. Riittävät valmiudet auttaa neuropsykiatrisesti oireilevaa lasta vastattuaan kyselyyn koki omaavansa 42,4 % vastaajista (n= 28), kun eri mieltä valmiuksistaan oli 57,6 % (n= 38) vastaajaa. 45,5 % (n= 30) oli asiasta jokseenkin eri mieltä. Lisätiedon saamisesta neuropsykiatrisesti oireilevien lasten kohtaamiseen ja heidän kuntouttamisestaan kouluarjessa ilmoitti olevansa kiinnostunut 95,4 % vastaajasta, sillä 60,6 % (n=40) oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja 34,8 % (n= 23) jokseenkin samaa mieltä.

7 Pohdinta

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa ja kuvata Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen alakoulukäisten (1-6 lk) lasten opettajien ja avustajien tietämystä neuropsykiatrisista häiriöistä sekä kuvata heidän kokemuksiaan siitä, millaisia valmiuksia he omaavat kohdata ja tukea neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia koulussa. Tutkimuksessa selvitettiin myös vastaajien tekemää yhteistyötä neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen vanhempien kanssa sekä vastaajien kiinnostusta lisäkoulutuksen saamiseen neuropsykiatrisiin häiriöihin ja lasten kohtaamiseen liittyen.

7.1 Tulosten tarkastelu

Yhteenvedona tuloksista mainittakoon ensin, että vastaajien neuropsykiatristen häiriöiden tuntemus ja erilaisten kuntoutuskeinojen käyttö vastaajien kokemana näyttäytyi enimmäkseen positiivisessa valossa, vaikkakin myös hajontaa vastauksissa oli. Vastaajista lähes puolella ei ollut koulutusten tai muulla tavoin saatuja valmiuksia neuropsykiatrisesti oireilevien lasten kohtaamiseen kouluarjessa. Iso osa vastaajista koki kysyttäessä valmiutensa kohdata ja auttaa lasta puutteellisina. Tämä ilmeni myös kysyttäessä vastaajien halukkuutta saada lisätietoa lasten neuropsykiatrisiin häiriöihin ja koulussa kuntouttamiseen liittyen, sillä kolmea vastaajaa lukuun ottamatta kaikki vastaajat kokivat olevansa kiinnostuneita saamaan näihin lisäkoulutusta.

Neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia työssään koki kohtaavansa viikoittain lähes 70 % vastaajista, joista 50 % päivittäin. Kaikki eivät osanneet sanoa miten usein kyseessä olevia lapsia koulussa kohtaavat, joten jo tässä vaiheessa tuli esiin se, että kaikille vastaajille neuropsykiatristen lasten oireilu ei ollut tuttua. Vastaajista erityisopettajat kohtasivat eniten työssään neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia. ADHD:n ja autismikirjon häiriöiden oireilu olivat vastaajille tutuimpia. ADHD:n oireet kokivat tutuiksi 97 % (n= 64) vastaajista ja autismikirjon häiriöiden oireilun 81,8 % (n= 54). Vähiten tunnettua vastaajille oli nykimishäiriöissä esiintyvä lapsen oireilu, jonka oireilua koki tunnistavansa sitäkin 69,7 % (n= 46) vastaajista. Yhteenvedona termeihin tai oireiluun liittyen voidaan sanoa, että vastausten perusteella neuropsykiatristen häiriöiden oireilu oli suurimmalle osalle tuttua, sillä kaikissa oireiluun liittyvissä väittämässä ”samaa mieltä”- vastaukset olivat 70 % tuntumassa tai sen ylitse. Liitännäisoireisiin tai ADHD-/ADD-lääkityksen sivuvaikutuksiin liittyen vastaajien kokemukset omista tiedoistaan jaottuivat hieman epätasaisemmin.

Liitännäisoireista kokivat tietävänsä 54,5 % (n= 36) vastaajista ja ADHD-/ADD-lääkkeen sivuvaikutuksista 57,5 % (n= 38) vastaajista.

Verrattuna siihen määrään, miten moni vastaajista kokee työssään kohtaavansa neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia jopa viikoittain, riittäviä valmiuksia kohdata heitä koki omaavansa vain 34,8 % (n= 23) vastaajista. Lähes puolet vastaajista (48,5 %, n= 32) oli jokseenkin eri mieltä omien riittävien valmiuksiensa suhteen. Lähes puolet (45,4 %, n= 30) vastaajista koki myös, että heillä ei ole koulutusta tai muulla tavoin hankittua osaamista neuropsykiatrisesti oireilevien lasten kohtaamiseen. Ammattiryhmistä luokanopettajat ja tuntiopettajat kokivat omaavansa vähiten valmiuksia, joka ilmeni ristiintaulukoidessa tuloksia. Iällä ei näyttänyt olevan suurta merkitystä siihen, millaiseksi vastaajat valmiutensa kokivat. Ristiintaulukoidessa alle 35-vuotiaista puolet koki omaavansa valmiuksia, kun muista ikäryhmistä määrät jäivät alle puoleen.

Opettajien asenteilla, uskomuksilla ja tietämyksellä neuropsykiatrisia häiriöitä kohtaan on iso merkitys lasta kohdatessa. Opettajan näkemykset ja asenne voivat vaikuttaa lapseen niin koulussa kuin kotona. Se, miten opettaja suhtautuu ADHD:n kuin muihinkin neuropsykiatrisiin häiriöihin saattaa vaikuttaa myös lapsen vanhempiin esimerkiksi siinä, kertooko vanhempi koulussa lapsensa mahdollisesta diagnoosista. Ohanin ym. tutkimuksen mukaan ADHD-diagnoosi lapsella vaikutti usein opettajien ja opettaja-opiskelijoiden negatiiviseen ennakkoasenteeseen lapsen ongelmia kohtaan, herätti negatiivisia tunteita ja vähensi vastaajien luottamusta omiin kykyihinsä lapsen ohjaamiseen luokassa. (Ohan ym. 2010: 83.)

Sandbergin laajemminkin ADHD:ta koskevan Suomessa tehdyn tutkimuksen (2016) mukaan osalla vanhemmista oli huoli opettajien tietämättömyydestä lapsensa oireista ja liitännäisoireista. Sandbergin tutkimuksessa vanhemmilla oli usein huoli myös siitä, etteivät opettajat tunnista tarkkaavaisuushäiriöistä lasta ilman ylivilkkautta tai liitännäishäiriöitä sekä toisaalta siitä, että osa opettajista edelleen pitää ADHD-lastä käytöshäiriöisenä. Sandbergin tutkimuksessa perheet kokivat koulun ymmärryksen oireisiin ja liitännäissairauksiin olevan hyvin sattumanvaraista. (Sandberg 2016: 171-172, 182.)

Kuntoutuskeinoista vastaajilla eniten käytetyimmät olivat samojen tuttujen hyväksi havaittujen rutiinien pitäminen luokassa (jota koki toteuttavansa 97% vastaajista), lapsen vahvistaminen positiivista palautetta antamalla (96,9 %), henkilökohtainen lapsen ohjaaminen (95,4 %), sopivan istumapaikan järjestäminen lapselle ottaen huomioon lapsen

tarkkaavaisuuden pulmat tai aistiherkkydet (94%) ja lapsen yksilöllinen huomioiminen esimerkiksi koetilanteessa aikaa lisää tarjoamalla (93,9 %). Lähes yhtä käytettyjä keinoja olivat palkkioiden käyttäminen onnistumisista (89,4 %), lapsen liikkumisen mahdollistaminen luokassa (89,4%) sekä muutosten ennakoiminen näistä lapsille etukäteen kertomalla (81,9%). Lähes 80 % vastaajista sanoitti lapsen tunteita (77,3%) ja huomioi lapsen mahdolliset aistiliherkkydet tai tarkkaavaisuuspulmat järjestämällä hänelle toisen tilan työskennellä (78,8%).

Ilahduttavaa oli huomata, että vaikka vastaajista lähes puolet (45,4 %, n= 30) ei kokenut omaavansa koulutusta eikä muulla tavoin hankittua osaamista neuropsykiatristen lasten kohtaamiseen ja vain 34,8 % (n= 23) koki omaavansa riittävät valmiudet heidän kohtaamiseen, kuitenkin monia kuntoutuskeinoja koettiin käytettävän hyvin paljon. Lähes kaikki edellä mainitut keinot lienevätkin tyypillisiä, tai ainakin toivottavia, ihan kaikkien lasten kouluarkea tukemaan. Tähän kannustavat niin työkokemus kuin toisaalta aito halu kohdata lapsi arvokkaasti. Moni vastaaja siis ehkä tietämättäänkin käyttää kyseisiä kuntoutuskeinoja, jotka ovat erityisesti neuropsykiatrisista häiriöistä kärsiville lapsille tarpeellisia. Tutkijan näkemyksen mukaan neuropsykiatrisia lapsia kohdatessa olennaista näiden kuntoutuskeinojen käytössä ja lapselle positiivisten kokemusten luomisessa sekä itsetunnon vahvistamisessa on se, milloin näitä keinoja käytetään - ennakoivasti vai seurausena lapsen jonkunlaisesta käytöksestä, ikään kuin tilanteen pakottamana. Tämä ei valitettavasti määrällisen tutkimuksen luonteesta johtuen aineistosta selvinnyt. Tutkimuksesta ei myöskään selvinnyt, onko muita keinoja, joita vastaajat käyttävät ja joista he kokevat olevan apua neuropsykiatrisen lapsen kohtaamisessa.

Vähiten kyselyssä esiin tulleista kuntoutuskeinoista koettiin käytettävän ajanhallinnan apukeinoja kuten Time Timer-kelloa, joita ei käyttänyt 60,6 % (n= 40) vastaajista. Sosiaalisia tarinoita käytettiin lähes yhtä vähän kuin ajanhallinnan apukeinoja, sillä niiden käyttöä koskevassa väittämässä vastaajista 59,1 % (n= 39) oli eri mieltä. Vähemmän käytettyjä olivat niin ikään korvatulppien tai kuulosuojainten käytön mahdollistaminen lapsilla, joilla ilmenee äänyliherkkyksiä, joita ei käyttänyt 34,9 % vastaajista (n= 23); lapsen motoristen haasteiden huomioiminen (ei-käyttäjää 33,4 %, n= 22) sekä visuaalisten apukeinojen käyttö (ei-käyttäjää 30,3 %, n= 20). Nämä keinot lienevätkin kuntoutuskeinoista juuri niitä, joita ei tule ajateltua tai joita ei edes tiedä, ellei ole tietoa juuri neuropsykiatristen lasten kuntoutuskeinoista, mm. visuaalisuuden huomioimisen tärkeydestä ja aistitoiminnan mahdollisista poikkeavuuksista.

Ohanin ym. tutkimuksessa tuli esiin ADHD:n osalta, että tutkimukseen vastanneet opettajat kokivat käyttävänsä kuntoutuskeinoja luokassa, mutta eivät aina koe niistä olevan hyötyä. Toisaalta vastaajat toivat samassa tutkimuksessa esiin, että heillä ei ole tarpeeksi taitoja käyttää lapsen positiiviseen käyttäytymiseen tukevia kuntoutuskeinoja. (Ohan ym. 2010: 96.)

Richardsonin ym. systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan tarvitaan lisää tutkimuksia siitä, mitkä kuntoutusmenetelmät ovat vaikuttavia ADHD-lasten kuntouttamisessa. Myös autismikirjon lasten psykososiaalisen kuntoutukseen liittyen tarvitaan lisää tieteellistä näyttöä (Hess ym. 2007; Sansosti 2009; Vaz 2013.) Toisaalta Richardsonin laajassa tutkimuksessaan tuli esiin, että kuntoutusmenetelmiä ei aina nimetty ja eritelty, vaikka niitä mainittiinkin erinäisissä tutkimuksissa, mihin itsekkin tutkijana kiinnitin huomiota. Richardsonin ym. mukaan ADHD-lastenkin erilaisuus keskenään kertonee siitä, että kaikki menetelmät eivät vaikuta kaikkiin lapsiin. Asenteet ja tietämys vaikuttivat niin ikään heidän tutkimuksessaan kuntoutuskeinojen käyttöön. Richardsonin ym. mukaan koulu voi pahentaa lapsen käytöstä odotuksillaan ja luokkaympäristö määrittää paljon sitä, milloin lapsen käytös katsotaan ongelmalliseksi ja milloin ei. (Richardson ym. 2015: 285-288.)

Sandbergin viimeisimmässä suomenkielisessä tutkimuksessa ADHD-lasten hoitoa ajatellen koulussa käytettäviksi tukimuodoksi mainittiin yleisimmin tukiopetus. Myös pienryhmäopetus ja avustajapalvelut mainittiin, kuin myös eriytetty opetus alas- tai ylöspäin. Vain yksittäisissä vastauksissa raportoitiin tukitoimina luokassa toteutettavat istumapaikan sijoittelu, lisäaika koetilanteissa, pienten apuvälineiden, kuten kiilatynyn, kuulosuojainten tai stressipallon käyttö ja musiikin kuuntelu keskittymisen tukemiseen. Luokassa havaittavina liitännäishäiriöinä oppimisvaikeudet ja käytöshäiriöt oikeuttivat tukitoimiin useammin kuin liitännäisoireiden puuttuminen. Koulun tukitoimet riittävinä koki noin puolet 2000-2010-vuosina koulunsa aloittaneiden kyselyyn vastanneista vanhemmista. Tämä on selkeä muutos parempaan verrattuna tutkimuksessa esiintyviin aiempien vuosikymmenten tuloksiin. Siitä huolimatta tukitoimien saatavuus koettiin hyvin opettajasta ja koulusta riippuvaiseksi. (Sandberg 2016: 131, 152, 161, 185.)

Yhteistyötä neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen vanhempien kanssa säännöllisesti koki tekevänsä hieman alle 70 % (67,7 %) vastaajista. Yhteistyötä vanhempien kanssa koskevista väittämistä kahteen jätti vastaamatta kolme ihmistä ja yhteen kaksi ihmistä. 74,3

% (n= 49) vastaajista koki, että yhteistyö neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen vanhempien kanssa on avointa. 72,7 % (n= 48) vastaajista oli samaa mieltä siitä, että kokivat omaavansa yhteisen näkemyksen lapsen tilanteesta lapsen vanhempien kanssa. Yhteistyöstä yhteenvetona voidaan todeta, että yhteistyötä koulun henkilökunnan ja neuropsykiatrisesti oireilevien lasten vanhempien välillä koetaan tehtävän. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että yhteistyö vanhempien kanssa oli avointa ja että heillä on yhteiset näkemykset vanhempien kanssa neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen tilanteesta. Puuttuvat vastaukset lienee tässä kohdassa kertovan siitä, että kyseiset vastaajat eivät kohta tai tiedä kohtaavansa työssään neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia, joten eivät sen vuoksi ole osanneet arvioida yhteistyön säännöllisyyttä, avoimuutta ja näkemyksiä.

Eiraldin ym. mukaan koulun ja kodin välisellä yhteistyöllä voidaan saada aikaan vaikuttavia psykososiaalisia kuntoutusmuotoja. Vaikuttavimmillaan psykososiaaliset hoitomuodot edesauttavat lapsen joustavaa käytöstä ja kehittävät lapsen itsekontrollia sekä niin opillisia kuin sosiaalisia taitoja. (Eiraldi ym. 2012: 10.)

Sandbergin tutkimuksen mukaan osa ADHD-lasten vanhemmista olivat erittäin tyytyväisiä kodin ja koulun väliseen yhteistyöhön. Huoltajat kokivat lapsensa ADHD-oirehdinnan olevan yhteyksissä kodin ja koulun välisen yhteistyön asenteeseen ja toimivuuteen. Vastaajat kuvasivat kuitenkin yhteistyön olevan hyvin paljon kiinni opettajasta ja opettajan persoonasta. Sandbergin mukaan huoltajat kaipasivat koululta enemmän tiedonkulkua ja yhteistyötä lapsensa asioissa. (Sandberg 2016: 180-182.)

Riittävät valmiudet auttaa neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia koki kyselyyn vastattuaan omaavansa 42,4 % vastaajista (n= 28), kun eri mieltä valmiuksistaan oli 57,6 % (n= 38) vastaajaa. Lisätiedon saamisesta neuropsykiatrisesti oireilevien lasten kohtaamiseen ja heidän kuntouttamisestaan kouluarjessa ilmoitti olevansa kiinnostunut suurin osa vastaajista (95,4 %, n= 63). Lisätiedon suuren halukkuuden määrä ja toisaalta ristiriitaisuus sen tutkimustuloksen kanssa, että tietämystä ja keinoja tukea neuropsykiatrisesti oireilevaa lasta jo onkin, kertonee siitä, että kohtaamiset koetaan ainakin toisinaan haasteellisina. Tietämystä ja keinoja halutaan lisää, joten omista valmiuksista tai oikeanlaisten tapojen käytöstä ollaan jokseenkin epävarmoja.

Lindsey ym. tutkivat vuonna 2013 opettajien kokemuksia siitä, mitä haasteita autismikirjon oppilas luokkatilanteeseen normaaliluokassa asettaa. Tutkimus oli laadullinen ja otos

pieni (n=13), mikä tulee huomioida tämän tutkimuksen luotettavuutta miettiessä. Tutkimuksen mukaan autismikirjon lapsen kohtaamisessa luokassa haasteita ilmenee lapsen käytöksen ymmärtämisessä ja sen hoitamisessa, koulun menettelytavoissa, opettajan omien taitojen sekä resurssien puutteessa, kuin myös sellaisen ympäristön luomisessa, jossa on otettu kaikki tarpeellinen huomioon. Opettajat kokivat tietonsa autismikirjon häiriöistä puutteelliseksi, esimerkiksi miten toimia strukturoimattomassa tilanteessa, jossa tulee rutiineihin muutoksia ja joka aiheuttaa autismikirjon lapselle usein haasteita. Myös se asettaa omat haasteensa, että lapsen luokkatoverit eivät välttämättä tiedä lapsen diagnoosista - miksi lapsi käyttäytyy, kuten käyttäytyy. Tämä rajaa myös opettajaa tilanteessa toimimista suhteessa muihin lapsiin. Monet vastaajista kaipasivat enemmän keinoja lapsen opettamiseen. Myös puuttuvat tarvittavat opetusmateriaalit ja -välineistö koettiin haasteellisena. Isot luokkakoot niin ikään vaikuttivat siihen, miten voi huomioida autismikirjon lasta luokassa. Myös muiden opettajien asenteet ja ymmärtämättömyys koettiin toisinaan vaikeana asiana. (Lindsay ym. 2013: 354-357.) Lisäksi lapsen kohtaamiseen asettaa haasteensa liitännäisoiheet, joita niin autismikirjon (Posserud ym. 2016: 4,7) kuin muillakin neuropsykiatrisesti oireilevilla lapsilla on useasti todettu olevan.

7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Mittausten luotettavuudesta puhuttaessa erotetaan kaksi perustetta: validiteetti eli pätevyys ja reliabiliteetti eli luotettavuus. Validi tutkimus mittaa sitä mitä oli tarkoituskin mitata. Reliabiliteetilla puolestaan tarkastellaan sitä, miten tarkasti tutkittavia asioita mitataan. Validiteetti on mittauksen luotettavuuden kannalta ensisijaisen tärkeää, sillä ellei mitata oikeaa asiaa, ei reliabiliteetilla ole merkitystä. (Grove ym. 2013: 45; Vehkalahti 2014: 41.) Validiteetti tulee esille esimerkiksi silloin, kun tutkija laatii kyselylomaketta. Tutkimuslomakkeen kysymysten tulee mitata juuri oikeita asioita. Perusjoukon tarkalla määrittelyllä, edustavan otoksen saamisella ja korkealla vastausprosentilla voidaan parantaa validia tutkimusta. (Grove ym. 2013: 428-429; Heikkilä 2014: 27.) Reliabiliteettia varmistetaan sillä, että tutkija toimii koko tutkimuksen ajan tarkasti ja kriittisesti, sillä tutkimuksen luotettavuuden kannalta virheitä voi sattua niin tietoja kerätessä, syöttäessä, käsiteltäessä kuin tuloksia tulkitessa. Lisäksi tutkijan tulee olla objektiivinen, eikä hän saa antaa omien vakaumustensa vaikuttaa tutkimusprosessiin. Tutkimuksen tulokset eivät saa riippua tutkijasta itsestään. Tutkimustuloksia esittäessä tulee esillä olla kaikki tärkeät tulokset ja johtopäätökset eivätkä vain ne, jotka tutkijan kannalta ovat merkityksellisiä. (Grove ym. 2013: 531-532, 592-594; Heikkilä 2014: 28-29.)

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, miten tutkimuksen tuloksia voidaan yleistää tutkimusotoksen ulkopuolelle. Tähän vaikuttavat vastaajien/tutkimukseen osallistuneiden otos, vastaajien osallistumisprosentti sekä tutkittavien asenteet. (Grove ym. 2013: 202.) Yksi tutkimuksen tärkeimmistä eettisistä periaatteista liittyy tutkimustulosten paikkansapitävyyden tarkistamiseen ja niiden yleistettävyyteen ja julkistamiseen. Tutkijan tulisi kriittisesti pohtia tulosten luotettavuutta eikä mahdollisia virheitä ja niiden vaikutuksia tutkimustuloksiin saisi peittää. Tutkijan tulee julkaista tutkimustulokset niin, että kollegat ja yleisö pääsevät myös arvioimaan ja hyödyntämään tuloksia. Tärkeää on myös kommunikoida kielellä, jota muut ymmärtävät. (Mäkinen 2006: 102.)

Eettisyys täytyy tutkimusprosessissa ottaa huomioon koko ajan tutkimuksen aiheen valinnasta tulosten julkaisemiseen. Erityisen tarkka tutkijan täytyy olla siinä, että hän pitää huolen vastaajien anonymiteetin säilymisestä ja että vastaaja itse on tietoinen siitä, että häntä ei tulla tunnistamaan vastauksistaan. Tasapaino tutkimuksen hyötyjen ja riskien välillä tulee säilyä ja tutkijan tulee pitää hallussaan tutkimukseen sisältyvät asiakirjat ja aineiston, etteivät ne päädy muiden käsiin. Tutkimukseen valittujen tulee olla sellaisia, että heidän vastauksiaan voidaan pitää luotettavina. Tutkimuskysymysten tulee olla sellaisia, etteivät ne vahingoita vastaajaa ja vastaajalla tulisi olla rauha osallistua tutkimukseen. (Grove ym. 2013: 159, 164, 170, 172.)

Opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä tarkastellessa tulee siis miettiä niin koko tutkimusprosessia kuin tutkimustuloksia. Tämä tutkimus alkoi syksyllä 2015 teoreettisen viitekehyksen muodostamisella. Vaikka tieteelliseen näyttöön perustuvia suomalaisia tai kansainvälisiä tutkimuksia ja artikkeleita koskien neuropsykiatrisesti oireilevaa lasta ja hänen kuntouttamistaan koulussa löytyi niukasti ja teoreettisen viitekehyksen luomisessa jouduttiin käyttämään myös manuaalista hakua, pyrittiin teoreettinen viitekehys pitämään objektiivisena ja luotettaviin lähteisiin perustuvana. Kuitenkin, niin luotettavuuden, tutkimuksen eheyden kuin lukijaystävällisen raportin lukemisenkin kannalta olisi tutkimuksen aihepiiriä voinut supistaa huomattavasti nyt sen oltua kovin laaja ja moninainen. Aihepiirin laajuus ja teoreettisen viitekehyksen muodostaminen hyvin aihetta pilkkoen asetti siis omat haasteensa tutkimuksen tekemisessä.

Tutkimuksen tarkoituksen, tavoitteiden ja tutkimuskysymysten perusteella tässä kyselytutkimuksessa pyrittiin muodostamaan mittari, jolla saadaan luotettavaa aineistoa vastaajien kokemuksista neuropsykiatrisiin häiriöihin liittyen ja jotka vastaavat mahdollisimman hyvin juuri tutkimuskysymyksiin. Mittarissa käytettiin otokseen valitun suurehkon

määrän vuoksi enimmäkseen suljettuja osioita, jossa vastausvaihtoehdot annettiin valmiiksi kyselylomakkeessa. Valmiit vastausvaihtoehdot selkeyttivät mittausta ja helpottivat olennaisesti tietojen käsittelyä. (Vehkalahti 2014: 12, 18, 20, 24.) Kyselytutkimusta muodostaessa mittaria esiteltiin erään erityisluokan opettajalla, jonka arvioinnin mukaan mittaria muutettiin helpommin ymmärrettävään muotoon ja joihinkin kysymyksiin tehtiin tarkennuksia. Esitustusvaiheessa kiinnitettiin huomiota erityisesti mittarin rakenteeseen, loogiseen järjestykseen, koulumaailmaan sijoittuviin ymmärrettäviin termeihin kuin vastaamiseen käytettävään aikaan. (Grove ym. 2013: 428; Heikkilä 2010: 61.)

Mittarin Likert-tyyppisistä vastausvaihtoehdoista (Grove ym. 2013: 386-387, 430-431; Heikkilä 2008: 53; Heikkilä 2010: 81) jätettiin tietoisesti vaihtoehto ”en osaa sanoa” pois, jotta vastaajien olisi tarkemmin mietittävä vastaustaan, eikä vaikealta tuntuvaan kysymykseen automaattisesti vastata ”en osaa sanoa”. Jälkikäteen ajateltuna olisi ollut viisasta myös tiettyihin muihin, kuin tutkimuksessa nyt käytettyihin, kysymyksiin lisätä vastausvaihtoehto ”en kohtaa työssäni neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia” välttämään puuttuvia vastauksia, joita aineistossa muutamia esiintyi. Saatekirje pyrittiin muodostamaan selkeäksi mutta kattavaksi, jotta vastaajan mielenkiinto kyselyä kohtaan heräisi ja kato pysyisi mahdollisimman pienenä. Katoa pyrittiin välttämään niin mittarin muodostamisessa käsitteiden operationalisoinnilla, loogisella mittarin suunnittelulla kuin oikeanlaisella otantamenetelmän valinnalla. (Grove ym. 2013: 427, 429; Vehkalahti 2014: 48; Heikkilä 2008: 61-62; Pahkinen 2012: 15.)

Otantana käytettiin ryväotantaa (Grove ym. 2013: 360-361; Heikkilä 2008: 39; Valli 2007: 114), jotka valittiin systemaattisella satunnaisotannalla eri kuntien kouluista. Kaikilla Etelä-Pohjanmaan alueen kuntien alakoulujen 1-6-luokkalaisten kanssa toimivilla luokkatyöntekijöillä oli samanlainen mahdollisuus tulla valituksi tutkimukseen. Tutkimuksen perusjoukkoon (Grove ym. 2013: 44, 351; Vehkalahti 2008: 33) kuuluvista puuttui ainoastaan Isokyrön kunnan kolme alakoulua luokkatyöntekijöineen, mikä tulee huomioida tutkimustulosten yleistettävyydessä. Otantaan valittujen koulujen kuntien sivistystoimiin lähetettiin sähköisesti tutkimuslupa-anomukset sekä tutkimussuunnitelma maaliskuussa 2016. Jokaisesta näistä kunnasta lupa tutkimuksen tekemiselle onnekseni saatiin sekä vastaajien yhteystiedot sen jälkeen. Jo tässä vaiheessa joidenkin koulujen osalta pyydettiin tarkennusta siihen, että yhteystiedoissa on ainoastaan 1-6-luokkalaisten kanssa toimivien yhteystietoja, sillä esikoululaiset eivät tämän tutkimuksen perusjoukkoon kuuluneet, vaikkakin monesti nykyään käyvät esikoulua koulujen yhteydessä.

Tutkimusprosessissa kyselyn toteuduttua ja aineiston saatua pyrittiin olemaan erityisen tarkka syöttäessä tuloksia Excelistä SPSS-ohjelmaan. Toisaalta vastaukset pystyttiin siirtämään suoraan ohjelmasta ohjelmaan, joten tässä manuaalisilta syöttövirheilä vältyttiin. Tutkimusaineisto oli ainoastaan tutkijan ja tutkimuksessa tietoteknisissä asioissa Webropol-järjestelmän suhteen tutkijan kanssa yhteistyötä tehneen ATK-asiantuntijan sähköisessä hallussa. Vastaajien nimiä tai henkilötietoja/sähköpostiosoitteita ei aineistoon tallentunut. Aineiston analysoiminen aloitettiin sillä, että tarkastettiin aineisto. Huolimatta mielestäni selkeistä saatekirjeistä tutkimusluvan saamisen jälkeen niille henkilöille, joilta otantaan valittujen yhteystietoja pyydettiin, oli aineiston joukossa neljä (4), jotka eivät kuuluneet tutkimuksen perusjoukkoon. Heidät valitettavasti jouduttiin poistamaan aineistosta, vaikkakaan ammattihenkilöinä tai vastaajina he eivät varmastikaan olisi olleet epäpäteviä. Tutkija sai myös muutaman sähköpostin siinä vaiheessa, kun kysely oli vastaajat tavoittanut, että he eivät voi kyselyyn vastata, koska eivät kuulu kohdejoukkoon. Nämä yhteydenottajat olivat esiopettajia.

Tutkimukseen hyväksytyistä vastaajista muutamalla ilmeni muutamassa kysymyksessä tyhjiä kohtia, mutta koska nämä olivat yksittäisiä, ei enempää aineiston poistoa tehty ja nämä yksittäiset puuttuvat havainnot mainittiin tulosten julkaisemisessa. Tallennus- ja mittausvirheet pyrittiin välttämään huolellisella työllä ja mitatessa usein tekemällä sama mittaus useaan kertaan. Tutkimustuloksia työhön auki-kirjoittaessa ja taulukoita muodostaessa frekvenssit ja prosenttiluvut tarkastettiin poikkeuksetta ja vielä tässä viimeisessä vaiheessa luotettavuus pyrittiin varmistamaan tällä tavoin.

Kyselyn luonteesta ja perusjoukon sekä otoksen koosta johtuen kysely päätettiin toteuttaa pääasiassa suljetuilla vastausvaihtoehdoilla määrällisenä tutkimuksena, joka oli tässä tapauksessa parhain vartenotettava menetelmä (Grove ym. 2013: 35, 49, 215; Heikkilä 2010: 14; Heikkilä 2008: 47, 50). Eheämmän kuvan saamisen kannalta avoimet kysymykset olisivat saattaneet olla parempia, mikäli tähän olisi ollut mahdollisuus ja tutkittavien määrä olisi ollut huomattavasti pienempi. Avoimet kysymykset olisivat antaneet vastaajalle enemmän mahdollisuuksia täydentää vastauksiaan ja selittää miksi vastasi juuri niin kuin vastasi. Tiedossa on, että koulumaailmassa ja luokkatilanteessa opettaja ja usein avustajakin vastaavat monesta lapsesta eikä käytettävissä aina ole niitä resursseja, joita luokan aikuinen/aikuiset toivoisivat. Näin ollen myöskään jokaisen lapsen huomioiminen sillä tavoin, kuin moni aikuinen luokassa toivoisi voivansa huomioida, ei onnistu. Vastaaminen suljettujen vaihtoehtojen kanssa saattaa tällöin olla hankalaa ja tietyn väittämän valitseminen tai valitseminen kahden sopivimman väittämän

välissä haastavaa. Tilanteet tuskin menevät todellisuudessa aina niin kuin toivoisi ja myös päiväkohtaisia eroja, eri syistä, omassa toimimisessa lienee paljon. Toisaalta, mikäli kyselyssä olisi ollut enemmän laadullisia elementtejä ja mahdollisuuksia vastausten täydentämiseen, olisiko niitä esimerkiksi pidempää vastaamiseen menevää aikaa miettien hyödynnetty? Kyselyssä oli kolme sekamuotoista kysymystä, joista kaksi analysoitiin laadullisen aineistolähtöisen sisällönanalyysin piirtein ja yhden kysymyksen osalta tulokset ainoastaan raportoitiin vastausten pienen määrän (3) vuoksi. Laadullisen analysoinnin luotettavuutta miettien kaikista vastauksista pääkohdat ovat näkyvillä. Osaa vastauksista pelkistettiin vastausten lyhentämisen lisäksi myös siksi, että vastaajan anonymiteetti varmasti säilyisi.

Aineistossa esiintyviä puuttuvia vastauksia, kuten ylläkin jo todettu, olisi voitu mahdollisesti välttää lisäämällä joihinkin väittämiin vastausvaihtoehto ”En kohtaa työssäni neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia”, sillä tällaisiakin vastaajia tutkimuksessa oli. Tämä tuli esiin väittämässä ”Kohtaan työssäni neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia”, jossa kaksi (n= 2) ei kokenut heitä kohtaavansa ja seitsemän (n= 7) ei osannut sanoa, miten usein heitä kohtaa. Tätä ei kuitenkaan huomioitu joka väittämässä. Puuttuvia vastauksia ilmeni kysymyksessä ”Kunta, jossa työskentelen” (yksi tyhjä vastaus), mikä johtunee vastaajan syöttövirheestä tai siitä, ettei hän halunnut paljastaa kuntaansa. Kuntoutuskeinojen käytössä ilmeni kahdessa väittämässä yksi puuttuva vastaus sekä väittämissä, mitkä koskivat vanhempien kanssa tehtävää yhteistyötä, joissa kaikissa kolmessa väittämässä oli 2-3 puuttuvaa vastausta. Vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa” olisi saattanut tuoda enemmän vastaajia ja kyselyyn vastaamista olisi voitu jatkaa vaikkapa mahdollisen keskeytymisen vuoksi joista nyt ei ole tietoa, jolloin katomäärä olisi saattanut olla pienempi. Toisaalta vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa” olisi tulosten luotettavuuteen tuonut korkeintaan sen, että ei-merkitseviä vastauksia olisi ollut enemmän.

Eettisyyteen liittyen koko tutkimuksen ajan pyrittiin huomioimaan erityisesti vastaajan kannalta hänen anonymiteettinsä säilyminen, mutta toisaalta myös tutkijan itsensä objektiivinen ote tutkimuksen tekemiseen. Objektiivisuutta kysyttiin erityisesti teoreettisen viitekehyksen muodostamisessa, joka tapahtui aiheen laajuudesta ja moninaisuudesta johtuen hyvin pilkkoen ja monta eri tietokantaa ja lähdehakua käyttäen. Lähteitä erityisesti ADHD:sta ja autismikirjon häiriöistä oli kaiken kaikkiaan paljon, josta tutkijan oli valittava tutkimuksen kannalta oleellinen ja juuri koulumaailmaan sijoittuva lähde. Nyki-

mishäiriöistä puolestaan lähteitä löytyi selkeästi vähiten. Vaikka tutkimuksella oli useampi kuin yksi tavoite, painottui tutkijan mielenkiinto ja tieteellisen aineiston hakeminen enimmäkseen koulussa käytettävien psykososiaalisten kuntoutuskeinojen hakemiseen, joka kulki tutkimuksen punaisena lankana. Haastavaksi lähteiden valikoimisen teki se, että harvasta neuropsykiatrisen lapsen luokkaan ja kouluun sijoittuvasta ei-lääkkeellisestä kuntoutuskeinosta on vahvaa näyttöön perustuvaa tietoa huolimattakin siitä, että kuntoutuskeinoja tiedetään käytettävän ja toisaalta myös kehoitetaan käyttämään.

Tämä myös lukijan tulee ottaa huomioon raporttia lukiessa. Suurin osa löydetyistä tutkimuksista ja artikkeleista olivat kirjallisuuskatsauksia. Ajoittain myös englanninkielisen tekstin suomentaminen asetti tutkijalle haasteita joidenkin lähteiden ymmärtämiseen ja sen kautta päätöksentekoon siitä, voiko lähdeä tutkimuksessa käyttää – onko tutkijan suomennos ja ymmärrys tekstistä luotettava. Niinpä muutama vaikeasti suomennettavaksi koettu lähde tutkimustuloksineen jäi tutkimukseen ottamatta, koska sopivaa suomennosta esimerkiksi joillekin koulussa käytettäville kuntoutuskeinoille oli mahdoton löytää ja päätellä. Tutkimusprosessin aikana tutkimusaineisto säilytettiin sähköisesti tutkijan omien henkilökohtaisten tunnusten takana. Tulostettu aineisto sekä tutkimusluvut säilytettiin lukollisessa kansliassa tutkijan henkilökohtaisten työhön liittyvien asiakirjojen seassa silloin kun ne eivät olleet tutkijan hallussa työpaikalla. Tutkimuksen ollessa valmis tulostetut asiakirjat hävitetään tutkijan työpaikan ohjeiden mukaan siitä, miten salassa pidettävä materiaali tulee hävittää. Edelleen tutkimustuloksia raportoidessa anonymiteetti huomioitiin esimerkiksi sillä, että tarkkaa tapaa siitä, miten vastaajat valikoituivat tutkimukseen ei kerrottu. Näin ollen siis kunnat jotka tutkimukseen valikoituivat näkyvät raportissa, mutta koulut eikä kyseisistä kunnista valikoituneiden vastaajien määrät eivät.

Tutkimuksen tuloksia tarkastellessa luotettavuuteen ja eettisyyteen mutta myös tutkimustulosten yleistettävyyteen tulee miettiä niin perusjoukon valintaa, katoa, vastauksia kuin puuttuvia havaintojakin. Tämän tutkimuksen tulosten yleistettävyyteen liittyy ehdottomasti vastaajien pienehkö määrä – kato oli oletettua ja toivottua suurempi. Tarkempia yleistyksiä ei tutkimustuloksista näin ollen voi tehdä, sillä pienehkön vastausprosentin lisäksi vastaajien määrä vaihteli paljon esimerkiksi kunnittain/alueittain sekä ammattiryhmittäin. Kuvailut erityisesti ristiintaulukoinneista suhteessa vastaajien ammattiryhmiin tai ikäänkin jopa tämän tutkimuksen sisällä ovat tästä syystä hyvin suuntaa antavia niiden yleistettävyyttä ajatellen.

Kadon määrään saattaa vaikuttaa vastausajankohta (kaksi viikkoa huhti-/toukokuun vaihteessa), joka tiedetään koulumaailmassa kiireiseksi ja toisaalta henkilökunnalla lie-nee tässä vaiheessa vuotta ajatukset jo osittain lähenevässä kesälomassa. Toisaalta kato voi selittyä myös sillä, että neuropsykiatrisista häiriöistä on edelleen vaihtelevasti tietoa, myös koulujen aikuisilla. Neuropsykiatriset häiriöt ovat aihepiiri, joka jakaa mieli-piteitä ja asenteita osittain puuttuvan tiedonkin vuoksi. Saattaa siis olla, että kyselyn saaneet, jotka ajattelevat, että neuropsykiatriset häiriöt ovat vain tämän hetken trendi eikä oikea huomioon otettava asia, ovat jättäneet kyselyyn vastaamatta. Syynä vastaa-mattomuuteen saattaa olla myös sähköpostien sekaan hukkuneet kyselyt tai kesken jä-tetyt vastaamiset vaikkapa kiireen vuoksi. Siitä, miten moni kyselyn saanut ei kuulunut tutkimuksen perusjoukkoon ja tästä syystä kieltäytyi vastaamisesta, ei tutkijalla ole tie-toa muiden kuin kahden saamansa sähköposti-ilmoituksen myötä. Tutkimukseen vali-tuista kouluista tutkija sai enimmäkseen pyytämiensä vastaajien sähköpostiosoitteita, kuten toivottiinkin, joita ei kaikkia pystynyt tarkistamaan esimerkiksi koulujen internet-sivujen vanhentuneiden päivitysten vuoksi.

7.3 Johtopäätökset

Vaikka vahvaa tieteellistä näyttöä kouluun sijoittuvista ja koulussa toteutettavista neuro-psykiatrisen lapsen psykososiaalisista kuntoutuskeinoista on vähän, on kuitenkin selvää, että neuropsykiatrisesti oireilevat lapset saattavat tarvita koulumaailmassakin erityistä huomiota. Monessa yhteydessä niin ADHD:n, autismikirjon häiriöiden kuin nykimishäiri-öidenkin kuntoutukseen ja hoitoon liittyen mainitaan yksilölliset tukitoimet lapsen elinym-päristöön ja että niiden aikaisella aloituksella saatetaan vähentää tai ennaltaehkäistä esimerkiksi liitännäisoireiden esiintymistä tai itsetunnon heikkenemistä. (Käypä hoito-suositus 2013: 11, 17-19; Richardson ym. 2015: 37; Pelham ym. 2014: 1; Eiraldi ym. 2012: 2, 10; Serrano-Troncoso ym. 2013: 45-46; Döphner – Rothenberger 2007: 89-90; Moilanen ym. 2013: 11-12; Castren – Kylliäinen 2013: 570; Koskentausta ym. 2013: 586-588, 590, 592; Rintahaka 2007: 1216.) Alakouluikäinen lapsi viettää koulussa ison osan päivästänsä, jonka vuoksi ei ole lainkaan yhdentekevää, miten lapsen kanssa toimivat aikuiset koulussa lasta huomioivat. Neuropsykiatristen häiriöiden oireiden sekä kuntou-tuksen merkityksen tunteminen luo pohjan lapsen arvostavalle kohtaamiselle. Erilaisten kuntoutuskeinojen tunteminen ja niiden yksilöllisesti huomioitu tarjoaminen lapselle vah-vistavat lapsen itsetuntoa ja mahdollistavat hänelle positiivisten kokemusten saamista. Tietämys neuropsykiatrisista häiriöistä antaa aikuiselle enemmän keinoja toimia neuro-

psykiatrisesti oireilevien lasten kanssa haastavissa tilanteissa tai mikä parempi mahdollistaa jopa välttämään nämä haastavat tilanteet niin pitkälle kuin mahdollista. (Kuorelahti ym. 2012: 277, 280, 286-288; Määttä – Rantala 2010: 108; Mattila 2011: 15, 26, 47 – 48.)

Kadon oltua tässä tutkimuksessa toivottua suurempi ei tutkimustuloksia ole mahdollista yleistää koko tutkimuksen perusjoukkoon. Vastauksista oli kuitenkin havaittavissa, että tietämystä neuropsykiatrisista häiriöistä on, vaikkakin vaihtelevasti. Vastaajat kokivat omat valmiutensa kohdata neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia osittain puutteellisina. Tästä huolimatta tutkimuksessa esiin tulleita kuntoutuskeinoja koettiin enimmäkseen käytettävän. Kuntoutuskeinoista eniten käytettiin lapsen yksilöllistä huomioimista, henkilökohtaista ohjausta, toimivista rutiineista kiinnipitämistä, sopivan istumapaikan järjestämistä, positiivisen palautteen antamista, palkkioiden käyttämistä, liikkumisen mahdollistamista sekä muutosten ennakoimista. Vähemmän käytetyimmät kuntoutuskeinot; ajanhallinnan apukeinot, sosiaaliset tarinat, äänyliherkkyyksien huomioiminen, motoristen haasteiden huomioiminen ja visuaaliset apukeinot lienevätkin vieraampia niille vastaajille, joilla ei ole tietämystä neuropsykiatrisista häiriöistä, niiden ilmenemismuodoista ja siitä, miten neuropsykiatrisesti oireilevaa lasta voi koulussa tukea.

Jokseenkin positiivinen näkymä siitä, että vastaajat kokevat enimmäkseen tunnistavansa neuropsykiatrista oireilua, käyttävänsä useita tutkimuksessa esitettyjä kuntoutuskeinoja ja tekevänsä yhteistyötä neuropsykiatrisesti oireilevien lasten vanhempien kanssa herättää ristiriitaa siihen nähden, miten moni olisi halukas saamaan lisätietoa neuropsykiatrisiin häiriöihin liittyen. Kolmea vastaajaa lukuun ottamatta kaikki vastaajat kokivat olevansa kiinnostuneita lisäkoulutukselle neuropsykiatrisen lapsen kohtaamiseen ja kuntouttamiseen liittyen. Lisäkoulutuksen suuri halukkuus kertonee siitä, että omia valmiuksia haluttiin lisää, omista valmiuksista oltiin epävarmoja tai kohtaamiset neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen kanssa koettiin jo olemassa olevista valmiuksista huolimatta haasteelliseksi.

Tulokset antavat suuntaa antavia viitteitä niin hankkeeseen, jonka yksi osa tämä opinäytetyö on, kuin laajemmin kuntiin, joista vastaajia valikoitui tutkimukseen, tämän hetkisestä neuropsykiatrisesta osaamisesta Etelä-Pohjanmaan alakouluissa. Huomion arvoista on se, että vaikka tutkimuksen tulokset antavatkin viitteitä jo olemassa olevasta osaamisesta, vastaajat itse kokivat enimmäkseen, että eivät omaa riittävästi valmiuksia neuropsykiatristen lasten kohtaamiseen. Tästä toisaalta kertoi myös se, että 45,5 % (n=

30) vastaajista ei ollut koulutusta eikä muulla tavoin saatua tietoa ja valmiuksia kohdata neuropsykiatrisesti omaavia lapsia koulussa.

Tutkimuksen viitekehystä muodostaessa tuli esiin, että liittyen neuropsykiatrisesti oireilevien lasten kohtaamiseen ja arjen kuntouttamiseen koulussa tarvittaisiin lisää vahvaa näyttöä tutkimusten kautta erilaisten koulussa ja luokassa käytettävien psykososiaalisten, ei-lääkkeellisten kuntoutuskeinojen hyödyistä. Teoreettisessa viitekehyksessä käytetyt tutkimukset tukivat osin toinen toistaan kuntoutuskeinojen käytöstä ja osin myös niiden hyödyistä, mutta osin tulokset olivat hyötyjen kannalta heikkoja tai tutkimuksissa ei tarkemmin edes esitelty, mitä käytetyt kuntoutuskeinot olivat. Tämäkin osaltaan antaa ymmärrystä tämän tutkimuksen ristiriitaisiinkin johtopäätöksiin – vaikka tällä hetkellä jo onkin olemassa tietämystä ja kuntoutuskeinoja koulussa käytetään, niiden hyödyistä ja toimivuudesta saatetaan olla epävarmoja.

Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista tietää miten paljon tässä tutkimuksessa esiin tulleet tulokset ovat muuttuneet esimerkiksi muutaman vuoden päästä – onko opettajien ja avustajien omat koulutukset lisääntyneet tai muuta kautta saatuja vastaajien valmiuksia neuropsykiatrisesti oireilevien lasten kohtaamiseen tullut lisää. Erityisen tärkeää olisi kuulla jatkossa vanhempia ja lapsia itseäänkin siitä, millaisia kokemuksia heillä kohtamisestaan ja huomioimisestaan alakoulussa ilmenee ja millaisista kuntoutuskeinoista he itse kokevat olleen hyötyä kouluarjessa niin oppimisen kuin muuten koulussa suoriutumisen suhteen. Tällä olisi suuri merkitys tuleville neuropsykiatrisesti oireileville lapsille alakoulussa.

Lähteet

Autismi- ja aspergerliitto ry n.d. Verkkójulkaisu: <<http://www.autismiliitto.fi/>.> Luettu 13.1.2016.

Autismisäätiö n.d. Verkkójulkaisu: <<http://www.autismisaatio.fi/>.> Luettu 12.1.2016.

Attwood, Tony 2013. Aspergerin oireyhtymä lapsuudesta aikuisuuteen. Kehitysvamma-liitto. Solver palvelut Oy: Kouvola.

Attwood, Tony 2007. Aspergerin oireyhtymä – opas vanhemmille ja asiantuntijoille. Haukarannan koulu, Ohjauspalvelut: Jyväskylä.

Barkley, Russell A 2008. Kuinka hallita ADHD. Copyright c UNIPress: Suomi.

Bellando, Jayne – Pulliam, Elizabeth 2009. Helping the Student with Asperger's Disorder with Social and Behavioral Issues in the School: Nursing, Psychology, and Educators Working in Unison. Journal for specialists in Pediatric Nursing.

Bloch, Michael - State, Matthew - Pittenger, Christopher 2011. Recent Advances in Tourette Syndrome. National institutes of health. *Curr Opin Neurol*. 2011 April; 24(2): 119–125.

Castren, Maija L – Kylliäinen, Anneli 2013. Autistisen käyttäytymisen monitekijäinen tausta. Suomen lääkärilehti 8/2013 vsk 68.

Daley, D – Birchwood, J 2009. ADHD and academic performance: why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom? Blackwell Publishing Ltd, Child: care, health and development, 36, 4, 455–464.

Döpfner, Manfred – Rothenberger, Aribert 2007. Behavior therapy in tic-disorders with co-existing ADHD. European Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 16, Supplement 1.

Eiraldi, Ricardo B - Mautone, Jennifer A - Power, Thomas J 2012. Strategies for Implementing Evidence-Based Psychosocial Interventions for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. National Institutes Of Health.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Lasten- ja nuorisopsykiatrian toimintayksikkö. Verkkójulkaisu: <http://www.epshp.fi/yksikoiden_sivut/psykiatriset_palvelut/lasten-ja_nuorisopsykiatria.> Päivitetty 6.10.2014. Luettu 10.10.2016.

Grove, Susan K. – Burns, Nancy – Gray, Jennifer R 2013. The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence. Seventh edition. Elsevier. Missouri.

Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. Edita publishing oy: Helsinki.

Heikkilä, Tarja 2010. Tilastollinen tutkimus. Edita publishing oy: Helsinki.

Heikkilä, Tarja 2014. Webropol-kyselyt. Verkkojulkaisu: <<http://www.tilastollinentutkimus.fi/6.WEBROPOL/Webropol-kysely.pdf>.> Luettu 13.2.2016.

Hess, Kristen L – Morrier, Michael J – Heflin, Juane L – Ivey, Michelle L 2007. Autism Treatment Survey: Services Received by Children with Autism Spectrum Disorders in Public School Classrooms. Journal of Autism & Developmental Disorders 2008 8: 961–971.

Karhunen, Minna 2009. ADHD-lapsen kohtaaminen. Teoksessa Ikonen, Oiva – Krogerus, Ansaliina (toim.). Ainutkertainen oppija. Erilaisuuden ymmärtäminen ja kohtaaminen. PS-Kustannus: Juva.

Kersanet. Verkkopohjainen perhekeskus. Verkkojulkaisu: <<http://www.epshp.fi/kersanet>> Päivitetty 5/2015. Luettu 6.2.2016.

Koskentausta, Terhi - Sauna-Aho, Oili – Varkila-Saukkola, Leila 2013. Autististen lasten ja nuorten hoito ja kuntoutus. Suomen lääkirlehti 8/2013 vsk 68.

Kuorelahti, Matti – Lappalainen, Kristiina – Viitala, Riitta 2012. Sosioemotionaalinen kompetenssi ja osallisuuden kokemus. Teoksessa Janhukainen, Markku (toim.). Lasten erityishuolto ja -opetus Suomessa. Vastapaino: Tallinna.

Lasten mielenterveystalo.fi. Verkkojulkaisu: <<https://www.mielenterveystalo.fi/lapset/Pages/Default.aspx>.> Luettu 12.8.2016.

Mannström-Mäkelä, Leena - Saukkola Kirsi 2009. Voimaannuttavan ohjaamisen käsikirja. Yliopistopaino: Helsinki.

Mattila, Kati-Pupita 2011. Lapsen vahvistava kohtaaminen. PS-Kustannus: Juva.

Moilanen, Irma 2011. Käypä hoito. Autismikirjon häiriöt ja niiden samanaikaisuus ADHD:n kanssa. Duodecim. Verkkojulkaisu: <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus.jsessionid=600D6F0A011F3D55A42B1512F94CCBB5?id=nix00918>.> Julkaistu 23.11.2011. Luettu 27.3.2016.

Moilanen, Irma - Mattila, Marja-Leena - Loukusa, Soile - Kielinen, Marko 2012. Autismikirjon häiriöt lapsilla ja nuorilla. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2012; 128(14):1453-62. Verkkojulkaisu: <http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/artikisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo10395.> Luettu 13.1.2016.

Mäkelä, Jukka 2009. Lastenpsykiatriin tervehdys: Lapsen kehityksen tukeminen hänen kehitysympäristöissään. Teoksessa Ikonen Oiva - Krogerus Ansaliina (toim.). Ainutkertainen Oppija. Erilaisuuden ymmärtäminen ja kohtaaminen. PS-Kustannus: Juva.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Määttä, Paula - Rantala, Anja 2010. Tavallinen erityinen lapsi. Yhdessä tekemisen toimintamalleja. PS-kustannus: Juva.

Neuropsykiatriset erityisvaikeudet 2015. Tampereen kaupunki. Verkkojulkaisu: <<http://www.tampere.fi/neptunus>.> Päivitetty 25.2.2016. Luettu 28.2.2016.

Ohan, Jeneva L. – Visser, Troy A.W – Strain, Melanie C - Allen, Linda 2010. Teachers' and education students' perceptions of and reactions to children with and without the diagnostic label "ADHD". *Journal of School Psychology*. Volume 49, Issue 1, February 2011, Pages 81–105.

Pahkinen, Erkki 2012. Kyselytutkimusten otantamenetelmät ja aineistoanalyysi. Jyväskylä University Printing House (JULPU): Jyväskylä.

Posserud, M – Hysing, M – Helland, W – Gillberg, C – Lundervold, A.J 2016. Autism traits: The importance of "co-morbid" problems for impairment and contact with services. Data from the Bergen Child Study. Elsevier.

Richardson, Michelle - Moore, Darren A - Gwernan-Jones, Ruth - Thompson-Coon, Jo – Ukoumunne, Obioha – Rogers, Morwenna – Whear, Rebecca - Newlove-Delgado, Tamsin V – Logan, Stuart – Morris, Christopher – Taylor, Eric – Cooper, Paul – Stein, Ken – Garside, Ruth – Ford, Tamsin J 2015. Non-pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) delivered in school settings: systematic reviews of quantitative and qualitative research. *Health Technology Assessment*. Volyme 19. Issue 45.

Rintahaka, Pentti 2007. Touretten oireyhtymä ja muut nykimishäiriöt. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 10/2007;123(10):1213-9. Verkkojulkaisu: <<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96486.pdf>. > Luettu 12.3.2016.

Sandberg, Erja 2016. ADHD perheessä. Opetus-, sosiaali- ja terveystoimen tukimuodot ja niiden koettu vaikutus. Väitöskirja. Helsinki. Verkkojulkaisu: <<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/161374/adhdperh.pdf?sequence=1>.> Luettu 26.6.2016.

Sansosti, Frank J 2009. Teaching Social Behavior to Children with Autism Spectrum Disorders Using Social Stories: Implications for School Based Practice. *Journal of Speech-Language Pathology & Applied Behavior Analysis*. Best Of JSLP-ABA – Consolidated Volume 4.

Serrano-Troncoso, Eduardo – Guidi, Monica – Alda-Diez, Jose Angel 2013. Is psychological treatment efficacious for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Review of non-pharmacological treatments in children and adolescents with ADHD. *Actas Esp Psiquiatr* 2013; 41(1):44-51.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2013. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). Käypä hoito-suositus. *Duodecim*. Verkkojulkaisu: <<http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50061>.> Julkaistu 10.8.2013. Luettu 16.1.2016.

Teräväinen, Veikko 2011. Asperger-erityisoppilaan sosiaalinen integraatio. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print: Tampere. Verkkojulkaisu: <<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66785/978-951-44-8520-6.pdf?sequence=1>.> Luettu 25.8.2016.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi: Vantaa.

Tuominen-Eriksson, Alli-Marie – Svensson, Yvonne – Gunnarsson, Ronny K 2012. Children with Disabilities are Often Misdiagnosed Initially and Children with Neuropsychiatric Disorders are Referred to Adequate Resources 30 Months Later Than Children with Other Disabilities. *J Autism Dev Disord* (2013) 43:579–584.

Valli, Raine 2007. Kyselytutkimus. Teoksessa Toim. Aaltola, Juhani – Valli, Raine. *Ik-kunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodin valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. PS-kustannus: Juva.

Vanhala, Raija 2014. Autismikirjon häiriöt. Teoksessa Pihko, Helena - Haataja, Leena - Rantala, Heikki (toim.). *Lastenneurologia*. Duodecim: Saarijärvi.

Vaz, Irene 2013. Visual symbols in healthcare settings for children with learning disabilities and autism spectrum disorder. *British Journal of Nursing*.

Vehkalahti, Kimmo 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät: Finn Lectura.

Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Voutilainen, Arja – Puustjärvi, Anita 2014. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö. Teoksessa Pihko, Helena - Haataja, Leena – Rantala, Heikki (toim.). *Lastenneurologia*. Duodecim: Saarijärvi.

Zobel-Lachiusa, Jeanne - Andrianopoulos, Mary V - Mailloux, Zoe – Cermak, Sharon A 2015. Sensory differences and mealtime behavior in children with autism. *The American Journal of Occupational Therapy*. Volume 69, Nro 5.

Soini ()

Teuva ()

Vimpeli ()

Ähtäri ()

4. Ikäni 18-24 v () 25-34 v () 35-44 v () 45-54 v ()
55v tai yli ()

5. Työkokemusvuoteni toimenkuvaani vastaavasta työstä
0-4 v () 5-9 v () 10-14 v () 15-19 v () 20v tai yli ()

(Osio 2 – valmiudet kohdata neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia)

6. Minulla on koulutusta, joka antaa valmiuksia kohdata neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia.

kyllä () ei ()

Jos vastasit kyllä, niin millaista koulutusta?

7. Minulla Ei ole edellisessä kysymyksessä esiin tullutta koulutusta, mutta koen omaavani muulla tavoin hankittua neuropsykiatrista osaamista.

Kyllä () Ei () Vastasin edelliseen kysymykseen kyllä ()

Jos vastasit tähän kysymykseen kyllä, niin millaista / miten hankittua osaamista?

8. Kohtaan työssäni neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia

päivittäin () viikoittain () harvemmin () en lainkaan () en osaa sanoa ()

kysymyksiin 9- 36 vastausvaihtoehdot

täysin samaa mieltä () jokseenkin samaa mieltä () jokseenkin eri mieltä () täysin eri mieltä

9. Tiedän mitä termillä neuropsykiatriset häiriöt tarkoitetaan.
10. Tiedän, millainen oireilu on tavanomaista lapselle, jolla on tai epäillään ADHD:tä.
11. Tiedän, millainen oireilu on tavanomaista lapselle, jolla on tai epäillään ADD:tä.
12. Tiedän, millainen oireilu on tavanomaista lapselle, jolla on tai epäillään autismikirjon häiriötä.
13. Tiedän, millainen oireilu on tavanomaista lapselle, jolla on tai epäillään nykimishäiriötä.
14. Tiedän millaisia liitännäisoireita eli samanaikaisesti esiintyviä oireita tai sairauksia kuuluu edellä mainittuihin neuropsykiatrisiin häiriöihin, jotka esiintyessään voivat vaikuttaa lapsen koulunkäyntiin hankaloittavasti.
15. Tiedän millaisia koulunkäyntiinkin vaikuttavia sivuvaikutuksia saattaa ilmetä ADHD-lääkkeistä lapselle koulupäivän aikana, erityisesti lääkityksen alkuvaiheessa.
16. Koen, että minulla on riittävät valmiudet kohdata työssäni neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia.

(Osio 3 – Neuropsykiatrisesti oireilevien lasten kuntoutuskeinot)

17. Luon selkeyttä luokka-arkeen käyttämällä työssäni visuaalisia apukeinoja, kuten kuvallista tai kirjoitettua päiväjärjestystä.
18. Käytän työssäni ajanhallinnan apukeinoja, kuten Time timer- kelloa.

19. Käytän työssäni sosiaalisia tarinoita, kuten sarjakuvapiirtämistä, lapsilla, joilla on haasteita ymmärtää sosiaalisia tilanteita.
20. Sanoitan lapsen tunteita auttaakseni häntä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa.
21. Huomion lapsen yksilöllisesti mahdollistamalla hänelle pidemmän koeajan/mahdollisuuden vastata koekysymyksiin suullisesti tai antamalla vähemmän kotitehtäviä, mikäli lapsella on näissä tilanteissa haasteita.
22. Järjestän lapselle sopivan istumapaikan ottaen huomioon esimerkiksi hänen tarkkaavaisuuden pulmansa tai aistiherkkyytensä.
23. Mahdollistan lapsen liikkumisen luokassa tunnin aikana.
24. Otan huomioon lapsen motoriset haasteet esimerkiksi mahdollistamalla tietokoneen käytön kirjoittamisen apuna tai vaihtoehtoisia rooleja liikuntatunnilla lapselle tarjoamalla.
25. Annan tarpeen ja mahdollisuuksieni mukaan enemmän henkilökohtaista ohjausta sitä tarvitsevalle lapselle.
26. Pidän luokassa tutut, samat, hyväksi havaitut rutinit vähentääkseni lapsen kuormitusta muutoksia kohtaan.
27. Ennakoin mahdolliset luokassa tapahtuvat, ennalta tiedossa olevat muutostilanteet (sijainen, istumajärjestyksen muutos jne.) lapsen kanssa näistä etukäteen kertomalla.
28. Mahdollistan lapselle esimerkiksi korvatulppien tai kuulosuojainten käyttämisen, mikäli hän kokee kouluympäristön äänet liian voimakkaana.
29. Huomioin lapsen mahdolliset aistilyherkkyydet tai tarkkaavaisuusongelmat järjestämällä hänelle rauhallisen, toisen tilan työskennellä.

30. Vahvistan lasta henkilökohtaisesti positiivista palautetta antamalla aina kun siihen on mahdollisuus.
31. Käytän työssäni palkkioita lapsille/luokalle onnistumisista tai niihin kannustaakseni.
32. Olen säännöllisesti yhteydessä neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen vanhempien kanssa.
33. Koen, että yhteistyö neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen vanhempien kanssa on avointa.
34. Koen, että minulla ja neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen vanhemmilla on yhteinen näkemys lapsen tilanteesta.
35. Koen, että minulla on riittävät valmiudet auttaa työssäni neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia.
36. Olen kiinnostunut saamaan lisätietoa neuropsykiatrisesti oireilevien lasten kohtaamisesta ja heidän kuntouttamisestaan kouluarjessa.

Kiitos paljon ajastasi!

Liite 2. Saatekirje.

Hei arvoisa kyselyyn valikoitunut!

Teen tutkimusta alakoulujen (1-6 lk) luokkatyöntekijöiden valmiuksista kohdata koulussa neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (EPSHP) alueella ja kuntouttaa heitä kouluarjessa. Tutkimus on osa EPSHP:n tutkimus- ja kehittämishanketta, jonka tavoitteena on luoda palveluverkko lasten ja nuorten neuropsykiatrisissa häiriöissä yhtenäistämään neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten sekä heidän perheiden tutkimus-, hoito- ja kuntoutuslinjaa sekä parantamaan hoidon saavuutta kuntien ja sairaanhoitopiirin välillä. Tutkimus tehdään opinnäytetyönä Kliininen asiantuntija YAMK-tutkintoon Helsingin Metropoliaan.

Neuropsykiatristen häiriöiden, kuten ADHD:n ja autismikirjon häiriöiden esiintyvyys on lisääntynyt viime aikoina. Osaksi näiden esiintyvyyksien kasvuun on vaikuttanut tietoisuuden lisääntyminen sekä lieväoireistenkin häiriöiden diagnosointi terveydenhuoltohenkilökunnan toimesta. Määrien kasvu saattaa johtua myös häiriöiden määrän todellisesta lisääntymisestä. Neuropsykiatristen häiriöiden kuntoutuksella tarkoitetaan kaikkea sitä toimintaa, jolla pyritään tukemaan lasta ja hänen kehitystä lapsen arkiympäristöissä. Aikaisella puuttumisella lapsen neuropsykiatrisiin haasteisiin voidaan ennaltaehkäistä ja vähentää niin lapsen itsetunnon alenemisesta, sosiaalisessa kanssakäymisessä ilmeneviä ongelmia ja haasteita lapsen lähi-ihmisten kanssa kuin liitännäisoiireilua, jota neuropsykiatrisiin häiriöihin usein liittyy.

Kyselyn tarkoitus on saada tietoa siitä, miten paljon teillä EPSHP:n alueen alakoulujen luokkatyöntekijöillä on tällä hetkellä neuropsykiatrista osaamista käytössänne. Vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti, eivätkä nimenne tule missään vaiheessa esille. Koulut, jotka tutkimukseen valikoituivat, valittiin systemaattisella satunnaisotannalla. Sähköpostiosoitteenne olen saanut kuntanne sivistystoimen kautta. Kyselyyn vastaaminen vie aikaasi 10-15 minuuttia. Olen kiitollinen, jos vastaat ja autat osaltasi tiedon keräämisessä sekä olet vastauksellasi parantamassa tutkimustulosten luotettavuutta. Tutkimustulosten perusteella kartoitetaan myös sitä, miten paljon lisäkoulutukselle on tarvetta ja halukkuutta neuropsykiatristen häiriöiden osalta.

Vastaathan 6.5.2016 mennessä.

Ystävällisesti Riikka Hakala, sairaanhoitaja, EPSHP, riikka.hakala@epshp.fi

Liite 3. Vastaajien koulutuksen kautta saadut valmiudet kohdata työssään neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia.



Liite 4. Vastaajien muulla tavoin, kuin koulutuksen kautta saadut valmiudet kohdata neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia.

